دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور

بیماریهای غیر واگیر (۱)

مجموعه دروس آموزش بهورزی



(ویرایش سوم)

Created in Master PDF Editor

فهرست مطالب

عنوان مطلب	شماره صفحه
فصل اول: آشنایی با بیماری های غیرواگیر	۲
فصل دوم: پیشگیری و کنترل بیماری فشار خون بالا	۵
فصل سوم: پیشگیری و کنترل بیماری دیابت	۱۵
فصل چهارم: پیشگیری و کنترل اختلال چربی خون و برنامه خطر سنجی در ایران	۲۷
فصل پنجم: کم کاری تیروئید نوزادان	۳۷
فصل ششم: آشنایی با بیماری فنیل کتونوری	۵۰

Created in Master PDF Editor

پیشگفتار

پدیده ی شهرنشینی و صنعتی شدن جوامع که با تغییرات وسیع در سبک زندگی همراه است، در کنار بهبود شاخصهای بهداشتی که سبب افزایش میزان امید به زندگی شده است، مهمترین عوامل افزایش بار بیماریهای غیرواگیر بوده اند. بیماریهای غیرواگیر،مسوول بیش از ٪۵۳بار بیماریها در سراسر جهان هستند و بیش از ٪۷۶کل بار بیماریها در ایران به بیماریهای غیرواگیر اختصاص دارد. پایه پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر، شناسایی عوامل خطر اولیه و پیشگیری و کنترل این عوامل است.شش میلیون از کل ۳۸میلیون مرگ ناشی از بیماریهای غیرواگیر در سنین کمتر از ۷۰ سال رخ میدهد و بیش از ٪۸۰این مرگها در کشورهای در حال توسعه اتفاق میافتد. افزایش شیوع بیماریهای غیرواگیر و ماهیت مزمن، پیش رونده و ناتوان کننده آنهاباعث بوجود آمدن مشکلات عدیده ای میشوند و متاسفانه نیروی مولد جوامع را به طور مستقیم در معرض خطر مرگ و میر، معلولیت و ناتوانی ها قرار میدهند. به دلیل هزینه های درمانی طولانی مدت و هزینه های بالای از جیب مردم، بیماریهای غیرواگیر میتوانندمنجر به هزینه های کمرشکن سلامت و فقر شوند. لذا بیماریهای غیرواگیر از مهمترین موانع توسعه کشورها هستند و هزینه های سرسام آور ناشی از این بیماریها هر نظام بهداشتی و درمانی را با چالشهای عدیدهای روبرو مینماید. چهار بیماری دیابت، فشارخون بالا، سرطان و بیماریهای مزمن تنفسی به همراه چهار عامل خطر کم تحرکی، تغذیه ناسالم، مصرف الکل و دخانیات مهمترین علل مرگ و میر ناشی از بیماریهای غیرواگیر هستند که احتمال مرگ ناشی از بیماریهای غیرواگیر را افزایش میدهند. به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت کنترل این بیماریها و عوامل زمینه ساز آنها را به عنوان هدف اصلی برای کاهش ٪۲۵مرگ و میر ناشی از بیماریهای غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵تعیین کرده است.

معاونت بهداشت از سالهای دور تجارب ارزنده ای در اجرای برنامه های موفقیت آمیز برای پیشگیری و کنترل بیماریهای دیابت و فشارخون بالا داشته است و بر مبنای این تجارب و دستورالعملهای جدید سازمان جهانی بهداشت و "سند ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴تا ۱۴۰۴"،همکاران عزیزم در دفتر مدیریت بیماریهای غیرواگیر با همکاری سایر دفاتر و مراکز معاونت بهداشت، بسته خدمت پیشگیری و کنترل چهار بیماری و چهار عامل خطرمنتسب به آنها را تهیه نمودند تا پس از اجرای مرحله یک و تعیین میزان قابلیت اجراء آن، در بسته خدمات سطح یک ادغام شود و در سراسر کشور مطابق با روند تحول سلامت در حوزه بهداشت به اجراء درآید. امیدوارم به یاری خداوند و همت کلیه همکاران محترم در دانشگاه های علوم پزشکی کشور طی دهه آینده،گامی بلند و استوار درراستای حفظ و ارتقای سلامت هموطنان عزیزمان در حیطه کاهش مرگ زود هنگام ناشی از چهار بیماری غیرواگیر و چهار عامل خطر منتسب به آنها برداریم.

و من االله توفیق

دکتر علی اکبر سیاری

Created in Master PDF Editor

فصل اول: آشنایی با بیماری‌های غیر واگیر

اهداف آموزشی

انتظار می‌رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

۱. بیماری‌های غیر واگیر را تعریف نمایند.

۲. تفاوت بین بیماری‌های واگیر و غیر واگیر را بیان نمایند.

۳. عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر را لیست نمایند.

۴. اهمیت خودمراقبتی را در پیشگیری از بیماری های مزمن شرح دهد.

Created in Master PDF Editor

مقدمه

بیماری های مزمن به عنوان چالش اصلی نظامهای سلامت در قرن بیست ویکم مطرح شده اند. امروزه، اپیدمی بیماری های غیرواگیر، مسوول ۶۰ درصد از موارد مرگ ومیر در جهان است. بیماریهای غیر واگیر از جمله بیماری های قلبی عروقی، سکته مغزی، دیابت، سرطان هاو بیماریهای مزمن تنفسی وسوانح و حوادث مهمترین علت مرگ و بار بیماری (سالهای از دست رفته عمر به دلیل مرگ و ناتوانی)در جهان هستند بطوری که از ۵۸ میلیون مرگ درسال ۲۰۰۵، تقریباً ۳۵ میلیون مرگ به علت این بیماریها رخ داده است که شش میلیون از کل ۳۸ میلیون مرگ ناشی از بیماری های غیرواگیر در سنین کمتر از ۷۰ سال رخ می دهد و بیش از ۸۰٪ این مرگها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می آفتد. از می آن بیماریهای غیر واگیر بیماریهای قلبی عروقی از شایعترین بیماریها و عامل یک چهارم مرگ و میرها در جهان هستند. افزایش متوسط عمر از یک طرف- زندگی ماشینی و شهرنشینی از طرف دیگر موجب شیوع بیماری‌های غیرواگیر شده به طوری که شایع‌ترین علل مرگ و میر را در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه باعث می‌گردد. در کشور ما نیز حدود۷۶٪کل مرگ ومیرهابراثربیماریهای غیرواگیر براوردمی شود که حدود۴۶٪ مرگها ناشی از بیماریهای قلبی عروقی است و حدود ۱۰/۵٪ بار بیماری ناشی از این بیماریها است و بخش بزرگی از منابع نظام سلامت در راه درمان آنها هزینه میگرددوطبق اخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت احتمال مرگ بین سنین ۳۰تا۷۰سالگی از ۴ بیماری اصلی (بیماریهای قلبی عروقی ،سرطانها،بیماریهای مزمن تنفسی ودیابت)بالغ بر۱۷٪می باشد.

بیماری‌های غیر واگیر اکثرا مزمن بوده و ناتوانی برجا می‌گذارد و برای ادامه حیات آموزش‌های خاصی مطرح است و مهم اینکه بیمار غیر واگیر به سرپرستی و مراقبت دایم و طولانی نیاز دارد.

ابتلای به بیماری های غیرواگیر و الزام بیمار به خودمراقبتی موجب چالش های فراوانی در زندگی روزمره می شود که بی شک بی تاثیر در کیفیت زندگی وی نخواهد بود. خودآگاهی بیمار، اولین گام برای برنامه ریزی به منظور خودمراقبتی است.که غالبا متاثر از شخصیت بیمار و شیوه های رفتاری وی خواهد بود.

یافته های پژوهشی نشان داده است که خودمراقبتی در بیماری های مزمن می تواند تا حد زیادی استفاده از منابع نظام ارایه خدمات سلامت را کاهش دهد، به طوری که نتیجه آن، ۴۰ درصد کاهش در مراجعه به پزشکان عمومی، ۱۷ درصد کاهش در مراجعه به پزشکان متخصص، ۵۰ درصد کاهش در مراجعه به مراکز اورژانس، ۵۰ درصد کاهش در بستری بیمارستانی و ۵۰ درصد کاهش در روزهای غیبت از کار خواهد بود.

خودمراقبتی: *خودمراقبتی به مسئولیت پذیری افراد در مقابل سلامت خود از طریق داشتن سبک سالم زندگی، تدبیراندیشی جهت جلوگیری از وقوع حوادث و بیماری ها، نگهداری و استفاده صحیح از داروهای بدون نسخه(OTC)در بیماری های جزیی و مراقبت بهینه بیماری های مزمن اطلاق می شود.(به جزوه آموزش سلامت مراجعه شود)*

بهورزان بعنوان خط مقدم ارائه خدمت به مردم و آموزش در جهت ارتقای سلامتی نقش مهمی درتوسعه فرهنگ خودمراقبتی دربعداجتماعی دارا هستند.

عوامل خطر در بیماری‌های غیر واگیر

الف – عوامل خطر فردی، شامل :

- عوامل خطر زمینه ای : مثل سن ، جنس، سطح آموزش و ترکیب ژنتیکی
- عوامل خطر رفتاری : مثل مصرف دخانیات والکل، رژیم غذائی نامناسب و کم تحرکی
- عوامل خطر بینابینی : مثل مقادیر بالای کلسترول خون ، دیابت ، فشارخون بالا و چاقی

ب – عوامل خطر اجتماعی، شامل :

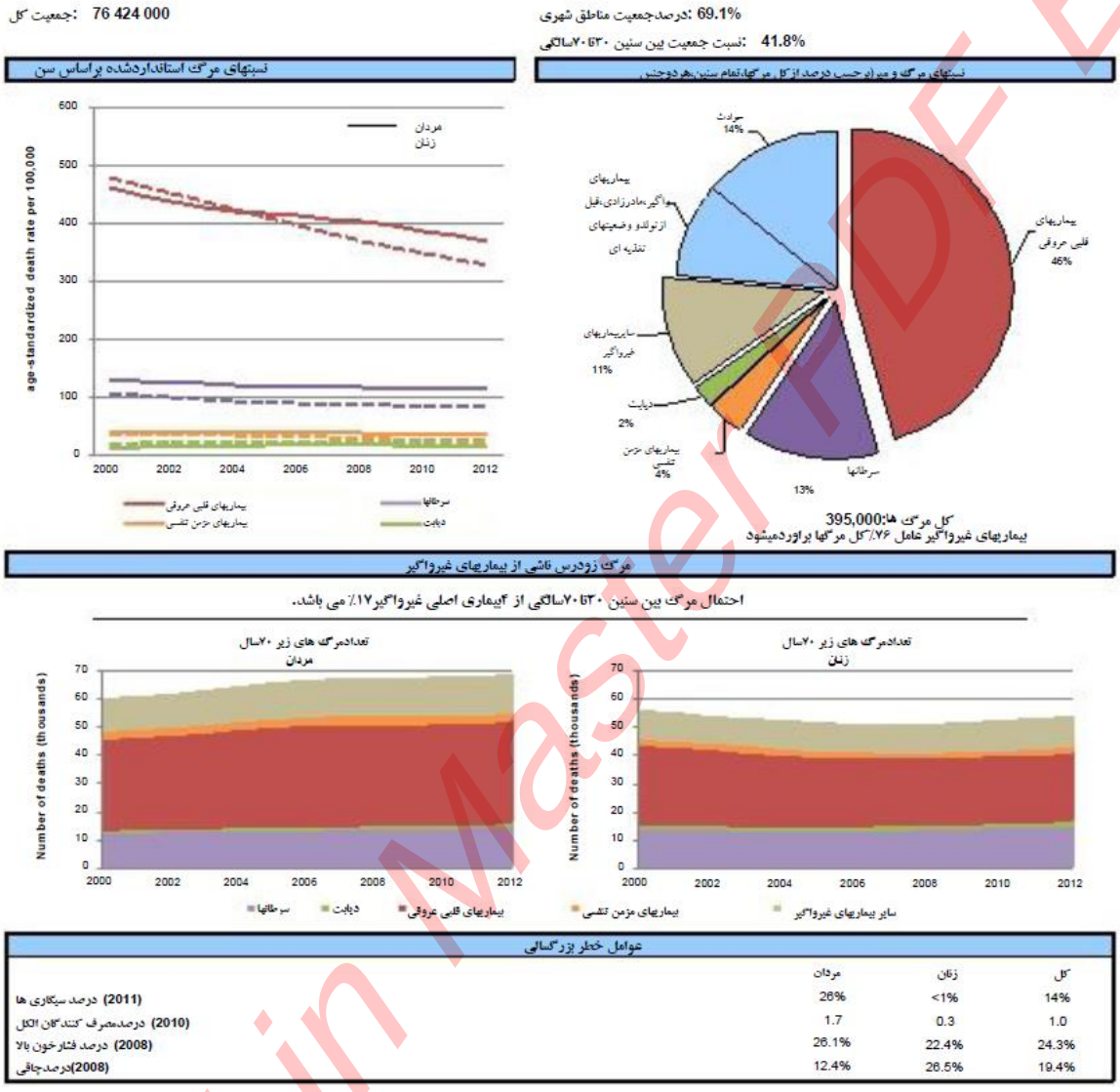
- شرایط اجتماعی و اقتصادی : مثل فقر ، شغل ، ترکیب خانوادگی

Created in Master PDF Editor

- محیط : مثل آب وهوا ،آلودگی هوا
- شهرنشینی : که بر روی مسکن ، دسترسی به محصولات وتولیدات وخدمات تاثیر می گذارد.

- فرهنگی:مثل رفتارها ، هنجارها و ارزشها

گزارش سازمان جهانی بهداشت از علل مرگ و میرهای ثبت شده بین سالهای ۲۰۰۰تا۲۰۱۲-کشور ایران



عوامل خطر بزرگسالی

	مردان	زنان	کل
درصد سیگاری ها (2011)	26%	<1%	14%
درصدمصرف کنندگان الکل (2010)	1.7	0.3	1.0
درصد فشارخون بالا (2008)	26.1%	22.4%	24.3%
درصدچاقی(2008)	12.4%	26.5%	19.4%

World Health Organization - *Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles* , 2014. Translated by Zahra balooch zadeh;baloochzadehz1@mums.ac.ir
* The mortality estimates for this country have a high degree of uncertainty because they are not based on any national NCD mortality data (see Explanatory Notes).

Created in Master PDF Editor

فصل دوم: پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا

اهداف آموزشی

– انتظار می‌رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

۱. بیماری فشارخون بالا را تعریف نموده و انواع آن را شرح دهند.

۲. طبقه بندی فشارخون را بداند.

۳. عوامل خطر زمینه ساز فشارخون بالار ا لیست نمایند.

۴. علائم بیماری فشارخون بالا را فهرست کنند.

۵. عوارض بیماری فشارخون بالا را بیان کنند.

۶. شیوه های درمان بیمار مبتلا به فشارخون بالا را شرح دهند.

۷. وظایف بهورز در برنامه پیشگیری و کنترل فشارخون بالا را توضیح دهند.

۸. نکات مورد توجه در اندازه گیری فشارخون بالا را شرح دهند.

۹. نکات مورد نظر در هربار مراقبت بیماران را شرح دهد.

۱۰. موارد ارجاع فوری و غیرفوری در فشارخون را بداند.

Created in Master PDF Editor

تعریف فشارخون و فشارخون بالا

برای این که خون در شریان های (artery) بدن جاری شود و مواد غذایی را به اعضای مختلف بدن برساند نیاز به نیرویی دارد که خون را به گردش درآورد. این نیرو فشارخون نامیده می شود و عامل این فشار، انقباض و انبساط و مولد آن قلب است. قلب به طورمداوم خون را به داخل شریانی به نام آئورت (aorta) و شاخه های آن که مسئول رساندن اکسیژن و مواد غذایی به تمام اعضای بدن هستند، پمپ می کند. شریانهای بزرگ به صورت لوله هایی با دیواره قابل اتساع وظیفه انتقال خون را از قلب به شریانهای کوچک ومویرگها بر عهده دارند. فشارخون به دو عامل مهم بستگی دارد: یکی برون ده قلب یعنی مقدار خونی که در هر دقیقه به وسیله قلب به درون شریان آئورت پمپ می شود (حدود ۶ ـ ۵ لیتر) و عامل دیگر مقاومت رگ ، یعنی مقاومتی که بر سر راه خروج خون از قلب دررگ ها وجود دارد. با تغییر برون ده قلب یا مقاومت رگ، مقدار فشارخون تغییر میکند.

از آنجا که پمپ یا تلمبه کردن خون توسط قلب به داخل شریانها، ضربان دار است، فشارخون بین دو سطح حداکثر و حداقل در نوسان است. در زمانی که قلب منقبض می شود، خون وارد شریانها می شود و فشارخون به حداکثر مقدار خود می رسد که به آن فشارخون سیستول میگویند. در زمان استراحت قلب که خون وارد شریان نمی شود، با خروج تدریجی خون از این شریان ها و جریان آن به سوی مویرگها فشارخون کاهش یافته و به حداقل مقدار خود میرسد، که به آن فشارخون دیاستول میگویند.

بهترین راه برای پی بردن به مقدار فشارخون هر فرد، اندازه گیری منظم آن با دستگاه فشارسنج است. در هر فرد فشارخون را در دو سطح سیستول و دیاستول اندازه میگیرند که با واحد میلیمتر جیوه نشان داده می شود.

فشارخون بالا در نتیجه افزایش فشار بیش از حد طبیعی جریان خون بر دیواره شریانها ایجاد می شود. اگر فشارخون به طور دایمی بالاتر از حد طبیعی باشد، به آن فشارخون بالا میگویند. فشار خون بالاتر از حد طبیعی (پرفشاری خون) ، خود موجب عوارض کشنده ای است.

به دلیل اینکه فشارخون بالا علامت ندارد، تنها راه برای پی بردن به مقدار فشارخون هر فرد، اندازه گیری فشارخون او است. مقدار فشارخون هر فرد یکی از مهم ترین علائم حیاتی است .

برای این کار بایستی از دستگاه اندازه گیری فشارخون استفاده کرد. غالباً فشارخون را در شریان بازویی)براکیال)اندازه می گیرند. شریان بازویی یک رگ خونی است که مسیر آن از شانه ها تا زیر آرنج است و سپس در ساعد به دو شاخه رادیال و اولنارتقسیم میشود و ادامه پیدا میکند. این شریان یکی از شریانهایی است که میتوان فشارخون را براحتی ازآن اندازه گیری کرد.در هر فرد فشارخون را در دو سطح سیستول و دیاستول اندازه میگیرند. اعداد این دو سطح به صورت کسر بر حسب میلی متر جیوه mmHg نشان داده میشود. مقدار فشارخون سیستول یا عدد بزرگتر را در صورت و مقدار فشارخون دیاستول یا عدد کوچکتر را درمخرج کسر مینویسند. (مانند: ۸۸/۱۳۸ میلی متر جیوه)

طبقه بندی فشارخون

در این طبقه بندی آستانه فشار خون بدون در نظر گرفتن سایر عوامل خطر و بیماری های همراه برای افراد بزرگسال ۱۸ سال و بالاترتعیین شده است. (جدول ۱)

فشارخون طبیعی : در یک فرد سالم در حال استراحت فشارخون کمتر از ۸۰/۱۲۰ میلی متر جیوه است. یعنی فشار سیستول کمتر از ۱۲۰ و دیاستول کمتر از ۸۰ میلی متر جیوه است.

Created in Master PDF Editor

پیش فشارخون بالا: یعنی فشار سیستول بین ۱۲۰ تا ۱۳۹ و یا فشار دیاستول بین ۸۰ تا ۸۹ میلی متر جیوه است. منظور مقدارفشارخونی است که ما بین مقدار طبیعی و مقدار فشارخون بالا است.

فشار خون بالای مرحله یک : یعنی فشار سیستول بین ۱۴۰ تا ۱۵۹ و یا فشار دیاستول بین ۹۰ تا ۹۹ میلی متر جیوه است. اگرفقط فشار سیستول یا فقط فشار دیاستول در این حد باشد، باز هم فشارخون بالای مرحله یک محسوب می شوند.

فشار خون بالای مرحله دو : یعنی فشار سیستول ۱۶۰ میلی متر جیوه و بالاتر و یا فشار دیاستول ۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر است.

اگر فقط فشار سیستول یا فقط فشار دیاستول در این حد باشد، باز هم فشارخون بالای مرحله دو محسوب می شوند.

فشارخون سیستول ۱۸۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشار دیاستول۱۱۰ میلی متر جیوه و بیشتر به عنوان کریز (crisis) فشارخون محسوب می شود و اقدام اورژانسی نیاز دارد. (فشارخون بحرانی یا بحران فشارخون)

در بعضی افراد ممکن است فقط فشارخون سیستولی بالاتر از حد طبیعی باشد (۱۴۰ میلی متر جیوه یا بالاتر) مانند فشارخون۱۴۸ /۸۲ میلی متر جیوه **فشارخون بالای تنها (ایزوله)** می گویند. که به آن فشارخون بالای سیستولی بیشتر در افراد سالمند دیده می شود. در بعضی افراد ممکن است فقط فشارخون دیاستولی بالاتر از حد طبیعی باشد فشارخون۱۳۴ / ۹۶ میلی متر جیوه که به آن **فشارخون بالای دیاستولی تنها** می گویند.

افرادی که فشارخون آنها در محدوده پیش فشارخون بالاست، در معرض خطر افزایش فشارخون هستند. در این افراد احتمال ابـتلاء بـه فشارخون بالا زیاد است.

فشارخون باید بر اساس چند اندازه گیری که در موقعیت های جداگانه و در طول یک دوره اندازه گیری شده است، تشخیص داده شود.در زمان اندازه گیری فشارخون در هر شرایطی مانند مطب، بیمارستان، داخل آمبولانس و خانه باید عوامل تاثیر گذار بر فشـارخون بـه دقت مورد توجه قرار گیرد.

فقط پزشک می تواند تایید کند که فرد به بیماری فشارخون بالا مبتلا است. اغلب پزشکان قبل از این که در مورد بالا بودن فشارخون تصمیم بگیرند، چندین بار در روزهای مختلف فشار خون فرد را کنترل می کنند. اگر فرد فشارخون بالا داشته باشد، لازم است به طـور منظم فشارخون خود را اندازه گیری کند و زیر نظر پزشک تحت درمان قرار گیرد.

جدول۱: طبقه بندی فشارخون در افراد بزرگسال

	سیستول (mmHg)		دیاستول((mmHg
فشار خون طبیعی یا مطلوب	کمتر از ۱۲۰ (۹۰-۱۱۹)	و	کمتر از ۸۰ (۷۹-۶۰)
پیش فشار خون بالا	۱۲۰-۱۳۹	و یا	۸۰-۸۹
فشار خون بالای مرحله ۱	۱۴۰-۱۵۹	و یا	۹۰-۹۹
فشارخون سیستولی ایزوله (تنها)	۱۴۰یا بیشتر	و	کمتر از ۹۰
فشارخون دیاستولی ایزوله (تنها)	کمتر از ۱۴۰	و	۹۰یا بیشتر
فشارخون بحرانی	۱۸۰و بیشتر	ویا	۱۱۰و بیشتر

عوامل موثر بر فشارخون بالا

فشارخون تحت تأثیر عوامل زیادی قرار دارد. فشارخون در طول روز تحت تأثیر عوامل مختلفی تغییر می کند، اما این تغییـرات مـوقتی هستند: از جمله این عوامل وضعیت بدن، فعالیت مغز، فعالیت گوارشی، فعالیت عضلانی، تحریکات عصبی،

Created in Master PDF Editor

تحریکات دردناک، مثانه پـر، عوامل محیطی مثل دمای هوا و میزان صدا، مصرف دخانیات، مصرف الکل، قهوه، چای و دارو هستند.

انواع فشارخون بالا

فشارخون بالا دو نوع اولیه و ثانویه دارد:

فشارخون بالای اولیه

در نوع اولیه که ۹۵ درصد بیماران فشارخونی را شامل می شود، علت فشارخون بالا مشخص نیست و عوامل خطرسازی مانند سـن بـالا، جنسیت مردانه، مصرف زیاد نمک، چاقی، دیابت و سابقه خانوادگی را در ایجاد آن دخیل میدانند.

عوامل خطر زمینه ساز بیماری فشار خون بالا در نوع اولیه

سابقه خانوادگی: سابقه فشار خون بالا در افراد درجه یک خانواده شامل پدر، مادر، خواهر و برادر از عوامل بسیار مهم بوده و احتمال ابتلاء به فشار خون بالا در افراد این خانواده ها بیش از افرادی است که سابقه خانوادگی ابتلاء به این بیماری را ندارند. در کسانی که سابقه خانوادگی دارند مشاوره ژنتیک در پیشگیری و کنترل این بیماری مؤثر است.

سن و جنسیت: شیوع فشار خون بالا در مردان قبل از سن ۵۰ سالگی بیشتر از زنان هم سن آنها میباشـد ، امـا بعـد از ۵۰ سالگی به دلیل یائسگی، شیوع فشارخون بالا در زنان افزایش می یابد.

مصرف نمک: بین مصرف نمک بیش از نیاز بدن و فشار خون بالا ارتباط وجود دارد. واکنش افراد به میزان نمک رژیم غذایی متفاوت است و افراد سالمند نسبت به نمک حساستر هستند.



میزان چربی خون: اگرچه اختلال چربی های خون به طور مستقیم در ا یجـاد فشـارخون بـالا دخیل نیسـت، امـا بـه دلیـل تغییراتی که در جدار رگ به وجود می آورد، ممکن است بیماری فشارخون بالا را تشد ید نما ید. البتـه میـزان کلسـترول خـو ن دارای اهمیت زیادی است، لذا اگر مقدار LDL که حامل اصلی کلسترول خون است، بالا باشد، د ر جدار عروق رسـوب کرده و منجر به تصلب شرایین می شود. تصلب شرایین نیز منجر به فشارخون بالا می شود.

مصرف الکل: اگر الکل به طور مداوم مصرف شود، موجب افزایش فشارخون می شود.

مصرف دخانیات: مصرف دخانیات یک عامل زمینه ساز برای تصلب شرایین است و اگر چه به طور مستقیم موجب افزایش فشار خون نمی شود، اما در افرادی که فشار خون بالا دارند و سیگاری هستند، تصلب شریان ها زودتر از افرادی که فشار خـون بالا دارند، اما سیگاری نیستند، اتفاق می افتد، ا ین عامل خود موجب تشد ید فشارخون بالا می شود. اگرچه نیکوتین سیگار نیـز بطور موقتی منجر به افزایش ضربان قلب و فشارخون می شود،اما در درازمدت تـأثیر قابل تـوجهی در افـزایش فشـارخون خواهد داشت.

چاقی: چاقی یکی از عوامل مهمی است که در شیوع فشار خون بالا نقش به سزایی دارد. فشار خون بالا در افراد چاق ۲ تا ۶ برابر بیشتر از افرادی است که افزایش وزن ندارند. هر ۱۰ کیلو گـرم افـزایش وزن موجـب افـزایش فشـار سیسـتولی ۲ تـا ۳ میلی متر جیوه و فشار دیاستولی ۱ تا ۳ میلیمتر جیوه می شود. چاقی های مرکزی یعنی چـاقی کـه در قسـمت شـکم متمرکـزاست (چاقی نوع مردانه) در ایجاد فشار خون بالا اهمیت بیشتری دارد. چاقی مرکزی منجر به مقاومـت بـه انسـولین طبیعـی خون می شود و مانع از پاسخ بافتهای بدن به انسولین میگردد.

دیابت: بیماری دیابت زمینه ساز فشار خون بالاست و در افراد مبتلا به دیابت، شیوع فشار خون بالا بیشتر از افراد غیر دیابتی است و خطر بیماری قلبی عروقی در این افراد چندین برابر می باشد، بنابر این کنترل فشـارخون در افـراد مبـتلا بـه دیابـت و تنظیم قند خون در افرادی که مبتلا به فشار خون بالا هستند، اهمیت زیادی در کـاهش احتمـال خطـر بیمـاری هـای قلبـی عروقی دارد.

Created in Master PDF Editor

فشارخون بالای ثانویه

در نوع ثانویه که ۵ درصد بیماران فشارخونی را شامل می شود، علت فشارخون بالا، اختلال عملکرد یکی از عوامل تنظیم کننده فشارخون است. (تغییر در ترشح هورمونها و یا عملکرد کلیه ها و غدد فوق کلیوی) از آنجا که درمان بیماری ایجاد کننده، ممکن است به بر طرف شدن قطعی فشار خون بالا منجر شود و برای همیشه بیمار را بهبود بخشد، توجه خاص به این گروه از بیماریها و تشخیص این بیماریها، اهمیت دارد.

علایم بالینی

فشار خون اولیه سال ها بدون علامت است و معمولاً زمانی علامت دار می شود که بر اندامهای حیاتی مثل مغز، چشم، کلیه و قلب تاثیر گذاشته و به آنها آسیب رسانده باشد. گاهی ممکن است بیمار از علایمی مثل سردرد در ناحیه پس سر، سرگیجه، تاری و اختلال دید، خستگی زودرس و طپش قلب، تنگی نفس شبانه و یا هنگام فعالیت و دردهای قفسه سینه، شکایت کند. اگر فشارخون به طور حاد افزایش یابد ممکن است بیمار دچار سرگیجه و تشنج شده وحتی به اغماء برود.

درمان



فشارخون بالا در تمام طول عمر نیاز به درمان دارد و لازم است بیمار و خانواده او تحت آموزش قرار بگیرند تا نسبت به بیماری فشارخون و عوارض آن آگاهی کامل پیدا کنند. برای درمان، مراقبت و پیگیری بیماری، مشارکت فرد مبتلا به فشار خون بالا و خانواده وی اهمیت به سزایی دارد. درمان فشار خون بالا باید متناسب با هر بیمار انجام شود و پرونده درمانی او دقیقاً کنترل گردد.

از علل اصلی ناکامی در درمان فشارخون بالا را می توان بی علامت بودن بیماری و آگاهی ناکافی جامعه و به ویژه بیماران نسبت به بیماری و عوارض آن و مصرف نا منظم دارو ذکر کرد.

به طورکلی درمان بیماران مبتلا به فشار خون بالا معمولاً به صورت ترکیبی از درمان غیردارویی و درمان دارویی میباشد. درمان بیماری فشارخون بالا، علاوه بر درمان دارویی نیازمند تغییر شیوه نامناسب زندگی می باشد.

درمان غیر دارویی

مراقبتهای غیر دارویی شامل تغییرشیوه نامناسب زندگی است. تغییرات شیوه در کنترل و کاهش فشارخون در بیماری فشارخون بالا نقش مهمی دارد. اصلاح شیوه زندگی، فشارخون را پایین می آورد. این تغییرات شامل موارد زیر هستند:

- تغییر الگوی تغذیه ای به منظور کاهش مصرف چربی و مصرف روغن مایع به جای روغن جامد،
- مصرف سبزیجات و انواع میوه ها، کاهش مصرف نمک و غذاهای شور، پخت غذا به روش صحیح مثلاً بخار پز یا آب پز وحتی المقدور پرهیز از سرخ کردن آن
- افزایش فعالیت بدنی و انجام ورزش روزانه و منظم یا حداقل ۵ روز در هفته با شدت متوسط در جهت مبارزه با کم تحرکی
- ترک مصرف الکل و دخانیات
- کاهش وزن

به کارگیری این موارد در کنترل فشار خون بالا بسیار مؤثر است.

اثر شیوه زندگی بر کاهش فشارخون بر حسب پذیرش بیماران، رعایت و پیروی از درمان فرق میکند. اصلاح شیوه زندگی علاوه برتأثیر بر روی فشارخون، مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی را هم کاهش می دهد. بنابراین، بدون توجه به مقدار فشارخون، تمام افراد باید شیوه های زندگی مناسب را بپذیرند.

درمان دارویی

Created in Master PDF Editor

فصل سوم: پیشگیری و کنترل بیماری دیابت

اهداف آموزشی

انتظار می رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

Created in Master PDF Editor

۱. دیابت را تعریف و انواع آن را توضیح دهند.
۲. علائم دیابت را نام ببرند.
۳. افراد در معرض خطر دیابت را لیست نمایند.
۴. پره دیابتیک را تعریف نمایند.
۵. عوارض بیماری دیابت را توضیح دهند.
۶. اقدامات لازم در برخورد با عوارض دیابت را لیست نمایند.
۷. اهمیت کنترل دقیق قند خون را شرح دهند.
۸. آموزش لازم برای افراد مبتلا به دیابت را توضیح دهند.
۹. اهمیت مراقبت از پا دربیماران دیابتی را شرح دهند.
۱۰. نحوه صحیح مراقبت از پا دربیماران دیابتی به طور عملی نشان دهند.
۱۱. نحوه تزریق انسولین به بیماران دیابتی را عملاً نشان دهند.
۱۲. شرح وظایف بهورز دربرنامه کشوری دیابت را لیست نمایند.
۱۳. نحوه پیگیری غربالگری مادران باردار را پس از ختم بارداری توضیح دهند.
۱۴. نحوه غربالگری و پیگیری دیابت بارداری و پس از بارداری را توضیح دهند.

مقدمه

افزایش قند خون در بدن، بیماری دیابت نامیده می شود. این بیماری انواع مختلفی دارد، ولی به طورعمده به : الف) دیابت نوع ۱ ، ب) دیابت نوع ۲، ج) دیابت بارداری، تقسیم می شود. بیش از ۹۰٪ بیماران مبتلا به دیابت از نوع ۲ هستند و حدود ۱۰٪ از دیابت نوع ۱ رنج میبرند. بیشتر افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بزرگسال و چاق هستند، اما دیابت نوع ۱ بیشتر در کودکان و نوجوانان دیده شده و باعث لاغری و ضعیف شدن بیماران می شود. دیابت بارداری به افزایش قند خون در دوره بارداری اطلاق می شود که معمولاً ۴ تا ۱۲ هفته پس از ختم بارداری بهبود می یابد.

عامل بروز دیابت نوع ۱ کاهش یا عدم ترشح هورمونی به نام انسولین است. به طور معمول، در دیابت نوع ۲ مقدار ترشح انسولین طبیعی است و یا حتی افزایش یافته است، اما سلولهای بدن حساسیت خود را به انسولین ازدست داده اند که این وضعیت مقاومت به انسولین نامیده می شود.

علل بروز دیابت

علت اصلی بیماری دیابت هنوز به طور کامل شناخته نشده، اما برخی از مهم ترین دلایل بروز بیماری دیابت به شرح زیر است:

Created in Master PDF Editor

نوع ۱: استعداد ژنتیکی (ارثی)، اختلالها و بیماری سیستم ایمنی بدن (سیستم ایمنی بدن به اشتباه علیه سلولهای سازنده انسولین موادی میسازد که این سلولها را از بین میبرد)، بعضی ویروسها و سموم.

نوع ۲: در افراد بزرگسال (با سن بیش از ۳۰ سال) عواملی از قبیل اضافه وزن و چاقی، کم تحرکی، سابقه ی فامیلی و ارثی، چربی و فشارخون بالا مهم ترین علل بروز دیابت نوع ۲ هستند.

علائم و نشانه ها

علائم دیابت نوع ۱ معمولاً شدید و ناگهانی و به شرح زیر است:

۱. تشنگی زیاد و نوشیدن آب بسیار(پرنوشی)،
۲. گرسنگی (پرخوری)،
۳. ادرار زیاد (پرادراری)،
۴. خستگی زیاد،
۵. کم شدن وزن بدن و لاغری،
۶. تاری دید.
۷. ادرار شبانه،
۸. عفونتهای مکرر،
۹. تأخیر در بهبود زخمها و بریدگیها

بدلیل سیر بطئی افزایش قند خون در مبتلایان به دیابت نوع ۲ معمولاً این نوع بیماری دیابت بدون علامت است.

درمان :

دیابت درمان قطعی ندارد، ولی قابل کنترل است. شاید در آینده علاج قطعی دیابت امکانپذیر شود، اما درحال حاضر فقط می توان با کنترل قند خون در محدوده طبیعی از بروز عوارض دیابت پیشگیری کرد.

(کالری) دریافتی مورد نیاز هر بیمار، فعالیت بدنی مناسب، مستمر و منظم، آموزش و پایش دایمی رژیم غذایی سالم و تأمین انرژی مقدار قند خون (خودمراقبتی) و دارودرمانی از ارکان اصلی درمان دیابت هستند.

سیر بیماری دیابت

سیر بیماری دیابت در نوع ۱ و ۲ به شرح زیر است:

دیابت نوع ۱

انسان برای ادامه ی حیات و انجام کار نیازمند انرژی است. انرژی لازم نیز ازطریق خوردن غذا تأمین می شود. غذا به طور کلی شامل کربوهیدراتها (قند، نشاسته و...)، چربیها (روغن و چربیها) و پروتئین ها (گوشت، ماهی، مرغ و...) است.

پس از جویدن و بلعیدن، مواد غذایی وارد معده شده و به کمک اسید معده به ذرات کوچکتر تبدیل می شود. این ذرات به سوی روده کوچک هدایت می شوند و از سلولهای دیواره روده کوچک جذب شده و به طور عمده به شکل گلوکز وارد جریان

خون می شوند و به سوی سلول های بدن می روند. با افزایش میزان قند (گلوکز) در خون، پانکراس تحریک شده و انسولین ترشح میکند. انسولین همراه با جریان خون در بدن توزیع شده و در نقاط مشخصی روی دیواره ی سلول ها قرارمی گیرد. با اتصال انسولین به دیواره سلولی مسیری برای ورود قند به داخل سلول ایجاد می شود و قند جهت ذخیره شدن یا تأمین انرژی وارد سلول میگردد. با کاهش مقدار قند خون، پانکراس ترشح انسولین را کم کرده یا متوقف میکند.

کمبود یا فقدان انسولین علت اصلی دیابت در دیابت نوع ۱ (بیشتر در کودکان و نوجوانان) است. سلولهای تولیدکننده انسولین درپانکراس (لوزالمعده) این افراد آسیب دیده و یا کاملاً از بین رفته اند. اگر انسولین در بدن وجود نداشته باشد، قند وارد سلولها نمی شود و مقدار آن در خون افزایش می یابد. دراین صورت،سلولها از چربی به عنوان منبع تأمین انرژی استفاده می کنند. مصرف چربی برای سلول مشکل تر ا ز قند است. سلول با سوزاندن چربی، انرژی مورد نیاز خود را به دست می آورد و البته مواد زائدی به نام کتون نیز تولید می شود. با افزایش مقدارکتون دربدن، وضعیتی به نام کتواسیدوز به وجود می آید. در این اوقات تشنگی، خشکی دهان، تکرر ادرار، درد شکم و درنهایت بیهوشی و اغما در بیمار رخ میدهد.

Created in Master PDF Editor

کتواسیدوز یک اورژانس پزشکی است و درصورتی که به موقع درمان نشود، مرگ بیمار حتمی است. اصول کلی درمان کتواسیدوز شامل تجویز مایعات و انسولین به صورت زیرجلدی است.

نکته مهمی که مصرف کنندگان انسولین لازم است بدانند احتمال کاهش شدید قندخون که به اصطلاح هیپوگلیسمی نامیده می شود، متعاقب تزریق انسولین است. درصورتی که انسولین بیش از حد تزریق شود و یا خوردن یک وعده غذا فراموش شود و یا فعالیت بدنی شدیدتری نسبت به بقیه ی اوقات انجام شود، مقدار قندخون بسیار کاهش یافته و احساس گرسنگی، سردرد وسرگیجه به وجودمی آید. هیپوگلیسمی درصورت عدم اقدام فوری به تشنج، عدم هوشیاری، بیهوشی و مرگ منجرمی شود.

نکته مهم: برای پیشگیری از هیپوگلیسمی، نباید فاصله تزریق انسولین و مصرف غذا از نیم ساعت بیشتر شود.

از آنجا که سلولهای مغز فقط از سوزاندن قند، انرژی مورد نیاز خود را به دست می آورند، کاهش شدید قند خون برای مدت کوتاهی سبب آسیب سلولهای مغزی می شود. این آسیب برگشت ناپذیر است. با توجه به مطالب فوق درصورت به وجود آمدن علایم هیپوگلیسمی، اگر بیمار هوشیار است مقداری کربوهیدرات مانند عسل، قند یاشکلات، که سریع جذب می شوند، به وی خورانده شود. درصورتی که بیمار هوشیار نبوده و یا بیهوش باشد، لازم است که به سرعت با اورژانس تماس گرفته شود.

دیابت نوع ۲

برخلاف مبتلایان به دیابت نوع ۱ که قادر به ساخت انسولین نیستند، دربیماران این گروه (دیابت نوع ۲)، در اوایل بیماری به مقدار کافی یا حتی بیش از حد نیاز انسولین ساخته می شود؛ اما انسولین موجود در خون قادر به تسهیل ورود گلوکز (قند) به درون سلولها نیست. در دیابت نوع ۲، یا شکل انسولین تغییر کرده و یا گیرنده های سلولها، انسولین را شناسایی نمی کنند و بنابراین سلول اجازه ورود گلوکز (قند) به داخل سلول را نداده و درنتیجه مقدار قند در خون افزایش می یابد، اما سلول ها بدون انرژی و گرسنه اند ونمی توانند وظایف خود را انجام دهند. عدم پاسخ دهی سلولها به انسولین را مقاومت به انسولین می نامند. البته در برخی از مبتلایان به دیابت نوع ۲ و یا موارد پیشرفته آن نیز مقدار انسولین ساخته شده توسط سلولهای لوزالمعده (پانکراس) کاهش می یابد، در این موارد نیاز به تزریق انسولین وجود دارد.انسولین همچون کلید در سلول را باز کرده و اجازه می دهد که قند وارد آن شده و مورد استفاده سلول قرار گیرد.

استعداد ژنتیکی در بروز دیابت نوع ۲ بیش از دیابت نوع ۱ نقش دارد، به همین دلیل است که در بیشتر افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ سابقه خانوادگی مثبت وجود دارد، یعنی یک یا چند نفر از بستگان درجه یک بیماران نیز مبتلا به دیابت هستند.



Created in Master PDF Editor

طبقه‌بندی نمایه توده‌ی بدنی

۱۸/۵ – ۲۴/۹ = وزن طبیعی

۲۵ – ۲۹/۹ = اضافه‌وزن

۳۰ – ۳۴/۹ = چاقی متوسط (چاقی درجه یک)

۳۵ – ۳۹/۹ = چاقی شدید (چاقی درجه دو)

۴۰ به بالا = چاقی خیلی شدید (چاقی درجه سه)

چاقی یکی از مهم ترین عوامل محیطی موثر در بروز دیابت نوع ۲ است. افزایش چربی در بدن باعث افزایش مقاومت به انسولین و بنابراین بالا رفتن قند خون می شود. به همین دلیل است که دیابت نوع ۲ در بیش از نیمی از موارد با فعالیت بدنی کافی و رژیم غذایی مناسب، که باعث کاهش وزن شود، کنترل میگردد.کم تحرکی و مصرف غذاهای پرانرژی که مشخصه شیوه زندگی ماشینی و کم تحرک است، عامل بروز دیابت نوع ۲ است.

کمای هیپراسمولار وضعیتی شبیه کتواسیدوز است که اغلب در افراد مسن مبتلا به دیابت نوع ۲ رخ می دهد. افزایش قندخون وعدم دریافت مقدار کافی مایعات در مدت زمان طولانی به این وضعیت منجر می شود. در هر فرد مسن مبتلا به دیابت نوع ۲ بااختلال هوشیاری باید به فکر این عارضه بود.

علایم اصلی کمای هیپراسمولار عبارتند از:

- *تشنگی و پرنوشی چند روزه*
- *علایم عصبی (از اختلال هوشیاری تا اغما)*
- *افزایش حجم ادرار و علایم کم آبی بدن.*

عفونتها شایع ترین علل بروز کمای هیپراسمولار هستند (عفونتهای ریوی و ادراری).عدم مصرف داروهای کاهنده قندخون یا انسولین، مصرف برخی داروها و عدم دسترسی کافی به آب، برخی دیگر از علل بروز این عارضه هستند.

عوارض زودرس و دیررس دیابت

کتواسیدوز، کمای هیپراسمولار و هیپوگلیسمی را عوارض زودرس دیابت می نامند. کتواسیدوز در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ رخ می دهد و کمای هیپراسمولار در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ به وجود می آید و هیپوگلیسمی در هر نوع دیابت ظاهرمی شود. این عوارض که ممکن است به دفعات مکرر رخ دهند، تهدیدکننده حیات هستند و شامل ارجاع فوری می باشند.

عوارض دیررس دیابت که اغلب چند سال پس از ابتلا به دیابت به وجود می آیند، متعدد بوده و در صورت عدم کنترل دقیق قند خون به ناتوانی و زمین گیری منجر می شوند.عوارض دیررس دیابت تقریباً تمام دستگاه های بدن را درگیر میکنند و به دو گروه اصلی تقسیم می شوند:

- بیماریهای عروق خونی کوچک (عوارض میکروواسکولار):

بیماریهای چشمی (رتینوپاتی)،بیماریهای کلیوی (نفروپاتی)،بیماریهای دستگاه عصبی (نوروپاتی).

- بیماریهای عروق خونی بزرگ (عوارض ماکروواسکولار).

یکی از شایع ترین عوارض دیررس دیابت اختلالات در پاهاست، که در ابتدا به صورت گزگز و مورمور شدن، سوزش، درد و بی حسی بروز می کند و در صورت عدم درمان مناسب و کنترل مطلوب بیماری، به پای دیابتی تبدیل می شود. این مشکل ناشی از درگیری توأم میکرو و ماکروواسکولار است. در این موارد، ابتدا زخمی در انگشتان پا به وجود می آید، ولی

Created in Master PDF Editor

به علت اختلال در خون رسانی بهبودی حاصل نمی شود و زخم پیشرفت می کند. درصورت عدم کنترل بیماری، عضو مبتلا دچار گانگرن (قانقاریا) شده که برای پیشگیری ازپیشرفت آن و مرگ بیمار، اندام مبتلا باید قطع شود.

مرحله اول بیماری یعنی به وجود آمدن زخم، اغلب به دلیل بی حسی و عدم درک درد، فشار، گرما یا سرما است که ناشی از عوارض عصبی دیابت است. اما عدم بهبودی زخم به دلیل اختلال در عروق و خونرسانی عضو مبتلا است و بنابراین عوارض میکروو ماکروواسکولارهر دو در ایجاد پای دیابتی نقش دارند. عدم تشخیص به هنگام و درمان مناسب، سبب بروز عوارض دیررس دیابت ومعلولیت هایی همچون سکته های قلبی و مغزی، قطع پا، نابینایی و نیاز به دیالیز یا پیوند کلیه می شود.

خودپایشی (اندازه گیری قندخون در زمانهای مناسب توسط گلوکومتر در منزل، ثبت و ارایه آن به بهورز/ مراقب سلامت و پزشک) ازروش های موثر در دستیابی به کنترل مطلوب دیابت است.

Created in Master PDF Editor

آموزش های لازم برای افراد مبتلا به دیابت

در ابتدا، بیمار باید بداند که کنترل دقیق قندخون چه اهمیتی دارد و در هر بار ملاقات، نکته های زیر به او آموزش داده می شود:

- کنترل وزن
- برنامه غذایی
- ورزش و فعالیتهای بدنی
- مراقبت از پا
- ترک مصرف دخانیات
- نحوه مصرف داروهای تجویز شده

برنامه غذایی

باید به افراد مبتلا به دیابت درباره برنامه غذایی به طور دقیق آموزش داد. نکته هایی که باید در برنامه غذایی این بیماران رعایت شود عبارتند از:

- تعداد وعده های غذا را افزایش داده و درهر وعده، مقدار غذای مصرفی را متناسب با فعالیت بیمار کاهش دهند. افراد مبتلا به دیابت به خصوص بیماران لاغر و بیمارانی که قرص مصرف می کنند و یا انسولین تزریق مینمایند، هرگز نباید یکی از وعده های اصلی غذای خود را حذف کنند.
- از میوه های غیرشیرین و سبزیها در وعده های غذایی به مقدار زیاد استفاده کنند.
- مصرف میوه های شیرین مانند انگور، خربزه، خرما، توت و همچنین خشکبار شیرین مانند توت خشک، کشمش، قیسی رادر برنامه غذایی خود محدود کنند.
- از حبوبات در برنامه غذایی روزانه بیش تر مصرف کنند.
- نان سبوسدار مصرف کنند.
- قند و شکر و انواع شیرینی مانند آبنبات، شکلات، شیرینی، گز، سوهان و امثال آن را مصرف نکنند.
- از مواد نشاسته ای مانند نان، برنج، سیب زمینی، گندم، جو و ماکارونی به میزانی که موجب افزایش وزن نشود، مصرف نمایند.
- مصرف چربیها را کاهش دهند و به این منظور از سرخکردن غذا خودداری و آن را به صورت آب پز و کبابی تهیه کنند. ازگوشت های کم چربی استفاده کنند و قبل از پخت، چربی گوشت و پوست مرغ را جداکنند. از شیر و ماست کم چرب استفاده کرده و برای این کار شیر را جوشانده و پس از سردشدن

Created in Master PDF Editor



چربی آن را جدا کنند. مصرف تخم مرغ را محدود کرده و از گوشتهای احشایی مانند جگر، مغز، قلوه و کله پاچه کمتر مصرف کنند. به جای خامه، کره و روغنهای جامد از روغن مایع و زیتون استفاده کنند.

توجه: بعضی از افراد مبتلا به دیابت می توانند با نظر پزشک معالج خود روزه بگیرند.

ورزش و فعالیتهای بدنی

ورزش باعث کارایی بیشتر، کاهش وزن، احساس نشاط و تندرستی می شود. افزایش فعالیتهای بدنی در کنترل بیماری قند بسیاراهمیت دارد. انجام فعالیت بدنی هر چند کم بهتر از عدم انجام آن است و می تواند به سوختن کالری بیش تر کمک کند و موجب بهبود در وضعیت جسمانی شود. باید انجام فعالیت بدنی بخشی از زندگی روزمره باشد.

- زمان ورزش بهتر است عصر باشد.
- بهتر است که ورزش های سبک مثل نرمش و پیاده روی انجام دهند. به هر حال درباره نوع ورزش می تواند با پزشک مرکز جامع سلامت مشورت کنند.
- قند خون پیش و پس از ورزش اندازه گیری شود. ۵- ۱۰ دقیقه در ابتدا و انتهای هر جلسه ورزش به "گرم کردن" و " سرد کردن" بدن اختصاص داده شود.
- اگر قندخون پیش از ورزش کم تر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بود، حتماً یک واحد کربوهیدرات میل شود.
- اگر قندخون ناشتا بیش از ۲۵۰ میلی گرم در دسی لیتر بود نباید ورزش کرد.
- پس از ورزش، پاها و بین انگشتان از نظر قرمزی و تاول بررسی شوند.

• مراقبت از پا

رعایت نکته های زیر در حفظ بهداشت پای افراد مبتلا به دیابت بسیار مهم است:

- پاها، باید به طور روزانه، از نظر وجود قرمزی، تورم، تغییر رنگ، زخم، ترک خوردگی و ترشح بررسی شوند. در صورت نیاز، برای مشاهده کف پا می توان از آینه استفاده نمود.
- هر روز پاها با آب ولرم و صابون شسته شوند و بین انگشتان با حوله نرم خشک گردند.
- ناخنهای پا با دقت کوتاه شوند. ناخن ها باید صاف گرفته شده و گوشه های آن گرفته نشود. در ضمن ناخن نباید از ته گرفته شود.درصورتی که دید بیمار مشکل داشته باشد، شخص دیگری ناخنهای او را بگیرد.
- از روغن زیتون و یا نرم کننده ها به منظور پیشگیری از خشکی پوست می توان سود برد.
- جوراب ها روزانه عوض شده و از جوراب نخی و ضخیم استفاده شود.
- از کفش راحت، پاشنه کوتاه و پنجه پهن استفاده شود.
- در خانه از کفش راحتی و دمپایی مناسب استفاده گردد.
- برای پیشگیری از مشکلات احتمالی پا، پای برهنه راه نروند.
- از نزدیک کردن پای خود به آتش، بخاری، شوفاژ و هر وسیله گرمایی دیگر خودداری کنند.
- به منظور پیشگیری از سوختگی، هنگام حمام کردن، باید، دمای آب را با دماسنج اندازه گیری کرد.

ترک مصرف دخانیات

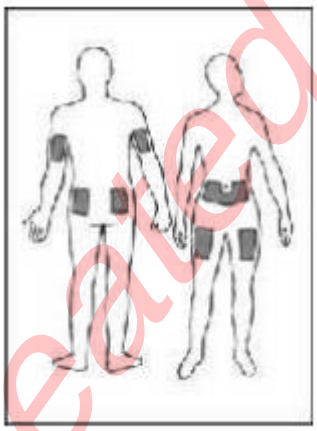
افراد مبتلا به دیابت که هر نوع دخانیات (سیگار، پیپ، چپق، قلیان و جویدن توتون) مصرف می کنند، باید برای ترک تشویق شوند.

Created in Master PDF Editor

نکته هایی که فرد مبتلا به دیابت در هنگام ابتلا به سایر بیماریها باید رعایت کند :

در مـواردی که شخص مبتلا به دیابت به بیماریهایی از قبیل سرمـاخوردگی، تب، اسهال و استفراغ مبتلا شود، باید اقدامهـای زیـر را انجام دهد:

- درصورت تزریق انسولین نباید مصرف آن را قطع کند.
- اگر قادر به خوردن غذاهای سفت نیست، بهتر است از غذاهای مایع مانند سوپ، آش، مایعات غیرشیرین، آب میوه و یا شـیر استفاده نماید.
- باید در زمان بیداری به اندازه ی کافی استراحت کند.
- درصورت ابتلا به عوارض شدید، مانند اسهال و استفراغ شدید، حتماً به پزشک مراجعه کند.



محل‌های مناسب برای تزریق انسولین

بهداشت و مشکلات دهان و دندان در دیابت

افراد دیابتی مستعد ابتلا به بیماری دهان، دندان و لثه هستند. وجود قند بالا در بزاق بیماران دیابتی و اختلال در پاسخهای سلولهـای دفاعی بدن، زمینه برای ابتلا به عفونت های مختلف از جمله قارچی فراهم است و میزان مشکلات دهان و دندان در این بیمـاران بیشـتراست.

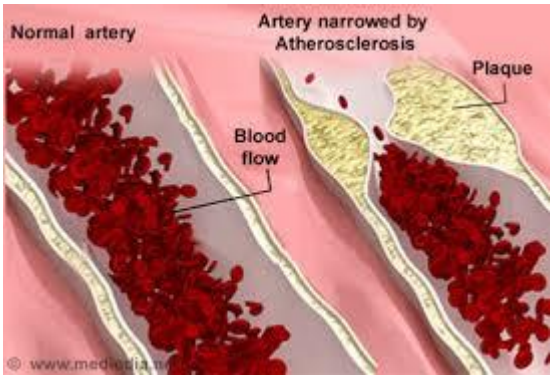
Created in Master PDF Editor

علایم مشکلات دهان و دندان در بیماران دیابتی می تواند به شرح زیر باشد:

- ترک گوشه لبها در اثر کاهش ترشح بزاق و خشکی دهان
- قرمزی شدید و تورم مخاط دهان، احساس درد و سوزش زبان و مخاط دهان و یا لثه ها
- زخم در حفره دهانی
- تغییر حس چشایی
- وجود ضایعات قارچی شکل زبان.
- درد دندانی بدون وجود پوسیدگی
- تخریب مینای دندان و افزایش پوسیدگی دندانها
- بزرگی زبان، ضخیم و شیاردار شدن آنها و یا کنگره کنگره شدن جای دندانها در کنار زبان.
- افزایش حساسیت دندانها به ضربه، به ویژه در ناحیه اتصال لثه به دندان
- لق شدن دندان
- خونریزی لثه
- ضربان دار شدن لثه
- بوی بد دهان

Created in Master PDF Editor

فصل چهارم: پیشگیری و کنترل اختلال چربیهای خون و برنامه خطرسنجی در ایران



اهداف آموزشی

انتظار می رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

۱. تعریف اختلال چربیهای خون را بداند.
۲. انواع لیپوپروتئین ها و نقش آنها را در سلامت قلبی عروقی شرح دهد.
۳. علائم چربی خون بالا را بداند.
۴. نقش چاقی در اختلال چربی های خون را توضیح دهد.
۵. عوامل موثر بر اختلال چربیهای خون را لیست نماید.
۶. نحوه شناسایی اختلال چربیهای خون و محدوده طبیعی آنها را بداند.
۷. برنامه ایراپن را بشناسد.
۸. اقدامات بهورز دربرنامه ایراپن را بیان نماید.
۹. خطرسنجی بیماریهای قلبی عروقی را انجام دهد.

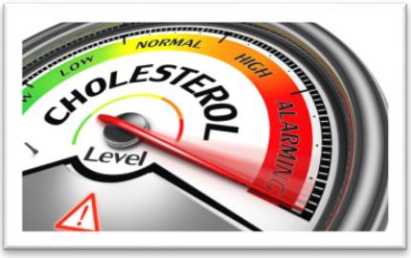
مقدمه

Created in Master PDF Editor

آترواسکلروز شریانی (تصلب شرایین)، که زمینه ساز ایجاد مهم ترین نوع از بیماری های قلبی و عروقی است، به تدریج و در طول سال های عمر، در اثر ضخیم شدن، نامنظم شدن و سخت شدن لایه های داخلی دیواره شریان ها ایجاد می شود. این پدیده فرایندپیچیده ای دارد که در ایجاد آن عواملی ازجمله رسوب چربی و کلسترول در جدار داخلی رگ ها و التهاب رگ ها، نقش دارند. پیشرفت آترواسکلروز شریان منجر به تنگی شریان شده و جریان عبور خون از آن به کندی صورت گرفته و کاهش پیدا میکند، در این حالت احتمال پارگی لایه داخلی شریان وجود دارد که آغازی برای ایجاد لخته و بدنبال آن سکته های قلبی و مغزی است. سکته قلبی، نارسایی قلبی ناشی از آن، سکته مغزی، بیماری شریانهای اندامهای محیطی (دست ها و پاها)، دارای عوامل خطر مشترکی هستند، ولی تاثیر این عوامل در ایجاد تمام آنها، به خصوص سکته قلبی، یکسان نیست. کلسترول خون بالا نسبت به سایر عوامل خطر بیماریهای قلبی عروقی نقش بیشتری در ایجاد آترواسکلروز عروق کرونر قلب و سکته های قلبی دارد و در سکته های مغزی فشارخون بالا نقش عمده ای را ایفاء میکند. بیماری دیابت و مصرف دخانیات رابطه زیادی با بیماری آترواسکلروز شریانهای اندام های محیطی دارند.

عوامل خطر قابل اصلاحی که در ایجاد بیماری قلبی مؤثر هستند شامل افزایش کلسترول خون، فشارخون بالا، مصرف سیگار، کم تحرکی، بیماری دیابت و چاقی میباشند.

باید توجه داشت که عوامل خطر بیماری عروق کرونر قلب به صورت تجمعی عمل کرده و به نظر می رسد که هر یک از مبتلایان به این بیماریها دارای بیش از یک عامل خطر میباشند. هر اندازه که نقش یک عامل خطر در ایجاد بیماری های قلبی بیشتر باشد، احتمال ابتلاء به این بیماری ها نیز بیشتر خواهد بود. علاوه براین وقتی که چند عامل خطر به طور همزمان وارد عمل شوند، احتمال مبتلا شدن به بیماری نیز بیشتر خواهد بود. نقش مشترک و همزمان عوامل خطری مثل فشار خون بالا، سیگار کشیدن و بالابودن میزان کلسترول سرم، در ایجاد انواع شدید بیماری های قلب و عروق ثابت شده است.



تعریف اختلال چربیهای خون

اختلال چربیهای خون جزو شایعترین اختلالات تغذیه ای به شمار می آیند که به اشکال مختلف مثل بالا بودن کلسترول خون، بالا بودن تری گلیسرید و بالا بودن LDL (کلسترول بد) یا پایین بودن HDL (کلسترول خوب) قابل بررسی هستند.

افزایش چربی خون همراه با بیماری هایی مانند کم کاری تیروئید، بعضی از بیماری های کبدی و کلیوی، بیماری های قند(دیابت)، نارسایی مزمن کلیه، چاقی، بعضی از عفونت ها، اعتیاد به الکل، ایدز و ... دیده می شود. همچنین افزایش چربی خون ممکن است علامت بیماری دیگری نبوده و بیمار به صورت اولیه دچار آن شود. برای تشخیص بالا بودن چربی خون، باید آزمایش خون انجام شود.

انواع اصلی چربی های موجود درخون

چند نوع چربی در خون وجود دارد اما چربیهای اصلی، شامل کلسترول و تری گلیسیرید میباشند.

کلسترول

کلسترول یک نوع چربی است که در همه سلولهای بدن یافت می شود. بدن از کلسترول استفاده می کند تا یک سلول سالم داشته باشد، علاوه بر آن، کلسترول در ساخت محصولات مورد نیاز بدن مانند هورمون ها، دیواره سلولی، بافتهای ضروری، ویتامینها و سایر موا د شیمی آیی حیاتی نقش دارد. اگر کلسترول بیش از حد در بدن ساخته شود یا میزان آن در غذا زیاد باشد در نتیجه مقدار این ماده در خون زیاد می شود و به آن هیپرکلسترولمی میگویند. کلسترول بوسیله گردش خون از سلولهای بدن عبور مینماید. زمانی که کلسترول خون افزایش پیدا می کند، چربی در سطح عروق رسوب می کند. کلسترول و سایر چربیها نمی توانند در خون حل گردند، بدین جهت برای انتقال به سلولها نیاز به حمل کننده های خاصی (که به آنها لیپوپروتئین میگویند) دارند که انواع گوناگونی دارند.

Created in Master PDF Editor

انواع لیپوپروتئین ها

چربیهای اصلی موجود در پلاسمای خون به صورت متصل به انواعی از پروتئینها و تحت عنوان لیپوپروتئینها در گردش میباشند که یک نوع آن لیپوپروتئین با چگالی کم یا LDL و دیگری لیپوپروتئین با چگالی بـالا یا HDL بقیه بیشتر مد نظر هستند.

LDL

LDL (لیپوپروتئین با چگالی پایین)، ذرات کلسترول خون را در سراسر بدن منتقل میکند. وقتی سطح LDL سرم بالا می رود، در واقع میزان کلسترول خون نسبت به کلسترول مورد نیاز بدن بالاست. بخشی از LDL خون اکسیده شده و در جدار شریانها قرار میگیـرد ،همین مساله منجر به شروع اولین مرحله ایجاد آترو اسکلروز (سخت شدن و تنگ شدن جدار شریان ها) می شود. بـه همـین دلیـل بـه LDL، کلسترول بد نیز گفته می شود. کلسترول بد همراه مواد دیگر در خون به تدریج برروی دیواره عروق تغذیـه کننـده قلـب (عـروق کرونر) رسوب میکند و یک ساختمان مومی شکل به نام پلاک تشکیل میدهد و در این حالت موجب تصلب شریان هـا شـده و نهایتـاً جریان طبیعی خون را دچار مشکل می کند و سبب کاهش جریان خون می شود. لذا عضله قلب به اندازه ی کافی خون غنی از اکسـیژن دریافت نخواهد کرد و خطر حمله قلبی افزایش خواهد یافت. با فرایندی مشابه، کاهش یافتن جریان خون به مغز نیز می تواند منجـر بـه سکته مغزی شود. این مسئله باعث افزایش فشارخون و بروز سکته قلبی و یا سکته مغزی می شود. هرچه میزان کلسترول خـون بیشـتر باشد، خطر ابتلاء به بیماری قلبی یا دچار شدن به حمله قلبی بیشتر است. رژیم غذ ایی حاوی اسیدهای چرب اشباع و ترانس زیاد و کلسترول بالا موجب افزایش سطح LDL می گردد. برای جلوگیری از افـزایش چربیهای خون، رژیم غذایی مناسب همراه با فعالیت بدنی کافی توصیه می شود.

درواقع کلسترول علاوه بردریافت از طریق رژیم غذایی، در سلولهای کبدی نیز ساخته می شود که این مسئله اخیرمی تواند در افرادی که سابقه خانوادگی اختلال چربی خون دارند موجب بالا رفتن ساخت و ساز کلسترول شود و بهتر اسـت تمـامی افـراد چنـین خـانواده هایی تحت رژیم غذایی کم کلسترول قرار گیرند.

HDL

HDL یا کلسترول خوب مانع رسوب کلسترول در دیواره رگ می شود و بیشـتر تمایـل دارد کـه کلسـترول را از شـریان هـا و سیستم گردش خون به کبد برگرداند تا از بدن دفع گردد. در آن جا کلسترول به صفرا تبدیل شده و قبل از ایـن کـه باعـث رسـوب در رگ ها و تنگی و بدنبال آن ایجاد لخته های خونی در سرخرگها شود، از بدن دفع می شود. ضمن این که این نوع کلسـترول خـوب هـم چنین می تواند کلسترول اضافی در خون را از پلاک های عروق مبتلا به تصلب یا سختی شرایین نیز برداشته و بـه کبـد منتقـل کنـد و رشد پلاکها را به تاخیر اندازد و باعث پیشگیری از حملات قلبی شود . سطح این نوع چربی، با بروز بیمـاری هـای قل بـی عروقـی رابطـه عکس دارد .ورزش وکم کردن وزن اضافی باعـث افـزایش سـطح HDL می شود و عواملی مانند چاقی، کم تحرکی، مصرف سیگار، افزایش تری گلیسرید خون باعث کاهش سطح این چربی می شود.

تری گلیسرید TG

شکل دیگری از چربی موجود در خون است که می تواند خطر بیماری قلبی عروقی را افزایش دهد. تری گلیسریدها برای سـلامتی مهـم هستند. این ترکیبات فرمی از چربی ها میباشند که در سراسر بدن یافت شده و درسلولهای چربی ذخیره می شوند. در زمانی که بـدن نیاز بـه انـرژی داشـته باشـد، ایـن ترکیبـات آزاد شـده و صـرف تـأمین نیازهـای بـدن می شـوند. افـزایش تـری گلیسـرید خـون کـه هیپرتری گلیسریدمی نامیده می شود. تری گلیسرید ها در کبد و بافت چربی تشکیل

Created in Master PDF Editor

می شوند. افزایش تری گلیسریدها اغلب همراه با افزایش کلسترول بد است. در حقیقت پائین بودن سطح HDL است که در حضور تری گلیسرید بالا عامل خطرساز است، نه سطح بالای خود تری گلیسرید. در افراد چاق و برخی از بیماری های کلیوی سطح تری گلیسرید خون افزایش می یابد. تری گلیسرید منبع مهم سوخت بدن میباشد و عمدتاً برای تأمین انرژی فعالیتهای روزانه به کار می رود. تری گلیسرید نیزمانند کلسترول، هم در کبد ساخته شده و هم از طریق مواد غذایی وارد خون می شود. افزایش بیش از حد آن در بدن موجب می شود تری گلیسرید در زیر پوست و یا در بافت های چربی دیگر ذخیره گردد. استفاده از یک رژیم غذایی کم چربی، کاهش میزان چربی اشباع دررژیم غذایی روزانه و افزایش فعالیت بدنی، می تواند تری گلیسرید خون را پایین آورد. **برخی بیماریها** نیز باعث افزایش تری گلیسرید خون می شوند، از جمله: دیابت، بیماریهای غده تیروئید، بیماری های مزمن کلیه، عوامل ژنتیکی و بیماری کبد. مصرف برخی داروها مانند بتابلوکرها، دیورتیکهای تیازیدی، داروهای ضدبارداری و کورتیکواستروئیدها هم می توانند باعث افزایش تری گلیسرید خون شوند.

علائم چربی خون بالا

کلسترول بالا معمولاً هیچ علامتی ندارد، مگر در مواردی که بسیار بیشتر از حد طبیعی باشد (که معمولاً با سرگیجه همراه است) . در تعداد کمی از بیماران ممکن است حلقه سفید رنگی دور سیاهی چشم و یا رسوبات زرد رنگ چربی را در روی پلک ببینیم. این رسوبات چربی ممکن است بعضاً بر روی زانو، آرنج، کف دست، مفاصل انگشتان و یا پاشنه پا نیز دیده شوند که در این موارد باید به فکر ارثی بودن بیماری بود و تمام افراد خانواده را مورد بررسی و آزمایش دقیق قرار داد. علائمی چون سرگیجه، احساس خستگی و غیره هیچ ارتباط مستقیمی با بالا بودن چربیهای خون ندارد. بنابر این تنها راه تشخیص بموقع این عامل خطر مهم،اندازه گیری سطح چربی های خون از طریق آزمایش خون است.

سطح مطلوب یا مورد قبول چربی های خون بر حسب وجود عوامل مختلف از جمله سابقه بیماری قلبی عروقی متفاوت است و تعیین آن بر عهده پزشک است.

نقش چاقی در اختلال چربی های خون

رژیمهای غذایی که دارای مقدار زیادی چربی های اشباع شده مثل گوشت قرمز یا غذاهای سرخ شده هستند، می توانند علاوه بر ایجاد چاقی باعث بالارفتن LDL شوند. اضافه وزن می تواند سبب افزایش LDL و کاهش HDL شود. چاقی هم چنین باعث بالا رفتن سطح تری گلیسرید خون می شود.

وزن مناسب یک عامل مهم در سلامت قلبی عروقی است. با نظر پزشک و رعایت موارد باید سعی کرد تا حد امکان اضافه وزن را کاهش داد. داشتن BMI30 یا بالاتر ممکن است باعث افزایش کلسترول خون شود. BMI بدین صورت محاسبه می شود که وزن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد برحسب متر (قد به توان۲) تقسیم می شود. عددی که بدست می آید BMI نام دارد.

عوامل موثر بر اختلال چربیهای خون

د ر برخی از بیماران عامل اختلال در چربیهای خون، وجود بیماریهای دیگری مانند بیماریهای گوارشی، اختلال در کار کبد یا کلیه، کم کاری غده تیروئید و بیماری دیابت است. در گروهی از بیماران مسائل ارثی و سابقه خانوادگی نقش دارد. اختلالات چربی خون اغلب در افراد چاق و با سابقه بیماری دیابت همراه است، اما در برخی افراد لاغر نیز به دلیل سابقه خانوادگی اختلالات چربی دیده می شود. در بسیاری از بیماران نیز علت زمینه ای آن هنوز مشخص نشده است. اما علت زمینه ای هرچه باشد وجود عوامل زیر می تواند سبب اختلال در چربیهای خون و تشدید بیماری شود:

۱- وراثت

اگر پدر و مادر فرد سطوح بالای چربی خون داشته باشند، شانس فرد نیز برای داشتن کلسترول بالا افزایش می یابد. لذا اعضاء خانواده نیز از نظر چربی خون باید بررسی گردند.

Created in Master PDF Editor



۲- سن و جنس

در کلیه افراد با افزایش سن سطح چربی خون افزایش می یابد. همچنین در حالت کلی، زن ها در سن قبل از یائسگی میزان کلسترول کمتری نسبت به مردان دارند، در حالی که بعد از سن یائسگی این میزان در حد قابل ملاحظه ای افزایش می یابد.

۳- وزن

اگر چه زندگی کم تحرک کنونی در نگاه اول آسان تر و مناسب تر از قبل به نظر میرسد، اما اثرات طولانی مدت آن می تواند بسیار مهلک باشد و اضافه وزن ناشی از آن نقش بسیار مهمی در افزایش چربی خون ایجاد میکند.

۴- رژیم غذایی

استفاده ازغذاهایی با چربی اشباع شده حیوانی باعث افزایش کلسترول و استفاده از چربی های اشباع شده گیاهی باعث کاهش آن می شود.مصرف منظم الکل نیز با اختلال چربی خون همراه است و باعث کاهش HDL و افزایش LDL وتری گلیسرید میگردد.

۵- تحرک جسمانی

زندگی کم تحرک باعث اختلال چربی خون، و ورزش منظم باعث کاهش آن میگردد.

۶- سیگار

سیگار از *طریق کاهش میزان HDL* باعث اختلال چربی خون میگردد.

۷- سایر بیماری ها

برخی بیماری ها مثل دیابت، کم کاری تیروئید، بیماری های کلیوی و کبدی باعث اختلال چربی خون می شود ، لذا در این بیماران کنترل دقیق چربی خون توسط پزشک الزامی میباشد. افزایش چربیهای خون (کلسترول و تری گلیسرید) می تواند منجر به کبد چرب شود. تغییر در شیوه زندگی می تواند به کاهش چربیهای خون کمک کند

Created in Master PDF Editor

فصل پنجم: بیماری کم کاری تیروئید نوزادان

اهداف آموزشی

انتظار می‌رود فراگیران در پایان فصل قادر باشند:

- میزان بروز بیماری را در ایران و جهان بیان کنند.
- علل تفاوت میزان بروز در کشورهای آسیایی و اروپایی را شرح دهند.
- دلایل غربالگری کم کاری تیروییید نوزادی را توضیح دهند.
- جایگاه غده تیروئید در بدن و اهمیت آنرا شرح دهند.
- بیماری را تعریف و علائم آنرا در نوزادان شرح دهند.
- عوارض کم کاری مادرزادی تیروئید را لیست کنند.
- شرح وظایف بهورز در برنامه کم کاری مادر زادی تیروئید را لیست نمایند.
- کودک مورد نظر را جهت تهیه نمودن خون از پاشنه پا آماده نمایند.
- نمونه‌ای از پاشنه پای نوزاد را تهیه نمایند.
- ویژگیهای یک نمونه مناسب را لیست نمایند.
- شرایط نگهداری نمونه را توضیح دهند.
- فرم شماره ۱ را بطور صحیح تکمیل نمایند.
- نحوه مصرف داروی لووتیروکسین و تداخلات دارویی را شرح دهند.
- نکات مورد نیاز در هنگام مصرف دارو را به مادر توصیه نمایند.
- نحوه پایش درمان را توضیح دهند.

Created in Master PDF Editor

مقدمه

کم کاری تیروئید یکی از علل مهم قابل پیشگیری عقب ماندگی ذهنی در نوزادان است. در صورت وجود کم کاری تیروئید در جنین، اختلالاتی در ارگان‌های مهم از جمله سیستم عصبی مرکزی و اسکلتی ایجاد می‌شود، اغلب نوزادان در بدو تولد کاملاً طبیعی به نظر می‌رسند، تشخیص دیر هنگام و با تأخیر موجب عقب ماندگی ذهنی و اختلال در رشد و نمو نوزاد مبتلا خواهد شد.

اپیدمیولوژی بیماری در جهان و ایران:

به طور کلی میزان بروز بیماری در جهان یک در هر ۳۰۰۰ تا ۴۰۰۰ تولد زنده برآورد شده است این میزان در کشورهای آسیایی در مقایسه با کشورهای اروپایی بیشتر است که از علل این اختلاف می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- وجود هم‌خونی بیشتر، که در افراد یک قوم با نژاد خاص وجود دارد.
- کمبودید درمنطقه که شانس بروز کم‌کاری تیروئید به خصوص نوع گذاری آن افزایش می‌دهد.
- احتمال تغییرات خاص ژنتیکی در افراد ساکن آسیا بیشتر است.

با توجه به پژوهش‌های انجام شده در شهرهای اصفهان، تهران و شیراز میانگین بروز کم کاری تیروئید در ایران ۱در هر ۱۰۰۰ تولد زنده تخمین زده می‌شود. انجام غربالگری به موقع نوزادان باعث شناسایی زودرس کم کاری و در نتیجه درمان سریع و به موقع خواهد شد.

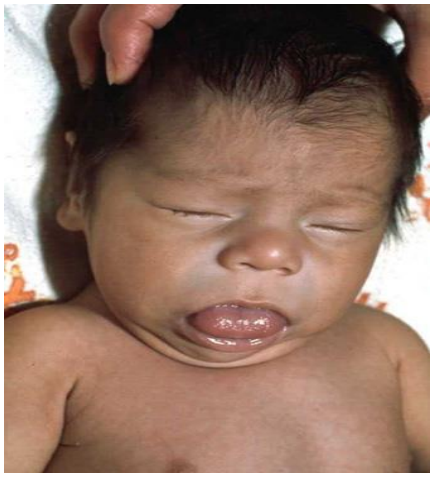
فاکتورهای مهم در افزایش CH در ایران

- اختلالات ید (کمبود ید و در معرض ید بالابودن)
- ازدواج های فامیلی
- بیماریهای اتوایمیون (خودایمنی)
- کمبود سلنیوم
- بالا بودن پرکلرات در آب آشامیدنی
- موتاسیون های ژنی

دلایل پیشگیری و غربالگری کم کاری تیروئید نوزادی

- میزان بروز بیماری یک در سه هزار تا چهار هزار تولد می‌باشد حاکی از میزان بروز بالای بیماری در جهان می‌باشد.
- به دلیل کم و غیر اختصاصی بودن علائم و نشانه های کم کاری تیروئید در اوایل دوران شیرخوارگی و نوزادی، در اغلب موارد تشخیص بیماری با تأخیر صورت می‌گیرد.
- شناسایی و درمان با تأخیر بیماری، با عوارض جبران ناپذیر مغزی به ویژه کاهش شدید ضریب هوشی در مبتلایان همراه است.
- در صورت شناسایی و درمان به موقع بیماری که در برنامه های غربالگری کاملاً ممکن است، از عوارض بیماری پیشگیری به عمل می‌آید.
- آزمون‌های غربالگری با درجه حساسیت و اختصاصی بودن بالا در دسترس می‌باشد (**TSH-T4** و یا هردو)
- درمان بیماری به راحتی امکان پذیر است و نیاز به اقدامات پرهزینه و بیمارستانی ندارد
- درمان کم کاری تیروئید در صورتی که به موقع آغاز شود کاملاً موثر است.
- هزینه سود واثر بخشی مناسب انجام غربالگری (در ایران نیز هزینه به سود ۱ به ۱۴ محاسبه شد اما پس اجرای برنامه این نسبت ۱به ۲۲ بدست آمد.)

Created in Master PDF Editor



تیروئید و کار غده تیروئید : تیروئید غده کوچکی است که در جلوی گردن قرار دارد وظیفه اصلی غده تیروئید تولید و ترشح هورمونی به نام تیروکسین در بدن می‌باشد. این هورمون نقش مهمی در سوخت و ساز سلول‌های مختلف و رشد و نمو بدن دارد. اثرات هورمون در رشد و تکامل مغز بسیار مهم و ضروری می‌باشد. در صورتی که به هر دلیل این هورمون در بدن تولید نشود یا تولید آن کم باشد عوارض مختلفی در بدن به وجود می‌آورد که در سنین مختلف این عوارض متفاوت می‌باشند. گاهی تولید بیش از حد طبیعی هورمون نیز سبب مشکلات عدیده می‌شود.

بیماری کم‌کاری تیروئید و علائم مربوط به آن

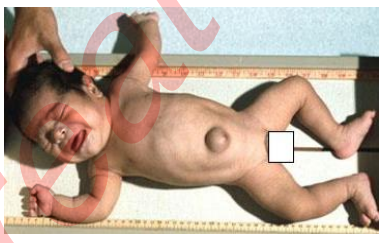
به هر علتی هورمون تیروکسین در بدن نوزاد، کم باشد و یا عملکرد طبیعی نداشته باشد این بیماری به وجود می‌آید که علایم آن در نوزادان مبتلا به شرح زیر است:

تولد بعد از هفته ۴۲ حاملگی، یرقان (زردی) طول کشیده، ادم در نوزادان، مک زدن ضعیف، شیر نخوردن به مقدار کافی، کاهش درجه حرارت بدن، کبودی در انگشتان دست و پا، مشکلات تنفسی، وزن نگرفتن، کاهش دفعات دفع مدفوع، یبوست، زبان بزرگ و صدای گریه خشن. این علایم در هفته اول تولد قابل تشخیص می‌باشد.

تظاهرات بیماری درابتدای دوران نوزادی	تظاهرات بیماری درطول اولین ماه زندگی	تظاهرات بیماری درطول سه ماه اول زندگی
• زردی طول کشیده • ادم در صورت و بدن • مدت حاملگی بیش از ۴۲ هفته • وزن زمان تولد بیش ا ز ۴ کیلوگرم • کم اشتهایی ،شیر خوردن ناکافی • هیپوترمی (اغلب زیر ۳۵ درجه) • کم تحرکی • فتق نافی ،اتساع شکم و یبوست • فونتانل خلفی پهن (بیش از ۵mm) • گاهی آپنه و تنفس صدادا ر	• سیانوز محیطی (سیاه شدن انتهاهای بدن) • ادم در دستگاه تناسلی خارجی • دیسترس تنفسی • وزن نگرفتن و مک زدن ضعیف • یبوست • فتق نافی ،اتساع شکی • ضربان قلب کند • کاهش فعالیت • خواب آلودگی • اختلال تنفسی ناشی از بزرگ بودن زبان	• فتق نافی • یبوست • پوست خشک و زبر(اصطلاحاپوست درخت بید) • بزرگی زبان • گریه خشن • سوفل قلبی و کاردیومگالی (بزرگ شدن قلب) • کم خونی ماکروسیتیک • رشد جسمی کم وحتی توقف رشد قدی

عوارض کم کاری تیروئید

رشد و تکامل مغز تا حدود ۳ سالگی ادامه دارد، به همین دلیل کم کاری تیروئید باعث عوارض جبران ناپذیری بر رشد و تکامل مغز و اعصاب مرکزی نوزاد می‌شود. رشد طولی و قد نوزاد نیز تحت تأثیر این بیماری قرار گرفته و کند می‌شود بنابراین این بیماری با عوارضی نظیر عقب ماندگی ذهنی، کوتاهی قد و کاهش شنوایی همراه است، غربالگری نوزادان در سنین ۳ تا ۵ روز بعد از تولد از اهمیت بسیار زیادی برخوردار می‌باشد.برای جلوگیری از بروز عوارض



Created in Master PDF Editor

بیماری در نوزادان، تشخیص به موقع در همان روزهای اول زندگی و درمان در اسرع وقت با قرص لووتیروکسین می‌باشد که بر اساس تجویز پزشک در شیر مادر و یا آب حل شده و به نوزاد خورانده می‌شود.

Created in Master PDF Editor

فصل ششم: آشنایی با بیماری فنیل کتونوری

اهداف آموزشی :

انتظار می رود فراگیران درپایان فصل بتوانند :

۱- علت بیماری فنیل کتونوری را توضیح دهند.

۲- دلایل غربالگری بیماری فنیل کتونوری را توضیح دهند.

۳- شرح وظایف بهورز دربرنامه غربالگری فنیل کتونوری را بیان کنند.

۴- روش تشخیص ،پیشگیر ی ودرمان این بیماری را بیان کنند.

۵- توصیه های لازم برای بیماروووالدین بیمارراشرح دهند.

۶- راهبردکشوری درمورد بیماری فنیل کتونوری را توضیح دهند.

مقدمه :

بیماری فنیل کتونوری یک بیماری ارثی است که دراثر نقص آنزیمی دربدن به وجود می آید درنتیجه فنیل آلانین درخون وبافت های بدن تجمع پیدا می کند ومنجر به عقب ماندگی ذهنی ، تشنج و مشکلات عصبی می شود.

Created in Master PDF Editor

چون کودک مبتلا دربدو تولد طبیعی به نظر می رسد ، غربالگری دربدو تولد اهمیت زیادی دارد وباعث جلوگیری از صدمات جبران ناپذیرروی مغز می شود.

این بیماری درمان خاصی به جز رعایت رژیم غذایی خاص (رژیم بدون فنیل آلانین) ندارد.

تعریف بیماری فنیل کتونوری (PKU):

فنیل کتونوری یک بیماری ژنتیکی با الگوی است که از هردو والد یعنی پدرومادر منتقل می شود . چون درادرار مبتلایان به این بیماری موادی بنام فنیل کتون دفع می شود ، به همین جهت بیماری را فنیل کتونوری نامیده اند.

فنیل آلانین یکی از اسید آمینه های ضروری است ، پس ازمصرف از طریق غذای روزانه مقداری ازآن نیاز طبیعی بدن را تأمین نموده وما بقی توسط نوعی آنزیم تبدیل به تیروزین می شود. کمبوداین آنزیم باعث تجمع فنیل آلانین دربدن می گردد. فنیل آلانین برروی سلول های مغزی رسوب کرده وباعث عقب ماندگی ذهنی نوزاد می شود و بیماری را سبب می شود.

شیوع بیماری :

میزان شیوع این بیماری درجهان یک در ۱۰ تا ۱۵ هزاراست . پیش بینی می شود درایران یک در ۶ هزار باشد . طبق آمار موجود تعداد معلولان "PKU" درکشور، به بیش از ۶ هزار نفررسیده که نیمی از آنها هنوز ناشناخته مانده اند.

به گفته کارشناسان درایران آمار نوزادان مبتلا به این بیماری ازسطح جهانی بیشتراست وعلت آن ، وجود ازدواج های فامیلی است .

نشانه های بیماری PKU :

این بیماری دربدو تولد هیچگونه نشانه ای ندارد ونوزاد تا ۳-۲ ماه اول زندگی ظاهراً سالم به نظر می رسد . درعین حال ظهور علائمی همچون عدم تمایل نوزاد به خوردن شیر، استفراغ بعد از خوردن شیر(که ممکن است به اشتباه تنگی درناحیه پیلورتشخیص داده شود.) ، بروز اگزما ، جوش درسطح بدن و بورشدن موهای بدن ورنگ چشم های آبی بدون سابقه درفامیل وجوددارد.

معمولاً عرق وادرار این نوزادان بوی زننده وبسیار نامطبوع دارد. این کودکان باعلائم عقب ماندگی ذهنی ، اغلب ناآرام و پرجنب وجوش و بیش فعال هستند. قدرت تکلم ضعیف وراه رفتن دچار اختلال است .

این بیماران اگردرمان نشوند به ازای هرماه تأخیر درشروع درمان ۴ نمره از ضریب هوشی (IQ) شیرخوار کاسته می شودبه طوری که تاپایان سال اول بعد از تولد ۵۰ نمره ازضریب هوشی خودرا از دست می دهند واگر تشخیص بعد از سال اول اتفاق افتد عقب ماندگی ذهنی شدید را به همراه دارد. دیگر علائم بیماری کوچکی سر(میکروسفال)، آرواره برجسته ودندان های کاملاً جداازهم دارند. حدود یک چهارم بیماران دارای صرع هستند .

تظاهرات بالینی بیماری تا ۶-۵ ماهگی بسیار گمراه کننده است. متأسفانه تشخیص آن وقتی عملی می گرددکه عقب ماندگی ذهنی کودک مسلم شده است ودرواقع وجود بیماری با شروع معلولیت تشخیص داده می شود.

بنابراین تنها و بهترین راه تشخیص این بیماری اندازه گیری غلظت فنیل آلانین خون نوزاد دربین روزهای ۵-۳ بعدازتولد است . تشخیص بیماری از هفته دوم به بعد ممکن است با ضایعه مغزی با درجات مختلف غیر قابل برگشت منتهی شود.

Created in Master PDF Editor

تشخیص :

با توجه به عدم وجود نشانه هایی درزمان تولد و پیشرفت آهسته بیماری ، بهترین روش تشخیص ، بررسی آزمایشگاهی سطح فنیل آلانین خون است .

آزمایش روی قطره خونی انجام می گیرد که از پاشنه پای نوزاد ۵-۳ روزه گرفته می شود. این روش خون گیری بسیار ساده وبدون دردوضایعه است .

این آزمایش "تست گاتری" نامیده می شود. مقدار نرمال فنیل آلانین درخون ، ۱-۲ mg/dl است که دربیماری فنیل کتونوری این مقدار به mg/dl۸۰ می رسد.

تشخیص ناقلین و تشخیص قبل ازتولد بیماری PKU :

PKU ازجمله بیماری های نقص مادرزادی متابولیسم است واحتمالاً شایعترین بیماری ازاین نوع درکشورما می باشد.

برای افراد مبتلا اولین راهکار تشخیص سریع بعدازتولد است . بعدازتشخیص ، فرد می بایست تحت رژیم غذایی خاصی که مقدارفنیل آلانین آن کنترل شده قرارگیرد. چنین غذاهایی معمولاً گران بوده و به راحتی دراختیار خانواده ها قرار نمی گیردوبه همین دلیل اکثر بیماران مبتلا به علت عدم درمان ویا درمان ناقص به عقب ماندگی ذهنی مبتلا شده اند.

تازمانی که درمان مناسب ودردسترس برای بیماران وجودندارد پیشگیری از بروز مشکلات بعد ازتولد ، با پیشگیری از تولد نوزاد مبتلا مؤثرتر می باشد.

بیماری درجنین درهفته ۱۶-۱۰ بارداری قابل تشخیص است . تشخیص قبل از تولد (PND) طی دومرحله مقدماتی وتکمیلی انجام می گردد.

مرحله مقدماتی PND :

بررسی وضعیت ژنتیک زوج های ناقل برای تعیین نوع نقص ژن درهریک از زوج های قبل از بارداری است .

مرحله تکمیلی PND:

بررسی وضعیت ژنتیک جنین و تشخیص قطعی ابتلا یا سالم بودن آن است .بهترین زمان برای انجام آزمایش های مرحله ی مقدماتی قبل از بارداری است .آزمایش های مرحله ی تکمیلی درزمان بارداری ودرهفته ۱۲-۱۰ بارداری با نمونه برداری از جنین انجام می شود.

درصورت ابتلا جنین به بیماری ، چنانچه ازنظر شرعی وقانونی سن جنین از تاریخ معین نگذشته باشد (حداکثر هفته ۱۶ بارداری) مجوز ختم بارداری توسط پزشکی قانونی صادر می شود.

برنامه غربالگری PKU درایران :

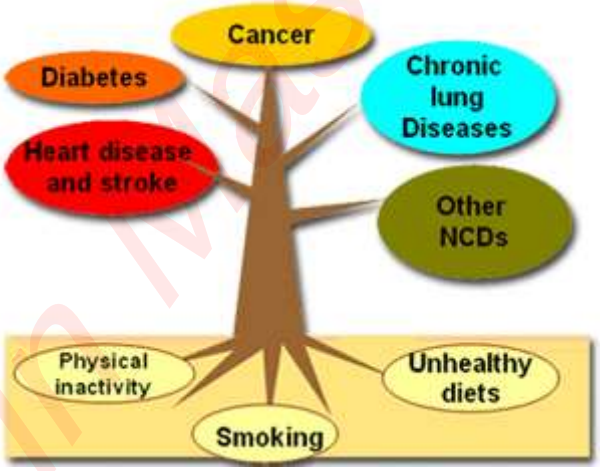
سن غربالگری بین روزهای ۳ تا ۵ بعد از تولد می باشد واین درصورتی است که نوزاد به اندازه کافی (۷۲ ساعت) باشیر مادر تغذیه شده باشد.

Created in Master PDF Editor

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور

بیماریهای غیر واگیر (۲)

مجموعه جزوات مراکز آموزش بهورزی



Created in Master PDF Editor

فهرست مطالب

عنوان مطلب	شماره صفحه
بخش اول: بیماریهای غیرواگیر	
فصل اول: آشنایی با سرطان های شایع	۳
فصل دوم: پیشگیری و کنترل بیماری تالاسمی	۳۲
بخش دوم: سلامت روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد	
فصل چهارم: سلامت روان	۵۵
فصل پنجم: پیشگیری از سوء مصرف مواد	۱۰۳
ضمیمه	۱۲٤

Created in Master PDF Editor

فصل اول: سرطان‌های شایع

اهداف آموزشی

انتظار می‌رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

۱. انواع سرطان‌های شایع را نام ببرند.

۲. عوامل افزایش خطر ابتلا به هر یک از سرطان‌ها را توضیح دهند.

۳. نحوه غربالگری سرطان کولورکتال را توضیح دهند.

۴. نحوه انجام تست **FIT** را توضیح دهند.

۵. علایم بالینی هر یک از سرطان‌ها را بیان نمایند.

۶. راه‌های پیشگیری هر یک از سرطان‌ها را توضیح دهند.

Created in Master PDF Editor

مقدمه:

سرطان یکی از عوامل اصلی بروز مرگ و میر در جهان امروز است. سرطان بعد از بیماری های قلبی عروقی دومین عامل شایع مرگ و میر در کشور های توسعه یافته و سومین عامل مرگ در کشور های کمتر توسعه یافته است و به تنهایی بیش از بیماری های سل ، ایدز ، مالاریا افراد را به کام مرگ می کشاند ، بر اساس آخرین آمار های سازمان بهداشت جهانی سرطان به طور فزاینده از شایعترین بیماری های جهانی در دهه های آینده و اولین علت مرگ و میر در جهان خواهد بود طوری که بررسی ها نشان می دهد که تعداد بیماران از ۱۱ میلیون و هشتصد هزار نفر در سال ۲۰۰۵ به ۱۸ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر در سال ۲۰۲۰ خواهد رسید که از این تعداد حدود ۶۰ درصد موارد جدید در کشور های کمتر توسعه یافته ایجاد می شوند لذا اگر اقدامات پیشگیرانه انجام نشود در ۱۰ سال آینده شاهد مرگ و میر بیش از ۸۵ میلیون نفر در جهان خواهیم بود.

در حال حاضر سرطان عامل ۶۰ درصد مرگ و میر ها در جهان است که در سال های آینده این روند افزایش خواهد داشت به بیان دیگر تعداد قربانیان بیماری از ۷/۹ میلیون نفر در سال به ۱۳/۱ میلیون نفر مرگ و میر در سال تا سال ۲۰۳۰ می رسد.

در دهه ۱۳۴۰ نزدیک به ۲۵ درصد مبتلایان بیماری های سرطانی در کشور های با درآمد متوسط و پایین گزارش شده بود که در سال ۱۳۸۹ (۲۰۱۰) این نرخ به ۵۵ درصد و در سال ۱۳۹۹ (۲۰۲۰) به ۷۰ درصد به میزان بروزی نزدیک به ۲۰ میلیون نفر می رسد و بیشترین تاثیر را در ساختار جمعیتی فرهنگی و اجتماعی این کشورها خواهد داشت. چرا که با افزایش جمعیت جهان بالا رفتن متوسط سن جمعیت و افزایش امید به زندگی و بهبود وضعیت بهداشت و کنترل نسبی بیماری های واگیر به ویژه کنترل عوامل خطر محیطی با افزایش بروز سرطان ها روبرو خواهیم بود با توجه به نرخ رشد فعلی بروز سرطان اینگونه به نظر می رسد که تا سال ۱۴۰۹ خورشیدی سالیانه ۱۳ میلیون مرگ و میر ناشی از سزطان خواهیم داشت که حداقل ۹ میلیون مورد آن در کشور های در حال توسعه و کمتر توسعه یافته خواهد بود و امکان ابتلا به سرطان برای هر فرد در سال ۱۴۲۹ خورشیدی بین ۵۰ تا ۶۰ درصد خواهد بود.

با این وجود سرطان در تمام دنیا از جمله در کشور ما نیز در حال شیوع است که مهم‌ترین دلایل برای افزایش بروز سرطان در ایران و جهان عبارتند از:

- افزایش امید به زندگی و تعداد سالمندان (چرا که بروز سرطان با افزایش سن، افزایش می‌یابد)
- تغییر در شیوه زندگی مانند افزایش مصرف دخانیات، غذاهای چرب و پرکالری و کم تحرکی
- عوامل محیطی مانند افزایش مصرف سوخت‌های فسیلی





Created in Master PDF Editor





در حال حاضر با وجودی که عدد خام مرگ و میر ناشی از سرطان‌ها افزایش یافته است اما به طور کلی نسبت افرادی که از سرطان فوت می کنند با در نظر گرفتن جمعیت و تعداد موارد ابتلا، در مقایسه با سه دهه پیش، کاهش یافته است. نیمی از افرادی که امروز با تشخیص سرطان تحت درمان هستند، پنج سال زنده خواهند بود و بیش از ۴۰٪ بعد از ده سال هنوز زندگی می‌کنند. متوسط میزان بقای ده ساله برای سرطان دو برابر ۳۰ سال گذشته شده است.

مهمترین دلیل بهبود در بقای بیماران، علاوه بر درمان‌های موثرتری که پیدا شده است، افزایش آگاهی مردم و ارتقای روش‌های تشخیص زودهنگام است. حتی برای کسانی که احتمال بهبودی آنها کم است، شانس زنده ماندن در زمان تشخیص زودتر، بیشتر خواهد بود. دو جزء اصلی در برنامه تشخیص زودرس سرطان وجود دارد: تشخیص زودهنگام و غربالگری.

منبع: موسسه تحقیقات،درمان و آموزش سرطان

www.ncii.ir



تفاوت تشخیص زودهنگام و غربالگری :

معنای تشخیص زودهنگام این است که ما به عنوان ارائه دهنده خدمات سلامتی در سطح شبکه بهداشتی درمانی کشور، علایم هشداردهنده سرطان را بدانیم تا در زمان ارزیابی‌های دوره ای، اگر فردی را بررسی کردیم و یا در فواصل بین ارزیابی‌ها اگر فردی با این علایم مراجعه کرد، آمادگی شناسایی این علایم و جدا کردن موارد مهم از غیر مهم را داشته باشیم تا در مرحله بعدی موارد مهم را برای اقدامات تشخیصی کامل تر به مراکز سطح بالاتر و مجهزتر معرفی کنیم. اما معنی غربالگری این است که در افرادی که هیچ علامت هشدار دهنده‌ای برای سرطان ندارند اما به دلیل شرایط جنسی (مثلا سرطان پستان) یا سنی خاص (مثلا سن بالا) بالقوه در معرض سرطان هستند، اقدامات تشخیصی را انجام دهیم.

بسیاری از سرطان‌ها تنها با معاینه پزشکی و آزمایش‌های تکمیلی تشخیص داده می شوند که از جمله آنها سرطان‌های پستان، دهانه رحم و روده بزرگ هستند. غربالگری به عنوان بخشی از برنامه تشخیص زودرس است. غربالگری به معنی شناسایی بیماری احتمالی ناشناخته با استفاده از معاینه و آزمایشات ساده در فردی است که هنوز علائم ندارد. در یک برنامه ملی مبارزه با سرطان، بعد از غربالگری، افراد تشخیص داده شده تحت درمان مناسب قرار می‌گیرند.

لازم است هم بیمار و هم ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به اهمیت تشخیص زود هنگام از راه آشنایی با علایم مشکوک سرطان همچنین انجام فعالیت‌های غربالگری سرطان پایبند باشند که منجر به بهبود نتیجه و کاهش اتلاف منابع شود. در برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ (کولورکتال)، پستان و دهانه رحم (سرویکس)، هدف شناسایی و ثبت بیماران مشکوک یا مبتلا به این سرطان ها و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی همچنین ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است.

Created in MasterPDF Editor

تعریف سرطان

رشد بی‌رویه وخارج از کنترل تعدادی از سلول‌ها موجب بیماری سرطان می‌شود که حدود ۲۰۰ نوع مختلف دارد. سرطان بر اساس منشاء و شکل ظاهری در زیر میکروسکوپ طبقه‌بندی میشود.

انواع مختلف سرطان از نظر سرعت رشد؛ راه‌های گسترش و پاسخ به انواع مختلف درمان باهم تفاوت دارند. به همین دلیل، افراد به درمان‌هایی نیاز دارند که ویژه نوع خاص آن سرطان باشد.

انواع سرطان شامل کارسینوم، سارکوم، لوسمی، لنفوم و سرطان دستگاه اعصاب مرکزی است.

برای آگاهی بیشتر از سرطان باید سلول را شناخت. سلول کوچک‌ترین واحد زنده بدن است و بدن انسان از میلیاردها سلول ساخته شده است. به طور معمول این سلول‌ها تا جایی تقسیم می‌شوند و همانند سازی می‌کنند که بدن به آن‌ها نیاز دارد. این تقسیم سلولی برای ترمیم سلول‌های آسیب دیده و جایگزینی سلول‌های جدید به جای سلول‌های فرسوده است که تحت کنترل بدن بوده و سلامت انسان را تأمین می‌کند. در تمام سرطان‌ها، سلول‌های قسمتی از بدن خارج از روال معمول شروع به رشد و تکثیر می‌کنند و به طور غیر عادی زیاد می‌شوند. وقتی تعداد زیادی از سلول‌ها در قسمتی از بدن رشد و تکثیرمی‌یابند، توده‌ای به نام تومور به وجود می‌آورند. تومور بر دو نوع است:

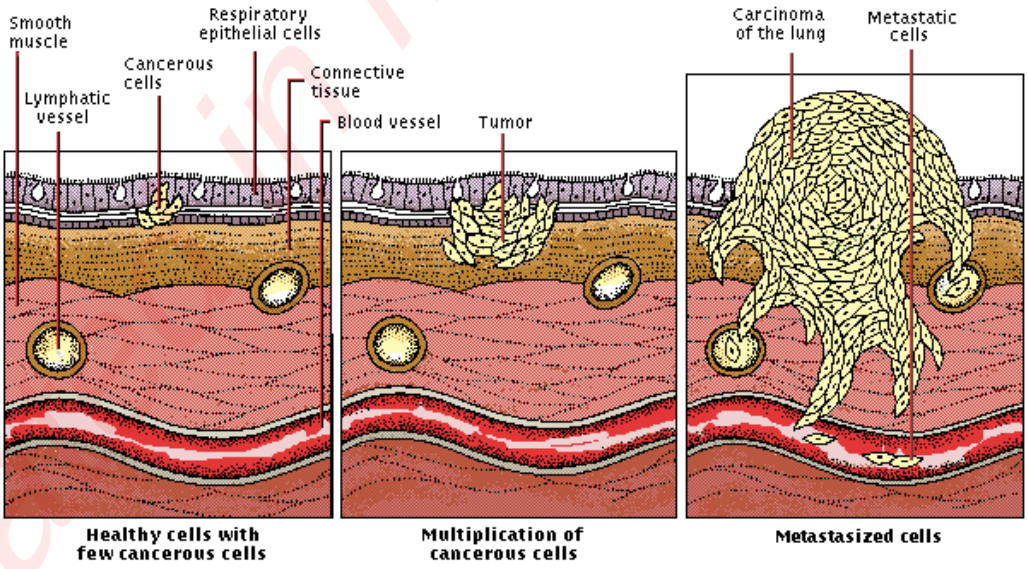
تومور خوش خیم

توموری است که به قسمت‌های دیگر بدن انتشار نمی‌یابد و فقط در محل اولیه رشد می‌کند.

تومور بدخیم

در این تومور که سرطان نامیده میشود، سلول‌ها توانایی انتشار به قسمت‌های دیگر بدن را دارند که در صورت عدم تشخیص به موقع ممکن است سبب تهاجم و تخریب بافت‌های اطراف شوند.

وقتی سلول‌ها به محل جدید راه می‌یابند، به رشد خود ادامه می‌دهند وتومور جدیدی به وجود می‌آورند که به آن تومور ثانویه یا متاستاز گفته می‌شود. وقتی سرطان دوباره در یک فرد درمان شده مشاهده می‌شود، بیماری او عود کرده است.



نمای یک- روند تشکیل یک تومور و متاستاز آن رادر نوعی از سرطان ریه نشان می دهد.

علائم هشداردهنده سرطان

Creation in Master PDF Editor

سرطان‌ها علائم متفاوتی دارند که به محل ضایعه مربوط است. به طورکل، در مواردی که با علائم هشدار دهنده زیر در یک فرد روبه‌رومی‌شوید، به وجود سرطان مشکوک شوید وفرد را برای بررسی بیشتر به پزشک ارجاع دهید.

۱. کاهش وزن توجیه ناپذیر: کاهش بیش از ۱۰٪ وزن بدن طی شش ماه، مثلاً یک فرد ۶۰ کیلویی طی ۶ ماه بیش از ۶ کیلو گرم وزن از دست بدهد و وزن او کمتر از ۵۴ کیلوگرم برسد.

۲. تب توجیه ناپذیر: افزایش دمای بدن بیش از ۳۸/۳ سانتی‌گراد طول بکشد و بررسی‌های معمول وجود عفونت یا دلایل دیگر را نشان ندهند.

۳. تغییرطولانی مدت اجابت مزاج (بیش‌از ۳هفته): وجود این تغییر در افراد مسن و یا وجود خون مخفی در مدفوع خطرناک است.

۴. خون‌ریزی و ترشح غیر طبیعی ازمهبل (به غیر از خون‌ریزی ماهیانه): باید به خون‌ریزی از مهبل در زنان خصوصاً پس از چهل سالگی و یائسگی توجه شود.

۵. خون‌ریزی یا فرو رفتگی نوک پستان: فرو رفتگی نوک پستان یا وجود توده در پستان که در حال رشد باشد یا طی دو دوره عادت ماهیانه متوالی ثابت بماند. یا هر نوع ترشح و خون‌ریزی ازنوک پستان اهمیت دارد.

۶. وجود غده‌های زیر پوست بدون درد و در حال رشد (بیش از ۲ هفته): این عوامل ممکن است نشانه‌ای از لنفوم (سرطان غدد لنفاوی) باشند.

۷. زخم بهبود نیافته (طی سه ماه): به ویژه وجود این زخم‌ها در نواحی در معرض نور خورشید یا در محل عفونت‌های طولانی مدت یا سوختگی قدیمی حائز اهمیت است.

۸. هر گونه تغییر در اندازه ،شکل، رنگ و.... خال‌های پوستی باید همواره مورد توجه باشد.

۹. سرفه‌های طولانی مدت با یا بدون خلط خونی: به خصوص وقتی این نشانه‌ها با کاهش وزن همراه باشد.

۱۰. به سیری زودرس وکاهش اشتها به همراه کاهش وزن نیز باید توجه شود.

۱۱. ناهنجاری بی‌دلیل در صدا نیز مهم است. (مثل گرفتگی صدا)

نکته: اگر سرطان‌ها در مراحل اولیه وزود هنگام تشخیص داده شوند، در یک سوم موارد قابل معالجه ودرمان هستند.

راه‌های پیشگیری از سرطان

بخش بزرگی از علل سرطان‌ها ناشناخته‌اند، ولی با رعایت چند نکته می‌توان از بروز حداقل ۱/۳ آن‌ها جلوگیری نمود:

۱- خودداری از مصرف دخانیات والکل

۲- برنامه غذایی مناسب

- مصرف روزانه میوه و سبزی به مقدار کافی
- استفاده کم از غذاهای چرب با منشاء حیوانی
- خودداری از مصرف مواد غذایی دارای نگهدارنده نیتریت مثل سوسیس و کالباس
- خودداری از مصرف مواد غذایی کپک زده، شور، دود اندود و نمک سود (مثل مصرف ترشی‌ها)

۳- متناسب نگهداشتن وزن

۴-ورزش منظم: ورزش ۳۰ دقیقه در روز و ۵ روز در هفته مثل پیاده‌روی

۵-احتراز از عوامل شغلی خطرزا

Created in Master PDF Editor

۶- جلوگیری از مواجهه طولانی با نور خورشید

۷- رعایت بهداشت جنسی و پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی

عوامل پیشگیری ازسرطان در موادغذایی

در اثر آسیب‌های متعدد به سلول در طولانی مدت سرطان ایجاد می‌شودکه امکاناتی وجود دارد که از ایجاد سلول‌های سرطانی جلوگیری شود یکی از این امکانات تغییر در برنامه غذایی است بسیاری ازخوراکی‌های طبیعی از جمله میوه‌ها و سبزی‌ها و حبوبات حاوی مولکول‌هایی هستند که می‌توانند از سرطان پیشگیری کنند این ترکیبات شامل ویتامین‌ها، مواد معدنی و آنتی اکسیدان‌ها هستند.

سبزی‌ها و میوه‌ها به علل زیر اثر ضد سرطان‌زایی دارند:

۱. دارای فیبر هستندکه باعث افزایش حجم مدفوع و تسریع حرکت مواد غذایی در روده بزرگ می‌شود که این امر موجب کاهش تماس مواد سرطان‌زا با دیواره روده می‌شود و نیز مواد سرطان‌زا با فیبرها ترکیب و بدون جذب شدن از بدن خارج می‌شوند.

۲. حاوی آنتی اکسیدان‌ها هستندکه از سلول‌های روده محافظت می‌کنند. مواد سرطان‌زای تولید شده در بدن را از بین می‌برند و تکثیر سلول‌های سرطانی را کاهش می‌دهند.

چاقی با افزایش خطر سرطان همراه است بنابراین برنامه غذایی حاوی مقادیر کم چربی (به خصوص چربی‌های حیوانی) و فعالیت بدنی مناسب در برنامه روزانه توصیه می‌شود تأثیر مصرف چربی در بروز سرطان هم به نوع و هم به مقدار چربی مصرفی بستگی دارد. بهتر است بیشتر از نوع گیاهی مثل روغن زیتون استفاده شود.

برنامه غذایی غنی از غلات و حبوبات کامل (با پوست) در پیشگیری از سرطان موثر است.

ویتامین‌ها

در بررسی‌های متعدد اثر حفاظتی ویتامین‌های **A-E-C-D** در پیشگیری از سرطان به اثبات رسیده است.

A **ویتامین:** ویتامین آ و مشتقات آن از عوامل پیشگیری کننده سرطان هستند. منابع غذایی حاوی ویتامین آ عبارتند از جگر- هویج- اسفناج- کدو- زردآلو- شیر- زرده تخم مرغ- پنیر- کره- پرتقال- سیب- مارگارین

E **ویتامین:** یک آنتی اکسیدان قوی است. منابع غذایی آن عبارتند از: روغن- جوانه گندم- روغن بادام- روغن ذرت- روغن آفتابگردان

C **ویتامین:** منابع غذایی حاوی این ویتامین عبارتند از: کلم بروکلی- مرکبات- توت فرنگی- کیوی- گوجه فرنگی- کلم- فلفل

D **ویتامین:** منابع غذایی این ویتامین عبارتند از: روغن کبد ماهی- کره- خامه- زرده تخم مرغ- جگر- ماهی

چند توصیه غذایی را جدی بگیرید:

- غذاها را به شکل سالم تهیه و نگهداری نمایید.

✓ روش تهیه موادغذایی اهمیت زیادی دارد به دلیل این‌که می‌تواند باعث ورود عوامل سرطان‌زا به غذا شود این عوامل به خصوص در هنگام سرخ کردن غذا و یا دودی کردن گوشت و یا استفاده از زغال ایجاد می‌شود.

- غذاهای فاسد شدنی را در یخچال نگهداری نمایید.

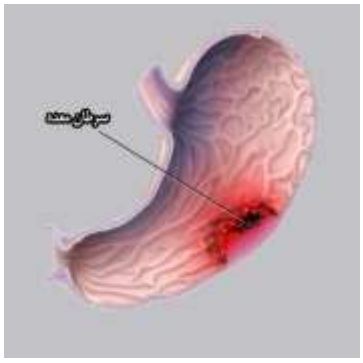
Created in Master PDF Editor

- غذاهای نیم سوخته و سوخته مصرف نکنید (کباب سوخته، جوجه کباب سوخته، نان سوخته، ته دیگ سوخته، سیب‌زمینی سرخ کرده سوخته، حلوای سوخته)
- تا حد امکان از مصرف غذای پخته که به مدت زیاد مانده خودداری کنید.
- میوه‌ها و سبزی‌ها را برای حفظ خواص ویتامینی در یخچال نگهداری نمایید.
- انواع گوشت را به طور کامل مغز پخت بپزید یا بخارپز نمایید.
- از روش‌های صحیح پخت مانند بخارپز، پختن ملایم به جای سرخ کردن استفاده کنید.
- از مصرف چای و سایر نوشیدنی‌های بسیار داغ پرهیز کنید.
- انواع غذاهای گیاهی را در برنامه غذایی روزانه خود جای دهید.
  - ✓ انواع میوه ،آب میوه و سبزی تازه را در برنامه غذایی روزانه خود بگنجانید.
  - ✓ از مغزها و حبوبات بیشتر استفاده کنید.
- غذاهای کم چربی وکم نمک میل کنید
  - ✓ از انواع لبنیات کم چرب و کم نمک استفاده نمایید.
  - ✓ مصرف گوشت قرمز را به کمتر از ۸۰ گرم در روز محدود و مصرف گوشت سفید مثل مرغ و ماهی را جایگزین آن کنید.
  - ✓ چربی‌های گیاهی مثل روغن زیتون، کانولا، بادام زمینی را به جای چربی‌های جامد استفاده نمایید.
  - ✓ مصرف روغن‌های گیاهی را محدود و کنترل کنید.
  - ✓ مصرف غذاهای پر نمک و نمک سفره را کاهش دهید در عوض از انواع چاشنی برای طعم‌دار کردن غذا استفاده کنید.
- مصرف غذاهای صنعتی وفرآوری شده را کاهش دهید.
  - ✓ مصرف قند و شکر تصفیه شده را کاهش دهید و به جای آن از کشمش، خرما و توت خشک استفاده کنید.
  - ✓ از مصرف زیاد شیرین کننده‌های رژیمی مصنوعی پرهیز کنید.
  - ✓ مصرف غذاهای آماده و کنسرو شده را کاهش دهید.
- وزن خود را ثابت نگهدارید و فعالیت بدنی منظم داشته باشید.
  - ✓ یک ساعت پیاده‌روی سبک در روز در پیشگیری از سرطان موثراست.
  - ✓ از اضافه وزن و لاغری مفرط پرهیز کنید.

اگر سرطان‌ها در مراحل اولیه وزود هنگام تشخیص داده شوند، در یک سوم موارد قابل معالجه ودرمان هستند.

Created in Master PDF Editor

سرطان معده



معده قسمتی از دستگاه گوارش است که به شکل حرف «ل» بوده و از سه لایه تشکیل می‌شود:

۱. لایه مخاطی یا پوشاننده (داخلی‌ترین لایه)

۲. لایه عضلانی (لایه وسطی)

۳. لایه خارجی

سرطان معده از سلول‌های لایه پوشاننده منشامی گیرد و با گسترش به لایه‌های خارجی‌تر پیشروی می‌کند.

عوامل ایجاد کننده و یا افزایش خطر

۱. کمبود ویتامین‌ها به ویژه **A** و **C** در برنامه غذایی

۲. برنامه غذایی خاص مشتمل بر غذاهای دودی، گوشت و ماهی نمک سود و ترشیجات

۳. نیتریت و نیترات در گوشت خام، آب آشامیدنی بعضی مناطق و گیاهان خاص

۴. مصرف دخانیات و الکل ۵. اضافه وزن ۶. جنس مذکر

۷. افزایش سن ۸. وراثت ۹. گروه خونی **A**

۱۰. سابقه جراحی معده مثلاً به علت زخم معده ۱۱. التهاب مزمن معده

علائم بیماری

به علت علائم مهم و غیر اختصاصی اغلب بیماران در مراحل پیشرفته تشخیص داده می‌شوند بیماری‌های دیگر هم ممکن است چنین علائمی را ایجاد کنند.

علائم اولیه

- سوء هاضمه
- احساس نفخ و باد کردن معده پس از غذا
- تهوع خفیف - کاهش اشتها
- کاهش وزن
- ضعف و خستگی
- درد معده
- سوزش سر دل

علائم پیشرفته

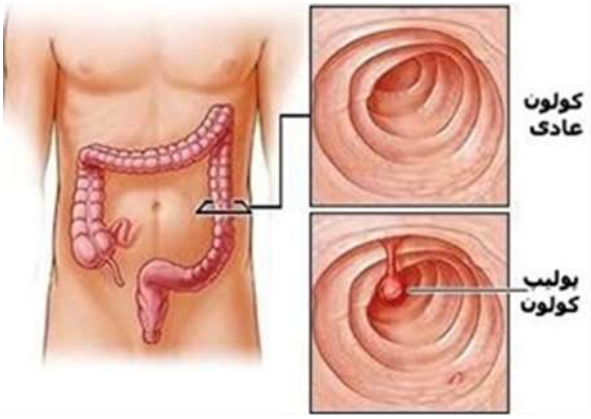
- خون در مدفوع
- استفراغ
- کاهش وزن بدون علت توجیه‌پذیر
- درد معده
- سختی در بلع
- زردی، زرد شدن چشم‌ها و پوست
- تجمع مایع در شکم (آسیت)

راه‌های پیشگیری

- حفظ وزن مناسب با ورزش حداقل ۳۰ دقیقه در ۵ روز هفته
- خودداری از مصرف دخانیات و الکل
- استفاده از حداقل ۵ وعده انواع میوه و سبزی در روز (مصرف روزانه این دو ماده خطر سرطان را تا ۵۰٪ کاهش می‌دهد)
- محدودیت مصرف گوشت قرمز یا گوشت‌های فرآوری شده
- استفاده از غلات کامل

Created in Master PDF Editor

سرطان روده بزرگ



بروز سرطان روده بزرگ یک فرآیند چند مرحله ای است و در اثر مجموعه تغییراتی بروز می‌کند که از غشا یا اپی تلیوم طبیعی داخل روده شروع شده و به سمت تکثیر سلول های غیرطبیعی می‌رود. در مرحله بعدی زواید قارچ مانندی به نام پولیپ آدنوماتوز اتفاق می افتد و سرانجام بدخیمی بروز می‌کند. چون این فرآیند شامل ایجاد تغییرات ژنتیک متعددی است که در طول یک دوره چندساله رخ می دهد، برای عوامل مختلف تأثیرگذار بر این فرآیند، فرصت های زمانی زیادی وجود دارد. علت بروز پولیپ و سرطان بیشتر به دلیل شیوه زندگی نامناسب است که ممکن است در یک زمینه ژنتیکی، تاثیرگذاری آنها بیشتر شود اما برخی بیماری‌های ارثی نیز در درصد اندکی از موارد در ایجاد سرطان روده بزرگ نقش دارند.

اصول خود مراقبتی برای پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان روده بزرگ :

برای آموزش خود مراقبتی به افراد شرکت کننده در برنامه های پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان ها دو اصل مهم باید آموزش داده شود :

۱- راه های پیشگیری از سرطان

- به طور کلی باید به افراد آموزش داده شود که سرطان بر خلاف تصور عام، یک بیماری قابل پیشگیری است به طوری که بیش از ۴۰ درصد سرطان ها قابل پیشگیری اند.
- برای پیشگیری از سرطان روده بزرگ باید بدانیم که علل ایجاد کننده سرطان و راه های دوری کردن از آن کدامند همچنین چه عواملی اثر محافظتی در برابر این سرطان دارند.

۲-علایم هشدار دهنده سرطان

- با شناخت علایم هشداردهنده سرطان روده بزرگ و مراجعه به موقع به خانه ها و پایگاه های بهداشتی می توان ضایعات پیش سرطانی را پیش از تبدیل شدن به سرطان، زودتر تشخیص داد.

عوامل خطر سرطان روده بزرگ و پیشگیری از آن :

یکی از مهمترین اصول اولیه مبارزه با سرطان روده بزرگ، انجام اقدامات پیشگیرانه است بنابراین لازم است در خصوص عوامل خطر ایجاد کننده این سرطان و راه های پیشگیری و کنترل این عوامل آموزش های لازم به بیمار و خانواده وی داده شود.

عوامل خطر سرطان روده بزرگ را می‌توان به دو دسته غیرقابل اصلاح و قابل اصلاح تقسیم کرد.

عوامل خطر غیرقابل اصلاح عبارتند از:

- افزایش سن
- سابقه خانوادگی پولیپ یا سرطان روده بزرگ
- بیماری های ارثی مانند پولیپ های آدنوماتوز فامیلی یا سرطان کولون ارثی بدون پولیپوز

بنابراین، باید به افراد آموزش داد که اگر فرد مبتلا به سرطان به خصوص در فامیل درجه یک (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزندان) یا درجه دو (عمه، عمو، خاله، دایی، پدربزرگ یا مادر بزرگ) دارند باید توجه بیشتری به علایم خود داشته باشند و

Created in Master PDF Editor

به ارزیابی های بیشتری از جمله روش های غربالگری نیاز دارند. هر چه تعداد فامیل مبتلا بیشتر و سن ابتلای آنها پایین تر (به خصوص زیر ۵۰ سال) باشد، میزان خطر بیشتر افزایش می یابد.

اما نزیک به دو سوم افرادی که به سرطان روده بزرگ می شوند، هیچ سابقه خانوادگی ندارند و بسیاری از آنها عوامل خطری دارند که می‌توان اصلاح کرد به این معنی که یا از این عوامل خطر می‌توان دوری کرد و یا اگر مانند بیماری التهابی روده بزرگ، اجتناب ناپذیر باشند، می‌توان با بررسی‌های دقیق پزشکی، از بروز سرطان روده بزرگ در آنها جلوگیری کرد:

بیماری التهابی روده (IBD):

شامل کولیت اولسراتیو و بیماری کرون، خطر سرطان روده بزرگ را افزایش می دهد و میزان خطر با افزایش طول مدت بیماری التهابی روده بزرگ افزایش می یابد و معمولا پس از ده سال از شروع بیماری، به بیشترین میزان خود می‌رسد. با انجام کولونوسکوپی در فواصل مشخص می‌توان در صورت بروز سرطان در این افراد، آن را زودتر تشخیص داد.



سابقه فردی پولیپ های آدنوماتوز:

در واقع این ضایعات که به نام آدنوم هم نامیده می‌شوند، پیش زمینه ایجاد سرطان هستند. هر چند بیشترآدنوماها هیچ وقت بدخیم نمی شوند، اما افرادی که سابقه ای از آدنوماها را دارند، در معرض خطر بالاتر سرطان روده بزرگ هستند. برداشتن این پولیپ ها با کولونوسکوپ، جلوی ایجاد سرطان را می‌گیرد. اما امکان بروز مجدد پولیپ و حتی سرطان وجود دارد بنابراین باید پس از برداشتن پولیپ، در فواصل منظم کولونوسکوپی تکرار شود.

عوامل خطر قابل اصلاح مربوط به شیوه زندگی :

فعالیت بدنی ناکافی:

هر میزان از فعالیت بدنی می‌تواند خطر سرطان روده بزرگ را کم کند. ورزش‌های سنگین مثل دویدن و سبک مثل پیاده روی تند هر دو به سهم خود موثرند حتی اگر در سنین بالای زندگی شروع شوند. ورزش با روش های مختلف از جمله کاهش وزن، کاهش ماندگاری مواد غذایی مضر در دستگاه گوارش، کاهش سطح انسولین خون و در نتیجه کاهش رشد سلول‌های مخاطی روده، بهبود عملکرد سیستم ایمنی و متابولیسم اسید صفراوی، احتمال سرطان روده بزرگ را کاهش می دهد.

افزایش وزن:

چاقی، به ویژه چاقی دور شکم، یک عامل خطر برای سرطان روده بزرگ محسوب می شود. وزن زیاد با سطوح بالاتری از انسولین و دیگر عوامل رشد مرتبط است که ممکن است در رشد سلول های روده ای، ظهور پولیپ های آدنوماتوز و تغییر

Created in Master PDF Editor

از بروز سرطان در روده رشد می کند می توان با شناسایی علایم مشکوک پولیپ و یا حتی سرطان در مراحل اولیه، جلوی بروز این بیماری را گرفت و آن را درمان کرد. پس لازم است در مورد علایم هشدار دهنده بروز سرطان روده بزرگ و نحوه برخورد و اقدامات اولیه در صورت بروز علایم به بیمار و اطرافیان وی آموزش های لازم داده شود.

مهمترین علایم مشکوک سرطان روده بزرگ عبارتند از:

- خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر
- یبوست در طی یک ماه اخیر (با یا بدون اسهال، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج)

- منظور از یبوست، سختی و کاهش تعداد دفعات دفع مدفوع و یا دفع مدفوع خشک است که در طی یک ماه اخیر ایجاد شده باشد. ممکن است بیمار احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج را نیز ذکر کند.

- منظور از اسهال، افزایش در تعداد دفعات مدفوع است که در طی یک ماه اخیر ایجاد شده است که ممکن است به تنهایی یا به صورت متناوب با یبوست باشد.

- کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه همراه با یکی از علایم فوق

باید به افرادی که در برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری شرکت می کنند، آموزش داد که اگر در فواصل برنامه های تشخیص زودهنگام و غربالگری نیز، این علایم را داشتند زودتر مراجعه کنند. البته در عین حال باید به افراد آموزش داد که بیشتر افرادی که این علایم را دارند سرطان ندارند ولی باید بررسی های بیشتری انجام دهند.

Created in Master PDF Editor

توجه :

- -درصورتی که سن فردی زیر ۵۰ سال یا بالای ۶۹ سال باشد یا درهرسنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل مشکلات گوارشی مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل بررسی شود.
- ۲-پزشک در صورت هرگونه تردید در خصوص نتیجه تست **FIT** که توسط بهورز انجام شده است ، خود باید با کیت مشابه تست را تکرار کند و به آزمایشگاه ارجاع ندهد.
- ۳-اگر فردی آزمایش هموگلوبینی به همراه داشته باشد که درطی یک ماه اخیر انجام شده باشد ، نیازی به تکرار آزمایش هموگلوبین نیست .

Created in Master PDF Editor

سرطان مری

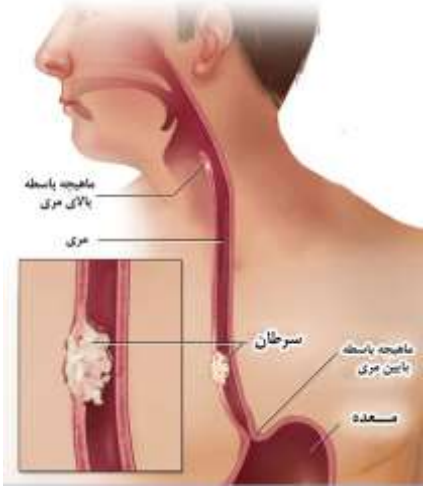
مری لوله‌ای عضلانی است که دهان را به معده وصل و غذا را به معده هدایت می‌کند. دیواره مری چند لایه دارد که سرطان مری از داخلی‌ترین لایه شروع می‌شود و به لایه‌های خارجی‌تر گسترش می‌یابد.

در بالاترین نقطه مری عضله خاصی به نام اسفنکتر برای عبور غذا و مایعات وجود دارد؛ همچنین در پایین‌ترین قسمت مری اسفنگتر دیگری برای ورود غذا از مری به معده و ممانعت از برگشت اسید و مایعات به داخل مری وجود دارد. زمانی که مایعات معده به مری می‌رسد، احساس سوزش سر دل خواهیم داشت که به آن ریفلاکس گفته می‌شود. ریفلاکس طولانی مدت اسید معده به داخل مری باعث تغییر سلول‌های انتهایی مری می‌شود که این سلول‌های تغییر یافته مستعد تبدیل به سلول‌های سرطانی هستند.

عوامل افزایش خطر

علت دقیق ابتلا به سرطان مری مشخص نمی‌باشد ولی بعضی عوامل خطر وجود دارند که احتمال ابتلا به این بیماری را افزایش می‌دهند:

الف) عوامل خطر قابل کنترل:



۱. مصرف دخانیات ۲. مصرف الکل ۳. اضافه وزن

۴. مواد شیمیایی: کاربرد مواد شیمیایی در خشکشویی احتمال ابتلا به این سرطان را بسیار بالا می‌برد.

۵. مواد قلیایی: این مواد در شوینده‌های بسیار قوی وجود دارد که ممکن است سلول‌ها را بسوزاند و تخریب کند.

۶. عادات غذایی نامناسب (پرخوری، نوشیدنی‌های بسیار داغ، آلودگی برخی مواد غذایی، مثل ذرت آلوده به قارچ و مصرف غذاهای دودی و...)

ب) عوامل خطر غیر قابل کنترل:

۱. سن ۲. جنس (مذکر) ۳. نژاد

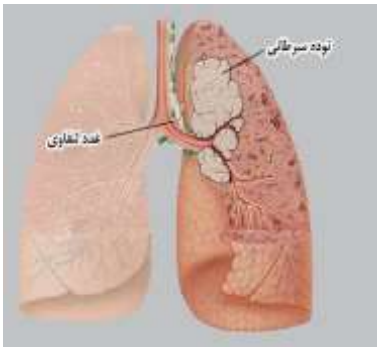
علائم بالینی

- اختلال بلع: شایع‌ترین علامت سرطان مری است و بیمار احساس می‌کند که غذا در قفسه سینه‌ی او گیر کرده است.
- درد: درد میانه قفسه سینه، احساس فشار یا سوزش و درد موقع بلع
- کاهش وزن: به علت اختلال در بلع و کاهش اشتها ایجاد می‌شود.
- ناهنجاری در صدا، سکسکه و پنومونی

راه‌های پیشگیری

در حال حاضر هیچ روش مطمئنی برای پیشگیری از سرطان مری وجود ندارد و با اجتناب از عوامل خطر قابل کنترل می‌توان خطر ابتلا به آن را کاهش داد.

Created in Master PDF Editor



سرطان ریه

تعریف ریه

ریه اعضای اسفنجی شکل درون‌قفسه سینه هستند. ریه راست از ریه چپ بزگتراست (به خاطر فضای اشغال شده توسط قلب درسمت چپ). ریه‌ها هوا را به‌داخل و خارج بدن هدایت می‌کنند. به این صورت که اکسیژن را جذب و دی‌اکسیدکربن را به عنوان ماده‌ی زائد دفع می‌کنند.

چگونگی ابتلا به سرطان ریه

برای ظهور سرطان ریه نیاز به سال‌های زیادی است، ابتدا مکان‌هایی با تغییرات پیش سرطانی ایجاد می‌شود که این تغییرات توده یا تومور نیست و در رادیوگرافی قفسه سینه نیز دیده نمی‌شود. این مکان‌های پیش سرطانی تا تبدیل به سرطان واقعی پیش می‌روند و مواد شیمیایی از خود تولید می‌کنند که به تشکیل عروق خونی جدید در آن اطراف منجر می‌شوند. این عروق مسئول تغذیه سلول‌های سرطانی و شکل‌گیری سرطان می‌شوند. کم‌کم تومور به حدی بزرگ می‌شود که در رادیوگرافی قابل دیدن است و زمانی سرطان ریه اتفاق می‌افتد که سلول‌های سرطانی به سایر نقاط بدن پخش شده اند (متاستاز)

عوامل ایجاد کننده سرطان ریه

۱. مصرف دخانیات: سیگار کشیدن اصلی‌ترین عامل خطر و علت ۸ تا ۱۰ نوع سرطان ریه است. هرچه تعداد نخ سیگار و مدت زمان کشیدن آن بیشتر باشد خطر ابتلا بیشتر است. اگر فردی پیش از ظهور سرطان ریه اقدام به ترک نماید بافت ریه به آهستگی طبیعی خواهد شد.ترک سیگاردرهرسنی خطرابتلابه سرطان ریه راکاهش می‌دهد.

۲. آلودگی هوا: در بعضی شهرها آلودگی هوا خطر سرطان ریه را افزایش می‌دهد ولی خطر آن از سیگار کشیدن کمتر است.

۳. آرسنیک ۴. آزبستوز ۵. رادون: (نوعی اشعه رادیو اکتیو)

۶. ماری جوانا ۷. اشعه درمانی ریه ۸. وراثت

۹. برنامه غذایی نامطلوب

علائم بالینی

۱. سرفه‌های مزمن ۲. تنگی نفس ۳. ناهنجاری در صدا ۴. کاهش وزن ۵ . کاهش اشتها ۶. خلط خونی یا خاکستری ۷. درد قفسه سینه که بانفس عمیق، سرفه یاخنده بیشترمی‌شود.

۸. عفونت‌هایی مثل برونشیت راجعه و پنومونی مکرر

راه‌های پیشگیری

- بهترین راه پیشگیری ترک سیگار است.
- از قرار گرفتن افراد در هوای آلوده به دود سیگار خودداری شود.
- برنامه غذایی حاوی میوه زیاد و سبزی به پیشگیری کمک می‌کند.

Created in Master PDF Editor

اصطلاحات

۱. **پولیپ** (Polyp)**:** رشد غیر طبیعی توده‌های خوش‌خیم در جدار اعضای بدن تعریف می‌شود. پولیپ سرطان نیست ولی می‌تواند منشأ آن باشد. مانند پولیپ معده، روده، بینی و غیره.

۲. **لنفوسیت:** نوعی از گلبول‌های سفید خون هستند که در سیستم ایمنی مهره داران نقش دارند. لنفوسیت‌ها چند نوع هستند که دو نوع اصلی آن لنفوسیت‌های نوع **B** و لنفوسیت‌های نوع **T** نامیده می‌شوند.

۳. **پلاسماسل:** سلول‌هایی هستند که از سلول‌های لنفوسیت **B** مشتق می‌شوند. بدین صورت که پس از این که لنفوسیت **B** با آنتی ژن برخورد کرد تحریک و تقسیم می‌گردد و یکی از سلول‌های حاصل از تقسیم به پلاسما سل تبدیل می‌شود.

۴. **لوکوسیت:** سلول‌های سفید خون هستند که عمل آن‌ها محافظت بدن در برابر میکروب‌های بیماری‌زا می‌باشد.

۵. **لنفوم:** نوعی سرطان خون است که حاصل بدخیم شدن سلول‌های لنفوسیت می‌باشد. (بیماری بدخیم دستگاه لنفاوی است)

۶. **ریلکسیشن:** تمدد اعصاب – آرام سازی بدن

۷. **ریفلاکس:** بیماری است که در آن اسید معده به همراه غذا از معده به مری برمی‌گردد. شایع‌ترین علامت آن ترش کردن و سوزش سر دل است.

۸. **ندول:** جوش‌های سفتی هستند که تا قسمت‌های عمیق‌تری در پوست نفوذ می‌کنند.

۹. **کولیت اولسر و کرون:** بیماری التهابی روده هستند که با التهاب در جدار روده‌ها مشخص می‌شوند و علایم آن ایجاد التهاب، زخم، خون‌ریزی و اسهال می‌باشد. بیماری کرون می‌تواند التهاب و زخم در دستگاه گوارش از دهان تا مقعد ایجاد کند.

Created in Master PDF Editor

فصل دوم: پیشگیری و کنترل بیماری بتا تالاسمی ماژور

اهداف آموزشی

انتظار می‌رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

۱. پراکندگی تالاسمی در جهان و ایران را بیان نمایند.

۲. بیماری تالاسمی را تعریف و تاریخچه آن را شرح دهند.

۳. اساس توارث در بروز بتا تالاسمی ماژور را بیان نمایند.

۴. انواع مهم بتا تالاسمی را توضیح دهند.

۵. علائم بیماری بتا تالاسمی ماژور را شرح دهند.

۶. نحوه انتقال صفت تالاسمی از والدین به کودکان را شرح دهند.

۷. اهمیت پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور را بیان نمایند.

۸. راه‌های پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور را شرح دهند.

۹. مراحل مقدماتی و تکمیلی تشخیص قبل از تولد را بیان نمایند.

۱۰. انواع استراتژی‌های برنامه تالاسمی را بیان نمایند.

۱۱. شرح وظایف خانه بهداشت را لیست نمایند.

۱۲. فلوچارت مراقبت از زوج‌های ناقل تالاسمی را ترسیم نمایند.

۱۳. مراحل تکمیل فرم مراقبت ژنتیک (فرم سامانه) را توضیح دهند.

۱۴. فرم شماره ۸ را به نحو صحیح تکمیل نمایند.

Created in Master PDF Editor

پراکندگی تالاسمی در جهان

بیماری تالاسمی در سراسر جهان و در همه‌ی نژادها دیده می شود، ولی شیوع آن در نواحی مدیترانه ، خاورمیانه (ایران، ترکیه و سوریه)، آسیا (هندوستان و پاکستان و ناحیه‌ی جنوب شرقی) بیشتر بوده و از جنوب غربی اروپا تا خاور دور امتداد یافته و در نواحی وسیعی از آفریقای مرکزی نیز دیده می شود. دلیل این شکل توزیع، بیماری مالاریا بوده که به شکل بومی و برای قرون متمادی در این نواحی شیوع داشته است. انگل مالاریا از راه نیش پشه‌ی آنوفل وارد خون شده و در داخل گلبول‌های قرمز تکثیر می‌یابد. این انگل در گلبول‌های قرمز ناقلین ژن تالاسمی که عمر کوتاه‌تری دارند نمی‌تواند به رشد و تکثیر خود ادامه دهد، در نتیجه بیماری متوقف می شود و بیمار از مالاریا نجات خواهد یافت. بنابراین مالاریا در افراد سالم بیش از افراد سالم ناقل (مینور) می‌باشد و در نتیجه مرگ و میر آنان بیشتر است. بنابراین افرادی که یک ژن هموگلوبین طبیعی و یک ژن تالاسمی داشته‌اند (افراد سالم ناقل) در مقابل بیماری مالاریا مقاومت کرده و ژن تالاسمی را به نسل بعد منتقل کرده‌اند.

پراکندگی تالاسمی در ایران

این بیماری در تمام کشور پراکنده است، اما در نواحی حاشیه‌ی دریای خزر (استان‌های گیلان، مازندران و گلستان)، نواحی حاشیه‌ی خلیج فارس و دریای عمان (بوشهر، هرمزگان، سیستان و بلوچستان)، خوزستان، فارس و جنوب کرمان شیوع بیشتری دارد.

آمار بروز تالاسمی ماژور هم اکنون بین ۱۴۰ تا ۱۸۰ مورد در سال است که ۸۰ ٪ موارد بروز در استان سیستان و بلوچستان و جنوب کرمان رخ می دهد.

درخراسان بیشترین شیوع بیماری در شهرستان های سرخس ،تربت جام، خواف وکلات میباشد ۰

تعریف و تاریخچه

تالاسمی یکی از شایع‌ترین اختلال‌ها و بیماری‌های خونی است که به صورت ژنتیک از نسلی به نسل دیگر منتقل می شود. تالاسمی یک واژه یونانی و مرکب از دو واژه‌ی تالاسا[۱] به معنی دریا و امیا[۲] به معنی خون است. اولین بار در سال ۱۹۲۵ میلادی کولی[۳] و لی[۴] نوعی کم خونی را گزارش کردند که با اسپلنومگالی و تغییرات استخوانی همراه بود و به دلیل شیوع زیاد این بیماری در اطراف دریای مدیترانه، تالاسمی نامگذاری شد. البته کولی در حقیقت شکل هموزیگوت بیماری را شرح داده بود که امروزه بتا تالاسمی ماژور نامیده می شود.

اساس توارث در بروز بتا تالاسمی ماژور

تمام ویژگی‌ها اعم از رنگ چشم، مو، قد از والدین به ما به ارث می‌رسد و برای انتقال برخی صفت‌ها دو عامل به نام ژن لازم است که یکی از پدر و دیگری از مادر به ارث می‌رسد. این دو ژن یا با هم یکسان و یا متفاوت هستند. برای ساخته شدن گلبول

۱- **Thalassa**

۲- **Emia**

۳- **Cooley**

۴- **Lee**

Created in Master PDF Editor

قرمز دو ژن یکی از پدر و دیگری از مادر به فرزند به ارث می‌رسد، اگر والدین هر دو سالم باشند، ژن‌های سالم را به فرزند خود منتقل می‌کنند، در این صورت، فرزند سالم و دارای گلبول‌های قرمز کامل می شود.

انواع مهم بتا تالاسمی

- بتا تالاسمی مینور (سالم ناقل)،
- بتا تالاسمی ماژور (بیماری تالاسمی).

۱- بتا تالاسمی مینور (سالم ناقل)

اگر فردی یک ژن سالم را از یک والد و یک ژن ناسالم را از والد دیگر برای ساختن گلبول‌های قرمز به ارث ببرد، این فرد مبتلا به تالاسمی مینور است و بیمار محسوب نمی شود؛ زیرا دارای یک ژن سالم است که درست کار می‌کند. افراد سالم ناقل زندگی عادی دارند. می‌توانند ورزش کنند و به هر کاری که مایل هستند مشغول شوند. فقط در زمان ازدواج باید مراقب باشند و آزمایش‌های زمان ازدواج را با دقت انجام دهند.

۲- بتا تالاسمی ماژور (بیماری تالاسمی)

اگر پدر و مادر هر دو سالم ناقل باشند، در هر بارداری یک چهارم یا ۲۵٪ احتمال وجود دارد که هر دو ژن ناسالم به کودک به ارث برسد و فرزند آن‌ها مبتلا به بیماری تالاسمی (ماژور) شود. به همین دلیل لازم است در هر بارداری، ابتلای کودک به بیماری بررسی شود و تولد یک یا چند فرزند بیمار، دلیلی بر به دنیا آمدن کودک سالم در حاملگی‌های بعدی نیست.

علائم

کودکان مبتلا به بیماری تالاسمی بعد از تولد هیچ فرقی با سایر کودکان ندارند، ولی از حدود ۶ ماهگی تا ۲ سالگی علائم کم‌خونی را از خود نشان می‌دهند و زرد و رنگ پریده می شوند. شب‌ها به راحتی نمی‌خوابند، درست غذا نمی‌خورند و ممکن است استفراغ کنند. از علائم دیگر این بیماری ضعف و بی‌حالی است.

تشخیص

به وسیله‌ی آزمایش خون انجام می شود. با بزرگ‌تر شدن کودک سایر علائم بیماری به شرح زیر ظاهر می شود:

تغییر چهره و بزرگی سر، این علامت به راحتی قابل تشخیص و رویت است. بزرگ شدن قلب، اختلال در کار غدد و بزرگ شدن طحال، تشخیص این علائم با تشخیص پزشک و انجام آزمایش‌ها ممکن است.

معاینه‌ها و مراقبت‌های خاص کودکان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور

- تزریق مرتب و مداوم خون حداقل هر ماه یک بار به منظور جبران کم‌خونی؛
- تزریق روزانه‌ی داروی دفع کننده‌ی آهن (دسفرال) به منظور دفع آهن اضافی بدن؛
- لزوم تزریق واکسن‌ها طبق برنامه‌ی واکسیناسیون؛
- انجام معاینه‌ها و مراقبت‌ها تحت نظر پزشک.

Created in Master PDF Editor

صفت تالاسمی چگونه از والدین به کودکان منتقل می شود؟

باید سه نوع زوج را مدنظر داشته باشیم:

- اگر هیچ کدام از والدین حامل ژن تالاسمی نباشند، امکان انتقال صفت تالاسمی مینور و ماژور را به کودکان خود ندارند و تمام فرزندان خون طبیعی خواهند داشت.
- اگر یکی از والدین سالم ناقل باشد و دیگری ناقل این ژن نباشد، نیمی از فرزندان (۵۰٪) سالم ناقل و نیمی دیگر سالم غیرناقل خواهند بود. نکته‌ی مهم این است که هیچ یک از فرزندان بتا تالاسمی ماژور نخواهند داشت.
- اگر هر دو والد سالم ناقل باشند، ممکن است فرزندان آن‌ها سالم ناقل، بیمار و یا سالم غیرناقل باشند.



علل پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور

مدیریت بهداشت ممکن است نتواند تمام بیماری‌ها را کنترل کند و یا مشکلات سلامت را حل کند، اما با توجه به بعضی از عوارض و شرایط می‌تواند اولویت‌ها را مشخص نماید و نسبت به حل مشکلات مهم اقدام نماید. بعضی از دلایلی که پیشگیری از تالاسمی را توجیه می‌کند به شرح ذیل است:

- متوسط شیوع ژن بتا تالاسمی در کشور حدود ۵٪ تخمین زده می شود. به ویژه این بیماری در بعضی از استان‌ها شیوع بالایی دارد. همچنین وجود حدود ۱۵۰۰۰ بیمار تالاسمی ماژور در کشور، شیوع بالای بیماری را نشان می‌دهد. این شیوع بالا لزوم مداخله‌ای مناسب را توجیه می‌کند.
- بیماری بتا تالاسمی ماژور یک بیماری قابل پیشگیری است. همان‌طور که می‌دانید لازمه‌ی تولد یک کودک بتا تالاسمی ماژور وجود صفت تالاسمی مینور در هر دو والد (پدر و مادر) است. بنابراین یا باید دو سالم ناقل با هم ازدواج نکنند یا اگر ازدواج کردند اقدام‌های لازم (**PND**) را انجام دهند. به هر حال این بیماری قابل پیشگیری است.
- بیماری تالاسمی ماژور یک کم‌خونی کشنده است. اگر چه در حال حاضر روش‌های درمانی ویژه‌ای مثل پیوند مغز استخوان برای درمان بیماران تالاسمی ماژور وجود دارد، ولی به دلیل گرانی، مشکلات تکنیکی و... هنوز کاربرد آن رایج نیست.

Created in Master PDF Editor

- این بیماران در طول عمر خود با عوارض جسمی بیماری مواجه هستند، علاوه بر وجود این مشکلات، عوارض روحی نیز این بیماران را رنج می‌دهد.
- هزینه‌ی نگهداری بیماران بسیار گران است (۱۰۰/۰۰۰ دلار برای ۱۵ سال زندگی هر بیمار). این هزینه‌ها مربوط به تزریق مکرر خون و تزریق دسفرال برای بیماران تالاسمی ماژور می‌باشد.
- روش غربالگری آسان است. روش کنونی غربالگری در برنامه‌ی کشوری پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور، آسان و ارزان است. این مسئله هزینه – اثر بخشی برنامه را توجیه می‌کند (هزینه‌ی غربالگری برای هر فرد ۵ دلار است).
- اجباری شدن آزمایش‌های تالاسمی قبل از ازدواج، زمینه‌ی مناسب جهت اجرای برنامه را فراهم نموده است.
- شبکه‌ی گسترده‌ی آزمایشگاه‌های ژنتیک و تشخیص قبل از تولد وجود دارد. دسترسی زوج‌های ناقل به این خدمات به کنترل تولد کودک مبتلا به بتا تالاسمی ماژور کمک می‌کند.
- استفاده از خدمات بیمه‌ای برای تمام زوج‌های ناقل، دسترسی به امکانات تخصصی و پیشرفته را ممکن ساخته است.
- وجود شبکه‌های گسترده‌ی بهداشتی درمانی در کشور، امکان مراقبت از زوج‌های ناقل و خانواده‌ی بیماران را فراهم ساخته است.
- حمایت و پشتوانه‌ی سیاسی برای اجرای هر چه بهتر برنامه وجود دارد.

راه‌های پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور

امروزه زوج‌های ناقلی که خطر داشتن فرزند مبتلا به بیماری بتا تالاسمی ماژور آن‌ها را تهدید می‌کند، راه‌های متعددی در پیش رو دارند:

- ازدواج نکردن دو فرد سالم ناقل با یکدیگر.
- چنان‌چه دو فرد سالم ناقل با هم ازدواج کنند:
  - خودداری از بچه‌دار شدن،
  - انتخاب فرزند خوانده،
  - استفاده از خدمات تشخیص قبل از تولد.

تشخیص قبل از تولد (PND[1])

خدمات تشخیص قبل از تولد این امکان را برای زوج‌ها فراهم کرده تا از سلامت یا بیماری فرزند خود در دوره‌ی جنینی مطلع شوند.

اساس تشخیص قبل از تولد، پیگیری انجام دو مرحله‌ی مقدماتی و تکمیلی است:

مرحله‌ی مقدماتی: بررسی وضعیت ژنتیک زوج‌های ناقل تالاسمی برای تعیین نوع نقص ژن در هر یک از زوج‌ها قبل از بارداری است.

مرحله‌ی تکمیلی: بررسی وضعیت ژنتیک جنین و تشخیص قطعی ابتلا یا سالم بودن آن است.

---

[1] -Prenatal Diagnosis

Created in Master PDF Editor

برای تشخیص قطعی در انجام آزمایش‌های تشخیص قبل از تولد، گاهی لازم است تعداد زیادی از خویشاوندان (والدین، برادران، خواهران، عمه، خاله، عمو و دایی) بررسی شوند که مستلزم صرف وقت و صبر و حوصله‌ی کافی و بضاعت مالی است.

بهترین زمان برای انجام آزمایش‌های مرحله‌ی مقدماتی قبل از بارداری است؛ زیرا در این صورت وقت کافی جهت بررسی وجود خواهد داشت و آزمایش‌های مرحله‌ی تکمیلی بعد از بارداری و در هفته‌ی ۱۰ بارداری با نمونه برداری از جنین انجام می شود. در نمونه برداری، خطر از دست دادن جنین به میزان اندک و خطرات نادری برای مادر وجود دارد. بعد از حصول نتیجه، در صورت ابتلای جنین به بیماری، چنان‌چه از نظر شرعی و قانونی سن جنین از تاریخ معین نگذشته باشد (حداکثر هفته‌ی ۱۶ بارداری)؛ مجوز ختم بارداری توسط پزشکی قانونی صادر می شود. بدیهی است برای هر بار بارداری انجام آزمایش‌های مرحله‌ی تکمیلی (بررسی وضعیت ژنتیک جنین) ضروری است.

در حال حاضر تعداد کمی از مراکز خصوصی و دولتی در زمینه‌ی انجام آزمایش‌های تشخیص پیش از تولد در کشور فعالیت می‌کنند، هزینه‌ی انجام این آزمایش‌ها گران است.

Created in Master PDF Editor

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور

معاونت بهداشت

اقدامات در زمان بروز بلایا

مجموعه آموزشی بهورزی



Created in Master PDF Editor

گردآورندگان :

کبری علی بابا فرخانی : مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان قوچان
علی شکاری : مدیر و مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد یک
فاطمه شاکری: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان کاشمر
عبدالروف متفکر : مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان خواف
رضا قیاسی : مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد دو
علی اصغری : مدیر و مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان چناران
مه لقا احراری: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان تایباد
رضا نیکوخصال : کارشناس کاهش خطر در بلایا معاونت بهداشتی دانشگاه مشهد
جمع بندی نهایی :
کبری علی بابا فرخانی مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان قوچان

زیر نظر :
دکتر محمد حسن درخشان : مدیر توسعه شبکه وارتقای سلامت معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد
عشرت فیروزی : کارشناس مسئول آموزش بهورزی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد

Created in Master PDF Editor

عنوان	صفحه
فصل اول: مدیریت و کاهش خطر بلایا	
➢ آشنایی با مدیریت و کاهش خطر بلایا	۷-۸
➢ مدل چهار فازی مدیریت و کاهش خطر بلایا	۸-۹
➢ عملکرد بهورز در چرخه مدیریت بلایا	۹
➢ سطح بندی فوریت	۱۰
➢ تعاریف و اصطلاحات	۱۱
➢ مخاطرات مورد نظر برنامه نظام مراقبت وقوع و پیامدهای بلایا	۱۲
➢ انواع بلایا	۱۴
➢ مهمترین آثار بلایا و مشکلات شایع بهداشتی ناشی از آن	۱۶
فصل دوم: اقدامات قبل وبعد دربروز بلایا	۱۶
➢ اقدامات قبل از وقوع بلایا	۱۶
➢ اقدامات در زمان وقوع بلایا:	۱۷
➢ اقدامات پس از وقوع بلایا:	۱۷
➢ توصیه هایی برای تخلیه مؤثر	۱۷
➢ اقدامات لازم از قبل وقوع زلزله	۱۷
➢ توصیه های ایمنی در حین وقوع زلزله	۲۰
➢ اقدامات لازم بعد از وقوع زلزله	۲۲
➢ مانور	۲۳
➢ سیل	۲۴
➢ اقدامات قبل از وقوع سیل	
➢ توصیه های ایمنی درصورت بروز سیل	
➢ اقدامات بعد از وقوع سیل	

Created in Master PDF Editor

➢ پیامدهای سیل بر سلامتی	۲۴
➢ طوفان	۲۵

عنوان	صفحه

➢ اقدامات قبل از وقوع طوفان	۲۵
➢ توصیه های ایمنی درصورت بروز طوفان	۲۶
➢ توصیه به افراد هنگام وقوع گردوغبارپیشگیری	۲۷
➢ کاهش اثرات طوفان های گردوغبار	۲۸
➢ پیامدهای طوفان‌های گردوغبار برسلامتی و محیط زیستی	۲۸
➢ خشکسالی	۲۹
➢ پیامدهای خشکسالی	۲۹
➢ پیامدهای خشکسالی برسلامتی	۳۰
➢ پیشگیری و کاهش خسارات خشکسالی	۳۰
➢ آتش سوزی	۳۱
➢ اقدامات قبل از وقوع آتش سوزی	۳۲
➢ نکات ایمنی هنگام روبرو شدن با آتش سوزی	۳۲
➢ اقدامات بعد از وقوع آتش سوزی	۳۳
➢ کولاک	۳۳
➢ اقدامات قبل از کولاک و سرمای شدید	۳۵
➢ نکات ایمنی هنگام وقوع کولاک	۵۴
➢ اقدامات بعد از کولاک	۵۷
فصل سوم : اجرای برنامه های مدیریت و کاهش خطر بلایا در نظام شبکه	۶۰
➢ برنامه ارزیابی و آموزش آمادگی خانوار برای بلایا (DART)	
➢ برنامه ارزیابی ایمنی و خطر بلایا (SARA)	
➢ برنامه کاهش آسیب پذیری سازه‌ای و غیرسازه‌ای در واحدهای بهداشتی(SNS)	
➢ برنامه نظام مراقبت وقوع و پیامد های بلایا (DSS	

Created in Master PDF Editor

➢ **فصل چهارم :برنامه عملیات پاسخ در بلایا و فوریت ها"EOP"**	۶۹
➢ دستورالعمل تدوی برنامهواحد بهداشتی درمانی در EOP	۷۰
➢ انواع و مراحل تدوین برنامه پاسخ به بلایا و فوریت‌ها	۷۱

عنوان	صفحه

➢ مدیریت خطر بلایا در مناطق روستایی کشور	۷۱
➢ نقاط مشترک در تمام بلایا	۷۲
➢ نیازهای اساسی افراد در شرایط بحران	۷۲
➢ تأمین آب سالم	۷۲
➢ عوامل مؤثر در کلرزنی آب	۷۲
➢ روشهای مختلف کلر زنی آب درشرایط اضطراری	۷۳
➢ سرپناه	۷۴
➢ سایر اقدامات بهداشت محیط	۷۵
➢ اصول تغذیه در بلایا	۷۵
➢ اصول کلی تهیه غذا در بحران ها به ویژه برای کودکان	۷۷
➢ بهداشت مواد غذائی	۷۸
➢ توصیه های ضروری تغذیه هنگام وقوع حادثه	۸۰
➢ توصیه های اولیه برای مراقبت از بیماری واگیر در بلایا	۸۰
➢ سلامت روانی اجتماعی در بلایا	۸۰
➢ واکنش های روانی افرددربلایا	۸۰
➢ توصیه های حمایت های روانی ،اجتماعی در برابر بلایا	۸۱
➢ شرح وظایف تیم سلامت روان	۸۲
➢ وظایف بهورز در EOP	
پیوست	

Created in Master PDF Editor

مقدمه :

شرایط اضطراری و بلایای طبیعی همواره کره زمین را تحت تاثیر قرار می دهد و بدون شک زندگی انسان، همواره با خطر ناشی از بلایا همراه بوده است. بلایا عواقبی دارند که از تأثیر آنی و فوری آن بسیار فراتر می‌رود و اغلب، فرایند توسعه اقتصادی را سالها به تأخیر می‌اندازند که در اثر آن، الگوی طبیعی زندگی و یا اکوسیستم مختل شده و اثراتی بر وضعیت بهداشت محیط و سلامت جامعه شامل مرگ زودرس، بیماریها، معلولیت‌ها، آلودگی منابع آب، اپیدمی‌ها، آلودگی مواد غذایی، اختلال در سیستم دفع بهداشتی زباله و فاضلاب و... به وجود می‌آید که نیاز به مداخله استثنایی و اضطراری برای نجات و حفظ زندگی انسانها و یا محیط زیست دارد. در این شرایط شدیدترین محدودیتها برای کارکنان، تجهیزات و لوازم، خدمات پشتیبانی و ... ایجاد می‌شود. در این صورت کارکنان سازمانها و ارگانها و نهادهای درگیر در بحران پس از وقوع حوادث غیرمترقبه همانند سیل، زلزله، رانش زمین و...، با جمعی از انسانهای بلازده مواجه می شوند که با برنامه‌ریزی و آمادگی قبلی، در برابر وضعیت اضطراری، سازمان‌ها و جوامع را قادر می‌سازد تا با وضعیت بحران، به شکل مؤثر و مناسب برخورد نمایند.. خصوصیات جغرافیایی، توپوگرافیک و اقلیمی و شرایط و ایدئولوژیک جمهوری اسلامی ایران، کشور عزیزمان را در معرض انواع بلایای ناشی از مخاطرات طبیعی و انسان‌ساخت قرار داده است.و طی سده اخیر پیامدهای ناگواری را متحمل شده‌است و به عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین کشورها از نظر انواع حوادث در جهان مطرح است. به عنوان مثال، سرزمین پهناور ایران در یکی از فعالترین مناطق لرزه خیز جهان قرار دارد و شواهد تاریخی نشان می‌دهد که بسیاری از شهرها و آبادی‌های آن در گذشته به دفعات در اثر وقوع زمین لرزه‌های شدید، ویران گشته‌اند. در سال‌های اخیر، به طور متوسط در هر پنج سال، یک زمین لرزه با صدمات جانی و مالی بسیار زیاد در نقطه‌ای از کشور رخ داده و متأسفانه در حال حاضر ایران در زمره‌ی کشورهایی قراردارد که وقوع زلزله در آن همواره با احتمال تلفات جانی زیاد همراه است.

گرچه جلوگیری کامل از خسارات ناشی از زمین لرزه‌های شدید بسیار دشوار است، اما با افزایش سطح آگاهی از وضعیت لرزه- خیزی کشور، آموزش همگانی و ترویج فرهنگ ایمنی، شناسایی و مطالعه آسیب‌پذیری ساختمان‌ها و ایمن و مقاوم‌سازی آنها، می‌توان تلفات و خسارات ناشی از زلزله های آتی را به میزان زیادی کاهش داد. آنچه در بلایای طبیعی اهمیت دارد ، مدیریت بحران است. به عنوان مثال درکشورهای پیشرفته‌ای چون ژاپن، با مدیریت مناسب بحران توانسته‌اند همواره آسیبهای ناشی از خسارات زلزله را در کشور زلزله خیز خود به حداقل برسانند. لذا این امر بیانگر مدیریت دقیق بحران در جامعه ژاپن است که باید درسی برای همه کشورهای زلزله‌خیز باشد و این وظیفه همه مردم، دولتها و حتی دنیاست که در تأمین سلامت و بهداشت مردم بلازده همکاری کنند و به آنان کمک کنند که به زندگی عادی خود باز گردند.

Created in Master PDF Editor

فصل اول: مدیریت و کاهش خطر بلایا

اهداف رفتاری :

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود:

۱) حادثه، فوریت، بلا و مخاطره را تعریف کنند.

۲) مدل چهار فازی مدیریت و کاهش خطر بلایا را رسم نمایند.

۳) چهار مورد از دلایل نیاز به تقویت و توسعه مدیریت و کاهش خطر بلایا در حوزه بهداشت عمومی را بیان کنند.

۴) انواع بلایا را از نظر سازمان بهداشت جهانی توضیح دهند.

۵) مخاطرات مورد نظر برنامه نظام مراقبت وقوع و پیامدهای بلایا شرح دهند .

۶) اهمیت بلایا را از نظر میزان اثر و آسیب وارده شرح دهند.

بنی آدم اعضای یکدیگرند — که در آفرینش زیک گوهرند
چوعضوی به درد آورد روزگار — دگر عضوها را نماند قرار

در چند دهه گذشته، اقدامات زیادی به منظور بهبود رفتار اجزای سازه‌ای ساختمان‌ها در بلایا و حوادث صورت پذیرفته که موجب تحولاتی بنیادین در آئین‌نامه‌های ساختمانی و ارتقای دانش مهندسان شده است. در مقابل، به نقش اجزای غیرسازه‌ای ساختمان‌ها در بروز تلفات جانی و خسارات مالی ناشی از بلایا توجه کمتری شده است.

تجربه نشان داده است که حتی در صورت مقاومت ساختمان‌ها در مقابل زلزله، اجزای غیرسازه‌ای آن پتانسیل زیادی برای وارد کردن آسیب‌های جدّی به ساکنان یا ایجاد اختلال در کارکرد ساختمان دارند. ایران در معرض انواع مخاطرات طبیعی و انسان‌ساخت قراردارد و طی سده اخیر پیامدهای ناگواری را متحمل شده است.

سطح خطر ایران در خصوص فقط مخاطرات طبیعی بر اساس تعداد موارد فوت طی ۴ دهه اخیر ۸ از ۱۰ برآورد می شود و حاصل آن بیش از ۱۰۰ هزار کشته بوده است. به این دلیل ضرورت دارد تا نظام سلامت بطور مداوم برای پاسخ به این حوادث کاملا آماده باشد و به آنها پاسخ به موقع و مؤثر بدهد.

بنا به گزارش جهاد کشاورزی مخاطرات آب و هوایی به خصوص سیل ورانش زمین متعاقب آن طی دهه های اخیر روند رو به افزایش داشته اند و علاوه بر پیامدهای مرگ ، کسر قابل توجهی از جمعیت کشوررا درمعرض خطر قرارمی دهند. از منظر مخاطرات انسان ساخت ، تجربه های سقوط هواپیما، انفجاریا از مسیرخارج شدن قطار ، حوادث صنعتی ، انفجار یا آتش سوزی اماکن عمومی از مواردی است که نیازمند توجه جدی هستند.ناامنی و درگیری با اشرار، جنگ و تهدیدات نظامی از جمله مخاطرات انسان ساختی است که کشوربا آن مواجه است .از میان تصادفات جاده ای نیز آن دسته ازتصادفات مورد نظر است که مصدومین متعدد به دنبال داشته باشد. حوادث و بلایا طبیعی و انسان ساخت به هر شکل و یا با هر علتی که وقوع پیدا کنند تهدید جدی برای حیات و توسعه و تکامل جامع بشری است بنابراین توجه به کسب آمادگی و تدارک لوازم و تجهیزات لازم جهت ارائه پاسخ موثر و مناسب به منظور کاهش مرگ و میر، مصدومیت و معلولیت و بار ناشی از وقوع این حوادث از اهمیت بسزایی برخوردار می باشد این امر از طریق برنامه ریزی جامع مبتنی بر نتایج بررسی مداوم خطر وتوجه به ظرفیت های موجود و قابل افزایش امکان پذیر است.

و اگر شرایط اضطراری و خطرها و آسیب پذیر ناشی از آنها فاقد مدیریت کارآمد باشند اهداف توسعه با مشکل روبرو خواهد شد.

مسئله مدیریت و کاهش خطر بلایا همواره موضوعی چالش برانگیز در نظام سلامت کشور بوده است. علیرغم تلاش‌های گسترده ای که در این راستا در گذشته انجام شده است، ولی باید واقع بینانه اذعان داشت که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیازمند اقداماتی بنیادین به منظور ارتقای سامانه مدیریت و کاهش خطر بلایا است. و نقش حوزه بهداشت عمومی در بلایا نقش غیر قابل انکار است که در هر چهار فاز مدیریت بلایا اعم از پیشگیری و کاهش آسیب، آمادگی، پاسخ، بازیابی، نمودهای عملیاتی و مشخص دارد.

آشنایی با مدیریت و کاهش خطر بلایا

مدیریت و کاهش خطر در بلایا در نظام سلامت را می‌توان بدینگونه تعریف کرد: مدیریت کاهش خطر بلایا در نظام سلامت فرآیندی است منظم به منظور بهره‌مندی حداکثری از ظرفیت‌های سازمانی، اجرایی و مهارتی نظام سلامت، با هدف به حداقل رساندن پیامدهای سوء سلامتیِ مخاطراتِ طبیعی و انسان ساخت در سطح جامعه و تسهیلات و منابع بهداشتی درمانی، از طریق پیشگیری از مخاطرات و کاهش آسیب، ارتقای آمادگی، پاسخ به موقع و بازیابی، با رویکرد توسعه پایدار.

بر اساس تعریف فوق، نظام سلامت بر بستر نظام شبکه چهار گروه هدف ذیل را در بر می‌گیرد:

۱-جمعیت عمومی

۲- ارائه دهندگان خدمت (کارکنان)

۳- تسهیلات بهداشتی- درمانی (سازه‌ای و غیرسازه‌ای)

۴- برنامه‌های بهداشتی- درمانی

❖ **جهت مطالعه:**

چرا مدیریت و کاهش خطر بلایا در حوزه بهداشت عمومی نیاز به تقویت و توسعه دارد؟

- کاهش خطر بلایا، یکی از ارکان توسعه پایدار جامعه است.
- جمهوری اسلامی ایران در معرض انواع مخاطرات طبیعی و انسان ساخت قرار دارد.
- در کشور، در هر سال بطور متوسط:
- ۲۵۰ مخاطره طبیعی روی می‌دهند.
- ۳۰۰۰ نفر کشته می‌شوند.
- ۹۰۰۰ نفر دچار مصدومیت فیزیکی می‌شوند.
- ۱,۵ میلیون نفر تحت تاثیر قرار می‌گیرند.
- افراد فقیر، معلولان، سالمندان، زنان باردار و کودکان آسیب پذیرترین گروه‌ها در برابر بلایا هستند.
- سطح خطر ناشی از مخاطرات طبیعی در کشور بر اساس وقوع مرگ ۸ از ۱۳ می‌باشد.
- توسعه سریع شهرنشینی باعث شده تا بسیاری از ساکنین روستاها در حاشیه شهرهای بزرگ ساکن شوند که از مقاومت و آمادگی لازم برای بلایا برخوردار نیستند.
- در توسعه شهرهای کشور، مبانی کاهش خطر بلایا به درستی رعایت نمی‌شوند.
- آمادگی خانوارهای ایرانی در برابر بلایا، بطور متوسط، تنها ۸ درصد است. متاسفانه این برآورد در بین استان‌ها تفاوت چندانی ندارد.
- مطالعات نشان می‌دهند که مداخلات مبتنی بر نظام شبکه می‌تواند سطح آمادگی خانوارها برای بلایا را تا ۷ برابر افزایش دهد.
- سطح خطر بلایا در تسهیلات بهداشتی نظام شبکه، ۷ از ۱۳ می باشد.
- آسیب ناشی از مخاطرات طبیعی بر مراکز بهداشتی درمانی، بخصوص مخاطرات آب و هوایی، رو به افزایش است.
- شاخص های مدیریت و کاهش خطر بلایا در سامانه اطلاعات نظام سلامت تعریف نشده اند.

در این برنامه مدیریت وکاهش خطر بلایا سعی برآنست تا جهت تحقق هدف کاهش خطر ناشی از مخاطرات طبیعی و انسان ساخت در سطح جامعه وتسهیلات و منابع نظام سلامت با رویکرد پیش فعال به کاهش خطر بلایا و مشارکت بین‌بخشی در برگیرنده تمام مخاطرات و تمام جنبه‌های سلامت این مهم در نظام شبکه نهادینه گردد تا شرح وظایف درکلی در زمینه اقدامات قبل از وقوع بلایا، در زمان وقوع بلایا و پس از وقوع بلایا را هماهنگ و عملیاتی نماید.

مدل چهار فازی مدیریت و کاهش خطر بلایا:

مدیریت خطر بلایا شامل اقداماتی است که برای کاهش خطر یا افزایش آمادگی در برابر مخاطرات انجام می‌دهیم و شامل چهار مرحله پیشگیری(کاهش آسیب)، آمادگی، پاسخ و بازیابی (بازسازی و بازتوانی) می‌باشد.

Created in Master PDF Editor

۱-کاهش آسیب(پیشگیری) عبارتست از اقدامات سازه‌ای و غیر سازه‌ای که برای محدود سازی آثار ناگوار مخاطره‌های طبیعی، تخریب زیست محیطی و مخاطره‌های فناورزاد اجرا می‌شوند.

۲-آمادگی عبارتست از فعالیتها و اقداماتی که پیشاپیش برای اطمینان از پاسخ موثر به آثار سوء مخاطره‌ها انجام می‌گیرد. در این فـاز دو اقـدام مهم انجام می‌گیرد:

الف) استقرار سامانه هشدار اولیه ب) تدوین برنامه آمادگی، آموزش و تمرین اجزای اصلی برنامه آمادگی

۳- پاسخ عبارتست از کمک رسانی یا انجام مداخلات حین یا بلافاصله بعد از بلا به منظور حفظ جان و تأمین نیازهای حداقل و پایه مـردم آسـیب دیـده. پاسـخ می‌تواند فوری، کوتاه یا طولانی مدت باشد.

۴- بازیابی شامل بازسازی و توانبخشی (جسمی، روانی و اجتماعی) بوده و عبارت از تصمیم‌ها و اقداماتی است کـه پـس از وقـوع بـلا بـرای بازگردانـدن جامعه آسیب دیده به وضعیت قبل یا وضعیت ارتقا یافته انجام می‌گیرد. ضمن اینکه اقدامات لازم برای کاهش خطر بلا را نیز تشویق و تسهیل مـی کننـد بازیـابی، فرصـتی برای توسعه پایدار و به‌کارگیری اقدامات کاهش خطر بلایا را فراهم می‌کند.



مدل چهار فازی مدیریت و کاهش خطر بلایا

عملکرد بهورز در چرخه مدیریت بلایا :

الف – مرحله کاهش آسیب : بهورزان در زمان وقوع بلایا با این برنامه ها و اقدام‌هامی توانند در کاهش آسیب ها نقش ارزنده ای داشته باشند:

- تدوین برنامه عملیاتی مدیریت کاهش خطر بلایا در سطح خانه بهداشت
- ارزیابی وآموزش آمادگی خانوار ها در برابر بلایا
- سازماندهی تیم امداد و نجات در سطح روستا
- ذخیره سازی لوازم و تجهیزات مورد نیاز در خانه بهداشت
- اجرای طرح ایمن سازی غیر سازه ای در خانه بهداشت

ب-مسؤولیت‌های مرتبط در فاز آمادگی در سطح خانه بهداشت:

- **۱**.تهیه نقشه خطر
- ۲.تعیین جمعیت تحت پوشش
- ۳.بر آورد جمعیت در معرض آسیب
- ۴.به‌روز سازی اطلاعات در نرم افزار مرتبط
- ۵.آموزش همگانی

ج-مسؤولیت‌های مرتبط در فاز پاسخ در سطح خانه بهداشت:

- اجرای برنامه عملیاتی پاسخ به بلایا
- برآورد جمعیت آسیب دیده
- ارزیابی سریع
- شناسایی و ارجاع افراد مظنون به مراکز درمانی
- توزیع متون آموزشی

Created in Master PDF Editor

اجرای مداخلات مناسب بهداشتی

- لازم ا ست لوازم و تجهیزات فنی و پ شتیبانی که برای ارایه خدمات در مرحله« پا سخ» مورد ا ستفاده اند، در مرحله « آمادگی» ذخیره شده و بر ا ساس برنامه زمانبندی کنترل شوند.

د-مسؤولیت‌های مرتبط در مرحله« بازتوانی» در سطح خانه بهداشت :

۱. هماهنگی درون بخشی و برون بخشی

۲. آموزش همگانی

***اطلاعات آماری مورد نیاز در مناطق آسیب دیده:**

- ۱. تعداد خانوار روستا (نام روستا- نوع روستا)
- ۲. جمعیت (جمعیت روستا- تعداد مادران باردار- ، جمعیت کودکان ، جمعیت بالای ۳۰ سال و ...)
- ۳. تعداد بیماران (تالاسمی- هیپو تیروئیدی- فنیل کتون اوری- دیابت- فشار خون- قلبی عروقی- دیالیزی- همو فیلی – آسم و.....)
- ۴. بهداشت محیط شامل بهداشت آب و فاضلاب یعنی تعیین نوع و تعداد منبع تامین آب،کلر زنی و نمونه برداری آب در اماکن عمومی ، مدارس ، مراکز آموزشی ، مساجد و سایراماکن متبرکه
- - بهداشت مواد غذایی ، توجه به تعداد مراکز تهیه و پخت غذا و انبارهای مواد غذایی
- - نظارت برمواد زاید جامد وتعداد مکان‌های دفع پسماندو تلفات دامیناقلان بیماری‌ها- برآورد نیاز های فوری و ضروری منطقه از نظر بهداشت محیط – تعداد موارد نظارت بردفن بهداشتی اجساد
- ۵. سلامت مادران(شنا سایی مادران باردار و زایمان کرده – سلامت جسمی و روانی- شنا سایی مادران نیازمند مراقبت ویژه-واکسینایون- آمارمادران باردار فوت شده و صدمه دیده در بحران)
- ۶. توجه به سلامت نوزادان شامل آماده بودن وسایل مورد نیازبرای فرآیند مراقبت از نوزاد- حفظ دمای بدن نوزاد- پیشگیری از عفونت – تغذیه با شیر مادر بلافاصله بعد ازتولد

سطح بندی فوریت: همانطور که بیان شد واژه های فوریت، بلا و بحران گهگاه به جای یکدیگر استفاده می‌شود. به منظور پیشگیری از سردرگمی، می توان بار مفهومی آن را بر اساس سطح فوریت (مثلا از E0 تا E3) تعیین کرد.

سطح حادثه E0 (سفید):

در این سطح، حادثه ،رخ نداده است و یا در صورت وقوع تعداد مصدوم و فوتی در ارائه خدمات نظام سلامت هیچ اختلالی ایجاد نکرده است.

سطح حادثه E1 (زرد) در سطح دانشگاه:

E1محلی دانشگاه
تعداد کشته ها بیشتر از ۱۰ نفر و کمتر از ۱۰۰ نفر
تعداد مصدومین بیشتر از ۱۰۰ نفر و کمتر از ۱۰۰۰ نفر
تعداد افراد نیازمند به امداد رسانی بیشتر از ۱۰۰۰ نفر و کمتر از ۱۰۰۰۰ نفر

در این شرایط حادثه ای اتفاق افتاده است و تعداد تلفات و یا مصدومین با استفاده از منابع سلامت دانشگاه علوم پزشکی محل حادثه قابل مدیریت می باشد.

لازم به توضیح است که هر کدام از موارد تعداد کشته، مصدوم یا نیاز به امداد رسانی اتفاق افتاد شرایط برای سطح مورد نظر فراهم است همچنین منظور دانشگاه علوم پزشکی محل حادثه است و دانشکده های علوم پزشکی اقماری به عنوان زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی فرض میشود. در این سطح لازمست مراکز هدایت عملیات دانشگاه های معین و قطب حادثه را به دقت رصد کرده و در صورت تغییر شرایط حادثه یا وقوع حوادث بعدی آمادگی لازم را برای مداخله بر اساس الگوی ملی پاسخ داشته باشند.

سطح حادثه E2 (نارنجی)در سطح قطب:

سطح حادثهE2 (قطب)
تعداد کشته ها بیشتر از ۱۰۰ و کمتر از ۱۰۰۰ نفر
تعداد مصدومین بیشتر از ۱۰۰۰ و کمتر از ۱۰۰۰۰ نفر
تعداد افراد نیازمند به امداد رسانی بیشتر از ۱۰۰۰۰ و کمتر از ۱۰۰۰۰۰ نفر

Created in Master PDF Editor

در این سطح میزان تلفات ، مصدومین، اختلال در ارائه خدمات سلامتی و خسارات وارد شده از وضعیت زرد بیشتر است و به ظرفیت بیشتر از دانشگاه علوم پزشکی محل حادثه برای پاسخگویی نیازاست. در این شرایط لازم است تلاش شودتاشرایط پیش آمده درسطح قطب مدیریت شود . تعداد تلفات یا مصدومین قابل مدیریت با منابع سلامت قطب محل حادثه می باشد. در این شرایط فقط اطلاع رسانی به مرکز هدایت عملیات قطب های معین و ملی صورت می گیرد. در این سطح لازمست مراکز هدایت عملیات قطب های معین و ملی حادثه را به دقت رصد کرده و در صورت تغییر شرایط حادثه یا وقوع حوادث بعدی آمادگی لازم را برای مداخله بر اساس الگوی ملی پاسخ داشته باشند.

سطح حادثه E3 (قرمز) در سطح ملی:

سطح حادثه E3 (قرمز)
تعداد کشته ها بیش از ۱۰۰۰ نفر
تعداد مصدومین بیش از ۱۰۰۰۰ نفر
تعداد نیاز به امداد رسانی بیش از ۱۰۰۰۰۰ نفر

دراین سطح ، حادثه، در گستره وسیعی رخداده است تعدادی از دانشگاه های علوم پزشکی مستقیما درگیر حادثه هستند. تعداد مصدومین خارج از توان مراکز بهداشتی و درمانی قطب محل حادثه می باشد و نیاز به درخواست و ارسال کمک از قطب های معین یا سطح ملی وجود دارد. در این سطح میزان تلفات از وضعیت نارنجی دانشگاه علوم پزشکی قطب محل حادثه بیشتر است و به ظرفیتی بیش از امکانات کامل قطب برای پاسخگویی نیازاست.

تعاریف مرتبط سطح بندی فوریت:

- ارتباط بین شاخص های مذکور "یا "می باشد به این معنی که در صورت وقوع هر کدام از شرایط تعداد کشته، مصدوم و یا نیاز به امداد رسانی ، سطح متناظر اعلام می گردد
- منظور از مصدومین افراد مجروح نیازمند به دریافت خدمات سلامتی (حفظ کننده حیات) درمراکز بهداشتی درمانی می باشند
- منظور از امداد رسانی، خدمات مورد نیاز اولیه شامل : جستجو و نجات ، جابجایی / انتقال و اسکان اضطراری، تریاژ و تخلیه ، تامین و توزیع منابع و امکانات، تدفین، آواربرداری، اسکان موقت می باشند

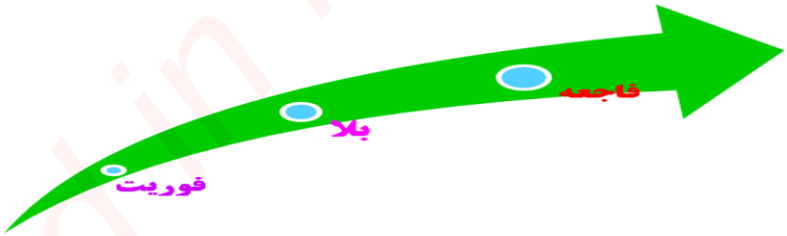
تعاریف و اصطلاحات

حادثه: عبارت است از رویدادی پیش‌بینی نشده و خارج از انتظار که موجب صدمه و آسیب گردد.

فوریت: رویدادی است که مدیریت آن، فرآیند یا امکاناتی غیر از مدیریت جاری را می‌طلبد.

بلا: یک پدیده زیست محیطی ناگهانی با ابعاد وسیع بوده و فوریتی است که پاسخ به آن، به توانی فراتر از توان جامعه آسیب دیده نیاز دارد.

فاجعه: بالاترین سطح فوریت نسبت به تحمل جامعه است.



نمای شماتیک ارتباط فوریت ، بلا ، فاجعه

بحران : این واژه در علوم سلامت (بجز در مسائلی مانند فشارخون، پرکاری تیروئید و استرس های روانی) معمول نیست و کاربرد آن در مسائل اجتماعی و اقتصادی است. به هر حال در محاوره فارسی گاهی بجای واژه‌های فوریت و بلا استفاده می‌شود.

مخاطره چیست؟ مخاطره رویدادی فیزیکی یا پدیده‌ای است که می‌تواند بالقوه خسارت‌زا باشد(البته نه الزاماً). این خسارت می‌تواند جانی، مالی و یا عملکردی باشد.

مخاطرات مورد نظر برنامه نظام مراقبت وقوع و پیامدهای بلایا

۱) مخاطرات زمین شناختی شامل: زلزله، رانش زمین بدنباله زلزله، نشت زمین، روان گرایی، آتشفشان، سونامی

Created in Master PDF Editor

۲) مخاطرات آب و هوایی شامل: طوفان، گردباد، بارانهای سیل آسا، سیل برق آسا، سیل رودخانه یا امواج بلند ناشی از طوفان، رانش زمین بدنبال بارش شدید و سیل، شرایط جوی نامناسب ناشی از گرما یا سرمای شدید، گرد و غبار، طوفان شن، کولاک، بادهای شدید، آلودگی هوا، صاعقه

۳) مخاطرات اجتماعی شامل: جابجایی گسترده جمعیت، حمله مسلحانه یا غیرمسلحانه، گروگان‌گیری، تهدیدات سایبری، اغتشاشات، سرقت و ...

۴) مخاطرات زیستی شامل: اپیدمی‌ها، هجوم جانوران موذی، حمله حیوانات وحشی و ...

۵) مخاطرات فناورزاد شامل: انفجار گاز، انفجار بمب، آتش سوزی، نشت مواد مضر، تهدیدات هسته‌ای، تهدیدات رادیولوژیک، تهدیدات بیولوژیک ، تهدیدات شیمیایی ،

لازم به تذکر است که اهمیت هر مخاطره را می توان از میزان تلفات و صدمات جانی ،قطع خدمات عمومی (برق ، گازو دیگر سوختها، ارتباطات، آب آشامیدنی، شبکه فاضلاب، موادغذایی، بهداشت و غیره.)میزان آسیب به اموال عمومی وخصوصی،اختلال در فعالیتهای عادی،وسعت منطقه آسیب دیده،محل وقوع مخاطره شدت مخاطره،وقوع/ احتمال پیامدهای پس از مخاطره (بروز اپیدمی ها، شکستن سد و سیل به دنبال حادثه اصلی و ...) تعیین کرد.

آسیب پذیری چیست؟ آسیب‌پذیری همان شرایطی است که باعث می‌شود ما در اثر یک مخاطره آسیب ببینیم. مثلاً زلزله خودبخود بد نیست، بلکه مقاوم نبودن ساختمانِ ما آنرا خطرناک می‌کند که شامل :

۱) **آسیب پذیری سازه ای:** مثل مقاوم نبودن دیوارها و ترک داشتن سقف ها

۲) **آسیب پذیری غیر سازه ای:** مثل محکم نبودن کمد به دیوار، ، بسته بودن مسیرهای خروج اضطراری و غیره

۳) **آسیب پذیری فردی:** مثل سالمند بودن، باردار بودن، کودک بودن، معلول بودن و بیمار بودن

۴) **آسیب پذیری عملکردی:** مثل نداشتن برنامه تخلیه، نداشتن کیف اضطراری و غیره

ظرفیت چیست؟ ترکیبی از تمامی نقاط قوت و منابع در دسترس یک جامعه، که بتواند توانایی ما را برای مقابله با مخاطرات افزایش می‌دهد مانند داشتن اطلاعات کافی، وجود کیف اضطراری در خانه، انجام مانور زلزله در خانوار غیره.

خطر چیست؟: عبارت است از احتمال آسیب دیدن در صورت وقوع یک "مخاطره" در سطح مشخصی از "آسیب‌پذیری" و "ظرفیت". هر قدر احتمال یک مخاطره و شدت آن و همچنین آسیب‌پذیری ما بیشتر باشد ولی آمادگی‌مان کمتر باشد، احتمال اینکه کشته یا مجروح شویم و یا اموالمان آسیب ببینند، بیشتر است. در این صورت می‌گوییم ما با خطر بالایی مواجه هستیم. مثلاً اگر محل زندگی ما روی گسل باشد، دیوار خانه‌مان مقاوم نباشد و وسایل منزل، محکم به دیوارها وصل نشده باشند و کیف اضطراری‌مان در دسترس نباشد، خانواده ما در معرض خطر بالاتری قرار دارد.

انواع بلایا:

تعریف مورد توافق جهانی، «بلا» را به دو دسته بلای طبیعی و بلای ناشی از دخالت بشر (انسان‌ساخت) تقسیم کرده است.

الف- بلاهای طبیعی

بلای طبیعی اصولاً تغییری است در شرایط محیطی که سبب گسسته شدن روند زندگی طبیعی مردم و قرار گرفتن آنها در معرض عناصر مضر و خطرناک محیط می‌شود و می‌توان آن را به نحو زیر تعریف کرد:

بلاهای طبیعی عملی از طبیعت است با چنان شدتی که وضعی فاجعه انگیز ایجاد کند و در این وضع، شیرازهٔ زندگی روزمره گسسته شود و مردم دچار رنج و درماندگی شوند و در نتیجه به غذا، پوشاک، سرپناه، مراقبتهای پزشکی و پرستاری و ضروریات زندگی و محافظت در مقابل عوامل و شرایط نامساعد محیط، محتاج گردند.

بلاهای طبیعی بر اساس منشاء به سه دسته تقسیم می‌شوند: با منشاء زمینی مانند زلزله، آتشفشان، سونامی، با منشاء آب و هوایی مانند سیل، طوفان، خشکسالی، سرما و گرمای شدید، رانش زمین و با منشاء زیستی مانند اپیدمی گسترده بیماریها.

ب- بلاهای انسان ساخت

بلاهای انسان ساخت مخاطراتی هستند که بدلیل خطای عمدی یا غیرعمدی انسان ایجاد می شوند، مانند آتش سوزی، نشت مواد مخاطره‌زا، آلودگی آزمایشگاهی و صنعتی، فعالیتهای هسته‌ای و رادیواکتیو، زباله‌های سمی، حوادث حمل و نقل، انفجار، آتش سوزی، بمب گذاری، و غیره. این قبیل بلایا، شامل وضعیتی است که جمعیت غیرنظامی متحمل تلفات جانی و خسارات مالی می شود . در بسیاری موارد مردم مجبور می شوند خانه و زندگی خود را ترک کرده و تعداد گروه‌های اجتماعی پناهندگان و آوارگان افزایش یابد.

اهمیت بلایا(مطالعه آزاد) :

از میان مخاطرات طبیعی، زلزله، سیل، خشکسالی، رانش زمین و طوفانها در صدر مخاطراتی هستند که کشور با آنها دست به گریبان است. زلزله‌ها یکی از مخرب‌ترین و شایع‌ترین بلایا در کره زمین هستند. هر سال میلیون‌ها زمین‌لرزه در جهان اتفاق می‌افتند که تنها نسبت کوچکی از آن‌ها به حد کافی قوی هستند که درک شوند و تنها تعداد بسیار اندکی از آن‌ها منجر به خرابی و مرگ می شوند. با این وجود بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۹، ۶۸۷ زلزله منجر به مرگ در جهان رخداده است که ۳۷۲۶۳۴ نفربر اثر این زلزله‌ها جان خود را از دست داده، ۹۹۵۲۱۹ نفر آسیب‌دیده و بیش از ۶۱ میلیون نفر تحت تأثیر قرارگرفته‌اند. زلزله‌ها مسئول ۱/۸۷ میلیون مرگ در قرن بیستم بوده‌اند. زلزله‌ها همواره در رده‌های اول لیست بلایای کشنده جهان در سال‌های اخیر بوده‌اند. ایران هم به دلیل قرار گرفتن روی کمربند زلزله آلپ–هیمالیا یکی از کشورهای لرزه‌خیز جهان به شمار می‌رود. در ۹۰ سال گذ شته، بیش از ۱۸۰/۰۰۰ نفر در ایران بر اثر زلزله‌ها جان خود شان را ازد ست‌داده‌اند. بسیاری از شهرهای ایران از جمله تهران، تبریز، رودبار، منجیل، طبس، لار، قزوین، اردبیل، زنجان، همدان، کرمانشاه و ... خسارات زیادی را متحمل شده‌اند. داده‌های تاریخی نشان می‌دهند که تقریباً تمام مناطق ایران در معرض خطر زلزله قرار دارند. به‌طور میانگین هر ۶ سال یکبار یک زلزله ۶ ریشتری و هر ۱۰ سال یک زلزله ۷ ریشتر در کشور رخ می‌دهد. بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰، هر سال به طور متوسط ۱۰۷۴ نفر جان خود را ازدست‌داده‌اند. خسارت‌های اقتصادی ناشی از زلزله رودبار و منجیل در سال ۶۹، معادل ۸٪ تولید ناخالص ملی آن سال برآورد شد.

سیل شایع‌ترین بلای طبیعی جهان بوده و مسئول ۵۰–۴۰٪ تمام بلایا و مرگ و میرهای ناشی از بلایا در سطح جهان است. بیش از یک سوم جمع خسارات اقتصادی وارده در جهان ناشی ازسیل می‌باشد. ایران نیز کشوری سیل خیز است و ۹۰٪ جمعیت در معرض خطرات ناشی از سیل قرار دارند. در سطح کشور ایران، حدود ۳۵۰۰ رشته رودخانه مستقل یا سرشاخه مهم وجود دارد که مجموع سیل‌های رخ داده در آن‌ها در عرض ۳۹ سال آمار موجود از سال ۱۳۳۷ تا ۱۳۷۵، ۲۶۸۱ مورد بوده است یعنی در این دوره هر سال به‌طور متوسط بیش از۶۸ مورد سیل رخ داده است. از نظر توزیع مکانی وقوع سیل در کشور، استان خراسان با متوسط ۲۹۱ سیل در سال شاهد بیشترین و قزوین با ۲۵ سیل در سال کمترین تعداد سیلاب بوده‌اند. در سال‌های اخیر به دلیل تغییرات آب‌وهوایی و گرمایش زمین روند وقوع سیل‌ها در حال افزایش بوده است. بنابراین سیل‌ها و اثرات ناشی از آن‌ها هم آب‌وهوایی همواره یکی از نگرانی‌های عمده نظام‌های سلامت است.بررسی‌های انجام شده در جهان نشان می‌دهد که خشکسالی، از نظر فراوانی وقوع و همچنین ویژگی‌هایی که داراست نسبت به سایر بلایای طبیعی اولویت داشته و مخاطره آمیزتر است. سازمان ملل متحد هشدار داده است که اگر جهان به میزان فعلی به مصرف آب ادامه دهد، تا سال ۲۰۲۵ بیش از دو میلیارد و ۷۰۰ میلیون نفر در جهان با کمبود آب مواجه خواهند شد. پدیده خشکسالی تقریباً در تمامی نقاط دنیا امکان وقوع دارد.

خشکسالی جزء بلایای طبیعی نامحسوس است، بدین معنی که بلایی آرام و خزنده است و به آرامی خود را بر یک منطقه جغرافیایی چیره کرده و خسارت‌های زیادی را برجای می‌گذارد. به دلیل اینکه محدوده وسیع‌تری را در بر می گیرد، پیچیده‌تر از دیگر بلایای طبیعی است. این بلای خزنده جمعیت بیشتری را هم تحت تأثیر قرار داده و پرهزینه ترین بلای طبیعی است. این مخاطره زیان‌های سنگینی به اقتصاد کشورهای جهان، مخصوصاً کشورهای واقع در مناطق خشک و نیمه خشک مانند ایران وارد می‌سازد. . بنا بر گزارش وزارت جهاد کشاورزی، مخاطرات آب و هوایی بخصوص سیل و رانش زمین متعاقب آن طی دهه‌های اخیر، روند رو به افزایش داشته‌اند و علاوه بر پیامد مرگ، کسر قابل توجهی از جمعیت کشور را در معرض خطر قرار می‌دهند. علیرغم اینکه وقوع خشکسالی در کشور ما معمولاً منجر به مرگ نمی‌شود، تنها در دهه اخیر بیش از۳۷ میلیون ایرانی تحت تاثیر پیامدهای آن قرار گرفته‌اند.



مهمترین آثار بلایا و مشکلات شایع بهداشتی ناشی از آن:

۱- آلودگی منابع آب آشامیدنی

۲- بروز و شیوع بیماریهای واگیردار (انگلی، اسهال خونی و سایر بیماریهای عفونی)

۳- از بین رفتن منازل و لزوم تهیه سرپناه موقت برای بازماندگان و در نهایت جابجایی جمعیت

۴- ایجاد وقفه و اختلال در سیستم دفع زباله و فاضلاب و انباشته شدن آنها در محیط زندگی

۵- آلودگی و کمبود مواد غذایی و مشکلات تغذیه‌ای در منطقه

۶- افزایش ناقلین بیماریها

۷- تعفن اجساد انسانی و لاشه حیوان در منطقه

۸- عدم توجه به اهمیت و نقش مردم در تأمین امنیت، بهداشت و امداد در بروز بلایا

۹- مشکلات بهداشت روانی و واکنشهای اجتماعی

۱۰- مهاجرت مردم حادثه دیده به شهر و توسعه شهرنشینی و...

چگونگی رفتار اهالی سانحه دیده منحصراً گاهی توأم با وحشت، اضطراب و حیرت زدگی است و پس از گذشت چند دقیقه از وقوع حادثه، آسیب دیدگان فعالیتهای جستجو و نجات را آغاز می‌نمایند و هر کسی تصور می‌کند که اعمال و رفتار او در امداد رسانی و نجات کاملاً منطقی است. اینگونه برخوردها در برخی موارد به سود و مصلحت جامعه نمی‌باشد و موجب می‌شود نیروهای امدادگر نتوانند وظایف خود را به خوبی انجام دهند. گرچه در برخی شرایط خطر بالقوه انتقال بیماریهای عفونی افزایش می‌یابد، ولی بطور کلی وقوع حوادث عامل بروز ناگهانی بیماریهای واگیر نیستند. مهمترین علت افزایش بیماریها به دلیل آلودگی آب و مواد غذایی می‌با شد. خطر بروز همه‌گیری بیماریهای واگیردار با تراکم جمعیت و جابجایی آنها افزایش می‌یابد. زیرا این عوامل باعث می شوند که میزان م صرف آب و مواد غذایی و خطر آلودگی آنها افزایش یابد و تخریب سرویسهای بهداشتی خود مهمترین علت در افزایش آلودگی است و همچنین متوقف شدن برنامه‌های مبارزه باناقلین، بیماریهای منطقه تو سط حشرات را افزایش می‌دهد. زمانی که جابجایی بی‌اختیار و یا سازمان‌یافته رخ می‌دهد، نیازهای ا ضطراری به تأمین امداد همگانی احساس می‌شود اهالی آسیب دیده ممکن است به نقاط شهری که سرویس ها و امکانات آنها با تعداد جمعیت مطابقت ندارد عزیمت و در نتیجه موجب افزایش مرگ و میر و بروز بیماری گردند و یا بعضـــی بیماریهایی که در بین جمعیت منطقه و یا تازه وارد آندمی و بومی نبوده با تماس با یکدیگر موجب افزایش بیماری گردد.

همچنین پس از وقوع حوادث غیرمترقبه، ممکن ا ست خطرات بهدا شتی نا شی از قرار گرفتن در معرض هوای روباز و بی‌حفاظ نیز موجب افزایش بع ضی بیماریها گردد. بروز خسارات و آسیبهای فراوان به انبارهای مواد غذایی و محصولات و از بین رفتن سیستم توزیع، مهمترین علت بروز کمبودهای محلی می‌باشد که خود موجب نگرانی و بروز بیماریها خصوصاً در گروه‌های آسیب‌پذیر می‌باشد. مشکلات حاد بهداشت روانی طی دوره‌های طولانی توانبخشی و نوسازی افزایش یافته و بروز بیماریهای روانی را موجب می‌شود که باید مورد توجه قرار گیرد.

در فصـــول بعدی با اقدامات قبل وبعد بلایا وتوصـــیه های ایمنی درهنگام بلایا وبرنامه های مدیریت و کاهش خطر بلایا شـــامل ازیابی خانوار(DART) ,ارزیابی ایمنی و خطر واحدهای بهداشتی(SARA)، کاهش آسیب‌پذیری غیرسازه‌ای و سازه‌ای(SNS)، نظام مراقبت وقوع و پیامدهای بلایا(DSS) و تدوین پاسخ به بلایا و فوریتها (EOP)، و اقدامات بهداشـــت محیط و حمایتهای روانی و اجتماعی در بلایا و نیز شـــرح وظایف بهورزان در برنامه‌های فوق آشـــنا خواهید شد.

Created in Master PDF Editor

تمرین :

۱- حادثه، بلا، فوریت و فاجعه را تعریف کنند.
۲- انواع بلایا را از نظر سازمان بهداشت جهانی شرح دهند.
۳- مخاطرات مورد نظر برنامه نظام مراقبت وقوع وپیامدهای بلایا شرح دهند.
۴- دلایل توجه به مخاطرات زلزله وسیل وخشکسالی در کشورمان راشرح دهند
۵- چهار مورد از مشکلات شایع بهداشتی ناشی از بلایا را توضیح دهند.
۶- **بلایای اتفاق افتاده در چند دهه اخیر در منطقه خود را شناسایی نمایند.**

Created in Master PDF Editor

فصل دوم: اقدامات قبل وبعد دربروز بلایا

اهداف رفتاری
پس از مطالعه این فصل انتظار می رود: ۱- منظور از اقدامات قبل وبعد ازوقوع بلایا را شرح دهند. ۲- اقدامات ایمنی قبل از وقوع بلایا (زلزله ،آتش سوزی)را توضیح دهند. ۳- هدف از برگزاری مانور را توضیح دهند. ۴- اقدامات لازم قبل از وقوع سیل را شرح دهند. ۵- نکات آموزشی درخصوص پیشگیری از آتش سوزی توضیح دهند . ۶- نقش بهورزان قبل وهنگام و پس از وقوع بلایارا شرح دهند.

در فصل اول با انواع بلایا و مخاطرات مورد نظر برنامه نظام مراقبت وقوع و پیامدهای بلایا (زمین شناختی، آب و هوایی، اجتماعی، زیستی و فناورزاد)آشنا شدید. باتوجه به اینکه بلایا به صورت طبیعی و غیر طبیعی در کشور می تواند تأثیر جدی بر جامعه و اقتصاد گذاشته و منجر به کاهش سر مایه های ملی شود.در این فصـــل با اقدامات قبل حین وبعداز وقوع بلایا در برنامه های میریت ونقش بهورز در بلایاو اقدامات قبل وبعد در بروز بلایا طبیعی (زلزله ،ســـیل، طوفان، خشکسالی، سرما،آتش سوزی که کشورعزیزمان با آنها د ست به گریبان ا ست) آ شنا خواهید شد.لازم به تذکر ا ست پیشگیری و آمادگی یک عملکرد عالی در کاهش مرگ عزیزانمان خواهد بود و بهورزان می توانند با آموزش مداوم خانوارها در تحقق این هدف نقش مهمی داشـته باشـند . این آموزش شـامل : آموزش و توانمند سازی بهورزان در راستای بلایا ، آموزش عمومی در رسانه ها با محوریت بلایا و برگزاری مانورهای مختلف در مدارس و مساجدواماکن عمومی باشد.

اقدامات قبل از وقوع بلایا

اقدامات پیش از وقوع بلایا، حدود و میزان اقدامات، قبل از بروز بلایا بستگی به قابلیت پیش بینی و تکرار این بلایا دارد و شامل :

ارزیابی آسیب‌پذیری و آمادگی تسهیلات و منابع نظام شبکه

اجرای اقدامات کاهش آسیب‌پذیری و ارتقای آمادگی تسهیلات و منابع نظام شبکه

جلب مشارکت عمومی برای اجرای برنامه‌های سلامت-محور کاهش خطر بلایا

آگاه‌سازی عمومی درباره راهکارهای ارزیابی و کاهش خطر بلایا

تدوین برنامه پاسخ هماهنگ و موثر با مشارکت سایر بخش‌ها

ذخیره‌سازی لوازم و ملزومات ارایه خدمت در فاز پاسخ

استقرار فرآیند سامانه هشدار اولیه مخاطرات در تسهیلات نظام شبکه

اجرای برنامه‌های آموزش تخصصی برای مدیران و کارکنان نظام شبکه

اجرای تمرین‌های آمادگی بلایا در تسهیلات نظام شبکه و جامعه

اقدامات در زمان وقوع بلایا:

ارزیابی سریع آسیب‌ها و نیازهای تسهیلات نظام شبکه و جامعه

ارزیابی مستمر نیازهای سلامتی جمعیت آسیب‌دیده

ارایه مراقبت‌های سلامتی هماهنگ، به‌موقع و موثر

پایش و ارزشیابی اثربخشی ارایه مراقبت‌های سلامتی

Created in Master PDF Editor

اقدامات پس از وقوع بلایا:

طی دوره پس از ختم بلا تا پایان عملیات امداد (که باید هر چه زودتر عملیات بازسازی دنبال شوند) اقدامات زیر را باید انجام داد :

تدوین برنامه بازیابی تسهیلات نظام شبکه با رویکرد توسعه پایدار

بازسازی تسهیلات و بازیابی برنامه‌های آسیب دیده نظام شبکه

مشارکت در تدوین و اجرای بازیابی روانی–اجتماعی جامعه

پایش و ارزشیابی اقدامات فاز بازیابی بلایا

توصیه هایی برای تخلیه مؤثر

درپیام‌های هشدار تخلیه باید موارد ذیل را مورد توجه قرار دهند:

- اطمینان به افراد جامعه که نیروهای امنیتی از سرقت و تاراج اموال آن‌ها جلوگیری خواهند کرد.
- تأکید بر خطرناک بودن باقی ماندن در محل
- محل و چگونگی رسیدن به محل مورد نظر
- تسهیل حرکت تمام اعضاء خانواده، حتی وقتی تمام اعضاء خانواده حضور ندارند.
- تامین امکانات حمل و نقل عمومی که برای کودکان و سالمندان و افراد معلول مناسب باشد.
- در نظر داشتن مسائل مربوط به حیوانات خانگی و اهلی و فراهم کردن خدمات مراقبت از حیوانات خانگی در هنگام تخلیه
- تسهیل دسترسی به خدمات پزشکی در افرادی که تخلیه شده اند به ویژه برای افراد دارای نیازهای خاص
- تأکید بر محدودیت دسترسی به مناطق ممنوعه تا زمان اعلام مسئولین مبنی بر بی‌خطر بودن بازگشت به منطقه.



لرزه ای سنگین براندام زمین غارت جان هزاران نازنین

مطالعه آزاد

کانون و مرکز زلزله:

نقطه ای در داخل زمین که زلزله از آن نشأت می گیرد را **"کانون زلزله"** و تصویر این نقطه بر روی سطح زمین را **"مرکز زلزله"** و فاصله این نقطه تا سطح زمین را **"عمق زلزله"** می خوانند. معمولاً عمق زلزله ها بین ۵ تا۳۰۰ کیلومتری درون زمین بوده و زلزله های با عمق بیش از۳۰۰ کیلومتر اثر ناچیزی بر سطح زمین دارد .طبیعتاً هر چه عمق زلزله کمتر باشد قدرت تخریب آن نیز بیشتر خواهد بود.

❖ **مقیاس‌های اندازه‌گیری زلزله**

زلزله‌ها بر اساس بزرگا (با مقیاس ریشتر) و شدت (با مقیاس مرکالی) اندازه‌گیری می‌شوند. بزرگی زمین‌لرزه عبارت از کل میزان انرژی آزادشده از زمین است. این انرژی به وسیله دستگاه سیسموگراف (لرزه‌نگار) اندازه‌گیری شده و سپس به مقیاس ریشتر تبدیل می‌شود.

شدت زمین‌لرزه، درجه حرکت زمین در یک مکان خاص و میزان خرابی‌های ناشی از زمین‌لرزه را مشخص می‌کند. شدت زمین‌لرزه به دو روش کمی و کیفی اندازه‌گیری می‌شود. روش کیفی تنها بر مبنای میزان لرزش‌های احساس شده و خسارت‌های ایجادشده در یک منطقه است.

مهم‌ترین اثر سلامتی زلزله‌ها، مرگ افراد به دلیل ریزش ساختمان‌ها و آوارهای ناشی از آن‌ها است. تقریباً ۹۰ درصد مرگ‌ها در زلزله‌ها، ناشی از ریزش آوار ساختمانی هستند و عمده این مرگ‌ها در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول (بیشتر در ۶ ساعت اول) اتفاق می‌افتند،

❖ مقاوم سازی و نقش آیین نامه ها(مطالعه آزاد)

بعد از زلزله رودبار و منجیل استفاده از آیین نامه برای مقاوم سازی ساختمانهای کوچک مسکونی الزامی گردید .درواقع باید اظهار داشت که کلیه ساختمانهایی که بر اساس آیین نامه احداث گردیده اند و بخصوص در هنگام ساخت، ضوابط و اصول نقشه های تهیه شده را رعایت نموده باشند، در برابر زلزله مقاوم هستند. این آیین نامه به نام آیین نامه ۲۸۰۰ زلزله ایران شناخته می شود که در آن دستورالعملها و نکات طراحی یک ساختمان برای مقاوم سازی در برابر نیروی زلزله گنجانیده شده و کلیه مهندسان در هنگام طراحی یک ساختمان موظف به رعایت آن می باشند. متاسفانه در برخی از ساختمانها بدلیل عدم رعایت نکات اجرایی در زمان ساخت و یا استفاده از نیروی اجرائی غیر ماهر، بنای ایجاد شده در برابر زلزله مقاوم نمی باشد که در این راستا لازم است علاوه بر فرهنگ سازی عمومی در بین مردم، به منظور ضرورت ایجاد بنای مقاوم در برابر زلزله و بحث تربیت و آموزش نیروی کار ماهر را نیز جدی بگیریم.

طبقه بندی ساختمان ها بر اساس آیین نامه ۲۸۰۰ زلزله ایران(مطالعه آزاد)

اهمیت ساختمانها	عکس العمل در مقابل زلزله	مثال ها
اهمیت بالا	باید بدون هیچگونه آسیب بتواند بعد از زلزله های شدید، ارائه خدمت نماید.	بیمارستان ها، مراکز آتش نشانی، مراکز اسناد دولتی، ایستگاه های برق، آب و گاز، مجتمع های بزرگ مسکونی و ...
اهمیت متوسط	باید در مقابل زلزله های با شدت کم سالم بماند و در مقابل زلزله های قوی آسیب جزئی ببیند ولی فرو نریزد	ساختمان های کوچک مسکونی
اهمیت پایین	در مقابل زلزله های با شدت بالا تخریب می شود.	انبارها، محل دپو وسایل غیرضروری مثل انبار علوفه و انبار بایگانی راکد و ...

بطور کلی هدف از مقاوم ساختن اکثر ساختمانها آن نیست که ساختمان در شدیدترین زلزله ها هیچ صدمه ای را متحمل نشوند، زیرا در این صورت ساختمان بسیار گران و غیر اقتصادی خواهد بود. بلکه هدف آن است که ابتدا از تلفات و صدمات جانی جلوگیری شود و سپس بین هزینه ی اضافی برای مقاوم کردن ساختمان در مقابل زلزله و هزینه ی احتمالی تعمیر خسارت ناشی از زلزله در طول عمر ساختمان موازنه برقرار گردد. بنابراین هدف اصلی در ساختمان های ارزان قیمت و کوچک مسکونی باید جلوگیری از فرو ریختن ساختمان ها باشد و در زلزله های بزرگ باید انتظار داشت که ساختمان تنها ترک خورده و نیاز به تعمیر داشته باشد.

اقدامات لازم از قبل وقوع زلزله

۱) اجرای دستورالعمل های نحوه قطع جریان آب، برق، گاز و سایر امکانات خدماتی در منزل (گاز، معمولاً شیراصلی گاز، روی لوله ورودی و پس از کنتور نصب می‌شود و دسته آن به رنگ قرمز یا نارنجی است. در صورتی که از گاز شهری استفاده می کنید چگونگی باز و بسته کردن شیرهای آن را یاد گرفته و به دیگر اعضای بالغ خانواده آموزش دهید. فراموش نکنید که در زمان وقوع زلزله تا وقتی که از نشت گاز مطمئن نشدید احتیاجی به بستن آنها نیست .در صورتی که در مجتمع های آپارتمانی زندگی می کنید، محل فیوز برق وکنتوروشیر فکه اصلی ورود آب به منزل راشناسایی و به نام خود مشخص کنید)

۲) مکانی را انتخاب کنید که همه اعضای خانواده، بعد از وقوع زمین لرزه در آنجا جمع شوند(برنامه ارتباطی).

۳) نقاط امن محل کار و سکونت خود را در روی نقشه ای مشخص کنید و آن را در اختیار نزدیکان خود قرار دهید تا در مواقع ضروری بتوانید به آن نقاط پناه ببرید (نقشه خطر).

۴) تمرین های دوره ای نجات از خطرهای زمین لرزه را که در مدارس و از طریق رسانه ها آموزش داده می‌شود ، انجام دهید و این برنامه را هر چند وقت یک بار تکرار کنید(اجرای مانور).

۵) دوره کمک های اولیه به ویژه آموزش احیای قلبی ریوی را از طریق هلال احمر شهر خود، یاد بگیرند.

Created in Master PDF Editor

۶) از استحکام و مقاومت ساختمان های قدیمی در برابر زمین لرزه مطمئن شوید،در ساختن بناهای جدید، اصول و مقررات ایمنی و مقاومت ساختمان در برابر زلزله را به دقت رعایت کنید. مقاوم بودن محل سکونت در برابر زلزله از مهم ترین اصول آمادگی و پیشگیری خطرات ناشی از وقوع زلزله است. لذا به منظور پایدار بودن سرمایه گذاری تان موارد زیر تو صیه می گردد.و هنگام ساخت خانه، کلیه ضوابط مهند سی و آیین نامه های ساختمانی را رعایت نموده و از مهندس ناظر خواستار طراحی ساختمان مقاوم و نظارت دقیق بر اجرای آن باشید. چنانچه قصد خرید خانه دارید، با مهندس متخصص در مورد میزان استحکام و اینکه خانه مطابق با آیین نامه ساخته شده است یا خیر، مشورت کنید.اگر محل سکونت شما مطابق آیین نامه ساخته نشده است، حتی الامکان سعی کنید با مهندس متخصص مشورت نموده و نسبت به تقویت ساختمان محل سکونت اقدام نماییدبه خاطر داشته باشید که انتخاب محل مناسب (دور بودن از سنگ های فعال و زمین های شیب دار) طراحی ساختمان، کیفیت مصالح، ساخت و اجرای ساختمان از مهم ترین اصول مقاوم سازی ساختمان در برابر زلزله هستند. قبل از هرگونه تغییر ظاهری در داخل ساختمان، حذف و جابجایی مواردی نظیر دیوار، ستون در و پنجره ها، ضروری است با مهندس متخصص مشورت کنید.

۷) در این زمینه روش های بسیار ساده در مهند سی سازه ها مانند استفاده از مصالح سبک یا تصحیح اتصالات در ساختمان ها و ... وجود دارد که بکارگیری چنین نکات ساده و ریز اما دقیق ناشی از دقت عمل های مدیریتی است. ضمناً مکان‌یابی غلط ساخت و سازها در شهرها، خسارات ناشی از بلایایی همچون سیل را افزایش می دهد.

۸) محل خواب شما نباید در کنار پنجره، زیرلوستر، تابلو، آینه و سایر اشیای شکننده و آویزان باشد.

۹) راهروها وخروجی‌های منزل رابررسی کنید ووسایلی را که ممکن است بعد از وقوع زلزله سد راه شوند ازآن مکان‌ها دور کنید.

۱۰) وسایل سنگینی را که هنگام وقوع زلزله ممکن است سقوط کنند، از جمله کتاب ها، گلدان‌های آویز و لوسترها، در محل خود محکم ببندید.

۱۱) اشیای بزرگ و سنگین را در قفسه های پایین قرار داده وقفسه ها را محکم به دیوار متصل کنید.

۱۲) اشیایی را که در قسمت خارجی ساختمان قرار دارند، مانند کولرها، گلدان های پشت پنجره و ظروف مواد غذایی، در جای منا سبی قرار دهید و یا در جای خود مستحکم کنید.

۱۳) شیروانی و کلاهک دودکش های بخاری را که در زمان وقوع زلزله ممکن است سقوط کنند، بازرسی کنید.

۱۴) ذخیره آب و غذا (ترجیحاً به صورت کنسرو) به اندازه مصرف سه روز آماده کنید. در صورتی که این ذخایر به صورت کنسرو نباشد، باید هر دو هفته یک بار آن ها را تجدید کرد تا فاسد نشوند.

۱۵) مواد شیمیایی سمی و خطر آفرین را در ظرف پلاستیکی مطمئن و در پایین ترین قسمت گنجه ها قرار دهید.

۱۶) برای جلوگیری از حوادث ناشی از بروز حادثه، حتماً یک کپسول آتش نشانی در منزل داشته باشید و حتی الامکان نزدیک درهای خروجی قرار دهید. همچنین نحوه استفاده از آن را بیاموزید و به کلیه اعضاء آموزش دهید.

۱۷) نزدیک ترین محل های امدادرسانی مانند جمعیت هلال احمر، راهداری، درمانگاه‌ها، آتش نشانی و قرارگاه های نیروی انتظامی را، که در هنگام حادثه می توانند به شما کمک کنند، شناسایی کنید.

۱۸) از یک مهندس طراح ساختمان جهت بررسی ساختمان دعوت به عمل آورید و در باره چگونگی راه های مراقبت از خانه با او مشورت کنید.

۱۹) دستگاه های صوتی و تصویری و کامپیوتر را بر روی میزهای لبه دار قرار دهید یا با بست های مربوطه محکم کنید.

۲۰) قلاب های اشیاء آویزان مانند چراغ های سقفی و گلدان های آویزان را از نوع محکم انتخاب نمایید.

Created in Master PDF Editor



توصیه های ایمنی در حین وقوع زلزله :

۱) با خونسردی و اندیشه اقدامات لازم را آغاز نمایید و دیگران را به آرامش دعوت کنید.

۲) اگر در ساختمان های یک یا دو طبقه هستید سعی کنید خود و دیگران با سرعت از ساختمان خارج شده و به فضای باز بروید (اگر نمی توانید به محل امنی در خانه پناه ببرید.)

۳) موقع خروج از ساختمان روی سر خود را با دست و یا جسمی مانند تخته بپوشانید.

۴) جریان آب و برق و گاز را در اولین فرصت قطع کنید.

۵) اگر در شب زلزله روی داد، برای روشنایی از کبریت و یا شمع استفاده نکنید. (از چراغ قوه ای که قبلاً آماده کرده اید استفاده کنید).

۶) حریق احتمالی را در اسرع وقت خاموش نموده و از توسعه آن جلوگیری کنید.

۷) از هل دادن و دویدن به هر طرف ،از ساختمان ها و کابلهای برق دوری کنید.

۸) از پله ها بالا و پایین نروید تا لرزش ها پایان پذیرد، نرده ها را محکم بگیرید و بنشینید.

۹) به خاطر داشته باشید که خاتمه زلزله رفع کامل خطر نمی باشد، بایستی برای لرزه‌ها آمادگی داشته باشید.

۱۰) اگر در منزل، مدرسه، اداره و ... هستید سعی کنید به زیر یک میز یا نیمکت پناه برید. خود را از اشیایی که به زمین سقوط می کنند در امان نگه دارید. به همین دلیل باید از هر گونه حرکت سریع به خارج پرهیز کنید. در بیرون ساختمان ها ریزش شیشه‌های خرد شده بسیار خطرناک است.

۱۱) از عبور در کوچه های تنگ و باریک خودداری کنید و در طول ساختمان ها نیز ندوید.

۱۲) از ایستادن در ساحل رودخانه ها (بخاطر امواج) و کنار کوه ها (به خاطر ریزش سنگ) یا لبه صخره ها پرهیز کنید. (زیرا خطر ریزش باد می باشد).

۱۳) برای دریافت آخرین اطلاعات و راهنمایی های لازم به رادیو گوش دهید.

۱۴) از تلفن جز در موارد ضروری استفاده نکنید. خطوط تلفن باید برای تماس های ضروری آزاد باشد. تا اتمام کامل زلزله در جای خود بمانید.

۱۵) از دیوارهای سنگ کاری شده، بخاری دیواری و شیشه های بزرگ فاصله بگیرید.

۱۶) مراقبت خیابان های دارای شکستگی، شکاف های زمین، آتش سوزی و ترکیدگی لوله های آب باشید، تا هنگام گریز از خانه صدمه نبینید.

۱۷) اگر در آشپزخانه هستید از یخچال، چراغ کار، ماشین لباسشویی وقفسه های بالای سرتان فاصله بگیرید.

Created in Master PDF Editor

۱۸) چنانچه در درون ساختمانی هستید مواظب افتادن آجرها، لوسترها، قفسه های کتاب و سایل وسایلی که ممکن است بلغزند و یا واژگونه شوند باشید.

۱۹) از پنجره ها و آینه ها فاصله بگیرید . در صورت احساس خطر به زیر میز، تختخواب، میان چهارچوب محکم در و یا گوشه ای دور از پنجره ها پناه ببرید، به دیگران توصیه نمایید از شما پیروی کنند.

۲۰) در منزل مکانی را برگزینید که در صورت فرو ریختن ساختمان بتوانید در آنجا پناه گیرید.

۲۱) به طرف خیابان ها ندوید، در صورت امکان خود را به فضایی باز و دور از تمامی خطرات مثل پارک برسانید.

۲۲) هنگام وقوع زلزله سعی نکنید از اشیاء گرانقیمت و شخصی خود محافظت کنید، بیشتر به فکر نجات جان خود باشید.

۲۳) اگر در راهرو هستید به دیوار چسبیده در جایی از راهرو خود را پناه دهید.

۲۴) اگر در حال رانندگی هستید،در هنگام زمین لرزه کنترل اتومبیلی که در حال حرکت می باشد بسیار سخت می باشد. راننده باید سرعت را کاهش دهد و در محلی که از ساختمانها و دیگر اجسام خطرناک دور است توقف نماید. هرگز قبل از اتمام زلزله از اتومبیل خارج نشوید زیرا خود یک پناهگاه محسوب می گردد. موتور اتومبیل را خاموش کنید ولی کلید را از جایش بیرون نیاورید، در داخل اتومبیل مانده و به رادیوگوش دهید.

۲۵) اگر توقف در کنار کوه می باشد مواظب ریزش سنگ ها باشید.

اقدامات لازم بعد از وقوع زلزله :

۱- باز هم خونسردی خود را حفظ نمایید واین امکان وجود دارد که زلزله ای که رخ داده است فقط جزئی از حادثه باشد و زلزله اصلی در راه باشد.

۲- هرگز سعی نکنید از روی کنجکاوی وارد ساختمانهای تخریب شده بشوید زیرا خطر ریزش اشیاء و مصالح ساختمانی هنوز برطرف نشده است.

۳- دریافتن زخمیها و کمک به آنها همکاری نمائید. هرگز مجروحینی راکه آسیب جدی دیده اند حرکت ندهید. ممکن است دچار شکستگی ستون فقرات کمری و یا حتی گردنی شده باشند و با حرکت بی مورد ممکن است نخاع قطع گردد.

۴- در محل آوار ساختمان و مناطقی که شیشه وجود دارد حتماً کفش بپوشید.

۵- سریعاً آتشها را مهار نمائید (حتی قبل از نجات مصدومین).اگر این کار صورت نپذیرد ممکن است یک خانه و یا حتی مجتمع مسکونی قبل از اینکه بتوان کسی را نجات داد در آتش بسوزد.

۶- از کبریت و یا شمع به خاطر احتمال ایجاد آتش سوزی در اثر نشت گاز استفاده ننمائید سعی کنید از چراغ قوه استفاده نمائید.

۷- رادیوی باطری دار خود را روشن نموده و به توصیه های آن عمل نمائید.

۸- در صورتی که در ساختمان هستید در صورت است شمام بوی گاز فوراً پنجره ها را باز کرده و شیر اصلی گاز را ببندید. فیوز اصلی برق را (اگر در خارج ساختمان و دور از بوی گاز قرار دارد) قطع نمائید.

۹- کلیه وسائل گازی، برقی و لوله های آب را بازدید نمائید. در صورتی که خسارتی به ساختمان وارد شده از آن خارج شوید.

۱۰- منابع آب و غذایی را که قبلاً ذخیره کرده بودید مورد بازبینی قرار دهید.

۱۱- هرگز از مواد غذایی که آلوده شده اند و یا در کنار شیشه های شکسته قرار داشته‌اند استفاده ننمائید.

۱۲- بجز در مواقع اجبار سعی کنید از اتومبیلتان استفاده ننمائید و خیابانها را جهت عبور وسائل نقلیه امدادی و آتشنشانی باز نگه دارید.

Created in Master PDF Editor

۱۳- اگر در یک مکان عمومی مانند سینما، سالن ورزشی و یا سالن اجتماعات قرار دارید سعی نکنید همگی به سمت درب های خروجی هجوم برید . در یک محل امن پناه گیرید و با وسیله ای مانند کیف یا حتی دست های خود را از سر و گردن خود محافظت نمائید.

۱۴- هرگز از تلفن بجز در موارد بسیار ضروری مثل گزارش یک آتش سوزی مهیب استفاده ننمائید، زیرا خطوط تلفن محدود می باشند و در هنگام فجایع می تواند غیرقابل استفاده گردد.

۱۵- اگر در نواحی ساحلی هستید فوراً از دریا فاصله بگیرید. بعلت اینکه پس از زلزله‌هایی که در زیر دریا اتفاق می افتد موجهای بلند و ویرانگر بوجود می آید که قدرت تخریبی زیادی دارند.

16- از رفتن به مناطق آسیب دیده و ازدحام اجتناب نمائید مگر آنکه از شما تقاضا شده باشد.

نکتهٔ آخر اینکه مراقب پس لرزه ها باشید. هرچند آنها معمولاً کوچکتر از زلزلهٔ اصلی هستند ولی برخی ممکن است برای تخریب مجدد کافی باشد.

مانور

لازم به تذکر است که تمرین های دوره ای نجات از خطرهای زمین لرزه (اجرای مانور) هدفشان ارتقای سطح آمادگی تیم‌های واکنش اضطراری، کارکنان عملیاتی و افراد جامعه(مخصوصا دانش آموزان) **است. مانور** می‌تواند به‌عنوان جزیی از مرحله آمادگی و کاهش خطر در سوانح و حوادث به شمار آید. حسن اجرای مانور نقش مهم آن در ایجاد آمادگی لازم جهت انجام عکس‌العمل صحیح و سریع در برابر بحران‌ها است که نتایج حاصل از آن موجب کاهش تلفات، خسارات و افزایش پایداری و تاب‌آوری می‌شود.

❖ اهداف برگزاری مانور و رزمایش

برگزاری مانور و رزمایش می‌تواند به‌منظورنیل به اهداف ذیل انجام پذیرد:

۱. افزایش هماهنگی میان تیم‌ها و سازمان‌های درگیر در حادثه
۲. تعیین ضعف‌ها و کاستی‌های برنامه‌ریزی مدیریت حادثه و بحران
۳. تعیین نقاط ضعف در منابع و تجهیزات موجود
۴. تعیین و تمرین نقش‌ها و مسؤولیت‌های افراد و نهادهای مختلف درگیر
۵. آموزش، افزایش آگاهی و مهارت عملکردی تیم‌های واکنش اضطراری، کارکنان و مردم عادی
۶. آزمایش برنامه‌ها و سیستم‌ها و سازمان‌ها در شرایط زنده

(برای مطالعه بیشتر به پیوست ۱۰مراجعه شود)

Created in Master PDF Editor

سیل



سیل شایع‌ترین بلای طبیعی جهان بوده و مسئول ۵۰-۴۰٪ تمام بلایا و مرگ و میرهای ناشی از بلایا در سطح جهان است. بیش از یک سوم جمع خسارات اقتصادی وارده در جهان ناشی ازسیل می‌باشد.

ایران نیز کشوری سیل خیز است و ۹۰٪ جمعیت در معرض خطرات ناشی از سیل قرار دارند. در سطح کشور ایران، حدود ۳۵۰۰ رشته رودخانه مستقل یا سرشاخه مهم وجود دارد که مجموع سیل‌های رخ داده در آن‌ها در عرض ۳۹ سال آمار موجود از سال ۱۳۳۷ تا ۱۳۷۵، ۲۶۸۱ مورد بوده است یعنی در این دوره هر سال به‌طور متوسط بیش از۶۸ مورد سیل رخ داده است. از نظر توزیع مکانی وقوع سیل در کشور، استان خراسان با متوسط ۲۹۱ سیل در سال شاهد بیشترین و قزوین با ۲۵ سیل در سال کمترین تعداد سیلاب بوده‌اند.

سیل‌ها به‌عنوان شرایطی تعریف می‌شوند که در آن جریان آب یک جوی، رودخانه یا سایر مجموعه‌های آب، بیش از حدود طبیعی یا مصنوعی آن‌ها بوده و در نتیجه سرریز شده و مناطقی را که معمولاً در حالت عادی زیر آب نیستند، داخل آب می‌برد. در سال‌های اخیر به دلیل تغییرات آب‌وهوایی و گرمایش زمین روند وقوع سیل‌ها در حال افزایش بوده است. بنابراین سیل‌ها و اثرات ناشی از آن‌ها هم آب‌وهوایی همواره یکی از نگرانی‌های عمده نظام‌های سلامت است.

سیل‌ها بر اساس خصوصیات وقوعشان به دو دسته سیل‌های **رودخانه‌ای** و سیل‌های **ساحلی** تقسیم می‌شوند. سیل‌های رودخانه‌ای نیز خود به دو دسته سیل‌های **فصلی و سیلاب‌ها** (سیل‌های ناگهانی) تقسیم می‌شوند.

سیل‌های فصلی به دلیل افزایش تدریجی سطح آب رودخانه‌ها بر اثر بارش یا ذوب برف‌ها اتفاق می‌افتند. این نوع سیل‌ها معمولاً وقوعشان تدریجی بوده، مدت زمان زیادی ادامه دارند و مناطق وسیعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به دلیل وقوع تدریجی‌شان، زمان کافی برای پیش‌بینی آنها، صدور هشدار برای مردم مناطق در معرض خطر و انجام تخلیه وجود دارد.

سیلاب‌ها (سیل‌های ناگهانی) بسیار سریع هستند و معمولاً به دنبال بارش شدید باران و تگرگ، شکسته شدن سدها و سازه‌های ذخیره آب، آزاد شدن حجم زیاد آب ذخیره شده در پشت آوارها و یخچال‌ها ایجاد می‌شوند. این نوع سیل‌ها در عرض ۶ ساعت و گاهی حتی ۱۵ دقیقه بعد از شروع بارش اتفاق می‌افتند. بنابراین زمان برای پیش‌بینی، صدور هشدار و تخلیه بسیار محدود است.

سیل‌های ساحلی در مناطق ساحلی و به دنبال سایر انواع مخاطرات طبیعی مثل گردبادها، توفان‌های دریایی و سونامی‌ها اتفاق می‌افتند. این نوع مخاطرات معمولاً سیل‌های بسیار عظیمی با انتقال آب به همراه خود در مناطق ساحلی به وجود می‌آورند. تغییرات آب‌وهوایی، تخریب مراتع و جنگل‌ها، افزایش ساخت و سازهای

ناایمن در مناطق مستعد سیل و عوامل انسان ساخت متعدد در دهه‌های اخیر نه تنها موجب افزایش احتمال وقوع سیل‌ها و سیلاب‌ها شده بلکه آسیب‌پذیری جوامع را نیز افزایش داده است.

اقدامات قبل از وقوع سیل :

۱) لزوم رعایت اصول و ضوابط مهندسی رودخانه در احداث پل ها مطابق استاندارد.
۲) مطالعه و اجرای طرح های سیستم هشدار سیل (مناطق پرجمعیت، کوهستانی و رودخانه های بزرگ)
۳) حفاظت و جلوگیری از دخل و تصرف غرمجاز در بستر رودخانه ها و مسیل ها
۴) پاکسازی و دفع انباشته های طبیعی و مصنوعی در محدوده پل ها و زیرگذرها با هماهنگی شرکت های آب منطقه ای
۵) لزوم استفاده از کارشناسان شرکت های آب منطقه ای در هنگام بروز سیلاب به منظور ثبت آمار و خسارات سیلاب و یکنواخت سازی آمار و اطلاعات و استفاده از نظرات کارشناسی ،در زمینه تحلیل علل بروز و تشدید سیل و چگونگی مقابله و کاهش خسارات در حین وقوع سیل.
۶) نصب تابلوهای هشدار سیل در مسیر رودخانه های سیل خیز (در نقاط خاص و مهم و با توجه به شرایط رودخانه ها و مسیر سیل ها).
۷) ایجاد نظام هشدار و مدیریت سیل (حوزه های کوچک و پرجمعیت کوهستانی – مناطق شهری – رودخانه های بزرگ).
۸) لزوم به کارگیری و تو سعه نقش بیمه در سرمایه گذاری طرح های پی شگیری و جبران خ سارات نا شی از سیل،بیمه یکی از اقدامات ب سیار مهم برای مدیریت خطر سیل‌ها ا ست، اگرچه م شکلات فراوانی در این زمینه وجود دا شته و خلاءهای ب سیاری نیز وجود دارند، ولی بیمه تجهیزات، تا سی سات و ساختمان‌های در معرض خطر سیل از جمله اقدامات مورد توجه برای کاهش خطر سیل است
۹) ارایه خدمات آموزش عمومی از طریق جمعیت هلال احمر، آموزش و پرورش و رسانه های عمومی با هماهنگی کمیته های فرعی پیشگیری از سیل.
۱۰) اصلاح بستر رودخانه(عریض کردن بستر رودخانه ،عمیق کردن در اثر لایروبی، از بین بردن آب بندها ، عریان کردن رودخانه از نباتات تسطیح رودخانه ، تصحیح مسیر برای کم کردن طول رودخانه ها)
۱۱) ایجاد سیل برگردان(ایجاد دیواره ها در کنار رودخانه ها، کندن کانال های عرضی و موانع در مسیر سیل، منحرف کردن آب های تجمع شده به مناطق دیگر،ایجاد سیل شکن در دره ها برای جلوگیری از تجمع آب)
۱۲) ایجاد و ساخت سدها و آب بندها، بهترین چاره است که می توان در تولید برق و آبیاری از آن استفاده کرد.
۱۳) حفاظت از بستر رودخانه ها، در حوضه های مرتفع با استفاده از مصالح ساختمانی
۱۴) حفاظت بیولوژیکی، عدم کاشت درخت در کنار رودخانه ها و ایجاد پوشش گیاهی و جنگل ها برای کم کردن سرعت قطرات باران.
۱۵) ایجاد سرعت شکن های بتونی و سنگین در مسیر بستر رودخانه ها و مسیر سیلاب ها





توصیه های ایمنی درصورت بروز سیل

۱) همیشـه و همه جا اصـل خونسـردی را حفظ کنید.وبرای اطلاع از وضـعیت و گرفتن دسـتورات لازم به رادیو، تلویزیون و یا اعلام بلندگوهای عمومی گوش دهید در صورتی که دستور تخلیه داده شود فوراً این کار را انجام دهید.
۲) وسیله روشنایی تهیه کنید (چراغ قوه، شمع و ...) وبه سرعت کمی غذا و آب ذخیره کنید. ممکن است منابع آب آلوده گردد و مواد غذایی یافت نشود از مصرف مواد غذایی در تماس با سیل و فاقد ظرف ضد آب خودداری شود از غذاهای کنسرو شده سالم استفاده نمایید.
۳) در خارج از منزل مواظب سیم های برق که روی زمین افتاده (خصوصاً در آب) باشید تا دچار برق زدگی نشوید.
۴) اگر خانه شما در محل مرتفعی است و خطر آب گرفتگی شما را تهدید نمی کند نیاز به خروج از منزل نمی باشد.
۵) جریان برق، آب و گاز را برای اجتناب از آتش سوزی و برق گرفتگی و انفجار قطع کنید.

۶) در صورت ترک خانه اشیاء گران قیمت را به محل های بالاتری در منزل ببرید درها را قفل کنید.
۷) مناطق کم ارتفاع را سریعاً ترک نمایید.وبه نقطه مرتفعی دور از رودخانه ها، نهرها و زهکشی بروید.
۸) از فاضلاب ها و جویبارهای به ظاهر آرام دوری نمایید. و از ورود به جریان پرشتاب آب بدون توجه به قابلیت شناگری که خطر غرق شدن را به دنبال دارد، اجتناب کنید.
۹) سیلاب هایی که سطح جاده و پل ها را پوشانده است دارای قدرت مافوق تصور است. راه رفتن و یا رانندگی در سیلاب خطرناک ترین کاری است که ممکن است انجام دهید.
۱۰) هیچ گاه به تنهایی در یک ناحیه سیل زده، به این طرف و آن طرف ندوید
۱۱) جریان سیلاب به ارتفاع ۱۵ سانتی متر به دلیل سرعت بالا می تواند تعادل یک فرد بالغ را بر هم زده و وی را غرق نماید
۱۲) تنها وجود جریان آب به ارتفاع ۶۰ سانتی متر می تواند خودروی شما را با خود جابجا کند.
۱۳) تماس خود را با آب باقیمانده از سیل به حداقل برسانید چرا که احتمال آلودگی شدید آن، قابل توجه است
۱۴) – از تماس با آب های سطحی پرهیز کنید. زیرا ممکن است به علت وجود سیم های برق، دچار برق گرفتگی شوید.
۱۵) در منطقه سیل زده مراقب مارگزیدگی باشید. زیرا سیل مارها را از لانه خود بیرون می کشد.
۱۶) آب های جمع شدن در گودال ها محل منا سب برای ر شد ح شرات بخ صوص پ شه‌ها می با شد. لذا از توری در محل اقامت ا ستفاده گردد و پو شاک آستین بلند و چکمه های ساق بلند بپوشید.

اقدامات بعد از وقوع سیل

۱) قبل از ورود به منزل از استحکام سازه ای آن مطمئن شوید. زمانی به منزل خود بازگردید که مسئولین محلی اعلام شرایط عادی نموده و اعلام نمایند که اکنون شرایط برای بازگشت شما امن است. از عدم وجود خطر برق گرفتگی، انفجار، آلودگی بافاضلاب و ... مطمئن در منزل شوید
۲) در منطقه سیل زده مراقب مارگزیدگی باشید. زیرا سیل مارها را از لانه خود بیرون می کشد.
۳) پس از سیل احتمالی شیوع بیماری های عفونی مانند عفونت دستگاه گوارش ناشی از انواع میکروب ها وجود دارد. لذا ضروری است به بهداشت فردی، عمومی، آب و غذا توجه ویژه نمایید تا زمان اطمینان از سالم بودن آب شرب که ممکن است به علت سیل آلوده شده باشد، از آب بطریی استفاده کنید
۴) پس از فروکش کردن سیل و سیلاب، سریعاً نسبت به پاکسازی خانه و محل سکونت خود اقدام نمایید
۵) از مصرف مواد غذایی تماس یافته با سیلاب خودداری کنید. تماس خود را با آب باقیمانده از سیل به حداقل برسانید چرا که احتمال آلودگی شدید آن، قابل توجه است
۶) پس از ورود به منزل کلیه وسایلی که به آب سیل آلوده شده اند (مبلمان و اثاثیه منزل و ...) به علت آلودگی باید ضدعفونی شوند.
۷)برای بازگشت به منزل خود، در مسیرهایی که در آنها سیل فروکش کرده است، مراقب اشیاء شناور در سیلاب و یا باقی مانده از سیل باشید.
۸) در مسیر حرکت باشید. حرکت سیلاب موجب شسته شدن جاده ها و راه ها می شود.
۹) از ایستادن در لب پرتگاه ها پرهیز کنید. زیرا ممکن است رانش زمین به دنبال سیل، خطر جدی را متوجه شما نماید
۱۰) از تلاش برای رانندگی در مسیرهایی که هنوز سیلاب در آنها در جریان است، خودداری کنید
۱۱)از تماس با آب های سطحی پرهیز کنید. زیرا ممکن است به علت وجود سیم های برق، دچار برق گرفتگی شوید
۱۲)در صورتی که منزل یا محل کار شما بیمه در برابر خسارات سیل می باشد، به منظور دریافت غرامت، از صدمات و خسارات عکس تهیه کنید.

پیامدهای سیل بر سلامتی انسان

اثرات بهداشتی سیل را می‌توان به دو دسته کلی مستقیم و غیر مستقیم و یا به اثرات فوری، میان مدت و درازمدت تقسیم شوند. تعریف واضحی برای این واژه‌ها وجود ندارد. در واقع در بسیاری جهات، این دوره‌ها هم‌پوشانی دارند.

- اثرات فوری سیل شامل : غرق شدن، برق گرفتگی، سوختگی‌ها و انفجارات آسیب به تسهیلات بهداشتی و ساختمانها
- پیامدهای میان مدت سیل برسلامتی شامل :آلودگی آب،آلودگی شیمیایی، بیماری‌های واگیر، تنفسی وتشدید بیماری‌های غیر واگیر، جابه جایی حیوانات
- پیامدهای طولانی مدت سیل بر سلامتی شامل : معلولیت، مشکلات روانی،گسست اجتماعی و مسائل بهداشتی مرتبط

طوفان



«**طوفان**»، آشفتگی شدید جو همراه با بادهای قوی و معمولاً باران، تندر، رعدوبرق یا برف تعریف شده است. در منابع تخصصی نیز **طوفان** به بادهایی گفته می‌شود که با سرعت زیاد در مدت کوتاهی می‌وزند. طوفان‌ها معمولاً با هوای ناپایداری همراه هستند که اگر هوای ناپایدار رطوبت داشته باشد، طوفان رعدوبرق یا تندر و اگر خشک باشد طوفان گردوغبار گفته می‌شود. طبقه‌بندی واحدی در خصوص انواع طوفان‌ها وجود ندارد. مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی بلایا[4] طوفان‌ها را جزو مخاطرات آب‌وهوایی طبقه‌بندی کرده و براساس سرعت باد آن‌ها به طوفان ملایم، توفان شدید و طوفان خیلی شدید تقسیم می شود.

اقدامات قبل از وقوع طوفان :

۱) کاشتن درخت های عمیق ریشه، به عنوان بادشکن های طبیعی

۲) طراحی و بنای ساختمان ها به نحوی که در ساختمان مواد مناسب و بست های کافی به کاربرده شوند تا دیوارها، هم به پایه بنا و هم به سقف محکم متصل شده باشند (پیش ساخته) و پوشش پنجره ها با حفاظ های مخصوص

۳) خودداری از ایجاد بنا در نزدیکی ساحل و گذاشتن کیسه های شن در سواحل آسیب پذیر

۴) تعمیر و نگهداری بناها، منطبق با مقاومت طراحی شده بنا یا تخریب ساختمان های کهنه، فرسوده و غیرقابل تعمیر

۵) حفاظت از فرسایش زمین هایی که در معرض زیر آب رفتن قرار دارند.

۶) جمع‌آوری وانبارکردن مواد پراکنده، ابزارها و وسایل سبک جهت پیشگیری از خطر

۷) قطع شاخه های اضافی درختان و انداختن درخت هایی که ممکن است خطرناک باشند.

۸) تهیه منابع آب کافی و وسایل لازم برای پیشگیری از حریق .

توصیه های ایمنی درصورت بروز طوفان

۱) برای اطلاع از وضعیت و گرفتن دستورات لازم به رادیو، تلویزیون و یا اعلام بلندگوهای عمومی گوش فرا دهید.

۲) پنجره های خانه را با تخته بپوشانید (بر روی پنجره های بزرگ و پهن به منظور پیشگیری از خرد شدن، نوار چسب های مناسب بچسبانید)

۳) لوازم و ابزاری را که بیرون هستند به داخل بیاورید.

۴) غذا و آب ذخیره کنید، رادیو و چراغ قوه همراه داشته باشید.

۵) جریان برق، آب و گاز را قطع کنید (امکان شروع هرگونه حریق را از بین ببرید)

4 Center for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED)

Created in Master PDF Editor

۶) در منزل بمانید و به پنجره و درها نزدیک نشوید (به محکم ترین قسمت خانه پناه ببرید)

۷) تماشای طوفان سهل انگاری است، وقتی که امواج طوفان درست بالای سر شماست مرحله آرامش است بزودی باد شدید از سمت دیگر برخواهد خواست.

۸) بعد از طوفان به خارج از منزل نروید (به آرامش پس از وقوع طوفان اعتماد نکنید، این آرامش بیش از چند دقیقه طول نخواهد کشید، در داخل منزل و پناهگاه باقی بمانید زیرا طوفان شدید از جهت مخالف باز خواهد گشت).

۹) جز در مواقع ضروری رانندگی نکنید واز تلفن فقط در موارد ضرورت استفاده نمایید.

۱۰) اگر فرصت ندارید به پناهگاه بروید در نزدیکترین نهر یا جوی آب دراز بکشید و سر خود را با دست بپوشانید.

۱۱) چنانچه دستور ترک محل صادر شود، باید فوراً به آن عمل نمایید.

۱۲) از ساحل و سایر مناطقی که احتمالاً در معرض خطر جزر و مد است دور شوید، طوفان ممکن است موجب جاری شدن سیل گردد پس، از جاده هایی استفاده کنید که از رودخانه ها دور باشند.

۱۳) درجه حرارت یخچال را افزایش دهید تا در صورت قطع برق، مواد غذایی برای مدت طولانی تری قابل نگهداری باشند.

۱۴) اثاثیه خارج از منزل را به داخل منزل بیاورید (سطل زباله – آنتن و ...)

۱۵) بعد از بروز طوفان از مناطق خطر و آسیب دیده دوری نمایید.

۱۶) اگر احساس می کنید که به سقف خانه فشار می آید و در حال خراب شدن است پنجره ای را باز کنید

باتوجه به اینکه گاهی اوقات طوفان همراه با رعد برق است و وضعیتی اضطراری وخاص به وجود می آورد.درصورت مواجهه با چنین شرایطی بهتر است

۱- نترسید (احتمال خطر پایین است) و آرامش خود را حفظ نمایید. سعی کنید در خانه بمانیدو. درهنگام رعدوبرق ازدر ،پنجره،بخاری ،شوفاژ ورایانه ،وان حمام آشیر آب وکلیه وسایل هادی های الکتریکی دور شوید

۲- اغلب فلزاتی که به عنوان وسایل زینتی بکار می روند مانند گردنبند و دستبند نیز می تواند هنگام رعد و برق خطرناک باشند. در موقعی که رعد و برق شدید رخ می دهد بهترین کار برای حفظ سلامتی این است که هر نوع وسیله فلزی که در دست دارید، فوراً رها کنید. از ریسک کردن بپرهیزید.

۳- از درختان، تپه ها، تیرک ها، طناب رخت شویی، سیم برق هوایی، لوله های فلزی آب و ا شیاء فلزی دور شوید. (ایستادن زیر درخت روی تپه هنگام صاعقه خطرناک ترین اقدام است).

۴- اگر درون آب در حال شنا یا اسکی روی آب هستید و یا روی شناوری مثل قایق هستید، فوراً خود را به خشکی برسانید و از آب بیرون بیایید.

۵- اگر از خانه بیرون هستید در محلی باز – بدون درخت – به حالت خمیده دست را روی زانوهای خود قرار دهید و باقی بمانید (در نقاط مرتفع پناه نگیرید). زانوبزنید،پاهای خودرانزدیک یکدیگر قراردهید وسر خود را خم کنید(وضعیت سجده)

۶- اگر هنگام رعد و برق، احساس کردید که موهای سر یا دست های شما سیخ شده و یا از سنگ ها و تورهای فلزی اطراف خود صدای وزوز شنیدید فوراً آن محل را ترک کنید.

Created in Master PDF Editor

توصیه به افراد هنگام وقوع گردوغبار

- ✓ از فعالیت در خارج از منزل اجتناب کنید. اگر الزاماً بایستی در هوای آزاد فعالیت کنید زمان آن را به حداقل ممکن کاهش دهید.
- ✓ از ورزش سنگین به ویژه اگر دارای مشکلات تنفسی و آسم هستید خودداری کنید.
- ✓ در خانه یا محیط‌های بسته بمانید و درها و پنجره‌ها را بسته نگاه دارید. درصورت امکان در اماکن دارای سیستم تهویه مطبوع بمانید.
- ✓ اگر مبتلا به آسم هستید یا نشانه‌هایی مانند کوتاهی تنفس، سرفه و خس خس و درد قفسه سینه را مشاهده کردید برنامه درمانی خود را دنبال کنید و اگر نشانه‌ها برطرف نشد با پزشک خود مشورت کنید.
- ✓ در زمان بروز این پدیده میزان دید به سرعت کاهش می‌یابد. اگر در چنین شرایطی در جاده هستید و کاهش عمق دید بر توانایی دید شما تأثیر می‌گذارد آهسته‌تر برانید و در صورت لزوم با توجه کامل به علایم راهنمایی و رانندگی تا بر طرف شدن شرایط حاد، اتومبیل خود را در نقطه امنی متوقف کنید.
- ✓ اگر اتومبیل شما دارای سیستم تهویه مطبوع است آن را در وضعیت چرخش مجدد هوا قرار دهید تا گردوغبار ورودی به اتومبیل شما کاهش یابد.
- ✓ برای جلوگیری از آلودگی مواد غذایی و آب آشامیدنی استفاده از پوشش مناسب برای مواد غذایی آماده مصرف ضروری است. لازم است مواد غذایی قبل از نگهداری در یخچال از ذرات و گردوغبار زدوده شوند. برای کاهش تماس با گردوغبار در محیط زندگی، نظافت روزانه توصیه می‌شود.
- ✓ ماسک‌های کاغذی معمولی و دستمال نمی‌توانند جلوی ورود ذرات ریز گردوغبار به سیستم تنفسی ما را بگیرند و بنابراین استفاده از آن‌ها توصیه نمی‌شود.
- ✓ ماسک‌های ویژه‌ای که با عنوان P۱ و P ۲ عرضه می‌شوند برای این شرایط تا حدی مناسب است. در استفاده از ماسک باید به نکات زیر توجه کرد:

پوشیدن آن‌ها باعث احساس گرما شده و معمولاً راحت نیست. اگر ماسک به‌طور کامل اطراف بینی و دهان را نپوشاند، مثلا برای افرادی که محاسن بلندی دارند و راه نفوذ برای هوا باقی باشد، تأثیر چندانی ندارد. این ماسک‌ها آلاینده‌های گازی هوا مانند منوکسید کربن را نمی‌گیرد. تنفس با استفاده از ماسک از حالت معمولی دشوارتر است و افراد دارای سوابق بیماری قلبی عروقی و تنفسی باید با پزشک خود مشورت نمایند. استفاده از این ماسک‌ها برای افراد سالمی که به ناچار باید در زمان بروز پدیده گردوغبار بیرون و در فضای باز باشند، قابل توصیه است.

سازمان‌ها و تسهیلات ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی بایستی مشکلاتی که طوفان‌های گردوغبار بر تداوم ارائه خدمات آن‌ها و سلامت مردم ایجاد می‌کنند را شناسایی و با تدوین برنامه‌های آمادگی برای مقابله با آن‌ها آشنا باشند.

پیامدهای طوفان‌های گردوغبار برسلامتی و محیط زیستی

ذرات گردوغبار از مخاطرات عمده بهداشت عمومی و سلامتی هستند. برخی از این اثرات مستقیم بوده و برخی به شکل‌های غیر مستقیم هستند. از اثرات مستقیم آن‌ها می‌توان به افزایش مرگ‌ومیر، افزایش بیماری‌های تنفسی، قلبی عروقی و سرطان ریه اشاره کرد. افزایش در پذیرش بیماران در بیمارستان‌ها به‌هنگام وقوع طوفان‌های گردوغبار در مطالعات متعددی گزارش شده‌اند.

پیشگیری و کاهش اثرات طوفان‌های گردوغبار

در مناطق مختلف جهان روش‌های متعددی برای پیشگیری از وقوع طوفان‌های گردوغبار تجربه می‌شوند. یکی از مؤثرترین و کلیدی‌ترین روش‌ها در پیشگیری از وقوع طوفان‌های گردوغباراروشهای زیست‌شناختی مثل ایجاد و توسعه پوشش گیاهی در مناطق بیابانی هستندوهمچنین می توان به روش‌های مکانیکی اشاره کرد که شامل ایجاد پوشش روی تپه‌های شنی یکی دیگر از راه‌های جلوگیری از بلند شدن گرد و خاک و شن توسط بادها است. پوشش‌هایی مثل خرده‌های کاه

Created in Master PDF Editor

گندم، برنج، شن، گراول[5] خاک اره، برگ گیاهان، کودهای گیاهی و حیوانی برای تثبیت تپه‌های شنی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. مواد مصنوعی مثل پوشش‌های پلیمری و پلی اتیلنی نیز در مناطقی از جهان استفاده می‌شوند.

خشکسالی



بررسی‌های انجام شده در جهان نشان می‌دهد که خشکسالی، از نظر فراوانی وقوع و همچنین ویژگی‌هایی که داراست نسبت به سایر بلایای طبیعی اولویت داشته و مخاطره آمیزتر است. سازمان ملل متحد هشدار داده است که اگر جهان به میزان فعلی به مصرف آب ادامه دهد، تا سال ۲۰۲۵ بیش از دو میلیارد و ۷۰۰ میلیون نفر در جهان با کمبود آب مواجه خواهند شد. پدیده خشکسالی تقریباً در تمامی نقاط دنیا امکان وقوع دارد.

خشکسالی جزء بلایای طبیعی نامحسوس است، بدین معنی که بلایی آرام و خزنده است و به آرامی خود را بر یک منطقه جغرافیایی چیره کرده و خسارت‌های زیادی را برجای می‌گذارد. به دلیل اینکه محدوده وسیع‌تری را در بر می گیرد، پیچیده‌تر از دیگر بلایای طبیعی است. این بلای خزنده جمعیت بیشتری را هم تحت تأثیر قرار داده و پرهزینه ترین بلای طبیعی است. این مخاطره زیان‌های سنگینی به اقتصاد کشورهای جهان، مخصوصاً کشورهای واقع در مناطق خشک و نیمه خشک مانند ایران وارد می‌سازد.

متغیرهای مختلفی به صورت مستقیم و غیر مستقیم در خشکسالی دخالت دارند. خشکسالی حاصل عدم کفایت بارش طی یک دوره ممتد زمانی معمولاً یک فصل یا بیشتر می‌باشد یا به‌طور کلی دوره‌ای که در آن مقدار رطوبت یا هر نمایه رطوبتی دیگر نسبت به شرایط نرمال منطقه، ناهنجاری منفی داشته باشد به‌عنوان شرایط دوره خشکسالی گفته می‌شود.

این پدیده با زمان و نیز مؤثر بودن بارش‌ها (شدت، بارش، تعداد رخدادهای بارندگی) مرتبط است. سایر عوامل اقلیمی نظیر دمای بالا، باد شدید و رطوبت نسبی پایین‌تر غالباً در بسیاری از نقاط جهان با این پدیده همراه شده و می‌توانند به طرز قابل ملاحظه بر شدت آن بیفزایند.

پیامدهای خشکسالی

خشکسالی پدیده‌ای است که به صورت نامرئی ، تدریجی و بدون هیاهو خود را نشان می‌دهد و به همین دلیل به آن بلای خزنده هم گفته می‌شود. ممکن است هفته‌ها یا ماه‌ها طول بکشد تا وقوع خشکسالی تشخیص داده شود. این معضل به تدریج شروع به پیشرفت کرده و در تمام ارکان جوامع مختلف نفوذ و پیشروی می‌نماید. از خسارات زیست محیطی می‌توان به زوال گونه‌های گیاهی و جانوری، تخریب زیستگاه حیات وحش و کاهش کیفیت آب‌وهوا، آتش‌سوزی جنگل‌ها و مراتع، کاهش کیفیت اراضی و مراتع و فرسایش خاک اشاره کرد. اثرات اجتماعی خشکسالی نیز شامل تأثیر این پدیده بر سلامتی و کاهش کیفیت زندگی، کاهش امنیت عمومی، افزایش درگیری و رقابت بین مصرف کنندگان آب و بی‌عدالتی می‌باشد. در بسیاری از مناطق، مهاجرت یک مسأله قابل توجه است که حتی به

[5] *Gravel*

Created in Master PDF Editor

سایر کشورها نیز صورت می‌گیرد.در منابع مرتبط با سلامت نیز اثرات خشکسالی‌ها بسیار متنوع ذکر شده‌اند ولی به‌طور کلی می‌توان عمده‌ترین آن شامل اثرات تغذیه‌ای ،بیماری‌های مرتبط با آب،بیماری‌های منتقله به وسیله ناقلین،بهداشت روان،سایر اثرات سلامتی(تشدید بیماری‌های غیر واگیر، ،امواج گرما و آتش‌سوزی-های وحشی،مهاجرت. ،اثر روی نظام‌های سلامتی،آسیب به زیر ساخت‌هاو سرطان)لازم به تذکر است در سال‌های اخیر، بحث‌هایی مبنی بر افزایش مرگ و میر ناشی از سرطان مری و خشکسالی در چین مطرح شده است که علت آن‌را به افزایش شوری آب در مناطق دچار کمبود آب نسبت می‌دهند

پیشگیری و کاهش خسارات خشکسالی

هدف کاهش خسارات و آمادگی در مدیریت خشکسالی، کاهش آسیب‌پذیری و تقویت تاب‌آوری جوامع در برابر خشکسالی است. برنامه‌ریزی برای خشکسالی و مدیریت پیشگیری از وقایع ناشی از آن بسیار مشکل است، چون شدت و تکرار وقایع نامشخص است. بنابراین برنامه‌ریزی جهت کاهش هزینه‌های ناشی از خشکسالی و نیز سختی و شدت آن لازم است.

آتش سوزی



آتش عامل مخرب مهمی است که در صورت عدم رعایت نکات ایمنی، باعث خسارات جانی و مالی زیادی می شود و با بسیاری از بلایای طبیعی و سوانح، همراه است. آتش سوزی‌هایی که به دنبال زلزله، سیل، انفجار و یا سایر حوادث ایجاد می شوند، اغلب بیش از فاجعه اصلی ویرانی به دنبال دارند یک نوع آتش‌سوزی کنترل نشده است که اغلب در مناطق وحشی رخ می‌دهد اما می‌تواند خانه‌ها و منابع کشاورزی را از بین ببرد و در آتش خود بسوزاند. آتش‌سوزی وحشی که به نام‌هایی چون آتش‌سوزی جنگل[6]، آتش‌سوزی چمن‌زارها[7]،آتش‌سوزی پوشش گیاهی[8]،آتش‌سوزی بوته‌ها[9]یا آتش‌سوزی مناطق کوهستانی[10]هم نامیده می‌شود. عمده‌ترین و شایع‌ترین اثرات سلامتی آتش‌سوزی‌ها را می‌توان مرگ‌ومیر و جراحت اثرات تنفسی،سوختگی بیماری‌های ناشی از گرما، اثرات قلبی – عروقی ،اثرات چشمی، اثرات روان‌شناختی، آلودگی آب‌وخاک ،اثر روی دسترسی به تسهیلات بهداشتی و منابعنام برد همچنین آتش‌سوزی‌های وحشی می‌توانند به اکوسیستم صدمه بزنند، درختان و مراتع را از بین ببرند و حیات گونه‌های حیوانی و گیاهی را تهدید کنند. بر اثر از بین رفتن درختان و مراتع، ذخایر

[6] Forest fire
[7] Grass fire
[8] Vegetation fire
[9] Bush fires
[10] Hill fires

غذایی خاک کاهش‌یافته و از قابلیت کشت آن‌ها کاسته خواهد شد. اگر مناطق آتش‌گرفته در دره‌های پرشیب قرار داشته باشند، جریان‌هایی از سنگ و آوار به دلیل فرسایش خاک و احتمالاً به دنبال آن سیلاب ایجاد خواهد شد.

اقدامات قبل از وقوع آتش سوزی :

۱) در تمام تأسیسات و مکان های مسکونی و حتی معابر عمومی، **اصل دوری مواد قابل اشتعال** از وسایل آتش زا را رعایت کنید.

۲) در ساختمانها، درهای خروج اضطراری (حداقل دو را ه)پیش بینی و وسایل اطفاء حریق را کنترل کنید در مورد نحوه استفاده از آن، آموزش ببینید .

۳) برنامه خروج اضطراری را حداقل دو بار در سال تمرین کنید.و مکانی را در خارج از خانه تعیین کنید که بعد از گریز، یکدیگر را در آنجا بیابید.

۴) هنگام خروج از محل، حتماً شیر اصلی ورودی گاز به ساختمان را ببندید.

۵) برای با خبر شدن از آتش سوزی احتمالی، از آشکارگرها (برای دود،حرارت یا شعله) استفاده کنید و در نصب آن در منزل، دقت لازم را به عمل آورید.

۶) یک کپسول آتش نشانی مناسب در منزل داشته باشید و در مورد نحوه استفاده از آن، آموزش ببینید و به اعضای خانواده نیز آموزش دهید.

۷) از انباشتن مواد آتش زا به ویژه در نزدیکی منابع حرارتی خودداری کنید.

۸) از نگهداری مایعات و گازهای قابل اشتعال در منزل خودداری کنید و در صورت نیاز، این مواد را در ظروف خاص خارج از ساختمان قرار دهید.

۹) وسایل برقی و اتصالات آن ها را با دقت کنترل کنید(استاندارد باشد).به محض مشاهده سیم های لخت، فوراً آن ها را ترمیم نمایید.

نکات ایمنی هنگام روبرو شدن با آتش سوزی

۱) سرعت عمل برای نجات جان خود و مصدومان احتمالی کاملاً حیاتی است.وبلافاصله به آتش نشانی و اورژانس اطلاع دهید.

۲) تمام افراد را از ساختمان بیرون کنید.با رعایت جوانب احتیاط به خاموش کردن آتش بپردازید(مطمئن شوید خطری جان شمارا تهدید نخواهد کرد).

۳) بستن دستمال خیس به دور دهان وبینی باعث محافظت شما دربرابر گازیا دود های سمی خواهد شد (مثل گاز منوکسید کربن، گاز سیانید از سوختن مواد پلاستیکی ایجاد می شود که شدیداً سمی است).

۴) قبل از فرار از اتاقی که در آن بسته است ابتدا در را با پشت دست لمس کنید . اگر داغ بود از خروجی های دیگر استفاده کنید.

۵) اگر دود حرارت با شعله های آتش م سیرهای خروجی شما را م سدود کرده ا ست در را ببندید و در اتاق بمانید. تنها با ا ستفاده از یک پارچه با رنگ روشن از طریق پنجره کمک بخواهید.

۶) در جریان حریق باید لباس های دارای الیاف مصنوعی و پلاستیکی را از خود دور کرد.

۷) در فرونشاندن آتش سوزی مواد نفتی، آب به کار نبرید.

۸) اگر در ساختمان آتش گرفته گرفتار شدید فوراً به اتاقی که دارای پنجره ا ست بروید و در را ببندید سپس یک پتو یا فرش را طوری زیر در قرار دهید که دود وارد اتاق نشود و آنگاه از طریق پنجره تقاضای کمک کنید.

۹) زمانی که در جریان حریق واقع می شوید با حفظ خونسردی تهویه های ساختمان را خاموش کنید تا به این ترتیب از ورود اکسیژن به داخل ساختمان جلوگیری شود.

۱۰) در صورت امکان مواد سالم و قابل استفاده را فوراً از محل دور کنید.

۱۱) ظرف مشتعل را حرکت ندهید شعله را با شن، نمک، پتوی نمناک یا پوشش دیگر خاموش کنید

Created in Master PDF Editor

اقدامات لازم بعد از وقوع آتش سوزی

۱) ابتدا مطمئن شوید که برای نجات مصدوم، جان خود را به خطر نمی اندازید.

۲) یک طناب نجات به کمر خود ببندید و آن را به دست یکی از حاضران بدهید.

۳) بین خود و فردی که طناب را در دست دارد، نشانه هایی برقرار کنید تا زمانی که علامت دادید، شما را بالا بکشد. بهترین روش این است که طناب را به صورت دایم در حالت کشیده شده بگذارید و در هنگام خطر، آن را شل کنید تا فرد متوجه خطر شود و شما را بالا بکشد.

۴) بستن دستمال خیس به دور دهان و بینی، باعث محافظت شما در برابر گاز یا دودهای سمی خواهد شد.

۵) برای نجات جان مصـدوم از اتاق آتش گرفته ای که در آن بسـته اسـت، باید قبل از ورود، با لمس در اتاق، حرارت را بسـنجید. اگر داغ بود وارد اتاق نشوید و اگر داغ نبود، قبل از ورود به اتاق، چند نفس عمیق بکشید تا خون شما پر از اکسیژن شود. سپس با شانه خود از پهلو به در ضربه بزنید، آن را باز کنید و در همین حال، صورت خود را برگردانید. اتاق ممکن ا ست پر از هوای سوخته فشرده با شد و احتمال دارد هر لحظه انفجاری رخ دهد. اگر دود کاملاً متراکم ا ست. روی زمین، سینه خیز بروید، چون با توجه به این که هوای داغ بالا می رود، ممکن ا ست لایه ای از هوای تمیز در کف اتاق وجود داشته باشد.

۶) مصدوم را بگیرید و با توجه به رعایت تمام جنبه های ایمنی، به سرعت او را به سمت در خروجی بکشید. لباس سوخته مصدوم را با ا ستفاده از پتو، گلیم و یا کت خاموش کنید.

۷) اگر مصدوم در پارکینگ بسته ای که ما شین یا موتور رو شن در آن ا ست، گرفتار شده، پارکینگ را باز کنید تا دود از پارکینگ خارج، و هوای تازه به اندازه کافی وارد آن شود. نباید تلاش کنید که وارد چنین محل هایی شوید، مگر آنکه مطمئن شوید که خطری جان شما را تهدید نخواهد کرد.

کولاک:







اقدامات قبل از کولاک و سرمای شدید

Created in Master PDF Editor

وزش بادهای سرد با سرعتیحدود ۶۰-۵۰کیلومتر در ساعت توام با ریزش برف و کاهش درجه حرارت به کمتر از ۱۲ درجه زیر صفر ازحوادثی است که در اکثر جاده ها و نواحی کوهستانی شمال کشور به وقوع می پیوندد و خسارات جانبی و مالی فراوانی ببار می آورد . سرمای غیر معمول ممکن است سبب یخ بستن زمین تا عمق قابل ملاحظه ای شود که بر اثر آن لوله های آب و فاضلاب ممکن است ترک بر دارند بسته شدن مجاری آبگیری و آب انبار های روباز و یا مخزن های آب و صافی ها امکان دارد اشکالاتی در عملیات پیش آورد. مشکلات عمده دیگر سرما ، گرم نگه داشتن کافی درون خانه ها و استفاده از تاسیساتی است که در هوای آزاد قرار دارند

۱) در خانه لباس گرم داشته باشیدوشماره تلفن های ضروری را به خاطر بسپارید.

۲) مقداری نمک و شن جهت باز کردن راه عبور و مرور تهیه و نگهداری کنید

۳) از عدم وجود درز در بین شیشه های پنجره ها و درب ها مطمئن شوید.و همیشه بخاری قابل حمل در دسترس داشته باشید.

۴) همیشه چراغ قوه و یا روشنایی سیّار در دسترس باشد.

۵) سالم بودن ناودانها را کنترل کنید و از باز بودن آنها اطمینان حاصل کنید

۶) با درزگیری درب ها و پنجره ها، نصب پرده های ضخیم و پوشاندن شیشه ها با پلاستیک از نفوذ سرمای شدید به منزل جلوگیری کنید. با این حال هنگام استفاده از وسایل گرمایشی گاز سوز یا نفتی، از پوشاندن همه درزها برای فراهم شدن امکان تبادل اکسیژن با محیط آزاد اجتناب کنید

۷) وسایل پخت پز مانند گاز پیک نیک، به هیچ عنوان وسیله مناسبی برای گرم کردن داخل خودرو و چادر مسافرتی نیست. زیرا خطر مسمومیت با گاز

۸) مونواکسیدکربن و نیز آتش سوزی هنگام استفاده از این وسایل بسیار بالا می باشد. در کشور ما تعداد افرادی که هر سال به دلیل مسمومیت بامونواکسیدکربن و نیز سوختگی ها در فصول سرد جان خود را از دست می دهند، بسیار بیشتر از تلفات ناشی از سرما می باشد

نکات ایمنی هنگام وقوع کولاک :

۱) هنگام وقوع کولاک در مکان امن و مطمئن بمانید . فقط در صورت لزوم اقدامات اضطراری را انجام دهید.

۲) هنگام کولاک و بوران تا حد ممکن از رانندگی در نواحی کوهستان پرهیز کنید.

۳) در صورت ضرورت مسافرت در شرایط نامساعد جوی، زمان خروج ومقصد مسافرت را به اطرافیان اعلام کنید.

۴) در صورت ضرورت مسافرت از وسایل و تجهیزات ایمنی استفاده کنید.

۵) مراقب سقوط درختان، تیرک ها و دکل های برق باشید.

۶) افراد آسیب دیده را در پتو و لباس گرم پیچیده و ضمن مراقبت از نقاط آسیب دیده بدن با دقت مصدوم را به محل امن منتقل کنید.

اقدامات لازم بعد از وقوع کولاک :

۱) آرامش خود را حفظ کنید. وبه گزارشات اداره هواشناس از طریق رادیو و تلویزیون و یا بلندگوهای عمومی توجه فرمایید.

۲) در چنین شرایطی پیاده روی و رانندگی فوق العاده خطرناک است(شاخه ها، درختان و پایه های برق ممکن است سقوط کنند).

۳) اگر در خانه هستید سریعاً به برپایی بخاری و یا اجاق های صحرایی اقدام نمایید.(ممکن است راه های ارتباطی قطع و تأمین سوخت مشکل شود، باید در مصرف سوخت صرفه جویی نمایید).

۴) مقداری مواد غذایی و همچنین آب نگهداری کنید وسیله روشنایی تعبیه کنید (چراغ قوه ، شمع و ...)

Created in Master PDF Editor

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت

بازنگری

مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم

ویژه غیرپزشک



مقدمه:

"مراقبت های ادغام یافته کودک سالم " برنامه ای ملی با هدف ارتقا سلامت کودکان، پیشگیری از بیماری و کاهش مرگ و میر کودکان زیر۵ سال است. این برنامه شامل غربالگری ها، مراقبت ها و ارائه راهنمایی هایی برای والدین است. درحقیقت هدف این برنامه طراحی نظام مراقبت و غربالگری استاندارد کودکان زیر ۵ سال می باشد. این مراقبت ها از ۵-۳ روزگی تا ۶۰ ماهگی ۱۶ بار مطابق جدول "ویزیت های مراقبت سلامت" و بر اساس بسته خدمت طراحی شده برای کودکان در همه مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه های سلامت و خانه های بهداشت ارائه می گردد.

تلاش برای ارتقاء سلامت کودکان از سال ها قبل شروع شده است و از اوایل دهه ۸۰ تغییرات عمده ای در فرآیند ارائه خدمات به کودکان به صورت ادغام یافته ایجاد شده است، برای استاندارد سازی ارائه خدمات مراقبتی کودکان بسته خدمت کودک سالم تهیه شد و منابع و متون آموزشی مختلف به ارائه دهندگان خدمت با خصوصیات تحصیلی و شغلی متفاوت ارائه گردید.

در این برنامه تمام کودکان کم تر از ۵ سال از نظر وضعیت عمومی، وزن، قد، دور سر، ارتباط وزن برای قد بررسی می شوند، همچنین وضعیت تغذیه، سلامت دهان و دندان، بینایی، شنوایی، تکامل کودک ارزیابی شده، وضعیت کودک از نظر هیپوتیروئیدی، فنیل کتونوری، فشار خون و کم خونی مشخص شده، دریافت واکسن، مکمل های دارویی و نحوه برخورد والدین از نظر بد رفتاری با کودک ارزیابی می شود، همچنین راهنمایی هایی در زمینه تغذیه با شیر مادر، تغذیه تکمیلی و تغذیه کودک در سنین مختلف داده می شود و توضیحاتی در مورد سلامت دهان و دندان، عوامل محیطی موثر بر سلامت کودکان، پیشگیری از آسیب های کودکان و فرزندآوری مادر به والدین ارائه می شود. این ارزیابی ها با پرسیدن سوالات و مشاهده نشانه ها انجام می شود، سپس با توجه به پاسخ ها و نتایج معاینات طبقه بندی شده و مشخص می شود که کودک نیاز به ارجاع فوری دارد یا خیر، در صورت نیاز به ارجاع فوری، اقدامات لازم طبق بوکلت کودک بیمار انجام شده و به مادر توصیه های لازم ارائه می گردد و کودک به سطح بالاتر ارجاع می شود. در صورت عدم نیاز به ارجاع فوری، طبق بسته خدمت ارزیابی و طبقه بندی شده، اقدام لازم صورت گرفته و مشاوره لازم با والدین به عمل می آید و رسانه آموزشی مناسب برای گروه سنی کودک در اختیار آن ها قرار داده می شود.

فهرست مطالب

ارزیابی وطبقه بندی	صفحه
ویزیت های مراقبت سلامت	۲
ارزیابی شیرخوار کمتراز۲ماه ازنظرعلائم و نشانه های خطر	۴
ارزیابی کودک ۲ماه تا ۶۰ ماه ازنظرعلائم و نشانه های خطر	۴
ارزیابی وزن برای سن	۵
ارزیابی قد برای سن	۶
ارزیابی کودک ازنظر وزن برای قد	۷
ارزیابی کودک از نظر دورسر (تا ۲ سالگی)	۸
ارزیابی تغذیه نوزاد / شیرخوار تا پایان شیردهی	۹
ارزیابی سلامت مادر و وضعیت شیردهی	۹
ارزیابی تغذیه کودک از پایان ۶ ماه تا ۵ سال	۱۲
ارزیابی کودک از نظر سلامت دهان و دندان (۲ سال وکمتر از ۲ سال)	۱۳
ارزیابی کودک از نظر سلامت دهان و دندان (بالای ۲ سال)	۱۴
ارزیابی کودک از نظر بینایی	۱۵
ارزیابی کودک ازنظر شنوایی	۱۶
ارزیابی کودک ازنظر تکامل	۱۷
ارزیابی ژنتیکی کودک	۱۸
ارزیابی کودک از نظر واکسیناسیون	۱۸
ارزیابی کودک زیر ۲ سال از نظر مصرف مکمل‌های دارویی	۱۹
ارزیابی وضعیت فرزندآوری مادر (کودک ۱۲ ماه و بالاتر)	۱۹
ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید	۲۰
ارزیابی کودک از نظر فنیل کتونوری (PKU)	۲۱
ارزیابی بدرفتاری با کودک	۲۲
غربالگری‌ها	۲۳

مشاوره بامادر	صفحه
توصیه‌های تغذیه‌ای بر حسب سن شیرخوار	۲۵
اصول کلی تغذیه تکمیلی	۳۰
برخی نکات کلیدی در مورد تغذیه کودک	۳۲
توصیه های تغذیه ای ضروری به مادران (در مورد تغذیه کودک کم وزن، کوتاه قد، لاغر، نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن و قد)	۳۳
توصیه های تغذیه ای ضروری به مادران (در مورد تغذیه کودک با اضافه وزن، چاق و احتمال اضافه وزن)	۳۵
جدول۱) وضعیت مطلوب تغذیه با شیرمادر در ۵-۳ روزگی	۳۶
جدول ۲) راه‌های حفظ و تداوم شیردهی	۳۷
جدول۳) کفایت تغذیه با شیر مادر ، ناکافی بودن واقعی یا ذهنی شیرمادر	۳۸
جدول ۴) اگر کودک شیرمادرخوار زیر۶ماه شیر کمکی یا مایعات و غذای دیگری هم می خورد	۳۹
جدول ۵) دوشیدن شیرمادر	۳۹
جدول ۶) نحوه تغذیه شیرخوار با فنجان را به مادر آموزش دهید	۴۱
جدول۷) گریه زیاد شیرخوار	۴۲
جدول ۸) امتناع شیرخوار از گرفتن پستان	۴۳
جدول ۹) رفتارهای تغذیه‌ای شیرخواران	۴۵
جدول۱۰) تغذیه با شیرمادر در شرایط خاص شیرخوار	۴۶
جدول ۱۱) تغذیه با شیر مصنوعی	۴۷
جدول۱۲) تغذیه با شیردام ، جدول ۱۳) اگر مادر برای تغذیه کودک از بطری استفاده می کند ، جدول ۱۴) اگر کودک گول زنک استفاده می کند	۴۸
جدول۱۵) نحوه صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار	۴۹
جدول۱۶) فرم مشاهده شیردهی	۵۰
جدول ۱۷) سلامت و شیردهی مادر	۵۱
جدول ۱۸) مشکلات پستانی مادر	۵۳
جدول۱۹) باور های غلط در مورد تغذیه با شیر مادر	۵۵
جدول۲۰) مشاوره با مادر در مورد از شیر گرفتن	۵۶
مشاوره با مادر برای سلامت گوش کودکان	۵۷
مشاوره با مادر در مورد سلامت دهان و دندان کودک	۵۸
مشاوره با مادر در مورد عوامل محیطی مؤثر بر سلامت کودک	۵۹
مصاحبه و مشاوره با مادر- پیشگیری از آسیب های درکودکان	۶۱
مصاحبه و مشاوره با مادر-رابطه متقابل کودک ووالدین برای ارتقای تکامل کودکان	۶۴

مشاوره بامادر	صفحه
توصیه هایی برای مراقبت از تکامل کودک	۶۵
مشاوره با مادر در مورد فعالیت بدنی ویژه کودکان	۶۶
مشاوره با مادر در مورد پیامدها و مشکلات تک فرزندی	۶۷
نمودارها	۶۸
منابع	۷۶
اسامی گروه تدوین	۷۸

مراقبت های دوره ای کودک سالم

سن / اقدامات لازم		۳-۵ روزگی	۱۴-۱۵ روزگی	۳۰-۴۵ روزگی	۲ ماهگی	۴ ماهگی	۶ ماهگی	۷ ماهگی	۹ ماهگی	۱۲ ماهگی	۱۵ ماهگی	۱۸ ماهگی	۲۴ ماهگی	۳۰ ماهگی	۳۶ ماهگی	۴۸ ماهگی	۶۰ ماهگی
فاصله زمانی انجام مراقبت بر حسب روز و ماه		تا ۱۰ روز	۱۱-۲۲ روز	۲۳-۵۲ روز	۵۳-۹۰ تا ۳ ماه	۹۱-۱۵۰ تا ۵ ماه	۱۵۱-۱۹۵ تا ۶،۵ ماه	۱۹۶-۲۴۰ تا ۸ ماه	۲۴۱-۳۱۵ تا ۱۰،۵ ماه	۳۱۶-۴۰۵ تا ۱۳،۵ ماه	۴۰۵-۴۹۵ تا ۱۶،۵ ماه	۲۹۶-۶۳۰ تا ۲۱ ماه	۶۳۱-۸۱۰ تا ۲۷ ماه	۸۱۱-۹۹۰ تا ۳۳ ماه	۹۹۱-۱۲۶۰ تا ۴۲ ماه	۱۶۲۰-۱۲۶۱ تا ۵۴ ماه	۱۶۲۱-۱۸۰۰ تا ۶۰ ماه
معاینه (پزشک)		●	0	0	0	0	●	0	0	●	0	0	●	0	●	0	●
ارزیابی علائم و نشانه های خطر (غیر پزشک)		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ایمن سازی		0	0	0	●	●	●	0	0	●	0	●	0	0	0	0	0
پایش رشد		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ارزیابی تغذیه		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ارزیابی دهان و دندان							●	0	0	●	0	0	●	0	●	●	●
ارزیابی بدرفتاری با کودک		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
تجویز ویتامین A+D		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●				
تجویز آهن			0	0	0	0	●	●	●	●	●	●	●				
ارزیابی فرزندآوری مادر										●	●	●	●	●	●	●	●
غربالگری	**شیر مادر**	●	0	0	0	0	0										
	بیماری های متابولیک ارثی	●	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	ژنتیک	●	0							●							
	بینایی		●	0	●	0		●	0	0						●	0
	شنوایی	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	تکامل (RED FLAGS)				●				●			●				●	
	تکامل (تست استاندارد)			0	0	0	●	0	0	●	0	0	●	0	●	0	●
	فشار خون														●		
	آنمی					0				0							
راهنمایی‌هایی برای والدین	**سلامت و شیردهی مادر**	●	0	0	0	0	0										
	ارتقا تکامل کودک	●	0	0	0	●	●	0	●	●	0	●	●	0	●	●	●
	تغذیه کودک	●	●	0	0	0	●	●	●	●	0	0	●	0	0	0	0
	پیشگیری از آسیب کودک	●	0	0	0	●	0	●	0	●	0	0	●	0	●	●	●
	سلامت دهان و دندان						●	0	0	●	0	0	●	0	●	●	●
	مشکلات تک فرزندی									●	O	O	●	●	●	●	●
	فعالیت بدنی						●	0	0	0	0	0	●	0	0	0	0
	عوامل محیطی موثر بر سلامت	●	0	0	0	0	●	0	0	●	0	0	●	0	0	0	0

کلید: ● اجرا گردد. O در مورد کودکان در معرض خطر/عدم انجام فعالیت توصیه شده در مراقبت قبلی اجرا گردد.

۱- هر کودک و خانواده او منحصر به فرد می‌باشد. توصیه‌های پیشگیرانه و مراقبت های بهداشتی برای مراقبت از همه کودکان توصیه می گردد تا به رشد و نمو مطلوب برسند. اگر شرایط از وضعیت نرمال فاصله گرفت معاینات دیگری ضرورت است. این رهنمودها مطابق با توافق کمیته کشوری علمی مشورتی کودکان بیان شده است. این کمیته بر اهمیت فوق‌العاده مراقبت های بهداشتی جامع تأکید دارد و اجتناب از چندگانگی مراقبت را خاطر نشان می‌سازد.

۲- اگر کودک در هر سنی برای اولین بار تحت مراقبت قرار گیرد و موارد ذکر شده در زمان پیشنهادی انجام نشده باشد می‌بایست در اسرع وقت جدول را به روز کرده و اقدامات لازم را برای این کار انجام دهیم.

تذکر: توصیه‌های این جدول به عنوان استاندارد مراقبت‌های پزشکی نمی‌باشد و به عبارتی وابسته به شرایط هر کودک می‌توان تغییراتی در آن داد.

۳- ملاقات قبل از تولد با والدین (در معرض خطر) یا والدینی که برای بار اول صاحب فرزند می‌شوند و نیز کسانی که نیازمند مشاوره هستند توصیه می‌گردد. این ملاقات قبل از تولد می‌بایست شامل: راهنمای والدین در مورد آن‌چه باید منتظر آن باشند و مسائلی که پیش خواهد آمد، گرفتن شرح حال مناسب، توضیح مزایای تغذیه با شیر مادر و اهمیت تغذیه مادر در دوران شیردهی برای داشتن یک شیردهی موفق باشد.

۴- ارزیابی رشد در مراقبت های دوره ای توسط غیر پزشک مطابق جدول مراقبت ها انجام می شود، در صورت نیاز (سن و شرایط کودک) و به تشخیص پزشک در سایر زمان ها غیر از مراقبت های معمول دوره ای اندازه گیری وزن، قد و دور سر توسط پزشک یا مراقب سلامت مجددا انجام شود.

۵- برای کودک سالم زیر ۵ سال معاینه کودک توسط پزشک یک بار در اولین مراجعه و پس از آن در ۶، ۱۲، ۲۴، ۳۶ و ۶۰ ماهگی انجام می شود. در هر مراقبت معاینه کامل جسمی ضروری است و شیرخوار می بایست کاملا برهنه گردد. کودکان بزرگتر می بایست لباس هایشان را درآورند و نواحی خاص بدن را بطور مناسب بپوشانند. در صورت ارجاع کودک از غیر پزشک به پزشک، مراقبت مربوطه طبق بوکلت پزشک انجام شود و پسخوراند ارجاع از پزشک به غیر پزشک انجام شود.

۶- غربالگری فشار خون با تعیین عوامل خطر فشار خون که در صفحه غربالگری ها آمده است توسط غیر پزشک در اولین مراقبت و در ۲۴ ماهگی کودک انجام می شود و در صورت مثبت بودن هر یک از آن ها نیاز است که فشار خون کودک توسط متخصص کودکان بررسی شود. در کودکان ۳۶ ماه و بالاتر اندازه گیری فشار خون توسط پزشک مرکز خدمات جامع سلامت انجام شود.

۷- مسول انجام پیگیری غیر پزشک تیم سلامت می باشد.

در هر بار مراقبت، وجود علائم و نشانه های خطر را در کودک ارزیابی کنید:

- **در صورت داشتن هر یک از این علائم سریعاً کودک را خارج از نوبت به پزشک ارجاع دهید.**
- **در صورت عدم وجود این علائم مراقبت های ادغام یافته کودک سالم را شروع کنید.**

ارزیابی شیرخوارکمتراز ۲ ماه از نظر علائم و نشانه های خطر :

سوال کنید :	مشاهده کنید:	حال عمومی
• آیا کاهش قدرت مکیدن دارد؟ •آیا به طور مکرر استفراغ می‌کند؟ •آیا تشنج (حرکات غیرعادی) داشته است؟	• تعداد تنفس شیرخوار را در یک دقیقه بشمارید (شیرخوار باید آرام باشد) • تنفس تند (۶۰ بار در دقیقه یابیشتر) اگر یک نوبت بیش از ۶۰ بار در دقیقه بود، بار دیگر بشمارید. • توکشیده شدن شدید قفسه سینه • پرش پره های بینی • ناله کردن • برآمدگی ملاج • زردی	•کاهش سطح هوشیاری • بی قراری و تحریک پذیری • تحرک کمتر از معمول و بی حالی •درجه حرارت زیر بغلی را اندازه بگیرید -تب: درجه حرارت زیربغلی مساوی یا بالاتر از ۳۷,۵ درجه سانتی گراد* -درجه حرارت پایین: درجه حرارت زیربغلی کمتر از ۳۶,۵ درجه سانتی گراد**

طبقه‌بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
➢ در صورت داشتن هر یک از علائم زیر: ➢ کاهش قدرت مکیدن ➢ استفراغ مکرر ➢ تب ➢ بی قراری و تحریک پذیری ➢ تشنج ➢ تنفس تند ➢ تو کشیده شدن شدید قفسه سینه ➢ پرش پره های بینی ➢ ناله کردن ➢ برآمدگی ملاج ➢ تحرک کمتر از معمول و بی حالی ➢ اختلال هوشیاری ➢ درجه حرارت پایین	➢ احتمال بیماری خیلی شدید	➢ در صورت مشاهده هریک از نشانه های خطر شیرخوار نیاز به توجه فوری دارد، به چارت مانا مراجعه شود. ➢ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• زردی	**زردی**	➢ ارزیابی طبق بوکلت مانا انجام شود
• هیچکدام ازنشانه های فوق را نداشته باشد	**علائم و نشانه های خطر ندارد**	➢ **ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید**

ارزیابی کودک ۲ ماه تا ۶۰ ماه از نظر علائم و نشانه های خطر:

سؤال کنید:	نگاه کنید:
• آیا قادر به نوشیدن یا شیر خوردن می باشد؟ •آیا هر چیزی را که می خورد استفراغ می کند؟ •آیا کودک تشنج داشته است؟	•آیا کودک بی حالی یا خواب آلودگی غیرعادی دارد؟

طبقه‌بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• در صورت وجود هر یک از علائم و نشانه‌های خطر: -قادر به نوشیدن یا شیر خوردن نیست -استفراغ های مکرر دارد -تشنج داشته است -خواب آلودگی غیر عادی یا کاهش سطح هوشیاری دارد	**بیماری خیلی شدید**	➢ در صورت مشاهده هریک از نشانه های خطر شیرخوار نیاز به توجه فوری دارد، به چارت مانا مراجعه شود. ➢ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• هیچکدام از نشانه های فوق را نداشته باشد	**علائم و نشانه های خطر ندارد**	➢ **ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید**

*درجه حرارت بالای ۳۸ درجه سانتی گراد در شیرخوار زیر ۲ ماه از علائم خطر فوری است، طبق بوکلت مانا اقدام شود.

**درجه حرارت زیر ۳۵,۵ درجه سانتی گراد در شیرخوار زیر ۲ ماه از علائم خطر فوری است، طبق بوکلت مانا اقدام شود.

ارزیابی وزن برای سن : وزن کودک را اندازه بگیرید. منحنی وزن کودک را رسم کنید

برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک لازم است هر ۳ منحنی رشد کودک (وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد) رسم شود و بررسی گردد.

منحنی وزن برای سن	طبقه بندی	توصیه / اقدام
• پایین تر از z- score -3	کم‌وزنی‌شدید	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع و سپس مشابه کم وزنی پیگیری شود
• مساوی z- score -3 تا پایین تر از z- score -2	کم‌وزنی	• منحنی قد برای سن بررسی شود • منحنی وزن برای قد بررسی شود • مشاوره و ارائه توصیه های تغذیه‌ای • مراجعه بعدی برای ارزیابی تغذیه کودک زیر ۲ ماه ۲-۱ روز بعد و بالای ۲ ماه ۵ روز بعد و مراجعه بعدی برای ارزیابی رشدکودک: ➢ زیر ۲ ماه: ۱۰روز بعد ➢ ۲ ماهه تا یکسال: ۲هفته بعد ➢ بالای یک سال:۱ ماه بعد ➢ بعد از۱ پیگیری در صورتی که همچنان در این طبقه بندی باشد به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید
• بالاتر از z- score +۱	احتمال اضافه وزن	• منحنی قد برای سن بررسی شود • منحنی وزن برای قد بررسی شود
• مساوی z- score -2 تا مساوی z- score +1 و • روند رشد نامعلوم یا • روند رشد متوقف شده یا • کاهش وزن کودک	نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن	• منحنی قد برای سن بررسی شود • منحنی وزن برای قد بررسی شود • توصیه‌های تغذیه‌ای متناسب را ارائه دهید (ص ۳۵ و ۳۶) • مراجعه بعدی برای ارزیابی تغذیه کودک زیر ۲ ماه ۲-۱ روز بعد و بالای ۲ ماه ۵ روز بعد و مراجعه بعدی برای ارزیابی رشدکودک: ➢ زیر ۲ ماه: ۱۰روز بعد ➢ ۲ ماهه تا یکسال: ۲هفته بعد ➢ بالای یک سال: ۱ ماه بعد ➢ بعد از ۲ پیگیری در صورتی که همچنان در این طبقه بندی باشد به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید
• مساوی z- score -2 تا مساوی z- score +1 و • روند افزایش وزن به موازات میانه یا • افزایش وزن کودک	طبیعی	• منحنی قد برای سن بررسی شود • منحنی وزن برای قد بررسی شود • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

ارزیابی قد برای سن : قد کودک را اندازه بگیرید. منحنی قد کودک را رسم کنید.

برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک لازم است هر ۳ منحنی رشد کودک (وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد) رسم شود و بررسی گردد.

منحنی قد برای سن	طبقه بندی	توصیه / اقدام
• پایین تر از z- score 3 -	کوتاه قدی شدید	• **ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت** • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد پیگیری شود
• مساوی z- score 3- تا پایین تر از z- score 2-	کوتاه قدی	• **ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت** • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد پیگیری شود
• بالا تر از z- score 3+	خیلی بلند قد	• **ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت** • **۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود**
• مساوی z- score 2- تا مساوی z- score 3+ و - روند افزایش قد نامعلوم یا - روند افزایش قد متوقف شده یا - روند افزایش قد کند می باشد	نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد	• **منحنی وزن برای سن بررسی شود** • **منحنی وزن برای قد بررسی شود** • **توصیه‌های تغذیه‌ای متناسب** (ص ۳۵ و ۳۶) • **مراجعه بعدی برای ارزیابی رشد و تغذیه کودک:** ➢ **کوچکتر از ۶ ماه: ۱ ماه بعد** ➢ **۶ تا ۱۲ ماه: ۲ ماه بعد** ➢ **بزرگتر از ۱ سال: ۳ ماه بعد** ➢ **در صورتی که قد کودک اضافه نشده باشد یا روند افزایش قد کند باشد بعد از ۲ پیگیری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود.**
• مساوی z- score 2- تا مساوی z- score 3+ و -روند افزایش قد به موازات میانه یا -روند صعودی منحنی قد	طبیعی	• **منحنی وزن برای سن بررسی شود** • **منحنی وزن برای قد بررسی شود** • **ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید**

ارزیابی کودک ازنظر وزن برای قد: منحنی وزن برای قد کودک را رسم کنید

برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک لازم است هر ۳ منحنی رشد کودک (وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد) رسم شود و بررسی گردد.

منحنی وزن برای قد	طبقه‌بندی	توصیه / اقدام
• پایین تر از z-score 3-	لاغری شدید	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع و سپس مشابه کم وزنی پیگیری شود
• مساوی z- score 3- تا پایین تر از z- score 2-	لاغری	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع و سپس مشابه کم وزنی پیگیری شود
• بالا تر از z-score +3	چاقی	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۱ هفته بعد برای اطمینان از انجام ارجاع و سپس ۱ ماه بعد پیگیری شود
• بالا تر از z-score +2 تا مساوی z-score +3	اضافه وزن	
• بالا تر از z-score +1 تا مساوی z-score +2	احتمال خطر اضافه وزن	• منحنی وزن برای سن بررسی شود • منحنی قد برای سن بررسی شود • کودک را از نظر تغذیه طبق صفحات ۱۲ تا ۱۴ ارزیابی کنید • آموزش تغذیه کودک بر اساس راهنمای مشاوره تغذیه برای کودک با اضافه وزن (ص ۳۷) • ۱ ماه بعد پیگیری شود • در صورت اصلاح نشدن منحنی وزن برای قد بعد از ۲ بار پیگیری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود
• مساوی z-score 2- تا مساوی z-score +1	طبیعی	• منحنی وزن برای سن بررسی شود • منحنی قد برای سن بررسی شود • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

ارزیابی کودک از نظر دور سر (تا ۲ سالگی): دور سر کودک را اندازه بگیرید. منحنی دور سر کودک را رسم کنید، سپس طبق جدول زیر ارزیابی و طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید.

منحنی دور سر برای سن	طبقه بندی	توصیه
• پایین تر از 3 z- score –	دور سر کوچک (میکروسفالی)	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • یک هفته بعد برای اطمینان از انجام ارجاع و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر پیگیری شود
• بالا تر از +3z- score	دور سر بزرگ (ماکروسفالی)	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۱ هفته بعد برای اطمینان از انجام ارجاع و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر پیگیری شود
• مساوی 3 z- score -تا مساوی +3 z- score و –روند افزایش دور سر نامعلوم یا –روند افزایش دور سر متوقف شده یا –روند افزایش دور سر دور از میانه	نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر	پیگیری: • زیر۶ماه: ۲ هفته بعد • بالای۶ ماه: ۱ ماه بعد در صورت اصلاح نشدن منحنی دور سر بعد از ۲ بار پیگیری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود
• مساوی 3 z- score -تا مساوی +3 z- score و – روند افزایش دور سر موازی با میانه	دورسر طبیعی	• ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

ارزیابی تغذیه تا پایان شیردهی

- ارزیابی وضعیت سلامت و شیردهی مادر یکبار در اولین مراجعه انجام شود و چنانچه در طبقه بندی "مشکل سلامت و شیردهی مادر ندارد" قرار گیرد و در بخش ارزیابی تغذیه نوزاد/شیرخوار نیز در طبقه بندی "مشکل تغذیه با شیرمادر ندارد" قرار گیرد نیاز به ارزیابی مجدد مادر در مراجعات بعدی نیست.
- در هر بار مراجعه که ارزیابی وضعیت تغذیه نوزاد/شیرخوار در طبقه بندی "احتمال مشکل تغذیه با شیر مادر" قرار گیرد لازم است ارزیابی وضعیت سلامت و شیردهی مادر نیز تکمیل گردد.
- فرم مشاهده شیردهی یکبار برای تمام شیرخواران در اولین مراجعه و هر بار که مشکل شیردهی وجود دارد (تا پایان ۶ماهگی) تکمیل شود.

ارزیابی سلامت مادر و وضعیت شیردهی:

سوال کنید / بررسی کنید
• آیا مادر سابقه جراحی پستان (بزرگ کردن و کوچک کردن پستان، برداشت توده از پستان، تروما و سوختگی پستان) دارد؟ (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود)
• آیا مادر نوک پستان صاف و فرو رفته دارد؟(این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) (جدول ۵ و ۱۸)
• آیا پستان مادر دچار مشکلاتی نظیر احتقان، زخم نوک، مجاری بسته و آبسه یا عفونت. شده است؟ (جدول ۵ و ۱۸)
• آیا در اظهارات مادر در مورد شیردهی باورهای نادرست (نظیر عدم امکان تغذیه انحصاری تا شش ماه و یا تغییر شکل پستانها) وجود دارد؟ (جدول۱۹) ((این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود)
• آیا مادر در بارداری اخیر دیابت داشته است؟ (از مراقبت ۳ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی سوال شود)
• آیا مادر زایمان سخت داشته است؟ (از مراقبت ۳ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی سوال شود)
• آیا مادر سزارین شده است؟ (از مراقبت ۳ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی سوال شود)
• آیا مادر دچار عوارض شدید زایمانی نظیر خونریزی پس از زایمان، باقیماندن اجزای جفت، پره اکلامپسی، بستری در بخش مراقبت ویژه، بازگشت مجدد به اتاق عمل یا تزریق بیش از سه واحد خون داشته است؟ (مراقبت ۳ تا ۵ روزگی و مراقبت ۱۵ و۱۴ روزگی سوال شود)
• آیا سن مادر زیر ۱۶ سال است؟
• آیا مادر قبل از بارداری سوء تغذیه کم وزنی داشته است؟ (جدول۱۷) (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود)
• آیا مادر سوء تغذیه کم وزنی دارد (شاخص توده بدنی کمتر از ۱۸،۵) (ین سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود)
• آیا مادر تغذیه ناکافی و نا مناسب دارد؟ (جدول۱۶)
• آیا مادر برای فرزند قبلی مشکل شیردهی داشته است ؟(جدول ۱۷ ((این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود)
• آیا در بارداری اخیر، مادر حاملگی بدون برنامه‌ریزی (ناخواسته) داشته است؟ (جدول ۱۷)
• آیا مادر داروهایی که در شیردهی منع مصرف مطلق یا نسبی دارد، مصرف می کند؟ (جدول ۱۷)
• آیا مادر به دلیل مشکلات روحی/ روانی دارو مصرف می کند؟
• آیا مادر سوء مصرف مواد دارد؟
• آیا مادر مشکل خانوادگی دارد؟ (جدول ۱۷)
• آیا در مادر اعتماد به نفس کافی دیده نمی شود؟ (جدول ۱۷)
• آیا مادر علائم بی خوابی و خستگی مفرط دارد؟ (جدول ۱۷)
• آیا مادر شاغل یا در حال تحصیل است و ساعاتی را به دور از فرزندش می گذراند؟(جدول ۵ و ۶) (این سوال از بدو تولد تا مراقبت ۶ ماهگی پرسیده شود)
• آیا روش پیشگیری از بارداری مادر نامتناسب با شیردهی انتخاب شده است؟ (طبق دستورعمل باروی سالم)

طبقه بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• سابقه جراحی یا تروما پستان یا • احتقان، زخم نوک پستان،مجاری بسته/آبسه/عفونت پستان یا • مصرف داروهایی که منع مصرف مطلق دارد یا • وجود مشکلات روحی و روانی تایید شده توسط پزشک یا • سوء مصرف مواد	**مشکل سلامت و شیردهی مادر**	• ارجاع به پزشک/ مشاور شیردهی • پیگیری: مادر نوزاد/ شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد / مادر شیرخوار بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد
• نوک پستان صاف و فرو رفته یا • بیان باورهای غلط یا • دیابت در بارداری اخیر یا • زایمان سخت یا • زایمان به طریق سزارین یا • ابتلا به عوارض شدید بارداری و زایمان یا • سن زیر ۱۶ سال یا • سوئ تغذیه قبل از بارداری یا • لاغری (توده بدنی کمتر از ۱۸،۵) یا • تغذیه نامناسب و یا ناکافی یا • تجربه عدم موفقیت در شیردهی قبلی یا • حاملگی ناخواسته یا برنامه ریزی نشده یا • مصرف داروهایی که منع مصرف نسبی دارد یا • وجود مشکلات خانوادگی یا • عدم وجوداعتماد به نفس کافی یا • بی خوابی و خستگی مفرط یا • شروع به کار یا تحصیل در شش ماه اول شیردهی یا • استفاده از روش های پیشگیری از بارداری نامناسب	**احتمال مشکل سلامت و شیردهی مادر**	•حمایت، آموزش و مشاوره با مادر برای اصلاح و رفع مشکل سلامت و شیردهی مادر •پیگیری: نوزاد/ شیرخوار زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد شیرخوار بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد در صورتی که مراقبت ویژه انجام شد و بعد از ۲ بار پیگیری مشکل شیردهی مادر بر طرف نشد، به پزشک/ مشاور شیردهی ارجاع شود
• پاسخ همه سوالات خیر است و وضعیت شیردهی طبیعی است.	**مشکل سلامت و شیردهی مادر ندارد**	• تداوم تغذیه با شیر مادر به طور انحصاری تا شش ماه، همراه با غذای کمکی تا یکسال، بعد از یکسالگی غذای اصلی غذای خانواده باشد و تداوم شیردهی تا دو سال در کنار غذای خانواد

ارزیابی تغذیه تا پایان شیردهی

نوع تغذیه را سوال و تعیین کنید: شیر مادر ☐ شیرمصنوعی ☐ توام ☐ شیردام ☐

در صورت مصرف همزمان چند نوع شیر سوالات مربوط به هر بخش پرسیده شود.

■ شیر مادر	سوال کنید / بررسی کنید
	• آیا جریان شیر زیاد شده است؟ (۳ تا ۵ روزگی)
	• آیا تعداد دفعات دفع ادرار نوزاد مناسب است؟(روز سوم و چهارم ۴ تا ۶ بار و روز پنجم ۶ تا ۸ بار در شبانه روز و پس از آن حداقل ۶ بار در روز ادرار بی رنگ و رقیق) (جدول ۱ و ۳) (تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی)
	• آیا تعداد دفعات دفع مدفوع نوزاد تا ۴ بار در شبانه روز است؟ (در روز سوم تا پنجم دفع مدفوع بیش از ۴ بار در شبانه روز) (جدول ۱ و ۳) (تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی)
	• آیا مدفوع نوزاد/شیرخوار رنگ طبیعی دارد؟ (در روز سوم تا پنجم رنگ مدفوع زرد مایل به سیاه و پس از آن به رنگ زرد) (جدول ۱ و ۳)
	• آیا نوزاد/ شیرخوار تغییرات وزن طبیعی دارد؟ (روز سوم کمتر از ۶ درصد و روز چهارم کمتر از ۸ درصد و روز پنجم بدون کاهش وزن و پس از آن متناسب با منحنی رشد) (جدول ۱ و ۳)
	• آیا شیردهی به نوزاد/ شیرخوار در هر وعده بطور متناوب از دو پستان می‌باشد؟ (جدول ۲) (این سوال تا زمان استقرار شیردهی یعنی شش هفتگی پرسیده شود)
	• آیا شیردهی تا تخلیه کامل یک پستان و رها کردن آن توسط نوزاد/ شیرخوار ادامه می‌یابد؟ (جدول ۲) (از ۶ هفتگی به بعد در مراقبتها پرسیده شود)
	• ایا شیردهی برحسب نیاز نوزاد/ شیرخوار انجام می شود ؟ (جدول ۱)
	• آیا نوزاد/ شیرخوار در شب در فواصل ۳ ساعت برای شیردهی بیدار می‌شود و یا در صورت بیدار نشدن مادر او را بیدار می کند؟ (جدول ۲)
طبقه‌بندی کنید	• آیا تعداد دفعات شیردهی مناسب است؟ (جدول ۲) (از مراقبت ۳ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی سوال شود)
	• آیا نوزاد/ شیرخوار بعد از شیرخوردن آرام و راحت است؟ (جدول ۲ و ۷)
	• آیا شیرخوار و مادر در کنار یکدیگر می خوابند؟ (جدول ۲)
	• آیا نوزاد/ شیرخوار زیر شش ماه در طی ۲۴ ساعت گذشته فقط با شیر مادر تغذیه شده است؟ (جدول ۲) (از اولین مراقبت تا ۶ ماهگی پرسیده شود)
	• آیا نوزاد/ شیرخوار کاملا سالم است و شرایط خاصی مثل نارسی و کم وزنی، دو یا چندقلویی، شکاف کام و لب، زردی ندارد؟ (جدول ۱۰)
	• آیا نوزاد/ شیرخوار به راحتی سینه مادر را می گیرد (عدم وجود امتناع از پستان مادر) (جدول ۸)
	• آیا شیرخوار پس از پایان شش ماهگی تغذیه تکمیلی را آغاز کرده است؟ (جدول ۲) (در مراقبت ۷ ماهگی سوال شود)
	• آیا از ۶ ماهگی تا یکسالگی شیر مادر غذای اصلی کودک است؟ (جدول ۷)
	• آیا تا پایان یکسالگی تغذیه با شیر مادر تداوم داشته است؟ (در مراقبت ۱۲ یا ۱۵ یا ۱۸ ماهگی پرسیده شود) (شاخص)
	• پس از یکسالگی آیا غذای اصلی شیرخوار غذای خانواده است؟ (در مراقبت ۱۲ یا ۱۵ یا ۱۸ ماهگی پرسیده شود)
	• آیا تا پایان دو سالگی تغذیه با شیر مادر تداوم داشته است؟ بلی ☐ خیر ☐ (در مراقبت ۲۴ یا ۳۰ ماهگی پرسیده شود) (شاخص)

نشانه	طبقه بندی	توصیه
•زیاد نشدن جریان شیر یا •دفع مدفوع سیاه در روزهای بعد از مراقبت سه تا ۵ روزگی یا •تغییر وزن غیرطبیعی بر روی منحنی یا •بدخلقی و ناآرامی نوزاد پس از تغذیه از پستان یا •نوزاد با شرایط خاصی (مثل نارسی و کم وزنی، دو یا چندقلو، شکاف کام و لب، زردی ....)	**مشکل تغذیه با شیر مادر**	•ارجاع به پزشک/ مشاور شیردهی •۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود
•تعداد دفعات ادرار کم یا •تعداد دفعات دفع مدفوع کم یا • تا زمان استقرار شیردهی شیردهی در هر وعده از دو پستان نباشد یا •در هر وعده شیردهی تخلیه کامل پستان انجام نشود یا •شیردهی بر حسب نیاز شیرخوار انجام نشود و طبق زمانبندی مادر باشد یا •دفعات شیردهی شب مناسب نیست یا •تعداد دفعات شیردهی کمتر از تعداد مناسب یا •مادر و شیرخوار در کنار هم نخوابند یا •شیرخوار زیر ۶ ماه در طی ۲۴ ساعت گذشته به جز شیر مادر با چیز دیگری تغذیه شده باشد یا •شیرخوار به راحتی سینه مادر را نمی گیرد (امتناع از گرفتن پستان) یا •عدم شروع تغذیه تکمیلی پس از پایان شش ماهگی یا •از ۶ ماهگی تا یکسالگی شیر مادر غذای اصلی کودک نیست یا •عدم تداوم تغذیه با شیر مادر تا یکسالگی یا •پس از یکسالگی غذای اصلی شیرخوار غذای خانواده نیست یا	**احتمال مشکل تغذیه با شیر مادر**	•توصیه ها متناسب با مشکل شیرخوار، بر اساس جداول بوکلت انجام شود •سلامت و شیردهی مادر طبق صفحه قبل مشاهده و ارزیابی شود •پیگیری: •نوزاد/ شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود •شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود
•پاسخ همه سوالات بلی است و وضعیت شیردهی طبیعی است.	**مشکل تغذیه با شیرمادر ندارد**	•تداوم تغذیه انحصاری تا شش ماهگی، تداوم تغذیه با شیر مادربه عنوان غذای اصلی تا یکسالگی و تداوم تغذیه با شیر مادر در کنار غذای خانواده تا ۲ سال •تعیین زمان مراقبت بعدی

ارزیابی تغذیه تا پایان یکسالگی

■ شیر مصنوعی *	سوال کنید / بررسی کنید
	• آیا دلیل پزشکی مطابق با دستورالعمل برای تغذیه نوزاد با شیر مصنوعی وجود دارد ؟ (جدول ۱۱) • آیا وزن گیری نوزاد/ شیرخوار متناسب با سن او است؟ (روز سوم کمتر از ۶ درصد و روز چهارم کمتر از ۸ درصد و روز پنجم بدون کاهش وزن و پس از آن متناسب با منحنی رشد) (جدول ۱ و ۳) • آیا مقدار و دفعات شیر مصنوعی مطابق سن شیرخوار است؟ (جدول۱۱) • آیا مادر روش آماده سازی شیر مصنوعی و رعایت اصول بهداشتی برای تهیه آن را به درستی می داند؟ (جدول ۱۳) • در صورت استفاده از شیشه شیر، آیا مادر یا مراقبت کننده روش پاکیزه سازی شیشه شیر را رعایت می کند؟(جدول ۱۳) • آیا از دادن گول‌زنک به شیرخوار اجتناب می‌شود ؟ (جدول۱۴)

طبقه‌بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
•عدم وجود اندیکاسیون پزشکی برای تغذیه با شیر مصنوعی یا •عدم وزن گیری مناسب	**مشکل تغذیه با شیر مصنوعی**	➢ راهنمایی مادر برای تغذیه با شیرمادر و قطع تدریجی شیرمصنوعی ➢ ارجاع به پزشک/ مشاور شیردهی ➢ ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود
•وجود اندیکاسیون پزشکی برای تغذیه با شیر مصنوعی یا •عدم تطابق مقدار و دفعات شیر مصنوعی با سن شیرخوار یا •عدم رعایت اصول بهداشتی برای تهیه و آماده سازی صحیح شیر مصنوعی یا •عدم رعایت روش پاکیزه سازی شیشه شیر یا •دادن گول زنک به شیرخوار	**احتمال مشکل تغذیه با شیر مصنوعی**	➢ آموزش تسکین پستان ها ➢ ارجاع برای دریافت کوپن و یا شیر مصنوعی یارانه ای ➢ آموزش اصول صحیح تغذیه مصنوعی و نظافت وسایل آن ➢ آموزش عدم مصرف گولزنک ➢ مشاوره برای اصلاح میزان مصرف شیر مصنوعی ➢ نوزاد/ شیرخوار زیر دو ماه ۲۴ ساعت بعد و شیرخوار بالای دو ماه ۱ هفته بعد پیگیری شود.
•پاسخ همه سوالات بلی است و وضعیت شیردهی طبیعی است	**مشکل تغذیه با شیر مصنوعی ندارد**	➢ تداوم مراقبت ها

■ شیر دام	سوال کنید / بررسی کنید
	• آیا شیرخوار کمتر از یکسال دارد؟ (جدول ۱۲)

طبقه بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
•استفاده از شیر دام در شیرخوار کمتر از یکسال	**مشکل تغذیه با شیر دام**	➢ ارجاع به مرکز خدمات جامع سلامت پزشک / مشاور شیردهی ➢ ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود

* در صورت مصرف شیر مصنوعی موارد زیر تکمیل شود:

- سن شروع مصرف شیر مصنوعی چه سنی است؟ ماه ..... روز.....
- نوع شیر مصنوعی : ☐ یارانه ای ☐ غیر یارانه ای
- در صورتی که شیر مصنوعی یارانه ای تجویز شده به صورت کامل دریافت می شود یا به صورت کمکی؟ ☐ کامل ☐ کمکی
- علت تجویز شیر مصنوعی یارانه ای چیست ؟

☐ مطلوب نبودن نمودار رشد شیرخوار ☐ چندقلویی ☐ بیماری مادر ☐ دارو ی مادر و مواد رادیواکتیو ☐ جدایی والدین ☐ فوت مادر ☐ فرزندخواندگی سایر : .....

- در صورتی که شیر مصنوعی غیر رایانه ای مصرف می کند تعیین کنید به توصیه چه کسی بوده است ؟ ☐ پزشک ☐ اطرافیان ☐ خودسرانه

ارزیابی تغذیه از پایان ۶ ماه تا ۵ سال

سوال کنید
پایان ۶ ماهگی تا پایان ۸ماهگی: (مراقبت ۷ ماهگی) • یا غذای کمکی را برای شیرخوار شروع کرده اید؟ • آیا غذای کودک را با غلظت مناسب تهیه می‌کنید؟ (برای تعیین غلظت از عکس راهنما استفاده کنید) • آیا پوره غلیظ، غذاهای کاملا نرم شده متناسب با سن و شرایط شیرخوار و متنوع از گروه‌های غذایی (بویژه منابع پروتئین حیوانی مانند گوشت (گوسفند و مرغ) و میوه‌ها و سبزی‌های غنی از ویتامین آ و ویتامین ث) به او داده می‌شود؟ • آیا شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می خورد؟ (بتدریج به ۱۲۵سی سی یا نصف لیوان رسانده اید) • آیا به شیرخوار ۳-۲وعده غذا در روز و ۲-۱میان وعده مغذی می‌دهید؟ • آیا شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟ • آیا شما، همسرتان یا سایر فرزندانتان به برخی مواد غذایی آلرژی (حساسیت) دارید؟ • آیا مایعات نیز به او می دهید؟ **۹ ماهگی تا پایان۱۱ ماهگی: (مراقبت ۹ ماهگی)** • آیا غذاهای متنوع نرم و له شده خانواده (غلات، حبوبات، گوشت‌ها، میوه‌ها و سبزی‌های غنی از ویتامین آ و ویتامین ث)به او می دهید؟ • آیا در هر وعده نصف لیوان(۱۲۵ سی سی)غذا به او می دهید؟ • آیا به شیرخوار ۴-۳وعده غذا و ۲-۱ میان وعده مغذی می دهید؟ • آیا شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟ • آیا مایعات نیز به او می دهید؟ **۱۲ ماه تا ۶۰ ماه:** • آیا کودک روزانه غذاهای متنوع شامل تمام گروه های غذایی (نان و غلات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزدانه ها، سبزی ها، میوه ها و شیر و لبنیات) مصرف می کند؟ • آیا کودک ۴-۳ وعده در روز غذای خانواده را می‌خورد؟ • آیا کودک سهم غذای کافی متناسب با سن در هر وعده می‌خورد؟ (در کودکان ۲-۱ سال سه چهارم لیوان، در کودکان ۵-۲ سال ۱ لیوان) • آیا شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟ • آیا کودک بین وعده‌های غذا ۲-۱ بار میان وعده مغذی متناسب با سن مصرف می‌کند؟

طبقه بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• در صورت تطابق نداشتن تغذیه با شرایط مطلوب	**احتمال مشکل تغذیه دارد**	➢ مشاوره با مادر برای هر مشکل ➢ ۱ هفته بعد پیگیری شود ➢ ارجاع به پزشک/ مشاور شیردهی ➢ مصرف مکمل ها بر اساس دستورعمل آموزش داده شود)
• در صورت وضعیت مطلوب و طبیعی تغذیه	**مشکل تغذیه ندارد**	➢ مادر را در مورد عملکرد خوب شیردهی و تغذیه مطلوب کودک تشویق کنید ➢ تداوم شیر مادر تا ۲۴ ماهگی را تأکید کنید ➢ بعد از ۲۴ ماهگی از شیرگیری تدریجی را توصیه کنید. (جدول ۲۰) ➢ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید. ➢ مصرف مکمل ها بر اساس دستورعمل آموزش داده شود)

ارزیابی کودک ازنظر سلامت دهان و دندان : (۲ سال وکمتر از ۲ سال):

ارزیابی سلامت دهان و دندان با رویش اولین دندان (۶ ماهگی) و ۱۲ ماهگی و ۲۴ ماهگی انجام شود

سئوال کنید:	نگاه کنید:
۱.آیا پدر و مادر و یا برادر و خواهر کودک پوسیدگی دندانی دارند؟ (در اولین مراقبت پرسیده شود) ۲.آیا مادر در زمان بارداری تحت مراقبت دندانپزشک بوده است؟ (در اولین مراقبت پرسیده شود) ۳.آیا کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب، شیر می‌خورد؟ ۴.آیا کودک سابقه ضربه به دندان ها یا صورت دارد؟ ۵.آیا کودک در حین دندان در آوردن مشکلی داشته است؟ ۶.آیا کودک تا قبل از یکسالگی توسط دندانپزشک معاینه شده است؟ (در صورت تأخیر در رویش دندان به دندانپزشک ارجاع شود) ۷.آیا دندان‌های کودک خود را تمیز می‌کنید؟ ۸.آیا از قندها یا میان وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندانی در فواصل وعده‌های غذایی (آب میوه صنعتی، نوشابه و ...) استفاده می‌شود؟	• رویش دندان‌ها • وجود پلاک روی دندان‌ها • تورم و قرمزی لثه • تورم صورت به دلیل مشکل دندان • نشانه‌های وجود ضربه • پوسیدگی زودرس دوران کودکی • نقاط سفید گچی روی دندان • بیرون افتادن کامل دندان از دهان

طبقه‌بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• درد یا • بیرون افتادن کامل دندان از دهان یا • تورم وقرمزی لثه یا • تورم صورت به دلیل مشکل دندان • نشانه‌های ضربه	**مشکل دندانی شدید یا پر خطر**	➢انجام اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان ➢دادن استامینوفن در صورت درد ➢ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر ➢یک هفته بعد پیگیری شود برای اطمینان از مراجعه به دندانپزشک و ۳ ماه بعد پیگیری برای بررسی رفع مشکل
• پوسیدگی زودرس دوران کودکی یا • نقاط سفید گچی یا • تأخیر رویش دندان‌ها* یا • وجود پلاک روی دندان‌ها یا • تمیز نکردن دندان‌های کودک توسط والدین یا • سابقه ضربه به دندان ها یا صورت یا • کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب شیر می خورد یا • از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندانی در فواصل وعده‌های غذایی (آب میوه صنعتی، نوشابه و ...) استفاده می‌شود	**مشکل دندانی متوسط دارد یا خطر متوسط**	➢آموزش به والدین در مورد روش های صحیح تمیز کردن دندان‌های کودک ➢آموزش به والدین در مورد توصیه های بهداشت دهان و دندان ➢ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر ➢پیگیری ۶ ماه بعد برای بررسی رفع مشکل ➢نحوه استفاده از مسواک انگشتی توضیح داده شود و مسواک انگشتی** تحویل داده شود
• مادر در حین بارداری تحت مراقبت دندان پزشکی نبوده است یا • مشکل دندان درآوردن یا • معاینه نشدن توسط دندانپزشک تا قبل از یکسالگی یا • پدر یا مادر یا خواهر یا برادر کودک پوسیدگی دندانی دارند	**از نظر مشکل دندانی کم خطر**	➢آموزش به والدین برای انجام درمان‌های دندانپزشکی و رعایت سلامت دهان و دندان و امکان انتقال پوسیدگی از مادر به شیرخوار ➢مسواک انگشتی تحویل داده شود ➢آموزش به مادر در مورد توصیه‌های سلامت دهان و دندان و چگونگی استفاده از مسواک انگشتی را توضیح دهید. ➢ارجاع به دندانپزشک (از زمان رویش اولین دندان تا یکسالگی لازم است یکبار دندانپزشک دندان های کودک را معاینه کند) ➢تشویق مادر برای مراجعه در مراقبت بعدی
• عدم وجود هر یک از نشانه‌های فوق	**مشکل دندانی ندارد**	➢توصیه‌های بهداشت دهان و دندان را به والدین ارائه دهید ➢معاینات دوره‌ای توسط دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان انجام شود ➢نحوه استفاده از مسواک انگشتی توضیح داده شود و مسواک انگشتی تحویل داده شود ➢ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

***جدول زمان رویش دندان‌های شیری و دائمی – اگر از ماکزیمم زمان نهایی مشخص شده برای رویش یک دندان بیش از ۶ ماه بگذرد تأخیر در رویش محسوب می‌شود.**

دندان شیری	فک بالا	فک پایین	دندان دایمی	فک بالا	فک پایین
پیش میانی	۸-۱۲ ماهگی	۶-۱۰ ماهگی	پیش میانی	۷-۸ سالگی	۶-۷ سالگی
پیش طرفی	۹-۱۳ ماهگی	۱۰-۱۶ ماهگی	پیش طرفی	۸-۹ سالگی	۷-۸ سالگی
نیش	۱۶-۲۲ ماهگی	۱۷-۲۳ ماهگی	نیش	۱۱-۱۲ سالگی	۹-۱۰ سالگی
آسیای اول	۱۳-۱۹ ماهگی	۱۴-۱۸ ماهگی	اولین آسیای کوچک	۱۰-۱۱ سالگی	۱۰-۱۲ سالگی
آسیای دوم	۲۵-۳۳ ماهگی	۲۳-۳۱ ماهگی	دومین آسیای کوچک	۱۰-۱۲ سالگی	۱۱-۱۲ سالگی
			اولین آسیای بزرگ	۶-۷ سالگی	۶-۷ سالگی
			دومین آسیای بزرگ	۱۲-۱۳ سالگی	۱۱-۱۳ سالگی

** برای کودک در ۳ نوبت، در سنین ۶، ۱۲ و ۱۸ ماهگی، مسواک انگشتی به والدین کودک تحویل شود و در سامانه الکترونیک سلامت ثبت شود.

ارزیابی کودک ازنظر سلامت دهان ودندان:(بالای ۲ سال):

ارزیابی سلامت دهان و دندان در کوددکان بالای ۲ سال در مراقبت های ۳۶ ماهگی، ۴۸ ماهگی و ۶۰ ماهگی انجام شود.

در ۴۲ ماهگی و ۵۴ ماهگی فقط وارنیش فلوراید برای کودک انجام شود.

سئوال کنید:	نگاه کنید:
۱. آیاوالدین در مسواک زدن به کودک کمک می‌نمایند؟ ۲. آیا کودک به تنهایی یا با همکاری والدین مسواک می زند؟ ۳. آیا کودک دندان درد دارد ؟ ۴. آیا کودک از خمیردندان فلورایددار و یا فلورایدهای مکمل استفاده می کند؟ ۵. آیا از قندها یا میان‌وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده‌های غذایی (مصرف آب میوه صنعتی، نوشابه، داروهای شیرین و ...) استفاده می‌شود؟ ۶. آیا وارنیش فلوراید برای کودک انجام شده است؟ (از ۳ سالگی هر ۶ ماه از وارنیش فلوراید برای کودکان استفاده شود.) ۷. بعداز۴ سالگی: آیاکودک عادات غلط دهانی(مثل مکیدن انگشت شست، پستانک،...) دارد ؟	• تاخیر رویش* •تورم صورت •نقاط سفید گچی روی دندان (دکلسفیه شدن) •پوسیدگی زودرس دوران کودکی • تجمع پلاک قابل دیدن • تورم وقرمزی لثه‌ها •نشانه های ضربه •در فواصل مراقبت ها بر تعداد پوسیدگی ها اضافه شده است

طبقه‌بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• درد یا • بیرون افتادن کامل دندان از دهان یا • تورم وقرمزی لثه ها یا • تورم صورت • نشانه های ضربه	**مشکل دندانی شدید یا پر خطر**	➢ اگر درد دارد استامینوفن بدهید ➢ اقدامات مربوط به بیرون افتادن کامل دندان را انجام دهید ➢ کودک را برای ارزیابی بیشتر به دندانپزشک ارجاع دهید ➢ ۱ هفته بعد پیگیری شود برای اطمینان از مراجعه به دندانپزشک و ۳ ماه بعد پیگیری برای بررسی رفع مشکل
• پوسیدگی زودرس دوران کودکی یا • تاخیر درروییش یا • وجود پلاک روی دندان‌ها یا • مکیدن‌های غیر تغذیه ای (بعد از ۴ سالگی) یا • والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی کنند یا کودک مسواک نمی‌زند یا • عدم استفاده از خمیردندان فلورایددار و یا فلورایدهای مکمل یا • اضافه شدن تعداد پوسیدگی های دندان در فواصل مراقبت ها یا • استفاده از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده های غذایی یا • عدم انجام وارنیش فلوراید	**مشکل دندانی متوسط دارد یا خطر متوسط**	➢ روشهای صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید ➢ توصیه های بهداشت دهان ودندان را به والدین آموزش دهید ➢ اگر والدین درمسواک زدن برای کودک همکاری نمی کنند روش‌های صحیح مسواک زدن را به مادر آموزش دهید. در مراقبت بعدی اصلاح روش مسواک زدن پیگیری شود. ➢ ارجاع به دندانپزشک برای ارزیابی بیشتر ➢ انجام وارنیش فلوراید** ➢ پیگیری ۶ ماه بعد
• هیچ‌یک از نشانه های فوق را ندارد	**مشکل دندانی ندارد**	➢ توصیه های بهداشت دهان ودندان را به والدین آموزش دهید و معاینات دوره‌ای*** توسط دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان انجام شود ➢ از ۳ سالگی وارنیش فلوراید هر ۶ ماه یکبار انجام شود ➢ تشویق مادر برای مراجعه در مراقبت‌های بعدی ➢ مشاوره لازم به مادر ارائه شود ➢ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

*** اگر از ماکزیمم زمان نهایی م شخص شده برای رویش یک دندان(جدول صفحه قبل) بیش از ۶ ماه بگذرد تأخیر در رویش طبیعی محسوب می‌شود.**

**در ۳۶ ، ۴۲، ۴۸، ۵۴ و ۶۰ ماهگی برای کودک وارنیش فلوراید انجام شود و در سامانه الکترونیک سلامت ثبت شود.

*** در ۳۶ ماهگی و ۶۰ ماهگی بعد از مراقبت روتین، کودک به دندانپزشک ارجاع شود و در سامانه الکترونیک سلامت ثبت شود.

ارزیابی کودک ازنظر بینایی:

سئوال کنید:	نگاه کنید: (۲ ماهگی)
آیا نوزاد نارس به دنیا آمده است؟ (وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم یا سن جنینی کمتر از ۳۴هفته) * (اولین ویزیت) **آیا سابقه بیماری ارثی چشم در خانواده وجود دارد؟** (به جز اختلالات انکساری و استفاده از عینک) (اولین ویزیت) ● **آیا کودک به شکل افراطی از نور دوری می کند؟ (۱۵-۱۴ روزگی)** ● **آیا چشم‌ها لرزش دارند؟ (۲ ماهگی)** ● **آیا چشم‌ها اشک ریزش دارند؟ (۲ماهگی)** ● **آیا چشم‌ها ترشح و قی مزمن دارند؟ (۲ماهگی)** ● **آیا کودک به صورت مادر و اطرافیان، بی توجه است؟ (۷ ماهگی)** ● **آیا تاکنون مشکوک به انحرافی در چشم کودک خود شده اید؟ (۷ماهگی)** ● **آیا دید کودک در برنامه ملی غربالگری تنبلی چشم ارزیابی شده است؟ (۴ سالگی)** **ارزیابی منوط به مشاهده کارت سلامت یا کارت سنجش بینایی است.****	• **شک به ظاهر غیر عادی سر و صورت** • **ظاهر غیر عادی چشم ها از نظر:** ▪ غیر قرینه بودن ظاهر چشم ها (شکاف پلکی، افتادگی پلک) ▪ اشک ریزش و ترشح چشم ها ▪ عدم شفافیت قرنیه ▪ پرخونی و التهاب سفیدی چشم (صلبیه و ملتحمه) ▪ انحراف و لرزش چشم ها

طبقه‌بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از گزینه ها	**نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم / بینایی**	➢ برای نوزاد نارس توصیه به مادر برای اطمینان از معاینه چشم کودک طبق دستورالعمل رتینوپاتی نوزادی توسط فوق تخصص شبکیه ➢ در صورت جا ماندن از برنامه غربالگری به مراکز غربالگری بینایی ارجاع شود ➢ نتیجه غربالگری بینایی را در سامانه الکترونیک سلامت ثبت کنید** ➢ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ➢ ۱ هفته بعد پیگیری شود
• هیچ‌یک ازنشانه های فوق را ندارد	**مشکل چشم / بینایی ندارد**	➢ نتیجه غربالگری تنبلی چشم در سامانه الکترونیک سلامت وزارت بهداشت وارد شود. *** ➢ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

*نوزادان با وزن تولد ۲۰۰۰ گرم و کمتر یا با سن تولد کمتر از ۳۴ هفته مشمول برنامه غربالگری رتینوپاتی نارسی هستند موارد زیر برای آن ها ثبت شود:

آیا نوزاد دربخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU) بستری بوده است؟ بله ☐ خیر ☐

آیا در مورد معاینه چشم نوزاد در یک ماهگی به والدین اطلاع رسانی شده است ؟ بله☐ خیر ☐

آیا به والدین در مورد معاینه چشم نوزاد در یک ماهگی به صورت کتبی اطلاع رسانی شده است؟ بله☐ خیر ☐

تاریخ انجام اولین معاینه غربالگری رتنوپاتی نارسی .....

تاریخ انجام پیگیری فعال .....

نتیجه پیگیری فعال .....

** اگر کودک در برنامه ملی غربالگری تنبلی چشم شرکت نکرده است به مراکز دائمی غربالگری تنبلی چشم ارجاع شود.

***نتیجه غربالگری تنبلی چشم مطابق زیر در سامانه ثبت شود:

تاریخ انجام غربالگری: سال ..... ماه .....

سن انجام غربالگری سال ..... ماه .....

محل انجام غربالگری: .....

نحوه غربالگری: چارت ☐ دستگاه ☐

نتیجه غربالگری: گذر ☐ ارجاع ☐: چشم راست ☐ چشم چپ ☐ انحراف چشم ☐ عدم همکاری ☐

اپتومتری یا ویزیت چشم پزشکی انجام شده است؟ بلی ☐ خیر ☐

در صورت تأیید تنبلی چشم، درمان و پیگیری برنامه ریزی شده و انجام می شود؟ بلی ☐ خیر ☐

ارزیابی کودک ازنظر شنوایی:

سؤال کنید:

- آیا تست غربالگری شنوایی نوزادی (نوبت اول) انجام شده است؟ (اولین ویزیت)
- آیا مادر در دوران بارداری مادر مبتلا به بیماری های سیفلیس، HIV، توکسوپلاسموز، سرخجه، سایتومگالوویروس و هرپس بوده است؟(اولین ویزیت)
- آیا وزن نوزاد هنگام تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم بوده است؟ (اولین ویزیت)
- آیا نوزاد نارس به دنیا آمده است؟ (کمتر از ۳۷ هفته) (اولین ویزیت)
- آیا سابقه بستری ۴۸ ساعت یا بیشتر در بخش نوزادان یا مراقبت‌های ویژه نوزادان NICU داشته است؟(اولین ویزیت)
- آیا سابقه زردی شدید نیازمند تعویض خون در دوره نوزادی دارد؟ (مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی)
- آیا ناهنجاری در سر، صورت و گوش وجود دارد؟ (اولین ویزیت)
- آیا سابقه خانوادگی وجود کم شنوایی دائمی در دوران کودکی در خویشاوندان نزدیک (درجه ۱، ۲ و ۳) دارد؟ (اولین ویزیت)
- آیا سابقه التهاب مکرر گوش میانی با یا بدون ترشح دارد؟ (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی)
- آیا سابقه ابتلا به مننژیت یا اوریون دارد؟ (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی)
- آیا سابقه ضربه به سر (بخصوص مواردی که با از دست دادن هوشیاری یا شکستگی جمجمه همراه باشد و بستری شده باشد) دارد؟ (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی)
- آیا سابقه تماس با صداهای بالقوه صدمه زا دارد؟ (کودک در معرض سطوح بالای صوتی آسیب زننده به شنوایی مثل اسباب بازی های غیر استاندارد صدا ساز قرار دارد یا کودک از ابزار و ادوات شنیداری دارای سطح صوتی بلند استفاده می کند) (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی)
- آیا والدین یا مراقب کودک در مورد شنوایی، تکلم، زبان، تکامل و یادگیری کودک نگرانی دارند ؟* (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی)
- آیا نتیجه آزمایش های تشخیصی شنوایی غیر طبیعی بوده است؟ (اولین ویزیت)
- آیا صدای تلویزیون یا رادیو را بلند می‌کند؟ (دیگران نسبت به حجم صدا اعتراض دارند) (۵-۳ سالگی)
- آیا تست غربالگری شنوایی نوبت دوم (غربالگری شنوایی ۵-۳ سالگی) انجام شده است؟ (۵-۳ سالگی)

طبقه‌بندی کنید

نشانه	طبقه‌بندی	توصیه
•عدم انجام غربالگری شنوایی نوزادی / عدم انجام غربالگری ۵-۳ سالگی	**نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری****	➢ ارجاع به مراکز غربالگری شنوایی ➢ ۴۸ ساعت بعد پیگیری شود
•در صورت عدم تطابق با شرایط مطلوب / وجود یکی از عوامل خطر یا •نتیجه غربالگری اولیه شنوایی "ارجاع"	**نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی/ گوش**	➢ نتیجه غربالگری شنوایی را در سامانه الکترونیک سلامت ثبت کنید**** ➢ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ➢ ۴۸ ساعت بعد پیگیری شود
• نتیجه آزمایش های تشخیص ادیولوژیک "غیر طبیعی"	**تأیید تشخیص غیر طبیعی**	➢ ثبت نتیجه تست تشخیصی در سامانه الکترونیک سلامت ➢ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ➢ پیگیری یک هفته بعد برای اطمینان از انجام مداخلات درمانی بهنگام، نوع مداخله و ثبت آن در سامانه الکترونیک سلامت***
•تطابق با شرایط مطلوب و نتیجه غربالگری شنوایی نوزادی طبیعی و نتیجه غربالگی شنوایی ۵-۳ سالگی طبیعی (گذر)	**مشکل شنوایی/ مشکل گوش ندارد**	➢ نتیجه غربالگری شنوایی را در سامانه الکترونیک سلامت ثبت کنید**** ➢ یادآوری زمان غربالگری بعدی ➢ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

نکته: تمامی نوزادان در بدو تولد ابتدا از نظر عوامل خطر (مطابق قسمت سوال کنید) ارزیابی می شوند. سپس تست غربالگری به روش OAE انجام می شود. در صورتیکه نتیجه تست "ارجاع" و یا نوزاد دارای یکی از عوامل خطر باشد، تست غربالگری به روش AABR انجام می شود . مواردی که هر یک از عوامل خطر را دارند حتی اگر نتیجه تست غربالگری AABR ، گذر باشد، نیاز به انجام آزمایش تشخیصی ABR تا ۳ سالگی (ترجیحا در یک سالگی) دارند.

* در کودکان با سن بیشتر باید به اصوات آشنا مثل گفتار مادر واکنش نشان دهد. کودکان باید تا ۱۵ ماهگی حداقل یک کلمه و تا ۲ سالگی جملات ۲ کلمه ای را یه زبان آورند.
**زمان طلایی برای انجام تست غربالگری نوزادی تا یکماهگی است. برای کودکان ۵-۳ سال در اولین فرصت در این گروه سنی است.
***زمان طلایی برای انجام تست تشخیصی تا ۳ ماهگی و برای انجام مداخله تا ۶ ماهگی است. برای کودکان ۵-۳ سال زمان طلایی برای انجام تست تشخیصی تا یک هفته بعد از غربال با پاسخ ارجاع و مداخله در اولین فرصت است.

****نتیجه غربالگری شنوایی مطابق زیر در سامانه ثبت شود:
تاریخ انجام غربالگری شنوایی: سال—— ماه——
سن انجام غربالگری شنوایی: سال—— ماه——-
محل انجام غربالگری شنوایی: ————————————
نتیجه غربالگری شنوایی: ☐ گذر ☐ ارجاع : ☐ یک گوش ☐ دو گوش
شنوایی شناسی یا ویزیت متخصص گوش، گلو و بینی انجام شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر
زمان انجام مراقبت بعدی: سال—— ماه—— روز——
محل انجام مراقبت بعدی: ————————————

نتیجه آزمایشات تشخیصی اودیولوژیک مطابق زیر در سامانه ثبت شود:
طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐
جایگاه کم شنوایی☐: گوش راست ☐ گوش چپ ☐ هر دو گوش☐
نوع کم شنوایی: انتقالی☐ حسی -عصبی ☐ مخلوط ☐
درجه کم شنوایی: ملایم ☐ متوسط☐ شدید☐ عمیق☐

نوع مداخله درمانی/ توانبخشی کم شنوایی مطابق زیر در سامانه ثبت شود:
تجویز سمعک و فیتینگ (تناسب) آن ☐
کاشت حلزون ☐
توانبخشی شنوایی ☐
مداخله های طبی و جراحی ترمیمی یا بازسازی شنوایی ☐

ارزیابی کودک ازنظر تکامل

سن	سؤال کنید آیا فرزند شما:
۲ ماهگی	۱. با شنیدن صدای بلند در شیرخوردن مکث می‌کند یا در هنگام خواب از جا می‌پرد؟ ۲. اجسام متحرک را با نگاه دنبال می‌کند؟ ۳. به اشخاص لبخند می‌زند؟ ۴. وقتی روی شکم دراز کشیده، می‌تواند چانه‌اش را به مدت کوتاهی از زمین بلند کند؟ ۵. در مکیدن یا بلع شیر مشکل دارد؟
۹ماهگی	۶. در حالی‌که با گرفتن زیر بغل، کودک را در حالت ایستاده نگاه داشته‌اید، می‌تواند حداقل به مدت ۲ ثانیه روی کف پایش بایستد؟ ۷. می‌تواند با تکیه دادن به دست‌هایش یا بالش بنشیند؟ ۸. صداهایی بی‌معنی مانند "ما— ما"، "با— با"، "دا— دا")درمی‌آورد؟ ۹. وقتی با او بازی می‌کنید، با شما همراهی می‌کند؟ ۱۰. با شنیدن اسم خودش، واکنش نشان می‌دهد؟ ۱۱. افراد آشنا را از غریبه تشخیص می‌دهد؟ ۱۲. به طرفی که شما اشاره می‌کنید، نگاه می‌کند؟ ۱۳. اشیا را از یک دست به دست دیگرش می‌دهد؟
۱۸ ماهگی	۱۴. برای نشان دادن اشیا به دیگران، به آن‌ها اشاره می‌کند؟ ۱۵. می تواند حداقل ۳ قدم به تنهایی راه برود؟ ۱۶. می‌داند اشیا معمول اطرافش (مثل قاشق، تلفن) چه کاربردی دارد؟ ۱۷. می‌تواند کارهای دیگران را تقلید کند؟ ۱۸. کلمه‌های جدید را یاد می‌گیرد؟ ۱۹. می تواند حداقل ۶ کلمه را بگوید؟ ۲۰. وقتی مادر یا مراقبش او را ترک می کند و یا پیش او برمی‌گردد، توجه می کند و یا اهمیت می‌دهد؟ ۲۱. آیا کارهایی هست که قبلاً می‌توانسته انجام دهد ولی الآن نمی‌تواند؟
۴ سالگی	۲۲. می تواند درجا بالا و پایین بپرد؟ ۲۳. می‌تواند کشیدن دایره (گردی) را تقلید کند؟ ۲۴. به کودکان دیگر توجه می‌کند؟ / به افرادی غیر از اعضای خانواده واکنش نشان می‌دهد؟ ۲۵. دوست دارد با کودکان دیگر هم بازی شود و بازی‌های وانمودی مثل خاله بازی یا دزد و پلیس کند؟ ۲۶. می تواند داستان مورد علاقه اش را بازگو کند؟ ۲۷. از دستورات ۳ مرحله ای پیروی می‌کند؟ (مثل: برو ، توپت را بردار ، بیاور) ۲۸. مفهوم "مثل هم بودن" و "فرق داشتن" را درک می‌کند؟ ۲۹. از ضمایر "من و تو" درست استفاده می‌کند؟ ۳۰. واضح حرف می‌زند؟ ۳۱. اغلب در مقابل لباس پوشیدن/خوابیدن / دستشویی رفتن مقاومت (لجبازی) می کند؟ ۳۲. آیا کارهایی هست که قبلاً می‌توانسته انجام دهد ولی الآن نمی‌تواند؟

۶ ماهگی – ۱۲ ماهگی– ۲۴ ماهگی – ۳ سالگی– ۵ سالگی

در صورت عدم مراجعه کودک طبق این سنین، در اولین مراجعه در هر سنی ASQ همان گروه سنی برای کودک تکمیل شود.

پرسشنامه تست غربالگر استاندارد تکمیل شود

طبقه بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
•پاسخ غیر طبیعی در هر یک از موارد	نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل	➢ انجام تست غربالگر استاندارد- ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ➢ ۱ هفته بعد پیگیری شود
•عدم وجود مشکل در هر یک از موارد	طبیعی	➢ مشاوره به مادر در خصوص رابطه متقابل کودک و والدین و توصیه هایی برای ارتقای تکامل کودک ارائه شود ➢ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

طبقه بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
•امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا کمتر از 2SD- یا •امتیاز مجدد تست برای بار دوم همچنان روی 1SD- و پایین تر یا •پاسخ یکی از سؤالات موارد کلی نشان دهنده مشکلی باشد	**نیازمند ارجاع از نظر تکامل**	➢ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ➢ ۱ هفته بعد پیگیری شود
•امتیاز تست غربالگر استاندارد بین 1SD- و 2SD-	**نیازمند انجام ASQ مجدد ۲ هفته بعد**	➢ ۲ هفته بعد پیگیری شود
•امتیاز تست غربالگر استاندارد بالای 1SD-	**طبیعی**	➢ مشاوره به مادر در خصوص رابطه متقابل کودک و والدین و توصیه هایی برای ارتقای تکامل و ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

ارزیابی ژنتیکی کودک :

ارزیابی ژنتیکی کودک در ۵-۳ روزگی یا ۱۵-۱۴ روزگی و یکسالگی انجام شود. (در صورت عدم مراجعه در این گروه های سنی یکبار در اولین مراجعه ارزیابی شود.)

سؤال کنید
•آیا در کودک یا خویشاوندان* کودک بیماری ارثی (تشخیص داده شده) وجود دارد؟
•آیا در خویشاوندان کودک اختلال تکرار شونده (اختلال مشابه در بیش از یک نفر) وجود دارد؟
•آیا در کودک یا خویشاوندان کودک اختلال جسمی، ذهنی یا حرکتی وجود دارد؟
•آیا در کودک یا خویشاوندان کودک بدخیمی وجود دارد؟

طبقه بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
•مثبت بودن هر یک از سؤالات	**نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک**	➢ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ➢ ۱ هفته بعد پیگیری شود
•منفی بودن همه سؤالات	**طبیعی**	➢ ارز یابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

*دامنه ارزیابی شامل خویشاوندان درجه ۱، ۲ و ۳ می باشد.

ارزیابی کودک ازنظر واکسیناسیون:

جدول واکسیناسیون کارت مراقبت کودک را با جدول واکسیناسیون برای گروه‌های سنی مقایسه کنید:	
تولد	• ب.ث.ژ • فلج اطفال خوراکی • هپاتیت ب
۲ ماهگی	• فلج اطفال خوراکی • پنج گانه
۴ ماهگی	• فلج اطفال خوراکی • پنج گانه • فلج اطفال تزریقی
۶ ماهگی	• فلج اطفال خوراکی • پنج گانه
۱۲ ماهگی	• MMR
۱۸ ماهگی	• فلج اطفال خوراکی • MMR • سه گانه
۶ سالگی	• فلج اطفال خوراکی • سه گانه

طبقه بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• درصورت پاسخ منفی درهرگروه سنی	**واکسیناسیون ناقص**	➢ کودک را مطابق دستورالعمل کشوری ایمن سازی، واکسینه نمایید. ➢ پس از انجام واکسیناسیون ۲۰ دقیقه کودک در مرکز واکسیناسیون حضور داشته باشد. ➢ توصیه های تغذیه‌ای، پیشگیری از حوادث و سوانح و رابطه متقابل مادر و کودک را به مادر ارائه دهید
• مطابقت باجدول واکسیناسیون دارد	**واکسیناسیون کامل**	➢ مادر را تشویق کنیدکه درمراقبت های بعدی مراجعه کند ➢ مشاوره در خصوص پیشگیری از آسیب های کودکان به مادر ارائه شود ➢ کارت مراقبت کودک تکمیل شود و آموزش لازم به مادر ارائه شود ➢ ابزارهای کمکی هر گروه سنی به مادر داده شود و توضیحات لازم به مادر ارائه شود.

ارزیابی کودک زیر ۲ سال ازنظر مصرف مکمل‌های دارویی :

سوال کنید
• **آیا مکمل** ویتامین AD / مولتی ویتامین طبق دستورالعمل به تعداد کافی به مادر داده شده است؟ • **آیا کودک مکمل** ویتامین AD / مولتی ویتامین را طبق دستورالعمل دریافت کرده است؟ • آیا مکمل آهن طبق دستورالعمل به تعداد کافی به مادر داده شده است؟ • آیا کودک مکمل آهن را طبق دستورالعمل دریافت کرده است؟

طبقه بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• عدم مطابقت با دستورالعمل مکمل یاری	**مصرف ناقص مکمل های دارویی AD / مولتی ویتامین / آهن**	➢ طبق دستورالعمل به مادرتوصیه کنید مکمل های دارویی را به تعداد مناسب تهیه کند و به مقدار لازم به کودک بدهد ➢ ۱ هفته پیگیری شود
• مطابقت با دستورالعمل مکمل یاری	**مصرف کامل مکمل دارویی**	➢ طبق دستورالعمل مکمل به تعداد لازم داده شود ➢ طبق دستورالعمل نحوه دادن مکمل به مادر آموزش داده شود ➢ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

ارزیابی وضعیت فرزندآوری مادر (کودک ۱۲ ماه و بالاتر):

سوال کنید
• آیا شما و همسرتان فرزند /فرزندان بیشتری می‌خواهید؟ • آیا شرایط خاصی برای دریافت خدمات فاصله‌گذاری دارید؟ (بر اساس موارد اعلام شده توسط اداره باروی سالم واجد شرایط دریافت خدمات فاصله‌گذاری باشد)

طبقه بندی کنید

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• والدین شرایط فرزندآوری را دارند ولی تمایلی به بارداری ندارند	**واجد شرایط مشاوره برای فرزندآوری**	➢ مشاوره فرزندآوری ➢ مشاوره در مورد پیامدها و مشکلات تک فرزندی
• والدین تمایل به فرزندآوری دارند و بارداری برای مادر و نوزاد خطری ندارد	**واجد شرایط فرزندآوری**	➢ مشاوره فرزندآوری و مراقبت‌های قبل از بارداری ➢ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید

برای همه نوزادان در ۵-۳ روزگی غربالگری نوزادی پاشنه پا انجام شود، جواب آزمایش را طبق جدول زیر بررسی و طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید.

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• انجام ندادن آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید	نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش کم کاری تیروئید	➢ ارجاع فوری برای انجام نمونه‌گیری* ➢ ۲٤ ساعت بعد پیگیری شود
• نوزاد نارس** • نوزاد بسیار کم وزن (وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم) • نوزاد کم وزن (وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم) • نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم • دوقلوها و چندقلوها • سابقه بستری در بیمارستان • سابقه دریافت خون یا تعویض خون • نوزادانی که داروهای خاص مصرف کرده‌اند (دوپامین، ترکیبات کورتونی) • در جواب اولین نوبت تست غربالگری هیپوتیروئیدی اندازه TSH بر کاغذ فیلتر بین ۹/۹- ۵ • اعلام نمونه نامناسب از طرف آزمایشگاه غربالگری نوزادان	نیاز به نمونه‌گیری مجدد کم کاری تیروئید از پاشنه پا	➢ ارجاع برای انجام نمونه‌گیری مجدد از پاشنه پا در هفته دوم تولد (۱۴-۸ روزگی) ➢ نوزادان نارس در هفته۲ و ۶ و ۱۰ نیز برای انجام نمونه گیری مجدد از پاشنه پا ارجاع شوند ➢ جواب آزمایش (TSH نوبت اول پاشنه پا) در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و ۲٤ ساعت بعد پیگیری شود
•دومین بار آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید از پاشنه پا مثبت (TSH مساوی یا بیشتر از ۵)	احتمال کم کاری تیروئید	➢ ارجاع فوری برای انجام آزمایش وریدی ➢ بر اساس دستورعمل اقدام شود ➢ جواب آزمایش (TSH نوبت دوم پاشنه پا) در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و ۲٤ ساعت بعد پیگیری شود
•نتیجه غربالگری نوبت اول کم کاری تیروئید از پاشنه پا TSH ۱۰ و بالاتر از ۱۰	نیازمند بررسی بیشتر از نظر کم کاری تیروئید	➢ ارجاع فوری برای انجام آزمایش وریدی (تست تأیید تشخیص) ➢ در صورتی که TSH بالای ۲۰ باشد فورا جهت شروع درمان بر اساس دستورالعمل و درخواست آزمایشات تأیید تشخیص به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود ➢ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• نتیجه آزمایش وریدی کم کاری تیروئید (تست تأیید تشخیص) (T4 , TSH, T3RUPیا free T4) غیر طبیعی	کم کاری تیروئید دارد	➢ پیگیری کنید کودک بیمار به پزشک مراجعه کرده باشد ➢ ثبت فرم مراقبت کم کاری تیروئید در سامانه الکترونیک سلامت ➢ توصیه به مصرف صحیح و بموقع دارو (لوتیروکسین) ➢ جواب آزمایش در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و پیگیری کنید *** ○ تا ۶ ماهگی هر ۲ ماه یکبار ○ ۶ ماه تا ۳سال هر ۳ ماه یکبار ○ بعد از ۳ سال بسته به تشخیص پزشک فوکال پوینت هیپوتیروئیدی ○ زمانی که درمان کودک بنا بر تشخیص پزشک معالج در هر سنی قطع شود ویزیت ها و آزمایش غلظت سرمی TSH و T4 بر اساس تقویم زیر پیگیری شود: ▪ ۴ هفته بعد از قطع دارو و ۳ -۲ ماه بعد از قطع دارو و هر سال بعد از قطع دارو تا ۵ سالگی (در مبتلایان به سندروم داون تا ۱۰ سالگی)
•نتیجه غربالگری اولیه کم کاری تیروئید از پاشنه پا منفی (TSH کمتر از ۵) یا •نتیجه غربالگری مجدد از پاشنه پا منفی (TSH کمتر از ۵) یا •تست وریدی کم کاری تیروئید منفی (T4 , THS, T3RUP طبیعی)	کم کاری تیروئید ندارد	➢ ثبت اطلاعات در سامانه الکترونیک سلامت ➢ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

* زیر ۹۰ روزگی انجام آزمایش پاشنه پا در مرکز خدمات جامع سلامت، بالای ۹۰ روزگی انجام آزمایش وریدی در آزمایشگاه

** در نوزادان نارس علاوه بر غربالگری اولیه، غربالگری مجدد از پاشنه پا باید در سنین ۲، ۶، ۱۰ هفتگی انجام شود. در صورت مشکوک بودن جواب آزمایش در هر مرحله نیاز به انجام آزمایش تأیید تشخیص وریدی می باشد.

*** بسته به تشخیص پزشک زمان پیگیری ممکن است تغییر کند.

ارزیابی کودک ازنظر فنیل کتونوری (PKU):

برای همه نوزادان باید در ۵-۳ روزگی غربالگری نوزادی پاشنه پا انجام شود، جواب آزمایش را طبق جدول زیر بررسی و طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید.

نشانه	طبقه بندی	توصیه
• انجام ندادن آزمایش (تا ۳ سالگی)	نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش PKU	➢ ارجاع برای انجام نمونه‌گیری (توضیحات بیشتر در راهنما) ➢ ۲٤ ساعت بعد پیگیری شود
• مادر مبتلا به PKU یا سایر بیماری های متابولیک یا • نوزاد نارس یا • سابقه بستری در بیمارستان	احتمال نیاز به نمونه‌گیری مجدد*PKU	➢ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ➢ ۲٤ ساعت بعد پیگیری شود
• جواب اولین نوبت تست غربالگری PKU فنیل آلانین مساوی یا بیشتر از ۴	تست غربالگری اولیه PKU یا سایر بیماری های متابولیک مثبت	➢ انجام نمونه پاشنه پا برای آزمایش تأیید یا ارجاع فوری به مرکز خدمات جامع سلامت برای درخواست آزمایش تأیید تشخیص توسط پزشک (در صورت عدم مراجعه به صورت کتبی به کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده شود.) ➢ جواب آزمایش در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• نمونه ارسالی تست تأیید روی کاغذ فیلتر: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۳/۴ یا • نمونه ارسالی تست تأیید روی نمونه سرم: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۴	تست تأیید تشخیص PKU مثبت	➢ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ➢ پیگیری حداکثر تا ۷۲ ساعت برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب (در صورت مراجعه نکردن، به صورت کتبی به کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده شود.) ➢ جواب آزمایش در سامانه الکترونیک سلامت وارد شود و ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• تأیید تشخیص بیماری PKU مثبت توسط پزشک منتخب PKU تأیید شده است (کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان این موارد را به مراقب سلامت اعلام می کند)	PKU مثبت بیمارستانی	➢ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ➢ ثبت فرم ارسال شده از بیمارستان منتخب PKU و ثبت در سامانه الکترونیک سلامت ➢ پیگیری کودکان کمتر از ۳ سال ماهی یکبار برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب ➢ پیگیری کودکان بیشتر از ۳ سال هر ۳ ماه یکبار برای اطمینان از مراجعه کودک به بیمارستان منتخب ➢ پیگیری تلفنی یا حضوری موارد غیبت از درمان و تلاش برای رفع مشکل **
• تست غربالگری اولیه منفی یا • تست تأیید تشخیص منفی	PKU منفی	➢ ثبت اطلاعات و اطلاع به والدین ➢ ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

*زمان انجام آزمایش مجدد ۱۴ روزگی است به شرط آن‌که نوزاد در آن هنگام شیر کافی به مدت ۳ روز مصرف کرده باشد. در صورتی که نوزاد تغذیه کافی با شیر نداشته باشد، باید به والدین آموزش داده شود تا نمونه‌گیری بلافاصله بعد از مصرف شیر، به مدت ۷۲- ۴۸ ساعت لزوماً انجام شود.

** *مواردی که به بیمارستان منتخب PKU جهت دریافت خدمات بالینی (ویزیت، تغذیه، شیر رژیمی و ...) مراجعه نکرده‌اند جهت پیگیری به کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده شود.

ارزیابی بدرفتاری با کودک

در ویزیت های مراقبت سلامت به علائم و نشانه های سوء رفتار با کودک دقت کنید و کودک را طبق جدول ارزیابی و طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید، در صورتی که به بدرفتاری با کودک مشکوک شدید، کودک را با کد ۱۹ ارجاع دهید (به فرهنگ مردم منطقه توجه فرمایید و والدین را با ذکر نام طبقه بندی های این صفحه حساس نکنید)

نشانه	طبقه‌بندی	توصیه
• خونریزی غیر قابل کنترل یا • آثار سوختگی درمان نشده یا • دررفتکی احتمالی یا تورم یک مفصل یا شکستگی احتمالی یک استخوان یا • کبودی چشمان یا • پارگی لجام لب یا • عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیر طبیعی	**احتمال بد رفتاری شدید با کودک (کد ۱۹)**	➢ ارجاع فوری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ➢ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار یا قاشق و ... یا • کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت‌های مختلف بدن یا • خونمردگی در اعضای مختلف بدن یا • عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه کودک با نوع علائم آسیب بدنی یا • وجود کبودی ها و علائمی که مدت‌ها از زمان آن‌ها گذشته باشد یا • گزارش هر نوع کودک آزاری توسط خود کودک، والدین یا سایر همراهان کودک یا • کبودی های شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون یا • وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها یا • آثار ضربات شلاق	**احتمال بد رفتاری با کودک (کد ۱۹)**	➢ ارجاع به کارشناس سلامت روان ➢ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
• همه کودکانی که مادران آن‌ها قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده‌اند	**کودک شاهد خشونت**	➢ ارجاع به کارشناس سلامت روان
• آیا در خانواده کودک فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی* وجود دارد؟ • آیا در خانواده کودک فرد مبتلا به بیماری خاص** وجود دارد؟ • آیا در خانواده کودک فرد مبتلا به اعتیاد*** وجود دارد؟ • آیا در خانواده کودک فرد زندانی وجود دارد؟ • آیا خانواده کودک دچار فقر می باشد؟ (تحت پوشش سازمان های حمایتی مثل بهزیستی و کمیته امداد)	**کودک با خانواده آسیب پذیر**	➢ ارجاع به کارشناس سلامت روان
• هیچ یک از علائم و نشانه ها را ندارد	**احتمال بد رفتاری با کودک ندارد**	➢ ارجاع والدین به کارشناس سلامت روان برای دریافت آموزش های فرزند پروری، خود مراقبتی و مهارت های زندگی ➢ آموزش پیشگیری از آسیب های کودکان به والدین

*فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی: معلولیت عبارتست از محدودیت‌های دائمی در زمینه‌های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی _ روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت جدی سازد. اشخاص معلول، افرادی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی های ذهنی و یا سلامتی روانی آنها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنهاست انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را بوجود می‌آورد.

** بیماری خاص: به آن دسته از بیماری‌ها گفته می‌شوند که صعب‌العلاج بوده و قابل درمان نمی‌باشند و لازم است بیماران تا آخر عمر تحت مراقبت‌های خاص قرار گیرند و ضرورت دارد این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار داشته باشند. بیماری‌هایی نظیر MS، هموفیلی، تالاسمی و نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری‌ها هستند.

*** اعتیاد: عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر، محرک یا الکل پیدا می‌کنند. منظور از اعتیاد استفاده غیر طبی و مکرر دارو یا مواد است که به ضرر خود مصرف‌کننده یا دیگران می‌باشد.

**** فقر: در اینجا منظور از فقر مواردی است که خانواده تحت پوشش سازمان‌های حمایتی از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد، نهادهای خیریه و.... می‌باشند.

غربالگری‌ها:

سن	همگانی	انتخابی
بدو تولد	• بینایی، شنوایی ، کافی بودن شیر مادر	-
۵-۳ روزگی	• بیماری های متابولیک، کافی بودن شیر مادر ، شنوایی ، ژنتیک، • ویزیت پزشک	
۱۵-۱۴ روزگی	• بینایی، شنوایی	-
۴۵-۳۰ روزگی	• شنوایی	•بینایی (برای تمامی کودکان نارس انجام شود)
۲ماهگی	•بینایی، شنوایی ، تکامل RED FLAGS	-
۴ ماهگی	•شنوایی	• کم خونی*
۶و ۷ ماهگی	• بینایی (۷ ماهگی)، شنوایی، تکامل (تست استاندارد) ، سلامت دهان و دندان (رویش اولین دندان) • ویزیت پزشک	-
۹ ماهگی	• شنوایی، تکامل RED FLAGS	-
۱۲ ماهگی	•تکامل (تست استاندارد)، سلامت دهان و دندان • ویزیت پزشک	•کم خونی*
۱۵ ماهگی	-	-
۱۸ ماهگی	• تکامل RED FLAGS	-
۲۴ ماهگی	• تکامل (تست استاندارد)، سلامت دهان و دندان •ویزیت پزشک	-
۲،۵ سالگی	-	-
۵-۳ سالگی	• شنوایی ، بینایی، سلامت دهان و دندان ، تکامل RED FLAGS ۴ سالگی ، تکامل (تست استاندارد) ۳ سالگی و ۵ سالگی • فشار خون ** • ویزیت پزشک (۳ سالگی و ۵ سالگی) • ویزیت دندانپزشک (۳ سالگی و ۵ سالگی)	-

طبقه بندی کنید

نشانه	طبقه‌بندی	توصیه
• عدم انجام غربالگری	**نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری**	**➢ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت برای درخواست آزمایش** **➢ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود**
• نتیجه غربالگری غیر طبیعی	**نتیجه غربالگری غیر طبیعی**	**➢ ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت برای ارزیابی بیشتر یا درخواست آزمایش** **➢ ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود**
• غربالگری مطابق با جدول و طبیعی	**طبیعی**	**➢ اطمینان دادن به مادر که در این موارد مشکلی ندارد**

***غربالگری کم خونی برای کودکان زیر انجام شود:**

سابقه بستری در NICU

آلرژی به پروتئین شیر گاو

سوء تغذیه

شروع شیر گاو در سن زیر یکسال

عدم مصرف صحیح قطره آهن (در ۱۲ ماهگی)

نوزادان نارس و نوزادان با وزن تولد کم تر از ۲۵۰۰ گرم (در ۴ ماهگی)

****غربالگری فشار خون برای کودکان زیر انجام شود :**

در معاینه فیزیکی سالانه تمامی کودکان ۳۶ ماهه فشار خون توسط پزشک مرکز اندازه گیری و بررسی شود.

مشاوره
















مشاوره با مادر

توصیه های تغذیه‌ای را بر حسب سن شیرخوار به مادر ارائه دهید:

توصیه های تغذیه ای برای کودکان در سلامت و بیماری

تولد تا یک هفتگی 	✓ بلافاصله پس از تولد، نوزادتان را در تماس پوست با پوست قرار دهید. اگر نوزاد با وزن کم به دنیا آمده است و یا زودتر از موعد مقرر به دنیا آمده است دستورعمل مراقبت کانگرویی به مادر آموزش داده شود. ✓ طی یک ساعت اول تولد نوزاد به پستان گذاشته شود و شیر بخورد. به شیرخوار آغوز را که اولین شیر غلیظ و زرد رنگ است، بدهید . این شیر، شیرخوار را از بسیاری از بیماری‌ها محافظت می‌کند. ✓ استفاده از شیر مادر را بلافاصله پس از تولد آغاز کنید استفاده از پستانک (گول زنک) و شیشه شیر، به دلیل آلودگی و مضرات بی شمار آن به هیچ عنوان توصیه نمی شود. ✓ شیرخوار را شب و روز هر چقدر و هر زمان می‌خواهد حداقل ۱۲-۱۰بار در ۲۴ساعت با شیر خود تغذیه کنید.تغذیه مکرر باعث تولید شیر بیشتر می‌شود.در هروعده وقتی از یک پستان تغذیه شد،او را به پستان دیگربگذارید و در وعده بعد تغذیه را از پستانی که کمتر خورده شروع کنید. ✓ اگر شیرخوار خودش بیدار نشود او را بعد از ۳ ساعت بیدار کنید. ✓به شیرخوار غذا یا مایعات دیگر حتی آب ندهید. شیر مادر به تنهایی همه نیاز شیرخوار را برآورده می‌کند. ✓از روز ۵-۳ تولد قطره A+D را طبق دستورعمل به شیرخوار بدهید.
۱ هفتگی تا پایان ۶ماهگی 	✓ هر چقدر شیرخوار می‌خواهد او را با شیر خود تغذیه کنید. به نشانه‌های گرسنگی از جمله نق‌زدن، مکیدن انگشتان یا حرکات دهان و اندام و صداهای ظریف توجه کنید. ✓ شیرخوار را شب و روز هر چقدر و هر زمان می‌خواهد حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت با شیر خود تغذیه کنید. تغذیه مکرر باعث تولید شیر بیشتر می شود. ✓ به شیرخوار غذا یا مایعات دیگری حتی آب ندهید . شیر مادر به تنهایی همه نیاز شیرخوار را برآورده می‌کند. ✓قطره A+D را طبق دستورعمل به شیرخوار بدهید. ✓قطره آهن در شیرخواران پر خطر طبق دستورعمل داده شود.
۷ ماهگی تا پایان ۸ ماهگی 	✓ مطابق میل شیرخوار حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت با شیر خود او را تغذیه کنید. ✓ غذای کمکی را می توان با ۳-۲ قاشق مربا خوری از فرنی یا حریره بادام با غلظت مناسب (غلظت کمی بیشتر از شیر مادر مشابه ماست معمولی) ۳- ۲ بار در روز شروع نموده و این میزان را به تدریج افزایش داد. در ضمن می توان از انواع فرنی ها و حریره های محلی با غلظت مناسب (غلظت کمی بیشتر از شیر مادر مشابه ماست معمولی) نیز در تغذیه شیرخوار استفاده نمود. ✓ پس از معرفی غلات، می توان پوره یا شکل نرم شده انواع گوشت ها (قرمز ، مرغ ، ماهی و پرندگان) که خوب پخته شده و ریز ریز شده، سبزی ها (هویج ، سیب زمینی، کدو حلوایی) و میوه ها ی متنوع کاملا رسیده و نرم(انبه ، سیب ، گلابی، موز، طالبی، هلو) و تخم مرغ کاملا پخته شده(شامل سفیده و زرده) را به شیرخوار داد. سپس می توان ترکیبی از دو یا چند ماده غذایی را به شکل پوره های ترکیبی ، سوپ، حلیم یا آش به شیرخوار داد. از حبوباتی مانند عدس و ماش نیز می توان در سوپ و آش استفاده نمود (حبوبات قبل از پخت ابتدا در آب به مدت چند ساعت خیسانده و آب آن دور ریخته شود و سپس بطور کامل بپزد). ✓ ماست پاستوریزه و پنیر کم نمک پاستوریزه در برنامه غذایی کودک اضافه شود.

	✓ به کودک هر روز ۳-۲ وعده غذا داده شود. ✓ ۲-۱ میان وعده غذایی مانند پوره سبزی ها (هویج یا سیب زمینی) یا پوره میوه های رسیده نرم شده (موز، گلابی، انبه، طالبی، هلو، زردآلو، سیب، آلو) را می توان براساس اشتهای شیرخوار بین وعده های اصلی در روز به او داد. ✓ میزان غذای شیرخوار را می توان به تدریج تا نصف لیوان (هرلیوان= ۲۵۰ سی سی) در هر وعده غذایی افزایش داد. لازم به ذکر است که یک قاشق غذاخوری سرصاف انواع برنج پخته ۱۵ گرم و یک قاشق غذاخوری سر پر انواع برنج پخته ۲۰ گرم است ، یک لیوان معادل ۱۶ قاشق غذاخوری سر صاف انواع برنج پخته و یا ۱۲ قاشق غذاخوری سر پر انواع برنج پخته است.
۹ ماهگی تا پایان ۱۱ ماهگی 	✓ به کودک هر روز ۴-۳ وعده غذا داده شود. ✓ هر روز می توان بر اساس اشتهای شیرخوار بین وعده های اصلی ، ۲-۱ میان وعده غذایی مانند هویج یا کرفس به صورت قطعات بسیار کوچک پخته شده یا میوه های رسیده نرم شده (موز ، گلابی ، سیب، هلو، طالبی) به شیرخوار داد. ✓ میزان غذای شیرخوار را می توان به تدریج تا نصف لیوان در هر وعده غذایی افزایش داد. ✓ علاوه بر تمام مواد غذایی معرفی شده در سن ۸-۶ ماهگی ، می توان غذاهای انگشتی که شیرخوار بتواند با دست بگیرد مانند تکه های کوچک انواع گوشتهای(قرمز ، مرغ ، ماهی و پرندگان) که خوب پخته شده و ریز ریز شده و تکه های کوچک گوشت بدون چربی یا کوفته قلقلی کاملاً پخته شده یا با پشت قاشق له شده ، ماکارونی پخته شده یا نان را در برنامه غذایی کودک گنجاند.
۱ سالگی تا ۲سالگی 	✓ هر چقدر شیرخوار می‌خواهد او را با شیر خود تغذیه کنید. ✓ تغذیه منظم با شیرمادر در سال دوم زندگی همچنان یک ضرورت است چرا که : • یک منبع خوب تامین پروتئین برای کودک است.حدود یک سوم انرژی مورد نیاز روزانه او را تامین می کند. • به تداوم رشد مناسب کودک کمک می کند. مواد ایمنی بخش موجود در آن برای محافظت کودک در برابر عفونت ها موثر است. • نیازهای عاطفی و روانی شیرخوار را تامین نموده و در تکامل ذهنی و جسمی او نقش بسزائی دارد. • در مواقع ابتلای کودک به بیماری و به دنبال آن بی اشتهایی، یک منبع مهم تامین کننده انرژی برای کودک است چراکه اغلب کودکان در زمان بی اشتهایی ناشی از بیماری، فقط به شیرمادر تمایل دارند. • در صورت ابتلا به اسهال و استفراغ، هیچ چیز به اندازه شیرمادر برای شیرخوار قابل تحمل نیست ✓ بر خلاف سال اول زندگی، در کودکان ۱ تا ۲ ساله تغذیه با شیرمادر بهتر است نیم تا ۱ ساعت پس از صرف غذای کودک انجام شود و در حقیقت تغذیه از سفره خانوار بر تغذیه با شیر مادر اولویت دارد.

	✓ قطره های A+D و آهن را طبق دستورعمل به شیرخوار بدهید. (این مطلب که قطره آهن موجب سیاهی دندان می شود نباید مانع مصرف آن شود، بلکه باید قطره آهن را با قاشق چایخوری در عقب دهان ریخت و پس از آن به کودک آب داد و با پارچه ای تمیز روی دندان های او را نیز تمیز نمود.) ✓ تنوع غذایی ، استفاده از تمام گروه های اصلی غذایی(نان و غلات، شیرو لبنیات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزدانه ها ، سبزی ها و میوه ها) و انتخاب مواد غذایی دارای ارزش تغذیه ای مناسب در برنامه غذایی کودک در نظر گرفته شود. ایجاد تنوع غذایی در برنامه غذایی کودک با استفاده از مواد غذایی زیر: • انواع گوشت ها : گوشت قرمز ، مرغ ، ماهی • تخم مرغ • حبوبات : عدس ، ماش، لوبیا چشم بلبلی ، لوبیا چیتی ،.... • محصولات لبنی پاستوریزه : شیر ، پنیر کم نمک ، ماست، کشک کم نمک و دوغ کم نمک و بدون گاز • سبزی های با برگ سبز یا زرد : جعفری ، گشنیز، شوید، کدو ، هویج و کدو حلوایی • میوه ها : سیب، موز، هلو، آلو، گلابی، زردآلو، طالبی، خرما (بدون پوست و هسته)، آناناس، هندوانه ، انبه، انواع مرکبات و ... ✓ غلات : برنج ، نان ، ماکارونی، رشته فرنگی ✓ هر روز ۳ تا ۴ وعده غذا و در هر وعده به اندازه سه چهارم لیوان، به شیرخوار غذا بدهید. ✓ هر روز ۲- ۱ بار میان وعده مغذی (از گروه های اصلی غذایی) در بین وعده های اصلی غذا، به شیرخوار بدهید. ✓ به عنوان میان‌وعده در برنامه غذایی کودک ۱ تا ۲ ساله تنقلات بی ارزش نظیر غلات حجیم شده، شکلات، چیپس، آب میوه های تجاری و نظایر آنها جایگاهی نداشته و به جای آن از میان وعده های مغذی نظیر انواع میوه ها ، سبزی ها ، شیر پاستوریزه ، ماست، نان، پنیر کم نمک و خرما استفاده شود. ✓ از دادن انواع نوشیدنی های شیرین به دلیل افزایش خطر اضافه وزن و چاقی ، پوسیدگی دندان و کاهش دریافت مواد مغذی تا حد امکان خودداری شود. ✓ در برنامه غذایی کودک فقط از ماست پاستوریزه ساده استفاده شده و از مصرف انواع ماست میوه های صنعتی خودداری شود. در صورت تهیه ماست میوه خانگی فقط میوه به ماست اضافه شده و از اضافه کردن شکر به ماست میوه خودداری شود. ✓ میان وعده را ۱,۵ تا ۲ ساعت قبل از وعده اصلی به کودک بدهید. ✓ اگر برنج به صورت کته یا کاملا نرم شده نیست آن را با پشت قاشق و کمی آب خورش نرم و له کنید. ✓ اگر کودک شیر مادر نمی خورد روزانه ۱ تا ۲ وعده غذایی اضافه به او داده شود . ✓ اگر کودک به ماده غذایی آلرژی دارد ، باید از برنامه غذایی کودک حذف و جایگزین مناسب قرار گیرد. ✓ از دادن مغزها ، آب نبات ، هویج خام ، انگور و ذرت به دلیل احتمال خفگی به شیرخوار خودداری شود. (از مغزها می توان به صورت پودر شده برای مقوی کردن غذاها استفاده نمود).

	✓ تخم مرغ کاملا پخته شده به کودک داده شود و از دادن تخم مرغ خام یا خوب پخته نشده خودداری شود. ✓ از دادن شیر و لبنیات غیر پاستوریزه خودداری شود. ✓ آب آشامیدنی بهترین نوشیدنی برای رفع تشنگی کودک است. کودک باید روزانه دو فنجان آب بنوشد. ✓ آب میوه طبیعی را می توان روزانه به میزان ۱۸۰-۱۲۰ سی سی به کودک داد. ✓ از نمک ید دار تصفیه شده در پخت غذا استفاده شود. ✓ از بشقاب ، قاشق و چنگال نشکن استفاده شود.. ✓ ظرف غذای کودک مجزا باشد. نکات بهداشتی در مراحل آماده سازی ، تهیه و طبخ غذا رعایت شود. ✓ غذا خوردن کودک همراه با حواس پرت کردن، تشویق و تنبیه نباشد.در هنگام غذاخوردن کودک، تلویزیون خاموش باشد. به زور به کودک غذا داده نشود. ✓ کودک ۱۸۰ دقیقه در روز فعالیت بدنی انجام دهد.
۲ سالگی تا ۵ سالگی 	✓ از غذاهای متنوع خانواده شامل گروه های اصلی غذایی به کودک بدهید. ✓ برای تامین انرژی و مواد مغذی مورد نیاز، برنامه غذایی کودکان باید شامل ترکیبی از غذاهای مختلف متشکل از گروه های اصلی غذایی باشد. گروه های اصلی غذایی برای این سنین عبارتند از : • گروه نان و غلات (شامل نان،برنج ، انواع ماکارونی و رشته ها) که تامین کننده انرژی، ویتامین های گروه B، آهن، فیبر و پروتئین مورد نیاز کودک است و بیشترین سهم غذای روزانه کودک را باید به خود اختصاص دهد. • گروه سبزی ها و گروه میوه ها که تامین کننده ویتامین ها، املاح و فیبر مورد نیاز کودک است نقش مهمی در افزایش مقاومت بدن در برابر بیماری ها دارد. در برنامه غذایی روزانه کودک از میوه های زرد و سبزی های برگ سبز تیره گنجانده شود. • گروه شیر و لبنیات (شامل شیر، ماست، پنیر، کشک و بستنی) که تامین کننده کلسیم، فسفر، پروتئین، ویتامین های گروه B و ویتامین های A است. • گروه گوشت و جانشین ها (شامل انواع گوشت ها، تخم مرغ، حبوبات و مغزها) که تامین کننده پروتئین، آهن و روی مورد نیاز کودک است. ✓ با توجه به سن و وزن کودک باید روزانه حاوی ۴ تا ۶ واحد از نان و غلات، ۳ تا ۵ واحد از گروه میوه ها و سبزی ها (ترجیحا ۲ تا ۳ واحد سبزی و ۱ تا ۲ واحد میوه)، ۲ واحد از گروه شیر و لبنیات و ۱ تا ۲ واحد از گروه گوشت و جانشین ها باشد. ✓ از سبزی های سبز تیره و نارنجی و میوه های زرد و نارنجی(هویج، کدو حلوایی ، جعفری، گشنیز، اسفناج، انبه، زردآلو، مرکبات) که منابع غذایی ویتامینَ AوC هستند در برنامه غذایی کودک استفاده شود. ✓ در هر روز ۳ وعده غذا و در هر وعده به اندازه یک لیوان کامل به کودک غذا بدهید. ✓ هر روز ۲ بار میان وعده مغذی (از گروه های اصلی غذایی) در بین وعده های اصلی غذا، به کودک بدهید.

	✓ شیرپاستوریزه ، ماست، میوه ها، سبزی ها ، نان و پنیر کم نمک ، نان و پنیر و خیار، نان و نصف تخم مرغ پخته شده ، نان با دو عدد خرما و میوه های خشک انتخاب های بسیار خوبی برای میان وعده غذایی کودکان هستند. مصرف برخی میان وعده ها، مانند چیپس، پفک، غلات حجیم شده و به طور کلی تنقلات بی‌ارزش علاوه بر تغییر ذائقه کودک و افزایش احتمال ابتلای او به بیماری های غیرواگیر در سنین بزرگسالی مانند چاقی، با تاثیر بر اشتهای کودک و در نهایت تمایل کمتر او به وعده های اصلی می توانند بر سرعت رشد کودک و به خصوص افزایش مطلوب قد تاثیر منفی داشته باشند. ✓ در برنامه غذایی کودک فقط از ماست پاستوریزه ساده استفاده شده و از مصرف انواع ماست میوه های صنعتی خودداری شود. در صورت تهیه ماست میوه خانگی فقط میوه به ماست اضافه شده و از اضافه کردن شکر به ماست میوه خودداری شود. ✓ از دادن انواع نوشیدنی های شیرین به دلیل افزایش خطر اضافه وزن و چاقی ، پوسیدگی دندان و کاهش دریافت مواد مغذی تا حد امکان خودداری شود. ✓ میان وعده را ۱,۵ تا ۲ ساعت قبل از وعده اصلی به کودک بدهید. ✓ اگر کودک به ماده غذایی آلرژی دارد ، باید از برنامه غذایی کودک حذف و جایگزین مناسب قرار گیرد. ✓ مصرف روزانه آب میوه تازه بیشتر از ۱۸۰-۱۲۰ سی سی نباشد.کودک را به مصرف آب آشامیدنی در طول روز تشویق کنید. ✓ به کودک در ظرف ها و کاسه های جدا غذا بدهید. ✓ در طول مدت غذا خوردن با کودکتان بنشیند وبا اوصحبت کنید، به چشمان او نگاه کنیدو او را ترغیب به غذا خوردن کنید. ✓ غذا خوردن کودک همراه با حواس پرت کردن، تشویق و تنبیه نباشد.در هنگام غذاخوردن کودک، تلویزیون خاموش باشد. ✓ کودک ۱۸۰ دقیقه در روز فعالیت بدنی انجام دهد.

اصول کلی تغذیه تکمیلی:

- بعد از تغذیه شیرخوار با شیرمادر، غذای تکمیلی به او داده شود.
- بین اضافه کردن مواد غذایی جدید بین ۵-۳ روز فاصله گذاشته شود تا آلرژی شیرخوار به آن ماده غذایی یا نداشتن تحمل به آن مشخص شود.
- در صورتی که شیرخوار به خوردن غذایی بی میلی نشان داد، مادر یا مراقب کودک پافشاری نکند . بلکه برای ۲ تا ۳ روز آن غذا را حذف و سپس دوباره شروع کند. می توان تا ۱۰ بار مجددا این کار را تکرار کرد تا شیرخوار آن را بپذیرد.
- در ابتدا مواد غذایی باید به شکل یک جزئی (یک ماده غذایی) یا حداقل اجزا مانند فرنی (آرد برنج ، شیر مادر یا شیرپاستوریزه گاو و شکر) به شیرخورداده شود.
- آرد برنج به عنوان یک ماده غذایی مناسب شناخته شده زیرا در دسترس خانواده بوده و احتمال آلرژی شیرخوار به آن بسیار کم است. فرنی تهیه شده از آرد برنج را می توان باشیر مادر یا مقدار کمی شیر پاستوریزه گاو تهیه نمود.
- غلظت و قوام غذای تکمیلی باید متناسب با سن شیر خوار باشد. به طوری که غلظت اولین غذای تکمیلی مانند فرنی شبیه ماست معمولی بوده اما به تدریج بر حسب سن شیرخوار باید غلظت غذا را افزایش داده، به طوری که غذای کودک از نیمه جامد به جامد تغییر یابد.
- پس از غلات می‌توان گوشت (گوسفند و مرغ)، سبزی و میوه را در غذای شیرخوار گنجاند. گوشت ها ، سبزی ها و میوه ها را می توان به شکل پوره (بدون نمک یا شکر) به شیرخورداد. بنابراین بعد از معرفی فرنی و پوره گوشت می توان پوره سبزی ها و میوه ها (پوره سیب ، گلابی ، موز رسیده ، هویج و سیب زمینی) را به غذای شیرخوار اضافه کرد.
- بعد از تحمل غذاهای یک جزئی یا حداقل اجزا مانند فرنی ، پوره گوشت ، پوره سبزی ها و میوه ها می توان ترکیبی از دو یا چند ماده غذایی مانند سبزی ، میوه ، گوشت و غلات را به شکل پوره های ترکیبی ، سوپ ، حلیم یا آش به شیرخوار داد.
- سپس می توان ترکیبی از انواع مواد غذایی مانند تکه های کوچک ماکارونی ، سبزی یا گوشت که بعضی از آن ها بافتی دارند که کودک را به جویدن تشویق می کنند به شیرخوار داد.
- از ۹ ماهگی غذاهای انگشتی مانند تکه‌های کوچک میوه های نرم و کاملا رسیده و سبزی های پخته مانند موز، گلابی، هلو، هویج، سیب زمینی، ماکارونی پخته شده، نان، پنیر، تکه های کوچک گوشت پخته شده و ریز ریز شده یا چرخ کرده بدون چربی یا کوفته قلقلی کاملاً پخته شده یا با پشت قاشق له شده به شیرخوار معرفی می شود. لازم به ذکر است میوه ها باید کاملا رسیده و نرم باشند و در غیر این صورت ابتدا باید پخته شده و سپس به کودک داده شوند.
- انوع گوشت‌ها مانند گوشت قرمز، مرغ و ماهی و همچنین تخم مرغ (سفیده وزرده) را پس از شروع بر حسب سن شیرخوار باید به طور روزانه و یا در هر زمان ممکن به او داد. پس از معرفی گوشت ، می توان روزانه ۳۰ گرم گوشت در غذای شیرخوار گنجاند.
- ترتیبی که غذاها دارند اهمیت کم تری نسبت به قوام و بافت غذا دارد.
- مواد غذایی چه از نظر نوع و چه از نظر مقدار باید به تدریج به برنامه غذایی شیرخوار اضافه شود .
- در برنامه غذایی کودک ، تنوع در نظر گرفته شود. به تدریج از گروه‌های اصلی غذایی شامل نان و غلات، گوشت و تخم مرغ ، حبوبات و مغزدانه ها ، سبزی ها ، میوه ها و لبنیات (ماست پاستوریزه و پنیر پاستوریزه کم نمک) در غذای کمکی استفاده شود. تنوع غذایی و میزان غذا با سن شیرخوار افزایش یابد. معرفی مواد غذایی از هر گروه غذایی باید بر اساس سن شیرخوار انجام شود. تا پایان ماه هفتم تمام گروه های غذایی باید به تدریج به شیرخوارمعرفی شوند.
- از سبزی های سبز تیره و نارنجی و میوه های زرد و نارنجی مانند هویج ،جعفری، شوید، کدو حلوایی ، طالبی، زردآلو که منابع غذایی ویتامینA و C هستند در غذای کمکی استفاده شود.

برخی از مواد غذایی نامناسب یا ممنوع برای تغذیه کودکان زیر یک سال

- از دادن شیرگاو و عسل (به دلیل خطر بوتولیسم) به کودک زیریک سال خودداری شود.
- تا حد امکان از دادن آب میوه طبیعی به شیرخوار زیر یک سال خوداری شود و برای کودکان ۱۲-۷ ماهه از پوره میوه ها استفاده شود. مصرف آب میوه ممکن است منجر به ابتلا شیرخوار به اضافه وزن ، چاقی، اسهال ، نفخ و فساد دندان شود. در شرایط خاص مانند یبوست یا کم خونی ناشی از فقر آهن می توان روزانه ۱۲-۶ قاشق مرباخوری (۶۰-۳۰ سی سی) آب میوه طبیعی به کودک داد.
- نمک و ادویه به غذای شیرخوار اضافه نشود.
- از دادن آدامس ، آب نبات ، تکه های بزرگ سیب، آجیل، ذرت، کشمش، هویج خام، کرفس، انگور و گیلاس به دلیل احتمال خفگی به شیرخوار خودداری شود. (از مغزها می توان به صورت پودر شده برای مقوی کردن غذاها استفاده نمود).
- چای ، قهوه و دم کرده های گیاهی مانع جذب مواد مغذی مانند آهن می شوند و تا حد امکان نباید مصرف شوند. یا باید مصرف چای و قهوه کاهش یابد(حتی برای نرم کردن غذای شیرخوار از چای استفاده نشود). در صورتی که مادر برای دادن چای به شیرخوار اصرار دارد باید حداقل ۲ ساعت قبل یا بعد غذا به شیرخوار داده شود.
- از دادن لبنیات غیر پاستوریزه (مانند شیر، ماست و پنیر محلی) خودداری گردد.
- از دادن مواد غذایی و نوشیدنی های حاوی قند افزوده مانند انواع آب میوه های صنعتی، نوشابه ها، بیسکوئیت ها و کیک ها، انواع شکلات ها و شیرینی ها خودداری شود.

برخی از رفتارهای غذایی نادرست در تغذیه کودکان زیر یک سال

- از دادن انواع تنقلات کم ارزش مانند شیرینی ها ، چیپس ، پفک و ... به شیرخوار خودداری گردد.
- مصرف نوشیدنی های شیرین موجب افزایش خطر اضافه وزن و چاقی شده و پوسیدگی دندان را در شیرخواران افزایش می دهد. همچنین موجب عادت کردن ذائقه کودک به طعم شیرین می شود، بنابراین از دادن نوشیدنی های شیرین مانند چای شیرین و آب میوه های صنعتی به شیرخوار خودداری شود.
- از اضافه کردن شکر به هر نوع غذای کودک مانند ماست ، سوپ ، میوه یا سبزی پخته خودداری گردد. شکر دریافتی مهم ترین عامل غذایی اضافه وزن و چاقی و پوسیدگی دندان ها می باشد.
- از مواد غذایی کنسرو شده در تهیه غذای شیرخوار استفاده نشود. زیرا حاوی نمک و شکر زیادی هستند.
- از دادن تخم مرغ خام و تخم مرغ عسلی که خوب پخته نشده خودداری شود.
- نمک به غذای کودک اضافه نشود تا کودک به طعم طبیعی غذاها عادت کند.

برخی نکات کلیدی در مورد تغذیه کودک:

شروع تغذیه تکمیلی به همراه تغذیه با شیر مادر بعد از پایان ۶ ماهگی (۱۸۰ روزگی) کمک می‌کند کودک به خوبی رشد کند.

همه چیز را پاکیزه نگه دارید:

- دست ها را قبل از تهیه یا خوردن غذا و پس از انجام هر کاری در طی تهیه یا خوردن غذا بشویید.
- میوه و سبزی تازه را قبل از پختن یا خام خوردن به دقت بشویید.
- سطوح و ظرف ها را با آب داغ و مایع ظرف شویی و با استفاده از یک پارچه‌ی تمیز بشویید و از دسترس حشرات دور نگه‌دارید.
- از اسفنج استفاده نکنید، زیرا اغلب موجب گسترش میکرو بها می‌شود . ظر فها را بشویید و اجازه دهید که در هوا خشک شوند.
- تخته‌های خرد کردن مواد غذایی را در فواصل مصرف مواد غذایی مختلف با آب داغ و مایع ظرفشویی بشویید به خصوص اگر برای بریدن گوشت خام از آ نها استفاده کرده‌اید.
- فقط از تخته‌هایی استفاده کنید که جنس آن‌ها از مواد غیرمنفذدار است.
- غذاها را خوب بپزید به خصوص اگر حاوی گوشت قرمز، طیور، ماهی یا تخم مرغ باشند . همبرگر، کباب کوبیده، انواع غذاهای گوشتی را آن قدر بپزد که داخل آن قهو ه ای یا خاکستری شود . جوجه را آن قدر بپزید تا آب آن وقتی چاقو یا چنگالی در آن فرو می کنید، شفاف باشد. ماهی را آن قدر بپزید که مات شده و با یک چنگال، لایه لایه شود. تخم مرغ را بپزید که سفت شود. سوپ و خورشت‌ها به نقطه جوش برسند.
- غذاها را در ظروف سرپوش‌دار نگهدارید و از تماس غذاهای خام و پخته شده پرهیز کنید.
- غذاهای منجمد را در یخچال یا زیر آب سرد ذوب کنید . هرگز، آن ها را روی میز آشپزخانه یا در ظرف آب قرار ندهید. غذاهای پخته شده نگهداری‌شده را قبل از مصرف مجدداً بجوشانید، غذا را موقع حرارت دادن بهم بزنید.

غذاها را سالم نگه‌دارید: .

- غذای پخته شده در یخچال را در طی ۲۴ ساعت مصرف کنید.
- مواد غذایی خشک مانند برنج و شکر را در ظروف غیرمنفذ دار یا دارای در محکم نگه‌داری کنید.
- اگر غذاهای پخته شده فوراً مصرف نمی شود آن‌ها را در ظرف درپوش داری گذاشته و در یخچال یا فریزر نگه‌داری کنید.
- غذاهای باقی مانده‌ای که در یخچال یا فریزر نگه داری شده اند را فقط یک بار می‌توان دوباره حرارت داد.
- برای گرم کردن مواد غذایی مایع مانند سوپ آن‌ها را بجوشانید.
- غذاهای جامد را دوباره، تا ۷۴ درجه‌ی سانتی‌گراد گرم کنید.
- مواد شوینده و داروها را دور از غذا و هم‌چنین، دور از دسترس کودکان نگه‌داری کنید.
- میوه و سبزی ها را با آب سالم بشویید .
- غذاهایی را که تاریخ مصرف آن‌ها منقضی شده استفاده نکنید. در هنگام خرید و تهیه مواد اولیه غذایی به تاریخ مصرف و تاریخ انقضا توجه کنید که معتبر باشد.

غذاهایی که به دلیل احتمال خفگی، در کودک زیر (۳ سال) ممنوع هستند:

- از دادن آدامس ، آب نبات ، تکه های بزرگ سیب، آجیل، ذرت، کشمش، هویج خام، کرفس، انگور و گیلاس به دلیل احتمال خفگی به شیرخوار خودداری شود. (از مغزها می توان به صورت پودر شده برای مقوی کردن غذاها استفاده نمود).

توصیه های تغذیه ای ضروری به مادران (در مورد تغذیه کودک کم وزن ، کوتاه قد، لاغر ، نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن و قد):

توجه: علاوه بر مشاوره تغذیه در گروه های سنی مختلف موارد زیر به مادر تأکید شود.

توصیه های کلی:

- در کودکان زیر ۲ سال تداوم تغذیه با شیر مادر و افزایش تعداد دفعات شیردهی
- استفاده صحیح و منظم کودک از قطره مکمل A+D و آهن
- استفاده از گروه های اصلی غذایی و رعایت تنوع غذایی در برنامه غذایی روزانه کودک
- استفاده از میان وعده های غذایی مغذی در برنامه غذایی روزانه کودک
- مقوی و مغذی کردن غذای کودک
- مصرف روزانه گوشت، حبوبات و جایگزین های آن به ویژه برای کودکان کوتاه قد.
- رعایت اصول بهداشتی در تهیه و نگهداری و مصرف غذای کودک
- رعایت رفتارهای تغذیه ای مناسب مانند به زور غذا ندادن به کودک.
- ترغیب به غذا خوردن با نشستن در کنار کودک
- استفاده از ظرف‌ها و کاسه‌های جدا در تغذیه کودک
- استفاده از غذاهای نرم، متنوع، اشتها آور و غذاهای مورد علاقه کودک
- استفاده از مواد غذایی مناسب برای جایگزین نمودن برخی مواد غذایی در صورت داشتن آلرژِ ی به آن

روش‌های مغذی کردن غذا را به مادر آموزش دهید:

مغذی کردن غذا یعنی اضافه کردن برخی مواد غذایی با هدف افزایش مقدارپروتئین، ویتامین ها و املاح غذا. از آنجایی که این کار می تواند باعث افزایش حجم غذای کودک شود، لازم است حتما مغذی کردن به همراه مقوی سازی غذای کودک انجام گیرد. روشهای زیر برای مغذی سازی غذای کودک توصیه می شود :

- پس از معرفی تمام گروه های غذایی می توان، پودر جوانه غلات و حبوبات به برخی غذاها (به‌ویژه سوپ،فرنی با شیر مادر و کته) اضافه نمود.
- کمی گوشت یا مرغ به غذای شیرخوار اضافه شود.
- از انواع حبوبات مانند عدس و ماش که کاملا پخته شده اند می توان به شیرخوارداد.
- تخم مرغ آب پز را می توان داخل سوپ و یا ماکارونی پس از طبخ رنده کرد.
- میوه ها و سبزی ها از جمله مواد غنی از ویتامین و املاح به شمار می روند بنابراین انواع سبزی های زرد و نارنجی مانند کدو حلوایی و هویج و انواع سبزی های برگ سبز مانند جعفری و شوید به غذای شیر خوار اضافه شود.
- سوپ از جمله غذاهای بسیار مغذی است که البته اگر رقیق تهیه شود مقدار انرژی آن ناکافی خواهد بود. لذا از مادر بخواهید که از دادن سوپ رقیق به کودک خودداری و سعی کند با استفاده از روش های مختلف مانند اضافه کردن کره، روغن یا برنج آن را مقوی کند.

روش‌های مقوی کردن غذا را به مادر آموزش دهید:

مقوی کردن غذا یعنی اضافه کردن برخی مواد غذایی با هدف افزایش مقدار انرژی غذا. روشهای زیر برای مقوی سازی غذای کودک توصیه می شود:

- غذاها را با آب کم بپزید. بعد از پخت تکه های جامد غذا مانند گوشت، حبوبات ، سیب زمینی و سبزی ها، آنها را از آب سوپ جدا کرده و له کنید، سپس کم کم آب سوپ را به آن اضافه کنید تا یک پوره غلیظ درست شود.
- در صورت امکان یک قاشق مرباخوری شیرخشک به حریره یا سوپ کودک اضافه کنید.
- به غذای کودکان مقدار کمی (به اندازه یک قاشق مرباخوری) کره ،روغن زیتون یا روغن مایع اضافه کنید. این کار بدون آن‌که حجم غذای کودک را افزایش دهد مقدار کالری آن را افزایش می دهد، ضمن آنکه بلع غذا برای کودک آسان‌تر می شود. در ضمن باید توجه داشت اگر مقدار زیادی روغن به غذا اضافه شود ممکن است کودک زودتر احساس سیری کند و نتواند همه غذایش را بخورد. اگر کودک رشد مناسبی دارد ، اضافه کردن روغن بیشتر در غذای کودک ضرورت ندارد زیرا باعث افزایش وزن کودک می شود.
- بر روی نان کودک که معمولا به عنوان میان وعده مصرف می شود کمی کره بمالید.
- میزان شکر موجود در غذای کودک در محدوده دستور تهیه غذا باشد. غذاهای شیرین ضمن تغییر ذائقه کودک می تواند جایگزین غذاهای اصلی و حتی شیرمادر شده و به دلیل دارا نبودن ریزمغذی ها می تواند ابتلا کودک را به سوء تغذیه فراهم آورد.
- انواع مغزها مانند گردو، بادام و پسته دارای انرژی و نیز پروتئین و ریزمغذی ها به میزان نسبتا خوبی هستند. از این مواد غذایی به صورت پودر شده می توان جهت مقوی کردن و مغذی کردن غذای کودک استفاده کرد.

ادامه: **توصیه های تغذیه ای ضروری به مادران (در مورد تغذیه کودک کم وزن ، کوتاه قد، لاغر ، نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن و قد):**

زیر ۶ ماه	• تغذیه انحصاری با شیر مادر را ادامه دهید. • تعداد دفعات شیر مادر را افزایش دهید • شیر مصنوعی با مقدار آب لازم تهیه شود. (در کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند) • شیرمصنوعی به مقدار کافی متناسب با سن به شیرخوار داده شود. (در کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند) • بر مصرف مکمل A + D به طور منظم تأکید شود.
۶ ماه تا ۲ سال	• تعداد دفعات شیر مادر را افزایش دهید • شیر مصنوعی با مقدار آب لازم تهیه شود. (در کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند) • شیرمصنوعی به مقدار کافی متناسب با سن به شیرخوار داده شود. (در کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند) • از مصرف نوشیدنی های شیرین مانند آب میوه صنعتی خودداری شود. • مصرف نوشیدنی های شیرین مانند چای شیرین و آب میوه صنعتی کاهش یابد • سهم هر وعده متناسب با توصیه‌های آن سن باشد • تعداد وعده‌های غذایی و تنوع آن (استفاده از ۵ گروه اصلی غذایی) متناسب با توصیه‌های آن سن باشد. • غلظت غذا مناسب باشد. • تعداد میان وعده‌ها و نوع آن متناسب با توصیه‌های آن سن باشد. • بر مصرف مکمل A + D و آهن به طور منظم تأکید شود.
۵-۲ سال	• نوشیدنی های شیرین مانند چای شیرین، نوشابه ها و آب میوه های صنعتی تا حد امکان مصرف نشود. • سهم هر وعده متناسب با توصیه‌های آن سن باشد • تعداد وعده‌های غذایی و تنوع آن (استفاده از ۵ گروه اصلی غذایی) متناسب با توصیه‌های آن سن باشد. • تعداد میان وعده‌ها و نوع آن متناسب با توصیه‌های آن سن باشد. • میان وعده های غذایی کم ارزش مانند پفک، چیپس و مانند آن مصرف نشود.

توصیه های تغذیه ای ضروری به مادران (در مورد تغذیه کودک با اضافه وزن، چاق و احتمال اضافه وزن):

توجه: علاوه بر مشاوره تغذیه در گروه های سنی مختلف موارد زیر به مادر تأکید شود.

توصیه های کلی:

- از دادن مواد غذایی چرب و شیرین به کودک خودداری شود.
- از میان وعده غذایی سالم و با ارزش غذایی مانند انواع میوه ها و سبزی های تازه و لبنیات کم چرب استفاده شود.
- به زور به کودک غذا داده نشود.
- از انجام هرگونه فعالیت کم تحرک در روز (تماشای تلویزیون و یا استفاده از کامپیوتر و تبلت) برای کودک زیر دو سال خودداری شود. کودک بالای دو سال می توانند کمتر از یک ساعت در روز فعالیت های کم تحرک (تماشای تلویزیون و یا استفاده از کامپیوتر و تبلت) داشته باشند.

زیر ۶ ماه	• تغذیه انحصاری با شیر مادر را ادامه دهید. • شیر مصنوعی با مقدار آب لازم تهیه شود. (در کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند) • به شیر مصنوعی یا شیر دام، شکر، غلات یا سایر شیرین‌کننده‌ها یا غلیظ کننده‌ها اضافه نشود. (در کودکانی که با شیر مصنوعی یا شیر دام تغذیه می‌شوند) • شیرمصنوعی به مقدار کافی متناسب با سن به شیرخوار داده شود. (در کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند)
۶ ماه تا ۲ سال	• تغذیه با شیر مادر را ادامه دهید. • شیر مصنوعی با مقدار آب لازم تهیه شود. (در کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند) • شیرمصنوعی به مقدار کافی متناسب با سن به شیرخوار داده شود. (در کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند) • به شیر مصنوعی یا شیر دام، شکر، غلات یا سایر شیرین‌کننده‌ها یا غلیظ کننده‌ها اضافه نشود. (در کودکانی که با شیر مصنوعی یا شیر دام تغذیه می‌شوند) • کودک از مواد غذایی کم چرب و کم شیرین استفاده کند. • سهم هر وعده بر اساس توصیه‌های متناسب با سن کودک باشد. • تعداد وعده‌ها بر اساس توصیه‌های متناسب با سن کودک باشد. • تعداد میان وعده‌ها بر اساس توصیه‌های متناسب با سن کودک باشد.
۵-۲ سال	• کودک از مواد غذایی کم چرب و کم شیرین استفاده کند . • کودک روزانه می تواند حداکثر تا ۳ وعده اصلی غذا بخورد. • کودک روزانه می تواند دو میان وعده غذایی بخورد. • از دادن فست فودها مثل سوسیس، کالباس، پیتزا، انواع سس ها تا حد امکان خودداری شود.

جدول۱) وضعیت مطلوب تغذیه با شیرمادر در ۵-۳ روزگی :

جریان شیرمادر در ۵-۳ روزگی افزایش یافته است . ضمن برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد، تغذیه با شیرمادر باید طی ساعت اول تولد آغاز گردیده و بخوبی ادامه یابد.. تولید شیر روندی است که در آن غدد پستانی توانایی ترشح شیر پیدا می کنند. به این روند مرحله دوم لاکتوژنز یا ساخت شیر گفته می شود. این مرحله همراه با زایمان آغاز شده و شامل تغییرات بهم پیوسته ای است که طی ۴ روز به تولید کامل شیر می انجامد. اصطلاح آمدن شیر به افزایش قابل ملاحظه حجم شیر که حدود ۴۰ ساعت پس از زایمان روی می دهد، گفته می شود. احساس مادر از به شیر آمدن با بزرگ شدن پستان، پر شدن و سفت شدن آن و نشت آغوز/ شیر همراه است. تغییرات حجم پستان در اکثر زنان بین دومین تا پنجمین روز بعد از زایمان اتفاق می افتد که در نخست زاها دیرتر از چندزاها رخ می دهد.

چون عبارت "به شیرآمدن" ممکن است در ذهن مادر مترادف با عدم کفایت شیر در روز اول بعد از زایمان باشد بهتر است از بکار بردن این عبارت خودداری شود. (لذا این طور سوال می کنیم که آیا جریان شیر زیاد شده است؟) اگرچه مقدار شیر در طی دو روز اول بعد از زایمان کم است ولی معمولا مقدار کلستروم (آغوز) برای تامین نیازهای شیرخوار کافی است. در طول این مرحله و بعد از آن تداوم تولید شیر به برداشت منظم شیر از پستان بستگی خواهد داشت. مادرانی که شیرخوار خود را با پستان تغذیه نمی کنند نیز روند پری پستان را تجربه می کنند.

-در مورد عوامل محدود کننده برداشت شیر(مانند برداشت غیرموثر شیر، درد شدید نوک پستان بعنوان مهار کننده بازتاب جهش شیر و یا فاصله های طولانی بین وعده های شیرخوردن یا دوشیدن شیر)، غربالگری و مداخله بموقع داشته باشید تا از کاهش قابل ملاحظه حجم شیر در این مرحله پیشگیری شود.

-عوامل خطر در تاخیر لاکتوژنز۲ را بشناسید که عبارتند از: اول زایی، سزارین های اورژانس، طولانی شدن مرحله ۲ زایمان،دیابت مادر، چاقی مادر، سن بالای مادر و خوب شیر نخوردن شیرخوار. این مادران نیاز به توجه خاص دارند.

- چنانچه مادر تاخیر در شیرسازی دارد و جریان شیرش برقرار نشده ، باید او را به تحریک مکرر پستان و برداشت شیر از پستان ترغیب کنید او قادر خواهد شد در روز ۱۰ – ۷ بعد از زایمان شیر کافی تولید کند. این مادران نیاز به حمایت مداوم داشته و تا زمانی که تغذیه کامل پستانی میسر گردد باید وزن گیری شیرخوارشان پایش شود.

-**نوزاد سالم هوشیار است** و با نشان دادن علائم گرسنگی تقاضای شیرمی کند. پس از تغذیه کافی، خود پستان را رها کرده و نشانه های سیری را نشان می دهد.

-**دفعات ادرار نوزاد**: اگر نوزاد در ۴۸ ساعت اول ۳-۲ کهنه مرطوب در ۲۴ ساعت داشته باشد در صورتی که فقط شیرمادر بخورد نشان دهنده کفایت تغذیه وی با شیرمادر می باشد.

- **دفعات مدفوع**: در روز اول و دوم حداقل ۱ بار و سپس ۲ بار در شبانه روز دفع مدفوع زرد رنگ وشل مورد انتظار است.

-سایر سوالات تغذیه شیرخوار زیر ۶ماه نیز از مادر سوال شود.

جدول ۲) راه‌های حفظ و تداوم شیردهی:

مادر را برای حفظ و تداوم شیردهی راهنمایی کنید:

رعایت وضعیت صحیح تغذیه با شیر مادر: به راهنمای وضعیت صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار مراجعه شود.(جدول ۱۵)

تکرر شیردهی: شیردهی باید مکرر و برحسب میل و تقاضای شیرخوار هر زمان و هر چقدر که میل دارد باشد. توصیه می‌شود دفعات شیر خوردن ۱۲-۱۰ بار در شبانه روز بوده و نباید کمتر از ۸ بار باشد. شیرخوار از هر دو پستان تغذیه شود .در صورت جدایی مادر و نوزاد، با تقلید از رفتار تغذیه‌ای شیرخوار، شیر مادر باید به تعداد دفعات تغذیه او دوشیده شود. به رفتار تغذیه‌ای شیرخواران نیز باید توجه داشت (جدول ۹)

شیردهی در شب: با توجه به بالا بودن سطح هورمون پرولاکتین در خون هنگام شب، توصیه می‌شود شیرخوار در طول شب نیز با شیرمادر تغذیه شود. در صورت خواب بودن شیرخوار باید او را در خواب به پستان گذاشت.

تخلیه کامل پستان: به شیرخوار اجازه دهید مدت شیر خوردن در هر وعده را خودش تنظیم کند و به مکیدن ادامه داده و خود پستان را رها کند تا شیر پسین را که برای رشد او ضروری است دریافت کرده و پستان تخلیه شود. مدت شیر خوردن بستگی به میل شیرخوار دارد، معمولاً شیرخوار هر پستان را ۱۵-۱۰ دقیقه می‌مکد اما در مورد مدت هر وعده شیردهی نباید محدودیتی قائل شد.

تغذیه از دو پستان و بطور متناوب : از ابتدا نوزاد باید از هر دو پستان تغذیه شود و تا زمان برقراری کامل شیرمادر و اطمینان از کافی بودن حجم شیر و مناسب بودن منحنی رشد، این رویه ادامه یابد. شیرخوار در هر نوبت به تناوب تغذیه از یک پستان را شروع کرده و تا تخلیه کامل ادامه داده و سپس به پستان دیگر گذاشته شود.

بیدار کردن شیرخوار برای تغذیه : اگر شیرخوار بیدار نشود باید بعد از ۳ ساعت او را بیدار کرده و شیر بدهند تا با تغذیه مکرر وی، جریان شیر برقرار شود. روش های بیدار کردن شیرخوار خواب آلود را به مادر آموزش دهید.

هم اتاقی مادر و شیرخوار و عدم جدایی : هم اتاقی مادر و شیرخوار به صورت تمام وقت و شبانه روزی رعایت گردد که موجب برقراری و بهبود روابط عاطفی و تغذیه مکرر شیرخوار برحسب تقاضای وی می شود.

در صورت بستری شدن مادر یا شیرخوار نیز باید امکاناتی فراهم شود که مادر و شیرخوار در کنار هم باشند. جدایی بعلت اشتغال مادر با تمهیدات لازم می تواند با تداوم شیردهی همراه باشد.

عدم شروع زود هنگام تغذیه تکمیلی: اضافه کردن مواد غذایی غیر از شیر به رژیم غذایی شیرخوار باید در موقع مناسب (از پایان۶ ماهگی یا ۱۸۰ روزگی) با مواد غذایی متناسب و به تدریج انجام گیرد.

جلوگیری از استرس و نگرانی مادر : مشاوره با مادران شیرده جهت مشخص کردن علت استرس و نگرانی از جمله عدم حمایت از مادران شیرده توسط کارکنان بهداشتی و خانواده.عدم اعتماد به نفس مادر برای تغذیه شیرخوارو جدایی مادر و شیرخوار و..... انجام شود و مادر مورد حمایت و کمک قرار گیرد.

جلوگیری از سردرگمی شیرخوار: عدم استفاده از بطری و پستانک ، عدم استفاده از مواد غذایی دیگر به جز شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی مگر اندیکاسیون داشته باشد، استفاده از قاشق، فنجان یا سرنگ در صورت اجبار به تغذیه شیرخوار با شیر دوشیده شده یا سایر شیرها آموزش داده شود.

عدم استفاده از قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری: به منظور جلوگیری از عدم ترشح شیر از قرص‌های هورمونی تا ۶ ماهگی شیرخوار نباید استفاده کرد.به منظور پیشگیری از بارداری در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر می‌توان از روش شیردهی و قرص لاینسترنول و در غیر این صورت از آمپول دپومدروکسی پروژسترون استات و سایر روش‌های غیر هورمونی استفاده کرد.

جلوگیری از کار زیاد و خستگی مادر : برای جلب حمایت همسر از شیردهی، دخالت دادن اعضای خانواده و به خصوص همسر در مراقبت از شیرخوار یا انجام کارهای دیگر برای ادامه شیردهی از پستان مشاوره کنید. مادر باید برای دوشیدن پستان‌هایش برنامه‌ریزی نماید تا تولید شیر ادامه یابد و شیر ذخیره شده برای تغذیه شیرخوار در غیاب مادر استفاده گردد.

رژیم غذایی مادر شیرده: مادر باید مواد غذایی و مایعات را به مقدار کافی با رعایت تنوع و تعادل مصرف کند. (طبق جدول نکات مهم در مورد سلامت و تغذیه مادر)

جدول۳) کفایت تغذیه با شیر مادر ، ناکافی بودن واقعی یا ذهنی شیرمادر :

نشانه های سیری و گرسنگی شیرخوار را به مادر آموزش دهید:

- **نشانه های گرسنگی** : حرکات دهان،مکیدن لب و انگشت، نق زدن و صداهای ظریف، و یا هرچیزی را به دهان می برد. وقتی شیرخوار این علائم را نشان می دهد، اجازه ندهید گریه کند و برافروخته شود.
- گریه، جیغ زدن و کمانه زدن علامت دیررس گرسنگی است و نباید اجازه داد گرسنگی شیرخوار به این مرحله برسد. چنانچه شیرخوار گریه کند و آشفته شود، ابتدا باید او را آرام کرده و سپس به پستان گذاشت تا بتواند آن را درست بگیرد.
- **نشانه های سیری** : توقف صدای بلع، توقف بیشتر بین دفعات مکیدن، رفع نشانه های گرسنگی، افزایش مکیدن‌های غیر تغذیه ای پستان، رها کردن پستان و ریلاکس (شل شدن) و به خواب رفتن.

مادر را در مورد نشانه‌های کفایت شیرمادر آموزش دهید:

- بهترین راه برای تشخیص کفایت شیرمادر، افزایش وزن شیرخوار و ترسیم منحنی رشد او می باشد
- معمولا نوزادان در ۴-۲ روز اول پس از تولد وزن از دست می دهند. کاهش وزن بیشتر از ۷درصد وزن تولد بیش از اندازه بوده و باید تولید شیر و انتقال آن به شیرخوار ارزیابی شود. شیرخواری که وزن زیادی از دست نداده و بطور موثری تغذیه می شود و شیر کافی دریافت می کند از روز ۴ تا ۵ پس از تولد شروع به افزایش وزن به میزان تقریبا ۱۵ تا ۳۰ گرم در روز می نماید. با این میزان افزایش وزن، بیشتر شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می شوند تا روز ۱۴-۱۰ وزنی بیشتر از وزن تولد خود خواهند داشت و طی ۲ماه اول ۱۵۰ تا ۲۱۰ گرم در هفته افزایش وزن دارند. چنانچه نوزادی که با شیرمادر تغذیه می شود وزنش در ۲هفتگی کمتر از وزن زمان تولدش باشد نیازمند ارزیابی دقیق و مداخله است. بهر حال حدود حداقل ۶۰۰گرم(یا بیشتر) افزایش وزن در ماه مطلوب است.
- **راه های دیگر تشخیص کفایت شیرمادر در شیرخوارانی که فقط شیرمادر می خورند و تا زمانی که بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شوند، عبارتند از :**

✓ تعداد۱نوبت مدفوع و ۱کهنه مرطوب با ادرار کمرنگ در روز اول،تعداد ۳-۲نوبت مدفوع و ۳-۲کهنه مرطوب با ادرار کمرنگ در روزدوم، تعداد ۳-۲نوبت مدفوع و ۴-۳کهنه مرطوب با ادرار کمرنگ در روزسوم

✓ تعداد ۸-۶ کهنه مرطوب (یا ۶-۵ پوشک) یا بیشتر در ۲۴ ساعت با ادرار کمرنگ از روز ۷-۵ تولد به بعد

✓ اجابت مزاج حداقل ۲بار و یا بیشتر از روز ۴ به بعد در ۲۴ ساعت (۸-۳ بار هم دیده می شود بعد از یک ماهگی ممکن است این دفعات کاهش یابد وحتی هرچند روز یک بار، یک اجابت مزاج نرم و حجیم داشته باشد بدون اینکه بیمار باشد.)

✓ هشیار بودن، قدرت عضلانی مناسب و پوست شاداب.

- **اگربا توجه به " نشانه های کفایت شیر" مشخص شده شیرخوار شیر کافی دریافت نمی کند، به مادر کمک کنید:**

۱.از مهارت های مشاوره برای گرفتن شرح حال تغذیه ای استفاده کنید. (به مبحث مهارت‌های مشاوره در راهنما مراجعه کنید)

۲.یک وعده تغذیه با شیرمادر را برای کنترل وضعیت بغل کردن شیرخوار ، نحوه پستان گرفتن او و پی بردن به برقراری تماس عاطفی یا امتناع شیرخوار از شیرخوردن ارزیابی کنید.

۳.از مهارت های مشاوره برای تعیین بیماری یا ناهنجاری جسمی مادر و شیرخوار استفاده کنید.

۴.بر اساس علل ناکافی بودن شیر (عوامل مربوط به مادر، مربوط به شیرخوار ، مربوط به تغذیه با شیرمادر با توجه به راهنما) چند پیشنهاد به مادر بدهید.

۵.بطور مداوم ترتیب دیدار مجدد با مادر را بدهید. در صورت امکان تا زمانی که کودک وزن بگیرد و مادر اعتماد به‌نفس پیدا کند .در صورت امکان هر روز آنها را ببینید. وزن گیری کودک ممکن است ۷-۳ روز طول بکشد.

- **اگر با توجه به " نشانه های کفایت شیر" مشخص شده شیرخوار شیر کافی دریافت می کند اما مادر تصور می کند که شیر کافی ندارد:**
- با توجه به ارزیابی شما که شیرخوار خوب رشد کرده از مادر قدردانی کرده ،سپس تاکید کنیدکه رفتارهای مختلف شیرخوار را قبل از بررسی به حساب ناکافی بودن شیر خود نگذارد و سر خود تغذیه کمکی را شروع نکند.

۱. از مهارت های مشاوره برای گرفتن شرح حال تغذیه ای استفاده کنید. سعی کنید علت تردید مادر به کافی نبودن شیرش را دریابید.

۲. یک وعده تغذیه با شیرمادر را برای کنترل وضعیت بغل کردن شیرخوار ، نحوه پستان گرفتن او و پی بردن به برقراری تماس عاطفی یا امتناع شیرخوار از شیرخوردن ارزیابی کنید.

۳. مادر را به خاطر موارد درستی که در تکنیک شیردهی و رشد و تکامل کودکش رعایت کرده تایید و تشویق کنید. عقاید اشتباه مادر را هم بدون اینکه انتقاد تندی داشته باشید اصلاح کنید .

۴. شیرخوار در مراحلی از رشد (موقع رشد سریع یا جهش رشد ؛ حدود ۳-۲هفتگی، ۶-۴ هفتگی و ۳ ماهگی) تقاضای بیشتری برای شیرخوردن دارد. در این مراحل، شیردهی مکرر منجر به افزایش شیرمادر ظرف ۲یا۳ روز خواهد شد.

۵. بطور مداوم ترتیب دیدار مجدد با مادر را بدهید. ممکن است این مادران تغذیه شیرخوار با سایر شیرها، غذاها و مایعات را شروع کنند، لذا نیاز به حمایت زیادی دارند تا اعتماد به‌نفس خود را مجددا به دست آورند.

۶. تاکید کنید بهترین راه افزایش شیرمادر، مکیدن موثر و مکرر شیرخوار است و درصورت عدم تغذیه مکرر از پستان به‌هر علت، تخلیه مرتب پستان از طریق دوشیدن شیر است.

۷. بهترین شیرکمکی برای شیرخوار، شیردوشیده شده مادر است که در پایان هر وعده تغذیه از پستان دوشیده می شود.

جدول ۴) اگر کودک شیرمادرخوار زیر۶ماه شیر کمکی یا مایعات و غذای دیگری هم می خورد:

- ✓ به مادر اطمینان دهید که خود می تواند شیر مورد نیاز کودکش را تولید کند.
- ✓شرح دهید بطور مکرر روز و شب و دفعات طولانی کودک را به پستان بگذارد و در کنار کودکش باشد.
- ✓همانطور که تغذیه او باشیرمادر را بیشتر می کند از مقدار شیرکمکی بتدریج کم کند تا هنگامی که فقط و بطور کامل با شیرمادر تغذیه شود.
- ✓برای پایش رشد شیرخوار مراجعه کند.
- ✓به هیچ وجه از بطری استفاده نکند.
- ✓اگر مادر مجبور است علاوه بر شیرمادر ، شیرکمکی هم به شیرخوار بدهد موارد زیر را توصیه کنید:
  - تغذیه باشیرمادر را حتی شبها ادامه دهد.
  - بهترین شیر کمکی شیر دوشیده شده مادر است. آخر هر وعده تغذیه شیرخوار ، شیرش را بدوشد و با فنجان به شیرخوار بدهد.
  - در صورت استفاده از شیرمصنوعی مطمئن شوید جانشین شونده مناسبی انتخاب کرده و به درستی استفاده می کند.

جدول ۵) دوشیدن شیرمادر:

الف- نحوه دوشیدن شیر را به مادر آموزش دهید:

- از مادر بخواهید که :
  - ✓بازتاب جریان شیرش را تحریک کند و آماده دوشیدن شود.
  - ✓به دقت دستهایش را بشوید.
  - ✓در جای راحتی بنشیند.
  - ✓ظرف دهان گشادی را زیر نوک پستان و آرئول بگیرد. (برحسب مقدار و زمان می توان ظرف انتخاب کرد)
  - ✓انگشت شست خود را بالای پستان و انگشت اشاره را در طرف مقابل آن زیر پستان در لبه خارجی هاله با فاصله ای (حدود ۴ سانتی متر عقب تر از نوک پستان) قرار دهد.
  - ✓در این وضعیت پستان را بین دو انگشت شست و اشاره چندین بار فشار دهد.
  - ✓اگر شیر خارج نشود، باید انگشتان را جابجا کند و فشار داده و رها کند و این عمل را دور هاله پستان تکرار کند.
  - ✓باید این عمل را در جهات مختلف و با همان فاصله از آرئول تکرار نماید تا مجاری تمام قسمت‌های پستان دوشیده شود. از فشار دادن نوک پستان بپرهیزد.
  - ✓یک پستان را بدوشد تا زمانی که خروج شیر، کند شده و به چکه بیفتد سپس پستان دیگر را تا چکیده شدن شیر بدوشد.
  - ✓به همین ترتیب پستان ها را متناوب ۳بار، برای مدت حداقل ۳۰-۲۰ دقیقه بدوشد.

ادامه جدول۵) دوشیدن شیر مادر:

ب- تحریک کردن بازتاب جریان شیر(رفلکس اکسی توسین) را به مادر آموزش دهید:

- به مادر بگویید قبل از دوشیدن بازتاب جریان شیر(رفلکس اکسی توسین) را بشرح زیر تحریک کند تا در دوشیدن موفق شود:

- **از لحاظ روانی به مادر کمک کنید :**
  - ✓مادر را برای ایجاد اعتماد به نفس کمک کنید .
  - ✓سعی کنید که درد و اضطراب او را کاهش دهید .
  - ✓کمک کنید که فکر و احساس خوبی نسبت به کودکش داشته باشد .
- **عملاً به مادر کمک کنید، موارد زیر را توصیه کنید :**
  - ✓در جایی خلوت و آرام و یا در محلی که توسط نزدیکانش حمایت می‌شود، بنشیند. بعضی از مادران در بین گروهی از مادران شیرده که شیرشان را می دوشند، بهتر قادر به انجام این امر هستند .
  - ✓اگر امکان دارد شیرخوار را بغل کند، بطوری که تماس پوست با پوست با او برقرار نماید. او می‌تواند طفل را روی دامن خود بگذارد و شیرش را بدوشد. اگر این کار ممکن نیست می تواند به او نگاه کند. اگر این هم غیر ممکن است حتی گاهی نگاه کردن به عکس کودک یا شنیدن صدای او و بوییدن لباسش کمک کننده است .
  - ✓پستان هایش را گرم کند. مثلا" از کمپرس گرم، یا آبگرم و یا دوش آبگرم استفاده کند . به او هشدار دهید برای پیشگیری از سوختگی بهتر است ابتدا دمای آب را کنترل نماید .
  - ✓نوک پستان هایش را تحریک کند. او به آرامی می‌تواند نوک پستان‌هایش را به خارج یا بطور دورانی به بیرون بکشد.
  - ✓پستان هایش را ماساژ دهد و یا به آرامی ضربه بزند. برخی زنان لمس ملایم پستان ها را با نوک انگشتان یا شانه مفید می دانند. برخی دیگر با غلتاندن ملایم مشت بسته خود روی پستان موفق شده اند.
  - ✓ازکسی که به مادر کمک می کند، بخواهید که پشت او را ماساژ دهد.

ت- نحوه و مدت ذخیره کردن شیردوشیده شده را به مادر آموزش دهید:

نحوه ذخیره کردن:

- ✓ازظرف مناسبی از جنس شیشه یا پلاستیک سخت شفاف که بتوانید درب آنرا بپوشانید استفاده کنید. با آب داغ و مایع ظرفشویی آنرا تمیز کنیدو با آب داغ آب بکشید. اگر مادر با دست شیرش را می دوشد مستقیما" آنرا در ظرف جمع آوری بدوشد.
- ✓اگرمادر شیرش را در چندین ظرف ذخیره می کند، باید روی هر ظرف تاریخ را بنویسد و ابتدا شیرهای قدیمی تر را استفاده نماید.
- ✓شیردوشیده شده باید هرچه زودتر مصرف شود و شیر تازه بهتراز شیرمنجمد است.
- ✓شیرمنجمد شده را در یخچال بگذارید تا به آرامی ذوب شود و طی ۲۴ ساعت استفاده کنید. می توان آنرا با قرار دادن در یک ظرف آب گرم ذوب کرد و طی یک ساعت همچنان که گرم است مصرف کرد. شیررا نجوشانید و در ماکروویو گرم نکنید چون بعضی از عناصر آن نابوده شده و می تواند دهان شیرخواررا نیز بسوزاند.

مدت نگه‌داری شیر دوشیده شده تازه برای شیرخوار سالم درخانه:

- ✓ در دمای اتاق : در درجه حرارت ۳۷-۲۵ درجه سانتی گراد مدت ۴ ساعت، در درجه حرارت ۲۵-۱۵ درجه سانتی گراد مدت ۸ ساعت، دردمای بالای ۳۷ درجه نگه‌داری نشود
- ✓ در یخچال ۴-۲ درجه سانتیگراد : ظرف شیر را در سردترین قسمت یخچال قرار دهید. بسیاری از یخچال ها درجه حرارت پایدار ندارند. بنابراین بهتر است شیر طی ۴۸ ساعت استفاده شود.
- ✓ درفریزر: اگر فریزر درون یخچال است (جایخی یخچال) تا ۲ هفته، در فریزرهای خانگی تا ۳ ماه، و در فریزر مستقل با انجماد عمیق تا ۶ ماه.

مدت نگهداری شیرمنجمد و ذوب شده :

- ✓ چنانچه در یخچال ذوب شده تا۲۴ ساعت، اگر با قراردادن در ظرف آب گرم ذوب شده تا یک ساعت مصرف شود. شیر را دوباره منجمد نکنید.

جدول ۶) نحوه تغذیه شیرخوار با فنجان را به مادر آموزش دهید:

- ✓ شیرخوار خواب آلود نباشد. دست های او را در ملافه ای (مثل قنداق) بپیچید تا به فنجان دست نزند.
- ✓ پیش بندی روی لباس شیرخوار بیندازید تا لباسش با شیر لکه نشود.
- ✓ دست هایتان را بشوئید .
- ✓ شیرخوار را به حالت نشسته (کمی متمایل به عقب) روی دامن خود نگه دارید.
- ✓ شیر را به اندازه محاسبه شده برای هر وعده در فنجان بریزید. (نحوه محاسبه را در راهنما ببینید)
- ✓ فنجان را به آرامی روی لب پائین شیرخوار در شکاف بین لب پایین و لثه قرار دهید.
- ✓ فنجان را کمی کج کنید، شیرخوار هوشیار شده، دهان و چشم های خود را باز می کند، بگذارید خودش شیر را با زبانش به داخل دهان ببرد و بنوشد.
- ✓ شیر را به داخل دهان شیرخوار نریزید. فقط فنجان را در تماس با لب هایش نگه دارید و بگذارید خود او آن را بنوشد.وقتی به اندازه کافی مصرف کرد دهانش را می بندد و بیشتر نمی خورد.
- ✓ چنانچه مقدار محاسبه شده را مصرف نکند ممکن است وعده بعد مصرف کند یا باید دفعات بیشتری اورا تغذیه کنید. به مقدار مصرف یک وعده نگاه نکنید بلکه مقدار ۲۴ ساعته را محاسبه کنید.

جدول۷) گریه زیاد شیرخوار :

علل زیادی باعث گریه شیرخوار می شود (گرسنگی ناشی از مراحل جهش رشد، قولنج ، غذای مادر، شیرخواران با نیازهای زیاد،کهنه کثیف یا زخم بودن باسن شیرخوار، گرم بودن، سرد بودن)،خستگی (ملاقات بیش از اندازه)،بیماری یا درد (الگوی گریه شیرخوار تغییر می‌کند)،داروهایی که مادر مصرف می‌کند (کافئین، سیگار، داروهای دیگر) و قرار گرفتن شیرخوار در هوای آلوده به دود سیگار، غذای مادر (هر نوع ماده غذائی که روی مزه شیر تأثیر بگذارد یا ایجاد آلرژی بکند،گاه شیرگاو)،تولید بیش از اندازه شیر و جریان سریع شیر (بازتاب خیلی قوی خروج شیرکه موجب جریان سریع شیر می‌شود)،شیرخواران پرتوقع (تقاضای شیرخوار برای درآغوش گرفته شدن و سرگرم شدن بیشتر است)،تولید کم (ناکافی) شیر و جریان کم شیر،ماستیت،دررفتگی، صدمه زایمان،واکسن، پیچش بیضه،ریفلاکس...

- ✓ مانند موارد " کافی نبودن شیر" باید علت را پیدا کنید تا بتوانید به مادر کمک کنید. از مهارت های مشاوره برای گرفتن شرح حال تغذیه ای بطور مطلوب استفاده کنید.
- ✓ به مادر کمک کنید که احساساتش را بیان کند. ممکن است خسته ، ناامید و عصبانی باشد، نظر او را در باره علت مشکل و احساسی که نسبت به کودکش دارد بپذیرید . سعی کنید فشارهائی که از جانب اطرافیانش وارد می شود و همچنین تصور او را در باره علت گریه کودکش بفهمید.
- ✓ شیردهی او را ارزیابی کنید و وضعیت مکیدن کودک و طول زمان شیرخوردن او را کنترل نمائید .
- ✓ مطمئن شوید که شیرخوار بیمار نیست و درد ندارد. رشد او را کنترل کنید و در صورت لزوم او را ارجاع دهید .
- ✓ بر حسب شرایط، مادر را برای رشد خوب کودک تحسین نمایید .
- ✓ به او نشان دهید چگونه کودکی که گریه می کند را بغل کند و او را آرام کند. اطلاعات مناسبی به تناسب شرایط به او بدهید ، از جمله :
- ✓ در مورد تقاضای بیشتر شیرخوار برای شیرخوردن : در سنین **حدود ۲ هفتگی ، ۶ هفتگی و ۳ ماهگی شیرخوار** احتمالا به این دلیل که نسبت به قبل سریع تر رشد می کند، تقاضایش برای شیر خوردن بیشتر است. درباره رفتار و طرز تغذیه شیرخوار سوال کنید. وضعیت پستان گرفتن شیرخوار و مدت یک وعده شیردهی را کنترل کنید. اگر در طی این زمان ها برای چند روزی به دفعات بیشتری پستان مادررا بمکد ، شیر بیشتری تولید می شود و سپس شیر خوردن او به روال عادی گذشته بر می گردد.
- ✓ غذای مادر:گاهی اوقات مادر متوجه می شود که وقتی غذای خاصی مصرف می کند ، کودک او آشفته و بی قرار می شود . معمولاً با هر غذایی ممکن است این حالت ایجاد شود لذا نمی توان اجتناب از غذاهای خاصی را به مادران توصیه کرد ، مگر اینکه واقعاً با خوردن غذایی متوجه مشکلی بشوند.بهتر است ماده مورد شک برای یک تا دو هفته از برنامه غذایی مادر حذف شود و نتجه آن بررسی شود. بیشترین مواد غذایی که بصورت آلرژن عمل می کنند شیرگاو،سویا،تخم مرغ،بادام زمینی ،پرتقال و گوجه فرنگی است. حساسیت به مواد غذایی با یک یا چند علامت تظاهر می کند مثل :بیقراری،بدخوابی،از خواب پریدن با علائم درد و ناراحتی ،مدفوع سبز دارای موکوس،اگزما،خس خس سینه . این علائم ممکن است فقط مربوط به آلرژی غذایی نباشد . اگر علائم پس از قطع ماده مورد شک کاملا از بین نرفت باید کودک بیشتر بررسی و لذا ارجاع شود.
- ✓ کافئین،سیگار و داروهای مصرفی مادر می توانند شیرخوار را بیقرار کنند. توصیه کنید مادر چای،قهوه، نوشابه گازدار،کمتر بیاشامد. سیگار را ترک کند و یا لااقل بعد از شیردادن بکشد .
- ✓ گاهی شیر خوار دچار قولنج است یعنی در ساعات مشخصی از روز و اغلب بعداز ظهر ها (غروب) مدام گریه می کند. مثل اینکه درد شکم داشته باشد پاهایش را جمع می کند و ممکن است به نظر بیاید تمایل به مکیدن دارد ولی آرام کردن او مشکل است. شیرخواران قولنجی معمولاً خوب رشد می کنند و گریه هایشان بعد از ۳ ماهگی کم می شود. نحوه بغل کردن شیرخواران قولنجی و آرام کردن او را به مادر آموزش دهید. (به راهنمامراجعه کنید)
- ✓ شیرخواران با نیاز زیاد: بسیاری از شیرخواران بیش از دیگران گریه می کنند و نیاز بیشتری به بغل کردن و راه بردن دارند . شیرخوار را بغل کنید و در کنار خود بخوابانید.

جدول ۸) امتناع شیرخوار از گرفتن پستان :

- **علت امتناع کودک از شیرخوردن را تشخیص دهید. انواع مختلف امتناع شیرخوار از گرفتن پستان عبارتند از :**
  - ✓گاهی اوقات شیرخوار پستان را می گیرد، اما نمی تواند خوب بمکد یا شیر را قورت دهد یا مکیدن او خیلی ضعیف است .
  - ✓گاهی اوقات شیرخوار ، هنگامی که مادرش سعی می کند پستانش را در دهان او بگذارد و شیر دهد، گریه می کند و پستان را نمی گیرد.
  - ✓گاهی شیرخوار برای یک دقیقه می مکد سپس با احساس خفگی پستان را رها می کند و یا گریه می کند، او ممکن است این عمل را در هر وعده شیر خوردن چندین بار انجام دهد.
  - ✓گاهی اوقات شیرخوار یک پستان را می گیرد، ولی از گرفتن پستان دیگر امتناع می کند.
- **بسیاری از علل امتناع شیرخوار به یکی از موارد زیر مربوط می شود :**
  - ✓شیرخوار بیمار است ، درد دارد یا دچار رخوت ناشی از داروهای مسکن است: (عفونت ،آسیب مغزی،درد ناشی از صدمات (واکیوم، فورسپس)،انسداد بینی ،درد یا زخم دهان ناشی از برفک، دندان درآوردن)
  - ✓اشکالی در تکنیک شیردهی وجود دارد: (استفاده از بطری، گول زنک، خوب نگرفتن پستان، فشار بر پشت سر شیرخوار هنگام شیردهی، تکان دادن پستان ها توسط مادر، محدود کردن مدت زمان تغذیه، اشکال در هماهنگی مکیدن و بلع)
  - ✓تغییراتی منجر به آشفتگی شیرخوار شده است: (جدایی مثل بازگشت مادر به سرکار، مراقبت کننده جدید، تعدد مراقبین، تغییر در وضعیت خانوادگی و رفتارهای روزمره، بیماری مادر، مشکل پستانی مادر مانند ماستیت، قاعدگی مادر، تغییر در بوی مادر)
  - ✓امتناع از شیرخوردن ، ظاهری و غیر واقعی است: (در دوره نوزادی رفتار جستجوی پستان ، در ۸-۴ ماهگی کنجکاوی شیرخوارو جلب توجه او به محیط، بعداز یک سالگی خود را از شیرگرفتن)
  - ✓ عواملی که در بخش گریه شیرخوار ذکرشد می تواند سبب امتناع گردد.
  - ✓ سرما و گرمای بیش از حد محیط: هیپوترمی و هیپرترمی می‌توانند باعث بی حالی وکم شدن فعالیت نوزاد ومکیدن ضعیف شیرخوار شود. از علایم هیپوترمی نوزاد بی حالی وکم شدن فعالیت نوزاد، گریه ضعیف، مکیدن ضعیف، سردی دست‌ها و پاها قبل از سرد شدن بدن میباشد.

➢ **توصیه ها برحسب علت :**

- ✓ **هیپوترمی** یک علامت خطرناک است لذا ضمن گرم نمودن شیرخوار به بررسی حال عمومی و اندازه‌گیری درجه حرارت بدن او هر ۱۵ دقیقه یک بار پرداخته و در صورت وجود علایمی نظیر بی حالی، خوب شیر نخوردن و.. لازم است سریعاً ارجاع داده شود.قرار دادن نوزاد در آغوش مادر (تماس پوست با پوست)، تأمین درجه حرارت مناسب اتاق (برای شیرخواران کمتر از ۲ کیلوگرم ۲۸ درجه سانتی گراد و وزن بیشتر از ۲ کیلوگرم ۲۵ درجه سانتی گراد)، جلوگیری از کاهش حرارت بدن از طریق تشعشع، تبخیر، تماس و جریان هوا با پوشش گرم وکافی.
- ✓ **دندان در آوردن شیرخوار**: شیرخوار برای مدت کوتاهی می‌مکد، سپس از مکیدن منصرف شده و گریه می‌کند. مادر را تشویق به صبر و بردباری نمایید.
- ✓ **گرفتگی بینی (با ترشحات بینی)**: شیرخوار برای مدت کوتاهی می‌مکد، سپس از مکیدن منصرف شده و گریه می‌کند. نحوه تمیز کردن بینی را به مادر بیاموزید. در این گونه موارد، دفعات تغذیه بیشتر از معمول اما با زمان کوتاه (برای یکی دو روز) را توصیه کنید. (چنانچه در تغذیه شیرخوار اختلال ایجاد کند و به زودی برطرف نشود، شیرخوار باید ارجاع داده شود)
- ✓ **زخم دهان (عفونت کاندیدائی «برفک»)**: در این حالت شیرخوار برای مدت کوتاهی پستان را می‌مکد، سپس از مکیدن منصرف شده و گریه می‌کند. برای درمان به بخش برفک مراجعه شود.
- ✓ **اشکال در روش شیردادن:** دادن شیر با بطری، یا استفاده از پستانک، وضعیت نادرست شیردادن و گرفتن پستان توسط شیرخوار ، فشار به پشت سرشیرخوار (این فشار باعث عصبانیت او می‌شود) و محدود کردن زمان و طول مدت شیردادن و اشکال در هماهنگی مکیدن شیرخوار و تکان دادن پستان یا شیرخوار در هنگام شیرخوردن. با شناسایی و رفع علت می‌توان به شیرخوار کمک کرد.
- ✓ **جریان سریع شیر:** رفلکس قوی جهش شیر که موجب جریان سریع شیر و ریختن مقدار زیادی شیر در دهان شیرخوار شده و باعث ایجاد ترس و مشکلاتی (مثل سرفه، احساس خفگی) در شیرخوردن،گریه شیرخوار و یا امتناع او می شود . مادر خوابیده به پشت شیر بدهد یا مقداری از شیرش را بدوشد، پس از۶-۴ هفته رفلکس جهش شیر برطرف می‌شود.

ادامه جدول ۸) امتناع شیرخوار از گرفتن پستان:

✓**تولید کم (ناکافی) شیر و جریان کم شیر**: تحریک ناکافی پستان یا عدم تخلیه موثر به علت وضعیت نادرست و مکیدن ناموثر، محدود کردن طول مدت و دفعات تغذیه شیرخوار، کاهش اعتماد به نفس مادر ، تفسیر غلط گریه گرسنگی و عدم تغذیه شیرخوار در زمانی که باید تغذیه شود، نسج ناکافی پستان (به علت مشکلات مادرزادی یا جراحی‌های پستان که ممکن است از شیردهی کامل جلوگیری کنند)، سردرگمی شیرخوار در مکیدن پستان بخاطر استفاده از گول‌زنک‌و بطری. **توصیه ها**: در این مواقع وضعیت و تماس شیرخوار را چک کنید. مادر تعداد دفعات تغذیه شیرخواررا افزایش دهد (به پستان گذاشتن در فواصل معمول تغذیه‌ها، و به عنوان تسکین دهنده به جای سر پستانک، فشردن پستان در دهان شیرخوار طوریکه باعث عصبانیت شیرخوار نشود ، بیدار کردن شیرخوار و تشویق به شیردهی در شب (در ساعت ۲تا ۶ صبح)، تشویق مادر به تغذیه خوب و استراحت (پیشنهاد یک غذای متعادل سالم، بازداشتن مادر از ورزش‌های مفرط و رژیم غذائی لاغری، تشویق به خوردن مایعات کافی وقتی تشنه است، تشویق به استراحت و آرامش)

✓**برآشفتگی شیرخوار:** شایع ترین زمان بروز این حالت سنین ۱۲- ۳ ماهگی است که معمولاً ناگهانی بوده و شیرخوار از شیرخوردن در چند وعده پشت سرهم خودداری می‌کند که آن را اصطلاحاً «اعتصاب کردن شیرخوار» می‌گویند. اکثر مواقع علت خاصی وجود ندارد. برخی اوقات ممکن است در پستان مورد نظر مشکلی وجود نداشته باشد و نوزاد از پستان دیگر شیر بخورد .

✓با شناسایی و رفع علت به شیرخوار کمک کنید. برآشفتگی شیرخوار می‌تواند به دلایل زیر باشد:

- **جدایی مادر و شیرخوار:** جدایی به علت بیماری مادر یا شیرخوار یا برگشت مادر به سر کار...، در این موارد باید سریعاً درمان انجام شود و با استفاده از تمهیدات بهداشتی، مادر به شیرخوار خود شیر بدهد. بهتر است مادر بیشتر در کنار شیرخوار قرار گرفته و با وی تماس پوست با پوست داشته باشد و اکثر اوقاتی که در منزل است به شیرخوار شیر داده یا وقتی شیرخوار در خواب است او را شیردهد.
- **امتناع ظاهری:** گاهی اوقات رفتار شیرخوار طوری است که مادر فکر می‌کند شیرخوارش از گرفتن پستان امتناع می‌کند در حالی که این امتناع واقعی نیست مثل: رفتار جستجو(*Rooting*) در دوران نوزادی، کنجکاوی و حواس پرتی در ۸-۴ ماهگی و از شیرگرفتن خود بعد از یک سالگی.

ـرفتار جستجو: این رفتار طبیعی است و مادر باید شیرخوارش را به پستان بگذارد تا او بتواند نوک پستان را جستجو کند. کمک کنید تا مادر بتواند شیرخوارش را به خود نزدیک کند تا گرفتن پستان برایش راحت تر باشد.

ـ کنجکاوی: به مادرتوصیه کنید که سعی کند در محیط آرام تری به کودکش شیر بدهد، این مسئله نیز زودگذر است.

ـاگر کودک، خودش را از شیر می‌گیرد که بعد از یک سالگی است، به مادر توصیه کنید: مطمئن شود که کودک به اندازه کافی غذا می‌خورد. از جهات دیگر به او بیشتر توجه نماید.خوابیدن در کنار کودک را ادامه دهد. زیرا تغذیه در شب ادامه می‌یابد و همین اقدام حداقل تا پایان ۲ سالگی بسیار با ارزش است.

جدول ۹) رفتارهای تغذیه‌ای شیرخواران:
شیرخواران هیجانی :برخی از بچه‌ها هنگام مواجهه با پستان هیجان زده به نظر می‌رسند؛ به طور متناوب پستان را گرفته و ول می‌کنند و سپس شروع به جیغ زدن می‌نمایند. مادر چنین شیرخوارانی ابتدا باید نوزاد را بغل کرده، او را آرام نمایند؛ سپس شیرخوار را زیر پستان بگذارند. پس از چند روز مادر و نوزاد به هم عادت می‌کنند.
شیرخواران عجول :بعضی از شیرخواران به شدت و با عجله و بی درنگ پستان را می‌گیرند و برای مدت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه، بسیار پر انرژی پستان را می‌مکند. این گروه از شیرخواران بازیگوشی نمی‌کنند و به ندرت به پستان صدمه می‌زنند و اگر هم مشکلی رخ دهد پس از مدتی برطرف خواهد شد.
شیرخواران سخت :این شیرخواران منتظر جریان شیر می‌مانند ودر روزهای اول علاقه و توانایی خاصی به مکیدن از خود نشان نمی‌دهند. نکته مهم این است که وقتی تمایل به شیر خوردن ندارند به زور و اجبار به شیر خوردن وادار نشوند زیرا دفعه بعد که به پستان گذاشته می‌شوند شیر خواهند خورد.مادران پس از هر بار تغذیه، شیر را دوشیده و ذخیره نمایند.
شیرخواران وسواسی :این شیرخواران اصرار دارند نیپل را در دهان نگه دارند، کمی شیر بچشند و قبل از این که شروع به شیر خوردن کنند دهانشان را بکشند. اگر عجله کرده و یا به زور مجبورشان کنیم به شدت عصبانی شده و شروع به جیغ زدن می‌کنند. بعد از چند لحظه آرام شده و به خوبی شیر می‌خورند. این شیرخواران به مزه شیر بسیار حساس هستند و اگر مزه شیر فرق کند شیر نخواهند خورد. مادر باید غذاهای مختلف را کم کم به غذای خود اضافه نماید تا شیرخوار به طعم های مختلف شیر عادت کند. یعنی مادر هر چند وقت یک بار غذای جدید بخورد.
شیرخواران تنبل (تغذیه کننده در زمان طولانی):ترجیح می‌دهند چند دقیقه شیر بخورند و چند دقیقه استراحت نمایند. این شیرخواران عجله‌ای در شیر خوردن ندارند و اگر به حال خود گذاشته شوند معمولاً خوب شیر می‌خورند گر چه زمان بیشتری برای شیر خوردن صرف می‌کنند. صبر و حوصله مادر در این شیرخواران بسیار حایز اهمیت است.

جدول۱۰) تغذیه با شیرمادر در شرایط خاص شیرخوار :

شیرخوار نارس و کم وزن : نوزادان کم وزن و نارس بطور خاص در معرض خطر عفونت بوده و بیشتر از نوزادان بزرگتر نیاز به تغذیه با شیرمادر دارند. بسیاری از کودکان کم وزن می توانند بدون مشکل از پستان مادر تغذیه شوند. نوزادان ترم(رسیده) که به نسبت سن شان کوچک هستند معمولا مکیدن مؤثری دارند. آنها اغلب خیلی گرسنه هستند و نسبت به نوزادان بزرگتر نیاز به دفعات بیشتر تغذیه با شیرمادر دارند، لذا رشد آن ها به خوبی جبران می شود. نوزادانی که نارس (پره ترم) هستند، ممکن است ابتدا مشکلاتی در مکیدن مؤثر داشته باشند ولی می توان آنها را با شیرمادر بوسیله فنجان یا لوله تغذیه کرد و به برقراری تغذیه کامل آن ها از پستان مادر کمک نمود. تغذیه آنها از پستان مادر آسان تر از تغذیه با بطری می باشد .

مادران دارای نوزاد کم وزن هنگام تولد (*LBW*) نیاز به کمک های ماهرانه برای دوشیدن شیر و تغذیه شیرخوار با فنجان دارند.

این مادران در همان روز اول و ظرف ۶ ساعت اول زایمان باید شروع به دوشیدن شیر نمایند. حتی اگر مادری می تواند فقط چند سی سی آغوزش را بدوشد، همین مقدار کم برای نوزادش بسیار ارزشمند است

کوکانی که با سن حاملگی حدود ۳۲ هفته و بزرگتر متولد می شوند، قادر به شروع مکیدن از پستان هستند .

کودکانی که با سن حاملگی بین ۳۲- ۳۰ هفته متولد می شوند ، می توانند با یک فنجان کوچک و یا قاشق تغذیه شوند.

زردی فیزیولوژیک زودرس:

در روز۵-۲ تولد ظاهرمی‌شود. این زردی گذراست و بیش از ۱۵ روز طول نمی‌کشد حداکثر بیلی روبین در این‌ها به ۱۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر می‌رسد که ناشی از تغذیه ناکافی با شیر مادر و اجابت مزاج دیرهنگام و دریافت آب یا آب قند در این نوزادان است. تقریبا نیمی از شیرخواران سالم رسیده با هر نوع تغذیه‌ای دچار آن می شوند.

شیردهی زودرس اولیه در ساعت اول تولد و شیردهی مکرر بدون محدودیت در پیشگیری و کاهش زردی اثر مثبت دارد. اما اگر شیرمادر کافی مصرف نشود زردی فیزیولوژیک شدت می‌یابد و تجویز شیر کمکی فایده ای ندارد.

تحریک مکرر روده با تغذیه مکرر با شیرمادر سبب دفع مکونیوم و کاهش زردی می شود، به مادر توصیه کنید از دادن آب قند بپرهیزد و شیردهی مکرر داشته باشد.اگر شیرخوار نیاز به فتوتراپی دارد در بیمارستان شیردهی از پستان را ادامه می دهند و به مادر توصیه می کنند شیرخوار مکرر از زیر فتوتراپی خارج و از پستان مادر تغذیه شود.

تغذیه شیرخواران دو یا چند قلو :

هنگامی که بچه‌ها به طور مکرر از پستان مادر تغذیه می‌کنند، ترشح و تولید شیر بیشتر شده و باعث تداوم شیردهی می‌گردد.

برای بر طرف نمودن نگرانی از نظر وقت و تولید شیر بیشتر، توصیه می‌شود تغذیه دوقلوها همزمان انجام شود. وضعیت شیرخوردن در این شیرخواران را به مادر آموزش دهید.

- ✓ برای بر طرف نمودن نگرانی از نظر وقت و تولید شیر بیشتر، توصیه می‌شود تغذیه دوقلوها همزمان انجام شود. وضعیت شیرخوردن در این شیرخواران را به مادر آموزش دهید.
- ✓ در ۳ -۲ ماه اول پس از تولد لازم است دفعات و مدت تغذیه هر شیرخوار را یادداشت و ثبت کنند و نیز تعداد کهنه‌های خیس هر یک را دقیقاً مورد توجه قرار دهند.
- ✓ مادر باید از استراحت و تغذیه مناسبی برخوردار باشد تا ضمن تأمین نیازهای غذایی خود بتواند نیازهای چندقلوها را نیز فراهم نماید.

شکاف لب: در صورتی که شکاف فقط در لب شیرخوار باشد شیردهی امکان پذیر است.

شکاف کام: زمانی که شکاف در کام سخت شیرخوار باشد شیردهی مشکل تر است و نیاز به صبر و تحمل بیشتری دارد. ناحیه بین کام سخت و کام نرم در تحریک رفلکس مکیدن مهم است این رفلکس در شیرخواری که ضایعه در قسمت کام دارد، کاهش می یابد. آموزش مادر بویژه برای پیشگیری از احتقان پستان ضروری است.

- ✓ نحوه در آغوش گرفتن و پستان گرفتن شیرخوار در موفقیت شیردهی حیاتی است. وضعیت های مختلف را باید امتحان کرد اما وضعیت های پیشنهادی برای این شیرخواران را به مادر آموزش دهید.

شکاف کام و لب: شیردهی در صورت یک طرفه بودن شکاف کام و شکاف لب می تواند امکان پذیر باشد. وضعیت های ذکر شده برای نگهداری شیرخوار و شیر دادن به او را باید امتحان کرد و وضعیت نگهداری مناسب را پیدا کرد

- ✓ تثبیت تکنیک شیردهی قابل قبول برای مادر و شیرخوار ممکن است چندین روز طول بکشد و حتی احتمال دارد مادر تا زمان انجام عمل جراحی برای بستن شکاف کام و یا لب، مجبور به تکمیل تغذیه شیرخوار خود با روش های تغذیه مکمل شود.

جدول ۱۱) تغذیه با شیر مصنوعی:

در مورد مزایای شیرمادر و مضرات تغذیه مصنوعی با مادر مشاوره کنید و مادر را به شیردهی ترغیب نمایید. با توجه به زمان شروع تغذیه مصنوعی در صورت تمایل مادر به برقراری مجدد شیردهی، وی را به پزشک/ مشاور شیردهی ارجاع دهید.

- توجه: اگر نوزاد اصلا با شیرمادر تغذیه نمی شود و چنانچه مشاوره وآموزش مادر موثر نیفتد، او را برای پیشگیری از احتقان پستانها آموزش دهید. مادر هر گاه احساس پر بودن در هریک از پستانها داشت باید اندکی از شیرش را بدوشد این کار کمک می کند که احساس راحتی نماید. برای کاهش التهاب از کمپرس سرد استفاده نماید. برای جلوگیری از احساس ناراحتی پستانها از سینه بند سفت تری استفاده کند.

با مادر کودکی که شیرمصنوعی می خورد بطور خصوصی (نه در جمع مادران) مشاوره کنید:

- قبل از تهیه فرمولا دست‌های‌تان را بشوئید.
- برای هر وعده(.....) میلی لیتر شیر آماده کنید. شیرخوار را (.....) بار در هر ۲۴ ساعت تغذیه کنید. (به توصیه ها و جدول زیر توجه کنید.*)
- همیشه از فنجان یا لیوان مدرج برای تعیین مقدار آب لازم و از پیمانه داخل همان قوطی شیرمصنوعی برای اندازه گیری پودر شیر استفاده کنید.
- آب کافی را به مدت ۲ دقیقه قویا بجوشانید و بگذارید خنک شود. اگر ۲۰ دقیقه بماند تقریبا ۷۰ درجه می شود سپس پودر شیرمصنوعی را با آب مخلوط کنید تا حل شود و بگذارید ملایم تر و به حدود ۵۰-۴۰ درجه برسد)
- مقدار پودر شیرمصنوعی مورد نیاز برای یک وعده را بطور دقیق (با پیمانه سر صاف) اندازه گیری کنید.
- فقط مقدار شیر (فورمولای) لازم برای یک وعده تغذیه شیرخوار را آماده کنید. شیر را در فلاسک نگهداری نکنید چون سریعا آلوده می شود.
- شیرخوار را با فنجان تغذیه کنید. مقدار استفاده نشده را دور بریزید، می توانید آن را به کودک بزرگ تر بدهید و یا خودتان بنوشید.
- فنجان را با آب داغ و مواد شوینده بشویید.
- برای ملاقات بعدی در تاریخ (.....) مراجعه کنید.
- برای برآورد مقدار شیرمورد نیاز روزانه کودک به توصیه های زیر توجه کنید:

✓یک نوزاد رسیده (ترم) با وزن ۲/۵ کیلوگرم یا بیشتر بطور متوسط باید ۱۵۰ میلی لیتر شیر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدنش در روز دریافت کند. این مقدار باید براساس سن کودک به۶ ،۷ یا ۸ وعده تقسیم شود. مقدار شیر در یک وعده تغذیه متغیر است.

✓نوزاد به مقدار کم و در دفعات زیاد تغذیه می شود. همزمان با رشد او این مقدار را افزایش دهید.

✓اگر شیرخوار در یک وعده کم تغذیه شود در وعده بعدی مقدار بیشتری شیر به او بدهید یا تغذیه وعده بعدی او را زودتر انجام دهید. بویژه اگر علائم گرسنگی نشان دهد.

✓اگر کودک به اندازه کافی وزن نمی گیرد ممکن است به دفعات بیشتر از معمول یا مقدار بیشتر در هر بار تغذیه (مطابق با وزن مورد انتظار برای سن اش) نیاز داشته باشد. جدول زیر بعنوان راهنماست ممکن است نیاز شیرخوار بیشتر یا کمتر از مقدار مذکور باشد.

اگر کودک به اندازه کافی وزن نمی گیرد،ممکن است به دفعات تغذیه بیشتر از معمول یا مقدار بیشتر در هر بار تغذیه (مطابق با وزن مورد انتظار برای سن اش) نیاز داشته باشد. جدول زیر بعنوان راهنماست ممکن است نیاز شیرخوار بیشتر یا کمتر از مقدار مذکور باشد.

برآورد مقدار شیرمورد نیاز یک کودک در روز			
سن کودک	تعداد دفعات تغذیه درروز	مقدارشیر یا فرمولا در هروعده تغذیه	کل شیر یا فرمولا درروز
تولد تا یک ماهگی	۸	۶۰ میلی لیتر	۴۸۰ میلی لیتر
۱ تا ۲ ماهگی	۷	۹۰ میلی لیتر	۶۳۰ میلی لیتر
۲ تا۴ ماهگی	۶	۱۲۰ میلی لیتر	۷۲۰ میلی لیتر

جدول۱۲) تغذیه با شیردام :

- ✓ تغذیه با شیردام برای تغذیه شیرخوار زیر یکسال اصلا توصیه نمی شود. در صورت محرومیت شیرخوار از شیرمادر و تغذیه او با شیر دام ، با مادر مشاوره کنید که بهترین جایگزین شیرمادر ، شیردایه است و در صورت عدم دسترسی به دایه سالم و مطمئن ، شیرخوار با شیرمصنوعی تغذیه شود. ضمن مشاوره با مادر اگر وی تمایل به برقراری شیردهی دارد و شرایط مهیا است او را برای مشاوره به پزشک/مشاور شیردهی ارجاع دهید.

جدول ۱۴) اگر کودک گول زنک استفاده می کند :

- ✓ از پستانک(گول زنک) برای آرام کردن شیرخوار نباید استفاده شود. مضرات گول زنک را برای مادر بیان کنید و او را برای پرهیز از دادن گول زنک و آرام کردن شیرخوار با در آغوش گرفتن و برقراری تماس پوستی بیشتر و به پستان گذاشتن راهنمایی کنید.

جدول ۱۳) اگر مادر برای تغذیه کودک از بطری استفاده می کند :

- ✓ به جای بطری، فنجان را توصیه کنید.
- ✓ به مادر نشان بدهید که چگونه با فنجان به کودکش شیر بدهد .
- ✓ مطمئن شوید که مادر طرز تغذیه شیرخوار با فنجان را بخوبی بیاموزد.

اگر کودک فقط با شیرمصنوعی و بطری تغذیه می شود:

- ✓ شستن بطری و سر پستانک آن مشکل تر از فنجان است. به مادر توصیه کنید پس از هر بار استفاده آن را با آب سرد شسته و سپس با برس و مواد شوینده و آب جوش تمیز کند.
- ✓ بطری وسر پستانک آن باید حداقل روزی یک بار استریلیزه شوند. راه های استریلیزه کردن به شرح زیر می باشد :
  - جوشانیدن : بطری باید کاملا در آب غوطه ور شود. آب کاملا به جوش آمده و حداقل به مدت ۱۰ دقیقه سطح آب حرکت فعال داشته باشد .
  - بطری را حداقل به مدت۳۰ دقیقه در محلول رقیق شده سفید کننده قراردهید.
  - برای تمیز کردن سر پستانک بطری ، آن را پشت و رو کنید و با نمک و برس تمیز کنید. سپس مثل تمیز کردن بطری، آن را نیز بجوشانید یا با خیساندن در محلول بالا استریل کنید.

بخاطر داشته باشید کودکانی که شیر مادر نمی خورند به توجهات و توصیه های ویژه ای نیاز دارند. یک کودک۲۴- ۶ ماهه که شیر مادر نمی خورد در منطقه ای که آب وهوای معمولی دارد، تقریبا" به ۳- ۲ فنجان آب در روز نیاز دارد ودر مناطقی که آب وهوای گرم دارند نیاز کودک به ۶- ۴ فنجان می رسد . آب را می توان به حریره یا سوپ او اضافه نمود ، اما باید چند بار درروز آب تمیز (آب جوشیده سرد شده) به کودک بدهید تا مطمئن شوید که تشنگی او برطرف شده باشد .

جدول۱۵)نحوه صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار:

➢**به مادرنشان دهید که چگونه کودک را هنگام شیردادن نگه دارد**

- سر،گردن و گوشها و تنه کودک در یک امتداد قرار بگیرد.
- بینی کودک به نوک پستان نزدیک شود. صورت و بدن شیرخوار رو به مادر است.
- بدن کودک به بدن مادر نزدیک است .
- مادر تمام بدن نوزاد (درماه اول) و نه فقط گردن و شانه های او را نگه دارد.

➢ **به مادر نشان دهید که چگونه کودک را به پستان بگذارد**

- لب فوقانی شیرخوار را با نوک پستانش لمس کند.
- منتظر شود تا شیرخوار دهانش را باز کند.
- شیرخوار را به آرامی بطرف پستان بیاورد بطوری که لب پایینی او زیر هاله پستان قرار گیرد.

➢ **چهار نکته کلیدی پستان گرفتن صحیح :**

- دهان کودک باید کاملاً باز باشد
- لب تحتانی کودک به سمت بیرون برگشته باشد
- چانه کودک در تماس با پستان مادر باشد
- اگرهاله پستان دیده می شود قسمت بیشتری از هاله در بالای لب فوقانی شیرخوار دیده شود(نسبت به لب پایینی).

➢**به مادر آموزش دهید که مکیدن شیرخوار چگونه باید باشد :**

➢ **چهار نکته کلیدی مکیدن موثر :**

- گونه های شیرخوار باید پر باشد.
- مکیدن آرام و عمیق باشد و با هر مکیدن صدای بلعیدن شنیده شود.
- شیرخوار پس از شیر خوردن خود پستان را رها می کند.
- مادر متوجه علائم بازتاب جهش شیر می شود.

➢**به نشانه های کلیدی پستان گرفتن صحیح و مکیدن موثر توجه کنید. چنانچه گرفتن پستان یا مکیدن خوب نیست، برای اصلاح آن دوباره سعی کنید.**

➢**مادر را در مورد وضعیت های مختلف شیردهی مثل: وضعیت گهواره ای، گهواره ای متقاطع، زیر بغلی، خوابیده به پشت و خوابیده به پهلو، مناسب با شرایط مادر و شیرخوار راهنمایی کنید .**

جدول ۱۶) فرم مشاهده شیردهی

	علائمی که نشان می دهد شیردهی خوب پیش می رود	علائم حاکی از احتمال وجود مشکل
وضعیت عمومی	مادر: مادر سالم به نظر می رسد ☐ مادر راحت وآرام است☐ علائم پیوند عاطفی بین مادر و شیرخوار وجود دارد☐ شیرخوار: شیرخوار سالم به نظر می رسد☐ شیرخوار آرام و راحت است☐ شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو نموده یا می گیرد☐	مادر: مادر بیمار یا افسرده به نظر میرسد ☐ مادر عصبی و ناراحت به نظر می رسد ☐ تماس چشمی مادر و شیرخوار وجود ندارد☐ شیرخوار: شیرخوار خواب آلود یا بیمار به نظر می رسد☐ شیرخوار بیقرار است یا گریه می کند☐ شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو نمی کند یا نمی گیرد ☐
پستان مادر	پستانها سالم به نظر می رسند☐ مادر احساس درد یا ناراحتی ندارد☐ پستان را بخوبی با انگشتان دور از هاله نگهداشته شده ☐	پستانها قرمز، متورم یا نوک زخمی دارد☐ پستان یا نوک آن دردناک است☐ انگشتان مادر روی هاله قرار دارد☐
وضعیت بغل کردن	سرو گوش و گردن و تنه شیرخوار دریک امتداد قرار دارد☐ بدن شیرخوار نزدیک بدن مادرا ست ☐ تمام بدن شیرخواربا دست مادر حمایت شده (بویژه در نوزاد ان) ☐ شیرخوار بنحوی به پستان نزدیک میشود که بینی او مقابل نوک پستان قرار میگیرد☐	گردن و سرشیرخوار موقع شیرخوردن چرخیده است☐ بدن شیرخوار نزدیک بدن مادر نیست☐ فقط سرو گردن شیرخوار حمایت شده است☐ شیرخوار بنحوی به پستان نزدیک میشود که لب تحتانی یا چانه او مقابل نوک پستان قرار میگیرد.☐
وضعیت پستان گرفتن	قسمت بیشتری از هاله بالای لب فوقانی دیده میشود☐ دهان کاملا" باز است☐ لب تحتانی به بیرون برگشته ☐ چانه او با پستان تماس دارد☐	قسمت بیشتری از هاله در پایین لب تحتانی دیده میشود☐ دهان کاملا" باز نیست☐ لبها غنچه شده یا به داخل برگشته☐ چانه در تماس با پستان نیست☐
نحوه مکیدن	آهسته، عمیق و گاه با مکث است☐ گونه ها موقع مکیدن برجسته است☐ صدای بلع به گوش میرسد(پس از آمدن شیر)☐ شیرخوار پس از شیرخوردن، خود پستان را رها می کند☐ مادر علائم بازتاب جهش شیر را حس می کند☐	مکیدن های سریع و سطحی است☐ گونه ها موقع مکیدن بداخل کشیده می شود☐ صدای ملچ ملوچ به گوش میرسد☐ مادر شیرخوار را از پستان جدا می کند☐ علائمی از بازتاب جهش شیر دیده نمی شود☐

جدول۱۷) سلامت و شیردهی مادر:

•توصیه کنید غذاهای متنوع و مایعات کافی بخورد و بیاشامد تا بتواند سلامتی و قدرت خود را باز یابد:

۱. آنچه که در تغذیه صحیح اهمیت دارد رعایت تنوع، تعادل در مصرف مواد غذایی به مقدار کافی است. طوری که باید از تمام گروه های اصلی مواد غذایی استفاده شود. (گروه‌های غذایی عبارتند از: ۱)نان و غلات ۲)میوه‌ها ۳)سبزی‌ها ۴)شیر و لبنیات ۵)گوشت و تخم مرغ، ۶) حبوبات و مغز دانه ها). مادر باید در دوران شیردهی به اندازه ۵۰۰ کالری در روز بیشتر از سایر مواقع دریافت کند.(مثالی از ۵۰۰ کالری اضافی عبارتست از: نصف لیوان برنج پخته + نصف لیوان حبوبات پخته+ نصف لیوان شیر + یک عدد سیب+ یک عدد پرتقال+ یک لیوان ماست + یک قوطی کبریت گوشت)

۲. مادر شیرده باید به اندازه کافی مایعات بنوشد. تولید شیر بستگی به مقدار مایعات مصرفی مادر ندارد و نوشیدن مقادیر زیاد که اغلب توصیه می شود، تولید شیر را افزایش نخواهد داد.اما مادر باید برای پیشگیری از کم آبی و در پاسخ به تشنگی خود مایعات کافی بنوشد شامل آب، شیر،دوغ کم نمک و بدون گاز، چای کم رنگ، آب میوه طبیعی، مواد غذایی آب دار مثل انواع آش و سوپ و خورش ها...(در صورت دریافت مایعات کافی ادرار مادر کمرنگ بوده و یبوست ندارد)

۳. مصرف نوشابه های کافیین دار مثل چای غلیظ،قهوه و نوشابه ... باید کاهش یابد زیرا سبب تحریک پذیری،بی اشتهایی و کم خوابی شیرخوار می شود. از مصرف الکل نیز باید خودداری نمایند.

۴. تا سه ماه پس از زایمان مصرف مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید و آهن توصیه می‌شود.

- **بیماری مادر:** زنان می توانند تقریبا" در تمام موارد ابتلا به بیماری به شیردهی ادامه دهند. برحسب بیماری مادر طبق راهنما اقدام کنید. به توصیه های کلی ذیل برای کمک به شیردهی هنگام بیماری مادر توجه کنید:

– ارزش تداوم شیردهی در طول بیماری را شرح دهید.
– جدایی را به حداقل برسانید و مادر و شیرخوار را در کنار هم نگهدارید.
– مصرف مایعات کافی را به مادر توصیه کنید بویژه اگر تب دارد.
– به مادر کمک کنید تا وضعیت راحتی برای شیردهی پیدا کند یا به شخص همراه او نشان دهید که چگونه به مادر کمک کند تا به راحتی کودکش را در بغل بگیرد.
– چنانچه شیردهی مشکل است یا مادر خیلی بیمار یا ناراحت است ممکن است قادر باشد (یا با کمک گرفتن بتواند) شیرش را بدوشد و تا زمانی که بهتر بشود کودک را از طریق فنجان تغذیه کند.
– توجه کنید درمان ها و داروهایی انتخاب شود که برای شیردهی مضر نباشند.
– چنانچه در طی بیماری مادر، شیردهی قطع شده است. پس از بهبودی مادر به برقراری مجدد شیردهی کمک کنید.

- **مصرف دارو توسط مادر** : مصرف اکثر داروها در دوران شیردهی منعی ندارد ولی اگر منع مصرف برای یک داروی خاص وجود داشته باشد، یک داروی مناسب دیگر توسط پزشک جایگزین آن می گردد. معدودی از داروها به دلیل سمی بودن و ورود مقدار زیاد آن در شیرمادر و آثار بالینی که برای شیرخوار دارد یا نباید در زمان شیردهی مصرف شوند و یا باید با نهایت احتیاط مورد استفاده قرار گیرند. بهر حال در همه شرایط بویژه در بارداری و شیردهی برای مصرف دارو با پزشک باید مشورت شود . به راهنما مراجعه کنید.

•بی خوابی و خستگی مفرط: مادری که خسته است یا کودکش پستان او را نمی گیرد ممکن است دچار مشکل در تأمین نیاز کودک شود. مادر ممکن است کودک را به قدر کافی به خود نزدیک نکند ودر نتیجه او نتواند پستان را به خوبی بگیرد و یا شیرخوار را به دفعات کم یا مدت ناکافی شیر بدهد. بی خوابی، خستگی و عدم استراحت از علایم طبیعی استرس در روزهای اول پس از زایمان است که لازم است مادر را حمایت کنید و نیز حمایت همسر او را برای کمک به مادر جلب کنید.

- **سن مادر کمتر از ۱۶سال است، تنها و بدون کمک است ،اعتماد به نفس کافی ندارد،مشکل خانوادگی دارد، علایم مشکلات روحی روانی یا افسردگی پس از زایمان دارد**

-مادران جوانی که از طرف خانواده و دوستان حمایت نمی‌شوند یا تجربه بدی در شیردهی داشته‌اند و اعتماد به نفس کافی ندارند. مادرانی که شیردهی را دوست ندارند بیشتر دچار تردید نسبت به موفقیت در شیردهی می‌شوند. رفتارهای نامناسب پرسنل و عدم مشاوره با مادر نیز می‌تواند تأثیر منفی داشته باشد. زود شروع کردن تغذیه به دلیل بیداری و هوشیاری نوزاد احتمال موفقیت را بیشتر کرده و اعتماد به نفس مادر را بیشتر می‌کند. اگر مادر به علت خستگی فراوان و یا افسردگی شدید از مراقبت شیرخوار خود چشم پوشی کند و یا مراقبت‌ها را بدون علاقه و با خشونت انجام دهد باید ضمن حمایت و برقراری تماس پوست با پوست با نوزاد با او مشاوره شده و به روانپزشک ارجاع داده شود. در مشاوره هرگز نباید از مادر انتقاد شود بلکه با برقراری ارتباط نزدیک و همدلی با او، اعتماد به نفس او را باید افزایش داد.

-اگر مادر بخاطر افسردگی دارو مصرف می کند شیردادن قبل از مصرف دارو صورت گیرد و بهتر است دارو آخر شب و پس از آخرین وعده شیردهی مصرف شود .

ادامه جدول ۱۷) سلامت وشیردهی مادر:

- **مادر تجربه ناموفق شیردهی دارد**

-درباره تجربه های قبلی شیردهی مادر سؤال کنید.اگر مادر تجربه موفقی از شیردهی داشته باشد ،دوست دارد آنرا دوباره تکرار کند. اما اگر مشکلاتی در شیردهی داشته و یا فرزندش را با شیر مصنوعی تغذیه کرده باشد به او آموزش دهید که این بار چگونه شیردهی موفقیت آمیزی داشته باشد. به او اطمینان بدهید که به وی کمک خواهید کرد .ممکن است به علت جدایی مادر و نوزاد، باور غلط مادر، شرایط خاص مادر یا شیرخوار در زایمان‌های قبلی و... باشد.با دریافت اطلاعات دقیق درباره عواملی که باعث عدم شیردهی در فرزندان قبلی شده است باید مشاوره مناسب با مادر انجام گیرد.

- **مادر اعتیاد به مواد مخدر، داروی مخدر،الکل ، مصرف سیگار و سایر دخانیات دارد**

-اعتیاد به مواد مخدر، داروی مخدر، مصرف سیگار و سایر دخانیات موجب افزایش احتمال عدم موفقیت شیردهی و کاهش ترشح شیر مادر می شود.در این موارد توصیه اکید به ترک سیگار در بارداری و شیردهی می شود. در صورت اعتیاد به مواد مخدر لازم است:

- ✓مادر از نظر مواد افیونی و مصرف همزمان سایر مواد و داروها ارزیابی شود.
- ✓علایم ترک، مسمومیت و سایر اختلالات روان پزشکی همزمان بررسی شود.
- ✓عدم اقدام به ترک در سه ماهه اول بارداری: ارجاع به روان پزشک برای درمان جایگزین با متادون
- ✓عدم اقدام به ترک در سه ماهه دوم بارداری: ارجاع به روان پزشک برای اقدام به ترک
- ✓ارجاع به کارشناس ایدز مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری به منظور مشاوره و انجام آزمایشHIV در مادر معتاد تزریقی
- ✓تأکید به مادر در مورد احتمال وابستگی نوزاد به داروهای مخدر بعد از تولد و اعلام این موضوع به بیمارستان.

- **مادر سزارین شده است.**

سزارین یک عمل جراحی بزرگ است و می تواند علاوه برخطرات جراحی موجب تاخیر در شروع بموقع شیردهی و برقراری ارتباط با نوزاد شود. اما سزارین فی النفسه مانع موفقیت شیردهی نمی شود. بلکه مشکلات به زمان شروع و دفعات شیردهی مربوط می شود پس شیردهی را باید هرچه زودتر آغاز نموده و بطور مکرر ادامه دهند. با تمهیدات لازم مادر را برای شیردهی باید کمک و حمایت کرد از جمله وضعیت های راحت برای شیردهی را با او تمرین کنید.

- **فرزند بدون برنامه ریزی بوده و یا بخاطر مشکلاتی که دارد ناخواسته است.**

حاملگی ناخواسته سبب تغییر در پیوند عاطفی مادر و شیرخوار می‌گردد. .شیرخواران مبتلا به ناهنجاری و مشکلات مغزی بیشتر به تغذیه از پستان و شیردهی نیاز دارند چرا که شیر مادر و آغوز غذای کامل و سرشار از عوامل ایمنی بخش بوده و در پیشگیری از عفونت‌ها نقش مؤثری دارد لذا تغذیه مکرر از پستان مادر به این گونه کودکان کمک می‌کند که از بهره هوشی بیشتر و رشد جسمی و روانی بهتری بهره‌مند گردند. بر همه اطرافیان و پرسنل بهداشتی درمانی لازم است به چنین مادرانی کمک و از او حمایت کنند تا مادر بتواند تغذیه با شیر خود را آغاز کند و چون این نوزادان خواب‌آلود بوده و شلی عضلات دارند تغذیه این گروه نیاز به صبر و حوصله دارد. شیردهی به این کودکان باید به صورت زیر بغل انجام شود.

- **مادر در دوران شیردهی باردار شده است.**

لزومی به قطع شیردهی نیست. ولی چنانچه مادر سابقه زایمان زودرس داشته یا درد رحمی و خونریزی و کاهش وزن در بارداری دارد ، دلایل پزشکی برای از شیرگیری در طول بارداری می باشد. انقباضات رحمی معمولا خطری برای جنین ندارد اما برای مشاوره با پزشک مادر را ارجاع دهید. خانم بارداری که شیر هم می دهد باید به تغذیه و استراحت خود بیشتر توجه کند.

جدول ۱۸) مشکلات پستانی مادر :

✓**نوک پستان صاف**: معمولا برای نوک پستان صاف اقدام خاصی لازم نیست. مادر را برای پستان گرفتن صحیح شیرخوار کمک و راهنمایی کنید. در صورت نیاز قبل از گرفتن پستان نوک آنرا با تکنیک سرنگ ۲۰ سی سی توسط خود مادر کمی برجسته کنید تا بهتر پستان را بگیرد.

✓استفاده از محافظ پستان در فواصل شیردهی به منظور برجسته نمودن بیشتر نوک پستان کمک کننده است

✓در نهایت در صورت عدم موفقیت با کمک مشاور شیردهی از محافظ نوک پستان بطور صحیح و در کوتاه مدت استفاده نمائید.

✓ **نوک پستان فرو رفته**: درمان قبل از زایمان کمک کننده نیست. (ممکن است این حالت کاذب یا واقعی باشد) پس :

۱.به مادر اعتماد به‌نفس بدهید که گر چه ممکن است این مسئله در شروع شیردهی کمی مشکل باشد، ولی با صبر و شکیبایی حتماً موفق می‌شود. پستان‌ها بهبود می‌یابند و در هفته اول یا دوم بعد از زایمان نرم‌تر می‌شوند و مکیدن پستان توسط شیرخوار به بیرون کشیدن نوک پستان‌هایش کمک می‌کند.حتی اگر نوک پستان فرورفته باقی بماند ولی مادر آموزش مناسبی ببیند که شیرخوار حداکثر نسج پستان را به دهان بگیرد موثرخواهد بود.

۲.مادر را به برقراری تماس زیاد پوست با پوست با شیرخوار و تغذیه مکرر برحسب تقاضای او قبل از اینکه پستان محتقن و سفت شود ترغیب کنید.

۳.قرار گرفتن شیرخوار در یک وضعیت خاص و متفاوت با روش همیشگی، مثلاً بعضی از مادران وضعیت زیربغلی را مفید یافته‌اند و مکیدن شیرخوار راحت تر انجام شده است.

۴.تحریک و فشردن لبه هاله ممکن است در بیرون کشیدن نوک پستان قبل از شیردهی در مواردی که نوک پستان فرو رفته کاذب باشد، شیرخوار را برای گرفتن پستان کمک کند.روش دیگر برای بیرون کشیدن نوک پستان استفاده از یک پمپ دستی و یا سرنگ است. مکیدن کودک بزرگتر نیز مفید است.در صورت عدم موفقیت بویژه در مورد نوک پستان فرورفته واقعی با کمک مشاور شیردهی بطور کوتاه مدت و طرز صحیح می توان از محافظ نوک پستان استفاده کرد.

۵.مادر را برای شکل دادن به پستان کمک کنید تا نسج پستانش را از زیر به وسیله انگشتانش و از بالا با انگشت شست به آرامی بگیرد و مواظب باشد که انگشتان را خیلی نزدیک به نوک پستان قرار ندهد.

۶.اگر شیرخواری در هفته اول یا دوم نتوانست پستان مادر را بگیرد، به مادر کمک کنید: شیرش را بدوشد و آن را با فنجان به شیرخوارش بدهد.

۷.مقدار کمی از شیر را مستقیماً به داخل دهان شیرخوارش بدوشد. شیرخوار را به طور مکرر به پستان بگذارد. درصورت نیاز به مشاور شیردهی مراجعه نماید.

درازی نوک پستان: ۱. مادر سعی کند قبل از آن‌که نوک پستان توسط شیرخوار تحریک و برجسته‌تر شود، مقدار کافی از نسج پستان را در دهان شیرخوار قرار دهد.
۲. با آموزش مناسب برای گرفتن صحیح و عمیق پستان به شیرخوار کمک کنید تا در موقع شیرخوردن مقدار کافی از نسج پستان را در دهان بگیرد.

درد و زخم و شقاق نوک پستان:

۱.اغلب بعلت پستان گرفتن نادرست است لذا در صورت نیاز وضعیت شیر خوردن شیر خوار را اصلاح کنید.

۲.علاوه بر ماساژ پستان برای تحریک بازتاب اکسی توسین ابتدا شیرخوار را از پستان سالم شیر بدهید. از گرفتن صحیح پستان اطمینان حاصل کنید. احتقان پستان را (با تغذیه مکرر یا دوشیدن) کاهش دهید.

۳.از شستشوی مکرر پستان امتناع نمایید. در پایان تغذیه شیرخوار یک قطره شیر روی پستان قرار دهیدو با انگشت آنرا روی نوک و آرئول بمالید.

۴.پستان را در معرض سرما قرار ندهید و آنرا گرم نگه دارید.

۵. از صابون، کرم، لوسیون و پماد روی پستان استفاده نکند. از ایجاد تحریک با حوله پیشگیری شود.

۶.در صورت وجود عفونت یا برفک نسبت به درمان مادر و شیرخوار اقدام نمایید.

ادامه جدول ۱۸) مشکلات پستانی مادر :

احتقان :

۱. برای پیشگیری مادر باید بلافاصله بعد از زایمان، تغذیه با شیر مادر را شروع کند. مطمئن شود که وضعیت گرفتن پستان صحیح است

۲. زمان و دفعات تغذیه با شیر مادر را محدود نکند. به تخلیه مکرر شیر از پستان توجه نماید و به پستان استراحت ندهد. اگرشیرخوار می‌تواند بمکد باید مکرر تغذیه شود. اگر نمی تواند بمکد دوشیدن شیر لازم است. ضمنا دوشیدن شیر مادر تا حدی که هاله نرم شود به گرفتن پستان کمک می کند.

۳. پس از تخلیه کامل یک پستان توسط شیرخوار ،پستان دیگر را به او عرضه کنید و در طی شیردهی پستان خود را بفشارید.

۴. در صورت بروز احتقان، مادر قبل از شیردهی یا دوشیدن شیر، دوش آب گرم گرفته یا از کمپرس گرم روی پستان استفاده کند.

۵. جهت کاهش ورم و کم شدن درد بعد از تغذیه شیرخوار، کمپرس سرد روی پستان‌ها قرار دهد. ماساژ گردن و پشت و ماساژ ملایم پستان‌ها کمک کننده است. از کرست مناسب استفاده نماید.

۶. در صورت شدید بودن درد، مسکن استفاده نماید. به وی آرامش و اطمینان دهید که با تخلیه مرتب پستان‌ها به زودی می‌تواند شیرخوارش را به راحتی از پستان تغذیه نماید.

انسداد مجاری:

۱.علت را جستجو و رفع کنید .در صورت نیاز وضعیت شیرخوردن شیرخوار را اصلاح کنید. خم شدن به جلو در پستان‌هاي سنگين و پاندولي كمك مي‌كند.

۲. تغذیه مکرر شیرخوار از پستان لازم است، شروع شیردهي از پستان مبتلا باشد. در صورت عدم تمایل شیرخوار به مکیدن، دوشیدن مرتب شیر توصیه شود.

۳حمام کردن و دوش گرفتن و قرار دادن حوله یا پارچه گرم قبل از شیردهي به جریان یافتن شیر كمك مي‌كند.

۴.روي بخش درگیر پستان را پیش از تغذیه و یا دوشیدن شیر به آرامي با نوك انگشتان ماساژ دهید و عقب بخش درگیر را طي تغذیه بفشارید تا جریان شیر بهبود یابد. تا زمان ایجاد احساس راحتي در پستان، ماساژ و دوشیدن به طور متناوب ادامه یابد.

آبسه پستان:.

۱.مادر به تغذیه شیرخوار از پستان سالم ادامه دهد پستان آبسه دار دوشیده شود.

۲.اگر پستان آبسه دار شکافته شده و ازنوک آن چرك همراه شیر جاري است موقتاً در همان روز عمل از این پستان نباید به شیرخوار شیر داد و این پستان باید دوشیده شود.درمان آبسه، تخلیه یا جراحي آبسه و تجویز آنتي‌بیوتیك(ارسال کشت) بعد از کشت ترشحات است

کاندیدیا یا برفک پستان:

۱.به کودک بطری و یا گول زنک(پستانک) ندهد.

۲.از نیستاتین برای کاهش برفک پستان مادر و دهان شیرخوار استفاده نماید. از پماد ضد قارچ (مایکونازول، نیستاتین) برای مادر بعد از تغذیه از پستان: روزي ۴ بار تا مدت ۷ روز بعد از بهبودي استفاده کند.

ازسوسپانسیون نیستاتین برای شیرخوار استفاده شود. (روزي ۴ بار هر بار يك ميلي‌ليتر در دهان شیرخوار ریخته شود. مدت درمان معمولاً ۷ روز و یا همزمان با درمان مادر است)

درد نوک پستان:

۱. با مادر در خصوص اصلاح وضعیت صحیح شیر خوردن و گرفتن پستان مشاوره کنید. در صورت خشکي یا سوزش از کرم لانولین purlion خالص شده استفاده کند. ۲. برای حفاظت نوک پستان از اصطکاک در فواصل شیردهی مادر مي‌تواند موقتاً ازمحافظهای پستان استفاده کند. از گاز وازلینه مي توان استفاده کرد.

ادامه جدول ۱۸) مشکلات پستانی مادر :

ماستیت:

۱.در صورت امکان شیردهی را از پستان مبتلا شروع کند مگر آنکه درد زیاد مانع باشد. ۲.پستان‌ها را به آرامی در طی شیردهی یا قبل از آن با استفاده از نوک انگشتان به طرف نوک پستان ماساژ دهد. ۳. پستان‌ها تخلیه شود (بامکیدن یا دوشیدن). در فواصل شیردهی روی قسمت درگیر کمپرس سرد و یا گرم (هر کدام راحت‌تر است) بگذارد. ۴. شیردهی را در وضعیت‌های متفاوت انجام دهد.استراحت مادر و مصرف مایعات توصیه می شود.
۵.در صورت نیاز، به مادر مسکن (استامینوفن یا بروفن) بدهید.
۶.اگر درد یا التهاب علی‌رغم توصیه‌های گفته شده در مدت ۲۴ ساعت بهبود نیافت باید با پزشک متخصص برای شروع آنتی بیوتیک مشورت شود.
استفاده از آنتی‌بیوتیک مناسب به مدت ۱۰ الی۱۴ روز توصیه می‌شود. (آنتی‌بیوتیک معمولاً به تسکین سریع التهاب پستان کمک کرده و به شیرخوار هم آسیبی نمی‌رساند ولی گاهی ممکن است شیرخوار دچار اسهال شود که بایستی دفعات شیردهی افزایش یابد)

پستان کوچک: ۱.به مادر اطمینان داده شود این پستان‌ها علی‌رغم اندازه کوچکشان می‌توانند به میزان مورد نیاز شیرخوار شیر تولید نمایند.
۲.ممکن است لازم باشد مادر دفعات شیردهی را افزایش دهد چرا که ممکن است این پستان‌ها شیرکمتری را ذخیره می کنند.

پستان بزرگ: ۱.کرست متناسب و حمایت کننده پستان‌ها در کاهش مشکلات پستان‌های سنگین در طول روز کمک کننده است. پوشیدن کرست در طی شب هم تا زمانی که محدویتی ایجاد نکند، مفید است. ۲.دوشیدن پستان‌ها پس از شیردهی و تخلیه کامل توصیه می‌شود. ۳.مادر می‌تواند یک حوله لوله شده را زیر پستان قرار دهد یا در وضعیت خوابیده یا زیر بغلی شیر بدهد. موقع شیر دادن پستان را نگه‌دارد.

جدول ۱۹) باورهای غلط در مورد تغذیه یا شیرمادر:

از جمله این باورها که مانع شیردهی می گردند: نامناسب بودن آغوز، تصور عدم توانایی در شیردهی به دوقلوها ،عدم امکان تغذیه انحصاری باشیرمادر، نوزادان کم وزن و نارس، داشتن پستان کوچک، تغییر شکل پستان در اثر شیردهی، اعتقاد به عدم تولید شیر در نزدیکان، سیر نشدن شیرخوار با شیر مادر، طعم بد شیر مادر، و....
ایجاد هرگونه شک و تردید در مادر و عدم حمایت و کمک به او، باورهای غلط را تقویت می کند. سخنان و عقاید مادر و اطرافیان وی را با دقت و حوصله کافی گوش کنید. مزایای شیرمادر را بیان کرده و با مشاوره و راهنمایی‌های صحیح، باورهای غلط را از بین ببرید.

جدول۲۰) مشاوره با مادر در مورد از شیر گرفتن:

تصمیم در مورد از شیر گرفتن بستگی به شرایط جسمی روانی مادر و کودک و ویژگی های خانواده دارد:

- بهترین روش از شیر گرفتن، تدریجی است که همراه با عشق و علاقه و در طی چند ماه اتفاق افتد. بنابراین بعد از دو سال کامل که کودک از شیر مادر بهره مند شده و ۵ وعده در روز (۳ وعده غذای اصلی و ۲ میان وعده) غذا می خورد و مایعات را هم با لیوان می نوشد می توان ۲-۱ وعده شیر پاستوریزه یا آب میوه را جایگزین شیر مادر نمود که باید با لیوان یا فنجان به شیرخوار داده شود.
- هر ۳-۲ روز یک بار، نباید بیش از یک وعده شیردهی را حذف کنید.
- در این زمان خودتان پیشنهاد شیر دادن نکنید و اگر زمانی هم کودک تمایل به شیر خوردن داشت از او دریغ ننماید، به ویژه هنگام بیماری کودک که فقط اشتها به خوردن شیر دارد و غذای دیگری را تحمل نمی کند.
- از شیر گرفتن نباید در زمان بیماری و استرس باشد.
- در این روش چون از شیر گرفتن آرام آرام است مشکلات عصبی روانی و تغییرات هورمونی مادر که در یکباره از شیر گرفتن اتفاق می افتد به وجود نمی آید و کودک نیز دچار ضربه روانی نمی شود. به این ترتیب کودک کم کم علاقه به شیر خوردن را از دست می دهد و ممکن است خودش یک باره آن را کنار بگذارد.

- رعایت این توصیه ها هنگام از شیر گرفتن کمک کننده است :

۱.نسبت به از شیر گرفتن انعطاف پذیر باشید. اگر کودک اصرار دارد موقع خواب شیر بخورد به او بدهید تا وقتی که کودک آماده از شیر گرفتن شود. قبل از خواب و صبح هنگام بیدار شدن شیر خودتان را به کودک بدهید. به تدریج وعده های شیر قبل و بعد از ظهر را کم کنید. یعنی فاصله شیر دادن ها را بیشتر نمایید تا خود به خود یک وعده شیردهی حذف شود. طول مدت شیرخوردن در یک وعده را می توانید کوتاه کنید، این کار در کودکان بالای ۲ سال موثر است. در مورد کودکانی که سن بیشتری دارند به تعویق انداختن شیردهی راحت تر است و این کار برای کودکی که بطور نامنظم شیر می خورد مناسب تر است. و بالاخره وعده های شیر خوردن در ساعات شب را به ترتیب یک شب در میان و دو شب در میان کنید تا خود کودک دیگر تقاضای شیر نکند.

۲.اگر در صندلی یا محل مخصوصی به کودک شیر می دادید دیگر از این محل استفاده نکنید تا کودک به یاد شیر خوردن نیافتد و تقاضای شیر خوردن نکند. برنامه همیشگی روزانه را عوض کنید. مثلا" اگر او را از مهد کودک بر می دارید به جای اینکه منزل بیایید، به فروشگاه یا پارک بروید تا کودک سرگرم شود و هوس شیر خوردن نکند. سرگرمی های جدید برایش پیدا کنید(مثل خواندن کتاب یا قصه گفتن، اسباب بازی جدید، راه بردن، سواری، مشاهده سایر کودکان) و حواس او را پرت کنید. زمان شیر خوردن او را پیش بینی کنید و یک میان وعده یا یک نوشیدنی مورد علاقه او را به همراه داشته باشید. می توانید او را به محل مورد علاقه اش ببرید تا شیر خوردن را فراموش کند.

۳.در صورت امکان از سایر افراد خانواده کمک بگیرید. هنگامی که می خواهید شیر دادن وعده صبح را قطع کنید سعی کنید زودتر از او از خواب بیدار شوید تا هنگام بیدار شدن کودک، همسرتان یا یکی دیگر از اعضای آشنای خانواده در کنارش باشد. اگر کودک موقع بیدار شدن شیر می خواهد پدرش کمک کند و و او را برای صبحانه همراه خود ببرد و غذای مورد علاقه اش را به او بدهد. غذاهایی که به کودک می دهید سالم و از نظر ارزش غذایی کامل باشد.

۴.اجازه ندهید کودک شما را بدون لباس ببیند و هوس شیر خورن کند.

۵. اگر کودک آشفته است، گریه می کند و شیر می خواهد و مادر نمی تواند او را به هیچ طریقی آرام کند از شیر گرفتن سریع بوده و یا روش دیگری باید بکار بگیرید.

مشاوره با مادر برای سلامت چشم نوزاد:

- همه نوزادانی که با سن حاملگی کمتر از ۳۴ هفته (۳۳ هفته و ۶ روز یا کمتر) یا وزن ۲۰۰۰ گرم یا کمتر متولد شده اند، می بایست از نظر رتینوپاتی نارسی معاینه و غربالگری شوند زمان بروز رتینوپاتی نارسی با سن نوزاد ارتباط دارد . بر همین اساس:
  - نوزادان متولد شده با سن حاملگی ۲۷ هفته یا بیشتر، می بایست ۴ هفته پس از تولد معاینه و غربالگری شوند.
  - در نوزادانی که با سن کمتر از ۲۷ هفته متولد شدند متخصص چشم دوره دیده در تشخیص رتینوپاتی نارسی زمان اولین ویزیت و معاینه های پی گیری بعدی را تعیین می کند.
  - صرف نظر از سن حاملگی و وزن تولد، همه نوزادانی که مسیر درمانی پیچیده ای را در بخش مراقبت ویژه نوزادان، مانند اکسیژن درمانی و تعویض خون طی کرده یا وضعیت بالینی ناپایدار داشته اند یا توسط پزشک معالج در معرض خطر تشخیص داده شوند، می بایست از نظر رتینوپاتی معاینه شوند.
- از دست زدن به چشم نوزاد خودداری شود.
- در صورت مشاهده ترشح چرکی یا اشک ریزش به پزشک مراجعه شود.
- تورم پلک نوزاد در هنگام تولد شایع است و ممکن است همراه با ترشحات مخاطی باشد. اگر این حالت در اولین روز زندگی دیده شد، جای نگرانی نیست معمولا خود به خود بهبود می یابد. در صورت تورم و قرمزی پلک ها همراه با ترشحات چرکی باید به پزشک مراجعه شود.
- کشیدن سورمه به چشم نوزاد به هیچ عنوان توصیه نمی شود.
- از ریختن هرگونه قطره و یا مایعاتی نظیر چای، درون چشم نوزاد خودداری شود.
- رگه های خونی ملتحمه چشم نوزاد طبیعی است و در عرض ۱تا۲ هفته اول بعد از تولد خود به خود بهبود می یابد.

مشاوره با مادر برای سلامت گوش نوزادان/ کودکان:

- نوزادان باید قبل از یک ماهگی، از نظر شنوایی غربالگری شوند.
- در بسیاری از بیمارستان ها و زایشگاه ها که برنامه غربالگری شنوائی انجام می شود، این بررسی در روز اول تولد در بالین نوزاد انجام می شود.
- سوراخ کردن گوش نوزاد دختر باید با وسایل استریل و تمیز در شرایط کاملا بهداشتی انجام شود اگر چه این امر در دوران نوزادی توصیه نمی شود و بهتر است به بعد از ۶ ماهگی موکول گردد.
- به منظور تمیز کردن گوش کودک به هیچ عنوان از گوش پاک کن استفاده نکنید.
- محیط زندگی کودک باید عاری از هرگونه سرو صدای ناهنجار باشد.
- در حالت بیقراری، گریه های بی دلیل و دست کشیدن مکرر کودک بسمت گوش، حتما به پزشک مراجعه کنید.
- برای گوش درد از درمان های خانگی مانند دود سیگار، ریختن هر گونه مایعات در گوش خودداری کنید.
- از درمان خودسرانه بخصوص با آنتی بیوتیک ها جداً خودداری نمایید.

مشاوره با مادر در مورد سلامت دهان و دندان نوزاد/کودک

روش‌های صحیح مسواک زدن	
زیر ۱ سال	**۲-۱ سال**
- یک تکه گاز تمیز را دور انگشت سبابه پیچیده و لثه بالا و پایین را به آهستگی تمیز نمایید یا در صورت دسترسی به مسواک انگشتی ، آنرا روی انگشت اشاره قرار دهید و به آرامی و با حرکات ملایم، دهان کودک را تمیز کنید . - این کار را دو بار در روز بعد از اولین وآخرین وعده غذایی انجام دهید که روی هم رفته ۲ دقیقه بیشتر طول نمی کشد .	- برای مسواک کردن کودکان ۲-۱ ساله روش افقی بهترین روش است . - در این روش ، مسواک بطور افقی بر روی سطح داخلی و خارجی و جونده دندان ها کذارده شده و با حرکت مالشی به جلو و عقب حرکت داده می شود .
۵-۳ سال	**۶ سال به بالا**
- والد پشت سر کودک طوری قرار میگیرد که هر دو به یک جهت نگاه کنند . - کودک سر خود را به بازوی چپ والد تکیه دهد . - مسواک به روش افقی روی همه سطوح دندانی به حرکت در آید . - نباید والد جلوی کودک قرار گیرد ، چون سر او بدون حمایت می ماند .	- مسواک با زاویه ۴۵ درجه نسبت به محور طولی دندان در محل اتصال لثه و دندان قرار داده شود . - ابتدا با حرکت لرزشی و سپس با حرکت مچ دست موهای مسواک روی سطح دندان به طرف سطح جونده چرخانده شود. - این حرکت حدود ۱۵ تا ۲۰ بار برای هر دندان باید انجام شود . - برای سطح داخلی دندان های جلو ، مسواک را باید به صورت عمودی بر روی سطح داخلی دندان های جلو قرار داد و با حرکت بالا و پایین این سطوح را تمیز کرد . - برای مسواک کردن سطوح جونده ، موهای مسواک را باید بر روی سطح جونده قرار داد و با فشار بر روی این سطح و با حرکت جلو و عقب مسواک سطح جونده را به خوبی تمیز کرد.

نوزادی:

- اگر در هنگام گریه کردن یک طرف دهان نوزاد بیشتر از طرف دیگر حرکت کند، احتمالا اعصاب صورت صدمه دیده است و باید به پزشک مراجعه شود.
- در بعضی از نوزادان به طور نادر ممکن است کام نوزاد یا لب او به خوبی تشکیل نشده و دارای شکافی باشد (لب شکری) که اگر این شکاف وسیع نباشد، تغذیه با پستان مادر بهترین روش تغذیه ای خواهد بود و جهت پر کردن شکاف با کمک انگشت شست مادر، نوزاد می تواند به راحتی تغذیه شود در غیر این صورت ممکن است نیاز به گذاشتن پروتزهای مخصوص برای پر کردن شکاف دهان نوزاد و ادامه تغذیه با شیر مادر باشد.
- برفک، یکی از شایع ترین بیماری های دهان نوزاد می باشد. این عارضه به صورت ترشحات سفید و پنیری بر روی زبان، سقف دهان و سطح داخلی گونه ها دیده می شود. در صورت رویت برفک دهان به پزشک مراجعه گردد.

اقدامات لازم جهت بیرون افتادن کامل دندان از دهان

الف – دندان شیری:

۱- به دلیل آسیبی که ممکن است به دندان دائمی زیرین برسد، نبایستی تلاشی در جهت گذاشتن دندان شیری در محل حفره دندانی مربوطه نمود، ولی بایستی کودک ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

۲- در صورتی‌که کودک قبلاً به طور کامل واکسینه نشده باشد و زخم آلوده باشد، بایستی یک نوبت واکسن کزاز به کودک تزریق شود.

ب – دندان دائمی:

۱- دندان بیرون افتاده را پیدا کرده و از سمت تاج آن را نگهدارید.

۲- دندان را زیر فشار ملایم آب خنک یا آب جوشیده سرد شده بگیرید. (دندان و بخصوص ریشه آن با پارچه یا دست پاک نشود.)

۳- در صورتی‌که نیروی ارائه دهنده خدمت و یا والدین آموزش‌های لازم را دیده باشند، بایستی سریعاً دندان را به درستی (سطح بیرونی دندان به سمت خودشان و سطح داخلی دندان به سمت داخل دهان بیمار) در حفره دندانی مربوطه قرار دهند.

۴- یک تکه گاز نم دار را روی دندان قرار داده و از بیمار خواسته شود که با فشار دست یا با فشار دندان‌های خود آن را نگه داشته و سپس بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

نکته۱: درصورتی‌که نیروی ارائه دهنده خدمت و والدین آموزش‌های لازم را ندیده باشند، یا مهارت لازم را نداشته باشند، پس از انجام اقدامات بند ۱ ابتدا دندان را در یک محیط مرطوب مثل سرم شستشو، شیر، بزاق یا آب جوشیده سرد شده قرار داده و بلافاصله در حداقل زمان ممکن، کودک ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

نکته ۲: اگر ضربه باعث شکستگی تاج دندان شده است، در صورت امکان تکه جدا شده دندان نیز نزد دندانپزشک برده شود.

توصیه های بهداشتی دهان و دندان جهت آموزش والدین

- در صورت استفاده از قطره آهن ،برای جلوگیری از تغییر رنگ دندان ها ، قطره آهن را در عقب دهان کودک بچکانید و پس از دادن قطره ، به نوزادان شیرخوار شیر و به کودکان بزرگتر آب بدهید.
- حداقل زمان برای مسواک زدن ۴ دقیقه می باشد .
-پس از خوردن مواد قندی و شیرین شستن دهان و دندان کودک توصیه شود.
- زمان های مناسب برای مسواک زدن (۲ بار در روز) : صبح ها (بعد از صبحانه) ، شب ها (قبل از خواب)
- سطوح بین دندانی به هیچ وجه با استفاده مسواک تمیز نمی شوند و تنها با استفاده از نخ دندان می‌توان این سطوح را تمیز کرد . می توان پس از سن ۶ سالگی از نخ دندان استفاده کرد .
- علاوه بر مسواک و نخ دندان ، استفاده از فلوراید (به صورت دهانشویه ، ژل ، قرص و .....) و فیشور سیلانت از مهمترین راههای پیشگیری از پوسیدگی می باشند ، که بایستی با مشاوره دندانپزشک استفاده شود. از سن ۳۶ ماهگی هر ۶ ماه یکبار برای کودک وارنیش فلوراید انجام شود.
- چون دندان های شیری راهنمای مناسب جهت رویش جوانه دندان های دائمی می باشند و فضای لازم برای دندان های دائمی را حفظ می کند ، از کشیدن زود هنگام آن‌ها خودداری کنید .
-استفاده از صندلی مخصوص کودک در اتومبیل

مشاوره با مادر در دوران نوزادی:

محیط زندگی نوزاد:

- محیط زندگی نوزاد باید فاقد هرگونه مواد زیان آور و آلوده کننده باشد.
- از کشیدن سیگار و هر گونه وسایل دود زا حتی دود غلیظ اسپند در خانه ومحیط زندگی نوزاد، خودداری شود.
- نگهداری حیوانات دست آموز خانگی، می تواند انواع خطرات وعفونت ها را برای نوزاد به وجود آورد.
- با توجه به اینکه سیستم عصبی تکاملی نوزاد، هنوز به رشد کافی نرسیده است برای جلوگیری از هرگونه شوک احتمالی، صدای تلفن موبایل، تلویزیون و.... را کم نموده و در کنار نوزاد، آرام صحبت نمود. باز و بسته کردن در و پنجره اتاق هم به آرامی انجام شود.
- بهتر است در کنار تخت نوزاد دماسنجی قرار داده شود تا از دمای مناسب اتاق که باید بین ۲۵تا۲۷ درجه سانتیگراد باشد اطمینان حاصل شود.

مراقبت از محل ناف و بند ناف نوزاد:

- بند ناف بتدریج خشک و چروکیده شده، از روز دوم تا سوم شروع به تیره شدن می کند و معمولا طی ۲ هفته اول تولد می افتد.
- لازم است از به کار بردن هر گونه ماده ضد عفونی کننده مانند الکل یا بتادین و مواد سنتی روی بند ناف خودداری گردد، زیرا سبب تازه شدن بند ناف شده و افتادن آن را به تاخیر می اندازد.
- بند ناف باید همیشه خشک، تمیز و باز نگه داشته شود بنابراین نباید از ناف بند استفاده کرد. پوشک را باید طوری بست که بند ناف داخل پوشک قرار نگیرد تا به ادرار آغشته نشود.
- بعضی از مادران تصور می کنند تا بند ناف نیفتاده، نباید نوزاد را استحمام کرد. این باور درست نیست و استحمام نوزاد مخصوصا تمیز کردن اطراف ناف در زودتر افتادن بند ناف موثر است.
- در صورت قرمزی اطراف بند ناف، بوی بد یا ترشح از بند ناف باید فورا به پزشک مراجعه شود.
- توصیه می شود بند ناف از نظر خونریزی احتمالی حداقل روزی یکبار مشاهده شود.
- فتق نافی(بیرون زدگی ناف) نسبتا شایع است و نیازی به درمان ندارد که اغلب در سال های اول زندگی خود به خود بهبود می یابد مگر آنکه اندازه آن بزرگتر از حد معمول باشد.

مراقبت از ختنه نوزاد:

- توصیه می شود ختنه نوزاد پسر در ماه اول و ترجیحا قبل از ترخیص نوزاد، توسط پزشک صورت گیرد.
- برای مراقبت از محل ختنه، از استعمال ترکیبات خانگی و مواد سنتی یا گیاهی یا هر گونه دارو بدون دستور پزشک خودداری گردد.
- مهمترین مراقبت از محل ختنه، خشک و تمیز نگه داشتن محل آن است.
- معمولا بین ۷تا ۱۰روز زمان لازم است تا زخم آن بهبود یابد و در طی این مدت ممکن است نوک آلت زرد رنگ به نظر برسد که طبیعی است.
- بنفش بودن سر آلت پس از ختنه نوزاد ناشی از تحریک و پر خونی سر آلت و کاملا طبیعی است.

مشاوره با مادر در مورد عوامل محیطی مؤثر بر سلامت کودک:

تماس با آفتاب:

- تا حد امکان شیرخوار را دور از آفتاب نگه‌دارید. زمان تماس با نور خورشید را محدود کنید. برای تأمین ویتامین D ۱۰-۵ دقیقه در روز قرار گرفتن دست و پا و صورت کودک در معرض نور مستقیم آفتاب کافی است.
- در کودکان بالای ۲ سال ضد آفتاب با SPF15 یا بیش‌تر، ۱۵ دقیقه قبل از خروج کودک از منزل استفاده کنید و هر ۲ تا ۵ ساعت استفاده از آن تکرار شود.
- ضد آفتاب‌ها در نواحی محدودی از بدن مانند صورت و پشت دست‌ها استفاده شود.
- از کلاهی که گوش‌ها، بینی و لب‌های کودک در معرض تماس با نور خورشید قرار نگیرد، استفاده کنید.

دخانیات (دود دست دوم):

عوارض مصرف دخانیات توسط مادر بر روی کودک / شیرخوار:

- سیگار کشیدن در طول حاملگی موجب عوارض زیادی از جمله مرده‌زایی، سقط خود بخود، مرگ جنین، مرگ در دوران نوزادی و مرگ ناگهانی نوزاد می‌شود. وزن نوزادان مادران سیگاری حدود ۲۰۰-۱۷۰ گرم کمتر از نوزادان مادران غیرسیگاری است.
- مصرف مواد دخانی در اطراف شیرخوار، او را در معرض آسم، سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، عفونت گوش و عفونت تنفسی و کاهش وزن قرار می‌دهد.

عوارض مواجهه کودکان با دود دست دوم دخانیات:

- مصرف مواد دخانی (سیگار، قلیان و...) در اطراف کودکان موجب افزایش ابتلا به بیماریهای قلبی، ریوی و کاهش وزن در کودکان می گردد.
- میزان بروز سرماخوردگی، عفونت گوش میانی، گلودرد، سرفه و گرفتگی صدا در کودکانی که والدین سیگاری دارند بیش از کودکان دارای والدین غیرسیگاری است.

توصیه ها:

- از مصرف مواد دخانی در منزل، وسیله ی نقلیه یا هر جایی که کودک هست خود داری شود. از بردن کودکان خود در اماکن عمومی و مراکزی که مواد دخانی مصرف می کنند، خوداری کنید .
- هیچگونه سطح ایمنی برای مواجهه با دود محیطی دخانیات وجود ندارد. نه سیستم های تهویه و نه فیلتراسیون و نه حتی سیستم های توأم تهویه و فیلتراسیون قادر به کاهش سطح مواجهه دود دست دوم دخانیات درفضاهای بسته به میزان مورد قبول نمی باشند.
- در آغوش کشیدن و بوسیدن کودکان توسط والدین سیگاری به دلیل وجود ذرات مضر دود دست سوم در مو ،پوست و لباس خطر انتقال مواد سمی حاصل از مصرف دخانیات را به همراه دارد. .
- کودکان با خصوصیت منحصر به فرد خود از جمله سینه خیز و چهار دست پا راه رفتن، بیشتر خود را در معرض سموم پخش شده در سطوح آلوده به ذرات سمی رسوب یافته از مصرف دخانیات قرار می دهند.
- تنفس سریع تر کودکان و در دهان بردن وسایل اطراف با دست آلوده، تماس با مواد سمی به جا مانده از مصرف دخانیات در محیط خطر انتقال و بروز بیماری های کشنده را تشدید می کند.

* توصیه های مختصر در مورد ترک دخانیات به والدین کودکی که از مصرف کنندگان دخانیات بوده و مایل به ترک آن هستند:

مشاوره و دارو درمانی می‌تواند موفقیت ترک را در سیگاری‌هایی که اقدام به ترک می کنند تا دو برابر افزایش دهد. توصیه های رفتاری ترک دخانیات را آموزش داده و برای دریافت خدمات مشاوره و ترک دخانیات به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید. این توصیه ها عبارتند از: تنفس عمیق، تاخیر، نوشیدن آب و انحراف فکر و یاد آوری، گفتن به دیگری، پاداش دادن و امتناع از سیگار کشیدن . برای اطلاعات بیشتر به راهنمای آموزشی "کنترل دخانیات" ویژه مراقبین سلامت مراجعه کنید.

تماشا ی تلویزیون، بازی های کامپیوتری، استفاده از تبلت :

- توصیه می‌شود کودکان زیر ۲ سال تلویزیون تماشا نکنند. در این سن برای مشغولیت کودک بهتر است والد یا مراقب بازی و فعالیت‌های تعاملی با کودک انجام دهد.
- کودکان بزرگتر از ۲ سال می‌توانند حداکثر ۱ تا ۲ ساعت در روز تلویزیون تماشا کنند. برنامه های انتخاب شده توسط والدین باید فاقد جنبه های خشونت آمیز بوده و بهتر است که جنبه آموزشی داشته باشند. این محدودیت زمانی (۲-۱) ساعت شامل تماشای فیلم از طریق CD ، DVD و ... نیز می‌باشد.
- برای بازی های کامپیوتری، استفاده از تبلت و اینترنت بهتر است کودک تا ۷ سالگی صبر کند.
- در سنین زیر ۷ سال در صورتی که کودک تلویزیون یا فیلم تماشا می کند و یا مشغول کامپیوتر و اینترنت است، لازم است والدین یا فرد بالغ دیگری با او همراهی کند.
- وسایلی مانند تلویزیون، پخش کننده های CD یا DVD و کامپیوتر را در اطاق کودک قرار ندهید. بهتر است این وسایل در محل بازی و فعالیت کودک نیز نباشد.

مشاوره با مادر در مورد عوامل محیطی مؤثر بر سلامت کودک:

آلودگی هوا:

۱-عوارض مواجهه با آلاینده های هوا (مانند آلاینده های منتشره ناشی از سوخت های جامدی مثل فضولات دامی، چوب، زغال و ضایعات کشاورزی جهت تامین گرمایش، پخت غذا، پخت نان و تامین آب گرم بهداشتی) در محیط‌های بسته بر سلامت مادر و کودک:

- تولد نوزاد کم وزن
- افزایش ابتلا به عفونت‌های تنفسی در خانواده و انتقال آن به کودکان
- افزایش ابتلا به عفونت‌های تنفسی و آسم در کودکان
- افزایش احتمال ابتلا به سرطان‌های ریه، نای، حنجره در مادر

۲- عوارض مواجه با آلاینده های هوا در محیط های شهری بر سلامت مادران و کودکان:

- افزایش احتمال سقط جنین در مادر باردار
- افزایش تولد نوزاد کم وزن

۳-آلاینده های هوای آزاد شامل ذرات معلق (PM2.5 و PM10)، منوکسید کربن(CO)، دی اکسید گوگرد(SO2)، دی اکسید نیتروژن(NO2) و ازن(O3) هستند. در صورتی‌که آلاینده مسؤل

آلودگی هوا هر یک از موارد زیر باشد، برای گروه های حساس (مادران باردار، کودکان زیر ۱۴ سال، نوزادان، افرادی با سابقه مشکلات خاص قلبی، عروقی و تنفسی) دستورالعمل‌های احتیاطی شامل موارد زیر است:

- آلاینده مسئول ذرات معلق (PM2.5 و PM10) باشند: کاهش فعالیت های طولانی و سنگین در خارج از منزل برای افراد در گروه های حساس
- آلاینده مسئول منوکسید کربن(CO) باشد: کاهش فعالیت های شدید و حضور در نقاط پر تردد و ترافیک سنگین برای افراد و گروه های حساس با سابقه مشکلات قلبی و آنژین صدری
- آلاینده مسئول دی اکسید گوگرد(SO2) باشد: کاهش فعالیت در فضاهای آزاد برای افراد مبتلا به مشکلات تنفسی نظیر آسم
- آلاینده مسئول دی اکسید نیتروژن(NO2) باشد: کاهش مواجه و فعالیت های طولانی و سنگین در فضاهای آزاد برای گروه های حساس است که دارای مشکلات زمینه ای آسم و آلرژی‌های تنفسی هستند.
- آلاینده مسئول ازن(O3) باشد: کاهش مواجه و فعالیت های طولانی و سنگین در فضاهای آزاد برای گروه های حساس و با تاکید بر سابقه مشکلات تنفسی نظیر آسم می‌باشد.

مصاحبه و مشاوره با مادر- پیشگیری از آسیب های کودکان

(موارد گفته شده برای گروه های سنی بعدی نیز رعایت شود)

عنوان	زیر ۴ ماه	۴ تا ۶ ماهگی
سوختگی	• در هنگام در آغوش داشتن نوزاد/ کودک، (به جز حالت مراقبت آغوشی با رعایت اصول ایمنی) از نوشیدن مایعات داغ یا انجام آشپزی خودداری شود. • درزمان بغل کردن کودکان مایعات داغ وچای ننوشیدو سیگار نکشید. • کودک را در معرض مایعات داغ و وسایل سوزاننده (از قبیل سماور، بخاری، اجاق، کرسی، منقل، تنور، اتو و....) قرار ندهید. خواباندن نوزاد نزدیک وسایل حرارتی و آشپزی احتمال بروز خطر را بیشتر می کند به خصوص زمانی که اطفال دیگری هم در منزل حضور داشته باشند. • پیش از حمام کردن کودکتان دمای آب را با پشت دست خود امتحان کنید تا مطمئن شوید که آب ولرم باشد.	• اشیای سنگین یا ظرف های حاوی مایعات داغ را روی میز نگذارید • در پریزهای برق، محافظ پلاستیکی قراردهید
سقوط	• هرگز کودکتان را وقتی محافظ گهواره یا تخت خواب باز یا پایین است تنها نگذارید. • هرگز نوزاد / کودک روی تخت، میز، صندلی، کاناپه و صندلی کودک تنها رها نشود زیرا خطر افتادن از ارتفاع همواره وجود دارد. • در صورت استفاده از ساک حمل نوزاد/ کودک، برای ایمنی بیشتر ساک از زیر (ونه از دسته آن) گرفته شود.	• در هیچ سن و سالی کودک را در رووک نگذارید • محافظ در ابتدا و انتهای راه پله هاقراردهید • کودک خود را درجاهای بلند،وبدون محافظ تنها رها نکنید
غرق شدگی و خفگی	• هرگز کودک خود را در تشت آب یا وان ، تنها رها نکنید. همیشه با یک دست از آنها حفاظت کنید • اشیای کوچک یا ریز را دوراز دسترس کودکان قراردهید • نوزاد/ کودک را به پشت یا به پهلو ی راست بخوابانید (به شکم نخوابانید) • شیرخواررا قنداق نکنید، شکم کودک رامحکم نبندید، ازبالش استفاده نکنید • **محیط زندگی کودکتان را عاری از دود (سماور-والر- منقل و ...) نگه دارید.** • کمک های اولیه واحیای قلبی عروقی شیرخواررابیاموزید. • وسایلی مثل گردنبند، پلاک و... به لباس یا تخت نوزاد آویزان نشوند زیرا می تواند زمینه ساز خطر احتمال صدمه و بلعیدن آن ها باشد.	• سطل ها، تشت ها و حوضچه ها را خالی نگهدارید • استخرها را از چهار طرف حفاظ دار کنید و در ورودی آنهارابسته نگهدارید • کیسه های پلاستیکی یا بادکنکها را نزدیک کودک قرار ندهید • سیم تلفن، سیم های الکتریکی، نوارهای پرده و کرکره را از نزدیک تحت خواب کودکان یا محل بازی اودورکنید
مسمومیت	• **هرگز از داروهای مخدر برای کودک استفاده نکنید** • **در منزل، و سیله ی نقلیه یا هر جایی که کودک هست سیگار نکشید. سیگار کشیدن شیرخوار را د رمعرض آ سم،SIDS ، عفونت گوش و عفونت تنف سی قرار می‌دهد. محیط زندگی کودکتان را عاری از دود (سماور-والر- منقل و ...) نگه دارید. تماس با دود د ست دوم خطر بیماری قلبی و ریوی را در کودک افزایش می‌دهد. برای سلامت خود و کودکتان سیگار نکشید و اصرار داشته باشید که سایرین هم در اطراف کودکتان سیگار و قلیان نکشند.** • **قبل از مصرف هر نوع دارو برای کودک از محتوای آن مطمئن شوید.**	• درب کابینت وکمد توسط کودک قابل باز کردن نباشد. • مواد شیمیایی (شوینده، پاک کننده، سموم) و داروها را دور از د سترس کودکتان قرار دهید. • مواد سمی (نفت یامواد‌شوینده)رادر ظروف مخصوص ریخته ودورازدسترس کودکان قراردهید
حوادث ترافیکی	• بهتراست حمل و نقل کودک با وسیله نقلیه ایمن باشد و وسایل ایمنی ازقبیل بستن کمربند ایمنی وپوشش مناسب رارعایت کنید • صندلی عقب اتومبیل ایمن ترین محل برای کودکان درهنگام رانندگی است • ازصندلی مخصوص کودک دراتومبیل استفاده کنید	• ازصندلی مخصوص کودک دراتومبیل استفاده کنید • صندلی عقب اتوموبیل ایمن ترین محل برای کودکان درهنگام رانندگی است
صدمات بدنی	• نوزاد را نباید تنها در منزل رها کرد و یا مراقبت از او را به عهده کودکان یا افراد غیر مسئول گذاشت. • کودکان را با حیوانات خانگی تنها نگذارید. • ازنگهداری حیوانات درمحل زندگی خودداری کنید. • هرگز کودک را به هوا پرتاب نکنید و او را شدید تکان ندهید. • مکان قرار دادن تلویزیون، کمد و وسایل سنگین دیگر، به نحوی باشد که کودک نتواند آن‌ها را روی خود بیاندازد	• کودکان راباحیوانات خانگی تنها نگذارید • ازنگهداری حیوانات درمحل زندگی خودداری کنید • مکان قرار دادن تلویزیون، کمد و وسایل سنگین دیگر، به نحوی باشد که کودک نتواند آن‌ها را روی خود بیاندازد
کودک آزاری	• در همه حال مراقب کودک باشید. • از داد زدن، تنبیه کلامی و یا تنبیه بدنی اجتناب کنید.	• در همه حال مراقب کودک باشید. • از داد زدن، تنبیه کلامی و یا تنبیه بدنی اجتناب کنید

مصاحبه و مشاوره با مادر- پیشگیری از آسیب های کودکان (موارد گفته شده برای گروه سنی بعدی نیز رعایت شود)

عنوان	۷ تا ۱۱ ماهگی	۱سالگی	۲ سالگی
سوختگی	• پیش از حمام کردن کودکتان دمای آب را با پشت دست خود امتحان کنید • در پریزهای برق، محافظ پلاستیکی قراردهید	• ظروف خوراک پزی ومایعات داغ رادور از د سترس کودکان قراردهید • با شـــروع راه رفتن کودک اقدامات ایمنی در منزل را انجام دهید (در اطراف بخاری، شومینه، آبگرمکن، سیم‌های برق و ... مانع قرار دهید)	• ظروف خوراک پزی ومایعات داغ رادور از دسترس کودکان قراردهید • کبریت و فندک را از دسترس کودک دور کنید.
سقوط	• روی پنجره هامحافظ و قفل قراردهید • کودک خود درجاهای بلند،وبدون محافظ تنها رها نکنید	• در هیچ سن و سالی کودک را در رووروک نگذارید • روی پنجره ها وپله ها حفاظ قراردهید و صندلی و مبلمان را دور از پنجره قرار دهید.	• روی پنجره ها وپله ها حفاظ قراردهید
غرق شدگی و خفگی	• در هنگام خواب کودک را به پشت یا به پهلو بخوابانید • استخرها را از چهار طرف حفاظ دار کنید ودرورودی آنهارابسته نگهدارید • ازاسباب بازی های نرم یا اسباب بازی های حلقه دار استفاده نکنید • اشیاء کوچک یا ریز را دور از دسترس کودک قراردهید • محیط زندگی کودکتان را عاری از دود نگه دارید.	• کیســه های پلاســتیکی یا بادکنک‌ها را دراختیار کودک قرار ندهید. • اطراف استخرهاوحوض ها حفاظ قراردهید • **وان یا اســتخر کوچک را بلافاصــله پس از اســتفاده خالی کنید** • **وقتی کودک کنار آب است، مراقب او باشید**	• اطراف استخرهاوحوضچه ها حفاظ قراردهید
مسمومیت	• اشیاء خطرناک وآلوده را روی سطح زمین و در معرض دید کودک قرارندهید • مواد شیمیایی (شوینده، پاک کننده، سموم) و داروها را دور از دسترس کودکتان قرار دهید.	• درب کابینت وکمد توسط کودک قابل باز کردن نباشد. • مواد مسموم کننده را دور از دید و د سترس کودکتان قرار دهید	• مواد مسموم کننده را دور از دید و دسترس کودکتان قرار دهید
حوادث ترافیکی	• ازصندلی مخصوص کودک دراتوموبیل استفاده کنید • صندلی عقب اتوموبیل ایمن ترین محل برای کودکان در هنگام رانندگی است	• ازصندلی مخصوص کودک دراتومبیل استفاده کنید • صـندلی عقب اتومبیل ایمن ترین محل برای کودکان درهنگام رانندگی است • **هنگام رانندگی به عقب در پارکینگ ، کودک در فاصله امنی نگه داشته شود.**	• ازصندلی مخصوص کودک دراتوموبیل استفاده کنید • صندلی عقب اتومبیل ایمن ترین محل برای کودکان درهنگام رانندگی است
صدمات بدنی	• کودکان راباحیوانات خانگی تنها نگذارید • ازنگهداری حیوانات درمحل زندگی خودداری کنید • مکان قرار دادن تلویزیون، کمد و وســایل ســنگین دیگر، به نحوی باشــد که کودک نتواند آن‌ها را روی خود بیاندازد	• کودکان راباحیوانات خانگی تنها نگذارید • ازنگهداری حیوانات درمحل زندگی خودداری کنید • مکان قرار دادن تلویزیون، کمد و وســایل ســنگین دیگر، به نحوی باشد که کودک نتواند آن‌ها را روی خود بیاندازد	• کودکان راباحیوانات خانگی تنها نگذارید • ازنگهداری حیوانات درمحل زندگی خودداری کنید • مکان قرار دادن تلویزیون، کمد و وســایل ســنگین دیگر، به نحوی باشــد که کودک نتواند آن‌ها را روی خود بیاندازد
کودک آزاری	• در همه حال مراقب کودک باشید. • در مواقعی که کودک کاری بر خلاف میل شــما انجام داد، از داد زدن، تنبیه کلامی و یا تنبیه بدنی اجتناب کنید	• در همه حال مراقب کودک باشید. • در مواقعی که کودک کاری بر خلاف میل شــما و یا اصول تربیت خانواده انجام داد، از داد زدن، تنبیه کلامی و یا تنبیه بدنی اجتناب کنید	• در همه حال مراقب کودک باشید. • در مواقعی که کودک کاری بر خلاف میل شــما و یا اصــول تربیت خانواده انجام داد، از داد زدن، تنبیه کلامی و یا تنبیه بدنی اجتناب کنید • هیچ وقت به کودک اصرار نکنید که بر خلاف میل خودش به کسی محبت کند یا کسی را ببوسد یا به زور در آغوش گرفته شود

مصاحبه و مشاوره با مادر- پیشگیری از آسیب های کودکان (موارد گفته شده برای گروه سنی بعدی نیز رعایت شود)			
عنوان	۳ سالگی	۴ سالگی	۵ سالگی
سوختگی	• ظروف خوراک پزی ومایعات داغ رادور از دسترس کودکان قراردهید	• ظروف خوراک پزی ومایعات داغ رادور از دسترس کودکان قراردهید	• ظروف خوراک پزی ومایعات داغ رادور از دسترس کودکان قراردهید
سقوط	• بالا وپایین رفتن از پله رابه کودک بیاموزید. • برای پنجره ها حفاظ قرار دهید	• کلاه ایمنی درزمان سه چرخه یا دوچرخه رانی به سرکودک بگذارید • مطمئن شویدمحل بازی کودک ایمن است	• قوانین ایمنی دوچرخه سواری را آموزش دهید
غرق شدگی و خفگی	• اطراف استخرهاوحوضچه ها حفاظ قراردهید	• شناوقوانین ایمنی آب را به کودک آموزش دهید	• شناوقوانین ایمنی آب را به کودک آموزش دهید
مسمومیت	• مواد مسموم کننده را دور از دید و دسترس کودکتان قرار دهید	• مواد مسموم کننده را دور از دید و دسترس کودکتان قرار دهید	• مواد مسموم کننده را دور از دید و دسترس کودکتان قرار دهید
صدمات بدنی	• از محل کودک خود درهمه زمان مطلع باشید • به کودک بیاموزید با افراد غریبه صحبت نکند	• چگونگی ارتباط با غریبه ها راآموزش دهید	• ازمراقبت ازکودک دریک محیط ایمن در پیش و پس از مدرسه اطمینان یابید • چگونگی ارتباط با غریبه ها راآموزش دهید • شماره تلفن فوریت ها رابه کودک آموزش دهید
حوادث ترافیکی	• ازصندلی مخصوص کودک دراتوموبیل استفاده کنید • صندلی عقب اتوموبیل ایمن ترین محل برای کودکان درهنگام رانندگی است	• مهارت های ایمن گذر از پیاده رو را به کودک بیاموزید • قوانین ایمنی رفت وآمد به مدرسه و مهارت های ایمنی پیاده رو را به کودک بیاموزید	• بر ایمنی محیط های بازی تاکید کنید. • صندلی عقب اتوموبیل ایمن ترین محل برای کودکان درهنگام رانندگی است
کودک آزاری	•در همه حال مراقب کودک باشید. •در مواقعی که کودک کاری بر خلاف میل شما و یا اصول تربیت خانواده انجام داد، از داد زدن، تنبیه کلامی و یا تنبیه بدنی اجتناب کنید • هیچ وقت به کودک اصرار نکنید که بر خلاف میل خودش به کسی محبت کندیا کسی را ببوسد یا به زور در آغوش گرفته شود • رابطه کلامی خوبی با کودک برقرار کنید • خصوصی بودن اندام‌های جنسی شامل پستان‌ها، باسن و اندام تناسلی را به کودک آموزش دهید • کودک بداند که هیچ کس نباید به اندام‌های خصوصی او دست بزند • والدین فرمول "نه، برو، بگو" را به کودک آموزش دهند.	•در همه حال مراقب کودک باشید. •در مواقعی که کودک کاری بر خلاف میل شما و یا اصول تربیت خانواده انجام داد، از داد زدن، تنبیه کلامی و یا تنبیه بدنی اجتناب کنید • هیچ وقت به کودک اصرار نکنید که بر خلاف میل خودش به کسی محبت کند یا کسی را ببوسد یا به زور در آغوش گرفته شود • رابطه کلامی خوبی با کودک برقرار کنید • خصوصی بودن اندام‌های جنسی شامل پستان‌ها، باسن و اندام تناسلی را به کودک آموزش دهید • کودک بداند که هیچ کس نباید به اندام‌های خصوصی او دست بزند • والدین فرمول "نه، برو، بگو" را به کودک آموزش دهند.	•در همه حال مراقب کودک باشید. •در مواقعی که کودک کاری بر خلاف میل شما و یا اصول تربیت خانواده انجام داد، از داد زدن، تنبیه کلامی و یا تنبیه بدنی اجتناب کنید • هیچ وقت به کودک اصرار نکنید که بر خلاف میل خودش به کسی محبت کندیا کسی را ببوسد یا به زور در آغوش گرفته شود • رابطه کلامی خوبی با کودک برقرار کنید • خصوصی بودن اندام‌های جنسی شامل پستان‌ها، باسن و اندام تناسلی را به کودک آموزش دهید • کودک بداند که هیچ کس نباید به اندام‌های خصوصی او دست بزند • والدین فرمول "نه، برو، بگو" را به کودک آموزش دهند.

مصاحبه و مشاوره با مادر-رابطه متقابل کودک ووالدین برای ارتقای تکامل کودکان

	تا۲ ماهگی	۳-۴ ماهگی	۴/۵-۶ ماهگی	۷-۹ ماهگی	۹/۵-۱۲ ماهگی	۱۲- ۱۵ماهگی	۱۵-۱۸ ماهگی	۱۸-۲۴ماهگی
۱	**برقراری ارتباط عاطفی** ● تماس پوست با پوست و تغذیه با شیر مادر انجام شود ● تماس چشمی و کلامی داشته باشید. (لالایی خواندن، نوازش کردن، در آغوش گرفتن) ● به تمام صداهای اوبالبخند وبابغل کردن و یا حرکت سرو بدن خودپاسخ دهید ● درهنگام گریه او رابغل کنید و به حرکات و صدای او پاسخ مناسب بدهید. ● محیط آرام و عاری از خشونت و تنش و مشاجره ایجاد کنید ● نوزاد/ کودک را با تکنیک آموزشی مناسب ماساژ دهید	**پاسخ های اغراق آمیز** ● حالات وحرکات دربرخورد باکودک طوری باشد که به راحتی بفهمد که به اوتوجه می کنید ● کارهای کودک رابه صورت اغراق آمیزتقلیدکنید	**تشویق حرکات جدید** ● واکنش های متنوعی(زیروبم کردن صدا) نسبت به حرکت ورفتاراونشان دهید ● مهمان هارابه اومعرفی کنید تابه افرادغریبه عادت کند	**محبت جسمانی زیاد** ● درهرفرصتی کودک رالمس واونیز شمارالمس کند ● صداهای اوراتقلیدکنید سپس صدای جدید درآورید وصبرکنید تاپاسخ دهد	**نشان دادن بر خورد های اجتماعی** ● درورود به منزل بااوجداگانه سلام واحوالپرسی کنید وهنگام خروج اورابوسیدوبرایش دست تکان دهید ● اورابافرددیگرآشنا کنید وکمی تنها بگذارید	**شرکت درفعالیت ها** ● اوراتاحدامکان درفعالیت ها شرکت دهیدودرنزدیکترین مکان به جمع، بنشانید ● اورابه ماندن بادیگران عادت دهید ● آموزش تشکرکردن را آغازکنید	**تحسین به اظهارمحبت** ● محبت وتوجه اورانسبت به دیگران(مثل خواهروبرادر)تحسین کنید ● اجازه دهید بعضی ازلباسهایش (جوراب، کلاه) راخودش بپوشد ● کارهای کوچک روزانه رابه او واگذارکنید ● هرگززوراستفاده نکنیدورفتارخصمانه نداشته باشید	**ایجادوسایل ارتباط ومشارکت** ● بازیهای گروهی بکنیدووسایل بازی رابین همه تقسیم کنید ● هرگونه مشارکت وکارهای سخاوتمندانه(دادن مقداری ازبستنی اش)او راتحسین کنید ● تصمیم های اورابه سادگی وبدون نگرانی بپذیرید و هروقت درخواست کمک کرد کمکش کنید ● سعی کنید بامنحرف کردن حواس اوبه طرق مختلف،ازمنفی کاری اوجلوگیری کنید.
۲	**تحریک حواس** ● باآرامش وباصدای باآهنگ ازهردو طرف صورت با کودک صحبت کنید ● لالایی بخوانید، زیاد بخندید ● اشیاءمختلف با رنگ های روشن ودرخشان رادر فاصله نزدیک(۲۰ Cm) صورتش به او نشان دهید.	**تحریک کنجکاوی** ● اشیای متناسب باسن وایمن دراختیاراوقراردهید ● ازبازیهای جسمانی ساده مانند تکانهای ملایم،خم کردن زانو ،کشیدن دست و قلقلک کف پاها استفاده کنید.	**تحریک حس خودآگاهی** ● مکراورابه اسم صداکنید ● تصویر کودکتان رادرآینه به اونشان دهید	**تحریک حس استقلال** ● باغذاهایی که بانگشت می توان خورد اورابه غذاخوردن مستقل تشویق کنید ● بااسباب بازی های باصدا یاوسایل بی خطرآشپزخانه بازی کند ● زیادبااوآب بازی کنیدبه اوظروفی بدهید تاآنهارابپروخالی کند	**تحریک قوه تمرکزوتقلید** ● بادست کودک به اشیاءوقسمتهای مختلف بدن اشاره کنید،آنهارانام ببریدوتکرارکنید ● کتابهای کودکانه باتصاویرخوش رنگ وبزرگ انتخاب ویک قصه ساده وکوتاه درموردآن بگویید.	**تحریک قوه تخیل** ● داستانهای کوتاه برای او بخوانید ● کارهای خودراهمراه باشان دادن، به او شرح دهید	**تحریک قوه حافظه** ● یادگیری اورا ازطریق تکرارتشویق کنید ● وقتی کاری انجام می دهید برخی عبارات کلیدی رابارها برای او تکرار کنید	**تحریک قوه ادراک وهوش** ● هنگامی که چیزی رابه کودکتان نشان می دهید خواص آن را(سفتی،نرمی،رنگ،صدا)شرح دهید ● داستانهای طولانی تروپیچیده تربرایش بخوانید ● اشیاء، سه بعدی که برای قراردادن شکلهای مختلف درشکافهای مخصوص طراحی می شودتهیه کنیدوکمک کنیددرمحل درست خودقراردهد.
۳	**بازتاب چنگ زدن** ● اجازه دهید انگشتان شما رابگیرد ● برای تشویق به شل کردن انگشتانش،یکی یکی آنهارابازکنید ● اجازه دهید با اشیاء بازی ودماوجنس آنها رالمس کند	**اشیای متناسب** ● یک جعبه دردستان کودک بگذاریدوچندبار آنرا تکان دهید ● اشیاء متفاوتی را به اونشان دهید تادستش رابه طرف آن درازکند	**تمرین دادن وگرفتن** ● باگذاردن چیزی دردست اوو،بعد بازکردن انگشتانش وپس گرفتن آن، بااوبازی کنید ● به اونشان دهیدچگونه اشیاء راازیک دست به دست دیگرش بدهد	**به صدادرآوردن اشیاء** ● قاشق،تابه،قابلمه یا وسیله دیگری که بتواند باآن صدای مختلفی راتولید کند، در اختیاراوبگذارید	**تمرین رهاکردن اشیاء** ● اوراتشویق کنید یک توپ رابه طرف شما بغلتاند. ● مقداریادی چیزهای کوچک(قوطی، کاسه)برای اوفراهم کنید تادا خل و خارج کردن اشیاءراتمرین کند	**تمرین روی هم چیدن اشیاء** ● اورابرای رویهم چیدن اشیاءتمرین دهید ● یک مدادوکاغذ برای خط خطی کردن در اختیار وی بگذارید ● کتاب بااوراق ضخیم به اوبدهیدوبه اونشان دهیدچگونه آنهاراورق بزند ● گاهی غذاهای نیمه مایع که به قاشق می چسبد را بگذاریدتا به تنهایی بخورد.	**تمرین حرکات چرخشی** ● وسایل مختلفی همچون دستگیره، شماره گیر زیپ،دکمه فشاری دراختیار او بگذاریدکه حرکات چرخاندن، پیچاندن، شماره گرفتن و لغزاندن را انجام دهد	**تمرین لباس پوشیدن** ● اجازه دهیدکودکتان لباسهایش را تاآنجا که ممکن است خودش بپوشد ودرآورد ● اسباب بازی هایی که قطعاتش جفت می شود برای تمرین او فراهم آورید (ساختمان سازی)
۴	**تقویت عضلات پشت وگردن** ● روزی ۲ تا ۳ بار اوراطوری نگه دارید که صورتش رو به پایین باشد(دروضعیت دمر) ● درحالی که به پشت خوابیده است ،شی رنگی رادرمیدان دیدش حرکت دهیدتابه حرکت کردن سر خود تشویق شود	**تقویت عضلات تنه وپشت** ● به پشت بخوابانید وباگرفتن دست هااورا آرام به حالت نشسته بلندکنید ● طوری دریک طرف کودک قرارگیریدکه اومجبورباشد برای یافتن شما،تنه خودرا بچرخاند	**تمرین تحمل وزن بدن** ● کودک رابه آرامی ومکرر تکان دهید تا سرش راکاملاًاستوارنگه دارد ● وقتی دستهایش رابطرف شمادرازمی کند بلندش کنید	**آمادگی برای حرکت کردن** ● کمی دورترازکودک بنشنیدودستان خود رابه طرف اوبازکنیدباصدازدن نامش ونشان دادن اشیاء موردعلاقه اش اوراتشویق به حرکت کنید ● باقلاب کردن دستهای اوبه اثاثیه ثابت منزل اورابه ایستادن تشویق کنید	**آمادگی برای راه رفتن** ● درحالت چهاردست و پا تشویق کنید که مسافتهای کوتاهی راطی کند ● انگشتان خودرابه کودکتان بدهیدتا بتواندخودرابالابکشد ● درحالی که فقط یک دست اوراگرفته ایدباشمابه تمرین قدم زدن بپردازد	**آمادگی برای بالارفتن ازپله** ● سرپاایستادن رابه او تمرین بدهید ● صندلی محکمی برای نشستن وپایین آمدن ازآن به تنهایی برای اوفراهم آورید	**تقویت عضلات باسن و زانو** ● اوراوادارکنیدعقب عقب رفتن راتمرین کند ● نشان دهید چگونه چمباتمه بزند ● باتوپ بازی آرام ،، لگدزدن را تمرین کد	**تمرین تحمل وزن بدن** ● اجازه دهید کارهایی مثل بالا رفتن از پله ها،شستن صورت و. . . راهمراه شمالنجام دهد ● انتظارنداشته باشیدبه راحتی دورکنجها بدود یاتوقف کند



توصیه‌ها یی برای
مراقبت از تکامل کودک

نوزاد تولد تا یک هفتگی	۱ هفته تا ۶ ماه	۶ ماه تا ۹ ماه	۹ ماه تا ۱۲ ماه	۱۲ ماه تا ۲ سال	۲ سال و بزرگتر
کودک شما از زمان تولد در حال یادگرفتن است  **بازی** فرصت‌هایی را برای نوزاد خود فراهم کنید تا کودک شما ببیند، بشنود و دست و پای خود را آزادانه حرکت دهد.  **ارتباط برقرار کنید** به چشمان کودک خود نگاه کنید و با او صحبت کنید. زمان تغذیه با شیر مادر فرصت خوبی است. حتی یک نوزاد هم صورت شما را می بیند و صدایتان را می شنود	 **بازی** فرصت هایی را برای کودک خود فراهم کنید تا کودک شما ببیند، بشنود، حس کند، آزادانه حرکت کند و شما را لمس کند. اشیا رنگی را به آرامی جلوی او حرکت دهید تا آنرا ببیند و بگیرد (مانند یک حلقه بزرگ که با یک نخ آویزان شده است، جغجغه)  **ارتباط برقرار کنید** به کودک خود لبخند بزنید و بخندید. با کودک خود صحبت کنید. با تقلید صدا یا ژست کودکتان با او مکالمه کنید.	 **بازی** وسایل خانگی تمیز و بی‌خطری را به کودک خود بدهید تا دستکاری کند، به هم بزند و بیاندازد (مانند ظروف درب دار، قابلمه و قاشق فلزی)  **ارتباط برقرار کنید** به صدا و علائق کودک خود پاسخ دهید. نام کودک را صدا کنید و پاسخ او را ببینید.	 **بازی** اسباب‌بازی مورد علاقه کودک را زیر پارچه یا جعبه پنهان کنید. ببینید آیا کودک می تواند آن را پیدا کند. با کودک خود دالی موشه بازی کنید.  **ارتباط برقرار کنید** نام اشیا و افراد را به کودک بگویید. به او یاد بدهید که چگونه با دست هایش چیزهایی مثل بای بای بگوید. **نمونه اسباب بازی:** عروسکی با صورت	 **بازی** چیزهایی به کودک بدهید تا روی هم بچیند و داخل ظرف بیاندازد و در بیاورد. **نمونه اسباب بازی:** اشیایی که داخل هم یا روی هم می‌گذارند، ظرف و گیره های لباس.  **ارتباط برقرار کنید** سوالات ساده از کودک بپرسید. به تلاش های کودک خود در صحبت کردن جواب بدهید. اشیا، طبیعت و تصاویر را به او نشان دهید و درباره آن ها با او صحبت کنید.	 **بازی** به کودک خود کمک کنید تا اشیا را بشمارد، نام ببرد و مقایسه کند.. برای او اسباب بازی ههای ساده بسازید. مثلاً اشیایی با رنگ ها و شکل های متفاوت برای دسته بندی، بر چسب یا تخته وایت برد و پازل.  **ارتباط برقرار کنید** او را تشویق کنید تا صحبت کند و به سوالات او پاسخ دهید. به کودکتان داستان، آواز و بازی یاد بدهید. در مورد تصاویر یا کتاب ها با او صحبت کنید. **نمونه اسباب بازی:** کتاب مصور
•به کودک خود محبت کنید و عشقتان را به او نشان دهید		•از علائق کودک خود مطلع شوید و به آن‌ها پاسخ دهید		•تلاش کودکتان را در یادگیری مهارت های جدید تحسین کنید.	

مشاوره با مادر در مورد فعالیت بدنی ویژه کودکان:

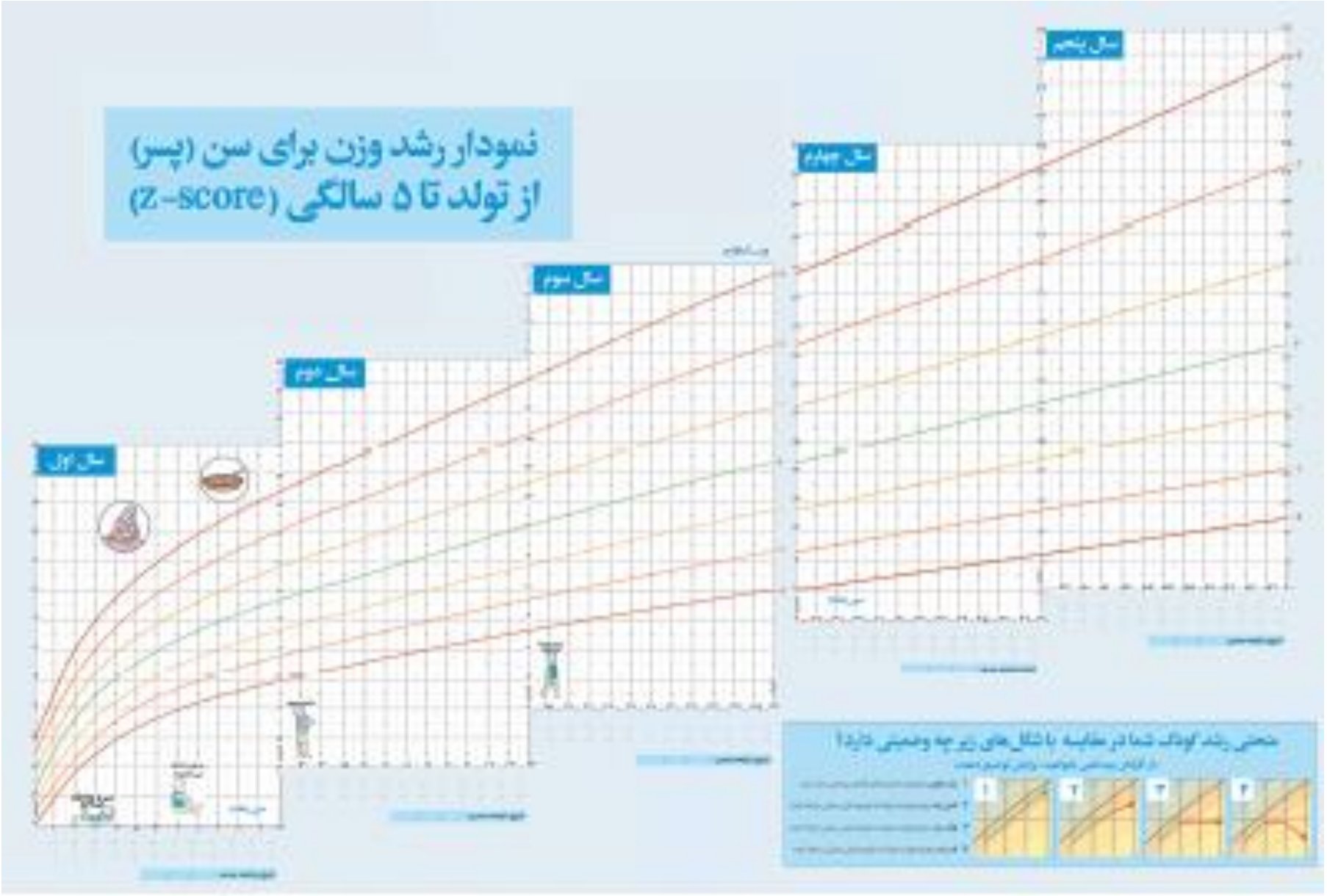
- **بازی و فعالیت بدنی باید از بدو تولد شروع شود.**
- **نوزادان باید چندین بار در طول روز فعالیت هایی مانند غلتیدن، خزیدن و بردن آن ها به خارج از منزل را تجربه کنند.**
- **کودکان نوپا و پیش دبستان باید روزانه حداقل ۳ ساعت فعالیت بدنی از جمله فعالیت های برنامه ریزی شده و بازی های آزادانه داشته باشند. کودکان زیر ۲ سال نباید به تماشای تلویزیون، کامپیوتر و سایر دستگاه های الکترونیکی بپردازند. تلویزیون و وسایل بازی های کامپیوتری در اتاق کودکان قرار داده نشود.**
- **برای کودکان ۲ تا ۴ ساله، زمان تماشای تلویزیون، کامپیوتر و سایر دستگاه های الکترونیکی باید به یک ساعت در روز محدود شود.**
- **کودکان زیر ۵ سال باید ۱۸۰ دقیقه فعالیت بدنی در طول روز، از جمله فعالیت های برنامه ریزی شده، سازمان یافته و بازی های آزاد داشته باشند.**
- **شدت فعالیت ها به صورت تدریجی تا رسیدن به سن ۵ سالگی افزایش پیدا کند به شکلی که در سن ۵ سالگی کودک فعالیت های با شدت متوسط را نیز در برنامه فعالیت بدنی روزانه اش داشته باشد.**
- **فعالیت ها باید سرگرم کننده باشند و کودکان را به کشف و امتحان چیزهای جدید تشویق کنند. (نمونه هایی از این بازی ها در کتابچه فعالیت ها و بازی هایی برای حمایت از تکامل حرکتی، ذهنی، ارتباطی، اجتماعی و هیجانی کودکان آمده است که می توانید از این کتابچه برای آموزش والدین استفاده کنید) توسعه مهارت های حرکتی بنیادی پیش نیاز یادگیری مهارت های ورزشی در سنین بالاتر است. به عنوان مثال: پرتاب کردن یک مهارت حرکتی بنیادی است و هر کودکی که این مهارت را به خوبی یاد بگیرید می تواند انواع توپ ها را با یک دست یا هر دو دست و با سرعت های مختلف پرتاب کند. زمانی که کودک پرتاب توپ بسکتبال را یاد می گیرد و در زمین بازی از آن برای پاس دادن استفاده می کند در واقع از مرحله یادگیری مهارت حرکتی بنیادی به یادگیری مهارت ورزشی رسیده است.**

مشاوره با مادر در مورد پیامدها و مشکلات تک فرزندی

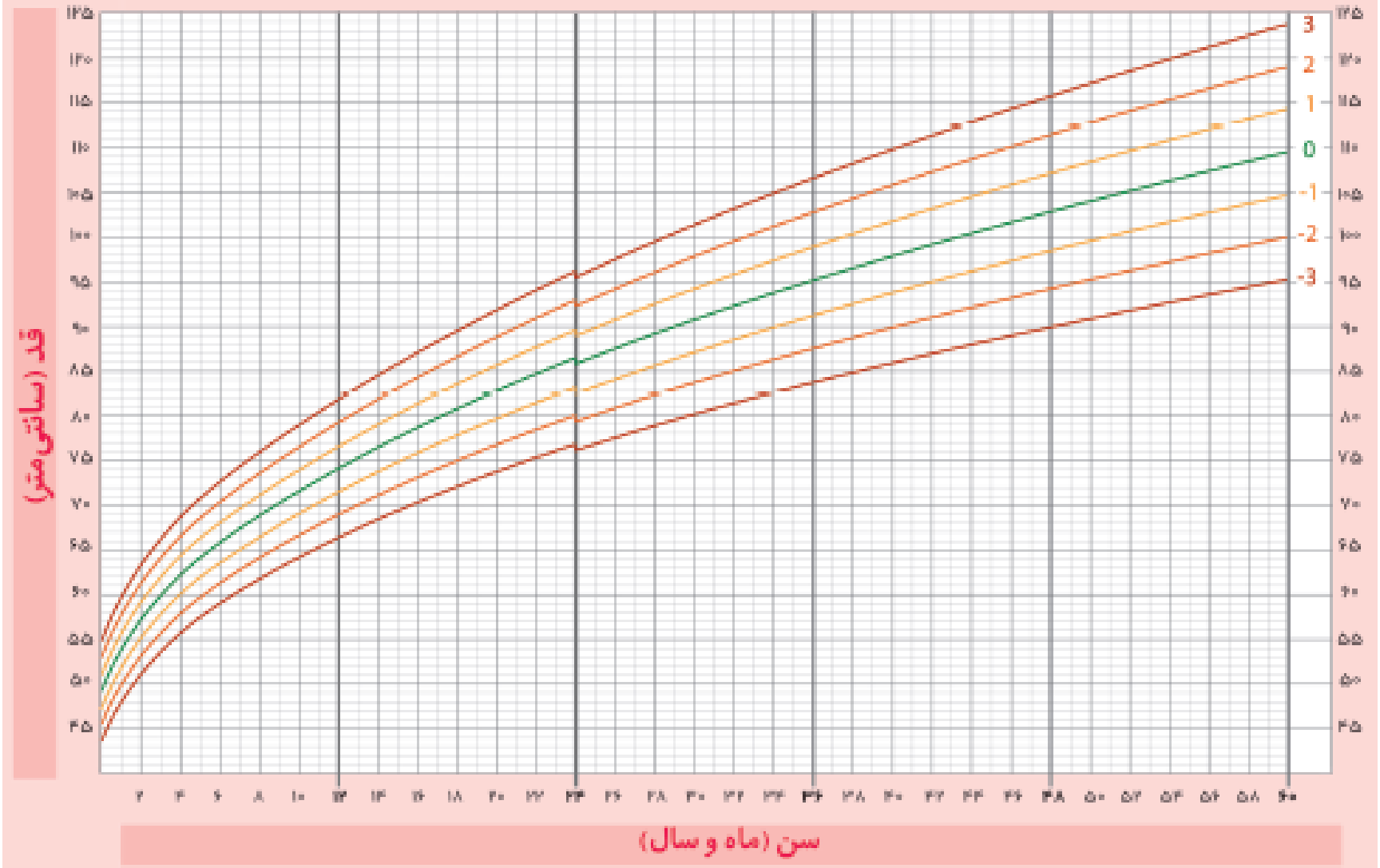
مواردی از پیامدهای تک فرزندی را برای والدین تک فرزند بازگو کنید و مادر را برای دریافت مشاوره فرزندآوری ارجاع دهید:

- **توجه افراطی و لوس کردن کودک (توجه بیش از اندازه و فراهم کردن همه چیز برای کودک به او آسیب زیادی می رساند)**
- **حفاظت بیش از حد از کودک (والدینی که سعی می کنند کودک خود را از همه چیز محافظت کنند و اضطراب او را کم کنند در واقع موجب تشدید استرس کودک می شوند)**
- **کوتاهی در تربیت و آموزش آداب به کودک (تربیت موثر و معنی دار شامل استفاده از قواعد روشن و صحبت کردن در مورد آن ها است. کودک باید دقیقا درک کند که چه انتظاری از او داریم؟ قوانین کاملا واضح و روشن را برای او شرح دهید. عواقب رعایت نکردن آن ها را روشن و واضح برای کودک توضیح دهید. به رفتارهای خوب کودک پاداش دهید)**
- **جبران افراطی ناشی از احساس گناه (اغلب والدینی که به خاطر تک فرزند بودن احساس گناه می کنند، این نارضایتی را به کودک خود منتقل می کنند. این نارضایتی در مادران شاغل بیشتر است.)**
- **توقعات غیر منطقی و غیر واقع بینانه (والدین باید بدانند که هر کودکی دارای توانایی ها و شخصیت متفاوتی است و از کودک خود توقعات غیر منطقی نداشته باشند)**
- **برخورد با بچه همانند یک فرد بالغ و ممانعت از کودکی نمودن تک فرزند و دخالت دادن زیادی کودک در بحث های بزرگسالان (خلق خانه ای کودکانه در جایی که فقط یک کودک وجود دارد تقریبا غیر ممکن است، در حالی که در خانه های دارای ۲ یا ۳ کودک هرگز تعداد بالغین از کودکان بیشتر نیست)**
- **تحسین افراطی و بیش از حد، تحسین مبالغه آمیز و فراگیر (بسیاری از والدین تک فرزند از تحسین و تمجید کودک خود سیر نمی شوند حتی اگر کودکشان عملکرد متوسطی داشته باشد، اگر این والدین به بزرگ کردن کودک خود به این شیوه ادامه دهنی، فردی را بزرگ می کنند که انتظار دارد در هر گامی که بر می دارد، حتی اگر توپ را به دیوار بزند، با همان اشتیاق تحسین و تمجید شود.).**

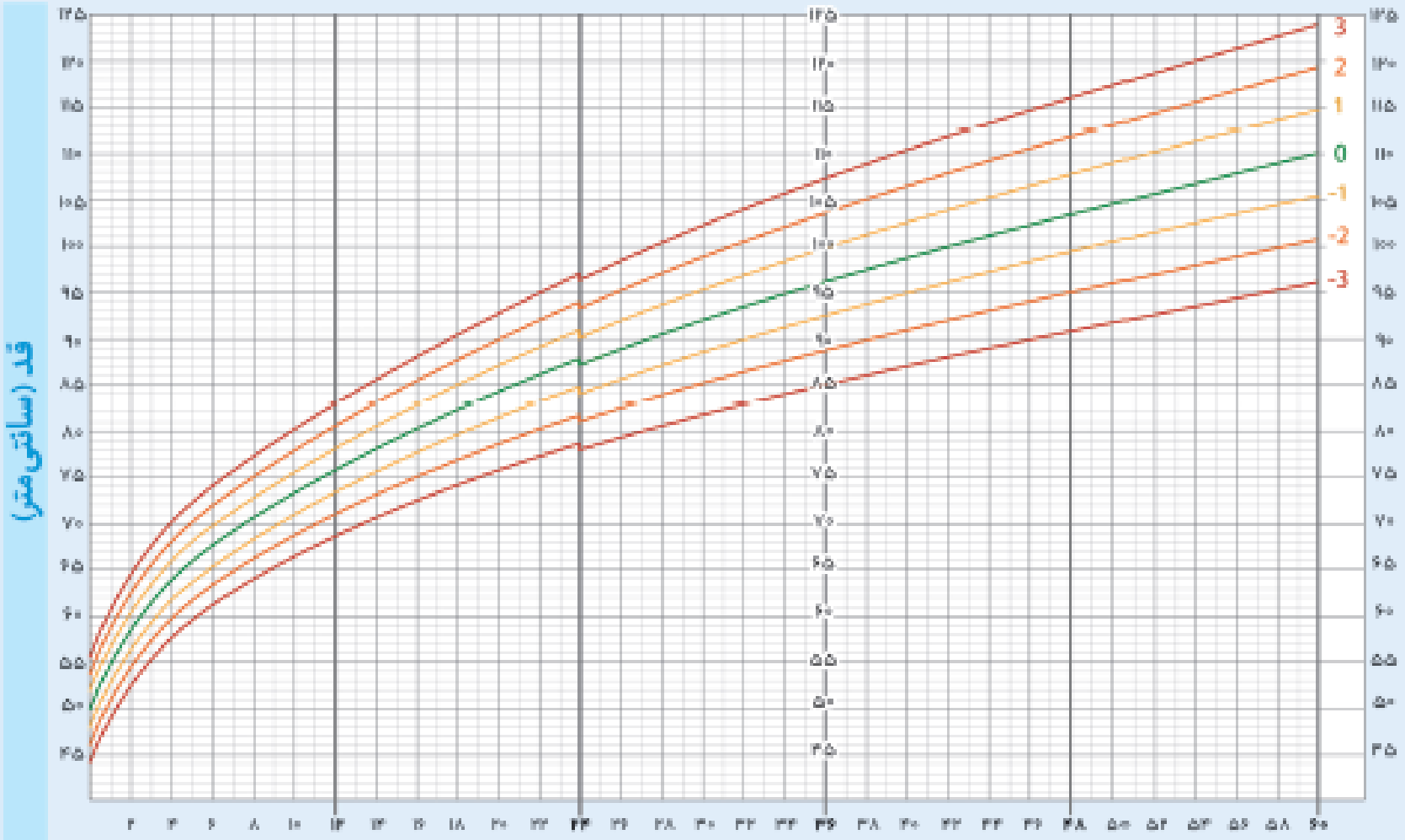

نمودار رشد وزن برای سن (دختر)
از تولد تا ۵ سالگی (z-score)
سال اول
سال دوم
سال سوم
سال چهارم
سال پنجم
سنجش رشد کودک شما در مقایسه با شکل‌های زیر چه وضعیتی دارد؟


نمودار رشد وزن برای سن (پسر)
از تولد تا ۵ سالگی (z-score)
سال اول
سال دوم
سال سوم
سال چهارم
سال پنجم

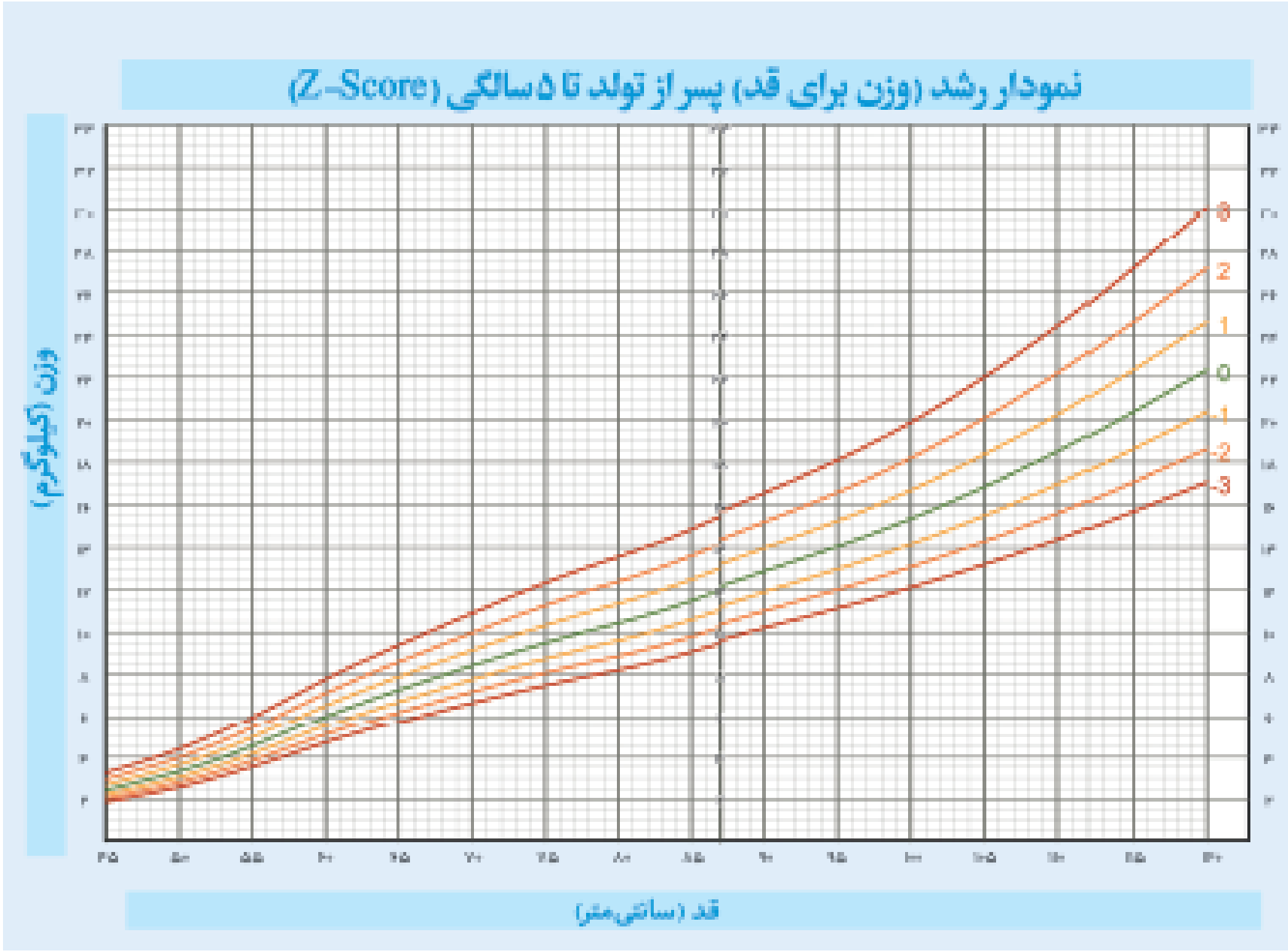
نمودار رشد (قد برای سن) دختر از تولد تا ۵ سالگی (Z-Score)



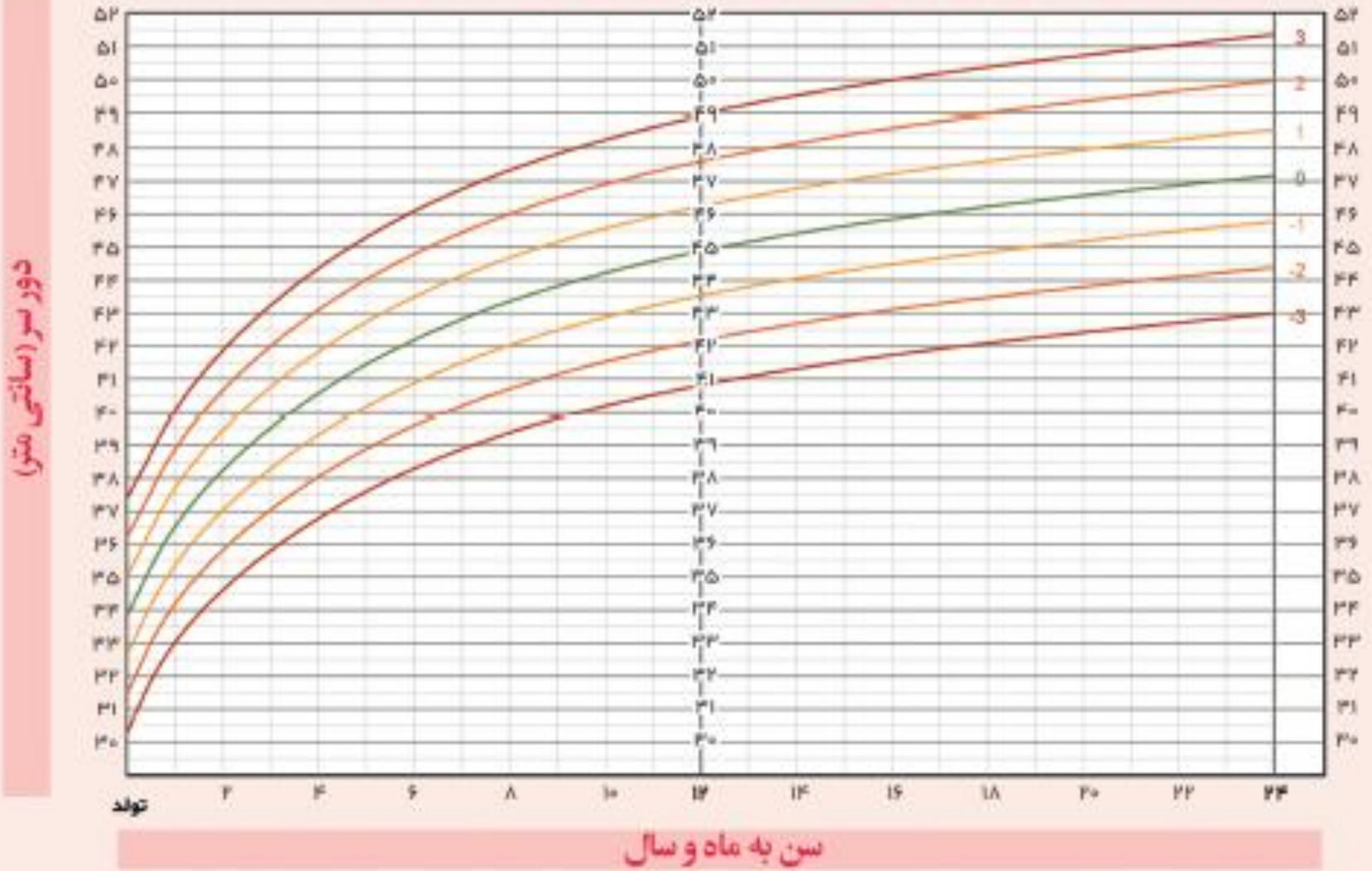
نمودار رشد (قد برای سن) پسر از تولد تا ۵ سالگی (Z-Score)



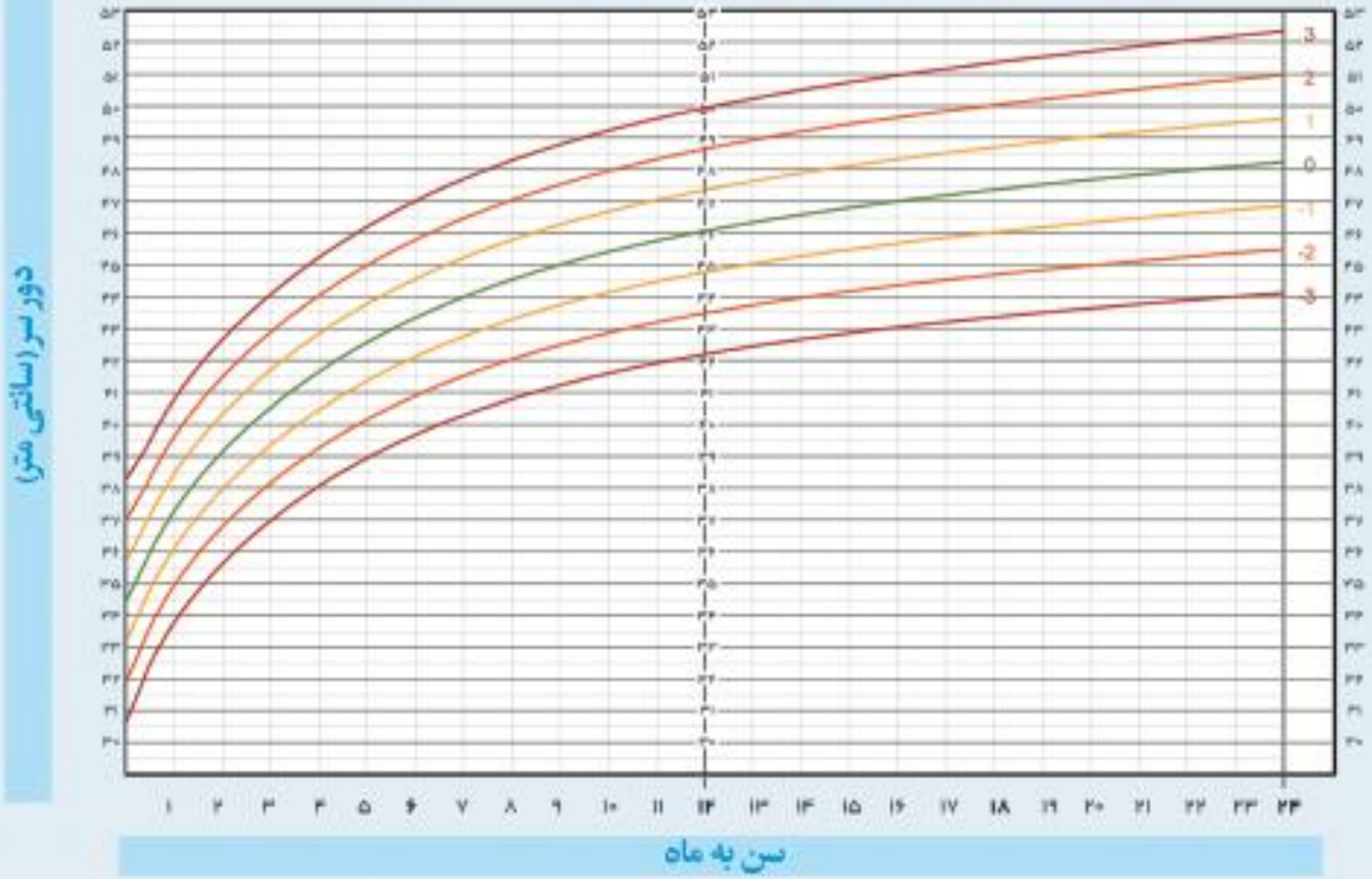

نمودار رشد (وزن برای قد) دختر از تولد تا ۵ سالگی (Z-Score)
وزن (کیلوگرم)
قد (سانتی‌متر)
3
2
1
0
-1
-2
-3


نمودار رشد (وزن برای قد) پسر از تولد تا ۵ سالگی (Z-Score)
وزن (کیلوگرم)
قد (سانتی‌متر)
3
2
1
0
-1
-2
-3

نمودار رشد دور سر برای سن (دختر) از تولد تا ۲ سالگی (z-score)



نمودار رشد دور سر برای سن (پسر) از تولد تا ۲ سالگی (z-score)



منابع:

1. *Nelson Textbook of Pediatrics 2Volume Set 20th Edition 2015*
2. *Massachusetts Health Quality Partners - MHQP 2014*
3. *IMCI (INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS) DISTANCE LEARNING COURSE - Module 9*
4. *Well Child Health Care - Standards in Turkey*
5. *A Guide for Monitoring and Evaluating- Child Health Programs*
6. *Recommendations for Preventive Pediatric Health Care*
7. *A PARENT'S GUIDE TO CHILD CARE*
8. *Key national indicators of children's health, development and wellbeing Indicator framework for A picture of Australia's children 2009*
9. *Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Examination of the newborn baby*
10. *A Guide for Monitoring and Evaluating Child Health Programs*
11. *Preventive Services for Children and Adolescents Nineteenth Edition/September 2013*
12. *Developmental delay An information guide for parents – The Royal children's Hospital Melbourne*
13. *activity learning ASQ Ages & Stages Learning Activities by Elizabeth Twombly, M.S. And Ginger Fink, M.A.*
14. *ASQ3.User`s Guide. Bookmarked*
15. *FENICHEL'S CLINICAL PEDIATRIC NEUROLOGY – 2013*
16. *Bayley Scales of Infant and Toddler Development.3rd Ed.Administration Manual*
17. *Bayley – Scales of infant and Toddler Development Third edition Nancy Bayley*
18. *Fun first foods- NHS 2014*
19. *Bright Futures Previsit Questionnaire*
20. *Essential Nutrition Actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition*
21. *PEDIATRIC NUTRITION*
22. *Early Childhood_Obesity_Prevention_Policies_FrontMatter – the national academies press washington, DC*
23. *Comparison of the WHO Child Growth - Standards and the CDC 2000 Growth Charts1*
24. *Measuring_Progress_in_Obesity_Prevention_Workshop_Report_FrontMatter-– the national academies press washington, DC*
25. *Practical_Manual_of_Clinical_Obesity_8th_Edition_Intro*
26. *Comparison of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards and the National Center for Health Statistics/WHO international growth reference: implications for child health programes*
27. *Fun first foods- NHS 2014*
28. *Bright Futures Previsit Questionnaire*
29. *Essential Nutrition Actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition*
30. *PEDIATRIC NUTRITION*
31. *Early Childhood_Obesity_Prevention_Policies_FrontMatter – the national academies press washington, DC*

32. *Comparison of the WHO Child Growth - Standards and the CDC 2000 Growth Charts1*
33. *Measuring_Progress_in_Obesity_Prevention_Workshop_Report_FrontMatter- – the national academies press washington, DC*
34. *Practical_Manual_of_Clinical_Obesity_8th_Edition_Intro*
35. *Comparison of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards and the National Center for Health Statistics/WHO international growth reference: implications for child health programes*

۱. راهنمای جامع مراقبت های ادغام یافته کودک سالم، گروه مولفین الهام طلاچیان و دیگران به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره سلامت کودکان
۲. بوکلت و راهنمای مراقبت های ادغام یافته کودک سالم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت کودکان، ۱۳۸۵
۳. مشاوره در مورد تغذیه شیرخوار و کودک خردسال،وزارت بهداشت، ۱۳۸۹
۴. حمایت و ترویج تغذیه باشیرمادر در بیمارستان‌های دوستدار کودک، وزارت بهداشت ۱۳۹۲
۵. دستورالعمل کشوری هیپوتیروئیدی
۶. دستورالعمل کشوری فنیل کتونوری
۷. دستورالعمل کشوری سلامت بینایی
۸. دستورالعمل کشوری سلامت شنوایی
۹. دستورالعمل کشوری سلامت روان
۱۰. دستورالعمل کشوری کودک آزاری
۱۱. دستورالعمل کشوری فرزندآوری
۱۲. راهنمای ملی مدیریت کودکان با سوء تغذیه
۱۳. دستورالعمل کشوری مکمل یاری کودکان
۱٤. برنامه و راهنمای ایمن سازی مصوب کمیته کشوری ایمن سازی ۱۳۹۴
۱٥. دستورعمل آموزشی برنامه کشوری فعالیت بدنی، دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر، اسفند ۱۳۹۷
۱٦. پیامدها و مشکلات تک فرزندی، گردآوری و تألیف: دکتر نوذر نخعی ، ۱۳۹۴

اسامی گروه تدوین:

۱. ابوالقاسمی دکتر ناریا -MD- MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. ابوالقاسمی دکتر حسن - فوق تخصص خون و انکولوژی اطفال - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله اعظم
۳. ابراهیمی فرزانه- کارشناس ارشد مامایی- کارشناس کودکان معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۴. اتوکش دکتر حسن- فوق تخصص نفرولوژی کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۵. احمد زاد اصل دکتر مسعود - دکترای تخصصی روان پزشکی و روان درمان گر - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۶. استوار دکتر افشین – PHD اپیدمیولوژی ،مدیر کل دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷. اصفهانی دکتر سید طاهر - فوق تخصص نفرولوژی کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۸. اکرمی دکتر فروزان- PHD پژوهشی اخلاق پزشکی- کارشناس گروه سلامت گوش و شنوایی- دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۹. امیدوار دکتر نسرین - PHD تغذیه - عضو محترم هیئت علمی انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور
۱۰. امیر جباری شیرین – کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت – کارشناس گروه سلامت گوش و شنوایی - دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱. امیدنیا سهیلا – کارشناس ارشد مشاوره ،MPH - رئیس گروه سلامت اجتماعی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۲. آذری دکتر نادیا - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۱۳. آژنگ دکتر نسرین - MD - کارشناس اداره غدد و متابولیک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۴. بابایی عباسعلی- کارشناس ارشد تغذیه - کارشناس اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۵. باشتی شهناز - کارشناسی ارشد مشاوره روانشناسی بالینی - کارشناس اداره قلب و عروق، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۶. باقرصاد دکتر عاطفه – MD - کارشناس اداره ژنتیک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۷. بخشنده مرضیه - کارشناس ارشد مامایی - MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۸. بدو دکتر رضا شروین - فوق تخصص اعصاب کودکان- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۹. برزگر دکتر محمد – فوق تخصص اعصاب کودکان - فلوشیپ نورو فیزیولوژی بالینی کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
۲۰. برکاتی سید حامد - متخصص کودکان ،مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۱. بهرامی دکتر منصور - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۲۲. بی‌طرف دکتر شیما - دندانپزشک
۲۳. پارسای دکتر سوسن- PHD تغذیه - عضو کمیته علمی مشورتی کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر
۲۴. تبریزی دکتر جعفر صادق – PHD مدیریت خدمات بهداشتی درمانی – رئیس مرکز مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۵. تشکری نغمه ،کارشناس علوم تغذیه - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۶. توکلی زاده دکتر رضا - فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۲۷. جعفری بیدهندی دکتر ناهید – متخصص پزشکی اجتماعی - مدیر گروه مدیریت برنامه های سلامت مرکز مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۸. جنیدی جعفری دکتر احمد- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران- PHD بهداشت محیط - رئیس مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۹. حاتمی زاده دکتر نیکتا - متخصص کودکان - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳۰. حاجبی دکتر احمد – متخصص روان پزشکی - مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۳۱. حاجی ولیزاده دکتر فاطمه - MD - کارشناس برنامه فنیل کتونوری اداره ژنتیک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۲. حبیب الهی دکتر عباس- فوق تخصص نوزادان- کارشناس اداره سلامت نوزادان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۳. حجت زاده علیه - کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، MPH - کارشناس مسئول اداره قلب و عروق، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۴. حقی دکتر صباحت - فوق تخصص خون و انکولوژی اطفال - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
۳۵. حکیم شوشتری دکتر میترا - روان پزشک کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۳۶. حیدرآبادی دکتر سیف الله – متخصص کودکان - فلو شیپ تکامل کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
۳۷. حیدرزاده دکتر محمد- فوق تخصص نوزادان- رئیس اداره سلامت نوزادان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۸. خاتمی دکتر غلامرضا - فوق تخصص گوارش کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۳۹. خادم صدیقه – کارشناس ارشد روانشناسی بالینی - کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۰. خسروی دکتر نسرین – فوق تخصص نوزادان- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۴۱. خوش نواز عاطفه – کارشناس ارشد مامایی - MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۲. خوشنویس دکتر نسرین -MD- MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۳. درستی دکتر احمدرضا -PHD تغذیه - عضو هیئت علمی دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴۴. درمنش دکتر بنفشه – فوق تخصص نفرولوژی کودکان- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارتش و عضو انجمن نفرولوژی کودکان ایران
۴۵. دلاور دکتر بهرام - متخصص کودکان - بیمارستان بهارلو
۴۶. راوری دکتر محمود ؛ متخصص کودکان - عضو کمیته علمی مشورتی کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر
۴۷. رجوی دکتر ژاله - جراح و متخصص چشم - فوق تخصص اطفال و استرابیسم - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۸. رحیمی اعظم دخت – ماما / کارشناس ارشد جمعیت ؛ کارشناس اداره سلامت باروری و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۹. رشیدی جزنی نسرین – کارشناسی مامایی - کارشناس اداره سلامت نوزادان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۰. رهبر دکتر محمد رضا - MD- MPH - مدیر گروه مدیریت نیروی انسانی سطح ۱ مرکز مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۱. زارع پروین – کارشناس ارشد مامایی - MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۲. زارعی دکتر مریم - PHD تغذیه - کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۳. زهرایی دکتر سید محسن – متخصص بیماری های عفونی- رییس اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۴. زینالو دکتر علی اکبر – فوق تخصص قلب کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۵۵. ساجدی دکتر فیروزه - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۵۶. سجادپور آرزو – کارشناسی علوم اجتماعی- کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۷. سعدوندیان سوسن - کارشناس ارشد علوم بهداشتی در تغذیه - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۸. سلیمانی دکتر فرین - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۵۹. سماوات دکتر اشرف – متخصص کودکان و PHD ژنتیک پزشکی - رئیس اداره ژنتیک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶۰. سموات دکتر طاهره- دکترای تخصصی قلب و عروق- MPH ؛ کارشناس مسئول اداره قلب و عروق، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۶۱. سیاری دکتر علی اکبر - فوق تخصص گوارش کودکان - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۶۲. شریعت پناهی غزال – متخصص کودکان ،ا دارای برد تخصصی کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران - رئیس اداره سلامت کودکان ، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶۳. شریفی یزدی مریم - کارشناس ارشد آموزش پزشکی - کارشناس گروه مدیریت نیروی انسانی سطح ۱ مرکز مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶۴. شریفی فاطمه - کارشناس ارشد آموزش و ارتقا سلامت- کارشناس مامایی- کارشناس کودکان معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۶۵. شکیبا دکتر مرجان - فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۶۶. شمس دکتر بهزاد - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
۶۷. شهشهانی دکتر سهیلا - متخصص کودکان- عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۶۸. صافی دکتر ساره – دکترای پژوهشی بینایی سنجی مرکز تحقیقات چشم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی - کارشناس گروه سلامت چشم و پیشگیری از نابینایی - دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶۹. صالحی مازندرانی دکتر فروزان - MD- MPH - معاون دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷۰. صمد زاده دکتر حمید- دندانپزشک ،ا مشاور معاون بهداشت و رئیس اداره سلامت دهان و دندان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷۱. طالبی دکتر سعید – متخصص کودکان و PHD ژنتیک پزشکی - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۷۲. طلاچیان دکتر الهام - فوق تخصص گوارش کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۷۳. طغیانی راهله – کارشناس ارشد مامایی- MPH باروری- رئیس گروه سلامت کودکان و نوجوانان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
۷۴. عبداللهی دکتر زهرا - PHD تغذیه - مدیر دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷۵. عرب گل دکتر فریبا – فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۷۶. عزالدین زنجانی دکتر ناهید – متخصص کودکان- مدیر عامل انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر - عضو کمیته علمی مشورتی کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر
۷۷. عطایی دکتر نعمت الله - فوق تخصص نفرولوژی کودکان- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و عضو انجمن نفرولوژی کودکان ایران
۷۸. علایی دکتر شهناز - MD- MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷۹. علایی دکتر محمد رضا - فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۸۰. عندلیب پرنیان – ماما / کارشناس ارشد آموزش پزشکی - کارشناس اداره سلامت باروری و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸۱. عیسی تفرشی دکتر رویا - فوق تخصص قلب کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۸۲. فاضل دکتر مجتبی- فوق تخصص نفرولوژی کودکان- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و عضو انجمن نفرولوژی کودکان ایران
۸۳. فرانوش دکتر محمد - فوق تخصص خون و انکولوژی اطفال - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۸۴. فرسار دکتر احمد رضا - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۸۵. فرهادی مهندس محسن – معاون فنی بهداشت محیط - مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸۶. فریور دکتر خلیل – متخصص کودکان - عضو کمیته علمی مشورتی کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر
۸۷. فقیهی فرشته – کارشناس ارشد پرستاری - MPH - کارشناس گروه مدیریت برنامه های سلامت مرکز مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸۸. قدمی شیلا - کارشناس مامایی - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸۹. قرائی دکتر بنفشه - دکترای تخصصی روان درمانی و روانشناس بالینی - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۹۰. کلانتری دکتر ناصر - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۹۱. گورانی مهندس علی – کارشناس مسئول بهداشت محیط ،ا مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۹۲. لرنژاد دکتر حمید رضا - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۹۳. الله وردی دکتر بهار - فوق تخصص گوارش کودکان - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۹۴. مجتهدی دکتر سید یوسف - فوق تخصص نفرولوژی کودکان- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و رئیس انجمن نفرولوژی کودکان ایران - سرپرست کار گروه تدوین راهنمای غربالگری فشار خون در کودکان
۹۵. محققی دکتر پریسا - فوق تخصص نوزادان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۹۶. محمدی دکتر سید فرزاد - جراح و متخصص چشم - فوق تخصص قرنیه – عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات چشم پزشکی ترجمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران – رئیس گروه سلامت چشم و پیشگیری از نابینایی دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۹۷. محمودی دکتر سوسن – متخصص کودکان- کارشناس اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۹۸. محمودی قرائی دکتر جواد - فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۹۹. محمودیان دکتر سعید – PHD شنوایی شناسی - رییس گروه سلامت گوش و شنوایی دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رئیس مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت در تحقیق و آموزش کم شنوایی و ناشنوایی
۱۰۰. مرادی دکتر محمد - دکترای آموزش بهداشت - کارشناس اداره قلب و عروق ، مدیر برنامه فعالیت بدنی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰۱. مرندی دکتر علیرضا - فوق تخصص نوزادان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۱۰۲. مطلق دکتر محمد اسماعیل - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز ،ه مشاور معاون بهداشت و سرپرست دفتر مدیریت و کاهش خطر بلایا
۱۰۳. مظهری مهندس مریم- کارشناس بهداشت محیط ،ه مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰۴. معراجی پور طاهره- کارشناس بهداشت عمومی- کارشناس گروه سلامت چشم و پیشگیری از نابینایی -دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر -وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰۵. موسوی فاطمی دکتر نادره - PHD سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی -کارشناس اداره سلامت دهان و دندان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰۶. مهدوی نیا دکتر سهیلا- فوق تخصص نفرولوژی کودکان- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و عضو انجمن نفرولوژی کودکان ایران
۱۰۷. مهدوی هزاوه دکتر علیرضا - MD- MPH - رئیس اداره قلب و عروق، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰۸. میرسید علیان منیرالسادات- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی- کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰۹. مینایی دکتر مینا - PHD تغذیه - کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱۰. وامقی دکتر روشنک - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
۱۱۱. وفا دکتر محمد رضا -PHD تغذیه - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۱۱۲. وکیل زاده دکتر شراره – دندانپزشک - کارشناس اداره سلامت دهان و دندان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱۳. ولیزاده مهندس بهزاد – کارشناس ارشد بهداشت محیط ،ه مسئول دبیرخانه کاهش و کنترل دخانیات - مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱۴. هومن دکتر نکیسا- فوق تخصص نفرولوژی کودکان- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و دبیر انجمن نفرولوژی کودکان ایران
۱۱۵. الهی مهندس طیبه - کارشناس مسئول بهداشت محیط ،ه مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱۶. یادگاری دکتر فریبا - دکترای تخصصی گفتاردرمانی - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۱۱۷. یار احمدی دکتر شهین- متخصص بیماری های غدد درون ریز و متابولیسم ،ه رئیس اداره غدد و متابولیک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱۸. یاوری سمیرا - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی- کارشناس دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱۹. یزدان پناه راوری دکتر مهدیه- MD- MPH - کارشناس اداره سلامت باروری و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی


وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت کودکان


معاونت بهداشت


وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر بهبود تغذیه جامعه


وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد


جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر مدیریت بیماری های غیرواگیر


معاونت بهداشت
اداره بهداشت دهان و دندان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد
مرکز بهداشت استان

واکسیناسیون و
بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن

مجموعه دروس آموزش بهورزی

مدیریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت
واحد آموزش بهورزی
زمستان ۱۳۹۶

Created in Master PDF Editor

Created in Master PDF Editor

تدوین کنندگان :

۱-علیرضا شجاعی مدیر مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد

۲-عصمت علومی مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان کاشمر

۳-رجب کرمی مدیر مرکز آموزش بهورزی شهرستان چناران

۴-حسین اصغر رازقی مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان قوچان

۵-صغری جمالیان مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان سرخس

۶-رضا قیاسی مربی مرکز آموزش بهورزی شماره دو شهرستان مشهد

۷-غلامحسن وحیدی مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان خواف

۸-ویدا هاشمیان کارشناس واحد آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان

با نظارت :

دکتر محمد حسن درخشان : مدیر توسعه شبکه و ارتقای سلامت مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

عشرت فیروزی : کارشناس مسئول آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

Created in Master PDF Editor

Created in Master PDF Editor

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
فصل اول	۲
آشنایی با تعاریف ایمنی، واکسن، سرم و واکسیناسیون و انواع آن	۲
فصل دوم	۶
آشنایی با زنجیره سرما و نحوه نگهداری واکسن در یخچال و فرمهای مربوطه	۶
فصل سوم	۲۳
تزریق ایمن	۲۳
فصل چهارم	۲۹
بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن و ایمن سازی	۲۹
فصل پنجم	۳۸
بیماریهای دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، هموفیلوس انفلوانزا تیپ ب، هپاتیت ب	۳۸
و واکسن های پنتاوالان، سه گانه، توام و هپاتیت	۳۸
فصل ششم	۹۷
آشنایی با نحوه‌ی اجرای دستورالعمل واکسیناسیون در کشور	۹۷
فصل هفتم	۹۸
آشنایی‌باچگونگی‌درخواست واکسن، دریافت‌آن ونحوه اجرای دستورالعمل واکسیناسیون کشوری	۹۸
فصل هشتم	۱۰۵
ایمن سازی و پایش واکسیناسیون	۱۰۵
فصل نهم	۱۱۰
عوارض ناخواسته	۱۱۰
علایم اختصاری واکسنها	۱۱۲

Created in Master PDF Editor

فصل اول
آشنایی با تعاریف ایمنی، واکسن، سرم و واکسیناسیون و انواع آن

اهداف:

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود فراگیر بتواند:

۱- ایمنی را تعریف نماید.

۲- انواع مصونیت را بیان نماید و برای هر مورد یک مثال بزند.

۳- مصونیت ذاتی و غیر ذاتی را تعریف نماید.

۴- راههای ایجاد مصونیت غیر ذاتی در بدن را شرح دهد.

۵- واکسن و انواع آن را بیان کند.

۶- واکسیناسیون را تعریف کند.

۷- سرم را تعریف کند.

Created in Master PDF Editor

تعریف مصونیت (ایمنی)

مصونیت عبارت است از مقاومت وتوانایی بدن در برابر عوامل بیماریزا

انواع مصونیت

۱- مصونیت ذاتی (مقاومت):

انسان ذاتاً نسبت به بعضی از بیماریها مقاوم است و به آنها مبتلا نمی‌شود. مثلاً بیماری نیوکاسل که انسان ذاتاً به آن مبتلا نمی‌شود.

۲- مصونیت غیر ذاتی (اکتسابی):

ایمنی که ذاتاً در بدن وجود نداشته باشد و بعداً ایجاد می‌شود.

راههای ایجاد مصونیت غیر ذاتی در بدن:

- **فعال:** نوعی ایمنی است که بدن انسان خودش در به وجود آوردن آن نقش و فعالیت دارد و بر دو نوع است.

الف) طبیعی: افرادی که به طور طبیعی به بعضی بیماریها مبتلا می‌شوند و پس از بهبودی تا آخر عمر به آن بیماری مبتلا نمی‌شوند مانند سرخک

ب) مصنوعی: با واکسیناسیون افراد در یک یا چند نوبت یک بیماری خفیف در آنان ایجاد نموده که پس از بهبودی مصونیت نسبتا پایدار در بدن ایجاد می‌شود.

- **غیر فعال:** نوعی ایمنی است که بدن خود فرد در به وجود آوردن آن نقش نداشته است و بر دو نوع است.

الف) طبیعی: مصونیت انتقالی به صورت طبیعی از مادر به جنین از راه جفت،یا تغذیه با شیر مادر که به کودک منتقل می‌شود واکسیناسیون باعث پیشگیری از ابتلا به بعضی از بیماریها در دوره نوزادی و کودکی می‌شود. مانند ایمنی حاصله از واکسیناسیون مادر باردار در برابر کزاز که به جنین منتقل شده و از کزاز نوزادی پیشگیری می‌کند.

ب) مصنوعی: مصونیت انتقالی با تزریق سرم ایمن انسانی یا حیوانی به افرادی که در معرض هجوم یک بیماری قرار گرفته‌اند این روش ایمنی زایی با سرم را سرم تراپی (سرم درمانی) می‌گویند که برای درمان بعضی بیماری‌ها مانند کزاز، دیفتری،حیوان گزیدگی مارگزیدگی به کار می‌رود.

در مواردی از سرم به عنوان پیشگیری نیز استفاده می‌شود مانند تزریق سرم کزاز (تتابولین) یا سرم ضد هاری به افراد مصدوم آلوده به خاک و افراد حیوان گزیده.

Created in Master PDF Editor

انواع ایمنی	ذاتی		
	غیرذاتی	فعال	طبیعی
			مصنوعی
		غیر فعال	طبیعی
			مصنوعی

تعریف واکسن

عبارت است از میکروب یا ویروس زنده ضعیف شده یا کشته شده آن یا سم ضعیف شده میکروب یا آنتی ژن سطحی ویروس که به منظور ایجاد مصونیت در بدن تزریق یا تلقیح می‌شود.

انواع واکسنها

۱- باکتریال ۲- ویروسی

واکسنهای باکتریال

۱- زنده ضعیف شده مانند ب ث ژ

۲- میکروب کشته شده مانند سیاه سرفه، هموفیلوس آنفلوآنزاتیپ **B**

۳- توکسوئیدها مانند کزاز و دیفتری

واکسنهای ویروسی

۱- زنده ضعیف شده مانند سرخک، سرخجه، اوریون و واکسن خوراکی فلج اطفال

۲- کشته شده مانند واکسن تزریقی فلج اطفال و هاری

۳- آنتی ژن سطحی ویروس مانند هپاتیت ب

Created in Master PDF Editor

شکل ظاهری واکسنها

واکسن سرخک، سرخجه، اوریون و ب ث ژ بصورت لیوفلیزه (خشک) می‌باشد. واکسن توأم، ثلاث، هپاتیت ب، پنتاوالان و فلج اطفال بصورت حلال می‌باشد.

تعریف واکسیناسیون (ایمن‌سازی)

ایجاد مصونیت به وسیله واکسن را واکسیناسیون می‌گویند.

تعریف سرم (سرم ایمن)

چنانچه سم میکروب را به وسیله‌ای ضعیف نمایند و به بدن حیوانی مانند اسب تلقیح کنند سپس بعد از دو هفته خون حیوان را بگیرند و پلاسما (خونابه) آنرا جدا کنند این خونابه دارای مقدار کافی ضد سم است که بنام سرم معروف بوده و حاوی پادزهر (آنتی بادی) است.

Created in Master PDF Editor

فصل دوم

آشنایی با زنجیره سرما و نحوه نگهداری واکسن در یخچال و فرم‌های مربوطه

اهداف:

پس از مطالعه این فصل فراگیر بتواند:

۱- تعریف زنجیره سرما را بیان کند

۲- هشت مورد از نکات مهم در مورد نگهداری واکسن در یخچال، یخدان و واکسن کاریر را بیان کند.

۳- سه مورد از نکات مهم در مورد نگهداری واکسن هنگام واکسیناسیون را بیان کند.

۴- نمودار دمای یخچال نمونه خانه بهداشت را ترسیم کند.

۵- چهار مورد از نکات قابل توجه در مورد یخدان و واکسن کاریر را بیان کند.

۶- برفک زدایی یخچال را تعریف کند.

۷- برفک زدایی یخچال را عملاً انجام دهد.

۸- طریقه صحیح چیدن واکسن‌ها در یخچال را شرح دهد.

۹- طریقه چیدن واکسنها رادر یخچال نمونه خانه بهداشت نمایش دهد.

۱۰- کارکردن با دماسنج‌های مختلف (ماکزیمم و مینیمم، ستونی، عقربه ای، دیجیتالی) را شرح دهید و عملاً قادر به کار کردن با آنها باشد.

۱۱- پنج مورد از عواملی که باعث خرابی واکسن‌ها می‌شود را نام ببرد.

۱۲- نحوه تبدیل ماههای میلادی به شمسی را بیان نماید.

Created in Master PDF Editor

نظام زنجیره سرما

نظام زنجیره سرما عبارت است از سلسله مراحل مختلف حمل واکسن که در هر مرحله برای حفظ موثر بودن واکسن سرمای مناسبی لازم است. در اغلب برنامه‌های مصون سازی مراحل حمل به شکل زیر است و هرچه واکسنی در زنجیره سرما از محل تولید به سوی محل تزریق جلوتر رود مخاطراتی که آن را تهدید می‌کند افزایش می‌یابد.

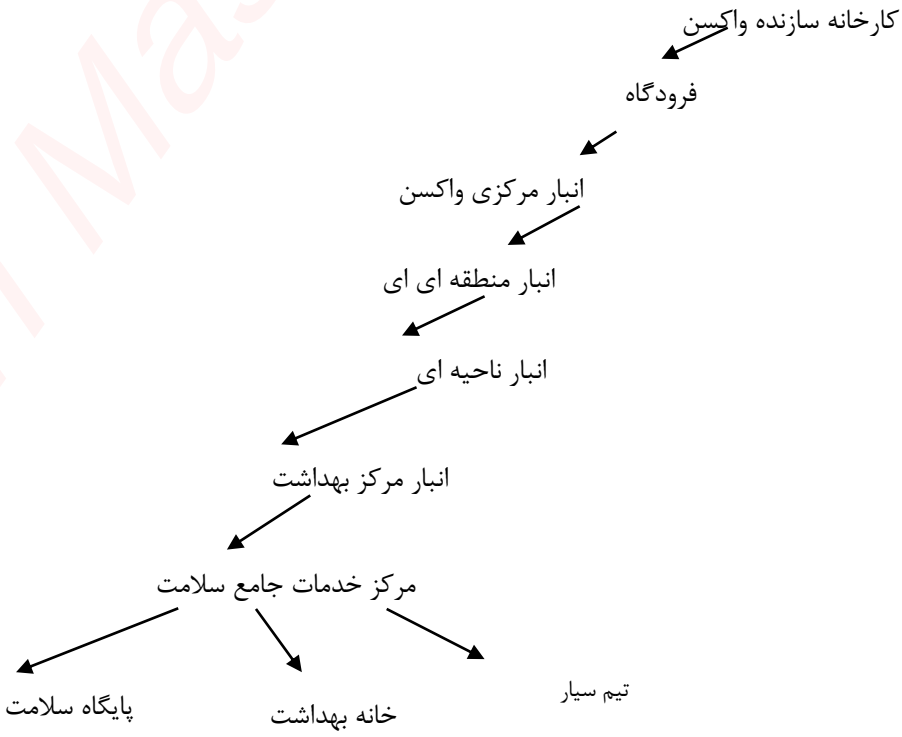
کارخانه سازنده واکسن: فرودگاه، انبار مرکزی، انبار منطقه ای، انبار ناحیه‌ای، واحد نهایی، مرکز بهداشت، متصدی تزریق.

در این نظام چگونگی توزیع واکسن، نگهداری اثر واکسن از محل تولید به محل استفاده مورد نظر می‌باشد. رعایت این نظام ضرورت کامل دارد زیرا واکسن نسبت به حرارت حساسیت داشته و اگر در معرض حرارت قرار گیرد دوام کمتری خواهد داشت. پاره‌ای از واکسن‌ها به گرما حساسیت بیشتری دارند. که بترتیب میزان حساسیت عبارتند از: فلج اطفال، سرخک، سرخجه، اوریون، ب.ث.ژ، سه گانه.

هنگامیکه واکسن حساسیت خود را از دست بدهد قادر به حفاظت افراد در مقابل بیماری نخواهد بود. اگر واکسن به دلیل وجود گرما موثر بودنش را از دست بدهد حتی اگر دوباره آن را در یخچال یا فریزر قرار دهند قادر به کسب توانایی اولیه آن نخواهد بود.

بطور کلی اگر واکسن در حداقل درجه حرارت توصیه شده نگهداری شود برای مدت طولانی موثر خواهد بود.

مراحل حمل واکسن



Created in Master PDF Editor

زنجیره سرما

واکسن‌ها باید در تمام طول مسیر از کارخانه سازنده تا زمان تزریق به کودک در دمای مناسب نگهداری شود.

تعریف زنجیره سرما: تجهیزات و افرادی که واکسن را از کارخانه سازنده تا کودک در دمای مناسب (سرد) نگه می‌دارند باهم زنجیره سرما نامیده می‌شود.

دو عامل اساسی زنجیره سرما: ۱- تجهیزات ۲- افراد

طریقه نگهداری واکسن‌ها

بطور کلی چنانچه واکسنها در شرایط مناسب نگهداری نشوند ، به سرعت قدرت ایمنی خود را از دست می‌دهند، مثل واکسن سرخک، سرخجه، اوریون و فلج اطفال که در مقابل نور و حرارت فوق العاده حساس می‌باشند و بر عکس واکسن ثلاث، توام و هپاتیت، پنتاوالان که در مقابل سرما حساس هستند. بنابراین طبق نظریه دانشمندان واکسنها بایستی در یخچال و یخدان یا جعبه‌های حمل واکسن (واکسن کاریر) در دمای بین ۲+ تا ۸+ درجه سانتیگراد نگهداری و حمل گردند.

نکات مهم در مورد نگهداری واکسن در یخچال ، یخدان و واکسن کاریر

۱- یخچال باید فاقد هر گونه نقص فنی بوده و حداقل دارای سه طبقه مجزا باشد.

۲- یخچال باید در محل مناسب (دور از گرما و نور آفتاب) با فاصله ۱۵ تا ۲۰ سانتی متر از دیوار قرار گیرد و بایستی یخچال تراز باشد.

۳- واکسن‌ها طوری در یخچال قرار داده شود که واکسن‌های زودتر تحویل گرفته شده اول استفاده شود.

۴- در قسمت فریزر یخچال بایستی کیسه‌های یخ (آیس بگ‌ها) و در قسمت پایین یخچال بایستی شیشه‌های پر از آب و نمک گذارده شود که چنانچه برق یخچال قطع شد مدت زیادی یخچال خنک بماند.

۵- در صورتی که به علت نقص فنی و یا برفک زدائی خواستیم واکسن‌ها را در واکسن کاریر قرار دهیم بایستی قبلا واکسن کاریر را تمیز کرده و پس از گذاشتن آیس بگ داخل آن درجه حرارت را بین ۲+ تا ۸+ درجه سانتیگراد تنظیم نموده سپس واکسن‌ها را در آن قرار داده و درب آن را محکم می‌بندیم. (بایستی دقت نمود که شیشه‌های واکسن ثلاث، توام، پنتاوالان و هپاتیت تماس مستقیم با آیس بگ‌ها نداشته باشند).

۶- سبدهای حاوی واکسن را بایستی فقط در طبقات یخچال قرار داده و از گذاردن آنها در محفظه‌های موجود در درب یخچال خودداری کرد زیرا درجه حرارت در این قسمت بالاتر از ۸+ درجه سانتیگراد است. بین سبدها حتما باید فضای خالی جهت عبور هوای سرد وجود داشته باشد.

ضمنا واکسن ثلاث، توام، پنتاوالان و هپاتیت را به دیواره داخلی یخچال تماس مستقیم نداشته، زیرا احتمال یخ زدن واکسن وجود دارد.

۷- از گذاردن هر نوع غذا یا بطری نوشابه در داخل یخچال حاوی واکسن خودداری شود. زیرا این ماده به خراب شدن واکسن‌ها کمک می‌نماید چون که گذاردن غذا در یخچال مستلزم این است که به دفعات درب یخچال باز و بسته شده لذا این امر باعث

Created in Master PDF Editor

می‌شود حرارت داخل یخچال دائما در حال تغییر و احیانا بالاتر از ۸+ درجه سانتیگراد برود. بنابراین از باز کردن درب یخچال به غیراز مواقعی که احتیاج به خارج نمودن واکسن است اجتناب نموده و دقت نمائید که درب یخچال کاملا بسته شده باشد.

۸- روزی دو بار حرارت داخل یخچال را بوسیله دماسنجی که داخل آن گذاشته شده کنترل نموده و فرم نمودار درجه حرارت یخچال را ثبت نمائید.

۹- هر واکسن کاریر باید دارای یک ترمومتر عقربه‌ای باشد تا بتوان درجه داخل آن را کنترل نمود.

۱۰- اگر یخچال برقی است باید از پریزهایی استفاده کرد که دو شاخه یخچال را محکم نگه دارد تا امکان خارج شدن آن از پریز وجود نداشته باشد.

۱۱- اگر یخچال گازی است حتما بایستی یک عدد سیلندر گازی به طور یدک موجود باشد که هر وقت سیلندر متصل به یخچال تمام شد آن را تعویض کرده و مجدداً سیلندر خالی را پر نمائید.

۱۲- یخچال را بطور مرتب برفک زدایی نمائید.

۱۳- گذاردن تعداد کافی ۱۲-۸ عدد آیس بگ در قسمت یخدان و ۶-۴ عدد بطری آب نمک در طبقه تحتانی

۱۴- گذاردن دماسنج ماکزیمم و می‌نیمم بصورت عمودی در طبقه میانی یخچال و یا گذاردن دماسنج دیجیتال در طبقه میانی یخچال

۱۵- چیدن مناسب واکسن‌ها در طبقات یخچال بطوریکه در یخچالهای دارای دو طبقه، واکسنهای ویروسی و ب.ث.ژ در طبقه فوقانی و بقیه واکسن‌ها در طبقات تحتانی نگهداری شود.

۱۶- با توجه به تغییر دما در فصول مختلف ترمومتر یخچال را تنظیم نمائیم تا یخچال بیش از حد گرم یا سرد نشود.

Created in Master PDF Editor

نکات مهم در مورد نگهداری واکسن هنگام واکسیناسیون

۱- وقتی واکسن را از یخچال یا واکسن کاریر جهت انجام واکسیناسیون خارج نموده اید حتما آنرا روی آیس بگ (بهتر است حفره داشته باشد تا بتوان واکسن را درون آن قرار داد)

۲- واکسن‌های حساس به نور (سرخک، سرخجه، اوریون، ب ث ژ) را در لفاف آلومینیومی بپیچید.(در برنامه های سیاری)

۳- مدت زمان نگهداری واکسن‌های باز شده برابر آخرین دستورالعمل ایمن‌سازی کشور می‌باشد.

نکات قابل توجه در مورد یخدان (کلد باکس) و واکسن کاریر



۱- یخدان و واکسن کاریر از مواد مخصوصی ساخته شده‌اند که گرما را از خود عبور نمی‌دهند و دارای دیواره و درب ضخیم می‌باشند.

۲- یخدان برای حمل مقدار زیاد واکسن به کار می‌رود و از واکسن کاریر برای حمل مقدار کم واکسن استفاده می‌شود.

۳- جداره یخدان و واکسن کاریر نبایستی ترک داشته باشد چون حرارت به داخل آن نفوذ می‌کند.

۴- درب یخدان و واکسن کاریر نباید دارای نقص باشد و وقتی درب آنها بسته می‌شود بایستی چنان جفت شود که حتی یک ورق کاغذ نتواند از بین درب و بدنه آنها عبور داده شود.

۵- رنگ یخدان و واکسن کاریر بایستی حتی المقدور سفید باشد چون این رنگ حرارت نور خورشید را کمتر جذب می‌کند.

۶- یخدان و واکسن کاریر را همیشه بایستی تمیز و خشک نگاه داشت.

۷- تعداد کافی آیس بگ داخل یخدان باشد.

۸- واکسنهای ثلاث، توام ، هپاتیت و پنتاوالان با کیسه یخ تماس مستقیم نداشته باشند.

۹- در داخل یخدان ترمومتر قرار داده شود.

۱۰- نگهداری واکسن باید برعهده یک شخص آموزش دیده واگذار شود.

Created in Master PDF Editor

برفک زدایی

به معنای خارج کردن توده‌های یخی که در دیواره قسمت فریزر یخچال جمع شده است. این کار را زمانی انجام دهید که قطر یخ یا برفک نیم سانتیمتر و بیشتر باشد.

طریقه برفک زدایی

ابتدا به وسیله کیسه‌های یخ درجه حرارت واکسن کاریر را بین ۲+ تا ۸+ درجه سانتیگراد تنظیم نموده و بعد واکسن‌ها را درون آن می‌گذاریم سپس دو شاخه یخچال را از پریز برق کشیده (اگر برقی است) و اگر نفتی یا گازی است شعله آن را خاموش کنید.

یک ظرف آب گرم را داخل یخچال قرار داده و با یک تکه پارچه آغشته به آب گرم یخها را پاک کنید (این کار باعث می‌شود که یخ‌ها زودتر آب شوند) وقتی یخها کاملا آب شدند داخل یخچال را تمیز و خشک نمایید.

اگر یخچال برقی است دو شاخه آن را به پریز وصل کنید و اگر نفتی یا گازی است شعله آن را روشن نمائید. درب یخچال را ببندید، وقتی که درجه حرارت آن بین ۲+ تا ۸+ درجه سانتی گراد تنظیم شد، واکسن‌ها را درون آن بگذارید.

توجه: برای جدا کردن یخ‌ها از کارد یا وسایل نوک تیز استفاده ننمائید. چون این وسایل ممکن است یخچال را سوراخ کنند و باعث خرابی آن شوند.

طریقه چیدن واکسن‌ها در داخل یخچال: واکسنها را باید به شرح ذیل در داخل یخچال قرار داد.

۱- در قسمت فریزر یخچال آیس بگ‌ها ترجیحا به صورت ایستاده (عمودی) و در غیر این صورت در حالت خوابیده به پهلو با فاصله کنار هم قرار گیرند.

۲- در طبقه فوقانی یخچال واکسنهای **M.M.R**، فلج اطفال، ب.ث.ژ و حلالهای مربوطه

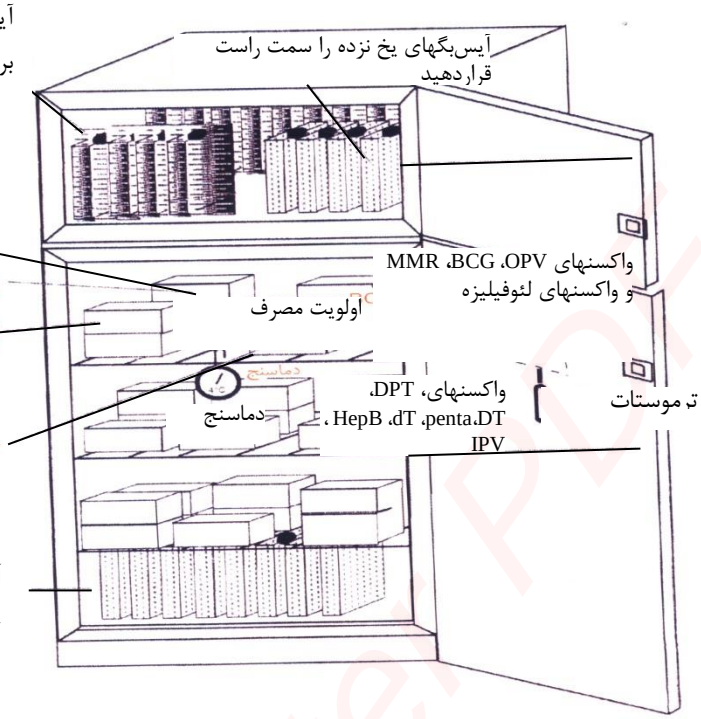
۳- در طبقه میانی محلول توبرکولین، ثلاث، پنتاوالان، توام و هپاتیت ب. IPV

۴- در طبقه تحتانی یخچال شیشه‌های حاوی آب نمک.

توجه: از قرار دادن واکسن و شیشه‌های آب نمک در درب یخچال خود داری نمائید.

Created in Master PDF Editor

یخچال نگهداری واکسن



دما و دماسنج

دمای هر چیز عبارت است از سردی و یا گرمی آن، شما دما را با دماسنج اندازه گیری می‌کنید.

- آب زیر صفر درجه یخ می‌زند دمای زیر صفر را با اعداد منفی نشان می‌دهند. (-)
- یخ بالای صفر درجه، آب می‌شود. دمای بالای صفر را با اعداد مثبت نشان می‌دهند. (+)
- دمای مناسب برای نگهداری واکسن‌ها بین ۲+ تا ۸+ در جه سانتی‌گراد می‌باشد.

Created in Master PDF Editor

فصل چهارم
بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن و ایمن سازی

اهداف:

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود فراگیر بتواند:

۱- عامل ایجاد هر یک از بیماریها را نام ببرد.

۲- مخزن، راه سرایت، دوره کمون و واگیری هر یک از بیماریها را بیان نماید.

۳- حساسیت و مقاومت افراد را در برابر هر یک از بیماریها توضیح دهد.

۴- نحوه مراقبت و پیشگیری در هر یک از بیماریها را توضیح دهد.

۵- عوارض هر یک از بیماریها را فهرست کند.

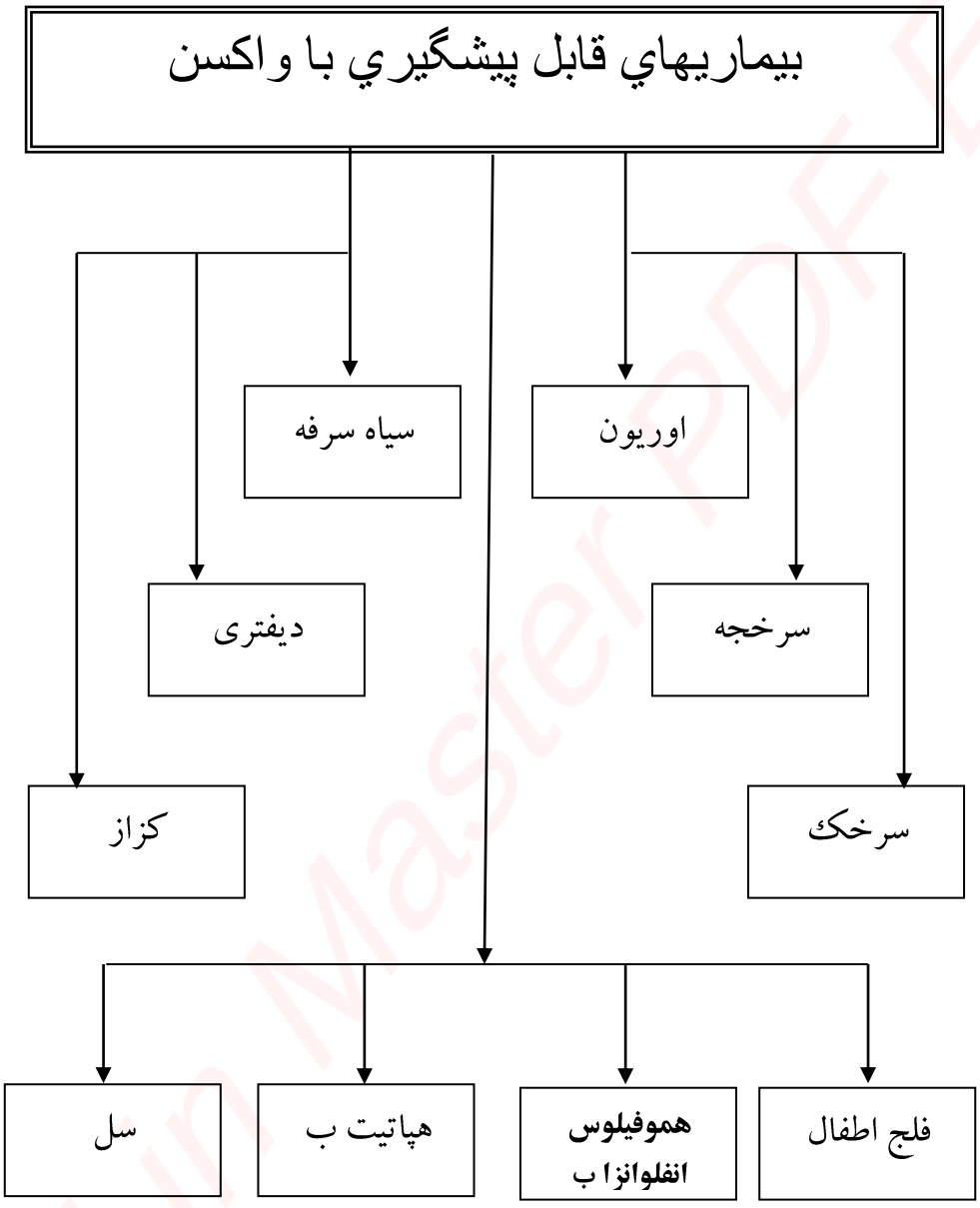
۶- ماهیت، مقدار تلقیح، محل و روش واکسن هر یک از بیماریها را شرح دهد.

۷- وسایل مورد نیاز برای انجام واکسیناسیون را آماده نماید.

۸- تلقیح هر یک از واکسنها را بر روی ماکت انجام دهد.

۹- آموزش‌های لازم پس از واکسیناسیون را به مادر ارایه نماید.

Created in Master PDF Editor



Created in Master PDF Editor

بیماری فلج اطفال و واکسن OPV

اهداف

پس از مطالعه این درس انتظار می‌رود فراگیر بتواند:

۱- عامل ایجاد فلج اطفال را نام ببرد.

۲- مراحل و علائم بیماری فلج اطفال را لیست نماید.

۳- تعریف استاندارد فلج شل حاد (**AFP**) را بیان نماید.

۴- همه گیر شناسی بیماری فلج اطفال را شرح دهد.

۵- مخزن، راه سرایت، دوره کمون و دوره واگیری بیماری فلج اطفال را بیان نماید.

۶- حساسیت و مقاومت افراد را در برابر فلج اطفال بیان نماید.

۷- عوارض بیماری فلج اطفال را فهرست کند.

۸- وظائف بهورز را در خصوص مراقبت و پیشگیری از فلج اطفال شرح دهد.

۹- تعریف مورد پرخطر (**Hot case**) را بیان نماید.

۱۰- در صورت وجود موارد پرخطر روش تهیه نمونه مدفوع از موارد تماس بیمار را توضیح دهد.

۱۱- وسایل مورد نیاز واکسیناسیون پولیو را لیست کند.

۱۲- ماهیت واکسن پولیو، مقدار تلقیح، محل و روش تلقیح آن را بیان کند.

۱۳- روش کار واکسیناسیون پولیو را شرح داده و عملاً نمایش دهد.

۱۴- آموزش‌های لازم پس از واکسیناسیون را به مادر ارائه دهد.

Created in Master PDF Editor

فلج اطفال (Poliomyelitis)

تعریف



پولیومیلیت بیماری عفونی واگیردار ویروسی بوده که اغلب اوقات با یک فلج ناگهانی در اندامها شناخته می‌شود و سیستم عصبی مرکزی را درگیر می‌کند.

عامل: نوعی ویروس که فقط در انسان ایجاد بیماری می‌کند و دارای ۳ تیپ ۱و۲و۳ می‌باشد و بنام پولیو ویروس نامیده می‌شود.

پیش نشانه، مراحل و علائم

این بیماری می‌تواند با طیفی از حالت بدون علامت، یا با علائم خفیف مثل سرماخوردگی تا فلج ناگهانی اندام خود را نشان دهد و بیشتر گروه سنی زیر ۵ سال را مبتلا می‌نماید. علائم بیماری تب، سردرد، بی حالی، درد وضعف عضلات و سرفه، شل شدن عضلات و اسهال و یا یبوست ظهور می‌کند و گاهی فلج ناگهانی که مهمترین علامت می‌باشد، اتفاق می‌افتد اما باید توجه داشت که تا ۹۰٪ بدون علامت است و ۹٪ علایم بالینی داشته و فقط در ۱٪ شکل فلجی آن دیده می‌شود.

برنامه ریشه کنی بیماری فلج اطفال در سطح دنیا پیگیری می‌شود که در این راستا در کشور ما نیز از سال ۱۳۷۳ برنامه مراقبتی و واکسیناسیون فوق العاده اجرا و و موفقیتهای خوبی نیز حاصل شده است با توجه به اینکه بیش از ۹۹٪ عفونتهای فلج اطفال فاقد علامت مشخص و فلج می‌باشد و تاخیر در شناسایی بموقع آنان می‌تواند منجر به گسترش بیماری در جامعه شود لذا در کلیه واحدهای بهداشتی درمانی کلیه افراد زیر ۱۵ سال که با فلج ناگهانی مراجعه کرده و سابقه ضربه نداشته باشند تحت عنوان فلج شل حاد (**AFP**) شناسایی و گزارش می‌شوند. فلج شل حاد طیف زیادی از بیماریها را شامل می‌شود که ممکن است با علامت فلج در اندامهای حرکتی ظاهر شود، ولی پس از کشف و گزارش دهی بموقع، اقدامات تشخیصی انجام و از ابتلا به فلج اطفال اطمینان حاصل می‌گردد.

Created in Master PDF Editor

تعریف استاندارد فلج شل حاد (AFP): Acute flaccid Paralysis

وقوع هرگونه فلج شل ناگهانی دراندامها(بدون سابقه ضربه) در افراد زیر ۱۵ سال

تعریف عامیانه فلج شل حاد(**AFP**): وقوع هر گونه فلج ناگهانی

وقوع: قبل از کشف واکسن، این بیماری در تمام نقاط دنیا پراکنده بود. بهبود وضعیت واکسیناسیون تعداد کشور هایی را که ویروس پولیو در آنها یافت می‌شود بشدت کاهش داده است و سازمان جهانی بهداشت درصدد ریشه کنی آن بر آمده است.

مخزن: فقط انسان می‌باشد.

راههای سرایت:

۱- (مدفوعی-دهانی) **fecal-oral**: ازطریق مدفوع محیط را آلوده کرده و به هرطریق به دهان افراد سالم برسد بیماری را ایجاد می‌کند.

۲- از طریق ترشحات حلق نیز ممکن است به بیرون منتشر شود. (**oral-oral**)

دوره کمون: در شکل فلجی بیماری معمولا ۷تا۱۴روز با دامنه بین ۳تا۳۵ روز است.

دوره واگیری: تا موقعی که ویروس از مدفوع دفع می‌شود سرایت وجود دارد. بیشترین زمان سرایت در چند روز اول بعد از شروع نشانه‌های بالینی می‌باشد، اما ویروس پولیو ۳تا۶ هفته و شاید بیشتر در مدفوع و تقریبا یک هفته در ترشحات گلو باقی می‌ماند.

مورد پرخطر یا HOT CASE: بیماران مبتلا به فلج شل حاد که احتمال ابتلای انها به پولیو خیلی زیاد است و واجد شرایط ذیل هستند، مورد پرخطر (**HOT CASE**) نامیده می‌شوند:

الف) سن کمتر از ۵ سال داشته باشند.

ب) دارای سابقه واکسیناسیون ناقص می‌باشند.

ج) همزمان دارای ۳ تظاهر بالینی اصلی پولیو (وجود تب در زمان بروز فلج- تکامل فلج در کمتر از ۳ روز و فلج غیرقرنیه)باشد.

روش تهیه نمونه مدفوع از موارد تماس

از بیماران فلج شل حاد (۲نمونه مدفوع به فاصله ۲۴ ساعت) و از موارد تماس با بیماران **AFP** که فاقد نمونه کافی هستند و کلیه موارد**AFP** گزارش شده از مناطق صعب العبور یک نمونه مدفوع (حداقل ۸ گرم یا به اندازه ناخن شست دست) باید تهیه شود.

بدین صورت که از حداقل ۳ مورد تماس بیمار، ترجیحاً از سنین نزدیک به سن فرد مبتلا (کودکان کمتر از ۵ سال و موارد تماس با بیمار که تماس نزدیک و مکرر داشته اند) نمونه تهیه گردد و نیز برروی ظروف حمل نمونه بیمار عبارت **Hot case** ذکر شود تا توجه آزمایشگاه ویروس شناسی جهت اولویت دادن به آزمایش نمونه واصل شده جلب گردد.

Created in Master PDF Editor

حساسیت و مقاومت

حساسیت به ویروس پولیو در همه افراد وجود دارد ولی حدوداً ۱٪ از افراد آلوده به نوع فلجی بیماری مبتلا می‌شوند. میـزان فلجـی در بزرگسالان غیر ایمن نسبت به نوزادان و کودکان واکسینه نشده بیشتر است، ایمنی دائمی در صورت ابتلا بـه شـکل بـالینی ویـا مخفی بیماری در مقابل همان تیپ ویروسی که عفونت را ایجاد کرده بوجود می‌آید.

عوارض

۱- عوارض ریوی که در اثر فلج اعصاب، بلع و تنفس اتفاق می‌افتد.

۲- عوارض ادراری ۳- اختلالات مفصلی ۴- زخم بستر ۵- عوارض قلبی

درمان: جلوگیری از انسداد مجرای تنفسی، تسکین درد و اسپاسم عضلات با قراردادن کیف آب گرم بمدت ۲۰دقیقه- فیزیوتراپی صحیح وغیره.

توجه: در افراد بالای ۱۵ سال گزارش موارد فلج شل حاد فقط در صورتی‌که پزشک به فلج اطفال مشکوک باشد، انجام می‌شود.

مراقبت و پیشگیری

۱- انجام واکسیناسیون جاری طبق دستورالعمل کشوری

۲- تکمیل واکسیناسیون موارد ناقص

۳- انجام واکسیناسیون در روزهای ملی ایمن سازی و لکه گیری در مناطق پرخطر

۴- آموزش به مردم در خصوص راههای پیشگیری و اهمیت واکسیناسیون

۵- برقراری نظام مراقبت فلج شل حاد

۶- گزارش موارد صفر فلج در هر ماه در سطح منطقه

۷- گزارش تلفنی و ارجاع فوری فرد مشکوک به **AFP** به مرکز بهداشتی درمانی، تهیه ۲ نمونه مدفوع و ارسـال بـه آزمایشـگاه و پیگیری تا حصول نتیجه

۸- بیمار یابی در روستاهای تحت پوشش

۹- پیگیری بیماران شناخته شده

۱۰- همکاری با اکیپ‌های مرکز بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت

Created in Master PDF Editor

واکسن فلج اطفال (پولیو)



واکسن پولیو یک نوع واکسن ویروسی است که دو نوع خوراکی و تزریقی است که در حال حاضر درکشور ما به دلیل سهولت استفاده، ارزانی و ایجاد مصونیت روده‌ای در مرحله ریشه کنی برای کودکان از نوع خوراکی استفاده می‌شود.(OPV)،واکسن پولیو حساسترین واکسن در برابر گرما میباشد، و از نور آفتاب باید محافظت شود.

وسایل مورد نیاز جهت انجام واکسیناسیون:

۱- آیس بگ
۲- تیغ اره
۳- ظرف پنبه خشک
۴- الکل ۷۰ درصد
۵- سفتی باکس
۶- لفاف آلومینیومی برای محافظت واکسن از سرما و آفتاب
۷ - واکسن کاریر
۸- کیف پیگیری جهت حمل وسایل واکسیناسیون به روستای قمر و تیم سیار
۹- واکسن پولیو(تزریقی وخوراکی)
۱۰ - پنس
۱۱- صابون، حوله، سطل و کیسه زباله برای جمع آوری آشغال بعد از واکسیناسیون

وسایل ثبت واکسن:

۱- کارت رشد یا کارت واکسن

۲- پرونده الکترونیک سلامت

ماهیت واکسن: در نوع خوراک **OPV** ویروس زنده ضعیف شده و در نوع تزریقی **IPV** ویروس کشته شده می‌باشد.

« مقدار، محل و روش تلقیح واکسن»

واکسن پولیو خوراکی به شکل مایع صورتی رنگ بوده و به دو فرم تیوپ پلاستیکی و ویال شیشه‌ای می‌باشد و با استفاده از قطره چکان و به مقدار دو قطره در دهان تجویز می‌شود.

واکسن پولیو تزریقی به شکل سرنگ آماده تزریق می باشد و در محل عضله میانی قدامی خارجی ران راست کودک به صورت عضلانی و مقدار نیم سی سی تزریق می شود.

نوبتهای تلقیح: بر حسب سن برابر آخرین دستورالعمل ایمنسازی کشوری انجام می‌شود.

روش کار:

واکسن پولیو خوراکی اگر به صورت تیوپ است قسمت سرپوش آن را با دست راست در جهت عقربه ساعت چرخانده تا از تیوپ جدا شود.

Created in Master PDF Editor

دقت شود از کندن قطعه در پوش خودداری شود زیرا در این صورت ممکن است سوراخ تیوپ بیش از حد لازم گشاد شود. همچنین بعد از استفاده از واکسن، سر پوش آن را بر عکس کرده و سر تیوپ را بپوشانید و در نوع ویالهای شیشه‌ای در پوش قطره چکان را بعد از استفاده از واکسن روی قطره چکان قرار دهید. سپس کودک را در وضعیت مناسبی در بغل مادر و یا روی تخت قرار داده و دهان کودک را باز کنید و دو قطره از واکسن خوراکی پولیو را مستقیما روی زبان او بچکانید. دقت شود چنانچه قطره در اطراف دهان کودک ریخت. (روی گونه و لب ها) مجدداً واکسن را با دقت بیشتر و در دهان کودک چکانده شود. در کودکان زیر یک سال بهتراست هنگام چکاندن قطره، دستی که قطره چکان را گرفته اید از مچ روی پیشانی کودک باشد و در خاتمه تاریخ تلقیح واکسن در پرونده الکترونیک سلامت وکارت واکسن کودک ثبت می گردد

درصورت استفاده از واکسن پولیو تزریقی طبق مراحل انجام واکسنهای تزریقی انجام شود.

مدت استفاده

در خانه بهداشت در صورتی که زنجیره سرمای آن به طور کامل رعایت شود، پس از باز شدن ویال حداکثر یک ماه قابل استفاده می باشد. ولی در حال حاضر واکسن‌های پولیو خوراکی دارای شاخص ویال واکسن (**V.V.M**) می باشند. این شاخص به شکل دایره‌ای می‌باشد که در وسط آن مربعی به رنگ روشن تر از دایره اطراف آن قرار دارد. دقت شود چنانچه مربع همرنگ دایره و یا تیره تر از آن شود واکسن استفاده نشود. (واکسنهای باز شده برگشت داده شده از تیم سیار و یا اقماری قابل استفاده نخواهد بود).

واکسن های پولیو تزریقی تک دزی به شکل سرنگ آماده تزریق می باشد.

اثرات جانبی: معمولا عارضه‌ای ندارد.

آموزش :

به مادر در خصوص نوبت بعدی مراجعه به موقع آموزش داده و گفته شود شیر مادر بعد از تجویز واکسن منعی ندارد و درصورت استفراغ در کمتر از ۳۰ دقیقه پس از دریافت قطره فلج اطفال باید تجویز قطره تکرار شود

واکسن تزریقی پولیو (IPV)

۱-از این نوع واکسن برای افرادی که نقص سیستم ایمنی دارند، مثل بیماران مبتلا به **HIV** برابر دستورالعمل کارخانه سازنده استفاده می‌شود .

۲- به همه کودکان درسن ۴ ماهگی همراه واکسن پولیو خوراکی یک نوبت تزریق می شود .

Created in Master PDF Editor

تمرین در کلاس

۱- عامل، علائم، مخزن، راه سرایت دوره کمون و دوره واگیری فلج اطفال را بیان کند.

۲- ماهیت واکسن پولیو، مقدار تلقیح ،محل و روش تلقیح آنرا توضیح دهد.

۳- علامت اختصاری واکسن پولیوی خوراکی و پولیوی تزریقی را بنویسد.

۴- تفاوت پولیوی خوراکی و پولیوی تزریقی را شرح دهد.

تمرین خارج کلاس

۱- روش کار واکسیناسیون پولیو را شرح داده و عملا روی ماکت نمایش دهد.

۲- یک نمونه فرضی تاریخ واکسن فلج اطفال را در پرونده الکترونیک سلامت ثبت نماید

۳- همه گیر شناسی بیماری فلج اطفال را توضیح دهد.

۴- وظایف بهورز را در خصوص مراقبت و پیشگیری از فلج اطفال شرح دهد.

Created in Master PDF Editor

فصل پنجم

بیماریهای دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، هموفیلوس انفلوانزا تیپ ب، هپاتیت ب و واکسن های پنتاوالان، سه گانه، توام و هپاتیت

اهداف

پس از مطالعه این درس انتظار می‌رود فراگیر بتواند:

۱- تعریف بیماریهای دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، هموفیلوس انفلوانزا تیپ ب و هپاتیت ب را بیان نماید.

۲- عامل بیماریهای دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، هموفیلوس انفلوانزا تیپ ب و هپاتیت ب را بیان نماید.

۳- همه گیر شناسی بیماریهای دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، هموفیلوس انفلوانزا تیپ ب و هپاتیت ب را توضیح دهد.

۴- راه انتقال، دوره کمون، دوره واگیری، مخزن و تظاهرات بالینی بیماریهای دیفتری، کزاز و سیاه سرفه، هموفیلوس انفلوانزا تیپ ب و هپاتیت ب را بیان نماید.

۵- وظایف بهورز را درخصوص مراقبت و پیشگیری از بیماریهای دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، هموفیلوس انفلوانزا تیپ ب و هپاتیت ب را شرح دهد.

۶- روش تشخیص واکسنهای هپاتیت ، ثلاث و توام یخ زده را شرح دهد.

۷- وسایل مورد نیاز واکسیناسیون را لیست کند.

۸- ماهیت واکسن، مقدار تلقیح، محل و روش تلقیح آن را بیان کند.

۹- روش کار واکسیناسیون را شرح داده و عملاً نمایش دهد.

۱۰- آموزش‌های لازم پس از واکسیناسیون را به مادر ارائه دهد.

Created in Master PDF Editor

دیفتری (Diphteria)



تعریف: بیماری حاد باکتریایی و مسری که بدون درمان کشنده بوده و ابتلا به آن مصونیت دائمی نمی‌دهد و بیشتر لوزه‌ها، گلو، حنجره و بینی را مبتلا نموده و به ندرت در بافتهای دیگر بدن ایجاد بیماری می‌کند.

عامل: کورینه با کتریوم دیفتریا که تولید سم کرده و دارای سه نوع سوش می‌باشد. (گراویس – انترمدیوس – میتیس)

پیش نشانه‌ها، مراحل و علائم

- وجود غشاء خاکستری رنگ با نواحی ملتهب محیطی در موضع دیده می‌شود که به طور شایع با عفونت پرده مننژ، انسداد گلو و تورم لوزه‌ها همراه با تب خفیف سپس کوفتگی بدن، گرفتگی گلو، رنگ پریدگی و احساس ضعف در بیمار همراه است.
- جدا کردن غشاء خاکستری رنگ روی لوزه‌ها همراه با خونریزی می‌باشد.
- ادرار کم و استفراغ وجود دارد.

وقوع: در ماههای سرد سال و بیشتر در نزد کودکان زیر ۱۵ سال غیر واکسینه شده و همچنین بزرگسالان غیر ایمن دیده می‌شود.

مخزن: فقط انسان است.

راههای سرایت: تماس از طریق ترشحات بینی، گلو، پوست و چشم افراد بیمار به افراد سالم منتقل می‌شود و بندرت تماس با وسایل و لوازمی که آلوده به ترشحات زخم‌های بیماران که از طریق ترشحات بزاق. عطسه و سرفه آلوده شده‌اند صورت می‌گیرد.

دوره کمون: معمولا ۲ تا ۵ روز است.

دوره واگیری: متفاوت بوده و تا وقتی که با سیل زنده فعال در جراحات بیمار از بین نرفته است واگیری بیماری ادامه دارد که معمولا ۲ تا ۴ هفته می‌باشد. ناقلین مزمن که ندرتا به وجود می‌آیند تا ۶ ماه ممکن است عامل را دفع کنند در صورت شروع درمان دوره واگیری کاهش پیدا می‌کند.

Created in Master PDF Editor

حساسیت و مقاومت

نوزادان متولد شده از مادر مصون تا ۶ ماهگی مقاومت پاسیو دارند. ابتلا به شکل بالینی و یا خفیف بیماری معمولاً، و نه همیشه بـه ایجاد مصونیت دائمی منجر نمی‌شود. واکسیناسیون ایمنی طولانی ولی نه برای همه عمر ایجاد می‌کند.

عوارض: از عوارض آن بیماریهای قلبی و عروقی است در صورت بهبود این عوارض رفع می‌شود.

درمان: آنتی توکسین دیفتری و آنتی بیوتیک طبق نظر پزشک می‌باشد.

مراقبت و پیشگیری

۱- انجام واکسیناسیون جاری طبق دستورالعمل کشوری

۲- تکمیل واکسیناسیون موارد ناقص

۳- آموزش به مردم در مورد نحوه انتقال و اهمیت پیشگیری از بیماری

۴- آموزش به بیمار در مورد پوشاندن جلو دهان به وسیله دستمال موقع عطسه و سرفه

۵- ضد عفونی تمامی وسایلی که بوسیله ترشحات بدن بیمار آلوده شده‌اند.

۶- گزارش تلفنی و ارجاع فوری فرد مشکوک به مراکز خدمات جامع سلامت و پیگیری تا حصول نتیجه

۷- همکاری با اکیپهای مرکز بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت

Created in Master PDF Editor

کزاز (Tetanus)

تعریف:



بیماری حاد خطرناک با مرگ و میر بالا، غالبا کشنده، ابتلا به آن ایمنی نمی‌دهد و در اثر رشد باسیل غیر هوازی کزاز در محل آسیب دیده بدن و تولید سم ایجاد می‌شود.

* کزاز نوزادی: معمولا در اثر زایمانهای غیر بهداشتی واز طریق آلودگی زخم بند ناف، بوجود می‌آید ضمنا این نوع کزاز از بدو تولد تا روز دوم نوزاد هیچگونه علا یمی نداشته و کودک قادر به شیر خوردن و گریه کردن است ولی از روز سوم تا ۲۸ نوزاد قادر به شیر خوردن و گریه کردن نیست.

*کزاز موضعی: اسپاسم موضعی در نزدیک زخم آلوده بوجود می‌آید

عامل: کلستریدیوم تتانی یا باسیل کزاز که با ترشح سم بیماری را ایجاد می‌کند

پیش نشانه‌ها و مراحل و علائم

- ابتدا انقباضی دردناک عضلات جونده و گردن و سپس با انقباض عضلات شکم ظاهر می‌شود (در کودکان بزرگتر و بالغین سفتی عضلات ناحیه شکم از اولین نشانه‌های متداول می‌باشد.)

- انقباض‌شدید عضلات صورت که باعث بوجودآمدن چهره‌ای خاص در بیمار می‌شود (خنده شیطانی یا خنده تمسخرآمیز یا تریسموس)

- شروع بیماری غالبا تدریجی بوده و انقباض عضلات در اثر محرک‌های خارجی تحریک می‌شوند و در طول یک هفته اسپاسم‌ها به حد اکثر می‌رسد سپس در افرادی که رو به بهبودی می‌روند در عرض چند هفته کاهش پیدا می‌کند.

- گرفتگی عضلات ستون فقرات بدن، بیمار را به صورت یک تکه چوب بر زمین می‌اندازد.

- تحریک پذیری و ترس از نور

- عدم توانایی شیر خوردن در نوزادان

- قفل شدن دهان و انقباض عمومی عضلانی

وقوع: گسترش جهانی داشته واز بیماری‌های تک گیر است.

مخزن: باسیل کزاز در روده اسب و سایر حیوانات، انسان و در خاک آلوده به مدفوع انسان و حیوان وجود دارد. هاگهای باسیل کزاز در تمام نقاط دنیا یافت می‌شود. این هاگ‌ها در مقابل جوشاندن مقاوم هستند .

Created in Master PDF Editor

راههای سرایت:

- از طریق هر نوع خراش یا بریدگی هاگ‌های با سیل کزاز، وارد بدن فرد زخمی می‌شوند.

- انجام ختنه، بریدن بند ناف، سوراخ کردن گوش و تزریقات با ابزار پزشکی آلوده

دوره کمون: بر اساس شرایط خاص، وسعت و محل زخم، دوره کمون متغیر می‌باشد، آلودگی شدید، دوره کمون کوتاهی خواهد داشت و معمولا بین ۳تا۲۱ روز می‌باشد.

دوره واگیری: این بیماری از فردی به فرد دیگر خطر سرایت ندارد.

حساسیت و مقاومت:

تمامی افراد به این بیماری حساسیت دارند. واکسیناسون مصونیت فعالی برای ۱۰ سال ایجاد می‌کند. نوزادان متولد شده از مادر ایمن دارای مصونیت پاسیو هستند.

عوارض: عوارض قلبی عروقی، عصبی،متابولیکی،گوارشی دارد.

درمان

۱- علامتی و نگهدارنده می‌باشد.

۲- تجویز سرم ضد کزاز انسانی یا حیوانی و ضد دردهای قوی.

مراقبت و پیشگیری

۱- انجام واکسیناسیون جاری طبق دستورالعمل کشوری

۲- تکمیل واکسیناسیون موارد ناقص

۳- تکمیل واکسیناسیون زنان باردار در سنین باروری برای پیشگیری از کزاز نوزادی

۴- آموزش راههای سرایت بیماری، راههای پیشگیری و اهمیت واکسیناسیون و زایمان ایمن به گروههای هدف.

۵- گزارش تلفنی موارد مشکوک و ارجاع فوری آنها

۶- همکاری با اکیپ‌های مرکز بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت

۷- در مورد فرد مجروح از جدول پیشگیری علیه کزاز براساس نوع زخم و سابقه ایمن سازی براساس آنچه که در ضمیمه کتابچه برنامه و راهنمای ایمن سازی (سال۹۴) آمده اقدام شود.

Created in Master PDF Editor

سیاه سرفه (Pertusis)



تعریف

بیماری باکتریایی حاد مجاری تنفسی که دارای دو مرحله مقدماتی و حمله‌ای است مرحله مقدماتی آن با علائمی مانند آبریزش از بینی شروع شده و با سرفه‌های شدید تشنجی که در فاصله یک تا دو هفته حالت حمله‌ای پیدا نموده و یک تا دو ماه طول می‌کشد تظاهر می‌کند.

عامل: بوردتلاپروتوسیس

پیش نشانه‌ها، مراحل و علائم

در فصل‌های سرد سال بیشتر اتفاق می‌افتد و معمولاً در اطفال زیر ۵سال بیشتر دیده می‌شود و امکان ابتلا در سنین بالاتر نیز وجود دارد، در شیر خواران بسیار مسری است. علائم در مرحله مقدماتی با یک عفونت تنفسی فوقانی خفیف شروع و در مرحله دوم با سرفه‌های قطاری و بدون فرصت برای تنفس می‌باشد و در پایان هر دوره سرفه‌ها با صدای خاص ناشی از بازدم شدید (**whoopin gcough**) شنیده می‌شود و معمولاً بدنبال این سرفه‌ها استفراغ وجود دارد.

وقوع: بیماری بومی بوده و در تمام نقاط دنیا نزد کودکان بخصوص کودکان کوچکتر شایع است. انجام واکسیناسیون فعال و به موقع به همراه تغذیه مناسب و مراقبت‌های پزشکی میزان بروز این بیماری را به شدت کاهش خواهد داد. در نقاطی که واکسیناسیون انجام نمی‌شود این بیماری از عوامل مهم مرگ و میر شیرخواران می‌باشد.

مخزن: فقط انسان است.

راههای سرایت: در اثر تماس مستقیم با ترشحات دستگاه تنفسی افراد آلوده از طریق هوا و احتمالا قطره‌های آب دهان صورت می‌گیرد.

دوره کمون: معمولا ۷ تا ۲۰ روز است.

دوره واگیری

- قبل از شروع سرفه‌های تشنجی و قطاری بیماری به شدت واگیر است و بعد از سرفه‌های قطاری به شدت سرایت آن کاهش می‌یابد.
- در صورت عدم درمان ۷ روز بعد از آلوده شدن تا سه هفته بعد از شروع علائم انتقال بیماری صورت می‌گیرد.
- در صورت درمان فقط ۵ تا ۷ روز بعد از شروع درمان بیماری واگیری دارد.

Created in Master PDF Editor

حساسیت و مقاومت

افراد غیر ایمن حساسیت دارند. ایمنی از مادر به جنین قابل انتقال می‌باشد. بیشتر به عنوان بیماری کودکان خصوصا زیر ۵ سال می‌باشند یک بار ابتلا، ایمنی قطعی و طولانی می‌دهد، ابتلا مجدد گاهی دیده شده است.

درمان: از داروهای آنتی بیوتیک طبق نظر پزشک استفاده می‌شود.

مراقبت و پیشگیری

۱- انجام واکسیناسیون جاری طبق دستورالعمل کشوری

۲- تکمیل واکسیناسیون موارد ناقص

۳- آموزش به مردم در خصوص بیماری، اهمیت آن و راههای پیشگیری

۴- گزارش تلفنی و ارجاع فوری موارد مشکوک وپیگیری تا حصول نتیجه در سطح مراکز خدمات جامع سلامت

۵- همکاری با اکیپ‌های مرکز بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت

Created in Master PDF Editor

هموفیلوس آنفلوانزا تیپ ب

تعریف بیماری:

این باکتری شایعترین عامل ایجاد مننژیت های باکتریال وعامل اصلی عفونت های مهاجم جدی دیگر درکودکان بوده است . حدود ٪۵۵تا۶۵ ٪ از کودکان مبتلا دچار مننژیت می شوند. هموفیلوس آنفلوانزا، باسیل‌های گرم منفی هستند که اولین بار در یک اپیدمی آنفلوانزا در سال ۱۸۹۲ توسط ریچارد فیفر توصیف شدند. این باکتری، هوازی است اما می‌تواند در حالت بی هوازی اختیاری نیز رشد کند. هموفیلوس آنفلوانزا به اشتباه تا سال ۱۹۳۳ به عنوان عامل آنفلوانزا در نظر گرفته می‌شد تا اینکه عامل ویروسی آنفلوانزا کشف شد. با این وجود، هموفیلوس آنفلوانزا می‌تواند بیماری‌های گوناگونی را در انسان ایجاد می‌کند.

عامل: باکتری هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ **b**

اپیدمیولوژی وعلائم بالینی:

بیماریهای هموفیلوس گسترش جهانی داشته و در بیشتر موارد، ماهیت اندمیک دارند.

عفونت با هموفیلوس آنفلوآنزا بیشتر در کودکان زیر پنج سال دیده می شود .ولی کودکان ۱۸-۴ماهه بیشتر درمعرض خطرند

..باکتری هموفیلوس آنفلوآنزا دربینی و گلو وجود داشته و از طریق ذرات تنفسی ، با عطسه یا سرفه از فردی به فرد دیگر منتقل می شود.

گروه های در معرض خطر:

- کودکانی که در مهد کودک بطور تمام وقت شرکت می کنند (مننژیت دراین گروه حداقل دو برابر شایعتر ازکودکانی است که منزل مراقبت می شوند)
- کودکان با نقص تولید یا عملکرد آنتی بادی
- عفونت با **HIV**
- پیوند مغز استخوان کودکان
- کودکان با سطح پائین اقتصادی – اجتماعی

مخزن : انسان تنها مخزن بیماری می باشد.

بیماریزائی و راههای سرایت:

ارگانیسم ها از طریق قطرات آلوده موجود در هوا به سیستم تنفسی وارد می شوند و در سطح سلول های اپیتلیوم نازوفارنکس اتصال می یابند. سپس تکثیر یافته و کلونیزه می شوند.این تکثیر باکتری ها معمولا شایع و همراه با عفونت بدون علامت است.

Created in Master PDF Editor

در حدود ۹۰-۶۰٪ کودکان و ۵٪از بالغین ناقل هموفیلوس انفلوانزا در گلو یا نازوفارنکس هستند که در هنگام صحبت کردن ،عطسه و یا سرفه آنها را در هوا پراکنده کرده و از طریق استنشاقی به دیگران منتقل می کنند.

عوارض هموفیلوس آنفلوآنزا تیپ B:

مننژیت: مننژیت حاد، شدیدترین فرم بیماری هموفیلوس انفلوانزا است که شایعترین علت مرگ کودگان ۳ ماهگی تا ۳ سالگی را به خود اختصاص می دهد

اپیگلوتیت حاد : که در کودکان سنین ۵-۳ سالگی دیده میشود. بنابراین، نسبت به مننژیت در سنین بالاتری بروز می کند.یکی از اورژانس های طب اطفال است که شروع حاد و پیشرفت سریع و بدخیم دارد.

سلولیت: سلولیت در کودکان سنین ۳ ماهگی تا ۳ سالگی و به ندرت در بالغین دیده می شود.گونه ها مهمترین کانون سلولیت هموفیلوس انفلوانزا هستند اما نواحی اطراف چشم و اندامهای فوقانی نیز از محلهای ابتلا هستند. علائم بیماری به شکل حاد شروع می شود که همراه با تورم ، درد و تغییر رنگ آبی ارغوانی در پوست محل ابتلاء است

عفونت گوش میانی: هموفیلوس انفلوانزا دومین علت عفونت گوش میانی بعد از پنوموکوک است.

بقیه عفونتها: هموفیلوس انفلوانزا علت شایع آرتریت چرکی و پنومونی در کودکان است. علاوه بر این یکی از عوامل مهم سینوزیت، برونشیت مزمن و پنومونی بالغین است.

تشخیص:

برداشت نمونه: مایع مغزی نخاعی، مایع مفصلی، خون، اسپیراسیون گوش میانی و خلط، نمونه های مناسبی برای شناسایی ارگانیسم و تشخیص بیماری هستند.

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز:

بهترین راه پیشگیری، تجویز واکسن است.

آموزش در خصوص راههای انتقال بیماری

Created in Master PDF Editor

بیماری هپاتیت ب

تعریف



هپاتیت بیماری عفونی کبد بوده که با توجه به نوع عامل به انواع **A** و **B** و**C** و **D** و**E** طبقه بندی می‌شود.

بیماری عفونی که نشانه‌های آن از حالت خفیف که فقط با آز مایش‌های کبدی قابل تشخیص است تا اشکال بسیار شدیدتری که منجر به مرگ میشود تظاهر می‌کند.

عامل: ویروس هپاتیت ب است

پیش نشانه‌ها، مراحل و علائم

بیماری عموما ناگهانی و یا با تب خفیف بدون علامت با نشانه‌های بی اشتهایی ناراحتی‌های مبهم شکمی، حالت تهوع و استفراغ و درد مفاصل شروع می‌شود و اغلب با یرقان نیز همراه است. در این هنگام پوست و ملتحمه چشم زرد رنگ و ادرار پر رنگ و تیره می‌شود.

وقوع: در تمامی نقاط دنیا به صورت بومی وجود دارد

مخزن: انسان مخزن بوده و شامپانزه نیز به این بیماری حساسیت دارد.

راههای سرایت

مایعات بدن مانند خون و فرآورده‌های خونی ترشحات جنسی مردانه و زنانه، بزاق، مایع نخاع، ترشحات پرده صفاق قادر به انتقال ویروس می‌باشند که از طریق انتقال خون، تماس جنسی بین افراد، مادر به جنین بوسیله جفت و حین زایمان و بعد از زایمان (شیر) و استفاده مشترک از ابزار پزشکی آلوده قابل انتقال است.

دوره کمون: معمولا بین ۱۸ تا ۴۵ روز است که با توجه به مقاومت فرد و تعداد ویروس عامل و راه ورود متغیر می‌باشد.

دوره واگیری: خون افراد آلوده هفته‌ها قبل از شروع علائم بیماری قدرت آلوده کنندگی دارند و ممکن است بعضی از بیماران به صورت حامل در آمده و مدتها بیماری را منتقل کنند ولی خود به ظاهر سالم باشند (حاملین سالم)

Created in Master PDF Editor

حساسیت و مقاومت

حساسیت به این بیماری عمومیت دارد. در نوزادان نشانه‌های بالینی ندارد و همچنین در کودکان خفیف تر بوده و همانند علائم یرقان است.

عوارض: هپاتیت مزمن پایدار، هپاتیت مزمن فعال، سیروز کبدی

درمان: در موقعی که علائمی همچون استفراغ شدید و مکرر دارد، بستری کردن در بیمارستان الزامی است.

مراقبت و پیشگیری

۱- واکسیناسیون کودکان و افراد در معرض خطر بویژه پرسنل بهداشتی درمانی طبق دستوالعمل ایمنسازی کشوری. مهمترین روش پیشگیری ایجاد ایمنی فعال از طریق واکسن می‌با شد.

۲- آموزش به مردم در خصوص خطر بیماری و نحوه انتقال، مخصوصا به افرادی که خالکوبی کرده یا حجامت غیر بهداشتی انجام می‌دهند.

۳- جمع آوری صحیح سرنگ‌ها و سر سوزن‌های مصرفی

۴- استفاده از وسایل استریل در تزریقات و پانسمانها

۵- گزارش موارد مشکوک و ارجاع موارد به مراکز خدمات جامع سلامت و پیگیری تا حصول نتیجه

۶- پیگیری بیماران شناخته شده و واکسیناسیون خانواده بیمار که زیر یک سقف زندگی می‌کنند.

Created in Master PDF Editor

وسایل مورد نیاز برای واکسیناسیون تزریقی

پنتا والان ،هپاتیت ب ، ثلاث ،توام و فلج اطفال تزریقی

۱- سرنگ **AD** برای انجام واکسیناسیون

۲- سفتی باکس

۳- تیغ اره

۴- ظرف برای پنبه خشک

۵-الکل ۷۰ درصد

۶- آیس بک یا کیسه یخی

۷- لفاف آلومینیومی برای محافظت واکسن در برابر سرما، نور آفتاب

۸- واکسن کاریر جهت حمل واکسن

۹- کیف پیگیری جهت حمل وسایل واکسیناسیون به روستای قمر و تیم سیار

۱۰- واکسن مورد نظر

۱۱- صابون، حوله، سطل وکیسه زباله برای جمع‌آوری آشغال بعد از واکسیناسیون

وسایل ثبت واکسن

۱- کارت مراقبت کودک یا کارت واکسیناسیون

۲- پرونده الکترونیک سلامت

Created in Master PDF Editor

واکسن پنتاوالان (پنجگانه) penta

تعریف

واکسن پنتاوالان یک واکسن میکروبی است و همانطور که از نامش پیداست ترکیبی ازپنج واکسن دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، هپاتیت **b**و هموفیلوس آنفلوآنزاتیپ **b** است که به شکل مایع آماده و به صورت ویال موجود است.واکسن از ۲۷ آبانماه ۱۳۹۳ در برنامه ایمن سازی کشوری ادغام شده است

ماهیت واکسن: توکسوئید (شبه سم) کزاز و دیفتری و میکروب کشته شده سیاه سرفه پلی ساراید هموفیلوس آنفلوآنزاتیپ **b**

مقدار و روش تلقیح واکسن ثلاث: نیم سی سی، عضلانی عمیق با زاویه ۹۰ درجه.

محل تلقیح: درکودکان زیر سه سال در ناحیه قدامی خارجی قسمت میانی ران پای چپ و در کودکان بالای سه سال در عضله دلتوئید بازوی چپ تلقیح گردد .

روش کار

قبل از تلقیح واکسن‌کودک را در وضعیت مناسبی روی‌تخت و یا دربغل مادرش قرارمی‌دهیم. ابتدا تاریخ انقضاء واکسن را کنترل و تاریخ بازشدن ویال واکسن را روی آن ثبت و سپس به آرامی ویال را تکان داده تا رسوب کاملا در واکسن حل شود . سپس با تیغ اره درپوش فلزی را برداشته و با پنبه الکل بصورت دورانی سرپوش ویال را ضدعفونی می کنیم. در ادامه کار بوسیله سرنگ **AD** نیم سی‌سی از واکسن را به آرامی به داخل سرنگ می‌کشیم (دقت شود موقع‌کشیدن واکسن از ویال، سرسوزن با هیچ‌جایی تماس پیدا نکند) و با پنبه الکل بصورت دورانی از داخل به خارج محل تزریق را ضد عفونی می‌کنیم. قبل از تزریق سر سوزن با هیچ جایی تماس پیدا نکند و در صورت تماس مورد استفاده قرار نگیرد. واکسن را بصورت عضلانی طبق دستورالعمل کشوری تزریق می‌کنیم. بعداز اتمام تلقیح واکسن، سرنگ و سرسوزن بطورکامل در سفتی‌باکس انداخته شود.سپس تاریخ تلقیح واکسن در پرونده الکترونیک سلامت ثبت می کنیم .

Created in Master PDF Editor

مدت استفاده: ویالهای باز شده در صورت رعایت زنجیره سرما و توجه به تاریخ انقضاء حداکثر تا یک ماه قابل استفاده است.

آموزش: به مادر در خصوص عوارض واکسن، نحوه درمان آن و نوبت بعدی مراجعه آموزش دهید.

روش کارتشخیص واکسن سالم از یخ زده (SHAKE TEST)

۱- دو ویال واکسن را به شدت تکان دهید.

۲- به محتوای آن به دقت نگاه کنید.

۳- در واکسن یخ زده ذرات معلق را می‌توان دید.

۴- مدت ۱۵ تا ۳۰ دقیقه (در دمای مناسب (۲ + تا ۸ + درجه سانتی گراد) آنها را به حال خود بگذارید تا رسوب تشکیل شود.

۵- در واکسن یخ زده در ته شیشه رسوب ایجاد شده، مایع شفاف بالای آن است. اما در واکسن سالم مایع هنوز یکنواخت و کدر است و رسوبی ایجاد نشده است.

فواید واکسن پنتاوالان:

- کاهش دفعات تزریق
- کاهش عوارض ناشی از تزریق
- هزینه اثربخش
- کاهش مصرف سرنگ
- کاهش درد و ناراحتی برای شیرخوار
- سهولت برنامه ریزی
- افزایش پوشش ایمن سازی

گروه سنی واجد شرایط دریافت واکسن:

- حداقل سن دریافت واکسن: ۶ هفتگی
- واکسن در برنامه ایران از ۲ ماهگی شروع می شود
- بعد از ۵ سالگی توصیه نمی شود (مگر در گروه پر خطر)
- به دلیل جزء سیاه سرفه ، از ۷ سالگی به بعد ممنوع است

اثرات جانبی وآموزش به مادر :

۱- بعد از تزریق واکسن در صورت بروز تب، درد و بی قراری به مادر آموزش دهید بسته به سن کودک قطره، شربت، یا قرص استامینوفن به او داده شود. توصیه می‌شود همزمان با تزریق واکسن ،استامینوفن با دز مناسب تجویزشود و درصورت نیاز ، هر چها ر ساعت یکبار (حداکثر تا ۵ بار در ۲۴ ساعت) تکرار شود

۲- در بعضی از کودکان محل تزریق متورم، ملتهب، قرمز رنگ، سفت و درد ناک میشود که جهت کاهش عوارض توصیه می شود در ۲۴ ساعت اول کمپرس سرد و در۲۴ ساعت بعد کمپرس گرم انجام شود. پاشویه و مصرف مسکن (استامینوفن) در صورت بالا بودن تب میتواند باعث کاهش تب کودک شود.

Created in Master PDF Editor

۳-در صورت ایجاد آبسه چرکی بعلت استریل نبودن سر سوزن و یا آبسه بدلیل تزریق سطحی، بایستی به کودک استامینوفن داده و او را به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع فوری داد.

۴-به مادر در خصوص عوارض واکسن و نوبت بعدی مراجعه آموزش دهید.

موارد منع مصرف واکسن پنتاوالان:

- سابقه کما

- کاهش سطح هوشیاری طی ۷ روز پس از دریافت دز قبلی

- در صورت بروز عوارض شدید منتسب به جزء سیاه سرفه ، در نوبت بعدی واکسیناسیون ، واکسن دوگانه خردسالان + واکسن هپاتیت **B** +واکسن **Hib**(سه واکسن مجزا)تزریق می شوند.

- سابقه خانوادگی پیامد نامطلوب ایمن سازی ، منع دریافت واکسن نیست (بجز پیامد مرتبط با نقص ایمنی مادرزادی)

- سابقه خانوادگی تشنج منع دریافت واکسن **نیست** .

- بیماری کنترل شده عصبی مانند صرع تحت درمان، بیماری عصبی غیر پیشرونده مانند **CP** و تاخیر تکاملی منع دریافت واکسن **نیست** .

- در موارد سابقه شخصی اخیر تشنج ، واکسیناسیون تا زمان رد بیماری پیشرونده عصبی به تعویق می افتد.

- در موارد بیماری حاد متوسط تا شدید ، با یا بدون تب، واکسیناسیون تا زمان بهبودی حال عمومی کودک به تعویق می افتد

- ابتلا به سرماخوردگی ،تب مختصر ، اسهال دلیلی بر تعویق ایمن سازی **نیست**.

واکسیناسیون در مراجعه تاخیری :

- **در صورتی که کودک در هنگام مراجعه کمتر از ۱۲ ماه داشته باشد:**

- اولین مراجعه: پنتاوالان

- یک ماه پس از اولین مراجعه: پنتاوالان

- سه ماه پس از دومین مراجعه: پنتاوالان (۰-۱-۴)

- حداقل فاصله بین نوبت اول و سوم هپاتیت**B** ۱۶ هفته است

- تجویز واکسن های **BCG**، **MMR**، فلج اطفال و دزهای یادآور ثلاث و فلج اطفال، مطابق برنامه جاری ایمن سازی است.

Created in Master PDF Editor

در صورتی که کودک در هنگام مراجعه ۱۲ تا ۵۹ ماه داشته باشد

- اولین مراجعه: پنتاوالان

- یک ماه پس از اولین مراجعه: ثلاث و هپاتیت **B**

- سه ماه پس از دومین مراجعه: ثلاث و هپاتیت **B**

در صورتی که کودک در هنگام مراجعه ۵ سال یا بیشتر داشته باشد

- تجویز واکسن هموفیلوس آنفولانزای تیپ **B** برای کودکان سالم ضروری نبوده و توصیه نمی شود.

نکته:

- تجویز واکسن های **BCG**، **MMR**، ثلاث و فلج اطفال ، مطابق برنامه جاری ایمن سازی است.

-واکسن پنتاوالان همزمان با همه واکسن ها قابل تجویز است.

-تزریق واکسن پس از سه سالگی در عضله دلتوئید انجام می شود.

Created in Master PDF Editor

تمرین در کلاس درس:

-وسایل مورد نیاز واکسیناسیون را آماده کند.

-ماهیت واکسن پنتاوالان، مقدار تلقیح، و روش تلقیح واکسن را توضیح دهد.

-محل تلقیح واکسن را روی ماکت نشان دهد.

تمرین در خارج از کلاس درس

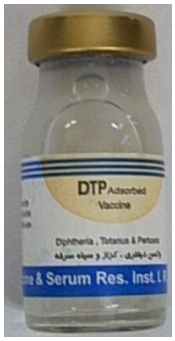
- روش کار واکسیناسیون پنتاوالان را بر روی ماکت انجام دهد.

- یک نمونه فرضی تاریخ واکسن پنتاوالان را در پرونده الکترونیک سلامت ثبت نماید

- تست تکان دادن (**SHAKE TEST**) را انجام دهد.

Created in Master PDF Editor

واکسن ثلاث (سه گانه) DPT



تعریف

واکسن ثلاث یک واکسن میکروبی است و همانطور که از نامش پیداست ترکیبی از سه واکسن دیفتری، کزاز، سیاه سرفه است که به شکل مایع آماده و به صورت ویال موجود است.

ماهیت واکسن: توکسوئید (شبه سم) کزاز و دیفتری و میکروب کشته شده سیاه سرفه

مقدار و روش تلقیح واکسن ثلاث: نیم سی سی، عضلانی عمیق با زاویه ۹۰ درجه.

محل تلقیح: درکودکان زیر دو سال در ناحیه قدامی خارجی قسمت میانی ران پای چپ و در کودکان بالای دو سال در عضله دلتوئید بازوی چپ تلقیح گردد (در کودکان لاغر بالای ۲ سال هم در ناحیه قدامی خارجی ران تزریق شود).

روش کار

قبل از تلقیح واکسن کودک را در وضعیت مناسبی روی‌تخت و یا دربغل مادرش قرارمی‌دهیم.ابتدا تاریخ انقضاء واکسن را کنترل و تاریخ بازشدن ویال واکسن را روی آن ثبت و سپس به آرامی ویال را تکان داده تا رسوب کاملا در واکسن حل شود . سپس با تیغ اره درپوش فلزی را برداشته و با پنبه الکل بصورت دورانی سرپوش ویال را ضدعفونی میکنیم.در ادامه کار بوسیله سرنگ **AD** نیم سی‌سی از واکسن را به آرامی به داخل سرنگ می‌کشیم (دقت‌شود موقع‌کشیدن واکسن از ویال، سرسوزن با هیچ‌جایی تماس پیدانکند) و با پنبه الکل بصورت دورانی از داخل به خارج محل تزریق را ضد عفونی می‌کنیم. قبل از تزریق سر سوزن با هیچ جایی تماس پیدا نکند و در صورت تماس مورد استفاده قرارنگیرد. واکسن را بصورت عضلانی طبق دستورالعمل کشوری تزریق می‌کنیم. بعداز اتمام تلقیح واکسن، سرنگ و سرسوزن بطورکامل در سفتی‌باکس انداخته شود. سپس تاریخ تلقیح واکسن در پرونده الکترونیک سلامت ثبت شود

مدت استفاده: ویالهای باز شده در صورت رعایت زنجیره سرما و توجه به تاریخ انقضاء حداکثر تا یک ماه قابل استفاده است.

اثرات جانبی وآموزش به مادر :

۱۱- بعد از تزریق واکسن در صورت بروز تب، درد و بی قراری به مادر آموزش دهید بسته به سن کودک قطره، شربت، یا قرص استامینوفن به او داده شود. توصیه می‌شود همزمان با تزریق واکسن ،استامینوفن با دز مناسب تجویزشود و درصورت نیاز ، هر چها ر ساعت یکبار (حداکثر تا ۵ بار در ۲۴ ساعت) تکرار شود

۲- در بعضی از کودکان محل تزریق متورم، ملتهب، قرمز رنگ، سفت و درد ناک میشود که جهت کاهش عوارض توصیه می شود در ۲۴ ساعت اول کمپرس سرد و در۲۴ ساعت بعد کمپرس گرم انجام شود. پاشویه و مصرف مسکن (استامینوفن) در صورت بالا بودن تب میتواند باعث کاهش تب کودک شود.

۳-در صورت ایجاد آبسه چرکی بعلت استریل نبودن سر سوزن و یا آبسه بدلیل تزریق سطحی، بایستی به کودک استامینوفن داده و او را به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع فوری داد.

۴-به مادر در خصوص عوارض واکسن و نوبت بعدی مراجعه آموزش دهید.

Created in Master PDF Editor

موارد منع تلقیح واکسن ثلاث :

- سابقه کما

- کاهش سطح هوشیاری طی ۷ روز پس از دریافت دز قبلی

- در صورت بروز عوارض شدید منتسب به جزء سیاه سرفه ، در نوبت بعدی واکسیناسیون ، واکسن دوگانه خردسالان تزریق می شود.

- سابقه خانوادگی پیامد نامطلوب ایمن سازی ، منع دریافت واکسن نیست (بجز پیامد مرتبط با نقص ایمنی مادرزادی)

- سابقه خانوادگی تشنج منع دریافت واکسن **نیست** .

- بیماری کنترل شده عصبی مانند صرع تحت درمان، بیماری عصبی غیر پیشرونده مانند **CP** و تاخیر تکاملی منع دریافت واکسن **نیست** .

- در موارد سابقه شخصی اخیر تشنج ، واکسیناسیون تا زمان رد بیماری پیشرونده عصبی به تعویق می افتد.

- در موارد بیماری حاد متوسط تا شدید ، با یا بدون تب، واکسیناسیون تا زمان بهبودی حال عمومی کودک به تعویق می افتد

- ابتلا به سرماخوردگی ،تب مختصر ، اسهال دلیلی بر تعویق ایمن سازی **نیست**.

روش تشخیص واکسن‌های ثلاث و توام یخ‌زده (تست تکان دادن) SHAKE TEST

در صورت امکان واکسن یخ زده و دوباره باز شده را با واکسن‌های سالم از همان کارخانه سازنده که یخ زده است مقایسه کنید. (اگر واکسن یخ زده ندارید می‌توانید یک شیشه واکسن را به عنوان شاهد آگاهانه منجمد نمائید و پس از مدتی آن را در دمای مناسب بگذارید تا باز شود.)

روش کار

۱- هر دو شیشه واکسن را به شدت تکان دهید.

۲- به محتوای آن به دقت نگاه کنید.

۳- در واکسن یخ زده ذرات معلق را می‌توان دید.

۴- مدت ۱۵ تا ۳۰ دقیقه (در دمای مناسب (۲ + تا ۸ + درجه سانتی گراد) آنها را به حال خود بگذارید تا رسوب تشکیل شود.

۵- در واکسن یخ زده در ته شیشه رسوب ایجاد شده، مایع شفاف بالای آن است. اما در واکسن سالم مایع هنوز یکنواخت و کدر است و رسوبی ایجاد نشده است.

Created in Master PDF Editor

تمرین در کلاس درس

وسایل مورد نیاز واکسیناسیون را آماده کند.

ماهیت واکسن ثلاث، مقدار تلقیح، و روش تلقیح واکسن را توضیح دهد.

محل تلقیح واکسن را روی ماکت نشان دهد.

تمرین در خارج از کلاس درس

- روش کار واکسیناسیون ثلاث را بر روی ماکت انجام دهد.

- یک نمونه فرضی تاریخ واکسن ثلاث را در پرونده خانوار فرم کودک سالم، کارت مراقبت کودک، دفتر واکسیناسیون ودر فرم آمار ایمن سازی ماهیانه چوب خط شمار نماید.

- تست تکان دادن (**SHAKE TEST**) را انجام دهد.

Created in Master PDF Editor

واکسن توام (دو گانه)

تعریف



این واکسن همانند ثلاث، میکروبی است و همانگونه که از نام آن پیدا است ترکیبی از دو واکسن دیفتری و کزاز میباشد که به شکل مایع در ویال به دو صورت تهیه شده است.

۱- توام بالغین: (**Td**)

که برای کودکان ۷ ساله و بالاتر، بالغین و زنان در سنین باروری بکار میرود.

۲- توام خردسالان:(**DT**)

که برای کودکان زیر ۷ سال که به واکسن ثلاث حساسیت دارند بکار میرود.(موارد منع واکسن ثلاث) تفاوت این دو واکسن مربوط به غلظت واکسن دیفتری میباشد که در نوع توام خردسالان بیشتر از توام بزرگسالان است واکسن توام علاوه بر گرما در اثر یخ زدگی نیز خراب میشود. و واکسن یخ زده به هیچ وجه نباید مورد استفاده قرار گیرد.

ماهیت واکسن: شبه سم کزاز و دیفتری است.

مقدار و روش تلقیح: نیم سی سی عضلانی عمیق با زاویه ۹۰ درجه.

محل تلقیح: درکودکان زیر دو سال در ناحیه قدامی خارجی قسمت میانی ران پای چپ، در کودکان بالای دو سال و بزرگسالان در عضله دلتوئید بازوی چپ تلقیح گردد.

نوبتهای تلقیح: توام خردسالان در کودکان زیر شش سال در صورت نیاز به جای واکسن ثلاث استفاده میشود ولی توام بالغین برای زنان در سنین باروری در صورت مشخص نبودن سابقه واکسیناسیون جمعا ۴ نوبت طبق دستورالعمل راهنمای ایمنسازی و سپس هر ۱۰ سال یکبار تکرار می‌شود ولی در صورت انجام کامل واکسیناسیون ثلاث دوران کودکی هر ۱۰ سال یکبار تکرار می شود.

روش کار

قبل از تلقیح واکسن فرد را در وضعیت مناسبی روی تخت یا صندلی قرار می‌دهیم. ابتدا تاریخ انقضاء و **VVM** واکسن را کنترل و تاریخ باز شدن ویال واکسن را روی آن ثبت و سپس به آرامی ویال را تکان داده تا رسوب کاملا در واکسن حل شود سپس با تیغ اره درپوش فلزی را برداشته و با پنبه الکل به صورت دورانی سرپوش ویال را ضد عفونی میکنیم.در ادامه کار به وسیله سرنگ **AD** نیم سی سی از واکسن را به آرامی به داخل سرنگ می‌کشیم (دقت شود موقع کشیدن واکسن از ویال، سر سوزن با هیچ جایی تماس پیدا نکند) و با پنبه الکل به صورت دورانی از داخل به خارج محل تزریق را ضد عفونی می‌کنیم. قبل از تزریق سر سوزن با هیچ جایی تماس پیدا نکند و در صورت تماس مورد استفاده قرار نگیرد. واکسن را به صورت عضلانی طبق دستورالعمل کشوری

Created in MasterPDFEditor

تزریق می‌کنیم.بعد از اتمام تلقیح واکسن، سرنگ و سر سوزن به طور کامل در سفتی باکس انداخته شود.سپس تاریخ تلقیح واکسن در پرونده الکترونیک سلامت وکارت واکسن کودک ثبت می شود .

مدت استفاده: در صورت رعایت زنجیره سرما حداکثر یک ماه قابل استفاده می‌باشد.

اثرات جانبی

تب، قرمزی تورم، سفتی و درد محل تزریق که معمولا خود به خود برطرف می‌شوند و نیاز به درمان ندارند. ولی در صورت تورم و درد زیاد مصرف مسکن ترجیحا استامینوفن توصیه می‌شود.

بعضی افراد به دلیل ترس زیاد و درد ناشی از تزریق دچار غش (شوک ناگهانی) می‌شوند (**Faint**) که باید درمان شوک را برای این افراد انجام داد.

آموزش: در خصوص عوارض واکسن ، نحوه درمان آن و نوبت بعدی مراجعه آموزش دهید.

تمرین در کلاس

وسایل مورد نیاز واکسن را لیست کنید.

۱- ماهیت واکسن توام، مقدار و روش تلقیح واکسن را توضیح دهید.

۲- تعریف، عامل، همه گیر شناسی، راه انتقال، دوره کمون، دوره واگیری، مخزن و تظاهرات بالینی بیماریهای کزاز، دیفتری را بیان نمائید.

تمرین خارج از کلاس

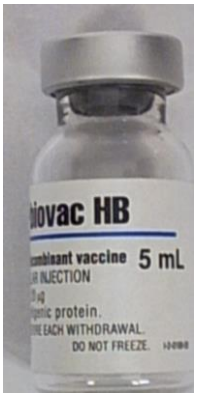
۱- روش کار واکسیناسیون توام را بر روی ماکت انجام دهید.

۲- در یک نمونه فرضی تاریخ واکسن توام را در پرونده الکترونیک سلامت ثبت نمایید .

۳- جهت یک نمونه فرضی بیماری دیفتری و کزاز اقدامات مراقبت و پیشگیری را انجام دهید.

Created in Master PDF Editor

واکسن هپاتیت ب (HBV)



این واکسن ویروسی و به صورت ویالهای محتوی مایع شفاف می‌باشد. ماهیت و جنس و واکسن آنتی ژن سطحی و یروس است و علاوه بر گرما در برابر یخ زدگی نیز بسیار حساس می‌باشد و در صورت یخ زدگی نباید از آن استفاده نمود.

واکسن هپاتیت ب از ابتدای سال ۱۳۷۲ در برنامه واکسیناسیون روتین کودکان در کشور ما مورد استفاده قرار می‌گیرد و علاوه بر کودکان برای کلیه افراد خانواده در تماس با بیماران مبتلا به هپاتیت ب و همچنین افراد و گروههای در معرض خطر بیماری از جمله پزشکان، دندانپزشکان، جراحان، پرستاران، بهیاران، بهورزان، پرسنل آزمایشگاه، اطاق عمل، مامائی، بیماران دیالیزی، هموفیلی، تالاسمی، پرسنل مؤسسات نگه داری کودکان عقب افتاده و خانه سالمندان نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد.

ماهیت واکسن: آنتی ژن سطحی ویروس است.

مقدار تلقیح: برای کودکان و افراد زیر ۱۰ سال نیم سی سی برای افراد ۱۰ ساله و بیشتر یک سی سی و برای بیماران دیالیزی و سایر بیماران دریافت کننده خون و فرآورده‌های آن (مانند بیماران تالاسمی، هموفیلی و ...) دو برابر دز معمول هر گروه سنی تزریق می‌شود.

محل تلقیح: در کودکان زیر ۲ سال ناحیه قدامی، خارجی قسمت میانی ران ، پای راست و برای بقیه افراد در عضله دلتوئید تزریق می‌شود.

روش تلقیح: بجز در بیماران هموفیلی که زیر جلدی تزریق می‌شود در بقیه افراد به صورت عضلانی تزریق می‌شود.

روش کار

با استفاده از سرنگ مشابه روش کار واکسن ثلاث و توام انجام می‌شود.مدت استفاده بعد از باز شدن ویال در صورت رعایت زنجیره سرما حداکثر یک ماه قابل استفاده می‌باشد.

اثرات جانبی

این واکسن بجز مختصری تب و درد در محل تزریق معمولا عارضه دیگری ندارد.

آموزش: علاوه بر اهمیت مراجعه به موقع، نوبت بعدی مادر جهت واکسیناسیون به موقع کودک به وی آموزش داده شود.

Created in Master PDF Editor

تمرین در کلاس درس

۱- وسایل مورد استفاده واکسن هپاتیت ب را شرح دهد

۲- ماهیت واکسن هپاتیت ب، مقدار و روش تلقیح واکسن هپاتیت ب را توضیح دهد.

۳- تعریف، عامل، همه گیر شناسی، را ه انتقال، دوره کمون، دوره واگیری، مخزن و تظاهرات بالینی بیماری هپاتیت ب را بیان نماید.

تمرین در خارج از کلاس درس

۱- روش کار و اکسیناسیون هپاتیت ب را شرح دهید و عملاً بر روی ماکت نمایش دهد

۲- یک نمونه فرضی تاریخ واکسن هپاتیت ب را در پرونده الکترونیک سلامت ثبت نماید

۳- وظایف بهورز در صورت بروز بیماری هپاتیت (ب) را شرح دهد.

Created in Master PDF Editor

بیماری سرخک، سرخجه، اوریون و واکسن MMR

اهداف

پس از مطالعه این درس انتظار می‌رود فراگیر بتواند:

۱- تعریف،عامل و همه گیر شناسی بیماری سرخک، سرخجه، و اوریون را بیان نماید.

۲- را ه انتقال، دوره کمون، دوره واگیری، مخزن و تظاهرات بالینی بیماریهای سرخک و سرخجه و اوریون را بیان نماید.

۳- وظایف بهورز را در بیماریهای، سرخک و سرخجه و اوریون شرح دهد.

۴- وسایل مورد نیاز واکسن **MMR** را فهرست کند.

۵- ماهیت واکسن واکسن **MMR**، مقدار تلقیح، و روش تلقیح واکسن **MMR** را بیان کند.

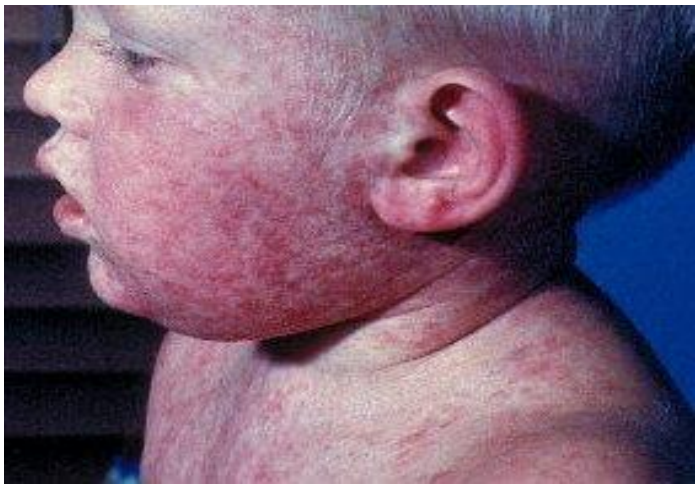
۶- روش کار واکسناسیون **MMR** را شرح و عملاً روی ماکت نمایش دهد.

۷- آموزشهای لازم را در مورد اثرات جانبی واکسن به مادر ارائه دهد.

۸- موارد منع مصرف واکسن **MMR** را بیان کند.

Created in Master PDF Editor

سرخک (Measles)



تعریف

یک بیماری عفونی ویروسی و بسیار حاد بوده که بیشتر در اطفال دیده می‌شود و در ماههای سرد سال معمولاً شایع‌تر می‌باشد.

عامل: ویروس سرخک می‌باشد.

پیش نشانه‌ها، مراحل و علائم

بیماری با حالتی شبیه سرما خوردگی با تب، تورم و قرمزی ملتهمه چشم، سرفه، آب ریزش بینی، برجستگی‌های سرخ رنگ با مرکز سفید روی مخاط دهان (نقاط کوپلیک) و عطسه تظاهر می‌کند. این مرحله سه تا چهار روز طول می‌کشد و در سومین تا هفتمین روز بعد از شروع تب لکه‌های قرمز مشخص بیماری، که از پشت گوش و صورت شروع و سپس در سایر نقاط بدن تظاهر می‌کند و ۴ تا ۷ روز طول می‌کشد و بعضی اوقات با تبدیل شدن به پوسته‌های قهوه‌ای رنگ خاتمه می‌یابد. سرخک در نوزادن و بزرگسالان شدیدتر از کودکان می‌باشد.

وقوع: قبل از ایمن سازی گسترده بیماری در کودکان به شدت شایع بوده و ۹۰٪ از مردم تا سن ۲۰ سالگی به آن مبتلا می‌شدند.

مخزن: انسان مخزن این ویروس است.

راههای سرایت

۱- از طریق تماس مستقیم با ترشحات مخا ط تنفسی افراد آلوده از طریق هوا و احتمالا قطره‌های آب دهان

۲- از طریق تماس غیرمستقیم با اشیاءتازه آلوده شده به ترشحات بینی و گلوی فرد آلوده

دوره کمون: ۸ تا ۱۴ روز می‌باشد.

دوره واگیری: کمی قبل از شروع تب و تا ۴ الی ۵ روز بعد از ظهور راشهای جلدی قابلیت انتقال وجود دارد. لازم به ذکر است که در فصل‌های زمستان و اوایل بهار سرایت بیشتر خواهد بود.

Created in Master PDF Editor

حساسیت و مقاومت

افرادی که مبتلا نشده و یا واکسن دریافت نکرده‌اند حساس هستند. مصونیت بعد از ابتلا دائمی می‌باشد. نوزادان متولد شده از مادران مبتلا شده به این بیماری در گذشته و بر حسب پادتنی که در دوره جنینی از مادر گرفته‌اند و روند کاهش بعدی این پادتن، بین ۶ تا ۹ ماه بعد از تولد مصون خواهد بود.

عوارض: در کودکانی که در مرز فقر غذائی هستند ممکن است منجر به ایجاد سندرم کواشیور کور و کمبود ویتامین آ و در ادامه منجر به کوری گردد. موارد آنسفالیت، پنومونی، اوتیت گوش میانی نیز ممکن است به وجود آید.

درمان: درمان خاصی ندارد و بیشتر درمان علامتی انجام می‌گیرد.

مراقبت و پیشگیری

۱- انجام واکسیناسیون طبق برنامه ایمن سازی کشوری

۲- تکمیل موارد ناقص واکسینه شده

۳- انجام برنامه‌های ملی واکسیناسیون

۴- آموزش به مردم در مورد نحوه انتقال بیماری و راههای پیشگیری از آن

۵- گزارش تلفنی و ارجاع فوری موارد مشکوک و پیگیری تا حصول نتیجه

۶- پیگیری بیماران شناخته شده و آموزش به اطرافیان بیمار و در صورت لزوم واکسیناسیون اطرافیان

۷- همکاری با اکیپ‌های مراکز بهداشتی درمانی و مرکز بهداشت و ...

۸- جداسازی دانش آموزان ۳ تا ۵ روز بعد از بروز بثورات جلدی

اصطلاحات:

حذف سرخک: نبود موارد سرخک بومی در یک دوره ی ۱۲ ماهه یا بیشتر با وجود سیستم مراقبت مناسب

طغیان سرخک: هر مورد سرخک وارده می‌تواند شروع کنندهٔ یک طغیان باشد. بخصوص اگر در تماس با گروههای غیر واکسینه قرار گیرد.

ریشه کنی سرخک: عبارتست از قطع کامل زنجیره انتقال از طریق حذف عامل بیماریزای سرخک

Created in Master PDF Editor

تعریف مورد مشکوک سرخک: هر شخص دارای نشانه های تب و بثورات ماکولوپاپولار

مرگ ناشی از سرخک: هر مرگ ناشی از بیماری است که در موارد تایید شده سرخک در طی یک ماه از شروع بثورات جلدی (راش) رخ دهد.

نحوه مراقبت از موارد تماس بیماری

الف) منزل

افراد در معرض تماس (بدون سابقه واکسیناسیون)با فرد مبتلا به سرخک در صورت نداشتن ممنوعیت دریافت واکسن، بایستی واکسینه گردند.در صورتیکه امکان تجویز واکسن به هر علتی برای آنان میسر نباشد، باید۱۴ روز تحت مراقبت قرار بگیرند و بروز تب در آنها به‌عنوان احتمال شروع بیماری تلقی گردد.طول مدت استراحت و جداسازی این افراد برمبنای تشخیص پزشک معالج خواهد بود.

افراد خانوادهٔ فرد مشکوک که واکسینه نشده‌اند و سن آنها بین ۹ ماه تا ۱۲ سال است، باید در فاصلهٔ زمانی کمتر از ۷۲ ساعت بعد از شروع علائم در بیمار، واکسینه شوند.

در مورد کودکان کمتر از ۹ ماه و زنان باردار، تجویز ایمونوگلوبولین استاندارد (به مقدار ۲/۰ میلی‌لیتر به‌ازاء هر کیلوگرم وزن و حداکثر ۱۵ میلی‌لیتر) توصیه شده است.

کلیه افراد دریافت‌کننده ایمونوگلوبولین اختصاصی سرخک باید ۵ ماه بعد واکسینه شوند. (تجویز واکسن قبل از این مدت، بی‌اثر خواهد بود).

ب) مدارس

در مدارس بلافاصله بعد از تشخیص بالینی بیماری، تمامی محصلین مدرسه باید از نظر سابقهٔ واکسیناسیون و دریافت ۲ نوبت واکسن سرخک بررسی شوند

در صورت تکمیل نبودن واکسیناسیون (بر اساس کارت واکسن یا شناسنامه سلامت دانش آموز یا حافظه معتبروالدین)، بلافاصله واکسینه گردند.

بررسی موارد در مدت ۴۸ ساعت بعد از شناسایی مورد اولیه، ضروری است.

Created in Master PDF Editor

ج) مکانهای تجمعی

اگر در یک کانون تجمعی (مدرسه، اداره، پادگان و...) یک مورد قطعی مبتلا به سرخک گزارش گردد و علائمی از گردش ویروس در مدت سه هفته پس از شروع ابتلا نفر اول وجود داشته باشد، باید تمامی افراد ۹ ماه تا ۱۲ سال آن کانون بدون توجه به سابقهٔ واکسیناسیون، واکسینه شوند.

د) مناطق شهری و روستایی

در بررسی موارد در یک منطقه یا محل، در شهرهای بزرگ باید در همان بلوک مسکونی و در سایر شهرها درهمسایگان (تا شعاع ۱۰۰۰ متر) و در منطقه روستایی در کل روستا نسبت به پاسخگویی سئوالات زیر و بیماریابی و واکسیناسیون تکمیلی اقدام نمود:

- آیا در ۳ هفته اخیر، مورد دیگری با علائم مشابه دیده شده است؟
- وضعیت واکسیناسیون افراد زیر۱۲ سال در این منطقه چگونه است؟
- بیمار به چه مکانهایی (مدرسه، اداره، پادگان و...) تردد نموده است؟

به‌منظور پیشگیری در موارد تماس، از واکسن حاوی جزء سرخک (**M** یا **MR** یا **MMR**) استفاده گردد.

مدیریت موارد سرخک

۱- بررسی موارد سرخک

۲- نمونه‌ها در زمان مناسب و با توجه به زمان شروع علایم بالینی باید تهیه گردد تا تفسیر نتایج و دستیابی به اهداف بدقت صورت پذیرد.

۳- نمونه‌های سرولوژی باید در طی ۲۸ روز اولیه از شروع راش جمع آوری و تهیه گردد.

توصیه می‌گردد در اولین تماس با مورد مشکوک اقدام به نمونه برداری گردد مگر اینکه مطمئن باشیم امکان دسترسی به بیمار وجود دارد که در این حالت نمونه در روز ۴ - ۳ پس از بروز راش تهیه می‌گردد.

نمونه می‌تواند در مرکز بهداشتی درمانی یا در منزل بیمار تهیه شده و با رعایت زنجیرهٔ سرما منتقل گردد.

۴- نمونه‌های خون تهیه شده باید طی ۷ روز به آزمایشگاه منتقل گردد. هر نمونه باید دارای یک فرم ارسال نمونه تکمیل شده باشد.

Created in Master PDF Editor

سرخجه (Rubella)



تعریف

یک بیماری ویروسی تب دار خفیفی است که بتورات نقطه‌ای پراکنده که گاهی اوقات شبیه سرخک و یا مخملک می‌باشد تظاهر می‌کند بیماری نزد کودکان نشانه عمومی ندارد. یک بیماری عفونی و مسری می‌باشد. ابتلا به آن مصونیت عمومی می‌دهد و در بهار و زمستان شایع است. در صورتی که مادر باردار در۳ ماه اول بارداری مبتلا شود امکان بروز ناهنجاری‌های شدید در جنین وجود دارد.

عامل: ویروس روبلا عامل عفونی این بیماری است.

پیش نشانه‌ها، مراحل وعلائم

ابتدا بی اشتهایی، ضعف، سردرد، التهاب مخاط چشم و تب خفیف ظاهر می‌شود. با پیشرفت بیماری شروع بثورات از قسمت مرکز بدن ظاهر می‌شود و کمتر در اندام‌ها دیده می‌شود، در حالیکه در سرخک اول بثورات از پشت گوش و صورت شروع می‌شود و سپس به اندام‌های دیگر منتشر می‌شود.

وقوع: در تمام نقاط دنیا وجود دارد.

مخزن: انسان تنها مخزن این ویروس است.

راه‌های سرایت: از طریق تماس مستقیم با ترشحات مخاط افراد آلوده از طریق هوا و انتقال غیر مستقیم از طریق اشیاء تازه آلوده شده.

دوره کمون: ۱۴ تا۲۱ روز است

دوره واگیری: یک هفته قبل از شروع بثورات پوستی تا حداقل ۴روز بعد از آن ادامه دارد

Created in Master PDF Editor

حساسیت و مقامت

حساسیت به این بیماری عمومیت دارد، نوزادان متولد شده از مادران ایمن تا مدتی ایمنی را حفظ می‌کنند، ابتلا یک بار به این بیماری مصونیت دائمی دارد.

عوارض: در سه ماه اول بارداری در صورت ابتلا مادر در جنین ناهنجاری مادرزادی بجا می‌گذارد

درمان: درمان خاصی ندارد، و بیشتر درمان علامتی انجام می‌گیرد

مراقبت و پیشگیری

۱- انجام واکسیناسیون طبق دستورالعمل کشوری

۲- انجام طرح‌های ملی واکسیناسیون

۳- تکمیل موارد نقص واکسیناسیون

۴- ارجاع موارد مشکوک و پیگیری تا حصول نتیجه

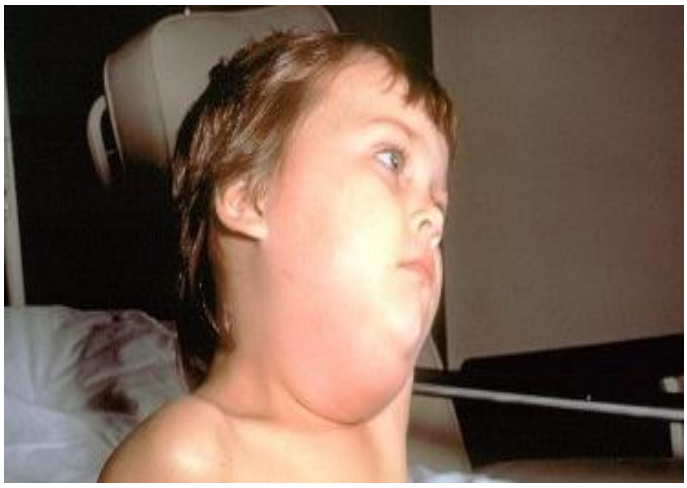
۵- آموزش به مردم در مورد استفاده از دستمال در جلوی دهان هنگام سرفه و یاعطسه

۶- جداسازی بیمار از مادر باردار

۷- تزریق ایمونوگلو بولین به مادر بارداری که سه ماهه اول بارداری با بیمار مبتلا به سرخجه تماس داشته است

Created in Master PDF Editor

اوریون (Mumps)



تعریف

یک بیماری ویروسی، حاد، مسری و شایع دوران کودکی (بیشتر سنین مدرسه ۵ الی ۱۴ ساله) که با تب و تورم و حساس شدن یک یا چند غده بزاقی که معمولاً غده پاروتید و بعضی اوقات غدد زیر زبانی یا زیرآرواره‌ای تظاهر می‌کنداین بیماری در زمستان و بهار شایعتر است.

عامل: ویروس اوریون است.

پیش نشانه‌ها،مراحل و علائم

اکثر عفونت‌های کودکان زیر ۲ سال نشانه بالینی ندارد.

تب، خستگی، کوفتگی بدن، تورم و سفتی و درد در ناحیه جلو و پائین گوش، تورم غده بنا گوشی، اشکال در بلع و جویدن.

وقوع: حدود یک سوم از افراد حساس که در معرض آلودگی قرار می‌گیرند مبتلا به شکل مخفی بیماری می‌گردند.

مخزن: انسان مخزن این ویروس است.

راههای سرایت: از طریق ترشحات دستگاه تنفسی بیمار ویروس به محیط پخش می‌گردد و در اثر سرایت به انسان سالم از طریق مجاری تنفسی، بیماری را ایجاد می‌کند.

دوره کمون: ۱۴ تا ۲۵ روز است

دوره واگیری: دو روز قبل از ابتلای غدد بزاقی و تا ۴ روز بعد از التهاب غدد بزاقی می‌باشد

حساسیت و مقاومت

ایمنی حاصل از ابتلا به عفونت مخفی یا اشکار تا آخر عمر باقی می‌ماند.

عوارض: ابتلای مننژ شایع بوده و آنسفالیت اوریونی،تورم مفاصل، عوارض چشمی، اورکیت و تورم تخمدان از دیگر عوارض آن می‌باشد.

درمان: درمان خاصی ندارد.

Created in Master PDF Editor

مراقبت و پیشگیری

۱- انجام واکسیناسیون طبق دستورالعمل کشوری

۲- تکمیل موارد ناقص واکسیناسیون

۳- آموزش به مردم در مورد روش‌های پیشگیری از بیماری

۴- آموزش به اطرافیان بیمار در خصوص ضد عفونی کردن وسایل بیمار

۵- گزارش موارد مشکوک به مرکز خدمات جامع سلامت

۶- جداسازی دانش آموزان از سایرین معمولاً تا ۷ روز بعد از تورم غده بزاقی

۷- توجه ویژه به موارد زیر و ارجاع فوری

الف) تب بالای ۳۸/۵ درجه به مدت بیش از ۳ روز

ب) ورم بیضه در بیماران پسر

ج) تورم شدید غدد بنا گوش یکطرفه یا دو طرفه

د) دل درد و استفراغ، خواب آلودگی و تشنج

Created in Master PDF Editor

واکسن سرخک. سرخجه. اوریون (M.M.R)

این واکسن از نوع ویروسی بوده و ترکیبی از سه واکسن سرخک، سرخجه و اوریون میباشد. که بصورت ویالهای تیره رنگ محتوی پودر خشک (لیوفیلیزه) بوده که قبل از استفاده از واکسن بایدآن را بازسازی و از حلال مخصوص آن استفاده شود.

ماهیت واکسن: ویروس‌های زنده ضعیف شده سرخک، سرخجه، اوریون

مقدار و محل تزریق: نیم سی سی در ناحیه یک سوم میانی عضله دلتوئید

روش تزریق: زیر جلدی، که در این روش سر سوزن را به صورت مایل و با زاویه ۴۵ درجه وارد می‌نمائیم.

نوبتهای تزریق: دو نوبت، در سن ۱۲ و ۱۸ ماهگی تزریق می‌شود.

روش کار

آمپول حلال را از قسمت گردن شیشه شکسته و به وسیله سرنگ ۲ یا ۵ سی سی با سر سوزن ۲۲ تمام حلال را داخل سرنگ بکشید سپس با درپوش ویال را ضد عفونی کرده و سر سوزن را طوری داخل آن وارد می‌کنیم که حلال به آهستگی به دیواره ویال برخورد نماید سپس ویال را روی کیسه یخ چندین بار به نرمی می‌چرخانیم تا واکسن کاملا حل شود.ضمنا تاریخ و ساعت بازسازی را روی ویال واکسن درج نمائیم.از وارد کردن حلال با فشار به داخل ویال واکسن همچنین تکان دادن آن بعد از حل شدن خودداری شود چرا که با این کار واکسن صدمه دیده و اثر ایمنی زائی آن کاهش می‌یابد.

قبل از تلقیح واکسن، کودک در بغل مادر و در وضعیت مناسبی قرار گیرد تا تزریق به درستی انجام شود. ابتدا محل تزریق را با پنبه الکلی ضدعفونی نموده سپس صبر می‌کنیم تا الکل کاملا خشک شود سپس نیم سی سی از واکسن باز سازی شده را به داخل سرنگ **AD** کشیده و بصورت زیر جلدی تزریق می‌کنیم.بعد از اتمام تزریق، سرنگ و سر سوزن به طور کامل در سفتی باکس انداخته شود.

و در خاتمه تلقیح واکسن در پرونده الکترونیک سلامت و کارت واکسن کودک ثبت شود.

مدت استفاده: واکسن بازسازی شده را باید هر چه زودتر و حداکثر تا ۶ ساعت بعد مورد استفاده قرار داد.

Created in Master PDF Editor

اثرات جانبی

ممکن است یک هفته پس از تزریق واکسن به مدت یک تا سه روز تب ظاهر شود گاهی بثوراتی مثل سرخک خفیف بروز نماید. در صورتی که تب بالا باشد(۳۹ درجه یا بیشترزیر بغل) باید به مادر آموزش داده شود که کودک را پاشویه نموده و مناسب سن به کودک قطره یا شربت یا قرص استامینوفن بدهد.

سایر عوارض واکسن شامل درد مفاصل، عوارض آلرژیک، شوک، آنسفالیت میباشد که در صورت مشاهده این عوارض بهتر است کودک را جهت درمان به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع داد. دقت شود در صورتی که کودک بعد از تزریق واکسن دچار علائم حساسیت یا آلرژی گردد، سریعا به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع فوری داده شود.

آموزش

در خصوص نحوه درمان و مراقبت از کودک در صورت بروز عوارض احتمالی و همچنین مواردی که مادر باید جهت بررسی کودک به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود به مادر آموزش دهید.

همچنین نوبت بعدی مراجعه جهت واکسیناسیون کودک در کارت واکسن ثبت و به مادر یادآوری شود.

تمرین در کلاس

۱- وسایل مورد نیاز واکسن **MMR** را آماده کند.

۲- ماهیت واکسن **MMR**. مقدار وروش تلقیح واکسن **MMR** را شرح دهد.

تمرین خارج از کلاس درس

۱- روش کار واکسیناسیون **MMR** را بر روی ماکت عملاً نمایش دهد.

۲- یک نمونه فرضی تاریخ واکسن را در پرونده الکترونیک سلامت ثبت نماید .

Created in Master PDF Editor

بیماری سل و واکسن ب ث ژ

اهداف

پس از مطالعه این درس انتظار می‌رود فراگیر بتواند:

۱- تعریف، عامل، همه گیر شناسی، راه انتقال ،دوره کمون، دوره فراگیری، مخزن و تظاهرات بالینی بیماری را بیان نماید.

۲- روش تهیه نمونه خلط از افراد مشکوک و بیماران مسلول را شرح دهد.

۳- وظائف بهورز در موقع بروز بیماری سل را شرح دهد.

۴- روش درمان بیماران مسلول را بیان کند.

۵-نحوه استفاده از کارت درمان سل را بیان نماید.

۶- وسایل مورد نیاز واکسن ب ث ژ را فهرست کند.

۷- ماهیت واکسن ب ث ژ، مقدار تلقیح و روش تلقیح واکسن ب ث ژ را بیان کند.

۸- روش کار واکسیناسیون ب ث ژ را شرح داده و عملاً روی ماکت نمایش دهد.

۹- آموزش‌های لازم را در موقع اثرات جانبی واکسن ب ث ژ به مادر ارائه دهد.

۱۰- نحوه پیگیری را در اطرافیان بیمار مبتلا به سل ریوی با اسمیر مثبت را در بالغین و کودکان توضیح دهد.

Created in Master PDF Editor

سل (Tuberculosis)

تعریف



بیماری مسری، عفونی،مزمن که بوسیله مایکو باکتریوم ایجاد می‌شود۰این بیماری عامل ناتوانی در جهان بوده اما قابل پیشگیری است. بیماری قدمت تاریخی زیادی دارد و تحت عنوان سل ریوی و سل خارج ریوی تظاهر می‌کند و به عنوان شایعترین عامل مرگ و میر بالغین، حتی بیشتر از ایدز و مالاریا است.در هر ثانیه یک نفر به باسیل سل آلوده می‌شود و در هر چهار ثانیه یک نفر به بیماری سل مبتلا می‌شود و در هر ده ثانیه یک نفر در اثر ابتلا به سل می‌میرد.

عامل: مجموعه مایکو باکتریوم توبرکولوزیس که می‌تواند در تمام نقاط بدن جایگزین شود ولی شایعترین مکان بافت ریه می‌باشد.

پیش نشانه‌ها، مراحل و علائم

- سرفه بیش از دو هفته که ممکن است با خلط یا بدون خلط همراه باشد.
- سرفه همراه با خلط خونی حتی برای یک بار
- تب‌های طولانی بیش از سه هفته مخصوصا اگر همراه عرق شبانه باشد.
- لاغری همراه با کاهش وزن
- بی اشتهایی مزمن
- درد قفسه سینه

وقوع: در تمام دنیا منتشر است. ضمن اینکه میزان ابتلا و مرگ و میر با افزایش سن زیاد می‌شود.

مخزن: بیشترین مخزن انسان و گاوهای بیمار است.

راه‌های سرایت: تنفس هوای آلوده به ذرات باسیل سل (کخ) و خوردن شیر آلوده به میکروب سل گاوی بصورت خام و نجوشیده در بعضی افراد باعث ایجاد بیماری می‌شود.

دوره کمون: متغیر بوده و بسته به مقاومت بدن افراد حدود ۴ تا ۱۲ هفته می‌باشد.

دوره واگیری: در تمام مدتی که میکروب‌های آلوده کننده سل خارج می‌شوند واگیری ادامه خواهد داشت و ممکن است خلط بیماران درمان نشده و یا ناقص درمان شده برای مدت‌ها از نظر میکروب سل مثبت باشد.

درمان مؤثر واگیری را سریعا کاهش می‌دهد که بعد از دو هفته از شروع درمان سرایت به حداقل می‌رسد.

Created in Master PDF Editor

حساسیت و مقاومت

خطر ایجاد عفونت باسیل مستقیما به خصوصیات میزبانی که مورد هجوم قرار می‌گیرد بستگی دارد.عفونت سل در نزد مبتلایان به ایدز وسایر اشکال نارسایی ایمنی به شکل قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد.

افراد مبتلا به بیماری‌های ناتوان کننده مثل نارسایی مزمن کلیه، سرطان، سیلیکوزیس و بیماری‌های دیابت نسبت به این بیماری حساس‌تر هستند.

سیر بیماری

پس از ورود میکروب سل به بدن اشخاص سالم، دو حالت پیش می‌آید.

الف) در حمله ی میکروب سل به بدن، دفاع بدن مغلوب می‌شود و پس از طی دوره کمون فرد دچار بیماری سل فعال می‌شود.

ب) دفاع بدن در برابر حمله میکروب سل پیروز می‌شود و میکروب را در داخل پوسته محافظ محاصره می‌کند.با اینکه میکروب زنده است اما شخص بیمار نیست و فقط بدن او آلوده به میکروب سل است (سل اولیه) در طول زندگی این گونه افراد ممکن است میکروب فعال شود (به علت کاهش قدرت دفاعی بدن در اثر فقر غذایی و یا بیماری‌های دیگر) و فرد مسلول گردد(سل ثانویه) اما ممکن است آلودگی تا آخر عمربصورت مخفی باقی بماند و فرد آثار بیماری را ظاهر نکند و به عنوان فرد ظاهراً سالم در اجتماع زندگی می‌کند.

مراحل بیماریابی سل

روش انجام بیماریابی

۱- انجام آزمایش توبوکولین و خواندن آن در افراد مشکوک به بیماری و موارد تماس با بیماران شناخته شده

۲- تهیه سه نوع نمونه خلط از افراد مشکوک و ارسال آن به آزمایشگاه

۳-ارجاع بیمار در صورت مثبت بودن نتیجه آزمایش توبرکولین(در صورتیکه نتیجه آزمایش توبرکولین منفی، اما علائم بالینی بیمار مشکوک بوده نیز او را ارجاع دهید)

Created in Master PDF Editor

فرم شماره ۱

جمهوری اسلامی ایران
برنامه کشوری مبارزه با سل
فرم بیماریابی موارد مشکوک

محل بیماریابی:

مرکز بهداشتی درمانی ..... خانه بهداشت ..... پایگاه بهداشتی ..... تیم سیار .....

زندان ..... بیمارستان ..... (بخش ..... تخت ..... شماره پرونده .....) مطب .....

سایر مراکز درمانی (ذکر شود .....)

نام و نام خانوادگی شخص ارجاع دهنده فرد مشکوک: .....

نام و نام خانوادگی: ..... سن: ..... جنس: مرد زن ملیت: ایرانی غیر ایرانی

نام پدر: ..... وضعیت تأهل: مجرد متأهل جدا شده از همسر همسر مرده وزن: .....

نشانی کامل: .....

شماره سل شهرستان (برای بیماران تحت درمان): .....

علت انجام آزمایش: تشخیص ادامه درمان

علائم بالینی و شکایات	دارد	ندارد
سرفه (بیش از دو هفته)		
خلط		
خلط حاوی خون		
تب		

سابقه	دارد	ندارد
ابتلای قبلی به سل		
مصرف داروی ضد سل (بیش از یک ماه)		
بیماری سل در خانواده		
وجود سرفه در افراد دیگر خانواده		

اسکار تلقیح ب ث ژ: دارد ✠ ندارد ✠ مشکوک ✠

آیا سابقه تلقیح ب ث ژ در کارت واکسن بیمار وجود دارد؟ بلی ✠ خیر ✠ کارت واکسن ندارد ✠

	شماره مسلسل نمونه	تاریخ دریافت نمونه از بیمار	تاریخ ارسال نمونه به آزمایشگاه
نمونه ۱			
نمونه ۲			
نمونه ۳			

نام و امضای گیرنده نمونه:

.....

نتایج آزمایشگاهی میکروب‌شناسی خلط

تاریخ وصول نمونه به آزمایشگاه:

.....

تاریخ تهیه اسمیر: .....

شماره دفتر آزمایشگاه: .....

نام و امضای آزمایش کننده:

.....

ملاحظات: .....

.....

نمونه	تاریخ انجام آزمایش	کیفیت نمونه *	نتیجه		درجه مثبت بودن اسمیر			
			منفی	مثبت	۱ تا ۹ باسیل (تعداد ذکر شود)	۱+	۲+	۳+

.....

تاریخ دریافت نتیجه توسط مرکز درمانگر: .....

* کیفیت نمونه: در این ستون شکل ظاهری نمونه (آب دهان/ چرکی مخاطی/ خونی) ذکر شود (چنانچه نمونه خشک یا ناکافی بود در همین ستون منعکس گردد.)

Created in Master PDF Editor

الف) مشخصات نمونه خلط مناسب

برای نتیجه‌گیری دقیق از یک آزمایش , نمونه مورد بررسی باید به روش صحیح جمع آوری شود. نمونه خوب نمونه‌ای است که:

- چرکی باشد و به مقدار کافی گرفته شده باشد (آب دهان نباشد)
- در ظرفی مناسب با ثبت مشخصات کامل بیمار قرار گیرد.
- در وضعیت مناسب نگهداری شود و به روش صحیح انتقال یابد.

میکروب سل را می‌توان از خلط , ادرار , مایع مغزی نخاعی و سایر مایعات بدن جدا کرد. همچنین می‌توان آنرا در ترشحات حفره‌های باز چرکی و نمونه‌های نسجی یا تکه‌های برداشت شده از اعضای بدن نیز جستجو کرد. جهت تشخیص سل ریوی خلط صبحگاهی نمونه بهتری است.

ب) زمان تهیه نمونه خلط

باید حتماً سه نمونه از خلط مورد آزمایش قرار گیرد. نمونه اول , در اولین مراجعه بیمار به واحد بهداشتی دریافت شود.

نمونه دوم، خلط صبحگاهی(صبح روز بعد) است. برای جمع آوری این نمونه، بیمار قبل از برخاستن از جای خود، و پس از یک نفس عمیق با سرفه خلط خارج شده را در ظرف بریزد.

نمونه سوم ، همزمان با مراجعه بیمار برای تحویل نمونه دوم (خلط صبحگاهی) به واحد بهداشتی درمانی دریافت می‌شود.

ج) دستورات لازم برای تهیه نمونه مناسب

۱- به منظور کاهش مراجعه مکرر بیمار توصیه می‌شود که نمونه اول در اولین مراجعه بیمار به هنگام تکمیل فرم مخصوص بیماریابی دریافت شود. ضمن تحویل ظرف دارای مشخصات بیمار، برای جمع آوری نمونه دوم به بیمار توصیه شود که روز بعد به واحد بهداشتی مراجعه کند باید به بیمار آموزش داد که صبح همان روز قبل از برخاستن از رختخواب , بدون اینکه غذایی بخورد با سرفه‌های عمیق خلط خود را خارج کرده , در ظرف دریافتی از واحد بهداشتی خالی کند و پس از بستن در ظرف و گذاشتن در کیسه نایلونی (کیسه فریزر) آن را ببندد و با خود به واحد بهداشتی بیاورد. بیمار می‌تواند در خانه بهداشت سومین نمونه خلط را تحت نظارت مستقیم بهورز با سرفه عمیق از سینه خارج کرده داخل ظرف نمونه بریزد. بهورز باید از نظر وجود خلط و میزان آن ظرف نمونه را بررسی کند. بهتر است حجم خلط بین ۳ تا ۵ میلی لیتر باشد.

۲- هنگام جمع آوری نمونه در واحد بهداشتی، بیمار در فضای باز روی صندلی می‌نشیند و بهورز پشت سر بیمار قرار می‌گیرد. ظرف نمونه را شخص بیمار مقابل دهانش می‌گیرد در حالی که در ظرف خلط در دست دیگر قرار می‌گیرد به بیمار توصیه می‌شود که ابتدا یک نفس عمیق کشیده با سرفه‌ای عمیق خلط را خارج کند و درون ظرف بریزد (ظرف نمونه باید کاملاً نزدیک لبهای بیمار قراگیرد) و بعد در ظرف را بسته و تحویل فرد مسئول دهد. بهورز موظف است مشخصات بیمار را مطابق نمونه زیر روی بدنه ظرف با خط خوانا بنویسد.

Created in Master PDF Editor

نام ونام خانواداگی- نام پدر- شماره مسلسل نمونه- تاریخ دریافت نمونه - خانه بهداشت- مرکز خدمات جامع سلامت

۳- پس از ثبت مشخصات بیمار روی بدنه ظرف (نه روی درب آن) بهورز باید آنرا در محل خنک و سایه نگهداری کند.

۴- در تمام مراحل گرفتن ظرف حاوی خلط بهورز باید از دستکش استفاده کند.

د) ظرف نمونه باید مشخصات زیر را داشته باشد

الف) دهانه ظرف گشاد و قطر آن حدود ۵ تا ۷ سانتیمتر باشد تا بیمار خلط خود را براحتی داخل آن بریزد و کارکنان آزمایشگاه نیز بتوانند به سهولت تکه‌های مناسب را از نمونه خلط برای آزمایش انتخاب کنند. به منظور جلوگیری از نشت خلط از داخل ظرف به بیرون، در جریان انتقال یا هنگام بازکردن آن در آزمایشگاه، در ظرف نمونه باید پیچ دار باشد.

ب) حجم ظرف نمونه حدود ۵۰ میلی لیتر باشد.

ج) ظرف نمونه از جنس پلاستیک شفاف و محکم ساخته شود تا نمونه داخل آن از نظر مقدار و کیفیت بدون باز کردن قابل رویت باشد.

د) مشخصات بیمار باید روی بدنه ظرف بطور خوانا نوشته شود تا پس از برداشتن در ظرف نیز قابل شناسایی باشد لذا به هیچ وجه توصیه نمی‌شود که مشخصات روی درب نوشته شود.

ه) ظرف نمونه باید از جنس پلاستیک قابل سوختن ساخته شود تا بتوان آنرا به آسانی معدوم کرد. استفاده از ظرفهای چند بار مصرف به دلیل احتمال باقی ماندن با سیل در آنها،حتی پس از استریل کردن ظرف نمونه باعث نتایج مثبت کاذب در آزمایش می‌شود.

یادآوری نکات مهم به بیمار

- همه مطالب با جملات ساده به بیمار آموزش داده شود.
- ظرف خلط در دست بیمار و در ظرف در دست بهورز قرار گیرد.
- بیمار نفس عمیقی از راه بینی کشیده و برای لحظه‌ای نفس خود را در سینه حبس کند و با سرفه عمیق , خلط خود را در داخل ظرف تخلیه کند و از ریختن خلط به جدار خارجی ظرف خودداری نماید.
- گرفتن خلط از جانب بیمار باید در فضای باز (در منزل یا واحد بهداشتی درمانی) انجام گیرد.
- در صورتی که بیمار نتواند با سرفه کردن برای انجام آزمایش، نمونه خلط بدهد باید به او یاد داد که به روش زیر عمل کند.

الف) بیمار روی تخت معاینه طوری بخوابد که صورت او رو به پایین بوده و سر او پایین تر از سینه قرار گیرد.

ب) بیمار پس یک دم عمیق، نفس خود را نگه داشته، سپس با بازدمی محکم خلط را خارج کند، این عمل باید تا دریافت نمونه کافی از خلط ادامه یابد.

Created in Master PDF Editor

نکاتی که بهورز در زمان تحویل نمونه باید به آنها توجه کند:

الف) حجم نمونه باید کافی باشد (حداقل ۳ میلی لیتر)

ب) نمونه دریافتی غلیظ و از ترشحاتی باشد که بیمار با سرفه عمیق از سینه خود خارج کرده

ج) نمونه دریافتی از آب دهان یا ترشحات حلق و بینی نباشد.

د) بهورز باید ضمن ثبت مشخصات بیمار در دفتر خود، فرم مخصوص دریافت خلط (فرم شماره یک بیماریابی) را تکمیل و همراه با کد مخصوص به آزمایشگاه ارسال کند.

نکات مهم

۱- نمونه بایدسریع به آزمایشگاه برده شود زیرا هر قدر نمونه سریعتر به آزمایشگاه برده شود, احتمال یافتن باسیل درآن بیشتر است، زیرا طولانی‌تر شدن زمان قبل از آزمایش باعث تکثیر باکتریهای فلوردهان و صدمه‌زدن به باسیل سل و در نتیجه،کاهش کشف آن می‌شود.

۲- خلط باید در ظرف تمیز و یکبار مصرف و در پیچدار جمع‌آوری شده و در جای خنک نگه‌داری شود.

۳- درحین حمل، نمونه از گرما و نور مستقیم دور نگه‌داشته شود.

۴- نمونه حداکثر تا ۷۲ ساعت به آزمایشگاه ارسال گردد.

نظارت و پیگیری

- بهورز جهت مراقبت و پیگیری فرمهای مربوطه در پرونده الکترونیک سلامت را تکمیل نماید
- به طرق مختلف اطمینان حاصل کنید که بیمار به طور مرتب داروهای خود را مصرف می‌کند.
- کلیه بیماران تحت درمان را پیگیری نموده و بهبودی آنها را بررسی نمائید.
- پیگیری منظم براساس تاریخ‌های ثبت در کارت‌های مربوط به درمان که همراه بیمار و همچنین در خانه بهداشت می‌باشد را تکمیل کنید.
- بیمارانی را که عوارض دارویی در آنها ظاهر شده است ارجاع فوری نمائید.

مراقبت و پیشگیری

الف) آموزش

- علائم و نشانه‌های بیماری سل را به منظور پیشگیری به مردم آموزش دهید.
- به مردم آموزش دهید از مصرف شیر نجوشیده اجتناب نمایند(شیر را حداقل یک دقیقه بعد از جوشیدن ، بجوشانند).
- به مردم (خصوصا بیماران) توصیه کنید که خلط خود را در اطراف محیط زندگی خود و مردم نریزند و هنگام سرفه کردن با دستمال جلوی دهان خود را گرفته و دستمال را بطور صحیح دفع نمایند.

Created in Master PDF Editor

- به اطرافیان بیمار آموزش دهید وسایل شخصی بیمار را حد الامکان در معرض نور آفتاب قرار داده (لزومی به جدا کردن ظرف غذا، لباس و اشیاء بیمار از دیگران نمی‌باشد).
- به اطرافیان بیمار آموزش دهید که حدالامکان اتاق بیمار دارای نورگیر و پنجره باشد و روزی ۲ بار در غیاب بیمار پنجره‌ها را باز کنید تا تهویه صورت گیرد.
- اهمیت واکسیناسیون ب.ث.ژ را به مردم آموزش دهید.
- به بیمار و اطرافیان اهمیت درمان و مصرف به موقع و مرتب داروهای سل را آموزش دهید.
- باورهای نادرست را در مورد بیماری سل در جمعیت تحت پوشش خود تغییر دهید.
- به بیمار مبتلا به سل ریوی خلط مثبت بایستی آموزش داده شود که حداقل تا ۲ هفته پس از شروع درمان از بوسیدن افراد و بغل کردن کودکان خودداری نماید و حتماً از ماسک استفاده نماید.
- چون در اثر مصرف داروهای ضد سل ممکن است بی اشتهایی، وز وز گوش، کم شدن شنوایی، خارش شدید پوست، قرمز شدن رنگ ادرار، اشک و بزاق ایجاد می‌شود بایستی به بیمار و اطرافیان وی آموزش داده شود که در صورت بروز چنین عوارضی بلا فاصله به خانه بهداشت مراجعه نمایند.

ب) واکسیناسیون جاری برابر برنامه ایمن سازی کشوری

ج) بیمار یابی

د) گزارش و ارجاع موارد مشکوک به مرکز خدمات جامع سلامت و پیگیری تا حصول نتیجه

ه) ارجاع بیماران شناخته شده‌ای که قطع دارو داشته‌اند یا علائم بیماری مجددا در آنها ظهور کرده و یا عوارض دارویی در آنها ظاهر شده است.

و) پیگیری بیماران شناخته شده تحت درمان و نظارت بر نحوه داروهای تجویز شده توسط پزشک

Created in MasterPDFEditor

فصل نهم

عوارض ناخواسته

عوارضی که پس از واکسیناسیون باید گزارش شوند:

۱- کلیه شوک هایی که در مدت ۲۴ ساعت پس از واکسیناسیون بروز نمایند.

۲- کلیه آبسه‌های محل تزریق واکسن که در مدت ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون به وجود آیند.

۳- لنفادینت‌های ناشی از واکسن ب ث ژ در هر زمان (حتی تا ۶ ماه بعد) که پس از تزریق واکسن ایجاد شوند باید در مدت ۲۴ ساعت گزارش شوند.

۴- عوارض موضعی شدید یا غیرشدید که در مدت ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون به وجود آیند.

۵- تب بالاتر از ۳۸,۵ درجه سانتی گراد زیربغلی که در مدت ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون بروز نمایند.

۶- فلجی که در مدت یک ماه پس از دریافت هر نوع واکسن به ویژه واکسن فلج اطفال ایجاد شود.

۷- تشنج که در مدت ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون بروز نماید.

۸- درد مفاصل که متعاقب واکسیناسیون بوجود آید.

۹- جیغ زدن مداوم یا بی قراری که بیش از سه ساعت به طول انجامد.

۱۰- بروز استفراغ که به طور مکرر اتفاق بیافتد.

۱۱- کلیه موارد مرگ که در فاصله ۴ هفته پس از واکسیناسیون اتفاق افتد و هیچ بیماری خاص یا دلیل قابل قبول دیگری برای آن وجود نداشته باشد.

۱۲- سایر رویدادهای غیرمعمول در مدت چهارهفته پس از واکسیناسیون که تصور می‌شود مربوط به واکسیناسیون باشد.

۱۳- سایر عوارض و واکنشها از قبیل حساسیت‌های پوستی، کاهش سطح هوشیاری، تنگی نفس، بیقراری که بعد از انجام واکسیناسیون بروز نماید.

طبقه بندی پیامدهای نامطلوب پس از ایمنسازی (AEFI)

۱- واکنش به واکسن: عوارضی که می‌تواند به دلیل ماهیت واکسن به وجود آید

۲- اشتباه در برنامه: عوارضی که ممکنست به دلیل بروز اشتباه در مراحل ایمنسازی روی دهد (مثل نحوه تزریق، حمل و نقل، آماده کردن و...)

۳- همزمانی: عوارضی که ممکنست به ایمنسازی مربوط نباشد اما موقتاً به واکسن ارتباط داده شود

۴- واکنش‌تزریق: عوارضی که بدلیل اضطراب وتشویش در اثر ترس و یا درد ناشی از تزریق بروزمی‌نماید (شوک آنافیلاکسی وFaint)

Created in Master PDF Editor

۵- واکنش ناشناخته: عوارضی که در اثر عوامل ناشناخته ایجاد می‌شوند.

۶- واکنشهای عادی و خفیف: واکنشها معمولاً از یک تا دو روز بعد از واکسیناسیون اتفاق می‌افتد به جز واکسن MMR که عوارض آن ۱۲-۶ روز پس از ایمنسازی اتفاق می‌افتد که به شرح ذیل می‌باشند:

الف: واکنش موضعی: شامل درد، تورم، قرمزی محل تزریق که میزان انتظار برای اغلب واکسنها حدود ۱۰٪ است (به جز واکسن ثلاث و یادآور توأم که ممکنست تا ۵۰٪ برسد)

ب: واکنشهای عمومی: شامل تب، که پس از ایمنسازی اغلب واکسنها حدود ۱۰٪ یا کمتر می‌باشد سایر واکنشهای عمومی شامل تحریک پذیری (حساست پوستی)، خستگی و رنگ پریدگی و از دست دادن اشتها بعد از واکسیناسیون با واکسن ثلاث اتفاق می‌افتد.

آبسه استریل

این نوع آبسه به دلیل وجود آلومینیوم در بعضی واکسنها بخصوص واکسن ثلاث ایجاد شده و تکان دادن ناکافی ویال قبل از استفاده، تزریق سطحی و یا یخ زدگی واکسن خطر بروز این نوع آبسه را افزایش می‌دهد و شیوع آن کم و حدود یک در صد هزار است.

آبسه باکتریال

آلودگی واکسن با سایر وسایل تزریق می‌تواند منحر به آبسه باکتریال شود

در مورد واکسن ب ث ژ آبسه محل تزریق می‌تواند ناشی از تکنیک نادرست تزریق باشد (نوع تزریق)

الف) کامل بودن، به هنگام بودن و دقت در گزارش دهی

ب) سرعت بررسی پس از وصول گزارش عوارض‌ها

ج) بازنگری گزارش‌ها و بررسی موارد توسط مدیران و حصول اطمینان از کافی بودن گزارشات

عوارض فوری واکسن که باید در اسرع وقت گزارش شود:

۱- کلیه موارد مرگ ناشی از واکسیناسیون

۲- کلیه موارد بستری در بیمارستان به علت واکسیناسیون

۳- کلیه آبسه‌های محل تزریق

۴- هرگونه عارضه‌ای که باعث تشویش عمومی و نگرانی جامعه شود.

Created in MasterPDF Editor

علایم اختصاری واکسنها

1- EPI =Expanded program immunization

2- (سل)B.C.G = Bacil – Calmet and Grin

3- (توام خردسال)DT=tetanus.Diphtheria

4- (توام بزرگسال)T.d=Tetanus.diphtheria

5- (ثلاث) D.P.T= Diphtheria. Pertussis.Tetanus

6- (هپاتیت ب)H. B=Hepatitis.B

7- (سرخک، سرخجه، اوریون) MMR=Measles.Mumps.Rubella

8- (توکسوئید کزاز)T.T-TetanusToxoid

9- (واکسن خوراکی فلج اطفال) O.P.V=Oral.Poliomyelitis.Vaccine

10- (واکسن تزریقی فلج اطفال) I.P.V=Intramuscular.Poliomyelitis.Vaccine

11- =(پروتئین خالص شده سل انسان)P.P.D=Purified Protein Derivative

12- Hib: Heamophilus Influenzae Type b

13- V.V.M = Vaccine vial monitor

14- A.D =Atuo Disable

15- AFB=Acid Fast bacell

16- AEFI = Adver event following immunization

Created in Master PDF Editor

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد
مرکز بهداشت استان

آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت

مجموعه دروس آموزش بهورزی

مدیریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

واحد آمو زش بهورزی

زمستان ۱۳۹۳

مولفین:

مینا سلطانزاده : مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد یک

زهره شکوری : مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان کاشمر

فریبا بیاتی : مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان سرخس

عبدالروف متفکر رودی : مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان خواف

تکتم محمودی : مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان تایباد

فاطمه رحم دل : مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان قوچان



با نظارت:

دکتر حسن عبداله زاده: کارشناس مسئول واحد آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

دکتر محمد حسن درخشان: مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

فهرست مطالب

عنوان **صفحه**

فصل اول اصول آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ۶
مقدمه: ۷
تعریف آموزش بهداشت: ۷
تعریف ارتقاء سلامت: ۷
هدف آموزش بهداشت : ۷
راه‌های ایجاد تغییر رفتار در مردم: ۸
بحث و گفتگو و مشارکت ۸
دادن اطلاعات ۱۱
استفاده از قانون ۱۲
مراحل تغییر رفتار ۱۳
مرحله اول: احساس نیاز به تغییر ۱۳
مرحله دوم: عبور از موانع ۱۴
مرحله سوم: نیاز به آموزش و کسب اطلاعات ۱۵
تعریف ارتباط: ۱۵
اجزای ارتباط: ۱۵
ویژگی‌های ارتباط مؤثر: ۱۵
انواع ارتباط: ۱۶
تعریف ارتباط کلامی و غیر کلامی: ۱۷
اصول مهارتهای ارتباط میان فردی: ۱۷

فصل دوم آموزش بهداشت با افراد و روش مشاوره ۱۹
مفهوم آموزش بهداشت با افراد (مشاوره) ۲۰
هدف مشاوره ۲۱
اعضای مشاوره ۲۱
مشاور: ۲۱
مشورت کننده : ۲۱
اصول مشاوره: ۲۱
برقراری ارتباط ۲۱
تشخیص نیازها ۲۲
درک احساسات ۲۲
مشارکت ۲۲
رازداری ۲۲
آموزش اطلاعات ۲۳
سایر شرایط ۲۳
مراحل مشاوره : ۲۳
تمرین بیشتر در مشاوره ۲۸

فصل سوم روش جلب مشارکت مردم و آموزش بهداشت با گروه‌ها و جامعه ۳۰
مشارکت گروه‌ها و جامعه در زمینه بهداشت..... ۳۱
مراحل اجرای یک برنامه مشارکت افراد..... ۳۱
مشارکت در شناخت مشکلات..... ۳۱
مشارکت در یافتن راه حل ۳۲
مشارکت در عمل ۳۲
تسهیل در مشارکت ۳۳
مشارکت در ارزشیابی ۳۳
آموزش گروهی:..... ۳۴
گروه‌های رسمی وغیر رسمی..... ۳۵
آموزش بهداشت در گروه‌های غیر رسمی ۳۶
آموزش بهداشت در گروه‌های رسمی ۳۸
رفتارهای مفید در آموزش‌های گروهی ۳۹
شورای بهداشت روستا ۳۹
وظایف شورای بهداشت ۳۹
اعضای شورای بهداشت ۴۰

فصل چهارم روش‌ها و شیوه‌های آموزشی..... ۴۳
روش‌ها و شیوه‌های متداول آموزشی..... ۴۴
روشهای آموزشی..... ۴۴
روش توضیحی: ۴۴
روش حل مساله: ۴۵
روش بحث گروهی : ۴۶
شیوه سخنرانی:..... ۴۶
شیوه‌های آموزشی..... ۴۷
شیوه تمرینی : ۴۷
شیوه پرسش- پاسخ : ۴۷
شیوه ایفای نقش :..... ۴۸

فصل پنجم رسانه‌ها و وسایل کمک آموزشی ۵۰
رسانه‌ها و وسایل کمک آموزشی..... ۵۱
اهمیت کاربرد رسانه هاو وسایل کمک آموزشی:..... ۵۱
عوامل موثر برانتخاب رسانه آموزشی :..... ۵۱
انواع رسانه‌های آموزشی..... ۵۲
پوستر: Poster ۵۲
بروشورBrochure:..... ۵۳
تراکتTract: ۵۳

چارتchart : ۵۳
فلانل گراف(تخته ماهوتی) flannel board(graph : ۵۴
اطلاعیه هشدار آگهی: ۵۴
عکس Photograph: ۵۴
نمودارGraph: ۵۵
تخته سیاه وایت بوردBlack board- Whitboard : ۵۵
نمونه‌های واقعی و مدلها True Samples & Models: ۵۶
روزنامه دیواری: ۵۶
کتابچه- جزوه Manual وBooklet: ۵۷
جراید (مطبوعات) ۵۷
کتاب Book : ۵۷
تلویزیون Television : ۵۷

فصل اول

اصول آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت

اهداف:

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید :

۱- هدف از آموزش بهداشت را توضیح دهید
۲- مفهوم رفتار مناسب و نا مناسب بهداشتی در افراد و مراحل تغییر رفتار در آنها را توضیح دهید
۳- نکات اساسی ر ا که بهورزان می بایست در برقراری ارتباط با افر اد و گروه‌ها و آموزش بهداشت رعایت کنند توضیح دهید

مقدمه:

آموزش بهداشت اولین جزء مراقبتهای اولیه بهداشتی و یکی از مهمترین وظایف بهورزان است.

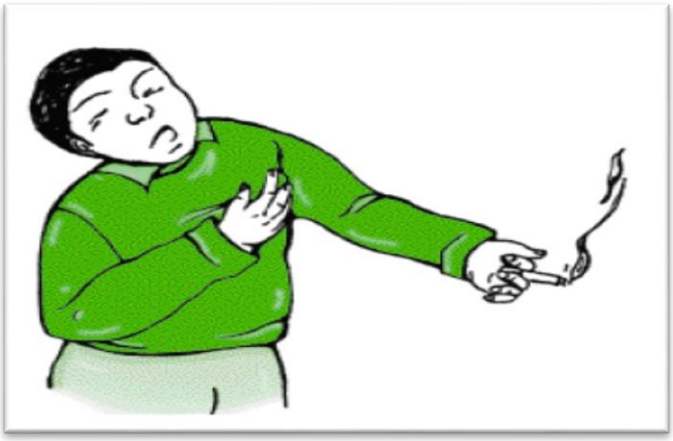
آموزش بهداشت شامل انتقال و تبادل اطلاعات در زمینه شرایط زیر بنایی اجتماعی، اقتصادی و محیطی تاثیر گذار بر سلامت و همچنین در زمینه عوامل خطر فردی و رفتارهای مخاطره آمیز و استفاده از نظام مراقبتهای بهداشتی می‌باشد.

تعریف آموزش بهداشت:

آموزش بهداشت فرایندی است که در آن افراد و گروه‌های مردم یاد می‌گیرند رفتاری داشته باشند که موجب ارتقاء، حفظ و بازگرداندن تندرستی شان شود.

تعریف ارتقاء سلامت:

فرآیند توانمندسازی مردم در شناخت عوامل تاثیر گذار بر سلامت فردی و اجتماعی آنها و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم می‌باشد.



تصویر ۱-۱

هدف آموزش بهداشت ایجاد تغییر رفتار در مردم است.

رفتار غیر بهداشتی رفتاری است که منجر به بروز مشکلات سلامت می شود

هدف آموزش بهداشت :

هدف آموزش بهداشت در مراقبتهای بهداشتی اولیه عبارت است از : ترغیب مردم به اینکه بخواهند سالم باشند، بدانند چگونه سالم بمانند، برای حفظ سلامت فردی و جمعی اقدام نمایند و در موقع لزوم طلب کمک نمایند. در واقع آموزش بهداشت به دنبال تغییر رفتار در مردم است.

راه‌های ایجاد تغییر رفتار در مردم:

ما می‌خواهیم با تغییر در رفتار مردم به آنها کمک کنیم تا از زندگی سالمتر و بهتری برخوردار شوند. یکی از مسائل مهم در آموزش بهداشت این است که ما رفتارهای مختلف مردم را در رابطه با مسائل گوناگون بشناسیم و ببینیم کدام رفتارها به طور مستقیم یا غیر مستقیم باعث وقوع بیماری میشوند (رفتارهای غیر بهداشتی)و کدام رفتارها برحفظ یا ارتقاء سلامتی مردم کمک می‌کند(رفتار بهداشتی) .



تصویر ۲-۱

در هر جامعه رفتارهایی وجود دارند که برای بهداشت مردم زیان آورند. به دلیل عوارض بدی که از رفتار غیر بهداشتی ناشی می شود ،اکثر مردم در تغییر این گونه رفتارها می کوشند.

اما گاهی به دلایلی مردم به یک رفتار غیر بهداشتی ادامه می دهند. قبل از شروع به فعالیت آموزش بهداشت لازم است که دلایل این رفتارها را درک کنیم وبا روش مناسب آموزشی در تغییر آنها بکوشیم

معمولا سه راه عمده برای ایجاد تغییر رفتار در مردم وجود دارد که عبارتند از :

۱. بحث و گفتگو و مشارکت
۲. دادن اطلاعات
۳. استفاده از قانون

۱. بحث و گفتگو و مشارکت

بهترین راه برای تغییر رفتار مردم این است که به دیدن آنها برویم ویا اینکه فرصت دیدار و مصاحبه با آنها را در خانه بهداشت فراهم کنیم. باآنها صحبت کنیم و بخواهیم که از مشکلاتشان برای ما صحبت کنند، سپس از آنها بخواهیم که فکر کنند و بگویند دلیل بوجود آمدن مشکلات چیست و آنها را در شناخت صحیح و درست مشکلات و پیدا کردن راه حل راهنمایی کنیم. وقتی آنها توانستند راه حل مشکلاتشان را پیدا کنند، خواهیم دید که با کمک و مشارکت خود آنها مشکلاتشان حل شده ودر رفتار هایشان تغییر بوجود خواهد آمد. این روش یکی از موثر ترین روشها در ایجاد تغییررفتار مردم است.



تصویر۳-۱

در جریان بحث وگفتگو و مشارکت بین بهورز وفردی که دچار یک مشکل است آنها می توانند مشکل را شناسایی کرده وبرای آن راه حل‌های مناسبی پیدا کنند که متناسب با وضعیت زندگی فرد بوده و امکان اجرای خوبی دارد.

« روزی بهورز یکی از روستاهای شمال کشورمان به دیدن گروهی از زنان شالیکار آمد. اونزد آنهامدتی توقف کرد و به مشکلات آنها گوش داد. زنان شالیکار از ضعف و خستگی شکایت دا شتند. برخی از آنها در حالی که طفل شیر خوار خود را به پشت می‌بستند، ساعت‌ها کار می‌کردند و فقط در فرصت‌هایی که در حین کار پیش می‌آمد می‌توانستند قدری نان و پنیر به عنوان غذا بخورند و به طفل خود شـیر بدهند. بهورز در مشـاهدات خود متوجه شد که برخی از این زنان خیلی ر نگ پریده‌اند و مشـکوک شـد که زنان شالیکار به دلیل عدم برخوردار از یک وضعیت تغذیه‌ای مناسب به کم خونی مبتلا شدند.

بهورز ابتدا از زنان پرسید که فکر می‌کنید چه چیزی سبب بروز این مسئله شده است؟

بعضی از آنها کار زیاد را مطرح کردند و دیگران هوای مرطوب مزرعه را عامل مشکل خود دانستند. یکی از زنان جوان که در یکســال اخیر فرزند پســری به دنیا آورده بود می‌گفت :از وقتی که فرزندم به دنیا آمده بعضــی از افراد فامیل که حسـود هسـتند برای تضعیف او از جادو استفاده کرده‌اند. بهورز از زنان سوال کرد برای حل این مشکل چه کار کرده اند؟ یکی از آنها گفت که همسـرش او را وادار کرده که غذای بیشـتری بخورد و دیگری مطرح کرد که او خیلی زود می‌خوابد. چند نفر دیگر گفتند که آنان برای تقویت خود عصــاره برخی گیاهان را می‌نوشــند. بهورز ســوال کرد که آیا این کارها مشکل آنها را حل کرده است؟تمام زنان شالیکارگفتند: « نه».

سپس زنان از بهورز سوال کردند که آیا او می‌تواند به آنها کمک کند؟ بهورز گفت سعی خواهد کرد. اما لازم است که در مورد کارهای روزانه و وضـعیت زندگی آنها بیشـتر بداند. بهورزسـوال کرد که زنان چند سـاعت درروز کار می‌کنند؟و وضـعیت تغذیه‌ای آنان چگونه اسـت؟زنان گفتند که بطور متوسـط در این ماه از سـال روزانه ۱۰ سـاعت در مزرعه کار می‌کنند. آنها اظهار داشـتند که علاوه بر کار در مزرعه وظایف دیگری هم دارند که تقریبا در اکثر موارد تمامی اوقات روز و حتی عصـر و شـب خود را صـرف آن می‌کنند. اغلب زنان شالیکار می‌گفتند که در فرصت کوتاهی که در بین کار پیش می‌آید آنها می‌توانند مقداری نان و پنیر و سـبزی به عنوان ناهاربخورند. شـبها هم غذای سا ده مثل نان و ماست یا نان و پنیر صرف می‌کنند.

برخی از آنان هفته‌ای یک بار گوشت مصرف می‌کنند. بعضی از آنها که وضعیت مالی خوبی ندارند سعی می‌کنند تا بیشتر شیر و پنیر و گوشتی را که از دامهای خود به دست می‌آورند برای فروش به شهر ببرند. اغلب زنان میانسالی که در این گفتگو شرکت داشتند دارای بیش از ۵ فرزند بودندو بعضی از آنان به بچه‌های خود شیر می‌دادند. بهورز پس از شنیدن پاسخ زنان از آنان تشکر کرد و به آنان گفت، جوابهای شما در مورد مشکل فکرهایی را برای من مطرح ساخته است. آیا شما می‌دانید که وضعیت تغذیه‌ای شما تاثیر بسیار زیادی بر سلامتی شما دارد؟ یکی از آنها گفت: بله همسر من هم همینطور فکر می‌کند. برای همین او سعی می‌کند هر شب برای شام مقدار زیادی برنج مصرف کنم. البته پس از آن به مقدار زیادی چاق شده‌ام ولی با اینحال قدرتم کمتر شده است.

بهورز گفت: این فکر درست است که افراد به هر مقداری که بیشتر کار می‌کنند به انرژی بیشتری نیاز دارند اما باید توجه داشت آنچه که پیش از این اهمیت دارد نوع غذاهایی است که افراد مصرف می‌کنند. بهورز در ادامه صحبتهایش توضیح داد که وجود گوشت و بعضی از موادغذایی دیگر در وعده‌های غذایی خصوصا برای زنانی که باردار هستند و یا به فرزند خود شیر می‌دهند بسیار ضروری است و کمبود آنها در وعده‌های غذایی باعث بروز کم خونی می‌شود. یکی از زنان سوال کرد که علائم کم خونی چیست؟ بهورز به آنان برخی از علائم کم خونی را توضیح داد ولی به آنها گوشزد کرد که برای تشخیص کم خونی و درمان آن می‌بایست به پزشک ارجاع شوند. بهورز به زنان توضیح داد که چگونه می‌توانند با راه‌های ساده و کم خرج مقدار مورد نیاز ترکیبات مناسب غذایی را برای خود فراهم کنند. در این مورد زنان سوالاتی را مطرح کردند و بهورز توضیحات لازم را به آنها داد.

اشتیاق زنان روستایی به طرح سوالات مختلف و نظراتی که در زمینه بهبود خود داشتند موجب شد تا قرار ملاقات دیگری را در خانه بهداشت بگذارند. بهورز اظهار داشت که او در خانه بهداشت تصاویر و امکاناتی دارد که در زمینه این بحث و گفتگو کمک زیادی به آنها خواهد کرد. او در پایان دیدارش صحبت کشاورزی را که به همسرش گفته بود «باید بیشتر غذا بخورد» را به آنان خاطر نشان کرد و گفت این صحبت درست است که افرادی که بیشتر کار می‌کنند به انرژی و غذای بیشتری احتیاج دارند اما این نکته را باید بخاطر سپرد که ترکیب غذاها برای وضعیتهای متفاوتی که افراد دارند تنظیم شود. مثلا زنان باردار باید در وعده‌های غذایی خود مقدار کافی گوشت وشیر مصرف کنند. چند نفر از زنان روستایی در مورد روش طبخ بعضی از غذاهایی که در خانه مصرف می‌کردند و از بهورز در خواست کردند تا برای آنها فرصتی فراهم آورد که تجربه‌های خود را در این مورد به یکدیگر انتقال دهند. »

در داستان فوق بهورز موفق بود. او به مردم کمک کرد تا خودشان در مورد مشکلات شان فکر کنند. از آنان درخواست کرد تا در مورد راه حل مشکلات فکر کنند. زنان روستا هم در این بحث مشارکت کردند. تمام عوامل مؤثر بر بروز مشکل به خوبی بررسی شد و در نهایت همه آنها موافقت کردند تا دست به عملی بزنند که در جهت بهبود سلامت شان مؤثر باشد.



تصویر ۴-۱

آموزش بهداشت ،مردم را به گفتگو در باره مشکلاتشان و پیدا کردن راه حل‌های مناسب تشویق می کند. نقش بهورز این است که به مردم دریافتن راه حل کمک کند.

۲- دادن اطلاعات

در این روش کارمند بهداشتی مسائل مختلف بهداشتی را برای مردم شرح می‌دهد، این آگاهی در صورت پذیرش مردم می‌تواند به درجاتی سبب تغییر رفتار آنها گردد.

نمونه‌ای از تلاش برای ایجاد تغییر رفتار با استفاده از روش دادن اطلاعات:

« در روزهای پایان فصل پاییز در حالی که هوا کم کم سرد می‌شد، بهورز به روستای علی آباد که یکی از روستاهای قمر خانه بهداشت حسین آباد بود، سرکشی کرد. او متوجه شد که عده‌ی زیادی از کودکان روستا مبتلا به عفونت‌های تنفسی شده‌اند و برخی از آنها روزهای زیادی است که سرفه‌های خلط دار وتب دارند.

بروز موارد زیاد عفونت‌های تنفسی در کودکانی که در مدرسه ابتدایی درس می‌خواندند مدیر مدرسه را نگران کرده بود. رئیس شورای اسلامی هم از این موضوع نگران شده بود و از بهورز در این مورددرخواست کمک کرد. بهورز بری حل این مشکل جلساتی با مادران روستا و اعضای شورای اسلامی و مسئولین روستا تشکیل داد. بهورز در این جلسات درباره عفونت‌های تنفسی صحبت کرد و گفت علت اغلب موارد آن ویروسهای کوچکی است که نخست سبب سرماخوردگی می‌شوند و در صورت عدم مراقبت صحیح منجر به انتشار عفونت در مجاری تنفسی و بزور عفونت در سینوس‌ها و گوش میانی و راه‌های هوایی می‌شوند. وی توضیح داد که عفونت تنفسی در اطفال را باید جدی گرفت زیرا ممکن است سبب ذات الریه و یا عفونت گوش میانی در آنها شود که خود این‌ها نیز عوارض نامطلوب دیگری خواهند داشت. بهورز راه‌های پیشگیری از ابتلا به این عفونت‌ها را به مادران و مسئولان مدرسه توضیح داد و به مادران توصیه نمود که در صورت بروز این مشکل در کودکانشان آنها را جهت تشخیص و درمان به خانه بهداشت بیاورند. اما با وجود تمامی این سفارشات بهورز متوجه شد که عده بسیار کمی از مادران، فرزندانشان را برای درمان به خانه بهداشت آوردند. بهورز متعجب و نگران شده بود زیرا می‌دانست اطلاعات کامل و درستی را در اختیار روستاییان قرار داده ولی با این وجود آنها مراجعه نکرده‌اند. بهورز جهت بررسی علت این وضعیت مجددا به روستای علی آباد مراجعه کرد. بزرگان روستا و مادران به بهورز چیزهای مختلفی می‌گفتند آنها معتقد بودند که علت زیاد شدن عفونتهای تنفسی در اطفال در این موقع از سال موادی است که همراه باد در هوا پخش می‌شود و برای پیشگیری از عفونت در بچه‌ها می‌بایست با دود هیزمی که در خانه می‌سوزانند این مواد را از بین ببرند. علاوه بر این برخی ازآنها باور ندارند که بیماری از شخصی به شخص دیگر سرایت می‌کند. بعضی از

مادران برای درمان خروسک در کودک خود مقداری اندک از خون تاج خروس را در دهان طفل خود قرار می‌دادند. بعضی از مادران هم می‌خواســـتند کودک خود را به خانه بهداشـــت بیاورند، اما در این زمینه مشـــکلات و گرفتاری‌های زیادی داشتند.»

این بهورز بـه مردم اطلاعـات داده بود امـا افراد معـدودی برای درمان به وی مراجعه کردند. او به اندازه کافی موفق نبود. اگر چه اطلاعات بهداشـتی که او به افراد منتقل کرده بود درست بود، ولی تنها دادن این اطلاعات برای حل مشکل کافی نبود. چیزهای مؤثر دیگری نیز در رفتار مادران واهالی روستا دیده می‌شد که بهورز آنها را به حساب نیاورده بود. به نظر شما سایر عواملی که بر رفتار مادران تأثیر گذاشته بود، کدامند؟

۳– استفاده از قانون

در واقع در این روش کارمند بهداشـتی آن دسـته از مردمی که رفتارهای غیر بهداشتی دارند را تهدید میکند که اگر رفتارشـان راتغییر ندهند، آنها را به دادگاه معرفی خواهد کرد. این کار ممکن اسـت در ابتدا مؤثر باشـد اما به مرور زمان برای مردم عادی شده و بی اثر خواهد شد.

نمونه‌ای از تلاش برای ایجاد تغییر رفتار با استفاده از قانون:

« خانواده‌ای در روستای حسین آباد خانه و حیاط خود را تمیز نگه نمی‌داشت. آنان زباله‌های خود را به صورت توده‌ای بزرگ در پشـت خانه می‌ریختند و این توده، مکانی برای حشـرات و موش‌ها شـده بود. کودکان این خانواده اغلب مریض بودند و مکررا مبتلا به اسهال و عفونت‌های پوستی می‌شدند. روزی بهورز خانه بهداشت از آن خانه بازدید کرد. او از دیدن این وضعیت بسیار متاثر شد و به خانواده گوشزد نمود که آنها برای خود و تمام افراد جامعه ایجاد دردسر کرده‌اند. اما آنها به حرف‌های بهورز توجهی کردند. بهورز دوباره به آنها مراجعه کرد و به آنها گفت در صـورت عدم رعایت بهداشت خانه و محیط اطراف خانه و داخل آن، آنها رابه دادگاه خواهد کشاند. خانواده از این مساله هراسان شد و با سرعت اقدام به تمیز کردن فضای اطراف خانه کردند، اما در زمینه نظافت فضای داخل خانه حرف‌های بهورز را گوش ندادند.

بهورز در بازدید خانه مشـاهده کرد که فضـای بیرون خانه تمیز شـده است اما فضای داخل خانه تغییر زیادی نکرده است. اوبه خانواده تذکر داد که آنها می‌بایست همیشه فضای بیرون خانه را تمیز نگه دارند و در ضمن آنها باید که نظافت داخل خانه را هم رعایت کنند و چنان که تذکرات او را جدی نگیرند، آنها را به دادگاه معرفی خواهد کرد. او خانه را ترک کرد و تا چند ماه به آنجا برنگشت.

وقتی خانواه برای مدتی بهورز را ندیدند، فکر کردند که تهدیدهای او جدی نبوده و در ضـمن عصبانی هم شده بودند. آنها ندیده بودند که غریبه‌ای به خانه یشـان بیاید و به آنان فشـار بیاورد که نظافت را رعایت کنند. لذا به زودی شروع به ریختن زباله‌ها در پشـت خانه یشـان کردند. بلاخره بهورز برگشـت و توده زباله‌ها را دید اما وقتی سـعی کرد تا با خانواده صـحبت کند، آنها به او گفتند که آنجا را ترک کند و گفتند در صـورتی که سعی کند تا وارد خانه شود با او نزاع خواهند کرد».

اگرچه وقتی کارمند بهداشـتی سعی در اعمال زور و فشار به خانواده نمود، آنها در ابتدا آنچه را که گفته بود پذیرفتند اما بعدا عصبانی شده و از همکاری با او سرپیچی کردند.

با رعایت چه نکاتی بهورزان می‌توانند آموزش بهداشت موفقی داشته باشند؟

با مرور داسـتان‌های فوق می‌توان به نکاتی که کارمندان بهداشـتی می‌بایست برای ایجاد تغییر رفتار در مردم مد نظر داشته باشند، پی برد.

در اینجا به برخی از نکات مهم که بهورزان باید برای تغییردر رفتار رعایت نمایند اشاره می‌کنیم:

- با مردم گفت و گو کرده، به آنان گوش فرا داده و درباره مشکلاتشان صحبت کنید.
- به مردم کمک کنید درباره رفتارها یا عملکردهایی که سبب حل این مشکلات یا جلوگیری از آنها می‌شود فکر کنند.
- دلایل رفتار مردم (باورها – دوستان – اندیشه‌ها – کمبود پول و یا سایر چیزها) را پیدا کنید.
- به مردم کمک کنید تا دلایل اعمال خود ویا مشکلات بهداشتی را که دارند دریابند.
- از مردم بخواهید تا نقطه نظرات خود را برای حل این مشکلات بیان کنند.
- به مردم کمک کنید تا نقطه نظرات قابل استفاده و عملی خویش را در نظر آورند.
- مردم را به انتخاب راهی تشویق کنید که با موقعیت شان مطابقت داشته باشد.

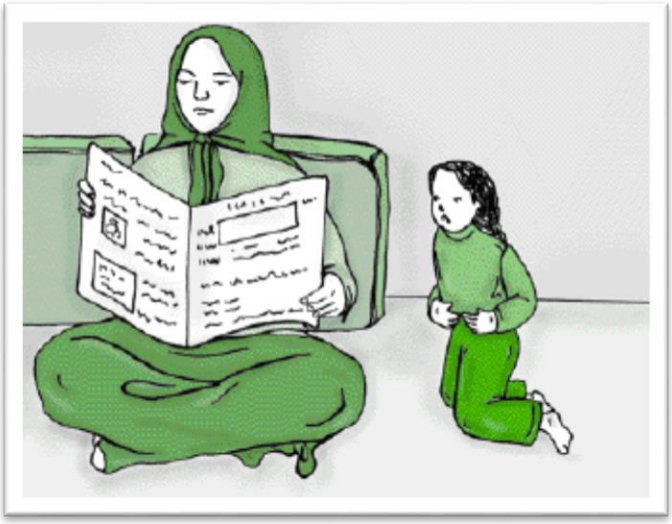
مراحل تغییر رفتار

همانطور که گفته شـد آموزش بهداشـت به دنبال تغییر رفتار مناسب در مردم است. برای این که موفقیت یک برنامه آموزشـی سـنجیده شـود باید دید چقدر به تغییر رفتار مردم انجامیده است؟ چنانچه در امر آموزش بهداشت به این مهم توجه کافی نشـود و موانع ایجاد این تغییر به خوبی شـناسایی نشود از تاثیر این آموزش کاسته خواهد شد. نکته مهم این اسـت که تغییر رفتار هرگز به صورت ناگهانی رخ نمی‌دهد. لذا باید همواره به خاطر داشته باشیم اینطور نیست که فردی رفتار قدیمی و عادی خود را یکباره کنار گذاشـــته و رفتار جدید را با جان و دل بپذیرد. بلکه این فرآیند مرحله به مرحله رخ می‌دهد.

مرحله اول: احساس نیاز به تغییر

در نخستین مرحله، مردم قبل از پذیرفتن یک رفتار بهداشتی از خود می‌پرسند که این رفتار چگونه با ایده‌ها و جریان عادی زندگی شـان جور در می‌آید و چه تاثیری بر آنها دارد؟ در این زمان آموزش دهنده باید قبل از آموزش این سؤال را اول از خود بپرسد. به هر حال یک فرد زمانی یک روش جدید را مورد توجه قرار می‌دهد که نیاز به تغییر را احساس کند. تا زمانی که فرد از جریان زندگی خود و نوع رفتارهایش احساس رضایت دارد و نیازی به تغییر احساس نمی‌کند، هرگونه

تلاش برای دادن اطلاعات بی ثمر خواهد بود. در این مرحله تلاش آموزش دهنده باید بر ایجاد حساسیت در برابر مساله مورد آموزش متمرکز شود. باید ابعاد مساله را برای مخاطبان تشریح و اهمیت تغییر رفتار را گوشزد شود.



تصویر:۱-۵

این کودک مبتلا به اسهال شده است ،اما مادر اهمیت چندانی به مشکل او نمی‌دهد. دلیل این رفتار مادر چیست؟ نخستین وظیفه کارمند بهداشتی درک دلایل رفتار مردم است .پس از این مرحله او می تواند از طریق دادن اطلاعات حساسیت افراد را تحریک کرده و آنان را برای تغییر رفتار آماده کند.

مرحله دوم: عبور از موانع

پس از احساس نیاز به تغییر، فرد وارد مرحله‌ای می‌شود که با وجود تمایل به تغییر، مسئولیت عدم امکان تغییر را به عهـده دیگران (مثلا دولت) می‌گذارد یا اینکه اعتماد به نفس لازم برای اقدام به تغییر را ندارد. در اینجا واکنش اطرافیان نسبت به رفتار جدید اهمیت فراوان دارد. اگر تغییر رفتار منجر به کاهش محبوبیت فرد شود، احتمال پذیرش رفتار جدید بسـیار کم می‌شود. در این مرحله فرد به وضعیتی رسیدی که مساله را می‌بیند ولی درباره حل آن هنوز تردید دارد. آنچه در این مرحله مورد نیاز فرد است، رفع ابهام و نگرانی‌های وی از تغییر است.

بدین منظور باید دامنه آموزش را به اطرافیان نیز گسترش داد. در این مرحله می‌توان نمونه‌هایی از افرادی که تغییر رفتار داده‌اند به آموزش گیرنده نشان داد.



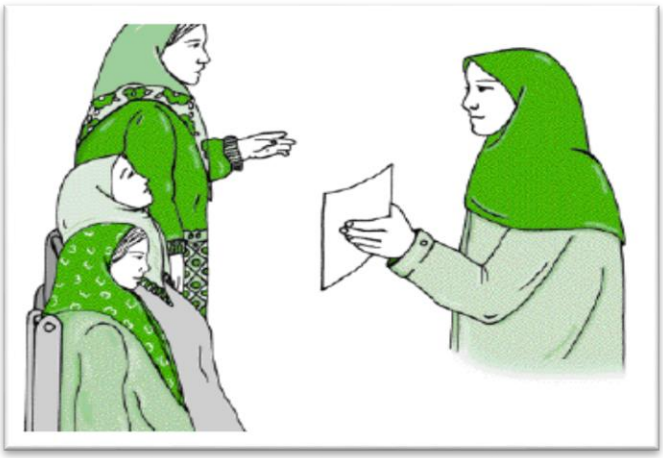
تصویر۱-۶

هنگامی که فرد تصمیم به تغییر رفتار گرفته ،نیازمند اطلاعات جدید است. در واقع در این زمان احساس نیاز به یادگیری و کسب معلومات در فرد زنده شده است

مرحله سوم: نیاز به آموزش و کسب اطلاعات

سومین مرحله از فرآیند تغییر رفتار از آن زمان شروع می‌شود که فرد تصمیم به تغییر رفتار گرفته وی اطلاعات کافی درباره آن را ندارد و احساس نیاز به یادگیری و کسب معلومات در وی زنده شده است.

در این مرحله آموزش و انتقال اطلاعات صحیح و در اختیار قرار دادن امکانات نقش بسیار مهمی در تغییر رفتار بازی می‌کند. وظیفه آموزش دهنده در این مرحله این است که انتقال پیام‌های بهداشتی را با استفاده از مناسب ترین طریق فراهم نماید. در آموزش بهداشت همواره باید این نکته اساسی را به خاطر داشته باشیم: به طور کلی یک فرد زمانی خوب یاد می‌گیرد که مورد احترام قرار بگیرد، احساس امنیت و رضایت کند و آنچه را که می‌آموزد کاربرد داشته باشد و در حل مشکلات به او کمک کند. شاید توجه کرده باشید که کودکان در مورد بسیاری از چیزهایی که بر سر راهشان قرار می‌گیرد کنجکاوی نشان می‌دهند، امابزرگسالان بیشتر مطالبی را یاد می‌گیرند که به کارشان بیاید یا مورد علاقه شان باشد. آنها باید ببینند که آگاهی و مهارتی را که کسب می‌کنند چه کاربرد مستقیمی در زندگی شان دارد. بنابراین یکی از مهمترین نکات در آموزش به بزرگسالان این است که با کاربرد آنچه می‌آموزند نیز آشنا شوند.



تصویر ۱-۷

در فرآیندآموزش ، آموزش دهنده می بایست از یادگیری مناسب آموزش گیرنده اطمینان حاصل نماید. به این منظور می توان از آموزش گیرنده درخواست کرد که مطالب فراگرفته را بازگو کند.

تعریف ارتباط:

ارتباط عبارت است از فن انتقال اطلاعات، افکار و رفتارهای انسانی از یک شخص به شخص دیگر

اجزای ارتباط:

۱- فرستنده پیام **۲- پیام** **۳- کانال ارتباطی** **٤- گیرنده پیام**

ویژگی‌های ارتباط مؤثر:

۱- خصوصیات فرد آموزش دهنده

شخص شما (شخصیت و رفتار شما) در نوع ارتباطتان با مردم بسیار مؤثر است. آیا مردم شما را قبول دارند؟ اگر ندارند به چه دلیل است؟ علت عکس العملهای مردم را پیدا کنید و چنانچه رفتارتان غیر منطقی است آن را اصلاح

نمایید. برای برقراری روابط خوب باید کارهایی را انجام دهید که به عقیده مردم مفید و ثمر بخش باشـــد. باید به میان مردم رفته و شـغلتان را برای آنها توضـیح دهید. همچنین باید به حرف مردم گوش دهید. به مسائل و نیازهای آنها توجه کنید. با کارکنان بخشهای دیگر « ادارات و سازمانها» ملاقات کنید و مهمتر اینکه به دیدار روحانی محل، معلمین، حکیم باشـی‌های سـنتی و افراد با نفوذ بروید. در مورد کار و تجربات آنها چیزهای جدید بیاموزید و شـغل خودتان را برای آنها توضیح دهید و ضمن بحث به آنها تفهیم کنید که با همکاری یکدیگر می‌توانید جامعه بهتری درست کنید.

۲- بیان و گفتار واضح و روشن:

هدف از برقراری ارتباط خوب این اسـت که مردم پیام مارا دریافت کنند، یعنی بشنوند، ببینند و درک کنند. بنابراین باید بیان کردن، نوشتن یا نشان دادن پیام به طور واضح و ساده باشد. مثلاً در صحبت با مردم بکار بردن اصطلاحاتی مثل ایمن سازی، ضد عفونی، گندزدایی و... باعث سردرگمی مردم می‌شود.

۳- گوش کردن و توجه نمودن:

خوب گوش کردن، احترام گذاشـــتن به مردم اســـت. پس به آنچه می‌گویند خوب گوش کنید، صـــحبت آنها را قطع نکنید، در حرفهایشـــان دخالت نکنید، در حال گوش کردن به چیز دیگری نگاه نکنید و خود را به کار دیگری ســـرگرم نکنید.

۴- صحت پیام:

پیام باید معتبر و عاری از خطا در واقعیت باشد.

۵- مناسب بودن:

پیام باید با شرایط فرهنگی – مذهبی اجتماعی گروه هدف مناسب باشد

۶- متکی بر شواهد علمی باشد.

۷- به موقع بودن:

پیام هنگامی که مخاطب بیشترین پذیرش یا نیاز به اطلاعات را داشته باشد ارائه شود.

انواع ارتباط:

۱. ارتباط درون فردی یا ارتباط با خود : یکی از روشهای ارتباطی می‌باشد مانند گفتگوی یک انسان با خودش.
۲. ارتباط میان فردی یا ارتباط فرد به فرد: ارتباطی است که دو نفر در آن شرکت دارند مانند مصاحبه و مشاهده
۳. ارتباط گروهی: گروه عبارت اســت از ســه فرد یا بیشـــترکه به دنبال هدفی گرد یکدیگر جمع شـــده‌اند. افراد گروه معمولاً علاقه مشـــترکی در رســـیدن به یک هدف گروهی دارند، با این حال هر کدام ممکن اســـت انگیزه جداگانه داشته باشند. هر یک از ارتباطات فوق می‌تواند به شکل کلامی و غیر کلامی انجام شود.

تعریف ارتباط کلامی و غیر کلامی:

پیامهای کلامی شـــامل تمام جنبه‌های گفتار یعنی زبان و ابزارهای کلامی همراه آن اســـت، در حالیکه پیامهای غیر کلامی به فعالیتهایی گفته می‌شود که کارکرد ارتباطی دارند مثل حالت چهره – ژستها و حرکتها.

اصول مهارتهای ارتباط میان فردی:

۱. سوال کردن

- چه چیزی را سوال می‌کنیم؟
- چرا سوال می‌کنیم؟
- چگونه سوال می‌کنیم؟

۲. گوش دادن

- به چه چیزی گوش می‌دهیم؟
- چرا گوش می‌دهیم؟
- چگونه گوش می‌دهیم؟

۳. مشاهده کردن

- چه چیزی مشاهده می‌کنیم؟
- چرا مشاهده می‌کنیم؟
- چگونه مشاهده می‌کنیم؟

۴. گفتن

- چه بگوییم؟
- چرا بگوییم؟
- چگونه باید گفت؟

خلاصه فصل اول

آموزش بهداشت یکی از مناسبترین شیوه‌ها برای حل مشکلات بهداشتی مردم است.

هدف آموزش بهداشت تغییر رفتارهای نامناسب بهداشتی مردم به رفتارهای مناسب است.

برای آنکه به هدف تغییر رفتار در مردم دست یابیم باید تلاش کنیم خود آنها مشکلاتشان را شناسایی کرده و برای آنها راه حل پیدا کنند. مناسبترین روش برای ایجاد چنین تغییری استفاده از روش بحث و گفتگو و مشارکت است.

تغییر رفتاری که در اثر آموزش بهداشت در مردم بوجود می‌آید مراحل مختلفی دارد. در هر مرحله کارمند بهداشتی (بهورز) وظایف مشخصی برای تقویت فرایند تغییر رفتار دارد.

برای برقراری ارتباط موثر در آموزش بهداشت کارمند بهداشتی(بهورز) باید شخصیتی قابل قبول برای مردم داشته باشد، به مردم احترام بگذارد و به حرفها و ایده‌های آنان خوب گوش کند و با آنان به سادگی و بیانی روشن صحبت کند.

کارمند بهداشتی می‌تواند جهت حل مشکلات بهداشتی مردم از انواع روشهای ارتباطی استفاده کندکه مهمترین آنها شامل : ۱- ارتباط درون فردی ۲- ارتباط میان فردی ۳- ارتباط گروهی می‌باشد

تمرین در خارج از کلاس درس

۱. هدف آموزش بهداشت را توضیح دهید
۲. چگونه رفتار یک فرد تغییر می‌کند؟
۳. در آموزش یک ارتباط خوب چگونه بدست می‌آید؟
٤. انواع ارتباط موثر را نام ببرید.

تمرین در کلاس درس

کودکی مبتلا به اسهال شدید شده ولی مادر وی نسبت به اسهال کودک اهمیت چندانی نمی‌دهد. در این مورد با کمک مربی و با استفاده از تجربه‌های قبلی خود در خصوص اقداماتی که باید انجام دهید (آموزش و ارتباط مناسب با مادر) بحث و تبادل نظر کنید. پس از اتمام این بحث جریان برخورد و گفتگوی خود را با مادر بصورت نمایشنامه‌ای بنویسید و آن را در کلاس درس برای سایر همکلاسی‌های خود بخوانید

فصل دوم

آموزش بهداشت با افراد و روش مشاوره

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید :

۱-مشاوره و اصول آن را توضیح دهید.

۲-انواع مشاوره هایی را که ممکن است با آن روبرو شوید نام ببرید .

۳-مراحل مشاوره را توضیح داده و با کمک مربی خود چند نمونه مشاوره را بر اساس این مراحل تنظیم نمایید.

همانگونه که دیدیم یکی از مهمترین وظایف بهورزان آموزش بهداشت به مردم است. مردم به دلایل متعددی نیاز به آموزش دارند.

ممکن است شما با افرادی روبرو شوید که به دلیل مشکلاتی که دارند به شما مراجعه نمایند. به عنوان مثال ممکن است مادری به دلیل اینکه فکر می‌کند شیر او برای فرزندش کافی نیست به شما مراجعه کند.

او از این مطلب بسیار نگران است و فکر می‌کند که اگر به کودک خود شیر خشک ندهد کودکش به دلیل کمبود غذا دچار بیماری خواهدشد. علاوه براین اوممکن است ازطرف اطرافیان سرزنش شده وتوصیه‌های متعددی از سایرین دریافت نموده باشد.

ممکن است«مادری کودک خود را به دلیل اسهال چندروزه نزد شما آورده باشد» و یا «مادری از وضعیت رشد طفل خودنگران است واز شمامی پرسد که باید چه غذایی به او بدهد؟»«زنی از اعتیاد همسرش نگران است واز شماراهنمایی می‌خواهد؟»درتمامی این موارد وبسیاری موارد دیگر، شما می‌بایست اقدام به مشاوره با افراد نمایید.

علاوه بر این، روستایی که شمادرآن خدمت می‌کنید ممکن است دچار مشکلات بهداشتی متعدد باشد. مثلا به دلیل عدم رعایت بهداشت بسیاری از دانش آموزان مبتلا به شپش هستند. به دلیل آلودگی آب روستا بیماری‌های اسهالی شایع شده است ویااین که به دلیل وجود اختلاف نظرها در جمع آوری ودفع بهداشتی زباله درروستا، هنوزهیچ راه مشخصی برای اقدام به دست نیامده است. در تمامی این موارد نیز شمامی توانید با انتخاب اشخاص، اقدام به آموزش ویابحث وگفتگو با گروه‌ها وافراد مسئول نمایید.



تصویر 1-2

کارکنان بهداشت به هنگام درمان بیماران فرصت‌های زیادی برای آموزش بهداشت به افراد مختلف دارند.

مفهوم آموزش بهداشت با افراد (مشاوره)

یکی از وظایف مهم هر بهورز ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی به مردم است.

در این رابطه افراد نیازمند مراقبت بهداشتی به خانه بهداشت مراجعه نموده و بهورز باید در طول زمان ملاقات از طریق بحث و گفتگو و برقرار نمودن ارتباط خوب، کاری کندکه افراد اعتماد به نفس لازم برای دریافتن راه حل مشکل و رفع نیازهایشان پیداکنند. ارتباط با افراد برای تشویق آنان در جهت حل مشکلاتشان را « مشاوره » می‌گویند.

هدف مشاوره

از طریق مشـاوره افراد تشویق می‌شوند تا در مورد مشکلاتشان فکر کنند، علل به وجود آورنده مشکلات را بشناسند و راه حل لازم را پیدا کرده و بر اساس آن اقدام نمایند. همیشه به خاطر داشته باشید که مشاوره انتخاب است نه زور و نه توصـیه. گاه ممکن اسـت شـما فکر کنید توصـیه یا راه حل شـما خوب ومعقول اسـت ولی امکان دارد که توصیه شما با موقعیت و شرایط فرد سازگار نباشد.

اعضای مشاوره

در هرمشاوره دو طرف وجود دارد:

الف)مشاور:

مشاوریا طرف مشورت کسی است که دانش و آگاهی لازم را در مورد مسئله مورد مشورت دارا بوده و می‌تواند در طول مشاوره کمک نماید تا مشکل مشورت کننده حل شود. توجه داشته باشید که مشاور یک فرد به خصوص نیست بلکه هر کسـی که دارای دانش و یا مهارت خاصـی باشـد می‌تواند به عنوان مشـاور عمل نماید ؛ بهورزان، کاردانان، کارشناسان و پزشکان می‌توانند در موارد مختلف به عنوان یک مشاور عمل نمایند.

ب) مشورت کننده :

فرد یا افرادی که با مشـکل روبرو بوده و به دلیل عدم دسترسی به آگاهی و دانش لازم قادر به تصمیم گیری جدی و رفع مشـکل نبوده و نیاز به راهنمایی و کمک دارند، مشـورت کننده نامیده می‌شـود. مشـورت کننده می‌تواند یک فرد یا گروهی از مردم باشد.

اصول مشاوره:

الف- برقراری ارتباط

مشـاور باید حالت توجه و مراقبت از خود نشـان داده و از ابتدای مشـاوره در جهت کمک به افراد سـعی کند ارتباط خوبی برقرار نماید. در این صورت است که افراد به مشاور اعتماد کرده، مشکلاتشان را بر زبان می‌آورند. خوب گوش دادن و احترام گذاشـتن یکی از بهترین راه‌های ایجاد ارتباط عمیق اسـت. علاوه بر این ارتباط خوب به شـما کمک می‌کند تا مناسب ترین راه را برای حل مشکل پیدا کنید. به خاطر داشته باشید که باید به حرفهای مردم خوب گوش کنید خودآنها راه حل را به شما می‌گویند.

ب) تشخیص نیازها

گفتیم مشاور سعی می‌کند مشکل را همان طور که افراد می‌بینند درک کند، مردم باید مشکل را خودشان تشخیص دهند پس مشاور نباید مشکلات را یکی یکی نام ببرد بلکه باید در جهت شناخت مشکلات سؤالاتی را مطرح کند که فرد آزادانه اظهار عقیده نماید. در این مرحله فرد مشاوره کننده فقط باید به صحبت مشاوره شونده گوش دهد. بدین منوال مشاور در خواهد یافت که فرد چه نیازهایی دارد.

ج) درک احساسات

مشاور باید احساسات افراد را درک کند. به عنوان مثال ممکن است مادری به شما مراجعه کند و از این که طفل شیر خوارش چند روز است که دچار اسهال شده، اظهار نگرانی کند. شما باید احساس نگرانی مادر را درک نموده و آن را تأیید نمایید. این درک هرگز به معنی همدرد شدن و ایجاد نگرانی در شما نیست و شما نباید به خاطر این مسئله همانند مادر طفل ناراحت باشید. درست است که شما مشکل مادر و احساس او را به خوبی درک می‌کنید و خود را مسئول کمک می‌دانید؛ اما در عین حال شما را ه حل‌هایی برای این مشکل می‌دانید. مردم در مورد مشکلاتشان به طور طبیعی ترس و نگرانی دارند که هرگز نباید مورد سرزنش قرار گیرند چرا که این سرزنش سبب سلب اعتماد افراد می‌شود.

د) مشارکت

مشاور به فرد کمک می‌کند تا او همهٔ جنبه‌های مشکل را در نظر بگیرد، راه حلهای مختلف را پیدا و بهترین آنها را انتخاب نماید. به عنوان مثال ممکن است زنی به دلیل اعتقادات غلط همسر قادر نباشد که از یک روش پیشگیری از بارداری مناسب استفاده کند و این امر منجر به بروز اختلاف و دعوا شده باشد. در اینجا وظیفه مشاور این است که با رعایت رازداری و با مشارکت فرد اقدام به تحلیل مشکل و پیدا کردن بهترین راه حل نماید.

ه) رازداری

در مشاوره معمولاً مسائل شخصی و خانوادگی به مشاور گفته می‌شود ؛ مشاور باید این اطلاعات را از دیگران، حتی بستگان فرد مخفی نگاه دارد، چون اگر آنها را فاش کند فرد اعتماد خود را از دست داده، از مشاور دوری نموده و چیزی به مشاور نخواهند گفت.

این موضوع در محیط روستا از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. گاه ممکن است به دلیل چیزهایی که به دیگران گفته‌اید فرد دچار درد سر و مشکل تازه‌ای شود. پس همیشه به اعتماد فرد، احترام گذاشته و بدون اجازهٔ خود او اطلاعات را فاش نکنید. به عنوان مثال ممکن است زنی به دلیل ناباروری با شما مشورت کند. او ممکن است به همین دلیل در داخل خانواده دچار مشکلات بسیار زیادی نیز شده باشد. افشای مشکلات این زن ممکن است سبب بروز بحران‌های زیادی گردد که آثار بسیار وخیمی داشته باشد. همواره به خاطر داشته باشید رازداری باید یکی از اصلی ترین صفات کسانی باشد که حرفه آنها اقدام به درمان و راهنمایی مردم در جهت حل مشکلاتشان است.

و) آموزش اطلاعات

اگر چه مشاور نصیحت نمی‌کند اما باید اطلاعاتی که فرد برای تصمیم گیری به آنها نیاز دارد را در قالب مطالب ساده در طول بحث ارائه نماید. شرایطی به وجود بیاورد که فرد با آگاهی بیشتر تصمیم بگیرد و با استفاده از دانش جدیدی که کسب می‌کند، راهی برای حل مشکل خود پیدا کند.

ز) سایر شرایط

ایجاد محیط آرام و خصوصی برای مشاوره، صرف وقت کافی، بیان ساده و قابل فهم، استفاده از شیوه تحسین و تشویق برای تقویت نکات مثبت مشاوره شونده و... از جمله نکاتی است که باید در مشاوره رعایت شود.



تصویر ۲-۲

مادر از آموخته‌های خود برای رفع مشکل کودک خود بهره می گیرد. در این مرحله باید اشتباهای عملی وی را برطرف کرد وسوء برداشت هایش را از بین برد. در غیر این صورت برداشت غلط او ممکن است عوارض بدی داشته باشد.

مراحل مشاوره :

از آنچه که گفته شـــد می‌توان چنین نتیجه گرفت که مشـــاوره یک ارتباط دو طرفهٔ چهره به چهره اســـت که در آن مشـاور از طریق دادن اطلاعات مناسـب و قابل درک به فرد کمک می‌کند تا با توجه به شرایط و نیازهای خود، بهترین و مناسب ترین تصمیم را بگیرد و بر اساس آن عمل کند.

بنابراین مشاوره می‌تواندشامل مراحل زیر باشد :

۱-کمک به فرد برای شناسایی و تشخیص مشکل.

۲-کمک به فرد برای کشف علل به وجود آمدن مشکل.

۳-کمک و تشویق فرد برای توجه به راه حلهای مختلف و قابل انجام برای حل مشکل.

۴-کمک به فرد برای انتخاب بهترین راه حل.

نمونه‌ای از یک جلسهٔ مشاوره

در اینجا به ذکر مثالی از یک مشاوره می‌پردازیم :

« معلمی از یک بهورز درخواســت نموده تا با یکی از شــاگردانش، صــحبت کند. معلم، مطالب متعددی را در مورد شاگردش به بهورز می‌گوید. او هفده سال دارد و شاگرد باهوشی است اما اخیراًغیبت‌های طولانی در مدرسه داشته است و همیشــه خسته به نظر می‌رسد. امسال، آخرین سال تحصیلی او است و معلم نگران است که مبادا نتواند امتحاناتش را با موفقیت بگذارند. »

بحثی که به دنبال می‌آید، نشان می‌دهد که بهورز در این موقعیت، چگونه ممکن است اقدامی انجام دهد. به آنچه که او می‌گوید، دقت کافی داشــته باشــید و توجه کنید که برای تشــویق شاگرد به صحبت آزادانه، ابتدا سؤالات کلی پرسیده می‌شود. او با شاگرد، احوالپرسی کرده و سعی می‌کند تا رابطهٔ خوبی را با وی برقرار سازد

او به دقت به آنچه که پســر می‌گوید، گوش داده و تا وقتی که بهورز تمام داستانی که در پس مشکل پسر وجود دارد را نشنود، هیچگونه توصیه‌ای نخواهند کرد.

ضــمناً بهورز پســر را تشــویق می‌کند تا در مورد مشــکل، به دقت فکر کرده تا از این طریق بتواند، علت را بهتر درک کرده و راه حل‌های احتمالی را برای خودش جســتجو نماید. به خاطر داشــته باشــید که اگر مردم در توســعه راه حل‌ها، مشــارکت نمایند در اینصــورت برای حل مشکلاتشان، بیشتر متعهد می‌گردند. پیشنهاد می‌شود از این جلسهٔ مشاوره یک نمایش کوتاه در کلاس درس ترتیب دهید.

ابتدا از همه بخواهید تا یک بار، بحث را خوانده و ســپس دو نفر داوطلب، انتخاب کنید. یک نفر، قســمت مربوط به بهورز را با صدای بلند بخواند و نفر دیگر صحبت‌های پسر را تکرار کند.

این کار، روش خوبی برای تمرین مشاوره خواهد بود.

«بهورز : صبح بخیر، حال شما چطور است؟ پدر و مادرت چطورند؟

پسر : متشکرم، حال همه خوب است، بجز مادرم که کمر درد دارد.

بهورز : فکر می‌کنم این آخرین سال تحصیلی شما باشد، وضع مطالعاتت چگونه است؟

پسر : خوب است. من معمولاً در مدرسه خوب درس می‌خوانم اما می‌دانید که سال آخر همیشه مشکل است.

بهورز : آیا امسال مشکلی از نظر جسمی نداشتید؟

پسر : در واقع احساس کمی ضعف و سر درد داشته ام. برای سردرد معمولاً از قرص‌های مسکن استفاده می‌کنم.

بهورز : قرص‌ها لازم هســتند اما آیا بهتر نیســت به خاطر ســردرد و ضــعف یک بار به پزشــک مرکز بهداشــتی درمانی مراجعه کنی؟

پسر : بله فکر می‌کنم.

بهورز : راســتی آیا غذا خوب می‌خوری؟ فکر می‌کنم تغذیهٔ خوب و مناســب از مشکل ضعف تو کم کند. به من بگو که در چند روز گذشته، چه غذایی خورده ای؟

پسر : مادرم همیشه می‌گوید که صبحانه کامل بخورید. بنابراین اغلب روزها برای خودم و برادرهایم، یک کاسهٔ بزرگ عدسی درست می‌کنم. ضمناً همیشه سعی می‌کنم برای مصرف در طول روز میوه نیز بخرم.

بهورز : منظورت این است که تا حدی پخت و پز و مقداری هم خرید می‌کنی؟

پسر : بله این کارها ضروری است. چند سال پیش کمر مادرم آسیب دید و اکنون مشکل شده است. دکتر می‌گوید که او مسن است و کار زیادی نمی‌توان برایش انجام داد و فقط به او مسکن می‌دهند. اما دکتر به ما گفت که هر طور می‌توانیم به مادرمان کنیم. چون من از همه بزرگتر هستم قسمت اعظم مسئولیت به دوش من است. چون پدرم اغلب روزها تا موقع غروب کار می‌کند و وقتی به خانه بر می‌گردد هم کارهای زیاد دیگری برای انجام دادن دارد.

بهورز : دیگر چه کارهایی انجام می‌دهی؟

پسر : در تهیهٔ غذای شب هم کمک می‌کنم و برای تمیز کردن خانه، بچه‌های کوچک را نیز به کار می‌گیرم ولی برای این که کارشان را صحیح انجام دهند، باید مراقب آنها باشم.

بهورز : با این همه کار، چه وقت فرصت مطالع پیدا می‌کنی؟

پسر : مشکل همین است. تا زمانی که تمام کارها انجام نشده و بچه‌های کوچکتر هم نخوابیده باشند، مشکل می توان به طور جدی مطالعه کرد. پس از آن تا جایی که امکان داشته باشد درس می‌خوانم و آنقدر ادامه می دهم تا روی زمین خوابم ببرد.

بهورز : در کجا مطالع می‌کنی؟

پسر : ما فقط دو اتاق برای سکونت در آن داریم که یکی از آنها، اتاق خواب پدرو مادرم است و دیگری به صورت اتاق نشیمن، غذا خوری و خواب بچه‌ها است. به همین دلیل است که تا بچه‌های کوچک نخوابند نمی‌توانم جهت مطالعه تمرکز حواس داشته باشم. من حتی سعی می‌کنم تا از یک چراغ کم نور استفاده کنم که مبادا بچه‌ها بیدار شده و مزاحم من شوند.

بهورز : این طور که می‌بینم کار شما بسیار سخت است. از صحبت شما چنین بر می‌آید که فشار زیادی را تحمل می‌کنید. من متوجه شدم که شما وظایفی نسبت به خانواده دارید که باید آن را انجام دهید و لذا فکر می‌کنم این همه کار اضافی و نیز مطالعهٔ آخر شب، آن هم در نور کم باعث ضعف و سردرد تو شده است. خود تو چی فکر می‌کنی؟

پسر:هرگزتاکنون بدین صورت به این موضوع فکرنکرده بودم، به هر حال نگران هستم وهمان طوری گفتید، ناچارم کارهای خانه را هم انجام دهم. چگونه می‌توانم این مشکل را حل کنم؟

بهورز:اول این که واقعا دوست داری به چه چیزی دست یابی؟

پسر:دلم می‌خواهد تا امسال درامتحانات قبول شوم، بنابراین احتمالا احتیاج به مطالعه‌ی بیشتری دارم.

بهورز:وبرای این که بتوانی بیشتر مطالعه کنی باید قوی باشی وبه قدرکافی استراحت کنی.

پسر:درست است وبنابراین باید حساب کنم که چگونه می‌توانم استراحت بیشتری داشته باشم.

بهورز:بهتر است ببینیم که بیشتر چه مواقعی وقت مطالعه پیدا می‌کنی.

پسر: درست است. اگروقت مطالعه را پیداکنم می‌توانم حساب کنم که چگونه می‌توانم استراحت بیشتری داشته باشم.

بهورز:بهتر است ببینیم که بیشتر چه مواقعی وقت مطالعه پیدا می‌کنی. گفتی که غذای شب راتهیه کرده ومقداری هم خرید می‌کنی. بین تعطیل شدن مدرسه تاوقتی که شروع به تهیه غذا می‌کنی، چکار می‌کنی؟

پسر:معمولا بعد از مدرسه به بازار می‌روم تا چیزهای لازم برای شب راتهیه کنم. در آنجا بعضی ازدوستانم را می‌بینم ومدتی با هم حرف می‌زنیم و بازی می‌کنیم. پس از غروب آفتاب به خانه می‌روم تا شام را حاضر کنم.

بهورز:بازی برای تناسب اندام لازم است ؛اما فکر نمی‌کنی که لازم باشدتا پس از بیرون آمدن از مدرسه، هفته‌ای یک یا دو روز از وقت آزادت راصرف مطالعه کنی؟مطالعه کردن در روز، برای چشمان شما بهتر از مطالعه درشب ودر نور کم است.

پسر:درست است اما بازی با دوستانم راهم واقعا دوست دارم.

بهورز:نمی خواهم بگویم که از بازی کردن خودداری کنی زیرا بازی به تناسب اندام کمک می‌کند علاوه بر این برای جوانی در سن تو بازی و ورزش واقعاً لازم است اما باید به آنچه که بیش از همه برای شما مهم است نیز فکر کنی. بنظر می‌رسد که نگران تکالیف مدرسه‌ات هم هستی. باید برای خودت تصمیم بگیری که حاضری برای موفقیت در درس، چه چیزهایی را فدا کنی. در حال حاضر، سلامت خودت را فدا نموده ای.

پسر : هرگز به این صورت به موضوع فکر نکرده بودم، حق با شماست. من برای تحصیلم ارزش قائلم و اگر سالم نباشم نمی‌توانم در مدرسه موفق باشم. مطمئنم که می‌توانم بعد از مدرسه یک ساعت اضافه در کلاس بمانم و پشت میزم مطالعه کنم. هیچ کس هم در آنجا مزاحم من نخواهد بود و حتی ممکن است معلمین هم آنجا باشند و اگر سؤالی داشته باشم بتوانند کمکم کنند. دوستانم هم در این یک ساعت، کمبود مرا حس نمی‌کنند و می‌توانم بعداً به آنان ملحق شوم. امیدوارم برای ماندن در مدرسه اذیتم نکنند و به من فشار نیاورند که درس را رها کنم و برای بازی به آنها ملحق شوم.

بهورز:آیا دوستانت مشکلاتی را که تو در خانه داری، درک می‌کنند؟

پسر:البته، همیشه روزهای آخر هفته سری به خانه ما می‌زنند تا به مادرم سلام کرده وبا او احوالپرسی مختصری کنند. فکر می‌کنم که مرا درک کنند ومزاحمم نشوند.

بهورز:حالا به تعطیلات آخر هفته بپردازیم. آیا می‌توانی درآن مواقع هم مطالعه کنی؟

پسر:صبح جمعه معمولا صرف انجام کارهای جاری می‌شود وبعدازآن، خانه دیگر ساکت نیست.

بچه‌های کوچک دائما درحال دویدن به داخل وخارج خانه بوده ودر عصر روز جمعه معمولا مهمانها سر میرسند.

بهورز:آیا شما برای مطالعه ناچاری که حتما درخانه بمانی؟

پسر:ممکن است ببینم که اگر کلاسهای مدرسه باز باشند به آنجایروم یا حتی به مزرعه پدرم بروم زیرا جای ساکتی است. من می‌توانم غذای مختصری باخودم بردارم وزیر سایه درختان بنشینم ودرس بخوانم.

بهورز:خیلی خوب اســت که تومی توانی برای این مشکل این همه راه حل بیابی. حق بامعلم مدرسه‌ات بود که می‌گفت شما پسرباهوشی هستید حالا دوست دارم کمی درباره برادرهای کوچکترت بدانم چند ساله هستند؟

پسر: آن که بعد ازمن است ۱۳ سال دارد ودوقلوها هم۹ سال دارند.

بهورز: وضع درسی یرادر سیزده سالهات خوب است؟

پسر : او خیلی تلاش می‌کند. نمره هایش تقریباً مثل نمره‌های من است. شاید می‌توانست بهتر از این باشد.

بهورز : وقتی که کمر درد مادرتان شروع شد، چند ساله بودی؟

پسر : در حدودچهارده سال.

بهورز : آیا همهٔ این کارها را از همان زمان شروع کردی؟

پسر : بله.

بهورز : با خودم فکر می‌کردم که اگر برادرت هم مثل شــما باهوش اســت و با توجه به اینکه تقریباً چهارده ساله است، شاید بتواند مسئولیت بیشتری درانجام کارهای خانه به عهده بگیرد. نظرت در این باره چیست؟

پســر : همیشــه فکر می‌کردم که او برای انجام این کارها، خیلی جوان باشــد اما اگر من توانســته ام در ســن او چنین کارهایی را انجام دهم، لابد او هم می‌تواند. شــاید بتوانیم به نوبت، پخت و پز و ســایر کارها را انجام دهیم و در آن صورت من می‌توانم مطالعه و استراحت بیشتری داشته باشم.

بهورز : با نظراتی که تو داری مطمئن هستم که دیگر در درس خواندن دچار مشکل نخواهی شد، اما لطفاً اگر از این به بعد، شما و یا سایر افراد خانواده‌ات با مشکلی روبرو شدید، آزادانه به سراغ من بیایید. خب، حالا قبل از اینکه بروی، لطفاً کارهایی که برای حل مشکلات بابد انجام بدهی را برای من بشمار. این کار کمک می‌کند تا مطمئن شویم که چیزی را فراموش نکرده ایم و از تصمیماتی که گرفته ایم راضی هستیم.

پسر : قبل از هر چیز لازم است تا بیشتر استراحت کرده و اوقات بهتری را برای مطالعه پیدا کنم. پس از تعطیل شدن مدرسه حدود یک ساعت در آنجا خواهم ماند تا به این طریق بتوانم در طول روز مطالعه کنم. در ضمن در روزهای پایان هفته برای مطالعه به مزرعه می‌روم و در خانه از برادر کوچکم خواهم خواست تا به نوبت کارهای آشپزی و یا سایر امور را انجام دهد.

بهورز : متشکرم، بسیار خوب، سلام مرا به والدینت برسان.

پسر : این کارها را خواهم کرد. از کمک شما متشکرم. خداحافظ. »

در این مثال، کارمند بهداشــتی هرگز تا زمانی که اطلاعات کافی به دســت نیاورده بود، نپنداشــت که مشــکل پســر را فهمیده است او هرگز پسر را مجبور به پذیرش توصیه‌ای نکرد و همیشه پسر را تشویق می‌نمود تا در مورد مشکلش فکر کرده و تصمیم خودش را بگیرد.

کارمند بهداشــتی ســؤالاتی را می‌پرســد تا پســر کمک کند که به دقت و به طور جدی به علت مشکل فکر کند. وقتی بهورز متوجه شد که پسر تمایل به ترک بازی ندارد، از او خواست تا چیزهایی که درزندگی برایش ارزشمندتر است

را بررســی کند. او به پســر کمک کرد تا بفهمد که واقعاً چه چیزهایی برایش مهم بوده و او را برای انتخاب کردن، راهنمایی کرد.

در انتها، فرصت‌هایی به دست آمد که او بتواند مطالعه بیشتری نماید ؛ اما در عین حال از بازی کردن با دوستانش نیز دست بر ندارد.

تمرین بیشتر در مشاوره

مشاوره نیز مانند هر مهارتی، باتمرین پیشرفت می‌کند. دانش آموزان دیگری را جمع کنید و با آنان، ایفای نقش کنید یکی از شما نقش مشاورو نفر بعدی، نقش مادری که بچه اش مبتلا به عفونت گوش است را بازی کنید. بقیه هم به عنوان تماشـاچی هســتند که کار بسیار مهمی دارند؛آنها باید به دقت به ایفای نقش بنگرند ودر پایان پیشنهاداتی را برای بهبود مهارت‌های مشاوره ای، به آنان ارائه کنند.

- **پیشنهادات برای کسی که نقش مادر را بازی می‌کند:**

شـما باید عینا شـبیه به یک مادر معمولی در روسـتای خود رفتار کنید. به عقیده مادر، چه عاملی ممکن اسـت باعث بیماری فرزندش شــده باشــد؟چه نوع معالجات محلی ممکن اســت تا قبل از مراجعه به خانه بهداشــت صــورت گرفته باشـد؟مشـاور ممکن اسـت نسـبت به خانواده مادر، شـرایط زندگی وشغل آنان، علاقه مند باشد. داستانی درباره خودتان بسـازید که بتوانید جوابهای واقعی را به مشـاور بدهید. شـمادر حین کاردر حرفه خود مادرانی را خواهید دیدکه به دلیل بیماری فرزندشـان به خانه بهداشت می‌آیند. آنها بعضی اوقات، نگران و وحشت زده خواهند بود. درست شبیه مادرانی که بچه‌ای بیمار دارند رفتار کنید. این کار موجب بهتر شدن ایفای نقش می‌شود.

- **پیشنهاداتی برای مشاور:**

مراحل مشــاوره را بیاد آورید. در موردابزارهای آموزشــی که می‌توانید بکار ببرید، فکر کنید. آیامی توانید از عکس ویا پوســتر استفاده کنید؟شاید این وسایل را با خود نداشته باشید اما در هنگام ایفای نقش، وانمود کنید که آنها را دارید. آیا لازم اســت تا به مادر کمک کنید که اعضــای خانواده اش اورا پشــتیبانی نمایند؟ممکن اســت بگویید ما هنوز مهارت‌های مورد نیاز در زمینه برخورد با یک کودک مبتلا به عفونت گوش رانیاموخته ایم. این ایراد کاملا صــحیح اســت اما شــما می‌توانید به مادر در مورد اهمیت مراجعه به پزشـک صـحبت کنید. در این موردخوب است از مربی خود از قبل در مورد علائم عفونت گوش در یک کودک ۴ یا ۵ سـاله و عوارض عدم درمان مناسـب آن سوال کنید وپس از آن اقدام به تنظیم مشـاوره نمایید. آنچه که شـما در این مرحله با تمرین زیاد باید بیاموزید این است که بتوانید به خوبی با مراجعین ارتباط برقرار کنید.

خلاصه فصل دوم

* مشـاوره عبارت اسـت از ارتباط با افراد برای تشـویق آنان در جهت حل مشـکلاتشـان. مشـاوره یکی از موثرترین شیوه‌ها جهت آموزش بهداشت وایجاد تغییییر رفتار در افراد است.

*در مشاوره افراد تشویق می‌شوند تا درمورد مشکلاتشان فکر کنند. علل بوجود آورنده آنها را بشناسندو راه حل لازم را پیداکرده وبراساس آن اقدام نمایند.

*برای انجام یک مشـاوره خوب باید بتوانیم به خوبی بامردم ارتباط برقرار کنیم، نیازهای آنها را بشـناسیم واحساس آنها را درمورد مسـایل مختلف به خوبی درک کنیم. علاوه بر این برای بدست آوردن یک راه حل مناسب باید از مشارکت خود فرد در انتخاب راه حل استفاده کنیم

تمرین در خارج از کلاس

۱- مشاوره راتعریف کرده واصول آن را توضیح دهید.

۲- انواع مشاوره راتوضیح داده وبرای هرکدام نمونه‌هایی را ذکر کنید.

تمرین در کلاس درس

با کمک سـایر دانش آموزان وراهنمایی مربی خود اقدام به ایفای نقش در زمینه چند نمونه مشاوره نمایید. موضوع ایفای نقش می‌تواند یکی از موارد مشکلات شایع در خانواده‌ها یا جامعه باشد. مثلا مشکل مصرف سیگار توسط یکی از فرزندان جوان خانواده مشـکل ازدواج یک دختر جوان واختلاف نظرهایی که بروز کرده است. مشکل نگرانی یک جوان درمورد پیدایش جوش صورت در سن بلوغ و نگرانی از بدشکل شدن چهره و یا هر مشکل دیگری که در محیط زندگی خود با آن برخورد کرده‌اید.

در این ایفای نقش یکی از دانش آموزان نقش مشـاور ونفر دیگر نقش مشاوره شونده را برعهده خواهد داشت. بقیه دانش آموزان کلاس هم باید تماشـاگر این نمایش باشـند وظیفه این تماشـاگران این است که به دقت به ایفای نقش بنگرند و پس از اتمام آن پیشـنهاداتی را برای بهبود مهارتهای مشـاوره ارائه دهند. این تمرین را در چند نمونه و برای هر کدام توسط سایر دوستان تکرار کنید و در هر مورد رفتار مشاور را با کمک مربی خود تجزیه و تحلیل کنید.

فصل سوم

روش جلب مشارکت مردم و آموزش بهداشت با گروه‌ها و جامعه

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید :

1- فواید آموزش گروهی را توضیح دهید و حیطه‌های مختلف آموزش گروهی در روستا رانام ببرید

۲- گروهای رسمی وغیر رسمی را توضیح دهید و اقدام به دسته بندی گروه‌های مختلف موجود در روستای خود نمایید .

۳- دلایل وقوع رفتارهای مفید و مشکل سازی را که در بحث‌ها وجلسات گروهی مختلف در روستا پیش می آید توضیح دهید

٤- اصول ونکات لازم الاجرا در آموزش بهداشت به گروه‌های مختلف جامعه را بیان نمایید .

٥- اصول جلب مشارکت گروه‌ها برای فعالیت بهداشتی در جامعه را ذکر کنید .

٦- مراحل مختلف مشارکت جامعه در برنامه‌های بهداشتی را شرح دهید .

مشارکت گروه‌ها و جامعه در زمینه بهداشت

پس از بحث در مورد آموزش بهداشت با افراد وگروه‌ها حتماً با هدف ایجاد مشارکت افراد و نیز مشارکت جامعه در زمینه ء فعالیت‌های بهداشتی آشنا شده‌اید. در آموزش بهداشت، مشارکت به معنای آن است که شخص، گروه یا اجتماع برای حل مشکلاتشان فعالانه با کارکنان بهداشتی همکاری کنند. این مشارکت می‌بایست در جهت تشخیص مشکل ونیز حل آن صورت گیرد. پس از این که با مردم و اجتماعات رابطه برقرار کردید باید فوراً مشارکت آنها را تشویق کنید. در اینجا باید از مهارت خود در برقراری ارتباط با مردم استفاده کنید و مردم را تشویق به صحبت نموده و خودتان هم گوش دهید، بدین ترتیب مردم در شناخت مسائل، با شما ویکدیگر مشارکت می‌کنند.

چرا مشارکت مردم لازم است؟ نخست به دلیل اینکه هرچه مردم بیشتر با هم مشارکت داشته باشند، برای کمک به خودشان بیشتر جلب شده ونیز برای بهبود وضع بهداشتی شان بیشتر اقدام می‌کنند. دوم اینکه مردم، مسئول بهداشت خودشان هستند. یک کارمند بهداشتی می‌تواند آنان را در پیدا کردن راه حل برای رفع مشکلات و مسائل هدایت کند اما نمی‌تواند شخصاً مسئولیت مستقیم اجرای راه حل را بر عهده بگیرد. مثلاً وقتی مادری با یک کودک مبتلا به فقر غذایی به او مراجعه می‌کند، نمی‌تواند برای کودک خانه و غذا تهیه کند و یا هر ۶ ساعت یک بار به کودک دارو بدهد. اگر جامعه از نحوه تامین آب بهداشتی خود شکایت داشته باشد، او نمی‌تواند برای حفر چاه پول بدهد. البته می‌تواند کمک کند، اما مهمترین کمک به مردم در این موارد آموختن خودیاری به آنان است. بدین ترتیب می‌توان گفت همکاری دانش آموزان یک مدرسه در زمینه حل مشکلات بهداشت محیط مدرسه تا مساعدتی که گروه‌های رسمی وغیر رسمی جامعه در جهت حل معضلات بهداشت روستا می‌کنند، همگی نمونه‌هایی از مشارکت در زمینه بهداشت به حساب می‌آیند

مراحل اجرای یک برنامه مشارکت افراد

اجرای یک برنامه بهداشتی در روستا می‌بایست دارای مراحل مشخص و روشنی باشد. براین اساس اجرای برنامه مشارکت افراد نیز می‌تواند بر همان اساس تنظیم شود.

۱– مشارکت در شناخت مشکلات

اگر بهورزی به مردم روستای خود بگوید که ((من مسائل ومشکلات شما را می‌دانم)) اشتباه می‌کند. البته این یک واقعت است که کارمند بهداشتی بسیاری از مسائل مردم را می‌داند وبهتر از دیگران مشکلات بهداشتی را تشخیص می‌دهد. اما تا زمانی که مردم خود مسائل را به درستی نشناسند به حل آنها تمایل نشان نخواهند داد. اگر شما نشان دهید که تمام مسائل مردم را بهتر از آنها می‌دانید، آنان را عصبانی خواهید ساخت چنانچه مردم را تشویق کنید تا در درجه اول مسائل و مشکلاتشان را بشناسند برای بحث در مورد این مسائل آماده‌تر خواهند شد.

اگر برای کمک به مردم سعی کنیم تا مشکلات آنها را با دید آنان و به صورتی که آنان می‌بینند ببینیم، کمک بزرگی به برقراری ارتباط و به وجود آوردن اعتماد متقابل خواهیم کرد.



تصویر ۱-۳

مصاحبه با یک گروه از مردم روستا ، یکی از راههای گردآوری اطلاعات درباره نیازمندیها و مشکلات جامعه است

۲- مشارکت در یافتن راه حل

اگر بهورزی به مردم روستای خود بگوید که ((من بهترین راه حل را برای مشکل شما می‌دانم)) مرتکب اشتباه دیگری شده است. زیرا آن چیزهایی که برای یک شخص یا یک جامعه بهترین است، ممکن است یرای یک شخص یا یک جامعه ء دیگر بهترین نباشد. جوامع مقادیر مختلفی از منابع (پول، امکانات، نیرو و...) را برای حل مشکلات خود دارند. علاوه براین باورها و ارزش‌های مختلف و رهبران متفاوتی دارند. حل یک مسئله باید به نحوی صورت گیردکه در آن، شرائط یا موقعیت واقعی زندگی شخص یا جامعه مد نظر باشد. این کار فقط از طریق مشارکت فرد یا جامعه امکان پذیر است. البته یک کارمند بهداشتی به عنوان یکی از اعضای بسیار موءثر جامعه می‌تواند حدسهایی بزند، اما ایده‌ها اول باید از خود مردم سر چشمه بگیرد. بیشترین عقاید بهترین انهاست. هر پیشنهاد را باید به دقت امتحان کنید و ببینید آیا عملی است یا نه؟ سپس مردم را تشویق کنید تا بهترین راه حل را برای خویش انتخاب کنند.

۳- مشارکت در عمل

اگر بهورزی به مردم روستای خود بگوید ((نگران نباشید، من آنچه را که برای حل مسائل شما لازم است. انجام خواهم داد)) باز هم مرتکب یک اشتباه بزرگ شده است. فراموش نکنید که مردم در قبال بهداشت خودشان مسئول هستند. اگر شما همه کارها را انجام دهید در این صورت ممکن است از نتیجه کار انتقاد کرده یا شما را سرزنش کنند. البته این بدین معنا نیست که مردم را باید به حال خود واگذاشت تا هر چه می‌خواهند بکنند. برعکس باید توجه داشته باشید کارهایی است که شما می‌توانید و باید انجام دهید و کارهایی است که مردم می‌توانند و باید انجام دهند و یا یاد بگیرند تا برای خود انجام دهند. البته ممکن است مهارت‌های خاصی برای اجرای یک امر موجود لازم باشد که فقط کارمند بهداشتی می‌بایست به آنها اقدام کند ولی اکثریت فعالیت‌های بهداشتی را می‌بایست به مردم یاد داد تا خود انجام دهند.



تصویر ۲-۳

مردم روستا تصمیم گرفته‌اند چند اطاق برای راه اندازی مدرسه ابتدایی در روستا ی خود بنا کنند. به طور قطع مشارکت آنها در این امر ناشی از آموختن اهمیت مسئله سواد در پیشرفت فرزندانشان است

۴- تسهیل در مشارکت

در اینجا این سوال مهم مطرح است که برای ایجاد این مشارکت‌ها در جامعه چه اقداماتی باید انجام دهیم هنگامی که برای تقویت مشارکت کوشش می‌کنید باید به سه نکته توجه نمایید :

نخست اینکه آموزش بهداشت روش‌هایی دارد که برای تشویق به مشارکت مفید است به عنوان مثال گردهمایی و بحث گروهی که ممکن است رسماً به وسیله شورای اسلامی، امام جماعت مسجد و... اعلام شود و یا به صورت غیر رسمی و دوستانه با گروه‌های کوچک برگزار شود.

دوم در زمان تشویق به مشارکت باید فرهنگ محل را هم مورد توجه قرار داد. مثلاً ممکن است مشارکت برخی جوانان در انظار عمومی قابل پذیرش نباشد و یا اینکه بعضی مردان مشارکت مستقیم زنان را در حل مساله پذیرا نباشند در این صورت ممکن است نماینده جوانان یا زنان به طور خصوصی با بعضی از بزرگترهای روستا صحبت کنند. ضمناً می‌توانید به طور مودبانه ارزش مشارکت همه افراد حتی کودکان را به رهبران روستای خود آموزش دهید.

سوم اینکه باید توجه کرد که تشویق رهبران محلی برای ایفای نقش خودشان در جامعه، نکته‌ای بسیار مهم است. چنانچه مساله و مشکل به صورتی باشد که بر کل مردم روستا اثر گذارد، در این صورت باید از رهبران گروه‌ها و نمایندگان برنامه ریز مهمترین بخش‌ها دعوت به عمل آورده و آنها را تشویق به مشارکت نمود.

قبل از بحث شما با گروه‌های رسمی وغیر رسمی که نقش مهمی در ساختار اجتماعی روستا دارند آشنا شده‌اید.

مشارکت این گروه‌ها در فعالیت‌ها در بهبود وضعیت بهداشتی روستا از اهمیت اساسی برخوردار است.

۵-مشارکت در ارزشیابی

در خلال انجام یک برنامه و در تمام مدت فعالیت، باید پیشرفت برنامه اندازه گیری و به همین ترتیب در پایان هر برنامه می‌بایست موفقیت و شکست آ ن ارزشیابی شود. در اینجا می‌بایست از طریق بحث با مردم در زمینه نتایج کار به آنها در جهت یادگیری شان کمک کرد. در این صورت مردم قادر خواهند بود تا در دفعات بعد تلاش بیشتری کرده و راه‌های مناسب تری انتخاب نمایند.

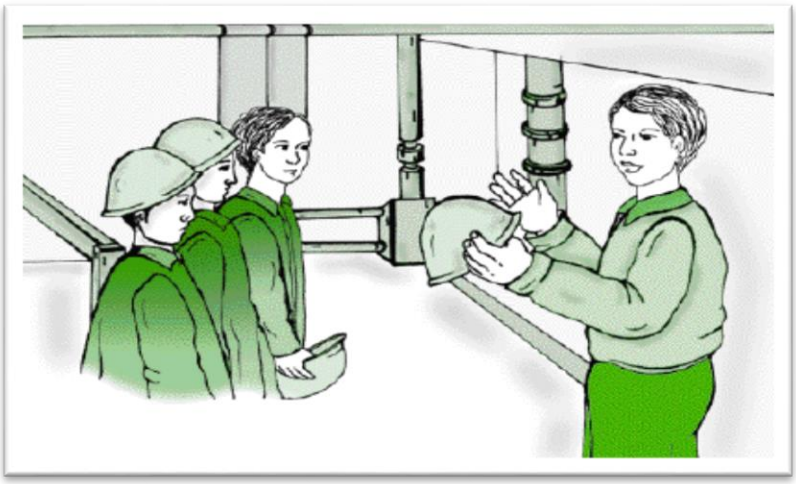


تصویر ۳-۳

نگران نباشید من آنچه را که باید برای حل مسایل شما لازم است انجام خواهم داد .این طرز برخورد به جای حل مسایل در دراز مدت احتمالا مسایل بیشتری را به دنبال خواهد آورد. زیرا باعث وابستگی مردم به مامور بهداشتی می شود. برخورد با مردم باید به گونه‌ای باشد که آنها به خود اعتماد پیدا کنند و قادر به تشخیص و حل مسایل باشند.

آموزش گروهی:

استفاده از روش آموزش گروهی فواید زیادی دارد. این نوع آموزش موجب تشویق افراد گروه وحمایت آنها از یکدیگر می‌شود. علاوه براین در آموزش گروهی، شرکت کنندگان از تجربیات و مهارت‌های یکدیگر استفاده می‌کنند. بعضی از افراد توانایی‌هایی دارند که به تنهایی نمی‌توانند از آنها استفاده کنند، در حالی که امکان استفاده از توانایی و مهارت‌ها در گروه به راحتی فراهم می‌شود. به این ترتیب آموزش گروهی، زمینه مشارکت افراد گروه در فعالیت‌های بهداشتی مختلف رانیز فراهم می‌کند.



تصویر ۴-۳

حیطه‌های آموزش گروهی می تواند متفاوت باشد .آموزش گروهی به افرادی که دارای مسایل و مشکلات مشابهی هستند بر تغییر رفتار افراد تاثیر زیادی دارد.

در آموزش بهداشت، کار با گروه‌های مختلف مردم از اهمیت خاصی برخوردار است. این گروه‌ها ممکن است خانواده، شورای اسلامی، کارگران یک کارخانه، دانش آموزان یک کلاس یا حتی دوستانی که برای رفع خستگی دور یکدیگر جمع شده‌اند، باشند. هنگامی که مردم برای تشخیص و حل یک مشکل دور یکدیگر جمع می‌شوند، دارای منابع بیشتری برای حل مشکل می‌شوند تا این که بخواهند این عمل را به طور فردی انجام دهند. لذا اموزش بهداشت با گروه‌ها یکی از موءثرترین شیوه‌هایی محسوب می‌شود که باید بهورزان در روستا به منظور ارتقای سطح سلامت جامعه به کار گیرند. آموزش گروهی می‌تواند حیطه‌های مختلفی داشته باشد. بحث و گفتگو با گروه‌های مختلف مردم مانند افراد مبتلا به

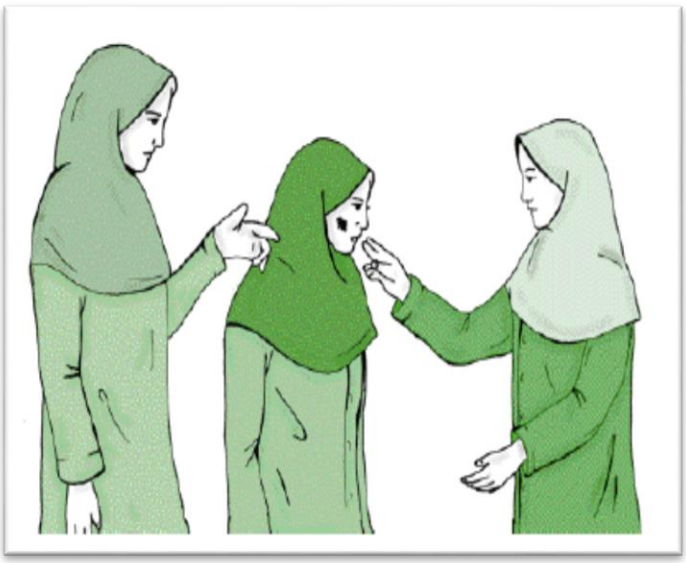
بیماری دیابت و یا پدران و مادرانی که کودک معلول دارند یا مادرانی که کودک شـــیرخوار دارند یا آموزش بهداشـــت به دانش آموزان یـک مـدرســـه و آموزش بهداشـــت حرفه ایی به گروهی از کارگران در محیط کار وبســـیاری موارد دیگر نمونه‌هایی از آموزش گروهی محسوب می‌شوند.



تصویر ۵-۳

آموزش بهداشت به دانش آموزان یکی از موثرترین شیوه‌ها در ارتقای سلامت جامعه است؛ زیرا دانش آموزان گروه هدف برخی از برنامه‌های بهداشتی هستند از طرفی انتقال پیام‌های بهداشتی از طریق آنان به سایر گرو ه‌های جامعه به سادگی صورت می گیرد.

موضوع آموزش بهداشت به گروه‌های مختلف جامعه یکی از اصلی ترین راهکارهای ارتقای سطح سلامت جامعه است که در برنامه‌های بهداشـتی مختلف نیز پیش بینی شـده است. قبل از این شما با نمونه‌هایی از گروه‌های هدف برنامه‌های بهداشتی آشنا شده‌اید اغلب گروه‌های هدف در برنامه‌های مختلف بهداشتی گروه هدف در خدمات آموزشی نیز هستند.



تصویر ۶-۳

شاگردان یک مدرسه می توانند با دیدن ،برخی بیماری‌ها مسایل بهداشتی را یاد بگیرند و در اجرای آنها کمک نمایند. در این تصویر دختر متوجه شده است که لک‌های تغییر رنگ یافته‌ای روی گونه‌های هم شاگردیش پیدا شده ،او را نزد معلم آورده است. معلم شاگرد را به خانه بهداشت می فرستد. بنابراین آموزش بهداشت به مردم سبب تسهیل مشارکت آنها در فعالیت‌های بهداشتی می شود.

گروه‌های رسمی وغیر رسمی

به طور کلی گروه‌های موجود در جامعه را می‌توان به دو دسته رسمی وغیر رسمی تقسیم کرد.

۱- گروهای رسمی :که کاملاً سازمان یافته‌اند و دارای ویژگیهای زیر می‌باشند.

* هدف و مقصد خاصی را دنبال می‌کنند

* گروه دارای عضو رسمی می‌باشند و اعضاء یکدیگر را می‌شناسند
* رهبران گروه نیز شناخته شده و از اعضای گروه محسوب می‌شوند
* فعالیت‌ها سازمان یافته‌اند، نظیر تشکیل جلسات منظم وانجام پروژه‌های مشخص
* گروه دارای مقرراتی است که اعضاء با رغبت از آن تبعیت می‌کنند مانند :

افراد خانواده، کسانی که در یک کارخانه یا موسسه و یا حرفه ایی مشغول کار هستند، دانش آموزان، اعضاء ستادها و شوراهها و کمیته‌ها و انجمن‌ها و... عضو گروه‌های رسمی محسوب می‌شوند.

۲- گروه‌های غیر رسمی: دارای وجوه مشترک بوده لیکن به دنبال هدف مشترک و خاصی نیستند ودارای ویژگیهای زیر می‌باشند :

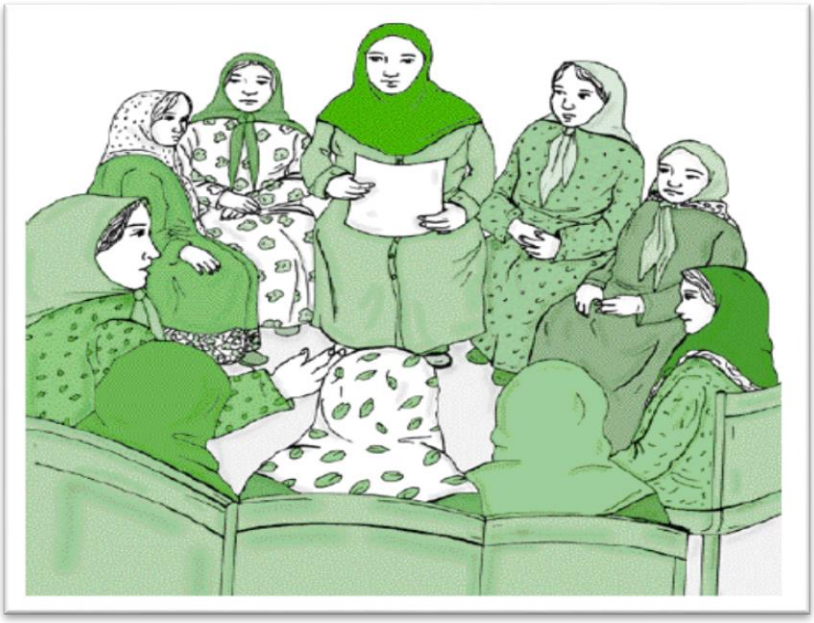
* عضویت خاصی در گروه وجود ندارد
* اعضاء گروه به میل خود می‌آیند و می‌روند
* با وجود اینکه ممکن است در گروه افراد مهمی هم حضور داشته باشند اما رهبری خاصی درگروه وجود ندارد
* مقررات خاصی در گروه وضع نشده است

آموزش بهداشت در گروه‌های غیر رسمی

برای آموزش بهداشت به گروه‌ها روش‌های مختلفی وجود دارد. شما با این روش‌ها در فصل بعد آشنا خواهید شد. بحث وگفتگو با گروه‌های مختلف مردم یکی از موء ثرترین شیوه‌های آموزش بهداشت به آنها است. از زمانهای قدیم مردم برای حل مشکلاتشان دور هم جمع می‌شدند و با یکدیگر بحث وگفتگو می‌کردند. در بحث گروهی هر کس فکر وپیشنهادی دارد می‌گوید ومشکلات و موانع از زوایای مختلف شناسایی شده و در مورد آنها چاره اندیشی می‌شود. به جهت اهمیت و تاثیر بالایی که این روش در آموزش بهداشت به گروهها دارد در ادامه بحث سعی کرده ایم شما را با روش بحث در آموزش بهداشت در گروه‌های غیر رسمی آشنا کنیم.

در روش بحث گروهی در آموزش بهداشت به گروه‌های غیر رسمی رعایت دو اصل ضروری است :

* نخستین اصلی که باید به آن توجه کرد این است که سعی شود گروهی انتخاب شود که در آنها علایق و نیازهای مشترک وجود داشته باشد. به عنوان مثال شما می‌توانید مادرانی را انتخاب کنید که کودک شیر خوار (کودکی که زیر ۲ سال سن دارد) داشته باشند. یکی از موضوعات مورد علاقه مادرانی که کودک شیر خواردارند این است که چگونه باید کودک خود را تغذیه کنند؟شما نیز به عنوان یک کارمند بهداشتی می‌دانید که دو سال اول زندگی هر کودک از جمله مهم ترین سالهای زندگی اوست. در این دوران نیازهای تغذیه‌ای طفل از اهمیت خاصی برخوردار است. در این زمینه مادران نیازمند آموزش در زمینه شیردهی و تغذیه کودک هستند. علاوه براین باید به مادران اهمیت کنترل رشد کودک (پایش رشد) و موارد دیگری را آموزش داد.
* اصل دوم این است که باید تلاش شود تا اعضای گروه بیشتر با هم آشنا شوند. این امر موجب می‌شود که آنان در زمینه آموزش مشارکت بیشتری نموده و علایق ونیازهای مشترکشان را به نحو بهتری بازگو کنند.



تصویر۷-۳

نکته مهم در آموزش گروهی این است که همگی در بحث‌ها شرکت کنند. به وسیله چیدن صندلی‌ها به شکل (C) افراد یکدیگر را می بینند و در نتیجه به راحتی می توانند بحث و تبادل نظر کنند.

علاوه بر دو اصل فوق رعایت برخی نکات دیگر نیز در آموزش بهداشت به گروه‌ها ضروری است. به عنوان مثال باید تلاش شود که بحث گروهی در مکانی برگزار شود که از هر نظر راحت باشد. برای مشارکت تمامی افراد در بحث بهتر است اعضای گروه طوری بنشینند که یکدیگر را به خوبی ببینند. برای این منظور آنها می‌توانند به صورت دایره یا بیضی در کنار یکدیگر بنشینند. بهتر است در شروع، بی مقدمه وارد یک مبحث اختصاصی نشویم، بلکه بهتر است بحث را از اطلاعات کلی شروع کنیم تا با مشارکت تمامی افراد در بیان نقطه نظرات و مشکلاتشان آموزش موثرتری داشته باشیم. علاوه براین با طرح سوال می‌توان افراد را به همکاری در بحث تشویق کرد.

باید سعی شود مدت بحث، طولانی نشود زیرا این موضوع باعث می‌شود که برخی از افراد فرصت انجام سایر کارهای خود را از دست می‌دهند ود ربحث‌های بعدی شرکت نمی‌کنند. معمولاً بحث‌های گروهی نباید از ۲ ساعت بیشتر شود. مناسب ترین زمان برای این کار یک ساعت است. در پایان جلسه باید بررسی شود که ایا افراد از بحث راضی بوده‌اند یا خیر. می‌توان اطلاعات و تجربه‌های صحیحی را که افراد از یکدیگر آموخته‌اند دوباره مرور کرد و موضوع بحث جلسه بعد را در همین نشست مشخص کرد. به این ترتیب اعضای گروه این فرصت را پیدا می‌کنند که در فاصله بین دو جلسه در مورد موضوع بحث بعدی فکر و بررسی کنند.



تصویر ۸-۳

بهورز برای گروه غیر رسمی از بانوانی که در خانه بهداشت اجتماع کرده‌اند صحبت می کند . او برای آموزش می تواند از وسایل آموزشی متعددی نظیر پوستر ،کار عملی، نمایش و .... استفاده کند.

آموزش بهداشت در گروه‌های رسمی

گروه‌های رسمی دارای اهداف و علایق معین و رهبری مشخص هستند که گروه را سازمان می‌دهد. افراد گروه‌های رسمی، کاملاً شناخته شده‌اند. با آموزش بهداشت در گروههای رسمی می‌توان مشارکت آنها را در برنامه‌های مختلف بهداشتی جلب کرد. از جمله گروه‌های رسمی می‌توان کارمندان جهاد سازندگی در یک روستا، اعضای شورای اسلامی، معلمین یک مدرسه و... را نام برد. هنگامیکه در جلسات گروه‌های رسمی شرکت می‌کنید ممکن است برای آنها یک فرد بیگانه به حساب بیایید. قبل از این که این گروه‌ها در برنامه‌های آموزشی با شما همکاری کنند اعضای آنها باید شما را بشناسند و به شما اعتماد پیدا کنند. بهترین کار برای جلب مشارکت این گروه‌ها این است که ابتدا با رهبر گروه تماس بگیرید و برای او تشریح نمایید که چه مهارت‌های را برای عرضه کردن دارید. دراین صورت رهبر گروه ارزیابی خواهد نمود که آیا شما پاسخگوی بعضی مسایل و نیازهای آنها خواهید بود یانه؟ پس از این شما این فرصت را خواهید داشت تا با سایر اعضای گروه نیز بحث کنید و آنان را نیز تشویق به مشارکت در برنامه نمایید. علاقه مندی خود را برای کار با گروه ابراز نمایید تا اعتماد کافی را برای استمرار فعالیت و کار با آنها به دست آورید. شاید پس از این مرحله خود گروه از شما دعوت نمایند تا در جلساتی که به منظور آموزش بهداشت و یا مشارکت در فعالیت بهداشتی مد نظر دارید شرکت کنید. میزان موفقیت شما در این امر وابسته مهارتهای شما در برقراری ارتباط ونیز توان شما در رفع نیاز گروه خواهد بود. علاوه براین گاه به جهت اهداف و وظایف سازمانی اغلب گروه‌ها مایل به همکاری با شما خواهند بود.

به عنوان مثال اعضای شورای اسلامی روستا از همکاری متقابل با خانه بهداشت خرسند خواهند شد و رعایت چندین نکته دیگر نیز شما را در کار با گروه‌های رسمی موفق‌تر می‌کند. برخی از این نکات عبارتند از :

* احترام گذاشتن به اعضای گروه و سازمانی که اعضاء در آن خدمت می‌کنند.
* روشن وساده بودن آنچه شما میگویید.
* هدر ندادن وقت افراد گروه، زیرا این گروه‌ها مایلند وقت اصلی خود را صرف اهداف ویژه خود کنند.
* عدم مداخله در مسایل اختصاصی و اهداف سازمانی گروه
* رعایت نکاتی که در امر بحث گروهی لازم الاجرا است ودر آموزش بهداشت با گروه‌های غیر رسمی آنها را برشمردیم.

به خاطر داشــته باشــید شــناخت مناسب گروه از توان ومهارت‌های شما، که منجر به اعتماد آنها می‌شود، در برقراری ارتباط برای آموزش با گروه‌های رسمی یک اصل اساسی محسوب می‌شود.

رفتارهای مفید در آموزش‌های گروهی

* ارائه آزادانه نظرات و پیشنهادات
*تشویق یکدیگر به صحبت کردن
*پاسخ محترمانه به پیشنهادات سایرین
*کمک به روشن کردن نظرات
*ارائه اطلاعات
*توجه کردن به یکدیگر
*داوطلب شدن برای کمک به کارها
*حضور به موقع ومرتب در جلسات
*تشکر از یکدیگر

شورای بهداشت روستا

یکی از راه‌های جلب مشارکت افراد جامعه، تشکیل شورای بهداشتی در روستا است . تصور اینکه ۵۰یا ۱۰۰نفر از افراد روســتا برای طرح جزئیات برنامه‌های بهداشــت روســتا تشکیل جلسه دهند بسیار مشکل است همه افراد فرصت صحبت کردن نخواهند داشــت و وقت زیادی صــرف خواهد شد تا اطمینان حاصل کنیم که همه افراد موضوع را درک یا در بحث شــرکت کرده‌اند. بعضی از افراد مایل نیستند که وقت زیادی را صرف نمایند و احتمالا می‌کوشند تا گروه را مجبور سازند که سریعا تصمیم گیری کند. این عمل ممکن است باعث عصبانیت دیگران شده، منجر به مشاجره یا منازعه شود.

به این منظور اجتناب از این مســا ئل معمولا گروه کوچکتری که کمیته یا شــورا نامیده میشــود انتخا ب می‌گردد. در حال حاضر که شوراهای اسلامی در روستا تشکیل یافته‌اند اجرای بر نامه‌های بهداشتی با بهره گیری از این تشکل مردمی به خو بی میســر اســت. شورای اسلامی در واقع نماینده کلیه مردم روستا است واز آنجا که یکی از اصلی ترین وظایف آن پیدا کردن مشــکلات جامعه و تلاش در جهت حل آنهاســت به خوبی می‌توان از توان این شــورا برای حل مشــکلات بهداشــتی بهره جســت. در این مورد تمامی اعضــای شــورا یا بخشــی از آنها همراه با افراد ذیربط می‌توانند به عنوان یک شورای بهداشتی عمل نمایند.

وظایف شورای بهداشت

* جمع آ وری اطلاعات در مورد بهداشت جامعه با مشارکت و راهنمایی بهورز و سایر کارکنان بهداشتی
* مشخص کردن مشکلات بهداشتی جامعه و علل آن

* طرح برنامه‌ها و راحل‌های لازم

*تصمیم گیری در مورد اولویت بهداشتی در روستا وتعیین منابع

*تعیین منابع و تجهیز جامعه برای دستیابی به اهداف تعیین شده

*قرار دادن جامعه در جریان پیشرفت‌های تازه و مسایلی که با آن مواجه هستند.

اعضای شورای بهداشت

۱-روحانیون آشنا به آداب و رسوم و فرهنگ اجتماعی مردم محل و مورد اعتما د آ ن ها

۲-معتمدان و ریش سفیدان که همواره مورد احترام و اعتما د مردم بوده و به نوعی کمیته‌های حل اختلاف محلی را تشکیل داده و خیلی از موارد بسیار موفق‌تر از دستگاه‌های قضایی عمل می‌کنند.

۳- افراد تحصیل کرده (پزشک، کارشناس، کاردان، بهیار، یا سا یر کارکنان) آموزگاران، کارکنان نیروی انتظامی و سایر افراد تحصیل کرده به خصوص زنان با سواد

۴-جوانان در حال تحصیل (دانشجویان و دانش آموزان دبیرستان) به دلیل دارا بودن توان جسمی و انگیزه‌های مناسب و کار آیی بالایی که در این گونه اجتماعات داشته می‌توانند بسیار موثر واقع شوند.

اعضای شورای روستا عبارتند از : بهورز خانه بهداشت، معلم روستا و سه نفر از معتمدان روستا، بهورز زن در شورای بهداشت روستای اصلی فعالیت می‌کند و بهورز مرد هم در شورای بهداشت روستای اصلی و هم در شورای بهداشت روستای قمر فعالیت دارد.

شورای بهداشتی روستا وقتی موفق است و به نتیجه مطلوب می‌رسد که:

* کلیه افراد در روستا در خصوص دلیل بر گزاری شورای بهداشتی توجیه شده باشند و انتخابا ت اولیه برای تعیین اعضای شورای بهداشت (معتمدان محلی) به درستی انجام پذیرد.

*افراد منتخب باید مورد اعتماد مردم و با نفوذ باشند ومردم سخنان آنان را با جان و دل پذیرا باشند

*برای تشکیل هر جلسه از کلیه اعضا دعوت شود.

*دلیل برگزاری هر جلسه شورا (ماهانه یک بار) برای اعضا توسط بهورز مشخص شود.

* لیست مشکلات بهداشتی مردم در جلسه مطرح وبا همفکری اعضا راه حل مناسب انتخاب شود.

*هر عضو موظف به انجام کاری در حد توان و امکانات موجود در روستا باشد.

* بهتر است از سپردن برنامه‌های آموزشی به اعضا خودداری واین قسمت کار توسط بهورز انجام شود.

* در پایان هر جلسه صورت جلسه‌ای تنظیم ودر آن کلیه موارد بحث شده و اقداماتی که هر یک از اعضای شورا انجام خواهد داد را مشخص کرده و مصوبات جلسه به امضای کلیه حاضرین در جلسه برسد.

* در ابتدای جلسه بعد مصوبات جلسه قبل بررسی و در صد انجام کار مورد ارزیابی قرار گیرد.

* در صورت به نتیجه نرسیدن مصوبات قبلی دستور جدید در جلسه مطرح نشده و در خصوص راه حل‌های قبلی تجدید نظر شود.

* در نهایت پاسخ به این سوال که آیا شورای بهداشت در پیشبرد اهداف بهداشتی روستا موثر بوده است یا نه به عنوان ارزیابی نهایی مطرح و مورد بحث قرار گیرد.

خلاصه فصل سوم

* استفاده ا زروش آموزش گروهی موجب تشویق افراد و انتقال تجربه و مهارت‌های آنان به یکدیگر می‌شود.
* آموزش گروهی زمینه مشارکت افراد با توانایی‌های مختلف را در حل مشکلات بهداشتی فراهم می‌کند
* حیطه‌های مختلف آموزش گروهی می‌تواند مشکلات سلامت در یک جامعه باشد. در این مورد افرادی که در آنها صفات مشترکی وجود دارد می‌توانند در جلسات آ موزش گروهی شرکت نمایند
* با مشارکت گروه‌های رسمی و غیر رسمی موجود در جامعه و با استفاده از توان بالایی که در هر یک از آنها موجود است می‌توان اقدام به برنامه ریزی جهت حل مشکلات بهداشتی جامعه کرد.
* مراحل اجرای یک برنامه مشارکت در زمینه حل مشکلات در جامعه عبارتند از: مشارکت در شناخت مشکلات، مشارکت در یافتن راه حل، مشارکت در عمل و نهایتاً مشارکت در ارزشیابی

تمرین در خارج از کلاس

۱- فواید آموزش گروهی را شرح دهید وبرای آن چند نمونه بنویسید. گروه هدف در هر یک از این آموزش‌ها چه کسانی هستند؟

۲- گروه‌های رسمی و غیر رسمی روستای خود را نام ببرید. افراد موجود در این گروه‌ها چه ویژگی‌های مشترکی دارند؟

۳- مفهوم مشارکت در زمینه بهداشت چیست؟

۴- چگونه می‌توان از کمک شورای اسلامی روستا برای فعالیت‌های بهداشتی استفاده کرد، این شورا می‌تواند عهده دار چه فعالیت‌هایی در این زمینه باشد؟

تمرین در کلاس درس

((یکی از بهورزان روستای علی آباد که با وضعیت زنان قالیباف روستای خود به خوبی آشنایی داشت، در فکر چاره جویی برای حل مشـکلات آنان برآمد. او می‌دانسـت که زنان و دختران جوانی که در روسـتا به حرفه قالیبافی اشتغال دارند دچار مشـکلات زیادی هستند. آنها ساعتهای متمادی را پشت دار قالی می‌نشینند و همگی از کمر درد ودرد در دسـتها و مفاصل شکایت دارند. اتاقی که در آن قالیبافی می‌کنند در اغلب موارد دارای نور و تهویه مناسبی نیست و به همین دلیل بعضـی از آنها دچار ناراحتی چشم شده‌اند وبرخی دیگر دچار مشکلات تنفسی ناشی از غبار پنبه شده‌اند، گذشته از این بسیاری از زنان می‌گویند چون سرمایه کافی برای خرید مواد اولیه و برپا کردن دار قالی ندارند مجبورند قالی که می‌بافند را از قبل پیش فروش کنند که این موضـوع از سـود حاصـل از دسـترنج آنها به شدت می‌کاهد، آنها مشکلات متعدد دیگری نیز دارند.

بهورز مناسب ترین روش برای بررسی مشکلات زنان قالیباف و پیدا کردن راه حل را، در تشکیل جلسه‌ای با حضور برخی از مسـئولین روسـتا وچند نفر از اعضـای شورای اسلامی ونیز چند نفر از نمایندگان زنان قالیباف دید. او در این جلسـه از دو نفر از معلمین زنی که در مدرسـهء ابتدایی درس می‌دادند نیز دعوت به عمل آورد. البته قبل ازتشـکیل جلسه با مشورتی که با زنان قالیباف و رییس شورای اسلامی و دهدار کرده بود قرار شد تا این جلسه در محل دهداری روسـتای علی آباد تشـکیل شود و ریاست این جلسه را رییس شورای اسلامی عهده دار شود. بهورز قبلاً با رئیس شورا در مورد مشکل و اهمیت آن صحبت کرده است.))

حـال بـا توجه به آنچه که در بالا آمد، تعدادی از دانش آموزان را جمع کنید و با آنان در زمینه این جلسـه ایفای نقش کنید. یکی از دانش آموزان نقش بهورز را بر عهده بگیرد و سایرین نقش سایر اعضای جلسه را داشته باشند. بقیه دانش آمزان هم تماشاچی این نقش خواهند بود و وظیفهء آنها دقت در ایفای نقش‌ها وارائه پیشنهادات در پایان ایفای نقش برای بهبود وضـعیت برقراری ارتباط بین افراد گروه و مناسـبتر شـدن فضای بحث است. سعی کنید نکات مثبت ومنفی بحـث را یادداشـت کنید واز طریق تکرار این تمرین با تمامی دانش آموزان ویا با تمرین‌های دیگر مهارت‌های خود را در زمینه ء کار گروهی ارتقاء بخشید.

فصل چهارم

روش‌ها و شیوه‌های آموزشی

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

۱-روش‌ها ی متداول آموزشی را نام برده و قادر به اجرای عملی آنها باشید.

۲-شیوه‌های متداول آموزشی را نام برده و قادر به اجرای عملی آنها باشید.

برای برقراری ارتباط خوب با مردم باید از روشـهای مختلفی استفاده کنیم. منظور از برقراری ارتباط با مردم این است که پیام‌هایی را به نحو مطلوب به مردم برسانیم.

شما در فصول قبل با نمونه‌هایی از این پیام‌ها آشنا شدیدبه عنوان مثال برخی از این پیام‌های بهداشتی و یا آموزش‌ها در برنامه‌های مختلفی نظیر کنترل بیماری‌های اسـهالی، بهداشـت محیط، تنظیم خانواده و... پیش بینی گردیده‌اند. برای آنکه از مناسـب ترین و موثرترین راه‌های ممکن برای انتقال پیام‌ها اسـتفاده شـودبعضـی از روش هاو شـیوه‌ها (فنون) آموزشی معرفی می‌گردد

روش‌ها و شیوه‌های متداول آموزشی

روش‌ها و شیوه‌های آموزشی فعالیت‌های مورد نیاز برای اجرای برنامه اموزش را برای اموزش دهنده مشخص می‌کنند و به او می‌گویند که چگونه می‌توان به اهداف اموزشـی دسـت یافت. هر روش و یا شـیوه اموزشـی می‌تواند موارد کاربرد خاصـی برای اموزش فردی و یا گروهی داشـته باشـد. انتخاب روش و یا شیوه اموزش باید بر اسا هدف اموزش و وضعیت فراگیرنده و نیز امکانات موجود صـورت گیرد. دراینجا ذکر این نگته ضـروری اسـت که مطالب اموزشی را می‌توان در یک زمان با چند شـیوه ارایه کرد. در عمل نیز معمولا هیچکدام از شـیوه‌ها به طور مسـتقل به کار نمی‌روند. به عنوان مثال بهورزی که در یک جلسـه گروهی در خانه بهداشـت در مورد نحوه مراقبت ازکودک ۵ سـاله آموزش می‌دهد، می‌تواند از شیوه‌های بحث گروهی نمایش عملی و پرسش و پاسخ در یک زمان استفاده نماید

روشهای آموزشی

برای اجرای برنامه‌های آموزشـی مخحتلف روشـهای متفاوتی وجود دارد. روش آموزشـی عبارت اسـت از راه منظم و قاعده مندی که برای ارایه پیام‌های آموزشی به کار گرفته می‌شود. روش‌های متداول آموزشی عبارتند از:

- روش توضیحی
- روش حل مساله
- بحث گروهی

روش توضیحی:

روش توضـیحی عبارت اسـت از انتقال مسـتقیم اطلاعات به اموزش گیرندگان، این روش با اسـتفاده از مطالب چاپی، نمایش یا به وسـیله سـخنرانی صـورت میگیرد. روش توضـیحی یکی از متداولترین روش‌های اموزشـی است. کتاب‌های درسـی معمولا به روش توصـیحی نوشـته می‌شوند. سخنرانی‌هایی که در سالن اجتماعات ایراد می‌شوند نمونه‌ای دیگر از روش توضـیحی هستند. بهورزان می‌توانند برای انتقال سریع اطلاعات به جمع کثیری از مردم از این روش استفاده کنند. به عنوان مثال سـخنرانی برای دانش اموزان یک مدرسـه در زمینه اهمیت بهداشـت دهان و دندان یا سـخنرانی در جمع

مردم روستا در زمینه اهمیت دفع بهداشتی زباله نمونه‌هایی از این نوع روش اموزش محسوب می‌شود. در ارایه اموزش با این روش رعایت برخی نکات بسیار مهم و ضروری است:

- باید مطالب را با نظمی منطقی و به صورت منسجم ارایه کنید.
- مطالب را باید از ساده به پیچیده ارائه کنید.
- پیش ازارائه مطالب باید چندین بار آنها را مرور نموده و قبل از سخنرانی تمرین نمایید.
- از واژه‌هایی استفاده کنید که برای فراگیران قابل فهم باشد.
- سرعت بیان خود را به گونه‌ای تنظیم کنید که همه افراد بتوانند به خوبی توضیحات شما را دنبال کرده و در صورت لزوم یادداشت بردارند.
- با مثال‌های مناسب و مستدل، خوش رویی و ایجاد محیطی صمیمانه و حتی گاهی بذله گویی معقول توجه مخاطبان را به توضیحات خود جلب کنید.
- از شیوه‌های مختلف آموزشی مانند نمایش تصاویر، یا نمایش عملی، پرسش و پاسخ و... در موقعیت‌ها برای ایجاد تنوع در مطالب و افزایش تاثیر آموزش استفاده کنید.
- نکات کلیدی و مهم را با استفاده از وسایل کمک آموزشی و یا فنون مختلف توضیح دهید.
- مطالب را با صدایی رسا و شمرده ارائه نمایید.
- در تنظیم وقت دقت کنید و برای پرهیز از خستگی و کسالت فراگیرندگان زمان اجرای برنامه آموزشی را طولانی نکنید.

روش حل مساله:

عامل اصلی در روش حل مساله «کاربرد اطلاعات قبلی فرد برای رسیدن به راه حل یک مشکل» است. فرایند آموزش با استفاده از روش حل مساله عبارت است از «پیدا کردن عواملی که موجب بروز یک مشکل گردیده و ارائه راه حل مناسب با استفاده از معلومات و تجارب فراگیرندگان» با این روش در فصول قبل اشنا شده‌اید.

فواید ارایه آموزش از طریق حل مساله در زمینه آموزش بهداشت این است که اولا از تجارب و اطلاعات افراد خاص برای حل مشکل استفاده می‌شود. ثانیا به کارگیری این روش موجب مشارکت موثر و مفید افراد در حل مشکلات بهداشتی می‌شود. این روش هم در آموزش بهداشت با افراد و هم در آموزش بهداشت با گروه‌های رسمی و غیر رسمی و جامعه کاربردهای متعددی دارد، شاید بتوان گفت یکی از اصلی ترین توقعات مورد انتظار از بهورزان اجرای همین نوع آموزش به منظور ایجاد مشارکت افراد، گروه‌ها و جامعه برای بهبود وضعیت سلامت خودشان است. نتیجه اجرای این فرایند تسهیل در انجام فعالیت‌های متعدد و وسیع بهداشتی در جامعه است.

فراگیران در این روش می‌بایست مراحل زیر را طی نمایند.

۱. مشخص کردن مساله یا مشکل بهداشتی
۲. مشخص کردن خصوصیات مشکل و علل ایجاد کننده و عوامل موثر بر آن.

۳. بررسی راه حل‌های مختلف و انتخاب بهترین آنها بر اساس شرایط.

۴. اجرا و نتیجه گیری

۵. بحث و گفتگو در مورد نتایج و مرور تجارب و دستاوردها برای حل سایر مشکلات.

همانطور گه قبلا گفتیم بزرگسالان وقتی بهتر یاد میگیرند که با مشکلی مواجه شده باشند. بنابراین آموزش به بزرگسالان یک اموزش مساله مدار ااست.

روش بحث گروهی :

در این روش با استفاده از معلومات فراگیرندگان و اطلاعات و تجارب قبلی انها اقدام به روشن کردن مطالب مجهول می‌کنیم. در این روش آموزش دهنده و فراگیرندگان اطلاعات یکدیگر را تحلیل و ارزشیابی کرده و از آنها برای فهم مطالب پیچیده‌تر استفاده می‌کنند. در این روش آموزش دهنده به عنوان یک هماهنگ کننده و فردی که در موقع ضرورت می‌تواند اطلاعات مقیدی ارائه نماید، عمل میکند. با نمونه‌هایی از اجرای این روش نیز در بحث آموزش بهداشت با افراد و گروه‌ها آشنا شده‌اید. این روش یکی از موثرترین روش‌ها برای آموزش پایدار ترغیب افراد برای ورود به برنامه‌های بهداشتی است



تصویر ۱-۴

مقایسه دو شیوه آموزشی سخنرانی و بحث وگفتگوی گروهی و مشارکت ، به نظر شما کدام شیوه ساده‌تر و کم هزینه‌تر است؟ کدام شیوه موجب می شود که نیازها و مشکلات فراگیرندگان به نحو بهتری آشکار شود؟ کدام شیوه یادگیری موثرتر و

شیوه سخنرانی:

در این شیوه همانطور که از عنوان ان بر می‌آید از بیان شفاهی برای توضیح و تفهیم مطالب استفاده می‌شود. بنابراین کاربرد این شیوه مرتبط با روش توضیحی است. کاربرد صحیح این شیوه که ا ز دیرباز در محیطهای اموزشی معمول بوده، مستلزم فراهم اوردن مقدمات اجرا وطی مراحل مختلفی است. این شیوه نیازمند تسلط بر مهارت‌های خاص می‌باشد. قبل از سخنرانی باید موارد زیر را مورد توجه قرار دهید:

آیا امادگی دارید به مخاطبین نحو احسن آموزش دهید؟ با آنهارابطه عاطفی مناسبی برقرار کنید؟ اندیشه‌های خود را به طور منسجم سازمان دهید؟

چنانچه پاسخ سوال‌های فوق مثبت باشد، شما امادگی و شرایط اجرای این شیوه را برای گروه هدف دارا هستید در غیر این صورت در ارایه این شیوه با دشواری‌هایی مواجه خواهید بود.

شیوه‌های آموزشی

هر روش را می‌توان به چندین شیوه اجرا کرد. شیوه آموزشی عبارت است از راه به کارگیری ماهرانه روش‌های آموزش و شکل ارایه موضوع برخی از شیوه‌های متداول آموزشی عبارتند از:

- شیوه سخنرانی
- شیوه تمرینی
- شیوه پرسش و پاسخ
- شیوه ایفای نقش

شیوه تمرینی :

این شیوه تدریس بر اساس اصل تکرار و تمرین و تاثیر آن در یادگیری شکل گرفته است. در این شیوه فراگیر به تکرار یک مطلب یا کاربرد آن تشویق می‌شود تا ازین طریق در موضوع مورد نظر تبحر لازم را کسب نماید. تمرین به فراگیر امکان می‌دهد مهارت‌های جدیدی را که اموخته عملا انجام دهد و دانش و مهارت‌هایی را که کسب کرده تقویت نماید. بنابراین شیوه تمرینی به منظور «تثبیت آموخته ها» به کار می‌رود و کاربردآن برای یادگیری درسهایک ضرورت محسوب می‌شود

شیوه پرسش– پاسخ :

پرسش- پاسخ شیوه یا فنی است که بیشتر به منظور مشارکت یادگیرنده در جریان یادگیری، در تمامی فعالیت‌های آموزشی به کار برده می‌شود. این فن در آغاز ارائه آموزش به گروه هدف، برای جلب توجه و تمرکز در حین آموزش برای ایجاد تنوع و ررفع عوامل خستگی زا و در پایان برای ارزشیابی از میزان یادگیری آنان مفید است. برای کاربرد این شیوه مهم لازم است پرسشی را طرح نمود و یا موقعیت پرسش برانگیزی را به طور تعمدی ایجاد نمود



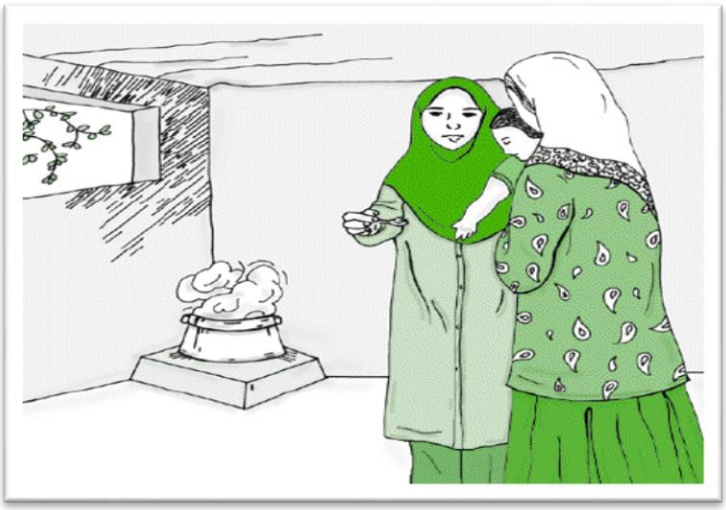
تصویر ۲-۴

نمایش عملی یکی از موثرترین شیوه‌های آموزش مهارت ها است . این بهورز به جای سخنرانی بهداشتی چگونگی شست و شوی بچه را عملا نشان می دهد.

شیوه ایفای نقش :

ایفای نقش یا نقش بازی شیوه‌ای است که در آن شرکت کنندگان در امر آموزش (بهورز یا فراگیران) خود را به جای افراد دیگر قرار می‌دهند و سعی می‌کنند موقعیتی نزدیک به واقعیت ایجاد کنند. هم شرکت کنندگان و هم بینندگان می‌دانند که این کار تنها نمایش یا تئاتر نیست. بلکه با یک هدف از پیش تعیین شده صورت می‌گیرد. با هر بار ایفای نقش می‌توان با نظرخواهی از بینندگان اقدام به اجرای بهتری نمود. با این کار فراگیران به خوبی یاد میگیرند که در موقعیت‌های واقعی چگونه عمل نمایند.

این روش برای کلیه برنامه‌های آموزش‌های عملی در روستااز جمله: آموزش تهیه محلول پودر او-آر-اس برای مادری که فرزندش مبتلا به اسهال است- کاربرد دارد. علاوه بر این انجام ایفای نقش برای ایجاد مهارت ارتباط با افراد و گروه‌ها کاربرد دارد



تصویر۳-۴

نمایش عملی کارها به مردم و بازدید از منزل به منظور ارزیابی نحوه عملکرد مردم در مورد آموخته‌ها یشان سبب می شود که مهارت‌ها به نحوه موثرتر و سریع‌تر فراگرفته شوند . این بهورز در بازدید از منزل مهارت هایی را که به زن در جهت تهیه غذا برای فرزندانش یاد داده ارزیابی می کند. او در این مرحله سعی می کند تا نقایص و مشکلات مادر در این زمینه را رفع نماید.

خلاصه فصل چهارم

برای برقراری یک ارتباطط خوب آموزشی باید از روش‌ها و شیوه‌های آموزشی مناسبی استفاده کنیم.

انتخاب روش‌ها و شـیوه‌های آموزشـی با توجه به اهداف آموزش، وضـعیت فراگیرندگان و امکانات موجود صـورت می‌گیرد.

تمرین در خارج از کلاس درس:

۱-انواع روش‌های آموزشی متداول را نام برده ودر مورد ویژگی هاو فواید هر یک به اختصار توضیح دهید.

۲-انواع شیوه‌های آموزشی متدوال را نام برده ودر مورد ویژگی‌ها و فواید هر یک به اختصار توضیح دهید.

تمرین در کلاس درس:

با کمک چند نفر از همکلاسیان خود وبا مساعدت و راهنمایی مربی خود یک موقیعت آموزشی متداول انتخاب و با استفاده از روش‌ها و شیوه‌های آموزشی معرفی شده در کتاب اقدام به ارائه در کلاس درس نمایید.

فصل پنجم

رسانه‌ها و وسایل کمک آموزشی

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

۱-انواع رسانه‌های آموزشی را نام برده و به اختصار در مورد آنها توضیح دهید.

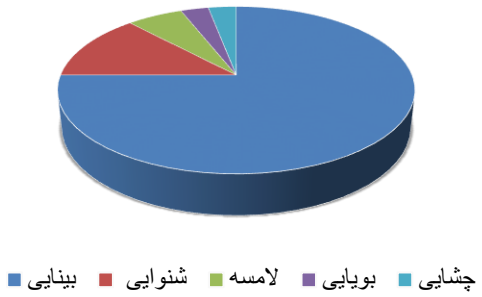
۲- انواع وسایل کمک آموزشی را نام برده و قادر به تهیه آنها باشید

رسانه‌ها و وسایل کمک آموزشی

استفاده از رسانه‌ها و وسایل کمک آموزشی به نحو چشم گیری در بهبود کیفیت‌های آموزشی موثر است. در بسیاری از اوقات به منظور حصول بیشترین اثر بخشی می‌توان رسانه‌ها و وسایل کمک آموزشی مختلف را باهم تلفیق کرد. رسانه‌های آموزشی واسطه‌هایی هستند که از طریق آنها آموزش به فراگیر ان انتقال می‌یابد کتاب، نشریه، پمفلت و... تلویزیون و رادیو نیز از این حیث می‌توانند یک رسانه محسوب شوند. وسایل کمک آموزشی کلیه ادوات واشیایی هستند که درکنار رسانه‌های آموزشی برای تفهیم بهتر وبیشتر موضوع آموزش به فراگیر ندگان بکار میروندمانند:اسلاید، دستگاه اوورهدو پروژکتورو... .

اهمیت کاربرد رسانه هاو وسایل کمک آموزشی:

تأثیرگذاری بر باورها، عقایدونگرش یاد گیرندگان تنها با استفاده ازکلام میسر نیست، نتایج تحقیقات زیادی نشان داده است که حواس مختلف در یادگیری انسان مساوی و یکسان ندارد. گر چه در منابع گوناگون ارقام متفاوتی در این زمینه ذکر شد. اما وجه مشترک آنها این است که بیشترین سهم به حس بینایی داده شده است(۷۵٪) در حالیکه میزان یاد گیری از طریق شنوایی تنها۱۳٪ می‌باشد.



عوامل موثر برانتخاب رسانه آموزشی :

۱-همخوانی با هدف‌های آموزشی

۲-ویژگیهای یاد گیرندگان مثل سن-سطح تحصیلات

۳-شیوه‌ها و روشهای آموزشی

۴-موضو ع آموزشی

انواع رسانه‌های آموزشی

۱–پوستر: Poster

پوســتر برگی از کاغذ گلاسه یا معمولی و به قطع ۹۰×۶۰ سانتی متر بوده و دارای کلمات، تصاویر و سمبل‌هایی است که پیامی راالقا می‌کند وبرای سه هدف بکار می‌رود.

- اعلام رویدادها و برنامه‌های مهم
- ارائه توصیه‌های مفید و اطلاعات لازم در مورد یک موضوع
- تشویق به انجام یا منع از انجام یک کار

ویژگیهای یک پوستر خوب:

- کلمات بایستی به زبان محلی، ساده و کوتاه باشد.
- پوستر باید مخاطبین را به تفکر وادارد. بدین منظور بهتر است هر پوستر دارای یک ایده یا پیام باشد، چرا که ایده‌های متعدد باعث ابهام در پوستر می‌گردد.
- از تصاویر یا سمبلهایی استفاده شود که افراد بی سواد هم بتوانند بفهمند.
- حروف وطرحها باید به اندازه‌های بزرگ باشد که از دور دیده شود.
- دریک پوســتر خوب طرح ورنگ بایستی با موضوع هماهنگ بوده تا بتواند احساس درستی را درمورد تناسب و روابط درونی اجزای پوستر سبب گردد.

طرز تهیه پوستر:

بااســتفاده از کاغذ، قلم، مداد، ماژیک، مدادشــمعی، قلم مو، رنگ، عکس، تصــاویر مجلات وچســب، پوســتر را طراحی کنید. برای اطمینان از درک پذیرش مردم، طرح پوســـتر رامورد آزمایش قبلی قرار دهید. در صـــورتیکه امکان چاپ یا تکثیرداردیدبه تعداد مورد نیاز از پوستر خود تهیه و در جای مناسب آن رانصب نمائید. از پوستر در آموزش گروه استفاده کنید و نظر افرادرا در مورد آن جویا شــوید و ببینید آیا پیام پوســتر را دریافته اند؟پوســترها در صــورت تعویض نشــدن، یکنواخت وکهنه خواهد شد. پس ازتعویض آنرا برای استفاده مجدد در موقع مناسب نگهداری کنید.

پوســترهای آموزشی، در اندازه‌های بزرگتر از پوسترهای معمولی، وبیشتر برای استفاده کارکنان بهداشتی تهیه شده و دراتاق کار آنان نصب می‌شود.

پمفلت، لیفلت، فولدر pamphlet–leaflet–folder :

- پمفلت، معمولاً در اندازه کاغذ A4میباشــدکه به سه قسمت مساوی تقسیم شده و به سه لت تبدیل می‌گردد. نوع کوچکتر یا بزرگتر آن نیز وجوددارد، ولی در هرصورت از سه لت تجاوز نمی‌کند.
- لیفلت، از سه لت بیشتر است و گاهی بصورت آکاردئونی طراحی می‌شود.

- فولدر، نیز در قطع کاغذ A4اســت که از وسـط تا می‌شود و به (تاشو) نیز معروف است. این رسانه‌ها می‌توانند آموزشی، هشدار دهنده و یا تبلیغاتی باشند وبه علت کم حجم بودن مورد استفاده زیادی در آموزش بهداشت دارندو برای مطالعه از حوصــله شــخص مطالعه کننده خارج نیســتند. در این نمونه‌ها نیز مانند پوســتر باید طراحی و تصویرو صفحه‌آرایی متناسب باموضوع باشد. موضوع این نشریات بیشتر در زمینه‌ای بیماریها، معرفی و وسایل و روشها و رفتاررهای بهداشتی می‌باشد.

در طراحی این گونه نشریات، ترتیب مندرجات بشرح ذیل در نظر گرفته می‌شود:

الف- صفحه روی جلد:نام ونشان سازمان متبوعه –عنوان نشریه-تصویر متناسب با موضوع(در صورت لزوم)نام فرد، واحد یا مرکز تهیه کننده نشریه-ناشر و شماره و تاریخ انتشار.

ب:صفحات داخلی : نام خدا – مقدمه در مورد اهمیت موضوع و ضرورت انتشار-معرفی موضوع (راههای سرایت یا ابتلاء، پیشـگیری، درمان) توصـیه ها(در مورد رفتارهای بهداشـتی و غیر بهداشـتی)-تصـویر (عکس، نقاشی، کاریکاتور، نمودارو...)سایر اطلاعات ضروری.

ج-صفحه پشت جلد: هشدارها، شعارها، آیات و روایات و نقل قولها، نشانی و شماره تماس، طرحها و تصاویر.

۳–بروشورBrochure:

نشـریه‌ای است تک برگی (یک رو یا دو رو)که بیشتر در بسیج‌های آموزشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. قطع آن نیز می‌تواند متفاوت باشـد اما درهر صـورت از اندازه کاغذ A4 بزرگتر نیسـت. موضوع آموزشی و اطلاع رسانی بکار رفته در بروشـور بسـیار سـاده اسـت زیرا گروه هدف آن اقشـار مختلف جامعه می‌باشـند. یکی دیگراز مزایای بروشوراین است که می‌توان آنرا بوسـیله چرخ بال (هلیکوپتر)بین مردم توزیع نمود. بروشور غالباً در رابطه با معرفی برنامه ها، وسایل و روشها تهیه می‌شودو بدلیل تک لت بودن فاقد طرح روی جلد و پشت جلد است و ترتیب مندرجات آن نیز مانند صفحات داخلی پمفلت می‌باشـد. عنوان و نام و نشـان سازمان متبوعه در ابتدا و نام و تهیه کننده و ناشر و شماره و تاریخ نشر در انتهای بروشور درج می‌گردد.

٤-تراکتTract:

نشـریه‌ای اسـت تک برگی که گاهی دارای تصاویر می‌باشد واز عرض بصورت افقی طراحی می‌شود واندازه آن معمولاً کاغذ A4 اســت ولی بزرگتر وکوچکتر ازآن هم طراحی میشــود. تراکت در آموزش بهداشــت بیشــتر برای ارائه پیامهای بهداشتی بکار می‌رود. تراکت باید در جای مناسب نصب شود.

۵–چارتchart :

چارت عبارت از تعدادی پوسـترياتصـویر یا تراکت اسـت که به ترتیب یکی بعد ازدیگری نشـا ن داده میشـود واز این طریق می‌توان جنبه‌ها ومراحل مختلف یک مو ضـو ع را نشـان داد. چار تها رسـا نه‌هایی هستند که حس دیدن رابه کار

می‌گیرند. در انها از خط، تصـاویر، کاریکاتو، عکس، نمودار، نقاشـی ونوشـته برای خلاصه کردن مفاهیم و اندیشه‌ها و نظم دادن به انها اسـتفاده می‌کنند. چون چارتها بیشـتر به اطلاعات ارائه شـده نظم می‌دهند پس می‌توان آنها را بر روی هر حامل ارتباطی مثل تخته سـیاه، تابلوپارچه‌ای، تابلو مغناطیسی، طلق شفاف یا مقوا وصل نمود. چارتها رااز نظر نحوه ارائه مطالب، در دو دسته به شرح ذیل می‌توان تقسیم بندی و مطالعه نمود:

- چـارتهـایی کـه مطـالـب را به صـــورت مرحله به مرحله ارائه می‌دهند، چارت‌های برگردان (فیلیپ چارت)و چارتهای پوششی در این گروه قرار می‌گیرند.
- چارتهای برگردان : دراین نوع ازچارتهااطلاعات تقسـیم شـده و هر بخش یا مرحله برروی یک صـفحه قرارمی گیرد. سـپس یک طرف از این صـفحه‌ها به هم متصل می‌شوند. هنگام ارائه مطالب در هرزمان بر حسب نیاز، صفحه هابه ترتیب برگردانده شده ودرمقابلدید تماشاگران قرارداده می‌شوند.
- چارتهای که مطالب رابه صـورت همزمان ارائه می‌دهند. چارتهای جریانی، شاخه ای، درختی جدولی، نقشه‌ای و تصویری جزء این گروه هستند.

۶–فلانل گراف(تخته ماهوتی) flannel board(graph) :

تخته‌ای است که با نوعی پارچه پشمی پوشانده شده وتصاویروکلماتی روی ان نصب می‌شودتا پیام شماراتقویت نموده ویا نشان دهد.

فلانل گراف کمک میکند تا مردم سـخنرانی شـما را واضـح‌تر درک کنند اغلب در گروه‌های کوچک از آن اسـتفاده میشود. فلانل گراف را خودتان می‌توانید با استفاده ازابزری مانند تخته وپارچه ضخیم وچسب، میخ وتصاویر وعکس تهیه کنید

۷-اطلاعیه هشدار آگهی:

این نوع نشـریات تک برگی(تک رو) ودر اندازه‌های کاغذ A4 وA3 تهیه می‌شود و بر دیوارها و شیشه‌ها بوردها نصب میگردد. آگهی‌ها جنبه جلب توجه، اطلاع رسـانی، آموزشـی هشـدار دهنده و تبلیغاتی داشته و در انتهای آن نام و نشانی مرکز ارائه کننده خدمت مورد آگهی ذکر می‌شود.

در طراحی این نشریات خطوط در انواع و اندازه‌ها و رنگ‌های مختلف به کار گرفته میشوند.

۸-عکس Photograph:

عکس رسانه کمک آموزشی مفیدی است که می‌تواند موقعیت‌ها و اشیا را دقیقا به همان صورتی که هست نشان دهد. عکس حـاوی ایـده‌های جدید برای مردم بوده و مهارت‌های جدید را جهت تمرن بر آنان نشـــان می‌دهد و می‌تواند برای حمایت و تشـویق رفتاری جدید به کار گرفته شـود عکس به تنهایی و یا همراه با نوشـته و توضـیح به انتقال پیام کمک می‌کند.

خصوصیات یک عکس خوب در برنامه‌های آموزشی :

- مناسب با هدف‌های آموزشی باشد و بر یک ایده روشن تاکید نماید.
- افراد و فضا برای بینندگان آشنا باشد.
- از فاصله نزدیک گرفته شده باشد.
- روشن و واضح بوده و تار نباشد.
- در صورت نیاز دارای زیر نویس بوده و با اندازه واقعی مقایسه شده باشد.
- خراب، پاره و رنگ و رو رفته نباشد. بهتر است برای نگهداری عکس‌ها انها را روی مقوا بچسبانیم و در آلبوم و در مکانی دور از رطوبت نگهداری و طبقه بندی کنیم.

از عکسها در موارد زیر میتوانیم استفاده کنیم:

- در نمایشگاه جنبی مراسم بهداشتی و یا نمایشگاه‌های مستقل در زمینه دستاوردها مراحل مختلف تکمیل یک پروژه یا تمرین عملی یک کار
- در مراکز ثابت مثل مراکز بهداشتی درمانی که عکس‌هایی از مراسم، مسابقات، بسیج‌های پاکسازی محیط، پروژه‌های منطقه‌ای و... را می‌توان به نمایش گذاشت. مردم منطقه از دیدن عکس‌ها احساس غرور می‌کنند و تشویق می‌شوند که در سایر فعالیت‌های بهداشتی مشارکت داشته باشند.
- در کلاس‌های آموزشی از طریق پروژکتور اوپک که یک دستگاه برقی است و می‌تواند از مواد غیر شفاف تصاویر روشن را بر روی پرده یا دیوار روشن نشان دهد و برای نمایش عکس، بریده روزنامه، نوشته‌ها مطالب کتاب به کا برد می‌شود. مدارکی که از این طریق نمایش داده می‌شود حداکثر باید ۳۰×۳۰ سانتی متر باشند

۹–نمودارGraph:

دربرنامه‌های آموزشی از نمودارها نیز به عنوان رسانه به مقدار زیادی استفاده می‌شود. نمودارها قادرند به سادگی و خیلی سریع با فراگیران ارتباط برقرار نمود

۱۰-تخته سیاه وایت بوردBlack board– Whitboard :

تخته سیاه یک وسیله کمک آموزشی سنتی است است و به همراه وایت بورد یا تابلوی سفید رایج ترین وسیله آموزشی محسوب می‌شود وتمامی آمو زش دهندگان و فرا گیران با کاربرد و تکنیک آنها آشنایی دارند با این وجود توجه به نکات زیر می‌تواند آموزش دهنده را در استفاده بهتر از آنها یاری دهد.

- پاکیزه و تمیز بودن آنها آموزش را تسهیل می‌کند.
- چیزی که بر روی آنها نوشته یا ترسیم می‌شود باید انتخابی باشد از جمله قواعد جدید، کلمات، نمودار چارت، نقشه، خلاصه بحث، سر فصلهای بحث و نکات مهم
- نوشته‌های قبلی که ارتباطی با موضوع بعدی ندارند باید پاک شوند زیرا باعث انحراف توجه فراگیران میشوند.

- نوشته‌ها قابل خواندن بوده و در گروه کوچک و متوسط از آن استفاده شود.
- چیزی که باید بر روی آنها نوشته یا ترسیم شود از قبل آماده شود تا وقت کمتری صرف آن گردد.
- هرگز هنگام نوشتن بر آنها صحبت یا سخنرانی انجام نشود زیرا نوشتن و صحبت کردن با سرعت موازی پیش نمی‌روند و قوه تطبیق و ارتباط با فراگیران کم می‌شود.
- در پاک کردن آنها موازین بهداشتی رعایت گردد.
- از تمامی فضای تابلو با نظم و قاعده استفاده شود.

۱۱–نمونه‌های واقعی و مدلها True Samples & Models:

نمونه‌های واقعی، آموزش را واقعی‌تر می‌کند. در برنامه‌های آموزشی می‌توان از نمونه‌های واقعی اشیاء استفاده نمود. به عنوان مثال انواع حبوبات، سبزی‌ها و میوه‌ها غذاها، ابزار، داروها نمونه‌های نشریات و رسانه‌ها را می‌توان بر شمرد. زمانی که نمونه‌های واقعی اشیاء خیلی بزرگ یا خیلی کوچک هستند و یا تهیه آنها دور از دسترس می‌باشد. از مدل‌ها در آموزش استفاده می‌شود مدل‌ها را فراگیران می‌توانند لمس کنند و یا خودشان آنها را ساخته یا تهیه کنند همه نوع موادی در تهیه مدل‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. ماکت‌ها و برش‌ها نیز نمونه‌ای از مدل‌ها می‌باشند.

۱۲–روزنامه دیواری:

یکی از رسانه‌های کاربردی در مدارس و خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روزنامه دیواری است. این رسانه جاذبه خاصی دارد چون معمولا توسط مردم محلی و دانش آموزان و برای خود آنان (توسط فراگیران برای فراگیران) وبا توجه به سطح سواد وفرهنگ آنان و البته با هدایت و کمک کارمند بهداشتی تهیه می‌شوند. روزنامه دیواری بر روی مقوا و در اندازه ۷۰×۱۰۰سانتی متر و یا کمی کوچکتر تهیه می‌شوند و دارای نام یا عنوان با ذکر اسامی تهیه کنندگان می‌باشد. در تهیه روزنامه دیواری باید به موارد زیر توجه داشت:

- کلمات با خط خوانا و نسبتا درشت و با قلم پر رنگ نوشته شود.
- هر مطلب جداگانه در جدول مخصوص قرار گیرد(جدول بندی) و کل روزنامه کادر بندی شود.
- از طرح و رنگ و تصویر و عکس(نقاشی، طراحی، کاریکاتور، تصاویر جدا شده از سایر نشریات)در آن استفاده شود.
- از شعر، ضرب المثل، طنز، معما، پرسش و شعار در آن استفاده شود.
- آیات و روایات و جملات بزرگان و توصیه‌ها در آن ملحوظ شود.
- مطالب علمی و آموزشی گزارش و اخبار محلی به اختصار ذکر شود.
- آمار هشدار اطلاعات ضروری و جدول کلمات متقاطع نیز می‌تواند در روزنامه دیواری گنجانده شود.

۱۳–کتابچه– جزوه Manual وBooklet:

زمانی که حجم مطالب آموزشی که می‌بایست در شکل انواع رسانه‌ها ارائه گردد زیاد است و در ظرف سایر رسانه‌های نوشـــتاری نمی‌گنجد آنرا بشـــکل کتابچه (بوکلت) ویا جزوه تهیه می‌کنند. علاوه بر موضـــوعاتی که برای پمفلت لیفلت و فولدر ذکر شد موضوعات کتابچه و جزوه می‌تواند برخی از موارد زیر باشد:

دســـتورالعمـل‌ها گزارش عملکردها، پس خوراندها(فیدبکها)، پروپوزالها و نتایج مطالعات تحقیقی، مطالب تئوریک علمی، الگوهای عملی مهارتها (مدولهای آموزشـی) طرح جامع و برنمه تفصـیلی واحدهای بهداشتی، طرح و برنامه‌های عملیاتی اجرایی و آموزشی، راهکارها و توصیه‌ها فیلمنامه‌ها و نمایشنامه‌ها مقاله‌ها و...

۱۴–جراید (مطبوعات)

روزنامه‌ها مجلات بولتن‌ها ماهنامه‌ها فصـلنامه‌ها خبرنامه‌ها و گاهنامه‌ها چه به صورت محلی و یا منطقه‌ای و کشوری چاپ شوند از جمله جراید محسوب می‌گردند. در برخی از حوزه‌های بهداشتی نیز جراید درون بخشی و یا محلی به چاپ می‌رسد. این نشریات به صورت شماره مسلسل و پیاپی وبه فاصله زمانی منظم برای مدت

نا محدود منتشـــر می‌شـــوند و حاوی مطالب گوناگونی می‌باشـــند و از طراحی روی جلد و پشـــت جلد برخوردارند. در صـــفحات داخلی آنها از عکس و تصـــاویر و جدول و نمودار اســـتفاده می‌شـــود و معمولا مطالب آن شـــامل ســـر مقاله، پاورقی(مطالب دنباله دار از شماره‌های قبل) پیام اخبار و اطلاعات گزارش، مصاحبه، داستان و خاطره و... می باشد.

۱۵–کتاب Book :

مهم ترین رسـانه آموزشـی نوشـتاری آکادمیک و غیر آکادمیک محسـوب می‌شود. تالیف و ترجمه و نگارش کتاب به عشق و علاقه و تخصص و صرف مدت طولانی نیاز دارد.

در بخش بهداشـت به کارکنان بهداشـتی توصیه نمی‌شود که الزاما به نگارش یا تالیف و ترجمه کتاب اقدام نمایند اما همه آنها و کل جامعه به مطالب کتاب ترغیب و تشـویق می‌شوند. بنابراین توصیه می‌شود به منظور دستیابی به اطلاعات علمی تازه و تنفس در فضای نشاط آور معرفت و دانش ارتباط مستمر خود را با کتاب و کتابخانه حفظ نماییم.

۱۶–تلویزیون Television :

امروزه تلویزیون جذابترین وسـیله ارتباطی به شمار میرود. تهیه برنامه‌های آموزشی بهداشت در این رسانه همگانی از طریق معاونت‌های ارشـد سازمان صدا وسیما و وزارت بهداشت انجام می‌گیرد و در استان‌ها در صورتی که سیمای محلی اجازه تولید برنامه محلی داشته باشد می‌توان برنامه بهداشتی تولید نمود.

هر نوع فیلمی را که بتوان به طریق فیلم ویدیویی تولید نمود-آنچنان که در قسـمت فیلم ویدیو ذکر شـددر تلویزیون نیز قابل تولید و نمایش می‌باشد

خلاصه فصل پنجم

رسانه‌ها و وسایل کمک آموزشی مختلف برای ایجاد یک آموزش موثر و پایدار به کار می‌روند.

رسانه‌های آموزشی واسطه‌هایی هستند که از طریق آنها آموزش به فراگیر ان انتقال می‌یابد

وسایل کمک آموزشی کلیه ادوات واشیایی هستند که درکنار رسانه‌های آموزشی برای تفهیم بهتروبیشتر موضوع آموزش به فراگیر ندگان بکار میروند.

رسانه‌ها با تاثیر گذاری بر باورها و عقاید و نگرش مخاطبان خود، در یادگیری آنان نقش بسیار مهمی ایفا می‌کنند.

تمرین در کلاس درس:

۱-با کمک سایر دانش آموزان چند نمونه از رسانه‌های آموزشی در دسترس در آموزشگاه بهورزی را در کلاس درس مورد ارزیابی قرار داده و کاربرد و فواید استفاده از آنها را لیست نمایید.

۲-وسایل کمک آموزشی موجود در آموزشگاه بهورزی را نام ببرید ودر مورد هر کدام به همکلاسیان خود توضیح دهید

تمرین در خارج از کلاس درس:

۱ –لیست رسانه‌های آموزشی که در طول روز با آنها سروکار دارید را لیست کرده و کاربرد آنها را در زندگی روز انه بیان کنید.

۲-با کمک مربی و چند نفر از همکلاسیان خود یک پوستر و یک پمفلت آموزشی تهیه نمائید.

۳-با کمک همکلاسیان خود یک فلانل گراف برای کلاستان تهیه کنید

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد
مرکز بهداشت استان

شناخت جمعیتی
زیست محیطی روستا

از مجموعه دروس مراکز آموزش بهورزی

مدیریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت
واحد آموزش بهورزی

Created in MasterPDF Editor

Created in Master PDF Editor

مؤلفین:

علی شکاری: مدیر مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد ۱

قدیر گندم‌کار: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد ۱

عصمت علومی: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان کاشمر

غلامحسین وحیدی: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان خواف

حامد فاضلی: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان سرخس

زهرا ماه‌طلب: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد ۲

ویدا هاشمیان : کارشناس واحد آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان

با نظارت:

عشرت فیروزی: کارشناس مسئول واحد آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

دکتر محمدحسن درخشان: مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

Created in Master PDF Editor

فهرست مطالب

هدف‌های کلی اجرای برنامه شناخت جمعیتی ـ زیست محیطی روستا ۷

اهداف اختصاصی برنامه شناسایی جمعیتی ـ زیست‌محیطی روستا: ۷

مراحل اجرای برنامه‌های شناسایی جمعیتی ـ زیست‌محیطی روستا ۸

تعریف برخی از اصطلاحات مورد استفاده در برنامه شناسایی جمعیتی ـ زیست محیطی روستا ۹

شناخت زیست محیطی روستا: ۱۰

کروکی روستا: ۱۰

نحوه تهیه کروکی روستا: ۱۰

پیاده کردن کروکی روی برگ اصلی: ۱۱

تهیه نقشه روستاهای منطقه: ۱۲

پیاده کردن نقشه روی برگ اصلی ۱۲

راهنمای نقشه: ۱۳

تعریف برخی اصطلاحات: ۱٤

اطلاعات مربوط به بازدید از وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای منازل در پرونده الکترونیک سلامت: ۱۴

شناخت جمعیتی روستا ۱۵

سرشماری بهداشتی و بازدید از منازل ۱۵

بازدید منزل برای اولین بار ۱۶

درج اطلاعات سرشماری و بازدید در پروندهٔ الکترونیک سلامت ۱٦

اصلاح فرم سرشماری بهداشتی– زیست محیطی خانوار در بازدید سالیانه ۱۷

زیج حیاتی و راهنمای ثبت اطلاعات در جداول آن ۱۸

زیج حیاتی چیست؟ ۱۸

هدف و اهمیت تکمیل زیج حیاتی ۱۸

راهنمای تنظیم جداول زیج حیاتی ۲۰

جداول زیج حیاتی و روش پر کردن آن ۲۰

درج اطلاعات مربوط به سرشماری در جدول جمعیت بر حسب سن و جنس در زیج حیاتی ۲۸

بازدید از منزل برای پیگیری و دعوت: ۲۹

پیوست‌ها ۳۲

دستور عمل تکمیل فرم سرشماری ۳۴

پیوست شماره۲ ..... ۴۶

Created in Master PDF Editor

Created in Master PDF Editor

اهداف آموزشی:

پس از مطالعه محتوای این درس انتظار می‌رود فراگیران بتوانند:

۱- هدف‌های کلی برنامه شناسایی جمعیتی - زیست محیطی روستا را شرح دهند.

۲- مراحل اجرای برنامه شناسایی جمعیتی، زیست محیطی روستا را توضیح دهند.

۳- روش‌ها و ابزار اجرای هریک از مراحل برنامه را شرح دهند.

Created in Master PDF Editor

هدف‌های کلی اجرای برنامه شناخت جمعیتی ـ زیست محیطی روستا

۱- شناخت جمعیتی مردم روستا به منظور شناسایی گروه‌های هدف برنامه‌های بهداشتی

۲- شناخت عوامل زیست محیطی مختلفی که ممکن است بر سلامت این جمعیت موثر باشند

شناسایی جمعیتی روستا: به مفهوم شناخت جمعیت روستا از نظر تعداد باروری، مرگ، رشد جمعیت، توزیع سنی و جنسی، مهاجرت و به ویژه شناسایی برنامه‌های بهداشتی مختلف است. علاوه بر این یکی دیگر از کاربردهای اطلاعات جمعیتی، تهیه آمارهای زیستی و شاخص‌های بهداشتی است.

«جمعیت یا گروه هدف برنامه‌های بهداشتی» عبارت است از گروهی از جمعیت که به دلیل موقعیت خاصش در معرض بروز یک یا چند مشکل از مشکلات سلامت هستند، مانند جمعیت کودکان زیر یکسال.

«محیط زیست» به همه آن‌چه که در بیرون از افراد وجود دارد اطلاق می‌شود. محیط زیست را می‌توان به منطقه جغرافیایی، محل سکونت یا کار افراد و محیط اجتماعی و فرهنگی تقسیم کرد. تمامی این عوامل می‌تواند بر وضعیت تندرستی جمعیت تأثیر گذار باشند. شناسایی این عوامل را «شناخت زیست محیطی» می‌گویند. گردآوری اطلاعات جمعیتی و زیست‌محیطی موجود در روستا به عنوان پایه‌ای برای اجرای برنامه‌های مختلف بهداشتی بسیار ضروری است.

هدف عمده از جمعیت‌شناسی این است که معیار و شاخص‌های استاندارد یک جمعیت را بدانیم مثلاً میزان تولد، مرگ و میر مادران و کودکان، میزان ازدواج و طلاق، مهاجرت به داخل و خارج، تعداد افراد شاغل و بیکار، سواد و سایر عوامل که برای سلامت یک جامعه تعریف شده و مؤثر می‌باشد و نهایتاً وضع موجود جامعه را با وضعیت مطلوب مقایسه کرده و اگر عقب‌ماندگی و فاصله تا وضعیت مطلوب وجود دارد، با برنامه‌ریزی، خود را به وضعیت مطلوب رسانیده و یا حداقل، نزدیکتر نماییم.

اهداف اختصاصی برنامه شناسایی جمعیتی ـ زیست محیطی روستا:

۱- مشخص کردن جمعیت از نظر تعداد، باروری، مرگ، رشد جمعیت، توزیع سن و جنس و مهاجرت و جمعیت ثابت وسیار و نیز جمعیت گروه‌های هدف برنامه‌ها، به عنوان پایه‌ای برای اجرای برنامه‌های بهداشتی مختلف

۲- مشخص کردن روستاهای کوچک و بزرگ و تعیین محل و راه‌های ارتباطی آن‌ها بر روی نقشه، خصوصاً راه‌هایی که جمعیت تحت پوشش را به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی روستایی و شهرستان ارتباط می‌دهد

۳- تعیین شرایط جوی و اقلیمی و موقعیت منطقه به ویژه از نظر فصل، مدت باران یا برف، گرما، خشکی و غیره.

۴- آشنایی با طوایف و تیره‌های مختلف و عشایر تحت پوشش خانه بهداشت، تعیین جمعیت و محل و مدت زمان سکونت و مسیر حرکت آن‌ها در فصول مختلف سال

۵- تعیین وضعیت آب‌های سطحی زیرزمینی در منطقه از قبیل آب‌های جاری، راکد، چاه‌ها، چشمه‌ها، باتلاق‌ها، استخرها و نیز گودال‌هایی که ممکن است در شرایط بارندگی تبدیل به لانه‌های لاروی شوند

۶- تعیین وضعیت تسهیلات عمومی روستا (پست، مخابرات، مدرسه، حمام، کشتارگاه، غسالخانه، پایگاه نظامی، مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی، دهیاری و دیگر تسهیلات در روستا

Created in Master PDF Editor

۷- تعیین وضعیت کار و فعالیت اهالی تحت پوشش خانه بهداشت، مانند فعالیت‌های کشاورزی، دامپروری و یا فعالیت‌های فصلی نظیر کاشت و برداشت محصولات کشاورزی (مانند خرماچینی، کاشت برنج و ...، پرورش زنبور عسل و یا کرم ابریشم و ...

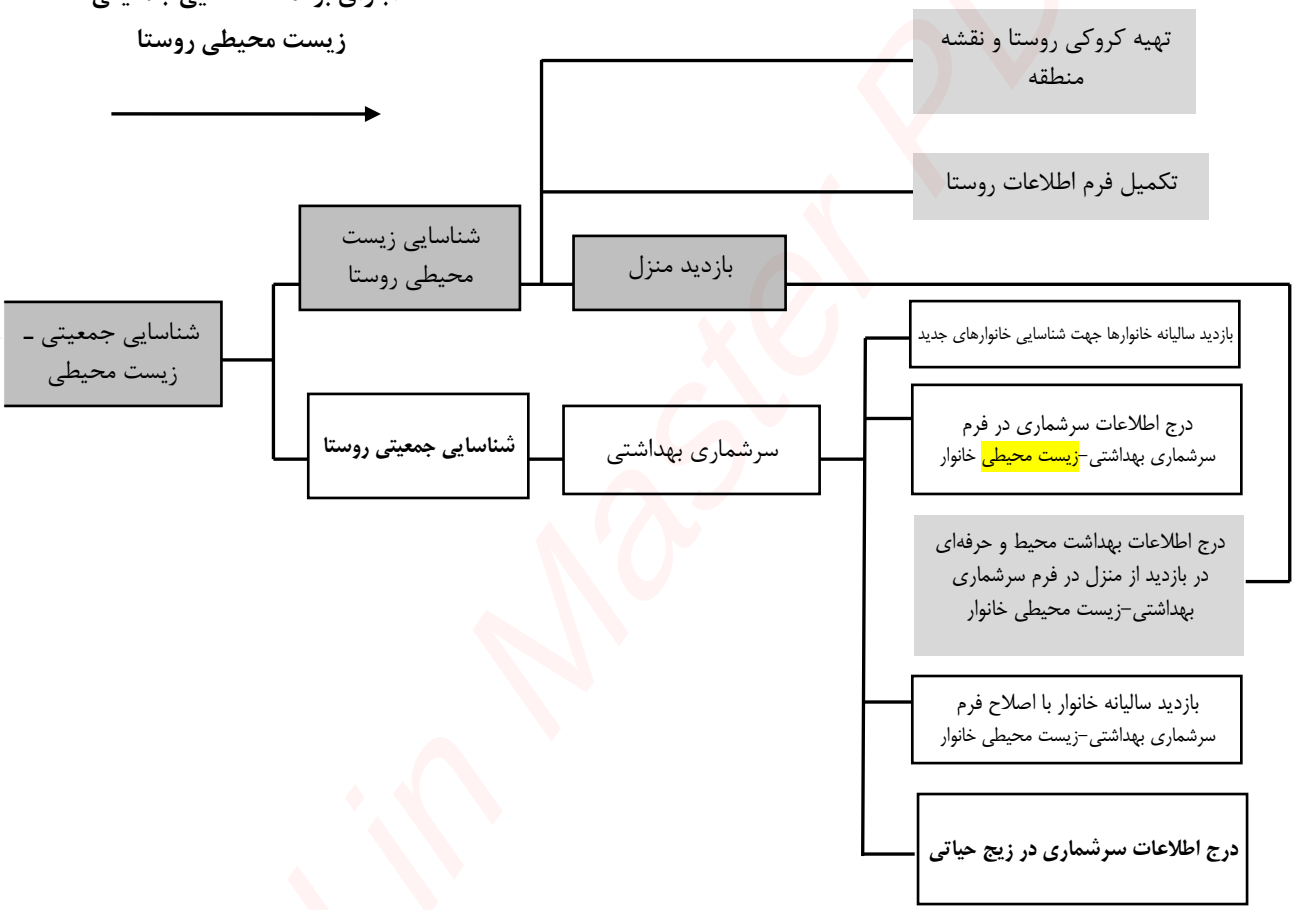
آشنایی با این فعالیت‌ها در زمینه تنظیم زمان و نحوه ارائه خدمات بهداشتی درمانی و نیز فعالیت‌های بهداشت محیط نظیر سمپاشی مهم است.

۸- بررسی محل زیست خانواده‌ها از نظر مسایل بهداشتی و برخورداری از تسهیلات لازم

مراحل اجرای برنامه‌های شناسایی جمعیتی ـ زیست‌محیطی روستا

مراحل مختلف اجرای برنامه‌های شناسایی جمعیتی ـ زیست‌محیطی روستا در نمودار ۱-۱ نمایش داده شده است:

نمودار ۱-۱
نمایش مراحل مختلف اجرای برنامه شناسایی جمعیتی، زیست محیطی روستا



قبل از شروع بحث در مورد هر یک از مراحل ذکر شده در اجرای برنامه و ذکر روش‌ها و ابزار اجرای آن، لازم است با برخی اصطلاحات مورد استفاده در این زمینه آشنا شویم:

Created in Master PDF Editor

تعریف برخی از اصطلاحات مورد استفاده در برنامه شناسایی جمعیتی ـ زیست محیطی روستا

- **جمعیت:** به مجموعه انسان‌هایی اطلاق می‌شود که در یک زمان و در یک مکان و با یک آداب و رسوم مشترک زندگی می‌کنند به بیان دیگر تجمعی از افراد انسانی که در یک منطقه جغرافیایی به طور مستمر، به شکل خانوار و خانواده زندگی می‌کنند، جمعیت نام دارد.
- **آبادی (نقطه روستایی)**: به مجموعه یک یا چند مکان و اراضی به هم پیوسته (اعم از کشاورزی و غیر کشاورزی) گفته می‌شود که خارج از محدوده شهرها واقع شده و دارای محدوده ثبتی یا عرفی مستقل اند.
- **مکان (ساختمان):** منظور از مکان، کلیه محل‌های سرپوشیده‌ای است که یا به طور طبیعی موجودند (غار) یا به طور مصنوعی و به صورت دائم یا موقت، ایجاد می‌شوند و برای زندگی انسان، نگهداری حیوانات یا استفاده عمومی (مانند مسجد، مدرسه، حمام و غیره) به کار می‌روند. مکان ممکن است ثابت یا موقت و خصوصی یا عمومی باشد.
- **خانوار:** به یک یا چند نفر که در یک مسکن زیر یک سرپناه زندگی می‌کنند، با یکدیگر هم‌خرج هستند و معمولاً امکانات پخت و پز و شستشوی مشترک دارند و با هم غذا می‌خورند، خانوار می‌گویند. فردی که به تنهایی زندگی می‌کند نیز، یک خانوار تلقی می‌شود. افراد خانوار ممکن است جزء یک خانواه باشند یا نباشند. ممکن است در یک سرپناه دو یا چند خانوار سکونت داشته باشند، در این صورت باید بتوان برای آن‌ها دو یا چند سرپرست خانوار تشخیص داد.
- **خانواده:** گروهی شامل دو نفر یا بیشتر است که از طریق پیوند خونی، فرزند خواندگی یا زناشویی با هم متحد شده‌اند.اعضای خانواده ممکن است جزء خانوار مشترک نباشند؛ یعنی فردی از آن‌ها در محل دیگری اقامت داشته باشد (جزء خانوار دیگری باشد)
- **سرپرست خانوار**: منظور از سرپرست خانوار یکی از اعضای خانوار است که در خانوار به همین عنوان شناخته می‌شود. در صورتی که اعضای خانوار قادر به تعیین سرپرست نباشند،مسن‌ترین عضو خانوار به عنوان سرپرست خانوار تقلی می‌شود. در خانوارهای یک نفره، همان شخص سرپرست خانوار است.
- **خویشان درجه یک سرپرست**: همسر، فرزند، پدر، مادر، برادر و خواهر سرپرست خانوار، خویشاوندان درجه یک محسوب می شوند.

Created in Master PDF Editor

شناخت زیست محیطی روستا:

همان‌طور که گفتیم شناخت محیطی که انسان در آن زندگی می‌کند خصوصاً از نظر عواملی که می‌تواند بر سلامت افراد تأثیر داشته باشد از اهمیت خاصی در برنامه‌ریزی بهداشتی برخوردار است. چنین شناختی موجب می‌شود تا نیازهای جمعیت را به نحو بهتری شناسایی نماییم.

فعالیت‌های مربوط به شناسایی زیست ـ محیطی روستا شامل موارد زیر است:

۱- تهیه کروکی روستا و نقشه منطقه

۲- درج اطلاعات بازدید از وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای منازل در فرم سرشماری بهداشتی-زیست محیطی خانوار

کروکی روستا:

برای آشنایی با یک منطقه جغرافیایی بزرگ معمولاً از نقشه استفاده می‌شود و اگر بخواهیم یک منطقه مسکونی مثل روستا یا شهر را با جزئیات آن روی کاغذ نشان دهیم به طوری که قابل استفاده باشد، از کروکی استفاده می‌کنیم. کروکی، طرح ساده‌ای از یک نقشه محدود جغرافیایی است. کروکی‌ها را برای دادن نشانی به دیگران نیز رسم می‌کنند.

کروکی روستا نمایش دادن کلی روستا همراه تمامی ساختمان‌ها، کوچه‌ها، اماکن عمومی و خصوصی در مقیاس کوچکتر است به طوری که بتوان نمای کلی روستا را روی یک برگ کاغذ نمایش داد تا اگر کسی آشنایی با روستا نداشته باشد بتواند با نگاه کردن به کروکی، اماکن مختلف در روستا را پیدا نماید. برای این کار می‌توان از ارگان‌هایی مثل بخشداری، شهرداری و یا دهیاری کمک گرفت.

نحوه تهیه کروکی روستا:

قبل از توضیح درباره نحوه رسم کروکی به چند تعریف اشاره می‌شود:

بلوک: عبارت است از چند ساختمان که به همدیگر پیوسته‌اند. اگر کروکی برای شهر بزرگ تهیه شود ممکن است کوچه‌های فرعی در نظر گرفته نشود اما برای روستاهای کوچک تحت پوشش خانه بهداشت در نظر گرفته می‌شود.

مقیاس: مقیاس نقشه ارتباط بین مسافت روی نقشه به مسافت در روی زمین را نشان می‌دهد نقشه‌هایی مفید هستند که دارای مقیاس باشند زیرا در این نقشه‌ها امکان محاسبه فاصله‌های واقعی بر روی زمین و اندازه‌گیری از روی نقشه وجود خواهد داشت. بنابراین در هر نقشه باید مقیاس آن به طور واضح مشخص گردد.

جهت محاسبه مقیاس باید فاصله دو نقطه از دورترین نقاط نسبت به یکدیگر بر روی صفحه نقشه را بر فاصله واقعی آن‌ها روی زمین تقسیم کرد. باید توجه داشته باشیم که واحد هر دو فاصله کفته شده، یکی باشد. به عنوان نمونه هر دوی آنها باید بر حسب متر باشند.

مقیاس نقشه را می‌توان به سه صورت نشان داد:

۱. مقیاس توضیحی (جمله‌ای): که در یک عبارت به صورت جمله بیان می‌شود، مثل عبارت یک سانتی‌متر برابر یک کیلومتر است.

۲. مقیاس خطی: مانند ۱:۱۰۰۰ و ۳. مقیاس کسری مانند ۱/۱۰۰۰

به علت کاربرد بیشتر مقیاس کسری با مثال بیشتر به توضیح این مقیاس می‌پردازیم:

Created in Master PDF Editor

مثال ۱: فرض کنید فاصله دورترین نقاط روستا از همدیگر ۱۰۰۰ متر و اندازه کاغذ شما ۱×۱ متر باشد مقیاس می‌شود ۱/۱۰۰۰، یعنی هر نقطه روی کاغذ یک هزار برابر کوچکتر از اندازه واقعی آن است.

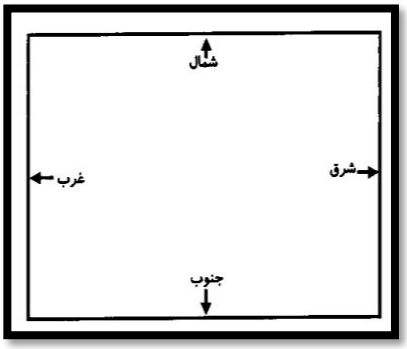
مثال ۲: دو روستای حسین‌آباد و علی‌آباد بر روی نقشه در فاصله ۵۰ سانتی‌متری (۰/۵ متر) یکدیگر ترسیم شده‌اند ولی فاصله واقعی آن‌ها بر روی زمین ۱۰ کیلومتر (۱۰ هزار متر) است. مقیاس نقشه شما کسر $\frac{۰/۵}{۱۰۰۰۰}$ یعنی $\frac{۱}{۲۰۰۰۰}$ خواهد بود.

در این صورت شما می‌توانید هر اندازه از فواصل را به نسبت کسر $\frac{۱}{۲۰۰۰۰}$ کوچکتر از اندازه واقعی آن نشان دهید.

ابزار لازم: خط‌کش ۲۰ و ۵۰ سانتی‌متر، پرگار، گونیا، نقاله، مداد نرم Hb و یا مداد رسم با مغز شماره ۰/۵ یا ۰/۷، یک برگ کاغذ ۵۰×۵۰ یا ۱۰۰×۱۰۰سانتی‌متری، قطب‌نما و اگر قطب‌نما نبود از تعیین جهت جغرافیایی به وسیله خود فرد استفاده شود. (یعنی فرد طوری بایستد که دست راست به طرف شرق و دست چپ به سمت مغرب، روبرو شمال و پشت سر جنوب باشد).

نحوه انجام کار:

کسی که می‌خواهد کروکی روستا را ترسیم کند باید آشنایی کامل با روستا داشته باشد، یعنی بتواند خود کروکی روستا را ترسیم کند و اگر آشنایی کاملی ندارد باید چند ورق کاغذ برداشته، ضمن حرکت در داخل روستا به طور ساده کروکی را روی کاغذ رسم نماید و پس از این‌که کروکی را ذهنی یا به وسیله حرکت در روستا تهیه کرد، این کروکی را روی برگ اصلی که می‌خواهد به عنوان کروکی باشد ترسیم نماید.



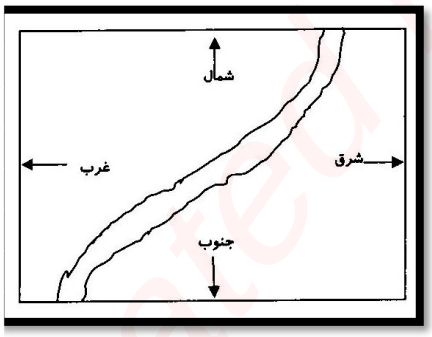
پیاده کردن کروکی روی برگ اصلی:

۱. انتخاب برگ مناسب برای ترسیم

۲. محاسبه مقیاس

۳. مشخص کردن جهت جغرافیایی روی برگه و نمایش دادن شمال با علامت اختصاری آن (N). و سپس:

I. باید توجه داشت که از همه برگه برای کروکی استفاده نشود و در کنار آن مقداری حاشیه باقی بگذارید.



II. برای ترسیم صحیح موقعیت بخش‌های مختلف روستا و اماکن، بهتر است نخست کار را با ترسیم یکی از خیابان‌های اصلی یا مسیر رودخانه با انتخاب موقعیت صحیح نسبت به شمال و جنوب شروع و سپس سایر کوچه‌ها و بلوک‌ها و ساختمان‌ها و ... را ترسیم نمایید. سعی کنید موضوعات ترسم شده در نقشه، نسبت به یکدیگر متناسب با اندازه حقیقی آن‌ها باشد با رعایت این موضوع نقشه شما تصویری واقعی‌تر از روستا را به نمایش خواهد گذاشت.

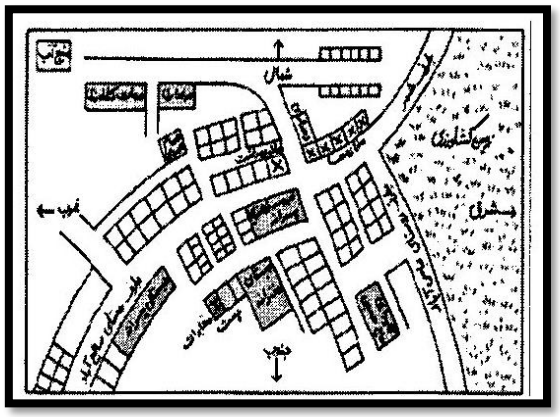
Created in Master PDF Editor

III. پس از رسم هر بلوک، اگر روستای شما بزرگ است، می‌توانید روی هر بلوک شماره اولین و آخرین شماره ساختمان و خانوار را یادداشت نمایید.

IV. اگر روستای شما خیلی بزرگ نیست هر بلوک را به تعداد ساختمان‌هایی که در هر بلوک قرار دارد تقسیم کنید.

V. برای ساختمان‌های خالی از سکنه فقط شماره ساختمان و برای ساختمان‌های که دارای خانوار می‌باشد، بایدشماره ساختمان و خانوار نوشته شود.

VI. چنان‌چه روستا بزرگ باشد، می‌بایست حتی‌الامکان اماکن اصلی (نظیر خانه بهداشت، مدارس، مسجد و برخی مکان‌های مهم دیگر) و نیز خیابان‌ها، کوچه‌ها و معابر را در آن نمایش داد. در این مورد مشخص نمودن محل‌هایی که در آن‌ها ساختمانی موجود نیست ضرورت دارد. (زمین‌های ساخته نشده)



VII. پس از ترسیم کروکی فوق، می‌توان با استفاده از رنگ‌های مختلف اقدام به تفکیک موقعیت‌های مختلف روستا نظیر رودخانه، خیابان‌ها، کوچه‌ها و ... یا با علایم اختصاری شبیه به آنچه در پیوست آمده است، نشان داد.

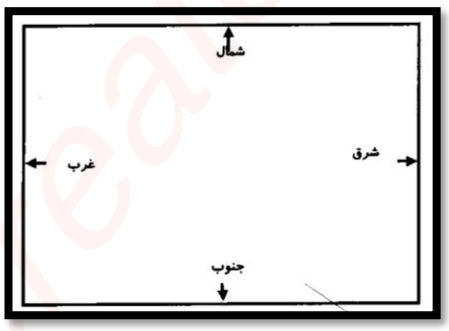
تهیه نقشه روستاهای منطقه:

نقشه روستاهای منطقه به منظور نشان دادن موقعیت روستاها نسبت به یکدیگر (خصوصاً روستاهای اقماری) و نمایش فاصله آن‌ها از روستایی که خانه بهداشت در آن مستقر است و نیز مرکز خدمات جامع سلامت (و یا شهرستان مجاور در صورت نزدیک بودن) به کار می‌رود.

از آن‌جا که طول یک روستا حدود ۲ یا ۳ کیلومتر است، اما فاصله آن تا سایر روستاها ممکن است بیشتر باشد؛ با رعایت مقیاس نمی‌توان هم کروکی و هم نقشه روستاهای منطقه را به صورتی مناسب در روی یک نقشه نشان داد. لذا بهتر است برای رسم نقشه روستاهای منطقه، از نقشه‌ای با مقیاس کوچکتر در کنار نقشه کروکی و یا به صورت جداگانه استفاده نمود.

نحوه انجام کار:

کسی که می‌خواهد نقشه منطقه را ترسیم کند باید آشنایی کامل با منطقه داشته باشد، یعنی بتواند خود نقشه منطقه را ترسیم کند.



پیاده کردن نقشه روی برگ اصلی

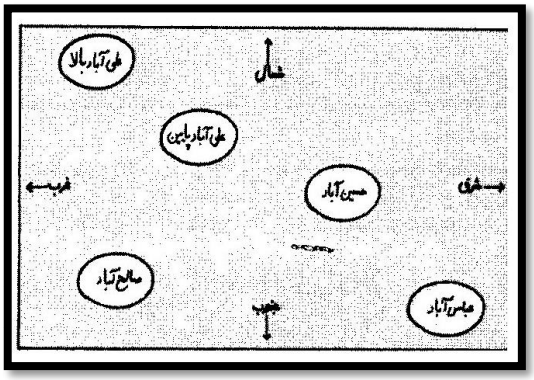
۱- انتخاب برگ مناسب برای ترسیم

۲- محاسبه مقیاس

Created in Master PDF Editor

۳- مشخص کردن جهت جغرافیایی روی برگ و نمایش دادن شمال با علامت اختصاری آن. (N)

۴- باید توجه داشت که از همه برگه برای نقشه استفاده نشودو در کنار مقداری حاشیه باقی بگذارید.



۵- دورترین نقاطی را که قصد دارید در نقشه نشان دهید با توجه به قرار گرفتن در موقعیت جغرافیایی به تناسب فاصله‌ای که از یکدیگر دارند نمایش دهید و موقعیت روستای اصلی (روستایی که خانه بهداشت در آن مستقراست) را نسبت به آن‌ها مشخص نمائید.

۶- پس از مشخص شدن نقاط فوق، مسیر جاده‌ای که روستاها را به یگدیگر متصل می‌کند بر روی نقشه نشان دهید. رعایت صحیح فاصله‌ها در نقشه بسیار مهم است.

۷- سعی کنید در نقشه منطقه خصوصیات جغرافیایی نظیر کوه‌ها، و رودخانه‌ها و ... را نیز نمایش دهید. چنان چه منطقه ترسیم شده محل عبور یا اطراق عشایر است، محل اطراق و مسیر حرکت آن‌ها را در نقشه نشان دهید.

۸- در هر نقشه‌ای که برای خانه بهداشت ترسیم می‌کنید می‌بایست حداقل روستایی که خانه بهداشت در آن مستقر است و کلیه روستاهای قمر و نقاطی که تحت پوشش آن قرار دارد همراه با مسیر جاده اصی و فرعی نشان داده شود.

۹- مرکز خدمات جامع سلامت که روستای محل استقرار خانه بهداشت را تحت پوشش دارد، در نقشه مشخص شده باشد.

۱۰- بهتر است فاصله روستاهای قمر و مرکز خدمات جامع سلامت از خانه بهداشت بر روی نقشه قید شود.

۱۱- پس از ترسیم نقشه فوق می‌توان با استفاده ازعلایم اختصاری ضمیمه ۱ راهنما جهت نقشه تهیه نمود.

راهنمای نقشه:

هر نقشه باید دارای یک راهنما باشد. راهنمای نقشه نشان می‌دهد که علائم نقشه، رنگ‌ها و علائم اختصاری به چه منظور استفاده شده‌اند؛ بنابراین راهنمای نقشه شامل موارد زیر است:

۱- علائم نقشه مانند  برای مسیر راه‌آهن،  برای رودخانه و  برای برکه‌ها و دریاچه‌ها، و

 برای جاده‌ها

۲- علائم اختصاری مانند «خ . ب» برای خانهٔ بهداشت، «م . خ.ج.س» برای مرکز خدمات جامع سلامت. معمولاً علائم اختصاری در گوشهٔ نقشه توضیح داده می‌شود.

۳- سایر مشخصات و توضیحات، مانند درج نام مکان‌ها بر روی نقشه و یا درج طول جاده‌ها

برای مشاهده علائم بیشتر به پیوست ها مراجعه شود

Created in MasterPDFEditor

تعریف برخی اصطلاحات:

خانه بهداشت: محیطی‌ترین واحد روستائی ارائه خدمت در نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور است. هر خانه بهداشت بسته به شرایط جغرافیایی - به ویژه امکانات ارتباطی و جمعیت- یک یا چند روستا را تحت پوشش دارد.

روستای اصلی: روستای محل استقرار خانه بهداشت است.

روستای قمر: این روستا طبق طرح گسترش، محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا خانه بهداشت نبوده ولی تحت پوشش خانه بهداشت می‌باشد.

روستای سیاری: به برخی از روستاها، خدمات توسط تیم سیار (سیاری خانه بهداشت، سیاری مرکز خدمات جامع سلامت یا سیاری مرکز بهداشت شهرستان) ارائه می گردد. به این دسته از روستاها، روستاهای سیاری گفته می شود.

خانه بهداشت ضمیمه: این خانه بهداشت در روستای محل استقرار "مرکز خدمات جامع سلامت روستایی"و در مجاورت آن قرار گرفته است.

اطلاعات مربوط به بازدید از وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای منازل در پرونده الکترونیک سلامت:

بخشی از بازدید منازل در روستا، مربوط به بررسی وضعیت بهداشت محیط و امکانات خانوار جهت برخورداری از یک زندگی سالم است. اطلاعات مربوط به بهداشت محیط و حرفه‌ای منازل در قسمت سلامت محیط و حرفه‌ایِ صفحه‌ی ارائه خدمت به افراد در پرونده الکترونیک سلامت (سامانه سینا) و طی مصاحبه با ایشان تکمیل می‌شود. این اطلاعات شامل وضعیت ساختمان، تهویه، روشنایی، و سایر عوامل زیان‌آور در کارگاه خانگی و ... می‌باشد. این فرم در هنگام شروع به کار خانه‌بهداشت برای همه افراد واجد شرایط تکمیل و در طول زمان، طی بازدیدها تصحیح می‌شود.

Created in Master PDF Editor

شناخت جمعیتی روستا

شناخت جمعیتی روستا شامل استفاده از کروکی برای شناسایی درست مسیر سرشماری وانجام بازدید منازل و شناسایی خانوارها در انتهای سال است. اطلاعات به دست آمده از سرشماری و بازدید در پرونده الکترونیک سلامت ثبت می‌شود. علاوه بر این اطلاعات جمعیتیِ به دست آمده از سرشماری نهایتاً به زیج حیاتی منتقل می‌شود. جمع‌آوری این اطلاعات نخستین گام در شناسایی گروه‌های هدف موجود در روستا است. شناخت جمعیتی شامل مراحل زیر است:

۱- تکمیل فرم سرشماری بهداشتی-زیست محیطی خانوار

۲- درج اطلاعات سرشماری در پرونده الکترونیک سلامت

۳- درج اطلاعات سرشماری در زیج حیاتی

سرشماری بهداشتی و بازدید از منازل

سرشماری به مفهوم کلی عبارت است از شمارش جمعیت. این اقدام، سابقه‌ای دیرینه دارد. در ابتدا این امر به منظور گرفتن مالیات و خدمات نظامی بوده است و در تمدن‌های باستانی مانند تمدن روم هم سرشماری انجام می‌شده است. شمارش جمعیت در سرشماری‌ها به طور معمول شامل ثبت مشخصه‌های شناسه‌ای مختلف همهٔ افراد در همهٔ مکان‌های اقامتی است؛ که ممکن است توسط سازمان‌های مختلف و با هدف‌های ویژه‌ای صورت گیرد (مشخصات شناسه‌ای خصوصیاتی است که افراد با آن شناخته می‌شوند، نظیر نام، نام و خانوادگی سن، جنس و ...). سرشماری که توسط بهورزان در انتهای هر سال صورت می‌گیرد یک سرشماری بهداشتی است که در آن مشخصه‌های شناسه‌ای افراد خانوار مشتمل بر سن (تاریخ تولد)، جنس، شغل، تابعیت، وضعیت زناشویی و نسبت شخص با سرپرست خانوار به دست می‌آید. علاوه بر این در طی این اقدام، با بازدید از منازل، اطلاعاتی از وضعیت بهداشتی محل زیست ثبت می‌شود. واحد سرشماری خانوار است و در آن افراد، براساس محل اقامت معمول خود ثبت می‌شوند. فرم‌های مورد استفاده در سرشماری بهداشتی، فرم سرشماری خانوار است که در مورد نحوهٔ تکمیل اطلاعات در آن‌ها متعاقباً بحث خواهیم کرد. در این‌جا ذکر این نکته ضروری است که بازدید از منازل ممکن است برای نخستین بار در جریان تشکیل پرونده سلامت برای یک خانوار جدید یا آغاز به کار خانه بهداشت در یک روستا صورت گیرد، اما در اغلب موارد بازدید از منزل با هدف پیگیری‌های بهداشتی یا بازدید سالیانه صورت می‌گیرد. در اینجا مقصود ما از بازدید از منازل، همان نخستین بازدید و نیز بازدید انتهای هر سال که هدف آن شناسایی گروه‌های هدف برنامه‌های بهداشتی و ارزیابی وضعیت سلامت افراد، و نیز بهداشت محیط وحرفه ای منازل است. پس از این بازدید، بهورز باید فرم‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی پرونده الکترونیک خانوار را تکمیل نماید.

Created in Master PDF Editor

بازدید منزل برای اولین بار

اولین بازدید منزل اهمیت زیادی در ایجاد رابطهٔ صحیح بین بهورزان و خانواده‌ها دارد و در موفقیت برنامه‌های بعدی نقش مهمی خواهد داشت. خانوار جدید ممکن است زن و مرد جوانی باشند که به تازگی تشکیل خانواده داده‌اند یا این که خانواری باشد که از منطقهٔ دیگری به روستا مهاجرت کرده است.

البته در مورد اخیر می‌بایست پرونده خانوار از واحد بهداشتی که قبلاً خانوار را تحت پوشش داشته به خانه بهداشت روستا انتقال یابد تا بتوان از اطلاعات موجود در آن برای ارائه خدمت استفاده شود.

در موقع بازدید از منزل توجه به نکات زیر از اهمیت فراوان برخورد است:

- هر موقع بهورز برای بازدید به منزلی مراجعه می‌کند، بایستی پس از کسب اجازه داخل شود و برای جلب اعتماد و همکاری افراد خانواده با خوشرویی با آن‌ها برخورد نماید.
- بهورز می‌بایست افراد خانواده را در جریان فعالیت‌های خود قرار دهد و آن‌ها را با برنامه‌های خانه بهداشت آشنا سازد .
- پس از این مرحله و برقراری ارتباط با خانواده، فرم سرشماری را با همکاری سرپرست خانواده یا آگاه ترین فرد در خانواده تکمیل می‌شود. باید سعی شود تا آن‌جا که ممکن است برای تکمیل فرم با زن و شوهر هر دو مذاکره و مصاحبه شود.

پس از تکمیل فرم و قبل از خروج از منزل با افراد خانواده خداحافظی و به آن‌ها یادآوری کنید که این آخرین ملاقات با آن‌ها نیست و همیشه برای رسیدگی به مشکلات آن‌ها آماده هستید و مخصوصاً به مادران تأکید کنید که آن‌ها را در رابطه با سلامتی خود وکودکانشان در خانه بهداشت خواهید دید.

در اولین بازدید (در موقع شروع کارخانه بهداشت) دانش‌آموز بهورزی می‌بایست با سرپرستی مربی مربوطه اقدام نماید. در این مورد مربی می‌بایست او را در جهت تکمیل فرم ها برای تعداد کافی از خانوارها راهنمایی کند و نحوهٔ انتقال اطلاعات فرم به پروندهٔ الکترونیک سلامت را به صورت عملی به بهورز نشان دهد.

درخواست بهورز یا مربی از بزرگان روستا و شورای اسلامی جهت آگاه کردن مردم از اجرای این برنامه می‌تواند کمک بزرگی به تکمیل صحیح اطلاعات نماید. در ادامه، روش تکمیل اطلاعات در فرم سرشماری و فرم‌های پروندهٔ الکترونیک سلامت را توضیح خواهیم داد.

درج اطلاعات سرشماری و بازدید در پروندهٔ الکترونیک سلامت

پروندهٔ خانوار پیش از این از یک پوشه و چند فرم تشکیل شده بود. پس از آغاز طرح تحول سلامت و الکترونیکی شدن پرونده های خانوار، برای هر خانواری که در روستا ساکن است یک پروندهٔ الکترونیک سلامت اختصاص می‌یابد و سپس بنا به نوع خدمتی که می‌بایست به افراد خانوار ارائه شود فرم مربوطه تکمیل می شود. این فرم ها به صورت خودکار برای افراد بارگذاری می شود . مثلاً برای یک خانم باردار زمانی که تحت مراقبت است، فرم مربوطه در پرونده قابل دسترسی خواهد بود. این فرم به عنوان یک سند از سوابق بهداشتی مادر در پرونده او باقی خواهد ماند. پرونده خانوار اصلی‌ترین ابزار کاری بهورز جهت ثبت اطلاعات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی است. اطلاعاتی که در پرونده خانوار درج می‌گردد، وضعیت خانوار را در زمینه سلامت و میزان برخورداری از خدمات و مراقبت‌های بهداشتی نشان می

دهد. برخی از اطلاعات پرونده خانوار به گونه ای در زیج حیاتی نیز ثبت می‌شود. به عنوان مثال برخی از این اطلاعات نظیر سن، جنس و وضعیت تأهل و... در زیج حیاتی ثبت می‌شوند.

اصلاح فرم سرشماری بهداشتی- زیست محیطی خانوار در بازدید سالیانه

این فرم که همان فرم سرشماری بهداشتی- زیست محیطی تکمیل شده در سرشماری است، حاوی اطلاعات خانوار است که درصورت نیاز در بازدیدهای سالیانه اصلاح می‌شود. (**به پیوست‌ها مراجعه شود**)

هدف از تکمیل این فرم، شناخت گروه‌های هدف برخی برنامه‌های بهداشتی است که ممکن است اطلاعات آن‌ها در طول سال ثبت نگردیده و تحت مراقبت قرار نگرفته باشند. این اطلاعات شامل گروه‌های هدف در برنامه‌های مراقبت از زنان باردار و تنظیم خانواده و برنامه‌های مربوط به بیماری‌هایی مانند سل، مالاریا، فشار خون، دیابت، تالاسمی و معلولیت‌های جسمی و روانی و... است. گاه ممکن است افرادی از گروه‌های هدف به علل مختلف برای بهورز شناسایی و ثبت نشده باشند. به عنوان مثال ممکن است فردی که مبتلا به بیماری سل است به خانه بهداشت مراجعه نکند و خود مستقیماً به مطب پزشکان خصوصی در شهر مراجعه نموده و تحت درمان قرار گیرد یا ممکن است فرد معلولی برای بهره‌مندی از خدمات به خانه بهداشت مراجعه نکند. در این صورت بهورز در بازدید سالیانه این موارد را کشف و در صورت لزوم تحت مراقبت قرار می‌دهد. علاوه بر این ممکن است زن بارداری با گذشت چندین ماه از بارداری هنوز به خانه بهداشت مراجعه نکرده باشد. در این صورت بهورز برای مراجعه به خانه بهداشت و ارائه خدمت به وی توصیه می نماید و در زمان‌های پیش‌بینی شده از او مراقبت خواهد کرد. در تمامی این موارد بهورز ضمن بازدید سالیانه از خانوارها، از افراد گروه هدف برنامه‌ها دعوت خواهد نمود تا در زمانی خاص برای مراقبت یا بررسی به خانه بهداشت مراجعه نمایند.

پس از پایان سرشماری و بازدید از کلیه خانوارها در روستاهای تحت پوشش و آمادگی خانه بهداشت برای شروع ارائه خدمات به گروه‌های هدفی که طی سرشماری شناسایی شده‌اند، طبق برنامه تنظیمی، از افراد واجد شرایط در برنامه‌های مختلف دعوت می‌شود که به خانه بهداشت مراجعه نموده و تحت پوشش قرار گیرند. چنانچه به هر دلیل افراد جهت بهره‌مندی از برنامه‌ها به خانه بهداشت مراجعه نکردند، بهورز بایستی به محل سکونت وی مراجعه نموده و مجدداً درخواست نماید تا به خانه بهداشت مراجعه کنند و خدمات را دریافت نمایند. در پاره ای موارد، خدمات در منزل به افراد ارائه می‌گردد.

تذکر: همانطور که دیدیم بازدید سالیانه از ساختمان‌ها و منازل با استفاده از فرم سرشماری بهداشت-زیست محیطی خانوارها صورت می‌گیرد. این بازدید می‌بایست از اوایل اسفند ماه آغاز شود و تا پیش از پایان سال پایان یابد. در این بازدید فرم سرشماری بهداشتی-زیست محیطی تکمیل یا اصلاح گردیده و اطلاعات مربوطه در پرونده الکترونیک خانوار ثبت و یا تصحیح می‌شود.

Created in Master PDF Editor

زیج حیاتی و راهنمای ثبت اطلاعات در جداول آن

زیج حیاتی چیست؟

تعریف لغوی کلمه زیج: زیج صفحه‌ای فلزی بوده با خطوط و جداول مختلف که از روی آن به حالات و احوال ستارگان و حرکات سیارات پی می‌برند.

زیج حیاتی: صفحه‌ای است که برای نمایش پویای تولد و مرگ و نیز فعالیت تنظیم خانواده در خانه‌های بهداشت ابداع شده است و در اصل صفحه‌ای است با طول و عرض ۷۰ در ۵۰ سانتی‌متر که امکان نوشتن ارقام و اعداد را فراهم می‌کند. این فرم در حال حاضر باید از اول تا پایان سال به دیوار خانه بهداشت در روستا و پایگاه‌های سلامت ضمیمه و غیر ضمیمه در شهرها نصب باشد و فرم سال بعد بر روی آن قرار گیرد (زیج‌های حیاتی تا سه سال قبل باید روی دیوار خانه بهداشت نصب باشد). هدف از تکمیل این فرم داشتن اطلاعات آماری به موقع و دقیق از جمعیت روستایی تحت پوشش و محاسبه شاخص‌های جمعیتی ـ بهداشتی هر خانه بهداشت و پایگاه‌های سلامت است تا در نهایت کل جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت و جمعیت شهری تحت پوشش پایگاه‌های سلامت بدست آید و بتوان هر سال نتیجه فعالیت‌های خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت را به صورت کمی ارزیابی کرد و برای تحقیقات علمی اطلاعات کامل و به موقعی در اختیار داشت. برای رسیدن به این هدف‌ها، عملکرد درست همه کسانی که به نوعی در این کار دخالت دارند، اهمیت دارد.

هدف و اهمیت تکمیل زیج حیاتی

هدف از تکمیل زیج، داشتن اطلاعات آماری بهنگام و دقیق از جمعیت تحت پوشش روستایی و شهری و محاسبه شاخص‌های جمعیتی، بهداشتی هرخانه بهداشت، پایگاه سلامت یا مرکز خدمات جامع سلامت شهری/روستایی است تا در نهایت کل جمعیت روستایی و شهری تحت پوشش به دست آید و بتوان هر سال نتیجه فعالیت های واحدهای ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی را به صورت کمی ارزیابی کرد و برای تحقیقات علمی، اطلاعاتی کامل و بهنگام در اختیار داشت. برای رسیدن به این هدف ها، عملکرد درست همه کسانی که به نوعی در این کار دخالت دارند، اهمیت دارد.

همه خانوارهایی که پدر خانوار، ایرانی است، جزو خانوارهای ایرانی محسوب می شوند و اطلاعات آنها در زیج خانوارهای ایرانی درج می‌شود و در غیر این صورت به عنوان غیر ایرانی محسوب شده و اطلاعات آنها در زیج حیاتی غیر ایرانی ثبت می‌شود، حتی اگر یک خانوار باشند. زیج حیاتی ویژه جمعیت غیر ایرانی نیز همانند زیج های حیاتی جمعیت ایرانی در پایان هر سال جمع آوری می شود و برای ورود به رایانه به مرکز بهداشت شهرستان تحویل می‌شود. سپس، دوباره به واحد تهیه کننده آن برگردانده می‌شود تا بر روی دیوار نصب شود. چنانچه در وسط سال مهاجران غیرایرانی به منطقه وارد شدند، در آن سال زیج جداگانه ندارند و سرشماری در آغاز هرسال انجام می‌گیرد و براساس آن زیج حیاتی مورد نیاز تکمیل می گردد

باسمه تعالی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز بهداشت شهرستان .....

آمار جمعیت، تولد، مرگ و مهاجرت در .....

راهنمـــا

□ روستای اصلی خانه بهداشت

○ روستای قمر خانه بهداشت

◄ استفاده از نمک ید دار

منطقـــه	تعداد کل خانوار	تعداد خانوارهایی که از نمک ید دار استفاده می کنند
روستای اصلی □		
قمـــــر ○		

◄ تولد بر حسب وزن و جنس نوزاد، سن مادر، شرایط زایمان، نوع زایمان و فرزندآوری

منطقـــه	مرده بدنیا آمده		زنده بدنیا آمده		وزن هنگام تولد* و جنس نوزاد زنده بدنیا آمده				سن مادر در این تولد زنده										شرایط زایمان				نوع زایمان		تعداد زنان ۱۰ تا ۴۹ سال شوهردار	
					کمتر از ۲۵۰۰ گرم		۲۵۰۰ گرم و بیشتر		وزن نشده		۱۰ تا ۱۴	۱۵ تا ۱۹	۲۰ تا ۲۴	۲۵ تا ۲۹	۳۰ تا ۳۴	۳۵ تا ۳۹	۴۰ تا ۴۴	۴۵ تا ۴۹	در بیمارستان	در منزل زائو توسط			طبیعی	سزارین	بی فرزند	تک فرزند
	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر									با زایشگاه	مامای تحصیلکرده	مامای دوره دیده	مامای دوره ندیده				
روستای اصلی □																										
قمـــــر ○																										

* اگر وزن در هنگام تولد در دست نیست، به جای آن وزن در روز دهم را بنویسید.

◄ مهاجرت بر حسب نفر

روستا	مهاجرت به خارج از روستا	مهاجرت به داخل روستا
روستای اصلی □		
قمـــــر ○		

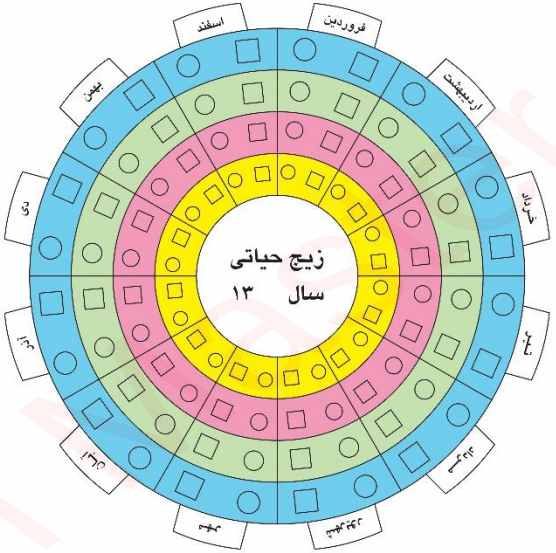
◄ جمعیت بر حسب سن و جنس

منطقه و جنس / سن	روستای اصلی □		قمـــر ○		کـــل	
	مرد	زن*	مرد	زن*	مرد	زن*
کمتر از یکماه						
یکماه تا یکسال						
۱ تا ۴ سال						
۵ تا ۹ سال						
۱۰ تا ۱۴ سال						
۱۵ تا ۱۹ سال						
۲۰ تا ۲۴ سال						
۲۵ تا ۲۹ سال						
۳۰ تا ۳۴ سال						
۳۵ تا ۳۹ سال						
۴۰ تا ۴۴ سال						
۴۵ تا ۴۹ سال						
۵۰ تا ۵۴ سال						
۵۵ تا ۵۹ سال						
۶۰ تا ۶۴ سال						
۶۵ تا ۶۹ سال						
۷۰ تا ۷۴ سال						
۷۵ تا ۷۹ سال						
۸۰ تا ۸۴ سال						
۸۵ و بیشتر						
جمـــع						

* آمار جمعیت زنان ۱۰ تا ۴۹ سال ، ستون سمت راست(سفید): کل جمعیت زنان و ستون سمت چپ(رنگی) جمعیت زنان شوهردار است.

◄ پوشش تنظیم خانواده بر حسب نوع روش در آخرین روز سال

منطقه و روش / زمـــان	۲۹ اسفند
روستای اصلی □ قرص	
کاندوم	
آی - یو - دی	
بستن لوله به روش جراحی در زن / مرد	
آمپول سه ماهه	
آمپول یک ماهه	
سایر	
طبیعی	
قمـــر ○ قرص	
کاندوم	
آی - یو - دی	
بستن لوله به روش جراحی در زن / مرد	
آمپول سه ماهه	
آمپول یک ماهه	
سایر	
طبیعی	



◄ مرگ بر حسب سن و جنس

منطقه / جنس / سن	کمتر از یکماه	یکماه تا یکسال	۱ تا ۴	۵ تا ۹	۱۰ تا ۱۴	۱۵ تا ۱۹	۲۰ تا ۲۴	۲۵ تا ۲۹	۳۰ تا ۳۴	۳۵ تا ۳۹	۴۰ تا ۴۴	۴۵ تا ۴۹	۵۰ تا ۵۴	۵۵ تا ۵۹	۶۰ تا ۶۴	۶۵ تا ۶۹	۷۰ تا ۷۴	۷۵ تا ۷۹	۸۰ تا ۸۴	۸۵ و بیشتر	جمع
روستای اصلی □ مرد																					
زن																					
قمـــر ○ مرد																					
زن																					
کـــل مرد																					
زن																					

◄ علت مرگ در کودکان کمتر از پنج سال

منطقه و سن / علت مرگ		عفونت های تنفسی	اسهال و استفراغ	حوادث، مسمومیت ها، سوختگی ها	عوارض کمبود وزن هنگام تولد*	نارسی نوزاد **	بیماری های ناشی پیشگیری یا واکسن	مرگ نوزاد از صدمات زایمانی	ناهنجاری های مادرزادی	سایر علل
روستای اصلی □	کمتر از یکماه									
یکماه تا کمتر از یکسال										
یکسال تا کمتر از پنج سال										
قمـــر ○	کمتر از یکماه									
یکماه تا کمتر از یکسال										
یکسال تا کمتر از پنج سال										

* نوزادی که بعد از هفته سی و هفتم حاملگی بدنیا آمده است و وزن هنگام تولد او کمتر از ۲۵۰۰ گرم باشد (نوزاد رسیده).

** نوزادی که قبل از هفته سی و هفتم حاملگی بدنیا آمده باشد (نوزاد نارس) وزن کودک در اینجا اهمیت ندارد.

◄ مرگ مادران به دلیل عوارض حاملگی و زایمان بر حسب سن مادر و علت مرگ

منطقه و علت مرگ / سن (سال)		۱۰ تا ۱۴	۱۵ تا ۱۹	۲۰ تا ۲۴	۲۵ تا ۲۹	۳۰ تا ۳۴	۳۵ تا ۳۹	۴۰ تا ۴۴	۴۵ تا ۴۹	۵۰ سال و بالاتر
روستای اصلی □	خونریزی									
عفونت بعد از زایمان										
پره اکلامپسی										
بیماری های قلبی										
سایر علل										
قمـــر ○	خونریزی									
عفونت بعد از زایمان										
پره اکلامپسی										
بیماری های قلبی										
سایر علل										

راهنمای تنظیم جداول زیج حیاتی

در بالای صفحه زیج، نام دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، مرکز بهداشت شهرستان و واحد مربوط (خانه بهداشت، پایگاه سلامت ضمیمه یا غیرضمیمه) درج می‌شود.

زیج‌های کنونی دارای ۸ جدول و یک گردونه با پنج دایره متحدالمرکز در چهار رنگ است. دوایر متحدالمرکز از داخل به خارج به ترتیب سفید (برای ثبت سال) زرد (ثبت موالید زنده)، نارنجی (مرگ زیر یکسال)، سبز (برای ثبت مرگ های ۱ تا۴ ساله) و آبی (برای ثبت مرگ ۵ ساله و بالاتر) است. شکل مربع برای ثبت ارقام اتفاقاتی است که در روستای اصلی/شهر پیش می آید ودایره برای ثبت اتفاقاتی است که در روستا یا روستاهای قمر/حاشیه شهر حادث می شود . اگر خانه بهداشت/پایگاه سلامت بیش از یک روستای قمر/منطقه حاشیه داشته باشد، مجموع داده های آنها در همان یک دایره ثبت می شود. در صورتی که پایگاه و یا مرکز دارای دو نوع جمعیت تحت پوشش (روستایی و شهری) باشد باید دو زیج مجزا تهیه شود.

همین مفاهیم در جمعیت‌های شهری و روستایی برای جمعیت غیرایرانی هم که در پوشش واحدهای ارایه دهنده خدمات بهداشتی درمانی هستند (خانه بهداشت، پایگاه سلامت و مرکز خدمات جامع سلامت شهری)کاربرد دارد.

توجه: هر کدام از اعداد درون دوایر زیج حیاتی با سایر جداول کنترل و چک می‌شود. دقت در ثبت آنها ضرورت دارد. اعداد در گردونه زیج باید طوری نوشته شود که بدون چرخش دایره براحتی از روبه رو قابل خواندن باشد.

جداول زیج حیاتی و روش پر کردن آن

- **جدول استفاده از نمک ید دار**

هدف این جدول ارایه آمار وضعیت استفاده از نمک یددار در خانوارهای تحت پوشش هر واحد است. همراه سرشماری پایان سال با یدسنجی نمک مصرفی خانوار در بازدید منازل، آمار یدسنجی جمع بندی و جدول ذیل تکمیل می‌شود.

جدول استفاده از نمک ید دار

منطقه	تعداد کل خانوار	تعداد خانوار که از نمک یددار استفاده می کنند
روستای اصلی		
قمر		

- **جدول جمعیت بر حسب سن و جنس**

مبنای تکمیل این جدول اطلاعات سرشماری پایان سال است. در ابتدا جمعیت به تفکیک سن، جنس و روستای اصلی/قمر وشهری/حاشیه دسته‌بندی و به جدول وارد می‌شود. لازم به ذکر است در طراحی زیج جدید گروه سنی زیر یک سال به گروه سنی کمتراز یکماه و یکماه تا یک

سال تفکیک شده‌اند. مبنای جمع‌آوری داده‌های سن این گروه‌ها، همان مقطع زمانی است که سرشماری پایان سال انجام می‌شود. لازم به ذکر است ردیف های دیگر جدول طبق روال گذشته تکمیل می‌شود.

جدول جمعیت بر حسب سن و جنس

منطقه و جنس / سن	روستای اصلی		قمر		کل	
	مرد	زن*	مرد	زن*	مرد	زن*
کمتراز یکماه						
یکماه تا یک‌سال						
۱تا۴						
۵ تا۹						
۱۰ تا۱۴						
۱۵ تا۱۹						
۲۰ تا۲۴						
۲۵ تا۲۹						
۳۰ تا۳۴						
۳۵ تا۳۹						
۴۰ تا۴۴						
۴۵ تا۴۹						
۵۰ تا۵۴						
۵۵ تا۵۹						
۶۰ تا۶۴						
۶۵ تا۶۹						
۷۰ تا۷۴						
۷۵ تا۷۹						
۸۰ تا۸۴						
۸۵ وبیشتر						
جمع						

*ستون رنگی مربوط به زنان همسر دار (۱۰تا۴۹سال) هستند. لازم به ذکر است دختران عقد کرده‌ای که هنوز در خانه پدری ساکن هستند، جزو زنان همسردار به حساب می‌آیند.

Created in Master PDF Editor

- **جدول مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان بر حسب سن مادر و علت مرگ**

این جدول مرگ مادر به دلیل عوارض حاملگی، زایمان و تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری را برحسب سن مادر به تفکیک منطقه و با اشاره به علت های عمده مرگ مادران: خونریزی، عفونت بعد از زایمان، پره اکلامپسی، بیماری های قلبی و سایرعلل نشان می‌دهد.

توجه داشته باشید اگر مرگ مادر در طول دوران بارداری، حین زایمان و ۴۲ روز پس از ختم بارداری به علت های دیگری مثل حوادث پیش آمده باشد، نباید به عنوان مرگ مادر ثبت شود و فقط در جدول کل مرگ‌ها ثبت می‌شود.

جدول مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان بر حسب سن مادر و علت مرگ

منطقه وعلت مرگ / سن (سال)		۱۰تا۱۴	۱۵تا۱۹	۲۰تا۲۴	۲۵تا۲۹	۳۰تا۳۴	۳۵تا۳۹	۴۰تا۴۴	۴۵تا۴۹	۵۰سال وبالاتر
شهر/ روستای اصلی	خونریزی									
	عفونت بعداززایمان									
	پره اکلامپسی									
	بیماری های قلبی									
	سایرعلل									
حاشیه/قمر	خونریزی									
	عفونت بعداززایمان									
	پره اکلامپسی									
	بیماری های قلبی									
	سایرعلل									

- **جدول تولد بر حسب وزن و جنس نوزاد، سن مادروشرایط زایمان، نوع زایمان و فرزندآوری**

این جدول به ثبت اطلاعات دقیق‌تر مربوط به موالید اختصاص دارد و به صورت چوب خطی علامت زده می‌شود. مواردی که در تکمیل این جدول باید دقت شود:

ستون اول: تعداد دختران و پسران مرده بدنیا آمده که به روش چوب خط علامت زده می شود. در دو حالت نوزاد مرده به دنیا آمده به حساب می‌آید: مورد اول؛ نوزادی که بعد از هفته ۲۲ حاملگی به دنیا آمده است و هیچ یک از نشانه های حیاتی را ندارد، دوم؛ نوزادی که با وزن بیش از ۵۰۰ گرم بدون احتساب جفت به دنیا آمده و در زمان تولد فاقد نشانه حیاتی بوده است.

ستون دوم: مربوط به تعدادکل نوزاد زنده متولد شده و جنس آن می باشد.

ستون سوم: وزن هنگام تولد (در صورتی که وزن هنگام تولد نبود، وزن روز دهم تولد قید شود)

ستون چهارم: سن مادر در هر تولد زنده (توجه کنید در صورتی که حاصل زایمان ۲ یا چند نوزاد باشد، به ازای هر تولد زنده یک چوب خط زده شود. جمع این ستون باید با ستون دوم و سوم برابر باشد، یعنی برای دوقلو ۲ بار علامت زده می‌شود.)

ستون پنجم: مربوط به شرایط زایمان در بیمارستان یا منزل زائو است. در این قسمت به ازای هر زایمان یک چوب خط زده می‌شود. اگرزایمان در منزل زائو یا بین راه انجام گرفته باشد برحسب اینکه کمک کننده به زایمان چه کسی است در ستونهای زیر آن علامت می زنیم. دقت کنید که اگر حاصل زایمان دوقلو یا چند قلو باشد، در این بخش فقط یک بار ثبت می شود. زیرا تعداد زایمان مطرح است و مادرِ هر دو نوزاد یکی است و به این ترتیب می توان درصد چندقلوزایی را بدست آورد (در واقع اختلاف بین مجموع نوزادان زنده و مرده بدنیا آمده از این ستون، تعداد دوقلو یا چندقلوها را بدست می دهد**).**

زایمان در بیمارستان یا زایشگاه: به مواردی اطلاق می‌شود که زایمان در بیمارستان، زایشگاه، واحد تسهیلات زایمانی یا مطب پزشک انجام گرفته باشد

زایمان در منزل: به هر زایمانی که در محلی غیر از بیمارستان، زایشگاه و مطب پزشک باشد اطلاق می‌شود.

زایمان طبیعی: به تولد نوزاد پس از هفته۲۲ بارداری به صورت زنده یا مرده ازکانال زایمان گفته می‌شود.

سزارین: زایمانی است که در آن، نوزاد با ایجاد برشی در دیواره شکم و رحم مادر خارج می‌شود.

تعریف زنان ۱۰ تا۴۹ سال شوهردار تک فرزند: در صورتی که زوج تنها دارای یک فرزند با حداقل سن ۳ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز باشد. اطلاعات تک فرزندی را می توان از فرمهای مشاوره روشهای پیشگیری از بارداری (باروری سالم) پرونده الکترونیک سلامت استخراج نمود.

مامای تحصیل کرده: مامای فارغ التحصیل دانشگاهی که دوره کاردانی یا کارشناسی مامایی را گذرانده است.

مامای دوره دیده که شامل دو مورد زیر است:

ماما روستا: خانم‌هایی از روستا که دوره ۶ ماهه مامایی را گذرانده و موفق به دریافت گواهینامه شده‌اند.

بهورز ماما: بهورزانی هستند که در دوره آموزش بهورزماما شرکت کرده وموفق به دریافت گواهینامه پایان دوره شده اند.

مامای دوره ندیده: در صورتی که زایمان توسط مامای محلی یا اطرافیان مادر (بدون کمک مامای دوره دیده یا تحصیل‌کرده انجام شده باشد)

تعریف بی‌فرزندی: در صورتی که از زندگی مشترک زوج براساس اطلاعات پرونده الکترنیک سلامت حداقل ۲۴ ماه گذشته باشد و زن سابقه سقط یا مرده زایی نداشته باشد و در حال حاضر باردار نباشد، بی‌فرزند محسوب می‌شود.

Created in Master PDF Editor

تعریف تک فرزندی : درصورتی که زوج دارای یک فرزند (با سن ۲ ساله تا ۲ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) باشد وهنوز تصمیمی برای بارداری مجدد نداشته باشند.

جدول تولد بر حسب وزن و جنس نوزاد، سن مادروشرایط زایمان، نوع زایمان و فرزندآوری

منطقه	مرده به دنیا آمده		زنده به دنیا آمده		وزن هنگام تولد وجنس نوزاد						سن مادر در این تولد زنده								شرایط زایمان				نوع زایمان		تعدادزنان ۱۰تا۴۹سال شوهردار	
					کمتر از ۲۵۰۰		۲۵۰۰ گرم وبیشتر		وزن نشده										در بیمارستان یا زایشگاه		در منزل یا بین راه توسط					
	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	۱۰تا۱۴	۱۵تا۱۹	۲۰تا۲۴	۲۵تا۲۹	۳۰تا۳۴	۳۵تا۳۹	۴۰تا۴۴	۴۵تا۴۹		مامای تحصیل کرده	مامای دوره دیده	مامای دوره ندیده	طبیعی	سزارین	بی فرزند	تک فرزند
شهر/ روستا																										
حاشیه/قمر																										

- **جدول مرگ برحسب سن و جنس**

دراین جدول باید همه مرگ هایی که در محدوده واحد بهداشتی درمانی اتفاق می‌افتد، ثبت شود. توجه کنید وقتی گفته می‌شود «کمتر از یک‌ماه» یعنی از بدو تولد تا ۲۸روزگی کامل و «یک‌ماه تا کمتر از یک‌سال» یعنی از ۲۹ روزگی تا وقتی که سن کودک به ۱۱ ماه و ۲۹ روز برسد و یا در مورد"۱تا۴ سال" یعنی درست از وقتی که ۳۶۵ روز از تولد کودک گذشته باشد تا زمانی که۴ سال و۱۱ ماه و۲۹ روزگی او باشد به همین ترتیب برای بقیه سنین.

جدول مرگ برحسب سن وجنس

منطقه	سن / جنس	کمتر از یکماه	یکماه تایک سال	۱تا۴	۵تا۹	۱۰تا۱۴	۱۵تا۱۹	۲۰تا۲۴	۲۵ تا۲۹	۳۰تا۳۴	۳۵ تا۳۹	۴۰تا۴۴	۴۵ تا۴۹	۵۰تا۵۴	۵۵ تا۵۹	۶۰ تا ۶۴	۶۵ تا ۶۹	۷۰ تا ۷۴	۷۵ تا۷۹	۸۰ تا ۸۴	۸۵ وبیشتر	جمع
روستا اصلی	مرد																					
	زن																					
قمر	مرد																					
	زن																					
کل	مرد																					
	زن																					

- **جدول مهاجرت برحسب نفر**

یکی از جداولی که جدید به زیج اضافه شده است، جدول مهاجرت برحسب نفر است. اطلاعات این جدول از قسمت گزارشات سامانه پرونده الکترونیک سلامت خانه بهداشت و پایگاه سلامت استخراج و به صورت چوب خط در جدول ثبت می‌شود. بر این اساس افراد خارج شده از روستا/منطقه شهری تحت پوشش را تحت عنوان مهاجرت به خارج و تعداد افراد وارد شده به روستا/منطقه شهری تحت پوشش، تحت عنوان مهاجرت به داخل در ستون مربوط به تفکیک شهر/روستای اصلی و حاشیه /قمر ثبت می‌شود.

جدول مهاجرت برحسب نفر

منطقه	مهاجرت به خارج	مهاجرت به داخل
روستای اصلی		
روستای قمر		

- **جدول پوشش تنظیم خانواده :** برحسب نوع روش درآخرین روز سال، تعداد زن و شوهرهایی که از هر نوع وسیله یا روش پیشگیری از حاملگی استفاده می کنند، به تفکیک وسیله در این جدول ثبت می‌شود.

پوشش تنظیم خانواده بر حسب نوع روش در آخرین روز سال

منطقه و روش / زمان			۲۹ اسفند
روستای اصلی	قرص		
	کاندوم		
	آی یو دی		
	بستن لوله به روش	زن	
	جراحی در زن/ مرد	مرد	
	آمپول سه ماهه		
	آمپول یک ماهه		
	سایر		
	طبیعی		
قمر	قرص		
	کاندوم		
	آی یو دی		
	بستن لوله به روش	زن	
	جراحی در زن/ مرد	مرد	
	آمپول سه ماهه		
	آمپول یک ماهه		
	سایر		
	طبیعی		

Created in Master PDF Editor

توجه :

- در این جدول تعداد افراد ثبت می شود، نه تعداد وسیله استفاده شده یعنی به ازای هر زوج یک نفر محاسبه می گردد.
- در پایان آخرین روز سال، تعداد افرادی که از وسیله یا روش مورد نظر استفاده می‌کنند، باید در محل مخصوص خود ثبت شوند، نه فقط تعداد افرادی که در آن زمان وسیله دریافت کرده‌اند.
- روش طبیعی استفاده از روش‌های غیردارویی و غیرمکانیکی در روزهایی که امکان باروری وجود داشته باشد گویند. انواع این روشها عبارتند از: روش شیردهی، روش خودداری از نزدیکی، روش تقویمی، روش موکوس گردن رحم(تخمک گذاری)، روش دمای پایه بدن، روش نزدیکی منقطع.

در ثبت اطلاعات تنظیم خانواده جمعیت عشایر در زیج حیاتی در زمان ییلاق، در گروهی که در دسترس واحدهای ارائه دهنده خدمت نیستند، برای افرادی که از روش‌های دایمی‌تر (توبکتومی، وازکتومی،IUD و نور پلانت) استفاده می‌کنند، می‌توان در دوره‌ای که عشایر در منطقه تحت پوشش واحد بهداشتی درمانی نیستند، نیز آمار آنها را به حساب آورد و در زیج حیاتی ثبت کرد. در مورد استفاده‌کنندگان از قرص و کاندوم پیشنهاد می‌شود، تعدادی بسته قرص یا کاندوم برای ماه‌هایی که افراد در پوشش مستقیم نظام شبکه نیستند، در اختیار آنها قرار داده شود. آمار ثبت شده در این جدول تا سن ۴۹ سالگی زن ادامه دارد و بعد از آن فرد از گروه زنان واجد شرایط حذف و آمار او ثبت نمی‌شود.

- **جدول علت مرگ در کودکان کمتر از پنج سال**

در این جدول تنها علت‌های مرگ کودکان زیر پنج سال گنجانده شده که رسیدن به تشخیص آنها در خانه بهداشت امکان‌پذیر است یا توسط پزشک اعلام می گردد.

جدول علت مرگ در کودکان کمتر از پنج سال

منطقه وسن / علت مرگ		عفونت‌های تنفسی	اسهال و استفراغ	حوادث و مسمومیت ها	عارضه کمبود وزن هنگام تولد	نارسی نوزاد	بیماری قابل پیشگیری با واکسن	مرگ نوزاد از صدمات زایمان	ناهنجاری های مادر زادی	سایر علل
روستا	کمتر از یکماه									
اصلی	یکماه تا کمتر از یکسال									
	یکماه تا کمتر از پنج سال									
/قمر	کمتر از یکماه									
	یکماه تا کمتر از یکسال									
	یکماه تا کمتر از پنج سال									

نوزاد رسیده : نوزادی که بعد از هفته ۳۷ حاملگی بدنیا آمده و وزن او هنگام تولد کمتراز ۲۵۰۰ گرم باشد

نوزاد نارس : نوزادی که قبل از هفته ۳۷ حاملگی بدنیا آمده باشد (وزن کودک دراینجا اهمیت ندارد)

- **گردونه زیج حیاتی مربوط به تولد زنده و مرگ بر حسب ماههای سال**

در دایره مرکزی (سفید) سالی را که آمار آن سال درفرم زیج حیاتی ثبت می‌شود بنویسید، مثلاً سال ۱۳۸۸. برای دوایر دیگر در پایان هر ماه عدد مربوط به آن ماه را از جداول مربوط استخراج کنید و به ترتیب زیر در دایره زیج به تفکیک روستای اصلی و قمر برای مناطق روستایی و برای مراکز شهری (فقط مربع‌ها ☐) ثبت نمایید.

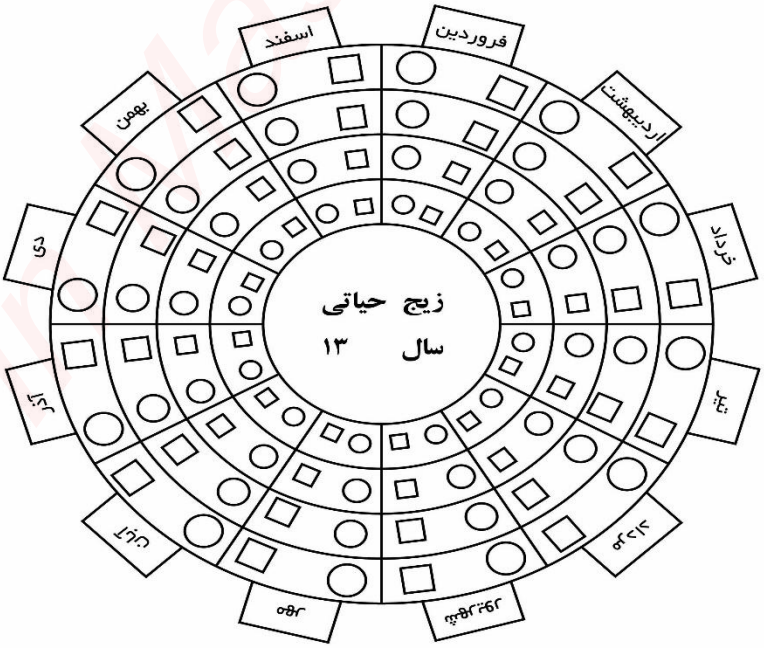
دایره زرد: نشان دهنده متولدین زنده است.

دایره نارنجی: نشان دهنده مرگ کودکان زیر یک سال است.

دایره سبز: مرگ کودکان یکسال تا کمتر از پنج سال را نشان می‌دهد.

دایره آبی: مرگ پنج سال به بالا را نشان می‌دهد.

هر کدام از اعداد درون دایره زیج حیاتی با سایر جداول کنترل و چک می‌شود. بنابراین باید در ثبت اعداد دقت زیاد شود به خاطر داشته باشید اعدادی را که در دایره زیج حیاتی ثبت می‌کنید، طوری نوشته شود که بدون چرخش دایره به راحتی از روبرو قابل خواندن باشد



درج اطلاعات مربوط به سرشماری در جدول جمعیت بر حسب سن و جنس در زیج حیاتی

پس از تکمیل و تصحیح اطلاعات سرشماری، باید اطلاعات ثبت شده در پرونده الکترونیک سلامت، در شروع سال جدید به جدول جمعیت در زیج حیاتی منتقل شود. انتقال اطلاعات مزبور به این جدول موجب خواهد شد تا کارکنان بهداشتی از ترکیب سنی و جنسی جمعیت تحت پوشش اطلاع یابند. جمعیت هر یک از گروه‌های سنی می‌تواند اطلاعات اولیه را برای برنامه‌های بهداشتی که برای آن آن گروه طراحی گردیده به دست دهد.

روش محاسبه سن افراد:

برای محاسبهٔ سن افراد در یک زمان خاص باید تاریخی را که می‌خواهیم سن فرد را محاسبه نماییم و تاریخ تولد فرد را به تفکیک روز، ماه و سال نوشته و سپس عدد مربوط به روز، ماه و سال تولد را به ترتیب از عددهای مزبور در تاریخ محاسبه کم کنیم. چنان‌چه تفریق عددهای مربوط به روز و ماه تاریخ ولادت از تاریخ محاسبهٔ سن به دلیل بزرگتر بودن هر یک از این اعداد ممکن نباشد به سادگی می‌توان با خرد کردن یک ماه به ۳۰ روز و یا یک سال به ۱۲ ماه، به روز یا ماه تاریخ محاسبه اضافه کرد.

حل: ۱۹/۰/۲۰ = ۶۰/۵/۲۰-۷۹/۵/۴۰ = ۶۰/۵/۲۰ – ۷۹/۶/۱۰

طبق این محاسبه سن فرد در تاریخ ذکر شده ۱۹ سال و ۲۰ روز است.

Created in Master PDF Editor

بازدید از منزل برای پیگیری و دعوت:

ارائه خدمات بهداشتی به مردم روستایی به صورتی فعال صورت می‌گیرد . این بدین معناست که چنان‌چه افرادی از گروه‌های هدف جهت دریافت خدمات به خانه بهداشت مراجعه ننموده‌اند، بهورز باید مطابق دستورالعمل‌های مشخصی که در هر برنامه بهداشتی آمده است به آن‌ها مراجعه نماید و از آن‌ها برای شرکت در برنامه و بهره‌مندی از خدمات در خانه بهداشت دعوت به عمل آورد. علاوه بر این بهورزان می‌بایست بر طبق برنامه زمانی خاص به منازل سرکشی نموده و وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای آن‌ها را ارزیابی کرده و اقدامات لازم آموزشی را در همان محل به عمل آورند. بهورزان در این بازدیدها از وضعیت زندگی مردم به خوبی اطلاع یافته و ارتباط مفید ومؤثری با آن‌ها برقرار می‌نماید. به این وسیله بهورزان می‌توانند دریابند که مردم چگونه آموخته‌های خود را به کار می‌گیرند، چه مشکلاتی در اجرای آموخته‌های شما دارند و دلایل وقوع مشکلات و رفتارهای نامطلوب بهداشتی در آن‌ها چیست؟

به طور کلی در بازدید منزل برای دعوت و پیگیری‌های بهداشتی دو هدف تعقیب می‌شود:

الف) پیگیری و مراقبت‌های بهداشتی از افرادی که می‌بایست از خدمات موجود در برنامه‌های بهداشتی استفاده کنند

در فعالیت پیگیری و مراقبت‌های بهداشتی بهورز طبق دستورالعمل‌های موجود در برنامه‌های بهداشتی باید افراد گروه هدف را که به دلایلی در موعد مقرر به خانه بهداشت مراجعه ننمودند، مورد پیگیری قرار دهد. در این حالت بهورز می‌بایست با خوشرویی با افراد خانواده روبرو شده و پس از گفتگو با اعضای خانواده باید علت نیامدن آن‌ها به خانه بهداشت را جستجو کرده و راهنمایی‌های لازم را برای برطرف نمودن مشکل به عمل آورد. در حین این بازدید بهورز فرصت خواهد داشت تا به سایر مسایل بهداشتی خانواده نیز توجه نماید. در بررسی وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای، بهورز براساس دستورالعمل‌های موجود در برنامه‌های بهداشت محیط و حرفه‌ای، طبق برنامه زمانی خاص به منازل سرکشی می‌کند و در این زمینه آموزش‌های لازم را به عمل می‌آورد. در این بازدیدها امکان آن را می‌یابد تا در مورد مسایل مختلف بهداشتی که اعضای خانواده نیازمند آموزش در این زمینه‌ها هستند بحث نماید. این مسائل می‌تواند راهنمایی‌های لازم در جهت تغذیه اطفال، مراقبت‌های دوران بارداری، بعد از زایمان و شیردهی، فاصله‌گذاری بین تولدها و بسیاری از مسایل بهداشتی دیگر باشد.

در این‌جا یک سئوال مطرح است؟ بهورز چگونه می‌تواند بفهمد که می‌بایست کدام خانوارها را مورد پیگیری و بازدید قرار دهد؟

مفهوم این سئوال این است که بهورز با مراجعه به کدام اطلاعات ثبت شده در فرم‌های موجود در خانه بهداشت می‌تواند بفهمد که کدام فرد را باید مورد مراقبت و پیگیری قرار دهد؟

- **لیست پیگیری مراقبتها در داشبورد سامانه پرونده الکترونیک سلامت**
- **نتایج حاصل از بازدید های سالیانه از منازل**

پس از تکمیل فرم‌های مختلف شناخت جمعیتی (فرم‌های پرونده الکترونیک خانوار و فرم بازدید سالیانه) بهورز گروه‌های هدف برنامه‌ها را شناسایی نموده و افراد واجد شرایط بهره‌مندی از خدمات را مورد پیگیری قرار می‌دهد. بهورز در حین اجرای فعالیت‌های شناخت جمعیتی از افراد واجد شرایط دعوت می‌کند تا جهت بهره‌مندی از خدمات به خانه بهداشت مراجعه نمایند. چنان‌چه به هر دلیلی افراد فوق‌الذکر از مراجعه به خانه بهداشت خودداری نمودند، باید مورد پیگیری و مشاوره قرار گیرند.

افرادی که وارد برنامه‌های مختلف بهداشتی شده‌اند،درصورت نیاز به پیگیری، نام آن‌ها در لیست پیگیری مراقبتهای پرونده الکترونیک سلامت قرار می گیرد و طبق دستورالعمل‌های برنامه مورد پیگیری قرار خواهد گرفت.

به عنوان مثال زنان باردار در هر دوره از بارداری در فواصل معین باید مراقبت شوند. تاریخ مراجعه بعدی آن‌ها در قسمت پیگیری پرونده الکترونیک سلامت فرد ثبت می شود و چنان‌چه در موعد مقرر به خانه بهداشت مراجعه نکنند، بهورز باید وی را مورد پیگیری قرار دهد. ممکن است خانمی که از قرص پیشگیری از بارداری استفاده می‌کند به دلایلی نتواند در موعد مقرر جهت دریافت بسته بعدی قرص پیشگیری از بارداری مراجعه کند، در این صورت بهورز می‌بایست طبق دستورالعمل برنامه تنظیم خانواده او را مورد پیگیری قرار دهد. بنابراین:

بهورز باید در ابتدای هر روز کاری با مراجعه به لیست "پیگیری مراقبتهای پرونده الکترونیک سلامت"، افرادی را که باید در آن روز مراقبت شوند مشاهده می نماید که پس از مراجعه افراد به خانه بهداشت و دریافت خدمت یا مراقبت، از لیست پیگیریها حذف می شوند و در صورت عدم مراجعه موردپیگیری حضوری و یا تلفنی قرار دهد.

ب) بررسی وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای منزل و آموزش‌های لازم

پیگیری‌های مربوط به بررسی وضعیت بهداشت محیط حرفه‌ای منازل، دستورالعمل‌های مشخص دارد. نکته مهم این است که **این بازدید لزوماً می‌بایست طبق یک برنامه مشخص و از پیش تعیین شده صورت گیرد.** مناسب است در این زمینه برنامه بازدید از وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای منازل تهیه و در برنامه هفتگی یا ماهیانه خانه بهداشت گنجانده شود .

فعالیت «پیگیری مراقبت‌ها» و «بازدید از وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای منازل» مربوط به کلیه جمعیت تحت پوشش مشتمل بر روستای اصلی و روستاهای اقماری است.

در اینجا ذکر این نکته ضروری است که بازدید از منزل برای پیگیری از مراقبت‌ها تنها یک فعالیت برای جبران عدم مراجعه فرد به خانه بهداشت تلقی نمی‌شود. بلکه این پیگیری موجب خواهد شد، بهورز ضمن پیگیری مراقبت‌ها، از بسیاری از مشکلات بهداشتی مردم و دلایل وقوع آن‌ها به خوبی اطلاع پیدا کند و ارتباط مفید و موثر با آنان برقرار نماید.

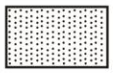
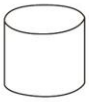
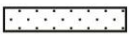
Created in Master PDF Editor

در ادامه، پیوست‌های مورد نیاز آمده است.

پیوست‌ها

Created in Master PDF Editor

پیوست شماره۲

	شمال جغرافیایی		رستوران-غذاخوری
	خانه بهداشت		مرغداری
	مرکز بهداشتی درمانی		دامداری
	منطقه مسکونی		نانوائی
	باغ		قصابی
	زمین کشاورزی		مغازه بقالی-سوپر
	زمین خالی-بایر		آرایشگاه
	مدرسه		خط آهن
	مسجد-حسینیه		قبرستان
	مرکز تلفن(مخابرات)		تعمیرگاه اتومبیل
	پل		تعمیرگاه دوچرخه و موتورسیکلت
	رودخانه		شعبه نفت
	کوه-تپه		حمام عمومی
	کتابخانه		جاده آسفالته
	منبع آب آشامیدنی		جاده شوسه

راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت
برای ارایه خدمات رده سنی ۵ تا ۱۸ سال

(ویژه غیر پزشک)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس


بسم الله الرحمن الرحیم

بسته خدمت سلامت نوجوانان

ویژه غیر پزشک

عنوان و نام پدیدآور :
مشخصات نشر : اصفهان: انتشارات ایلیا فراز، ۱۳۹۸.
مشخصات ظاهری :
شابک :
وضعیت فهرست نویسی :
عنوان دیگر :
موضوع :
موضوع :
موضوع :
موضوع :
شناسه افزوده :
رده بندی کنگره :
رده بندی دیویی :
شماره کتابشناسی ملی :

عنوان : بسته خدمت سلامت نوجوانان (ویژه غیر پزشک)
صاحب امتیاز: معاونت بهداشت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
پدیدآوران :
ناشر: انتشارات ایلیا فراز
تلفن: ۳ - ۳۲۶۶۹۳۳۱ - ۰۳۱ **فکس:** ۳۲۶۶۵۱۱۶ - ۰۳۱
صفحه آرا و طراح جلد: سید مرتضی محمدی
اجرا: کانون آگهی و تبلیغاتی ایلیا
نوبت چاپ: اول
تاریخ چاپ: بهار ۹۸
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد
شابک:

راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت برای ارایه خدمات رده سنی ۵ تا ۱۸ سال

(ویژه غیر پزشک)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس

فهرست

آشنایی با مجموعه

مراقبت های رده سنی ۵ تا ۱۸ سال

مراقبت از نظر واکسیناسیون بدو تولد تا ۶ سالگی و ۱۴ تا ۱۶ سالگی

مراقبت از نظر بینایی ۵ تا ۱۸ سال

مراقبت از نظر شنوایی ۵ تا ۱۸ سال

مراقبت از نظر وضعیت قد برای سن ۵ تا ۱۸ سالگی

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی برای سن ۵ تا ۱۸ سالگی

سوالات غربالگری تغذیه ای و دستورالعمل نحوه امتیازدهی الگوی تغذیه

مراقبت از نظر پوست و مو (پدیکلوزیس) ۵ تا ۱۸ سال

مراقبت از نظر پوست و مو (گال) ۵ تا ۱۸ سال

مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان ۵ تا ۱۴ سال

مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان از ۱۵ تا ۱۸ سال

مراقبت از نظر ابتلا به سل ۵تا ۱۸ سال

مراقبت از نظر ابتلاء به آسم ۵ تا ۱۸ سال

مراقبت از نظر سلامت روان ۵ تا ۱۵ سال

مراقبت از نظر سلامت روان از ۱۵ تا ۱۸ سال

مراقبت از نظر سلامت اجتماعی۵ تا ۱۸ سال

ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد

مراقبت از نظر فشار خون ۵ تا ۱۸ سال

ارزیابی عوامل خطر ژنتیک (۵ سالگی/ ۶ سالگی و ۱۵ سالگی)

فوریت ها

راهنماها و توصیه ها

توصیه های تغذیه ای و تغذیه در دوران بلوغ

هپاتیت B و C

راهنمای دهان و دندان

راهنمای بررسی از نظر سل ریوی

راهنمای آسم

سوالات غربالگری در حوزه سلامت روان(۱۵تا ۵ سال - ۱۸تا ۱۵سال)

راهنمای ارزیابی، تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد

راهنمای فلوچارت ارایه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه

توصیه های فعالیت بدنی

راهنما و توصیه های بهداشتی دوران بلوغ

توصیه های ایمنی

راهنمای پیشگیری از حوادث ترافیکی

راهنمای ارزیابی عامل خطر ژنتیک

مراقبت از فرد مبتلا به بیماری های ژنتیک و مادرزادی

ضمایم

نمودار استاندارد قد برای سن دختران ۵ تا ۱۹ سال

نمودار استاندارد نمایه توده بدنی (BMI) دختران ۵ تا ۱۹ سال

نمودار استاندارد قد برای سن پسران ۵ تا ۱۹ سال

نمودار استاندارد نمایه توده بدنی (BMI) پسران ۵ تا ۱۹

جدول طبقه بندی فشارخون در دختران ۵ تا ۱۷ سال

جدول طبقه بندی فشارخون در پسران ۵تا ۱۷ سال

مقدمه :

مطابق اصول ۲۹، ۴۳ و بند ۱۲ اصل ۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران برنامه‌ریزی برای سلامت همه افراد جامعه یکی از مهم‌ترین وظایف دولت است. از این رو توجه خاص به نیازمندی‌های ویژه گروه‌های سنی و جنسی جامعه در هر برهه از زمان و مکان الزامی می‌باشد. به علاوه تاکید مقام معظم رهبری در بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم، ضرورت تغییر دیدمان سنتی درمان‌محور و تک‌بعدی‌نگر به مقوله سلامت را به سمت دیدمانی که در آن سلامت دارای ماهیتی چندبعدی بوده و همواره بر تحقق تؤاماً ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آن تاکید می‌شود، ایجاب می‌کند.

از سویی با توجه به جوان بودن ساختار جمعیتی کشورمان که حدود ۴۰ درصد جمعیت کشور را به خود اختصاص داده است، و نیز روند رو به رشد عوامل خطر محیطی تهدیدکننده سلامت این قشر مهم از جامعه، بازنگری و یکپارچه‌سازی اهداف، سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌های حوزه سلامت نوجوانان و جوانان به ویژه گروه سنی ۱۸-۵ سال را با اتخاذ رویکرد بین‌بخشی و کل‌نگر به مقوله سلامت بیش از پیش الزامی می‌نماید.

در واقع هدف اصلی از تدوین چنین بسته ای ، تجمیع و تدوین مجموعه‌ای منسجم و یکپارچه از اهداف، سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌ها ی علمی با رویکردی همه‌جانبه به سلامت نوجوانان بوده است. در این راستا تیم دست‌اندرکار بسته خدمت سعی نمود تا با حداکثر بهره‌گیری از ظرفیت‌های موجود در بدنه کارشناسی کشور و با مشارکت تمامی دستگاه‌ها و نهادهای دست‌اندرکار در حوزه تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت نوجوانان در کنار استفاده از شواهد علمی و تجربی متقن و معتبر در داخل و خارج از کشور نسبت به تدوین بسته مذکور اقدام نماید.

از دیگر اهداف تدوین بسته پیش‌رو، یکپارچه نمودن تلاش‌های صورت‌گرفته در حوزه سلامت نوجوانان و یکسان‌سازی تمامی مطالب علمی مراکز/ دفاتر وادارات که هر یک به نوعی تلاش نموده بودند تا به جنبه‌ای از سلامت نوجوانان پرداخته و با ارائه مجموعه توصیه‌هایی زمینه ارتقاء سلامت آن‌ها را فراهم آورند.

امید آن است که بسته مذکور بتواند با مشارکت بی‌وقفه و مستمر تمامی همکاران به گونه‌ای که هر روز شاهد روند رو به رشد شکوفایی همه‌جانبه نوجوانان کشورمان در عرصه‌های مختلف علمی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی وسلامت این گروه سنی باشیم.

لازم است در این بخش از تمامی دست‌اندرکاران و متخصصانی که در مراحل مختلف تدوین بسته مشارکت داشته و با همکاری بی‌وقفه خود در طراحی بسته خدمت نقش داشتند، کمال تشکر را داشته‌باشیم.

آشنایی با مجموعه

این مجموعه شامل ۳ قسمت کلی است:

بخش مراقبت و غربالگری: مشتمل بر خدمات غربالگری و فوریت ها از شروع سن ۵ سال (۴ سال و ۱۱ماه و ۲۹روز) تا ۱۸ سال (۱۷ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) است.

بخش راهنما : نحوه سنجش خدمت، آموزش ها و توصیه ها در این قسمت ذکر شده است.

بخش ضمایم : شامل جداول فشار خون و نمودارهای پایش رشد می باشد.

نحوه استفاده از چارت

چارت از سمت راست و بالای صفحه شامل موارد زیر است:

خانه شماره ۱- نحوه ارزیابی را مشخص می کند.

خانه شماره ۲- با توجه به نتیجه ارزیابی، نتیجه ارزیابی گروه بندی می شود.

خانه شماره ۳- با توجه به علایم و نشانه ها، طبقه بندی می شود.

خانه شماره ۴- با توجه به طبقه بندی، اقدام می شود.

مفهوم رنگ ها

در چارت های بخش درمان از چهار رنگ قرمز، زرد، سبز و سفید استفاده شده است.

الف ـ رنگ قرمز نشان دهنده نیاز به ارجاع فوری بیمار به پزشک مرکز یا مراکز درمانی است.

ب ـ رنگ زرد نشان دهنده نیاز به ارجاع غیر فوری بیمار به پزشک مرکز یا مراکز درمانی ۴۸ ساعت است.

پ ـ رنگ سبز نشان دهنده امکان ارایه کامل خدمت بدون نیاز به ارجاع به مراکز درمانی و یا پزشک است.

ت- رنگ سفید نشان دهنده مواردی است که نیاز به ارجاع ندارند و ارایه دهنده خدمت، بر اساس دستورالعمل اقداماتی انجام می دهد.

توالی ارایه خدمات

۵ سالگی (پیش دبستان)، ۶ سالگی (بدو ورود به دبستان)، ۹ سالگی (پایه چهارم دوره ابتدایی)، ۱۲ سالگی (پایه اول دوره متوسطه اول)، ۱۵ سالگی (پایه اول دوره متوسطه دوم) .

***لازم بذکر است که بحث پیگیری در ارجاع فوری و غیر فوری ، در مواردی که توسط اداره تخصصی به گونه دیگری در بسته خدمت تعریف شده است ، به همان روال لازم الاجراست.**

مراقبت‌های رده سنی ۵ تا ۱۸ سال

مراقبت از نظروضعیت واکسیناسیون (بدو تولد تا ۶ سالگی)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
-وضعیت واکسیناسیون فرد را با جدول واکسیناسیون در پروتکل کشوری مقایسه کنید. - بررسی سوابق فرد از نظر ابتلاء به بیماری هایی که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی باید تحت نظارت مستقیم پزشک ایمن سازی انجام شود.	۱- حداقل یک نوبت از یک نوع واکسن یا بیش تر را دریافت نکرده ۲- فرد مبتلا به بیماری که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی، واکسیناسیون او باید تحت نظارت مستقیم پزشک انجام شود، نمی باشد.	واکسیناسیون، ناقص و عدم نیاز به نظارت پزشک	- معرفی به مرکز بهداشتی درمانی جهت دریافت واکسن طبق پروتکل کشوری واکسیناسیون - پیگیری فعال ۳ ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون
	۱- حداقل یک نوبت از یک نوع واکسن یا بیش تر را دریافت نکرده ۲- فرد مبتلا به بیماری است که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی، واکسیناسیون او باید تحت نظارت مستقیم پزشک انجام شود.	واکسیناسیون، ناقص و نیاز به نظارت پزشک	- ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جهت دریافت واکسن - پیگیری فعال ۳ ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون
	تمام واکسن ها را مطابق با پروتکل کشوری دریافت کرده است	واکسیناسیون کامل است	- ادامه مراقبت ها

* واکسیناسیون ناقص: حداقل یک نوبت از یک نوع واکسن یا بیش تر را دریافت نکرده باشد.

توجه: دریافت واکسن های زیر در هنگام ثبت نام نوآموز ملاک کامل بودن واکسیناسیون می باشد،
در غیر این صورت واکسیناسیون بایستی ناقص تلقی گردد:

واکسن ب.ث.ژ ۱ نوبت
واکسن پولیو ۶ نوبت
واکسن سه گانه و یا پنج گانه و یا توام خردسال مجموعاً ۵ نوبت
واکسن هپاتیت ۳ نوبت
واکسن ام ام ار ۲ نوبت

مراقبت از نظر دریافت واکسن توام (۱۴-۱۶ سالگی)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
آیا دانش آموز واکسن توام را دریافت کرده است؟	دانش آموز واکسن توام را دریافت نکرده است	واکسیناسیون ناقص	- معرفی به مرکز بهداشتی درمانی جهت دریافت واکسن - پیگیری فعال ۳ ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون
	دانش آموز واکسن توام را دریافت کرده است	واکسیناسیون کامل	ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر بینایی (۵ تا ۱۸ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
سنجش بینایی را توسط چارت اسنلن، طبق راهنمای «سنجش بینایی با چارت اسنلن» انجام دهید.	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - کاهش دید هر یک از چشم ها کم تر از ۲۰/۲۵ * یا کم تر از ۸/۱۰** - تفاوت دید چشم ها بیش از یک ردیف در تابلوی سنجش بینایی مورد استفاده - دید هر دو چشم با هم کم تر از ۲۰/۲۰* یا کم تر از ۱۰/۱۰* *	اختلال دید دارد	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جهت معاینه و بررسی بیش تر
	هیچ یک از علایم فوق وجود ندارد	اختلال دید ندارد	ادامه مراقبت ها

* تابلوی سنجش بینایی (E) با معیار FOOT دارای ردیف های ۲۰/۲۰، ..... ،۲۰۰/ ۲۰می باشد.
** تابلوی سنجش بینایی (E) با معیار DECIMAL دارای ردیف های ۱۰/۱۰، ..... ،۱/۱۰ می باشد.

راهنمای سنجش بینایی با چارت اسنلن

تابلوی سنجش بینایی (E) را در جای مناسب نصب کرده (متناسب با قد دانش آموز) به نحوی که نور کافی به آن بتابد. (بهتر است تابلو رو به روی پنجره باشد و دانش آموز مورد معاینه پشت به پنجره قرار گیرد)

دانش آموز با چشم پوش یا کف دست یکی از چشم هایش را به طوری که فشار بر آن وارد نشود، بپوشاند. حروفی را از بالا به پایین انتخاب کرده و جهت قرار گرفتن دندانه E سوال شود. به همین ترتیب چشم دیگر و بعد هر دو چشم معاینه شوند.

به نکات زیر توجه کنید:

- در هنگام آزمایش چشم، به حرکات دانش آموز مانند جلو آوردن سر، تنگ کردن چشم، ریزش اشک یا پلک زدن های پی در پی توجه کنید. این علایم نشان دهنده ضعف بینایی است.
- اگر دانش آموز با دست چشمش را فشار دهد یا پلک را بمالد، تعیین دید چشم تقریباً تا یک دقیقه و کمی بیش تر از آن صحیح نیست و باید صبر کرد تا چشم به وضع عادی برگردد.
- اکثر دانش آموزانی که یک چشمشان ضعیف تر از چشم دیگر است، نمی دانند که دید رضایت بخش آن ها مربوط به چشم سالم است و تصور می کنند هر دو چشم آن ها خوب می بینند. برای کشف چنین مواردی دقت کنید.
- صورت دانش آموز در هنگام معاینه کاملاً مقابل تابلو قرار گیرد و مستقیماً به روبه رو نگاه کند. گرداندن سر با چشم به یک طرف ممکن است دلیل اختلالی در دید و یا ساختمان درونی چشم باشد که باید در نظر گرفته شود.
- در معاینه با تابلوی سنجش بینایی (E) بایستی از حروف در جهات مختلف استفاده شود.

مراقبت از نظر شنوایی (۵تا ۱۸ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
سنجش شنوایی توسط تست نجوا بر طبق راهنمای «آزمایش شنوایی با آزمایش نجوا»	نتیجه تست مثبت است: فرد آزمایش شونده نتوانسته است هر سه آیتم گفته شده (عدد و یا کلمه و یا تلفیق عدد و کلمه) در سطح صدای نجوا بطور صحیح تکرار کند و یا نتوانسته است بیش از ۵۰ % موفقیت در تکرار سه مجموعه مختلف سه عددی متوالی را کسب نماید.	مشکوک به اختلال شنوایی است	ارجاع غیر فوری به پزشک جهت معاینه و بررسی بیش تر
	نتیجه تست منفی است: نمره قابل قبول وقتی است که آزمایش شونده بتواند هر سه آیتم گفته شده (عدد و یا کلمه و یا تلفیق عدد و کلمه) را به درستی در سطح صدای نجوا تکرار کند یا بیش از ۵۰ % موفقیت در تکرار سه مجموعه مختلف سه عددی متوالی را به دست آورد.	در حال حاضر اختلال شنوایی ندارد	ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر شنوایی (۵تا ۱۸ سال)

راهنمای سنجش شنوایی با آزمایش نجوا









مراحل اجرا شده در تست غربالگری نجوا:

۱. پشت سر بیمار طبق تصویر فوق بایستید. این وضعیت امکان لب خوانی را از بین می برد.

۲. گوش یک سمت را با فشار ملایم روی زبانه جلوی گوش (تراگوس) با خود انگشت مسدود کنید.

۳. در فاصله ۶۰ سانتیمتری (پشت سر) از آزمایش شونده بخواهید تا مجموعه ای از ۳ عدد تصادفی مختلف (به عنوان مثال، ۶،۱،۹) را که به صورت نجوا (در حدود شدت ۳۰ – ۳۵ دسیبل) در گوش مورد آزمایش ارائه می شود را تکرار کند. محیط بایستی بسیار آرام باشد و کودک بایستی توجه و تمرکز کافی داشته باشد . همچنین از آزمایش شونده بخواهید که از سه عدد گفته شده هر چه را که شنیده است باز گو نماید.

۴. مجموعه اعداد تک رقمی و یا کلمات تک سیلابی ساده و قابل فهم سن افراد (لیست پیوست) بصورت بلوک های سه تایی و بصورت تصادفی آماده و به گوش آزمایشی افراد ارائه شود.

نحوه امتیاز دهی:

- نمره قابل قبول (نتیجه منفی و یا PASS) وقتی است که آزمایش شونده بتواند هر سه آیتم گفته شده (عدد و یا کلمه و یا تلفیق عدد و کلمه) را به درستی در سطح صدای نجوا تکرار کند یا بیش از ۵۰ % موفقیت در تکرار سه مجموعه مختلف سه عددی متوالی را به دست آورد.
- عدم موفقیت در هر تکرار عدد و یا کلمات در هر مجموعه ۳ آیتمی آزمایشی، به منزله نتیجه مثبت به نفع کم شنوایی تلقی می شود. بنابراین عدم شنیدن صدای نجوا در فاصله ۶۰ سانتی متری نشان دهنده افت شنوایی می تواند تلقی شود.

لیست اعداد آزمایشی مورد استفاده در تست نجوا

سری آزمایشی ۱	سه	شش	هشت	سری آزمایشی ۹	یک	هفت	سه
سری آزمایشی ۲	شش	یک	نه	سری آزمایشی ۱۰	هشت	دو	هفت
سری آزمایشی ۳	یک	سه	پنج	سری آزمایشی ۱۱	دو	هفت	سه
سری آزمایشی ۴	دو	هشت	سه	سری آزمایشی ۱۲	شش	دو	هفت
سری آزمایشی ۵	دو	هفت	پنج	سری آزمایشی ۱۳	سه	هفت	نه
سری آزمایشی ۶	نه	سه	شش	سری آزمایشی ۱۴	سه	هفت	پنج
سری آزمایشی ۷	شش	سه	شش	سری آزمایشی ۱۵	سه	پنج	دو
سری آزمایشی ۸	هفت	نه	یک	سری آزمایشی ۱۶	پنج	هفت	یک

مراقبت از نظر وضعیت قد برای سن (۵ تا ۱۸ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
۱. اندازه گیری دقیق قد ۲. نقطه گذاری بر روی منحنی قد برای سن ۳. پرسش سوالات غربالگری تغذیه ای گروه سنی۵ تا ۱۸ سال و امتیاز دهی مطابق با دستورالعمل	z-score ۳- > با هر امتیازی	کوتاه قدی شدید	• آموزش تغذیه در گروه سنی و مبنی بر غربالگری الگوی تغذیه • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی • ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • پی گیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت • تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز
	حد فاصل z-score ۳- ≥ و z-score ۲- ≤ با هر امتیازی	کوتاه قدی	• آموزش تغذیه در گروه سنی و مبنی بر غربالگری الگوی تغذیه • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی • ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • پی گیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت • تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز
	z-score ۳+ < با هر امتیازی	بلند قد شدید	• آموزش تغذیه در گروه سنی و مبتنی بر غربالگری الگوی تغذیه • ارجاع به پزشک

مراقبت از نظر وضعیت قد برای سن (۵ تا ۱۸ سال)			
ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
	حد فاصل z-score ۲- ≥ و z-score ۳+ ≤ با امتیاز کامل (۱۴) از سوالات	قد طبیعی و الگوی تغذیه‌ای مناسب	• تشویق برای ادامه الگوی تغذیه مناسب • ادامه مراقبت مطابق بسته خدمت
	حد فاصل z-score ۲- ≥ و z-score ۳+ ≤ با امتیاز (۱۳- ۰) از سوالات	قد طبیعی اما الگوی تغذیه‌ای نامناسب	• آموزش تغذیه در گروه سنی و مبتنی بر غربالگری الگوی تغذیه • تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز • پی گیری توسط مراقب سلامت ۶ ماه بعد جهت کنترل الگوی مصرف

مراجعه کنید به «مجموعه مراقبت ها و خدمات تغذیه ای»

توجه: در تفسیر تمام منحنی ها اگر نقطه ی مورد نظر دقیقاً روی یک خط z-score باشد در گروه کم خطرتر قرار می گیرد. مثلاً اگر روی خط ۳- باشد به جای کوتاه قدی شدید در گروه کوتاه قدی قرار می گیرد.

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI) برای سن (۵ تا ۱۸ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
۱. اندازه گیری وزن با ترازوی سالم ۲. محاسبه BMI، نقطه گذاری منحنی BMI برای سن ۳. پرسش سوالات غربالگری تغذیه ای گروه سنی ۵ تا ۱۸ سال و امتیاز دهی مطابق با دستورعمل.	BMI z -score ۳- > با هر امتیازی	لاغری شدید	• آموزش تغذیه در گروه سنی و مبتنی بر غربالگری الگوی تغذیه • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی • ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • پی گیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت • تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI) برای سن (۵ تا ۱۸ سال)			
ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
	BMI z -score ۳- > با هر امتیازی	لاغـــــر	• آموزش تغذیه در گروه سنی و مبتنی بر غربالگری الگـوی تغذیه • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی • ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • پی‌گیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت • تاکید برای شرکت در کـلاس های آموزش گروهی کارشنـاس تغذیه مرکز
	BMI حد فاصل z-score ۱+ < و z-score ۲+ ≤ با هر امتیازی	اضافه وزن	• تاکید برای شرکت در کلاس های آمـوزش گروهی کـارشناس تغذیه مرکز • پی گیری برای ۲ دوره سه ماهه با کنترل مجدد نمایه توده بدنی و الگوی تغذیه • در صورت برطرف نشـدن مشکل (الـگوی تغذیـه) یا خـارج شـدن نمایه توده بـدنی از طیف نرمال، ارجـاع به کـارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • پی گیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیـه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت • تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهـی کارشناس تغذیه مرکز

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI) برای سن (۵ تا ۱۸ سال)			
ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
	BMI z-score ۲+ < با هر امتیازی	چاق	• تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز • ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای • پی گیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
	BMI حد فاصل z-score ۲- ≤ و ≤ z-score ۱+	وزن طبیعی	تشویق به ادامه الگوی تغذیه مناسب
	BMI حد فاصل z-score ۲- ≤ و ≤ z-score ۱+ با امتیاز (۱۳- ۰) از سوالات	وزن طبیعی اما تغذیه نامناسب	• تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز • پی گیری توسط مراقب سلامت ۶ ماه بعد جهت کنترل الگوی صرف تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز ـ

مراجعه کنید به «مجموعه مراقبت ها و خدمات تغذیه ای»

سوالات غربالگری تغذیه ای	
مصرف میوه روزانه شما چقدر است؟ ۰= به ندرت/ هرگز ۱= کم تر از ۲سهم ۲= ۲ سهم یا بیشتر ۲) مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟ ۰= به ندرت/ هرگز ۱= کم تر از ۳ سهم ۲= ۳ سهم یا بیشتر ۳) مصرف شیر و لبنیات روزانه شما چقدر است؟ ۰= به ندرت/ هرگز ۱= کم تر از ۳ سهم ۲= ۳ سهم یا بیشتر ۴) چقدر تنقلات کم ارزش یا بی ارزش (هله هوله شور و شیرین و چرب مانند چیبس، پفک، نوشابه، آب میوه صنعتی و ...) مصرف می کنید؟ ۰= روزانه (تقریباً هر روز) ۱= هفتگی (هفته ای یکی دوبار)	۲= به ندرت/ هرگز (حداکثر یک یا دو بار در ماه) چند وعده غذایی در شبانه روز (شامل وعده اصلی و میان وعده) مصرف می کنید؟ ۰= ۲ وعده یا کم تر ۱=۴- ۳ وعده ۲= ۵ وعده ۶) چند ساعت در شبانه روز از تلویزیون، کامپیوتر یا بازی های الکترونیکی بدون تحرک استفاده می‌کنید؟ ۰= بیشتر از دو ساعت ۱= دو ساعت ۲= کم تر از دو ساعت ۷) در هفته چقدر فعالیت بدنی دارید؟ (حداقل فعالیت بدنی متوسط ۴۲۰ دقیقه در هفته معادل با ۶۰ دقیقه در روز با تواتر ۷ روز در هفته شامل ورزش های هوازی نظیر پیاده روی تند، دوچرخه سواری، شنا و...) ۰ = تقریبا بدون فعالیت بدنی هدفمند ۱= کم تر از ۴۲۰ دقیقه در هفته ۲= ۴۲۰ دقیقه در هفته یا بیشتر
نحوه محاسبه امتیاز: گزینه اول: ۰ امتیاز گزینه دوم: ۱ امتیاز گزینه سوم: ۲ امتیاز بیشترین امتیاز: ۱۴ امتیاز	

دستورعمل نحوه تعیین (امتیازدهی) الگوی تغذیه:

این پرسشنامه حاوی ۷ سؤال است. گزینه اول هر یک از پرسش‌ها دارای صفر امتیاز، گزینه دوم دارای یک امتیاز و گزینه سوم دارای دو امتیاز است.

۱. در پرسش ۱ که درباره مصرف روزانه میوه است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلا میوه مصرف نمی‌کند یا گاهی به ندرت مصرف می کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کم تر از ۲ سهم میوه مصرف می کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند روزانه ۲ سهم یا بیشتر میوه مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

۲. در پرسش ۲ که درباره مصرف روزانه سبزی است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلا سبزی مصرف نمی‌کند یا گاهی به ندرت مصرف می کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کم تر از ۳ سهم سبزی مصرف می کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند روزانه ۳ سهم یا بیشتر سبزی مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

تذکر: هر یک سهم میوه معادل یک عدد سیب متوسط یا همین مقدار از هر میوه دیگر است. هر یک سهم سبزی نیز معادل یک عدد سبزی غیربرگی متوسط مانند گوجه‌فرنگی، بادنجان یا هویج و یا یک لیوان سبزی برگی نظیر سبزی خوردن یا کاهو است.

۳. در پرسش ۳، که درباره مصرف روزانه شیر و لبنیات است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه به هیچ میزان شیر و لبنیات مصرف نمی‌کند یا خیلی به ندرت ممکن است استفاده کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند که روزانه کم تر از ۳ سهم شیر و لبنیات مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب می نماید و اگر عنوان کند که روزانه ۳ سهم یا بیشتر مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

تذکر: هر یک واحد شیر و لبنیات معادل یک لیوان (۲۵۰- ۲۰۰ میلی لیتر) شیر، یا یک لیوان (۲۵۰-۲۰۰ میلی لیتر) ماست، یا ۴۵ گرم (معادل ۱/۵ قوطی کبریت) پنیر است.

۴. در پرسش۴، که درباره مصرف تنقلاتی همچون هله هوله شور و شیرین و چرب مانند انواع چیپس، پفک، نوشابه‌های گازدار و آبمیوه‌های صنعتی است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که تقریباً هر روز از این موارد استفاده می‌کند، صفر امتیاز کسب می‌کند. اگر عنوان کند که هفته‌ای یک تا دو بار این گونه اقلام را مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند که به ندرت (یعنی با تکراری کم تر از مقیاس هفتگی) از چنین اقلامی استفاده می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

۵. در پرسش۵،که درباره تعداد وعده‌های غذایی در شبانه روز(اعم از وعده‌های اصلی و میان‌وعده) است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که دو وعده یا کم تر مصرف می‌نماید، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان نماید که سه تا چهار وعده مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد کرد و اگر عنوان کند که روزانه پنج وعده یا بیشتر مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد کرد.

۶. در پرسش۶،که درباره ساعات استفاده از تلویزیون و کامپیوتر و یا مبادرت به دیگر فعالیت‌های بی‌تحرک است، اگر فرد عنوان کند که روزانه بیش از دو ساعت به این گونه فعالیت‌ها مبادرت می‌ورزد، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند که روزانه حدود دو ساعت به اینگونه فعالیت‌ها می‌پردازد، یک امتیاز کسب می‌نماید. و اگر عنوان کند که روزانه کم تر از دو ساعت به چنین فعالیت‌هایی می‌پردازد، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

۷. در پرسش۷، که درباره میزان فعالیت بدنی در هفته است، منظور از فعالیت بدنی، ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی متوسط و شدید در هر وعده و به طور منقسم در روزهای مختلف هفته می باشد. اگر فرد پاسخگو عنوان کند که در هفته هیچ فعالیت بدنی هدفمندی انجام نمی‌دهد، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند کم تر از ۴۲۰ دقیقه در هفته به این گونه فعالیت‌های بدنی می‌پردازد، یک امتیاز کسب خواهد نمود و اگر عنوان کند در هفته مجموعاً ۴۲۰ دقیقه (معادل شصت دقیقه در روز) یا بیشتر به فعالیت بدنی هوازی مانند پیاده روی تند، شنا یا دوچرخه سواری می‌پردازد، دو امتیاز کسب خواهد نمود. انجام فعالیت بدنی با مدت زمان مورد نظر طی کم تر از ۳ جلسه مطلوب نبوده و امتیاز ۱ خواهد گرفت.

* مراجعه کنید به «مجموعه مراقبت ها و خدمات تغذیه ای»

مراقبت از نظر پوست و مو (پدیکلوزیس) (۵ تا ۱۸ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
پوست و مو را از نظر وجود حشره شپش و دانه های سفید رنگ، شفاف و تسبیح مانند تخم حشره که به ساقه موها چسبیده ، بررسی کنید.	مشاهده تخم و خود حشره خونخوار (شپش) در سر یا بدن، نشانه خارش شدید، نشانه ایجاد خراش در پوست به دلیل خارش و ابتلا به عفونت ثانویه و بروز زرد زخم و در مواردی، بزرگی غدد لنفاوی	پدیکلوزیس (آلودگی به شپش)	۱- هدایت و و ارجاع سریع موارد آلوده به واحدهای بهداشتی درمانی برای درمان فرد آلوده به همراه خانواده و اطرافیان وی برای تشخیص و درمان ۲- آموزش، نظارت و پیگیری درمان های صحیح دارویی و فیزیکی بر اساس دستورالعمل مربوطه ۳- آموزش اصول بهداشت فردی و محیط به دانش آموزان و خانواده های آنان در موارد ذیل: - استحمام مرتب و منظم، شانه کردن موهای سر در روز به دفعات مختلف، تمیز کردن و شستشوی منظم برس و شانه و لباس ها، روسری و کلاه و دیگر وسایل شخصی - شستشوی لباس و لوازم خواب در آب جوش به مدت ۳۰ دقیقه و یا استفاده از ماشین لباسشویی با آب ۵۵ درجه و اتو کردن منظم لباس و بویژه درزهای آن برای از بین بردن شپش و رشک - استفاده از جریان هوای آزاد و تازه(هوادهی) در محل زندگی خصوصا اتاق خواب ها و کلاس های درس، چون هوادهی برای از بین بردن شپش موثر است. - خودداری از استفاده لوازم شخصی دیگران مانند کلاه و شانه و برس، روسری، مقنعه، کیسه و لیف حمام، لباس زیر - در هنگام ورزش و بازی و سایر فعالیت ها افراد به علت گرمی و تعریق بدن، شپش تن لباس را ترک کرده و در نتیجه افراد و دانش آموزان همجوار را آلوده می سازد. - پاکیزه نگه داشتن اتاق ها خصوصا گوشه و کنار و زیر تخت خواب، فرش، راهروها و سایر مکان های زندگی ۴- بازدید حسب مورد *موی سر و در صورت لزوم بازدید لباس و بدن آن ها توسط معلمین و مربیان بهداشت مدارس
	حشره خونخوار (شپش) و تخم آن در موها مشاهده نمی شود	پدیکلوزیس (آلودگی به شپش) وجود ندارد	- ارایه آموزش های بهداشت فردی - ادامه مراقبت ها

*حسب مورد:در صورت مشاهده خارش پوست سر یا بدن توسط دانش آموز و یا اظهار دانش آموز و یا همکلاس دانش آموز مبنی بر وجود علائم

مراقبت از نظر پوست و مو (گال) (۵ تا ۱۸ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
پوست را از نظر ضایعات و بثورات پوستی بررسی کنید .	خارش شدید که هنگام شب و در محیط گرم از شدت بیشتری برخوردار است. چند شکلی بودن ضایعات، به صورت خط مستقیم و یا مورب مانند هستند و به رنگ صورتی، سفید یا تیره و مختصری برآمده می باشد. اغلب در انتهای کانال، وزیکول به صورت یک نقطه تیره رنگ به چشم می خورد. ضایعات معمولا" روی مچ، کناره دست‌ها و پاها، فواصل بین انگشتان، سرین، دیده می شوند. ضایعات در کودکان درکف دست و پا مشاهده می شود.	مبتلا به بیماری گال	۱- آموزش، نظارت و پیگیری درمان های صحیح دارویی بر اساس دستورالعمل مربوطه ۲- گزارش به مراکز بهداشتی، درمانی به منظور درمان به موقع و کنترل بیماری جدا سازی افراد مبتلا به بیماری گال در ۴۸ ساعت اولیه ۳- درمان صحیح و کامل افراد مبتلا به بیماری گال، بررسی و درمان افرادی که با افراد مبتلا به گال در تماس و یا زندگی می کنند ۴- آموزش های ذیل به دانش آموزان و خانواده آنان و اولیای مدارس: - خودداری از تماس پوستی مانند دست دادن، در آغوش گرفتن، ماساژ با افراد مبتلا به بیماری گال - استفاده نکردن از وسایل شخصی دیگران مانند کیسه و لیف حمام، صابون، حوله، لباس خصوصا لباس زیر، روسری، شال گردن، ماشین و لوازم از بین بردن موهای زاید بدن، کیسه خواب - شستشوی مرتب لباس ها، لوازم خواب مانند پتوها، ملحفه ها، روبالشتی ها، رو تختی و پهن کردن آن ها در آفتاب پس از شستشو - تمیز کردن کامل اتاق ها،زیر و روی فرش ها، گوشه و کنار و زیر تخت خواب، راه پله، راهروها و حیاط و سایر مکان های زندگی - لباس ها و وسایل شخصی افراد مبتلا به بیماری گال، که قابل شستشو نیستند بایستی به مدت حداقل پنج روز در داخل نایلکس قرار داده و سپس استفاده شود. پوشیدن دستکش در هنگام تماس با وسایل فرد بیمار مبتلا به گال ضروری است. ۵- هدایت و ارجاع به پزشک برای تشخیص و درمان
	ضایعات پوستی وجود ندارد	مبتلا به گال نمی باشد	- ارایه آموزش های بهداشت فردی - ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان (۵ تا ۱۴ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
معاینه دهان و دندان	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - دندان درد - تورم و پارگی و خونریزی از بافت - آبسه دندان - شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان	مشکل شدید دهان و دندان دارد	- تجویز مسکن برای درد - اقدام مربوط به بیرون افتادن دندان طبق راهنما - ارجاع فوری به دندانپزشک
	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای - تاخیر رویش دندان ها - لثه پر خون و قرمز و متورم - بوی بد دهان - جرم دندانی - زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان - وجود ناهنجاری های فکی- دهانی از جمله نامرتبی دندان ها - عادات غلط دهانی	مشکل متوسط دهان و دندان دارد	- ارایه توصیه های بهداشتی دهان و دندان به نوجوان و والدین (مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از فلوراید) - ارایه خدمت وارنیش فلوراید به فرد - ارجاع غیر فوری به دندانپزشک - پیگیری ۶ ماه بعد جهت مراجعه فرد برای وارنیش فلوراید مجدد.*
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	مشکل دهان و دندان ندارد	- توصیه بهداشتی دهان و دندان به نوجوان و والدین (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از فلوراید) - ارایه خدمت وارنیش فلوراید به فرد - پیگیری ۶ ماه بعد جهت مراجعه فرد برای وارنیش فلوراید مجدد.* - توصیه به مراجعه به دندانپزشک هر۶ ماه یک بار

*خدمت وارنیش فلوراید باید سالی ۲ بار(هر ۶ ماه) به فرد ارایه شود.

مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان (از۱۵ تا ۱۸ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
معاینه دهان و دندان	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - دندان درد - تورم و پارگی و خونریزی از بافت - آبسه دندان - شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان	مشکل دهان و دندان دارد	- تجویز مسکن برای درد - اقدام مربوط به بیرون افتادن دندان طبق راهنما - ارجاع فوری به دندانپزشک
	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای - تاخیر رویش دندان ها - لثه پر خون و قرمز و متورم - بوی بد دهان - جرم دندانی - زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان - وجود ناهنجاری های فکی- دهانی از جمله نامرتبی دندان ها - عادات غلط دهانی	مشکل دهان و دندان دارد	- ارایه توصیه های بهداشتی دهان و دندان (مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به نوجوان و والدین - ارجاع غیر فوری به دندانپزشک
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	مشکل دهان و دندان ندارد	- توصیه بهداشتی دهان و دندان (مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به نوجوان و والدین - توصیه به مراجعه به دندانپزشک هر۶ ماه یک بار

مراقبت از نظر احتمال ابتلا به سل (۵ تا ۱۸سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
از دانش آموز یا همراه وی عوامل خطر و نشانه زیر را سؤال کنید: • سرفه طول کشیده (بیش از دو هفته) • عامل خطر: سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در صورت مثبت بودن سوالات: - تهیه ۳ نمونه از خلط* توجه: در سنین ۵ تا ۱۰ سال ممکن است ارایه خلط میسر نباشد، لذا در صورت وجود ۳ معیار از ۵ معیار تشخیصی سل اطفال: (۱- علایم بالینی، ۲- سابقه تماس با فرد مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت ۳- نشانه های رادیوگرافی سل در ریه، ۴- تست پوستی توبرکولین مثبت، ۵- باکتریولوژی مثبت) فرد در طبقه بندی احتمال ابتلا به سل قرار می گیرد.	-دارای نشانه یا -بدون نشانه (سرفه مساوی یا کم تر از ۲ هفته) به همراه عامل خطر	احتمال ابتلا به سل	- اولین نمونه خلط (از ۳ نمونه خلط)را بگیرید. (درصورت وجود و امکان ارایه خلط)* - به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری و گرفتن نمونه های خلط آموزش دهید. - دانش آموز را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
	- بدون نشانه (فاقد سرفه) و - با عامل خطر	در معرض خطر ابتلا به سل	- به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. - دانش آموز را یک ماه دیگر پیگیری کنید.
	- بدون نشانه و - بدون عامل خطر	فاقد مشکل	- دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.

* به روش تهیه نمونه خلط در افراد مشکوک به سل در راهنمای بررسی از نظر سل ریوی مراجعه کنید.

مراقبت از نظر ابتلاء به آسم (۵ تا ۱۸سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
از فرد یا در صورتی که وی توان پاسخ گویی ندارد، از همراهان شخص سوال کنید: ۱. سابقه تشخیص آسم توسط پزشک ۲. تجویز اسپری استنشاقی توسط پزشک طی یک سال گذشته ۳. وجود علایم تنفسی شامل سرفه بیش از ۴ هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) طی یک سال گذشته	مثبت بودن پاسخ فرد به هر یک از سوال ها	احتمال ابتلا به بیماری آسم	- ارجاع به پزشک به منظور تایید یا رد بیماری و ارزیابی های تکمیلی - پیگیری و مراقبت بر اساس پسخوراند پزشک
	منفی بودن پاسخ فرد به کلیه سوالات	عدم ابتلای فرد به بیماری آسم	دادن آموزش های لازم در خصوص عوامل زمینه ساز بروز آسم (به ویژه در افرادی که سابقه بیماری آسم در اعضاء درجه یک خانواده و یا سابقه فردی و یا خانوادگی بیماری های آتوپیک (رینیت، آلرژیک یا اگزما) دارند*

* به راهنمای آسم در بخش راهنماها و توصیه ها مراجعه کنید.

مراقبت از نظر سلامت روان (۵ تا ۱۵سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
۱-	- پاسخ مثبت به سوال ۲	احتمال اورژانس روانپزشکی	ارجاع فوری** به پزشک مرکز
۲- بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان، ۱۷ سوال غربالگری را از والدین یا مراقب اصلی بپرسید و امتیازدهی کنید: ۳- در صورتی که در پاسخ به سوالات ۱ تا ۵ نمره ۵ یا بالاتر داشته باشد، برای نوجوانی که حضور دارد از خود نوجوان* و برای سنین زیر نوجوانی از والدین یا مراقب اصلی وی، 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؟ در صورت امتیاز غربال منفی از پرسشنامه ۱۷ سوالی، پرسیده شود: ۴- آیا کودک یا نوجوان* شما هیچ مشکل رفتاری یا عصبی دارد، که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟ الف- آیا تا به حال «تشخیص» مشکلات رفتاری یا عصبی داشته است؟ در صورت پاسخ مثبت، سوال شود: ب- آیا در حال حاضر دارو مصرف می کند؟ در صورت پاسخ مثبت، سوال شود: ج- آیا تمایل دارید پزشک تیم سلامت درمان را پیگیری کند؟	- برای سوالات ۱ تا ۵ : جمع نمره ۵ یا بالاتر از ۵ و - برای سوالات ۶ تا ۱۰: جمع نمره ۷ یا بالاتر از ۷ و - برای سوالات ۱۱تا ۱۷: جمع نمره ۷ یا بالاتر از ۷ و - پاسخ مثبت به سوال ۳	غربال مثبت سلامت روان	ارجاع به پزشک مرکز
	پاسخ مثبت به بخش الف سوال ۴ و پاسخ منفی به بخش ج سوال ۴	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	ثبت در پرونده و پیگیری***
	پاسخ مثبت به بخش ب یا ج سوال ۴	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	ثبت در پرونده و پیگیری*** و ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
	در صورت پاسخ خیر به همه سوالات	غربال منفی سلامت روان	اطلاع رسانی در خصوص: - آموزش مهارت‌های زندگی برای نوجوان، آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای والدین - در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش‌ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش، به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.

مراقبت از نظر سلامت روان (۵ تا ۱۵سال)			
ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
۵- آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاه خون آلود) خارج می‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد؟ ۶- درکودکان سنین مدرسه سوال می‌شود که آیا گاهی اوقات مات زده شده به گونه‌ای که چند لحظه‌ای به جایی خیره می‌شود، لب‌ها یا زبانش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می‌لیسد؟ ۷- آیا فرد در گذشته تشخیص بیماری صرع داشته است؟	پاسخ مثبت به سوال ۵ و ۶	احتمال ابتلا به صرع	ارجاع به پزشک مرکز
	خودداظهاری فرد و یا والدین در مورد ابتلا به بیماری (پاسخ مثبت به سوال ۷)	تشخیص‌قبلی بیماری صرع توسط پزشک‌معالج	ثبت در پرونده و پیگیری***
۸- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد. ۹- قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. ۱۰- نمی تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند. ۱۱- توانایی یادگیری در حد همسالان خود را ندارد. ۱۲-بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است.	درصورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات ۸ تا ۱۲ (توسط والدین یا اطرافیان)	احتمال تشخیص ناتوانی ذهنی	ارجاع به پزشک مرکز

* در صورتی که مراقب سلامت/ بهورز اطمینان حاصل کرد که پاسخ فرد از اعتبار لازم برخوردار است از خود فرد و در غیر این صورت از والدین یا مراقب اصلی وی سوال می شود.

** موارد ارجاع فوری: خشونت و پرخاشگری به گونه ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض شدید داروهای روانپزشکی

*** پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی که خارج از نظام مراقبت های بهداشتی اولیه خدمات دریافت می‌کنند، فقط به صورت هر سه ماه یک بار و جهت اطمینان از ادامه دریافت خدمات می‌باشد. در صورت مواجهه با عدم پیگیری درمان توسط بیمار لازم است که به پزشک نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارجاع شود.

مراقبت از نظر سلامت روان (۱۵ تا ۱۸ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
۱- بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان، ۶ سوال غربالگری را از فرد بپرسید و امتیازدهی کنید. ۲- در صورت امتیاز غربال مثبت 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؟ ۳- در صورت امتیاز غربال منفی از پرسشنامه ۶ سوالی، سوال ذیل پرسیده شود: - آیا شما هیچ مشکل رفتاری یا عصبی دارید که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟ الف- آیا تا به حال تشخیص مشکلات رفتاری یا عصبی داشته اید؟ در صورت پاسخ مثبت، سوال شود: ب- آیا در حال حاضر دارو مصرف می کنید؟ در صورت پاسخ مثبت، سوال شود: ج- آیا تمایل دارید پزشک تیم سلامت درمان را پیگیری کند؟	پاسخ مثبت به سوال ۲	احتمال اورژانس روانپزشکی	ارجاع فوری** به پزشک مرکز
	امتیاز ۱۰ یا بالاتر در پرسشنامه غربالگری ۶ سوالی و یا عدم پاسخ به ۳ سوال از ۶ سوال غربالگری و یا پاسخ مثبت به سوال ۴	غربال مثبت سلامت روان	ارجاع به پزشک مرکز
	پاسخ مثبت به سوال ۴	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	ثبت در پرونده و پیگیری***
	پاسخ مثبت به بخش سوم سوال ۴	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	ثبت در پرونده و پیگیری*** وارجاع به پزشک مرکز
	امتیاز پایین‌تر از ۱۰ در پرسشنامه غربالگری ۶ سوالی و پاسخ منفی به سوال ۲ و ۳ و ۴	غربال منفی سلامت روان	اطلاع رسانی در خصوص: -آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش مهارت‌های فرزند پروری - در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش‌ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.

مراقبت از نظر سلامت روان (۱۵ تا ۱۸ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
۴- آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد یا از دهانش کف (گاه خون آلود) خارج می‌شود و یا بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد؟ ۵- آیا فرد در گذشته تشخیص بیماری صرع داشته است؟	پاسخ مثبت به سوال ۵	احتمال ابتلا به صرع	ارجاع به پزشک مرکز
	خوداظهاری خود فرد، والدین و یا اطرافیان در مورد ابتلا به بیماری صرع (پاسخ مثبت به سوال ۶)	تشخیص قبلی بیماری صرع توسط پزشک معالج	ثبت در پرونده و پیگیری***
۶- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد. ۷- قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. ۸- توانایی یاد گیری در حد همسالان خود ندارد. ۹- بیماری شناخته شده‌ای داردکه باعث ناتوانی ذهنی شده است.	در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات ۷ تا ۹ (توسط والدین یا اطرافیان)	احتمال تشخیص ناتوانی ذهنی	ارجاع به پزشک مرکز

** موارد ارجاع فوری: خشونت و پرخاشگری به گونه ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض شدید داروهای روانپزشک

*** پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی که خارج از نظام مراقبت های بهداشتی اولیه خدمات دریافت می‌کنند، فقط به صورت هر سه ماه یک بار و جهت اطمینان از ادامه دریافت خدمات می‌باشد. در صورت مواجهه با عدم پیگیری درمان توسط بیمار لازم است که به پزشک نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارجاع شود.

ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی۵ تا ۱۸ سال

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
وجود علایم ذیل در کودکان و نوجوانان: * • علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار • کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمتهای مختلف بدن • خون مردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن سایر علایم: • عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه با نوع علایم بدنی • وجود کبودی ها و علایمی که مدتها از زمان آنها گذشته باشد. • گزارش هر نوع از کودک آزاری توسط خود کودک، والدین و یا سایر همراهان کودک	مثبت	کودک آزاری	در صورت برخورد با مواردی از قبیل خونریزی غیرقابل کنترل، در رفتگی احتمالی یک مفصل و یا شکستگی احتمالی یک استخوان، عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیرطبیعی، قبل ارجاع به کارشناس سلامت روان، جهت غربالگری تکمیلی و یا مداخلات روانشناختی، ارجاع فوری به پزشک صورت گیرد.
کودکان و نوجوانانی که مادران آنها قبلا به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده اند .		کودکان شاهد خشونت خانگی	بعد از برقراری ارتباط با والدین یا سایر همراهان کودک، از والدین یا همراه کودک و یا نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هستند؟ در صورت کسب اجازه: **ارجاع به کارشناس سلامت روان**
بررسی شود که آیا در خانواده موارد ذیل وجود دارد؟ • فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی** • فرد مبتلا به بیماری خاص*** • فرد مبتلا به اعتیاد**** • فرد زندانی • فقر*****	پاسخ مثبت به یکی از مشکلات مذکور	خانواده آسیب پذیر	از والدین یا مراقب کودک و نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هستند؟ در صورت کسب اجازه والدین، **ارجاع به کارشناس سلامت روان**
سن مراجع وتعداد سالهای تحصیلی وی پرسیده شود	در صورتی که سن و تحصیلات فرد با هم متناسب نباشد	بازمانده از تحصیل	از والدین یا مراقب کودک و نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هستند؟ در صورت کسب اجازه والدین، **ارجاع به کارشناس سلامت روان**

ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی۵ تا ۱۸ سال

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
از زنان نوجوان متأهل سوال شود: ****** زن ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می شود. آیا تاکنون همسر شما: هیچ وقت / به ندرت / گاهی / اغلب / همیشه ۱. شما را کتک زده است ۲. به شما توهین کرده است ۳. شما را به آسیب تهدید کرده است ۴. سر شما فریاد زده است	امتیاز بالاتر از ۱۰	خشونت خانگی(همسر آزاری)	• در صورت برخورد با مواردی از قبیل خونریزی غیرقابل کنترل، در رفتگی احتمالی یک مفصل و یا شکستگی احتمالی یک استخوان، عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیرطبیعی، قبل ارجاع به کارشناس سلامت روان، جهت غربالگری تکمیلی و یا مداخلات روانشناختی، ارجاع فوری به پزشک صورت گیرد. • به فرد اطمینان دهید که حریم خصوصی وی رعایت می گردد. • به فرد اطمینان دهید که قربانی همسر آزاری است نه مسئول رخ دادن آن • از وی سوال کنید که آیا مایل به دریافت کمک می باشد، در صورت پاسخ مثبت **ارجاع به کارشناس سلامت روان**
از نوجوانان که سابقه متاهل بودن دارند، سوال شود: آیا در یکسال اخیر تجربه طلاق /جدایی و فوت همسر را داشته است؟	پاسخ مثبت	طلاق/ جدایی/ فوت	از نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هست؟ در صورت کسب اجازه **ارجاع به کارشناس سلامت روان**

* وجود علایم زیر می تواند نشان دهنده سوء رفتار جسمانی با کودک باشد:

۱- وجود هرگونه خون مردگی و شکستگی در کودک زیر یک سال۲- وجود کبودی هایی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون ۳- سوختگی هایی شبیه آتش سیگار ۴- ضایعاتی شبیه سوختگی با آب جوش ۵- علائم گاز گرفتن۶- تورم و دررفتگی مفاصل ۷- وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها ۸ - آثار ضربات شلاق۹- پارگی لجام لب۱۰- کبودی چشمان۱۱- مشاهده صدمات متعدد در مراحل مختلف بهبود

**معلولیت جسمی – روانی: معلولیت عبارتست از محدودیت های دائمی در زمینه های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی ـ روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت جدی سازد. اشخاص معلول، افرادی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی های ذهنی و یا سلامتی روانی آنها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنهاست انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را بوجود می آورد.

***بیماری های خاص به آن دسته از بیماری ها گفته می شوند که صعب العلاج بوده و قابل درمان نمی باشند و لازم است بیماران تا آخر عمر تحت مراقبتهای خاص قرار گیرند و ضرورت دارد این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار داشته باشند. بیماری هایی نظیر MS، دیالیز، هموفیلی، تالاسمی و نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری ها هستند.

****اعتیاد: عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر ، محرک یا الکل پیدا می کنند. منظور از اعتیاد استفاده غیر طبی و مکرر دارو یا مواد است که به ضرر خود مصرف کننده با دیگران می باشد

*****تعریف فقر: در اینجا منظور از فقر مواردی است که خانواده تحت پوشش سازمانهای حمایتی از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد، نهادهای خیریه و .... می باشند.

******توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسرآزاری:

در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیتم از ۱ تا ۵ امتیاز می گیرد «هیچ وقت (۱) بندرت (۲) گاهی (۳) اغلب (۴) و همیشه (۵)». بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات ۴ و حداکثر آن ۲۰ می باشد. امتیاز بالا تر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می شود.

ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد

۱-غربال گری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد در گروه سنی ۱۵ تا ۱۸سال			
ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه‌بندی	اقدام
با رعایت احترام و حفظ حریم خصوصی فرد، پس از بیان مقدمه ذکر شده در پرسشنامه (موجود در بخش راهنما)، پرسش ۱ (هر دو بخش) را درباره سابقه مصرف مواد و برخی داروها در طول عمر سوال کنید. در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد پرسش ۱، پرسش ۲ درباره مصرف سه ماه گذشته آن موارد پرسیده شود. طبق راهنما، در صورت مصرف مواد دخانی در سه ماهه اخیر، پرسش ۳ (سن اولین بار مصرف) و پرسش های ۴ و ۵ (دفعات و مقدار مصرف مواد دخانی در ماه گذشته) سوال گردد.	پاسخ مثبت به سؤال ۲	مورد مثبت غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد	• ارایه بازخورد درباره خطرات مصرف متناسب با ماده مصرفی با استفاده از محتوا و کارت بازخورد عوارض اختصاصی موجود در بخش راهنما • به مصرف کنند گان مواد دخانی، آموزش پرهیز از مصرف دخانیات در حضور دیگران با تاکید بر عوارض مواجهه با دود دسته دوم و سوم • توصیه مختصر درباره امکان قطع مصرف با استفاده از عبارت زیر : • روان شناس و پزشک مرکز ما آمادگی دارد، برای کنترل یا قطع مصرف و رفع مشکلات احتمالی تان بطور رایگان به شما کمک کند. • اطلاع رسانی و تشویق فرد در خصوص امکان ارزیابی تکمیلی، ارایه مشاوره روانشناختی، برخی خدمات درمانی و در صورت لزوم ارجاع به مراکز تخصصی • ارجاع به کارشناس سلامت روان برای غربال‌گری تکمیلی در گیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه‌بندی	اقدام
با رعایت احترام و حفظ حریم خصوصی فرد، پس از بیان مقدمه ذکر شده در پرسشنامه (موجود در بخش راهنما)، پرسش ۱ (هر دو بخش) را درباره سابقه مصرف مواد و برخی داروها در طول عمر سوال کنید. در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد پرسش ۱، پرسش ۲ درباره مصرف سه ماه گذشته آن موارد پرسیده شود. طبق راهنما، در صورت مصرف مواد دخانی در سه ماهه اخیر، پرسش ۳ (سن اولین بار مصرف) و پرسش های ۴ و ۵ (دفعات و مقدار مصرف مواد دخانی در ماه گذشته) سوال گردد.	پاسخ منفی به سؤال ۲	عدم درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد	• ارایه بازخورد مثبت تشویقی با استفاده از عبارت زیر • خیلی خوب است که شما تاکنون در کنترل و مدیریت رفتار تان موفق بوده اید، این موضوع نشان می دهد شما برای دوری از آثار زیان بار مصرف دخانیات و مواد از احساس مسئولیت و قدرت تصمیم گیری خوبی برخوردارید. • همچنین یادآوری می کنم، در صورت درگیری اطرافیان تان با مشکلات ناشی از مصرف سیگار قلیان، الکل و یا سایر مواد روان شناس مرکز ما آمادگی دارد، به آن ها بطور رایگان کمک کند. • اطلاع‌رسانی و تشویق فرد برای دریافت آموزش‌ها ی گروهی از کارشناس سلامت روان (فرزند پروری، مهارت های زندگی و پیشگیری از اعتیاد) مطابق شرایط احراز و با استفاده از عبارات زیر: این مرکز برای افزایش آگاهی و توانمندی مراجعین، کلاس های آموزشی خوبی درباره مهارت های فرزند پروری، مهارت های زندگی و پیشگیری از اعتیاد برگزار می کند. شما می توانید با شرکت در این کلاس ها در باره موضوعاتی چون تربیت بهتر فرزندانتان و حل مسائل مربوط به آن ها، مهارت های لازم برای سلامت روان و افزایش آرامش و نشاط بیشتر در روابط خانوادگی و اجتماعی و نیز شیوه های دوری خود و خانواده تان از آثار زیان بار سیگار، قلیان، الکل و مواد آموزش ببینید. • آموزش مهارت های فرزند پروری : برای والد یا مراقب کودک ۲ تا ۱۲ سال و نوجوان ۱۲ تا ۱۷ سال • آموزش مهارت های زندگی: برای کلیه مراجعین • خود مراقبتی : برای سفیران سلامت • ارجاع به کارشناس سلامت روان در صورت تمایل به دریافت آموزش‌های گروهی
ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه‌بندی	اقدام

صرف نظر از پاسخ فرد به سؤال ۲، در صورت پاسخ مثبت به سوال۱ ، سؤال ۶ پرسیده شود. پرسش ۶ - آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف دخانیات، الکل یا مواد تحت درمان هستید؟	پاسخ مثبت به سوال ۶	مورد از قبل شناسایی شده و تحت درمان اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد	• ارایه بازخورد مثبت تشویقی با استفاده از عبارات زیر خیلی خوب است که شما در حال درمان بیماری خود هستید، این موضوع نشان می دهد شما برای حفظ سلامتی خود و دوری از آثار زیان بار مصرف مواد احساس مسئولیت می کنید. در صورت نیاز به روان شناس، مرکز ما آمادگی دارد، به شما خدمات لازم را بطور رایگان ارایه دهد. • توصیه جهت پایبندی به دستورات درمانی لازم به یادآوری است رعایت کامل دستورات درمانی پزشک بسیار اهمیت دارد و در صورت خروج از آن لازم است سریعاً به پزشکتان اطلاع دهید. • پیگیری روند دریافت خدمات درمانی از بیمار در فواصل هر ۳ ماه تا یک سال پس از اولین مراجعه (مطابق دستورالعمل پیگیری) • ثبت نتیجه پیگیری ها در پرونده بیمار به صورت تحت درمان/ یا خروج از برنامه درمانی (در صورت خروج از برنامه درمانی فراخوان مجدد و تشویق فرد جهت غربالگری اولیه مجدد و سایر خدمات مرکز طبق دستورالعمل پیگیری)
	پاسخ منفی به سوال ۶	عدم دریافت خدمات درمان اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در حال حاضر	• ثبت در پرونده
۱-غربال گری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد در گروه سنی ۱۵ تا ۱۸سال			

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه‌بندی	اقدام
فقط از مراجعانی که مصرف کننده دخانیات در سه ماهه اخیر نیستند، پرسیده شود: پرسش ۷- آیا در ماه گذشته کسی در حضور شما در منزل، محل کار یا اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟	پاسخ مثبت	مواجهه با دود دستِ دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته	• آموزش زیان های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی (مطابق راهنما) • آموزش نحوه ایجاد محیط عاری از دخانیات (مطابق راهنما)
	پاسخ منفی	مصونیت از دود دستِ دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته	• ثبت در پرونده و بازخورد تشویقی • آموزش در مورد مضرات مصرف دخانیات و مواجهه با دود و ایجاد اماکن عاری از دخانیات • اطلاع رسانی در خصوص آموزش مهارت های زندگی

ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد

۲- ارزیابی مواجهه فرزندان با دخانیات (این ارزیابی ویژه والدین/ مراقب کودک و نوجوان زیر۱۸ سال و مخاطب اقدامات تعریف شده والدین/ مراقب می باشند)			
ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
سؤالات زیر را از والدین/ مراقب دارای فرزند زیر ۱۸ سال بپرسید؟ ۱- آیا در خانواده شما، فرد مصرف‌کننده دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان و...) وجود دارد؟ ۲- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در منزل دخانیات مصرف کرده است؟ ۳- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟ ۴- آیا در سال گذشته، فرزند شما برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده شده است؟	پاسخ مثبت به سؤال ۱	خطر مواجهه با مواد دخانی و ابتلا به بیماری های ناشی از مواجهه با دود دخانیات	• اطلاع رسانی در خصوص خدمات ارزیابی تشخیصی و مداخلات روان شناختی و درمانی • توصیه به فرد برای تشویق فرد مصرف‌کننده دخانیات جهت مراجعه به مرکز
ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد			

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه‌بندی	اقدام
سؤالات زیر را از والدین/ مراقب دارای فرزند زیر ۱۸ سال بپرسید؟ ۱- آیا در خانواده شما، فرد مصرف‌کننده دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان و...) وجود دارد؟ ۲- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در منزل دخانیات مصرف کرده است؟ ۳- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟ ۴- آیا در سال گذشته، فرزند شما برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده شده است؟	پاسخ مثبت به سؤال ۲ یا ۳	خطر مواجهه با مواد دخانی و ابتلا به بیماری های ناشی از مواجهه با دود دخانیات	• آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات • آموزش در مورد زیان های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی • توصیه به مراقبت از کودک به لحاظ قرار نگرفتن در معرض دود دخانیات • اطلاع رسانی در خصوص خدمات ارزیابی تشخیصی و مداخلات روان شناختی و درمانی • توصیه به فرد برای تشویق فرد مصرف‌کننده دخانیات جهت مراجعه به مرکز • آموزش در مورد تاثیر پذیری کودک و الگو برداری از رفتار های پرخطر والدین و اطرافیان • آموزش نحوه ایجاد محیط عاری از دخانیات مطابق متن راهنما
	پاسخ مثبت به سؤال ۴		• آموزش والدین درباره مضرات آشنایی فرزندان با روش های تهیه مواد دخانی مطابق متن راهنما • توصیه درباره پرهیز از فرستادن فرزندان برای خرید دخانیات مطابق متن راهنما
	پاسخ منفی به همه موارد	عدم خطر مواجهه با مواد دخانی و ابتلا به بیماری های ناشی از مواجهه با دود دخانیات	• ارایه بازخورد مثبت تشویقی • آموزش در مورد مضرات مصرف دخانیات و مواجهه با دود و ایجاد اماکن عاری از دخانیات مطابق متن راهنما • اطلاع رسانی در خصوص آموزش مهارت های زندگی و فرزندپروری

ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد

۳- ارزیابی مصرف مواد و الکل در خانواده دارای فرزند زیر ۱۸ سال (مخاطب اقدامات تعریف شده در این ارزیابی والدین/ مراقب کودک و نوجوان می باشند)			
ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
از والدین/ مراقب فرزند زیر ۱۸ سال سؤال کنید: - آیا در خانواده، فردی دارای وابستگی به الکل یا مواد و یا مصرف کننده تفننی آن ها وجود دارد؟	پاسخ مثبت	خطر گرایش به مصرف الکل و یا مواد در فرزندان	• آموزش در مورد مضرات مصرف مواد یا الکل با استفاده از کارت بازخورد • توصیه به پرهیز از مصرف در برابر فرزندان • آموزش در مورد تاثیر پذیری کودک و الگو برداری از رفتار های پرخطر والدین و اطرافیان • اطلاع رسانی در خصوص خدمات خاص آموزشی برای کمک به عضوی از خانواده یا نزدیکان که مشکوک و یا مبتلا به مصرف نوعی ماده است • پیشنهاد کمک و توصیه برای تشویق فرد مصرف کننده الکل و مواد برای دریافت خدمات درمانی
	پاسخ منفی	عدم وجود عامل خطر ناشی از وجود عضو مصرف کننده ی مواد و یا الکل در خانواده	• ارایه بازخورد مثبت و تشویقی این موضوع خیلی خوب است. پایبندی خانواده ی شما در پرهیز از رفتارهای ناسالم، در سلامت جسمی و روانی شما و اعضای خانواده / فرزندانتان بسیار موثر است.

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون (۵ تا ۱۸سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
شرح حال دقیق بگیرید و افرادی که عوامل خطر* فشارخون بالا دارند را مشخص کنید:	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - چاق یا دارای اضافه وزن است - سابقه وزن کم هنگام تولد (low birth weight) دارد - سابقه وقفه تنفسی هنگام خواب (obstructive sleep apnea) دارد - والدین مبتلا به فشار خون بالا هستند - والدین بیماری عروق کرونر زودرس دارند - والدین سابقه بیماری کلیوی یا غددی(تیروئید، .....) دارند	درمعرض خطر ابتلاء به افزایش فشار خون	اندازه گیری فشارخون و تعیین صدک با استفاده از جداول میزان فشارخون در بخش ضمیمه ها: در صورتی که صدک فشارخون (سیستول و یا دیاستول) صدک ۹۰ و بیش تر باشد پس از ۵ ۲ دقیقه مجدداً فشار خون اندازه گیری شود: ۱- اگر میانگین فشارخون در دو نوبت بین صدک ۹۰ تا ۹۵ باشد (پیش فشارخون بالا) به عنوان فرد در معرض خطر، سالانه تحت مراقبت قرار گیرد: - توصیه به اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم [رژیم غذایی مناسب، کنترل وزن (در صورت چاق بودن یا داشتن اضافه وزن)، توصیه به محدودیت مصرف نمک وانجام فعالیت بدنی و .....] ۲- اگر میانگین فشارخون صدک ۹۵ یا بالاتر باشد (فشارخون بالا) ارجاع غیر فوری به پزشک جهت تایید تشخیص و بررسی بیش تر - در صورت تایید بیماری فشارخون بالا توسط پزشک، فرد بیمارلازم است: ماهانه توسط کارمند بهداشتی مراقبت شود و هر ۳ ماه یک بار به پزشک ارجاع شود.
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	عوامل خطر ابتلاء به افزایش فشار خون را ندارد	ارایه توصیه های مرتبط با شیوه زندگی سالم - ادامه مراقبت ها

* این عوامل خطر عبارتند از:

۱- دانش آموزانی که اضافه وزن دارند یا چاق هستند.

۲- دانش آموزانی که آپنه (وقفه تنفس) موقع خواب دارند.

۳- دانش آموزانی که والدین آن ها فشارخون بالا دارند.

۴- دانش آموزانی که والدین آن ها بیماری قلبی عروقی (بیماری کرونر قلب) زودرس دارند (در مردها قبل از ۶۵ سالگی و در زن ها قبل از ۵۵ سالگی)

۵- دانش آموزانی که والدین آن ها سابقه بیماری کلیوی یا غددی(تیروئید، .....) دارند.

۶- دانش آموزانی که سابقه وزن کم هنگام تولد low birth weight دارند.

ارزیابی عوامل خطر ژنتیک (۵ سالگی/ ۶ سالگی و ۱۵ سالگی) - ویژه مناطق مجری ژنتیک اجتماعی

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
در فرد، خانواده یا بستگان درجه ۱ و ۲ ایشان، فرد مبتلا به یکی از مشکلات احتمالی ارثی وجود داشته یا هم اکنون وجود دارد؟ • هموفیلی (فردی که از کودکی دارای مشکل انعقاد خون باشد.) • تالاسمی(فردی که از کودکی نیازمند تزریق خون مکرر باشد.) • فردی که از زمان کودکی دارای ناتوانی ذهنی و یا ناتوانی حرکتی و یا ناهنجاری باشد. • فردی که از زمان کودکی مبتلا به اختلال بینایی یا اختلال شنوایی باشد. • کودکی که می بایست رژیم غذایی خاصی داشته باشد.	در فرد، خانواده یا بستگان درجه ۱ و ۲ ایشان، فرد مبتلا به یکی از مشکلات احتمالی ارثی وجود داشته یا هم اکنون وجود دارد.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع به پزشک جهت بررسی و تایید وجود عامل خطر ژنتیک
آیا یک اختلال در خانواده و یا بستگان درجه ۱و یا ۲ خانواده، تکرار شده است؟ در خانواده و یا بستگان درجه ۱و یا ۲ خانواده، حداقل دو نفر که از زمان کودکی مبتلا به یک بیماری مشابه هستند وجود داشته یا هم اکنون وجود دارد.	اختلال تکرار شونده در خانواده وجود دارد.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع به پزشک جهت بررسی و تایید وجود عامل خطر ژنتیک
آیا سابقه سکته قلبی در خواهر یا مادر فرد در زیر ۶۵ سالگی و یا در برادر یا پدر فرد در زیر ۵۵ سالگی وجود دارد؟	نیاز به بررسی عامل خطر فامیلی بیماری قلبی وجود دارد.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع به پزشک جهت بررسی و تایید وجود عامل خطر ژنتیک
آیا در فرد و یا در بستگان درجه ۱ و یا ۲ وی سرطان زودرس یا تکرار سرطان وجود داشته یا هم اکنون وجود دارد؟ سرطان زودرس: ابتلا به سرطان در زیر ۶۰ سالگی تکرار: وجود بیش از یک مورد فرد مبتلا به سرطان در خانواده و بستگان درجه ۱ و یا ۲	در فرد و یا در بستگان درجه۱ و ۲ خانواده، سرطان زودرس یا تکرار سرطان وجود داشته یا هم اکنون وجود داشته است.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع به پزشک جهت بررسی و تایید وجود عامل خطر ژنتیک

فوریت ها (۵تا ۱۸سال)

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدامات
در حالت نیمه هوشیار مصدوم به طور مبهم و به کندی به سئوالات پاسخ می‌دهد. باید درخواست خود را با صدای بلند بیان کنید، تا پاسخی دریافت کنید. در حالت غیرهوشیار مصدوم نسبت به تکان یا فریاد پاسخی نمی دهد.	اختلال هوشیاری	تمیز کردن راه هوایی و کنترل تنفس خوابانیدن بیمار به پهلو عدم تجویز مواد خوراکی انجام احیای قلبی ریوی طبق دستورالعمل. ۱- بررسی میزان پاسخ دهی با صدا زدن و ضربه آرام با دست بر روی شانه های بیمار ۲- بررسی تنفس با نگاه کردن به بالا و پایین رفتن قفسه سینه بیمار - در صورت وجود تنفس: بیمار را در وضعیت ریکاوری(بهبودی) قرار دهید، در هوای سرد بیمار را گرم نگه دارید و مرتباً بیمار را از نظر وجود تنفس و دیگر علائم بررسی کنید. - در صورت عدم وجود تنفس: توجه به راه هوایی(تمیز کردن آن در صورت وجود جسم یا مایعات) و شروع احیای قلبی ریوی طبق دستورالعمل *نکته: به افراد بیهوش و دارای اختلال در سطح هوشیاری از طریق دهان چیزی نخورانید ارجاع فوری
درد و احساس گزگز در محل گزیدگی، حرکات غیر طبیعی چشم، آبریزش دهان، تهوع و استفراغ، تغییر ضربان قلب یا نامنظمی/ طپش قلب، اختلال تنفسی، خونریزی، تغییر رنگ ادرار، حرکات تشنجی و حتی مرگ	عقرب گزیدگی	ضمن دادن آرامش به مصدوم و حفظ خونسردی، مصدوم را روی زمین بخوابانید و ایشان را در حالت استراحت مطلق نگه دارید. از تکنیک بی‌حرکت سازی عضو آسیب دیده استفاده کنید. تا حد امکان باید از دستکاری محل گزش خودداری شود. به فرد آسیب دیده مایعات زیاد دهید(در صورتی که گزش عقرب گادیم یا عقرب دم باریک باشد) و متوجه تغییر رنگ احتمالی ادرار باشید. از درمان‌های سنتی خودداری شود. در صورت امکان و بدون اتلاف وقت عقرب زنده یا مرده در قوطی درب دار برای تشخیص گونه و نوع سم و انتخاب روش درمانی همراه فرد آسیب دیده ارسال شود. ارجاع فوری دهید

فوریت ها (۵تا ۱۸سال)

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدامات
مشاهده سوراخ یا نیش در محل گزش، خارش، درد، سوزش، قرمزی یا تورم محل گزش، علایم سیستمیک (کهیر، خارش یا بثورات جلدی ژنرالیزه، گر گرفتگی، ورم ناحیه گلو و دهان، تهوع و استفراغ، درد شکم، درد قفسه سینه، کاهش فشار خون، تنفس مشکل و صدادار، اضطراب، در موارد شدید کاهش سطح هوشیاری، تنفس بسیار مشکل یا مرگ در اثر شوک حساسیتی)	زنبور گزیدگی	توصیه می‌شود، نیش حشره بدون فشار روی کیسه زهر، از محل گزش بیرون آورده شود. عضو آسیب دیده را با آب فراوان و صابون، بدون اعمال فشار و انجام ماساژ، شستشو دهید و کمپرس سرد کنید. به دلیل احتمال کاهش سطح هوشیاری، رانندگی فرد آسیب دیده برای مراجعه به مرکز درمانی مجاز نیست. بیمار را ارجاع فوری دهید.
درد، حساسیت در محل آسیب، تورم و تغییر شکل، کاهش فعالیت عضو، علایم و نشانه های شوک در آسیب‌های لگن و ران	شکستگی های بسته	- تا زمانی که واقعاً نیاز نیست، مصدوم را حرکت ندهید. از فشار آوردن مستقیم روی محل شکستگی بپرهیزید. اندام شکسته را صاف نکنید. - در شکستگی پا: پای آسیب دیده را به پای سالم مقابل ببندید. - در شکستگی دست: آن را به گردن آویزان کنید. - در محل‌های تماس پوست با پوست، از پنبه یا باند استفاده کنید. - مصدوم را در وضعیت راحتی قرار دهید. - به مصدوم غذا یا نوشیدنی ندهید و او را ارجاع فوری دهید.
علایم شکستگی بسته همراه با وجود زخم در محل شکستگی استخوان به طوری که شکستگی به سطح پوست راه پیدا کند	شکستگی های باز	- علاوه بر رعایت اصول بی‌حرکت سازی، استفاده از گاز استریل روی زخم به منظور جلوگیری از خونریزی و عفونت ضروریست. - مصدوم را در وضعیت راحتی قرار دهید. - خونریزی را با فشار ملایم لبه های زخم دور استخوان بیرون زده شده، بدون سعی در جا انداختن استخوان، کنترل کنید. - به مصدوم غذا یا نوشیدنی ندهید و او را ارجاع فوری دهید.

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدامات
کاهش هوشیاری، خواب آلودگی نسبی یا کوتاه مدت، تهوع و استفراغ، تاری دید، کاهش حافظه و تعادل، نابرابری اندازهٔ مردمک ها یا اتساع آن ها، خونریزی از بینی و گوش، سردرد شدید منتشر و تشنج	صدمات سر	- راه هوایی را تمیز کنید. - علایم حیاتی را کنترل کنید. - بیمار را به پهلو بخوابانید تا خون و ترشحات خارج شود. - از چرخاندن سر به تنهایی بپرهیزید، هنگام هر حرکتی سر و گردن را محافظت کنید زیرا خطر آسیب نخاع وجود دارد. **در صورت وجود خون و ترشحات در راه هوایی، بیمار را با حفظ راستای سر و گردن(سر و گردن هم زمان با تنه) به پهلو بچرخانید تا ترشحات خارج شوند - هرگونه زخم و خونریزی را پانسمان کنید - اگر بیمار هوشیار است وی را بی حرکت کنید و سر و گردن را در یک راستا قرار دهید - در صورت وجود هر گونه ترشح از گوش یا بینی آن را با پانسمان بپوشانید اما از پانسمان فشاری استفاده نکنید - با توجه به وضعیت آب و هوا بیمار را بپوشانید و گرم نگه دارید - بیمار را ارجاع فوری دهید.
استفراغ یاعق زدن، درد معده، اسهال، تشنج و هذیان، مشکلات تنفسی، تغییر وضعیت هوشیاری، احساس بوی مواد شیمیایی، سردرد، احساس سوزش و درد در دهان و گلو و معده	مسمومیت	- پرسش از مصدوم در مورد نوع و زمان و مقدار ماده خورده شده - به هیچ وجه سعی در القاء استفراغ نکنید. - توجه زیادی به محافظت از راه هوایی و وضعیت تنفس بیمار شود. - در صورت کاهش هوشیاری، دستورات کاهش هوشیاری انجام شود. - به موارد مرتبط با مواد مسمومیت زا مانند قرص ها، مواد ناشناخته و هرگونه علامت مشکوک توجه کنید. - در صورت بیهوش بودن، اگر تنفس طبیعی دارد او را به یک پهلو قرار دهید و در صورت عدم وجود تنفس طبق دستورالعمل احیای قلبی ریوی را شروع کنید. - به بیمار هوشیار یا نیمه هوشیار برای در آوردن لباس های آلوده کمک کنید و سموم را از روی پوست بشویید. - از راه دهان به بیماران مسموم چیزی نخورانید. - ارجاع فوری دهید.

فوریت ها (۵تا ۱۸سال)

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدامات
پارگی ناحیه سطحی پوست، قرمزی، تاول، کنده شدن پوست، احساس سوزش و درد و آسیب لایه های زیرین پوست در موارد شدید	سوختگی	- محل سوختگی را زیر جریان آب تمیز و خنک به مدت حداقل ۱۵ تا ۲۰ دقیقه تا زمان برطرف شدن درد قرار دهید» - لباس های تنگ و سوخته و زیور آلات را از تن مصدوم خارج کنید. در صورتی که لباس محل سوختگی چسبیده باشد، به جای سعی در کندن آن، اطراف آن را قیچی کنید. از یک پانسمان تمیز غیر چسبنده یا یک پارچه کتان بدون پرز، بدون مالیدن دارو استفاده کنید. اندامی را که دچار سوختگی شده بی‌حرکت کرده، از سطح بدن بالاتر نگه‌دارید. به علت خطر مسمومیت با گازهای سمی، قربانی را در هوای آزاد قرار داده و به وضعیت تنفس وی توجه کنید. - اگر مصدوم هوشیار نیست طبق دستور مربوطه اقدام کنید. - ارجاع فوری دهید
آسیب سرمایی به اندام‌ها در اثر تماس طولانی مدت با سرمای خشک یا مرطوب به صورت قرمزی، تورم، کبودی و حتی زخم و تاول اغلب در انگشتان دست و پا، لاله گوش و بینی	سرمازدگی و یخ زدگی	- مصدوم را از محیط سرد دور کنید. - لباس، جوراب و کفش‌های خیس را هرچه سریع تر خارج نمایید. - عضو سرمازده را به ملایمت خشک کنید. - آن را بالاتر از سطح بدن قرار دهید. - از حرارت مستقیم برای گرم کردن عضو استفاده نکنید. - هرگز تاول‌ها را تخلیه نکنید. - برای گرم کردن عضو آسیب دیده در موارد خفیف، دور آن پتو بپیچید. - از ذوب کردن اندام یخ زده پرهیز کنید. - از پماد یا داروی موضعی استفاده نکنید. - اجازه راه رفتن روی پای یخ زده را به مصدوم ندهید. - از مالیدن برف یا ماساژ اندام یخ زده جداً خودداری کنید. - ارجاع فوری دهید.

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدامات
علایم گرمازدگی از آسیب‌های خفیف مانند تورم اندام تحتانی، عرق سوز، گرفتگی‌های عضلانی تا یک تظاهرات شدید و حاد به صورت از دست دادن شدید مایعات بدن، تحریک‌پذیری، گیجی، پرخاشگری، تشنج و کاهش سطح هوشیاری بروز می کند.	گرمازدگی	– مصدوم را از محیط گرم به خنک ترین جای ممکن و دور از تابش مستقیم آفتاب منتقل کنید. وی را در وضعیت نیم نشسته قرار دهید به طوری که پاهایش کمی بالاتر قرار گیرد. – در صورت امکان، لباس های قربانی را در آورده و بر روی بدنش آب ولرم بپاشید یا اسپری کنید و سپس با باد زدن سعی در خنک کردن وی کنید. – مراقب راه هوایی و تنفس فرد بوده و در صورت عدم وجود خطر و با احتیاط به وی مایعات خنک (دوغ یا آب میوه و نمک) بنوشانید. – در نواحی عرق‌سوز از پودر بچه، تالک و ... استفاده نکنید. ارجاع فوری دهید.
	غرق‌شدگی	– در اولین فرصت ممکن(در حین خارج سازی)، عملیات احیا را آغاز کنید. – سعی در تخلیه آب وارد شده به معده یا ریه ها (مانند فشار روی شکم)نکنید. – همه مصدومان حتی موارد بی‌علامت را به بیمارستان ارجاع فوری دهید. – در حین انتقال مصدوم را گرم نگه‌دارید.
از دست دادن هوشیاری، توقف ضربان قلب، سوختگی های عمیق	برق گرفتگی و صاعقه زدگی	– جریان برق را قطع کنید، بروی یک جسم عایق بایستید و بدن مصدوم را در قسمت بدون لباس لمس نکنید . – اگر عامل برق‌گرفتگی، سقوط کابل فشارقوی بروی زمین است، باید حداقل ۹ متر از آن دور شوید. – توجه داشته باشید، چوب و وسایل پلاستیکی، در برابر جریان‌های فشار قوی عایق نیستند. – در موارد صاعقه‌زدگی، مصدوم را از مکان مرتفع و مجاورت با درخت، ماشین، کنار دریا و دریاچه دور نمایید. – در صورت لزوم در اولین فرصت عملیات احیا را آغاز کنید. – در موارد سوختگی، مطابق دستورالعمل مربوطه رفتار کنید. – ارجاع فوری دهید

راهنماها و توصیه ها

توصیه های تغذیه ای

چگونه می توان تغذیه درست داشت؟

شرط اصلی سالم زیستن، داشتن تغذیه صحیح است. یک برنامه غذایی سالم موجب سلامت جسم و روان می شود .تغذیه صحیح یعنی رعایت سه اصل تعادل و تنوع و تناسب در برنامه غذایی روزانه.تعادل به معنی مصرف مقادیر کافی از موادمغذی مورد نیاز برای حفظ سلامت بدن ، تنوع یعنی مصرف انواع مختلف مواد غذایی از ۶ گروه اصلی غذایی و تناسب یعنی هر فردی با توجه به سن ، جنس و شرایط جسمی خود از گروه های مختلف مواد غذایی دریافت کند.

بهترین راه اطمینان از تعادل و تنوع و تناسب در غذای روزانه استفاده از هر ۶ گروه اصلی غذایی است.۶ گروه اصلی غذایی عبارتند از: گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات، گروه گوشت و تخم مرغ و گروه حبوبات و مغزها. مواد غذایی هر گروه، دارای ارزش غذایی تقریباً یکسان هستند و می توان از یکی به جای دیگری استفاده کرد.مقایسه مقدار مصرف روزانه از گروه های غذایی را می توان با استفاده از شکل یک هرم نشان داد.

هرم غذایی چیست؟

هرم غذایی نشان دهنده گروه های غذایی و موادی است که در هر گروه جای می گیرند. قرار گرفتن موادغذایی در بالای هرم که کم ترین حجم را در هرم اشغال می کند به این معنی است که افراد بزرگسال باید از این دسته از مواد غذایی کم تر مصرف کنند (مانند قندها و چربی ها). هر چه از بالای هرم به سمت پایین نزدیک می شویم حجمی که گروه های غذایی به خود اختصاص می دهند بیشتر می شود که به این معنی است که مقدار مصرف روزانه این دسته از مواد غذایی باید بیشتر باشد.شناسایی گروه های غذایی به عنوان راهنمایی برای تغذیه کلیه گروه های سنی در جامعه ضروری است و پایه و اساس برنامه ریزی غذایی است که البته در گروه های سنی مختلف قابل انطباق با شرایط ویژه آن گروه می باشد.

معرفی گروه های غذایی :

هرفرد برای دستیابی به سلامت، نیاز به مصرف روزانه تمام گروه های غذایی دارد. مواد غذایی به۶ گروه اصلی غذایی تقسیم می شوند که عبارتند از:

۱. نان و غلات
۲. سبزی ها
۳. میوه ها
۴. شیر و فرآورده های آن
۵. گوشت، و تخم مرغ
۶. حبوبات و مغز دانه

نکته: چربی ها و شیرینی ها گروه متفرقه محسوب می شوند و باید به مقدار کم مصرف شوند. (عکس هرم وآخرین هرم گذاشته شود)



گروه نان و غلات :

• مـواد غذایـی ایـن گـروه، شـامل انـواع نـان بخصـوص نـوع سـبوس دار(سـنگک، نـان جـو)، نـان هـای سـنتی سـفید(لواش و تافتـون)، برنـج، انـواع ماکارونـی و رشـته هـا، غـلات صبحانـه و فـرآورده هـای آن هـا بـه ویـژه محصـولات تهیـه شـده از دانـه کامـل غـلات اسـت .گـروه نـان و غـلات منبـع کربوهیـدرات هـای پیچیـده و فیبـر (مـواد غیـر قابـل هضـم گیاهـی)، برخـی ویتامیـن هـای گـروه B، آهـن، پروتئیـن و منیزیـم مـی باشـد . بـرای کامـل کـردن پروتئیـن گـروه نـان و غـلات بهتـر اسـت آنهـا را بـه صـورت مخلـوط بـا حبوبـات مثـلا عـدس پلـو، باقـلا پلـو، مـاش پلـو ،عدسـی بـا نـان مصـرف نمـود تـا همـه اسـید امینـه هـای ضـروری تامیـن شـود

میزان توصیه شده مصرف روزانه ۱۱- ۶ واحد است .

هر واحد از این گروه برابر است با :

• ۳۰ گرم نان یا یک کف دست بدون انگشتان یا یک برش ۱۰× ۱۰ سانتی متری از نان بربری، سنگک و تافتون و برای نان لواش ۴ کف دست، یا

• ۳۰ گرم یا سه چهارم لیوان غلات صبحانه، یا

• نصف لیوان برنج یا ماکارونی پخته، یا

• ۳ عدد بیسکویت ساده بخصوص نوع سبوس دار

چگونه باید از گروه نان و غلات استفاده کرد؟

- تا حد امکان برنج باید به صورت کته مصرف شود، زیرا آبکش کردن برنج موجب می‌شود که ویتامین‌های گروه B موجود در برنج، در آب حل شده و دور ریخته شود.
- به جای استفاده از نان‌های سفید که از آرد بدون سبوس تهیه می‌شوند، از نان‌های سبوس‌دار مثل نان سنگک، نان جو و یا نان‌های مشابه استفاده شود. هم چنین از نان‌هایی استفاده شود که در تهیه آنها جوش شیرین بکار نرفته است.
- به جای نان وبرنج می توان از ماکارونی ، خصوصا از نوع سبوس دار آن استفاده کرد.
- انواع غلات بو داده مثل برنجک، گندم برشته و ذرت بو داده تنقلات غذایی با ارزشی هستند و دانش‌آموزان می‌توانند به عنوان میان وعده از آنها استفاده کنند.

گروه سبزی ها:

این گروه شامل انواع سبزی های برگ دار، انواع کلم، هویج، بادمجان، نخود سبز، لوبیا سبز، انواع کدو، فلفل، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز می باشد .این گروه دارای انواع ویتامین های A،B وC، مواد معدنی مانند پتاسیم، منیزیوم و مقدار قابل توجهی فیبر است . این گروه نسبت به سایر گروه ها انرژ ی و پروتئین کمتری دارند و در مقایسه با گروه میوه ها فیبر بیشتری دارند. در کل ارزش کالری زایی این گروه به غیر از بعضی از سبزی های نشاسته ای مانند: سیب زمینی ، ذرت ، نخود فرنگی و... از سایر گروه ها کمتر است .میزان توصیه شده مصرف روزانه سبزی ها ۵- ۳ واحد است.

هر واحد سبزی برابر است با :

- یک لیوان سبزی های خام برگ دار (اسفناج و کاهو)، یا
- نصف لیوان سبزی های پخته یا
- نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و هویج خرد شده، یا
- یک عدد گوجه فرنگی یا هویج یا خیار متوسط

چگونه باید از گروه سبزی ها استفاده کرد؟

- تا حد امکان سبزی‌ها را باید به صورت خام مصرف کنید زیرا پختن سبزی‌ها به ویژه اگر به مدت طولانی باشد موجب از بین رفتن ویتامین‌های آن می‌شود. از انواع سبزی ها می توان سبزی خوردن، گوجه فرنگی، پیاز، خیار، گل‌کلم، هویج ، شلغم، ترب و انواع فلفل سبز ، مثال‌هایی را نام برد که باید کودکان و نوجوانان را تشویق کرد که همراه با غذا از آن استفاده کنند. (اول آب را به جوش آورید وبعد سبزی را داخل آن ریخت ودرب ظرف بسته باشد.)
- می‌توانید انواع ساندویچ‌ها را با سبزی‌های مختلف به عنوان میان‌وعده مصرف کنید. مثلاً نان و پنیر و سبزی، نان و پنیر وگوجه فرنگی، نان و پنیر و خیار، نان و تخم‌مرغ و گوجه فرنگی ، نان و کوکو یا کتلت با سبزیهای متنوع
- اگر برای وعده ناهار یا شام سالاد در نظر گرفته می‌شود نباید از ساعات قبل سالاد را تهیه کرد، زیرا ویتامین‌های موجود در اجزاء سالاد مثل گوجه فرنگی، پیاز، فلفل دلمه ای و... در معرض هوا تخریب شده و از بین می‌رود.

• کودک یا نوجوان را تشویق کنید که از جوانه غلات و حبوبات مثل عدس و ماش وگندم همراه با سالاد استفاده کنند. اگر مادران در منزل جوانه تهیه کنند، حتی به عنوان تنقلات می‌توانند برای افراد خانواده از آن استفاده کنند.
• استفاده از چاشنی‌هایی مانند آب لیمو، آب نارنج، آب غوره و روغن زیتون برای سالاد سالم‌تر از انواع سس‌های چرب مثل مایونز و سس سالاد است. می‌توان در منزل با استفاده از ماست کم چرب، آب لیمو یا سرکه و روغن زیتون یک سس سالم برای سالاد تهیه کرد.
• از انواع سبزی‌های پخته مثل هویج پخته، لوبیا سبز، نخود فرنگی پخته، کدو حلوایی و لبو، گل کلم، کرفس، ریواس، کنگر، بادمجان و کدوی خورشتی همراه با غذا استفاده شود.
• سبزی هایی مثل اسفناج بهتر است با آب کم و با حرارت کم پخته شوند که ویتامین‌های خود را ازدست ندهند. لوبیاسبز، نخود فرنگی، هویج، چغندر، کدو حلوایی و کدوی خورشتی باید به صورتی پخته شوند که در انتهای طبخ آب افزوده شده کاملاً به خورد آن رفته باشد.
• پختن سبزی ها در آب زیاد موجب حل شدن ویتامین‌ها و املاح در آب می‌شود و به این ترتیب مقدار زیادی از این مواد از دست می‌روند. در صورتی که پس از طبخ سبزی‌ها مقداری از آب آن باقی ماند، از آن در طبخ غذاها باید استفاده شود.
• در هنگام مصرف سبزی‌های خام مثل سبزی خوردن، باید دقت شود که کاملاً شسته و ضدعفونی شده باشند(مطابق دستورالعمل ارسالی بهداشت محیط). *

گروه میوه ها:

این گروه شامل انواع میوه، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه ها و میوه های خشک (خشکبار) می باشد . میوه‌ها نیز مانند سبزی ها در مقایسه با گروه‌های دیگر انرژی و پروتئین کمتری دارند. مواد مغذی مهم این گروه شامل ویتامین‌A،C، فیبر و مواد معدنی است. میوه ها حاوی آنتی اکسیدان ها می باشند. آنتی‌اکسیدان‌ها (ویتامین C،A،E، سلنیوم و بتا کاروتن) مواد سلامت بخشی هستند که شادابی و سلامت پوست، کاهش فرآیند پیری و مبارزه با عومل سرطان‌زا از مهم‌ترین خواص آن‌ها می‌باشد. میوه های غنی از ویتامین C شامل انواع مرکبات (مانند پرتغال، نارنگی، لیمو ترش، لیمو شیرین) و انواع توتها می باشد که در ترمیم زخمها و افزایش جذب آهن نقش مهمی دارند و در برنامه غذایی کودکان جایگاه ویژه ای دارند. میوه های غنی از بتا کاروتن (پیش ساز ویتامین A)عبارتند از طالبی، خرمالو، شلیل و هلو، که مصرف این گروه نیز در جلو گیری از خشکی پوست، افزایش مقاومت بدن در برابر عفونت ، رشد کودکان و نوجوانان و سلامت چشم نقش مهمی دارند. بطور کلی تمام سبزی ها و میوه های به رنگ سبز تیره ، زرد ، نارنجی ، قرمز حاوی بتا کاروتن هستند. میزان مورد نیاز مصرف روزانه میوه ها ۴ - ۲ واحد است .

هر واحد از این گروه برابر است با:

• یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی)، یا
• نصف گریپ فروت، یا
• نصف لیوان میوه های ریز مثل توت، انگور، انار، یا
• نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه، یا
• یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار ، یا
• سه چهارم لیوان آب میوه تازه و طبیعی

چگونه باید از گروه میوه ها استفاده کرد؟

- میوه های تازه یا آب‌میوه تازه و طبیعی را به عنوان میان وعده در طول روز مصرف کنید. بیشتر از میوه‌های تازه بجای آب میوه استفاده کنید، تا بتوانید از ارزش فیبر آنها بیشتر بهره ببرید.
- صبح ها میوه تازه یا آب میوه تازه و طبیعی میل کنید. آب میوه صنعتی به هیچ وجه جایگزین آب میوه طبیعی نخواهد شد.
- میوه‌های خرد شده و قطعه قطعه شده را سعی کنید سریع مصرف کنید و تا زمان مصرف در یخچال نگهداری کنید. زیرا با پوست کندن و قطعه قطعه کردن و با آسیب به بافت میوه به مرور محتوای ویتامین ها در آن کم خواهد شد.
- در هنگام خرید، میوه هایی راخریداری کنید که بافت و پوست سالمی دارند و بیش از حد نرم نشده اند.
- تنوع را در مصرف میوه ها رعایت کنید. زیرا ترکیب میوه ها نیز با هم متفاوت می باشد. بدین ترتیب ویتامین ها و ترکیبات مختلف را دریافت می کنید.
- میوه‌ها را قبل از مصرف بشوئید تا آلودگی ها از سطح آن پاک شود . بهتر است قبل از مصرف پوست میوه ها را جدا کنید.
- اگر پوست میوه را جدا کردید از قرار دادن آن در مجاورت هوا خودداری کنید زیرا ویتامین‌های آن به خصوص ویتامین C از بین می‌رود.
- آب میوه های طبیعی بخورید و از خوردن آب میوه های صنعتی که حاوی قند افزوده هستند ، پرهیز کنید،
- در میان وعده می توانید از میوه های خشک استفاده کنید ولی توجه داشته باشید که میوه‌های خشک قند زیادی دارند . بنابراین سعی کنید تا حد امکان خود میوه تازه را مصرف کنید.

گروه شیر و لبنیات :

این گروه شامل شیر و فرآورده های آن (ماست، پنیر، کشک، بستنی و دوغ) می باشد که توصیه می شود از انواع کم چرب آن استفاده شود. این گروه دارای کلسیم، پروتئین، فسفر، ویتامین B12 و B2 و سایر مواد مغذی می باشد و بهترین منبع تامین کننده کلسیم است که برای رشد و استحکام استخوان و دندان ضروری است.

میزان توصیه شده مصرف روزانه لبنیات ۳- ۲ واحد است .

یک واحد از یک گروه برابر است با :

- یک لیوان شیر یا ماست کم چرب(کم تر از ۲,۵ درصد)،
- ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر معمولی معادل یک و نیم قوطی کبریت، یا
- یک چهارم لیوان کشک، یا
- ۲ لیوان دوغ، یا
- یک و نیم لیوان بستنی پاستوریزه

چگونه باید از گروه لبنیات استفاده کرد ؟

- از لبنیات کم‌چربی و یا بدون چربی استفاده شود.

ویتامین‌های محلول در چربی بویژه ویتامین A که در چربی شیر و لبنیات وجود دارد برای رشد بدن ضروری است. از سوی دیگر چربی یکی از منابع عمده تأمین انرژی است و در دوران رشد، نیاز به انرژی بالاست. در سنین مدرسه و بلوغ ، شیر و لبنیات کم چرب (کمتر از ۲/۵%) مصرف شود.

- از مصرف پنیر تازه باید پرهیز شود مگر اینکه با شیر پاستوریزه تهیه شده باشد.
- هنگام استفاده از کشک باید دقت شود کپک زدگی و بوی نامطبوع نداشته باشد. کشک مایع را قبل از مصرف باید به مدت ۵ دقیقه جوشاند.
- از بستنی‌هایی که با شیر جوشیده شده و یا پاستوریزه تهیه شده‌اند باید استفاده شود.
- از پنیر و دوغ کم نمک استفاده شود .

گروه گوشت و تخم مرغ

انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) و تخم‌مرغ در این گروه قرار می‌گیرند این گروه، نقش مهمی در تأمین پروتئین بدن دارند و علاوه بر پروتئین، آهن و روی نیز دارند و به همین دلیل برای رشد و خونسازی مناسب لازم هستند.مواد غذایی این گروه نقش مهمی در تامین پروتئین و ریز مغذی از جمله آهن و روی دارند.

میزان توصیه شده مصرف روزانه برابر با ۲- ۱ واحد است.

هر واحداز این گروه برابر است با :

- ۲ تکه (هر تکه ۳۰ گرم) گوشت خورشتی پخته، یا
- نصف ران متوسط مرغ یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست)، یا
- یک تکه ماهی به اندازه کف دست (بدون انگشت) ، یا
- دو عدد تخم مرغ

چگونه باید از گروه گوشت و تخم مرغ استفاده کرد ؟

- چربی و کلسترول زبان وکله پاچه زیاد است. این مواد غذایی را خیلی کم مصرف کنید.
- بهتر است بیشتر از گوشت های سفید مانند مرغ و ماهی به جای گوشت قرمز استفاده کنید.
- ماهی و آبزیان منبع خوبی از امگا۳ هستند . حداقل هفته ای ۲ مرتبه از آن ها استفاده کنید.
- فرآورده های گوشتی مثل سوسیس، کالباس و همبرگر حاوی مقادیر زیادی نمک و چربی نوع اشباع و ترانس هستند بنابراین مصرف این غذاها را کاهش دهید .
- حتما در بسته بندی‌های محصولات گوشتی از کیسه‌های پلاستیکی استفاده کنید که نسبت به رطوبت و هوا نفوذ ناپذیر باشند در غیر این

صورت این مواد غذایی دچار پدیده سوختگی سطحی می‌شوند که علاوه بر از دست دادن ویژگی‌های کیفی، ارزش غذایی آن نیز کاهش پیدا می‌کند.
• کلسترول بد (LDL) خطر بیماری های عروق کرونری قلب را افزایش می دهد. تعدادی از غذاهای موجود در این گروه شامل قسمتهای چرب گوشت گاو، بره و سوسیس وکالباس ، هات داگ در صورت مصرف زیاد موجب افزایش کلسترول بد می شوند.

۶- گروه حبوبات و مغز دانه ها:

حبوبات (نخود، لوبیا، عدس، باقلا، لپه، ماش) و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه‌ها) در این گروه قرار دارند. حبوبات ، منبع خوبی از پروتئین هستند و به صورت ترکیب با غلات، پروتئین با کیفیت بالا را برای بدن تأمین می‌کنند همچنین مغزها (گردو، فندق، بادام و پسته) میان وعده های مناسب برای تامین پروتئین، چربی مطلوب ، انرژی و برخی از مواد مغذی مانند آهن هستند. میزان توصیه شده مصرف روزانه برابر با ۱ واحد است.

هر واحداز این گروه برابر است با :

• یک لیوان حبوبات پخته، یا
• یک سوم لیوان مغز دانه ها (گردو، بادام، فندق، پسته وتخمه و...)

چگونه باید از گروه حبوبات و مغز دانه ها استفاده کرد؟

•مغزها علاوه بر پروتئین حاوی مقدار زیادی چربی نیز هستند و مصرف زیاد آنها می تواند موجب اضافه وزن وچاقی بشود.
• بهتر است مغزها (گردو، فندق، بادام و پسته) را خام بخورید. اگر نوع بو داده آن را می خورید از نوع کم نمک آن استفاده کنید.
• دانه های آفتابگردان، بادام، فندق غنی ترین منبع ویتامین E در این گروه می باشند. برای دریافت مقدار توصیه شده ی روزانه ویتامین E از مغزدانه ها و دانه های روغنی مصرف نمایید.
• حبوبات منبع خوبی از پروتئین، ویتامین ها و مواد معدنی هستند. بنابراین در وعده های غذایی اصلی (مثل صبحانه) خوراک هایی مثل عدسی و لوبیا پخته بخورید.
• برای افزایش مصرف حبوبات می توانید راهکار های مختلفی همچون استفاده از حبوبات مثل لپه ،عدس یا نخود در تهیه کوکو یا کتلت را به کار گیرید .
• ترکیب حبوبات با غلات ارزش پروتئینی بالایی دارد پس بهتر است بیشتر برنج را به صورت مخلوط با حبوبات مثل باقلا پلو، عدس پلو، ماش پلو، لوبیا چشم بلبلی با پلو و .... مصرف کنید.
• به مواد غذایی حاوی حبوبات (عدسی خوراک لوبیا و ....) چاشنی های حاوی ویتامینC مثل آبلیمو یا نارنج به منظور افزایش جذب آهن حبوبات ، اضافه کنید. همچنین ترکیب حبوبات با گوشت هم باعث افزایش جذب آهن هر دو ماده غذایی می شود.

گروه متفرقه:

این گروه شامل انواع مواد قندی و چربی ها است. توصیه می شود افراد بزرگسال در برنامه غذایی روزانه از این گروه کم تر مصرف کنند.
انواع مواد غذایی این گروه عبارتنداز:
الف- چربی ها (روغن های جامد و روغن های مایع، پیه، دنبه، کره، خامه، سرشیر و سس های چرب مثل مایونز)
ب- شیرینی ها و مواد قندی (مثل انواع مربا، شربت، قند و شکر، انواع شیرینی های خشک و تر، انواع پیراشکی، آب نبات و شکلات)
پ- ترشی ها، شورها و چاشنی ها (انواع ترشی و شور، فلفل، نمک، زردچوبه، دارچین و غیره).
ت- نوشیدنی ها (نوشابه های گازدار، چای، قهوه، انواع آب میوه های صنعتی و پودرهای آماده مثل پودر پرتقال و غیره).

چند توصیه:

- از مصرف روغن جامد پرهیز شود و از روغن مایع مخصوص پخت وپز برای پخت وپزاستفاده شود .
- از حرارت دادن روغن ها با شعله بالا و به مدت طولانی خودداری و برای سرخ کردن از روغن مایع مخصوص سرخ کردن استفاده شود.
- مصرف چربی ها، شیرینی ها و چاشنی ها بسیار محدود شود.
- بهتر است از روغن های مناسب تر همچون زیتون و کنجد در پخت و پز و سالاد استفاده شود. لازم به ذکر است که در هنگام استفاده از این نوع روغن از شعله ملایم استفاده شود.
- مصرف نوشیدنی های ذکر شده در گروه متفرقه محدود شود و به جای آن ها نوشیدنی های سالم مثل آب، شیر، آب میوه تازه و دوغ کم نمک میل شود.
- برای رفع تشنگی، نوشیدن آب ساده بر هر آشامیدنی دیگری ترجیح دارد.
- مصرف غلات حجیم شده و چیپس به دلیل داشتن چربی و نمک زیاد باید محدود شود.
- نمک باید به میزان کم مصرف شود و از نوع نمک یددار تصفیه شده باشد.

نیازهای تغذیه‌ای در سنین مدرسه

نیازهای تغذیه‌ای

غذاها از مواد مغذی تشکیل شده‌اند و تغذیه صحیح یعنی خوردن غذای کافی و مناسب و دریافت مقدار لازم و کافی از هر یک از این مواد مغذی که برای حفظ سلامت به طور روزانه لازمند. این نیازها با توجه به شرایط جسمی، محیطی و فردی متفاوتند و براساس سن، جنس، شرایط فیزیولوژیک، اندازه بدن و میزان فعالیت فرد تعیین می‌شوند.
انرژی: دوران بلوغ شروع جهش رشد است. بنابراین، تأمین انرژی مورد نیاز بسیار ضروری است. میزان انرژی مورد نیاز دانش‌آموزان، به دلیل تفاوت در اندازه بدن، میزان تحرک و سرعت رشد آن ها متفاوت است و هر چه میزان تحرک و فعالیت بدنی دانش‌آموز بیشتر باشد به انرژی بیشتری نیاز دارد. کربوهیدرات‌ها که بیشتر در نان و غلات وجود دارند و همچنین چربی‌ها منابع تأمین کننده انرژی هستند.

پروتئین: پروتئین برای نگهداری و ترمیم بافت‌ها و ساختن سلول‌ها و بافت‌های جدید مورد نیاز است. ترکیبی از پروتئین حیوانی و گیاهی به شرط آنکه انرژی دریافتی دانش‌آموز کافی باشد می‌تواند نیاز بدن را برای رشد تأمین نماید. توصیه می‌شود حتی الامکان پروتئین حیوانی مانند پروتئین موجود در شیر، گوشت و تخم‌مرغ که پروتئین با کیفیت خوب محسوب می‌شوند در برنامه غذایی روزانه دانش‌آموز گنجانده شود. در صورتی که در میان وعده نان و پنیر، نان و تخم‌مرغ، کتلت، انواع کوکوها مثل کوکوی سیب زمینی و یا کوکوی سبزی و یا شیر مصرف شود، بخشی از پروتئین مورد نیاز این سنین تأمین می‌شود.

ویتامین‌ها و املاح معدنی: ویتامین‌ها و املاح معدنی از طریق پنج گروه غذایی اصلی در برنامه غذایی روزانه باید به بدن برسند. برخی از ویتامین‌ها و املاح معدنی در دوران رشد نقش اساسی دارند و کمبود آن ها موجب اختلال رشد دانش‌آموز می‌شود. شایع ترین کمبودهای ویتامینی در این دوران، کمبود ویتامین A و D و شایع ترین کمبودهای املاح، کمبود ید، آهن، روی و کلسیم است.

اهمیت صرف صبحانه

نخوردن صبحانه می‌تواند اثرات منفی بر یادگیری دانش‌آموزان داشته باشد. در شرایط ناشتایی کوتاه مدت معمولاً سطح گلوکز خون به نحوی تنظیم می‌شود که به عملکرد طبیعی مغز لطمه وارد نشود و اگر مدت زمان ناشتایی طولانی‌تر باشد، به دلیل افت قند خون، مغز قادر به فعالیت طبیعی خود نیست و در نتیجه یادگیری و تمرکز حواس مختل می‌شود. دانش‌آموزانی که صبحانه نمی‌خورند بیشتر در معرض اضافه‌وزن و چاقی قرار دارند. نخوردن صبحانه و ناشتایی طولانی مدت، موجب افت قند خون شده و در نتیجه در وعده ناهار به علت گرسنگی و اشتهای زیاد، غذای بیشتری خورده می‌شود که در نهایت اضافه‌وزن و چاقی را به دنبال دارد.

نکته: برای این که دانش‌آموزان اشتهای کافی برای خوردن صبحانه داشته باشند باید شام را در ساعات ابتدای شب صرف کنند و حتی الامکان شب‌ها زودتر بخوابند تا صبح‌ها بتوانند زودتر بیدار شوند و وقت کافی برای خوردن صبحانه داشته باشند. اگر والدین صبحانه را به عنوان یک وعده غذایی مهم تلقی کنند و هر روز دور سفره صبحانه بنشینند، خود مشوق دانش‌آموزان برای صرف صبحانه خواهند بود. والدین باید سحرخیزی، ورزش و نرمش صبحگاهی و خوردن صبحانه در محیط گرم خانواده را به کودکان خود بیاموزند. غذاهایی مثل فرنی، شیربرنج، حلیم و عدسی از ارزش غذایی بالایی برخوردارند. این غذاها را می‌توان در وعده صبحانه به دانش‌آموزان داد. غذاهایی از قبیل نان و پنیر و گردو، نان و تخم‌مرغ و گوجه فرنگی، نان و کره و مربا، نان و کره و عسل، نان و کره و خرما، همراه با یک لیوان شیر، یک صبحانه سالم و مغذی برای دانش‌آموزان به‌شمار می‌روند. یکی از دلایل نخوردن صبحانه در دانش‌آموزان تکراری و یکنواخت بودن آن است. تنوع در صبحانه، دانش‌آموزان را به خوردن صبحانه تشویق می‌کند.

میان وعده‌ها

دانش‌آموزان علاوه بر سه وعده غذایی اصلی به میان وعده نیز نیاز دارند. در این سنین دانش‌آموزان باید برای نگه‌داشتن غلظت قند خون در حد طبیعی، هر ۴ تا ۶ ساعت غذا بخورند تا فعالیت سیستم عصبی و عملکرد مغز در حد مطلوب باقی بماند.

ارزش غذایی میان وعده‌ها باید در نظر گرفته شود. موادی چون چیپس، غلات حجیم شده ارزش غذایی کمی دارند. استفاده از انجیر خشک، توت خشک، بادام، پسته، گردو، برگه زردآلو و انواع میوه‌ها نظیر سیب، پرتقال، نارنگی، هلو، زردآلو، لیمو شیرین و... سبزی هایی نظیر هویج، کاهو، خیار و ساندویچ‌هایی مانند نان و پنیر و سبزی، انواع کوکو و کتلت، نان و پنیر و خرما، می‌توانند به عنوان میان وعده در برنامه غذایی دانش‌آموزان قرار گیرد.

نکات زیررا در تغذیه دانش‌آموزان به خاطر داشته باشید:

- انرژی و مواد مغذی مورد نیاز دانش‌آموزان در این سنین بستگی به اندازه بدن، سرعت رشد و میزان فعالیت آن ها دارد. بنابراین یک الگوی غذایی یکسان برای دانش‌آموزان نمی‌توان تعیین کرد.
- تشویق دانش‌آموزان به ورزش موجب سوختن کالری دریافتی روزانه، شادابی و جلوگیری از اضافه‌وزن و چاقی می‌شود.
- سرعت رشد دانش‌آموزان روز به روز در حال تغییر است بنابراین دریافت روزانه آن ها از نظر انرژی و موادمغذی و به طور کلی مقدار غذای مصرفی آن ها روز به روز تغییر می‌کند.
- سوء تغذیه در این دوران موجب کاهش سرعت رشد جسمی، کوتاه‌قدی و کاهش قدرت یادگیری می‌شود.
- استرس ناشی از رفتار اولیاء و مربیان یا استرس‌های مربوط به امتحانات می‌تواند روی اشتهای دانش‌آموزان اثر بگذارد. اگر این تأثیر موقت باشد مشکلی ایجاد نمی‌کند، ولی ادامه بی‌اشتهایی دانش‌آموزان می‌تواند مشکل آفرین باشد. در این صورت باید با شناسایی و رفع مشکل به دانش‌آموزان کمک شود. گاهی اوقات استرس موجب زیادخواری دانش‌آموزان می‌شود. در مورد دانش‌آموزان چاق این مساله مهم و قابل توجه است. آموزش مناسب و مشاوره با دانش‌آموزان می‌تواند تا حدودی مشکل آنان را کم کند.
- دانش‌آموزان رفتارهای غذایی والدین را الگوی خود قرار می‌دهند. بنابراین امتناع والدین از خوردن برخی از غذاها موجب می‌شود که دانش‌آموزان نیز آن غذاها را هر چند که دارای ارزش غذایی بالایی باشند، نخورند.

مقایسه میزان مورد نیاز مواد غذایی بر حسب گروه های غذایی برای گروه سنی ۱۸- ۵ سال

گروه‌های غذایی	واحد های مورد نیاز			معادل هر واحد	منابع غذایی
	۵ سال	۶ تا ۱۱ سال	۱۲ تا ۱۸ سال		
نان و غلات	۶	۶-۱۱	۹-۱۱	- یک کف دست بدون انگشت (معادل ۳۰ گرم) انواع نان ها مثل نان بربری، سنگگ یا - ۴ کف دست نان لواش (معادل ۳۰ گرم)یا - نصف لیوان برنج یا ماکارونی پخته یا - ۳ عدد بیسکویت ساده بخصوص سبوس دار	این گروه شامل انواع نان بخصوص نوع سبوس دار (سنگگ، نان جو، ...) نان های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته ها، غلات صبحانه و فرآورده های آنها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است. بهتر است نان و غلات سبوس دار را به دلیل تامین فیبر مورد نیاز در الویت قرار دهیم.
سبزی ها	۲	۲-۳	۳-۵	- یک لیوان سبزی های خام برگی یا - نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده یا - یک عدد گوجه فرنگی، پیاز، هویج یا خیار متوسط یا - نصف لیوان آب هویج یا - نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و یا هویج خرد شده یا	این گروه شامل انواع سبزی های برگ دار، هویج، بادمجان، نخود سبز، انواع کدو، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز، کرفس، ریواس و سبزیجات مشابه دیگر است.
میوه‌ها	۲	۲-۳	۲-۴	- یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی و ...) یا - نصف لیوان میوه های ریز مثل توت، انگور، دانه های انار یا - نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه یا - یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار یا - نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی و در مورد میوه های شیرین مانند آب انگور یک سوم لیوان	این گروه شامل انواع میوه مثل سیب، موز، پرتقال، خرما، انجیر تازه، انگور، برگه آلو، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه ها و میوه های خشک مثل انجیر خشک، کشمش، برگه آلو، می باشد.

گروه‌های غذایی	واحد های مورد نیاز			معادل هر واحد	منابع غذایی
	۵ سال	۶ تا ۱۱ سال	۱۲ تا ۱۸ سال		
شیر و لبنیات	۲	۲-۳	۳	- یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (کمتر از ۲/۵ درصد)یا - ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر (دو قوطی کبریت پنیر) یا - یک چهارم لیوان کشک مایع یا - ۲ لیوان دوغ یا - یک ونیم لیوان بستنی پاستوریزه	مواد این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک می باشد.
گروه گوشت و تخم مرغ	۲	۱-۲	۲	۶۰ گرم گوشت (یا دو تکه خورشتی) لخم و بی چربی پخته اعم از گوشت قرمز یا سفید (به اندازه سایز دو تکه جوجه کبابی یا دو قوطی کبریت کوچک) یا - نصف ران متوسط یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) - ۶۰ گرم گوشت ماهی پخته شده (کف دست بدون انگشت) - دو عدد تخم مرغ	مواد این گروه شامل انواع گوشت های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) تخم مرغ است.
گروه حبوبات و مغزها دانه ها	۲	۱	۱	نصف لیوان حبوبات پخته یا - یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندوق، پسته و تخمه)	مواد این گروه شامل انواع حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه و ...) و مغز دانه ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و ...) است.

توجه: برای کودکان ۵ سال گوشت ، تخم مرغ، حبوبات و مغز دانه در یک گروه قرار دارند و کودکان ۵ سال روزانه باید دو واحد از این گروه استفاده کنند

تغذیه در دوران بلوغ

مقدمه

سنین بین ۱۲ تا ۱۸ سالگی دوره نوجوانی نامیده می‌شود که مانند پلی دوران کودکی را به بزرگسالی متصل می‌کند. در این دوران از نظر جسمی و روحی تغییراتی ایجاد می‌شود که حاصل آن بلوغ جسمی و احساس استقلال در زندگی است. اصطلاح بلوغ به رشد جسمی سریع، تغییر در ترکیب بدن و بلوغ جنسی که در نهایت باروری را به دنبال دارد، اشاره می‌کند. برای تعیین نیازهای تغذیه‌ای نوجوانان و تنظیم برنامه غذایی آنها لازم است با الگوی رشد و تکامل در دوره نوجوانی آشنا شویم. در دوران بلوغ به علت افزایش سرعت رشد، نیازهای تغذیه‌ای افزایش می‌یابد و مقدار توصیه شده روزانه برای هریک از مواد مغذی به گونه‌ای است که ضمن تأمین نیاز برای جهش رشد نوجوانی، سلامت بدن را نیز حفظ می‌نماید.

اهمیت تغذیه دختران

دختران امروز مادران فردا و کلید سلامتی نسل کنونی و آینده می باشند. تمام مطالعات انجام شده نشان داده است که بسیاری از مشکلات دوران بارداری و تولد نوزادان نارس ارتباط مستقیم با وضع تغذیه مادر در زمان قبل از بارداری و سنین قبل از ازدواج دارد. دخترانی‌که زندگی خود را با تغذیه ناکافی در دوران کودکی همراه با بیماری شروع کرده و به دوره نوجوانی پا می‌گذارند، از یک طرف به علت کمبودهای تغذیه‌ای با کاهش قدرت یادگیری، افت تحصیلی، افزایش ابتلا به بیماری‌ها و کاهش توانمندی ذهنی و جسمی مواجه هستند و از سوی دیگر، پس از ازدواج نمی‌توانند دوران بارداری و شیردهی خوبی داشته باشند زیرا ذخایر بدنی مادر در دوران بارداری و شیردهی مصرف می‌شود و باعث تشدید سوء تغذیه او می‌گردد. در نتیجه، سوءتغذیه علاوه بر مادر گریبان گیر فرزندش نیز می‌شود.

به طور کلی مطالعات انجام شده نشان داده است که در دخترانی که از زمان تولد تا بلوغ غذای متعادل و کافی مصرف کرده اند در هنگام بارداری و زایمان با مشکلات کم تری روبه رو هستند. اندازه لگن بستگی به قد دارد و لگن در دخترانی که خوب تغذیه شده اند به شکلی است که وضع حمل آسان تر انجام می شود. در زنانی که در دوران کودکی به علت کمبود ویتامین D مبتلا به راشیتیسم شده اند، لگن تغییر شکل داده و زایمان آن ها اغلب با سزارین همراه است.

به علت کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن ذخایر آهن بدن آن ها تخلیه می شود. این دختران اغلب پس از ازدواج و در دوران بارداری از کمبود آهن شدید رنج می برند و در این مادران نه تنها خطر مرگ و میر به علت خونریزی هنگام زایمان افزایش می یابد بلکه نوزادانی که به دنیا می آورند کم وزن یا نارس بوده و ذخایر آهن کافی ندارند. کم خونی فقر آهن در دوران بارداری و ۲ سال اول زندگی اثرات جبران ناپذیری بر رشد و تکامل مغزی کودکان دارد و موجب کاهش بهره هوشی به میزان ۵ تا ۱۰ امتیاز می شود.

تغییرات فیزیولوژیک

بلوغ دوره‌ای از رشد و تکامل سریع می‌باشد که در آن دانش‌آموز از لحاظ فیزیکی بالغ شده و توانایی تولید مثل را پیدا می‌کند. به طور کلی دختران زودتر از پسران وارد مرحله بلوغ می‌شوند. منارک (شروع قاعدگی) اغلب به عنوان علامت بلوغ در دختران در نظر گرفته می‌شود. قاعدگی به طور متوسط در سن ۱۲/۵ سالگی اتفاق می‌افتد. با این حال شروع آن می‌تواند بین سنین ۹ تا ۱۷ سالگی باشد.

رشد قدی

در شروع دوره بلوغ (۱۰سالگی در دختران و ۱۲سالگی در پسران)، دختران و پسران در حدود ۸۴% قد مورد انتظار خود را به دست آورده‌اند. پس از آن دختران در سن ۱۳ سالگی و پسران در سن ۱۵ سالگی به ۹۵% قد مورد انتظار خود دست یافته‌اند. در طول دوران بلوغ میزان افزایش قد دخترها در حدود ۱۵ سانتی متر است. در پسران حداکثر رشد قدی در حدود ۱۴ سالگی اتفاق می‌افتد. در دوره بلوغ پسرها به طور متوسط۲۰ سانتی متر افزایش قد دارند.

رشد وزنی

میزان افزایش وزن در دوره بلوغ به موازات افزایش قد می‌باشد. از سن ۱۰ تا ۱۷سالگی دخترها به طور متوسط ۱۵کیلوگرم افزایش وزن دارند که معادل ۴۲ درصد وزن آن ها در بزرگسالی است. در همین مدت، پسرها به طور متوسط حدود ۲۰ کیلوگرم افزایش وزن دارند که معادل ۵۱ درصد وزن آن ها در بزرگسالی است.

ارزیابی وضعیت تغذیه در نوجوانی

بهترین و حساس‌ترین راه برای ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای در دوره بلوغ، پایش رشد است. با اندازه‌گیری قد و محاسبه BMI و ثبت آن بر منحنی رشد استاندارد، به همان طریقی که در بخش پایش رشد گفته شد، می‌توان وضعیت تغذیه و رشد نوجوانان را ارزیابی نمود.

نیازهای تغذیه‌ای دوران بلوغ

انرژی

نیاز به انرژی در نوجوانان در سنین بلوغ به دلیل متفاوت بودن سرعت رشد و میزان فعالیت جسمی متفاوت است. نیاز به انرژی در پسران نوجوان زیادتر است زیرا افزایش سرعت رشد پسران بیشتر بوده و عضلات آنان بیشتر از دختران است.

پروتئین

در دوران بلوغ بدن برای رشد به پروتئین نیاز دارد نوجوانان باید در برنامه غذایی روزانه خود از منابع پروتئین حیوانی [گوشت، تخم‌مرغ، شیر و لبنیات کم‌چرب (کم تر از ۲/۵% چربی)] و پروتئین گیاهی (حبوبات و غلات) بیشتر استفاده نمایند. برای افزایش ارزش غذایی بهتر است پروتئین‌های حیوانی و گیاهی همراه هم (مثلاً نان و تخم‌مرغ، نان و شیر، شیر برنج، ماکارونی با پنیر، نان و پنیر، نان و ماست) و یا دو نوع پروتئین گیاهی از منبع غلات و حبوبات با هم و هم زمان (مثلاً عدس پلو، لوبیا پلو، عدسی با نان، لوبیا با نان) مصرف گردند. انواع مغز دانه‌ها (از نوع کم نمک)

نیـز منبـع خوبـی از پروتئیـن هسـتند و بـه عنـوان میـان وعـده، بخشـی از پروتئیـن مـورد نیـاز را تأمیـن می‌کننـد. البتـه مغـز دانه‌هـا عـلاوه بـر پروتئیـن حـاوی مقادیـر زیـادی چربـی هـم هسـتند و در مصـرف آن هـا بایـد اعتـدال رعایـت شـود.

ویتامین‌ها و املاح

نوجوانـان بایـد بـا مصـرف روزانـه پنـج گـروه اصلـی غذایـی ویتامین‌هـا و امـلاح مـورد نیـاز خـود را تأمیـن نماینـد. کمبـود برخـی ویتامین‌هـا و امـلاح از جملـه ویتامیـن A و D، آهـن، روی و کلسـیم در نوجوانـان بویـژه دختـران نوجـوان شـایع‌تر اسـت.

اضافه‌وزن و چاقی

مقدمه

دوران بلـوغ نـه تنهـا بـا جهـش رشـد جسـمی بلکـه بـا تغییـرات خلـق و خـو و تحـولات عاطفـی و روانـی همـراه اسـت. در ایـن مرحلـه نوجوانـان شـناخت هویـت و کسـب اسـتقلال را تجربـه می‌کننـد. در ایـن دوران توجـه آن هـا بـه حفـظ ظاهـر و تناسـب انـدام بیشـتر جلـب می‌شـود و ایـن عوامـل، رفتارهـای غذایـی نوجوانـان را بـه شـدت تغییـر می‌دهـد. حـذف بعضـی از وعده‌هـای غذایـی، مصـرف تنقـلات، غـذا خـوردن خـارج از منـزل و علاقـه بـه مصـرف غذاهـای غیرخانگـی از ویژگی‌هـای عـادات غذایـی دوران نوجوانـی اسـت کـه متأثـر از خانـواده، دوسـتان و رسـانه‌های جمعـی اسـت.

اضافـه‌وزن و چاقـی در دانش‌آمـوزان یکـی از مهـم تریـن عوامـل خطـر سـاز بـرای فشـار خـون بـالا، دیابـت و چربـی خـون بـالا در بزرگسـالی اسـت. عـادات غذایـی غلـط از جملـه مصـرف بی‌رویـه فسـت‌فودها (سوسـیس، کالبـاس، همبرگـر، پیتـزا، سـیب‌زمینی سـرخ کـرده) چیپـس، غذاهـای چـرب و سـرخ شـده، نوشـابه‌های گازدار (کـه حـاوی مقـدار زیـادی قنـد هسـتند)، شـیرینی و شـکلات، مصـرف کـم سـبزی‌ها و میوه‌هـا و بی‌تحرکـی از دلایـل مهـم اضافـه وزن و چاقـی در دانش‌آمـوزان هسـتند.

توصیه‌های تغذیه‌ای برای دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن و چاقی

تغییر و اصلاح غذایی

- تأکیـد بـر مصـرف صبحانـه: دانش‌آموزانـی کـه صبحانـه نمی‌خورنـد در وعـده ناهـار بـه دلیـل افـت قنـد خـون، اشـتهای زیـادی بـرای غـذا خـوردن دارنـد و در نتیجـه بـا خـوردن غـذای اضافـی دچـار اضافـه‌وزن و چاقـی می‌شـوند.
- مصرف روزانه حداقل دو میان وعده غذایی مناسب مانند: میوه، نان و پنیر، نان و خیار و گوجه فرنگی و...
- صرف غذا به همراه خانواده و تشویق آن ها به کاهش مصرف غذاهای غیرخانگی
- مصرف بیشتر سبزی و سالاد در وعده غذایی
- خودداری از مصرف غذا یا تنقلات هنگام تماشای تلویزیون
- اسـتفاده از چاشـنی‌های سـالم ماننـد آبلیمـو، آب نارنـج، روغـن زیتـون بـه جـای سـس مایونـز کـه حـاوی چربـی زیـادی اسـت و یـا اسـتفاده از سـس‌های رژیمـی کم‌چـرب بـه مقـدار کـم

- محدود کردن مصرف غذاهای چرب، سرخ شده و تنقلات پرکالری و پر چرب مانند سیب زمینی سرخ شده، غلات حجیم شده، شکلات، کیک‌های خامه‌ای و شکلاتی، بستنی، شیرکاکائو، آجیل و ...
- نوشیدن آب یا دوغ کم نمک و بدون گاز و یا آب میوه طبیعی و بدون قند به جای نوشابه. نوشابه‌های گازدار حاوی مقادیر زیادی قند هستند؛ یک بطری ۳۰۰ میلی‌لیتری نوشابه حدود ۲۸ گرم (دو قاشق غذاخوری) شکر دارد.
- مصرف شیر و لبنیات کم چرب (کم تر از ۲/۵ % چربی)
- محدود کردن مصرف کره، سرشیر، خامه و سس مایونز که حاوی چربی زیادی هستند. به جای ماست پرچرب و ماست خامه‌ای از ماست کم چرب و به جای پنیر خامه‌ای از پنیر معمولی استفاده شود.
- مصرف میوه یا آب‌میوه تازه و طبیعی به جای آب‌میوه آماده و تجاری؛ به آب‌میوه آماده و تجاری معمولاً مقداری قند اضافه شده است. به جای آن ها بهتر است از آب میوه تازه و طبیعی که در منزل تهیه می‌گردد استفاده شود. به طور کلی مصرف میوه بهتر از آب آن است چون حاوی فیبر غذایی است که در پیشگیری از اضافه وزن و چاقی موثر است.
- در برنامه غذایی نوجوانان، روزانه از سبزی‌های تازه یا پخته و میوه تازه استفاده شود.
- مصرف غذاهای فیبر دار مانند نان سبوس‌دار (نان سنگک)، بیسکوئیت ساده و سبوس‌دار، خشکبار و میوه‌های خشک، میوه‌ها و سبزی‌های خام (مثل هویج، کاهو، کرفس، گل کلم و...). فیبر موجود در نان سبوس‌دار، سبزی و میوه‌ها، جذب چربی و مواد قندی را در روده کاهش می‌دهند.
- محدود کردن غذا خوردن در رستوران. غذاهای رستورانی اغلب چرب و پر نمک هستند.

دوران بلوغ نه تنها با جهش رشد جسمی بلکه با تغییرات خلق و خو و تحولات عاطفی و روانی همراه است. در این مرحله نوجوانان شناخت هویت و کسب استقلال را تجربه می‌کنند. در این دوران توجه آن ها به حفظ ظاهر و تناسب اندام بیشتر جلب می‌شود و این عوامل، رفتارهای غذایی نوجوانان را به شدت تغییر می‌دهد. حذف بعضی از وعده‌های غذایی، مصرف تنقلات، غذا خوردن خارج از منزل و علاقه به مصرف غذاهای غیرخانگی از ویژگی‌های عادات غذایی دوران نوجوانی است که متأثر از خانواده، دوستان و رسانه‌های جمعی است.

اضافه‌وزن و چاقی در دانش‌آموزان یکی از مهم ترین عوامل خطر ساز برای فشار خون بالا، دیابت و چربی خون بالا در بزرگسالی است. عادات غذایی غلط از جمله مصرف بی‌رویه فست‌فودها (سوسیس، کالباس، همبرگر، پیتزا، سیب‌زمینی سرخ کرده) چیپس، غذاهای چرب و سرخ شده، نوشابه‌های گازدار (که حاوی مقدار زیادی قند هستند)، شیرینی و شکلات، مصرف کم سبزی‌ها و میوه‌ها و بی‌تحرکی از دلایل مهم اضافه وزن و چاقی در دانش‌آموزان هستند.

توصیه‌های تغذیه‌ای برای دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن و چاقی

تغییر و اصلاح غذایی

- تأکید بر مصرف صبحانه: دانش‌آموزانی که صبحانه نمی‌خورند در وعده ناهار به دلیل افت قند خون، اشتهای زیادی برای غذا خوردن دارند و در نتیجه با خوردن غذای اضافی دچار اضافه‌وزن و چاقی می‌شوند.

- مصرف روزانه حداقل دو میان وعده غذایی مناسب مانند: میوه، نان و پنیر، نان و خیار و گوجه فرنگی و...
- صرف غذا به همراه خانواده و تشویق آن ها به کاهش مصرف غذاهای غیرخانگی
- مصرف بیشتر سبزی و سالاد در وعده غذایی
- خودداری از مصرف غذا یا تنقلات هنگام تماشای تلویزیون
- استفاده از چاشنی‌های سالم مانند آبلیمو، آب نارنج، روغن زیتون به جای سس مایونز که حاوی چربی زیادی است و یا استفاده از سس‌های رژیمی کم‌چرب به مقدار کم
- محدود کردن مصرف غذاهای چرب، سرخ شده و تنقلات پرکالری و پر چرب مانند سیب زمینی سرخ شده، غلات حجیم شده، شکلات، کیک‌های خامه‌ای و شکلاتی، بستنی، شیرکاکائو، آجیل و ...
- نوشیدن آب یا دوغ کم نمک و بدون گاز و یا آب میوه طبیعی و بدون قند به جای نوشابه. نوشابه‌های گازدار حاوی مقادیر زیادی قند هستند؛ یک بطری ۳۰۰ میلی لیتری نوشابه حدود ۲۸ گرم (دو قاشق غذاخوری) شکر دارد.
- مصرف شیر و لبنیات کم چرب (کم تر از ۲/۵ % چربی)
- محدود کردن مصرف کره، سرشیر، خامه و سس مایونز که حاوی چربی زیادی هستند. به جای ماست پرچرب و ماست خامه‌ای از ماست کم چرب و به جای پنیر خامه‌ای از پنیر معمولی استفاده شود.
- مصرف میوه یا آب‌میوه تازه و طبیعی به جای آب‌میوه آماده و تجاری. به آب‌میوه آماده و تجاری معمولاً مقداری قند اضافه شده است. به جای آن ها بهتر است از آب میوه تازه و طبیعی که در منزل تهیه می‌گردد استفاده شود. به طور کلی مصرف میوه بهتر از آب آن است چون حاوی فیبر غذایی است که در پیشگیری از اضافه وزن و چاقی موثر است.
- در برنامه غذایی نوجوانان، روزانه از سبزی‌های تازه یا پخته و میوه تازه استفاده شود.
- مصرف غذاهای فیبر دار مانند نان سبوس‌دار (نان سنگک)، بیسکویت ساده و سبوس‌دار، خشکبار و میوه‌های خشک، میوه‌ها و سبزی‌های خام (مثل هویج، کاهو، کرفس، گل کلم و...). فیبر موجود در نان سبوس‌دار، سبزی و میوه‌ها، جذب چربی و مواد قندی را در روده کاهش می‌دهند.
- محدود کردن غذا خوردن در رستوران. غذاهای رستورانی اغلب چرب و پر نمک هستند.
- محدود کردن مصرف فست‌فودها مثل سوسیس، کالباس و پیتزا که حاوی چربی زیادی هستند و افراط در مصرف آن ها موجب اضافه‌وزن و چاقی می‌شود.

تحرک و فعالیت بدنی

- تشویق نوجوانان برای انجام ورزش‌هایی مثل دو چرخه سواری، دویدن، دویدن تند، شنا کردن
- تشویق برای شرکت در کارهای منزل مثل تمیز کردن خانه، انجام کارهای باغچه، آب دادن به گلدان‌ها در منزل، مرتب کردن وسایل شخصی، نظافت اتاق و موارد مشابه.

• محدود کردن استفاده از بازی‌های رایانه‌ای، تماشای تلویزیون به کم تر از ۲ ساعت در روز
• استفاده از پله به جای آسانسور، دانش‌آموزان را تشویق کنید که به جای آسانسور از پله استفاده کنند.
• تشویق برای پیاده روی تا مدرسه، امروزه خانواده‌ها بیشتر از سرویس نقلیه برای رفت و آمد دانش‌آموزان استفاده می‌کنند و به این دلیل تحرک و فعالیت بدنی دانش‌آموزان کاهش یافته است، تشویق آن ها به پیاده روی در فرصت‌های مناسب مثلاً رفتن برای خرید، رفتن به مدرسه در صورت نزدیک بودن فاصله آن از منزل به افزایش تحرک بدنی دانش‌آموزان کمک می‌کند.
• تشویق برای بازی با همسالان در فضاهای مناسب مثل پارک‌ها، ورزشگاه‌ها و...
• تشویق برای انجام ورزش‌هایی که کالری بیشتری می‌سوزانند مثل فوتبال، والیبال، بسکتبال، شنا و تنیس
• تشویق برای فعالیت‌های بیرون از خانه مثل رفتن به پارک و...
• روزانه ۶۰ دقیقه فعالیت ورزشی برای نوجوانان توصیه می‌شود. نوجوانانی که دارای اضافه وزن هستند یا چاق می‌باشند بهتر است بیشتر از ۶۰ دقیقه در روز فعالیت بدنی داشته باشند و مدت فعالیت بدنی خود را به تدریج افزایش دهند.
• والدین باید بدانند که بیشتر از ۲ ساعت فعالیت نشسته مثل تماشای تلویزیون یا بازی‌های رایانه‌ای در دانش‌آموزان صحیح نیست.
• شدت ورزش باید به تدریج اضافه شود.در صورتی که نوجوانان فعالیت ورزشی را شروع می‌کنند، باید از فعالیت‌های سبک تر و مدت زمان کوتاه تر شروع کرده و به تدریج مدت آن را افزایش دهند.
• بعد از خوردن غذا به مدت یک ساعت ورزش نکنند. به دلیل اینکه ورزش کردن نیاز به انرژی دارد پس از غذا خوردن اگر ورزشی صورت بگیرد سو هاضمه ایجاد می‌شود.
• تشویق خانواده به آماده کردن وسایل لازم برای ورزش کردن
• والدین باید فرصت‌های مناسب و حمایت‌های بیشتر برای فعال بودن نوجوانان مثل (پیاده روی، دوچرخه سواری، استفاده از پله و جست و خیز کردن) را فراهم نمایند و برای ورزش‌های منظم‌تر مانند فوتبال آن ها را حمایت کنند.
• نوع فعالیت ورزشی باید با نظر نوجوانان و مناسب با سن و توانایی بدنی آن ها باشد.
• تشویق خانواده برای فعالیت بیشتر مثل پیاده روی، رفتن با دوچرخه برای خرید، پارک رفتن با خانواده، رفتارهای والدین و اعضای خانواده نقش مهمی در تحرک و فعالیت بدنی دانش‌آموزان دارد. اگر والدین برای رفتن به جاهای نزدیک به جای استفاده از وسیله نقلیه پیاده روی کنند دانش‌آموزان نیز یاد می‌گیرند که این گونه رفتار کنند و فعالیت و تحرک بدنی را بخش مهمی از زندگی بدانند.

عوارض رژیم‌های غذایی کاهش وزن

رژیم غذایی که با حذف کردن وعده‌های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می‌شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است. در دوره بلوغ این گونه رژیم‌های غذایی غلط برای کاهش وزن، علاوه بر اختلال رشد، کمبودهای تغذیه‌ای، اختلالات قاعدگی در دختران، ضعف و خستگی، گیجی، افسردگی، تحریک‌پذیری، یبوست، نداشتن تمرکز حواس و اشکال در خوابیدن را به دنبال دارد. تنفس بدبو،

ریـزش مـو و خشـکی پوسـت از عـوارض رژیم‌هـای غذایـی بـا محدودیـت شـدید کالـری اسـت. افزایـش خطـر ابتـلا بـه سـنگ کیسـه صفـرا نیـز از عـوارض جدی‌تـر ایـن گونـه رژیم‌هـای غذایـی اسـت.
متأسـفانه تأخیـر رشـد و تأخیـر در بلـوغ جنسـی در اثـر دریافـت ناکافـی غـذا بـا کوتـاه قـدی غیـر قابـل جبـران نمـود می‌یابـد کـه در اثـر کمبـود مـواد مغـذی بویـژه ریزمغذی‌هـا ایجـاد می‌شـود.

ریز مغذی‌ها

آهن

آهـن یـک مـاده مغـذی مـورد نیـاز بـرای ادامـه حیـات اسـت. کمبـود آهـن و کم‌خونـی ناشـی از آن شـایع‌ترین کمبـود تغذیـه‌ای در جهـان می‌باشـد. افـراد زیـادی بـدون ایـن کـه علایـم واضـح کم‌خونـی را داشـته باشـند از عـوارض زیـان بـار کمبـود آهـن رنـج می‌برنـد.

عوارض ناشی از کم خونی فقر آهن در دانش‌آموزان

آهـن کافـی بـرای حفـظ سـلامت، رشـد مطلـوب و فراهـم سـاختن زمینـه مناسـب بـرای یادگیـری در دوران تحصیلـی ضـروری اسـت. دانش‌آموزانـی کـه دچـار کم‌خونـی فقرآهـن هسـتند، همیشـه احسـاس خسـتگی و ضعـف می‌کننـد. ایـن دانش‌آمـوزان اغلـب از ورزش و فعالیت‌هـای بدنـی دوری می‌کننـد و یـا در هنـگام ورزش خیلـی زود خسـته می‌شـوند. در ایـن افـراد تغییـرات رفتـاری بـه صـورت بی‌حوصلگـی و بـی تفاوتـی مشـاهده می‌شـود. کم‌خونـی فقرآهـن بـه علـت تأثیـر بـر قـدرت یادگیـری و کاهـش آن، افـت تحصیلـی دانش‌آمـوزان را باعـث می‌شـود.

پیشگیری و کنترل کم‌خونی فقرآهن

۱) آموزش تغذیه و ایجاد تنوع غذایی

آهـن در منابـع غذایـی حیوانـی و گیاهـی وجـود دارد. جـذب آهـن از منابـع غذایـی حیوانـی تنهـا اندکـی تحـت تأثیـر غـذا و ترشـحات دسـتگاه گـوارش قـرار می‌گیـرد و ممکـن اسـت بـه میـزان ۲۰ تـا ۳۰ درصـد هـم جـذب شـود، در حالـی کـه جـذب آهـن از منابـع غذایـی گیاهـی تحـت تأثیـر مـواد غذایـی اسـت و جـذب آن حداکثـر حـدود ۵ تـا ۸ درصـد اسـت. در صورتی‌کـه منابـع غذایـی آهـن همـراه بـا منابـع غذایـی حـاوی ویتامیـن c مصـرف شـود جـذب آن هـا ۲ تـا ۳ برابـر بیشـتر می‌شـود.

منابع غذایی آهن

- بهترین منبع غذایی آهن، جگر و پس از آن گوشت قرمز (گاو و گوسفند)، مرغ و ماکیان و ماهی است.
- حبوبات، انواع مغز دانه ها (پسته، بادام، گردو، فندق و...) از منابع خوب آهن هستند.
- سـبزیجات بـرگ سـبز تیـره مثـل جعفـری، برگ‌هـای تیـره کاهـو، بـرگ چغنـدر نیـز از منابـع خـوب آهـن هسـتند. جـذب آهـن موجـود در اسـفناج بـه دلیـل

وجـود اگـزالات در آن، کـم اسـت.
• انواع خشکبار مثل برگه هلو، آلو و زرد آلو، توت خشک، انجیر خشک، خرما، کشمش، میوه‌های خشک
• نان‌های غنی‌شده با آهن. در کشور ما انواع نان‌های تافتون، بربری و لواش با آهن و اسید فولیک غنی می‌شوند.
• زرده تخم‌مرغ حاوی مقداری آهن است اما آهن موجود در زرده تخم‌مرغ نیز از قابلیت جذب کمی برخوردار است.

۲) آهن یاری

بـر اسـاس دسـتورالعمل وزارت بهداشـت، بـا توجـه بـه شـیوع بـالای کم‌خونـی فقرآهـن در دختـران سـنین بلـوغ و بـرای پیشـگیری و کنتـرل آن در ایـن سـنین لازم اسـت کلیـه دختـران دبیرسـتانی در هـر سـال تحصیلـی بـه مـدت ۱۶ هفتـه (۴ مـاه)، هـر هفتـه یـک عـدد قـرص آهـن (فـروس سـولفات یا فـروس فومـارات یـا فرفولیـک) بـه صـورت منظـم مصـرف کنند.
تحقیقـات انجـام شـده در کشـور مـا نشـان داده اسـت کـه بـا مصـرف ۱۶ عـدد قـرص آهـن در مـدت ۴ مـاه از هـر سـال تحصیلـی شـیوع وشـدت کم‌خونـی فقرآهـن و عـوارض ناشـی از آن از جملـه افـت تحصیلـی و کاهـش قـدرت یادگیـری بـه میـزان قابـل ملاحظـه‌ای کاهـش می‌یابـد. نکتـه مهـم ایـن اسـت کـه مصـرف قرص‌هـای آهـن گفتـه شـده (ایـن تعـداد و ایـن دوز از قـرص آهـن) تنهـا بـرای پیشـگیری از کم‌خونـی فقرآهـن اسـت نـه درمـان آن و در صـورت ابتـلا بـه کم‌خونـی فقرآهـن مراجعـه بـه پزشـک ضـروری اسـت.
• بـه والدیـن توصیـه شـود بـرای پیشـگیری از کم‌خونـی فقرآهـن بـه کـودکان ۷ تـا ۱۴ سـال هـم (چـه دختـر و چـه پسـر) طـی یـک دوره ۳ ماهـه در هـر سـال (۱۲ هفتـه)، بـه طـور هفتگـی یـک عـدد قـرص آهـن داده شـود.
• پسـران درسـنین بلـوغ (۱۹- ۱۵ سـال) هـم ماننـد دختـران، در معـرض خطـر کمبـود آهـن و کم‌خونـی ناشـی از آن قـرار دارنـد. بـه والدیـن توصیـه کنیـد بـرای پیشـگیری و کنتـرل کم‌خونـی فقرآهـن در ایـن گـروه، آن هـا را تشـویق کننـد کـه بـه طـور هفتگـی یـک عـدد قـرص آهـن بـه مـدت ۱۶ هفتـه در سـال (۴ مـاه) و در طـی سـال‌های بلـوغ مصـرف کننـد.

۳) کنترل بیماری‌های عفونی و انگلی

ابتـلا بـه بیماری‌هـای عفونـی موجـب کاهـش اشـتها شـده و در نتیجـه دریافـت مـواد مغـذی از جملـه آهـن کاهـش می‌یابـد. از سـوی دیگـر، بیماری‌هـای عفونـی در جـذب و اسـتفاده بـدن از مـواد مغـذی اختـلال ایجـاد می‌کنـد و درمـان بـه موقـع و مناسـب می‌توانـد دوره عفونـت و شـدت آن را کاهـش دهـد. رعایـت اصـول بهداشـت فـردی از جملـه شسـتن کامـل دسـت‌ها بـا آب و صابـون قبـل از تهیـه و مصـرف غـذا و پـس از اجابـت مـزاج، هم‌چنیـن شسـتن و ضدعفونـی سـبزی‌ها قبـل از مصـرف بـه منظـور جلوگیـری از ابتـلا بـه آلودگی‌هـای انگلـی، از دیگـر اقداماتـی اسـت کـه در آمـوزش دانش‌آمـوزان بایـد مـورد تأکیـد قـرار گیـرد.

۴) غنی سازی مواد غذایی

نان یکی از مواد غذایی است که کشورها از سالیان پیش اقدام به غنی سازی آن با آهن و سایر املاح و ویتامین‌ها نموده اند. برخی از کشورها مواد غذایی دیگری مانند بیسکویت، کیک، کلوچه و سایر مواد غذایی مصرفی دانش‌آموزان را نیز با آهن و مواد مغذی دیگر غنی کرده‌اند و در برنامه تغذیه مدارس از آن استفاده می‌کنند. در کشور ما غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک از سال ۱۳۸۷به صورت ملی در کل کشور آغاز شده است و کلیه نان‌های تافتون، لواش و بربری با آهن و اسید فولیک غنی می‌شوند.

کلسیم

کلسیم فراوان‌ترین ماده معدنی در بدن است که نقش مهمی در ساختمان دندان‌ها و استخوان دارد.

منابع غذایی کلسیم

کلسیم در مواد غذایی زیادی وجود دارد. شیر و لبنیات (ماست، پنیر، کشک و بستنی) به خاطر کلسیم کافی و آسانی هضم از بهترین منابع کلسیم می‌باشند. نکته مهم این است که اگر شیر و لبنیات از رژیم غذایی حذف شود حجم غذاهای دیگر که بتوانند همان مقدار کلسیم را تأمین کنند بقدری زیاد است که استفاده از آن ها را مشکل می‌کند.
سبزی‌های برگ دار سبز تیره مثل کلم، کاهو و شلغم منابع خوب کلسیم با قابلیت جذب خوب هستند. حبوبات نیز کلسیم دارند. اما مقدار کلسیم جذب شده از منابع گیاهی به خاطر اسید فیتیک و فیبر آن ها کاهش می‌یابد. ماهی‌های با استخوان کنسرو شده مثل ماهی کیلکا و ساردین منابع خوب کلسیم هستند به شرط این که استخوان‌های آن ها نیز مصرف شود. بادام، کنجد و انجیر خشک نیز حاوی کلسیم است.

ویتامین D

ویتامین D به عنوان ویتامین آفتاب شناخته شده است. زیرا مقدار تماس معمولی با نور خورشید برای بیشتر مردم جهت تولید ویتامین D مورد نیاز آن ها با استفاده از نور ماوراء بنفش خورشید و کلسترول پوست کافی است. ویتامین D برای جذب کلسیم لازم است و در صورت کمبود ویتامین D، کمبود کلسیم نیز ایجاد می‌شود.

منابع ویتامین D

بیشتر افراد از طریق تابش نور خورشید بر پوست مقدار کافی ویتامین D به دست می‌آورند. لباس، دود، گرد و غبار، شیشه پنجره، هوای ابری، هوای آلوده و کرم‌های ضد آفتاب مانع رسیدن اشعه ماوراء بنفش به بدن و تبدیل پیش‌ساز به ویتامین D می‌شوند. در افراد تیره پوست در مقایسه با کسانی که پوست روشن دارند ویتامین D کم تری ساخته می‌شوند. افرادی که شب‌کار هستند و روزها می‌خوابند، کسانی که در آب

و هـوای سـرد زندگـی می‌کننـد و مجبورنـد داخـل منـزل بماننـد و اشـخاصی کـه تمـام بـدن خـود را بـا لبـاس می‌پوشـانند بیشـتر در معـرض خطـر کمبـود ویتامیـن D قراردارنـد. بـه طـور طبیعـی ویتامیـن D در محصـولات حیوانـی مثـل زرده تخم‌مـرغ ، خامـه، جگـر و کـره بـه مقـدار کمـی وجـود دارد.

نکته:

شـیر یـک غـذای انتخابـی مناسـب بـرای غنی‌سـازی بـا ویتامیـن D اسـت. در صورتـی کـه شـیر غنـی شـده بـا ویتامیـن D در دسـترس باشـد بـا مصـرف آن بخشـی از ویتامیـن مـورد نیـاز بـدن تأمیـن می‌شـود.

نکتـه: در صورتـی کـه صـورت و دسـت‌ها بـه مـدت ۵ تـا ۱۰ دقیقـه و بـه مـدت ۲ تـا ۳ بـار در هفتـه در ماه‌هـای زمسـتان در معـرض نـور مسـتقیم آفتـاب قـرار گیـرد، ویتامیـن D مـورد نیـاز بـدن تأمیـن می‌شـود. امـا جهـت اجتنـاب از اثـرات زیـان بـار نورخورشـید بخصـوص در تابسـتان در سـاعات نزدیـک ظهـر (۱۱ صبـح تـا ۱۶ عصـر) از مواجهـه بـا نـور خورشـید اجتنـاب شـود.

ویتامین های گروه B

در دوران بلـوغ بـه دلیـل افزایـش نیـاز بـه انـرژی، نیـاز بـه ویتامیـن هـای گـروه B افزایـش مـی یابـد. ایـن ویتامیـن هـا بـرای آزاد شـدن انـرژی از کربوهیدرات هـا لازم هسـتند. بنابرایـن ویتامیـن هـای گـروه B ماننـد: B1، B2، B6، B12 و.... بایـد در دوران بلـوغ بیشـتر مصـرف شـوند. ایـن گـروه ویتامیـن هـا در گوشـت قرمـز، ماهـی، جگر، دل، قلـوه، تخـم مرغ، شـیر و لبنیـات وجـود دارد.

ویتامین C

نوجوانـان بایـد هـر روز از منابـع غذایـی غنـی از ویتامیـن C ماننـد انـواع مرکبـات، گوجـه فرنگـی، انـواع فلفـل سـبز، کلـم، گل کلـم، سـیب زمینـی، شـلغم، ترب، پیـاز، طالبـی، کاهـو و انـواع سـبزی هـای تـازه مصـرف نماینـد. نوجوانانـی کـه میـوه و سـبزی تـازه در برنامـه غذایـی روزانـه خـود مصـرف نمـی کننـد اغلـب بـا کمبـود ویتامیـن C مواجـه مـی شـوند. ویتامیـن C بـرای مقاومـت بـدن در مقابـل بیمـاری هـا ضـروری اسـت. بنابرایـن بایـد نوجوانـان را تشـویق نمـود کـه هـر روز میـوه و سـبزی تـازه و خـام مصـرف کننـد. سـبزی هـای پختـه و میـوه هایـی کـه بـه شـکل کمپـوت درآمـده انـد ویتامیـن C کافـی ندارنـد چـون ایـن ویتامیـن در اثـر حـرارت از بیـن مـی رود.

در طول سال های رشد سریع، میزان نیاز به املاحی از قبیل کلسیم، آهن، روی، منیزیم تا دو برابر افزایش می یابد.

روی

روی بـرای سـاخت پروتئیـن ضـروری اسـت. بنابرایـن در رشـد و تکامـل طبیعـی، تولیـد مثـل، بلـوغ جنسـی، حـس چشـایی، سـلامت پوسـت و تقویـت سیسـتم ایمنـی بـدن لازم اسـت. کمبـود روی باعـث از دسـت دادن حـس چشـایی، بی‌اشـتهایی و تأخیـر در التیـام زخم‌هـای پوسـتی می‌شـود.

منابع غذایی روی

منابع خوب روی عبارتند از جگر، گوشت قرمز، مرغ، ماکیان و ماهی، شیر و لبنیات (ماست، دوغ، پنیر، کشک و بستنی)، دانه کامل غلات، حبوبات و مغزها (آجیل). به طور کلی قابلیت جذب روی از منابع غذایی حیوانی بیشتر است.
غلات سبوس‌دار، حبوبات و آجیل هم حاوی روی هستند، ولی در عین حال حاوی اسید فیتیک و فیبر و مواد دیگری هم که در جذب روی اختلال به وجود می‌آورند نیز هستند. میوه‌ها و سبزی‌ها حاوی روی کمی هستند.
روی موجود در پروتئین گیاهی مانند سویا کم تر از پروتئین حیوانی جذب می‌شود.

ید و اهمیت آن

ید یک عنصر طبیعی مورد نیاز برای زندگی است که باید به طور روزانه مصرف شود. گواتر حداقل اختلالی است که در اثر کمبود ید بوجود می‌آید. بزرگی غده تیروئید را گواتر می‌نامند. فرد مبتلا به گواتر فعالیت کمتری نسبت به افراد طبیعی دارد. اختلالات مهم دیگری که در اثر کمبود ید بروز می‌کند، عقب ماندگی‌های جسمی و ذهنی، کاهش بهره هوشی، اختلالات عصبی و روانی، مرده‌زایی، لوچی چشم، کر و لالی مادرزادی، افت تحصیلی و کاهش مقاومت بدن در مقابل بیماری ها می‌باشد.

پیشگیری از کمبود ید

بهترین روش پیشگیری از عوارض ناشی از کمبود ید استفاده از نمک‌های یددار تصفیه شده است. طعم و بوی نمک یددار تصفیه شده مشابه نمک معمولی است و به همان طریق هم مصرف می‌شود. با مصرف روزانه نمک یددار می‌توان از گواتر و سایر اختلالات ناشی از کمبود ید جلوگیری کرد. هر فرد، جوان یا پیر، بیمار یا سالم به طور روزانه به ید نیاز دارد.
نمک یددار را نباید به مدت طولانی در معرض نور خورشید و یا رطوبت قرار داد چون ید آن از دست می‌رود. نمک یددار را باید در ظرف بدون منفذ نگهداری کرد. نگهداری نمک یددار در ظروف شیشه‌ای و بی رنگ نیز موجب کاهش ید آن می‌شود. بنابراین باید نمک یددار را در ظروف شیشه‌ای رنگی نگهداری کرد. باید توجه داشت که برای پیشگیری از فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی و عروقی باید نمک کم مصرف شود اما همان مقدار کم نیز باید یددار و تصفیه شده باشد.

ویتامین A

ویتامین A از ویتامین‌های محلول در چربی است که در منابع حیوانی و گیاهی یافت می‌شود. بتاکاروتن که پیش‌ساز ویتامین A است در تمام گیاهان زرد مثل زردک، هویج، فلفل زرد و قرمز، کدو تنبل، کدو حلوایی و میوه‌هایی مثل هلو، آلو، زردآلو، انبه، موز، طالبی، خرمالو، نارنگی وجود دارد.
ویتامین A و بتاکاروتن برای جذب به چربی نیاز دارند. ویتامین A برای بینایی، قدرت دید در تاریکی، رشد، نمو و سلامت پوست لازم است و کمبود

آن موجب شب‌کوری، اختلال در رشد و کاهش مقاومت بدن در مقابل بیماری‌ها می‌شود.

منابع غذایی ویتامین A و پیش ساز آن

منابع حیوانی

- روغن کبد ماهی که غنی‌ترین منبع ویتامین A است و معمولاً به صورت مکمل مصرف می‌شود.
- جگر حیوانات مثل گاو، گوساله، گوسفند و مرغ منبع خوب ویتامین A محسوب می‌شوند.
- کره، پنیر، شیر، خامه و سرشیر و زرده تخم‌مرغ منبع خوب ویتامین A هستند.

منابع گیاهی

- سبزی‌های برگی شکل سبز تیره مثل اسفناج، چغندر، برگ‌های تیره رنگ کاهو، فلفل سبز
- سبزی‌های زرد و نارنجی مثل هویج، کدو حلوایی، فلفل قرمز، زرد ونارنجی
- میوه‌های زرد و نارنجی مثل طالبی، زردآلو، انبه، خرمالو، هلو، آلو، انگور، موز، خربزه، طالبی و نارنگی

خلاصه

هر گروه غذایی از دسته‌ای از مواد غذایی تشکیل شده است که از نظر ارزش غذایی مشابه یکدیگر هستند و می‌توانند به جای هم مصرف شوند. گروه‌های غذایی در ۶ دسته اصلی قرار می‌گیرند.

- گروه های غذایی اصلی باید هر روز به مقدار توصیه شده مصرف شوند.
- یک گروه متفرقه نیز وجود دارد که شامی مواد قندی و چربی ها ست و بر خلاف گروه های غذایی اصلی که باید هر روز به مقدار کافی مصرف شوند. از این گروه باید کم تر استفاده شود.
- دوران بلوغ شروع جهش رشد است. بنابراین، تأمین انرژی مورد نیاز بسیار ضروری است. میزان انرژی مورد نیاز دانش‌آموزان، به دلیل تفاوت در اندازه بدن، میزان تحرک و سرعت رشد آن ها متفاوت است.
- نخوردن صبحانه می‌تواند اثرات منفی بر یادگیری دانش‌آموزان داشته باشد. دانش‌آموزانی که صبحانه نمی‌خورند بیشتر در معرض اضافه‌وزن و چاقی قرار دارند
- دانش‌آموزان علاوه بر سه وعده غذایی اصلی به میان وعده نیز نیاز دارند. در این سنین دانش‌آموزان باید برای نگه‌داشتن غلظت قند خون در حد طبیعی، هر ۴ تا ۶ ساعت غذا بخورند تا فعالیت سیستم عصبی و عملکرد مغز در حد مطلوب باقی بماند.
- بلوغ دوره‌ای از رشد و تکامل سریع می‌باشد که در آن دانش‌آموز از لحاظ فیزیکی بالغ شده و توانایی تولید مثل را پیدا می‌کند.

• نیاز به انرژی در نوجوانان در سنین بلوغ به دلیل متفاوت بودن سرعت رشد و میزان فعالیت جسمی متفاوت است. نیاز به انرژی در پسران نوجوان زیادتر است زیرا افزایش سرعت رشد پسران بیشتر بوده و عضلات آنان بیشتر از دختران است. توصیه می‌شود.
• بهترین روش و پایه ارزیابی رشد دانش‌آموز و وضعیت تغذیه‌ای او روش تن سنجی و اندازه‌گیری وزن و قد و محاسبه شاخص نمایه توده بدنی (BMI) و مقایسه آن با منحنی‌های استاندارد رشد می‌باشد.
• با اندازه‌گیری وزن و قد شاخص‌های مختلفی تعیین می‌گردد که مهم‌ترین آن ها نمایه توده بدنی است. هدف از ارزیابی این است که تعیین شود رشد دانش‌آموز طبیعی است یا در روند رشد وی مشکلاتی وجود دارد و آنچه که بسیار مهم است تشخیص علل اختلال رشد و انجام مداخلات لازم می‌باشد.
• رشد قدی تحت تأثیر عامل ارث و نحوه تغذیه می‌باشد. هر یک از دانش‌آموزان برای حداکثر رشد قدی که می‌توانند با تغذیه خوب و شرایط آب و هوایی مناسب به آن برسند، قابلیت ژنتیکی ویژه‌ای دارند.
• با اندازه‌گیری قد دانش‌آموز و ثبت آن بر منحنی قد برای سن، چگونگی رشد قدی دانش‌آموز تعیین می‌شود.
• معمولاً دانش‌آموزان نسبت به رشد قدی خود حساس هستند و کارکنان بهداشتی و مراقبین سلامت با توجه به این موضوع باید آن ها را از اهمیت تغذیه صحیح برای داشتن رشد قدی مطلوب آگاه نماید.
• هر دانش‌آموزی علاقه‌مند است بداند از نظر وضعیت جسمانی و رشد بدن در مقایسه با سایر همسالان چگونه است. برای این کار از شاخصی به نام «نمایه توده بدنی (BMI)» استفاده می‌شود.
• نمایه توده بدنی عددی است که با وزن و قد دانش آموز ارتباط دارد. وقتی که BMI بر روی نموداری در مقابل سن دانش‌آموز ترسیم شود، ابزار سودمندی در پایش رشد دانش‌آموز می‌باشد.
• نرم افزار آنترو پلاس سازمان جهانی بهداشت ابزار بسیاز مناسبی جهت پایش رشد کودکان و نوجوانان است.
• اضافه‌وزن و چاقی در دانش‌آموزان یکی از مهم ترین عوامل خطر ساز برای فشار خون بالا، دیابت و چربی خون بالا در بزرگسالی است.
• رژیم غذایی که با حذف کردن وعده‌های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می‌شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است.
• تأخیر رشد و تأخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه قدی غیر قابل جبران نمود می‌یابد که در اثر کمبود مواد مغذی بویژه ریزمغذی‌ها ایجاد می‌شود.
• تأکید بر مصرف صبحانه. دانش‌آموزانی که صبحانه نمی‌خورند در وعده ناهار به دلیل افت قند خون، اشتهای زیادی برای غذا خوردن دارند و در نتیجه با خوردن غذای اضافی دچار اضافه‌وزن و چاقی می‌شوند.
• آهن یک ماده مغذی مورد نیاز برای ادامه حیات است. کمبود آهن و کم‌خونی ناشی از آن شایع‌ترین کمبود تغذیه‌ای در جهان می‌باشد. افراد زیادی بدون اینکه علایم واضح کم‌خونی را داشته باشند از عوارض زیان بار کمبود آهن رنج می‌برند.
• آهن کافی برای حفظ سلامت، رشد مطلوب و فراهم ساختن زمینه مناسب برای یادگیری در دوران تحصیلی ضروری است.

• دانش‌آموزانی که دچار کم‌خونی فقرآهن هستند، همیشه احساس خستگی و ضعف می‌کنند
• آهن در منابع غذایی حیوانی و گیاهی وجود دارد. جذب آهن از منابع غذایی حیوانی تنها اندکی تحت تأثیر غذا و ترشحات دستگاه گوارش قرار می‌گیرد.
• بهترین منبع غذایی آهن جگر و پس از آن گوشت قرمز (گاو و گوسفند)، مرغ و ماکیان و ماهی است.
• نان یکی از مواد غذایی است که کشورها از سالیان پیش اقدام به غنی سازی آن با آهن و سایر املاح و ویتامین‌ها نموده اند.
• کلسیم در مواد غذایی زیادی وجود دارد. شیر و لبنیات (ماست، پنیر، کشک وبستنی) به خاطر کلسیم کافی و آسانی هضم از بهترین منابع کلسیم می‌باشند.
• ویتامین D به عنوان ویتامین آفتاب شناخته شده است. زیرا مقدار تماس معمولی با نور خورشید برای بیشتر مردم جهت تولید ویتامین D مورد نیاز آن ها با استفاده از نور ماوراءبنفش خورشید و کلسترول پوست کافی است.
• روی برای ساخت پروتئین ضروری است. بنابراین در رشد و تکامل طبیعی، تولید مثل، بلوغ جنسی، حس چشایی، سلامت پوست و تقویت سیستم ایمنی بدن لازم است. کمبود روی باعث از دست دادن حس چشایی، بی‌اشتهایی و تأخیر در التیام زخم‌های پوستی می‌شود.
• ید یک عنصر طبیعی مورد نیاز برای زندگی است که باید به طور روزانه مصرف شود. گواتر حداقل اختلالی است که در اثر کمبود ید به وجود می‌آید.
• ویتامین A از ویتامین‌های محلول در چربی است که در منابع حیوانی و گیاهی یافت می‌شود.

مثال هایی از یک صبحانه مناسب برای دانش آموزان و نوجوانان

نان و پنیر و گردو، نان و پنیر و گوجه فرنگی، نان و پنیر و خیار، نان و تخم مرغ و گوجه فرنگی، نان و کره و مربا، نان و کره و خرما، نان و پنیر و خرما است. مصرف یک لیوان شیر همراه با صبحانه توصیه می شود.
انواع غذاهای سنتی مانند عدسی با نان، خوراک لوبیا با نان و انواع آش های محلی از غذاهای مفید و با ارزش بالای غذایی به شمار می روند که در برخی از مناطق به عنوان صبحانه مصرف می شوند. معلمین و مراقبین سلامت مدارس در آموزش تغذیه به دانش آموزان، باید مصرف آن ها را ترویج و تشویق کنند.

عوارض رژیم های غذایی برای کاهش وزن در دوره بلوغ

عوارض زیان‌بار کاهش وزن بر سلامتی ممکن است در افرادی که اضافه وزن ندارند اما دریافت کالری خود را به شدت محدود می کنند بیشتر می باشد. در این افراد کاهش توده عضلانی بیشتر از توده چربی است. رژیم غذایی که با محدود کردن وعده های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است. اثرات زیانبار رژیم های غذایی کاهش وزن در دوره بلوغ علاوه براختلال رشد شامل کمبودهای تغذیه ای، اختلالات قاعدگی، ضعف، خستگی، گیجی، افسردگی، تحریک پذیری، یبوست، نداشتن

تمرکز حواس و اشکال در خوابیدن می باشد.
تنفس بدبو، ریزش مو و خشکی پوست از عوارض رژیم های غذایی با محدودیت شدید کالری است. افزایش خطر ابتلاء به سنگ صفرا نیز از عوارض جدی تر این گونه رژیم های غذایی است.
متاسفانه تاخیر رشد و تاخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه قدی غیر قابل جبران در اثر کمبود مواد غذایی مغذی به ویژه ریز مغذی ها گزارش شده است.
۳۹% این موارد با اختلالات غذا خوردن همراه بوده است و اصلاح آن منجر به جبران رشد از دست رفته نشده است.
بنابراین دانش آموزان در سنین بلوغ به ویژه دختران باید بدانند که رژیم های کاهش وزن در این دوره ممکن است منجر به کوتاه ماندن قد شود و علاوه بر آن به علت بروز انواع کمبودهای تغذیه ای سلامت آنان به خطر افتاده و با مشکلات متعددی مواجه خواهند شد. لازم به ذکر است که مصرف مکمل های غذایی مانند انواع مولتی ویتامین ها به هیچ عنوان جایگزین غذا در برنامه غذایی روزانه نوجوانان نمی شود.

تغذیه نوجوانان باردار:

هرچند بارداری در سنین نوجوانی توصیه نمی‌شود و بارداری در این سنین می تواند به سلامت نوجوان و کودک آسیب برساند، اما احتمال ازدواج و باردار شدن برخی نوجوانان وجود دارد. تغذیه صحیح در این نوجوانان بسیار مهم است چرا که علاوه بر تامین نیازهای دوران بارداری باید انرژی و مواد مغذی لازم برای ادامه رشد نوجوان را نیز فراهم کند.

هپاتیت B و C

بیماری ویروسی هپاتیت که به نام های زردی و یرقان در گذشته های دور شناخته شده بود، در چند دهه اخیر به دلیل پیشرفت در تشخیص و راه های پیشگیری و درمان آن اهمیت بیش تری یافته است. البته انواع دیگری از هپاتیت (التهاب یا ورم کبد) نیز وجود دارند که ناشی از مصرف داروها و مشروبات الکلی و همچنین برخی بیماری های ارثی هستند که در اینجا به آن ها نمی پردازیم.
کبد عضوی است از بدن که در سمت راست بالای شکم قرار داشته و در بسیاری از فعالیت های حیاتی بدن مانند رویارویی با عفونت ها، توقف خونریزی، پاک کردن خون از سموم و ذخیره انرژی در بدن نقش مهمی بازی می کند. هپاتیت با شدت های مختلف دیده می شود، از بهبودی کامل گرفته تا ناقل بودن همیشگی و حتی مرگ برق آسا و یا ابتلاء به عوارض کشنده های چون سرطان و سیروز.
نشانه ها، گونه ها، همه گیر شناسی
ابتلاء به هپاتیت گاه تنها آلودگی به ویروس بوده و هیچ گونه نشانه بالینی ندارد. اما این افراد می توانند ویروس بیماری را به دیگران انتقال دهند.
هپاتیت حاد: در این حالت بیمار با نشانه هایی چون تب، علایم شبیه سرما خوردگی، بی اشتهایی، تهوع، استفراغ، درد شکم، درد مفاصل و ادرار تیره به زردی دچار می شود، در پوست و چشم ها این زردی بارزتر است. این بیماری در بیش تر موارد خودبه خود بهبود یافته و طی ۶ ماه خون از ویروس پاک می شود ولی در برخی موارد، بیماری مزمن می گردد. (در گونه B، ۱% ولی در گونه C تا ۸۰% موارد مزمن می شوند)

هپاتیت مزمن: شایع ترین نشانه، ضعف و خستگی طولانی است. نارسایی کبد و سرطان ممکن است از عوارض پیشرفت بیماری باشند. به ندرت زردی خفیف یا خارش در بیماران وجود داشته و تشخیص آن تنها با آزمایش خون ممکن است.
گونه های A و E هپاتیت از راه آب و غذا منتقل گشته و گونه های B، C و D از راه انتقال خون و تماس جنسی.
گونه های مختلف هپاتیت: گونه های A تا E هم اکنون کاملاً شناخته شده اند. گونه های A و E از راه آب و غذا منتقل گشته و گونه های B، C و D از راه انتقال خون و تماس جنسی. در این جزوه بیش تر به گونه های B و C خواهیم پرداخت که برای ما از نظر اهمیت در پیشگیری، درمان و بار بیماری اولویت بیش تری دارند. هپاتیت D نیز، اگرچه راه انتقال آن شبیه B و C است ، از آنجا که تقریباً همواره همراه با هپاتیت B دیده شده و شیوع کم تری دارد، نیاز به بحث جداگانه ندارد.
هپاتیت B تنها گونه بیماری است که با واکسن قابل پیشگیری می باشد، در نزدیک به ۵% مردم جهان به شکل ناقل مزمن وجود دارد که این رقم در ایران ۳% برآورد می شود. میزان کشندگی آن ۱% و در افراد مسن خطرناک تر است. خوشبختانه در کشور ما افراد زیر ۱۸ سال و کسانی که به دلایل شغلی در معرض این بیماری قرار دارند، به ندرت واکسینه نشده اند. تعداد ناقلین بدون علامت بیماری در ایران حدود ۲ میلیون نفر و تعداد بیماران حدود ۳۰۰ هزار نفر تخمین زده می شوند.دوره پنهانی بیماری (فاصله زمانی بین ورود عفونت به بدن تا ظهور علایم) بین ۶ هفته تا ۶ ماه متغیر است.
هپاتیت C ابتلاء به هپاتیت پس از تزریق خون در ۹۰% موارد ناشی از ویروس هپاتیت C است. نسبت به هپاتیت B تعداد بیش تری به فاز مزمن بیماری می روند و پاسخ به درمان بدتری نیز دارد. ۸۰% از مبتلایان به ویروس هپاتیت C، مزمن شده و در نهایت ۲۰% دچار نارسایی کبد (سیروز) می شوند. بیش تر مبتلایان از نظر ظاهری سالم بوده و به همین دلیل، پیشگیری نقش بسیار مهمی در گسترش نیافتن بیماری دارد.

راه های انتقال و پیشگیری

هپاتیت های B، C و D از راه خون و مایعات بدن، از مادر به نوزاد و با تماس جنسی منتقل می شوند. هپاتیت C و B عموماً از راه خون منتقل گردیده اما از از طریق سایر مایعات بدن نیز می تواند انتقال یابد (ادرار، اشک، بزاق و ...). همچنین بریدگی، خراش و استفاده از وسایل شخصی یکدیگر نظیر تیغ و مسواک می توانند ویروس هپاتیت را به فرد دیگری انتقال دهند. استفاده از سرنگ مشترک در معتادان بسیار خطرناک است.
هر گونه استفاده از تیغ یا سوزن های غیر استریل چه در خالکوبی (تاتو)، دندانپزشکی، طب سوزنی و حجامت و چه در آرایشگاه می تواند منجر به انتقال عفونت گردد. راه های انتقال هپاتیت C و B یکسان است اما خوشبختانه علیه هپاتیت B واکسن وجود دارد که به کلیه نوزادان و افرادی که مشاغل پر خطر دارند نظیر کادر درمانی، تزریق شده (۳ نوبت در طول ۶ ماه) و در ۹۵% موارد ایجاد ایمنی می کند.
از طریق تماس جنسی حفاظت نشده (استفاده نکردن از کاندوم) نیز هپاتیت می تواند منتقل شود. پرهیز از رفتارهای جنسی مخاطره آمیز به عنوان مثال ارتباط جنسی خارج از ازدواج، با افرادی که به درستی نمی شناسیم، با معتادان تزریقی و همچنین افرادی که چند شریک جنسی دارند، همگی در پیشگیری از ابتلاء به این بیماری بسیار موثرند. اگرچه بیش تر بیماران به ویژه در هپاتیت B خودبه خود بهبود می یابند، اما درصد بالایی نیز دچار هپاتیت مزمن شده (۸۰% در هپاتیت C) و از آن میان گروهی در نهایت دچار سیروز کبد می شوند (۲۰%). ابتلاء به سرطان

کبد نیز گاه از عوارض بلند مدت هپاتیت مزمن بوده و هپاتیت حاد حتی به گونه ای برق آسا می تواند در مدت کوتاهی بیمار را به کام مرگ کشد.
اغمای کبدی، نارسایی کلیوی، آسیت (آب آوردن شکم) و خونریزی گوارشی ناشی از افزایش فشار ورید پورت از دیگر عوارض هپاتیت مزمن هستند.
درمان بیماران در فاز حاد و مزمن متفاوت بوده و مراجعه به پزشک و ادامه درمان زیر نظر او ضروری است. اگر رخدادی باعث نگرانی شما از ابتلاء به هپاتیت گشته است، مراجعه فوری شما به پزشک این امکان را می دهد که خطر مبتلا شدن به هپاتیت را تا حد زیادی کاهش یابد.
داروهایی که در درمان هپاتیت به کار می روند بیش تر برای مرحله فاز مزمن بیماری کاربرد داشته و در فاز حاد بسته به نشانه هایی که بیمار از خود بروز می دهد، نوع درمان حمایتی بوده و داروی قطعی برای کنترل فاز حاد بیماری وجود ندارد.

توصیه های فعالیت بدنی

متناسب با رده سنی، نکات آموزشی را در ملاقات های دوره ای ارایه دهید:

- بزرگسالان حداقل روزی ۳۰ دقیقه در حالی که کودکان و نوجوانان باید حداقل ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط داشته باشند، برای آنان که می خواهند اضافه وزنشان را کاهش دهند یا از اضافه شدن وزنشان جلوگیری کنند فعالیت بدنی بیش تری توصیه می شود.
- خانواده باید برای فعالیت بدنی برنامه ای لذت بخش و قابل اجرا داشته باشند. فعالیت های افزایش یافته باید از نوع فعالیت با شدت متوسط مانند راه رفتن، اسکیت، دوچرخه سواری، شنا، بازی گروهی و یا فعالیت شدید مانند دو یا فوتبال باشد. خانواده باید محیط امن برای فرزندان و دوستانشان فراهم کنند تا بتوانند با خیال راحت بازی کنند. بازی های دسته جمعی، شنا، دوچرخه سواری و اسکیت توصیه می شود.
- خانواده باید بر فعالیت های نشسته فرزندانشان نظارت کنند، تماشای تلویزیون و انجام بازی های کامپیوتری را محدود کند، تماشای تلویزیون را به روزانه کم تر از ۲ ساعت محدود کنند و مدت زمان آن را حداقل تا۳۰ دقیقه در شبانه روز کاهش دهند.
- کودکان و نوجوانان را باید تشویق نمود تا در حد توان در فعالیت های مختلف شرکت کنند و فعالیت های ورزشی خود را به یک رشته ورزشی محدود نکنند و دنبال ورزش حرفه ای نباشند.
- والدین و مربیان باید مراقب پیشگیری از آسیب های ناشی از فعالیت شدید باشند و در صورت بروز هر نوع آسیب ورزشی، استراحت کافی برای کودک و نوجوان پیش بینی کنند. همچنین باید چگونگی پیشگیری و درمان گرمازدگی را بدانند.
- کودکان و نوجوانان ورزشکار باید تحت نظر متخصص اطفال بوده و از نظر معیارهای رشد و بلوغ و ساختار بدنی و تنش های عصبی به طور دوره ای بررسی شوند. نیازهای تغذیه ای، میزان کالری، آهن و کلسیم و تعادل و تنوع غذایی کودک و نوجوان ورزشکار باید به طور دقیق تعیین شود.
- مرحله شروع ورزش در کودک و نوجوان از سن ۶ تا ۱۰ سالگی، مرحله شکل گیری ورزش از سن ۱۱ تا ۱۴ سالگی، مرحله تخصصی شدن از سن ۱۵ تا ۱۸ سالگی، مرحله درجات عالی مهارت و اوج عملکرد سن ۱۹ سال به بالا است.

همیشه باید در نظر داشت که فعالیت جسمی جزیی از زندگی روزمره است و نیاز به لباس خاص و یا شرکت در کلاس ویژه ندارد.

- کودکان و نوجوانان نباید به مدت طولانی (هر بار بیش از یک ساعت در طول روز) بی حرکت باشند.
- کودکان و نوجوانان به ۶۰- ۳۰ دقیقه فعالیت شدید جسمی در روز یا دست کم ۵ روز در هفته نیاز دارند.

- کودکان و نوجوانان باید در فعالیت های متنوع و مورد علاقه خود شرکت نمایند.
- سن شروع شرکت حرفه ای در برخی فعالیت های ورزشی به شرح زیر است:

*ژیمناستیک در دختران ۶ تا ۸ سالگی و در پسران ۸ تا ۹ سالگی
* اسکی و تنیس در سنین ۷ تا ۸ سالگی
* جودو در سنین ۸ تا ۱۰ سالگی
* کشتی در سنین ۱۱ تا ۱۳ سالگی
* دو استقامت در سنین ۱۴ تا ۱۶ سالگی
* شنا در سنین ۶ تا ۸ سالگی
* تنیس روی میز در سنین ۸ تا ۹ سالگی
* فوتبال، بدمینتون، بسکتبال، والیبال، دو سرعت در سنین ۱۰ تا ۱۲ سالگی
* وزنه برداری در سنین ۱۴ تا ۱۵ سالگی
* دوچرخه سواری در سنین ۱۲ تا ۱۵ سالگی

کودکان ورزشکار باید از نظر معیارهای رشد، وزن، ساختار بدنی، مراحل بلوغ و تنش های عصبی تحت نظر متخصص اطفال باشند.

اصول فعالیت بدنی برای کودکان و نوجوانان (۵ تا ۱۸ سال)

فعالیت بدنی منظم در کودکان و نوجوانان علاوه بر پیشگیری از اضافه وزن و چاقی، ارتقاء سلامت و تناسب اندام را برای آنها به دنبال دارد. کودکان و نوجوانان فعال از سطوح بالاتر آمادگی قلبی تنفسی و عضلات قوی تری برخوردار هستند،آنها همچنین به طور معمول دارای درصد چربی بدن پایین تر و استخوان بندی قوی تر هستند، و از سوی دیگر فعالیت ورزشی منظم موجب کاهش علائم و نشانه های اضطراب و افسردگی در آنها خواهد شد.
افرادی که از کودکی و نوجوانی به فعالیت بدنی می پردازند، احتمالا بزرگسالی سالم تری را در پیش رو دارند، برعکس کسانی که زندگی غیر فعالی را از کودکی ادامه دادند احتمال خطر بسیار زیادی را برای ابتلا به بیماری هایی از قبیل دیابت، فشار خون، سرطان، بیماری های قلبی و پوکی استخوان دارا هستند. فعالیت های زیر برای حداقل روزی ۶۰ دقیقه در این گروه سنی مورد تاکید قرار گرفته است.

۱. فعالیت هوازی با شدت متوسط

فعالیت هایی را شامل می شود که موجب افزایش ضربان قلب و تواتر تنفسی فرد می شود. این گروه از کودکان باید در هنگام اوقات فراغت فعالیت هایی مانند پیاده روی، اسکیت بورد، اسکیت، دوچرخه سواری، پیاده روی سریع را به مدت حداقل ۶۰ دقیقه انجام دهد.

۲. فعالیت هوازی شدید

فعالیت هایی را شامل می شود که علاوه بر افزایش ضربان قلب و تواتر تنفسی کودک موجب تعریق زیاد و مشکل در صحبت کردن هنگام فعالیت در آنها خواهد شد. بازی هایی در قالب تعقیب گریز، دوچرخه سواری ،طناب بازی، هنرهای رزمی مانند کاراته، ورزش گروهی مانند فوتبال، هاکی روی چمن و یا یخ ، بسکتبال، شنا، تنیس، اسکی صحرانوردی، دو میدانی به مدت حداقل ۶۰ دقیقه در روز توصیه می شود.

۳. فعالیت قدرتی و تقویت عضلات

برای افزایش قدرت عضلات بدنتان باید فعالیت های قدرتی را انجام دهید،این فعالیت ها می تواند در قالب بازی باشند، بازی هایی مانند سینه خیز رفتن،دراز نشست، بالا رفتن از درخت، روی دست ها راه رفتن برای حداقل ۲ تا ۳ روز در هفته انجام شود.

فعالیت بدنی و تقویت استخوان

می توانید از بازی های زیر برای تقویت استخوان استفاده کنید ،مانند: لی لی، پرش از روی طناب، پرش از روی موانع، همچنین ورزشی مانند ژیمناستیک، بسکتبال، والیبال، تنیس را انجام دهند .

اصول فعالیت بدنی برای نوجوانان

فعالیت هوازی با شدت متوسط

در هنگام اوقات فراغت به جای بازی های رایانه ای از بازی ها و فعالیت های جسمانی مانند: پیاده روی، اسکیت بورد، اسکیت،پیاده روی سریع، دوچرخه سواری (ثابت یا دوچرخه جاده استفاده شود تا به سلامت کودک و نوجوان کمک نماید. همچنین می توانید بازی که نیاز به پرتاب دارد مانند هندبال و والیبال را به همراه همسالان به کودکان و نوجوانان توصیه کنید.

فعالیت هوازی با شدت زیاد

کودکان و نوجوانان باید ساعاتی از روز را به بازی هایی در قالب تعقیب گریز، فوتبال،دوچرخه سواری ،طناب بازی، هنرهای رزمی مانند کاراته، ورزش گروهی مانند فوتبال ، بسکتبال، شنا، تنیس، دو و میدانی اختصاص دهند.

فعالیت قدرتی و تقویت عضلات

برای افزایش قدرت و توده عضلانی نوجوانان باید ساعاتی از هفته را به بازی هایی مانند سینه خیز رفتن، دراز نشست، بالا رفتن از درخت، روی دست ها راه رفتن. تمرینات با باند و کش های ورزشی، وسایل بدنسازی ، استفاده از وزنه های دستی،بالا رفتن از دیوار اختصاص دهند.

فعالیت بدنی و تقویت استخوان

کودکان و نوجوانان باید بازی ها و ورزش های مانند لی لی، پرش از روی طناب، پرش از روی موانع، ژیمناستیک، بسکتبال، والیبال، تنیس برای تقویت استخوان ها در برنامه ورزشی روزانه خود داشته باشد.

نمونه یک برنامه فعالیت بدنی یک هفته ای

	قبل از مدرسه	در مدرسه	بعد از مدرسه (اوقات فراغت)
شنبه	۱۵ دقیقه پیاده روی تند، ۱۵ دقیقه ورزش صبحگاهی، تشوق کودکان به بالا و پایین رفتن از پله ها	۳۰ دقیقه فعالیت بدنی شدید در زنگ ورزش۱۵ دقیقه بازی در زنگ تفریح	۳۰ دقیقه شرکت در کلاس ورزشی فوق برنامه مانند فوتبال ۲۰ دقیقه پیاده روی تند با خانواده
یک‌شنبه	۱۵ دقیقه پیاده روی تند، ۱۵ دقیقه ورزش صبحگاهی	۱۵ دقیقه بازی در زنگ تفریح ۱۰ دقیقه حرکات کششی و قدرتی	۳۰ دقیقه شنا، ۱۵ دقیقه حرکات ریتیمک یا طناب زدن
دوشنبه	۱۵ دقیقه پیاده روی تند، ۱۵ دقیقه ورزش صبحگاهی شامل بالا و پایین پریدن و ورزش های ایروبیک	۱۵ دقیقه دویدن متوسط یا طناب زنی و بازی هایی مانند گرگم به هوا درزنگ ورزش	۳۰ دقیقه فوتبال یا ۲۰ دقیقه اسکیت سریع و یا بازی شدید در پارک و یا دیگر فضاهای تفریحی و ورزشی
سه شنبه	۱۵ دقیقه حرکات کششی و نرمشی	۱۵ دقیقه بازی و طناب زنی در زنگ تفریح ۱۰ دقیقه حرکات کششی و قدرتی	۳۰ دقیقه دوچرخه سواری یا فوتبال
چهارشنبه	۱۵ دقیقه پیاده روی تند، ۱۵ دقیقه فعالیت های قدرتی و استقامت عضلانی شنای سوئدی و درازونشست	۳۰ دقیقه فوتبال یا والیبال در زنگ ورزش	۲۰ دقیقه پیاده روی تند با خانواده
پنج شنبه	–	–	۶۰ دقیقه شنا و تمرینات قدرتی مانند شنای سوئدی و دراز ونشست
جمعه	–	–	۶۰ دقیقه اسکیت و یا سایر بازی ها در پارک یا فضای ورزشی همراه با والدین

مربیان بهداشت و معلمان تربیت بدنی مدارس

با گسترش شهرنشینی و رفتارهای ویژه آن، کم تحرکی در بین بچه ها نیز رواج یافته است. بسیاری از بچه های کشور ما فعالیت بدنی مناسب برای رشد توام با سلامتی را ندارند و به همین دلیل باید کودکان در مورد فعالیت بدنی و ارتباط آن با سلامتی آموزش داده شوند و مربیان ورزشی و معلمان باید به کودکان کمک کنند تا اهمیت فعالیت بدنی و تاثیر آن بر بدنشان و سلامتی را بفهمند و به فعالیت بدنی فکر کنند و رفتارشان را تغییر دهند. معلمان و مربیان باید کودکان را نسبت به نیاز به فعالیت بدنی آگاه کنند.

برای این که کودکان به کمک مربیان بتوانند فعالیت بدنی را که موجب:

* استحکام استخوان ها و تقویت عضلات بدن
* انعطاف پذیری
* رشد و توسعه مهارت های فردی
* کنترل وزن بدن
* افزایش اعتماد به نفس
* تناسب اندام
* افزایش آرامش
* تقویت قلب
* افزایش رشد توام با سلامتی

یافتن دوستان جدید و کمک به اجتماعی شدن آن ها می شوند را در ساختار زندگی خود بگنجانند، باید فعالیت بدنی به صورت تعدادی از موضوعات درسی تقسیم شود و از این طریق اطلاعات مرتب تکرار شود. به ویژه روی بعضی از دروس که مهم تر است تکیه شود.

مربیان می توانند بر اساس ۵ استراتژی زیر به تغییر رفتار کودکان در زمینه فعالیت بدنی کمک کنند:

- بسط آگاهی و دانش کودکان در زمینه فعالیت بدنی. برای این کار مشارکت کودکان در این که بدانند چه مقدار فعالیت بدنی برای حفظ سلامتی خود باید انجام دهند و چه مقدار و چگونه از وضعیت کم تحرکی خود (مانند زمانی که از بازی های کامپیوتری استفاده می کنند یا تلویزیون تماشا می کنند) کاهش دهند، ضروری است. آن ها باید بدانند فعالیت بدنی نباید رقابتی باشد و باید از آن لذت ببرند و شاد شوند.
- آن ها باید بدانند برای فعال بودن ضروری نیست در یک رشته ورزشی شرکت کنند بلکه پیاده روی از منزل تا مدرسه، دوچرخه سواری و حتی کمک به انجام کارهای منزل جزء فعالیت های بدنی است و برای حفظ سلامتی مفید است.
- برای این که به فعالیت بدنی علاقمند شوند باید فعالیت های بدنی متنوعی که از نظر آن ها جالب است، انتخاب کنید.
- علاوه بر انجام فعالیت های بدنی متوسط، باید فعالیت های بدنی شدید نیز انجام دهند تا قلب با سرعت بیش تری بتپد و نفس ها تندتر و عمیق تر شود. مانند ورزش فوتبال، دو و میدانی و شنا.
- کمک به افزایش آگاهی دانش آموزان و مشارکت آن ها در انتخاب راه های مناسب. برای این کار به دانش آموزان کمک شود تا لیستی از فعالیت های بدنی که انجام می دهند تهیه شود و نام خود را کنار فعالیت هایی که انجام می دهند یادداشت کنند. جلسه دوم معلم این برگه ها را به صورت یک نمودار در بیاورد و در کلاس هر دانش آموز فعالیت های مورد علاقه اش را لیست کند و سپس فعالیت هایی را که دوست ندارد انجام دهد، لیست کند. جلسه سوم معلم در مورد اهمیت فعالیت بدنی برای سلامت و اثرات کم تحرکی توضیح می دهد و از بچه ها می خواهد که هر روز۶۰ دقیقه فعالیت بدنی داشته باشند و۳۰ دقیقه از ورزش های کامپیوتری خود بکاهند. به هر کودک یک نسخه از نمودار فعالیت بدنی داده می شود. معلم نیز یک نمودار بزرگ در کلاس نصب می کند. جلسه بعد معلم فعالیت بدنی نسبتاً شدید را معرفی می کند و از آن ها می خواهد بعضی از این فعالیت ها مانند لی لی را به مدت ۱۰ دقیقه انجام دهد. بعد از اتمام فعالیت بدنی احساس آن ها را می پرسد و به کلاس بر می گردند و با اشاره به نمودار از بچه ها سوال می کند کدامیک از فعالیت های روی نمودار همان احساس را به آن ها می دهد. معلم کنار فعالیت های بدنی شدید ستاره قرمز می گذارد و به بچه ها گوشزد می کند که آن ها نیاز به انجام این گونه فعالیت ها حداقل به مدت ۱۰ دقیقه در روز دارند. هر روز بچه ها بر حسب فعالیتی که حداقل ۱۰ دقیقه انجام داده اند یک برچسب بر روی نمودار نصب شده در کلاس می چسبانند. از روی این نمودار مقدار پیشرفت بچه ها مشخص می شود. معلم

مدت ۱۰ دقیقه به بچه های کلاس اجازه می دهد که به حرکات ورزشی بپردازند. هر روز قبل از این که بچه ها به منزل بروند به آن ها گوشزد می کند فعالیت هایی را که عصر انجام می دهند در دفترچه یادداشت ثبت کنند و فردای آن روز روی نمودار بیاورند. معلم یک هفته بعد میزان فعالیت بدنی دانش آموزان را ارزیابی کند.

- به دانش آموزان یاد بدهند که هدف مشخصی را تعیین نمایند. هدف گذاری به بچه ها کمک می کند تا پیشرفت کاری خود را بسنجند. مثلاً ماه اول حداقل ۲۰ دقیقه فعالیت متوسط، ۱۰ دقیقه فعالیت شدید داشته باشند و۳۰ دقیقه از زمان کم تحرکی و بی حرکتی خود بکاهند. ماه دوم ۳۰ دقیقه فعالیت متوسط، ۱۵ دقیقه فعالیت شدید(۴۵ دقیقه فعالیت بدنی) داشته باشند و ۴۵ دقیقه از زمان کم تحرکی و بی تحرکی خود بکاهند و ماه سوم از کودکان خود بازخورد بگیرید و آن ها را تشویق کنید. در مورد فعالیت هایی که انجام داده اند گفتگو و بحث کنید و آن ها را تشویق کنید و حتی جایزه بدهید.
- با تمام دانش آموزان کلاس در مورد اهداف فعالیت بدنی گفتگو کنید تا به انجام فعالیت هایی که مایلند انجام دهند تشویق شوند.
- رفتارهای جدید را تقویت کنید و موفقیت ها را از طریق شناخت آن ها و جایزه به آن ها جشن بگیرید.

با توجه به این که فعالیت بدنی روی عضلات، استخوان ها و سایر اندام های انسان تاثیر می گذارد یک پوستر از بدن انسان روی دیوار نصب شود. به دانش آموزان یاد داده شود که فعالیت بدنی چه تاثیری روی هر قسمت بدن دارد و بعد از پایان هر درس از دانش آموزان سوال شود چه فعالیت هایی انجام داده اید که قلب و عضلاتتان فعالیت کرده اند و سپس روی این اعضاء بر روی پوستر علامت بگذارند. با این کار به دانش آموزان پیام داده می شود که فعالیت بدنی موجب بهبود عملکرد اعضای بدن می شود. هر روز از بچه ها بخواهید فعالیت هایی را انجام دهند که بر روی اعضاء بدن موثر است و باعث بهتر کار کردن آن ها می شود. معلم یک پرسشنامه تهیه کند که در آن از دانش آموزان سوال شود کدام یک از فعالیت هایی که آن ها انجام می دهند ضربان قلب را سریع تر می کند.

مثال: تمام فعالیت هایی را که فکر می کنید ضربان قلب شما را سریع تر می کند علامت بگذارید:

دویدن ☐ اسکیت کردن ☐ بالا و پایین پریدن ☐ بازی های کامپیوتری ☐ تند راه رفتن ☐ بازی ویدئویی ☐ تماشای تلویزیون ☐

معلم سه نوع از فعالیت هایی که روی سلامت قلب موثر است را توضیح دهد.

فعالیت های استقامتی فعالیت هایی هستند که در آن عضلات بزرگ بدن فعالیت موزون (ریتمیک) برای یک دوره مشخص دارند و این دسته از فعالیت ها مانند دو، پیاده روی تند، شنا و دوچرخه سواری موجب بهبود قابلیت های قلبی ریوی می شوند.

فعالیت های انعطاف پذیری فعالیت های بدنی هستند که در سطح مفاصل انجام می شود و سبب حرکت مفاصل دامنه وسیع می شوند مثل ژیمناستیک و یوگا.

فعالیت های قدرتی فعالیت هایی هستند که قدرت عضلات و توده عضلانی را افزایش می دهند مانند حمل بارهای مختصر سنگین، هل دادن و کشیدن و وزنه برداری با وزنه های کوچک.

راهنمای دهان و دندان

راهنمای اقدام پیش از ارجاع در صورت بیرون افتادن دندان از دهان

الف) در مورد دندان دایمی:

۱. دندان بیرون افتاده را پیدا کرده و از سمت تاج آن را نگهدارید.

۲. دندان را زیر فشار ملایم آب خنک یا آب جوشیده سرد شده بگیرید. در این حالت نباید دندان و به خصوص ریشه آن با پارچه یا دست پاک شود.

۳. در صورتی که نیروی ارایه دهنده خدمت و یا والدین آموزش های لازم را دیده باشند، بایستی سریعاً دندان را به درستی (سطح بیرونی دندان به سمت خودشان و سطح داخلی دندان به سمت داخل دهان بیمار) در حفره دندانی مربوطه قرار دهند.

۴. یک تکه گاز یا پارچه نم دار را روی دندان قرار داده و از بیمار خواسته شود که با فشار دست یا با فشار دندان های خود آن را نگه داشته و سپس بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

نکته۱- در صورتی که نیروی ارایه دهنده خدمت و والدین آموزش های لازم را ندیده باشند، یا مهارت لازم را نداشته باشند. پس از انجام اقدامات بند اول فوق الذکر، ابتدا دندان را در یک محیط مرطوب مثل سرم شستشو، شیر، بزاق یا آب جوشیده سرد شده قرار داده و بلافاصله در حداقل زمان ممکن، بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

نکته۲- اگر ضربه باعث شکستگی تاج دندان شده است، درصورت امکان تکه جدا شده دندان نیز نزد دندانپزشک برده شود.

ب) در مورد دندان شیری:

- به دلیل آسیبی که ممکن است به دندان دائمی زیرین برسد، نباید تلاشی در جهت گذاشتن دندان شیری در محل حفره دندانی مربوطه اش نمود، ولی باید بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

• در صورتی که بیمار قبلا به طور کامل واکسینه نشده باشد و زخم آلوده باشد، بایستی یک نوبت واکسن کزاز به بیمار تزریق شود.

بررسی از نظر سل ریوی

دانش آموز را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر ارزیابی کنید:

سرفه طول کشیده: چنانچه دانش آموز بیش از ۲ هفته سرفه می کند آن را به عنوان یک نشانه محسوب کنید. دقت کنید سرفه می تواند به همراه خلط (خونی یا بدون خون) یا بدون خلط باشد.

سابقه تماس با فرد مبتلا به سل: از دانش آموز در خصوص افراد مبتلا به سل و یا دارای علائم مشابه در خانواده، اقوام و دوستان، در حال حاضر و یا گذشته (بویژه در ۲ تا ۵ سال اخیر) سوال کنید. در صورت پاسخ بلی، چنانچه مطمئن شدید که دانش آموز با فرد مبتلا در جمع دوستان یا اقوام تماس داشته است آن را به عنوان یک عامل خطر محسوب کنید.

• از دانش آموز با سرفه خلط دار طول کشیده یا با سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه خلط دار ۲ هفته یا کم تر، در همان مراجعه بار اول با نظارت کارمند بهداشتی مربوطه یک نمونه خلط تهیه شود و به دانش آموز یک ظرف جمع آوری خلط بدهید و از او بخواهید که فردا صبح قبل از بلند شدن از رختخواب یک نمونه از خلط را در آن جمع آوری بکند و به کارمند بهداشتی مربوطه تحویل دهد و در زمان تحویل نمونه دوم، سومین نمونه از خلط دانش آموز در واحد بهداشتی، تحت نظارت همان کارمند بهداشتی تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود.

در صورتی که بیمار بستری باشد هر ۳ نمونه از خلط صبحگاهی تهیه شود.

حجم هر نمونه خلط باید ۳ تا ۵ میلی لیتر باشد.

دانش آموز را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی طبقه بندی کنید.

دانش آموز را با توجه به نشانه و عامل خطر از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر طبقه بندی کنید:

دانش آموز دارای یک نشانه (سرفه بیش از ۲ هفته) یا با سرفه مساوی یا کم تر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در طبقه بندی مشکل« (احتمال ابتلا به سل)» قرار می گیرد. به دانش آموز و همراه وی در زمینه تغذیه و راه های کنترل انتقال بیماری به سایرین آموزش دهید. از دانش آموز مطابق توضیحات قبلی، سه نمونه خلط با کیفیت تهیه و هر چه سریع تر همراه با فرم بیماریابی تکمیل شده به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه (براساس برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل) ارسال نمایید. همچنین دانش آموز را همراه با نتیجه اسمیر خلط به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

• دانش آموز بدون سرفه به همراه عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در طبقه بندی در« معرض خطر ابتلا به سل» قرار می گیرد. به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. دانش آموز را یک ماه بعد پیگیری کنید.

• چنانچه دانش آموز بدون نشانه و بدون عامل خطر است، در طبقه بندی « فاقد مشکل» قرار می گیرد. دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.

دقت کنید نتایج اسمیر خلط بیمار برای پزشک جهت طبقه بندی کاربرد دارد.

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیماری سل

توصیه های کلی

- برخورداری از تهویه و نور کافی (تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق بیمار)
- کنترل راه های انتقال بیماری
- تغذیه مناسب

پیگیری: دانش آموز در تماس با فرد مبتلا به سل اسمیر مثبت و بدون سرفه را پس از یک ماه به شرح زیر پیگیری کنید.

از دانش آموز در مورد نشانه های بیماری سؤال کنید:

- در صورتی که دانش آموز دارای نشانه است، مطابق متن فوق، از دانش آموز سه نمونه خلط تهیه و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود. از دانش آموز در خصوص عمل به توصیه ها سؤال کنید چنانچه دانش آموز عملکرد صحیحی داشته است، دانش آموز را به ادامه عمل تشویق کنید. در غیر این صورت دانش آموز و همراه وی را مجدداً آموزش دهید. دانش آموز را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- در صورتی که دانش آموز فاقد نشانه است وی را ۶ ماه بعد پیگیری کنید. از دانش آموز در خصوص عمل به توصیه سؤال کنید. اگر دانش آموز عملکرد صحیحی داشته است، دانش آموز را به ادامه عمل تشویق کنید و در غیر این صورت، دانش آموز و همراه وی را مجدداً آموزش دهید.
- دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.

راهنمای آسم

تعریف آسم

آسم یک بیماری جدی، مزمن و غیرواگیر ریه است که با التهاب مجاری هوایی همراه می باشد. مزمن به این معنا است که بیماری همیشه وجود دارد، حتی زمانی که بیمار احساس ناخوشی ندارد. در این بیماری سه واقعه در راه های هوایی رخ می دهد.

۱- پوشش داخلی راه های هوایی متورم و ملتهب می گردد.

۲- ترشحات راه های هوایی (موکوس) زیاد شده و می تواند راه های هوایی را مسدود سازد.

۳- عضلات اطراف راه های هوایی منقبض شده و مسیر راه هوایی را تنگ تر می سازند.

در بیماری آسم به دنبال واکنش راه های هوایی به عوامل محرک و حساسیت زا (آلرژیک)، این سه عامل سبب انسداد راه های هوایی می شود و در نتیجه هوای کم تری از آن ها عبور کرده و عمل تنفس سخت تر می گردد. در این شرایط علایم آسم به صورت سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس بروز می کند.

علل آسم

علت دقیق و اصلی آسم هنوز نامشخص است. ولی آنچه تاکنون روشن شده، نشان می دهد که اگر افراد خانواده سابقه انواع بیماری های آلرژیک (اگزما، آلرژی بینی، آلرژی غذایی و آسم) را داشته باشند احتمال بروز آسم در سایر افراد آن خانواده بیشتر می شود. همچنین تماس با عواملی چون دود سیگار، عوامل عفونی ویروسی و بعضی از مواد حساسیت زا ممکن است سبب افزایش احتمال بروز آسم گردند. همچنین بیماری آسم ممکن است در افراد بدون سابقه آلرژی نیز رخ دهد. برخی افراد (نظیر کارگران نانوایی، چوب بری، رنگسازی،...) در اثر تماس های شغلی، دچار آسم می گردند.

موارد شایع محیطی که سبب بروز یا بدتر شدن آسم (حمله آسم) می گردند عبارتند از:

۱- مواد حساسیت زا یا آلرژن ها:

- عوامل حساسیت زای حیوان (پر، مو یا پوست)
- گرده ها و قارچ ها (مانند گردهای حاصل از مصرف گچ در کلاس درس)
- هیره (مایت) موجود در گرد و خاک خانه ها و محیط مدرسه
- سوسک ها

۲- مواد محرک

- دود سیگار و سایر دخانیات (قلیان، پیپ و...)
- آلودگی هوا (مانند دود حاصل از دودکش بخاری ها و اگزوز خودروها)
- تغییرات آب و هوایی، بخصوص هوای سرد و خشک
- بوهای تند (مانند بوی متصاعد از برخی موادشیمیایی در آزمایشگاه های مدارس و یا ماژیک وایت برد کلاس درس و یا عطر و ادکلن و...)
- تغییرات هیجانی شدید (گریه کردن، خندیدن شدید، استرس و اضطراب)

۳- عفونت های ویروسی (سرماخوردگی، آنفلوانزا و...)

۴- فعالیت فیزیکی

۵- سایر عوامل

- داروها
- مواد افزودنی در غذاها و آلرژی های غذایی (بویژه در کودکان و در مدارس)
- چاقی

سیر بیماری آسم

اگر چه آسم همه گروه های سنی را درگیر می کند اما شروع آسم در اغلب موارد از دوران کودکی است. اغلب کودکان با افزایش سن علائم

کمتری خواهند داشت اگر چه در بعضی از آنها ممکن است شدت علائم ثابت بماند و یا حتی بیشتر شود ولی پیش بینی این امربه طور قطعی ممکن نیست. آسم یک بیماری دراز مدت است که البته می توان آن را کنترل نمود.

علایم آسم

شایع ترین علایم آسم عبارتنداز:

۱- سرفه:

سرفه بیماران آسمی اغلب در شب و اوایل صبح بدتر می شود و مانع خواب می گردد. ممکن است تک تک یا حمله ای باشد ولی اکثراً به مدت طولانی ادامه می یابد. اگر سرفه بیش از ۴ هفته طول بکشد باید بیمار برای بررسی از جهت آسم ارجاع گردد.

۲- خس خس سینه:

نوعی صدای زیر است که هنگام تنفس و اغلب در بازدم شنیده می شود. باید توجه داشت که خس خس سینه از خرخر که نوعی صدای بم است و اغلب در هنگام دم شنیده می شود افتراق داده شود. خس خس عود کننده نیز از علائمی است که باید در صورت مشاهده، به آسم مشکوک شد و بیمار را ارجاع داد.

۳- تنگی نفس:

در تنفس طبیعی عمل دم وبازدم به راحتی و بدون احساس فشار یا کمبود هوا صورت می گیرد اگر بیمار دچار اختلال در تنفس بصورت تنگی نفس گردد ، باید به عنوان یکی از علایم مشکوک به آسم جهت بررسی بیشتر ارجاع گردد.

البته همه بیماران علائم فوق را به طور کامل ندارند و شدت و میزان علائم نیز درحالت های مختلف بیماری و در حمله آسم متفاوت است. از آنجا که ممکن است در بعضی از افراد، بیماری آسم همزمان با سایر اختلالات آلرژیک دیده شود لذا باید به علایم این بیماری ها در حال و یا گذشته وی توجه کرد نظیر علائم آلرژی بینی (عطسه مکرر ، خارش ، گرفتگی و آبریزش بینی) و یا وجود ضایعات پوستی خارش دار (اگزما). به طور کلی هر بیمار با تشخیص آسم باید از جهت آلرژی بینی بررسی شود و برعکس از هر فرد دچار آلرژی بینی بایدعلایم آسم سئوال گردد.

همانطورکه گفته شد علایم آسم درافراد مختلف شدت های متفاوتی دارد که براساس آن برنامه درمانی اختصاصی آنها نیز تفاوت می کند. باید توجه داشت هر بیمارآسمی درهرسطحی از شدت بیماری می تواند دچارحمله شدید و ناگهانی گردد.

حمله آسم

وقتی شدت علایم آسم از حد معمول بیشتر شود به آن حمله آسم اطلاق می گردد. همه حملات آسم مشابه نیستند و شدت های متفاوتی دارند. بعضی از آنها می توانند آنقدرشدید باشند که سبب مرگ گردند. بنابراین حمله آسم از اورژانس های پزشکی است. با کنترل روزانه آسم، پیگیری های

منظـم و دوری از عوامـل محـرک مـی تـوان از حمـلات بیمـاری جلوگیـری کـرد.
یکی از وظایف مهم کارشناس مراقب سلامت و بهورز در ارتباط با بیماران آسمی ، آموزش علائم هشدار دهنده وقوع حمله آسم است .

علائم حمله آسم عبارتند از :

۱) بدتر شدن پیش رونده سرفه ، خس خس سینه ، تنگی نفس و یا احساس فشردگی قفسه سینه به ویژه در هنگام خواب
۲) هر گونه سختی در نفس کشیدن در حین راه رفتن و صحبت کردن
۳) غیبت از محل کار یا مدرسه به خاطر تشدید علایم بیماری
۴) نیاز به استفاده زیاد از داروی تسکین دهنده (سالبوتامول) در روز یا شب یعنی بیشتر از ۲ بار استفاده از افشانه سالبوتامول در هفته .
۵) کاهش در عدد ثبت شده توسط نفس سنج به کمتر از مقدار طبیعی بیمار
همچنین باید علائم یک حمله آسم شدید را سریعاً شناسایی کرد. علائم حمله آسم شدید عبارتند از :
۱) تنگی نفس شدید ، تنفس سریع (بیشتر از ۵ سال وبالغین: بیشتر از ۳۰ در دقیقه)، عرق سرد
۲) خس خس پیشرونده
۳) استفاده از عضلات فرعی تنفس به صورت داخل کشیده شدن پوست قفسه سینه و عضلات بین دنده ای
۴) ناتوانی در بیان حتی یک جمله
۵) افت سطح هوشیاری
۶) کاهش درعدد ثبت شده توسط نفس سنج به کمتر از ۵۰% مقدار طبیعی بیمار

آموزش بیمار

آمـوزش بیمـاران کلیـد ایجـاد یـک ارتبـاط موفـق بیـن بیمـار و مراقـب بهداشـتی او اسـت . بایـد دانسـت کـه داروهـا تنهـا راه کنتـرل آسـم نیسـتند. بلکـه پرهیز از عوامـل محرکـی کـه سـبب التهـاب مجـاری هوایـی و بدتـر شـدن آسـم مـی شـوند نیـز بسـیار مهـم اسـت. ایـن عوامـل آغازگـر آسـم نامیـده مـی شـوند. هـر بیمـار بایـد راه هـای اجتنـاب از عوامـل آغازگـر بیماری خـود را بشناسـد.
آغازگرهای آسم و روش های پرهیز و کنترل این عوامل عبارتنداز:
* هیره موجود در گردو خاک خانه ها (مایت)
هیره ها بند پایانی میکروسکوپی هستند (حدوداً ۰/۳ میلی متر) که با چشم غیر مسلح دیده نمـی شـوند. تغذیـه ایـن موجـودات از پوسـته ریـزی بـدن انسـان اسـت . محـل زندگـی ایـن حیـوان در لابـه لای پرزهـای فـرش ، پتـو ، مبلمـان ، پـرده ، تشـک، بالـش، اسـباب بـازی هـا ی پشـمی و پارچـه ای و وسـایل مشـابه اسـت . شـرایط آب و هوایـی گـرم مرطـوب - (مثـلاً در زمسـتان کـه اکثـراً درب وپنجـره هـا بسـته اسـت و اغلـب از بخـور نیـز اسـتفاده مـی شـود) رشـد و تکثیـر ایـن موجـودات را تسـریع مـی کنـد. تمـاس و استنشـاق ذرات بـدن و فضـولات دفعـی ایـن

حیوانات سبب بروز یا تشدید علایم آسم می گردد. لذا با استفاده از روش های زیر باید با آن ها مقابله کرد :
- بالش ها و تشک ها در پوشش هایی غیرقابل نفوذ (مثلا پلاستیکی) پیچیده شود.
- کلیه ملحفه ها هفته ای یکباردرآب داغ (۶۰درجه سانتی گراد) شسته شده ودرآفتاب خشک گردد.
- درصورت امکان ازقالی به عنوان کف پوش استفاده نشود.
- وسایل فراوان (اسباب بازی - کتاب ،مبلمان و ....) در داخل اتاق کودک نگهداری نشود.
- سطح رطوبت خانه کاهش یابد. بهتر است اتاق خواب آفتاب رو و دارای نور کافی باشد.
- هنگام نظافت منزل بهتر است فرد مبتلا به آسم در منزل نباشد.

❋ عوامل حساسیت زای حیوانات

- به هیچ وجه اجازه ورود حیوانات دست آموز به رختخواب داده نشود.
- حیوانات دست آموز از خانه خارج گردند. (گربه، سگ و....)
- از به کاربردن بالش یا تشک حاوی پر، پشم و کرک اجتناب شود.
- سوسک از عوامل حساسیت زا است با روشهای مناسب در رفع این حیوان تلاش گردد.

❋ دود سیگار

دود سیگار و سایر دخانیات (قلیان، پیپ و ....) از مهترین عوامل افزایش آسم بخصوص در کودکان می باشند. حدود ۴۰۰۰ ماده سمی در دود سیگار شناخته شده است. بنابراین توصیه می شود :
- در صورت ابتلا به آسم به هیچ وجه سیگار استفاده نشود.
- اجازه سیگار کشیدن در خانه یا فضاهای بسته به هیچ کس داده نشود.

❋ تغذیه با شیرمصنوعی

تغذیه انحصاری با شیرمادر بخصوص در ۶ ماه اول زندگی خطر بروز آلرژی و آسم را کاهش می دهد. لذا برای پیشگیری از آسم بهتر است از شیرمصنوعی استفاده نشود.

❋ آلودگی هوا

هوای آلوده حاوی مواد متعددی است که موجب بدتر شدن آسم می گردد. بیماران مبتلا به آسم باید در مواقعی که علائم هشدار دهنده نشاندهنده آلودگی شدید هوا هستند از خروج از منزل و خصوصا ورزش درفضای آزاد اجتناب نمایند.
استفاده از وسایل گرمایشی دود زا (بخاری نفتی یا چوبی ، وجود تنور درمنزل و.....) نیز از عوامل تشدید کننده آسم به شمار می روند و استفاده از وسایل گرمایشی غیردود زا در منزل توصیه می گردد.

* بوهای تند

بعضی از بیماران مبتلا به آسم به بوهای تند مثل بوی رنگ و اسپری مو ،عطر و ادوکلن، سفید کننده ها ، جوهر نمک و .... واکنش نشان می دهند و باید از این عوامل محرک اجتناب کنند.

* گرده های گیاهان و قارچ ها

گرده های گیاهی موجود درفضا ، اغلب سبب آسم و آلرژی های فصلی می شوند.
درختانی مثل نارون ، کاج ، سپیدار ، علوفه های هرز در فصول مختلف مشکل ساز هستند. در فصل های گرده افشانی بابستن درب و پنجره ها می توان از نفوذ گرده ها به اتاق جلوگیری کرد.
رطوبت و گرما سبب رشد قارچ ها وکپک ها می گردند، کپک ها و قارچ ها از عوامل آلرژی زا در فضاهای بسته به شمار می روند. لذا باید از منابع تکثیر قارچ مثل جاهای مرطوب اجتناب کرده و محل های مرطوب (حمام ، زیر زمین) مکرراً تمیز شوند.

وسایل کمک درمانی و تکنیک های استنشاقی

در بیماری آسم استفاده از اسپری های (افشانه ها) استنشاقی درکمترین زمان ممکن و با حداقل دوز، موثرترین مقدار دارویی را با کمترین عوارض به ریه ها می رساند. بنابراین تاکید براهمیت استفاده از این شکل دارویی به بیماران بسیارمهم است. نکته مهم دیگر یادآوری این مطالب است که این روش دارویی ایجاد وابستگی و اعتیاد نمی کند ، بلکه این فکر، باور غلطی است که در بین بعضی از مردم رواج دارد.
البته استفاده غلط از اسپری های استنشاقی، شکست در درمان را موجب می گردد. بنابراین آموزش استفاده از داروهای استنشاقی ضروری است.
بطور کلی استفاده از اسپری(افشانه یا MDI) با محفظه مخصوص(spacer) در کلیه سنین ارجح است چرا که با استفاده از افشانه به تنهایی، میزان دارویی که وارد ریه می شود حدود ۱۰% دوز تجویز شده است و استفاده از افشانه با محفظه مخصوص، این میزان را ۲ تا ۴ برابر می کند.

اصول استفاده از محفظه مخصوص (Spacer)

این وسیله برای مصرف درست و دریافت دوز کافی دارو در تمام سنین و نیز در شرایط حمله آسم مفید است. این دستگاه علاوه بر آن که موجب میشود داروی بیشتری به ریه ها برسد، از رسوب دارو در دهان و نهایتاً رشد قارچ جلوگیری می کند. برای کودکان زیر ۵ سال که مستقیماً نمی‌توانند از محفظه مخصوص استفاده کنند از محفظه مخصوص دارای ماسک استفاده می گردد. دراین حالت به جای آن که قسمت دهانی داخل دهان بیمار قرار گیرد ماسک بطور محکم روی دهان وبینی کودک قرار می گیرد.

روش استفاده از محفظه مخصوص

۱) افشانه (MDI) را از طریق برداشتن در پوش آن، تکان دادن و قراردادن آن در وضعیت عمودی به نحوی که به مدخل محفظه مخصوص متصل باشد، آماده کنید.
۲) مخزن افشانه را به پایین فشاردهید و یک پاف از دارو را به داخل محفظه وارد کنید. قسمت دهانی محفظه مخصوص را حدود ۱۰ ثانیه داخل دهان نگه دارید و ۵ بار بطور عادی دم وبازدم انجام دهید
۳) برای کودکان بزرگتر از ۵ سال و بزرگسالان توصیه می‌شود قبل از مرحله ۲، با بازدم ریه‌ها را از هوا خالی کنند.
۴) اگر نیاز به بیش از یک پاف دارو است، حداقل ۳۰ ثانیه صبر کنید بعد مراحل ۲ و۳ را تکرار کنید. بخاطر داشته باشید که قبل از پاف بعدی محفظه دارو را تکان دهید.
۵) برای کودکان زیر ۵ سال که مستقیماً نمی‌توانند از محفظه مخصوص استفاده کنند از محفظه مخصوص دارای ماسک استفاده می‌گردد. در این حالت برای استفاده به جای آن که قسمت دهانی داخل دهان بیمار قرار گیرد (لب ها دور آن غنچه گردد) ماسک به طور محکم روی دهان و بینی کودک قرار می‌گیرد.

اصول استفاده از اسپری (افشانه) یا MDI

استفاده ازاسپری با محفظه مخصوص در کلیه سنین ارجح است ولی چنانچه دسترسی به spacer (محفظه مخصوص) وجود نداشت به صورت زیر باید عمل گردد:
۱) سرپوش اسپری را بردارید و مخزن اسپری را به خوبی تکان دهید.
۲) به آرامی و به طرز یکنواختی نفس خود را بیرون دهید.
۳) اسپری را درفاصله ۳ سانتی متری جلوی دهان باز بگیرید.
۴) در حالی که شروع به دم آرام و عمیق می کنید مخزن فلزی را فشارداده تا دارو آزاد شود و تا حدامکان عمل دم عمیق ادامه یابد.
۵) برای حدود ۵ ثانیه نفس خود را حبس کنید.
۶) نفس خود را به آرامی خارج سازید.

درمان داروئی آسم

دو دسته اصلی دارویی برای درمان آسم استفاده می شوند :

۱) داروهای تسکین دهنده (سریع الاثر)

این داروها با شل کردن انقباض عضلات راههای هوایی ،سبب گشاد شدن راه های هوایی و در نتیجه کاهش یا رفع علائم آسم می شوند. زمان شروع اثر این داروها چند دقیقه است، بنابراین به نام داروهای تسکین فوری نامیده می شوند و در هنگام بروز اولین علایم تشدید بیماری باید بکار روند. معروف ترین دارو از این گروه سالبوتامول می باشد.

۲) داروهای کنترل کننده یا نگهدارنده

خاصیت مشترک این دسته دارویی ، اثرات ضد التهابی آنهاست و از این راه علائم آسم را کاهش می دهند. این دسته دارویی بطور طولانی مدت بکار می روند و استفاده آن باید روزانه و بطور منظم باشد . این داروها نقش مهمی در پیشگیری از بروز علائم و حملات آسم دارند. اشکال مختلف آسم پایدار به این گروه دارویی نیاز دارند. موثرترین داروی این دسته استروئیدهای (کورتون) استنشاقی هستند. معروف ترین آن ها بکلومتازون و فلوتیکازون می باشند. دربعضی از موارد شدید از اشکال خوراکی استروئیدها (پردنیزولون) یا تزریقی استفاده می گردد. چون بیشتر داروهای آسم از نوع استنشاقی هستند. تکنیک استفاده از آنها بسیارمهم می باشد. (به بحث آموزش مراجعه شود) نکته عملی در استفاده از استروئیدهای استنشاقی این است که پس ازاستفاده از آنها با محفظه مخصوص ، باید برای پیشگیری از عفونت قارچی دهان ، شستشوی دهان و غرغره با آب صورت گیرد.
باید توجه داشت که پزشک برای هر بیمار در هر ویزیت، با توجه به شدت بیماری، برنامه درمان داروئی اختصاصی تنظیم نموده و به شکل مکتوب به وی ارائه می نماید. این برنامه شامل میزان و نوع داروهای مصرفی و اقدامات درمانی مورد نیاز به هنگام حمله بیماری است.

تعیین برنامه درمانی برای مواقع حمله آسم

در صورت مراجعه بیمار با علائم حمله آسم بایداقدامات زیر توسط بهورز/ کارشناس مراقب سلامت صورت گیرد:
۱) وصل اکسیژن مرطوب با ماسک و با فشار ۴-۳ لیتر در دقیقه
۲) تجویز ۲ تا ۴ پاف سالبوتامول استنشاقی هر ۲۰ دقیقه به کمک محفظه مخصوص وارجاع فوری به سطوح بالاتر
نکته مهم: درصورت ارجاع فوری همچنان هر ۲۰ دقیقه ۲ تا ۴ پاف سالبوتامول در بین راه داده شود.
۳) در موارد حمله شدید آسم و عدم پاسخ به تجویز سالبوتامول استنشاقی ، تجویز کورتون خوراکی بر اساس دستورالعمل کتبی بیمار (در صورت عدم مصرف قبلی توسط بیمار) وارجاع فوری به سطوح بالاتر
۴) درصورت عدم امکان ارجاع فوری، تجویز ۲ تا ۴ پاف سالبوتامول استنشاقی هر۲۰ دقیقه و ارجاع فوری در اولین فرصت. دراین حالت اگر با دادن سالبوتامول هر ۲۰ دقیقه وضع بیمار بهتر شود می توان فواصل را یک ساعته کرد.

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به آسم

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به آسم بر حسب سطح کنترل بیماری متفاوت است. پس از شروع درمان توسط پزشک، یک ماه بعد در ویزیت مجدد ، پزشک سطح کنترل بیماری را تعیین می کند. چنانچه سطح کنترل بیماری کامل باشد بیمار ماهانه توسط بهورز/ کارشناس مراقب سلامت و هر دو ماه یک بار توسط پزشک مراقبت می گردد. در موارد کنترل نسبی، بیمار هر دو هفته یکبار توسط بهورز/ مراقب سلامت پیگیری و مراقبت می شود تا زمانی که به سطح کنترل کامل برسد و پس از آن پیگیری و مراقبت بیمار ماهانه توسط بهورز/ مراقب سلامت و هر دو ماه یکبار توسط پزشک ادامه می یابد.
بهورز/ مراقب سلامت در مراقبت های دوره ای میزان و نحوه مصرف صحیح داروها را بررسی کرده و وضعیت کنترل بیماری را براساس شواهد بالینی

و نتایج پیک فلومتری (مطابق جدول شماره۱) تعیین می کند و در صورت کاهش سطح کنترل بیماری (کنترل کامل به کنترل نسبی یا کنترل نشده) ضمن بررسی علل نظیر قطع خودسرانه، مصرف نامنظم و یا تکنیک نادرست مصرف دارو، بیمار را به صورت غیر فوری به پزشک ارجاع می دهد. همچنین با توجه به تاثیر مشکلات روانی، اقتصادی و اجتماعی شدید بیمار یا خانواده وی برسطح کنترل بیماری و افزایش احتمال بروز حملات، لازم است در هر نوبت مراقبت علاوه بر آموزش بیماران و خانواده آنها به این موارد نیز توجه شده و در صورت نیاز به پزشک اطلاع داده شود. در صورتی که بیمار در تاریخ مقرر جهت مراقبت مراجعه نکند حداکثر ۳ روز پس از این تاریخ لازم است بهورز/ مراقب سلامت علت عدم مراجعه را پیگیری نماید.

نکات مورد توجه در خصوص دانش آموزان مبتلا به آسم:

۱- در آغاز سال تحصیلی دانش آموزان آسمی شناسایی و مورد مشاوره قرار گیرند و از شدت بیماری آن ها و داروهای مصرفی اطلاع حاصل شود.

۲- اولیاء این دانش آموزان مورد مشاوره قرار گیرند و عوامل تحریک کننده محیطی بیماری (بویژه در حد فاصل خانه تا مدرسه)را به آنان یادآوری و از آن ها برای انتقال سالم و ایمن دانش آموز به مدرسه کمک خواسته شود از جمله این که:

الف) در روزهایی که وضعیت آلودگی هوا در مرز خطر اعلام شود حدالامکان از بیرون رفتن فرزند خود جلوگیری نماید و مدرسه را در جریان قرار دهد.

ب) از طی مسافت بین خانه و مدرسه با دوچرخه و موتورسیکلت (بویژه در روزهای آلودگی هوا) خودداری شود.

ج) اگر دانش آموز از سرویس خصوصی برای مدرسه استفاده می کند راننده سرویس نباید از سیگار و یا عطر و ادکلن و مواد دیگر معطر و تحریک کننده استفاده نماید.

د) هنگام ابتلا به سرماخوردگی سریعاً نسبت به درمان وی اقدام شود و سهل انگاری نگردد.

ه) دانش آموز داروهای ضروری (بویژه برای زمان حمله آسم) را همیشه همراه خود داشته باشد.

و) در صورت تغییر در بیماری (از جمله زمان شدت یافتن بیماری) مدرسه (مدیر و مراقبت سلامت) را در جریان قرار دهد.

۳- لازم است معلم (یا دبیران) دانش آموز آسمی در جریان بیماری دانش آموز قرار گیرند و با حداقل آموزش های لازم برای کمک به ایشان در هنگام حمله آسم آشنا باشند.

۴- تأکید شود که آموزگاران و دبیران محترم از اجبار دانش آموز آسمی جهت آمدن به پای تخته سیاه (یا سفید) به علت احتمال تأثیر تحریکی گرده های گچ و یا بوی تند شیمیایی متصاعد از وایت برد به کار رفته، خودداری نمایند و تکالیف را از این قبیل دانش آموزان به شیوه های دیگری مطالبه نمایند و صندلی این دانش آموزان با فاصله مناسب از تخته کلاس قرار داشته باشد.

۵- تأکید شود که همکاران محترمی که در تعامل نزدیک (از جمله در کلاس درس) با دانش آموز آسمی هستند از استفاده از عطر، ادکلن و سایر معطرهای تند و تحریک کننده خودداری کنند.

۶- از ایجاد استرس و اضطراب روحی برای دانش آموزان آسمی، بویژه در زمان برگزاری آزمون ها، جداً خودداری شود و در هنگام آزمون، با مشاوره های پیوسته و بازدیدهای آرام بخش با دانش آموز آسمی در طول آزمون از بروز استرس و اضطراب که احتمال حمله آسمی را افزایش می هد، جلوگیری شود.

۷- چنانچه در کنار کلاس درس درخت و فضای سبزی وجود دارد که در فصل گرده افشانی، گرده به داخل کلاس وارد می شوند، حتی الامکان پنجره های کلاس را مسدود نگه داشته و میز و نیمکت دانش آموز آسمی با فاصله مناسب از پنجره قرار گیرد.
۸- در هنگام برگزاری اردو از دانش آموزان آسمی در مواجه با فضای سبز، گرده گیاهان، استفاده از خوراکی های تند محرک، هوای آلوده، یا استفاده از بالش، پتو و ملحفه های محرک مراقبت جدی شود.
۹- در بوفه مدارسی که دانش آموز آسمی دارند، مواد خوراکی با بوی تند یا مزه تند (اصطلاحاً فلفلی) عرضه نشود.
۱۰- لازم است معلم (دبیر) ورزش از شرایط بیمای دانش آموزان آسمی اطلاعات کافی داشته باشد تا در فعالیت های ورزشی از آن ها مراقبت نمایند.
۱۱- در هنگام ورزش به هیچ وجه دانش آموز آسمی نباید در شرایط فعالیت های سنگین یا استرس زای رقابت های ورزشی قرار گیرند.
۱۲- در شرایط هوای با رطوبت بالا نباید دانش آموز آسمی در معرض فعالیت های ورزشی سنگین قرار گیرد.
۱۳- در صورتی که دانش آموز آسمی در حین ورزش دچار حمل آسمی شود، بلافاصله فعالیت ورزشی وی قطع و به کمک داروهای همراه دانش آموز به وی کمک رسانی گردد. (مطابق موارد مذکور در درمانی بیماری که در صفحات قبل ذکر شد) و بلافاصله به اولین و نزدیک ترین بیمارستان منتقل و خانواده دانش آموز (در حین انتقال) در جریان قرار گیرند.
۱۴- توصیه می شود در مدارسی که دارای دانش آموز آسمی هستند حداقل یک کپسول اکسیژن کوچک به همراه ماسک مربوطه و دستورالعمل استفاده از آن در محل اتاق بهداشت مدرسه موجود باشد.

آسم و ورزش

بیمار دچار آسم قادر به انجام همه نوع ورزش است. وقتی بیماری آسم تحت کنترل باشد، نه تنها نباید بیمار را از انجام ورزش منع کرد بلکه باید به ورزش نیز تشویق نمود.البته ورزش در هوای سرد و خشک مثل اسکی، باید با رعایت شرایط خاصی و با احتیاط انجام شود و ورزش هایی چون شنا، پیاده روی و دوچرخه سواری ارجح هستند. باید توجه داشت که فعالیت بدنی و ورزش دربعضی افراد می تواند باعث شروع حمله آسم شود. این بیماران به خصوص در هوای سرد و خشک باید قبل از شروع ورزش، چند دقیقه بدن خود را با نرمش گرم کنند و در صورتی که هنگام ورزش دچار علایم گردند باید نیم ساعت قبل از ورزش داروی سالبوتامول را دریافت نمایند.
به کودکان مبتلا به آسم خاطر نشان کنید.
- داروهایشان را فراموش نکنند.
- محدودیت های خودشان را بدانند.
- بدانند که چه زمانی باید فعالیت را قطع کنند.
- همیشه قبل از ورزش خودشان را گرم کنند و یکباره به فعالیت های سنگین ورزشی نپردازند.

سوالات غربالگری در حوزه سلامت روان

مقدمه سؤالات غربالگری در حوزه سلامت روان برای گروه هدف ۵ تا ۱۵ سال

- **قبل از پرسشگری در این بخش به والدین توضیح دهید که «در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی و استرس‌های فرزندتان بپرسم.»**
- **برای پدر و مادر و یا مراقبین اصلی کودک و نوجوان توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری شناسائی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در کودکان و نوجوانان است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.»**
- **در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی فرزندتان می‌باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.»**
- **به والدین یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان (کودکان و نوجوانان) انجام می‌شود.»**
- **به والدین و یا مراقبین اصلی توضیح دهید: «پاسخ‌گویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز فرزندشان کمک می‌کنید.»**
- **سپس به والدین بگویید: «سوالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که فرزندشان (کودک و یا نوجوان) در طول ۳۰ روز گذشته (در طول ماه گذشته) تجربه کرده اند. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید هرگز، گاهی، اغلب.»**

نام فرزند: تاریخ تولد: تاریخ تکمیل پرسشنامه:
نام والد / مراقب: نسبت تکمیل‌کننده پرسشنامه با فرزند

	هرگز	گاهی اوقات	اغلب
۱- احساس غمگینی و غصه می‌کند.			
۲- احساس ناامیدی می‌کند.			
۳- از دست خودش عصبانی است.			
۴- خیلی نگران است.			
۵- به نظر می‌رسد که کمتر چیزی خوشحالش می کند.			
۶- وول می‌خورد و نمی‌تواند آرام بنشیند.			
۷- خیلی خیال‌بافی می‌کند.			
۸- به‌آسانی حواسش پرت می‌شود.			
۹- نمی‌تواند تمرکز کند.			
۱۰- طوری رفتار می‌کند که انگار موتورش روشن شده است.			
۱۱- با بقیه بچه‌ها دعوا می‌کند.			
۱۲- از قوانین پیروی نمی‌کند.			
۱۳- احساسات دیگران را نمی‌فهمد.			
۱۴- دیگران را دست می‌اندازد.			
۱۵- به‌خاطر مشکلات خودش، دیگران را سرزنش می‌کند.			
۱۶- نمی‌گذارد دیگران از وسایلش استفاده کنند.			
۱۷- چیزهایی را بر می‌دارد که مال او نیست.			

غربالگری سلامت روان ۵ تا ۱۵ سال

پدر و مادر عزیز

سوالات زیر درباره مسائلی است که ممکن است فرزند شما را در طول یک ماه گذشته آزار داده باشد. لطفاً در مورد هر سوال، در ستونی که به بهترین شکل شدت این آزار را نشان می‌دهد، علامت × بزنید. لطفاً به تمام موارد پاسخ دهید. نتایج این پرسشنامه محرمانه است و تنها به شما اطلاع داده می‌شود.

از والدین پرسیده شود:

- آیا کودک یا نوجوان شما هیچ مشکل رفتاری یا عصبی دارد، که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟ بله ☐ خیر ☐

نمره گذاری:

• نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های هرگز، گاهی اوقات واغلب به ترتیب اعداد صفر، ۱ و ۲ تعلق می‌گیرد.

هرگز	گاهی	اغلب
صفر	۱	۲

• سوال ها در چند گروه تقسیم شده اند و هر گروه جداگانه نمره گذاری و محاسبه می شود.

• موارد ارجاع بر اساس امتیاز هر گروه نر نمره ها است

• جمع نمره سوالات ۱ تا ۵ (اگر نمره ۵ یا بالاتر از ۵ بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)

• جمع نمره سوالات ۶ تا ۱۰ (اگر نمره ۷ یا بالاتر از ۷ بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)

• جمع نمره سوالات ۱۱ تا ۱۷ (اگر نمره ۷ یا بالاتر از ۷ بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)

جمع نمره کل سوالات ۱ تا ۱۷ (اگر نمره ۱۵ یا بالاتر از ۱۵ بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)

مقدمه سؤالات غربالگری در حوزه سلامت روان برای گروه هدف ۱۵ تا ۱۸ سال

- قبل از پرسشگری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که «در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی و استرس‌های شما بپرسم.»
- برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری شناسائی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در مراجعین است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.»
- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می‌باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.»
- به خدمت‌گیرنده یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.»
- به خدمت گیرنده توضیح دهید: «پاسخ‌گویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.»
- سپس به خدمت گیرنده بگویید: «سوالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت یا اصلاً.»

نمره گذاری:

- نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های همیشه، بیشتراوقات، گاهی اوقات، به ندرت و اصلاً به ترتیب اعداد ۴، ۳، ۲، ۱ و صفر تعلق می‌گیرد. مجموع امتیازات هر پرسشنامه می‌تواند از حدافل صفر تا حداکثر ۲۴ باشد

همیشه	بیشتراوقات	گاهی اوقات	به ندرت	اصلاً
۴	۳	۲	۱	صفر

- افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می‌گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد.
- در صورت پاسخ بیشتر از ۳ مورد به گزینه (نمی داند/پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.

پرسشگر گرامی: از آزمودنی سؤالات زیر را بپرسید. بر روی جملاتی که زیر آن خط کشیده شده و کلماتی که برجسته شده‌اند، تأکید کنید.

پاسخگوی گرامی، سؤالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت یا اصلاً.

غربالگری سلامت روان

۱- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید، مضطرب و عصبی هستید؟
۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ۴) به ندرت ☐ ۵) اصلاً ☐ ۹) نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ☐

۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟
۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ۴) به ندرت ☐ ۵) اصلاً ☐ ۹) نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ☐

۳- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می‌کردید؟
۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ۴) به ندرت ☐ ۵) اصلاً ☐ ۹) نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ☐

۴- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می‌کردید؟
۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ۴) به ندرت ☐ ۵) اصلاً ☐ ۹) نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ☐

۵- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟
۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ۴) به ندرت ☐ ۵) اصلاً ☐ ۹) نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ☐

۶- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می‌کردید؟
۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ۴) به ندرت ☐ ۵) اصلاً ☐ ۹) نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ☐

غربالگری صرع

آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاه خون آلود) خارج می‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد. بلی ☐ خیر ☐

در صورت پاسخ بلی فرد به پزشک ارجاع داده می‌شود.

غربالگری معلولیت ذهنی

۱- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد. بلی ☐ خیر ☐
۲- قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. بلی ☐ خیر ☐
۳- نمی تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند. بلی ☐ خیر ☐

۴- توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد. ☐ بلی ☐ خیر
۵- بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است. ☐ بلی ☐ خیر
در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد فوق برای بررسی معلولیت ذهنی، به پزشک ارجاع شود.

غربالگری خودکشی

۱- آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟
۲- آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟ چنانچه پاسخ مثبت است، این علامت را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

راهنمای ارزیابی، تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد

غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد
غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد فرصت منحصر به فردی فراهم می‌آورد تا درک بهتری از مشکلات سلامتی فرد به دست آورده و بهتر به او خدمات ارایه دهیم، به فرد بازخورد ارایه دهیم به این معنا که رفتارهای مثبت را تشویق کنیم، برای رفتارهای پرخطر به فرد آموزش و توصیه مختصر داده و برای دریافت غربالگری تکمیلی و سایر مراقبت‌ها ارجاع دهیم.
غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد باید با رعایت حریم خصوصی و از طریق مصاحبه با خود فرد، برای تمام اعضای ۱۵ سال یا بالاتر در زمان تکمیل پرونده سلامت انجام پذیرد.

پرسشنامه غربالگری اولیه غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد از چهار بخش به شرح زیر تشکیل شده است:

- بخش اول- سابقه مصرف انواع مواد در طول عمر و سه ماه گذشته
- بخش دوم- سؤالات بیشتر درباره دفعات و مقدار مصرف انواع دخانیات در ماه گذشته
- بخش سوم- سؤال مواجهه با دود دستِ دوم دخانیات در ماه گذشته(فقط افراد غیر سیگاری)
- بخش چهارم- سوالات ارزیابی مواجهه فرزندان با دخانیات (والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال)
- غربالگری اولیه در دوران بارداری، در هر سه ماهه بارداری یک بار انجام می‌شود.
- علاوه بر اینها، غربالگری اولیه باید برای تمام افراد واجد علایم و نشانه‌های مرتبط با مصرف دخانیات، الکل و مواد توسط کارکنان تیم سلامت همچون کارشناس مراقب سلامت به صورت فرصت طلبانه انجام پذیرد.

به منظور کاهش حسّاسیت نسبت به سؤالات در پرسش یک، ابتدا درباره سابقه ی مصرف فرد در طول عمر پرسیده می‌شود.
منظور از مصرف طول عمر داروهای واجد پتانسیل مصرف نابجا، مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی و یا با مقادیر و طول مدت بیش از آن چه پزشک تجویز نموده، می‌باشد. در صورتی که مُراجع هر یک از این داروها را به دستور پزشک و با دوز و

طـول مـدت تجویـزی مصـرف می‌کنـد، نتیجـه غربالگـری اولیـه منفـی خواهـد بـود. صـرف نظـر از پاسـخ مراجـع بـه ایـن پرسـش‌ها، بعـد از پرسـیدن سـؤال یـک، پرسـش دو، دربـاره ی مصـرف کلیـه مـواردی کـه فـرد در طـول عمـر مصـرف نمـوده در سـه مـاه اخیـر ادامـه می‌یابـد.
در صـورت تأییـد مصـرف دخانیـات در سـه ماهـه گذشـته، سـؤالات تکمیلـی دربـاره نـوع و مقـدار مـاده دخانـی مصرفـی در مـاه گذشـته پرسـیده می‌شـود. در خاتمـه، صـرف نظـر از نـوع پاسـخ مراجـع بـه سـؤالات مصـرف دخانیـات، از فـرد دربـاره مواجهـه بـا دود دسـتِ دوم دخانیـات در مـاه گذشـته سـؤال می‌شـود.

پرسشنامه غربالگری اولیه

بخش اول- مصرف دخانیات، الکل و مواد در طول عمر و سه ماه گذشته

مقدمه غربالگری اولیه

رعایت احترام و حفظ حریم خصوصی مُراجع توضیح دهید:
« در ایـن بخـش می‌خواهـم چنـد سـؤال دربـاره تجربـه شـما از مصـرف دخانیـات، الـکل و مـواد در طـول عمـر و سـه مـاه گذشـته بپرسـم. ایـن ارزیابـی بـرای تمـام مُراجعـان بـه عنـوان بخشـی از ارزیابـی اسـتاندارد وضعیـت سـلامتی انجـام می‌شـود و هـدف آن شناسـایی زودرس مصـرف ایـن مـواد بـه منظـور کمـک بـه ارتقـای سـلامتی افـراد اسـت. ایـن مـواد را می‌تـوان بـه صـورت تدخینـی، خوراکـی، مشـامی، استنشـاقی، تزریقـی یـا خـوردن قـرص مصـرف کـرد. »
اکنون صفحه نمایش سوالات را به مراجع نشان بدهید و با به کارگیری مهارت ارتباط همدلانه توضیح دهید:
«برخـی از مـواد فهرسـت شـده ممکـن اسـت توسـط پزشـک تجویـز شـده باشـد (مثـل داروهـای آرام بخـش، داروهـای ضـد درد یـا ریتالیـن). در ایـن مصاحبـه داروهایـی کـه شـما مطابـق تجویـز پزشـک مصـرف می‌کنیـد ثبـت نمی‌کنیـم. امّـا، اگـر شـما ایـن داروهـا را بـه دلایلـی غیـر از تجویـز پزشـک، یـا بـا دفعـات و مقادیـر بیشـتر از میـزان نسـخه شـده مصـرف می‌کنیـد، لطفـاً بـه مـا اطـلاع دهیـد.
بـه شـما اطمینـان می‌دهیـم اطلاعاتـی کـه در ایـن مـورد بـه مـا می‌دهیـد، کامـلاً محرمانـه خواهـد بـود. پاسـخ‌گویی بـاز و صادقانـه بـه ایـن پرسـش‌ها در ارایـه خدمـات مـورد نیـاز بـه مـا کمـک می‌کنـد، امـا در صـورت عـدم تمایـل می‌توانیـد بـه پرسـش‌ها پاسـخ ندهیـد.»

پرسش ۱-۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (در مورد داروها فقط موارد مصرف غیر پزشکی و یا بدون تجویز پزشک)	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ‌گویی	درصورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد پرسش ۱، پرسش ۲: در سه ماه اخیر چطور پرسش ۲ سوال شود	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ‌گویی
۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)							
۲- داروهای مسکن اُپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)							
۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباربیتال، غیره)							
۴- الکل (آبجو، شراب، عَرَق، الکل طبی، غیره)							
پرسش ۱-۲- مواد دیگر چطور؟	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ‌گویی				
۵- مواد اَفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک، هروئین، غیره)							
۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)							
۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)							
۸- سایر؛ مشخص کنید: ...							

بعد از تکمیل پرسش‌های بالا در صورت پاسخ مثبت به مصرف دخانیات در سه ماه اخیر، سؤالات جدول زیر پرسیده می‌شود.

بخش دوم- دفعات و مقدار مصرف دخانیات در ماه گذشته

نوع فرآورده دخانی	پرسش ۳- سن اولین بار مصرف؟	پرسش ۴- در ماه گذشته، هر یک از انواع مواد دخانی را چند وقت یک بار مصرف کرده‌اید؟				پرسش ۵- مقدار مصرف شما در یک روز معمول مصرف چقدر است؟	
		هرگز	۱ تا ۳ بار	هفتگی	تقریباً روزانه یا روزانه	نخ	بار
سیگار							
قلیان							
پیپ/چپق							
ناس/تنباکوی جویدنی							

• مصرف «هفتگی» به صورت مصرف ۱ تا ۴ روز در هفته تعریف می‌شود در صورتی که فرد ۵ روز یا بیشتر در هفته مصرف دخانیات داشته باشد، مصرف او «تقریباً روزانه یا روزانه» خواهد بود.

در صورت پاسخ مثبت به سوالات مصرف در طول عمر و سه ماه اخیر هر ماده (دخانیات، الکل و مواد)، سابقه درمان مراجع با سوال ۶ پرسیده می شود.

پرسش۶- آیا فرد در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان است؟ (۱۵ تا ۱۸ سال)

سپس، صرف نظر از نوع پاسخ مراجعان به سؤال‌های ۱ تا ۵، پرسش ۷ و ۱۲ از تمام مراجعان گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال پرسیده می‌شود.

بخش سوم- ارزیابی مواجهه فرد با دود دستِ دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته (پرسش از مراجعین غیر سیگاری در گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ سال)

پرسش ۷- آیا در ماه گذشته کسی در حضور شما در منزل، محل کار یا اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟

بلی☐ خیر☐

بخش چهارم- مواجهه فرزندان با دخانیات (والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال)

در والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال، ۴ پرسش زیر(۸ تا ۱۱) از نظر مواجهه فرزندان با دخانیات سوال می‌شود:

پرسش ۸- آیا در خانواده شما، فرد مصرف کننده دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان و...) وجود دارد؟

بلی☐ خیر☐

• مواجهه فرزندان با دود دستِ دوم یا سوم دخانیات (والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال)

پرسش ۹- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در منزل دخانیات مصرف کرده است؟

بلی☐ خیر☐

پرسش ۱۰- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟

بلی☐ خیر☐

• استفاده از کودک برای خرید مواد دخانی(والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال)

پرسش ۱۱- آیا در سال گذشته، کودک شما برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده شده است؟

بلی☐ خیر☐

بخش پنجم- مواجهه با فرد درگیر مصرف الکل و مواد در خانواده (والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال)

پرسش ۱۲- آیا در خانواده، فردی دارای اعتیاد به الکل یا مواد و یا مصرف کننده تفننی آن وجود دارد؟

بلی☐ خیر☐

توضیحات بیشتر جهت ارایه بازخورد به مراجعان
در بخش زیر جهت اطلاع بیشتر تعریف تنباکو و انواع آن ارایه می گردد:
• هر ماده یا فرآورده‌ای که تمام یا بخشی از ماده خام تشکیل دهنده آن گیاه توتون یا مشتقات آن باشد، اطلاق می‌شود. (به استثنای مواد دارویی مجاز ترک دخانیات، به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)
این مواد بر اساس نوع مصرف به دو گروه اصلی تدخینی و غیر تدخینی تقسیم می‌شوند:

مواد دخانی (تدخینی) :

الف) سیگارت : : که در ایران به نام سیگار شناخته شده است به تنباکوی پیچیده شده در کاغذ گفته می‌شود که توسط ماشین تولید می‌گردد. سیگار، استوانه کاغذی کوچکی معمولاً به طول کمتر از ۱۲ سانتی‌متر و قطر نزدیک به ۱۰ میلی‌متر است که از برگ‌های بریده شده یا عمل آمده تنباکو پر می‌شود.
ب) سیگار برگ: سیگارهای برگ از سیگارهای معمولی بزرگتر بوده و نوع و میزان تنباکویی که در آنها بکار رفته نیز متفاوت می‌باشد. سیگارهای برگ، با توجه به ابعادشان می‌توانند بین ۵ تا ۱۷ گرم تنباکو را در خود داشته باشند و فیلتر ندارند.
ج) پیپ: وسیله ای که در آن از برگ های خشک شده گیاه تنباکو، به عنوان توتون برای مصرف استفاده می‌گردد.
د) قلیان: قلیان وسیله‌ای است برای کشیدن تنباکو، که دود حاصل از آن ناشی از سوختن ذغال گداخته و تنباکو است.
ه) چپق: وسیله ای است دارای حقه و یک لوله متصل به آن که در حقه توتون ریخته و آتش را بر روی آن گذاشته و می‌کشند.
و) سیگار دست پیچ: سیگاری است که توسط مصرف کننده با پیچیدن تنباکو در کاغذ نازکی تهیه و مصرف می‌شود.

۲) تنباکو غیر تدخینی :

الف) تنباکوی جویدنی: در شرق ایران و بیشتر با نام «ناس» شیوع مصرف دارد.
ب) تنباکوی انفیه ای: گردی است که بیشتر از تنباکو به دست می‌آید، عطسه‌آور و نشئه کننده می‌باشد و از طریق بینی استفاده می شود.
ج) تنباکوی مکیدنی: از طریق دهان مصرف می شود.

عوارض ناشی از مصرف دخانیات و مواجهه با دود محیطی (استنشاق دود دست دوم و تماس با دود دست سوم)

استعمال دخانیات عامل بروز یا تشدید بسیاری از بیماری های خطرناک از جمله سرطان ها، بیماری های قلبی عروقی، سکته مغزی، دیابت، کاتاراکت، ضایعات شنوایی و پوسیدگی دندانها و... است. فاصله زمانی نسبتاً طولانی (۲۰ - ۱۵ سال) بین شروع مصرف سیگار و ابتلا به بیماریهای مذکور موجب کاهش حساسیت افراد نسبت به خطرات این ماده مهلک شده است. در حال حاضر ۶ میلیون نفر در سال جان خود را بر اثر ابتلا به بیماری های ناشی از مصرف دخانیات از دست می دهند که ۶۰۰ هزار نفر آن به دلیل مواجهه با دود دست دوم یا دود محیطی آن می باشد. تقریباً هر ۶ ثانیه ۱ نفر به علت استعمال دخانیات می‌میرد که مسؤل یک مرگ از هر ۱۰ مرگ در جهان است. نهایتاً نیمی از مصرف کنندگان فعلی مواد دخانی

به علت ابتلا به یک بیماری مرتبط با استعمال دخانیات خواهند مرد. اگر الگوی موجود استعمال دخانیات با روند جاری ادامه یابد حدود یک میلیارد نفر در قرن بیست و یکم جان خود را از دست خواهند داد که ۸۰% این مرگ ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می اُفتد. خطرات مواجهه تحمیلی با دود سیگار نیز کمتر از استعمال دخانیات نیست. با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت دود محیطی سیگار از نقطه نظر سلامت هیچ آستانه مجازی ندارد، چرا که نه دستگاه های تهویه و نه تمهید جداسازی مکان های استعمال دخانیات هیچکدام به طور کامل هوایی پاک و عاری از آلاینده را فراهم نمی آورند. بنابراین تنها راه محافظت، قرار نگرفتن در معرض دود سیگار و دخانیات از طریق ایجاد اماکن عاری از دخانیات است. از سوی دیگر طبق تحقیقات اخیر نشان داده شده که حدود ۹۰ درصد نیکوتین تنباکوی دود شده به دیوار، سطوح، وسایل نرم درون خانه مانند فرش و بالش و مبلمان و نیز لباس و مو و پوست افراد می چسبد. ذرات سمی ناشی از مصرف دخانیات که روی قسمت های مختلف منزل، خودرو، پوست، موی و لباس افراد می نشیند، تحت عنوان دود دست سوم شناخته شده است. با توجه به اینکه کودکان زمان بیشتری را در منزل سپری می کنند و با سطوح حاوی ذرات دود مواد دخانی در تماس هستند، امکان مبتلا شدن به بیماری و مسمومیت های ناشی از مواجهه با دود دخانیات در آنها بیشتر است. حتی سطوح کم ذرات دخانیات می تواند با مسمومیت در سیستم عصبی کودکان در آنها مشکلات شناختی ایجاد نماید.

توصیه های مختصر در مورد ترک دخانیات و اجتناب از مواجهه با دود مواد دخانی

با توجه به تبعات سوء مواجهه با دود مواد دخانی و تماس با بقایای حاصل از مصرف دخانیات (دود دست سوم) ضرورت دارد برای حفاظت از سلامت افراد، توصیه به اجتناب نمودن از مواجهه با دود مواد دخانی بشود. افرادی که در تکمیل اطلاعات اولیه اعلام به قرار گرفتن در معرض مواجهه دود حاصل از مصرف مواد دخانی در منزل و یا اماکن عمومی نموده اند، باید اطلاعات لازم در مورد خطرات مواجهه دریافت نموده و توصیه به دوری از محیط های حاوی دود دخانی بشود به نحوی که فرد غیرمصرف کننده مواد دخانی اقدامات لازم را برای محافظت خود و خانواده خود از مواجهه با دود مواد دخانی انجام دهد.

بسیاری از مصرف کنندگان دخانیات که تا حدودی از خطرات استعمال دخانیات آگاهند مایل به ترک آن هستند و ممکن است تلاش های ناموفقی نیز برای ترک دخانیات انجام داده باشند. مشاوره و دارودرمانی می تواند میزان موفقیت ترک را در افراد وابسته به دخانیات تا دو برابر افزایش دهد. برای موفقیت در ترک دخانیات باید ابتدا به آن فکر کرد؛ تصمیم گرفت؛ مهارت ها را افزایش داد؛ ضررهای سیگار و فواید ترک سیگار را دانست؛ یک روز را برای ترک سیگار انتخاب کرد؛ نحوه سیگار کشیدن را تغییر داد، و از توصیه های بهداشتی، روان درمانی و جایگزین نیکوتینی استفاده کرد. توصیه های رفتاری شامل تنفس عمیق، تأخیر، نوشیدن آب و انحراف فکر و یادآوری، حرف زدن با دیگری، پاداش دادن و امتناع از پذیرش تعارف سیگار می باشد. لازم است کارشناس مراقب سلامت/بهورز کلیه کسانی را که در سه ماه گذشته مصرف دخانیات داشته اند، برای غربالگری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهد تا بر حسب سطح درگیری با مصرف مداخله متناسب شامل مداخله مختصر و درمان شناختی، رفتاری مختصر و ارجاع به پزشک جهت درمان دارویی انجام پذیرد.

آموزش زیان های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی

عـوارض مواجهـه بـا دود دسـت دوم و سـوم: مصـرف تنباکـو و انـواع آن تقریبـاً بـه تمـام دسـتگاه‌های بـدن آسـیب رسـانده و یکـی از اصلی‌تریـن عوامـل مـرگ قابـل پیشـگیری در جهـان اسـت. سـالیانه ۷ میلیـون نفـر در اثـر مصـرف مـواد دخانـی جـان خـود را از دسـت مـی دهنـد. حـدود ۹۰۰ هـزار مـورد از ایـن مـرگ هـا فقـط بـه دلیـل مواجهـه بـا دود دسـت دوم مـواد دخانـی رخ می‌دهـد.

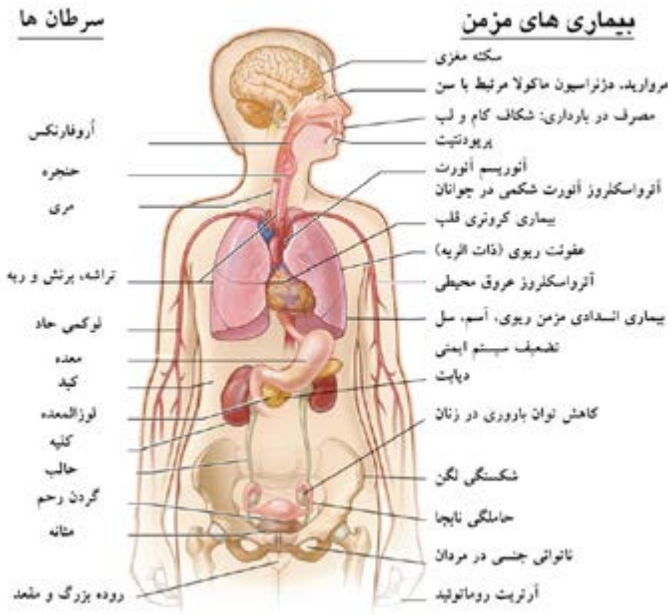
• دود دستِ دوم: دود حاصل از استعمال مواد دخانی توسط افراد مصرف کننده که توسط افراد غیرمصرف کننده استنشاق می شود.

• دود دسـتِ سـوم: ذرات سـمّی ناشـی از مصـرف مـواد دخانـی اسـت کـه بـر روی قسـمت هـای مختلـف وسـایل و سـطوح موجـود در منـزل، خـودرو، پوسـت، مـو و لبـاس افـراد مـی نشـیند،که افـراد غیرمصـرف کننـده در تمـاس بـا آن قـرار مـی گیرنـد.

• مقادیـر کـم مواجهـه بـا دود دخانیـات هـم بـی خطـر نیسـت و ابزارهایـی ماننـد تهویـه و سـایر فن‌آوری‌هـای فیلتراسـیون هـوا نمی‌توانـد مخاطـرات بهداشـتی ناشـی از مواجهـه بـا دود محیطـی دخانیـات را حـذف کنـد و حتـی رویکـرد اختصـاص مکان‌هـای مخصـوص اسـتعمال دخانیـات در اماکـن عمومـی کارایـی لازم را نـدارد و تنهـا راه مؤثـر محافظـت از افـراد در معـرض مواجهـه، ایجـاد محیط‌هـای صـد درصـد عـاری از دود دخانیـات اسـت.

• بـا توجـه بـه ایـن کـه کـودکان وزن کمتـری داشـته، زمـان بیشـتری را در منـزل سـپری مـی کننـد و بـا سـطوح حـاوی ذرات دود مـواد دخانـی در تماس هسـتند، امـکان ابتـلا شـدن بـه بیمـاری و مسـمومیت‌های ناشـی از مواجهـه بـا دود دسـت دوم و سـوم مـواد دخانـی بـرای آنهـا بیشـتر اسـت. حتـی سـطوح کـم ذرات دخانیـات مـی توانـد بـا مسـمومیت در سیسـتم عصبـی کـودکان در آنهـا مشـکلات شـناختی ایجـاد نمایـد.

• مواجهه با دود دست دوم مواد دخانی خطر سرطان ریه و بیماری کـرونر قلبی را در بزرگسالانی که دخانیات مصرف نمی کننـد افـزایش می‌دهد. در کودکان دود دست دوم دخانیات خطـر سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، عفونت های مزمن گوش میانی و بیماری های تنفسی نظیر آسـم و عفونت ریه را افزایش می دهد. با توجه به تبعات سوء مواجهه با دود مواد دخانی (دود دست دوم) و تماس با بقایای حاصل از مصرف دخانیات (دود دست سوم)، ضرورت دارد افراد برای حفاظت از سلامت خود، از مواجهه با دود مواد دخانی اجتناب نمایند.



شکل ۱- عوارض سلامتی مرتبط با مصرف تدخینی دخانیات

شیوه ایجاد محیط عاری از مصرف دخانیات

۱. می توانید برای حفظ سلامتی خود در برابر آسیب های ناشی از دود سیگار و قلیان به مصرف کنندگان مواد دخانی با جملات زیر آگاهی دهید:
« آیا می دانید سالیانه ۷ میلیون نفر در اثر مصرف مواد دخانی جان خود را از دست می دهند که حدود ۹۰۰ هزار مورد از این مرگ ها، فقط به دلیل مواجهه با دود مواد دخانی رخ می‌دهد.»
۲. به عنوان یکی از راهکارهای پیشگیرانه موثر توصیه می شود قانون منع مصرف سیگار و سایر مواد را در خانواده خود وضع و در مورد آن با فرزندان خود توافق نمایید. برای پایبندی اعضای خانواده به این قانون پیامدهای منفی بی توجهی به آن را نیز مشخص نمایید. بر اساس مطالعات خانواده هایی که این قانون را بطور روشن و صریح در خانواده اعلام می نمایند مصرف دخانیات و مواد در آن ها کمتر است. بر ای اطلاع بیشتر می توانید از برنامه ی آموزشی مهارت های فرزند پروری در مرکز استفاده نمایید.
۳. پس از وضع قانون «ممنوعیت مصرف سیگار و سایر مواد دخانی مانند قلیان در محیط زندگی خانوادگی، کار، رستوران، فضای آموزشی و حتی وسیله نقلیه» آن را به عنوان یک حق انسانی و قانونی برای حفظ سلامتی، به همه ی اعضای خانواده، خویشان، دوستان و اطرافیانتان اطلاع رسانی و مطالبه کنید. قوانین و مقررات محیط‌های عاری از دخانیات، از سلامتی کارکنان و افراد غیرسیگاری حمایت می کند و مصرف‌کنندگان مواد دخانی را به ترک دخانیات تشویق می‌نماید.
۴. در محیط های کوچکی مانند وسایل نقلیه یا یک فروشگاه، ضمن رعایت اصل احترام و ادب، با جرات مندی و شهامت کامل از افراد سیگاری بخواهید، برای حفظ سلامتی خود و اطرافیان بویژه کودکان در محیط بسته اقدام به مصرف نکنند و در صورت عدم توجه، لازم است با یک تصمیم هوشیارانه، از آن محیط دوری کنید و یا از وسیله نقلیه پیاده شوید.

منع منصرف مواد توسط والدین در حضور فرزندان و یا استفاده از فرزندان برای تهیه آن ها

فرزندان از والدین رفتارهای خوب و بد را یاد می گیرند، مصرف دخانیات، الکل و مواد در برابر فرزندان باعث می شود آن ها فکر کنند این رفتار درست است و در آینده احتمال تکرار این رفتار در فرزندان زیاد است. به این دلیل تاکید داریم از مصرف این نوع مواد در برابر کودک پرهیز شود و به هیچ وجه برای تهیه و یا خرید آن ها از کودک استفاده نشود. لازم است بدانید این کار از نظر قانونی نیز جرم است

کارت های بازخورد عوارض اختصاصی مصرف هر ماده

در جداول زیر مضرات مصرف انواع مواد آورده شده است که در صورت مثبت بودن نتیجه ارزیابی اولیه درگیری با مصرف دخانیات الکل و مواد مراجعین به تناسب نوع ماده بازخورد ها ارایه می گردد.

جدول ۱- خطرات همراه با مصرف دخانیات به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر
پیری زودرس، چین و چروک صورت سلامت پایین‌تر و دیر خوب شدن سرماخوردگی عفونت تنفسی و آسم فشار خون بالا، دیابت سقط، زایمان زودرس و کودکان با وزن کم هنگام تولد در زنان باردار بیماری کلیوی بیماری انسداد مزمن راه هوایی شامل آمفیزم بیماری قلبی، سکته، بیماری عروقی سرطان‌ها

جدول ۲- خطرات مصرف حشیش به‌ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر
مشکلات توجه و انگیزش اضطراب، بدبینی، حمله هول (پانیک)، افسردگی کاهش توانایی حافظه و حل مسأله فشار خون بالا، دیابت سقط، زایمان زودرس و کودکان با وزن کم هنگام تولد در زنان باردار آسم، برونشیت پسیکوز خصوصاً در افراد با تاریخچه فردی و خانوادگی اسکیزوفرنی بیماری قلبی و بیماری انسداد مزمن ریوی سرطان‌های راه هوایی فوقانی و گلو

جدول ۳- خطرات مصرف الکل به‌ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر
سردرد و کسالت صبح روز بعد، رفتار تهاجمی و خشن، تصادفات، جراحات کاهش عملکرد جنسی، پیری زودرس مشکلات گوارشی، زخم معده، ورم لوزالمعده، فشار خون بالا اضطراب و افسردگی، دشواری‌های ارتباطی، مشکلات مالی و شغلی دشواری در به خاطر آوردن چیزها و حل مسائل ناهنجاری مادرزادی و آسیب مغزی در کودکان متولدشده از زنان باردار سکته، آسیب دایمی مغز، آسیب عصب و عضله سیروز کبدی و التهاب لوزالمعده مسمومیت با متانول (نابینایی، مرگ)، سرطان، خودکشی

جدول ۴- خطرات همراه با مصرف مواد افیونی به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر
خارش، تهوع و استفراغ خواب‌آلودگی، یبوست، خرابی دندان، دوره‌های قاعدگی نامنظم دشواری در تمرکز و به یاد آوردن چیزها افسردگی، کاهش میل جنسی، ناتوانی جنسی مشکلات مالی و درگیری با قانون مشکل در حفظ شغل، ارتباطات و زندگی خانودگی تحمل، محرومیت، وابستگی، اختلال مصرف سرطان‌های حنجره، ریه، مری و معده بیش‌مصرفی و مرگ ناشی از نارسایی تنفسی

جدول ۵- خطرات مصرف مواد محرک به‌ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر
بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن، دهیدراتاسیون، کاهش مقاومت به عفونت دشواری در تمرکز و به خاطر آوردن چیزها نوسانات خلقی، اضطراب، افسردگی، بی‌قراری، شیدایی (مانیا)، هول (پانیک)، بدبینی (پارانویا) تیک، رفتارهای تکراری و اجباری مسمومیت، قفل شدگی فک، اسپاسم عضلانی، آریتمی قلبی مشکل در حفظ شغل، ارتباطات و زندگی خانودگی عفونت‌های منتقله از راه جنسی نظیر گنوره‌آ (سوزاک)، سیفلیس و اچ‌آی‌وی پسیکوز (جنون) بعد از مصرف مستمر و/یا دوزهای بالا، پرخاش‌گری و خشونت سکته قلبی، سکته مغزی، مرگ

جدول ۶- خطرات مصرف داروهای آرام‌بخش‌ها و خواب‌آور به‌ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر
خواب‌آلودگی، گیجی و تیرگی شعور دشواری در تمرکز و به خاطر آوردن چیزها تهوع، سردرد، عدم تعادل در راه رفتن دشواری در خواب اضطراب و افسردگی تحمل و وابستگی در مصرف خودسرانه علایم محرومیت شدید شامل تشنج و پسیکوز (جنون) بیش‌مصرف و مرگ در صورت مصرف با الکل، ترکیبات افیونی و سایر مواد سرکوب‌کننده

دستورالعمل پیگیری موارد مرتبط با مراقبت های اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد

۱- برای موارد مثبت غربالگری اولیه برای مراجعه به کارشناس سلامت روان ، ۳ بار پیگیری با فواصل ۱ هفته بعد، ۲ هفته بعد، ۱ ماه بعد از اولین مراجعه انجام شود.

تماس و فراخوان فرد برای دریافت مراقبت تکمیلی ☐

متن مکالمه و نحوه ارتباط گیری:

توجه: تا حد امکان شمرده شمرده و با انرژی مثبت متن مکالمه بیان گردد.

سلام، روزتون بخیر. من (نام و نام خانوادگی).....کارشناس مراقب سلامت مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه بهداشتی (عنوان واحد) ... هستم. بعد از ارزیابی اولیه شما درباره مصرف (اشاره به نوع ماده مصرفی) .... حالا شما می تونید با مراجعه به این مرکز از خدمات تخصصی ما استفاده کنید و در صورتی که مایل باشید، روان شناس مرکز می تونه کمک کنه تا با استفاده از خدمات رایگان وضعیت سلامتی تون رو بهبود بدید.

خدمات ما در روزهای ..... تا ..... ساعات ..... تا ..... صبح / بعد ظهر ارایه می شه.

بنظرتون شما کی می تونید، مراجعه کنید؟

- ثبت تاریخ تماس (به ساعت روز ماه سال) .....

- ثبت نتیجه پیگیری:

تمایل بیمار به مراجعه ☐

عدم تمایل به مراجعه و دریافت ادامه مراقبت ☐

۲- برای مورد از قبل شناسایی شده و تحت درمان اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد جهت آگاهی از روند دریافت خدمات درمانی، ۴ بار پیگیری در فواصل هر ۳ ماه تا یک سال پس از اولین مراجعه از بیمار انجام شود.

پیگیری اول / دوم/ سوم/ چهارم

تماس و پرسش از فرد در مورد روند دریافت خدمات درمانی☐ ثبت تاریخ تماس (به ساعت روز ماه سال) .....

متن مکالمه و نحوه ارتباط گیری:

سلام، روزتون بخیر. من (نام و نام خانوادگی).....کارشناس مراقب سلامت مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه بهداشتی ... هستم. طبق نتیجه ارزیابی اولیه، شما در حال دریافت خدمات درمان برای مصرف (ماده مصرفی).....هستید.

حالا می خواستم بپرسم،

آیا شما در سه ماه گذشته، بطور منظم در حال دریافت خدمات درمانی بودید یا نه؟ بلی☐ خیر☐

نتیجه پیگیری:

ارزیابی از دریافت مراقبت ها طبق برنامه درمانی با آیتم های زیر کامل گردد:

- بیمار طبق برنامه درمانی عمل کرده و به سمت بهبودی پیش می رود. بلی☐ خیر☐

اقدامات

در صورت پاسخ مثبت

- بازخورد مثبت تشویقی با ارایه پیام: این روند خیلی خوب است. پایبندی شما به برنامه درمانی تان می تواند روز به روز به بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی و عملکرد مثبت شما در خانواده و روابط اجتماعی تان کمک کند. ☐

- بازخورد حمایتی (ارایه پیام: در صورت نیاز به خدمات روانشناختی و درمانی دیگر، این مرکز آماده کمک به شماست و سه ماه دیگر با شما تماس خواهیم داشت) ☐

در صورت پاسخ منفی

- بازخورد در مورد عوارض مصرف و عواقب عدم پایبندی به برنامه درمانی☐

- فراخوان فرد به مرکز جهت انجام ارزیابی و مداخله روانشناختی ☐

- تعیین زمان دریافت مراقبت (به ساعت روز ماه سال) ..... ثبت مراقبت دریافت شده .....

- عدم تمایل بیمار به دریافت مراقبت و نیاز به پیگیری مجدد بر اساس فواصل زمانی تعریف شده ☐

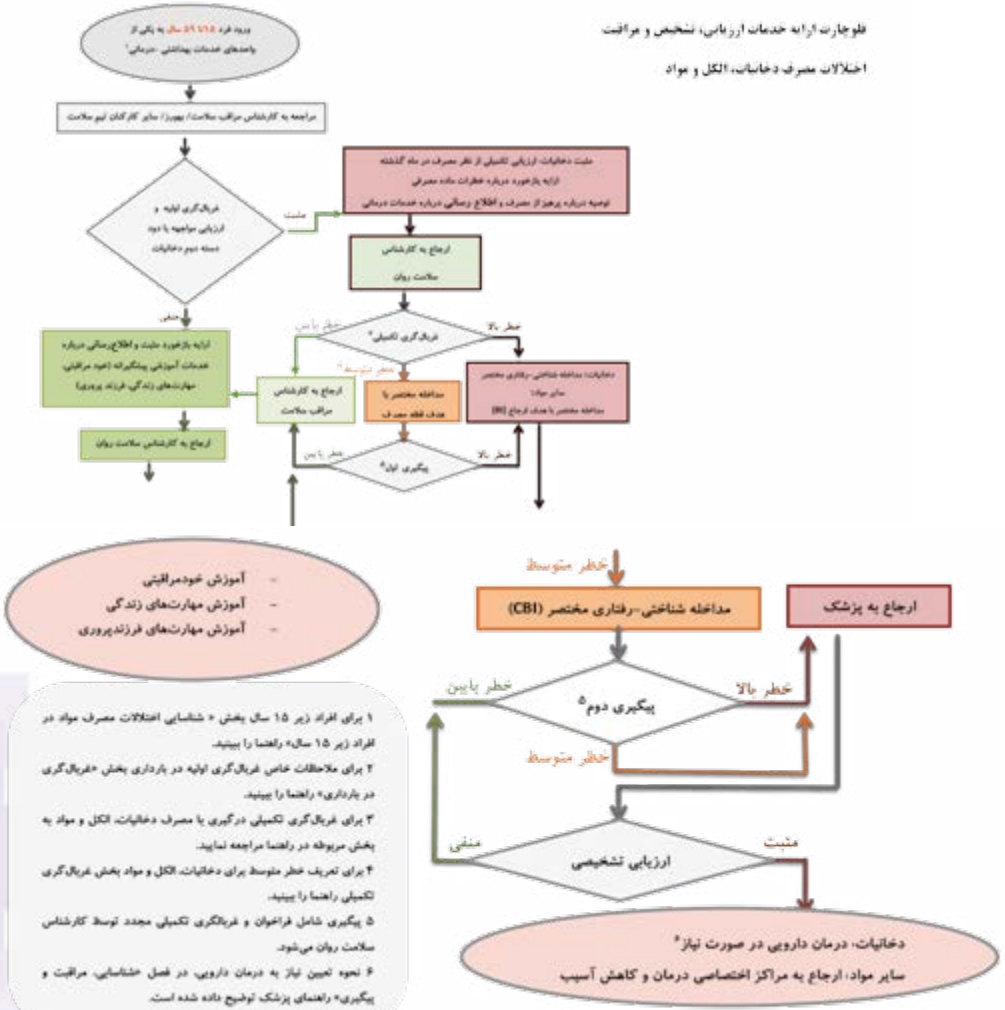
***بر اساس فواصل زمانی تعریف شده مشابه پیگیری اول، پیگیری دوم سوم و چهارم ثبت می شود.**

۳- برای موارد ارجاع شده توسط پزشک به مراکز تخصصی، پیگیری روند دریافت خدمات درمانی ۴ بار در طول ۱ سال، در فواصل ۱ ماه، ۳ ماه، ۶ ماه و ۱۲ ماه بعد از اولین مراجعه انجام شود. (پیگیری از خود بیمار انجام شود)

*** محتوای مسیر خدمت: مشابه مورد دوم**

راهنمای فلوچارت ارایه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه

فلوچارت ارائه خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت، اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد



راهنمای فلوچارت ارائه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد

در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خدمات پیشگیری، غربالگری، شناسایی، تشخیص، مراقبت و پیگیری افراد درگیر اختلالات مصرف دخانیات (تنباکو)، الکل و مواد را سه گروه عمده ارایه‌کنندگان خدمت شامل کارشناس مراقب سلامت/بهورز، کارشناس سلامت روان (روان‌شناس) و پزشک عمومی ارائه می‌دهند.

این افراد براساس فرآیند مندرج در فلوچارت ارایه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات،الکل و مواد و در چارچوب طرح تحول سلامت در مراکز جامع سلامت/ مراکز بهداشتی، درمانی، خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی، به شناسایی به موقع و مداخلات اولیه اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد می‌پردازند و خدمات و مراقبت‌های مورد نیاز را در منطقه تحت پوشش به شرح ذیل فراهم می‌نمایند.

غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد: در شرایط معمول شروع فرآیندهای این فلوچارت با ورود مراجع از طریق فراخوان نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خواهد بود. در بدو ورود مراجع، کارشناس مراقب سلامت/ بهورز برای تمام افراد ۱۵ تا ۵۹ ساله «غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد» یا به اختصار غربالگری اولیه را انجام می‌دهد. غربالگری اولیه شامل ارزیابی از نظر مصرف مواد دخانی، الکل و مواد در طول عمر و سه ماه گذشته می‌شود. در صورت مثبت بودن غربالگری اولیه برای مصرف دخانیات سؤالات تکمیلی مصرف دخانیات در ماه گذشته می‌شود. علاوه بر این صرف نظر از نتیجه غرباگری اولیه از کلیه مراجعانی ارزیابی تکمیلی درباره مواجهه با دود دستِ دوم مواد دخانی در ماه گذشته به عمل می‌آید.

برای مواردی که نتیجه غرباگری اولیه منفی می‌شود، کارشناس مراقب سلامت، ضمن ارایه بازخورد تشویقی به مراجع درباره تداوم رفتار پرهیز از مصرف، با بررسی شرایط مراجع جهت دریافت خدمات توانمندسازی از قبیل آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری و خودمراقبتی، این خدمات را اطلاع‌رسانی نموده و در صورت تمایل فرد، مراجع را برای دریافت خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت به کارشناس سلامت روان معرفی می نما ید .

در مواردی که نتیجه غربالگری اولیه مثبت می‌شود، کارشناس مراقب سلامت پس از ارائه آموزش درباره خطرات مصرف مواد متناسب با ماده مصرفی که با استفاده از کارت بازخورد انجام می گردد، توصیه مختصر درباره پرهیز از مصرف ماده یا مواد مورد نظر ارایه نموده و او را جهت غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌دهد.

غربالگری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد: غربالگری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد یا به اختصار غربالگری تکمیلی، شامل آزمون غربالگری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد (ASSIST) و آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل نسخه مصرف (AUDIT-C) می‌شود. در این مرحله کارشناس سلامت روان براساس نتایج حاصل از اجرای اولین غربالگری تکمیلی، سطح خطر (پایین، متوسط و بالا) و مراقبت مورد نیاز را مطابق راهنمای کارشناس سلامت روان برای مراجع مشخص می‌نماید.

کارشناس سلامت روان کلیه موارد ارزیابی شده با سطح خطر پایین را به کارشناس مراقب سلامت ارجاع می‌دهد تا ضمن اطلاع‌رسانی آموزش‌های

گروهی، اسامی افراد متقاضی در فهرست مربوطه ثبت شود. در مواردی که مراجعی در سطح خطر متوسط مصرف مواد ارزیابی می‌شود، دو جلسه هفتگی مداخله مختصر با رویکرد انگیزشی توسط کارشناس سلامت روان به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه ارائه می‌گردد. پس از گذشت یک ماه از کارشناس سلامت روان فرد را پیگیری و برای دریافت ادامه مراقبت دعوت نموده و نسبت به انجام غربالگری تکمیلی مجدد اقدام می‌نماید. مداخلات بعدی بیمار بر مبنی نتیجه غربالگری تکمیلی مجدد صورت می‌پذیرد. در مواردی که خطر ارزیابی‌شده مجدد برای مُراجع، در سطح پایین قرار گیرد، فرآیند خدمت ادامه می‌یابد و مراجعان برای دریافت آموزش‌های توانمندسازی ارجاع می‌گردند. در صورتی که مراجع همچنان در سطح خطر متوسط باشد، مداخله شناختی- رفتاری مختصر توسط کارشناس سلامت روان ارایه می‌گردد. مداخله شناختی- رفتاری مختصر از ۴ جلسه مداخله فردی هفتگی به مدت ۴۵ دقیقه تشکیل شده است.

اما در صورتی که فرد در ارزیابی مجدد در سطح خطر بالا ارزیابی شود، به پزشک ارجاع می‌گردد. همچنین افرادی که به دلیل خطر متوسط مداخله شناختی- رفتاری مختصر دریافت کرده اند لازم است که یک ماه بعد از غربالگری تکمیلی مجدد، بار دیگر توسط کارشناس سلامت روان فراخوانده و غربالگری تکمیلی برای بار سوم انجام می شود. در مواردی که نتیجه غربالگری مجدد تکمیلی در این مرحله، خطر پایین را نشان دهد، فرد به کارشناس مراقب سلامت ارجاع می گردد تا ضمن اطلاع‌رسانی و تشویق به شرکت در برنامه آموزش‌های گروهی، در صورت تمایل فرد، او را در فهرست متقاضیان آموزش گروهی متناسب با شرایط احراز و گروه سنی اش (مانند شرایط والد بودن برای شرکت در آموزش مهارت های فرزندپروری مربوطه) ثبت نام نماید.

در صورتی که در اجرای اولین غربالگری تکمیلی مصرف الکل یا مواد، فرد در دامنه خطر بالا ارزیابی شود، پس از ارائه یک جلسه مداخله مختصر توسط کارشناس سلامت روان با هدف ایجاد انگیزه در بیمار برای دریافت خدمات درمان دارویی، در همان مراجعه به پزشک مرکز ارجاع می‌شود. در اینجا پزشک ارزیابی تشخیصی از نظر اختلالات مصرف مواد و الکل را به عمل می‌آورد و در صورت تشخیص وابستگی به الکل یا مواد (به جز دخانیات) فرد را برای دریافت خدمات متناسب به مراکز اختصاصی/ تخصصی درمان و کاهش آسیب اعتیاد ارجاع می‌دهد.

اما در صورتی که در غربالگری تکمیلی فرد از نظر مصرف دخانیات در معرض خطر بالا باشد، مداخله شناختی، رفتاری مختصر برای ترک دخانیات توسط کارشناس سلامت روان ارایه شده و مراجع برای بررسی از نظر نیاز به دریافت درمان دارویی به پزشک ارجاع می‌شود. در صورتی که مراجع وابسته به دخانیات به طور معمول بیش از ۱۰ نخ سیگار در روز مصرف نماید، پزشک مرکز باید درمان دارویی (درمان‌های جایگزین نیکوتین یا درمان‌های دارویی غیرنیکوتینی نظیر بوپروپیون و وارنیکلین) را مطابق راهنمای پزشک در نظر بگیرد. در کسانی که سایر انواع مواد دخانی را مصرف می‌کنند، در صورتی که دفعات مصرف در ماه گذشته «روزانه یا تقریباً روزانه» باشد، استفاده از درمان دارویی باید در نظر گرفته شود.

لازم به توضیح است غربالگری تکمیلی توسط کارشناس سلامت روان و ارزیابی تشخیصی توسط پزشک باید به صورت ادغام‌یافته با ارزیابی‌های حوزه سلامت روان و اجتماعی انجام پذیرد. در صورت شناسایی موارد مثبت در ارزیابی‌های حوزه‌های مذکور اقدام لازم متناسب با فلوچارت ادارات سلامت روان و اجتماعی باید در نظر گرفته شود.

در مواردی که بیماران برای دریافت خدمات اختصاصی/تخصصی درمان و کاهش آسیب اعتیاد به سطح بالاتر ارجاع می‌گردند، تصمیم‌گیری در مورد چگونگی ادامه روند درمان به عهده درمان‌گر سطح تخصصی است. جایگاه‌های سطوح بالاتر باید بازخورد روند ارایه مراقبت را به کارکنان

مراقبت اولیه ارایه نمایند.
لازم به ذکر است، در هر یک از مراحل ارزیابی و درمان، در صورت شناسایی هر مورد اورژانس طبی یا روان‌پزشکی، باید ارجاع فوری به سطح بالاتر، متناسب با نیاز بیمار توسط پزشک در نظر گرفته شود. بدیهی است مسئولیت کیفیت و نحوه ارایه کلیه خدمات درمانی به بیماران در سطح اول ارائه خدمت (نظام مراقبت های بهداشتی اولیه) و همچنین مدیریت تیم درمان با پزشک مرکز است.
شایان ذکر است، کارشناس مراقب سلامت/ بهورز باید پیگیری موارد غربالگری اولیه مثبت را در فواصل یک هفته، یک، سه، شش و دوازده ماه از زمان شناسایی بیمار انجام دهد. در این پیگیری ها بررسی موارد از نظر مراجعه به ارائه دهنده بعدی خدمت، دریافت خدمات مورد نیاز و علل عدم مراجع به کارشناس روان مدنظر می باشد. همچنین کارشناس مراقب سلامت/بهورز موظف است پس از ارجاع بیمار به مراکز درمانی هر سه ماه به مدت یکسال پیگیری روند دریافت خدمات درمانی را انجام داده و در پرونده بیمار ثبت نماید.

تقاضای کمک برای عضو خانواده با احتمال ابتلا به اختلالات مصرف الکل و مواد: گروه هدف این مراقبت افراد بالای ۱۸ سال جمعیت تحت پوشش جمعیت هستند که به دلیل ابتلای یک عضو خانواده بالای ۱۵ سال خود تقاضای دریافت مشاوره و حمایت دارند.
در برخورد با این مراجعان کارشناس مراقب سلامت باید با مراجع همدلی نموده و میزان آمادگی عضو خانواده را برای مراجعه داوطلبانه ارزیابی نماید. در صورتی که مراجع بتواند عضو خانواده خود را برای مراجعه به پایگاه یا مرکز قانع کند، پس از مراجعه عضو مصرف‌کننده، غربالگری اولیه انجام و بر اساس نتایج حاصل از آن مراقبت متناسب ارایه می‌گردد. اما در صورتی که مراجع گزارش نماید که عضو خانواده از مراجعه داوطلبانه امتناع می‌ورزد، تقاضای مراجع در مراقبت تعریف شده ثبت و فرد برای دریافت خدمات مورد نیاز به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌گردد. لازم به توضیح است در این حالت موضوع مصرف مواد تنها در پرونده خود فرد مراجعه‌کننده درج می‌گردد و نباید در پرونده عضو خانواده (مشکوک به اختلالات مصرف الکل و مواد) ارزیابی یا مراقبتی ثبت شود.
لازم به ذکر است در ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد لازم است امکان غربالگری اولیه فرصت‌طلبانه مصرف دخانیات، الکل و مواد به صورت فرصت‌طلبانه برای پزشک، ماما، کاردان بهداشت دهان و دندان، و دندان‌پزشک مرکز فراهم باشد و در صورت مثبت بودن غربالگری اولیه مطابق فلوچارت توضیح داده شده در بالا اقدام شود.

شناسایی موارد مصرف دخانیات، الکل و مواد در گروه سنّی زیر ۱۵ سال: در افراد زیر ۱۵ سال غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد به طور معمول انجام نمی‌شود، به جای آن مراقبتی تحت عنوان «شناسایی موارد مصرف دخانیات، الکل و مواد در گروه سنّی زیر ۱۵ سال» پیش‌بینی شده است. در صورتی که در این گروه سنّی خود فرد، خانواده، مدرسه یا سایر سازمان‌های ارایه‌دهنده خدمات به کودکان و نوجوانان، متقاضی دریافت خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد باشند، این مراقبت برای کودک یا نوجوان توسط کارشناس مراقب سلامت/ بهورز تکمیل و به صورت غیرفوری به پزشک ارجاع می‌گردد. پزشک از مُراجع ارزیابی تشخیصی به عمل آورده و در صورت تشخیص اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد او را برای مراقبت و درمان به جایگاه‌های تخصصی یا فوق‌تخصصی روان‌پزشکی کودک و نوجوان ارجاع می‌دهد.

در این گروه از مراجعان اطلاع‌رسانی درباره برنامه آموزش فرزندپروری به والدین و در صورت تمایل ارجاع به کارشناس سلامت روان برای شرکت در برنامه فرزندپروری توسط کارشناس سلامت روان انجام می‌شود.

والدین دارای فرزند زیر ۱۸ سال: علاوه بر آن که کارشناس مراقب سلامت از کلیه افراد ۱۵ ساله یا بیشتر درباره مواجهه با دود دستِ دوم سیگار سؤال می‌پرسد، در والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال، مواجهه فرزندان با دخانیات با استفاده از سؤالات زیر ارزیابی گردد:

- آیا در خانواده شما، فرد مصرف‌کننده دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان، چپق و...) وجود دارد؟
- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در منزل دخانیات مصرف کرده است؟
- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟
- آیا در سال گذشته، کودک شما برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده شده است؟

در صورت پاسخ مثبت به یک مورد یا بیشتر از موارد بالا، کارشناس مراقب سلامت/ بهورز مراقبت متناسب بر اساس راهنمای کشوری کنترل دخانیات به والدین ارایه می گردد. همچنین به والدین در خصوص برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی و فرزندپروری اطلاع‌رسانی شده و در صورت داشتن ملاک‌های ورود به برنامه به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌گردند.

به صورت مشابهی از والدین دارای فرزند زیر ۱۸ سال، وجود فرد مصرف‌کننده الکل و مواد در خانواده پرسش می‌شود. در صورت پاسخ مثبت به این سؤال اطلاع‌رسانی در خصوص مداخلات درمانی، توصیه به فرد برای تشویق فرد مصرف‌کننده الکل و مواد جهت مراجعه به کارشناس مراقبت سلامت/بهورز و اطلاع‌رسانی درباره برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی و فرزندپروری به والدین ارایه می‌گردد و در صورت تمایل والد به دریافت آموزش‌های پیشگیرانه و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش، به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.

غربالگری اولیه در دوران بارداری: غربالگری اولیه در بارداری هر سه ماه یک بار انجام می‌شود. برای آشنایی بیشتر با ملاحظات خاص مرتبط با مصرف دخانیات، الکل و مواد و داروهای مورد استفاده در درمان اختلالات مصرف مواد مختلف به راهنماهای خدمات اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل کتاب کارشناس مراقب سلامت/بهورز، کارشناس سلامت روان و پزشک مراجعه کنید.

راهنما و توصیه های بهداشتی دوران بلوغ

توصیه های بلوغ

بلوغ انتقال از مرحله کودکی به بزرگسالی و زمان کسب قدرت باروری است. بلوغ از نظر لغوی به معنی رسیدن به سن رشد مرد یا زن شدن، پختگی و به حد کمال رسیدن می باشد. بلوغ یکی از حیاتی ترین مراحل زندگی انسان است که در این مرحله تغییرات سریع رشد و نمو و اجتماعی به وجود می آید. در روند این تغییرات، نوجوانان تمایل دارند با والدین خود به عنوان یک منبع اطلاعاتی ارتباط برقرار کنند. بسیاری از

مشکلات مختلف جسمی، روانی و اجتماعی مانند بیماری های عفونی، ازدواج ناموفق، حاملگی زودرس و پر خطر، بیماری قلبی و عروقی، بیماری های مزمن و مرگ و میر مادر و کودک ریشه در بلوغ دارد.
به دلیل ناگهانی بودن شروع علایم بلوغ، نوجوان با موارد ناآشنایی رو به رو می شود که گاهی احساس خوشحالی و گاهی نگرانی در او ایجاد می شود.
شروع بلوغ با ظهور علایم رشد جسمانی است که ازدیاد فعالیت، مسئولیت پذیری، آزادی طلبی و تغییرات خلق و خو را به دنبال دارد.

تغییرات مهم بلوغ جسمی در پسران

تغییر در اندازه اندام های بدن: افزایش سریع قد در مراحل اولیه بلوغ است که ابتدا از دست ها و پاها شروع شده و سپس ساق پاها و ران ها رشد می کند. رشد تنه، سینه و پهن شدن شانه ها در آخر اتفاق می افتد. در این دوره اندازه قلب، ظرفیت ریه و حجم خون افزایش می یابد.
رشد اندام ها ابتدا بسیار ناموزون ولی در نهایت حالت موزون و مردانه پیدا می کند.
صفات اولیه جنسی: به فعالیت بیضه ها و آلت تناسلی مربوط است. اولین علامت بزرگ شدن بیضه هاست که اغلب در ۹/۵ سالگی اتفاق می‌افتد و در حدود ۲۰ سالگی به طور کامل رشد می کند. کمی بعد از رشد بیضه ها، رشد آلت تناسلی نمایان می شود که در افراد مختلف متفاوت بوده و ممکن است موجب نگرانی برخی از پسران شود ولی با توضیح در مورد فعالیت اعضای تناسلی هنگام تحریک جنسی می توان این نگرانی را رفع کرد. معمولا در این دوران پسرها احتلام (انزال یا خروج مایع منی که مایع لزج حاوی نطفه یا اسپرم است) در خواب را تجربه می کنند. این امر یکی از معیارهای بلوغ است.
صفات ثانویه جنسی: این صفات به طور مستقیم با تولید مثل ارتباط ندارد و شامل:
- رویش موهای شرمگاهی که حدود یک سال بعد از بزرگ شدن بیضه ها و آلت تناسلی ظاهر می شود. در ابتدا موها کم، نازک و ظریف بوده و به تدریج تیره، زبر و مختصری مجعد و پیچ دار می شود.
- رویش موی زیربغل و افزایش موهای بدن که پس از تکمیل موهای زهار اتفاق می افتد.
- ریش و سبیل که از ۱۴ تا ۱۸ سالگی شروع به روئیدن می کند.
- تغییرات پوست بدن که پوست زبر شده و منافذ آن بازتر می شود. در اثر تحریکات هورمون مردانه، فعالیت غدد چربی افزایش یافته و جوش هایی روی صورت و بدن (آکنه) ظاهر می شود. در این دوران تعریق بخصوص در ناحیه زیربغل افزایش می یابد که ممکن است کمی بوی ناراحت کننده تولید کند .
- تغییر صدا که ناشی از رشد طناب های صوتی است. ابتدا صدا خشن و سپس بم و آهنگ آن مطلوب تر می شود.
- رشد عضلات بخصوص در عضلات سینه، ساق ها، بازوان و شانه ها اتفاق می افتد.

تغییرات مهم بلوغ جسمی در دختران

جهش رشدی: افزایش سریع قد در دختران حداقل ۲ سال زودتر از پسران اتفاق می افتد به طوری که در مدت یک سال قد دختران حدود ۶ تا ۱۱

سانتی متر بیشتر می شود. جهش رشد معمولاً دو سال پس از جوانه زدن پستان ها و یک سال قبل از شروع عادت ماهانه رخ می دهد. هورمون های جنسی موجب کند شدن رشد استخوان ها می شود، به همین دلیل بعد از قاعدگی سرعت رشد قد کندتر شده و بیش از ۶ سانتی متر قد دخترها افزایش نمی یابد.

تغییرات سایر اعضا: علاوه بر رشد قد، جذب چربی در بدن و توزیع آن به شکل زنانه در ران ها و پستان ها و سایر قسمت های بدن اتفاق می‌افتد. لگن پهن شده، موهای زیر بغل شکل زنانه پیدا می کند و اندام ها از قبیل قلب، کبد، کلیه ها و دستگاه گوارش بزرگ می شود. فعالیت غدد چربی و عرق زیاد می شود و در برخی از دختران جوش صورت ظاهر می شود.

رشد پستان ها: معمولاً در سنین ۷/۵ تا ۱۲/۵ سالگی و به طور متوسط ۹/۵ سالگی روی می دهد. جوانه زدن پستان ها از نوک شروع و به طور معمول دردناک و حساس شده و دو طرفه می باشد. در پایان دوره بلوغ، رشد پستان کامل می شود.
رشد موهای شرمگاهی: متعاقب رشد پستان ها و به طور متوسط در سن ۱۰/۵ سالگی، موهای شرمگاهی در حاشیه داخلی لب های فرج و ناحیه زیر بغل ظاهر می شود.

قاعدگی: آخرین مرحله بلوغ است که در سن ۹ تا ۱۶ سالگی و به طور متوسط ۱۳ سالگی اتفاق می افتد. رحم، واژن و اعضای تناسلی زن به اندازه کافی رشد می کند. قاعدگی به خروج خون و قطعات ریزش یافته لایه پوششی رحم اطلاق می شود که پس از یک تخمک گذاری طبیعی و در صورتی که حاملگی صورت نگیرد، اتفاق می افتد. اولین روز یک دوره خونریزی تا اولین روز خونریزی بعدی را یک دوره عادت ماهانه گویند که معمولاً بین ۲۱ تا ۳۹ روز است. میزان خون خارج شده در هر نوبت ۳۰ تا ۸۰ سی سی است که طی ۳ تا ۷ روز خارج می شود.
اولین قاعدگی در سن ۱۱ تا ۱۳ سالگی اتفاق می افتد. قاعدگی های اول بدون تخمک گذاری بوده و از نظر فواصل زمانی مقدار خون و مدت زمان خونریزی نامنظم و غیر قابل پیشگیری است. طی ۲ تا ۲/۵ سال پس از شروع قاعدگی به صورت خود به خود منظم می شود.
علایم جنسی و روانی قبل از عادت ماهانه: در چند روز قبل از شروع عادت ماهانه، علایم جنسی و روانی در برخی خانم ها ایجاد می شود که با شروع خونریزی و یا در روزهای خونریزی از بین می رود.

علایم جسمی: افزایش وزن، احساس سنگینی در شکم و کل بدن ، تورم دست ها و صورت، بزرگ شدن یا دردناک شدن پستان ها، سردرد، تهوع و استفراغ، اسهال، بی اشتهایی و یا تمایل به برخی از غذاها، خستگی، تکرر ادرار، کمردرد و دردزیربغل. دل درد ممکن است چند ساعت قبل و یا هم زمان با خونریزی شروع شود که معمولاً بیش از ۲ یا ۳ روز اول ادامه نمی یابد.
علایم روانی: تغییرات خلق، نگرانی، افسردگی، ناامیدی، تحریک پذیری، کاهش قدرت تمرکز، منفی گرایی و تغییر تمایلات جنسی همراه با دل درد در تمامی افراد کمابیش دیده می شود.

توصیه های بهداشتی

- حمام کردن و شستن تمام بدن با آب گرم و صابون بهترین وسیله نظافت پوست بوده و بوی بد بدن را از بین می برد.
- جوش را نباید دست کاری کرد. چندین بار در روز باید پوست را با آب و صابون شستشو داد. احتیاجات پوست را هر روز حداقل یک ساعت با هوای تازه تأمین کرد.
- تحرک و ورزش فراموش نشود.
- رعایت نکات بهداشتی در دوران عادت ماهانه:

۱- در این دوران از نوار بهداشتی استفاده و نوارها را با فاصله کم و حداقل ۳ تا ۵ بار عوض شود. در صورتی که نوار بهداشتی در دسترس نیست، از پارچه نخی استفاده نموده و مرتب آن را تعویض کرده و پس از شستشوی با آب و مواد شوینده، آن ها را با اتو کشیدن یا در معرض آفتاب گذاشتن خشک کرد.

۲- از لباس های زیر نخی استفاده شده و آن را مرتب تعویض کرده و پس از شستشو با اتو یا در آفتاب خشک شود.

۳- استحمام روزانه با آب گرم و به صورت ایستاده منعی ندارد.

۴- قاعدگی را باید نشانه صحت و سلامت بدن دانست.

۵- استفاده از دوش یا کیسه آب گرم و ماساژ کمر موجب تسکین دردهای عادت ماهانه می شود. در صورت نیاز، مصرف برخی داروها مانند استامینوفن یا مفنامیک اسید یا ایبوبروفن توصیه می شود.

مثال هایی از یک صبحانه مناسب برای دانش آموزان و نوجوانان

نان و پنیر و گردو، نان و پنیر و گوجه فرنگی، نان و پنیر و خیار، نان و تخم مرغ و گوجه فرنگی، نان و کره و مربا، نان و کره و خرما، نان و پنیر و خرما است. مصرف یک لیوان شیر همراه با صبحانه توصیه می شود.

انواع غذاهای سنتی مانند عدسی با نان، خوراک لوبیا با نان و انواع آش های محلی از غذاهای مفید و با ارزش بالای غذایی به شمار می روند که در برخی از مناطق به عنوان صبحانه مصرف می شوند. معلمین و مراقبین بهداشت مدارس در آموزش تغذیه به دانش آموزان، باید مصرف آن ها را ترویج و تشویق کنند.

عوارض رژیم های غذایی برای کاهش وزن در دوره بلوغ

عوارض زیانبار کاهش وزن بر سلامتی ممکن است در افرادی که اضافه وزن ندارند اما دریافت کالری خود را به شدت محدود می کنند بیشتر می باشد. در این افراد کاهش توده عضلانی بیشتر از توده چربی است. رژیم غذایی که با محدود کردن وعده های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است. اثرات زیانبار رژیم های غذایی کاهش وزن در دوره بلوغ علاوه براختلال رشد شامل کمبودهای تغذیه ای، اختلالات قاعدگی، ضعف، خستگی، گیجی، افسردگی، تحریک پذیری، یبوست، نداشتن

تمرکز حواس و اشکال در خوابیدن می باشد.
تنفس بدبو، ریزش مو و خشکی پوست از عوارض رژیم های غذایی با محدودیت شدید کالری است. افزایش خطر ابتلاء به سنگ صفرا نیز از عوارض جدی تر این گونه رژیم های غذایی است.
متاسفانه تاخیر رشد و تاخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه قدی غیر قابل جبران در اثر کمبود مواد غذایی مغذی به ویژه ریز مغذی ها گزارش شده است. ۳۹% این موارد با اختلالات غذا خوردن همراه بوده است و اصلاح آن منجر به جبران رشد از دست رفته نشده است.
بنابراین دانش آموزان در سنین بلوغ به ویژه دختران باید بدانند که رژیم های کاهش وزن در این دوره ممکن است منجر به کوتاه ماندن قد شود و علاوه بر آن به علت بروز انواع کمبودهای تغذیه ای سلامت آنان به خطر افتاده و با مشکلات متعددی مواجه خواهند شد.

فعالیت بدنی دوران بلوغ

همه کودکان و نوجوانان باید روزانه دست کم ۳۰ تا ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط تا زیاد داشته باشند. همچنین کودکان و نوجوانان باید تشویق شوند تا در فعالیت های گوناگون ورزشی شرکت کنند تا به مهارت های مختلفی دستیابی پیدا کنند. ورزش موجب بهبود کار دستگاه های مختلف بدن می شود، فشارهای عصبی و روانی را کاهش می دهد، در افزایش ظرفیت شخصیتی نوجوان و تقویت خودباوری، احساس لیاقت و توانایی و گسترده شدن روابط اجتماعی نقش دارد. ورزش مناسب سبب می شود نوجوان در برابر مشکلات زندگی صبر و تحمل بیشتری داشته باشد و اگر به ورزش کردن عادت کند، گرفتار بسیاری از بیماری ها در سنین میانسالی نخواهد شد.

ویژگی های روانی و رفتاری دوران بلوغ

نوجوان طی دوره بلوغ علاوه بر تغییرات جسمی، دستخوش یک سری تغییرات و علایم روانی نیز می شود که شناخت آن برای برخورد صحیح کمک بسیار می کند.
برخی ویژگی های روانی و رفتاری بلوغ دختران ۱۰ تا ۱۴ سال: میل به گوشه گیری، حساسیت بسیار به انتقاد دیگران، بی قراری، بی ثباتی، تحریک پذیری، نوسان در خلق و خو، مخالفت با خانواده و دوستان، در رویا فرو رفتن، شرم و حیای مربوط به تغییرات بلوغ، تنبلی و سستی، نافرمانی از بزرگ ترها، خیره سری و خودرایی، نداشتن احساس امنیت و اعتماد به نفس، مقاومت در برابر پند و اندرز والدین، تمایل شدید به ارتباط با دوستان و گفتگوی پنهانی، حساسیت به آراستگی ظاهر خود و صرف وقت جلوی آینه و پوشیدن لباس به گونه متفاوت با معیارهای خانواده.
برخی ویژگی های روانی و رفتاری بلوغ پسران ۱۴ تا ۱۹ سال: اختلال در توجه، مخالفت با والدین و دیگر بزرگسالان، اختلال در خلق و خوی و سلوک و رفتار، اضطراب و نگرانی، اختلال در خواب، بی اشتهایی یا پر اشتهایی، افسردگی و پرخاشگری، کنجکاوی و تمایل به جنس مخالف، تمایل به خود ارضایی.
برخی ویژگی های روانی و رفتاری بلوغ دختران ۱۵ تا ۱۹ سال: اکثر نوجوانان در این سن بالغ شده اند و تعدادی از آن ها رشد جنسی را که بهترین تغییر این دوره است خوشایند و برخی موجب ناراحتی و دستپاچگی خود می دانند. معیارهای رفتار و لباس پوشیدن توسط همسالان

تعیین می شود، کنجکاوی رو به افزایش نسبت به جنس مخالف دارند، در رویاهای عاشقانه فرو می روند، تفکر انتزاعی دارند و جهت گیری آینده و اندیشیدن درباره تحصیل و اشتغال و ازدواج بخش مهمی از رویاهای آن ها را تشکیل می دهد.

چند توصیه برای والدین

- برای بروز اختلاف نظرها آمادگی داشته باشند،
- آماده باشند که مورد محک قرار گیرند،
- انعطاف پذیر باشند،
- همه چیز را جدی نگیرند،
- حس شوخ طبعی خود را حفظ کنند،
- بیش از حد تحت تأثیر نوجوان قرار نگیرند،
- از دانش و آگاهی برخوردار باشند،
- به نوجوان در کسب مهارت های اجتماعی و زندگی کمک کنند،
- حس مسئولیت پذیری واعتماد به نفس را تقویت کنند،
- با تغییرات بلوغ آشنا کنند،
- عزت نفس نوجوانان را با برخورد احترام آمیز افزایش دهند،
- با ایجاد رابطه صمیمانه و احترام آمیزو درک شرایط وی، تعارضات اجتماعی و رفتاری را کاهش دهند،
- با رفع تبعیض، ریشه حسادت را بخشکانند،
- عملکرد جنسی را آموزش دهند،
- مشاور خوب و قابل اعتمادی برای نوجوان باشند

توصیه های ایمنی در منزل و مکان کار

توصیه های ایمنی در مورد نحوه نگهداری وسایل در منزل:

۱) وسایل آتش زا مانند کبریت و فندک باید دور از دسترس کودکان قرار گیرد.

۲) کتری و سماور داغ و ظروف محتوی غذا یا مایعات داغ باید دور از دسترس کودکان قرار گیرد.

۳) مواد شیمیایی و سموم باید بر چسب مشخص کننده نام و هشدار داشته باشند و دور از دسترس کودکان قرار گیرند.

۴) مواد پاک کننده در یک کمد در بسته و قفل دارو ترجیحاً در طبقات بالا نگهداری شوند.

۵) باید از نگهداری داروی زیاد به ویژه قرص‌های رنگی و جالب توجه کودکان در یخچال پرهیز گردد.

۶) از نگهداری داروها و مواد غذایی تاریخ گذشته در منزل خودداری شود و داروهایی که مورد نیاز نیست دور ریخته شود.
۷) دارو به هیچ وجه نباید بدون تجویز پزشک مصرف شود و باید از وجود برچسب داروها مطمئن شد .
۸) به هیچ وجه نباید شربت متادون از ظرف اصلی خارج و در یخچال و در دسترس کودکان قرار گیرد.
۹) مخازن نگهداری نفت و گازوئیل باید دور از دسترس کودکان قرار داده شود و محتوای داخل آن برای کودکان قابل دستیابی نباشد.
۱۰) نباید هرگز اتوی داغ و روشن را به حال خود رها نمود.
۱۱) نباید هرگز کودک را با چرخ گوشت(دستی یا برقی) به حال خود رها نمود.
۱۲) همیشه در هنگام خروج از منزل، از خاموش نمودن گاز، سماور یا سایر وسایل خوراک‌پزی اطمینان حاصل کنید.
۱۳) بخاری‌ها باید سالم و بدون نقص بوده و هر کدام دارای دودکش مستقل و مجهز به کلاهک مناسب باشد، درست سوختن شعله و رنگ آبی آن مهم است.
۱۴) حتی‌الامکان از قرار دادن بخاری، والور و سایر وسایل آتش زا در وسط اتاق و در مسیر تردد خودداری شود.
۱۵) از قرار دادن وسایل قابل اشتعال نظیر پرده، مبل، رختخواب و مخزن نفت در کنار بخاری خودداری شود.
۱۶) هرگز نباید از وسایل گرمازای سوختی بدون دودکش در اتاق دربسته یا بدون پنجره، بخصوص در زمان خواب استفاده گردد.
۱۷) باید نصب هرگونه وسیله گرمازا و حرارتی را به متخصصان مربوطه واگذار نمود.
۱۸) باید در وسایل گازسوز از شلنگ های استاندارد استفاده نمود و نباید آن ها را از زیر فرش یا جایی که احتمال پیچ خوردن و سوراخ شدن آن وجود دارد، عبور داد. بهترین روش برای آزمایش نشت گاز استفاده از اسفنج یا پارچه آغشته به کف صابون می‌باشد.
۱۹) وجود کپسول اطفای حریق در منزل الزامی است.
۲۰) توجه فرمایید کپسول اطفاء حریق در نزدیکی اجاق نباشد.
۲۱) وسایل تیز و برنده مانند چاقو، مداد، چنگال، میخ، ..... باید دور از دسترس کودکان قرار گیرد و در صورت برداشتن آن ها توسط کودک، با رعایت احتیاط کامل آن ها را از کودک بگیرید.
۲۲) برای جلوگیری از سقوط قابلمه، کتری، قوری و سماور نباید آن ها را در سطح جلو کابینت و یا اجاق گاز گذاشت.

توصیه های ایمنی در مورد سیستم برق‌رسانی در منزل:

۱) پریزهای برق (حتی تمام پریزهای بی استفاده مثلا در زیر زمین) باید درپوش دار و مخفی بوده و برای کودکان قابل دسترس نباشد.
۲) در سیستم برق خانه یک دستگاه محافظ برق یا کلید ایمنی نصب گردد.
۳) نباید از پریزهای برق بیش از حد خروجی گرفته شود.
۴) توجه فرمایید با دست مرطوب به کلیدها و پریزهای برق دست زده نشود.
۵) حتی الامکان باید از سیم‌های رابط برق کوتاه استفاده و هرگز نباید سیم‌های رابط بلند برق را از زیر فرش یا موکت عبور داد.
۶) از دست زدن به سیم های برق و اتصالات بدون عایق خودداری نمایید.

۷) تلویزیون و لوازم صوتی را طوری قرار دهید که هوا در اطراف آن جریان داشته باشد و از داغ شدن آن ها جلوگیری کند. اگر تلویزیون به خوبی کار نمی کند ممکن است موجب آتش سوزی شود. لذا بررسی آن را به یک متخصص بسپارید.
۸) مراقب پریزهای برق با دوشاخه های نامناسب باشید. اگر دو شاخه ای در پریز لق باشد موجب داغ شدن اتصال و آتش سوزی خواهد شد. هرگز دوشاخه ای بزرگ تر را به زور داخل پریز جا ندهید. پریزهای شکسته یا قدیمی را تعویض کنید.
۹) سیم های لوازم برقی را چک کنید و از سالم بودن آن ها مطمئن شوید. توجه کنید که سیم ها را هرگز به دیوار، کف یا هر سطح دیگری میخ یا پرچ نکنید. سیم ها را از زیر فرش یا قالی عبور ندهید و اسباب خانه را روی آ ن ها نگذارید.
۱۰) از گرفتن خروجی بیش از حد از یک پریز بپرهیزید.
۱۱) از به کار بردن لامپ هایی با میزان وات قوی و نامناسب با میزان تحمل نوع سیم کشی و سرپیچ، خودداری کنید. هم چنین از مناسب بودن سرپیچ آن مطمئن شوید. لامپ ها را همواره با دقت ببندید. شل بودن یا کج بودن لامپ در سرپیچ موجب اتصالی و آتش سوزی می شود.
۱۲) از فیوزها و کلیدهای مناسب در جعبه فیوز استفاده کنید و همیشه هر فیوز سوخته یا خراب را با یک فیوز مشابه جایگزین کنید.
۱۳) وسایل برقی را در معرض ترشح آب قرار ندهید. اگر وسیله برقی داخل آب افتاد هرگز برای بیرون آوردن آن دست خود را داخل آب نبرید حتی اگر وسیله خاموش باشد. ابتدا کلید اصلی برق را قطع کنید. سپس دوشاخه وسیله برقی را از پریز خارج کرده و آن را از آب خارج کنید. اگر وسیله برقی به هر دلیل خیس شد ابتدا توسط متخصص از سالم بودن آن مطمئن شوید سپس از آن استفاده نمایید.
۱۴) کامپیوتر و سایر لوازم صوتی تصویری خود را چک کنید و از صحت عمل آن ها مطمئن شوید. مراقب خراش ها یا صدمات مشابه بر روی سیم ها و بخش های الکتریکی آن باشید. برای چنین لوازمی از یک دستگاه کنترل کننده جریان برق یا حداقل ترانسفورماتور استفاده کنید.
۱۵) سیم کشی برق حمام باید توکاربوده و حتی الامکان از گذاشتن کلید و پریز داخل حمام خودداری نمایید.
۱۶) لامپ روشنایی داخل سرویس های بهداشتی و حمام باید دارای حباب باشد.
۱۷) محل کنتور و فیوزهای برق بایستی کاملا مشخص و به راحتی قابل دسترسی باشد.
۱۸) هنگام کوبیدن میخ به دیوار مواظب مسیر سیم های برق داخل دیوار باشید.
۱۹) در حین برق کاری حتما از زیرپایی عایق مثل چوب و پلاستیک استفاده کنید و قبل از شروع کار کلید کنتور برق را قطع نمایید.

توصیه های ایمنی در مورد ساخت و ساز بنا:

۱)حتی الامکان از پله های مارپیچی استفاده نشود.
۲) از به کار بردن کف پوش های ناهموار و دارای پوشش سست خودداری شود.
۳) شیشه ها باید محکم و چند لایه باشند.
۴) درب ها باید از دو سمت قابل باز کردن باشند.
۵) در منازل روستایی که از تنور استفاده می کنند بایستی حتما تنور دارای حفاظ و درپوش مناسب باشد تا مانع از دسترسی و سقوط کودکان گردد.

۶) به منظور جلوگیری از سوانحی نظیر پرت شدن از ارتفاعات مثل پشت بام، راه پله، پله، پنجره، بالکن و یا هر جایی که از سطح زمین بلند یا پست تر باشد و یا محل هایی مثل حوض، آب انبار، برکه، استخر و چاه باید این گونه مکان ها با حفاظ مناسب یا نرده محصور شوند تا امکان سقوط و یا خفگی در آن ها وجود نداشته باشد.
۷) کف آشپزخانه و حمام نباید لغزنده باشد تا از زمین خوردن پیشگیری شود.
۸) مراقب تهویه کافی جریان هوا در درون منزل باشید.
۹) برای جلوگیری از زمین خوردن، راه پله ها و راهروها را با نور مناسب روشن نگه دارید و از زیرفرشی های ثابت نگه دارنده فرش استفاده کنید.
۱۰) به غیر از پنجره هایی که به پلکان اضطراری منتهی می شوند، بر روی تمام پنجره ها شبکه محافظ نصب کنید.
۱۱) محل پخت و پز غذا باید حتی الامکان از اتاق نشیمن یا راهرو جدا باشد زیرا کودک ممکن است در هنگام بازی با یک حرکت اشتباه روی چراغ خوراک پزی و قابلمه و کتری آب جوش افتاده و باعث حادثه ناگوار و سوختگی شدید گردد.
۱۲) لبه پله ها تیز و زاویه دار نباشد تا در صورت لغزش یا سقوط بر روی پله ها صدمات کم تری به فرد وارد شود.
۱۳) راه پله ها کاملا تمیز بوده و در مسیر آن وسایل دست و پاگیر گذاشته نشود و از روشنایی کافی برخوردار باشد.
۱۴) حفر چاه یک کار فنی تخصصی است و مردم باید توجه داشته باشند که حفر چاه ها را به افراد مجرب و فنی بسپارند.
۱۵) دیوارها بدون دزر و شکستگی باشد.
۱۶) ارتفاع پنجره ها از کف اتاق۱۰۰-۱۲۰ سانتی متر باشد و طوری طراحی گردد که زیاد باز نشوند (رعایت این امر بخصوص در طبقات بالای ساختمان ضروری است). می توان شیشه های پایینی در و پنجره را در آورد و به جای آن از تخته چوبی استفاده کرد.
۱۷) شیشه های در معرض تردد را با نوار چسب های رنگی مشخص کنید تا در هنگام تردد با آن ها برخورد نشود.
۱۸) در مجاورت پنجره ها بالش، صندلی یا میز تحریر قرار ندهید زیرا احتمال دارد که کودکان به کمک آن ها از پنجره بالا روند.
۱۹) کنتور آب نباید در محل تردد باشد تا از خطر زمین خوردن جلوگیری شود.

توصیه های ایمنی در مورد رفتارها در منزل:

۱) از پوشیدن لباس‌های قابل اشتعال در هنگام کار با اجاق گاز بپرهیزید.
۲) هرگز جهت تمیز کردن لکه‌های لباس از مواد قابل اشتعال مثل بنزین و تینر به خصوص در فضاهای بسته حمام استفاده نکنید.
۳) هرگز در محیطی که بوی گاز استشمام می‌گردد کبریت یا برق روشن نکنید و ابتدا با باز نمودن درب و پنجره ها تهویه کافی را برقرار کنید.
۴) از روشن کردن وسایل گرمازای بدون دودکش نظیر علاءالدین در فضای بسته مانند حمام خودداری شود، چون به دلیل تولید گازهای سمی، احتمال خفگی زیاد است.
۵) اگر سیگار می‌کشید، از کشیدن سیگار در داخل خانه و در اطراف کودکان خودداری کنید.
۶) هرگز سیگار را به صورت روشن یا نیمه خاموش رها نکنید و حتما آن را به دقت خاموش کنید. مراقب باشید هیچگاه در رختخواب سیگار

نکشید.
۷) کیسه های نایلونی را از دسترس کودکان دور نگهدارید. به سر کشیدن کیسه توسط کودک و ناتوانی در بیرون آوردن آن موجب مشکل در نفس کشیدن و نهایتاً خفگی کودک می گردد.
۸) تا آنجا که ممکن است از تماس مستقیم دست ها با انواع شوینده ها و پاک کننده ها خودداری کنید و از دستکش استفاده نمایید.
۹) هنگام استفاده از نردبان یا چهارپایه باید از سطح اتکای آن با زمین کاملا مطمئن شوید و از نوع استاندارد و دوطرفه نردبان استفاده کنید.
۱۰) موقع پاک کردن شیشه ها و پنجره های منزل، از رفتن روی نرده ها یا قرنیزهای آن خودداری نمایید.
۱۱) برق وسیله برقی را قطع و سپس آن را تمیز کنید.
۱۲) موقع استفاده از وسایل گازسوز، ابتدا کبریت را روشن و بعد شیر گاز را باز کنید.
۱۳) از قرار دادن اشیاء، البسه و مواد قابل اشتعال در مجاورت وسایل گرمازا پرهیز کنید.
۱۴) از سر رفتن غذا بر روی اجاق گاز جلوگیری کنید.
۱۵) از قرار دادن وسایل گرمایی و بخاری در مسیر رفت و آمد خودداری نمایید.
۱۶) وسایل آتش زا مثل کبریت و فندک را به هیچ وجه در اختیار کودکان قرار ندهید.
۱۷) در هنگام خروج از منزل شیر اصلی گاز را ببندید.
۱۸) از سوزاندن چوب یا ذغال درون خانه، چادر و محیط سربسته خودداری کنید.
۱۹) اسباب بازی های متناسب با سن کودکان خریداری کنید و به هیچ عنوان اجازه بازی با وسیله ای که متناسب با سن کودک نیست را به او ندهید. گاهی وسایل بازی دارای تکه های ریزی است که درصورت بلع کودک احتمال خفگی او را بدنبال دارد.
۲۰) هرگز پاک کننده‌ها و محصولات شیمیایی مختلف را درهنگام نظافت منزل با هم مخلوط نکنید.
۲۱) برای نظافت درب و پنجره‌ها از نردبان مناسب استفاده کنید.
۲۲) فهرستی از شماره تلفن های اضطراری، پزشک خانوادگی و قسمت اورژانس نزدیک ترین بیمارستان (جدید ترین شماره و کد) را در کنار تمام دستگاه های تلفن منزل قرار دهید.

راهنمای پیشگیری از حوادث ترافیکی

نکات زیر می‌تواند در کاهش مرگ و میر ناشی از سوانح ترافیکی موثر باشد:

- آشنایی و رعایت دقیق قوانین رانندگی و اصول ایمنی در رانندگی
- استفاده از کلاه ایمنی برای موتورسواران و دوچرخه سواران
- استفاده از کمربند ایمنی برای کلیه سرنشینان خودرو
- استفاده از صندلی مخصوص کودکان بر حسب سن کودک

(صندلی مخصوص شیرخواران(Infant Seat) از بدو تولد تا ۱۲ -۹ ماهگی یا وزن ۱۳ kg ، صندلی مخصوص اطفال(Child Seat) از ۱ سالگی تا ۵-۴ سالگی یا وزن ۹ تا ۱۸ kg ، صندلی مخصوص کودک(Booster Seat) از ۵-۴ سالگی تا ۱۲ سالگی یا وزن ۲۵ -۱۵ kg)

- نشاندن کودکان در صندلی عقب خودرو(تا ۱۲ سالگی کودک اجازه نشستن روی صندلی جلوی خودرو را ندارد.)
- رعایت دقیق سرعت مجاز و مطمئنه
- رعایت فاصله مجاز تا وسیله نقلیه جلویی
- رعایت حق تقدم و احترام به قوانین راهنمایی و رانندگی
- مجهز نمودن وسیله نقلیه به تجهیزات ایمنی (Airbag، ترمز ABS، کپسول اطفای حریق، زنجیر چرخ و سایر تجهیزات متناسب با فصل)
- پرهیز از رانندگی طولانی مدت، رانندگی درحین خستگی
- پرهیز از رانندگی در زمان مصرف داروهای خواب آور، الکل و مواد مخدر
- پرهیز از بازی کردن در کوچه و خیابان
- استفاده از پل‌های عابر یا مکان‌های خط کشی برای عبور از عرض بزرگراه‌ها و خیابان
- استفاده از پیاده رو برای عبور از طول بزرگراه‌ها و خیابان
- استفاده از پوشش رنگ روشن برای عبور از خیابان در هنگام تاریکی و غروب
- دانستن نحوه برخورد با مصدوم
- انجام سالیانه معاینه فنی خودرو و آشنایی با خرابی ها و نقایص فنی که می تواند حادثه ساز باشد.

فشارخون بالا در کودکان

علی رغم عقاید مرسوم عمومی نوجوانان و کودکان و حتی اطفال می توانند فشارخون بالا داشته باشند و این فقط بیماری میانسالان و سالمندان نیست. ریشه فشارخون بالا در بزرگسالی به دوران کودکی برمی گردد. کودکان با فشارخون بالا در آینده احتمال بیشتری برای ابتلاء به بیماری فشارخون بالا دارند و به همین علت باید به آن ها توجه جدی داشت .تشخیص و درمان بموقع از عوارض این بیماری جلوگیری می کند.تکرار اندازه گیری یا اندازه گیری منظم فشار خون در کودکان و بررسی بیماری های همراه به پیش بینی دقیق تر احتمال ابتلاء به فشارخون بالا در آینده و بزرگسالی کمک می کند.بیماری هایی مانند بیماری قلبی و کلیوی و مصرف بعضی از داروها سبب فشارخون ثانویه در کودکان می شوند که با درمان بیماری و قطع مصرف دارو ،فشارخون کاهش می یابد.در فشارخون اولیه که علت فشارخون بالا مشخص نیست مواردی مثل سابقه خانوادگی فشارخون بالا ،افزایش وزن و چاقی ، افزایش انسولین(مقاومت در مقابل عملکرد انسولین برای مصرف گلوگز در سلول)، اختلال چربی خون و نژاد خصوصا طی نوجوانی نقش مهمی دارند.

متوسط فشارخون در کودک یک روزه ۷۰ میلی متر جیوه و در کودک یک ماهه ۸۵ میلی متر جیوه است که با افزایش سن بالا می رود.

معیارهای فشارخون طبیعی و بالا در کودکان و نوجوانان بر حسب صدک ها(یعنی چند درصد افراد دارای این مقدار فشارخون و کمتر هستند) تعیین

می شود و بر حسب سن ،قد و جنس در کودکان و سن،اندازه بدن و میزان بلوغ جنسی در نوجوانان تغییر می کند. به همین علت تشخیص فشارخون بالا در کودکان و نوجوانان بسیار پیچیده و مشکل است. معیارهای فشارخون که بر حسب مبنای سن و جنس و قد، باشند از دقت بیشتری نسبت به اندازه بدن برخوردارند.

در طبقه بندی فشارخون بر مبنای سن ،جنس و قد، فشارخون سیستول و دیاستول طبیعی کمتر از صدک ۹۵ (یعنی ۹۵ % افراد دارای این مقدار فشارخون هستند) و فشارخون بالا: فشارخون سیستول و دیاستولی است که بطور دائم در صدک ۹۵ و بیشتر است به شرط این که میانگین حداقل ۲ بار اندازه گیری که در ۳ نوبت مجزا با روش شنیداری(گوشی) اندازه گیری شده باشد.(میانگین ۶ نوبت)

فشارخون سیستول و دیاستول بین صدک ۹۰ تا ۹۵ پیش فشارخون بالا محسوب می شود. حتی نوجوانانی که فشارخون آنها ۱۲۰/۸۰ میلی متر جیوه و بیشتر است اگر در محدوده این صدک قرار گیرند، فشارخون آن ها به عنوان پیش فشار خون بالا محسوب می شود.(جدول ۱)

جدول ۱:طبقه بندی فشارخون در کودکان و نوجوانان ۱۷-۳ سال(بر حسب سن،جنس و قد) و اقدام لازم

	سیستول و دیاستول mmHg	اقدام
فشار خون طبیعی یا مطلوب	کمتر از صدک ۹۰	-اندازه گیری مجدد یک سال بعد
پیش فشار خون بالا	-صدک۹۰ تا کمتر از ۹۵ - ۱۲۰/۸۰ و بیشتر در محدوده کمتر از صدک ۹۵ در هر سنی	-اندازه گیری مجدد ۶ ماه بعد -مدیریت وزن
فشار خون بالای مرحله ۱	صدک ۹۵ تا ۹۹ بعلاوه ۵ میلی متر جیوه	-اندازه گیری مجدد یک تا دو هفته بعد -اگر فشارخون در همین محدوده باقی بماند ،شروع ارزیابی و درمان ازجمله مدیریت وزن
فشار خون بالای مرحله ۲	صدک ۹۹ و بیشتر بعلاوه ۵ میلی متر جیوه	-شروع ارزیابی و درمان طی یک هفته -در صورت وجود علائم ارجاع فوری به پزشک

اندازه گیری فشارخون در کودکان هم مشکلاتی دارد و هم تنوع آن بیشتر از بزرگسالان است ،در نتیجه مقداری که در یک بار اندازه گیری فشارخون بدست می آید گویای فشارخون واقعی نیست. فشارخون سیستول در کودکان به علت صحت بیشتر ارجح است. معمولا در کودکان فشارخون دیاستول به همراه فشارخون سیستول با هم بالا می روند. لذا اگر معیار تعیین فشارخون بر حسب فشار سیستول باشد در واقع فشار دیاستول را هم در بر می گیرد (پیوست شماره۱ :جدول مقادیر فشارخون سیستول و دیاستول(mmHg) بر حسب سن،جنس و قد در کودکان و نوجوانان ۱۷-۱

سال) .
صداهای کورتکوف در همه کودکان زیر یک سال و در بسیاری از کودکان زیر ۵ سال بطور مطمئن قابل شنیدن نیستند. درکودکان نیز فشارخون سیستول بر حسب صدای مرحله اول کورتکوف و فشارخون دیاستول بر حسب صدای مرحله ۵ کورتکوف تعیین می شود. قبلا برای فشارخون دیاستول کودکان زیر ۱۳ سال صداهای مرحله ۴ کورتکوف در نظر گرفته می شد.
با استفاده از روش اندازه گیری فشارخون متحرک ۲۴ ساعته، مقدار فشارخونی که در کودکان و نوجوانان بالاتر از حد طبیعی در نظر گرفته می شود، هم اندازه یا حتی کمی بیشتر از آستانه آن در اندازه گیری فشارخون در مطب یا مراکز بهداشتی درمانی است .
اندازه های بازوبند که در کودکان ۰-۱۴ سال استفاده می شود درجدول شماره ۵ آمده است.(جدول ۲)

جدول ۲: اندازه بازوبند دستگاه فشار خون در کودکان(۰-۱۴ سال)

حداکثر دور بازو cm	ابعاد کیسه هوا cm	وضعیت کودک
-	۸ × ۴	نوزادان و کودکان نارس
۱۷	۱۳ × ۴	کودکان کوچک
۲۶	۱۸ × ۱۰	کودکان با اندازه متوسط و بزرگسالان لاغر
۳۳	۲۶ × ۱۲	کودکان چاق و اکثریت بازوهای بزرگسالان

اندازه گیری فشارخون در کودکان

توصیه می شود فشارخون کودکان از ۳ سالگی هر سال اندازه گیری و مورد بررسی قرار گیرد.استفاده از بازوبند مناسب دقت اندازه گیری را افزایش می دهد(شکل ۲۵).اندازه گیری فشارخون در کودکان همانند بزرگسالان در بازوی راست و با رعایت شرایط و آمادگی قبل از اندازه گیری انجام می شود.اگر فشارخون کودک بالای صدک ۹۰ باشد باید دو نوبت دیگر تکرار شود. اندازه گیری فشارخون در کودکان و نوجوانان به علت پیچیدگی زیاد ، بهتر است حتما توسط پزشک هم انجام و بررسی شود.
برای تعیین وضعیت فشارخون کودکان در سامانه سیب از جداول زیر که بر حسب متغیرهای سن، جنس و قد، تعیین شده و جدول کامل تری است، استفاده می شود.

راهنمای بهورز / مراقب در ارزیابی عامل خطر ژنتیک :

بیماری های ارثی بیماری های متعدد و متنوعی می باشند که به دلیل وجود یک اختلال ژنتیکی در افراد از نسلی به نسل بعد منتقل می شوند. در اکثر موارد والدین بیماران افرادی سالم از نظر ابتلا به آن بیماری بوده و فقط انتقال دهنده این اختلال به فرزند خود هستند. احتمال ابتلای فرزندان به بیماری های ارثی بر اساس نحوه توارث بیماری در هر بیماری متفاوت بوده و محاسبه این احتمال نیازمند مشاوره ژنتیک است. «مشاوره ژنتیک» فرایندی است که از طریق آن، بیماران و یا خویشاوندان در معرض خطر بیماری ژنتیک، از پیامدهای احتمالی بیماری، احتمال ابتلا یا انتقال آن به سایر خویشاوندان و راه‌های پیشگیری یا درمان بیماری آگاه می شوند. منظور از خانواده در اینجا افرادی هستند که با هم نسبت درجه یک فامیلی دارند که شامل پدر، مادر، خواهر و برادر است. ممکن است اختلالی در خانواده وجود داشته باشد که نوع آن تشخیص داده نشده ولی بیش از یک مورد از این اختلال در خانواده و یا بستگان درجه ۱ یا ۲ اعضای خانواده وجود دارد، در این موارد هم می بایست احتمال وجود عامل خطر ژنتیک بررسی گردد. در زیر تعدادی از بیماری های شایع ارثی به اختصار توضیح داده می شود:

- هموفیلی: شایع ترین بیماری اختلال انعقادی ارثی است. در این بیماری میزان فاکتور های انعقادی خون ناکافی است و بسته به شدت بیماری هنگام خونریزی های معمول هم بند آمدن خون با تاخیر بوده و یا بدون مداخلات درمانی انجام صورت نمی گیرد.
- دوشن: شایع ترین بیماری ارثی از نوع بیماری هایی است که باعث ضعف عضلانی و در نتیجه اختلال در راه رفتن در کودکان می شود. در این بیماری کودک ابتدا سالم بوده و اختلال در حرکت از سنین ۳ تا ۴ سالگی شروع می شود. نوع خفیف تر این اختلال نیز وجود دارد که «بکر» نام دارد.
- تالاسمی ماژور: شایع ترین بیماری کم خونی ارثی است که باعث می شود فرد نیازمند تزریق مکرر خون از ابتدای کودکی و در تمام طول عمر گردد.
- بیماری های متابولیک ارثی: بیماری هایی با تعداد و تنوع زیاد هستند که در آن ها سوخت و ساز یک یا چند ماده در بدن دچار اشکال است. این امر باعث ایجاد اختلالات متفاوتی در رشد و تکامل کودکان می شود. معمولا این کودکان می بایست رژیم های غذایی خاصی داشته باشند. سر دسته این بیماری ها فنیل کتونوری است که در حال حاضر در کشور در نوزادان غربالگری می گردد. گالاکتوزمی، تیروزینمی دو مثال دیگر از این بیماری هاست.
- ناشنوایی و نابینایی: ناشنوایی ها و نابینایی های غیر اکتسابی که از کودکی بوده و یا حالت پیشرونده داشته اند نیازمند ارزیابی از نظر احتمال وجود عامل خطر ژنتیک هستند.
- ناتوانی ذهنی / حرکتی: فردی که از زمان کودکی دارای ناتوانی ذهنی و یا ناتوانی حرکتی باشد نیز نیاز به بررسی احتمال وجود عامل خطر ژنتیک دارد.

همچنین گاهی ممکن است در استعداد به ابتلا به بیماری های غیر واگیری نظیر بعضی از انواع سرطان ها و یا سکته های قلبی زمینه ژنتیک فرد موثر باشد، در این صورت این بیماری ها در سنین پایین تری نسبت به محدوده سنی ابتلا در افراد جامعه و با شدت بیشتری فرد را مبتلا خواهند کرد. با شناخت این افراد و انجام اقدامات پیشگیرانه به موقع می توان این خطر را تا حدود زیادی در این افراد کاهش داد.

مراقبت از کودک مبتلا یا در معرض خطر بیماری های ژنتیک و مادرزادی

الف) در برنامه کشوری PKU:

۱- ملاحظات تغذیه (شیر و غذای مخصوص) مطابق با بسته آموزشی کاردان و کارشناس و والدین بیماران انجام شود.

۲- انجام دستورات اختصاصی بیمارستان منتخب PKU (دستورات ویژه بالینی به هر دانش آموز بیمار) پیگیری، بررسی و مراقبت از انجام آن در طول حضور بیمار در مدرسه صورت گیرد.

۳- مشاوره ژنتیک (در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک شهرستان محل سکونت) به والدین توصیه و ایشان برای انجام امر ترغیب گردند.

ب) در برنامه کشوری G6PD

۱- مراقبت برای پرهیز از محرک های لیز گلبولی (شامل مواد غذایی نظیر باقالا، داردها، تب) مطابق با بسته آموزشی کاردان و کارشناس صورت گیرد.

۲- در صورت بروز علایم لیز گلبولی (رنگ پریدگی، تغییر رنگ ادرار) دانش آموز به اورژانس بیمارستان انتقال یابد.

۳- نظارت مجدد بر نصب برگه اطلاعات دارویی در دفترچه بیمه دانش آموز

ج) مراقبت در برنامه هموفیلی:

۱- ملاحظات تغذیه ای : ندارد

۲- ملاحظات دارویی: ازمصرف آسپرین خودداری شود.

۳- دستورات اختصاصی بیمارستان منتخب هموفیلی کودکان (در تهران، بیمارستان مفید)

۴- پیگیری و مراقبت از انجام دستورات ویژه بالینی در طول حضور بیمار در مدرسه:

- عدم شرکت در ورزش های همراه با ضربه مانند دومیدانی

- توصیه به آموزگار مربوطه در خصوص همکاری با بیمار

۵- انجام مراقبت های اولیه در صورت بروز خونریزی و تماس با والدین بیمار

۶- توصیه و ترغیب والدین به انجام مشاوره ژنتیک در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک شهرستان محل سکونت

د) مراقبت در برنامه تالاسمی:

۱- ملاحظات تغذیه ای: عدم مصرف زیاد غذا یا داروهای افزایش دهنده آهن خون

۲- دستورات اختصاصی بیمارستان منتخب تالاسمی

۳- پیگیری و مراقبت از انجام دستورات ویژه بالینی در طول حضور بیمار در مدرسه :

- تماس با والدین در صورت بروز علایم کم خونی

- توصیه به آموزگار مربوطه در خصوص همکاری با بیمار درصورت نیاز به تزریق خون

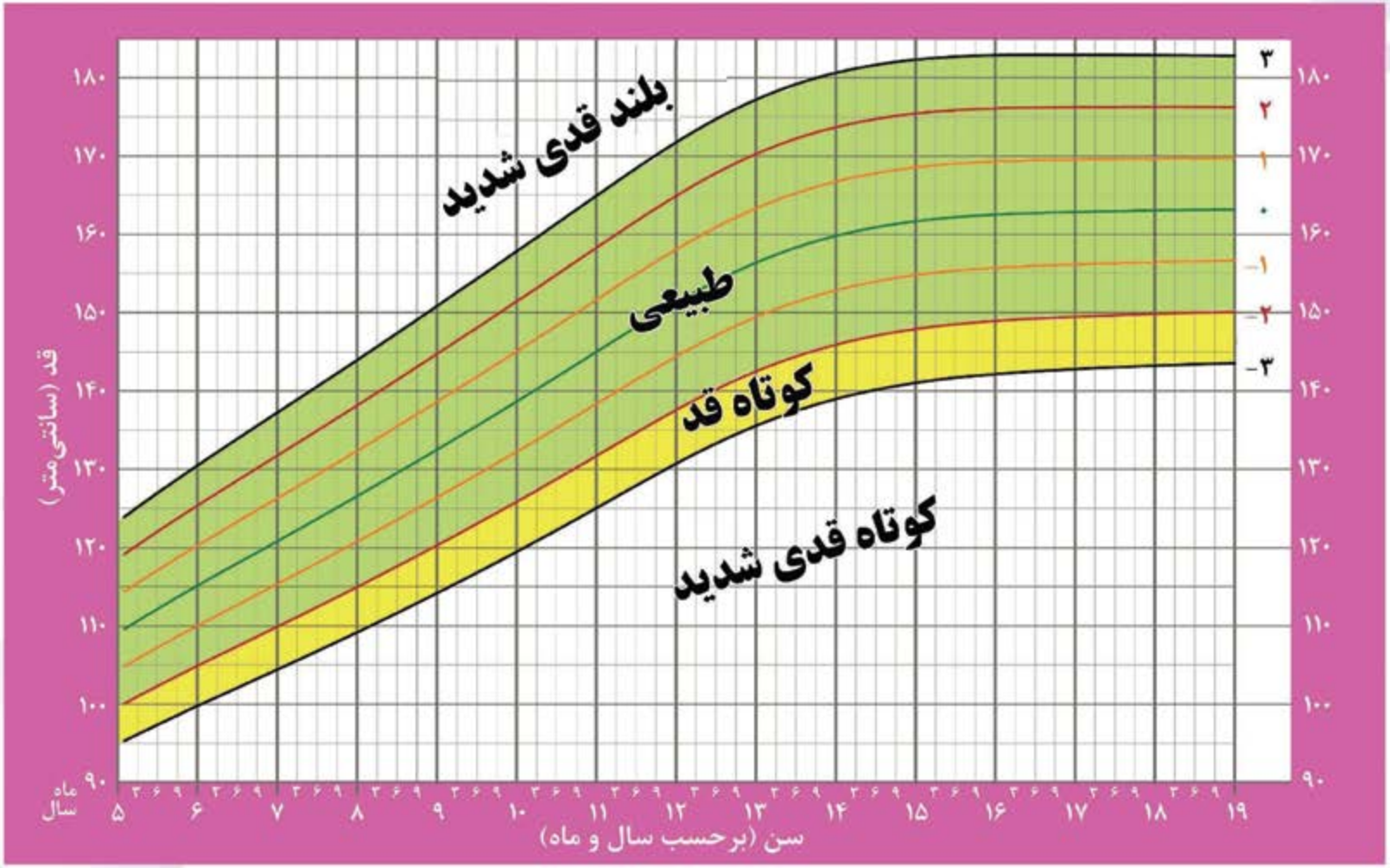
۴- توصیه و ترغیب والدین به انجام مشاوره ژنتیک در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک

ضمایم

نمودار قد برای سن (دختر)

قد برای سن دختران (۵ -۱۹ سال)

۵ تا ۱۹ سال (z-scores)

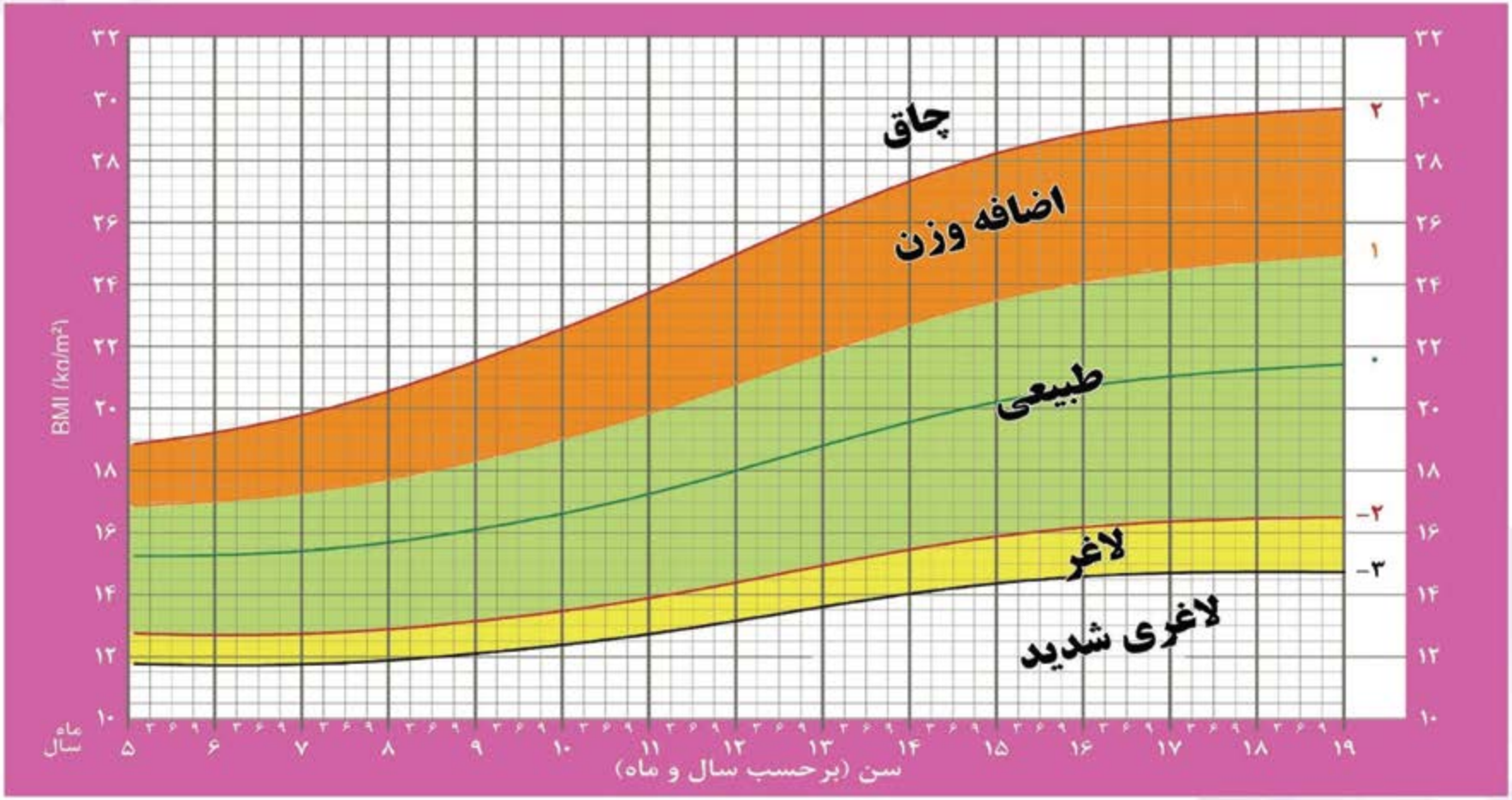


برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

نمودار BMI برای سن (دختر)

نمایه توده بدنی- دختران (۵-۱۹ سال)

۵ تا ۱۹ سال (z-scores)

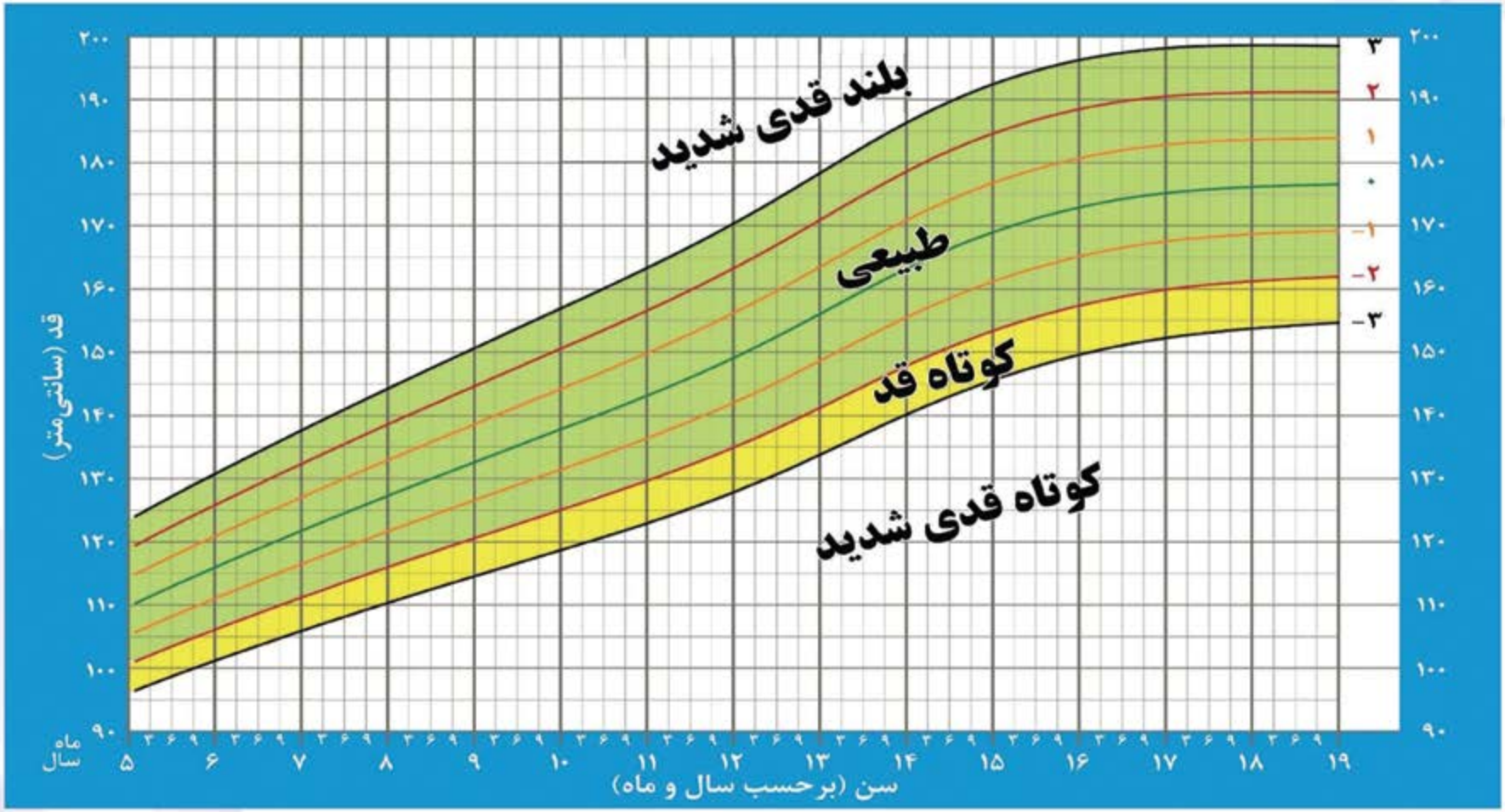


برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

نمودار قد برای سن (پسر)

قد برای سن- پسران (-۱۹ ۵ سال)

۵ تا ۱۹ سال (z-scores)

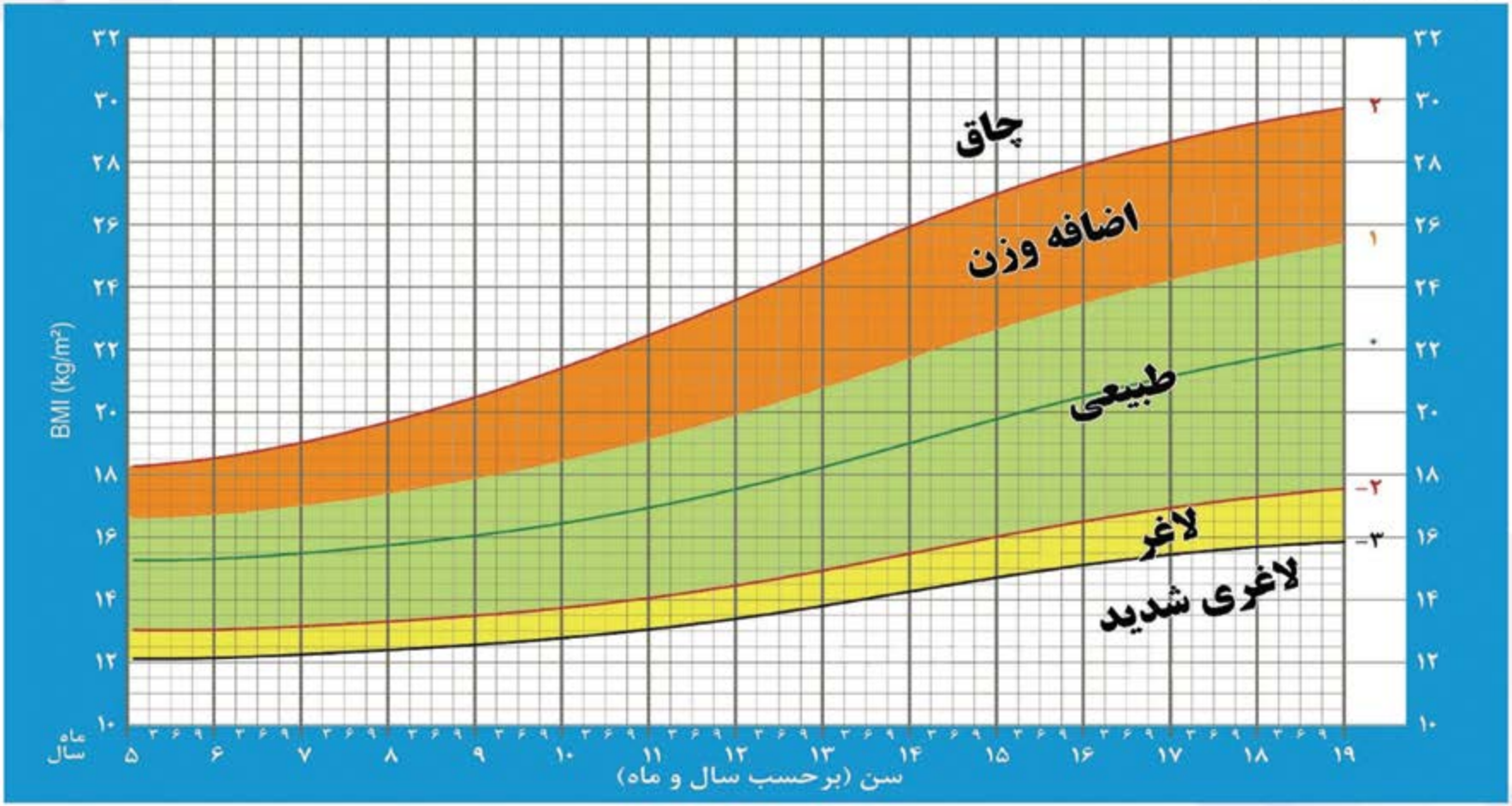


برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

نمودار BMI برای سن (پسر)

نمایه توده بدنی- پسران (۵-۱۹ سال)

۵ تا ۱۹ سال (z-scores)



برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

Blood Pressure Levels for Boys by Age and Height Percentile (Continued)

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →							Diastolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
11	50th	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90th	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95th	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99th	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50th	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90th	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95th	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99th	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50th	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90th	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95th	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99th	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50th	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90th	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95th	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99th	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50th	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90th	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95th	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99th	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50th	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90th	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95th	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99th	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50th	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90th	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95th	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99th	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

BP, blood pressure

* The 90th percentile is 1.28 SD, 95th percentile is 1.645 SD, and the 99th percentile is 2.326 SD over the mean.

For research purposes, the standard deviations in Appendix Table B–1 allow one to compute BP Z-scores and percentiles for boys with height percentiles given in Table 3 (i.e., the 5th,10th, 25th, 50th, 75th, 90th, and 95th percentiles). These height percentiles must be converted to height Z-scores given by (5% = -1.645; 10% = -1.28; 25% = -0.68; 50% = 0; 75% = 0.68; 90% = 1.28%; 95% = 1.645) and then computed according to the methodology in steps 2–4 described in Appendix B. For children with height percentiles other than these, follow steps 1–4 as described in Appendix B.

Blood Pressure Levels for Boys by Age and Height Percentile (Continued)

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →							Diastolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
11	50th	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90th	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95th	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99th	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50th	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90th	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95th	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99th	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50th	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90th	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95th	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99th	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50th	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90th	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95th	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99th	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50th	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90th	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95th	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99th	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50th	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90th	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95th	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99th	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50th	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90th	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95th	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99th	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

BP, blood pressure

* The 90th percentile is 1.28 SD, 95th percentile is 1.645 SD, and the 99th percentile is 2.326 SD over the mean.

For research purposes, the standard deviations in Appendix Table B–1 allow one to compute BP Z-scores and percentiles for boys with height percentiles given in Table 3 (i.e., the 5th,10th, 25th, 50th, 75th, 90th, and 95th percentiles). These height percentiles must be converted to height Z-scores given by (5% = -1.645; 10% = -1.28; 25% = -0.68; 50% = 0; 75% = 0.68; 90% = 1.28%; 95% = 1.645) and then computed according to the methodology in steps 2–4 described in Appendix B. For children with height percentiles other than these, follow steps 1–4 as described in Appendix B.

Blood Pressure Levels for Girls by Age and Height Percentile

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →							Diastolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
1	50th	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90th	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95th	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99th	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50th	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90th	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95th	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99th	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50th	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90th	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95th	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99th	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50th	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90th	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95th	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99th	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50th	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90th	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95th	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99th	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50th	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90th	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95th	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99th	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50th	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90th	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95th	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99th	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50th	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90th	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95th	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99th	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50th	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90th	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95th	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99th	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	50th	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90th	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95th	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99th	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88

Blood Pressure Levels for Girls by Age and Height Percentile (Continued)

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →							Diastolic BP (mmHg) ← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
11	50th	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90th	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95th	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99th	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50th	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90th	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95th	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99th	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50th	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90th	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95th	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99th	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50th	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90th	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95th	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99th	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50th	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90th	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95th	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99th	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50th	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90th	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99th	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50th	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90th	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99th	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

BP, blood pressure

* The 90th percentile is 1.28 SD, 95th percentile is 1.645 SD, and the 99th percentile is 2.326 SD over the mean.

For research purposes, the standard deviations in Appendix Table B–1 allow one to compute BP Z-scores and percentiles for girls with height percentiles given in Table 4 (i.e., the 5th, 10th, 25th, 50th, 75th, 90th, and 95th percentiles). These height percentiles must be converted to height Z-scores given by (5% = -1.645; 10% = -1.28; 25% = -0.68; 50% = 0; 75% = 0.68; 90% = 1.28%; 95% = 1.645) and then computed according to the methodology in steps 2–4 described in Appendix B. For children with height percentiles other than these, follow steps 1–4 as described in Appendix B.


وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد
مرکز بهداشت استان

شناخت بدن

مجموعه دروس آموزش بهورزی

مدیریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

واحد آمو زش بهورزی

زمستان ۱۳۹۳

مولفین:

مینا سلطانزاده: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد یک

حامد فاضلی: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان سرخس

خلیل محمد پور: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان قوچان

اعظم صدوقی: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان خواف

سیمین منزوی کجیدی: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان چناران



با نظارت:

دکتر حسن عبداله زاده: کارشناس مسئول واحد آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

دکتر محمد حسن درخشان: مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

فهرست مطالب

عنوان **صفحه**

فصل اول سازمان عملی بدن انسان ۵

فصل دوم دستگاه اسکلتی – عضلانی ۱۱

فصــل سوم دستگاه گوارش ۱۹

فصــل چهارم دستگاه تنفسی ۳۲

فصل پنجم دستگاه گردش خون ۳۸

فصل ششم دستگاه ادراری ۴۵

فصل هفتم دستگاه عصبی ۴۹

فصل هشتم خون و دستگاه لنفی ۵۳

فصل نهم غده‌های درون ریز و تنظیم اعمال حیاتی ۵۸

فصل دهم دستگاه تولید مثل ۶۴

فصل یازدهم حواس پنجگانه ۷۴

مقدمه

هرشـکلی از حیات از ویروس و موجود تک سـلولی گرفته تا بزرگترین درخت روی زمین ویا انسان که ساختمانی پیچیده دارد دارای ویژگی‌های عملی مخصـوص به خود اسـت این مشخصات و ویژگی‌های عملی بدن انسان را به صورت یک موجود زنده در آورده‌اند. خود زنده ماندن تقریبا از کنترل ما خارج است زیرا گرسنگی انسان را وادار به جستجوی خوراک وترس وی را مجبور به جستجوی پناهگاه می‌کند. احساس سرما ما را وادار به تهیه محیط گرم می‌سازد ونیروهای دیگری ما را مجبور به معاشرت و تولید مثل می‌کنند. بنابراین انسان در واقع یک موجود خودکار است.

بروز بیماری‌های مختلف موجب می‌گردد که بخشـی از این ویژگی‌های عملی دچار نقص شوند ودر نتیجه حیات انسان را دچار مخاطره سـازند. به عنوان مثال بروز انسـداد در سـرخرگهایی که قلب را تغذیه میکنند (وقوع سکته قلبی) سبب کمبود اکسـیژن مورد نیاز عضـله قلبی می‌گردد که این به نوبه خود سبب بروز بسیاری از علائم وعوارضی میشود که وضعیت حیاتی فرد را به مخاطره می‌کشاند.

در این جزوه سعی شده است تا ضمن آشنایی با دستگاه‌های مختلف بدن انسان با ویژگی‌های عملی آنها به طور خلاصه آشنا شده وقادر به توضیح ساختمان وعملکرد آنها باشید.

فصل اول

سازمان عملی بدن انسان

اهداف:

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

سه جزء اصلی بدن (سلول –مواد بین سلولی ومعایعات بدنی) را توضیح دهید.
واحدهای عملی بدن انسان (سلول –بافت- اندام ودستگاه) را تعریف کنید.

آناتومی:

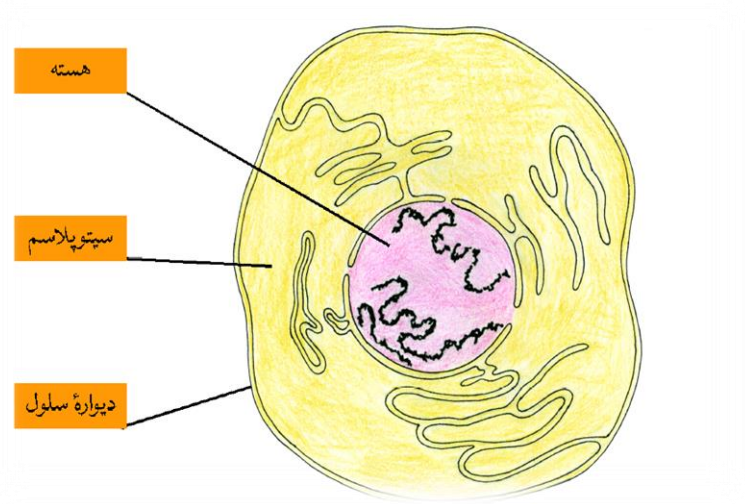
عبارت است از وضعیت قرارگرفتن اندام‌های مختلف بدن.

فیزیولوژی:

یعنی هریک از اندام‌ها دارای چه عملکردی می‌باشند.

سلول کوچکترین واحد زنده بدن:

سلول یا یاخته کوچکترین واحد ساختمانی زنده در بدن موجودات جاندار است بدن انسان از تعداد بیشماری سلول ساخته شده است. سلول‌ها از نظر ساختمان و کار به گروهای مختلفی تقسیم می‌شوند. هر گروه کار معین از فعالیت‌های حیاتی بدن را بـه عهـده دارند. به عنوان مثال ســـلول‌های قرمز کار انتقال اکســـیژن از ریه‌ها به بافت‌ها را به عهده دارند. تقریبا تمامی سلول‌های بدن قابلیت تکثیر دارند یعنی می‌توانندسلول‌های دیگری همانند خود تولید نموده و بدینسان موجب رشد یا ترمیم شوند.



تصویر ۱-۱: هر سلول از سه جزء اصلی هسته، سیتوپلاسم و دیواره سلولی تشکیل شده است.

مایعات بدنی:

بیش از نیمی از بدن انســان بالغ را مایع تشـکیل می‌دهد. اگر چه قســمت اعظم این مایع در داخل ســلول‌ها قرار دارد که مایع داخلی ســلولی نامیده می‌شـود حدود یک سـوم آن در فضـاهای خارج سلولی قرار داشته ومایع خارج سلولی نام دارد از

دست رفتن ویا کاهش مایعات بدن در برخی بیماری‌ها نظیر اسهال سبب بروز اختلالاتی می‌گردد. حجم و کیفیت مایع خارج سلولی به وسیله تراوشی که بین خون واین مایع برقرار است تنظیم می‌شود.

مواد بین سلولی:

مایع خارج سلولی حاوی مواد محلولی نظیر یون‌ها(ترکیبات معدنی محلول نظیر سدیم وکلر) و مواد غذایی مورد نیاز سلول‌ها برای حفظ زندگی است. تراوشی که بین خون ومایع بین سلولی برقرار است سبب می‌شود که مایع خارج سلولی در سراسر بدن عملا دارای ترکیبی مشابه باشد از جمله مواد موجود در مایع بین سلولی عبارتند از یون‌های سدیم وکلر ومواد غذایی لازم برای سلول‌ها نظیر اکسیژن وقند. علاوه بر این فراورده‌های سلولی وارد خون شده و از راه ریه‌ها و کلیه دفع میشوند. به این مواد و بسیاری مواد دیگر بین سلولی می‌گویند.

بافت:

مجموعه سلولهایی را که ساختمان یکسان دارند وکار یکسان انجام می‌دهند بافت می‌نامند مانند بافت عضلانی، بافت غضروفی، بافت استخوانی، بافت خونی، بافت عصبی و بافت چربی. برخی از بافت‌ها در شکل (۲-۱) نمایش داده شده است.

عضو یا اندام:

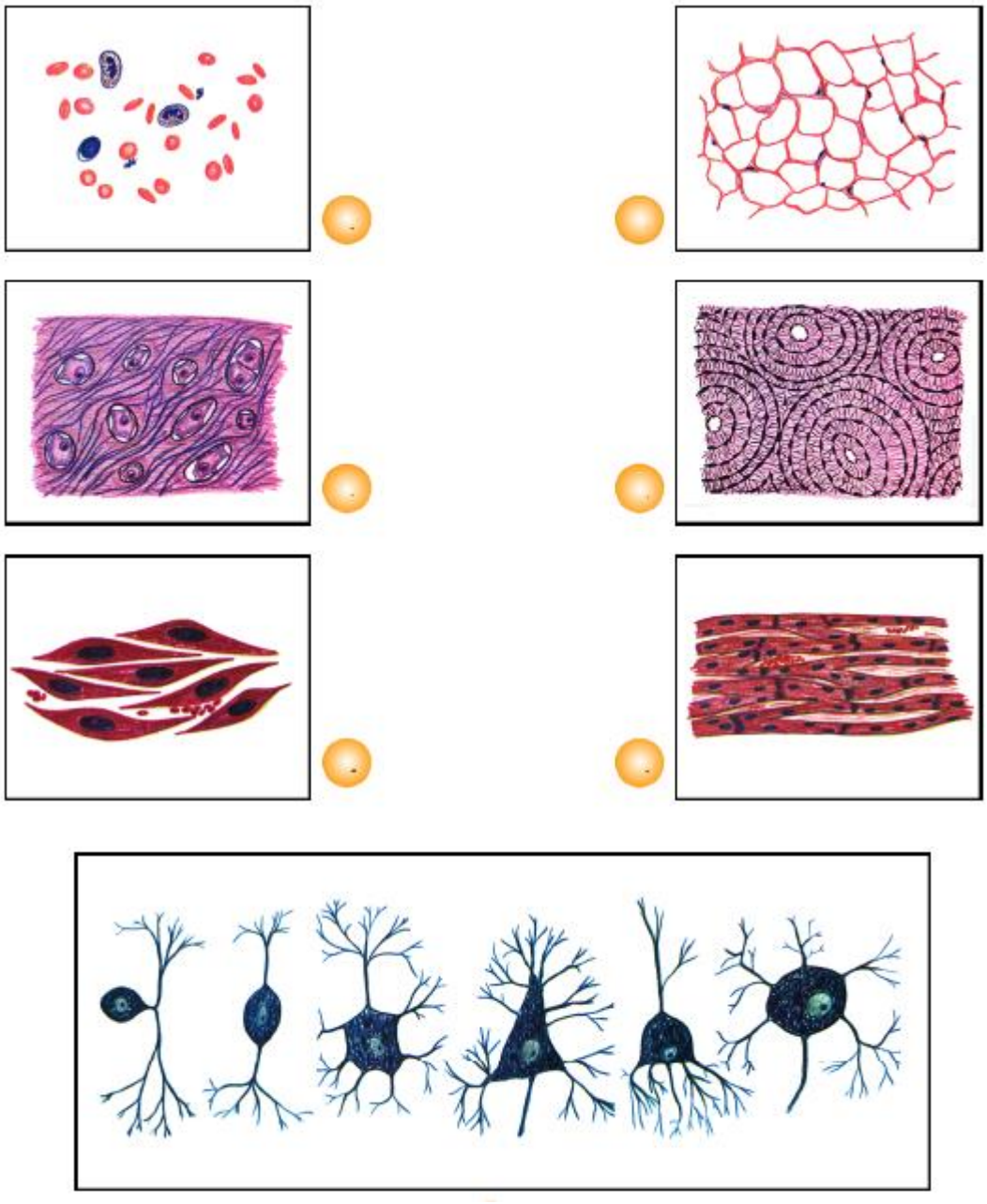
عضو عبارت است از مجموعه چند بافت مختلف که به صورت سازمان یافته به هم پیوسته ویک یا چند کار معین انجام میدهند. مانند معده که از بافت عضلانی بافت عصبی وبافت خونی تشکیل شده است.

دستگاه:

از مجموعه چند عضو مختلف که هر کدام کار معینی را انجام می‌دهند دستگاه به وجود می‌آید. دستگاه بزرگترین واحد ساختمانی بدن است و انجام فعالیت‌های مختلف حیاتی به عهده دستگاه‌های گوناگون بدن است. مانند دستگاه گوارش دستگاه گردش خون،دستگاه عصبی، دستگاه ادراری، دستگاه تناسلی، دستگاه اسکلتی ودستگاه تنفس. هریک از دستگاه‌های اشاره شده وظایف ویژه‌ای را برعهده دارند. دستگاه‌های بدن با یکدیگر در ارتباط هستند و اختلال در کار هر کدام سبب بروز اختلال در سایر دستگاه‌ها می‌شود. به عنوان مثال اختلال در دستگاه تنفسی که موجب کمبود اکسیژن در بدن شود می‌تواند سبب بروز اختلال در قلب مغز و سایر دستگاه‌ها گردد.

بدن انسان قادر است با استفاده از تنظیم خودکار عصبی ونیز سیستم غدد درون ریز سبب کارکرد مناسب و متعادل دستگاه‌ها شود. به عنوان مثال ترشح هورمون انسولین سبب تنظیم مداوم قند خون می‌گردد. ترشحات غده تیروئید سبب تنظیم سوخت وساز سلول‌های بدنی می‌شود وکمبود ویا ازدیاد ترشح آن سبب بروز علائم مربوط به کم کاری ویا پر کاری

تیروئید می‌گردد. بروز ترس و یا قرار گرفتن در موقعیت‌های مخاطره آمیز از طریق اعصـــاب خودکار ســـبب بروز تغییراتی در بدن می‌شود که آمادگی شخص را برای دفاع بالا میبرد. (افزایش ضربان قلب وتنفس و...)

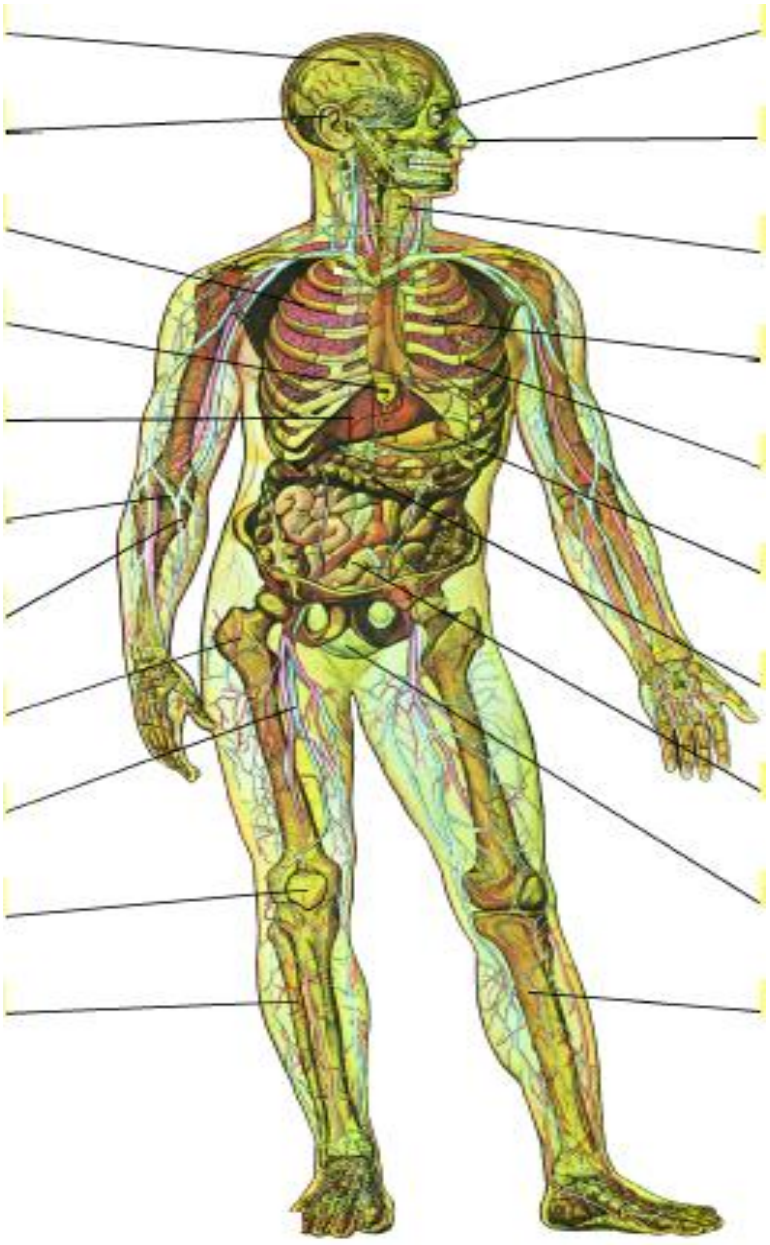


تصویر ۲-۱

بافتهای مختلف بدن به متناسب با کاری که انجام می دهند از سلولهای خاصی تشکیل شده‌اند

۱- بافت مایع خون ۲- بافت چربی ۳- بافت غضروفی ٤- بافت استخوانی

٥- بافت ماهیچه احشا ٦- بافت ماهیچه قلب ۷- چند نمونه از سلولهای بافت عصبی



تصویر۳-۱

به شکل بدن انسان توجه کنید به نظر شما آیا می توان تمامی اعضای بدن انسان را در یک تصویر به نمایش گذاشت ؟ اعضای نشان داده شده در شکل و دستگاه مربوط به هر کدام را مشخص کنید.

الف- تمرین در خارج از کلاس

۱- به نظر شما چه خصوصیاتی سبب می‌شود تا سلول را کوچکترین واحد زنده بدن بنامند؟
۲- نام هریک از اعضای نشان داده شده در شکل شماره(۳-۱)ودستگاه مربوطه را بنویسید.
۳- به نظر شما موادمورد نیاز سلول جهت ادامه حیات چیست و از طریق کدام دستگاه‌ها به آن می‌رسد؟ چه دستگاه‌های مواد زائد را از بدن دفع می‌نمایند؟
٤- یک یا چند دستگاه بدن را انتخاب کنید. به نظر شما هر کدام از این دستگاه‌ها چه وظایفی بر عهده دارند؟

ب – تمرین در کلاس درس

*** با کمک سایر دانش آموزان و مربی خود به جستجوی جایگاه هر یک از اعضاء بدن که در تمرین الف-۲ مشخص نموده ائید بر روی ماکت بدن انسان بپردازید ومحل استقرار آن را در ارتباط با سایر اعضاء به خاطر بسپارید.**
*** چند عضو را از روی ماکت انتخاب کرده وبا دقت در شکل آن وبا کمک مربی خود نام بافت‌های موجود در آن را لیست نمایید.**
*** فکر می‌کنید عضو یا اندام انتخاب شده در تمرین فوق چه وظایفی بر عهده دارد؟**

فصل دوم

دستگاه اسکلتی – عضلانی

اهداف:

پس از مطالعه این فصل انتظار میرود بتوانید:

- **وظایف دستگاه اسکلتی عضلانی را توضیح دهید.**
- **انو اع استخوانهای بدن را از نظر شکل ظاهری طبقه بندی کنید.**
- **بخشهای اصلی اسکلت بدن انسان را از یکدیگر تفکیک نمایید.**
- **استخوانهای اصلی هربخش را نام ببرید.**
- **عضلات مهم بدن را نام ببرید**

دستگاه استخوانی یا استخوان‌بندی (اسکلت) در حقیقت به منزله چوب بست نگهدارنده بدن انسان است. این دستگاه انسان را قادر می‌سازد که وزن بدن را تحمل نموده وروی پای خود بایستد واز کارهای مختلف که مستلزم حرکات و توانایی‌های جسمانی باشد براید. بر خلاف آنچه که به ظاهر به نظر می‌رسد استخوان‌های بدن در حقیقت بافت‌های زنده‌ای هستند که مانند سایر بافت‌ها تغذیه نموده ودارای رگ وپی هستنند وقابلیت ترمیم دارند. علاوه بر این دستگاه خونساز بدن در مغز استخوان‌ها استقرار دارد که موجب تولید سلول‌های خونی می‌شود.

به طور کلی وظایف اصلی دستگاه اسکلتی عبارتند از:

- استوار نگه داشتن بدن و شکل دادن بدن
- محافظت از اعضاء داخل بدن مانند قلب، ریه، مغز، کلیه و...
- کمک به حرکات بدن و ماهیچه‌ها
- تولید سلولهلی خونی

-ذخیره کردن مواد معدنی مانند کلسیم و فسفر

بیشتر مردم از نقش مهم استخوان‌ها در خونسازی و ذخیره کردن مواد معدنی آگاه نیستند. شاید شنیده باشید که کمبود کلسیم موجود در غذا خصوصا در زنان باردار و شیرده موجب می‌شود تا بدن کلسیم مورد نیاز خود را از استخوان‌ها برداشت کنند که این امر موجب پوکی استخوان‌ها در سنین پیری و بروز شکستگی خود به خودی و یا در اثر ضربات خفیف خواهد شد.

انواع استخوان‌ها:

استخوان‌های بدن انسان را از نظر شکل ظاهری به چهار گروه تقسیم می‌نمایند:

-استخوان‌های دراز مانند استخوان‌های دست و پا هریک دارای یک تنه و دو انتها هستند.

-استخوان‌های کوتاه مانند استخوان‌های مچ دست و پا.

-استخوان‌های پهن مانند استخوان‌های ججمجمه، استخوان‌های لگن و دنده‌ها

-استخوان‌های نامنظم مانند مهره‌ها وبعضی استخوان‌های صورت

سطح مفصلی استخوان‌ها از بافت غضروفی پوشیده شده است که آن را غضروف مفصلی می‌گویند که وجود آن باعث سهولت حرکات مفصلی و مانع انهدام استخوان در نتیجه مالش میشود.

سطوح استخوان‌ها محل چسبندگی عظلات مختلف بدن است. این عظلات حرکات مختلف بدن را سبب میشوند.

اسکلت انسان و استخوان‌های مربوط به آن را می‌توان به سه دسته تقسیم نمود.

-جمجمه

-تنه

-دست وپا

جمجمه:

جمجمه جعبه‌ای استخوانی و محکم است که از دو دسته استخوان تشکیل شده است اول استخوان‌های کاسه سر و دوم استخوان‌های صورت.

تنه:

استخوان‌های تنه شامل ستون مهره‌ها، دنده‌ها وجناغ است.

الف-ستون مهره‌ها:

-مهره‌های گردن هفت تا

-مهره‌های پشت یا تنه دوازده تا

-مهره‌های کمری پنج تا

-استخوان خاجی پنج تا

-استخوان دنبالچه چهار تا

ب: دنده‌ها

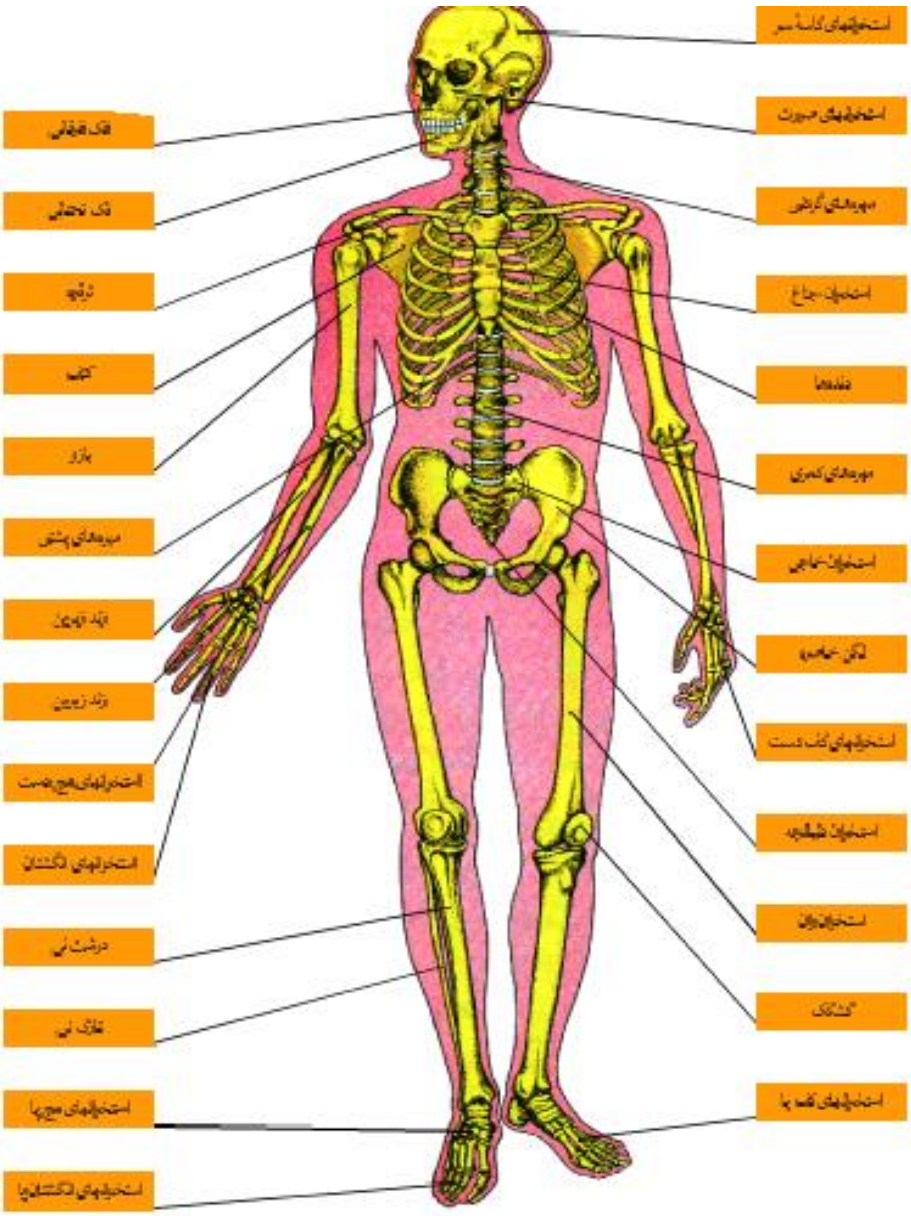
دنده‌ها دوازده جفت کمان استخوانی هستند که در عقب به مهره‌های پشت متصلند واز جلو به جناغ وصل می‌شوند. محل اتصال دنده‌ها به جناغ غضروفی است. دنده‌ها با ایجاد قفسه صدری محلی امن برای محافظت قلب، ریه، کبد و قسمت‌های فوقانی شکم ایجاد می‌کنند محل اتصال دنده‌ها به جناغ غضروفی بوده و بدین سان اتساع و انقباض قفسه صدری باحرکت تنفسی فراهم می‌شود.

ج-جناغ

استخوان پهنی است شبیه خنجر که غضروف دنده‌ها به آن متصل می‌شود.

اندام فوقانی(دست)واندام تحتانی (پا) هر یک به وسیله چند استخوان به استخوان‌های تنه وصل می‌شود. دست از طریق استخوان‌های شانه و پا از طریق استخوان نیم لگن به ستون فقرات اتصال مییابد. (شکل شماره۱-۲)

شانه شامل دو استخوان است یکی ترقوه در جلو که ازیک طرف به جناغ واز طرف دیگر به کتف مربوط می‌شود و دیگری کتف که در پشت شانه قرار دارد و استخوان پهن و نازکی است و شکل مثلث دارد.



تصویر ۱-۲

اسکلت بدن انسان را می توان به سه بخش جمجه، تنه واندامها تقسیم نمود.

استخوان‌های دست

شامل استخوان بازو و استخوان‌های ساعد (شامل زند زیرین و زند زبرین) و استخوان‌های مچ و کف دست و بندهای انگشتان است.

نیم لگن استخوان منفردی است که از چسبیدن سه استخوان به وجود آمده است نیم لگن هر طرف از جلو به نیم لگن طرف دیگر و از عقب به استخوان خاجی مربوط است. از مجمع دو نیم لگن و استخوان خاجی فضایی به وجود می‌آید که لگن خاصره نام دارد. این فضای استخوانی نقش مهمی در سهولت ویا سختی زایمان در زنان دارد.

استخوان‌های پا

شامل: استخوان ران، استخواهای ساق پا (شامل نازک نی و درشت نی) واستخوان‌های مچ و کف پا و بندهای انگشتان است.

مفصل:

محل اتصال و ارتباط دو یا چند استخوان را مفصل می‌نامند. در مفاصل سلولهایی وجود دارد که مایع چسبناک و لیزی ترشح می‌کنند تا استخوان‌ها بتوانند به سهولت حرکت نمایند. این مایع را مایع بین مفصلی گویند.

چون میزان حرکت استخوان‌ها بر روی یکدیگر در مفاصل مختلف است بنابراین سه نوع مفصل در بدن تشخیص داده شده است.

-مفصل غیر متحرک-مانند مفاصل استخوان‌های جمجمه

-مفاصل نیمه متحرک- مانند مفاصل آرنج دست‌ها و مفصل زانوی پاها،

-مفاصل متحرک- مانند مفاصل شانه و مچ دست‌ها و مچ پاها

عضلات

دویست و شصت عضله که بیشترینشان بصورت جفت می‌باشند و چهل و پنج درصد وزن بدن را تشکیل می‌دهند.

عضلات دسته‌هایی از بافت هستند که بدن را حرکت می‌دهند؛ وضعیت قرارگیری آن را حفظ می‌کنند و اعضای داخلی مثل قلب، روده‌ها و مثانه را به کار می‌اندازند. این کارکردها به وسیله ۳ نوع عضله مختلف انجام می‌شود که عضلات اسکلتی بزرگترین گروه آنها را تشکیل می‌دهند. عضلات به وسیله پیام‌های ارسالی از دستگاه عصبی کنترل می‌شوند. عضلات اسکلتی را می‌توان آگاهانه کنترل کرد، در حالی که دو نوع دیگر فعالیت خودکار دارند. بیشتر عضلات اسکلتی، ارتباط دو استخوان مجاور را برقرار می‌سازند. یک طناب قابل انعطاف به نام تاندون به یک انتهای عضله متصل می‌شود؛ به انتهای دیگر عضله یک تاندون یا صفحه‌ای از بافت همبند متصل می‌شود.

عضلات اسکلتی نه تنها باعث حرکت قسمت‌های مختلف بدن می‌گردند بلکه به حفظ وضعیت بدن در حالت‌های ایستاده نشسته یا خوابیده نیز کمک می‌کنند. اسامی برخی از عضلات، بیانگر کار آنهاست.

بازکننده‌ها، مفاصل را صاف می‌کنند؛ خم کننده‌ها آنها را تا می‌کنند؛ نزدیک کننده‌ها، اندام را به سمت بدن نزدیک می‌کنند؛ دور کننده‌ها، آنها را از بدن دور می‌کنند و راست کننده‌ها قسمت‌هایی از بدن را بلند می‌کنند یا بالا نگه می‌دارند. برخی از عضلات اسکلتی اصلی درصفحه بعد به تصویر کشیده شده اند

انواع عضلات

سه نوع عضله عبارتند از:

- عضله اسکلتی که اسکلت را می‌پوشاند و به حرکت درمی آورد؛
- عضله قلبی که دیواره‌های قلب را تشکیل می‌دهد
-عضله صاف که دردیواره لوله گوارش،رگ‌های خونی ومجاری تناسلی و ادراری وجوددارد

-هر نوع عضله کارکرد متفاوتی دارد و رشته‌های آن دارای شکل خاصی هستند. عضله اسکلتی که اندام‌ها و بدن را حرکت می‌دهد، از رشته‌های دراز، قوی و موازی تشکیل شده است. این نوع عضله، قادر به انقباض سریع و قوی است ولی تنها به مدت کمی می‌تواند با حداکثر قدرت کار کند. عضله قلبی خون را به سراسر بدن می‌راند. این عضله رشته‌هایی کوتاه، شاخه دار و متصل به هم دارد که شبکه‌ای را در داخل دیواره‌های قلب تشکیل می‌دهند. این نوع عضله می‌تواند بدون خستگی، مدام کار کند.

عضله صاف، کارکردهایی چون حرکت دادن غذا در لوله گوارش را بر عهده دارد. این عضله از رشته‌هایی کوتاه و دوکی شکل تشکیل شده است که به هم متصل شده، صفحاتی را تشکیل می‌دهند و می‌توانند به مدت‌های طولانی کار کنند.

عضلات چگونه کار می‌کنند؟

حرکت زمانی ایجاد می‌شود که پیام‌های ارسالی از دستگاه عصبی باعث انقباض عضله شوند حرکت آگاهانه بدن به وسیله عمل متقابل عضلات اسکلتی، استخوان‌ها و مفاصل صورت می‌پذیرد. بیشتر عضلات یک استخوان را به استخوان دیگر مرتبط می‌کنند. وقتی یک عضله منقبض می‌شود، استخوان‌ها را می‌کشد و به حرکت درمی آورد. بسیاری از عضلات، به صورت جفتی هستند، به طوری که در هر سمت یک مفصل یک عضله قرار می‌گیرد و حرکات مخالف را ایجاد می‌کند. برای مثال، در بازو، عضله سه سر با انقباض خود بازو را صاف می‌کند و عضله دو سر با انقباض خود باعث تا شدن بازو می‌شود.



.تصوير ۲-۲:عضلات بدن انسان را روي تصوير نشان دهيد ونام آن را در كنارش بنويسيد

الف-تمرین در خارج از کلاس

۱-وظایف دستگاه اسکلتی -عضلانی را نام ببرید.
۲-برای نقش محافظتی دستگاه اسکلتی عظلانی چند مثال بزنید.
۳-استخوان‌های هر بخش از دستگاه اسکلتی را به تفکیک از نظر شکل طبقه بندی نمایید.

ب-تمرین در کلاس درس

۱-با کمک سایر دانش اموزان ومربی خود نام و موقعیت استخوان‌های بدن انسان را از روی ماکت مرور نمایید.
۲-مفاصل اصلی بدن را بر روی ماکت نشان داده و بگویید هر مفصل در چه محوری وتا چه درجه‌ای قادر به حرکت است.
۳- عضلات بدن را روی شکل ۲-۲ نشان داده ونام آن را درکنارش بنویسید

فصـــل سوم

دستگاه گوارش

اهـــــــداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- بخش‌های مختلف دستگاه گوارش را تشریح کند .

- نقش هر عضو از دستگاه گوارش و اعمال ویژه آن را توضیح دهید .

- وظایف اصلی دستگاه گوارش را توضیح دهید .

اصول کلی عملکرد دستگاه گوارش:

دستگاه گوارش در واقع به منزله لوله‌ای است که برای بدن به طور دائم آب، الکترولیت‌ها (مواد معدنی محلول درآب نظیر سدیم و کلر) و مواد مغذی را فراهم می‌کند. برای انجام این امر لوله گوارش به چند خصوصیت نیازمند است

۱- غذا باید به طور مداوم در طول لوله گوارش در حرکت باشد. این حرکت به وسیله عضلات صاف جدارلوله گوارش (عضلات مری، معده و روده) صورت می‌گیرد. حرکت این عضلات غیرارادی (خودکار) بوده و تحت تاثیر سیستم عصبی خودکاراست.

۲- ترشح شیره‌های‌هاضمه و هضم غذا ؛ مواد غذایی تحت تاثیر شیره‌های گوارشی تجزیه شده و به فرم قابل جذب درمی‌آیند این عمل را هضم غذا می‌گویند.

۳- جذب فرآورده‌های هضم شده و آب و الکترولیت‌ها.

پس در واقع اعمال اصلی دستگاه گوارش عبارتند از: هضم و جذب غذا.

وقوع اختلال در هریک از اعمال فوق باعث بروز عوارض و بیماریهایی می‌گردد. به عنوان مثال مصرف برخی داروها و مواد ممکن است حرکات روده‌ای را تشدید نموده و یا تخفیف دهد که این امرسبب بروز اسهال و یا یبوست می‌گردد. عفونت‌های روده‌ای سبب التهاب جدار روده و اختلال در جذب مواد می‌شوند و از این راه منجر به اسهال می‌گردند. ترشح بیش از حد اسید در معده سبب آسیب دیدن جدار داخلی آن می‌شود و منجر به وقوع زخم یا التهاب معده می‌گردد. فهم صحیح اعمال ویژه هر بخش از دستگاه گوارش موجب درک عمیق از بیماری‌های آن می‌شود.

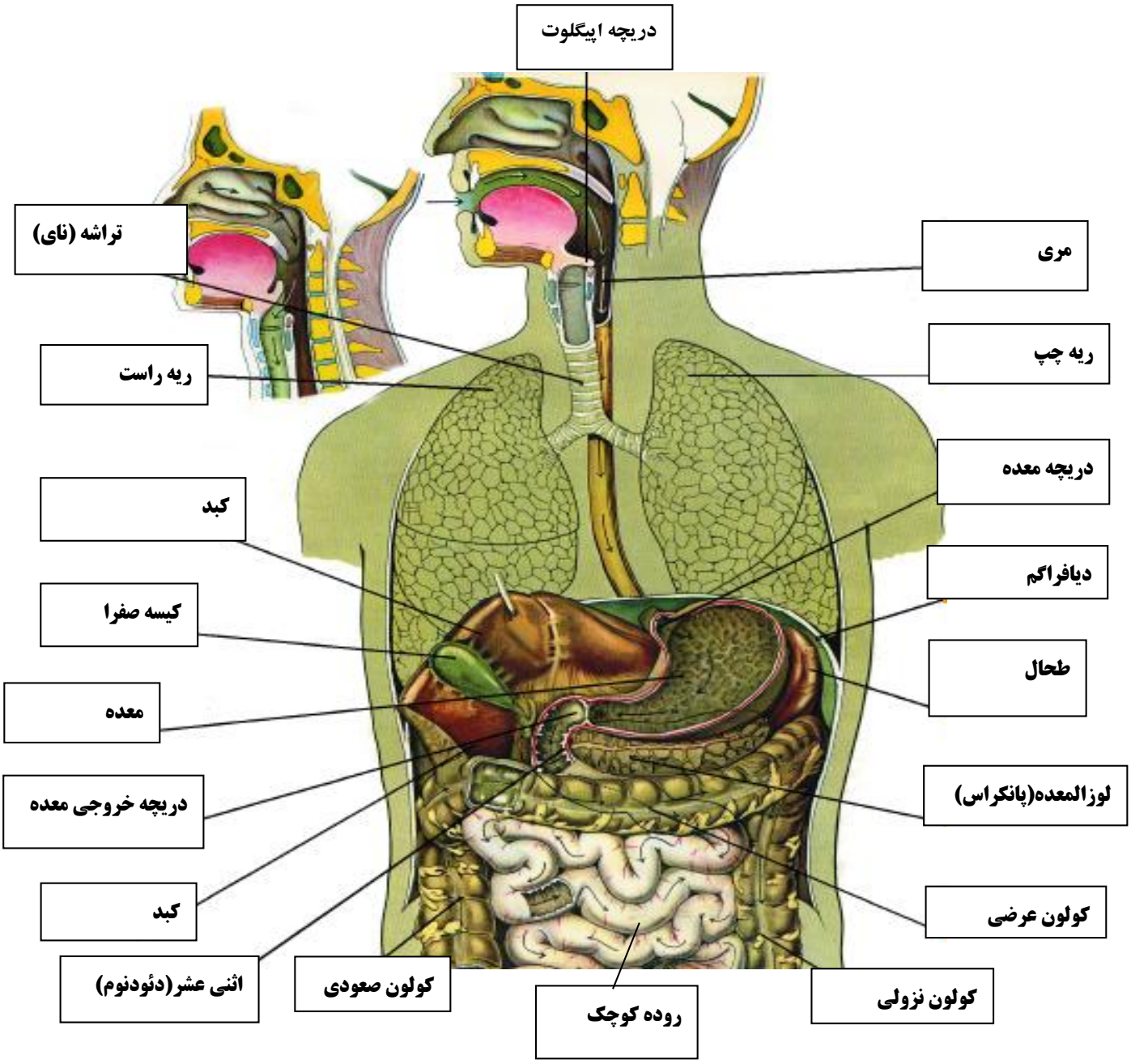
بخش‌های مختلف دستگاه گوارش و وظایف آنها

دستگاه گوارش لوله درازی است که در حدود ۹ متر طول دارد و از دهان شروع و به مقعد ختم می‌شود.

دستگاه گوارش از دو قسمت تشکیل شده است: (به شکل شماره ۱-۳ توجه نمایید)

۱- لوله گوارش که از دهان شروع شده و به مخرج ختم می‌شود و شامل دهان، حلق، مری، معده، روده باریک و روده بزرگ است.

۲- غده‌ها و ضمائم گوارشی که شامل غدد بزاقی، معدی، روده‌ای، کبد و لوزالمعده است.



تصویر ۱-۳

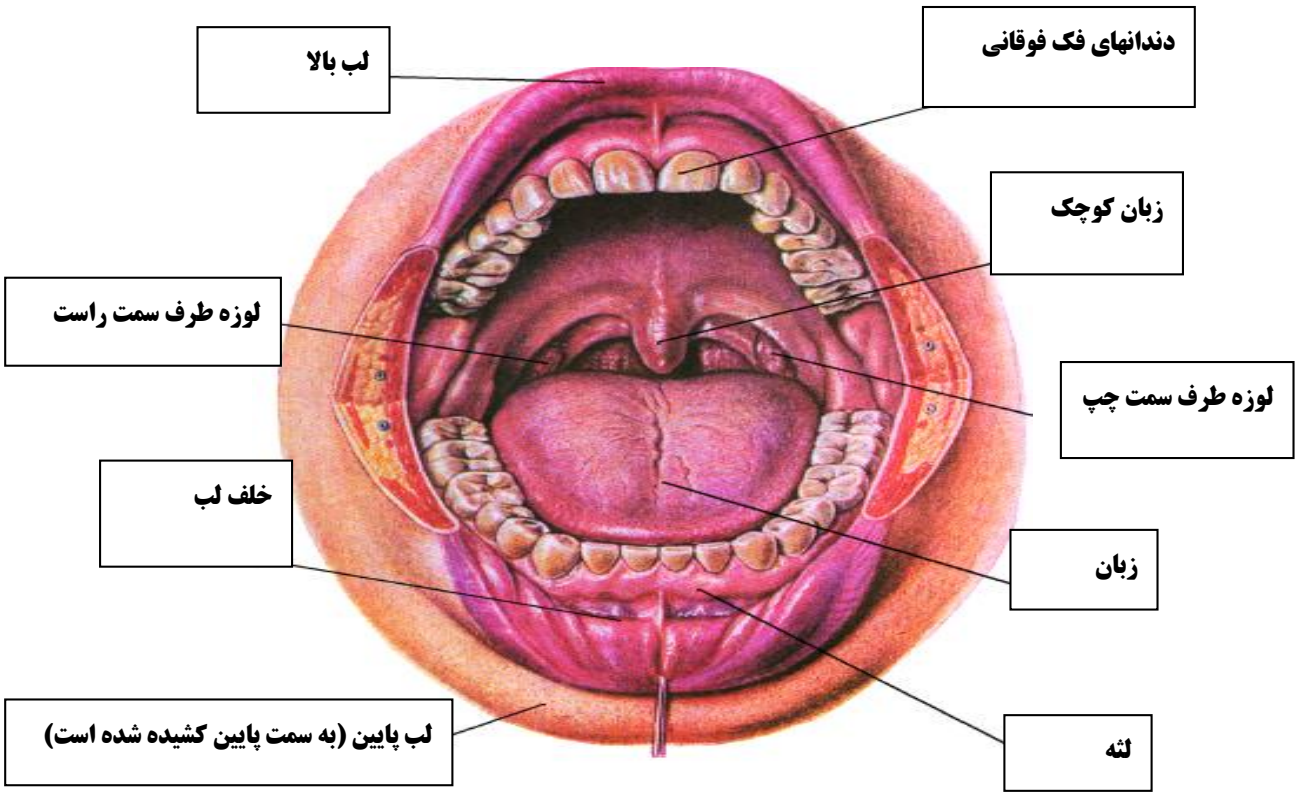
به مسیر عبور غذا به هنگام بلع در تصویر اصلی و نیز مسیر عبور هوا به هنگام تنفس (تصویر مجاور) توجه نمائید. در هنگام بلع دریچه ای به نام اپیگلوت مسیر مجرای تنفس را مسدود می نماید تا از ورود مواد به داخل مجاری تنفس جلوگیری نماید

دهان و دندان

دهـان اولین قســمـت دســتگـاه گوارش اســت کـه از لـب‌هـا شــروع و بـه حلق منتهی می‌شــود. (تصــویر ۲-۳) لب‌ها و گونه‌ها دیواره خارجی دهان را می‌سازند.

اگر کسی دهان خود را بازکند در آن اجزاء زیر را می‌بینید:

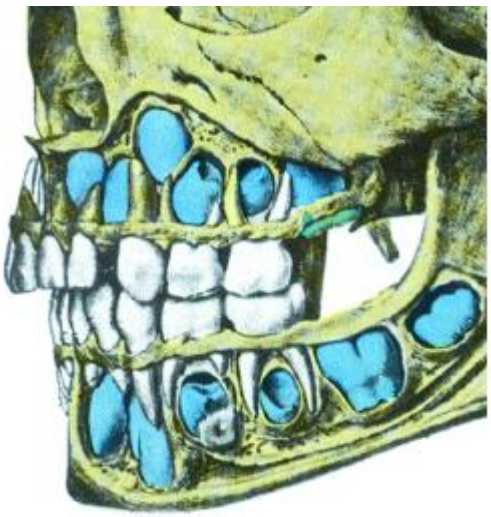
- دندان‌ها
- لثه
- زبان
- سقف دهان
- حلق



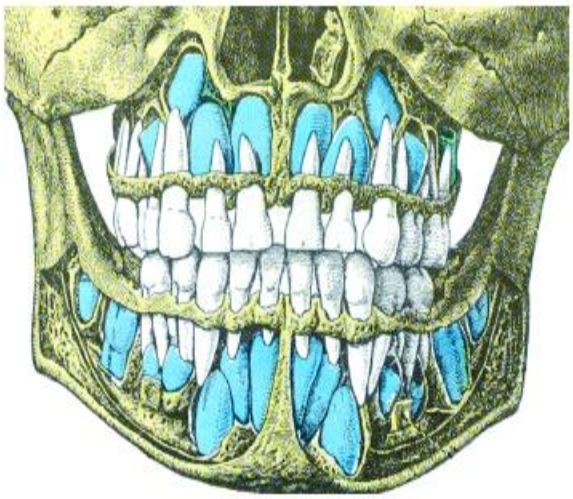
تصویر ۲-۳: به شکل و موقعیت قسمت‌های مختلف دهان توجه کنید

در دهان دو فک وجود دارد. فک بالا ثابت اســت و حرکت نمی‌کند. فک پایین حرکت دارد و باعث باز و بسته شدن دهان می‌شود. در داخل استخوان هر فک حفراتی وجود دارد که دندان‌ها در آن قرار می‌گیرند

روی اســتخوان فک و دور دندان‌ها را لثه می‌پوشــاند. به همین دلیل اســتخوان فک و لثه را «بافت‌های نگهدارنده دندان» می‌نامند.



تصویر ٤-٣: به جوانه دندانهای دائمی در فک توجه نمائید



تصویر ٣-٣: به جوانه دندانهای دائمی در فک توجه کنید

دندان‌ها

ساختمان دندان- هر دندان از دو قسمت تشکیل شده است:

۱- تاج دندان- قسمتی از دندان است که خارج از استخوان فک قرار دارد و در داخل دهان دیده می‌شود

۲- ریشــه دندان- قســمتی از دندان است که در داخل استخوان فک قرار دارد و دیده نمی‌شود محل اتصال تاج به ریشه را طوق می‌نامند

لایه‌های مختلف دندان

اگر یک دندان را از طول برش بدهیم، در آن سه قسمت می‌بینیم:

لایه بیرونی، لایه میانی، و قسمت داخلی

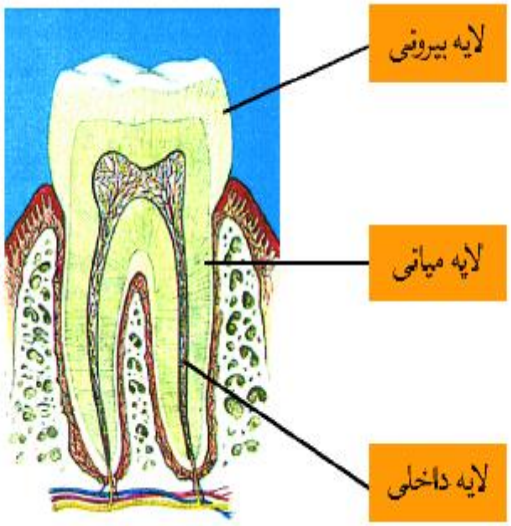
قسمت داخلی را مغز دندان می‌گویند. اعصاب و رگ‌های خونی در این قسمت قرار دارد.

لایه میانی دندان را عاج دندان می‌نامند.

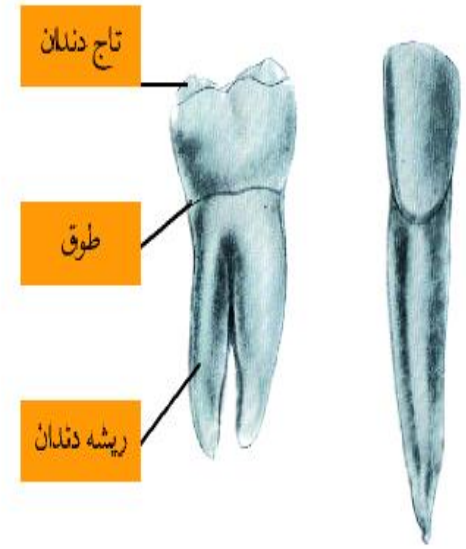
لایه بیرونی دو قسمت دارد:

الف- مینا- لایه سفید مایل به زردی است که روی عاج را می‌پوشاند و محکمترین قسمت بدن است.

ب- سیمان یا ساروج: قسمتی از لایه بیرونی دندان است که روی ریشه‌ها را می‌پوشاند و سختی آن کمتر از مینا است.



تصویر ۵-۳:لایه بیرونی –لایه میانی – لایه داخلی دندان



تصویر ٦-۳: هر دندان از دو قسمت تشکیل شده است

سطوح دندان

تاج دندان دارای چند سطح است:

سـطح خارجی یا سطح لبی (سطح گونه‌ای): که در دندان‌های جلوی فک به طرف لب‌ها و در دندان‌های عقب فک به طرف گونه‌ها قرار دارد.

سطح داخلی یا سطح زبانی: که در دندان‌های پایین به سمت زبان و در دندان‌های بالا به طرف سقف دهان قرار دارد.

سطح بین دندانی: سطوح بین دو دندان مجاور هم را سطح بین دندانی می‌گویند.

سطح جونده (برنده): این سطح در دندان‌های جلو باریک و تیز است و با آنکه تکه‌های غذایی را می‌بریم بنابراین به آن سطح برنده می‌گویند و در دندان‌های عقب، پهن و ناهموار هســتند و هنگام جویدن غذاها را آســیاب می‌کند بنابراین به آن ســطح جونده می‌گویند. درســطح جونده دندان‌های عقب فرورفتگی‌ها و شــیارهایی وجود دارد که می‌توانند در ایجاد پوسیدگی نقش داشته باشند.

تعداد و نوع دندان‌ها در فک بالا و پایین یکســان اســت. در هر فک نیز تعداد و نوع دندان‌های نیمه راســت و چپ شــبیه یکدیگر است. بنابراین در دهان ۴ نیمه فک داریم:

- نیمه راست فک بالا،
- نیمه چپ فک بالا،
- نیمه راست فک پایین،
- نیمه چپ فک پایین،

برای نامگذاری هر دندان باید جای آن را در فک مشـخص کرد. برای این کار از دو شـکل شـبیه فک بالا و پایین استفاده می‌شود. این نما فک و دندان‌های فردی را که در مقابل شما ایستاده نشان می‌دهد

دوره‌های دندانی:

هر انسان در طول زندگی دو نوع دندان درمی‌آورد:

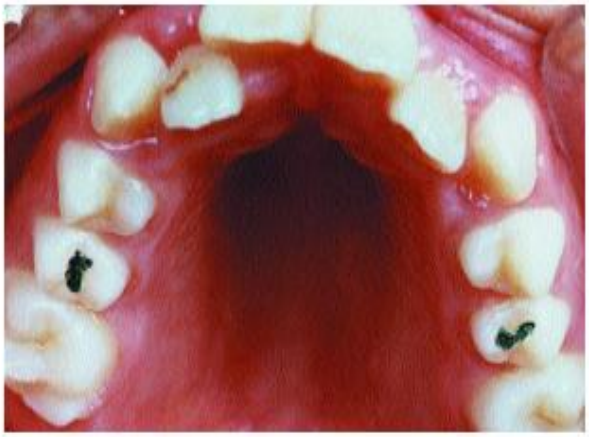
- دندان‌های شیری
- دندان‌های دائمی

دندان‌های شیری:

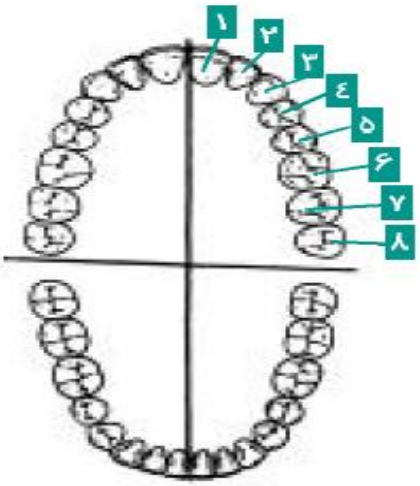
دندان‌های شـیری، معمولاً از ۶ ماهگی شـروع به رویش می‌کنند و تا حدود ۲/۵ سالگی، همگی آنها در محیط دهان دیده می‌شوند. تعداد دندان‌های شیری ۲۰ عدد است.

دندان‌های دایمی:

از حدود ۵/۵ تا ۱۲ سـالگی، به تدریج دندان‌های شـیری لق می‌شوند و می‌افتند. هر دندان شیری که می‌افتد، ۲ تا ۶ ماه طول می‌کشـد تا جای آن دندان دایمی دربیاید. تعداد کامل دندان‌های دایمی ۳۲ عدد اسـت. در حالی که تعداد دندان‌های شیری ۲۰ عدد بودند.



تصویر ۷-۳:پوسیدگی در سطح جونده دندانها



تصویر ۸-۳:نمایش دندانهای دائمی در دوفک

تفاوت تعداد دندان‌های دایمی با شیری:

به جای ۸ دندان آسیای بزرگ شیری، ۸ عدد دندان آسیای کوچک دایمی می‌رویند. در پشت این دندان‌ها نیز ۱۲ عدد دندان آسیای بزرگ دایمی رویش می‌یابد، که همانند شیری ندارند.

بنابراین به جای چهار دندان آسیای شیری، چهار دندان آسیای کوچک دایمی درمی‌آید و به جای سه دندان پیش و نیش شیری نیز دندان‌های همانند دایمی آنها درمی‌آیند. به این دندان‌ها که به جای همانند شیری آنها رویش می‌یابند دندان‌های جانشین می‌گویند.

از ۱۲ دندان آسیای بزرگ دایمی که در پشت دندان‌های شیری رویش می‌یابند و همانند شیری ندارند، چهار دندان انتهائی را دندان عقل می‌نامند. علت نامگذاری آنها رویش این دندان‌ها در زمان بلوغ (۲۳-۱۸ سالگی) است.

اگر از دندان‌های دایمی به درستی مراقبت شود، برای تمام عمر انسان دوام می‌آورند و باقی می‌مانند. اگر یک دندان دایمی را بکشیم هیچوقت دندان دیگری به جای آن درنمی‌آید.

درهر نیمه فک ۸ دندان دایمی دارد که از وسط و از جلو به عقب به صورت زیر شماره‌گذاری می‌شوند

دندان‌های جانشین شونده که همانند شیری دارند:

- دندان پیش میانی، دندان ۱
- دندان پیش طرفی، دندان ۲
- دندان نیش، دندان ۳
- دندان آسیای کوچک اول، دندان ۴
- دندان آسیای کوچک دوم، دندان ۵

دندانهایی که همانند شیری ندارند

- دندان آسیای بزرگ اول، دندان ۶
- دندان آسیای بزرگ دوم، دندان ۷ و درپشت آخرین دندان‌های آسیای شیری درمی‌آیند.
- دندان آسیای بزرگ سوم، دندان ۸ یا دندان عقل

هر وقت به زمان رویش دندان‌های دایمی احتیاج داشتند به جدول زیر نگاه کنید.

	جـدول رویش دنـدان‌های دایمـی							
	نـام دنـــدان							
	پیش میانی	پیش طرفی	نیش	اولین آسیای کوچک	دومین آسیای کوچک	اولین آسیای بزرگ	دومین آسیای بزرگ	سومین آسیایی بزرگ (دندان عقل)
فک بالا	۷ تا ۸ سالگی	۸ تا ۹ سالگی	۱۱ تا ۱۲ سالگی	۱۰ تا ۱۱ سالگی	۱۰ تا ۱۲ سالگی	٦ تا ۷ سالگی	۱۲ تا ۱۳ سالگی	۱۷ تا ۲۱ سالگی
فک پایین	٦ تا ۷ سالگی	۷ تا ۸ سالگی	۹ تا ۱۰ سالگی	۱۰ تا ۱۲ سالگی	۱۱ تا ۱۲ سالگی	٦ تا ۷ سالگی	۱۱ تا ۱۳ سالگی	۱۷ تا ۲۱ سالگی

لثه:

لثه سـاختمان نرمی است که دور دندان و سطح استخوان فک را می‌پوشاند و همانطوری که گفته شد همراه با استخوان فک بافت نگهدارنه دندان را تشکیل می‌دهد.

لثه سالم، صورتی رنگ است وکاملاً به روی استخوان فک و طوق دندان می‌چسبد و خود به خود دچار خونریزی نمی‌شود. شکل قرار گرفتن لثه، از شکل و طرز قرار گرفتن دندان‌ها پیروی می‌کند.

لبه لثه معمولاً تیز اسـت و مثل لایه‌ای روی دندان کشـیده شده است. هیچ ناهمواری یا لبه پهنی بین دندان و لثه وجود ندارد و لثه کاملاً فاصله بین دندان‌ها را پر می‌کند. (شکل ۹-۳)



تصویر ۹-۳



تصویر ۱۰-۳

نکته: در برخی افراد که رنگ چهره تیره اســت، روی لثه لکه‌های قهوه‌ای رنگ دیده می‌شــود. اگر ســایرعلایم لثه ســالم مشــاهده گردید و فقط رنگ آن قهوه‌ای بود، این لثه نیزســالم اســت (شــکل ۱۰-۳) قســمتی از لثه که دور دندان را پوشــانده اســت، به دندان چســبندگی ندارد و در نتیجه یک شیار باریک در اطراف دندان ایجاد می‌کند که به آن شیار لثه‌ای می‌گویند

شیار لثه‌ای محل مناسبی برای تجمع مواد غذایی و ایجاد بیماری‌های لثه است.

مری

پس از جویده شــدن غذا در دهانو انجام عمل بلع، غذا وارد مری می‌شــود. انقباض منظم عضــلات جدا مری که از بالا به پایین رخ می‌دهد سبب انتقال غذا به معده می‌شود.

معده

به صورت کیسه‌ای است به گنجایش ۲/۵-۲ لیتر که در طرف چپ شکم و در زیر دیافراگم قرار دارد. غدد موجود در معده شیره معده را ترشح می‌کنند. شیره معده مایعی است بیرنگ که حالت اسیدی دارد و در هضم غذا بسیار موثر است

مری درمحل اتصــال به معده تنگ می‌شــود. این تنگی در اثر انقباض عضــلات تحتانی مری به وجود می‌آید و مانند دریچه‌ای از بازگشــت محتویات معده به مری و دهان جلوگیری می‌کند. این دریچه را دریچه تحتانی مری می‌گویند. گنجایش معده در نوزدان ۳۰ میلی لیتر است. این گنجایش کم همراه با بلع مقادیری هوا به هنگام مکیدن پستان و نیز شلی دریچه مزبورگاه سبب برگشت غذای بلع شده در نوزدان می‌شود.

روده کوچک (روده باریک)

تقریباً ۶ تا ۷ متر طول و ۲/۵ تا ۳ ســانتیمتر قطر دارد این عضــو از باب المعده شــروع شده و به روده بزرگ ختم می‌شود باب المعده محل اتصال معده به روده کوچک است. روده کوچک از سه قسمت تشکیل شده است:

۱- اثنی عشــر یا دوازدهه که ۱۵ تا ۲۵ ســانتیمتر اول روده باریک را شــامل می‌شــود. ترشحات دو غدد مهم گوارشی یعنی شــیره لوزالمعده (پانکراس) و صفرای کبد به این بخش می‌ریزند. جذب بسیاری از مواد مغذی و ویتامین‌ها در دوازدهه صورت می‌گیرد و به همین دلیل نقش آن از سایر قسمت‌های روده باریک مهمتر است.

۲- تهی روده

۳- دراز روده که قسمت انتهایی روده باریک است.

وظیفه روده باریک ادامه هضـم و نیز جذب مواد غذایی اسـت که وارد آن شـده اسـت. هضـم مواد غذایی در روده در اثر ترشحات روده و صفرا و شیره‌های لوزالمعده صورت می‌گیرد. پرزهای روده‌ای محل اصلی جذب مواد مغذی در دستگاه گوارش هسـتند. این پرزها سـطح جذب روده‌ای را بالا برده و آن را تا ۸ متر مربع می‌رسـانند. غذا در طول روده با حرکات عضـلات غیرارادی (عضلات صاف) به پیش می‌رود. این حرکت را حرکت دودی می‌گویند.

روده بزرگ یا کولون:

روده بزرگ پس از روده باریک شـروع می‌شـود و در حدود ۱/۵ متر طول و ۸ تا ۱۰ سـانتی‌متر قطر دارد روده بزرگ از قسـمت پایین و راسـت شکم شروع شده و به طرف بالا می‌آید. این سمت از روده بزرگ را کولون بالا رونده می‌گویند. کولون عرضـی پس از آن در زیر دیافراگم تا قسـمت چپ فوقانی شـکم ادامه می‌یابد. قسمت سوم از طرف چپ شکم به طرف پایین آمده و کولون پایین رونده را می‌سـازد. قسـمت تحتانی کولون پایین رونده تبدیل به بخشـی می‌گردذد که آن را راسـت روده می‌گویند. راست روده به مقعد ختم می‌شود.

مقعد دارای عضله‌ای است که به آن عضله اسفنکتر می‌گویند. این عضله از خارج شدن مدفوع بدون اراده شخص جلوگیری می‌کند. در شیرخواران (تا قبل از سن ۲ سالگی) این عضله قادر به انقباض ارادی نبوده و در نتیجه دفع مدفوع تا قبل از سن ۲ سالگی به صورت غیرارادی صورت می‌گیرد. به تدریج در اواخر سال دوم زندگی، طفل قادر به کنترل ارادی مدفوع می‌شود.

انسـداد کامل و یا نقص مقعد (تنگی) در نوزادان و شـیرخواران می‌تواند منجر به اختلال در مدفوع گردد که باید سریعاً به پزشک ارجاع داده شود.

در محل اتصـال روده کوچک به روده بزرگ زائده‌ای به نام آپاندیس قرار دارد. انسداد این زائده سبب تورم و درد شدید در ناحیه راست تحتانی شکم می‌گردد که به آن آپاندیسیت می‌گویند. آپاندیسیت از جمله اورژانس‌های پزشکی محسوب می‌شود.

روده بزرگ دارای دو نقش عمده اسـت. نخسـت اینکه با حرکات عضـلات صاف جدار خود، سبب دفع مواد جذب نشده به صورت مدفوع می‌گردد. عمل دوم روده بزرگ جذب آب اضافی مواد غذایی است. روده بزرگ محل زیست باکتری‌های مفیدی اسـت که تولید ویتامین می‌نمایند. مصـرف برخی آنتی‌بیوتیک‌ها سـبب از بین رفتن این باکتری‌ها مفید و کمبود ویتامین در بدن می‌شود.

غده‌های گوارشی:

۱ـ کبد:

بزرگترین غده بدن اسـت. وزن آن به ۲ کیلوگرم می‌رسـد و زیر دیافراگم و در سـمت راسـت شـکم قرار دارد. کبد اعمال مهمی را در بدن انجام می‌دهد که عبارتند از:

الف- ذخیره مواد قندی

ب- ترشـح ماده صفرا: صفرا در کیسه‌ای به نام کیسه صفرا جمع می‌شود. این کیسه در زیر کبد قرار دارد و ترشحات آن در دوازدهه یا اثنی عشر می‌ریزد که برای هضم غذای چرب بسیار لازم است. صفرا حاوی رنگدانه‌هایی است که سبب رنگ مدفوع می‌گردد.

۲ـ لوزالمعده:

از مهمترین غدد گوارشـی اسـت. این غده به شـکل بادام و به وزن ۷۰ گرم در زیر و پشت معده به وضع افقی قرار گرفته است. لوزالمعده یا پانکراس دارای دو عمل است: یکی ترشح شیره‌های گوارشی که به دوازدهه یا اثنی عشر می‌ریزد و در هضم غذا موثر است و دیگری ترشح یک نوع هورمون به نام انسولین که به خون می‌ریزد و تنظیم قند خون را به عهده دارد.

الف- تمرین در خارج از کلاس

۱- قسمت‌های مختلف دستگاه گوارش را نام ببرید.

۲- نقش هر عضو از دستگاه گوارش را در هضم و جذب مواد غذایی شرح دهید به نظر شما کدام عضو عمل مهمتری در هضم و یاجذب مواد غذایی دارد ؟ کدامیک از اعضاء دستگاه گوارش فقط یکی از دو عمل کمک به هضم و یا جذب را انجام می‌دهند

ب- تمرین در کلاس درس

۱- با استفاده از ماکت بدن انسان موقعیت هر عضو از دستگاه گوارش را که در تمرین الف- ۱ نام برده‌اید در داخل بدن مشخص نمایید.

۲- با استفاده از ماکت بدن انسان اقدام به تشریح بخش‌های مختلف دستگاه گوارش نموده و وظیفه هر بخش را به سایر همکلاسیان خود توضیح دهید.

۳- همانطور که می‌دانید نوزادان و شیرخواران تا سن خاصی قادر به مصرف تمامی مواد غذایی نیستند. فکر می‌کنید علت آن چیست؟ در این مورد با مربی و سایر دانش‌آموزان بحث کنید.

٤- چند نمونه بیماری مربوط به دستگاه گوارش را نام برده و در مورد محل وقوع آن (عضوی که گرفتار می‌شود) با دانش‌آموزان و مربی خود بحث نمایید.

٥- در این فصل خواندیم که حرکات بخش‌های مختلف دستگاه گوارش به وسیله عضلات صاف جدار آن صورت می‌گیرد. حال با مشورت سایر دانش آموزان و با راهنمایی مربی خود بگویید تفاوت عضله ارادی (مخطط) و غیرارادی (صاف) در چیست ؟ چند نمونه از اعمال این دو عضله را می‌شناسید.

فصـــل چهارم

دستگاه تنفسی

اهـــــــداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

۱- ساختمان دستگاه تنفسی انسان و اجزای آن را شرح دهید .

۲- چگونگی انجام حرکات دم و بازدم را شرح دهید .

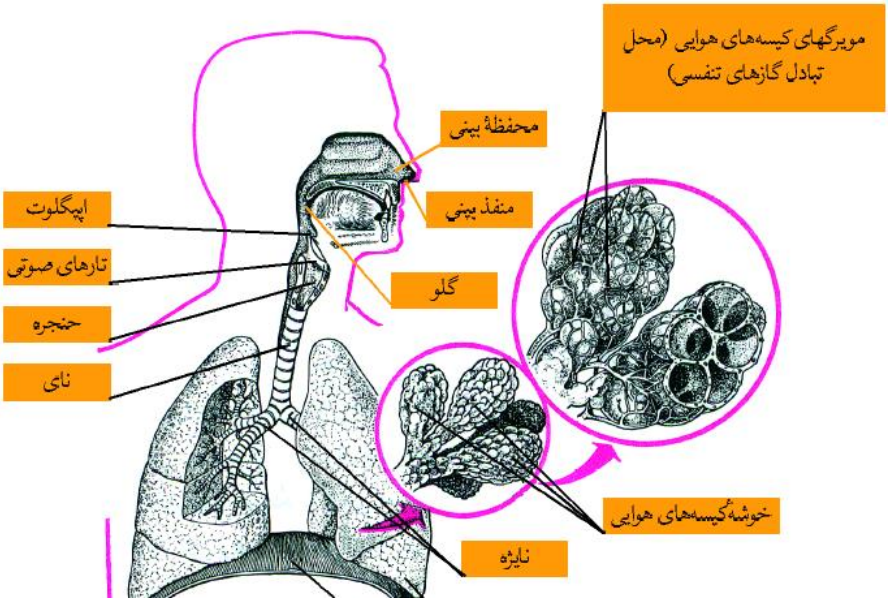
۳- چگونگی نقل و انتقال گازهای تنفسی را در کیسه‌های تنفسی و خون توضیح دهید .

تنفس داخلی، خارجی و تنفس سلولی

فرآیند تنفسی به لحاظ ویژگی عمل به ۳ مرحله تقسیم می‌شود «تنفس خارجی»، یعنی روندی که در آن گاز مابین خون و هوا تغییر می‌کننـد «انتقال اکســـیژن از حبابچه‌ها به خون و انتقال دی اکســـیدکربن از خون به حبابچه‌ها». فرآیندی که موجب تغییر گازها بین خون و سـلول‌ها می‌شـود، «تنفس داخلی» نام دارد (انتقال اکسیژن از خون به سلول‌ها و دریافت دی اکسـیدکربن از سـلول‌ها توسـط خون) «تنفس سـلولی» که روندی اسـت که در آن سـلول‌ها از اکسـیژن برای سوخت و ساز اسـتفاده می‌کنند حاصل این فرآیند گاز زایدی چون دی اکسیدکربن نیز هست. در طی این عمل بدن انسان اکسیژن موجود در هوا را جذب و دی اکسیدکربن ناشی از سوخت مواد غذایی در سلول‌ها را دفع می‌کند.

ساختمان دستگاه تنفسی در انسان

در انسـان دسـتگاه تنفسـی شـامل مجاری تنفس، شش‌ها قفسه سینه و ماهیچه‌های تنفسی است. مجاری تنفسی، شامل مجاری فوقانی مانند بینی وحلق و مجاری تحتانی شـــامل حنجره، نای، نایژه‌ها و نایژک‌ها اســـت. هر نایژک در انتها به چند خوشه از کیسه‌های هوایی ختم می‌شود. مجاری تنفسی در واقع یک سری راه و لوله هسند که از یک سو با هوای محیط و از سـوی دیگر با فضـای کیسـه‌های هوایی ارتباط دارند و موجب انتقال هوا بین این دو فضـا می‌شوند. تبادل گازهای تنفسی با خون فقط در کیسـه‌های هوایی صـورت می‌گیرد روابط سـاختمانی اجزای دستگاه تنفسی در انسان در شکل ۱-۴ نشان داده شده است.



تصویر ۱-٤: ساختمان بخش‌های مختلف دستگاه تنفس در انسان

حفره بینی

حفره بینی به وسیله یک تیغه میانی (که در پایین از جنس غضروف است) به دو بخش تقسیم شده است ناحیه بویایی در خلف بینی قرار گرفته است و در آن سلول‌های حس بویایی قرار گرفته‌اند.

هوای تنفسی در ناحیه خلف بینی گرم و مرطوب می‌شود. در ساختمان بافت مخاطی بینی مژه‌های ریزی قرار دارند که هوای دمی را از ذرات خارجی پاک می‌کنند. علاوه بر این رگ‌های خونی زیاد سبب گرم و مرطوب شدن هوا می‌شوند. در موقع سرماخوردگی و حساسیت‌ها ممکن است قطر رگ‌های بینی زیاد شده و باعث گرفتگی بینی (گریپ) شوند. این عروق منشأ خونریزی‌های بینی هستند.

حنجره

حنجره در عقب حفره بینی و در بالای نای قراردارد. در حنجره تعدادی تار یا طناب صوتی وجود دارد که ارتعاش آنها به وسیله هوای بازدم باعث تولید صدا می‌شود. ساختمان حنجره غضروفی بوده و آن را می‌توان درجلوی گردن لمس نمود.

یک زائده غضروفی به نام اپی گلوت در هنگام بلع غذا دهانه حنجره را می‌بندد و مانع ورود غذا به نای می‌شود تکلم و آواز نتیجه ارتعاشات پیچیده و موزون تارهای صوتی حنجره است که هماهنگ با تغییرات حجمی حنجره حرکات منظم و هماهنگ زبان و لب‌ها صورت می‌گیرد. زیاد شدن ضخامت تارهای صوتی و حجیم بودن حنجره در مردها در هنگام بلوغ موجب بم بودن صدای آنها است. در عفونت‌های حنجره که خصوصاً در اثر سرماخوردگی صورت می‌گیرد، التهاب طناب‌های صوتی سبب تغییر در صدا می‌گردد.

نای و نایژه‌ها

پس از حنجره اولین مجرایی که هوای دمی وارد آن می‌شود، نای نام دارد. این لوله ضخیم و انعطاف‌پذیر که تقریباً ۱۰ سانتیمتر طول دارد در انتهای خود به دو لوله کوچکتر به نام نایژه تقسیم می‌شود. هر نایژه وارد یک شش می‌شود. نایژه‌ها به شاخه‌های کوچکتری تقسیم می‌شود و از آنها نایژک‌های کوچک و کوچکتری به وجود می‌آیند. هر نایژک انتهایی به یک یا چند خوشه کیسه‌های هوایی ختم می‌شود.

در طول مجاری تحتانی تنفسی، بافت پوشش داخلی دارای مژکهایی است که با حرکت پارویی خود مایع مخاطی پوشیده شده بر روی سلول‌های خود را به آرامی به سمت بالا می‌رانند.

بدین ترتیب ذرات و باکتری‌های ریز موجود در هوا که به مایع مخاطی چسبیده است را دفع نموده و از ورود آنها به کیسه‌های هوایی جلوگیری می‌کنند. مواد موجود در هوای آلوده و مواد حاصل از کشیدن سیگار می‌توانند با فلج کردن این مژک‌ها موجب عفونت یافتن مجاری تنفس و بروز بیماری‌های دستگاه تنفسی شوند.

در بافت نای تعدادی غضروف هلالی شکل وجود دارد که باعث قوام آن می‌شوند. علاوه بر این در بافت نای و نایژه عضلات صافی وجود دارند که قطر آنها را تنظیم می‌نمایند. در بیماران مبتلا به آسم کاهش قطر نایژه‌ها سبب سختی تنفس و بروز صدا خصوصاً در بازدم می‌شود.

ششها

ششها در واقع از تعدادی لپ به وجود آمده‌اند. هر لپ از تعدادی لپک به وجود آمده است. لپک‌ها ساختمان‌های هرمی شکل هستند که در داخل آن یک یا چندین کیسه هوایی قرار دارد. هر نایژک به یک لپک وارد و با کیسه‌های هوایی ارتباط می‌یابد. در داخل هر کیسه هوایی خانه‌های ششی وجود دارد. خانه‌های ششی باعث منظره اسفنجی شکل ششها می‌شود. سلول‌های پوششی دیواره کیسه‌های هوایی از یک طرف با هوای تنفسی و از طرف دیگر با مویرگ‌های خونی در تماس هستند. این وضعیت سبب می‌گردد تا گازهای تنفسی به آسانی بین خون و هوا مبادله شوند.

پرده‌های جنب

پرده‌های جنب که دو لایه دارند ششها را از خارج فرا می‌گیرند. در فضای بین دولایه جنب کمی مایع وجود دارد که سبب لغزندگی و بازنگه داشته شدن ریه‌ها می‌شود.

چگونگی دم و بازدم

دم و بازدم در اصل در اثر حرکات قفسه سینه و عضلات تنفسی صورت می‌گیرد. ششها در اثر خاصیت ارتجاعی خود از این حرکات تبعیت می‌کنند. همانطور که در فصل دوم بیان شد قفسه سینه را می‌توان به اتاق مخروطی تشبیه کرد که دیواره آن دنده و عضلات تنفسی بین دنده‌ای و کف آن را عضله دیافراگم پوشانده است. عضله دیافراگم و عضلات بین دنده‌ای عضلات اصلی تنفس هستند. دیافراگم در کف قفسه سینه قرار داشته و آن را از محفظه شکم جدا می‌کند. فعالیت عضله دیافراگم در هنگام تنفس سبب تغییر در حجم قفسه صدری می‌شود انسان بالغ در هر نفس معمولاً در حدود نیم لیتر هوا به ششها وارد می‌کند. اما در وضعیت‌های متفاوت از جمله در موقع تنفس عمیق می‌توان تا حدود ۳ لیتر هوا را نیز وارد دستگاه تنفسی نمود.

تنظیم تنفس، به طور خودکار و توسط مرکز تنفس در بصل النخاع و پل مغزی صورت می‌گیرد. همچنین، مراکز ارادی تنفسی در قشر مخ نیز می‌توانند بر روی این دو مرکز تاثیر بگذارند و بدین ترتیب انسان می‌تواند شدت و عمق تنفس را کنترل کند. علاوه بر این مقدار دی اکسیدکربن و اکسیژن خون نیز از طریق تحریک گیرنده‌های موجود در سرخرگ‌های سر و قوس آئورت سبب تنظیم تنفس می‌شوند.

اکسیژنی که با دم وارد حبابچه‌های ریوی شده است پس از عبور از لایه نازک حبابچه و رگ خونی مجاور آن وارد خون شده و با هموگلوبین موجود در گلبول قرمز ترکیب می‌شود. از طرفی دی‌اکسیدکربنی که از طریق گلبول قرمز به مویرگ مجاور حبابچه رسیده آزاد و وارد هوای بازدمی می‌گردد. عکس این عمل در مجاورت بافت‌ها صورت می‌گیرد. یعنی در سطح بافت‌ها اکسیژن مورد نیاز سلول‌ها آزاد و دی اکسید کربن آن دفع می‌شود و بدین ترتیب اکسیژن مورد نیاز سلول‌ها تامین و دی‌اکسید کربن آنها از طریق ریه‌ها دفع می‌شود.

تعداد تنفس در حال طبیعی در نزد نوزاد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه، در کودکان ۱-۲ ساله ۲۰ تا ۳۰ بار در دقیقه در ۲-۵ سالگی ۲۳ بار در دقیقه، در نزد شخص بالغ ۱۶-۲۰ بار در دقیقه است.

هدف نهایی در تنفس تامین اکسیژن مورد نیاز جهت بافت و یا به عبارتی ایجاد فرایند تنفس سلولی است که به موجود زنده امکان آزاد نمودن انرژی را می‌دهد. این انرژی در اثر سوزاندن (اکسیده نمودن) مولکول‌های ساده مواد غذایی جذب شده به وجود می‌آید.

الف- تمرین در خارج از کلاس

۱- بخش‌های مختلف دستگاه تنفس را با کمک سایر دانش‌آموزان و مربی بر روی ماکت بدن انسان مرور نمایید

۲- هنگام فعالیت شدید نیاز بیشتر بدن به اکسیژن و دفع دی اکسیدکربن چگونه برطرف می‌شود؟ در این مورد با سایر دانش‌آموزان و مربی خود بحث کنید

۳- چرا نوزادانی که به طور نارس متولد می‌شوند اغلب دارای مشکل تنفسی هستند؟ در این مورد با مربی خود بحث نمایید.

٤- به نظر شما چه تفاوتی می‌تواند بین تنفس یک انسان بالغ و یک نوزاد وجود داشته باشد ؟

٥- تا به حال حتماً با افرادی سروکار داشته‌اید که دچار بیماری تنفسی بوده‌اند. در مورد این بیماری‌ها با سایر دانش‌آموزان بحث نمایید و برای هر کدام از این بیماری‌ها چند علامت نام ببرید.

ب- تمرین در کلاس درس

۱- برای سایر دانش‌آموزان بخش‌های مختلف دستگاه تنفسی را نام برده و اعمال اصلی هر بخش را بگویید ؟

۲- با مشورت سایر دوستان خود بگویید ذرات ریز خارجی که هنگام تنفس وارد مجاری تنفسی می‌شوند چگونه دفع می‌شوند؟

۳- چگونگی عمل دم و بازدم را برای همکلاسیان خود شرح دهید ؟

فصل پنجم

دستگاه گردش خون

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

۱-ساختمان وکار قلب وسایر قسمتهای دستگاه گردش خون را شرح دهید.

۲-مفهوم وعلت خودکاری قلب رابیان کنید.

۳-فشارخون وعوامل موثر برآن را توضیح دهید.

٤-چگونگی گردش خون را در رگهای مختلف را توضیح دهید.

در فصل‌های گذشته آموختیدکه برای تهیه اکسیژن ومواد غذایی از محیط وتحویل آنها به سلول‌های بدن دستگاه‌های تنفس وگوارش به وجود آمده‌اند. برای این که کلیه سلول‌های بدن بتوانند از این اکسیژن ومواد غذایی استفاده نمایند باید یک مشکل دیگر حل شود و آن انتقال این مواد از شش‌ها وروده به تمام نقاط بدن است. این عمل به کمک دستگاه گردش خون انجام می‌شود که از سه جزء تشکیل شده است:

- تلمبه‌ای به نام قلب که با تولید نیروی مکانیکی لازم، خون را در رگ‌ها حرکت می‌دهد.
- شبکه‌ای از رگ‌ها که خون در آنها حرکت می‌کند.
- مایعی به نام خون که مواد غذایی واکسیژن در آن حل می‌شود.

قلب

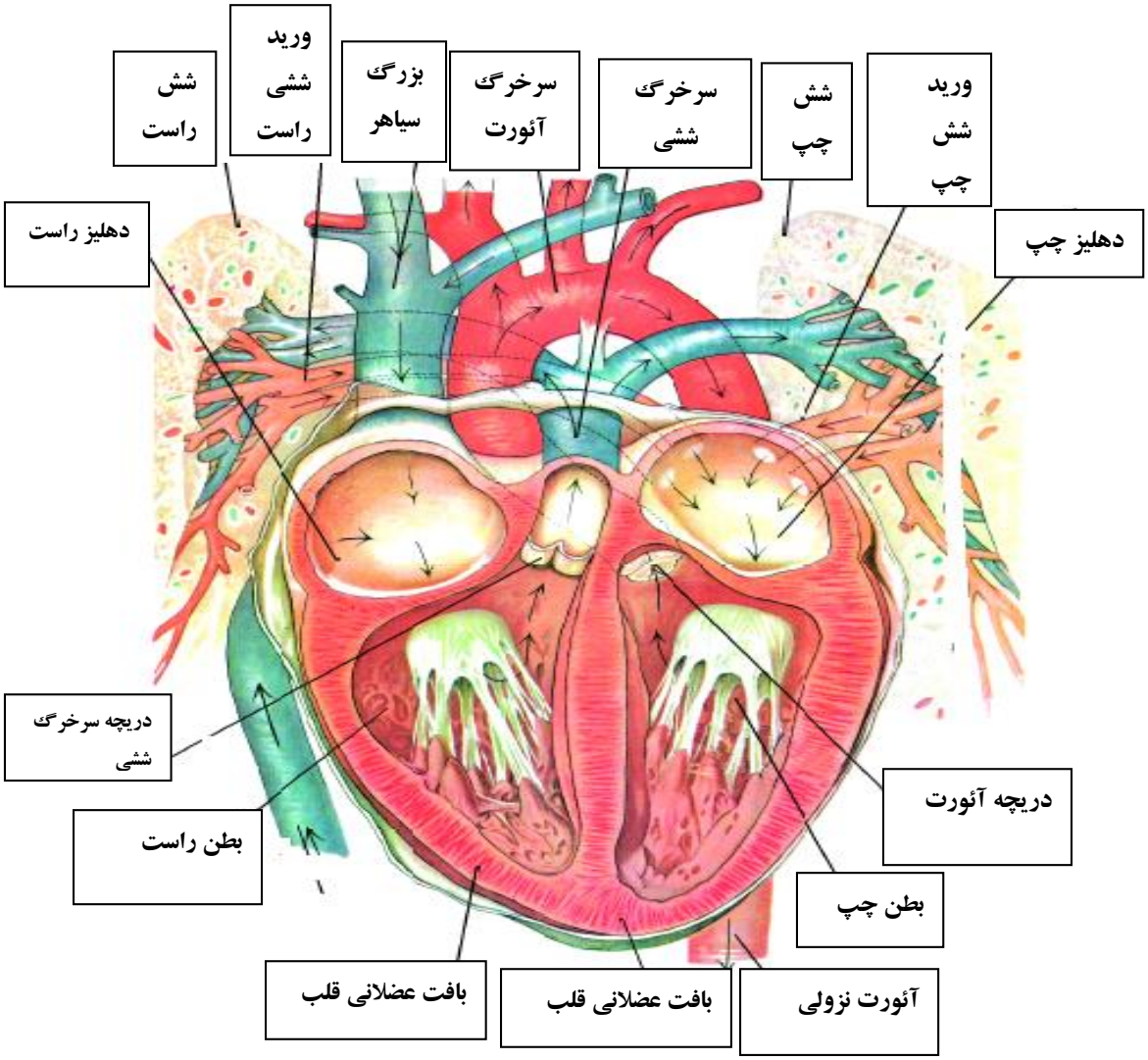
قلب عضو ماهیچه‌ای ومیان تهی وتقریباً مخروطی شکل است که در قفسه سینه بین دو شش – اندکی متمایل به طرف چپ- قرار دارد. معمولاًاندازه قلب هر فرد به اندازه حجم مشت بسته اوست. وزن قلب در حدود ۲۳۰تا ۳۴۰ گرم است که این مقدار به جثه، سن وجنس فرد مربوط می‌شود. قسمت اصلی دیواره قلب را لایه ماهیچه‌ای تشکیل می‌دهد که یک عضو غیر ارادی خودکاراست. ضربان‌های قلب حاصل انقباض این عضله است.

درون قلب چهار حفره وجود دارد که دو تای بالایی دهلیز ودوتای پایین بطن نامیده می‌شوند.

دهلیز وبطن هر طرف به واسطه سوراخ‌های دهلیزی- بطنی به هم مربوط می‌شوند. این سوراخ‌ها به وسیله دریچه‌های مخصوصی پوشیده شده‌اند که پس از ورود خون از دهلیزه‌ها به بطن‌ها بسته شده واجازه بازگشت خون به دهلیزها را در هنگام انقباض بطن‌ها نمی‌دهند.

در مدخل سرخرگ آئورت وسرخرگ ششی که قلب را ترک می‌کنند،دریچه‌های دیگری وجود دارد که به دریچه‌های سینی معروفند. این دریچه‌ها در هنگام انبساط قلب مانع بازگشت خون داخل سرخرگ‌های مزبور به داخل قلب می‌شوند. تامین خون دیواره قلب توسط دو سرخرگ کوچک که از آئورت جدا می‌شوند صورت می‌گیرد. این رگ‌ها انشعابات بسیار می‌یابند وبه همه جای ماهیچه قلب می‌رسند. این سرخرگ‌ها کار تامین اکسیژن ومواد غذایی مورد نیاز عضله قلب را بر عهده دارند. تنگی عروق مزبور ویا انسداد آنها می‌تواند منجر به بروز کم خونی قلبی وسکته قلبی گردد.

ساختمان داخلی قلب،دریچه‌ها ورگ‌های بزرگ ودیواره‌ها در شکل(۱-۵) نمایش داده شده است.



تصویر ۱-۵: به مسیر گردش خون از ریه‌ها به دهلیز و بطن چپ و سپس سرخرگ آئورت و نیز از وریدهای اجوف فوقانی .وتحتانی (بزرگ سیاهرگ زبرین وبزرگ سیاهرگ زیرین) به دهلیز و بطن راست و سپس سرخرگ ششی توجه کنید

کار قلب:

ضربان قلب نیروی لازم را برای جریان خون در تمام بدن فراهم می‌کند.

فعالیت قلب دارای چرخه‌ای معین است که چرخه ضربان قلب نام دارد. در ابتدای این چرخه دهلیزهای چپ وراست باهم منقبض می‌شـوند وبدین ترتیب خونی که در زمان انبساط درون دهلیزها جمع شده بود به داخل بطن‌ها ریخته می‌شود وقتی که بطن‌ها پر شوند منقبض می‌شوند وخون را وارد دو سرخرگ آئورت(در بطن چپ) و ششی (در بطن راست)

می‌کنند. در جریان انقباض بطن‌ها،دهلیزها رفته رفته منبسط میشوندوخون سیاهرگ‌ها را می‌مکند وبه تدریج از خون پر می‌شوند. پس از انقباض بطن‌ها مرحله انبساط عمومی قلب آغاز می‌شود. در این مرحله همه عضلات قلب در حالت استراحت

هســـتند. پس از پایان این مرحله دوباره چرخه مزبورتکرار می‌شـــود. ســـه مرحله ضـــربان قلب یعنی:انقباض دهلیزها، انقباض بطن‌ها واستراحت عمومی به طور معمول در حدود ۷۵ بار در دقیقه رخ می‌دهد.

چناچه گوشی پزشکی را در طرف چپ سینه وپایین پستان قرار دهیم می‌توان در طول یک ضربان قلب دو صدا شنید که صدای اول قوی وکشیده وصدای دوم کوتاه است.

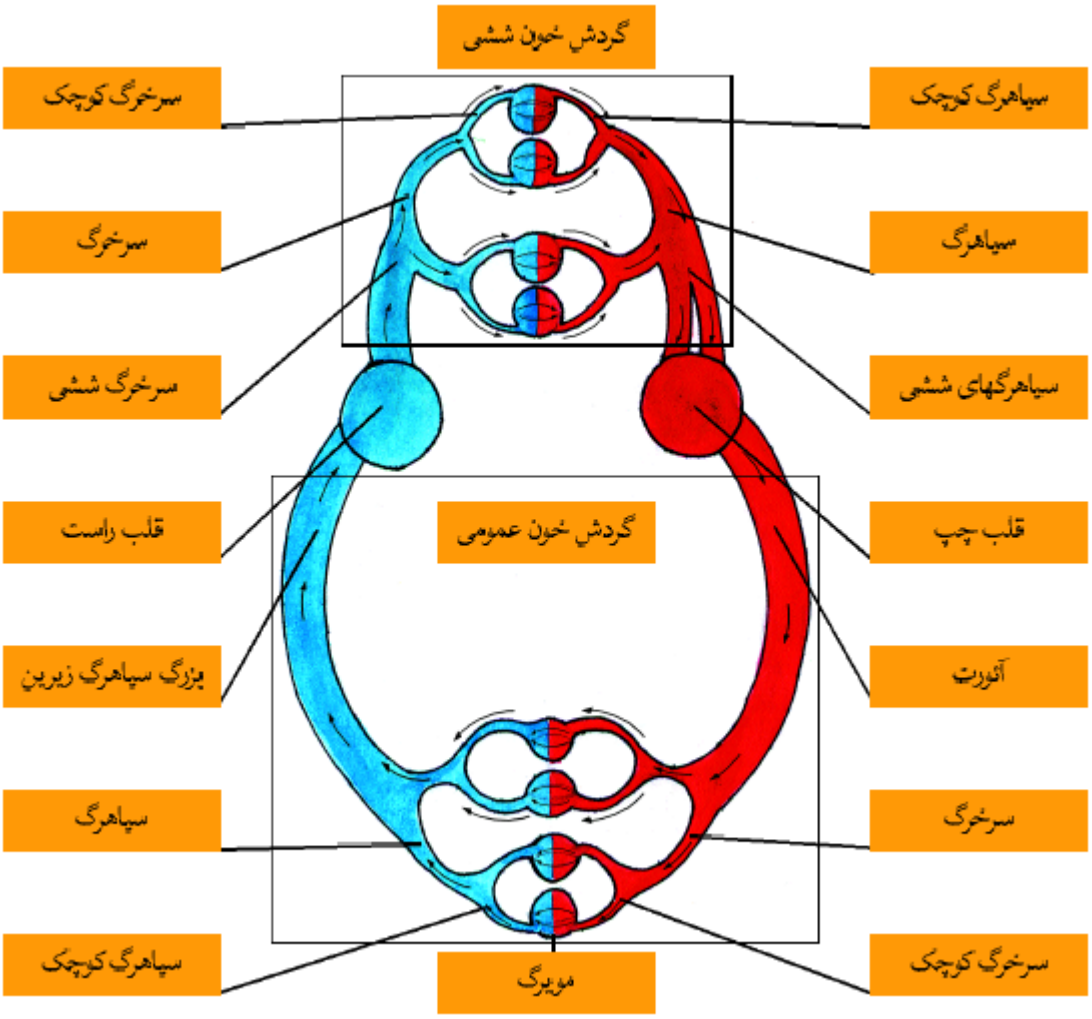
عضله قلب یک عضله خودکار است. بدین معنی که بافت هادی ویژه‌ای در آن قرار دارد که با تولید جریان الکتریکی سبب انقبـاض خودبخودی بخش‌هـای مختلف وایجـاد ضـــربـان می‌شـــود. فعـالیت الکتریکی قلب را می‌توان به صـــورت منحنی (الکتروکاردیوگرام) ثبت کرد. بررســـی این منحنی می‌تواند ســـلامت وبیماری‌های مختلف قلبی را نشـــان دهد. عواملی نظیر ورزش،ترس ویا انجام اعمال سنگین از راه اعصاب خودکار سبب افزایش شدت وتعداد ضربان قلب می‌شوند.

رگ‌های خونی

رگ‌های خونی شبکه‌ای از سرخرگ‌ها، سیاهرگهاومویرگ‌ها را تشکیل می‌دهند. این مجموعه خون را با عمل تلمبه‌ای قلب به تمام قسـمت‌های بدن می‌رسـانند. سرخرگ‌ها خون را از قلب دور می‌کنند وبه بافت‌ها می‌برند. سرخرگ‌های خارج شده از قلب بزرگ‌اند اما در طول مسیر خود به شعبات باریک وباریکتری تقسیم می‌شوند. تاآنکه درون بافت‌ها از سرخرگ‌های بسیار کوچک،مویرگ‌ها به وجود می‌آیند. دیواره مویرگ‌ها فقط از یک لایه ســـلول ســـاخته شـــده اســـت وبدین ترتیب امکان انتقال اکســـیژن ودی اکســـید کربن ومواد غذایی ومواد دفعی بین بافت‌ها وخون در آنها مقدرو می‌گردد. در هنگام خروج از بافت، از مویرگ‌ها ســیاهرگ‌های کوچک تشــکیل می‌شود که به نوبه خود وقتی چند تا از آنها به هم بپیوندند سیاهرگ‌های بزرگتر به وجود می‌آیند. سیاهرگ‌های بزرگ،خون را به قلب بر می‌گردانند.

مســیرهای گردش خون- در انســـان دونوع گردش خون وجود دارد:گردش عمومی خون وگردش شـــشـــی خون. در گردش عمومی،خون از بطن خارج شـــده وپس از تبادل مواد با بافت‌ها به دهلیز راســـت بر می‌گردد. در این گردش نیمه چپ قلب دخالت دارد. حرکت خون از بطن راسـت به شـش‌ها (به منظور تبادل گازهای تنفسـی)و بازگشت آن به دهلیز چپ را گردش ششی خون می‌نامند. در این گردش نیمه راست قلب دخالت دارد. طرح عمومی این دو نوع گردش خون در شکل (۲-۵)نشان داده شـده است. در حدود ۹۰ درصد از حجم مایعی که در ابتدای مویرگ‌ها از خون به فضاهای میان بافتی می‌رود در انتهای مویرگ‌ها دوباره به درون آنها باز می‌گردد و۱۰ درصـد باقیمانده با گردش آرامی سـیر کرده، لنف را می‌سـازد که آن را نیز به گردش سیاهرگی می‌ریزد.

برخی عوامل،مانند کمبود پروتئین‌ها وآسیب دیواره مویرگ‌ها باعث افزایش غیر طبیعی مایع میان بافتی وتولید خیز یا ادم می‌شود.



تصویر ۲-۵: مسیرهای گردش عمومی و گردش ششی خون، به نظر شما منظور از انجام هر گردش چیستست؟

در جدار ســـیاهرگ‌های اندام تحتانی وتنه،دریچه‌های کوچکی در جهت جریان خون وجود دارد که از بازگشـــت خون در سیاهرگ‌ها جلوگیری نموده وسبب می‌شود که خون به طرف قلب راحت‌تر رانده شود. انقباض عضلات خصوصاًدر اندام تحتانی ســبب هدایت خون موجود در ســیاهرگ‌های آنها به سمت قلب می‌شود. اختلال در کار دریچه‌های جدار سیاهرگ‌های اندام تحتانی همراه با عدم تحرک وایســتادن زیاد خصــوصــاً در افراد پیر ســبب تورم عروق مربوط به ساق پا می‌شود. این پدیده را واریس می‌گویند. در زنان باردار نیز فشار رحم وجنین بر وریدهای بزرگ سبب بروز واریس در پاها می‌گردد.

بیماری مهمی که عروق شریانی را گرفتار میکند تصلب الشرائین گفته می‌شود(سفتی وسختی عروق شریانی)

فشــار خون: فشار خون عبارت است از نیرویی که در اثر رانش خون در طول شریان‌ها وفشاری که جدار شریان‌ها بر خون وارد می‌کنند به وجود می‌آید. برای درک بهتر فشــار خون می‌توان شــریان‌ها را به لوله‌های آبی تشــبیه نمود که در آنها آب با

فشــار در جریان است. سوراخ شدن این لوله‌ها سبب فوران آب می‌شود که علامت وجود فشار در داخل لوله است. نیرویی که در طول یک دوره ضــربان قلب به وجود می‌آید یکســان نیست وازمقادیر زیاد تا مقادیر کم متغیر است. این تغییر سبب ایجاد نبض می‌گردد که می‌توان آن را در نقاط خاصــی از بدن مشاهده ویا لمس نمود. فشار خون را می‌توان به کمک دستگاه فشار سنج اندازه گیری نمود.

فشار خون طبیعی در نزد انسان در سنین مختلف به شرح زیر است:

- خردسالان ۷۰ روی ۵۰ تا ۹۰ روی ۵۰ میلیمتر جیوه
- کودکان ۸۰ روی ۶۰ تا ۱۰۰ روی ۶۰ میلیمتر جیوه
- افراد بالغ ۱۱۰ روی ۶۰ تا ۱۲۵ روی ۸۰ میلیمتر جیوه

عواملی مانند چربی خون بالا، بیماری قند(دیابت) وچاقی سبب افزایش فشار خون می‌شوند.

الف- تمرین خارج از کلاس

۱- یک دوره ضربان قلب را توضیح دهید.
۲- گردش خون عمومی وگردش خون ششی خون را توضیح دهید.
۳- تعداد وشدت ضربان قلب در حالت فعالیت نسبت به استراحت متفاوت است. این تفاوت را شرح داده ودلیل آنرا بازگو نمایید.
٤- خون در سرخرگ‌ها بجز سرخرگ ششی روشن است وخون در تمامی سیاهرگ‌ها بجز سیاهرگ ششی تیره است. فکرمی کنید دلیل این موضوع چیست؟

ب- تمرین در کلاس درس

۱-با استفاده از ماکت بدن انسان موقعیت قلب وعروق بزرگی که از آن خارج می‌شوند ونیز ساختمان قلب را تشریح نمایید.
۲-با کمک مربی خود اقدام به اندازه گیری فشار خون سایر همکلاسان نمایید. فکر می‌کنید فشار ماکزیمم ومینیمم که از سرخرگ‌ها محاسبه می‌شود،هر یک مربوط به کدام مرحله از فعالیت‌های قلب است؟ در این مورد با سایر دانش آموزان ومربی خود بحث نمایید.
۳-وقتی مویرگی پاره شود خونریزی در سطح پوست نشت می‌کند. اما وقتی سرخرگی قطع شود خون به خارج جهش پیدا می‌کند. به نظر شما دلیل این امر چیست؟ به نظر شما کدامیک از خونریزی‌ها خطرناک‌تر است؟ چرا؟

فصل ششم

دستگاه ادراری

اهداف

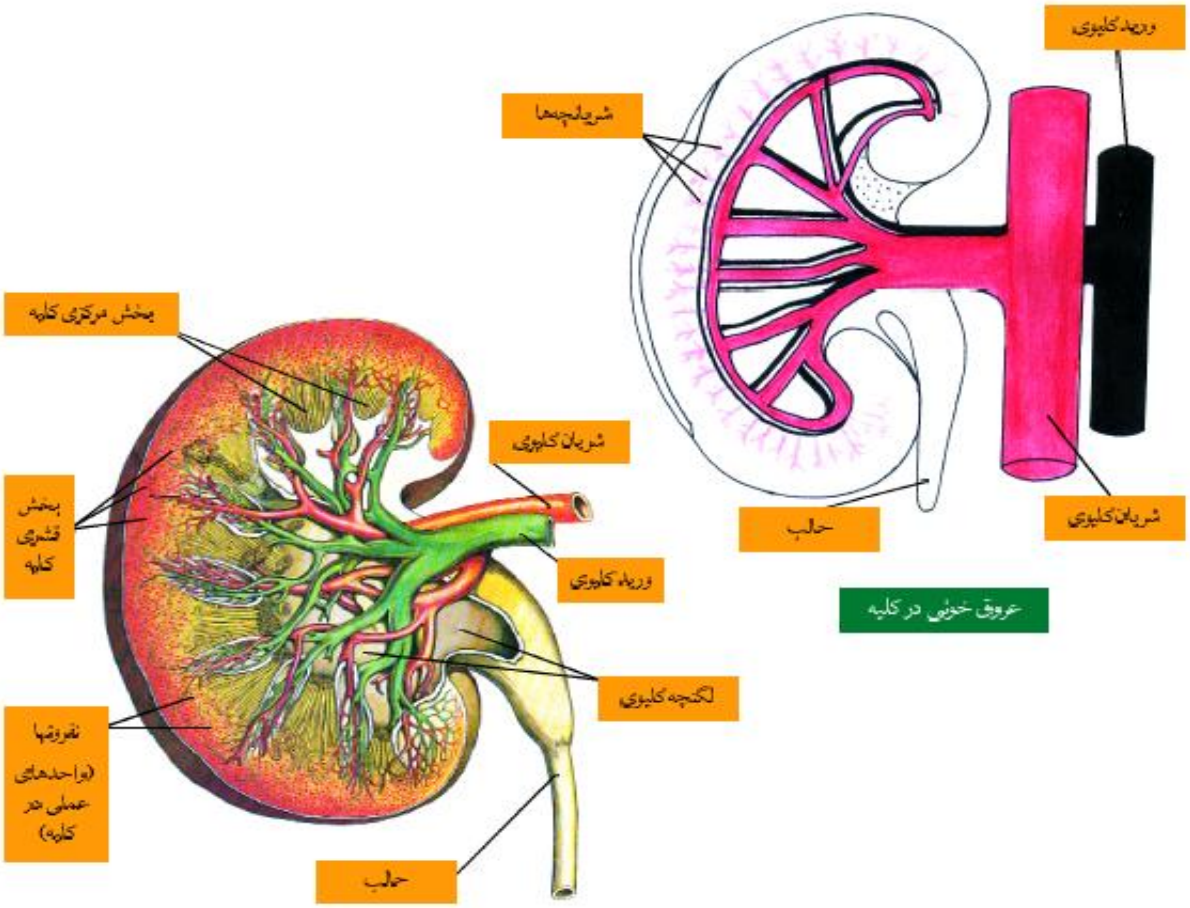
پس از مطالعه این فصل انتظار میرود بتوانید

۱- نقش کلیه‌ها در بدن را توضیح دهید.

۲- ساختمان دستگاه ادراری را رسم وقسمتهای مختلف آن را نامگذاری کنید.

۳- مراحل تشکیل ودفع ادرارراتوضیح دهید.

به دنبال سوخت وساز سلولی،ترکیبات زائدی تولید میشودکه خواص محیط اطراف سلول را تغییر می‌دهد. این تغییرات به تدریج محیط را برای ادامه زندگی سـلول نامساعد می‌سازد. گردش دائمی خون مواد زائد را از دسترس سلول‌ها دور می‌سازد. این مواد زائد در موجودات پر سلولی نظیر انسان از راه دستگاه تنفس ودستگاه دفع ادرارخارج می‌شود. دی اکسید کربن ناشی از فعالیت سلول‌ها از راه دستگاه تنفس دفع می‌شود. سوخت پروتئین‌ها در سلول تولید مواد زائدی می‌نماید که مهمترین آنها اوره واسـید اوریک اسـت. این مواد به صورت محلول از راه دستگاه ادرار دفع می‌شوند. کلیه‌ها وظیفه تصفیه خون از این مواد زائد را بر عهده دارند. دستگاه ادراری شامل یک جفت کلیه، یک جفت حالب،مثانه ومجرای پیشابراه است.



.تصویر ۱-٦: نفرونها واحدهای عملی در کلیه هستند که مواد زائد و سموم را از خون گرفته و تولید ادرار می نمایند

ساختمان کلیه:

در انســـان دو کلیه وجود دارد که در زیر دیافراگم، عقب روده‌ها وطرفین مهره‌های کمر در محلی به نام جایگاه کلیه قرار دارند. کلیه لوبیایی شکل است واز وسط کناره مقعر آن که ناف کلیه نامیده می‌شود اعصاب ورگ‌های خونی ولنفی ومیزنای به کلیه می‌رسند. ساختمان کلیه در شکل(۱-۶)نشان داده شده است.

همانگونه که ملاحظه می‌شود بافت کلیه از دو بخش مرکزی وقشری تشکیل شده است.

بخش مرکزی شامل قسمت‌های هرمی شکل است. قاعده هر هرم به طرف قشر کلیه وراس آن به طرف لگنچه است.

انشعابات سرخرگ وسیاهرگ کلیه هریک از هرم‌ها را فرا گرفته است و درون هرم‌ها اجتماع فشرده‌ای از مجاری جمع کننده ادرار و قسمتهایی از نفرون که واحد عملی تصفیه ادرار است وجود دارد. تمام اعمال کلیه به وسیله نفرون‌ها انجام می‌گیرد پلاسمای خونی که وارد کلیه‌ها می‌شود به قسمت‌های ابتدایی مجرای نفرون وارد می‌گردد. پس از ورود پلاسما به این مجرا در طی مراحلی مقدار زیادی از آب و نیز سایر مواد حیاتی مورد نیاز بدن باز جذب شده و مواد زائد آن به همراه مقداری از آب پلاسما واردمجاری جمع کننده انتهایی نفرون گردیده وبه داخل لگنچه کلیوی ترشح می‌شود. نتیجه این اعمال تشکیل ادرار است.

حالبها:

حالب لوله باریکی است که به کلیه مرتبط است. حالبهاادرار را از کلیه‌ها به طرف مثانه می‌برند.

مثانه

مثانه عضوی است توخالی به شکل گلابی که در حفره لگنی قرار دارد. مثانه مانند یک مخزن برای جمع شدن ادرار است. مقدارادراری را که مثانه بدون ناراحتی در خود نگه می‌دارد در حدود نیم لیتر است. در قسمت گردن مثانه عضله اسفنکتر قراردارد، کاراین عضله این است که خارج شدن ادرار را کنترل می‌کند ونمی گذارد ادرار از مثانه بیرون بریزد.

مجرای پیشابراه:

پیشابراه مجرایی است که از گردن مثانه شروع شده وادرار جمع شده در مثانه را به خارج از بدن تخلیه می‌کند. مجرای پیشابراه در مردان طویلتر از مجرای پیشابراه زنان است.

مشخصات ومقدار ادرار:

۱- مقدار ادرار: حجم ادرار۲۴ ساعته در شخص بالغ با جثه متوسط ودر حال طبیعی در حدود ۱۰۰۰تا ۱۵۰۰سانتی متر مکعب است. این مقدار در تابستان کاهش ودر زمستان افزایش می‌یابد. شخص سالم به طور متوسط ۳ تا۵ بار در روز ادرار می‌کند وحجم ادرار دفع شده در هر مرتبه از ۱۰۰تا ۲۰۰ سانتی متر مکعب متغییر است.

۲- مشخصات ادرار: رنگ ادرار اگر تازه باشد شفاف بوده واز زرد کم رنگ تا زرد تیره تغییر می‌کند. بوی ادرار وقتی تازه دفع شده است بوی مخصوصی است که پس از مدتی از دفع بوی تند وزننده‌ای پیدا می‌کند. تغییرات مشخصات ادرار از حالات طبیعی فوق ممکن است به علل بیماری‌ها وضایعات مختلف باشد. رنگ قرمز ادرار ممکن است ناشی

از وجود خون در آن باشد ؛گرچه ممکن است گاهی به علت مصرف بعضی از داروها یا مواد غذایی باشد. رنگ قهوه‌ای تیره نشـانه وجود خون کهنه در ادرار اسـت. کدر شـدن ادرار می‌تواند دلیل عفونت ووجود چرک در ادرار ودسـتگاه ادراری باشد.

کنترل دفع ادرار پس از ۲ سالگی با یادگیری صورت می‌گیرد. تا قبل از این سن،کودک قادر به کنترل ماهیچه‌های ارادی که سـبب بسـته نگه داشـتن محل خروج ادرار از مثانه می‌شـوند نیسـت. مراکز عصـبی مربوط به کنترل در مغز اسـت ودر بزرگسالانی که نخاعشان قطع شده باشد کنترل ارادی تخلیه ادرار از دست می‌رود.

الف- تمرین درخارج کلاس

۱- نقش کلیه‌ها رادر تنظیم محیط خارج سلولی توضیح دهید.
۲- قسمت‌های مختلف دستگاه ادراری را نام ببرید.
۳- بنظر شما چرا آسیب‌های وارده به کلیه‌ها را در پزشکی مهم می‌شمارند؟
٤- به نظر شما چرا پزشکان برای اطلاع یافتن از چگونگی سلامت بدن برآزمایش خون وادرار تاکید می‌کنند؟

ب- تمرین درکلاس درس

با استفاده از ماکت بدن انسان اقدام به تشریح دستگاه ادراری نمایید ونقش هر قسمت را به سایر دانش آموزان توضیح دهید

فصل هفتم

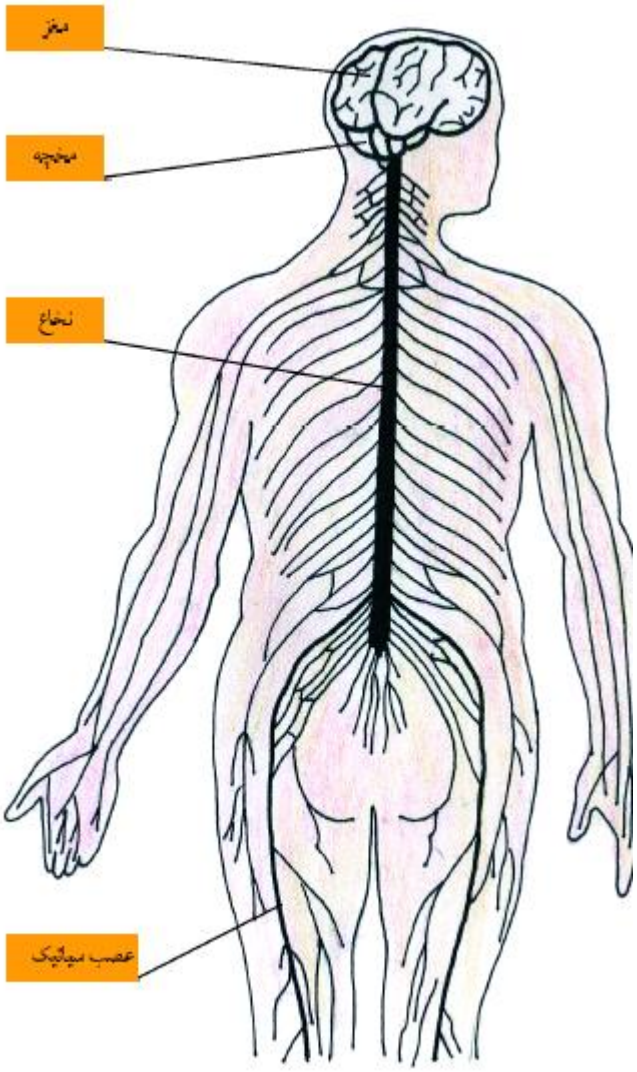
دستگاه عصبی

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار میرود بتوانید:

۱- بخشهای اصلی دستگاه عصبی را نام ببرید.

۲- وظایف هر بخش را به طور خلاصه شرح دهید.



تصویر ۱-۷:دستگاه عصبی بدن انسان

تنظیم وهماهنگی فعالیت‌های دستگاه‌های بدن توسط دستگاه عصبی ونیزغددمترشحه صورت میگیرد.

دستگاه عصبی مرکزی (CNS)شامل مغز، مخچه، بصل النخاع ونخاع شوکی(مغزحرام)است که درپرده‌های پوششی مخصوص پوشیده شده است.

مغز

مغز درون کاسه سرقرار دارد وشامل دونیمکره بزرگ راست وچپ است. درسطح نیمکره‌های مغزچین و شکنج‌هایی موجود است که مغزرابه نواحی مختلف چهارگانه اصلی تقسیم می‌کند. این نواحی به نام قطعه استخوانی در جمجمه که روی آن را پوشانیده است نامیده می‌شود. مانند قطعه پیشانی، قطعه گیجگاهی، قطعه پشت سری و قطعه آهیانه.

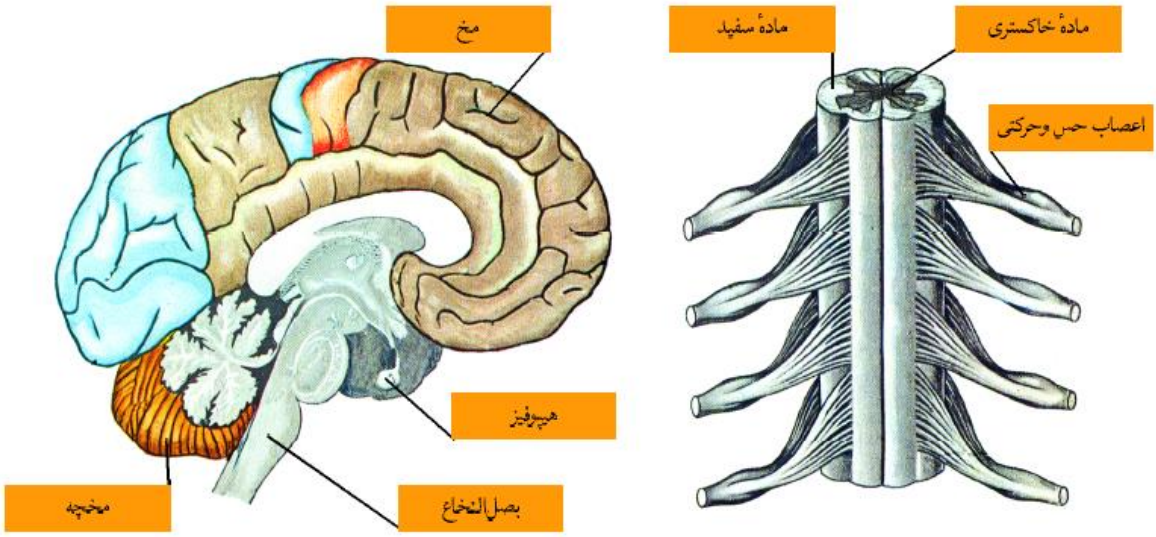
اعمال مغز: قسمت‌های مختلف مغز دارای مراکزی است که بسیاری ازاعمال حیاتی مانند رفتار،تفکر، شعور، هوش،اراده،تکلم وحواس پنجگانه را کنترل می‌کند.

مخچه:

یکی ازمهمترین قسمت‌های مغزاست که درقسمت پشت وپایین مغز قرار دارد. عمل مخچه تنظیم تعادل بدن است.

نخاع شوکی:

نخاع شوکی ازسوراخ بزرگ استخوان پشت سری دربالا شروع وتا اولین مهره کمری در پایین امتداد دارد. نخاع مرکزبرخی ازرفلکس‌های بدنی مانند رفلکس زانو درمقابل ضربه است. علاوه براین انتقال پیام‌های حسی وحرکتی از طریق نخاع صورت می‌گیرد. منشاء بسیاری ازواکنش‌های تنظیمی خودکار بدن نیزدرنخاع است.



تصویر ۲-۷ :ساختمان مغز ونخاع

مایع نخاع

مایعی اســت روشــن، مشابه پلاسمای خون این مایع نقش محافظتی برای مغزونخاع دارد. علاوه براین مایع نخاعی وظیفه تغذیه نخاع رانیز برعهده دارد.

دستگاه عصبی محیطی:

دســتگاه عصــبی پیرامونی(ســامانه عصبی محیطی)بخشی ازدستگاه عصبی مرکزی است(تابع CNS)که خارج ازمغزونخاع قرار دارد.

دستگاه عصبی پیرامونی به دو بخش سامانه عصبی خودگردان(اتونوم؛خودکاروغیرارادی) وسامانه عصبی سوماتیک (ارادی) تقسیم می‌شود. و شامل ۱۲ جفت اعصاب جمجمه‌ای (اعصاب مغزی) وتعداد۳۱ جفت اعصاب نخاعی وگره‌های عصبی متعدد است.

الف- تمرین درخارج کلاس

ساختمان دستگاه عصبی مرکزی ومحیطی راتشریح نموده ونقش هرقسمت را توضیح دهید.

ب- تمرین درکلاس درس

به نظر شما چرا پزشکان به اندازه گیری دورسر در دو سال اول زندگی تاکید می‌کنند؟در این مورد با سایر دانش آموزان به بحث بپردازید.

فصل هشتم

خون و دستگاه لنفی

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

۱-ترکیب و اعمال خون را توضیح دهید.

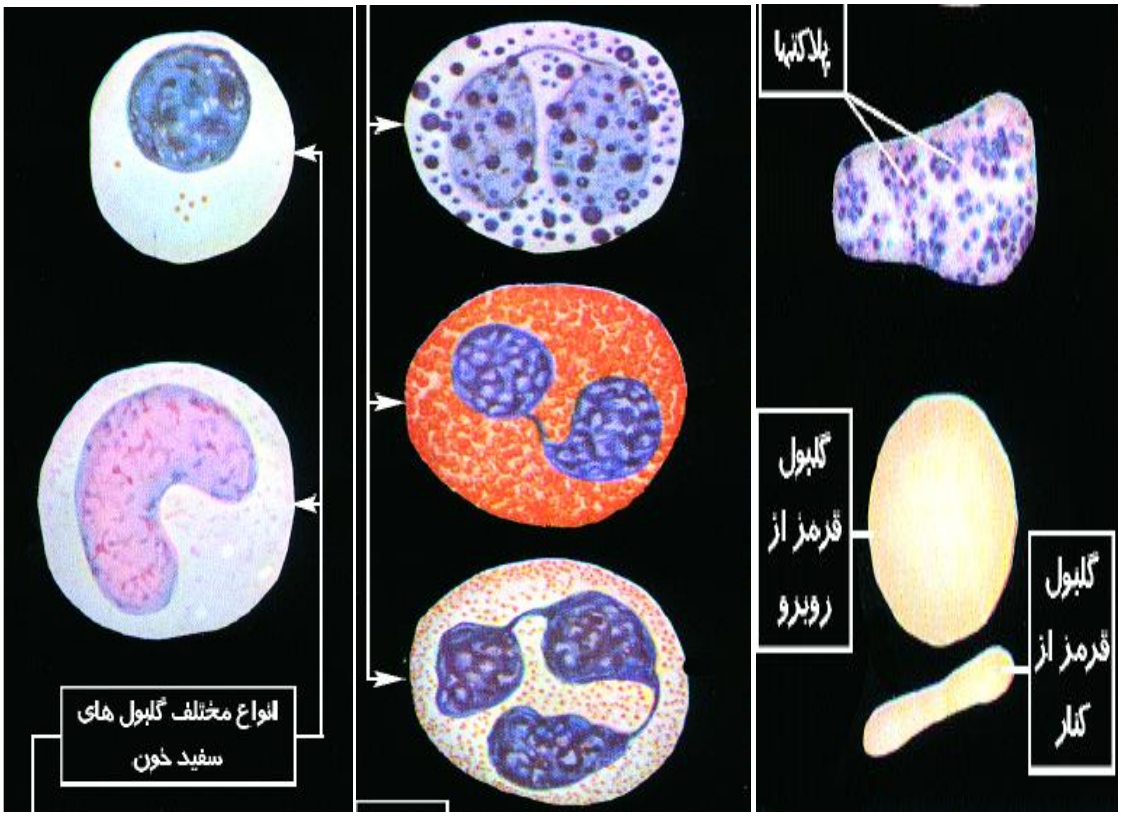
۲-انواع سلولهای خون و وظیفه آنها را نام ببرید.

۳-دستگاه لنفی و کارهای آن را شرح دهید.

خون بافتی سیال، زنده و فعال است و فعالیت‌های حیاتی کلیه اندام‌های بدن به نحوی با فعالیت و سلامت این بافت بستگی دارد.

اگر مقداری خون از یک انسان بگیریم و درون لیوانی بریزیم و آن را در یخچال نگهداری کنیم تا منعقد نشود، پس از مدتی خواهیم دید که خون رسوب می‌کند و به دو بخش مشخص تقسیم می‌شود. بخش بالایی که مایعی شفاف و به رنگ زرد بسیار کم رنگ است پلاسما نام دارد. در زیر پلاسما یک توده قرمز رنگ دیده می‌شود که از اجتماع گلبول‌های سفید خون تشکیل شده است. حدود ۴۵ درصد از حجم خون را توده گلبول‌های قرمز اشغال کرده است. این مقدار را هماتوکریت می‌گویند و معرف میزان گلبول‌های قرمز در خون انسان طبیعی است. در بیماری‌های خونی این میزان تغییر می‌کند.

اگر به قطره‌ای از خون در زیر میکروسکوپ نگاه کنیم سلول‌های مختلف موجود در آن را مشاهده نمود. سلول‌های موجود در خون سه دسته‌اند. (شکل ۱-۸)



تصویر ۱-۸:گلبولهای سفید انواع متفاوتی دارندکه هر کدام اعمال مختلفی از دفاع بدنی را برعهده دارند. پلاکت‌ها سلول‌های ریزی هستند که در عمل بندآوردن خون دخالت دارند. گلبولهای قرمز به شکل سکه‌های مقعرالطرفین هستند. این شکل عمل انتقال اکسیژن و دی اکسید کربن در ریه و بافتها را تسهیل می کند.

انواع سلول‌های خون:

۱-گلبول قرمز: که رنگ قرمز خون را تشکیل می‌دهد و ماده قرمزی که در آن است هموگلوبین نامیده می‌شود. در هموگلوبین آهن وجود دارد. آهن موجود در هموگلوبین اکسیژن را جذب می‌کند. عمل اساسی گلبول قرمز انتقال اکسیژن به وسیله هموگلوبین از ریه به تمام اندام‌ها و بافت‌های بدن است. تعداد گلبول‌های قرمز خون به طور متوسط پنج میلیون در هر میلیمتر مکعب خون است. گلوبل‌های قرمز در مغز استخوان‌های پهن، مانند جناغ سینه و استخوان‌های جمجمه و انتهای استخوان‌های دراز ساخته می‌شوند.

۲-گلبول‌های سفید: اقسام مختلفی دارد. وظیفه اساسی این گلبول‌ها دفاع بدن در موقع تهاجم میکروبهاست. یعنی وقتی میکروبی وارد قسمتی از بدن شود فوراً این گلبول‌ها میکروب را محاصره نموده وآن را از بین میبرند. با این عمل بدن بر میکروب‌ها غالب شده و عفونت متوقف می‌شود. ولی اگر برعکس، میکروب‌ها غالب شوند چرک ایجاد می‌شود. چرک عبارت است از اجساد مرده گلبول‌های سفید و میکروب‌ها. تعداد گلبول‌های سفید در حدود ۸-۷ هزار در هر میلیمتر مکعب خون است. گلبول‌های سفید برحسب نوع آن در مغز استخوان، بافت‌های لنفی و طحال ساخته می‌شوند.

۳-پلاکت‌ها: تعداد آنها در خون خیلی زیاد است و در بند آوردن خونریزی نقش مهمی را به عهده دارد. بنابراین کاهش پلاکت‌ها باعث تاخیر در بند آمدن خونریزی‌ها خواهد شد.

پلاسما: مایعی است زرد رنگ که از آب و بسیاری مواد دیگر که در آن حل شده ترکیب یافته است. تمام موادی که برای زنده ماندن سلول‌های بدن ضروری است و باید به وسیله خون در دسترس آنها گذارده شود در پلاسم‌ها به صورت محلول در می‌آیند. به علاوه مواد زائد سلولی در خون حل شده و به سوی اندام‌های دفع کننده حرکت می‌کنند.

علاوه بر این تمام هورمون‌های تنظیم کننده فعالیت سلولی و اقسام پادزهرها (آنتی بادی‌ها) که بدن را در مقابل هجوم میکروب‌ها حفظ و حمایت می‌کنند در پلاسمای خون حل شده‌اند.

مقدار خون در بدن، برحسب چاقی و لاغری و نیز در زن و مرد متفاوت است. شخص چاق بیش از لاغر و مرد بیش از زن خون د ارد. بطور متوسط میزان خون موجود در بدن انسان بین ۴ تا ۶ لیتر است.

گروه‌های خونی:

گروه‌های خونی به چهار دسته عمده زیر تقسیم می‌شوند.

۱-گروه A **۲-گروه** B **۳-گروه** AB **٤-گروه** O

هریک از این گروه‌ها ممکن است +RH یا -RH باشند.

اســاس این نامگذاری بر وجود و یا عدم وجود نوعی آنتی ژن اســت که در روی گبلول قرمز افراد وجود دارد. (آنتی ژن به نوعی پروتئین اطلاق می‌شــود). علاوه بر این حســب وجود نوع دیگری از آنتی ژن به نام RH هرگروه خونی به دو صــورت +RH و -RH دیده می‌شــود. چنانچه به فردی که گروه خونی A دارد گروه خونی B تزریق شود، بدن فرد گیرنده بلافاصله واکنش نشـــان داده و اقـدام به تخریب گلبول‌های خارجی می‌نماید. لذا در تزریق فرآورده‌های خونی باید دقت شـــود که از خون‌های هم گروه اســتفاده شــود. در حدود ۸۵٪ مردم +RH و ۱۵٪ -RH هســتند. انواع گروه‌های خونی و عامل RH از طریق ارث به اولاد منتقل می‌شوند.

سیستم لنفی:

این سیستم شامل عروق لنفاوی، غدد لنفاووی، لوزه‌ها و طحال است.

عروق لنفاوی: از مویرگ‌های لنفاوی شــروع شــده و به عروق بزرگتری تبدیل می‌شود که در نهایت به سیاهرگ‌ها می‌ریزند. مقداری از مایعات پخش شــده در بدن از راه دستگاه لنفاوی جذب و تصفیه شده و به قلب بر می‌گردد. گاهی در مسیر عروق لنفاوی غده‌هایی به شــکل لوبیا یا دانه تسبیح بزرگ و کوچک مشاهده می‌شود که به آنها غدد لنفاوی می‌گویند. این غدد در عفونت‌های مختلف مانند گلودرد چرکی، بزرگ و گاه دردناک می‌شوند.

لوزه‌ها، غدد لنفاوی هستند که در دو طرف حلق در حفره دهان جای دارند. لوزه‌ها عمل دفاعی بدن را به عهده دارند.

طحال: بزرگترین عضو لنفی طحال است. این عضو بسیار نرم و ظریف در طرح چپ شکم در زیر دیافراگم قرار دارد.

کار اصلی طحال ساختن گلبول‌های قرمز در دوران جنینی است. ولی پس از تولد، وظیفه طحال محدود به ساختن بعضی از گلبول‌های ســفید می‌شــود. طحال در بعضــی بیماری‌ها بزرگ می‌شود به طوریکه موقع لمس، ممکن است کناره آن در زیر دنده‌های چپ به دست بخورد.

راه‌های ایجاد ایمنی طبیعی در بدن انسان:

بدن انسان در برابر جانداران ذره بینی و مواد مضر، دارای چندین سد است که عبارتنداز:

-پوست تا زمانی که سالم باشد مانع ورود میکروبهاست.

-لایه‌های مخاطی که سطح داخلی دستگاه گوارش، مجاری تنفسی و تناسلی را پوشانده است،

-ترشحات بدن مانند اشک، عرق و چربی

-فعالیت گلبول‌های سفید که شامل بیگانه خواری مواد خارجی و ترشح پادتن‌ها است.

فعالیت گلبول‌های ســفید در دســته‌های مختلف آن متفاوت اســت. این فعالیت‌ها شــامل بیگانه خواری (بلع مواد خارجی توســط گلبول‌های ســفید) و نیز ترشــح آنتی کورها (آنتی بادی‌ها یا پادتنها) اســت. آنتی بادی‌ها موادی هســتند که برعلیه پروتئین‌های اجسام خارجی ساخته شده و سبب از بین رفتن آنها می‌شوند. این آنتی بادیهادر پلاسمای خون ترشح می‌شوند.

راه‌های ایجاد ایمنی مصنوعی در بدن انسان:

-واکسیناسیون در واقع یک نوع تحریک سیستم ایمنی بدن است که در آنها از ویژگی‌های ساختن پادتن استفاده می‌شود. بدین معنی که با وارد نمودن میکروب ضعیف شده و یا سم آنها سبب ترشح پادتن در بدن می‌شوند. این پادتن در بدن شخص می‌ماند و یا این که پس از ورود مجدد میکروب با سرعت و شدت ترشح شده و از ابتلای فرد به عفونت جلوگیری می‌نماید.

ابتلاء به برخی بیماری‌ها نیز از همین را سبب ایجاد ایمنی در بدن می‌شود و فرد را از ابتلاء مجدد به بیماری محافظت می‌نماید.

ایمنی یا مصونیت:

مقاومت و توانایی بدن در برابر عوامل بیماریزا:

عوامل بیماریزا شامل:

۱- طبیعی شامل اکتسابی و مادرزادی

۲- مصنوعی شامل فعال و غیر فعال

تمرین در خارج از کلاس

۱-ترکیب پلاسمای خون را توضیح دهید.

۲-انواع سلول‌های خونی و وظایف آنها را توضیح دهید.

۳-گروه‌های اصلی خون را نام ببرید.

٤-راه‌های ایمنی بدن در مقابل مواد خارجی را نام ببرید.

٥- ابتلا به برخی بیماری‌های عفونی و نیز واکسیناسیون سبب پیشگیری از ابتلاء به بیماری‌ها می‌شود. کدام ویژگی از سیستم ایمنی بدن موجب بروز این مصونیت می‌شود؟

فصل نهم

غده‌های درون ریز و تنظیم اعمال حیاتی

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

۱-ساختمان کلی غدد داخلی را شرح دهید.

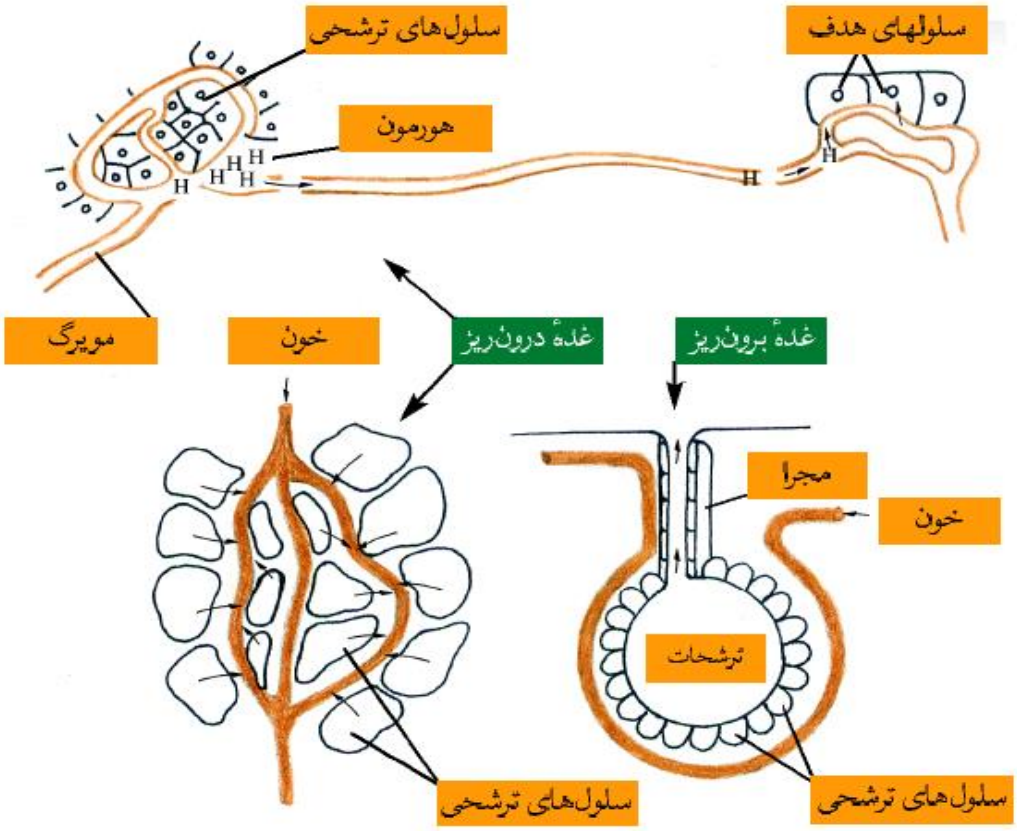
۲-غدد داخلی اصلی بدن را نام برده و جایگاه تشریحی آنها را در شکل نشان دهید.

۳-چند نوع اختلال ناشی از عملکرد غدد درون ریز را نام برده و علت آن را به اختصار توضیح دهید.

٤-ساختمان پستان و چگونگی تولید و ترشح شیر در آن را توضیح دهید.

در فصـول قبل با دسـتگاه‌های مختلف بدن انسـان آشنا شدید. مسئولیت تنظیم کار دستگاه‌های بدن بر عهده دو دستگاه ویژه به نام غده‌های داخلی و اعصـاب اسـت. با دسـتگاه اعصـاب در فصـول قبل آشنا شدید. در اینجا اشارهٔ مختصری به غدد داخلی می‌نمائیم. غدهٔ داخلی یا درون ریز به غده‌ای گفته می‌شود که مجرای مشخص برای ترشح کردن موادی که سلول‌های تشکیل دهندهٔ آن می‌سازند، ندارد. چنین غده‌ای، مواد حاصل – که هورمون نامیده می‌شوند- را به خون می‌ریزند. (بر خلاف غده‌هایی چون غدد مولد عرق یا بزاقی که ترشحات خود را از راه مجرایی معین به بیرون بدن یا داخل لولهٔ گوارش می‌ریزند). هورمون که در واقع یک پیام رسـان شـیمیایی اسـت توسـط خون به بافت‌های دیگر بدن رفته و در جایی از بدن بر یک نوع فعالیت تأثیر می‌گذارد. بافتی هم که تحت تأثیر هورمون قرار می‌گیرد، بافت هدف نامیده می‌شـود. (شـکل ۱-۹) هورمون‌ها نقش مهمی در ثابت نگه داشتن حالت پایدار در بدن دارند.

غده مهم درون ریز انسـان عبارتند از: هیپوفیز، تیروئید، پاراتیروئید، پانکراس، (بخش درون ریز- جزایر لانگرهانس)، فوق کلیوی (بخش‌های قشری و مرکزی)، تیموس، غدد جنسی با گنادها (بیضه‌ها و تخمدانها). غدد درون ریز بدن انسان در شکل (۲-۹) نمایش داده شده است.



تصویر ۱-۹:یک غده درون ریز مجموعه ای از سلولهای تخصص یافته ترشحی است و شبکه مویرگی خونی غنی دارد. سلولهای ترشحی این غدد در تماس نزدیک با جدار مویرگها هستند. ترشحات این سلولها یعنی هورمونها از جدار مویرگها می گذرند واز راه خون به تمام بدن می رسند.

تنظیم بیساری از فعالیت‌های حیاتی بدن و وقوع بسیاری از اعمال در آن تحت تأثیر هورمونها تنظیم رشد و ترشح شیر از غده‌های شیری است. همچنین از این بخش هورمونهایی ترشح می‌شود که وظیفهٔ تنظیم اعمال سایر غدد مانند تیروئید، بیضه‌ها و تخمدان‌ها را بر عهده دارند.

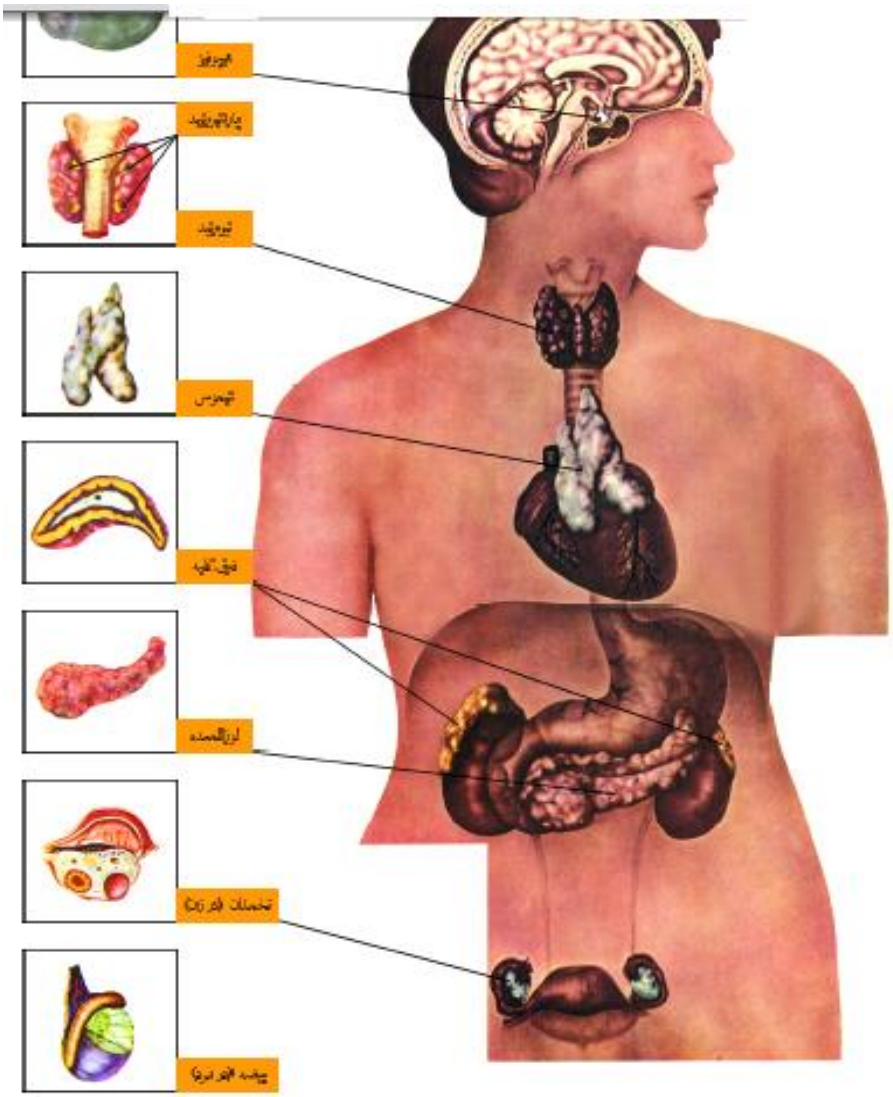
در ترکیب هورمون‌های اصلی تیروئید یُد وجود دارد و بیشترین مقدار یُدی را که همراه با آب و غذا به بدن وارد می‌شود در ساختمان آنها به کار می‌رود. در مناطقی که میزان یُد موجود در غذا یا آب کم باشد غده تیروئید برای بدست آوردن مقادیر بیشتری از یُد بزرگتر شده و سبب بروز گواتر می‌شود.

عمل اصلی تیروئید تنظیم سوخت و ساز عمومی بدن و رشد و نمو آن در دوران جنینی و کودکی است. هورمون‌های مترشحه از غدهٔ تیروئید بر رشد و نمو اعصاب اثر می‌گذارند و کمبود آن در دوران جنینی و کودکی سبب بروز بیماری کرتینیسم می‌شود که در آن رشد مغز مختل شده و علاوه بر آن اختلال در رشد و نمو عمومی بدن ایجاد می‌شود.

پرکاری تیروئید با افزایش حجم این غده (گواتر) و ازدیاد مقدار هورمون‌های آن همراه است در چنین حالتی با بالا رفتن سوخت و ساز پایه و گرمازایی بیشتر، مصرف اکسیژن زیاد می‌شود، وزن بدن کاهش می‌یابد، ضعف، لرزش عضلانی، خستگی شدید، بی خوابی و افزایش تعریق رخ می‌دهد. کم کاری تیروئید نیز سبب بروز علائم و عوارض می‌گردد. چنانچه این کم کاری در دوره‌های جنینی و کودکی رخ دهد باعث بیماری کرتینیسم می‌شود که در آن رشد مغز مختل می‌شود و علاوه بر اختلال در رشد و نمو عمومی بدن مغز نیز کوچک باقی می‌ماند. کم کاری تیروئید در بزرگسالان باعث خستگی و خواب آلودگی و کاهش ضربان قلب و کند شدن حرکات می‌شود.

بخش درون ریز غدهٔ پانکراس دارای سلولهایی است که ترشحات هورمون‌های مختلفی دارد از جملهٔ این هورمون‌ها انسولین است که وظیفهٔ تنظیم میزان قند خون را به عهده دارد. قند خون انسان در تمام طول عمر غلظتی ثابت داشته و مقدار آن حدود یک گرم در لیتر (۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر) است. این غلظت اهمیت زیادی دارد زیرا گلوکز (قند خون) مهم ترین منبع تولید انرژی برای سلول‌های بدن خصوصاً مغز است. چنانچه غلظت گلوکز خون کاهش یابد اختلالاتی در کار مغز و در نتیجه در تمام بدن ایجاد می‌شود.

نقش غدد مختلف در تنظیم اعمال حیاتی بدن بسیار مفصل است و در اینجا از بیان آنها خودداری می‌شود. شما تا کنون با مفهوم غدد درون ریز و ساختمان آنها و با دو نمونه از اعمال غدد درون ریز (تیروئید و پانکراس) آشنا شدید. در فصل بعد نیز با ساختمان و اعمال غدد جنسی (بیضه‌ها و تخمدانها) آشنا خواهید شد. در ادامهٔ بحث با ساختمان پستان و چگونگی تولید و ترشح شیر آشنا خواهید شد. در واقع پستان یک عضو هدف است که تحت تأثیر ترشحات هورمونی پس از زایمان، شیر ترشح می‌کند. غدد شیری موجود در پستان به واقع یک نمونه از غدد برون ریز محسوب می‌شوند.

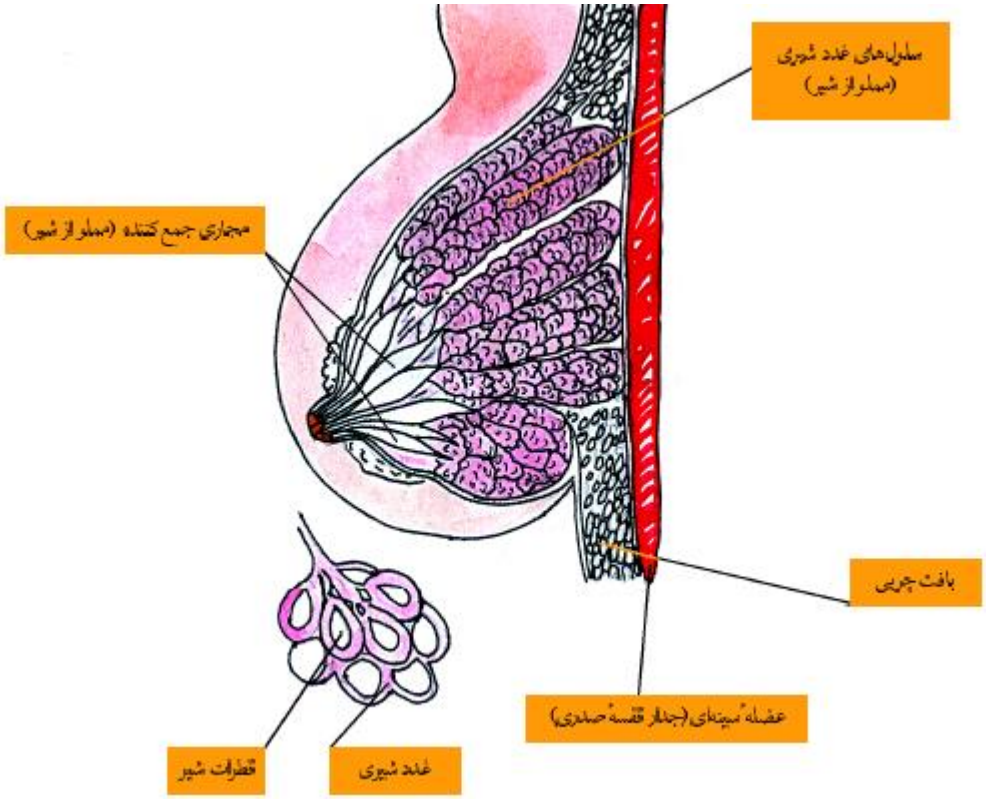


تصویر ۲-۹:غدد درون ریز بدن انسان

➢ ساختمان پستان و چگونگی تولید و ترشح شیر:

هر پستان به ۱۵ تا ۲۰ بخش تقسیم شده و هر بخش دارای قسمت‌های کوچکتری شامل غدد پستانی تولید کنندهٔ شیر و مجاری است. شیر از غدد پستان به وسیلهٔ مجاری وچکتر حمل شده و هر مجرا به بخش وسیعتری می‌رسد که به عنوان مخزن موقتی شیر است. این مخزن در زیر هالهٔ قهوه‌ای رنگ پستان قرار دارد و به وسیلهٔ مجاری باریکتری از نوک پستان به بیرون راه می‌یابد. در دوران بارداری پستان‌ها بزرگتر می‌شوند و اندازه نوک سینه هم بزرگتر شده و هاله قهوه‌ای پررنگ‌تر می‌شود. (شکل شماره ۳-۹)

هورمونی که باعث ترشح شیر می‌شود پرولاکتین نام دارد. این هورمون از غدهٔ هیپوفیز که در مغز قرار دارد ترشح می‌شود. پرولاکاتین پس از پایان بارداری از هیپوفیز ترشـح و با تأثیر بر غدد شیری پستان سبب تولید شیر می‌گردد. تغذیه شیرخوار از پسـتان مادر سبب افزایش مقدار پرولاکتین خون مادر می‌گردد زیرا در اثر مکیدن پستان مادر، اعصاب اطراف نوک پستان و هاله تحریک به مغز انتقال پیدا کرده و باعث ترشح هر چه بیشتر پرولاکتین و تولید شیر در غدد شیری پستان می‌شود.



تصویر ۳-۹:ساختمان پستان

تمرین در خارج از کلاس

۱- تنظیم اعمال حیاتی بدن انسان چگونه صورت می‌گیرد ؟

۲-غدد درون ریز اصلی بدن انسان را نام ببرید ؟

۳-کم کاری و پر کاری تیروئید سبب بروز چه عوارضی در بالغین می‌شود؟

٤- یک موجود در خاک بسیاری از مناطق کشور ما کم است. به نظر شما چرا در کشورهایی نظیر ایران توصیه و تبلیغ جهت استفاده از نمک یُد دار می‌شود؟ کمبود یُدی که از راه رژیم غذائی به بدن می‌رسد چه تأثیراتی بر سلامت جامعه خواهد داشت؟

۵-یماری کرتینیسم و علت به وجود آمدن آن را توضیح دهید.

٦- چگونگی تولید و ترشح شیر در پستان را توضیح دهید.

۷- چرا تغذیه هر چه بیشتر نوزاد و با شیرخوار از پستان مادر سبب تولید شیر بیشتر در آن می‌گردد ؟

فصل دهم

دستگاه تولید مثل

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

۱- ساختمان دستگاه تولید مثل را در جنس مذکر شرح دهید.

۲- ساختمان و اعمال دستگاه تولید مثل در جنس مؤنث را شرح دهید.

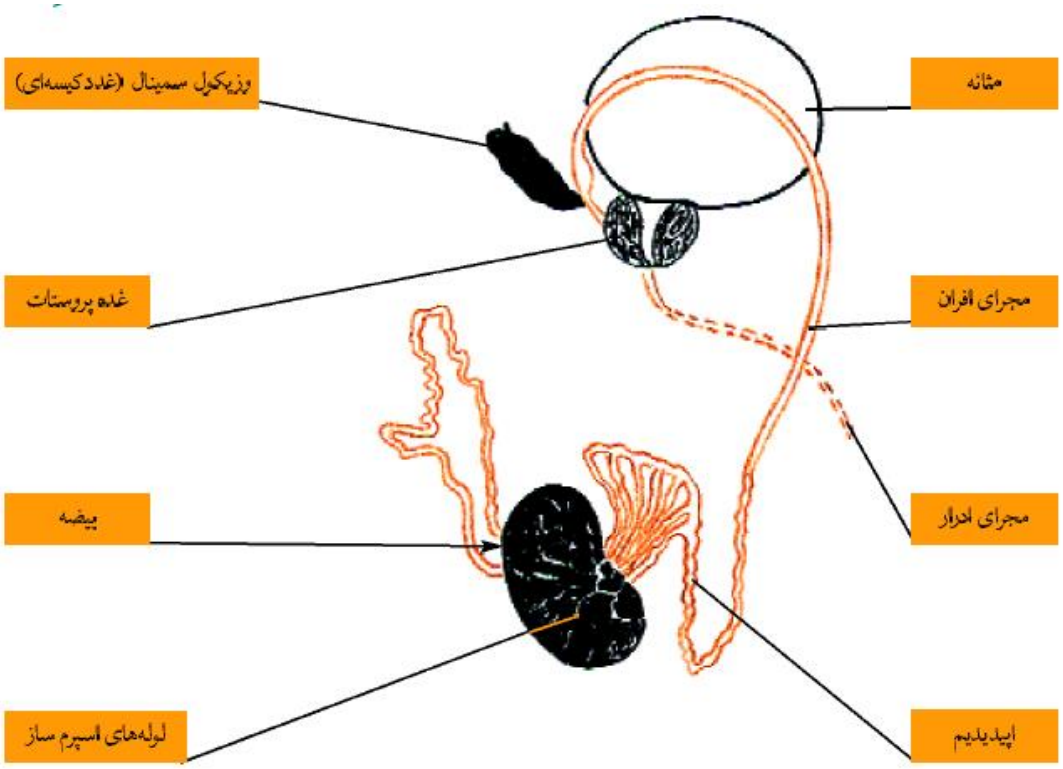
۳-تغییرات رحم، تخمدان و هورمون‌ها را در طول یک دورهٔ جنسی (یک دورهٔ قاعدگی) توضیح دهید.

٤- رخدادهای جسمی، اجتماعی و روانی دوران بلوغ را شرح دهید.

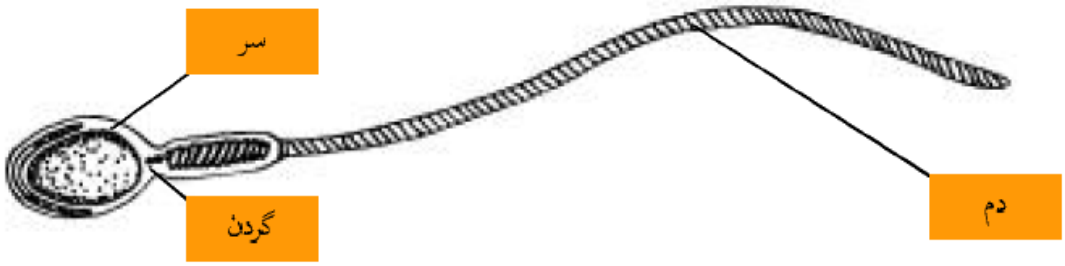
٥-توصیه‌های بهداشتی که در زمان بلوغ خصوصاً در دختران لازم الاجرا هستند را ذکر کنید.

انسـان همانند سایر گونه‌های پستانداران از طریق جنسی تولید مثل می‌کنند. انسان مذکر در بیضه‌های خود تولید سلول جنسی نر (گامت نر یا اسپرماتوزوئید) می‌کند. این سلول جنسی را «اسپرم» نیز می‌گویند.

اسـپرم‌ها در هسـته خود، نیمی از کروموزوم‌هایی را که برای تولید یک انسـان کامل لازم است دارند. جنس مؤنث نیز در تخمدان‌های خود تولید سلول جنسی ماده (گامت ماده یا تخمک) می‌کند. این سلول جنسی را «اوول» نیز می‌گویند. اوول در هسته خود نیمهٔ دیگر از تعداد کروموزوم‌ها را دارد.



تصویر ۱-۱۰ :نمایش قسمتی از غدد و دستگاه تناسلی نر –ساختمان بیضه



تصویر ۲-۱۰:اسپرماتوزوئید (سلول جنسی نر) انسان

دستگاه تناسلی مرد:

ساختمان و اجزای دستگاه تناسلی مرد در شکل ۱-۱۰ نشان داده شده است. این دستگاه از چند غده و اندام تشکیل شده است. غدد عمدهٔ دستگاه تناسلی مرد عبارتند از بیضه‌ها، پروستات و وزیکول سمینال که فعالیت آنها در جهت تولید اسپرم‌ها و ایجاد محیط مناسب مایع برای زیست آنها است. از جمله سایر اندام‌های تناسلی مرد مجاری اپیدیدیم و دفران است که وظیفه شان نگهداری اسپرم‌ها و تولید یک مجرای عبور برای آنهاست. به طور کلی وظایف دستگاه تناسلی مرد را می‌توان به دو دسته تقسیم نمود:

۱- تولید و پرورش اسپرم و تأمین یک محیط سیال و مغذی که این سلول بتواند در آن تحریک داشته و برای مدت زمان کوتاهی که با تخمک متحد نشده است در آن تغذیه و زندگی نماید.

۲- ایجاد صفات جنسی مردانه به وسیلهٔ ترشح هورمون‌های جنسی مردانه: بیضه‌ها مهم ترین قسمت دستگاه تناسلی نر هستند که درون کیسهٔ بیضه قرار گرفته‌اند. عمل تولید اسپرم در شرایط گرمایی پایین‌تر از دمای بدن امکان پذیر است لذا بیضه‌ها در انسان در درون کیسه‌ای در خارج از شکم قرار گرفته‌اند.

چنانچه نزول یک یا هر دو بیضه از داخل شکم به کیسهٔ بیضه صورت نگرفته باشد، هنگام لمس کیسهٔ بیضه یک یا هر دو بیضه را نمی‌توان لمس نمود. این موضوع علاوه بر این که می‌تواند بر روی تولید اسپرم و فعالیت بیضه اثر بگذارد، در صورت طولانی شدن می‌تواند سبب بروز سرطان‌های بیضه شود. در چنین مواقعی بیمار را می‌بایست به پزشک ارجاع داد.

کار بیضه‌ها ترشح هومون جنسی نر و ساختن اسپرم است. بافت بیضه‌ها شامل لوله‌های اسپرم ساز و سلول‌های بینابینی است. لوله‌های اسپرم ساز تولید اسپرم نموده و سلول‌های بینابینی تولید هورمون جنسی نر به نام تستوسترون می‌نمایند. تستوسترون سبب بروز صفات ثانویه جنسی در مردها می‌شود. این صفات عبارتند از: رشد دستگاه تناسلی خارجی، روئیدن مو در صورت و زیر بغل و ناحیه خارجی دستگاه تناسلی و کلفت شدن صدا.

تولید اسپرم در پسرها در سال‌های بلوغ جنسی از ۱۳ تا ۱۵ سالگی شروع می‌شود و تا آخر عمر ادامه دارد ولی شدّت اسپرم سازی در سنین پیری کاهش چشم گیری می‌یابد. علاوه بر این اسپرم سازی به طور مداوم انجام می‌شود به طوری که هر بیضه در هر روز میلیونها اسپرم تولید می‌کند.

اسپرم‌های مزبور به تدریج از طریق مجاری به قسمت یک لولهٔ پر پیچ و خم و طویل به نام اپیدیدیم که به صورت یک کلاف حجیم در روی هر بیضه قرار دارد هدایت شده و در آنجا انبار می‌شوند. اسپرمی که در مجاری اپیدیدیم انبار گردیده به بلوغ کامل رسیده و قادر به تحریک بوده و قدرت بارور نمودن تخمک را دارد. سلول اسپرم انسان شکلی شبیه نوزاد قورباغه دارد (شکل ۲-۱۰) و با کمک دم خود قادر است سه میلی متر در دقیقه حرکت کند.

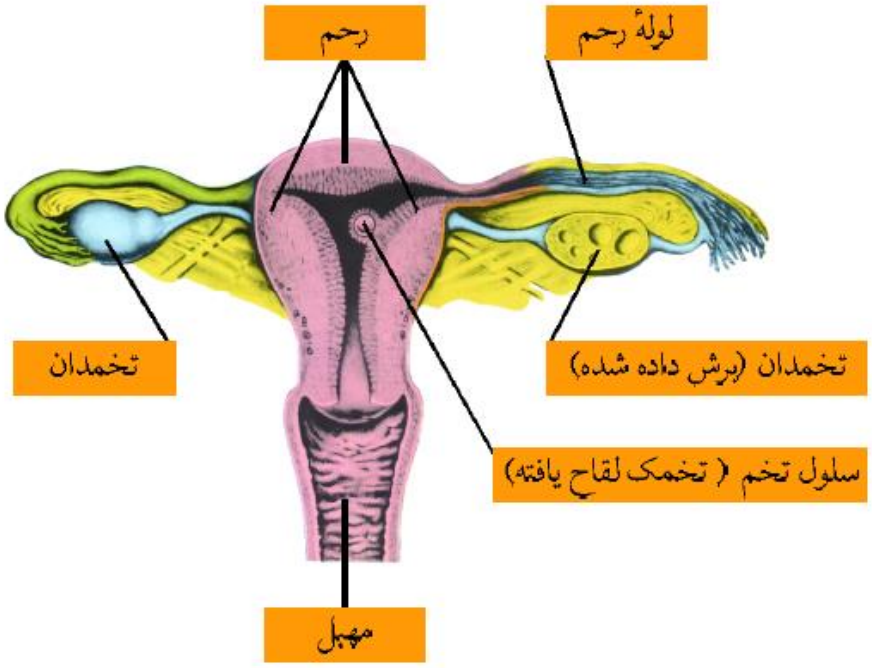
ترشحات دو غده برون ریز پروستات و غدد کیسه‌ای یک محیط سیال و مغذی را برای اسپرم فراهم می‌کنند. این ترشحات مایع منی را به وجود می‌آورند که در هر سانتی متر مکعب آن قریب ۱۰۰ میلیون اسپرم وجود دارد. عمر اسپرم‌ها در خارج از دستگاه تناسلی نر کوتاه است، امّا در درون رحم تا دو شبانه روز نیز می‌توانند باقی بمانند.

همانند سایر غدد درون ریز بدن فعالیت‌های بیضه توسط غدد هیپوفیز کنترل می‌شود. اگر بیضهٔ جانوری را برداریم پس از مدّت کوتاهی غدد و اندام‌های دستگاه تناسلی آن تحلیل رفته و کوچک می‌شوند و از کار می‌افتند.

دستگاه تناسلی زن

قسمت‌های مختلف دستگاه تناسلی زن در شکل ۳-۱۰ نمایش داده شده است. اعضاء اصلی این دستگاه عبارتند از: یک جفت تخمدان، رحم، دو لولهٔ رحم (لوله‌های تخمدان یا لوله‌های فالوپ یا لوله‌های تخم بر) و واژن (مهبل).

برخلاف جنس مذکر که فعالیت‌های تولید مثل، به ویژه اسپرم سازی آن به طور دائم صورت می‌گیرد، فعالیت تخمدان‌ها متناوب و دوره‌ای است. این دوره را دورهٔ جنسی یا دورهٔ قاعدگی گویند که با خونریزی عادت ماهیانه شروع می‌شود و تا شروع دورهٔ خونریزی بعدی به طور متوسط ۲۸ روز طول می‌کشد. در هنگام بلوغ عادت ماهیانه شروع می‌شود. این دوره ابتدا نامنظم است ولی کم کم منظم می‌شود. معمولاً در زن‌های سالم در سنین بین ۴۵ تا ۵۰ سالگی دورهٔ قاعدگی متوقف می‌شود که این پدیده را یائسگی می‌نامند. علت یائسگی از کار افتادن تخمدانهاست که در اثر پیری زودرس این غده نسبت به سایر نقاط بدن پیش می‌آید. پس دورهٔ باروری و تولید مثل در زن حدود ۳۰ تا ۳۵ سال طول می‌کشد. معمولاً در هر دورهٔ قاعدگی یک سلول جنسی ماده (اوول) از یکی از دو تخمدان آزاد می‌گردد. تغذیهٔ بد، کار زیاد و پر مشقت فشار زندگی و رنج روحی به طور چشم گیری از طول دورهٔ باروری زنان می‌کاهد. این چنین زنانی دیرتر بالغ و زودتر یائسه می‌شوند.



تصویر ۳-۱۰:ساختمان دستگاه تناسلی زن، رحم وتخمدانها

برای فهم بهتر اتفـاقاتی که در هر دورهٔ قاعدگی رخ می‌دهد می‌توان اتفاقات این دوره ۲۸ روزه را در رحم و تخمدان‌ها به طور جداگانه مورد دقت قرار داد. در هر دورهٔ قاعدگی در پنج روز اوّل جدار رحم (آندومتر) در حال ریزش است. این ریزش را اصـطلاحاً خونروش یا خونریزی دورهٔ قاعدگی می‌گویند. بعد از آن خونریزی متوقف شده آندومتر شروع به رشد و نمو می‌کند که تا روز چهاردهم ادامه دارد. در این زمان آندومتر آمادهٔ پذیرش سـلول تخمک لقاح یافته با اسـپرم که آن را سـلول تخم می‌گویند، اسـت. آندومتر به دیواره رحمی تحت تأثیر هورمون‌های مترشـحه از تخمدان صـورت می‌گیرد. این هورمون‌ها اسـتروژن و پروژسترون هستند. کاهش قابل توجه این دو هورمون در اواخر یک دورهٔ قاعدگی سبب تخریب و ریزش آندومتر می‌شود.

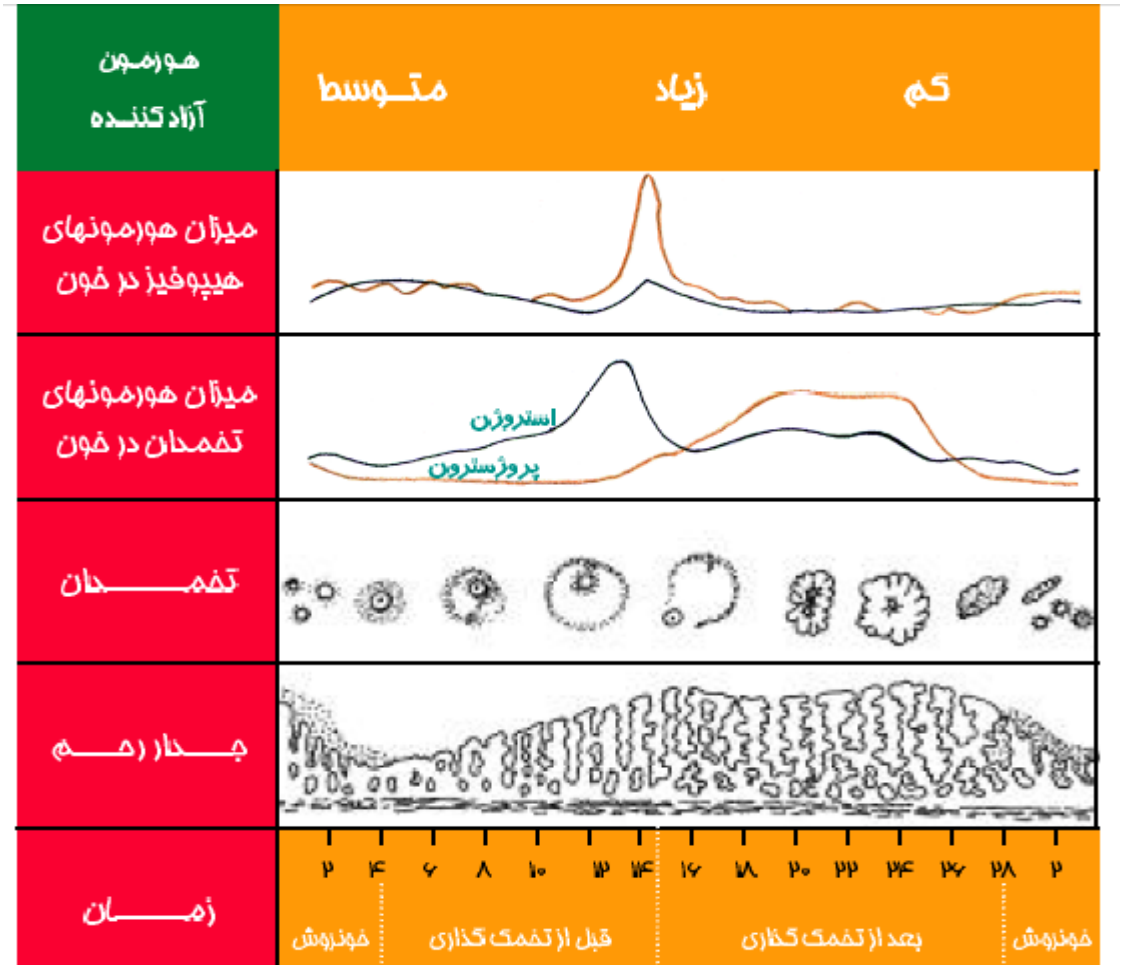
تخمدان حاوی تعداد زیادی سـلول‌های اولیه اسـت که هر کدام از آنها در پایان یک دوره تبدیل به یک تخمک می‌شـود. اطراف این سـلول را یک یا چند لایه سـلولی احاطه نموده است و این مجموعه یک فولیکول را تشکیل می‌دهد. در ابتدای هر دوره یکی از فولیکول‌های موجود در تخمدان شروع به رشد می‌کند. ضمن رشد این فولیکول هورمون استروژن ترشح می‌کند. در وسط دوره (تقریباً حوالی روز چهاردهم) فولیکول پاره شده و تخمک آزاد می‌شود و فولیکول تبدیل به جسم زرد می‌شود و هورمون پروژسـترون ترشـح می‌کند و تا پایان روز بیسـت و هشـتم قاعدگی تبدیل به جسـم سـفید که فاقد هر گونه ترشـح هورمون است می‌شود.

هورمون استروژن رشد و نمو آندومتر و پروژسترون مغذی شدن و پایداری آن را تنظیم می‌کند. فعالیت‌های تخمدان را در طول هر دورهٔ فعالیت، هورمون‌های هیپوفیز مغزی کنترل می‌نماید. خود هیپوفیز نیز تحت تأثیر مراکز بالاتر مغزی قرار دارد. این چنین مکانیسـم‌های مغزی راکه به طور دوره‌ای سـبب وقوع رخدادهایی در بدن می‌شـوند اصـطلاحاً ساعت‌های بیولوژیک می‌خوانند. زیرا همانطور که یک سـاعت را می‌توان طوری کوک کرد که در زمان معینی زنگ زده و فردی را از خواب بیدار کند، ساعت‌های بیولوژیک نیز طوری تنظیم شده‌اند که کار معینی را در زمان معینی انجام دهند. مثلاً در مورد تنظیم دورهٔ قاعدگی انسـان مرتباً هر ۲۸ روز یکبار ابتدا موجب رشد یک فولیکول و ترشح استروژن شده و سپس با تغییر در ترشـحات هورمون‌های هیپوفیزی سـبب پاره شـدن فولیکول (روز۱۴) و تخمک گذاری شده و سبب تولید جسم زرد و ترشح پروژسترون شوند.

تغییرات مربوط به دورهٔ قاعدگی در انسـان در شکل ۴-۱۰ نمایش داده شده است. تخمک رسیده انسان پس از پاره شدن فولیکول از تخمدان آزاد شـده و جذب لوله‌های رحمی می‌گردد. تخمک رسـیده درشت بوده قطر تقریبی یک دهم میلی متر دارد. به طوری که با چشم غیر مسلح (بدون میکروسکوپ) نیز می‌توان آن را مشاهده کرد. تخمک خود قادر به تحرک نیست و حرکات جدار لوله رحم و مژک‌های سـلول‌های این جدار سـبب جابجا شدن آن می‌شوند. در چند ساعتی که سلول تخمک در ابتدای لولهٔ رحم اسـت بهترین شـرایط را برای لقاح با اسپرم دارد. از اینرو اگر در این مدّت اسپرم در حوالی تخمک وجود داشـته باشد لقاح صورت می‌گیرد وگر نه موقعی که تخمک به انتهای لوله و نزدیک رحم می‌رسد دیگر ویژگی لقاح پذیری را دارا نخواهد بود. هنگامی که یک سلول اسپرم خود را به تخمک رساند، غشاء دو سلول با هم ممزوج شده و تدریجاً سر اسپرم

وارد تخمک می‌گردد. در این موقع جدار مخصوص به نام جدار لقاح مانع نفوذ سایر اسپرم‌ها به درون تخمک می‌شود. پس از ورود سر اسپرم به تخمک هستهٔ دو سلول با یکدیگر ترکیب شده و هستهٔ سلول تخم به وجود می‌آید در این موقع سلول تخم در فضای آندومتری که از روز چهاردهم به بعد آمادگی برای پذیرش سلول تخم را دارد لانه گزینی نموده و به رشد و نمود خود ادامه می‌دهد. سایر وقایع مربوط به رشد و نمو تخم و تشکیل جنین در فصول مربوطه خواهد آمد.

دوره‌های قاعدگی در دختران در سن ۱۳-۹ سالگی آغاز می‌شود. ولی این زمان ممکن است بسته به شرائط محیط از جمله آب و هوا، تغذیه و وضعیت اجتماعی افراد متفاوت باشد. علاوه بر این وراثت نیز از عوامل تأثیرگذار بر زمان شروع قاعدگی و علائم بلوغ است. علائم بلوغ در دختران تحت تأثیر هورمون‌های جنسی زنانه بوده و شامل رشد پستان‌ها، روییدن مو در ناحیهٔ خارجی دستگاه تناسلی و زیر بغل، تغییرات شکل استخوان لگن و شروع دوره‌های قاعدگی است. این علائم صفات ثانویه جنسی در زنان است.

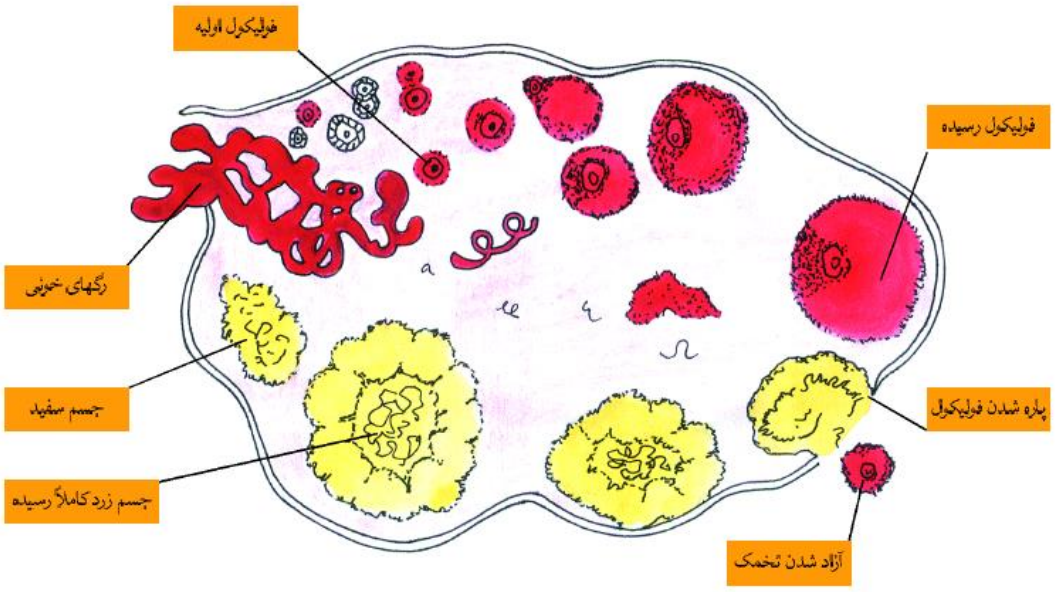


تصویر ٤-١٠

نمایش تغییرات مربوط به دوره جنسی در انسان. از پائین به بالا:

١- تغییرات جدار رحم ٢- رشد فولیکول وتشکیل جسم زرد ٣- تغییرات هورمونهای تخمدان ٤- تغییرات هورمونهای هیپوفیز

نوجوانان به ویژه دخترانی که دوران بلوغ را سپری می‌کنند از اقشار آسیب پذیری هستند که بایستی مورد حمایت و تحت مراقبت و مشـاوره باشـند. شروع بلوغ در دختران ممکن است گاه همراه با مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی توأم گردد. در این دوران به علّت شروع پدیدهٔ طبیعی قاعدگی علاوه بر این فرد به دلیل نوسانات هورمون دچار تغییر در خلق و خو می‌شود، ممکن اسـت در معرض خطر عوارضـی نظیر کم خونی فقر آهن قرار گیرد. سـوء تغذیه نیز ممکن است یکی از عوامل تشدید کنندهٔ ناراحتی‌های هنگام بلوغ باشـد. دخترانی که به سـن بلوغ می‌رسـند گاه به دلیل آداب و سـنت‌های حاکم بر جامعه نگرانی‌های دیگر را نیز تحمل می‌کنند که این نگرانی‌ها از یک نمود جسـمی نظیر جسـمی نظیر چاقی، لاغری یا اختلال یک عضـو تا نگرانی از آینده مثل امکان همسـردار شـدن یا بارور شـدن چهره‌های متفاوتی را بخود می‌گیرد. دختران در برخی از جوامع اولین قربانیان سنت‌های غلط حاکم بر اجتماع خود هستند. آنها اغلب در مقایسه با پسران مورد تبعیض قرار می‌گیرد. گاه به ازدواج زودرس مجبور می‌شـوند و گاهی مورد سـوء اسـتفاده‌های جنسـی قرار می‌گیرند. بعضـی مواقع مورد خشونت و تنبیه بدنی واقع می‌شوند. گاه از تحصیل منع می‌شوند و در پاره‌ای از موارد نیز به علّت عدم حق انتخاب همسر به ازدواجهایی که مورد دلخواهشـان نیسـت تن در داده و یا هرگز در عمرشـان ازدواج را تجربه نمی‌کنند و خلاصه در حالی که هنوز قدرت تجزیه و تحلیل مشـکلات را پیدا نکرده‌اند و هنوز با سـرد و گرم روزگار آشـنا نشـده‌اند، در معرض انواع نگرانی‌های فردی، اجتماعی و مشـکلات جسـمی خاص دوران بلوغ قرار می‌گیرند که اگر مورد حمایت واقع نشـوند ضربه‌های جبران ناپذیری به آنان و نسل آینده وارد خواهد آمد.



تصویر ۵-۱۰: نموداری از برش تخمدان که درآن چگونگی رشد وتغییر شکل تخمک وآزاد شدن آن از فولیکول نمایش داده شده است.

بهداشت قاعدگی:

در بخش بهداشت فردی به بحث در مورد بهداشت دستگاه‌های مختلف بدن پرداخته ایم، اما به جهت حساسیت بهداشت دوران بلوغ در دختران و ضرورت توضیح آن همراه با ذکر اعمال و ویژگی‌های دستگاه تناسلی جنس مؤنث بحث بهداشت قاعدگی را در همین جا مطرح نموده ایم.

اولین موضوعی که در ارتباط با بهداشت دوران بلوغ دختران مطرح می‌شود پدیده قاعدگی است. قاعدگی دختران نیاز روزانه بدن آن را به آهن دو برابر می‌کند و اگر این نیاز برطرف نشود دختران دچار کم خونی و عوارضی نظیر ضعف، سستی، رخوت، خماری، خستگی، افسردگی، تغییرات خلق و خو، بی حوصلگی، طپش قلب و در بعضی از مواقع تنگی نفس فعالیتی و التهاب زبان و دهان می‌گردند که هر یک از این علایم کافی است تا آنها متهم به تنبلی و گوشه گیری شوند. لذا تغذیهٔ صحیح و مصرف غذاهای حاوی آهن و پروتئین در این دوران توصیه می‌شود.

دورهٔ قاعدگی یکی از علائم بلوغ در دختران است که به طور منظم تکرار می‌شود. مدت هر دورهٔ قاعدگی از ۲۱ تا ۳۵ روز متفاوت است ولی به طور متوسط مدت هر دوره ۲۸ روز است. هر دوره قاعدگی با خونریزی شروع می‌شود. مدت خونریزی نیز ممکن است از ۲ تا ۸ روز طول بکشد. ولی به طور متوسط زمان آن ۵ روز است که در این مدت مقداری خون از رحم دفع می‌شود. دوره‌های قاعدگی بعد از بلوغ در دخترها در سن ۱۳-۹ سالگی آغاز می‌شود. ابتدا این دوره‌ها نامنظم هستند و کم کم منظم می‌شوند به طوری که در هر زن مدت یک دورهٔ قاعدگی، و مقدار و زمان خونریزی ثابت می‌گردد. چنانچه این دوره‌ها منظم نباشند باید برای مشخص شدن علت آن به پزشک مراجعه شود.

هر دوره قاعدگی ممکن است با ناراحتیهایی نظیر احساس سنگینی در ناحیه لگن، احساس درد و ناراحتی در پستان‌ها، کمر و دردهای شکمی همراه باشد.

این ناراحتی‌ها معمولاً ۱ تا ۲ روز قبل از آغاز خونریزی شروع می‌شود و تا ۴ الی ۵ روز ادامه دارند. در صورتی که این مشکلات خیلی شدید باشند می‌توان از مسکن‌های معمولی استفاده کرد.

به هم خورد نظم قاعدگی

منظور از به هم خوردن نظم قاعدگی کم و زیاد شدن مدت هر دوره قاعدگی یا کم و زیاد شدن مدت خونریزی و یا مقدار آن و همچنین خونریزی در بین دوره‌های قاعدگی است.

شایع ترین علت مراجعه زنان در این زمینه عدم شروع به موقع خونریزی و یا به عبارت دیگر عقب انداختن دوره قاعدگی است. به خاطر داشته باشید که مسائل روانی و محیطی زیادی می‌تواند بر این موضوع تأثیر گذارد. به عنوان مثال: ناراحتی‌های عصبی و فکری، به هم خوردن نظم خواب و بیداری، تغییر آب و هوا، تغییر در وضعیت تغذیه و غیره ممکن است سبب تأخیر در قاعدگی شوند، در چنین مواردی قاعدگی ممکن است تا ۲ هفته یا بیشتر به عقب بیفتد. امّا باید همواره در نظر داشت که

تأخیر در قاعدگی ممکن است به دلیل حامله شدن زن نیز باشد. در این موارد لازم است زن را برای بررسی بیشتر به مراکز بهداشتی درمانی ارجاع نمود.

باید دانست شایعترین علت تأخیر در قاعدگی بارداری است.

آموزش‌های لازم در مراحل بلوغ آموزش‌های لازم به دخترانی که در سنین بلوغ هستند بسیار اهمیت دارد. این آموزش‌ها می‌تواند به صورت عمومی مانند آموزش در مدارس و کلاس‌های درس یا به صورت خصوصی هنگامی که دختران به شما مراجعه می‌کنند داده شود. در ضمن بایستی به والدین، معلمین و نزدیکان درخصوص روند طبیعی و مشکلات دوران بلوغ، تغییرات جسمی و روانی دوران بلوغ، بهداشت قاعدگی، بهداشت فردی، مسائل مذهبی و اخلاقی و تغذیه صحیح در دوران بلوغ آموزش و تذکرات لازم را داد.

آموزش‌های لازم در دوران قاعدگی

مفید بوده و مشکلات و ناراحتی‌های این دوران را کاهش می‌دهد. باید توصیه کرد که در موقع حمام کردن در دوران قاعدگی از رفتن به داخل رودخانه و حوض و یا وان حمام و نشستن بر روی کف حمام خودداری شود زیرا در دوران خونریزی قاعدگی دهانه رحم باز بوده و امکان انتقال عفونت به قسمت‌های فوقانی دستگاه تناسلی را به وجود می‌آورد. استفاده از پارچه و یا نوار بهداشتی تمیز و تعویض زود به زود آنها، خودداری از مقاربت در دوران خونریزی، تعویض روزانه لباس زیر و استفاده از پارچه نخی، شستشوی ناحیه تناسلی پس از هر بار اجابت مزاج و دفع ادرار توصیه می‌شود.

یائسگی

هر وقت تولید هورمون از تخمدان‌ها متوقف گردید قاعدگی قطع و یائسگی ایجاد می‌شود. سن یائسگی معمولاً بین ۴۵ تا ۵۰ سالگی است. هنگام ورود به دوران یائسگی ابتدا دوره‌های قاعدیگ نامنظم می‌شوند و بعد از مدتی قاعدگی برای همیشه قطع می‌گردد. در اوایل دوران یائسگی ممکن است خانم‌ها دچار حالت‌های برافروختگی و گرگرفتگی، عرق زیاد، طپش قلب و تغییرات فشار خون شوند. در مواردی که علائم فوق خیلی شدید باشند زن را برای درمان به پزشک ارجاع دهید.

زن یائسه ممکن است دچار افسردگی شود. در صورتی که افسردگی خفیف بود او را آرامش خاطر داده و به وی وقوع این پدیدهٔ طبیعی را توضیح دهید. و به اطرافیان تذکر دهید که مراعات او را بنمایند. اما چنانچه افسردگی شدید باشد. یا با اقدامات ذکر شده بر طرف نگردد بایستی بیمار را به پزشک ارجاع دهید.

تمرین در خارج از کلاس

۱- اعضای اصلی ساختمان دستگاه تناسلی در مرد را نام برده و وظیفه هر کدام را ذکر نمائید.
۲- اعضای اصلی ساختمان دستگاه تناسلی در زن را نام برده و وظیفه هر کدام را ذکر نمائید.
۳- صفات ثانویه جنسی در مرد و زن را از نام ببرید. این صفات تحت تاثیر کدامیک از هورمون‌ها به وجود می‌آیند؟
٤- تفاوت دستگاه تناسلی زن ومرد را از نظر تولید سلول‌های جنسی در طول عمر آنها را توضیح دهید.
٥- دوره قاعدگی در زنان چیست؟ تغییرات رحم و تخمدان‌ها در این دوره را شرح دهید.
٦- پدیده یائسگی در زنان چیست و به چه علتی به وقوع می‌پیوندد؟ علائمی که ممکن است همراه این پدیده به وقوع بپیوندد را نام ببرید.
۷- چه توصیه‌های بهداشتی را زنان در هنگام خونریزی دوران قاعدگی می‌بایست رعایت نمایند؟

تمرین در کلاس درس

با مشورت با سایر دانش آموزان و مربی خود بگوئید (کروموزوم) چیست و چه نقشی در انتقال صفات بر عهده دارد؟

به نظر شما چرا هر کدام از سلول‌های جنسی نر و ماده باید نیمی از کروموزوم‌ها را دارا باشند؟

فصل یازدهم

حواس پنجگانه

اهداف

پس ازمطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

۱.-حواس پنجگانه بدن انسان و دستگاه مربوطه آنها را نام ببرید

۲.-اجزای ساختمان هر کدام از حواس پنجگانه را تشریح نموده و وظیفه هر کدام را ذکر نمائید

حس شنوائی:

گوش عضو شنوائی است که از سه قسمت زیر تشکیل یافته است:

- گوش خارجی
- گوش میانی
- گوش داخلی

گوش خارجی:

شامل لاله گوش و مجرای گوش خارجی است.

۱- لاله گوش – به جمع کردن امواج صوتی (صداها) کمک می‌کند.

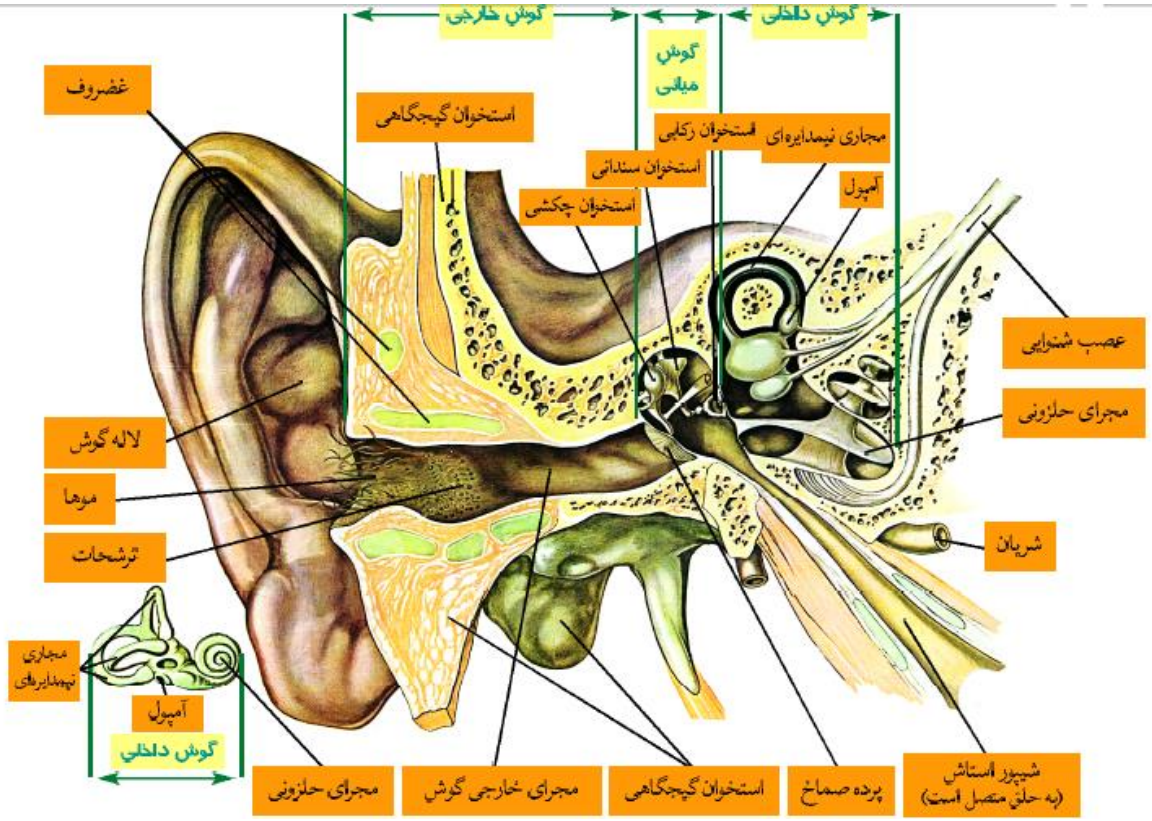
۲- مجرای گوش خارجی – صداها را به داخل گوش هدایت می‌کند. درداخل مجرا موهای ریزی وجود دارد که از ورود گرد وغبار به داخل گوش جلوگیری می‌کند. مجرای گوش دارای ترشح زرد رنگی (واکس گوش) است که گاهی در گوش جمع شده و موجب کاهش شنوائی فرد می‌شود.

گوش میانی:

گوش میانی حفره کوچکی است پر از هوا که به وسیله پرده نازکی از گوش خارجی جدا شده است. این پرده شبیه پوست طبل است و آن را پرده صماخ (تمپان) می‌نامند. این پرده در اثر تکان و ارتعاش صدا که از لاله گوش به مجرای شنوائی و پرده صماخ می‌رسد می‌لرزد. لرزش‌های این پرده، استخوان‌های کوچک گوش میانی را می‌لرزاند. لرزش این استخوان‌ها موجب ارتعاش مایع بخش حلزونی گوش داخلی می‌شود. گوش میانی به داخل حلق راه دارد. عفونت‌های حلق و بینی ممکن است به گوش میانی راه یابد. به همین جهت در بهداشت گوش باید دقت شود و در عفونت‌های مجاری تنفسی فوقانی به فکر عفونت‌های گوش میانی نیز بود.

گوش داخلی:

گوش داخلی در بالا از سه مجرای نیمدایره ودر پائین از یک بخش حلزونی تشکیل شده است. درون این بخش مایعی وجود دارد که در اثر لرزش استخوان‌های گوش میانی به ارتعاش در می‌آید. در اثر این عمل عصب شنوائی تحریک شده و با ارسال پیام عصبی به مغز صداها شنیده می‌شود.



تصویر ۱-۱۱:ساختمان گوش: گوش خارجی – گوش میانی –گوش داخلی

حس بینائی:

چشم عضوی است کروی که در حفره استخوان پیشانی قرار گرفته و توسط پلک‌ها و مژه‌ها محافظت می‌شود.

چشم دارای سه لایه است. (شکل ۲-۱۱).

۱–لایه خارجی (صلبیه):

که سفیدی چشم را می‌سازد در جلو به لایه شفافی تبدیل می‌شود که قرنیه نام دارد.

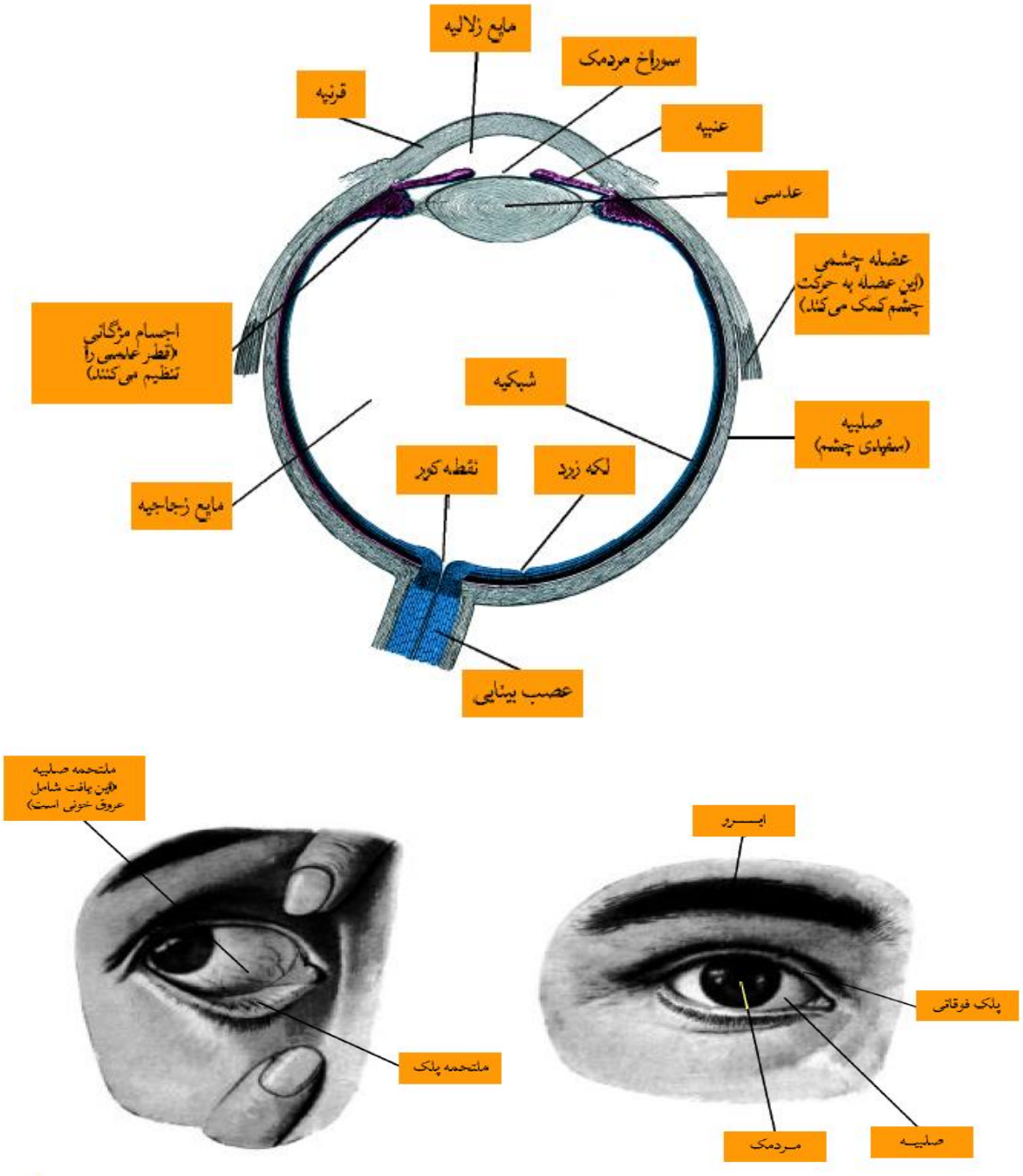
۲–لایه میانی (مشیمیه):

این لایه دارای عروق خونی بسیار است ودر جلو تشکیل پرده حلقوی رنگینی را می‌دهد که آن را عنبیه می‌نامند. رنگ عنبیه چشم افراد مختلف است. در وسط و جلوی این پرده سوراخی است به نام مردمک چشم که محل عبور نور به داخل چشم استودر پشت آن عدسی چشم قرار گرفته است. وظیفه مردمک تنظیم شدت نور ورودی به داخل چشم است. عدسی چشم که کاملا شفاف است وظیف انعکاس اشیا به پرده شبکیه را برعهده دارد.

۳–لایه درونی (شبکیه):

داخلی ترین لایه کره چشـم است واعصاب بینائی چشم در این لایه قرار دارند. به وسیله اعصاب بینائی پیام به مغز ارسال می‌گردد و به کمک مغز، رنگ، شکل، بزرگی و کوچکی، دوری و نزدیکی اجسام تشخیص داده می‌شود.

ضمائم چشم عبارتند از: ابرو، پلک‌ها و مژه‌ها که این ضمائم چشم‌ها را از گرد و غبار و نور زیاد محافظت می‌کنند.



تصویر ۲-۱۱ :قطع عرضی چشم، چشم انسان از روبرو، نمایش ملتحمه

حس بویائی:

بینی اندام حس بویائی اســت و کمک می‌کند بوی چیزهای مختلف احساس شود. حس بویائی در مواردی که مخاط بینی خشک و یا بسیار مرطوب ویا متورم باشد کم می‌شود. مرکز اعصاب بویائی در مغز است. اعصاب بویائی به وسیله گازها و ذرات بســیار ریز تحریک می‌شــوند. اعصــاب بویائی بســیار حساس بوده واگر مدت زیادی در معرض یک بوی مخصوص قرار بگیرند حساسیت آنها از بین می‌رود و دیگر آن بو را حس نمی‌کنند.

وجود بعضی از مواد موجب بوی اجسام می‌شوند. مثلا گل‌ها دارای مواد مخصوص هستند. وقتی گلی را بو می‌کنید مولکوهایی از این مواد که از گل جدا شده و به شکل گاز در هوا پراکنده شده‌اند همراه هوا به بینی شما راه می‌یابند و در جدار نمناک بینی حل می‌شــوند. محلول حاصــل بر بخش فوقانی مخاط بینی شــما اثر می‌کند و از آن به وسیله عصب بویائی پیامی به مغز فرستاده می‌شود. آنگاه شما به وسیله مغز بوی آن گل را حس می‌کنید.

حس چشائی:

مرکز حس چشائی در مغز است. زبان عضو مخصوص حس چشائی است. در حال سلامت مخاط زبان مرطوب و قرمز رنگ است و از پرزهائی پوشیده شده است که به وسیله آنها طعم‌های مختلف مثل ترشی، شیرینی، شوری، وتلخی حس می‌شود.

حس لامسه و ساختمان پوست:

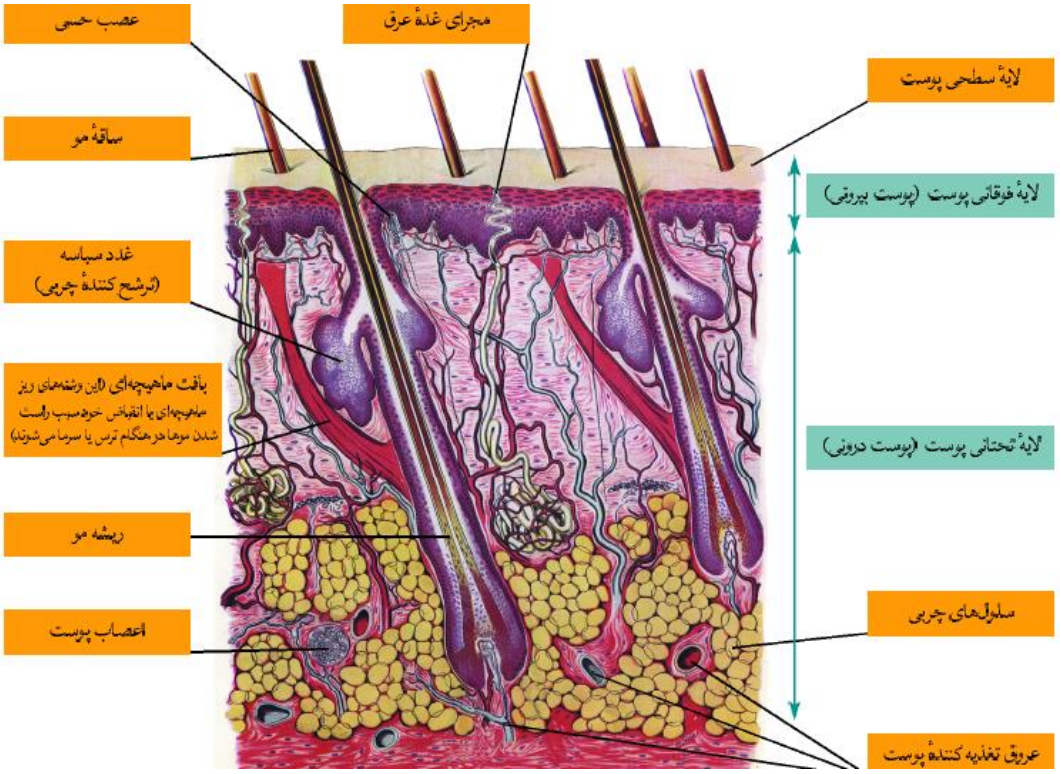
پوست پوششی که تمام سطح خارجی بدن را پوشانده است. پوست بدن از دو بخش تشکیل شده است:

پوست بیرونی یا لایه فوقانی پوست و پوست درونی یا لایه تحتانی پوست. (شکل ۳-۱۱)

پوســت بیرونی: پوســت بیرونی دو لایه دارد. لایه خارجی آن از ســلول‌های خشــکی تشــکیل شده است که زنده نیستند و پیوســته در حال افتادن هستند. لایه داخلی آن از سلول‌های زنده‌ای تشکیل شده است که در حال رشدند. پائین ترین ردیف ســلول‌های این لایه مرتبا تقســیم می‌شــوند. از این عمل ســلول‌های جوانی پدید می‌آیند که به تدریج جانشــین سلول‌های پیر و فرسوده می‌شوند و آنها را به سمت لایه خارجی می‌رانند.

پوســت درونی: از پوســت بیرونی کلفت‌تر اســت. در پوست درونی رگ‌های خونی و رشته‌های اعصاب وجود دارند. نوک این عصــب‌ها در تماس با اجسام پیامهائی به مغز می‌فرستند. آنگاه شما به کمک مغز می‌فهمید چیزی را که لمس کرده‌اید صــاف یا زبر، نرم یا ســخت، گرم یا ســرد اســت. در این لایه غدد عرق نیز وجود دارد که به تنظیم حرارت بدن کمک می‌کند. وقتی هوای محیط گرمتر از بدن باشد بدن عرق کرده و خنک می‌شود و به طور کلی وظائف پوست عبارتند از:

۱ـ محافظت ۲- دخالت در تنظیم حرارت بدن ۳- دفع مواد زائد از راه عرق ۴- حس لامسه.



تصویر ۳-۱۱ :ساختمان پوست

حس لامسه:

رشته‌های عصبی زیر پوست در بعضی نقاط از قسمت‌های دیگر بیشتر است. مخصوصا در نوک انگشتان که خیلی حساس می‌باشد. حس لامسه در نابینایان قوی‌تر از دیگران است به طوری که اغلب کارهائی که ما با چشم انجام می‌دهیم آنها با حس لامسه انجام می‌دهند.

ضمائم پوست- پوست دارای ضمائمی است که عبارتند از:

۱- غدد چربی: این غدد به صورت کیسه‌ای است که در ریشه مو قرار داشته و ماده چربی دفع می‌نمایند که پوست را لطیف نگه می‌دارد. وقتی که مجرای این غدد بسته شود تشکیل جوش‌های کوچک می‌دهد.

۲- مو: یک رویش از قسمت درونی پوست است. قسمتی که شامل پیاز مو است ریشه نامیده می‌شود.

۳- ناخن: ناخن از تغییر شکل یافتن پوست به وجود می‌آید. ناخن در محافظت نوک انگشتان دست و پا نقش دارد وبه برداشتن اشیا کمک می‌کند

تمرین در خارج از کلاس

۱- حواس پنجگانه بدن انسان ودستگاه مربوطه آنها را نام ببرید.
۲- بخش‌های مختلف دستگاه شنوائی و وظیفه هر بخش را توضیح دهید
۳- بخش‌های مختلف دستگاه بینائی و وظیفه هر کدام را توضیح دهید.
٤- گیرنده‌های حس بویائی در بینی در کدام قسمت آن قرار دارد؟
٥- گیرنده‌های حس چشائی در کدام قسمت بدن قرار دارندو چه طعم‌هایی را حس می‌کنند؟
٦- بخش‌های مختلف پوست را تشریح نموده و بگوئید که حس لامسه چه خصوصیاتی را درک می‌کند.

بسم الله الرحمن الرحیم

مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان

ویژه بهورز و مراقب سلامت

مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان

ویژه بهورز و مراقب سلامت

مؤلفین: دکتر محسن شتی، دکتر مهین سادات عظیمی، سهیلا داوری، دکتر زهرا صلبی، دکتر شهین لدنی
دکتر الهام کارگزار، دکتر شیما رئیسی، دکتر فریبا تیموری، دکتر آزاده سادات زنده باد، دکتر منیژه مقدم
زیرنظر: دکتر حامد برکاتی

۱۳۹۸

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت سالمندان

کلیه حقوق مادی و معنوی این کتاب متعلق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

تقدیر و تشکر:

با قدردانی و تشکر ازمدیران دفاتر و رؤسای ادارات فنی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاون محترم گروه های جمعیتی دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، سرکار خانم دکتر فروزان صالحی

معاون محترم گروه های سنی دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، جناب آقای دکتر سیدتقی یمانی

مدیر محترم برنامه های سلامت و نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه، سرکار خانم دکتر ناهید جعفری بیدهندی، کارشناس محترم گروه مدیریت برنامه های مرکز مدیریت شبکه، سرکار خانم فرشته فقیهی

ریاست محترم اداره بیماری های قلبی عروقی، جناب آقای دکتر علیرضا مهدوی، کارشناس محترم مسئول پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی سرکار خانم دکتر طاهره سماوات و کارشناس محترم مسئول پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی سرکار خانم علیه حجت زاده

مدیر محترم گروه تغذیه سالمندان دفتر بهبود تغذیه، سرکار خانم دکتر پریسا ترابی

کارشناس محترم مسئول دفتر بیماری های غیرواگیر، سرکار خانم دکتر شهین یاراحمدی

مدیر کل محترم دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد جناب آقای دکتر احمد حاجبی، ریاست محترم اداره سلامت روان جناب آقای علی اسدی و کارشناس محترم مسئول دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد سرکار خانم طاهره زیادلو

با قدردانی و تشکر از متخصصین و اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی:

جناب آقای دکتر فریدون عزیزی: متخصص غدد و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

جناب آقای دکتر احمد علی اکبری کامرانی: متخصص داخلی و فلوشیپ سالمندی، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و عضو محترم هیئت علمی مرکز تحقیقات سالمندی و گروه آموزشی سالمندی

جناب آقای دکتر کاظم ملکوتی: متخصص روانپزشکی و فلوشیپ روانپزشکی سالمندان و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

سرکار خانم دکتر مهشید فروغان: متخصص روانپزشکی و فلوشیپ روانپزشکی سالمندان، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و عضو محترم هیئت علمی مرکز تحقیقات سالمندی و گروه آموزشی سالمندی

سرکار خانم دکتر پریسا طاهری تنجانی: متخصص طب سالمندان از فرانسه و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

سرکار خانم دکتر مریم نوروزیان: متخصص مغز و اعصاب و عضو محترم هیئت علمی و مدیر گروه محترم طب سالمندی دانشگاه تهران

جناب آقای دکتر مجید برکتین: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جناب آقای دکتر حمید صانعی: فوق تخصص قلب و عروق و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جناب آقای دکتر محمد حسن انتظاری: دکترای تغذیه، رئیس محترم دانشکده تغذیه و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سرکار خانم دکتر نوشین خلیلی بروجنی: فوق تخصص غدد و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سرکار خانم دکتر ویکتوریا عمرانی فرد: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سرکار خانم دکتر شهلا آکوچکیان: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت محترم علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جناب آقای دکتر علی جواد پور: متخصص روانپزشکی و فلوشیپ روانپزشکی سالمندان و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی فارس

سرکار خانم دکتر محدثه بهجتی: فوق تخصص قلب و عروق و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سرکار خانم دکتر ماه منیر نحوی زاده: متخصص روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر حمید محمد بیگی: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر جعفر گلشاهی: فوق تخصص قلب و عروق و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سرکار خانم دکتر لیلا آزاد بخت: دکترای تغذیه و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر بابک تمیزی فر: متخصص داخلی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سرکار خانم دکتر فرحناز محمدی: دکترای پرستاری سالمندان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
سرکار خانم دکتر مرضیه شیرازی خواه: پزشک عمومی، MPH سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
جناب آقای دکتر حامد مرتضوی: دکترای آموزش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
سرکار خانم دکتر نیلوفر خدابنده لو: متخصص داخلی دانشگاه علوم پزشکی ایران
جناب آقای دکتر محمدرضا امامی: متخصص مغز و اعصاب، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

با قدردانی و تشکر ویژه از:

همکاران اسبق اداره سلامت سالمندان: سرکار خانم خدیجه امیرحسینی، سرکار خانم دکتر سهیلا خوشبین، سرکار خانم دکتر عالیه عزیزآبادی فراهانی، سرکار خانم دکتر مهتاب علیزاده، سرکار خانم لاله رادپویان، سرکار خانم سمیرا پورمروت

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان: جناب آقای دکتر رضا خدیوی، جناب آقای دکتر پژمان عقدک، جناب آقای دکتر غلامرضا بهرامی، سرکار خانم دکتر میترا مرادی نیا، سرکار خانم ناهید مرادی، سرکار خانم دکتر الهه ایزدی خواه، جناب آقای دکتر رضا فدایی، سرکار خانم دکتر رامش حسین خانی، سرکار خانم دکتر ناهید گرامیان، سرکار خانم دکتر شهره اخوان، جناب آقای دکتر جهانشاه جهانگیری پور، سرکار خانم لیلا غلامی، سرکار خانم افسانه سرتیپ زاده و سرکار خانم فاطمه جعفری

با قدردانی و تشکر از سایر همکاران دانشگاهی که با ارائه نظرات پیشنهادی ما را در تهیه این مجموعه یاری کرده‌اند:

۱. دانشگاه علوم پزشکی آبادان
۲. دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
۳. دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
۴. دانشگاه علوم پزشکی اسدآباد
۵. دانشگاه علوم پزشکی اسفراین
۶. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۷. دانشگاه علوم پزشکی البرز
۸. دانشگاه علوم پزشکی اهواز
۹. دانشگاه علوم پزشکی ایران
۱۰. دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر
۱۱. دانشگاه علوم پزشکی ایلام
۱۲. دانشگاه علوم پزشکی بابل
۱۳. دانشگاه علوم پزشکی بم
۱۴. دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
۱۵. دانشگاه علوم پزشکی بهبهان
۱۶. دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۱۷. دانشگاه علوم پزشکی تربت جام
۱۸. دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه
۱۹. دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲۰. دانشگاه علوم پزشکی جهرم
۲۱. دانشگاه علوم پزشکی جیرفت
۲۲. دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری
۲۳. دانشگاه علوم پزشکی خراسان جنوبی
۲۴. دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۲۵. دانشکده علوم پزشکی خمین
۲۶. دانشکده علوم پزشکی خوی
۲۷. دانشکده علوم پزشکی خلخال
۲۸. دانشگاه علوم پزشکی دزفول
۲۹. دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
۳۰. دانشگاه علوم پزشکی زابل
۳۱. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
۳۲. دانشگاه علوم پزشکی زنجان
۳۳. دانشگاه علوم پزشکی ساوه
۳۴. دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
۳۵. دانشکده علوم پزشکی سراب
۳۶. دانشگاه علوم پزشکی سمنان
۳۷. دانشکده علوم پزشکی سیرجان
۳۸. دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۳۹. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴۰. دانشگاه علوم پزشکی شوشتر
۴۱. دانشگاه علوم پزشکی فارس
۴۲. دانشگاه علوم پزشکی فسا
۴۳. دانشگاه علوم پزشکی قزوین
۴۴. دانشگاه علوم پزشکی قم
۴۵. دانشگاه علوم پزشکی کاشان
۴۶. دانشگاه علوم پزشکی کردستان
۴۷. دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۴۸. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
۴۹. دانشگاه علوم پزشکی کهکلویه و بویراحمد
۵۰. دانشگاه علوم پزشکی گراش
۵۱. دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۵۲. دانشگاه علوم پزشکی گناباد
۵۳. دانشگاه علوم پزشکی گیلان
۵۴. دانشگاه علوم پزشکی لارستان
۵۵. دانشگاه علوم پزشکی لرستان
۵۶. دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۵۷. دانشگاه علوم پزشکی مراغه
۵۸. دانشگاه علوم پزشکی مرکزی
۵۹. دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۶۰. دانشگاه علوم پزشکی نیشابور
۶۱. دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
۶۲. دانشگاه علوم پزشکی همدان
۶۳. دانشگاه علوم پزشکی یزد

فهرست

پیشگفتار ۹

بخش اول- کلیات ۱۰

راهنمای آموزشی مراقبت‌های ادغام یافته سلامت سالمندان ۱۲

بخش دوم- مراقبت‌های ادغام یافته سلامت سالمندان ۱۳

فصل اول - پیشگیری از سکته‌های قلبی و مغزی از طریق خطرسنجی و مراقبت ادغام یافته دیابت، فشار خون بالا و اختلالات چربی خون ۱۳۰

فصل دوم - اختلالات تغذیه ای ۲۷

فصل سوم - سقوط و عدم تعادل ۳۵

فصل چهارم - افسردگی ۳۹

فصل پنجم - تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان پستان ۴۱

فصل ششم - تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان کولورکتال ۴۳

منابع ۴۵

پیشگفتار

بند ۷ سیاست‌های جمعیتی ابلاغی مقام معظم رهبری

«فرهنگ سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش‌بینی ساز و کار لازم برای بهره‌مندی از تجارب و توانمندی‌های سالمندان در عرصه‌های مناسب»

در سال های اخیر کشور ایران به مدد توسعه اجتماعی، اقتصادی و پیشرفت های نظام سلامت، به میانگین سنی بالاتر و امید به زندگی بیشتری دست یافته است. بدیهی است افزایش امید به زندگی، با افزایش درصد جمعیت سالمند همراه بوده و سالخوردگی جمعیت یک دست آورد مثبت و یکی از افتخارات ما است. براساس سرشماری سال ۱۳۹۵ مرکز آمار ایران، کشور ما ۷ میلیون سالمند دارد که ۹/۲۸درصد جمعیت را تشکیل می دهد و انتظار می رود تا سال ۱۴۳۰ این نسبت به ۳۰ درصد کل جمعیت کشور برسد.

سالمندی معمولاً همراه با مشکلات مختلفی است که جنبه های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را در برگرفته و با تحمیل هزینه های قابل توجهی همراه است. با سالمند شدن جمعیت، برنامه ریزی و سیاست‌گذاری در جهت تغییر نقش سالمندان از افرادی وابسته به جمعیتی فعال از هر نظر، اجتناب ناپذیر است.

حفظ تندرستی و سلامت سالمندان، امری امکان پذیر بوده و نباید بیماری و ناتوانی را جزء جدایی ناپذیر سالمندی دانست. در این راستا مراقبت دوره‌ای سالمندان در کنار آموزش شیوه زندگی سالم می تواند با کاهش بار بیماری و افزایش امید به زندگی توأم با سلامت، به سالمندی سالم و فعال منجر شود. بدیهی است شما به عنوان ارائه دهنده خدمات سلامت، بیشترین نقش را در پیش برد اهداف نظام سلامت خواهید داشت. امید است با تلاش شما، شاهد افزایش برخورداری سالمندان از برنامه های سلامت باشیم.

سید حامد برکاتی

مدیر کل دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس

بخش اول: کلیـات

تعریف

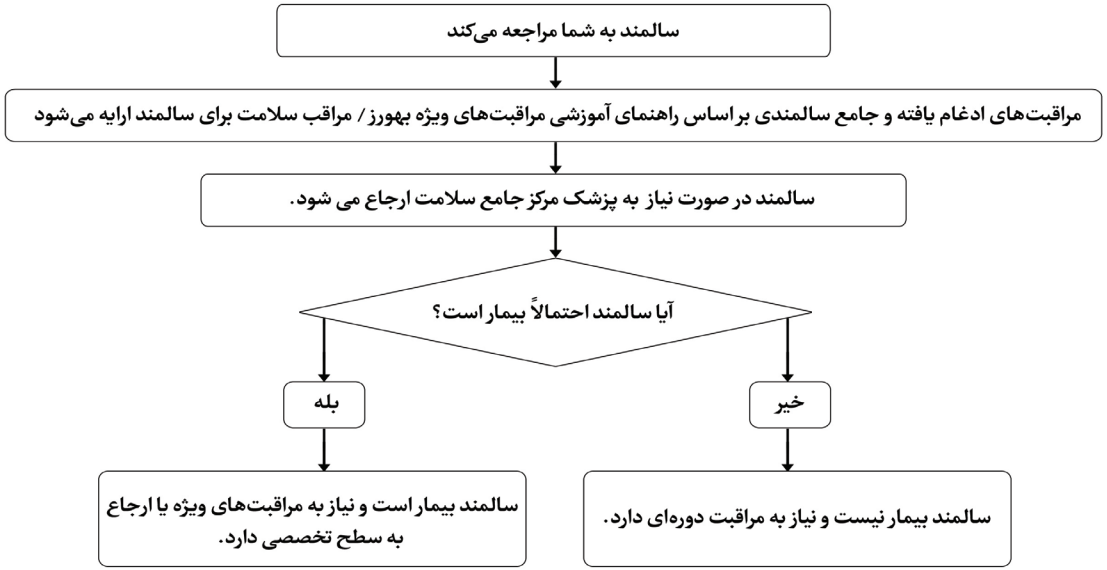
مراقبت‌های ادغام یافته به مفهوم ارائه خدمات جامع سلامتی به گروه هدف با استفاده از ارزیابی علائم و نشانه‌های بالینی ساده و ادغام یافته در سطح گیرنده خدمت است. در این مدل از حداقل عوامل خطر و نشانه‌های بالینی کلیدی برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده شده است. لازم به ذکر است که عوامل خطر، نشانه‌ها، علایم بالینی، اقدامات تشخیصی، درمان، موارد ارجاع و پیگیری‌های مورد استفاده در این مدل برگرفته از برنامه‌های کشوری اداره‌های تخصصی و منابع تخصصی طب سالمندی است.

در این مجموعه نحوه ارزیابی کردن سالمند از نظر بیماری‌های جسمانی و روانی اولویت‌دار بر اساس بار بیماری‌ها و اختلالات تغذیه ای آموزش داده می‌شود و علاوه بر روش‌های تشخیصی و درمانی ساده، راه‌های پیشگیری از بیماری‌ها نیز عنوان شده است. به طور خلاصه در این مجموعه شما نحوه استفاده و کار با راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته و جامع سالمندی را فرا خواهید گرفت.

اصول کلی

برنامه مراقبت از سالمند به صورت یک برنامه با عنوان بسته مراقبت‌های ادغام یافته سالمندان طراحی گردیده است. در این راستا زمانی که سالمند به دنبال فراخوان به نزد شما مراجعه می‌کند، برای ارایه مراقبت‌های سالمند از بسته مراقبت‌های ادغام یافته سالمندان ویژه بهورز/ مراقب سلامت استفاده می‌شود. در پایان ارایه مراقبت‌ها چنانچه برای سالمند تشخیص ابتلا به یک یا چند بیماری توسط پزشک داده شود، در چرخه مراقبت ویژه یا ارجاع تخصصی و سپس پیگیری قرار می‌گیرد و اگر سالمند مبتلا به بیماری یا اختلال نباشد، در چرخه مراقبت‌های دوره‌ای قرار می‌گیرد.

چرخه فرآیند کلی مراقبت از سالمند



جدول راهنمای مراقبت از اجزاء زیر تشکیل یافته است:

۱. ارزیابی

۲. طبقه بندی

۳. توصیه

در قسمت **ارزیابی**، جمع بندی عوامل خطر و نشانه های بیماری و آزمون های تشخیصی انجام شده، مورد مطالعه قرار می‌گیرد و در صورت نیاز از اقدامات تشخیصی یا ارزیابی های جامع تر برای سالمند استفاده می‌گردد.

در بخش **طبقه بندی** موارد به دست آمده از قسمت ارزیابی یعنی عوامل خطر، نشانه های بالینی، معاینات ساده و جامع و اقدامات تشخیصی بر اساس شدت بیماری طبقه بندی می شوند. سالمندی که دارای نشانه و علامت جدی بیماری است و نیاز به دریافت خدمات اورژانسی دارد، در طبقه **«مشکل فوری»** قرار می‌گیرد و در جدول طبقه بندی به رنگ قرمز دیده می شود. در صورتی که سالمند دارای نشانه و علامت بیماری است که خطر جدی ندارد ولی نیاز به دریافت خدمات تخصصی و ارجاع دارد، در طبقه **«مشکل»** قرار می‌گیرد و در جدول طبقه بندی به رنگ زرد دیده می شود. همچنین سالمندی که دارای نشانه و علامت بیماری و یا عامل خطری است که نیاز به بررسی بیشتر دارد، در طبقه **«در معرض مشکل»** قرار می‌گیرد که در جدول طبقه بندی به رنگ زرد مشاهده می‌گردد. چنانچه سالمند فاقد نشانه و علامت بیماری و عامل خطر است و نیاز به خدمات تخصصی و ارجاع ندارد، در طبقه **«فاقد مشکل»** قرار می‌گیرد و در جدول طبقه بندی به رنگ سبز نمایان است.

در ستون مربوط به **توصیه ها** اقدامات درمانی، ارجاع، اقدامات قبل از ارجاع، پیگیری و آموزش های لازم بر اساس طبقه بندی مشکل برای سالمند به شرح زیر ارایه می‌گردد:

۱- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه **«مشکل فوری»** قرار می‌گیرد، ارجاع فوری به نزدیکترین بیمارستان (اورژانس) یا مرکز درمانی است.۱*

۲- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه **«مشکل»** قرار می‌گیرد، ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جامع سلامت و آموزش های لازم و مرتبط است.

۳- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه **«در معرض مشکل»** قرار می‌گیرد، بررسی بیشتر، ارایه مراقبت های ویژه در پیگیری ها، درمان غیر دارویی و آموزش است که به رنگ زرد دیده می شود.[۲]*

۴- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه **«فاقد مشکل»** قرار می‌گیرد، تشویق سالمند برای مراجعه به موقع برای دریافت مراقبت های دوره‌ای و ارایه آموزش های لازم جهت مراقبت از خود در منزل و سایر محیط ها است که به رنگ سبز مشاهده می شود.

انواع بیماری های گنجانده شده در این مجموعه با توجه به مطالعات کمی انجام شده در سال های ۱۳۷۷ و ۱۳۸۱، مطالعه کیفی انجام شده در سال ۱۳۸۵ و نسبت سال های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس و ناتوانی در گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر در سال ۱۳۸۲ و توصیه های[۳]* USPS task force است.

در این راهنما آموزش ها شامل نحوه ارزیابی سالمند، توصیه مناسب، مداخلات آموزشی مرتبط از نظر اختلالات فشارخون، اختلالات تغذیه، اختلالات چربی خون، دیابت، سقوط و عدم تعادل، افسردگی و تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان و تشخیص زودهنگام و غربالگری کولورکتال است. بنابراین شما با مهارت های لازم در زمینه نحوه ارزیابی سالمند، انتخاب یک و یا چند توصیه مناسب، مداخلات آموزشی مرتبط و مراقبت های غیردرمانی لازم را کسب خواهید کرد.

---

۱ *طبقه بندی مشکل فوری فقط در مبحث خطرسنجی غیر پزشک وجود دارد.

۲ *کلمه «در معرض مشکل» به این مفهوم نیست که الزاماً سالمند در معرض وضعیت بدتر است، بلکه عدم درمان مناسب و به موقع می تواند سالمند را به یک فرد آسیب پذیرتر تبدیل کند.

۳ US preventative service task force .

فصل اول

پیشگیری از سکته های قلبی و مغزی از طریق خطر سنجی و مراقبت ادغام یافته دیابت، فشار خون بالا و اختلالات چربی خون

فصل اول- پیشگیری از سکته های قلبی و مغزی از طریق خطر سنجی و مراقبت ادغام یافته دیابت، فشار خون بالا و اختلالات چربی خون

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
	میانگین فشارخون ۱۸۰/۱۱۰ میلی مترجیوه و بالاتر	فشارخون بالا	ارجاع فوری به پزشک و پیگیری براساس دستور پزشک
در مورد سابقه بیماری های قلبی عروقی تایید شده توسط پزشک سوال کنید: آیا سالمند سابقه سکته قلبی، سابقه انجام مداخله درمانی تهاجمی (بالون گذاری یا استنت قلبی)، سابقه عمل جراحی باز قلب، سابقه سکته مغزی، سابقه علایم گرفتگی شریان های اندام تحتانی را دارد؟ در صورت پاسخ بلی، نیازی به ادامه ارزیابی نیست و در طبقه بندی «خطر۱۰ ساله ۳۰ درصد و بالاتر» قرار گیرد. **در مورد عوامل خطر و سابقه بیماری سوال کنید:** مصرف مواد دخانی، مصرف الکل، سابقه خانوادگی بیماری های قلبی عروقی زودرس، دیابت و نارسایی کلیه در افراد درجه یک خانواده، سابقه ابتلا به بیماری های دیابت و فشارخون بالا **معاینه کنید:** با رعایت شرایط اندازه‌گیری فشارخون، مطابق دستورالعمل فشارخون را اندازه‌گیری کنید. با رعایت شرایط قد و وزن سالمند را اندازه گیری کنید. **اقدام کنید:** قند خون ناشتا و کلسترول خون را بررسی کنید: چنانچه فرد آزمایش قند خون ناشتا و کلسترول در طی یک سال گذشته را به همراه دارد از همان استفاده می‌شود و در غیر این صورت در صورت موجود بودن دستگاه سنجش و نوار آزمایش طبق دستورالعمل قند خون و کلسترول خون ناشتا را اندازه بگیرید و اگر همه موارد منفی بود فرد را جهت انجام آزمایش قند و کلسترول خون به آزمایشگاه ارجاع دهید و پس از دریافت نتیجه آزمایش، مطابق چارت ارزیابی خطر ابتلا به حوادث قلبی عروقی، خطر قلبی عروقی را تعیین کنید.	حداقل یک مورد سابقه بیماری قلبی عروقی تایید شده توسط پزشک	خطر۱۰ ساله ۳۰ ٪ و بالاتر	ارجاع غیرفوری به پزشک و پیگیری براساس دستور پزشک یا طبق دستورالعمل: - مراقبت ماهانه و پیگیری و ارجاع به پرشک ۳ ماه یکبار
	۱. سالمند مبتلا به فشار خون بالای شناخته شده با فشارخون ۱۵۰/۹۰ میلی مترجیوه و بالاتر ۲. سالمند مبتلا به دیابت شناخته شده با قند خون ناشتا کمتر از ۷۰ یا بیش از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر ۳. سالمند مبتلا به اختلال چربی خون بالای شناخته شده یا چربی خون کنترل نشده، کلسترول خون ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و بالاتر	بیماری کنترل نشده	- ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی موارد بیماری ها - آموزش اصلاح شیوه زندگی - آموزش پایبندی به درمان - پیگیری براساس دستور پزشک یا طبق دستورالعمل: - مراقبت ماهانه بیماری فشارخون بالا و پیگیری و ارجاع به پزشک ۳ ماه یک بار تا دستیابی به میزان هدف فشارخون و تثبیت آن در دو نوبت مراقبت و بعد از آن ۳ ماه یک بار و ارجاع به پزشک سالی یکبار - مراقبت ماهانه بیماری دیابت و پیگیری و ارجاع به پزشک ۳ ماه یک بار - مراقبت ۳ ماه یک بار بیماری اختلال چربی های خون و پیگیری و ارجاع به پزشک حداکثر ۳ ماه یک بار تا کنترل چربی خون و بعد ارجاع به پزشک دو بار به فاصله ۶ ماه یک بار و سپس سالی یک بار بعد از تثبیت چربی های خون هدف و مراقبت دوره‌ای ۶ ماه یکبار - پیگیری برای مراجعه جهت ارزیابی خطر قلبی عروقی طبق میزان خطر
	۱. سالمند مبتلا به فشارخون بالای شناخته شده با فشارخون کمتر از ۱۵۰/۹۰ میلی مترجیوه ۲. سالمند مبتلا به دیابت شناخته شده با قند خون ناشتای ۷۰ تا ۱۳۰ میلی‌گرم در دسی لیتر ۳. سالمند مبتلا به بیماری چربی خون شناخته شده با کلسترول خون کمتر از ۲۰۰ میلی‌گرم در دسی لیتر	بیماری کنترل شده	-آموزش اصلاح شیوه زندگی - آموزش پایبندی به درمان -مراقبت ماهانه بیماری فشارخون بالا و پیگیری و ارجاع به پزشک ۳ ماه یک بار تا دستیابی به میزان هدف و سپس طبق دستورالعمل - مراقبت ماهانه بیماری دیابت و پیگیری و ارجاع به پزشک ۳ ماه یک بار - مراقبت ۳ ماه یک بار بیماری اختلال چربی های خون و پیگیری و ارجاع به پزشک ۳ ماه یک بار تا کنترل چربی خون و بعد دو بار به فاصله ۶ ماه یک بار و سپس سالی یک بار بعد از تثبیت چربی های خون هدف - پیگیری برای مراجعه جهت ارزیابی خطر قلبی عروقی طبق میزان خطر
	پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های زرد قرار گرفته اند.	خطر۱۰ ساله ۱۰ الی ۱۹ ٪	- آموزش اصلاح شیوه زندگی - پیگیری و ارزیابی خطر هر ۹ ماه یا طبق میزان خطر جدید
	پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های قرمز کمرنگ و پررنگ قرار گرفته اند.	خطر۱۰ ساله ۳۰ ٪ و بالاتر	- آموزش اصلاح شیوه زندگی - ارجاع غیرفوری به پزشک و پیگیری براساس دستور پزشک - پیگیری و ارزیابی خطر قلبی عروقی هر ۳ ماه یا طبق میزان خطر جدید

	پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های نارنجی قرار گرفته اند.	خطر ۱۰ ساله ۲۰ الی ۲۹ ٪	- آموزش اصلاح شیوه زندگی - ارجاع غیرفوری به پزشک و پیگیری بر اساس دستور پزشک - پیگیری و ارزیابی خطر هر ۶ ماه یا طبق میزان خطر جدید
	۱. میانگین فشار خون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر ۲. قند خون بالا (۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر و بالاتر) ۳. کلسترول خون بالا (۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و بالاتر)	مشکوک به بیماری	- ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی و تایید موارد مشکوک - پیگیری بر اساس دستور پزشک و طبق دستورالعمل - پیگیری و ارزیابی خطر قلبی عروقی طبق میزان خطر
	افت فشارخون ماکزیمم در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته مساوی یا بیش از ۲۰ میلی متر جیوه	احتمال افت فشارخون وضعیتی	- آموزش پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی به سالمند و همراه وی - ارجاع غیرفوری به پزشک و پیگیری بر اساس دستور پزشک
	افت فشارخون ماکزیمم در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه	افت فشارخون وضعیتی ندارد	- آموزش پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی به سالمند و همراه وی - تشویق سالمند به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد
	پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های سبز قرار گرفته اند.	خطر ۱۰ ساله کمتر از ۱۰ ٪	- آموزش اصلاح شیوه زندگی - تشویق سالمند به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد - پیگیری برای مراجعه ارزیابی خطر قلبی عروقی طبق میزان خطر
	میانگین فشارخون کمتر از ۱۲۰/۸۰ میلی متر جیوه (غیر بیمار)	خطر ۱۰ ساله کمتر از ۱۰ ٪	
	میانگین فشارخون ۱۲۰/۸۰ تا ۱۳۹/۸۹ میلی متر جیوه (غیر بیمار)	فشارخون در محدوده قابل قبول (مطلوب)	
	کلسترول خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر	فشار خون بالای طبیعی (پره هایپرتنشن)	
	قند خون کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر (غیر بیمار)	چربی های خون در محدوده قابل قبول (مطلوب)	
	قند خون ناشتای ۱۰۰ تا ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر (غیر بیمار)	قند خون طبیعی	
		پره دیابت	

سالمند را از نظراحتمال اختلالات فشارخون ارزیابی کنید.

فشارخون سالمند را در وضعیت نشسته پس از ۵ دقیقه استراحت در دست راست اندازه‌گیری کنید. چنانچه فشارخون ماکزیمم مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی مترجیوه یا فشارخون مینیمم مساوی یا بیش از ۹۰ میلی‌مترجیوه است پس از ۵ دقیقه مجدداً فشارخون سالمند را از دست راست اندازه گیری کنید و میانگین دو نوبت فشارخون را به عنوان فشارخون سالمند ثبت کنید. کاف فشارسنج را باز نکنید و برای بررسی افت فشارخون وضعیتی، پس از آنکه سالمند به مدت ۲ تا ۵ دقیقه در وضعیت ایستاده قرار گرفت، فشارخون وی را دوباره از دست راست اندازه گیری کنید. اگر به هر دلیلی اندازه گیری فشارخون ایستاده مشکل است، افت فشار از حالت خوابیده به نشسته را اندازه گیری نمایید. ابتدا سالمند ۵ دقیقه به پشت بخوابد سپس فشارخون را از دست راست اندازه گیری نماید. سپس از سالمند بخواهید که بنشیند به نحوی که پاها از لبه تخت آویزان باشد. پس از ۲ تا ۵ دقیقه نشستن، فشار را از دست راست اندازه گیری نمایید. به کاهش ۲۰ میلی لیتر جیوه فشار خون سیستولیک با تغییر وضعیت از حالت نشسته یا خوابیده به حالت ایستاده، افت فشار خون وضعیتی گفته می شود.

در زمان اندازه گیری فشار خون توصیه های زیر رعایت شود:

- مصرف نکردن قهوه و سیگار نیم ساعت قبل از اندازه‌گیری فشارخون؛
- ناشتا نبودن طولانی (بیش از ۱۴ ساعت)؛
- انجام ندادن فعالیت بدنی شدید و یا احساس خستگی قبل از اندازه‌گیری فشارخون؛
- تخلیه کامل مثانه نیم ساعت قبل از اندازه‌گیری فشار خون؛
- راحت بودن کامل سالمند در وضعیت نشسته و پشت وی به صندلی تکیه داشته باشد (سالمند باید حداقل ۵ دقیقه قبل از اندازه گیری فشار خون استراحت کند به گونه ای که احساس خستگی نکند)؛
- قرار دادن دست سالمند در حالت نشسته و یا ایستاده به روی یک تکیه گاه مناسب هم سطح قلب وی (وضعیت افتاده دست باعث بالا رفتن کاذب فشار خون ماکزیمم می شود)؛
- بالا زدن آستین دست راست تا بالای بازو به گونه ای که بازو تحت فشار قرار نگیرد (لباس نازک نیازی به بالازدن آستین ندارد)؛
- فاصله با سالمند در زمان اندازه‌گیری فشارخون کمتر از یک متر؛
- خارج کردن هوای داخل کیسه لاستیکی با استفاده از پیچ تنظیم؛
- بستن بازوبند به دور بازو نه خیلی شل و نه خیلی سفت؛
- قرار دادن وسط کیسه لاستیکی داخل بازو بند روی شریان بازویی و لبه تحتانی بازو بند ۲ تا ۳ انگشت بالای آرنج؛
- نگاه داشتن صفحه گوشی روی شریان بازویی بدون فشار روی شریان، توسط سالمند؛
- حس کردن و نگاه داشتن نبض مچ دست راست سالمند با دست دیگر؛
- فشار دادن متوالی پمپ برای ورود هوا به داخل کیسه لاستیکی تا زمان حس نکردن نبض؛
- ادامه دادن پمپاژ هوا به داخل کیسه لاستیکی به میزان ۳۰ میلی مترجیوه پس از قطع نبض؛
- باز کردن پیچ تنظیم فشار هوا به آرامی برای خروج هوا از کیسه لاستیکی ضمن نگاه کردن به صفحه مدرج دستگاه (پایین آمدن عقربه یا جیوه به آرامی با سرعت ۲ میلی مترجیوه در ثانیه)؛

- شنیدن اولین صدای ضربان قلب به مفهوم فشارخون سیستولیک و از بین رفتن صدای ضربان قلب به معنای فشارخون دیاستولیک است.

تذکر: در مواردی که فشارخون سیستولیک در یک طبقه و فشارخون دیاستولیک در یک طبقه دیگر قرار می‌گیرد، مثلاً فشارخون سیستولیک ۱۵۰ میلی متر جیوه (طبقه مشکل) و فشارخون دیاستولیک ۸۰ میلی متر جیوه (طبقه در معرض مشکل) باشد، سالمند را در طبقه بالاتر فشارخون، یعنی احتمال مشکل طبقه بندی کنید.

سالمند را از نظر میزان خطر ۱۰ ساله سکته های قلبی مغزی کشنده یا غیر کشنده ارزیابی کنید

با استفاده از نمودار ارزیابی خطر با توجه به جنس، سن، ابتلا یا عدم ابتلا به دیابت، سیگاری یا غیرسیگاری بودن، فشارخون سیستولیک بر حسب میلی متر جیوه و میزان کلسترول بر حسب میلی‌گرم در دسی لیتر، میزان خطر ۱۰ ساله سکته های قلبی مغزی کشنده یا غیرکشنده سالمند را تعیین کنید.

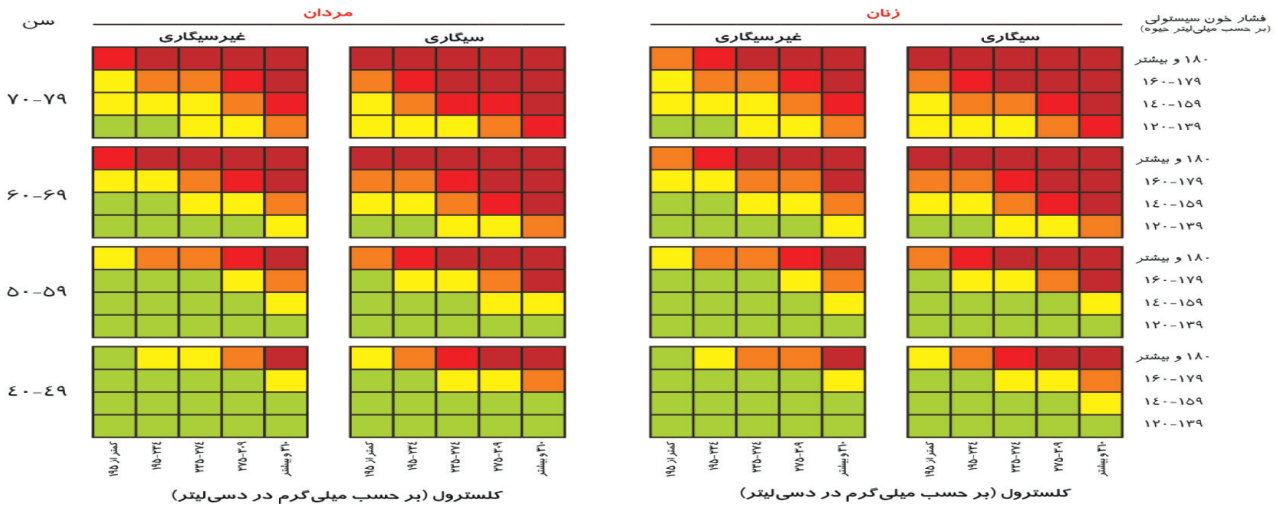
دقت کنید: در مواردی که فشارخون سیستولیک در یک طبقه و فشارخون دیاستولیک در یک طبقه دیگر قرار می‌گیرد، مثلاً فشارخون سیستولیک ۱۵۰ میلی‌متر جیوه (طبقه مشکل) و فشارخون دیاستولیک ۸۰ میلی‌متر جیوه (طبقه در معرض مشکل) باشد، سالمند را در طبقه بالاتر فشارخون، یعنی احتمال مشکل طبقه بندی کنید.

نمودار ارزیابی خطر: احتمال بروز حوادث کشنده و غیرکشنده قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده

نمودار افرادی که به بیماری دیابت مبتلا هستند:



نمودار افرادی که به بیماری دیابت مبتلا نیستند:



خطر رویداد قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده (٪)

خطر کم	خطر متوسط	خطر نسبتاً زیاد	خطر زیاد	خطر بسیار زیاد
کمتر از ۱۰ ٪	۱۰-۱۹ ٪	۲۰-۲۹ ٪	۳۰-۳۹ ٪	۴۰ ٪ و بیشتر

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند

۱- تغذیه مناسب

- غذاها را به صورت کم نمک مصرف نماید.
- از مصرف فراورده های غذایی نمک سوده مثل چیپس، پفک، سوسیس، کالباس، فست فودها و ساندویچ ها با سس زیاد، فلافل و سمبوسه پر روغن و ... خودداری نماید.
- مصرف میوه و سبزی را افزایش دهند و در صورت وجود مشکلات دندانی از میوه و سبزی خرد شده استفاده کند. در صورت وجود مشکل گوارشی از میوه و سبزی پخته شده، استفاده نماید.
- مصرف چربی به خصوص چربی های اشباع را کم نماید.
- مصرف غذاهای چرب و سرخ شده را به حداقل برساند. اما برای اینکه چربی مورد نیاز بدن سالمند تأمین شود، روزانه یک قاشق سوپ خوری روغن گیاهی مثل روغن زیتون همراه غذا یا سالاد مصرف کند.
- مصرف غذاها به صورت آب پز، بخار پز یا تنوری باشد.
- از مصرف سس برای سالاد یا سبزیجات خودداری نماید و به جای آن از روغن زیتون با آبلیمو یا سرکه و سبزی های معطر به همراه ماست کم چرب استفاده نماید.
- به جای روغن های جامد و کره از مارگارین و به جای چربی های حیوانی از روغن های مایع مثل روغن زیتون، روغن آفتابگردان و روغن ذرت استفاده کند.
- قبل از طبخ مرغ، پوست آن را کاملاً جدا کند.
- از مصرف کله پاچه، مغز و قلوه که حاوی مقادیر بالای چربی است، خودداری شود.
- تا حد امکان مصرف گوشت قرمز و چربی های حیوانی را کاهش دهد وگوشت مرغ، ماهی و سویا را جایگزین آن نماید.
- لبنیات کم چرب و غلات سبوس دار را بیشتر مصرف نماید.
- بهتر است بیشتر از ۳ تخم مرغ در هفته، چه به تنهایی و چه داخل غذا مانند کوکو مصرف نکند.
- مصرف روزانه ۸-۶ لیوان آب را فراموش نکند.

۲- تمرینات بدنی مناسب

در سالمند مبتلا به فشارخون ورزش های هوازی با شدت متوسط، به مدت ۶۰- ۳۰ دقیقه در روز و ۷-۵ روز در هفته توصیه می شود.

ورزش های هوازی: این تمرینات موجب افزایش تعداد ضربان قلب و تنفس می شوند. مصرف اکسیژن در طی این حرکات افزایش می یابد و در نتیجه کارایی قلب و ریه ها و سیستم گردش خون افزایش می یابد و توانایی در انجام کارهای روزانه بیشتر می شود. این تمرینات شامل: پیاده روی، دوچرخه سواری، شنا، کوهنوردی و ....

شدت ورزش: برای محاسبه شدت ورزش از تست تکلم استفاده کنید، از سالمند در خصوص تغییرات ضربان نبض، تنفس و نحوه تکلم در حین ورزش سؤال کنید:

- چنانچه در حین فعالیت ورزشی تعداد ضربان نبض و تنفس تغییری نداشته باشد، به عنوان فعالیت با شدت کم در نظر گرفته می شود.
- چنانچه درحین فعالیت ورزشی، تغییر در تعداد ضربان نبض و تنفس به گونه ای باشد که سالمند بتواند به راحتی صحبت کند، به عنوان فعالیت با شدت متوسط در نظر گرفته می شود.
- چنانچه درحین فعالیت ورزشی، تغییر در تعداد ضربان نبض و تنفس به گونه ای باشد که سالمند نتواند به راحتی صحبت کند، به عنوان فعالیت با شدت شدید در نظر گرفته می شود.

ابتدا از سالمند در مورد فعالیت های ورزشی وی سؤال کنید. به طور مثال از وی بپرسید که معمولاً از صبح تا شب (مثلاً دیروز) چه فعالیت های ورزشی داشته است. در صورتی که فعالیت ورزشی مناسب دارد

وی را به ادامه کار تشویق کنید و از وی بخواهید که به تدریج زمان آن را افزایش دهد. چنانچه سالمند فعالیت ورزشی مناسبی ندارد، به عنوان ساده ترین ورزش هوازی می‌توانید روش پیاده روی صحیح را به وی آموزش دهید.

سالمند برای انجام پیاده روی باید نکات زیر را رعایت کند:

- در سالمندانی که ورزش نمی‌کنند قبل از شروع ورزش، ارزیابی سلامت شوند.
- قبـل از شروع پیاده روی با تمرینات گرم کننده عضلات، خود را گرم کند (۵ دقیقه حرکات نرمشی، راه رفتن ملایم و یا درجا انجام دهد)، سپس برای مدت ۱۰ تا ۱۵دقیقه پیاده روی کند.
- مدت پیاده روی را به تدریج افزایش دهد تا حداکثر به یک ساعت در روز برسد.
- بهتر است پیاده روی را در دو نوبت صبح و عصر و هر بار ۳۰ دقیقه انجام دهد. سالمندانی که تازه ورزش و پیاده روی را شروع کرده اند و یا سالمندانی که توانایی انجام پیاده روی طولانی را ندارند، هر بار ۱۰ دقیقه کفایت می‌کند، به مرور زمان پیاده روی را بیشتر کند.
- کفش راحت، کاملاً اندازه و بنددار بپوشد که پا را در خود نگهدارد و مانع تأثیر ضربه به پا شود. همچنین جوراب های ضخیم نخی که عرق پا را جذب و پاها را حفظ کند، بپوشد.
- لباس راحت، سبک و متناسب با دمای هوا بپوشد. در تابستان لباس با رنگ روشن و در زمستان به جای یک لباس ضخیم، چند لباس نازک تر بپوشد تا بتواند به تدریج با گرم شدن بدن در حین پیاده روی، لباس های خود را کم کند.
- پیاده روی را با سرعت کم شروع کند و به مرور سرعت خود را افزایش دهد.
- در یک وضعیت متعادل و راحت راه برود. سر را بالا نگه دارد، به جلو نگاه کند. در هر قدم بازوها را آزادانه در کنار بدن حرکت دهد. بدن را کمی به جلو متمایل کند. گام برداشتن را از مفصل ران و با گام بلند انجام دهد. روی پاشنه فرود آمده و با یک حرکت نرم به جلو برود. از برداشتن گام های خیلی بلند خودداری کند.

انجام تمرینات بدنی در هوای آلوده مضر است. در چنین شرایطی ورزش را در منزل انجام دهد.

- راه رفتن را در صورت امکان بدون توقف انجام دهد. ایستادن مکرر و شروع مجدد پیاده روی مانـع تأثیرات مثبت آن می‌شود.
- در حین راه رفتن، نفس های عمیق بکشد. با یک نفس عمیق از طریق بینی و با دهان بسته ریه ها را از هوا پرکند و سپس هوا را از دهان خارج کند.
- سعی کند زمان خاصی از هر روز را برای پیاده روی در نظر بگیرد که خسته و یا گرسنه نباشد و در صورت امکان با دوستان خود پیاده روی کند.
- مسیرهای سربالایی و سراشیبی برای پیاده روی توصیه نمی شود، اگر در سربالایی یا سراشیبی قدم می‌زند، باید پیاده روی به شکل زیگزاگ انجام شود.
- مدت زمان پیاده روی و مسافتی را که طی کرده، هر روز در تقویم خود یادداشت کند. هفته ای یک بار مدت زمان پیاده روی را افزایش دهد.
- در اواخر پیاده روی به تدریج قدم های خود را آهسته تر کند و با این کار بدن خود را کم کم سرد کند.
- اگر در حین پیاده روی دچار درد قفسه سینه، تنگی نفس و یا پا درد شد، فوراً استراحت کند و با پزشک، بهورز، مراقب سلامت مشورت نماید.

زمانی که سالمند خسته است تمرینات ورزشی انجام ندهد

۳- مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمندی که سیگار می‌کشد

ابتدا برای ترک سیگار تصمیم بگیرد و سپس زمان خاصی را برای این کار انتخاب کند.

۱. راه اول این است که از یک روز معین ترک سیگار را شروع کند و دیگر اصلاً سیگار نکشد و در این تصمیم خود محکم باشد. در این صورت یک باره سیگار را ترک خواهد کرد.

۲. راه دوم اینکه سیگار را کم‌کم ترک کند. برای این کار می‌تواند:

- سیگار را وقتی نصفه شد، خاموش کند و میزان مصرف روزانه سیگار را کم کند.
- مکان همیشگی سیگار کشیدن را عوض کند و زمان همیشگی سیگار کشیدن را به تأخیر بیاندازد.
- اگر عادت به مشغول بودن دست ها دارد، گرفتن قلم، کلید یا تسبیح در دست را امتحان کند.

استمرار ترک سیگار

زمانی که هوس می‌کند که سیگار بکشد موارد زیر کمک کننده است:

- دو بار پشت سر هم نفس عمیق بکشد یا یک لیوان آب یا نوشیدنی دیگر بنوشد یا کار دیگری انجام دهد به عنوان مثال از خانه بیرون برود و قدم بزند و به ضررهای سیگار کشیدن فکر کند.
- اگر پس از ترک سیگار، بار دیگر کشیدن سیگار را شروع کرد، دلسرد نشود. در وقت مناسب دیگری مجدداً ترک سیگار را شروع کند.

برخی اثرات خوب ترک سیگار

- ۲۰ دقیقه بعد از ترک سیگار، فشار خون و ضربان قلب به حد طبیعی برمی‌گردد.
- ۴۸ ساعت بعد از ترک سیگار، قدرت چشایی و بویایی بهتر می‌شود.
- ۷۲ ساعت بعد از ترک سیگار، تنفس راحت‌تر می‌شود.
- ۳ تا ۶ ماه بعد از ترک سیگار، سرفه، خس خس و مشکلات تنفسی خوب می‌شود.
- ۵ سال بعد از ترک سیگار، خطر حمله قلبی نصف یک فرد سیگاری می‌شود.
- ۱۰سال بعد از ترک سیگار، خطر سرطان ریه نصف یک فرد سیگاری می‌شود و خطر سکته قلبی مانند کسی است که هرگز سیگار نکشیده است.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند مبتلا به افت فشارخون وضعیتی

- بلند شدن آرام و چند مرحله ای از صندلی و رختخواب؛
- نوشیدن دو لیوان آب و یا مایعات جایگزین، صبح ناشتا قبل از بلند شدن از رختخواب؛
- استفاده از جوراب های واریس ساق بلند قبل از بلند شدن از رختخواب و استفاده از آن در طی روز؛

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند مبتلا به دیابت

در ابتدا سالمند باید بداند که کنترل دقیق قند خون برای پیشگیری از عوارض دیابت مانند مشکلات چشمی، ناراحتی‌های کلیه، ناراحتی‌های قلبی، بی حسی و گزگز کردن دست‌ها و پاها و نیز دیر بهبود یافتن زخم ها، اهمیت زیادی دارد، همچنین تظاهرات زودرس و دیررس بیماری را به تأخیر می‌اندازد و در صورت ایجاد عوارض، از ناتوانی‌های ناشی از آنها مثل کوری، قطع عضو، نارسایی شدید کلیه، سکته قلبی و مرگ پیشگیری می‌کند. در هر بار ملاقات با سالمند، نکته‌های زیر را آموزش دهید:

۱. کاهش وزن

در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند بیش از ۲۷ باشد، وی را به کاهش وزن تشویق نمایید.

۲. تغذیه مناسب

- افزایش تعداد وعده‌های غذا و کاهش میزان غذا در هر وعده؛
- متناسب بودن غذای مصرفی با فعالیت‌های بدنی؛
- حذف نکردن یکی از وعده‌های اصلی غذا به خصوص در سالمندان لاغر و سالمندان تحت درمان دارویی؛
- استفاده زیاد از میوه‌های غیر شیرین و سبزی‌ها در وعده‌های غذایی؛
- محدود کردن مصرف میوه‌های شیرین مانند انگور، خربزه، خرما، توت و همچنین خشکبار مانند توت خشک، کشمش، قیسی و ...؛
- مصرف بیشتر حبوبات در برنامه غذایی روزانه؛
- استفاده از نان‌های سبوس‌دار؛
- محدود کردن قند، شکر و شیرینی مانند آب نبات، شکلات، شیرینی، گز، سوهان و ...در برنامه غذایی؛
- استفاده مناسب از مواد نشاسته‌ای مانند نان، برنج، سیب زمینی، گندم، جو و ماکارونی به میزانی که موجب افزایش وزن نشوند؛
- کاهش مصرف چربی‌ها (خودداری از سرخ کردن غذا و تهیه آن به صورت آب پز، بخارپز، کبابی)؛
- استفاده از گوشت‌های کم چرب (قبل از پخت، چربی گوشت و پوست و چربی مرغ را جدا کند)؛
- استفاده از شیر و ماست کم چرب؛
- محدود کردن مصرف زرده تخم مرغ؛
- مصرف کمتر گوشت‌های احشایی مانند جگر، مغز، قلوه و کله پاچه؛
- استفاده از روغن مایع کانولا و زیتون؛

توجه: بعضی از افراد مبتلا به دیابت می‌توانند با نظر پزشک معالج خود روزه بگیرند.

۳ . ورزش و تمرینات بدنی

افزایش تمرینات بدنی در کنترل بیماری قند اهمیت بسیار دارد. ورزش و تمرینات بدنی باید متناسب با شرایط و وضعیت سلامت شخص باشد و به طور منظم و مستمر انجام گیرد. زمان ورزش بهتر است عصر (بعد از ظهر) باشد. سالمندان می‌توانند ورزش های سبک مثل نرمش و پیاده روی انجام دهند. بهتر است قبل از شروع در مورد نوع ورزش با پزشک مشورت نمایند.

نکات ایمنی هنگام ورزش

- از کفش و لباس مناسب استفاده شود.
- مقادیر کافی آب و مایعات بدون قند نوشیده شود.
- قند خون پیش و پس از ورزش اندازه گیری شود.
- ۱۰-۵ دقیقه در ابتدا و انتهای هر جلسه ورزش به «گرم کردن» و «سرد کردن» بدن اختصاص داده شود.
- اگر قند خون بیش از ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بود، نباید ورزش کرد.
- حتماً مواد قندی با خود داشته باشد که در صورت افت قند خون مصرف شود.
- هیچ گاه در حال گرسنگی به ورزش پرداخته نشود.
- پس از ورزش، پاها و بین انگشتان از نظر قرمزی و تاول بررسی شوند.

۴ . برخورد با افت قند خون

- علایم افت قند خون مانند احساس ضعف شدید و بی حالی، لرزش، تعریق را به سالمند آموزش دهید.
- درصورت بروز علایم افت قند خون، سالمند بلافاصله سه حبه قند در یک لیوان آب یا دو قاشق مرباخوری شکر در یک لیوان آب یا سه چهارم لیوان آب میوه یا یک قاشق غذاخوری عسل بخورد و تا یک ساعت آینده یک وعده غذایی شامل کربوهیدرات و پروتئین مصرف نموده و در اولین فرصت به پزشک مراجعه نماید.

۵ . مراقبت از پاها در سالمند دیابتی

- هر روز پاهای خود را با آب ولرم و صابون بشویند و بین انگشتان خود را با حوله نرم خشک کنند.
- ناخن های پا را کوتاه نگه دارند. ناخن را مستقیم گرفته گوشه های آن را نگیرند و در ضمن ناخن نباید از ته گرفته شود. در صورتی که دید سالمند مشکل داشته باشد، شخص دیگری ناخن های او را بگیرد.
- جوراب خود را روزانه عوض کرده و از جوراب نخی و ضخیم استفاده کنند.
- از کفش راحت، پاشنه کوتاه و پنجه پهن استفاده کنند.
- در خانه از کفش راحتی و دمپایی استفاده کنند و برای جلوگیری از جراحت های احتمالی پا، با پای برهنه در منزل راه نروند.
- پاهای خود را روزانه از نظر وجود قرمزی، تورم، تغیر رنگ، ترک خوردگی و ترشح اطراف ناخن بررسی کنند و برای این منظور و مشاهده کف پا می‌توانند از آینه استفاده نمایند.
- از نزدیک کردن پای خود به آتش، بخاری، شوفاژ و هر وسیله گرمایی دیگر خودداری کنند.

۶. ترک دخانیات

- افراد مبتلا به دیابت، برای ترک هر نوع دخانیات (سیگار، پیپ، چپق، قلیان و جویدن توتون) تشویق شوند.

۷. نحوه مصرف و تزریق انسولین

نحوه نگه‌داری انسولین

انسولین باز شده حتماً باید در یخچال نگهداری شود، ولی باید از قرار دادن آن در سرمای شدید (زیر ۲ درجه) خودداری کرد. از تکان دادن های بیش از حد شیشه نیز باید اجتناب کرد. ایجاد هر گونه تغییر در انسولین مثل یخ زدگی و کدر شدن، قدرت انسولین را کاهش می دهد.

نحوه مخلوط کردن

در صورتی که بیمار از دو نوع انسولین با اثر سریع (کریستال) و با اثر متوسط (NPH) استفاده می‌کند، باید برای مخلوط کردن آنها نکته های زیر را رعایت کند:

- هیچ گونه ماده ی رقیق کننده و یا داروی دیگری نباید به مخلوط دو نوع انسولین اضافه شود.
- مخلوط انسولین کریستال و NPH را هم می توان فوراً تزریق کرد و هم می توان برای وعده بعدی تزریق نگه داری کرد. البته هنگام استفاده برای وعده بعد باید سرنگ را بین دست ها حرکت داد تا انسولین مخلوط شود.

نکته مهم: همیشه باید اول انسولین کریستال در سرنگ کشیده شود و بعد انسولین NPH، در غیر این صورت ساختمان و اثر انسولین کریستال تغییر می‌کند.

رعایت بهداشت سرنگ ها

- در صورت آلوده نکردن سرنگ و رعایت نکته های بهداشتی، می توان از هر سرنگ چندین نوبت استفاده کرد.
- در صورت استفاده مکرر از یک سرنگ، فقط باید برای همان شخص مصرف شود و استفاده از سرنگ فرد دیگر ممنوع است (زیرا خطر انتقال بعضی از عفونت های ویروسی از طریق جریان خون افزایش می‌یابد).
- در صورتی که سرسوزن سرنگ قابل جدا شدن است، در تزریق بعدی باید چند بار پیستون سرنگ را با فشار عقب و جلو برد تا انسولینی که در سر سوزن مانده (حدود ۵ واحد انسولین) خارج گردد و سپس اقدام به کشیدن مجدد انسولین شود.
- انسولین باید نیم ساعت قبل از غذا خوردن تزریق شود.

محل های تزریق انسولین

- باید در بافت زیر جلدی قسمت بالای بازو، سطح جلو و کناری قابل دید ران ها و در محدوده ی ۵ سانتی متری اطراف ناف تزریق شود.
- تزریق نباید داخل عضله انجام گیرد و باید حتماً در زیر پوست و در بافت چربی باشد.
- تزریق انسولین باید هر دفعه در یک محل جداگانه انجام شود (چرخشی)، در غیر این صورت ممکن است پوست سفت شود.

- سرعت جذب انسولین در محل های مختلف متفاوت است، به این صورت که در شکم جذب از همه ی قسمت ها سریع تر است، بعد در بازوها و بعد ران ها و در باسن از همه ی قسمت ها کندتر جذب می شود. بهتر است در صورتی که فرد دو بار تزریق در روز دارد، صبح ها روی شکم و شب ها بالای ران تزریق انجام شود.
- هر ورزشی میزان جذب انسولین را از نواحی تزریق مربوط به آن ورزش افزایش می دهد، به طور مثال در صورت تزریق در ران ها در هنگام دویدن جذب انسولین سریع تر می شود.
- تغییرات پوستی نواحی تزریق مثل تورم، قرمزی و سفتی باعث کندی جذب انسولین می شود. تفاوتی ندارد که از چه روشی برای تزریق انسولین استفاده می کنند، فقط باید مطمئن باشید که تزریق خود را در محلی انجام می دهند که میزان مناسبی از چربی در زیر پوست قرار دارد. تزریق انسولین به صورت زیر جلدی (زیر پوستی) و اغلب بدون هیچ گونه درد و یا سوزشی انجام می شود. سرعت جذب انسولین، به محل تزریق بستگی دارد.

۸. مصرف داروهای تجویز شده

- معمولاً بیماران دیابتی از داروهای متعددی استفاده می کنند (انسولین، قرص های پایین آورنده قند خون، آسپیرین، داروهای تنظیم کننده فشار خون بالا و چربی های خون و ...) باید به بیماران نام داروهای مصرفی، مقدار مصرف، روش استفاده (پیش و یا پس از غذا میل شدن دارو)، علت مصرف، زمان مصرف، عوارض جانبی احتمالی، اقدام لازم در صورت فراموشی دارو و هر گونه توصیه مربوط به دارو را آموزش داد.
- بعضی از داروها با داروهای دیگر تداخل دارند. به بیمار توصیه کنید که اگر به پزشک دیگری مراجعه می کند حتماً لیست داروهای مصرفی خود را به وی نشان دهد تا از تجویز داروهایی که با هم تداخل دارند اجتناب شود.
- به سالمند یادآور شوید که بهترین نتیجه درمانی از مصرف قرص های خوراکی پایین آورنده قند خون، تنها هنگام انجام هم زمان تمرینات بدنی منظم و رعایت برنامه غذایی صحیح به دست می آید.

۹. نکته هایی که فرد مبتلا به دیابت در هنگام ابتلا به سایر بیماری ها باید رعایت کند.

در مواردی که شخص مبتلا به دیابت به بیماری هایی از قبیل سرماخوردگی، تب، اسهال، استفراغ مبتلا شود، باید اقدام های زیر را انجام دهد:

- در صورت تزریق انسولین نباید مصرف آن را قطع کند.
- اگر قادر به خوردن غذاهای سفت نیست، بهتر است از غذاهای مایع مانند سوپ، آش، مایعات غیر شیرین، آب میوه و یا شیر استفاده نماید.
- باید در زمان بیداری به اندازه کافی استراحت کند.
- در صورت ابتلا به عوارض شدید، مانند اسهال و استفراغ شدید حتماً به پزشک مراجعه کند.

۱۰. در هر مراقبت ماهانه برای سالمند دیابتی مبتلا به فشار خون اقدامات ذیل باید انجام گردد:

۱. اندازه‌گیری قد، وزن و محاسبه نمایه توده بدنی. هدف کاهش وزن تا رسیدن به حد مطلوب می باشد. BMI کمتر از ۲۷ مطلوب است. میزان کاهش وزن توصیه شده ۱تا۲ کیلوگرم در ماه یا هر هفته نیم کیلوگرم تا رسیدن به وزن مطلوب یا نمایه توده بدنی کمتر از ۲۷ است.

۲. اندازه‌گیری فشارخون نشسته با رعایت اصول و شرایط اندازه گیری (یک نوبت کافی است). هدف حفظ فشار خون بیماران به کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه است.

- در صورت فشارخون ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰، علت شامل: مصرف منظم دارو، رعایت محدودیت مصرف نمک، عدم مصرف الکل، ترک استعمال دخانیات، انجام فعالیت بدنی و روند کاهش وزن بررسی شود.

اندازه گیری فشارخون یک هفته بعد و در صورت عدم کنترل فشار طی هفته بعد، سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

- در صورت فشارخون ۱۶۰/۱۰۰ تا ۱۸۰/۱۱۰، سالمند را به پزشک ارجاع غیرفوری دهید.
- در صورت فشارخون ۱۸۰/۱۱۰ و بالاتر سالمند را به پزشک ارجاع فوری دهید.

۳. توصیه به اصلاح شیوه زندگی شامل: کاهش مصرف نمک، عدم مصرف الکل، ترک استعمال دخانیات، رژیم غذایی مناسب از جمله کاهش مصرف چربی بالاخص روغن جامد، مصرف بیشتر میوه و سبزیجات و فیبر

۴. افزایش فعالیت بدنی به میزان حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته با شدت متوسط که معادل روزانه ۳۰ دقیقه و پنج روز در هفته است.

۵. اندازه‌گیری فشار خون ایستاده پس از دو دقیقه ایستادن در کسانی که داروی فشارخون مصرف میکنند، فقط یکبار در ابتدای تجویز دارو و در صورت شکایت از سرگیجه هنگام تغییر وضعیت یا بلند شدن در سالمندان برای رد احتمال افت فشار خون وضعیتی

۶. بررسی سالمند از نظر سردرد، سرگیجه، خونریزی از بینی و سایر عوارض طبق دستوالعمل . در صورت پاسخ مثبت سالمند را به پزشک ارجاع فوری دهید.

۷. بررسی مصرف داروهای تجویز شده مطابق دستور پزشک و تاکید بر استفاده منظم و دائمی از داروها

آموزش در مورد خطرات قطع خودسرانه مصرف داروی‌های کاهش دهنده فشار خون. توضیح در مورد اینکه ممکن است تا چند روز پس از قطع مصرف دارو، فشارخون در محدوده قابل قبول باشد ولی به معنی بهبودی نیست. قطع دارو ممکن است سبب افزایش ناگهانی فشار خون شده و خطر عوارض را بیشتر کند.

۸. ارجاع به پزشک مطابق دستورالعمل سه ماه بعد

تذکر مهم: بعد از شناسایی و تثبیت بیماری فشارخون، مراقبت ممتد معمول توسط بهورز یا مراقب سلامت ماهی یک بار، توسط پزشک عمومی هر سه ماه یک بار و توسط متخصص قلب و عروق یا متخصص داخلی سالی یک بار است، مگر این که با نظر پزشک فواصل مراقبت تغییر کند.

فصل دوم
اختلالات تغذیه ای

الف) سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱

ارزیابی کنید:
نمایه توده بدنی (BMI)[1]* سالمند را محاسبه نمایید
برای سالمند با نمایه توده بدنی **کمتر از ۲۱** پرسشنامه **MNA**[2]* (شماره یک) را تکمیل نموده و براساس امتیاز حاصله، طبقه بندی و اقدام نمایید.
۱- آیا مصرف غذا طی ۳ ماه اخیر به علت کاهش اشتها، مشکلات گوارشی، مشکلات دندانی و جویدن یا اختلال در بلع، کاهش یافته است؟ ۰= کاهش شدید مصرف غذا ۱= کاهش متوسط مصرف غذا ۲= کاهش نیافتن مصرف غذا
۲- آیا کاهش وزن ناخواسته طی ۳ ماه گذشته داشته‌اید؟ ۰= بیش از ۳ کیلوگرم کاهش وزن ۱= نمی‌داند ۲= بین ۱ تا ۳ کیلوگرم کاهش وزن ۳= بدون کاهش وزن
۳- میزان تحرک معمول شما چقدر است؟ ۰= وابسته به تخت یا صندلی ۱= قادر به ترک کردن تخت یا صندلی است اما قادر به بیرون رفتن نیست ۲= بیرون می‌رود.
۴- آیا طی ۳ ماه اخیر استرس روحی روانی یا یک بیماری حاد به شما وارد شده است؟ ۰= بلی ۲= خیر
۵- آیا مبتلا به مشکلات عصبی- روانی هستید؟ ۰= فراموشی شدید یا افسردگی شدید ۱= فراموشی خفیف ۲= فاقد مشکلات روانی
۶- دور عضله ساق پا را اندازه بگیرید. اندازه دور عضله ساق پا: ۰= کمتر از ۳۱ سانتی متر ۳= ۳۱ سانتی متر یا بیشتر
مجموع امتیازات:
اقدام کنید: سه عدد مگا دوز ویتامین D و ۹۰ عدد مکمل کلسیم، یا کلسیم D را برای مصرف سه ماه به سالمند تحویل دهید.

نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
۰-۷ امتیاز	مبتلا به سوء تغذیه	• آموزش تغذیه بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تاکید برای شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی • ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • پیگیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید)
	مبتلا به دیابت، فشار خون بالا، دیس لیپیدمی	• آموزش تغذیه بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تاکید برای شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی • ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • پیگیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید)
۸-۱۱	لاغر در معرض خطر	• آموزش تغذیه بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تاکید برای شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز • پی گیری برای مراجعه مجدد ۳ ماه بعد • در صورت عدم بهبودی، ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • پیگیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید)
۱۲-۱۴	لاغر با امتیاز مناسب	آموزش تغذیه بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت تاکید برای شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز پیگیری برای یک دوره سه ماهه

نکته مهم: کلیه سالمندان مبتلا به بیماری‌های دیابت، پره دیابت، دیس لیپیدمی، پرفشاری خون و سوتغذیه چاقی و لاغری پس از غربالگری توسط مراقب سلامت یا بهورز، ابتدا جهت انجام مراحل درمانی به پزشک ارجاع می‌شوند. سپس از طرف پزشک جهت دریافت مراقبت تغذیه به کارشناس تغذیه ارجاع و پیگیری خواهد شد.

۱*. BMI: حاصل تقسیم وزن برحسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر

۲*. ارزیابی مختصر تغذیه‌ای MNA: Mini Nutritional Assessment

ب) سالمند با نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر

ارزیابی کنید
ابتدا نمایه توده بدنی (BMI)[1]* سالمند را محاسبه نمایید
برای سالمند با نمایه توده بدنی **۲۱ و بالاتر** پرسشنامه زیر (شماره دو) را تکمیل نموده و براساس امتیاز حاصله، طبقه بندی و اقدام نمایید.
مصرف میوه روزانه شما معمولاً چقدر است؟ ۰= بندرت/ هرگز ۱= کمتر از ۲ سهم ۲= ۲ تا ۴ سهم یا بیشتر
مصرف سبزی روزانه شما معمولاً چقدر است؟ ۰= بندرت/ هرگز ۱= کمتر از ۳ سهم ۲= ۳ تا ۵ سهم
مصرف شیر و لبنیات روزانه شما معمولاً چقدر است؟ ۰= بندرت/ هرگز ۱= کمتر از ۲ سهم ۲= ۲ سهم یا بیشتر
آیا سر سفره از نمکدان استفاده می‌کنید؟ ۰= همیشه ۱= گاهی ۲= بندرت/ هرگز
چقدر به طور معمول فست فود یا نوشابه های گازدار مصرف می‌کنید؟ ۰= هفته ای ۲ بار یا بیشتر ۱= ماهی ۱ یا ۲ بار ۲= بندرت/ هرگز
از چه نوع روغنی معمولاً مصرف می‌کنید؟ ۰= فقط روغن نیمه جامد یا جامد یا حیوانی ۱= تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد ۲= فقط روغن مایع (معمولی و مخصوص سرخ‌کردنی)
مجموع امتیازات:
اقدام کنید: سه عدد مگا دوز ویتامین D و ۹۰ عدد مکمل کلسیم، یا کلسیم D را برای مصرف سه ماه به سالمند تحویل دهید.

۱* BMI: حاصل تقسیم وزن برحسب کیلوگرم بر مجذور قد برحسب متر

نتیجه ارزیابی		طبقه بندی	توصیه ها
۳۰ و بالاتر	چاق	هر امتیاز	• آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت - تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه - ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی - ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه‌ای - پیگیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
	مبتلا به دیابت، فشار خون بالا، دیس لیپیدمی	هر امتیاز	• آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی • ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه‌ای • پیگیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
نمایه توده بدنی ۲۱ تا ۲۶/۹ (۲۷ تا ۲۹/۹)	اضافه وزن	۷-۱۲ (الگوی تغذیه‌ای متوسط تا مطلوب	• آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه • پیگیری برای مراجعه مجدد ۳ ماه بعد • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
	۷-۱۲ امتیاز	۰-۶ (الگوی تغذیه‌ای نامطلوب	• آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه • گیری برای مراجعه مجدد ۳ ماه بعد • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
	طبیعی	۰-۶ (الگوی تغذیه‌ای نامطلوب)	• آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه • پیگیری برای مراجعه مجدد ۳ ماه بعد و ارزیابی مجدد الگوی تغذیه • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
		۷-۱۱ (الگوی تغذیه‌ای متوسط تا مطلوب)	• آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه • پیگیری ۶ ماه بعد توسط مراقب سلامت مطابق با بسته خدمت سالمندان
		۱۲ (الگوی تغذیه‌ای مطلوب)	• تشویق برای ادامه الگوی تغذیه مناسب

نکته مهم: کلیه سالمندان مبتلا به بیماری های دیابت، دیس لیپیدمی، پرفشاری خون و سوتغذیه چاقی و لاغری پس از غربالگری توسط مراقب سلامت یا بهورز، ابتدا جهت انجام مراحل درمانی به پزشک ارجاع می‌شوند. سپس از طرف پزشک جهت دریافت مراقبت تغذیه به کارشناس تغذیه ارجاع خواهند شد.

سالمند را از نظراحتمال اختلالات تغذیه ارزیابی کنید

ابتدا نمایه توده بدنی سالمند را با استفاده از فرمول مربوطه محاسبه و ثبت کنید. در سالمندان ایرانی نمایه توده بدنی ۲۱ تا ۲۶/۹ مطلوب و نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ و نمایه توده بدنی ۲۷ و بالاتر نامطلوب در نظر گرفته می‌شود. برای سالمندانی که نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ دارند از پرسشنامه شماره یک (MNA) و برای سالمندانی که نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر دارند از پرسشنامه شماره دو استفاده کنید.

الف: ارزیابی سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ از نظر احتمال اختلالات تغذیه ای

سؤالات زیر را از سالمند و یا همراه وی بپرسید و برحسب پاسخ، امتیاز هر سؤال را ثبت کنید.

۱. در سؤال اول از سالمند یا همراه وی بپرسید: «آیا طی سه ماه گذشته به علل مختلف مانند بی اشتهایی یا مشکلاتی مانند تهوع، استفراغ، مشکل در جویدن یا بلع، کمتر از حد عادی غذا خورده‌اید؟» در صورتی که کاهش شدید مصرف غذا داشته باشد صفر امتیاز، در صورتی که کاهش مصرف غذا را متوسط ذکر کند، امتیاز یک و در صورتی که مصرف غذای سالمند کاهش نیافته باشد، امتیاز دو بدهید.

نکته: اختلال بلع بعلت بیماری نیاز به ویزیت پزشک دارد.

۲. در سؤال دوم از سالمند یا همراه وی بپرسید: «آیا طی سه ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته اید؟» یا مثلاً «حس کرده اید که کمربند یا لباس هایتان گشادتر شده‌اند؟ اگر بلی، چقدر وزن کم کرده‌اید؟ کمتر از ۳ کیلوگرم یا بیشتر از ۳ کیلوگرم؟» در صورتی که پاسخ بیش از ۳ کیلوگرم کاهش وزن باشد امتیاز صفر، اگر نمی‌داند امتیاز یک، در صورتی که بین ۱ تا ۳ کیلوگرم کاهش وزن داشته است، امتیاز دو و در صورتی که کاهش وزن نداشته است، امتیاز سه بدهید.

نکته: کاهش وزن به طور ناخواسته و غیر ارادی حتی در مورد سالمندان دارای اضافه وزن و چاق اهمیت بالایی دارد، زیرا ممکن است ناشی از سوء تغذیه باشد.

۳. در سؤال سوم از سالمند یا همراه وی بپرسید: « وضعیت تحرک شما چگونه است؟» مثلاً «آیا می‌توانید از صندلی، تخت یا ویلچر بدون کمک بلند شوید؟» اگر پاسخ سالمند خیر بود، امتیاز صفر بدهید. «آیا می‌توانید از صندلی یا تخت بلند شوید اما قادر به رفتن به بیرون از منزل بدون کمک نیستید؟» اگر پاسخ بلی است، امتیاز یک بدهید. «آیا می‌توانید بدون کمک دیگران منزل خود را ترک کنید؟» اگر پاسخ بلی است، امتیاز دو بدهید.

۴. در سؤال چهارم از سالمند یا همراه وی بپرسید: « طی سه ماه گذشته تحت استرس شدید قرار گرفته‌اید؟» یا «آیا اخیراً بیماری شدیدی داشته اید؟» در صورت پاسخ مثبت به هر کدام از سؤالات امتیاز صفر و در صورت پاسخ منفی امتیاز دو بدهید.

۵. در سؤال پنجم از سالمند یا همراه وی بپرسید: «آیا فراموشی دارید؟» و یا «آیا افسردگی مزمن یا شدید دارید؟» در صورت پاسخ بلی، شدت افسردگی یا فراموشی را چک کنید. در صورت وجود فراموشی یا افسردگی شدید امتیاز صفر، در صورت فراموشی یا افسردگی خفیف، امتیاز یک و در صورت فقدان مشکلات روانی (سایکولوژیک) امتیاز دو بدهید.

۶. دور ساق پا را اندازه بگیرید.

اندازه‌گیری دور ساق پا در سالمندان

برای اندازه‌گیری دور ساق پا در سالمندی که می‌تواند به حالت ایستاده یا نشسته بر لبه تخت یا صندلی باشد به ترتیب زیر عمل کنید:

۱. وزن فرد در حالت ایستاده باید روی هر دو پا به طور مساوی پخش شده باشد و در حالت نشسته پای چپ به طور آزاد آویزان باشد.

۲. از فرد بخواهید پاچه شلوار خود را بالا زده و ساق پا بطور کامل قابل دسترسی باشد.

۳. مترنواری را دور پهن ترین بخش ساق پا قرار داده و اندازه را یادداشت نمایید.

۴. بار دیگر دو اندازه گیری دیگر در دو ناحیه بالاتر و پایین تر از محل اندازه‌گیری شده انجام دهید تا از اندازه‌گیری اول خود مطمئن شوید.



برای اندازه‌گیری دور ساق پا در سالمندی که قادر به ایستادن یا نشستن نیست ترتیب زیر عمل کنید:

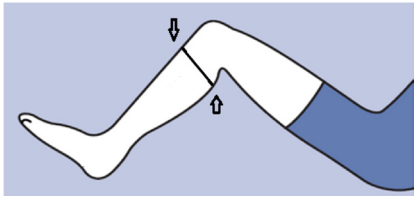
۱. فرد را در حالت طاقباز روی تخت بخوابانید و زانوی چپ او را در زاویه ۹۰ درجه قرار دهید.

۲. مترنواری را دور بزرگترین قطر ساق پای چپ قرار دهید.

۳. نوار را به نرمی بکشید. نه آنقدر محکم که روی بافت، فشار بیاورد.

۴. اندازه روی نوار را بخوانید و بدقت (به نزدیکترین ۰/۱ سانتیمتر) بنویسید.

۵. در اندازه‌گیری مجدد، نباید بیش از ۰/۵ سانتی متر اختلاف وجود داشته باشد.



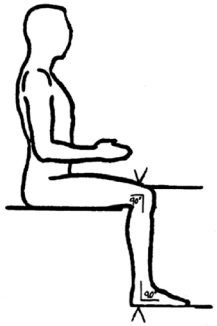
اندازه گیری قد زانو تا پاشنه

از قد زانو تا پاشنه تنها برای تخمین اندازه قد افراد بالای ۶۰ سال که اندازه‌گیری قد آنها به دلیل خمیدگی پشت قابل انجام نیست استفاده می‌شود.

برای اندازه گیری قد زانو تا پاشنه به ترتیب زیر عمل کنید:

۱. پاهای فرد باید با زاویه ۹۰ درجه آویزان باشد.

۲. یک طرف تیغه بلند (تیغه ثابت) کالیپر را زیر پاشنه پای راست زیر قوزک خارجی از استخوان نازک نی فیکس کنید.

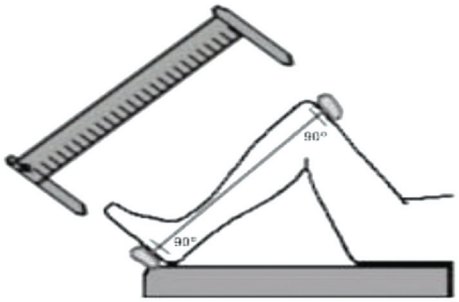


توجه ۱: در فردی که در حالت چمباتمه قرار دارد و قادر به نشستن بر روی صندلی نیست، باید پای او را طوری قرار دهید که زانو و قوزک پا زاویه ۹۰ درجه داشته باشند. این بهترین حالتی است که پای فرد کف دست شما قرار می‌گیرد.

توجه ۲: در فردی که در حالت دراز کش قرار دارد و قادر به نشستن نیست باید او را در حالت طاق باز قرار دهید طوری که کمر او صاف باشد و زانو با زاویه ۹۰ درجه خم شده باشد.

۳. تیغه متحرک کالیپر باید روی سطح قدامی ران راست قرار گیرد.(بالای استخوان ران راست حدود ۵ سانتیمتر بالاتر از استخوان کشکک)

۴. محور کالیپر باید موازی محور استخوان درشت نی باشد، طوری که محور کالیپر از بالای قوزک خارجی استخوان نازک نی و قسمت خلفی سر استخوان نازک نی عبور کند.



۵. کمی به بافت فشار وارد کنید.

۶. در همان حالتی که پا و کالیپر قرار دارند مجددا اندازه گیری را انجام دهید و عدد را ثبت کنید. (قد زانو را با دقت ۰/۱ سانتی متر ثبت کنید.)

توضیح: در صورت عدم دسترسی به کالیپر می‌توان از خط کش و گونیا با رعایت زاویه ۹۰ درجه در زانو و ساق پا استفاده کرد.

اندازه‌گیری وسط دور بازو (MAC)

در مواردی که امکان اندازه‌گیری وزن سالمند وجود ندارد از اندازه وسط دور بازو برای تعیین تقریبی BMI استفاده می‌شود.

اندازه‌گیری وسط محیط بازو به ترتیب زیر در فردی که در حالت نشسته یا درازکشیده به پشت قرار دارد انجام می‌شود. در صورت امکان و ترجیحاً از بازوی چپ بدون آستین لباس استفاده کنید. اندازه‌گیری در نقطه وسط بین برجستگی خارجی استخوان شانه (آکرومیون) و نوک آرنج (اوله کرانون) انجام می‌شود. برای اندازه‌گیری باید مراحل زیر درنظر گرفته شود:

۱. بازوی چپ را خم کنید و نوک آرنج و برجستگی خارجی استخوان شانه را مشخص کرده و علامت بزنید.

۲. نقطه وسط بین نقاط علامت زده شده را مشخص کرده و علامت بزنید.

۳. سپس در حالی‌که دست فرد به موازات بدن وی به حالت رها و شل قرار گرفته، محیط میانه بازو را از روی نقطه علامت‌زده شده، اندازه‌گیری کنید. برای این کار از متر نواری استفاده کنید.

۴. دقت کنید که نوار کاملاً مماس بر بازوی فرد باشد، نه آزاد و نه بیش از اندازه کشیده شده باشد.

۵. دقت کنید که پوست و عضلات افراد دچار سوءتغذیه بسیار شل بوده و کوچک‌ترین فشار اضافی می‌تواند باعث گردد تا محیط میانه بازو کم‌تر از حد واقعی اندازه‌گیری شود.

۶. بلافاصله عدد را خوانده و بر حسب میلی‌متر ثبت کنید.

۷. اندازه‌گیری را دو بار انجام دهید تا از صحت عدد قرائت شده اطمینان حاصل کنید

محاسبه قد بر اساس قد زانو تا پاشنه با استفاده از فرمول چاملا (Chumlea)

قد برای زنان = ۸۴/۸۸ − (سن ×۰/۲۴) + (قد زانو ×۱/۸۳) یا (با rorrE ۸/۸۲mc) = قد ۷۵ + (قد زانو ×۱/۹۱) − (سن ×۰/۱۷)

قد برای مردان = ۶۴/۱۹− (سن ×۰/۰۴) + (قد زانو ×۲/۰۳) یا (با rorrE ۷/۸۴ mc) = قد ۵۹/۱۰ + (قد زانو ×۲/۰۸)

توضیح: واحد اندازه گیری قد و قد زانو سانتی متر و واحد اندازه گیری سن سال می‌باشد.

محاسبه وزن سالمندانی که قادر به ایستادن روی ترازو نیستند

برای زنان: وزن (با ±۱۱/۴۲gK دقت) = (۱/۰۹ × قد زانو) + (۲/۶۸ × اندازه وسط دور بازو) − ۶۵/۵۱

برای مردان: وزن (با ±۱۱/۴۶gK دقت) = (۱/۱۰ × قد زانو) + (۳/۰۷ × اندازه وسط دور بازو) − ۷۵/۸۱

توضیح: واحد اندازه‌گیری دور بازو و قد زانو سانتی متر و واحد اندازه گیری وزن سال می باشد.

ب: ارزیابی سالمند با نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر از نظر احتمال اختلالات تغذیه ای

سؤالات زیر را از سالمند و یا همراه وی بپرسید و برحسب پاسخ، امتیاز هر سؤال را ثبت کنید.

پرسشنامه شماره دو حاوی ۶ سؤال است. گزینه اول هر یک از پرسش‌ها دارای امتیاز صفر و گزینه دوم آنها دارای امتیاز یک است.

در سؤال ۱: درباره مصرف روزانه میوه پرسیده می‌شود، اگر سالمند عنوان کند که روزانه اصلاً میوه مصرف نمی‌کند یا بندرت مصرف می‌کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۲ سهم

میوه مصرف می‌کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند روزانه ۲ تا ۴ سهم یا بیشتر میوه مصرف می‌کند، امتیاز دو کسب بدهید.
تذکر: هر یک سهم میوه معادل یک عدد سیب متوسط یا همین مقدار از هر میوه دیگر است.

در سؤال ۲: درباره مصرف روزانه سبزی پرسیده می‌شود، اگر سالمند عنوان کند که روزانه اصلاً سبزی مصرف نمی‌کند یا گاهی بندرت مصرف می‌کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۳ سهم سبزی مصرف می‌کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند روزانه ۳ تا ۵ سهم یا بیشتر سبزی مصرف می‌کند، امتیاز دو بدهید.
تذکر: هر یک سهم سبزی معادل یک عدد سبزی غیربرگی متوسط مانند گوجه‌فرنگی، بادنجان یا هویج، و یا یک لیوان سبزی برگی نظیر سبزی خوردن یا کاهو است.

در سؤال ۳: درباره مصرف روزانه شیر و لبنیات پرسیده می‌شود، اگر سالمند عنوان کند که روزانه اصلاً شیر و لبنیات مصرف نمی‌کند یا بندرت مصرف می‌کند، امتیاز صفر بدهید. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۲ سهم شیر و لبنیات مصرف می‌کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند که روزانه ۲ سهم یا بیشتر شیر و لبنیات مصرف می‌کند، امتیاز دو بدهید.
تذکر: هر یک سهم شیر و لبنیات معادل یک لیوان (۲۵۰- ۲۰۰ میلی لیتر) شیر، یا یک لیوان (۲۵۰-۲۰۰ میلی لیتر) ماست، یا ۴۵ گرم (معادل ۱/۵ قوطی کبریت) پنیر است.

در سؤال ۴: درباره استفاده از نمکدان سر سفره پرسیده می‌شود، اگر سالمند عنوان کند که همیشه یا اکثر اوقات از نمکدان سر سفره استفاده می‌کند، امتیاز صفر بدهید. اگر عنوان کند که گاهی از نمکدان سر سفره استفاده می‌کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند که هرگز از نمکدان سر سفره استفاده نمی‌کند یا در موارد نادر ممکن است استفاده می‌کند، امتیاز دو بدهید.

در سؤال ۵: درباره مصرف فست فود (انواع ساندویچ‌های آماده حاوی سوسیس یا کالباس یا سمبوسه یا پیتزاهای حاوی سوسیس، کالباس و پنیر پیتزای فراوان) یا مصرف نوشابه‌های گازدار پرسیده می‌شود، اگر سالمند عنوان کند که در هفته دو بار یا بیشتر فست فود یا نوشابه‌های گازدار مصرف می‌کند، امتیاز صفر بدهید. اگر عنوان کند که در ماه حدود یک تا دو بار مصرف می‌کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند که هرگز در طول یک ماه از فست فود یا نوشابه‌های گازدار استفاده نمی‌کند و یا در طول سال ممکن است چند نوبت محدود استفاده کند، امتیاز دو بدهید.

در سؤال۶: درباره روغن مصرفی پرسیده می‌شود، اگر سالمند عنوان کند که فقط از روغن‌های نیمه‌جامد، جامد یا حیوانی برای طبخ غذا استفاده می‌کند، امتیاز صفر بدهید. اگر عنوان کند که تلفیقی از روغن‌های گیاهی مایع و روغن‌های نیمه جامد را برای طبخ غذا مورد استفاده قرار می‌دهد، امتیاز یک و اگر عنوان کند که فقط از روغن‌های گیاهی مایع معمولی و مخصوص سرخ کردنی برای طبخ غذا استفاده می‌کند، امتیاز دو بدهید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح تغذیه سالمند

راهنمای تغذیه سالمند مبتلا یا در معرض ابتلا به سوء تغذیه لاغری

- افزایش انرژی دریافتی
- مصرف حداقل سه میان وعده غنی از پروتئین و انرژی مانند تخم مرغ آب پز سفت، نان، خرما، میوه‌های تازه، خشک و پخته، انواع مغزها مثل بادام، گردو، فندق، لبنیات مثل شیر، ماست، پنیر، کشک،

بستنی، حبوبات مثل عدس و...، شیربرنج و فرنی؛

- استفاده از انواع طعم دهنده ها مانند آبلیمو، ادویه، چاشنی و ... برای افزایش اشتهای سالمند ؛
- مصرف روغن های مایع نباتی مانند روغن زیتون همراه سالاد، سبزی و غذا (روزانه یک قاشق سوپ خوری روغن زیتون یا کانولا مصرف شود)؛
- رعایت تنوع غذایی در برنامه غذایی روزانه (استفاده از انواع گروه های غذایی)؛
- استفاده بیشتر از گروه نان و غلات مثل انواع نان سبوس دار و سنتی، برنج و ماکارونی و سیب زمینی به همراه مواد پروتئینی؛
- توجه بیشتر به وعده صبحانه، استفاده از مواد مقوی و مغذی مثل گردو و پنیر در صبحانه ؛
- مصرف ماهی؛
- مصرف غلات سبوس دار و کاهش مصرف کربوهیدرات های ساده؛
- استفاده از جوانه ها، غلات و حبوبات در سالاد و آش و سوپ و خوراک؛
- استفاده از پنج گروه غذایی (گوشت و حبوبات و تخم مرغ و مغزها)، (شیر و لبنیات)، (میوه)، (سبزیجات) و (نان و غلات) در برنامه غذایی روزانه؛
- مصرف چند لیوان آب میوه به جای آب معمولی به خصوص بعد از غذا به طور روزانه؛

رفتار درمانی

- کشیدن غذا در ظرف بزرگ تر؛
- میل کردن غذا در جمع دوستان، اقوام یا خانواده؛
- میل نکردن آب قبل از غذا و یا همراه آن؛
- افزایش تعداد وعده های غذایی و کاهش حجم غذا در هر وعده؛
- غذا خوردن در محیط آرام و شاد؛

راهنمای تغذیه سالمند چاق یا در معرض ابتلا به چاقی

- کاهش انرژی دریافتی؛
- مصرف غذاهای آب پز و تنوری به جای غذاهای سرخ شده و پرچرب؛
- کاهش مصرف مواد غذایی کنسرو شده مانند همبرگر، سوسیس و کالباس؛
- ترجیحاً مصرف میوه به جای آب میوه؛
- استفاده از نان سبوس دار به جای برنج و ماکارونی؛
- اجتناب از مصرف نوشابه های گاز دار شیرین (حتی رژیمی)؛
- مصرف شیر و لبنیات کم چرب؛

- استفاده از ماهی و مرغ بدون پوست به جای گوشت قرمز و اجتناب از مصرف گوشت های احشایی (دل، قلوه، کله پاچه و مغز) ؛
- استفاده متعادل از غذاهای نشاسته ای مثل ماکارونی و سیب زمینی؛
- محدود کردن مصرف زرده تخم مرغ (حداکثر سه عدد در هفته)؛
- اجتناب از مصرف غذاهای پرانرژی حاوی مقادیر زیاد چربی وکربوهیدرات مثل سس مایونز، انواع شیرینی ها و شکلات؛
- استفاده از میوه و سبزیجات در میان وعده ها؛
- استفاده از روغن مایع به جای روغن جامد؛
- مصرف انواع سالاد بدون سس ترجیحاً قبل از غذا یا همراه غذا و استفاده از آب نارنج، سرکه و آبلیمو به جای سس سالاد

رفتار درمانی

- کاهش در سرعت غذا خوردن و افزایش مدت جویدن غذا؛
- نوشیدن حداقل یک لیوان آب قبل از غذا و کشیدن غذا در ظرف کوچک تر؛
- خریداری نکردن مواد غذایی چاق کننده مثل چیپس، شیرینی و نوشابه های گاز دار شیرین (حتی رژیمی)؛
- شرکت در کلاس های ورزش؛

فعالیت های بدنی

کاملاً مشابه با بخش فشارخون صفحه ۱۸ و ۱۹ است.

فصل سوم
سقوط و عدم تعادل

ارزیابی کنید:
از سالمند یا همراه وی سؤال کنید
۱- آیا در یک سال اخیر سابقه سقوط داشته اید؟ اگر بلی چندبار؟ در چه مکانی؟ در حین انجام چه فعالیتی؟ آیا دچار صدمه هم شده اید؟ ۲- آیا هنگام راه رفتن یا ایستادن احساس ناپایداری و عدم تعادل داشته اید؟ ۳- آیا از اینکه سقوط کنید می ترسید؟ (در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات بالا تست تعادل در وضعیت حرکت را انجام دهید.)
اقدام کنید:
• تست تعادل در وضعیت حرکت را برای سالمند انجام دهید.[1]* • اگر اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت بود، پرسشنامه فعالیت های روزانه زندگی (ADL)[2]* صفحه ۳۵ را برای سالمند تکمیل نموده و سالمند را همراه با نتیجه آن به پزشک ارجاع دهید.

نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
• پاسخ مثبت به یکی از سه سؤال ارزیابی اولیه و • اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت	احتمال سقوط	• با توجه به نتایج تست تعادل و پرسشنامه فعالیت های روزانه زندگی (ADL)، سالمند و همراه وی را در خصوص پیشگیری از سقوط و حوادث و تمرینات تعادلی آموزش دهید. • سالمند را به پزشک ارجاع غیرفوری 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. • به سالمند توصیه کنید سالی یک بار جهت ارزیابی بینایی و شنوایی به بینایی سنج و شنوایی سنج مراجعه نماید. • در صورت ارجاع سالمند برای احتمال فشارخون بالا یا افت فشارخون وضعیتی یا دیابت یا اختلالات شناختی، قید شود که سالمند در معرض سقوط قرار دارد.
• پاسخ منفی به هر سه سؤال ارزیابی اولیه یا • تست تعادل در وضعیت حرکت طبیعی	احتمال کم سقوط	• به سالمند و همراه وی در زمینه پیشگیری از سقوط و حوادث و تمرینات تعادلی آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا یک سال بعد تشویق کنید. • پیگیری مصرف کلسیم و ویتامین D • به سالمند توصیه کنید سالی یک بار جهت ارزیابی بینایی و شنوایی به بینایی سنج و شنوایی سنج مراجعه نماید.

۱* * تست تعادل در وضعیت حرکت: از سالمند بخواهید از روی صندلی بلند شود و به اندازه سه متر در مسیر مستقیم تا نقطه ای که شما روی زمین با علامت مشخص کرده اید با سرعت معمولی به طرف جلو برود، سپس برگردد و به طرف صندلی آمده و مجدداً روی صندلی بنشیند. از زمان شروع حرکت سالمند برای برخاستن از صندلی تا نشستن مجدد وی، با ثانیه شمار زمان بگیرید. چنانچه زمان انجام این فعالیت حداکثر ۱۲ ثانیه به طول بیانجامد، تست را طبیعی و در غیر این صورت یعنی اگر زمان تست بیش از ۱۲ ثانیه طول بکشد، تست را غیرطبیعی قلمداد کنید. اگر سالمند با ابزار کمکی مثل عصا یا واکر راه می رود، این تست را با استفاده از آن، انجام دهد. در تمامی مراحل انجام تست، ایمنی سالمند را در نظر بگیرید.

۲* ADL = Activity of Daily Living

فصل سوم - سقوط و عدم تعادل

سقوط یا زمین خوردن عبارت است از حادثه ای که نتیجه آن قرار گرفتن ناخواسته فرد بر روی زمین یا از یک سطح به همان سطح یا سطح پایین‌تر با یا بدون از دست دادن هوشیاری و با یا بدون آسیب می‌باشد که با وقایع مهم حاد داخلی (صرع، سکته مغزی و سنکوپ) و تصادفات مانند تصادف ماشین تفاوت دارد.

سقوط علل مختلفی دارد و معمولاً ترکیبی است از:

علل داخلی: مانند ضعف در تعادل، ضعف بینایی،کاهش شنوایی، افت فشارخون وضعیتی، دمانس، بیماری های قلبی عروقی، کم خونی، بیماری های عفونی، دیابت، سکته مغزی، التهاب مفاصل، ضعف عضلانی، پارکینسون، کمبود ویتامین B_{12}، سرگیجه و ...

علل خارجی: مانند مصرف برخی داروها، محیط نامناسب و یا محیط ناآشنا، روشنایی ضعیف، عدم وجود امکانات ایمنی، وجود قالیچه های لغزنده روی سنگ و ... که منجر به زمین خوردن می‌گردد.

سالمندان ۷۰ ساله و بالاتر و سالمندان زن بیشتر در معرض خطر سقوط قرار دارند.

انجام فعالیت‌های روزمره زندگی (ADL)
(فعالیت‌های پایه)

ردیف	فعالیت	دستورالعمل	امتیاز
۱	حمام کردن	۱: قادر است به تنهایی و کامل حمام کند یا تنها برای یک قسمت بدن (پشت،ناحیه تناسلی و انتهاها) به کمک نیاز دارد. ۰: برای بیش از یک قسمت از بدن، وارد یا خارج شدن از زیر دوش یا وان به کمک نیاز دارد و یا به حمام کامل نیاز دارد.	
۲	لباس پوشیدن، درآوردن	۱: به تنهایی قادر به برداشتن لباس از کمد، پوشیدن و درآوردن و بستن کمربند و ... می باشد (بند کفش مستثنی است.) ۰: برای قسمتی از لباس پوشیدن و یا به طور کامل نیاز به کمک دارد.	
۳	توالت رفتن	۱: قادر است به توالت رفته، کارش را انجام داده، شستشو کند، لباس هایش را بپوشد و خارج شود . ۰: برای رفتن به توالت و انجام کارها و شستشو و ... به کمک نیاز داشته و یا از لگن یا پوشک استفاده می‌کند.	
۴	جابجا شدن در منزل	۱: قادر است به تنهایی و یا با کمک ابزار (عصا) در صندلی و رختخواب جابه جا شود. ۰: برای جابجایی از رختخواب به صندلی نیاز به کمک فرد دیگر دارد یا کلا قادر به جابه جا شدن نیست.	
۵	اختیار داشتن (ادرار/ مدفوع)	۱: اختیار کامل ادرار و مدفوع خود را دارد. ۰: بی اختیاری کامل یا نسبی ادرار و مدفوع دارد.	
۶	غذا خوردن	۱: قادر است به تنهایی غذا بخورد به طوری که بدون کمک غذا را از بشقاب به دهان بگذارد. ممکن است غذا را با کمک دیگران تهیه نماید. ۰: نیاز به کمک جزیی (مانند بریدن قطعه های غذا یا تکه کردن نان) یا کامل برای غذا خوردن دارد.	
		جمع امتیاز	

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی به منظور پیشگیری از سقوط و حفظ تعادل

تمرینات بدنی مربوط به تعادل را براساس جلد یک کتاب مجموعه آموزشی شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی به سالمند آموزش دهید.

پیشگیری از سقوط در راه پله	پیشگیری از زمین خوردن در آشپزخانه	پیشگیری از زمین خوردن در حمام	پیشگیری از زمین خوردن در اتاق	اصول کلی پیشگیری از زمین خوردن و سقوط
ثابت کردن کف پوش پله ها به وسیلهٔ گیره های مخصوص به پله	لیز نبودن کف پوش آشپزخانه	استفاده از دمپایی های غیر ابری و غیر لیز در حمام	نصب کلید برق اتاق در نزدیک ترین محل به درب ورودی	استفاده از صندلی با پایه ثابت برای نشستن و اجتناب از نشستن بر روی صندلی چرخ دار
استفاده از نرده پله و یا میلهٔ نصب شده بر روی دیوار در زمان بالارفتن از پله	استفاده نکردن از واکس براق کننده کف آشپزخانه	استفاده از پادری های پلاستیکی مخصوص در کف حمام	پرهیز از پهن کردن پتو یا روفرشی بر روی فرش	پرهیز از پوشیدن دمپایی استفاده از کفش مناسب
روشن کردن چراغ در راه پله و پاگرد هنگام بالا و پایین رفتن از پله ها	خشک و تمیز بودن کف آشپزخانه	استفاده از میله های نصب شده بر روی دیوار حمام به عنوان دستگیره	قرار ندادن وسایل خانه به خصوص در مسیر اتاق خواب به توالت و آشپزخانه	به کار بردن وسایل کمکی برای راه رفتن مثل عصا و واکر به طور صحیح
عاری کردن راه پله ها از هر گونه وسایل اضافی		استفاده از یک صندلی یا چهار پایه برای زیر دوش و یا دوش دستی در صورت نشستن در حمام	رد کردن سیم وسایل برقی مثل تلویزیون رادیو و... از کنار دیوار	نزدیک به دیوار قرار گرفتن در موقع قدم زدن به ویژه در فضای باز
چسباندن نوار رنگی یا رنگ کردن لبهٔ پلهٔ اول و پلهٔ آخر			استفاده از نور مناسب برای روشنایی اتاق در موقع خواب شب	استفاده از عینک با نمره مناسب برای اصلاح بینایی خود
			استفاده از تخت خواب با ارتفاع مناسب (رسیدن هر دو پای سالمند به زمین)	خودداری از حمل بسته های زیاد به طور همزمان
			قرار دادن تلفن در نزدیکی محل خواب و نشستن	پرهیز از پوشیدن لباس های بلند
			ثابت کردن لبه های فرش، به منظور پیشگیری از گیر کردن پا به لبه فرش	خودداری از بالا رفتن از نردبان یا ایستادن روی چهار پایه

پیگیری

- چنانچه سالمند در طبقه «**احتمال سقوط**» قرار گرفت، 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.
- چنانچه سالمند در طبقه «**احتمال کم سقوط**» قرار گرفت، سالمند را به مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا یک سال بعد تشویق کنید.

فصل چهارم
افسردگی

فصل چهارم - افسردگی

قبل از پرسشگری در این بخش، به سالمند و همراه وی توضیح دهید:

- در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی و استرس‌های شما بپرسم.
- هدف از این پرسشگری شناسائی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در مراجعین است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره، زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.

در خصوص حفظ رازداری: اطمینان دهید مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما است و کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند؛ همچنین دسترسی به اطلاعات برای پزشک فراهم خواهد بود.

- این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.
- پاسخگویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.
- سوالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول یک هفته گذشته تجربه کرده‌اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید « بلی یا خیر»

ارزیابی کنید:		
پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان را برای سالمند تکمیل کنید و براساس دستوالعمل «تفسیر پاسخ»، نمرات را جمع بندی و سپس طبقه بندی نمایید.		
آیا از زندگی خود راضی هستید؟	۰- بلی	۱- خیر
آیا احساس می‌کنید که زندگی شما پوچ و بی معنی است؟	۱- بلی	۰- خیر
آیا اغلب کسل هستید؟	۱- بلی	۰- خیر
آیا اغلب اوقات وضع روحی خوبی دارید؟	۰- بلی	۱- خیر
آیا می‌ترسید اتفاق بدی برای شما بیفتد؟	۱- بلی	۰- خیر
آیا در اغلب مواقع احساس سرحالی می‌کنید؟	۰- بلی	۱- خیر
آیا اغلب احساس درماندگی می‌کنید؟	۱- بلی	۰- خیر
آیا فکر می‌کنید زنده بودن، لذت بخش است؟	۰- بلی	۱- خیر
آیا در وضعیت فعلی خود، احساس بی ارزشی زیادی می‌کنید؟	۱- بلی	۰- خیر
آیا احساس می‌کنید موقعیت شما نا امیدکننده است؟	۱- بلی	۰- خیر
آیا فکر می‌کنید حال و روز اکثر آدم‌ها از شما بهتر است؟	۱- بلی	۰- خیر
مجموع امتیازات:		

نتیجه ارزیابی	**طبقه بندی**	**اقدام** **توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری**
نمره کل مساوی یا بیشتر از ۶	**غربال مثبت افسردگی** (احتمال افسردگی)	• سالمند را به پزشک 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. • به سالمند توصیه‌های خودمراقبتی در اصلاح شیوه زندگی مطابق با شرایط و امکانات فردی را به منظور مقابله با افسردگی را آموزش دهید.
نمره کل کمتر از ۶	**غربال منفی افسردگی** (عدم احتمال ابتلا به افسردگی)	• سالمند را برای شرکت در کلاس‌های آموزش مهارت زندگی و خودمراقبتی ارجاع دهید. • تشویق سالمند به مراجعه در صورت بروز نشانه و یا یک سال بعد

سالمند را با استفاده از پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان از نظر احتمال ابتلا به افسردگی ارزیابی کنید.

دقت کنید: در پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان، در برخی از سؤالات امتیاز یک به پاسخ‌های بلی و در برخی دیگر، به پاسخ‌های خیر تعلق می‌گیرد.

سالمند را از نظر احتمال ابتلا به افسردگی طبقه بندی کنید

- سالمند با «نمره ۶ و بیشتر، از پرسشنامه مقیاس افسردگی» در طبقه بندی مشکل **«غربال مثبت افسردگی»** قرار می‌گیرد؛ در این صورت سالمند را به **پزشک ارجاع غیر فوری** دهید.
- سالمند با «نمره کمتر از ۶ از پرسشنامه مقیاس افسردگی» در طبقه **«غربال منفی افسردگی»** و عدم احتمال ابتلا به افسردگی قرار می‌گیرد.

مداخلات آموزش خودمراقبتی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند به منظور مقابله با افسردگی

با درنظرگرفتن شرایط جسمی و توانمندی سالمند* و مطلع کردن خانواده توصیه کنید زمانی که دچار احساس اضطراب می‌شود اقدامات زیر را انجام دهد:

- مشغول شدن به انجام فعالیت در خانه؛ ترجیحاً کار مورد علاقه مثل نگاه کردن به تلویزیون، کتاب خواندن، باغبانی کردن و ...
- صحبت کردن با دوستان و اقوام
- دیدن دوستان و آشنایان
- خارج شدن از خانه برای مدت کوتاه و تماشای مغازه‌ها یا قدم زدن در پارک

تذکر مهم: سالمندان با بیماری‌های مزمن و یا مشکلات حافظه نیاز به همراهی یک مراقب دارند در چنین شرایطی با مراقبین سالمند برای بهبود شرایط او در ارتباط باشید.

پیگیری

- چنانچه سالمند در طبقه **«غربال مثبت افسردگی»** و احتمال ابتلا به افسردگی قرار گرفت به **پزشک ارجاع دهید** و مطابق دستور پزشک پیگیری شود.
- 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.
- چنانچه سالمند در طبقه **«غربال منفی افسردگی»** و عدم احتمال ابتلا به افسردگی قرار گرفت، سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه و مراجعه یک سال بعد تشویق نمایید و در صورت تمایل سالمند، وی را برای دریافت خدمات توانمندسازی و شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی مهارت زندگی و خودمراقبتی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.

فصل پنجم
تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان

ارزیابی کنید از سالمند یا همراه وی سؤال کنید:	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
۱. سابقه فردی سرطان پستان ۲. سابقه نمونه برداری پستان ۳. سابقه رادیوتراپی قفسه سینه ۴. سابقه خانوادگی سرطان (به ویژه پستان یا تخمدان) از جمله یکی از موارد زیر: - دست کم دو فامیل درجه یک، دو یا سه با سرطان پستان در یک سمت فامیل با هر سنی - دست کم دو فامیل درجه یک، دو یا سه با سرطان در یک سمت فامیل با هر سنی که یکی از آنها سرطان پستان باشد. - دست کم یک فامیل درجه یک، دو یا سه با سرطان تخمدان در یک سمت فامیل با هر سنی - یک فامیل درجه یک، دو یا سه با سرطان پستان یا هر سرطان دیگری در سن زیر ۵۰ سال	شرح حال غیرطبیعی (هر یک از موارد زیر) • سابقه خانوادگی مثبت یا • سابقه فردی مثبت یا • سابقه نمونه برداری پستان یا • سابقه رادیوتراپی قفسه سینه	مشکوک و نیازمند ارجاع	• اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • فرد را به سطح دو (پزشک متخصص جراح در بیمارستان های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع دهید. (زمان ارجاع افرادی که ماموگرافی طبیعی دارند، یک سال پس از آخرین ماموگرافی خواهد بود)
اقدام کنید:	معاینه غیرطبیعی (هر یک از موارد زیر) • توده پستان یا زیر بغل یا • تغییر در شکل (عدم قرینگی) یا قوام (سفتی) پستان یا • تغییرات پوستی پستان (پوست پرتغالی، اریتم یا قرمزی پوست، زخم پوست، پوسته پوسته شدن و اگزمای پوست و تغییرات نوک پستان شامل فرورفتگی یا خراشیدگی) یا • ترشح نوک پستان که از یک پستان باشد (و نه هر دو پستان)، از یک مجرا باشد (و نه از چند مجرا)، ترشح خود به خودی و ادامه دار باشد، در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد، سروزی یا خونی باشد	مشکوک و نیازمند ارجاع	• اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • فرد را به سطح دو (پزشک متخصص جراح در بیمارستان های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع دهید.
معاینه بالینی پستان (CBE) را انجام دهید: ۱. توده پستان یا زیر بغل ۲. تغییر در شکل (عدم قرینگی) یا قوام (سفتی) پستان ۳. تغییرات پوستی پستان ۴. ترشح نوک پستان سوابق ماموگرافی فرد را بررسی کنید.	• نتیجه ماموگرافی غیرطبیعی (BIRADS ۴ و ۵) در طی یک سال اخیر	مشکوک و نیازمند ارجاع	• اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • فرد را به سطح دو (مراکز تشخیص زودهنگام سرطان یا در صورت نبود آن پزشک متخصص جراح در بیمارستان های عمومی) ارجاع دهید.

	• نتیجه ماموگرافی (BIRADS ۲ و ۳) در طی یک سال اخیر	نیازمند پیگیری و تکرار ارجاع در زمان های تعیین شده	• اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • درخصوص BIRADS ۲ ظرف ۱۲ ماه و در خصوص BIRADS ۳ ظرف ۶ ماه از ماموگرافی قبلی نیاز به پیگیری و ارجاع مجدد فرد به سطح دو (مراکز تشخیص زودهنگام سرطان یا در صورت نبود آن پزشک متخصص جراح در بیمارستان های عمومی) است.
	• (نداشتن سابقه خانوادگی، سابقه فردی، نمونه برداری پستان و رادیوتراپی قفسه سینه) • معاینه طبیعی • ماموگرافی طبیعی در طی یک سال اخیر (BIRADS ۱)	طبیعی و عدم نیاز به ارجاع	• اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • برای ۲ سال بعد نوبت ویزیت مجدد بدهید و به بهورز/ مراقب سلامت ارجاع دهید. • توصیه کنید درصورتی که در فواصل بین معاینات معمول، مشکلات پستان داشته باشد مراجعه کند.

فصل ششم
تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان کولورکتال

ارزیابی / در گروه هدف ۵۰ تا ۶۹ سال	اقدام	طبقه بندی	معیار طبقه بندی
در مورد علایم زیر سوال کنید: ۵. آیا در طی یک ماه اخیر خونریزی دستگاه گوارشی تحتانی (خونریزی از مقعد) داشته است؟ ۶. آیا در طی یک ماه اخیر یبوست (با یا بدون اسهال، درد شکم و احساس پربودن مقعد پس از اجابت مزاج) داشته است؟ ۷. آیا در طی شش ماه اخیر کاهش بیش از ۱۰٪ از وزن بدن داشته است؟ **در مورد سابقه فردی سوال کنید:** ۱. سابقه فردی سرطان روده بزرگ ۲. سابقه فردی آدنوم روده بزرگ ۳. سابقه بیماری التهابی روده بزرگ) (IBD)بیماری کرون یا کولیت اولسروز **در مورد سابقه خانوادگی سوال کنید:** ۱. سابقه خانوادگی سرطان یا ادنوم روده بزرگ در افراد درجه یک خانواده (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزندان) ۲. سابقه سرطان روده بزرگ در فامیل درجه دو که در سن زیر ۵۰ سال بروز کرده باشد (عمه، عمو، خاله، دایی، مادر بزرگ و پدر بزرگ) **آزمایش زیر برای مراجعه کننده انجام دهید:** تست خون مخفی در مدفوع (FIT)	دارا بودن یکی از موارد زیر: • علامت‌دار • سابقه خانوادگی مثبت • سابقه فردی مثبت • تست خون مخفی در مدفوع (FIT) مثبت	موارد مشکوک و نیاز به ارجاع به پزشک	• اصول خودمراقبتی را به فرد آموزش دهید. • فرد را به سطح دو (مراکز تشخیص زودهنگام سرطان یا در صورت نبود آن پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان‌های عمومی) ارجاع دهید.
	وجود همه شرایط زیر: • بدون علامت • سابقه خانوادگی منفی • سابقه فردی منفی • تست خون مخفی در مدفوع (FIT) منفی	طبیعی و عدم نیاز به ارجاع	• اصول خودمراقبتی را به فرد آموزش دهید. • توصیه شود پس از دو سال جهت ارزیابی مجدد مراجعه کند. • توصیه شود درصورت داشتن مشکلات گوارشی در فواصل معاینات مراجعه کند.

تذکر مهم: در غربالگری برای سرطان باید شرایط سلامتی و تحمل سالمند برای اقدامات تشخیصی و درمانی را در نظر گرفت. سالمندانی که چند بیماری ناتوان‌کننده دارند مانند بیماری‌های قلبی ریوی و یا سالمندانی که دمانس دارند و سالمندانی که طول عمر آنها کمتر از ۵ سال حدس زده می‌شود از غربالگری خارج می‌شوند.

اصول خودمراقبتی برای پیشگیری از سرطان کولورکتال را به سالمند آموزش دهید.

خوشبختانه سرطان روده بزرگ یکی از قابل پیشگیری‌ترین سرطان‌هاست. بنابراین نه تنها می‌توان با تغییر در شیوه زندگی احتمال پولیپ یا سرطان روده بزرگ را کاهش داد بلکه با انجام اقدامات غربال‌گری و تشخیص زودهنگام، پولیپ‌ها پیش از تبدیل به سرطان شناسایی و از تبدیل آن‌ها به سرطان جلوگیری کرد. برای کاهش احتمال بروز سرطان روده بزرگ می‌توانید توصیه‌های زیر را به افراد داشته باشید:

- سیگار نکشید
- الکل ننوشید
- فعالیت بدنی کافی داشته باشید از جمله ۷۵ دقیقه در هفته فعالیت بدنی شدید (که موجب تعریق و نفس نفس زدن می‌شود مانند، دویدن، دوچرخه سواری تند، کارهای سنگین مثل بیل زدن) یا ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی متوسط (که موجب تعریق و نفس نفس زدن نمی‌شود مانند انواع پیاده روی آرام ورزشی، باغبانی، شنا و جارو زدن)
- وزن خود را کاهش دهید به طوری که نمایه توده بدنی زیر ۲۵ باشد.
- رژیم غذایی مناسب داشته باشید از جمله روزانه ۵ وعده (معادل یک فنجان از میوه‌های خورد شده) یا ۴۰۰ گرم میوه بخورید، مصرف گوشت قرمز به خصوص به صورت کبابی شده یا فرآوری شده را به

کمتر از ۷۰ گرم در روز یا نیم کیلو در هفته محدود کنید، غذاهای آماده (فست فود) را محدود کنید، میزان کالری کمتری و چربی کمتری مصرف کنید.

- برخی داروها مثل آسپرین (اگر سابقه خونریزی معده وجود نداشته باشد)، فولیک اسید و کلسیم نیز با کاهش احتمال بروز سرطان روده بزرگ همراه بوده اند.
- علایم هشداردهنده سرطان مانند خونریزی دستگاه گوارش تحتانی، تغییر در عادات اجابت مزاج و کاهش وزن را به افراد آموزش دهید.
- اگر سابقه فردی یا خانوادگی آدنوم یا سرطان روده بزرگ و یا بیماری التهابی روده بزرگ دارید، به صورت دوره‌ای ارزیابی‌های کامل تری مانند کولونوسکوپی انجام دهید.

آزمایش خون مخفی در مدفوع

پولیپ‌ها و سرطان کولون گاهی خونریزی می‌کنندکه سبب ایجاد خون در مدفوع می‌شود اما این خون آنقدر کم است که با چشم دیده نمی شود بلکه باید با انجام آزمایش آن را تشخیص داد.

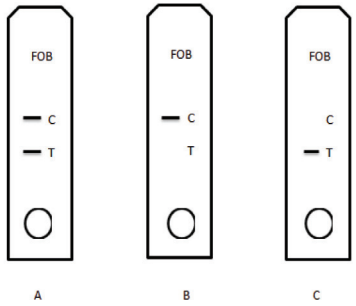
بخش اول این آزمایش توسط خود فرد مراجعه‌کننده قابل انجام است. در ابتدا فرد درب ظرف شیشه‌ای (شکل ۱) را باز می‌کند. سپس قسمت میله متصل به درب ظرف را ۳ بار داخل مدفوع قرار می‌دهد و دوباره آن را به جای خود برگردانده و بر روی ظرف می‌بندد. پس از آن ظرف را چند بار تکان می‌دهد. این ظرف توسط مراقب سلامت تحویل گرفته می‌شود. بهورز/مراقب سلامت، قسمت زائده سر ظرف شیشه‌ای را می‌شکند و از مایع داخل ظرف ۲ قطره بر روی کیت (شکل ۱) می‌چکاند. بعد از ۵ دقیقه باید کیت مورد نظر را بررسی کند. در صورتی که کیت بعد از ۱۰ دقیقه بررسی شود ارزشی نخواهد داشت.

نتایج کیت مورد نظر ممکن است یکی از ۳ حالت زیر را داشته باشد:

- اگر علامت به صورت دو خط در کنار حروف C و T باشد (مانند قسمت A شکل ۲) یعنی نتیجه تست مثبت است.
- در صورتی که علامت به صورت یک خط در کنار حرف C باشد (مانند قسمت B شکل ۲) یعنی نتیجه تست منفی است.
- در صورتی که علامت به صورت یک خط در کنار حرف T باشد (مانند قسمت C شکل ۲) یعنی نتیجه تست نامعتبر است و باید این تست مجدد انجام شود.



شکل ۱



شکل ۲

منابع:

1. "HAZZARDS Geriatric Medicine and Gerontology", Jeffrey B.Halter et al, MC Graw Hill Education, Seventh edition, 2017

۲. «زندگی سالم در دوره سالمندی» ، عظیمی مهین سادات و همکاران، وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی، انتشارات پژواک آرمان، چاپ اول، ۱۳۹۵

۳. عبدالهی زهرا، ترابی پریسا، صالحی مازندرانی فروزان و همکاران، «مجموعه مراقبتها و خدمات تغذیه‌ای در برنامه تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت» ، وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی، ۱۳۹۷

4. STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETS 2017 , AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, January 2017 Volume 40, Supplement 1

۵. «راهنمای بالینی دیابت»، ۱۳۹۳ ، ویژه پزشکان عمومی و پزشکان خانواده و تیم ارائه خدمات به بیماران دیابتی، تالیف: دکتر باقر لاریجانی، دکتر انسیه نسلی اصفهانی و همکاران، مرکز تحقیقات دیابت، پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۶. دستوالعمل اجرایی و محتوای آموزشی پزشک در برنامه پیشگیری و کنترل دیابت ، دکتر مهدی نجفی

7. Geriatrics screening Guidelins: A brief review (20062016-)

8. https://www.cdc.gov/steadi/about.html

۹. هنجاریابی مقیاس افسردگی سالمندان با فرم ۱۵ سوالی در ایران، دکتر سید کاظم ملکوتی، پریدخت فتح الهی، دکتر آرش میراب زاده، مزده صلواتی، شمس الدین کمانی، مجله پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی دوره ۳۰ ف شماره ۴، زمستان ۱۳۸۵ ف صفحات ۳۶۱-۳۶۸

۱۰. «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان ویژه ی پزشکان عمومی در طرح تحول نظام سلامت»، ۱۳۹۵ ، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسته خدمات نوین سلامت میانسالان

ویژه غیر پزشک (بهورز– مراقب سلامت)

تهیه شده در: اداره سلامت میانسالان

دفترسلامت جمعیت، خانواده و مدارس

با همکاری :

مرکز مدیریت شبکه، دفتر مدیریت بیماریهای غیر واگیر، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر،

دفتر سلامت روانی اجتماعی، دفتر بهبود تغذیه جامعه، مرکزسلامت محیط و کار

و

دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

زیر نظر : معاونت **بهداشت**

۱۳۹۶

خدمات سلامت میانسالان و گروه هدف هریک از خدمات

ارائه دهنده خدمت	خدمات سلامت میانسالان / سن / جنس	۳۰-۵۹ سال		۴۵-۵۹		۵۰-۵۹ سال	
		زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد
بهورز / مراقب سلامت	تن سنجی (اندازه گیری قد و وزن و دورکمر و محاسبه BMI) و تعیین اضافه وزن ، چاقی، چاقی شکمی	●	●	-	-	-	-
	بررسی الگوی تغذیه (مصرف گروههای غذایی هرم و عادات غذایی: فست فود، نوشیدنی گازدار، نمک، روغن مصرفی) و اموزش و مشاوره برای بهبود آن	●	●	-	-	-	-
	بررسی وضعیت مصرف مکملها ، تجویز و آموزش نحوه مصرف مکمل ویتامین دی ، آموزش برای مصرف نوع مکمل مصرفی لازم	●	●	-	-	-	-
	بررسی فعالیت جسماني و اموزش و مشاوره برای بهبودآن	●	●	-	-	-	-
	بررسی مصرف دخانیات ، آموزش و ارجاعات لازم	●	●	-	-	-	-
	غربالگری مصرف الکل و مواد مخدر و داروهای روانگردان و در صورت مصرف تعیین نوع ماده مصرفی ، ارجاع به روانشناس برای غربالگری تکمیلی در صورت مثبت بودن غربالگری اولیه	●	●	-	-	-	-
	سلامت روان : بررسی دیسترس روانشناختی (پرسشنامه کسلر)، بررسی افکار و رفتار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال تشخیص داده شده یا دارای دیسترس روانشناختی، ارجاع به پزشک در صورت غربال مثبت	●	●	-	-	-	-
	بررسی و ثبت وضعیت مصرف هرگونه دارو یا فراورده دارویی	●	●	-	-	-	-
	بررسی سوابق فردی و خانوادگی ، علائم و عوامل خطر دیابت، فشارخون بالا، بیماری قلبی عروقی	●	●	-	-	-	-
	اندازه گیری فشارخون	●	●	-	-	-	-
	آزمایش: مشاهده و ثبت نتایج آزمایش قند خون و لیپید	●	●	-	-	-	-
	انجام خطرسنجی حوادث قلبی عروقی و ارائه بازخورد مناسب به مراجعه کننده و اقدام متناسب با درجه خطر	●	●	-	-	-	-
	بررسی سوابق فردی و خانوادگی ، علائم و عوامل خطرسرطان کولورکتال و انجام آزمایش فیت	-	-	-	-	●	●
	واگیر: غربالگری سل در افراد دارای علائم ، بررسی اعضای خانواده فرد مبتلا به هپاتیت	●	●	-	-	-	-
	غربالگری خشونت خانگی بر اساس پرسشنامه HITS و ارجاع به روانشناس در صورت غربالگری مثبت	●	-	-	-	-	-
ماما	بررسی تاریخچه و شرح حال باروری (وضعیت قاعدگی، حاملگی، زایمان ، شیردهی، ناباروری) و مشاوره های مورد نیاز	●	-	-	-	-	-
	بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و وجود عفونت آمیزشی/ ایدز در فرد و همسر یا شریک جنسی وی	●	-	-	-	-	-
	بررسی از نظر وجود خونریزي هاي غیر طبیعي رحمی	●	-	-	-	-	-
	بررسی علائم و عوارض یائسگي	-	-	●	-	-	-
	بررسی روابط زناشویی و اختلال عملکرد جنسی	●	-	-	-	-	-
	معاینه ژنیکولوژی از نظر: بررسي عفونتهای آمیزشی، وجود زخم تناسلي/ نماي غیر طبیعي سرویکس، بررسی عفونتهای آمیزشی،بررسی ضایعات خونریزي دهنده، بررسی مشکلات اوروژنیتال یائسگی ، بررسی علائم ونشانه ها برای تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم، بررسی اندازه رحم و تخمدانها و توده در آندکسها	●	-	-	-	-	-
	غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم ، مشاهده نتایج پاراکلینیك و مشاوره و راهنمایي مراجعین در خصوص مشکلات شناسایی شده	●	-	-	-	-	-
	آموزش ورزش کگل	●	-	-	-	-	-
	معاینه پستان ها و زیر بغل در کلیه زنان ۵۹ – ۳۰ سال از نظر:تغییرات پوستي و نماي ظاهري غیر طبیعي، ترشح از پستان، وجود یا عدم وجود توده پستاني، وجود یا عدم وجود توده زیر بغل/ فوق ترقوه	●	-	-	-	-	-
	آموزش خود ازمایی پستان	●	-	-	-	-	-
پزشک	انجام معاینات در صورت لزوم ، بررسی نتایج اقدامات انجام شده توسط بهورز/ مراقب سلامت برای تایید تشخیص موارد غربالگری شده (سلامت روانی، واگیر، غیرواگیر، فشارخون بالا و...) ارائه مشاوره، درمان غیر دارویی، درمان دارویي و یا ارجاع تخصصی در صورت نیاز	●	●	-	-	-	-
	درخواست آزمایشات Hb/Hct، FBS، کلسترول درخواست آزمایش تکمیلی تري گلیسرید، LDL، HDL --تکمیلی یا سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم برای افراد غربال مثبت	●	●	-	-	-	-
	انجام مراقبتهای ممتد بیماران تشخیص داده شده قبلی یا شناسایی شده جدید بر اساس پروتکل مربوطه	●	●	-	-	-	-
	بررسی سلامت باروري در مردان در صورت لزوم (توسط پزشک مرد انجام شود): عفونت آمیزشی، ناباروری ، اختلال روابط زناشویی / عملکرد جنسی ، رفتارهای پرخطر	●	●	-	-	-	-

روش استفاده از راهنما

مجموعه حاضر برای ارائه دهندگان خدمات در تیم سلامت قبل از ارجاع گیرنده خدمت به سطح تخصصی تهیه شده و تفکیک خدمات هر یک از اعضای تیم شامل بهورز، مراقب سلامت خانواده، ماما در خصوص هر یک از اجزای خدمات روشن شده است. با توجه به اینکه در تیمهای سلامت ، پزشکان عمومی مسئولیت اصلی تیم سلامت را به عهده دارند ، تدوین راهنما و تعیین استانداردهای خدمات به گونه ای است که پزشک عمومی بتواند از سایر اعضای تیم بویژه ماما،کاردان و بهورز در موارد لزوم استفاده نموده و مسئولیت انجام برخی خدمات را به آنان واگذار نماید.

بطور کلی در تدوین این راهنما اصول زیر مورد توجه قرار گرفته و رعایت شده است :

جدول راهنمای مراقبتها

دارای قسمتهای زیر است:

۱) ستون ارزیابی شامل : شرح حال و سوابق، معاینات، پاراکلینیک

۲) ستون نتایج ارزیابی یا معیارهای طبقه بندی و طبقه بندی : فرد بر اساس آنچه در شرح حال و معاینات و پاراکلینیک او به دست می آید در یکی از سه گروه زیر طبقه بندی می گردد:

گروه اول: این گروه افراد درمعرض خطر، مشکوک به بیماری ،دارای وضعیت غیر طبیعی یا نامطلوب و بیمارانی را شامل می شود که به اقدامات فوری در سطح اول ارائه خدمات یا ارجاع به سطح تخصصی نیاز دارند. این گروه و اقدامات مورد نیاز برای آنان به رنگ قرمز نشان داده می شود

گروه دوم : این گروه افراد درمعرض خطر، مشکوک به بیماری ،دارای وضعیت غیر طبیعی یا نامطلوب و بیمارانی را شامل می شود که به اقدامات غیر فوری در سطح اول ارائه خدمات نیاز دارند. این گروه و اقدامات مورد نیاز برای آنان در سطح اول ارائه خدمات رنگ زرد را به خود اختصاص می دهند.

گروه اول: افراد سالم، دارای وضعیت طبیعی و مطلوب، بدون عامل خطر ، فاقد شکایت و علائم و نشانه و پاسخ غیر طبیعی پاراکلینیک در گروه طبیعی/سالم/ مطلوب طبقه بندی شده و رنگ سبز را به خود اختصاص می دهند. برای اینم افراد اقدامات غیر فوری آموزشی و توصیه های لازم انجام می گیرد تا وضعیت مطلوب خود را حفظ کنند.

۳) ستون اقداماتی: شامل اقداماتی است که ارائه دهنده خدمت برای هر گروه از مشکلات سلامت باید انجام دهد و مواردی از قبیل آموزش، مشاوره، ارجاع، پیگیری، تجویز دارو و مکملهای خاص، اندازه گیری ها ، مراقبت ممتد، ارجاع و.... را به طور خلاصه ثبت شده است.

مفهوم رنگها: برای گروه طبیعی/سالم/ مطلوب به رنگ سبز و اقداماتی که به صورت غیر فوری و در سطح اول ارائه خدمات انجام می شوند به رنگ زرد و در صورت نیاز به اقدامات فوری یا ارجاع به سطوح بالاتر به رنگ قرمز نشان داده می شوند.

تن سنجی میانسالان

ارزیابی	طبقه بندی ومعیار آن		اقدام
	BMI	دور کمر	
اندازه گیری کنید: قد، وزن، دور کمر **محاسبه کنید:** نمایه توده بدنی (BMI) **طبقه بندی کنید .** **فرد را از نظر مراحل تغییر رفتار ارزیابی کنید.**	کمتر از ۱۸/۵ (لاغری)	-	**ارجاع** به پزشك جهت انجام بررسیها و اقدامات پزشكي و سپس ارجاع از پزشك به كارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبتهای تغذیه ای
	۳۰ و بیشتر (چاقی)	با هر دور کمر	
	۲۵ ـ ۲۹/۹ (اضافه وزن)	۹۰ و بیشتر	**آموزش**: آموزش در خصوص اهمیت و عوارض چاقی شکمی (افزایش خطر بیماریهای مزمن نظیر دیابت، بیماری قلبی عروقی و...) در افراد دارای چاقی شکمی، **بررسی میزان مصرف مواد غذایی** مختلف و مقایسه با هرم غذایی، اصلاح دریافت های کمتر یا بیشتر از مقدار توصیه شده برای هر گروه غذایی (مصرف گروه نان و غلات در حداقل میزان توصیه شده)، اصلاح عادات غذایی نادرست، **تعیین** مرحله تغییر رفتار فرد و آموزش متناسب با نیاز مراجعه کننده برای قرار گرفتن در مرحله عمل، **توصیه** برای کاهش وزن به میزانی که BMI در محدوده طبیعی قرار گیرد (٤ – ۲ کیلوگرم در ماه) با رعایت رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی مطلوب ، **ارجاع:** مطابق جدول طبقه بندی BMI ، اندازه دور کمر و امتیاز الگوی تغذیه ای
		کمتر از ۹۰	
	۱۸/۵ ـ ۲٤/۹ (طبیعی)	۹۰ و بیشتر	**تعیین** مرحله تغییر رفتار فرد و آموزش متناسب با نیاز مراجعه کننده برای قرار گرفتن در مرحله عمل برای اصلاح الگوی تغذیه بر اساس هرم غذایی و اصلاح عادات غذایی نامناسب **آموزش** در خصوص اهمیت و عوارض چاقی شکمی (افزایش خطر بیماریهای مزمن نظیر دیابت، بیماری قلبی عروقی و...) و رعایت رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی کافی **ارجاع:** مطابق جدول طبقه بندی BMI ، اندازه دور کمر و امتیاز الگوی تغذیه ای
		کمتر از ۹۰	**تشویق** فرد برای حفظ وضعیت موجود، **توانمند سازی** فرد برای برنامه ریزی خود مراقبتی **ارجاع:** سه سال بعد در صورت داشتن امتیاز ۱۲ در الگوی تغذیه، ٦ ماه بعد در صورت داشتن امتیاز ۱۱ – ۷ در الگوی تغذیه، در صورت امتیاز کمتر مطابق جدول طبقه بندی BMI ، اندازه دور کمر و امتیاز الگوی تغذیه ای

اندازه قد فرد به وسیله قدسنج یا متر، بدون کفش، در ~~حالتی که فرد پشت به دیوار ایستاده، سر مستقیم به سمت جلو و پاشنه پا مماس با دیوار باشد، و اندازه وزن فرد با حداقل لباس و به وسیله~~ ترازوی کالیبره شده بر حسب کیلوگرم بدون اعشار اندازه گیری می شود. نمایه توده بدنی (BMI) با استفاده از وزن و قد بر اساس فرمول زیر محاسبه و بر اساس جدول زیر طبقه بندی می گردد.

$$BMI = \frac{\text{وزن (کیلوگرم)}}{\text{قد}^2\text{ (متر)}}$$

مقدار **BMI**	**طبقه بندی**	
کمتر از ۱۸/۵	لاغری (کم وزنی)	
۱۸/۵ – ۲۴/۹	طبیعی	
۲۵/۰ – ۲۹/۹	اضافه وزن	
۳۰ و بیشتر	چاقی	چاقی درجه ۱ (۳۰-۳۴/۹) چاقی درجه ۲ (۳۵-۳۹/۹) چاقی درجه ۳ یا شدید (۴۰ و بیشتر)

برای اندازه گیری دور کمر ابتدا فرد در حالتی که به راحتی ایستاده و پاها به اندازه ۳۰- ۲۵ سانتی متر از هم باز است، قرار می گیرد. سپس متر نواری را در ناحیه نقطه میانی حد فاصل قسمت پائینی آخرین دنده و برجستگی استخوان لگن (بدون پوشش یا لباس) قرار داده و بدون وارد کردن فشار بر بافتهای نرم، اندازه دور کمر مشخص و در خانه مربوطه ثبت می شود.

ارزیابی تغذیه در میانسالان

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	امتیاز	اقدام
سوال کنید: تعداد واحد معمول مصرفی روزانه لبنیات؛ سبزی؛ میوه مصرف معمول نوشیدنی های گازدار؛ سوسیس، کالباس و انواع فست فودها نوع روغن مصرفی/ مصرف معمول نمکدان سر سفره مصرف مکمل ویتامین د **بررسی کنید:** -بیماری/ ممنوعیت/ محدودیت/ رژیم غذایی خاص در یک سال گذشته -خطر ۱۰ ساله حوادث قلبی عروقی -تعیین مرحله soc فرد (مراحل رفتار عبارتند از: پیش تفکر، تفکر، آمادگی، عمل، نگهداری)	بیماری/ ممنوعیت/ محدودیت/ رژیم غذایی خاص در یک سال گذشته	دارد	-	ارجاع به پزشک و سپس از پزشک به کارشناس تغذیه و مراقبت بر اساس نظر آنها آموزش *
	خطر ۱۰ ساله حوادث قلبی عروقی	۱۰ درصد و بیشتر	-	
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه لبنیات	**مصرف نمی کند یا بندرت مصرف می کند**	صفر	- تعیین مرحله تغییر رفتار فرد و آموزش متناسب با نیاز مراجعه کننده برای قرار گرفتن در مرحله عمل - آموزش برای مصرف روزانه و گروه های غذایی بر اساس هرم غذایی، مضرات مصرف نوشیدنی های گازدار، سوسیس؛ کالباس؛ انواع فست فود، روغن جامد و نیمه جامد و نمک زیاد **ارجاع:** در صورت غیر طبیعی بودن BMI یا دور کمر بر اساس جدول طبقه بندی BMI ، ادور کمر و امتیاز الگوی تغذیه اقدام شود. آموزش عمومی *
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه سبزیها			
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه میوه			
	مصرف معمول نوشیدنی های گازدار، سوسیس؛ کالباس؛ انواع فست فود؛ پیتزا	بیشتر از ۲ بار در ماه		
	نوع روغن مصرفی	فقط روغن جامد، نیمه جامد یا حیوانی		
	مصرف معمول نمکدان سر سفره	همیشه		
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه لبنیات	کمتر از ۲ واحد در روز	یک	- تعیین مرحله soc فرد و آموزش متناسب با نیاز مراجعه کننده برای قرار گرفتن در مرحله عمل - آموزش برای افزایش مصرف گروه های غذایی بر اساس هرم غذایی، مضرات مصرف نوشیدنی های گازدار، سوسیس؛ کالباس؛ انواع فست فود، روغن جامد و نیمه جامد و نمک زیاد **ارجاع:** در صورت غیر طبیعی بودن BMI یا دور کمر بر اساس طبقه بندی BMI ، دور کمر و امتیاز الگوی تغذیه ای اقدام شود. آموزش عمومی *
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه سبزیها	کمتر از ۳ واحد در روز		
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه میوه ها	کمتر از ۲ واحد در روز		
	مصرف معمول نوشیدنی های گازدار، سوسیس؛ کالباس؛ انواع فست فود؛ پیتزا؛	۱ تا ۲ بار در ماه		
	نوع روغن مصرفی	تلفیقی از روغن های مایع، جامد، نیمه جامد		
	مصرف معمول نمکدان سر سفره	گاهی		
	مصرف مکمل ویتامین د	ندارد	-	**تحویل** و آموزش اهمیت و نحوه مصرف ویتامین د (دریافت ماهانه یک قرص ۵۰ هزار واحدی)
		دارد	-	آموزش در خصوص اهمیت و نحوه مصرف ویتامین د
	بیماری/ ممنوعیت/ محدودیت/ رژیم غذایی خاص در یک سال گذشته	ندارد	-	-
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه لبنیات	۳ – ۲ واحد	دو	- تشویق فرد برای حفظ وضع موجود - در صورت نداشتن هیچ گونه مشکل، توانمند سازی فرد برای برنامه ریزی خود مراقبتی **ارجاع:** در صورت غیر طبیعی بودن BMI یا دور کمر بر اساس جدول طبقه بندی BMI اقدام شود. آموزش عمومی *
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه سبزیها	۵ – ۳ واحد		
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه میوه ها	٤ – ۲ واحد		
	مصرف معمول نوشیدنی های گازدار، سوسیس؛ کالباس؛ انواع فست فود؛ پیتزا؛	مصرف نمی کند یا بندرت مصرف می کند		
	نوع روغن مصرفی	فقط روغن مایع (معمولی یا سرخ کردنی)		
	مصرف معمول نمکدان سر سفره	مصرف نمی کند یا بندرت مصرف می کند		

***آموزش همه مراجعین برای مصرف ماهی ۲ بار در هفته/ حبوبات/ تخم مرغ/ لبنیات کم چرب/ نان سبوس دار/ استفاده از مواد غذایی تازه و روش پخت بخار پز، آب پز و تنوری برای طبخ غذا - کاهش مصرف سرخ کردنی، انواع شیرینی، قند، نمک، چربی، تنقلات کم ارزش مانند چیپس، جدا سازی پوست مرغ و چربی گوشت**

وضعیت BMI	دور کمر	امتیاز الگوی تغذیه	شرح ارجاع/ اقدام
کمتر از ۱۸/۵ (لاغری)	با هر دور کمر	با هر امتیاز	✓ ارائه توصیه های کلی تغذیه توسط مراقب سلامت و ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی و ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای ✓ ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه ✓ پیگیری فرد یک ماه توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) ✓ در صورت برطرف نشدن مشکل، ادامه مراقبت توسط کارشناس تغذیه سه ماه بعد با کنترل نمایه توده بدنی، امتیاز الگوی تغذیه و دور کمر ✓ ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
۱۸/۵ تا ۲۴/۹ (طبیعی)	زیر ۹۰	۱۲	✓ تشویق برای ادامه الگوی تغذیه مناسب و ادامه مراقبت مطابق بسته خدمت
		۱۱ – ۷	✓ آموزش تغذیه و پیگیری توسط مراقب سلامت مطابق با بسته خدمت ✓ تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه
		۶ – ۰	✓ آموزش تغذیه توسط مراقب سلامت ✓ پیگیری برای دو دوره سه ماهه و در صورت برطرف نشدن مشکل در دوره دوم (الگوی تغذیه، دور کمر و اضافه وزن) ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای و ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه
	۹۰ و بالاتر	۱۲ - ۷	✓ پیگیری فرد یک ماه بعد توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) ✓ در صورت برطرف نشدن مشکل، ادامه مراقبت توسط کارشناس تغذیه سه ماه بعد با کنترل نمایه توده بدنی، امتیاز الگوی تغذیه و دور کمر ✓ ادامه مراقبت مطابق بسته خدمت
		۶ – ۰	✓ آموزش تغذیه توسط مراقب سلامت ✓ پیگیری برای یک دوره سه ماهه و در صورت برطرف نشدن مشکل در دوره دوم (الگوی تغذیه، دور کمر و اضافه وزن) ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای و ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه

۲۵ تا ۲۹/۹ (اضافه وزن)	زیر ۹۰	۰ - ۶	✓ پیگیری فرد یک ماه بعد توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) ✓ در صورت برطرف نشدن مشکل، ادامه مراقبت توسط کارشناس تغذیه سه ماه بعد با کنترل نمایه توده بدنی، امتیاز الگوی تغذیه و دور کمر ✓ ادامه مراقبت مطابق بسته خدمت
		۷ - ۱۲	✓ آموزش تغذیه توسط مراقب سلامت ✓ پیگیری برای دو دوره سه ماهه و در صورت برطرف نشدن مشکل در دوره دوم (الگوی تغذیه، دور کمر و اضافه وزن) ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای و ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه ✓ پیگیری فرد یک ماه بعد توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) ✓ در صورت برطرف نشدن مشکل، ادامه مراقبت توسط کارشناس تغذیه سه ماه بعد با کنترل نمایه توده بدنی، امتیاز الگوی تغذیه و دور کمر ✓ ادامه مراقبت مطابق بسته خدمت
	۹۰ و بالاتر	۷ - ۱۲	✓ آموزش تغذیه توسط مراقب سلامت و پیگیری برای یک دوره سه ماهه ✓ در صورت برطرف نشدن مشکل در دوره دوم (الگوی تغذیه، دور کمر و اضافه وزن) ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای و ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه ✓ پیگیری فرد یک ماه بعد توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) ✓ در صورت برطرف نشدن مشکل، ادامه مراقبت توسط کارشناس تغذیه سه ماه بعد با کنترل نمایه توده بدنی، امتیاز الگوی تغذیه و دور کمر ادامه مراقبت مطابق بسته خدمت
		۰ - ۶	✓ ارائه توصیه های کلی تغذیه توسط مراقب سلامت ✓ ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی و ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای ✓ ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه ✓ پیگیری فرد یک ماه توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) ✓ در صورت برطرف نشدن مشکل، ادامه مراقبت توسط کارشناس تغذیه سه ماه بعد با کنترل نمایه توده بدنی، امتیاز الگوی تغذیه و دور کمر ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
۳۰ و بیشتر (چاقی)	با هر دور کمر	با هر امتیاز تغذیه ای	

گروه غذایی	اندازه هر واحد	میزان توصیه شده روزانه
نان و غلات	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 بیسکوییت ساده/ یک عدد متوسط سیب زمینی	۱۱ – ۶ واحد
سبزیها	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	۵ – ۳ واحد
میوه ها	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 گیلاس =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	۴ – ۲ واحد
شیر و لبنیات	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	۳ – ۲ واحد
گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزها	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 = نصف لیوان حبوبات پخته، یک سوم لیوان انواع مغزها مانند گردو، پسته، فندق، بادام و ...	۳ – ۲ واحد
گروه متفرقه*	یک قاشق مرباخوری روغن مایع یا جامد (۵ گرم)	حداقل میزان
	یک قاشق مربا خوری شکر یا مربا (۵ گرم)	حد اقل میزان

***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.

فعالیت فیزیکی میانسالان

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
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 راتعیین 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 تجویزفعالیت فیزیکی جدید/ قبل از افزایش زمان و دفعات و شدت فعالیت فیزیکی انجام دهید و بر اساس نتیجه تصمیم گیری کنید	دارای محدودیت/ ممنوعیت پزشکی برای فعالیت فیزیکی/ دارای مشکل در آزمون پارکیو (par-q)	نامطلوب/ دارای مشکل در پارکیو (par-q)	**ارجاع** به پزشک مراقبت با توجه به نوع بیماری یا محدودیت بر اساس نظر پزشک
	- فعالیت فیزیکی ندارد - بدون مشکل در آزمون پارکیو (par-q)	فعالیت نامطلوب/ بدون مشکل در پارکیو (par-q)	- آموزش و مشاوره برای قرار گرفتن فرد در مرحله عمل (از بیان فواید ورزش برای فرد، رفع بهانه ها و کمک به رفع موانع فردی و خانوادگی تا کمک برای برنامه ریزی ورزشی بر حسب مرحله رفتارمراجعه کننده)
	فعالیت فیزیکی دارد	نامطلوب از نظر شدت/ مدت/ دفعات	- آموزش چگونگی شروع فعالیت فیزیکی، برنامه ریزی ورزشی، کمک به برنامه ریزی خود مراقبتی مراقبت ممتد بر حسب شرایط فرد از نظر توانایی خودمراقبتی، مرحله تغییر رفتار **ارجاع:** در صورت عدم موفقیت اقدامات ارجاع کنید
		مطلوب از نظر شدت/ مدت/ دفعات	توصیه به حفظ وضع موجود، توانمند سازی فرد برای برنامه ریزی خود مراقبتی مراقبت بعدی: 3 سال بعد

جدول تعیین شدت فعالیت فیزیکی با توجه به نوع فعالیت

نوع فعالیت فیزیکی	شدت خفیف (کمتر از ۳ مت)	شدت متوسط (۶>–۳ مت)	شدید (مساوی یا بیش‌تر 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
فعالیتهای ورزشی- تفریحی	فعالیت های زمان فراغت و ورزش شامل هنر و صنایع دستی، بیلیارد، ماهیگیری نشسته/ نواختن بیش‌تر آلات موسیقی	فعالیتهای 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

قبل از تجویز نسخه ورزشی برای شروع فعالیت جسمانی با شدت یا مدت بیشتر، آمادگی مراجعه کننده را با استفاده از پرسشنامه زیر سنجش نمایید .

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

درصورت پاسخ مثبت به یک یا بیشتر از سئوالات مندرج درجدول:

- اگر فعالیتهای خود را به آهستگی شروع و شدت و مدت آن را به تدریج افزایش دهید، ممکن است قادر به انجام هر فعالیتی باشید. ولی بهتراست از انجام فعالیتهای پر خطر خودداری نموده و با پزشک خود درخصوص آغاز فعالیتهایی که تمایل دارید، مشورت نمائید. سعی کنید برنامه های جمعی بی خطر و مفید را برای خود بیابید.

در صورت پاسخ منفی به همه سوالات ، پیش از هر اقدامی کلیه مراقبتهای ادغام یافته دوره ای سلامت میانسالان را به مراجعه کننده ارائه نمایید تا از عدم وجود بیماریهایی که تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته اند، اطمینان حاصل نموده و ملاحظات مربوط به هر یک از بیماریها را مد نظر قرار دهید. سپس برای ارتقای فعالیت جسمانی مراجعه کننده اقدام نمایید.

- فعالیت جسمانی بیشتر را آغاز کنید؛ با این ویژگی که به آهستگی شروع کنید و بتدریج فعالیتتان را افزایش دهید. این روش، بی خطر ترین و آسانترین راه می باشد.

- سعی کنید در یک ارزیابی آمادگی جسمانی شرکت کنید. این ارزیابی یک روش عالی برای تعیین آمادگی جسمانی پایه شما می باشد که براین اساس می توانید برای یک زندگی مناسب پایه ریزی کنید.
- توصیه اکید میگردد فشارخون خود را اندازه گیری کنید. اگرفشار خون شما مساوی یا بیشتر از ۱۴۴/۹۴ میلی مترجیوه است، باید قبل از شروع فعالیت با پزشک خود مشورت کنید.
- اگر به علت بیماریهای موقت همچون سرماخوردگی یا تب حال خوبی ندارید، تا بهترشدن وضع جسمانی تان صبرکنید.
- اگر باردارهستنید یا تصمیم به بارداری دارید، با پزشک خود قبل از شروع فعالیت جسمانی مشورت کنید.

توجه: توجه داشته باشید که ارزیابی وضعیت سلامت شما براساس جدول ذیل تنها به مدت ۲ سال اعتبار دارد وپس از آن نیاز به ارزیابی مجدد دارید. اگر پس از مدتی، تغییر شرایط سلامتی شما موجب پاسخ بلی به یکی از سوالات گردید، حتما با پزشک خود یا مربی ورزش خود صحبت نمائید.


حالت استراحت یا بی تحرکی
نظیر تماشای تلویزیون، مطالعه
دفعات: اندک شدت: کم مدت کوتاه
تمرینات قدرتی
و استقامت عضلانی
نظیر تمرینات با وزنه،
شنای سوئدی
دفعات: ۳-۲ روز در هفته
شدت: افزایش بار عضلانی
مدت: ۱۲ - ۸ بار، هر بار۳-۱ ثانیه
تمرینات انعطاف پذیری
و حرکات کششی
دفعات: ۷ - ۳ روز در هفته
شدت: بستگی به نوع کشش دارد
مدت: تکرار هر حرکت ۳ - ۱ بار،
هر بار ۶۰- ۱۵ ثانیه
فعالیت های ورزشی
نظیر تنیس
بسکتبال
فعالیت های هوازی
فعال نظیر آهسته دویدن
دوچرخه سواری
دفعات: ۶- ۳ روز در هفته شدت: متوسط تا شدید مدت در روز: ۲۰ دقیقه و بیشتر
فعالیت فیزیکی روزمره
پیاده‌روی به جای استفاده از اتومبیل
استفاده از پله به جای آسانسور
رسیدگی به باغچه
دفعات: تمام یا اکثر روزها در هفته شدت: متوسط مدت: ۳۰ دقیقه و بیشتر

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
آبا 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 راهکار های 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

ارزیابی و مراقبت مصرف دخانیات

ارزیابی مصرف دخانیات	نتیجه ارزیابی	طبقه بندي	اقدام
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)	مصرف مستمر هریک از مواد دخانی در طی یک ماه اخیر به صورت روزانه	مشکوک به وابستگی به نیکوتین	- **ایجاد انگیزه** و تشویق به ترک با استفاده از عوامل انگیزشی و استفاده از همکاری سایر افراد خانواده - **آموزش** اهمیت و نحوه اجتناب از استعمال غیر مستمر مواد دخانی - **تشویق فرد برای ترک ماده دخانی** از طریق آموزش مضرات و خطرات مصرف دخانیات و توصیه های مختصر توصیه به ادامه مراقبت و - آموزش مختصر **(۱)** وآموزش فواید ترک و... - آموزش مهارتها و روشهای امتناع از مصرف ماده دخانی - **آموزش** برای آشنایي با روشهاي ترك سيگار - **اموزش** تکنیکهای مقابله با وسوسه -**ارجاع** افراد مشکوک به وابستگی به کارشناس سلامت روان برای انجام غربالگري تکمیلی و تعیین وابستگی به نیکوتین و بیماریابی، کمک به قطع مصرف با مراقبت پیشگیري ثانویه (ارایه مداخلات درمانی و پیگیري) و در صورت لزوم ارجاع به پزشک برای مداخله دارویی - **ارجاع** افراد مصرف کننده غیر مستمر مواد دخانی به کارشناس سلامت روان برای ارایه آموزشهاي پیشگیري اولیه و کمک به قطع مصرف - **پیگیری** یک هفته ، ۱-۳-۶-۱۲ ماه بعد تا دستیابی به موارد زیربا نظرروانشناس : -اطمینان از تداوم رفتار ترک ، ارزیابی از نظر موفقیت ترک -بررسی ترک ناموفق و عود و ثبت نتایج - **پیگیري** از نظر مراجعه به کارشناس سلامت روان و در صورت عدم مراجعه بررسی علل آن
	مصرف غیر مستمر(گاهگاهی) مواد دخانی در یک ماه اخیر	در معرض خطر وابستگی به نیکوتین	
	در تمام طول عمر یا حد اقل در یک سال اخیر مواد دخانی مصرف نکرده اما حداقل در یک ماه گذشته با دود دست دوم یا دست سوم تماس داشته است	مواجهه تحمیلی (غیر مستقیم) با دود مواد خانی	- آموزش اهمیت و نحوه اجتناب از استعمال غیر مستقیم مواد دخانی**(۲)** - اطلاع رسانی به فرد برای شرکت در برنامه آموزشی گروهی - آموزش در باره عوارض از عوارض پوستی تا سرطان - مراجعه مجدد در ارزیابی دوره ای بعدی
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؟	- مواد دخانی مصرف نمی کند یا قبلاً مواد دخانی استفاده می کرده ولی در حال حاضرمصرف نمی کند و حداقل یک سال از زمان ترك گذشته است. **و** - با دود دست دوم و دست سوم تماس ندارد	غیرسیگاری بدون مواجهه با دود تحمیلی	- باز خورد مثبت اوالیه - ارائه توصیه هاي آموزشي خود مراقبتي - تشویق مراجعه کننده برای حفظ وضع موجود - مراجعه مجدد در ارزیابی دوره ای بعدی

درگیری با مصرف دارو، الکل و مواد

ارزیابی	معیار طبقه بندی	طبقه بندي	اقدام
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 خودکدام یک از مواد زیر را مصرف کرده اید؟** الف- انواع مواد دخانی یا تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره) ب- داروهای مسکن اُپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره) ج- داروهای آرام¬بخش یا خواب¬آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره) د- الکل (آبجو، شراب، عَرَق، غیره) ۲. **مواد دیگر چطور؟** (فقط مصرف غیرپزشکی) الف- مواد اَفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروبین، کراک هروئین، غیره) ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره) ج- محرک¬های ¬آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، 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 اغماء،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	وجود یک یا بیشتر از علائم مطرح کننده اورژانس مرتبط با اختلال مصرف مواد	احتمال مسمومیت با مواد در اثر دوز بالا	**ارجاع فوری به پزشک** برای تثبیت وضعیت بیمار و ارجاع به سطح۲ پیگیری و مراقبت بر اساس دستور پزشک
	وجودهریک از علائم اورژانس در فرد تحت درمان ترک	احتمال عارضه ترک	
	برای ترک تحت نظر می باشد و علائمی اورژانسی از ترک ندارد	تحت درمان اختلال مصرف مواد	- **تشویق** مراجعه کننده و جلب حمایت خانواده - **توصیه های پیشگیری از عود به بیمار و خانواده (۳) :** توصیه به خانواده برای فراهم سازی محیط مناسب و حمایت از درمان طولانی مدت و مراجعه منظم به پزشک و توجه به علائم هشدار - **هشدار برای عوارض و فوریتها (۴):** توصیه به خانواده برای مراجعه به مراکز درمانی در هنگام بروز عوارض و فوریتهای مرتبط با درمان اختلالات مصرف مواد **-ارجاع به پزشک** - **پیگیری** و مراقبت بر اساس دستور پزشک
	پاسخ مثبت به هریک از سوالات مصرف دارو / الکل / مواد افیونی به صورت خوراکی، تدخینی، تزریقِ عضلانی یا وریدی، زیرزبانی یا به صورت شیاف مقعدی در سه ماه اخیر	**غربالگری اولیه مثبت** (احتمال درگیری با مصرف دارو / الکل / مواد در غربالگری اولیه)	**-فرصت بیان نگرانی ها و احساسات را به فرد بدهید.** **- با توجه به نوع ماده مصرفی و وضعیت مراجعه کننده خطرات وعوارض را آموزش دهید(۱)** **ارجاع به کارشناس سلامت روان** .برای غربالگری تکمیلی پیگیری و مراقبت با توجه به نظر کارشناس سلامت روان **آموزش کاهش آسیب و خطرات تزریق (۲)** **هشدار برای عوارض و فوریتها**
	مراجعه و درخواست کمک از طرف خود فرد یا اعضای خانواده به علت درگیری با مصرف الکل و مواد بدون علائم اورژانس	درگیری با مصرف دارو یا الکل یا مواد	**تکمیل** یا به روزرسانی فرم غربالگری اولیه با ذکر منبع شرح حال (فرد یا خانواده) **ارجاع به روانشناس برای غربالگری** تکمیلی و مشاوره با اعضای خانواده برای راغب - سازی فرد به مراجعه نتیجه را به مراقب سلامت اعلام می کند.
	پاسخ مثبت به سوال مصرف مواد دخانی	استعمال مواد دخانی	**طبق پروتکل چارت استعمال دخانیات در بخش ۶ اقدام شود**
	پاسخ منفی به کلیه سوالات	احتمالامشکل درگیری یا اختلال مصرف مواد و الکل و دارو ندارد	**انتقال پیام** های زیر: **۱-** مصرف مواد پیامدهای منفی جدی بر سلامت دارد **۲-** نظام مراقبت‌های بهداشتی نسبت به آن حسّاس بوده و آمادگی دارد هر موقع سوالی دارد یا نیاز به کمک برای خود و سایر افرادخانواده دارد به او کمک نماید. توصیه به شرکت در کلاس آموزشی کارشناس سلامت روان مراجعه بعدی در ارزیابی دوره ای یا وجود مشکل برای دریافت کمک

دارونامه خانه بهداشت

فهرست داروهای قابل تجویز توسط بهورز



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز مدیریت شبکه

شناسنامه کتاب:

دارونامه خانه بهداشت

تدوین: مرکز مدیریت شبکه، ادارات و گروه‌های تخصصی حوزه معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرداد ۱۳۹۶

توجه مهم ۱: به‌کارگیری اقلام مندرج در این بسته آموزشی تنها برای بهورزان که دوره‌های آموزشی استاندارد را دیده‌اند و علاوه بر آن، به طور مداوم در مورد تغییر در رویه تجویز داروها که بر اساس دستورعمل‌های گروه‌های تخصصی حوزه معاونت بهداشت ابلاغ می‌شود، آموزش می‌بینند مجاز است. توجه داشته باشید که به‌کارگیری اقلام دارویی مندرج در این بسته آموزشی بر اساس برنامه‌های سلامت ابلاغ شده توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است. بدیهی است تجویز دارو توسط سایر افراد و در خارج از استانداردهای اعلام شده در برنامه‌های سلامت ممنوع است. گروه‌های تخصصی حوزه معاونت بهداشت در صورت لزوم، تغییر در دستورعمل‌های مصرف داروها را کتبا ابلاغ خواهند نمود. به محض تغییر در دستورعمل مصرف داروها، مراکز بهداشت شهرستان یا مراکز آموزش بهورزی باید موارد را به نحو مقتضی به بهورزان ابلاغ نموده و آن‌ها را در زمینه‌های مورد نظر آموزش دهند. در این شرایط معیار مصرف دارو دستورعمل‌های جدید خواهد بود که طی فرایندهای علمی و اجرایی خاص به عنوان دستور جدید ابلاغ شده است.

توجه مهم ۲: این بسته آموزشی صرفا جهت تدریس در مراکز آموزش بهورزی تدوین شده است و محتویات آن در شمول قانون حمایت از حقوق مؤلفان و مصنفان خواهد بود. تکثیر این بسته به هر روش اعم از فتوکپی، ریسوگرافی، تهیه فایل‌های pdf، لوح فشرده، بازنویسی در وبلاگ‌ها، سایت‌ها، مجله‌ها و کتاب بدون کسب اجازه کتبی از مرکز مدیریت شبکه غیرمجاز است.

اعضای کمیته علمی بازنگری دارونامه خانه بهداشت: (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر محمد اسلامی، رئیس اداره جمعیت و باروری سالم

دکتر سید حامد برکاتی، رییس اداره سلامت کودکان

دکتر جعفر صادق تبریزی، قائم مقام معاون بهداشت و رییس مرکز مدیریت شبکه

دکتر پریسا ترابی، کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه

دکتر فرحناز ترکستانی، رئیس اداره سلامت مادران

دکتر هستی ثنائی شعار، کارشناس گروه نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه

دکتر ناهید جعفری، مدیر گروه برنامه‌های سلامت مرکز مدیریت شبکه

دکتر سهیلا خزاعی، کارشناس مسئول اداره سلامت نوزادان

دکتر بی بی نسرین خوشنویس، کارشناس اداره سلامت کودکان

سوسن رحیمی قصبه، کارشناس اداره سلامت مادران

دکتر محمدرضا رهبر، مدیر گروه نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه

دکتر محمد زینلی، کارشناس مسئول اداره بیماری‌های مشترک انسان و حیوان

دکتر محمود سروش، رییس اداره مراقبت بیماری‌های واگیر

دکتر علی اکبر سیاری، معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مریم شریفی یزدی، کارشناس گروه نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه

دکتر محمدرضا شیرزادی، رییس اداره مبارزه با بیماری‌های مشترک انسان و حیوان

شبنم صادقی‌خو، کارشناس گروه نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه

دکتر فروزان صالحی مازندرانی، کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه

دکتر مجذوبه طاهری، رییس اداره سلامت نوجوانان و مدارس

دکتر مهران‌دخت عابدینی، کارشناس اداره سلامت مادران

دکتر عزیزاله عاطفی، مدیر اجرایی معاونت بهداشت

دکتر زهرا عبدالهی، رییس دفتر بهبود تغذیه جامعه

دکتر حسین غیایی، رییس اداره امور دارویی

دکتر محمد مهدی گویا، رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر

دکتر محمد اسماعیل مطلق، مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

لیلا ملک جمشیدی، کارشناس بیماری‌های واگیر

مینا مینایی، کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه

دکتر ناهید نواییان، کارشناس گروه نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه

شهرزاد والافر، کارشناس اداره سلامت مادران

دکتر مهدیه یزدان پناه، کارشناس اداره باروری سالم

کتاب دارونامه خانه بهداشت در نخستین چاپ‌های خود به اهتمام سرکار خانم دکتر ربابه شیخ‌الاسلام وجناب آقای دکتر ناصر کلانتری تدوین گردید. این نسخه متعاقبا به وسیله گروهی متشکل از کارشناسان حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه‌ها و کارشناسان معاونت بهداشت در ستاد مرکزی مورد بازنگری قرار گرفت. نسخه حاضر، آخرین دور از بازنگری کتاب دارونامه است که توسط کارشناسان حوزه معاونت بهداشت و بر اساس آخرین دستورعمل‌های برنامه‌های سلامت بازنگری شده است.

به نام خدا

ایجاد دسترسی به خدمات سلامت برای همه روستائیان یکی از اولویت‌هایی است که همواره در دستور کار برنامه‌ریزان نظام سلامت کشور قرار داشته است. این سیاست که با هدف تحقق عدالت، کارایی و پاسخ‌گویی در نظام سلامت مورد پیگیری قرار گرفته، یکی از زیربنایی‌ترین ارکان توسعه نظام ارائه خدمات سلامت در کشور است. تاسیس و گسترش خانه‌های بهداشت در دورترین و محروم‌ترین روستاها، تربیت بهورزان بومی به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به روستاییان و برنامه‌ریزی‌های مداوم جهت ارتقاء روزافزون سطح سلامت جامعه روستایی، همه مصادیق این سیاست هستند و امروز بهورزان به عنوان مظهر عدالت در سلامت که برخاسته از بینش نظام سلامت کشور ماست، بایستی با تکیه بر توانمندی‌های خود به مردم روستا کمک کنند تا از یک زندگی پربرکت، مسرت‌آمیز و توام با سلامت برخوردار باشند. بهورزان این امکان را دارند که قدرت و توان خود را صرف ارتقای سلامت گروه وسیعی از مردم نمایند. در این میان ایجاد یک تحول در فرآیند تربیت و بازآموزی بهورزان به گونه‌ای که سبب ارتقاء مهارت‌های آن‌ها شود لازم است و باید در اولویت کاری برنامه‌ریزان ملی نظام سلامت قرار گیرد. یقیناً تدوین رسانه‌های آموزشی جدید و بازنگری در مجموعه‌های آموزشی قدیم بر مبنای انتظارات جدید برنامه‌های سلامت، نخستین و مهم‌ترین گام در ایجاد چنین تحولی است. مجموعه «دارونامه خانه بهداشت» یکی از این بسته‌های آموزشی است. این مجموعه به عنوان سندی از مداخلات سلامت از دیرباز در اختیار بهورزان بوده است. لزوم تدوین و بازنگری دارونامه خانه بهداشت از مدت‌ها قبل در حوزه سلامت کشور مد نظر بوده و خلأ وجود دارونامه بازنگری شده مطابق با مداخلات جدید پیش بینی شده در برنامه‌های سلامت، حوزه معاونت بهداشت را بر آن داشت تا بار دیگر اصلاحات کتاب دارونامه خانه بهداشت را با کمک گروه‌های ذی‌ربط انجام دهد. امید است همکاران گرامی بهورز با بهره‌گیری از آموزه‌های این کتاب و راهنمایی مربیان خود به نحو صحیح از آن بهره‌برداری نمایند. جا دارد از تلاش همکاران ارجمندی که در تدوین و تألیف این مجموعه کوشیده‌اند، نهایت تشکر را نمایم.

دکتر علی اکبر سیاری

معاون بهداشت

به نام خدا

تامین داروهای اساسی یکی از اجزای مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی است. این موضوع از دیرباز مد نظر طراحان نظام شبکه قرار گرفته و با هدف حداکثر دسترسی به خدمات اساسی سلامت، اقدام به پیش‌بینی دارو برای خانه‌های بهداشت گردیده است. در وهله نخست، هدف تامین داروهای اساسی برای خانه‌های بهداشت انجام مداخلات مراقبتی و پیشگیری از بیماری‌هاست. بسیاری از داروهای پیش‌بینی شده در دارونامه نظیر انواع قطره و قرص آهن و ویتامین‌ها داروهایی از این دسته‌اند. بر این اساس بخش مهمی از این دارونامه با رویکرد ارائه خدمات پیشگیری اولیه تدوین گردیده است. بخش دیگری از دارونامه به توضیح روش تجویز اقلام دارویی اختصاص دارد که از پیشرفت بیماری به مرحله بروز عوارض و ایجاد مخاطرات پیشگیری می‌کند. استفاده به موقع و کافی از پنی‌سیلین در گلودردهای چرکی، احتمال ابتلاء کودک به عوارضی نظیر روماتیسم قلبی را کاهش می‌دهد. درمان به موقع کم‌آبی ناشی از اسهال موجب پیشگیری از وقوع عوارض کشنده در کودک می‌شود. علاوه بر این، انجام مداخلات درمانی به موقع در کودک مبتلا به عفونت‌های حاد تنفسی می‌تواند او را از سیر به سمت وضعیت‌های وخیم نجات دهد. تمامی موارد ذکر شده همراه با ارجاع بیماران به پزشک مطابق دستورعمل‌ها موجب می‌شود تا مردم از مناسب‌ترین مراقبت‌های سلامت منطبق بر منابع قابل تحصیل در کشور برخوردار گردند. این موضوع در حالی است که می‌دانیم شمار بالایی از روستاهای کشور با پراکندگی وسیع جغرافیایی و جمعیت‌های پایین می‌بایست از مراقبت‌های مورد نیاز به صورتی دائم و در تمامی فصول برخوردار شوند، لذا در شرایطی که به دلائلی نظیر بسته شدن جاده ها در اثر برف و یخبندان و وقوع شرایط اضطراری جان فردی در معرض خطر باشد، گروه‌های تخصصی متولی برنامه‌های سلامت می‌توانند با ارائه راهنماهای بالینی لازم، امکان انجام مداخلات مورد نیاز و اقدامات اضطراری را برای بهورزان یا کارکنان سطوح مختلف فراهم آورند.

موضوع مهم دیگر در مصرف اقلام دارویی، اجرای صحیح چرخه مدیریت منابع برای این اقلام است. اقلام دارویی یکی از پرهزینه‌ترین محصولات عرضه شده در جامعه هستند. براین اساس ضروری است از تجویز غیرضروری به دلیل بروز عوارض و اسراف در منابع خودداری گردیده و در حفظ و نگهداری داروها نهایت دقت به عمل آید. حفظ و نگهداری صحیح داروها به مفهوم رعایت کلیه استانداردهای لازم در چرخه مدیریت دارو مشتمل بر تحویل گرفتن آن از سطوح فوقانی، نگهداری، مصرف و خروج دارو از چرخه مدیریت منابع مصرفی خانه بهداشت است. همواره به خاطر داشته باشید نگهداری دارو در شرایط مناسب و توجه به تاریخ انقضای آنها یکی از مهم‌ترین اولویت‌هاست، به گونه‌ای که بهورزان موظفند داروهای مازاد خود را در زمانی که حداقل ٦ ماه از تاریخ انقضای آن ها باقی مانده است جهت مصرف در سایر واحدها، با هماهنگی لازم به سطوح بالاتر عودت دهند. به علاوه خانه‌های بهداشت موظفند کلیه اقلام دارویی و وضعیت مصرف و ورود وخروج آن را در دفاتر اختصاصی ثبت نمایند.

نکته مهم دیگری که تذکر آن ضرورت دارد، رعایت طول دوره درمان است .گاه اتفاق می‌افتد که با هدف کم کردن مصرف دارو، اقدام به کاهش مدت زمان استاندارد مصرف دارو می‌شود. این نیز خود خطایی بزرگ است که نه تنها به مفهوم صرفه جویی درست در مصرف منابع نیست، بلکه به مفهوم سوءمدیریت در ارائه خدمات سلامت و ایجاد عوارض و مخاطرات است.

کتاب دارونامه خانه بهداشت شامل فهرستی از اقلام دارویی است که جهت انجام مراقبت‌ها در برنامه‌های سلامت پیش‌بینی شده است. همان گونه که در ابتدا ذکر شد، داروهای خانه بهداشت با رویکرد اجرای برنامه‌های سلامت تهیه شده و در اختیار بهورزان قرار می‌گیرند. بنابراین در به‌کارگیری آن‌ها باید موارد زیر را لحاظ کرد:

الف- مصرف اقلام دارویی مندرج در این دارونامه صرفاً مطابق دستورعمل‌های برنامه‌های سلامت مجاز است.

ب- ضروری است در هنگام تجویز دارو به سن فرد مصرف کننده، مقدار و طرز مصرف، موارد منع مصرف و توضیحاتی که پیرامون نحوه مصرف آمده توجه کامل شود.

ج- تجویز اقلام دارویی برای مواردی که در برنامه سلامت و در جدول دارونامه نیامده است، اکیداً ممنوع می‌باشد.

د- کلیه ادارات متولی برنامه‌های سلامت موظف به بازنگری مداوم در فهرست و طرز مصرف، منطبق بر نیازهای پیش‌بینی شده در برنامه‌های سلامت هستند و می‌بایست با ارزیابی اثربخشی و بروز عوارض احتمالی، موارد مورد نیاز برای بازنگری را به دانشگاه‌ها ابلاغ نمایند.

این دارونامه بر اساس فهرست اقلام دارونامه قبلی موجود در نظام شبکه و بر اساس برنامه‌های جدید سلامت توسط تیمی متشکل از گروه‌های تخصصی متعدد فعال در حوزه معاونت بهداشت بازنگری شده است. زحمات هماهنگی برای بازنگری و تنظیم مطالب را همکاران ارجمندم در گروه نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه انجام داده‌اند. سرکار خانم دکتر هستی ثنایی کارشناس ارشد و آقای دکتر محمدرضا رهبر رییس گروه نیروی انسانی کار تدوین چارچوب دارونامه، بخش مقدماتی، تعریف مفاهیم، ویرایش بسته تهیه شده و مدیریت تدوین محتواها در آخرین دور تدوین دارونامه را انجام داده‌اند. سرکار خانم مریم شریفی یزدی دیگر کارشناس این گروه در دور قبلی تدوین دارونامه در این کار مشارکت داشته‌اند. کار تدوین محتوای علمی جداول را اعضای کمیته علمی بازنگری دارونامه خانه بهداشت انجام داده‌اند. ذکر اسامی تمامی این افراد برای ادای تشکر در این مقدمه ممکن نبود. اسامی این افراد در صفحات قبل آمده است. بر خود واجب می‌دانم از تلاش‌های همه این عزیزان برای شکل‌گیری این مجموعه نهایت تشکر را داشته باشم. همچنین لازم است از زحمات کسانی که در انتشار چاپ‌های قبلی دارونامه، چارچوبی مناسب و بنیادین را برای این کتاب به وجود آوردند، سپاسگزاری نمایم.

دکتر جعفر صادق تبریزی

قائم مقام معاون بهداشت و رییس مرکزمدیریت شبکه

سخنی با بهورزان

داروندامه حاضر شامل اطلاعات داروهایی است که در خانه‌های بهداشت توسط بهورزان و در مواقعی که دسترسی به پزشک میسر نیست، تجویز می‌شود. در مناطق روستایی و نقاط دوردست، بهورزان اولین کسانی هستند که بیماران به آن‌ها مراجعه کرده و درمان بیماری خود را از آنان طلب می‌کنند. بهورزان بر اساس آموخته‌های خود در قالب برنامه‌های مختلف آموزشی، سعی در برقراری ارتباط بین بیمار و پزشک نموده و در این میان با توجه به دانش و تجربه‌های خود، به درمان بیماران در محدوده داروهای داروندامه خانه بهداشت می‌پردازند. هر چند دارو در خانه بهداشت توسط بهورز تجویز می‌شود، ولی سامانه نظارتی معاونت بهداشتی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی متضمن رعایت اصول تجویز منطقی دارو می‌باشد.

فهرست مطالب

مقدمه و تعاریف ۱۳

اشکال دارویی ۱۳

نام دارو: ۱۵

نام شیمیایی ۱۵

نام ژنریک (عمومی) ۱۵

راه‌های تجویز و مصرف داروها ۱۶

تاریخ مصرف دارو: ۱۶

زمان مصرف: ۱۶

تجویز و مصرف منطقی دارو: ۱۶

نگهداری دارو: ۱۷

چیدن دارو در قفسه: ۱۷

نگهداری دارو در منزل: ۱۷

نکات مهم در تجویز و مصرف دارو: ۱۷

داروهای مسکن و تب‌بر ۱۹

استامینوفن ۱۹

آ.اس.آ بزرگسال ۲۰

مفنامیک اسید** ۲۰

داروهای درمان ترشی معده ۲۲

آلومینیوم ام جی ۲۲

آلومینیوم ام جی اس ۲۲
او.آر.اس ۲۳
او.آر.اس هیپواسمولار ۲۳
سولفات روی ۲۳
ال‌دی و تری‌فازیک ۲۵

داروهای فاصله‌گذاری بارداری ۲۶
لاینسترنول ۲۶
دپومدروکسی پروژسترون استات ۲۶
سیکلوفم ۲۷

داروهای پیشگیری اورژانس از بارداری ۳۰
لوونورجسترول ۳۰
ال‌دی ۳۰
تری‌فازیک ۳۰

داروهای درمان کرم اسکاریس و کرمک ۳۲
مبندازول ۳۲
پی‌پرازین ۳۲

داروهای درمان حساسیت (آنتی‌هیستامین) ۳۴
دیفن‌هیدرامین ۳۴
کلرفنیرامین ۳۴
سالبوتامول ۳۴

داروهای جلدی (قسمت اول) ۳۵
متیل سالیسیلات ۳۵
تتراسیکلین ۳٪ ۳۵
کالاندولا ۳۵
کالامین‌دی ۳۵

داروهای جلدی (قسمت دوم) درمان شپش و گال ۳۷
گامابنزن (لیندان) ۳۷
پرمترین ۵٪ ۳۸
پرمترین ۱٪ ۳۸
دایمتیکون ۳۸

داروهای جلدی (قسمت سوم) ۴۱
پماد سوختگی ۴۱
نیتروفورازون ۴۱

داروهای درمان برفک ۴۲
نیستاتین ۴۲
ویوله‌دوژانسین ۴۲

محلول‌های جلدی ضدعفونی کننده و پاک کننده ۴۳
پویدون آیداین (بتادین) ۴۳
سرم نمکی (سرم فیزیولوژی) ۴۳
ستریمید سی (ساولن) ۴۳
الکل اتیلیک رنگی ۷۰ درجه ۴۳

صابون ۴۳

داروهای چشمی ۴۵

سولفاستامید ۱۰٪ ۴۵

تتراسیکلین ۱٪ ۴۵

داروهای مراقبتی جهت پیشگیری از کمبود ویتامین‌ها و املاح ۴۷

مولتی‌ویتامین یا ویتامین آ+ د ۴۷

آهن ۴۷

مولتی‌ویتامین مینرال ۴۷

اسید فولیک ۴۸

آهن ۴۸

ویتامین د ۴۸

کلسیم/ کلسیم د ۴۸

داروی مراقبتی نوزادان ۵۱

ویتامین K1 ۵۱

داروی جمع کننده رحم جهت کنترل خونریزی پس از زایمان ۵۲

اکسی‌توسین ۵۲

داروهای عفونت‌های حاد تنفسی ۵۳

داروی درمان گلودرد استرپتوکوکی ۵۴

پنی‌سیلین وی ۵۴

داروهای درمان پنومونی و عفونت حاد گوش ۵۵
آموکسی‌سیلین ۵۵
کوآموکسی‌کلاو ۵۵

داروی درمان عفونت باکتریال شدید ۵۷
آمپول جنتامایسین ۵۷
آمپول آمپی‌سیلی ۵۷

داروی درمان پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید در کودکان ۷۰ روزه تا ۵ ساله که باید ارجاع فوری شوند ۵۹
سفتریاکسون ۵۹

محلول شستشوی بینی ۶۰
قطره کلرور سدیم ۶۰

لغات کلیدی ۶۱

مقدمه و تعاریف

دارو: ماده‌ای است که برای درمان، تسکین علائم، تشخیص و پیشگیری از بیماری به کار می‌رود.

اشکال دارویی: برای سهولت مصرف و تحمل‌پذیری برای بیمار، دارو به فرم‌های متعدد و اشکال مختلف تولید می‌شود. پرمصرف‌ترین اشکال دارویی عبارتند از:

- **قرص (Tablet)**– ساده‌ترین و پرمصرف‌ترین شکل دارویی است که به صورت جامد و در اندازه های مختلف تهیه می‌شود. انواع قرص‌ها عبارتند از:
  - قرص عادی
  - قرص روکش‌دار (Coated Tablet)
  - قرص جوشان (Effervescent Tablet)
  - قرص زیرزبانی (Sublingual Tablet)
  - قرص مکیدنی (Lozenge Tablet)
  - قرص جویدنی (Chewable Tablet)
  - قرص خطدار (Scored Tablet)
  - قرص آهسته‌رهش (Slow Release Tablet)
  - قرص واژینال (Vaginal Tablet)
- **کپسول (Capsul)**– **دار**و به صورت پودر در داخل یک پوشش ژلاتینی استوانه‌ای شکل ریخته می‌شود. انواع کپسول‌ها عبارتند از:
  - کپسول خوراکی
  - کپسول تنفسی (Inhalation Capsule)
- **کپسول نرم (Pearl)**– شکل دارویی است که به صورت کپسول ژلاتینی نرم و به دو صورت زیرزبانی و خوراکی ساخته می‌شود.
- **شربت (Syrup)**– شکل دارویی است که از حل شدن ماده دارویی در شربت قند به دست می‌آید.
- **الگزیر (Elexir)**– شکل دارویی که از حل شدن ماده دارویی در الکل و شربت قند به دست می‌آید.
- **سوسپانسیون (Suspension)**– **شکل** دارویی که در آن ماده دارویی به همراه ماده دیگر به مدت کوتاهی معلق مانده و سپس ته‌نشین می‌شود و باید قبل از مصرف، خوب تکان داده شود.

- **پماد (Ointment)**- شکل دارویی که به صورت نیمه‌جامد و فاقد آب است و به طور موضعی استفاده می‌شود. انواع پمادها عبارتند از:
  - پماد موضعی (Topical Ointment)
  - پماد چشمی (Ophtalmic Ointment)
  - پماد مقعدی (Rectal Ointment)
- **کرم (Cream)**- شکل دارویی که به صورت نیمه‌جامد بوده و در آن آب به کار رفته است، لذا به راحتی بر روی پوست پخش و جذب می‌شود.
- **شیاف (Suppository)**- یکی از اشکال دارویی است که معمولاً مخروطی شکل بوده و دارای انواع زیر است:
  - شیاف مقعدی (Rectal Suppository)
  - شیاف واژینال (Vaginal Suppository)
- **ژل (Gel)**- دارو به شکل ماده جامد ژلاتین‌مانند درمی‌آید که دارای مصارف مختلف زیر است:
  - ژل موضعی (Topical Gel)
  - ژل واژینال (Vaginal Gel)
  - ژل چشمی (Ophtalmic Gel)
  - ژ ل دهانی (Oral Gel)
- **آمپول (Ampoule)**- محلولی استریل و عاری از هر گونه آلودگی یا ذرات خارجی است و به روش‌های زیر تزریق می‌شود:
  - عضلانی (IM)
  - وریدی (IV)
  - زیرجلدی (SC)
  - داخل جلدی (ID)
  - انفوزیون (INF)
- **ویال (Vial)**- شکلی از دارو که حاوی گرد استریل بوده و بعد از افزودن حلال برای تزریق به کار می‌رود.
- **لوسیون (Lotion)**- شکلی از دارو که غلظت آن از کرم کمتر و دارای ذرات جامد معلق چربی است و از طریق مالیده شدن بر روی پوست مصرف می‌شود.

- **قطره (Drop)**- شکلی از دارو است که به صورت مایع در حجم کم تولید می‌شود و دارای انواع زیر است:
  - قطره چشمی (Eye Drop)
  - قطره گوشی (Ear Drop)
  - قطره بینی (Nasal Drop)
- **پودر یا ساشه (Sachet & Powder)**– پودرها یا گردها ذرات ریز یک ماده دارویی هستند که درون کیسه کوچک یک بار مصرفی به نام ساشه قرار می‌گیرند.
- **اسپری (Spray)**- دارو به صورت مایع تحت فشار در ظرف تولید شده و انواع مختلف آن عبارت است از:
  - اسپری موضعی (Topical Spray)
  - اسپری بینی (Nasal Spray)
  - اسپری دهانی (Inhalation Spray)
- **محلول (Solution)**– شکلی از دارو که به صورت مایع یکنواخت ساخته می‌شود و برای مصارف موضعی یا خوراکی به کار می‌رود.
- **شامپو دارویی**– شامپوهایی هستند که برای مصارف درمانی به کار می‌روند.
- **سرم (Serum)**– شکلی از داروها که به صورت محلول تولید می‌شوند. سرم‌ها به دو صورت قابل تزریق و شستشو ساخته می شوند.

نام دارو:

داروها به سه صورت نامگذاری می‌شوند:

نام شیمیایی: نام شیمیایی با توجه به ساختار مولکولی و بر اساس قوانین و مقررات مربوط به نامگذاری شیمیایی، به دارو اختصاص داده می‌شود.

نام ژنریک (عمومی): با توجه به مشکلات کاربرد نام شیمیایی دارو، به هر داروی جدید، تحت مجموعه‌ای از قوانین بین‌المللی خاص، یک نام عمومی داده می‌شود که بسیار کوتاه‌تر است.

نام تجاری: بسیاری از کارخانه‌ها به منظور مشخص و متمایز ساختن ترکیب دارویی ساخت خود و نیز به منظور اهداف تجاری و اقتصادی، نام تملیکی خاصی را برای محصول خود برمی‌گزینند و در تبلیغات دارویی حتی اگر هم به نام ژنریک یا دارو اشاره شده باشد، نام تجاری آن را با حروف بزرگ‌تر می‌نویسند.

راه‌های تجویز و مصرف داروها

دارو از راه‌های مختلف زیر تجویز می‌شود:

- خوراکی
- زیرزبانی
- رکتوم (مقعدی)
- واژن
- موضعی
- استنشاقی

دارو مراحل زیر را در بدن طی می کند:

- جذب
- پخش
- متابولیسم (سوخت و ساز)
- دفع (راه‌های دفع دارو بعد از تأثیرگذاری بر روی دستگاه‌های مختلف بدن مختلف بوده و می‌تواند از طریق ادرار، مدفوع و تعریق باشد.)

تاریخ مصرف دارو:

تاریخ مصرف عبارت است از زمانی که دارو ساخته می‌شود تا زمانی که عمر دارو به پایان می‌رسد و با دو مقوله تاریخ ساخت (Mfg.Date) و تاریخ انقضا (Exp.Date) مشخص می‌شود. چنانچه تاریخ انقضای دارو به ماه درج شود، دارو تا پایان همان ماه قابل استفاده است.

زمان مصرف:

زمان مصرف دارو می‌تواند به صورت‌های زیر باشد:

- به صورت فواصل زمانی
- قبل، بعد و یا همراه غذا
- مواقع خاص مانند هنگام خواب، موقع درد و ...

تجویز و مصرف منطقی دارو:

از آن جایی که دارو یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین راه‌های درمان بیماری به شمار می‌رود، توجه به مصرف بجا، معقول و اصولی آن بسیار مهم است. بدیهی است که این امر زمانی میسر است که بیماران تمامی توصیه‌های مربوط به داروی مورد نیازشان را بدانند و به آن عمل کنند.

نگهداری دارو:

داروها باید در شرایطی که برای هر دارو تعیین و روی بسته‌بندی درج می‌شود، نگهداری شوند. عمده‌ترین این شرایط عبارتند از:

- کمتر از یک درجه خاص مانند کمتر از ۳۰ یا ۲۵ درجه سانتی‌گراد
- داروهای یخچالی: بین ۲ و ۸ درجه سانتی‌گراد (این داروها نباید یخ بزنند).
- بین ۸ و ۱۵ درجه سانتی‌گراد
- دور از نور
- دور از رطوبت
- دور از دسترس کودکان

چیدن دارو در قفسه:

داروها ممکن است به دو صورت در کنار هم چیده شوند:

- بر اساس شکل دارو مانند چیدن قرص‌ها کنار هم
- بر اساس گروه درمانی مانند چیدن آنتی‌بیوتیک‌ها کنار هم

در چیدن قفسه‌ها رعایت این نکته الزامی است که باید داروی با تاریخ انقضای طولانی‌تر پشت داروی با تاریخ انقضای کوتاه‌تر چیده شود. در تحویل دارو نیز باید داروی با تاریخ انقضای کوتاه‌تر قبل از داروی با تاریخ انقضای طولانی‌تر به بیمار تحویل شود.

نگهداری دارو در منزل: یکی از نکاتی که باید به جامعه آموزش داده شود این است که بیمار باید داروی تجویز شده را تا پایان دوره درمانی مصرف کند. بدین ترتیب داروی اضافی باقی نمی ماند تا در منزل نگهداری شود. داروهای بیمار در منزل نیز باید مطابق با اصول "نگهداری دارو" که در بندهای قبل اشاره شد، نگهداری شود.

نکات مهم در تجویز و مصرف دارو:

۱- دارو غذا نیست و باید بر مصرف متعارف و اصولی آن تأکید نمود. هر دارو دارای یک سری اثرات درمانی مشخص و تأیید شده می‌باشد که تنها در همان موارد باید مصرف شود.

۲- به بیماران توصیه کنید از مصرف دارو بیش از مقداری که شما تعیین می‌کنید، خودداری نمایند.

۳- داروها همواره باید از دسترس کودکان دور نگه داشته شوند. کودکان کنجکاو هستند و ممکن است به دور از چشم والدین، دارویی را بخورند و مسموم شوند. صدمه این بی‌احتیاطی جبران‌ناپذیر است و ممکن است موجب مرگ کودک گردد.

٤- اگر با تمام توجه و هشداری که به والدین داده‌اید، کودکی در اثر خوردن اتفاقی دارو دچار مسمومیت شد، او را سریعاً به نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی درمانی اعزام کنید.

٥- داروهای موضعی استعمال خارجی دارند و هرگز نباید خورده شوند.

٦- بعضی از افراد نسبت به برخی از داروها حساس هستند. این حساسیت ممکن است به صورت کهیر، جوش، قرمزی، خارش، تنگی نفس و ... بروز کند. در این موارد دارو را قطع کنید و بیمار را به پزشک ارجاع دهید.

٧- همیشه از خانم متاهلی که به شما مراجعه می‌کند و از حاملگی او اطلاع ندارید، سوال کنید که حامله است یا خیر. دادن اغلب داروها در سه ماه اول حاملگی باید با تجویز پزشک صورت گیرد. در زمان شیردهی نیز بسیاری از داروها که توسط مادر مصرف می‌شود، برای شیرخوار ضرر دارد.

٨- به ستون "به چه کسانی نباید از این دارو بدهید" توجه بیشتری نمایید.

٩- اگر دارویی تغییر رنگ داد و یا در شکل و مزه آن تغییر ایجاد شد، نباید آن را مصرف نمود. در این گونه موارد دارو را به مرکز بهداشتی درمانی بازگردانید.

١٠- روی برچسب اغلب داروها تاریخ مصرف دارو نوشته شده است. بنابراین شما باید در مدت معینی از آن دارو استفاده کنید. اگر دارویی به مدت زیادی در خانه بهداشت بماند، ممکن است تاریخ مصرف آن گذشته و غیر قابل مصرف شود. برای جلوگیری از این موارد، شما باید با توجه به تعداد مراجعین، دارو را تحویل بگیرید و اگر متوجه شدید دارویی مصرف نمی‌شود، حداقل ٦ ماه قبل از آن که تاریخ مصرف آن بگذرد آن را به مرکز بهداشتی درمانی که از آن دارو تحویل می‌گیرید برگردانید. ممکن است سایر خانه‌های بهداشت به آن دارو نیاز داشته باشند.

١١- همواره در تجویز و مصرف دارو باید طبق آخرین دستورعمل‌های ارسالی از سوی وزارت متبوع عمل شود.

١٢- بهتر است مقدار داروی تجویز شده در هر نوبت با سرنگ تعیین گردد.

١٣- در صورت نبود پیمانه یا سرنگ، می‌توان با توجه به حجم‌های تعیین شده زیر از قاشق استفاده کرد.

قاشق	حجم (میلی لیتر)
چای‌خوری	١/٢٥
مرباخوری	٢/٥
غذاخوری سرخالی	٥

داروهای مسکن و تب‌بر

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی وزن	مقدار و روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
استامینوفن	قطره	۲ ماه تا ۶ ماه (٤ تا ۶ کیلوگرم)	٤-۶ بار در روز هر بار ۲ قطره به ازای هر کیلوگرم وزن بدن (۱۲- ۸ قطره)	یک شیشه	- بیماران کبدی - بیماران کلیوی
		۶ ماه تا ۱۲ ماه (۶ تا ۹ کیلوگرم)	٤-۶ بار در روز هر بار ۲ قطره به ازای هر کیلوگرم وزن بدن (۱۸- ۱۲ قطره)		
		۱۲ ماه تا ۳ سال (۱۰ تا ١٤ کیلوگرم)	٤-۶ بار در روز هر بار ۲ قطره به ازای هر کیلوگرم وزن بدن (۲۸-۲۰ قطره)		
	الگزیر (۱۲۰ میلی‌گرم در ۵ سی‌سی)	۲ ماه تا ۶ ماه (٤ تا ۶ کیلوگرم)	٤-۶ بار در روز هر بار ۱/۵ سی سی (نصف قاشق مرباخوری)	یک شیشه	
		۶ ماه تا ۱۲ ماه (۶ تا ۹ کیلوگرم)	٤-۶ بار در روز هر بار ۲/۵ سی سی (نصف قاشق غذاخوری)		
		۱۲ ماه تا ۳ سال (۱۰ تا ١٤ کیلوگرم)	٤-۶ بار در روز هر بار ۵ سی سی (یک قاشق غذاخوری)		
	قرص (۳۲۵ میلی‌گرمی)	۳ سال تا ۵ سال (۱۵ تا ۱۹ کیلوگرم)	٤-۶ بار در روز هر بار ۷/۵ سی سی (یک و نیم قاشق غذاخوری) یا نصف قرص	مقدار قرص با توجه به ۳ روز درمان محاسبه شود.	
		۵ تا ١٤ سال	٤ بار در روز، هر بار یک قرص		
		١٤ سال به بالا	٤-۶ بار در روز، هر بار یک قرص		
	شیاف کودکان *	۶ ماه تا ۶ سال	در مواردی که کودک تب بالاتر از ۳۸/۵ درجه (زیر بغل) دارد و به دلایل مختلف (مانند استفراغ و ...) قادر به مصرف خوراکی دارو نیست، یک شیاف گذاشته و او را ارجاع فوری دهید.	یک شیاف	

آ.اس.آ بزرگسال	قرص (۳۲۵ میلی‌گرمی)	۱۶ سال به بالا	٤ بار در روز، هر بار یک قرص	۱۰ قرص
مفنامیک اسید**	کپسول (۲۵۰ میلی‌گرمی)	زنان در سنین باروری	٦-٤ بار در روز، هر بار یک کپسول	۱۰ قرص

- کسانی که سابقه ورم معده، زخم معده یا خونریزی از معده دارند. - زنان باردار و شیرده - بیماران کبدی و کلیوی - آسم و سابقه هرگونه حساسیت - افراد مبتلا به آبله مرغان
کسانی که به این دارو حساسیت دارند. علائم حساسیت: ضایعات و جوش‌های پوستی، کهیر، تنگی‌نفس، خس‌خس سینه، سرفه، تورم صورت و لب‌ها، زبان یا گلو

* با توجه به این که مورد مصرف این دارو برای جلوگیری از تب بالا در کودکان ۶ ماهه تا ۶ ساله (پیشگیری از تشنج) می‌باشد، لذا توصیه می‌شود فقط در تب‌های بالا ، در مواردی که عدم تحمل شکل خوراکی این دارو وجود دارد و نیز در کودکانی که دچار مشکل قلبی یا تنگی نفس یا سابقه تشنج تب هستند، از شیاف استامینوفن استفاده شود.

** برای کاهش دردهای پس از زایمان، در صورت در دسترس نبودن استامینوفن می‌توان از مفنامیک اسید استفاده کرد.

توجه کنید:

۱- بر اساس برنامه مانا، تجویز استامینوفن برای کودکان در موارد تب ۳۸/۵ درجه و بالاتر و یا درد گوش می‌باشد.

۲- دادن استامینوفن هر ۶-٤ ساعت یک بار تکرار شود تا تب و یا درد گوش از بین برود.

۳- اگر پس از ۳ روز درمان، درد کاهش نیافت و یا تب پایین نیامد، با توجه به دستورعمل‌های مربوطه پیگیری کرده و بیمار را به پزشک ارجاع دهید.

٤- قرص آ.اس.آ بزرگسال بعد از غذا و با یک لیوان آب خورده شود.

۵- اگر کسی که قرص آ.اس.آ می‌خورد، مدفوع سیاه قیری، استفراغ خونی، تنگی نفس، درد شدید معده، بثورات جلدی یا خارش پیدا کرد، او را به پزشک ارجاع فوری دهید.

۶- بهتر است کپسول مفنامیک اسید همراه با غذا یا شیر مصرف شود تا تحریک گوارشی کاهش یابد.

۷- به مادر آموزش دهید در صورتی که درد پس از زایمان با مفنامیک اسید کاهش نیافت، مجدداً مراجعه کند.

داروهای درمان ترشی معده

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
آلومینیوم ام جی	قرص جویدنی	۱٤ سال به بالا	٤ بار در روز هر بار یک تا دو قرص بعد از غذا	برای مدت ۵ روز درمان، دارو محاسبه شود.	- بیماران کلیوی
آلومینیوم ام جی اس *					- بیماران کلیوی - زنان باردار

* آلومینیوم ام جی اس علاوه بر اثرات خنثی کننده اسید معده، دارای خاصیت ضد نفخ نیز می‌باشد.

توجه کنید:

۱- به بیمار یادآوری کنید که قرص‌ها را خوب بجود و سپس ببلعد.

۲- قرص آلومینیوم ام جی باید یک ساعت بعد از غذا و هر شب یک ساعت قبل از خواب خورده شود.

۳- این داروها ممکن است مدفوع بیمار را سفیدرنگ کنند.

٤- زیاد خوردن این داروها ممکن است باعث اسهال شود.

۵- قرص آلومینیوم ام جی برای زنان باردار منع مصرف ندارد.

داروهای درمان کم‌آبی ناشی از اسهال

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟*	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
او.آر.اس (الکترولیت خوراکی)	پودر ۲۷/۹ گرمی	همه سنین	بسته ۲۷/۹ گرمی را در یک لیتر آب جوشیده سرد شده یا آب آشامیدنی سالم حل کنید و طبق برنامه درمان اسهال مصرف نمایید.	یک بسته **	برای کودکان زیر ۵ سال، او.آر.اس هیپواسمولار (الکترولیت خوراکی) ارجح است.
او.آر.اس هیپواسمولار (الکترولیت خوراکی)	پودر ۲۰/۶۵ گرمی	زیر ۵ سال	بسته ۲۰/۶۵ گرمی را در یک لیتر آب جوشیده سرد شده یا آب آشامیدنی سالم حل کنید و طبق برنامه درمان اسهال مصرف نمایید.	یک بسته **	
سولفات روی ***	شربت (۵ میلی‌گرم در ۵ سی‌سی / ۲۰ میلی‌گرم در ۵ سی‌سی)	زیر ۵ سال	شربت ۵ میلی‌گرم در ۵ سی‌سی: - ۲ تا ۶ ماه : ۵ سی‌سی، یک بار در روز - بالای ۶ ماه : ۱۰ سی‌سی، یک بار در روز	دو شیشه	
			شربت ۲۰ میلی‌گرم در ۵ سی‌سی: - ۲ تا ۶ ماه : ۲/۵ سی‌سی - بالای ۶ ماه : ۵ سی‌سی	یک شیشه	

* درمان بیماران مبتلا به اسهال باید بر اساس برنامه درمانی موجود در بوکلت مانا صورت گیرد، ولی چنانچه کودک تمایل داشت، محدودیتی برای مصرف او.آر.اس وجود ندارد.

** هر بسته پودر باید در یک لیتر آب (٤ لیوان معمولی) حل شود.

*** تجویز روی به منظور جبران نقص ایمنی و عوارض ناشی از اسهال حاد است و بدیهی است که تاثیری بر درمان کم‌آبی نخواهد داشت.

توجه کنید:

۱- مطمئن شوید مادر تمام محتوی یک بسته او.آر.اس را در یک لیتر آب حل می‌کند و به میزان نیاز از محلول ساخته شده به کودک می‌دهد.

۲- اگر کودک انحصاراً با شیر مادر تغذیه می‌شود، نباید غذاهای آبکی به او داده شود و باید بیشتر به او شیر داده شود. اگر از شیر خشک یا شیرهای دیگر استفاده می‌کند، باید علاوه بر شیر همیشگی‌اش، او .آر. اس و آب جوشیده خنک شده هم به او بدهند.

۳- به کودک نوشیدنی یا مایعات متداول در محل مانند سوپ یا چای کم‌رنگ کم‌شیرینی و سایر مایعات خانگی بدهند.

٤- اگر کودک هنگام خوردن او.آر.اس استفراغ کند، ده دقیقه بعد دوباره به او محلول او.آر.اس بدهند. دادن محلول خنک او.آر.اس با حجم کم و به دفعات مکرر، در کنترل استفراغ موثر است.

۵- محلول تهیه شده بیش از ۲٤ ساعت نگهداری نشده و باقیمانده آن دور ریخته شود.

۶- دفعات و مقدار تغذیه کودک مبتلا به اسهال باید بیش از کودکان سالم باشد.

۷- در صورت تغییر رنگ پودر او.آر.اس، از مصرف آن خودداری شود.

۸- روی در اسهال کودکان باید به میزان ذکر شده در دستورعمل تجویز شود.

۹- اگر از شربت روی ۵ میلی‌گرم در ۵ سی‌سی استفاده شود، در صورت عدم تحمل کودک به دلیل حجم زیاد دارو و احتمال ایجاد مشکلات گوارشی، می‌توان آن را در دو یا سه نوبت به او داد.

۱۰- در تعیین مقدار شربت روی که در درمان اسهال‌های حاد تجویز می‌شود، بسیار مهم است که دوز دارو دقیقا محاسبه شده و مقدار دارو کمتر از حد تعیین شده نباشد.

داروهای فاصله‌گذاری بارداری

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	به هر متقاضی واجد شرایط چقدر می‌توانید از این دارو بدهید؟	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟*
ال‌دی و تری‌فازیک	قرص	زنان ۴۹- ۱۰ ساله همسردار	مصرف این قرص‌ها در یکی از ۵ روز اول قاعدگی (روز اول تا پنجم) و ترجیحاً روز اول قاعدگی شروع شود. پس از تمام شدن بسته، به مدت ۷ روز خوردن قرص قطع گردد و از روز هشتم، خوردن قرص از بسته جدید شروع شود و به همین ترتیب ادامه یابد. **	یک بسته برای یک دوره ۲۱ روزه	- حاملگی یا موارد مشکوک به آن - شک به وجود سرطان پستان، ابتلا به سرطان پستان و یا سابقه آن - کارسینوم آندومتر - بدخیمی‌های وابسته به استروژن - خونریزی‌های رحمی بدون علت مشخص - خانم‌های سیگاری ۳۵ ساله و بالاتر - ابتلا به بیماری‌های فعال یا مزمن کبدی - ابتلا به بیماری‌های قلبی، فشارخون بالا (مساوی یا بیشتر از ۱۶۰ روی ۱۰۰)، افزایش چربی خون - شرایط نیازمند به بی‌حرکتی کامل *** - در فاصله زمانی کمتر از سه هفته پس از زایمان در زنان غیر شیرده - دیابت همراه با بیماری‌های عروقی - سابقه سکته قلبی یا مغزی، لخته خون در پاها یا ریه - و موارد دیگر ممنوعیت مصرف

* موارد منع مصرف هر یک از روش‌های فاصله‌گذاری طبق آخرین دستورعمل می‌باشد.

** قرص باید در ساعت معین از شبانه‌روز خورده شود.

*** مصرف قرص باید از ۲۸ روز قبل از عمل جراحی تا پایان دوره بی‌حرکتی پس از عمل قطع شود. دادن هشدار قبل و بعد از عمل جراحی بزرگ ضرورت دارد.

داروهای فاصله‌گذاری بارداری

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	به هر متقاضی واجد شرایط چقدر می‌توانید از این دارو بدهید؟	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
لاینسترنول (مجاز در دوران شیردهی)	قرص	زنان ۴۹- ۱۰ ساله همسردار	در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر، مصرف قرص ۶ هفته پس از زایمان آغاز شود. در صورت بازگشت قاعدگی و تغذیه انحصاری با شیر مادر، مصرف قرص باید در ۵ روز اول قاعدگی و ترجیحاً روز اول قاعدگی شروع شود. هر شب یک عدد قرص در ساعت معین و ثابت تا ۶ ماه اول تغذیه انحصاری با شیر مادر استفاده شود. قرص باید به طور مداوم مصرف شده و نباید بین بسته‌های آن فاصله بیفتد.	یک بسته برای یک دوره ۲۸ روزه	- ابتلا به سرطان پستان و یا سابقه آن - ابتلا به بیماری‌های حاد یا مزمن کبدی - خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی - ابتلای فعلی به مشکل لخته شدن خون در وریدهای عمقی و آمبولی - و موارد دیگر ممنوعیت مصرف
دپومدروکسی پروژسترون استات (DMPA)	آمپول (۱۵۰mg)		اولین تزریق باید در یکی از ۵ روز اول خونریزی قاعدگی، در عضله سرین یا دلتوئید به طور عمیق (با استفاده از سرسوزن بلند) انجام شود و تزریق‌های بعدی هر سه ماه یک بار (۱۴ ± ۹۰ روز) انجام گردد. قبل از تزریق، آمپول باید به شدت تکان داده شود. محل تزریق نباید ماساژ داده شود.	یک آمپول	- حاملگی - ابتلا به سرطان پستان - خونریزی‌های رحمی بدون علت مشخص - اختلالات شدید انعقادی خون (دیر لخته شدن، خونریزی به دنبال ضربه خفیف یا بدون علت) - افراد دارای سابقه ابتلا به توده خوش‌خیم کبدی ناشی از مصرف هورمون‌های استروئید جنسی - افراد دارای سابقه سکته مغزی - ابتلا به فشارخون کنترل‌نشده - ترومبوآمبولی فعلی - و موارد دیگر ممنوعیت مصرف

داروهای فاصله‌گذاری بارداری- ادامه

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	به هر متقاضی واجد شرایط چقدر می‌توانید از این دارو بدهید؟	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
سیکلوفم	آمپول (۰/۵ میلی‌لیتری)	زنان ۴۹- ۱۰ ساله همسردار	اولین تزریق در یکی از ۵ روز اول خونریزی قاعدگی در عضله سرین (قسمت فوقانی خارجی) و یا عضله دلتوئید به طور عمیق (با استفاده از سرسوزن بلند) انجام شود. تزریق‌های بعدی هر ماه یک بار (۳ ± ۳۰ روز) انجام شود. پیش از کشیدن آمپول به داخل سرنگ، باید آمپول یا ویال را به آرامی تکان داد. محل تزریق نباید ماساژ داده شود.	یک آمپول	- حاملگی و موارد مشکوک به آن - شک به وجود سرطان پستان، ابتلا و سابقه آن - خونریزی‌های رحمی بدون علت مشخص - برخی از سرطان‌های دستگاه تناسلی - بیماری‌های فعال یا مزمن کبدی - دیابت همراه با بیماری‌های عروقی - برخی از بیماری‌های قلبی - فشارخون بالا (مساوی یا بیشتر از ۱۶۰ روی ۱۰۰) - سکته مغزی، بیماری‌های عروقی مغزی - شرایط نیازمند به بی‌حرکتی کامل * - زنان سیگاری ۳۵ ساله و بالاتر - سابقه سکته قلبی یا مغزی، لخته خون در پاها یا ریه - و موارد دیگر ممنوعیت مصرف

* استفاده از سیکلوفم باید یک ماه قبل از عمل جراحی تا پایان دوره بی‌حرکتی پس از عمل قطع شود. دادن هشدار قبل و بعد از عمل جراحی بزرگ ضرورت دارد.

توجه کنید:

۱- هنگام دادن قرص‌های فاصله‌گذاری بارداری به آخرین دستورعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با دقت توجه کنید.

۲- زنان شیرده در صورت تمایل به مصرف قرص، از قرص‌های مجاز در دوران شیردهی (لاینسترنول) استفاده کنند.

۳- کسانی را که به طور مرتب از روش‌های هورمونی فاصله‌گذاری بارداری استفاده می‌کنند، ابتدا ۳ ماه بعد، سپس هر ۶ ماه یک بار تا ۲ سال و پس از آن در صورت نبودن هر گونه مشکل، سالانه برای معاینه به سطح بالاتر ارجاع دهید.

٤- کسانی را که تحت پوشش یکی از روش‌های فاصله‌گذاری بارداری هستند، مطابق دستورعمل کشوری برای انجام نمونه‌برداری از دهانه رحم (پاپ اسمیر) ارجاع دهید.

۵- اگر مادر پس از زایمان به فرزند خود شیر ندهد، می‌تواند مصرف قرص‌های ترکیبی را ۳ هفته پس از زایمان آغاز نماید.

۶- مصرف قرص‌های ال‌دی و تری‌فازیک را می‌توان در ۵ روز اول بلافاصله پس از سقط شروع کرد.

۷- به مادران شیرده توصیه شود که ترجیحا از قرص‌های ال‌دی و تری‌فازیک استفاده نکنند.

۸- مصرف قرص دوران شیردهی حداکثر تا پایان ۶ ماهگی کودک در صورت تغذیه انحصاری با شیر مادر و شیردهی مکرر در شبانه‌روز (که خود یک روش خوب کمکی برای فاصله‌گذاری بارداری است)، مناسب بوده و پس از آن به علت افزایش احتمال حاملگی توصیه می‌شود از روش‌های مطمئن دیگر استفاده شود.

۹- در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر و درخواست مادر برای مصرف قرص‌های دوران شیردهی، لاینسترنول ۶ هفته پس از زایمان شروع خواهد شد. در صورتی که قبل از هفته ششم پس از زایمان خونریزی قاعدگی آغاز گردد، این قرص در ۵ روز اول قاعدگی ترجیحاً از روز اول عادت ماهانه مصرف شود.

۱۰- طی هفته اول شروع تزریق آمپول دپومدروکسی پروژسترون استات از کاندوم نیز استفاده شود.

۱۱- در صورت بروز درد شدید در قسمت بالای شکم، درد قفسه سینه یا تنگی‌نفس یا سرفه با خلط خونی، تورم یا درد شدید در یک پا، مشکلات چشمی (تاری دید، دوبینی، کوری)، سردرد غیرمعمول (سردرد شدید و یا ضربانی و یا سردرد در یک طرف سر) در استفاده‌کنندگان از قرص‌های ترکیبی، فوراً گیرنده خدمت را به سطح بالاتر ارجاع دهید.

۱۲- در صورتی که متقاضی واجد شرایط دریافت خدمت هر یک از موارد منع مصرف مطلق را داشته باشد، بهورز حق ارائه این خدمت را به مراجعه‌کننده نداشته و در صورت اصرار مراجعه‌کننده به دریافت خدمت، باید ارجاع به سطح بعدی انجام شود.

۱۳- در صورتی که متقاضی واجد شرایط دریافت خدمت هر کدام از موارد منع مصرف نسبی را داشته باشد، بهتر است که روش مورد نظر برای وی شروع نشود و با مشاوره روش دیگری را انتخاب نماید.

۱٤- تزریق آمپول DMPA و سیکلوفم باید به صورت عضلانی (عضله دلتوئید یا باسن) و عمیق (با استفاده از سرسوزن بلند) انجام شود و محل تزریق نباید ماساژ داده شود.

۱۵- مصرف DMPA در افراد زیر ۱۶ سال با توجه به احتمال اثر منفی بر رشد استخوانی توصیه نمی‌شود.

داروهای پیشگیری اورژانس از بارداری

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	به هر متقاضی واجد شرایط می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
لوونورجسترول	قرص	زنان ۴۹- ۱۰ ساله همسردار	بلافاصله پس از نزدیکی مشکوک و حداکثر تا ۱۲۰ ساعت، دو عدد قرص (۰/۷۵ میلی‌گرم) یا یک قرص (۱/۵ میلی‌گرم) یک‌جا در اولین فرصت	یک بسته قرص دو عددی یا یک بسته قرص یک عددی	- بارداری (به دلیل بی‌اثر بودن و نه خطر برای جنین) - بیماری فعال و شدید کبد در حال حاضر - خونریزی‌های غیرطبیعی و تشخیص داده نشده رحمی - پورفیری حاد فعال (اختلال نادر ارثی تولید و دفع بیش از حد پورفیرین؛ در موارد حاد این بیماری اختلالاتی چون ضعف عضلانی پیشرفته، اختلالات حسی و حرکتی، آریتمی قلبی، اضطراب، بی‌خوابی، توهم، اختلال کار کلیه و ... دیده می‌شود).
ال‌دی			بلافاصله پس از نزدیکی مشکوک و حداکثر تا ۱۲۰ ساعت پس از آن ٤ قرص و سپس ۱۲ ساعت بعد، ٤ قرص دیگر مصرف شود.	هشت عدد قرص ال‌دی	- بارداری (به دلیل بی‌اثر بودن و نه خطر برای جنین) - موارد منع مصرف استروژن، میگرن کلاسیک، ترومبوز وریدهای عمقی (DVT)
تری‌فازیک			بلافاصله پس از نزدیکی مشکوک و حداکثر تا ۱۲۰ ساعت پس از آن ٤ قرص سفید و سپس ۱۲ ساعت بعد، ٤ قرص سفید دیگر مصرف شود.	۸ عدد قرص سفید از بسته تری‌فازیک	

توجه کنید:

۱- هر چه فاصله زمانی بیشتری از نزدیکی مشکوک سپری شده باشد، درصد موفقیت روش کاهش یافته و در هر حال به هیچ عنوان، روش‌های یاد شده نباید پس از گذشت ۱۲۰ ساعت به کار برده شوند.

۲- این روش منحصر به موارد اورژانس (نظیر پاره شدن کاندوم، خارج شدن آن، استفاده نادرست از روش طبیعی و ...) بوده و نباید به عنوان یک روش دایمی مورد استفاده قرار گیرد.

۳- بهتر است قرص(ها) با شکم خالی خورده نشود و در صورت استفراغ تا دو ساعت پس از استفاده از روش، خوردن مجدد قرص‌ها ضروری است.

٤- حداکثر دفعات مجاز استفاده از این روش در هر سیکل قاعدگی یک بار است و باید تأکید شود که این روش باید در حداقل دفعات ممکن در طول دوران باروری استفاده گردد. مجاز بودن مصرف یک بار از این روش در هر دوره قاعدگی دلیلی بر تأیید مصرف آن به عنوان روش فاصله‌گذاری نیست.

۵- در موارد سوءِاستفاده جنسی، روش پیشگیری اورژانس به فرد ارائه شده و سپس جهت بررسی از نظر بیماری‌های مقاربتی و سایر مسایل، ارجاع به مراکز تخصصی انجام شود.

داروهای درمان کرم اسکاریس و کرمک

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی- وزن		مقدار و روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
مبندازول	قرص جویدنی	کودکان بزرگ‌تر از ۲ سال و بزرگسالان	کرمک:	یک قرص را خوب جویده و با کمی آب میل نماید، بار دیگر یک هفته بعد تکرار نماید.	۲ قرص برای هر یک از افراد خانواده	- زنان باردار - ناراحتی‌های کبدی - کودکان مبتلا به سوءِتغذیه و کم خونی
			آسکاریس:	به مدت ۳ روز، یک قرص صبح و یک قرص شب را خوب جویده و با کمی آب میل نماید.	۶ قرص	
پی‌پرازین	شربت	کمتر از ۷ کیلوگرم	کرمک:	یک قاشق مربا‌خوری، یک بار در روز، ۷ روز متوالی	متناسب با وزن و میزان داروی مورد نیاز	- زنان باردار - ناراحتی‌های کبدی و کلیوی - بیماران مبتلا به صرع (غش) - کودکان مبتلا به سوءِتغذیه شدید و کم‌خونی - حساسیت به دارو
		۷ تا ۱٤ کیلوگرم		یک قاشق غذاخوری، یک بار در روز، ۷ روز متوالی		
		۱۵ تا ۳۰ کیلوگرم		۲ قاشق غذاخوری، یک بار در روز، ۷ روز متوالی		
		بالاتر از ۳۰ کیلوگرم و بزرگسالان		٤ قاشق غذاخوری، یک بار در روز، ۷ روز متوالی		
		کمتر از ۱٤ کیلوگرم	آسکاریس:	۲ قاشق غذاخوری، یک بار در روز، ۲ روز متوالی		
		۱٤ تا ۲۲ کیلوگرم		٤ قاشق غذاخوری، یک بار در روز، ۲ روز متوالی		
		۲۳ تا ٤۵ کیلوگرم		۶ قاشق غذاخوری، یک بار در روز، ۲ روز متوالی		
		بالاتر از ٤۵ کیلوگرم و بزرگسالان		۷ قاشق غذاخوری، یک بار در روز، ۲ روز متوالی		

توجه کنید:

۱- آموزش‌هایی را که باید درباره شستن دست‌ها، کوتاه کردن ناخن‌ها، تعویض و جوشاندن لباس‌های زیر و ملحفه رختخواب به بیمار بدهید، فراموش نکنید.

۲- داروی ضد کرمک را باید به همه افراد خانواده بدهید.

۳- یک هفته بعد از درمان آسکاریس، اگر بیمار ناراحتی‌هایی داشت که نشان می‌داد هنوز هم آسکاریس دارد، می‌توانید یک بار دیگر مطابق جدول به او دارو بدهید.

٤- توصیه کنید برای جلوگیری از آلودگی مجدد، بیمار بهداشت را رعایت نموده و قبل از خوردن غذا و بعد از رفتن توالت، دست‌ها و زیر ناخن‌ها را با آب و صابون بشوید، ضمناً سبزی‌ها و میوه‌ها را قبل از مصرف بر اساس دستورعمل مربوطه انگل‌زدایی و ضدعفونی نموده و خوب بشوید.

۵- بهتر است قرص مبندازول همراه با غذا به خصوص غذاهای چرب مصرف شود.

۶- توصیه می‌شود حتی‌المقدور از شربت پی‌پرازین در کودکان زیر ۲ سال استفاده شود.

داروهای درمان حساسیت (آنتی‌هیستامین)

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
دیفن‌هیدرامین	شربت ۱۲/۵ میلی‌گرم در ۵ میلی‌لیتر	۲ تا ۶ سال	۳ بار در روز (صبح، ظهر و شب) هر بار ۲/۵ میلی‌لیتر (یک قاشق مرباخوری)	یک شیشه	- زنان باردار - مادران شیرده - کودکان زیر ۲ سال - مبتلایان به آسم
		۷ تا ۱۲ سال	٤ بار در روز (صبح، ظهر، عصر و شب) هر بار ۲/۵ میلی‌لیتر (یک قاشق مرباخوری)		
کلرفنیرامین	قرص۲ میلی‌گرمی	بزرگسالان	۲-۱ قرص در روز	۱۰ عدد	
سالبوتامول	اسپری	۲ ماه تا ۵ سال	۲ پاف در صورت وجود علائم آسم (سرفه، خس خس ، تنگی نفس)	یک اسپری	- کودکان زیر ۲ ماه

توجه کنید:

۱- آنتی‌هیستامین‌ها ممکن است ایجاد خواب‌آلودگی کنند، از این رو توصیه کنید هنگام مصرف دارو از رانندگی و کار با ابزاری که نیاز به هوشیاری دارند، خودداری شود.

۲- دارو دور از نور نگهداری شود.

۳- برای جلوگیری از عوارض گوارشی، دارو همراه با آب یا شیر مصرف شود.

٤- مصرف دیفن‌هیدرامین به عنوان ضد سرفه در کودکان توصیه نمی‌شود.

۵- مصرف اسپری سالبوتامول باید طبق بوکلت مانا باشد.

داروهای جلدی (قسمت اول)

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
متیل سالیسیلات	پماد جلدی	بالاتر از ٤ سال	روی قسمتی از بدن که درد دارد بمالند و ماساژ دهند.	یک لوله	- کودکان زیر ٤ سال - زنان باردار
تتراسیکلین ۳٪	پماد جلدی	همه سنین	۲ تا ۳ بار در روز، هر بار کمی از این پماد را در محل بمالند.	یک لوله	
کالاندولا	پماد جلدی	همه سنین	۲ تا ۳ بار در روز	یک لوله	
کالامین‌دی	محلول جلدی/ کرم	یک سال و بالاتر	در محل گزیدگی حشرات یا خارش، ۳ تا ٤ بار در روز به آرامی استفاده شود (مالش ندهند).	یک شیشه/ یک لوله	- افراد مبتلا به التهاب و ترشح پوست - افراد دچار حساسیت به این دارو

توجه کنید :

۱- پماد تتراسیکلین در موارد عفونت خفیف پوستی برای شیرخواران زیر ۲ ماه نیز توصیه می‌شود.

۲- از پماد تتراسیکلین برای درمان عفونت‌های جلدی مانند زردزخم استفاده می‌شود.

۳- از پماد کالاندولا در التهابات پوستی، خارش خفیف، حساسیت به پودر لباسشویی و گزیدگی حشرات استفاده می‌شود.

٤- پماد مانتول و متیل سالیسیلات باید دور از نور، در جای خنک و دور از دسترس کودکان نگهداری شود.

- قبل از استفاده از این پماد بهتر است اول کمی از آن را روی قسمت کوچکی از پوست بمالند و اگر پس از ۱۰ دقیقه جای آن قرمز نشد و خارش پیدا نکرد، آن‌گاه استفاده کنند.

- مراقب باشید که این پماد هیچگاه نباید به صورت مالیده شود.

- بعد از مصرف این پماد، دست‌ها را با آب و صابون بشویند.

- فقط بر روی پوست سالم مالیده شود.

۵- از تماس محلول یا کرم کالامین‌دی با چشم، سطوح مخاطی و نیز ناحیه تناسلی خودداری شود.

۶- از محلول کالامین‌دی برای مناطق پرمو و از کرم این دارو برای سایر نقاط بدن استفاده شود.

داروهای جلدی (قسمت دوم) درمان شپش و گال

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
گامابنزن (لیندان)	شامپو (درمان شپش)	۵ سال به بالا	موی سر* را به مقدار کافی از شامپو کاملا آغشته کرده و به دقت ماساژ داده شود، پس از انجام ماساژ به مدت ٤ دقیقه شامپو را بر روی مو ثابت گذاشته و سپس به طور کامل با آب شستشو داده و آن را خشک نماید. یک هفته بعد درمان به روش فوق تکرار شود.	یک قوطی برای دو بار مصرف	- نوزادان نارس - کودکان زیر ۵ سال و زنان باردار (با تجویز پزشک مصرف شود). - افراد دارای سابقه تشنج یا غش (لازم به ذکر است که تجویز لیندان در افراد عادی هم باید با نظر پزشک متخصص باشد).
	لوسیون (درمان گال)	۵ سال به بالا	بعد از استحمام با آب ولرم و خشک کردن بدن، لوسیون از چانه تا نوک انگشتان پا مالیده شود. باید دقت کرد که پوست بدن از جمله وسط انگشتان دست و پا، مچ‌ها و زیر بغل کاملا به کرم آغشته شود و پس از ۱۲- ۸ ساعت، بدن از سر به پایین‌تنه با شامپو و صابون شسته شود و ملحفه‌ها و لباس‌ها تعویض شوند. یک هفته بعد درمان به روش فوق تکرار شود.	دو شیشه برای دو بار مصرف	

پرمترین ٪۵	کرم (درمان گال و شپش تن)	همه گروه‌های سنی	بعد از استحمام با آب ولرم و خشک کردن بدن، کرم پرمترین از چانه تا نوک انگشتان پا مالیده شود. باید دقت کرد که پوست بدن از جمله وسط انگشتان دست و پا، مچ‌ها و زیر بغل کاملا به کرم آغشته شود و پس از ۱۲-۸ ساعت بدن از سر به پایین تنه با شامپو و صابون شسته شود و ملحفه‌ها و لباس‌ها تعویض شوند. یک هفته بعد درمان به روش فوق تکرار گردد.	۲ لوله برای دو بار مصرف	- حساسیت به دارو
پرمترین ٪۱	شامپو (درمان شپش)	۲ سال به بالا	جهت شستشوی سر * مقدار لازم از شامپو ** را بر پوست سر و ساقه موها مالیده و پس از ۱۰ دقیقه شستشو داده شود.	مقدار مورد نیاز برای یک بار مصرف و تکرار ۱۰ روز بعد	
دایمتیکون	لوسیون (درمان شپش سر)	همه گروه‌های سنی	ابتدا لوسیون دایمتیکون ٤٪ از ریشه تا نوک موهای خشک مالیده شود (موها نباید خیس یا مرطوب باشند). باید دقت نمود که تمامی پوست سر کاملا توسط لوسیون پوشانده شود. پس از ۸ ساعت باید موها را با شامپو شستشو داد و با شانه دندانه‌ریز موجود در قوطی، شپش‌های مرده و تخم شپش‌ها را از موها جدا نمود. برای اطمینان از درمان، یک هفته بعد به همان روش قبلی درمان تکرار گردد. ضمنا در صورتی که فرد دیگری در خانواده آلوده شده باشد، به همین روش درمان شود.	۲ عدد	- حساسیت به دارو

* ابتدا باید موی سر با شامپوی معمولی شستشو داده شود و پس از گرفتن آب آن به طوری که موها کمی رطوبت داشته و خیس نباشند، شامپوی ضد شپش استفاده شود.

** در حدی که ساقه مو و کف سر کاملاً به شامپو آغشته شود.

توجه کنید:

۱- از محلول لیندان برای گال و از شامپو برای شپش استفاده شود. ترجیحا لیندان در مکان‌های پرخطر مانند کمپ معتادان و زندان‌ها استفاده شود.

۲- این داروها بر روی صورت مالیده نشوند. دقت شود داخل چشم یا دهان نرود و در صورت تماس با چشم فوراً چشم را با آب تمیز بشویند.

۳- از مصرف این داروها بر روی زخم‌ها، خراشیدگی‌ها و بریدگی‌ها خودداری شود.

٤- شامپو و محلول گامابنزن و شامپو پرمترین را قبل از مصرف تکان دهید.

۵- قبل از استفاده از شامپو، موی سر با شامپوی معمولی شسته شده و آب موها گرفته شود. سپس شامپوی ضد شپش به میزان لازم بر روی موهای مرطوب استفاده شود.

برای درمان آلودگی با جرب، نکات زیر رعایت شود:

۱- اگر بیمار قبل از مصرف دارو حمام کرده باشد، باید پوست را کاملاً خشک و خنک کند و سپس مقدار کافی از دارو را به خوبی به تمام پوست بدن از گردن به پایین بمالد و بـین انگشـتان پا، زیربغل، کشاله ران و محل ضایعه را ماساژ بیشتری بدهد.

۲- دارو را به مدت ۱۲- ۸ ساعت بر روی پوست باقی بگذارند و سپس پوست را بشویند.

۳- برای جلوگیری از آلودگی مجدد از لباس‌هایی که به تازگی جوشانده و خشک نموده‌اند، استفاده کنند.

٤- لباس‌های آلوده را که به تن داشته‌اند، به مدت ۱۰دقیقه در درجه حرارت ۵۰ تا ۶۰ درجه سانتیگراد جوشانده و خشک نمایند.

۵- ملحفه‌ها را شستشو داده و حداقل ۱۰ دقیقه در درجه حرارت ۵۰ تا ۶۰ درجه سانتیگراد بجوشانند. این کار برای آلودگی با شپش نیز باید انجام گیرد.

۶- بعد از یک هفته درمان تکرار شود و مجدداً مراحل فوق برای البسه و لوازم خواب نیز تکرار شود.

۷- قبل از مصرف شامپو و محلول لیندان، شیشه کاملاً تکان داده شود.

برای درمان آلودگی با شپش، نکات زیر رعایت شود:

۱- ، برای خارج کردن اجساد و تخم شپش‌ها، موها را پس از خشک کردن با یک شانه دندانه‌ریز شانه کنید.

۲- برای جلوگیری از گسترش آلودگی، شانه و برس را با شامپو بشویید.

۳- از مصرف شامپو به طور مرتب اجتناب کنید.

٤- اطرافیان فرد مبتلا را نیز همزمان درمان کنید.

۵- تاکید می‌شود یک هفته بعد درمان تکرار شود.

داروهای جلدی (قسمت سوم)

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟
پماد سوختگی (روغن کبد ماهی)	پماد	همه سنین	۳ تا ٤ بار در روز ، مقدار کمی از این پماد بر روی پوست مالیده شود.	یک لوله
نیتروفورازون *	کرم	همه سنین	۲ تا ۳ بار در روز، هر بار مقدار کمی از این دارو در محل مالیده شود.	یک لوله

* از کرم نیتروفورازون در درمان سوختگی‌های درجه ۲ و ۳ که با سایر داروها بهبود نیافته‌اند، استفاده کنید.

توجه کنید:

در موارد زیر می‌توانید از پماد سوختگی استفاده کنید:

۱- قرمزی ران و کشاله ران کودک در اثر ادرار

۲- سوختگی در اثر آفتاب

۳- سوختگی‌هایی که تاول نزده باشد.

داروهای درمان برفک

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟
نیستاتین **	قطره (سوسپانسیون خوراکی)	نوزادان	٤ بار در روز ؛ هر بار یک سی‌سی	یک شیشه
		شیرخواران زیر ۲ ماه *	٤ بار در روز ؛ هر بار دو سی‌سی	
ویوله‌دوژانسین *** (۰/۲۵ درصد)	محلول	شیرخواران زیر ۲ ماه *	۲-۱ بار در روز ؛ هر بار یک سی‌سی	یک شیشه

* برای درمان برفک شیرخواران بالای ۲ ماه، باید ارجاع صورت گیرد.

** مادر باید :

- قبل از مصرف، شیشه را خوب تکان دهد.
- دست‌هایش را بشوید، پنبه تمیز را به ته یک چوب کبریت پیچیده و (یا یک گوش پاک کن را) با ۱ میلی‌لیتر محلول نیستاتین آغشته کند و روی لکه‌های سفید (برفک) داخل دهان شیرخوار بمالد و این عمل را هر ۶ ساعت یک بار تکرار کند.
- دارو را به نوک و هاله پستان نیز بمالد.
- دارو را دور از نور نگهداری کند.

*** در صورتی که بعد از ۱۰ روز برفک بدتر شده یا اگر کودک در پستان گرفتن یا مکیدن مشکل دارد:

- پنبه تمیز را به سر یک چوب کبریت پیچیده و (یا یک گوش پاک کن را) با ۱ سی‌سی محلول ویوله دوژانسین ۰/۲۵ درصد آغشته کند و روی لکه‌های سفید (برفک) داخل دهان شیرخوار بمالد و این عمل را ۲-۱ بار در روز تکرار کند.
- دارو را به نوک و هاله پستان نیز بمالد.

محلول‌های جلدی ضدعفونی کننده و پاک کننده

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	روش دادن دارو	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
پویدون آیداین (بتادین)	محلول	همه سنین	زخم‌ها و سوختگی‌ها را با این محلول شستشو دهید. برای ضدعفونی زخم افراد حیوان‌گزیده هم استفاده شود. (از رقیق کردن دارو خودداری کنید).	افراد دارای حساسیت نسبت به این دارو
سرم نمکی (سرم فیزیولوژی)	محلول		زخم‌ها را قبل و بعد از ضدعفونی با بتادین و ساولن، با این محلول بشویید.	
ستریمید سی (ساولن)	محلول		این دارو برای شستشو و تمیز کردن زخم‌ها و ضدعفونی کردن وسایل پانسمان است. محلول را قبل از مصرف رقیق کنید. (۱۵ سی‌سی در ۱۰۰ سی‌سی آب)	افراد دارای حساسیت نسبت به این دارو
الکل اتیلیک رنگی ۷۰ درجه	محلول		برای ضدعفونی کردن محل تزریق و دماسنج استفاده شود. برای ضدعفونی کردن زخم افراد حیوان‌گزیده استفاده شود.	
صابون	صابون جامد صابون مایع		به منظور شستشوی زخم افراد حیوان‌گزیده به کار برده می‌شود.	

توجه کنید:

۱- برای ضدعفونی کردن زخم‌ها و سوختگی‌ها بهتر است از محلول پویدون آیداین (بتادین) استفاده کنید. دقت نمایید که در مورد سوختگی‌ها، پس از ضدعفونی با این محلول، حتماً موضع را با سرم نمکی استریل کاملاً شستشو دهید تا بتادین روی ناحیه سوختگی باقی نماند. در صورتی که این دارو در دسترس نبود، از محلول رقیق شده ستریمید سی برای شستشو و تمیز کردن زخم‌ها استفاده نمایید.

۲- محلول ستریمید سی را باید قبل از مصرف رقیق کرد (۱۵ سی‌سی در ۱۰۰ سی‌سی آب). برای رقیق کردن محلول، باید آب را آهسته به دارو اضافه کرد تا زیاد کف نکند.

۳- محلول رقیق شده ستریمید سی را فقط در همان روز مصرف کنید و باقی آن را دور بریزید.

٤- محلول ستریمید سی نباید وارد دهان، چشم یا گوش شود.

۵- همراه محلول ستریمید سی نباید صابون به کار برده شود.

۶- دهانه شیشه محلول ستریمید سی را نباید با چوب‌پنبه پوشاند.

۷- محلول پویدون‌آیداین خاصیت قارچ‌کش- باکتری‌کش دارد.

۸- برای تهیه الکل ۷۰ درجه، سه پیمانه الکل اتیلیک ۹۶ درجه را با یک پیمانه آب جوشیده سردشده مخلوط کنید.

داروهای چشمی

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
سولفاستامید ۱۰٪	قطره چشمی	شیرخوار زیر ۲ ماه	به مدت ۵ روز، هر سه ساعت یک بار، هر بار یک قطره در گوشه داخلی چشم بچکاند.	یک شیشه	- حساسیت به دارو - عفونت شدید چشمی - اگر علائم دیگری به همراه ناراحتی چشم وجود داشته باشد. - اگر نوزاد فقط اشک‌ریزش داشته باشد.
تتراسیکلین ۱٪	پماد چشمی	بزرگسالان	۳ بار در روز، هر بار به اندازه یک گندم در گوشه داخلی چشم بگذارد. چشم را مالش ندهد و پاک نکند.	یک لوله	نوزادان

توجه کنید:

۱- در صورت وجود عفونت‌های شدید چشمی یا همراه بودن علائم دیگر و یا عدم بهبودی علیرغم ۵ روز درمان، بیمار را به پزشک ارجاع فوری نمایید.

۲- اگر نوزاد فقط با علامت اشک‌ریزش مراجعه نماید، باید به مرکز بهداشتی‌درمانی ارجاع فوری شده و از انجام هرگونه درمان خودداری شود.

۳- اگر رنگ قطره زرد مایل به قرمز یا قهوه‌ای شده بود، آن را مصرف نکنید.

٤- داروها را دور از نور نگهداری کنید.

۵- به تاریخ انقضای دارو توجه کنید.

۶- دقت کنید نوک قطره‌چکان با چشم تماس پیدا نکند.

۷- بعد از این که قطره چشمی باز شد و برای یک دوره درمان از آن استفاده کردید، باقیمانده قطره برای استفاده‌های بعدی مناسب نیست.

۸- به نوزادان در بدو تولد، به منظور پیشگیری از عفونت‌های چشمی هیچ نوع قطره و پماد آنتی‌بیوتیک چشمی داده نمی‌شود.

۹- در صورت مواجهه با عفونت‌های شدید چشمی، باید سریعاً نسبت به ارجاع نوزادان اقدام نمایید.

۱۰- در صورت عدم بهبود عفونت‌های چشمی خفیف نوزادان بعد از ۵ روز درمان، نسبت به ارجاع آنان اقدام نمایید.

داروهای مراقبتی جهت پیشگیری از کمبود ویتامین‌ها و املاح

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟
مولتی‌ویتامین یا ویتامین آ+ د (حاوی ۱۵۰۰ واحد "ویتامین آ" و ۴۰۰ واحد "ویتامین د" در یک سی‌سی)	قطره	شروع از ۳ تا ۵ روزگی تا پایان ۲۴ ماهگی*	روزانه یک سی‌سی قطره آ+ د یا مولتی‌ویتامین	یک شیشه
آهن (حاوی ۱۵ میلی‌گرم آهن المنتال در هر سی‌سی و هر سی‌سی معادل ۱۵ قطره)	قطره	از پایان ۶ ماهگی (هم‌زمان با شروع تغذیه تکمیلی) تا پایان ۲۴ ماهگی **	روزانه ۱ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن تا حداکثر ۱۵ میلی‌گرم آهن المنتال، معادل ۱۵ قطره در روز	یک شیشه
مولتی‌ویتامین مینرال (الزاما حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید، ۱۰۰۰ واحد "ویتامین د" و ۵۰۰۰-۲۵۰۰ واحد "ویتامین آ")	قرص یا کپسول	مادران باردار؛ شروع از هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری***	روزی یک عدد	با توجه به زمان مراجعه بعدی محاسبه شود.
		مادران شیرده؛ روزی یک قرص از زمان زایمان تا ۳ ماه بعد از زایمان		

اسید فولیک (قرص ۴۰۰ تا ۱۰۰۰ میکروگرم)	قرص	به محض اطلاع از بارداری و یا ترجیحاً ۳ ماه قبل از شروع بارداری تا پایان بارداری ****	روزی یک عدد	با توجه به زمان مراجعه بعدی محاسبه شود.
آهن (فروس سولفات، فروس فومارات، فروس گلوکونات حاوی ۶۰ میلی‌گرم آهن)	قرص	دختران نوجوان ۱۲ تا ۱۸ سال *****	هفته‌ای یک عدد به مدت ۱۶ هفته در طول هر سال تحصیلی	- ارائه به مدارس و توزیع هفتگی به دانش‌آموزان - در صورتی که فرد به مدرسه نمی‌رود، ۱۶ عدد قرص یک بار در سال
		مادران باردار؛ شروع از هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری	روزی یک عدد	با توجه به زمان مراجعه بعدی محاسبه شود.
		مادران شیرده؛ روزی یک قرص از زمان زایمان تا ۳ ماه بعد از زایمان		
ویتامین د (۵۰ هزار واحدی)	پرل	نوجوانان سنین مدرسه (۱۸- ۱۲ سال)	ماهی یک عدد	- ارائه به مدارس و توزیع ماهیانه به دانش‌آموزان - در صورتی که فرد به مدرسه نمی‌رود، با توجه به زمان مراجعه بعدی محاسبه شود.
		میانسالان		با توجه به زمان مراجعه بعدی محاسبه شود.
		سالمندان		
کلسیم/ کلسیم د (حاوی ۵۰۰ میلی‌گرم کلسیم/۴۰۰ یا ۵۰۰ واحد بین‌المللی ویتامین د)	قرص	سالمندان ******	روزی یک عدد	با توجه به زمان مراجعه بعدی محاسبه شود.

* تعداد قطره‌ها طوری محاسبه گردد که روزانه ۱۵۰۰ واحد "ویتامین آ" و ٤۰۰ واحد "ویتامین د" از سن ۳ تا ۵ روزگی تا پایان ۲٤ ماهگی به کودکان داده شود. اگر در ترکیبات قطره مولتی‌ویتامین، آهن نیز وجود داشته باشد، این نوع قطره‌ها را فقط هم‌زمان با شروع تغذیه تکمیلی می‌توان به کودک داد.

** شروع قطره آهن هم‌زمان با شروع تغذیه تکمیلی است که معمولاً در پایان ۶ ماهگی آغاز می‌شود، ولی با توجه به منحنی رشد کودک می‌توان از پایان ٤ تا ۶ ماهگی نیز قطره آهن را شروع کرد. در مورد کودکان نارس و شیرخوارانی که با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم متولد می‌شوند، از زمانی که وزن آن‌ها به دو برابر وزن هنگام تولد می‌رسد یا از ۲ ماهگی، باید قطره آهن برای کودک شروع شود.

*** حد سمی "ویتامین آ" برای مادران باردار و شیرده تا ۱۰۰۰۰ واحد بین‌المللی در روز تعیین شده است.

**** در صورتی که قرص یا کپسول مولتی‌ویتامین دارای اسیدفولیک یا قرص فرفولیک تجویز شود، نیاز به دادن اسیدفولیک به صورت جداگانه تا پایان بارداری نیست.

***** در صورتی که قرص فرفولیک در دسترس باشد، به شرط وجود ۶۰-۵۵ میلی‌گرم آهن، بهتر است از این قرص استفاده شود.

****** مصرف هم‌زمان مکمل ۵۰ هزار واحدی "ویتامین د" با قرص "کلسیم د" بدون اشکال و از نظر دریافت "ویتامین د" در محدوده ایمن قرار دارد.

توجه کنید:

۱- فرآورده‌های آهن را دور از دسترس کودکان قرار دهید.

۲- سولفات آهن، مدفوع را تیره و سیاه‌رنگ می‌کند.

۳- فرآورده‌های آهن را نباید به همراه مواد لبنی مانند شیر و مواد غذایی مانند چای، حبوبات و داروهای ضد ترشی معده مصرف کرد.

٤- داروها را در جای خنک و دور از نور نگهداری کنید.

۵- توصیه کنید قطره آهن را ته دهان شیرخوار بچکانند و پس از هر بار مصرف، به کودک کمی آب دهند. در غیر این صورت، دندان‌های شیرخوار را جرم تیره‌رنگی می‌پوشاند. همچنین به مادر آموزش دهید تا پس از مصرف قطره، با یک حوله نرم دندان‌های کودک را تمیز کند.

۶- به زنان باردار آموزش دهید که قرص آهن را حتماً بعد از غذا و قبل از خواب مصرف نمایند تا از بروز عوارضی مانند حالت تهوع و استفراغ جلوگیری شود.

۷- چنانچه زن باردار علیرغم مصرف صحیح قرص دچار علائمی مانند بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، عرق کردن، تشنگی بیش از حد و سرگیجه شود، دارو را قطع نمایید و علاوه بر توصیه به مصرف بیشتر مایعات، او را به پزشک ارجاع نمایید.

۸- در ارائه داروهای مراقبتی برای کودکان زیر یک سال و خانم‌های باردار، همواره باید آخرین دستورعمل‌های وزارت متبوع مد نظر باشد.

۹- میزان مورد نیاز اسیدفولیک در بارداری، روزانه ٤۰۰ میکروگرم (تقریباً نصف قرص یک میلی‌گرمی) می‌باشد، بنابراین اگر قرص‌های موجود قابل نصف کردن (خط‌دار) هستند، مصرف نصف قرص به طور روزانه برای مادر باردار کافی است..

۱۰- مطابق دستورعمل مجموعه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران، بهتر است مصرف اسیدفولیک از سه ماه قبل از بارداری شروع شود (نسخه توسط پزشک).

داروی مراقبتی نوزادان

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟
ویتامین K1	آمپول ۱ میلی‌گرمی	نوزادان	بلافاصله یا حداکثر ۲٤ ساعت پس از تولد برای نـوزادان نـارس ۰/۵ میلـی‌گـرم و برای نوزادان با وزن طبیعی۱ میلی‌گرم به صورت تزریق عضلانی	یک آمپول

توجه کنید:

برای کلیه نوزادانی که در منزل متولد شده‌اند، تزریق شود.

داروی جمع کننده رحم جهت کنترل خونریزی پس از زایمان

(این دارو در مورد زایمان‌هایی که در منزل انجام گرفته است، تجویز می‌شود)

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
اکسی‌توسین	آمپول ۱۰ یا ۵ واحدی	زنان در سنین باروری	۱۰ واحد به صورت عضلانی پس از خروج جنین *	یک آمپول ۱۰ واحدی یا دو آمپول ۵ واحدی	- حساسیت مفرط به دارو - اورژانس‌های مامایی

* پس از خروج جنین در صورت اطمینان از نبود قل دیگر، برای تسریع خروج جفت، ۱۰ واحد اکسی‌توسین به صورت عضلانی تزریق شود. تزریق عضلانی اکسی‌توسین قبل از خروج کامل نوزاد و همچنین تزریق وریدی آن در هر زمانی (حین یا پس از زایمان) ممنوع است.

داروهای عفونت‌های حاد تنفسی

داروی درمان گلودرد استرپتوکوکی

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی- وزن	مقدار و روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
پنی‌سیلین وی	سوسپانسیون ۲۵۰ میلی‌گرم در ۵ میلی‌لیتر	۲ تا ۵ سال (۱۰ تا ۱۹ کیلوگرم)	هر ۸ ساعت یک قاشق غذاخوری (۵ سی‌سی)، به مدت ۱۰ روز	یک شیشه	کسانی که به پنی‌سیلین یا مشتقات آن حساسیت دارند، یعنی هنگام مصرف پنی‌سیلین دچار علائمی مانند تنگی‌نفس، گرگرفتگی، تورم، کهیر و... می‌شوند. (باید این موضوع از بیمار یا اطرافیان او سوال شود).
	قرص ۵۰۰ میلی‌گرم	بالاتر از ۵ سال	هر ۸ ساعت یک قرص، به مدت ۱۰ روز	۹ عدد قرص	

توجه کنید:

۱- مصرف پنی‌سیلین وی در کودکان زیر ۵ سال فقط منحصر به شرایط خاص مندرج در بوکلت و راهنمای مانا است.

۲- دارو را دور از نور و حرارت نگهداری کنید و از مراجعین نیز بخواهید همین کار را بکنند.

۳- توصیه کنید شربت را قبل از مصرف خوب تکان دهند و طبق دستور مصرف کنند.

٤- اهمیت مصرف مرتب پنی‌سیلین و علت پیگیری را به بیمار بگویید.

۵- بیماری که به او پنی‌سیلین خوراکی می‌دهید، حتماً باید هر ۳ روز یک بار پیگیری شود.

۶- در پیگیری‌ها باز هم دادن پنی‌سیلین خوراکی را ادامه دهید، به طوری که مجموعاً بیمار ۱۰ روز پنی‌سیلین بخورد.

۷- به تاریخ مصرف داروها توجه کنید.

۸- داروی تهیه شده فقط ۷ روز در دمای اتاق و یا ١٤ روز در یخچال قابل نگهداری است و بعد باید دور ریخته شود.

داروهای درمان پنومونی و عفونت حاد گوش

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی - وزن	مقدار و روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده می‌توانید چقدر از این دارو بدهید؟	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
آموکسی‌سیلین	سوسپانسیون ۱۲۵ میلی‌گرم در ۵ میلی‌لیتر	۶۰ روزه تا ۱۲ ماهه (۵ تا ۹ کیلوگرم)	هر ۸ ساعت یک قاشق غذاخوری (۵ سی‌سی) به مدت ۵ روز	یک شیشه	کسانی که به پنی‌سیلین یا مشتقات‌آن حساسیت دارند یعنی موقع مصرف پنی‌سیلین دچار علائمی مانند تنگی‌نفس، گرگرفتگی، تورم، کهیر و... می‌شوند. (باید از بیمار یا اطرافیان او سوال شود)
		۱۲ ماهه تا ۵ ساله (۱۰ تا ۱۹ کیلوگرم)	هر ۸ ساعت دو قاشق غذاخوری (۱۰ سی‌سی) به مدت ۵ روز		
	سوسپانسیون ۲۵۰ میلی‌گرم در ۵ میلی‌لیتر	۶۰ روزه تا ۱۲ ماهه (۵ تا ۹ کیلوگرم)	هر ۸ ساعت یک قاشق مرباخوری (۲/۵ سی‌سی) به مدت ۵ روز		
		۱۲ ماهه تا ۵ ساله (۱۰ تا ۱۹ کیلوگرم)	هر ۸ ساعت یک قاشق غذاخوری (۵ سی‌سی) به مدت ۵ روز		
کوآموکسی‌کلاو *	سوسپانسیون ۶۰۰ میلی‌گرم آموکسی‌سیلین + ۴۲/۹ میلی‌گرم کلاولانیک اسید در ۵ میلی‌لیتر	۲ ماه تا ۵ سال	هر ۸ ساعت یک قاشق غذاخوری (۵ سی‌سی) به مدت ۵ روز	یک شیشه	

* مصرف کوآموکسی‌کلاو در کودکان زیر ۵ سال باید با تجویز پزشک باشد، به جز در شرایط خاصی که در بوکلت و راهنمای مانا آمده است.

توجه کنید:

۱- از سن کودک زمانی استفاده کنید که وزن او را نمی‌دانید.

۲- جهت آماده نمودن شربت، به تدریج آب جوشیده سرد شده را اضافه کرده و مرتباً تکان دهید تا حجم داخل شیشه به خط نشانه برسد.

۳- شربت را قبل از مصرف باید خوب تکان داده و طبق دستور مصرف کنند.

٤- داروی تهیه شده فقط ۷ روز در دمای اتاق و یا ١٤ روز در یخچال قابل نگهداری است و بعد باید دور ریخته شود.

۵- آموکسی‌سیلین را می‌توان به همراه شیر، آب‌میوه، آب و یا سایر مایعات مصرف کرد.

۶- کودک مبتلا به پنومونی می‌بایست ظرف ٤٨ ساعت مجدداً ارزیابی شود و در صورتی که بهتر شده باشد درمان را تا ۵ روز ادامه دهید، در غیر این صورت ارجاع داده شود.

۷- برای اطلاع بیشتر به بوکلت مانا مراجعه شود.

داروی درمان عفونت باکتریال شدید

در شیرخواران کمتر از دو ماه در صورت عدم امکان ارجاع یا فاصله بیش از یک ساعت تا نزدیک‌ترین مرکز درمانی

(تجویز اولین نوبت آنتی‌بیوتیک داخل عضلانی)

دارو / وزن	آمپول جنتامایسین (آمپول ۲ میلی‌لیتر/۲۰ میلی‌گرم)	آمپول آمپی‌سیلی (آمپول ۵ میلی‌لیتر/۵۰۰ میلی‌گرم)
تا ۱/۵ کیلوگرم	۰/۲۵ میلی‌لیتر	۱ میلی‌لیتر
۱/۵ تا ۲/۵ کیلوگرم	۰/۵ میلی‌لیتر	۲ میلی‌لیتر
۲/۵ تا ۳/۵ کیلوگرم	۰/۷۵ میلی‌لیتر	۳ میلی‌لیتر
۳/۵ تا ٤/۵ کیلوگرم	۱ میلی‌لیتر	٤ میلی‌لیتر
٤/۵ کیلوگرم به بالا	۱/۲۵ میلی‌لیتر	۵ میلی‌لیتر
در صورت عدم امکان ارجاع تا زمان رسیدن به مرکز درمانی	هر ۸ ساعت	هر ۶ ساعت

توجه کنید:

۱- مقدار مناسب با وزن یا سن کودک را به دقت تعیین کنید.

۲- از سرنگ و سرسوزن استریل استفاده کنید.

۳- اولین نوبت آنتی‌بیوتیک تزریقی را بدهید و فوراً کودک را به بیمارستان ارجاع نمایید. در صورت عدم امکان ارجاع برای شیرخواران زیر یک هفته، جنتامایسین هر ۱۲ ساعت تکرار شود و آمپی‌سیلین برای وزن زیر ۲ کیلوگرم هر ۱۲ ساعت و برای وزن بالای ۲ کیلوگرم هر ۸ ساعت تکرار شود.

٤- برای اطلاع بیشتر به بوکلت مانا مراجعه شود.

داروی درمان پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید در کودکان ۶۰ روزه تا ۵ ساله که باید ارجاع فوری شوند

در صورتی که با نزدیک‌ترین مرکز درمانی بیش از یک ساعت فاصله باشد. (تجویز اولین نوبت آنتی‌بیوتیک تزریقی)

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	در چه مواردی نباید از این دارو بدهید؟
سفتریاکسون	ویال ۵۰۰ میلی‌گرمی *	۶۰ روزه تا ٤ ماه (٤ تا کمتر از ۶ کیلوگرم)	۱/۸ میلی‌لیتر (۳۰۰ میلی‌گرم)	- شیرخواران کوچکتر از ۶۰ روز - حساسیت مفرط به سفالوسپورین‌ها - حساسیت به پنی‌سیلین
		٤ ماهه تا ۹ ماه (۶ تا کمتر از ۸ کیلوگرم)	۲/٤ میلی‌لیتر (٤۰۰ میلی‌گرم)	
		۹ ماهه تا ۱۲ ماه (۸ تا کمتر از ۱۰ کیلوگرم)	۳ میلی‌لیتر (۵۰۰ میلی‌گرم)	
	ویال ۱۰۰۰ میلی‌گرمی *	۱۲ ماهه تا ۳ سال (۱۰ تا کمتر از ۱٤ کیلوگرم)	۲/۱ میلی‌لیتر (۷۰۰ میلی‌گرم)	
		۳ سال تا ۵ سال (۱٤ تا ۱۹ کیلوگرم)	۳ میلی‌لیتر (۱۰۰۰ میلی‌گرم)	

* هر ویال سفتریاکسون ۵۰۰ و ۱۰۰۰ میلی‌گرمی باید با ۳ میلی‌لیتر آب مقطر رقیق شود.

توجه کنید:

۱- تجویز سفتریاکسون تزریقی فقط طبق بوکلت مانا و برای اولین نوبت قبل از ارجاع می‌باشد.

۲- مقدار مناسب با وزن یا سن کودک را به دقت تعیین کنید.

۳- از سرنگ و سرسوزن استریل استفاده کنید.

٤- برای اطلاع بیشتر به بوکلت مانا مراجعه شود.

محلول شستشوی بینی

نام دارو	شکل دارو	گروه سنی	مقدار و روش دادن دارو	به هر مراجعه‌کننده چقدر می‌توانید از این دارو بدهید؟
قطره کلرور سدیم	قطره ۰/۶۵ درصد	کودکان	هر ۲ تا ۳ ساعت، دو تا سه قطره در بینی	یک عدد

لغات کلیدی

آ.اس.آ بزرگسال ۲۰
استامینوفن ۱۹
اسید فولیک ۴۸
اکسی‌توسین ۵۲
ال‌دی ۳۰
الکل اتیلیک رنگی ۷۰ درجه ۴۳
آلومینیوم ام جی ۲۲
آلومینیوم ام جی اس ۲۲
آمپول آمپی‌سیلی ۵۷
آمپول جنتامایسین ۵۷
آمپی‌سیلین ۵۷
آموکسی‌سیلین ۵۵
آهن ۴۷, ۴۸
او.آر.اس ۲۳
او.آر.اس هیپواسمولار ۲۳
پرمترین ۱٪ ۳۸
پرمترین ۵٪ ۳۸
پماد سوختگی ۴۰
پنی‌سیلین وی ۵۴
پویدون آیداین (بتادین) ۴۳
پی‌پرازین ۳۲
تتراسیکلین ۱٪ ۴۵
تتراسیکلین ۳٪ ۳۵
تری‌فازیک ۳۰
دایمتیکون ۳۸
دپومدروکسی پروژسترون استات (DMPA) ۲۶
دیفن‌هیدرامین ۳۴
سالبوتامول ۳۴
ستریمید سی (ساولن) ۴۳
سرم نمکی (سرم فیزیولوژی) ۴۳
سفتریاکسون ۵۸
سولفات روی ۲۳
سولفاستامید ۱۰٪ ۴۵
سیکلوفم ۲۷
صابون ۴۳
قطره کلرور سدیم ۵۹
کوآموکسی‌کلاو ۵۵
کالامین‌دی ۳۵
کالاندولا ۳۵
کلرفنیرامین ۳۴
کلسیم/ کلسیم د ۴۸
گامابنزن ۳۷
لاینسترنول ۲۶
لوونورجسترول ۳۰
مبندازول ۳۲
متیل سالیسیلات ۳۵
مغناطیک اسید ۲۰
مولتی‌ویتامین مینرال ۴۷
مولتی‌ویتامین یا ویتامین آ+ د ۴۷
نیتروفورازون ۴۰
نیستاتین ۴۱
ویتامین K_1 ..... ۵۱
ویتامین د ۴۸
ویوله‌دوژانسین ۴۱

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد
مرکز بهداشت استان

درمانهای ساده علامتی(1)

مجموعه دروس آموزش بهورزی

مدیریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت
واحد آموزش بهورزی
زمستان 1393
(ویرایش سوم)

مؤلفین

سکینه قرائی:	مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد
لاله نقی پور	مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد
سید محمد مولایی	مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان کاشمر
زهرا جاجرمی	مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان نیشابور
معصومه عرب حصاری:	مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان قوچان
ویدا هاشمیان : استان خراسان رضوی	کارشناس واحد آموزش بهورزی مرکز بهداشت

با نظارت:

دکتر حسن عبداله زاده: کارشناس مسئول واحد آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

دکتر محمد حسن درخشان: مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

پیشگفتار

اکثرکشورهای جهان به منظور توسعه خدمات بهداشتی درمانی خود ناگزیرازتربیت ویابازآموزی نیروی‌انسانی ارائه‌کننده این خدمات هستند .تربیت وآموزش بهورزان درکشورما دارای دو ویژگی پراهمیت ومنحصربه فرد است، نخست آنکه کشور ما یکی از معدود کشورهایی‌است که باداشتن یک نظام‌بهداشتی‌ودرمانی کارآمد اقدام به پوشش بسیارمناسبی ازخدمات مراقبت های اولیه بهداشتی خصوصا درمناطق‌روستائی نموده است ودوم آنکه این امکان همواره موجود است که طراحان برنامه‌های سلامت وپیش گیری از بیماریها دقیقا بر اساس اهداف مورد پیش بینی در برنامه های بهداشتی‌اقدام به‌تنظیم اهداف و محتوای آموزش جهت بهورزان عزیز که سرمایه های ارزشمند نیروی انسانی بهداشتی این مرز وبوم هستند نماید. لذا مجموعه آموزشی بهورزی یک محتوای آموزشی مستند به برنامه های بهداشت است که نیازسنجی آموزشی‌آن با بهره‌گیری ازایده‌هاواهداف طراحان و خاستگاه برنامه‌ها به خوبی مقدور است.

عناوین . . . . . صفحه

مقدمه 5

ارزیابی بیمار 8

چگونگی تکمیل دفتر ثبت نام بیماران 14

سیستم ارجاع و چگونگی تکمیل فرم های ارجاع 24

حفظ و نگهداری‌و نحوه دادن دارو 31

بررسی حال عمومی بیمار 40

تب 43

سرماخوردگی 50

ناراحتی گوش 56

عفونت گوش میانی 61

گلودرد 67

سرفه 75

سردرد 80

دردهای شکمی 89

عوارض گوارشی 98

استفراغ 99

نفخ 102

یبوست 104

اسهال 107

مقدمه

اهداف علم پزشکی عبارتند از: ارتقاء سلامت، حفظ سلامتی و بازگرداندن آن به هنگام آسیب دیدن و کم کردن رنج و ناخوشی مردم، برابر تعاریف سازمان بهداشت جهانی سلامتی عبارت است از: حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها بیمار و ناتوان نبودن. درمان مناسب بیماری‌ها و تامین داروهای اساسی یکی از اجزای مهم مراقبت‌های اولیه بهداشتی بوده که‌از وظائف مهم بهورزان‌در انجام درمان‌های ساده علامتی می‌باشد. درمان به موقع بیماری‌ها در واقع نوعی پیشگیری است که به آن پیشگیری نوع دوم می‌گویند و هدف آن قطع بیماری یا جلوگیری از عوارض آن است.

بیماران مراجعه کننده به خانه بهداشت به سه گروه تقسیم می‌شوند:

1. بیمارانی که ناراحتی ساده‌ای داشته و با درمان سرپایی توسط بهورزان سلامتی خود را به دست می‌آورند.
2. بیمارانی که بخشی از خدمات را توسط بهورزان دریافت کرده و جهت تکمیل درمان از خانه بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع داده می‌شوند که ارائه این خدمات توسط بهورزان باعث می‌شود بیمار تارسیدن به پزشک در وضعیت بهتری قرار داشته و از بروز بعضی عوارض ناخواسته جلوگیری شود.
3. بیمارانی هستند که نیازمند ارجاع فوری به پزشک هستند و معمولا بهورزان نمی‌توانند هیچگونه خدمات درمانی را به آنها ارائه دهند و تنها با تشخیص صحیح و به‌موقع و ارجاع بیمار به مراکز بالاتر سبب می‌شوند که خدمات درمانی سریع‌تر به بیمار ارائه شده و از عوارض تاخیر در درمان در امان باشند.

بنابراین انجام صحیح درمانهای ساده علامتی و تجویز صحیح دارو توسط بهورزان جهت بیماران مراجعه کننده همانند سایر خدماتی که در خانه بهداشت به جمعیت تحت پوشش ارائه می‌شود از اهمیت زیادی برخوردار است.

هدف از انجام درمان‌های ساده علامتی موارد ذیل است:

الف) تشخیص به‌موقع بیماری و جلوگیری از پیشرفت آن

ب) درمان به‌موقع و صحیح بیماری و پیشگیری از بروز عوارض بعدی بیماری

ج) غربال کردن بیماران در خانه بهداشت و جلوگیری از ازدحام بیماران در مرکز بهداشتی درمانی که انجام این کار باعث می‌شود پزشک وقت خود را صرف درمان و مراقبت از بیماران نیازمند کرده و بیمارانی که نیازمند خدمات درمانی ساده (در حد تخصص بهورزان) می‌باشند از طریق بهورزان خدمات را دریافت کنند.

در انجام درمانهای ساده علامتی در خانه بهداشت به نکات زیر توجه نمایید:

1. با بیماران مهربان باشد و با آنها برخورد دوستانه داشته باشید، به نحوی که بیمار حس کند با او همدردی می‌کنید.

2.به عقاید مردم احترام بگذارید. در هر منطقه و روستا ممکن است مردم در مورد درمان برخی بیماران عقاید خاصی داشته و از داروهای گیاهی و محلی خاصی استفاده کنند. ضمن احترام به عقاید مردم در آنها تغییر رفتار ایجاد نمایید و عادات صحیح را جایگزین عادات غلط نمایید.

3.محدودیت‌های کار خود را بشناسید. در انجام درمانهای علامتی در مواردی مانند گلودرد، سردرد، بیماری‌های اسهالی، بیماری‌های حاد تنفسی، محدوده وظایف بهورز در مباحث مربوط به خود مشخص شده است. فقط کاری را انجام دهید که چگونگی انجام آن را در مرکز آموزش بهورزی آموخته‌اید.

4.آنچه را که آموخته‌اید و در حیطه وظایف شما هست به کار بندید و وظایف خود را به‌موقع و به‌طور کامل انجام دهید. به‌عنوان مثال فردی را که بیماری او در خانه بهداشت و توسط بهورز قابل درمان است، بی‌جهت به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع‌ندهید. چرا که این کار هم باعث عدم اعتماد اهالی به بهورز شده و هم باعث می‌شود که مردم به خاطر تحمل هزینه سفر در دفعات بعد رغبت کمتری برای آمدن به خانه بهداشت داشته باشند.

5.گاهی به دلایلی ممکن است داروهای اساسی خانه بهداشت به‌موقع در دسترس شما قرار نگیرد. در این مواقع هرگز مراجعه کننده‌ای را به دلیل نداشتن دارو از خانه بهداشت برنگردانید، بلکه او را راهنمایی کرده و شرح حال لازم را از او بگیرید و معاینات لازم را از او به عمل آورید، چه‌بسا که این شخص احتیاج به دارو نداشته باشد و با دادن آموزش‌ها بهبود یابد. از طرفی ممکن است بیماری او خطرناک باشد و نیاز به ارجاع فوری به پزشک داشته باشد.

6.در صورت نیاز بیمار به دارو در انتخاب درست داروی مناسب و نحوه استفاده صحیح، دقت کافی به‌عمل آورید.

7.بعد از دادن دارو، مطمئن شوید که بیمار نحوه استفاده از آن را فرا گرفته است(از او سوال نمایید)

8.علاوه بر دادن دارو، آموزش بهداشت فردی، محیط و تغذیه را فراموش نکنید.

9.در صورت نیاز به پیگیری توسط بهورز علاوه بر ثبت ارجاع به بهورز در دفتر ثبت نام بیماران، از بیمار بخواهید که به‌موقع مراجعه کند و در صورت عدم مراجعه به‌موقع بیمار، بهورز باید اقدام به پیگیری نماید.

10.در صورت نیاز به ارجاع فوری یا غیرفوری، ضمن تکمیل فرم ارجاع، اهمیت مراجعه به پزشک‌رابه‌بیمارگوشزدنمایید و در پیگیری بعدی مطمئن شوید که او به پزشک مراجعه کرده است.

ارزیابی بیمار

اهداف آموزشی :

در پایان این درس انتظار می‌رود که فراگیران بتوانند:

1. **مفهوم‌ارزیابی ومراحل آن را توضیح دهند.**
2. **نکاتی را که در ارزیابی کودکان بیمار، باید رعایت شود توضیح دهند.**
3. **اصول ارتباطی در برخورد با سالمندان را در هنگام ارزیابی آنان توضیح دهند.**
4. **اتاق را جهت انجام معاینه بیمار آماده نمایند.**
5. **سینی معاینه را آماده نمایند.**
6. **نکاتی که برای انجام معاینه بیماران مختلف می‌بایست رعایت گردد، فهرست نمایند.**

گرفتن شرح حال

گرفتن شرح حال به‌منظور تعیین و تشخیص وضعیت سلامت و ناراحتی بیمار گرفته می‌شود و بهتر

است به‌صورت گفتگو با بیمار انجام شود. معمولا این گفتگو قبل از انجام معاینه صورت می‌گیرد.

مرحله گفتگو با بیمار را مصاحبه گویند.

نکات مهم در انجام مصاحبه:

1. نکات مهم در انجام مصاحبه با بیمار را یادداشت کنید.
2. درانجام‌مصاحبه شتاب زده نباشید و با آرامش رفتار کنید.
3. از ارتباط چشم به چشم با بیمار استفاده کنید.
4. از زبان قابل فهم‌وساده‌برای‌صحبت بابیماراستفاده نمائید.
5. اجازه دهید تا بیمار جمله‌اش را تمام کند حتی اگر گنگ و مبهم صحبت کند.
6. بیمار را با اسم صدا کنید.
7. واضح و شمرده و آهسته صحبت کنید.
8. به صحبتهای بیمار با دقت گوش کنید.
9. سوال‌راازاولین شکایت بیمار آغاز کنید.

سوالاتی که باید در حین مصاحبه، از آنها اجتناب شود:

1. از سوالاتی که جواب آن بله و یا خیر است حتی الامکان اجتناب نمایید.
2. از سوالاتی که جنبه القاء دارد خودداری نمایید. مثال: (وقتی دچار سردرد شدید، در دست چپ چه احساسی پیدا کردید) شیوه بهتر پرسیدن این سوال می‌تواند اینگونه باشد: (وقتی که سردرد پیدا کردید احساس شما در جاهای دیگر بدن چگونه بود؟)
3. از سوالاتی که که بیمار مجبور شوددرباره‌عملکردش به شما توضیح دهدخودداری نماید. مانند :

   الف) چرا داروهایتان را نخوردید؟

   ب) چرا زودتر مرا خبر نکردید؟
4. از سوالات چند پهلو اجتناب نمایید مانند (چند تا برادر و خواهر دارید و کدام یک از آنها سل و آسم دارند؟)

بررسی فیزیکی بدن (معاینه)

معمولا معاینه بعد از اتمام گرفتن شرح حال بیماری و مصاحبه با بیمار شروع می‌شود. محیط باید

برای انجام معاینه آماده و همه لوازم مورد نیاز جهت معاینه در دسترس باشد. اول باید اتاقی مناسب و مجهز را برای معاینه در نظر گرفت. اتاق باید دارای نور کافی باشد. برای خلوت شدن اتاق پرده، پاراوان وهر چیز دیگر که اتاق را خلوت و بی صدا می‌کند بکشید. اگر بیمار باید روی تخت معاینه دراز بکشد با گذاشتن یک بالش در زیر سر، راحتی و آرامش او را فراهم کنید و در حالی که بیمار در وضعیت طاق‌باز دراز کشیده است سر را در حدود 30درجه از تخت بالا بیاورید. اگر اطفال و سالخوردگان را تحت معاینه دارید، قبلا از گرم بودن اتاق اطمینان حاصل کنید.

آماده کردن وسایل

قبل از شروع معاینه، تمام وسایل معاینه را جهت جلوگیری از طولانی شدن کار در دسترس قرار دهید. هر وسیله را که با بدن بیمار تماس می‌یابد قبل از استفاده با آب گرم و یا دستهایتان گرم کنید، چون تماس جسم سرد با بیمار موجب تحریک وی و انقباض عضلات می‌شود.

همچنین قبل از شروع معاینه لازم است از درست کار کردن وسایل اطمینان حاصل کنید.

لوازم جهت انجام معاینه در خانه بهداشت عبارت است از:

1. دستگاه فشار سنج
2. ظرف پنبه‌خشک
3. گوشی پزشکی
4. آبسلانگ (چوب زبان)
5. ساعت ثانیه شمار
6. دماسنج همراه مژرهای مربوطه
7. چراغ قوه
8. ظرف پنبه الکل
9. کاغذ یادداشت و قلم

قبل از انجام معاینه درصورت لزوم از بیمار بخواهید که مثانه و روده خود را تخلیه کند. بیمار را کاملا بپوشانید و دورش را پرده بکشید. اگر بیمار از سرمای اتاق ناراحت است در صورت لزوم از پتو استفاده کنید. در هنگام معاینه و یا در طی تغییر وضعیت، ناحیه‌ای را که معاینه می‌شود کاملا از دیگران بپوشانید تا هیچ قسمتی به طور غیر ضروری در معرض دید قرار نگیرد. قبل از شروع معاینه در مورد هدف از معاینه و چگونگی انجام آن به بیمار توضیح دهید تا باعث آرامش وی گردد. توضیحات ساده باشد و آرام با بیمار صحبت کنید.

ملاحظات اخلاقی در ارزیابی

اگر به ارتباط خود با بیمار به‌عنوان یک پدیده درمانی و نقش محوری گفتگو با بیمار در پیدایش این پدیده اهمیت می‌دهید به پیروی از چند موضوع نیاز دارید که یکی از آنها، خوش نیت بودن است که به این معنا است که به کسی آزار نرسانید. منظور از آزار رساندن این است که اطلاعات نادرست و غیر مرتبط با مشکل به بیمار داده شود.

از طرفی چون افراد با سنین مختلف به نزد شما مراجعه می‌کنند، باید با آنها در حین گفتگو، ارتباط مناسب برقرارشود.

توجه به کودکان:

کودکان برخلاف بزرگسالان معمولا به همراه والدین خود مراجعه می‌کنند، شما می‌بایست نیازها و ملاحظات کودک و والدین او را در نظر بگیرید. گفتگو با کودکان را همانند بزرگسالان با احوال‌پرسی و برقراری ارتباط با تمامی افراد شروع کنید.

شیر خوار و یا کودک را به اسم صدا کنید.

اگر کودک قادر به حرف زدن باشد بهتر است در ابتدا از او شروع کنید. با پرسش‌های ساده شروع کنید، آیا بیمار هستی؟ و یا اینکه مادرت به من گفت که شکم درد داری، محل آن را به من نشان بده.

برقراری تماس چشمی با کودکان، شوخی کردن با آنها و صحبت کردن در مورد مسائل مورد علاقه آنها همیشه مفید است. همیشه خانواده را به‌عنوان منبع اطلاعات درنظر بگیرید، آنها اصلی‌ترین افراد در مراقبت کودک هستند.

در نظر گرفتن این نکته، که والدین در نگهداری کودکشان مهارت دارند و شما فقط به‌عنوان یک راهنما عمل می‌کنید از احتمال عدم پذیرش و یا نادیده گرفتن توصیه‌ها توسط آنان می‌کاهد.

توجه:

در هنگام معاینه کودکان، به جز چند مورد استثناء نیازی نیست که مراحل معاینه روی تخت معاینه انجام شود، بهتر است بعضی از قسمتهای معاینه در حالی که کودک ایستاده یا در بغل والدین قرار داردانجام شودزیرا با دراز کشیدن ممکن است کودک فکر کند که بیشتر در معرض آسیب قرار دارد و در مقابل انجام معاینه، مقاومت کند.

گفتگو با نوجوانان:

نوجوانان همانند بیشتر مردم در مقابل نیت خالص افراد، واکنش مثبت نشان می‌دهند. بهتر است در ابتدا علاقه و تمایل خود را نشان دهید و پس از آن به دنبال برقراری ارتباط موثر باشید. با پرسش‌های صریح در مورد مشکل، شروع کنید و جریان گفتگو را به حرکت درآورید. در صورت نیاز به انجام معاینه جسمانی، نحوه معاینه را برای وی توضیح دهید و در ضمن معاینه به او فرصت دهید تا صحبت خود را ادامه دهد. نوجوان می‌بایست مطمئن شود که آنچه که مورد بحث قرار می‌گیرد به‌صورت محرمانه حفظ می‌شود.

بیماران سالمند:

این بیماران که دارای نیازها و نگرانی‌های خاص خود هستند، شنوایی و بینایی آنها ممکن است مختل شده باشد. واکنش‌های آنها ممکن است کند شده باشد و اغلب به بیماریهای مزمن همراه با ناتوانائی‌های دیگر مبتلا هستند.

1. به بیمار سالمند فرصت اضافی بدهید تا به سوالات شما پاسخ دهد.
2. به آهستگی و وضوح صحبت کنید اما فریاد نزنید و صدای خود را بالا نبرید.
3. شناخت فعالیت روزانه سالمندان به آشنایی و مراقبت شما از آنها کمک خواهد کردکه‌آیا این بیماران می‌توانند فعالیت روزانه خود را به طور مستقل انجام دهندیابه مقداری کمک نیاز دارند و یا اینکه کاملا به دیگران وابسته‌اند.
4. در صحبت با بیماران سالمند، به‌خاطر داشته باشید که ارتباط بینایی بسیار مهم است.
5. بعضی از بیماران سالمند به‌علت بالا رفتن سن و کند شدن جریان فکری، قادر به گفتن تاریخچه بیماری خود نمی‌باشند، در این موارد شما می‌توانید از خانواده و نزدیکان بیمار اطلاعات لازم را کسب نمایید.

تمرین :

1. وسایل موردنیازجهت معاینه بیماررا آماده نمایند؟
2. مواردلازم قبل از معاینه بیماررا انجام دهند؟

چگونگی تکمیل دفترثبت نام بیماران

اهداف آموزشی :

در پایان این درس انتظار می‌رود که فراگیران بتوانند:

1. **هدف از تکمیل دفترثبت نام بیماران را شرح دهند.**
2. **فوائددفترثبت نام بیماران را توضیح دهند.**
3. **دفترثبت نام بیماران را تکمیل نمایند.**

چگونگی تکمیل دفتر ثبت نام بیماران:

یکی از وظایف بهورزان ارائه خدمات پیش‌گیری و مراقبت از بیماری هامی باشد.

منظور از مراقبت ارتقاء، حفظ، پایش و بازگرداندن سلامت به فرد بیمار می‌باشد؛ بنابراین بهورزان باید جهت مراقبت و پی‌گیری، با توجه به حیطهٔ وظایف خود، اطلاعات کافی از بیماری‌ها راداشته و پس از ارزیابی و تشخیص هر بیماری نسبت به درمان صحیح بیماران اقدام کنند و در صورت نیاز به سطح بالاتر ارجاع دهند و این موارد را در دفتر ثبت نام بیماران، ثبت نمایند. اگر هر یک از ستونهای دفتر ثبت نام بیماران به طور صحیح تکمیل شود، اولا بیماران در کمترین زمان و به طور کامل درمان می‌شوند، ثانیا مراقبت و پی‌گیری بیماران آسانتر خواهد بود. پس این دفتر، مخصوص ثبت اطلاعات و مشخصات افرادی است که نیاز به دریافت خدمات درمانی دارند؛ بنابراین مشخصات و اطلاعات افرادی که برای دریافت داروهای شاخهٔ بهداشتی به خانهٔ بهداشت مراجعه می‌کنند، در این دفتر ثبت نمی‌شود .

توجه :

درصورتی که بهورز طبق دستورکتبی پزشک تیم سلامت مجاز به تزریق گردید (به جز واکسیناسیون) بایداقدامات انجام شده دردفترثبت نام بیماران ثبت گردد.

هدف کلی دفتر ثبت‌نام بیماران:

ثبت مشخصات بیماران و بیماری آنها و افراد مراجعه کننده به خانهٔ بهداشت برای دریافت خدمات درمانی.

فواید دفتر ثبت‌نام بیماران:

الف)با مشاهده شماره‌ردیف دفتر می توان تعداد بیمارانی را که از خدمات درمانی خانهٔ بهداشت توسط بهورز بهره‌مند می شوندمعلوم نمود.

ب)تاریخ پی‌گیری بیمارانی را که مورد ارزیابی قرار گرفته و احتیاج به پی‌گیری دارند، مشخص می‌کند.

ج)با مشاهده و بررسی ستون علت مراجعه و نتیجهٔ مشاهدات می‌توان به شیوع انواع مختلف بیماری‌ها و یا شیوع بیش از اندازهٔ یک بیماری در یک زمان مشخص پی‌برد.

نحوه تکمیل ستون‌های دفتر ثبت نام بیماران:

1. **شماره ردیف** : شماره ردیف به‌طور مسلسل از اول تا آخر ماه نوشته شده و در ماه بعد شماره جدید داده می‌شود. بیماری که به‌علت پیگیری بیماری چند مرتبه به خانه بهداشت مراجعه می‌کند تا زمان بهبودی حتی در ماه جدید در هر بار مراجعه‌همان‌شماره ردیف را دریافت می‌کند.

   چنانچه بیمار به طور همزمان بعلت چند بیماری به خانه بهداشت مراجعه نماید برای هر بیماری یک شماره ردیف واحد باید داده شود.

2. **تاریخ مراجعه، نام و نام خانوادگی و شماره ساختمان:** ثبت این موارد به این دلیل است که بهورزان بتوانند با در دست داشتن نشانی بیمار (به‌خصوص در روستاهای پرجمعیت) و تاریخ اولین مراجعه برای این بیماری، به راحتی پی‌گیری را انجام دهند. تأخیر در پی‌گیری بیماری به هر دلیل می‌تواند تأثیر سوئی در درمان بیمار داشته باشد؛ زیرا اگر فرد به ظاهر هم بهبود یافته باشد، آثار سوء ناشی از درمان ناقص در آینده پدیدار خواهد شد.

3. **سن بیمار:** ثبت سن بیمار برای بررسی علایم حیاتی و تجویز صحیح دارو براساس دارونامه و دستورالعمل‌ها بسیار اهمیت دارد.

4. **علت مراجعه:** این ستون مربوط می‌شود به ثبت دلایلی که فرد به خاطر آن به خانه بهداشت مراجعه کرده است. اگر مراجعه فرد به خانه بهداشت به دلیل بیماری باشد علت مراجعه بیمار در این ستون نوشته می‌شود مانند سردرد، تب، شکستگی دست، سوختگی پا و غیره. ولی اگر علت مراجعه، پی‌گیری بیماری می‌باشد تا زمانی که بیمار بهبود می‌یابد جمله «پی‌گیری بیماری» یا «ادامه درمان» در این ستون در هر بار مراجعه بیمار به خانه بهداشت ثبت می‌شود.
5. **علائم‌ونشانه‌ها:** پس از این که علت مراجعه مشخص شد، می‌باید با معاینات و شرح حال‌گیری اطلاعاتی را در مورد بیماری فرد به دست آورند، به این عمل ارزیابی کردن می‌گویند.

(ارزیابی: جمع‌آوری‌اطلاعاتی‌درموردبیماری‌ازطریق معاینه‌و شرح‌حال‌گیری می‌باشد.)

نتیجه ارزیابی در ستون علائم‌ونشانه‌ها ثبت می‌شود. به‌عنوان مثال‌ارزیابی کردن‌گلودرد چرکی شامل:بررسی ازنظرسرفه،عطسه،معاینه‌گلوازنظر(قرمزی،تورم‌لوزه،وجودچرک)،بررسی غددلنفاوی گردن‌می باشد.

6. **علایم حیاتی:** شامل فشار خون، درجه حرارت ، تنفس ونبض که با توجه به علت مراجعه، علائم و نشانه های بیمار اندازه‌گیری و ثبت می‌شود.
7. **تشخیص:**نتیجه به دست آمده پس از ارزیابی کردن می‌تواند یکی از موارد سرماخوردگی، گلودرد ساده یا چرکی باشد که در ستون تشخیص نوشته می‌شود.
8. **دارو و دستورها:** در این ستون نام دارو، میزان دارو و نحوهٔ مصرف آن نوشته می‌شود و در موارد لزوم آموزش‌های ضروری به اختصار ثبت می‌گردد.
9. **ارجاع:** این ستون شامل دو قسمت می‌باشد:

الف)ارجاع به بهورز

ب)ارجاع به پزشک شامل:

- پزشک به هنگام‌بازدیداز خانه بهداشت(ارجاع غیر فوری)
- پزشک مرکز بهداشتی درمانی (ارجاع فوری)

الف) ارجاع به بهورز :

این ستون زمانی تکمیل می‌گردد که بهورز پس از ارزیابی بیمار تشخیص دهد،بیمار برای بهبود نیاز به پی‌گیری توسط بهورز دارد. در این صورت پس از ثبت مشخصات و ارزیابی بیمار در ستون‌ارجاع به بهورز علامت (تاریخ پیگیری)راثبت می‌کند. پی‌گیری توسط بهورز تا زمان بهبودی بیمارادامه دارد و در هر بار مراجعه، پس از ثبت مشخصات بیمار در ستون مربوط دور علامت (تاریخ پیگیری)مراجعه‌قبل بادایره‌محدودومشخص می‌کند.

ب) ارجاع به پزشک:

برای فرد مراجعه کننده به خانه بهداشت که یکی از موارد زیر را دارد ارجاع به پزشک صورت گیرد:

1. حال عمومی بیمار وخیم است.
2. با توجه به علایم، بیماری برای بهورز ناشناخته است و جهت درمان لازم است دارو در اختیار بیمار قرار گیرد.
3. بهورز بیماری فرد را تشخیص داده ولی دارو برای درمان در خانه بهداشت موجود نیست.
4. برای فرد صدمه دیده به‌علت وقوع حادثه کمک‌های اولیه را انجام داده ولی باید به نحوی از پیشرفت ضایعات جلوگیری شود در این صورت می‌باید بیمار جهت معاینه، تشخیص و درمان صحیح به پزشک ارجاع داده شود.
5. اگر پس از تجویز دارو توسط بهورز حال بیمار بدتر شده باشد.
6. سایر موارد مشابه:

در هر یک از صور فوق پس از ثبت مشخصات بیمار و نتیجه ارزیابی در دفتر ثبت نام بیماران باتوجه به میزان آگاهی از نحوهٔ بروز علایم، عوارض و پیشرفت بیماری،بهورز باید دقت کند که آیا نیاز است بیمار فورا نزد پزشک ارجاع شود یا این‌که تا موعد مقرر که پزشک جهت بازدید و ویزیت بیماران به خانه بهداشت می‌آید، مشکلی برای بیمار ایجاد نخواهد شد، سپس فرم ارجاع فوری یا غیرفوری را تکمیل نماید.

فرم ارجاع شامل 2 قسمت است که قسمت فوقانی آن توسط بهورز در خانه بهداشت و قسمت تحتانی آن در مرکز بهداشتی درمانی توسط پزشک در خانه بهداشت تکمیل می‌گردد. در صورتی که بیمار به علت فوریت لازم است به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع شود توصیه کنید که قسمت دوم برگه ارجاع را جهت تکمیل دفتر ثبت نام بیماران و پی گیری بیماری تا حصول نتیجه حتماً به خانه بهداشت بیاورد. و اگر تأخیری صورت گرفت بهورز حتما باید با مراجعه به درب منزل جهت اطلاع از حال بیمار و دریافت فرم ارجاع اقدام نماید.

ارجاع غیرفوری: در روز معین که پزشک به خانه بهداشت مراجعه‌می‌نمایدبیماران با ارائه برگه‌ارجاع‌که قبلا توسط بهورزنیمه‌فوقانی‌آن تکمیل شده‌است توسط پزشک ویزیت می‌شوند، پس از دریافت نیمه دوم برگه ارجاع ابتدا بهورز دور علامت (تاریخ پیگیری) مراجعه قبل را با دایره محدود کرده که به منزله معاینه بیمار توسط پزشک و دریافت دستورهای او می‌باشد. سپس با ذکر ردیف قبلی و ثبت مشخصات بیمار و دستورات پزشک ستون‌های مختلف دفتر ثبت نام بیماران را تکمیل می‌کند. ضمنا توجه شود که نظر پزشک در مورد پی‌گیری بیماری چیست.

اگر باتوجه به نظر پزشک بیماری فرد نیاز به پی‌گیری نداشته باشد هر سه ستون مربوط به ارجاع خالی می‌ماند؛ ولی اگر نظر پزشک این است که بیماری باید پی‌گیری شود، بدین صورت عمل می‌شود:

الف: نظر پزشک این است که بیمارتوسط بهورز پی‌گیری گردد. در این صورت بهورز باید مطابق آنچه که در بند 9-الف(ارجاع به بهورز) گفته شد، عمل کند. یعنی با ذکر ردیف قبلی و دستورات پزشک ستون‌های دفتر ثبت نام را تکمیل و در ستون ارجاع به بهورز علامت (تاریخ پیگیری)راثبت کند و باتوجه به دستورات پزشک در خصوص دفعات پی‌گیری، به بیمار آموزش دهدکه‌در چه زمان‌هایی به خانه بهداشت مراجعه نماید. در هر بار پی‌گیری بیمار را ارزیابی کرده تا مطمئن شود بیمار با رعایت دستورات پزشک بیماری‌اش رو به بهبودی است، در غیر این صورت مجددا برگه ارجاع را تکمیل نماید.

توجه :

در صورت عدم مراجعه بیمار به خانه بهداشت بهورز بایدبامراجعه به منزل ، بیماری را پی گیری و اقدامات انجام شده را در دفتر بازدید منزل ثبت نماید.

ب) نظر پزشک این است که مجددا هنگامی که پزشک در موعد مقرر به خانه بهداشت می‌آید بیمار معاینه گردد، در این صورت با ثبت ردیف قبلی و دستورات پزشک ستون‌های دفتر ثبت نام بیماران تکمیل و درستون ارجاع به پزشک (خانه‌بهداشت) علامت (تاریخ پیگیری) را گذاشته و نیمه اول برگه ارجاع را تکمیل و به بیمار می‌دهد و توصیه می‌کند که بیمار در روز مقرر که پزشک به خانه بهداشت می‌آید حتما مراجعه نماید و اگر حال بیمار خوب نبودزودترازموعدبه‌خانه بهداشت مراجعه‌تابهورز اقدامات لازم را برای او انجام دهد.

ج) نظر پزشک این است که در فاصله زمانی قبل از حضور وی در خانه بهداشت بیمار باید مجددا توسط پزشک ویزیت گردد.

در این صورت بهورز باید با ذکر ردیف قبلی، مشخصات بیمار و دستورات پزشک ستون‌های دفتر را تکمیل کند و در ستون ارجاع به پزشک (مرکز بهداشتی درمانی) علامت (تاریخ پیگیری) را بگذارد، و سپس باتوجه به نظر پزشک و میزان آگاهی‌اش از بیماری، برگه ارجاع (فوری یا غیرفوری) را تکمیل کرده و جهت برگرداندن نیمه دوم برگه ارجاع به بیمار توصیه نماید و پس از برگرداندن فرم ارجاع باتوجه به دستورهای پزشک، جهت درمان بیماری و تکمیل دفتر اقدام کند.

ارجاع فوری:

اگر حال عمومی فرد مراجعه کننده به خانه بهداشت وخیم باشد یا بهورز پس از ارزیابی بیمار، تشخیص دهد که هرچه سریع‌تر بیمار باید توسط پزشک معاینه شود، در صورتی که لازم است مطابق چارت‌های آموزشی، دستورالعمل‌ها و متون آموزشی، اقدامی در خانه بهداشت صورت گیرد (انجام کمک‌های اولیه در سوختگی‌های شدید، گزیدگی، شکستگی و دیگر موارد) اقدام لازم را انجام داده و سپس دفتر ثبت نام بیماران و فرم ارجاع فوری را تکمیل و بیمار را هرچه سریع‌تر به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهد و در مورد برگرداندن نیمه دوم برگه ارجاع به خانه بهداشت آموزش‌های لازم را داده و پس از دریافت آن مطابق آنچه قبلا توضیح داده شده عمل کند.

10. **ستون ملاحظات:** در این ستون مطلبی توسط بهورز نوشته نمی‌شود بلکه مواردی که بازدیدکنندگان از خانه بهداشت (کاردان‌های منطقه، مربی، کارشناس و پزشک) پس از بررسی دفتر ضروری می‌دانند که جهت آموزش و یاددهی بهورز بنویسند، به طور خلاصه ثبت می‌گردد. گزارش جزئیات این بررسی همراه با دیگر موارد بازدید شده در دفتر گزارش مسؤولان نیز ثبت می‌شود.

نحوه تکمیل دفتر ثبت نام بیماران در موارد پیگیری:

در خصوص پیگیری بیماری تکمیل دفترثبت نام بیماران بدین نحو صورت می‌گیرد:

- **شماره ردیف:** همان شماره ردیف تکراری در اولین مراجعه می‌باشد.
- **تاریخ:** تاریخ مراجعه جدید ثبت می‌گردد.
- **نام و نام خانوادگی،شماره ساختمان و سن**: طبق گفته فرد ثبت می‌گردد.
- **علت مراجعه:** در این ستون بایستی عبارت پیگیری بیماری یا ادامه درمان قید شود.
- **علائم و نشانه‌ها:** در این ستون علائم و نشانه‌های فعلی بیماری نوشته می‌شود مثل سرفه، عطسه یا عفونت زخم و ...
- **علائم حیاتی:** با توجه به بیماری علایم حیاتی اندازه‌گیری و ثبت می‌گردد.
- **تشخیص:**وضعیت بیماری قید می‌گرددمانند رو به بهبود، بهبود یافته، بهبود نیافته، شدت یافته و غیره.

دارو و دستورات: با توجه به علائم و نشانه‌هاو تشخیص بیماری، دستورات دارویی لازم برای بیمار مشخص وآموزش های مناسب راثبت نمود

- **ستون‌های ارجاع، تاریخ پیگیری و ملاحظات:** مانند موارد دیگر ثبت گردد.

دفتر ثبت نام بیماران

شماره ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی	شماره ساختمان	سن	علت مراجعه	علائم ونشانه ها	تنفس	فشار خون	درجه حرارت	تشخیص	دارو و دستورات	ارجاع			ملاحظات
												بهورز	پزشک		
													خانه (ب)	مرکز (ب)	

تمرین :

1– **دفترثبت نام بیماران درمراجعه اول راتکمیل نمایند.**

2– **دفترثبت نام بیماران درزمان پیگیری بیماری راتکمیل نمایند.**

سیستم ارجاع و چگونگی تکمیل فرم ارجاع

اهداف آموزشی:

در پایان این درس انتظار می‌رود که فراگیران بتوانند:

1. سیستم ارجاع راتعریف کنند.
2. هدف از سیستم ارجاع را بیان نمایند.
3. ارجاع فوری و غیرفوری را شرح دهند.
4. فرم ارجاع فوری وغیرفوری را برابردستورالعمل تکمیل نمایند.

سیستم ارجاع:

برای بردن خدمات به جایی که مردم در آن‌جا زندگی و کار می‌کنند، یعنی تأمین دسترسی مردم به گسترده‌ترین و اساسی‌ترین نیازهای بهداشتی با در نظر گرفتن اطلاعات اقلیمی و جمعیتی قابل دسترسی، بایستی گسترش واحدهای بهداشتی بر اساس ضوابط مشخصی صورت گیرد که یکی از آنها سطح بندی و ادغام خدمات از طریق سیستم ارجاع می‌باشد. که با توجه به وسعت خاک، تنوع شرایط اقلیمی و قومی، پراکندگی جمعیت و 000 فراهم آوردن ضوابط مربوط به تأمین سهولت دسترسی جغرافیایی و فرهنگی جامعه به خدمات، نمی‌تواند جز از طریق سطح‌بندی و ادغام خدمات و برقراری سیستم (نظام) ارجاع میسر گردد.

منظور از سطح‌بندی خدمات ارائه خدمات به‌صورت زنجیره‌ای مرتبط و تکامل یابنده است تا اگر یکی از مراجعه کنندگان واحد محیطی به خدمت تخصصی‌تری نیاز داشته باشد که از عهده این واحد برنیاید، واحد مذکور بتواند مراجعه کننده را به واحد بالاتر ارجاع دهد. واحد دوم نیز در صورت لزوم با ارجاع مراجعه کننده به واحدهای تخصصی بالاتر می‌تواند دسترسی مراجعه کنندگان را به بالاترین سطوح تخصصی فراهم آورد. این زنجیره خدمت رسانی را سیستم ارجاع می‌نامند که استفاده از آن:

1. امکان استفاده از کارکنان غیر پزشک را برای ارائه خدمات ساده بهداشتی و کمک‌های اولیه درمانی فراهم می‌سازد.
2. سطوح تخصصی را از پرداختن به خدمات ساده غیر تخصصی باز می‌دارد و وقت بیشتری برای پرداختن به خدمات تخصصی تأمین می‌نماید.
3. خدمات را به نحو چشم‌گیری ارزان تمام می‌کند.
4. با توزیع وسیع و گسترده واحدهای محیطی امکان تداوم و استمرار خدمات بهداشتی را فراهم می‌آورد.

یکی از شرایط اصلی توفیق سیستم ارجاع این است که هیچ یک از واحدهای یک سطح به خدماتی که به

عهده واحدهای سطح پایین تر قرار داده شده است نپردازد، مگر آنکه خدمت مورد نظر را در سطح تخصصی‌تری ارائه دهد.

ارجاع: یکی از وظایف اصلی و مهمی که بهورزان بر عهده دارند ارجاع موارد و بیماری‌های خاص به مرکز بهداشتی درمانی و پزشک است.

ارجاع بر دو نوع است:

الف) ارجاع فوری

ب) ارجاع غیر فوری

ارجاع فوری: این ارجاع زمانی است که به علت شدت علائم، عوارض وخطراتی‌که برای بیمار پیش‌بینی می‌گردد بایستی بیمار در اولین فرصت ممکن به پزشک یا مراکز بهداشتی درمانی در سطوح بالاتر ارجاع شود.

ارجاغ غیر فوری: زمانی انجام می‌گیرد که علائم بیماری حاد و خطرناک نبوده و بیمار اگر چه نیاز به معاینات و دستورات پزشک و مراکز بهداشتی درمانی دارد ولی به علت مزمن و طولانی بودن بیماری لزومی به ارجاع فوری ندارد در این مورد به بیمار وقت داده می‌شود تا روزی که پزشک جهت دهگردشی در خانه بهداشت حضور دارد مراجعه نماید تا جهت معاینات لازم به پزشک معرفی گردد.

دستورالعمل تکمیل فرم ارجاع فوری/ غیر فوری

اطلاعات فرم ارجاع به دو قسمت تقسیم شده است:

الف) قسمت اول: (سربرگ فرم ارجاع) در خانه بهداشت تکمیل می‌شود شامل اطلاعات زیر است:

- نام شهرستان
- نام خانه بهداشت
- نام روستایی که بیمار از آن محل آمده و تحت پوشش خانه بهداشت است.
- شماره ردیف از دفتر ثبت نام بیماران

- شماره کارت بیمه روستایی
- تاریخ اولین مراجعه بیمار جهت این بیماری
- تاریخ ارجاع بیمار به مراکز بالاتر
- نام بیمار
- سن بیمار
- شکایت اصلی بیمار و مدت بیماری (شکایت اصلی بیمار همان علت مراجعه در دفتر ثبت‌نام بیماران می‌باشد)
- علائم حیاتی بیمار از قبیل درجه حرارت، فشار خون، تنفس (در صورت لزوم) و سایر علائم بیماری.
- اقدامات انجام شده توسط خانه بهداشت بر اساس دستورالعمل‌های مربوطه و نیز داروهای تجویز شده.
- نام و نام خانوادگی بهورز ومهر خانه بهداشت.

توجه :

1- هنگام تکمیل این قسمت بایستی با استفاده از کاربن تصویر اطلاعات بیماردرپشت سربرگ ثبت شود.

2- هنگام تحویل فرم به بیمارتأکید گرددکه قسمت دوم (پسخوراند) جهت بایگانی درخانه بهداشت بازگردانده شود.

ب) قسمت دوم:(پسخوراند)این قسمت‌دستورات پزشک و اقدامات انجام شده‌درواحدبالاترثبت،سپس سربرگ جداوپسخوراند تحویل بیمارمی گرددکه شامل اطلاعات زیر می باشد:

- تاریخ ویزیت بیمار در واحد بالاتر توسط پزشک
- شماره ردیف دفترثبت نام بیماران که توسط خانه بهداشت داده شده است.
- شماره کارت بیمه روستایی مطابق با شماره مندرج در کارت بیمه

- نام و نام خانوادگی بیمار
- تشخیص نهایی پزشک از بیماری
- داروهای تجویز شده و دستورات دارویی شامل: تعداد دارو و مقدار مصرف، تعداد دفعات مصرف در روز ،مدت مصرف و طرز استفاده دارو.
- توصیه‌های پزشک جهت ادامه درمان، پیگیری بعدی بیمار و ...
- مهر وامضاء پزشک و مرکز بهداشتی درمانی مربوطه

فوائد فرم ارجاع:

1. ارجاع بیمار به پزشک و یا مرکز بهداشتی درمانی بر اساس نیاز بیمار و استفاده از مزایای بیمه روستایی جهت پرداخت فرانشیز خدمات دریافت شده.
2. برگشت قسمت دوم فرم ارجاع توسط بیمار به خانه بهداشت و اطلاع بهورز از دستورات پزشک و تحت مراقبت قرار دادن بیمار بر این اساس.

نحوه استفاده و نگهداری فرم ارجاع:

فرم ارجاع به‌وسیله بهورز در خانه بهداشت تکمیل و ثبت می‌گردد.بیمارانی که فرم ارجاع دریافت می‌کنند نام و مشخصات آنها در دفتر ثبت نام بیماران ثبت می‌شود. قسمت اول فرم در محل ارجاع شده نگهداری می‌شود مانند مرکز بهداشتی درمانی و قسمت دوم فرم به‌وسیله پزشک تکمیل شده و به خانه بهداشت برگردانده می‌شود که بهورز قسمت دوم را دریافت نموده و بایستی در دفتر ثبت نام بیماران دور (تاریخ پیگیری)در ستون ارجاع با دایره محدود شود که این عمل نشان دهنده دریافت دستورات پزشک می‌باشد و بر اساس دستورات دارویی داده شده توسط پزشک و توصیه‌های انجام شده بهورز دفتر ثبت نام بیماران را تکمیل می‌نماید.

فـرم ارجـاع فـوري/ غير فـوري

روستـا

شهرستـان

شماره ردیف

خانـه بهداشت

شماره کارت بیمه

تاریخ اولین مراجعه ___ / ___ /___ **تاریخ ارجاع ___ / ___ /___**

خانم/ آقای..... سن ..... که به شکایت.....

به مدت..... مراجعه نموده است، معرفی می‌گردد علائم بیماری به قرار زیر می‌باشد:

درجه حرارت..... فشار خون..... سایر علائم.....

اقدامات انجام شده و داروهای داده شده عبارتند از.....

.....

امضاء بهورز ومهر خانه بهداشت

.....

دستورات پزشك

(پسخوراند)

خانـه بهداشت

شماره ردیف

تاریخ

شماره کارت بیمه

نام و نام خانوادگی: .....

ردیف	نام دارو	تعداد دارو	مقدار مصرف در هر دفعه	تعداد دفعات مصرف در روز	مدت مصرف	طرز استفاده

توصیه‌های لازم.....

.....

مهر مرکز بهداشتی درمانی **مهر و امضاء پزشک**

تمرین :

1–**فرم ارجاع فوری را برای بیمارمراجعه کننده تکمیل نمایند.**

2– **فرم ارجاع غیرفوری رابرای فردبیمار تکمیل نمایند.**

حفظ و نگهداری و نحوه دادن دارو

اهداف آموزشی :

در پایان این درس انتظار می‌رود که فراگیر ان بتوانند :

1. داروها را در کمد دارویی براساس دستورالعمل بچینند.
2. برچسب دارویی را بر روی اقلام دارویی تهیه نمایند.
3. نکات لازم در هنگام دادن دارو به بیمار رافهرست نمایند.
4. دفتر دارویی روزانه را به‌طور صحیح تکمیل نمایند.
5. داروهای شاخه درمان را برآوردوفرم درخواست دارویی را تکمیل نمایند.

نحوه چیدمان داروهادرکمد دارویی:

دادن دارو به بیماران یکی از کارهایی است که باید کاملاً دقت نمود چون دارو به محض اینکه داده شد راهی برای برگشت آن وجودندارد و در صورتی که اشتباهاً داده شود جبران آن به سختی میسر است بنابراین بهورزان باید در نگهداری و دادن دارو به نکات زیر توجه کنند:

1. کمد داروئی2 طبقه : یک طبقه به داروهای خوراکی و طبقه دیگر به داروهای غیرخوراکیاختصاص می‌یابد.
2. کمد دارویی 3طبقه : طبقه بالا شربت‌ها، طبقه میانی قطره و قرص وسایرداورهای خوراکی ودر طبقه پائینی داروهای غیر خوراکی چیده شود و ضروری است که هر دارو دارای برچسب داروئی باشد.
3. کلیه ظروف و شیشه‌های دارو بایستی درب داشته باشند و برچسب مشخص برای نوشتن نام دارو داشته باشند.
4. .هر روز به مقدار مصرفی همان روز دارو از قسمت پایین کمد دارویی خارج و در قسمت بالای کمد در دسترس قرار گیرد.
5. .داروهایی که به فرم روغن هستندمانندشیاف در یخچال نگهداری گردد.
6. .به طور کلی داروهای مختلف را در محلی نگهداری کنید که با درجه حرارت، میزان رطوبت و سایر شرایطی که روی برچسب قوطی، شیشه یا بسته دارو نوشته شده است مطابقت داشته باشد اگر برچسب دارو فاقد این شرایط است، روش نگهداری دارو را از مسئول خود سؤال کنید.

نکاتی که در هنگام دادن دارو به بیمار بایستی به آنها توجه شود:

1. سعی شودکه مقدار و دفعات مصرف دارو با توجه به دارونامه داده شود.
2. به هنگام تجویز دارو توجه به موارد منع مصرف دارو بسیار بااهمیت است.
3. در صورت ایجاد عوارض دارو ارجاع فوری به پزشک مرکز بهداشتی درمانی لازم است.
4. اگر داروئی اتفاقاً برچسب نداشته باشد و شما صد در صد در مورد شناسایی آن مطمئن هستید باز هم نمی‌توانید آن را مصرف کنید.
5. در موقع دادن دارو بهورز باید برچسب را با دقت بخواند که اشتباهی رخ ندهد و پس از اطمینان با کشیدن خط یا علامت مخصوص تعداد دفعات دارو را مشخص نماید. (مثلاً اگر قرص سه بار در روز باید خورده شود سه خط روی برچسب کشیده و یااگر شربت دو باردرروزبایدمصرف شوددو خط در روی شیشه شربت کشیده شود.) و یا هر علامتی که به بیمار کمک کرده و توجه دهد که از چه طریق و چه اندازه دارو را مصرف نماید. این عمل بخصوص در روستاها در مورد بیمارانی که سواد خواندن ندارند بسیار مفید می‌باشد.
6. تاریخ مصرف دارو را بررسی کنید که تاریخ گذشته نباشدو داروهائی‌که تاریخ انقضاء آن نزدیک است هر چه سریع‌تر به مرکز بهداشتی درمانی گزارش شود.
7. اگر تغییری در ظاهر دارو پیدا شد هیچ‌گاه آن را به بیمار ندهید.

آموز ش لازم در موقع دادن دارو به بیمار یا والدین بیمار:

1. به بیمار آموزش دهید که دارو را سر وقت مصرف ودوره درمان را کامل نماید.
2. به بیمار توصیه شود که قرص‌ها را با آب بخورد.
3. قرص‌های درشت را که کودک نمی‌تواند بخورد، خرد کرده و در قاشق با آب حل نموده ومراقب باشند که قرص سبب گرفتگی راه‌های تنفسی نگردد.

راه‌های مختلف مصرف دارو:

دارو به‌طرق مختلف مصرف می‌شود:

1. **خوراکی:** از راه دهان مثل قرص، کپسول، شربت، قطره.
2. **تزریقی:** که به‌صورت تزریق داخل جلدی، عضلانی و وریدی است. (تزریق وریدی توسط بهورز انجام نمی‌شود).
3. **از راه رکتوم یا واژن:** مثل شیاف‌ها و پمادهای مخصوص.
4. **از راه پوست:** مثل پمادهای جلدی و محلول‌ها.
5. **از راه تنفس:** مثل بخور.

توجه:

بعد از تجویز داروهای لازم به بیمار آنها را در دفتر ثبت نام بیماران یادداشت نموده و در پایان هر روز بعد از شمارش هر یک از داروهای داده شده تعداد آنها را از دفتر ثبت نام بیماران استخراج و به دفتر داروئی منتقل نمائید.

دستورالعمل تنظیم دفتر داروئی:

یکی از دفاتر موجود در خانه بهداشت دفتر داروئی است که با **خودکار** نوشته می‌شود. دراین دفترکلیه داورهای مصرفی(شاخه بهداشتی ودرمانی) بایدروزانه ثبت گردد. براساس این دفتر می‌توان میزان داروهایی که در خانه بهداشت بیشتر مصرف می‌شوندرااستخراج نمود.

نحوۀ ثبت دفتر داروئی

شماره ستون	نام ستون	نحوه ثبت
1	ماه‌های سال	در این ستون نام ماه‌های سال از فروردین تا اسفند ثبت شده است.
2	روزهای ماه	در این قسمت از اول تا پایان ماه روزها نوشته شده است و تعداد داروهای مصرفی در هر روز با توجه به ماه مربوطه به‌صورت روزانه نوشته خواهد شد.
3	موجودی در ابتدای ماه	میزان موجودی داروها در خانه بهداشت در ابتدای هر ماه در این ستون ثبت می‌گردد.
4	رسیده در طول این ماه	چنانچه در طول ماه مورد نظر سهمیه جدیدی برای خانه بهداشت ارسال شده است در ستون رسیده نوشته می‌شود.
5	مصرفی در طی این ماه	میزان مصرفی هر یک از اقلام داروئی در طول یک‌ماه در ستون مصرفی نوشته می‌شود.
6	موجودی در آخر ماه	اقلام داروئی موجود در پایان هر ماه، در این ستون نوشته می‌شود.

نحوه محاسبه داروهای شاخه درمان :

برای محاسبه دارو ازفرمول زیراستفاده می شود:

باقی مانده – (دپو + مصرفی سه ماهه گذشته) = درخواستی سه ماهه آینده

توضیحات

مصرفی سه ماهه : نشان دهنده مصرف دارو درسه ماهه گذشته می باشدکه از دفترداروییی استخراج می گردد.

دپو: 25٪ مصرفی سه ماهه گذشته می باشد. (**25**٪ × مصرفی سه ماهه گذشته)

باقی مانده : موجودی واقعی خانه بهداشت درزمان تنظیم فرم می باشد .

توجه :

1- باید درتکمیل درخواست دارویی به شیوع بیماری ها درفصول مختلف سال و شرایط منطقه ای توجه کافی داشته باشید . (بطورمثال برای محاسبه قرص پنی سیلین وی برای فصل پائیز باید مصرفی سه ماهه فصل پائیز سال قبل درنظرگرفته شود.)
2- درصورتی که دارویی برای اولین برای درخواست می شود ، حتماً با مشورت پزشک مرکز بهداشتی درمانی فرم درخواست دارویی تکمیل گردد.

دفتر دارویی خانه بهداشت.....

ردیف	نام دارو	کد دارو	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	موجودی در ابتدای این ماه	رسیده در طول این ماه	مصرفی در طی این ماه	موجودی در آخر ماه

تمرین :

1- چیدمان داروها درکمد دارویی را انجام دهند.

2- نکات وتوصیه های لازم را به هنگام دادن دارو به بیمار مورد توجه قراردهند.

3- دفترداروییی را براساس دفترثبت نام بیماران بطورصحیح تکمیل نمایند.

4- قرص استامینوفن را باتوجه به داده های زیر برای سه ماهه آینده درخواست نمایند

(100 = باقی مانده و 744= مصرفی سه ماه گذشته)

بررسی حال عمومی بیمار

اهداف آموزشی:

در پایان این درس انتظار می‌رود که فراگیر ان بتوانند:

1. **حال عمومی بیمار مراجعه کننده به خانه بهداشت را به‌طور صحیح ارزیابی و دردفترثبت نام بیماران ثبت نمایند.**
2. **حال عمومی بیماران را بر حسب علائم و نشانه‌های بیماری طبقه بندی نمایند.**

بخش اول: بررسی حال عمومی

بیماری‌ها و حوادث ناگواری که برای افراد بیمار پیش می‌آید علاوه بر تأثیر و ناراحتی که در قسمتی از بدن می‌گذارد در حال عمومی بیمار نیز تأثیرات زیادی دارد. برای سهولت کار حال عمومی را به سه دسته بزرگ تقسیم می‌کنیم:

الف- حال عمومی بد نیست:

- در اولین برخورد و تماس با بیمار متوجه می‌شوید هر چند که بیمار شکایت و ناراحتی دارد حال عمومی او بد نیست.
- ممکن است مختصری رنگ پریده و خسته به نظر بیاید.
- نسبتاً خوب و طبیعی راه می‌رود یا به‌طور طبیعی گریه می‌کند.
- صحبت شما را خوب می‌فهمد و جواب صحیح می‌دهد.
- و یا کمی عصبی و ناراحت به‌نظر می‌آید از خستگی شکایت دارد و خیلی زود از جا در می‌رود و ناراحت می‌شود.

ب- حال عمومی بد است و نیاز به ارجاع فوری دارد:

- بیمار ممکن است خیلی رنگ پریده و زرد باشد و یا کبود شده باشد.
- بیمار ممکن است خیلی بی‌حال باشد.
- بیمار ممکن است خواب آلود باشد.
- ممکن است بی‌قرار و تحریک پذیر باشد.
- ممکن است نتواند درست راه برود.
- ممکن است سؤالات شما را درک نکند و جواب صحیح ندهد.
- صورت بیمار ممکن است برافروخته و قرمز رنگ باشد.
- بیمار ممکن است کمی تنگی نفس داشته باشد و یا تنفس او سریع و سطحی و یا پر سر و صدا همراه با خس خس باشد.

- در روی پوست بیمار ممکن است دانه‌ها و بثورات و یا تغییر رنگ دیده شود.
- بیمار ممکن است علائم کم‌آبی داشته باشد به عبارت دیگر آب زیادی به علت استفراغ یـا اسـهال از دست داده باشد.
- بیمار ممکن است به خود بپیچد و داد بزند و بی‌قرار باشد.

ج- حال عمومی خیلی بد است و نیاز به ارجاع فوری دارد:

- بیمار ممکن است بی‌هوش و در حال اغماء باشد، مثل آن اسـت کـه بیمـار در خـواب اسـت و شـما نمی‌توانید او را بیدار کنید.
- بیمار ممکن است در حال تشنج باشد که در این حال بیمار به شدت می‌لرزد و خیلی بی‌قـرار اسـت. رنگ و روی او بسیار پریده و یاپوست مرطوب و سرد است و یا ترشـح کـف آلـود از دهـان او خـارج می‌شود و ممکن است بی‌اراده ادرار نماید.
- ممکن است فوق العاده رنگ پریده یا کبود باشد.
- امکان دارد تنگی نفس خیلی شدید داشته باشد.
- بیمار ممکن است در حال خونریزی خیلی شدید باشد.
- گاهی اوقات ممکن است بثورات خیلـی زیـادی در روی صـورت و دسـت و پاهـا داشـته باشـد ودر حالی‌که بثورات در روی بدن است ممکن است به تعداد کمتری مشاهده می شود.

تمرین :

1- دفترثبت نام بیماران را باتوجه به حال عمومی بیمارتمکیل نمایند.

2- فرم ارجاع فوری را باتوجه به حال عمومی بیمارتکمیل نمایند.

تب

اهداف آموزشی :

در پایان این درس انتظار می‌رود که فراگیران بتوانند:

1. .تب را تعریف نموده و محدوده طبیعی دمای بدن را بیان نمایند
2. بیمار دارای تب را به‌طور صحیح ارزیابی نمایند.
3. موارد ارجاع فوری و غیر فوری در هنگام بروز تب را شرح دهند.
4. اصول مراقبتی وحمایتی لازم در بیمار دارای تب را توضیح دهند.
5. مراحل انجام کمپرس سرد را برای پایین آوردن تب انجام دهند.
6. مراحل انجام پاشویه را برای پایین آوردن تب انجام دهند .

مقدمه

دمای بدن نشانه حیات است که جهت تأمین اطلاعات اساسی بدن بیمار اندازه‌گیری می‌شود و باید به خاطر داشت که هر فرد دارای ریتم شبانه روزی است که اعمال روزانه زندگی او را تنظیم می‌کند مثلاً درجه حرارت فرد به‌طور طبیعی در ساعات اولیه روز پایین و در ساعات بعد از ظهر و یا اولیه شب در بالاترین حد خود باشد.

درجه حرارت طبیعی بدن بین 37/5- 36/5 درجه سانتی‌گراد می‌باشد افزایش دمای بدن بیش از این حد را تب گویند.

گرفتن شرح حال:

1- برقراری ارتباط مناسب با بیماروپرسیدن مشخصات فردو ثبت در دفتر ثبت نام بیماران

2-چند روز است که بیمار تب دارد، کمتر از یک هفته و یا بیشتر از یک هفته؟

3-آیا تب با سرفه و عطسه همراه است؟

4-آیا تب با اشک‌ریزش در چشم و آبریزش بینی همراه است؟

5-آیا بیمار در اعضای بدن مثل (گوش، گلو، سر، شکم و غیره) درد دارد؟

6-آیا تب با استفراغ‌های مکرر همراه است؟

7-آیا بیمار در فصل تابستان برای مدت طویلی زیر آفتاب شدید بوده است؟

8-آیا بیمار مهاجر،مسافر،سرباز است؟

9-آیا تب با بثورات پوستی ،سفتی گردن همراه است؟

10-آیا بیمار سوزش ادرار،تکرر ادرار دارد؟

معاینات:

- بررسی حال عمومی
- اندازه‌گیری درجه حرارت
- معاینه گلو
- معاینه گردن
- مشاهده پوست
- معاینه شکم

درمان و مراقبت:



درمان :

- اگر بیمار فقط تب کمتر از 39 درجه
- دارد و علامت دیگری وجود ندارد،
- قرص مسکن و تب‌بر تجویز نما یید
- (به دارونامه مراجعه شود)
- توصیه نوشیدن مایعات بیشتر و استراحت بشود و پس از 2 روز پیگیری گردد.
- اگر تب بیمار با آبریزش بینی و اشک ریزش از چشم همراه است طبق دستورات بالا عمل نمائید.
- اگر بیمار تب شدید یعنی 39 درجه و بیشتر دارد، ضمن انجام پاشویه و استفاده از کمپرس آب سرد ارجاع فوری به پزشک انجام شود.
- در بیمارانی که تب با ناراحتی‌های دیگر مثل گلو درد ، گوش درد و سرفه همراه است به طریق زیر عمل کنید:
- **ناراحتی گوش همراه باتب:** بیمار معاینه گلو شده و بر اساس نوع گلودرد چرکی(میکروبی) و یا ویروسی اقدامات لازم انجام گیرد.
- **سرفه همراه با تب:** تب بیمار به صورت علامتی و با استفاده‌از تب‌بر(طبق دارونامه)درمان شده وبسته به حال‌عمومی بیمارومدت سرفه و علائم، اقدامات لازم در جهت ارجاع فوری یا غیر فوری بیمار انجام گیرد.
- **ناراحتی گوش همراه‌باتب** :ارجاع فوری به‌پزشک انجام شود.

ارجاع فوری بیمار به پزشک:

- اگر تب با ضایعات و بثورات پوستی (مانند لکه‌ها، دانه های قرمز، برجسته، آبدار و تاول) همراه باشد.
- اگر تب با درد ناحیه شکم همراه باشد.
- اگر حال‌عمومی بیمار تب‌دار بد است.
- اگر تب با سفتی گردن،استفراغ های مکرر و یا هر دو همراه است.
- اگر تب بیشتر از یک هفته طول کشیده است (چه در مراجعه اول و چه در بازدیدهای بعدی)
- اگر تب با گلو درد که با پرده (غشاء) خاکستری رنگ تؤام‌است.
- اگر تب همراه با سرخی و بثورات جلدی همراه باشد.

عوارض تب:

از عوارض تب کم‌آبی، بی قراری می باشد. تب بالا در بچه‌ها باعث تشنج می‌شود.

توجه: در بچه‌هایی که سابقه تشنج دارند حتماً باید تب کودک پایین آورده شود.

اصول مراقبت از بیماران تب‌دار:

1. تأمین مایعات (2- 1/5 لیتر در روز استفاده شود)
2. جهت کاهش درجه‌حرارت بدن‌از پاشویه می‌توان‌استفاده کرد.
3. برای جلوگیری از خشک شدن دهان، باید برای دهان مراقبت‌های بهداشتی‌انجام‌داده‌وآن‌راپاکیزه نگه‌داشت.
4. پوشش بدن کم‌شودامانبایدباعث سرماخوردگی بیمار گردد.

کمپرس آب سرد



نکاتی که در کمپرس آب سرد باید رعایت شود:

- مدت زمانی که برای کمپرس در نظر گرفته می‌شود نباید بیشتراز 15 تا 20 دقیقه باشد.
- علائم حیاتی شامل نبض ، تنفس، فشارخون، اندازه‌گیری درجه حرارت بیمار باید مرتب کنترل گردد.
- در صورت بروزرنگ‌پریدگی‌وحالت لرز کمپرس قطع گردد.
- اگر کمپرس برای پائین‌آوردن درجه حرارت است کمپرس را تا موقعی ادامه دهید که درجه حرارت موردنظر (حدود 39 یا کمتر از 39 درجه) به دست آید، ترتیب ارجاع فوری به پزشک همزمان داده شود.
- باید توجه داشت که استفاده به مدت طولانی از کمپرس خیلی سرد در ناحیه سبب سیاه شدن نسج عضو مربوطه خواهد شد بنابراین باید کمپرس را پس از 15 تا 20 دقیقه قطع کرد.
- مشمع برای جلوگیری از خیس شدن لوازم پارچه‌ای زیر بیمار حتماً باید انداخته شود.

طرز عمل: لگن را با آب سرد پرکرده و از حوله یا پارچه کوچک استفاده نمائید قبلاً زیر بیمار و یا ناحیه موردنظر را با مشمع و ملحفه کوچک جهت جلوگیری‌از خیس شدن رختخواب بپوشانید و لگن آب سرد را کنار بیمار قرار داده و حوله را در لگن خیس کرده و بعد از این‌که آب اضافی را گرفتید،حوله را روی موضع قرار دهید وقتی که سرمای حوله از دست رفت مجدداً این عمل را تکرار کنید. دمای بدن را هر 15 تا 20 دقیقه کنترل کنید.

پاشویه:



پاشویه: به منظور پایین آوردن درجه حرارت بیمارانی که تب شدید دارند به کار می‌رود.

وسائل: 1- لگن آب ولرم 2- مشمع و روکش 3- حوله 4- ملحفه در صورت لزوم

طرز عمل: اگر بیمار قادر به نشستن نیست، مشمع و روکش مشمع را زیر او انداخته و او را به پشت خوابانیده و لگن آب ولرم را روی مشمع نزدیک پاها قرار دهید و پاهای بیمار را داخل لگن گذاشته و از زانو به پایین پاهای بیمار را با دست به مدت 10 تا 15 دقیقه شستشو داده و آن‌ها را کاملاً خشک نمایید سپس می‌توان برای کاهش دمای مرکزی بدن، پارچه‌های کوچک مرطوب را در نواحی زیربغل، کشاله‌ران و روی شکم قرار داده‌وآن‌ها را تا زمان پایین آمدن دمای بدن در جهت حرکت عقربه‌های ساعت به طور موقتی عوض نماید. دمای بدن را هر 15 تا 20 دقیقه کنترل کنید، اگر درجه حرارت پایین آمده بود روی بیمار را بپوشانید و وسایل کار را جمع کنید در صورتی که تغییر محسوسی در حرارت بدن ایجاد نشده بود مجدداً این عمل را تکرار کنید.

جهت مراقبت و درمان در کودکان زیر 5سال (4سال و 11 ماه و29روز) از بوکلت مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال (مانا) استفاده شود.

تمرین :

1- ارزیابی ودرمان بیمارمبتلا به تب را انجام داده و دفترثبت نام بیماران را تکمیل نمایند.

2- فرم ارجاع فوری برای بیمارمبتلابه تب را تکمیل نمایند.

3- کمپرس آب سرد و پاشویه رابرای بیمارمبتلابه تب بالارا انجام دهند.

سرماخوردگی:

اهداف آموزشی :

در پایان این درس انتظار می‌رود که فراگیران بتوانند:

1. عوامل مساعد کننده برای ایجاد سرماخوردگی را فهرست کنند.
2. دوره نهفتگی و واگیری سرماخوردگی را توضیح دهند.
3. ارزیابی ودرمان بیمار مبتلا به سرماخوردگی راانجام دهند.
4. راههای پیشگیری و اقدامات مراقبت از بیمار سرماخورده را توضیح دهند.



مقدمه:

بسیاری از مراجعین به خانه بهداشت را در فصل سرد سال، افرادی تشکیل می‌دهند که سرماخوردگی دارند.

سرماخوردگی‌شایع‌ترین بیماری عفونی در انسان می‌باشد.

ویروس سرماخوردگی از طریق دستگاه تنفسی وارد بدن می‌شود این بیماری هم از نظر اقتصادی و هم از نظر عوارض احتمالی آن بسیار با اهمیت است زیرا باعث غیبت محصلین و کارکنان از محل تحصیل و کار می‌گردد و در صورت عدم بهبودی، عوارضی از قبیل التهاب سینوسها، گوش میانی، حلق، نای را در پی دارد. به‌طور متوسط یک فرد درطول سال 3 تا 5 بار دچار سرماخوردگی می‌شود که این مسئله به تماس‌ها و عوامل محیطی بستگی دارد بیماری بوسیله تماس با ذرات آلوده‌ای که از عطسه کردن حاصل می‌شوند منتشر می شود.

تعریف:

عفونت نزله‌ای حاد قسمت‌های فوقانی مجاری تنفسی است که با ترشح بینی و چشم، عطسه، تحریک ناحیه گلو، بینی، احساس سرما و بیقراری تظاهر می‌یابد و به مدت 2 تا 7 روز ادامه دارد.

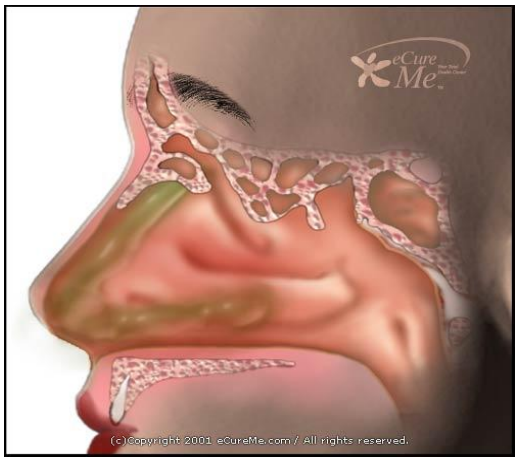
عوامل مساعد کننده ابتلا به سرماخوردگی

ضعف عمومی(احساس لرزیدن، سرما سرما کردن و خستگی)- محیط‌های پر تراکم و عدم رعایت بهداشت- فصل و مکان جغرافیایی- فراوانی ویروس های بیماری زا در طول ماه‌های فصل زمستان- شغل و گاهی مسافرت-وضعیت بد تغذیه و ناهنجاری‌های ساختمانی دستگاه تنفس مانند انحراف بینی و بزرگ بودن لوزه‌ها.

دوران نهفتگی

دوران نهفتگی بیماری کوتاه بوده و از 2 تا 4 روز متغیر است. شروع بیماری معمولاً ناگهانی و با احساس خارش و سوزش در حلق و بینی و گوش شروع و به دنبال آن علائم آبریزش از بینی و حالت کوفتگی و خستگی ظاهر می‌شود. معمولاً تب خفیف و ضعف هم دیده می‌شود که در کودکان شایع تر

است. بیمار احساس سرما می‌کند ولی به ندرت ممکن است کـه لـرز کنـد. بیمـاران دچـار سـردرد نیـز می‌باشند. حس بویایی و چشایی در بسیاری از موارد دچـار اختلال می‌گردد. بیمار ممکـن اسـت از دردهـای مـبهم در ناحیه کمر و دست و پـا شـکایت داشـته باشـد. در مراحـل ابتدایی بیماری، بیمار سرفه می‌کند و با پیشـرفت بیمـاری مخاط گلو و بینی پرخون می‌شود و مجاری بینـی مسـدود می‌گردند و در مراحل آخر بیماری، ترشحات مخاطی بینـی غلیظ و چرکی می‌گردد.



دوره واگیری:

24 ساعت قبل از بروز علائم بالینی بیماری و تا 5 روز بعد از آن، دوره سرایت بیماری می‌باشد.

گرفتن شرح حال:

1. برقراری ارتباط مناسب با بیماروپرسیدن مشخصات فردوثبت دردفتر ثبت نام بیماران
2. آیا بیمار تب دارد؟
3. آیا بیمار آبریزش از بینی و اشک ریزش دارد؟
4. آیا تحریک ناحیه گلو و بینی (بصورت خارش و یا سوزش) وجود دارد؟
5. آیا بیمار احساس سرما و بیقراری دارد؟

معاینات

بررسی حال عمومی

کنترل درجه حرارت

معاینه گلو،گوش،پوست،غددلنفاوی

تشخیص:

چنانچه فرد تب خفیف به همراه آبریزش بینی و اشک‌ریزش از چشم، تحریک ناحیه گلو و بینی، عطسه و احساس سرما و بیقراری دارد تشخیص بیماری سرماخوردگی می‌باشد.

درمان سرما خوردگی:

درمان سرماخوردگی درمان شکایات بیمار است . تاثیر استراحت، مایعات کافی و رژیم غذایی مناسب شناخته شده است.

- از گرم کردن بیش از حد و لرزیدن بیمار جلوگیری شود.
- استامینوفن می‌تواند به بهبود درد عضلات و ضعف عمومی کمک کند (به دارونامه مراجعه شود)
- گاهی استفاده از آنتی هیستامینها در چند روز اول بیماری، شکایت سرفه و پرخونی مخاط بینی را بهبود می‌بخشد. (به دارونامه مراجعه شود)
- می توان برای برطرف نمودن انسداد بینی از قطره بینی استفاده کرد اما باید به مدت کوتاه از آنها استفاده نمود.
- افزایش رطوبت هوا با استفاده از بخور می‌تواند در بر طرف نمودن علائم احتقان و پرخونی مخاط بینی مؤثر باشد و تنفس را راحت‌تر می‌کند.

توجه: هیچ‌گونه موردی جهت استفاده از آنتی بیوتیکها در یک سرماخوردگی بدون عارضه وجود ندارد.

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز:



1. آموزش به مردم در مورد رعایت بهداشت فردی همانند محافظت از تماس‌هاوشستن دست‌ها در برخورد با فرد بیمار و به حداقل رساندن تماس افراد سالم با بیمار.
2. آموزش به مردم در مورد داشتن تغذیه مناسب مانند استفاده از لبنیات، سبزیجات، میوه و گوشت.
3. آموزش به افراد در تماس با بیمار برای عدم استفاده از وسایل و اشیاء آلوده به ترشحات مخاط بینی و گلوی فرد بیمار.

4. اجتنـاب از تـراکم جمعیـت در محلهـای زنـدگی و رعایـت اسـتاندارد فضـای زنـدگی مطـابق بـا دستورالعمل‌های بهداشت محیط.
5. جداسازی فرد بیمار درمنزل و سایر محیط‌ها به‌خصوص مدارس و خوابگاه‌ها.
6. درمان به‌موقع فرد بیمار مطابق با دارونامه خانه بهداشت و دستورالعمل‌های ارسالی.
7. درصورت نیاز ارجاع بیمار به مرکز بهداشتی درمانی
8. پیگیری فرد بیمار جهت نظارت بر مصرف دارو و کامل نمودن دوره درمان.

نکته:

در مقابل سرماخوردگی که به عنوان عارضه التهـاب حـاد مخـاط بینـی (رینیـت حـاد) شـناخته می‌شود، نوع دیگری از التهاب و پرخونی مخاط بینی وجود دارد که به آن رینیت آلرژیک گویند و بر اثـر تماس با عوامل حساسیت‌زا بوجود می‌آید. علائم آن شبیه سرماخوردگی است و اولین قدم برای درمان و برطرف نمودن آن دوری از ماده حساسیت‌زا و دومین قدم استفاده از داروهای ضد حساسیت نظیر دیفن هیدرامین است (به دارونامه مراجعه شود).

تمرین :

1- ارزیابی ودرمان بیمارمبتلابه سرماخوردگی راانجام ودفترثبت نام بیماران را تکمیل نمایند.

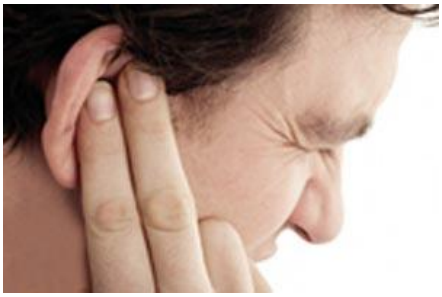
2- راه های پیشگیری واقدامات مراقبت از بیمارسرماخورده را آموزش دهند.

ناراحتی گوش:

اهداف آموزشی:

در پایان این درس انتظار می‌رود که فراگیر ان بتوانند:

1. علائم شایع ناراحتی گوش را فهرست نمایند.
2. فرد دارای ناراحتی گوش را به‌طور صحیح ارزیابی نمایند.
3. معاینه گوش را به نحو صحیح انجام دهند.
4. موارد ارجاع فوری و غیر فوری در ناراحتی گوش را لیست نمایند.
5. اقدامات مراقبتی لازم در افراد دارای ناراحتی گوش را آموزش دهند.



نشانه‌های عمده بیماری‌های گوش عبارت است از:

1. **کاهش شنوایی:** ممکن است که در یک و یا دو گوش ایجاد شود و احتمال دارد به آهستگی پیشرفت نماید و یا ناگهانی ایجاد شده باشد.
2. **ترشح:** ترشح از گوش نشانهٔ عفونت است.
3. **وزوز گوش:** به درک صدا، بدون وجود محرک خارجی اطلاق می‌شود که عمدتاً به صورت صدای زنگ و یا غرش است، یک و یا هر دو گوش ممکن است مبتلا باشند. وزوز گوش ممکن است با کاهش شنوایی همراه باشد و با افزایش سن شدیدتر می شود به‌طوری که در سالمندان علامت شایعی می‌باشد.
4. **سرگیجه:** نوعی درک بیمار است که احساس می‌کند محیط در حال چرخش و یا تاب خوردن است و علامت اختلال در گوش داخلی است.
5. **درد گوش**: نشانه وجود مشکل در گوش میانی و یا خارجی است، اما ممکن است از نقطه دیگری انتشار یافته باشد مثل دهان، گلو و یا گردن.

شرح حال:

1- برقراری ارتباط مناسب با بیماروپرسیدن مشخصات فردو ثبت در دفتر ثبت نام بیماران

2-چه مدت ناراحتی گوش دارد؟ (کی شروع شده است ؟)

3-آیا در گوش راست و یا چپ، کاهش شنوایی دارد؟

4-از چه مدت کاهش شنوایی پیدا کرده است؟

5-آیا کاهش شنوایی با علائم دیگری همراه است؟

6-آیا ترشح گوش دارد؟ چرکی؟ آبکی؟

7-آیااخیراً ضربه‌ای به سر و گوش وارد شده است؟

8-آیا جسم خارجی در گوش وجود دارد؟

9-آیا سرگیجه دارد؟

10-آیا وزوزگوش دارد؟

معاینات

- بررسی حال عمومی - اندازه‌گیری درجه حرارت
- معاینه گوش

معاینه گوش:



مقصود از معاینه گوش آن است که ببینیم آیا ناراحتی در گوش دارد و یا خیر؟برای معاینه مجرای گوش از چراغ قوه استفاده کنید و برای راست نمودن مجرای گوش ، در بزرگسالان، لاله گوش را با ملایمت بگیرید و به طرف بالا، عقب و مختصری در جهت مخالف سر بکشید و درکودکان گوش را به طرف پایین و عقب بکشید.



در معاینات گوش حالات زیر ممکن است مشاهده شود:

1. معمولاً بچه ای که گوش درد دارد اگر نتواند اظهار نظر نماید مرتب گوش خود را با دست می‌گیرد و به نظر می‌رسد که آن را می‌خاراند و این در بچه‌ها اگر تکرار شده و همراه با گریه‌های بی‌دلیل باشد نشانه‌ای برای وجود گوش درد است.

اگر فشار روی استخوان پشت گوش و لاله گوش بیاورید، چنانچه ناراحتی در گوش وجود داشته باشد بیمار نمی‌تواند فشار را تحمل نماید (بچه‌ها در این نوع معاینه معمولاً گریه می‌کنند)

2. ممکن است لاله گوش و اطراف آن کمی قرمزتر و گرم‌تر از گوش سالم باشد.
3. ممکن است گوش دارای ترشح باشد (به کمک چراغ قوه به داخل سوراخ گوش نگاه کنید.)

سه نوع ترشح ممکن است دیده شود:

اول: ترشح طبیعی گوش که به رنگ زرد متمایل به قهوه‌ای است و گاهی اوقات خیلی سفت می‌شود.

دوم: ترشح چرکی که ممکن است با خونابه همراه باشد.

4. در موقع معاینه گوش با کمک چراغ قوه ممکن است که جسم خارجی مثل نخود، لوبیا، سنگ‌ریزه و غیره داخل گوش باشد که می‌توانید آن را ببینید.

درمان و مراقبت:

ارجاع فوری :

- گوش درد همراه با تب باشد.
- اگر جسم خارجی در گوش وجود دارد و نتوان آن‌را به آسانی خارج نمود.
- اگر از گوش ترشح خارج می‌شود و سابقه ضربه و یا صدمه به سر و یا گوش وجود دارد.

ارجاع غیر فوری :

- اگر ناراحتی گوش به صورت وزوز همراه با سرگیجه باشد.
- اگر ناراحتی گوش و یا ترشح بیش از 2هفته است ولی همراه با تب و درد نیست برای بیمار ترتیب معاینه توسط پزشک در خانه بهداشت داده شود.

توجه:

افرادی که سابقه عفونت حاد گوش دارند باید همیشه گوش خود را تمیز و خشک نگه داشته و در برخورد با آب از محافظ گوش استفاده کنند.

اصول مراقبت و درمان گوش درد در کودکان زیر 5 سال در بوکلت چارت مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال (مانا) آورده شده است.

تمرین :

1. علائم شایع ناراحتی گوش را دربیمار بررسی نمایند.
2. ارزیابی بیمارمبتلا به ناراحتی گوش را انجام داده ودفترثبت نام بیماران را تکمیل نمایند.
3. معاینه گوش را دربیمار به نحو صحیح انجام دهند.
4. فرم ارجاع فوری و غیر فوری برای بیمار در ناراحتی گوش را تکمیل نمایند.

عفونت گوش میانی

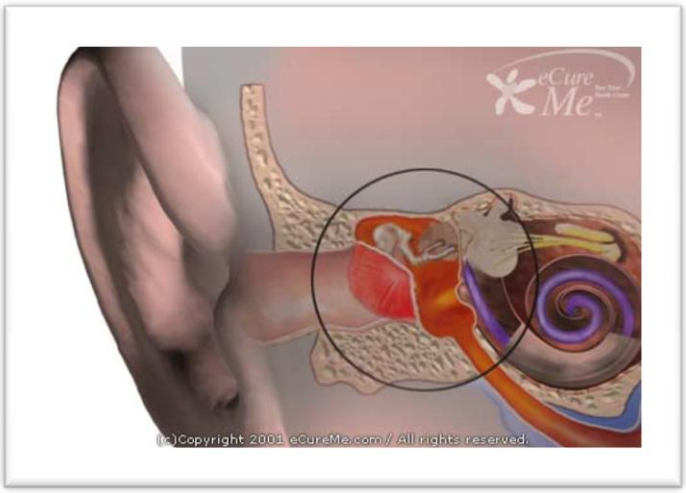
اهداف آموزشی :

در پایان این درس انتظار میرود که فراگیران بتوانند :

1. **عفونت گوش میانی را تعریف نمایند.**
2. **علائم بیماری را لیست نمایند.**
3. **راههای انتقال بیماری را توضیح دهند.**
4. **دوره کمون و واگیری بیماری را شرح دهند.**
5. **از بیمار مبتلا به گوش درد شرح حال کامل بگیرند.**
6. **اقدامات درمانی وحمایتی را طبق دارونامه انجام دهند.**

تعریف عفونت گوش میانی:

شایع‌ترین عارضه برخی بیماری‌های تنفسی در افراد می‌باشد که به‌علت نفوذ عامل عفونی از راه سینوسها به پشت پرده گوش موجب ایجاد بیماری می‌گردد. عفونت گوش میانی به دو دسته تقسیم می‌شوند:



1. **عفونت گوش میانی حاد:** که طول دوره بیماری کمتر از 14 روز است.
2. **عفونت گوش میانی مزمن:** که خروج ترشحات و بیماری 14 روز و بیشتر طول می‌کشد.

عامل:

عامل عفونی این بیماری بیشتر پنوموکوکها، استافیلوکوکها و استرپتوکوکهای گروه A هستند اما عوامل دیگری همانند رینوویروس، آدنوویروس و آنتروویروس‌ها نیز می‌توانند باعث ایجاد عفونت گوش میانی بشوند.

همه‌گیری شناسی:

یکی از عفونت‌های شایع گوش که در نزد تمام سنین مشاهده می‌گردد ولیکن سن شایع آن نزد کودکان کمتر از 7سال می‌باشد. بیماری در تمام نقاط دنیا وجود دارد و یکی از علل شایع ناشنوایی است.

علائم‌بیماری:

عفونت گوش میانی حاد: تب، تحریک‌پذیری، سردرد، بی‌حالی، بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، وجود مایع و ترشحات چرکی در کانال گوش، احساس پری گوش، التهاب پرده گوش و قرمزی گوش و سایر علائم که به تشخیص قطعی کمک می‌کند.

عفونت گوش میانی مزمن: علاوه بر وجود علائمی که در مورد نوع حاد گفته شد در نوع مـزمن ترشح گوش میانی و خروج چرک بیش از 4 روز ممکن است طول بکشـد کـه چنانچـه عفونـت حـاد بـه مزمن تبدیل شود احتمال پارگی پرده گوش نیز وجود دارد.

راه انتقال:

1- **مستقیم:** تماس عوامل عفونی و راه یافتن آنها به گـوش میـانی از طریـق اشـیا آلـوده و دست آلوده می‌باشد

2- **غیر مستقیم:** وهم از طریق راههای تنفسی یعنی پس از ابتلا به یـک بیمـاری تنفسـی همانند فارنژیت، سرماخوردگی، آنفلوآنزا و غیره می‌باشد

توجه :احتمال انتقال مستقیم انسان به انسان از راه ترشحات گوش کـم اسـت مگـر در موارد استثنایی همانند استفاده از اتوسکوپ آلوده به ترشحات گوش فرد بیمار برای فـرد سالم)

دوره کمون: دوره کمون معمولا بین 14-7 روز می‌باشد.

دوره واگیری: دوره واگیری مشخصی ندارد.

گرفتن شرح حال:

1. برقراری ارتباط مناسب با بیماروپرسیدن مشخصات فردو ثبت در دفتر ثبت نام بیماران
2. آیا بیمار تب دارد؟
3. کدام گوش مشکل دارد؟
4. آیا وز وز گوش و سرگیجه هم دارد؟
5. آیا درد و قرمزی و تورم در ناحیه گوش، احساس پری گوش و سردرد دارد؟
6. آیا از گوش ترشح خارج می‌شود؟بررسی نوع ترشح که چرکی است یا آبکی؟
7. آیا اخیرا به سر و گوش ضربه ای وارد شده است؟

8. آیا بیمار بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ هم دارد؟
9. آیا بیمار اخیرا به یک عفونت تنفسی مبتلا بوده است؟
10. چه مدت است که ناراحتی گوش وجود دارد؟

معاینات

- بررسی حال عمومی
- اندازه گیری درجه حرارت
- معاینه گوش

تشخیص:

چنانچه به همراه تب در بیمار سردرد، بیحالی، وجود مایعات و ترشحات چرکی در کانال گوش، احساس پری گوش، التهاب پرده گوش و قرمزی در ناحیه گوش، بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ، دیده شد و این علائم کمتر از 14روزباشد بیمار مبتلا به عفونت گوش میانی حاد است. چنانچه این علائم بیش از 14روز ادامه داشت عفونت مزمن گوش تلقی می‌گردد که باید بیمار ارجاع غیر فوری داده شود. (زیرا منجر به آسیب پرده گوش و ناشنوایی می‌گردد)

ارجاع غیر فوری:

1. بیمار عفونت گوش مزمن دارد که بهورز باید ضمن فتیله‌گذاری گوش مطابق با دستورالعمل بیمار را جهت اقدامات درمانی بیشتر ارجاع دهد (چنانچه عفونت گوش در کودکان وجود دارد ارجاع طبق بوکلت چارت طرح مانا صورت گیرد).



2. بیمار، وزوز گوش همراه با سرگیجه دارد.
3. ناراحتی گوش بیش از دو هفته ولی همراه با تب و درد نیست.

ارجاع فوری:

1.گوش درد همراه با تب

2.بیمار دارای ترشح آبکی در گوش همراه یا بدون خونابه، حالت تهوع واستفراغ به دنبال ضربه به سر و یا گوش دارد.

پیشگیری و اقدامات مراقبتی بهورز:

1. آموزش به افراد تحت درمان جهت کامل کردن دوره درمان برای پیشگیری از عوارض بیماری مانند ناشنوایی ضرورت دارد.
2. آموزش به افراد برای محافظت از گوش و جلوگیری از ورود اشیاء آلوده به داخل گوش و تمیز نگهداشتن گوش و غیره ضرورت دارد.
3. آموزش به افراد برای پیشگیری از ابتلا به عفونت‌های تنفسی، چون این بیماری یکی از پیامدهای عفونت‌های تنفسی می‌باشد.
4. درمان این بیماری نیز از وظایف بهورز نمی‌باشد و باید اقدامات لازم جهت ارجاع را انجام دهد.
5. گزارش دهی فوری ندارد.

تمرین :

1- ارزیابی بیمارمبتلا بـه عفونـت گـوش میـانی را انجـام داده ودفترثبت نام بیماران را تکمیل نمایند.

2- موارد پیشگیری از عفونت گوش میانی را آموزش دهند.

گلودرد

اهداف آموزشی:

در پایان این درس انتظار می‌رود که فراگیران بتوانند:

1. نشانه‌های گلو درد ویروسی و چرکی را بیان نمایند.
2. راههای انتقال بیماری را توضیح دهند.
3. دوره کمون و واگیری بیماری را توضیح دهند.
4. از فرد مبتلا به گلودرد شرح حال بگیرند.
5. معاینه گلورا در بیمار مبتلا به گلودرد بطورصحیح انجام دهند.
6. اقدامات درمانی و علامتی در گلودرد را انجام دهند
7. فرم ارجاع فوری و غیرفوری را تکمیل نمایند.

مقدمه:

یکی از شکایات شایع بیماران مراجعه کننده به خانه‌های بهداشت را گلو درد تشکیل می دهد. در یک تقسیم بندی کلی، گلو دردبه دو دسته کلی نوع ویروسی و نوع میکروبی تقسیم بندی می‌شود.

علائم گلودردویروسی:

- قرمزی گلو بدون ترشحات چرکی
- قرمزی حلق و گلوکه منتشر نیست
- حال عمومی بیمار بد نیست
- گلو دردممکن است همراه با خارش گلو، سرفه،اشک‌ریزش چشم‌ها، آبریزش از بینی و یا خشونت صداباشد.
- قرمزی زبان کوچک، خفیف تا متوسط
- تب وجود ندارد و یا خفیف است.



علائم گلودردمیکروبی:

- قرمزی منتشر گلو همراه با ترشحات سفید
- حال عمومی بد
- تب همراه با ضعف
- بزرگی غدد لنفاوی گردن

توجه:

در گلودردمکروبی احتمال عفونت استرپتوکوک گروه A را مطرح می‌کندبنابراین درمان به‌موقع حائز اهمیت فراوان است زیرا در صورت عدم درمان به موقع، موجب عوارض جدی چون تب روماتیسمی و ناراحتی کلیه می‌شود.

همه‌گیری شناسی:

این بیماری در نواحی معتدل دنیا شیوع بیشتری دارد. گلودرد استرپتوکوکی نزد کودکان کمتر از 2 سال رایج نیست و حداکثر موارد آن در گروه سنی 12-6 سال دیده می‌شود. این بیماری یکی از بیشترین علل غیبت دانش‌آموزان از مدرسه بوده و بعد از این سنین نیز رو به کاهش می‌رود.

موارد بیماری در تمام فصول سال اتفاق می‌افتد ولی حداکثر میزان بروز آن در اواخر زمستان و اوایل بهار می‌باشد.

راه‌های انتقال:

مهمترین و اصلی‌ترین راه انتقال بیماری از طریق تماس مستقیم فرد سالم با ریز قطرات تنفسی و یا ترشحات مخاطی بینی و حلق فرد می‌باشد. راه انتقال غیر مستقیم نیز از طریق تماس با اشیاء و وسایل آلوده به ترشحات مخاط بینی و حلق بیمار نیز صورت می‌پذیرد.

دوره کمون:

این مدت کوتاه و معمولاً بین 3-1 روز است و به ندرت طولانی می‌شود.

دوره واگیری:

مدت زمان انتقال باکتری در موارد درمان نشده 21-10 روز و در موارد درمان شده با آنتی‌بیوتیک مناسب قدرت انتقال در عرض 24 ساعت خاتمه می‌یابد.

شرح حال:

1. برقراری ارتباط مناسب با بیماروپرسیدن مشخصات فردو ثبت در دفتر ثبت نام بیماران
2. آیا بیمار تب دارد؟
3. آیا بیمار سرفه می‌کند؟
4. آیا بیمار آبریزش از بینی و قرمزی چشم و عطسه دارد؟

5. آیا درناحیه گلو تورم و قرمزی و وجود دانه‌های سفید رنگ و یا غشاء خاکستری بر روی لوزه‌ها وجود دراد؟
6. آیا غددلنفاوی در ناحیه جلوی گردن متورم و دردناک است؟

معاینات:



- بررسی حال عمومی
- اندازه‌گیری درجه حرارت بدن
- معاینه پوست از نظر سرخی
- معاینه‌گلوازنظرقرمزی،تورم‌لوزه،وجودانه‌های چرکی یاغشاءخاکستری
- معاینه گردن برای بررسی غدد لنفاوی

معاینه گلو:

برای معاینه گلو می‌توانید بیمار را در حال نشسته معاینه کنید. اگر بیمار بچه است از مادر بخواهید که بچه را روی زانوی خود بنشاند، به‌طوری که صورت او به طرف شما قرار گرفته و پاهای بچه را بین پاهای خود نگه دارد و با یک دست، دست‌های بچه را محکم نگه دارد و دست دیگر خود را روی پیشانی بچه قرار داده به‌طوری که سر بچه روی سینه مادر قرار گیرد. تا شما بتوانید گلوی بیمار را خوب ببینید. برای معاینه، چراغ قوه را به یک دست و آبسلانگ (قاشق چوبی) را با دست دیگر بگیرید،دهان بیمار را باز کرده و بعد به کمک آبسلانگ زبان را در پائین دهان نگه داشته و نور چراغ را به داخل گلوی او بیاندازید.





حالات مشاهده شده در هنگام معاینه گلو:

1. در حالت سلامت رنگ صورتی قرمز رنگی را می‌بینید و محوطه گلو خوب باز و تمیز است و تورمی دیده نمی‌شود.
2. در حالت بیماری حالات زیر دیده می‌شود:



الف) گلو و لوزتین قرمز خونی به نظر می‌رسد و خیلی پر رنگ‌تر از حالت معمولی است و علاوه بر آن لوزه‌ها متورم و بزرگ شده و گلو را تنگ‌تر کرده است.



ب) گاهی اوقات علاوه بر قرمزی فوق العاده، پرخونی، تورم، ممکن است دانه‌های قرمز و یا خاکستری در روی لوزتین دیده شود که آنها دانه‌های چرکی هستند (این نقاط چرکی ممکن است در روی یکی از لوزه‌ها و یا هر دو لوزه دیده شود)

ج) گاهی اوقات بر روی لوزتین و گلوی ملتهب و متورم پرده (غشاء) خاکستری رنگی ممکن است دیده شود که به‌صورت یک ورقه یا صفحه چرکی در روی یک لوزه یا هر دو دیده می‌شود.

در تمام حالات فوق ممکن است بتوانید از روی پوست در ناحیه گردن برجستگی‌های غده مانندی را با نوک انگشتان خود حس کنید. باید دانست که این برجستگی‌ها در حالت عادی حس نمی‌شوند.

مراقبت و درمان گلودردویروسی :



- اگر بیمار سرماخوردگی، سرفه، سردرد یا درد و داده شود.
- توصیه به استراحت کافی ،نوشیدن مایعات فراوان و استفاده از بخور برای برطرف شدن گرفتگی بینی
- سیگار یک نوع محرک است که احتمالاً باعث التهاب گلو و گلو درد می‌شود. توصیه نمایند در صورت سیگاری بودن، بیمار سیگار را ترک نماید و یا از محیط های پر از دود سیگار دوری کند. مایعات فراوان بنوشد، آب نمک گرم غرغره نماید، هوای خانه را مرطوب نگه دارد و برای تسکین درد او مسکن (بر اساس دارونامه) تجویز نمائید.
- اگر بیمار دارو مصرف می‌کند ممکن است گلو درد از عوارض مصرف دارو باشد لذا برای قطع یا ادامه مصرف دارو بیمار باید با پزشک خود مشورت کند.

مراقبت ودرمان گلودردچرکی:

1. در مواردی که گلودرد چرکی است بر اساس دارونامه(داروی درمان گلودرد استرپتوکوکی) تجویز شود.
2. قرص مسکن و تب‌بر برای مدت 3 روز (چنانچه بیمار تب دارد) لازم است و چنانچه گلودرد با سرفه توأم باشد تجویز داروی ضد سرفه و خلط آور(براساس دارونامه) تجویز می‌شود.
3. توصیه درباره نوشیدن مایعات و استراحت در همه حال مفید است.
4. پیگیری پس از 3 روز و تکرار درمان فوق در صورتی که حال عمومی و علائم بیماری بهتر شده باشد باید انجام شود و چنانچه حال بیمار بدتر شد ارجاع فوری او به پزشک لازم است.
5. در پیگیری دوم دستورات فوق برای 3 تا 4 روز دیگر تکرار گردد. که جمعاً بیمار به مدت 10 روز تحت درمان و مراقبت می‌باشد.

ارجاع غیر فوری:

1. چنانچه بیمار پس از 10 روز درمان خوب نشده باشد.
2. برای کودکان کمتر از 5 سال مبتلا به گلودرد براساس برنامه مانا (مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال) اقدام شود.

ارجاع فوری

1. در معاینه گلو پرده (غشاء) خاکستری رنگ کثیف مشاهده می‌شود.
2. حال عمومی بیمار بد است (چه در اولین مراجعه و یادر پیگیری‌های بعدی)
3. گلودرد همراه تب و سرخی و بثورات جلدی باشد.
4. تب همراهبا بزرگی غددلنفاوی(گردن، زیر بغل، کشاله ران)

تمرین :

1. **ارزیابی بیمارمبتلا به گلودردویروسی را انجام داده ودفترثبت نام بیماران را تکمیل نمایند.**
2. **ارزیابی بیمارمبتلا به گلوردمیکروبی را انجام داده ودفترثبت نام بیماران را تکمیل نمایند.**
3. **فرم ارجاع فوری دربیمار مبتلا به گلودرد را تکمیل نمایند.**

سـرفـه

اهداف آموزشی:

در پایان این درس انتظار می‌رود که فراگیر ان بتوانند:

1. از فرد مبتلا به سرفه به نحو صحیح شرح حال بگیرند.
2. معاینات لازم در فرد مبتلا به سرفه را به نحو صحیح انجام دهند.
3. فرم ارجاع فوری یا غیر فوری دربیمار مبتلا به سرفه را تکمیل نمایند.

مقدمه :

سرفه یک شکایت شایع است که از میزان ناچیز تا حد بسیار شدید متغیر می‌باشد.

علت ایجاد آن نوعی واکنش در مقابل محرک‌هایی است که موجب تحریک حنجره، نای وبرونش‌های بزرگ می‌شود.

این محرک‌ها عبارتند از: گرد و غبار، اجسام خارجی، هوای بسیار سردوگرم و مواردی مانند چرک و خون و التهاب مخاط تنفسی.



شرح حال:

1. برقراری ارتباط مناسب با بیماروپرسیدن مشخصات فردو ثبت در دفتر ثبت نام بیماران
2. چند وقت است سرفه می‌کند؟
3. کمتر از یک هفته ـ بین یک تا دو هفته ـ بیشتر از دو هفته
4. آیا سرفه به‌طور متناوب و یا پشت سر هم و قطاری است؟
5. آیا بیمار سرفه خشک (بدون خلط) دارد؟
6. آیا اخیراً در معرض بخارهای شیمیایی محرک یا دود آتش بوده است؟
7. آیا بیمار همراه با سرفه علائم زیر را دارد (حملاتی از تنگی نفس و خس خس سینه، شدیدتر شدن سرفه با فعالیت یا مواجهه با هوای سرد)

8. بیمار چه شغلی دارد؟
9. آیا بیمار دردی در وسط قفسه سینه دارد که با خم شدن به جلو یا دراز کشیدن بدتر می‌شود؟
10. آیا بیمار دارو مصرف می‌کند؟
11. آیا سرفه بیمار با یک یا چند علامت زیر همراه است؟ (کاهش وزن بدن، سرفه همراه با خون، گرفتگی طولانی مدت صدا، عرق کردن شبانه)
12. آیا بیمار بیشتر روزها همراه با سرفه خلط غلیظ و خاکستری رنگ دارد؟ (آیا سیگاری است یا قبلاً سیگار می‌کشیده است)

معاینات:

- بررسی حال عمومی بیمار
- اندازه‌گیری درجه حرارت
- معاینه حلق و گلو

مراقبت و درمان :

1. اگر سرفه با گلودردهمراه باشد، درمان علامتی گلودرد(ویروسی – چرکی) راانجام دهید.
2. اگرسرفه بدون تب باشد ضمن آموزش های لازم درموردافزایش مصرف مایعات ، تجویز داروهای آنتی هیستامین (طبق دارونامه)انجام شود.استفاده از داروهای بی ضررخانگی (لعاب به دانه و....) می تواند درتسکین نشانه های احتقانی ناشی از سرفه (نظیرسرماخوردگی) مفید می باشد.
3. اگرسرفه بیمار همراه با مصرف داروی خاص (داروی پائین آورنده فشارخون)می باشد درزمینه ادامه یا قطع داروی مصرف شده اورابه پزشک ارجاع دهید.
4. نکات بهداشتی جهت تسکین سرفه را آموزش دهید.

ارجاع فوری :

1. خون درخلط دیده شود.
2. بیماردچارسرفه، تب نداردوازعلائم سوزش سردل شکایت دارد.
3. اگر بیمار سرفه خشک بدون خلط دارد ممکن است تکه کوچکی از غذا به داخل راه‌های هوایی بیمار پریده باشد و سرفه عکس العمل طبیعی بدن به محرک وارد شده به راه هوایی بوده که با خارج شدن جسم خارجی سرفه هم برطرف می‌شود. اگر سرفه بیش از یک ساعت ادامه داشت بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید.
4. اگر بیمار اخیراً در معرض بخارهای شیمیایی محرک یا دود آتش بوده است،سرفه او با رفتن در محیطی با تهویه مناسب برطرف خواهد شد. در صورتی که گازهای استنشاق شده سمی باشند، بیمار را فوراً ارجاع دهید. در صورتی که گاز استنشاق شده سمی نباشد ولی سرفه بیش از یک ساعت طول کشیده و با تنگی نفس همراه شده باشد بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید.
5. اگر بیمار در حال حاضر تنگی نفس و خس خس سینه دارد او را به پزشک ارجاع فوری دهید. توصیه کنید در مسیر رسیدن به پزشک بیمار صاف بنشیند.
6. اگر بیمار سرفه قطاری و پشت سر هم دارد بیمار را به پزشک ارجاع دهید.
7. اگر سرفه از هفته گذشته شروع شده است و بیمار تب دارد به بیمار مسکن (طبق دارونامه) داده و او را به پزشک ارجاع دهید.

تمرین :

1- ارزیابی ودرمان بیمارمبتلابه سرفه را انجام داده ودفترثبت نام بیماران را تکمیل نمایند.

2- فرم ارجاع فوری را دربیمار مبتلا به سرفه تکمیل نمایند.

3- نکات بهداشتی جهت تسکین سرفه را آموزش دهند.

سـردرد

اهداف آموزشی:

در پایان این درس انتظار می‌رود که فراگیران بتوانند:

1. علل ایجاد کننده سردرد را لیست کنند.
2. انواع سردرد را بر حسب نحوه شروع و مدت ادامه عارضه طبقه‌بندی نمایند.
3. بیمار مبتلا به سردرد را به‌طور صحیح ارزیابی نمایند.
4. فرد مبتلا به سردرد را از نظر سفتی گردن به‌طور صحیح معاینه نمایند.
5. موارد ارجاع فوری و غیر فوری در سردرد را لیست نمایند .
6. بینایی سنجی را در بیمار مبتلا به سردرد همراه با اختلال بینایی، به‌طور صحیح انجام دهند.
7. اقدامات حمایتی برای آن دسته از بیمارانی که دارای سردردهای مزمن هستند انجام دهند.

مقدمه



یکی از مهم‌تر ین شکایات بیماران مراجعه کننده به خانه‌های بهداشت سردرد است که از شایع‌ترین علائم بیماریها به شمار می‌رود و ممکن است با هیچ‌گونه ضایعه عفونی همراه نبوده و یا برعکس از تظاهرات یک بیماری شدید و خطرناک باشد. بیشتر سردردها موقتی و زود گذرند ولی بعضی از آنها مزمن هستند و ممکن است به‌طور مکرر عود کند.

علل ایجاد کننده:

سردرد ممکن است به علت عفونت‌های حاد داخل جمجمه، عفونت‌های عمومی حاد، تومورها، آسیب‌های جمجمه و هرگونه اختلال‌عروق داخل جمجمه، افزایش فشار خون، بیماری حاد و مزمن چشم، گلو، بینی، سینوسها و دندانها ایجاد شود.

سردردها ممکن است بر اثر تحریک، فشردگی و یا کشیدگی آن قسمت از ساختمان جمجمه که در مقابل درد حساس می‌باشند و یا به دلیل خستگی، ضعیفی چشم، بیماریهای حاد تب‌دار ایجاد شوند . اساس تشخیص علت سردردهای مزمن و عود کننده غالباً دشوار است و به گرفتن سابقه دقیق و مطالعه از نظر جسمی و روانی نیاز دارد.

سردرد در یک تقسیم‌بندی کلی به 2 دسته تقسیم می‌شود:

1. **سردردهای که شروع ناگهانی وحاددارندشامل :**

الف) سردرد به علت عفونت مننژ (پرده‌های مغزی): درد در این بیماران به صورت فشرده بوده و تمام سر را در بر می‌گیرد، با استراحت کاهش می‌یابد و با حرکت تشدید می‌شود. وجود علائمی مانند تب و سفتی گردن به تشخیص کمک می‌کند.

ب) سردرد به علت فشار خون بالا: سردرد در این بیماران معمولاً زمانی ظاهر می‌شود که فشار خون حداکثر به 200 و فشار خون حداقل به 120 میلی‌متر جیوه رسیده باشد، این نوع سردرد غالباً در ناحیه پس سر متمرکز می‌باشد.

ج) سردرد ناشی از عفونت‌های دندانی: این نوع سردردها غالباً از ناحیه صورت شروع می‌شود و به تدریج به تمام کره سر منتشر می‌شود.

2. **سردرد مزمن و رایج که شامل:**

الف) میگرن

ب) سردرد تشنجی

ج) سردرد ناشی از بیماری‌های چشم

میگرن:

سردردی است که به‌صورت عود کننده، حمله‌ای، احساس کوبش در یک طرف سر همراه با تهوع و استفراغ می‌باشداز چند ساعت تا یک الی دو روز طول می‌کشد و به خصوص در زمان قاعدگی تشدید می‌شود معمولاً 15 تا 30 دقیقه قبل از شروع این نوع سردرد علائمی مانند ظهور نقاط نورانی در مقابل چشم، تاری دید و منگی پدیدار می‌شود.

سردرد به دنبال استرس و عصبانیت یا سردرد تنشی:

تقریباً اکثر بیماران مبتلا به سردرد دچار این نوع سردرد هستند که علت پیدایش آن، انقباض عضلات کاسه سر، شانه و صورت بوده و مهم‌ترین دلیل پیدایش این انقباضات هیجانات عصبی است. این نوع سردرد دو طرفه است. درد مبهم و بدون احساس کوبش می‌باشد، بیشتر در محل پیشانی یا پس سر احساس می‌شود که بتدریج تمام کاسه سر را فرا می‌گیرد. مدت آن متغیر است ممکن است ساعت‌ها و یا روزها ادامه داشته باشد.

عیوب انکساری چشم:

این عیوب سبب پیدایش سردردهای مکرر در ناحیه پیشانی بخصوص در هنگام مطالعه و تماشای تلویزیون می‌شود علت پیدایش این نوع سردرد، احتمالاً انقباض مداوم عضلات اطراف چشم می‌باشد.

شرح حال:

1. برقراری ارتباط مناسب با بیماروپرسیدن مشخصات فردو ثبت در دفتر ثبت نام بیماران
2. .از کی سردرد شروع شده است؟
3. آیا سردرد مداوم است یا گاه به گاه وجود دارد؟
4. آیا درد در ناحیه بخصوصی وجود دارد؟
5. آیا حالت تهوع و استفراغ مکرر وجود دارد؟
6. آیا اخیراً ضربه به سر وارد شده است؟
7. آیا بیمار سرفه می‌کند؟
7. آیا گوش درد و گلو درد دارد و یا از ناراحتی چشم شکایت دارد؟

معاینات:

- بررسی حال عمومی بیمار
- اندازه‌گیری فشار خون
- اندازه‌گیری درجه حرارت بدن
- معاینه گردن جهت تعیین سفتی‌گردن

معاینه گردن بیمار از نظر سفتی گردن

در صورتی که سردرد همراه با تب و استفراغ مکرر باشد، بایستی معاینه از نظر سفتی گردن انجام شود.

در حالت عادی گردن دارای حرکاتی نرم است وبه جلو و عقب و طرفین بخوبی حرکت می‌کند. (شما می‌توانید آن را حرکت دهید) ولی در بعضی از بیماری‌های عضلات گردن سفت شده و به سختی می‌توانید این حرکات را به گردن بدهید برای معاینه گردن نکات زیر را رعایت نماید.

1. برای امتحان گردن، بیمار را روی تخت به پشت بخوابانید، یک دست خود را به زیر سر او بگذارید و سعی کنید که گردن او را به جلو خم کنید اگر بدون مقاومت و ناراحتی گردن خم شد سفتی عضلات گردن وجود ندارد و گردن سالم است ولی اگر با مقاومت روبرو شدید و حرکات گردن نرمی و حالت عادی خود را نداشت و یا بیمار در موقع انجام این حرکات خیلی ناراحت شد و گریه کرد ممکن است سفتی عضلات گردن وجود داشته باشد که نشانهٔ بیماری است اگر سفتی گردن خیلی زیاد باشد در موقع انجام معاینه ممکن است تنه بیمار همراه سر و گردن از روی تخت بلند شود.



2. در افراد بالغ می‌توانید از بیمار بخواهید که سعی کند بدون باز کردن دهان چانه را بـه قفسـه سـینه خود نزدیک نماید، اگر به راحتی نتوانست که چانه خود را به قفسه سینه برساند یـا ایـن‌کـه ضـمن حرکت ناراحت شد ممکن است به علت سفتی گردن باشد.

درمان و مراقبت:

1. **اصول تسکین سردرد میگرنی عبارت است :**

- استفاده ازاستامینوفن (طبق دارونامه)برای مدت 3 روز
- رفع عوامل تنش‌زا
- پرهیز از غذاهایی که باعث شروع سردرد می‌شود(تخم مرغ،پنیر،شکلات،آجیل و....)
- کمپرس سرد و گرم در ناحیه سر
- استراحت در محیط تاریک
- انجام ورزش های آرام بخش وتنظیم برنامه خواب

پیگیری: چنانچه پس از 3روزباخوردن مسکن هنوزاز سردردشکایت داشت با توجه به حال عمـومی بیمارترتیب ارجاع فوری یا غیرفوری داده شود.

2. **اصول تسکین سردرد تنشی عبارت است :**

در سردرد تنشـی بـه بیمـار قـرص مسـکن (طبـق دارونامـه) داده شـود، علائـم خطرومراجعـه مجددرصورت عدم بهبودی رانیز آموزش داده، وچنانچه بیمار مراجعه نمود ترتیب ارجاع فـوری یا غیرفوری داده شود.

3. **اگر بیمار تب دارد:** درجه حرارت او را اندازه بگیرید و تب را درمـان علامتـی نماییـد و سـپس نسبت به ارجاع وی اقدام نمایید.

4. **اگر بیمار سرفه می‌کند:** مراقبت و درمان سرفه را انجام دهید.
5. **اگر بیمار ناراحتی گوش دارد:** مراقبت و درمان گوش درد را انجام دهید.
6. **اگر بیمار گلو درد دارد:** مراقبت و درمان گلو درد را انجام دهید.
7. **اگر بیمار ناراحتی چشمی دارد**: معاینه چشمی انجام دهید.

ارجاع غیر فوری:

در موارد زیر پس از دادن قرص مسکن (طبق دارونامه) برای بیمار ترتیب ارجاع غیر فوری دهید.

1. اگر سردرد گاه به گاه بیش از مدت یک هفته وجود داشته است.
2. اگر بیمار ناراحتی چشمی دارد.
3. اگر بیمار دارای سردرد ضربان‌دار می‌باشد که با نور، سر و صدا و استرس بیشتر می‌شود.

ارجاع فوری:

1. بیمار از درد شدید کره چشم شکایت دارد.
2. در معاینه چشم بیمار سرخ است.
3. سردرد بیمار با سرفه و عطسه تشدید می‌شود (سردرد به علت تومورهای مغزی معمولاً دیده می‌شود)
4. سردرد بیمار با بلند کردن بار و یا خم شدن تشدید می‌شود.
5. سردرد برای بیمار اختلال خواب ایجاد کرده و بیمار با سردرد از خواب می‌پرد (معمولاً در سردرد به علت تومورهای مغزی دیده می‌شود)
6. شکل، مدت و کیفیت سردرد به تازگی تغییر کرده است.
7. بیمار سردرد تؤام با استفراغ دارد.
8. بیمار سردرد تؤام با سفتی گردن دارد.
9. سردرد شدید و غیر قابل تحمل است.

10. اخیراً ضربه به سر وارد شده است و سردرد شدید وجود دارد.

11. سردرد با اختلال ناگهانی در دید چشم همراه است.

12. فشار خون بیمار، غیر طبیعی است.

13. سردرد با علائمی مانند کاهش هوشیاری، بی‌حسی در اندام‌ها، عدم توانایی در تکلم و بثورات پوستی همراه است.

توجه:

معاینه بینایی‌سنجی با استفاده از تابلوی اسنلن بینایی مطابق دستورالعمل انجام شود.

تمرین :

1. ارزیابی ودرمان بیمارمبتلابه سردردمیگرنی را انجام داده ودفترثبت نام بیماران را تکمیل نمایند.
2. ارزیابی ودرمان بیمارمبتلابه سردردتنشی را انجام داده ودفترثبت نام بیماران را تکمیل نمایند
3. فرم ارجاع دربیمار مبتلا به سردرد را تکمیل نمایند.

دردهای شکمی

اهداف آموزشی:

در پایان این درس انتظار می‌رود که فراگیران بتوانند:

1. از بیمار مبتلا به درد شکمی به‌طور صحیح شرح حال بگیرند.
2. علل ایجاد کننده دردهای شکمی را فهرست نمایند.
3. معاینه شکم را به‌طور صحیح انجام دهند.
4. موارد ارجاع غیر فوری در دردهای شکمی را توضیح دهند.
5. موارد ارجاع فوری در دردهای شکمی را توضیح دهند.
6. ارزیابی ودرمان ناراحتی معده را بطورصحیح انجام دهند.
7. موازین بهداشتی در فرد مبتلا به ناراحتی معده را آموزش دهند.

مقدمه:



یکی از شکایات بیماران مراجعه کننده به خانه‌های بهداشت دل درد یا شکم درد می باشد که از اهمیت بسیاری برخوردار است. دل درد از علائم بیماری‌های متعددی به شمار می‌رود و ممکن است با هیچ‌گونه ضایعات عفونی همراه نبوده و یا برعکس از تظاهرات یک بیماری شدید باشد.

علل ایجاد کننده:

دردهای شکمی ممکن است به علت بیماری‌های معده، سنگ کیسه صفرا، التهاب روده کوچک و یا بزرگ، آپاندیست، سرطان‌های معده و روده، التهاب عضلات شکمی، مسمومیت‌های غذایی و یا در خانم‌ها در دوران قاعدگی مشاهده شود.

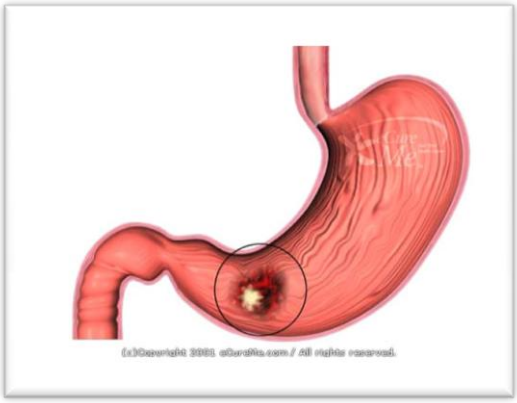
دردهای شکمی به دو دسته تقسیم می‌شوند:

الف) دردهای ناگهانی و حاد که با علائمی مانند تب،افزایش ضربان قلب، تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی و تغییر رنگ مدفوع می‌تواند همراه باشد.

ب) دردهای مزمن شکمی که عود کننده هستند و به مدت چند روز پایدار می‌باشند.

علائم و نشانه‌ها

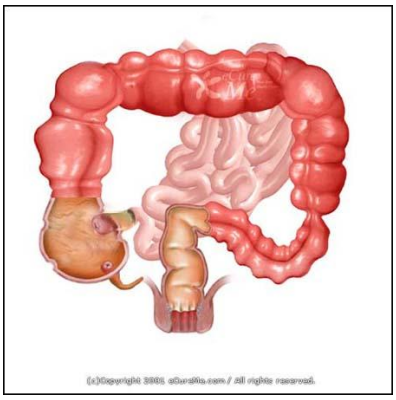
1. دردهای معده معمولاً در قسمت بالای شکم و در حدود خط وسط احساس می‌شود و هنگام زخم معده درد به صورت سوزش و یا درد سوراخ کننده احساس می‌شود و محل آن در قسمت بالای شکم در خط وسط و کمی متوجه سمت چپ و معمولاً بلافاصله بعد از خوردن غذا شروع می‌شود.



2. سرطان معده با احساس ناراحتی در قسمت بالای شکم، بعد از خوردن غذا و با علائم کم‌اشتهایی و خروج گاز از معده همراه است.

3. در التهاب حاد معده، استفراغ غالباً با دردهای قسمت بالای شکم همراه است.

4. التهاب روده باریک در اثر مسمومیت غذایی و بیماری‌هایی مانند وبا، حصبه که با علائم دردهای قولنجی شکم و اسهال همراه است.



5. التهاب روده بزرگ که بر اثر افزایش سطح اوره خون و یا سرطان‌ها ایجاد می‌شود با علائم اسهال و دردهای قولنجی در تمام قسمت‌های اطراف شکم همراه است.



6. سنگ کیسه صفرا با دردهای بسیار شدید در زیر دنده‌های راست و یا در قسمت وسط و بالای شکم احساس می‌شود.

7. توده‌های شکمی با احساس درد و سنگینی در شکم احساس می‌شوند.

8. آپاندیست یا درد شدید در تمام شکم شروع شده و بعد از چند ساعت در ربع تحتانی سمت راست شکم متمرکز می‌شود.

9. التهاب لوزالمعده، با دردهای شدید در قسمت بالای شکم احساس می‌شود و در نوع مزمن آن طول مدت درد چند ساعت تا یک هفته یا بیشتر می‌باشد و تب و استفراغ نیز شایع است.



10. کیست لوزالمعده به علت تومورهای خوش خیم و یا ضایعات لوزالمعده دیده می‌شود و درد در ناحیه بالای شکم می‌باشد.

11. مبتلایان به سوء هاضمه معمولاً از سردرد، کم اشتهایی، و درد شکم شکایت دارند.

12. دردهای شکمی به دلیل کیست های تخمدانی در دوران باروری و در دوران قاعدگی خانم‌ها نیـز در قسمت پایین شکم و به سمت کمر احساس می‌شود.

شرح حال:

1. برقراری ارتباط مناسب با بیمار وپرسیدن مشخصات فرد و ثبت در دفتر ثبت نام بیماران
2. آیا درد ناگهانی شروع شده است؟
3. آیا بیمار اسهال دارد؟
4. آیا بیمار استفراغ می‌کند؟ چنانچه جواب مثبت بود چند دفعه در روز؟
5. در بیماران زن سئوال کنید آیا حامله است؟
6. آیا درد بیمار زن همراه با زمان قاعدگی است و یا اینکه قاعدگی او نامنظم است؟
7. آیا درد با غذا خوردن و یا بعد از غذا تغییر می‌کند؟
8. درد در قسمت بالای شکم بوده و با ترش کردن همراه است؟
9. آیا در موقع ادرار کردن تغییری در درد پیدا می‌شود؟
10. آیا خون و یا بلغم در مدفوع دیده شده است؟
11. آیا بیمار یبوست دارد، اگر جواب مثبت است چند وقت است که به یبوست مبتلا است؟
12. آیا بیمار گاز دفع می‌کند؟
13. آیا در مدفوع کرم دیده است؟
14. آیا بیمار سابقه استفراغ خونی، دفع مدفوع خونی و یا قیری رنگ را دارد؟
15. آیا بیمار کاهش وزن قابل توجهی را ذکر می‌کند؟

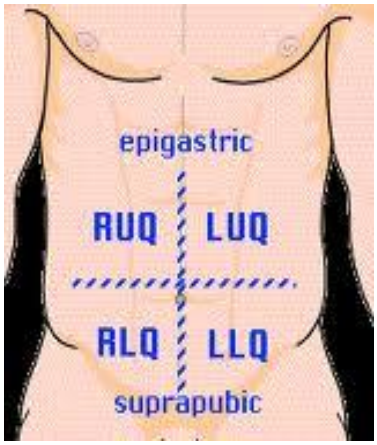
معاینات

- بررسی حال عمومی
- اندازه‌گیری درجه حرارت
- معاینه شکم
- اگر نمونه مدفوع در دسترس است آن را از نظرقوام،رنگ،وجود کرم بررسی نماید.

معاینه شکم

بیمار مبتلا به شکم درد را باید از نقطه نظر تعیین محل نوع درد و سایر علائم همراه با آن معاینه نمود در معاینه این‌گونه بیماران به دستورات زیر عمل نمائید.

1. بیمار را هدایت نمائید که به پشت بخوابد و پاهایش را به‌طور نیمه جمع شده قرار دهد.
2. در طرف راست بیمار بایستید و شکم او را با تمام سطح کف دست معاینه کنید.
3. برای انجام معاینه و توصیف محل درد در روی شکم، شکم اغلب توسط دو خط فرضی که در ناحیه ناف تلاقی می‌کنند به 4 قسمت تقسیم می‌شود (ربع بالایی راست شکم، ربع پایینی راست شکم، ربع بالایی چپ شکم، ربع پایینی چپ شکم)



4. در موقع معاینه شکم از محل‌های غیر دردناک و دور از نقطه شروع و به تدریج به محل درد نزدیک‌تر شوید. برای معاینه شکم از لمس کردن استفاده کنید، باید دست‌ها تمیز و نسبتاً گرم باشد، لمس شکم باید با تمام کف دست و به آهستگی انجام گیرد.



معاینه شکم یک دستی



معاینه شکم دودستی

دردهای شکمی ممکن است خفیف باشد که در این صورت در موقع لمس شکم، بیمار احساس درد می‌کند این درد ممکن است در سمت بالا یا پایین شکم باشد.

در نوع شکم دردهای شدید ممکن است اولاً این درد بدون لمس هم وجود داشته باشد ثانیاً امکان دارد با لمس بیمار احساس درد شدید نماید که موقع معاینه، عضلات شکم مثل چوب سفید و سخت شده باشد که این سختی ممکن است در یک یا تمام قسمت شکم وجود داشته باشد.

درمان و مراقبت:

از روش‌های زیر جهت درمان و مراقبت بیمار استفاده شود:

1. **بیمار اسهال دارد:** ارزیابی، تشخیص ودرمان بیمار را مطابق منابع موجود انجام دهید.
2. **بیمار دارای انگل (کرم دستگاه گوارش) است:** (مطابق دارونامه از دارو استفاده شود)
3. **وقتی‌که درد نزد زنان با قاعدگی همراه است:** به بیمار ضمن آموزش، قرص مسکن (مطابق دارونامه) داده شود.
4. **اگر حال عمومی بیمار خوب ولی مبتلا به یبوست می‌باشد که بیش از 3 روز ادامه داشته:** در این صورت به بیمار آموزش دهید که صبح مقداری میوه خورده و در برنامه غذایی‌اش مقداری سبزیجات اضافه نماید. سعی در اجابت مزاج پس از غذا خوردن به بهبود یبوست کمک می‌کند.
5. فعالیت‌های بدنی خود را افزایش دهد از مایعات به مقدار بیشتر (2 -1/5 لیتر) در روز اضافه کند از میوه‌جاتی مانند آلو، هلو، انجیر، گلابی به‌صورت خام استفاده کرده و یا آنها را کمپوت کند، مصرف روغن مایع همراه با سالاد مفید می‌باشد اگر بعد از اقدامات مربوطه یبوست برطرف نشد ارجاع غیر فوری به پزشک داده شود.
6. در صورتی که درد به‌صورت مزمن و در قسمت بالای شکم و با غذا خوردن تغییر می‌کند و یا همراه با ترش کردن، نفخ شکم و تغییرات اجابت مزاج می‌باشد، ضمن آموزش موازین بهداشتی زیر طبق دارونامه داروی مناسب به بیمار بدهید.

آموزش موازین بهداشتی شامل موارد زیر می‌باشد:

1. غذا خوردن به موقع
2. خوب جویدن غذا
3. پرهیز از تند غذا خوردن
4. پرهیز از عصبانیت در هنگام خوردن غذا
5. پرهیز از مصرف غذاهای محرک و پرادویه و چرب و نوشابه گازدار
6. پرهیز از مصرف غذاهای پرحجم
7. حداقل 3- 2 ساعت قبل از خواب، غذا استفاده نشود
8. در هنگام خواب، سر بالاتر از شکم قرار گیرد
9. دفعات مصرف غذا افزایش یابد (5 وعده) و حجم غذا در هر وعده غذایی کاهش یابد

ارجاع غیر فوری:

- در صورتی‌که بیمار ضمن رعایت موازین بهداشتی با مصرف داروی آنتی اسید بعد از 3 روز بهبود نیافت، نسبت به ارجاع غیر فوری وی اقدام نمائید.

ارجاع فوری به پزشک:

1. چنانچه بیمار در معاینه ناراحتی و سفتی شکم دارد همچنین در صورتی‌که دل درد با عدم دفع گاز و مدفوع همراه باشد.
2. بیمار خون و یا بلغم در مدفوع دارد.
3. درد بیمار ناگهانی شروع شده و همراه با استفراغ و بی‌اشتهایی است.
4. بیمار دارای استفراغ خونی می‌باشد.
5. حال عمومی بد یا خیلی بد است.

6. درد در قسمت زیر شکم و همراه با ادرار و یا عدم توانایی در ادرار کردن می‌باشد.
7. سفتی و حساسیت در قسمت پایین شکم با تب همراه است.
8. دردهای قولنجی در قسمت پایین شکم و با اسهال همراه است (ضمن ارجاع فـوری پـس از ارزیابی حال بیمار ORS نیز داد ه شود)
9. درد از تمام سطوح شکم شروع شده و به سمت راست کشیده می‌شود.
10. درد شکم در قسمت راست و بالای شکم می‌باشد و همراه با تب و حال عمومی بد است.
11. درد شکم در خانم‌ها همراه با تب و لرز و ترشحات چرکی رحم است.
12. بیمار مبتلا به شکم درد حاد، سابقه بیماری دیابت دارد.
13. در صورت مشاهده رنگ پریدگی و اظهار کاهش وزن قابل توجه در مدت کوتاه.

تمرین :

1- ارزیابی واقدامات درمانی دربیمارمبتلابه سوءهاضمه را انجام دهند.

2- معاینه شکم را بطورصحیح برروی ماکت انجام دهند.

3- موازین بهداشتی ورژیم غذایی رابه بیمارمبتلابه ناراحتی معده آموزش دهند.

عوارض گوارشی

اهداف آموزشی :

در پایان این درس انتظار می‌رود که فراگیران بتوانند:

1. **علل بروز استفراغ را بیان نموده و ارزیابی و درمان آنرا انجام دهند.**
2. **بیمار مبتلا به یبوست را ارزیابی و درمان نمایند.**
3. **علل بروز نفخ را شرح داده ،ارزیابی و درمان آنرا انجام دهند.**
4. **علل بروز اسهال را شرح داده ،ارزیابی و درمان آنرا انجام دهند.**

عوارض گوارشی

استفراغ:



استفراغ معمولاً به خاطر تحریک معده در اثـر عفونت یا زیاده‌روی در مصـرف غـذاهای چـرب روی می‌دهد اما ممکن است به دنبال بیماری و گرفتـاری هر قسمتی از دستگاه گوارش هم ایجاد شـود گـاهی هم بیماری‌هایی که بر روی پیام‌های عصبی مغـز اثـر می‌گذارند یا بیماری‌هایی که بر حفظ تعادل توسط گوش داخلی اثر می‌کنند، می‌تواننـد باعـث اسـتفراغ شوند، افرادی که مبتلا به حملات مکرر میگرن می‌شوند از علائم آشنایی مثل سردرد همـراه بـا تهـوع و استفراغ آگاه هستند اما در مواردی که استفراغ همراه با سردرد شدید یا درد شکم باشد ارجاع فـوری بـه پزشک ضروری است.

شرح حال :

1. برقراری ارتباط مناسب با بیمار و ثبت مشخصات فرددر دفتر ثبت نام بیماران
2. آیا بیمار در چند روز گذشته استفراغ مکرر داشته است؟
3. آیا بیمار دچار درد مداوم و شدید شکمی می‌باشد که با استفراغ بهتر نمی‌شود؟
4. آیا بیمار استفراغ همراه با سردرد دارد؟
5. آیا بیمار درد شدید دور یک چشم یا هر دو چشم دارد؟
6. آیا بیمار در چند ساعت گذشته کارهای زیر را انجام داده است؟ (پرخوری، خوردن زیاد غذاهای چرب یا ادویه‌دار، نوشیدن مایعات الکلی)
7. آیا احتمال دارد بیمار غذایی خورده باشد که آلوده است یا به آن حساسیت داشته باشد؟
8. آیا بیمار قبل از استفراغ دچار سرگیجه بوده است؟
9. آیا بیمار دارویی مصرف می‌کند؟
10. آیا بیمار خانم باردار است؟

11. اگر بیمار دچار مسمومیت غذایی همراه بـا تهـوع و اسـتفراغ باشـد ضـمن دادن ORS،آمـوزش توصیه های لازم برای جلوگیری از کم آبی داده و در صورتی که قادر به نوشیدن نباشد ،بیمـار را ارجـاع فوری داده شود.

معاینات:

- بررسی حال عمومی
- اندازه‌گیری درجه حرارت بدن
- معاینه شکم
- معاینه چشم

مراقبت و درمان:

1. اگر بیمار زن دچار استفراغ مکرر است باید احتمال بارداری وی بررسی شود. او را برای آزمایش ارجاع دهید.
2. اگر بیمار مرد یا زن غیر باردار است و هر از گـاهی دچـار سـوزش یـا درد ناحیـه قفسـه سـینه می‌شود که با خم شدن و دراز کشیدن افزایش می‌یابد در این صورت می‌توانید به بیمار داروهای کـاهش دهنده اسید معده بر اساس دارونامه بدهید.
3. اگر بیمار مبتلا به استفراغ همراه با اسهال و دمای 38 درجه سانتی‌گراد یا بالاتر است،درصورتی که قادر به نوشیدن باشـد ضـمن دادن ORS، و توصـیه‌هـای لازم بـرای جلـوگیری از کـاهش آب بـدن بیمارارجاع فوری داده شود.

اگر بیمار در چند ساعت گذشته هر یک از کارهای زیر را انجام داده است:

1. (پرخوری، خوردن غذاهای چرب یا ادویه‌دار، نوشیدن مایعات الکلی) به منظور جلوگیری از کاهش آب بدن به بیمار آموزش دهید، و برای تسکین درد بر اساس دارونامه به بیمار داروهای آنتی اسید بدهید.
2. اگر بیمار زن باردار (با سن حاملگی کمتر از 12 هفته) دچار استفراغ می باشد،توصیه نمائید صبح قبل از برخاستن از رختخواب چند تکه بیسکویت یا نان ساده میل کند و بعد از 10 تا 15 ثانیه به آرامی از رختخواب برخیزد.

ارجاع فوری:

1. اگر بیمار با درد مداوم و شدید شکمی مواجه است که با استفراغ هم خوب نمی‌شود
2. اگر بیمار دارای استفراغ همراه با سردرد و تاری دید چشم است.
3. اگر بیمار دچار درد شدید دور چشم همراه با استفراغ می‌باشد.
4. اگر بیمار دچار استفراغ‌های مکرر برای مدت بیش از 24 ساعت است.
5. اگر استفراغ بدنبال حساسیت دارویی ایجاد شده باشد.
6. اگر بیمار استفراغ همراه با سرگیجه داشته باشد.

نفخ:

نفخ دستگاه گوارش می‌تواند باعث ناراحتی و احساس باد کردن شود دفع گاز دستگاه گوارش چه از راه دهان (آروغ زدن) و چه از راه مقعد این علائم را بهتر می‌کند. معمولاً نفخ به خاطر بلعیدن هوا موقع غذا خوردن ایجاد می‌شود همچنین اگر مواد غذایی خوب در روده هضم نشود ممکن است نفخ ایجاد شود غذای هضم نشده و باقی مانده در روده تخمیر می‌شود وگاز تولید می‌کند. مصرف مواد غذایی مانند کلم، پیاز و حبوبات ممکن است باعث ایجاد نفخ شود. هر چند که برخی افراد، با مصرف غذاهای دیگر مثل مصرف لبنیات دچار نفخ می‌شوند اما معمولاً نفخ چیزی نیست که باعث ناراحتی شود، ولی در صورتی که بدون تغییر رژیم غذایی و به ناگهانی ایجاد شود باید به آن اهمیت داد.

شرح حال :

1. برقراری ارتباط مناسب با بیمار وپرسیدن مشخصات فردوثبت در دفتر ثبت نام بیماران
2. آیا نفخ شکم بیمار با آروغ زدن بهتر می‌شود؟
3. آیا بیمار دچار درد و سوزش وسط قفسه سینه (بخصوص در هنگام خم شدن یا دراز کشیدن) می‌باشد؟
4. آیا بیمار بعد از غذا خوردن به صورت ناخوشایند احساس پری شکم می‌کند؟
5. آیا بیمار غذاهایی مثل حبوبات، پیاز یا کلم مصرف کرده است؟
6. آیا بیمار درد در قسمت پایینی شکم دارد و دفع گاز یا مدفوع باعث بهتر شدن درد وی می‌شود؟
7. آیا نفخ شکم بیمار با مصرف لبنیات ایجاد یا بدتر می‌شود؟
8. آیا مدفوع بیمار کم‌رنگ، حجیم و بسیار بد بو می‌باشد؟

مراقبت و درمان:

1. اگر نفخ شکم بیمار با آروغ زدن بهتر می‌شود و یا درد و سوزش قفسه سینه در هنگام خم شدن یا دراز کشیدن می‌باشد، به بیمار مطابق دارونامه بهورزی قرص آنتی‌اسید داده شود و بعد از 3 روز پیگیری بعمل آید.
2. اگر بیمار بعد از مصرف غذاهایی مثل حبوبات، پیاز یا کلم دچار نفخ شکم شده است و یا با مصرف لبنیات نفخ شکم بدتر می‌شود (در این حالت به بیمار در زمینه عدم مصرف مواد غذایی که به سبب بروز یا تشدید نفخ شکم شده است، آموزش دهید).

ارجاع غیر فوری

1. اگر مدفوع بیمار کمرنگ، حجیم و بسیار بدبو می‌باشد، برای بررسی سوء جذب مواد غذایی بیمار را به پزشک ارجاع غیرفوری دهید.
2. اگر بیمار بعد از غذاخوردن احساس پری در شکم می کند.

ارجاع فوری

اگر نفخ بیمار همراه با عدم دفع گاز یا مدفوع باشد.

یبوست:



بعضی از افـراد روزانـه یـک یـا دوبـار و برخـی دیگـر کمتـر اجابـت مزاجدارندیبوست حالتی است که دفعات اجابت مزاج کمتـر از حـد معمـول برای آن فرد است. یا مدفوع به نسبت کم حجم شده است. یبوست معمـولا به علت کم مصرف نمودن مایعات یا غذاهای پرفیبر در رژیـم غـذایی اسـت. یبوست در دوران بارداری هم شایع است چون تغییرات هورمونی بدن باعث شل شدن عضلات روده می‌شوند. نگه داشتن مدفوع و به عقب انداختن اجابت مزاج ممکن است باعـث از دست رفتن الگوی طبیعی فعالیت روده‌ها شـود و یبوسـت ایجـاد شـود. مصـرف بـیش از حـد برخـی از مسهل‌ها هم می‌تواند باعث یبوست شود، چون روده‌ها نسبت بـه اثـر آنهـا مقاومـت پیـدا مـی‌کننـد. در صورتی که بیش از 2هفته از بروز یبوست بگذرد باید علت آن بررسی شود.

شرح حال :

1. برقراری ارتباط مناسب با بیمار و پرسیدن مشخصات فردو ثبت در دفتر ثبت نام بیماران
2. چه مدت است که بیمار دچار یبوست می‌باشد؟ (چند ماه یا چند سال)
3. آیا بیمار موقع اجابت مزاج احساس درد می‌کند؟
4. آیا بیمار حداقل دو مورد از علائم زیر را دارد؟

خستگی مفرط، کاهش وزن بـدن بـدون توجیـه، (بیشـتر از 4 کیلـوگرم) در طـی 10 هفتـه گذشته احساس سرمای بیش از حد نسبت به گذشته، خستگی و زمختی پوسـت، شـکنندگی یا نازکی موها

5. آیا بیمار دارو مصرف می‌کند؟
6. آیا درد شکم بیمار با دفع گاز یا اجابت مزاج بهتر می‌شود؟
7. آیا بیمار همراه با یبوست دوره‌های اسهال دارد؟
8. آیا بیمار معمولا در موارد ضرورت اجابت مزاج، خودش را به زور نگه می‌دارد؟
9. آیا بیمار مرتبا از مسهل‌های کمکی استفاده می‌کند؟

معاینات:

- بررسی حال عمومی
- معاینه شکم
- اندازه گیری درجه حرارت

مراقبت و درمان:

1. اگر بیمار از مسهل استفاده می‌کند به او توصیه کنید بتدریج مصرف آن را قطع کند.
2. اگر بیمار بدون دستور پزشک از دارو استفاده می‌کند باید مصرف دارو را قطع کند و اگر با دستور پزشک دارو مصرف می‌کند به او آموزش داده شود که با پزشک خود در زمینه مصرف دارو مشورت کند.
3. اگر بیمار در موارد ضرورت اجابت مزاج خودش را نگه می‌دارد در رابطه با مشکلات ایجاد شده او را آموزش دهید.

اقدامات لازم برای جلوگیری از یبوست:

1. تغذیه صحیح و مصرف مقدار کافی سبزی و میوه‌جات
2. افزایش مصرف روزانه مایعات (آشامیدن مایعات قبل از صرف ناشتایی و در طول روز)
3. تنظیم اوقات دفع مدفوع و ایجاد عادت به دفع مدفوع پس از صرف صبحانه
4. ورزش به طور مرتب و پیاده‌روی
5. نشستن و راه رفتن به طور صحیح
6. در صورت احساس ضروری بودن اجابت مزاج، خودتان را نگه ندارید حتی اگر خیلی مشغول باشید.

ارجاع فوری:

1. اگر بیمار یبوست به همراه عدم دفع گاز داشته باشد
2. اگر بیمار بیش ار دوهفته است که دچار یبوستشده است.
3. اگر بیار دچار کاهش وزن بدن توجیه شده باشد.
4. اگر یبوست همراه با دوره های اسهال باشد.

اسهال



تعریف: معمولاً اسهال به عنوان دفع 3 باریا بیشتر مدفوع آبکی و یا شل در 24 ساعت اطلاق می‌گردد. مدفوع شل مدفوعی است که بتواند شکل ظرف را به خود بگیرد.

انواع اسهال

1- اسهال حاد آبکی

به مواردی از اسهال اطلاق می‌شود که به طور ناگهانی شروع شده کمتر از 14 روز طول می‌کشد (اکثراً کمتر از 7 روز) و شامل دفع مدفوع شل و یا آبکی به دفعات زیاد بدون خون آشکار بوده و استفراغ و تب ممکن است وجود داشته باشد. اسهال حاد آبکی منجر به کم آبی شده و اگردریافت غذا کاهش یابد منجر به سوء تغذیه نیز خواهد شد و اگر مرگ پیش آید معمولاً به علت کم‌آبی حاد می‌باشد.

2- اسهال خونی

اسهالی است با خون آشکار در مدفوع که علائم مهم آن بی‌اشتهایی،از دست دادن شدید وزن وصدمه مخاط روده توسط باکتری‌های تهاجمی می‌باشد. عامل اصلی اسهال خونی شیگلا می‌باشد. آمیب هیستولیتیکا می‌تواند اسهال خونی جدی در بالغین جوان و ندرتاً در کودکان ایجاد کند.

1- اسهال پایدار

اسهالی است که به صورت حاد شروع شده و به طور غیر معمول حداقل 14 روز طول بکشد. شروع ممکن است آبکی یا خونی باشد. از دست دادن آشکار وزن بسیار معمول است. حجم مدفوع اسهالی نیز ممکن است زیاد باشد و منجر به کم‌آبی نیز بشود. هیچ علت واحد میکروبی برای اسهال مقاوم وجود ندارد.

اپیدمیولوژی

عوامل عفونی ایجاد کننده اسهال معمولاً از طریق مدفوعی ـ دهانی منتقل می‌گردند کـه معمـولاً شامل خوردن آب و غذای آلوده و یا تماس مستقیم با مدفوع آلوده می‌باشد.

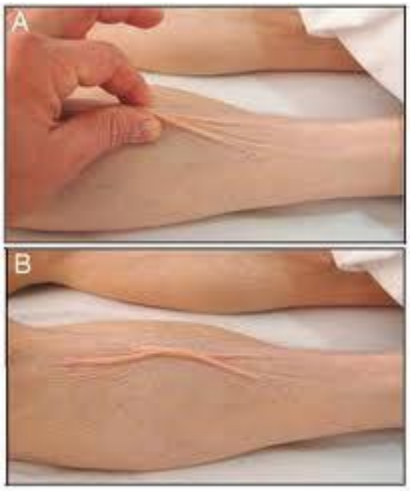
تعدادی از رفتارهای خاص، انتقال بیماری‌های روده‌ای را افزایش داده و در نتیجه خطر ابـتلاء بـه اسهال را افزایش می‌دهند که عبارتند از:

- دوری از تغذیه انحصاری از شیر مادر در 4 تا 6 ماه اول زندگی
- استفاده از بطری شیر در شیرخواران
- نگهداری غذا در درجه حرارت اتاق
- استفاده از آب آلوده به باکتری‌های مدفوع
- عدم شستشوی دست‌ها پس از دفع
- عدم دفع بهداشتی مدفوع

علائم بالینی

بزرگترین خطر اسهال از دست رفتن آب بدن است. علائم کم آبی عبارت است از:

- کاهش انعطاف پوست(تورگور پوستی)
- کاهش وزن
- خشکی مخاط‌ها (که برای دیدن آن داخل دهان بهتر است)
- چشم‌های گود افتاده
- نبض تند و ضعیف
- افت فشارخون (خصوصاً موقعی که شخص از حالت خوابیده برمی‌خیزد)
- احساس ضعف عمومی
- تشنگی
- کاهش ادار و غلیظ و پررنگ شدن آن



همیشه به علایم کمبود آب بدن توجه کنید. یکی از نشانه‌های آسان آن کاهش انعطاف بافت‌های پوست است. وقتی پوست سالم را نیشگون بگیرید، پوست بلافاصله به جای خود باز می‌گردد. اگر بدن دچار کم‌آبی باشد برگشت پوست به آهستگی صورت می‌گیرد. بهترین نقاط برای آزمایش پوست در بالغین ناحیه پیشانی، جناق سینه و سطح داخلی ران است. درکودکان آزمایش را در ناحیه شکم و یا وسط ران انجام دهید.

کاهش انعطاف پوست در نزد افراد مسن که پوست آن ها قابلیت ارتجاع کمتری دارد علامت قابل اعتمادی نیست.

شرح حال:

1- برقراری ارتباط مناسب با بیمار و پرسیدن مشخصات او و ثبت در دفتر ثبت‌نام بیماران

2- آیا بیمار دچار اسهال است؟ چند روز؟ چند بار در روز؟

3- آیا استفراغ هم وجود دارد؟

4- آیا بیمار احساس ناراحتی و درد شکم و یا دل‌پیچه دارد؟

5- آیا بی‌اشتهایی هم دارد؟

6- آیا بیمار تب دارد؟

7- آیا کم‌آبی مشاهده می‌گردد؟

8- آیا بیمار دچار عطش فراوان است؟

9- آیا بیمار کاهش وزن داشته است؟

معاینات:

- بررسی حال عمومی
- کمترل علائم حیاتی
- تهیه نمونه مدفوع
- بررسی کم آبی طبق جدول

بیمار را از نظر کم‌آبی ارزیابی کنید

وضعیت بیمار	گروه الف بدون دهیدراتاسیون	گروه ب دهیداتاسیون	گروه ج دهیدراتاسیون شدید
نگاه کنید: **1- وضعیت عمومی**	خوب، هوشیار	*ناآرام، بیقرار*	*خواب آلودگی یا بیهوش * سست*
2- چشم‌ها **(وجود اشک)**	طبیعی (اشک دارد)	فرورفته (اشک ندارد)	بسیار فرورفته و خشک (اشک ندارد)
3- دهان و زبان	مرطوب	خشک	بسیار خشک
4- تشنگی	به طور طبیعی می‌نوشد و تشنه نیست.	*تشنه، با ولع می‌نوشد*	*خوب نمی‌آشامد یا قادر به نوشیدن نیست*
لمس کنید: **نیشگون پوستی**	سریعاً بر می‌گرد	*به آهستگی بر می‌گردد.*	*بسیار آهسته برمی‌گردد.*
تصمیم بگیرید:	بیمار هیچ نشانه‌ای از دهیدارتاسیون ندارد.	اگر بیمار دو یا بیشتر از دو نشانه از موارد فوق را داشته باشد و حداقل یکی از آن‌ها از نشانه‌های اصلی باشد دچار دهیدراتاسیون است.	اگر بیمار دو یا بیشتر از دو نشانه از موارد فوق را داشته باشد و حداقل یکی از آن‌ها از نشانه‌های اصلی باشد دچار دهیدراتاسیون شدید است.

***نشانه اصلی**

در بزرگسالان و کودکان بزرگتر از 5 سال دهیدراتاسیون شدید عبارتند از فقدان نبض رادیال و فشار خون پایین.نیشگون پوستی در بیماران مبتلا به ماراسموس (تحلیل رفتن شدید توده بدنی) یا کواشیورکور (سوء تغذیه شدید همراه با ادم) یا بیماران چاق زیاد مفید نیست. وجود یا فقدان اشک فقط در مورد شیرخواران و کودکان خردسال نشانه‌های بارزی محسوب می‌شوند.

راهنمای درمان بیماران

الف ـ بیماران بدون دهیدراتاسیون:

این بیماران را می‌توان در منزل درمان کرد:

1- جهت پیشگیری از کم‌آبی به بیمار بیشتر از همیشه مایعات بدهید.

2- از مایعات توصیه شده استفاده کنید که عبارتند از محلول ORS، مایعات غذایی مثل سوپ، لعاب برنج، دوغ و آب

3- باید به این بیماران به اندازه دو روز پودر ORS بدهید. (نحوه مصرف برای کودکان براساس برنامه ادغام یافته ناخوشی‌های کودکان (مانا) می‌باشد.)که‌افراد بالای 10 سال به اندازه 2000 میلی‌لیتر در روز هر چقدر میل دارند.

به بیمار بگویید اگر در عرض 2 روز بهتر نشد و یا هر یک از علائم زیر پیش آمد مجدد به خانه بهداشت مراجعه نماید:

1- تعداد دفعات زیاد اسهال آبکی 2- به خوبی نتواند بخورد یا بیاشامد. 3- استفراغ مکرر 4- عطش فراوان 5- مشاهده خون در مدفوع 6- تب

ب ـ بیماران دهیدراتاسیون نسبی:

برای کودکان براساس برنامه ادغام یافته ناخوشی‌های کودکان (مانا) می‌باشد. وزن بیماررا به کیلوگرم مشخص و با ضرب کردن آن در عدد 75 مقدار ORS به دست می‌آید که به مدت 4 ساعت درمان با ORS ادامه می‌یابد. پس از 4 ساعت این بیماران را مجددا ارزیابی کنید و روش مناسب ادامه درمان را انتخاب کنید.

ج ـ بیماران دهیدراتاسیون شدید:

اگر بیمار بیهوش باشد بلافاصله ارجاع فوری به مرکز بهداشتی درمانی داده می‌شود.

اگر بیمار قادر به نوشیدن باشد درمان با ORS را شروع نمایید. بیمار را وزن کرده و با ضرب کـردن وزن بیمار به کیلوگرم در عدد 20 مقدار ORS به دست می‌آید که باید به مدت 6 ساعت بیمار مصرف نمایـد. و هر 1 تا 2 ساعت ارزیابی می‌شود. اگر استفراغ‌های مکرر دیده شد سرعت مایع درمانی را کم کنیـد بـه طوری‌که 10 دقیقه صبر کرده مجدداً محلول ORS را به میزان کمتر به بیمار بدهید.

- اگر بعد از 3 ساعت بهبودی نداشت بیمار را برای ارجاع فوری آمـاده نمایـد و در حین ارجاع محلول ORS باید داده شود.
- اگر بعد از 3 ساعت بیمار بهبود یافت محلول ORS را برای 6 ساعت ادامـه داده و دوباره بیمار ارزیابی می‌شود و روش مناسب برای ادامه درمان را انتخاب کنید. (روش ب یا الف)

توجه:

گزراش تلفنی موارد مشکوک در اسرع وقت به مرکز بهدشتی درمانی

پیشگیری و اقدامات مراقبتی

آموزش مردم در زمینه:

1- جوشاندن آب‌های مشکوک جهت آشامیدن

2- توجه به تابلوهای هشدار دهنده و مشخص کننده آب شرب و آب فضای سبز در مراجعه به پارک‌ها

3- خرید مواد غذایی از فروشگاه‌های دارای شرایط بهداشتی مطلوب و عدم تهیه و خرید مواد غذایی از فروشندگان دوره‌گرد.

4- رعایت بهداشت فردی و اجتماعی از قبیل شستن دست‌ها قبل از تهیه و صرف غذا و همچنین بعد از اجابت مزاج و جلوگیری از دفع غیربهداشتی فاضلاب، زباله و ...

5- نگهداری مواد غذایی در یخچال، چون نگهداری مواد غذایی دردرجه حرارت اتاق منجر به رشد و تکثیر عوامل بیماری‌زا می‌شود.

6- پرهیز از نگهداری مواد غذایی خام نپخته در کنار مواد غذایی پخته شده در یخچال

7- کوتاه کردن ناخن‌ها و تمیز نگه‌داشتن آن‌ها به منظور پیشگیری از ابتلاء به بیماری‌های اسهالی به خصوص نزد کودکان.

8- عدم استفاده از آب رودخانه‌ها برای آشامیدن در هنگام گردش در خارج از شهر

9- شستشو و گندزدایی دقیق سبزیجات و میوه‌جات

تمرین :

1- ارزیابی ودرمان بیمارمبتلابه یبوست را انجام دهند.

2- ارزیابی و درمان بیمارمبتلابه اسهال نوع الف را انجام دهند.

3- ارزیابی ودرمان بیمارمبتلابه اسهال نوع ب را انجام دهند.

4- اقدامات پیشگیری از اسهال را به بیمارآموزش دهند.



سلامت روان و سوءمصرف مواد

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

با همکاری انستیتو روانپزشکی تهران

1391

اصلاح شده:

۱۳۹۶

Created in Master PDF Editor

اهداف آموزشی

انتظار می رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

۱- ارتقاء در سلامت روان را شرح دهد.

۲- چارچوب برنامه سلامت روان را بداند.

۳- گروه های هدف را شناسایی نماید و خانوار را ارزیابی کند.

۴- اختلالات روانپزشکی شایع را شناسایی کند.

۵- مراقبت و پیگیری در برنامه سلامت روان را شرح دهد.

Created in Master PDF Editor

مقدمه

در کشور ما و بسیاری از کشورهای جهان سلامت روان یکی از ابعاد مهم سلامت در نظر گرفته شده است .

سلامت روان به عنوان جزء نهم نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در این نظام ادغام یافته است و خدمات آن ازطریق این سیستم به مردم ارائه می شود .

سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانائی هایش را باز می شناسد ، قادر است با استرس ها ی معمول زندگی مقابله کند، می تواند از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و ارتباط اجتماعی صحیحی با دیگران برقرار نماید. سلامت روان به همه ما مربوط است نه فقط به کسانی که از اختلالات روانی رنج می برند .

پیشگیری از اختلالات روانی و حفظ سلامت روان افراد جامعه عمده ترین هدف برنامه ادغام سلامت روان است. ارتقاء سلامت روان فرآیندی است که مردم را قدر می سازد تا کنترل بیشتری بر سلامت شان داشته باشند و کیفیت زندگی خود را بالا ببرند و فرصت هایی را برای سالم تر زیستن به دست بیاورند .

با توجه به میزان شیوع بالای اختلالات روانی و رقم بالای بار این اختلالات در کشورمان و همچنین با در نظر گرفتن اینکه اختلالات روانی هزینه های زیادی را به طور مستقیم و غیر مستقیم بر جامعه تحمیل می کند و نهایتاً اثرات زیانباری را در کار آیی نیروهای مولد جامعه به دنبال دارد، برنامه سلامت روان یک اولویت در جامعه محسوب می شود. در این راستا برنامه سلامت روان در برنامه های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی از اهمیت و جایگاه خاصی برخوردار می باشد و مسئولین و سیاستگزاران این برنامه خود را موظف به ارتقاء کیفیت این برنامه می دانند.

دکتر عباسعلی ناصحی

Created in Master PDF Editor

ارتقاء در سلامت روان

Created in Master PDF Editor

سلامت جسم و سلامت روان:

در چند دهه گذشته نه تنها روز به روز بر اهمیت سلامت روانی و اجتماعی افزوده شده است، در دهه گذشته داشتن سلامت و بهزیستی معنوی نیز برای سلامت افراد لازم شمرده شده است .در این تعریف جامع، تنهانبود بیماری جسمی دلیل داشتن سلامتی نیست،بلکه سلامت یک وضعیت چند وجهی است .فرد سالم نه تنهاباید بیماری جسمی نداشته باشد باید دارای سلامتی و تعادل در حالات عاطفی، روانی، رفتاری، روابط وشرایط اجتماعی نیز باشد . همچنانکه فرد سالم از نظر جسمی می تواند به کارهای روزمره خود برسد، فردی که از نظر روانی سالم است می تواند از تمامی توانمندی و استعدادهای خود به خوبی بهره ببرد،روابط اجتماعی وخانوادگی درستی داشته باشد،با فشارها و استرسهای روزمره زندگی بطور موثر کنار بیاید،ودارای کارکرد مناسب در تمامی جنبه های زندگی خود از جمله جنبه های شغلی وتحصیلی باشد .فرد سالم باید بتواند از زندگی خود لذت ببرد و دارای خلاقیت، شکوفایی، احترام به ارزشهای اجتماعی، صفات اخلاقی،و آرامش دینی و معنوی باشد.

جسم و روان بعنوان دو جنبه از وجود انسان همواره بر یکدیگر تأثیر متقابل می گذارند و وضعیت یکی ازآنها می تواند تعیین کننده وضعیت دیگری باشد. بیماریهای جسمی دشوار و مزمن، می تواند سلامت روان فرد را به خطر بیندازد و موجب ضعف اعتماد به نفس و افزایش استرس در فرد شود. از سوی دیگر اختلالات روانی نیز می توانند به دلیل استرس بالایی که برای فرد ایجاد می کنند، سلامت جسمی او را به خطربیندازند و فرد را مستعد ابتلاء به بیماریهای جسمی نمایند.

بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن جسمی و صعب العلاج ، به دلیل وضعیت دشوار و ناکام کننده بیماری خوددچار اختلالات ومشکلات روانی متعددی می شوند که از جمله مهمترین و شایع ترین آنها اضطراب وافسردگی است.

*افراد افسرده مبتلا به بیماریهای مزمن جسمی ممکن است برنامه های درمانی برای بهبود بیماری جسمی خود را نپذیرند و دستورات درمانی مربوطه را رعایت نکنند و این مساله باعث مقاومت دارویی شده و عوارض جدی بر روی سلامت عمومی جامعه می گذارد و از طرفی این افراد*بیشترین استفاده کنندگان خدمات مراقبتهای بهداشتی و درمانی هستند و هزینه مضاعفی را بر جامعه وارد می کنند.

با توجه به تأثیر متقابل وضعیت جسمی و وضعیت روانی انسان بریکدیگر، افراد مبتلا به بیماریهای مزمن جسمی سعی کنند تا خود را از ابتلاء به اختلالات روانی محافظت نمایند و افراد خانواده و مراقبین آنها تمام تلاش خود را در پیشگیری و کنترل اختلالات روانی این بیماران بنمایند. زیرا ابتلاء بیماران مزمن جسمی به اختلالات و مشکلات روانی، روند بیماری جسمی آنها را پیچیده تر و وخیم تر می کند و درمان بیماری جسمی آنها را با دشواریهای زیادی مواجه می نماید. در بخش بهداشت روان نیز شما با برنامه هایی آشنا خواهید شد که خدمات سلامت روان را به صورت فعالیت های بهداشت روان به نیازمندان سلامت روان ارایه خواهد داد که هدف و نتیجه آن تامین سلامت روان است. نمای شماره ۱ در سطر اول ویژگی ها و هدف بهداشت روان، و در سطرهای بعدی نمونه ای ازاین برنامه را نشان داده است.

Created in Master PDF Editor

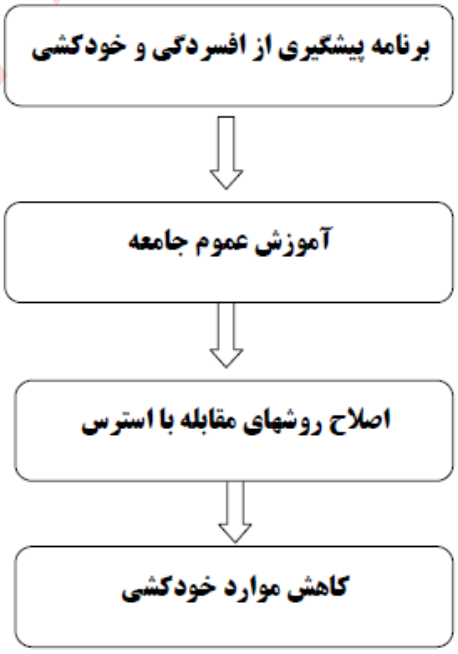
نمای شماره ۱– اهداف برنامه سلامت روان



نمای شماره ۲– خدمات و فعالیتهای برنامه سلامت روان



نمای شماره۳– نمونه ای از برنامه سلامت روان



Created in Master PDF Editor

تعاریف و مفاهیم:

سلامت روان: در تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت، سلامت روان به عنوان یکی از اجزای مهم سلامت بیان شده است. در این تعریف آمده است که:" سلامت، حالت بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و صرفاً به مفهوم فقدان بیماری یا ناتوانی نیست ". بنابراین سلامت روان چیزی بیش از "فقدان بیماری روانی" است. سلامت روان عبارت است از "حالتی از بهزیستی که در آن فرد، تواناییهای خودش را می شناسد، میتواند با فشارهای معمول زندگی مقابله کند، میتواند به شیوه ای پربار و مؤثر کار کند و به جامعه خود خدمت نماید."

برنامه سلامت روان برنامه ای مبتنی بر جامعه(جامعه نگر)است به طوری که هدف آن تأکید بیشتر برعرضه خدمات در محل زندگی است. تمام تلاش در درمان به صورت سرپایی و پیشگیری از بستری طولانی مدت وبازگشت بیماران به محل زندگی و محل کارشان است.

پیشگیری: کلیه تلاشهایی است که برای جلوگیری از بروز بیماریها و کاهش پیامدهای شدیدتر بیماری صورت میگیرد. پیشگیری مبتنی بر این اصل است که "در بلندمدت، پیشگیریها مقرون به صرفه تر وموثرتر از درمان است، پیشگیری در سه سطح صورت میگیرد:

۱) پیشگیری سطح اول: فرایندی است که از طریق کاهش شرایط منفی، موجب کاهش خطر ابتلا به بیماری روانی و جلوگیری از بروز آن میشود. نمونه های پیشگیری سطح اول یا پیشگیری اولیه عبارتند از :

مراقبت دوران بارداری بهبود برنامه های آموزشی مدارس، برنامه های کاهش تبعیض، آموزش مهارتهای فرزندپروری، مهارتهای زندگی، حمایتهای روانی اجتماعی از آسیب دیدگان بحران ها و بلایا، کمک به کودکان تک سرپرست، آموزش پیشگیری از همسرآزاری، مشاوره ازدواج، مشارکت های بین بخشی بهداشت وآموزش و پرورش و رابطین بهداشتی، مشارکت مادران در برنامه های بهداشتی.

۲) پیشگیری سطح دوم: این نوع پیشگیری شامل برنامه هایی میشود که تشخیص زودهنگام مشکلات روانی و درمان آنها در همان مراحل اولیه را در دستور کار خود دارند. ایده اصلی در پیشگیری سطح دوم، حمله به مشکلات در زمانی است که قابل مهارند یعنی پیش از آن که در مقابل تغییر و مداخله، مقاوم شوند. غالباً دراین نوع پیشگیری غربالگری توصیه میشود. این غربالگری توسط افراد مختلفی میتواند صورت بگیرد ازجمله توسط پزشکان، معلمان، مددکاران اجتماعی و بهورزان.

ارجاع مناسب، پس از ارزیابی اولیه صورت میگیرد. کشف زودهنگام افرادی که مشکلات شدید و مخربی در رابطه با سوء مصرف مواد دارند، شناسایی خانه به خانه موارد جدید بیماری روانی، و انجام آزمون هوش در دانش آموزان سه نمونه از پیشگیری ثانویه هستند.

۳) پیشگیری سطح سوم: هدف از پیشگیری در این سطح، کاهش مدت و تاثیرات اختلالات روانی پس از وقوع است. در نتیجه، پیشگیری ثالث از این جهت با پیشگیری سطح اول و دوم فرق دارد که هدفش کم کردن تعداد موردهای جدید اختلالات روانی نیست بلکه تاثیرات اختلالات روانی را پس از تشخیص، کم میکند. محوراصلی بسیاری از برنامه این نوع پیشگیری، توانبخشی است که دامنه وسیعی دارد. روشهای مورداستفاده در آن هم مشاوره، آموزش شغلی و مواردی از این قبیل است. کمک به کودک مبتلا به صرع که ازمدرسه اخراج و خانه نشین شده (ناتوان یا معلول تحصیلی)برای برگشت به مدرسه، کمک به اشتغال یک نوجوان عقب مانده ذهنی برای کار در مزرعه یا کارگاه، آموزش همسر داری یا فرزند پروری به پدر یامادری که به دلیل

Created in Master PDF Editor

بیماری روانی شدید گوشه گیر و طرد شده است، همگی نمونه هایی از پیشگیری سطح سوم یا نوتوانی و توانبخشی روانی اجتماعی است که اصولی مانند توانبخشی جسمی دارد.

شناسایی عوامل موثر بر سلامت روان:

سلامت روان و بیماریهای روانی تحت تاثیر عوامل مختلفی چون عوامل اجتماعی، روانشناختی و زیستی هستند و نباید فکر کنیم که یک عامل به تنهایی آنها را به وجود میآورد. مثلاً سطح پایین سواد، مشکل مسکن و درآمد، عوامل خطری برای سلامت روان هستند.

عوامل خطرساز: به عواملی گفته میشود که احتمال وقوع یک بیماری و شدت آن را بیشتر می کنند و مدت آن را طولانی تر میکنند.

عوامل محافظت کننده: عواملی هستند که مقاومت فرد را نسبت به عوامل خطرساز و بیماریها بالا برده واز سلامتی محافظت میکنند.

هم عوامل خطرساز و هم عوامل محافظت کننده میتوانند مربوط به فرد یا خانواده باشند و هم ناشی ازشرایط محیط بیرونی، شرایط اجتماعی و اقتصادی باشند.

عوامل اجتماعی- اقتصادی و محیطی: در زمینه عوامل اجتماعی – اقتصادی و عوامل محیطی وسیع، نیاز به راهبردهایی در سطح کلان جامعه وجود دارد تا سیاستها و قوانین کشور در مسیری قرار بگیرند که تغییرات اساسی در سلامت روان افراد جامعه به وجود آید. در جدول زیر به برخی از این عوامل اشاره میشود.

برخی از عوامل اجتماعی، محیطی و اقتصادی تعیین کننده سلامت روان	
عوامل خطرساز	عوامل محافظت‌کننده
فقر	خدمات اجتماعی
تغذیه نامناسب	مسئولیت‌پذیری و تحمل اجتماعی
فقدان آموزش کافی، وسایل حمل و نقل و مسکن	وحدت گروه‌های قومی
دسترسی آسان به الکل و مواد مخدر	روابط مثبت با دیگران
جنگ	حمایت‌های اجتماعی مثل بیمه
استرس شغلی	مشارکت مردمی
بیکاری	
زندگی در شهر	

عوامل فردی و خانوادگی: این عوامل میتوانند زیستی، هیجانی، شناختی و رفتاری باشند یا به محیط خانواده مرتبط باشند. این عوامل در دوره های حساس رشد فرد، میتوانند تاثیر عمیقی داشته باشند در جدول زیر به برخی از این عوامل خطرساز و محافظت کننده از سلامت روان اشاره می شود.

Created in Master PDF Editor

برخی از عوامل فردی و خانوادگی تعیین کننده سلامت روان	
عوامل خطرساز	عوامل محافظت کننده
شکست تحصیلی	توانایی مقابله با استرس
کودک آزاری و بی‌توجهی به نیازهای کودک	سازگاری
سوءمصرف مواد	استقلال
اختلاف و ناسازگاری خانوادگی	ورزش
احساس تنهایی	احساس امنیت
وزن کم هنگام تولد	فرزندپروری مناسب
مشکلات روانی والدین	سواد خواندن و نوشتن
نقص‌های حسی و جسمی	مهارت‌های حل مسئله
رویدادهای استرس‌زای زندگی	اعتماد به نفس
سوء مصرف مواد در دوران حاملگی	مهارت‌های زندگی
مراقبت از بیمار مزمن	مدیریت استرس
بدرفتاری با افراد مسن	حمایت اجتماعی از جانب خانواده و دوستان
	ارتباط مثبت والدین و کودک

برخی از عوامل فردی و خانوادگی تعیین کننده سلامت روان	
عوامل خطرساز	عوامل محافظت کننده
شکست تحصیلی	توانایی مقابله با استرس
کودک آزاری و بی‌توجهی به نیازهای کودک	سازگاری
سوءمصرف مواد	استقلال
اختلاف و ناسازگاری خانوادگی	ورزش
احساس تنهایی	احساس امنیت
وزن کم هنگام تولد	فرزندپروری مناسب
مشکلات روانی والدین	سواد خواندن و نوشتن
نقص‌های حسی و جسمی	مهارت‌های حل مسئله
رویدادهای استرس‌زای زندگی	اعتماد به نفس
سوء مصرف مواد در دوران حاملگی	مهارت‌های زندگی
مراقبت از بیمار مزمن	مدیریت استرس
بدرفتاری با افراد مسن	حمایت اجتماعی از جانب خانواده و دوستان
	ارتباط مثبت والدین و کودک

۱۰راهکار برای کاهش آسیب و ارتقاء سلامت روان عبارتند از :

۱. بهبود تغذیه
۲. تهیه مسکن
۳. افزایش دسترسی به آموزش
۴. کاهش نا امنی اقتصادی
۵. کاهش عوامل استرسزا و بالا بردن تاب آوری
۶. کاهش آسیب های ناشی از مصرف مواد
۷. تقویت شبکه های اجتماعی
۸. کاهش کودک آزاری و غفلت از کودکان
۹. مقابله با بیماری روانی والدین
۱۰. مقابله با فقدان در خانواده

Created in Master PDF Editor

مروری بر اختلالات روانپزشکی شایع

Created in Master PDF Editor



اختلالات خلقی:

اختلالات خلقی به طور کلی به دو گروه عمده اختلالات افسردگی و اختلالات دو قطبی تقسیم می گردند.

افسردگی:

مقدمه و تعاریف:

افسردگی اختلال شایعی است. از نشانه های مهم وکلیدی آن خلق و روحیه افسرده در اکثر اوقات روز وتقریبا همه روزها و یا بی علاقگی و بی لذتی در تقریبا اکثرفعالیت های روزمره است. شخصی که دچارافسردگی بیمارگون میشود، احساس غمگینی و بی حوصلگی میکند و اغلب کاهش واضح علاقه مندی لذت بردن ازهمه یا تقریبا همه فعالیت ها را در اغلب روزها گزارش می کند. بیمار ممکن است بگوید احساس اندوه، ناامیدی یا بی ارزشی می کند. کاهش انرژی و خستگی اغلب موجب می شود که بیماران نتوانند وظایف و کارهای خود را به خوبی گذشته انجام دهند.در موارد شدیدتر افکار آزار دهنده ای چون احساس گناه، تنفر از زندگی، آرزوی مرگ و گاه افکار مربوط به خودکشی در این بیماران مشاهده میگردد. افسردگی معمولا به دنبال استرسهای بیرونی مانند نبود حمایت اجتماعی مناسب، بیکاری، وجود کشمشکش های مداوم و تنش زا در زندگی فعلی و خانوادگی آشکار می شود.

نشانه های افسردگی:

بیماران مبتلا به افسردگی، علاوه بر خلق افسرده، دچار کاهش انرژی و علایق و بی حوصلگی نیزمیگردند. علایم دیگر افسردگی شامل: اختلال در خواب مثل کاهش یا افزایش خواب، اختلال در اشتها مثل پرخوری یا کم خوری، اختلال در حافظه و تمرکز، اختلال عملکرد جنسی(بی میلی یا ناتوانی جنسی)، احساس گناه، علایم جسمی متعدد مثل سردرد، درد مفاصل و عضلات، سوزش یا درد معده و... که هیچ دلیل یا تشخیص طبی دیگری ندارند و معمولا در مراجعه به پزشک به عنوان درد های عصبی در نظر گرفته میشود.

توجه: این نکته حائز اهمیت می باشد که بدانیم در بسیاری از موارد با توجه به شرایط فرهنگی کشور ما،فرد افسرده بیش از افسردگی، از علائم بدنی و جسمانی شکایت دارد که علیرغم مراجعات متعدد به پزشکان بهبودی نیافته است و به عنوان درد های عصبی شناخته می شوند. در زیر تعریف و توضیح بیشتر نشانه های افسردگی شرح داده شده است:

خلق افسرده: احساس غمگینی، بی حوصلگی، پوچی، زود گریه کردن، کاهش واضح علاقه یا لذت از اموری که قبلا مورد علاقه فرد بوده است، مثال ها:

- فردی که قبلا از شرکت در جشن ها یا مهمانی ها لذت می برده، اکنون رغبت و علاقه ای به این گونه امور نشان نمی دهد. فرد گوشه گیری از جمع و تنهایی را ترجیح می دهد.
- فرد علاقه ای به انجام تفریحات مورد علاقه خود که در گذشته انجام می داده، نشان نمی دهد.
- چیزی موجب خوشحالی، نشاط و اشتیاق در فرد نمی شود، بازی با بچه ها، گردش، سفر و...

توجه: خلق افسرده در کودکان و نوجوانان ممکن است به صورت تحریک پذیری یا بی قراری زیاد باشد

Created in Master PDF Editor

خستگی و کاهش انرژی: خستگی زودرس و کسالت در انجام فعالیت های معمول فرد ممکن است بدون انجام کار سنگین نیزاحساس بی رمقی و خستگی زیاد نسبت به گذشته احساس کند.

احساس بی ارزشی یا احساس گناه: کاهش اعتماد به نفس، سرزنش خود، احساس گناه شدید و عذاب وجدان بدون علت واضح یا منطقی.

کاهش یا افزایش خواب: مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن های مکرر طی خواب، بیدار شدن زودتر ازهمیشه، خواب آلودگی در طول روز

کاهش توانایی انجام فعالیت های روزمره: افت واضح کارایی و توانایی فرد در فعالیتهای شغلی، تحصیلی، اجتماعی که منجر به غیبت از کار، تحصیل، گوشه گیری از جمع یا ناتوانی از انجام امور منزل یا شخصی فرد شود.

نشانه های فوق باید در اکثر اوقات روز و تقریبا همه روزها وجود داشته باشد تا به عنوان نشانه های افسردگی در نظر گرفته شود.

گروههایی که در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی قرار دارند:

- زنان به ویژه پس از زایمان (افسردگی پس از زایمان)
- سالمندان
- افراد مبتلا به بیماریهای جسمی مزمن مثل دیابت،صرع و بیماری های قلبی- عروقی افراد دچار سوءمصرف مواد یا الکل
- افرادی که مرگ یا جدایی از همسر، سوگ عزیزان، شکستهای عاطفی، تحصیلی، شغلی را تجربه کرده اند.
- افرادی که دارای سابقه خانوادگی بیماری روانی به ویژه افسردگی هستند.

نشانه ها و علائم	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
غمگینی، بی علاقگی	افسردگی	افسردگی شدید(قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران)	ارجاع فوری به پزشک
احساس خستگی و کاهش انرژی			
کاهش توانایی انجام فعالیت های روزمره		افسردگی خفیف تا متوسط (عدم وجود قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران)	ارجاع غیر فوری به پزشک
احساس بی ارزشی یا احساس گناه			
کاهش یا افزایش خواب			
افزایش یا کاهش اشتها			

Created in Master PDF Editor

توجه: از فردی که نشانه ها وعلایم افسردگی را دارد حتما راجع به افکار خودکشی به همراه قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران سئوال کنید:

آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید ؟ آیا اخیرا به خودکشی فکر کرده اید؟

چنانچه پاسخ مثبت است این علامت را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید .

مواردی که باید در پیگیری بیماران افسرده توسط بهورزان اجرا شود:

- آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تاکید بر اهمیت وضرورت درمان و پیگیری
- پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک،
- پیگیری علایم افسردگی: غمگینی، کاهش انرژی، خستگی، مشکلات خواب و اشتها
- بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک)عوارض شایع: تهوع،اسهال یا یبوست، سوء هاضمه، خشکی دهان، خواب آلودگی، ... که در هفته اول پس از شروع داروها ممکن است بروز کند).
- پیگیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک(ماهانه)

نکاتی که بهورزان باید به خانواده و بیمار آموزش دهند:

- افسردگی بیماری شایع و قابل درمانی است به گونه ای که بعضی به آن سرماخوردگی اعصاب می گویند.
- افسردگی یک بیماری است نشانه ضعف اراده یا تنبلی نبوده و صرفا با توصیه های عمومی مانند مسافرت رفتن یا تفریح کردن برطرف نمی شود.
- بهبودی از افسردگی به تدریج و گاه در طی یکی دو هفته ظاهر خواهد شد.
- مصرف داروهای ضد افسردگی با تجویز پزشک خطر جدی برای بیمار ندارد.
- مصرف داروهای ضد افسردگی اعتیاد آور نیست و عوارض ماندگاری برای بیماردر بر نخواهد داشت.
- شایع ترین عوارض داروها در اوایل مصرف عبارتند از خواب آلودگی خفیف، سوءهاضمه، اسهال که با ادامه درمان و مصرف دارو همراه غذا تدریجا بهبود می یابد.
- قبل از قطع داروها حتما باید با پزشک مشورت شود.
- گاهی لازم است برای جلوگیری از عود مشکل حداقل برای یک دوره شش ماهه دارو مصرف شود.
- دارو باید هر روز استفاده شود و حتی الامکان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.
- فرد افسرده را نباید تنها گذاشت، باید به کارهای ساده و روزمره سرگرم شود و مورد توهین و انتقاد قرار نگیرد و اگر افکار نومیدی، پوچی، خودکشی، و بیقراری و شرایط نگران کننده ای داشت لازم است به پزشک ارجاع فوری شود.

Created in Master PDF Editor

اختلالات اضطرابی

مقدمه و علایم:

همه انسان ها به طور طبیعی گاه اضطراب را در زندگی خود تجربه می کنند. اضطراب اگر در حد طبیعی باشد حتی خوب هم هست چرا که باعث افزایش آمادگی و جنب و جوش و در نهایت پیشرفت فرد می شود،ولی اگر شدید شود مثلا با علایمی مثل تپش قلب، وحشت و بی قراری همراه باشد و در نتیجه فرد را به دردسر بیاندازد و برای او مشکل درست کند، غیرطبیعی است و نیاز به توجه و درمان دارد.

در یکی از انواع اضطراب فرد مبتلا برای مدت طولانی چند ماه احساس دلشوره و نگرانی دارد .احساس دلشوره و نگرانی علامت اصلی این نوع اختلال است و افراد مبتلا در بیشتر اوقات شبانه روز بدون دلیل خاصی از احساس هایی مثل دلشوره ، تشویش ، نگرانی و اضطراب شکایت دارند نگرانی حتی در ظاهر این افراد هم مشخص است ودر بسیاری از مواقع احساس بی قراری هم وجود دارد فراموشی ، زود خسته شدن و عصبانیت از دیگر علامت های این نوع اضطراب است به این بیماری اختلال اضطرابی منتشر می گویند چون علایم اضطرابی در بیشتر اوقات همراه بیمار هستند و او را راحت نمی گذارند .

بیماری وسواس یکی دیگر از بیماری های اضطرابی است که تعداد زیادی از افراد جامعه به آن مبتلا هستند. شایع ترین نوع از این بیماری وسواس به آلودگی یا نجاست است که در اثر این وسواس بیمار شروع به شستن یا آب کشیدن بیش از اندازه می کند. وسواس ممکن است به شکل شک کردن هم بروز کند که بیمار را وادار به چک کردن های تکراری و غیرضروری می نماید. مثلا فرد مرتب شک می کند که درب را بسته یا نه،یا اینکه نکند شیر گاز را باز گذاشته باشد، و بعد در اثر این افکار چندین بار می رود و چک می کند ببیند آیا درب بسته است یا شیر گاز به درستی بسته شده یا نه؛ شک بیش از حد در رکعت ها یا سایر جزئیات نماز ودیگر آداب مذهبی هم از این گونه وسواس ها هستند. انواع دیگری از وسواس هم وجود دارد مثل فکرهای مزاحم و ناراحت کننده ای که برخلاف میل فرد به ذهن او هجوم می آورند و بیمار نمی تواند از دست آنها رهایی یابد. از جمله این افکار می توان به افکار کفرآمیز یا افکار جنسی یا فکر آسیب زدن به دیگران اشاره کرد.

اضطراب اجتماعی یا ترس از صحبت کردن در جمع هم یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که بیشتر درنوجوانان و جوانان دیده می شود. این افراد وقتی بخواهند جلوی افراد ناآشنا حرف بزنند یا کاری انجام دهند بسیار مضطرب می شوند و ممکن است نتوانند این کار را به درستی انجام دهند. به این بیماری اضطراب اجتماعیگفته می شود.

نوع دیگری هم از اختلال اضطرابی وجود دارد که در اثر بروز یک حادثه بسیار شدید و خطرناک مثل زلزله،جنگ یا تصادف ایجاد می شود که به آن اختلال استرس پس از سانحه می گویند. برای مثال در جریان دفاع مقدس و همچنین در زلزله بم این اختلال در بسیاری از هموطنانمان ایجاد شده است. در این موارد بیمار برخلاف میل خود، مرتب به یاد آن حادثه می افتد و بسیار ناراحت و مضطرب می شود. عصبانیت،پرخاشگری و اضطراب زیاد از علایم این اختلال هستند.

در طبقه بندی قبلی اختلالات روانی که در شبکه سلامت کشور استفاده می شد، اختلالات اضطرابی در دسته اختلالات خفیف روانی جای می گرفتند البته این مساله به معنی کم اهمیت بودن این بیماری ها نیست.

Created in Master PDF Editor

علائم ونشانه ها	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
اضطراب و دلشوره	احتمال اختلال اضطرابی	احتمال آسیب جدی به خود یا دیگران	ارجاع فوری به پزشک
بیقراری و نگرانی			
شست شو یا چک کردن بیش ازحد			
افکار مزاحم		نبودن احتمال آسیب جدی به خود یا دیگران	ارجاع فوری به پزشک
ترس از صحبت در جمع			
عصبانیت ناگهانی			
بیخوابی یا خواب منقطع			

پیگیری و مراقبت:

برای درمان اختلالات اضطرابی هم می توان از داروها استفاده کرد و هم از روش های غیردارویی کمک گرفت. هر دو نوع درمان در بهبود این اختلالات موثر هستند و بسته به شرایط موجود و صلاحدید پزشک از آنها استفاده می شود.

اختلالات اضطرابی کوتاه مدت نیستند، بنابراین درمان آنها هم کوتاه مدت نخواهد بود. قطع زودهنگام درمان منجر به عود بیماری و افزایش مشکلات بیمار می گردد.

اختلالات سایکوتیک

مقدمه وعلایم :

این اختلالات در دسته بندی که قبلا در شبکه سلامت کشور به کار می رفت بخشی از اختلالات شدید را تشکیل می دادند. افرد مبتلا به این اختلالات دچار رفتارها و حالت های خاصی می شوند که برای سایرین عجیب و غیرمعمول است و افراد عادی تقریبا هیچ گاه در زندگی خود این حالات را تجربه نمی کنند. مثلا این بیماران ممکن است صدای فرد یا افرادی را بشنوند که وجود ندارند و دیگران آنها را نمی شنوند یا چیزها یا کسانی را ببینند که افراد عادی آنها را نمی بینند. به این حالت " توهم" گفته می شود. نشانه مهم دیگر این است که بیماری که توهم دارد ممکن است با خودش حرف بزند یا بی دلیل و بیهوده بخندد یا کارهایی انجام دهد که توهمش به او می گوید. بنابراین خیلی وقت ها رفتار این بیماران عجیب و غیرمعمول به نظر می رسد. مثلا ممکن است آشغال جمع کنند، لباس خود را جلوی دیگران یا در جای نامناسبی در بیاورند یا به دیگران

Created in Master PDF Editor

حمله کنند. همچنین ممکن است این افراد اعتقادات نادرست و گاه عجیب و باورنکردنی داشته باشند. مثل اینکه کسی بی دلیل معتقد باشد فرد یا گروهی قصد کشتن یا صدمه زدن به او را دارند یا به قصد صدمه زدن یا کشتن او را تعقیب می کنند(هذیان بدبینی یا سوءظن هذیانی)؛ یا مثلا معتقد باشد که دیگران درباره او حرف می زنند یا او را مسخره می کنند؛ بگوید با خدا و پیغمبر و بزرگان مذهبی رابطه نزدیکی دارد یا قدرت و مقام خاصی به او داده شده است(هذیان بزرگ منشی). به این اعتقادات نادرست که فرد بدون دلیلی به آنها باور دارد و برای شما و دیگران هم قابل قبول نیست، " هذیان" گفته می شود.

رفتارهای بی دلیل و بی هدفی که دلیل انجام آنها غیرقابل فهم است یا بر اساس فرهنگ جامعه نامتناسب به نظر میرسد و همچنین حرف زدنی که نامفهوم و بی ربط به نظر می رسد هم از جمله علایم این بیماریها در نظر گرفته میشود. گاهی اوقات هم ممکن است این بیماران گوشه گیر، کم حرف و به همه چیز بی توجه باشند و حتی به نظافت و کارهای شخصی خود هم دقت نکنند. معمولا افراد مبتلا به اختلالات پسیکوتیک خود را بیمار نمیدانند و معتقدند که کاملا سالم هستند. بنابراین هر کسی که هر یک از علایم توهم، هذیان را داشته باشد یا رفتار و گفتارش عجیب و نامفهوم به نظر برسد باید از نظر وجود اختلالات پسیکوتیک بررسی شود. وجود این علایم بسیار مهم است و نشان می دهد که بیمار نیاز به بررسی و درمان جدی داردو هر چه زودتر باید برای تشخیص و درمان او را نزد پزشک فرستاد. در صورتی که مشکل بیمار مورد توجه و درمان قرار نگیرد ممکن است شدیدتر شود و بیمار و اطرافیان را دچار عوارض زیادی نماید. به همین دلیل است که این بیماری یکی از انواع اختلالات شدید روانی محسوب می شد.

علائم ونشانه ها	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
توهم	احتمال اختلال سایکوتیک	قصد آسیب جدی به خود یا دیگران	ارجاع فوری به پزشک
هذیان			
رفتارهای بی هدف و عجیب و غریب		پرخاشگری شدید	ارجاع فوری به پزشک
تکلم بی ربط و نامربوط		فقدان قصد آسیب یا پرخاشگری شدید	ارجاع غیرفوری به پزشک

پیگیری و مراقبت :

درمان اصلی اختلالات سایکوتیک درمان دارویی است و معمولا لازم است این بیماران برای چند سال به طورمرتب دارو مصرف کنند. یکی از مهمترین مشکلات در درمان این اختلالات این است که بسیاری از بیماران قبول ندارند که بیمار هستند و

Created in Master PDF Editor

بنابراین از خوردن دارو خودداری می کنند یا پس از مدتی که علایم بیماری فروکش کرد، داروی خود را قطع می کنند. قطع زودهنگام دارو معمولا باعث می شود که بیماری پس از چند هفته یا چند ماه دوباره عود کند.

پیگیری در مورد بیماران زیر باید در فواصل کوتاه حداکثر هفتگی انجام شود:

۱)بیمارانی که افکارخودکشی، آسیب به دیگران یا اقدام به خودکشی دارند.

۲)بیمارانی که با وجود چند جلسه پیگیری و آموزش هنوز هم دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش کافی برای درمان و پیگیری ندارند.

۳)شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان که با وجود پیگیری و آموزش بهورز بهبود نیافته است.

بهورز چنانچه در پیگیری های خود موارد فوق را شناسایی نمود ضمن آموزش به بیمار و خانواده تلاش خواهد نمود که بیمار سریع تر و زودتر از موعد مقرر توسط پزشک مربوطه ویزیت شود.

Created in Master PDF Editor

کم توانی ذهنی

مقدمه و علایم:

همه ما با این اختلال آشنا هستیم و در طول عمر خود افرادی را دیده ایم که کم توانی ذهنی هستند. توانایی ذهنی این افراد نسبت به متوسط هم سن و سالان خود پایین تر است، بنابراین در زمینه های مختلفی مثل یادگیری مطالب درسی، برقراری رابطه با دیگران، توانایی های حرکتی و مهارت های عادی روزمره شکل دارند. کم توانی ذهنی ممکن است خفیف، متوسط یا شدید باشد. شناسایی کم توانی ذهنی متوسط یا شدید اصلا کار دشواری نیست چون این افراد نسبت به دیگران توانایی های بسیار پایین تری دارند و به سادگی شناسایی می شوند اما شناسایی موارد خفیف تر به این سادگی نیست و نیاز به انجام آزمون های هوشی دارد. کودکانی که دچار کم توانی ذهنی هستند معمولا از همان سال های اول عمر از بقیه کودکان قابل تمایز هستند. این افراد رشد کندتری دارند و دیرتر به راه می افتند یا حرف زدن یاد می گیرند. موارد شدید ممکن است هیچ وقت نتوانند به خوبی حرف بزنند. اعضای خانواده معمولا می توانند موارد شدید و متوسط را حتی قبل از رسیدن به سن مدرسه شناسایی کنند، ولی موارد خفیف تنها پس از ورود به مدرسه مشخص می شوند. زمانی که کودک قادر نیست همپای دیگر کودکان مطالب را یاد بگیرد. باید توجه داشت که کودکان مبتلا به کم توانی ذهنی در همه درس ها نسبت به دیگران ضعیف ترند. البته ممکن است در برخی درس ها خیلی ضعیف تر باشند و در برخی دیگر ضعف کمتری داشته باشند. این برخلاف کودکان مبتلا به اختلال یادگیری است که تنها در برخی درسها ضعف دارند نه همه درسها.

پیگیری و مراقبت:

از آنجا که بسیاری از افراد مبتلا به کم توان ذهنی، دچار بیماری های جسمی یا روانی دیگری هم هستند لازم است از این نظر هم مورد توجه و در صورت لزوم درمان قرار گیرند. به علاوه خانواده این افراد نیاز به آموزش و حمایت دارند تا بدانند چگونه باید با کودکان خود برخورد کنند. باید بدانیم که اگرچه این بیماران دیرتر از بقیه مطالب را یاد می گیرند ولی در صورتی که

Created in Master PDF Editor

آموزش مناسبی دریافت کنند، هنوز قادر هستند بسیاری از مطالب را به خصوص در مورد بهداشت فردی، روابط اجتماعی و سایر احتیاجات روزمره خود بیاموزند. متاسفانه کم توانی ذهنی درمانی غیر از آموزش های ذکرشده ندارد. فشار بیش از حد به کودکان برای یادگیری و تنبیه آنان کمکی نمی کند و برعکس باعث ایجاد مشکلات بیشتری می شود.

اختلالات کودکان و نوجوانان

۱-اختلال بیش فعالی و کم توجهی:

اختلال بیش فعالی و کم توجهی، یکی از شایع ترین اختلالات دوران کودکی است که تقریبا ۵ درصد کودکان سنین مدرسه را تحت تأثیر قرار می دهد. ویژگی های عمده این اختلال شامل تحرک و فعالیت بیش از حد، و مشکل توجه و تمرکز می باشد. گرچه موارد فوق رفتارهایی است که تمامی کودکان، مواقعی آنها را نشان می دهند، اما کودکان بیش فعال به درجه ای علایم فوق را نشان می دهند که با عملکرد طبیعی آنها در منزل،مدرسه و ارتباط با همسالان و اطرافیان تداخل ایجاد می کند.این کودکان به طور مکرر توسط والدین، معلمین و اطرافیان به دلیل رفتارهای ناپخته و تکانشی خود سرزنش می شوند که منجر به تأثیرات سوء بر اعتماد به نفس آنها می گردد.اکثر اوقات زمانی که این کودکان وارد مدرسه می شوند، تشخیص داده می شوند.

این کودکان اکثر اوقات در حال حرکت و جنب و جوش هستند و به نظر می رسد هیچگاه خسته نمی شوند.لحظه ای آرام و قرار ندارند. اگر قرار باشد لحظه ای بنشینند، مرتب وول می خورند، حتی در خواب نیز ممکن است بی قراری و وول خوردن آنها را ببینیم. آنها مرتب در حال دویدن، راه رفتن، بالا و پایین رفتن روی مبلمان و صندلی ها و ... هستند. در مهد کودک آنها نمی توانند روی صندلی آرام نشسته و تکالیف خود را انجام دهند، بلکه وسط کلاس این سو و آن سو می دوند.کودکان بیش فعال دررعایت نوبت و انتظار کشیدن برای رسیدن به چیزی مشکل دارند، وسط صحبت دیگران می پرند و نمی توانند صبر کنند تا صحبت طرف مقابل به اتمام برسد. در نتیجه در کلاس درس نمی توانند حواس خود را به گفته های معلم بدهند. به نظر می رسد اصلا گوش نمی دهند و زمانی که باید به محتوای صحبت های معلم توجه کنند، مشغول انجام کار دیگری هستند یا با چیزی بازی می کنند. در دروسی مثل دیکته که نیاز به توجه و تمرکز بیشتری دارد، معمولاً مشکلات بیشتری را نشان می دهند.

عده ای از این کودکان با رسیدن به سن ۱۲ سالگی علایم آنها بهبود می یابد. درصورتیکه علایم درمان نشود افت درسی و عدم پیشرفت تحصیلی، آینده شغلی این کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد.بنا به دلایل فوق، اختلال بیش فعالی کم توجهی باید درمان شود هدف از درمان کاهش علایم این بیماری است تا حدی که کودک آشفتگی کمتری را در زندگی روزمره خود متحمل گردد و عملکرد تحصیلی و ارتباطی کودک بهبود یابد. درمان این کودکان شامل دو دسته کلی درمان های دارویی و غیر دارویی است.

Created in Master PDF Editor

۲- اختلال سلوک:

دو ویژگی مهم اختلال سوک شامل رفتارهای پرخاشگرانه و تخریبی و نقض قوانین و حقوق دیگران است سایر خصوصیات این اختلال عبارتند پرخاشگری نسبت به افراد یا حیوانات، بی اعتنایی، بد دهنی، تخریب اموال، فریبکاری و دزدی،دروغگویی مستمر، گستاخی،قلدری کردن،تهدید یا ترساندن دیگران، فرار از منزل یا مدرسه.

هادی پسر بچه ای ۱۲ساله است که موقتاً از مدرسه اخراج شده و توسط ناظم مدرسه به روانپزشک ارجاع شده و یادداشت زیر را همراه او فرستاده اند:

" راستگویی در وجود هادی نیست و زمانی که در حین خلافکاریهای واقعی گیر می افتد همه چیز را انکار می کند و ظاهر آدمهای مظلوم و بی گناه را به خود می گیرد. او معتقد است که ما به او گیر می دهیم. وقتی که او را از همه چیز محروم می کنیم، برخورد او با ما رقت آور می شود. این پسر شدیداً به کمک احتیاج دارد. در ظاهر او هیچ دوستی ندارد. رفتارهای خشونت آمیز او مانع از این می شوند که سایر دانش آموزان او رادوست داشته باشند. مشاور مدرسه او را مورد آزمایش قرار داد و نتایج نشان دادند که هوش او معمولی است ولی کارآمدی او در مدرسه فقط در حد کلاس سوم و درجات پایین کلاس چهارم است".رفتار ضد اجتماعی هادی از مدرسه ابتدایی آغاز شد و الگویی از دعوا کردن، دروغ گفتن و دزدی کردن در او برای سال ها ادامه داشته است.

آنچه باید والدین آموزش داده شود:

- به والدین در مورد ضرورت پی گیری های درمانی و مداخلات داروئی آموزش دهید
- به والدین در ایجاد قواعد، حد و مرزها ی روشن و واضح برای کودکان آموزش دهید .
- والدین را وادار کنید تا روشهای انضباطی مانند تنبیه بیش از حد یا تنبیه بدنی را متوقف کنند .
- به والدین توصیه کنید که بر دوستی های نوجوانان نظارت داشته و با والدین دوستان فرزندشان درتماس باشند

Created in Master PDF Editor

۴- اختلالات یادگیری

این کودکان از هوش کلی خوبی برخوردار هستند ولی در یک زمینه خاص مثل خواندن، نوشتن یا ریاضیات دچار ضعف می باشند. معلمین از جمله اولین کسانی هستند که متوجه اینگونه دانش آموزان می شوند.

این دسته از اختلالات عمدتاً بصورت ناتوانی از یادگیری خواندن، نوشتن و درک ریاضیات دیده می شوند و کودک درتستهای عملکرد تحصیلی ضعیف عمل می کند. در این کودکان توانائی تحصیلی و گفتاری شان متناسب با سن آنها نیست.

رضا علیرغم هوش نرمال و گاه بالای خود، در انجام تکالیف مدرسه مانند خواندن، نوشتن، ریاضیات و...دچار مشکل است. او هر روز به هر بهانه ای می خواهد از مدرسه رفتن، سر باز زند. هنگامی که از او می خواهید از روی متن درس جدید برایتان بخواند، هزار بهانه می آورد و سرانجام با فشار و مکث های بیش از حد، دست و پا شکسته متن را با غلط های فراوان می خواند. بارها او جدول ضرب را اشتباه می کند، حروف الفبا را به ترتیب با شعر یاد می گیرد، اما اگر بپرسید بعد از مثلا "ص" چه حرفی است؟ نمی تواند مستقیما جواب دهد و باید از اول حروف الفبا را برای خود بگوید. به سادگی برای شما فیلمی را که دیده تعریف می کند، اما اگر از او بخواهید در مورد فیلم دو خط برایتان بنویسد، از این کار سرباز می زند...

آنچه باید والدین بدانند:

- با حمایت درست و مداخله مناسب این کودکان می توانند در مدرسه موفق شده و در بزرگسالی نیزانسانی موفق گردند.
- نقاط قوت و استعدادهای او را بشناسید و جهت پرورش آنها، او را تشویق کنید .
- تلاش های او را برای رسیدن به موفقیت ارج بنهید و حمایت کنید
- اهداف و انتظارات خود را واقع بینانه کنید.
- با معلمین و اعضای مدرسه همکاری کنید.
- زمانی که کودک شما می خواهد حرف بزند، به او گوش دهید .

Created in Master PDF Editor

به عدم کنترل ادرار بصورت غیر ارادی یا ارادی نامتناسب باسن اطلاق می شود به طوری که با سطح تکامل و سن کودک متناسب نباشد. شب ادراری تا حدود ۵ سالگی طبیعی تلقی می شود. بعد از سن ۵ سالگی چنانچه حداقل دوباردرهفته بمدت ۳ ماه اتفاق افتد یا این که بروز آن باعث اضطراب و افت عملکرد شدید شود غیر طبیعی تلقی می شود. شیوع اختلالات هیجانی و رفتاری در این کودکان بیشتر از جمعیت عمومی است.

Created in Master PDF Editor

ج-اختلالات گفتاری:

اختلالات گفتار می تواند به صورت اختلال در تلفظ صحیح کلمات و اختلال در روان صحبت کردن اشاره نمود.

اختلال در تلفظ: این اختلال شایع ترین نوع مشکلات ارتباطی است که کودک نمی تواند آنگونه که بر اساس سن اوانتظار می رود تلفظ شمرده و صحیحی از کلمات را ارائه دهدکودک ممکن است نوک زبانی صحبت کند، یا بعضی از حروف وصداها را حذف کند مثلا" به جای کلمه عروسک می گوید عوسک، یا به جای نادر می گوید نار، یا شیرینی را شیینی تلفظ کند یا ممکن است حرفی را جایگزین حرف دیگر کند مثلا" به جای گربه بگوید دربه. بسیاری از موارد فوق در طی فرآیند رشد طبیعی کودکان نیز دیده می شود اما بتدریج که سن کودک افزایش می یابد، انتظار می رود تکلم او برای دیگران بیشتر قابل فهم باشد. اما در این اختلال، مشکل کودک پس از طی دوره طبیعی رشد، باز هم ادامه می یابد این بیماری معمولا" در ۴ سالگی شروع میشود زمانی که انتظار می رود تکلم کودک قابل فهم باشد. در مورد بچه های زیر ۳ سال زمانی تشخیص این اختلال گذاشته می شود که تکلم حتی برای اعضای خانواده نیز غیرقابل فهم باشد. اشکال خفیف تر ممکن است تا زمان ورود به مدرسه تشخیص داده نشود. این بیماری در پسران شایع تر از دختران است. این کودکان در معرض اختلالات یادگیری و مشکلات تحصیلی هستند.

لکنت زبان: در این بیماری سلیس و روان بودن تکلم از بین رفته است. ممکن است صداها بلوک شوند وکودک بخواهد حرف بزند ولی صدایی از گلویش خارج نشود و در نتیجه سکوت و یا وقفه ای در کلام رخ دهد، ممکن است تکلم با مکث های طولانی، تکرار یک حرف)مثل: گ - گ – گل(یا یک سیلاب)مثل: وی – وی –ویدیو(یا طولانی شدن و کش آمدن یک حرف) مثل: م م م م مریض(خود را نشان دهد، ممکن است تلاشهای رفتاری زیادی را در زمان تکلم کودک ببینیم مثل پلک زدن، تکان دادن دست ها و سر، اداهای خاص روی صورت و ....این، بیماری معمولا" بین ۷-۲سالگی شروع می شود که اوج آن ۴-۳ سالگی است. شیوع آن یک درصد(۱ ٪) می باشد. این اختلال معمولا" در دوره نوجوانی رو به بهبود می گذارد و شیوع آن کاهش می یابد. لکنت زبان در پسران شایع تر از دختران است. پسران سه برابر دختران به این بیماری مبتلا می شوند زمانی که این کودکان برای حرف زدن تحت فشار قرار می گیرند یا استرس و اضطرابی به آنها وارد می شود، لکنت زبان آنها شدت می یابد. در نتیجه لکنت زبان بیماری است که شدت آن از یک موقعیت به موقعیت دیگر متفاوت است. کاهش استرس در زمان صحبت کردن به کاهش حملات لکنت زبان کمک می کند اما استفاده از داروهای ضد اضطراب تأثیر اصلی در درمان ندارد.گفتاردرمانی در این کودکان هم به روان و سلیس صحبت کردن کمک می کند و هم کمک می کند تا کودک با اضطراب و تنش کمتری وارد مکالمه و گفتگو گردد.

آنچه باید والدین در مورد لکنت بدانند:

- گاهی ناروانی کلام بخشی از فرایند رشدی است پس تا مطمئن نشده اند از کلمه لکنت استفاده نکنند.
- در بسیاری موارد لکنت خود محدود شونده است. با اینحال لازم است مشاوره با متخصصین انجام شود.
- برای صحبت کردن کودک را تحت فشار قرار ندهند.
- به لکنت کودک توجه نکنند .
- در زمان صحبت کودک با حوصله به او گوش دهند و از عباراتی مثل زود باش استفاده نکنند.

Created in Master PDF Editor

- موقع صحبت با اضطراب به او نگاه نکنید بلکه چهره طبیعی داشته باشند.
- در حین صحبت با کودک اشتباهات تلفظی او را اصلاح نکنند.
- در حین صحبت هیچگاه به او نگوئید چه کار کند تا لکنت نداشته باشد.
- هیچگاه برای یافتن کلمه یا ادای آن به کودک کمک نکنند.

د- اختلال تیک:

تیک ها حرکات یا صداهای ناگهانی، بی هدف و تکراری هستند که به طور غیر ارادی انجام می پذیرند ولی فرد ممکن است بتواند بمدت کوتاه مانع انجام آنها شود. تیک دوره های تشدید یا تخفیف دارد

برخی اختلالات با اختلال تیک مرتبط بوده قبل و یا همراه آن دیده می شوند.این اختلالات عبارتند از:

- اختلالات اضطرابی
- افسردگی
- مشکلات یادگیری
- اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز
- اختلال وسواسی-جبری

کودکانی که اختلال تیک دارند ممکن است مشکلات رفتاری نظیر لجبازی و بدخلقی داشته باشند. همچنین تیک ممکن است با دوره هائی از افزایش یا کاهش شدت همراه باشد.

درصورت وجود اختلال تیک به والدین در خصوص موارد زیر آموزش دهید:

این اختلال به دلیل نقص در سیستم اعصاب مرکزی است و کودک عمدا این حرکات را تولید نمی کند.

به والد در مورد لزوم درمان داروئی توضیح دهید.به والد آموزش دهید که در طول درمان ممکن است علائم کم و زیاد شود در این صورت درمان را قطع نکند.

به والد آموزش دهید که به تیک های کودک توجه نکند و بخاطر تیک به کودک تذکر ندهند.

بسیاری از تیک ها گذرا هستند بخصوص زمانی که مدت زمان کمی از شروع آنها گذشته باشد در این خصوص به والد اطمینان بخشی کنید.

اضطرابی و افسردگی. با اینحال در بسیاری از مواقع این رفتارها صرفا عادتی بوده و نشان دهنده اختلال خاصی نمی باشد و مشابه سایر رفتارهای عادتی باید در مورد آنها برخورد نمود.

در مورد اینکه این رفتار نوعی عادت است به والدین آموزش دهید

- به والدین آموزش دهید که موقعیت های بروز رفتارها را شناسائی نموده و از پیش برای برای کاهش رفتار برنامه ریزی نمایند.
- در مورد رفتار به کودک تذکر ندهند و رفتار عادتی را نادیده بگیرند.
- بصورت غیر مستقیم با تغییر موقعیت دفعات بروز رفتار را کاهش دهند.
- کودک بخاطر رفتار مورد تنبیه، سرزنش یا تحقیر قرار ندهند.
- رفتارهای جایگزینی را در نظر گرفته و در صورت انجام آنها کودک را مورد تشویق قرار دهند
- در صورتیکه رفتار همچنان ادامه یافت با متخصصین حوزه روان پزشکی مشورت نمایند.

Created in Master PDF Editor

اورژانسهای روانپزشکی

خودکشی:

خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خود فرد است.اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی می گوییم. پدیده افکار خودکشی در بسیاری از اقشار مردم از جمله(جوانان،مردان، زنان و افراد مسن)دیده میشود. که عدم پیشگیری از آن میتواند اقدام به خودکشی را بهمراه داشته باشد. خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد خودکشی در نتیجه تعامل عوامل متعدد زیست شناختی، ژنتیک، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی، و محیطی بوجود می آید. توضیح این موضوع که چرا برخی افراد تصمیم به خوکشی میگیرند در حالی که برخی دیگر در شرایط یکسان یا حتی بدتر از آن چنین کاری نمیکنند مشکل است. با این حال بیشتر خودکشیها قابل پیشگیری هستند.اقدام به خودکشی،نشان دهنده ناراحتی شدید هیجانی و یا بیماری روانی است. خودکشی و اقدام به خودکشی عواقب هیجانی شدیدی بر خانواده و دوستان دارد. برای خودکشی علل مختلفی ذکر گردیده و عوامل متعددی را در اقدام به آن مؤثر دانسته اند. مهمترین این عوامل عبارتند از: علل روانی: بیماریهای روانی به ویژه افسردگی، اعتیاد، سایکوز(بیماریهای شدیدروانی) اختلال دوقطبی علل روانشناختی مانند شکست عاطفی، تحصیلی یا هر شکست دیگر، استرس ها علل جسمی: بیماریهای جسمی مزمن مثل سرطان، صرع، ایدز، بیماران دیالیز .علل اجتماعی: مثل تنها زندگی کردن، فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی و همچنین عوامل فشارزا مانند طلاق، بیکاری، فقر، از دست دادن نزدیکان، شکست در کار یا تحصیل، ازدواج تحمیلی و اختلافات زناشویی.

درمان کافی بیماریهای روانپزشکی میتواند از خودکشی پیشگیری کند و برخی درمانها برای اختلالات روانپزشکی با کاهش رفتارهای خودکشی همراه هستند.

Created in Master PDF Editor

باورهای غلط درباره خودکشی:

باور غلط	باور درست
کسی که حرف خودکشی را میزند به آن عمل نمیکند این فقط یک تهدید یا بلوف است.	حرف خودکشی و تهدید به آن را همیشه جدی بگیرید.
خودکشی سبب تلقین به خودکشی درباره میشود..	پرسش درباره خودکشی سبب کاهش اضطراب بیمار شده و احساس میکند که او را درک می کنید.

توجه: شناسایی هر مورد فکر یا اقدام به خودکشی توسط بهورز مستلزم ارزیابی دقیق و تخصصی توسط پزشک روانپزشک می باشد.بیمار پس از ارجاع به سطح تخصصی و دریافت پسخوراند از متخصص، توسط بهورز و پزشک خانواده بر اساس تشخیص و اختلال زمینه ای پیگیری می شود.

نکات کلی در برخورد با فردی که از خودکشی صحبت می کند:

- صحبت در خصوص خودکشی را جدی بگیرید و همدلی نشان دهید
- فعالانه گوش دهید و علاقمندی خود را طی مصاحبه نشان دهید
- از سرزنش و پند و اندرز اجتناب کنید
- به فرد فرصت دهید تا آزادانه احساسات و عقاید خود را ابراز نماید
- راجع به افکار خودکشی، اقدام یا برنامه برای اقدام به خودکشی به صراحت بپرسید.
- فرد را تنها نگذارید و به وی بگویید که منابع دریافت کمک (ارجاع به پزشک، روانپزشک و ....) وجود دارد. دسترسی بیمار برای دریافت اینگونه خدمات را تسهیل نمایید.
- در تمامی مراحل از پیگیری درمان، مراجعه منظم به پزشک یا مصرف دارو اطمینان حاصل نمایید.

Created in Master PDF Editor

فصل پنجم: پیشگیری ازسوء مصرف مواد

اهداف آموزشی

انتظار می رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

۱- اهمیت مشکل اعتیاد و لزوم پیشگیری از آن را بیان کنند

۲- پیشگیری و درمان اعتیاد را آموزش دهند.

۳- شایع ترین مواد مورد مصرف در ایران را نام ببرند.

۴- عوامل موثر در بروز اعتیاد را شناسایی و آن هارا به خانواده ها و افراد در معرض خطر آموزش دهند

۵- علائم و نشانه های مصرف مواد مخدر و حشیش و دخانیات را به خانواده ها آموزش دهند.

۶- پیامدهای اعتیاد ؛ سوء مصرف مواد و الکل را تشخیص و آن ها را به خانواده ها و افراد در معرض خطر آموزش دهند.

۷- وظایف خود در برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد را به صورت صحیح انجام دهند.

۸- فعالیتهای انجام شده را ثبت و گزارش نمایند.

۹- مهارتهای اجتماعی به خانواده ها و افراد در معرض خطر آموزش دهند.

Created in Master PDF Editor

مقدمه

سوء مصرف مواد به عنوان یکی از مشکل‌های بهداشتی،درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است.اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد معتادمی‌شود بلکه آسیب‌های اجتماعی مانندافزایش طلاق، بزهکاری و بیکاری را نیز به دنبال دارد.

مصرف مواد مخدر به خصوص تریاک در ایران،سابقه‌ای چهارصد ساله دارد. همجواری کشور ما با دو کشور اصلی تولید کننده مواد مخدر یعنی افغانستان و پاکستان موجب شده است تا خاک ایران راه عبوراین مواد به کشورهای اروپایی باشد و در این نقل و انتقال‌ها است، مقداری از این مواد نیز در ایران توزیع شود.

در سال‌های اخیر، استفاده از سرنگ آلوده توسط معتادان تزریقی و همچنین افزایش بیماری ایدز و دیگرمشکلات اجتماعی ناشی از اعتیاد، موجب گردید تا ضرورت توجه به برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد بیش از پیش احساس شود و در شرایط جدید که معتادان در حال ترک، بیمار محسوب می‌شوند نسبت به اجرای طرح ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در شبکه اقدام شود.

مشکلات مرتبط با مصرف مواد

کارکنان مراقبت سلامت باید آگاه باشند که دلایل متعددی برای مصرف مواد وجود دراد . برخی افراد مواد را به دلیل اثرات لذت بخش یا مطلوب ایجاد شده برای مصرف کننده مصرف می کنند[11] در حالیک برخی دیگر ممکن است برای از بین بردن درد جسمی یا روان شناختی آن را مصرف کنند یک دلیل اصلی دیگر استفاده به منظور تقویت برخی کارکردها یا مقاصد است. برای مثال مصرف کنندگان مواد محرک ممکن است این مواد را برای افزایش کارکرد خود برای بیدار ماندن یا کاهش وزن استفاده کنند.

مشکلات مصرف مواد می تواند در اثر مسمومیت حاد[1] مصرف مستمر یا وابستگی و طریقه مصرف مواد ایجاد شودوممکن تمام این مشکلات به صورت هم زمان در یک فرد ایجاد شود.

مسمومیت حاد

مشکلات مرتبط با مسمومیت حاد می تواند در نتیجه یک نوبت مصرف مواد اتفاق افتد و می تواند شامل موارد زیر باشد:

- اثرات سمی حاد شامل آتاکسی ؛استفراغ، تب و تیرگی شعور(confusion)
- بیش مصرف (overdose یا از دست دادن هوشیاری
- تصادفات و آسیب
- تهاجم و خشونت
- رابطه جنسی قصد نشده و رفتارهای جنسی غیر ایمن
- رفتار غیر قابل پیش بینی

Created in Master PDF Editor

مصرف مستمر

مجموعه ای از مشکلات می تواند در اثر مصرف مستمر مواد رخ دهد که در طیفی از مشکلات جسمی تا مشکلات اجتماعی و سلامت روان قرار دارد. انواع مشکلات مرتبط با مصرف مستمر شامل موارد زیر است:

- مشکلات اختصاصی سلامت جسمی و سلامت روان
- تحمل و محرومیت
- اضطراب ،افسردگی و نوسان های خلقی
- مشکلات خواب
- مشکلات مالی
- مشکلات قانونی
- مشکلات ارتباطی
- برخی مشکلات مرتبط با نظم در کار یا تحصیل
- مشکلات شناختی مرتبط با حافظه و توجه

وابستگی

مشکلات برخاسته از مصرف یک ماده در حد وابستگی می تواند مشابه مشکلات مشاهده شده در مصرف مستمر، اما شدیدتر باشد. وابستگی معمولا با مصرف مکررتر یک ماده و دوزهای بالاتر در مقایسه با قبل همراه است. مشکلات همراه شامل موارد زیر است:

- تحمل و محرومیت قابل توجه
- مشکلات سلامت جسمی و روانی شدید
- افت عملکرد فزاینده در زندگی روزمره
- وسوسه وافزایش میل به مصرف
- عدم ایفای وظایف معمول
- قطع شدن روابط
- دشواری برای قطع مصرف علی رغم مشکلات
- علایم ترک احتمالی در صورت پرهیز

تداوم مصرف علی رغم شواهد دال برآن که مصرف در حال آسیب زدن به افراداست.

علائم محرومیت بسته به نوع ماده مصرفی متفاوت است، اما عموما شامل وسوسه (تمایل شدید برای مواد روان گردان و اثرات آن) اضطراب ،تحریک پذیری ،ناراحتی گوارشی ، روده ای و مشکلات خواب می شود.

Created in Master PDF Editor

علایم محرومیت برخی مواد از برخی دیگر شدیدتر است.محرومیت از ترکیبات افیونی ، بنزودیازپین ها و الکل می تواند نیاز به درمان طبی داشته باشد، در حالی که محرومیت بدون عارضه از سایر مواد می تواند معمولا با مراقبت حمایتی مدیریت شود.

خطرات تزریق

تزریق هر ماده همچنین یک عامل خطر قابل توجه است و با افزایش احتمال موارد زیر همراه است:

- وابستگی
- بیش مصرف
- پسیکوز (در تزریق محرک ها)
- خراب شدن رگ ها
- عفونت (موضعی ؛ابسه ها وزخم ها) (سیستمیک؛ اچ آی وی ، اچ سی وی)

"کاهش آسیب": هر اقدامی است که موجب تغییر و یا اصلاح رفتار فرد معتاد می‌شود و خطر و ضرر فردی، خانوادگی و اجتماعی را کمتر می‌کند مانند تبدیل تزریق مواد به مصرف خوراکی آن‌ها که موجب کاهش آسیب اجتماعی و مبتلا نشدن به ایدز می‌گردد.

مواد مخدر طبق اثراتی که بر سیستم مغز و اعصاب می‌گذارند به ۳ دسته تقسیم می‌شوند:

۱. کند کننده‌ها ۲. محرک‌ها ۳. توهم‌زاها

۱. کند کننده‌ها

موجب کاهش فعالیت سیستم عصبی شده و عضلات را شل کرده باعث کاهش اضطراب و تسکین درد می‌شود.

انواع آن: الکل، مواد افیونی (تریاک، هروئین، مرفین)، آسپرین، باربیتورات‌ها

۲. محرک‌ها

فعالیت سیستم عصبی را تحریک و به طور موقت موجب هشیاری و هیجان و کم شدن خستگی می‌شود.

انواع آن: کوکائین، کراک، کافئین و شیشه - کریستال

۳. توهم‌زاها

سیستم عصبی را مختل کرده و درک مصرف کننده را از واقعیت مختل می‌کند.

انواع آن: LSD، ماری جوانا، حشیش، اکستازی

علائم و نشانه‌های مصرف مواد مخدر

در ابتدای شروع مصرف،نمی‌توان از روی مشخصات ظاهری به اعتیاد افراد پی برد،ولیبا ادامه مصرف مواد،رفتارهایی در فرد ایجاد می‌شود که ممکن است ما را به اعتیاد او مشکوک کند.دانستن این نشانه‌ها، خانواده‌ها را در شناسایی اعتیاد اطرافیان یاری می‌دهد. هیچ‌گاه نباید با یک علامت،برچسب اعتیاد به افراد زد، بلکه بهتر است خانواده‌ها مراقبت بیشتری از فرد به عمل آورند و پس از دیدن چند مورد از رفتارهای زیر، موضوع را با **پزشک مرکز بهداشتی درمانی** در میان بگذارند.

Created in Master PDF Editor



۱- انواع تنباکو

استفاده از محصولات تنباکو عامل اصلی بیماری ومرگ مرتبط با مواد و یک مشکل اصلی سلامت عمومی است .تدخین مسمتر انواع تنباکو عامل خطرزا برای شماری از مشکلات سلامت جدی وطولانی مدت مثل فشار خون بالا ، دیابت وآسم است .کودکان کسانی که انواع تنباکو را تدخین می کنند در معرض خطر افزایش یافته مجموعه ای از مشکلات مثل عفونت های تنفسی ،آلرژی وآسم هستند.

زنان بارداری که سیگار می کشند در معرض خطر بالاتر سقط ، زایمان زودرس و تولد فرزند با وزن کم هستند. گرچه بیشتر مردم تنباکو را به صورت تدخینی مصرف می کنند ،استفاده از انواع تنباکو به روش غیر تدخینی مثل جویدن یا انفیه همچنین ، با خطر افزایش یافته بیماری همراه است. نهایتا مواجه با دود تنباکو در محیط (سیگار کشیدن منفعلانه) همچنین خطر این مشکلات سلامت را در میان کسانی که خودشان سیگار نمی کشند افزایش می دهد.

خطرات همراه با مصرف انواع تنباکو (به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر) عبارتند از:

- پیری زودرس،چین وچروک صورت
- سلامت پایین تر و دیر خوب شدن سرماخوردگی
- عفونت تنفسی و آسم
- فشار خون بالا ، دیابت
- سقط ،زایمان زودرس وکودکان با وزن کم هنگام تولد در زنان باردار
- بیماری کلیوی
- بیماری انسداد مزمن راه هوایی شامل آمفیزم
- بیماری قلبی،سکته، بیماری عروقی
- سرطان ها

۲- مواد افیونی:

تریاک و مشتقات آن، که از گیاه خشخاش به دست می‌آیند و شامل تریاک، شیره و سوخته تریاک، هروئین، مرفین وکدئین می‌شود: نشانه‌های بالینی شامل: تسکین، چرت زدن، تغییرات خلقی به دنبال استفاده از ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم از آن به وجود می‌آید. علائم دیگر شامل احساس گرما، سنگینی دست و پا و خشکی دهان است. صورت و به خصوص بینی ممکن است به خارش بیفتد.



مواد افیونی مضعف دستگاه اعصاب مرکزی هستند. انواع مواد افیونی خیابانی شامل تریاک، شیره ،هروئین وکراک هروئین می شود. داروهای افیونی همچنین ممکن است توسط پزشک و عموما برای درمان درد تجویز شود. مصرف مواد افیونی تجویز نشده و

Created in Master PDF Editor

خیابانی می تواند مشکلات متعددی برای مصرف کنندگان ایجاد کند،خصوصا اینکه این مواد گاه به صورت تزریقی مصرف می شوند که می تواند مشکلات بیشتری را برای مصرف کننده ایجاد کند.

داروهای افیونی تجویز شده نیز می تواند برای مصرف کنندگان مشکل آفرین شود اگر به صورت مکررتر با دوزهای بالاتر یا مدت زمان بیشتر از تجویز پزشک مصرف شوند.

داروهای افیونی تجویز شده شامل : مورفین، کدیین، متادون ، بوپرنورفین، پتدین، ترامادول و.... می باشد.

مواد افیونی را می توان به صورت تدخینی (کراک ،هرویین و تریاک) ،تزریق عضلانی یا وریدی (کراک وهروئین) ،خوراکی(تریاک وشیره) ،زیر زبانی یا به صورت شیاف مقعدی (مواد افیونی دارویی) استفاده نمود. مصرف تزریقی هروئین یا کراک منجر به شروع سریع اثراتی می شود که مخصوصا در ترکیب با سایر مواد مثل الکل یا بنزودیازپین ها، می تواند منجر به بیش مصرف (کشنده یا غیر کشنده)شود.

خطرات همراه با مصرف مواد افیونی (به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر) عبارتند از:

- خارش ،تهوع استفراغ
- خواب آلودگی، یبوست، خرابی دندان، دوره های قاعدگی نامنظم
- خرابی دندانها
- دشواری در تمرکز وبه یادآوردن چیزها
- افسردگی،کاهش میل جنسی، ناتوانی جنسی
- دشواری های ارتباطی
- مشکل در حفظ شغل و زندگی خانوادگی
- تحمل و وابستگی ،علایم محرومیت
- بیش مصرف ومرگ ناشی از نارسایی تنفسی

رفتارها و نشانه های مصرف تریاک و مشتقات آن

الف: نشانه های جسمانی

۱. اثرسوختگی در انگشتان،اثر تزریق بر دست‌ها
۲. بی‌اشتهایی و بی‌نظمی در غذا
۳. استشمام بوی تریاک و مشتقات آن از شخص
۴. حالت خواب آلودگی و خواب دیر هنگام
۵. شکایت‌های فراوان جسمانی مانند یبوست و شکایت از ناتوانی جنسی

ب: نشانه‌های رفتاری

۱. تغییررفتار فرد مثل قفل کردن در اتاق به هنگام خروج از خانه و غیبت یاترک کردن بی‌دلیل خانه و محیط
۲. درخواست مکرر پول از افراد به بهانه ودروغ‌های مختلف
۳. خرج کردن پول زیاد در مدت کوتاه و گم شدن پول، طلا و وسایل منزل

Created in Master PDF Editor

۴. طولانی شدن مدت ماندن دردستشویی

۵. کم توجهی و بی‌توجهی به وضع ظاهری تا حد آشفته بودن سر و وضع

۶. تمایل به کناره گیری از بستگان و ایجاد رابطه با دوستان ناباب

۷. کاهش احساس مسئولیت، وقت شناسی وغیبت از محل کار یا تحصیل وهمچنین کاهش کارآیی در خانه،مدرسه ومحل کار

۸. افزایش استفاده سرخود از داروهای آرامبخش و درخواست بی‌رویه داروهای مسکن

مصرف زیاد تریاک و مشتقات آن، موجب مسمومیت می‌شود که ممکن است کم شدن تعداد تنفس، بیهوشی و بالاخره مرگ را به همراه داشته باشد.

۳- حشیش:

درجهان ،حشیش شایعترین ماده غیر قانونی مورد مصرف به حساب می آید. گرچه تجربه بیش مصرف و مسمومیت با حشیش محتمل مرگ به علت مسمویت با حشیش به تنهایی بسیار پایین است. هرچند ترکیب با سایر مواد می تواند منجر به بیش مصرف و مرگ شود. گرچه مصرف حشیش همراه با پیامدهای سلامت منفی متعدد است و مصرف حشیش در بارداری اثرات مشابه تدخین تنباکو برروی مادر و جنین داردو میتواند شدت و عوارض وضعیت های بیماری فعلی مثل فشارخون بالا ،بیماری قلبی، بیماریهای تنفسی و سرطان های خاص را افزایش دهد.



خطرات همراه با مصرف حشیش (به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر) عبارتند از:

- مشکلات توجه وانگیزش
- اضطراب، بدبینی، هول وافسردگی
- کاهش توانایی حافظه و حل مسئله
- فشارخون بالا
- آسم ، برونشیت
- سایکوز در افراد با تاریخچه فردی و خانوادگی اسکیزوفرنی
- بیماری قلبی و بیماری انسداد مزمن ریوی
- سرطان های راه هوایی فوقانی وگلو

Created in Master PDF Editor

۶- الکل

مصرف الکل یک عامل خطرزا برای طیف وسیعی از مشکلات سلامتی بوده و یک علت اصلی بیماری ، افت کیفیت زندگی و مرگ زودرس است.

مشکلات اجتماعی همچنین مکررا با مصرف الکل پرخطر و در حد وابستگی همراه است و شامل قطه روابط خانواده و دوستان و دشواری در حفظ تحصیل و کار می شود.



زنانی که در طول بارداری الکل مصرف می کنند ، در معرض خطر داشتن کودکان دفومیتی، مشکلات یادگیری و رفتاری و نقص تکامل مغزی هستند.

تحمل و وابستگی ممکن است متعاقب مصرف مقادیر بالا به صورت مزمن ایجاد شود ومصرف کنندگان وابسته ممکن است در صورت کاهش یا قطع الکل دچار علایم محرومیت شوند.ترک حاد الکل با

Created in Master PDF Editor

دلیریم ترمنس(کاهش هوشیاری) عارضه دار می شود که یک اورژانس طبی محسوب می شود. علایم ترک شامل: لرزش،تعریق ،اضطراب،تهوع، استفراغ واسهال، بی خوابی، سر درد ،فشار خون بالا ،توهم وتشنج می شوند.

خطرات همراه با مصرف الکل(به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر) عبارتند از:

- خماری hangover ،رفتار تهاجمی و خشن،تصادفات وآسیب
- کاهش عملکردجنسی ،پیری زودرس
- مشکلات گوارشکی، زخم معده،ورم لوزالمعده ،فشارخون بالا
- اضطراب و افسردگی، دشواری های ارتباطی ،مشکلات مالی وشغلی
- دشواری در به خاطر آوردن چیزها و حل مسئله
- دفورمیتی وآسیب مغزی در کودکان متولد شده از زنان باردار
- سکته ،آسیب دایمی مغز، آسیب عصب و عضله
- بیماری کبدی وبیماری لوزالمعده
- سرطان دهان ،گلو وسینه ،خودکشی

۷-مواد استنشاقی:

مواد استنشاقی تمام موادی هستند که به صورت استنشاقی مصرف می شوند.گرچه خود این مواد اثرات داروشناختی مختلفی دارند.مواد فراری که به صورت شایع مصرف می شوندشامل :

بنزین حلال ها،چسب ها،اسپری ها،جلادهنده های حاوی بنزن وچسپ یا تینر های رنگ حاوی تولوئن است. شایع ترین روش استفاده از آن ها مصرف مشامی آن ها از ردون یک ظرف است،گرچه برخی ممکن است آن ها را از درون یک کیسه تنفس کنند.

اثرات کوتاه مدت شامل تهوع،استفراغ، سردردو اسهال است.دوزهای بالاتر می تواند منجر به تکلم جویده جویده ، اختلال جهت یابی ،تیرگی شعور،هذیان،ضعف،لرزش،سردردوتوهم بینایی است.نهایتا مصرف می تواندر اثر سکته قلبی منجر به اغما یا مرگ شود.

عموما مواد استنشاقی به علت دسترسی آسان توسط جوانان به قصد تجربه استفاده می شودوممکن است در طولانی مدت مصرف مداوم یابد. گرچه گروه هایی وجود دارند که مواد استنشاقی را تا دوران بزرگسالی ، گاهی به علت فقدان دسترسی به سایر مواد و فشار فرهنگی ادامه می دهند.مواد استنشاقی خاصیت وابستگی آور بالایی ندارندکه به این معنا است که احتمال اندکی وجود دارد که مصرف کنندگان آن از نظر جسمی به آن وابسته شوند. گرچه مصرف مواد استنشاقی با طیفی از اثرات شدید حاد و مزمن همراه است.



Created in Master PDF Editor

خطرات همراه با مصرف مواد استنشاقی(به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر) عبارتند از:

- گیجی وتوهم ،تهوع،خواب آلودگی،اختلال جهت یابی، تاری دید
- علایم شبه سرماخوردگی،سینوزیت،خون ریزی بینی
- تهوع واستفراغ،سوءهاضمه،زخم معده ،اسهال
- سردرد،تصادفات و آسیب، رفتارخطرناک وغیرقابل پیش بینی
- از دست دادن حافظه، تیرگی شعور، افسردگی،تهاجم،خستگی شدید
- دشواری های هماهنگی ، کندی واکنش ها،هیپوکسی
- سرسام،تشنج،اغما،آسیب اعضا(قلب، ریه ها،کبد،کلیه)
- مرگ در اثر نارسایی قلبی



Created in Master PDF Editor

ویژگی‌های موادمخدری که درایران مصرف می‌شود

نام ماده		رنگ وشکل	روش مصرف	اثربرسیستم عصبی
تریاک و مشتقات آن	تریاک	قهوه‌ای روشن یا تیره	کشیدن(دودکردن)- خوردن- تزریق	کند کننده‌ها
	سوخته تریاک	قهوه‌ای سوخته وبراق	کشیدن(دودکردن)- خوردن- تزریق	
	شیره تریاک	قهوه‌ای مایل به سیاه	کشیدن(دودکردن)- خوردن- تزریق	
	هرویین	پودر سفید	کشیدن(دودکردن)- تزریق واستنشاق	
	مرفین	پودر بلوری به رنگ سفیدیا قهوه‌ای روشن	تزریق	
	کدیین	سفیدرنگ به صورت شربت سینه یاقرص‌های مسکن	خوردن	کند کننده
	کراک	بلوری شکل	تزریق واستنشاق	محرک
حشیش(بنگ یا علف)		سبز مایل به خاکستری یا قهوه‌ای مایل به سیاه	کشیدن(دودکردن)- خوردن	توهم‌زا
پان پراگ		آدامس- پاستیل- پودرهای خوشبو کننده	جویدن	توهم‌زا
کریستال		خاکستری- سبز آبی شفاف	تزریق-تدخین- بلعیدن	محرک
شیشه		پودر سفید شفاف	خوردن	محرک
اکستازی		گرد وکپسول مایع به شکل‌های مختلف	کشیدن(دودکردن)- خوردن- تزریق	توهم‌زا
الکل		مایع	نوشیدن	کند کننده
استروییدها		قرص و آمپول	خوردن تزریق	نیروزا

Created in Master PDF Editor

علل ایجاد اعتیادو سوء مصرف مواد

۱. نداشتن آگاهی: آگاهی نداشتن فرد،خانواده و جامعه ازعوارض مصرف مواد مخدر و الکل

۲. باورهای غلط

- این تصورغلط که برای کاهش درد ودرمان بیماری‌ها می‌توان ازمواد مخدراستفاده کرد. مردم فکر می‌کنند تریاک فشار خون یا دیابت را کنترل و ناتوانی جنسی را درمان می‌کندحال آن‌که ممکن است این گرفتاری‌ها را شدیدتر سازد.
- این تصور غلط که مصرف تفریحی موادباعث اعتیادنمی‌شود و فرد هرگاه بخواهدمی‌تواند موادرا مصرف نکند.
- این تصور غلط که می‌توان با افراد معتاد دوستی کرد و معتاد نشد.
- این تصور غلط که اعتیاد درمان پذیر نیست.

۳. مشکلات فردی، خانوادگی و محیطی

الف) مشکلات فردی

- بیماری‌های جسمی مزمن مانند دیابت وکمردرد
- بیماری‌های روانی مانند افسردگی و بیماری شدید روانی
- خود کم بینی و کمبود اعتماد به نفس،ناتوانی در دادن جواب رد به درخواست دوستان معتاد برای مصرف مواد و گاه خودنمایی و جلب توجه دیگران
- مشکل‌های شغلی و تحصیلی مانندبیکاری و اخراج شدنازمدرسه
- باور غلط درباره مواد مثلاین باور که مصرف مواد نشانه بزرگی و احترام است
- عدم پایبندی فرد به مسایل اخلاقی، معنوی و دینی، بی‌بند و باری و بی‌توجهی به ارزش‌ها و قوانین اجتماعی.
- عدم آشنایی باروش‌های مقابله با استرس
- نیاز به طولانی کارکردن یا نخوابیدن با وجود شرایط پرخطر مثلاً نبود پدر و مادر.
- شخصیت‌های تنوع طلب و هیجان خواه

ب- مشکلات خانوادگی

- داشتن والدین و یا بستگان معتاد
- وجود درگیری وطلاق در خانواده
- وجود والدین سختگیر و یا سهل انگار در تربیت فرزندان
- پایبند نبودن خانواده به مسایل اخلاقی، معنوی و دینی
- تجارب دوران کودکی (درمعرض مواد بودن، خود درمانی والدین با مواد و...)
- اختلافات والدین وارتباط ضعیف والدین و کودک
- عدم آموزش صحیح ارتباطات جنسی

Created in Master PDF Editor

ج- مشکلات محیطی

- دسترسی آسان به مواد در جامعه
- فقر و مشکلات اقتصادی در جامعه
- تغییرهای محیط زندگی مانند مهاجرت از روستا به شهر
- داشتن محیط آلوده و دوستان مصرف کننده مواد
- کمبود مراکز تفریحی سالم برای گذراندن اوقات فراغت
- فشارگروهی وهمسالان بخصوص درمراسمات عروسی وسوگواری
- وجود فرهنگ اعتیاد در محله یا روستا(نگرش مثبت به مواد مخدر)

آموزش جامعه

از جمله وظایف بهورزان در برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، آموزش جمعیت تحت پوشش به منظور پیشگیری از ابتلای آن‌ها به اعتیاد می‌باشد. این آموزش‌ها عبارتند از:

الف) آموزش جوانان و نوجوانان: آموزش جوانان و نوجوانان، به عنوان گروه‌های در معرض خطر می‌باید به شیوه غیر مستقیم، بدون سرزنش و طرد و به صورت انفرادی (چهره به چهره) و یا گروهی داده شود. این آموزش‌ها عبارتند از:

۱. خطرات و پیامدهای سوء مصرف مواد و الکل را به آن‌ها آموزش دهید.

۲. آنان را به دوری گزیدن از موقعیت‌هایی که امکان مصرف مواد در آن وجود دارد توصیه کنید مثل نرفتن به میهمانی و محلی که در آن‌جا الکل و تریاک مصرف می‌شود.

۳. آنان را به مصرف نکردن مواد مخدر و الکل حتی برای درمان دردها و مشکلات جسمی و روانی تشویق کنید.

۴. آنان را تشویق کنیدکه مواد را بر خود حرام کنند واز مصرف آن‌ها حتی برای یک بار و یا برای تفریح خودداری ورزند.

۵. آنان را به شرکت در تفریحات سالم و ورزش روزانه، عبادت، توجه به معنویت و شرکت در مراسم دینی تشویق کنید.

۶. آموزش مهارت‌های جرأت‌مندی و نه گفتن، مهارت تصمیم گیری ومدیریت استرس و...

۷. دعوت از بیماران بهبود یافته دراعتیاد درجمع جوانان وبیان عوارض و مشکلات مواد.

ب) آموزش خانواده‌ها: به منظور آموزش افراد خانواده، کافی است این آموزش‌ها به صورت فردی و یا گروهی به والدین و یا یکی از افراد ۱۵ ساله و بالاتر خانواده داده شود. این آموزش‌ها عبارتنداز:

۱. خطرات وپیامدهای مصرف مواد و الکل را به آن‌ها آموزش دهید.

۲. آن‌ها را با نشانه‌های اعتیاد به مواد مخدر آشنا کنید.

از تبعیض بین فرزندان پرهیز شود، چرا که احساس حقارت و حسادت، سبب سرخوردگی فرد از محیط خانواده شده، او را جلب گروه‌های منحرف می‌سازد.

برای پر کردن اوقات فراغت فرزندان، برنامه‌های مناسب و مفید در نظر گرفته شود.

Created in Master PDF Editor

بر رفت و آمد و معاشرت‌های آن‌ها نظارت مناسبی صورت پذیرد (نه به طور مستقیم و با کنترل شدید). (معاشرت با افراد ناباب عامل ۶۳٪ از اعتیاد افراد است).

به فرزندان اجازه داده شود تا نظرات خود را در امور منزل بیان کرده، در تصمیم گیری‌ها مشارکت یابند و به آن‌ها مسؤولیت داده شود.

از تحقیر و توهین آن‌ها خودداری شود و به طور کلی برای شخصیت فرزندان ارزش و احترام قایل شوند.

پول توجیبی در حد احتیاجات لازم (نه بسیار کم و نه بیش از حد) در اختیار آن‌ها گذاشته شود.

والدین، علاقه خود را به فرزندانشان نشان دهند و به او اطمینان بخشند که همه جا پشتیبان او هستند.

از عواقب افرادی که دچار اعتیاد (حتی با شروع مصرف سیگار) شده‌اند برای آن‌ها بگویند و آن‌ها را به مطالعه کُتب سودمند در این راستا تشویق کنند.

از بحث و نزاع و دامن زدن به اختلافات پرهیز شود. گاه والدین آن‌قدر درگیر مسایل و تعارضات فیمابین هستند که نسبت به وجود مشکلات فرزندان خود، غافل می‌گردند.

والدین، ارتباط مناسب و مستمری با مدرسه و محل تحصیل فرزندان خود داشته باشند. تا از وضعیت درسی، اخلاقی، رفتاری و دوستی‌های او اطلاع یابند و در صورت لزوم از معلمین و مسؤولین مدرسه یا دانشگاه کمک گیرند.

به تغییرات رفتاری، افت تحصیلی، وجود مشکلات خُلقی مثل افسردگی یا اضطراب آن‌ها توجه شود چرا که این‌ها هم مسبب روی آوردن به مواد و هم ناشی از آن است و جهت رفع و درمان آن‌ها با مراجعه به مشاورین و روان‌شناسان اقدام نمایند.

از درگیری و تشنج در محیط خانواده پرهیز کنند.

در صورتی که عضوی از خانواده، اعتیاد به مواد مخدر دارد لازم است برای درمان اعتیاد خود اقدام کندتا الگوی سالمی برای سایر افرادخانواده باشد.

با مراجعه به پزشک مرکز بهداشتی درمانی امکان درمان اعتیاد وجود دارد.

۱. پس از شروع درمان خانواده باید همچنان توجه و همکاری خود با فرد معتاد را حفظ کند و در پیدا کردن شغل مناسب، کمکش کنند.

۲. داروهایی مثل اکسپکتورانت کدیین، دیازپام، اکسازپام و موارد مشابه را باید فقط با تجویز پزشک مصرف کرد وبه طور جدی باید از مصرف خودسرانه داروها پرهیز کرد.

۳. آموزش خانواده درخصوص این‌که بیماری اعتیاد یک بیماری مزمن می‌باشد درصورت عود نباید مورد توهین و سرزنش قرار گیرد بلکه باید مجدداً به او کمک کرد.

۴. آموزش وشناخت انواع درمان‌های اعتیاد به خصوص درمان‌های نگهدارنده

فرد معتاد تا شش ماه حالت‌های کسلی و احتمال عود بیماری را دارد از این روهیچ‌گاه نباید در این دوران بدون درمان فرد را به حال خود رها کرد و یا توقع فعالیت زیادی از او داشت.

Created in Master PDF Editor

ج) بالا بردن توانایی افراد برای مقابله سالم با مشکلات زندگی:یکی از نشانه‌های سلامت روان، داشتن مهارت‌های زندگی سالم به ویژهداشتن مهارت‌های اجتماعی است.

مهارت‌های اجتماعی در زندگی، یعنی قابلیت‌ها و توانایی‌هایی که فرد را برای برخورد مناسب و درست با مسائل و موقعیت‌های زندگی یاری می‌دهند. این مهارت‌ها باعث می‌شوند تا انسان رابطه‌ای صمیمی و موثر با دیگر انسان‌ها داشته باشد و در زمان روبه‌رو شدن با فشارهای روانی، اثرات زیانبار آن را به حداقل برساند. مهارت‌های زندگی به ما کمک می‌کند تا خوب زندگی کنیم وزندگی شادی داشته باشیم.

مجموعه‌ای از توانایی‌هایی که باعث انطباق وسازگاری فرد با محیط و شکل‌گیری رفتارهای مثبت ومفید او می‌شونددر انتهای جزوه جهت مطالعه آزاد عنوان شده است.

در برنامه‌های آموزشی خود با خانواده‌ها از آن‌ها بخواهید مهارت‌های جرأت‌مندی، رد قاطعانه، بیان قاطعانه، درخواست قاطعانه و مهارت حل مسئله را تمرین کنند.

وظایف بهورزان در برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد

۱. آموزش جامعه، جوانان و نوجوانان و خانواده آن‌ها درباره خطرات و عارضه‌های اعتیاد به منظور پیشگیری از آن
۲. بالا بردن توانایی افراد برای مقابله سالم با مشکلات زندگی
۳. تشویق خانواده‌ها به این که اگر معتادی در خانه دارند یا به وجود آن شک دارند با پزشک مرکز خدمات جامع سلامت مشورت نمایند.
۴. ارجاع معتادان داوطلب درمان(ترک اعتیاد)به مراکز خدمات جامع سلامت و پیگیری درمان آن‌ها
۵. گزارش فعالیت‌های انجام شده در برنامه به مراکز خدمات جامع سلامت.

ارجاع و پیگیری

در صورت مراجعه داوطلبانه فرد معتاد، او را به**پزشک** مرکز **ارجاع** دهید. **ارجاع** مواردی که اعتیاد تزریقی دارند و یا به دلیل مصرف یا عدم مصرف مواد وضع جسمی و روانی وخیمی دارند **فوری** و بقیه **غیرفوری** است. اقدامات و فعالیت‌های انجام شده در پیگیری را در **فرم پیگیری بیماری‌ها در پرونده خانوار** بیمار ثبت نمایید.

در بدو شروع درمان، ضمن رعایت اصول رازداری، وضعیت درمان بیمار را طبق برنامه زیر پیگیری کنید:

الف) ماه اول، هفته‌ای یک بار

ب) تا ۶ ماه، هر دو هفته یک بار

ج) از ۶ ماه تا پایان دو سال، ماهی یک بار

Created in Master PDF Editor

توانایی‌هایی که باعث انطباق وسازگاری فرد با محیط و شکل‌گیری رفتارهای مثبت ومفید او می‌شوند:

مهارت‌های زندگی متعدد می‌باشد اما مهم‌ترین آن‌ها به شرح زیر می‌باشد:

۱. مهارت خود آگاهی ۲. مهارت همدلی ۳. مهارت تفکر خلاق
۴. مهارت حل مسئله ۵. مهارت ارتباط ۶. مهارت روابط بین فردی
۷. مقابله با استرس وهیجانات ۸. مهارت تصمیم گیری

آموزش این مهارت‌ها موجب ارتقاء رشد شخصی، اجتماعی ومحافظت از حقوق انسان‌ها وپیشگیری از مشکلات روانی-اجتماعی می‌شود.

از جمله مهارت‌های اجتماعی می‌توان **داشتن مهارت قاطعیت،جرأت‌مندی و مهارت حل مسئله** را نام برد.

مهارت جرات مندی



معمولاً افراد براثر رودربایستی، خجالت یا برای پرهیز از تحقیر شدن به کارهایی که به طورمعمول انجام نمی‌دهند وادار می‌شوند. مانند قبول اولین سیگار از دوست.

بهترین روش کسب مهارت دربرابر فشارگروه، تمرین آن قبل از بروز شرایط ناخواسته است.

روش‌هایی برای نه گفتن (جهت تمرین در کلاس درس)

فقط گفتن «نه»	نه یا نه متشکرم
گفتن «نه» همراه با توضیح	«نه» متشکرم من سیگار نمی‌کشم
بهانه آوردن	«نه» متشکرم من الان عجله دارم
پشت گوش انداختن	نه متشکرم شاید یک وقت دیگر
عوض کردن موضوع	گفتن نه وسپس درباره موضوع دیگر صحبت کردن- نه متشکرم راستی فیلم دیشب را دیدی
روکم کنی	تکرار «نه» با شیوه بار متفاوت «نه» نه علاقه‌ای ندارم
دور شدن	گفتن «نه» سپس دور شدن
بی‌اعتنایی	نادیده گرفتن شخص مقابل
اجتناب از موقعیت	اجتناب از هر موقعیتی که شما در آن احتمال می‌دهید به کشیدن سیگار ترغیب شوید

مهارت قاطعیت: مهارت قاطعیت یعنی ایستادگی بر نظرات شخصی.شخصی‌که قاطع است نظر و اعتقاد درست خود را به سادگی تغییر نمی‌دهد، تسلیم دیگران نمی‌شود وبدون توهینبه دیگران مخالفتیا نظر خودرا ابراز می‌کند.

انواع مهارت قاطعیت

الف) رد قاطعانه:در این رفتار فرد درخواست‌های غیر منطقی فرد مقابل را رد می‌کند مثلاً اگر دوستی او را برای کشیدن سیگار و مصرف مواد دعوت کرد می‌گوید.

Created in Master PDF Editor

"خیر، من موافق نیستم و درخواست تو را قبول نمی‌کنم."

ب) بیان قاطعانه: این‌که فرد احساسات مثبت خود را نسبت به دیگران بیان داردیا از دیگران در جای مناسب قدردانی کند مانند "چه اراده قوی‌ای دارید"، "چه خوب این خطرها را فهمیدید"، و بتواند احساسات منفی خود را در صورت لزوم در قالب جملات مودبانه و بدون ابراز خشم به فرد دیگر منتقل کند مثلاً"این کار درست نیست و یا این کار خلاف است."

ج) درخواست قاطعانه: توانایی بیان و مطرح کردن درخواست‌هایی از دیگران یا کمک خواستن از دیگران است مانند "امروز با مشکل جدی روبه‌رو هستم می‌خواهم مشکلم را با تو در میان بگذارم تا بتوانی کمکم کنی"،"از تو می‌خواهم این موضوع را سریع به پدرت بگویی."

مهارت حل مسئله

از دیگر مهارت‌های مهم در پیشگیری از اعتیاد "مهارت حل مسئله" است. افراد باید بدانند وقتی در زندگی با مشکلی روبه‌رو می‌شوند باید با روش منطقی آن را حل کنند.

مراحل حل مسئله



۱. مسئله را خوب بشناسند.

۲. به راه حل‌های مختلف و فواید و ضررهای هر راه حل فکر کنند.

۳. با دیگران مشورت کنند.

۴. از بین راه حل‌ها، راه حل مناسب را انتخاب کنند.

۵. برای اجرای آن زمان و فرصت کافی بگذارند.

۶. اگر با اجرای راه حل اول نتیجه حاصل نشد نومید نشوند راه بعدی را شروع کنند. بسیاری از افراد معتاد، به جای حل مشکل و مسئله، می‌خواهند با مصرف مواد از مشکل خود فرار کنند.

مقابله عاطفی روشی است که فرد برای تامین آرامش درونی خود در رویارویی بامشکلات به کار می‌برد.

مقابله صحیح	مقابله غلط
- صحبت کردن، درد دل کردن با افراد مناسب، دوست، والدین، خواهر وبرادر، مشاور ومعلم و...) - بکارگیری اعتقادات مذهبی وانجام فرائض (نماز خواندن، مطالعه قرآن، دعا، زیارت و...)	- انتظار حل شدن ناگهانی مشکل (فال‌گیری، انتظار معجزه) -واکنش غیرمنطقی وافراطی وبی‌تابی وگریه زاری، عصبانیت و پرخاشگری خیال پردازی - فرار از واقعیت (استفاده از مواد مخدر والکل، اقدام به خودکشی)

مقابله عملی فعالیتی است که فرد برای کاهش یا از بین بردن مشکل انجام می‌دهد.

مقابله صحیح	مقابله غلط
- استفاده از مهارت حل مشکل - مشورت با افراد معتمد وآگاه - برنامه‌ریزی	- استفاده از روش‌های غیرقانونی مثل (زورگیری،تهدید) استفاده از روش‌های غیرقانونی و دزدی وتقلب

Created in Master PDF Editor

تشویق خانواده‌ها برای شناسایی افراد در معرض خطر

در زمینه شناسایی افراد در معرض خطر آموزش‌ها و اقدامات زیررا انجام دهید:

۱. با آموزش نشانه‌های مصرف مواد مخدر و عوامل خطرزا به خانواده‌ها، آن‌ها را در شناساییافراد در معرض خطر یاری دهید.

۲. خانواده‌ها را تشویق کنید در صورت وجود اعتیاد در یکی از افراد خانواده، هر چه سریع‌تر برای درمان به پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایند.

۳. هیچ‌گاه به‌طور مستقیم با افراد معتاد اگر مایل نیستند در مورد اعتیادشان صحبت نکنید بلکه در آموزش‌های گروهی خود در مورد عوارض و خطرات مصرف مواد مخدر صحبت کنید و به آن‌ها اطمینان دهید اعتیاد قابل درمان است.

۴. در صورت مراجعه فرد معتاد، اقدامات زیر را انجام دهید:

- به او اطمینان دهید هیچ کس دیگری از علت مراجعه او مطلع نخواهد شد.
- با او بدون حضور دیگران صحبت کنید و همه اصول مربوط به ارتباط با بیمار را رعایت کنید.
- مکرر بر رازداری خود و محرمانه ماندن گفت و گو تاکید داشته باشید و به این تاکید عمل کنید.
- بسیار محترمانه فرصت بیان نگرانی‌ها و احساسات را به او بدهید.
- او را از ضررها و پیامدهای مصرف مواد آگاه کنید.
- او رابه درمان و مراجعه به پزشک مرکز تشویق کنید.

۵. درصورتی‌که فرد پس از درمان، دوباره شروع به مصرف مواد کرد او را برای درمان مجدد به پزشک خدمات جامع سلامت ارجاع دهید و از خود طرد نکنید.

توصیه‌هایی جهت پیشگیری ازعود

۱. همه توصیه‌های مربوط به پیگیری در بهداشت روان به ویژه مصرف دارو و عوارض آن‌ها را به خانواده‌ها انجام دهید.

۲. بیمار را تشویق کنید تا از دوستان معتاد و موقعیت‌هایی که موجب عود اعتیاد در وی می‌شوند دوری کند.

۳. افراد خانواده و اطرافیان را به حمایت از مصرف منطم داروها توسط بیمار تشویق کنید.

۴. به بیماراطمینان دهیدحال که درمان را آغاز کرده است دوستان بیشتر و با محبت‌تری خواهد داشت.

۵. بیمار را تشویق کنید در طول مدت ترک،فعالیت‌ها و سرگرمی‌های خود همچون رفتن به تفریح با دوستان سالم یا سایر افراد خانواده را افزایش دهد.

۶. هر چند بار که بیمار برای درمان اعتیاد مراجعه کند او را بپذیرید وبه صرف این‌که قبلاً درمان شده و دوباره رو به مواد آورده او را از خود نرانید.

۷. چون یکی از علل عود بیماری استرس‌ها وفشارهای عصبی است تلاش شود محیط خانواده آرام وبا نشاط باشد.

۸. درصورت مشاهده لغزش ویا شک به مصرف مواد توسط بیمار با او برخوردی آرام ومنطقی وقبل از آن با پزشک مشاوره گردد.

Created in Master PDF Editor

۹. صحبت نکردن درمورد این‌که قبلاً مواد مصرف می‌کردی چه بودی والان چه شدی زیرا در فرد ایجاد احساس گناه وافسردگی می‌کند واین خود باعث عود بیماری می‌گردد.

۱۰. آموزش به خانواده در خصوص زیان‌های وسوسه در بیماروروش‌های کمک فوری از قبیل دوش آب ولرم طولانی مدت ، قدم زدن درمحیطی دلنشین، ایجاد یک کار یا سرگرمی خوشایند.

۱۱. عدم شک کردن به بیمار وتحت فشارقراردادن زیرا محدود کردن فرد وشک وسوء ظن یکی از علل عود اعتیاد است.

۱۲. تشویق بیمار توسط خانواده به شرکت درجلسات **NA** وگروه درمانی ومشاوره روانشناس.

در مورد معتادان تزریقی، اقدامات زیر را به فوریت انجام دهید:

۱. اگر علاقمند به درمان است، بیمار و خانواده وی را تشویق کنید موضوع را با پزشک مرکز در میان گذارند.

۲. اگرعلاقه‌مند به درمان نیست، بیمار را از خطرات هپاتیت و ایدز آگاه کرده او را تشویق کنید به جای استفاده از تزریق ازسایر روش‌های مصرف مواد استفاده کند.

۳. در صورتی که مایل به کنار گذاشتن تزریق نیست، ضررهای استفاده از سرنگ مشترک همچون ابتلا به بیماری هپاتیت و ایدز را به بیمار یادآور شوید و از او بخواهید تا جای ممکن از سرنگ یک بار مصرف تمیز استفاده کند.

۴. بیمار و خانواده او را با مشورت و موافقت پزشک مرکز خدمات جامع سلامت تشویق کنید برای دریافت خدمات مشاوره تخصصی به مراکز مشاوره رفتاری موجود در شهرستان و یا استان مراجعه کنند.

۵. در صورتی که قبلاً رابطه جنسی مشکوک داشته و یا از سرنگ مشترک استفاده کرده است او را برای آزمایش‌های ضروری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید چرا که ممکن است به هپاتیت یا ایدز مبتلا شده باشد.

۶. به همسراین افراد و کلیه کسانی که در معرض خطر قرار دارند توصیه کنید در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده کنند. در این رابطه مسئولیت توصیه به معتادان تزریقی و مردان در معرض خطر به عهده بهورز مرد خانه بهداشت خواهد بود.



Created in Master PDF Editor

غربالگری اولیه سلامت روان در میانسالان

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
• **غربالگری سلامت روان: (۱)** **در مورد حالت هایی که مراجعه کننده در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده به صورت زیر سوال کنید. و بر اساس پاسخ وی به هر سوال به صورت زیر نمره بدهید:** **اصلا(۰)،بندرت(۱)، گاهی(۲)،بیشتر اوقات(۳)، همیشه(٤)** **سپس امتیاز ها را جمع کنید** ۱. چقدردر ۳۰ روز گذشته احساس کردید مضطرب و عصبي هستيد؟ ۲.چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس نا آرامي و بيقراري م کردید؟ ۳.چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس غم و اندوه کردید؟ ٤.چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس مي کردید که انجام دادن کارهای روزمره براي شما خيلي سخت است؟ ۵.چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس نا اميدي کردید؟ ٦.چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بي ارزشي کردید؟	پاسخ مثبت به هر یک از سوالات غربالگری خودکشی (وجود سابقه افکار یا رفتار خودکشی)	غربال مثبت از نظر افکار و رفتار خودکشی	- فرد را تنها نگذارید و به وی بگویید که منابع دریافت کمک (ارجاع به پزشک، روانپزشک و ...) وجود دارد. دسترسی بیمار برای دریافت خدمات را تسهیل نمایید. - ارجاع فوری به پزشک/ روانپزشک
• **شرح حال و سوابق (۲)** **بررسی و سوال کنید:** ۱.پرونده یا سایر مستندات همراه مراجعه کننده را مشاهده کنید یا از مراجعه کننده یا افراد خانواده او سوال کنید که آیا سابقه اختلالات روانی داشته است؟ ۲.سوال کنید آیا در حال حاضر بیماری صرع ، افسردگی، اضطراب ، دوقطبی، سایکوز و ... برای او تشخیص داده شده یا تحت درمان می باشد؟ ۳. آیا هیچ نوع داروی اعصاب و روان مصرف می کند؟	وجود شواهد یا پاسخ مثبت فرد به هر یک از سوالات در بررسی شرح حال و سوابق	مورد شناخته شده ابتلا به هریک از اختلالات صرع ، افسردگی،اضطراب ، دوقطبی، سایکوز و..	**-ارجاع به پزشک** **-مراقبت و پیگیری با نظر پزشک** **-آموزش کلی مراجعه کننده بیمار و خانواده او با تکیه بر موارد زیر**: قابلیت درمان بیماریهای روانی، تاثیر تدریجی درمان، بی خطر بودن و عدم اعتیاد به داروهای تجویز شده توسط پزشک، زودگذر بودن علائم اولیه ناخوشایند مصرف دارو، عدم تاثیر اقدامات خانگی یا توصیه های عمومی مانند تفریح و سفر در درمان بیماری ، لزوم قطع دارو با نظر پزشک **-آموزش اختصاصی** بیمار و خانواده با توجه به نوع بیماری (متن پایین)*
• **غربالگری خودکشی (۳)** **سوال کنید:** ۱. آیا هیچ گاه شده است از زندگي خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟ ۲. آیا اخيراً به خودکشي فکر کرده اید؟ ۳. آیا تا کنون اقدامی برای خودکشی انجام داده اید؟ ٤. آیا در مصاحبه فعلی ، فرد یا اطرافیان او اظهار به وجود افکار یا رفتار خودکشی می کنند؟	امتیاز ۱۰و بالاتر از پرسشنامه غربالگری k6	غربال مثبت دیسترس روانشناختی	**ارجاع به پزشک** برای تعیین وضعیت مراجعه کننده
	بیشتر از ۳ مورد عدم پاسخ یا نمی داند k6	غربال نا مشخص	
	امتیاز کمتر از k6۱۰	غربال منفی دیسترس روانشناختی	**آموزش** شیوه زندگی و راههای کاهش استرس و خود مراقبتی و ترغیب فرد برای شرکت در برنامه های آموزشی کارشناس سلامت روان

به توضیحات زیر در خصوص شماره گذاریهای داخل چارت بالا توجه کنید:

(۱) قبل از پرسشگری موارد زیر را برای گیرنده خدمت درباره غربالگری توضیح دهید:

• «در این بخش می خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان شناختی و استرس های شما بپرسم.»

• هدف از این پرسشگری شناسائی زودرس ناراحتی های اعصاب و روان در مراجعین است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می شوند و بدین ترتیب می توان از بروز ناراحتی های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.»

• در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ میماند.»

• «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می شود.»

• «پاسخ گویی باز و صادقانه شما به ما در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می کند.»

• سپس به خدمت گیرنده بگویید: «سوالاتی که از شما پرسیده می شود، در مورد حالت هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سوال می توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.»

(۲) برای بررسی ابتلا به بیماری روانی تشخیص داده شده • به نگرانیهای بیمار و خانواده او برای مراجعه به روانشناس و روانپزشک شامل موارد زیر توجه کنید :

• ترس از انگ اجتماعی اختلال روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی

• نگرانی درباره پیامدهای منفی افشاء مشکل یا اختلال به عنوان مثل اخراج از محل کار در فرد

• نگرانی از عوارض داروهای روان پزشکی

• باورها و نگرش های خرافی در مورد راه های درمان اختلالات روانپزشکی، و مشکلات اجتماعی

• عدم پذیرش اختلال و نیاز به درمان توسط فرد مبتلا به اختلال یا مشکل به دلیل فقدان بینش درمورد بیماری

(۳) در صورت اظهار فرد به ناامیدی از زندگی و وجود افکار یا رفتار برای پایان دادن به زندگی خود و با ناامیدی ، با رعایت موارد زیر افکار یا رفتار او را بررسی کنید:

• صحبت او در خصوص خودکشی را جدی بگیرید و همدلی نشان دهید.

• فعالانه گوش دهید و علاقمندی خود را طی مصاحبه نشان دهید.

• از سرزنش و پند و اندرز اجتناب کنید.

• به فرد فرصت دهید تا آزادانه احساسات و عقاید خودرا ابراز نماید.

• راجع به افکار خودکشی، اقدام یا برنامه برای اقدام به خودکشی به صراحت بپرسید.

• در تمامی مراحل از پیگیری درمان، مراجعه منظم به پزشک یا مصرف دارو اطمینان حاصل نمایید.(در افراد دارای غربال مثبت روانشناختی انجام گردد)

پیشگیری از سکته‌های قلبی و مغزی از طریق خطر سنجی و مراقبت ادغام یافته دیابت و فشارخون بالا و اختلالات چربی‌های خون

ارزیابی	معیار طبقه بندی	طبقه بندی	اقدام
• **با رعایت شرایط اندازه گیری فشار خون، فشار خون را اندازه گیری کنید** • **سوال کنید:** ۱. آیا فرد بیماري هاي قلبي عروقي تایید شده توسط پزشک یا سابقه سکته قلبي یا سکته مغزي دارد؟ **در صورت پاسخ بلی به سوال، نیازی به پرسیدن سایر سوالات و ارزیابی خطر نیست.** **و در صورت پاسخ خیر به سوال ۱ ادامه سوالات پرسیده شود:** ۲. آیا دخانیات (سیگار/ قلیان/ چپق و ...) مصرف میکند؟ (حتي اگر کم تر از یک سال ترک کرده است) ۳. آیا الکل مصرف میکند؟ (به هر میزان و حتي یک بار) طي 3 ماه گذشته ۴. آیا در بستگان درجه یک خانواده (مادر، پدر، خواهر و برادر) کسي به بیماري قلبي عروقي زودرس، دیابت و یا نارسایي کلیه (سابقه انجام دیالیز) مبتلا است؟ ۵. آیا مبتلا به دیابت و یا فشارخون بالا است؟ ۶. آیا اندازه دور کمر فرد مساوي یا بیش از 90 سانتیمتر است؟ ۷. آیا سن فرد **40 سال یا بیشتر** است؟ **در صورتی که پاسخ به همه سوالات فوق منفی بود، به علت عدم وجود عوامل خطر نیازی به خطر سنجی نیست. در گروه سنی 39– 30 سال نیز در صورت پاسخ منفی به سوالات فوق نیاز به خطر سنجی نیست.** **در صورتی که سن فرد 40 سال و بالاتر بود، برای خطر سنجی مطابق چارت ارزیابی خطر ابتلا به حوادث قلبی عروقی، اقدام کنید:** • **قند خون ناشتا و کلسترول ناشتا را بررسی کنید:** چنانچه فرد آزمایش قند خون ناشتا و کلسترول در طی یک سال گذشته دارد از همان استفاده می شود و در غیر اینصورت در صورت موجود بودن دستگاه سنجش و نوار آزمایش طبق دستورالعمل قند خون و کلسترول خون ناشتا را اندازه بگیرید و اگر همه موارد منفی بود فرد را جهت انجام آزمایش قند و کلسترول به پیش پزشک بفرستید. • **با استفاده از چارت میزان خطر را اندازه گیری کنید** میزان قد و وزن و نمایه توده بدني BMI را که در مراحل قبلی اندازه گرفته اید، برای انجام آموزشها در باره شیوه زندگی در نظر داشته باشید. .	میانگین فشارخون 180/110 و بالاتر	**فشارخون بالای اضطراری**	ارجاع فوری به پزشک
	بیماري هاي قلبي عروقي تایید شده توسط پزشک یا سابقه سکته قلبي یا سکته مغزي	**خطر ده ساله 30 % و بالاتر (خطر بسیار زیاد)**	توصیه به کاهش وزن، کاهش مصرف نمک، کاهش مصرف چربی، افزایش فعالیت بدنی - **ارجاع به پزشک طی یک هفته آینده**
	پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های نارنجی قرار گرفته اند.	**خطر 10 ساله 20 الی 29 % (خطر زیاد)**	آموزش پروتکل (شامل رژیم غذایي سالم، فعالیت بدني کافي، عدم مصرف دخانیات و الکل - پیگیری برای ارزیابی خطر هر 6 ماه ارجاع به پزشک و پیگیری بر اساس دستور پزشک
	پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های زرد قرار گرفته اند	**خطر ده ساله 10 الی 19 % (خطر متوسط)**	آموزش پروتکل (شامل رژیم غذایي سالم، فعالیت بدني کافي، عدم مصرف دخانیات و الکل – پیگیری برای ارزیابی خطر 9 ماه بعد ارجاع به پزشک برای بیماری ها– پیگیری بر اساس دستور پزشک
	وجود هر یک از موارد زیر: سابقه فشارخون بالا، دیابت، سابقه خانوادگی بیماری های یاد شده، دیس لیپیدمی، چاقی، قند خون ناشتای 100 و بالاتر و فشارخون 120/80 و بالاتر که در ارزیابی خطر در یکی از خانه های سبز قرار گرفته اند.	**خطر 10 ساله کمتر از 10 % به همراه بیماری (خطر کم به همراه بیماری)**	آموزش پروتکل (شامل رژیم غذایي سالم، فعالیت بدني کافي، عدم مصرف دخانیات و الکل - مراجعه یک سال بعد جهت ارزیابی مجدد ارجاع به پزشک برای بررسی موارد بیماری وتایید آن
	بدون سابقه فشارخون بالا، دیابت، سابقه خانوادگی بیماری های یاد شده، دیس لیپیدمی، چاقی، قند خون ناشتای کمتر از 100 و فشارخون کمتر از 120/80	**خطر 10 ساله کمتر از 10 %(کم خطر)**	آموزش پروتکل (شامل رژیم غذایي سالم، فعالیت بدني کافي، عدم مصرف دخانیات و الکل - مراجعه یک سال بعد جهت ارزیابی مجدد
	پاسخ به همه سوالات فوق **منفی** باشد(سن مراجعه کننده 39 – 30 سال باشد)	**فرد در معرض خطر نیست**	توصیه به کاهش وزن، کاهش مصرف نمک، کاهش مصرف چربی، افزایش فعالیت بدنی – مراقبت بعدی 3 سال بعد

خطر سنجی حوادث قلبی عروقی در میانسالان

افراد درمعرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی افرادی هستند که دارای حداقل یکی از موارد سابقه خانوادگی چاقی، سابقه خانوادگی بیماری فشارخون بالا، سابقه خانوادگی بیماری دیابت، سابقه خانوادگی بیماری اختلال چربی خون ، سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی و سکته قلبی و مغزی زودرس و یا دارای اضافه وزن ،وضعیت تغذیه نامطلوب،وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب و مصرف دخانیات هستند و یا حداقل به یکی از بیماری های زمینه ساز (چاقی ,فشارخون بالا،دیابت ،اختلال چربی خون) مبتلا هستند.

*همه افراد بالای ۴۰ سال و افراد ۴۰ – ۳۰ سالی که دور کمر آنها بیش از ۹۰ می باشد، پس از این مرحله باید ارزیابی خطر ده ساله حوادث قلبی عروقی برایشان انجام گردد.

۱. بدون عامل خطر قلبی عروقی: در صورتی که فرد سابقه ابتلا به بیماری قلبی عروقی، دیابت، فشار خون بالا و یا چربی خون بالا در خود یا افراد درجه یک خانواده ندارد، و یا دارای هیچ یک از عوامل خطر ذکر شده در جدول ارزیابی نیست و فشار خون فعلی وی نیز طبیعی است، تحت عنوان بدون عامل خطر قلبی عروقی طبقه بندی شده و به وی اموزش خود مراقبتی داده می شود و توصیه می شود که چنانچه یکی از عوامل خطر را در خود مشاهده کرد مجددا مراجعه نماید و در غیر اینصورت ۳ سال بعد مراجعه نماید.

۲. در معرض خطر بیماری قلبی عروقی: چنانچه مراجعه کننده دارای سابقه ابتلا به دیابت بود و یا داروهای دیابت مصرف می کرد یا در بررسی سوابق دارای مدارک و مستندات چربی خون بالا بود و یا داروهای آن را مصرف می کرد و یا در اندازه گیری فشار خون دارای میانگین فشارخون ۱۴۰ و بالاتر سیستولی یا ۹۰ و بالاتر دیاستولی در دونوبت اندازه گیری به حالت نشسته داشته باشد و یا سابقه فشارخون بالا دارد یا داروهای آن را مصرف می کند، تحت عنوان در معرض خطر بیماری قلبی عروقی دسته بندی می شود. در صورتی که مراجعه کننده هر یک از شرایط بالا را دارد علاوه بر توصیه های مرتبط با شیوه زندگی به شرح زیر جهت بررسی بیشتر به پزشک ارجاع می گردد.

روش استفاده از چارت ارزیابی خطر

تعیین میزان خطر وقوع حوادث قلبی عروقی در ده سال آینده با استفاده از اطلاعات زیر انجام می گردد:

ابتلا یا عدم ابتلا به دیابت، جنسیت، مصرف دخانیات، سن، فشار خون سیستولی، مقدار کلسترول تام خون (اگر بر حسب mg/dl بود با تقسیم بر ۳۸ به واحدmmol/l تبدیل شود یا به جدول زیر مراجعه شود)

سطح تقریبی کلسترول خون بر حسب اعداد چارت

Mmol/l	Mg/dl
۴	۱۵۰
۵	۱۹۰
۶	۲۳۰
۷	۲۷۰
۸	۳۱۰

گامهای خطر سنجی:

گام ۱: اگر فرد مبتلا به دیابت است از جدول مربوط به دیابت استفاده کنید.

گام ۲: بر اساس جنسیت فرد ستون مرد یا زن را انتخاب کنید.

گام ۳: هر یک از ستون های مرد و زن شامل دو قسمت هستند، یکی برای مصرف کننده دخانیات و دیگری برای افراد غیر مصرف کننده، ستون مناسب را انتخاب کنید.

گام ۴: روی محور عمودی گروه سنی را انتخاب کنید(اگر سن بین ۵۹-۵۰ باشد سن ۵۰ و اگر بین ۶۹-۶۰ باشد سن ۶۰ و برای گروه سنی ۴۹-۴۰ سال سن ۴۰ سال را انتخاب کنید)

گام ۵: داخل گروه سنی انتخاب شده با استفاده از نتایج اندازه گیری فشارخون و کلسترول که در ارزیابی نوبت اول بدست آمده است نزدیکترین مربع که فشار خون سیستولی و سطح کلسترول یکدیگر را قطع می کنند را پیدا کنید. رنگ این مربع میزان خطر ۱۰ ساله حوادث قلبی عروقی را مشخص می کند.

گام ۶:بر اساس رنگ مربع میزان خطر مشخص می شود. فعالیت های پیشنهاد شده به ازای میزان خطر را در مورد هر یک از گروههای خطر انجام دهید.

توجه کنید: اگر مراجعه کننده سابقه ابتلا به دیابت نداشته باشد، پس از دریافت نتیجه آزمایش جدید وی ارزیابی خطر شود .

گروههای ارزیابی خطر و رنگ آن در چارت خطر سنجی:

۱. خطر کمتر از ۱۰ ٪ (سبز)
۲. خطر ۱۰ تا کمتر از ۲۰ ٪ (زرد)
۳. خطر ۲۰ تا کمتر از ۳۰ ٪ (نارنجی)
۴. خطر ۳۰ تا ۴۰ درصد (قرمز)
۵. خطر ۴۰ درصد و بالاتر (زرشکی)

پروتکل آموزشی

برای تمام افراد به منظور پیشگیری از عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر شامل (تغذیه سالم، اجتناب از مصرف الکل و سیگار و حفظ فعالیت بدنی مناسب) با تاکید بر نکات زیر آموزش داده شود.

-انجام فعالیت بدنی منظم:افزایش فعالیت بدنی به تدریج با شدت متوسط(مانند پیاده روی تند) حداقل ۳ روز در هفته به میزان ۱۵۰ دقیقه

-تغذیه سالم:

- نمک
  - محدود کردن مصرف نمک به کمتر از ۵ گرم در روز(یک قاشق چایخوری)
  - کاهش مصرف نمک هنگام پخت و پز و محدود کردن مصرف غذاهای فرآوری شده و فست فودها..
- میوه و سبزی
  - مصرف ۵ واحد میوه و سبزی در روز(تعریف واحد مواد غذای در قسمت شیوه زندگی آمده است)

- غذای چرب
  - محدود کردن مصرف گوشت چرب، چربی لبنیات و روغن پخت و پز(کمتر از دو قاشق سوپخوری در روز)
  - همه افراد باید مصرف چربی بخصوص چربی های اشباع شده را کاهش دهند.
  - مصرف چربی ها باید به ۳۰٪ کل کالری مصرفی کاهش یابدو چربی های اشباع شده به کمتر از ۱۰٪ کل کالری مصرفی کاهش یابد.
  - جایگزین کردن روغن زیتون، سویا، ذرت، کلزا بجای روغن های پالم دار
  - جایگزین کردن گوشت سفید با گوشتهای دیگر
  - خوردن ماهی حداقل دو بار در هفته

-ترک مصرف دخانیات و جلوگیری از مضرات مصرف الکل

- تشویق همه غیر سیگاری ها برای پرهیز از مصرف دخانیات
- توصیه قوی به همه سیگاری ها برای ترک مصرف سیگار و حمایت از تلاش آنها در این امر
- توصیه به ترک برای ترک سایر اشکال دخانیات

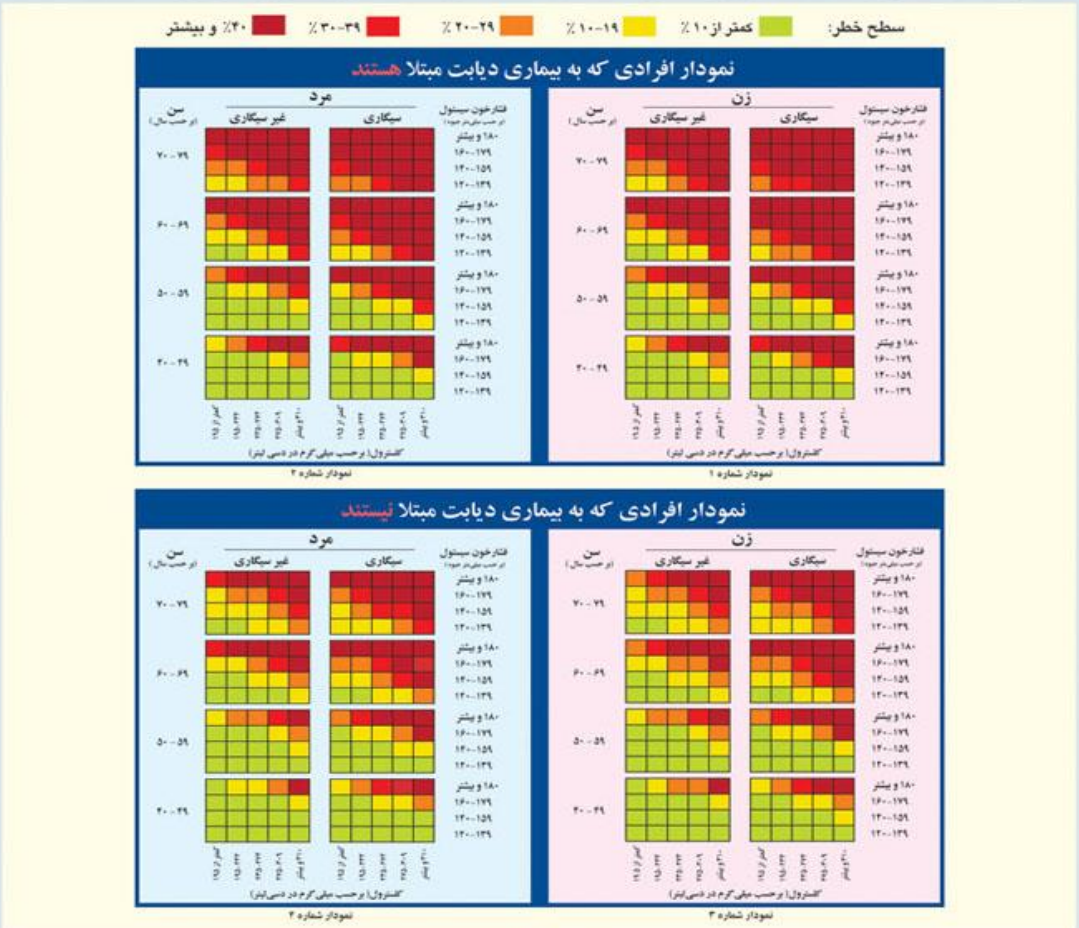
۲. توصیه های فعالیت بدنی: همه افراد باید حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط بطور روزانه داشته باشند.
۳. کنترل وزن: همه افراد دارای اضافه وزن یا چاقی باید وزن خود را از طریق کاهش کالری مصرفی و افزایش فعالیت بدنی کم کنند.
۴. مصرف الکل: همه افرادی که الکل مصرف می کنند باید مصرف آن را کاهش دهند و یا قطع کنند.

چنانچه فرد دارای عامل خطر مصرف دخانیات یا الکل باشد. یا دارای میزان خطر ۱۰ ٪ و بالاتر باشد یا بدلیل یکی از بیماری های دیابت، فشار خون بالا، آسم، اختلال چربی های خون، سرطان کولورکتال، پستان و دهانه رحم نیازمند دریافت خدمات مراقبت باشد، فرم مراقبت ممتد بیماری غیر واگیر و عوامل خطر آن برایش تشکیل شود تا به موقع مراقبت های لازم انجام گردد.

چقدر در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی هستید؟

این نمودار برای تخمین احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده در افرادی که به بیماری قلبی، سکته مغزی یا آترواسکلروز(تصلب شرائین) مبتلا نیستند، تهیه شده است.

در این نمودار احتمال خطر بروز حوادث کشنده و غیرکشنده بیماری قلبی عروقی(شامل سکته قلبی یا سکته مغزی) در طی ۱۰سال آینده بر حسب جنس، سن، میزان فشارخون‌حداکثر (سیستول)، میزان کلسترول خون، مصرف دخانیات و ابتلاء به بیماری دیابت شیرین (ملیتوس) تعیین می‌گردد.



نحوه استفاده از نمودار، برای ارزیابی احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده

- مرحله اول: در ابتدا بر حسب اینکه فرد به بیماری دیابت[1] مبتلاست یا خیر نمودار مربوطه انتخاب شود.
- مرحله دوم: بر حسب اینکه فرد مرد است یا زن، نمودار مربوطه انتخاب شود.
- مرحله سوم: بر حسب اینکه فرد سیگار مصرف می‌کند یا خیر، ستون مربوطه انتخاب شود.

افرادی که کمتر از یک سال است مصرف سیگار را ترک کرده‌اند، باید جزء افراد سیگاری محسوب شوند.

- مرحله چهارم: بر اساس سن فرد، مربع گروه سنی مربوطه انتخاب شود.
- مرحله پنجم: در میان این مربع، خانه‌ای (مربع کوچک) که میزان فشارخون حداکثر یا سیستول (برحسب میلی‌لیتر جیوه)[2] و میزان کلسترول‌خون (برحسب میلی‌گرم در دسی‌لیتر)[3] فرد را در برمی‌گیرد، انتخاب‌گردد. رنگ این خانه (مربع کوچک) با مقایسه با مربع های رنگی بالای نمودار، میزان خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده را تعیین می‌کند.

- مثال: مردی مبتلا به بیماری دیابت است، سیگار مصرف نمی‌کند، ۵۳ سال سن دارد، میزان فشار خون سیستول او ۱۳۵میلی‌لیتر جیوه و میزان کلسترول‌خون او ۲۹۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر است.

برای تخمین احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در این فرد ابتدا در نمودار افراد مبتلا به دیابت، نمودار شماره۲ انتخاب و سپس در ستون افراد غیرسیگاری مربع‌گروه سنی ۵۹ -۵۰ سال انتخاب می‌شود. بر حسب میزان فشارخون این فرد، ردیف چهارم مربع از بالا و برحسب میزان‌کلسترول خون ستون چهارم مربع از سمت چپ انتخاب می‌گردد. خانه‌ای‌که این دو میزان را در برمی‌گیرد دارای رنگ سبز و به این مفهوم است‌که احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در این فرد در طی ۱۰ سال آینده کمتر از ۱۰٪ است.

نکات مورد توجه

توجه داشته باشید احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در شرایط زیر بیشتر از درصد احتمالی است که از نمودار بدست می‌آید:

۱- ابتلاء به فشار خون بالا همراه با مصرف داروهای کاهنده فشار خون ۲- پانسگی زودرس

۱- فرد مبتلا به دیابت، فردی است که تحت درمان دارویی باشد یا در دو نوبت اندازه‌گیری میزان قند خون پلاسمای ناشتای وی بیشتر از ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، یا میزان قندخون ۲ ساعت بعد از غذای او بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی‌لیتر باشد.
۲- میزان فشار خون سیستول بر مبنای میانگین دو نوبت اندازه گیری فشار خون سیستول و در دو زمان متفاوت تعیین می شود.
۳- میزان کلسترول خون بر مبنای میانگین دو نوبت اندازه‌گیری غیر ناشتای کلسترول سرم یا یک نوبت اندازه‌گیری ناشتای کلسترول سرم تعیین می شود.

۳- چاقی(خصوصا چاقی شکمی) ۴- کم‌تحرکی ۵- سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی یا سکته مغزی زودرس در بستگان درجه یک (در سن کمتر از ۵۵ سال در مردان، در سن کمتر از ۶۵ سال در زنان)
۶- میزان تری‌گلیسرید خون بالا (بیشتر از ۱۸۰ میلی‌گرم در دسی لیتر) ۷- میزان HDL کلسترول‌خون پایین (کمتر از ۴۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر در مردان، کمتر از ۵۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر در زنان)

تفسیر نتیجه

- احتمال خطر کمتر از ۱۰٪: فرد در معرض خطر کم ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰سال آینده است. در این گروه اگر فرد هیچ یک از عوامل خطر (دیابت، فشار خون بالا، کلسترول خون بالا، مصرف دخانیات) را نداشته باشد، وضعیت وی در حد مطلوب، و در غیر اینصورت در معرض خطر کم ابتلاء به بیماری قلبی عروقی است.
- احتمال خطر ۱۹-۱۰٪: فرد در معرض خطر متوسط ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده است.
- احتمال خطر ۲۹-۲۰٪: فرد در معرض خطر نسبتا زیاد ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده است.
- احتمال خطر ۳۹-۳۰٪: فرد در معرض خطر زیاد ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده است.
- احتمال خطر ۴۰٪ و بیشتر: فرد در معرض خطر بسیارزیاد ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده است.

اقدامات مورد نیاز

۱- از مصرف دخانیات پرهیز کردد. ۲- رژیم غذایی مناسب رعایت شود.(کم نمک، کم چربی، پرفیبر)
۳- روزانه نیم ساعت فعالیت بدنی بطور منظم با شدت متوسط (افزایش نسبی در تعداد ضربان قلب و تنفس) انجام شود. ۴- از اضافه وزن و چاقی خودداری شود. ۵- فشارخون، قندخون و کلسترول خون زیر نظر پزشک تحت کنترل قرارگیرد. ۶- داروهای تجویز شده توسط پزشک به طور منظم مصرف شود.

با رعایت موارد فوق احتمال ابتلاء به بیماری قلبی عروقی کاهش خواهد یافت.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
مرکز مدیریت بیماری‌ها
اداره قلب و عروق

ارزیابی فشارخون

ارزیابی	معیار طبقه بندی	طبقه بندی	اقدام
	در صورتی که فشار خون ۱۸۰/۱۱۰ و بالاتر	**فشار خون اورژانس**	**ارجاع فوری**
سوال کنید: - آیا سابقه ابتلا به فشار خون بالا دارد؟ - آیا داروی فشارخون مصرف می کند؟	سابقه فشارخون بالا یا مصرف داروی فشار خون با هر انازه از فشار خون	**فشار خون تشخیص داده شده**	**توصیه** به کاهش وزن، کاهش مصرف نمک، کاهش مصرف چربی، افزایش فعالیت بدنی ارجاع به پزشک **مراقبت** بعدی ۳ ماه بعد
فشار خون را اندازه گیری کنید: اگر فشارخون ۱۴۰/۹۰ و بیشتر است نوبت دوم را با فاصله ۱ الی ۲ دقیقه اندازه بگیرید و میانگین دو نوبت فشارخون سیستول و دیاستول را محاسبه کنید و برای طبقه بندی در نظر بگیرید.	فشار خون سیستول ۱۶۰ و بالاتر و یا دیاستول ۱۰۰ یا بیشتر (فشارخون سیستول و یا دیاستول می تواند به تنهایی نیز در نظر گرفته شود)	**احتمال فشارخون بالا مرحله ۲**	**توصیه** به کاهش وزن، کاهش مصرف نمک، کاهش مصرف چربی، افزایش فعالیت بدنی **ارجاع** به پزشک طی یک الی دو روز آینده **مراقبت** بعدی مطابق دستور پزشک
	فشارخون سیستول ۱۴۰– ۱۵۹ و یا دیاستول۹۰–۹۹ (فشارخون سیستول و یا دیاستول می تواند به تنهایی نیز در نظر گرفته شود)	**احتمال فشار خون بالا مرحله یک**	**توصیه** به کاهش وزن، کاهش مصرف نمک، کاهش مصرف چربی، افزایش فعالیت بدنی – تایید فشارخون بالا طی یک هفته آینده از طریق اندازه گیری های مکرر فشار خون در ساعات مختلف- بررسی توسط پزشک – مراقبت بعدی ۳ ماه بعد
	فشارخون سیستول بین ۱۲۰ و کمتر از ۱۴۰ و یا دیاستول بین ۸۰ و کمتر از ۹۰ بدون سابقه فشارخون بالا و یا مصرف دارو	**احتمال پیش فشار خون بالا**	**توصیه** به کاهش وزن، کاهش مصرف نمک، کاهش مصرف چربی، افزایش فعالیت بدنی – مراقبت بعدی یک سال بعد
	فشارخون سیستول کمتر از ۱۲۰ و دیاستول کمتر از ۸۰ بدون سابقه فشارخون بالا و یا مصرف دارو	**فشار خون ندارد**	**توصیه** به کاهش وزن، کاهش مصرف نمک، کاهش مصرف چربی، افزایش فعالیت بدنی – مراجعه جهت ارزیابی دوره ای بعدی

ارزیابی قندخون

ارزیابی	معیار طبقه بندی	طبقه بندی	اقدام
۱- عوامل خطر دیابت را در فرد بررسی کنید: سابقه دو بار سقط خود بخودی / سابقه مرده زایی / سابقه به دنیا آوردن نوزاد با وزن بیش از ۴ کیلوگرم سابقه دیابت حاملگی چاقی / اضافه وزن سابقه مصرف سیگار و دخانیات / الکل کم تحرکی سابقه ابتلا به دیابت در افراد درجه یک فامیل / فرد دارای فشارخون ۹۰ / ۱۴۰ و بالاتر **۲- در مراجعه کننده زن بررسی کنید:** آیا تمایل به بارداری دارد؟ **۳- برای آزمایش قند خون راهنمایی کنید:** <u>برای کلیه افراد **۴۰ سال و بالاتر**</u> در صورت داشتن آزمایش قند خون تا یک سال پیش آن را مد نظر قرار دهید و در غیر اینصورت جهت انجام آزمایش قند ناشتا وی را راهنمایی نمایید. <u>برای افراد **۳۹ – ۳۰ سال**</u> چنانچه هیچ یک از موارد بالا(عوامل خطر و شرایط دیگر) را نداشت نیاز به آزمایش قند خون نیست.	دارای قند خون ناشتای ۱۲۶ و بالاتر در دو نوبت اندازه گیری یا سابقه ابتلا به دیابت	**احتمال ابتلا به دیابت / دیابت تشخیص داده شده**	ارجاع به پزشک – مراقبت بعدی ۱ ماه بعد
	دارای قند خون ناشتای صد و بیشتر و کمتر از ۱۲۶	**پره دیابت**	توصیه به کاهش وزن در صورت اضافه وزن و چاقی، تغذیه سالم، افزایش فعالیت بدنی – ارجاع به پزشک – مراقبت بعدی یک سال بعد
	وجود یکی از عوامل خطر دیابت / دارای سابقه خانوادگی دیابت و قند خون ناشتا کمتر از ۱۰۰	**در معرض خطر ابتلا به دیابت**	توصیه به کاهش وزن در صورت اضافه وزن و چاقی، تغذیه سالم، افزایش فعالیت بدنی – مراقبت بعدی یک سال بعد
	بدون سابقه ابتلا به دیابت در افراد درجه یک فامیل یا سابقه فردی – آزمایش قند خون ناشتا کمتر از ۱۰۰ – فرد ۳۹ – ۳۰ سال بدون عوامل خطر	**مشکل قند خون ندارد**	توصیه های شیوه زندگی سالم – مراجعه جهت ارزیابی دوره ای بعدی سه سال بعد

ارزیابی چربی های خون

ارزیابی	معیار طبقه بندی	طبقه بندی	اقدام
عوامل مرتبط با اختلالات چربی های خون را در فرد بررسی کنید: سابقه اختلالات چربی های خون در فرد یا افراد درجه یک خانواده سیگار کشیدن. فشارخون بالا. سن بالاتر از ۴۵ سال در مردان و سن بالاتر از ۵۵ سال در زنان. **در صورتی که آزمایش کلسترول خون در طی یک سال گذشته دارد، را در نظر بگیرید. در غیر اینصورت درخواست انجام آزمایش کلسترول بدهید.**	سابقه اختلال چربی های خون /مصرف داروهای چربی خون	**اختلال چربی خون تشخیص داده شده**	ارجاع به پزشک – مراقبت بعدی ۳ ماه بعد
	کلسترول خون ۲۰۰ و بالاتر	**احتمال اختلال کلسترول خون**	توصیه به کاهش وزن در صورت اضافه وزن و چاقی، تغذیه سالم، افزایش فعالیت بدنی – ارجاع به پزشک
	سابقه اختلال چربی خون در خانواده، سن بالای ۴۵ در مردان و ۵۵ در زنان و کلسترول خون کمتر از ۲۰۰	**در معرض خطر اختلال چربی خون**	توصیه به کاهش وزن در صورت اضافه وزن و چاقی، تغذیه سالم، افزایش فعالیت بدنی – مراقبت بعدی یک سال بعد
	بدون سابقه ابتلا به اختلالات چربی های خون در افراد درجه یک فامیل یا سابقه فردی – کلسترول کل کمتر از ۲۰۰	**اختلال کلسترول خون ندارد**	توصیه های شیوه زندگی سالم – مراجعه جهت ارزیابی دوره ای بعدی سه سال بعد

(۱۰)
غربالگری سرطان روده بزرگ

غربالگری سرطان روده بزرگ

ارزیابی	معیار طبقه بندی	طبقه بندی	اقدام
از کلیه افراد ۵۰ سال و بالاتر علائم زیر سوال شود: آیا در طی ۱ ماه اخیر خونریزی دستگاه گوارشی تحتانی(خونریزی از مقعد) داشته است؟ آیا در طی ۱ ماه اخیر یبوست(با یا بدون اسهال، درد شکم و احساس پربودن مقعد پس از اجابت مزاج) داشته است؟ آیا در طی ۶ ماه اخیر کاهش بیش از ۱۰ ٪ از وزن بدن داشته است؟ **سوابق زیر از مراجعه کننده سوال شود:** سابقه فردی سرطان روده بزرگ سابقه فردی آدنوم روده بزرگ سابقه بیماری التهابی روده بزرگ(IBD) (بیماری کرون یا کولیت اولسروز) سابقه خانوادگی سرطان روده بزرگ در افراد درجه یک خانواده سابقه سرطان روده بزرگ در افراد درجه دو خانواده(که در سن زیر ۵۰ سال بروز کرده باشد) سابقه بیماری های ارثی(پولیپ ادنوماتوز ، سرطان ارثی روده بزرگ **آزمایش زیر برای مراجعه کننده انجام گردد:** انجام تست خون مخفی در مدفوع	وجود حداقل یکی از علائم در یک ماه اخیر **یا** تست مثبت وجود خون در مدفوع **یا** دارای حداقل یک مورد مثبت در سابقه	**غربال مثبت از نظر سرطان کولورکتال**	ارجاع به پزشک
	بدون سابقه فردی یا خانوادگی سرطان کولورکتال ، بدون وجود علائم در یک ماه اخیر و تست منفی وجود خون در مدفوع	**غربال منفی از نظر سرطان کولورکتال**	توصیه به شیوه زندگی سالم- انجام خود مراقبتی بر اساس بسته های آموزشی- مراجعه 2 سال بعد

آزمایش خون مخفی در مدفوع به روش ایمونوشیمی (IFOBT یا FIT)

پولیپ و سرطان کولون گاهی خونریزی می‌کنندکه سبب ایجاد خون در مدفوع می‌شود اما این خون آنقدر کم است که با چشم دیده نمی شود بلکه باید با انجام آزمایش آن را تشخیص داد. با آزمایش خون مخفی در مدفوع می توان مقادیر ناچیز و نادیدنی خون را در مدفوع شناسایی کرد که به آن تست خون مخفی در مدفوع (FOBT) گفته می‌شود اما یکی از مشکلات این آزمایش این است که اگر در طی روزهای پیش از آزمایش، آسپرین یا مواد غذایی مثل چغندر مصرف کرده باشیم ممکن است تست به صورت کاذب مثبت شود. هم چنین این آزمایش را باید سه بار تکرار کرد تا نتیجه مطلوب به دست آید. در عوض تست دیگری وجود دارد به نام تست خون مخفی در مدفوع به روش ایمونولوژیک (IFOBT) که به صورت کاذب با مواد گفته شده مثبت نمی شود، نیاز به سه بار تکرار ندارد و به سادگی در خانه بهداشت، مطب و کلینیک قابل انجام است.

تست خون مخفی در مدفوع به روش ایمونوشیمی (FIT یا iFOBT) یک سنجش سریع یک مرحله‌ای جهت تشخیص کیفی خون پنهان در مدفوع انسانی به روش ایمونوشیمی است. در این تست از دو آنتی بادی در فرمت ساندویچی استفاده شده است که به صورت انتخابی، خون پنهان (هموگلوبین) در مدفوع را در غلظت حداقل 50 ng/ml (یا 6 µg/g) شناسایی می‌کند. مزیت مهم این روش آن است که نتایج بر خلاف روش‌های قدیمی اندازه‌گیری خون مخفی یا FOBT تحت تأثیر رژیم غذایی بیمار قرار نمی‌گیرد.

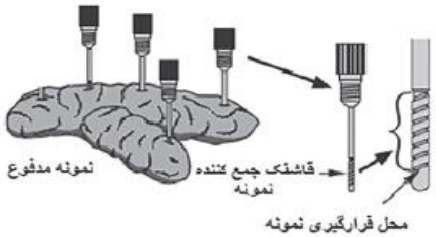
نمونه گیری توسط بیمار (مراجعه کننده)

- بخش اول این آزمایش توسط خود فرد مراجعه کننده قابل انجام است بنابراین باید برای به دست آمدن بهترین پاسخ، شیوه نمونه گیری توسط بهورز یا مراقب سلامت، به درستی به فرد آموزش داده شود.
- برای جمع آوری درست نمونه، بیمار باید از محل تجمع مدفوع نمونه برداری کند که می تواند از ظرف جمع آوری نمونه باشد (که توسط بهورز یا مراقب سلامت به بیمار ارائه می‌گردد) یا از داخل کاسه توالت. در صورت نمونه برداری از کاسه توالت، کف توالت باید کاملاً شسته و عاری از مواد شوینده و پاک‌کننده باشد. ترجیحاً بهتر است دو بار سیفون کشیده شود یا مقداری آب قبل از دفع مدفوع ریخته و کاسه توالت شسته شود.
- لوله جم آوری نمونه را بصورت ایستاده نگهداشته و درپوش آن را باز نموده و قسمت میله متصل به درب ظرف(قاشقک درون آن) بیرون آورده شود.



شکل- نحوه بازکردن لوله جمع آوری نمونه

- قسمت میله متصل به درب ظرف (قاشقک جمع‌کننده نمونه) را مطابق شکل زیر دست کم در ۴ جای مختلف از نمونه مدفوع فرو کرده و به اندازه یک عدس از مدفوع را برداشته و به داخل لوله منتقل گردد.



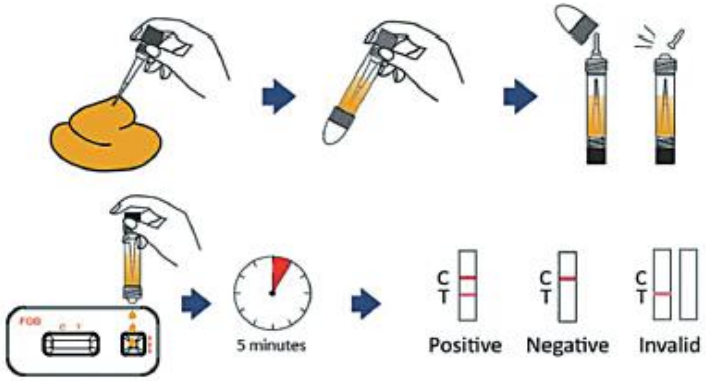
شکل- نحوه نمونه برداری از مدفوع

- سپس قسمت میله متصل به درب ظرف را دوباره به جای خود برگردانده و بر روی ظرف می بندد.
- پس از آن ظرف را چند بار تکان می دهد تا نمونه مدفوع با بافر استخراج موجود در لوله به خوبی مخلوط گردد.
- این ظرف توسط بهورز یا مراقب سلامت تحویل گرفته می شود.
- نمونه آماده شده را می‌توان تا ۶ ماه در دمای منفی ۲۰ درجه سانتیگراد نگهداری کرد.

شیوه انجام آزمایش توسط بهورز یا مراقب سلامت

- قبل از انجام آزمایش لازم است دمای کاست تست (کیت)، لوله جمع‌کننده نمونه و نمونه مورد آزمایش و یا نمونه کنترل به دمای اتاق (۱۵ تا ۳۰ درجه سانتیگراد) برسد.

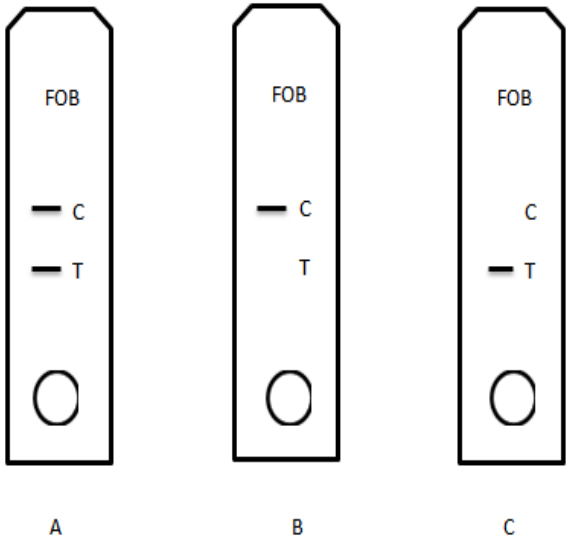
- نکته: بهترین نتایج زمانی حاصل می‌شود که سنجش تا ۶ ساعت بعد از نمونه‌گیری انجام شود.
- کاست تست (کیت) از بسته بندی خارج گردد.
- بهورز یا مراقب سلامت، قسمت زائده سر ظرف پلاستیکی را می شکند و از مایع داخل ظرف ۲ قطره (حدود ۹۰ μl) بر روی چاهک کاست (کیت) می چکاند.
- در این زمان، تایمر روشن شود. بعد از ۵ دقیقه باید کیت مورد نظر را بررسی کند. در صورتی که کیت بعد از ۱۰ دقیقه بررسی شود ارزشی نخواهد داشت.



شکل- مراحل انجام آزمایش خون مخفی در مدفوع

تفسیر نتایج آزمایش توسط بهورز یا مراقب سلامت

- نتایج کیت مورد نظر ممکن است یکی از ۳ حالت زیر را داشته باشد:
  - اگر علامت به صورت دو خط در کنار حروف C و T باشد (مانند قسمت A شکل زیر) یعنی نتیجه تست مثبت است.
  - در صورتی که علامت به صورت یک خط در کنار حرف C باشد (مانند قسمت B شکل زیر) یعنی نتیجه تست منفی است.
  - در صورتی که علامت به صورت یک خط در کنار حرف T باشد (مانند قسمت C شکل زیر) یعنی نتیجه تست نامعتبر است و باید این تست مجدد انجام شود.





- شدت رنگ در ناحیه تست (T) با توجه به غلظت خون (هموگلوبین انسانی) موجود در نمونه متفاوت است، بنابراین **وجود هاله‌ای از رنگ نیز در این منطقه مثبت تلقی می‌شود.**

کنترل کیفیت

- ظهور خط رنگی در ناحیه (C) کنترل داخلی این تست است. تشکیل این خط رنگی نشان دهنده‌ی حجم مناسب نمونه، حرکت صحیح نمونه بر روی غشا و صحت انجام تست است.
- کنترل‌های استاندارد به همراه تست فراهم شده است. توصیه می‌شود جهت تایید تست و مراحل انجام آن به صورت ادواری از یک نمونه کنترل مثبت و یک نمونه کنترل منفی استفاده شود.
- نمونه کنترل می‌بایست در یخچال نگهداری شود و برای مدت یک ماه پایدار است.

موارد احتیاط

- پیش از تحویل لوله جمع آوری نمونه، بر چسب روی آن نام و نام خانوادگی مراجعه‌کننده و تاریخ تحویل ظرف را با استفاده از خودکار یا ماژیک درج نموده و به مراجعه‌کننده داده شود.
- به مراجعه کنندگان یاد آوری شود که نمونه تهیه شده در کوتاه‌ترین زمان برای آزمایش تحویل گردد.

- به محض دریافت نمونه مشخصات بیمار در لیست ارائه شده در قالب این برنامه درج گردد.
- حداکثر زمان نگهداری نمونه جم آوری شده در ظرف نمونه‌گیری ۴۸ ساعت در دمای اتاق است. لذا آزمون می‌بایست ظرف این مدت انجام شده باشد. در غیر اینصورت وجود خون (هموگلوبین) در مقادیر پایین ممکن است به درستی تشخیص داده نشود. بنابراین اگر به هرعلت انجام آزمایش به تاخیر بیفتد، لازم است نمونه‌ها در یخچال (دمای ۸-۲ درجه سانتیگراد) نگهداری شود. حداکثر مدت زمان نگهداری در یخچال تا ۴ روز است.
- از کیت بعد از گذشتن تاریخ مصرف مندرج در روی بسته بندی، استفاده نشود.
- کیت سنجش تا هنگام استفاده باید در بسته بندی نگهداری شود.
- ماده جاذب رطوبت بایستی در بسته بندی کاست وجود داشته باشد. در غیر اینصورت از آن کاست برای انجام آزمایش استفاده نشود.
- تمام نمونه‌ها باید عفونی در نظر گرفته شود و کلیه اصول ایمنی جهت جابجایی، استفاده و حذف آنها رعایت شود.

(۱۱)

غربالگری بیماری سل

غربالگری بیماری سل

ارزیابی	معیار طبقه بندی	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: • آیا مراجعه کننده سرفه می کند؟ در صورت پاسخ مثبت مدت آن سوال شود: کمتر از ۲ هفته، دو هفته و بیشتر • سابقه تماس با فرد مسلول دارد؟ اگر پاسخ مثبت بود، زمان آن کی بوده است: زیر ۲ سال، ۲ الی ۵ سال، ۵ سال و بیشتر • آیا دچار ضعف سیستم ایمنی* (شامل HIV+ ، دیالیزخونی، دریافت کننده پیوند عضو / مغز استخوان ، سیلیکوزیس) می باشد؟	- فرد با سابقه سرفه دو هفته یا بیشتر **یا** - فرد با سرفه کمتر از دو هفته **و** دارای ضعف سیستم ایمنی **یا** - فرد با سرفه کمتر از دو هفته **و** دارای سابقه تماس با بیمار مسلول طی ۵ سال اخیر	**مشکوک** به سل فعال ریوی	**آموزش** آداب سرفه **تهیه نمونه خلط** ، ارسال به آزمایشگاه و پیگیری پاسخ **ارجاع به پزشک** همراه با جواب آزمایش خلط (بدیهی است هرگاه فرد بد حال باشد برای ارجاع منتظر انجام / جواب آزمایش نخواهیم شد. **مراقبت و پی گیری** با توجه به دستورات پزشک پس از ویزیت و اقدام برای انجام DOTS در صورت لزوم
	- فرد فاقد سرفه دارای ضعف سیستم ایمنی **یا** - فرد فاقد سرفه دارای سابقه تماس اخیر با بیمار مسلول (طی **۲** سال گذشته)	**در معرض خطر ابتلا به سل نهفته**	ارجاع به پزشک
	فرد دارای سرفه کمتر از دو هفته **و** فاقد ضعف سیستم ایمنی **و** بدون سابقه تماس با بیمار مسلول **یا** سابقه تماس با بیمار مسلول بیش از **پنج** سال قبل	**در معرض خطر** ابتلا به سل فعال ریوی	۱- آموزش آداب سرفه ۲- پیگیری وجود تداوم سرفه به مدت دو هفته ۳- عدم ابتلا در صورت عدم تداوم به سرفه به مدت ۲ هفته ۴- انجام فرآیند برخورد با بیمار مشکوک به سل در صورت تداوم سرفه به مدت ۲ هفته
	فرد فاقد سرفه **و** فاقد ضعف سیستم ایمنی **و** فاقد سابقه تماس با موردمسلول طی۲سال اخیر	**بدون عامل خطر یا ابتلا به سل**	توصیه به شیوه زندگی سالم- مراجعه 3 سال بعد یا در صورت بروز علائم

به نام خدا

نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور

,

اخلاق حرفه ای بهورزی

(ویژه آموزش به فراگیران بهورزی)











کتاب نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور

,

اخلاق حرفه ای بهورزی

(ویژه آموزش به فراگیران بهورزی)

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

آموزش بهورزی واحد توسعه شبکه

تهیه کننده : جمیله پورعابد مدیر ومربی مرکز آموزش بهورزی داراب سال ۱۳۹۷

با همکاری آقای حیدر خرم دل مربی مرکز اموزش بهورزی

فهرست مطالب

عناوین	صفحه
مقدمه	۴
تاریخچه ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران	۵
آشنایی با سطوح پیشگیری وارائه خدمات بهداشتی درمانی واصول واجزاء pHC	۹
شناسایی تیم خدمات بهداشتی درمانی در مراکز و خانه های بهداشت واشنایی با برنامه های پزشک خانواده	۱۹
اصول کلی چیدمان وسایل وتجهیزات در خانه بهداشت	۲۴
آشنایی با آیین نامه بهورزی وانتظارات مرکز آموزش بهورزی از فراگیران وکارآموزان بهورزی	۳۲
آشنایی با شرح وظایف بهورز در خانه بهداشت	۳۶
آشنایی با اخلاق حرفه ای در شغل بهورزی	۳۹
منابع	۴۴

مقدمه

سلامت یکی از اساسی ترین حقوق هر جامعه و محور توسعه است. تنها در یک جامعه سالم به لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می توان انتظار داشت آحاد مردم از نعمت رفاه و خوشبختی بهره مند شوند .تضمین برای تحقق چنین امری وظیفه اساسی دولت است .

آگاهی از اهداف و عملکرد نظام سلامت یکی از ابتدایی ترین گام ها برای درک جایگاه هر ارائه دهنده خدمت در این شبکه بزرگ است. نظام سلامت کشور ما همانند بسیاری از نظام های سلامت دنیا ویژگی ها، نقاط قوت و نیز چالش هایی را برای اجرای مناسب خدمات دارد که شما می بایست به عنوان محوری ترین فرد از اعضای تیم سلامت با آنها آشنا باشید.

هریک از کشورهای جهان دارای نظام سلامت یا نظام بهداشتی خاص خود می باشد.نظام بهداشتی و درمانی ایران نیزدر قالب یک شبکه منسجم فعالیت می کند که سه سطح زیر این شبکه را تشکیل می دهند:

سطح اول:

شامل واحدهایی است که اولین ووسیع ترین تماس با نظام ارائه خدمات بهداشتی درآن به وقوع می پیوندد.

واحدهای مورد نظر عبارتند از:

خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی ، پایگاههای بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی شهری

سطح دوم:

شامل واحدهایی است که قادرند خدمات بهداشتی درمانی را درسطح تخصصی تری ارائه دهند که این واحدها شامل مراکز بهداشت وبیمارستان شهرستان هستند.

سطح سوم:

این سطح خدمات تخصصی تر و فوق تخصصی آموزشی را در بر می گیرد و مکمل سطح ۲است محتوایی که در پیش رو دارید تحت عنوان آشنایی بانظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور واخلاق حرفه ای ویژه اموزش به فراگیران بهورزی با هدف آشنایی با اهداف و ساختار نظام سلامت و نقش و جایگاه هرسطح از شبکه سلامت میباشد .

که دراین مجموعه که مخاطبان اصلی ان فراگیران بهورزی میباشند با تاریخچه خدمات بهداشتی درمانی در ایران ،نظام ارجاع ، سطوح پیشگیری، ارائه خدمات بهداشتی درمانی واصول واجزاء ان ومختصری از آیین نامه ومقررات بهورزی آشنا خواهند شد.

تاریخچه ارایه خدمات بهداشتی درمانی در ایران

اهداف آموزشی:

انتظار است فراگیران پس از مطالعه این مطلب بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند:

۱- تاریخچه ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران را شرح دهند.

۲-ضوابط کلی اجرای نظام شبکه ای در شبکه ها ی بهداشت و درمان شهرستانها را شرح دهند.

شناخت تاریخچه ارایه خدمات بهداشتی درمانی در ایران:

بررسی وضع نظام بهداشتی درمانی کشورمان سال ۱۳۶۰ نشان می دهد که توزیع نیروهای پزشکی کشور به شدت نامتعادل بوده است .به عنوان مثال وضعیت توزیع سه رده از این نیروها به شرح ذیل بوده است:

۸۷٪پزشکان متخصص در تهران و ۵ شهر بزرگ کشور و فقط % ۱۳ در بقیه مناطق کشور

۵۴٪ پزشکان عمومی در تهران و ۵ شهر بزرگ کشور و فقط % ۴۶ در بقیه مناطق کشور

۶۶٪دندانپزشک در تهران و ۵ شهر بزرگ کشور و فقط % ۳۴ در بقیه مناطق کشور

در سالهای قبل از ۱۳۶۰ نیز این توزیع نارساتر و ناهنجارتر بود .به این دلیل برای حل این تنگنا از سال۱۳۱۹ هجری شمسی تا ۱۳۵۱ هجری شمسی چندین تجربه ذیل در ایران به اجرا گذاشته شد:

الف- طرح تربیت بهدار:

از سال ۱۳۱۹ در مشهد و از سال ۱۳۲۵ در اصفهان و شیراز اجرا شد . بهدارها از میان داوطلبان دارای مدرک تحصیلی دیپلم متوسطه برای خدمت در مناطق روستایی و شهرهای کوچک ا نتخاب می شدند.

این افراد پس از ۴ سال آموزش نظری و عملی به اخذ گواهینامه لیسانس پزشکی نایل می آمدند و متعهد بودند که به مدت ۸ سال (دو برابر مدت تحصیل) در مناطق محروم ور روستایی کشور خدمت کنند . بهدارها پس از پایان تعهد خدمتی می توانستند در سال چهارم دانشکده پزشکی شرکت و تحصیل خود را تا اخذ درجه دکتری ادامه دهند.

ب- طرح سپاه بهداشت:

با همکاری وزارت بهداری و وزارت دفاع اجرا شد . در این طرح تعدادی از فارغ التحصیلان گروه پزشکی که مازاد بر نیاز نیروهای مسلح بودند ، پس از سه ماه آموزش نظامی و بهداشتی ، در اختیار وزارت بهداری قرار داده می شدند تا بقیه خدمت وظیفه خود را در نقاطی که وزارت بهداری تعیین می کند بگذرانند.

گروه اصلی این نفرات را پزشکان تشکیل می دادند که بطور عمده در نقاط روستایی استقرار می یافتند . این پزشکان را گروهی از دیپلم های وظیفه به عنوان کمک پزشک (که آنها نیز دوره های آموزشی خاصی را می گذراندند) همراهی می کردند.

این طرح از سال ۱۳۴۳ تا سال ۱۳۵۷ اجرا شد .اگر چه اجرای این طرح موفقیت های چشمگیری داشت ولی با تنگناهای خاص نظیر محدود بودن تعداد پزشکان ، حالت نیمه نظامی و نارضایتی اعضای گروه ، موقت بودن آنان و ....مواجه بود.

ج -طرح تربیت بهدار روستاها:

این طرح توسط سازمان خدمات اجتماعی در کوار شیراز شمیرانات و تنکابن به اجرا گذاشته شد.

د - طرح سلسله:

طرح مشترک سازمان خدمات اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه بود که در این منطقه الشتر لرستان تجربه شد.

ه- طرح تحقیقاتی نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران:

دانشکده بهداشت و وزارت بهداری در رضائیه(ارومیه فعلی)، WHO از سال ۱۳۵۱ بطور مشترک ، توسط آذربایجان غربی به اجرا در آمدو به طرح رضائیه معروف شد.

راهبرد اصلی این طرح ، تربیت و بکارگیری عوامل غیر پزشک برای ارایه مراقبتهای اولیه بهداشتی بود . واحد های ارایه کننده این خدمات را خانه بهداشت ، کارکنان زن را بهورز و کارکنان مردرا بهداشتیار می نامیدند.

هر یک از این طرح ها مشکلات خاص خود را داشتند .لیکن با توجه به مجموعه شرایط حاکم بر این طرح ها بالاخره در سال ۱۳۵۶ فقط یک سال قبل از انقلاب ، وزارت بهداری از میان طرح هایی که به اجرا در آمده بود، بطور رسمی ، طرح رضائیه را به عنوان شیوه اصلی گسترش خدمات بهداشتی درمانی پذیرفت و تلاش خود را برای اجرای گسترده تر طرح در هشتگرد کرج بکار بست.

یک سال بعد با شروع انقلاب ، گسترش طرح متوقف شده و در سالهای بعد از انقلاب اسلامی ایران نظام عرصه خدمات بهداشتی درمانی کشور، بر اساس بررسی وتحلیل وضعیت موجود و در راستای تفکر مراقبتهای اولیه بهداشتی طراحی و تدوین شد . اجرای برنامه ها در ابتدا ناهماهنگ ، نارسا و سازمان نیافته بود که بتدریج از نقاط ضعف آن کاسته شد.

جریان تدوین و شکل گیری شبکه ها بهداشتی درمانی کشور در بعد از انقلاب اسلامی را می توان به چهار دوره زیر تقسیم نمود.

دوره اول:

از اواسط سال ۱۳۵۸ لغایت اردیبهشت ۱۳۶۰ بود . در این دوره وزیر و معاونان جدید به منظور شناخت تکالیف و ساختار وزارت بهداری و بهزیستی وقت به بررسی برنامه ها و تشکیلات وزارت پرداختند.

دوره دوم:

زمانی که به کار تدوین ، تفضیل وظایف ، ضوابط ، ارتباط واحدها ، رده های مختلف نیروی انسانی مورد نیاز ، خطوط اصلی تغییرهای ضروری در تربیت نیروهای انسانی و بالاخره تنظیم برخی از معیارها و استانداردها برای خدمات و واحدهای اجرایی گذشت این دوره تا پایان سال ۱۳۶۰ بطور انجامید.

دوره سوم:

با قصد دستیابی به آخرین اطلاعات منطبق با واقعیت های محلی آغاز گردید . در این دوره کارکنان با سابقه خدمت طولانی که دارای شناخت دقیقی از مناطق روستایی شهرستان محل خدمت خود بودند فراخوانده شدند تا پس از بررسی های لازم ، محلهای ایجاد خانه های بهداشت ، مرکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری مشخص گردند. این دوره از ابتدای سال ۱۳۶۱ تا پایان سال ۱۳۶۳ طول کشید.

دوره چهارم:

از فروردین ماه سال ۱۳۶۴ آغاز گردید .در این دوره ساختار سازماندهی نظام بهداشتی کشور تدوین گردید و سیاستهای آن با اولویت پیشگیری بر درمان روستایی به طبقه مرفه ، درمان سرپایی به بستری ، درمان عمومی به تخصصی تعیین گردید و متعاقب آن در هر استان یک شهرستان انتخاب شده و بر اساس ضوابط مشخص شده نظام شبکه ای در آن به اجرا در آمده با بازدیدهای مکرر مسوولان، مشکلات مربوطه در طرح مرتقع گردیده و سپس طرح به سایر شهرستانها بتدریج تعمیم یافت.

ضوابط کلی در اجرای نظام شبکه ای در شبکه های بهداشت ودرمان شهرستانها:

به منظور رساندن خدمات به جایی که مردم در آنجا زندگی و کار می کنند، یعنی تامین دسترسی سهل مردم به گسترده ترین و اساسی ترین نیازهای بهداشتی ، با در نظر گرفتن اطلاعات اقلیمی و جمعیتی قابل دسترس ، ضابطه های زیر مبنای گسترش واحدهای بهداشتی درمانی کشور قرار گرفت.

الف –سهولت دسترسی جغرافیایی:

منظور این است که در هیچ وضعیت اقلیمی ، فاصله دورترین نقطه تحت پوشش هر خانه بهداشت ازروستاهای محل استقرار آن خانه بهداشت نباید از یک ساعت پیاده روی بیشتر باشد و همچنین استقرار واحدها در مسیر طبیعی حرکت مردم محل باشد.

ب –دسترسی فرهنگی:

که با سه شرط زیر حاصل می گردد:

- نبود برخورد واختلاف های قومی ، فرهنگی ، مذهبی و.....

- شهرت نداشتن روستای محل استقرار واحد بهداشتی به شیوع بیماریهای واگیر دار مثل سل و جذام و.....

- مغایر نبودن موضوع ، محتوا و روش خدماتی که ارایه می شود با آداب و سنت های قومی ، ملی و مذهبی جامعه در نهایت با اعمال ضوابط فوق محدوده جغرافیایی و جمعیت تحت پوشش هر واحد از جمله خانه بهداشت مشخص گردید.

ج -سطح بندی ،ادغام خدمات و ارایه خدمات از طریق نظام ارجاع:

منظور از سطح بندی خدمات، ارایه خدمات به صورت زنجیره ای مرتبط و تکامل یابنده است .تا اگر یکی از مراجعین واحد محیطی به خدمات تخصصی تری نیاز داشته باشد ، واحد مذکور بتواند مراجعه کننده را به واحد ارایه کننده آن خدمت ارجاع کند . واحد دوم نیز در صورت لزوم مراجعه کننده را به واحدهای تخصصی بالاترامکان دسترسی به سطح تخصصی بالاتر را برای بیمار فراهم نماید. این زنجیره خدمت رسانی را نظام ارجاع Referral system . می نامند

د -تناسب کمی نیروی انسانی ارایه کننده خدمات با حجم کار مورد انتظار:

به نوعی که زمان انتظار مراجعه کننده به واحد بهداشتی درمانی برای دریافت خدمات نباید از حد متعارف قابل قبولی (مثلاً حداکثر یک ساعت) بیشتر باشد.

تناسب آموزش ها با نیازهای اجرایی:

یعنی دانش و مهارت مورد نیاز هر رده به دقت تعریف ومشخص گردیده است و آموزش دهندگان کارکنان بایستی با نیازهای واقعی جامعه ، اولویتهای آنها و همچنین فرایند های مورد عمل در نظام رسمی ارایه کننده خدمات آشنایی کامل داشته و محتوای مطالب درسی را با این نیازها منطبق سازند.

آشنایی با سطوح پیشگیری و ارایه خدمات بهداشتی درمانی و اصول و اجزاء P.H.C

اهداف آموزشی:

انتظار است فراگیران پس از مطالعه این مطلب بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند:

۱- برنامه بهداشتی را تعریف کرده ومثال مدل کلی برنامه های بهداشتی و خدمات موجود در ان را توضیح دهید .
۲- سیر طبیعی بیماری را با ذکر چند مثال توضیح دهید
۳- سطوح پیشگیری را نام برده و شرح دهند.
۴- مفهوم گروه هدف در برنامه های بهداشتی را شرح داده و این گروهها را نام ببرند.
۵- مراقبتهای اولیه بهداشتی را تعریف کرده ، اصول و اجزای آن را نام ببرند.

برنامه های بهداشتی :

برنامه های بهداشتی به مجموعه ای از خدمات وفعالیتهای مختلف اطلاق می شود که به منظور مقابله با یک یا چند مشکل سلامتی طراحی گردیده است .به عنوان مثال به برنامه ایمن سازی اطفال توجه کنید .این برنامه به منظور ایجاد ایمنی در برابر برخی از بیماری های عفونی مانند سل ، فلج اطفال ، سیاه سرفه و... طراحی شده است .و شامل چندین خدمت مختلف نظیر پیدا کردن کودکان واجد شرایط جهت واکسیناسیون ،آموزش والدین آنها ،تزریق واکسن و مراقبت از اطفال جهت واکسیناسیون در سنین بالاتر و یا نوبت های بعدی و ...است .فردی که این خدمات را دریافت می کند اصطلاحا گیرنده خدمت نامیده می شود .

با توجه به مطالب فوق می توان نتیجه گرفت که هربرنامه بهداشتی از چندین خدمت متنوع وهر خدمت از چندین فعالیت تشکیل یافته است .

خدمات بهداشتی عبارتند از مجموع فعالیتهای بهم پیوسته که به منظور رسیدن به یک هدف مشخص طراحی شده است این هدف ممکن است ایجاد ایمنی درمقابل یک بیماری عفونی ، افزایش سطح آگاهی افراد ، پیشگیری از بارداری ناخواسته و بسیاری ازاهداف دیگر باشد . نکته مهم این است که پس از اجزاء ، هدف آن برنامه حاصل شود.

هدف نهایی ارائه خدمات بهداشتی عبارت است از ارتقاء تندرستی ، حفظ تندرستی و بازگردان تندرستی هنگامی که نقصی روی داده و به حداقل رساندن رنج و پریشانی فرد.

برای اینکه با نقش برنامه های بهداشتی مختلف در پیشگری از مشکلات سلامت اشنا شوید لازم است سیر طبیعی بیماری ها را مرور کنید بافهم سیر طبیعی بیماری ها می توان برخوردهای مختلف را در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری ها بهتر درک نمود .

سیر طبیعی بیماریها :

بسیاری از بیماری ها به خصوص بیماری های مزمن نظیر بیماری های قلبی دیابت و فشار خون بالا دارای سیر طبیعی طولانی هستند این بیماری ها در طول زمان از مراحل معین ومتوالی گذر می کنند دانش کنونی نشان می دهد که غالبا عوامل موثر در ایجاد این بیماری ها از همان سالهای اول زندگی در فرد وجود داشته وعلائم بالینی آن در سالهای خیلی دیرتر ظاهر می شود برای درک بیشتر این مطلب به یک مثال توجه کنید .سکته مغزی اصطلاحی است که برای اغلب مردم آشنا هست سکته مغزی عبارت است از مجموعه علائم ونشانه های نارسایی عصبی که در نتجه اختلال در گردش خون در مغز ایجاد می شود با وسعت ومحل ضایعه در مغز ارتباط دارد وممکن است سبب اختلال در گفتار ،فلج تمامی و یا قسمتی از بدن و سایر فعالیتهای مغزی شود .بیماری عروق مغزیکی از مشکلات مهم بهداشتی در جوامع است که علاوه برمرگ سبب بروز ناتوانی تعداد بسیارزیادی از افراد می شود . سالها قبل اعتقاد براین این بود که سکته مغزی مخصوص افراد مسن است وبدون هیچ گونه ارتباطی با وضع قبلی سلامت فرد بوجود می اید . پیشرفت های حاصل در رشته های مختلف علوم در طی دهه های اخیر نکات زیادی را در مورد این بیماری روشن کرد ونشان داد عواملی نظیر فشارخون بالا و ناهنجاری های قلبی می توانند سبب بروز سکته مغزی شوند .این بررسی ها در مورد بسیاری از بیماری های مزمن دیگر نیز صورت گرفت وبه عنوان مثال دانشمندان دریافتند عواملی نظیر فشارخون بالا ،چربی خون بالا ،سیگار کشیدن و بیماری قندخون می توانند در طول زمان سبب تنگی عروق تغذیه کننده قلب و اختلال در خونرسانی عضله قلبی شده ونهایتا موجب بروز بیماری سکته مغزی شوند .

چارچوبی که برای سیر طبیعی بیماری ها وضع شده غالبا برای به تصویر کشیدن بیماری های مزمن (که اغلب غیر عفونی هستند)به کار می رود با این حال اغلب بیماری های عفونی وحاد نیز دارای یک سیر طبیعی مشابه هستند که مراحل مختلف آن با ویژگی های خاص و در طول زمان کوتاه رخ می دهد. در سیر یک بیماری عفونی نخست عامل عفونت زا وارد بدن فرد شده و پس از ان تکثیر می یابد و هنگامی که تعداد کافی از آن در بدن ایجاد شد ،موجب اختلال در ساختمان وعمل اعضا شده ونخستین نشانه های بیماری آشکار می شود مدت زمان بین هجوم عامل بیماری زا و آشکار شدن نخستین نشانه های بیماری را اصطلاحا دوره پنهان بیماری می گویند . در بعضی از بیماری های عفونی دوره پنهانی خیلی کوتاه است بین چند ساعت تا دو یاسه روز مانند مسمومیت های غذایی وبا واسهال خونی در برخی بسماری ها مانند ابله مرغان وسرخک ممکن است بیش از ده

روز تاچند هفته باشد ودر برخی از بیماری ها مانند هپاتیت ب و هاری دروه پنهان طولانی تری دارند وپس از دوره پنهان علائم بیماری ظاهر می شوند .در طول این دوره بادرمان یا بدون آن بیماری به سمت بهبودی یا ناتوانی یا مرگ پیش می رود . در ادامه با چارچوبی که برای سیر طبیعی بیماری ها وضع شده بیشتر آشنا می شویم .

مرحله آمادگی

در این مرحله هنوز بیماری ظاهر نشده است .پاره ای از عوامل خطر وجود دارند که می تواند فرد را به سمت وقوع بیماری هدایت کند مثل چربی خون وفشار خون ومصرف سیگار و عواملی که تغییر ناپذیرند مانند سن وجنس با این حال حتی اگراین عوامل قابل تغیرنیز نباشند می توان با اجرای مراقبتهای بهداشتی و کنترل سایر عوامل خطر از وقوع بیماری تا حدودی پیشگیری نمود . مثلا با مراقبت از افراد مسن از نظر فشارخون می توان از عوارض ناشی از فشار خون بالا در آنها پیشگیری نمود ودر مورد بیماری های عفونی مثلا رعایت توصیه های بهداشتی مانند نگهداری و شست وشوی صحیح مواد غذایی سبب پیشگیری از اسهال عفونی می شود .

مرحله قبل از بروز علائم

دراین مرحله ،علائم واضحی از بیماری مشاهده نمی شود ولی معمولا به دلیل تاثیر عوامل خطر تغییرات بیماری زایی شروع شده اند .به عنوان مثال تغییراتی که در عروق تغذیه کننده قلب در اثر عوامل خطر مختلف رخ می دهد ،می تواند سبب تنگ شدن آنها در اثر رسوب چربی ها شود .با این حال از آنجا که تغییرساختمان وعمل اعضای بدن هنوز زیاد نیست علائم بیماری ظاهر نمی شود . دوره پنهانی در بیماری های عفونی معادل همین مرحله محسوب می شود . که همانطور که گفته شد در این مرحله هنوز علائم بیماری آشکار نگردیده است .

مرحله بالینی بیماری

در این مرحله تغییرات اعضای بدن چه از نظر ساختمان وچه از نظر عمل به اندازه ای است که منجر به ظهور علائم و نشانه های بیماری می شود . به عنوان مثال چنانچه تنگ شدن مجرای عروق تغذیه کننده قلب به میزان مشخصی برسد می تواند در فرد علائم خاصی ایجاد کند . در این مرحله حالتهای مختلفی از وقوع علائم و نشانه های بیماری موجود است . که با اقدامات مداخله ای و اعمال پیشگیرانه می توان از سرعت سیر بیماری به سمت مرحله ناتوانی کم نمود . در مورد بیماری های عفونی نیز برخورد مناسب بااین مرحله سبب کاهش وقوع عوارض می گردد . مثلا اجرای مایع درمانی خوراکی در کودکان مبتلا به اسهال از عوارض ناشی از اسهال پیشگیری می کند .

مرحله ناتوانی

پاره ای از بیماری ها در طی دوره بیماری بدون درمان ویا دراثر اقدامات درمانی بهبود می یابند .ناتوانی طبق تعریف عبارت است از هرگونه کاهش موقت یا دراز مدت فعالیت یک فرد ناشی از یک بیماری .

وقوع ناتوانی در اثر بیماری برای جامعه از اهمیت خاصی برخوردار است .به عنوان مثال بیماری قند (دیابت)در طول سیر خود می تواند سبب بروز ناتوانی های مزمن متعددی نظیر مشکلات قلبی ،بینایی ،کلیوی، و قطع عضو شود که هزینه های بسیار بالایی برای فرد و جامعه به دنبال دارد .

از آنچه گفته شد چنین برمی آید که یک بیماری در طول زمان تکامل می یابد و همراه با آن تغییراتی در ساختمان وعملکرد اعضای بدن رخ میدهد بدین لحاظ لازم است که کشف ودخالت ومراحل قبل از ظهور علائم بیماری و برروی عوامل خطر بیماری متمرکز شود . پیشگیری از بیماری ها براساس تعریف عبارت است از تمامی اقداماتی که سیر بیماری را قطع یا آهسته می کند .بنابراین می توان برای پیشگیری درجات متعددی قائل شد .

پیشگیری از مشکلات سلامت ممکن است در تمامی سطوح تندرستی صورت گیرد . به همین جهت می توان پیشگیری را به سه دسته دسته بندی کرد:

-پیشگیری سطح اول

-پیشگیری سطح دوم

-پیشگیری سطح سوم

پیشگیری سطح اول رامی توان چنین تعریف کرد:

حفظ تندرستی از طریق تغییراتی که در اشخاص یا اجتماع ایجاد می کنیم مانندحفظ تغذیه خوب ، آموزش برای ترک سیگار و غیره که در اغلب موارد برای برنامه های پیشگیری سطح اول نیازمند به همکاری و زمینه سازی سایر بخشها هستیم . مشارکت سایر بخشها در امر بهداشت را اصطلاحا **مشارکت بین بخشی** می گویند(مانند مشارکت سازمان آب و فاضلاب و بخش بهداشت در تامین آبّ آشامیدنی سالم و دفع فاضلاب در شهرها).

پیشگیری سطح دوم:

به منظور فراهم آوردن تدابیری برای افراد و جمعیت ها به منظور شناسایی زودرس و مداخله سریع و کارساز برای اصلاح مشکلات سلامت مانند پیدا کردن موارد بیماران کشف نشده دیابت و سرطان دهانه رحم . فعالیت شناسایی بیماران به ظاهر سالم با استفاده از آزمونها و معاینه ها و سایر رویه ها را اصطلاحاً **غربالگری** می گویند.

پیشگیری سطح سوم:

شامل تدابیر لازم برای کاستن یا از میان بردن نقص ها و ناتوانی های کوتاه مدت ، خصوصاً دراز مدت و به حداقل رساندن رنجهای حاصل از مشکلات سلامت و ارتقاء قابلیت فرد بیمار درمان پذیر است.

به این ترتیب مفهوم پیشگیری تا عرصه بازتوانی گسترش می یابد . برنامه های مختلف اسهال و عفونتهای تنفسی و یا بازتوانی معلولین از جمله برنامه های پیشگیری سطح سوم می باشد.

برای اجرا برنامه های پیشگیری هماهنگی و مشارکت سطوح و بخشهای مختلف بهداشت و درمان ضروری است . این مشارکت را اصطلاحا **مشارکت درون بخشی** می گویند. (مشارکت بخشهای درمانی تخصصی در پذیرش بیماران ارجاعی ، یک نوع مشارکت درون بخشی محسوب می شود).

مفهوم گروه هدف در برنامه های بهداشتی:

افرادی که به خدمات موجود در یک برنامه نیاز دارند و می بایست آنها را دریافت کنند **گروه هدف** آن برنامه نامیده می شوند . سیاست گذاران بخش بهداشت در اولویت بندی برنامه های بهداشتی همواره سعی می کنند برنامه هایی را انتخاب نمایند،که برای پیشگیری از شدیدترین و فراوان ترین مشکلات سلامت در جامعه باشند .بدین لحاظ این برنامه ها همواره مشکلات سلامت خاص و گروه های ویژه از افراد جامعه را مورد هدف قرار می دهد . به عنوان مثال برخی از گروه های هدف که در برنامه های جاری نظام بهداشتی ما مد نظر هستند عبارتند از گروه های کودکان زیر شش سال ، گروه مادران باردار ، گروه دانش آموزان ، نوجوانان وجوانان گروه بیماران مختلف مبتلایان به سل ، مالاریا ، فشارخون وغیره، گروه میانسالان وگروه سالمندان وگروه زوجهایی که واجد شرایط فاصله گذاری بین تولد ها هستند و غیره.

مراقبتهای اولیه بهداشتی:

به مجموعه خدماتی که توسط خانه های بهداشت ، پایگاههای سلامت و نیز مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی ارائه می شود ، اصطلاحا مراقبتهای اولیه بهداشتی یا" خدمات بهداشتی درمانی اولیه "می گویند.

سازمان جهانی بهداشت تعریف جامعی از مراقبتهای بهداشتی اولیه به عمل آورده است .از نظر این سازمان مراقبتهای ا.ولیه بهداشتی، مراقبتهای بهداشتی ضروری است که با هزینه ای قابل پرداخت برای کشور و جامعه با روش هایی عملی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی باید به مردم ارائه کرد.

مراقبتهای بهداشتی اولیه مراقبتهای اصلی در زمینه بهداشت است که باید برای همه افراد وخانواده های جامعه قابل دسترس باشد .این خدمات بخش اساسی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی کشوراست . مراقبتهای بهداشتی اولیه اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام بهداشتی کشور بوده و خدمات را تا حد ممکن به جایی که مردم در آن کار و زندگی می کنند می برد.

اصول مراقبتهای اولیه بهداشتی:

- ❖ عدالت اجتماعی
- ❖ مشارکت مردمی
- ❖ هماهنگی بین بخشی
- ❖ تکنولوژی مناسب
- ❖ جامعیت خدمات

اجزاء مراقبتهای اولیه بهداشتی:

۱ .آموزش بهداشت

۲ .بهبود تغذیه

۳ . مراقبت های بهداشتی مادران و کودکان و فاصله گذاری بین تولدها

۴ .تأمین آب سالم و بهسازی محیط

۵ . بهداشت حرفه ای

۶ .ایمن سازی

۷. پیشگیری و کنترل بیماری های واگیر شایع و بومی و کنترل آنها

۸. فراهم کردن امکانات تشخیصی و درمانی مناسب

۹ .پیش بینی و تدارک داروهای اساسی

۱۰. بهداشت روان

۱۱. بهداشت دهان و دندان

۱۲. پیشگیری از حوادث و سوانح

۱۳. کنترل بیماری های غیر واگیر

سطح بندی ارائه خدمات در نظام شبکه:

در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور در حال حاضر، سه سطح تعریف شده وجود دارد:

۱. **سطح اول** شامل مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و مراکز خدمات جامع سلامت شهری که زیر مجموعه هر یک از آنها به شرح زیر می باشد:

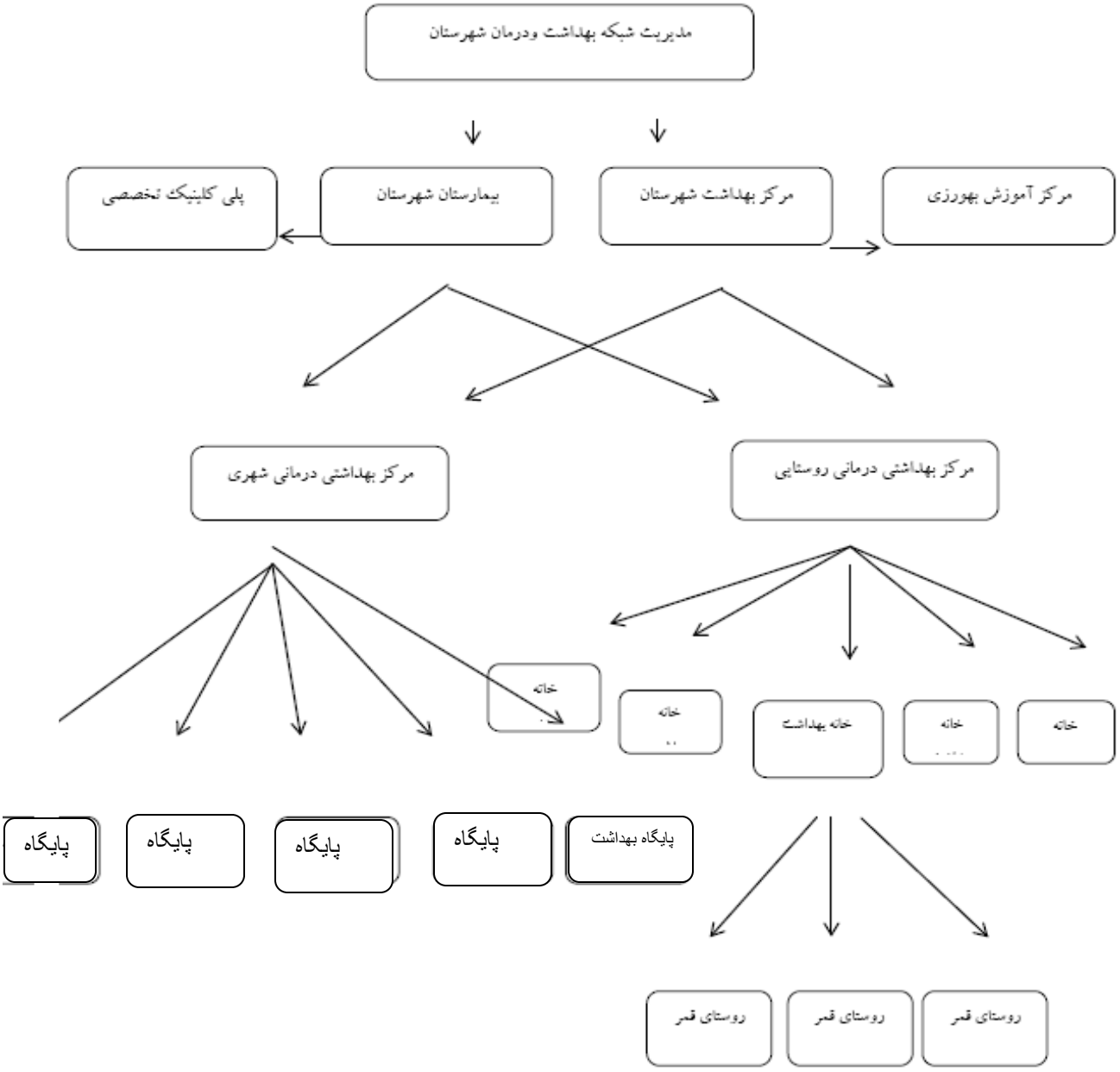
زیر مجموعه مراکز خدمات جامع سلامت روستایی شامل :خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت روستایی، تسهیلات زایمانی و پایگاه های مراقبت های بهداشتی مرزی زیرمجموعه مراکز خدمات جامع سلامت شهری شامل :خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت روستایی و شهری، تسهیلات زایمانی و پایگاه های مراقبت های بهداشتی مرزی

۲. **سطح دوم** شامل مرکز بهداشت/سلامت شهرستان از نظر مدیریتی و فنی و کلینیک های تخصصی / بیمارستان های شهرستان

۳. **سطح سوم** شامل مرکز بهداشت/سلامت استان/حوزه یا منطقه از نظر مدیریتی و فنی و کلینک های فوق تخصصی/ بیمارستان های فوق تخصصی مرکز استان

۴.**پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی** نیز بدون رعایت سطوح ذکر شده در هماهنگی با مراکز سلامت، وظیفه مدیریت و اعزام بیماران ساکن در روستاها و شهرهای کشور به نزدیکترین مرکز ارائه خدمات تخصصی و بستری کشور را برعهده خواهند داشت.

نمودار سطوح مختلف شبکه بهداشت و درمان شهرستان



ساختار ارائه خدمات سلامت در ایران



آشنایی با نظام ارجاع:

همان طور که در بخش سطح بندی ارائه خدمات مطرح شد، زمانی که یکی از مراجعه کنندگان به سطح اول، به خدمات تخصصی تری– که از عهده سطح اول برنمی آید -نیاز داشته باشد واحد مذکور مراجعه کننده را به سطح دوم ارائه خدمات ارجاع می دهد .سطح دوم نیز در صورت لزوم، فرد را جهت ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی به سطح سوم و یا چهارم ارجاع می دهد .این زنجیره ارائه خدمات از سطح اول به سطوح بالاتر را نظام ارجاع می نامند .استفاده از نظام ارجاع می تواند مزیت های ذیل را ایجاد نماید:

الف .امکان استفاده از کارکنان غیرپزشک را برای ارائه خدمات ساده بهداشتی و کمک های اولیه درمانی فراهم سازد و سطوح تخصصی را از پرداختن به خدمات ساده غیرتخصصی باز می دارد و برای پرداختن به خدمات تخصصی وقت بیشتری را فراهم می آورد.

ب .از ارائه خدمات به شکل تکراری(دارو، آزمایش و سایر ارزیابی های تشخیصی مکرر)جلوگیری می کند.

ج .خدمات را به نحو چشمگیری ارزان می کند.

د .با توزیع وسیع و گسترده واحدهای محیطی امکان تداوم و استمرار خدمات بهداشتی را فراهم آورد.

با استفاده از ساز و کار سطح بندی خدمات، بردن خدمات تشخیصی(آزمایشگاه و رادیولوژی)نیز به سطوح محیطی میسر و از گسیل بی مورد و هزینه آفرین بیماران و همراهانشان به شهرها که موجب افزایش هزینه های اجتماعی تامین سلامت جامعه می گردد-جلوگیری خواهد شد .یکی از شرایط اصلی توفیق نظام ارجاع این است که هیچ یک از واحدهای یک سطح به خدماتی که به عهده واحدهای سطح پایین تر قرار داده شده است نپردازد؛ مگر آن که خدمت مورد نظر را در سطح تخصصی تری ارائه شود .به این دلیل، در کنار هر واحد سطح بالاتر باید یک واحد سطح پایین تر منظور گردد تا می نامند « .ضمیمه » وظایف مقرر برای واحد مذکور را برای جمعیت محل استقرار واحد بالاتر ارائه کند .این واحدها را نظارت، پایش، آموزش حین خدمت کارکنان و نیز تدارک و حمایت اداری مالی واحدهای هر سطح به عهده واحدی است که در اولین سطح بالاتر آن قرار دارد تا تدارک فنی و اداری این واحدها به صورت فعال و مستمر از نزدیکترین واحد سطح بالاتر میسر گردد و از بروز خطراتی مانند گرایش کارکنان غیرپزشک به درمان های غیرمجاز و تنزل کیفیت خدمات جلوگیری شود .در صورت اجرایی شدن برنامه پزشک خانواده در سایر مناطق کشور نیز، همین اصل پابرجاست .به این ترتیب در روستا، اولین سطح مراجعه فرد، به بهورز و در شهر به مراقب سلامت خواهد بود و سپس، ارجاع به پزشک خانواده /پزشک عمومی مستقر در مرکز سلامت جامعه روستایی/ مرکز سلامت جامعه شهری و از آنجا به پزشک متخصص مستقر در کلینیک تخصصی / بیمارستان شهرستان صورت می گیرد.

شناسایی تیم خدمات بهداشتی درمانی در مراکز و خانه های بهداشت وآشنایی با برنامه های پزشک خانواده

اهداف آموزشی:

انتظار است فراگیران پس از مطالعه این مطلب بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند:

۱-واحدهای بهداشتی درمانی روستایی و شهری را نام برده ووظائف این واحدها را شرح دهند.

۲-خدماتی که توسط کارکنان واحدهای بهداشتی مستقر در نقاط شهری و روستایی به مردم ارائه می شودرا به تفکیکواحد شرح دهند.

۳- با برنامه های پزشک خانواده آشنا شوند.

خانه بهداشت :خانه بهداشت واحدی است مستقر در روستا که غالباً چند روستای دیگر(روستاهای قمر)را نیز پوشش میدهد.

روستاهای تحت پوشش خانه های بهداشت شامل روستای اصلی که خانه بهداشت در آن مستقر گردیده و روستا یا روستاهای قمر میباشند .به طور معمول روستای اصلی از روستاهایی انتخابات میشود که در مسیر حرکت یا دسترسی جمعیتی بیشتر برای روستاهای قمراست.

بهورزان از میان جوانان علاقه مند بومی روستا انتخاب و در یک دوره آموزشی دو ساله در مرکز آموزش بهورزی شهرستان مهارت آموزی میشوند.

پایگاه بهداشت روستایی : چنانچه جمعیت منطقه روستایی در روستای اصلی برای جمعیتهای بیش از ۵۰۰۰ نفر باشد، در آن روستا به جای خانه بهداشت اقدام به راه اندازی پایگاه بهداشت می کنیم.

پایگاه بهداشت شهری : واحد بهداشتی مستقر در شهر می باشد که زیر مجموعه مرکز بهداشتی درمانی شهری است که در حالت استاندارد جمعیتی معادل ۱۲۵۰۰ نفر را تحت پوشش قرار می دهد.

پایگاه ستاره دار : طی سالهای اخیر برخی از مناطق روستایی به شهر تبدیل شده اند گاه این مناطق روستایی دارای خانه بهداشت فعال بودند که حال در منطقه شهری قرار گرفته است این خانه بهداشت به پایگاه بهداشت غیر ضمیمه تبدیل شده است ولی در بعضی از موارد بهورزان شاغل در اینگونه خانه های بهداشت شرایط تبدیل به تکنسین را ندارند یعنی مدرک تحصیلی حداقل سوم راهنمایی یا سیکل نظام قدیم

را دارا نیستند در چنین حالتی به عنوان بهورز ستاره دار باقی می مانند و آن خانه نیز به پایگاه ستاره دار تبدیل می شود.

پایگاه ضمیمه : به پایگاههایی اطلاق می شود که در داخل مرکز مستقر هستند و اطلاعات پایگاه های بهداشت ضمیمه در داخل مرکز بهداشتی درمانی شهری وارد می شود.

پایگاه غیر ضمیمه : در نقاطی از شهرها که تراکم جمعیت زیاد است برای تامین سهولت دسترسی مردم به خدمات بهداشتی، واحدهایی راه اندازی شده است که پایگاه غیر ضمیمه نام دارد.

مرکز بهداشتی درمانی روستایی : مراکز روستایی در روستاها راه اندازی می شود که در واقع یک یا چند خانه بهداشت و پایگاه بهداشتی روستایی را تحت پوشش قرار می دهد.

مرکز بهداشتی درمانی شهری : با توجه به وظایف مراکز بهداشتی درمانی شهری و حجم کار آنها، بازای هر ۵ واحد بهداشتی درمانی موجود) اعم از پایگاه بهداشت (یک مرکز بهداشتی درمانی شهری) پیش بینی می گردد.

مرکز شهری روستایی : با توجه به وظایف مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی وحجم کار آنها، بازای هر۵ واحد بهداشتی درمانی موجود) اعم از پایگاه بهداشت یا خانه بهداشت تحت پوشش (یک مرکز بهداشتی درمانی شهری پیش بینی می گردد محل استقرار این واحد در نقاط شهری بوده لیکن خانه بهداشت را نیز تحت پوشش قرار میدهد.

مرکز قرنطینه : این واحدها در پایانه های زمینی، دریایی، هوایی و نیز بازارچه های زمینی و دریایی درنظر گرفته می شوند . این پست ها براساس حجم و نوع فعالیت و محل استقرار به ۳ درجه تقسیم می شوند . این واحدها نقش سد دفاعی جلوگیری کننده از نفوذ بیماریها به داخل کشور را براساس ضوابط و معیارهای بین المللی به عهده دارند . پست های مراقبت مرزی و قرنطینه درجه۱ و۲ می توانند شبانه روزی یا تا پاسی از شب فعال باشند . درنوع درجه ۳ که در بازارچه های مرزی مستقر می گردند، می توانندتا ساعت کار بازارچه مرزی فعالیت نمایند.

مرکز شبانه روزی روستایی : درجه۳ و۲

در مناطق روستایی که در گلوگاه جمعیتی بین ۱۲۳۱۱ تا ۲۱۱۱۱ نفر و با فاصله حداقل نیم ساعت با خودرو تا نزدیکترین بیمارستان یا واحد درمانی شبانه روزی دیگرقرار داشته باشند، مراکز بهداشتی درمانی موجود برحسب جمعیت به مرکز شبانه روزی درجه۱ و ۲ تبدیل می شوند . مراکز بهداشتی درمانی شبانه روزی درجه

۱با ۲۱۱۱۱ نفرجمعیت باید آزمایشگاه و رادیولوژی داشته باشند . ولی مراکز بین ۱۲۳۱۱ تا ۲۱۱۱۱ نفر (درجه ۲)نیازی به آزمایشگاه و رادیولوژی در ساعت غیر اداری ندارند . بعبارت دیگر در مراکز درجه ۲ آزمایشگاه و رادیولوژی در ساعت اداری فعال می باشد.

مرکز شبانه روزی شهری : درجه۳ و۲

در مناطق شهری که در گلوگاه جمعیتی بین ۱۲۵۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر و با فاصله حداقل نیم ساعت با خودرو تا نزدیکترین بیمارستان یا واحد درمانی شبانه روزی دیگرقرار داشته باشند، مراکز بهداشتی درمانی موجود برحسب جمعیت به مرکز شبانه روزی درجه ۱ یا ۲ تبدیل می شوند . مراکز بهداشتی درمانی شبانه روزی درجه۱ با ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت باید آزمایشگاه و رادیولوژی بصورت ۲۴ ساعته فعال باشد . ولی مراکز بین ۱۲۵۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر(درجه)۲ نیازی به آزمایشگاه و رادیولوژی نیازی به آزمایشگاه و رادیولوژی در ساعت غیر اداری ندارند . بعبارت دیگر در مراکز درجه۲ آزمایشگاه و رادیولوژی در ساعت اداری فعال می باشد . برای مناطق شهری باید این مراکز در مرکز بخش قرار داشته باشند.

تسهیلات زایمانی :به عنوان ضمیمه مرکز بهداشتی درمانی روستایی شبانه روزی و گاه ضمیمه مرکز بهداشتی درمانی شهری شبانه روزی که در آن شهر بیمارستان یا زایشگاه موجود نباشد.

مرکز رفرانس مشاوره و مراقبت بیماریهای رفتاری:

این واحد فقط در شهرستان مرکز استان(شهرستان محل استقرار دانشگاه /دانشکده علوم پزشکی)به تعداد یک مرکزایجاد می شود .

مرکز بهداشت شهرستان : مسئولیت اصلی مرکز بهداشت شهرستان ، برنامه ریزی ، پشتیبانی فنی و تدارکاتی ، کنترل ضوابط و مقررات بهداشتی درمانی ، بررسی گزارشات آماری و نظارت برفعالیت واحدهای تحت پوشش(مراکز بهداشتی درمانی، خانه های بهداشت ، پایگاههای بهداشتی مرکز آموزش بهورزی ، آزمایشگاه های مختلف و)...می باشد.

مرکز آموزش بهورزی:

در نظام خدمات بهداشت ودرمان ، مرکز آموزش بهورزی جایگاهی پر اهمیت و حساس دارد . اهمیت مرکز آموزش بهورزی دراین است که جمعی از فرزندان محروم ترین نقاط کشور ، برای خدمت به مردم همان نواحی ،توسط مربیان تربیت می شوند.

دانش آموز بهورزی در طول مدت آموزش خود با مربیان مرکز آموزش بهورزی پیوندی دائمی و تعیین کننده دارد ، از آنان تعلیم می گیرد ، توسط آنان هدایت می شود و با راهنمایی آنان برای خدمت به جامعه آموزش های لازم راکسب می کند.

هر مرکز آموزش بهورزی علاوه بر مدیر ، ۵ نفر مربی دارد . مرکز آموزش بهورزی وظیفه تربیت بهورزان شاغل درخانه های بهداشت و بازآموزی کارکنان تیم سلامت مراکز بهداشتی درمانی را بعهده دارد . این مرکز تحت پوشش مستقیم مرکز بهداشت شهرستان فعالیت می کند.

درمانگاه : درمانگاه مرکز خدمات سرپایی است مجتمع از دو یا چند اتاق مجهز به سرویسهای عمومی درمانی سرپایی که تحت نظر یک یا چند پزشک عمومی و متخصص اداره میشود.

کلینیک: کلینیک درمانگاهی است که در یک نوع تخصص به درمان سرپایی بیماران اقدام می نماید.

پلی کلینیک: پلی کلینیک درمانگاهی است که در چند نوع تخصص به درمان سرپایی بیماران اقدام می نماید.

مرکز جراحی محدود سرپایی : به مراکزی اطلاق میشود که پس از انجام اعمال جراحی مینور (بدون بیهوشی و با بی حسی موضعی) یا جراحی ماژور(با بیهوشی) بیمار حداکثر ظرف مدت چند ساعت قادر به ترک مرکز بوده و نیازی به بستری شدن نداشته باشد.

بیمارستان :کلیه مراکز درمانی که مجهز به تخت درمانی هستند را شامل می گردد .بیمارستان شهرستان حداقل با تخصصهای جراحی ، داخلی ، کودکان ، زنان و زایمان ، بیهوشی، رادیولوژی ، آزمایشگاه و با بخشهای بستری ، پلی کلینیک تخصصی و اورژانس اداره می شود و پشتیبانی فنی و قبول ارجاعات بیماران از مراکز بهداشتی درمانی را به عهده دارد.

توانبخشی :توانبخشی پزشکی(توانپزشکی)به مجموعه اقداماتی اطلاق میشود که به منظور بازگرداندن بخشی از عملکرد از دست رفته و حفظ توانمندیهای بالقوه افراد دارای ناتواناییهای مختلف انجام میگیرد.

مرکز طب کار:واحدی است که مسئولیت انجام خدمات پزشکی شاغلین را برعهده دارد .ارزیابیهای مراکز طب کار شامل ارزیابیهای تاریخچه شاغلین و ارزیابی وضعیت سلامت جسمی آنها و ارائه نظر در زمینه امکان تداوم فعالیتهای شغلی است .مرکز بهداشت کار مسئول ارائه خدمات مختلف مرتبط با بهداشت شغلی از جمله سنجش و ارائه راهکارهای کنترل عوامل فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیک و ارگونومیک در محیط کار است.

خانه بهداشت کارگری :واحدی است مستقر در کارخانه یا کارگاه که مسئول ارائه خدمات مختلف مرتبط با بهداشت شغلی است.

پرتونگاری : به محلی گفته میشود که طبق مجوز وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تاسیس گردیده و در آن آزمایشهای پرتوشناسی انجام میگیرد و یا با استفاده از انرژی به صورت اشعه به تشخیص علل بیماریها میپردازد.

داروخانه :داروخانه به محلی اطلاق میشود که طبق مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بمنظور عرضه، ساخت و مشاوره داروئی به وجود آمده است.

آزمایشگاه :واحد آزمایشگاهی به واحدی گفته میشود که در آن آزمایشهای مربوط به انسان از قبیل خون، ادرار، نسوج، غدد و انواع تستهای سرطانی انجام میگیرد و نتایج آن نیز قابل استناد باشد.

-**پزشک خانواده** ، دارای حداقل مدرک دکترای حرفه ای پزشکی وموز معتبر کار پزشکی است و عهده دار خدمات پزشکی سطح اول است.

-تعداد پزشک مورد نیاز برای ارایه خدمت در هر مرکز روستایی بر اساس یک پزشک به ازای حداکثر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش تعیین می گردد .برای جمعیت بیش از ۴۰۰۰ نفر تا سقف ۸۰۰۰ نفر دو پزشک . برای جمیعت بیش از ۸۰۰۰ تا سقف ۱۲۰۰۰ نفر به سه پزشک و . . . نیاز خواهد بود.

-به ازای هر دو نفر پزشک باید یک ماما تعیین گردد.

-در مراکز سه پزشکه و بالاتر می توان به جای مامای دوم ، پرستار بکارگیری نمود.

-برای مراکز بهداشتی درمانی که جمعیت ۴۰۰۰ نفر و کمتر در پوشش خوددارند، حداقل یک پزشک و یک ماما باید در نظرگرفت

ا ولین محل مراجعه بیمار و روستائیان باید خانه بهداشت باشد و پس از اینکه بهورز خدمات تعریف شده خود را برای مراجعه کننده انجام داد در صورت لزوم بر اساس دستور عمل های مربوطه فرد را به پزشک خانواده مربوطه ارجاع می دهد.

در هنگام ویزیت دوره ای تمامی روستاییان توسط پزشک خانواده ، ماما یا پرستار و یا بهورز باید حضور داشته باشند وبرخی از اطلاعات فرم اولین ویزیت را از پرونده خانوادر موجود درخانه بهداشت استخراج نموده و کنترل نماید.

اگر حضور بهورز باعث ایجاد مشکل در خانه بهداشت مربوطه شود این فعالیت توسط ماما یا پرستار انجام خواهد گرفت . چنانچه فرد برای اولین ویزیت خود به پزشک مراجعه نکرد بهورز او را در زمان حضور پزشک به خانه بهداشت دعوت می کند تا پزشک او را ویزیت نماید.

حداقل هر سه سال یکبار ویزیت دوره ای برای کلیه افراد تحت پوشش توسط پزشک خانواده باید انجام گیرد پزشکان خانواده واعضای تیم سلامت موظفند به مردم تحت پوشش خود آموزش هند تا درشرایط نیاز به اقدام فوری، با مرکز فوریتهای پزشکی ۱۱۵ تماس بگیرند تا افراد نیازمند به نزدیکترین واحد درمانی و بیمارستانی انتقال یابند (البته باید مشخص شود که بیماران در چه شرایطی باید از طریق پزشک خانواده خود اقدام کنند و در چه شرایطی مستقیما خدمات را از طریق اورژانس ۱۱۵ دریافت کنند.)

اصول کلی چیدمان وسایل و تجهیزات درخانه بهداشت

رعایت اصول ذیل درچیدمان وسایل وتجهیزات درخانه بهداشت ازاهمیت خاصی برخوردار است:

۱. چیدمان وسایل باید طوری انجام گیرد که در زمان معاینه و مراقبت کمترین تردد برای مراجعه کننده را درپی داشته باشد

۲ .در زمان معاینه و مراقبت حریم شخصی افراد حفظ شود ومراجعه کننده درکنار بهورز قرارگیرد بطوری که مجبورنباشد برای طرح مسایل خود با صدای بلند صحبت کند.

۳. چیدمان وسایل باید طوری باشد که وسایل خطرناک و یا تجهیزات حساس دردسترس مراجعین بویژه کودکان قرارنگیرد

۴.کلیه ابزارهای مورد نیاز در ارایه خدمات به سهولت دردسترس بهورز قرارگیرد.

استاندارد چیدمان وسایل وتجهیزات درخانه بهداشت درحال حاضر ساختمان خانه های بهداشت به دوشکل دولتی دارای تیپ استاندارد و خانه های بهداشت ۷۱ متری موجود است . معمولا هرخانه بهداشت تیپ استاندارد دارای یک سالن انتظار و دو اتاق برای ارایه خدمات بهداشتی است که یک اتاق به محل کار و یک اتاق به محل معاینه اختصاص داده شده است نحوه چیدمان وسایل وتجهیزات درفضاهای مذکور درجداول ذیل شرح داده شده است.

چیدمان استاندارد تجهیزات و ملزومات درخانه بهداشت – تابلو خانه بهداشت

عنوان	استاندارد مورد انتظار
تابلو راهنما	تابلوی راهنمای خانه بهداشت در ورودی سرجاده منتهی به خانه بهداشت می بایست وجود داشته باشد. تابلو راهنمای خانه بهداشت می بایست با رنگ پس زمینه آبی و نوشته سفید رنگ در کنار جاده اصلی در ابتدای مسیر فرعی که به خانه بهداشت ختم می شود نصب شود و نام دانشگاه ، مرکز بهداشت ، خانه بهداشت و روستا بر روی آن نوشته شود. تابلو سر در خانه بهداشت بالای درب حیاط خانه بهداشت که ماشین رو می باشد و به اندازه آن (ابعاد تقریبی ۱ در ۳ متر و با رنگ پس زمینه آبی و نوشته سفید) می بایست تهیه و نصب شود. تابلو سر در ساختمان خانه بهداشت بالای در ورودی ساختمان (به ابعاد ۹۰ سانتی متر در ۲ متر و ۲۰ سانتی متر) با همان فرمت تابلو سر در خانه بهداشت می بایست تهیه و نصب شود.درتابلوهای مذکورباید آرم دانشگاه ، مرکز بهداشت شهرستان ، مرکز خدمات جامع سلامت شهری/شهری روستایی/ روستایی /نام خانه بهداشت مربوطه به همراه سال تاسیس درج شود .(ضمیمه شماره ۱)

چیدمان استاندارد تجهیزات و ملزومات درخانه بهداشت – سالن انتظار

عنوان	استاندارد مورد انتظار
کپسول آتش نشانی	کپسول آتش نشانی شارژ و دارای تاریخ انقضاء باشد و در سالن انتظار در محل مناسب و در فاصله ای مناسب از سطح زمین به دیوارنصب شده باشد و راهنمای استفاده از کپسول آتش نشانی در کنار آن نصب شود.
تابلو وایت بورد	تابلو وایت بورد در سالن انتظار در محلی مناسب نصب شود.
نیمکت یا صندلی مراجعه کننده	نیمکت یا صندلی مراجعه کننده در سالن انتظار برای نشستن مراجعه کننده و برگزاری جلسات آموزشی در دو ردیف قرار داده شود.
مواردی که می بایست در سالن انتظار و در معرض دید مراجعین قرار بگیرد: -ساعت کاری خانه بهداشت و مرکز خدمات جامع سلامت روستایی مربوطه -برنامه دهگردشی پزشک -برنامه زمانی ماهانه برگزاری کلاسهای آموزشی خانه بهداشت -پوسترها و پمفلتهای آموزشی (کلرمادر، سالم سازی سبزیجات ، سامانه ۱۹۰، هرم مواد غذایی، هاری، پوسترهای مربوط به تغذیه و ...) -چارت بینایی سنجی (جایی نصب شود که بسته به نوع آن به هنگام سنجش بینایی، فرد در فاصله ۴ یا ۶ متری چارت قرار گیرد.) نکته: پوسترهای آموزشی می بایست بصورت چرخشی تعویض شوند. پوسترهایی که به مناسبتها تهیه می شوند به مدت یک ماه نصب می شود و پس از آن مدت لوله شده و در کاور قرار داده شده ، در کمد یا طبقه پایین کتابخانه نگهداری شود.	

چیدمان استاندارد تجهیزات و ملزومات درخانه بهداشت – (اتاق شماره ۱) اتاق کار

عنوان	استاندارد مورد انتظار
فرم های شناسنامه ای خانه بهداشت	فرم مشخصات بهورز کروکی روستا نقشه منطقه زیج حیاتی اتباع ایرانی و زیج حیاتی اتباع خارجی (در صورت وجود عشایر در منطقه زیج حیاتی عشایر نیز می بایست تهیه شود) شرح وظایف بهورزان این فرم ها در پشت میز کار بهورز نصب می شوند بطوری که وقتی بهورز در پشت میزکار خو می نشیند این فرم ها در بالای سر او به خوبی قابل رویت است.

فرم مشخصات بهورزان	فرم اطلاعات روستا	زیج حیاتی اتباع ایرانی	زیج حیاتی اتباع خارجی
کروکی روستا	نقشه منطقه		
شرح وظایف بهورز			

عنوان	استاندارد مورد انتظار
زیج حیاتی	زیج حیاتی سال جاری و ۳ سال گذشته به تفکیک اتباع ایرانی و خارجی در زیرآن و در برد پشت میزکار بهورز نصب شده و طبق دستورالعمل تکمیل شده باشد (زیج های حیاتی سال های قبل درمحل مناسب درخانه بهداشت نگهداری و درصورت نیاز در دسترس باشند)
نقشه آبادیهای منطقه	شامل موقعیت خانه بهداشت نسبت به روستا یا روستاهای قمر و مرکز خدمات جامع سلامت و نمایش فاصله این روستاها از روستایی که خانه بهداشت درآن مستقر است با تعیین نوع راه و فاصله به کیلومتر و زمان پیاده روی به دقیقه درکنار زیج حیاتی و در برد پشت میزکار بهورز نصب شود . در نقشه منطقه خطوط آبرسانی، مخازن و منابع آب و محل دفن زباله مشخص باشد
کروکی روستا	شامل موقعیت بخشهای مختلف روستا و اماکن — خیابان های اصلی روستا به تفکیک موقعیتهای مختلف مثل خیابان ها — کوچه ها — معابر — اماکن مسکونی و عمومی — ساختمانهای دولتی و منبع آب می باشد که با رنگهای مختلف درکنار نقشه آبادی های منطقه مشخص می شوند .
مشخصات بهورزان	مشخصات مربوط به بهورزان طبق فرمت تعیین شده در اندازه A4 درکنار زیج حیاتی و در برد خانه بهداشت پشت میزکاربهورز نصب شده باشد (شامل نام ونام خانوادگی بهورز / بهورزان — آخرین مدرک تحصیلی و سال استخدام و برای بهورزان دانش آموز دو ستون اضافه شده و پایه تحصیلی و نام مرکز آموزش بهورزی که درآن تحصیل می کنند نیز نوشته شود)
فرم اطلاعات روستا	فرم اطلاعات روستا به تعداد روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت بطور جداگانه و با مداد تکمیل و به دیوار خانه بهداشت نصب شود. همه بخش های این فرم به جزء بخش ۳ و ۷ در صورت تغییردر هر دوره زمانی ودر طول سال اصلاح و تاریخ آخرین بازنگری فرم اطلاعات روستا بازنگری می شود.
پوستر راهنمای تغذیه با شیرمادر	جدیدترین پوستر دراتاق کار بهورز نصب شود .
جدول واکسیناسیون اطفال	این جدول می بایست در اتاق کار بهورز نصب شود.
پوستر تشاخص های بهداشتی منطقه	تشاخصهای بهداشتی منطقه با همکاری کاردان مرکز محاسبه شده و به دیوار اتاق کار بهورز نصب باشد.
اصول و اجزاء PHC	اصول و اجزاء P.H.C (مراقبت های اولیه بهداشتی) باید به دیوار اتاق کار بهورزان الصاق شود.

عنوان	استاندارد مورد انتظار
میز کار بهورز	نظافت روزانه سطح میز می بایست انجام شود. از پوشش مناسب شیشه ای بر روی میز استفاده شود. سینی معاینه ماکت دندان، مسواک و نخ دندان بر روی میز قرار گیرد. سایر وسایل تطیر بوکلت چارتها ، داروندمه، کتابچه واکسیناسیون و .. ، وسایل تحریر و مصرفی تشامل :کاربه، ماشین دوخت، پانچ، جای تقویم ، جاجسبی و چسب ، مداد، خودکار و پاک کن بر روی میز قرار گیرد. استامپ و مهر خانه بهداشت ، ماشین حساب، قیچی، خط کش ، جای سنجاق و کلیپس، لوازم تحریر اضافه ، فرم های اضافه و کاربن و .. در کشوهای میز کار بهورز نگهداری شود.
سینی معاینه	برروی میزکار بهورز قرارگرفته وتشامل وسایل زیر است : تایمر ، چراغ قوه، مترنواری و آبسلانگ یکبارمصرف ، پنبه سواب شده، ظرف برای پنبه تمیز و کثیف باشد .دستگاه فشارسنج بزرگسال واطفال و گوشی پزشکی که باید بطور مرتب ازنظر سالم بودن بررسی شوند . ترمومتر دهانی وزیربغل که باید درون ظرف ترمومتربدون هیچ مایعی نگهداری شود (ترمومترا قبل از استفاده با پنبه آغشته به الکل ۷۰ درجه از سمت مخزن جیوه به سمت فوقانی و سپس با آب ساده آبکشی نموده و پس از خارج نمودن از دهان بیمار ترمومتر را با آب ساده شسته شده و با پنبه آغشته به الکل از قسمت فوقانی به سمت مخزن جیوه ضدعفونی و در داخل ظرف ترمومتر نگهداری شود.
کمد دارویی	درمکانی دور از حرارت ونورآفتاب ودور از دسترس مراجعان قرار گیرد. بهتر است که کمد دارویی دارای قفل وکلید باشد، در صورتی که کمد دارویی دارای سه طبقه فوقانی ، میانی ، تحتانی بادرشیشه ای ویک طبقه دردار فلزی در قسمت پایین طبقات باشد، سه طبقه مذکور با توجه به تعدد داروهای خانه بهداشت به داروها و وسایل تشتشو وبانسمان اختصاص داده می شود .ودر قسمت زیرین (کشودردار) کیف آب گرم ، کیف یخ ، سرنگ ها وآتل ها قرارداده می شود. داروها باید به ترتیب حروف الفبا ویه صورت زیر در قفسه ها چیده شوند. طبقه فوقانی : داروهای خوراکی (قرص ها ، شربت ها ، قطره ها و...) طبقه میانی :داروهای غیرخوراکی (قطره ها ، پمادها ، تلمیوها ومحلولها) طبقه تحتانی :باند، گاز، پنبه، دستکش، محلول های ضدعفونی ،تعدادی سرنگ،کاندوم و قرص های پیشگیری از بارداری . ●نکته :شیاف ها و آمپولهای پیشگیری از بارداری در یخچال بهورز نگهداری می شوند.همه داروها باید دارای برچسب باشند ودر داخل کمد دارویی دماسنج وجود داشته باشد. فرم ثبت تاریخ انقضاء داروها روی کمد دارویی نصب باشد.
کمد کتابخانه	درمحل مناسبی از اتاق کارقرارگرفته و فصلنامه ها ی بهورز ، پمفلت ها و سایر منابع آموزشی درآن نگهداری شود .
ماکت دندان	ماکت دندان ، مسواک و نخ دندان دراتاق کار درمحل مناسب قرارداده شود (ترجیحا روی میزکار)

عنوان	استاندارد مورد انتظار
ترازوی بزرگسال با قد سنج	این ترازو جهت توزین اطفال بالای ۲ سال و بزرگسالان استفاده می شود و باید درسطحی صاف و در محل مناسبی ازاتاق که درمعرض عبور و مرور نباشد قرارگیرد – ترازو بعد از هرباراستفاده قفل شده ودرابتدای هرروز صحت کارترازو با وزنه شاهد ۲۰۰۰ گرمی سنجیده شود .
چارت B.M.I	چارت نوموگرام قد و وزن یا نمایه توده بدنی کنار ترازو ی بزرگسال نصب شود .
میزقدسنج وترازوی اطفال	دراتاق شماره ۱ نزدیک میزکار بهورز و کناردیوار دور ازجریان مستقیم باد یا نورآفتاب قرارگیرددر صورت عدم وجود میز قدسنج ، متر پارچه ای را بر روی میز معمولی کنار دیوار بچسبانید ترازوی اطفال روی قسمت مربوط درمیز قدسنج یا درجای مطمئن وتراز قرارگیرد وضمن انجام نظافت روزانه در درون ترازو پوشش تمیز و نرمی قرارگیرد . ترازو بعد از هر بار استفاده قفل شده و صحت آن با وزنه شاهد ۵۰۰ گرمی که باید درکنارآن وجود داشته باشد در ابتدای هرروز کنترل گردد . دستورالعمل تجویز شیرمصنوعی بالای میز قدسنج نصب شود.
سبدی ORT (سبدی درمان اسهال)	بر روی توالی پیشگیری و مراقبت از بیماریها نگهداری شود. شامل : پارچ یک لیتری و لیوانهای ۲۰۰ و ۲۵۰ سی سی (نمونه لیوان موجود درمنازل) – حوله – صابون- برس ناخن – قاشق(چاپخوری- مرباخوری- غذا خوری) و چند بسته O.R.S است و باید دور از گرد و غبار قرارگیرند .
برد آموزشی بهورز (اندازه ۱۰۰x۱۷۰ سانتی متر) تهیه و در اتاق کار درمحل مناسب نصب شود .	۱- پوستر اولویت های آموزشی ۲- تقویم مناسبت های بهداشتی یا مناسبتهای مرتبط با سلامت در سال ۳- برنامه بازدید بهورز از روستا یا روستاهای قمر و مدارس ۴-برنامه بازآموزی و آزمون های بهورزان شاغل با تعیین تاریخ و محل اجرای آن ۵-فرم گزارش تلفنی بیماریها

نگهداری پرونده ها ، دفاتر ، اسناد ، کتب و جزوات آموزشی

عنوان	استاندارد مورد انتظار
فصلنامه بهورز	به ترتیب شماره درکمد کتابخانه و دریک طبقه جداگانه چیده شود.
جزوات و کتب آموزشی	کتاب های بهداشت محیط ، بهداشت مدارس ، مبانی بهداشت وکار در روستا ، سلامت مادارن ، راهنمای وزن گیری مادران باردار ، تنظیم خانواده ، بهداشت دهان ودندان ، دارونامه بهورزی ، مباحث مقدماتی ، درمان های ساده ملامتی ، بهورز ودیابت ، ایدز ودیگر مجموعه کتاب های آموزش بهورزی ، جزوات آموزشی بیماری های شیرواگیر وبیمار ی های واگیردار ، تمامی متون آموزشی که در دوره تحصیل آموزش بهورزی وبازآموزی آموزش داده می شود وبه صورت جزوه در اختیاربهورزان قرار می گیرد بطورمرتب درکمد کتابخانه و دریک طبقه جداگانه نگهداری شود.
بخشنامه ها ودستورالعملهای جدید	بخشنامه ها و دستورالعملهای جدید به تفکیک بخشنامه های اداری و فنی درزونکن جداگانه و با نصب برچسب درقفسه یا فایل نگهداری شود. زونکن مربوط به به بخشنامه های فنی به تفکیک برنامه ها با نصب برچسب جداسازی شود.
بوکلت چارت ، دارونامه، کتابچه ایمن سازی و..	کلیه بوکلتها ، راهنمای وزن گیری مادران باردار، دارونامه وآخرین چاپ کتابچه ایمن سازی و...درروی میزکاربهورز به شکل تمیز و مرتب قرارداده شده و درصورت نیاز قابل دسترس باشد.
پمفلت های آموزشی	پمفلتهای آموزشی بطور مرتب درکمد کتابخانه چیده شود .
پرونده های مربوط به بهداشت محیط و حرفه ای و بهداشت مدارس	پرونده های مربوط به بهداشت محیط و حرفه ای (تهیه وتوزیع مواد غذایی- اماکن عمومی- پرونده آب- فرمهای بازدید از کارگاه تک واحدی –فرمهای معاینات دوره ای) و پرونده سلامت مدرسه با نصب برچسب درداخل فایل بطور مرتب قرارداده شود.

چیدمان استاندارد تجهیزات و ملزومات در خانه بهداشت – (اتاق شماره۲) اتاق معاینه

عنوان	استاندارد مورد انتظار
یخچال واکسن	درمحلی دورازنورخورشید با فاصله مناسب ازدیوار(۱۵ تا ۲۰ سانتی متر) به شکل تراز قرارگرفته باشد- هشت عدد آیس پک به صورت ایستاده درجایخی با فاصله مناسب قرارگیرد – ترمومتر درداخل طبقه میانی یخچال وجود داشته باشد- واکسنها و حلال ها درطبقات یخچال براساس دستورالعمل کشوری به صورت جداگانه درداخل سبد با نصب برچسب قراردادده شود و تاریخ بازگشایی واکسن ها ثبت شده باشد- بطری اب نمک و آب جوشیده با درج تاریخ تهیه درقسمت تحتانی یخچال یا درب یخچال موجود باشد . (آب نمک ماهانه و آب جوشیده هفته ای یکبار تعویض شود) – هیچ چیز دیگری نباید دریخچال واکسیناسیون قرارداده شود – نمودارزسم دمای یخچال و فرم تبدیل ماههای میلادی به شمسی و جدول شرایط نگهداری واکسن ها روی دریخچال نصب شود .
پوستر سل	نصب درمحل دید بهورز به نحوی که بهورز در زمان شرح حال گیری و معاینه بتواند ازآن استفاده کند . *محل نصب این پوسترها در خانه بهداشت اتاق معاینه پیشنهاد می گردد.
پوستربیماران روانی- مصبی	

عنوان	استاندارد مورد انتظار
ترازوی پرتابل	جهت استفاده درروستای قمر یا درمراجعه به خانوارها برای مراقبت درمنزل بکارمی رود و باید درمحل مناسب نگهداری شود ودقت آن قبل از استفاده با وزنه شاهد کنترل شود .
ترازوی شلوارکی	جهت توزین اطفال درموارد پیگیری استفاده می شود .
واکسن کاریر	درابتدای هرروز کاری باید واکسن کاریرشارژ شود (کیسه یخ و دماسنج درون آن قرارگیرد) وبرای شرایط اضطراری نظیر قطعی برق آماده باشد . ازکاربردهای دیگر آن حمل مقدارکم واکسن وحلال . نگهداری واکسن حداکثر تا ۲۴ ساعت بارعایت زنجیره سرما . حمل واکسن و حلال از مراکزخدمات جامع سلامت به خانه های بهداشت و تیم های سیاری و نگهداری واکسن در زمان برفک زدایی یخچال یا مواقع قطع برق است . ضمنا به منظور حفظ دمای داخل واکسن کریر از دماسنج استفاده شود .
کپسول اکسیژن وملزومات آن	کپسول اکسیژن دارای شارژ و به همراه ماسک و مانومتر و چرخ گردان درکنار تخت معاینه قرارگرفته و دستورالعمل استفاده درکنار آن نصب شده باشد .
تخت معاینه –پاراوان و برانکارد- پایه سرم	دراتاق معاینه درمحل مناسب ودورازدید سایر مراجعان قرارگیرد و روی آن را با مشمع تمیز پوشیده و درمعرض باد قرار نداشته باشد . پاراوان در جلوی تخت معاینه قرار گیرد، تمیز و سالم باشد. به رنگ سفید و از جنس پلاستیک و قابل شستشو و ضدعفونی تهیه شود. برانکارد جهت حمل بیمارانی که قادر به حرکت نیستند استفاده می شود.برانکارد بایستی زیر تخت معاینه نگهداری شود. پایه سرم در کنار تخت معاینه درمحلی مناسب قرار گیرد. پایه سرم جهت نگهداری سرم در شرایطی که پزشک در خانه بهداشت حضور دارد و سرم تجویز می نماید مورد نیاز می باشد. در صورت وجود دستگاه سونیکید در خانه بهداشت در کنار تخت معاینه به دیوار نصب شود.
ترالی پانسمان	شامل موارد ذیل است : دو عدد بیکس جهت قراردادن پنبه و گاز که باید یکی ازبیکس ها استریل باشد . دو ست استریل حاوی رسیور(ظرف قلوه ای)- گالی پات(کاسه استیل)– پنبه و گاز و پنس و پنست به صورت پک شده درطبقه پایین ترالی نگهداری شود – چیتل فورسپس جهت برداشتن وسایل ازداخل فور- دیش درب دارجهت قراردادن باند و چسب و.. رسیور- گالی پات – پنس – پنست – قیچی و محلولهای ضد عفونی کننده – گوشتی مامایی – پوار کوچک و بزرگ- لگن استیل- الکل و محلول های ضدعفونی کننده – سرم شستشو- ظروف استوانه ای جهت قراردادن وسایل و..
سطل زباله دربدار پدالی	یک عدد سطل زباله درب دار پدالی با کیسه زرد رنگ در کنار ترالی پانسمان جهت دفع زباله های عفونی قرار گیرد. در تمام اتاقها ، آشپزخانه و سرویس بهداشتی هر کدام یک عدد سطل زباله پدالدار با کیسه مشکی موجود باشد.
محیط کری بلر یا نمونه التور	محیط کری بلر یا نمونه التور تا قبل از نمونه گیری در یخچال بهورز می بایست نگهداری شود

عنوان	استاندارد مورد انتظار
سفتی باکس (safety box)	تمامی سرنگها بعد ازتزریقات باید درون Safety box ریخته شوند و زباله های عفونی درسطل پلاستیکی دیگری که دارای کیسه است قرارگیرند و دراتاق معاینه درمحل مناسب ودوراز دسترس کودکان و مراجعان قرارداده شوند کنار تخت معاینه به دیوار نصب شود. نکات قابل توجه: -به تعداد مورد نیاز جهت دفع سرنگ های آلوده تهیه شود. -فقط سرنگ بانیدل بدون روکش در آن انداخته شود. -سه چهارم حجم این سطل که پر شد درب آن بسته شود و اقدام لازم جهت دفع آن به عمل آید. -حتما دور از دسترس کودکان و به دیوار نصب باشد.
ترالی پیشگیری مراقبت بیماریهاو بهداشت محیط وحرفه ای	این ترالی جهت قراردادن ملزومات پیشگیری ازبیماریها و بهداشت محیط دراتاق معاینه قراردارد. ازملزومات این ترالی می توان به ست هاری که درون یک دیش دردار قرارگرفته است و جعبه کلرسنج- جعبه ید سنج- سینی ORT – جعبه لام نمونه گیری بیماری مالاریا (تشامل ۲۰ عددلام خون و لانست) – ظروف نمونه گیری خلط حداقل ۳ سری – بطری شیشه ای تیره رنگ محتوی کلرمادرو قیف اشاره کرد . ازطبقه پایین این ترالی می توان جهت قراردادن لگن استیل و واکسن کاریر استفاده کرد- پودرپرکلرین- آهک و سموم درجای خشک و خنک – درظروف پلاستیکی درب دار و دور از دسترس اطفال نگهداری شود- به منظور جلوگیری از نفوذ گرد و غبار بهتر است وسایل با روکش پارچه ای پوشانده شوند .
کیت کلرسنج	کیت کلرسنج سالم بوده و با محلولهای کافی وقرص معرف درمحل مناسب دراتاق قرارگیرد- کلرمادر با درج تاریخ تهیه (ماهانه باید تهیه شود) درمحل مناسب ودرمعرض دید درروی ترالی مربوط قرارگیرد .
یخچال بهورز	یخچال دوم در آشپزخانه جهت نگهداری موادی نظیر محیط های کشت، آمپولهای پیشگیری از بارداری، تشافهامواد لازم برای تهیه غذای کمکی ، آب و سایر نوشیدنی ها و سایر مواد نیازمند دمای پایین نگهداری شود.

آشنایی با آیین نامه بهورزی و انتظارات مرکز آموزش بهورزی از فراگیران و کاراموزان بهورزی

اهداف آموزشی:

انتظار است فراگیران پس از مطالعه این مطلب بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند:

۱-نحوه پذیرش فراگیر وکاراموز بهورزی را شرح دهند.

۲-آئین نامه امتحانات برای فراگیران را شرح دهند.

۳-امور رفاهی مورد نظر برای فراگیرن وکاراموز بهورزی را شرح دهند.

۴-موارد تخلفات و تنبیهات فراگیر و کاراموزان بهورزی را شرح دهند.

۵-وظائف فراگیر و کاراموزان بهورزی را شرح دهند.

۶- فراگیر و کاراموزان بهورزی بر اساس انتظارات مرکز آموزش بهورزی اقدام نمایند.

پذیرش بهورز به دو صورت ذیل انجام می گیرد:

۱-پذیرش بهورز با مدرک فوق دیپلم:

در این حالت از میان دارندگان مدرک تحصیلی فوق دیپلم در رشته بهداشت عمومی (با گرایش بهداشت خانواده) یا مامایی برای تصدی پست بهورززن و مدارک تحصیلی فوق دیپلم بهداشت عمومی (با گرایش مبارزه با بیماریها) برای تصدی پست بهورز مرد که بومی و ساکن روستاهای مورد نظر باشند پذیرش انجام می گیرد . طول مدت دوره تطبیقی بهورزی برای این مهارت آموزان بهورزی ۶,۵ ماه می باشد.

۲-پذیرش بهورز از داوطلبان دارای مدرک تحصیلی دیپلم:

در این حالت از دارندگان مدرک تحصیلی دیپلم بومی مناطق (غیر از دیپلم های متعهد خدمت) که مدرک آنها مورد تایید اداره آموزش و پرورش است پذیرش صورت می گیرد.

هر دو گروه فوق پس از بررسی شرایط اولیه درمراحل آزمون کتبی (علمی) ، مصاحبه تخصصی و طی مراحل گزینش به مراکز آموزش بهورزی معرفی می گردند . طول مدت دوره بهورزی برای این داوطلبان ۲ سال می باشد.

آیین نامه امتحانات فراگیران بهورزی:

نمره هر ماده درسی اعم از نظری - عملی و مارآموزی برمنبای ۲۰ نمره محاسبه می شود . کسب حداقل نمره ۱۲برای قبولی در هر ماده درسی الزامی است.

تبصره : ۱ پس از پایان کارآموزی امتحان دروس نظری و عملی درمرکز آموزش بهورزی ارزشیابی برنامه های کارآموزی درمراکز کارآموزی بعمل می آید.

تبصره :۲ چنانچه نمره فراگیر یا کاراموز در هر یک ازمواد درسی (نظری - عملی و کارآموزی) کمتر از ۱۲ باشد بشرح زیر اقدام می شود:

الف – اگر فراگیر در هر کدام از بخش های دوره آموزشی در چهار ماده درسی با بیشتر (نظری – عملی و کار آموزی) نمره قبولی کسب نکند مردود و اخراج می شود.

ب - اگر فراگیر در دوره آموزشی در سه ماده درسی یا کمتر (نظری – عملی وکارآموزی)" نمره ۱۲ کسب نکند تجدید شناخته می شود و باید به فاصله یک هفته در امتحان تجدیدی شرکت نماید اگر مجددا موفق به کسب نمره ۱۲ در هر یک از دروس یا کلیه آنها نشود ، **مردود و اخراج** می گردد . در کلیه دروس شرط معرفی فراگیر وکارآموز به امتحان نهایی است.

ج – اگر در امتحان نهایی فراگیر یاکارآموز دروس نظری یا آزمون عملی موفق به نمره *قبولی ۱۲* نشود ، تجدیدشناخته شده و می تواند تا یک بار دیگر به فاصله ۴ هفته در امتحان مجدد شرکت نماید و پس از امتحان مجدد در صورتی که موفق به کسب نمره قبولی نشود **مردود** شناخت ه شده و **اخراج** می گردد فراگیر یاکارآموز در مدت زمان ۴ هفته تا امتحان مجدد می بایست درمحل کارآموزی حاضروتحت نظر مربیان مشغول کارآموزی باشد.

آزمون نهایی عملی در اتاق کار عملی یا نمونه خانه بهداشت مرکز آموزش بهورزی با نظارت کارشناس مسوول آموزش بهورزی برگزار می شود.

امور رفاهی:

۱- به فراگیر یاکارآموز بهورزی کمک هزینه تحصیلی مطابق آخرین دستور عمل وزارت متبوع پرداخت می گردد.

۲-لباس فرم فراگیر یاکاراموز زن شامل : مانتو ، شلوار ، مقنعه ، کفش مناسب و لباس فرم فراگیر یاکارآموز مرد شامل : شلوار ، پیراهن ، کفش مناسب می باشد و لباس در طی دوره به صورت رایگان به آنان تعلق می گیرد.

تبصره یک : رنگ لباس برای فراگیر یاکارآموز زن و مرد طوسی می باشد.

۳-تامین خوابگاه و مواد غذایی در زمان اقامت در خوابگاه و خانه بهداشت آموزشی برعهده مرکز آموزش بهورزی که با هماهنگی و همکاری مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود.

۴-فراگیر یاکارآموز بهورزی از تعطیلات نوروزی به مدت ۲ هفته در سال و در مواقع اضطراری حداکثر به مدت یک هفته در سال می توانند از مرخصی استفاده نمایند.

تبصره : ۲ اگر مدت معذوریت فراگیریا کاراموز به هر دلیل از یک ماه بیشتر باشد طبق نظر شورای مربیان نسبت به ادامه و یا قطع تحصیل وی تصمیم گیری خواهد شد.

تخلفات:

موارد زیر تحت عنوان تخلف فراگیر یاکارآموز محسوب می گردد:

۱-عدم رعایت مقررات آموزشی و اداری مرکز آموزش بهورزی

۲-بدرفتاری بامراجعین ، اهالی روستا ، همکاران ، مربیان و غیره. . .

۳-رعایت نکردن اصول اخلاقی و اجتماعی و شئونات اسلامی

۴-ایجاد بی نظمی وا غتشاش درمحیط تحصیل ، خوابگاه و کارآموزی

۵-استفاده از مواد اعتیاد آور

۶-غیبت غیرموجه بیشتر از یک هفته

تنبیهات:

چنانچه پس از تذکر، ارشاد وراهنمایی لازم توسط مدیر و مربیان در وضعیت رفتاری ، اخلاقی و حرفه ای فراگیر یاکارآموز بهورزی تغییری حاصل نگردد موضوع در شورای مربیان مطرح شده و شورا یکی از تنبیهات زیر را اعمال خواهد کرد:

بند – ۱ اخطار شفاهی و اطلاع به خانواده فرد

بند – ۲ اخطار کتبی با درج در پرونده فراگیر

بند – ۳ محرومیت دائم از ادامه تحصیل در مرکز آموزش بهورزی همراه با استیفای حقوق دولت

تبصره : ۱ چنانچه اخطار کتبی بیش از سه بار باشد باعث محرومیت از تحصیل خواهد شد.

تبصره : ۲ تنبیهات مندرج در بند ۳ در جلسه شورای مربیان باحضور رئیس مرکز بهداشت شهرستان و کارشناس مسوول آموزش بهورزی استان با دستور معاونت بهداشتی استان قابل اجرا است.

تعهدات:

-در هنگام ثبت نام از متقاضی و سرپرست وی تعهد کتبی مبنی بر رضایت از تحصیل پذیرفته شده و اجرای تعهد خدمت اخذ می گردد.

-فراگیر و ضامن نامبرده در زمان پذیرش و هنگام شروع کلاس ها ، تعهد ثبتی به مرکز بهداشت شهرستان خواهند سپرد که درمدت تحصیل و پس از فارغ التحصیل شدن مطابق مفاد تعهدنامه عمل نمایند.

*پس از گذراندن تعهد خدمتی در روستا به فارغ التحصیلانی که تحت عنوان بهورز در خانه بهداشت مشغول انجام وظیفه باشند گواهینامه مهارت بهورزی در دو برگ صادر می شود .

شرح وظایف بهورز در خانه بهداشت:

۱-شناخت جمعیتی و زیست محیطی روستا، سرشماری خانوارها و جمع آوری اطلاعات آماری کامل جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت و تنظیم زیج حیاتی ،پرونده خانوار وثبت اطلاعات در سامانه

۲-برقراری ارتباط با مردم و جلب مشارکت آنان در زمینه های مختلف بهداشتی

۳-آموزش همگانی سلامت در کلیه زمینه های بهداشتی

۴-ارائه مراقبتهای بهداشتی شامل:

خدمات سلامت خانواده به کلیه گروههای هدف:

-برنامه مراقبت نوزادان و کودکان

-مراقبت های ادغام یافته ناخوشیهای اطفال و کودک مصدوم

-مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

-مشاوره قبل از ازدواج

-ارائه خدمات باروری سالم و برنامه های جمعیت

-سلامت دهان و دندان

-آموزش تغذیه

-سلامت گروه سنی سالمندان

-سلامت گروه سنی میانسالان

-سلامت گروه سنی جوانان

-سلامت گروه سنی نوجوانان و بهداشت مدارس شامل بهداشت محیط مدرسه، معاینات سالانه دانش آموزان و مشارکت در سنجش سلامت دانش آموزان کلاس اول و بیماریابی آنان، واکسیناسیون در صورت نیاز، اجرای برنامه های آموزشی در مدارس

۵-خدمات پیشگیری و مراقبت از بیماریها

-واکسیناسیون و مراقبت از بیماریهای قابل پیشگیری بوسیله واکسن

-آموزش چگونگی پیشگیری و درمان و توان بخشی موارد بیماری ها به بیماران و عموم مردم

-درمان بیمارانی که دارای پروتکل درمانی مشخص هستند.

-بیماریابی

-ارجاع و موارد پیگیری درمان

-مراقبت از بیماران مبتلا به بیماریهای واگیر (سل، اسهال و)...

-آموزش و مراقبت زوجین ناقل تالاسمی

-ارائه مراقبت های بیماریهای غیر واگیر (:فشار خون -دیابت – روانی – گواتر-آسم -سرطانهاو)... و سوانح و حوادث درقالب برنامه سلامت گروههای هدف

-مشارکت در اجرای برنامه های توانبخشی مبتنی بر جامعه

-گزارش بیماریهای مشمول گزارش تلفنی، هفتگی و ماهیانه

۶-بهداشت محیط روستا شامل:

-کنترل بهداشت مواد غذایی از طریق بازدید اماکن تهیه و توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی در منطقه تحت پوشش

-نظارت بر وضعیت بهداشتی اماکن عمومی

-نظارت بر دفع بهداشتی زباله و فضولات حیوانی

-بهسازی محیط و منابع آب و فاضلاب

-کنترل بهداشت آب

-کنترل بهداشت توالت ها و جمع آوری صحیح مدفوع

-آلودگی های هوا

-اصلاحیه ماده۱۳

-بهداشت مسکن و پیگیری منازل در زمینه های مختلف بهداشتی

-بیماری منتقله از راه غذا و آب

-جلب مشارکت روستائیان و شورای اسلامی روستا بمنظور ارتقای وضعیت بهداشتی روستا

-تشکیل شورای بهداشت روستا

-مشارکت در پروژه های بهسازی محیط

۷-خدمات بهداشت حرفه ای و بهداشت کارگران و کشاورزان

۸-همکاری با پزشک خانواده

۹-مشارکت در اجرای طرح های ادغام شده در نظام شبکه

۱۰ - کمکهای اولیه

۱۱-درمان های ساده علامتی مشخص شده

۱۲-جلب همکاری مردم جهت پیشبرد برنامه های بهداشتی

۱۳-جلب همکاری سایر بخش های دولتی و غیر دولتی جهت پیشبرد برنامه های بهداشتی

۱۴-جمع آوری و ثبت آمار، تنظیم و ارسال گزارش فعالیت ها به مرکز بهداشتی درمانی

۱۵-سایر امور محوله

تبصره :۱ تلقیح واکسن که به صورت تزریقات زیر جلدی ،داخل جلدی و عضلانی انجام می گیرد و انجام سایر تزریقات برابر برنامه های ادغام شده در نظام شبکه بلامانع می باشد.

تزریقات زیر جلدی و عضلانی مجاز با دستور پزشک و برای بار اول با حضور پزشک انجام می شود و تزریقات بعدی با دستور کتبی پزشک بلامانع است.

آشنایی با اخلاق حرفه ای در شغل بهورزی

اهداف آموزشی : انتظار است فراگیران پس از مطالعه این مطلب بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند:

۱-اخلاق حرفه ای را تعریف کرده و فواید آن را شرح دهید.

۲-خصوصیات اخلاقی مورد انتظار از یک بهورز را توضیح دهید.

۳-خصوصیات رفتاری مورد انتظار از یک بهورز را شرح دهید

اخلاق عبارت است از مجموعه آداب و رسوم افراد و اجتماعات بشری و قواعد و قوانینی که بر احساسات وکارهای افراد جامعه حکم فرماست . فردی که آداب اخلاقی را رعایت می کند خواسته های خود را به نفع دیگران تعدیل میکند وبا تقویت و پرورش ابعاد معنوی همواره در راه خدمت به همنوعان اقدام می نماید . رعایت شئونات اخلاقی در محیط کار ونزد مراجعین یکی از مهم ترین اصول هر حرفه و شغل است.

حرفه بهورز نیز نه تنها از این قاعده مستثنی نیست بلکه بهورز به جهت سروکارداشتن با سلامت جسم و روان افراد می بایست بیش از هر کس مراعات اخلاق حرفه خود را نموده و شان و جایگاه ویژه آن را در میان مردم حفظ نماید.

"قواعد و قوانین اخلاقی و رفتاری را که باید افراد در حین انجام فعالیت های شغلی رعایت نمایند اصطلاحا **اخلاق حرفه ای** میگویند" .

مردمی که با اعتماد به بهورزان مراجعه می کنند همواره به دنبال رفع یک مشکل هستند که به نوعی سلامت آنها رامورد تهدید قرار داده است . حساسیت افراد در مورد سلامت خود و فرزندانشان از یک سو و مسئولیت اخلاقی و انسانی در قبال بیماران از سوی دیگر ایجاب می کند تا بسیاری از خصوصیات اخلاقی و شئونات کاری رعایت شود. بخشی از این خصوصیات مربوط به شخصیت و میزان پایبندی بهورز به آداب اخلاقی است و بخش دیگر مربوط به خصوصیات رفتاری ، دانایی و توانایی وی در ایفای وظایف شغلی است . در این مجموعه کلیاتی از خصوصیات اخلاقی مورد انتظار از بهورزان شرح داده می شود.

خصوصیات اخلاقی مورد انتظار از یک بهورز:

***خوش رفتاری با مراجعین:**

خوش رفتاری با مراجعین و ایجاد ارتباطی صمیمانه با مردم ، سبب ایجاد تمایل آنها برای مراجعه به خانه بهداشت و افزایش پوشش خدمات وسهولت در انجام وظیفه می شود.

***رازنگهداری:**

بهورزان به علت وضعیت شغلی خود ممکن است از جمله کسانی باشند که از مسائل شخصی و رازهای دیگران آگاه شوند ، بنابر این اگر راز نگهدار نباشد مردم اعتماد خود را نسبت به آنها از دست می دهند و از بیان برخی مشکلات خود به آنها خودداری می کنند.

انتقاد پذیری:

بهورز باید انتقاد پذیر باشد و بداند که مطرح کردن نقاط ضعف کاری از سوی مربیان و یا گروههای کارشناسی برای رفع نقایص کاری و بالا بردن کیفیت خدمات بهداشتی درخانه بهداشت است.

***صداقت:**

بهورز می بایست در گفتار وعمل صداقت داشته باشد.

***احترام به دیگران:**

بهورز می بایست به دیگران (مردم ، همکاران و مسئولین) احترام بگذارد وبا تواضع و فروتنی برای جلب مشارکت دیگران و بهبود اجرای برنامه های بهداشتی اقدام نماید.

***صبر و شکیبایی:**

بهورز باید صبور و شکیبا باشد.زیرا بارها مشاهده شده است که به علت نداشتن صبر وحوصله کافی ، مسائل ومشکلاتی در محیط کار ایجاد شده است.

***وقت شناسی:**

بهورز باید وقت شناس باشد و برنامه کاری خود را در زمانهای مشخصی تنظیم نماید.

***کنترل رفتار:**

بهورز نباید ناراحتی و خوشحالی بیش از حد خود را بروز دهد بلکه باید سعی کند رفتاری متعادل داشته باشد و ناراحتی های محیط زندگی خود را در کارها دخالت ندهد . شئونات شغلی حکم می کند در هر شرایطی بهورز ، مراجعین و بیمار را درک نماید ، حتی اگر آنها ارتباط خوبی با بهورز نداشته و موجب رنجش وی شده باشند.

***کمک و یاری به دیگران:**

بهورز باید رهبر و راهنمای خوبی برای جمعیت تحت پوشش باشد و به آنها درجهت رسیدن به وضعیت خوب بهداشتی کمک کند . کمک و راهنمایی به مردم در تمامی امور حتی اگر مربوط به بهداشت و درمان آنها نباشد سبب ایجاد مقبولیت بهورز در جامعه می شود.

***استفاده از دانش و معلومات:**

بهورز باید بتواند معلومات خود را به خوبی در کارهای روزمره بکارگیرد و بکوشد تا دانش خود را در طول زمان واز طریق مطالعه کتابها ، نشریات وسایر وسایل کمک آموزشی افزایش دهد و همیشه آماده یادگیری وبکارگیری مطالب تازه باشد.

***داشتن روحیه گذشت و فداکاری:**

بایستی بهورز با گذشت و فداکاری که از خود نشان می دهد مردم را نسبت به خود جلب کند.

خصوصیات رفتاری مورد انتظار از یک بهورز:

به منظور انجام وظایف شغلی، بهورزان می بایست خصوصیات رفتاری متعددی را مراعات نمایند ، بهورز می بایست:

-هنگام صحبت کردن با دیگران لحن مودبانه ای داشته باشد و با احترام با آنها رفتار کند.

-با زبانی ساده و قابل فهم مراجعین را راهنمایی کند.

-از دخالت کردن در امور شخصی دیگران بپرهیزد.

-به عقاید مذهبی و آداب و رسوم و فرهنگ جامعه خود احترام بگذارد.

-از اسم و عنوان خود برای انجام کارهای شخصی استفاده نکند.

-با مردم به خوبی ارتباط برقرار کرده و در جهت حل مشکلات آنها بکوشد.

-از گرفتن هرگونه وجه از مراجعین به خانه بهداشت خودداری کند.

-از به هدر دادن وسایل خانه بهداشت از قبیل گاز ، باند ، پنبه ، کاغذ و غیره خودداری کرده و از وسایل موجود در محیط کار مانند وسایل منزل خود نگهداری کند.

-قوانین و دستور العمل ها و انضباط کاری را رعایت کند.

*بهورزان باید همواره به خاطر داشته باشند که سلامت افراد موهبتی الهی است و حفظ و ارتقای آن وظیفه آنان است و نزد ایزد منان اجری بزرگ دارد . کوتاهی در انجام این رسالت مهم ممکن است عوارض ناگواری را برای سلامت افراد به دنبال داشته باشد . بعنوان مثال کم دقتی در مراقبت از یک زن باردار ممکن است منجر به ایجاد یک عمر معلولیت در نوزادی شود که پس از آن متولد خواهد شد و یا بی دقتی در ارجاع یک بیمار می تواند حیات وی را به مخاطره اندازد . با این وضعیت ، بهورزان می بایست شان وظیفه شغلی خود را دریابند ، اجر ، منزلت و رضای الهی را انگیزه اصلی فعالیت خود قرار دهند.

عناوینی که باید در این خصوص همواره مدنظربهورزان باید قرار داشته باشد به شرح ذیل است:

-ضمانت اجرایی اخلاق حرفه ای و اصول انسانی در واقع احساس مسئولیت حرفه ای از جانب بهورز است.

-با وجدانی بیدار به اهمیت وعظمت شغل خود توجه داشته و از اعتماد مراجعین به نحو احسن استفاده شود.

-مراجعین حق انتخاب دارند و گذشته از درد و رنج جسمی ، با مشکلات عاطفی و روانی نیز درگیر هستند.

-رعایت نکاتی مانند رعایت حسن اخلاق و آداب معاشرت ، حفظ شان و مقام مراجعین ، امانت داری و درستکاری ، تواضع و فروتنی ، حلم و بردباری ، عفت و پاکدامنی ، ایجاد امید در مراجعین ، توجه به مسائل عاطفی مراجعین ،پرهیز از تجویز داروی مضر و مداخلات خطر ساز ، توجه به اعتقادات مذهبی بیمار و . . . ضرورت دارد.

-ضمن داشتن اطلاعات به روزو جدید در زمینه کاری، از بکار بردن سلایق شخصی پرهیز شود.

-در موارد لزوم مشاوره با کارشناسان و همکاران انجام گیرد.

-سه اصل زیر را در نوع خدمتی که ارایه می شود رعایت نمود:

۱-اطلاعات کافی در اختیار مراجعین قرار گیرد.

۲-باید بیمار توانایی و صلاحیت لازم را برای تصمیم گیری داشته باشد و بتواند آنچه گفته می شود را به خوبی درک کرده و سپس تصمیم بگیرد.

۳-هر تصمیمی که مراجعه کننده می گیرد باید کاملا اختیاری باشد.

-فعالیتی که انجام می گیرد حاصل سالها تلاش و زحمت کلیه کارکنان بهداشتی درمانی شاغل در تمام نقاط کشوراست . بنابراین بهورزان باید خود را جزء کوچکی از خانواده بزرگ بهداشت ودرمان و آموزش پزشکی

دانسته و بدانند که بهترین نتیجه زمانی بدست خواهد آمد که همراه دیگر همکاران خدمات بهداشتی درمانی به مردم ارائه شود. .

-دانستن ایده ها و ارزشهای موجود در محل جغرافیایی ارائه خدمت بسیار مهم است . حتی در یک خانواده نیز ممکن است افراد مختلف ، ارزشهای متفاوتی برای خود داشته باشند باید درک صحیحی از رفتار مراجعین داشته و به ارزشهای آنها احترام گذاشت.

منابع :

۱-کتاب مبانی بهداشت وکار در روستا از مجموعه کتب آموزش بهورزی

۲-مجموعه مدیریت سلامت ویژه کارشناسان مراقب سلامت خانواده .جزوه آشنایی با نظام سلامت و مراقبت های بهداشتی درمانی در ایران .دکترمحمدرضا رهبر ودکترناهید جعفری و دکترناهید نوائیان

۳-آیین نامه دوره آموزش بهورزی

۴-جزوه نظام شبکه استانداردهای خانه بهداشت امور بهورزی استان فارس سال ۹۶

۵-نظام ارائه خدمات بهداشتی و اخلاق حرفه ای بهورزی تدوین سرکار خانم فولادبند بهار ۱۳۹۲

اصول کلی تغذیه

ویژه مجموعه کتب آموزش بهورزی

تهیه کننده:

میترا صابونی

مربی مامایی مرکز آموزش بهورزی

شهرستان سنندج

جمع آوری شده در سال ۱۳۹٤ از منابع موجود :

- راهنمای آموزش تغذیه در دوران های مختلف زندگی- وزارت بهداشت ۱۳۹۳
- مجموعه آموزشی تغذیه برای کارشناس مراقب سلامت دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بهمن ماه سال ۱۳۹۳
- مباحث مقدماتی مجموعه آموزش بهورزی
- دکتر فروزان صالحی مازندرانی، پزشک عمومی، MPH

اصول کلی تغذیه

علم تغذیه :

تغذیه علمی است که در مورد ساختمان، ترکیب و چگونگی سوخت و ساز مواد غذایی و تبدیل آنها به نیروی در بدن و همچنین رابطه آنها با رشد و نمو بحث می کند. به بیان دیگر تغذیه عبارت است از ارتباط مواد غذایی با نحوه استفاده بدن انسان از آن مواد برای این که بتوان حد اعلای سلامتی را برای خود تأمین کند.

غذا :

غذا به مواد مایع یا جامدی گفته می شودکه از راه دهان مصرف می شود و ضمن اینکه منجر به برطرف کردن حس گرسنگی می شود به نیازهای بدن را نیز تأمین می کنند. این نیازها عبارتند از :

انرژی یا حرارت لازم برای ادامه کار دستگاه های بدن از قبیل : قلب، ریه، دستگاه گوارش و عضلات و همچنین تأمین انرژی لازم برای انجام فعالیتهای مختلف روزانه نظیر ایستادن ، راه رفتن.

تأمین مواد اولیه برای رشد و نمو

ترمیم و جانشین کردن سلول ها و بافت های فرسوده بدن

مواد مغذی :

غذاها از مواد مغذی نظیر کربوهیدراتها، پروتئین ها، چربی ها، ویتامین ها، مواد معدنی و آب تشکیل شده اند که هم برای حفظ سلامت بدن مهم هستند. این مواد کم و بیش در همه غذاها وجود دارند.

نقش این مواد در بدن به شرح زیر است :

– تولید انرژی : کربو هیدرات و چربی ها در اصل مسئول تأمین انرژی هستند و بعضی از چربی ها نقش سازندگی نیز دارند.

– ماده سازی که سبب رشد و ترمیم و بازسازی بافتهای بدن می شود و پروتئین ها رسته عمده مواد غذایی در زمینه ماده سازی هستند که برای ساخته شدن و نگهداری ماهیچه ها، خون ، پوست، استخوان ها و سایر بافت ها و دستگاه های بدن لازم هستند.

– برخی مواد نظیر ویتامین ها و ترکیبات معدنی در مقایسه با کربوهیدرات و پروتئین ها به مقدار کمتری موردنیاز هستند ولی به همان اندازه در حفظ تندرستی نقش دارند برای انجام واکنش های شیمیایی درون سلولها کاملاً ضروری است و بعضی از مواد اجزای ساختمانی بافت ها را تشکیل می دهند مثل آهن در خون، کلسیم در استخوان ها و دندانها و کمبود آنها سبب بروز بیماریهای گوناگون می شود.

نیازمندی های تغذیه ای :

همان طور که گفته شد غذاها از مواد مغذی تشکیل شده اند و تغذیه صحیح یعنی خوردن و دریافت مقدار لازم و کافی از هر یک از این مواد. مقدار مناسب این مواد مغذی برای حفظ سلامت را نیازمندی های تغذیه ای می نامند. این نیازمندی ها با توجه به شرایط جسمی، محیطی و فردی متفاوتند و برا اساس سن، جنس، اندازه بدن و میزان فعالیت فرد تعیین می شوند.

تنوع و تعادل :

تغذیه سالم شرط اساسی انسان است تغذیه صحیح در حقیقت رعایت دو اصل تعادل و تنوع در برنامه غذایی روزانه است. تعادل به معنی مصرف مقادیر کافی از مواد غذایی موردنیاز برای حفظ سلامت بدن می باشد و تنوع یعنی مصرف انواع مختلف گروه های مواد غذایی در ۵ گروه مواد غذایی است.

مواد مغذی را می توان به شش دسته تقسیم بندی کرد :

۱- قندها (مواد قندی و نشاسته ای)

۲- چربیها

۳- پروتئین ا

۴- مواد معدنی

۵- ویتامین ها

۶- آب

قندها و مواد نشاسته ای :

قندها اجزای اصلی دانه هایی چون گندم، جو و همچنین سیب زمینی را تشکیل می دهند و به علت فراوانی و ارزانی قسمت اعظم انرژی غذایی انسانها را تشکیل میدهند. در اغلب عادات غذایی روزمره، مواد قندی و نشاسته ای به میزان کافی وجود دارد بنابراین بدن دچار کمبود این مواد نمی شود ولی مصرف بیش از اندازه آنها می تواند باعث بروز بیماری چاقی در انسان شود قند، شکر، عسل و انواع مربا، نان، برنج و حبوبات ، سیب زمینی، چغندر و شلغم و مانند اینها از جمله غذاهای حاوی مواد قندی و نشاسته ای به شمار می آیند.

چربیها :

چربیها نیز منبع غنی از انرژی هستند و از سوختن ۱ گرم چربی ۹ کیلو کالری انرژی تولید می شود و ارزش انرژی زائی آنها بیش از دو برابر مواد قندی و پروتئین ها است مصرف متعادل چربیها در برنامه غذایی روزانه ضمن تأمین برخی از ویتامین ها مانند ویتامین A ، D ، E و K باعث خوش طعمی غذا نیز می شوند نقش عمده چربیها تولید انرژی است اما در بسیاری از فعالیت های سلولی و نیز در ساختمان بسیاری از سلول ها وجود دارند و چربیها دیرتر از سایر مواد غذایی گوارش می یابند. لذا غذاهای پرچربی شخص را برای مدت بیشتری سیر نگه می دارند.

مقدار موردنیاز بدن بف چربی در غذاهای روزانه در مقایسه با پروتین ها و قندها کم است و نباید در مصرف آن زیاده روی کرده چربیها معمولاً به شکل روغن های حیوانی مانند کره، خامه، روغن، سرشیر، دنبه، پیه و .... و روغنهای گیاهی از قبیل روغن ذرت- تخم آفتابگردان- کنجد- روغن زیتون- هسته انگور- روغن کلزا و .... مصرف می شوند. بعضی دیگر از چربیها مانند چربی موجود در گوشت قرمز و چربی که در پوست مرغ وجود دارد با چشم دیده نمی شود. انواع مغزها مانند پسته- بادام- گردو و فندق نیز مقداری چربی دارند.

پروتیئن ها :

بیشترین ماده ای که در بدن ما وجود دارند پروتئین است و ۷۵٪ وزن خشک بدن ما را پروتئین تشکیل می دهند و جزء اصلی و اساسی ساختمان سلول های زنده اعم از گیاهی و حیوانی محسوب می شوند و این امر اهمیت پروتئین در بدن و جایگاه آن را در تغذیه نشان می دهد واحد ساختمانی پروتئین ها اسیدهای آمینه می باشند. (۲۰ نوع اسید آمینه در ترکیب مواد غذایی و همچنین در ساختمان بدن انسان وجود دارد) و کیفیت پروتئین ها توسط مقدار وتناسب کافی اسیدهای آمینه ضروری در یک پروتئین می باشد (منظور از اسیدهای آمینه ضروری که بدن انسان یا قادر به ساختن آنها نیست و یا نمی تواند آنها را به میزان لازم برای تأمین نیازهای خود بسازد) پروتئین ها مواد سازنده و ترمیم کننده بافت های بدن (در درون نقاهت – بیماری- جراحیها و رشد جنین می باشد.) و نیاز به پروتئین ها در هنگام رشد بیشتر است از این رو بچه ها و زنان حامله و شیرده باید مقدار بیشتری از این مواد در غذای خود داشته باشند.

پروتئین ها می توانند متابولیزم شوند وایجاد انرژی کننده منتها جایگاه و سهم آنها نسبت به کربوهیدراتها و چربی ها محدود تر است و در نتیجه پروتئین ها در یک رژیم غذایی متعادل ۱۰ تا ۱۵ درصد انرژی ایجاد یا تأمین می کند. و همچنین پروتئین ها در صورت کمبود مواد انرژی زا در برنامه غذایی می توانند به مصرف تولید انرژی نیز برسند این عمل از نظر سلامت بدن مضر است و بایدحتی المقدور انرژی مورد نیاز بدن از مصرف مواد قندی – نشاسته ای و چربی تأمین گردد. پروتئین ها دو منبع دارند ۱ منابع حیوانی که بهترین منابع پروتئین هستند و بطور کلی باید یک سوم پروتئین مصرفی در روز از منابع حیوانی تأمین گردد شامل تخم مرغ- انواع گوشت ها- پنیر – شیر و لبنیات – پروتئین منابع گیاهی مانند غلامت – حبوبات می باشند. پروتئین های با منشأ حیوانی تمام اسیدهای آمینه ضروری و به اندازه متعادل دارند و پروتئین های با منشأ گیاهی برخی از اسیدهای آمینه ضروری ندارند برای آن دسته از مردم که در جوامع کم درآمد زندگی می کنند و امروزه و همیشه اکثریت انسانها را تشکیل داده اند استفاده از منابع غذای گیاهی که ارزانتر و فراوانتر هستند ضروری بوده از این رو می بینیم که در اغلب جوامع استفاده از ترکیبات غذایی ویژه ای رسم شده است که روی هم رفته کمبود واحدهای پروتئینی ضروری را مرتفع ساخته اند. مثلاً در ایران و سایر کشورهای خاورمیانه اغلب نان با پنیر خورده می شود در چنین ترکیبی کمبود بعضی از اجزای پروتئین نان با پنیر جبران می شود. (در بسیاری از کشورهای فقیر اکثر پروتئین های مورد نیاز مردم از نان تأمین می شود)

پروتئین غذاهای گیاهی مثل انواع حبوبات، غلات هم می توانند نیاز بدن را تأمین کنند. مشروط بر اینکه ترکیبی از دو نوع پروتئین گیاهی با هم مصرف شوند. به عنوان مثال عدس یا لوبیا همراه با برنج و یا نان به صورت عدس پلو، لوبیا پلو با نان یا لوبیا با نان که همگی از عادات غذایی خوب مردم کشور ماست این غذاها پروتئین لازم بدن را تأمین می نمایند و بدین ترتیب پروتئین با کیفیت کافی به طور کامل از منابع گیاهی مخلوط بدست می آید.

کمبود پروتئین به ویژه در کودکان موجب اختلال رشد آنها می شود و بنابراین باید در برنامه غذایی کودکان مقادیر کافی غذاهای حاوی پروتئین وجود داشته باشد در غیر اینصورت کودک دچار کاهش رشد و سوء تغذیه خواهد شد.

مواد معدنی :

طی تحقیقات و بررسی های بعمل آمده دانشمندان نشان داده اند که مواد قندی، چربی، پروتئین و آب به تنهایی قادر به تأمین رشد سلول ها نیستند و در بدن موجودات زنده موادی از قبیل کلسیم،آهن، ید، فلوئور و غیره وجود دارد که در رشد و نمو و تنظیم اعمال حیاتی بدن نقش موثری دارند.

اصولاًما مواد معدنی را به صورت خالص مصرف نمی کنیم و آنها همراه غذاهای مختلف به بدن می رسند دانشمندان بر اساس نیاز بدن مواد معدنی را به دو گروه فراوان و نادر تقسیم می کنند.

گروه اول در بدن زیادند و مقدار نیاز به آنها هم زیاد است. در عوض گروه دوم در بدن کمیابند و به مقدار بسیار کم مورد نیازند.

عملکرد مواد معدنی در بدن به دو دسته تقسیم می شود برخی از مواد معدنی مانند کلسیم عمل ساختمانی دارند و بر رشد و سلامت اسکلت دندانها، خون و بافت های نرم بدن تأثیر دارند برخی از مواد معدنی عمل تنظیم کنندگی در بدن دارند و برای تنظیم ضربان قلب، لخته شدن خون، توازن مایعات بدن و ... لازمند مانند پتاسیم در ادامه این بحث اشاره مختصر به مواد معدنی مورد نیاز بدن، منابع غذایی مهم آن ومقدار موردنیاز آنها خواهیم داشت.

۱- عناصر با نیاز فراوان :

سدیم : منبع اصلی تأمین کننده سدیم بدن، نمک طعام است سدیم در تمام مایعات داخل سلولی و خارج سلولی وجود دارد و وظیفه توازن مایعات بدن و انتقال جریان عصبی را بر عهده دارد.

پتاسیم : در بیشتر غذاهای گیاهی و جانوری موجود است. این عنصر در درون سلول زیاد است و مانند سدیم در تنظیم مایعات بدن و انتقال جریان عصبی مداخله دارد.

کلر : منبع اصلی تأمین کننده کلر بدن نیز نمک طعام است این عنصر نیز همانند دو عنصر قبل در تنظیم مایعات بدنی مداخله دارد.

کلسیم : بخش عمده کلسیم (۹۰٪) موجود در بدن در استخوانها ذخیره و دو سوم بافت استخوان نیز از کلسیم و مواد معدنی تشکیل شده است و از عناصر مغذی برای رشد و استحکام استخوانها و دندانها است نیاز به کلسیم در سنین مختلف متفاوت است.

هر لیوان شیر معادل ۳۰۰ میلی گرم کلسیم است بنابراین در دوران نوجوانی، بارداری و شیردهی این نیاز با خوردن ۴-۳ لیوان شیر یا ماست در هر روز تأمین می شود و نیاز به کلسیم در این دوران بیشتر است در کودکان زیر ۵ سال ۲ لیوان شیر یا معادل آن از ماست نیاز او را به کلسیم تأمین می کند می توان به جای یک لیوان شیر یا ماست از پنیر استفاده کرد و حدود ۶۰-۴۵ گرم پنیر به اندازه یک و نیم قوطی کبریت معادل یک لیوان شیر یا ماست و همان ارزش غذایی را دارد.

مصرف ناکافی شیر و مواد لبنی که منبع عمده کلسیم به شمار می روند موجب کمبود کلسیم شده و نشانه های کمبود، کلسیم در دوران کودکی نرمی استخوان است و می توانند زمینه را برای بروز پوکی استخوان در سنین بزرگسالی و پیری به وجود آورد.

پوکی استخوان یکی از مشکلات تغذیه ای شایع در کشور است و موجب شکستگی های خود بخودی استخوان می شود کلسیم همچنین در تنظیم فشار خون نقش مهمی دارد در جوامعی که دریافت کلسیم کافی نیست موارد فشار خون بالا شایع است چنانچه دریافت کلسیم همراه با فعالیت بدنی مناسب باشد تأثیر جذب کلسیم در بدن افزایش خواهد یافت.

منابع غذایی که حاوی کلسیم می باشند علاوه بر شیر و لبنیات در میان سبزی ها برگ های تربچه – جعفری- کلم پیچ- گل کلم منابع خوب تأمین کلسیم هستند و کلسیم موجود در آنها قابل جذب است (کلسیم سبزیجات حاوی اگزالات (مثل اسفناج) اغلب غیر قابل جذب است) انواع مغزها مانند بادام- فندق و کنجد نیز حاوی کلسیم هستند.

ماهی های نرم استخوان مانند ماهی آزاد- ساردین و کلیکا از منابع غنی کلسیم می باشند.

افرادی که به علل مختلف (مانند دسترسی ناکافی – مصرف نکردن منابع کلسیم به مقدار کافی و ...) نمی توانند از مواد غذایی حاوی کلسیم استفاده کنند باید روزانه یک عدد مکمل کربنات کلسیم همراه با ویتامین D مصرف نمایند.

با توجه به این که ویتامین D برای جذب کلسیم لازم است افراد بخصوص کودکان و زنان باردار و شیرده باید هر روز ۱۵-۱۰ دقیقه در مقابل نور مستقیم قرار گیرند تا ویتامین D کافی در بدن آنها تولید شود.

فسفر :

فسفر همراه با کلسیم در ساختمان استخوانها شرکت دارد فسفر در تمامی غذاهای گیاهی وجانوری موجود است.

۲- عناصر با نیاز کم :

از جمله این عناصر می توان به آهن – ید – فلوئور – مس و روی اشاره کرد اگر چه نیاز بدن به عناصر مزبور کم است اما کمبود این مواد سبب بروز اختلالات متعدد می شود.

آهن :

آهن جزء مهم ساختمانی هموگلوبین خون و بافت ماهیچه ای است و اساسی ترین ماده اولیه برای ساختن گلبول های قرمز خون است که اکسیژن را به سلول های بدن می رساند واگر هموگلوبین بدن کم باشد بافت ها به اندازه کافی اکسیژن دریافت نمی کنند نقش آهن کافی در بدن برای خونسازی – حفظ سلامت- رشد مطلوب- تولید انرژی در بدن و فراهم ساختن زمینه مناسب برای یادگیری در دوران تحصیل و تقویت سیستم ایمنی بدن ضروری است چنانچه برای ساختن گلبول های قرمز خون آهن به مقدار کافی در

دسترس نباشد ابتدا فرد از ذخائیر آهن بدن خود استفاده می کند و زمانی که کمبود آهن ادامه یابد ذخایر بدن تخلیه می شودو کم خونی فقر آهن بروز می کند.

* کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن در نقاط مختلف کشور یکی از مشکلات اصلی تغذیه ای است.*

گروه های در معرض خطر کمبود آهن :

- شیرخواران و کودکان
- مادران باردار
- نوجوانان بخصوص دختران نوجوان
- زنان در سنین باروری بخصوص زنان بردار
- سالمندان

علل کمبود آهن و کم خونی فقر آهن :

- کمبود آهن در رژیم غذایی روزانه

مهمترین و شایع ترین علل بروز کمبود آهن مصرف کم منابع غذایی غنی از آهن است، که منبع غنی آهن قابل جذب است (مثل انواع گوشت)

- پایین بودن جذب آهن رژیم غذایی (غذاهای گیاهی مثل حبوبات و سبزیجات) به دلیل داشتن آهن غیر هم که قابلیت جذب آن ۸-۳٪ است.

- افزایش نیاز بدن به آهن در بارداری – رشد مانند کودکی و نوجوانی :

الف) در کودکان زیر ۵ سال :

به ویژه در سال اول زندگی بدلیل سرعت رشد جسمی و تکامل مغزی نیاز به آهن بسیار بالا است و از سوی دیگر با توجه حجم کوچک معده شیرخوار مقدار غذایی که در هر وعده می تواند صرف کند حتی اگر غذای کودک حاوی منابع غنی از آهن باشد نیاز سلول های در حال رشد او را تأمین نمی کند و مصرف زیاد شیر در کودکان ۲-۱ سال به نحوی که شیر جایگزین سایر غذاهای حاوی آهن شود موجب بروز کم خونی در کودکان می شود.

ب) در دوران بلوغ و نوجوانی :

به دلیل جهش رشد نیاز دختران و پسران نوجوان نیاز به آهن بیشتر از دوران قبل است در دوران بلوغ دختران علاوه بر جهش رشد به علت عادت ماهیانه واز دست دادن خون نسبت به کم خونی فقر آهن بسیار حساس تر و آسیب پذیرتر هستند.

- عادات و رفتارهای غذایی خاص در دوران مدرسه و بلوغ موجب می شود که کودکان و دانش آموزان بجای غذاهای خانگی از غذاهای خیابانی مانند ساندویچ ها- پیتزا – چیپس و نوشابه استفاده کنند و این غذاها از نظر آهن فقیرند.

- تغییرات خلق و خو در دوران بلوغ ممکن است موجب کم اشتهایی بشود و به علت مصرف ناکافی غذا از دریافت آهن و سایر مواد مغذی محدود می شود.

ج) در دوران بارداری :

به علت افزایش نیاز در دوران بارداری و عدم تأمین آهن کافی منجر به بروز کمبود آهن و کم خونی در زنان باردار خواهد شد.

- عادات و الگوهای نامناسب غذایی :

* مصرف چای همراه با غذا یا بلافاصله بعد از غذا است. تانن موجود در چائی می تواند جذب آهن از منابع گیاهی را به مقدار قابل ملاحظه ای کاهش دهد.

* مصرف ناکافی مواد غذایی حاوی ویتامین C نیز در احتمال بروز کمبود آهن را افزایش می دهد ویتامین C که به طور طبیعی در میوه ها و سبزی های خام و تازه وجود دارد موجب افزایش جذب آهن غذا می شود به عنوان مثال یک عدد پرتقال یا لیمو و یا ۱۰۰ گرم کلم خام جذب آهن را دو برابر می کند.

* مصرف نانهایی که در تهیه آنها از جوش شیرین استفاده می شود ، جوش شیرین موجب باقی اندن اسید فیتیک درنان می شودکه کاهش دهنده جذب آهن می باشد.

- شروع نکردن به موقع تغذیه تکمیلی یا نامناسب بودن آن
- تخلیه ذخائر آهن در بدن به علت بارداریهای مکرر و به فاصله کمتر از ۳ سال
- ابتلا به آلودگی های انگلی مانند کرم قلاب دار- ژیاردیا ومالاریا
- بیماریهای عفونی مکرر (اسهال- عفونت های تنفسی)
- دفع زیاد آهن به دلیل خونریزی شدید در دوران قاعدگی یا خونریزی بیماریهای دستگاه گوارش مثل زخم معده و بواسیر

منابع غذایی آهن :

در مواد غذایی دو نوع آهن وجود دارد:

الف) آهن هم :

آهن هم در منابع غذایی حیوانی در گوشت قرمز- ماهی- مرغ- زرده تخم مرغ و جگر وجود دارد که معمولاً نسبت کمی از کل آهن دریافتی را تشکیل می دهد آهن هم از قابلیت جذب بالایی برخوردار است و در حدود ۳۰-۲۰٪ آن جذب می شود.

ب) آهن غیر هم :

آهن غیر هم در منابع گیاهی مانند حبوبات مثل (لوبیا و عدس) ، غلات و همچنین در سبزیهای سبز تیره مثل (جعفری- گشنیز و ...) انواع مغزها (پسته – بادام – گردو- فندوق) انواع خشکبار (برگه هلو – آلو – زردآلو – توت خشک- انجیر خشک- کشمش و خرما) و منابع غذایی غنی شده و قابلیت جذب آن ۸-۳٪ است.

* جذب آهن غیر هم شدیداً تحت تأثیر ترکیب رژیم غذایی قرار می گیرد (شامل کاهش دهنده های جذب آهن)

* وجود مواد غذایی حاوی ویتامین C جذب آهن غیر هم را چند برابر افزایش می دهد.

افزاشی دهنده های جذب آهن :

مصرف افزایش دهنده های جذب آهن :

- اسید اسکوربیک یا ویتامین C
- آهن هم (گوشت – جگر- گوشت ماهی- قرمز و مرغ)
- اسید لاکتیک

کاهش دهنده های جذب آهن :

فیبر و فتیات غلات و حبوبات

تانن ها (چای – قهوه و ادویه)

دریافت زیاد کلسیم (مصرف شیر همراه با غذا)

اگزالات بالا (اسفناج- در بعضی از سبزیجات مانند اسفناج بدلیل داشتن اگزالات بسیار بالا مانع جذب آهن می شود.)

آنتی اسیدها همراه با غذا

اسید لاکتیک در اثر فعالیت شدید بدنی نیز در ماهیچه ها تولید می گردد و عموماً تولید اسیدلاکتیک با عارضه احساس در کوفتگی بعد از فعالیت شدید در ماهیچه ها مرتبط می شود.

اسید فیتیک یا فتیات : مولکول های درشتی هستند که در دانه های گیاهی یافت می شود. در دیوار غذایی پوسته غلات (پوسته) حبوبات یافت می شود که جذب آهن- روی و کلسیم را مختل می کند.







علائم و نشانه های کمبود آهن :

در دستگاه گردش خون :

رنگ پریدگی- کم خونی- تنگی نفس- تپش قلب- خستگی زودرس- احساس سرما در اندام تحتانی

در دستگاه عصبی :

کاهش تمرکز و یادگیری- خستگی- بی حوصلگی – زودرنجی

در دستگاه عضلانی :

کاهش قدرت و استقامت جسمی

در دستگاه ایمنی :

افزایش دفعات ابتلا به عفونت – افزایش طول مدت ابتلا به بیماریهای عفونی- افزایش شدت عفونت

عوارض و پیامدهای کم خونی فقر آهن :

اثرات جبران ناپذیر بر تکامل مغز در دو سال اول زندگی دارد.

ضریب هوشی کودکان کم خون ۱۰-۵ امتیاز کمتر است.

کاهش قدرت یادگیری و افت تحصیلی در کودکان و دانش آموزان در مدارس می شود.

تغییرات رفتاری که به صورت (بی حوصلگی- بی تفاوتی – تحریک پیری- عدم فعالیت و تحریک بدنی (از ورزش و فعالیت های بدنی دوری می کنند و یا در حین ورزش خیلی زود خسته می شوند.)

اختلال در تکامل رفتاری

اختلال در تکامل و هماهنگی سیستم عصبی

کاهش مقاومت بدن در برابر عفونت

کم خونی مادران باردار موجب تأخیر رشد جنین –تولد نوزاد با وزن کمتر از gr ۲۵۰۰ و افزایش مرگ و میر به هنگام زایمان (به علت از دست دادن خون به هنگام زایمان) برای مادر

روش های پیشگیری و کنترل کمبود ریز مغذی ها :

الف) مکمل یاری برای گروه های در معرض خطر

ب) غنی سازی مواد غذایی

ج) آموزش تغذیه به منظر تغییر رژیم های غذایی

د) ارتقاء بهداشت عمومی و پیشگیری از آلودگی های انگلی و عفونی

الف) مکمل یاری

به کلیه کودکان از پایان ماه ششم و یا همزمان با شروع تغذیه تکمیلی تا ۲۴ ماهگی روزانه ۱۵ قطره سولفات فرو و یا یک قاشق cc ۱/۵ شربت آهن باید داده شود.

- کودکان ۶-۲ سال ۳۰ میلی گرم/ یکبار در هفته / یک دوره سه ماه/ در سال
- کودکان ۱۴-۷ سال ۶۰ میلی گرم/ یکبار در هفته / یک دوره سه ماه/ در سال

– نوجوانان دختر و پسر در سنین ۲۰-۱۴ سالگی و زنان سنین باروری (۴۹-۱۵ سال) دوز هفتگی ۶۰ میلی گرم آهن المنتال یکبار در هفته به مدت ۴ ماه در سال توصیه می شود.

– کلیه دختران دبیرستانی باید هر هفته یک قرص آهن به مدت ۱۶ هفته در سال تحصیلی مصرف کنند.

– کلیه زنان باردار از پایان ماه چهارم بارداری تا ۳ ماه بعد از زایمان باید روزانه یک عدد قرص آهن مصرف کنند.

– مصرف قرص آهن همراه با چایی – قهوه و شیر باعث کاهش جذب آن می شود.

ب) غنی سازی مواد غذایی

از سال ۱۳۸۷ غنی سازی آردهای خبازی با آهن و اسید فولیک در محل کشور به اجرا درآمده است در این برنامه ۳ میلی گرم آهن به ۱۰۰ گرم آرد اضافه می شود تا نیمی از نیازهای روزانه افراد تأمین نماید در برنامه غنی سازی آرد انواع نان های تافتون – لواش – بربری با آهن واسید فولیک غنی می شوند و کارخانجات آزاد موظفند کیسه های آرد را به عنوان آرد غنی شده با آهن و اسید فولیک برچسب گذاری نمایند.

ج) آموزش تغذیه به منظور تغییر در رژیم های غذایی

– در برنامه غذایی روزانه از مواد غذایی حاوی آهن مثل انواع گوشت ها (قرمز- ماهی- مرغ) جگر- حبوبات (مثل عدس- لوبیا) و سبزی های سبز تیره (گشنیز و جعفری) بیشتر استفاده می شود.

– همراه با غذا سبزی های تازه و سالاد (گوجه فرنگی – فلفل دلمه ای – کلم و گل کلم) حاوی ویتامین C هستند و جذب آهن را افزایش میدهد.

– در میان وعده ها بجای استفاده از تنقلات کم ارزش (پفک نمکی- چیپس – شکلات و نوشابه) از انواع میوه ها خصوصاً نارنگی- پرتقال- خشکبار (برگه هلو- آلو- زردآلو- توت خشک- انجیر خشک- کشمش- خرما) انواع مغزها (گردو- بادام- فندق- پسته) از منابع غذایی آهن هستند استفاده می شود.

- از نوشیدن چای – قهوه و دم کرده های گیاهی یکساعت قبل و یک تا دو ساعت پس از صرف غذا خودداری شود.
- برای کاهش عوارض جانبی ناشی از مصرف قرص آهن توصیه می شود که قرص آهن را شب قبل از خواب و یا پس از غذا میل نمائید.
- یکی از علائم بروز کم خونی فقر آهن در دختران نوجوانی که عادت ماهیانه آنها شروع شده و خونریزی زیاد دارند رنگ پوست سبز مایل به زرد (کلروزیس) است.

د) کنترل بیماریهای عفونی و انگلی :

ابتلا به بیماریهای عفونی موجب کاهش اشتها شده و در نتیجه دریافت مواد مغذی از جمله آهن کاهش می یابد از سوی دیگر بیماریهای عفونی در جذب و استفاده بدن از مواد مغذی اختلال ایجاد می کند و درمان به موقع و مناسب می تواند دوره عفونت و شدت آن را کاهش دهد.

روی :

کشف کمبود روی در انسان در اوایل دهه ۶۰ در ایران بود و یکی از ریزمغذی های ضروری برای بدن است که کمبود آن در کشور شایع است.

وظایف روی :

- دفاع ایمنی
- دفاع آنتی اکسیدانی بدن (در آنزیم ها)
- حس چشایی
- تکامل جنسی
- رشد قدی

منابع غذایی روی :

- روی در تمام مواد غذایی حیوانی و گیاهی که منبع خوب پروتئین هستند وجود دارد و منابع غنی آن شامل : غذاهای حیوانی پر پروتئین که بهترین منابع هستند (جگر، دل، قلوه، گوشت گاو، گوشت گوسفند، مرغ، ماهی، تخم مرغ)
- حبوبات، بادام زمینی و غلات سبوس دار
- مغز دانه ها/ آجیل
- شیر و فرآورده های آن
- جوانه گندم
- سبزیهای تیره و زرد



علل کمبود روی :

- دریافت کم روی از برنامه غذایی روزانه
- افزایش نیاز (در بارداری- شیردهی- رشد و سوختگی)
- افزایش دفع (ابتلا به اسهال های مزمن، سندرم های سوء جذب چربی، دیابت، اختلالات کبدی و سوختگی)
- کاهش جذب (رژیم غذاییحاوی فیبر و فیتات- دریافت مکمل های قوی آهن و اسید فولیک با غذا)
- ابتلا به سوء تغذیه پروتئین، انرژی در کودکان

نکته : روی موجود در مواد غذایی حیوانی نسبت به روی موجود در مواد غذایی گیاهی که حاوی فیبر و فیتات هستند بهتر جذب می شود.

علائم کمبود روی :

- کم خونی
- اختلال درتولید مثل
- کاهش مقاومت بدن در برابر بیماریها
- توقف رشد
- ریزش و نازکی مو
- اختلال در حس چشایی
- بی اشتهایی
- کاهش حس بویایی
- تأخیر در التیام زخم و اسهال مزمن

نکته : در موارد کمبود خفیف روی ممکن است تنها علامت کاهش سرعت رشد کودک باشد که درنهایت میتواند سبب کوتاهی قد و تأخیر در بلوغ گردد.

پیشگیری از کمبود روی :

- مکمل یاری روی به میزان ۱ میلی گرم/ کیلوگرم وزن بدن کودکان دچار اختلال رشد توصیه شده است.
- غنی سازی غذاهای عمده مثل آرد با روی
- آموزش تغذیه برای استفاده از منابع غذایی روی در برنامه غذایی روزانه به ویژه تأکید بر منابع حیوانی مثل گوشتها در غذای کودکان

ید :

- ید ماده مغذی ضروری برای فعالیت غده تیروئید و ماده اصلی در ساختمان هورمونهای تیروئیدی است که تنظیم متابولیسم بدن را به عهده دارند این هورمونها بر بیشتر اندام های بدن اثر می گذارد و برای تکامل و عملکرد طبیعی بدن مغز و دستگاه عصبی، حفظ گرمای بدن و انرژی ضروری هستند ید به خصوص در اوایل دوران کودکی، بلوغ، حاملگی و شیردهی بیشتر مورد نیاز است و دریافت مقدار کافی آن اهمیت حیاتی دارد.
- کمبود ید معمولاً به دلیل فقر ید در آب و خاک در سطح جامعه رخ می دهد.
- عوارض آن دامنگیر تعداد کثیری از افراد ساکن در یک منطقه خاص جغرافیایی می شود.
- پیشگیری و مبارزه با اختلالات ناشی از کمبود ید از اولویت های تمام کشورهایی است که با آن درگیر هستند.

منابع غذایی ید :

میزان ید موجود در مواد غذایی معمولاً کم است بیشترین میزان ید در ماهی و به میزان کمتر در شیر- تخم مرغ و گوشت موجود است همچنین مهمترین منبع طبیعی ید- مواد غذایی دریایی مثل ماهی آب های شور- صدف و جلبک دریایی هستند گیاهانی که در سواحل دریا می رویند نیز منابع خوب ید می باشنداما مواد غذایی که دور از دریا رشد می کنند وماهی آب های تازه ید کمی دارند.

نکته : در مناطقی که میزان ید در آب و خاک کم است محصولات غذایی حیوانی و گیاهی ید کافی ندارند به همین دلیل بهترین راه تأمین ید مورد نیاز بدن استفاده از نمک یددار تصفیه شده است.

چرا نمک بعنوان بهترینحامل برای ید انتخاب شده است :

- میزان مصرف روزانه نمک معمولاً ثابت است.
- مصرف نمک وابسته به وضعیت اقتصادی خانوار نیست.
- نظارت و پایش مصرف آن به راحتی قابل انجام است.
- افزودن ید به نمک تأثیری بر بو- رنگ یا مزه نمک ندارد.
- افزودن ید به نمک اثر سوء بر مصرف کننده نمی گذارد.
- هزینه های افزودن ید به نمک بسیار ناچیز است.
- روش مطمئن و ایمنی است.
- اثرات مثبت این روش در کشورهای دیگر دیده شده است.

نکته : از نمک هایی که یددار و تصفیه شده نیستند و فاقد مجوز تولید و پروانه ساخت از وزارت بهداشت هستند بدلیل نداشتن ید کافی و انواع ناخالصی هایی که دارند (مانند شن- ماسه- خاک- کلسیم- سولفات و فلزات سمی از قبیل سرب- جیوه- آرسنیک) توصیه نمی شود وجود این ناخالصی ها در نمک می تواند منجر به بروز عوارض نامطلوب در اندام های گوارشی، کلیوی و کبدی شده و در مواردی ایجاد مسمومیت نمایند حتی ممانعت در جذب آهن موجود در وعده غذایی و در نتیجه ابتلا به کم خونی ناشی از کمبود آهن می شود.

* نمک هایی که فاقد پروانه ساخت از وزارت بهداشت هستند مثل نمک دریا بدلیل ید کم و ناخالصی نباید مصرف شوند.

نکته : نمک های تصفیه شده یددار به دلیل خلوص بالا میزان ید را بهتر و به مدت بیشتری حفظ می نمایند.

نکته : اگر چه برای پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی و افزایش فشار خون مصرف کم نمک توصیه می شود اما همان مقدار کم باید از نمک های یددار تصفیه شده باشد.

نحوه نگهداری درست نمک یددار :

- نمک یددار باید دور از نور- رطوبت نگهداری شود.
- در ظروف شیشه ای تیره- فلزی، چوبی، پلاستیکی باشد.
- در ظروف باید همیشه بسته باشد.
- ظروف شیشه ای شفاف مناسب نیستند.
- در آخر پخت اضافه شود.
- در جای خشک و خنک نگهداری شود.

مقدار مورد نیاز روزانه ید :	مقدار مورد نیاز (میکرو گرم)
شیر خواران و کودکان تا ۵ سال	۹۰
۱۲-۶ سال	۱۲۰
۱۲ سال و بالاتر	۱۵۰
بارداری و شیردهی	۲۵۰

عوارض کمبود ید :

گواتر :

* اصطلاح گواتر به معنای بزرگتر بودن تیروئید از اندازه عادی آن است اشخاصی که دچار فقر ید هستند به گواتر مبتلا می شوند زیرا نمی توانند به اندازه کافی هورمون تیروئید بسازند.

* گاه گواتر با فشاری که بر راه های هوایی وارد می کند باعث اختلال تنفسی می شودو گاهی در عمل بلع اختلال ایجاد می کند.

* در سایر موارد گواتر علائم خایص نداشته و نشانه کمبود ید است.

هیپوتیروئیدیسم (کم کاری غده تیروئید)

- هیپوتیروئیدیسم با پایین بودن میزان هورمون تیروئید در خون مشخص می شود.
- این اختلال باعث تنبلی، خواب آلودگی، خشکی پوست، عدم تجمل سرما و یبوست می گردد.
- در اوایل کودکی برای رشد و تکامل مغز و دستگاه عصبی بدن به هورمون های تیروئید نیاز بیشتری دارد
- کمبود این هورمون باعث عقب افتادگی ذهنی و تأخیر رشد کودک می شود.
- عقب ماندگی ذهنی گاهی خیلی شدید بوده و در پاره ای موارد نیز به اندازه ای خفیف است که بدون انجام تست های اختصاصی قابل تشخیص نیست.
- کم کاری غذه تیروئید نوزادان مسئله ای بسیار جدی است زیرا عقب ماندگی ایجاد شده قابل اصلاح نبوده و در همه عمر پایدار می ماند.

کرتینیسم :

از عوارض خیلی شدید هیپوتیروئیدیسمی (کم کاری غذه تیروئید) که در دوره جنینی (ناشی از کمبود طولانی مدت ید) یا نوزادانی اتفاق می افتدکه موجب عقب افتادگی ذهنی و جسمی نوزاد می گردد.

مشکلات تولید مثل :

زنان در مناطقی که کمبود ید شدید است بیشتر دچار سقط و مرده زایی می گردند که باروری جمعیت را کاهش می دهد.

مرگ و میر دوران کودکی :

مقاومت کودکانی که در مناطق با کمبود ید زندگی می کنند در برابر عفونت ها و سایر مسائل تغذیه ای از کودکان مناطقی که ید کافی دارند کمتر است.

عقب افتادگی اجتماعی، اقتصادی

به علت کند ذهنی و ضعف قوای جسمانی، آموزش پذیری مردم منطقه مشکل و بالطبع با تحرک کمتر بازده کاری آنان نقصان یافته می یابد.

در مناطق کمبود ید، حیوانات نیز به دلیل فقر ید همان مشکلات مردم منطقه را دارند.

جثه آنها کوچکتر شده، گوشت، تخم مرغ و پشم کمتری تولید می کنند.

تعداد سقط دام ها افزایش یافته و غالباً نازا می گردند.

نکته : یکی از روش های پیشگیری از کمبود ید تغییر در عادات غذایی است که مصرف بیشتر غذاهای دریایی جلبک ها و مصرف کمتر مواد گواتر زا.

مواد گواتروژن :

بعضی از مواد غذایی حاوی ترکیباتی هستند که در استفاده بدن از هورمون های تیروئیدی مداخله می کنند این مواد گواتروژن نامیده می شود مواد گواتروژن در گیاهان خانواده کلم، بادام زمینی و بعضی از دانه های روغنی موجود است مواد گواتروژن در اثر حرارت از بین می روند.



پایش ید :

- پایش میزان ید ادرار در کشور :

مطلوب ترین روش پایش برنامه اطمینان از کفایت دریافت ید از طریق رژیم غذایی، اندازه گیری ید ادرار نمونه قابل قبولی از دانش آموزان ۱۰-۸ ساله است که می تواند کفایت ید در آن منطقه را نشان دهد. این برنامه بطور سالانه در کشور اجرا می شود اگر میانه ید دانش آموزان ۲۰-۱۰ میکروگرم در دسی لیتر باشد به معنای کفایت دریافت ید در جمعیت منطقه است میانه ید ادرار بالاتر از ۳۰ میکروگرم در درسی لیتر نشانه بالا بودن دریافت ید است که می تواندمنجر به پرکاری تیروئید بشود.

- پایش در سطح مصرف :

پایش نمک های خوراکی مصرفی خانوار (روستایی) توسط بهورز هر ساله در زمان سرشماری و توسط کیت یدسنج انجام و پوشش مصرفی نمک یددار روستا در زیج حیاتی درج می شود.

- فلوئور :

فلوئور در حفظ استحکام و سلامت دندانها و استخوانها نقش مهمی دارد کمبود این عنصر سبب بروز پوسیدگی در دندانها می شود فلوئور در آب آشامیدنی و چای موجود است.

ویتامین ها :

همانطور که قبلاً اشاره شد ویتامین ها دسته ای از مواد غذایی هستند که ارزش انرژی زایی ندارند و در ساختمان بافت ها نیز شرکت نمی کنند ولی وجود مقادیر اندک آنها بدلیل نیاز واکنش های شیمیایی درون سلولها در بدن کاملاً ضروری است. اغلب ویتامین ها در بدن ساخته نمی شوند و لازم است توسط غذاها به بدن برسند در ادامه این مبحث به توضیح برخی از ویتامین های مهم موردنیاز بدن می پردازیم.

انواع ویتامین ها :

ویتامین های محلول در چربی : A – D – E – K

ویتامین های محلول در آب : C – B

ویتامین A :

این ویتامین یک نوع ویتامین محلول در چربی است.

اولین ویتامین شناخته شده (حدود ۱۰ سال قبل است)

وظایف :

- سلامت و نگهداری پوست و پیشگیری از بروز عفونت و بافت های مخاطی (چشم- مجاری ادراری- تناسلی- تنفسی و گوارشی)
- تأثیر در بینایی و دخالت در کار سلول های شبکیه چشم منجر به دید رنگ و دید در تاریکی می شود.
- کارکرد دستگاه ایمنی بدن
- تأمین رشد کودکان
- در متابولیسم آهن و خونسازی

منابع غذایی ویتامین A :

ویتامین A در مواد غذایی حیوانی و گیاهی وجود دارد.

- شیر و لبنیات پرچرب- خامه- کره- قلوه- زرده تخم مرغ منابع خوب ویتامین A هستند.
- جگر منبع غنی ویتامین A به شمار می رود (مصرف جگر هفته ای یا ده روز یک بار می تواند میزان نیاز به ویتامین A را طی یک هفته تأمین کند)
- روغن کبد ماهی (اگر چه معمولاً در رژیم غذایی روزانه مصرف نمی شود اما منبع عالی ویتامین A است که به عنوان مکمل غذایی توصیه می شود.)

منابع گیاهی :

- سبزی ها و میوه های زرد، نارنجی، قرمز و سبز تیره منبع خوب پیش سازهای ویتامین A از جمله کاروتنوئیدها هستند بعضی از مواد غذایی دارای کارتنوتیدهای فعال عبارتند از :

سبزیها : هویج و کد حلوایی

- سبزی های دارای برگ سبز : برگ چغندر – اسفناج- جعفری و سبزی های سبز سالادی (کاهو- فلفل دلمه ای سبز)
- میوه های زرد رنگ : زردآلو – طالبی- انبه- آلو و هلو
- میوه ها و سبزی های قرمز : گوجه فرنگی و فلفل دلمه ای قرمز

توضیح :

کارتنوتیدها (دسته ایی از رنگدانه ها هستند که در جذب نور در گیاهان نقش بسیار مهمی دارند.)

کاروتنوئیدها را می توان به بتاکاروتن و آلفا کاروتن (که مسئول رنگ نارنجی هویج هستند.) و لیکوپن (مسئول رنگ قرمز گوجه فرنگی هستند.)

گروه های در معرض خطر کمبود ویتامین A :

- نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم
- شیرخواران مادران مبتلا به کمبود ویتامین A
- کودکان سنین قبل از مدرسه
- کودکان سنین مدرسه و نوجوانان بویژه در خانواده های کم درآمد
- کودکان و دانش آموزان مبتلا به سوء تغذیه و بیماریهای عفونی
- مادران باردار و شیرده
- ساکنین مناطق دچار کمبود ویتامین آ (مناطق با بارندگی کم)

عوارض ناشی از کمبود ویتامین A :

- عوارض چشمی (شبکوری- خشکی غشا ملتحمه- خشکی قرنیه- زخم قرنیه و کوری مطلق)
- افزایش خطر ابتلا به انواع عفونت ها
- اختلال رشد سلول های اسکلتی- عضلانی
- اختلال سیستم خونسازی
- کمبود ویتامین A خطر ابتلا به بیماریهای تنفسی و اسهالی را ۲ تا ۳ برابر افزایش می دهد و خطر مرگ ناشی از این بیماریها را حدود ۲۳٪ افزایش می دهد.

علل کمبود ویتامین A :

- دریافت ناکافی ویتامین A به دلایل مختلف از جمله : تغذیه کودک با شیر مصنوعی – تغذیه تکمیلی نامناسب و مصرف ناکافی منابع غذایی ویتامین A – تغذیه نادرست و پرهیزهای غذایی در دوران بیماری ونقاهت ناآگاهیهای تغذیه ای – فقر اقتصادی و کم بودن منابع غذایی ویتامین A در محل
- افزایش نیاز به ویتامین A در بعضی از دوران های زندگی به ویژه دوران رشد سریع کودکی و نوجوانی، دوران بارداری و شیردهی
- اختلال در استفاده بدن از ویتامین A در برخی از موارد نظیر سوء تغذیه پروتئین- انرژی- محدودیت چربی در برنامه غذایی روزانه- کاهش جذب مثلاً در موارد سوء جذب- ابتلا مکرر به بیماریها به خصوص اسهال و عفونت های حاد تنفسی- آلودگی های انگلی

نکته : کمبود ویتامین A در کودکان از ٦ ماهگی تا ۳ سالگی بیشتر است.

پیشگیری :

مکمل یاری :

- مکمل یاری روزانه (۱۵۰۰ واحد بین المللی قطره آ + د و یا مولتی ویتامین به میزان ۲۵ قطره از روز ۵-۳ پس از تولد تا ۲۴ ماهگی
- مکمل یاری به مگا دوز ویتامین آ (در مناطقی که کمبود ویتامین A به صورت مشکل عمده مطرح است) :
  - یک دوز ۱۰۰ هزار واحد بین المللی برای کودکان ۱۲-۶ ماهه
  - یک دوز ۲۰۰ هزار واحد بین المللی برای کودکان ۵-۱ ساله هر ۶ ماه یکبار

- آموزش تغذیه تکمیلی به مادران مصرف مواد غذایی حاوی ویتامین A (جگر- زرده تخم مرغ- کره- سبزی های زرد و نارنجی رنگ و سبزی های سبز رنگ) در غذای کودک متناسب با سن او توصیه می شود.
- کنترل و پیشگیری از بیماریهای عفونی و انگلی
- غنی سازی مواد غذایی با ویتامین A مانند غنی سازی روغن های خوراکی با ویتامین A
- مصرف مواد غذایی غنی شده با ویتامین A می تواند بخشی از نیاز بدن به این ویتامین را تأمین کند.

نکاتی در مورد ویتامین A :

- منع مصرف مکمل قوی ویتامین A در بارداری
- مسمومیت زایی دریافت زیاد ویتامین A
- بی خطری دریافت کارتنوئیدها
- زرد شدن رنگ پوست با مصرف کاروتنوئیدها در صورت مصرف بیش از حد
- کلستروم / آغوز از غنی ترین منابع ویتامین A

ویتامین D :

- ویتامین محلول در چربی است.
- ویتامین (Sun Shine Vitamin) یا ویتامین نور خورشید.

وظیفه اصلی ویتامین D :

اهمیت در تنظیم غلظت کلسیم- فسفر و متابولیسم استخوانی (ویتامین D با اتصال به پروتئین حمل کننده کلسیم انتقال فعال کلسیم از طریق مخاط روده را تسهیل می کند.)

سایر وظایف ویتامین D :

اثرات ضد سرطانی (در سلول های خونی- پستان- ریه- رحم و کولون)

منابع ویتامین D :

- نور آفتاب :

* ۹۰٪ درصد نیاز از تابش نور خورشید فراهم می شود.
* بهترین ساعت روز : ۱۰ تا ۱۵
* بهترین فصل : تابستان
* بهترین عرض جغرافیایی : استوا
* بهترین نقاط بدن : دستها- بازوها- صورت وگردن و پاها به مدت ۱۰ دقیقه در معرض نور مستقیم آفتاب قرار گیرد (نه از پشت شیشه) توصیه می شود و به میزان نصف تا ثلث زمانی که پوست می سوزد.

- منابع غذایی :

* روغن کبد ماهی
* ماهی های چرب مثل شاه ماهی- سالمون- ساردین
* زرده تخم مرغ
* کره
* جگر
* شیر و لبنیات



نکته : مقدار ویتامین D در شیر مادر کم است ویتامین D را می توان از طریق غنی سازی به شیر اضافه کرد.

افرادی که در معرض کمبود ویتامین D هستند :

* افرادی که مدت طولانی به دور از نور خورشید هستند(مانند کسانی که در آب و هوای سرد زندگی می کنند و مجبورند در داخل خانه بمانند و افراد ناتوانی که در معرض نور خورشید قرار نمی گیرند.)
* ساکنان مناطق با عرض جغرافیای شمالی
* ساکنان مناطق با آلودگی سنگین هوا (دود- گرد و غبار- هوای ابری)
* افراد با لباس های کاملاً پوشیده
* افراد شب کار
* افراد با پوست تیره (در مقایسه با پوست روشن ویتامین D کمتری سنتز می کند.)
* سالمندان
* کودکان شیرخوار
* استفاده از کرم های ضد آفتاب با SPF بالای ۸

علایم و نشانه های کمبود ویتامین D :

- راشیتیسم یا نرمی استخوان در کودکان (درکودکانی که به کمبود ویتامین D دچار هستند منجر به کاهش جذب کلسیم Ca و بنابراین موجب مشکلات جدی از جمله راشیتیسم می شود که استخوانها بخصوص استخوان پاها از فرم طبیعی خارج شده و به سمت خارج انحنا پیدا می کند. این حالت خمیدگی استخوانها را راشیتیسم می گویند.
- پوکی استخوان در افراد بزرگسال

نکته : افزایش استعداد به استئوپروز یا پوکی استخوان به دنبال کاهش فعالیت بدنی – قطع هورمون های جنسی و دریافت ناکافی کلسیم اتفاق می افتد.

پیشگیری :

مکمل یاری

* در گروه سنی ۲۴-۰ ماهه : از ۳ تا ۵ روز بعد از تولد ۴۰۰ واحد در روز (روزانه ۲۵ قطره) مکمل ویتامین A.D یا مولتی ویتامین تا ۲۴ ماهگی داده می شود.

* استفاده ازشیرهای غنی شده به ویتامین D

* آموزش به لزوم قرار گرفتن کودک در معرض نور مستقیم آفتاب روزانه به مدت ۱۰ دقیقه توصیه می شود.

* استفاده از منابع غذایی ویتامین D

نکاتی در مورد ویتامین D :

* احتمال مسمومیت ناشی از مصرف / تزریق مکمل های قوی

- (هیپرکلسیمی – پر ادراری و پرنوشی- رسوب در بافتهای نرم- تهوع- استفراغ- بی اشتهایی در اثر رسوب در دستگاه عصبی)

* سنتز توسط نور خورشید مسمومیت زا نیست.

ویتامین K :

ویتامین محلول در چربی است ویتامین K در برابر حرارت پایدار است اما در مقابل نور آفتاب – یخ زدگی و انجماد از بین می رود و هر چه هوا گرمتر می شود نیاز بدن به این ویتامین بیشتر است.

وظایف ویتامین K :

مهمترین عمل ویتامین K شرکت در عمل انعقاد خون است لذا کمبود آن سبب افزایش میزان خونریزی و دیربند آمدن خون می شود.

نکته : این ویتامین در اکثر مواد غذایی گیاهی وجود دارد و علاوه بر آن میکروبهای روده نیز می توانند آن را تولید نمایند.

گروه های در معرض خطر کمبود ویتامین K :

- نوزادان زودتر از موعد بدنیا آمده و نارس
- نوزادان تازه بدنیا آمده (نوزادان در چندر وز اول تولد در دستگاه گوارش خود اصلاً میکروبی ندارند.)
- افرادی که بیماری کبدی دارند.
- استفاده از آنتی بیوتیک (بدلیل از بین بردن باکتریهای روده می شود.)

منابع غذایی حاوی ویتامین K :

- سبزیجات دارای برگهای پهن سبز رنگ- شلغم- کلم پیچ- گل کلم- اسفناج- کاهو و مارچوبه در سایر مواد غذایی از قبیل جگر- پنیر- شیر و زرده تخم مرغ وجود دارد.



ویتامین C یا اسید آسکوربیک :

- تاریخچه یا کشف ویتامین C در قرن ۱۹ دریانوردان انگلیسی برای رهایی از نوع بیماری که در دریا به آن مبتلا شدند و بسیاری در اثر این بیماری می مردند مقدار زیادی لیموترش در کشتی خود حمل می کردند و از این طریق به کشف بماری آسکوربوت که در اثر کمبود طولانی مدت ویتامین C به وجود می آید پی بردند.

- ویتامین محلول در آب است.

- به علت نیاز بدن به این ویتامین و محدود بودن منابع تأمین آن و همچنین فساد و خرابی آن تحت تأثیر عوامل مختلف دارای اهمیت فراوان است.

- ویتامین C به نور خورشید – هوای خشک و حرارت حساس است.

- با گذشت زمان خاصیت آن کمتر می شود.

- این ویتامین مقاومت بدن را در برابر عوامل بیماری زا افزایش می دهد.

- در جذب آهن از منابع گیاهی کمک می کند.

علائم کمبود ویتامین C :

- به صورت خستگی- ضعف – بیحالی- گرفتگی عضلات- درد استخوان- درد و ورم مفاصل- تأخیر در التیام (بهبود زخم) – تورم و خونریزی از لثه- لق شدن دندانها و خونریزی های زیر جلدی نظاهر می کند که در موارد شدید منجر به کم خونی ومرگ بیمار می شود.

منابع غذایی ویتامین C :

مرکبات- سبزیجات- گوجه فرنگی- انواع فلفل سبز- گل کلم – توت فرنگی- هندوانه- کلم به طور کلی با مصرف سبزیها و میوه های تازه نیاز بدن به ویتامین C تأمین می شود.

ویتامین های گروه B :

- ویتامین های محلول در آب است.

- این ویتامین معمولاً در فعالیت های مختلف بدن دخالت دارند و این ویتامین در عملکرد درست دستگاه ایمنی و عصبی نقش دارند و برای سلامت پوست و ماهیچه ها ضروری است.
- این ویتامین ها باعث کاهش استرس و افسردگی نیز می شوند.



انواع ویتامین های گروه B :

- ویتامین B۱ یا تیامین
- ویتامین B۲ یا ریبوفلاوین
- ویتامین B۳ یا نیاسین
- ویتامین B۵ یا اسید پانتوتنیک
- ویتامین B۶ یا پیرویدوکسین
- ویتامین B۷ یا بیوتین
- ویتامین B۹ یا اسیدفولیک
- ویتامین B۱۲ یا کوبالامین

کمبود ویتامین های گروه B :

- سبب کم اشتهایی – خستگی (در اثر کم خونی) – خشن شدن پوست و دردهای عصبی می شود.

منابع غذایی ویتامین های گروه B :

غلات (کامل و سبوس دار) – حبوبات – لبنیات – تخم مرغ- میوه ها و سبزی- جگر- دل- قلوه- ماهی- جوانه گندم- برنج قهوه ای- جو- مغزها

اسید فولیک :

اسید فولیک (ویتامین B_9) یکی از ویتامین های گروه B است. وجود اسید فولیک برای عملکرد طبیعی مغز حیاتی است.

نقش اسید فولیک :

- نقش مهمی در سلامت روانی ایفا می کند.

- اسید فولیک در دوران های رشد سریع مانند کودکی، سنین بلوغ و بارداری مهم است.
- ارتباط نزدیکی با ویتامین B_{12} برای تنظیم تشکیل گلبول های قرمز و خونسازی دارد و به عملکرد مناسب آهن در بدن کمک می کند.
- نقش مهمی در پیشگیری از بیماریهای قلبی عروقی، افسردگی و آلزایمر (فراموشی و اختلال حواس) دارد.

نکته : کمبود اسید فولیک شایع ترین کمبود ویتامین های گروه B است.

کمبود اسید فولیک :

می تواند موجب کاهش رشد- التهاب زبان – کاهش اشتها- تنگی نفس- اسهال- تحریک پذیری- فراموشی و اختلالات روانی گردد.

اسید فولیک و بارداری :

در دوران بارداری، خطر کمبود اسید فولیک به دلیل تخلیه ذخایر بدن مادر توسط جنین افزایش می یابد. کمبود اسید فولیک در بارداری خطر نقایص مادرزادی لوله عصبی و شکاف کام را افزایش می دهد.

نقایص لوله عصبی جنین به دلیل تکامل غیرطبیعی لوله عصبی ایجاد می شود.

بسیاری از این نقایص با مصرف مکمل اسید فولیک در سنین باروری قابل پیشگیری است به این دلیل توصیه شده است زنان از سه ماه قبل از بارداری و در حین بارداری اسید فولیک مصرف نمایند.

نکته : مطالعات نشان داده است که زنانی که مکمل اسید فولیک را قبل از بارداری و در سه ماهه اول بارداری مصرف میکنند خطر نقایص مادرزادی لوله عصبی از ۷۲ تا ۱۰۰٪ کاهش می یابد.

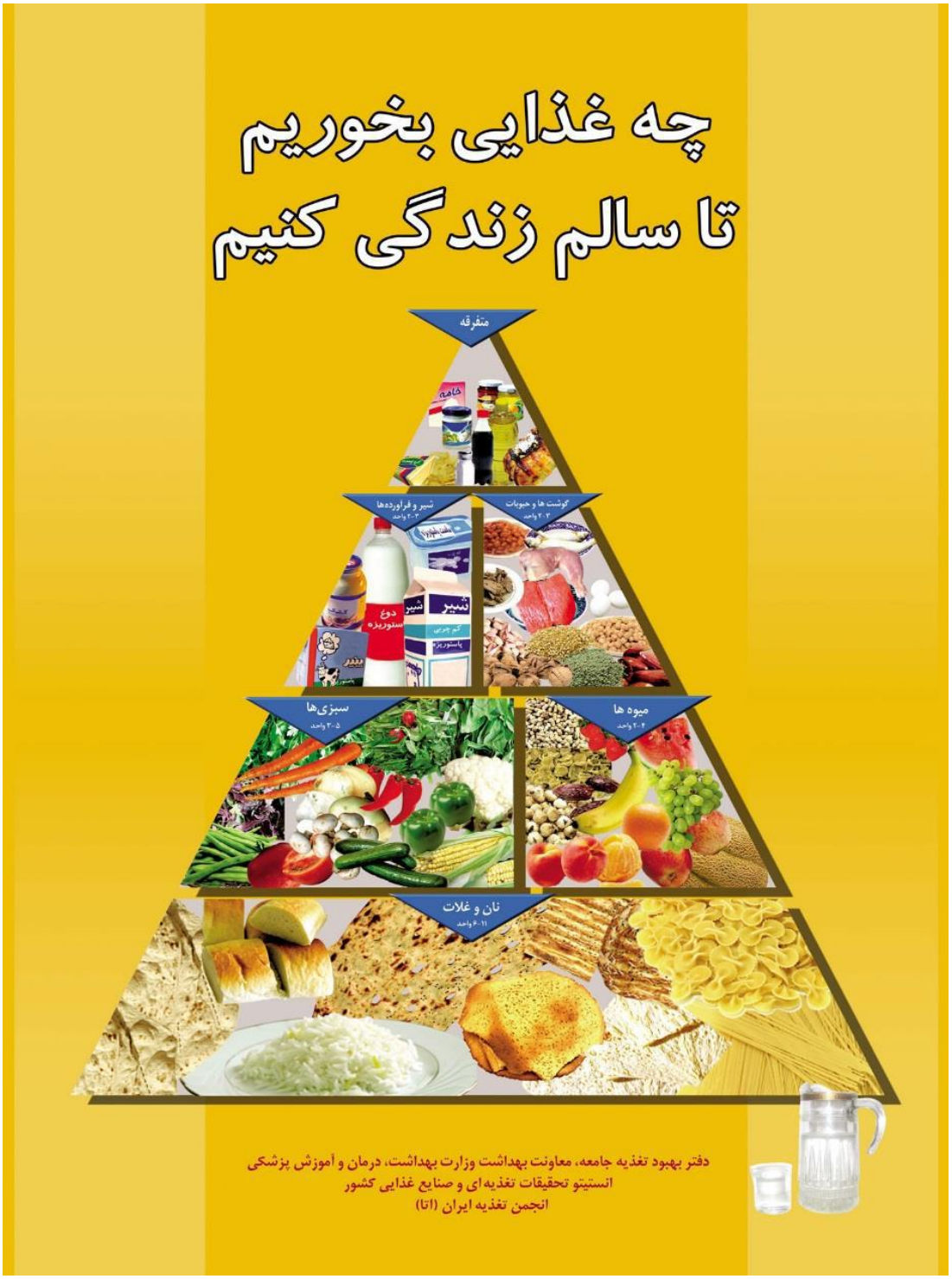
منابع غذایی اسید فولیک :

اسفناج- سبزی های برگی سبز تیره- شلغم- چغندر- لوبیای سویا- جگر گاو- سبزی های ریشه ای (چغندر – هویج- شلغم) – غلات کامل- جوانه گندم- انواع حبوبات مانند عدس- لوبیای سفید- چشم بلبلی- لوبیای قرمز و چیتی- بادام زمینی- ماهی آزاد- پرتقال و توت فرنگی

معرفی هرم غذایی

هرم غذایی نشان دهنده گروه های غذایی و موادی است که در هر گروه جای می گیرند. قرار گرفتن مواد غذایی در بالای هرم که کمترین حجم را در هرم اشغال می کند به این معنی است که افراد بزرگسال باید از این دسته از مواد غذایی کمتر مصرف کنند (مانند قندها و چربی ها) هر چه از بالای هرم به سمت پایین نزدیک می شویم حجمی که گروه های غذایی به خود اختصاص می دهند بیشتر می شود که به این معنی است که مقدار مصرف روزانه این دسته از مواد غذایی باید بیشتر باشد.

شناسایی گروه های غذایی به عنوان راهنمایی برای تغذیه کلیه گروه های سنی در جامعه ضروری است و پایه و اساس برنامه ریزی غذایی است که البته در گروه های سنی مختلف قابل انطباق با شرایط ویژه آن گروه می باشد.



گروه های غذایی :

یک برنامه غذایی سالم موجب سلامت جسم و روان می شود. هر فرد برای دستیابی به سلامت، نیاز به مصرف روزانه تمام گروه های غذایی برای تأمین انرژی و مواد مغذی مورد نیاز روزانه بدن دارد. گروه های غذایی اصلی شامل ۵ گروه به شرح زیر است :

۱- گروه نان و غلات :

مواد غذایی این گروه شامل انواع نان بخصوص نوع سبوس دار (سنگک، بربری، نان جو)، نان های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته ها، غلات صبحانه و فراورده های آنها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است.

گروه نان و غلات منبع کربوهیدرات های پیچیده و فیبر (مواد غیرقابل هضم گیاهی)، برخی ویتامین های گروه B ، آهن، پروتئین و منیزیوم می باشد.

میزان مصرف روزانه توصیه شده از این گروه ۱۱-٦ واحد است.

هر واحد از این گروه برابر است با :

- ۳۰ گرم نان با یک کف دست بدون انگشتان یا یک برش ۱۰×۱۰ سانتی متری از نان بربری، سنگک و تافتون و برای نان لواش ۴ کف دست، یا
- ۳۰ گرم یا سه چهارم لیوان غلات صبحانه، یا
- نصف لیوان برنج یا ماکارونی پخته، یا
- ۳ عدد بیسکویت ساده بخصوص نوع سبوس دار

هنگام مصرف گروه نان غلات نکات زیر باید رعایت کنید :

-هنگام هر روز از انواع نان ها استفاده کنید.

- در روز حداقل ۶ واحد از گروه نان وغلات مصرف کنید.
- بهتر است برنج را به صورت کته مصرف کنید.
- بیشتر از نان های حاوی سبوس (مثل نان جو و سنگک) استفاده کنید.
- برای کامل کردن پروتئین گروه نان و غلات بهتر است آنها را به صورت مخلوط با حبوبات مصرف کنید (مثلاً عدس، پلو، باقلا پلو، عدسی با نان و غیره)
- از نان هایی استفاده کنید که در تهیه آن ها جوش شیرین به کار نرفته است. نانی که با جوش شیرین تهیه می شود مانع جذب آهن و روی و کلسیم می شود. در نتیجه کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن و کمبود روی و کلسیم ایجاد می شود.
- انواع غلات بو داده مثل برنجک،گندم برشته، ذرت و داده ، تنقلات با ارزشی هستند و دانش آموزان می توانند به عنوان میان وعده از آنها استفاده کنند.
- بجای بیسکویت های کرم دار از بیسکویت های سبوس دار و ساده استفاده نمایید.
- نان را به اندازه ی مصرف خانواده خریداری کنید.
- بهتر است نان هایی را مصرف کنید که برای ور آمدن خمیرشان به جای جوش شیرین از خمیر مایه استفاده شده باشد.
- شما می توانید به جای مصرف برنج در بیشتر وعده های غذایی از نان و ماکارونی که قیمت کمتری دارند اما از نظر ارزش غذایی برابر با برنج هستند استفاده کنید.
- برخی واحدهای تولید کننده مواد غذایی محصولاتی مانند ماکارونی یا کیک های غنی شده با آهن، روی، کلسیم و سایر ریزمغذیها تولید می کنند. برای اطمینان برچسب تغذیه ای محصولات غنی شده را کنترل نمایید.

۲- گروه سبزی ها :

این گروه شامل انواع سبزی های برگ دار، انواع کلم، هویج، بادمجان، نخود سبز، لوبیا سبز، انواع کدو، فلفل، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز و سیب زمینی می باشد.

این گروه دارای انواع ویتامین های A , B , C مواد معدنی مانند پتاسیم، منیزیوم ومقدار قابل توجهی فیبر است.

میزان مصرف روزانه توصیه شده از این گروه ۵-۳ واحد است.

هر واحد سبزی برابر است با :

- یک لیوان سبزی های خام و برگ دار (اسفناج و کاهو) ، یا
- نصف لیوان سبزی های پخته یا
- نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و هویج خرد شده ، یا
- یک عدد گوجه فرنگی یا هویج یا خیار متوسط

۳- گروه میوه ها :

این گروه شامل انواع میوه، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه ها و میوه های خشک (خشکبار) می باشد.

مواد مغذی مهم این گروه شامل ویتامین های A , C ، فیبر و مواد معدنی است.

میزان مصرف روزانه توصیه شده از این گروه ۴-۲ واحد است.

هر واحد از این گروه برابر است با :

- یک عدد میوه متوسط سیب موز، پرتقال یا گلابی یا
- نصف گریپ فروت یا
- نصف لیوان میوه های ریز مثل توت، انگور، انار یا
- نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه یا
- یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار یا
- سه چهارم لیوان آب میوه تازه و طبیعی

در هنگام استفاده از سبزی ها و میوه ها رعایت نکات زیر ضروری است :

- حتماً هر روز یک واحد یا بیشتر سبزی هاو میوه های غنی از ویتامین ث و حداقل یک روز در میان یک واحد از سبزی ها و میوه های غنی از ویتامین آ مصرف شود.
- برای پختن سبزی ها از آب کم استفاده شود. همچنین، هنگام پختن سبزی در ظرف بسته شود تا ویتامین های موجود در سبزی ها کمتر از دست برود.
- آب حاصل از پختن سبزی ها در غذا استفاده شود.
- سعی کنید سبزی ها و میوه ها را به صورت تازه مصرف کنید بهتر است سبزی ها با میوه ها بلافاصله بعد از خرد کردن مصرف شوند. وقتی سبزی و یا میوه خرده شده برای مدت طولانی در معرض هوا قرار می گیرد. مقدار زیادی از ویتامین های خود را از دست می دهد.
- سبزی ها را قبل از خرد کردن باید بشویید، زیرا اگر سبزی خرد شده و سپس شسته شود، ویتامین ها با شستشو از بین می روند.
- از میوه های تازه به عنوان میان وعده در طول روز مصرف شود.
- در وعده صبحانه از سبزی ها و میوه ها استفاده شود.
- میوه هایی خریداری شوند که بافت و پوست سالمی دارند و بیش از حد نرم نشده اند.
- برای تشویق کودکان به مصرف میوه همواره به عنوان میان وعده، میوه در نظر گرفته شود.
- بیشتر از میوه های کامل (به جای آب میوه استفاده شود، تا بدن از فیبرهای موجود در آنها بهره ی بیشتری ببرد.

- تنوع در مصرف میوه ها رعایت شود زیرا ترکیب میوه ها نیز با هم متفاوت می باشد. بدین ترتیب ویتامین ها و ترکیبات مختلف را بدن دریافت می کند.
- میوه ها را قبل از مصرف باید بخوبی شسته شوند تا آلودگی ها از سطح آن پاک شود.
- اگر پوست میوه را جدا کردید از قرار دادن آن در مجاورت هوا خودداری کنید زیرا ویتامین های آن به خصوص ویتامین C از بین می رود.
- آب میوه های طبیعی مصرف شده و از خوردن آب میوه های صنعتی پرهیز گردد. زیرا یک لیوان آب میوه صنعتی دارای ۱۰ قاشق چای خوری شکر است و بعضی از آن ها به وسیله آب رقیق شده اند.
- میوه های خشک بخورید، زیرا با وجودی که قند زیادی دارند، اما به همان نسبت دارای مقدار فوق العاده زیادی فیبر نیز هستند.
- از خوردن میوه هایی که روی دسرها یا شیرینی ها موجودند و به وسیله کرم یا خامه پوشیده شده اند پرهیز شود.

٤- گروه شیر ولبنیات :

این گروه شامل شیر و فرآورده های آن (ماست، پنیر، کشک، بستنی و دوغ) می باشدکه توصیه می شوداز انواع کم چرب آن استفاده شود.

این گروه دارای کلسیم، پروتئین، فسفر، B۲ در منابع لبنی و سایر مواد مغذی می باشد و بهترین منبع تأمین کننده کلسیم است.

میزان مصرف روزانه توصیه شده از این گروه ۳-۲ واحد است.

هر واحد از یک گروه برابر است با :

- یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (کمتر از ۲/۵ درصد)، یا
- ۴۵ یا ۶۰ گرم پنیر معمولی معادل یک ونیم قوطی کبریت ، یا
- یک چهارم لیوان کشک، یا
- ۲ لیوان دوغ، یا
- یک و نیم لیوان بستنی پاستوریزه

هنگام مصرف گروه شیر و لبنیات نکات زیر باید رعایت شود :

- حتی الامکان از شیر پاستوریزه کمتر از ۲/۵ درصد چربی استفاده شود.
- شیر کم چرب به میزان ۱ تا ۲ لیوان در روز مصرف شود.
- از پنیرهای تهیه شده از شیر پاستوریزه استفاده شود.
- پنیر تازه را باید به مدت حداقل ۲ ماه در آب نمک نگهداری کرده و سپس مصرف شود.
- بستنی هایی مصرف شود که از شیر پاستوریزه تهیه شده باشند.
- حتماً قبل از مصرف هر نوع کشک مقداری آب باید به آن اضافه شده و حداقل ۵-۱۰ دقیقه درحال به هم زدن جوشانده شوند.
- مقدار قند و چربی بستنی بالاست بنابراین توصیه می شود در مصرف آن زیاده روی شود تا از اضافه وزن و چاقی پیشگیری شود گردد.
- شیر و لبنیات حاوی مقدار زیادی کلسیم است که برای سلامت استخوان لازم است بهتر است از شیر و لبنیاتی که با ویتامین D غنی شده اند استفاده شود. زیرا این ویتامین برای جذب بهتر کلسیم بسیار مفید است.
- افراد مبتلا به «عدم تحمل لاکتوز» باید از شیر بدون لاکتوز و با پنیرهای سخت و ماست استفاده کنند.

- هنگام خرید شیر به تاریخ انقضای آن توجه شود.
- از در معرض نور قرار دادن شیر خودداری شود زیرا باعث نابودی ویتامین «ب ۲» آن شده و نیز سبب بدطعمی شیر می شود.
- ظرف شیر تا هنگام مصرف بسته و به دور از مواد بودار نگهداری شود.
- استفاده از شیرهای استریل در مسافرت های خارج از شهر مناسب تر است. این نوع شیرها را (در صورت باز نشدن) می توان تا ۴ ماه در دمای محیط نگهداری کرد.

۵- گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه ها :

این گروه شامل گوشت های قرمز (گوسفند و گوساله) گوشت های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان)، تخم مرغ، حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه) و مغز دانه ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و ...) است.

این گروه حاوی پروتئین، آهن، روی و سایر مواد مغذی است.

میزان مصرف روزانه توصیه شده از این گروه برابر با ۳-۲ واحد است.

هر واحد از این گروه برابر است با :

- ۲ تکه (هر تکه ۳۰ گرم) گوشت خورشتی پخته، یا
- نصف ران متوسط مرغ یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) یا
- یک تکه ماهی به اندازه کف دست (بدون انگشت) یا
- دو عدد تخم مرغ یا
- یک لیوان حبوبات پخته ، یا
- یک سوم لیوان مغز دانه ها (گردو، بادام، فندق، پسته)

هنگام مصرف مواد غذایی این گروه نکات زیر باید رعایت شود :

- پیش از پختن گوشت قرمز تمام چربی هایی که به چشم می خورد، جدا شود.
- قبل از طبخ گوشت مرغ، پوست آن که دارای چربی فراوان است جدا شود.
- تا حد امکان از سرخ کردن گوشت خودداری شود.
- به علت بالا بودن چربی و کلسترول مغز، کله پاچه، توصیه می شود در مصرف این گونه مواد غذایی افراط نشود.
- برای آب پز کردن گوشت یخ زده توصیه می شود بلافاصله بعد از خارج کردن از فریزر، پخته شود. اگر به هر دلیلی لازم است گوشت از حالت یخ زده خارج شود، ۲۴ ساعت قبل از طبخ از فریزر خارج و در یخچال گذاشته شود.
- بهتر است بیشتر از گوشت های سفید مانند مرغ و ماهی به جای گوشت قرمز استفاده شود.
- مصرف انواع حبوبات (عدس، لوبیا، نخود، لپه و ...) به علت دارا بودن فیبر و پروتئین زیاد، توصیه می شود.
- انواع مغزها (گردو، فندق،بادام و پسته) میان وعده های مناسب برای تأمین پروتئین، انرژی و برخی از مواد مغذی مانند آهن و روی هستند.
- بهتر است مغزها (گردو، فندق، بادام و پسته) خام مصرف شوند. در صورت استفاده از نوع بو داده، نمک آن زیاد نباشد.

گروه متفرقه :

این گروه شامل انواع مواد قندی، شور و چربی هاست. توصیه می شود افراد بزرگسال در برنامه غذایی روزانه از این گروه کمتر مصرف کنند.

انواع مواد غذایی این گروه عبارتند از :

الف) چربی ها (در روغن های جامدو روغن های مایع، پیه، دنبه، کره،خامه، سرشیر و سس های چرب مثل مایونز)

ب) شیرینی ها و مواد قندی (مثل انواع مربا، شربت، قندو شکر، انواع شیرینی های خشک و تر، انواع پیراشکی، آب نبات و شکلات)

پ) ترشی ها، شورها و چاشنی ها (انواع ترشی و شور، فلفل، نمک، زردچوبه، دارچین و غیره)

ث) نوشیدنی ها (نوشابه های گازدار، چای، قهوه، انواع آب میوه های صنعتی و پودرهای آماده مثل پودر پرتقال و غیره)

چند توصیه :

- از مصرف روغن جامد پرهیز شود و از روغن مایع معمولی (روغن نباتی) برای پخت و پز و از روغن مخصوص سرخ کردنی برای سرخ کردن مواد غذایی و یا تهیه غذا در حرارت بالا استفاده شود.

- از حرارت دادن روغن ها با شعله بالا و به مدت طولانی خودداری و برای سرخ کردن از روغن مایع مخصوص سرخ کردن استفاده شود.

- مصرف چربی ها، شیرینی ها و چاشنی ها بسیار محدود شود.

- مصرف نوشیدنی های ذکر شده در گروه متفرقه محدود شودو به جای آن ها نوشیدنی های سالم مثل آب، شیر، آب میوه تازه و دوغ کم نمک میل شود.

- برای رفع تشنگی، نوشیدن آب ساده بر هر آشامیدنی دیگر ترجیح دارد.

- مصرف چیپس به دلیل داشتن چربی و نمک زیاد باید محدود شود.

- نمک باید به میزان کم مصرف شودو از نوع نمک یددار تصفیه شده باشد.

رهنمودهای غذایی ایران

الگوی غذایی نقش مهمی در پیشگیری و کنترل سوء تغذیه ناشی از کم خوری (سوء تغذیه پروتئین انرژی و کمبود ریزمغذیها) و سوء تغذیه ناشی از بیش خواری و اضافه دریافت انرژی و در نتیجه اضافه وزن وچاقی دارد. چاقی عامل خطر مهم ابتلا به بیماریهای غیرواگیر از جمله دیابت نوع ۲، فشار خون بالا، چربی خون بالا، بیماریهای قلبی، عروقی و انواع سرطان ها است. برای پیشگیری از ابتلا به این بیماری ها ۱۰ پیام اصلی به عنوان رهنمودهای غذایی در الگوی غذایی ایرانی تهیه شده است. پیروی از این اصول برای داشتن یک برنامه غذایی صحیح، تأمین نیازهای تغذیه ای، پیشگیری از اضافه وزن و چاقی و بیماری های مرتبط با آن ضروری است.

۱) در انتخاب و مصرف مواد غذایی به دو اصل تنوع و اعتدل توجه نمایید.

رژیم غذایی وقتی خوب وسالم است که تمام نیازهای فرد را برآورده سازد. این رژیم غذایی، یک رژیم با کفایت است.

چگونه کفایت رژیم غذایی را تأمین کنیم؟

تعادل : یعنی انواع مختلفی از مواد غذایی را به تناسب با یکدیگر مصرف کنیم، به گونه ای که مصرف زیاد یک ماده غذایی سبب حذف سایر مواد غذایی نشود.

تنوع، منظور از تنوع و گوناگونی، مصرف چند ماده غذایی مختلف از گروه های غذایی است.

۲) وزن خود را در حد سالم و متعادل حفظ کنید.

اضافه وزن و چاقی یکی از نگرانی های امروز جامعه ما است، زیرا می تواند خطر بیماریهایی مثل دیابت (مرض قند)، انواع سرطان و بیماریهای قلبی عروقی را بیشتر کند.

چگونه وزن خود را در حد مطلوب حفظ کنیم ؟

وزن بدن در ارتباط مقدار فعالیت بدنی و غذای مصرفی تنظیم می شود.

برای رسیدن به وزن مناسب باید بین انرژی مصرفی (فعالیت بدنی، کارهای روزمره) و انرژی دریافتی (حاصل از مصرف مواد غذایی) تعادل برقرار گردد.

دو راه موثر برای کنترل وزن :

۱) تنظمی برنامه غذایی بر اساس نیازهای بدنی افراد

۲) انجام فعالیت بدنی منظم

۳) دریافت فیبر غذایی روزانه را افزایش دهید.

فیبرهای غذایی بخشی از گیاهان هستند اغلب مواد خوراکی

طبیعی مانند حبوبات، غلات کامل (گندم و جوی سبوس دار)، دانه ها، میوه ها و سبزی ها دارای فیبر هستند.

فیبر در بدن ما هضم نمی شود ولی وجود آن در روده باعث بیشتر کردن حرکات روده می شود. درعین حال جذب موادی مثل قند و چربی را از روده جذب می کند. همچنین، موجب انبساط دیواره روده بزرگ می گردد. این اعمال باعث دفع آسان مواد زائد می شود به دلایل فوق فیبر برای درمان وپیشگیری از دیابت، کلسترول بالای خون و سرطان روده بزرگ مفید می باشد.

چگونه مصرف فیبر غذایی را افزایش دهیم؟

۱- تا حد امکان نان و غلات مصرفی خود را از نوع سبوس دار انتخاب کنید.

۲- در تهیه و تدارک غذا در صورت امکان از انواع غلات سبوس دار، برنج، ماکارونی، رشته، بلغور و حبوبات استفاده کنید.

۳- انواع سبزی ها و میوه های تازه را در برنامه غذایی خود بگنجانید (حداقل ۳ واحد در روز)

۴- تا حد امکان از میوه های تازه به جای آبمیوه استفاده کنید.

۵- تا حد امکان مصرف سبزی های نشاسته ای مثل سیب زمینی را محدود کنید و سیب زمینی را بصورت بخارپز، آب پز و یا تنوری استفاده کنید.

۶- هر روز سبزی های تازه و ضدعفونی شده را بصورت خام کنار غذا، سالاد یا به شکل بخارپز مصرف کنید.

چند توصیه برای مصرف بیشتر فیبر غذایی :

۱- سبزی بیشتری به سوپ، سالاد، خوراک خود اضافه کنید.

۲- حداقل یکبار در هفته یک وعده غذاهای گیاهی (تهیه شده با سبزی ها، غلات و حبوبات) میل کنید.

۳- برای میان وعده ها به جای مواد شور، شیرین و پرچرب از میوه، سبزی ، آجیل کم نمک، خشکبار و غلات سبوس دار استفاده کنید.

چند نمونه از غذاهای تهیه شده از مخلوط غلات، حبوبات و سبزی ها که مقدار فیبر یا الیاف گیاهی آنها بیشتر می باشد عبارتند از : دلمه سبزی ها (دلمه بادنجان، دلمه برگ مو، دلمه کلم) انواع چلوخورش مانند (خورش، لوبیا سبز، بامیه، قورمه، سبزی، کرفس) مشروط بر اینکه سبزی آنها را کمتر سرخ کرده و روغن کمتری مصرف کنید. انواع آش، باقلا پخته، خوراک لوبیا و عدسی، انواع

پلوهای تهیه شده با حبوبات (باقلاپلو، لوبیا پلو، عدس پلو) انواع پلوهای حاوی سبزی ها (دم پخت گوجه فرنگی، سبزی پلو، هویج پلو)

۴۹ مصرف شیر، ماست و پنیر کم چرب (کمتر از ۲/۵ درصد) را در برنامه غذایی روزانه افزایش دهید.

شیر و لبنیات دارای مقدار زیادی پروتئین برای رشد و ترمیم بدن و کلسیم برای سلامت استخوان ها و دندان ها می باشند. این مواد غذایی برای پیشگیری از پوکی استخوان (مخصوصاً در زنان و دختران)، چاقی، پرفشاری خون، دیابت و بیماریهای قلبی عروقی مفید هستند.

چگونه مصرف شیر و لبنیات کم چرب خود را بیشتر کنیم؟

۱- هر روز ۲ تا ۳ لیوان ماست یا شیر بدون چربی یا کم چرب (یعنی کمتر از ۵/۲٪ چربی) مصرف کنید.

۲- دوغ تازه کم نمک تهیه شده در منزل، یک نوشیدنی مناسب می باشد.

۳- تا حد امکان از انواع پنیرهای کم چرب و کم نمک استفاده کنید.

۴- برای جذب بهتر کلسیم تا حد امکان شیر ساده (بدون هیچافزودنی مانند کاکائو و شکر) مصرف کنید.

۵- برای جذب بهتر کلسیم موجود در شیر و لبنیات، علاوه بر مصرف انواع کم چرب، از نوع کم نمک آنها استفاده کنید.

۶- در برنامه غذایی خود غذاهای حاوی شیر و فراورده های آن مانند شیربرنج، فرنی، آش ماست، آش کشک و ... بگنجانید.

۵) مصرف چربی و روغن خود را تا امکان کم کنید.

روغن های جامد چیست؟

روغن های نباتی جامد و روغن های حیوانی که در دمای معمولی بیشتر به شکل جامد هستند شامل چربی های حیوانی، پیه و روغن بعضی از مواد گیاهی مانند روغن نخل، روغن نارگیل و کره کاکائو می باشند. این روغنها باعث افزایش کلسترول بد در خون می گردد.

روغن های مایع چیست؟

این نوع روغن ها در دمای معمولی اغلب به شکل مایع هستند روغن های مایع در دانه سویا، مغز دانه ها(گردو، بادام و پسته) ور روغنهای گیاهی (آفتاب گردان، زیتون، ذرت و ...) یافت می شود .

امگا ۳ یکی از انواع چربی های غیراشباع است که در بدن ما ساخته نمی شود، بنابراین جزء چربی های ضروری برای بدن است.

امگا ۳ موجب کاهش چربی و فشار خون می شودو ضربان قلب را تنظیم می کند.

امگا ۳ در انواع ماهی مانند تن، آزاد، ساردین وتخم مرغ و در مغزهایی مانند گردو فراوان یافت می شود.

چگونه مصرف چربی و روغن خود را اصلاح کنیم؟

برای طعم دادن به سالاد از چاشنی هایی مانند آبلیمو، سرکه و روغن زیتون به عنوان سس سالاد استفاده کنیدو از مصرف سس های چرب مانند مایونز و هزار جزیره تا حد امکان اجتناب کنید.

برای پخت غذا، می توانید روغن زیتون و سایر روغن های مایع خوراکی را به جای روغن های حیوانی یا روغن های جامد استفاده کنید.

هر نوع روغن برای کاربرد خاصی تهیه شده است. از روغن مایع (روغن زیتون) برای مصارف پخت و پز و سالاد و از روغن مخصوص سرخ کردنی برای مصارف سرخ کردن استفاده کنید.

روغن مایع مخصوص سرخ کردنی در مقابل حرارت پایدار است. اما این موضوع بدان معنی نیست که از این نوع روغن چندین بار می توان برای سرخ کردن استفاده کرد.

از روغن مخصوص سرخ کردنی حداکثر ۲ تا ۳ بار آن هم نه با فاصله طولانی بلکه در طول یک روز می توان استفاده کرد و پس از آن باید روغن را دور ریخت.

روغن جامد هیدروژنه حاوی چربی اشباه و اسیدهای چرب ترانس (یک نوع چربی مضر) است که خطر ابتلا به بیماریهای قلبی- عروقی و سرطان را افزایش می دهد.

چگونه مصرف چربی و روغن خود را اصلاح کنیم؟

شیر و لبنیات را از نوع کم چرب مصرف کنید.

در صورت مصرف انواع گوشت (سفید یا قرمز) تمام چربی ها قابل رویت آنرا قبل از طبخ جدا کنید و دور بریزید.

چربی گوشت پخته را دور بریزید.

برای کم کردن چربی در غذا به جای گوشت، می توانید به آن مقداری پروتئین گیاهی مانند حبوبات (نخود، لوبیا، عدس یا سویا) اضافه کنید.

از مصرف چیپس و سیب زمینی سرخ کرده خودداری کنید و سیب زمینی را به صورت پخته، آب پز و یا تنوری مصرف کنید.

برای پختن غذاها بیشتر از روشهای بخارپز و آب پز کردن به جای سرخ کردن استفاده کنید.

تا حد امکان از ظروف نچسب برای طبخ غذا استفاده کنید تا روغن کمتری مصرف شود.

حداکثر هفته ای سه عدد تخم مرغ (بصورت کامل یا استفاده شده در کوکو و شامی) بخورید.

خلاصه :

- شرط اصلی سالم زیستن، تغذیه صحیح است. تغذیه صحیح یعنی رعایت دو اصل تعادل و تنوع در برنامه غذایی روزانه.
- بهترین راه اطمینان از تعادل و تنوع در غذای روزانه استفاده از هر ۵ گروه غذایی است.
- ۵ گروه اصلی غذایی شامل گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات، گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزها باید هر روز در برنامه غذایی گنجانده شده و در مقادیر توصیه شده مصرف شوند.
- مواد غذایی داخل هر گروه، دارای ارزش غذایی تقریباً یکسان هستند و می توان از یکی به جای دیگری استفاده کرد.

برنامه کشوری مادری ایمن

مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)

بهورز – سطح اول خدمت

تجدید نظر هفتم

۱۳۹۵

شناسنامه کتاب و فیپا

عنوان کتاب: برنامه کشوری مادری ایمن: مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

تالیف: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران، ۱۳۹۵

ناشر:

نوبت چاپ: هفتم

تیراژ:

شابک:

فهرست

عنوان	صفحه
تهیه کنندگان مجموعه	
مقدمه	
آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران	
جداول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان	
الف- مراقبت های معمول بارداری الف۱- اولین ملاقات بارداری الف۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری الف۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری تعاریف مراقبت های بارداری	
ب- مراقبت های معمول پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان) ب۱- مراقبت های ملاقات اول و دوم پس از زایمان ب۲- مراقبت های ملاقات سوم پس از زایمان تعاریف مراقبت های پس از زایمان	
ت- راهنما ت۱- مکمل های دارویی ت۲- مشاوره باروری سالم ت۳- توصیه های بهداشتی در بارداری ت٤- توصیه های بهداشتی پس از زایمان	

تهیه کنندگان این مجموعه

- ***مسئول طراحی و تدوین :*** اداره سلامت مادران، دفتر سلامت خانواده و جمعیت
- ***اعضای گروه طراحی و تدوین***
  - دکتر فرحناز ترکستانی. متخصص زنان و زایمان. رئیس اداره سلامت مادران
  - لاله رادپویان. کارشناس مامایی
  - لیلا. هادی پور جهرمی. کارشناس ارشد مامایی و MPH
  - نهضت امامی افشار. کارشناس ارشد آموزش بهداشت
  - سوسن رحیمی قصبه. کارشناس ارشد مامایی و MPH
  - سعیده حجازی. کارشناس ارشد آموزش پزشکی
  - مرضیه بخشنده. کارشناس ارشد مامایی و MPH
  - دکتر مهران دخت عابدینی. متخصص زنان و زایمان
  - زیر نظر: دکتر محمداسماعیل مطلق. مدیر کل سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس

- ***با تشکر از همکاری:***
  - دکتر مریم کاشانیان. متخصص زنان و زایمان. عضو محترم کمیته علمی مشورتی اعتلای سلامت مادران
  - دفتر بهبود تغذیه جامعه: حسین فلاح. کارشناس ارشد تغذیه
  - اداره سلامت دهان و دندان: دکتر نادره موسوی فاطمی
  - اداره کنترل ایدز: دکتر مریم سرگلزایی مقدم، ماندانا تیرا
  - اداره سلامت روان: دکتر علیرضا نوروزی، طاهره زیادلو
  - اداره ژنتیک: دکتر عاطفه باقرصاد
  - همکاران محترم ستادی و محیطی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان شرقی، اردبیل، اصفهان، ایران، بوشهر، تربت حیدریه، تهران، چهارمحال و بختیاری، خراسان رضوی، ساوه، شهید بهشتی، فارس، قم، قزوین، کردستان، کرمانشاه، گراش، گلستان، لارستان، مراغه که نظرات ارزنده آنان برای بازنگری مجموعه آموزشی کمک کننده بوده است.
  - دکتر بهرام دلاور، دکتر آرش عازمی خواه و دکتر نوشین جعفری که تدوین نسخه اول کتاب با همت ایشان آغاز شد.

هوالحکیم

مقدمه

میزان مرگ و میر مادران باردار از شاخص های توسعه کشور هاست و یکی از راهکارهای کاهش این میزان، مراقبت با کفایت از مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان محسوب می شود و هیچ تردیدی در اثر بخشی آن برای به ثمر رساندن یک بارداری سالم و تامین سلامت مادر و نوزاد وجود ندارد. در سال های متمادی دسترسی به مراقبت ها به عنوان اولویت نظام بهداشت و درمان کشور، پوشش کمی مراقبت ها را به حد قابل توجهی افزایش داده است. از آن پس بهبود کیفیت خدمات نیز مورد توجه سیاست گذاران برنامه سلامت قرار گرفت که از ارکان آن استاندارد کردن خدمات است.

مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران در دو سطح اول و دوم خدمت از سال ۷۸ تا ۸۰ تدوین شد و پس از اجرای آزمایشی و ارزشیابی آن در سال ۱۳۸۵ به کل کشور تعمیم یافت.

این مجموعه تا سال اخیر با توجه به ضرورت روزآمد شدن مطالب آن، پیوسته با استفاده از منابع علمی معتبر دنیا و هم چنین آخرین دستورعمل های اداره سلامت مادران، بازنگری شده و نسخه حاضر ویرایش هفتم کتاب می باشد که امید است بهره گیری از آن، برای ارائه دهندگان خدمت مفید و در ارتقاء سلامت مادران و نوزادان و بهبود شاخص های سلامت کشور موثر باشد.

دکتر محمد اسماعیل مطلق

مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

معاونت بهداشت

همکار گرامی!

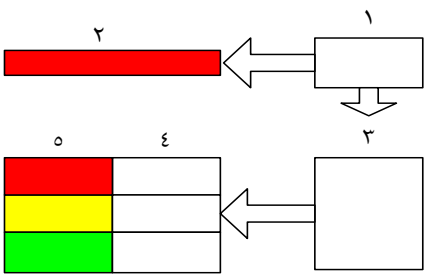
مجموعه حاضر به منظور کمک به شما در ارایه خدمات مطلوب به مادران به طور معمول و شناسایی مادران در معرض خطر در بارداری و پس از زایمان تهیه گردیده است. حتماً قبل از استفاده از این مجموعه، قسمت «**آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران**» را مطالعه کنید.

- ## آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

این مجموعه شامل: جداول مراقبت های بارداری و پس از زایمان (مرور کلی و سریع)، مراقبت های معمول بارداری (بخش الف)، مراقبت های معمول پس از زایمان (بخش ب)، راهنما (بخش ت) و ضمائم است.

✂ **جداول راهنمای مراقبتهای بارداری و پس از زایمان** برای مرور کلی و سریع خدماتی است که در بارداری و پس از زایمان به مادر ارایه می شود. تقسیم بندی خدمات در این جداول بر اساس نوع و زمان انجام مراقبت صورت گرفته است. به این معنا که در هر ملاقات، مراقبت هایی که در ستون زیرین آن مشخص شده به مادر ارایه می گردد.

✂ **بخش مراقبت های معمول بارداری (الف)** بر حسب زمان مراجعه مادر باردار (اولین مراجعه و یا مراجعه در نیمه های اول و دوم بارداری)، بررسی مادر از یکی از صفحات الف۱، الف۲، الف۳ شروع می شود. هر صفحه را همیشه از سمت راست و بالا (مانند شکل مقابل) باید شروع کنید:



خانه شماره ۱- قبل از هر اقدامی، مادر را از نظر وجود **علائم خطر فوری** بررسی کنید.

خانه شماره ۲- در صورتی که هر یک از علائم خطر فوری به تنهایی یا همراه سایر علائم وجود داشت، مطابق دستورالعمل آن اقدام کنید. بدیهی است در این مرحله زمان را برای انجام سایر اقدامات مربوط به خانه ۳ نباید از دست دهید.

خانه شماره ۳- در صورت اطمینان از این که هیچ علامت خطر فوری وجود ندارد، **ارزیابی** مطابق محتوای این خانه شروع شود.

خانه شماره ۴- بر اساس نتایج ارزیابی، **علائم و نشانه ها را گروه بندی** کنید.

خانه شماره ۵- برحسب نتیجه گروه بندی علائم و نشانه ها، **اقدام** کنید.

فراموش نکنید که ترتیب انجام این بررسی ها از نظر دقت در انجام کار و درستی معاینه بسیار مهم است. هرگز نمی توانید معاینه و بررسی بیمار را از نیمه راه آغاز کنید.

✂ **بخش مراقبت های معمول پس از زایمان (ب)** به دو قسمت مراقبت های ملاقات اول و دوم (ب۱) و مراقبت های ملاقات سوم (ب۲) تقسیم شده است. در این بخش نیز قاعده کلی نحوه مراقبت مشابه بخش مراقبت های بارداری است. این مراقبت ها از روز اول پس از زایمان تا ٦ هفته پس از زایمان انجام می شود.

بیشتر خانمهایی که خدمات معمول را دریافت می کنند، سالم هستند و بارداری را به خوبی طی می کنند. توجه داشته باشید که اکثر خطاهایی که در ارایه خدمت به مادر باردار رخ می دهد، ناشی از جدی نگرفتن معاینه است. فراموش نکنید که علامت خطر دوران بارداری را فقط با سئوال کردن، مشاهده و معاینه دقیق می توانید پیدا کنید.

مفهوم رنگ ها

در چارت های ارایه خدمت از سه رنگ قرمز، زرد و سبز استفاده شده است:

الف ـ رنگ قرمز نشان دهنده شرایط خطرناکی است که جان مادر و جنین/ نوزاد را تهدید می کند و اقدام مناسب این رنگ **ارجاع فوری یا اعزام** (بلافاصله) است. در موارد اعزام، ارائه دهنده خدمت موظف است مادر و یا نوزاد را ضمن اقدامات اولیه حین اعزام سریعاً با آمبولانس به سطح بالاتر انتقال دهد. در صورت ارجاع فوری از مادر بخواهید بلافاصله به نزدیک ترین مرکز مجهز درمانی مراجعه کند.

نکته: در موارد ارجاع فوری و یا اعزام لازم است وضعیت به رابط مادر پر خطر اعلام گردد.

ب ـ رنگ زرد نشان دهنده نیاز مادر و یا نوزاد به اقدام خاص است. مادر باید بر حسب نوع عارضه در ۲۴ ساعت اول پس از مراجعه (**ارجاع در اولین فرصت**) و یا حداکثر طی یک هفته (**ارجاع غیر فوری**) توسط سطوح تخصصی بررسی و نتیجه آن مشخص گردد.

پ ـ رنگ سبز نشان دهنده امکان ارایه خدمت **بدون نیاز به ارجاع** به سطوح بالاتر است.

نکته: در برخی خانه های «اقدام»، مراقبت ها در بیش از یک حالت تعریف می شود یعنی اقدام های اصلی با یک رنگ و برخی اقدام های خاص که عمدتاً حالتی از ارجاع را شامل می شود با رنگ مختص آن نوع «ارجاع» در داخل خانه اصلی مشخص شده است. به طور مثال: در قسمت ب۱، **خانه اصلی اقدام** مربوط به «**همسرآزاری**» سبز است در حالی که اقدام بعدی این خانه که نیازمند «**ارجاع فوری**» است، به رنگ قرمز مشخص شده است.

- **اصول کلی**

مطالب زیر به عنوان اصول کلی در ارایه خدمات در نظر گرفته شده است:

۱. علائم خطر در هر مقطعی از بارداری، زایمان و پس از زایمان به همسر و یا خانواده مادر آموزش داده شود.
۲. اگر مادر به دلایلی نیازمند هر حالتی از ارجاع (فوری، ارجاع غیر فوری، در اولین فرصت) است، ارجاع فوری در اولویت قرار دارد.
۳. مادری که **اعزام یا ارجاع فوری** شده است باید **حداکثر تا ۲۴ ساعت**، پیگیری شود.
۴. **ارجاع در اولین فرصت**، لازم است **تا ۴۸ ساعت** پیگیری شود. اگر مورد ارجاع به هر دلیلی (امتناع مادر، ...) طی ۴۸ ساعت به سطح بالاتر مراجعه نکرد، حکم ارجاع فوری را پیدا می کند.
۵. مادری که **ارجاع غیر فوری** شده است، می بایست **پس از یک هفته پیگیری و وضعیت وی مشخص شود**. اگر مورد ارجاع پس از یک هفته به هر دلیلی به سطوح بالاتر مراجعه نکرد، به مادر و خانواده وی اهمیت معاینه در سطح بالاتر آموزش داده شده و مجدد پیگیری شود.
۶. مراجعه جهت دریافت مراقبت های بارداری و پس زایمان در تاریخ های تعیین شده باید به مادر و همراهان وی تأکید شود. در صورت عدم مراجعه در تاریخ مقرر، طی **یک هفته** پیگیری شود.
۷. پسخوراند های پزشک/ ماما در موارد ارجاع و یا مراقبت های ویژه، باید در فرم مراقبت ثبت و یا پیوست پرونده گردد.
۸. پزشک عمومی و ماما به عنوان سطح دوم ارایه دهنده خدمت موظف هستند علاوه بر پذیرش موارد ارجاعی سطوح پایین تر، بر نحوه ارایه خدمت به مادر توسط این سطوح نیز نظارت کنند.
۹. دفعات مراقبت ویژه مادر بر حسب نوع و شدت عارضه و نظر پزشک عمومی، ماما و پزشک متخصص با توجه به پسخوراند متفاوت خواهد بود.

۱۰. لازم است تمام خدمات ارایه شده به مادر در هر مقطعی در فرم های مربوط ثبت و در پرونده مادر نگه داری شود.
۱۱. بسیاری از بیماری ها می توانند بر روی مادر و جنین تاثیر بگذارد، بنابراین لازم است تمامی خانم هایی که تمایل به بارداری دارند مراقبت های پیش از بارداری را به منظور تشخیص، کنترل و درمان بیماری انجام دهند تا مادر بارداری و زایمان ایمن داشته باشد. در این صورت باید خانم به پزشک یا ماما ارجاع شود.
نکته: در صورتی که خانم در زمان مراقبت پیش از بارداری، عارضه یا بیماری خاصی ندارد، انجام یک بار مراقبت در سال تا زمان بارداری، کفایت می کند. در صورت تشخیص عارضه، نحوه ادامه مراقبت ها با نظر پزشک/ ماما تعیین می شود.
۱۲. مراقبت های بارداری باید به محض مثبت شدن نتیجه آزمایش بارداری ارایه گردد.
۱۳. نتیجه آزمایش های بارداری می بایست در فرم مراقبت بارداری، به طور دقیق ثبت شود. نگهداری برگه آزمایش در پرونده الزامی نیست.
۱٤. مراقبت های معمول بارداری طی ۸ بار ملاقات در دو نیمه اول و دوم بارداری به مادر ارایه می گردد (۲ ملاقات در نیمه اول و ٦ ملاقات در نیمه دوم). زمان ملاقاتهای معمول بارداری عبارتست از: هفته ٦ تا ۱۰، هفته ۱٦ تا۲۰، هفته ۲٤ تا ۳۰، هفته ۳۱ تا ۳٤، هفته ۳۵ تا ۳۷، هفته ۳۸، هفته ۳۹ و هفته ٤۰ بارداری
۱۵. زمان ملاقاتهای مادر بر اساس «هفته بارداری» تعیین شده است که این زمان نیز باید با سن بارداری مادر مطابقت داشته باشد. سن بارداری از زمان اولین روز آخرین قاعدگی مشخص می شود و در صورتی که مادر تاریخ آخرین قاعدگی خود را نمی داند، باید در اولین فرصت برای تعیین سن بارداری اقدام شود.
۱٦. در اولین مراجعه مادر در هر هفته بارداری ابتدا پروتکل اولین ملاقات برای وی اجرا و سپس با توجه به سن بارداری تعیین شده، ادامه مراقبت ها مطابق نیمه اول یا نیمه دوم ارائه گردد.
۱۷. هر مادر باید یک بار (در اولین مراجعه) توسط پزشک معاینه شود. در این معاینه، پزشک سابقه یا ابتلا به بیماری را از مادر سئوال می کند و معاینه فیزیکی را انجام می دهد. نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی(در صورت وجود) را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در قسمت مربوط در فرم مراقبت بارداری ثبت می کند.
۱۸. هر زمان که مشکلات دهان و دندان در مادر مشاهده شد، لازم است به دندان پزشک یا بهداشتکار دهان و دندان ارجاع داده شود. درمان بیماری های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.
۱۹. **سه ماهه اول بارداری** را از هفته اول تا پایان هفته ۱٤ بارداری، **سه ماهه دوم** را از هفته ۱۵ تا پایان هفته ۲۸ بارداری و **سه ماهه سوم** را از هفته ۲۹ تا زمان زایمان در نظر بگیرید.
۲۰. به منظور ترویج زایمان طبیعی و آموزش مادران در مورد فرایند زایمان و آماده کردن وی، مادر باید از هفته ۲۰ بارداری به کلاس های آمادگی برای زایمان معرفی شود.
۲۱. هر مادر باید برای انجام زایمان در بیمارستان تشویق شود، ولی چنانچه به هر علتی زایمان در منزل انجام گردید، باید زایمان طبق استانداردهای تعیین شده انجام شود. در صورت انجام زایمان در منزل، مادر و نوزاد باید تا ٦ ساعت پس از زایمان تحت مراقبت قرار گیرند و نوزاد باید در **اولین فرصت** توسط پزشک طبق «**بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم**» ارزیابی شود.
۲۲. **انجام زایمان مادر در معرض خطر در منزل، به هیچ وجه جایز نیست.**
۲۳. مراقبتهای معمول پس از زایمان، طی۳ ملاقات انجام می شود که ملاقات اول در روزهای ۱ تا ۳، ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ملاقات سوم در روزهای ۳۰ تا ٤۲ پس از زایمان انجام می شود. مراقبت های نوزاد (به جز

مراقبت بدو تولد) نیز در۳ نوبت شامل مراقبت روزهای۳ تا ٥، مراقبت روزهای ١٤ تا ١٥ و مراقبت روزهای۳۰ تا ٤٥ انجام می شود.

٢٤. برای مادری که در بیمارستان زایمان می کند، مراقبت پس از زایمان در بیمارستان را می توان مراقبت نوبت اول پس از زایمان محسوب کرد.

٢٥. توجه داشته باشید، استفاده از این مجموعه بدون به کارگیری فرم های ثبت و ارجاع و پیگیری مادر مؤثر نخواهد بود.

جدول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع)

زمان مراقبت نوع مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	ارجاع به پزشک یا ماما	- تشکیل پرونده، وضعیت بارداری فعلی، بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری، رفتارهای پر خطر، - تغذیه و مصرف مکمل های غذایی - علائم خطر	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر غربالگری سلامت روان - تغذیه و مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر - تغذیه و مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر - تغذیه و مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر - تغذیه و مصرف مکمل های غذایی
معاینه بالینی		- اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی - علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان)	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم
آزمایش ها یا بررسی تکمیلی		- ارجاع جهت در خواست آزمایش های معمول نوبت اول - پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در هفته ۱۳-۱۱ بارداری	- ارجاع جهت در خواست سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری - پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در صورت لزوم در هفته ۱۷-۱۵ بارداری	- ارجاع جهت در خواست آزمایش های معمول نوبت دوم	- ارجاع جهت در خواست سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری - تست تشخیص سریع HIV در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری*	ـــــــــ
آموزش و مشاوره		- بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم خطر/ شکایت های شایع - غربالگری ناهنجاری جنین - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی، روان، دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم خطر/ شکایت های شایع - مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل - شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی، روان، جنسی - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم خطر - شکایت های شایع - شیردهی توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- علائم خطر - شکایت های شایع - مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی/ زمان مناسب بارداری بعدی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - مراقبت نوزاد، علائم خطر نوزاد - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت روان، جنسی - علائم خطر - شکایت های شایع - مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی - مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد - تاریخ مراجعه بعدی
مکمل های دارویی		اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)				
ایمن سازی		توأم، آنفلوآنزا (در صورت نیاز) – ارجاع جهت تزریق رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز)				

*در مناطق مجری برنامه PMTCT برای همه مادران تست تشخیص سریع HIV در ملاقات اول و چهارم انجام می شود.

جدول راهنمای مراقبت های پس از زایمان (مرور کلی و سریع)

زمان مراقبت / نوع مراقبت	مراقبت ۱ روز های ۱ تا ۳	مراقبت ۲ روزهای ۱۰ تا ۱۵	مراقبت ۳ روزهای ۳۰ تا ۴۲
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	- مشخصات، وضعیت زایمان - سوابق بارداری های اخیر - علائم خطر و عوارض - مصرف مکمل های دارویی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم خطر و عوارض - مصرف مکمل های دارویی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم خطر و عوارض - غربالگری سلامت روان - مصرف مکمل های دارویی
معاینه بالینی	- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - علائم حیاتی	- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - علائم حیاتی	- معاینه چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - علائم حیاتی
آزمایش ها	----------	----------	پاپ اسمیر (در صورت نیاز) - ارجاع جهت درخواست آزمایش برای مبتلایان به دیابت بارداری
آموزش و مشاوره	بهداشت فردی، روان و جنسی، دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، نحوه شیردهی و مشکلات آن، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، زمان مناسب بارداری بعدی، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد
مکمل های دارویی	آهن و مولتی ویتامین مینرال تا ۳ ماه پس از زایمان		
ایمن سازی	ارجاع جهت تزریق رگام در مادر ارهاش منفی با نوزاد ارهاش مثبت طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان	----------	----------

الف- ملاقات های معمول بارداری

عنوان	صفحه
الف۱- اولین ملاقات بارداری	
الف۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری	
الف۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری	
تعاریف مراقبت های بارداری	

الف ۱- اولین ملاقات بارداری

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

- در حال تشنج/ تشنج قبل از مراجعه
- اختلال هوشیاری
- شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون ماکزیمم کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه همراه با رنگ پریدگی، عرق سرد
- خونریزی
- درد شدید یا حاد شکم

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و اعزام

اقدامات قبل از اعزام:

الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلوی چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن

ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلوی چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان

در صورت نبود علائم خطر

ارزیابی

تشکیل پرونده

گرفتن شرح حال: وضعیت بارداری فعلی، تعیین سن بارداری، وضعیت باردار و زایمان قبلی، بررسی رفتار پر خطر، وضعیت ایمن سازی مطابق فرم مراقبت

اندازه گیری کنید:

وزن، قد، نمایه توده بدنی

علائم حیاتی

گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام
وضعیت بارداری فعلی بارداری زیر ۱۸ و بالای ۳۵سال، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال، بارداری پنجم و بالاتر، سن بارداری نامشخص، نمایه توده بدنی غیرطبیعی، شغل سخت و سنگین، چندقلویی، بارداری همزمان با روشهای پیشگیری از بارداری، ارهاش منفی، مصرف مواد افیونی و محرک، کشیدن سیگار و دخانیات، مصرف الکل، شیردهی همزمان با بارداری، حاملگی ناخواسته، اختلال ژنتیکی یا ناهنجاری در زوجین یا بستگان درجه اول	ارجاع غیر فوری به پزشک/ ماما
سوابق بارداری و زایمان قبلی پره اکلامپسی، دیابت بارداری، چندقلویی، سزارین، خونریزی پس از زایمان، زایمان سریع، زایمان سخت، جدا شدن زودرس جفت، جفت سرراهی، مول/ حاملگی نابجا، زایمان دیررس، زایمان زودرس، جراحی بر روی رحم، تاخیر رشد داخل رحمی، نوزاد ناهنجار، سقط مکرر، مرده زایی، مرگ نوزاد، نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	ارجاع غیر فوری به پزشک/ ماما
سابقه زندان، سابقه تزریق مکرر خون، سابقه اعتیاد تزریقی، سابقه رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده	ارجاع غیر فوری به پزشک/ ماما
ارزیابی معمول مادر با توجه هفته بارداری طبق ب۲ و ب۳ و - ایمن سازی در صورت نیاز - ارجاع غیر فوری به پزشک/ ماما به منظور: - درخواست آزمایش های معمول - معاینه فیزیکی - بررسی بیماری و ناهنجاری ها	

الف۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

- در حال تشنج/ تشنج قبل از مراجعه
- اختلال هوشیاری
- شوک: نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون ماکزیمم کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه همراه با رنگ پریدگی، عرق سرد
- خونریزی
- درد شدید یا حاد شکم

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و اعزام

اقدامات قبل از اعزام:

الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلوی چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن

ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلوی چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان

در صورت نبود علائم خطر

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سئوال کنید:

لکه بینی، آبریزش، تنگی نفس و تپش قلب، مشکلات ادراری- تناسلی، درد، تهوع و استفراغ، حرکت جنین، مشکلات دهان و دندان، اختلالات روانی، مصرف مکمل ها و تغذیه، همسرآزاری، تروما، شکایت شایع

اندازه گیری کنید:

وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

معاینه کنید:

چشم، دهان و دندان، پوست، اندام ها و صورت

گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام
لکه بینی، سوزش ادرار، آبریزش، درد شکم و یا پهلوها، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، استفراغ شدید یا خونی، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، زردی، تب، فشارخون بالا، ضربه مستقیم به شکم و لگن، فوریت روانپزشکی	- حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری
وزن گیری نامناسب، ترشحات بدبوی مهبل، خارش و سوزش تناسلی، افزایش فشارخون ماکزیمم به میزان ۳۰ میلیمتر جیوه و یا فشارخون مینیمم به میزان ۱۵ میلیمتر جیوه در مقایسه با فشارخون اولیه، رنگ پریدگی شدید، خارش پوست، بثورات پوستی، ورم دستها و صورت، سوء تغذیه، اختلال روانپزشکی، عدم تطابق ارتفاع رحم با سن بارداری، نشنیدن صدای قلب جنین، التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان، عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان	- اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری - در صورت التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان: ارجاع غیرفوری و در صورت عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان: ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک - توجه به نکات مربوط به شنیدن صدای قلب جنین
همسرآزاری	- برقراری ارتباط مناسب (طبق تعاریف بارداری) - به مادر توصیه کنید که از افراد قابل اعتماد برای کنترل رفتار پرخاشگرانه کمک بخواهد - در صورت وجود آسیب جسمی و یا علائم خطر فوری: ارجاع فوری به بیمارستان
شکایت های شایع یا طبیعی بودن همه موارد	- تجویز مکمل های دارویی طبق **ت۱** - آموزش شکایت های شایع و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری و ترسیم نمودار وزن گیری - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان - غربالگری سلامت روان - پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در هفته ۱۳-۱۱ بارداری و در صورت نیاز در هفته ۱۷- ۱۵ بارداری - تعیین تاریخ مراجعه بعدی - ارجاع غیر فوری به پزشک یا ماما برای سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری

الف۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

- در حال تشنج/ تشنج قبل از مراجعه
- اختلال هوشیاری
- شوک (نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون ماکزیمم کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه)
- پاره شدن کیسه آب
- درد شدید یا حاد شکم

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و اعزام

اقدامات قبل از اعزام:

الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلوی چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن

ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلوی چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان

در صورت نبود علائم خطر

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سئوال کنید :

لکه بینی، آبریزش، درد، مشکلات ادراری- تناسلی، استفراغ، حرکت جنین، مشکلات پوستی، مشکلات دهان و دندان، تنگی نفس و تپش قلب، همسرآزاری، اختلالات روانی، تروما، مصرف مکمل ها و تغذیه، شکایت شایع

اندازه گیری کنید:

وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

معاینه کنید:

چشم، پوست، اندام ها، صورت و دهان و دندان

توجه به تاریخ تقریبی زایمان

گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام
لکه بینی، سوزش ادرار، استفراغ شدید یا خونی، فشارخون بالا، تب، آبریزش، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، زردی، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، درد شکم و یا پهلوها، افزایش وزن ناگهانی، نشنیدن یا غیر طبیعی بودن صدای قلب جنین، کاهش یا عدم حرکت جنین، ورم دستها و صورت ،سن بارداری بیش از ۴۰ هفته، ضربه مستقیم به شکم و لگن، فوریت روانپزشکی	- حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری
وزن گیری نامناسب، ترشحات بدبوی مهبل، خارش و سوزش تناسلی، افزایش فشارخون ماکزیمم به میزان ۳۰ میلیمتر جیوه و یا فشارخون مینیمم به میزان ۱۵ میلیمتر جیوه در مقایسه با فشارخون اولیه، رنگ پریدگی شدید، بثورات پوستی، خارش پوست، عدم تطابق ارتفاع رحم با سن بارداری، سوء تغذیه، عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان	- اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری - در صورت عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان: ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک
همسرآزاری	- برقراری ارتباط مناسب (طبق تعاریف بارداری) - به مادر توصیه کنید که از افراد قابل اعتماد برای کنترل رفتار پرخاشگرانه کمک بخواهد - در صورت وجود آسیب جسمی و یا علائم خطر فوری: ارجاع فوری به بیمارستان
شکایت های شایع، طبیعی بودن همه موارد	- تجویز مکمل های دارویی طبق ت۱ - آموزش شکایت های شایع و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری و ترسیم منحنی وزن گیری - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان - آموزش زمان مناسب بارداری بعدی در ملاقات هفته ۳۵ تا ۳۷ طبق ت۲ - تعیین تاریخ مراجعه بعدی ارجاع غیر فوری به پزشک/ ماما: - درخواست آزمایش هفته ۲۴ تا ۳۰ بارداری - درخواست سونوگرافی هفته های ۳۱ تا ۳۴ - تزریق رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری

تعاریف مراقبت های بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

آبریزش: خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

آزمایشهای معمول بارداری: در **اولین ملاقات بارداری** گروه خونی و ارهاش، شمارش کامل خون، قند خون ناشتا، کشت و کامل ادرار،BUN، کراتی نین و VDRLو در **ملاقات سوم بارداری** (بهتر است در هفته ۲۸-۲٤ انجام شود) شمارش کامل خون، قند خون ناشتا و OGTT (در افراد غیر دیابتیک) و کامل ادرار توسط پزشک یا ماما درخواست می شود.

نکته ۱: نتایج آزمایش ها توسط پزشک یا ماما بررسی می شود.

نکته ۲: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در زن باردار و یا همسرش، زن باردار را برای انجام آزمایش HIV به کارشناس ایدز و یا مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع دهید. در مراکز مجری طرح PMTCT تست تشخیص سریع HIV دو بار، نوبت اول در اولین ملاقات (هفته ۱۰-٦) و نوبت دوم در ملاقات هفته ۳٤-۳۱ بارداری انجام می شود.

نکته ۳: نوبت اول کومبس غیر مستقیم در مادر ارهاش منفی در هر زمانی پس از اطلاع از مثبت بودن ارهاش همسر توسط پزشک یا ماما درخواست می شود. نوبت دوم این آزمایش در هفته های ۲٤ تا ۳۰ بارداری است.

نکته ۴: در صورتی که خانم طبق دستورالعمل کشوری بر علیه هپاتیت ایمن نشده است، آزمایش HBsAg توسط پزشک یا ماما درخواست می شود.

نکته ۵: در صورتی که خانم در مراقبت پیش از بارداری آزمایش TSHرا انجام نداده است در اولین ملاقات TSH اندازه گیری شود.

آموزش و توصیه: طی ملاقات ها متناسب با هفته های بارداری موارد زیر را به مادر آموزش دهید: بهداشت فردی (استحمام، استراحت، مسافرت، کار، ورزش، پوشیدن لباس مناسب، مصرف دارو، ...)، بهداشت روان (تغییرات خلق و خو، روحیات، مسئولیت پذیری همسر، آمادگی لازم برای والدین شدن و ارتباط افراد خانواده)، بهداشت جنسی (روابط جنسی و نکات آن و رفتارهای پر خطر با تاکید بر راه های انتقال ویروس HIV)، بهداشت دهان و دندان (مراقبت از دندان ها، استفاده از نخ دندان و ترمیم دندان ها)، تغذیه و مکمل های دارویی (گروه های اصلی غذایی، رعایت تنوع و تعادل در مواد غذایی، مصرف مکمل های دارویی)، دخانیات و مخدر و الکل (عدم مصرف و ترک آن و مضرات مصرف آن برای مادر و جنین)، شکایت های شایع (حساس شدن پستان ها، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش ترشحات مهبلی، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ...)، علائم خطر (لکه بینی، خونریزی، آبریزش، تاری دید، درد سر دل، تنگی نفس، سردرد و ...) و مراجعه برای دریافت مراقبتهای بارداری، اهمیت شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان، فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان، مراقبت از نوزاد، غربالگری و علائم خطر نوزادی، اصول شیردهی، زمان مناسب بارداری بعدی و مراجعه برای دریافت مراقبت های پس از زایمان

نکته: در هر ملاقات، علائم خطر را گوشزد کنید و مطمئن شوید که مادر این علائم را فرا گرفته است.

اختلال انعقادی: تأخیر در لخته شدن خون یا توقف خونریزی

اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

ارتفاع رحم: از هفته ١٦ بارداری به بعد در هر ملاقات، ارتفاع رحم را اندازه گیری کنید (مثانه باید خالی باشد) و با سن بارداری مطابقت دهید. در هفته ١٦ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف و در هفته ۲۰ بارداری، در حدود ناف قرار دارد. از هفته ۱۸ تا ۳۲ بارداری با استفاده از نوار متری، ارتفاع رحم (فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) برحسب سانتی متر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. در هفته ۳۲ تا ٣٦ بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می شود و در هفته های ٣٦ تا ٤٠ در زیر استخوان جناغ لمس می شود.

نکته: در صورت اختلاف بین ارتفاع رحم و سن بارداری بیش از ۳ هفته مادر می بایست به پزشک/ ماما ارجاع داده شود.

ارزیابی علائم خطر فوری: در هر ملاقات، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری (اختلال هوشیاری، تشنج، شوک، خونریزی شدید، پارگی کیسه آب) بررسی کنید. در صورت وجود هر یک، مطابق جدول اقدام کنید و قبل از انجام مراقبت های معمول، مادر را اعزام کنید.

استفراغ شدید: استفراغ های متعدد و با شدت زیاد که باعث کم آبی بدن مادر گردد.

اعتیاد یا وابستگی: بیماری بالینی است که خود را با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک نشان می دهد و باعث می شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص وابستگی به مواد، حداقل وجود سه نشانه از نشانه های زیر لازم است:

- تحمل که افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دست یابی به علائم مصرف آن ماده است؛
- پیدایش علائم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف؛
- تمایل دائم و تلاش های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده؛
- مختل شدن فعالیت های اجتماعی، شغلی و تفریحی؛

- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛
- صرف زمان زیاد جهت تهیه، مصرف و یا بهبودی از عوارض.

مصرف مواد زیر (بدون توصیه پزشک) را از خانم سوال کنید:

انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، **داروهای مسکن اُپیوئیدی** (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، **داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور** (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)، **الکل** (آبجو، شراب، عَرَق، غیره)، **مواد اَفیونی غیرقانونی** (تریاک، شیره، سوخته، هروین، کراک هروئین، غیره)، **حشیش** (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، **محرک‌های آمفتامینی** (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره).

ایمن سازی: ایمن سازی با واکسن توأم را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون انجام دهید. بهترین زمان برای تزریق واکسن توام در مادر باردار که ایمن سازی کامل ندارد تا هفته ۳۶ بارداری است. اگر به هر دلیل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت ها به تاخیر افتاد، بهتر است تزریق واکسن حداقل دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان باشد.

نکته: در صورت وقوع **سقط غیر بهداشتی**، مادر را برای ایمن سازی به پزشک یا ماما ارجاع دهید.

بارداری:

- **تعداد بارداری:** تعداد بارداری ها بدون در نظر گرفتن نتایج آن (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس، زایمان بموقع، زایمان دیررس چند قلویی). بارداری فعلی مادر نیز محاسبه می شود.
- **تعداد زایمان:** بر اساس تعداد حاملگی ها از هفته ۲۲ و بیشتر، بدون در نظر گرفتن تعداد جنین های متولد شده محاسبه می شود. یعنی یک زایمان تک قلو یا چند قلو ، زنده یا مرده در تعداد زایمان تغییری بوجود نمی آورد.
- **سقط:** خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته ۲۲ بارداری، یعنی تا ۲۱ هفته و ۶ روز
- **سقط دیررس:** سقط پس از سه ماهه اول بارداری
- **سقط مکرر:** ۲ بار یا بیشتر سقط متوالی
- **زایمان:** تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی بعد از ۲۱ هفته و ۶ روز
- **زایمان زودرس:** تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی تا ۳۶ هفته و ۶ روز
- **زایمان دیررس:** تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از ۴۱ هفته و ۶ روز
- **زایمان سخت:** زایمانی که طولانی بوده و یا به وسیله ابزار (فورسپس یا واکیوم) و یا با خروج سخت شانه ها انجام شده باشد.
- **زایمان سریع:** زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی ۳ ساعت یا کمتر انجام شده باشد و یا ۵ سانتی متر در ۱ ساعت در مولتی پار و ۱۰ سانتیمتر در یک ساعت در نولی پار دیلاتاسیون افزایش یابد.
- **مرده زایی:** مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جداشدن از مادر نفس نمی کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان نمی دهد.
- **مرگ نوزاد:** مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا ۲۸روز کامل پس از تولد.

دوره پری ناتال از شروع هفته ۲۲ بارداری تا انتهای روز ۲۸ پس از تولد است.

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر: در هر مراجعه، ابتدا پرونده را مرور کنید و چنانچه نقایصی مثل تکمیل نبودن قسمت های مختلف پرونده، نامشخص بودن وضعیت ایمن سازی، نبودن جواب آزمایش ها، نبودن نتیجه و پسخوراند وجود دارد، رفع و دستورات را اجرا کنید.

برقراری ارتباط مناسب با مادر: مواردی که باید در برقراری ارتباط مناسب در نظر گرفت:

- با دقت به صحبت ها و شکایت های زن باردار گوش کرده و یادآوری کنید که مشکل او را درک می کنید.
- نگرش احترام آمیز و صلح جویانه نسبت به زن باردار و زوجش داشته باشید.
- از سرزنش کردن، ترحم و قضاوت نسبت به زن باردار یا زوجش خودداری کنید. (متهم نکنید، انگ نزنید، برخورد اهانت آمیز و یا جانب دارانه نداشته باشید)
- به زن باردار و زوجش (در صورت مراجعه همسر) اطمینان دهید که اسرار آنها محرمانه می ماند.

پاره شدن کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل

تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی مادر را بر اساس «هفته» تعیین و به مادر یادآوری کنید.

تاریخ تقریبی زایمان: از هفته ۲۸ بارداری به بعد، در هر ملاقات به تاریخ تقریبی زایمان توجه کنید.

تزریق آمپول رگام: درصورت پاسخ منفی آزمایش های کومبس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی) مادر ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت و در صورت امکان تهیه دارو، آمپول رگام از هفته ۲۸ تا ۳٤ بارداری توسط پزشک یا ماما تزریق می شود.

نکته: به خاطر بسپارید در مادر ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت، در صورت ختم بارداری به هر دلیلی پیش از تاریخ تقریبی زایمان (سقط، مول، زایمان زودرس، حاملگی نابجا و....)، آمپول رگام تزریق می شود.

تشکیل پرونده و شرح حال: در ملاقات اول برای تشکیل پرونده، بخش شرح حال «فرم مراقبت بارداری» را تکمیل نمائید. شرح حال شامل:

– تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، مصرف مواد افیونی و محرک / داروی مخدر، مصرف الکل، کشیدن سیگار یا سایر دخانیات، رفتارهای پرخطر، همسرآزاری، شغل سخت و سنگین

– تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، داشتن فرزند کمتر از ۲ سال، بارداری پنجم و بالاتر و سوابق بارداری و زایمان قبلی

– تاریخچه پزشکی: ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماری های زمینه ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، اختلالات روانی، بیماری تیروئید، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونتHIV /ایدز، هپاتیت، اختلال انعقادی، سابقه سرطان پستان در خانم های بالای ۳۰ سال و یا سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ)، ناهنجاری دستگاه تناسلی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، تالاسمی مینور در خانم و یا همسرش، اختلال ژنتیکی در خانم یا همسرش و یا وجود ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)

تشنج: حرکات غیر ارادی سراسر یا قسمتی از بدن که اغلب با خشکی و سفتی عضلات همراه است.

تغذیه مناسب: آنچه در تغذیه مادر باردار اهمیت دارد، تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی است. بهترین راه، استفاده از همه گروه های اصلی غذایی یعنی گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزدانه هاست. جدول زیر سهم های لازم در گروه های غذایی و برای هر روز را نشان می دهد. با توجه به نمایه توده بدنی مادر واحد مورد نیاز (سهم) گروه غلات و نان تغییر می کند.

گروه‌های غذایی	واحدهای مورد نیاز		معادل هر واحد	منابع غذایی
	غیر باردار	باردار و شیرده		
گروه نان و غلات	۱۱– ۶	۱۱– ۷	یک کف دست بدون انگشت (معادل ۳۰ گرم) انواع نان‌ها مثل نان بربری، سنگگ و ۲ تا تافتون یا ٤ کف دست نان لواش (معادل ۳۰ گرم) یا نصف لیوان برنج یا سه چهارم لیوان ماکارونی پخته یا۳ عدد بیسکویت ساده بخصوص سبوس‌دار	انواع نان بخصوص نوع سبوس‌دار (سنگگ، نان جو...) نان‌های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته‌ها، غلات صبحانه و فرآورده‌های آنها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است. نان و غلات سبوس‌دار به دلیل تامین فیبر مورد نیاز در الویت است.
گروه سبزی‌ها	۵–۳	۵–۴	یک لیوان سبزی‌های خام برگی یا نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده یا یک عدد گوجه فرنگی، پیاز، هویج یا خیار متوسط یا نصف لیوان آب هویج یا نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و یا هویج خرد شده	این گروه شامل انواع سبزی‌های برگ دار، هویج، بادمجان، نخود سبز، انواع کدو، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز، کرفس، ریواس و سبزیجات مشابه دیگر است.
گروه میوه‌ها	۴– ۲	۴– ۳	یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی و...) یا نصف لیوان میوه‌های ریز مثل توت، انگور، دانه‌های انار یا نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه یا یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار یا نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی و در مورد میوه‌های شیرین مانند آب انگور یک سوم لیوان	این گروه شامل انواع میوه مثل سیب، موز، پرتقال، خرما، انجیر تازه، انگور، برگه آلو، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه‌ها و میوه‌های خشک مثل انجیر خشک، کشمش، برگه آلو است.

گروه شیر و لبنیات	۳- ۲	۴- ۳	یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (کمتر از ۲/۵ درصد) یا ٤٥ تا ٦٠ گرم پنیر (دو قوطی کبریت پنیر) یا یک چهارم لیوان کشک مایع یا ۲ لیوان دوغ یا یک و نیم لیوان بستنی پاستوریزه	مواد این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک است.
گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه‌ها	۳- ۲	۳	٦٠ گرم گوشت (یا دو تکه خورشتی) لخم و بی چربی پخته اعم از گوشت قرمز یا سفید (به اندازه سایز دو تکه جوجه کبابی یا دو قوطی کبریت کوچک) یا نصف ران متوسط یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) یا ٦٠ گرم گوشت ماهی پخته شده (کف دست بدون انگشت) یا دو عدد تخم مرغ یا نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندوق، پسته و تخمه)	این گروه شامل انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت‌های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) تخم مرغ، حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه و...) و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و...) است.

حرکت جنین: معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در هفته های ١٦ تا ٢٠ احساس می شود و این زمان می تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد. سوال در مورد حرکت جنین از هفته ٢٤ بارداری است. تکامل حرکات عمومی بدن جنین ٢٠ تا ٣٠ هفته است و بلوغ حرکات تا هفته ٣٦ بارداری ادامه می یابد. پس از آن حرکات جنین کمتر می شود. بهتر است از مادر بخواهید در این هفته ها تعداد حرکات جنین خود را در یک ساعت شمارش کند تا الگویی از حرکات وی بدست آورد.

نکته: تعداد مطلوب حرکات جنین و زمان بهینه برای شمارش آن مشخص نشده است. در یک روش احساس ١٠ حرکت در ٢ ساعت طبیعی است و در صورتی که تعداد حرکات جنین به ١٠ بار نرسد، مادر را ارجاع دهید. در یک روش الگوی حرکت جنین که توسط مادر بدست آمده است ملاک است. اگر این تعداد معادل یا بیشتر از شمارش پایه قبلی است، اطمینان بخش است. کاهش حرکت جنین بنا به اظهار مادر از هفته ٢٨ بارداری اهمیت دارد.

خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل (بیشتر از لکه بینی)

درد شکم و یا پهلوها: هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها

نکته: در مواردی که سن بارداری بالای ٣٧ هفته است، درد متناوب پایین شکم می تواند نشانه زایمان باشد.

دیابت بارداری: شروع و یا تشخیص اولیه هر درجه ای از اختلال تحمل گلوکز در بارداری

رفتارهای پر خطر: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده، سابقه تزریق مکرر خون

سوزش ادرار: احساس سوزش به هنگام ادرار کردن

سونوگرافی: در هفته های ١٦ تا ١٨ بارداری (از شروع هفته ١٦ بارداری تا قبل از پایان هفته ١٨ بارداری) و هفته های ٣١ تا ٣٤ بارداری ، مادر را برای انجام سونوگرافی معمول به پزشک یا ماما ارجاع دهید.

شکایت های شایع: این شکایت ها در نیمه اول شامل دردناک و حساس شدن پستان ها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، افزایش ترشحات مهبلی، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ویار و در نیمه دوم شامل پررنگ شدن پوست نقاطی از بدن مانند هاله پستان ها و ناف، یبوست، نفخ، افزایش ترشحات مهبلی، کمردرد، سوزش سردل و تکرر ادرار است.

نکته ١: این حالات برای مادر مضر نبوده و صرفاً به علت سازگاری بدن با تغییرات بارداری است.

نکته ٢: متناسب با هر شکایت، طبق متن آموزشی به مادر توصیه کنید.

شغل: هر فعالیت فکری یا بدنی که به منظور کسب درآمد (نقدی، غیر نقدی) صورت گیرد.

شغل سخت و سنگین:

- کارهای ایستاده یا نشسته مداوم (مانند معلمان، فروشند گان، قالی بافان، ...)؛
- بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه ای که موجب افزایش ضربان قلب، عرق کردن زیاد و خستگی مفرط شود؛
- تماس با داروهای شیمی درمانی، اشعه ایکس، جیوه آلی و دیگر مواد شیمیایی؛
- مواد شیمیایی مضر برای رشد جنین مثل سرب، حلالهای شیمیایی، مواد شوینده و پاک کننده، حشره کشها و دود دمه های فلزات؛

- کار در محیطهای پرسروصدا، محیط های گرم، فعالیت در محیطهای پراسترس روانی می تواند موجب افزایش فشار خون در زنان باردار گردد.

نکته: اگر مادر در این شرایط مشغول به کار است در صورت امکان نوع یا محل کار خود را تغییر دهد و یا در کار طولانی مدت نشسته یا ایستاده، هر ۳ ساعت یک بار تغییر وضعیت دهد.

شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از۹۰ میلی متر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد.)

صدای قلب جنین: با انجام مانورهای لئوپولد، محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید. از هفته ۲۸ بارداری به بعد، در هر ملاقات به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید. تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است. قبل از هفته ۲۸ بارداری شنیده شدن صدای قلب جنین کفایت می کند.

ضربه: هر نوع صدمه به اعضای مختلف بدن به ویژه شکم و لگن مادر نیاز به بررسی دارد. ضربه مستقیم به شکم و لگن، نیازمند ارجاع فوری مادر است.

علائم حیاتی: در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید.

- در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. فشارخون۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است. افزایش فشارخون حداکثر به میزان ۳۰ میلی متر جیوه و فشارخون حداقل به میزان ۱۵ میلی متر جیوه نسبت به فشارخون اولین ملاقات نیاز به پیگیری دارد.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان (زیر زبانی) به مدت یک دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۰/۵ درجه کمتر است.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض،۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

علائم روانپزشکی: وضعیت روانی خانم را با ارزیابی علائم زیر و سوالات غربالگری سلامت روان تعیین کنید:

- **علائم خطر فوری روانپزشکی:** احساس بیزاری از زندگی، افکار یا اقدام به خودکشی، عدم برقراری ارتباط، بی قراری شدید، ناامیدی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران، هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه‌گیری، کاهش ارتباط‌های اجتماعی، کم حرفی، کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف)
- **علائم در معرض خطر روانپزشکی:** خجالتی بودن شدید، اضطراب در محیط های اجتماعی، تجربه علائمی مانند تپش قلب و تنگی نفس، وسواس، خلق افسرده، بی حوصلگی و کاهش علایق، گریه، احساس پوچی،تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته، تغییر در خواب و اشتها، اختلال در تمرکز

فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال: فاصله بارداری فعلی تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال باشد. (سقط در این فاصله گذاری محاسبه نمی شود.)

کلاس آمادگی برای زایمان: این کلاس ها از هفته ۲۰ بارداری به مدت ۸ جلسه به منظور آشنایی مادر با مباحث تئوری بارداری و زایمان و پس از زایمان و مباحث عملی شامل تمرین های عصبی- عضلانی، اصلاح وضعیت ها، تکنیک صحیح تنفس، آرام سازی تشکیل می شود. مادر می تواند با یک نفر همراه به انتخاب خودش در این کلاس ها شرکت کند.

لکه بینی: خروج لکه خونی از مهبل

مانورهای لئوپولد: مادر را بر روی یک تخت سفت خوابانده و شکم او را عریان کنید. مانور های لئوپولد شامل چهار مانور به شرح زیر است:

مانور اول: در این مانور، در کنار تخت بایستید به گونه ای که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد و با ملایمت قله رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس کنید. ته جنین به صورت یک جسم بزرگ که اجزاء کوچکی دارد و سر به صورت سفت و گرد و قابل حرکت لمس می شود.

مانور دوم: مطابق مانور اول به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد، در کنار او بایستید و کف هر دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار دهید و با ملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست دیگر فشار وارد کنید. در یک طرف شکم، ساختمان سخت و مقاومی لمس می شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم، برجستگی هائی لمس می شود که دست و پا و جلوی بدن جنین است.

مانور سوم: در این مانور نیز به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد در کنار تخت ایستاده و انگشت شست و چهار انگشت دیگر را در قسمت تحتانی شکم مادر درست در بالای سمفیز پوبیس قرار دهید. چنانچه سر جنین در داخل لگن قرار نگرفته باشد، یک جسم قابل حرکت که همان سر جنین است، لمس می شود.

مانور چهارم: برای انجام این مانور، طوری قرار بگیرید که نگاه شما به طرف پاهای مادر باشد. سپس با نوک سه انگشت اول هر دست، فشار عمیقی در جهت محور قسمت فوقانی لگن وارد کنید. چنانچه سر جنین در پائین قرار داشته باشد، انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به یک جسم گرد برخورد می کند، در حالی که دست دیگر کاملاً وارد لگن می شود. با این مانور میزان ورود سر به داخل لگن مشخص می گردد.

مراقبت های معمول بارداری: تعداد ملاقاتهای معمول بارداری ۸ بار است که دو ملاقات در نیمه اول بارداری (هفته ٦ تا ۲۰) و شش ملاقات در نیمه دوم بارداری (هفته ۲۱ تا٤٠) می باشد. در هر ملاقات مادر با توجه به نیمه بارداری، مراقبت مادر را بر اساس مراقبت های استاندارد همان نیمه بارداری انجام دهید.

- اولین ملاقات بارداری: هر مادری در هر سنی از بارداری که مراجعه کند، ابتدا می بایست اقدامات مربوط به اولین مراقبت بارداری برای وی انجام شود. سپس متناسب با سن بارداری، مراقبت های نیمه اول یا دوم بارداری ارائه گردد. در این ملاقات تشکیل پرونده، گرفتن شرح حال و معاینه مادر انجام و نتایج پس از بررسی ها ثبت می شود. اولین ملاقات مادر باید در هفته ٦ تا ۱۰ بارداری، صورت گیرد.
- ملاقات های نیمه اول و دوم بارداری: در نیمه اول بارداری (۲۰ هفته اول) دو مراقبت در هفته های ۱۰- ٦ و ۲۰- ۱٦ و در نیمه دوم در هفته های ۳۰- ۲٤، ۳٤-۳۱، ۳۷- ۳٤، ۳۸، ۳۹ و ٤۰ باید انجام شود. اقداماتی که در این ملاقات ها در صورت نبود علائم خطر فوری انجام می شود شامل: بررسی عوارض بارداری، بررسی نحوه تغذیه مادر، اندازه گیری علائم حیاتی، ارتفاع رحم و صدای قلب جنین، معاینه اعضا بدن و تجویز مکمل ها، درخواست آزمایش یا سونوگرافی و ارائه آموزش های لازم است. سپس اقدام بعدی بر اساس نتایج ارزیابی و آزمایش ها انجام می شود.

مشاوره باروری سالم: در هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری، با مادر طبق راهنما ت۲ مشاوره کنید.

مشکلات ادراری- تناسلی: این مشکلات شامل سوزش ادرار، درد هنگام ادرار کردن، درد زیر دل، ترشحات غیر طبیعی و بدبوی واژینال، خارش و سوزش واژن و ناحیه تناسلی خارجی است.

معاینه در ارزیابی معمول: در هر ملاقات موارد زیر را بررسی و در فرم مراقبت ثبت کنید:

- **چشم**: در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کنید. کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و یا کف دست، «رنگ پریدگی شدید» است.
- **پوست**: در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسی کنید. ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب، خارش، خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی
- **اندام ها: ساق** پا و ران ها را از نظر وجود ادم، سردی یا کبودی اندام بررسی کنید.
- **دهان و دندان**: در ملاقات اول، دوم و سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید. درمان بیماری های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.
  - التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه
  - جرم دندانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.
  - عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لثه ها(آبسه) شده و گاهی با فیستول(دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.
  - پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه، سوراخ شدن دندان، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

مکمل های دارویی: مکمل های دارویی را طبق راهنما برای مادر تجویز کنید.

نازایی: عدم وقوع بارداری پس از یک سال نزدیکی بدون استفاده از روش های پیشگیری از بارداری

نمایه توده بدنی: با استفاده از میزان وزن و قد، نمایه توده بدنی را از روی نمودار نوموگرام محاسبه کنید. روش محاسبه آن: وزن (کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (سانتی متر)

BMI	وضعیت تغذیه	محدوده مجاز افزایش وزن در بارداری
کمتر از ۱۸/۵	کم وزن	۱۸- ۱۲/۵
۱۸/۵ -۲۴/۹	طبیعی	۱۶- ۱۱/۵
۲۵ -۲۹/۹	اضافه وزن	۱۱/۵- ۷
بیشتر و مساوی ۳۰	چاق	۹- ۵

نکته۱: نمایه توده بدنی پیش از بارداری اهمیت دارد ولی در صورتی که مادر مراقبت پیش از بارداری انجام نداده است، تعیین نمایه توده بدنی در ۱۲ هفته اول بارداری نیز اعتبار دارد.

نکته ۲: در صورتی که به دلیل تهوع و استفراغ شدید بارداری، مادر به طور واضح کاهش وزن دارد و یا تفاوت وزن پیش از بارداری با وزن فعلی اختلاف فاحش دارد، ملاک وزن برای محاسبه نمایه توده بدنی، وزن مادر در ۱۲ هفته اول بارداری است.

وزن: در هر ملاقات، وزن مادر را اندازه گیری و با وزن قبلی مقایسه کنید. سپس وزن گیری مادر را با توجه به سن بارداری بر اساس «جدول وزن گیری» تعیین کنید. بطور طبیعی میزان افزایش وزن مادر در طول بارداری با توجه به نمایه توده بدنی طبیعی، ۱۱/۵ تا ۱۶ کیلوگرم است.

نکته: افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته، افزایش وزن ناگهانی است.

همسرآزاری: هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، روانی و یا رنجش زن همراه گردد. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.

خشونت جسمی: هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که منجر به وارد شدن آسیب بدنی به همسرش گردد مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو

خشونت روانی: رفتار خشونت آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.

ب- مراقبت های معمول پس از زایمان (روز اول تا ۶ هفته اول پس از زایمان)

عنوان	صفحه
ب۱- مراقبت های اول و دوم پس از زایمان	
ب۲- مراقبت سوم پس از زایمان	
ب۳- تعاریف مراقبت های پس از زایمان	

ب ۱- مراقبت های اول و دوم پس از زایمان

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

- تشنج قبل از مراجعه/ در حال تشنج
- اختلال هوشیاری
- شوک (نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون ماکزیمم کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه)
- تنفس مشکل

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام

حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و اعزام

اقدامات قبل از اعزام:

الف) شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان، گرم نگه داشتن مادر، خوابانیدن مادر به پهلوی چپ و بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن

ب) تشنج: باز کردن راه هوایی با گذاشتن ایروی، خوابانیدن مادر به پهلوی چپ، عدم تجویز مایعات و مواد خوراکی از راه دهان

علائم خطر — در صورت نبود

ارزیابی

تشکیل پرونده در ملاقات اول

گرفتن شرح حال و بررسی سوابق بارداری اخیر مطابق فرم مراقبت پس از زایمان

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر در ملاقات دوم

سئوال کنید :

ترشحات مهبل و خونریزی، وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، اختلال روانپزشکی، سرگیجه، درد (سر، شکم، پهلوها، پستان، ساق و ران، محل بخیه)، همسرآزاری، وضعیت شیردهی، شکایت شایع، مصرف مکمل های دارویی

اندازه گیری کنید:

علائم حیاتی

معاینه کنید:

چشم، پستان، شکم (رحم)، محل بخیه، اندام ها

گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام
خونریزی بیش از حد قاعدگی یا دفع لخته، ترشحات چرکی و بدبو از مهبل، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول، سوزش و درد هنگام ادرار کردن و اجابت مزاج، بی اختیاری ادرار و مدفوع، مدفوع خونی، سرگیجه با افت فشارخون ماکزیمم و افزایش نبض از حالت خوابیده به نشسته، احساس دفع سریع ادرار، فشارخون بالا، تب، آبسه پستان، ماستیت، بزرگی رحم، لمس توده دردناک یا خروج ترشحات چرکی و تورم محل برش، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، افسردگی شدید، اقدام به خودکشی، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، درد شکم و یا پهلوها	حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری
بیماری زمینه ای، دیابت بارداری، سابقه پره اکلامپسی، مصرف مواد افیونی/ محرک/ الکل، بواسیر، رنگ پریدگی شدید، سرگیجه با علائم حیاتی طبیعی، اختلال روانپزشکی	اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری
درد محل برش اپی زیاتومی یا سزارین بدون لمس توده و تب و خروج ترشحات چرکی	تجویز مسکن و کمپرس گرم و اقدام طبق آخرین خانه زیر
پس درد	تجویز مسکن و اقدام طبق آخرین خانه زیر
شقاق و احتقان پستان	- ارائه توصیه های بهداشتی طبق ت ۳ و در صورت عدم بهبود: ارجاع در اولین فرصت - اقدام طبق خانه زیر
شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد	- تجویز مکمل های دارویی طبق ت۱ - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان - ارایه توصیه های بهداشتی طبق ت٤ - ارجاع جهت تزریق رگام در صورت نیاز در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان - مشاوره باروری سالم در ملاقات دوم طبق ت۲ - تعیین تاریخ مراجعه بعدی

ج۲- مراقبت سوم پس از زایمان

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سئوال کنید :
ترشحات مهبل و خونریزی، وضعیت شیردهی، وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، اختلال روانپزشکی، سرگیجه، درد (شکم، پهلوها، پستان، ساق و ران، دندان، محل بخیه)، شکایت شایع، همسرآزاری، مصرف مکمل های دارویی

اندازه گیری کنید:
علائم حیاتی

معاینه کنید:
چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، محل بخیه، اندام ها

گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام
خونریزی و دفع لخته، ترشحات چرکی و بدبو از مهبل، درد هنگام ادرار کردن و اجابت مزاج، بی اختیاری ادرار و مدفوع، افسردگی شدید، اقدام به خودکشی، سرگیجه با علائم حیاتی غیر طبیعی، تب، احساس دفع سریع ادرار، ماستیت، آبسه پستان، تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی، بزرگی رحم، ورم یا درد و حساسیت و یا خروج ترشحات چرکی از محل بخیه، ورم و درد یک طرفه ساق و ران، درد شکم و یا پهلوها	حساس کردن مادر و همراهان در مورد در معرض خطر بودن جان مادر و ارجاع فوری
بیماری زمینه ای، لکه بینی، فشارخون بالا، بواسیر، سوزش ادرار، رنگ پریدگی شدید، سرگیجه با علائم حیاتی طبیعی، عود بیماری روانی، التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان، عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان	- اقدام طبق خانه زیر و ارجاع غیر فوری - در صورت آبسه و درد شدید دندان: ارجاع در اولین فرصت و در صورت التهاب لثه، عفونت دندانی: ارجاع غیرفوری به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک
شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد	- تجویز مکمل های دارویی طبق **ت ۱** - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان - ارایه توصیه های بهداشتی طبق **ت۴** - ارجاع غیر فوری برای درخواست آزمایش FBS و OGTT (ناشتا و دو ساعته) در مادران مبتلا به دیابت بارداری

تعاریف مراقبت های پس از زایمان (به ترتیب حروف الفبا)

آموزش و توصیه: طی ملاقات های پس از زایمان در مورد بهداشت فردی (استحمام، بهداشت محل بخیه، لباس مناسب شیردهی، استراحت در طول روز، مصرف دارو در زمان شیردهی)، بهداشت روان (علائم اندوه پس از زایمان، افسردگی، همسر آزاری و حمایت عاطفی همسر) و بهداشت جنسی (زمان مناسب روابط جنسی، بهداشت جنسی با تاکید بر رفتار پر خطر)، علائم خطر (تب، خونریزی بیش از حد قاعدگی، ترشحات بدبو و چرکی از مهبل، سرگیجه، سر درد، درد ساق و ران، درد شکم، افسردگی شدید، ...)، شکایت شایع (خستگی، کمر درد، یبوست)، تغذیه (تنوع و تعادل در تغذیه زمان شیردهی) و مکمل های دارویی، نحوه شیردهی و مشکلات و تداوم آن و مصرف دارو در زمان شیردهی ، مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد (زردی، خوب شیر نخوردن، تب، اسهال، استفراغ، ...)، مشاوره باروری سالم و دریافت خدمات آن، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز و بهداشت دهان و دندان به مادر آموزش دهید.

نکته: در هر ملاقات، علائم خطر را به مادر گوشزد کنید و مطمئن شوید که این علائم را فراگرفته است.

اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

ارزیابی علائم خطر فوری: در ملاقات اول و دوم، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی کنید.

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر: در ملاقات دوم و سوم، فرم مراقبت را مرور کرده و نقایصی مانند تکمیل نبودن قسمت های مختلف را رفع و دستورات را اجرا کنید.

بیماری زمینه ای: منظور بیماری های قلبی، کلیوی، دیابت، فشارخون بالا، صرع،... است.

تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی مادر را تعیین و یادآوری کنید.

ترشحات مهبل: خروج ترشحات چرکی و بد بو را از مهبل سئوال کنید.

تزریق رگام: مادر ارهاش منفی با نوزاد ارهاش مثبت در صورتی که هنگام زایمان دریافت نکرده باشد، طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان نیاز به تزریق به صورت عضلانی دارد.

نکته: توجه داشته باشید که مادر باید تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل مصرف کند. بنابراین مطمئن شوید که مادر به میزان مورد نیاز قرص آهن و مولتی ویتامین دارد.

تشکیل پرونده و شرح حال: برای تشکیل پرونده، قسمت شرح حال و سوابق بارداری اخیر «فرم مراقبت پس از زایمان» را تکمیل کنید.

شرح حال شامل موارد زیر است:

- تاریخچه زایمان: تاریخ، نوع و محل زایمان و عامل زایمان
- سوابق بارداری اخیر: مواردی که در بارداری اتفاق افتاده و نیاز به توجه در مراقبت پس از زایمان دارد مانند پره اکلامپسی، دیابت بارداری، بیماری های زمینه ای (فشارخون بالا، قلبی، آنمی، سل و ...) و مصرف الکل، مواد افیونی و محرک

تشنج: حرکات غیر ارادی سراسر یا قسمتی از بدن که اغلب با خشکی و سفتی عضلات همراه است.

تنفس مشکل: مادر به هر دلیلی نمی تواند به راحتی نفس بکشد.

خونریزی: معمولاً در روزهای پس از زایمان به تدریج از مقدار ترشحات خونی مهبل کاسته شده و کم رنگ می شود. در ملاقات سوم خروج ترشحات خونی از مهبل را سئوال کنید.

درد شکم و یا پهلوها: هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها

سرگیجه: حالتی از دوران و یا گیج رفتن سر است. در صورت شکایت مادر از سرگیجه، فشارخون و تعداد نبض او را ابتدا در حالت خوابیده و سپس در حالت نشسته اندازه گیری کنید. در صورت طبیعی بودن، مادر را ارجاع غیرفوری و در صورت غیرطبیعی بودن (میزان فشارخون سیستولیک از حالت خوابیده به نشسته به میزان ۲۰ میلی متر جیوه کاهش یابد و تعداد نبض ازحالت خوابیده به نشسته ۲۰ بار افزایش یابد)، مادر را ارجاع فوری دهید.

شکایت های شایع: این شکایت ها شامل خستگی، سردرد، کمردرد و یبوست است.

شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار دردقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد.)

علائم حیاتی: در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید

- فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. فشارخون ۱۴۰/۹۰میلی متر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتی گراد یا بالاتر «تب» است.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

علائم خطر پس از زایمان: این علائم را جهت مراجعه سریع مادر به مراکز بهداشتی درمانی به وی آموزش دهید:

خونریزی بیش از حد قاعدگی در هفته اول، تب و لرز، خروج و ترشحات بدبو و چرکی از مهبل، درد و ورم یک طرفه ساق و ران، افسردگی شدید، درد شکم یا پهلو، سوزش یا درد هنگام ادرار کردن، درد و تورم و سفتی پستان ها و درد و سوزش و ترشح از محل بخیه ها

علائم روانپزشکی: وضعیت روانپزشکی مادر را با ارزیابی علائم به شرح زیر تعیین کنید:

- **فوریت روانپزشکی:** افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران
- **علائم در معرض خطر روانی:** روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم خوابی، پراشتهایی، کم اشتهایی)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران

در مورد وضعیت روحی و روانی یا سابقه بیماری روانی مادر سئوال کنید. برخی مادران ممکن است در روزهای ۳ تا ۶ و حداکثر تا روز ۱۴ پس از زایمان دچار افسردگی خفیف و گذرا (اندوه پس از زایمان) شوند که علائم آن به صورت گریه و بی قراری، اختلال در خواب و اشتها و احساس غمگینی تظاهر می کند. دوره پس از زایمان، دوره پرخطری از نظر عود بیماری روانی قبلی و یا بروز بیماری روانی جدید است. بنابراین چنانچه فاکتورهای خطر بیماری روانی مثل سابقه بیماری روانی در مادر وجود دارد و در حال حاضر با علائم اندوه پس از زایمان مراجعه کرده است، او را تحت نظر بگیرید. اگر علائم طولانی و شدیدتر شود مانند تمایل به خودکشی و آزار به نوزاد «سایکوز یا جنون پس از زایمان» مطرح است. در مراحل اولیه بروز سایکوز بعد از زایمان، علائم مانند «اندوه و یا افسردگی پس از زایمان» است و بیماری به صورت بی خوابی، بی قراری، تغییرات سریع خلق و خو خود را نشان می دهد. بنابراین اگر «سابقه جنون پس از زایمان» در مادر و یا خانواده او و یا سایر عوامل خطر وجود دارد، ویزیت روان پزشکی الزامی است و مادر باید ارجاع شود.

مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی: در ملاقات دوم، با مادر طبق راهنمای ت۲ مشاوره کنید.

مشکلات شیردهی: در هر ملاقات، از مادر در مورد ادامه شیردهی به نوزاد سؤال کنید. در صورت وجود مشکلاتی چون نوک فرورفته، صاف، دراز و مجاری بسته، احتقان و شقاق به مادر آموزش دهید.

- احتقان: تب خفیف و گذرا، درد، گرمی و سفتی هر دو پستان
- شقاق: زخم و درد نوک پستان

معاینه در ارزیابی معمول: در هر ملاقات موارد زیر را معاینه و در فرم ثبت کنید:

- **معاینه چشم:** در هر ملاقات، رنگ ملتحمه را بررسی کنید.

نکته: کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخنها و یا کف دست «رنگ پریدگی شدید» است.

- **معاینه دهان و دندان:** در ملاقات سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید.

- عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لثه ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.
- التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه
- جرم دندانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.
- پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از:
  - تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه
  - سوراخ شدن دندان

- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

- **معاینه پستان**: پستان ها را از نظر تورم و درد و وجود شقاق، آبسه، ماستیت و احتقان بررسی کنید.

- **معاینه شکم(رحم)**: در هر ملاقات، وضعیت رحم را از روی شکم بررسی کنید. پس از زایمان، رحم به تدریج به داخل لگن باز می گردد. در هفته اول رحم پایین تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد، رحم از روی شکم قابل لمس نیست.

نکته: در برخی از مادران ممکن است انقباضات رحم در دوره پس از زایمان ادامه داشته باشد که به آن «پس درد» می گویند.

- **محل بخیه ها**: در هر ملاقات، محل بخیه ها (برش اپی زیاتومی یا سزارین) را بررسی کنید. ناحیه برش معمولا بدون درد، التهاب و کشش می باشد. محل برش اپی زیاتومی معمولاً پس از ۳ هفته ترمیم می شود و نخ بخیه محل برش سزارین پس از ۷ تا ۱۰روز نیاز به کشیدن دارد.

- **معاینه اندام ها**: در هر ملاقات، پاها (ساق و ران) را از نظر وجود ورم یک طرفه و سردی بررسی کنید.

مکمل های دارویی: مادر باید تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل آهن و مولتی ویتامین (طبق راهنمای ت۱) مصرف کند. بنابراین مطمئن شوید که مادر به میزان مورد نیاز مکمل دارد و به طور منظم مصرف می کند.

ملاقات های پس از زایمان: ملاقات اول با مادر در یکی از روزهای ۱ تا ۳، ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ملاقات سوم در روز های ۳۰ تا ۴۲ پس از زایمان انجام می شود.

وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج: از مادر در مورد وضعیت دفع ادرار (سوزش، درد، فشار، تکرر، احساس دفع سریع، بی اختیاری) و اجابت مزاج (یبوست، خونی بودن مدفوع، درد مقعد، بواسیر، بی اختیاری) و سوزش و خارش ناحیه تناسلی سئوال کنید.

همسرآزاری: هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، روانی و یا رنجش زن همراه گردد. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.

خشونت جسمی: هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که منجر به وارد شدن آسیب بدنی به همسرش گردد مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو

خشونت روانی: رفتار خشونت آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.

ت- راهنما

عنوان	صفحه
ت۱- مکمل های دارویی	
ت۲- مشاوره باروری سالم	
ت۳- توصیه های بهداشتی در بارداری	
ت۴- توصیه های بهداشتی پس از زایمان	

ت۱- مکمل های دارویی

بارداری:

اسید فولیک: از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک تجویز شود. مصرف این قرص از **۳ ماه قبل از بارداری** توصیه شود.

آهن: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن تجویز شود.

مولتی ویتامین: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تجویز شود.

نکته: در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست.

پس از زایمان:

روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تا **۳ ماه** پس از زایمان تجویز شود.

ت۲- مشاوره باروری سالم

- در صورت تمایل مادر باردار، همسر یا سایر اعضای خانواده می توانند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند.

- در صورت تمایل مادر یا همسر وی به فرزند بیشتر، جهت شیردهی موفق و حفظ سلامت مادر بهتر است فاصله ۲ سال بین بارداری و زایمان قبلی رعایت شود.

- به مادر در مورد تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر تاکید کنید، در صورت تماس های جنسی پس از گذشت **۳** هفته از زایمان روشی را برای پیشگیری از بارداری پیشنهاد کنید.

نکته: تغذیه انحصاری با شیر مادر یعنی کودک به جز شیر مادر با هیچ چیز دیگری تغذیه نشود، در نیمه شب نیز از شیر مادر تغذیه کند و دفعات شیردهی مطابق با نیاز کودک باشد. اگر چه تغذیه با شیر مادر به عنوان روش پیشگیری از بارداری توصیه نمی شود، ولی با رعایت موارد فوق و در صورتی که قاعدگی مادر برنگشته باشد، تا ۶ ماه به میزان موثری (بیش از ۹۰٪) از بارداری پیشگیری می کند.

نکته: برای استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در مادران شیرده و غیر شیرده مطابق دستورعمل روش های پیشگیری از بارداری اقدام شود.

ت۳- توصیه های بهداشتی در بارداری

تهوع و استفراغ صبحگاهی: مصرف مواد جامد به ویژه در ابتدای صبح، کاهش مصرف غذاهای بودار، تند و ادویه دار، داغ و چرب را توصیه کنید. دمای ملایم و سرد غذا، تهوع بارداری را کاهش می دهد. امروزه استفاده از زنجبیل به صورت دم کرده و یا بوئیدن آن را توصیه می کنند. پرهیز از تغییر وضعیت ناگهانی مانند سریع برخاستن از رختخواب را در کاهش استفراغ توصیه کنید.

ورم: اگر ورم در اندام های تحتانی است و علتی جز بارداری ندارد، به مادر توصیه کنید طی روز از آویزان نگه داشتن پاها به مدت طولانی خودداری کند. در هنگام استراحت، پاها را از سطح زمین بالاتر نگه دارد.

لوکوره: تعویض روزانه لباس زیر، شستن پرینه با آب معمولی و خشک نگه داشتن ناحیه تناسلی را توصیه کنید.

ت۴- توصیه های بهداشتی پس از زایمان

محل بخیه ها: تعویض مکرر نوار بهداشتی و لباس زیر، شستشوی روزانه ناحیه تناسلی، نشستن در لگن آب گرم، استفاده از حرارت سشوار یا لامپ پوشیده با پارچه (برای ترمیم سریع محل بخیه) را توصیه کنید. به مادر توصیه کنید تا ترمیم کامل پرینه (۲۰ روز پس از زایمان) از مقاربت خودداری کند.

بهداشت فردی: شستشوی ناحیه تناسلی از جلو به عقب، خشک نگه داشتن آن، تعویض مرتب نوار بهداشتی تا کاهش میزان ترشحات، استحمام روزانه را توصیه کنید.

مشکلات شیردهی/ شقاق: نحوه صحیح شیردهی را به مادر آموزش دهید و توصیه کنید که با پستان سالم شیردهی را شروع کند. با مکیدن مکرر نوزاد، پستان ها را تخلیه کند. در صورت درد شدید از شیر دوش برای تخلیه شیر استفاده کند، قطره شیر بر روی نوک پستان قرار دهد.

مشکلات شیردهی/ احتقان: نحوه صحیح شیردهی را به مادر آموزش دهید و توصیه کنید که به شیردهی ادامه دهد. پس از شیردهی پستان را کمپرس سرد کند. از استامینوفن برای کاهش درد می توان استفاده کرد.

سلامت زنان
در دوران باروری و یائسگی

ویژه ماما

ارزیابی کلی سلامت باروری زنان۵۹-۳۰ سال	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
شرح حال بگیرید: بررسي از نظرسن ، سن شروع قاعدگي ، تعداد زايمانهاي قبلي ،تاريخ آخرين قاعدگي ،الگوي خونريزي قاعدگي فعلي و قبلي از نظر حجم ،مدت زمان و فاصله، وجود خونريزي بين قاعدگي ها ،خونريزي بعد از مقاربت ، خونريزي نامنظم رحمي، مصرف سيگار، مصرف دارو و نوع آن ،سابقه HRT، روش پيشگيري از بار داري رفتار تغذيه اى و ميزان فعاليت فيزيكى گر گرفتگي ،تعريق شبانه ، طپش قلب ،خشكي واژن ،احساس كاهش كيفيت زندگي و احساس كسالت(ساير شكايات جسمي مانند درد پشت و ساير اندامها ، احساس ضعف و خستگي، سر درد،شكايت ادراري) ، اختلال عملكرد جنسي، سابقه سرطانهاى رحم و تخمدان و پستان در فرد وخانواده سابقه پاپ اسمير غيرطبيعى و ترشحات واژينال غيرطبيعى **سوابق ثبت شده در پرونده را مورد توجه قرار دهید:** سابقه بيماري تخمدان ،سابقه جراحي رحم يا تخمدان و سايرجراحيها، سابقه بيماري هورموني و سرطان و سايربيماريها در فرد و خانواده **معاینه و اندازه گیري كنيد:** قد ، وزن ،محاسبهBMI ،دور كمر، معاينه ژنيكولوژى ،معاينه پستانها **نتایج آزمایشات قبلی را بررسی و در صورت لزوم برای تشخیص و طبقه بندی آزمایش کنید:** رد حاملگي (آمنوره يا خونريزي) ، پاپ اسمير ، اچ پى وى، ماموگرافى يا سونوگرافى، اسپرموگرام همسر	سابقه خانوادگی سرطان پستان یا تخمدان ، سابقه فردی سرطان پستان ،سابقه بیوپسی پستان ، رادیوتراپی قفسه سینه ، معاینه یا تصویر برداری غیرطبیعی و مشکوک دهانه رحم یا پستان ، اچ پی وی مثبت یا پاپ اسمیر مشکوک به بدخیمی، ترشح واژینال بدبو و طول کشیده بدون پاسخ به درمان، مشکوک به بدخیمی	نیازمند ارجاع تخصصی برای بررسی از نظر بدخیمی	**ارجاع تخصصی**
آمنوره وازمايش بارداري مثبت	بارداری		**مراقبت:** انجام مراقبتهای بارداری بر اساس پروتکل مراقبت مادران باردار + تعویق ارزیابی دوره ای تا ۶۰ روز پس از زایمان
سابقه سقط مكرر/ مرده زايى/ ديابت بارداري	دارای عامل خطر بارداری		**بررسی** فرد از نظر دیابت، مشاوره پیش از بارداری و مراقبت ویژه در دوره بارداری بر اساس پروتکل مربوطه
تمايل به بارداري در يک سال آينده	نیاز به مشاوره قبل بارداری		**مشاوره** پیش از بارداری بر اساس پروتکل مراقبت پیش از بارداری+ انجام ارزیابی دوره ای سلامت زنان
عدم بارداری علیرغم نزدیکی محافظت نشده (عدم استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری) به مدت یک سال	نیازمند بررسی از نظر ناباروری		**بررسی** برای تعیین نوع اولیه، ثانویه، مردانه ، زنانه - اسپرموگرام برای همسر، بررسی اختلال رابطه زناشویی،بررسی ژنیکولوژیک و سوابق باروری - اصلاح شیوه زندگی، کنترل وزن ، **ارجاع** با توجه به علت مردانه یازنانه
ترشح، زخم، سوزش ، خارش تناسلی در فرد یا همسروی، رفتار پرخطر جنسی	نیازمند بررسی از نظرعفونت آمیزشی		**آموزش** و مشاوره برای پرهیز از رفتار پرخطرجنسی وتوصیه به استفاده از کاندوم **درمان** با رویکرد سندرمیک بر اساس چارت پروتکل عفونت آمیزشی در زنان میانسال ارزیابی مجدد پس از یک هفته **ارجاع** در صورت عدم پاسخ به درمان علیرغم دو دوره درمان کامل زوجین یا همراهی با سایر علائم مانند خونریزی غیرطبیعی
گرگرفتگی، خشكي و آتروفي ژنيتال، بی اختیاری ادراری یا مدفوعی یا پرولاپس ارگانهای لگنی در زنان ۵۹-۴۵ سال	دارای علائم / عوارض دوران یائسگی		**مشاوره وآموزش** ،توصيه به تغييرشيوه زندگي و روشهاي مقابله با گرگرفتگي، ،توصيه غذايي ، ارجاع به پزشک در صورت عدم پاسخ به درمان و نياز به مداخله هورموني، توصيه به انجام مقاربت ، درمان موضعي با لوبريكانتها و روغنها، تاكيد بر پيشگيري با انجام تمرينات كگل، **ارجاع** در صورت لزوم بر اساس چارت پروتكل يائسگي در زنان ميانسال
عدم رضایت از روابط جنسی و زناشویی	نیازمند بررسی اختلال عملکرد جنسي		**بررسی** علل جسمی زنانه ، تعیین نوع اولیه یا اکتسابی، تعین نوع مردانه یا زنانه **اقدام** برابر پروتکل مربوطه : درمان مشکلات اوروژنیتال از قبیل خشکی واژن، واژینیسموس،دیس پارونی، مشاوره باحضور زوجین،اطمینان بخشی، **ارجاع** در صورت نوع مردانه، نوع اولیه، عدم پاسخ به درمان، یا بیماری زمینه ای یا مصرف دارو
اختلال در حجم ، نظم و فواصل خونریزی قاعدگی در دوره باروری یا پیش یائسگی با یا بدون تخمک گذاری ، خونريزي بعد از يائسگي، خونريزي بعد از مقاربت	خونریزی غیرطبیعی واژینال		**اقدام** با توجه به مشخصات خونریزی و سن مراجعه کننده مطابق **پروتکل خونریزی غیر طبیعی** شامل اصول کلی زیر: - رد حاملگي ، پيشگيري از آنمي و درصورت لزوم درمان آن، معاينه واژينال دقيق و اقدام يا ارجاع برحسب نتيجه معاينه - درمان دارويى بر اساس چارت پروتكل خونريزى غيرطبيعى در زنان ميانسال - انجام پاپ اسمير و اقدام يا ارجاع برحسب نتيجه پاپ اسمير - برنامه ريزى غربالگرى سرطان دهانه رحم در همه حال - سونوگرافى رحم و تخمدانها در صورت لزوم **ارجاع** در صورت عدم پاسخ به درمان سه ماه پس از درمان ، خونريزى شديد ، نياز به مداخله هورمونى، سابقه اختلالات انعقادى، بيماريهاى هورمونى، وجود بيمارى زمينه اى ، مصرف دارو، حاملگى، اختلال همو ديناميک ، وجود ضايعه مشكوك قابل مشاهده يا توده لگني درمعاينه، پاپ اسمير غير طبيعي ، خونريزي حين انجامHRT ، خونريزى همراه با ترشح واژينال بدبو كه به درمان عفونت آميزشي پاسخ نداده است ، هرگونه ضايعه مشكوک به بدخيمى هاى رحم، دهانه رحم و واژن
ناباروری، سن بالا در حاملگی اول ، مدت شیردهی کوتاه، سن پایین در قاعدگی اول ، سن یائسگی قطعی بعداز ۵۵، آمنوره طولانی،استفاده از داروها و ترکیبات هورمونی استروژنی طولانی، چاقی،سبک زندگی نا مطلوب، رفتارهای جنسی پرخطر	نیازمند آموزش با تاکید بر عوامل خطر سرطانها		**آموزش:**عوامل خطر را در آموزش برای خود مراقبتی و حساس سازی مراجعه کننده مورد توجه قرار دهید **معاینه:** درهمه حال (وجود يا عدم وجود عوامل خطر) معاينه بالينى پستانها را در زنان زير ۴۰ سال هر دو سال و در زنان بالاتر از ۴۰ سال همه ساله انجام و همزمان ، خود ازمايى پستان براى انجام ماهانه آن را آموزش دهيد. در زنان بالاتر از ۴۰ سال و درزنان داراى عوامل خطر انجام ماموگرافى را توصيه كنيد. تشخيص افتراقى ضايعات و علائم و نشانه ها و درمان ضايعات پستانى قابل درمان با كمک پزشک تاكيد بر اهميت پيگيرى و مراجعه لازم به سطح تخصصى بدون ايجاد نگرانى بى مورد و تحميل هزينه روانى به مراجعه كننده و خانواده او ، **ارجاع:** در صورت وجود علائم ونشانه هاى مشكوک به بدخيمى در معاينه يا نتيجه ماموگرافى
دوره باروری (زیر ۴۵) یا دوران یائسگی(بالای ۴۵)	بدون عامل خطر، بدون علائم و شکایات، بدون نشانه غیرطبیعی در معاینات یا نتایج پاراکلینیک، عدم احتمال بارداری		**آموزش:** توصيه به رژيم غذايي مناسب و متعادل و تمرينات ورزشي منظم و پرهيز از سيگار و الكل ،كنترل وزن،آموزش باروری سالم در صورت لزوم ، آموزش به گروه زنان در معرض بارداری ،آموزش تمرينات كگل، آموزش در مورد پديده طبيعي منوپوز و آندروپوزبه زوجين ۵۹-۴۵ سال

عفونت آمیزشی / ایدز

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
حال عمومی فرد را مورد توجه قرار دهید: **در مورد علائم زیر در زنان سوال کنید:** زنان:ترشح واژینال ، سوزش واژن، خارش واژن ، زخم تناسلی ، وجود وزیکول ،درد زیر شکم ،ترشح سفید یا شفاف از مجرا **در باره وجود علائم زیر در شریک جنسی سوال کنید:** سوزش مجرا ی ادرار هنگام ادرار و تکرر ادرار،ترشح چرکی از مجرا در مرد،تورم ، درد و تندرنس اسکروتوم/ درد و ناراحتی هنگام راه رفتن و مقاربت ، تورم کشاله ران **در معاینه ناحیه تناسلی موارد زیر را مورد توجه قرار دهید** : نوع ترشح از نظر رنگ ،بو و شکل ،وجود زخم در ناحیه تناسلی ،سرویسیت و ترشح کدر موکوسی از سرویکس، وجود قرمزی و تورم در ناحیه تناسلی،وجود خراشیدگی در ناحیه تناسلی ،تب ، خونریزی شدید واژینال و سایر موارد AUB، ،حساسیت زیر شکم یا درد در معاینه دودستی در حرکات سرویکس **شرح حال بگیرید:** ارزیابی وجود عوامل خطردر فرد: (رفتار پرخطر و روابط جنسی محافظت نشده مشکوک در فرد، داشتن شریک جنسی علامت دار) وجود عوامل خطر در شریک جنسی:اعتیاد ، اقامت طولانی دور از همسر ، داشتن بیش از یک شریک جنسی ، شریک جنسی جدید در سه ماه اخیر ، وجود اختلال روانی (عقب ماندگی ذهنی ، مانیا و ...)	درد زیر شکم ، حال عمومی بد ،علائم شوک با یا بدون خونریزی واژینال	PID با شوک سپتیک	ارجاع فوری به پزشک مرکز پس از انجام اقدامات اولیه اورژانس
	افراد پرخطر یا افراد مبتلا به عفونتهای آمیزشی + حد اقل یکی از علائم عمومی **طول کشیده** زیر : تب،تعریق،کاهش وزن، سردرد ، خستگی مزمن + اسهال یا اسهال خونی یا سرفه مزمن + یکی از نشانه های زیر در معاینه : ضایعات سفیدرنگ روی زبان یا حلق ، تورم غدد لنفاوی، راش پوستی و خونریزی زیر پوستی	نیاز مند بررسی از نظر ابتلا به اچ آی وی / ایدز	آموزش استاندارد ایدز توصیه به انجام تست اچ آی وی و Rapid Test) انجام تست اولیه تشخیص سریع اچ آی وی اعلام پاسخ به فرد ارائه خدمات کاهش آسیب (سرنگ و سوزن و کاندوم) به واجدین شرایط شود ارجاع فرد به مراکز جامع سلامت / مراکز مشاوره Reactive درصورتیکه نتیجه تست اولیه بیماریهای رفتاری جهت تعیین تشخیص قطعی بررسی از نظر ابتلا به سایر بیماریهای آمیزشی و ارجاع به مرکز جامع سلامت
	درد زیرشکم با شروع ناگهانی+ وجود حساسیت در حرکات سرویکس یا زیرشکم یا سوزش ادرار حین ادرار کردن و تکرر ادرار **همراه با** دیس پارونی یا همراه با ترشح واژینال یا همراه با خونریزی بین قاعدگی + عدم وجود علائم شوک سپتیک	PID بدون شوک	درمان گنوکوک+کلامیدیا+بیهوازی و درمان شریک جنسی توسط ماما یا ارجاع برای درمان به پزشک پیگیری مواردی که به درمان پاسخ نداده اند برای بررسی از نظر سایر ضایعات و بدخیمی های ژنیتال
	زنان: بدون علامت دارای شریک جنسی علامت دار یا شریک جنسی پرخطر یا شرایط پرخطر **یا** زنان دارای ترشح چرکی زرد سبز ،زخم سرویکس، التهاب و ناراحتی ژنیتال همراه شرایط خطر **علائم در شریک جنسی** : اورتریت :دردو سوزش	احتمال گنوکوک/ کلامیدیا	**آموزش و مشاوره** برای پرهیز از رفتار پرخطرجنسی وتوصیه به استفاده از کاندوم، ارائه کاندوم به بیماران آمیزشی و افراد با رفتارهای پرخطر، آموزش در خصوص ترویج رفتار جنسی سالم **درمان سندرمیک عفونت توسط ماما** در صورت امکان انجام آن طبق جداول دارویی (در همین بخش) **مراقبت و آزمایش** : ،تهیه نمونه اچ پی وی در زنان واجد شرایط برای غربالگری سرطان دهانه رحم، **تهیه نمونه اچ پی وی** در صورت زگیل تناسلی برای تعیین تایپ ویروس **انجام آزمایش داوطلبانه ایدز** بویژه در افراد پر خطر(عفونت در شریک جنسی،تعدد شرکای جنسی،سفر به مناطق پرخطر،سابقه زندان یا اعتیاد بویژه تزریقی)، **تهیه نمونه وی دی آر دی ال** در صورت وجود زخم مشکوک، **پیگیری:** ارزیابی مجدد پس از یک هفته درمان ، پیگیری بیماران مبتلا به بیماریهای آمیزشی جهت رعایت رژیم‌های دارویی و مراجعه بعدی ، پیگیری همسران و موارد تماس جنسی مبتلایان به بیماریهای آمیزشی و ارجاع آنها به پزشک در صورت پیشرفت بیماری و پیگیری مواردی که به درمان پاسخ نداده اند از نظر سایر ضایعات و **بدخیمی های ژنیتال** **ارجاع** فرد برای درمان فرد و درمان شریک جنسی در صورت لزوم توسط پزشک ، ارجاع به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری یا مرکز جامع سلامت جهت بررسی ابتلا به اچ آی وی یا عدم بهبودی علیرغم درمان یا شک به وجود بدخیمی یا پاسخ پاراکلینیک مبتنی بر بدخیمی یا اچ پی وی یا پاپ اسمیر غیرطبیعی یا نتیجه اچ آی وی مثبت
	ترشح غیر چرکی همراه یا بدون سوزش یا خارش و بدون شرایط خطر و غالبا بدبو	واژینوز باکتریال/ تریکومونا	
	ترشح پنیری سفید بدون بو یا ادم ، قرمزی یا خراشیدگی ولو یا وجود قارچ در اسمیر در زنان علائم پوستی کاندیدا در ناحیه ژنیتال مردان	کاندیدا آلبیکنس	
	وزیکول دردناک در ناحیه تناسلی زنان (ولو و واژن و پرینه یا حتی سرویکس)	تبخال تناسلی	
	ضایعات پاپولر در دستگاه تناسلی خارجی	زگیل تناسلی	
	زخم مرطوب و عفونی بدون درد و سوزش و خارش گرد و سفت و پایدار(سه تا شش ماه طول می کشد) و معمولا همراه با غدد لنفاوی متورم در ناحیه تناسلی یا ناحیه آنال و پرینه	سیفلیس یا شانکروئید	
		گرانولوم اینگوایینال	
		لنفو گرانولوم	
	بدون شکایت ، بدون رفتار پر خطر، بدون علائم و نشانه هایSTI	STI ندارد	انجام غربالگری اچ پی وی و سرطان دهانه رحم در صورت لزوم ، آموزش بهداشت تناسلی، آموزش استاندارد ایدز ، تعیین زمان بررسی در ارزیابی دوره ای بعدی ، ارجاع در صورت لزوم با توجه به نتیجه پاپ اسمیر و تست اچ پی وی

ارزیابی یائسگی در زنان ۵۹-۴۵ سال	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
شرح حال بگیرید: بررسي از نظرسن ، سن شروع قاعدگي ،تعداد زايمانهاي قبلي ،تاريخ آخرين قاعدگي ،الگوي خونريزي قاعدگي فعلي و قبلي از نظر حجم ،مدت زمان و فاصله، وجود خونريزي بين قاعدگي ها ،خونريزي بعد از مقاربت ، خونريزي نامنظم رحمي، مصرف سيگار، مصرف دارو و نوع آن ،سابقه HRT، روش پيشگيري از بار داري،رفتار نغذيه اي و ميزان فعاليت فيزيكي گر گرفتگي ،تعريق شبانه ، طپش قلب ،خشكي واژن ،احساس كاهش كيفيت زندگي و احساس كسالت(ساير شكايات جسمي مانند درد پشت و ساير اندامها ، احساس ضعف و خستگي، سر درد) ،شكايت اداري ، اختلال عملكرد جنسي سابقه سرطانهاي رحم و تخمدان و پستان در فرد وخانواده سابقه پاپ اسمير غيرطبيعي **سوابق ثبت شده در پرونده را مورد توجه قرار دهيد:** سابقه بيماري تخمدان ،سابقه جراحي رحم يا تخمدان و ساير جراحيها، سابقه بيماري هورموني و سرطان و ساير بيماريها در فرد و خانواده **معاينه و اندازه گيري كنيد:** قد ، وزن ،محاسبهBMI ،دور كمر ،معاينه ژنيكولوژي ،معاينه پستانها آزمايش كنيد: رد حاملگي در صورت شك به حاملگي (آمنوره يا خونريزي) ، غربالگري و تشخيص زودهنگام سرطان دهانه رحم و سرطان پستان و سرطان كولوركتال (پاپ اسمير در صورت لزوم ،ماموگرافي يا سونوگرافي در صورت لزوم، تست فيت و ....)، غربالگري فشارخون بالا، ديابت، ديس ليپيدمي و بيماري قلبي...	وجود سابقه خانوادگی یا فردی سرطان پستان یا تخمدان،سابقه بیوپسی پستان، رادیوتراپی قفسه سینه ،یا سایر عوامل خطر سرطان پستان درشرح حال یائسگی/ باروری فرد	پرخطر از نظر سرطان پستان	عوامل خطر را در آموزش برای خود مراقبتی و حساس سازی مراجعه کننده مورد توجه قرار دهید درهمه حال (وجود یا عدم وجود عوامل خطر) معاینه بالینی پستانها را در زنان زیر ۴۰ سال هر دو سال و در زنان بالاتر از ۴۰ سال همه ساله انجام و همزمان ، خود ازمایی پستان برای انجام ماهانه آن را آموزش دهید. در صورت وجود ضایعات مشکوک به بدخیمی در معاینه یا گزارش ماموگرافی یا شرح حال غیرطبیعی نیازمند بررسی از نظر بدخیمی ارجاع دهید
	خونريزي غير طبيعي واژينال	هرگونه خونریزی ۶ماه پس از قطع قاعدگی ، اچ پی وی مثبت یا پاپ اسمیر یا معاینه مشکوک به بدخیمی	**ارجاع تخصصی** برای بررسی از نظر بدخیمی های ژنیتال
		خونريزي زيا د يائسگي و پس از آن	**بررسی:** انجام پاپ اسمیر و ارجاع در صورت لزوم، سونوگرافی برای تعیین ضخامت آندومتر و وجود توده های خوش خیم و ارجاع در صورت لزوم در همه حال برنامه ریزی غربالگری سرطان دهانه رحم را مطابق دستورالعمل کشوری **ار جاع** در صورت ، عدم پاسخ به درمان سه ماه پس از درمان ، وجود بیماری زمینه ای ، اختلال همو دینامیک ، وجود ضایعه مشکوك قابل مشاهده یا توده لگني درمعاينه، پاپ اسمير غير طبيعي ، خونريزي حين انجام HRT
		خونريزي بعد از مقاربت	معاينه واژينال دقيق وانجام پاپ اسمير و ارجاع برحسب نتيجه معاينه و پاپ اسمير
		اختلال قاعدگی ناشی از فقدان تخمك گذاري در دوره پيش يائسگي	رد حاملگي، OCP ياتركيبات پروژسترونی تا سه ماه،پيشگيري از آنمي و درصورت لزوم درمان آن ، در صورت عدم پاسخ به درمان بعد از سه ماه اقدامات تشخيصي براي بررسي ساير علل
	شيوه زندگی نامطلوب، مصرف داروهای خاص، شاخص توده بدنی کمتر از ۱۹، وجود سابقه پوکی استخوان در خانواده، یائسگی زودرس، سابقه شکستگی با ضربه پایین یا وجودشواهدشکستگی استئو پوروتیك بدون علامت به صورت (شکستگی بدون علامت مهره، کاهش قد ، پیدایش کیفوزیس)	وجود عوامل خطر پوکی استخوان	**آموزش** شیوه زندگی سالم، تجویز مکمل ویتامین د ، توصیه به مصرف لبنیات به میزان سه سهم روزانه، توصیه به انجام فعالیت فیزیکی متحمل وزن با شدت مناسب، **ارجاع** به پزشک برای بررسی نیاز به تجویز مکمل کلسیم و سایر اقدامات لازم، ارجاع به پزشک در صورت وجود بیماری زمینه ای یا مصرف دارو بویژه کورتیکواستروییید بیش از سه ماه متوالی یا داروی ضد سل یا داروی ضد صرع
	زنان ۵۹-۴۵ سال دارای علائم دوران یائسگی گرگرفتگی ، تعریق شبانه و طپش قلب	اختلال وازوموتور	**آموزش** و مشاوره ، توصيه به تغييرشيوه زندگي و روشهاي مقابله با گرگرفتگي* ،توصيه غذايي ، پلاسبو **ارجاع** به پزشک در صورت عدم پاسخ به درمان و نیاز به مداخله هورمونی یا وجود علائم سیستمیک یا عدم تاثیر توصیه ها و اقدامات یا وجود بیماری زمینه ای یا مصرف دارو یا گرگرفتگی شدید / دفعات مکررگرگرفتگی در شب و روز
	خشكي،زخم،سوزش،خارش ،آتروفي در ناحيه ژنيتال ياعلائم آن درمعاينه (نازكی ،رنگ پريدگی ، مخاط فراژيل واژن و..)	علائم اوروژنیتال یائسگی	**درمان:** توصيه به انجام مقاربت، درمان موضعي با لوبريكانتها و روغنها، **مراقبت ممتد** هر ماه يک بار ، **ارجاع** در صورت عدم پاسخ به درمان پس از سه ماه مراقبت
	علائم ادراری/ بیرون زدگی ارگانهای لگنی(پرولاپس رحم، سیستوسل، رکتوسل، اورتروسل و گرید آن)	عوارض اورو ژنیتال یائسگی	**آموزش** تكنيكهاي رفتاري(تخليه ادرار و مدفوع برنامه ريزي شده ، تقويت عضلات كف لگن با انجام تمرين كگل، ورزش، آموزش مثانه با افزايش تدريجی فواصل زماني دفع ادرار) - هنگام اضطرار ادرار ،آرام بايستد، نفس عميق بكشد عضلات لگنی را منقبض كند و بعد از گذر موج اضطرار به آرامی بطرف توالت حركت كند. -دريافت كافي مايعات،كاهش مصرف كافئين و كاهش مصرف مايعات قبل از خواب، رفع يبوست با استفاده از توصيه های غذايی و افزايش مصرف فيبر -در صورت مصرف داروی ادرار آور توصيه به مصرف دارو در ساعات روز **مراقبت ممتد** هر ماه يک بار ، **ارجاع** در صورت عدم پاسخ به درمان پس از سه ماه مراقبت
	عدم رضايت از روابط جنسی و زناشويی	اختلال عملكرد جنسي	**بررسی** علل جسمی زنانه ، تعیین نوع اولیه یا اکتسابی، تعین نوع مردانه یا زنانه، درمان مشکلات اوروژنیتال از قبیل خشکی واژن، واژینیسموس،دیس پارونی، مشاوره باحضور زوجین،اطمینان بخشی، و اصلاح باورهای غلط در خصوص روابط جنسی در دوره یائسگی، **ارجاع** در صورت نوع مردانه، نوع اولیه، عدم پاسخ به درمان، یا بیماری زمینه ای یا مصرف دارو
	دوره پري يا پره منوپوز يا بعد از منوپوز در زنان ۵۹-۴۵ ساله	بدون عامل خطر یا علائم و شکایات یا عوارض یائسگی	**آموزش** رژيم غذايي مناسب و متعادل و تمرينات ورزشي منظم و پرهيز از سيگار و الكل ،كنترل وزن ، آموزش تمرينات كگل، آموزش در مورد پديده طبيعي منوپوز و آندروپوزبه زوجين ۵۹-۴۵ سال، توصيه به مصرف منظم مكمل ويتامين د، انجام معاينات و آزمايشهای دوره ای

خونریزی واژینال

ارزیابی خونریزی غیر طبیعی	نتیجه ارزیابی /	طبقه بندی	اقدام
بررسی کنید: -آیا خونریزی به اندازه ای شدید است که علائم حیاتی و حال عمومی بیمار دچار اختلال شده باشد؟ **سوال کنید:** -آیا مراجعه کننده بیماری زمینه ای خونریزی دهنده مانند اختلال انعقادی داشته است؟ -آیا تاخیر در قاعدگی وجود دارد؟ نوع تاخیر در قاعدگی را را مشخص کنید. -آیا خونریزی غیر طبیعی واژینال به صورت تغییر الگوي خونريزي قاعدگي از نظر حجم ،مدت زمان و فاصله، نظم وجود خونريزي بين قاعدگي ها وجود دارد؟ **در صورت وجود خونریزی غیرطبیعی نوع خونریزی را مشخص کنید:** خونريزي نامنظم رحمي يا خونريزي زياد به صورت افزايش حجم يا مدت يا كاهش فواصل قاعدگيها (تكرار شده به مدت بيش از سه دوره قاعدگي) يا لكه بيني بين قاعدگيها يا خونريزي يا لكه بيني بعد از مقاربت يا خونريزي پس از يائسگي قطعي يا ۶ ماه پس از قطع قاعدگي در زنان ۵۹-۴۵ سال يا خونريزي زيا د در يائسگي يا هر گونه خونريزي ۶ ماه بعد از قطع قاعدگي يا خونريزي حين مصرف دارو(تاموكسيفن ياHRT) يا خونريزي هم زمان با بارداري **براي تصميم گيري به موارد زير در تاريخچه باروري و سوابق فرد توجه كنيد:** بررسي از نظرسن (سن باروري يا دوران يائسگي)، سن شروع قاعدگي ، تعداد زايمانهاي قبلي ، تاريخ آخرين قاعدگي ، سابقه HRT، روش پيشگيري از بار داري، سابقه آمنوره طولاني مدت، علائم يائسگي، سابقه سرطانهاي رحم و تخمدان و پستان در فرد وخانواده،سابقه پاپ اسمير غيرطبيعي و ترشحات واژينال سوابق ثبت شده در پرونده را مورد توجه قرار دهيد: سابقه بيماري تخمدان ،سابقه جراحي رحم يا تخمدان و سايرجراحيها، سابقه بيماري هورموني و سرطان و سايربيماريها در فرد و خانواده **معاينه كنيد:** آيا در معاينه ضايعه مشكوك قابل مشاهده يا توده لگني درمعاينه وجود دارد؟ **آزمايش كنيد / نتايج آزمايشها را بررسي كنيد:** آيا پاپ اسمير غير طبيعي داشته است؟ در صورت لزوم نمونه پاپ اسمير تهيه كنيد. آيا ازمايش خون غير طبيعي داشته است؟(هموگلوبين و پلاكت) رد حاملگي در صورت شک به حاملگی **به سوابق BMI، فشارخون، دیابت توجه کنید.**	خونریزی شدید ناگهانیAcute Bleeding با اختلال در علائم حیاتی	اختلال هموديناميک يا شوک هموراژيک به علت خونريزي حاد	انجام اقدامات اولیه برای اصلاح وضعیت همودینامیک و ارجاع فوری به سطح ۲
	سابقه اختلال انعقادی یا اختلالات خونریزی دهنده	وجود بیماری زمینه ای	ارجاع به پزشک بر حسب نوع مشکل زمینه ای
	خونريزي حين انجام HRT	نیازمند تعیین ضخامت آندومتر	ارجاع برای بررسیهای لازم از جمله انجام سونوگرافی ترانس واژینال و تعیین میزان ریسک براساس ضخامت آندو متر
	خونریزی همراه با مصرف تاموکسیفن	نیازمند بیوپسی آندومتر	ارجاع برای بیوپسی آندومتر به عنوان رده اول اقدام تشخیصی
	هر گونه خونریزی یا لکه بینی **بعد از ۶ ماه قطع قاعدگی در** دوران یائسگی بدون استفاده از هرگونه هورمون درماني	نیازمند بررسی و رد ضایعات بدخیم و توده های خوش خیم دهانه رحم و رحم و تخمدان	ارجاع برای سونوگرافی ترانس واژینال و تعیین میزان ریسک براساس ضخامت آندو مترو بررسی از نظر هیپر پلازی آندومتر یا بدخیمی های رحم یا دهانه رحم یا ضایعات خوش خیم رحم و دهانه رحم
	خونریزی غیر طبیعی **پس از یائسگی قطعی** یا یا بدون هورمون درمانی جایگزین		
	وجود ضایعه مشکوک قابل مشاهده یا توده لگني درمعاينه		
	خونریزی غیرطبیعی و اختلال قاعدگی در **دوره پری منوپوز** + وجود عامل خطر سرطان رحم (عدم تخمک گذاری طولانی ،سابقه سرطانهای خانوادگی ، چاقی ، دیابت ، فشار خون بالا) یا وجودبیماری سیستمیک	نیازمند بررسی ضخامت آندومتر	
	خونریزی یا لکه بینی بعد از مقاربت	نیازمند بررسی و رد ضایعات خوش خیم یا بدخیم واژن و سرویکس	-معاینه واژینال دقیق بررسی از نظر ضایعات دهانه رحم ، خشکی واژن، واژینیت آتروفیک، سرویسیت و پولیپ -انجام پاپ اسمیر - ارجاع برحسب نتیجه معاینه و پاپ اسمیر
	خونريزي زيا د **ايديوپاتيک** (افزايش تعداد مصرفي نوار بهداشتي ، دفع لخته در قاعدگي ، قاعدگي طولاني مدت بيش از دو هفته ،و احساس ضعف و بيحالي در قاعدگي) در دوران يائسگي يا دوره باروري به صورت :منوراژي (هيپر منوره، منومترورراژي،پلي منوره) با طول مدت ، فواصل و حجم خونريزي منظم و قابل پيش بيني	خونريزي غيرطبيعي رحمي همراه با تخمک گذاري (Ovulatory)	رد حاملگي، تجويز مفناميك اسيد هر ۸ ساعت ۲۵۰ ميليگرم در صورتي كه خونريزي كنترل نشد مدروكسي پروژسترون استات روزانه ۱۰ ميليگرم از روز ۱۵-۱۲ قاعدگي به مدت ۱۴-۱۲ روز - پيشگيري از آنمي يا درمان آن -ارجاع در موارد زير: عدم پاسخ به درمان و ادامه خونريزي زياد به مدت ۳ دوره ، وجود ضايعه مشكوك قابل مشاهده يا توده در معاينه ، پاپ اسمير غير طبيعي ،خونريزي حين انجام HRT و وجود بيماري سيستميك همراه براي بررسي ريسك سرطان آندومتر از طريق بيوپسي يا كورتاژ آندومتر
	خونريزي غير طبيعي واژينال به صورت الیگو منوره، آمنوره، هیپو منوره با طول مد ت نامنظم و حجم خونريزي غير قابل پيش بيني و معمولا بدون علائم PMS	اختلال قاعدگي ناشي از فقدان تخمك گذاري (anovulatory)	رد حاملگي، درمان با LD (بخصوص اگر نياز به پيشگيري از بار داري نيز مطرح باشد) يا تركيبات پروژسترونی (روزانه ۱۰ ميليگرم مدروكسي پروژسترون استات از زمان مراجعه بيمار به مدت14-- ۱۲ روز و ادامه درمان تا سه ماه ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان در دوره درماني سه ماهه يا طولاني شدن مشكل براي بررسي علل فقدان تخمک گذاري
	خونريزي غير طبيعي در دوره بارداري يا احتمال بارداري (تاخير قاعدگي كمتر از ۳ ماه)	نيازمند بررسي علل خونريزي در بارداري (سقط ، حاملگي خارج رحمي، پره ويا و....)	بررسي بارداري در صورت قطعي شدن بارداري اقدام برابر پروتكل مادران باردار
	تاخير قاعدگي بين ۱۲-۳ ماه	نيازمند بررسي علل آمنوره	بررسي از نظر احتمال بارداري ، بي نظمي قاعدگي و امنوره غير بارداري ، علائم پيش يائسگي و .... با توجه به شرايط سني و شرح حال مراجعه كننده
	خونريزي قاعدگي طبيعي در دوره باروري يا دوره پري يا پره منوپوز يا آمنوره ناشي از منوپوز	طبيعي	توصيه به رژيم غذايي مناسب و متعادل و تمرينات ورزشي منظم و پرهيز از سيگار و الكل ،كنترل وزن،آموزش باروري سالم در صورت لزوم ، آموزش تمرينات كگل، آموزش در مورد پديده طبيعي منوپوز و خونريزي هاي دوران يائسگي، معاينه وآموزش سالانه مشاوره وآموزش ،توصيه به تغييرشيوه زندگي بررسي علائم و عوارض يائسگي (مطابق پروتكل يائسگي)
	بی نظمی ، اختلال قاعدگی در دوره پره منوپوز بدون عامل خطر یا بیماری همراه ، بدون خونریزی شدید		
	تاخیر قاعدگی(آمنوره) بیش از یک سال	یائسگی قطعی	

اختلال وازوموتور

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
در زنان ۵۹-۴۵ ساله در باره وجود علائم زیر سوال کنید : -آیاگرگرفتگی، تعریق شبانه،طپش قلب به صورت زیر دارد؟ (احساس گرم شدن شدید در قسمت فوقانی بدن(سروصورت و گردن و قفسه سینه که پس از ۵-۴ دقیقه با عرق سرد و احساس سرما تمام می شود.) **شدت علائم را بررسی کنید:** - آیا گرگرفتگی برای فرد اختلال خواب و استراحت ایجاد کرده است؟ - آیا در ا فعالیتهای روزمره فرد ایجاد اختلال کرده است؟ - آیا به دفعات مکرر در طول شبانه روز اتفاق می افتد؟ **سوابق بیماری ومصرف دارو را بررسی کنید:** - آیا داروهایی مانند لوو دوپا، اسید نیکوتینیک،بروموکریپتین، دیازپام ، نیتراتها مصرف می کند؟ - آیا بیماری زمینه ای مانند فشارخون بالا، بیماری تیروئیدی و....دارد؟ **معاینه کنید:** تعداد ضربان قلب و فشار خون را اندازه بگیرید.	گرگرفتگی دارد + یک **بیماری زمینه ای** یا **مصرف دارو**	نیازمند بررسی سایر علل گرگرفتگی	ارجاع به پزشک برای بررسی بیشتر از نظر فشارخون بالا و بیماریهای تیروئید و انجام مداخله درمانی یا جایگزین کردن داروهای مصرفی فرد
	گرگرفتگی شدید با ایجاد اختلال در زندگی روزمره فرد یا عدم پاسخ به درمانهای اولیه گرگرفتگی	اختلال وازوموتور یائسگی نیازمند مداخله درمانی دارویی	ارجاع به پزشک برای تصمیم گیری درمانی گام به گام: قدم اول- درمان دارویی غیر هورمونی مانند پلاسبو ، فلوکسی تین یا پاروکسی تین قدم دوم – هورمون درمانی خوراکی با کمترین دوز و کوتاه ترین زمان ممکن پس از انجام اقدامات اولیه ضروری
	گرگرفتگی دارد بدون بیماری زمینه ای یا مصرف دارو	اختلال وازوموتور پیش یائسگی یا یائسگی	**مشاوره و آموزش:** این توصیه ها قدم اول درمان هستند: **۱-** استفاده از پوشش نخی، لباس چندلایه ، خنک نگه داشتن محیط زندگی و خواب **۲-** قطع مصرف سیگارو الکل و ادویه جات، قطع مصرف مایعات گرم و دوش آب گرم قبل از خواب، و مصرف بیشتر **۳-** ورزش سبک ، استفاده از تکنیکهای آرام سازی و ماساژ و تنفس عمیق و آهسته، مشاوره خانواده و سایکو تراپی و کاهش استرسها **۴-** تغذیه: رژیم غذایی سبک ،مصرف میوه و سبزی و ماست، غذاهای حاوی حبوبات از جمله نخود، عدس، سویا **۵-** در صورت لزوم درمان پلاسبو مانند مکملها (ویتامین د ، مولتی ویتامین) **ارجاع به پزشک** برای بررسی بیشتر یا مداخله دارویی در موارد زیر: عدم تاثیر توصیه ها و اقدامات، همراهی بیماری زمینه ای یا مصرف دارو
	گرگرفتگی ندارد	دوران پیش یائسگی یا یائسگی بدون اختلال وازوموتور	مشاوره و آموزش، توصیه به ارتقای شیوه زندگی برای پیشگیری از گرگرفتگی، توصیه های غذایی ، توصیه به فعالیت فیزیکی

اختلال عملکرد جنسی

ارزیابي	نتیجه ارزیابی	طبقه بندي	اقدام
پس ازNormalization و فراهم کردن زمینه لازم و با رعایت ملاحظات اخلاقی و فرهنگی و با کسب اجازه از مراجعه کننده سوال کنید: -آیا فعالیت جنسی دارد؟ - وضعیت کلی رابطه زناشویی (احساس رضایت کلی و کیفیت زندگی زناشویی فرد و همسرش) چگونه است؟ **در صورت عدم رضایت از رابطه زناشویی موارد زیر را سوال کنید:** -مشکل از ابتدای نوجوانی وجود داشته است یا به تازگی ایجاد شده است؟ -مشکل مربوط به مراجعه کننده است یا همسر وی مشکل دارد؟ **به موارد زیر در شرح حال و سوابق مراجعه کننده توجه کنید:** شغل، تحصیلات، سن و دوره های زندگی(حاملگي، شیردهي ، دوران یائسگی)، روابط خانوادگی و شرایط زندگی اندازه های تن سنجی،وضعیت شیوه زندگی، اختلال اشتهااختلال خوردن،استرس مالي يا كاري و..، ابتلا به ناباروری، عفونت آمیزشی ،سرطان **به سلامت عمومی جسمی، مصرف داروها، دیسترس روانشناختی و بیماریهای شناخته شده فرد توجه کنید.** **معاینه و بررسی کنید:** سلامت ناحیه ژنیتال را از نظر خشکی واژن، درد و واژینیسموس، شلی عضلات کف لگن، عفونت و زخم، چسبندگی، اسکار و...) را بررسی کنید. برای**بررسی تکمیلی از نظر اختلال در مراحل سیکل پاسخ جنسی و روابط بین فردی یا سوابق خاص ارجاع کنید**	ابتلا به دیابت، بیماریهای هورمونی، بیماری عروقی، بیماریهای نورولوژیک،الکلیسم، اعتیاد، نارسایی کلیه و کبد	اختلال ناشی از بیماریهای مزمن جسمی	- ارجاع به پزشک برای تکمیل بررسی و اقدام لازم - پیگیری پاسخ به درمان هر سه ماه **توجه**: بهبود نگرش فرد نسبت به عملکرد جنسی برای ایجاد انگیزه پیگیری درمان در فرد بویژه وقتی به ارجاع نیاز دارد مهم است. در غیر این صورت بهتر است در سطح اول ارائه خدمت اقدامات قابل اجرا انجام شود
	مصرف دارو (ضد فشارخون، ضد دیابت، آنتی هیستامینها، مخدرها، دیورتیکها، ، ضد سرطان،ضدافسردگی و آرام بخشها،سایمتیدین،آنتی استروژن، آنتی اندروژن، ضد اشتها)	اختلال ناشی از مصرف دارو	
	وجود درد ناحیه تناسلی به دلایل عمومی(لیکن اسکلروزیس، سندرم شوگرن و...) یا چسبندگی و اسکار جراحی پستانها و ناحیه ژنیتال ، توده های شکمی ، آندومتریوز، پرولاپس، رکتوسل	اختلال درد غیر واژینال یا غیر ژنیتال	
	ابتلا به افسردگی و داروهای ضد افسردگی، اضطراب، احساس گناه به علت ترومای جنسی قبلی	اختلال ناشی از اختلالات مزمن روانی	
	نتیجه ارزیابی زوج طرف مقابل : وجود بیماری، مصرف دارو، اختلالات هورمونی بویژه اختلالات تستوسترون - هیپو گونادیسم دیررس- آندروپوز ، اختلال نعوظ، اختلال ارگاسم در مرد	ا ختلال عملکرد جنسی به علل مردانه	
	اختلال اولیه در میل جنسی ،اختلال برانگیختگی برای برقراری رابطه جنسی،اختلال ارگاسم در فرد یا همسروی	اختلال چرخه جنسی	ارجاع زوجین به پزشک و پیگیری تاثیر مداخلات تعیین مرحله اختلال ، در صورت لزوم رفع موانع فردی و محیطی برای اصلاح روابط بین فردی و عاطفی زوجین برای رفع اختلال بر انگیختگی ، ارجاع تخصصی برای مشاوره و درمان
	- چاقی یا لاغری چاقي افزايش يا كاهش وزن/ بي اشتهايي و كمبود ويتاميني / رژيم غذايي / كم وزني ، تغذیه نامطلوب، فعالیت فیزیکی ناکافی، استعمال سیگار، الکل یا مواد مخدر	اختلال ناشی از عدم اعتماد به نفس ، تصویر بدنی و شیوه زندگی نامطلوب	- مشاوره برای تغییر رفتار و تصحیح شیوه زندگی از نظر تغذیه ، فعالیت فیزیکی و دخانیات و دستیابی به تناسب اندام - تجویز مکملهای مورد نیاز در صورت لزوم - استفاده از متدهای آرام سازی - پیگیری پاسخ به مداخلات
	روابط خانوادگی و شرایط زندگی نامطلوب، حضور سایرین در محل زندگی، نگرش منفی نسبت به رابطه جنسی در دوران یائسگی و....، خستگي مزمن ، استرس ناشی از نوع شغل ، محیط زندگی و ...	اختلال روابط زناشویی ناشی از عوامل محیطی وفرهنگی	با توجه به نوع مشکل ایجاد شده آموزش و مشاوره برای :ایجاد نگرش مثبت نسبت به یائسگی، یافتن راه حل مناسب با کمک زوجین برای رفع موانع فرهنگی و اجتماعی، پیگیری رفع مشکل
	حاملگی و زایمان بدون سابقه اختلال یا مشکلات دیگر	اختلال ثانوی به حاملگی و زایمان	در صورت حاملگی اقدام برابر پروتکل مادران باردار برای ارتباط جنسی
	تولد فرزند و شیردهی بدون سابقه اختلال یا مشکلات دیگر	اختلال ثانوی به دنبال تولد فرزند	مشاوره با زوجین برای بهبود روابط خانوادگی، رفع استرسهای ناشی از زایمان و تولد فرزند، رفع ترس از ارتباط جنسی بعد از زایمان طبیعی
	وجود علائم یائسگی (کاهش تون عضلات و سایز پستان، تاخیر در تحریک ، تاخیر در لوبریکه شدن واژن ، کاهش الاستی سیتی واژن ،کاهش پرخونی عروقی واژن، آتروفی ژنیتال، کاهش تمایل، تاخیر در ارگاسم)	اختلال ثانوی به تغییرات جسمی دوران یائسگی	آموزش و مشاوره برای بهبود شیوه زندگی ، ورزش کگل برای تقویت عضلات و احساس سلامت و اعتماد به نفس، ادامه آمیزش جنسی برای ایجاد پرخونی واژن و رفع خشکی واژن ، استفاده از لوبریکانتها ، پیگیری پاسخ به درمان هر سه ماه، ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان
	وجود درد به دلایل ژنیتال مانند (خشکی واژن، دیس پارونی،واژینیسموس،بارتولینیت، زخمهای تناسلی دردناک ناشی ازعفونتهای آمیزشی، سرطانهای واژن و سرویکس)	اختلال درد واژینال	- درمان با توجه به **شدت درد** برابر پروتکلهای مربوطه برای خشکی واژن، دیس پارونی، واژینیسموس ،عفونتهای آمیزشی(کلامیدیا، هرپس،اچ پی وی و زخم در ناحیه تناسلی) ، پیگیری پاسخ به درمان هر سه ماه، ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان
	رضایت از کیفیت رابطه زناشویی	طبیعی	اطمینان بخشی ، اصلاح باورهای غلط ، آموزش در باره حفظ وضع موجود ، برقراری رابطه صمیمانه با همسر و تاکید بر لزوم مطرح کردن مشکلات احتمالی با همسر و کارکنان بهداشتی و رفع موانع فرهنگی و اجتماعی ، آموزش در خصوص ارتباط جنسی سالم و ایمن، اطلاع رسانی درباره کمک مرکز به وی در صورت نیاز به کمک

تشخیص زودهنگام سرطان پستان

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
- در مورد سوابق فردی سوال کنید: -آیا سابقه فردی سرطان پستان دارد؟ -آیا سابقه بیوپسی پستان دارد؟ - آیا سابقه رادیوتراپی قفسه سینه دارد؟ **- در مورد سابقه خانوادگی سوال کنید:** آیا **سابقه خانوادگی** سرطان از جمله سرطان پستان یا تخمدان دارد؟ در صورت پاسخ مثبت موارد زیر را در مورد فامیل مبتلا تعیین کنید: نسبت فامیلی نوع سرطان فرد مبتلا سن ابتلا جنسیت فرد مبتلا **معاینه کنید:** هر دو پستان و زیر بغل را از نظر موارد زیر (ترجیحا پس از پایان قاعدگی) معاینه کنید: نمای ظاهری (شکل، اندازه، قرینگی) تغییرات پوستی/ تغییرات غیر طبیعی نیپل، ترشح از پستان ، وجود توده پستان ، توده زیر بغل/ فوق ترقوه (اندازه، تعداد،محل) **همزمان با معاینه، خود آزمایی پستان راآموزش بدهید.** **مستندات مراجعه کننده در باره سوابق و پاراکلینیک انجام شده را بررسی و به نتایج آن توجه کنید:** نتیجه ماموگرافی / ماموگرافیهای قبلی یا هرگونه تصویر برداری قبلی(۱) **عوامل خطر زیر را که قبلا بررسی کرده اید، در آموزش مراجعه کننده و هشدار لازم به وی مورد توجه قرار دهید:** ناباروری یا بارداری کم تعداد، سن بالا در اولین زایمان ، عدم شیردهی یا تعداد ماههای شیردهی کم، اولین قاعدگی در سن پایین ،سن یائسگی قطعی بالا) -استفاده از داروها و ترکیبات هورمونی استروژنی به مدت طولانی، استعمال دخانیات مصرف نوشیدنیهای الکلی، فعالیت بدنی و تغذیه نا مطلوب	**معاینه غیرطبیعی مشکوک به بدخیمی (وجود هر یک از موارد زیر) :(۲)** - **تغییر شکل** ظاهری به صورت: کشیدگی و عدم قرینگی پستان ها، - **تغییرات پوستی ماندگار** به صورت هر یک از موارد زیر : زخم ماندگارعمیق، تخریب نسجی و و فرو رفتگی و کشش غیر معمول، اگزمای نوک پستان بیش از یک ماه، التهاب موضعی یا عمومی پستان، پوست پرتقالی، قرمزی، پوسته پوسته شدن، زخم های سفت، نامنظم و ثابت ، پوسته پوسته شدن یا فرورفتگی نوک پستان در ماههای اخیر، - **ترشح نوک پستان** با یکی از ویژگیهای زیر: که از یک پستان باشد (و نه هر دو پستان)، از یک مجرا باشد (و نه از چند مجرا)، ترشح خود به خودی (بدون تحریک و دستکاری) و ادامه دار باشد، در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد، سروزی یا خونی باشد - **وجود توده غیرطبیعی** در پستان یا زیر بغل که یکی از مشخصات زیر را داشته باشد: توده سفت، چسبنده، غیرمتحرک، حاشیه نامنظم، افزایش اندازه با گذشت زمان، توده پستان یا زیر بغل	**مشکوک**	-اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید.**(۴)** -فرد را به سطح دو (پزشک متخصص جراح در بیمارستان های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع دهید تا پس از انجام معاینه در صورت لزوم برای تصویربرداری مناسب یا سایر اقدامات تشخیصی (تهیه نمونه بافت شناسی) اقدام شود. - پیگیری بازخورد ارجاع - پیگیری و مراقبت با توجه به نظر سطح تخصصی -در صورت سابقه خانوادگی مثبت انجام مشاوره ژنتیک را برای افراد درجه یک خانواده فرد مبتلا مد نظر قرار دهید.
	پاراکلینیک مثبت با یا بدون شرح حال، علائم یا نشانه غیر طبیعی : BIRAD چهارو ۵ در ماموگرافی **یا** نتیجه بیوپسی مثبت		
	سابقه فردی مثبت (سابقه ابتلا به سرطان پستان **یا** سابقه نمونه برداری پستان **یا** سابقه رادیوتراپی قفسه سینه)	**در معرض خطر**	
	سابقه خانوادگی مثبت (دست کم دو فامیل با سرطان در یک سمت فامیل با هر سنی که حد اقل یکی از آنها سرطان پستان باشد) **یا** دست کم یک فامیل با سرطان تخمدان در یک سمت فامیل با هر سنی **یا** یک فامیل درجه یک، دو یا سه با سرطان پستان یا هر سرطان دیگری در **سن زیر ۵۰ سال** **یا** یک **مرد** مبتلا به سرطان پستان در فامیل درجه یک یا دو)		
	وجود علائم و شکایات یا یافته های زیر: درد، ترشح دوطرفه از هر دو پستان به صورت غیر خونی یا غیر سروزی ، توده غیر چسبنده و متحرک و دارای حاشیه منظم و بدون تغییر اندازه در طول زمان**(۳)** **یا**BIRAD سه در ماموگرافی : احتمالاً خوش خیم **یا**BIRAD دو در ماموگرافی : توده خوش خیم	**نیازمند پیگیری**	-ارجاع به پزشک برای بررسی دقیق و اقدام درمانی در صورت لزوم یا ارجاع به سطح تخصصی - پیگیری با نظر پزشک -دقت در معاینات بالینی بعدی پستان -تاکید بر مراجعه منظم همراه با اطمینان بخشی و اجتناب از تحمیل هزینه روانی
	شرح حال طبیعی (نداشتن سابقه خانوادگی و فردی) + معاینه طبیعی (بدون علامت یا نشانه) با ماموگرافی طبیعی(BIRAD یک) یا بدون ماموگرافی	**طبیعی**	-آموزش اصول خودمراقبتی، آموزش عوامل خطر سرطان پستان، آموزش علائم هشداردهنده سرطان پستان و نحوه خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. - توصیه کنید درصورتی که در فواصل بین معاینات معمول، مشکلات پستان داشته باشد مراجعه کند.

غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم

ارزیابی از نظر سرطان سرویکس	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
• **تشخیص زودهنگام :** در همه زنان ۳۰-۵۹ سال در هر ارزیابی دوره ای سلامت میانسالان، اطلاعات زیر را ازنظر سرطان سرویکس بررسی کنید: **درباره علائم زیر سوال کنید**: - خونریزی غیرطبیعی واژینال (پس از مقاربت/ پس از یائسگی/ لکه بینی بین قاعدگی ها) - ترشح واژینال بدبو علیرغم درمان عفونت آمیزشی - درد هنگام مقاربت یا درد پایدارشکمی یا لگنی یا کمری - در صورت وجود هر یک از علائم فوق : تاریخچه، شدت، مدت و پیشرفت علایم را سوال کنید. **معاینه کنید**: در معاینه با اسپکولوم موارد زیر را بررسی کنید: خونریزی، نمای ظاهری و وجود ضایعه ،زخم یا برجستگی در سرویکس، وجود توده در واژن یا سرویکس، نوع ترشحات **شرح حال، سوابق و عوامل خطر** زیر را پرسش نموده و مستندات آن را بررسی کنید: - سابقه جراحی،رادیوتراپی،شیمی درمانی به علت سرطان - یا سابقه کولپوسکوپی برای بررسی ضایعات پیش بدخیم دهانه رحم - تعداد زایمان ، رفتار جنسی پرخطر (ارتباط جنسی متعدد، عدم استفاده از کاندوم و....) **نتایج پاراکلینیک قبلی را بررسی کنید :** در همه حال در ارزیابی دوره ای سلامت نتیجه بیوپسی ، کولپوسکوپی و سایر موارد پاراکلینیک انجام شده قبلی را بررسی و زمان انجام و نتیجه آن را ثبت کنید. • **غربالگری (۱):** - در زنان ۳۰ تا ۴۹ سال که سه سال یا بیشتر از اولین ارتباط جنسی آنها گذشته باشد، با نمونه گیری همزمان HPV DNA test و پاپ اسمیر هر ۱۰ سال یک بار غربالگری را انجام دهید. - در زنان ۵۰ تا ۵۹ سال تشخیص زودهنگام در ارزیابی دوره ای به صورت داوطلبانه غربالگری کنید. - نتیجه و تاریخ انجام تستهای غربالگری قبلی (پاپ اسمیر، اچ پی وی یا هردو) را ثبت نمایید.	**علائم غیر طبیعی** شامل هر یک از موارد زیر : - خونریزی غیرطبیعی واژینال(پس از مقاربت/ پس از یائسگی / لکه بینی) -ترشح واژینال بدبو - درد هنگام مقاربت	علائم نیازمند بررسی از نظر بدخیمی	**-آموزش(۳)** - **تشخیص افتراقی (۴)** با توجه به تاریخچه، شدت، مدت و پیشرفت علایم و درمان مرتبط با ضایعه مطابق بخش های مربوطه (عفونت آمیزشی ، خونریزی غیرطبیعی و اختلالات اوروژنیتال) بوکلت میانسالان - **پیگیری** دو هفته بعد - **انجام غربالگری** سرطان دهانه رحم در صورت لزوم (با توجه به شرایط غربالگری) - **ارجاع** به سطح تخصصی در صورت: همراهی علائم با شرح حال یا معاینه غیر طبیعی یا پاراکلینیک مشکوک از نظر سرطان دهانه رحم، عدم بهبودی یا بدتر شدن علائم یا عود بیماری علیرغم درمان
	شرح حال غیر طبیعی (سابقه سرطان یا ضایعات پیش بدخیم دهانه رحم) شامل هر یک موارد زیر: سابقه کولپوسکوپی ، جراحی ، رادیوتراپی ،شیمی درمانی	در معرض خطر	**-آموزش** - **ارجاع** به سطح تخصصی برای تشخیص و درمان - **پیگیری** بر اساس بازخورد سطح تخصصی
	معاینه غیر طبیعی شامل : توده شکمی یا لگنی **یا** زخم و برجستگی سرویکس **یا هرگونه** ضایعه مشکوک به بدخیمی در ولو، واژن ، سرویکس، رحم و آدنکسها در معاینه	مشکوک	
	پاپ اسمیر غیر طبیعی(دیس پلازی، نئوپلازی) HSIL/ LSIL/AGUS / ASCUS **(۲)** بدون اچ پی وی یا با اچ پی وی منفی یا اچ پی وی مثبت	پاراکلینیک نیازمند بررسی یا مشکوک	
	اچ پی وی مثبت + پاپ اسمیرغیر طبیعی / ASCUS HSIL/ LSIL/AGUS در غربالگری		
	HPV DNA test مثبت + پاپ اسمیر طبیعی یا ناموفق Unsatisfactory یا نا مناسب Inadequateیا ناکافی Insufficientدر غربالگری	نیازمند پیگیری	- آموزش - تکرار تست HPV و پاپ اسمیر در عرض یک سال و تصمیم گیری بر اساس نتیجه آنها **(۵)**
	پاپ اسمیر طبیعی یا متاپلازی یاUnsatisfactory یا نمونه نامناسب Inadequate یا ناکافی Insufficient در فرد بدون علامت با شرح حال و معاینه طبیعی بدون انجام اچ پی وی	طبیعی	**برنامه ریزی غربالگری:** - غربالگری تا یک سال بعد در صورت گذشت کمتر از یک سال از پاپ اسمیر - غربالگری در صورت گذشت یک سال یا بیش از یک سال از آخرین پاپ اسمیر - تشخیص زودهنگام در ازیابی های دوره ای یا پیدایش علائم -آموزش خود مراقبتی
	HPV منفی در غربالگری فرد بدون علامت ، با شرح حال و معاینه طبیعی	طبیعی	- اقدام برای غربالگری ۱۰ سال بعد در زنان ۴۹-۳۰سال - اقدام برای تشخیص زودهنگام در ارزیابی دوره ای بعدی در زنان ۵۹-۳۰ سال - آموزش خود مراقبتی
	فرد بدون علامت با شرح حال و معاینه طبیعی بدون سابقه غربالگری	طبیعی	- انجام غربالگری در صورت گذشت سه یا بیش از سه سال از اولین تماس جنسی مطابق پروتکل غربالگری یا تعیین نوبت غربالگری برای زمان مذکور - توصیه به مراجعه در صورت پیدایش علائم - برنامه ریزی تشخیص زودهنگام در ارزیابی دوره ای -آموزش