

بسم الله الرحمن الرحيم

مؤلفین:

- ۱- عصمت علومی: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان کاشمر
- ۲- رجب کرمی: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان چناران
- ۳- ویداهشیمان: کارشناس واحد آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان
- ۴- صغری جالیان: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان سرخس
- ۵- عبدالغفور امیری: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان تایباد
- ۶- زهرا بلوچ زاده: مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهدیک

با نظارت:

- ۱- دکتر حسن عبداله زاده: کارشناس مسئول واحد آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان
- ۲- دکتر حسین خوبان: مدیر گروه توسعه شبکه و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت استان

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول: آشنایی با بیماری‌های غیرواگیر	۱
فصل دوم: کم کاری تیروئید نوزادان	۲
فصل سوم: پیشگیری و کنترل بیماری دیابت	۳۵
فصل چهارم: پیشگیری و کنترل بیماری فشار خون بالا	۷۳
فصل پنجم: پیشگیری و کنترل بیماری بتاتالاسمی ماژور	۹۵
فصل ششم: سرطان‌های شایع	۱۲۹
فصل هفتم: بهداشت روان	۱۵۹
فصل هشتم: سوانح و حوادث	۱۹۳
فصل نهم: سوء مصرف مواد	۲۰۹

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. سطوح پیشگیری در بیماری‌های غیر واگیر را لیست نمایند.

آشنایی با بیماری‌های غیر واگیر

مقدمه

بشر از دیرباز با درد و بیماری مواجه بوده و همیشه می‌کوشیده تا به بیماری مبتلا نگردد (بهداشت) و در صورت ابتلاء راه‌های بهبودی را پیدا کند. (درمان)

طولانی شدن عمر، نیاز اولیه هر انسان است که در سایه رفاه کامل جسمی-روانی و اجتماعی تحقق می‌یابد. پیشرفت علم پزشکی، بهبود شرایط زندگی، گسترش ارتباطات، ارتقاء دانش عمومی، تغذیه صحیح و مناسب، آب آشامیدنی سالم، دفع زباله به طریق بهداشتی و بالاخره انجام واکسیناسیون موجب کاهش مرگ و میر کودکان و مادران شده و امید به زندگی و متوسط عمر را افزایش داده است.

افزایش متوسط عمر از یک طرف- زندگی ماشینی و شهرنشینی و از طرف دیگر موجب شیوع بیماری‌های غیرواگیر شده به طوری که شایع‌ترین علل مرگ و میر را در کشورها^۱ی پیشرفته و در حال توسعه باعث می‌گردد. بیماری‌های غیر واگیر اکثراً 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.

به علت اهمیت موضوع در سال ۱۳۷۰ اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های غیر واگیر کار خود را در کشور در قالب شش بیماری دیابت، فشارخون بالا، تالاسمی، سوانح و حوادث خانگی، کانسر ریجستری و بهداشت روان آغاز نمود که این اقدام، آغاز یک حرکت طولانی است.

بیماری‌های کلیوی- استخوانی، مفصلی (استئوپروز، آرتروز، ...) - تنفسی (برونشیت مزمن، آسم و...) - خونی (هموفیلی، فاویسم و...) - متابولیک و تغذیه‌ای (چاقی، گواتر و...) - پی‌آمدهای پیری (نایبایی، ناشنوایی و ناتوانی ...) در راه هستند که روز به روز ساختار این روند را تغییر می‌دهند.

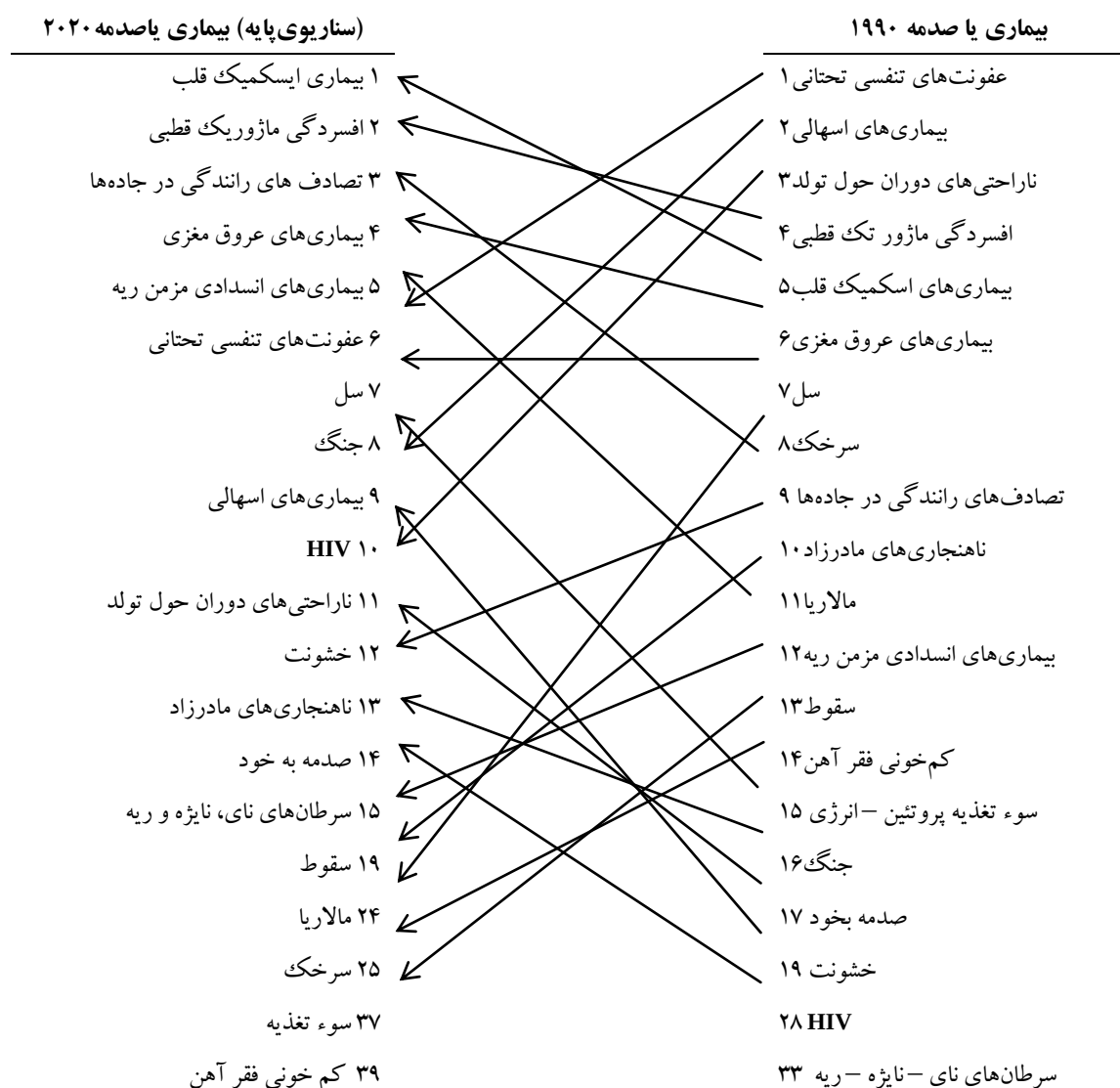
دو دهه آینده شاهد تغییراتی عمده در نیازهای بهداشتی مردم جهان خواهد بود. در مناطق در حال توسعه که چهار پنجم جمعیت جهان را شامل می‌شود بیماری‌های غیر واگیر مثل افسردگی و بیماری‌های قلبی به سرعت جایگزین دشمنان سنتی بشر، مانند بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه می‌شود و در صدر عامل‌های ایجاد کننده ناتوانی و مرگ زود رس قرار می‌گیرد.

انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های غیر واگیر در کشورهای رو به توسعه مسبب ۷ مرگ از هر ۱۰ مرگ باشد در حالی که امروز کمتر از نصف این مقدار است.

انتظار این تغییرها به دلیل آن است که جمعیت کشورهای رو به توسعه به سرعت رو به سالمندان شدن دارد وقتی شمار متولدین در جامعه‌ای کمتر شود، نسبت بزرگسالان به کودکان افزایش می‌یابد و بیماری‌های شایع جامعه به طور عمده به بزرگسالان مربوط می‌شود تا مسایل وابسته به کودکان.

سالمند شدن جمعیت سبب افزایش عدد مطلق بیماری‌های غیر واگیر و بالارفتن سهم این بیماری‌ها به کل بار بیماری‌ها در جهان می‌گردد. شکل شماره ۱ طرز جابجایی الگوی بیماری‌ها تا سال ۲۰۲۰ را نشان می‌دهد.

شکل شماره ۱: تغییر در ترتیب و توالی بار جهانی برای ۱۵ علت ۱۹۹۰-۲۰۲۰



تعریف بیماری‌های غیر واگیر

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۵۷ بیماری‌های غیر واگیر را به صورت زیر تعریف کرده است:

کاهش در ساختار یا اعمال بدن که ضرورتاً سبب تغییر در زندگی عادی بیمار گردد و در طی یک دوره زمانی طولانی ادامه یافته و پایدار باشد. ولی هیچ تعریف بین المللی درباره این مدت وجود ندارد که معلوم نماید چه مدتی را باید طولانی محسوب نمود.

عوامل خطر در بیماری‌های غیر واگیر

- کشیدن سیگار و سایر اشکال دخانیات
- اعتیاد به مشروبات الکلی
- نارسایی یا ناتوانی در دسترسی به خدمات بهداشتی برای پیشگیری (مانند مراقبت از پر فشاری خون - تشخیص به موقع سرطان - درمان بیماری قند)
- دگرگونیهای سبک زندگی (الگوی غذایی - فعالیت بدنی)
- عوامل خطر زیست محیطی مانند خطرات شغلی - آلودگی آب و هوا - اثرات سلاحهای نابودکننده
- عوامل مربوط به استرس

بیماری‌های غیر واگیر تفاوت‌های زیادی با بیماری‌های واگیر داشته که مهمترین آنها عبارتند از:

الف - نبودن یک عامل بیماری‌زای معلوم

ب - چند عاملی بودن علت (فشار خون بالا)

ج - دوره پنهانی طولانی (سرطان)

د - عوارض خطرناک (دیابت)

ه - دوره کمون متفاوت و شروع نامعین

سطوح پیشگیری در بیماری‌های غیر واگیر

- پیشگیری اولیه به معنای حذف و کاهش عوارض خطر و تغییر در الگو و سبک زندگی است.

- پیشگیری ثانویه به معنای درمان به موقع

- پیشگیری ثالثیه به معنای جلوگیری از بروز نقص عضو و یا بروز مرگ زودرس

بنابراین غربالگری، تشخیص به موقع، درگیر کردن و مشارکت بخش‌های توسعه مرتبط با موضوع و بالاخره کاستن

از آسیب‌ها و ناهنجاری‌های جسمی و روانی از اهم مسایل در بیماری‌های غیر واگیر می‌باشند.

فصل دوم: 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 تیروئید 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.
- فرمهای شماره ۱ و ۲ 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.
- فرم شماره ۳ را به نحو صحیح تکمیل کند.

بهروز و بیماری کم کاری تیروئید

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 در منطقه که شانس بروز کم کاری 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 ۱ در 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.

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 نشانه‌های 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 برنامه‌های 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.

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 کم کاری 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 علائم 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 علائم در هفته اول تولد قابل تشخیص می‌باشد.

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 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.

شرح وظایف بهورز در برنامه کم کاری تیروئید

- شناسایی و آموزش زنان باردار در مورد بیماری کم کاری تیروئید و عوارض آن و تأکید بر لزوم انجام غربالگری

نوزاد در سنین ۳ تا ۵ روز بعد از تولد

- آموزش عموم مردم درباره بیماری و عوارض آن

- غربالگری نوزادان در روز ۳ تا ۵ بعد از تولد شامل: تکمیل فرم اطلاعات کاغذ فیلتر (فرم شماره ۱) نمونه گیری از

پاشنه پا، خشک کردن نمونه اخذ شده در دمای اتاق به مدت ۳ ساعت و گذاشتن آن در پاکت مخصوص و ارسال

آن در اسرع وقت به آزمایشگاه مرکز بهداشت.

- پیگیری جهت تحویل به موقع جواب‌های آزمایش از طریق کاردان منطقه

- فراخوان، ارجاع و پیگیری نوزادان مشکوک که در هفته اول تولد غربالگری شده‌اند (اگر اندازه TSH مساوی یا

بیشتر از $5 \mu\text{u/l}$ تا $9/9$) باشد نمونه گیری مجدد از پاشنه پا انجام و اگر TSH برابر با $(10 \mu\text{u/l}$ تا $19/9$) باشد ارجاع

نوزاد در هفته ۲ تا ۳ تولد جهت آزمایشات تکمیلی و چنانچه نتیجه آزمایش اولیه $20 \mu\text{u/l}$ و بیشتر بود ارجاع فوری

صورت پذیرد).

- ثبت نتیجه آزمایش TSH در فرم کمتر از ۲ ماه کودک سالم در پرونده خانوار

- ثبت و گزارش اطلاعات در فرم آمار ماهیانه

دستورالعمل تهیه نمونه از پاشنه پای نوزاد: قدم به قدم

هدف از این غربالگری، شناخت بیماری کم کاری تیروئید و جلوگیری از بروز عقب ماندگی ذهنی در نوزادان است بنابراین:

- از همه نوزادانی که زنده متولد شده‌اند، بدون توجه به زمان ترخیص از زایشگاه باید نمونه گیری انجام شود.

- مهم ترین نکته در نمونه گیری زمان و استفاده صحیح از کاغذ فیلتر است.

زمان بندی در برنامه غربالگری و صحت عمل خون گیری خیلی مهم است.

نکته:

• اگر سن نوزاد در هنگام نمونه گیری «۷-۳ روزه» باشد و جهت نمونه گیری به مراکز نمونه گیری هیپوتیروئیدی مراجعه نماید و جواب آزمایش اولین فیلتر پیر آن TSH بین ۵-۹/۹ باشد برابر دستورالعمل لازم است ۴۸ ساعت پس از رؤیت اولین جواب (۱۵-۱۰ روزگی نوزاد) برای نمونه گیری مجدد از پاشنه پا نوزاد فراخوان شده و فیلتر پیر دوم تهیه و به آزمایشگاه رفرانس استان ارسال گردد. چنانچه جواب نمونه دوم $TSH < 5$ باشد نوزاد سالم بوده و نیاز به پیگیری ندارد. اما اگر TSH فیلتر پیر دوم مساوی و یا بیشتر از ۵ باشد جهت آزمایشات تکمیلی و سرمی به آزمایشگاه همکار یا منتخب شهرستان ارجاع گردد.

• اگر سن نوزاد در هنگام نمونه گیری بیش از ۸ روزگی تا ۴ ماه و ۲۹ روزه باشد نیز برابر بند ۱ اقدام نموده و ملاک ارجاع برای آزمایشات تکمیلی TSH برابر ۵ و یا بیشتر خواهد بود.

نوزادانی که دارای شرایط ذیل باشند علاوه بر نمونه گیری در روزهای ۳ تا ۵ یک هفته بعد یعنی در روزهای ۱۰ تا ۱۵ بعد از تولد نیز مجدداً از آن‌ها نمونه گیری به عمل خواهد آمد.

• نوزادان نارس

• نوزادان کم وزن (کم تر از ۲۵۰۰ گرم)

• نوزادان با وزن بیش از ۴ کیلوگرم

• نوزادانی که سابقه دریافت و یا تعویض خون داشته باشند

- نوزادانی که داروهای خاص مثل دوپامین مصرف می‌کنند.
 - نوزادانی که سابقه بستری در بیمارستان دارند.
 - چنان‌چه نمونه تهیه شده نامطلوب باشد.
 - در دوقلوها و چند قلوها
 - نوزادانی که TSH مساوی و یا بیشتر از ۵ تا ۹/۹ داشته باشند.
- نکته:** به هر دلیلی که امکان خون‌گیری از پاشنه پا وجود نداشته باشد، از نرمه کناری دست خون‌گیری انجام خواهد شد.

آماده کردن نوزاد جهت نمونه‌گیری

- نوزاد را در تخت نمونه‌گیری قرار دهید:
- برای جلوگیری از آلودگی محیط و سرماخوردگی کودک فقط پای نوزاد را لخت نمایید.
 - محل خون‌گیری (پاشنه پا) باید از سطح قلب پایین‌تر باشد. نوزاد با شیب ۱۰ درجه خوابانده شود.
 - پاشنه پا را با یک گاز یا حوله ولرم گرم کنید تا جریان خون در محل افزایش یابد.
 - دست‌ها را کاملاً شسته و دستکش دست کنید.
 - پاشنه پا را با الکل ایزوپروپانول ۷۰٪ تمیز و الکل اضافی را با گاز پاک کنید و صبر کنید تا در جریان هوا خشک شود.

سوراخ کردن پوست

- محل ضربه لانست:** حاشیه کناری پاشنه پا مطمئن‌ترین محل نمونه‌گیری است، به بخش عقبی پاشنه پا ضربه نزنید زیرا استخوان خیلی به پوست نزدیک است.
- با کمک لانست یک بار مصرف ضربه یکنواخت و آرامی به موضع خون‌گیری وارد نمایید.
 - از قطره اول خون نباید در کارت خون‌گیری استفاده شود. این قطره باید دور ریخته شود. (چون حاوی مایعات داخلی نسجی است).

- با فشار مختصر و متناوب که به پاشنه پا وارد می شود قطره بزرگی از خون شکل می گیرد که کارت نمونه گیری را به قطره نزدیک کرده تا خود به خود جذب کاغذ شود و پشت و روی آن را کاملاً بپوشاند.
- در صورتیکه نمونه گیری از محل لانست زده شده انجام نشد، از زدن لانستمجدد در آن محل به شدت خودداری و محل مناسب دیگری برای خونگیری انتخاب شود و باید از یک ست جدید شامل: لانست استریل، پنبه الکل و گاز استریل استفاده شود.
- بعد از نمونه گیری به مدت ۵ دقیقه یک گاز استریل روی محل خون گیری گذاشته شود و با دست فشار داده و از چسب مخصوص در محل استفاده شود.

ویژگی های نمونه مناسب

- شکل نمونه باید دایره باشد
- قطر لکه خون بیش از ۵ میلی متر باشد
- لکه خون از دو طرف همسان دیده شود
- دو لکه روی هم نباشد
- کارت نمونه آغشته به مواد خارجی نباشد
- لکه های خون بدون اثر انگشت باشند
- سه لکه خون روی کارت نمونه کافی است

شرایط نگهداری نمونه

- نمونه تهیه شده (کاغذ فیلتر) را به صورت افقی روی پایه مسطح قرار دهید به طوری که لکه های خون با جایی تماس پیدا نکنند.
- حداقل ۳ ساعت وقت لازم است تا این نمونه ها در دمای ۱۵ تا ۲۵ درجه سانتی گراد اتاق کاملاً خشک شود

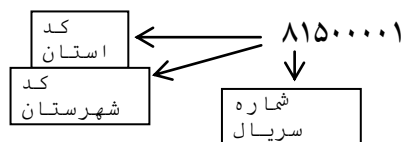
- در هنگام خشک شدن، از قرار دادن کاغذهای فیلتر در جریان هوای آلوده به دود و گرد و غبار، و تابش مستقیم خورشید جداً خودداری شود.
- نمونه‌ها پس از خشک شدن در پاکت‌های مخصوص پست گذاشته شوند و در اسرع وقت به آزمایشگاه غربالگری ارسال شود.
- در صورت عدم امکان ارسال سریع نمونه، آنرا در یخچال نگهداری کنید و در اولین فرصت ارسال نمایید.

فرم شماره ۱: نمونه گیری (برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان)

پاکت مخصوص فیلترپیپر	نتایج آزمایشات	شماره کاغذ فیلتر	فرم شماره ۱: نمونه گیری (برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان)		
	☐ نوبت اول ☐ نوبت دوم	مرکز بهداشت شهرستان:	شبکه بهداشت و درمان شهرستان:	دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی:	
		محل نمونه گیری: مرکز بهداشت پایگاه بهداشتی خانه بهداشت سایر			
	TSH=mu/l	آدرس محل سکونت والدین:	نمونه گیری: نوبت اول ☐ نوبت دوم ☐		شماره خانوار:
			تاریخ تولد نوزاد: / / ۱۳		جنس: دختر ☐ پسر ☐
	G6PD=deficient ☐		نام و نام خانوادگی: نوزاد پدر مادر		زمان نمونه گیری برحسب سن نوزاد به روز =
	☐ Normal				
	Pku=mg/dl	شماره تلفن والدین: (۱) نام و نام خانوادگی (۲) کارشناس آزمایشگاه	آیا نوزاد نیاز به نمونه گیری مجدد دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر		
	علت نمونه گیری مجدد: نوزاد نارس ☐ نوزاد ماکروم ☐ نوزاد باوزن کمتر از ۲۵۰۰ ☐ دویا چندقلویی ☐ بستری در بیمارستان و یا سابقه آن ☐ سابقه مصرف داروهای خاص ☐ تعویض و یا دریافت خون ☐ TSH $\geq 5-9/9$				
		نام و نام خانوادگی نمونه گیر:	شماره تلفن محل نمونه گیری:		
		شماره تلفن محل نمونه گیری:			
	تاریخ آزمایش:	شماره تلفن ستاد پیگیری بیماری های شهرستان:	نسبت فامیلی والدین: غیر فامیل ☐ فامیل درجه ۳ ☐ فامیل درجه ۴ و بیشتر ☐		
	امضاء:	تاریخ: ۱۳ / / امضاء:	نوع زایمان: طبیعی ☐ سزارین ☐		

چگونگی تکمیل فرم شماره ۱: فرم نمونه‌گیری

- ابتدا نوبت نمونه‌گیری (اول و یا دوم) علامت * زده شود.
- نام دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی، نام شبکه بهداشت و درمان شهرستان و نام مرکز بهداشت شهرستان نوشته شود.
- محل نمونه‌گیری: یکی از محل‌های مراکز بهداشتی درمانی شهری/ روستایی، پایگاه بهداشتی، خانه بهداشت، و سایر انتخاب شده و نام آن به عنوان محل اخذ نمونه از پاشنه پا بر کاغذ گاتری نوشته شود.
- شمار خانوار (در صورتی که مشخص باشد) درج گردد.
- شماره کاغذ گاتری با توجه به شماره سریال چاپ شده در بالای فرم ۱ در قسمت بالای آن نوشته شود. (شماره کاغذ گاتری را می‌توان کد استان "۸۹" کد شهرستان در مکاتبات و شماره سریال را ذکر نمود مثلاً کد شهرستان چناران را می‌توان به این صورت نوشته شود:



- در محل جنس نوزاد در مربع مربوط به دختر و یا پسر علامت * گذاشته شود.
 - تاریخ تولد نوزاد به صورت سال، ماه و روز (به عدد) نوشته شود.
 - نام و نام خانوادگی نوزاد، پدر و مادر بر اساس گفته والدین نوشته شود. (در صورتی که نام نوزاد معین نباشد، کلمه نوزاد همراه با نام خانوادگی پدر نوزاد نوشته شود).
 - سن نوزاد بر حسب روز از تفاضل روز و ماه نمونه‌گیری از پاشنه پا به دست آمده و نوشته شود.
- نکته:** سن نوزاد در زمان غربالگری (در نوبت اول) نباید از ۷۲ ساعت کمتر باشد.
- تاریخ روز نمونه‌گیری از پاشنه پا، با ذکر سال، ماه و روز، به طور خوانا نوشته شده و در خاتمه نمونه‌گیر فرم شماره ۱ را امضا نماید.

• بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه غربالگری کم کاری تیروئید، انجام مجدد آزمایش غربالگری از پاشنه پا

در نوزادان زیر، لازم است:

■ نوزاد نارس

■ نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم (ماکروزم)

■ نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم

■ دو یا چند قلوها

■ نوزادان بستری و یا با سابقه بستری در بیمارستان

■ نوزادان با سابقه مصرف داروهای خاص (مثل دوپامین، کورتن و...)

■ نوزادان با سابقه تعویض و یا دریافت خون

■ نوزادانی که در غربالگری از پاشنه پا (نوبت اول)، TSH بین ۵ تا ۹/۹ داشته‌اند.

■ چنانچه نمونه تهیه شده اولیه نامطلوب بوده و عودت داده شده است.

در صورتی که نوزاد حداقل یک مورد از موارد فوق را داشته باشد، در قسمت بلی علامت * زده شده و علت

نمونه‌گیری نیز در مربع مربوط مشخص شود و در غیر این صورت در قسمت خیر علامت * گذاشته شود. در صورتی

که نوزاد به دلیل دو یا چند مورد نمونه‌گیری مجدد شده بود، همه موارد علامت* می‌خورند.

• نسبت فامیلی والدین در این محل علامت* زده شود.

• غیر فامیل: والدین هیچ گونه نسبت فامیلی با هم ندارند.

■ فامیل درجه ۳: والدین نسبت فامیلی، دختر عمو، پسر عمو، دخترخاله، پسرخاله، دخترعمه، پسرعمه، پسر

دایی و دختر دایی، دارند.

■ فامیل درجه ۴ و بیشتر: شامل نوه خاله، نوه دایی، نوه عمو و نوه عمه می‌باشند. نتیجه‌ها و نبیره‌های خاله،

دایی، عمو و عمه به ترتیب فامیل درجه ۵ و ۶ محسوب می‌شوند.

• نوع زایمان پرسیده شده و در یکی از مربع‌های طبیعی و سزارین علامت * گذاشته شود.

- آدرس پستی محل سکونت والدین نوزاد به دقت نوشته شود.

نکته: در صورتی که محل سکونت فعلی مادر و نوزاد منزل والدین نیست و مادر برای زایمان به این محل آمده است

و بعد از آن به منزل خود می‌رود، باید هر دو آدرس نوشته شوند.

- شماره تلفن تماس والدین نوزاد (حداقل ۲ شماره تلفن با ذکر کد محل) گرفته شده و با دقت نوشته شود.
- نام و نام خانوادگی نمونه گیر به طور خوانا، در قسمت پایین فرم، نوشته شود.
- در قسمت شماره تلفن محل نمونه گیری، شماره تلفن محل نمونه گیری و یا شماره تلفنی که از طریق آن بتوان مستقیماً با نمونه گیر تماس حاصل کرد، همراه با کد محل، نوشته شود. در صورتی که محل نمونه گیری فاقد تلفن باشد، شماره تلفن مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی که محل نمونه گیری زیر مجموعه آن است درج گردد.

- شماره تلفن ستاد پیگیری بیماری‌های شهرستان با کد شهرستان به صورت خوانا نوشته شود (در صورت امکان شماره تلفن روی فرم‌ها چاپ شود).

- قسمت دوم مربوط به جواب‌دهی آزمایشگاه می‌باشد که توسط کارشناس مسئول آزمایشات هیپوتیرویدی تکمیل و پس از درج تاریخ آزمایش امضاء و ممهور به مهر آزمایشگاه می‌نماید (جواب بدون مهر آزمایشگاه اعتباری ندارد)

- قسمت سوم فرم ۱ صفحه اول (برگ سفید) پاکت مخصوص گذاشتن فیلتر می‌باشد.

فرم شماره ۲: غربالگری (برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان)																								
سایر:		خانه بهداشت						مرکز بهداشتی درمانی شهری:				شبکه بهداشت و درمان شهرستان:				دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی:								
آدرس و شماره تلفن	زمان شروع درمان بر حسب سن نوزاد به روز			عدم آزمایش	نتیجه نهایی		زمان اعلام نتیجه آزمایش تأیید تشخیص بر حسب سن نوزاد به روز	نتیجه آزمایش غربالگری TSH				زمان دریافت نتیجه آزمایش غربالگری بر حسب سن نوزاد به روز	زمان نمونه گیری بر حسب سن نوزاد به روز	علت نمونه گیری مجدد از	آیا نوزاد نیاز به غربالگری مجدد		شماره کاغذ فیلتر	تاریخ تولد	جنس		نام پدر	نام و نام خانوادگی نوزاد	ردیف	
	≥ 41	۴۰-۲۸	< 28		سالم	مشکوک		< 5	۵-۹/۹	۱۰-۱۹/۹	≥ 20				بلی	خیر			دختر	پسر				

عمل نمونه گیری مجدد: ۱- نوزاد نارس ۲- نوزاد کم وزن ۳- نوزادان ماکروزوم (وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم) ۴- چندقلوها ۵- نوزادان بستری و یا سابقه بستری در بیمارستان ۶- نوزادان با سابقه دریافت و یا تعویض خون ۷- نوزادانی که داروی خاص مصرف می نمایند مثل دوپامین ۸- نوزادانی که جواب آزمایش فیلتر پیر اولیه آن ها بین ۵ تا ۹/۹ باشد ۹- نوزادانی که فیلتر پیر آن ها به علت نامطلوب بودن عودت گردیده است.

چگونگی تکمیل فرم شماره ۲: فرم غربالگری

- ابتدا در بالای فرم نام دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان و مرکز بهداشت شهرستانی که محل نمونه‌گیری زیر مجموعه آن است نوشته شود.
- سپس نام محل نمونه‌گیری، برحسب این که در کدام یک از محل‌های مرکز بهداشتی درمانی شهری و یا روستایی، پایگاه بهداشتی، خانه بهداشت و یا سایر محل‌ها نمونه‌گیری انجام شده است، نوشته شود.
- ترتیب شماره ردیف برای نوشتن مشخصات نوزادان غربالگری رعایت شود. بدیهی است شماره ردیف از اولین روز هر ماه شروع و پایان ماه آخرین شماره برابر با تعداد کل نوزادانی خواهد بود که غربالگری شده‌اند.
- یادآوری می‌شود که اگر به هر دلیل از نوزاد، نمونه دوم تهیه گردد، شماره جدیدی به وی تعلق نمی‌گیرد، بلکه ستون مربوطه دو قسمتی پیش‌بینی شده شماره فیلتر قبلی نوزاد با ممیز و شماره ۱ در قسمت زیرین نوشته می‌شود. به عنوان مثال: چنانچه یک بار نوزاد با شماره فیلتر ۸۹۱۵۰۰۰۰۱ مورد نمونه‌گیری قرار گرفت و به هر علتی نیاز به نمونه‌گیری مجدد پیدا کند، شماره فیلتر پیپر دوم که به او داده می‌شود شماره ۸۹۱۵۰۰۰۰۱/۱ خواهد بود (جهت انجام این امر تعدادی کارت نمونه‌گیری سفید بدون شماره تحویل مراکز نمونه‌گیری خواهد شد).
- نام و نام خانوادگی نوزاد بر اساس گفته والدین نوشته شود. (در صورتی که نام نوزاد معین نباشد، کلمه نوزاد همراه با نام خانوادگی پدر نوزاد نوشته شود).
- نام پدر نوزاد به طور خوانا نوشته شود.
- بر اساس جنسیت نوزاد، در ستون دختر و یا پسر علامت * زده شود.
- تاریخ تولد نوزاد، بر اساس روز و ماه و سال ثبت شود.
- شماره‌ای که به صورت چاپی روی فرم شماره ۱ و کاغذ گاتری نوشته شده با دقت و به طور خوانا در قسمت فوقانی خط نوشته شود.
- آیا نوزاد نیاز به نمونه‌گیری مجدد دارد؟ در صورت نیاز به نمونه‌گیری مجدد، طبق دستورالعمل بر اساس فرم شماره ۱ نمونه‌گیری، در قسمت بلی و در صورت عدم نیاز خیر علامت * زده شود.

- علت نمونه گیری مجدد از پاشنه پا بر کاغذ فیلتر باید به طور خوانا ذکر شود.
- زمان انجام نمونه گیری از پاشنه پا نوبت اول برحسب سن نوزاد به روز: سن نوزاد از تفاضل روز و ماه تولد و روز و ماه نمونه گیری از پاشنه پا به دست آمده و در قسمت فوقانی خط نوشته شود.
- زمان دریافت نتیجه آزمایش غربالگری در نوبت اول برحسب سن نوزاد به روز: یعنی زمانی که نتیجه آزمایش غربالگری (آزمایش TSH بر کاغذ فیلتر) به ستاد شهرستان اعلام شده است در قسمت فوقانی خط نوشته شود (نتایج به صورت تلفنی، کتبی و یا شفاهی توسط مقام مافوق محل نمونه گیری و یا مستقیماً از آزمایشگاه غربالگری به نمونه گیر اعلام می گردد).
- نتیجه آزمایش غربالگری (آزمایش TSH بر کاغذ فیلتر) نوبت اول در دو ستون سالم (کمتر از ۵) و مشکوک در قسمت فوقانی (بیش از ۵ و به تفکیک گروه بندی) علامت * گذاشته شود.
- زمان نمونه گیری مجدد (نوبت دوم) از پاشنه پا بر کاغذ فیلتر بر حسب سن نوزاد در سمت زیرین این ستون درج شود.

نکته بسیار مهم: زمان نمونه گیری نوبت دوم در موارد فراخوان شده به علت:

۱. نمونه نامناسب (مرجوعی)

۲. غلظت TSH برابر با ۵ - ۹/۹ در نمونه کاغذ فیلتر اول باید در اسرع وقت و در کمتر از ۴۸ ساعت پس از فراخوان و حداکثر مکان سن نوزاد از ۱۰ روزگی گذاشته باشد.

در موارد دیگر، که نیاز به نمونه گیری مجدد وجود دارد، زمان نمونه گیری مجدد از پاشنه پا هفته دوم تولد (بعد از ۱۰ روزگی نوزاد) خواهد بود.

- زمان دریافت نتیجه آزمایش غربالگری در نوبت دوم برحسب سن نوزاد به روز: یعنی زمانی که نتیجه آزمایش غربالگری به محل نمونه گیری اعلام شده است (نتایج به صورت تلفنی، کتبی و یا شفاهی توسط مقام مافوق محل نمونه گیری و یا مستقیماً از آزمایشگاه غربالگری به نمونه گیر اعلام می گردد) در قسمت زیرین نوشته شود.

- نتیجه آزمایش غربالگری TSH توبت دوم در دو ستون سالم (کمتر از ۵) و مشکوک (بیش از ۵ و به تفکیک گروه‌بندی) در قسمت زیرین علامت * گذاشته شود.
- زمان اعلام نتیجه آزمایش تأیید تشخیص سر می بر حسب سن نوزاد به روز در ستون مربوطه نوشته شود.
- تشخیص نهایی: نتیجه آزمایش تأیید تشخیص توسط پزشک مرکز بهداشت شهرستان و یا پزشک مرکز بهداشتی درمانی با تعیین سالم یا بیمار بودن نوزاد اعلام خواهد شد و بر اساس آن در ستون‌های سالم و یا بیمار علامت * گذاشته شود. در صورتی که به هر علتی نوزاد مشکوک مورد آزمایش تأیید تشخیص قرار نگیرد باید ستون عدم انجام آزمایش مجدد علامت * گذاشته شود.
- زمان شروع درمان بر حسب سن نوزاد به روز: یعنی زمانی که نوزاد اولین دوز قرص لووتیروکسین را دریافت کرده است. این تاریخ، هم‌چنین، باید در فرم مراقبت اطفال (بیماری‌ها) ثبت شود.
- در ستون آخر باید آدرس و تلفن نوزاد فراخوان شده را ثبت نمود.

نحوه مصرف داروی لووتیروکسین و تداخلات دارویی

داروی لووتیروکسین به صورت قرص وجود دارد و مقدار مصرفی آن را پزشک معالج تعیین می‌کند. مقدار قرص تجویز شده باید ضمن رعایت دقیق دستورات مصرف شود.

روش مصرف:

- مقدار قرص تجویز شده، در شیر مادر و یا آب حل شده و به نوزاد خورانده شود. بهتر است نوزاد از یک ساعت قبل از مصرف قرص چیزی نخورد.
- قطره آهن و مولتی ویتامین نباید هم‌زمان با قرص لووتیروکسین مصرف شوند. باید بین مصرف این داروها و مصرف قرص لووتیروکسین حداقل ۱۲ ساعت فاصله باشد.
- مصرف هم‌زمان شیرهای دارای ترکیبات سویا (مثل ایزومیل) با قرص لووتیروکسین، می‌تواند جذب لووتیروکسین را مختل نماید. به همین دلیل، فاصله حداقل یک ساعت قبل و بعد از مصرف را باید رعایت کرد.

روش دادن قرص های لووتیروکسین

ابتدا دست های خود را کاملاً بشوید و خشک کنید.

روش اول:

قرص را در بین انگشتان سبابه و شصت هر دو دست بگیرید و دست هایتان را خلاف جهت هم بچرخانید. به راحتی قرص نصف می شود. به همین روش می توانید آن را به قطعات کوچک تری هم تبدیل کنید. با مقدار کمی آب (از آب جوش استفاده نکنید) و یا شیر (که حاوی ترکیبات سویا نباشد) قرص را حل کنید و تمام محلول به دست آمده را از طریق قطره چکان یا قاشق به شیرخوار بخورانید. سپس مجدداً داخل قطره چکان یا قاشق، آب بریزید و به شیرخوار بدهید تا مطمئن شوید تمام دوز داروی تجویز شده را به شیرخوار داده اید.

روش دوم:

مانند روش اول قرص را نصف کنید و تکه های قرص را داخل قاشق بریزید و با ته قاشق دیگری روی محتویات قاشق اول فشار بیاورید تا کاملاً خرد شود. سپس چند قطره آب اضافه کنید و با نوک انگشت آن را حل کنید تا تکه های قرص را حس نکنید. سپس این محلول را به کودک بدهید. مجدداً داخل قاشق را چند قطره آب بریزید و به نوزاد بخورانید.

برای کودکان می توانید یکی از روش های بالا را انتخاب کنید و یا مقدار قرص تجویز شده را داخل ۱/۲ غذای کمکی که به او می دهید حل کنید. به عنوان مثال اگر در طول روز یک کاسه فرنی به او می دهید ۱/۲ فرنی را داخل ظرف دیگری بریزید تکه های قرص را در آن حل کنید و به این مقدار فرنی را حتماً به او بخورانید. قرص را هیچ گاه در تمام شیشه شیر یا غذای کودک حل نکنید چون ممکن است کودک شما تمام آن شیشه شیر یا غذا را نخورد.

• هنگامی که کودک شما بزرگ تر می شود ممکن است لازم باشد تمام قرص را به او بدهید. شاید بهتر باشد

قرص ها را تکه تکه کنید تا کودک شما راحت تر قرص ها را بخورد.

• اگر کودک شما پس از دادن دارو استفراغ کرد لازم است مجدداً با همان دوز قبلی به او بدهید.

- برای جلوگیری از فراموش شدن مصرف دارو، بهتراست یک تقویم خانگی برای این منظور تهیه کنید (مانند جدول زیر) و پس از هر بار مصرف دارو در طی روز محل موردنظر را علامت بزنید.

تیرماه ۸۶: هفته اول

شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	جمعه
✓	✓	✓	✓			

- در صورت بروز اسهال، بی‌قراری، کم خوابی، و عصبانیت برای کودکان با پزشک و یا کارکنان بهداشتی -

درمانی تماس بگیرید.

- همیشه تعدادی از قرص‌ها را جهت موارد اضطراری در کیف وسایل کودکان نگهداری کنید. (البته تاریخ مصرف و انقضا آن‌ها را در نظر بگیرید).

- همیشه پس از تهیه قرص‌های تجویز شده تاریخ مصرف و رنگ قرص‌ها را نگاه کنید

- در هر بار ویزیت توسط پزشک (به هر علتی) او را از نحوه مصرف دارو و دوز آن مطلع نمایید.

- جهت پیگیری بیماری کودکان لازم است (که) پزشک، بر اساس جدول زمان بندی ویژه‌ای سطح هورمون‌های تیروئید را با استفاده از آزمایش خون بسنجد، تا مقدار مصرف دارو را تعیین کند. رعایت برنامه زمان‌بندی شده جهت ویزیت پزشک بسیار مهم است. بنابراین برنامه زمان بندی شده ویزیت پزشک را به دقت رعایت نمایید. به همین دلیل کارت‌های ویژه مراقبت طراحی شده است که از سوی کارشناس مرکز بهداشت شهرستان محل سکونت شما در اختیارتان قرار داده شود.

- در هر بار مراجعه به پزشک ضمن این که او را در جریان نحوه درمان و دوز دارو قرار می‌دهید از پزشک معالج درخواست کنید که کارت مراقبت را تکمیل نماید.

- باتوجه به این که تعیین علت کم کاری تیروئید همیشه امکان‌پذیر نیست پزشک درمان را تا تعیین شدن علت بیماری به تأخیر نمی‌اندازد. (به دلیل عوارض ذهنی بیماری، که در صورت عدم درمان رخ می‌دهد) و ممکن است اقدامات تشخیصی پس از شروع درمان آغاز گردد، حتی در برخی مواقع ممکن است این اقدامات پس از یک سالگی انجام شود.

مراقب باشید که هر روز حتماً دوز داروی تجویزی توسط پزشک را به کودکتان بدهید. تنها از قرص‌های لووتیروکسین باید استفاده کنید. سایر فرم‌های دارویی لووتیروکسین توصیه نمی‌شوند. دارو را هر روز در یک وقت معین به کودک بدهید. (مثلاً هر روز قبل از خوردن صبحانه)

انجام آزمایش‌ها برای اطلاع از کافی بودن مقدار قرص لووتیروکسین لازم است و با توجه به نتایج آزمایش‌ها، مقدار قرص لووتیروکسین مصرفی توسط پزشک تعیین می‌شود.

فقط به دستور پزشک، قرص لووتیروکسین کم، زیاد و یا قطع می‌شود. معمولاً مصرف قرص لووتیروکسین باید تا ۳ سالگی کودک ادامه یابد. سپس پزشک دارو را قطع کرده و پس از ۴ هفته آزمایش هورمونی تیروئید انجام می‌شود. با توجه به جواب آزمایش، پزشک تشخیص می‌دهد که کودک دیگر نیازی به دارو ندارد و یا باید تا پایان عمر لووتیروکسین مصرف کند.

زمان در جلوگیری از عقب ماندگی ذهنی در نوزادان مبتلا به کم کاری تیروئید از طلا با ارزش تر است.

زمان انجام آزمایشات ضروری تیروئید برای کودک تحت مراقبت

- ۲ و ۴ هفته بعد از شروع درمان؛
- هر ۱ ماه در طول ۶ ماه اول زندگی؛
- هر ۲ ماه در طول ۶ ماه دوم زندگی؛
- هر ۳ ماه بین سنین ۱۲ تا ۳۶ ماهگی؛
- هر ۶ ماه بعد از ۳۶ ماهگی (در صورت ابتلا کودک به کم کاری مادرزادی تیروئید دائمی)

فرم شماره ۴: مراقبت بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید نوزادان

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی	شبکه بهداشت و درمان شهرستان	مرکز بهداشت شهرستان	محل نمونه‌گیری	شماره خانوار			
نام و نام خانوادگی نوزاد: نام پدر:	جنس: ☐ دختر ☐ پسر	تاریخ تولد نوزاد: / /	وزن زمان تولد: (گرم)	قد زمان تولد: (سانتی‌متر)			
نوع زایمان: ☐ طبیعی ☐ سزارین	زمان انجام غربالگری برحسب سن نوزاد به روز: بار اول: بار دوم:	غلظت TSH اولیه (بر کاغذ فیلتر)= نسبت فامیلی والدین: درجه ۳ ☐ درجه ۴ ☐ بیشتر ☐ بدون نسبت فامیلی ☐	وجود بیماری‌های تیروئیدی در فامیل درجه یک: مادر ☐ پدر ☐ خواهر ☐ برادر ☐ هیچکدام ☐	ابتلا به آنومالیاها: ☐ ندارد ☐ شنوایی قلبی - عروقی ☐ سایر ☐			
نتیجه آزمایش‌های تأیید تشخیص: T4= Free T4= TSH= T3RU=	سن نوزاد در زمان شروع درمان برحسب روز:	اولین دوز لووتیروکسین تجویز شده:	نتیجه اسکن تیروئید:	نتیجه سونوگرافی تیروئید:			
نام و نام خانوادگی پزشک شروع کننده درمان:	نام و نام خانوادگی مشاوره علمی برنامه در شهرستان:	آدرس و شماره تلفن:					
جدول مراقبت بیماران							
زمان انجام مراقبت	تاریخ	TSH	F.T4 یا T4	قد (cm)	وزن (kg)	دستورات پزشک و دوز دارو	نام و نام خانوادگی گزارشگر
۶ ماه اول زندگی	۱۳ / /						
	۱۳ / /						
	۱۳ / /						
	۱۳ / /						
	۱۳ / /						
۶ ماه دوم زندگی	۱۳ / /						
	۱۳ / /						
	۱۳ / /						
۱ تا ۳ سالگی	۱۳ / /						
	۱۳ / /						
	۱۳ / /						
	۱۳ / /						
	۱۳ / /						
	۱۳ / /						
	۱۳ / /						
	۱۳ / /						

نتیجه نهایی: بهبودی ☐ نوع گذرای بیماری ☐ نوع دائمی بیماری ☐ مهاجرت ☐ قطع آزمایشی ☐ (تاریخ قطع درمان) نامعلوم ☐

کارت مراقبت بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید نوزادان

داده‌های مربوط به مراقبت بیماران شناسایی شده در برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان به صورت کارت مراقبت بیماران (نزد والدین بیمار) و همچنین فرم شماره ۴: فرم مراقبت بیماران (در محل نمونه گیری) اخذ می‌شود.

کارت مراقبت بیماران

این کارت باید برای کلیه بیماران شناسایی شده در برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان تکمیل شده و به والدین بیمار تحویل داده شود.

آموزش والدین در راستای ایجاد انگیزه در روند مراقبت بیماری فرزندشان و تأکید بر تکمیل این کارت در هر ویزیت از اهمیت ویژه‌ای در موفقیت درمانی و دستیابی به سلامت وی برخوردار است.

محل تکمیل کارت

قسمتی از این کارت در مرکز نمونه‌گیری تکمیل می‌شود و بخش‌هایی از آن نیز باید در هر ویزیت در مطب و یا درمانگاه پر شود.

مسئول تکمیل کارت مراقبت

اولین سطح تکمیل کننده کارت، فرد نمونه‌گیر است. اطلاعات مربوط به دانشگاه و محل نمونه‌گیری و اطلاعات دموگرافیک مربوط به نوزاد توسط نمونه‌گیر و بقیه اطلاعات توسط پزشک معالج تکمیل می‌شود.

چگونگی تکمیل فرم شماره ۴: کارت مراقبت بیماران

این قسمت از کارت توسط نمونه‌گیر و در مرکز نمونه‌گیری تکمیل شود.

• نام دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی، نام شبکه بهداشت و درمان شهرستان و نام مرکز بهداشت شهرستان، نام محل نمونه‌گیری نوشته شود.

• به هر بیمار به ترتیب شناسایی و تحت درمان قرار گرفتن شماره‌ای اختصاص داده شده و در محل خود درج شود.

• شمار خانوار (در صورتی که مشخص باشد) درج گردد.

۱. نام و نام خانوادگی نوزاد و نام پدر وی به طور خوانا نوشته شود.
 ۲. در محل جنس نوزاد در مربع مربوط به دختر و یا پسر علامت * گذاشته شود.
 ۳. تاریخ تولد نوزاد به صورت سال، ماه و روز (به عدد) نوشته شود.
 ۴. وزن (به گرم) و قد (به سانتی‌متر) زمان تولد درج گردد.
 ۵. نوع زایمان پرسیده شده و در یکی از مربع‌های طبیعی و سزارین علامت * گذاشته شود.
- زمان انجام غربالگری از تفاضل روز و ماه تولد و روز و ماه نمونه‌گیری از پاشنه پا به دست آمده (با استفاده از اطلاعات نوزاد در فرم شماره ۲: غربالگری که در مرکز نمونه‌گیری موجود است) و نوشته شود در صورتی که دوبار غربالگری انجام شده است نیز سن نوزاد با استفاده از روش فوق محاسبه و ثبت شود.
 - غلظت TSH اولیه (بر کاغذ فیلتر) از گزارش آزمایشگاه استخراج و در کارت ثبت گردد.
 - نسبت فامیلی والدین پرسیده شده و در محل مناسب علامت * گذاشته شود.
- فامیل درجه ۳: والدین نسبت فامیلی، دخترعمو، پسرعمو، دخترخاله، پسرخاله، دخترعمه، پسرعمه، پسر دایی و دختر دایی دارند.
- فامیل درجه ۴ و بیشتر: فامیل درجه ۴ شامل نوه خاله، نوه دایی، نوه عمو و نوه عمه می‌باشند. نتیجه‌ها و نبره‌های خاله، دایی، عمو و عمه به ترتیب فامیل درجه ۵ و ۶ محسوب می‌شوند.
- غیر فامیل: والدین هیچ گونه نسبت فامیلی ندارند.
- آدرس محل سکونت و شماره‌های تماس والدین به دقت ثبت گردد. (به والدین گفته شود که در صورت تغییر محل زندگی و یا شماره‌های تماس به محل نمونه‌گیری اطلاع داده و نسبت به تصحیح آن در کارت مراقبت اقدام نمایند).
- این قسمت توسط پزشک و در مطب و یا درمانگاه تکمیل شود.
- در صورتی که یکی از افراد فامیل درجه یک بیمار به دلیل ابتلا به یکی از بیماری‌های تیرویدی تحت درمان قرار گرفته است، در مربع مربوطه و در غیر این صورت مربع هیچکدام علامت * گذاشته شود.

- در صورت عدم ابتلا به آنومالی‌های مادرزادی، مربع ندارد و در صورت ابتلا در مربع مربوطه علامت * زده شود.
- در صورتی که در ویزیت اول این مسئله تشخیص داده نشده، در ویزیت‌های بعدی (پس از بررسی) تکمیل شود.
- نتایج آزمایش‌های تأیید تشخیص شامل (Free T4 و یا -T4- و TSH و -T3RU-) با توجه به نتیجه از برگه جواب جواب آزمایشات وریدی آزمایشگاه منتخب نوشته می‌شود استخراج و ثبت گردد.
- سن نوزاد (بر حسب روز)، زمان شروع درمان بر حسب سن نوزاد به روز و تاریخ شروع درمان زمان دریافت اولین دوز دارو (قرص لوتیروکسین) در محل مخصوص درج شود.
- اولین دوز دارو (قرص لوتیروکسین) در این محل ثبت شود.
- نتیجه اسکن تیروئید (در صورت انجام) نوشته شود.
- نتیجه سونوگرافی تیروئید (در صورت انجام) نوشته شود.
- نام و نام خانوادگی اولین پزشک شروع کننده درمان نوشته شود.
- نام و نام خانوادگی مشاور علمی برنامه در شهرستان در محل خود نوشته شود.
- جدول مراقبت (داخل کارت): بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه ویزیت‌ها انجام شده و در هر ویزیت تاریخ، غلظت‌های آزمایش‌های هورمونی، قد و وزن بیمار، دستورات پزشک و دوز دارو ثبت شود.
- امضا و مهر پزشک در هر بار ویزیت الزامی است.
- هنگام نهایی شدن تشخیص نوع بیماری کم کاری تیروئید (گذرا و یا دائمی بودن) در مربع مخصوص علامت * گذاشته شود.

نکته: در بعضی از موارد که نیاز به ویزیت‌های بیشتری است و کارت زودتر از ۳ سال پر می‌شود، باید یک کارت دیگر با مشخصات نوزاد (مشخصات روی کارت فعلی) تکمیل شد و به کارت فعلی منگنه شده و از والدین درخواست شود که در حفظ آن کوشا باشند.

گزارش سه ماهه سال ۱۳

[illegible]

چگونگی تکمیل فرم شماره ۳: گزارش دهی فصلی

- ابتدا فصل و سال گزارش درج شود.
- در بالای فرم نام دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان و مرکز بهداشت شهرستان تکمیل کننده فرم نوشته شود.
- در صورتی که محل گزارش دهی همان محل نمونه گیری باشد، بر حسب این که محل گزارش دهی کدام یک از محل های مرکز بهداشتی درمانی شهری و یا روستایی، خانه بهداشت، پایگاه بهداشتی و یا سایر محلها است. این قسمت، با ذکر نام محل، تکمیل شود.
- برای هر محل نمونه گیری، مرکز بهداشتی درمانی و یا شهرستان مربوطه یک ردیف مجزا تعیین گردد.
- نام شهرستان / محل نمونه گیری: در گزارشات داخل شهرستان نام محل نمونه گیری و در گزارشات استانی نام شهرستان نوشته می شود.
- تعداد کل نوزادان غربالگری شده در شهرستان و یا در محل نمونه گیری نوشته شود.
- نوزادان غربالگری شده به تفکیک جنس ثبت شوند.
- با استفاده از فرم شماره ۲: غربالگری، زمان انجام نمونه گیری از پاشنه پا نوبت اول بر حسب سن نوزاد به روز، گروه بندی شده و در ستون های مربوطه نوشته شود.
- با استفاده از فرم شماره ۲: غربالگری، نتایج آزمایش های غربالگری (آزمایش TSH بر کاغذ فیلتر) نوبت اول در دو ستون سالم (کمتر از ۵) و مشکوک (بیش از ۵ و به تفکیک گروه بندی) علامت * گذاشته شود.
- تعداد نوزادانی که نیاز به غربالگری مجدد (نوبت دوم) از پاشنه پا داشته اند با استفاده از فرم شماره ۲: غربالگری محاسبه و در ستون مربوطه درج گردد.
- با استفاده از فرم شماره ۲: غربالگری، زمان انجام نمونه گیری از پاشنه پا نوبت دوم بر حسب سن نوزاد به روز گروه بندی شده و در ستون های مربوطه نوشته شود.

- با استفاده از فرم شماره ۲: غربالگری، زمان دریافت نتایج آزمایش غربالگری نوبت دوم برحسب سن نوزاد به روز گروه‌بندی شده و در ستون‌های مربوطه نوشته شود.
- با استفاده از فرم شماره ۲: غربالگری، زمان اعلام نتایج آزمایش‌های تأیید تشخیص سرمی برحسب سن نوزاد به روز گروه‌بندی شده و در ستون‌های مربوطه نوشته شود.
- تشخیص نهایی: تعداد کل نوزادان غربالگری شده برحسب نتایج آزمون‌های غربالگری و آزمایش‌های تأیید تشخیص سرمی به ۳ گروه "سالم" و "بیمار" و "عدم آزمایش" دسته‌بندی شده و در ستون مربوطه ثبت شوند.
- زمان شروع درمان برحسب سن نوزاد به روز، با استفاده از داده‌های فرم شماره ۲: غربالگری گروه‌بندی شده و در ستون‌های مربوطه ثبت شود.
- در پایین ستون‌های هر قسمت جمع کل موارد مربوطه نوشته شود.
- در قسمت زیر ردیف جمع کل، تعداد موارد غربالگری مجدد از پاشنه پا به تفکیک علت ثبت شود.
- در قسمت انتهای فرم نام و نام خانوادگی گزارشگر و نام و نام خانوادگی تایید کننده ثبت شده و با ذکر تاریخ امضا شود.

تناوب گزارش‌دهی

فرم شماره ۳: گزارش‌دهی فصلی به تناوب زیر به سطوح بالاتر ارسال می‌شود:

- چنانچه محل نمونه‌گیری خانه بهداشت و یا پایگاه بهداشتی باشد، این فرم هر ماه تکمیل شده و به مرکز بهداشتی درمانی مربوطه ارسال می‌گردد.
- مرکز بهداشتی درمانی نیز مجموع فعالیت‌های فرم مذکور را در منطقه تحت پوشش، تجمیع نموده و هر ماه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌نماید.
- در نهایت نیز مرکز بهداشت استان، هر ۳ ماه یکبار این فرم را به مرکز مدیریت بیماری‌ها ارسال می‌دارد.

کار نظری:

نمایش فیلم نحوه نمونه گیری خون از پاشنه پای نوزاد و در برنامه کم کاری تیروئید.

کار عملی:

۱- آماده نمودن نوزاد جهت نمونه گیری خون از پاشنه پا و نمونه گیری صحیح.

۲- تکمیل فرم های مربوطه و ارسال به موقع آنها

فصل سوم: پیشگیری و کنترل بیماری دیابت

اهداف آموزشی

انتظار می‌رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

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 در بیماران دیابتی را شرح دهند.
۱۰. نحوه صحیح مراقبت از پا در بیماران دیابتی به طور عملی نشان دهند.
۱۱. نحوه تزریق انسولین به بیماران دیابتی را عملاً نشان دهند.
۱۲. شرح وظایف بهورز در برنامه کشوری دیابت را لیست نمایند.
۱۳. فرم شماره (۱) را به نحو صحیح تکمیل نمایند.
۱۴. نحوه پیگیری غربالگری مادران باردار را پس از ختم بارداری توضیح دهند.
۱۵. فرم‌های آماری را به طور صحیح تکمیل نمایند.

دیابت یک بیماری غیرواگیر است که تعداد زیادی از افراد جامعه به آن مبتلا هستند ولی نیمی از آن‌ها از بیماری خود آگاه نیستند. در این بیماری قند خون (گلوکز) به طور طبیعی برای تولید انرژی (سوخت و ساز) توسط سلول‌ها جذب نمی‌شود و بنابراین میزان قند خون افزایش می‌یابد. مقدار طبیعی قند خون در افراد سالم بین ۷۰ تا ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و در مبتلایان به دیابت ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر^۱ و بیشتر.

انواع دیابت

دیابت یا بیماری قند به انواع زیر تقسیم می‌شود:

۱- دیابت نوع ۱

این دیابت بیشتر در کودکان و نوجوانان دیده می‌شود و درصد کمی از افراد مبتلا به دیابت به این نوع مبتلا هستند. افراد مبتلا برای درمان این نوع بیماری باید انسولین تزریق کنند.

۲- دیابت نوع ۲

این نوع بیشتر در افراد بالای ۳۰ سال مشاهده می‌شود و اکثر افراد مبتلا به دیابت در این گروه قرار دارند. این بیماران معمولاً چاق هستند و درمان آن‌ها با برنامه‌ی غذایی مناسب، ورزش و یا داروهای خوراکی انجام می‌شود.

۳. دیابت حاملگی

این نوع دیابت ممکن است طی دوران بارداری (از ماه ششم) ایجاد شده، و با ختم بارداری خود به خود بهبود یابد. در این افراد احتمال ابتلا به دیابت در آینده بیشتر است.

۴. انواع اختصاصی دیابت

غالباً به علت بیماری‌های دیگر ایجاد می‌شود و شیوع آن‌ها بسیار کم است.

۱- هر دسی لیتر معادل یکصد سی سی یا یکصد سانتی متر مکعب است (mg/dl)

علائم دیابت

علائم بیماری عبارتند از:

- پرنوشی
- پرادراری،
- پرخوری،
- کاهش شدید وزن بدون علت موجه (این علائم در دیابت نوع اول بیشتر دیده می شود)
- تأخیر در بهبود زخم ها
- تاری دید.

افراد در معرض خطر

تمام زنان و مردان بالای ۳۰ سال و بالاتر که حداقل یکی از مشخصات زیر را داشته باشند در معرض خطر ابتلا به دیابت

هستند:

- افرادی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند (طبق نمودار گرام BMI).
- افرادی که پدر، مادر، خواهر و یا برادر آنها سابقه‌ی ابتلا به دیابت دارند.
- افرادی که فشارخون ماکزیمم (یا حداکثر) مساوی یا بیشتر از 140 mmHg و فشارخون مینیمم (یا حداقل) مساوی یا بیشتر از 90 mmHg دارند ($\geq \frac{140}{90}\text{ mmHg}$)
- زنانی که سابقه‌ی دوبار یا بیشتر سقط خود به خودی (بدون علت مشخص) و یا سابقه‌ی مرده‌زایی و یا سابقه‌ی به دنیا آوردن نوزاد با وزن 4 kg دارند.
- زنانی که در یکی از بارداری‌های قبلی خود سابقه‌ی دیابت حاملگی دارند.
- زنان باردار (در هر گروه سنی).

تذکر:

- در صورتی که خانم بارداری دارای هریک از علائم سابقه‌ی خانوادگی دیابت، مرده‌زایی، فشارخون بالا، دوبار سقط خودبه خودی بدون دلیل، زایمان نوزاد با وزن 4kg و بیشتر و دیابت حاملگی در بارداری‌های قبلی باشد، در اولین مراجعه بدون توجه به سن حاملگی در معرض خطر محسوب می‌شود.
- خانم بارداری که هیچ یک از علائم فوق را نداشته باشد، از ماه ششم حاملگی در معرض خطر است.

نکته مهم: افرادی که قند خون ناشتا در آن‌ها 125mg/dl - 100 است، اختلال قند خون ناشتا دارند و کسانی که در آزمایش تحمل قند، دوساعت پس از مصرف 75 گرم گلوکز، قند خون آن‌ها 199mg/dl - 140 باشد، اختلال تحمل گلوکز دارند. مجموعه‌ی افراد دچار اختلال تحمل گلوکز و اختلال قند خون ناشتا را پره دیابتیک می‌نامند. این افراد در معرض خطر محسوب شده و باید سالانه جهت انجام آزمایش خون به پزشک ارجاع شوند.

عوارض دیابت

عوارض دیابت به دوشکل است:

- ۱- **عوارض زودرس:** در این موارد قند خون بیمار به شدت پایین آمده یا بالا می‌رود که در هر دو حالت باید بیمار را بلافاصله به پزشک ارجاع دهید.
- ۲- **عوارض دیررس:** این عوارض بعد از چندسال اتفاق می‌افتد و شامل: مشکلات چشمی، ناراحتی‌های کلیه، ناراحتی‌های قلبی، بی‌حسی و گزگز کردن دست‌ها و پاها و نیز دیربهبود یافتن زخم‌ها- به خصوص در پاها که حتی در صورت عدم مراقبت ممکن است به قطع عضو منجر شود- هستند. در هر حال توجه داشته باشید که افراد مبتلا به دیابت بیش از افرادی عادی در معرض مشکل‌های مزبور قرار دارند. این مشکل‌ها در صورت عدم درمان به نابینایی، دیالیز یا پیوند کلیه، سکته‌های قلبی و مغزی، قطع عضو و در نهایت به مرگ منجر می‌شوند.

کاهش قند خون

علت: کاهش قند خون ممکن است به علت مصرف زیاد انسولین یا قرص‌های ضد دیابت (کاهش دهنده‌ی قند

خون)، کم خوردن یا حذف یک وعده‌ی غذا و فعالیت زیاد ایجاد شود.

علائم: احساس ضعف یا گرسنگی، رنگ پریدگی، عرق سرد، طپش قلب، سرگیجه، گیجی، خواب آلودگی و در نهایت بیهوشی است.

چه باید کرد: در صورت مشاهده‌ی این عارضه، چنانچه بیمار بیهوش نشده باشد، می‌توانید به او چند حبه قند یا یک ماده‌ی غذایی شیرین بدهید. اگر بیمار بیهوش بود وی را در وضعی قرار دهید که راه تنفسی او باز باشد. در حالت بیهوشی هیچ ماده‌ی غذایی نباید از طریق دهان داده شود و بلافاصل باید او را به پزشک ارجاع دهید.

افزایش شدید قند خون

علت: این عارضه به دلیل پرخوری و یا مصرف ناکافی داروهای پایین آورنده‌ی قند خون ایجاد می‌شود.

علائم: تشنگی زیاد، ادرار زیاد، خستگی، ضعف عضلانی، درد شکم، اختلالات بینایی، تاری دید، گیجی و منگی و در نهایت بیهوشی است.

چه باید کرد: در صورت بیهوشی راه تنفسی بیمار را باز نگه دارید و بلافاصله بیمار را به پزشک ارجاع دهید.

نکته مهم: در صورتی که نتوان تشخیص داد که بیمار دچار کاهش قند خون و یا افزایش قند خون شده است، اقدام‌های مربوط به کاهش قند خون انجام گیرد و بلافاصله بیمار به پزشک ارجاع شود.

اهمیت کنترل دقیق قند خون

کنترل دقیق قند خون تظاهر عوارض زودرس و دیررس را کاهش داده و یا بروز عوارض دیررس را به تأخیر می‌اندازد و در صورتی که عوارض ایجاد شده باشند از ناتوانی‌های ناشی از آن‌ها مثل کوری، قطع عضو، نارسایی‌های شدید کلیه، سکته‌ی قلبی و مرگ پیشگیری می‌کند.

آموزش‌های لازم برای افراد مبتلا به دیابت

در ابتدای امر باید به بیمار آموزش داد که کنترل دقیق قند خون چه اهمیتی دارد و در هر بار ملاقات بیمار، نکته‌های زیر را به آن‌ها آموزش داد:

۱- کنترل وزن

از هر ۱۰ نفر مبتلا به دیابت نوع ۲ معمولاً ۸ نفر آن‌ها چاق هستند و نیاز به کاهش وزن دارند، بنابراین فرد مبتلا به دیابت باید همیشه وزن خود را در حد طبیعی نگه دارد. برای تعیین وزن استاندارد از نمودار نمایه توده بدنی استفاده می‌شود.

طبقه‌بندی نمایه توده بدنی

- کمتر از $18/5$ = کمبود وزن (لاغر)
- $18/5 - 24/9$ = وزن طبیعی
- $25 - 29/9$ = اضافه وزن
- $30 - 34/9$ = چاقی متوسط (چاقی درجه یک)
- $35 - 39/9$ = چاقی شدید (چاقی درجه دو)
- 40 به بالا = چاقی خیلی شدید (چاقی درجه سه)

۲- برنامه غذایی

باید به افراد مبتلا به دیابت درباره‌ی برنامه‌ی غذایی و این که چه بخورند و چه نخورند و یا مصرف آن را محدود کنند، به‌طور دقیق آموزش داد.

نکته‌هایی که باید در برنامه‌ی غذایی این بیماران رعایت شود عبارتند از:

- تعداد وعده‌های غذا را افزایش داده و در هر وعده، مقدار غذای مصرفی را کاهش دهند و این مقدار غذای مصرفی باید متناسب با فعالیت بیمار باشد.
- افراد مبتلا به دیابت هرگز نباید یکی از وعده‌های اصلی غذای خود را حذف کنند، به‌خصوص بیماران لاغر و بیمارانی که قرص مصرف می‌کنند و یا انسولین تزریق می‌نمایند.
- از میوه‌های غیر شیرین و سبزی‌ها در وعده‌های غذایی به مقدار زیاد استفاده کنند.
- مصرف میوه‌های شیرین مانند انگور، خربزه، خرما، توت و هم‌چنین خشکبار شیرین مانند توت خشک، کشمش، قیسی و مانند آن‌ها را در برنامه‌ی غذایی خود محدود کنند.

• از حبوبات در برنامه‌ی غذایی روزانه بیشتر مصرف کنند.

• نان سبوس دار مصرف کنند.

• قند و شکر و انواع شیرینی مانند آب نبات، شکلات، شیرینی، گز، سوهان و امثال آن را مصرف نکنند.

• از مواد نشاسته‌ای 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 سرخ کردن غذا خودداری و آن را به صورت آب پز و کبابی تهیه کنند. از گوشت‌های کم چربی استفاده کنند و قبل از پخت، چربی گوشت و پوست مرغ را جدا کنند. از شیر و ماست و کم چربی استفاده کرده، برای این کار شیر را جوشانده و پس از سرد شدن 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 می‌توانند با نظر پزشک معالج خود روزه بگیرند.

۳- ورزش و فعالیت‌های جسمی

ورزش باعث کارایی بیشتر، کاهش وزن، احساس نشاط و تندرستی می‌شود. افزایش فعالیت‌های بدنی در کنترل بیماری قند بسیار اهمیت دارد. ورزش و فعالیت‌های بدنی باید متناسب با شرایط و وضعیت سلامت شخص باشد و به طور منظم و مستمر انجام گیرد. زمان ورزش بهتر است عصر باشد. این بیماران می‌توانند ورزش‌های سبک مثل نرمش و پیاده‌روی انجام دهند. به هر حال درباره‌ی نوع ورزش می‌توانند با پزشک مرکز بهداشتی درمانی مشورت کنند.

۴- مراقبت از پا

مراقبت از پای فرد مبتلا به دیابت بسیار اهمیت دارد. ممکن است دو عارضه برای آن‌ها پیش آید:

• بی‌حسی و کمرختی پا

• عفونت و دیر بهبود یافتن زخم و جراحات‌های پا

- بنابراین رعایت نکته‌های ذیل در حفظ بهداشت پای افراد مبتلا به دیابت بسیار مهم است:
- هر روز پاهای خود را با آب ولرم و صابون بشویند و بین انگشتان خود را با حوله‌ی نرم خشک کنند.
- ناخن‌های پا را کوتاه نگه دارند و باید ناخن را به طور مستقیم گرفته و کنار ناخن را نگیرند. ناخن نباید از ته گرفته شود و در صورتی که دید بیمار مشکل داشته باشد، شخص دیگری ناخن‌هایش 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 جراحات‌های احتمالی پا، با پای برهنه در منزل راه نروند.
- پاهای خود را روزانه از نظر وجود قرمزی، تورم، تغییر رنگ، ترک خوردگی و ترشح اطراف ناخن بررسی کنند، و برای این منظور و مشاهده‌ی کف پا می‌توانند از آینه استفاده نمایند.

۵- ترک مصرف دخانیات

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

نحوه‌ی مصرف و تزریق انسولین

به بیمارانی که انسولین مصرف می‌کنند باید نحوه‌ی نگهداری، نحوه‌ی مخلوط کردن، رعایت بهداشت سرنگ‌ها و محل‌های تزریق انسولین را آموزش داد.

نحوه‌ی نگهداری

انسولین نشده حتماً باید در یخچال نگهداری شود، اما انسولینی که در آن باز باشد و در حال استفاده است را می‌توان در دمای اتاق هم نگهداری کرد، ولی باید از قرار دادن آن در گرمای زیاد (بالای ۳۰ درجه) و یا سرمای شدید (زیر ۲ درجه) خودداری کرد. از تکان دادن‌های بیش از حد شیشه نیز باید اجتناب کرد؛ زیرا هر دو مورد باعث از دست رفتن قدرت اثر دارو می‌شود. هر گونه تغییر در انسولین مثل، یخ زدگی و کدر شدن قدرت انسولین را کمتر می‌کند.

نحوه‌ی مخلوط کردن

در صورتی که بیمار از دونوع انسولین با اثر سریع (کریستال) و با اثر متوسط (NPH) استفاده می‌کند، باید برای مخلوط کردن آن دو، نکته‌های زیر را رعایت کند:

- هیچ گونه ماده‌ی رقیق کننده و یا داروی دیگری نباید به مخلوط دونوع انسولین اضافه شود.
- مخلوط انسولین کریستال و NPH را هم می‌توان فوراً تزریق کرد و هم می‌توان برای وعده‌ی بعدی تزریق نگه‌داری کرد. البته هنگام استفاده برای وعده‌ی بعد باید سرنگ را بین دست‌ها حرکت داد تا انسولین مخلوط شود.
- 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 سرنگ‌ها

- در صورت آلوده نکردن سرنگ و رعایت نکته‌های بهداشتی می‌توان از هر سرنگ ۳ تا ۲۰ نوبت استفاده کرد.
- در صورت استفاده‌ی مکرر از یک سرنگ، فقط باید برای همان شخص مصرف شود و استفاده از سرنگ فرد دیگر ممنوع است. (زیرا خطر انتقال بعضی از عفونت‌های 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 سرسوزن مانده (حدود ۵ واحد انسولین) خارج گردد و سپس اقدام به کشیدن مجدد انسولین تزریق شود.
- انسولین باید نیم ساعت قبل از غذا خوردن تزریق شود.

محل‌های تزریق

- باید در بافت زیر جلدی قسمت بالای بازو، سطح جلو و کناری قابل دید ران‌ها و در محدوده‌ی 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 هردفعه در یک محل جداگانه انجام شود (چرخشی)، در غیر این صورت ممکن است پوست سفت شود.

- سرعت جذب انسولین در محل‌های مختلف متفاوت است، به این صورت که در شکم جذب از همه‌ی قسمت‌ها سریع‌تر است، بعد در بازوها و بعد ران‌ها و در باسن از همه‌ی قسمت‌ها کندتر جذب می‌شود. بهتر است در صورتی که فرد دو بار تزریق در روز دارد صبح‌ها روی شکم و شب‌ها بالای ران تزریق انجام شود.

- هر ورزشی میزان جذب انسولین را از نواحی تزریق مربوط به آن ورزش افزایش می‌دهد، به طور مثال در صورت تزریق در ران‌ها در هنگام دویدن جذب انسولین سریع‌تر می‌شود.

- تغییرات پوستی نواحی تزریق مثل تورم، قرمزی و سفتی باعث کندی جذب انسولین می‌شود.

۷- نکته‌هایی که فرد مبتلا به دیابت در هنگام ابتلا به سایر بیماری‌ها باید رعایت کند

در مواردی که شخص مبتلا به دیابت به بیماری‌هایی از قبیل سرماخوردگی، تب، اسهال و استفراغ و... مبتلا شود، باید

اقدامات 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.

تذکر مهم: از آن‌جا که گروه هدف برای غربالگری بیماری فشارخون بالا و دیابت یکسان است، غربالگری برای

کشف هر دو بیماری هم‌زمان انجام می‌گیرد تا از بار کار به‌روزان کاسته شود.

نحوه‌ی انجام غربالگری فشارخون بالا در دستورالعمل تکمیل فرم شماره‌ی ۱ (غربالگری و بیماریابی دیابت و فشارخون بالا) به تفصیل آمده است. درباره‌ی شرح وظایف بهورز در مواجهه با بیماری فشارخون بالا، می‌توانید به دستورالعمل‌های مربوط مراجعه کنید.

شرح وظایف، دستورالعمل درمان، پیگیری و مراقبت بهورز

وظایف بهورز در برنامه‌ی کشوری دیابت به شرح ذیل است:

۱. غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت و فشارخون بالا،

۲. ارجاع افراد در معرض خطر،

۳. پیگیری بیماران و افراد در معرض خطر،

۴. آموزش،

۵. ثبت و گزارش اطلاعات.

۱. غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت و فشارخون بالا

بهورز باید برای تشخیص بهموقع فشارخون بالا، دیابت و پیشگیری از عوارض آن‌ها اسامی افراد زیر را از فرم‌های مربوط استخراج کرده و در فرم شماره ۱ ثبت کند:

- اسامی تمام زنان و مردان ۳۰ ساله و بالاتر و کلیه زنان باردار در کلیه گروه‌های سنی از پرونده استخراج کند.
- سپس بهورز باید با توجه به حجم کار خود و شرایط مناسب افراد و در زمان مناسب، از آنان دعوت به عمل آورده و اطلاعات فرم غربالگری و بیماریابی دیابت (فرم شماره ۱) را برای همه‌ی افراد تکمیل کند (غربالگری جمعی). مدت زمان دوره‌ی غربالگری حداکثر ۶ ماه است و طی این مدت تمام افراد واجد شرایط غربالگری باید غربالگری و بیماریابی شوند.

علائم مبنای غربالگری

در صورتی که هر کدام از افراد مندرج در فرم شماره‌ی ۱، یکی از علائم زیر را دارا بود، در معرض خطر محسوب

می‌شود. این علائم شامل:

- اضافه وزن و یا چاقی (طبق نمودار BMI)
- سابقه‌ی ابتلا به دیابت در یکی از افراد خانواده (پدر، مادر، برادر یا خواهر)
- فشار خون $\frac{140}{90}$ mmhg یا بیشتر،
- سابقه‌ی دوبار یا بیشتر سقط خود به خودی (بدون علت مشخص)، مرده‌زایی و سابقه‌ی زایمان نوزاد با وزن 4kg یا بیشتر،
- سابقه‌ی دیابت حاملگی در یکی از حاملگی‌های قبلی،
- زنان باردار (در هر گروه سنی).

تذکر:

۱. در صورتی که خانم بارداری دارای هریک از علائم خطر باشد (سابقه‌ی خانوادگی دیابت، فشارخون بالا، مرده‌زایی، دوبار سقط خودبه‌خودی بدون دلیل، زایمان نوزاد با وزن بیش از 4kg و دیابت حاملگی در بارداری‌های قبلی) در اولین مراجعه بدون توجه به سن حاملگی در معرض خطر محسوب می‌شود.
۲. خانم بارداری که هیچ‌یک از علائم فوق را نداشته باشد، از ماه ششم حاملگی در معرض خطر است.

۲.۱. ارجاع افراد در معرض خطر

ارجاع افراد در معرض خطر به دو شکل است:

ارجاع غیرفوری

- تمام افراد دارای علائم غربالگری (در معرض خطر) حداکثر تا ۱۵ روز بعد از تکمیل فرم باید ارجاع غیرفوری شوند.
- بهورز باید فرم‌های ارجاع تمام افرادی که دارای حداقل یکی از علائم خطر باشند را جهت درخواست آزمایش در اختیار پزشک قرار دهد و پس از انجام آزمایش کسانی که قند خون 100 و بالاتر دارند را جهت بررسی و سایر اقدام‌های لازم به پزشک ارجاع غیرفوری دهد، و پس از ارائه‌ی پسخوراند از طرف پزشک در قسمت نتیجه‌ی بیماریابی فرم شماره‌ی ۱ وضعیت فرد را از نظر دیابت (سالم، پره دیابتیک، بیمار) ثبت کند. افرادی که با وجود داشتن علائم، بیماری آن‌ها توسط آزمایش تأیید نشود در معرض خطر محسوب نمی‌شوند.

نکته مهم: افرادی که قند خون ناشتا در آن‌ها 125mg/dl - 100 است، اختلال قند خون ناشتا دارند و کسانی که در آزمایش تحمل قند، دو ساعت پس از مصرف 75 گرم گلوکز، قند خون آن‌ها 199mg/dl - 140 باشد، اختلال تحمل گلوکز دارند. مجموعه‌ی افراد دچار اختلال تحمل گلوکز و اختلال قند خون ناشتا را پره دیابتیک می‌نامند. این افراد در معرض خطر محسوب شده و باید سالانه جهت انجام آزمایش خون به پزشک ارجاع شوند.

- در صورتی که در دوران بارداری، دیابت حاملگی تأیید شود؛ فرد باید ۶ هفته بعد از ختم بارداری برای بررسی و انجام آزمایش مجدد ارجاع غیرفوری شود. افرادی که نتیجه‌ی آزمایش آن‌ها مثبت باشد، مبتلا به دیابت محسوب می‌شوند و در صورت اختلال تحمل گلوکز یا اختلال قند خون ناشتا (قندخون ناشتای بین 125mg/dl - 100) پره دیابتیک هستند و نیاز به ارجاع سالانه خواهند داشت.
- افراد در معرض خطر شناسایی شده، در صورتی که پس از انجام آزمایش خون دچار اختلال قند خون ناشتا یا اختلال تحمل گلوکز باشند، باید سالانه (دوبار دیگر به فاصله‌ی یکسال بعد از غربالگری جمعی) جهت انجام آزمایش قندخون به پزشک ارجاع شوند.
- زنانی که در طول ۳ سال فاصله‌ی غربالگری جمعی باردار می‌شوند، باید در ماه سوم دوباره غربالگری شده و اگر علائم خطر داشته باشند در هنگام اولین مراجعه ارجاع می‌شوند و اگر علائم خطر نداشته باشند در ماه ششم بارداری ارجاع می‌شوند.

ارجاع فوری

- بیمارانی که دچار عوارض کاهش یا افزایش قند خون شده‌اند (طبق متن آموزشی بهورز) باید ارجاع فوری شوند.
- در پیگیری ماهانه‌ی بیماران، در صورت مشاهده‌ی هرگونه زخم، تغییر رنگ، ترک خوردن و وجود ترشحات اطراف ناخن پاها باید ارجاع فوری شوند.

۳. پیگیری بیماران و افراد در معرض خطر

- بهورز لازم است مشخصات افراد مبتلا به دیابت شناخته شده را از فرم شماره‌ی ۱ استخراج و در فرم پیگیری بیماری (فرم شماره ۱۵ و ۱۶ پرونده‌ی خانوار) وارد نماید.

- افراد بیمار حتی‌المقدور باید یک بار در ماه توسط بهورز و هر سه ماه یک بار توسط پزشک (مرکز بهداشتی درمانی) مراقبت‌شوند و برای انجام آزمایش قند خون ماهانه باید طبق درخواست پزشک (که در مراقبت‌های سه ماه یک بار برای بیمار می‌نویسد) به آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی یا سایر آزمایشگاه‌ها ارجاع‌شوند.
- در صورت عدم مراجعه‌ی بیماران در زمان مراقبت لازم است بهورز حداکثر سه روز بعد از زمان مقرر مراقبت، علت عدم مراجعه را پیگیری نماید و فرد را برای مراقبت به خانه‌ی بهداشت دعوت کند.
- در مراقبت ماهانه‌ی بیماران توسط بهورز باید وزن و فشارخون بیمار اندازه‌گیری شود و پاهای بیمار را از نظر وجود زخم، تغییر رنگ، ترک‌خوردگی و ترشحات اطراف ناخن مورد بررسی قرار گیرد و آموزش‌های لازم با توجه به متن آموزشی بهورز داده‌شود. تمام خدمات انجام‌شده باید در فرم پیگیری بیماری یادداشت شود.
- افرادی که پره‌دیابتیک هستند باید دوبار دیگر به فاصله‌ی یکسال مورد پیگیری قرار گرفته و جهت بیماریابی به پزشک ارجاع غیرفوری شوند و در صورتی که در پایان سال سوم هنوز مبتلا به دیابت نباشند، در سال چهارم به همراه افراد سالم غربالگری جمع‌ی شوند.
- افرادی که سالم شناخته‌شده‌اند، هر ۳ سال یک بار با تمام افراد جامعه طبق شرایط غربالگری، دوباره غربالگری جمع‌ی شوند.
- در صورتی که زن باردار مبتلا به دیابت حاملگی باشد، باید تحت مراقبت ویژه قرار گیرد و طبق دستور پزشک عمل شود. ضمن این که تمام اقدام‌هایی که برای فرد مبتلا به دیابت در پیگیری و مراقبت انجام‌می‌شود باید برای او نیز انجام‌شود.

تذکره ۱:

حداقل مراقبت توسط پزشک مرکز، سه ماه یک‌بار است. بنابراین پزشک مرکز در هر نوبت مراقبت در سه برگ آزمایش دستور قند خون ناشتا را می‌نویسد و بیمار باید همراه با یکی از برگه‌های آزمایش به آزمایشگاه مراجعه نماید و نتیجه آزمایش را به کاردان مرکز تحویل دهد تا مورد بررسی قرار گیرد.

تذکره ۲:

افرادی که بعد از غربالگری به سن بالاتر از ۳۰ سال می‌رسند به جز زنان باردار نیاز به غربالگری ندارند و پس از دوره سه‌ساله به لیست افراد واجد شرایط غربالگری اضافه می‌شوند.

۴. آموزش

آموزش بیماران، افراد در معرض خطر و جامعه به شرح زیر است:

آموزش بیماران

- بهورز باید باتوجه به متن آموزشی نکته‌های لازم را در هر بار پیگیری و مراقبت بیماران آموزش دهد. این آموزش‌ها شامل کنترل وزن، برنامه غذایی صحیح، انجام ورزش و فعالیت بدنی، ذکر اهمیت کنترل دقیق قند خون، مراقبت از پاها، عدم مصرف دخانیات و نحوه‌ی تزریق انسولین (در افرادی که انسولین مصرف می‌کنند) است.

- بهورز باید تمام نکته‌های لازم برای بیماران و خانواده آنان درباره عوارض ناشی از افزایش و یا کاهش قند خون و چگونگی مقابله با آن را آموزش دهد.

آموزش افراد در معرض خطر

بهورز باید درباره کنترل وزن، کاهش وزن در افراد چاق، برنامه غذایی صحیح، انجام فعالیت بدنی و عدم مصرف دخانیات آموزش لازم را به افراد در معرض خطر ارائه دهد.

آموزش جامعه

بهورز در برنامه‌های آموزشی که برای مردم در نظر می‌گیرد، حتماً لازم است درباره‌ی دیابت و عوارض آن آموزش‌های ضروری را به عامه‌ی مردم بدهد.

۵. ثبت و گزارش اطلاعات

همان‌گونه که در بند یک توضیح داده شد، ثبت اسامی افراد و اطلاعات مربوط به بیماری توسط بهورز صورت می‌گیرد و بهورز موظف است تا روز پنجم ماه بعد، اطلاعات یک ماهه‌ی مربوط به غربالگری دیابت را در فرم آمار گزارش ماهانه ثبت نموده و به مرکز بهداشتی درمانی ارسال کند. بدیهی است پس از پایان دوره‌ی شش‌ماهه‌ی غربالگری فقط آمار غربالگری زنان باردار گزارش خواهد شد.

فرم غربالگری و بیماریابی دیابت و فشارخون بالا (فرم شماره ۱)

مرکز بهداشتی درمانی: شهری ☐ روستایی ☐ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمان: جمعیت تحت پوشش:
خانه بهداشت: مرکز بهداشت شهرستان: جمعیت ۳۰ ساله و بالاتر: مرد..... زن.....
روستا: اصلی ☐ قمر ☐ سال:

۱. ردیف	۲. نام و نام خانوادگی	۳. جنسیت	۴. تاریخ تولد	۵. شماره خانوار	۶. تاریخ مراجعه	غربالگری و بیماریابی فشارخون بالا				غربالگری دیابت				بیماریابی دیابت				عوارض دیابت				۴۵. نتیجه FBS GCT	۴۶. ملاحظات									
						فشار خون بالا			۷. سابقه بیماری فشارخون بالا	نتیجه غربالگری دیابت			۲۲. حاملگی	نتیجه بیماریابی در سال اول			۳۱. تاریخ ارجاع در سال دوم	نتیجه بیماریابی در سال دوم			۳۵. تاریخ ارجاع در سال سوم			۳۸. بیمار	۳۷. پرده‌یابنیک	۳۶. سالم						
						۸. نوبت اول	۹. نوبت دوم	۱۰. میانگین		۱۱. تاریخ ارجاع	۱۲. سالم	۱۳. بیمار قبلی		۱۴. بیمار جدید	۲۳. سالم	۲۴. در معرض خطر		۲۵. بیمار قبلی	۲۶. تاریخ ارجاع	۲۷. سالم							۲۸. پرده‌یابنیک	۲۹. دیابت حاملگی	۳۰. بیمار	۳۲. سالم	۳۳. پرده‌یابنیک	۳۴. بیمار

دستورالعمل تکمیل فرم غربالگری و بیماریابی دیابت وفشارخون بالا(فرم شماره ۱)

این فرم برای افراد ۳۰ ساله و بالاتر تکمیل می شود. غربالگری باید طی مدت ۶ ماه انجام شود و خاتمه یابد. ابتدا در بالای فرم نام دانشکده علوم پزشکی، نام شهرستان و سال تکمیل فرم و اجرای غربالگری را بنویسید.

در سمت راست به ترتیب نام مرکز بهداشتی درمانی و شهری و روستایی بودن آن، و نام خانه ی بهداشت و روستا را نوشته و در مربع های مقابل نام روستا، با یک علامت مثبت اصلی یا قمر بودن آن را مشخص کنید.

در سمت چپ تعداد جمعیت تحت پوشش و جمعیت افراد ۳۰ ساله و بالاتر را برحسب سرشماری ابتدای سال قید کنید. جمعیت افراد ۳۰ ساله و بالاتر به تفکیک زن و مرد نوشته می شود.

ستون ۱ (ردیف): شماره ردیف به ترتیب ۱ و ۲ و... نوشته می شود.

ستون ۲ (نام و نام خانوادگی): اسامی تمام افراد ۳۰ ساله و بالاتر خانوار را به ترتیب شماره خانوار از پرونده ی خانوار برحسب سن از بزرگ تا کوچک استخراج و پشت سر هم در این ستون بنویسید.

ستون ۳ (جنسیت): جنسیت افراد به تفکیک زن و مرد ثبت می شود.

ستون ۴ (تاریخ تولد): سال تولد براساس مندرجات شناسنامه افراد یادداشت می شود (مثلاً ۱۳۳۴).

ستون ۵ (شماره خانوار): شماره پرونده ی خانوار فرد در این ستون یادداشت می شود.

ستون ۶ (تاریخ مراجعه): تاریخ روزی که فرد برای غربالگری مراجعه کرده است، در این ستون ثبت می شود.

غربالگری و بیماریابی فشارخون بالا

ستون ۷ (سابقه بیماری فشارخون بالا): از فرد سوال کنید آیا بیماری فشارخون بالا دارد؟ در صورت جواب

مثبت، اگر بیمار تحت نظر پزشک است (تحت درمان غیردارویی و یا درمان دارویی) در این ستون علامت مثبت بگذارید. در این مورد بهورزان می توانند برحسب شناختی که از اهالی روستا دارند و باتوجه به شواهد موجود تصمیم گیری کنند. برای این فرد ستون های ۹ و ۱۰ را خالی بگذارید. اگر فرد سابقه ی بیماری فشارخون بالا نداشت در ستون ۷ علامت منفی بگذارید.

فشار خون بالا بر حسب mmHg

ستون ۸ (نوبت اول): در اولین مراجعه فرد پس از رعایت شرایط اندازه‌گیری فشارخون، فشارخون فرد را اندازه گرفته و مقدار فشارخون به دست آمده را به عنوان میزان فشارخون نوبت اول محسوب کنید و در این ستون به صورت کسر یادداشت کنید. در صورتی که هم فشارخون ماکزیمم فرد کمتر از 140 mmHg و هم فشارخون مینیمم کمتر از 90 mmHg باشد، چون فشارخون طبیعی است نیاز به اندازه‌گیری مجدد نیست. بنابراین برای این فرد ستون‌های ۹ و ۱۰ خالی می‌ماند.

ستون ۹ (نوبت دوم): بعد از ثبت فشارخون نوبت اول در ستون ۸ در صورتی که فشارخون ماکزیمم 140 mmHg و بیشتر و یا فشارخون مینیمم 90 mmHg و بیشتر باشد ۵ دقیقه بعد از استراحت فرد، مجدداً فشارخون را از همان دست اندازه‌گیری کنید و مقدار آن را در این ستون بنویسید.

ستون ۱۰ (میانگین): مقدار فشارخون ماکزیمم به دست آمده از هر دو نوبت را با هم جمع کنید و بر ۲ تقسیم کنید تا میانگین فشارخون ماکزیمم به دست آید. میانگین فشارخون مینیمم را هم به همان ترتیب به دست آورید و نتیجه را به صورت کسر در این ستون یادداشت کنید.

$$\begin{aligned} & \frac{\text{فشارخون ماکزیمم نوبت اول} + \text{فشارخون ماکزیمم نوبت دوم}}{2} \\ & \text{میانگین فشارخون ماکزیمم} = \frac{\text{فشارخون مینیمم نوبت اول} + \text{فشارخون مینیمم نوبت دوم}}{2} \end{aligned}$$

ستون ۱۱ (تاریخ ارجاع): تاریخی که فرد مشکوک به بیماری فشارخون بالا یعنی فردی که یا میانگین فشارخون ماکزیمم او 140 mmHg و بیشتر و یا میانگین فشارخون مینیمم او 90 mmHg و بیشتر باشد را به پزشک ارجاع می‌دهید، با مداد در این ستون ثبت کنید و پس از معاینه توسط پزشک، تاریخ را با خودکار در این ستون یادداشت کنید.

نتیجه غربالگری فشارخون بالا

ستون ۱۲ (ساله): اگر فرد سابقه ابتلا به بیماری فشارخون بالا نداشته باشد و در نوبت اول فشارخون طبیعی (هم فشارخون ماکزیمم کمتر از 140 mmHg و هم فشارخون مینیمم کمتر از 90 mmHg داشته باشد، در این ستون علامت + بگذارید.

ستون ۱۳ (بیماری قبلی): در صورتی که فرد بیماری فشارخون بالا داشته است و بیماری وی قبلاً توسط پزشک تأیید شده است، به عنوان بیمار شناخته شده‌ی قبلی در ستون ۱۳ (شناخته شده‌ی قبلی) علامت + بگذارید (یعنی در ستون ۷ علامت + وجود دارد).

ستون ۱۴ (بیمار جدید): اگر پس از ارجاع فرد مشکوک به فشارخون بالا به پزشک، بیماری او تأیید شود، به عنوان بیمار شناخته شده‌ی جدید در ستون ۱۴ (شناخته شده جدید) علامت + بگذارید.

توجه داشته باشید افرادی که سابقه بیماری فشارخون بالا دارند، حتی اگر فشارخون نوبت اول آن‌ها کمتر از $\frac{140}{90}\text{ mmHg}$ باشد، جزء بیماران شناخته شده‌ی قبلی محسوب می‌شوند.

غربالگری دیابت

ستون ۱۵ (قد): قد تمام افراد طبق دستورالعمل متون آموزش بهورزی اندازه‌گیری و برحسب سانتی‌متر در این ستون ثبت می‌شود.

ستون ۱۶ (وزن): وزن افراد طبق دستورالعمل متون آموزش بهورزی اندازه‌گیری و بر حسب کیلوگرم در این ستون یادداشت می‌شود.

ستون ۱۷ (BMI): طبق نوموگرام نمایه توده‌ی بدنی قد و وزن هر فرد باید اندازه‌گیری شده و با نوموگرام مقایسه شود. اگر فرد چاق است یا اضافه‌وزن دارد (نمایه توده‌ی بدنی ۲۵ و بیشتر) در این ستون مقدار نمایه توده‌ی بدنی را بنویسید، در غیر این صورت علامت منفی بگذارید.

ستون ۱۸ (سابقه دیابت): از فردی که غربالگری می‌کنید سوال کنید که آیا مبتلا به دیابت است؟ در صورتی که وی از قبل مبتلا به دیابت بوده در این ستون علامت + بگذارید.

ستون ۱۹ (سابقه دیابت در خانواده): درباره وجود سابقه در افراد درجه یک خانواده (پدر، مادر، خواهر یا برادر)

از افراد سوال می‌شود و در صورت وجود بیماری در یکی از آنها، نتیجه با علامت + در این ستون قید می‌شود.

ستون‌های ۲۰ الی ۲۲ فقط برای خانم‌ها تکمیل می‌شود. برای زنان واجد شرایط تنظیم خانواده اطلاعات ستون‌های

۲۰ الی ۲۲ را از فرم فاصله‌گذاری بین تولدها استخراج کنید.

ستون ۲۰ (سابقه سقط، مرده‌زایی و تولد نوزاد بیشتر از ۴kg): در صورتی که زن در بارداری‌های قبلی ۲ بار یا

بیشتر سقط خودبه‌خودی (بدون علت مشخص) و یا حداقل یک‌بار مرده‌زایی و یا به‌دنیا آوردن نوزاد با وزن $\geq 4\text{kg}$ یا

بیشتر دارد در این ستون علامت + بگذارد.

ستون ۲۱ (سابقه دیابت در حاملگی‌های قبلی): در صورتی که زن در هر یک از بارداری‌های قبلی سابقه‌ی

دیابت حاملگی داشته باشد در این ستون علامت + گذاشته می‌شود.

ستون ۲۲ (حاملگی): اگر خانمی باردار است در این ستون علامت + بگذارد.

نتیجه غربالگری دیابت

ستون ۲۳ (سالم): اگر فردی که غربالگری می‌شود در ستون‌های ۷ (سابقه بیماری فشارخون بالا)، ۱۳ و ۱۴ (بیمار

قبلی یا جدید مبتلا به فشارخون بالا)، ۱۸ (سابقه‌ی دیابت)، ۱۹ (سابقه‌ی دیابت در خانواده)، ۲۰ و ۲۱ و ۲۲ (سابقه سقط،

مرده‌زایی و تولد نوزاد بالای 4kg ، سابقه دیابت در حاملگی‌های قبلی و حاملگی فعلی) هیچ علامت مثبتی نداشت و

مقدار نمایه توده‌ی بدنی در ستون ۱۷ هم کمتر از عدد ۲۵ باشد (یعنی علامت منفی در این ستون قید شده باشد)، در این

ستون علامت + بگذارد؛ به این معنی که شخص غربالگری شده سالم است و تا نوبت بعدی غربالگری در ۳ سال آینده

نیاز به اقدام خاص دیگری ندارد.

ستون ۲۴ (در معرض خطر): در صورتی که در هر یک از ستون‌های فوق که توضیحات ستون ۲۳ نوشته شده یعنی

ستون‌های ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ علامت + گذاشته‌اید یا میزان نمایه توده‌ی بدنی در ستون ۱۷ بیش از عدد ۲۵

است فرد در معرض خطر است و باید ارجاع شود.

نکته مهم: در صورتی که خانمی باردار باشد (در ستون ۲۲ علامت + وجود داشته باشد) و حداقل یک علامت + دیگر در هر یک از ستون‌های ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ ثبت شده باشد، به عنوان خانم باردار در معرض خطر باید بلافاصله ارجاع شود. در غیر این صورت (فقط حاملگی) در ماه ششم جهت انجام آزمایش GCT به پزشک ارجاع خواهد شد.

ستون ۲۵ (بیمار قبلی): اگر در ستون ۱۸ علامت + گذاشته‌اید، یعنی فرد غربالگری شده از قبل مبتلا به دیابت بوده است، در این ستون نیز علامت + بگذارید.

بیماریابی دیابت

ستون ۲۶ (تاریخ ارجاع): تمام افراد در معرض خطر و افراد مبتلا به دیابت از قبل شناخته شده (ستون‌های ۲۴ و ۲۵) باید طبق دستورالعمل به پزشک ارجاع شوند. توجه کنید که خانم‌های باردار اگر هیچ علامت خطر دیگری نداشته باشند، یعنی در ستون‌های ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۱ علامت + نداشته باشند، در ماه ششم حاملگی به پزشک ارجاع می‌شوند و در درج تاریخ ارجاع این افراد دقت کنید.

نتیجه بیماریابی در سال اول

ستون ۲۷ (سالم): اگر فرد غربالگری شده سالم است، در این ستون علامت + بگذارید. این فرد تا ۳ سال دیگر که دوره‌ی بعدی غربالگری است نیازی به مراقبت و انجام غربالگری ندارد.

ستون ۲۸ (پره دیابتیک): در صورتی که آزمایش قند خون ناشتا غیرطبیعی باشد، یعنی بین ۱۰۰ تا ۱۲۵mg/dl باشد در این ستون علامت + بگذارید. این فرد پره دیابتیک نامیده شده و باید هر سال آزمایش قند خون انجام دهد و آموزش‌های لازم نیز به او داده شود.

ستون ۲۹ (دیابت حاملگی): در صورتیکه خانم باردار مبتلا به دیابت حاملگی باشد، در این ستون علامت + بگذارید.

ستون ۳۰ (بیمار): اگر قند خون ناشتا در دو نوبت مساوی یا بالاتر از ۱۲۶ mg/dl

باشد، یا ۶ هفته پس از ختم بار داری یک خانم مبتلا به دیابت حاملگی قند خون ناشتا یویمساوی یا بیش از ۱۲۶ mg/dl باشد، در این ستون علامت + گذاشته می‌شود. این افراد همچون بیمارانی که برای آموزش، مراقبت و درمان باید به پزشک ارجاع شوند.

ستون ۳۱ (تاریخار جاعدر سالدوم): افراد پره‌د یا بتیک‌باید یک‌سال پس از غربالگری مجدد آزمون می‌شوند خون انجام دهند.

در این ستون تاریخ مر اجعه در سال بعد قید شود.

نتیجه بیمار یا بیدر سالدوم

ستون ۳۲ (سالم): اگر پس از انجام آزمون می‌شوند خون ناشتا در سالدوم می‌زنند خون فرد کمتر از 100 mg/dl باشد در این ستون علامت

+ بگذارد.

ستون ۳۳ (پره‌د یا بتیک): اگر قند خون فرد بین $100-125 \text{ mg/dl}$ بود در این ستون علامت + بگذارد.

ستون ۳۴ (بیمار): اگر قند خون ناشتا فرد در دونوبت مساوی یا بالاتر از mg/dl

۱۲۶ باشد، فرد مبتلا به دیابت است و در این ستون علامت مثبت گذاشته می‌شود.

ستون ۳۵

(تاریخار جاعدر سالدوم): همچون ستون ۳۱ اگر کسیدر سالدوم پره‌د یا بتیک باشد در این ستون تاریخ یک‌سال بعد را برای مر اجعه مجدد فرد

دقیق کنید.

نتیجه بیمار یا بیدر سالدوم

در ستون‌های ۳۶، ۳۷، ۳۸ مانند ستون‌های ۳۲، ۳۳ و ۳۴ عمل کنید.

عوارض دیابت

در صورتیکه هر یک از افراد غربالگری شده بیمار طیدوره‌ی ۳ ساله‌ی چهار هر یک از عوارض دیابت شوند یا از قبلاً سابقه دیابت یا بهای نعواری

ضرر داشته باشند، در این ستون‌ها علامت + بگذارد.

ستون ۳۹ (کوری): اگر کسی به علت دیابت یا بتی نباشد در این ستون علامت + بگذارد.

ستون ۴۰ (دیالیز): اگر کسی به علت دیابت یا بتی چهار به‌د یا لیز شده یا تحت عمل پیوند کلیه قرار گرفته است، در این ستون علامت +

بگذارد.

ستون ۴۱ (قطع‌پا): اگر پای فرد مبتلا به دیابت به علت زخم یا بتی که قطع شده است، در این ستون علامت + بگذارد.

۴۳

و

۴۲

ستون

(سکت قلبیو سکت همغزی): اگر فرد مبتلا به سکت قلبی یا سکت همغزی باشد، باید در طول دوره یغری بالگری سکت هکنند در اینستون ها

علامت + بگذارید.

ستون ۴۴ (مرگ): اگر بیمار به علت دیابت یا عوارض آن فوت شود در اینستون علامت +

بگذارید و تاریخ آن را در قسمت ملاحظاتی قید کنید.

ستون ۴۵ (نتیجه): نتیجه آزمایش قند خون، ناشتا و تست تحمل گلوکز توسط بهورز ثبت گردد.

ستون ۴۶ (ملاحظات): در اینستون هر توضیح اضافی که احتمالاً مورد نیاز است نوشته خواهد شد.

نکته مهم:

در صورتیکه خانمی ۳۰ ساله یا بالاتر، پس از پایان دوره ی ۶ ماهه یغری بالگری باردار شد، بدو و تنو جه به تنامویدر لیست افراد غری بالگری شد

هدر انتهای سامی مجدد آن را مشر اوارد کرد و در زمان مراجع طبق دستورالعمل غری بالگریویرا تحت غری بالگریو بیمار یا بقرار دهید.

نکته های مورد توجه در تکمیل فرم غری بالگریو بیمار یا بید یا تنو فشار خون بالا

• منظور از افراد ۳۰ ساله یا بالاتر افرادیهستند که ۲۹ سالو ۱۱ ماهو ۲۹ روزرا پشت سر گذاشته اند.

• تا حد امکان از گرد کردن اعداد به دست آمده از اندازه گیری

فشار خون

خود دار یکنید و اعداد را بر حسب میلی متر جیوه یادداشت کنید.

• اینفر فقط بر افراد ۳۰ ساله یا بالاتر تکمیل می شود که در طول دوره ی شش ماهه یغری بالگریویرا جمع نموده اند، یعنی بر افرادیکه بعد

از شروع دوره یغری بالگریبه ۳۰

سالگی می رسند و افراد واجد شرایطیکه بعد از خاتمه ی دوره یغری بالگریویرا دستر سقرار می گیرند، مانند دانشجویان، سربازانو...

اینفر تکمیل نخواهد شد. تنها استثنا بر ایغری بالگری خانم های باردار از نظر ابتلا به دیابت است که توضیح داده شد.

• افرادیکه در زمان غری بالگری میانگین فشار خون ماکزیمم آن ها 170 mmHg و بیشتر است را به پزشکار جاعفوری دهید.

- فرم‌گرایب‌رایی‌بیماران‌با فشارخون بالا شناخته‌شده ی‌قبل‌بیماید تکمیل‌شود.
- در بیمارانیک‌ه‌تحت‌درمان‌و‌کنترل‌باشند نیاززی‌ب‌ه‌اندازه‌گیری فشارخون نوبت‌و‌منیست. در صورتیک‌ه‌در نوبت‌اول فشارخون ماکزیمم 140 mmHg و بیش‌تر یا فشارخون مینیمم 90 mmHg و بیش‌تر باشد، بیماران‌را به‌یز شکار جا‌غیر فورید‌هید.
- مشخصات‌افراد مبتلا به فشارخون بالا (شناخته‌شده، جدید و قبلی) راپساز شناسایی‌ب‌ه‌فرم‌مراقبت‌بیماران‌مبتلا به فشارخون بالا و فرم‌گیری‌بیماران‌منتقل‌کنید و طبق‌دستورال‌عمل‌متن‌آ‌موزشی‌ب‌هورز در برنام‌ه یک‌شور ی‌پیش‌گیری‌و‌کنترل فشارخون بالا اقدام‌کنید.
- در صورتیک‌ه‌مدت‌تغری‌بال‌گری‌ب‌ه‌پایان‌تر سید‌ه‌باشد، فرم‌گرایب‌رایی‌زن‌ان‌باردار مشکوک یک‌ماه‌پس‌از ای‌مان‌باید تکمیل‌شود.
- اسامی مبتلایان به دیابت (جدید و قبلی) فقط در فرم‌های شماره ۱۵ و ۱۶ ثبت می‌شود.

فرم گزارش غربالگری دیابت (فرم شماره ۲)

.....خانه بهداشت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

جمعیت کل تحت پوشش در ابتدای سال م/د/زن.....

مرکز بهداشتی درمانی روستایی.....

..... مرکز بهداشت شهرستان

تعداد کل افراد ۳۰ ساله و بالاتر در ابتدای سال مرد/زن.....

مرکز بهداشتی درمانی شهری.....

گزارش ماهانه دیابت در ماه سال

.....تعداد کل زنان باردار در ابتدای سال

[illegible]

دستور العمل تکمیل فرم گزارش ماهانه دیابت (فرم شماره ۲)

در مقابل دانشگاه علوم پزشکی نام دانشگاه نوشته می‌شود و زیر آن مرکز بهداشت شهرستان قید می‌گردد و در سطر آخر ماه و سال گزارش نوشته می‌شود.

در سمت راست فرم تعداد کل جمعیت تحت پوشش در ابتدای سال، بر اساس نتایج سرشماری سالانه، به تفکیک مرد و زن ثبت می‌شود و در سطر دوم تعداد افراد سن ۳۰ ساله و بالاتر به تفکیک مرد و زن قید می‌گردد. در سطر سوم نیز تعداد کل زنان باردار در ابتدای سال نوشته می‌شود.

در سمت چپ فرم نام خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی بر حسب مورد نوشته خواهد شد.
ستون ۱ (گروه سنی): گروه سنی افراد در این ستون قید شده است. اگرچه طبق دستورالعمل، افراد ۳۰ ساله و بالاتر غربالگری می‌شوند از آنجا که خانم‌های باردار ممکن است کمتر از ۳۰ سال سن داشته باشند، بنابراین تقسیم‌بندی گروه‌های سنی از ۱۰ سال شروع شده است تا سنین زیر ۲۰ سال هم در فرم ثبت شود.

ستون ۲ (افراد غربالگری شده): در این ستون تعداد کل افراد غربالگری شده به تفکیک مرد و زن قید شود.

تذکر مهم: تعداد خانم‌های باردار غربالگری شده در این ستون قید نمی‌شود.

نتیجه غربالگری

ستون ۳ (سالم): در این ستون تعداد افراد سالم یعنی کسانی که هیچ علامت خطری ندارند به تفکیک مرد و زن نوشته می‌شود.

ستون ۳ (بیمار قدیمی): در این قسمت تعداد بیماران قدیمی یعنی کسانی که بیماری آن‌ها قبلاً تشخیص داده شده است به تفکیک زن و مرد قید می‌شود.

ستون ۳ (در معرض خطر): در این ستون تعداد افرادی که در معرض خطر هستند. یعنی طی غربالگری حداقل یک عامل خطر داشته‌اند به تفکیک زن و مرد ثبت می‌شود.

تذکر: بدیهی است مجموع تعداد افرادی که در ستون ۳ ثبت می‌شوند باید با تعداد کل افراد غربالگری شده که در

ستون ۲ نوشته شده است برابر باشند.

نتیجه بیماریابی

ستون ۴ (ساله): در این ستون تعداد افرادی که نتیجه آزمایش قندخون آنها در محدوده طبیعی باشد به تفکیک زن و مرد ثبت می شود.

ستون ۴ (پره دیابتیک): در این قسمت تعداد افرادی که آزمایش قندخون ناشتا یا آزمایش تحمل گلوکز داده اند و طبق آن مبتلا به دیابت نبوده، اما مبتلا به اختلال قندخون ناشتا یا اختلال تحمل گلوکز باشند، به تفکیک زن و مرد ثبت می شود.

ستون ۴ (بیمار): در این ستون تعداد افرادی که تحت آزمایش غربالگری قرار گرفته و نتیجه آزمایش آنها مبتلا به دیابت را تأیید می کند به تفکیک زن و مرد نوشته می شود.

ستون ۵ (تعداد کل بیماران): مجموع کل بیماران جدید (ستون ۸) و قدیم (ستون ۴) در این ستون ثبت می شود.

ستون ۶ (تعداد کل زنان باردار غربالگری شده): تعداد کل زنان بارداری که تحت آزمایش GCT قرار گرفته اند، در این ستون ثبت می شود.

ستون ۷ (تعداد کل مبتلایان به دیابت حاملگی): تعداد زنان بارداری که بر اساس پروتکل طرح کشوری مبتلا به دیابت حاملگی (GDM) هستند در این ستون نوشته می شود.

ستون ۸ (تعداد مبتلایان به دیابت، شش هفته پس از ختم حاملگی): تعداد زنان مبتلا به GDM که شش هفته پس از ختم حاملگی، بر اساس آزمایش قند خون، کماکان مبتلا به دیابت هستند در این ستون درج می شود.

ستون های ۹ تا ۱۳: بر اساس فرم شماره یک غربالگری دیابت و فشارخون بالا در صورتی که هر یک از بیماران دچار یکی از عوارض انتهایی دیابت شده اند، در ستون مربوط مجموع تعداد این افراد را قید کنید.

ستون ۱۴ (مرگ): در این ستون تعداد مبتلایان به دیابت که به علت این بیماری یا عوارض آن فوت شده اند نوشته می شود.

ستون ۱۵ (ملاحظات): هر گونه توضیحی در این ستون درج می شود.

تذکر مهم: تعداد افراد دچار عوارض دیابت (ستون های ۹ تا ۱۳) و تعداد فوت شدگان به دلیل دیابت یا

عوارض آن، باید به مرکز بهداشت شهرستان و متعاقباً به معاونت و مرکز مدیریت بیماری ها ارسال شود.

فرم شماره ۱۵ پرونده خانوار شماره پرونده خانوار.....

پایگاه / خانه بهداشت

(فرم پیگیری و مراقبت بیماریهای غیرواگیر)

نام و نام خانوادگی

در این قسمت اطلاعات مربوط به زمان شناسایی اولیه ثبت گردد.

مصرف دخانیات *	بلی ☐ خیر ☐	تاریخ شروع..... تعداد دفعات مصرف در روز.....
سابقه فشارخون بالا در بستگان درجه اول	بلی ☐ خیر ☐	نسبت با بیمار.....
سابقه بیماری دیابت در بستگان درجه اول	بلی ☐ خیر ☐	نسبت با بیمار.....
BMI اولیه:	قد	وزن
سایر عوامل خطر در زمان شناسایی		
نتایج آزمایشات:		

تاریخ مراجعه	نوع بیماری	اقدامات (نتایج معاینات، آموزش، دارو، آزمایش، ارجاع)	تاریخ مراجعه بعدی	علت عدم مراقبت**

در این فرم ثبت مراقبت و پیگیری بیماری‌های غیر واگیر (دیابت، فشارخون، سرطان، تالاسمی، گواتر، آسم، بیماری‌های کلیوی، بیماری‌های قلبی، بیماری‌های روانی و...) توسط بهورز در خانه بهداشت و کاردان و یا کارشناس در پایگاه بهداشتی انجام می‌گیرد.

* دخانیات شامل (قلیان، سیگار، پیپ و چپق) است.

** علت عدم مراقبت (فوت، بهبودی و مهاجرت است).

..... پایگاه/خانه بهداشت

فرم شماره ۱۶ پرونده خانوار

شماره پرونده خانوار.....

(فرم پیگیری و مراقبت بیماریهای واگیر)

نام و نام خانوادگی

..... تاريخ تولد

[illegible]

در این فرم ثبت مراقبت و پیگیری بیماری‌های واگیر (سرخک، سرخجه، سیاه سرفه، دیفتری، کزاز، فلج اطفال، مننژیت مننکو کوکی، هپاتیت، آنفولانزا، مالاریا، سالک، شپش، حیوان گزیدگی، تب مالت، سیاه زخم، مشکوک به تب‌های خونریزی دهنده، بیماری‌های آمیزشی، HIV/AIDS، التور، تیفوئید، بوتولیسم، مسمومیت‌های غذایی، عوارض واکنس و...) توسط بهورز در خانه بهداشت و کاردان و یا کارشناس در پایگاه بهداشتی انجام می‌گیرد.

**** علت عدم مراقبت (فوت، بهبودی و مهاجرت) است.**

فرم پیگیری بیماران

مرکز بهداشتی درمانی روستایی:

خانه بهداشت:

روستا: قمر ☐ اصلی ☐

سال:

نام بیماری:

ملاحظات	تاریخ خدمات انجام شده																								اولین تاریخ	تاریخ	شماره	سال	نام و نام	ردیف
	اسفند		بهمن		دی		آذر		آبان		مهر		شهریور		مرداد		تیر		خرداد		اردیبهشت		فروردین		تشخیص	تاریخ	شماره	سال	نام و نام	
	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	بیماری	اولین	پرونده	تولد	خانوادگی	
۳۱	۳۰	۲۹	۲۸	۲۷	۲۶	۲۵	۲۴	۲۳	۲۲	۲۱	۲۰	۱۹	۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱

* تاریخ مراقبتی که توسط بهورز برای بیمار انجام می‌گیرد در این ستون نوشته می‌شود.

○ تاریخ مراقبتی که توسط پزشک انجام می‌گیرد در این ستون نوشته می‌شود.

راهنمای فرم پیگیری بیماران

پس از شناسایی بیماران مبتلا به دیابت و فشارخون بالا به فشارخون بالا، اسامی و مشخصات آنان را از فرم غربالگری دیابت و فشارخون بالا استخراج و به ترتیب در فرم پیگیری بیماران وارد کنید. این فرم‌ها را در پوشه جداگانه تحت عنوان پوشه فرم پیگیری بیماران مبتلا به بیماری دیابت و فشارخون بالا نگهداری کنید.

دستورالعمل تکمیل فرم پیگیری بیماران

در ابتدا نام مرکز بهداشتی-درمانی روستایی، خانه بهداشت، آبادی یا روستا تحت پوشش خانه بهداشت را بر حسب قمر یا اصلی، سال تکمیل فرم و نام بیماری مورد نظر (دیابت و فشارخون بالا) را در قسمت سمت چپ بالای فرم یادداشت کنید و به ترتیب زیر اطلاعات را تکمیل کنید:

(ستون ۱) ردیف: شماره یک را به ترتیب ۱، ۲، ... بنویسید و همین شماره ردیف را در قسمت ملاحظات فرم غربالگری فشارخون بالا و فرم مراقبت بیماران مبتلا به دیابت و فشارخون بالا که مختص همان بیماران است نیز ثبت نمایید.

اطلاعات مربوط به ستون ۲ الی ۵ را از فرم غربالگری دیابت و فشارخون بالای فرد بیمار استخراج و به ترتیب در این فرم یادداشت نمایید.

(ستون ۲) نام و نام خانوادگی: اسامی تمام افراد بیمار مبتلا به دیابت و فشارخون بالا که در طول غربالگری شناسایی شده و یا قبلاً مبتلا به بیماری بوده‌اند را در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۳) سال تولد: تاریخ تولد را بر اساس سال یادداشت کنید مثل ۱۳۴۵.

(ستون ۴) شماره پرونده خانوار: شماره پرونده خانوار فرد را در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۵) تاریخ اولین مراجعه: تاریخ اولین روز مراجعه‌ای که فرم غربالگری برای فرد تکمیل شده است در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۶) اولین تاریخ تشخیص بیماری: اولین تاریخ تشخیص بیماری فرد را بر حسب ماه و سال در این ستون

بنویسید. (از فرم مراقبت بیماران مبتلا به دیابت و فشارخون بالا استخراج کنید)

(ستون ۲ الی ۳۰) تاریخ خدمات انجام شده: این قسمت از ستون‌های مربوط به ماه‌های سال تشکیل شده است.

تاریخ روزی که بایستی شخص بیمار برای مراقبت به خانه بهداشت مراجعه کند را در ستون مربوطه بر حسب مراقبت بهورز یا پزشک با مداد بنویسید. در صورت مراجعه پس از انجام مراقبت‌های لازم تاریخ آن را با خودکار بنویسید و دور آن را دایره بکشید و به همین ترتیب تا پایان ستون‌های ادامه دهید. در صورت عدم مراجعه پیگیری کنید.

اگر مراقبت در منزل انجام شود دور تاریخ دایره قرمز بکشید.

در ستون هر ماه دو ستون بصورت ستاره * و ستون دایره 0 مشخص شده است، ستون * مربوط به مراقبت بهورز و ستون 0 مربوط به مراقبت پزشک است.

اطلاعات این قسمت را از فرم مراقبت بیماران مبتلا به دیابت و فشارخون بالا استخراج کنید.

(ستون ۳۱) ملاحظات: هر موضوع و اطلاعات مهم دیگر در ارتباط با بیماران را در این ستون بنویسید (مانند علت

عدم مراجعه و تاریخ قطع مراقبت و پیگیری و ...)

نکات مورد توجه در تکمیل فرم پیگیری بیماران

- اسامی افرادی که بعد از پایان غربالگری و در معاینات بهداشتی و درمانی بیمار مبتلا به دیابت و فشارخون بالا

تشخیص داده شوند. بایستی در فرم پیگیری بیماران ثبت شود و تحت مراقبت قرار گیرند.

- در صورت مراقبت بیمار بیش از یکبار در ماه می‌توان این ستون را به قسمت‌های افقی تقسیم نمود و تاریخ هر

مراقبت را در قسمت مربوطه یادداشت کرد.

- حداقل مراقبت بهورز ماهانه و حداقل مراقبت پزشک سه ماه یکبار است. مگر در مواردی که با نظر پزشک،

مراقبت با فاصله کمتر ضرورت داشته باشد.

فرم شماره ۵: گزارش دهی مراقبت از بیماران

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی

مرکز بهداشتی درمانی:

سه ماهه سال

تعداد خانه‌های بهداشت:

محدوده طبیعی HBA1c- ()

[illegible]

دستورالعمل نحوه تکمیل فرم شماره ۵ (گزارش دهی مراقبت از بیماران دیابتی)

۱- این فرم توسط پزشک تیم سلامت و با توجه به مراقبت‌های ارائه شده توسط پزشک به صورت ماهیانه تکمیل و به مرکز بهداشتی درمانی ارسال می‌گردد و هر سه ماه توسط مرکز به ستاد مرکز بهداشت ارسال می‌گردد. (فقط ستون تعداد بیماران مراقبت شده توسط بهورز باید بر اساس مندرجات فرم شماره ۴ (مراقبت از بیماران دیابتی که در پرونده خانوار قرار دارد) و فرم پیگیری از بیماران دیابتی (فرم شماره ۲ که در پوشه‌ای جداگانه نگهداری می‌گردد، تکمیل گردد).

۲- اگر جمعیت تیم سیار تحت مراقبت پزشک تیم سلامت قرار دارد آمار مراقبت تیم سیار نیز در ردیف تیم سیار ثبت می‌گردد و در غیر این صورت این ردیف خالی می‌ماند، در صورتی که بهورز نیز مراقبت را انجام می‌دهد در ردیف تعداد مراقبت شده توسط بهورز ثبت می‌گردد، در غیر این صورت این ردیف خالی می‌ماند.

۳- **ستون تعداد بیماران:** این ستون بر اساس اطلاعات دفتر غربالگری دیابت (فرم شماره ۱) تکمیل می‌گردد و کلیه بیماران جدید و قدیم قید می‌گردد.

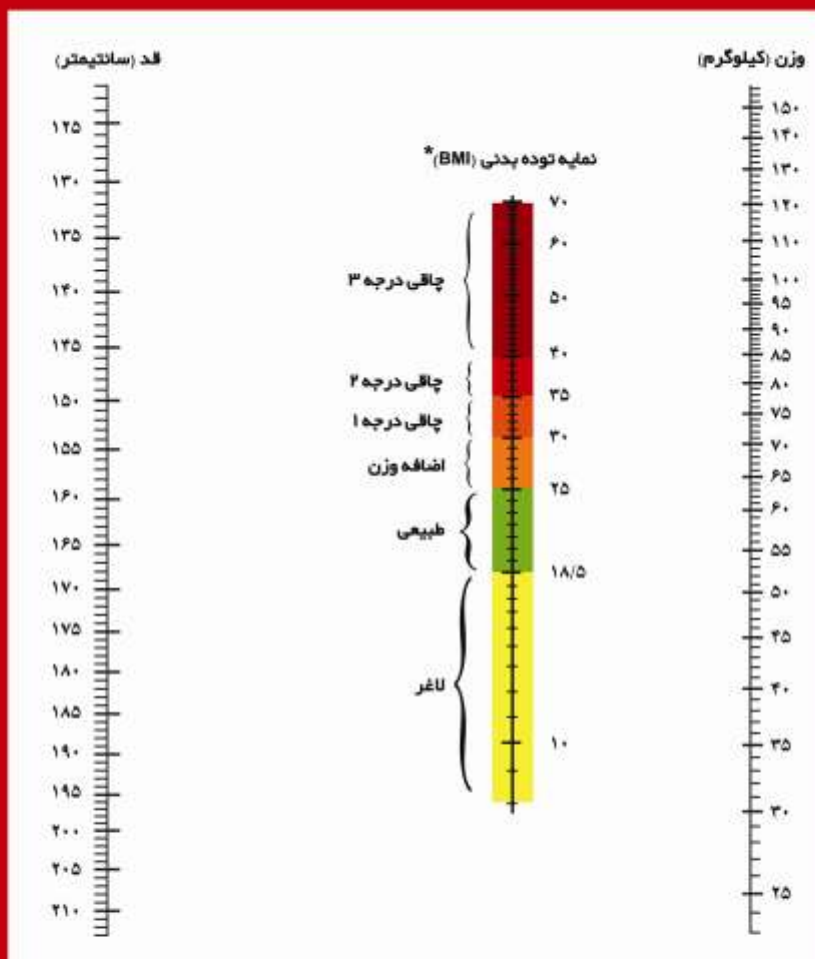
۴- **ستون بیماران با فشار خون $\geq \frac{130}{85}$:** این ستون جهت بیماران دیابتی تکمیل می‌گردد که در این ماه توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده‌اند.

۵- **ستون مربوط به اطلاعات BMI:** این ستون‌ها نیز جهت بیماران دیابتی تکمیل می‌گردد که در این ماه توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده‌اند، بدیهی است جمع ستون‌های BMI باید با تعداد بیماران مراقبت شده توسط پزشک هم‌خوانی داشته باشد.

۶- **ستون مربوط به آزمایشات:** با توجه به این که بیماران دیابتی هر ماه جهت انجام آزمایش ارجاع می‌گردند این ستون‌ها نیز جهت بیمارانی تکمیل می‌گردد که توسط پزشک مراقبت شده‌اند (پزشک لازم است در یکبار مراجعه بیمار جهت سه ماه درخواست آزمایش نماید)

- ۷- **ستون عوارض جدید:** این ستون جهت بیماران دیابتی تکمیل می گردد که در این ماه توسط پزشک مراقبت شده اند و دچار عارضه شده اند، تعداد بیماران قدیم که دارای عارضه می باشند در ستون جمع تزایدی ثبت می گردد.
- ۸- **ستون ارجاع:** تعداد بیماران دیابتی مراقبت شده توسط پزشک که در این ماه به سطح سه ارجاع شده اند. بدیهی است مانند آیتم ۷ تعداد بیماران ارجاعی از ابتدای سال در ستون جمع تزایدی نوشته می شود.
- ۹- **ستون علت عدم مراقبت:** در این ستون بیماران دیابتی که به هر دلیلی مراقبت نشده اند قید می گردد.
- ۱۰- در پایان فرم نیز لازم است تعداد بیماران تیپ ۱ نوشته شود لازم به ذکر است بیماران تیپ ۱ در برنامه غربالگری دیابت نبوده و در فرم شماره ۵ فقط تعدادشان در پایین فرم گزارش می گردد.

BMI



* BMI = BODY MASS INDEX = $\frac{\text{وزن (kg)}}{(\text{قد (m)})^2}$



دانشگاه علوم پزشکی مشهد
مرکز بهداشت شماره سه
واحد مدیریت بیماری‌ها
زمستان ۸۸

BMI < ۱۸/۵	لاغر	زرد
۱۸/۵ ≤ BMI < ۲۵	طبیعی	سبز
۲۵ ≤ BMI < ۳۰	اضافه وزن	نارنجی
۳۰ ≤ BMI < ۳۵	چاقی درجه ۱	قرمز روشن
۳۵ ≤ BMI < ۴۰	چاقی درجه ۲	قرمز
BMI ≥ ۴۰	چاقی درجه ۳	قرمز تیره

کار عملی دیابت:

اسامی افراد ۳۰ ساله و بالاتر زن و مرد بانضمام زنان باردار از دفاتر مربوطه استخراج و در فرم شماره (۱)

غربالگری ثبت نماید.

- غربالگری افراد ۳۰ ساله و بالاتر و زنان باردار را به طور صحیح انجام دهد.
- مراقبت‌های ماهیانه بیماران شناسایی شده را انجام دهد و در فرم ۱۶-۱۵ پرونده خانواده ثبت نماید.
- کلیه بیماران شناسایی شده که به خانه بهداشت مراجعه نکرده‌اند را پیگیری نماید.
- نحوه صحیح مراقبت از پای بیماران دیابتی را عملاً نشان دهد.
- نحوه صحیح تزریق انسولین را عملاً انجام دهد.
- فرم‌های آماری را به طور صحیح تکمیل و ارسال نماید.

فصل چهارم: 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. عوامل خطر زمینه ساز فشارخون بالا را لیست نمایند.
۳. علائم بیماری فشارخون بالا را فهرست کنند.
۴. عوارض بیماری فشارخون بالا را بیان کنند.
۵. شیوه‌های درمان بیمار مبتلا به فشارخون بالا را شرح دهند.
۶. وظایف بهورز در برنامه پیشگیری و کنترل فشارخون بالا را توضیح دهند.
۷. نکات مورد توجه در اندازه گیری فشارخون بالا را شرح دهند.
۸. فرم غربالگری فشارخون بالا را به نحو صحیح تکمیل نمایند.
۹. فرم مراقبت از بیماران مبتلا به فشارخون بالا را به نحو صحیح تکمیل کنند.
۱۰. فرم پیگیری بیماران مبتلا به فشارخون بالا را به نحو صحیح تکمیل کنند.
۱۱. فرم آماری گزارش مراقبت بیماران و پایان غربالگری را به نحو صحیح تکمیل کنند.

برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا

تعریف فشار خون

خون به علت داشتن نیرو (فشار) در شریان‌های اعضاء بدن جاری می‌شود و مواد غذایی و اکسیژن را به قسمت‌های مختلف بدن می‌رساند و هم‌چنین مواد زاید را از بافت‌های دور می‌کند. این نیرو که توسط ضربان قلب و در اثر برخورد خون به جدار شریان به‌وجود می‌آید فشارخون نامیده می‌شود. فشارخون در دو سطح اندازه‌گیری می‌شود. یکی در زمانی که قلب منقبض می‌شود و خون وارد سرخرگ‌ها می‌شود و در این حالت فشارخون به حداکثر مقدار خود می‌رسد که به آن فشار حداکثر یا سیستول یا ماکزیمم می‌گویند. و دیگری در زمانی که قلب در حالت استراحت است و در این حالت فشارخون به حداقل مقدار خود می‌رسد که به آن فشار حداقل یا دیاستول یا می‌نیمم می‌گویند. واحد اندازه‌گیری فشارخون میلیمتر جیوه است. متوسط فشار ماکزیمم در حد طبیعی ۱۲۰ میلیمتر جیوه و متوسط فشارخون می‌نیمم در حد طبیعی ۸۰ میلیمتر جیوه است. این دو سطح فشارخون به صورت یک کسر $\frac{120}{80}$ نشان داده می‌شوند که عدد فشارخون ماکزیمم در بالای کسر و عدد فشار می‌نیمم در پایین کسر قرار می‌گیرد.

تقسیم بندی فشار خون

فشار خون طبیعی برای افراد بالغ کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه است. یعنی فشار ماکزیمم باید کمتر از ۱۴۰ میلیمتر جیوه باشد و فشارخون می‌نیمم ۹۰ میلیمتر جیوه و کمتر باشد. اگر فشارخون بالا ماکزیمم ۱۴۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر و یا فشارخون می‌نیمم ۹۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر باشد به عنوان فشارخون بالا محسوب می‌شود. در مواردی که فشارخون ماکزیمم در یک گروه و فشارخون می‌نیمم در گروه دیگر قرار می‌گیرد، فشارخون را در گروه بالاتر دسته‌بندی می‌کنیم. به عنوان مثال اگر فشارخون ماکزیمم ۱۴۵ میلیمتر جیوه و می‌نیمم ۸۶ میلیمتر جیوه باشد. فشارخون را در گروه فشارخون بالا قرار می‌دهیم البته فشارخون باید در چند نوبت و در چند موقعیت اندازه‌گیری شود و سپس بر اساس میانگین اعداد بدست آمده قضاوت گردد.

انواع فشارخون بالا

علت ۹۰ الی ۹۵ درصد فشارخون بالا در افراد مبتلا ناشناخته است که به این نوع فشارخون **بالای اولیه** گفته می‌شود. اگر علت فشارخون بالا شناخته شده باشد، مثلاً به علت بیماری‌های کلیه، بیماری غده فوق کلیوی یا مصرف قرص‌های ضد بارداری و... باشد آن‌را فشارخون **بالای ثانویه** می‌نامند. این نوع حدود ۵ الی ۱۰ درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالا را شامل می‌شود.

عوامل خطر زمینه ساز(مستعد کننده) فشارخون بالا

همان‌طور که ذکر شد بیماری فشارخون بالای اولیه علت مشخص ندارد ولی عوامل زیر احتمال ابتلاء به این بیماری را افزایش می‌دهند:

۱. **ارث:** در برخی خانواده‌ها استعداد ابتلا، به بیماری فشارخون بالا وجود دارد. یعنی اگر والدین، خواهر و یا برادر

مبتلا به فشارخون بالا باشند، احتمال ابتلا، به فشارخون بالا در فرد زیاد است.

۲. **جنس:** شیوع فشارخون بالا در مردان جوان و میانسال بیشتر از زنان جوان و میانسال (تا ۵۰ سال) است اما در سنین

بالا تر این اختلاف کم می‌شود.

۳. **سن:** با افزایش سن شیوع فشارخون بالا نیز افزایش می‌یابد.

۴. **افزایش چربی خون**

۵. **مصرف سیگار و سایر دخانیات**

۶. **چربی خون بالا و مصرف دخانیات** اگرچه به طور مستقیم موجب افزایش فشارخون نمی‌شوند اما در دراز مدت

به علت ایجاد بیماری تصلب شرائین (سختی جدار رگ‌ها) باعث تشدید فشارخون بالا می‌گردند.

۷. **چاقی:** احتمال ابتلا به بیماری فشارخون بالا در افرادی که چاق هستند بیشتر است.

۸. **بیماری قند(دیابت):** در صورتی که مقدار قند موجود در خون بالاتر از حد طبیعی باشد، فرد مبتلا به بیماری

دیابت است و از عوارض مهم آن بیماری قلبی - عروقی، فشارخون بالا، اختلال بینایی و آسیب کلیه می‌باشد.

۹. **کمتحرکی و نداشتن فعالیت جسمانی:** کمتحرکی از راه‌های مختلف می‌تواند زمینه‌ساز فشارخون بالا باشد،

از جمله کمتحرکی می‌تواند منجر به چاقی شده و چاقی یک عامل خطر زمینه‌ساز فشارخون بالا است.

۱۰. **حساسیت به نمک:** در بعضی از افراد مصرف زیاد نمک (کلوروسدیم) همراه با افزایش فشارخون خواهد بود

و کاهش مصرف نمک رژیم غذایی در تنظیم فشارخون تاثیر زیادی دارد.

۱۱. **فشارهای روحی و عصبی:** اگرچه تحقیقاتی وجود دارد که تاثیر فشارهای روحی و عصبی در افزایش

فشارخون را نشان می‌دهد، اما شواهد مذکور برای تایید قطعی این رابطه کافی نیست.

توجه: افرادی که یکی از شرایط بالا را داشته باشند، جزء افراد در معرض خطر ابتلاء به فشارخون بالا محسوب می‌شوند.

علائم بیماری فشارخون بالا

افرادی که مبتلا به فشارخون بالای اولیه هستند، ممکن است سال‌ها بدون علامت باشند و از بیماری خود اطلاعی

نداشته باشند و زمانی دچار علائمی مثل سردرد، تاری و اختلال دید، درد قفسه سینه، سرگیجه و تنگی نفس به هنگام

فعالیت می‌شوند که دچار عوارض فشارخون بالا شده‌اند. در واقع این علائم، علائم عوارض فشارخون بالاست. لذا تنها

راهی که می‌توان به آن پی برد اندازه‌گیری فشارخون به وسیله دستگاه فشارسنج است.

عوارض بیماری فشارخون بالا

فشار خون بالا سبب آسیب به کلیه (نارسایی کلیه)، چشم (اختلال بینائی)، قلب (سکته قلبی) و مغز (سکته مغزی)

می‌شود و به همین دلیل فشارخون بالا بیماری خطرناکی به حساب می‌آید.

درمان بیماری فشارخون بالا

فشار خون بالای اولیه درمان قطعی ندارد و احتمال بهبودی کامل بسیار نادر است. اما اگر فشارخون بالا به موقع

تشخیص داده و درمان شود و بیمار به طور مرتب تحت مراقبت باشد. قابل کنترل است و می‌توان از عوارض آن

پیشگیری نمود. در فشارخون بالای ثانویه اگر علت و بیماری که سبب ایجاد فشارخون بالا شده است درمان شود، در

اکثر موارد فشارخون به وضع طبیعی برمی‌گردد و بیمار بهبود می‌یابد.

شیوه‌های درمان فشارخون بالای اولیه عبارت است از:

درمان غیردارویی: مراقبت‌های غیردارویی شامل تغییر شیوه‌های زندگی است. اگر چاقی وجود دارد می‌توان با انتخاب رژیم غذایی و فعالیت بدنی مناسب وزن را کاهش داد. با کاهش وزن، فشارخون نیز به مقدار قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد. محدودیت مصرف نمک، فشارخون را تا حدودی پایین می‌آورد. بنابراین باید از خوردن غذاهای شور پرهیز نمود. ترک سیگار و ورزش منظم روزانه در کنترل فشارخون بالا موثر است.

درمان دارویی: در بعضی از بیماران با وجود رعایت درمان غیردارویی فشارخون تا حد مطلوب کاهش نمی‌یابد و لازم است برای تنظیم فشارخون بالا از دارو نیز استفاده شود. دارو توسط پزشک تجویز می‌شود. داروها ممکن است عوارضی مثل سرگیجه، خواب آلودگی، تنگی نفس شدید، تپش قلب، تهوع، استفراغ و حساسیت ایجاد کنند که باید در سیر درمان بیمار به آن‌ها توجه داشت و در صورت مشاهده عوارض بیمار را به موقع به پزشک ارجاع داد تا مقدار دارو را کاهش دهد و یا در صورت لزوم مصرف داروی مورد نظر را قطع کند و داروی جدیدی تجویز کند.

توجه داشته باشید که:

- عوارض جانبی داروها به معنی عوارضی است که فقط ناشی از مصرف داروست و باید اولاً فرد قبل از این علائم را نداشته باشد و ثانیاً عوارض آن بیش از یکبار ظاهر شود.
- مصرف دارو طبق نظر پزشک به مدت طولانی برای بیماران ضروری است.

وظایف بهورز در برنامه پیشگیری و کنترل فشارخون بالا

۱. غربالگری

۲. ارجاع

۳. پیگیری و مراقبت

۴. آموزش

۵. ثبت اطلاعات

۱. غربالگری

برای تشخیص به موقع فشارخون بالا باید یک برنامه غربالگری جمعی برای جمعیت تحت پوشش اجرا گردد. در ابتدا لازم است اسامی و مشخصات کلیه افراد ۳۰ ساله و بالاتر (این گروه سنی بیشتر در معرض ابتلا به فشارخون بالا هستند) را از پوشه خانوار استخراج نموده و در **فرم غربالگری فشارخون بالا** ثبت نمایید. قبل از اجرای برنامه غربالگری و همچنین در حین برنامه بایستی برنامه آموزش همگانی درخصوص بیماری فشارخون بالا، اهمیت این بیماری و عوارض ناشی از آن، تشخیص و درمان به موقع و مراقبت از بیماری، عوامل و رفتارهای خطرزا اجراء کنید. این کار قطعاً تأثیر مثبت در مراجعه افراد واجد شرایط خواهد داشت. سپس باید طبق برنامه‌ریزی انجام شده توسط کاردان مرکز، روزانه (برحسب تعداد تعیین شده) از افراد واجد شرایط برای انجام غربالگری دعوت به عمل آورید. ضمناً بایستی مواردی که لازم است قبل از اندازه‌گیری فشارخون رعایت شود (به نکات مورد توجه در اندازه‌گیری فشارخون مراجعه شود)، قبل از مراجعه به تمام افراد واجد شرایط آموزش دهید پس از مراجعه فرد واجد شرایط به خانه بهداشت، می‌بایست با رعایت تمام شرایط قبل و حین اندازه‌گیری فشارخون نسبت به اندازه‌گیری فشارخون اقدام و در فرم غربالگری فشارخون ثبت نمایید. این فعالیت‌ها حتی الامکان باید در خانه بهداشت انجام شود.

توجه: مدت غربالگری ۶ ماه در نظر گرفته شده است.

افرادی که پس از تکمیل فرم غربالگری فشارخون بالا، به عنوان فرد سالم شناخته شده‌اند، می‌بایست هر سه سال یکبار به همراه سایر افرادی که به سن ۳۰ سالگی می‌رسند، طبق دستورالعمل مجدداً در غربالگری بعدی شرکت داده شوند و فرم غربالگری فشارخون بالا برای آن‌ها تکمیل شود.

۲. ارجاع به پزشک

• بعد از تکمیل فرم غربالگری برای هر فرد، اگر فرد دارای میانگین فشارخون ماکزیمم ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر و

یا فشارخون می‌نیمم ۹۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر باشد، او را به‌منظور تایید بیماری فشارخون بالا به پزشک ارجاع

غیرفوری دهید.

- بعد از پایان مدت غربالگری، لازم است فشارخون افراد ۳۰ ساله و بالاتر سالم در هر مراجعه به خانه بهداشت با رعایت ۵ دقیقه استراحت کامل اندازه‌گیری شود (در صورتی که فاصله مراجعات بیشتر از ۳ ماه باشد). اگر فشارخون ماکزیمم ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون می‌نیمم ۹۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر باشد، مجدداً بعد از ۵ دقیقه استراحت فرد، فشارخون را در یک نوبت دیگر اندازه‌گیری کنید و در دفتر ثبت نام بیماران یادداشت نمایید و بعد براساس نتیجه میانگین فشار خون، برای **ارجاع غیرفوری** به پزشک تصمیم بگیرید.
- در زمان غربالگری و یا در هر مراجعه به خانه بهداشت، اگر میانگین فشارخون ماکزیمم ۱۷۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر باشد، فرد را **ارجاع فوری** دهید.
- اگر فردی با یکی از علائم سردرد شدید، سرگیجه، گیجی، خواب‌آلودگی، تاری و یا اختلال دید، تنگی نفس ناگهانی و درد قفسه سینه مراجعه کند، فشارخون او را اندازه بگیرید. اگر فشارخون ماکزیمم ۱۴۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر و یا فشارخون می‌نیمم ۹۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر بود او را به پزشک **ارجاع فوری** دهید.
- اگر بیمار مبتلا به فشارخون بالا با یکی از علائم سردرد شدید، سرگیجه، گیجی، خواب‌آلودگی، تاری و یا اختلال دید، تنگی نفس ناگهانی و درد قفسه سینه مراجعه کند او را **ارجاع فوری** دهید.
- بیماران مبتلا به فشارخون بالا باید طبق نظر پزشک مراقبت شوند و اگر پزشک دستور خاصی برای پیگیری نداشته باشد، هر سه ماه یکبار بیمار را برای مراقبت ارجاع غیرفوری دهید.
- فشار خون بیماران تحت درمان باید کنترل شده باشد (فشار خون هدف، فشارخون کمتر از ۱۴۰ بر روی ۹۰ میلی‌متر جیوه است، مگر در موارد خاص که ممکن است طبق دستور پزشک فشارخون هدف برای بیمار کمتر از مقدار تعیین شده باشد). اگر در زمان مراقبت بیماران فشارخون ماکزیمم ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون می‌نیمم ۹۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر باشد، بیمار را به پزشک ارجاع غیرفوری دهید. در بیماران یک بار اندازه‌گیری فشارخون برای ارجاع به پزشک کافی است.

توجه: فرم ارجاع فوری می‌بایست در دو برگ تهیه شود. در این مورد بیمار را توجه کنید تا حتماً از پزشک بخواهد پس از پایان اقدامات، نتایج را در فرم ارجاع ثبت کند و برگه دوم فرم ارجاع، توسط بیمار به خانه بهداشت عودت داده شود.

۳. پیگیری و مراقبت بیماران

مشخصات بیماران مبتلا به فشارخون بالای شناخته شده قبلی و بیمارانی که پس از تکمیل فرم غربالگری فشارخون بالا، شناسایی و به پزشک ارجاع داده شده‌اند و بیماری آنان مورد تایید قرار گرفته است را در فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و فرم پیگیری بیماران وارد نمایید و یک دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا برای هر بیمار تنظیم کنید.

• افراد بیمار به طور معمول باید حداقل ماهی یکبار توسط بهورز و سه ماه یکبار توسط پزشک پیگیری و مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاه‌تر شود.

توجه: در هر بار مراقبت بیماران، لازم است فشارخون و وزن را اندازه بگیرید، در زمینه مصرف به موقع دارو و مراقبت‌های غیر دارویی آموزش دهید و در صورت نیاز، بیمار را به پزشک ارجاع دهید. در صورتی که افراد به موقع برای مراقبت مراجعه نکنند بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند.

۴. آموزش

آموزش در مورد بیماری فشارخون بالا در چهار مرحله صورت می‌گیرد:

• آموزش توجیهی قبل از غربالگری برای عموم مردم

• آموزش حین غربالگری برای مراجعه کنندگان به خانه بهداشت

• آموزش در مراقبت‌ها و بازدیدها برای بیماران و خانواده آن‌ها

• آموزش مستمر برای عموم مردم

از مهم‌ترین اقدامات برای پیشگیری از فشارخون بالا، آموزش همگانی و تشویق مردم به اجرای موارد زیر می‌باشد:

- از مصرف نمک زیاد پرهیز شود.

- از پرخوری و مصرف غذاهای پرچربی خودداری و در نتیجه از چاقی پیشگیری شود.

- از مصرف دخانیات پرهیز شود و در صورت مصرف دخانیات هرچه سریع تر برای ترک برنامه ریزی گردد.

- فعالیت بدنی و ورزش مداوم و منظم افزایش یابد.

- افراد سالم حداکثر هر سه سال یکبار حتما فشار خونشان را اندازه گیری نمایند.

توصیه های لازم به بیمار جهت اصلاح شیوه زندگی (مصرف دخانیات، کم تحرکی، تغذیه نامناسب)

۱. راهنمای تغذیه

- خوردن سه وعده غذا به مقدار متعادل بهتر از خوردن یک وعده غذا اما به مقدار زیاد است. ولی باید به یاد داشته

باشید که نوع غذا خیلی مهم تر از مقدار آن است و به طور کلی غذاهای مصرفی باید متنوع و شامل انواع گوناگون

مواد غذایی باشند.

- از مصرف زیاد نمک خودداری کرده و از گذاشتن نمکدان سر سفره پرهیز کنید.

- غذاهای کم چربی را انتخاب کنید و غذا را بیشتر به صورت آب پز، بخارپز یا کبابی تهیه کنید و حتی المقدور از

خوردن غذاهای سرخ کرده خودداری کنید.

- سعی کنید لبنیات کم چربی، گوشت کمچربی و مرغ بدون پوست مصرف کنید.

- از سبزیجات، سالاد و میوه جات به مقدار زیاد مصرف کنید.

- غذاهای نشاسته ای مثل نان، ماکارونی، دانه های غلات با پوست و سیب زمینی به مقدار متعادل مصرف کنید.

- از مصرف نوشابه های گازدار شیرین اجتناب کنید.

- مصرف شکر، شیرینی، شکلات، کیک و بیسکویت را شدیداً کاهش دهید.

- بجای کره، روغن های جامد و یا دنبه از روغن های مایع استفاده کنید.

- گوشت، امعاء و احشاء (جگر، مغز، دل، قلوه) و کله پاچه را کمتر مصرف کنید.

- مصرف زرده تخم مرغ را محدود کنید. (حداکثر ۳ عدد در هفته)

- حبوبات مثل عدس، لپه و لوبیا را بیشتر مصرف کنید.

- حتی الامکان نان تهیه شده از آرد سبوس دار مصرف کنید.

۲. راهنمای ترک سیگار

برای کمک به فرد سیگاری به او بگویید:

- ترک، کار دشواری نیست.

- علائم ترک ۱-۲ هفته باقی می ماند که ممکن است آزاردهنده باشد.

- اکثر افرادی که مصرف سیگار را ترک کرده اند در همان هفته اول و مابقی در طول سه ماهه اول به مصرف مجدد

سیگار رو می آورند که ممکن است به دلایل شرایط پیش بینی نشده یا فشارهای روانی شدید باشد.

- به خاطر داشته باشید سیگار کشیدن یک عادت است. عادت‌هایی که می توان آن را کنار گذاشت.

- به یاد داشته باشید اکثر افراد سیگاری پس از چندین بار تلاش، موفق به ترک می شوند.

- ترک سیگار دارای مراحل زیر است:

- برای ترک تصمیم بگیرید.

- هر شب قبل از خواب به یکی از دلایل ترک خود فکر کنید (مثلاً برای بهبود سلامتی، برای بهتر شدن ظاهر،...)

- یک برنامه نرمشی - ورزشی را آغاز کنید، مایعات بیشتری مصرف کنید، استراحت کنید، از خستگی پرهیزید.

- هیچوقت به این فکر نکنید که هرگز سیگار مصرف نخواهید کرد. فقط به فکر تعیین یک روز برای ترک کردن باشید.

- از یکی از دوستانتان که او هم سیگار مصرف می کند بخواهید که با هم برای ترک مصرف سیگار برنامه ریزی

کنید و پول سیگار روزانه تان را پس انداز کنید.

- یک تاریخی برای ترک انتخاب کنید و روز ترک را به کلیه افراد خانواده، دوستان و اطرافیان اطلاع دهید.

- در روز ترک به خودتان بگویید امروز سیگار مصرف نمی کنم و اینکار را انجام دهید.

- لباس های خود را تمیز کنید تا از بوی بد سیگار خلاص شوید.

- عادت تغذیه‌ای خود را تغییر دهید تا به کاهش تعداد مصرف سیگار کمک کند. برای مثال شیر بنوشید.
- در موقع میل به مصرف سیگار به جای آن یک لیوان آب بنوشید یا میوه میل کنید.
- در طول روز خود را مشغول کنید.
- از افراد خانواده کمک بخواهید.

۳. راهنمای ورزش

- تمام ورزش‌ها برای بدن مفید هستند ولی بهترین ورزش برای قلب، ورزشی است که استقامت بدن را افزایش دهد. ورزش‌هایی استقامت بدن را زیاد می‌کنند که در آن‌ها حرکات بدنی به طور پیاپی برای مدتی ادامه داشته باشد مثل راه رفتن سریع، دویدن، شنا، دوچرخه سواری و طناب زدن.
- حرکات موزون و ملایم بهترین نوع ورزش هستند، مانند دوچرخه سواری، شنا، راه‌پیمایی و طناب زدن.
- باید به خاطر داشت که ورزش نکردن و فعالیت بدنی کم یکی از عوامل موثر در ابتلاء به بیماری قلبی است.
- سعی کنید فعالیت بدنی جزئی از زندگی روزانه باشد.
- باید به یاد داشت که ورزش به آرامی شروع شود و به تدریج افزایش یابد.
- به اندازه‌ای ورزش کنید که احساس خستگی مطبوعی در شما به وجود آید، نه به اندازه‌ای که از پا بیافتید. سطح مطلوب ورزش یعنی این که در حین ورزش ضمن نفس نفس زدن بتوان صحبت کرد.
- همیشه قبل از شروع ورزش، خود را با حرکات ورزشی ملایم و نرمش گرم کنید.
- برای خاتمه ورزش، به طور ناگهانی ورزش را تمام نکنید. سعی کنید برای چند دقیقه با حرکات ملایم‌تر به ورزش ادامه دهید.
- تا یک ساعت بعد از صرف غذا ورزش را شروع نکنید.
- درد عضلات در حین ورزش را نادیده نگیرید. در واقع بدن بگوید ورزش کافی است.
- بهتر است حداقل هفته‌ای ۳ روز و روزانه ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی انجام شود. در صورتی که نتوانید یکجا ۳۰ دقیقه فعالیت کنید می‌توان فعالیت بدنی را در طول روز به ۳ نوبت ۱۰ دقیقه‌ای تقسیم کرد.

نکات مورد توجه در اندازه‌گیری فشارخون

برای اندازه‌گیری فشارخون از دستگاهی به نام فشارسنج استفاده می‌شود که فنری یا جیوه‌ای است. برای سهولت حمل و نقل و سهولت کار بیشتر از نوع فنری استفاده می‌شود. فشارسنج از یک بازوبند، یک پمپ و یک ستون درجه‌بندی شده که جیوه در آن حرکت می‌کند و یا صفحه مدرج که با فنر کار می‌کند تشکیل شده است.

نیم ساعت قبل از اندازه‌گیری فشارخون شخص باید از مصرف چای و غذا، سیگار کشیدن و فعالیت خودداری کرده و در صورتی که مثانه وی پر باشد باید آن را خالی نماید. شخص باید ۵ دقیقه قبل از اندازه‌گیری فشارخون استراحت کامل نماید و بدون اضطراب، هیجان و درد باشد. محل اندازه‌گیری فشارخون باید به حد کافی آرام و دارای هوای مطلوب باشد.

برای اندازه گرفتن فشار خون، فرد را روی تخت معاینه بخوابانید یا روی صندلی بنشانید. بازوی راست باید کاملاً لخت باشد (معمولاً از دست راست فشارخون را اندازه می‌گیرند) بنابراین آستین لباس را تا بالای بازو بالا بزنید و اگر نمی‌توان آستین را بالا زد یا لباس فرد را درآورد بهتر است در صورتی که لباس نازک باشد زیر بازوبند بماند. تا این که لباس را طوری بالا بزنیم که بازو را تحت فشار قرار دهد. دست راست فرد را روی میز قرار دهید و به هیچ وجه نباید بازوی بیمار آویزان باشد. اگر فرد روی تخت خوابیده است دست وی باید کنار بدن قرار گیرد. سپس فشارخون او را به ترتیب زیر اندازه بگیرید:

دستگاه فشار سنج را نزدیک بازویی که می‌خواهید فشارخون را اندازه بگیرید قرار دهید. فاصله گیرنده فشارخون با دستگاه نباید بیش از یک متر باشد. بازوبند را دو تا سه انگشت بالای آرنج به بازو بسته و وسط کیسه لاستیکی داخل بازوبند را حتماً روی سرخرگ بازویی قرار دهید. اگر هوایی درون کیسه لاستیکی بازوبند باشد به وسیله پیچ تنظیم هوای دستگاه، این هوا را تخلیه کنید. سپس نبض دست راست (دستی که فشار آن را اندازه می‌گیرید) فرد را با یک دست حس کرده با فشارهای متوالی که با دست دیگر به پمپ وارد می‌کنید کیسه لاستیکی درون بازوبند را آن قدر باد کنید تا حدی که دیگر نبض احساس نگردد و سپس پمپ کردن را به اندازه ۳۰ میلی‌متر جیوه بعد از قطع نبض ادامه دهید. به صفحه مدرج دستگاه نگاه کرده و به آرامی با پیچاندن پیچ تنظیم هوای دستگاه، هوا را از کیسه لاستیکی

خارج کنید. به طوری که جیوه در لوله مدرج فشار سنج (در دستگاه جیوه‌ای) یا عقربه (در دستگاه عقربه‌ای) به طور آهسته پایین بیاید. البته در تمام این مدت نبض باید کنترل شود. عدد اولین احساس دوباره نبض را به خاطر سپرده و در اولین فرصت یادداشت نمایید. به این عدد فشار سیستول یا ماکزیمم (حداکثر) می‌گویند.

برای اندازه‌گیری دقیق‌تر فشار خون، اندازه فشارخون دیاستول یا می‌نیمم (حداقل) نیز گرفته می‌شود که در این مورد باید از گوشی استفاده شود. بعد از رعایت شرایط اندازه‌گیری و بستن باز و بند پس از لمس نبض در گودی بین بازو ساعد، صفحه گوشی را در آن محل گذارده و گوشی را در گوش قرار دهید و عمل اندازه‌گیری را تکرار نمایید به طوریکه دستگاه را تا ۳۰ میلیمتر پس از قطع باد کنید و به تدریج پیچ تنظیم هوا را باز کنید و به صفحه مدرج دستگاه نگاه کنید. اولین صدای نبض که با گوشی به گوش می‌رسد فشارخون ماکزیمم (حداکثر) است، عدد آن را به خاطر بسپارید، دیگر پیچ دستگاه را دست نزنید احساس می‌کنید که در یک لحظه صدا قطع می‌شود و دیگر شنیده نمی‌شود، در همین موقع به صفحه مدرج دستگاه نگاه نموده و درجه را ببینید این عدد فشارخون می‌نیمم (حداقل) را نشان می‌دهد. گاهی قطع صدا در بعضی از افراد به طور کامل وجود نداشته در این گونه موارد از تغییر و کاهش صدا فشارخون حداقل را تخمین می‌زنند. توجه کنید در ابتدای اندازه‌گیری پیچ دستگاه را به هیچ وجه یکباره باز نکنید فقط در صورتی که صدایی شنیده نشد. هوای داخل بازوبند را تماماً خالی کرده و بعد از ۱۵ ثانیه دوباره پمپ کنید.

بعد از اتمام اندازه‌گیری فشار خون، بازوبند را باز نموده و مقدار فشارخون خوانده شده را در اولین فرصت یادداشت نمایید.

توجه: در افراد سالم تفاوت عمده‌ای بین فشارخون در حالت خوابیده (طاق باز)، نشسته و ایستاده وجود ندارد، ولی در افرادی که داروی پایین آورنده فشارخون مصرف می‌کنند چون اختلاف قابل توجهی در فشارخون خوابیده، نشسته و ایستاده ایجاد می‌شود، لذا می‌بایست فشارخون را در حالت خوابیده و یا ایستاده اندازه‌گیری کرد. به طور طبیعی بین فشارخون دست راست و چپ ۱۰ تا ۲۰ میلی‌متر جیوه اختلاف وجود دارد (معمولاً دست راست فشارخون بالاتری دارد) اما اختلاف بیشتر از این مقدار، غیرطبیعی است.

دستورالعمل تکمیل فرم آماری فشارخون

• **بیماران جدید:** منظور تعداد بیمارانی هستند که در این ماه برای اولین بار شناسایی شده‌اند و یا از قبل مبتلا بوده‌اند اما برای اولین بار به خانه بهداشت مراجعه کرده‌اند. (لازم به یادآوری است میزان بروز برای یک سال محاسبه می‌گردد)

• **بیماران شناسایی شده قدیم:** تعداد بیمارانی هستند که در ماه‌های قبل شناسایی و آمار داده شده‌اند.

• **کل بیماران:** مجموع بیماران جدید + بیماران قدیم

• **مراقبت به‌روز:** تعداد بیمارانی که توسط به‌روز مراقبت شده‌اند در این فصل، یادآوری می‌گردد تعداد بیمار مدنظر است نه تعداد بار مراقبت (هدف ۱۰۰٪)

• **مراقبت پزشک:** تعداد بیمارانی که توسط پزشک هر سه ماه یکبار مراقبت می‌شوند (هدف ۱۰۰٪)

• **تعداد افرادی که BMI بین ۲۵ تا ۳۰ دارند.** (افراد دارای اضافه وزن) لازم به یادآوری است چنانچه در این ماه افراد دارای اضافه وزن جدید شناسایی شود نوشته می‌شود در غیر این صورت تعداد افراد دارای اضافه وزن از ابتدای سال در ستون جمع تزایدی نوشته می‌شود چنانچه مورد جدید اضافه وزن در این ماه نداشته باشیم صفر نوشته می‌شود. لازم به یادآوری است چنانچه فردی BMI آن اصلاح شده باشد از آمار کسر می‌گردد.

• **تعداد بیمارانی که BMI بیشتر یا مساوی ۳۰ دارند (چاقی)** مطابق بند ۶ عمل شود.

• **فشار خون کنترل شده:** تعداد بیماران تحت مراقبت و درمان که فشارخون آن‌ها زیر عدد $\frac{140}{90}$ قرار گرفته است.

• **ارجاع به متخصص:** تعداد بیمارانی که با تشخیص پزشک مرکز به سطح سه ارجاع شده‌اند و در پرونده آن‌ها ثبت گردیده است.

• **بیماران مبتلا به عوارض:** تعداد بیمارانی که در اثر بیماری فشارخون به عوارض (چشمی - کلیوی - سکته قلبی مغزی). مبتلا شده‌اند چنانچه در ماه جاری مورد جدید عوارض شناسایی شد در ستون ماه جاری نوشته می‌شود و تعداد عوارض از ابتدای سال در ستون جمع نوشته می‌شود. چنانچه مورد عارضه در این ماه نباشد ستون ماه جاری صفر نوشته می‌شود.

- بیماران جدید مبتلا به عوارض به تفکیک جنس
- تعداد بیماران جدیدی که در این ماه به عوارض (چشمی، کلیوی، سکنه قلبی مغزی) مبتلا شده‌اند به تفکیک جنس در این ستون ثبت می‌شود.
- **آموزش:** آموزش‌هایی که در راستای پیشگیری و کنترل مراقبت بیماری فشارخون انجام گرفته است به تفکیک تعداد جلسات و تعداد افراد آموزش دیده اگر در ماه جاری آموزش داشته باشیم در ستون ماه جاری نوشته می‌شود و بقیه آموزش ما از ابتدای سال در ستون جمع نوشته می‌شود.
- **دلایل عدم مراقبت:** تعداد بیمارانی که به هر دلیل در این ماه مراقبت نشده‌اند در ستون ماه جاری نوشته می‌شود. تعداد فوتی‌ها و مهاجرت‌ها از ابتدای سال در ستون جمع قید می‌شود تا آخر سال از آمار کسر شود اگر در ماه جاری فوتی و مهاجرتی وجود داشت در ستون ماه جاری قید می‌شود اگر نبود صفر نوشته می‌شود.

فرم پیگیری بیماران

مرکز بهداشتی درمانی روستایی:

خانه بهداشت:

سال:

نام بیماری:

روستا: ☐ قمر ☐ اصلی

ملاحظات	تاریخ خدمات انجام شده																						اولین تاریخ تشخیص بیماری	تاریخ اولین مراجعه	شماره پرونده خانوار	سال تولد	نام و نام خانوادگی	ردیف		
	اسفند		بهمن		دی		آذر		آبان		مهر		شهریور		مرداد		تیر		خرداد		اردیبهشت								فروردین	
	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*							○	*
۳۱	۳۰	۲۹	۲۸	۲۷	۲۶	۲۵	۲۴	۲۳	۲۲	۲۱	۲۰	۱۹	۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱

* تاریخ مراقبتی که توسط بهورز برای بیمار انجام می گیرد در این ستون نوشته می شود.

○ تاریخ مراقبتی که توسط پزشک انجام می گیرد در این ستون نوشته می شود.

راهنمای فرم پیگیری بیماران

پس از شناسایی بیماران مبتلا به دیابت و فشارخون بالا به فشارخون بالا، اسامی و مشخصات آنان را از فرم غربالگری دیابت و فشارخون بالا استخراج و به ترتیب در فرم پیگیری بیماران وارد کنید. این فرم‌ها را در پوشه جداگانه تحت عنوان پوشه فرم پیگیری بیماران مبتلا به بیماری دیابت و فشارخون بالا نگهداری کنید.

دستورالعمل تکمیل فرم پیگیری بیماران

در ابتدا نام مرکز بهداشتی-درمانی روستایی، خانه بهداشت، آبادی یا روستا تحت پوشش خانه بهداشت را بر حسب قمر یا اصلی، سال تکمیل فرم و نام بیماری مورد نظر (دیابت و فشارخون بالا) را در قسمت سمت چپ بالای فرم یادداشت کنید و به ترتیب زیر اطلاعات را تکمیل کنید:

(ستون ۱) ردیف: شماره یک را به ترتیب ۱، ۲، ... بنویسید و همین شماره ردیف را در قسمت ملاحظات فرم غربالگری فشارخون بالا و فرم مراقبت بیماران مبتلا به دیابت و فشارخون بالا که مختص همان بیماران است نیز ثبت نمایید.

اطلاعات مربوط به ستون ۲ الی ۵ را از فرم غربالگری دیابت و فشارخون بالای فرد بیمار استخراج و به ترتیب در این فرم یادداشت نمایید.

(ستون ۲) نام و نام خانوادگی: اسامی تمام افراد بیمار مبتلا به دیابت و فشارخون بالا که در طول غربالگری شناسایی شده و یا قبلاً مبتلا به بیماری بوده‌اند را در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۳) سال تولد: تاریخ تولد را بر اساس سال یادداشت کنید مثل ۱۳۴۵.

(ستون ۴) شماره پرونده خانوار: شماره پرونده خانوار فرد را در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۵) تاریخ اولین مراجعه: تاریخ اولین روز مراجعه‌ایکه فرم غربالگری برای فرد تکمیل شده است در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۶) اولین تاریخ تشخیص بیماری: اولین تاریخ تشخیص بیماری فرد را بر حسب ماه و سال در این ستون

بنویسید. (از فرم مراقبت بیماران مبتلا به دیابت و فشارخون بالا استخراج کنید)

(ستون ۷ الی ۳۰) تاریخ خدمات انجام شده: این قسمت از ستون‌های مربوط به ماه‌های سال تشکیل شده است. تاریخ روزی که بایستی شخص بیمار برای مراقبت به خانه بهداشت مراجعه کند را در ستون مربوطه بر حسب مراقبت بهورز یا پزشک با مداد بنویسید. در صورت مراجعه پس از انجام مراقبت‌های لازم تاریخ آن را با خود کار بنویسید و دور آن را دایره بکشید و به همین ترتیب تا پایان ستون‌های ادامه دهید. در صورت عدم مراجعه پیگیری کنید.

اگر مراقبت در منزل انجام شود دور تاریخ دایره قرمز بکشید.

در ستون هر ماه دو ستون بصورت ستاره * و ستون دایره 0 مشخص شده است، ستون * مربوط به مراقبت بهورز و ستون 0 مربوط به مراقبت پزشک است.

اطلاعات این قسمت را از فرم مراقبت بیماران مبتلا به دیابت و فشارخون بالا استخراج کنید.

(ستون ۳۱) ملاحظات: هر موضوع و اطلاعات مهم دیگر در ارتباط با بیماران را در این ستون بنویسید (مانند علت عدم راجعه و تاریخ قطع مراقبت و پیگیری و ...)

نکات مورد توجه در تکمیل فرم پیگیری بیماران

- اسامی افرادی که بعد از پایان غربالگری و درمعاینات بهداشتی و درمانی بیمار مبتلا به دیابت و فشارخون بالا تشخیص داده شوند. بایستی در فرم پیگیری بیماران ثبت شود و تحت مراقبت قرار گیرند.
- در صورت مراقبت بیمار بیش از یکبار در ماه می‌توان این ستون را به قسمت‌های افقی تقسیم نمود و تاریخ هر مراقبت را در قسمت مربوطه یادداشت کرد.
- حداقل مراقبت بهورز ماهانه و حداقل مراقبت پزشک سه ماه یکبار است. مگر در مواردی که با نظر پزشک، مراقبت با فاصله کمتر ضرورت داشته باشد.

پایگاه/ خانه بهداشت فرم شماره ۱۵ پرونده خانوار شماره پرونده خانوار.....

(فرم پیگیری و مراقبت بیماریهای غیرواگیر)

نام و نام خانوادگی تاریخ تولد:

در این قسمت اطلاعات مربوط به زمان شناسایی اولیه ثبت گردد.

مصرف دخانیات *	بلی ☐ خیر ☐	تاریخ شروع.....	تعداد دفعات مصرف در روز.....
سابقه فشارخون بالا در بستگان درجه اول	بلی ☐ خیر ☐	نسبت با بیمار.....	
سابقه بیماری دیابت در بستگان درجه اول	بلی ☐ خیر ☐	نسبت با بیمار.....	
BMI اولیه:	قد	وزن	سایر عوامل خطر در زمان شناسایی
نتایج آزمایشات:			

تاریخ مراجعه	نوع بیماری	اقدامات (نتایج معاینات، آموزش، دارو، آزمایش، ارجاع)	تاریخ مراجعه بعدی	علت عدم مراقبت**

در این فرم ثبت مراقبت و پیگیری بیماریهای غیر واگیر (دیابت، فشارخون، سرطان، تالاسمی، گواتر، آسم، بیماریهای کلیوی، بیماریهای قلبی، بیماریهای روانی و....) توسط بهورز در خانه بهداشت و کاردان و یا کارشناس در پایگاه بهداشتی انجام می گیرد.

* دخانیات شامل (قلیان، سیگار، پیپ و چپق) است.

** علت عدم مراقبت (فوت، بهبودی و مهاجرت است).

پایگاه / خانه بهداشت

فرم شماره ۱۶ پرونده خانوار

شماره پرونده خانوار

(فرم پیگیری و مراقبت بیماریهای واگیر)

نام و نام خانوادگی

تاریخ تولد

[illegible]

در این فرم ثبت مراقبت و پیگیری بیماریهای واگیر (سرخک، سرخجه، سیاه سرفه، دیفتری، کزاز، فلج اطفال، مننژیت منگو کوکی، هپاتیت، آنتولانزا، مالاریا، سالک، شپش، حیوان گزیدگی، تب مالت، سیاه زخم، مشکوک به تب های خونریزی دهنده، بیماریهای آمیزشی، HIV/AIDS، التور، تیفوئید، بوتولسم، مسمومیتهای غذایی، عوارض واکسن و...) توسط بهورز در خانه بهداشت و کاردان و یا کارشناس در پایگاه بهداشتی انجام می گیرد.

**** علت عدم مراقبت (فوت، بهبودی و مهاجرت) است.**

کار عملی فشارخون

اسامی افراد ۳۰ ساله و بالاتر زن و مرد از دفاتر مربوطه استخراج و در فرم غربالگری ثبت نمایند.

غربالگری افراد ۳۰ ساله و بالاتر را بطور صحیح انجام دهد.

مراقبت‌های ماهیانه بیماران شناسایی شده را انجام دهد و در فرم ۱۵ و ۱۶ خانوار ثبت نماید.

کلیه بیماران شناسایی شده که به خانه بهداشت مراجعه نکرده‌اند را پیگیری نمایند.

نحوه صحیح اندازه‌گیری فشارخون را عملاً انجام دهد.

فرم‌های آماری را به طور صحیح تکمیل و ارسال نماید.

فصل پنجم: 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 آنرا 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. نحوه تکمیل فرم شماره ۵ را بیان نمایند.
۱۴. فرم شماره ۶ را به نحو صحیح تکمیل نمایند.
۱۵. چک لیست خانه بهداشت را به طور صحیح تکمیل نمایند.

پراکندگی تالاسمی در جهان

بیماری تالاسمی در سراسر جهان و در همه‌ی نژادها دیده می‌شود، ولی شیوع آن در نواحی مدیترانه (ایتالیا، یونان، قبرس و جزیره‌ی سیسیل)، 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 می‌شود. 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 می‌شود 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.

تعریف و تاریخچه

تالاسمی یکی از شایع‌ترین اختلال‌ها و بیماری‌های خونی است که به صورت ژنتیک از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود. تالاسمی یک واژه یونانی و مرکب از دو واژه‌ی تالاس^۱ به معنی دریا و امیا^۲ به معنی خون است. اولین بار در سال ۱۹۲۵ میلادی کولی^۳ ولی^۴ نوعی کم‌خونی را گزارش کردند که با اسپلنومگالی و تغییرات استخوانی همراه بود و

۱ - Thalassa

۲ - Emia

۳ - Cooley

۴ - Lee

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 می‌شود.

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 صفات 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 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 می‌شود.

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 نمی‌شود؛ 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 رنگپریده می‌شوند. 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 می‌شود. با بزرگ‌تر شدن کودک سایر علائم بیماری به شرح زیر ظاهر می‌شود: 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 یکبار به‌منظور جبران کم‌خونی؛
- تزریق روزانه‌ی داروی دفع‌کننده‌ی آهن به‌منظور دفع آهن اضافی بدن؛
- لزوم تزریق واکسن‌ها طبق برنامه‌ی واکسیناسیون؛
- انجام معاینه‌ها و مراقبت‌ها تحت نظر پزشک.

صفت تالاسمی چگونه از والدین به کودکان منتقل می‌شود؟

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 می‌شود. 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. اگرچه 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.

- 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 پشتیبانی 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)

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

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 می‌شود. 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 می‌شود. 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.

چگونگی غربالگری زوج‌های متقاضی ازدواج

ثبت ازدواج در ایران به‌عنوان یک واقعه‌ی مهم زندگی بسیار مرسوم است. از آن‌جا که بروز نوزاد مبتلا به تالاسمی ماژور بعد از ازدواج دو ناقل با احتمال آماری معینی ممکن است، می‌توان از ازدواج به‌عنوان راهی مطمئن برای ردیابی زوج‌های ناقل به رهبرد.

در برنامه‌ی کشوری پیشگیری از تالاسمی، زوج‌ها بعد از مراجعه به دفترخانه برای ثبت ازدواج، به آزمایشگاه‌های غربالگری زوج‌های تالاسمی ارجاع داده می‌شوند. آزمایشگاه بعد از انجام مرحله‌های ۱، ۲ و ۳ الگوریتم کشوری آزمایش‌های تالاسمی، نتایج آزمایش‌های انجام شده را برای تفسیر به مرکز بهداشتی درمانی ویژه‌ی مشاوره ارجاع می‌دهد. در تیم مشاوره، پزشک مسئول تفسیر آزمایش‌ها است و این تفسیر براساس الگوریتم کشوری مراحل انجام تالاسمی صورت می‌گیرد.

استراتژی‌های برنامه پیشگیری از بتا تالاسمی ماژور

استراتژی اول (S1): این استراتژی طی ۵ سال کشوری بودن برنامه به طور مستمر اعمال شده و با زحمت تمام نیروهای بهداشتی درمانی و مدیریت قابل قبول دانشگاهی و مرکزی موفق به استقرار یک نظام ساختاری برای کنترل موارد بروز در زوج‌های آتی شده است. این استراتژی آینده نگر است. در دستورالعمل کنونی جهت پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور در این استراتژی، استانداردهای مراقبت و کنترل افزایش یافته است.

استراتژی دوم (S2): اجرای این استراتژی طی ۳ سال اخیر از دانشگاه‌های علوم پزشکی درخواست شده بود. این استراتژی گذشته‌نگر است. این استراتژی با توجه به تأثیر زیاد آن، ابزار مؤثری برای دفاع مدیران از برنامه نیز هست؛ زیرا با اجرای آن، بروز موارد در مقاطع زمانی محدود به شدت کاهش می‌یابد و به همین دلیل، دانشگاه‌ها از اجرای آن بسیار استقبال کردند. همچنین در این دستورالعمل، استانداردهای این استراتژی ارتقاء یافته، به نحوی که تأثیر آن سریع‌تر خواهد بود و شعله‌ی بروز در این کانون با قدرت بیشتری خاموش خواهد شد.

استراتژی سوم (S3): این استراتژی گذشته‌نگر است؛ زیرا زوج‌هایی که قبل از کشوری شدن برنامه در استان‌های پرشیوع ازدواج کرده‌اند را مدنظر دارد و مواردی را که طی سال‌های متمادی تجمع یافته، بررسی کرده و از این نظر حائز اهمیت است. استانداردهای اجرایی این استراتژی برای اولین بار در این دستورالعمل تعریف شده و در استان‌های پرشیوع به اجرا درخواهد آمد.

شرح وظایف خانه بهداشت

اولین سطح ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی در سطح روستا، خانه‌های بهداشت هستند که وظایف آن‌ها در خصوص پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور درست مانند وظایف مرکز بهداشتی درمانی شهری/ پایگاه بهداشتی و به شرح ذیل است:

- آموزش و ارتقای سطح آگاهی عموم مردم با تأکید بر آموزش گروه‌های در شرف ازدواج.
- ترغیب افراد در شرف ازدواج به انجام آزمایش‌های تالاسمی در آزمایشگاه ویژه‌ی انجام آزمایش‌های تالاسمی قبل از هر اقدامیو شناساندن نقش مرکز بهداشتی درمانی ویژه‌ی مشاوره‌ی تالاسمی .
- آموزش عوامل موثر بر موفقیت برنامه (سردفتران/عاقدان محلی و آموزش طلاب در شهرستان‌های دارای حوزه علمیه).
- درج دو ستاره قرمز در دفتر تنظیم خانواده و نوشتن عبارت زوج ناقل تالاسمی در ستون ملاحظات صفحه دوم پوشه خانوار.
- مراقبت ویژه فعال و ماهانه زوج‌های ناقل تالاسمی / مشکوک نهایی بر اساس الگوریتم مربوط.
- ارجاع زوج‌های مشکوک نهایی به تیم مشاوره جهت انجام آزمایش‌های تکمیلی و پیگیری تا حصول نتیجه نهایی.
- تشویق زوج‌های ناقل تالاسمی به بیمه شدن به منظور کاهش هزینه مربوط به آزمایش‌های تکمیلی و تشخیص پیش از تولد.

- ارجاع زوج‌های ناقل تالاسمی به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی جهت انجام مرحله اول و دوم

PND

- پیگیری سقط جنین تا هفته ۱۶ بارداری در زوج‌های ناقل تالاسمی که جنین آن‌ها مبتلا به تالاسمی ماژور تشخیص داده شده است.

- ادامه مراقبت ویژه بارداری (زایمان ایمن) در زوج‌های ناقل تالاسمی که بر اساس نتایج آزمایش‌های مرحله دوم PND جنین آن‌ها سالم تشخیص داده شده است.

- آموزش و ترغیب زوج‌های ناقل در خصوص اهمیت و ضرورت استفاده از روش‌های مطمئن و غیردائمی جهت پیشگیری از وقوع حاملگی‌های ناخواسته (و تکمیل خانواده ۲ فرزند سالم).

- تشویق به استفاده از روش‌های مطمئن و دائمی‌پیشگیری از بارداری (VS-TL) در زوج‌هایی که تمایل به بارداری دوباره (بیش از ۲ فرزند سالم) ندارند.

- شناسایی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور و زوج‌های ناقل تالاسمی در اولین بازدید خانوار و انعکاس آن در ستون ملاحظات صفحه دوم پرونده خانوار.

توجه:

۱. قبل از هر اقدام برای ازدواج یعنی بلافاصله پس از اولین جلسه آشنایی (براساس عرف محلی) حتی قبل از اطلاع دادن به بزرگان فامیل، آشنایان و دوستان یا برگزاری مراسم نامزدی یا هر گونه اقدام دیگر، آزمایش‌های تالاسمی باید انجام گیرد.

۲. والدین بیماران اینترمدیا زوج ناقل تالاسمی هستند و باید مراقبت شوند.

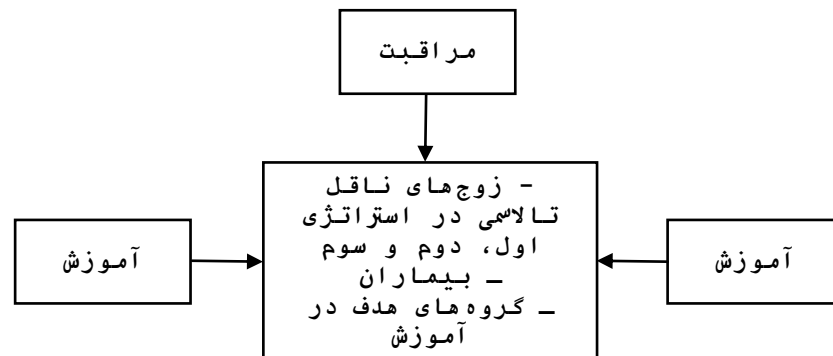
- تکمیل فرم پیگیری (فرم شماره ۱۵ پرونده خانوار) برای تمام بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور، قرارداد آن در پرونده خانوار و مراقبت ماهانه از بیماران تالاسمی ماژور شامل: پیگیری برنامه واکسیناسیون به خصوص واکسن هپاتیت B، تأکید بر نقش درمان در پیشگیری از عوارض تالاسمی و اطمینان از تزریق به موقع خون و داروهای دفع کننده آهن اضافه مانند دسفرال، بررسی عوارض بیماری تالاسمی و ارجاع در مواقع لازم و....

- پیگیری موارد غیبت از درمان، معرفی شده از مرکز بهداشت شهرستان و اعلام نتیجه پیگیری از طریق تکمیل و ارسال قسمت دوم فرم شماره ۱۰ (در شهر از طریق کارشناس / کاردان بهداشت خانواده و با مشارکت رابطان بهداشت انجام می شود).
- مراقبت از خانواده های بیماران شناسایی شده جدید (اعلام شده توسط فرم شماره ۱۰) بر اساس الگوریتم مربوط.
- ارجاع والدین بیمارانی که فرزند بیمار آن ها فوت شده (فعالاً فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور نداشته و تمایل به فرزنددار شدن دارند) به تیم مشاوره مستقر در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی .
- بررسی تمام زنان شوهردار کمتر از ۴۰ سال واجد شرایط بارداری که قبل از سال ۱۳۷۶ (با توجه با تاریخ شروع غربالگری متقاضیان ازدواج در آن شهرستان) ازدواج نموده و قصد بارداری داشته، یا در هفته های اول بارداری هستند و نیز پیگیری موارد ارجاع شده از سایر بخش ها از قبیل متخصصان زنان/ پزشکان عمومی و ماماهاى بخش دولتی و خصوصی (تکمیل فرم شماره ۷ و ارجاع به پزشک مرکز جهت انجام CBC و پیگیری بعدی بر اساس نظر پزشک مرکز).
- ارجاع زوج هایی که بر اساس الگوریتم شناسایی زوج های ناقل تالاسمی در استراتژی سوم، زن و مرد هر دو مشکوک به تالاسمی مینور (سالم ناقل) هستند، به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی.
- تکمیل و ارسال فرم شماره ۶ به صورت فصلی.
- جمع بندی مشکلات و ارائه راه حل ها و پیشنهادها به مرکز بهداشت شهرستان.
- نگهداری و بایگانی تمام کتاب ها، جزوه ها، دستورالعمل ها و نامه های مدیریتی دریافتی در آرشیو قسمت مربوط.

در خانه های بهداشت

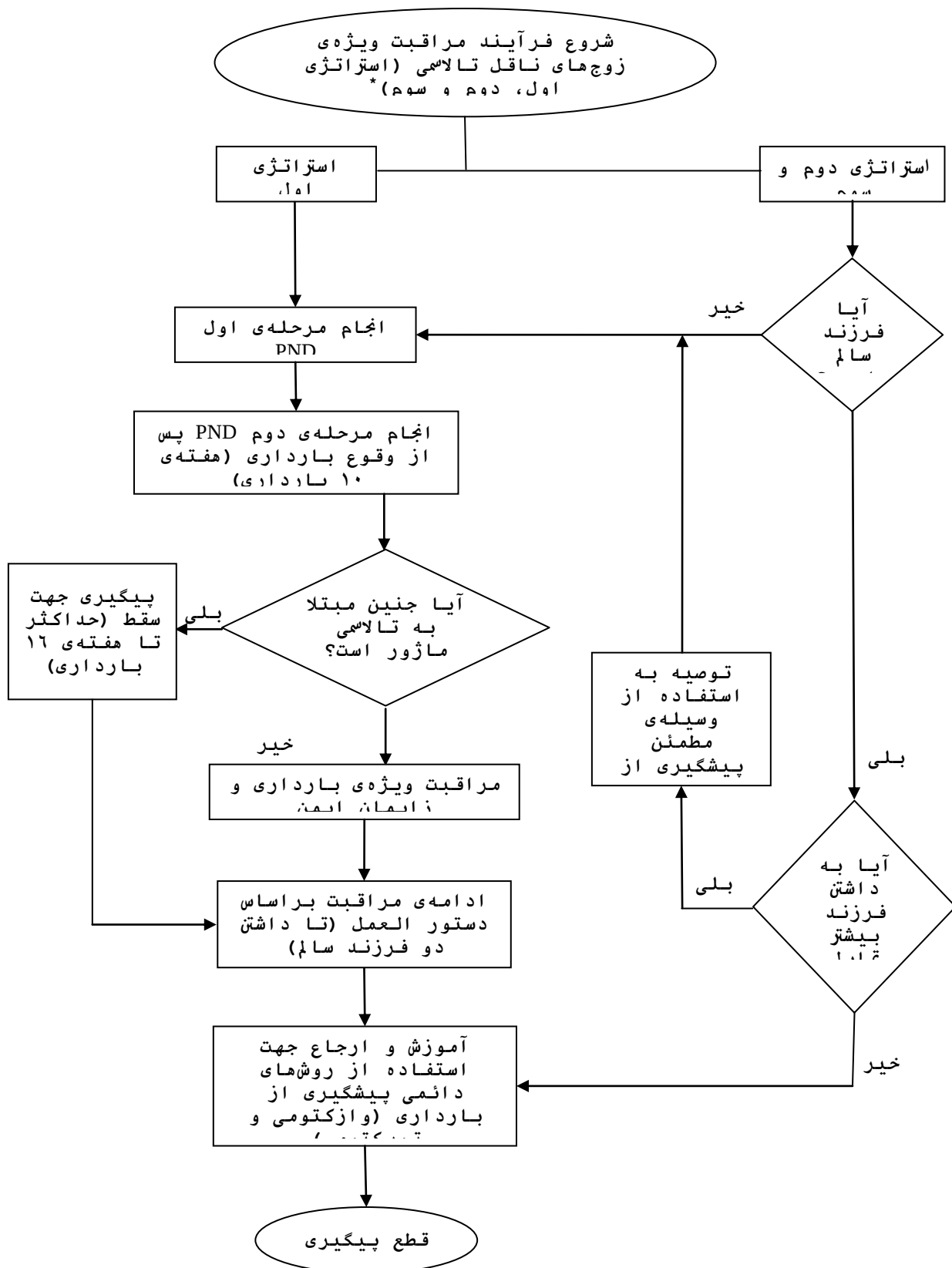
مسئولیت حسن اجرای برنامه به عهده ی پزشک و وظیفه ی نظارت با مشارکت کارشناسان و کاردان های بهداشتی درمانی مراکز روستایی بوده و انجام فعالیت ها به عهده ی بهورز است.

چارت وظایف مراکز بهداشتی درمانی شهری/پایگاه بهداشتی/خانه‌ی بهداشت



مراقبت	آموزش	ثبت و گزارش
۱. مراقبت ویژه زوج‌های ناقل تالاسمی بر اساس فلوجارت مربوط ۲. پیگیری انجام آزمایش‌های تکمیلی زوج‌های مشکوک نهایی اعلام شده از مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره‌ی تالاسمی ۳. ارجاع زوج‌های ناقل واجد شرایط به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره‌ی تالاسمی جهت انجام مرحله‌ی اول PND (در صورت عدم مراجعه‌ی قبلی) ۴. ارجاع زوج‌های ناقل به مرکز مشاوره‌ی تالاسمی جهت انجام مرحله‌ی دوم PND (حدود هفته‌ی ۱۰ بارداری) ۵. پیگیری نتیجه‌ی PND و پیگیری سقط در صورت ابتلای جنین به تالاسمی ۶. مازور (حداکثر تا هفته‌ی ۱۶ بارداری) ارجاع زوج‌های ناقلی که تمایل به بارداری ندارند، جهت انجام واکتومی یا توبکتومی ۷. بررسی CBC (MCH-MCV) تمام زنان باردار (ازدواجی قبل از سال ۱۳۷۶) ۸. ارجاع تمام زنان واجد شرایط براساس استراتژی سوم جهت انجام CBC (MCH-MCV) ۹. شناسایی زنان مشکوک به تالاسمی مینور (سالم ناقل) و ارجاع شوهر آنها جهت انجام آزمایش CBC (MCH-MCV) ۱۰. ارجاع زوج‌هایی که براساس الگوریتم آزمایش‌های تالاسمی در استراتژی سوم هر دو مشکوک به تالاسمی مینور هستند به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره‌ی تالاسمی ۱۱. مراقبت بیماران تالاسمی مازور شامل پیگیری انجام واکسیناسیون، تکمیل فرم پیگیری (فرم‌های شماره‌ی ۱۵ و ۱۶ نظام شبکه) در پرونده‌ی خانوار ۱۲. پیگیری موارد غیبت از درمان بیماران تالاسمی مازور و اعلام به مرکز بهداشت شهرستان ۱۳. مراقبت از والدین بیماران تالاسمی شناسایی شده‌ی جدید ۱۴. ارجاع والدین بیمارانی که فرزند بیمار آنها فوت شده (فعلاً فرزند مبتلا به تالاسمی مازور نداشته و تمایل به بچه‌دار شدن دارند) به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره‌ی تالاسمی	۱. آموزش زوج‌های ناقل و مشکوک نهایی براساس دستورالعمل ۲. آموزش زوج‌های ناقل (دارای ۲ فرزند سالم و یا بیشتر) در خصوص اهمیت و لزوم استفاده از روش‌های مطمئن و دائمی پیشگیری از بارداری ۳. آموزش زوج‌های ناقل (بدون فرزند یا کمتر از ۲ فرزند سالم) در خصوص اهمیت و لزوم استفاده از روش‌های مطمئن و غیر دائمی پیشگیری از بارداری ۴. آموزش و تشویق زوج‌های ناقل به بیمه شدن ۵. آموزش دانش‌آموزان دختر سال سوم و پسر سال سوم دبیرستان براساس طرح و دستورالعمل مربوط ۶. آموزش افراد صاحب نفوذ در محله یا روستا ۷. آموزش عاقدان محلی به منظور جلب مشارکت آنها در راستای انجام عقد (دائم و یا موقت) پس از انجام آزمایش‌های تالاسمی ۸. آموزش عموم جامعه ۹. آموزش بیماران و خانواده‌ی آنها جهت مراجعه‌ی منظم به مرکز تزریق خون و ضروری اجرای دستورات دارویی	۱. درج دو ستاره‌ی قرمز در دفتر مراقبت متحد تنظیم خانواده ۲. نوشتن اصطلاح زوج‌های ناقل تالاسمی در ستون ملاحظات در صفحه‌ی دوم پرونده‌ی خانوار ۳. ثبت موارد شناخته‌شده‌ی بیماران تالاسمی مازور در ستون ملاحظات صفحه‌ی دوم پوشه‌ی خانوار ۴. بایگانی فرم شماره‌ی ۵ در نامه‌های وارده ۵. تکمیل و ارسال فرم شماره‌ی ۶ (هر سه ماه) تذکر: نسخه‌ی دوم فرم شماره‌ی ۶ به همراه سایر فرم‌های آماری بایگانی شود. ۶. تکمیل و ارسال قسمت دوم فرم شماره‌ی ۱۰ (پیگیری موارد غیبت از درمان)

فلوچارت مراقبت از زوج‌های ناقل تالاسمی



* زوج‌های مشکوک نهایی نیز تحت مراقبت قرار می‌گیرند. بنابراین ضمن توصیه به لزوم استفاده از یکی از وسایل مطمئن پیشگیری از بارداری، پیگیری لازم و ارجاع به تیم مشاوره‌ی ویژه‌ی تالاسمی جهت انجام آزمایش تکمیلی صورت می‌گیرد. پس از انجام آزمایش‌های تکمیلی و باتوجه به نتیجه، ممکن است احتمال ناقل بودن زوج‌ها (یکی یا هر دو) رد شود و نیاز به پیگیری بعدی نباشد و یا ممکن است براساس نتیجه‌ی آزمایش‌های تکمیلی در زوج‌ها، هر دو ناقل تالاسمی تشخیص داده شوند که در آن صورت به‌عنوان زوج‌های ناقل تالاسمی تحت مراقبت ویژه‌ای قرار می‌گیرند.

تذکر: در صورتی که زوج‌های مشکوک قبل از انجام آزمایش‌های تکمیلی و یا زوج‌های ناقل تالاسمی قبل از انجام مرحله‌ی اول PND باردار شوند، باید بلافاصله به مرکز بهداشتی درمانی ویژه‌ی مشاوره‌ی تالاسمی (جهت معرفی به آزمایشگاه ژنتیک و تشخیص پیش از تولد) ارجاع شوند.

فرم شماره‌ی ۵

اعلام مشخصات زوج‌های ناقل تالاسمی / مشکوک نهایی^۱

روز.....ماه.....سال.....۱۳

از: مرکز بهداشتی درمانی ویژه‌ی مشاوره‌ی تالاسمی

به: مرکز بهداشت شهرستان.....

سلام علیکم

به این وسیله زوج با مشخصات زیر جهت مراقبت برابر دستورالعمل و فلوچارت مربوط معرفی می‌شوند:

نام و نام خانوادگی	نام پدر	نوع استراتژی	نتیجه‌ی آزمایش‌های تالاسمی		نتیجه‌ی آزمایش‌های تکمیلی در زوج‌های مشکوک نهایی		نشانی محل سکونت و تلفن تماس
			سالم ناقل (مینور)	مشکوک نهایی	تاریخ آزمایش مجدد	نتیجه‌ی آزمایش	

با توجه به وضعیت زوج اقدام‌های زیر توصیه می‌شود (بدیهی است در صورت تغییر وضعیت زوج براساس فلوچارت مراقبت اقدام می‌شود).

□ آموزش و ترغیب زوج مشکوک نهایی جهت استفاده از وسایل مطمئن پیشگیری از بارداری (قرص، کاندوم، IUD و...) و پیگیری جهت انجام

آزمایش‌های تکمیلی (در صورت وقوع بارداری قبل از انجام آزمایش‌های تکمیلی، زوج‌ها فوراً به این مرکز ارجاع شوند).

□ آموزش و ترغیب زوج ناقل تالاسمی جهت استفاده از وسایل مطمئن پیشگیری از بارداری (قرص، کاندوم، IUD و...) و پیگیری جهت انجام مرحله‌ی

اول PND (در صورت بارداری قبل از انجام مرحله‌ی اول PND، زوج‌ها فوراً به این مرکز ارجاع شوند).

□ مراقبت از زوج و ارجاع جهت انجام مرحله‌ی دوم PND حدود هفته‌ی ۱۰ بارداری (زوج‌هایی که مرحله‌ی اول PND را انجام داده‌اند).

□ مراقبت ویژه‌ی بارداری و زایمان ایمن (زوج‌هایی که باردار بوده و مرحله‌ی اول و دوم PND را انجام داده‌اند).

□ آموزش و ترغیب زوج‌ها جهت استفاده از روش‌های دائمی پیشگیری از بارداری (وازاکتومی و توبکتومی).

□ قطع پیگیری به دلیل فقدان شرایط باروری/بارداری.

□ قطع پیگیری به دلیل این که یکی یا هر دو زوج ناقل تالاسمی نیستند.

محل امضاء پزشک مشاوره‌ی ویژه‌ی تالاسمی

از: مرکز بهداشت شهرستان..... شماره:

به: مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی..... تاریخ: ۱۳ / /

به این وسیله زوج با مشخصات فوق، جهت اقدام لازم معرفی می‌شوند. خواهشمند است در صورت عدم شناسایی اصل فرم در اسرع وقت به مرکز

بهداشت شهرستان عودت داده شود.

محل امضاء رئیس مرکز بهداشت شهرستان

اصل به خانه‌ی بهداشت/پایگاه بهداشتی..... جهت اطلاع و اقدام ارسال شد.

محل امضاء رئیس مرکز بهداشتی درمانی روستایی

۱- زوج‌هایی که یکی از آنها سالم ناقل (مینور) و دیگری مشکوک نهایی تشخیص داده شود نیز در گروه زوج‌های مشکوک نهایی طبقه‌بندی می‌شوند و پیگیری‌های لازم جهت انجام آزمایش‌های تکمیلی در فردی که مشکوک نهایی تشخیص داده شود باید انجام گیرد.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۵ (اعلام مشخصات زوج‌های ناقل تالاسمی / مشکوک نهایی)

این فرم پس از انجام مشاوره‌ی ویژه‌ی تالاسمی برای هر زوج ناقل شناسایی شده (ناقل تالاسمی یا مشکوک نهایی)، توسط کارشناس/کاردان تیم مشاوره‌ی ویژه‌ی تالاسمی تکمیل و پس از امضای پزشک مشاوره‌ی ویژه‌ی تالاسمی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌شود. کارشناس برنامه‌ی تالاسمی در مرکز بهداشت شهرستان با توجه به نشانی زوجها و پس از امضای رئیس مرکز بهداشت و ثبت در دبیرخانه‌ی این مرکز، فرم را به مرکز/مراکز بهداشتی درمانی مربوط ارسال می‌کند و پزشک مسئول مرکز بهداشتی درمانی با توجه به محل سکونت زوج اصل فرم را به پایگاه بهداشتی یا خانه‌ی بهداشت مربوط ارجاع می‌دهد. پس از آن واحد بهداشتی دریافت‌کننده‌ی فرم، اقدام‌های بعدی را براساس نوع مراقبت و پیگیری‌های تعیین شده انجام خواهد داد.

تذکر: یک برگ تصویر فرم باید توسط کارشناس برنامه‌ی تالاسمی در مرکز بهداشت شهرستان بایگانی شود.

تاریخ تکمیل فرم، به تفکیک روز/ماه/سال در قسمت مربوط درج می‌شود. نام مرکز بهداشت شهرستان دریافت‌کننده‌ی فرم و نام مرکز بهداشتی درمانی ویژه‌ی مشاوره‌ی تالاسمی ارسال‌کننده‌ی فرم در قسمت‌های مربوط نوشته می‌شود.

نوع اقدام (مراقبت و پیگیری مورد نیاز) در مربع کنار هر اقدام با علامت × مشخص می‌شود.

توجه:

- ممکن است برای برخی از زوجها بیش از یک اقدام توصیه شود (اقدام یا اقدام‌های توصیه شده مربوط به زمان مشاوره و با توجه به وضعیت فعلی زوجها است)، بدیهی است در صورت تغییر وضعیت زوجها مثل «تمایل به استفاده از روش‌ها مطمئن دائمی‌پیشگیری از بارداری» و یا «انجام زایمان»، باید با توجه به وضعیت جدید زوجها و براساس فلوجارت مراقبت اقدام نمود.

- باتوجه به ضرورت پیگیری زوجها مشکوک نهایی توسط سیستم مراقبت، این زوجها باید به تیم مشاوره ارجاع شوند. تیم مشاوره پس از انجام آزمایش‌های تکمیلی، در ستون مربوط تاریخ آزمایش مجدد و نتیجه‌ی آن را درج می‌کند. چنانچه زوج، هر دو ناقل تالاسمی تشخیص داده شوند، نحوه‌ی مراقبت از آنها در همین فرم تعیین و

جهت اقدام بعدی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌شود. ولی اگر در آزمایش‌های تکمیلی مشخص شد که یک یا هر دو زوج، ناقل تالاسمی نیستند در □ قطع پیگیری به دلیل این که یک یا هر دو زوج ناقل تالاسمی نیستند علامت × زده می‌شود. این فرم به مرکز بهداشت شهرستان و از آن طریق به مرکز بهداشتی درمانی مربوط ارسال می‌شود.

چنانچه یک یا هر دو زوج ساکن شهرستان دیگری باشند، باید فرم شماره‌ی ۵ از طریق مکاتبه‌ی اداری به معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده ارسال شود.

فرم شماره‌ی ۶ گزارش مراقبت ویژه‌ی زوج‌های ناقل تالاسمی /مشکوک نهایی، نوزادان متولد شده و عملکرد استراتژی سوم سه ماهه.....سال.....۱۳

از: خانه‌ی بهداشت /پایگاه بهداشتی.....
 به: مرکز بهداشتی درمانی روستایی /شهری.....
 از: مرکز بهداشتی درمانی روستایی /شهری.....
 به: مرکز بهداشت شهرستان.....

الف) مراقبت

۱		۲		۳		۴		۵		۶		۷			
ردیف	نام و شماره خانوادگی یا شماره ملی زن	وضعیت زوجها		وضعیت مراقبت		انجام آزمایش‌های تکمیلی		اقدام به تشخیص پیش از تولد PND		نتیجه بارداری (تعداد جنین یا نوزاد ذکر شود)		تولد نوزاد مرده			
		ناقل تالاسمی	مشکوک نهایی	واجد شرایط و تحت مراقبت		پگیری قطع به دلیل:	بلی	مرحله اول	مرحله دوم (بررسی جنین از نظر ابتلاء به تالاسمی ماژور)	سقط به دلیل:	تولد نوزاد زنده	تشنج	سایر دلایل		
				اقدام به پیشگیری از بارداری با استفاده از:	عدم اقدام به پیشگیری از بارداری به دلیل:									بلی با ذکر	بلی با ذکر
۱															
۲															
۳															
۴															
۵															
۶															
۷															
۸															

استفاده از جدول مهاجرت در پشت فرم: بلی ☐ خیر ☐ استفاده از جدول عملکرد استراتژی سوم در پشت فرم: بلی ☐ خیر ☐ (توجه: مشخصات تکمیل کننده‌ی فرم و تاریخ تکمیل در پشت صفحه نیز ثبت شود).

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده‌ی فرم: سمت: تاریخ تکمیل: مضاء:

ب) مهاجرت

ردیف	نام و نام خانوادگی:		تاریخ مهاجرت	نشانی محل سکونت و تلفن تماس
	زن	مرد		
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

ج) عملکرد استراتژی سوم (زنان شوهردار کمتر از ۴۰ سال، ازدواجی قبل از سال ۱۳۷۶، واجد شرایط بارداری که تمایل به بارداری داشته و یا در هفته های اول بارداری (قبل از ۱۶ هفتگی) هستند).

۱	۲	۳	۴
تعداد کل زنان واجد شرایط بررسی تحت پوشش براساس استراتژی سوم	تعداد کل زنان واجد شرایط که به پزشک ارجاع شدند	تعداد کل مردانی که براساس نتیجه ی آزمایش همسر به پزشک ارجاع شدند	تعداد زوج هایی که باتوجه به نتایج آزمایش ها به مرکز بهداشتی درمانی ویژه ی مشاوره ی تالاسمی ارجاع شدند

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده ی فرم:

سمت:

تاریخ تکمیل:

امضاء:

راهنمای تکمیل فرم شماره ۶: (گزارش مراقبت ویژه‌ی زوج‌های ناقل تالاسمی / مشکوک نهایی، نوزادان متولدشده و عملکرد استراتژی سوم):

مراقبت از زوج‌های ناقل تالاسمی / مشکوک نهایی بر اساس فلوچارت و دستورالعمل مربوط انجام می‌شود و پیگیری‌های لازم به صورت ماهانه توسط کارکنان بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی شهری / پایگاه بهداشتی / خانه‌ی بهداشت انجام شده و گزارش آن هر سه ماه یکبار (بر اساس آخرین وضعیت زوج‌ها در ماه آخر سه ماهه موردنظر) به سطح بالاتر اعلام می‌شود.

این فرم در دو نسخه تکمیل شده و یک نسخه از آن به سطح بالاتر ارسال و نسخه‌ی دیگر در واحد بهداشتی بایگانی می‌شود.

ضمن نظارت بر صحت تکمیل فرم باید نسبت به جمع‌بندی و ارسال آن در فرم شماره ۶ (یک جا و با هم) اقدام نمود. قسمت بالای فرم با توجه به واحد گزارش‌دهنده و دریافت‌کننده‌ی گزارش تکمیل شده، فصل و سال گزارش ثبت می‌شود.

این فرم شامل سه قسمت الف) مراقبت، ب) مهاجرت و ج) عملکرد استراتژی سوم است قسمت الف در روی فرم و قسمت‌های ب و ج در پشت فرم قرار دارد.

الف) مراقبت

ستون ۱ (ردیف): به ترتیب از یک تا آخر شماره‌گذاری می‌شود.

ستون ۲ (نام و نام خانوادگی): نام و نام خانوادگی زن نوشته می‌شود.

تذکر: نام و نام خانوادگی، شماره شناسنامه یا شماره ملی باید به‌طور دقیق بر اساس شناسنامه تکمیل شود.

ستون ۳ (وضعیت زوج‌ها با ذکر نوع استراتژی): وضعیت زوج‌ها از نظر «زوج ناقل تالاسمی» و یا «زوج

مشکوک نهایی» بودن و نوع استراتژی (اول، دوم و سوم) در ستون مربوط علامت × گذاشته می‌شود.

ستون ۴ (وضعیت مراقبت): این ستون به دو ستون «واجد شرایط بارداری و تحت مراقبت» و «قطع پیگیری»

تقسیم می‌شود.

ستون «واجد شرایط و تحت مراقبت» مربوط به زوج‌هایی است که با توجه به فلوچارت مراقبت و دستورالعمل مربوط، به مراقبت و پیگیری‌های بعدی نیاز دارند. این ستون به دو ستون «اقدام به پیگیری از بارداری با استفاده از:» و «عدم اقدام به پیگیری از بارداری به دلیل:» تقسیم می‌شود. با توجه به استفاده زوج‌ها از یکی از روش‌های مطمئن و یا یکی از روش‌های نامطمئن پیگیری از بارداری در ستون و ردیف مربوط نام وسیله یا روش درج شود. در ستون «عدم اقدام به پیگیری از بارداری به دلیل:» با توجه به علت، یکی از ستون‌های «بارداری با ذکر تاریخ شروع بارداری» (تاریخ شروع بارداری بر اساس LMP یا اولین روز آخرین قاعدگی) محاسبه و درج می‌شود و ستون «سایر دلایل با ذکر مورد» مواردی مثل غیبت شوهر، تمایل به بچه‌دار شدن، عدم همکاری و... نوشته می‌شود.

ستون «قطع پیگیری به دلیل» به دو ستون «مهاجرت» و «سایر با ذکر دلیل» تقسیم می‌شود. در صورت مهاجرت در ستون «مهاجرت» علامت × گذاشته و جدول ب در پشت فرم تکمیل می‌شود. چنانچه بر اساس فلوچارت مراقبت و دستورالعمل مربوط نیازی به پیگیری‌های بعدی نباشد، علت قطع پیگیری در این ستون با ذکر دلیل (مثل: نازایی، یائسگی، طلاق، فوت یکی از زوج‌ها، وازکتومی، TL و زوج ناقل نبودن) نوشته می‌شود.

افرادی که وضعیت آن‌ها از مراقبت فعال تبدیل به قطع پیگیری شود، در همان سه ماهه‌ی مذکور گزارش می‌شوند و نیازی به گزارش آن در سه ماهه‌های بعدی نیست. بنابراین وضعیت هر زوجی که به قطع پیگیری منتهی شود، فقط یک بار گزارش می‌شود.

تذکر: هر سطح فقط موارد مهاجرت به خارج از منطقه تحت پوشش خود را اعلام می‌کند برای مثال مرکز بهداشت شهرستان پس از دریافت فرم شماره ۶ از مراکز بهداشتی درمانی تابع مهاجرت‌هایی را که از منطقه تحت پوشش یک مرکز به منطقه تحت پوشش مرکز دیگر در همان شهرستان اتفاق افتاده جهت پیگیری به مرکز بهداشتی درمانی مربوط (با استفاده از جدول مهاجرت فرم شماره ۶ اعلام می‌کند) این گونه مهاجرت‌ها به معاونت بهداشتی دانشگاه مربوط گزارش نمی‌شود و مرکز بهداشت شهرستان با توجه به گزارش سه ماهه قبلی گزارش این سه

ماه را تنظیم می کند در گزارش سه ماهه بعدی مرکز بهداشتی درمانی که زوجها به منطقه تحت پوشش آن مرکز مهاجرت کرده اند آخرین وضعیت مراقبت آنها را گزارش می دهد.

چنانچه مهاجرت از شهرستانی به شهرستان دیگر تحت پوشش همان دانشگاه یا سایر دانشگاه های علوم پزشکی باشد باید به معاونت بهداشتی دانشگاه مربوط اعلام شود تا از آن طریق به شهرستان یا دانشگاه دانشکده مقصد ارسال شود سوابق در صورت موجود بودن باید به معاونت بهداشتی ارسال شود.

ستون ۵ (انجام آزمایش تکمیلی): انجام آزمایش های تکمیلی مربوط به زوج های مشکوک نهایی از استراتژی اول و سوم است و در صورت انجام آزمایش تاریخ و نتیجه آن (زوج ناقل تالاسمی یا نیاز به پیگیری بعدی نیست) اعلام شده و در صورتی که هنوز آزمایش تکمیلی انجام نشده باشد علت آن مختصر نوشته می شود.

ستون ۶ (اقدام به تشخیص پیش از تولد PND): در صورت مراجعه زوجها برای انجام هر یک از مرحله های PND (بار اول یا دوم)، این ستون تکمیل شده و پس از انجام آزمایش فقط تاریخ آن در ستون مرحله اول ثبت می شود در صورت عدم انجام نیز علت آن نوشته می شود.

چنانچه بارداری صورت گرفته باشد ستون مرحله دوم (برای هر بارداری) تکمیل می شود در این صورت تعداد جنین با توجه به نتیجه بررسی آن (بتا تالاسمی ماژور و سایر موارد شامل سالم و سالم ناقل) در ستون و ردیف مربوط به علامت زده می شود و در صورت عدم اقدام برای مرحله دوم علت آن (مختصر) درج می شود.

توجه: ممکن است زوجی مرحله اول را قبلاً انجام نداده و باردار باشد در این صورت پس از ارجاع فوری به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی (آزمایش های مرحله دوم و اول به طور هم زمان انجام می شود) تاریخ انجام آزمایش در ستون های مرحله اول و دوم نوشته می شود.

توجه: به ندرت ممکن است در برخی از بارداری ها با توجه به تعداد قل ها دو ستون از ستون های ۶ و ۷ تکمیل شود (مثلاً یکی سالم و دیگری ماژور).

ب) مهاجرت

این جدول در صورت مهاجرت زوج‌ها با توجه به توضیحات داده شده تکمیل می‌شود و در سه ماهه بعد مشخصات زوج مهاجرت کرده گزارش نمی‌شود

ستون ۱ (ردیف): به ترتیب از یک تا آخر شماره گذاری می‌شود

ستون ۲ (نام و نام خانوادگی): مشخصات زوج‌های ناقل تالاسمی هر دو نفر نوشته می‌شود

ستون ۳ (تاریخ مهاجرت): در این ستون تاریخ مهاجرت زوج‌های ناقل تالاسمی نوشته می‌شود

ستون ۴ (نشانی محل سکونت و تلفن تماس): نشانی دقیق محل سکونت و تلفن زوج به طور کامل ثبت می‌شود

تذکر مهم: مرکز بهداشت شهرستان به هنگام ارسال فرم شماره ۶ فقط مهاجرت‌هایی را خارج از شهرستان خود

بوده است به معاونت بهداشتی دانشگاه مربوط اعلام می‌نماید

ج) عملکرد اجرای استراتژی سوم

این قسمت فقط توسط دانشگاه دانشکده‌هایی که مجری استراتژی سوم هستند تکمیل می‌شود.

ستون ۱: تعداد کل زنان واجد شرایط بررسی که تحت پوشش واحد بهداشتی هستند در این ستون نوشته می‌شود.

ستون ۲: در این ستون تعداد زنان واجد شرایط که جهت بررسی به پزشک ارجاع شده‌اند نوشته می‌شود.

ستون ۳: در این ستون تعداد مردانی که جهت آزمایش CBC ارجاع داده شده‌اند نوشته می‌شود.

ستون ۴: در این ستون تعداد زوج‌هایی که با توجه به نتایج آزمایش‌ها به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره

تالاسمی ارجاع شده‌اند ثبت می‌شود.

فرم شماره ۱۰

اعلام مشخصات بیماران بتا تالاسمی ماژور شناسایی شده‌ی جدید (تولد جدید / مراجعه‌ی جدید) و پیگیری
مورد غیبت از درمان

به: مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی شماره

از: مرکز بهداشت شهرستان تاریخ // ۱۳

سلام علیکم

با احترام، به استناد گزارش مرکز تزریق خون بیمارستان مشخصات بیمار/ بیماران تالاسمی جدید (ماژور / اینترمدیا) و موارد غیبت از درمان جهت اطلاع و پیگیری‌های بعدی اعلام می‌شود. مقتضی است در اسرع وقت در مراکز بهداشتی درمانی روستایی از طریق کارشناس / کاردان بهداشتی خانواده و با مشارکت رابطان بهداشتی، در مراکز بهداشتی درمانی روستایی از طریق کارشناس / کاردان بهداشتی (با مشارکت بهورزان) پیگیری‌های لازم را در خصوص موارد غیبت از درمان به عمل آورده و نتیجه را براساس فرم زیر به این مرکز ارسال نمایند. درخصوص شناسایی جدید هم‌والدین باید تحت مراقبت لازم براساس دستورالعمل و فلوچارت مربوط قرار گیرند.

۱	۲	۳	۴		۵
ردیف	نام و نام خانوداگی	نام پدر	نوع پیگیری		نشانی محل سکونت و تلفن تماس
			شناسایی جدید*		
			مراجعه یجدید*	تولد جدید	
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

* شامل بیماران تالاسمی ماژور و اینترمدیا می‌باشد.

محل مهر و امضا رئیس مرکز بهداشت شهرستان

به: مرکز بهداشت شهرستان شماره:

از: مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی تاریخ: / / ۱۳

سلام علیکم

با احترام، نتیجه‌ی پیگیری و خلاصه‌ی اقدام‌های انجام شده‌ی بیمار / بیماران تالاسمی ماژور غیبت از درمان اعلام شده در جدول زیر اعلام می‌شود.

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	علت عدم مراجعه به مرکز تزریق خون (غیبت از درمان)	اقدام‌های انجام شده	نام و نام خانوادگی پیگیری کننده	سمت	امضا
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

محل امضاء رئیس مرکز بهداشتی درمانی

راهنمای تکمیل فرم شماره ۱۰ (اعلام مشخصات بیماران بتا تالاسمی ماژور شناسایی شدهی جدید [تولد جدید/مراجعهی جدید] و پیگیری موارد غیبت از درمان):

پس از دریافت فرم شمارهی ۹ مرکز بهداشت شهرستان باید موارد جدید و غیبت از درمان را در این فرم تکمیل

نموده و آن را با توجه به نشانی بیمار به مرکز بهداشتی درمانی مربوط ارسال کند. این فرم، شامل دو قسمت است:

قسمت اول:

ستون ۱ (ردیف): از یک شروع و تا آخر شماره گذاری می شود.

ستون ۲ (نام و نام خانوادگی): نام و نام خانوادگی بیمار در این ستون نوشته می شود.

ستون ۳ (نام پدر): نام پدر بیمار نوشته می شود.

ستون ۴ (نشانی محل سکونت و تلفن تماس): نشانی بیمار به طور کامل و دقیق نوشته می شود. لازم به یادآوری

است اعلام نشانی صحیح جهت دسترسی و انجام اقدامهای مؤثر و سریع اهمیت ویژه دارد.

قسمت دوم: پس از پیگیری علت عدم مراجعهی بیماران به مرکز تزریق خون توسط مرکز بهداشتی درمانی تکمیل

و به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود.

ستون ۱ (ردیف): از یک شروع و تا آخر شماره گذاری می شود.

ستون ۲ (نام و نام خانوادگی): نام و نام خانوادگی بیمار در این ستون نوشته می شود.

ستون ۳ (نام پدر): نام پدر بیمار نوشته می شود.

ستون ۴ (علت عدم مراجعه به مرکز تزریق خون): علت عدم مراجعهی بیمار به مرکز تزریق خون (مانند فوت،

مهاجرت، عدم همکاری در ادامهی درمان و ...) پس از بررسی درج می شود.

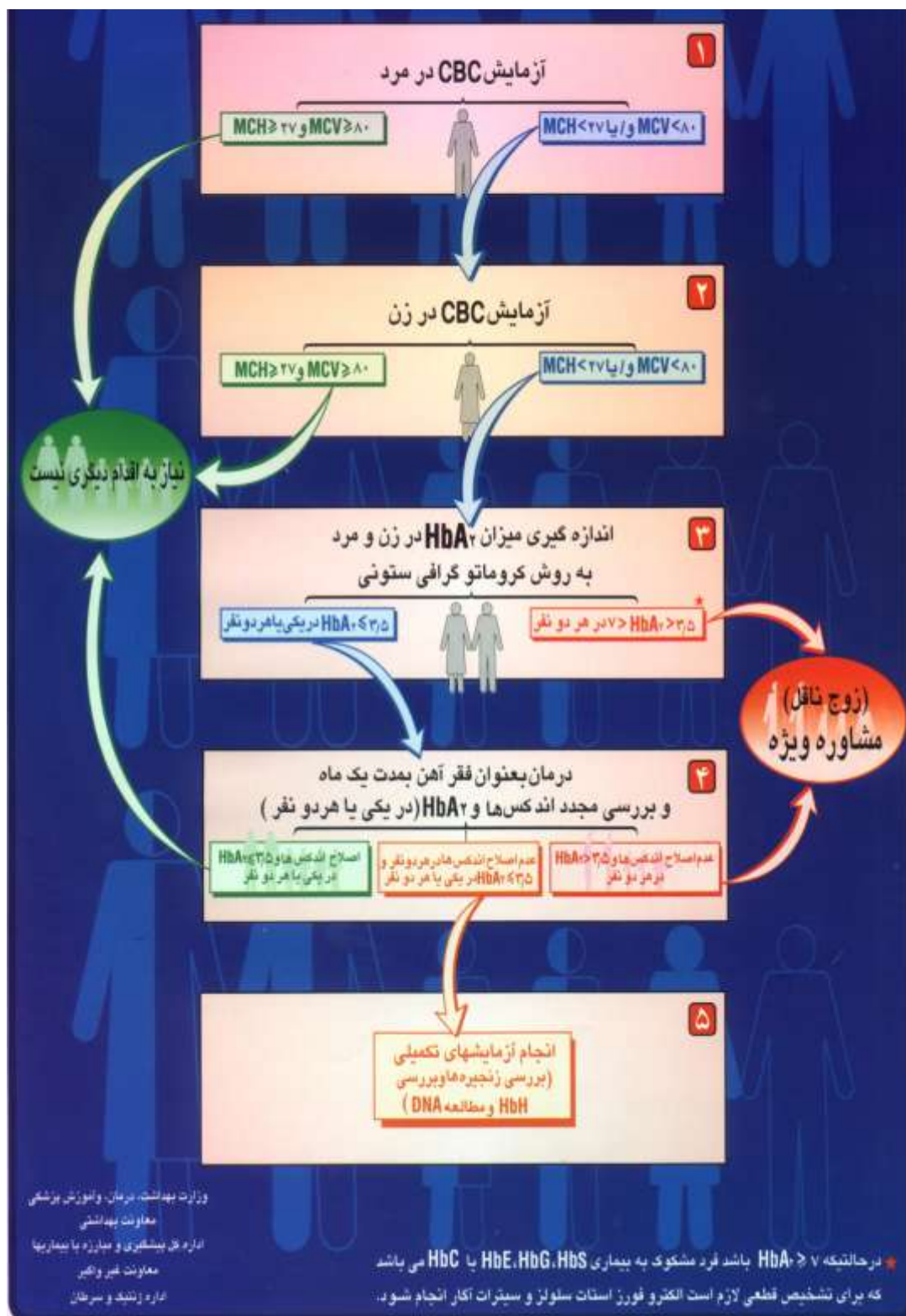
ستون ۵ (اقدامهای انجام شده): اقدامهای انجام شده (مانند تشویق بیمار جهت مراجعهی مستمر و به موقع برای

تزریق خون و ...) نوشته می شود.

ستون ۶، ۷ و ۸ (نام و نام پیگیری کننده، سمت و امضا): نام و نام خانوادگی، سمت، امضا پیگیری کننده و علت

غیبت از درمان هر یک از بیماران در ستون و ردیف مربوط نوشته می شود.

مراحل انجام آزمایش‌های تالاسمی جهت شناسایی زوج‌های ناقل



مراحل انجام آزمایش‌های تالاسمی (جهت شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی) طبق الگوی کشوری

مرحله اول:

ابتدا از مرد آزمایش CBC به عمل می‌آید:

اگر $MCV \geq 80$ و $MCH \geq 27$ باشد، نیاز به اقدام دیگری نبوده و صدور گواهی ازدواج مانعی ندارد.

در صورتیکه $MCV < 80$ و یا $MCH < 27$ باشد، آزمایش CBC در زن انجام می‌شود.

مرحله دوم:

آزمایش CBC در زن:

چنانچه $MCV \geq 80$ و $MCH \geq 27$ باشد، نیاز به اقدام دیگری نبوده و صدور گواهی ازدواج مانعی ندارد.

چنانچه $MCV < 80$ و یا $MCH < 27$ باشد، میزان HbA_2 در مرد وزن (هر دو) اندازه‌گیری می‌شود.

مرحله سوم:

اندازه‌گیری میزان HbA_2 در مرد و زن:

اگر در مرد و زن هر دو $HbA_2 > 3.5$ باشد در این صورت هر دو ناقل تالاسمی بوده، بنابراین مشاوره ویژه‌ی

تالاسمی انجام می‌شود.

بدیهی است در صورت تمایل به ازدواج بهتر است بعد از انجام مرحله اول تشخیص قبل از تولد، مجوز ازدواج

صادر شود.

اگر در یکی یا هر دو $HbA_2 \leq 3.5$ باشد، فرد یا هر دو تحت درمان کم‌خونی فقر آهن (به عنوان تست تشخیصی قرار

می‌گیرد).

مرحله چهارم:

درمان کم‌خونی فقر آهن (به عنوان تست تشخیصی):

در صورتیکه اندکس‌ها کمتر از حدود طبیعی و $HbA_2 \leq 3.5$ باشد، درمان فقر آهن ابتدا به مدت یک ماه انجام

می‌شود.

تبصره: زوج‌هایی که از پذیرش درمان فقر آهن به دلیل عجله در ازدواج امتناع می‌ورزند برای ادامه روند به مشاور دانشگاهی برنامه تالاسمی ارجاع شوند (بدیهی است صدور گواهی ازدواج منوط به اعلام نظریه از سوی پزشک مشاور دانشگاهی و انجام تمام اقدام‌های قانونی است).

- در صورتیکه پس از یک ماه درمان کم خونی فقر آهن مقدار هموگلوبین در CBC مجدد به مقدار حداقل ۱ گرم در دسی لیتر افزایش یابد، درمان فقر آهن به مدت دو ماه دیگر ادامه می‌یابد و پس از اتمام دوره کامل درمان، اندکس‌ها و HbA₂ دوباره بررسی می‌شود (حداقل مدت زمان درمان فقر آهن سه ماه است) ولی در صورت عدم اصلاح اندکس‌ها و عدم افزایش هموگلوبین درمان فقر آهن متوقف و زوج‌ها به مشاور دانشگاهی برنامه ارجاع شوند.

مرحله پنجم:

انجام آزمایش‌های تکمیلی:

در این مرحله زوج‌ها به مشاور دانشگاهی ارجاع می‌شوند تا پس از بررسی و انجام آزمایش‌های تکمیلی (در صورت نیاز) به مراکز تشخیص ژنتیک ارجاع شوند.

چک لیست خانه بهداشت

نام دانشگاه:

نام شهرستان:

نام مرکز بهداشتی درمانی:

نام خانه‌ی بهداشت:

تاریخ بازدید:

نام و نام خانوادگی پایشگر: سمت:

نام و نام خانوادگی پایشگر: سمت:

الف) ساختار

۱. آیا دستورالعمل جامع و متن آموزشی برنامه کشوری پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور ویژه خانه بهداشت

وجود دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

۲. آیا فرم پیگیری بیماری (فرم‌های شماره ۱۵ و ۱۶ نظام شبکه) وجود دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

۳. آیا فرم شماره ۶ وجود دارد و به طور صحیح تکمیل می‌شود؟

بلی ☐ خیر ☐

۴. آیا فرم شماره ۷ (غربالگری استراتژی سوم ویژه استان‌های پرشیوع) در مناطق پر شیوع وجود دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

۵. آیا الگوریتم شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی در استراتژی سوم (ویژه استان‌های پر شیوع) وجود دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

ب) فرآیند

۱. آیا مراقبت ویژه زوج‌های ناقل بر اساس فلوچارت مربوط انجام شده است؟

بلی - کامل ☐ بلی - ناقص ☐ ذکر نقص ☐ خیر ☐

۲. آیا زوج‌های ناقل خواهان فرزند جهت انجام آزمایش مرحله اول PND به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره

تالاسمی ارجاع شده‌اند؟

بلی - کامل ☐ بلی - ناقص ☐ ذکر نقص ☐ خیر ☐ ذکر علت..... ☐

۳. آیا زوج‌های ناقل باردار جهت انجام آزمایش مرحله دوم PND به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی

ارجاع شده‌اند؟

بلی - کامل ☐ بلی - ناقص ☐ ذکر نقص ☐ خیر ☐ ذکر علت..... ☐

۴. آیا زوج‌های ناقلی که بر اساس نتایج آزمایش‌های مرحله دوم PND جنین آن‌ها تالاسمی ماژور بوده و باید سقط

کنند پیگیری شده‌اند؟

بلی ☐ خیر ☐ موردی ندارد ☐

۵. آیا بیمارانی که غیبت از درمان دارند پیگیری شده‌اند؟

بلی ☐ خیر ☐ موردی ندارد ☐

۶. آیا فرم پیگیری بیماری جهت بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور تکمیل و درپرونده خانوار مربوط قرار دارد؟

بلی ☐ خیر ☐ موردی ندارد ☐

۷. آیا فرم شماره ۶ به درستی تکمیل و هر سه ماه یک بار ارسال شده است؟

بلی ☐ خیر ☐ موردی ندارد ☐

۸. آیا فرم شماره ۷ جهت استراتژی سوم به درستی تکمیل شده است؟ (ویژه استان‌های پر شیوع)

بلی - کامل ☐ بلی - ناقص ☐ خیر ☐ موردی ندارد ☐

۹. آیا فرم شماره ۱۰ جهت پیگیری موارد غیبت از درمان تکمیل و ارسال شده است؟

بلی - کامل ☐ بلی - ناقص ☐ خیر ☐ موردی ندارد ☐

۱۰. آیا براساس الگوریتم شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی در استراتژی سوم افراد واجد شرایط به مرکز بهداشتی

درمانی ویژه مشاوره تالاسمی ارجاع شده‌اند؟

بلی - کامل ☐ بلی - ناقص ☐ ذکر نقص ☐

خیر ☐ ذکر علت موردی ندارد ☐

۱۱. آیا گروه‌های هدف در برنامه پیشگیری از بروز بتا تالاسمی مازور براساس شرح وظایف آموزش دیده‌اند؟

بلی - کامل ☐ بلی - ناقص ☐ خیر ☐ ذکر علت ☐

۱۲. آیا والدین بیماران تالاسمی که فرزند بیمار آن‌ها فوت کرده است به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره

تالاسمی ارجاع شده‌اند؟

بلی - کامل ☐ بلی - ناقص ☐ ذکر نقص ☐

خیر ☐ ذکر علت ☐

۱۳. آیا جهت انجام آزمایش‌های تکمیلی زوج‌های مشکوک نهایی پیگیری شده‌اند؟

بلی ☐ خیر ☐

(ج) آگاهی سنجی

۱. آیا کارمند بهداشتی بتا تالاسمی مازور را می‌شناسد؟

بلی ☐ خیر ☐

۲. آیا کارمند بهداشتی سالم ناقل (مینور) را می‌شناسد؟

بلی ☐ خیر ☐

۳. آیا کارمند بهداشتی علت تولد کودک مبتلا به تالاسمی مازور را می‌شناسد؟

بلی ☐ خیر ☐

۴. آیا کارمند بهداشتی نحوه انتقال بیماری تالاسمی مازور را می‌داند؟

بلی ☐ خیر ☐

۵. آیا کارمند بهداشتی احتمال تولد فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور را در هر بارداری در زوج‌های ناقل تالاسمی

می‌داند؟

بلی ☐ خیر ☐

۶. آیا کارمند بهداشتی علائم بیماری تالاسمی ماژور را می‌داند؟

بلی ☐ خیر ☐

۷. آیا کارمند بهداشتی راه‌های پیشگیری از تالاسمی ماژور را می‌داند؟

بلی ☐ خیر ☐

۸. آیا کارمند بهداشتی گروه‌های هدف آموزش در برنامه تالاسمی را می‌شناسد؟

بلی ☐ خیر ☐

۹. آیا کارمند بهداشتی آگاهی لازم در حد متن آموزشی مربوط در خصوص PND دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

۱۰. آیا کارمند بهداشتی نحوه ارجاع زوج‌های ناقل را جهت انجام آزمایش‌های PND می‌داند؟

بلی ☐ خیر ☐

۱۱. آیا کارمند بهداشتی مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی را می‌شناسد؟

بلی ☐ خیر ☐

۱۲. آیا کارمند بهداشتی استراتژی اول را می‌شناسد؟

بلی ☐ خیر ☐

۱۳. آیا کارمند بهداشتی استراتژی دوم را می‌شناسد؟

بلی ☐ خیر ☐

۱۴. آیا کارمند بهداشتی از الگوریتم شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی در استراتژی سوم اطلاع کافی دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

۱۵. آیا کارمند بهداشتی استراتژی سوم و نحوه اجرای آن را می‌شناسد؟ (ویژه مناطق پر شیوع)

بلی ☐ خیر ☐

کار عملی ۱

نقش یک مشاور را در کلاس مشاوره قبل از ازدواج بخوبی ایفا نماید.

- فرم شماره ۶ را به طور صحیح تکمیل نماید.
- آموزش‌های لازم را به زوجین مینور به نحو صحیح ارائه نماید.
- فرم ارجاع را برای زوجین تالاسمی مینور جهت معرفی به پزشک تکمیل نماید.
- زوجین ناقل شناسایی شده را به موقع پیگیری نماید.

کار نظری

بازدید از بخش اطفال، و بخش‌های مربوط به تزریق خون و دسفرال

فصل ششم: 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. علائم بالینی هر یک از سرطان‌ها را بیان نمایند.
۴. راه‌های پیشگیری هر یک از سرطان‌ها را توضیح دهند.

تعریف سرطان

رشد بی‌رویه و خارج از کنترل تعدادی از سلول‌ها موجب بیماری سرطان می‌شود که حدود ۲۰۰ نوع مختلف دارد. سرطان براساس منشأ 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. 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 تکثیر می‌یابند، 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 و تومور 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.

علائم هشداردهنده سرطان

سرطان‌ها علائم متفاوتی دارند که به محل ضایعه مربوط است. به طور کل، در مواردی که با علائم هشداردهنده زیر در یک فرد روبه‌رو می‌شوید، به وجود سرطان مشکوک شوید و فرد 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 ۳/۳۸ سانتی‌گراد طول بکشد و بررسی‌های معمول وجود عفونت یا دلایل دیگر را نشان ندهند.

۳. تغییر طولانی مدت اجات مزاج (بیش از ۳ هفته): وجود این تغییر در افراد مسن و یا وجود خونمخفی در مدفوع خطرناک است.

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

۵. خونریزی یا فرورفتگی نوک پستان: فرورفتگی 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 از نوک 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. هرگونه 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 و کاهش 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 ۱/۳ موارد قابل معالجه و درمان 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 و الکل

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 نیتريت مثل سوسیس و کالباس
- خودداری از مصرف مواد غذایی کپک زده، شور، دودانلود 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

۶- جلوگیری از مواجهه طولانی با نور خورشید

۷- رعایت بهداشت جنسی و پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی

عوامل پیشگیری از سرطان در مواد غذایی

در اثر آسیب‌های متعدد به سلول در طولانی مدت سرطان ایجاد می‌شود که امکاناتی وجود دارد که از ایجاد

سلول‌های سرطانی جلوگیری شود یکی از این امکانات تغییر در برنامه غذایی است بسیاری از خوراکی‌های 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 فیبرهستند که 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 هستند که 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 تا 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 مواد غذایی اهمیت زیادی دارد به دلیل این که 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 فاسدشدنی رادریخچال نگهداری نمایند.

- غذاهای نیم سوخته و سوخته مصرف نکنید (کباب سوخته، جوجه کباب سوخته، نان سوخته، ته دیگ سوخته، سیب‌زمینی سرخ کرده سوخته، حلوائ 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 نمایند.

- 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 و کم 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 پرنمک و نمک سفره را کاهش دهید در عوض از انواع چاشنی برای طعم‌دار کردن غذا استفاده کنید.

- مصرف غذاهای صنعتی و فرآوری 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 موثر است.
- ✓ از اضافه وزن و لاغری مفرط پرهیز کنید.

سرطان پوست

تعریف پوست

پوست وسیع‌ترین عضو بدن است که اعضای داخلی را پوشش می‌دهد و مانند یک سد در برابر برخی عوامل مانند باکتری‌ها عمل می‌کند و نیز مانع از دست دادن مقدار زیاد آب و مایعات بدن می‌شود.

ابتلا به سرطان پوست

ملانوما بدخیم‌ترین نوع سرطان پوست است و بیشترین مرگ ناشی از سرطان پوست را به خود اختصاص می‌دهد. نور مستقیم و مستمر خورشید در ایجاد آن مؤثر است.

عوامل افزایش خطر ابتلا به ملانوما

۱. سابقه ابتلا به ملانوما در فرد و خانواده
۲. ضعف سیستم ایمنی به دلیل ابتلا به برخی بیماری‌ها مانند ایدز و مصرف بعضی داروها (داروهایی که برای پیوند عضو داده می‌شود).
۳. تعداد زیادی خال‌های معمولی (بیش از ۵۰ عدد) و خال‌های غیرطبیعی. این خال‌ها به تعداد اندک در اکثر افراد وجود داشته و احتمال ملانوما در این گروه خال‌ها بیشتر است.
۴. اشعه ماورای بنفش و تاول‌های شدید ناشی از آفتاب سوختگی
۵. رنگ پوست روشن: زیرا این افراد به راحتی دچار کک و مک یا سوختگی می‌شوند.

تعریف ملانومای بدخیم

- این ملانوما خطرناک‌ترین شکل سرطانی پوست است ممکن است ملانوما از یک خال یا ماه گرفتگی و یا از پوست کک و مکی یا طبیعی شروع می‌شود. ملانوماها به رنگ‌های سیاه-قهوه‌ای و حتی قرمز یا آبی دیده می‌شود. سطح آن ممکن است پوسته پوسته شود و همراه با خون‌ریزی باشد. چنانچه درمان نشود ممکن است منجر به مرگ شود.

عوامل افزایش خطر

۱. مواجهه زیاد از حد و حفاظت نکردن پوست در مقابل اشعه ماورای بنفش

۲. شغل: رویارویی با برخی ترکیبات مانند آرسنیک یا رادیوم

۳. وراثت

۴. وجود خال‌های متعدد یا غیر معمول

۵. آفتاب سوختگی‌های شدید در دوران کودکی

علائم بالینی بیماری

الف) پوسته پوسته شدن، ترشح، خون‌ریزی یا تغییر در ظاهر یک توده یا ندول

ب) انتشار رنگدانه از محل تیره پوست مثل رنگ نقره‌ایی که از لبه خال فراتر رفته

ج) تغییر در محل خارش و درد

د) زخم مزمن یا خال با ویژگی‌های زیر:

۱. وجود هر تغییر در پوست، اندازه یا رنگ خال یا هر جوش یا محل تیره در پوست

۲. یکنواخت نبودن رنگ خال

۳. نامنظم بودن حاشیه خال

۴. قرینه نبودن

۵. اندازه خال بیشتر از ۳/۵ سانتی‌متر (بسیاری از ملانوماها کوچک‌تر از این اندازه اند بنابراین هر تغییر غیرعادی در خال‌های

از پیش موجود را به پزشک نشان دهید)

خودآزمایی پوست

به توصیه پزشک پوست خود را به طور مرتب معاینه کنید بهترین زمان معاینه پس از استحمام است پوست

خود را زیر نور مناسب اتاق و با استفاده از دو آینه قدی و دستی معاینه کنید ابتدا از مناطقی شروع کنید که خال‌ها و لکه‌های

مادرزادی وجود دارند آن‌ها را ببینید و تغییرات جدید به ویژه تغییر در اندازه، شکل، نوع بافت، رنگ خاص و یا وجود زخمی که بهبود نیافته را بررسی کنید:

- روبه‌روی آینه بایستید و صورت، گوش‌ها، گردن و شکم خود را معاینه کنید.
- به پهلوی چپ و راست بچرخانید و پهلوها را به دقت نگاه کنید.
- آرنج خود را خم کنید و دست را بالا ببرید و به دقت ناحیه زیر بغل، کف دست، ساعد و بازوها را ببینید.
- در حالت نشسته، به دقت پاهای خود را از ناخن‌های انگشتان پا و فضای بین انگشتان تا ساق پا، زانو و ران نگاه کنید.
- در حالت نشسته، با استفاده از یک آینه ستی پشت، ران و ساق هر دو پا را نگاه کنید.
- در حالت ایستاده، با یک آینه دستی، پشت بدن، باسن و پشت گردن را نگاه کنید.
- استفاده از یک آینه قدی برای مشاهده پشت بدن به کمک یک آینه دستی مفید خواهد بود.

راه‌های پیشگیری

۱. از رویارویی با نور خورشید بین ساعت‌های ۱۱ صبح تا ۴ بعدازظهر خودداری کنید.
۲. در میان روز، حتماً در سایه باشید. زیرا اشعه‌های آفتاب بسیار قوی هستند. زمانی که سایه شما از خودتان کوتاه‌تر است اشعه‌های آفتاب در قوی‌ترین و مخرب‌ترین وضعیت قرار دارند.
۳. با پوشیدن لباس‌های پوشیده و آستین بلند، حتی المقدور از پوست خود محافظت کنید.
۴. با استفاده از کرم‌های ضد آفتاب از پوست خود محافظت کنید و مقدار قابل توجهی از آن را پس از شنا و تعریق زیاد استفاده کنید. حتی در روزهای مه‌آلود و ابری نیز از ضد آفتاب استفاده کنید.
۵. برای محافظت صورت، گوش‌ها و گردن در برابر نور خورشید از کلاه استفاده کنید.
۶. برای محافظت از چشم‌ها و اطراف چشم‌ها از عینک آفتابی با قدرت جذب ۹۹٪ تا ۱۰۰٪ اشعه ماورای بنفش استفاده کنید.
۷. کاهش چربی برنامه غذایی به کاهش سرطان‌های پوستی منجر می‌شود.

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 منشأ می‌گیرد و با گسترش به لایه‌های خارجی تر 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. نیتريت 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

سرطان روده بزرگ

تعریف روده بزرگ

پس از آن که غذا جویده و بلعیده شود به سمت معده می‌رود و در آن جا به طور نسبی تجزیه و به روده کوچک فرستاده می‌شود که حدود ۶ متر طول دارد. روده کوچک به روده بزرگ متصل است. روده بزرگ یک لوله عضلانی حدود ۱/۵ متر است که آب و مواد مغذی از این منطقه جذب می‌شود و این محل به عنوان انباری برای حضور مواد زائد است. این مواد زائد از روده بزرگ به سمت راست روده (رکتوم) می‌روند و از آنجا طی حرکات روده مواد زائد از مقعد خارج می‌شود.

نحوه ابتلا به سرطان روده بزرگ

سرطان روده بزرگ سرطانی است که در روده بزرگ یا راست روده شروع می‌شود به این ترتیب که از داخلی‌ترین لایه شروع و در بعضی یا همه لایه‌ها گسترش می‌یابد (متاستاز). میزان گسترش تا حد زیادی به این بستگی دارد که کدام لایه را تحت تأثیر قرار دهد. سرطان روده بزرگ یا راست روده با سرعت بسیار کم در طول سال‌های متعدد ظاهر می‌شود. بیشتر این سرطان‌ها به صورت پولیپ شروع می‌شود.

عوامل افزایش خطر

۱. افزایش سن: شانس ابتلا به سرطان پس از ۵۰ سالگی افزایش می‌یابد.
۲. سابقه داشتن سرطان روده بزرگ: چنانچه سرطان روده بزرگ کاملاً برداشته شود ممکن است سرطان جدید در سایر قسمت‌های روده بزرگ و رکتوم مجدداً ایجاد شود.
۳. سابقه داشتن پولیپ: بعضی از انواع پولیپ خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ را افزایش می‌دهد به ویژه اگر پولیپ‌ها بزرگ یا تعداد آن‌ها زیاد باشد.
۴. سابقه داشتن بیماری‌های روده: دو بیماری مهم به نام‌های کولیت اولسر و کرون خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ را افزایش می‌دهد. در صورت وجود بیماری باید از همان جوانی آزمایش‌های لازم برای پیشگیری از بروز سرطان مکرر انجام شود.
۵. وراثت: اگر اقوام نزدیک شما به این سرطان مبتلا باشند خطر ابتلای شما افزایش می‌یابد به ویژه اگر کمتر از ۶۰ سال داشته باشند افرادی با چنین سابقه فامیلی باید برای آزمایش غربالگری با پزشک مشورت کنند.

۶. وجود سندرم های فامیلی خاص: سندرم به مجموعه‌ای از علائم می‌گویند برای مثال بعضی از اعضای خانواده‌ها به نوعی سندرم مبتلا هستند و در روده بزرگ پولیپ دارند که در این موارد باید با تشخیص پزشک آزمون‌های تشخیصی سرطان روده بزرگ انجام شود.

۷. برنامه غذایی: برنامه غذایی پرچرب به خصوص چربی حیوانی خطر ابتلا به سرطان را افزایش می‌دهد.

۸. کم تحرکی و اضافه وزن: افراد با فعالیت بدنی کم و چاقی خطر بالاتری برای ابتلا به سرطان دارند.

۹. مصرف دخانیات و الکل: علاوه بر عوامل فوق ذکر عواملی مانند ۱- نژاد، ۲- ابتلا به بیماری‌های مزمن مانند

دیابت، ۳- کار در شیفت شب و سرطان‌های دیگر و درمان‌های آن‌ها به نوعی در ابتلا به این بیماری مؤثرند.

علائم بالینی

۱. تغییر در عادات روده‌ای مثل یبوست و اسهال، یبوست یا کاهش قطر مدفوع که بیش از چند روز طول بکشد.

۲. احساس دفع که با انجام آن برطرف نشود. ۳. خونریزی از رکتوم یا وجود خون در مدفوع

۴. درد شکم ممتد یا متناوب ۵. ضعف و خستگی

وجود این علائم به طور قطع دلیل بر ابتلا به سرطان روده بزرگ نیست و گاه فرد بدون هیچ علامتی به این بیماری

مبتلا می‌باشد.

راه‌های پیشگیری

۱- انجام آزمون‌های غربالگری: به خصوص در کسانی که سابقه فامیلی سرطان روده بزرگ یا بیماری‌های

ژنتیکی را دارند.

۲- رژیم غذایی و ورزش: بهتراست که عمده مواد غذایی موجود در هر وعده از منابع گیاهی باشد و هر روز حداقل

۵ وعده میوه و سبزی مصرف شود و در ضمن از خوردن غذاهای پرچربی خودداری شود. ورزش هم مفید است حداقل

۳۰ دقیقه فعالیت بدنی برای ۵ روز یا بیشتر در هفته توصیه می‌شود.

۳- مصرف آسپرین: از رشد پولیپ‌ها جلوگیری می‌کند ولی به علت عوارض جانبی مصرف آن برای همه توصیه

نمی‌شود.

سرطان پستان

پستان عضوی است که از ۱۵ تا ۲۰ قسمت به نام لوب که توسط مجاری به هم ارتباط دارند تشکیل شده است. هم‌چنین هر پستان عروق خونی و لنفاوی دارد. عروق لنفاوی، لنف را حمل می‌کنند و به گره‌های لنفاوی می‌رسانند. در ایران سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در بین جمعیت زنان کشور است شایع‌ترین نوع سرطان پستان، سرطان مجاری است که در سلول‌های مجاری شروع می‌شود. تشخیص زود هنگام و درمان مؤثر، مرگ ناشی از سرطان پستان را کاهش می‌دهد.

علائم افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان

۱. سن بالا
۲. سفید پوست بودن
۳. سن پایین بلوغ
۴. اولین زایمان در سن بالا، عدم حاملگی و زایمان
۵. سابقه سرطان پستان یا بیماری خوش خیم پستان
۶. ابتلا مادر یا خواهر فرد به سرطان پستان
۷. اشعه یا اشعه درمانی در ناحیه پستان
۸. وجود نسج متراکم پستان در ماموگرافی
۹. مصرف هورمون‌های استروژن و پروژسترون
۱۰. مصرف نوشیدنی‌های الکلی
۱۱. سابقه خانوادگی و ژنتیک

نحوه شناسایی تومور

توده بدون درد شایع‌ترین علامت سرطان پستان است که در حدود ۷۵٪ موارد توسط بیمار به طور اتفاقی یا در معاینه کشف می‌شود.

این توده هم در بیماری‌های خوش خیم و هم بیماری‌های بدخیم پستان دیده می‌شود که بهتر است در صورت لمس هر توده در پستان به پزشک مراجعه شود.

ویژگی‌های توده‌های لمسی مشکوک به سرطان

۱. اغلب منفرد و بدون درد

۲. دارای قوام سفت و سخت

۳. غیر متحرک و دارای چسبندگی به بافت اطراف

علائم مشکوک که نیاز به ارجاع و بررسی بیشتر توسط پزشک دارد

الف) ترشحات نوک پستان: ترشح نوک معمولاً به دنبال بیماری‌های خوش‌خیم پستان ایجاد می‌شود. با این وجود، این ترشحات در اغلب موارد با سرطان پستان همراه نمی‌باشد. مطالعات نشان داده است که ترشحات خونی در ۵ تا ۲۰ درصد موارد ممکن است به دلیل سرطان باشد و در بقیه موارد نشانی از وجود یک یا چند ضایعه کوچک خوش‌خیم است.

لذا هرگونه ترشح خونی یا آبکی، خود به خودی و بدون فشار، از یک پستان و از یک مجرا، همراه با توده، پس از یائسگی باید مشکوک به سرطان تلقی شود.

ب) تغییرات پوست پستان: تغییرات به دنبال کشیدگی پوست یا فرورفتگی آن می‌تواند ناشی از سرطان باشد. همچنین تغییر شکل هاله اطراف نوک پستان می‌تواند دلیل وجود بافت سرطانی در زیر آن باشد. در موارد پیشرفته، کشیدگی و متراکم شدن پستان به سمت بالا ایجاد می‌شود. وجود ضایعات پوستی متعدد ناشی از تهاجم سرطان، نشانه مرحله پیشرفته بیماری است. تورم همراه با قرمزی، گرمی و درد شدید ممکن است به علت سرطان التهابی پستان باشد.

ج) تغییرات نوک پستان: درگیری نوک پستان بیشتر در تومورها در فاصله ۲/۵ سانتی‌متر از نوک پستان و یا اندازه بیش از ۲ سانتی‌متر مشاهده می‌شود.

علائم بالینی دو نوع است:

۱. فرورفتگی نوک پستان که می‌تواند پس از شیردهی یا دوران بلوغ و بدون نشانه خاصی ایجاد شود که برگشت‌پذیر است.

۲. نوعی سرطان نوک پستان وجود دارد که در آن تغییرات پوستی نوک پستان به صورت ضایعات اگزمایی مرطوب یا خشک، همراه با ضخامت، قرمزی و خارش‌هایی در نوک پستان دیده می‌شود. علائم آن خارش، سوزش، قرمزی، سفتی و پوسته پوسته شدن نوک پستان می‌باشد.

(د) بزرگی غدد لنفاوی زیر بغل: غدد لنفاوی زیر بغل شایع‌ترین محل تهاجم سرطان‌های پستان است. بزرگی غدد لنفاوی زیر بغل ممکن است فقط نشانه یک سرطان باشد. در این موارد انجام ماموگرافی برای تشخیص کمک کننده است.

(ه) تغییر اندازه پستان: گاهی به علت بزرگی بیش از حد تومور در پستان، پستان‌ها از حالت تقارن خارج و به طور واضح یک پستان از دیگری بزرگ‌تر می‌شود. گاهی توده‌های خوش‌خیم و کیست‌های بزرگ نیز باعث این بی‌تقارنی می‌شوند.

(و) تورم یکطرفه بازو و اندام فوقانی: به علت تهاجم سلول‌های سرطانی به عروق لنفاوی زیر بغل و انسداد مسیر لنف بقیه مایع لنف به اندام فوقانی در یک طرف مختل و باعث تورم آن اندام می‌شود که ممکن است دردناک یا بدون درد باشد.

(ز) تهاجم به اعضای دیگر (متاستاز): گاهی سرطان پستان بدون علامت خاصی در پستان، علایمی در اعضای دیگر نشان می‌دهد که ممکن است به صورت درد استخوانی در یک محل خاص، علایم تنفسی به دنبال درگیری ریه، زردی و سایر علایم ناشی از بزرگی کبد، بزرگی غدد لنفاوی شکم و علایم عصبی ناشی از وجود توده در مغز و... باشد.

پیشگیری از سرطان پستان

- ورزش: در زنان جوان باعث کاهش سطح هورمون و در نتیجه کاهش خطر ابتلا به سرطان پستان می‌شود.
- شیردهی: شیردادن به نوزاد خطر ابتلا به سرطان پستان را کاهش می‌دهد.
- قطع مصرف الکل
- کاهش وزن: افزایش وزن بعد از یائسگی به خصوص اگر یائسگی به طور طبیعی یا بعد از ۶۰ سالگی باشد خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهد.
- کاهش مصرف چربی
- مصرف سویا و سایر مواد غذایی گیاهی

سرطان پستان در مردان

سرطان پستان ممکن است در مردان نیز ایجاد شود ممکن است مردان در هر سنی به سرطان پستان مبتلا شوند ولی

معمولاً این بیماری در مردان بین سن ۶۰ تا ۷۰ سالگی یافت می‌شود.

عوامل افزایش خطر سرطان پستان در مردان

رویارویی با اشعه، ابتلا به بیماری‌هایی مثل سیروز کبدی، داشتن زنان متعدد در فامیل که به سرطان پستان مبتلا

بوده‌اند و گاهی سرطان پستان در مردان توسط ژن‌های جهش یافته به ارث می‌رسد.

علائم بالینی

۱. هرگونه حالت غیر طبیعی پستان با توجه به شکل و اندازه و ارتباط آن با پوست و عضلات قفسه سینه

۲. بررسی اعضای دیگر از نظر انتشار سرطان پستان برای ارزیابی وضعیت سلامتی

۳. هرگونه تغییر در نوک و پوست پستان

۴. ترشحات نوک پستان

۵. وجود توده در پستان

۶. بزرگی و کاهش نرمی گره‌های لنفی

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 اسفنکتر 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.

سرطان پروستات

تعریف پروستات

پروستات غده‌ای است که فقط در مردان وجود دارد. این غده دقیقاً زیر مثانه و جلوی راست روده است. لوله‌ی عبور ادرار (میزنای) از میان پروستات می‌گذرد. پروستات سلول‌هایی دارد که مقداری از مایع منی رامی‌سازد با رشد و بلوغ، پروستات هم رشد می‌کند و اگر میزان هورمون مردانه کم باشد به اندازه‌ی کافی رشد نخواهد کرد.

عوامل افزایش خطر

دقیقاً معلوم نیست که چه عواملی منجر به سرطان پروستات می‌شوند، ولی بعضی عوامل خطر، احتمال ابتلا به این بیماری را افزایش می‌دهند:

۱. افزایش سن: بیشتر در مردان بالای ۶۵ سال دیده می‌شود. ۲. نژاد: مصرف دخانیات

۳. وراثت ۴. عادات غذایی نامناسب

علائم بالینی

در مرحله‌ی اولیه (زودرس): بیمار اغلب هیچ علامتی نداشته و از طریق معاینه داخل مقعدی پی به وجود آن برده می‌شود. در مرحله‌ی پیشرفته بیماری: بیمار دارای اختلال جنسی (ناتوانی جنسی)، خون در ادرار، درد ستون فقرات، لگن، دنده و استخوان‌های دیگر، ضعف، خستگی و بی‌حسی پاها و کف پاها، کاهش کنترل ادرار و مدفوع، اختلال در جریان ادرار مانند: تأخیر در شروع ادرار، تخلیه ناکامل و کاهش جریان ادرار.

البته بیماری‌های دیگر هم می‌توانند چنین علائمی ایجاد کنند و این علائم مختص سرطان پروستات نیست.

راه‌های پیشگیری

یک عامل خطر تغییرپذیر برنامه غذایی است. با خوردن کمتر گوشت و چربی و مصرف بیشتر انواع سبزی و میوه (گوجه فرنگی، گریپ فروت، هندوانه) و دانه‌ها می‌توان خطر سرطان پروستات را کاهش داد.

سرطان مثانه

مثانه یک عضو توخالی در پایین شکم است که ادرار و مواد زایدی که از تصفیه خون در کلیه‌ها تولید می‌شود در آن جمع می‌شود. این ادرار از طریق دو کلیه و دو لوله به نام میزنای به مثانه وارد و توسط لوله دیگری به نام پیشابراه از مثانه خارج می‌شود.

نحوه ابتلا به سرطان مثانه

سرطانی که محدود به لایه داخلی مثانه است سرطان سطحی نامیده می‌شود در مواردی که سلول‌های سرطانی از طریق لایه داخلی مثانه گسترش یافته و به دیواره عضلانی مثانه هجوم می‌برند سرطان مهاجم نامیده می‌شوند. سرطان مهاجم ممکن است از دیواره مثانه رشد کند و به اعضای نزدیک مانند گره‌های لنفاوی منتشر شود.

عوامل افزایش خطر

۱. مصرف دخانیات: عامل اصلی ابتلا به این بیماری است.
۲. تماس‌های شغلی: کارگران بعضی مشاغل به علت قرار گرفتن در مجاورت مواد سرطان‌زا امکان زیادی برای ابتلا به سرطان مثانه دارند. خطر ابتلا در کارگران صنایع چرم، ماشین‌سازی، لاستیک‌سازی، نساجی، چاپگرها، نقاشان، شیمی، رانندگان کامیون و آرایشگران بیشتر دیده می‌شود.
- علاوه بر آن عواملی مانند افزایش سن، نقایص مادرزادی مثانه، عفونت‌های مزمن مثانه، وراثت، مصرف کم مایعات، شیمی درمانی و رادیوتراپی و مقادیر بالای آرسنیک در آب آشامیدنی نیز از عوامل مؤثر هستند.

علائم بالینی

۱. وجود خون در ادرار (اندکی کهنه و به رنگ قرمز تیره)
 ۲. درد هنگام ادرار کردن
 ۳. تکرار ادرار یا احساس دفع ادرار بدون ادرار کردن
- وجود این علائم به معنی حتمی سرطان نیست. و بیماری‌های دیگر هم ممکن است این علائم را ایجاد نمایند.

پیشگیری

لازم به یادآوری است که پژوهشگران در جستجوی کشف عامل سرطان مثانه هستند. و در حال حاضر راه پیشگیری برای آن مشخص نشده است.

سرطان دستگاه لنفاوی

تعریف دستگاه لنفاوی

قسمت اصلی سیستم ایمنی است که از چند نوع متفاوت سلول که با عفونت‌ها مقابله می‌کنند، تشکیل می‌شوند. نوع اصلی سلول موجود در بافت لنفاوی، نوعی گلبول سفید به نام لنفوسیت هستند که دو نوع لنفوسیت **B** و **T** داریم که بیشتر لنفوم‌ها (سرطان دستگاه لنفاوی) از سلول‌های **B** می‌باشد.

اعضای تشکیل دهنده بافت لنفاوی

۱. گره‌های لنفاوی: این اعضای لویایی شکل درون بدن هستند، اغلب از لنفوسیت‌ها تشکیل می‌شوند و با تعدادی رگ پوشیده شده‌اند که شبیه سیاه رگ ولی به جای خون، لنف درون آن‌ها وجود دارند. عمل این گره‌ها حذف ناخالصی و باکتری‌های موجود در لنف می‌باشد.

۴. مغز استخوان

۳. غده تیموس

۲. طحال

۶. بافت لنفاوی موجود در مجرای گوارشی

۵. لوزه‌ها

انواع لنفوم

۱. لنفوم هوچکین: یک نوع خاص از لنفوم با رشد غیر طبیعی سلول‌ها در دستگاه لنفاوی است. این بیماری در تمام سنین دیده می‌شود ولی شایع‌ترین سن ۲۰ تا ۵۰ سالگی است. بیماری هوچکین در یک منطقه دستگاه لنفاوی و معمولاً در گره لنفی ایجاد می‌شود. اگر بیماری به موقع کشف و درمان نشود در تمام دستگاه لنفاوی پخش می‌گردد. هرچکین باعث درگیری ریه-اعضای داخلی شکم و استخوان‌ها می‌شود و با گسترش بیماری گلبول‌های سفید را کاهش داده و بدن را آماده ابتلا به عفونت‌های گوناگون می‌کند.

۲. لنفوم غیر هوچکین: این سرطان در بافت لنفاوی آغاز می‌شود و زمانی که عفونت به وجود می‌آید گره‌های لنفاوی بزرگتر می‌شوند. یک گره لنفاوی بزرگ و متورم معمولاً دلیل نگرانی نیست. اما شایع‌ترین علامت لنفوم، گره‌های لنفاوی بزرگ و متورم است.

عوامل مستعد کننده و خطر ساز

۱. افزایش سن
۲. قرار گرفتن در معرض بعضی مواد شیمیایی مثل بنزن، سموم آفت کش و حشره کش‌ها
۳. برخی داروهای شیمی درمانی
۴. قرار گرفتن در معرض تابش پرتو (رادیو اکتیو)
۵. شرایط سیستم ایمنی ضعیف مثل ایدز

علائم بالینی

الف) علائم در لنفوم هوچکین:

۱. تب طولانی مدت و بدون علت مشخص
۲. عرق شبانه توجیه ناپذیر که بیمار مجبور به تعویض ملافه می‌شود.
۳. خارش بدن
۴. کاهش وزن غیرطبیعی
۵. دردهای غیر طبیعی پشت و شکم

ب) علائم در لنفوم غیر هوچکین:

- بروز علائم مختلف به محل درگیری بستگی دارد و گاهی تاهنگام بزرگ شدن کامل گره لنفاوی علامتی دیده نمی‌شود.
- معمولاً اولین علامت پیدا شدن یک غده لنفاوی بزرگ و بدون درد در گردن، زیر بغل یا کشاله ران است که معمولاً در هنگام استحمام یا اصلاح صورت و بدن کشف می‌شود. غده لنفاوی که بیش از یک ماه بزرگ بماند چه دردناک باشد یا بدون درد باید توسط پزشک معاینه شود.

• تهوع و استفراغ

• کاهش اشتها

• در صورت درگیری شکم: شکم دردناک، حساس و متورم می‌شود.

- در صورت درگیری سینه: سرفه یا تنگی نفس
- در صورت درگیری مغز: سردرد، اختلال تفکر، اختلال حرکت بخشی از بدن، تغییر شخصیت، تشنج
- در صورت درگیری پوست: خارش پوست، قرمز یا ارغوانی شدن پوست، گره‌های زیر پوستی

راه‌های پیشگیری

- جلوگیری از چاقی
- پیشگیری از ابتلا به HIV/ AIDS
- جلوگیری از قرار گرفتن در معرض پرتوتابی
- افزایش مصرف انواع میوه، سبزی حداقل ۵ وعده میوه و سبزی در روز
- ورزش منظم
- محدود کردن مصرف گوشت پرچربی، خودداری از مصرف گوشت‌های فرآوری شده مثل سوسیس، کالباس
- خودداری از مصرف دخانیات و الکل

سرطان ریه

تعریف ریه

ریه اعضای اسفنجی شکل درون قفسه سینه هستند. ریه راست از ریه چپ بزرگتر است (به خاطر فضای اشغال شده توسط قلب در سمت چپ). ریه‌ها هوا را به داخل و خارج بدن هدایت می‌کنند. به اینصورت که اکسیژن را جذب و دی‌اکسید کربن 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 سیگار در هر سنی خطر ابتلا به سرطان ریه را کاهش می‌دهد.
۲. آلودگی هوا: در بعضی شهرها آلودگی هوا خطر سرطان ریه را افزایش می‌دهد ولی خطر آن از سیگار کشیدن کمتر است.

۵. رادون: (نوعی اشعه رادیو اکتیو)

۴. آزبستوز

۳. آرسنیک

۸ وراثت

۷. اشعه درمانی ریه

۶. ماری جوانا

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 یا خنده بیشتر می‌شود.
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.

سرطان خون (مطالعه آزاد)

تعریف مغز استخوان و خون و بافت لنفاوی

مغز استخوان: قسمت داخلی نرم بعضی از استخوان‌ها مانند جمجمه، شانه، دنده‌ها، لگن و استخوان‌های پشت است که از سلول‌های تشکیل دهنده خون، چربی و بافت‌های حمایتی تشکیل می‌شود. سلول‌های اصلی خونساز (هماتوپوئیتیک) در مغز استخوان وجود دارد که به طور مرتب سلول‌های جدید ایجاد می‌کنند سلول‌های خونی ۳ دسته هستند: سلول‌های قرمز خون سلول‌های سفید خون و پلاکت‌ها.

الف) سلول‌های قرمز خون حاوی هموگلوبین هستند که اکسیژن را از ریه‌ها به بافت‌های دیگر بدن و دی‌اکسید کربن را از بافت‌ها به ریه‌ها برمی‌گردانند.

ب) پلاکت‌ها: پلاکت‌ها تکه‌هایی از نوعی سلول مغز استخوان هستند که در ترمیم نواحی آسیب دیده رگ‌های خونی به علت بریدگی یا کبودی اهمیت دارند.

ج) سلول‌های سفید خون: سلول‌های سفید خونی دفاع بدن در مقابل ویروس و باکتری‌ها را به عهده دارند. لنفوسیت‌ها و گرانولوسیت‌ها دو نوع اصلی سلول‌های سفید هستند چند نوع متفاوت سلول در گرانولوسیت‌ها وجود دارند که وظیفه اصلی گرانولوسیت‌ها انهدام باکتری‌ها است. گرانولوسیت‌ها در دوره تکامل چند تغییر رami گذراندند که آن‌ها را از سلول‌های نابالغ به سلول‌های بالغ مهاجم در برابر عفونت تبدیل می‌کند.

بافت لنفوئیدی: قسمت اصلی سیستم ایمنی است که از چند نوع متفاوت سلولی که با عفونت‌ها مقابله می‌کنند، تشکیل می‌شوند این بافت در گره‌های لنفاوی، تیموس، طحال، لوزه‌ها، مغز استخوان و به صورت پراکنده در دستگاه گوارش و تنفس وجود دارد سلول‌های اصلی بافت لنفاوی لنفوسیت‌های B و T هستند.

هر سلول لنفوئید یا هماتوپوئیتیک که در مغز استخوان تشکیل می‌شود، می‌تواند به سلول سرطانی تبدیل شود اگر این اتفاق روی دهد اولین سلول سرطانی تقسیم می‌شود و تعداد زیادی سلول سرطانی ایجاد می‌کند و سرانجام این سلول‌ها سراسر مغز استخوان را می‌پوشانند و به داخل گردش خون نفوذ می‌کنند و در اعضای دیگر بدن مانند گره‌های لنفاوی، کبد، طحال، سیستم عصبی مرکزی و بیضه‌ها گسترش می‌یابند.

عوامل افزایش خطر لوسمی‌ها

در بیشتر مواد عامل خطر شناخته شده‌ای ندارد.

- تماس با اشعه یونیزان - مصرف دخانیات

- تماس‌های شغلی به خصوص با ترکیبات بنزین

علائم بالینی لوسمی

- ضعف و خستگی (بیش از ۴ ماه) - کبودی و خونریزی که به آسانی ایجاد می‌شود.

- تب - کاهش وزن

- درد استخوانی - رنگ پریدگی

- بزرگی کبد و طحال - بزرگی غدد لنفاوی

- عفونت‌های مکرر (به ویژه پنومونی)

پیشگیری

روش قطعی برای پیشگیری از لوسمی وجود ندارد.

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 پلاسماسل 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 علائم آن ایجاد التهاب، زخم، خون‌ریزی و اسهال می‌باشد. بیماری کرون می‌تواند التهاب و زخم در دستگاه گوارش از دهان تا مقعد ایجاد کند.

فصل هفتم: بهداشت روان

اهداف آموزشی

انتظار می‌رود فراگیران در پایان این فصل بتوانند:

۱. بهداشت روان را تعریف نمایند.
۲. انواع پیشگیری در بهداشت روان را شرح دهند.
۳. وظایف بهورز در برنامه بهداشت روان را لیست نمایند.
۴. هر یک از انواع اختلالات روانی و عصبی را شرح دهند.
۵. فرم شرح حال روانپزشکی را برای بیمار به طور صحیح تکمیل نمایند.

تعریف بهداشت روان

بهداشت روان عبارت است از تأمین، حفظ و رشد سلامتی روانی فردی و اجتماعی. فردی دارای سلامت روانی است که می‌تواند فعالیت روزمره خود را به خوبی انجام دهد، با افراد خانواده و اجتماع ارتباط و سازگاری مناسبی داشته باشد، از زندگی روزمره لذت ببرد و بیماری روانی نداشته باشد. در درس بهداشت روان شما می‌آموزید که چگونه از بروز بیماری‌های عصبی و روانی پیشگیری کنید و چگونه به بیماران و خانواده آنان کمک کنید تا به سلامت روانی دست یابند.

پیشگیری در بهداشت روان

پیشگیری از بیماری‌های عصبی و روانی سه نوع است:

الف) پیشگیری اولیه - تمام کارهایی است که برای **پیشگیری از بروز بیماری‌های عصبی و روانی** صورت می‌گیرد. پیشگیری از ضربه و عفونت‌های مغزی، پیشگیری از جنگ و جدل و درگیری‌ها، سازگاری بهتر با دیگران و لذت‌بردن و قانع بودن با آن‌چه در اطراف ما هست، همگی نوعی پیشگیری اولیه است.

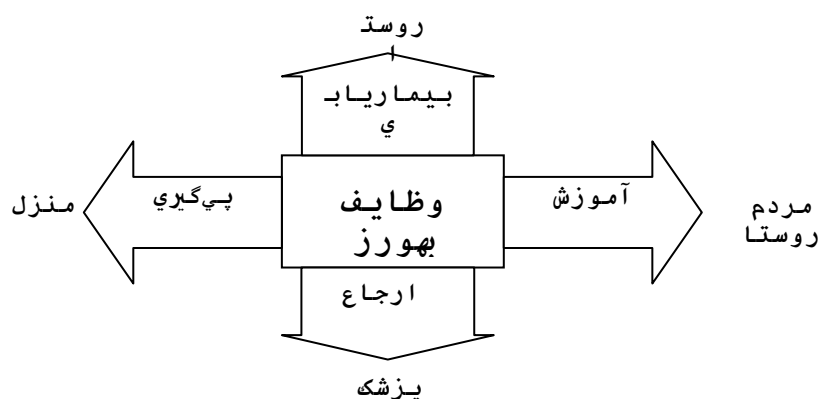
ب) پیشگیری ثانویه - کارهایی است که برای **درمان به موقع و مناسب بیماری‌ها** صورت می‌گیرد. شناسایی و درمان سریع بیماران، کمک به برگشت به کار و فعالیت روزمره، و خودداری از بستری‌های غیرلازم و طولانی، همگی پیشگیری نوع دوم است، زیرا که مانع خسارت و معلولیت‌های بیشتری می‌شود.

ج) پیشگیری نوع سوم - فعالیت‌هایی است که باعث **توانبخشی روانی معلولین روانی عصبی** می‌گردد. **معلول روانی** کسی است که کارایی فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی خود را برای همیشه از دست داده باشد. یک عقب‌مانده ذهنی و یک بیمار روانی شدید مزمن در بیشتر این موارد ناتوان و معلول است و شما می‌توانید با توانبخشی روانی و آموزش او و خانواده‌اش وی را تا حدی کارا و فعال نمایید.

آموزش بهداشت روان به مردم که اصلی‌ترین وظیفه شما در بهداشت روان است می‌تواند در تمام انواع پیشگیری شما را یاری نماید. با فراگیری درس بهداشت روان شما قادر خواهید بود که در هر سه نوع پیشگیری به مردم کمک کنید.

وظیفه بهورز در بهداشت روان

- شما باید بیماران عصبی و روانی را شناسایی کنید (بیماریابی).
- آن‌ها را به مراکز بهداشتی و درمانی ارجاع دهید.
- توصیه‌ها و درمان‌های داده‌شده را پیگیری کنید.
- بیماران، خانواده‌ها و اجتماع را آموزش دهید.
- کارهای انجام‌شده را یادداشت و ماهانه گزارش کنید.



شکل ۱- وظایف بهورزان در بهداشت روان

انواع اختلالات روانی و عصبی

اختلالات روانی و عصبی که لازم است توسط بهورزان مراقبت شود شامل بیماری صرع-عقب‌ماندگی ذهنی-اختلالات شدید و خفیف روانی و سایر مشکلات بهداشت روان می‌باشد که مورد انتظار بیماریابی هر یک بدین شرح است:

- صرع (اپی لپسی) - ۳ در هزار
 - عقب‌ماندگی ذهنی (MR) - ۳ در هزار
 - اختلالات شدید روانی (سایکوز) - ۲/۵ در هزار
 - اختلالات خفیف روانی (نوروز) - ۴ در هزار
 - سایر مشکلات بهداشت روان - ۲/۵ در هزار
- که مورد انتظار بیماریابی کلیه اختلالات روانی و عصبی ۱۵ در هزار می‌باشد.

صرع

صرع یک حالت تکراری حمله تشنج است که مردم به آن حمله یا غش نیز می‌گویند. **صرع به دلیل اختلال در کار سلول‌های مغزی** بروز می‌کند و اگر حملات تشنجی درمان نشود ممکن است با هر حمله سلول‌های بیشتری در مغز از بین برود و صرع تا پایان عمر ادامه داشته باشد.

در هنگام تشنج بزرگ صرعی بیمار به زمین می‌افتد، بیهوش می‌شود، حرکات تشنجی تکراری و غیر ارادی در دست‌ها و پاها پیدا می‌کند، گاه بی‌اختیاری ادرار پیدا می‌کند، کف در دهانش جمع شده و صورتش کبود می‌شود.

حمله تشنج بزرگ حدود ۵ دقیقه طول می‌کشد، به دنبال آن بیمار به تدریج به هوش می‌آید، حالت خواب‌آلودگی، گیجی و کوفتگی پیدا می‌کند و گاه زبان و بدنش خراشیده و زخمی می‌شود.

عارضه خطرناک‌تر حملات صرعی بزرگ سقوط از ارتفاع و در گودال، خفگی در آب، سوختن با آتش و مواد سوزاننده و تصادف با وسایل نقلیه است.

انواع صرع

صرع انواع زیادی دارد که در این جا به چند نوع آن اشاره می‌شود:

الف- صرع بزرگ، که تشنج مانند حالت فوق تمام بدن را می‌گیرد و فرد بیهوش شده می‌افتد.

ب- صرع کوچک، فقط چند ثانیه دوام دارد، در کودکان دیده می‌شود، کودک چند لحظه دچار خیرگی، ماتزدگی، افتادن گردن یا حرکات غیرارادی لب و دهان می‌شود و چیزی به خاطر نمی‌آورد.

ج- صرع موضعی، فقط بخشی از بدن یا روان را گرفتار می‌سازد. مانند حملات تشنجی یک دست یا یک طرف بدن.

د- صرع مداوم - یکی از سه نوع صرع فوق است که به جای یک حمله، حملات مداوم و مکرر دیده می‌شود و ممکن است بیمار بین دو حمله به هوش نیاید. **صرع مداوم بزرگ** بسیار خطرناک است و نیاز به **ارجاع فوری** به پزشک دارد.

تشنجی که به هنگام تب بالا کودکان را می‌گیرد **تشنج تب** نام دارد و نباید با صرع اشتباه شود. اما باید شناسایی شده و به پزشک ارجاع شود. کودکانی که تشنج تب دارند باید با اولین نشانه‌های **بیماری تب‌دار** بلافاصله تحت مراقبت قرار گرفته و با دستورالعمل کنترل تب و داروهای تجویز شده درمان شوند.

هـ- بیماریابی، ارجاع، پیگیری

برای بیماریابی می‌توان **فرم بیماریابی** بیماران صرعی زیر را به خوبی به خاطر سپرد و در یک یک خانوارهای روستا، و نیز از طریق آموزگاران مدارس و معتمدین محل و مراجعین خانه بهداشت به شناسایی این بیماران پرداخت.

فرم بیماریابی بیماران صرعی و تشنج تب

فردی (کودک یا بزرگسال) که هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاز خون‌آلود) خارج می‌شود. این حالات چند دقیقه‌ای طول می‌کشد و بعد از مدتی به حال عادی بازمی‌گردد و چیزی به خاطر نمی‌آورد.

کودکی که در سن مدرسه گاهی مات‌زده شده و چند لحظه‌ای به جایی خیره می‌شود، لب‌ها یا زبانش را به حالت غیرارادی حرکت داده یا می‌لیسد.

کودکی که به دنبال تب شدید دچار تشنج می‌شود (۶ ماهگی تا ۶ سالگی)

به دنبال شناسایی این بیماران آنان را ارجاع غیر فوری دهید. به بیمار و خانواده او توصیه کنید کلیه داروها یا مدارک پزشکی خود را همراه داشته و به پزشک نشان دهند.

بیماران صرعی نیاز به **پیگیری ماهانه** دارند. اگر صرع مداوم باشد تا زمان تکرار حملات مداوم پیگیری هر ۳ تا ۶ روز و سپس پیگیری ماهانه است.

پیگیری بیماران صرعی ۳ الی ۵ سال طول خواهد کشید و تنها زمانی پیگیری قطع می‌شود که پزشک اعلام نماید بیمار بهبود یافته است. بسیاری از بیماران نیاز به مراقبت و درمان در تمام عمر دارند.

هنگام پیگیری در مورد مراجعه دوباره به خانه بهداشت، اجرای دستورات دارویی و غیر دارویی پزشک، بررسی بروز عوارض خفیف یا شدید دارویی، و آموزش بهداشت روان اقدام نمایید و موارد را در ستون مربوطه در برگ پیگیری یادداشت نمایید.

به هنگام پیگیری تأکید بر مصرف مرتب دارو بسیار مهم است. اگر بیمار بهتر شده است، به او بگویید که از دارو بوده و تشویق کنید درمان را ادامه داده و دوباره مراجعه نماید. اگر حالش فرقی نکرده است یادآوری کنید که بهبودی او نیاز به ادامه مصرف دارو و شاید افزایش مقدار آن توسط پزشک دارد.

در بعضی از موارد حال بیماران پس از مصرف دارو بدتر می‌شود که معمولاً به دلیل عوارض دارویی است و بیمار و اطرافیان او را نگران می‌کند. شما از عوارض دارویی نگران نباشید.

عوارض دارویی دو نوع است، عوارض خفیف، عوارض شدید. عوارض خفیف دارویی عبارت است از سستی، پرخوابی، سرگیجه، لرزش، خشکی دهان و یبوست. این عوارض اصلاً نگران‌کننده نیست. به بیمار و خانواده او آموزش دهید تا چند روزی تحمل کنند چون این عوارض کم شده و به جای آن حال بیمار خوب می‌شود.

عوارض شدید دارویی بیشتر در اختلالات شدید روانی دیده می‌شود و عبارت است از خواب‌آلودگی شدید، گرفتگی شدید عضلات گردن و دست و پا که باعث کج شدن آن‌ها می‌شود، و بعضی علائم شدید دیگر جسمی. این عوارض نیز جای نگرانی و خطر ندارند اما باید به پزشک ارجاع فوری شود.

داروهای مهم ضد صرع فنوباریتال و کاربامازپین می‌باشد.

آموزش بهداشت روان در صرع

بهترین روش آموزش بهداشت روان به بیماران و اطرافیان آنان دادن پاسخ روشن به پرسش‌های آنان است. پاسخ‌های زیر را به یاد داشته باشید تا به موقع در برابر پرسش‌های بیماران و اطرافیان آنان ارایه دهید. لازم است در طول اولین سال اجرای برنامه بهداشت روان یک نفر از افراد همه خانوارهای روستا، و نیز معتمدین، روحانیون و آموزگاران آموزش ببینند. برای این کار بهتر است در خانه بهداشت، مدرسه یا خانه آنان پرسش‌های زیر از آنان شده، سپس پاسخ درست داده شود. در سال‌های بعد هم لازم است این آموزش‌ها علاوه بر افراد فوق در مورد خود بیماران و خانواده آنان اجرا شود.

پرسش ۱- علت صرع چیست؟

پاسخ- ضربه و ضایعات مغزی، بعضی سم‌ها و مسمومیت‌های دارویی، عفونت‌های مغزی و سکتة یا غده‌های مغزی،

علت بیشتر تشنج‌ها می‌باشد. گروهی از صرع‌ها علت مشخصی ندارند.

پرسش ۲- آیا صرع قابل پیشگیری است؟

پاسخ- بله، بسیاری از صرعه‌ها را می‌توان با رعایت بهداشت جسمی پیشگیری نمود. رعایت بهداشت بارداری، داشتن زایمان بهداشتی، مراقبت بهداشتی کودکان برای پیشگیری از صرع است.

پرسش ۳- آیا صرع درمان دارد؟

پاسخ- در حال حاضر داروهای مؤثری برای کنترل صرع وجود دارد که اگر با تجویز پزشک و مرتب مصرف شود، صرع کاملاً کنترل می‌شود.

پرسش ۴- آیا برای درمان صرع فقط باید به پزشک متخصص مراجعه کرد؟

پاسخ- پزشک متخصص اعصاب برای درمان صرع بهتر است، اما از آنجا که پزشکان متخصص در روستاها نبوده و همیشه در دسترس نیستند و بسیاری از پزشکان عمومی و پزشکان مراکز بهداشتی درمانی قادر به کنترل بیماری صرع هستند، مراجعه به آن‌ها اشکالی ندارد.

پرسش ۵- برای بیماری که در حال تشنج است چه کار باید کرد؟

پاسخ- خونسرد باشید، بیمار را به پهلو روی زمین بخوابانید، سر او را به یک طرف بچرخانید تا کف و ترشحات حلق باعث خفگی او نشود. اطراف او را خلوت و ایمن کنید تا موقع دست و پا زدن مجروح نشود. به زور دهان او را باز نکنید، آب در دهانش نریزید، او را بلند نکنید و دست و پای او را نگیرید. اگر تشنج بیش از ۵ دقیقه به درازا کشید، احتمال صرع مداوم می‌رود، بدون درنگ پزشک را خبر کنید.

پرسش ۶- آیا بیمار صرعی می‌تواند کار، ورزش و تحصیل کند؟

پاسخ- بله، این افراد را از کار، ورزش و تحصیل محروم نکنید. حتی روحیه از دست رفته آنان را با این‌ها جبران کنید. فقط مواظب باشید تا زمانی حمله درمان‌نشده کارهای خطرناک مثل کار با لوازم تیز و برنده، و کار در کنار کوره و تنور و آتش نکنند. از سوار شدن بر روی چهارپایان و نیز از رانندگی تا حد امکان پرهیز کنند. ورزش‌هایی مثل شنا در استخر عمیق و دریا یا ورزش‌هایی که احتمال سقوط و خطر زیاد دارد تا قبل از بهبود کامل صلاح نیست.

پرسش ۷- رژیم غذایی این بیماران چیست؟

پاسخ- صرع رژیم غذایی خاصی ندارد. هر غذایی می‌توانند بخورند. بعضی‌ها معتقدند که مصرف زیاد غذاهای

سرد مانند ماست، برنج و ترشی مضر است. بعضی پزشکان با این اعتقاد مخالفتی ندارند.

پرسش ۸- آیا بیمار صرعی می‌تواند ازدواج کند و بچه‌دار شود؟

پاسخ- ازدواج کردن و بچه‌دار شدن برای این بیماران مانعی ندارد. نگرانی هم برای انتقال بیماری به فرزندان وجود

ندارد. فقط زنان صلاح است قبل از ازدواج و قبل از حامله شدن با پزشک مشورت کنند. همه بیماران صرعی لازم است

به منظور جلوگیری از درگیری‌های خانوادگی و قانونی قبل از عقد قانونی همسر آینده خود را از داشتن بیماری صرع

آگاه نمایند.

عقب ماندگی ذهنی

عقب ماندگی ذهنی یک بیماری مغزی است که سن عقلی روانی فرد از سن زمانی او عقب مانده و کمتر است. در

این بیماری ممکن است کودکی ۱۰ سال داشته باشد، یعنی سن زمانی او ۱۰ سال باشد، ولی از نظر عقلی و روانی مانند

کودکان ۵ ساله باشد. بنابراین این کودک ۵ سال عقب ماندگی ذهنی دارد. می‌توان گفت هوش این کودک به اندازه

هوش کودکان ۵ ساله است.

تعریف هوش: عملکرد مغز در توانایی حل مسایل - یادگیری موضوعات جدید- بکارگیری تجارب گذشته و

درک موقعیت جدید را هوش گویند.

این بیماری از ابتدا و پس از کودکی شروع می‌شود و علت آن آسیب رسیدن به مغز کودک در دوران بارداری،

حین زایمان و یا پس از تولد و در دوران کودکی است.

آسیب رسیدن به مغز گاه باعث فلج و گاه باعث کندی رشد روانی و حرکتی کودک می‌شود. همچنان که فلج

مغزی کودکان قابل دیدن است، کندی رشد روانی - حرکتی را نیز می‌توان مشاهده کرد و از طریق جاده رشد روانی -

حرکتی و آزمایش هوش اندازه‌گیری نمود. آزمایش هوش توسط روانشناسان صورت می‌گیرد اما بهورز به راحتی

می‌تواند با به دست آوردن جاده رشد روانی - حرکتی، هوش و عقب ماندگی کودک را برآورد نماید.

به نمودار زیر نگاه کنید. شما می‌توانید کودکان را از بدو تولد در مراقبت‌های ماهانه از نظر رشد روانی - حرکتی معاینه کنید. زمان گردن گرفتن، نشستن، راه رفتن، تکلم، و کنترل دفع ادرار و مدفوع کودک را با مصاحبه با مادر نیز می‌توان به دست آورد.

«نمودار یا جاده رشد روانی - حرکتی»

کنترل دفع ادرار	تکلم	راه رفتن	نشستن	گردن گرفتن
:	:	:	:	:
۱-۲ سالگی	۱۲-۱۸ ماهگی	۹-۱۲ ماهگی	۶ ماهگی	۳ ماهگی

۱- انواع عقب ماندگی ذهنی

- خفیف (آموزش پذیر) $IQ = 70-50$
- متوسط (تربیت پذیر) $IQ = 49-35$
- شدید $IQ = 34-20$
- عمیق کمتر از $IQ = 20$

۲- علایم عقب ماندگی

از نظر نشانه‌های جسمی عبارتند از: سر بزرگ یا کوچک - موهای نازک یا خشن - پوست خشن - انتهای بینی پهن - چشم‌های فاصله‌دار - زبان پهن - انگشتان کوتاه.

۳- بیماریابی، ارجاع، پیگیری

فرم بیماریابی عقب ماندگی ذهنی راهنمای خوبی برای شناسایی این بیماران است. آن را به خاطر بسپارید و در خانه بهداشت به هنگام مراقبت کودکان، و به هنگام بیماریابی در مدرسه و خانواده‌ها به کار بگیرید.

فرم بیماریابی عقب‌ماندگی ذهنی

۱. کودک ۴ تا ۵ ماهه‌ای که گردن نگرفته، ۱۰ تا ۱۲ ماهه‌ای که ننشسته، ۱ تا ۱/۵ ساله‌ای که راه نیفتاده، ۲ تا ۳ ساله‌ای که حرف نمی‌زند، و ۳ تا ۴ ساله‌ای که شب‌ها خودش را خیس می‌کند.
۲. دانش‌آموزی که از نظر درسی از همه ضعیف‌تر است، مرتب مردود می‌شود و یا از مدرسه اخراج شده است. مشکلات بند ۱ را هم داشته‌است.
۳. فرد جوان یا بزرگسالی که رفتار کودکانه دارد، عقل و هوشی کمتر از دیگران دارد، شغلی ندارد و قادر به یادگیری کار جدیدی نیست. این مشکلات و مشکلات بند ۱ و ۲ را از کودکی داشته‌است.

پس از شناسایی فرد، بدون این که نگرانی مادر و اطرافیان را باعث شوید و نام عقب‌ماندگی را به آنان بگویید، به این دلیل که بهتر است در مورد رشد وی با پزشک مشورت شود او را ارجاع غیر فوری بدهید.

پیگیری عقب‌مانده ذهنی ماهانه است. هنگام پیگیری به دستورات دارویی و غیر دارویی پزشک، بهتر یا بدتر شدن کودک، و آموزش بهداشت روان توجه کنید.

آموزش بهداشت روان

آموزش و تربیت تدریجی این کودکان مهم‌ترین آموزش در عقب‌ماندگی ذهنی است. این کار ابتدا وظیفه والدین و به ویژه مادر است. بعداً می‌توان از سایر فرزندان، از آموزگاران، و از مراکز و مربیان آموزش کودکان عقب‌مانده ذهنی استفاده نمود. روش آموزش بهداشت روان در عقب‌ماندگی ذهنی مانند صرع است.

نکات مهم در عقب‌ماندگی ذهنی

- به مادران توصیه کنید از داشتن چنین کودکی احساس ناراحتی نکرده و خجالت نکشند. این ناراحتی با توجه به آموزش‌ها و دستورات شما و پزشک بهتر خواهد شد.
- با او به مهربانی و آرامی رفتار کنند.

• کودک را تحقیر و تنبیه نکنند و اجازه ندهند دیگران رفتار تمسخرآمیز یا آزاردهنده داشته باشند. این کارها باعث گوشه گیری، لجبازی، شیطنت و پرخاشگری کودک می شود.

• به تغذیه، واکسیناسیون و بهداشت عمومی کودک مانند سایر کودکان توجه کنند.

• به مادران بگویید که این کودکان نیز جگرگوشه های شما و امانت های الهی هستند، در آموزش و تربیت آنان بیش از پیش کوشا باشند.

• تشنج، بی خوابی، پرتحرکی، پرخاشگری و سایر مشکلات روانی این بیماران باید با برخورد بهتر و دارو درمان شود. در این موارد مادران را آموزش داده به پزشک ارجاع دهید.

پرسش ۱- آیا عقب ماندگی ذهنی ارثی است؟

پاسخ- بعضی انواع عقب ماندگی ذهنی ارثی است. بنابراین صلاح است تا زمانی که متخصص اجازه نداده است این خانواده ها ازدواج فامیلی نکنند و فاصله گذاری بین فرزندان را کاملاً رعایت کنند.

پرسش ۲- برای پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی چه کار کنیم؟

پاسخ- بهداشت مادر و کودک را رعایت کنید. ۱- مادران قبل از ۲۰ سالگی و پس از ۳۵ سالگی باردار نشوند، ۲- مادران باردار مواظب باشند به شکم آنان ضربه وارد نشود، ۳- الکل، سیگار و مواد مخدر مصرف نکنند، ۴- رادیوگرافی نکنند، ۵- به بیماران عفونی (تبدار) نزدیک نشوند، ۶- فشارخونشان کنترل شود، ۷- تحت شرایط بهداشتی زایمان نمایند، ۸- و نیز پس از زایمان مراقب سلامتی کودک خود باشند. ۹- تشنج، یرقان شدید (زردی)، ضربه و عفونت مغزی کودک را به عقب ماندگی ذهنی و صرع مبتلا می کند. مراقبت دقیق و همیشگی از کودک نقش زیادی در تأمین سلامت عصبی او دارد.

پرسش ۳- آیا این کودکان درمان می شوند؟

پاسخ- بسیاری از این کودکان آموزش پذیر و تربیت پذیرند، و بسیاری از حالات روانی مزاحم آنان مانند بی خوابی، پرتحرکی و پرخاشگری نیز درمان می شود. توقع اضافی از آنان نداشته و آموزش تدریجی و صبر را همیشه به خاطر داشته باشید.

پرسش ۴- با جوانان و بزرگسالان عقب مانده ذهنی چه کار کنیم؟

پاسخ- آنان را مورد تمسخر و اذیت قرار ندهید، کمک کنید تا جایی که ممکن است در مدرسه یا شغلی که دارند باقی بمانند و اخراج نشوند، مداوم مطالبی یا کاری را به آنان یاد دهید و سعی کنید به کار ساده‌ای مشغول شوند. سعی کنید این افراد ازدواج نکنند و باردار نشوند.

پرسش ۵- بردن کودک به شهر و بستری کردن او چه اثری دارد؟

پاسخ- هزینه‌های بی‌مورد، مراجعه به پزشکان و حکیم‌های مختلف، داروهای مقوی مغز و بستری کردن و گذاشتن کودکان در مراکز عقب مانده‌های ذهنی تأثیری در درمان عقب ماندگی ندارد و موجب بدتر شدن وضع مالی خانواده و وضع روانی کودک می‌شود.

اختلالات شدید روانی

ارتباط خود را با واقعیت از دست داده و در دنیای خودشان زندگی می‌کنند. آن‌ها قادر نیستند تا به ضروریات و خواسته‌های روزمره یک زندگی معمولی به صورت رضایت بخش پاسخگو باشند.

اختلالات شدید روانی حالت غیر طبیعی در رفتار و گفتار و ظاهر بیماران است که گروهی از مردم به آن جنون می‌گویند. اختلال شدید روانی بیشتر در افراد بالای ۱۵ سال دیده می‌شود، گاه تدریجی و گاه ناگهانی شروع می‌شود و دلیل آن بیماری و اختلال در کار مغزی است. اکثر این بیماران نمی‌دانند که بیماراند، بنابراین به پزشک مراجعه نمی‌کنند و توصیه‌های درمانی را هم نمی‌پذیرند.

اگر احساس می‌نمایید که مشکلات بیمار قابل حل نمی‌باشد از نزدیکان و معتمدین محل و یا از هر مرجع دیگری که بتواند به بیمار کمک کند استفاده کنید.

انواع اختلالات شدید روانی

۱- مانیک-دپرسیو (اختلال دوقطبی)

۲- اسکیزوفرنی (شیزوفرنی)

۳- افسردگی شدید (اقدام به خودکشی)

لازم به یادآوری است که علایم بیماری‌های فوق در قسمت علایم و نشانه‌های فرم شرح حال آمده است.

بیماریابی، ارجاع، پیگیری

فرم بیماریابی اختلالات شدید روانی راهنمای خوبی برای شناسایی بیماران است.

شما به خوبی می‌توانید با مشاهده حالات و رفتار دیگران و یا پرسش از خانواده‌ها این بیماران را شناسایی نمایید.

فرم بیماریابی اختلالات شدید روانی

۱- فردی که توهم، هذیان و گفتار غیرمنطقی دارد. مثلاً می‌گوید صدایی می‌شنوم یا تصویری می‌بینم که به من می‌گوید تو امام هستی. سوءظن شدید دارد و معتقد است کسی می‌خواهد او را بکشد، یا معتقد است همسرش به او خیانت کرده‌است. گاه رفتارهای عجیب و غریب دارد، شکاک درمی‌آورد، به در و دیوار خیره می‌شود و یا با خودش حرف می‌زند و می‌خندد.

۲- فردی که خیلی غمگین و بی‌حوصله و در خودش است. تنهایی را دوست دارد و گریه می‌کند. دائماً فکر می‌کند، بی‌خواب است، بی‌اشتها است و به تدریج لاغر می‌شود. گاه نمی‌تواند به کارهای خانه و خانواده‌اش برسد، افت درسی داشته و به مدرسه و کار خود نمی‌رسد و غیبت می‌کند.

۳- در موارد شدید نومیدی از زندگی، احساس گناهکاری و افکار خودکشی پیدا می‌کند. اقدام به خودکشی در بسیاری از افسردگی‌های شدید دیده می‌شود.

۴- کسی که بدون دلیل خوشحال، پرحرف و پرتحرک است. بی‌خوابی شدید دارد و کارهای زیاد بی‌هدفی می‌کند و هیچ وقت از این بی‌خوابی و پرکاری خسته نمی‌شود.

۵- او خود را مهم می‌داند، مداوم آواز و شعر می‌خواند و خیلی زود عصبانی، خندان یا گریان می‌شود.

به دنبال بیماریابی لازم است بیمار به پزشک ارجاع شود، اما قبل از ارجاع و در همه مواردی که با این گونه بیماران

برخورد می‌نماید لازم است نکات مهم زیر را به منظور ارتباط بهتر و موفقیت در ارجاع، پیگیری و درمان به کار گیرید:

- سعی کنید همیشه با این گونه بیماران با صداقت و صمیمیت برخورد کنید. با علاقمندی به درد دل و مشکل آنان و خانواده‌شان گوش کنید و سعی کنید اعتماد آنان را جلب و راضی نمایید که برای مشاوره به پزشک مراجعه کنند.
- بیمار و همراهانشان را مورد حمایت، محبت، احترام و راهنمایی قرار دهید. مثلاً مواظب باشید به بیمار توهین نشده، چیزی به دروغ به او گفته نشود، او را کتک نزنند، مسخره نکنند و از کار یا مدرسه اخراج نکنند.
- اگر حالت بیمار شدید است او را ارجاع فوری و اگر نه ارجاع غیر فوری دهید.
- اگر بیمار یا خانواده او به تنهایی قادر به مراجعه به پزشک نیستند از دیگران کمک بگیرید.
- گاه خانواده‌ها بدون رضایت پزشک اصرار به بستری نمودن بیمار خود دارند. به آنان بگویید درمان سرپایی خیلی مفیدتر از درمان بستری است.
- در مواردی که بیمار پرخاشگری و تحریکات عصبی دارد و احتمال دارد به خود یا به دیگران صدمه بزند می‌توان برای انتقال او از مأمورین انتظامی، افراد نیرومند و نیز وسیله نقلیه و آمبولانس کمک گرفت.
- اختلال شدید روانی در حالت شدید ۳ تا ۶ روز پس از ارجاع به پیگیری نیاز دارد، اما پس از کنترل بیماری و در حالات کنترل بیماری تنها ماهی یکبار لازم است پیگیری شود. پیگیری این بیماران بسته به نظر پزشک حداقل یک سال و گاه تا سال‌های طولانی ادامه دارد.
- هنگام پیگیری مطالبی که در مورد پیگیری صرع گفته شد به کار گرفته شود، و آموزش بهداشت روان داده شود.
- داروهایی که برای کنترل و درمان اختلالات شدید روانی داده می‌شود عبارتند از قرص پرفنازین ۸، تری فلوپرازین ۵ و کلرپرومازین ۱۰۰، برای عوارض عضلانی این داروها تری هگزی فنیدیل و بی‌پریدین نیز داده می‌شود که هیچ اثر درمانی برای بیماری ندارد.

آموزش بهداشت روان در برخورد با بیماران شدید روانی

مطالبی را که در برخورد با این بیماران و برای ایجاد رابطه با آنان یاد گرفته‌اید به اطرافیان بیماران و خانواده آنان یاد دهید. همچنین یاد گرفته‌ها در صرع در خیلی از مواقع برای اختلالات شدید روانی نیز مفید است. این بیماران نیاز به محبت و حمایت دارند. نباید مورد توهین و تنبیه قرار گیرند، داروهایشان نباید قطع شود، داروها برایشان خطر ندارند و

آنان را معتاد نمی‌کند. گرچه این بیماری‌ها آنقدر ارثی نیستند که به فرزندان منتقل شود اما تا مدت‌های طولانی نباید این بیماران ازدواج کنند، و اگر متاهل هستند، جلوگیری از بارداری را تا اجازه پزشک باید رعایت کنند. این بیماری به دیگران سرایت نمی‌کند، اگر در درون خانواده و اجتماع درمان شوند زودتر از درمان در بیمارستان روانی خوب می‌شوند بیماری‌شان دیرتر برمی‌گردد. کار و کاردرمانی توصیه همیشگی پزشکان به این بیماران است و باید این بیماران به زودی به کار و مسئولیت و تحصیل قبلی خود برگردند.

اعتقاد زیادی در مردم وجود دارد که جادو و جنبل و دعایی شدن عامل ایجاد این بیماری است و باید برای آنان دعا و شفا گرفت و خیلی کارهای دیگر کرد. در چنین مواقعی خانواده‌ها را آموزش دهید که این حالت یک بیماری است و با درمان خوب می‌شود، وقت و اموال خود را در این راه تلف نکنند، فقط مواظب باشید که اگر چنین اعتقادی قوی است با آنان درگیر نشوید و مانع نشوید که در کنار دارو، آن را ادامه دهند.

به خاطر داشته باشید مصرف الکل، حشیش، تریاک و دیگر مواد محرک اعصاب باعث تشدید اختلالات روانی می‌شوند، مراقب مصرف آن در بیماران و مردم باشید.

اعتقاد به رمال و دعانویس نباید موجب تلف شدن مال بیماران و به عقب افتادن درمان می‌شود.

اختلالات خفیف روانی

اختلالات خفیف روانی اختلالاتی است که به زبان مردم عادی ناراحتی عصبی یا ناراحتی اعصاب گفته می‌شود. برخلاف بیماری روانی شدید فرد رابطه خود را با واقعیت‌ها از دست نداده است. اما از مشکل خود کاملاً آگاه می‌باشد. با آن که خودرنج است ناراحتی و مشکل مهمی برای دیگران به وجود نمی‌آورد. این بیماران نشانه‌هایی مانند اضطراب، بی‌قراری، بی‌اشتهایی، افسردگی، وسواس، عصبانیت، پرخاشگری، و دردهای پراکنده بدنی بدون وجود بیماری جسمی دارند. این نشانه‌ها ماه‌ها و سال‌ها ادامه داشته گاه با کاهش یا افزایش مشکلات روزمره و فشارهای خانوادگی و اجتماعی کاهش یا افزایش می‌یابند.

۱- انواع اختلالات خفیف روانی (نوروز):

الف) افسردگی: شایع‌ترین نوع اختلالات خفیف روانی می‌باشد که معمولاً به دلیل جدایی و یا مرگ وابستگان نزدیک، از دست دادن موقعیت اجتماعی یا دارایی و پول، بیماری‌های جسمی طولانی، شکست و ناکامی و... ایجاد می‌شود و دارای علایمی مانند غمگینی، نومیدی، افکار مرگ و خودکشی، گریه‌های بدون دلیل، کاهش لذت و احساس بی‌تفاوتی نسبت به زندگی می‌باشد. اکثر آن‌ها دارای علایم عمومی بی‌اشتهایی، بی‌خوابی، سردرد، سستی و... می‌باشد.

ب) اضطراب: این بیماری معمولاً به دلایل مشکلات خانوادگی، مالی، شغلی و جنسی به وجود می‌آید و علایم آن خستگی و ضعف، اختلال خواب، دردهای پراکنده، سوء هاضمه، لرزش دست و... می‌باشد.

ج) هیستری (شبه جسمی یا نمایشی): این بیماران چون مستقیماً قادر به بیان مشکلات خود نیستند و یا نحوه ارتباط با دیگران را نمی‌دانند و از طرفی نگرانند که در صورت برقراری ارتباط و طرح مشکلات نتیجه بدی به دنبال داشته باشد؛ برای جلب توجه و حمایت دیگران بدون اینکه خودشان اراده کنند نشانه‌های بیمار گونه روانی و متفاوتی از خود بروز می‌کنند که به آن هیستری گویند.

از علایم آن ضعف عضلانی و فلج اندام‌ها (شیبه سکنه‌های مغزی)، از دست دادن حافظه، تشنج و بی‌هوشی و... است. بهترین کمک به این بیماران آن است که به آن‌ها تفهیم شود که برای حل مشکل خود ارتباط صحیح با دیگران برقرار کنند.

د) نوروز جنگ: کسانی که در معرض فشارهای روانی شدید و به ویژه انفجارات و اسارت طولانی قرار گرفته‌اند، نشانه‌هایی از اختلالات خفیف روانی را بروز می‌دهند.

ه) وسواس: به صورت فکرهای مکرر و مزاحم و وسواسی که نکند به کسی صدمه بزند، نکند شیر گاز بسته باشد یا اعمال وسواسی مانند شستشو و آب‌کشی مکرر و تکرار وضو و نماز دیده می‌شود.

بیماریابی، ارجاع، پی گیری

اختلالات خفیف روانی نیاز به **بیماریابی فعال ندارند**. هرگاه بیماری مراجعه کرد و از شکایات و نشانه‌های این بیماری در رنج بود می‌توانید وی را مدتی آموزش بهداشت روان داده و اگر بهبودی پیدا نکرد به پزشک **ارجاع غیرفوری** دهید. اگر فردی اقدام به خودکشی کرد چه افسردگی خفیف و چه افسردگی شدید داشته باشد باید **ارجاع فوری** شده و **پیگیری** ماهیانه شود.

این بیماران نیاز به پیگیری ندارند، اما به هنگام مراجعه به خانه بهداشت و نیز به اطرافیان آنان آموزش‌های بهداشت روان زیر را بدهید.

نکات لازم در برخورد با اختلالات خفیف روانی

۱. کوشش کنید با آرامش و احترام به خوبی به درد دل و گله کسانی که مشکل یا توقعی دارند، گوش کنید، حتی اگر مشکلات آنان ارتباطی به شما ندارند و یا راه‌حلی به نظر شما نمی‌رسد. از این راه هم ناراحتی عصبی بیمار کم می‌شود و هم شما می‌توانید عواملی که در خانواده یا اجتماع ناراحتی وی را ایجاد یا تشدید کرده‌اند پیدا کنید.
۲. راه‌حل‌های مختلف حل مشکلات را با هم به بحث و مشاوره بگذارید. اگر اجازه دادند با بزرگترها و دیگران نیز به مشاوره بنشینید، زیرا که با مشورت بسیاری از مشکلات حل می‌شود، اما از پنهان کردن هیچ مشکلی حل نمی‌شود.
۳. به آنان اطمینان و آرامش دهید، بگویید که این ناراحتی چندان نگران‌کننده نیست، خیلی‌ها چنین مشکلاتی دارند. گذشت زمان، صبر و سرگرم شدن با کار و زندگی روزمره گشایش در کارها و راحتی به دنبال دارد.
۴. دادن ارزش و معنویت به زندگی، تقویت اعتقاد و ایمان، افزایش عبادات و جلسات مذهبی، عمل به دستورات دینی و اخلاقی، پناه بردن به خداوند، معاد، توکل، توسل، دعا و ذکر، همگی بهره‌وری از زندگی را افزایش، فشارهای زندگی را کاهش و آرامش بیشتری به انسان می‌دهد. فعالیت و گرایش بیماران را در این جهت تقویت کنید.

۵. عشق ورزیدن، محبت کردن و دوست داشتن - با همه کس و همه چیز - یعنی دوست داشتن خانواده، همسایگان، کودکان و دوست داشتن گل و گیاه، کار و محیط زندگی، می‌تواند فشارها و نگرانی‌ها را دور کرده، آرامشی مداوم به فرد دهد.

عوامل تشدید کننده بیماری‌های عصبی روانی

نفرت، عصبانیت، پرخاشگری، جرو بحث، زورگویی، ایرادگیری، ایراد ناپذیری، زودرنجی و کش دادن حرف‌ها، همگی باعث تشدید بیماری عصبی و روانی می‌شود. این موارد را شناسایی و در رفع آن‌ها بکوشید. به خاطر داشته‌باشید که همه افراد با ظاهری عاقلانه، همراه خود شخصیتی کودکانه و بزرگانه (زورگو) نیز دارند. گاه کودکانه برخورد می‌کنند - مثلاً قهر می‌کنند، بهانه می‌آورند، آه و ناله سر می‌دهند - و گاه بزرگانه - مثلاً دستور می‌دهند، بکن نکن می‌کنند، باید نباید راه می‌اندازند - سعی کنید با برخوردی عاقلانه و آرام با این شخصیت دیگران درگیر نشوید.

برای اختلالات خفیف روانی به ویژه برای اضطراب، افسردگی، وسواس و حالات عصبی ناشی از موج انفجار، داروهای خوبی وجود دارد. اگر پزشکان چنین داروهایی تجویز نمودند کلیه توصیه‌های دارویی تجویزی را رعایت کنید. اوگرازپام، دیازپام، کلردیازپوکساید، پرفنازین ۲، ایمنی پرامین، و آمی‌تریپتیلین از داروهای اختلالات خفیف روانی می‌باشند.

سایر مشکلات بهداشت روان

سایر مشکلات بهداشت روان بسیار است. کافی است کاردانان بهداشتی و بهورزان با نام یا نوع آن آشنا باشند تا بتوانند شناسایی کرده و به پزشک ارجاع دهند.

۱. **شبادراری** - بی‌اختیاری ادرار در روز یا شب است. بیشتر در کودکان بالای پنج سال دیده می‌شود. درمان‌های دارویی و غیر دارویی و آموزشی گوناگونی دارد. کاهش مصرف مایعات در عصر و شب و خودداری از تنبیه یا توهین به کودک دو توصیه مهم است.

۲. **پرتحرکی، شیطنیت، لجبازی و خرابکاری** در تعدادی از کودکان دیده می‌شود که عوامل عصبی مانند اضطراب، تنبیه و درگیری‌های خانوادگی موجب بروز یا شدت آن می‌شود. درمان دارویی و آموزش خانواده در بهبود این کودکان مؤثر است.

۳. **مصرف سیگار، حشیش، الکل، تریاک، هروئین و سایر مواد، همگی ناشی از فشارها و مشکلات روانی و شخصیتی است.** مصرف این مواد هیچ کدام از مشکلات روانی و جسمی را حل نمی‌کند و موجب پیچیدگی مشکل و اختلالات و خطرات جدیدی هم می‌شود. این موارد را شناسایی کرده، رابطه صمیمی با آن‌ها برقرار نموده با دادن سایر آموزش‌های بهداشت روانی موافقت آن‌ها را همراه با راز داری کامل برای ارجاع به پزشک جلب نمایید. به خاطر داشته باشید که ادامه مصرف مواد ممکن است فرد را به نوع تزریقی (هروئین) بکشاند، و خطرناک‌ترین عارضه تزریق مشترک (چند نفر با یک سرنگ) و تزریق با وسایل غیر استریل ابتلا به هپاتیت و ایدز است. همچنین به مصرف کنندگان دیازپام، کودئین، دی‌فنوکسیلات و مرفین هشدار دهید که این داروها اعتیادآور است.

پارکینسون

این بیماری مربوط به سیستم دستگاه عصبی مرکزی بوده که در بزرگسالان و افراد مسن شایع می‌باشد و مشخصه مهم این بیماری سفتی عضلات، لرزش و از دست رفتن مهارت‌های حرکتی می‌باشد. علت اصلی در به وجود آمدن این بیماری مغز توانایی خود را در تولید یکی از ناقلین عصبی در مغز (دوپامین) دست می‌دهد.

عوامل ایجاد کننده بیماری

۱. افزایش سن
۲. جنس که در مردان بیشتر از زنان می‌باشد
۳. سابقه خانوادگی
۴. کاهش سطح استروژن
۵. عوامل ژنتیکی
۶. ضربات به خصوص ضربه به سر
۷. تماس با مواد سمی مانند آفت کش‌ها در کشاورزی

علائم و نشانه‌ها

۱. لرزش که زودرس‌ترین علامت مشخصه است
۲. کندی حرکت
۳. سفتی ماهیچه‌ها در قسمت‌های مختلف بدن
۴. فشارخون پایین
۵. ناراحتی پاها
۶. افسردگی

دمانس

دمانس یا زوال عقلی نوعی اختلال مزمن فرآیندهای روانی مربوط به مغز می‌باشد که با تغییر شخصیت و موقعیت ناشناس و اختلال در حافظه و داوری همراه است. شایع‌ترین نوع دمانس زوال عقلی سالخوردگی یا همان آلزایمر می‌باشد. از سایر دمانس‌ها می‌توان به دمانس عروقی، دمانس ناشی از ضربه، دمانس وابسته به الکل و HIV اشاره کرد.

علائم

شامل اختلال در حافظه، اختلال در زبان، تغییرات روان شناختی و روان پزشکی و مختل شدن فعالیت‌های روزمره

می‌باشد.

«فرم شرح حال روانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی»

شماره پرونده:

تاریخ مراجعه:

۱- نام و نام خانوادگی ۳- سن ۵- محل تولد ۷- شغل
۲- نام سرپرست خانوار ۴- جنس ۶- محل سکونت ۸- تحصیلات
۹- منبع ارجاع: خانه بهداشت ☐ خود بیمار ☐ خانواده ☐ پزشک ☐ سایر مراجع ☐

۱۰- زمان شروع بیماری فعلی:

۱۱- نحوه شروع بیماری فعلی: ناگهانی ☐ تدریجی ☐ نامشخص ☐

۱۲- علائم، تشخیص‌ها و درمان‌های قبلی:

۱۳- عوامل سبب ساز بیماری:

ضربه مغزی شدید ☐ بیماری جسمی ☐ بیماری تب دار شدید ☐
زایمان سخت ☐ زردی یا سیانوز شدید ☐ مصرف مواد مخدر ☐
مشکلات خانوادگی ☐ مشکلات شغلی و مالی ☐ سایر عوامل ☐

۱۴- سابقه بیماری جسمی:

۱۵- تاریخچه خانوادگی:

۱۶- اختلال در کارکردها: فردی ☐ خانوادگی ☐ تحصیلی ☐ شغلی ☐ اجتماعی ☐

۱۷- علائم و نشانه‌ها:

الف) فعالیت بیش از حد ☐	آرزوی مرگ ☐	توهم شنوایی ☐
سرخوشی و شادی زیاد ☐	افکار یا اقدام به خودکشی ☐	توهم بینایی ☐
پرحرفی ☐	بی میلی جنسی ☐	اختلال حافظه ☐
حرفهای بی ربط ☐	بی توجهی به خود ☐	اختلال جهت یابی ☐
خسونت ☐	رفتارهای عجیب و غریب ☐	فقدان بینش ☐
بی خوابی ☐	هذیان گزند و آسیب ☐	
قطع و ارتباط و گوشه گیری ☐	سایر هذیانها ☐	
ب) دلهره و نگرانی ☐	سردرد و سرگیجه ☐	کاهش یا افزایش اشتها ☐
طپش قلب ☐	دردهای پراکنده بدنی ☐	ترسهای غیرمنطقی ☐
خشکی دهان ☐	غمگینی و ناامیدی ☐	افکار وسواسی ☐
لرزش دستها ☐	ضعف یا خستگی پذیری ☐	اعمال وسواسی ☐

ج) بیهوشی ☐ بی اختیاری ادرار هنگام غش ☐ حملات در زمان و مکان خاص ☐

- ☐ حرکات تونیک کلونیک ☐ خارج شدن کف از دهان ☐ تاریخ آخرین حمله ☐
☐ گاز گرفتگی زبان ☐ حملات غش در حین خواب ☐ تعداد حملات در ماه گذشته ☐
☐ (د) تأخیر در نشستن ☐ تأخیر در سخن گفتن ☐ رفتارهای نامناسب و کود کانه ☐
☐ تأخیر در راه رفتن ☐ تأخیر در کنترل ادرار و مدفوع ☐ معلولیت‌های جسمی ☐
☐ (ه) سایر علائم و نشانه‌ها

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

امضاء:

۱۸- علائم مثبت و خلاصه شرح حال توسط پزشک:

۱۹- معاینه جسمی (از جمله دستگاه عصبی): طبیعی ☐ غیر طبیعی علائم غیر طبیعی ذکر شود....

۲۰- نتیجه بررسی‌های پاراکلینیک:

۲۱- تشخیص:

- (الف) پسیکوز: اسکیزوفرنیا ☐ افسردگی شدید ☐ مانیک - دپرسیو ☐ پسیکوز عضوی ☐ پسیکوز حاد ☐
 (ب) نوروز: اضطراب ☐ افسردگی ☐ هیستری ☐ فوبیا ☐ وسواس ☐
 (ج) صرع: صرع بزرگ ☐ صرع کوچک ☐ صرع روانی حرکتی ☐ تشنج همراه با تب ☐
 (د) عقب ماندگی ذهنی: خفیف ☐ متوسط ☐ شدید ☐ عمیق ☐
 (ه) سایر موارد تشخیصی...

۲۲- درمان اولیه و داروهای تجویز شده:

نام و نام خانوادگی پزشک:

امضاء:

دستورالعمل تکمیل فرم شرح حال روانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی

فرم شرح حال که در ۲ صفحه و ۲۲ بند تهیه شده است در مراکز بهداشتی درمانی توسط کاردان بهداشتی و از بند ۱۸ به بعد به وسیله پزشک مرکز و در صورت عدم حضور کاردان تماماً توسط پزشک به شرح ذیل تکمیل می‌گردد. در صفحه اول، در گوشه‌ی سمت چپ بالای فرم شماره پرونده بیمار و تاریخ مراجعه را یادداشت نمایید.

بند ۱ تا ۸

این قسمت از فرم مربوط به مشخصات اولیه بیمار است که از بیمار یا همراه او پرسیده و یادداشت کنید.

۹- منبع ارجاع

در این قسمت ناراحتی عمده فعلی که بیمار به خاطر آن به پزشک مرکز مراجعه کرده سؤال و با عین کلمات خود بیمار یا همراه وی یادداشت نمایید.

۱۰- زمان شروع بیماری فعلی

منظور موقعی است که علائم و نشانه‌های بیماری فعلی شروع شده و تا به حال ادامه داشته‌است. مثلاً از یک هفته قبل یا دو ماه قبل یا دو سال قبل.

۱۱- نحوه شروع بیماری

مشخص نمایید که آیا بیماری به طور ناگهانی و پس از بروز یک مشکل خاص شروع شده‌است یا این که آغاز بیماری کند و تدریجی بوده است. اگر به هر دلیلی نتوانستید چگونگی شروع بیماری را معلوم کنید در مربع جلوی عبارت «نامشخص» علامت ضربدر بزنید.

۱۲- علائم، تشخیص‌ها و درمان‌های قبلی

بررسی کنید که آیا بیمار قبلاً بیماری روانی داشته یا خیر در صورتی که از بیماری روانی خاصی رنج می‌برده با سؤال کردن از خود بیمار یا همراه وی و در صورت داشتن نسخه پزشک معالجش، علائم و نوع بیماری قبلی وی را مشخص و یادداشت نمایید. علاوه بر این مشخص نمایید که آیا بیمار قبلاً در بیمارستان یا بخش روان پزشکی بستری شده‌است یا خیر و همچنین نوع داروهای مصرفی قبلی او را در این قسمت ذکر کنید.

۱۳- عوامل سبب‌ساز بیماری

عواملی هستند که در ایجاد و بروز بیماری دخیل هستند. در صورت وجود چنین عواملی در مربع جلوی هر کدام از آن‌ها علامت ضربدر بزنید.

۱۴- سابقه بیماری جسمی

در صورتی که فرد قبلاً و یا در حال حاضر مبتلا به بیماری جسمی مهمی بوده یا می‌باشد نوع آن را بررسی کنید و ذکر نمایید. مثلاً سابقه عمل جراحی، ناراحتی کلیه، فشار خون، آنسفالیت و...

۱۵- تاریخچه خانوادگی

در این قسمت روابط فامیلی والدین را بررسی کنید. مثلاً اینکه والدین دخترعمو- پسرعمو هستند و در صورتیکه روابط خویشاوندی نیز ندارند قیدنمایید. علاوه بر این اگر در بین افراد خانواده یا خویشاوندان بیماری روانی وجود دارد بررسی و نوع آن را ذکر کنید. مثلاً «پسرخاله بیمار مبتلا به بیماری اسکیزوفرنیا است.»

۱۶- اختلال در کارکردها

ممکن است بیمار در هر یک از کارکردهای فردی، خانوادگی، تحصیلی، شغلی و یا اجتماعی‌اش دچار اختلال باشد. اختلال در کارکردهای فردی بدین معنی است که فرد نمی‌تواند کارهای شخصی‌اش را از قبیل نظافت، شستشو، غذا خوردن و غیره انجام دهد. اختلال در کارکرد خانوادگی به ناسازگاری‌های فرد با اعضاء خانواده و دعوا و بگومگو یا ناتوانی در ایفای نقش پدری یا مادری اشاره دارد. منظور از اختلال در کارکردهای تحصیلی این است که فرد در محیط مدرسه و مسائل درسی مشکل دارد یا دچار افت تحصیلی می‌باشد. اگر فردی نتواند به مدت زیادی در یک شغل دوام آورد و مرتباً مجبور به عوض کردن شغلش شود و یا با همکارانش ناسازگاری داشته یا این که مکرراً در کارش غیبت کند به نوعی در کارکردهای شغلی دچار اختلال است. اختلال در کارکردهای اجتماعی شامل مواردی از این قبیل می‌باشد: ناسازگاری با دوستان و اطرافیان، نداشتن دوست، عدم رفت و آمد با آشنایان و همسایگان. در صورت وجود هر کدام از این اختلالات در مربع جلوی هر مورد علامت ضربدر بزنید.

۱۷- علائم و نشانه‌ها

این بند به پنج بخش الف، ب، ج، د، ه تقسیم شده است.

الف) این بخش بیشتر به **علائم و نشانه‌های بیماران پسیکوتیک (روانی شدید)** مربوط می‌شود. با بررسی این علائم نوع بیماری روانی شدید فرد مشخص می‌شود. مثلاً اگر فردی زیاد فعالیت می‌کند، سرخوش و شاد بوده، زیاد حرف می‌زند و اکثر حرف‌هایش بی‌ربط و علاوه بر این‌ها دچار بی‌خوابی بوده و احتمالاً دست به خشونت هم می‌زند، در این مورد تشخیص بیماری **مانیک - دپرسیو** مطرح می‌باشد. یا فردی که قادر به ارتباط با دیگران نیست و دچار گوشه‌گیری، هذیان، توهم (به خصوص توهم شنوایی) می‌باشد و قادر به ارتباط با دیگران نیست و دچار گوشه‌گیری، هذیان، توهم (به خصوص توهم شنوایی) می‌باشد و رفتارهای عجیب و غریب هم نشان می‌دهد و حرف‌های بی‌ربط می‌زند، به احتمال زیاد دچار بیماری **اسکیزوفرنیا** است. لازم به یادآوری است که منظور از «هذیان» عقیده باطلی است که بیمار قویاً به آن ایمان دارد و نمی‌توان با ذکر شواهد، استدلال و مخالفت ورزیدن، آن را از بین برد. هذیان انواع مختلفی دارد که یکی از موارد شایع آن «هذیان گزند و آسیب» است که بیمار فکر می‌کند «می‌خواهند او را بکشند» یا «همسرش سعی دارد در غذایش زهر بریزد و او را مسموم کند». منظور از «**توهم**» درک حسی اشتباهی است که در عالم خارج برای آن محرکی وجود ندارد. توهم نیز بر چند نوع است. «**توهم شنوایی**» وقتی تشخیص داده می‌شود که بیمار صداهایی را می‌شنود که افراد دیگر آن صداها را نمی‌شنوند. «**توهم بینائی**» بدین ترتیب است که فرد تصاویر، جرقه‌های نورانی یا افرادی را می‌بیند که واقعاً در محیط خارج وجود ندارند. «**فقدان بینش**» که بیشتر در بیماران پسیکوتیک دیده می‌شود عبارت است از این که بیمار با وجود علائم مثبت و شدید به بیماری خود واقف نبوده و خود را بیمار نمی‌داند.

ب) علائم این بخش بیشتر مربوط به **علائم اختلالات نوروپیک (روانی خفیف)** می‌باشد و با وجود آن‌ها در حالی که هم‌زمان علائم روانی شدید وجود ندارد به یکی از تشخیص‌های لازم در این زمینه دست می‌یابید. در صورتی که علاوه بر وجود علائم و نشانه‌های روانی شدید (بخش الف) علائم نوروپیک هم در فرد دیده شود فقط همان تشخیص‌های پسیکوتیک مطرح می‌باشند.

اگر فردی از دلهره و نگرانی، طپش قلب، لرزش دست‌ها و خشکی دهان رنج می‌برد دچار «اضطراب» است. یا بیماری که بیشتر ناراحتی‌هایش مبنی بر ترس‌های غیر منطقی است مانند ترس از صحبت کردن در جلوی جمع، ترس از غذا خوردن در مهمانی‌ها و جلوی دیگران یا ترس از بیرون رفتن از منزل، در این صورت دچار «فوبیا» می‌باشد. همچنین فردی که از غمگینی و ناامیدی، کاهش یا افزایش اشتها، دردهای پراکنده بدنی و ضعف و خستگی‌پذیری شکایت دارد، دچار بیماری افسردگی (خفیف) می‌باشد.

لازم به ذکر است که منظور از «افکار وسواسی» افکار مزاحم و بیهوده‌ای است که علی‌رغم تمایل فرد همیشه در ذهن او تکرار می‌شوند و فرد می‌خواهد ولی نمی‌تواند در مقابل آن‌ها مقاومت کند، مانند فکر صدمه‌زدن به کسی، تفکرات مکرر و دائمی در مورد کثافت و آلودگی، شک و تردید یا وجود افکار کفرآمیز در ذهن یک فرد مذهبی. منظور از «اعمال وسواسی» اعمالی است که فرد علی‌رغم میل باطنی و با وجود مقاومت در مقابل آن‌ها دست به آن کارها می‌زند مثل شستن و آب کشیدن مکرر دست‌ها، بدن یا لباس‌های خود و یا چک کردن مکرر قفل در و اجاق گاز. در صورت وجود این علائم تشخیص «وسواس» مطرح می‌باشد.

ج) علائم این قسمت مربوط به بیماران صرعی و غش‌های هیستریک می‌باشد. در صورتی که شخص علائم مشخص صرع از قبیل بیهوشی، حرکات تونیک - کلونیک یا به زمین خوردن و دست و پا زدن، آمدن کف از دهان و گاز گرفتگی زبان و در بعضی مواقع عدم کنترل ادرار را داشته باشد مبتلا به «صرع بزرگ» است. ضمناً تاریخ آخرین حمله و متوسط تعداد حملات صرعی در ماه گذشته را بررسی نموده و در جلوی هر مورد یادداشت نمایید.

د) علائم و نشانه‌های این بخش مربوط به عقب ماندگی ذهنی می‌شود و لازم است که بیمار مورد معاینه قرار گرفته و از همراه بیمار نیز (به ویژه مادر) سئوالات دقیق راجع به مراحل رشد وی به عمل آید تا نهایتاً به تشخیص عقب ماندگی و درجه شدت آن پی ببرید.

ه) اگر مراجعه کننده‌ای علائم و نشانه‌هایی دارد که در تقسیم‌بندی فوق نمی‌گنجد، مهم‌ترین علائمش را در این جا یادداشت کنید. علائم و نشانه‌های اختلالات رفتاری کودکان، پارکینسون و غیره.

تذکره: به منظور تشخیص قطعی بیماری وجود یک یا دو علامت کافی نبوده و ضمناً هم لازم نیست که بیمار تمامی علائم یک طبقه تشخیصی را داشته باشد تا در آن طبقه جای گیرد. لذا مبنای تشخیص بیماری، علائم و نشانه‌های موجود در فرم شرح حال و آموزش‌های قبلی در این زمینه می‌باشد.

۱۸- علائم مثبت و خلاصه شرح حال

پزشک پس از مصاحبه با بیمار لازم است که خلاصه شرح حال علائم و نشانه‌های بارز و مثبتی را که در او تشخیص داده در این جا ذکر نماید. خلاصه‌ها باید جامع اما کوتاه باشد. باید به فرم تلگرافی و مختصر نوشته شود که دیگران به خصوص پزشکان به راحتی بتوانند به اطلاعات مورد نیاز دست یابند. مثلاً «بیمار فکر می‌کند زنش می‌خواهد در غذایش سم بریزد و او را مسموم کند و نسبت به همه بدبین است».

علائم مثبت: هذیان‌گزند و آسیب، توهم‌شنوایی، حرف‌های بی‌ربط، رفتارهای عجیب و غریب، فقدان بینش و... از انواع علائم مثبت است که باید ذکر شود.

۱۹- معاینه جسمی (از جمله دستگاه عصبی)

در این جا پزشک باید پس از معاینه عمومی و جسمی به ویژه دستگاه عصبی، در صورت وجود علائم غیر طبیعی نوع آن‌ها را ذکر نماید.

۲۰- نتیجه بررسی‌های پاراکلینیکی

نتیجه آزمایشات، رادیوگرافی، الکتروانسفالوگرافی، سی‌تی اسکن و غیره در این قسمت توسط پزشک نوشته شود.

۲۱- تشخیص

این قسمت با توجه به تقسیم‌بندی علائم و نشانه‌ها به پنج بخش الف، ب، ج، د، ه تقسیم شده است. در هر بخش چند نوع تشخیص ذکر شده است که با توجه به نوع علائم و نشانه‌های هر بیمار به یکی از تشخیص‌های لازم پی می‌برید. در صورتی که نوع بیماری فرد در تقسیم‌بندی‌های چهارگانه فوق نمی‌گنجد، از قبیل پارکینسون، شب ادراری، اختلالات رفتاری کودکان و غیره، در بخش «سایر موارد تشخیصی» یادداشت شود.

۲۲- درمان اولیه و تجویز شده

داروهایی را که در اولین مراجعه برای این بیمار تجویز شود در این قسمت یادداشت شود.

ثبت مراجعات بیمار

برگ ثبت مراجعات بیمار که ضمیمه فرم شرح حال می‌باشد از دومین مراجعه بیمار به بعد به طریقی که در ذیل

توضیح داده شده توسط کاردان بهداشتی یا پزشک مورد استفاده قرار می‌گیرد.

• «تاریخ مراجعه»: منظور تاریخ مراجعه فعلی بیمار است که هر بار باید نوشته شود.

• «سیر بیماری»: در این قسمت علائم و نشانه‌های فعلی بیمار و عوارض جانبی داروهای مصرف شده را در هر بار مراجعه

یادداشت نمایید.

• «داروهای تجویز شده»: اسامی داروهایی که برای هر بار مراجعه بیمار تجویز می‌شود، در این قسمت ذکر کنید.

• «تاریخ مراجعه بعدی»: لازم است با توجه به وضعیت بیمار، نوع و سیر بیماری و همچنین میزان داروهای تجویز شده

تاریخ مراجعه بعدی را در این قسمت یادداشت کنید.

جدول ثبت مراجعات بیمار

تاریخ مراجعه	سیر بیماری	داروهای تجویز شده	تاریخ مراجعه بعدی

(فرم پیگیری و مراقبت بیماری‌های غیر واگیر)

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد:

در این قسمت اطلاعات مربوط به زمان شناسایی اولیه ثبت گردد.

	بلی	❖ خیر	تاریخ شروع	تعداد دفعات مصرف در روز	مصرف دخانیات*
	بلی	❖ خیر	نسبت با بیمار		✓ سابقه فشارخون بالا در بستگان درجه اول
	بلی	❖ خیر	نسبت با بیمار		✓ سابقه بیماری دیابت در بستگان درجه اول
	وزن			سایر عوامل خطر در زمان شناسایی	BMI ✓ اولیه:
نتایج آزمایشات:					

[illegible]

* دخانیات شامل (قلیان، سیگار، پپ و چیق) است.

**** علت عدم مراقبت (فوت، بهبودی و مهاجرت است)**

مرکز بهداشت استان

مرکز بهداشت شهرستان

لیست پیگیری و ارجاع مراقبت بیماران روانی - عصبی

مرکز بهداشتی درمانی

خانه بهداشت

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ساختمان	سن	تاریخ اولین ارجاع	نوع بیماری	برنامه ارجاع و مراقبت																									
						فروردین		اردیبهشت		خرداد		تیر		مرداد		شهریور		مهر		آبان		آذر		دی		بهمن		اسفند			
						○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*
۱																															
۲																															
۳																															
۴																															
۵																															
۶																															
۷																															
۸																															
۹																															
۱۰																															

* مواردی که در این ماه توسط بهورز مراقبت می‌شوند.

○ مواردی که این ماه توسط پزشک مراقبت می‌شوند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان خراسان رضوی
مرکز بهداشت استان

فرم ثبت اختلالات اعصاب و روان

ماه: سال:

- ☐ مرکز بهداشت شهرستان
- ☐ مرکز بهداشتی درمانی شهری
- ☐ مرکز بهداشتی درمانی روستایی
- ☐ پایگاه بهداشتی
- ☐ تیم سیار

تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش:

تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی تحت پوشش:

تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی تحت پوشش:

تعداد خانه‌های بهداشت تحت پوشش:

تعداد پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش:

نوع بیماری		جنس	موارد تحت درمان																	موارد تحت مراقبت	موارد قطع مراقبت و درمان						ارجاع																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
			موارد جدید																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
			کمتر از یکسال	۱-۲	۵-۱۴	۱۵-۲۴	۲۵-۳۴	۳۵-۴۴	۴۵-۵۴	۵۵-۵۹	۶۰-۶۴	۶۵ و بالاتر	جمع	مرد	تکراری	امتناع از درمان	بیمورد	فوت	مهاجرت موقت		مهاجرت دائم	مراکز تخصصی	بستری																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
روانی شدید	زن																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												

تأیید بالاترین مقام مسئول:

نام و نام خانوادگی و امضاء گزارشگر:

دستورالعمل تکمیل فرم ثبت اختلالات روانپزشکی

۱. در گوشه چپ بالای فرم اطلاعات دقیق شامل تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی، شهری، شهری روستایی

تحت پوشش، خانه‌های بهداشت تحت پوشش نوشته شود.

۲. در گوشه راست بالای فرم اطلاعات دقیق مشخص شده تکمیل شود.

۳. در ستون مربوط به نوع بیماری‌ها:

الف) روانی شدید: مانند اسکیزوفرنی - افسردگی شدید یا سایکوتیک - مانیک دپرسیو - سایکوز حاد

ب) روانی خفیف: مانند اضطراب - افسردگی خفیف و متوسط - وسواس - اختلالات خواب - سایر موارد

(اختلالات جنسی، هیستری، فوبی، تیک، ...)

ج) صرع: (در صورت تشخیص تب و تشنج توسط پزشک جزء آمار صرع محسوب نمی‌شود)

د) عقب‌ماندگی ذهنی

ه) اختلالات روانپزشکی کودکان: مانند بی‌اختیاری ادرار - لکنت زبان - ناخن جویدن - بیش‌فعالی - اختلالات

یادگیری - اوتیسم و ...

✓ (کودکانی که دچار بیماری روانی شدید، روانی خفیف، صرع و عقب‌ماندگی هستند در همان ستون‌های

مربوطه ثبت گردد.)

و) دمانس

ز) پارکینسون

۴. موارد تحت درمان

بیمار تحت درمان بیماری است که تحت نظر درمانگر، خدمات درمانی (دارویی - غیر دارویی) را دریافت می‌کند و

در ستون‌های جدید، تکراری یا عود قرار می‌گیرد. بیمار تحت درمان شامل موارد ذیل می‌باشد.

الف: موارد جدید: بیماری که در ماه جاری برای اولین بار به منظور دریافت خدمات درمانی مراجعه کرده است. این بیمار در همان ماه که شناسایی می‌شود بیمار جدید محسوب می‌شود. بیمار جدید در صورتی نیاز به درمان داشته باشد از ماه دوم به بعد در قسمت تکراری ثبت می‌شود.

ب: موارد تکراری: این وضعیت مربوط به بیماری است که طی ماه یا ماه‌های قبل جهت درمان مراجعه داشته و تحت درمان بوده و بیمار جدید نیست. در مواردی که پزشک بنا به صلاحدید، دارو تجویز می‌کند با آن که لزومی ندارد در طی چند ماه بیمار برای دریافت خدمات درمانی مراجعه نماید اما در این ماه‌ها در ستون تکراری ثبت می‌شود و توسط بهورز یا کاردان مورد پیگیری قرار می‌گیرد. (بیمارانی که خارج از نظام شبکه بهداشتی درمانی تحت درمان یا مراقبت قرار می‌گیرند در صورت اطمینان بهورز از دریافت مراقبت یا درمان بایستی در ماه اول به عنوان موارد جدید و در ماه‌های بعد در ستون‌های تکراری ثبت گردد.

ج: عود: بیماری که اختلال وی بهبود یافته است اما علایم همان اختلال پس از مدتی مجدداً بروز می‌کند به طوری که این بیمار نیاز دارد که جهت این اختلال مجدداً تحت درمان قرار گیرد در آن ماه که اختلال بیمار عود می‌کند بیمار در ستون عود ثبت می‌شود اما از ماه‌های بعد در ستون تکراری ثبت می‌گردد.

۵. موارد تحت مراقبت: بیمار تحت مراقبت شمال گروه‌های ذیل است:

الف: بیماری که دوره درمان را کامل کرده و بهبود یافته است و طبق نظر پزشک نیازی به ادامه درمان ندارد اما به منظور پیشگیری از عود بیماری در مدت تعیین شده توسط پزشک، تحت مراقبت قرار می‌گیرد.

ب: از آنجایی که بیمار مبتلا به عقبماندگی ذهنی هرگز بهبود نمی‌یابد لذا این بیماری در آن ماه که شناسایی می‌شود بیمار جدید است اما از ماه‌های بعد تحت مراقبت محسوب می‌شود. منظور از مراقبت، توجه به وضعیت بیمار، توجه به اختلالات توأم و ارائه آموزش‌های لازم به بیمار و خانواده‌اش است.

✓ پزشک علاوه بر تعیین طول مدت مراقبت هر یک از بیماران باید تواتر زمانی مراقبت آنان را نیز تعیین کند یعنی مشخص کند که هر بیمار برای چند ماه تحت مراقبت قرار گیرد و هر چند ماه یکبار پیگیری برای مراقبت وی انجام شود.

✓ مراقبت از بیمار عقبمانده ذهنی مادام‌العمر است.

۶. موارد قطع مراقبت و درمان: چنان‌چه به هر دلیلی درمان یا مراقبت قطع شده باشد بایستی در ستون‌ها ثبت شود که شامل: الف) امتناع از درمان: این بیماران کسانی هستند که علی‌رغم توصیه‌ها و آموزش‌های به‌ررز، کاردان، پزشک مرکز حاضر به درمان و پیگیری نمی‌باشند. (تا ۶ ماه در ستون تکراری و بعد از آن در ستون امتناع از درمان ثبت می‌گردد). ب) بهبود: بیمارانی که با تأیید و نظر پزشک معالج نیاز به ادامه درمان و مراقبت ندارد.

ج) فوت: در این قسمت بایستی حتماً در پایین فرم نام متوفی، علت فوت و تاریخ آن ذکر شود.

د) مهاجرت: شامل مهاجرت دائم (مواردی که اطمینان قطعی از عدم بازگشت بیمار حاصل شده است و در این صورت بایستی از آمار ستون تکراری حذف شود) و غیر دائم یا موقتی (مواردی که بیمار کمتر از ۶ ماه از محل زندگی خود نقل مکان کرده باشد در این صورت در طول این مدت نباید از ستون تکراری حذف شود)

۷. ارجاع: بیماری که جهت دریافت خدمات تخصصی و یا جهت بستری شدن از مرکز بهداشتی درمانی به سطوح تخصصی ارجاع داده شده باشد. بیمار در آن ماه که به مرکز تخصصی (یا بیمارستان) جهت درمان سرپایی یا بستری ارجاع می‌شود در دو ستون ثبت می‌گردد.

الف: در ستون ارجاع

ب: در ستون تکراری در ماه‌های بعد این بیمار فقط در ستون تکراری ثبت می‌شود.

۸. در سمت راست پایین جدول جمعیت تحت پوشش در مناطق روستایی، تعداد افرادی است که براساس آمارگیری اول سال در محدوده آن واحد بهداشتی زندگی می‌کنند و در مناطق شهری جمعیت واقعی تحت پوشش مرکز براساس آخرین سرشماری است. (جمعیت بایستی به تفکیک سن و جنس ثبت شود)

فصل هشتم: سوانح و حوادث

اهداف آموزشی

در پایان انتظار می‌رود فراگیر در پایان فصل بتواند.

۱. به طور کلی سه گروه حوادث را شرح دهند.

۲. خطر را تعریف کند.

۳. حادثه را تعریف و سه خاصیت آنرا لیست نمایند.

۴. ایمنی را تعریف کرده و ارتقا ایمنی را شرح دهد.

۵. شاخص‌های بین‌المللی جامعه ایمن را لیست نمایند.

۶. وظایف بهورز به هنگام وقوع حوادث را بیان نمایند.

۷. چکلیست ایمنی منزل را با توجه به دستورالعمل تکمیل نمایند.

۸. فرم شماره یک را با توجه به چکلیست ایمنی منزل تکمیل نمایند.

۹. فرم شماره دو را با توجه به فرم شماره یک تکمیل نمایند.

تعاریف

حوادث را به طور کلی به سه گروه عمده زیر تقسیم می‌کنند.

- حوادث غیر عمدی مانند حوادث ترافیکی، سقوط، سوختگی، غرق‌شدگی، خفگی، مسمومیت، برق‌گرفتگی، و گزش جانوران سمی

- حوادث عمدی مانند: خودکشی، دیگرکشی، آزار، خشونت، تجاوز و جنگ
- حوادث یا بلایای طبیعی مانند سیل، زلزله، آتشفشان، طوفان‌ها، بهمن و...

نکته

حوادث غیر عمدی را بر اساس محل وقوع نیز می‌توان دسته‌بندی نمود.

- حوادث خانگی یا حوادث در منزل
- حوادث ترافیکی (جاده‌ای و خیابانی)
- حوادث محیط کار
- حوادث محیط‌های ورزشی
- حوادث در اوقات فراغت
- حوادث در مدرسه و محیط‌های آموزشی

تعریف خطر

خطر شرایطی است که دارای پتانسیل رساندن صدمه به افراد، خسارت به تجهیزات و ساختمان‌ها و از بین بردن مواد و کاهش قدرت و کارایی در اجرای عملکرد باشد.

تعریف حادثه

حادثه عبارت است از واقعه یا رویداد برنامه‌ریزی نشده که می‌تواند منجر به ایجاد آسیب شود، و پیشرفت یا روند طبیعی یک فعالیت (کار) را مختل سازد و همواره در اثر یک عمل یا اقدام غیر ایمن و یا در اثر شرایطی غیر ایمن (رفتار- محیط) و یا در اثر ترکیبی از این دو نوع به وقوع می‌پیوندد.

سه خاصیت حادثه عبارتند از:

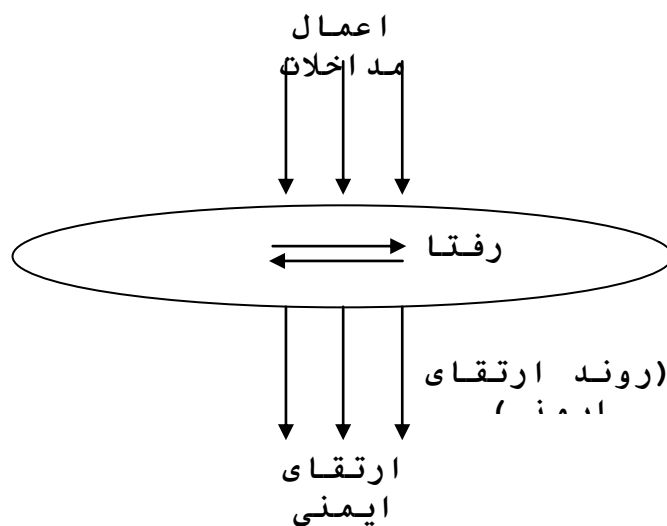
- ناگهانی بودن
- ناخواسته بودن
- خسارت بار بودن

تعریف ایمنی

میزان یا درجه فرار از خطرات تعریف می شود در برنامه ایمنی اولین قدم شناسایی خطر می باشد.

ارتقاء ایمنی

به روندی اطلاق می شود که برای ایجاد و حفظ ایمنی قابلقبول در سطح محلی، منطقه ای و ملی یا بین المللی توسط افراد جامعه-دولتمردان سازمان های غیردولتی طی می شود. این روند شامل تلاش های توافق شده برای اصلاح محیط اعم از فیزیکی، اجتماعی، صنعتی و اقتصادی و تغییر رفتار می باشد.



شاخص های بین المللی برنامه جامعه ایمن

- ایجاد تشکیلاتی بر اساس مشارکت و همکاری بین بخشی که هر کدام از سازمان ها مسئولیت اجرای برنامه جامعه ایمن را در حیطه اختیارات خود قبول کنند.

- وجود برنامه‌ای مستمر و درازمدت که هر دو جنس، تمام گروه‌های سنی و همه محیط‌ها و موقعیت‌ها را تحت پوشش قرار دهد.
- وجود برنامه‌ای که هدفش ارتقاء ایمنی گروه‌ها و محیط‌های در معرض خطر باشد.
- وجود برنامه‌ای که تعداد موارد مصدومین و علل حوادث را ثبت و مستندسازی کند.
- وجود یک نظام ارزشیابی که مراحل اجرای برنامه و تأثیر تغییرات آن را مورد بررسی قرار دهد.
- شرکت مستمر در شبکه ملی و بین‌المللی جوامع ایمن

وظایف بهورز به هنگام وقوع حوادث

- پذیرش مصدوم مراجعه‌کننده و ارائه خدمات امدادی و درمانی و ارجاع به سطح بالاتر در صورت نیاز
- ثبت حوادث و تجزیه و تحلیل اطلاعات به صورت ماهانه
- اولویت‌بندی حوادث بر اساس میزان بروز و شدت حادثه اتفاق افتاده
- تعیین علل ایجاد حوادث
- گزارش دهی به مرکز بهداشتی درمانی روستایی و به شورای روستا
- آموزش در جهت ارتقای ایمنی به ساکنین روستا
- پیگیری مصدومین ارجاع‌شده به مرکز بهداشتی درمانی روستایی تا اخذ نتیجه نهایی و پایش مداخلات مصوبه
- جهت پیشگیری از حادثه
- بازدید منزل و تکمیل چک‌لیست‌های ارسالی از طرف معاونت سلامت
- پیگیری وضعیت مصدومین روستا
- مشارکت در اعمال مداخلات

متن آموزشی در مورد دستورالعمل و بررسی چک‌لیست در منزل

الف: به منظور جلوگیری از سوانحی نظیر پرتشدن از ارتفاعات مثل پشت‌بام، پله، گودال، پنجره، بالکن و یا هر جایی که از سطح زمین بلندتر و یا پست‌تر باشد و یا محل‌های مثل حوض، آب‌انبار، برکه، استخر، چاه باید اینگونه

مکان‌ها با حفاظ مناسب، نرده محصور شوند تا امکان سقوط و یا خفگی در آن‌ها وجود نداشته باشد. پله‌ها باید مجهز به نرده بوده و لبه آن تیز و زاویه‌دار نباشد چون این امر باعث می‌شود که در صورت لغزش و یا سقوط بر روی پله‌ها صدمات کمتری به فرد وارد آید، راه‌پله کاملاً تمیز و در مسیر آن وسایل دست و پاگیر گذاشته نشود و از روشنایی کافی هنگام شب برخوردار باشد (در ضمن هنگام ساخت خانه می‌بایستی توجه داشت که حداکثر ارتفاع پله‌ها را حدود ۱۸ سانتی‌متر و حداقل عرض آن‌ها را ۳۰ سانتی‌متر انتخاب کرد و برای اتاق‌هایی که در طبقات بالا قرار دارند بهتر است پنجره‌ها را حداقل ۱۲۰-۱۰۰ سانتی‌متر از کف اتاق بالاتر ساخت تا مانع سقوط گردد).

ب: در منازلی که از تنور استفاده می‌کنند نیز میبایستی دقت شود که حتماً تنور دارای درپوش مناسب بوده تا در مواقع غیرضروری بسته بوده و مانع سقوط اطفال گردد و در ضمن در موقع استفاده نیز حتماً دقت شود که اطفال از محل پخت و پز بدور باشند تا موجب سوختگی اطفال نگردد.

ج: یکی از عمده‌ترین سوانحی که برای کودک بوجود می‌آید دسترسی آن‌ها به داروها و حشره‌کش‌ها و پودرها، مواد پاک‌کننده، ضد عفونی‌کننده‌ها، مواد اسیدی وقلیایی، گازهای سمی و مواد سوختنی مثل نفت و بنزین می‌باشد که ممکن است باعث مسمومیت به خصوص در اطفال گردد. در این زمینه باید توصیه‌های زیر را بکار بست:

- این مواد باید در کمد‌های دربسته و قفل‌دار و یا در جای دور از دسترس کودکان قرار می‌گیرد و در ارتفاع بالا روی دیوار نصب شود.

- مواد نفتی نیز در مکانی بدور از دسترس اطفال گذاشته شود و بنزین نیز به علت خطراتی که دارد بهتر است که اصلاً در منزل ذخیره و نگهداری نشود.

- نام هر یک از مواد بر روی آن‌ها ثبت و چسبانده شود تا اشتباهاً به جای مواد غذایی در پختوپز از آن‌ها استفاده نشود.

- استفاده از قرص برنج به منظور پیشگیری از گندزدایی در کیسه‌های برنج خطرناک می‌باشد و اگر همواره با برنج خورده شود ایجاد مسمومیت و حتی مرگومیر می‌نماید.

• مواد شیمیایی مانند سموم کشاورزی و کود شیمیایی نباید در آشپزخانه قرار گیرد تا غفلتاً به جای مواد غذایی مصرف نشود.

۵: در مورد سیم‌کشی ساختمان و کلید و پریزهای منزل و حمام می‌بایستی نکات زیر مورد بررسی و بازدید قرار گیرد تا خطر برق‌گرفتگی وجود نداشته باشد:

- کلید و پریزها در خانه باید دارای روکش سالم و بدون شکستگی و از نوع استاندارد باشند.
- سیم‌کشی برق حمام باید توکار بوده و حتی‌الامکان از گذاشتن کلید و پریز داخل حمام خودداری شود.
- لامپ روشنایی حتماً دارای حباب باشد. از آویزان کردن هر نوع چراغ نفت‌سوز و گازسوز در حمام خودداری و در اماکنی که برق وجود ندارد سعی شود از حمام در روز استفاده گردد در صورت لزوم می‌توان به مدت کوتاهی از چراغ فانوسی استفاده شود.
- از دست زدن سیم‌های برق و اتصالات بدون عایق خودداری و مواظب باشید به هیچ‌وجه با لباس و بدن مرطوب به وسایل برقی دست نزنید.
- محل کنتور فیوزهای برق منزل بایستی کاملاً مشخص و به راحتی قابل دسترس باشد.
- هنگام کوبیدن میخ به دیوار مواظب مسیر سیم‌های داخل دیوار باشید.
- پریزها باید در ارتفاعی دور از دسترس اطفال قرار داشته باشد و اگر پریزهای برق در پایین دیوار قرار دارد می‌بایستی سوراخ‌های آن با درپوش‌های پلاستیکی پوشانیده شود تا کودکان نتوانند اشیایی مانند سیم یا میخ و... را در سوراخ‌های پریز نمایند.
- در حین برق‌کاری حتماً از زیرپایی عایق مثل چوب و پلاستیک استفاده کنید و قبل از شروع کار کلید کنتور برق را قطع کنید.
- مواظب گرم‌کننده‌های برقی و سایر لوازم برقی خانگی نظیر ریش‌تراش، سشوار در حمام باشید. از ابزار با دسته عایق استفاده کنید.
- [(در ضمن در مورد استفاده از وسایل برقی مثل پنکه و یا اطو نیز مواظب اطفال باشیم)]

۵: آشپزخانه:

بیشترین حادثه در آشپزخانه و محل پختوپز غذا اتفاق می افتد که نکات زیر می بایستی در آشپزخانه مورد توجه قرار گیرد.

- محل پختوپز غذا باید حتی الامکان از اتاق نشیمن جدا باشد استفاده از اتاق نشیمن و راهرو جهت تهیه غذا سبب می شود که در وقت رفت و آمد مخصوصاً بازی بچه ها با یک غفلت چراغ خوراک پزی و قابلمه و کتری آب جوش افتاده و باعث حادثه ناگوار و سوختگی شدید گردد. در شرایطی که نتوان از آشپزخانه مجزا استفاده کرد بهتر است به طریقی مثلاً با چند تکه تخته و چوب و یا به شکل صحیح دیگری اطراف چراغ خوراک پزی و بخاری و یا اجاق را از بقیه قسمت های اتاق یا راهرو جدا کرد تا اطفال نتواند به آنها نزدیک شوند.

- اشیاء خطرناک مثل انواع چاقوآلات تیز و برنده، مداد، چنگال، میخ را در دسترس کودکان قرار ندهید و در صورت برداشتن آنها توسط کودک، با رعایت و احتیاط کامل از آنها پسگیرند.

- در یخچال بایستی محکم و حتی الامکان قفل باشد، هنگام استفاده از وسایل برقی آشپزخانه مثل چرخ گوشت، آبمیوه گیری، آسیاب، سماور، کودک را از محل دور نگهدارید در صورتیکه به عللی چون زنگ تلفن یا درب منزل، مجبور به ترک آشپزخانه شدید آنرا خاموش و از پریز برق خارج نمایید. به علت بازیگوشی کودکان احتمال روشن شدن اتفاقی و دستبردن کودک به داخل چرخ های گرداننده و نهایتاً جراحت شدید کودک وجود دارد.

- هنگام چرخ کردن گوشت از انگشتان برای فشار دادن گوشت به داخل چرخ گوشت استفاده نشود. کارکرد صحیح با این وسیله استفاده از میله مخصوص چوبی به جای انگشتان می باشد.

- وسایل برقی چون آسیاب، چرخ گوشت، سماور، آبمیوه گیری بایستی در محل مناسب و با اتکا کافی قرارداد ه شود تا از سقوط آنها جلوگیری شود. معمولاً کودکان سیم های این وسایل را کشیده و در صورت نامناسب بودن محل استقرار خطر سقوط آنها بر روی کودکان وجود دارد.

- برای جلوگیری از افتادن قابلمه، کتری نباید آن‌ها را در جلو سطح کابینت یا قفسه و یا اجاق گاز گذاشت.
- وسایل آتش‌زا چون کبریت، فندک، در جای مخصوصی در بلندی گذاشته‌شود تا کودکان نتوانند به آن‌ها دسترسی پیداکنند.
- در موقع پختوپز غذا باید از سرریز شدن آب و شیر و مواد غذایی جلوگیری نمود، چون باعث خاموش شدن چراغ گاز شده و انتشار گاز در فضا را باعث می‌شود.
- برای روشن کردن چراغ گاز و یا هر وسیله گازسوز دیگر ابتدا باید کبریت را روشن نموده و سپس شیر گاز را باز کرد.
- اجاق گاز در منزل بایستی بر روی پایه محکم و محل مطمئن دور از دسترس کودک قرار گیرد و همیشه سیلندر گاز هنگام ترک آشپزخانه و احتمال حضور کودک در آن بسته‌شود به علت امکان بازی کودک با شیر گاز و روشن‌بودن اجاق خطر نشت و پراکندگی گاز در محیط وجود دارد.
- از قراردادن وسایل گازسوز در مسیر جریان باد و کوران خودداری کرد تا در اثر جریان هوا شعله آن‌ها خاموش نگردیده و در محیط پراکنده نشود.
- اگر ظرف روغن روی گاز آتش گرفت باید یک درپوش روی ظرف قرارداد تا آتش آن خاموش گردد.
- هنگام طبخ غذا در مراسم مختلف عروسی‌ها و عزاداری‌ها و... مراقب کودکان بوده تا دچار سانحه نگردند.
- دیگ‌های زودپز غیراستاندارد بسیار خطرناک می‌باشند و در صورتیکه نتوانند بخار را از خود خارج نمایند مثل یک بمب منفجر می‌شوند. حلقه لاستیکی دور دیگ باید سالم بوده از سررفتن غذا روی اجاق گاز و خاموش شدن آن جلوگیری گردد توجه داشته‌باشید درب دیگ در جای خود محکم شود و سوپاپ آن کاملاً تمیز و قابل‌استفاده باشد.
- از لبه آستین به جای دستگیره برای برداشتن قابلمه و دیگ استفاده‌نشود.
- حتی‌المقدور اجاق‌گاز در محلی قراردادشته‌باشد تا هنگام روشن‌شدن شعله آن از تماس با پرده آشپزخانه بدور باشد.

• باید وسایل موجود در آشپزخانه پس از استفاده در کابینت یا قفسه گذاشته شود، در صورت عدم وجود در قفسه و کابینت باید با نصب چند تخته به صورت طبقه در آشپزخانه یا محل پخت غذا جای مناسبی برای این وسایل تهیه شود.

• طبقات قفسه‌های مورد استفاده از خانه بایستی در جای محکم بوده و حتی‌الامکان سعی گردد وسایل و قوطی‌های سنگین در طبقات پائین و نزدیک زمین چیده شود. قراردادن وسایل سبک‌تر در طبقات بالا سقوط احتمالی آنان را کمتر خواهد کرد.

• برای پاک کردن شیشه و یا برداشتن وسایلی که بالا هستند و نیاز به چهارپایه است دقت نمایید از چهارپایه‌های سالم استفاده شود و از قراردادن چهارپایه بر روی یکدیگر خودداری شود در صورت استفاده از نردبان می‌بایستی از نردبان دوطرفه به جای نردبان دیواری و از جنس محکم استفاده شود و پله‌های آن نیز محکم و ضد لغزش باشد و دارای کفشک لاستیکی نرم بوده تا مانع از لیز خوردن نردبان شود در ضمن بالا رفتن بیش از یک نفر از نردبان خطرناک است و می‌بایستی دقت شود تا در موقع غیر ضروری نردبان ایستاده نباشد تا کودکان نتوانند به راحتی از آن بالا روند.

• وسایل گازسوز اجاق و بخاری و آبگرمکن بایستی بدون نشت و استاندارد باشند و به وسیله افراد صلاحیت‌دار تعمیر و سرویس گردند.

• آشپزخانه می‌بایستی مرتب و کلیه وسایل آن به جای خود باشد و کف آن تمیز بوده و لغزنده نباشد.

و: در مورد چگونگی بازدید از وسایل و محل بازی اطفال:

• از خرید و تهیه اسباب‌بازی‌های نوک‌تیز و خطرناک برای اطفال خودداری شود.

• حتی‌الامکان کودکان زیر پنج سال را نباید سوار تاب و صندلی‌های معلق در زمین و هوا نمود که به سقف اتاق

وصل می‌گردد و در صورت استفاده از نو یا صندلی نباید فاصله آن‌ها را از سطح زمین کمتر از نیم‌متر قرار داد.

- حتی‌المقدور از خرید اسباب‌بازی‌هایی که کودک از آن به تنهایی در محیط خارج از اتاق به ویژه در خیابان استفاده می‌نماید شدیداً پرهیز کنید و هرگز اجازه‌دهید کودک بدون حضور شما از اینگونه وسایل استفاده نماید.
- کیسه‌های نایلونی را از دسترس کودکان دور نگهدارید. به سر کشیدن کیسه و تنفس در داخل آن‌ها نهایتاً ناتوانی کودک در بیرون آوردن سر خود موجب خفگی او می‌گردد. در ضمن وسایل خیاطی نیز را در محلی بدور از دسترس کودک قرار دهید.

ز: در مورد چگونگی استفاده از وسایل گرمایی و روشنایی نیز می‌بایستی به نکات ذیل توجه نمود.

- در صورت استفاده از بخاری علاءالدین و یا شبیه آن می‌بایستی مراقب کودکانی که تازه به راه افتاده‌اند و خطرات ناشی از آنرا نمی‌دانند باشید تا از سوختگی ناشی از آن‌ها جلوگیری به عمل آید.
- در صورت استفاده از بخاری علاءالدین بخاری دیواری هیچ‌گاه کتری یا ظرف روی آن قرارن دهید چون کودک در صورت برخورد یا دستکاری با آن دچار سوختگی شدید می‌شوید. جهت مرطوب کردن هوا اگر دستگاه بخور وجودداشت می‌توان از آن استفاده نمود.
- به هنگام استفاده از گاز پیک‌نیک (چه برای روشنایی و چه برای پختوپز) در محیط بسته دقت نمایید که وسیله مورد استفاده کاملاً سالم و استاندارد باشد، هرگز از بخاری‌های گازی و نفتی و یا چراغ پیک‌نیک در حمام برای گرم کردن فضای آن استفاده نشود زیرا موجب تولید گاز اکسید کربن می‌شود و خفگی ایجاد می‌کند.
- در هنگام پر کردن مخزن لوازم نفت‌سوز حتماً باید وسیله خاموش‌گردد و قبل از روشن نمودن آن با پارچه نفت‌های ریخته‌شده در اطراف چراغ را خشک کنید.
- برای اجتناب از تولید منواکسید کربن و خطرات حریق اجاق‌های گازسوز و آب‌گرمکن‌ها و چراغ‌های خوراک‌پزی نفتی را در وضعیت کاری خوب نگهداری کنید. از بخاری‌های نفتی بدون دودکش فقط در زمانی که افراد در منزل بوده و بیدار هستند استفاده کنید. چنانچه این بخاری‌ها بد کار کنند می‌توانند باعث خفگی افراد خوابیده گردند.

• در ضمن می‌بایستی حتماً در مورد بخاری‌ها یا شومینه که دارای دودکش ورود و خروج هوا می‌باشد، دقت نمایید که دریچه دودکش باز بوده و عمل تهویه هوا به خوبی انجام می‌پذیرد تا مانع خفگی گردد، در ضمن دودکش هیچگونه نشطی دود نداشته‌باشد.

• از روشن کردن بخاری‌های بدون دودکش نظیر علاءالدین در شب جداً پرهیز نموده و ضمناً به درست سوختن شعله (رنگ آبی شعله) باید دقت نمود تا از خطر گازهای مسموم‌کننده در امان باشید.

• در خاتمه لازم است که گفته‌شود که هر خانه می‌بایستی مجهز به یک جعبه به نام جعبه کمک‌های اولیه باشد تا در صورت لزوم بتوان به موقع از آن استفاده شود بهتر است که اولاً این جعبه بدور از دسترس اطفال باشد و ثانیاً حداقل شامل مواد زیر باشد:

بانداز - گازاستریل - نوار چسب - قیچی - پنبه - پماد آنتی بیوتیک - سنجاق قفلی - محلول ضد عفونی کننده مثل

بتادین - درجه یا ترمومتر

«چک لیست ایمنی منزل»

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

شهرستان

خانه بهداشت

شماره خانوار

ردیف	آشپزخانه ایمن	سال	سال	سال	سال	سال
۱	وسایل تیز و برنده (مانند: چاقو، رنده و چرخ گوشت) دور از دسترس کودکان قرار دارد.					
۲	آشپزخانه یک مکان مجزا از بقیه بخش‌های منزل است.					
۳	اجاق گاز یا وسیله پخت غذا سالم و بدون نقص فنی است.					
۴	آیا اجاق گاز یا وسیله پخت غذا در معرض جریان باد (در مجاورت پنجره) قرار دارد.					
۵	آیا اجاق گاز یا وسیله پخت غذا دور از پرده قرار دارد.					
۶	مواد شیمیایی، داروها و سموم دور از دسترس کودکان در قفسه مناسب قرار دارند.					
۷	مواد شیمیایی، داروها و سموم برچسب مشخص کننده نام دارد.					
۸	وسایل آتش‌زا مانند کبریت و فندک دور از دسترس کودکان قرار دارد.					
۹	نفت و سایر مواد قابل اشتعال در کنار اجاق گاز قرار دارد.					
۱۰	آبگرمکن سالم و بدون نقص فنی است.					
۱۱	آبگرمکن دارای دودکش مناسب است.					
۱۲	پریزهای برق دور از دسترس کودکان یا دارای درپوش هستند.					
۱۳	کتری یا سماور داغ دور از دسترس کودکان قرار دارد.					
۱۴	ظروف محتوی غذاها دور از دسترس کودکان قرار دارد.					
۱۵	پنجره‌ها دارای حفاظ است.					
	مجموع امتیاز آشپزخانه					
	رتبه‌بندی ایمنی آشپزخانه	ضعیف ۱-۴	متوسط ۵-۹	مطلوب ۱۰-۱۵		
ردیف	اتاق ایمن	سال	سال	سال	سال	سال
۱	پریزهای برق دور از دسترس کودکان یا دارای درپوش است.					
۲	وسایل خطرناک (نظیر سوزن، اتو، قیچی) دور از دسترس کودکان قرار دارد.					
۳	آیا در اسباب‌بازیهای کودکان قطعات تیز و برنده و خطرناک وجود دارد.					
۴	پنجره‌های دارای حفاظ است.					
۵	بخاری (وسیله گرمایی) سالم و بدون نقص است.					
۶	بخاری (وسیله گرمایی) دارای دودکش مناسب است.					
۷	آیا بخاری (وسیله گرمایی) در وسط اتاق و در مسیر تردد ساکنین منزل قرار دارد.					
۸	آیا وسایل قابل اشتعال نظیر پرده، مبلمان، رختخواب، مخزن نفت در کنار بخاری قرار دارد.					
۹	آیا شیشه‌های پنجره‌ها سالم است.					
۱۰	آیا علاءالدین و کتری آبجوش دور از دسترس کودکان و در مکان امن قرار دارد.					
۱۱	آیا دیوارهای اتاق بدون روزنه و شکاف است و جهت جلوگیری از ورود حشرات موزی با گچ یا مواد دیگر پوشیده شده است.					
	مجموع امتیاز اتاق					
	رتبه‌بندی ایمنی اتاق					

ردیف	راه پله و نردبان ایمن	ضعیف ۱-۳ متوسط ۴-۷ مطلوب ۸-۱۱				
		سال	سال	سال	سال	سال
۱	راه پله نور کافی دارد.					
۲	راه پله حفاظ دارد.					
۳	پله ها سالم هستند و شکستگی و پستی و بلندی ندارند و مسطح هستند.					
۴	در مسیر پله ها و پاگردها هیچ وسیله ای که مانع تردد گردد وجود ندارند.					
۵	نردبان سالم و دارای پله های محکمی است و سطح اتکای آن با زمین صاف و محکم است.					
	مجموع امتیاز راه پله و نردبان					
	رتبه بندی ایمنی راه پله و نردبان					
	ضعیف ۱-۲ متوسط ۳ مطلوب ۴-۵					
ردیف	بالکن، حیاط، پارکینگ و پشت بام ایمن	ضعیف ۱-۲ متوسط ۳ مطلوب ۴-۵				
		سال	سال	سال	سال	سال
۱	حیاط، پارکینگ و پشت بام نور کافی دارد.					
۲	حوض یا استخر حفاظ دارد.					
۳	تنور دارای درپوش است.					
۴	چاه دارای درپوش است.					
۵	محل پارک کردن خودرو در مسیر تردد و بازی کودکان قرار دارد.					
۶	سطح کف حیاط مسطح و بدون پستی بلندی است.					
۷	مخزن نگهداری نفت دور از دسترس کودکان قرار دارد و نفت داخل آن قابل دستیابی برای کودکان نیست.					
۸	پشت بام دارای حفاظ است.					
۹	بالکن دارای حفاظ است.					
	مجموع امتیاز بالکن، حیاط، پارکینگ و پشت بام					
	رتبه بندی ایمنی بالکن، حیاط، پارکینگ و پشت بام					
	ضعیف ۱-۳ متوسط ۴-۶ مطلوب ۷-۹					
ردیف	حمام ایمن	ضعیف ۱-۳ متوسط ۴-۶ مطلوب ۷-۹				
		سال	سال	سال	سال	سال
۱	سیم های برق حمام توکار است.					
۲	آیا در داخل حمام پرز و کلید برق وجود دارد.					
۳	چراغ داخل حمام حباب دار است.					
۴	در کنار دوش روی دیوار دستگیره جهت ایمنی سالمندان نصب شده است.					
۵	وسيله گرمایی داخل حمام ایمن و سالم است.					
۶	حین حمام کردن هیچ وسیله گرمایی نفتی یا گازی یا برقی در حمام روشن نیست.					
۷	حمام دارای تهویه مناسب است.					
	رتبه بندی ایمنی حمام					
	ضعیف ۱-۲ متوسط ۳-۴ مطلوب ۵-۷					
	مجموع امتیاز نهایی چک لیست (منزل)					
	رتبه بندی نهایی چک لیست (منزل):					
	ضعیف ۱-۱۲ متوسط ۱۳-۳۵ مطلوب ۳۶-۴۷					

فرم شماره ۱

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

شبکه بهداشت و درمان شهرستان

مرکز بهداشت شهرستان

فرم ثبت ایمنی منزل در خانه بهداشت

.....سال

خانه بهداشت تعداد خانوارهای تحت پوشش

[illegible]

فرم شماره ۲

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

شبکه بهداشت و درمان

مرکز بهداشت شهرستان

فرم ثبت ایمنی منزل در خانه بهداشت

سال

شش ماهه

خانه بهداشت

منزل			حمام			حیاط، بالکن، بارکینگ پشت بام			راه پله و نردبان			اطاق			آشپزخانه			تعداد خانوار	نام روستا
مطلوب	متوسط	ضعیف	مطلوب	متوسط	ضعیف	مطلوب	متوسط	ضعیف	مطلوب	متوسط	ضعیف	مطلوب	متوسط	ضعیف	مطلوب	متوسط	ضعیف		
																			جمع کل

نام و نام خانوادگی
و امضاء تکمیل کننده

تاریخ تکمیل:

کار عملی

با مراجعه به درب منازل چک لیست ایمنی منزل را تکمیل نماید.

• فرم شماره (۱) را به طور کامل تکمیل نماید.

• فرم شماره (۲) را با توجه به فرم شماره (۱) تکمیل نماید.

فصل نهم: سوء مصرف مواد

اهداف آموزشی

انتظار می‌رود فراگیران در پایان فصل بتوانند:

۱. اهمیت مشکل اعتیاد و لزوم پیشگیری از آنرا بیان کنند.
۲. پیشگیری و درمان اعتیاد را آموزش دهند.
۳. شایع‌ترین مواد مورد مصرف در ایران را نام ببرند.
۴. عوامل موثر در بروز اعتیاد را شناسایی و آن‌ها را به خانواده‌ها و افراد در معرض خطر آموزش دهند.
۵. علائم و نشانه‌های مصرف مواد مخدر و حشیش را به خانواده‌ها آموزش دهند.
۶. پیامدهای اعتیاد، سوء مصرف مواد و الکل را تشخیص و آن‌ها را به خانواده‌ها 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 گرفته را ثبت و گزارش نمایند.
۹. مهارت‌های اجتماعی به خانواده‌ها و افراد در معرض خطر آموزش دهند.

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 معتاد می‌شود بلکه آسیب‌های اجتماعی مانند افزایش 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 عبور این 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 بیماری‌های ایدز و دیگر مشکلات 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 سوء مصرف مواد در شبکه اقدام شود.

تعاریف

“مواد”، شامل همه ترکیباتی است که مصرف آن‌ها موجب تغییر در رفتار (مانند عصبانیت)، اختلال در خلق و خوی (افسردگی) و اختلال در قضاوت و شعور فرد (فراموشی و بی‌توجهی) می‌شود.

انواع مصرف کنندگان مواد مخدر

۱. آزمایشی
۲. تفریحی
۳. سوء مصرف مواد
۴. وابستگی

آزمایشی

در این حالت یک نوجوان به مهمانی رفته و مصرف مواد داشته (سیگار) هیچ تاثیر عمده‌ای در عملکردهایش ندارد و هیچ وابستگی هم ایجاد نکرده است در این حالت کوتاه مدت است یک ماده می‌باشد و مصرف آن نامنظم می‌باشد.

تفنی

در این حالت این فرد گاه گاهی مواد مصرف می کند، هنوز هیچ عوارضی در عملکردهای او ایجاد نکرده و معتاد نیست در این حالت مصرف مواد منظم تر است معمولاً آخر هفته در مهمانی با فرد مواد مصرف می کند و به دنبال کسب لذت و سرگرمی است و نوع ماده متفاوت می باشد.

سوء مصرف مواد

به مواردی گفته می شود که فرد بدون نیاز و بدون مجوز پزشکی اقدام به مصرف مواد می کند ولی شدت مصرف به حدی نیست که وابسته و معتاد تلقی شود. این افراد با وجود دردها و مشکل هایی که برای خود و یا خانواده به وجود می آورند همچنان مصرف مواد را ادامه می دهند مثل مصرف گاه گاهی یا تفریحی تریاک و حشیش.

وابستگی

میل شدید به مصرف هر ماده و تمایل به ادامه مصرف آن است، تا جایی که در بسیاری از موارد وابستگی به مصرف مواد برای فرد، مهم ترین مسئله زندگیش می شود. به طور معمول، کسی که به ماده ای وابستگی دارد، مجبور می شود مقدار ماده مصرفی خود را به تدریج افزایش دهد، ثانیاً در صورت عدم مصرف و یا کاهش مقدار ماده مصرفی، دچار علائم ناخوشایندی می شود که به آن "علائم ترک" گویند.

اعتیاد: وابستگی به مصرف هر ماده مخدر و ناتوانی در ترک آن را گویند.

"علائم ترک" تریاک و هروین را در جامعه با عنوان "حالت خماری" می شناسند. علائم خماری این مواد معمولاً ۶ تا ۸ ساعت پس از آخرین نوبت مصرف ظاهر می شود و تا حدود ۱۰ روز باقی می ماند. دردهای استخوانی و عضلانی، دل پیچه و اسهال، آبریزش از چشم و بینی، بی خوابی، بی قراری، عصبانیت، خمیازه های فراوان و حتی تب از شایع ترین علائم آن است.

"عود" یعنی بازگشت مجدد به مصرف مواد مخدر، این که فرد پس از درمان (ترک مواد)، دوباره شروع به مصرف مواد قبلی و یا مصرف مواد جدید نماید.

"پیشگیری از اعتیاد": بکارگیری اقداماتی که مانع از مبتلا شدن افراد به مصرف مواد مخدر شود.

“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، ولیا 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.

۱. تریاک

تریاک و مشتقات آن، که از گیاه خشخاش به دست می‌آیند و شامل تریاک، شیر و سوخته تریاک، هروئین، مرفینو کدئین می‌شود: نشانه‌های بالینی شامل: تسکین، چرت زدن، تغییرات خلقی به دنبال استفاده از ۵ تا ۱۰ میلی گرم 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.

رفتارها و نشانه های مصرف تریاک و مشتقات آن

الف: نشانه های جسمانی

۱. اثر سوختگی 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. تغییر رفتار فرد مثل قفل کردن در اتاق به هنگام خروج از خانه و غیبت یا ترک 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
۴. طولانی شدن مدت ماندن در دستشویی
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 و غیبت از محل کار یا تحصیل و همچنین کاهش کارآیی در خانه، مدرسه و محل 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.

۲. هروئین

هروئین یکی از مشتقات نیمه مصنوعی مرفین است. هروئین خالص پودری بسیار نرم و سفید رنگ است که به روش تدخین-انفیهتزریق استفاده می‌شود.

علائم و نشانه‌های مصرف هروئین

کاهش ضربان قلب، کاهش تنفس، کم کردن حرکات دودی و مهار رفلکس سرفه، احساس گرما. به دنبال اولین مصرف معمولاً تهوع، استفراغ و خارش پیش می‌آید. یکی از ویژگی‌های مصرف کنندگان، مردمک‌های بسیار ریز (مردمک ته سنجاقی) است.

آثار روانی: گیجی و احساس سرخوشی که به دنبال آن افسردگی بارز می‌شود. به دنبال مصرف مرتب تحمل پیش می‌آید یعنی هر بار میزان ماده بیشتری برای رسیدن به علائم دلخواه نیاز می‌شود.

۳. مرفین

ماده موثره جز اساسی تریاک است و به صورت گرد سفید یا کرم و گاهی قرمز اجری و مایع بدون رنگ وجود دارد. عمده مصرف آن برای اهداف پزشکی است.

اثرات ناشی از مصرف مرفین

مرفین مانند سایر ترکیبات تریاک اثر تضعیف کنند بر سیستم عصبی مرکزی دارد و با تظاهراتی چون آرام بخشی- خواب آلودگی- تسکین درد- پایین آمدن درجه حرارت بدن بروز می‌کند. درعین حال اثر تحریکی دستگاه عصبی چون

تهوع-استفراغ- تنگ شدن مردمک چشم را دارد. مرفین دارای اثر ضد درد ویژه‌ای است و موجب کاهش فشار خون می‌شود.

۴. کریستال (یک دو سه): مخدر محرک

کریستال دی متامفتامین هیدروکلرید یا به زبان عامیانه کریستال یک ماده قدرتمند، اعتیادآور، مخدر محرک و به شکل ترکیبی و مصنوعی است. کریستال به شکل بزرگ و شفاف و مانند کریستال‌های واقعی و به رنگ‌های صورتی، آبی و سبز یافت می‌شود.

مانند دیگر انواع متامفتامین‌ها، کریستال معمولاً به شکل‌های سیگار، بلعیدنی، مایع خوراکی یا تزریقی و در موارد نادر حتی به صورت شیاف مقعدی استعمال می‌شود.

نشانه‌های مصرف

خشکی دهان، افزایش سرعت تنفس، سردردهای طاقت فرسا، حالت تهوع، تعرق بیش از اندازه بدن، سرگیجه، بالا رفتن فشارخون و درجه حرارت بدن، تپش قلب، سوزش و ترک لب‌ها، بزرگ شدن مردمک چشم، لرزش دست‌ها و انگشتان می‌شود. استعمال کریستال روی رفتار شخص نیز تاثیر می‌گذارد.

۵. کدیین

داروها: نظیر کدئین، باریتورات‌ها، بنزودیازپین‌ها، آرامبخش‌ها. مصرف بدون تجویز پزشک و خودسرانه آن سبب اعتیاد و وابستگی می‌شود.

۶. کراک

در دو- سه سال گذشته نام ماده جدیدی در رسانه‌ها به میان آمده است که کراک نام دارد. در ایران این ماده همان هروئین است که به شکل خالص تر و بلور در آمده در بازار خرید و فروش می‌شود.

اکثر کسانی که از این ماده مصرف می‌کنند در ابتدا احساس سرخوشی و نشاط می‌کنند. همراه با این سرخوشی در دست‌ها و پاها، خود احساس سنگینی می‌کند و با از بین رفتن اثرات خوشایند، افسردگی شدیدی فرد را احاطه می‌کند

که با غمگینی، احساس بی‌ارزشی و خستگی همراه است که این حالات باعث می‌شود فرد بار دیگر و برای از بین بردن ناراحتی خود به مصرف کرک پردازد.

کراک هروئینی در چند ناحیه از مغز آثار خود را برجای می‌گذارد:

مصرف بیش از حد کراک باعث کاهش تنفس می‌شود که این عمل از طریق تغییراتی که در فعالیت سلولی شیمیایی ساقه مغز به وجود می‌آید رخ می‌دهد. ساقه مغز کنترل اعمال غیر ارادی بدن را به عهده دارد. کراک باعث می‌شود که پیام درد از نخاع به مغز انتقال پیدا نکند.

۷. حشیش

منشا تولید بوته شاهدانه (*Cannabis*) است. انواع رایج آن ترکیبی سبز، قهوه‌ای یا خاکستری رنگ مشتق از برگ، دانه، ریشه و گل گیاه شاهدانه است که به نام‌های بنگ، گراس (علف)، علف هرز، ماری جوانا شناخته می‌شود. این ماده رایج‌ترین ماده غیرقانونی مورد مصرف در جهان است. از هزاران سال پیش می‌دانستند که حشیش اثرات نشئه‌آور دارد. حشیش نام مختصر بوته شاهدانه است. تمام اجزاء این گیاه خاصیت روانگردان دارد.

حشیش به صورت سیگار تدخین می‌شود. با تدخین حشیش اثرات نشئه‌آور آن ظرف چند دقیقه ظاهر می‌شود.

علائم شایع: قرمزی چشم‌ها، افزایش ضربان قلب و نبض، افزایش اشتها و عدم تعادل هنگام راه رفتن.

علائم مصرف بیش از حد: حالت وحشت، بی‌قراری، گیجی و منگی و دیدن اشیا یا شنیدن صداها به شکل غیر واقعی (توهم). این نوعی جنون مسمومیت با حشیش است که در افراد مستعد، ممکن است به جنون واقعی (بیماری شدید روانی) تبدیل شود.

۸. پان

پان پراگ از دانه‌های درخت هندی به نام آریکا کاجو و یا برگ تنباکو تهیه می‌شود و مصرف کنندگانش به صورت ناخواسته به آن اعتیاد پیدا می‌کنند. محصولات آن به شکل آدامس‌های رنگی، انواع پاستیل و خوشبو کننده‌های دهان و ترکیبات ترک سیگار تهیه شده است و به صورت صنعتی در بسته‌های درخشان و با اسامی جذاب نظیر Sir یا Royal در میان مردم خصوصاً جوانان محبوبیت پیدا کرده است.

تعدادی از اسامی رایج پان در ایران :

پان نیز مانند بسیاری از مواد نام‌های متعدد خیابانی برای جلب مشتری و بهتر شدن بازار آن دارد مانند: تایتانیک، مست کننده، ناس خارجی، پان عربی، پان پاکستانی، بمب، ملوان زبل، پان چایی.

۹. شیشه (متاآمفتامین)

متا آمفتامین یک ماده محرک اعتیادآور است که سیستم اعصاب مرکزی یعنی مغز و نخاع را شدیداً متاثر می‌کند. شکل ظاهری آن به صورت پودر سفید و شفاف است که بو ندارد و مزه آن تلخ است و به سادگی در آب یا مشروبات الکلی حل می‌شود.

به طور خلاصه آثار کوتاه مدت مصرف این ماده عبارتند از:

افزایش دامنه توجه و کاهش خستگی، افزایش فعالیت، کاهش اشتها، سرخوشی و نشگی، تنفس تند، افزایش فعالیت، افزایش شدید دمای بدن، پرحرفی، افزایش انرژی، تهوع و استفراغ، خشمگین شدن، اضطراب و تنش، اختلال قضاوت، تند شدن و کند شدن یا بی‌نظمی ضربان قلب، ضعف عضلانی، تشنج یا کاهش یا افزایش فشارخون.

۱۰. اکستازی

اکستازی به اشکال و اندازه‌های گوناگون، گرد، کپسول، مایع است و توهم‌زا می‌باشد. نحوه مصرف آن به صورت خوراکی، دود کردن و استنشاق، تزریق است.

اثرات آنی: اثر آن ۲۰ دقیقه پس از مصرف ظاهر می‌گردد و تا ۶ ساعت باقی می‌ماند. افزایش ضربان قلب، افزایش اعتماد به نفس، احساس تهوع، اضطراب، احساس صمیمیت با دیگران، ساییدن دندان‌ها به یکدیگر، کاهش اشتها، تعریق، می‌باشد.

خطرات: گرم‌زدگی است. چون بیشتر در کلوب‌ها از آن استفاده می‌گردد و در پی فعالیت شدید مانند رقصیدن سبب افزایش شدید گرمای بدن می‌گردد که بسیار خطرناک است، فرد برای رفع تشنگی ممکن است آب‌فراوان بنوشد که این خود سبب رقیق شدن بیش از حد خون و از میان رفتن تعادل سدیم خون شده و سبب تورم اعضاء بدن همچون مغز و در نهایت مرگ فرد می‌شود.

۱۱. الک

از جمله مواردی است که نوشیدن (خوردن) آن موجب اعتیاد، رفتارهای نامناسب، اختلال در تعادل، بی‌ربط حرف زدن، اختلال در توجه و حافظه می‌باشد.

خطرات آن اختلال خواب، نارسایی کبد، افزایش فشار خون، سوء تغذیه، ناتوانی جنسی رفتارهای غیر اخلاقی و فراموشی است.

خطرات و پیامدهای مصرف الک

مصرف الک ممکن است باعث اختلال رفتاری، اختلال خواب، نارسایی کبد، افزایش فشار خون، سوء تغذیه، ناتوانی جنسی، رفتارهای غیر اخلاقی و ابتلا به فراموشی در فرد شود. مسمومیت با الک ممکن است موجب کاهش سطح هوشیاری، اغماء و مرگ شود. مصرف الک ممکن است فرد را به طرف مصرف سیگار، حشیش و مواد مخدر بکشاند. این خطرات و پیامدها را به خاطر بسپارید، نمونه‌های این عارضه‌ها را در خانواده‌ها و افراد محل شناسایی کنید و بکوشید در آموزش جوانان و افراد جامعه از این نمونه‌ها به کار برید.

توجه داشته باشید که تحریم الک در اسلام فلسفه و دلایل بسیاری دارد. مراقب باشید که این باور

مقدس سبک شمرده نشود.

۱۲. استروئیدها (نیروزاها)

برخی از افراد از قرص‌های استروئید آنابولیک استفاده می‌کنند یا آن را به صورت تزریقی به بدنشان وارد می‌کنند تا بر سرعت رشد عضلاتشان افزوده شود که سبب بروز عوارض متفاوت در زن و مرد می‌شود.

ویژگی‌های مواد مخدری که در ایران مصرف می‌شود

نام ماده	رنگ و شکل	روش مصرف	اثر بر سیستم عصبی
تریاک و مشتقات آن	تریاک	کشیدن (دود کردن) - خوردن - تزریق	کند کننده‌ها
	سوخته تریاک	کشیدن (دود کردن) - خوردن - تزریق	
	شیره تریاک	کشیدن (دود کردن) - خوردن - تزریق	
	هرویین	کشیدن (دود کردن) - تزریق و استنشاق	
	مرفین	پودر بلوری به رنگ سفید یا قهوه‌ای روشن	
	کریستال	خاکستری - سبز آبی شفاف	محرك
	کدیین	سفید رنگ به صورت شربت سینه یا قرص‌های مسکن	کند کننده
	کراک	بلوری شکل	محرك
حشیش (بنگ یا علف)	سبز مایل به خاکستری یا قهوه‌ای مایل به سیاه	کشیدن (دود کردن) - خوردن	توهم‌زا
پان پراگ	آدامس - پاستیل - پودرهای خوشبو کننده	جویدن	توهم‌زا
شیشه	پودر سفید شفاف	خوردن	محرك
اکستازی	گرد و کپسول مایع به شکل‌های مختلف	کشیدن (دود کردن) - خوردن - تزریق	توهم‌زا
الکل	مایع	نوشیدن	کند کننده
استروئیدها	قرص و آمپول	خوردن تزریق	نیروزا

علل ایجاد اعتیاد و سوء مصرف مواد

۱. نداشتن آگاهی: آگاهی نداشتن فرد، خانواده و جامعه از عوارض مصرف مواد مخدر و الکل

۲. باورهای غلط

• این تصور غلط که برای کاهش درد و درمان بیماری‌ها می‌توان از مواد مخدر استفاده کرد. مردم فکر می‌کنند تریاک

فشار خون یا دیابت را کنترل و ناتوانی جنسی را درمان می‌کند حال آن که ممکن است این گرفتاری‌ها را شدیدتر

سازد.

• این تصور غلط که مصرف تفریحی مواد باعث اعتیاد نمی‌شود و فرد هرگاه بخواهد می‌تواند مواد را 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، خانوادگیو محیطی

الف) مشکلات فردی

- بیماری‌های جسمی مزمن مانند دیابت و کمردرد
- 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 مانند بیکاری و اخراج شدن از مدرسه
- باور غلط درباره مواد مثل این باور که مصرف مواد نشانه بزرگی و احترام است
- عدم پابندی فرد به مسایل اخلاقی، معنوی و دینی، بی‌بند و باری و بی‌توجهی به ارزش‌ها و قوانین اجتماعی.
- عدم آشنایی با روش‌های مقابله با استرس
- نیاز به طولانی کار کردن 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 و طلاق در خانواده
- وجود والدین سختگیر و یا سهل انگار در تربیت فرزندان
- پابند نبودن خانواده به مسایل اخلاقی، معنوی و دینی
- تجارب دوران کودکی (در معرض مواد بودن، خود درمانی والدین با مواد و...)
- اختلافات والدین و ارتباط ضعیف والدین و کودک
- عدم آموزش صحیح ارتباطات جنسی

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
- فشار گروهی و همسالان بخصوص در مراسمات عروسی و سوگواری
- وجود فرهنگ اعتیاد در محله یا روستا (نگرش مثبت به مواد مخدر)

پیامدها و عارضه‌های اعتیاد و سوء مصرف مواد

مصرف مکرر مواد مخدر آسیب‌ها، عارضه‌ها و خطرات بسیاری را بر سلامت فرد، خانواده و جامعه وارد می‌نماید.

این عارضه‌ها عبارتند از:

الف) عارضه‌های فردی

۱. **مشکلات جسمی:** اعتیاد به مواد مخدر ممکن است سبب بیماری‌های قلبی و ریوی، ناتوانی جنسی، عقیم شدن، سوء تغذیه و کاهش وزن شود. اگر اعتیاد از نوع تزریقی باشد ممکن است فرد را به بیماری‌های عفونی همچون ایدز و هپاتیت دچار کند.

۲. **مشکلات روانی:** اعتیاد ممکن است موجب اختلال در خواب، افسردگی، مشکل در تصمیم‌گیری، اختلال‌های روانی خفیف و شدید و اختلال شخصیت شود.

ب) عارضه‌های خانوادگی

اعتیاد ممکن است موجب بروز مشکلات اقتصادی، کاهش درآمد خانواده و افزایش هزینه، نابسامانی و ازهم پاشیدگی خانواده، طلاق، خشونت در خانواده (خشونت علیه همسر و آزار کودکان) و همچنین محدود شدن معاشرت‌سالم خانواده با دیگران شود و تربیت فرزندان دچار اشکال گردد.

ج) عارضه‌های اجتماعی

اعتیاد ممکن است موجب طرد شدن فرد از جامعه، بیکاری، غیبتازکار، کاهش میزانکارآیی، اخراج از کار و بروز حوادث حین کار و رانندگی شود. شیوع ایدز، هپاتیت، بیماری‌های مقاربتی، فقر، بی‌کاری، افزایش بروز جرم در جامعه همچون دزدی، فحشا و قتل از جمله عارضه‌های اجتماعی اعتیاد به شمار می‌آیند.

این عارضه‌ها را در برنامه‌های آموزشی خود با خانواده‌ها به گفتگو بگذارید و پیرسید کدام یک از این عارضه‌ها را در افراد معتاد دیده و یا تجربه کرده‌اند.

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 درماندردها و مشکلات جسمی و روانی تشویق کنید.
۴. آنان را تشویق کنید که مواد را بر خود حرام کنند و از 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 تصمیم‌گیری و مدیریت استرس و...
۷. دعوت از بیماران بهبود یافته در اعتیاد در جمع جوانان و بیان 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 بالاتر خانواده داده شود. این آموزش‌ها عبارتند از:

۱. خطرات و پیامدهای 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.
 - 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 تصمیم‌گیری‌ها مشارکت یابند و به آن‌ها مسئولیت 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 معلمان و مسئولین مدرسه یا دانشگاه کمک گیرند.

• به تغییرات رفتاری، افت تحصیلی، وجود مشکلات خلقی 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 خانوادپرهیز کنند.

• در صورتی که عضوی از خانواده، اعتیاد به مواد مخدر دارد لازم است برای درمان اعتیاد خود اقدام کند تا الگوی سالمی برای سایر افراد خانواده 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 و به طور جدی باید از مصرف خودسرانه داروها پرهیز کرد.

۳. آموزش خانواده درخصوص این که بیماری اعتیاد یک بیماری مزمن می‌باشد در صورت عود نباید مورد توهین و سرزنش قرار گیرد بلکه باید مجدداً به او کمک کرد.

۴. آموزش و شناخت انواع درمان‌های اعتیاد به خصوص درمان‌های نگهدارنده

فرد معتاد تا شش ماه حالت‌های کسلی و احتمال عود بیماری را دارد از این رویچ گاه نباید در این دوران بدون درمان فرد را به حال خود رها کرد و یا توقع فعالیت زیادی از او داشت.

ج) بالا بردن توانایی افراد برای مقابله سالم با مشکلات زندگی: یکی از نشانه‌های سلامت روان، داشتن

مهارت‌های زندگی سالم به ویژه داشتن 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 و زندگی شادی داشته باشیم.

مجموعه‌ای از توانایی‌هایی که باعث انطباق و سازگاری فرد با محیط و شکل‌گیری رفتارهای مثبت و مفید او می‌شوند در انتهای جزوه جهت مطالعه آزاد عنوان شده است.

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 بهداشتی درمانی مشورت نمایند.

۴. ارجاع معتادان داوطلب درمان (ترک اعتیاد) به مراکز بهداشتی درمانی و پیگیری درمان آن‌ها

۵. گزارش فعالیت‌های انجام شده در برنامه به مراکز بهداشتی درمانی

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

گزارش دهی

فعالیت‌های انجام گرفته در هرماه را مطابق فرم گزارش ماهانه ثبت کنید و همراه با سایر گزارش‌های ماهانه به مرکز بهداشتی درمانی ارسال نمایید.

الف - اطلاع رسانی و آموزش

دانش آموختگان	دانش آموختگان	معاون	خاندانها	رابطین و مشاوران
---------------	---------------	-------	----------	------------------

[illegible][illegible]

افراد واجهه	افراد مشاوری	بیماران که سوزش دارد	مردان و زنان ۱۵ ساله	افراد بزرگ	افراد کوچک (بچه ها و نوجوانان) ***	نام و نام خانوادگی و مشخصات دیگر
-------------	--------------	----------------------	----------------------	------------	------------------------------------	----------------------------------

[illegible]

**** فعال:** فرد توسط بهورز یا سایر کارکنان مربوطه ارجاع می شود. غیر

*** افراد تحت پوشش برنامه کاهش آسیب: کلیه اطلاعات مربوط به مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت بوده و آمار واحدهای در

توانایی‌هایی که باعث انطباق و سازگاری فرد با محیط و شکل‌گیری رفتارهای مثبت و مفید او می‌شوند: (مطالعه آزاد)

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 و هیجانات
۸. مهارت تصمیم‌گیری

آموزش این مهارت‌ها موجب ارتقاء رشد شخصی، اجتماعی و محافظت از حقوق انسان‌ها و پیشگیری از مشکلات روانی - اجتماعی می‌شود.

از جمله مهارت‌های اجتماعی می‌توان داشتن مهارت‌های تقاطعیت، جرأت‌مندی و مهارت حل مسئله را نام برد.

مهارت جرأت‌مندی

معمولاً افراد بر اثر رودربایستی، خجالت یا برای پرهیز از تحقیر شدن به کارهایی که به طور معمول انجام نمی‌دهند وادار می‌شوند. مانند قبول اولین سیگار از دوست.

بهترین روش کسب مهارت در برابر فشار گروه، تمرین آن قبل از بروز شرایط ناخواسته است.

روش‌هایی برای نه گفتن

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 و سپس 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. شخصی که قاطع است نظر و اعتقاد درست

خود را به سادگی تغییر نمی‌دهد، تسلیم دیگران نمی‌شود و بدون توهینه دیگران مخالفتی نظر خود را 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.

"خیر، من موافق نیستم و درخواست تو را قبول نمی‌کنم."

(ب) بیان قاطعانه: این که فرد احساسات مثبت خود را نسبت به دیگران بیان دارد یا 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 و حرام 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 کمک کنی"، "از تو

می‌خواهم این موضوع را سریع به پدرت بگویم."

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 نوامید 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 غلط	مقابله صحیح
- انتظار حل شدن ناگهانی مشکل (فال‌گیری، انتظار معجزه) - واکنش غیرمنطقی و افراطی و بی‌تابی و گریه زاری، عصبانیت و پرخاشگری - خیال پردازی - فرار از واقعیت (استفاده از مواد مخدر و الکل، اقدام به خودکشی)	- صحبت کردن، درد دل کردن با افراد مناسب، دوست، والدین، خواهر و برادر، مشاور و معلم و... - بکارگیری اعتقادات مذهبی و انجام فرائض (نماز خواندن، مطالعه قرآن، دعا، زیارت و...)

مقابله عملی فعالیتی است که فرد برای کاهش یا از بین بردن مشکل انجام می‌دهد.

مقابله غلط	مقابله صحیح
- استفاده از روش‌های غیرقانونی مثل (زورگیری، تهدید) - استفاده از روش‌های غیرقانونی و دزدی و تقلب	- استفاده از مهارت حل مشکل - مشورت با افراد معتمد و آگاه - برنامه‌ریزی

در برنامه‌های آموزشی خود با خانواده‌ها از آن‌ها بخواهید مهارت‌های جرأت‌مندی، رد قاطعانه، بیان

قاطعانه، درخواست قاطعانه و مهارت حل مسئله را تمرین کنند.

تشویق خانواده‌ها برای شناسایی افراد در معرض خطر

در زمینه شناسایی افراد در معرض خطر آموزش‌ها و اقدامات زیر را انجام دهید:

۱. با آموزش نشانه‌های مصرف مواد مخدر و عوامل خطرزا به خانواده‌ها، آن‌ها را در شناسایی افراد 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. هیچ گاه به طور مستقیم با افراد معتاد اگر مایل نیستند در مورد اعتیادشان صحبت نکنید بلکه در آموزش های 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 نگرانی ها و احساسات را به او بدهید.
 - او را از ضررها و پیامدهای مصرف مواد آگاه کنید.
 - او را به درمان و مراجعه به پزشک مرکز تشویق کنید.
۵. در صورتی که فرد پس از درمان، دوباره شروع به مصرف مواد کرد او را برای درمان مجدد به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید و از خود طرد نکنید.

توصیه هایی جهت پیشگیری از عود

۱. همه توصیه های مربوط به پیگیری در بهداشت روان به ویژه مصرف دارو و عوارض آنها را به خانواده ها انجام دهید.
۲. بیمار را تشویق کنید تا از دوستان معتاد و موقعیت هایی که موجب عود اعتیاد در وی می شوند دوری کند.
۳. افراد خانواده و اطرافیان را به حمایت از مصرف منظم داروها توسط بیمار تشویق کنید.
۴. به بیمار اطمینان دهید حال که درمان را آغاز کرده است دوستان بیشتر و با محبت تری خواهد داشت.
۵. بیمار را تشویق کنید در طول مدت ترک، فعالیت ها و سرگرمی های 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 و به صرف این که قبلاً درمان شده و دوباره رو به مواد آورده او را از خود نرانید.

۷. چون یکی از علل عود بیماری استرس‌ها و فشارهای عصبی است تلاش شود محیط خانواده آرام و با نشاط باشد.

۸. در صورت مشاهده لغزش و یا شک به مصرف مواد توسط بیمار با او برخوردی آرام و منطقی و قبل از آن با پزشک مشاوره گردد.

۹. صحبت نکردن در مورد این که قبلاً مواد مصرف می‌کردی چه بودی والان چه شدی زیرا در فرد ایجاد احساس گناه و افسردگی می‌کند و این خود باعث عود بیماری می‌گردد.

۱۰. آموزش به خانواده در خصوص زیان‌های وسوسه در بیمار و روش‌های کمک فوری از قبیل دوش آب ولرم طولانی مدت - قدم زدن در محیطی دلنشین - ایجاد یک کار یا سرگرمی خوشایند.

۱۱. عدم شک کردن به بیمار و تحت فشار قرار دادن زیرا محدود کردن فرد و شک و سوء ظن یکی از علل عود اعتیاد است.

۱۲. تشویق بیمار توسط خانواده به شرکت در جلسات AN و گروه درمانی و مشاوره 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. اگر علاقه‌مند به درمان نیست، بیمار را از خطرات هپاتیت و ایدز آگاه کرده او را تشویق کنید به جای استفاده از تزریق از سایر 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 بهداشتی درمانی تشویق کنید برای دریافت خدمات مشاوره تخصصی به مراکز مشاوره رفتاری موجود در شهرستان و یا استان مراجعه کنند (پیوست شماره ۲).

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 بهداشتی درمانی ارجاع دهید چرا که ممکن است به هپاتیت یا ایدز مبتلا شده باشد.

۶. به همسران 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.