

بسته خدمت سلامت جوانان

ويژه غير پزشك



مراقبت های رده سنی ۱۸ تا ۲۹ سال

غیر پزشك

تهیه کنندگان : دکتر محمد اسماعیل مطلق ، دکتر کلایل اردلان ، نسرين کيانپور

با تشکر از همکاری :

دکتر غلامحسین صدري، دکتر سهيلا خوشين ، دکتر ناصر کلاتري، دکتر احمد کوشا، دکتر ناهيد جعفري ، دکتر محمد مهدي گوياء، دکتر زهرا عبدالهي ، دکتر احمد حاجبي، دکتر خسرو صادق نيت، دکتر امين صابري نيا، دکتر محمداسلامي، دکتر تقی پيمانی، دکتر مینوالسادات محمود عربي ، دکتر مجذوبه طاهري، دکتر منوچهر زينلي، طاهره امينايي ، مرضيه دشتي، ليلا رجائي، دکتر سهيلا خزايي، دکتر طاهره سماوات ، عاليه حجت زاده، دکتر فروزان صالحی، مينا مينايي ، دکتر پريسا ترابي، خديجه فریدون محصلی، دکتر محسن زهرایي ، دکتر نسرين محمودی ، دکتر مهشيد ناصحي، دکتر محمود نبوي ، دکتر عباس صداقت ، دکتر کيانوش کمالی ، دکتر حميرا فلاحي ، دکتر حسين کاظميني ، دکتر سيدعليرضا مظهری، دکتر محمدرضا رهبر، دکتر شهرام رفيعی فر، دکتر پژمان عقدک ، شکوه اقتداري، سيدمرید جابري فرد، زهرا آئين، نرگس جليلی پور، مرجان مومنی بروجني، دکتر رويان کيشادي، فرشته فقيهي، مريم فراهاني، دکتر ماهرخ کثوري، دکتر شهين ياراحمدي، دکتر مهدي نجمي ، دکتر معصومه عزيزاده، دکتر اشرف سماوات، دکتر محمود نبوي ، دکتر مهدي نجمي ، دکتر حسين معصومي اصل، دکتر مشايه حدادي، دکتر حسن نوري ساري، مهندس آئينا رضايي، دکتر حسين خوشنويسان، ماندانا تيرا، دکتر نادره موسوي فاطمي، دکتر انوشه صفرچرايي، دکتر ميترا حفاظي ، دکتر علير ضانوروزي، علي اسدي، معصومه افسري ، سهيلا اميدنيا، و صديقه خادم ، سميه يزداني، مريم مهرباني ، طاهره زيادلو، معصومه قاسم زاده ومهر ومحمدصادقي که در تهيه وتدوين اين مجموعه مارا ياري نمودند .

ارزیابی وضعیت تغذیه ای

BMI مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی

اهداف آموزشی و رفتاری
لازم است در پایان دوره آموزشی:

- شرکت کننده بتواند نمایه توده بدنی به درستی طبقه بندی کند.
- شرکت کننده بتواند براساس نتیجه طبقه بندی وزن، اقدام مناسب را انجام دهد.

- شرکت کننده بتواند نمایه توده بدنی را به درستی تعیین کند.

نحوه استفاده از جداول
مراحل استفاده از جداول را به ترتیب زیر آموزش دهید:

ارزیابی
<ul style="list-style-type: none">- وزن و نمایه توده بدنی (BMI) را اندازه گیری کنید.- نمایه توده بدنی (BMI) را با استانداردها مقایسه کنید.

، وضعیت وزن به شرح زیر ارزیابی می شود:

طبقه بندی	مقدار BMI
لاغر	کمتر از ۱۸,۵
طبیعی	۱۸/۵-۲۴/۹
اضافه وزن	۲۵/۰-۲۹/۹
چاقی	۳۰ و بالاتر

برای اندازه گیری قد و وزن با دقت کامل این نکات را مورد توجه قرار دهید:

ترازو را قبل از شروع به اندازه گیری و یا وقتی که جا به جا می شود، با وزنه شاهد کنترل کنید. (کنترل ترازو با وزنه شاهد لاقط روزی یک بار ضروری است) جوان باید کاملاً در وسط ترازو و بدون حرکت بر روی دو پا ایستاده و به رو به رو نگاه کند و با حداقل لباس، بدون کفش و کلاه توزین انجام شود.

توزین کننده با ایستادن در مقابل ترازو وزن دقیق را بخواند. پس از اندازه گیری دقیق وزن، وزن جوان در جدول ثبت نتایج پایش رشد در شناسنامه سلامت جوان ثبت می گردد.

قد جوان در وضعیت ایستاده به طور صاف و مستقیم بدون کفش و کلاه در حالی که پشت سر، پشت، باسن و پاشنه پاها کاملاً با دیوار مدرج تماس بوده و به رویه رو نگاه کند اندازه گیری می شود. (به کمک گونیا یا خط کش که روی سر جوان گذاشته می شود به طوری که با دیوار مدرج زاویه ۹۰ درجه بسازد) سپس قد جوان از روی دیوار مدرج (یا صفحه مدرج یا متر نصب شده روی دیوار) خوانده می شود. اگر ترازو مجهز به قد سنج نیست یک متر اندازه گیری را روی دیوار طوری ثابت کنید که کاملاً بر سطح زمین عمود باشد. از جوان بخواهید که مقابل دیوار بایستد در شرایطی که پشت سر، سینه، باسن و پاشنه پای وی در تماس با دیوار باشد. برای اندازه گیری قد، خط کش یا یک برگ کاغذ را روی سرش بگذارید و محل تقاطع آن را با متر بخوانید. در این حالت، مطابق شکل باید به وضعیت سر، پاها و مو جوان و نیز طرز قرار گرفتن خط کش توجه داشت.

ارزیابی نمایه توده بدنی :

افرادی که بیماری تشخیص داده شده دارند پس از غربالگری تغذیه توسط مراقب سلامت ابتدا به پزشک جهت انجام مراحل درمانی و سپس از پزشک به کارشناس تغذیه

– طبقه بندی وزن با توجه به نشانه های نمایه توده بدنی را توضیح دهد.
پرستشنامه:

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
- وزن را اندازه گیری و نمایه توده بدنی (BMI) را محاسبه کنید.	BMI کم تر ۱۸/۵	لاغر	ارجاع به پزشک
	۱۸/۵-۲۴/۹	طبیعی	توصیه های لازم برای شیوه زندگی سالم و غربالگری ۳ سال یکبار
- نمایه توده بدنی (BMI) را با استانداردها مقایسه کنید.	BMI بین ۲۹/۹-۲۵	اضافه وزن	آموزش توسط مراقب سلامت و آموزش تغذیه طبق دستورالعمل
	۳۰ BMI و بالاتر	چاقی	ارجاع به پزشک — کارشناس تغذیه جهت تنظیم رژیم غذایی مناسب (مراجعه و کنترل توسط مشاور تغذیه بعد از یک ماه

در این پرسشنامه منظور از غزالگری: هرگونه ارزیابی اولیه، کلی و غیر تخصصی الگوی غذایی و فعالیت بدنی گروه های سنی به منظور تعیین وضعیت ارجاع به کارشناس تغذیه و خدمات قابل ارائه توسط مراقب سلامت می باشد. منظور از ارزیابی، تعیین تخصصی وضعیت تغذیه گروه های سنی ارجاع شده از سوی مراقب سلامت یا پزشک از لحاظ بالینی، بیوشیمیایی، دریافت غذایی و ... توسط کارشناس تغذیه می باشد.

۱. معیار الگوی تغذیه:	
<p>۱. مصرف میوه روزانه شما چقدر است؟</p> <p>=۰ بندرت/ هرگز</p> <p>=۱ کمتر از ۲ سهم</p> <p>=۲ ۲ تا ۴ سهم یا بیشتر</p> <p>۲. مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟</p> <p>=۰ بندرت/ هرگز</p> <p>=۱ کمتر از ۳ سهم</p> <p>=۲ ۳ تا ۵ سهم</p> <p>۲- واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟</p> <p>=۰ بندرت/ هرگز</p> <p>=۱ کمتر از ۲ سهم</p> <p>=۲ ۲ سهم یا بیشتر</p> <p>۳- آیا از نمکدان سر سفره استفاده می کند؟</p> <p>= همیشه</p> <p>= ۱ گاهی</p> <p>= ۲ بندرت/ هرگز</p>	<p>۳. چقدر فست فود و/ یا نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟</p> <p>=۰ هفته ای ۲ بار یا بیشتر</p> <p>=۱ ماهی ۱-۲ بار</p> <p>=۲ بندرت/ هرگز</p> <p>۴. از چه نوع روغنی بیشتر مصرف می کنید؟</p> <p>=۰ فقط روغن نیمه جامد ، جامد یا حیوانی</p> <p>=۱ تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد</p> <p>=۲ فقط گیاهی مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)</p> <p>۵. چه مقدار در هفته فعالیت بدنی دارید؟ (حناقل فعالیت بدنی ۱۵۰ دقیقه در هفته معادل با ۳۰ دقیقه با تواتر ۵ بار در هفته شامل ورزش های هوازی نظیر پیاده روی تند ، دوچرخه سواری ، شنا و...)</p> <p>=۰ بدون فعالیت بدنی هدفمند</p> <p>=۱ کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته</p> <p>=۲ ۱۵۰ دقیقه در هفته یا بیشتر</p>

۲. نحوه محاسبه امتیاز:

گزینه اول = ۰ امتیاز گزینه دوم = ۱ امتیاز گزینه سوم = ۲ امتیاز بیشترین امتیاز = ۱۴ امتیاز

۳. نحوه تصمیم گیری برای ارائه خدمت یا ارجاع: ۱- BMI - ۲- امتیاز بدست آمده از سوالات

BMI مطلوب و امتیاز کامل (۱۴ امتیاز) = تشویق مراجعه کننده و ادامه الگوی تغذیه مناسب

BMI مطلوب + ۱۳ - ۱۷ امتیاز ← عدم ارجاع به کارشناس تغذیه + آموزش در موارد مشکل دار توسط مراقب سلامت

BMI مطلوب + ۶ - ۱۰ امتیاز ← آموزش در موارد مشکل دار توسط مراقب سلامت + ارجاع فرد برای شرکت در جلسات آموزش گروهی توسط کارشناس تغذیه + تعیین زمان مراجعه مجدد یک ماه بعد به مراقب سلامت جهت کنترل میزان پیروی از آموزش ها

BMI نا مطلوب (۲۵ تا ۲۹/۹) + با هر امتیاز ← عدم ارجاع به کارشناس تغذیه + آموزش در موارد مشکل دار توسط مراقب سلامت و آموزش تغذیه مخصوص سوء تغذیه از

نوع اضافه وزن و چاقی

BMI نا مطلوب (۳۰ و بالاتر و ۱۸/۵ و کمتر + با هر امتیاز ← ارجاع به پزشک ← ارجاع به کارشناس تغذیه جهت تنظیم رژیم غذایی مناسب (مراجعه و کنترل مجدد

توسط مشاور تغذیه بعد از یکماه)

کلیه افرادی که بیماری تشخیص داده شده دارند، پس از غربالگری تغذیه ای توسط مراقب سلامت، ابتدا به پزشک جهت انجام مراحل درمانی و سپس از پزشک به کارشناس تغذیه جهت دریافت رژیم غذایی ارجاع داده می شوند.

دستورعمل نحوه امتیازدهی و تعیین الگوی تغذیه:

این پرسشنامه حاوی ۵ سؤال است. گزینه اول هر یک از پرسش ها دارای صفر امتیاز، گزینه دوم آنها دارای یک امتیاز و گزینه سوم آنها دارای دو امتیاز است. در پرسشی که درباره مصرف روزانه میوه است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلاً میوه مصرف نمی کند یا گاهی بندرت مصرف می کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۲ سهم میوه مصرف می کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند روزانه ۲ تا ۴ سهم یا بیشتر میوه مصرف می کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود. در پرسش ۲ که درباره مصرف روزانه سبزی است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلاً سبزی مصرف نمی کند یا گاهی بندرت مصرف می کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۳ سهم سبزی مصرف می کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند روزانه ۳ تا ۵ سهم یا بیشتر سبزی مصرف می کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

تذکر: هر یک سهم میوه معادل یک عدد سیب متوسط یا همین مقدار از هر میوه دیگر است. هر یک سهم سبزی نیز معادل یک عدد سبزی غیربرگی متوسط مانند گوجه فرنگی، بادجان یا هویج، و یا یک لیوان سبزی برگی نظیر سبزی خوردن یا کاهو است.

۱. در پریشی که درباره مصرف روزانه شیر و لبنیات است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلا شیر و لبنیات مصرف نمی‌کند یا گاهی بندرت مصرف می‌کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از دو سهم شیر و لبنیات مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب می‌کند، اگر عنوان کند که روزانه ۲ سهم یا بیشتر شیر و لبنیات مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.
- تذکره: هر یک سهم شیر و لبنیات معادل یک لیوان (۲۵۰-۲۰۰ میلی لیتر) شیر، یا یک لیوان (۲۵۰-۲۰۰ میلی لیتر) ماست، یا ۴۵ گرم (معادل ۱/۵ قوطی کبریت) پنیر است.
۲. در پریشی که درباره استفاده از نمکدان سر سفره است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که همیشه یا اکثر اوقات از نمکدان سر سفره استفاده می‌کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند که گاهی از نمکدان سر سفره استفاده می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند که هرگز از نمکدان سر سفره استفاده نمی‌کند یا در موارد معدود ممکن است استفاده کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.
۳. در پریشی که درباره مصرف فست فود (نوع ساندویچ های آماده حاوی سوسیس یا کالباس یا سمبوسه یا پیتزاهای حاوی سوسیس، کالباس و پنیر پیتزای فراوان) و نوشابه‌های گازدار است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که در هفته دو بار یا بیشتر فست فود یا نوشابه‌های گازدار مصرف می‌کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند که در ماه حدود یک تا دو بار مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود و اگر عنوان کند که هرگز در طول یک ماه از فست فود یا نوشابه‌های گازدار استفاده نمی‌کند و یا در طول سال ممکن است چند نوبت محدود استفاده کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.
۴. در پریشی که درباره مصرفی است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که فقط از روغن‌های نیمه جامد، جامد یا حیوانی برای طبخ غذا استفاده می‌کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند که تلفیقی از روغن‌های گیاهی مایع و روغن‌های نیمه جامد را برای طبخ غذا مورد استفاده قرار می‌دهد، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند که فقط از روغن‌های گیاهی مایع معمولی و مخصوص سرخ کردنی برای طبخ غذا استفاده می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.
۵. در پریشی که درباره میزان فعالیت بدنی در هفته است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که در هفته هیچ فعالیت بدنی هدفمندی انجام نمی‌دهد، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته به فعالیت بدنی می‌پردازد، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند در هفته مجموعاً "۱۵۰ دقیقه (پنج جلسه سی دقیقه‌ای) به فعالیت بدنی مانند پیاده روی تند، شنا یا دوچرخه سواری می‌پردازد، دو امتیاز کسب خواهد نمود. انجام فعالیت بدنی با مدت زمان مورد نظر کمیتر از ۳ جلسه مطلوب نموده و امتیاز ۱ خواهد گرفت.

ارزیابی قلبی عروقی

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
<p>- اندازه گیری فشارخون با استفاده از جداول میزان فشارخون در بخش ضمیمه ها: ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد پس از ۵ دقیقه مجدداً فشار خون اندازه گیری شود:</p> <p>۱- اگر میانگین فشارخون در دو نوبت بین صدک ۹۰ تا ۹۵ باشد (پیش فشارخون بالا) به عنوان فرد در معرض خطر، سالانه تحت مراقبت قرار گیرد:</p> <p>- توصیه به اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم [رژیم غذایی مناسب، کنترل وزن (در صورت چاق بودن یا داشتن اضافه وزن)، توصیه به محدودیت مصرف نمک و انجام فعالیت بدنی و]</p> <p>- اندازه گیری فشارخون و قد و وزن و تعیین وضعیت چاقی</p> <p>۲- اگر میانگین فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد فشارخون بالا) ارجاع غیر فوری به پزشک جهت تأیید تشخیص و بررسی بیش تر</p> <p>- در صورت تأیید بیماری فشارخون بالا توسط پزشک، فرد بیمار لازم است: ماهانه توسط کارمند بهداشتی مراقبت شود و هر ۳ ماه یک بار توسط پزشک ویزیت شود.</p>		<p>در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر:</p> <p>- چاق یا دارای اضافه وزن است</p> <p>- والدین مبتلا به فشارخون بالا هستند</p> <p>- والدین بیماری عروق کرونر زودرس دارند</p> <p>- والدین سابقه بیماری کلیوی یا غددی (تیروئید،) دارند</p> <p>در خطر ابتلاء به افزایش فشارخون هستند</p>	<p>شرح حال دقیق</p> <p>بگیری و افرادی که عوامل خطر^۰</p> <p>فشارخون بالا دارند</p> <p>را مشخص کنید</p> <p>سپس فشارخون</p> <p>ایشان را اندازه</p> <p>گیری فرمایید:</p>

ارزیابی جوان از نظر ابتلا به فشارخون بالا

جوان را از نظر ابتلا به فشارخون بالا بشرح زیر ارزیابی کنید

چاقی یا اضافه وزن: محاسبه و رسم نمایه توده بدنی فرد

ابتلا حداقل یکی از والدین به بیماری عروق کرونر زودرس (مردها قبل از ۶۵ سالگی و زن ها قبل از ۵۵ سالگی): در صورتی که سن پدر از ۶۵ سال و یا سن مادر از ۵۵ سال پایین تر است از والدین در خصوص ابتلا به بیماری عروق کرونر یعنی سکته قلبی و یا آنژین قلبی در مورد پدر قبل از ۶۵ سالگی و در مورد مادر قبل از ۵۵ سالگی سؤال کنید پاسخ بلی را یک نشانه محسوب کنید.

اختلالات چربی خون از جمله کلسترول ال دی ال حداقل در یکی از والدین: در صورتی که والدین جوان تا به حال کلسترول خون خود را اندازه گیری کرده اند در خصوص بالا بودن آن که با تشخیص پزشک بوده سؤال کنید. پاسخ مثبت یک نشانه تلقی می گردد.

ابتلا حداقل یکی از والدین به بیماری کلوی یا غددی (تیروئید،): ابتلا یکی از والدین به بیماری های کلیه یا اختلالات تیروئید که با تشخیص دکتر بوده نیز یک عامل خطر است کسانی که در خواب آینه دارند

توصیه های آموزشی

مشابه تغذیه مناسب و فعالیت بدنی مناسب در بخش تغذیه است.

بیماری ریوی غیر واکیر

مراقبت از نظر ابتلا به آسم

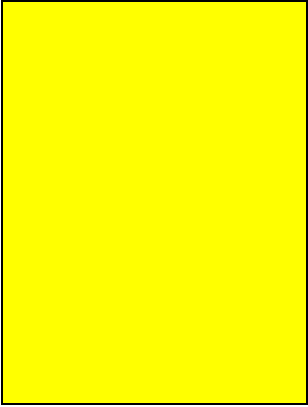
اهداف آموزشی و رفتاری

لازم است در پایان دوره آموزشی:

- شرکت کننده بتواند نشانه های آسم را به درستی طبقه بندی کند- شرکت کننده بتواند براساس نتیجه طبقه بندی آسم، اقدام مناسب را انجام دهد- شرکت کننده بتواند موارد ابتلا به آسم را به درستی شناسایی کند.

اقدام	طبقه بندی	نشانه	ارزیابی
ارجاع غیر فوری به پزشک	احتمال ابتلا به آسم	طی یک سال گذشته علائم تنفسی شامل سرفه بیش از ۴ هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته است یا تاکنون پزشک تشخیص آسم را برای وی مطرح کرده است	سوال کنید: ۱- طی یک سال گذشته علائم تنفسی شامل سرفه بیش از ۴ هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته اید؟ ۲- آیا تاکنون پزشک تشخیص آسم

را برای شما مطرح شده است؟



اوزیابی ژنتیک:

بررسی عامل خطر/بیماری/ناهنجاری های ژنتیک			
اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی (شناسایی مورد: غربالگری یا بیماریابی)
ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز بهداشتی درمانی/ خانه بهداشت	عامل خطر فامیلی دارد	آیا در خود شما و بستگان درجه ۱ یا ۲ شما هیچ یک از این موارد وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> اختلالات چربی خون <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> بیماری های قلبی-عروقی <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> نابینایی غیر اکتسابی <input type="checkbox"/> ناشنوایی غیر اکتسابی <input type="checkbox"/>	بررسی سابقه خانوادگی بیماری های غیرواگیر
-	عامل خطر فامیلی ندارد		
توضیحات	طبقه بندی	استاندارد ارائه خدمت	آموزش
بر اساس محتوای آموزشی برنامه تالاسمی	-	یک بار در سال	آموزش جوانان (دانشجویان)
بر اساس محتوای آموزشی برنامه تالاسمی	-	یک بار در سال	آموزش افراد صاحب نفوذ در محله یا روستا
بر اساس محتوای آموزشی برنامه تالاسمی	-	یک بار در سال	آموزش عاقدان محلی به منظور جلب مشارکت آنها در راستای انجام عقد (دائم و یا موقت) پس از انجام مشاوره ژنتیک

واکسیناسیون

مراقبت از نظر وضعیت واکسیناسیون

اقدام	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> - معرفی به مرکز بهداشتی درمانی جهت دریافت واکسن - پیگیری فعال ۱ ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون 	<ul style="list-style-type: none"> - واکسن هیپاتیت ب دریافت نکرده است یا نمی داند یا - در دوره دبیرستان واکسن توام دریافت نکرده است یا نمی داند <p>(واکسیناسیون ناقص است)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - آیا واکسن هیپاتیت ب دریافت کرده است؟ - آیا در دوره دبیرستان واکسن توام دریافت کرده است؟
<ul style="list-style-type: none"> - ادامه مراقبت ها 	واکسیناسیون کامل است	

جدول ایمن سازی دو گانه (دیفتری و کزاز) در افراد بالای ۱۸ بدون سابقه ایمن سازی	
زمان مراجعه	نوع واکسن
اولین مراجعه	دو گانه ویژه بزرگسال
یک ماه پس از اولین مراجعه	دو گانه ویژه بزرگسال
یک ماه پس از دومین مراجعه	دو گانه ویژه بزرگسال
۶ ماه تا یک سال پس از سومین مراجعه	دو گانه ویژه بزرگسال
۱۰ سال پس از چهارمین مراجعه	دو گانه ویژه بزرگسال و هر ۱۰ سال یک بار تکرار شود.

مراقبت از نظر وضعیت واکسیناسیون اهداف آموزشی و رفتاری

لازم است در پایان دوره آموزشی:

- شرکت کننده بتواند وضعیت ایمن سازی را به درستی طبقه بندی کند.

- شرکت کننده بتواند براساس نتیجه طبقه بندی، اقدام مناسب را انجام دهد.

براساس ارزیابی، وضعیت ایمنسازی نتیجه گیری می شود:

نتیجه ارزیابی
واکسیناسیون ناقص* است ومبتلا به بیماری که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی، واکسیناسیون او باید تحت نظارت مستقیم پزشک انجام شود، می باشد.
واکسیناسیون کامل است

* واکسیناسیون ناقص: حداقل يك نوبت از يك نوع واكسن يا بیش تر را دریافت نکرده باشد.

با توجه به طبقه بندی، اقدام مناسب انجام می شود:

اقدام
- معرفی به مرکز بهداشتی درمانی جهت دریافت واكسن - پیگیری فعال يك ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون

ارزیابی دهان و دندان

مراقبت از نظروضعیت دهان و دندان

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> - تجویز مسکن برای درد - اقدام مربوط به بیرون افتادن دندان طبق راهنما - ارجاع فوری به دندانپزشک 	مشکل دهان و دندان دارد	<ul style="list-style-type: none"> - دندان درد یا تورم و پارگی و خونریزی از بافت یا آبیسه دندان یا شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان 	ارزیابی سلامت دهان و دندان
<ul style="list-style-type: none"> - ارائه توصیه های بهداشتی دهان و دندان (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به جوان - ارجاع غیر فوری به دندانپزشک 	مشکل دهان و دندان دارد	<ul style="list-style-type: none"> - تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای - لته پر خون و قرمز و متورم - بوی بد دهان - جرم دندانی - زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان 	
<ul style="list-style-type: none"> - توصیه بهداشتی دهان و دندان (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به جوان - تشویق به مراجعه به دندانپزشک ۶ ماه بعد و مراقبت بعدی یک سال بعد 	مشکل دهان و دندان ندارد	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد	

بیماریهای عفونی

سل ریوی:

اهداف آموزشی و رفتاری

لازم است در پایان دوره آموزشی:

- شرکت کننده بتواند نشانه های سل را به درستی طبقه بندی کند.
 - شرکت کننده بتواند نتایج طبقه بندی سل، اقدام مناسب را انجام دهد.
 - شرکت کننده بتواند موارد ابتلا به سل را به درستی شناسایی کند.
 - شرکت کننده بتواند یک نمونه خطر را به درستی تهیه کند.
- وضعیت ابتلا به سل به شرح زیر ارزیابی می شود:

جمع بندی و بررسی کنید
از عوامل خطر و نشانه زیر را سؤال کنید: سرفه طول کشیده (بیش از دو هفته) عامل خطر: سابقه تماس با فرد مبتلا به سل

براساس جمع بندی و بررسی، اقدام زیر انجام می شود:

اقدام کنید
تهیه ۳ نمونه از خطر*، در صورت وجود خطر
نشانه ها
- دارای نشانه یا
- بدون نشانه (سرفه مساوی یا کم تر از ۲ هفته) به همراه عامل خطر
- بدون نشانه (فاقد سرفه) و
- با عامل خطر

اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - اولین نمونه خط را بگیرید. (در صورت وجود و امکان ارائه خط) - به جوان و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری و گرفتن نمونه های خط آموزش دهید. - جوان را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید. - به جوان و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. - جوان را یک ماه دیگر پیگیری کنید.
<ul style="list-style-type: none"> - بدون نشانه و - بدون عامل خطر

با توجه به جمع بندی و اقدام، نشانه های سل تعیین می شود:

طبقه بندی :

طبقه بندی
مشکل/احتمال سل)
در معرض خطر ابتلا به سل
فاقد مشکل

مراقبت از نظر شک به سل

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> - اولین نمونه خلط را بگیرید. - به جوان و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری و گرفتن نمونه های خلط آموزش دهید. تهیه ۳ نمونه از خلط*، - جوان را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید. 	مشکل (احتمال سل)	<ul style="list-style-type: none"> - دارای نشانه یا - بدون نشانه (سرفه مساوی یا کم تر از ۲ هفته) به همراه عامل خطر 	<ul style="list-style-type: none"> از جوان یا همراه وی عوامل خطر و نشانه زیر را سؤال کنید: • سرفه طول کشیده (بیش از دو هفته) • عامل خطر: سابقه تماس با فرد مبتلا به سل
<ul style="list-style-type: none"> - به جوان و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. - جوان را یک ماه دیگر پیگیری کنید. 	در معرض خطر ابتلا به سل	<ul style="list-style-type: none"> - بدون نشانه (فاقد سرفه) و - با عامل خطر 	
<ul style="list-style-type: none"> - جوان را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مبتلا به سل تشویق کنید. 	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> - بدون نشانه و - بدون عامل خطر 	

*

به راهنمای "روش تهیه نمونه خلط در افراد مشکوک به سل" در راهنما مراجعه کنید.

هیپاتیت :

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزئابی
<p>ارجاع به پزشک گزارش موارد مثبت هیپاتیت B و C به معاونت بهداشتی دانشگاه آموزش نحوه پیشگیری از سرایت هیپاتیت B و C / مشاوره خانواده بر اساس راهنما</p>	<p>هیپاتیت ویروسی یا هیپاتیت دارویی یا بیماری های متابولیک و عفونی همراه با ایکتر (نظیر لیپوسپیروز)</p>	<p>بروز زردی/ پررنگ شدن ادرار و کم رنگ شدن مدفوع -</p>	

ارزیابی بیماریهای منتقله از راه جنسی :
ایدز:

اقدام	طبقه بندی	نشانه	اوزیابی
ارجاع به پزشک	امکان ابتلا به بیماریهای منتقله از راه جنسی	<ul style="list-style-type: none"> در صورتی که سومصرف مواد یا رفتار جنسی مخاطره آمیز داشت ترشح از مجرا سوزش یا خارش واژن زخم تناسلی درد زیر شکم 	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه ارتباط جنسی محافظت نشده و بدون کاندوم • ابتلای شریک جنسی /همسر به ایدز یا بیماری های آمیزشی • سابقه مصرف مواد مخدر ، محرک • سابقه ارتباط جنسی قبل از ارتباط جنسی • سابقه ارتباط جنسی یا شرکای جنسی متعدد • سابقه ارتباط جنسی با افراد تن فروش • سابقه رفتارهای جنسی پرخطر در شریک جنسی/همسر • وجود رفتارهای جنسی پرخطر در اعضای خانواده و دوستان
			<ul style="list-style-type: none"> • وجود فرد معتاد به مواد مخدر ، محرک در خانواده و دوستان • وجود فرد مصرف کننده تفتنی مواد مخدر ، محرک در خانواده و دوستان • خرید مواد مخدر و یا محرک و الکل، برای دیگری • حضور در مهمانی های با امکان مصرف موادمخدر، محرک و الکل • سابقه مصرف مواد مخدر مصرف محرک در شریک جنسی / همسر
			<ul style="list-style-type: none"> • سابقه/ سوء مصرف مواد مخدر، مخدر، محرک • سابقه یا وجود ارتباط جنسی خارج از چارچوب خانواده • سابقه زندان در فرد، شریک جنسی / همسر • سابقه انجام خالویی، تاتو و حجامت

ارزیابی سلامت روان و سوء مصرف مواد

کارشناسان مراقب سلامت خانواده در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد خدمات نپل را ارائه خواهند داد:

- ارائه آموزش‌های لازم به عموم جامعه و ارتقاء سطح آگاهی آنان، ناسایی گروه‌های هدف (از طریق فرم‌های غربالگری اختلالات روانپزشکی، غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد، مشکلات اجتماعی و شناسنامه سلامت جوانان)، ارجاع افراد شناسایی شده به سطوح بالاتر (کارشناس سلامت روان و پزشک)
- ارائه آموزش‌های لازم به مبتلایان به اختلالات روانپزشکی و خانواده آنها، مراقبت و پیگیری بیماران، ثبت و گزارش‌دهی اطلاعات آماری بیماران

کارشناس مراقب سلامت می‌بایست پس از برقراری ارتباط مناسب و مؤثر با افراد تحت پوشش، با استفاده از فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی، فرم غربالگری اولیه درگیری با سیگار، الکل و مواد و توجه به عوامل خطر آسیب‌های اجتماعی (در پرسشنامه جمعیت شناختی) از میان جمعیت عمومی، افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد و همچنین افراد در معرض مشکلات اجتماعی را شناسایی و با آگاه‌سازی از خدمات موجود؛ بیمار و خانواده او و افراد در معرض آسیب را به پزشک و یا کارشناس سلامت روان ارجاع نمایند. همچنین با جلب اعتماد بیمار و خانواده او همکاری آنها را برای پذیرش دستورات و شروع مداخلات درمانی و آموزشی موجب شود. همان‌گونه که پیشتر گفته شد، در بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد که آمادگی و انگیزه کافی برای شروع درمان نداشته و از مراجعه درمانی طفره می‌روند، در این موارد اولین قدم ارجاع اعضای خانواده برای دریافت مشاوره اختصاصی به پزشک و یا کارشناس سلامت روان است. گاهی اوقات وضعیت افراد شناسایی شده به گونه‌ای است که نسبت به مشکل خود آگاهی و پذیرش ندارند و خود را بیمار نمی‌دانند و تصور می‌کنند از نظر سلامت در وضعیت مناسبی قرار دارند. در چنین شرایطی لازم است که بیمار به همراه یکی از اعضای خانواده‌اش به پزشک ارجاع داده شود، تا حمایت و تشویق لازم از سوی خانواده برای بردن بیمار نزد پزشک صورت گیرد. نکته مهم: در صورتی که در بررسی علائم اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و یا مشکلات اجتماعی علائم فرد شناسایی شده جزء موارد فوریت‌های روانپزشکی باشد؛ کارشناس مراقب سلامت خانواده باید بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهد. گروه‌های آسیب‌پذیر در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

تعریف گروه‌های آسیب‌پذیر:

در میان جمعیت عمومی تحت پوشش مراکز سلامت جامعه، عده‌ای از افراد جزء گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند. برخی افراد در برابر استرس‌ها و مشکلات آسیب‌پذیری بیشتری دارند و آمادگی بیشتری برای ابتلاء به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی دارند. این افراد در مقایسه با دیگران در مقابل استرس‌ها و مشکلات محیطی از توان مقابله و مقاومت کمتری

برخورد دارند و زودتر دچار اختلالات و مشکلات می‌شوند. با شناسایی به موقع این افراد و ارائه آموزش‌های لازم به آنها و خانواده‌هایشان می‌توان از بروز اختلالات و مشکلات پیشگیری کرد. برخی از گروه‌های آسیب‌پذیر در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شامل افراد زیر هستند:

بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن، افراد معلول که دارای ناتوانی جسمی هستند، افرادی که دچار شکست عاطفی، شغلی، تحصیلی یا مالی شده‌اند، زنان باردار یا زنانی که به تازگی زایمان کرده‌اند، خانواده و مراقبین بیماران روانی یا بیماران جسمی مزمن، افراد سوگوار که والدین یا یکی از اعضای درجه یک خانواده آنها اخیراً فوت کرده‌است، کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست، کارکنان مشاغل پر استرس (پرستاران، فرهنگیان، گروه‌های امداد و نجات، کارکنان بخش اورژانس بیمارستان)، جوانان، افرادی که در خانواده پر مشاجره و متشنج زندگی می‌کنند، افراد با وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، افراد با والد یا اعضای خانواده مصرف‌کننده مواد و ...

تذکر

علاوه بر افراد به ظاهر سالم و بدون علامت، فرم غربال‌گری باید برای موارد زیر تکمیل شود:

الف - افرادی که قبلاً به اختلالات روان‌پزشکی یا مصرف مواد مبتلا بوده‌اند و یا مشکل اجتماعی را تجربه کرده‌اند و در حال حاضر بهبود یافته‌اند. در مورد این افراد احتمال عود اختلال بهبود یافته وجود دارد. علاوه بر این ممکن است این افراد در معرض اختلال یا آسیب دیگری باشند.

ب - افرادی که در حال حاضر به اختلال روان‌پزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی مبتلا هستند و قبلاً شناسایی شده‌است اما به دلیل احتمال ابتلاء به اختلال توأم، بیماریابی باید در مورد شناسایی اختلال دوم وی صورت گیرد. با اینکه این افراد تحت نظر پزشک هستند اما ممکن است پزشک به آنها گفته باشد که چند ماه دیگر مجدداً به پزشک مراجعه کنند (داروها چند ماهه تجویز شده باشد). بنابراین در طی این چند ماه ممکن است فرد مشکلات دیگری هم زمان شکل گرفته و به دلیل عدم ویزیت موارد شناسایی نشوند.

غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان:

قبل از پرسشگری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که در این بخش می‌خواهم سوالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی و استرس‌های شما بپرسم :

برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در مراجعین است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند. در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می‌باشد سپس به خدمت‌گیرنده بگویید سوالاتی که از شما پرسیده می‌شود در مورد حالت‌هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده‌اید. در پاسخ به هر سوال می‌توانید بگویید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.

۱. ابتلاء هم زمان یک فرد به دو اختلال روان‌پزشکی یعنی فرد مبتلا به یک اختلال روان‌پزشکی، در دوره ابتلاء به اختلال خود به یک اختلال روان‌پزشکی دیگر نیز مبتلا باشد. مثلاً فرد مبتلا به صرع مزمن دچار افسردگی شود.

نمره گذاری: نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ های همیشه ، بیشتر اوقات ، گاهی اوقات ، اصلاً و بندرت به ترتیب اعداد ۳،۲،۱ و صفر تعلق می گیرد. مجموع امتیازات هر پرسشنامه می تواند از حداقل صفر تا حداکثر ۲۴ باشد. افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می کند به عنوان مثبت محسوب می شود که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می گردند. در صورت پاسخ بیشتر از ۳ به گزینه نمی داند / پاسخ نمیدهد ، ارجاع به پزشک صورت گیرد.

غربالگری سلامت روان :

اصلا	بندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه
۰	۱	۲	۳	۴

چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید، مضطرب و عصبی هستید؟
 چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟
 چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟
 چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟
 چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟
 چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟

پرسشگر گرامی: از آزمودنی سوالات زیر را بپرسید. بر روی جملاتی که زیر آن خط کشیده شده و کلماتی که برجسته شده اند، تأکید کنید.

پاسخگوی گرامی، سوالاتی که از شما پرسیده می شود، در مورد حالتهایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.

غربالگری اولیه در گیری با الکل، سیگار و مواد

مقدمه سوالات غربالگری در حوزه اعتیاد

در این بخش می خواهیم چند سؤال درباره تجربه شما از مصرف سیگار، الکل و مواد در طول عمر و سه ماه گذشته بپرسم. این مواد را می توان به صورت تخمینی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد (کارت مواد را نشان دهید). این ارزیابی برای تمام مراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد وضعیت سلامتی انجام می شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است. برخی از مواد فهرست شده ممکن است پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام بخش، داروهای ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می کنید ثبت نمی کنیم. اما، اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید.

گرچه می‌خواهیم درباره مصرف مواد غیر مجاز مختلف توسط شما بدانیم، به شما اطمینان می‌دهیم اطلاعاتی که در این مورد به ما می‌دهید، کاملاً محرمانه خواهد بود. پاسخ‌گویی باز و صادقانه به این پرسش‌ها در ارایه خدمات مورد نیاز به ما کمک می‌کند، اما در صورت عدم تمایل می‌توانید به پرسش‌ها پاسخ ندهید.

تاریخ تکمیل فرم:

منبع شرح حال: خود فرد اعضای خانواده سایر مشخص کنید:

- پیش از شروع پرسش‌گری برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید که در این بخش می‌خواهید پرسش‌های درباره مصرف سیگار، الکل و مواد بپرسید.
- به خدمت‌گیرنده یادآور شوید این خدمت به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.
- برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «برخی از مواد فهرست‌شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم. اما، اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه‌شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید.»
- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید.
- به خدمت‌گیرنده توضیح دهید پاسخ‌گویی باز و صادقانه به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند هر چند مراجعه‌کننده می‌تواند در صورت عدم تمایل به این پرسش‌ها پاسخ ندهد.
- پرسش الف را برای تمام گروه‌های مواد پیش‌بینی شده در جدول بپرسید.
- در صورتی که نام خیابانی مواد مورد استفاده در منطقه شما با مثال‌های ارایه شده در جدول متفاوت باشد، شما می‌توانید با هماهنگی با اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مثال‌های متناسب با منطقه خود را به جدول اضافه فرمایید.

پرسش الف- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را <u>تاکتون</u> مصرف کرده‌اید؟	خیر	بله	عدم تمایل به پاسخگویی	خیر	بله	عدم تمایل به پاسخگویی
(فقط مصرف غیر پزشکی)						
الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)						
ب- ترکیبات آفتونی (تریاک، شیره، سوخته، هروین، کدین، ترامادول، غیره)						
ج- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)						
د- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)						
ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)						
و- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق، غیره)						
ز- سایر - مشخص کنید:						

- در صورت پاسخ منفی به تمام مواد بیشتر کاوش کنید: «حتی در دوره نوجوانی و جوانی؟»
- در صورتی که باز هم پاسخ منفی بود از مراجع تشکر نموده و بازخورد متناسب ارایه فرمایید.
- پرسش اب
- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از گروه‌های مواد در پرسش الف، پرسش اب را بپرسید.
- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد، از مراجع تشکر نموده و او را برای غربالگری تکمیلی به کارشناس سلامت روان یا پزشک مرکز ارجاع دهید.
- در صورت پاسخ منفی به تمام موارد، از مراجع تشکر نموده و بازخورد متناسب ارایه دهید.

غربالگری اولیه در الکل مواد و سیگار

دستیابی به پاسخ‌ها صحیح در غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد نیاز به زمان و ایجاد ارتباط مؤثر و اعتماد بین جمعیت تحت پوشش و کارشناس مراقب سلامت دارد. هدف اولیه در شروع غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد دستیابی به پاسخ‌های صحیح و دقیق نبوده، بلکه انتقال این پیام به مراجعان است که مصرف مواد پیامدهای منفی جدی بر سلامت آنها داشته و نظام مراقبت‌های بهداشتی نسبت به آن حساس بوده و آمادگی دارد در این ارتباط به ایشان کمک نماید.

ارزیابی اختلالات و بیماریهای روان

اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود که بتوانید:

۱- اختلالات و مشکلات شایع حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را نام ببرید.

اقدامات	طبقه بندی	تشخیص احتمالی	نشانه ها و علائم
ارجاع فوری به پزشک	افسردهی شدید (فصل جدی برای آسیب به خود و دیگران)	افسردهی	احساس خستگی و کاهش انرژی
ارجاع غیر فوری به پزشک	افسردهی خفیف یا متوسط (عدم وجود قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران)		کاهش توانایی انجام فعالیت های روزمره
			احساس بی ارزشی یا احساس گناه
			کاهش یا افزایش خواب
			افزایش یا کاهش اشتها

۲- علائم و نشانه های شایع و مهم هر اختلال یا مشکل را نام ببرید. - ۳ تعریف و توصیفی از هر یک از اختلالات و مشکلات شایع بیان کنید. ۴ ضرورت شناسایی و نحوه غربالگری اختلالات و مشکلات شایع را بیان کنید و موارد و ۵ - نحوه ارجاع افراد شناسایی شده به سطوح بالاتر را بیان کنید.

۳- گروه های در معرض خطر و عوامل مؤثر در پیدایش اختلالات و مشکلات حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را بیان کنید.

توجه: از فردی که نشانه‌ها و علائم افسردگی را دارد حتماً راجع به افکار خودکشی به همراه قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران سؤال کنید:

- آیا هیچ‌گاه شده‌اند زندگی خسته‌شوید و به مرگ فکر کنید؟ آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟
- چنانچه پاسخ مثبت است، این علامت را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

مراقبت و پیگیری بیماران توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده:

افرادی که در غربالگری کارشناسان مراقب سلامت خانواده مشکوک به بیماری روانپزشکی شناسایی شده‌اند پس از ارجاع به پزشک (پزشک خانواده)، تشکیل پرونده و تأیید تشخیص تحت درمان، مراقبت و پیگیری قرار می‌گیرند.

در مواردیکه علائم از شدت کمتری برخوردار هستند و قصد خودکشی نیز وجود نداشته است، به صورت ماهانه توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده پیگیری و مراقبت انجام خواهد شد. در موارد شدید پیگیری هفتگی در ماه اول توصیه می‌شود.

مواردی که باید در پیگیری بیماران افسرده توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده اجرا شود:

- آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تأکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پیگیری
- پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک،
- پیگیری علائم افسردگی: غمگینی، کاهش انرژی، خستگی، مشکلات خواب و اشتها
- بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک (عوارض شایع: تهوع، اسهال یا یبوست، سوءهاضمه، خشکی دهان، خواب‌آلودگی، ... که در هفته اول پس از شروع داروها ممکن است بیشتر بروز کند).
- پیگیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه)

پیگیری در مورد بیماران زیر باید در فواصل کوتاه حداکثر هفتگی انجام شود:

- ۱- بیماران که افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی داشته‌اند.
- ۲- بیماران که دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش کافی برای درمان و پیگیری ندارند.
- ۳- شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان.

کارشناسان مراقب سلامت خانواده چنانچه در پیگیری‌های خود موارد فوق را شناسایی نمود ضمن آموزش به بیمار و خانواده تلاش خواهد نمود که بیمار سریع‌تر و زودتر از موعد مقرر توسط پزشک مربوطه ویزیت شود

نکاتی که کارشناسان مراقب سلامت خانواده باید به بیمار آموزش دهند:

- افسردگی بیماری شایع و قابل درمانی است به گونه‌ایکه بعضی به آن سرماخوردگی اعصاب می‌گویند.
- افسردگی یک بیماری است که نشانه ضعف اراده یا تنبلی نبوده و صرفاً با توصیه‌های عمومی مانند مسافرت رفتن یا تفریح کردن برطرف نمی‌شود.

- بهبودی از افسردگی به تدریج ظاهر خواهد شد.
- مصرف داروهای ضد افسردگی با تجویز پزشک خطر جدی برای بیمار ندارد.
- مصرف داروهای ضد افسردگی اعتیاد آور نیست و عوارض ماندگاری برای بیمار در بر نخواهد داشت.
- شایع ترین عوارض داروها در اوایل مصرف عبارتند از خواب آلودگی خفیف، سوءهاضمه، اسهال که با ادامه درمان و مصرف دارو همراه غذا تدریجاً بهبود می یابد.
- قبل از قطع داروها حتماً باید با پزشک مشورت شود.
- گاهی لازم است دارو برای جلوگیری از عود مشکل حداقل برای یک دوره شش ماهه مصرف شود.
- دارو باید هر روز استفاده شود و حتی الامکان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشند.
- فرد افسرده را نباید تنها گذاشت، باید به کارهای ساده و روزمره سرگرم شود و مورد توهین و انتقاد قرار نگیرد و اگر افکار نومییدی، پوچی، خودکشی، و بیقراری و شرایط نگران کننده ای داشت لازم است به پزشک ارجاع فوری شود.

اختلالات دوقطبی:

مقدمه و تعاریف:

اختلال دوقطبی یک بیماری روانپزشکی است که باعث نوسانات شدید در خلق و روحیه فرد می شود، این اختلال به اسامی دیگری همچون اختلال مانیک-دپرسیو، مانیا، بای پلار Bipolar، شیدایی نیز نامیده می شود. این اختلال در بعضی موارد جنبه ارثی و خانوادگی دارد و چنانچه یکی از والدین مبتلا به این بیماری باشد احتمال دچار شدن به این اختلال در فرزندان افزایش می یابد.

علل و علائم اختلالات دوقطبی:

بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی ممکن است در زمان هایی احساس خوشحالی و نشاط بیش از حد داشته باشد، و تصور کند قادر است هر کاری را هر چند بزرگ و ناممکن انجام دهد. احساس خستگی نمی کند و نیاز به خواب در او کم می شود، به این حالت «مانیا» گفته می شود. در عین حال همین بیمار ممکن است در زمان های دیگری به شدت احساس غمگینی و افسردگی داشته و حوصله انجام هیچ کاری را نداشته باشد که این حالت همان «افسردگی» است. بیماران دوقطبی بین این دو حالت مانیا و افسردگی تغییر حالت می دهند. و دوره ای نیز ممکن است بهبودی کامل داشته باشند

سایر علائم اختلال دوقطبی (حالت مانیا):

- تحریک پذیری، عصبانیت و پرخاشگری، پرحرفی، بی خوابی، ولخرجی و انجام کارهای پر خطر مثل رانندگی پر سرعت، روابط جنسی متعدد و...

توجه: همه این علائم یک دوره یک تا چند هفته ای باید داشته باشد و این حالات در چند ساعت و چند روز نمی تواند بیماری دوقطبی تلقی شود.

غربالگری و ارزیابی افراد خانوار:

کارشناسان مراقب سلامت خانواده با استفاده از فرم غربالگری فرد یا اعضاء خانوار را مورد ارزیابی قرار داده و مطابق جدول اقدامات لازم را انجام می دهند. چنانچه فردی اخیراً دچار سرخوشی و نشاط غیر عادی، عصبانیت و پرخاشگری بیش از حد شده است و سایر علائمی همچون بی خوابی شدید همراه با افزایش انرژی، پرحرفی و افزایش فعالیت های فرد به مدت حداقل یک هفته وجود داشته باشد و به گونه

ای باشد که در زندگی و کارهای فرد ایجاد اتلاف نموده و از نظر اطرافیان نیز پدیده ای عادی و همیشگی برای آن فرد تلقی نشود احتمال اختلال دوقطبی (مانیا) مطرح است در این حالت در مورد قصد یا اقدام بیمار برای آسیب به خود یا دیگران بررسیید. و در صورت احتمال خطر جدی در این مورد بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید. بیمار ممکن است همزمان دچار علائمی از توهم یا هذیان (سایکوز) نیز باشد که در این صورت باید ارجاع فوری به پزشک انجام شود.

اختلالات دوقطبی :

نشانه ها و علائم	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
سرخوشی بیش از حد یا تحریک پذیری ، عصبانیت و پرخاشگری	احتمال دوقطبی یا مانیا	قصد آسیب جدی به خود یا دیگران	ارجاع فوری به پزشک
بی خوابی			توهم یا هذیان
پر حرفی			فقدان توهم ، هذیان ، یا آسیب
فعالیت و انرژی زیاد بدون احساس خستگی			ارجاع غیر فوری به پزشک

- توهم: ادراک بدون وجود محرک (مانند شنیدن صداهایی که دیگران آنها را نمی شنوند و دیدن چیزهایی که دیگران آنها را نمی بینند). هذیان: فکر یا باور غلط که فرد به آن اعتقاد دارد و برای او قابل تردید نیست و منطبق بر زمینه تحصیلی ، فرهنگی و اجتماعی او نیست؛ (مانند اینکه فرد معتقد است که یک مقام رده بالای کشوری یا جهانی است یا فکر می کند اشخاصی او را تعقیب می کنند و می خواهند به او صدمه بزنند).

توجه: از فردی که نشانه های مانیا دارد حتماً راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران سؤال کنید. چنانچه پاسخ مثبت است، این علائم را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی:
بیمار مشکوک به اختلال دوقطبی پس از ارجاع به پزشک و تأیید تشخیص، ممکن است جهت بررسی های تکمیلی، شروع درمان یا نیاز به بستری در بخش روانپزشکی، توسط پزشک به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده شود. چنانچه علائم شدید نباشد و نیاز به بستری وجود نداشته باشد روانپزشک درمان دارویی با داروهای نظیر لیتیم، سدیم والپروات، کاربامازپین و... را شروع نموده و بیمار را با پسخوراندن لازم برای پی گیری مجدداً به نزد پزشک باز می گرداند. نوبت اول پی گیری در هفته اول پس از بازگشت از ارجاع توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده انجام می شود.

غربالگری و ارزیابی افراد:
اختلالات اضطرابی بسیار شایعند و از آنجا که قابل درمان هستند، تشخیص و درمان آنها بسیار مهم است. بسیاری از این بیماران را می توان با پرسیدن سوالات غربالگری اختلالات روانپزشکی شناسایی و اقدامات لازم را مطابق جدول برای ارجاع به پزشک و تشخیص قطعی و شروع درمان انجام داد.

اقدامات	طبقه بندی	تشخیص احتمالی	نشانه ها و علائم
ارجاع فوری به پزشک	احتمال آسیب جدی به خود یا دیگران	احتمال اختلال اضطرابی	اضطراب و دلشوره بیقراری و نگرانی
ارجاع غیر فوری به پزشک	نبودن احتمال آسیب جدی به خود یا دیگران		شست و شو یا چک کردن بیش از حد افکار مزاحم ترس از صحبت در جمع عصبانیت ناگهانی بی خوابی یا خواب منقطع

پیگیری و مراقبت:

برای درمان اختلالات اضطرابی هم می توان از داروها استفاده کرد و هم می توان از روش های غیردارویی کمک گرفت. هر دو نوع درمان در بهبود این اختلالات موثر هستند و بسته به شرایط موجود و صلاحیت پزشک از آنها استفاده می شود. در برخی موارد از دارو در درمان اختلالات اضطرابی استفاده می شود، ولی بسیاری از بیماران ممکن است نگران باشند که نکند داروهای روانپزشکی اعتیادآور باشند. بنابراین دوست ندارند که از دارو استفاده کنند و به همین دلیل ترجیح می دهند که درمان را رها کنند یا اصلا برای درمان مراجعه نکنند. باید توجه داشت که این اعتقاد در بیشتر موارد درست نیست و بیشتر این داروها اصلا باعث وابستگی نمی شوند و در صورتی که تحت نظر پزشک و به درستی استفاده شوند این نگرانی موردی پیدا نمی کند. به علاوه، درمان های غیردارویی هم برای اضطراب وجود دارد که در موارد اضطراب خفیف تر می تواند به درمان کمک کند. اختلالات اضطرابی کوتاه مدت نیستند، بنابراین درمان آنها هم کوتاه مدت نخواهد بود. قطع زودهنگام درمان منجر به عود بیماری و افزایش مشکلات بیمار می گردد. آموزش به بیمار و خانواده او درباره بیماری و روش های درمان آن، به درمان این اختلالات نیز کمک می کند. این آموزش توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان انجام می شود. آموزش باعث می شود که بیمار کمتر به فکر قطع کردن خودسرانه داروهای خود بیافتد و همچنین خانواده بیمار یاد بگیرند که چگونه باید با بیمار خود برخورد کنند تا استرس کمتری به او وارد کنند و به بهبود بیمار کمک کند. بیمار مشکوک به اختلال اضطرابی پس از ارجاع به پزشک، بسته به نوع و شدت بیماری ممکن است توسط پزشک (خانواده) به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده شود و یا درمان او توسط خود پزشک خانواده آغاز گردد. نوبت اول پیگیری در هفته اول پس از بازگشت از ارجاع توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده انجام می شود. پیگیری های بعدی کارشناس مراقب سلامت خانواده به صورت ماهانه و فعال انجام می گردد.

مواردی که باید در پیگیری بیماران توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده اجرا شود:

آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پی گیری ، پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک ، پیگیری علایم بیماری ، بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک ، پیگیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه)

کارشناس مراقب سلامت خانواده چنانچه در پیگیری های خود موارد فوق را شناسایی نمود ضمن آموزش به بیمار و خانواده تلاش خواهد نمود که بیمار سریع تر و زودتر از موعد مقرر توسط پزشک مربوطه ویزیت شود.

غریبالگری و ارزیابی افراد سایکوتیک :

کارشناسان مراقب سلامت خانواده با استفاده از فرم غریبالگری خانوارهای تحت پوشش را مورد ارزیابی قرار می دهند و مطابق جدول اقدامات لازم را انجام می دهند. در صورتی که بیمار دچار هر یک از علایمی باشد که در مقدمه توضیح داده شد، مانند توهم (مثل شنیدن صداهایی که دیگران نمی شنوند) یا هذیان (مثلا معتقد باشد دیگران دنبال او هستند و قصد آسیب زدن به او را دارند) یا رفتارهای عجیب و غیرمعمولی انجام دهد یا تکلم نامفهوم و بی ربطی داشته باشد، احتمال ابتلا به اختلالات سایکوتیک در او زیاد است و باید برای بررسی و بر اساس جدول بررسی و ارجاع گردد.

اقدامات	طبقه بندی	تشخیص احتمالی	علایم و نشانه ها
ارجاع فوری به پزشک	قصد آسیب جدی به خود یا دیگران	احتمال اختلال سایکوتیک	توهم
ارجاع فوری به پزشک	پر خاشکگری شدید		هذیان
ارجاع غیر فوری به پزشک	فقدان قصد آسیب یا پر خاشکگری شدید		رفتارهای بی هدف و عجیب و غریب
			تکلم بی ربط و نامربوط

پیگیری و مراقبت :

درمان اصلی اختلالات سایکوتیک درمان دارویی است و معمولاً لازم است این بیماران برای چند سال به طور مرتب دارو مصرف کنند. یکی از مهمترین مشکلات در درمان این اختلالات این است که بسیاری از بیماران قبول ندارند که بیمار هستند و بنابراین از خوردن دارو خودداری می کنند یا پس از مدتی که علایم بیماری فروکش کرد، داروی خود را قطع می کنند. قطع زودهنگام دارو معمولاً باعث می شود که بیماری پس از چند هفته یا چند ماه دوباره عود کند. آموزش به بیمار و خانواده او درباره بیماری و تداوم درمان آن، به درمان این اختلالات بسیار کمک می کند. این آموزش توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان انجام می شود. آموزش باعث می شود که بیمار کمتر به فکر قطع کردن خودسرانه داروهای خود بیفتد و همچنین افراد خانواده بیمار یاد بگیرند که چگونه باید با بیمار خود برخورد کنند تا استرس کمتری به او وارد کنند و به بهبود بیمار کمک کند. بیمار مشکوک به اختلال سایکوتیک پس از ارجاع به پزشک و تایید تشخیص، لازم است در همه موارد جهت بررسی های تکمیلی، شروع درمان یا نیاز به بستری در بخش روانپزشکی، توسط پزشک (خانواده) به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده شود. چنانچه علایم شدید نباشد و نیاز به بستری وجود نداشته باشد روانپزشک درمان دارویی را شروع نموده و بیمار را با پسخوراند لازم برای پی گیری دوباره به نزد پزشک باز می گرداند و سپس پزشک، بیمار را برای انجام پیگیری های بعدی به کارشناس مراقب سلامت خانواده ارجاع می دهد. نوبت اول پیگیری در هفته اول پس از بازگشت از ارجاع انجام می شود. پیگیری های بعدی کارشناس مراقب سلامت خانواده به صورت ماهانه و فعال انجام می گیرد. مواردی که کارشناس مراقب سلامت خانواده باید در پیگیری بیماران انجام دهند :

- آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری یا تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و همچنین رعایت احترام و حقوق انسانی بیمار
- آموزش مهارت های اجتماعی به بیمار و کمک به وی برای برگشت به جامعه و کار
- پیگیری مراجعه به موقع بیمار به خانه بهداشت و به پزشک
- پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک
- پیگیری نحوه کنترل و بهبود تدریجی علایم بیماری و بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت بروز عوارض، ارجاع بیمار به پزشک

پی گیری در مورد بیماران زیر باید در فواصل کوتاه حداکثر هفتگی انجام شود:

بیمارانی که افکار خودکشی، آسیب به دیگران یا اقدام به خودکشی دارند. بیمارانی که با وجود چند جلسه پیگیری و آموزش هنوز هم دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش

کافی برای درمان و پی گیری ندارند. شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان که با وجود پیگیری و آموزش کارشناس مراقب سلامت خانواده بهبود نیافته است. کارشناس مراقب سلامت خانواده چنانچه در پیگیری های خود موارد فوق را شناسایی نمود ضمن آموزش به بیمار و خانواده تلاش خواهد نمود که بیمار سریع تر و زودتر از موعد مقرر توسط پزشک مربوطه ویزیت شود

داهنماها و توصيه ها

مداخلات آموزشی برای اصلاح تغذیه راهنمای تغذیه جوان مبتلا به لاغری

- مصرف حداقل ۲ میان وعده غنی از پروتئین و انرژی مانند تخم مرغ آب پز سفت، نان، خرما، میوه های تازه، خشک و پخته، انواع مغزها مثل بادام، پسته، گردو، فندق، لبنیات مثل شیر، ماست پنیر، کشک و بستنی، حبوبات مثل عدس و... شیربرنج و فرنی؛
- استفاده از انواع طعم دهنده ها مثل ادویه، چاشنی، آبلیمو و ...؛
- مصرف روغن های مایع نباتی مثل روغن زیتون همراه سالاد، سبزی و غذا؛
- استفاده بیشتر از گروه نان و غلات مثل انواع برنج و ماکارونی و سیب زمینی از گروه سبزیجات به همراه مواد پروتئینی؛
- توجه بیشتر به وعده صبحانه و استفاده از مواد مقوی و مغذی مثل گردو و پنیر در صبحانه؛
- استفاده از جوانه غلات و حبوبات به سالاد و آش و سوپ؛
- استفاده از انواع حبوبات در خورش، آش، خوراک و...؛
- استفاده از چهار گروه غذایی (گوشت و حبوبات و تخم مرغ و مغزها)، (شیر و لبنیات)، (میوه و سبزیجات) و (نان و غلات) در برنامه غذایی روزانه؛
- **گروه غلات و مواد نشاسته ای:** باید روزانه به میزان ۱۱-۶ سهم مصرف شود و هر سهم برابر است با ۴ قطعه نان لواش یا یک قطعه نان سنگک یا یک قطعه نان بربری به اندازه تقریبی هر قطعه ۱۰ در ۱۰ سانتی متر (کف دست بدون انگشتان) یا نصف لیوان برنج پخته یا نصف لیوان غلات پخته (گندم، جو و ذرت) یا نصف لیوان ماکارونی پخته.
- **گروه سبزیجات:** بایستی ۵-۲ سهم در روز خورده شود و هر سهم برابر است با یک لیوان سبزیجات خام یا نصف لیوان سبزیجات پخته یا نصف لیوان نخود سبز یا یک عدد سیب زمینی متوسط،
- **گروه میوه جات:** بایستی به میزان ۴-۲ سهم در روز خورده شود و هر سهم آن برابر است با یک میوه به اندازه متوسط مثل سیب و پرتقال یا میوه های مشابه یا ۳ عدد میوه به اندازه کوچک مثل زردآلو یا میوه های مشابه یا یک قاچ هندوانه یا میوه های مشابه یا نصف لیوان حبه های انگور یا نصف لیوان آب میوه طبیعی یا یک چهارم لیوان میوه خشک (برگه زردآلو یا هلو، انجیر خشک یا کشمش)،
- **گروه شیر و لبنیات:** مصرف آن ۳-۲ سهم در روز است و هر سهم شامل یک لیوان شیر یا یک لیوان ماست یا دو لیوان دوغ یا ۶۰ گرم پنیر (معادل ۲ قوطی کبریت) است.

- **گروه گوشت و جایگزین های آن:** مصرف روزانه ۳-۲ سهم از این گروه غذایی توصیه می شود و هر سهم برابر است با ۹۰ گرم گوشت کم چربی (۳ تکه گوشت خورشی) یا یک تکه مرغ (ساق ران) یا یک قطعه ماهی (یک برش عرضی کامل) یا نصف لیوان حبوبات و یا سویای خام یا پسته و مغز ها یا دو عدد تخم مرغ ،
- اصلاح شیوه غذا خوردن
- کشیدن غذا در ظرف بزرگتر؛ میل کردن غذا در جمع دوستان، میل نکردن آب قبل از غذا؛ اجباری نکردن برنامه غذایی ،افزایش تعداد وعده های غذایی.
- راهنمای تغذیه جوان مبتلا به چاقی یا اضافه وزن**
- صبحانه خوردن به عنوان یک وعده اصلی غذایی در هر روز با هدف کمتر غذا خوردن در وعده غذایی بعدی
- مصرف میوه و سبزیجات به عنوان میان وعده
- محدود کردن مصرف شیرینی و شکلات به عنوان میان وعده
- محدود کردن مصرف غذا های چرب و پر انرژی از قبیل چیپس، بستنی، سس مایونز، شکلات، کیک های خامه ای و کره و غیره
- نوشیدن آب، ماست های کم نمک و آب میوه های طبیعی به جای نوشابه های شیرین گاز دار
- مصرف میوه های تازه به میزان ۴-۳ سهم به جای میوه های کنسروی و آب میوه های فراوری شده
- مصرف میوه بجای آب میوه؛
- مصرف سبزیجات به میزان ۵-۳ سهم در روز
- مصرف غذا های با فیبر زیاد مثل نان های سبوس دار (سنگک) و میوه های خشک شده و میوه و سبزیجات تازه
- مصرف مغز ها و میوه های خشک به عنوان میان وعده به جای تنقلات
- کاهش مصرف فست فود و غذا های پر کالری (رستوران و غذا های آماده)
- اصلاح عادات غذایی خانواده
- آموزش اعضای خانواده برای بهبود عادات غذایی
- مصرف غذاهای آب پز، بخار پز و تئوری بجای غذاهای سرخ شده و پر چرب؛
- کاهش مواد غذایی کنسرو شده، همبرگر، سوسیس و کالباس؛
- استفاده از نان و ترجیحا نان سبوس دار بجای برنج و ماکارونی؛
- مصرف شیر و لبنیات کم چربی؛
- استفاده از ماهی و مرغ بدون پوست
- اجتناب از مصرف امعا واحشا (دل، قلوه، کله و پاچه و مغز)؛
- مصرف انواع سالاد بدون سس مخلوط با روغن زیتون و سرکه قبل یا همراه غذا و مصرف سبزیجات همراه غذا

توجه به تعداد وعده های غذایی (۲ وعده اصلی و ۲ میان وعده)
 یک سهم از گروه نان و غلات = نان بربری/سنگک/تافتون به اندازه کف دست = ۴ واحد نان لواش به اندازه کف دست = نصف لیوان برنج پخته = نصف لیوان غلات پخته = نصف لیوان ماکارونی پخته
 یک سهم از گروه سبزیجات = یک لیوان سبزیجات خام = نصف لیوان سبزیجات پخته برگ دار سبز = یک سیب زمینی متوسط = نصف لیوان نخود سبز پخته / هویج / سبزیجات به رنگ زرد یا نارنجی
 یک سهم از گروه میوه = یک پرتقال یا سیب متوسط = یک قاچ هندوانه یا میوه های مشابه = ۳ عدد زردآلو یا میوه های مشابه = نصف لیوان انگور دانه شده یا میوه های مشابه = نصف لیوان آب میوه طبیعی

یک سهم از گروه گوشت و پروتئین = ۲ عدد تخم مرغ = یک ساق ران = ۳ تکه گوشت قرمز خورشی = نصف لیوان پسته یا مغز های مشابه = نصف لیوان حبوبات خام = یک برش عرضی از ماهی
 یک سهم گروه شیر و لبنیات = یک لیوان شیر = یک لیوان ماست = ۲ قوطی کبریت یا ۲ لیوان دوغ = دو سوم لیوان کشک

تغییر سبک غذاخوردن

- صرف غذا با خانواده با هدف دستیابی به کیفیت بهتر غذا
- کشیدن غذا در ظرف کوچکتر؛
- کاهش سرعت غذا خوردن و افزایش مدت جویدن غذا؛
- خریداری نکردن مواد غذایی چاق کننده مثل چیپس، شیرینی و ... و نوشابه های گاز دار شیرین؛
- نوشیدن حداقل یک لیوان آب قبل از غذا.
- پرهیز از خوردن تنقلات حین تماشای تلویزیون و یا کار با رایانه و تلفن همراه

توصیه های فعالیت بدنی

۱. انجام ورزش هایی از قبیل دوچرخه سواری، پرش، دو و شنا
۲. مشارکت در کار های منزل و امور باغیانی
۳. تماشای برنامه های تلویزیونی و بازی های کامپیوتری به مدت حداکثر ۲ ساعت در روز
۴. بالا رفتن از پله به جای استفاده از آسانسور
۵. پیاده رفتن، تامقصد
۶. انجام ورزش هایی از قبیل فوتبال، والیبال، تنیس و بسکتبال
۷. انجام فعالیت های بیرون از منزل مثل پارک و پیکنیک
۸. انجام فعالیت بدنی از نوع فعالیت با شدت متوسط مانند راه رفتن، اسکی، دوچرخه سواری، شنا، بازی گروهی و یا فعالیت شدید مانند دو یا فوتبال دست کم ۳۰ دقیقه و افزایش آن در چند دوره ه تا ۱۰ دقیقه ای به ۶۰ دقیقه.

برای جوانان فعالیت فیزیکی مثل تند راه رفتن، دوچرخه سواری، آهسته دویدن و..... به مدت ۶۰-۳۰ دقیقه که می تواند به سه نوبت ۲۰-۱۰ دقیقه ای تقسیم شود با شدت متوسط تا شدید، هر روز و دست کم ۵ روز در هفته و ورزش های کششی بازوها، شانه ها، قفسه سینه، تنه، پشت لگن و ساق پاها هر کدام ۱۰-۱ بار برای ۲-۳ بار در هفته توصیه می شود. برای آنان که می خواهند ورزششان کم شود یا از اضافه شدن ورزشان جلوگیری شود فعالیت بدنی بیشتری توصیه می شود..

توصیه های فعالیت بدنی

متناسب با رده سنی، نکات آموزشی را در ملاقات های دوره ای ارائه دهید:

- بررکسالاتن حداقل روزی ۳۰ دقیقه بدون تا فعالیت بدنی متوسط داشته باشند، برای آنان که می خواهند اضافه ورزششان را کاهش دهند یا از اضافه شدن ورزشان جلوگیری کنند فعالیت بدنی بیش تری توصیه می شود.

افراد باید برای فعالیت بدنی برنامه ای لذت بخش و قابل اجرا داشته باشند و مدت زمان فعالیت فعلی را نیز دست کم ۳۰ دقیقه و تا ۶۰ دقیقه در چند دوره ۵ تا ۱۰ دقیقه ای افزایش دهد. فعالیت های افزایش یافته باید از نوع فعالیت با شدت متوسط مانند راه رفتن، اسکیت، دوچرخه سواری، شنا، بازی گروهی و یا فعالیت شدید مانند دو یا فوتبال باشد.

جوانان باید دیدن تلویزیون و بازی های کامپیوتری را محدود کند، تماشای تلویزیون را به روزانه کم تر از ۲ ساعت محدود کند و مدت زمان آن را دست کم ۳۰ دقیقه در شبانه روز کاهش دهد....

نیازهای تغذیه ای، میزان کالری، آهن و کلسیم و تعادل و تنوع غذایی جوان ورزشکار باید به طور دقیق تعیین شود.

همیشه باید در نظر داشت که فعالیت جسمی جزئی از زندگی روزمره است و نیاز به لباس خاص و یا شرکت در کلاس ویژه ندارد.
- در جوانان فعالیت فیزیکی به مدت ۶۰-۳۰ دقیقه (که می تواند به سه نوبت ۲۰-۱۰ دقیقه ای تقسیم شود) با شدت متوسط تا شدید، هر روز و دست کم ۵ بار در هفته توصیه می شود، همچنین فعالیت جسمی روزانه، تند راه رفتن، دوچرخه سواری، آهسته دویدن و ورزش های کششی بازوها، شانه ها، قفسه سینه، تنه، پشت لگن و ساق پاها هر کدام ۱۵-۱۰ بار برای ۳-۲ بار در هفته توصیه می شود.

متخصصین ورزشی

با گسترش شهرنشینی و رفتارهای ویژه آن، کم تحرکی در بین جوانان نیز رواج یافته است. بسیاری از جوانان کشور ما فعالیت بدنی مناسب برای بالندگی توام با سلامتی را ندارند و به همین دلیل باید جوانان در مورد فعالیت بدنی و ارتباط آن با سلامتی آموزش داده شوند و مریدان ورزشی باید به جوانان کمک کنند تا اهمیت فعالیت بدنی و تاثیر آن بر بدنشان و سلامتی را بفهمند و به فعالیت بدنی فکر کنند و رفتارشان را تغییر دهند. برای این که جوانان به کمک مریدان بتوانند فعالیت بدنی را که موجب: * استحکام استخوان ها و تقویت عضلات بدن

- * انعطاف پذیری
- * رشد و توسعه مهارت های فردی
- * کنترل وزن بدن
- * افزایش اعتماد به نفس
- * تناسب اندام
- * افزایش آرامش
- * افزایش رشد توام با سلامتی

یافتن دوستان جدید و کمک به اجتماعی شدن آن ها می شوند را در ساختار زندگی خود بگنجانند، باید فعالیت بدنی به صورت تعدادی از موضوعات درسی تقسیم شود و از این طریق اطلاعات مرتب تکرار شود.

دست اندرکاران آموزش بخصوص مربیان می توانند بر اساس ۵ استراتژی زیر به تغییر رفتار جوانان در زمینه فعالیت بدنی کمک کنند:

- بسط آگاهی و دانش جوانان در زمینه فعالیت بدنی. برای این کار مشارکت جوانان در این که بدانند چه مقدار فعالیت بدنی برای حفظ سلامتی خود باید انجام دهند و چه مقدار و چگونه از وضعیت کم تحرکی خود (مانند زمانی که از برنامه های کامپیوتری استفاده می کنند یا تلویزیون تماشا می کنند) کاهش دهند، ضروری است.
- آن ها باید بدانند برای فعال بودن ضروری نیست در یک رشته ورزشی شرکت کنند بلکه پیاده روی از منزل تا مقصد، دوچرخه سواری و حتی کمک به انجام کارهای منزل جزء فعالیت های بدنی است و برای حفظ سلامتی مفید است.
- برای این که به فعالیت بدنی علاقمند شوند باید فعالیت های بدنی متنوعی که از نظر آن ها جالب است، انتخاب کنید.
- علاوه بر انجام فعالیت های بدنی متوسط، باید فعالیت های بدنی شدید نیز انجام دهند تا قلب با سرعت بیش تری بتپد و نفس ها تندتر و عمیق تر شود. مانند ورزش فوتبال، دو و میدانی و شنا.
- کمک به افزایش آگاهی جوانان و مشارکت آن ها در انتخاب راه های مناسب.
- به جوانان یاد بدهند که هدف مشخصی را تعیین نمایند. هدف گذاری به جوانان کمک می کند تا پیشرفت کاری خود را بسنجند. مثلاً ماه اول حداقل ۲۰ دقیقه فعالیت متوسط، ۱۰ دقیقه فعالیت شدید داشته باشند و ۳۰ دقیقه از زمان کم تحرکی و بی تحرکی خود بکاهند. ماه دوم ۳۰ دقیقه فعالیت متوسط، ۱۵ دقیقه فعالیت شدید(۴۵) داشته باشند و ۴۵ دقیقه از زمان کم تحرکی و بی تحرکی خود بکاهند و ماه سوم
با توجه به این که فعالیت بدنی روی عضلات، استخوان ها و سایر اندام های انسان تاثیر می گذارد یک پوستر از بدن انسان روی دیوار نصب شود. به جوانان آموزش داده شود که فعالیت بدنی چه تاثیری روی هر قسمت بدن دارد.

توصیه های تغذیه ای

- رژیم غذایی باید از لحاظ مواد غذایی لازم باشد، کامل و مطمئن یعنی سرشار از ویتامین ها، پروتئین ها و مواد معدنی باشد.
- رژیم متنوع از همه گوه های غذایی باید روزانه به جای مواد پر کالری مانند اسنک های پر نمک، بستنی، غذاهای سرخ شدنی، شیرینی و نوشابه های شیرین به شرح زیر تهیه شود:
گروه غلات و مواد نشاسته ای: محصولات تهیه شده از غلات (کندم، جو و غیره) باید روزانه به میزان ۶ واحد مصرف شود که به عنوان مثال هر واحد برابر است با: یک قطعه نان به اندازه تقریبی ۱۰ در ۱۰ سانتی متر یا نصف لیوان پخته یا نصف لیوان غلات پخته.
- گروه سبزیجات: بایستی ۳ واحد در روز خورده شود که هر واحد برابر است با نصف لیوان سبزیجات خرد شده خام یا پخته، یا یک لیوان سبزیجات برگ دار خام به خصوص سبزیجات دارای رنگ زرد مایل به نارنجی.
- گروه میوه جات: بایستی به میزان ۲ واحد در روز خورده شود که هر واحد آن برابر است با یک میوه به اندازه متوسط یا یک قاچ هندوانه یا میوه های مشابه، یا یک چهارم لیوان میوه خشک (برگه زردآلو یا هلو، انجیر خشک یا کشمش) یا سه چهارم لیوان آب میوه که ترجیحاً طبیعی باشد.
- گروه شیر و لبنیات: مصرف آن ۲ واحد در روز می باشد که هر واحد شامل یک لیوان شیر یا ماست یا ۶۰ گرم پنیر (معادل ۲ قوطی کبریت) است.
- گروه گوشت و جایگزین های آن: مصرف روزانه ۲ واحد از این گروه غذایی توصیه می شود که هر واحد برابر است با ۶۰ یا ۹۰ گرم گوشت کم چربی یا مرغ یا ماهی یا نصف لیوان لوبیا و یا سویای خام یا یک عدد تخم مرغ به جای ۳۰ گرم گوشت کم چربی و یا دو قاشق غذاخوری کره بادام زمینی به جای ۳۰ گرم گوشت.
- گروه مواد چرب و شیرین: باید سعی شود از این مواد محدود مصرف شود.
- اصلی ترین وعده غذایی صبحانه است. - مصرف فرآورده های تهیه شده از آرد سبوس دار می تواند در سلامتی فرد بسیار موثر باشد. - مقدار چربی و کالری مصرفی به دقت بررسی شود و نوع روغن مصرفی نباید از انواع هیدروژنه باشد. - مصرف سبزیجات و میوه جات باید به جوانان یادآوری شود.

- به چاشنت یا میان وعده دقت شود و جلوی مصرف میان وعده های غذایی نامطلوب باید گرفته شود.
- جوانان باید به مصرف مکرر ماهی (دست کم دو بار در طول هفته) تشویق شوند.
- شیر و لبنیات از اجزای اساسی غذای جوانان هستند.
- جوانان را باید آموزش داد به هنگام شدن غذا را به آهستگی بخورند.
- افراد خانواده سعی کنند با هم غذا بخورند. - جوانان باید تشویق به خوردن آب و شیرودوغ شوند. بهتر است از مصرف سایر نوشیدنی ها به دلیل مواد افزودنی پرهیز شود.

توصیه های آموزشی در هیپاتیت

هیپاتیت B و C

بیماری ویروسی هیپاتیت که به نام های زردی و یرقان در گذشته های دور شناخته شده بود. در چند دهه اخیر به دلیل پیشرفت در تشخیص و راه های پیشگیری و درمان آن اهمیت بیش تری یافته است. البته انواع دیگری از هیپاتیت (التهاب یا ورم کبد) نیز وجود دارند که ناشی از مصرف داروها و مشروبات الکلی و همچنین برخی بیماری های ارثی هستند که در اینجا به آن ها نمی پردازیم.

کبد عضوی است از بدن که در سمت راست بالای شکم قرار داشته و در بسیاری از فعالیت های حیاتی بدن مانند رویارویی با عفونت ها، توقف خونریزی، پاک کردن خون از سموم و ذخیره انرژی در بدن نقش مهمی بازی می کند. هیپاتیت با شدت های مختلف دیده می شود، از بهبودی کامل گرفته تا ناقل بودن همیشگی و حتی مرگ برق آسا و یا ابتداء به عوارض کشنده های چون سرطان و سیروز.

نشانه ها، گونه ها، همه گیر شناسی

ابتداء به هیپاتیت گاه تنها آلودگی به ویروس بوده و هیچگونه نشانه بالینی ندارد. اما این افراد می توانند ویروس بیماری را به دیگران انتقال دهند.

هیپاتیت حاد: در این حالت بیمار با نشانه هایی چون تب، علائم شبیه سرما خوردگی، بی اشتها، استفراغ، درد شکم، درد مفاصل و ادرار تیره به زردی دچار می شود. در پوست و چشم ها این زردی بارزتر است. این بیماری در بیش تر موارد خودبه خود بهبود یافته و طی ۶ ماه خون از ویروس پاک می شود ولی در برخی موارد، بیماری مزمن می گردد. (در گونه B، ۱٪ ولی در گونه C تا ۸۰٪ موارد مزمن می شوند)

هیپاتیت مزمن: شایع ترین نشانه، ضعف و خستگی طولانی است. نارسایی کبد و سرطان ممکن است از عوارض پیشرفت بیماری باشند. به ندرت زردی خفیف یا خارش در بیماران وجود داشته و تشخیص آن تنها با آزمایش خون ممکن است.

گونه های A و E هیپاتیت از راه آب و غذا منتقل گشته و گونه های B، C و D از راه انتقال خون و تماس جنسی.

گونه های مختلف هیپاتیت: گونه های A تا E هم اکنون کاملاً شناخته شده اند. گونه های A و E از راه آب و غذا منتقل گشته و گونه های B، C و D از راه انتقال خون و تماس جنسی. در این جزوه بیش تر به گونه های B و C خواهیم پرداخت که برای ما از نظر اهمیت در پیشگیری، درمان و بار بیماری اولویت بیش تری دارند. هیپاتیت D نیز، اگرچه راه انتقال آن شبیه B و C است، از آنجا که تقریباً همواره همراه با هیپاتیت B دیده شده و شیوع کم تری دارد، نیاز به بحث جداگانه ندارد.

هیپاتیت B) تنها گونه بیماری است که با واکسن قابل پیشگیری می باشد. در نزدیک به ۵٪ مردم جهان به شکل ناقل مزمن وجود دارد که این رقم در ایران ۳٪ برآورد می شود. میزان کشندگی آن ۱٪ و در افراد مسن

خطرناک تر است. خوشبختانه در کشور ما افراد زیر ۱۸ سال و کسانی که به دلایل شغلی در معرض این بیماری قرار دارند، به ندرت واکنش نشاندهنده اند. تعداد ناقلین بدون علامت بیماری در ایران حدود ۲ میلیون نفر و تعداد بیماران حدود ۳۰۰ هزار نفر تخمین زده می شوند. دوره پنهانی بیماری (فاصله زمانی بین ورود عفونت به بدن تا ظهور علائم) بین ۶ هفته تا ۶ ماه متغیر است.

هیپاتیت C ابتداء به هیپاتیت پس از تزریق خون در ۹۰٪ موارد ناشی از ویروس هیپاتیت C است. نسبت به هیپاتیت B تعداد بیش تری به فاز مزمن بیماری می روند و پاسخ به درمان بدتری نیز دارد. ۸۰٪ از مبتلایان به ویروس هیپاتیت C، مزمن شده و در نهایت ۲۰٪ دچار نارسایی کبد (سیروز) می شوند. بیش تر مبتلایان از نظر ظاهری سالم بوده و به همین دلیل، پیشگیری نقش بسیار مهمی در گسترش نیافتن بیماری دارد.

راه های انتقال و پیشگیری

هیپاتیت های B، C و D از راه خون و مایعات بدن، از مادر به نوزاد و با تماس جنسی منتقل می شوند. هیپاتیت C و B عموماً از راه خون منتقل گردیده اما از آن طریق سایر مایعات بدن نیز می تواند انتقال یابد (ادرار، اشک، بزاق و). همچنین بریدگی، خراش و استفاده از وسایل شخصی یکدیگر نظیر تیغ و مسواک می توانند ویروس هیپاتیت را به فرد دیگری انتقال دهند. استفاده از سرنگ مشترک در معتادان بسیار خطرناک است. هرگونه استفاده از تیغ یا سوزن های غیر استریل چه در خالکوبی (تاتو)، دندانپزشکی، طب سوزنی و حجامت و چه در آرایشگاه می تواند منجر به انتقال عفونت گردد. راه های انتقال هیپاتیت C و B یکسان است اما خوشبختانه علیه هیپاتیت B واکنس وجود دارد که به کلیه نوزادان و افرادی که مشاغل پر خطر دارند نظیر کادر درمانی، تزریق شده (۳ نوبت در طول ۶ ماه) و در ۹۵٪ موارد ایجاد ایمنی می کند.

از طریق تماس جنسی حفاظت نشده (استفاده نکردن از کاندوم) نیز هیپاتیت می تواند منتقل شود. پرهیز از رفتارهای جنسی مخاطره آمیز به عنوان مثال ارتباط جنسی خارج از ازدواج، با افرادی که به درستی نمی شناسیم، با معتادان تزریقی و همچنین افرادی که چند شریک جنسی دارند، همگی در پیشگیری از ابتلاء به این بیماری بسیار موثرند. اگرچه بیش تر بیماران به ویژه در هیپاتیت B خودبه خود بهبود می یابند، اما درصد بالایی نیز دچار هیپاتیت مزمن شده (۸۰٪ در هیپاتیت C) و از آن میان گروهی در نهایت دچار سیروز کبد می شوند (۲۰٪). ابتلاء به سرطان کبد نیز گاه از عوارض بلند مدت هیپاتیت مزمن بوده و هیپاتیت حاد حتی به گونه ای برق آسا می تواند در مدت کوتاهی بیمار را به کام مرگ کشد.

انگمای کبدی، نارسایی کلیوی، آسیت (آب آوردن شکم) و خونریزی گوارشی ناشی از افزایش فشار ورید پورت از دیگر عوارض هیپاتیت مزمن هستند.

درمان بیماران در فاز حاد و مزمن متفاوت بوده و مراجعه به پزشک و ادامه درمان زیر نظر او ضروری است. اگر رخدادی باعث نگرانی شما از ابتلاء به هیپاتیت گذشته است، مراجعه فوری شما به پزشک این امکان را می دهد که خطر مبتلا شدن به هیپاتیت را تا حد زیادی کاهش یابد. داروهایی که در درمان هیپاتیت به کار می روند بیش تر برای مرحله فاز مزمن بیماری کاربرد داشته و در فاز حاد بسته به نشانه هایی که بیمار از خود بروز می دهد، نوع درمان حمایتی بوده و داروی قطعی برای کنترل فاز حاد بیماری وجود ندارد.

توصیه های آموزشی در اختلالات روانپزشکی

اختلالات خلقی به طور کلی به دو گروه عمده اختلالات افسردگی و اختلالات دوقطبی تقسیم می گردند. در اختلالات افسردگی در مدت زمانی که چند هفته یا چند ماه طول می کشد، فرد از لحاظ هیجانی و خلقی بیش از حد غمگین، بی علاقه و ناامید است. در اختلالات دوقطبی فرد علاوه بر دوره هایی از افسردگی دوره هایی به نام مانیا را نیز تجربه میکند در حالت مانیا فرد در مدت زمانی که ممکن است چند روز (حداقل ۴ روز) یا چند هفته طول بکشد بیش از حد سرخوش، شاه، پر انرژی یا تحریک پذیر است توجه: بیماری که حداقل یک دوره مانیا را تجربه کرده است هر چند در حال حاضر در حالت افسردگی باشد همچنان مبتلا به اختلال دوقطبی محسوب می شود.

افسردگی:

مقدمه و تعاریف:

افسردگی اختلال شایعی است. از نشانه های مهم و کلیدی آن خلق و روحیه افسرده در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها و یا بی علاقی و بی لذتی در تقریباً اکثر فعالیت های روزمره است. شخصی که دچار افسردگی بیمارگون می شود، احساس غمگینی بی حوصلگی می کند و اغلب کاهش واضمحلاقه مندی و لذت بردن از همه یا تقریباً همه فعالیت ها را در اغلب روزها گزارش می کند. بیمار ممکن است بگوید احساس اندوه، ناامیدی یا بی ارزشی می کند. کاهش انرژی و خستگی اغلب موجب می شود که بیماران نتوانند وظایف و کارهای خود را به خوبی گذشته انجام دهند... در موارد شدیدتر افکار آزار دهنده ای چون احساس گناه، تنفر از زندگی، آرزوی مرگ و گاه افکار مربوط به خودکشی در این بیماران مشاهده می گردد. افسردگی معمولاً به دنبال استرس های بیرونی مانند نبود حمایت اجتماعی مناسب، بیکاری، وجود کشمکش های مداوم و تنش زا در زندگی فعلی و خانوادگی آشکار می شود.

نشانه های افسردگی:

بیماران مبتلا به افسردگی، علاوه بر خلق افسرده، دچار کاهش انرژی و علائق و بی حوصلگی نیز می گردند. علائم دیگر افسردگی شامل: اختلال در خواب مثل کاهش یا افزایش خواب، اختلال در اشتها مثل پر خوری یا کم خوری، اختلال در حافظه و تمرکز، اختلال عملکرد جنسی (بی میلی یا ناتوانی جنسی)، احساس گناه، علائم جسمی متعدد مثل سردرد، درد مفاصل و عضلات، سوزش یا درد معده و... که هیچ دلیل یا تشخیص طبی دیگری ندارد و معمولاً در مراجعه به پزشک به عنوان درد های عصبی در نظر گرفته می شود.

توجه: این نکته حائز اهمیت می باشد که بدانیم در بسیاری از موارد با توجه به شرایط فرهنگی کشور ما، فرد افسرده بیش از افسردگی، از علائم بدنی و جسمانی شکایت دارد که علیرغم مراجعات متعدد به پزشکان بهبودی نیافته است و به عنوان درد های عصبی شناخته می شوند. در زیر تعریف و توضیح بیشتر نشانه های افسردگی شرح داده شده است:

خلق افسرده: احساس غمگینی، بی حوصلگی، پوچی، زود گریه کردن، کاهش واضح علاقه یا لذت از اموری که قبلاً مورد علاقه فرد بوده است، مثال ها:

- فردی که قبلاً از شرکت در جشن ها یا مهمانی ها لذت می برد، اکنون رغبت و علاقه ای به این گونه امور نشان نمی دهد. فرد گوشه گیری از جمع و تنهایی را ترجیح می دهد.

- فرد علاقه ای به انجام تفریحات مورد علاقه خود که در گذشته انجام می داده، نشان نمی دهد.

- چیزی موجب خوشحالی، نشاط و اشتیاق در فرد نمی شود، بازی با بچه ها، گردش، سفر و...

(توجه: خلق افسرده در کودکان و نوجوانان ممکن است به صورت تحریک پذیری یا بی قراری زیاد باشد).

خستگی و کاهش انرژی: خستگی زودرس و کسالت در انجام فعالیت های معمول فرد ممکن است بدون انجام کار سنگین احساس بی رمقی و خستگی زیاد نسبت به گذشته احساس کند.

احساس بی ارزشی یا احساس گناه: کاهش اعتماد به نفس، سرزنش خود، احساس گناه شدید و عذاب وجدان بدون علت واضح یا منطقی.

کاهش یا افزایش خواب: مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن های مکرر طی خواب، بیدار شدن زودتر از همیشه، خواب آلودگی در طول روز

کاهش توانایی انجام فعالیت های روزمره: افت واضح کارایی و توانایی فرد در فعالیتهای شغلی، تحصیلی، اجتماعی که منجر به غیبت از کار، تحصیل، گوشه گیری از جمع یا ناتوانی از انجام امور منزل

یا شخصی فرد شود.

غربالگری و ارزیابی افراد خانوار:

کارشناسان مراقب سلامت خانواده کلیه افراد تحت پوشش برنامه ادغام بهداشت روان را با استفاده از فرم غربالگری اختلالات ارزیابی نموده و موارد شناسایی شده بر اساس راهنمای غربالگری

برای تشخیص افسردگی به پزشک ارجاع می دهد.

ارجاع بیماران:

افراد یا به صورت مراجعه حضوری یا پس از غربالگری فعال جمعیت تحت پوشش توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده شناسایی می شوند. چنانچه فردی بر اساس دستورالعمل واجد

شرایط ارجاع شناخته شود برای تشخیص قطعی و در صورت نیاز برای درمان ارجاع می شود.

توجه: تشخیص قطعی وجود اختلال(بیماری) روانپزشکی و نوع آن به عهده پزشک است و غربالگری فقط افراد مشکوک و پر خطر را شناسایی می نماید.

درمان افسردگی شامل درمانهای دارویی(نظیر فلوکستین، سیتالوپرام، سرترالین نورترپیتلین، آمی تریپتیلین، ایمی پرامین و...) و درمان های غیر دارویی(مشاوره، روان درمانی و...) است که

توسط پزشک و بر اساس راهنمای درمان اختلالات برای بیمار اجرا خواهد شد.

اورژانس های روانپزشکی

خودکشی :

خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خود فرد است. اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی میگوئیم. پدیده افکار خودکشی در بسیاری از افسار مردم از جمله (جوانان، مردان، زنان و افراد مسن) دیده می شود. که عدم پیشگیری از آن می تواند اقدام به خودکشی را به همراه داشته باشد. خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد.

خودکشی در نتیجه تعامل متعدد زیست شناختی، ژنتیک، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی، و محیطی بوجود می‌آید. توضیح این موضوع که چرا برخی افراد تصمیم به خودکشی می‌گیرند در حالی که برخی دیگر در شرایط یکسان یا حتی بدتر از آن چنین کاری نمی‌کنند مشکل است. با این حال بیشتر خودکشی‌ها قابل پیشگیری هستند. اقدام به خودکشی، نشان دهنده ناراحتی شدید هیجانی و یا بیماری روانپزشکی است. خودکشی و اقدام به خودکشی عواقب شدیدی بر خانواده و دوستان دارد. برای خودکشی علل مختلفی ذکر گردیده و عوامل متعددی را در اقدام به آن مؤثر دانسته‌اند. مهم‌ترین این عوامل عبارتند از:

علل روانی: بیماری‌های روانی به ویژه افسردگی، اعتیاد، سایکوز، اختلال دوقطبی (بیماری‌های شدید روانپزشکی). علل روانشناختی مانند شکست عاطفی، تحصیلی یا هر شکست دیگر، استرس‌ها
علل جسمی: بیماری‌های جسمی مزمن (مثل سرطان، صرع، ایبز، بیماران دیالیزی). **علل اجتماعی:** مثل تنها زندگی کردن، فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی و همچنین عوامل فشارزا (مانند طلاق، بیکاری، فقر، از دست دادن نزدیکان، شکست در کار یا تحصیل، ازواج تحمیلی و اختلافات زناشویی...).

درمان کافی بیماری‌های روانپزشکی می‌تواند از خودکشی پیشگیری کند و برخی درمانها برای اختلالات روانپزشکی با کاهش رفتارهای خودکشی همراه هستند.
باور غلط درباره خودکشی:

پرسش درباره خودکشی سبب تلقین به خودکشی می‌شود.
پرسش درباره خودکشی سبب کاهش اضطراب بیمار شده و احساس می‌کند که او را درک می‌کنید.

توجه: شناسایی هر مورد فکر یا اقدام به خودکشی توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده مستلزم ارزیابی دقیق و تخصصی توسط پزشک یا روانپزشک می‌باشد. بیمار پس از ارجاع به سطح تخصصی و دریافت پسخوراند از متخصص، توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و پزشک خانواده بر اساس تشخیص و اختلال زمینه‌ای پی گیری و مراقبت :

یکی از بهترین راه‌ها برای پی بردن به افکار خودکشی این است که از خود فرد مستقیماً سوال کنیم. بر خلاف باور عمومی صحبت درباره خودکشی باعث ایجادافکار خودکشی در شخص نمیشود. در حقیقت این افراد تمایل دارند راجع به موضوع خودکشی به صورت واضح و روراست صحبت کنند.

سوال کردن درباره افکار خودکشی آسان نیست. بهتر است به تدریج فرد را به سمت موضوع سوال هدایت کنید. برخی از سئوالات مفید عبارتند از:
آیا احساس می‌کنید از زندگی خسته شده‌اید؟ زندگی ارزش زنده ماندن ندارد؟

آیا احساس می‌کنید میخواهید به زندگی خود خاتمه دهید. از سایر اورژانس‌های روانپزشکی به طور خلاصه می‌توان به حملات اضطرابی حاد(پانیک)، علایم سایکوز حاد، پرخاشگری و مسمویت با داروها
چون لیتیم و... اشاره نمود. در خصوص پرخاشگری به عنوان یک اورژانس روانپزشکی، کارشناسان مراقب سلامت خانواده باید به نکات زیر توجه نمایند:

خطر خشونت را/ریزیایی کنید:

بررسی افکار، برنامه یا قصد جدی برای انجام رفتار پرخاشگرانه

قابلیت دسترسی به ابزار خشونت، اجرای طرح و احتمال سوءاستفاده از دیگران برای اجرای خشونت را در نظر بگیرید.

مواردی که با احتمال خطر بالاتری برای خشونت و پرخاشگری همراه است :

- جنس مذکر ، سنین جوانی ، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین
- سابقه قبلی رفتارهای پر خاشگرا نه، سوء مصرف مواد، سایکوز

اقدامات فوری در مقابله با بیماران پر خاشگر:

- محیط را آرام سازید.
- وسایلی را که می توانند به عنوان سلاح استفاده شوند دسترس نباشند.
- از دیگران کمک بگیرید.
- رویکرد تهدیدکننده یا تحقیرکننده نداشته باشید.
- از آنجا که مشکلات جسمی و روانی متعددی می تواند باعث بروز رفتارهای پر خاشگرا نه شود ارجاع به پزشک توصیه می شود.

اختلالات اضطرابی

مقدمه و علائم:

همه انسان ها به طور طبیعی گاه اضطراب را در زندگی خود تجربه می کنند. اضطراب اگر در حد طبیعی باشد خوب حتی هم هست چرا که باعث افزایش آمادگی و جنب و جوش و در نهایت پیشرفت فرد می شود، ولی اگر شدید شود مثلا با علائمی مثل تپش قلب، وحشت و بی قراری همراه باشد و در نتیجه فرد را به دردمس بیناندازد و برای او مشکل درست کند، غیرطبیعی است و نیاز به توجه و درمان دارد. در یکی از انواع اضطراب، فرد مبتلا برای مدتی طولانی (چند ماه) احساس دلشوره و نگرانی دارد. احساس دلشوره و نگرانی حتی در ظاهر این افراد هم مشخص است و در بسیاری از مواقع احساس بی قراری هم وجود روز بدون دلیل خاصی از احساس هایی مثل دلشوره، تشویش، نگرانی و اضطراب شکایت دارند. نگرانی در ظاهر این افراد هم **اختلال اضطرابی منتشر** گفته می شود. چون علائم اضطرابی در بیشتر اوقات همراه دارد. فراموشی، زود خسته شدن و عصبانیت هم از دیگر علامت های این نوع بیماری اضطرابی است. به این بیماری **اختلال اضطرابی منتشر** گفته می شود. چون علائم اضطرابی در بیشتر اوقات همراه بیمار هستند و او را راحت نمی گذارند. **بیماری وسواس** یکی دیگر از بیماری های اضطرابی است که تعداد زیادی از افراد جامعه به آن مبتلا هستند. شایع ترین نوع از این بیماری وسواس به آلودگی یا نجاست است که در اثر این وسواس بیمار شروع به شستن یا آب کشیدن بیش از اندازه می کند. وسواس ممکن است به شکل شک کردن هم بروز کند که بیمار را وادار به چک کردن های تکراری و غیر ضروری می نماید. مثلا فرد مرتب شک می کند که درب را بسته یا نه، یا اینکه نکند شیر گاز را باز گذاشته باشد، و بعد در اثر این افکار چندین بار می رود و چک می کند ببیند آیا درب بسته است یا شیر گاز به درستی بسته شده یا نه؛ شک بیش از حد در رکعت ها یا سایر جزئیات نماز و دیگر آداب مذهبی هم از این گونه وسواس ها هستند. انواع دیگری از وسواس هم وجود دارد که در اینجا توضیح داده نمی شود، مثل فکرهای مزاحم و ناراحت کننده ای که برخلاف میل فرد به ذهن او هجوم می آورند و بیمار نمی تواند از دست آنها رهایی یابد. از جمله این افکار می توان به افکار کفرآمیز یا افکار جنسی یا فکر آسیب زدن به دیگران اشاره کرد.

اضطراب اجتماعی یا ترس از صحبت کردن در جمع هم یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که بیشتر در نوجوانان و جوانان دیده می شود. این افراد وقتی بخواهند جلوی افراد ناآشنا حرف بزنند یا کاری انجام دهند بسیار مضطرب می شوند و ممکن است نتوانند این کار را به درستی انجام دهند. به این بیماری **اضطراب اجتماعی** گفته می شود.

نوع دیگری هم از اختلال اضطرابی وجود دارد که در اثر بروز یک حادثه بسیار شدید و خطرناک مثل زلزله، جنگ یا تصادف ایجاد می شود که به آن **اختلال استرس پس از سانحه** می گویند. برای مثال در جریان دفاع مقدس و همچنین در زلزله بم این اختلال در بسیاری از هموطنانمان ایجاد شده است. در این موارد بیمار برخلاف میل خود، مرتب به یاد آن حادثه می افتد و بسیار ناراحت و مضطرب می

شود. عصبانیت، پرخاشگری و اضطراب زیاد از علائم این اختلال هستند.

در طبقه بندی قلبی اختلالات روانپزشکی که در شبکه سلامت کشور استفاده می شود، اختلالات اضطرابی در دسته اختلالات خفیف روانی جای می گرفتند. البته این مساله به معنی کم اهمیت بودن این بیماری ها نیست.

اختلالات سایکوتیک

مقدمه و علایم:

این اختلالات در دسته بندی که قبلا در شبکه سلامت کشور به کار می رفت بخشی از اختلالات شدید را تشکیل می دادند. البته غیر از اختلالات سایکوتیک اختلالات دیگری هم در دسته اختلالات شدید طبقه بندی می شد که در سایر قسمت های کتاب به آنها پرداخته می شود. فرد مبتلا به این اختلالات دچار رفتارها و حالت های خاصی می شوند که برای سایرین عجیب و غیر معمول است و افراد عادی تقریبا هیچ گاه در زندگی خود این حالات را تجربه نمی کنند. مثلا این بیماران ممکن است صدای فرد یا افرادی را بشنوند که وجود ندارند و دیگران آنها را نمی شنوند یا چیزها یا کسانی را ببینند که افراد عادی آنها را نمی بینند. به این حالت **"توهم"** گفته می شود. نشانه مهم دیگر این است که توهم دارد ممکن است با خودش حرف بزند یا بی دلیل و بیهوده بخندد یا کارهایی انجام دهد که توهمش به او می گوید. بنابراین خیلی وقت ها رفتار این بیماران عجیب و غیر معمول به نظر می رسد. مثلا ممکن است آشغال جمع کنند، لباس خود را جلوی دیگران یا در جای نامناسبی در بیاورند یا به دیگران حمله کنند. همچنین ممکن است این افراد اعتقادات نادرست و گاه عجیب و باورنکردنی داشته باشند. مثل اینکه کسی بی دلیل معتقد باشد فرد یا گروهی قصد کشتن یا صدمه زدن به او را دارند یا به قصد صدمه زدن یا کشتن او را تعقیب می کنند (هذیان بدبینی یا سوءظن هذیانی)؛ یا مثلا معتقد باشد که دیگران درباره او حرف می زنند یا او را مسخره می کنند؛ بگوید با خدا و پیغمبر و بزرگان مذهبی رابطه نزدیکی دارد یا قدرت و مقام خاصی به او داده شده است (هذیان بزرگ منشی). به این اعتقادات نادرست که فرد بدون دلیلی به آنها باور دارد و برای شما و دیگران هم قابل قبول نیست، **"هذیان"** گفته می شود. البته هذیان انواع دیگری هم دارد ولی شایعترین موارد آن همین انواع هستند. رفتارهای بی دلیل و بی هدفی که دلیل انجام آنها غیر قابل فهم است یا بر اساس فرهنگ جامعه نامتناسب به نظر می رسد و همچنین حرف زدن که نامفهوم و بی ربط به نظر می رسد هم از جمله علایم این بیماریها در نظر گرفته می شود. گاهی اوقات هم ممکن است این بیماران گوشه گیر، کم حرف و به همه چیز بی توجه باشند و حتی به نظافت و کارهای شخصی خود هم دقت نکنند. معمولا افراد مبتلا به اختلالات پسیکوتیک خود را بیمار نمی دانند و معتقدند که کاملا سالم هستند. بنابراین نامتناسب به نظر می رسد و همچنین حرف زدن که نامفهوم و بی ربط به نظر می رسد هم از جمله علایم این بیماریها در نظر گرفته می شود. گاهی اوقات هم ممکن است این بیماران گوشه گیر، کم حرف و به همه چیز بی توجه باشند و حتی به نظافت و کارهای شخصی خود هم دقت نکنند. معمولا افراد مبتلا به اختلالات پسیکوتیک خود را بیمار نمی دانند و معتقدند که کاملا سالم هستند. بنابراین هر کسی که هر یک از علائم توهم، هذیان را داشته باشد یا رفتار و گفتارش عجیب و نامفهوم به نظر برسد باید از نظر وجود اختلالات پسیکوتیک بررسی شود. وجود این علائم بسیار مهم است و نشان می دهد که بیمار نیاز به بررسی و درمان جدی دارد و هر چه زودتر باید برای تشخیص و درمان او را نزد پزشک فرستاد. در صورتی که مشکل بیمار مورد توجه و درمان قرار نگیرد ممکن است شدتتر شود و بیمار و اطرافیان را دچار عوارض زیادی نماید. به همین دلیل است که این بیماری یکی از انواع اختلالات شدید روانی محسوب می شد. بیماری های مختلفی ممکن است باعث ایجاد توهم و هذیان شود. بنابراین درمان این بیماران ممکن است با یکدیگر متفاوت باشد.

توصیه های صریح

بهبودن باید در هنگام وقوع حمله صریح، کمک های اولیه لازم را برای کسی که دچار حمله صریح شده انجام دهد.

کمک های اولیه در حمله صریح:

فضای دور و بر بیمار را خلوت کنید و اشیاء خطرناک را از او دور کنید و اگر بیمار حین حمله در محیط خطرناکی قرار دارد او را به یک محل امن ببرید. سر بیمار را به پهلو بچرخانید تا آب و کف دهانش موجب خفگی او نگردد. به حالت های چشم و صورت و بدن بیمار حین حمله توجه کنید تا بتوانید نوع حمله را برای پزشک توضیح دهید.

هرگز اشیاء سفت را بین دندان های بیمار قرار ندهید زیرا موجب شکسته شدن دندان ها و آسیب به لثه او می شود. فک بیمار را به زور باز نکنید. دست و پای بیمار را سفت نگیرید زیرا ممکن است دست

و پایش بشکند. چیزی به بیمار نخورانید زیرا بیمار خفه می شود.
خونسرد باشید پس از چند دقیقه حمله صرع پایان می گیرد.
موارد ذیل را به بیمار و خانواده او آموزش دهید:

بیمار صرعی که درمان نشده است نباید شغل های خطرناک داشته باشد و باید از قرار گرفتن در معرض اشیاء و مکان های خطرناک و نایمن خودداری کند. این بیمار نباید به آب و آتش و ارتفاع نزدیک شود و از رانندگی نیز باید پرهیز نماید زیرا در هریک از حالت های فوق ممکن است دچار حمله صرع شده و جان خود و اطرافیان را به خطر بیندازد.

بیمار صرعی تحت درمان می تواند به اشتغال یا تحصیل روزمره خود ادامه دهد.

چنین حمله فقط باید کمک های اولیه و مراقبت های لازم برای بیمار انجام شود و در آن لحظه هیچ گونه اقدام درمانی لازم نیست.

بیمار باید داروهایش را به طور مداوم و مرتب مصرف کند و بدون نظر پزشک داروهایش را قطع یا کم نکند زیرا این کار موجب وخامت بیماری او می گردد.

۱- قطع نکردن و کاهش ندادن مصرف داروها بدون تجویز پزشک

۲- مراقبت از عود بیماری برای بیماران که بهبود یافته اند.

آموزش سلامت دهان و دندان:

را از نظر سلامت دهان و دندان به شرح زیر بررسی کنید:

روش معاینه:

دست هایتان را با آب و صابون بشویید. معاینه شونده را روی یک صندلی بنشانید و در حالی که جلوی او ایستاده اید از او بخواهید که دهان خود را کاملاً باز کند تا با استفاده از چراغ قوه فضای دهان را روشن کنید. برای اینکه لثه و همه سطوح دندان ها را بتوانید به خوبی معاینه کنید، بایستی از یک طرف فک بالا شروع و به طور منظم با بررسی کلیه سطوح دندانی به سمت دیگر فک، معاینه را ادامه داده و سپس به همین ترتیب برای فک پایین عمل نمایید. برای معاینه لثه و سطح زبانی دندان های فک پایین، باید زبان و برای معاینه لثه و سطح لبی دندان های فک بالا و پایین، لازم است لب ها و گونه ها را با چوب زبانی از سطح لثه دور نمایید. برای معاینه زبان، نوک آن را با گاز تمیز گرفته و به سمت خارج از دهان یعنی به طرف خود بکشید و تمام سطوح آن را به دقت نگاه کنید.

در د: از سؤال کنید که آیا در حال حاضر در دندان یا لثه احساس درد می کند در صورت پاسخ خیر مجدداً سؤال کنید که در صورت فشار دادن دندان ها روی هم و یا خوردن غذا یا نوشیدنی های سرد، گرم یا شیرین یا ترش، احساس ناراحتی و درد در دندان می کند در صورت پاسخ خیر مجدداً سؤال کنید آیا درد های شدید، مداوم و خود به خود در دندان فقط در هنگام شب دارد پاسخ بلی به هریک از موارد فوق یک علامت اتلاق می گردد.

بیرون افتادن دندان از دهان: در این حالت بر اساس راهنمای اقدام پیش از ارجاع در مورد بیرون افتادن دندان از دهان اقدام لازم را انجام دهید.

خونریزی از لثه: چنانچه در زمان گاز زدن به سیب و یا مسواک زدن دندان ها دچار خونریزی از لثه می شود یک نشانه محسوب می شود.

بوی بد دهان : بوی بد تنفس نباید با بوی آزار دهنده زودگذری که ناشی از خوردن غذا (مثل سیر) یا سیگار کشیدن است اشتباه شود. **دقت کنید** تنفس بد صبحگاهی که حین بیدار شدن از خواب تجربه می شود، ناشی از کاهش جریان بزاق و افزایش تخمیر حین شب بوده و خود به خود پس از صرف صبحانه و یا استفاده از مسواک و نخ دندان برطرف می شود بنابراین چنانچه فرد به صورت دائم دچار بوی بد دهان و تنفس می باشد یک نشانه عنوان می گردد.

عادات غلط دهانی: در مورد گاز گرفتن لب، قرارگرفتن زبان بین دندان ها، جویدن ناخن، جویدن گونه، فشار دادن دندان ها روی هم (دندان قروچه)، سؤال کنید پاسخ بلی به هر یک از موارد فوق یک نشانه محسوب می شود.

شکستگی دندان : برای اینکه لثه و همه سطوح دندان ها را بتوانید به خوبی معاینه کنید، بایستی از یک طرف فک بالا شروع و به طور منظم با بررسی کلیه سطوح دندانای به سمت دیگر فک، معاینه را ادامه داده و سپس به همین ترتیب برای فک پایین عمل نمایید. مشاهده شکستگی دندان یک نشانه لحاظ می گردد.

تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای: همه سطوح مختلف دندان را در تک دندان ها بویژه سطوح بین دندانای، شیار های سطح جلنده و محل اتصال لثه به دندان (محل های شایع پوسیدگی دندان) دقیقاً مشاهده و معاینه کنید. چنانچه یک پلاک میکروبی، جرم، پوسیدگی دندان از یک لک کوچک قهوه ای یا سیاه رنگ گرفته تا سوراخ شدگی دندان را مشاهده می کنید، یک علامت محسوب می گردد.

لثه بیمن: چنانچه لثه در هنگام معاینه فاقد رنگ صورتی و یا لبه های کاملاً تیز چسبیده به دندان است و یا دارای لکه های قهوه ای رنگ است آن را یک علامت لحاظ کنید. **دقت کنید** در برخی افراد که دارای پوست تیره ای هستند، وجود لکه های قهوه ای رنگ روی لثه آنها دال بر بیماری لثه نمی باشد.

جرم دندان: اگر پلاک میکروبی مدت طولانی روی دندان باقی بماند و توسط مسواک و نخ دندان از سطح دندان ها تمیز نگردد به لایه ای سخت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل شده که جرم دندان نامیده می شود.

پوسیدگی دندان: در صورت مشاهده تغییر رنگ در مینای دندان یا سوراخ شدن دندان و یا دریافت پاسخ بلی در خصوص پاره شدن نخ دندان در هنگام استفاده از آن را یک علامت به حساب آورید.

زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان: تمام قسمت های لثه، کف دهان (زیر زبان)، کام، داخل گونه ها و لبها را به دقت معاینه کنید چنانچه تورم، زخم و یا هر چیز غیرطبیعی دیگر وجود دارد، آن را یک علامت عنوان کنید.

توصیه های آموزشی

نحوه استفاده از مسواک و خمیر دندان

امکان چسبیدن میکروب ها به سطوح دندانای که با مسواک تمیز شده اند کمتر خواهد بود. این نکته اهمیت زیادی دارد زیرا در بسیاری از مواقع فرد در ساعات پایانی شب که خسته و خواب آلوده هست دندان ها را مسواک می کند، در حالی که بهتر است دندان ها را پس از صرف وعده غذایی اصلی مسواک کنند،

ایدهال آن است که بعد از هر بار مصرف مواد غذایی دندان ها مسواک زده شوند. ولی در هر حال در دو زمان مسواک کردن دندان ها الزامی است:

۱- شب قبل از خواب به دلیل اینکه در زمان خواب، جریان بزاق و حرکات زبان و گونه جهت تمیز کردن محیط دهان کاهش می یابد و دندان ها مستعد پوسیدگی می شوند.

۲- صبح قبل و یا بعد از صبحانه

مشخصات یک مسواک خوب

- جنس: موهای مسواک از جنس نایلون نرم و سر موهای آن گرد باشد. لذا استفاده از مسواک با جنس موهای سخت به هیچ وجه توصیه نمی گردد.
- کیفیت: موهای مسواک منظم و مرتب باشد. معمولاً نمی توان بیش از ۳ الی ۴ ماه از یک مسواک استفاده نمود. چون موهای آن خمیده و نامنظم می شود یا رنگ موهای آن تغییر می کند که در این صورت حتماً مسواک را باید تعویض نمود. چنانچه پس از مدت کوتاهی شکل موهای مسواک تغییر کند نشانه این است که فرد نادرست و خشن مسواک می زند.

- اندازه مسواک: اندازه دسته آن باید به گونه‌ای باشد که به خوبی در دست‌های آن قرار بگیرد و هنگام استفاده در دست آنها نلغزد.
- شکل مسواک: مشخصات دسته مسواک براساس سلیقه افراد می‌باشد. البته دسته مسواک کمی خمیده، سطوح دندان‌های خلفی را بهتر تمیز می‌کند.

مسواک های برقی

این مسواک‌ها جهت برداشتن ساده‌تر پلاک در افراد استفاده می‌شود. در صورت تمایل می‌توانند از این مسواک‌ها استفاده کنندای نوع مسواک‌ها (مسواک برقی) جایگزین مناسبی برای مسواک دستی می‌باشد.

خمیر دندان

امروزه اکثر خمیر دندان‌ها حاوی فلوراید هستند که سبب مقاوم تر شدن دندان در برابر پوسیدگی می‌شود. خمیر دندان‌ها دارای موادی هستند که به از بین بردن پلاک، رنگدانه و کنترل رسوب کمک می‌کنند و علاوه بر خاصیت ضد پوسیدگی و ضد حساسیت، خوشبو و خوش طعم کننده دهان نیز می‌باشند.

نکات مهم:

- لازم است مسواک کردن حتماً با خمیر دندان انجام شود زیرا فلوراید داخل خمیر دندان به کنترل پوسیدگی‌های دندانی کمک می‌کند ولی در صورت عدم دسترسی به خمیر دندان با آب خالی هم می‌توان مسواک نمود. استفاده از نمک خشک، جوش شیرین یا سایر پودرها جهت مسواک کردن درست نیست، زیرا سبب ساییدگی مینای دندان و خراشیده شدن لثه می‌گردد. استفاده از آب نمک رقیق (نصف قاشق چایخوری در یک لیوان آب جوشیده سرد) به صورت دهانشویه جهت ضد عفونی کردن محیط دهان، کمک‌کننده است.
- زمان ایده آل برای مسواک زدن ۳ تا ۴ دقیقه می‌باشد.
- زمان‌های مناسب برای مسواک زدن: صبح‌ها (قبل و یا بعد از صبحانه)، ظهرها (بعد از ناهار)، شب‌ها (قبل از خواب).
- مسواک جزء وسایل شخصی می‌باشد و هیچ‌کس نباید از مسواک دیگری استفاده نماید.

روش درست مسواک زدن

ابتدا دهان را با آب بشویید، سپس به اندازه یک نخود خمیر دندان روی مسواک قرار داده و خمیر دندان را به داخل موهای مسواک ببرید. خمیر دندان را باید به گونه‌ای بر روی مسواک قرار داد که به داخل موهای آن فرو رود.

دندان‌های بالا و پایین باید جداگانه مسواک شود. مسواک کردن از قسمت عقب یک سمت دهان شروع می‌شود و به ترتیب کلیه سطوح خارجی، داخلی و جونده کلیه دندان‌ها مسواک زده می‌شود به نحوی که سر مسواک دو تا سه دندان را در هر مرحله تمیز نماید.

هنگام مسواک کردن باید موهای مسواک با زاویه ۴۵ درجه نسبت به محور طولی دندان در محل اتصال لثه و دندان قرار گیرد. بعد از قرار دادن مسواک روی دندان و لثه، ابتدا حرکت لرزشی (حرکات سریع و کوتاه به سمت عقب و جلو بدون جابجایی مسواک) در محل باید صورت بگیرد و سپس با حرکت مچ دست، موهای مسواک روی سطح دندان از سمت لثه به طرف سطوح جونده چرخانده شود. این حرکت حدود ۱۵ تا ۲۰ بار برای هر دندان باید انجام گیرد.

تمیز کردن سطوح داخلی دندان‌ها هم مانند مسواک کردن سطوح خارجی آن صورت می‌گیرد ولی برای سطوح داخلی دندان‌های جلو، مسواک را باید به صورت عمود بر روی سطح داخلی دندان‌ها قرار داد و با حرکات بالا و پایین این سطوح را تمیز کرد. با عمودی گرفتن مسواک و بالا و پایین بردن آن سطح داخلی دندان‌های جلوی فک بالا و پایین را مسواک می‌کنیم. اگر سر مسواک کوچک باشد می‌تواند به صورت افقی هم قرار گیرد.

برای مسواک کردن سطح جوده، موهای مسواک را در تماس با سطوح جوده قرار داده و کمی فشار دهید تا موهای مسواک به خوبی به داخل شیارهای سطح جوده وارد شود. سپس چند بار مسواک را به جلو و عقب بکشید تا به خوبی تمیز شود.

نکته: مسواک زدن به صورت افقی و با شدت زیاد می‌تواند منجر به تحلیل لثه و حساسیت در نواحی طوق دندان‌ها گردد.

چون خرده‌های مواد غذایی و میکروب‌ها روی سطح زبان جمع می‌شوند، بهتر است روی زبان را هم با مسواک تمیز نمود. برای اینکار مسواک در عقب زبان قرار می‌گیرد و به طرف جلو کشیده می‌شود. تمیز کردن زبان نقش مهمی در از بین بردن بوی بد دهان دارد. پس از مسواک کردن دندان‌ها و زبان، باید دهان چندین بار با آب شسته شود. وقتی مسواک کردن دندان‌ها تمام شد، مسواک را خوب بشویید و در جایی دور از آلودگی نگهداری کنید. توجه کنید که هیچگاه مسواک خیس را در جعبه سر بسته نگذارید؛ چون رطوبت هوای داخل جعبه زیاد شده و رشد میکروب‌ها را تسریع می‌کند.

استفاده از نخ دندان

سطوح بین دندانی به هیچ وجه با استفاده از مسواک تمیز نمی‌شوند و تنها با استفاده از نخ دندان می‌توان این سطوح را تمیز کرد. نخ دندان، نخ نایلونی مخصوصی است که باید آن را از داروخانه تهیه نمود. نوع نخ دندان مورد استفاده فرد براساس سهولت استفاده و علاقه شخصی فرد می‌باشد. هدف اصلی از تمیز کردن نواحی بین دندانی، برداشتن پلاک میکروبی است.

برای استفاده درست از نخ دندان باید:

• قبل از استفاده دست‌ها را با آب و صابون خوب بشویید.

• حدود ۲۰ تا ۴۰ سانتیمتر از نخ دندان را ببرید و دو طرف نخ را که بریده‌اید در هر دو دست به دور انگشت وسط بپیچید

نکته: برای راحتی استفاده از نخ دندان، می‌توان دو سر نخ دندان بریده شده را به هم گره زد. جهت نخ کشیدن دندان‌ها حداقل ۳۰ تا ۴۰ سانتیمتر از نخ دندان را جدا کنید. سه انگشت آخر را ببندید و دو دست را از هم دور کنید تا نخ محکم کشیده شود. به این ترتیب انگشت نشانه و شست هر دو دست آزاد می‌ماند و قدرت مانور بالایی به شما برای انجام موارد زیر می‌دهد

• طول نخ که بین انگشتان دست آزاد باقی می‌ماند، کافی است ۲ تا ۲/۵ سانتیمتر طول داشته باشد.

• برای وارد کردن نخ بین دندان‌های فک پایین از دو انگشت اشاره و بین دندان‌های فک بالا از دو انگشت شست یا یک انگشت اشاره استفاده کنید.

• نخ را با حرکت شیب‌اره کشیدن به آرامی به فضای بین دندان‌ها وارد کنید مراقب فشار نخ، لثه را زخمی نکند

• پس از اینکه نخ را وارد فضای بین دندانی کردید ابتدا نخ را به سطح کناری دندان جلویی تکیه داده و با ملایمت به زیر لبه لثه برده و آن را به دیواره دندان چسبانده و چند بار به طرف بالا و پایین حرکت دهید این عمل را به آرامی انجام دهید تا به لثه مجاور دندان آسیب نرسانید.

• سپس قسمت تمیز نخ را در همان محل به سطح کناری دندان پشتی چسبانید و همین کار را تکرار کنید. بعد از آن نخ را از لای دندان‌ها خارج کنید. آن قسمت از نخ را که برای این دندان‌ها استفاده کرده‌اید جابجا کنید و نخ کشیدن دندان بعدی را شروع کنید. این کار را برای تمام سطوح بین دندان‌ها تکرار کنید.

توجه کنید:

• پشت آخرین دندان هر فک را نیز مثل دندان‌های دیگر نخ بکشید.

• بهتر است روزی دو بار (شبها قبل از خواب و صبحها بعد از صبحانه) از نخ دندان استفاده کنید. در غیر اینصورت حداقل شب‌ها قبل از خواب ابتدا از نخ دندان استفاده کرده، سپس دندان‌ها را مسواک کنید.

• اگر هنگام مسواک زدن و نخ کشیدن دندان‌ها، درد و خونریزی وجود داشت، جای نگرانی نیست. در اکثر مواقع با ادامه این کار و برطرف شدن التهاب لثه درد و خونریزی هم از بین می‌رود. اگر پس از یک هفته علائم برطرف نشد، باید به دندانپزشک مراجعه شود. • نخ دندان کشیدن کلیه دندان‌ها حدود ۲ الی ۴ دقیقه به طول می‌انجامد.

نکته مهم: به جای نخ دندان برای تمیز کردن سطوح بین دندان ها از هیچ نوع نخ دیگر یا وسایل سخت و نوک تیز مثل سنجاق وچوب کبریت استفاده نکنید. در ضمن توجه داشته باشید که خلال دندان وسیله ایست که به آسانی به لثه آسیب می‌رساند و معمولاً استفاده از آن توصیه نمی‌شود.

عوامل مؤثر بر پوسیدگی

کربوهیدرات‌ها از عوامل مهم ایجادکننده پوسیدگی، کربوهیدرات‌های قابل تخمیر هستند (قندها یا نشاسته‌های پخته). قندهای موجود در مواد غذایی مختلف یا نوشیدنی‌ها دارای خاصیت پوسیدگی زایی متفاوتی می‌باشند. الف: قندهای موجود در میوه‌ها و سبزیجات و غذاهای حاوی نشاسته پخته مثل برنج و سیب زمینی دارای خاصیت پوسیدگی زایی پایین می‌باشند. ب: قندهای موجود در فرآورده‌های لبنی (شیر و مشتقات آن) غیرپوسیدگی‌زا هستند. ج: قندهای موجود در مواد غذایی مثل عسل، آب میوه، شکر، شیرینی‌ها، نوشابه‌ها و بیسکویت‌ها بسیار پوسیدگی‌زا می‌باشند. بطور کلی پوسیدگی زایی مواد غذایی تحت تاثیر عوامل زیر قرار می‌گیرد:

۱- شکل ماده غذایی: شکل ماده غذایی (بصورت جامد یا مایع بودن)، مدت زمان تماس دندان با ماده غذایی را مشخص می‌کند. مایعات درمقایسه با غذاهای جامد مانند بیسکویت وکیک‌ها به سرعت از محیط دهان پاک می‌شوند لذا خاصیت پوسیدگی زایی کمتری دارند. مواد قندی مثل آبنبات، خوشبوکننده‌های نعنائی دهان که به آهستگی در دهان حل می‌شوند دارای خاصیت پوسیدگی زایی بیشتری می‌باشند.

۲- قوام ماده غذایی: تنقلاتی که قدرت چسبندگی بیشتری بر سطح دندان‌ها دارند (مثل چیپس، گز، سوهان، شکلات) مدت زمان طولانی تری در تماس با دندان‌ها می‌باشند. بنابراین میزان پوسیدگی زایی آنها بیشتر خواهد بود.

۳- دفعات مصرف مواد غذایی: با هر بار مصرف مواد قندی، محیط پلاک میکروبی، اسیدی شده و منجر به پوسیدگی می‌شود. بنابراین هرچه دفعات مصرف این مواد کمتر باشد، احتمال ابتلا به پوسیدگی پایین تر می‌آید. از تکرار استفاده از خوردنی‌ها و تنقلات شیرین در فواصل وعده‌های اصلی غذایی باید خودداری شود.

۴- ترکیب و ترتیب غذاهای مصرفی: مصرف غذاها با هم می‌تواند اثرات پوسیدگی زایی را کاهش یا افزایش دهند. بطور مثال استفاده از نوشابه‌ها و غذاهای حاوی مواد قندی همراه با سایر مواد غذایی دیگر، فرصت مناسب برای تولید اسید را فراهم می‌کنند. درحالی‌که استفاده از غذاهای حاوی کلسیم (مثل ماست بدون چربی و پنیر) یا فلوراید (مثل اسفنج پخته شده، پنیر و زرت کنسرو شده) و نیز غذای سفت و حاوی فیبر (مثل میوه و سبزیجات خام و مرکبات) همزمان با سایر مواد غذایی تاثیر مثبتی را در کاهش پوسیدگی زایی دارد.

توصیه‌های تغذیه‌ای در سلامت دهان و دندان

- بهتر است به عنوان میان وعده به جای شیرینی از میوه‌های تازه و سبزیجات، ماست ساده و مغزها (بادام، گردو و ...) استفاده شود.
- مصرف مواد قندی محدود به وعده‌های اصلی غذایی (صبحانه، نهار، شام) گردد که پس از آنها مسواک زده شود.
- در صورت مصرف هر نوع ماده قندی، لازم است بلافاصله دندان‌ها را مسواک زد و در صورت عدم دسترسی چند مرتبه دهان و دندان را با آب شستشو داد.
- فست قود، نوشابه‌ها و تنقلات شیرین نایستی به صورت روزمره وارد برنامه غذایی گردد.
- در صورت استفاده از شربت‌های دارویی و تقویتی شیرین بعد از هر بار مصرف جهت پاک شدن از سطح دندان‌ها میزان کافی آب خورده شود.
- استفاده از محصولات لبنی (مثل پنیر) در پایان وعده غذایی باعث کاهش میزان اسید در دهان می‌گردد. شاید اقدام به خوردن لقمه‌ای نان و پنیر در آخر هر وعده غذایی مانند گذشتگان عادت غذایی مناسب باشد.
- استفاده همزمان شیر به دلیل داشتن فسفر و کلسیم که یونهای لازم را برای آهکی شدن مجدد مینا در اختیار دندان قرار می‌دهند با مصرف شیرینی توصیه می‌گردد.
- استفاده از مواد غذایی خام (سبزی) با غذاهای پخته (وعده اصلی غذایی) علاوه بر پاکسازی غذا از سطح دندان‌ها به افزایش جریان بزاق نیز کمک می‌کند.

- استفاده از آب بین وعده های اصلی غذایی توصیه می گردد.
- بهتر است پس از وعده غذایی شام و قبل از خوابیدن از میان وعده های حاوی کربوهیدرات استفاده نشود.
- در صورت تمایل به مصرف آدامس، استفاده از آدامس های بدون قند توصیه می گردد .
- بلافاصله پس از مصرف نوشیدنی های اسیدی مثل آب پرتقال نباید دندان ها را مسواک کرد. زیرا می تواند باعث سایش بر روی دندان ها گردد، پس باید مدتی پس از مصرف این نوشیدنی ها مسواک زد .

مداخلات آموزشی سل

مداخلات آموزشی مراقبت از بیماری سل

- توصیه های کلی
- برخورداری از تهویه و نور کافی (تایبش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق بیمار)
- کنترل راه های انتقال بیماری ، تغذیه مناسب

پیگیری فرد از نظر ابتلا به سل

فرد در تماس با فرد مبتلا به سل اسمیر مثبت و بدون سرفه را پس از یک ماه به شرح زیر پیگیری کنید.

از در مورد نشانه های بیماری سؤال کنید:

- در صورتی که فرد دارای نشانه (سرفه طول کشیده) است، یک نمونه خلط از وی تهیه شود. مطابق متن دو نمونه دیگر از خلط وی نیز تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود. از در خصوص عمل به توصیه ها سؤال کنید چنانچه عملکرد صحیحی داشته است، وی را به ادامه عمل تشویق کنید. در غیر این صورت و همراه وی را مجدداً آموزش و به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

در صورتی که فرد فاقد نشانه است وی را ۶ ماه بعد پیگیری کنید. از در خصوص عمل به توصیه سؤال کنید. اگر عملکرد صحیحی داشته است، وی را به ادامه عمل تشویق کنید و در غیر این صورت، و

همراه وی را مجدداً آموزش دهید. فرد را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشویق کنید

بررسی از نظر سل ریوی

جوان را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر ارزیابی کنید:

سرفه طول کشیده: چنانچه فرد بیش از ۲ هفته سرفه می کند آن را به عنوان یک نشانه محسوب کنید. دقت کنید سرفه می تواند به همراه (خونی یا بدون خون) یا بدون خلط باشد. **سابقه تماس با فرد مبتلا به سل:** از فرد در خصوص افراد مبتلا به سل در خانواده، اقوام و دوستان سؤال کنید. در صورت پاسخ بلی، چنانچه مطمئن شدید که جوان با فرد مبتلا در جمع دوستان یا اقوام تماس داشته است آن را به عنوان یک عامل خطر محسوب کنید.

از فرد با سرفه خلط دار طول کشیده یا با سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه خلط دار ۲ هفته یا کم تر، در همان مراجعه بار اول با نظارت کارمند بهداشتی مربوطه یک نمونه خلط تهیه شود. از جوان بخواهید که فردا صبح قبل از بلند شدن از رختخواب یک نمونه از خلط خود بگیرد و به کارمند بهداشتی مربوطه تحویل دهد و در زمان تحویل، سوئمن نمونه از خلط جوان در واحد بهداشتی، تحت نظارت همان کارمند بهداشتی تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود.

جوان را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی طبقه بندی کنید.

فرد را با توجه به نشانه و عامل خطر از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر طبقه بندی کنید:

- جوان دارای یک نشانه (سرفه بیش از ۲ هفته) یا با سرفه مساوای یا کم تر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در طبقه بندی "مشکل (احتمال ابتلا به سل)" قرار می گیرد. به فرد و همراه وی در زمینه تغذیه و راه های کنترل انتقال بیماری به سایرین آموزش دهید. جوان را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- فرد بدون سرفه به همراه عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل، در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به سل" قرار می گیرد. به جوان و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. جوان را یک ماه بعد پیگیری کنید.

- چنانچه فرد بدون نشانه و بدون عامل خطر است، در طبقه بندی "فاقد مشکل" قرار می گیرد. فرد را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.

دقت کنید: نتایج اسمیر برداری برای پزشک جهت طبقه بندی کاربرد دارد.

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیماری سل

توصیه های کلی

- برخورداری از تهویه و نور کافی (تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق بیمار)
- کنترل راه های انتقال بیماری
- تغذیه مناسب

پیگیری: جوان در تماس با فرد مبتلا به سل اسمیر مثبت و بدون سرفه را پس از یک ماه به شرح زیر پیگیری کنید.

از جوان در مورد نشانه های بیماری سؤال کنید:

- در صورتی که جوان دارای نشانه است، از وی یک نمونه خلط تهیه شود. مطابق متن دو نمونه دیگر از خلط وی نیز تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود. از جوان در خصوص عمل به توصیه ها سؤال کنید چنانچه وی عملکرد صحیحی داشته است، او را به ادامه عمل تشویق کنید. در غیر این صورت جوان و همراه وی را مجدداً آموزش دهید. جوان را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

• در صورتی که جوان فاقد نشانه است وی را ۶ ماه بعد پیگیری کنید. از جوان در خصوص عمل به توصیه سؤال کنید. اگر عملکرد صحیحی داشته است، او را به ادامه عمل تشویق کنید و در غیر این صورت، او را مجدداً آموزش دهید. جوان را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.

شکل دارویی	مقدار روزانه mg/kg	دارو
قرص ۱۰۰ و ۳۰۰ میلی گرمی	۵ (۴-۶)	ایزونیازید
کپسول ۱۵۰ و ۳۰۰ میلی گرمی و قطره	۱۰ (۸-۱۲)	ریفامپین
قرص ۵۰۰ میلی گرمی	۲۵ (۲۰-۳۰)	پیرازینامید

روش تهیه نمونه خلط در افراد مشکوک به سل

- نمونه اول را از بیمار در اولین مراجعه به خانه بهداشت یا هر واحد بهداشتی درمانی دیگر در فضای آزاد و زیر نظر کارمند بهداشتی تهیه نمایید.
- نمونه دوم را بیمار صبح روز بعد، قبل از برخاستن از بستر تهیه نماید. در همان روز اول یک ظرف جمع آوری خلط به بیمار داده می شود تا صبح زود روز بعد خلط صبحگاهی خود را در آن جمع آوری کرده و به واحد بهداشتی بیاورد.
- نمونه سوم را از بیمار همزمان با تحویل نمونه دوم و با همان روش نمونه اول در واحد بهداشتی درمانی تهیه نمایید. در صورتی که بیمار بستری باشد هر ۳ نمونه از خلط صبحگاهی تهیه شود.
- حجم هر نمونه خلط باید ۳ تا ۵ میلی لیتر باشد.

قرص ۴۰۰ میلی گرمی	۱۵(۱۵-۲۰)	اتامبوتول*
ویال (آمپول) ۱۰۰۰ میلی گرمی	۱۵(۱۲-۱۸)	استرپتومایسین**

بررسی از نظر سل ریوی

جوان را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر ارزیابی

کنید:

سرفه طول کشیده: چنانچه فرد بیش از ۲ هفته سرفه می کند آن را به عنوان یک نشانه محسوب کنید. دقت کنید سرفه می تواند به همراه خلط (خونی یا بدون خون) یا بدون خلط باشد.

سابقه تماس با فرد مبتلا به سل: از فرد در خصوص افراد مبتلا به سل در خانواده، اقوام و دوستان سؤال کنید. در صورت پاسخ بلی، چنانچه مطمئن شدید که جوان با فرد مبتلا در جمع دوستان یا اقوام تماس داشته است آن را به عنوان یک عامل خطر محسوب کنید.

از فرد با سرفه خلط دار طول کشیده یا با سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه خلط دار ۲ هفته یا کم تر، در همان مراجعه بار اول با نظارت کارمند بهداشتی مربوطه یک نمونه تهیه شود. از جوان بخواهید که فردا صبح قبل از بلند شدن از رختخواب یک نمونه از خلط خود بگذرد و به کارمند بهداشتی مربوطه تحویل دهد و در زمان تحویل، سومین نمونه از خلط جوان در واحد بهداشتی، تحت نظارت همان کارمند بهداشتی تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود.

جوان را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی طبقه بندی کنید.

فرد را با توجه به نشانه و عامل خطر از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر طبقه بندی کنید:

- جوان دارای یک نشانه (سرفه بیش از ۲ هفته) یا با سرفه مساوی یا کم تر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در طبقه بندی "مشکل (احتمال ابتلا به سل)" قرار می گیرد. به فرد و همراه وی در زمینه تغذیه و راه های کنترل انتقال بیماری به سایرین آموزش دهید. جوان را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- فرد بدون سرفه به همراه عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل، در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به سل" قرار می گیرد. به جوان و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. جوان را یک ماه بعد پیگیری کنید.

- چنانچه فرد بدون نشانه و بدون عامل خطر است، در طبقه بندی "فاقد مشکل" قرار می گیرد. فرد را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.

دقت کنید: نتایج اسمیر برداری برای پزشک جهت طبقه بندی کاربرد دارد.

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیماری سل

توصیه های کلی

- برخورداری از تهویه و نور کافی (تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق بیمار)
- کنترل راه های انتقال بیماری
- تغذیه مناسب

پیگیری: جوان در تماس با فرد مبتلا به سل اسمیر مثبت و بدون سرفه را پس از یک ماه به شرح زیر پیگیری کنید.
از جوان در مورد نشانه های بیماری سؤال کنید:

- در صورتی که جوان دارای نشانه است، از وی یک نمونه خلط تهیه شود. مطابق متن دو نمونه دیگر از خلط وی نیز تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود. از جوان در خصوص عمل به توصیه ها سؤال کنید چنانچه وی عملکرد صحیحی داشته است، او را به ادامه عمل تشویق کنید. در غیر این صورت جوان و همراه وی را مجدداً آموزش دهید. جوان را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- در صورتی که جوان فاقد نشانه است وی را ۶ ماه بعد پیگیری کنید. از جوان در خصوص عمل به توصیه سؤال کنید. اگر عملکرد صحیحی داشته است، او را به ادامه عمل تشویق کنید و در غیر این صورت، او را مجدداً آموزش دهید. جوان را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.

بررسی از نظر سل ریوی

جوان را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر ارزیابی کنید:

سرفه طول کشیده: چنانچه فرد بیش از ۲ هفته سرفه می کند آن را به عنوان یک نشانه محسوب کنید. دقت کنید سرفه می تواند به همراه خلط (خونی یا بدون خون) یا بدون خلط باشد.

سابقه تماس یا فرد مبتلا به سل: از فرد در خصوص افراد مبتلا به سل در خانواده، اقوام و دوستان سؤال کنید. در صورت پاسخ بلی، چنانچه مطمئن شدید که جوان با فرد مبتلا در جمع دوستان یا اقوام تماس داشته است آن را به عنوان یک عامل خطر محسوب کنید.

از فرد با سرفه خلط دار طول کشیده یا با سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه خلط دار ۲ هفته یا کم تر، در همان مراجعه بار اول با نظارت کارمند بهداشتی مربوطه یک نمونه خلط تهیه شود. از جوان بخواهید که فردا صبح قبل از بلند شدن از رختواب یک نمونه از خلط خود بگیرد و به کارمند بهداشتی مربوطه تحویل دهد و در زمان تحویل، سومین نمونه از خلط جوان در واحد بهداشتی، تحت نظارت همان کارمند بهداشتی تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود.

جوان را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی طبقه بندی کنید.

فرد را با توجه به نشانه و عامل خطر از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر طبقه بندی کنید:

- جوان دارای یک نشانه (سرفه بیش از ۲ هفته) یا با سرفه مساوی یا کم تر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در طبقه بندی "مشکل (احتمال ابتلا به سل)" قرار می گیرد. به فرد و همراه وی در زمینه تغذیه و راه های کنترل انتقال بیماری به سایرین آموزش دهید. جوان را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
 - فرد بدون سرفه به همراه عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل، در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به سل" قرار می گیرد. به جوان و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. جوان را یک ماه بعد پیگیری کنید.
 - چنانچه فرد بدون نشانه و بدون عامل خطر است، در طبقه بندی "فاقد مشکل" قرار می گیرد. فرد را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسئول تشویق کنید.
- دقت کنید:** نتایج اسمیر بر داری برای پزشک جهت طبقه بندی کاربرد دارد.

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیماری سل

توصیه های کلی

- بر خورداری از تهویه و نور کافی (تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق بیمار) ، کنترل راه های انتقال بیماری ، تغذیه مناسب پیگیری: جوان در تماس با فرد مبتلا به سل اسهیر مثبت و بدون سرفه را پس از یک ماه به شرح زیر پیگیری کنید.

از جوان در مورد نشانه های بیماری سؤال کنید: در صورتی که جوان دارای نشانه است، از وی یک نمونه خلط تهیه شود. مطابق متن دو نمونه دیگر از خلط وی نیز تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود. از جوان در خصوص عمل به توصیه ها سؤال کنید چنانچه وی عملکرد صحیحی داشته است، او را به ادامه عمل تشویق کنید. در غیر این صورت جوان و همراه وی را مجدداً آموزش دهید. جوان را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

- در صورتی که جوان فاقد نشانه است وی را ۶ ماه بعد پیگیری کنید. از جوان در خصوص عمل به توصیه سؤال کنید. اگر عملکرد صحیحی داشته است، او را به ادامه عمل تشویق کنید و در غیر این صورت، او را مجدداً آموزش دهید. جوان را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.