

مراقبت های رده سنی 18 تا 29سال

غير پزشك

تهيه كنندگان : دكتر محمد اسماعيل مطلق ، دكتر گلايل اردلان ، نسرين كيانپور

با تشكر از همكاري :

دكترغلامحسين صدري،دكتر سهيلا خوشبين ،دكترناصركلانتري، دکتر احمد کوشا، دكتر ناهيد جعفري ، دكتر محمد مهدي گويا، دکتر زهرا عبدالهی ،دكتراحمدحاجبي، دکتر خسرو صادق نیت، دکتر امین صابری نیا، دكتر محمداسلامي،دكترتقي يماني، دكتر مينوالسادات محمود عربي ، دكترمجذوبه طاهري،دكترمنوچهرزينلي، طاهره امينايي ، مرضيه دشتي، ليلارجائي،دكترسهيلا خزايي ،دكتر طاهره سماوات ،عاليه حجت زاده ، دكتر فروزان صالحي، مينا مينايي ، دكتر پريسا ترابي، خديجه فريدون محصلي ،دكترمحسن زهرايي ، دكتر نسرين محمودي ، دكتر مهشيد ناصحي، دكترمحمود نبوي ، دكتر عباس صداقت ،دكتر كيانوش كمالي ، دكترحميرا فلاحي ، دكتر حسين كاظميني ، دكترسيدعليرضا مظهري ،دكتر محمدرضا رهبر، دكترشهرام رفيعي فر، دکتر پژمان عقدک ،شكوه اقتداري، سيدمريد جابري فرد، زهرا آبتين، نرگس جليلي پور، مرجان مومني بروجني، دكتررويا كليشادي،فرشته فقيهي،مريم فراهاني، دكترماهرخ كشوري،دكترشهين ياراحمدي، دكتر مهدي نجمي ، دكتر معصومه عليزاده ،دكتراشرف سماوات، دكترمحمود نبوي ، دكترمهدي نجمي ، دكترحسين معصومي اصل، دكترمشيانه حدادي، دكترحسن نوري ساري،مهندس آنيتا رضايي، دكتر حسين خوشنويسان، ماندانا تیرا، دكترنادره موسوي فاطمي، دكترانوشه صفرچراتي ،دكترميتراحفاظي ، دكتر عليرضانوروزي، علي اسدي، معصومه افسري ، سهیلا امیدنیا، وصديقه خادم ،سميه يزداني،مريم مهرابي ، طاهره زيادلو، معصومه قاسم زاده ومهرومحمدصادقي كه در تهيه وتدوين اين مجموعه مارا ياري نمودند .

ارزيابي وضعيت تغذيه اي

# مراقبت از نظر وضعيت نمايه توده بدنيBMI

## اهداف آموزشي و رفتاري

***لازم است در پايان دوره آموزشي:***

*- شرکت کننده بتواند نشانه هاي وزن را براساس نمايه توده بدني به درستي طبقه بندي كند.*

|  |
| --- |
| مقدار BMI طبقه بندي  |
| كمتر از 18.5 لاغر9/24-5/18 طبيعي9/29- 0/25 اضافه وزن 30 وبالاتر چاقي  |

*- شرکت کننده بتواند براساس نتيجه طبقه بندي وزن، اقدام مناسب را انجام دهد.*

*- شرکت کننده بتواند نمايه توده بدني را به درستي تعيين كند.*

### نحوه استفاده از جداول

*مراحل استفاده از جداول را به ترتيب زير آموزش دهيد:*

|  |
| --- |
| ***ارزيابی*** |
| *- وزن و نمايه توده بدنی (BMI) را اندازه گيری كنيد.**- نمايه توده بدنی (BMI) را با استانداردها مقايسه كنيد.* |
|
|

*، وضعيت وزن به شرح زير ارزيابي می شود:*

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 لااقل 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 مماس بوده و به روبه رو نگاه کند اندازه گیري می شود. (به کمک گونیا یا خط کش که روی سر جوان گذاشته می شود به طوری که با دیوار مدرج زاویه 90 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 موي جوان و نیز طرز قرار گرفتن خط کش توجه داشت.

ارزيابي نمايه توده بدني :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **- وزن را اندازه گیری و نمايه توده بدنی (BMI) را محاسبه كنيد.****- نمايه توده بدنی (BMI) را با استانداردها مقايسه كنيد.** | **BMI کم تر5/18** | **لاغر** | **ارجاع به پزشك** |
| **9/24-5/18** | **طبيعي** | **توصيه هاي لازم براي شيوه زندگي سالم و غربالگري 3 سال يكبار** |
| **BMI بين 9/29- 25** | **اضافه وزن** | **آموزش توسط مراقب سلامت وآموزش تغذيه طبق دستورالعمل**  |
| **BMI30 وبالاتر** | **چاقي**  | **ارجاع به پزشك كارشناس تغذيه جهت تنظيم رژيم غذايي مناسب (مراجعه وكنترل توسط مشاور تغذيه بعد از يك ماه**  |

افرادي كه بيماري تشخيص داده شده دارند پس از غربالگري تغذيه توسط مراقب سلامت ابتدا به پزشك جهت انجام مراحل درماني وسپس از پزشك به كارشناس تغذيه

***– طبقه بندي وزن با توجه به نشانه هاي نمايه توده بدني را توضيح دهد.***

**پرسشنامه:**

**در این پرسشنامه منظور از غربالگری؛ 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.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **معیار الگوی تغذیه وفعاليت فيزيكي :**
 |  |
| 1. مصرف ميوه روزانه شما چقدر است؟

0= بندرت/ هرگز 1= کمتر از 2 سهم2= 2 تا 4 سهم یا بیشتر1. مصرف سبزي روزانه شما چقدر است؟

0= بندرت/ هرگز 1= کمتر از 3 سهم2= 3 تا 5 سهم2- واحد مصرفي شير و لبنيات روزانه چقدر است؟ 0= بندرت/ هرگز 1= کمتر از 2 سهم2=2 سهم يا بيشتر 3-آيا از نمكدان سر سفره استفاده مي كند؟ 0= همیشه 1= گاهی 2- بندرت /هرگز  | 1. چقدر فست فود و/ يا نوشابه هاي گازدار مصرف می کنید؟

0= هفته ای 2 بار یا بیشتر1= ماهی 2-1 بار 2= بندرت/ هرگز 1. از چه نوع روغنی بیشتر مصرف می کنید؟

0= فقط روغن نيمه جامد ،‌ جامد يا حيواني 1= تلفيقي از انواع روغن های مایع و نیمه جامد 2= فقط گياهي مايع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی) 1. چه مقدار در هفته فعاليت بدني دارید؟ (حداقل فعالیت بدنی 150دقيقه در هفته معادل با 30 دقيقه با تواتر 5 بار در هفته شامل ورزش های هوازی نظیر پیاده روی تند ، دوچرخه سواری ، شنا و...)

0= بدون فعالیت بدنی هدفمند1= کمتر از 150 دقیقه در هفته 2= 150 دقیقه در هفته یا بیشتر  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **نحوه محاسبه امتیاز:**
 |
| گزینه اول =0 امتیاز گزینه دوم = 1 امتیاز گزینه سوم = 2 امتیاز بیشترین امتیاز= 14 امتیاز |
| 1. **نحوه تصمیم گیری برای ارائه خدمت یا ارجاع: 1-BMI 2- امتیاز بدست آمده از سوالات**
 |
| BMI مطلوب و امتیاز کامل (14 امتیاز)= تشویق مراجعه کننده و ادامه الگوی تغذیه مناسبBMI مطلوب + 13 -7 امتیاز عدم ارجاع به کارشناس تغذیه + آموزش در موارد مشکل دار توسط مراقب سلامتBMI مطلوب **+**6-0 امتیاز آموزش در موارد مشکل دار توسط مراقب سلامت + ارجاع فرد برای شرکت در جلسات آموزش گروهی توسط کارشناس تغذیه + تعيين زمان مراجعه مجدد یک ماه بعد به مراقب سلامت جهت كنترل ميزان پيروي از آموزش هاBMI نا مطلوب (25 تا 9/29 ) **+** 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 چاقيBMI نا مطلوب (30و بالاتر و 5 /18 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)كليه افرادي كه بيماري تشخيص داده شده دارند، پس از غربالگري تغذيه اي توسط مراقب سلامت، ابتدا به پزشك جهت انجام مراحل درماني و سپس از پزشك به كارشناس تغذيه جهت دریافت رژیم غذایی ارجاع داده مي شوند. |

**دستورعمل نحوه امتیازدهی و تعیین الگوی تغذیه:**

اين پرسشنامه حاوي 5 سؤال است. گزينه اول هر يك از پرسش‌ها داراي صفر امتياز، گزينه دوم آنها داراي يك امتياز و گزينه سوم آنها دارای دو امتياز است.

در پرسش 1 كه درباره مصرف روزانه ميوه است، اگر فرد پاسخگو عنوان كند كه روزانه اصلا ميوه مصرف نمي‌كند یا گاهی بندرت مصرف می کند، امتيازی كسب نخواهد کرد. اگر عنوان كند كه روزانه کمتر از 2 سهم ميوه مصرف مي كند، يك امتياز كسب خواهد نمود. و اگر عنوان كند روزانه 2 تا 4 سهم يا بيشتر ميوه مصرف مي‌كند، دو امتياز كسب خواهد نمود.در پرسش 2 كه درباره مصرف روزانه سبزی است، اگر فرد پاسخگو عنوان كند كه روزانه اصلا سبزی مصرف نمي‌كند یا گاهی بندرت مصرف می کند، امتيازی كسب نخواهد کرد. اگر عنوان كند كه روزانه کمتر از 3 سهم سبزی مصرف مي كند، يك امتياز كسب خواهد نمود. و اگر عنوان كند روزانه 3 تا 5 سهم يا بيشتر سبزی مصرف مي‌كند، دو امتياز كسب خواهد نمود.

تذكر: هر يك سهم ميوه معادل يك عدد سيب متوسط يا همين مقدار از هر ميوه ديگر است. هر يك سهم سبزي نيز معادل يك عدد سبزي غيربرگي متوسط مانند گوجه‌فرنگي، بادنجان يا هويج، و يا يك ليوان سبزي برگي نظير سبزي خوردن يا كاهو است.

1. در پرسشي كه درباره مصرف روزانه شير و لبنيات است، اگر فرد پاسخگو عنوان كند كه روزانه اصلا شیر و لبنیات مصرف نمي‌كند یا گاهی بندرت مصرف می کند ، صفر امتياز كسب خواهد نمود. اگر عنوان كند كه روزانه کمتر از دو سهم شير و لبنيات مصرف مي‌كند، يك امتياز كسب مي نمايد و اگر عنوان كند كه روزانه 2 سهم يا بيشتر شير و لبنيات مصرف مي‌كند، دو امتياز كسب خواهد نمود.

**تذكر:** هر يك سهم شير و لبنيات معادل يك ليوان (250- 200 ميلي ليتر) شير، يا يك ليوان (250-200 ميلي ليتر) ماست، يا 45 گرم (معادل 5/1 قوطي كبريت) پنير است.

1. در پرسشي كه درباره استفاده از نمكدان سر سفره است، اگر فرد پاسخگو عنوان كند كه هميشه یا اکثر اوقات از نمكدان سر سفره استفاده مي كند، صفر امتياز كسب خواهد نمود. اگر عنوان كند كه گاهي از نمكدان سر سفره استفاده مي‌كند، يك امتياز كسب خواهد نمود. و اگر عنوان كند كه هرگز از نمكدان سر سفره استفاده نمي‌كند یا در موارد معدود ممکن است استفاده کند، دو امتياز كسب خواهد نمود.
2. در پرسشي كه درباره مصرف فست فود(انواع ساندویچ های آماده حاوی سوسیس یا کالباس یا سمبوسه یا پیتزاهای حاوی سوسیس،کالباس و پنیر پیتزای فراوان) و نوشابه‌هاي گازدار است، اگر فرد پاسخگو عنوان كند كه در هفته دو بار يا بيشتر فست فود يا نوشابه‌هاي گازدار مصرف مي‌كند، صفر امتياز كسب خواهد نمود. اگر عنوان كند كه در ماه حدود يك تا دوبار مصرف مي‌كند، يك امتياز كسب خواهد نمود و اگر عنوان كند كه هرگز در طول يك ماه از فست فود يا نوشابه‌هاي گازدار استفاده نمي‌كند و یا در طول سال ممکن است چند نوبت محدود استفاده کند، دو امتياز كسب خواهد نمود.
3. در پرسش كه درباره روغن مصرفي است، اگر فرد پاسخگو عنوان كند كه فقط از روغن‌هاي نيمه جامد، جامد يا حيواني براي طبخ غذا استفاده مي‌كند، صفر امتياز كسب خواهد نمود. اگر عنوان كند كه تلفيقي از روغن‌هاي گياهي مايع و روغن‌هاي نيمه جامد را براي طبخ غذا مورد استفاده قرار مي‌دهد، يك امتياز كسب خواهد نمود. و اگر عنوان كند كه فقط از روغن‌هاي گياهي مايع معمولي و مخصوص سرخ كردني براي طبخ غذا استفاده مي‌كند، دو امتياز كسب خواهد نمود.
4. در پرسشي كه درباره ميزان فعاليت بدني در هفته است، اگر فرد پاسخگو عنوان كند كه در هفته هيچ فعاليت بدني هدفمندي انجام نمي‌دهد، صفر امتياز كسب خواهد نمود. اگر عنوان كند كمتر از 150 دقيقه در هفته به فعاليت بدني مي‌پردازد، يك امتياز كسب خواهد نمود. و اگر عنوان كند در هفته مجموعا" 150 دقيقه (پنج جلسه سي دقيقه‌اي) به فعاليت بدني مانند پياده روي تند، شنا يا دوچرخه سواري مي‌پردازد، دو امتياز كسب خواهد نمود. انجام فعاليت بدني با مدت زمان مورد نظر طي كمتر از 3 جلسه مطلوب نموده و امتياز 1 خواهد گرفت.

ارزيابي قلبي عروقي

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **شرح حال دقيق بگيريد و افرادي كه عوامل خطر\* فشارخون بالا دارند را مشخص كنيد سپس فشارخون ايشان را اندازه گيري فرماييد :** | ***در صورت وجود هر يك از نشانه هاي زير:*****- چاق يا دارای اضافه وزن است** **- والدين مبتلا به فشار خون بالا هستند** **- والدين بيماری عروق كرونر زودرس دارند****- والدين سابقه بيماری كليوی يا غددي(تيروئيد، .......) دارند****در خطر ابتلاء به افزايش فشار خون هستند** | **- اندازه گيری فشارخون با استفاده از جداول ميزان فشارخون در بخش ضميمه ها: 90/140 ميلي متر جيوه وبيشتر باشد پس از 5 دقيقه مجدداً فشار خون اندازه گيری شود:**  **1- اگر ميانگين فشارخون در دو نوبت بين صدك 90 تا 95 باشد (پيش فشارخون بالا ) به عنوان فرد در معرض خطر، سالانه تحت مراقبت قرار گيرد:** **- توصيه به اصلاح شيوه زندگی و آموزش شيوه زندگی سالم [رژيم غذايی مناسب، كنترل وزن (در صورت چاق بودن يا داشتن اضافه وزن)، توصيه به محدوديت مصرف نمك وانجام فعاليت بدنی و .......]** **- اندازه گيری فشارخون و قد و وزن و تعيين وضعيت چاقي** **2- اگر ميانگين فشارخون 90/ 140 ميلي مترجيوه وبيشترباشد فشارخون بالا) ارجاع غير فوری به پزشك جهت تاييد تشخيص و بررسی بيش تر*** **در صورت تاييد بيماري فشارخون بالا توسط پزشك،**

 **فرد بيمارلازم است: ماهانه توسط كارمند بهداشتي مراقبت شود و هر3 ماه يك بارتوسط پزشك ويزيت شود.** |

**ارزيابي جوان از نظر ابتلا به فشارخون بالا**

جوان را از نظر ابتلا به فشارخون بالا بشرح زير ارزيابي كنيد

چاقي يا اضافه وزن: محاسبه و رسم نمايه توده بدني فرد

ابتلا حداقل يكي از والدين به بيماری عروق كرونر زودرس ( مردها قبل از 65 سالگي و زن ها قبل از 55 سالگي): در صورتي كه سن پدر از 65 سال و يا سن مادر از 55 سال پايين تراست از والدين در خصوص ابتلا به بيماري عروق كرونر يعني سكته قلبي و يا آنژين قلبي در مورد پدر قبل از 65 سالگي و در مورد مادر قبل از 55 سالگي سؤال كنيد پاسخ بلي را يك نشانه محسوب كنيد.

اختلالات چربي خون ازجمله كلسترول ال دي ال حداقل در يكي از والدين: در صورتي كه والدين جوان تا به حال كلسترول خون خودرا اندازه گيري كرده اند در خصوص بالا بودن آن كه با تشخيص پزشك بوده سؤال كنيد. پاسخ مثبت يك نشانه تلقي مي گردد.

ابتلا حداقل يكي از والدين به بيماری كليوی يا غددي (تيروئيد، .......): ابتلا يكي از والدين به بيماري هاي كليه يا اختلالات تيروئيد كه با تشخيص دكتر بوده نيز يك عامل خطر است

كساني كه در خواب آپنه دارند

توصيه هاي آموزشي

مشابه تغذيه مناسب و فعاليت بدني مناسب در بخش تغذيه است.

بيماري ريوي غيرواگير

# مراقبت از نظر ابتلا به آسم

## اهداف آموزشي و رفتاري

***لازم است در پايان دوره آموزشي:***

*- شرکت کننده بتواند نشانه هاي آسم را به درستي طبقه بندي كند.- شرکت کننده بتواند براساس نتيجه طبقه بندي آسم، اقدام مناسب را انجام دهد.- شرکت کننده بتواند موارد ابتلا به آسم را به درستي شناسايي كند.*

**بیماری آسم ( مراقب سلامت/بهورز)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **سوال** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **توصیه ها** |
| * سابقه تشخیص آسم توسط پزشک
* تجویز اسپری استنشاق توسط پزشک طی يك سال گذشته

وجودعلائم تنفسي شامل سرفه بيش از 4 هفته، خس خس سينه مكرر و يا تنگي نفس (به ويژه پس از فعاليت فيزيكي يا متعاقب عفونت هاي تنفسي) طی يك سال گذشته | مثبت بودن پاسخ فرد به هر یک از سوال ها | فرد مشکوک به بیماری آسم | ارجاع به پزشک به منظور تایید یا رد بیماری و ارزیابی های تکمیلی |
| منفی بودن پاسخ فرد به کلیه سوالات | عدم ابتلای فرد به بیماری آسم | دادن آموزش های لازم در خصوص عوامل زمینه ساز بروز آسم (به ویژه در افرادی که سابقه بیماری آسم در اعضاء درجه یک خانواده و یا سابقه فردی و یا خانوادگی بیماری های آتوپیک (رینیت، آلرژیک یا اگزما) دارند) |

ارزيابي ژنتيك :

|  |
| --- |
| **بررسی عامل خطر/بیماری/ناهنجاری های ژنتیک** |
| **ارزيابی (شناسایی مورد: غربالگری یا بیماریابی)** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| بررسی سابقه خانوادگی بیماری های غیرواگیر  | آیا در خود شما و بستگان درجه 1 یا 2 شما هیچ یک از این موارد وجود دارد؟ بیماری فشارخون 🞎 اختلالات چربی خون🞎 دیابت 🞎 بیماری­های قلبی-عروقی 🞎 سرطان 🞎 نابینایی غیر اکتسابی 🞎 ناشنوایی غیراکتسابی🞎  | عامل خطر فامیلی دارد | ارجاع غیرفوری به پزشک مرکز بهداشتی درمانی/ خانه بهداشت |
| عامل خطر فامیلی ندارد | - |
| **آموزش**  | **استاندارد ارائه خدمت** | **طبقه بندی** | **توضیحات** |
| آمــوزش جوانان (دانشجويان) | یک بار در سال | - | بر اساس محتوای آموزشی برنامه تالاسمی  |
| آموزش افراد صاحب ‌نفوذ در محله يا روستا | یک بار در سال | - | بر اساس محتوای آموزشی برنامه تالاسمی |
| آمـوزش عـاقـدان محـلي به‌منظور جلب مشاركت آنها در راستاي انجام عقد (دائم و يا مـوقت) پس از انجـام مشاوره ژنتیک | یک بار در سال | - | بر اساس محتوای آموزشی برنامه تالاسمی |

واكسيناسيون

 مراقبت از نظر وضعيت واكسيناسيون

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نتيجه ارزيابي** | **اقدام** |
| **- - آيا در دوره دبيرستان واكسن توام دريافت كرده است؟** | **- در دوره دبيرستان واكسن توام دريافت نكرده است يا نمي داند** **(واكسيناسيون ناقص است)** | **- معرفي به مركز بهداشتي درماني جهت دريافت واكسن** **- پيگيري فعال 1 ماه بعد جهت اطمينان از تكميل واكسيناسيون** **هر 10 سال يكبار تكرار** |
| **واكسيناسيون كامل است** | **- ادامه مراقبت ها**  |

|  |
| --- |
| **جدول ايمن سازي دو گانه (ديفتري و كزاز) در افراد بالاي 18 بدون سابقه ايمن سازي** |
| **زمان مراجعه** | **نوع واكسن** |
| **اولين مراجعه** | **دو گانه ويژه بزرگسال** |
| **يك ماه پس از اولين مراجعه** | **دو گانه ويژه بزرگسال**  |
| **يك ماه پس از دومين مراجعه** | **دو گانه ويژه بزرگسال** |
| **6 ماه تا يك سال پس از سومين مراجعه** | **دو گانه ويژه بزرگسال**  |
| **10 سال پس از چهارمين مراجعه** | **دو گانه ويژه بزرگسال و هر 10 سال يك بار تكرار شود.** |

# مراقبت از نظر وضعيت واكسيناسيون

## اهداف آموزشي و رفتاري

***لازم است در پايان دوره آموزشي:***

*- شرکت کننده بتواند وضعيت ايمنسازي را به درستي طبقه بندي كند.*

*- شرکت کننده بتواند براساس نتيجه طبقه بندي، اقدام مناسب را انجام دهد.*

*براساس ارزيابي، وضعيت ايمنسازي نتيجه گيري**می شود:*

|  |
| --- |
| ***نتيجه ارزيابي*** |
| ***واكسيناسيون ناقص\* است ومبتلا به بيماری كه طبق آخرين برنامه و راهنمای ايمن سازی، واكسيناسيون او بايد تحت نظارت مستقيم پزشك انجام شود، می باشد.***  |
| ***واكسيناسيون كامل است*** |

 \* واكسيناسيون ناقص: حداقل يك نوبت از يك نوع واكسن يا بيش تر را دريافت نكرده باشد.

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

|  |
| --- |
| ***اقدام*** |
| ***- معرفي به مركز بهداشتي درماني جهت دريافت واكسن*** ***- پيگيري فعال يك ماه بعد جهت اطمينان از تكميل واكسيناسيون***  |

**ارزيابي دهان ودندان**

 مراقبت از نظروضعيت دهان و دندان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **ارزيابي سلامت دهان و دندان** | **- دندان درد يا****- تورم و پارگی و خونريزی از بافت يا****- آبسه دندان يا****- شكستگی و بيرون افتادن دندان از دهان** | **مشكل دهان و دندان دارد** | **- تجويز مسكن برای درد****- اقدام مربوط به بيرون افتادن دندان طبق راهنما****- ارجاع فوری به دندانپزشك** |
| **- تغيير رنگ دندان به سياه يا قهوه ای****- لثه پر خون و قرمز و متورم****- بوی بد دهان****- جرم دندانی****- زخم يا موارد غير طبيعی در داخل دهان**  | **مشكل دهان و دندان دارد** | **- ارائه توصيه های بهداشتی دهان و دندان (مسواك، نخ دندان، تغذيه مناسب، استفاده از دهان شويه) به جوان** **- ارجاع غير فوری به دندانپزشك** |
| **هيچ يك از علائم فوق وجود ندارد** | **مشكل دهان و دندان ندارد** | **- توصيه بهداشتی دهان و دندان (مسواك، نخ دندان، تغذيه مناسب، استفاده از دهان شويه) به جوان****- تشويق به مراجعه به دندانپزشك 6 ماه بعد و مراقبت بعدی يك سال بعد** |

##

بيماريهاي عفوني

## سل ريوي :

##  اهداف آموزشي و رفتاري

***لازم است در پايان دوره آموزشي:***

 *شرکت کننده بتواند نشانه هاي سل را به درستي طبقه بندي كند.*

*- شرکت کننده بتواند براساس نتيجه طبقه بندي سل، اقدام مناسب را انجام دهد.*

*- شرکت کننده بتواند موارد ابتلا به سل را به درستي شناسايي كند.*

*- شرکت کننده بتواند يك نمونه خلط را به درستي تهيه كند.*

*وضعيت ابتلا به سل به شرح زير ارزيابي می شود:*

|  |
| --- |
| ***جمع بندي و بررسي كنيد*** |
| *از عوامل خطر و نشانه زير را سؤال كنيد:* *سرفه طول كشيده (بيش از دو هفته)**عامل خطر: سابقه تماس با فرد مبتلا به سل* |

|  |
| --- |
| ***طبقه بندي*** |
| *مشكل(احتمال سل)* |
| *درمعرض خطر ابتلا به سل* |
| *فاقد مشكل* |

|  |
| --- |
| ***اقدام*** |

|  |
| --- |
| ***اقدام*** |
| * *اولين نمونه خلط را بگيريد. (درصورت وجود و امکان ارائه خلط)*
* *به جوان و همراه وي تغذيه مناسب، تهويه و كنترل راه هاي انتقال بيماري و گرفتن نمونه هاي خلط آموزش دهيد.*
* *جوان را به پزشك ارجاع غير فوري دهيد.*
 |
| * *به جوان و همراه وي تغذيه مناسب، تهويه و كنترل راه هاي انتقال بيماري را آموزش دهيد.*
* *جوان را يك ماه ديگر پيگيري كنيد.*
 |

|  |
| --- |
| ***اقدام كنيد*** |
| *تهيه 3 نمونه از خلط\*، در صورت وجود خلط* |
| *نشانه ها* |
| * *داراي نشانه يا*
* *بدون نشانه (سرفه مساوي يا كم تر از 2 هفته) به همراه عامل خطر*
 |
| * *بدون نشانه (فاقد سرفه) و*
* *با عامل خطر*
 |
| * *بدون نشانه و*
* *بدون عامل خطر*
 |

مراقبت از نظر شك به سل

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ارزيابي | نشانه ها | طبقه بندي | **اقدام** |
| از جوان يا همراه وي عوامل خطر و نشانه زير را سؤال كنيد: * سرفه طول كشيده (بيش از دو هفته)
* عامل خطر:

 سابقه تماس با فرد مبتلا به سل | * **داراي نشانه يا**
* **بدون نشانه (سرفه مساوي يا كم تر از 2 هفته) به همراه عامل خطر**
 | **مشكل****(احتمال سل)** | * **اولين نمونه خلط را بگيريد.**
* **به جوان و همراه وي تغذيه مناسب، تهويه و كنترل راه هاي انتقال بيماري و گرفتن نمونه هاي خلط آموزش دهيد.** تهيه 3 نمونه از خلط\*،
* **جوان را به پزشك ارجاع غير فوري دهيد.**
 |
| * **بدون نشانه (فاقد سرفه) و**
* **با عامل خطر**
 | **درمعرض خطر ابتلا به سل** | * **به جوان و همراه وي تغذيه مناسب، تهويه و كنترل راه هاي انتقال بيماري را آموزش دهيد.**
* **جوان را يك ماه ديگر پيگيري كنيد.**
 |
| * **بدون نشانه و**
* **بدون عامل خطر**
 | **فاقد مشكل** | * **جوان را به مراجعه در صورت بروز نشانه يا تماس با فرد مبتلا به سل تشويق كنيد.**
 |

**\***

**به راهنمای "روش تهيه نمونه خلط در افراد مشكوك به سل" در راهنما مراجعه كنيد.**

هپاتيت :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
|  | **- بروز زردی/ پررنگ شدن ادرار و كم رنگ شدن مدفوع****-**  | **- هپاتيت ويروسی** **يا****- هپاتيت دارويی** **يا****- بيماری های متابوليك و عفونی همراه با ايكتر (نظير لپتوسپيروز)** | **ارجاع به پزشك**  **گزارش موارد مثبت هپاتيت B، C وD به معاونت بهداشتی دانشگاه** **آموزش نحوه پيشگيری از سرايت هپاتيت B، C وD / مشاوره خانواده بر اساس راهنما** |

ارزيابي بيماريهاي منتقله ازراه جنسي :

ايدز:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي**  | **نشانه**  | **طبقه بندي**  | **اقدام** |
| * **سابقه/ سوء مصرف مواد مخدر، محرك**
* **سابقه يا وجود ارتباط جنسي خارج از چارچوب خانواده**
* **سابقه زندان در فرد، شريك جنسي/ همسر**
* **سابقه انجام خالوبي، تاتو و حجامت**
 | * **وجود فرد معتاد به مواد مخدر ، محرك در خانواده و دوستان**
* **وجود فرد مصرف كننده تفنني مواد مخدر ، محرك در خانواده و دوستان**
* **خريد مواد مخدر و يا محرك و الكل، براي ديگري**
* **حضور در مهمانی های با امکان مصرف موادمخدر، محرك و الكل**
* **سابقه مصرف مواد مخدرمحرك‌در‌شريك‌جنسي/ همسر**
 | * **سابقه ارتباط جنسي محافظت نشده و بدون كاندوم**
* **ابتلاي شريك جنسي /همسر به ايدز يا بيماري هاي آميزشي**
* **سابقه مصرف مواد مخدر ، محرك قبل از ارتباط جنسي**
* **سابقه ارتباط جنسي با شركاي جنسي متعدد**
* **سابقه ارتباط جنسي با افراد تن فروش**
* **سابقه رفتارهاي جنسي پرخطر در شريك جنسي/همسر**
* **وجود رفتارهاي جنسي پرخطر در اعضاي خانواده و دوستان**
 | **در صورتيكه سومصرف مواد يا رفتار جنسي مخاطره آميز داشت****ترشح از مجرا****سوزش يا خارش واژن** **زخم تناسلي** **درد زير شكم**  | **امكان ابتلا به بيماريهاي منتقله ازراه جنسي** | **ارجاع به پزشك** |

ارزيابي سلامت روان وسوءمصرف مواد

سلامت روان

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

* **ارائه آموزش­هاي لازم به عموم جامعه و ارتقاء سطح آگاهي آنان ، ناسایی گروه های 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 آموزش­هاي لازم به مبتلایان به اختلالات روان­پزشکی و خانواده آنها ، مراقبت و پیگیری بیماران ،ثبت و گزارش­دهي اطلاعات آماري بيماران**

**کارشناس مراقب سلامت می بایست 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 آگاه سازی 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. همان گونه 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 ویا 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 .**

**گروه­هاي آسيب­پذير در برنامه­های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد**

**تعريف گروه­هاي آسيب پذير:**

**در میان جمعیت عمومی تحت پوشش مراکز سلامت جامعه، عده­ای از افراد جزء گروه­های آسیب­پذیر محسوب می­شوند. برخي افراد در برابر استرس­ها و مشكلات آسيب­پذيري بيشتري دارند و آمادگي بیشتری براي 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 برخوردارند و زودتر دچار اختلالات و مشکلات می­شوند. با شناسايي به موقع اين افراد و ارائه آموزش­هاي لازم به آنها و خانواده­هايشان مي توان از بروز اختلالات و مشکلات پيشگيري كرد. برخی از گروه­هاي آسيب پذير درحوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شامل افراد زير هستند:**

**بیماران مبتلا به بیماری­های جسمی مزمن، افراد معلول که دارای ناتوانی جسمی هستند، افرادي كه دچار شكست عاطفي، شغلي، تحصيلي يا مالي شده اند، زنان باردار يا زناني كه به تازگي زايمان كرده­اند، خانواده و مراقبين بيماران رواني يا بيماران جسمي مزمن، افراد سوگوار كه والدين يا یکی از اعضاي درجه يك خانواده آنها اخيراً فوت كرده است، كودكان و نوجوانان بي سرپرست، كاركنان مشاغل پراسترس (پرستاران، فرهنگیان، گروه­هاي امداد و نجات، كاركنان بخش اورژانس بيمارستان)، جوانان، افرادي كه در خانواده پر مشاجره و متشنج زندگي مي­كنند، افراد با وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، افراد با والد یا اعضای خانواده مصرف کننده مواد و ... .**

**تذكر**

**علاوه بر افراد به ظاهر سالم و بدون علامت، فرم غربال­گري بايد براي موارد زير تكميل شود:**

**الف - افرادي كه قبلاً به اختلالات روان­پزشکی یا مصرف مواد مبتلا بوده­اند و یا مشکل اجتماعی را تجربه کرده اند و در حال حاضر بهبود يافته­اند .در مورد اين افراد احتمال عود اختلال بهبود يافته وجود دارد. علاوه بر اين ممكن است اين افراد در معرض اختلال یا آسیب دیگری باشند.**

**ب - افرادي كه در حال حاضر به اختلال روان­پزشكي، مصرف مواد و یا مشکلات اجتماعی مبتلا هستند و قبلاً شناسايي شده است اما به دليل احتمال ابتلاء به اختلال توأم**[[1]](#footnote-1)**، بيماريابي بايد در مورد شناسايي اختلال دوم وي صورت گيرد. با اينكه اين افراد تحت نظر پزشك هستند اما ممكن است پزشك به آنها گفته باشد كه چند ماه ديگر مجدداً به پزشك مراجعه كنند (داروها چند ماهه تجويز شده باشد). بنابراين در طي اين چند ماه ممكن است فرد مشکلات دیگری هم زمان شکل گرفته و به دلیل عدم ویزیت موارد شناسایی نشوند.**

**غربالگری اولیه درحوزه سلامت روان:**

**قبل از پرسشگری دراین بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که در این بخش می خواهم سوالاتی درزمینه شرایط روان شناختی واسترس های شما بپرسم :**

**برای خدمت گیرنده توضیح دهید هدف ازاین پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی های اعصاب وروان درمراجعین است .به این نرتیب افراد نیازمند به درمان ، مراقبت ومشاوره زودتر شناخته شده وبرای درمان ارجاع می شوند .درخصوص حفظ رازداری اطمینان دهید مطالبی که دراین جلسه مطرح می گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت وتکمیل پرونده بهداشتی شما می باشد سپس به خدمت گیرنده بگویید سوالاتی که از شما پرسیده می شود در مورد حالت هایی است که در طول 30 روز گذشته تجربه کرده اید .درپاسخ به هرسوال می توانید بگویید همیشه ، بیشتراوقات ، گاهی اوقات ، بندرت یا اصلا.**

**نمره گذاری: نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ های همیشه ، بیشتر اوقات ، گاهی اوقات ، اصلا وبندرت به ترتیب اعداد 4،3،2،1وصفر تعلق می گیرد.مجموع امتیازات هرپرسشنامه می تواند از حداقل صفر تا حداکثر 24 باشد.افرادیکه نمره 10 یابالاتررا کسب می کد به عنوان غربال مثبت محسوب می شودکه جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می گردند .در صورت پاسخ بیشتر از 3 به گزینه نمی داند /پاسخ نمیدهد ، ارجاع به پزشک صورت گیرد.**

**غربالگري سلامت روان :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **همیشه** | **بیشتراوقات** | **گاهی اوقات** | **بندرت** | **اصلا** |
| **4** | **3** | **2** | **1** | **0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **چقدر در 30 روز گذشته احساس می کرديد، مضطرب و عصبی هستيد؟****چقدر در 30 روز گذشته احساس  نااميدی می کرديد؟****چقدر در 30 روز گذشته احساس  ناآرامی و بی قراری می کرديد؟****چقدر در 30 روز گذشته  احساس افسردگی و غمگينی می کرديد؟****چقدر در 30 روز گذشته احساس می کرديد که انجام دادن هر کاری برای شما خيلی سخت است؟****چقدر در 30 روز گذشته احساس بی ارزشی می کرديد؟** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**پرسشگر گرامی: از آزمودنی سؤالات زير را بپرسيد. بر روی جملاتی که زير آن خط کشيده شده و کلماتی که برجسته شده‌اند، تأکيد کنيد.**

**پاسخگوی گرامی، سؤالاتی که از شما پرسيده می‌شود، در مورد حالتهایی است که در طول 30 روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانيد بگوئيد هميشه، بيشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت يا اصلاً.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **پرسش 1الف- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده­اید؟****(فقط مصرف غیرپزشکی)** | **خیر** | **بله** | **عدم تمایل به پاسخگویی** | **پرسش 1ب- صورت پاسخ مثبت به هر یک: درسه ماه اخیر چطور؟** | **خیر** | **بله** | **عدم تمایل به پاسخگویی** |
| **الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)** |  |  |  |  |  |  |
| **ب- ترکیبات اَفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کدیین، ترامادول، غیره)** |  |  |  |  |  |  |
| **ج- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)** |  |  |  |  |  |  |
| **د- محرک­های ­آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)** |  |  |  |  |  |  |
| **ه- آرام­بخش­ها یا قرص­های خواب (دیازپام، آلپرازولام، فنوباربیتال، غیره)**  |  |  |  |  |  |  |
| **و- نوشیدنی­های الکلی (آبجو، شراب، عَرَق، غیره)** |  |  |  |  |  |  |
| **ز- سایر- مشخص کنید:** |  |  |  |  |  |  |

غربالگری اولیه درگیری با الکل، سیگار و مواد

مقدمه سؤالات غربال­گری در حوزه اعتیاد

در این بخش می­خواهم چند سؤال درباره تجربه شما از مصرف سیگار، الکل و مواد در طول عمر و سه ماه گذشته بپرسم. این مواد را می­توان به صورت تدخینی، 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 می­شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است. برخی از مواد فهرست­شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام­بخش، داروهای ضددرد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می­کنید ثبت نمی­کنیم. امّا، 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.

گرچه می­خواهیم درباره مصرف مواد غیرمجاز 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 ضددرد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می­کنید ثبت نمی­کنیم. امّا، 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 خدمت گیرنده 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 1الف**

* پرسش 1الف 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.
* 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.
* 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.

غربالگري اوليه در الكل مواد وسيگار

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 حسّاس بوده و آمادگی دارد در این ارتباط به ایشان کمک نماید.

ارزيابي اختلالات وبيماريهاي روان

 اهداف فصل

**پس از مطالعه این فصل انتظار می رود که بتوانيد:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نشانه ها وعلايم | تشخيص احتمالي  | طبقه بندي  | اقدامات |
| احساس خستگي وكاهش انرژي | افسردگي | افسردگي شديد (قصد جدي براي آسيب به خود وديگران) | ارجاع فوري به پزشك  |
| كاهش توانايي انجام فعاليت هاي روزمره  |
| احساس بي ارزشي يا احساس گناه  | افسردگي خفيف يا متوسط (عدم وجود قصد جدي براي آسيب به خود يا ديگران) | ارجاع غير فوري به پزشك  |
| كاهش يا افزايش خواب  |
| افزايش يا كاهش اشتها  |

1. **اختلالات و مشکلات شایع حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را نام ببرید.**
2. **علایم و نشانه های شایع و مهم هر اختلال یا مشکل را نام ببرید. - 3تعریف و توصیفی از هر یک از اختلالات و مشکلات شایع بیان كنيد. 4 ضرورت شناسایی و نحوه غربالگری اختلالات و مشکلات شایع را بیان كنيد.و موارد و 5 - نحوه ارجاع افراد شناسایی شده به سطوح بالاتر را بیان كنيد.**
3. **گروه های در معرض خطر و عوامل مؤثر در پیدایش اختلالات و مشکلات حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد را بیان كنيد.**

**توجه: از فردی که نشانه ها وعلایم افسردگی را دارد حتماٌ راجع به افکار خودکشی به همراه قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران سئوال کنید:**

* **آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟ آیا اخیراٌ به خودکشی فکر کرده اید؟**
* **چنانچه پاسخ مثبت است، این علامت را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.**

**مراقبت و پیگیری بیماران توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده:**

**افرادی که در غربالگری کارشناس مراقب سلامت خانواده مشکوک به بیماری روانپزشکی شناسایی شده اند پس از ارجاع به پزشک (پزشک خانواده)، تشکیل پرونده و تایید تشخیص تحت درمان، مراقبت و پی گیری قرار می گیرند.**

**در مواردیکه علایم از شدت کمتری برخوردار هستند و قصد خودکشی نیز وجود نداشته است، به صورت ماهانه توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده پی گیری و مراقبت انجام خواهد شد. در موارد شدید پی گیری هفتگی در ماه اول توصیه می شد.**

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

* **آموزش بيمار و خانواده وي درباره بيماري با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پی گیری**
* **پی گیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک،**
* **پی گیری علايم افسردگی: غمگینی، کاهش انرژی، خستگی، مشکلات خواب و اشتها**
* **بررسی عوارض جانبي داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک (عوارض شایع: تهوع، اسهال یا یبوست، سوء هاضمه، خشکی دهان، خواب آلودگی، ... که در هفته اول پس از شروع داروها ممکن است بیشتر بروز کند).**
* **پی گیری مراجعات بیمار به پزشک طبق زمانبندی تعیین شده از سوی پزشک (ماهانه)**

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

1. **بیمارانی که افکارخودکشی یا اقدام به خودکشی داشته اند.**
2. **بیمارانی که دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش کافی برای درمان و پی گیری ندارند.**
3. **شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان.**

**کارشناس مراقب سلامت خانواده چنانچه در پی گیری 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**

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

* **افسردگی بیماری شایع و قابل درمانی است به گونه ایکه بعضی به آن سرماخوردگی اعصاب می گویند.**
* **افسردگی یک بیماری است که نشانه ضعف اراده یا تنبلی نبوده و صرفا با توصیه‌های عمومی مانند مسافرت رفتن یا تفریح کردن برطرف نمی شود.**
* **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 بیماردر بر نخواهد داشت.**
* **شایع ترین عوارض داروها در اوایل مصرف عبارتند از خواب آلودگی خفیف، سوءهاضمه، اسهال که با ادامه درمان و مصرف دارو همراه غذا تدریجاٌ بهبود می یابد.**
* **قبل از قطع داروها حتما باید با پزشک مشورت شود.**
* **گاهی لازم است دارو براي جلوگیری از عود مشکل حداقل برای يك دوره شش ماهه مصرف شود.**
* **دارو باید هر روز استفاده شود و حتي‌‌الامكان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.**
* **فرد افسرده را نباید تنها گذاشت، باید به کارهای ساده و روزمره سرگرم شود و مورد توهین و انتقاد قرار نگیرد و اگر افکار نومیدی، پوچی، خودکشی، و بیقراری و شرايط نگران کننده اي داشت لازم است به پزشک ارجاع فوری شود.**

اختلالات دوقطبي:

**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 پلارBipolar ، 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 علایم اختلالات دوقطبی:

بیمارمبتلا 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 علایم اختلال دوقطبی(حالت مانیا):

* تحریک پذیری، عصبانیت و پرخاشگری ، پرحرفی ، بی خوابی ،ولخرجی و انجام کارهای پر خطرمثل رانندگی پر سرعت، روابط جنسی متعدد و...

توجه: همه این علایم 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 اخیراٌ دچار سرخوشی و نشاط غیر عادی، عصبانیت و پرخاشگری بیش از حد شده است و سایر علایمی همچون بی خوابی شدید همراه با افزایش انرژی ، پر حرفی و افزایش فعالیت های فرد به مدت حداقل یک هفته وجود داشته باشد و به گونه ای باشد که در رندکی وکارهای فرد ایجاد اتلال نموده و از نظر اطرافیان نیز پدیده ای عادی و همیشگی برای ان فرد تلقی نشود احتمال اختلال دوقطبی(مانیا) مطرح است در این حالت در مورد قصد یا اقدام بیمار برای آسیب به خود یا دیگران بپرسید. و در صورت احتمال خطر جدی در این مورد بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید. بیمارممکن است همزمان دچار علایمی از توهم یا هذیان (سایکوز) نیز باشد که در این صورت باید ارجاع فوری به پزشک انجام شود.

اختلالات دوقطبي :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نشانه ها وعلايم | تشخيص احتمالي  | طبقه بندي  | اقدامات |
| سرخوشي بيش از حد يا تحريك پذيري ، عصبانيت وپرخاشگري  | **ا**حتمال دوقطبي يا مانيا | قصد آسيب جدي به خود يا ديگران | ارجاع فوري به پزشك  |
| **بی خوابی** |
| **پر حرفی** | توهم يا هذيان | ارجاع غير فوري به پزشك |
| فعاليت وانرژي زياد بدون احساس خستگي  | فقدان توهم ، هذيان يا آسيب  | ارجاع غير فوري به پزشك  |

1. **توهم: ادراك بدون وجود محرك ( مانند شنيدن صداهايي كه ديگران آنها را نمي شنوند و ديدن چيزهايي كه ديگران آنها را نمي بينند) .هذيان: فكر يا باور غلط كه فرد به آن اعتقاد دارد و براي او قابل ترديد نيست و منطبق بر زمينه تحصيلي ، فرهنگي و اجتماعي او نيست؛ (مانند اینکه فرد معتقد است كه يك مقام رده بالاي كشوري يا جهاني است يا فكر مي كند اشخاصي او را تعقيب مي كنند و مي خواهند به او صدمه بزنند).**

**توجه: از فردی که نشانه های مانیا دارد حتماٌ راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران سئوال کنید. چنانچه پاسخ مثبت است، این علایم 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 تایید تشخیص، ممکن است جهت برسی های تکمیلی، شروع درمان یا نیاز به بستری در بخش روانپزشکی،توسط پزشک به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده شود. چنانچه علایم شدید نباشد و نیاز به بستری وجود نداشته باشد روانپزشک درمان دارویی با داروهایی نظیر لیتیم، سدیم والپروات، کاربامازپین و... را شروع نموده و بیمار را با پسخوراند لازم برای پی گیری مجدداٌ به نزد پزشک باز می گرداند. نوبت اول پی گیری درهفته 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.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نشانه ها وعلايم | تشخيص احتمالي  | طبقه بندي  | اقدامات |
| اضطراب ودلشوره | احتمال اختلال اضطرابي  | احتمال آسيب جدي به خود يا ديگران | ارجاع فوري به پزشك  |
| بيقراري ونگراني |
| شست وشو يا چك كردن بيش از حد | نبودن احتمال آسيب جدي به خود يا ديگران  | ارجاع غير فوري به پزشك |
| **افكار مزاحم** |
| ترس از صحبت در جمع  |
| عصبانيت ناگهاني |
| بي خوابي يا 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 صلاحدید 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 توانند به درمان کمک کنند. 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 درهفته 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 بيمار و خانواده وي درباره بيماري با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پی گیری ، پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک ، پیگیری علايم بیماری ، بررسی عوارض جانبي 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.

غربالگری و ارزیابی افراد سايكوتيك :

کارشناسان مراقب سلامت خانواده با استفاده از فرم غربالگری 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.

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

**پیگیری و مراقبت :**

**درمان اصلی اختلالات سایکوتیک درمان دارویی است و معمولا 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 معمولا 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 توسطکارشناس مراقب سلامت خانوادهیا 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 پسیکوتیک 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 درهفته 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 :**

1. **آموزش بيمار و خانواده وي درباره بيماري با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و همچنین رعایت احترام و حقوق انسانی بیمار**
2. **آموزش مهارت­های اجتماعی به بیمار و کمک به وی برای برگشت به جامعه و کار**
3. **پیگیری مراجعه به موقع بیمار به خانه بهداشت و به پزشک**
4. **پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک**
5. **پیگیری نحوه کنترل و بهبود تدریجی علايم بیماری وبررسی عوارض جانبي 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 افکارخودکشی، 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**

راهنماها و توصیه ها

تغذيه وفعاليت بدني

مداخلات آموزشي براي اصلاح تغذيه

راهنماي تغذيه جوان مبتلا به لاغري

* + مصرف حداقل 3 ميان وعده غني از پروتئين و انرژي مانند تخم مرغ آب پز سفت، نان، خرما، ميوه هاي تازه، خشک و پخته، انواع مغزها مثل بادام، **پسته، گردو، فندق، لبنيات مثل شير، ماست پنير، کشک و بستني، حبوبات مثل عدس و...، شيربرنج و فرني؛**
	+ استفاده از انواع طعم دهنده ها مثل ادويه، چاشني، آبليمو و ...؛
	+ مصرف روغن هاي مايع نباتي مثل روغن زيتون همراه سالاد، سبزي و غذا؛
	+ استفاده بيشتر از گروه نان و غلات مثل انواع برنج و ماكاروني و سيب زميني از گروه سبزيجات به همراه مواد پروتئيني؛
	+ توجه بيشتر به وعده صبحانه و استفاده از مواد مقوي و مغذي مثل گردو و پنير در صبحانه؛
	+ استفاده از جوانه غلات و حبوبات به سالاد و آش و سوپ؛
	+ استفاده از انواع حبوبات در خورش، آش، خوراك و...؛
	+ استفاده از چهار گروه غذايي (گوشت و حبوبات و تخم مرغ و مغزها)، (شير و لبنيات)، (ميوه و سبزيجات) و (نان و غلات) در برنامه غذايي روزانه؛
	+ **گروه غلات و مواد نشاسته ای:** بايد روزانه به ميزان 11-6 سهم مصرف شود و هر سهم برابر است با 4 قطعه نان لواش يا يك قطعه نان سنگك يا يك قطعه نان بربري به اندازه تقريبی هر قطعه 10 در 10 سانتی متر (كف دست بدون انگشتان) يا نصف ليوان برنج پخته يا نصف ليوان غلات پخته (گندم، جو و ذرت) يا نصف ليوان ماكاروني پخته.
	+ **گروه سبزيجات:** بايستی 5-3 سهم در روز خورده شود و هر سهم برابر است با يك ليوان سبزيجات خام يا نصف ليوان سبزيجات پخته يا نصف ليوان نخود سبز يا يا يك عدد سيب زميني متوسط،
	+ **گروه ميوه جات:** بايستی به ميزان 4-2 سهم در روز خورده شود و هر سهم آن برابر است با يك ميوه به اندازه متوسط مثل سيب و پرتقال يا ميوه هاي مشابه يا 3 عدد ميوه به اندازه كوچك مثل زردآلو يا ميوه هاي مشابه يا يك قاچ هندوانه يا ميوه های مشابه يا نصف ليوان حبه هاي انگور يا نصف ليوان آب ميوه طبيعی يا يك چهارم ليوان ميوه خشك (برگه زردآلو يا هلو، انجير خشك يا كشمش) ،
	+ **گروه شير و لبنيات:** مصرف آن 3- 2 سهم در روز است و هر سهم شامل يك ليوان شير يا يك ليوان ماست يا دو ليوان دوغ يا 60 گرم پنير (معادل 2 قوطی كبريت) است.
	+ **گروه گوشت و جايگزين های آن:** مصرف روزانه 3- 2 سهم از اين گروه غذايی توصيه می شود و هر سهم برابر است با 90 گرم گوشت كم چربی (3 تكه گوشت خورشي) يا يك تكه مرغ (ساق ران) يا يك قطعه ماهی ( يك برش عرضي كامل) يا نصف ليوان حبوبات و يا سويای خام يا پسته و مغز ها يا دو عدد تخم مرغ ،

**اصلاح شيوه غذا خوردن**

* كشيدن غذا در ظرف بزرگتر؛ ميل كردن غذا در جمع دوستان، **ميل نكردن** آب قبل از غذا؛ اجباري نكردن برنامه غذايي ،افزايش تعداد وعده هاي غذايي.

**راهنماي تغذيه جوان مبتلا به چاقي يا اضافه وزن**

* صبحانه خوردن به عنوان يك وعده اصلي غذايي در هر روز با هدف كمتر غذا خوردن در وعده غذايي بعدي
* مصرف ميوه و سبزيجات به عنوان ميان وعده
* محدود كردن مصرف شيريني و شكلات به عنوان ميان وعده
* محدود كردن مصرف غذا هاي چرب و پر انرژي از قبيل چيپس، بستني، سس مايونز، شكلات، كيك هاي خامه اي و كره و غيره
* نوشيدن آب، ماست هاي كم نمك و آب ميوه هاي طبيعي به جاي نوشابه هاي شيرين گاز دار
* مصرف ميوه هاي تازه به ميزان 4-3 سهم به جاي ميوه هاي كنسروي و آب ميوه هاي فرآوري شده
* مصرف ميوه بجاي آب ميوه؛
* مصرف سبزيجات به ميزان 5-3 سهم در روز
* مصرف غذا هاي با فيبر زياد مثل نان هاي سبوس دار (سنگك) و ميوه هاي خشك شده و ميوه و سبزيجات تازه
* مصرف مغز ها و ميوه هاي خشك به عنوان ميان وعده به جاي تنقلات
* كاهش مصرف فست فود و غذا هاي پر كالري (رستوران و غذا هاي آماده)
* اصلاح عادات غذا يي خانواده
* آموزش اعضاي خانواده براي بهبود عادات غذايي
* مصرف غذاهاي آب پز، بخار پز و تنوري بجاي غذاهاي سرخ شده و پر چرب؛
* كاهش مواد غذايي كنسرو شده، همبرگر، سوسيس و كالباس؛
* استفاده از نان و ترجيحا نان سبوس دار بجاي برنج و ماكاروني؛
* مصرف شير و لبنيات كم چربي؛
* استفاده از ماهي و مرغ بدون پوست
* اجتناب از مصرف امعا واحشا (دل، قلوه، كله و پاچه و مغز)؛

مصرف انواع سالاد بدون سس مخلوط با روغن زيتون و سركه قبل يا همراه غذا و مصرف سبزيجات بهمراه غذا

توجه به تعداد وعده هاي غذايي (3 وعده اصلي و 2 ميان وعده)

**يك سهم از گروه نان و غلات = نان بربري/سنگك/تافتون به اندازه كف دست = 4 واحد نان لواش به اندازه كف دست = نصف ليوان برنج پخته = نصف ليوان غلات پخته = نصف ليوان ماكاروني پخته**

**يك سهم از گروه سبزيجات= يك ليوان سبزيجات خام= نصف ليوان سبزيجات پخته برگ دار سبز= يك سيب زميني متوسط = نصف ليوان نخود سبز پخته / هويج / سبزيجات به رنگ زرد يا نارنجي**

**يك سهم از گروه ميوه = يك پرتقال يا سيب متوسط = يك قاچ هندوانه يا ميوه هاي مشابه = 3 عدد زردآلو يا ميوه هاي مشابه = نصف ليوان انگور دانه شده يا ميوه هاي مشابه = نصف ليوان آب ميوه طبيعي**

**يك سهم از گروه گوشت و پروتئين= 2 عدد تخم مرغ = يك ساق ران = 3 تكه گوشت قرمز خورشي = نصف ليوان پسته يا مغز هاي مشابه = نصف ليوان حبوبات خام = يك برش عرضي از ماهي**

**يك سهم گروه شير و لبنيات = يك ليوان شير =يك ليوان ماست = 2 قوطي كبريت يا 60 گرم پنير = 2 ليوان دوغ = دو سوم ليوان كشك**

**تغيير سبك غذاخوردن**

* صرف غذا با خانواده با هدف دستيابي به كيفيت بهتر غذا
* كشيدن غذا در ظرف كوچكتر؛
* كاهش سرعت غذا خوردن و افزايش مدت جويدن غذا؛
* **خريداري نكردن** مواد غذايي چاق كننده مثل چيپس، شيريني و ... و نوشابه هاي گاز دار شيرين؛
* نوشيدن حداقل يك ليوان آب قبل از غذا.
* پرهيز از خوردن تنقلات حين تماشاي تلويزيون ويا كاربا رايانه وتلفن همراه

توصيه هاي فعاليت بدني

1. انجام ورزش هايي از قبيل دوچرخه سواري، پرش، دو و شنا
2. مشاركت در كار هاي منزل و امور باغباني
3. تماشاي برنامه هاي تلويزيوني و بازي هاي كامپيوتري به مدت حداكثر 2 ساعت در روز
4. بالا رفتن از پله به جاي استفاده از آسانسور
5. پياده رفتن تامقصد
6. انجام ورزش هايي از قبيل فوتبال، واليبال، تنيس و بسكتبال
7. انجام فعاليت هاي بيرون از منزل مثل پارك و پيك نيك
8. انجام فعاليت بدني از نوع فعاليت با شدت متوسط مانند راه رفتن، اسكيت، دوچرخه سواری، شنا، بازی گروهی و يا فعاليت شديد مانند دو يا فوتبال دست كم 30 دقيقه و افزايش آن در چند دوره 5 تا 10 دقيقه ای به 60 دقيقه.

براي جوانان فعاليت فيزيكی مثل تند راه رفتن، دوچرخه سواری، آهسته دويدن و....... به مدت 60- 30 دقيقه كه می تواند به سه نوبت20- 10 دقيقه ای تقسيم شود با شدت متوسط تا شديد، هر روز و دست كم 5 روز در هفته و ورزش های كششی بازوها، شانه ها، قفسه سينه، تنه، پشت لگن و ساق پاها هر كدام 15- 10 بار برای 3- 2 بار در هفته توصيه می شود.. برای آنان كه می خواهند وزنشان كم شود يا از اضافه شدن وزنشان جلوگيری شود فعاليت بدنی بيشتری توصيه می شود..

توصيه های فعاليت بدنی

 **متناسب با رده سنی، نكات آموزشی را در ملاقات های دوره ای ارائه دهيد:**

|  |
| --- |
| **- بزرگسالان حداقل روزی 30 دقيقه بدوند تا فعاليت بدنی متوسط داشته باشند، برای آنان كه می خواهند اضافه وزنشان را كاهش دهند يا از اضافه شدن وزنشان جلوگيری كنند فعاليت بدنی بيش تری توصيه می شود.****افراد بايد برای فعاليت بدنی برنامه ای لذت بخش و قابل اجرا داشته باشند و مدت زمان فعاليت فعلی را نيز دست كم 30 دقيقه و تا 60 دقيقه در چند دوره 5 تا 10 دقيقه ای افزايش دهد. فعاليت های افزايش يافته بايد از نوع فعاليت با شدت متوسط مانند راه رفتن، اسكيت، دوچرخه سواری، شنا، بازی گروهی و يا فعاليت شديد مانند دو يا فوتبال باشد.****جوان بايد ديدن تلويزيون و بازی های كامپيوتری را محدود كند، تماشای تلويزيون را به روزانه كم تر از 2 ساعت محدود كند و مدت زمان آن را دست كم 30 دقيقه در شبانه روز كاهش دهد...****نيازهای تغذيه ای، ميزان كالری، آهن و كلسيم و تعادل و تنوع غذايی جوان ورزشكار بايد به طور دقيق تعيين شود.****هميشه بايد در نظر داشت كه فعاليت جسمی جزيی از زندگی روزمره است و نياز به لباس خاص و يا شركت در كلاس ويژه ندارد.****- در جوانان فعاليت فيزيكی به مدت 60- 30 دقيقه (كه می تواند به سه نوبت20- 10 دقيقه ای تقسيم شود) با شدت متوسط تا شديد، هر روز و دست كم 5 بار در هفته توصيه می شود، همچنين فعاليت جسمی روزانه، تند راه رفتن، دوچرخه سواری، آهسته دويدن و ورزش های كششی بازوها، شانه ها، قفسه سينه، تنه، پشت لگن و ساق پاها هر كدام 15- 10 بار برای 3- 2 بار در هفته توصيه می شود.** |
| **متخصصين ورزشي****با گسترش شهرنشينی و رفتارهای ويژه آن، كم تحركی در بين جوانان نيز رواج يافته است. بسياری از جوانان كشور ما فعاليت بدنی مناسب برای بالندگي توام با سلامتی را ندارند و به همين دليل بايد جوانان در مورد فعاليت بدنی و ارتباط آن با سلامتی آموزش داده شوند و مربيان ورزشی بايد به جوانان كمك كنند تا اهميت فعاليت بدنی و تاثير آن بر بدنشان و سلامتی را بفهمند و به فعاليت بدنی فكر كنند و رفتارشان را تغيير دهند. براي اين كه جوانان به كمك مربيان بتوانند فعاليت بدني را كه موجب: \* استحكام استخوان ها و تقويت عضلات بدن** **\* انعطاف پذيري \* رشد و توسعه مهارت های فردی** **\* كنترل وزن بدن \* افزايش اعتماد به نفس** **\* تناسب اندام \* افزايش آرامش** **\* تقويت قلب \* افزايش رشد توام با سلامتی****يافتن دوستان جديد و كمك به اجتماعي شدن آن ها مي شوند را در ساختار زندگي خود بگنجانند، بايد فعاليت بدني به صورت تعدادي از موضوعات درسي تقسيم شود و از اين طريق اطلاعات مرتب تكرار شود.** **دست اندركاران امرورزش بخوص مربيان مي توانند بر اساس 5 استراتژي زير به تغيير رفتارجوانان در زمينه فعاليت بدني كمك كنند:*** **بسط آگاهي و دانش جوانان در زمينه فعاليت بدني. براي اين كار مشاركت جوانان در اين كه بدانند چه مقدار فعاليت بدني براي حفظ سلامتي خود بايد انجام دهند و چه مقدار و چگونه از وضعيت كم تحركي خود (مانند زماني كه از برنامه هاي كامپيوتري استفاده مي كنند يا تلويزيون تماشا مي كنند) كاهش دهند، ضروري است.**
* **آن ها بايد بدانند براي فعال بودن ضروري نيست در يك رشته ورزشي شركت كنند بلكه پياده روی از منزل تا مقصد، دوچرخه سواري و حتي كمك به انجام كارهاي منزل جزء فعاليت هاي بدني است و براي حفظ سلامتي مفيد است.**
* **براي اين كه به فعاليت بدني علاقمند شوند بايد فعاليت هاي بدني متنوعي كه از نظر آن ها جالب است، انتخاب كنيد.**
* **علاوه بر انجام فعاليت های بدني متوسط، بايد فعاليت های بدني شديد نيز انجام دهند تا قلب با سرعت بيش تري بتپد و نفس ها تندتر و عميق تر شود. مانند ورزش فوتبال، دو و ميداني و شنا.**
* **كمك به افزايش آگاهي جوانان و مشاركت آن ها در انتخاب راه هاي مناسب.**
* **به جوانان ياد بدهند كه هدف مشخصي را تعيين نمايند. هدف گذاري به جوانان كمك مي كند تا پيشرفت كاري خود را بسنجند. مثلاً ماه اول حداقل 20 دقيقه فعاليت متوسط، 10 دقيقه فعاليت شديد داشته باشند و30 دقيقه از زمان كم تحركي و بي حركتي خود بكاهند. ماه دوم 30 دقيقه فعاليت متوسط، 15 دقيقه فعاليت شديد(45 دقيقه فعاليت بدني) داشته باشند و 45 دقيقه از زمان كم تحركي و بي تحركي خود بكاهند و ماه سوم .......**

**با توجه به اين كه فعاليت بدني روي عضلات، استخوان ها و ساير اندام هاي انسان تاثير مي گذارد يك پوستر از بدن انسان روي ديوار نصب شود. به جوانان آموزش داده شود كه فعاليت بدني چه تاثيري روي هر قسمت بدن دارد**  |

 توصيه های تغذيه ای

|  |
| --- |
| - **رژيم غذايی بايد از لحاظ مواد غذايی لازم بايد، كامل و مطمئن يعنی سرشار از ويتامين ها، پروتئين ها و مواد معدنی باشد.****- رژيم متنوع از همه گوه های غذايی بايد روزانه به جای مواد پر كالری مانند اسنك های پر نمك، بستنی، غذاهای سرخ شدنی، شيرينی و نوشابه های شيرين به شرح زير تهيه شود:** **گروه غلات و مواد نشاسته ای: محصولات تهيه شده از غلات (گندم، جو و غيره) بايد روزانه به ميزان 6 واحد مصرف شود كه به عنوان مثال هر واحد برابر است با: يك قطعه نان به اندازه تقريبی 10 در 10 سانتی متر يا نصف ليوان برنج پخته يا نصف ليوان غلات پخته.****گروه سبزيجات: بايستی 3 واحد در روز خورده شود كه هر واحد برابر است با نصف ليوان سبزيجات خرد شده خام يا پخته، يا يك ليوان سبزيجات برگ دار خام به خصوص سبزيجات دارای رنگ زرد مايل به نارنجی.****گروه ميوه جات: بايستی به ميزان 2 واحد در روز خورده شود كه هر واحد آن برابر است با يك ميوه به اندازه متوسط يا يك قاچ هندوانه يا ميوه های مشابه، يا يك چهارم ليوان ميوه خشك (برگه زردآلو يا هلو، انجير خشك يا كشمش) يا سه چهارم ليوان آب ميوه كه ترجيحاً طبيعی باشد.****گروه شير و لبنيات: مصرف آن 2 واحد در روز می باشد كه هر واحد شامل يك ليوان شير يا ماست يا 60 گرم پنير (معادل 2 قوطی كبريت) است.** **گروه گوشت و جايگزين های آن: مصرف روزانه 2 واحد از اين گروه غذايی توصيه می شود كه هر واحد برابر است با 60 يا 90 گرم گوشت كم چربی يا مرغ يا ماهی يا نصف ليوان لوبيا و يا سويای خام يا يك عدد تخم مرغ به جای 30 گرم گوشت كم چربی و يا دو قاشق غذاخوری كره بادام زمينی به جای 30 گرم گوشت.** **گروه مواد چرب و شيرين: بايد سعی شود از اين مواد محدود مصرف شود.****- اصلی ترين وعده غذا برای سنين جواني صبحانه است، - مصرف فرآورده های تهيه شده از آرد سبوس دار می تواند در سلامتی فرد بسيار موثر باشد، - مقدار چربی و كالری مصرفی به دقت بررسی شود و نوع روغن مصرفی نبايد از انواع هيدروژنه باشد، - مصرف سبزيجات و ميوه جات بايد به جوانان يادآوری شود،** **- به چاشت يا ميان وعده دقت شود و جلوی مصرف ميان وعده های غذايی نامطلوب بايد گرفته شود،** **- جوانان بايد به مصرف مكرر ماهی (دست كم دو بار در طول هفته) تشويق شوند،** **- شير و لبنيات از اجزای اساسی غذای جوانان هستند،** **- جوانان را بايد آموزش داد به هنگام گرسنه شدن غذا را به آهستگی بخورند،** **- افراد خانواده سعی كنند با هم غذا بخورند، - جوانان بايد تشويق به خوردن آب و شيرودوغ شوند، بهتر است از مصرف ساير نوشيدنی ها به دليل مواد افزودنی پرهيز شود،** |

توصيه هاي آموزشي در هپاتيت

|  |
| --- |
| **هپاتيت B وC****بیماری ویروسی هپاتیت که به نام های زردی و یرقان در گذشته های دور شناخته شده بود، در چند دهه اخیر به دلیل پیشرفت در تشخیص و راه های پیشگیری و درمان آن اهمیت بیش تری یافته است. البته انواع ديگری از هپاتيت (التهاب يا ورم كبد) نيز وجود دارند كه ناشی از مصرف داروها و مشروبات الكلی و همچنين برخی بيماري های ارثي هستند كه در اينجا به آن ها نمي پردازيم.****كبد عضوي است از بدن كه در سمت راست بالاي شكم قرار داشته و در بسياري از فعاليت هاي حياتي بدن مانند رويارويي با عفونت ها، توقف خونريزي، پاك كردن خون از سموم و ذخيره انرژي در بدن نقش مهمي بازي مي كند. هپاتيت با شدت هاي مختلف ديده مي شود، از بهبودی كامل گرفته تا ناقل بودن هميشگي و حتي مرگ برق آسا و يا ابتلاء به عوارض كشنده های چون سرطان و سيروز.****نشانه ها، گونه ها، همه گير شناسي** **ابتلاء به هپاتيت گاه تنها آلودگي به ويروس بوده و هيچگونه نشانه باليني ندارد. اما اين افراد مي توانند ويروس بيماري را به ديگران انتقال دهند.****هپاتيت حاد: در اين حالت بيمار با نشانه هایي چون تب، علائم شبيه سرما خوردگي، بي اشتهايي، تهوع، استفراغ، درد شكم، درد مفاصل و ادرار تيره به زردي دچار مي شود، در پوست و چشم ها اين زردي بارزتر است. اين بيماري در بيش تر موارد خودبه خود بهبود يافته و طي 6 ماه خون از ويروس پاك مي شود ولي در برخي موارد، بيماري مزمن مي گردد. (در گونه B، 1% ولي در گونه C تا 80% موارد مزمن مي شوند)** **هپاتيت مزمن: شايع ترين نشانه، ضعف و خستگي طولاني است. نارسايي كبد و سرطان ممكن است از عوارض پيشرفت بيماری باشند. به ندرت زردي خفيف يا خارش در بيماران وجود داشته و تشخيص آن تنها با آزمايش خون ممكن است.****گونه های A و E هپاتيت از راه آب و غذا منتقل گشته و گونه های B، C وD از راه انتقال خون و تماس جنسي.** **گونه هاي مختلف هپاتيت: گونه هاي A تا E هم اكنون كاملاً شناخته شده اند. گونه هاي A و E از راه آب و غذا منتقل گشته و گونه هاي B، C وD از راه انتقال خون و تماس جنسي. در اين جزوه بيش تر به گونه هاي B وC خواهيم پرداخت كه براي ما از نظر اهميت در پيشگيري، درمان و بار بيماري اولويت بيش تري دارند. هپاتيت D نيز، اگرچه راه انتقال آن شبيه B و C است ، از آنجا كه تقريباً همواره همراه با هپاتيت B ديده شده و شيوع كم تري دارد، نياز به بحث جداگانه ندارد.** **هپاتيت(B تنها گونه بيماري است كه با واكسن قابل پيشگيري مي باشد، در نزديك به 5% مردم جهان به شكل ناقل مزمن وجود دارد كه اين رقم در ايران 3% برآورد مي شود. ميزان كشندگي آن 1% و در افراد مسن خطرناك تر است. خوشبختانه در كشور ما افراد زير 18 سال و كساني كه به دلايل شغلي در معرض اين بيماري قرار دارند، به ندرت واكسينه نشده اند. تعداد ناقلين بدون علامت بيماري در ايران حدود 2 ميليون نفر و تعداد بيماران حدود 300 هزار نفر تخمين زده مي شوند.دوره پنهاني بيماري (فاصله زماني بين ورود عفونت به بدن تا ظهور علائم) بين 6 هفته تا 6 ماه متغير است.** **هپاتيت(C ابتلاء به هپاتيت پس از تزريق خون در 90% موارد ناشي از ويروس هپاتيت C است. نسبت به هپاتيت B تعداد بيش تري به فاز مزمن بيماري مي روند و پاسخ به درمان بدتري نيز دارد. 80% از مبتلايان به ويروس هپاتيتC، مزمن شده و در نهايت 20% دچار نارسايي كبد (سيروز) مي شوند. بيش تر مبتلايان از نظر ظاهري سالم بوده و به همين دليل، پيشگيري نقش بسيار مهمي در گسترش نيافتن بيماري دارد.**  **راه هاي انتقال و پيشگيري**  **هپاتيت های B، C وD از راه خون و مايعات بدن، از مادر به نوزاد و با تماس جنسي منتقل مي شوند. هپاتيت C و B عموماً از راه خون منتقل گرديده اما از از طريق ساير مايعات بدن نيز مي تواند انتقال يابد (ادرار، اشك، بزاق و ......). همچنين بريدگي، خراش و استفاده از وسايل شخصي يكديگر نظير تيغ و مسواك مي توانند ويروس هپاتيت را به فرد ديگري انتقال دهند. استفاده از سرنگ مشترك در معتادان بسيار خطرناك است.****هر گونه استفاده از تيغ يا سوزن های غير استريل چه در خالكوبی (تاتو)، دندانپزشكي، طب سوزني و حجامت و چه در آرايشگاه مي تواند منجر به انتقال عفونت گردد. راه هاي انتقال هپاتيت C و B يكسان است اما خوشبختانه عليه هپاتيت B واكسن وجود دارد كه به كليه نوزادان و افرادي كه مشاغل پر خطر دارند نظير كادر درماني، تزريق شده (3 نوبت در طول 6 ماه) و در 95% موارد ايجاد ايمني مي كند.****از طريق تماس جنسي حفاظت نشده (استفاده نكردن از كاندوم) نيز هپاتيت مي تواند منتقل شود. پرهيز از رفتارهاي جنسي مخاطره آميز به عنوان مثال ارتباط جنسي خارج از ازدواج، با افرادي كه به درستي نمي شناسيم، با معتادان تزريقی و همچنين افرادي كه چند شريك جنسي دارند، همگي در پيشگيري از ابتلاء به اين بيماری بسيار موثرند. اگرچه بيش تر بيماران به ويژه در هپاتيت B خودبه خود بهبود مي يابند، اما درصد بالايي نيز دچار هپاتيت مزمن شده (80% در هپاتيت C) و از آن ميان گروهي در نهايت دچار سيروز كبد مي شوند (20%). ابتلاء به سرطان كبد نيز گاه از عوارض بلند مدت هپاتيت مزمن بوده و هپاتيت حاد حتي به گونه اي برق آسا مي تواند در مدت كوتاهی بيمار را به كام مرگ كشد.****اغماي كبدي، نارسايي كليوي، آسيت (آب آوردن شكم) و خونريزي گوارشي ناشي از افزايش فشار وريد پورت از ديگر عوارض هپاتيت مزمن هستند.****درمان بيماران در فاز حاد و مزمن متفاوت بوده و مراجعه به پزشك و ادامه درمان زير نظر او ضروري است. اگر رخدادي باعث نگراني شما از ابتلاء به هپاتيت گشته است، مراجعه فوری شما به پزشك اين امكان را مي دهد كه خطر مبتلا شدن به هپاتيت را تا حد زيادي كاهش يابد. داروهايي كه در درمان هپاتيت به كار مي روند بيش تر براي مرحله فاز مزمن بيماري كاربرد داشته و در فاز حاد بسته به نشانه هايي كه بيمار از خود بروز مي دهد، نوع درمان حمايتي بوده و داروي قطعي براي كنترل فاز حاد بيماري وجود ندارد.**  |

**نكات آموزشي درآسم**

***بيماريابي***

شناسايي بيماران در اين برنامه بر اساس بيماريابي فرصت طلبانه است. بدين صورت كه در سن يك سالگي در مراجعه به خانه بهداشت جهت واكسيناسيون ، در سنين مدرسه به هنگام تكميل شناسنامه سلامت دانش آموز و در سن 30سالگي در زمان ارزيابي دوره اي فشار خون و قند خون اين بررسي انجام مي شود.

***پیگیری و مراقبت بیماران:***

اگر فرد مبتلا به بيماري آسم است، آموزش و پيگيري بيمار توسط مراقب سلامت/بهورز انجام مي شود. پيگيري و مراقبت بيماران مبتلا به آسم بر حسب سطح كنترل بيماري متفاوت است. پس از شروع درمان توسط پزشك، دو ماه بعد در ويزيت مجدد ، پزشك سطح كنترل بيماري را تعيين مي كند. چنانچه سطح كنترل بيماري كامل باشد بيمار ماهانه توسط بهورز/ كارشناس مراقب سلامت و هر دو ماه يكبار توسط پزشك مراقبت مي گردد. در موارد آسم كنترل نشده یا کنترل نسبی، بيمار هر دو هفته يكبار توسط بهورز/ كارشناس مراقب سلامت پیگیری و مراقبت مي شود تا زماني كه به سطح كنترل كامل برسد و پس از آن پيگيري و مراقبت بيمار ماهانه توسط بهورز/ كارشناس مراقب سلامت و هر دو ماه يكبار توسط پزشك ادامه مي يابد.

 ***پیشگیری در آسم****:*

یکی از مهم ترین اصول اولیه کنترل آسم انجام اقدامات پیشگیرانه است، بنابر این لازم است آموزش های لازم در خصوص شناخت عوامل خطر ایجاد کننده بیماری آسم که موجب بروز و یا تشدید علایم بیماری می شوند و راههای پیشگیری و کنترل این عوامل به بیمار و خانواده وی داده شود. مهم ترین عوامل خطر بیماری آسم عبارتند از: هیره موجود در گرد و خاک خانه، عوامل حساسیت زای حیوانات مانند پر، پشم و موی حیوانات خانگی، دود سیگار و سایر دخانیات، دود و بخارات شیمیایی موجود در محیط کار، آلودگی هوا، بوهای تند نظیر بوی عطر و اسپری و شوینده ها، گرده های گیاهان و قارچ ها. بايد به بيماران توصيه شودكه از مصرف دخانيات و يا قرار گرفتن در معرض دود سيگار ساير افراد خودداري نمايند و به هنگام آلودگي هوا از منزل خارج نشوند و جهت جلوگيري از آلودگي هواي داخل منازل، از استفاده از سوخت هاي بيولوژيك مثل چوب، فضولات و زباله اجتناب نمايند. از نگهداري حيوانات خانگي در محيط داخل منزل خودداري نموده و سطح رطوبت فضاي منزل يا محل كار را به كمتر از 50% كاهش دهند. همچنين بايد در مورد علائم هشدار دهنده بروز حملات آسم و نحوه برخورد و اقدامات اولیه در صورت بروز حملات به بيمار و اطرافيان وي آموزش داده شود.

***وسایل کمک درمانی و تکنیک های استنشاقی***

با توجه به این که یکی از مهم ترین علل عدم کنترل بیماری استفاده نادرست از دارو می باشد، استفاده صحیح از وسایل کمک درمانی شامل محفظه مخصوص (spacer)، افشانه یا (MID) Metered dose inhaler و دستگاههای استنشاقی پودر خشک (DPI) Dry Powder Inhaler بسیار مهم بوده و لازم است مراقب سلامت/بهورز نحوه استفاده صحیح از این وسایل را به طور عمومی به بیمار آموزش دهد.

***پایش بیماری (Monitoring)***

یکی از مهم ترین راههای کنترل بیماری آسم استفاده از ابزار پایش بیماری است که موجب آگاهی بیمار از وضعیت کنترل بیماری شده و حتی در مواردی وقوع حمله آسم را پیش بینی می نماید. در پایش بیماری آسم می توان از پرسشنامه های سنجش کیفیت زندگی استفاده کرد، یکی از معروفترین پرسشنامه ها (ACT) است که برای افراد 12 سال و بالاتر مورد استفاده قرار میگیرد. یکی دیگر از انواع این پرسشنامه ها (C-ACT) برای کودکان 5-4 سال می توان استفاده کرد. یکی دیگر از ابزارهای مهمی که در پایش بیماری آسم مورد استفاده قرار می گیرد دستگاه نفس سنج پیک فلومتر است این وسیله حداکثر میزان جریان هوایی را که با قدرت می توان از ریه ها خارج ساخت اندازه می گیرد. (Peak Expiratory Flow: PEF) پيك فلومتر يا نفس سنج براي تشخيص بيماري، تعيين شدت بيماري، پايش بيماران قبل و بعد از درمان و به خصوص پيش بيني وقوع حملات آسم كاربرد دارد. به علت آنكه از دو تا سه روز قبل از بروز حمله آسم ، نفس سنج افزایش نوسان PEF (بیش از 20 درصد) بین صبح و عصر را نشان می دهد و نیز در ابتداي حمله آسم، حداكثر جريان بازدمي هوا كاهش مي يابد، نفس سنج می تواند به تشخيص حمله آسم درمراحل ابتدايي كمك كند. كودكان بالاي 4 سال مي توانند به شكل مطمئن از نفس سنج استفاده كنند.

توصيه های آموزشي در اختلالات روانپزشكي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **اختلالات خلقي به طور کلی به دوگروه عمده اختلالات افسردگي و اختلالات دوقطبي تقسيم مي گردند. در اختلالات افسردگي در مدت زمانی که چند هفته یا چند ماه طول می کشد، فرد از لحاظ هيجاني وخلقي بيش از حد غمگين، بي علاقه و نااميد است. در اختلالات دوقطبی فرد علاوه بر دوره هایی از افسردگی دوره هایی به نام مانيا را نیز تجربه میکند در حالت مانیا فرد در مدت زمانی که ممکن است چند روز(حداقل 4 روز) یا چند هفته طول بکشد بيش از حد سرخوش، شاد، پرانرژي يا تحريك پذير است توجه: بيماري كه حداقل يك دوره مانيا را تجربه كرده است هر چند در حال حاضر در حالت افسردگی باشد همچنان مبتلا به مبتلا به اختلال دوقطبي محسوب می شود.**افسردگی:**مقدمه و تعاریف:****افسردگی اختلال شایعی است. از نشانه های مهم وکلیدی آن خلق و روحیه افسرده در اکثر اوقات روز و تقریباٌ همه روزها و یا بی علاقگی و بی لذتی در تقریباٌ اکثرفعالیت های روزمره است. شخصي كه دچار افسردگي بيمارگون مي‏شود، احساس غمگينيو بی حوصلگی مي‏كند و اغلب کاهش واضحعلاقه مندی و لذت بردن ازهمه یا تقریباٌ 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 افكار آزار دهنده‏اي چون احساس گناه، تنفر از زندگي، آرزوي مرگ و گاه افكار مربوط به خودكشي در اين بيماران مشاهده مي‏گردد. افسردگي معمولاٌ به دنبال استرس های بیرونی مانند نبود حمايت اجتماعي مناسب، بیکاری، وجود کشمشکش های مداوم و تنش زا در زندگي فعلي و خانوادگي آشکار می شود.****نشانه های افسردگی:** **بیماران مبتلا به افسردگی، علاوه بر خلق افسرده، دچار کاهش انرژی و علايق و بی حوصلگی نیز مي‌گردند. علايم دیگر افسردگی شامل: اختلال در خواب مثل کاهش یا افزایش خواب، اختلال در اشتها مثل پرخوری یا کم خوری، اختلال در حافظه و تمرکز، اختلال عملکرد جنسی(بی میلی یا ناتوانی جنسی)، احساس گناه، علايم جسمی متعدد مثل سردرد، درد مفاصل و عضلات، سوزش یا درد معده و... که هیچ دلیل یا تشخیص طبی دیگری ندارندو معمولاٌ 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 قبلاٌ مورد علاقه فرد بوده است، مثال ها:****- فردی که قبلاٌ از شرکت در جشن ها یا مهمانی ها لذت می برده، اکنون رغبت و علاقه ای به این گونه امور نشان نمی دهد. فرد گوشه گیری از جمع و تنهایی را ترجیح می دهد.****- فرد علاقه ای به انجام تفریحات مورد علاقه خود که در گذشته انجام می داده، نشان نمی دهد.****- چیزی موجب خوشحالی، نشاط و اشتیاق در فرد نمی شود، بازی با بچه ها، گردش، سفر و...** **(توجه: خلق افسرده در کودکان و نوجوانان ممکن است به صورت تحریک پذیری یا بی قراری زیاد باشد).****خستگی و کاهش انرژی:خستگی زودرس و کسالت در انجام فعالیت های معمول فرد ممکن است بدون انجام کار سنگیننیزاحساس 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 شرايط ارجاع شناخته شود براي تشخیص قطعی و در صورت نیاز براي درمان ارجاع مي 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 نورتریپتیلین، 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** خودكشي :**خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خودفرد است. اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی میگوییم. پديده افكارخودكشي در بسياري از اقشار مردم از جمله (جوانان، مردان، زنان و افراد مسن) ديده مي‌شود. كه عدم پيشگيري از آن مي‌تواند اقدام به خودكشي را بهمراه داشته باشد. خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد. خودکشی در نتیجه تعامل عوامل متعدد زیست شناختی، ژنتیک، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی، و محیطی بوجود می‌آید. توضیح این موضوع که چرا برخی افراد تصمیم به خوکشی می‌گیرند در حالی که برخی دیگر در شرایط یکسان یا حتی بدتر از آن چنین کاری نمی‌کنند مشکل است. با این حال بیشتر خودکشی‌ها قابل پیشگیری هستند. اقدام به خودکشی، نشان دهنده ناراحتی شدید هیجانی و یا بیماری روانپزشکی است. خودکشی و اقدام به خودکشی عواقب هیجانی شديدي بر خانواده و دوستان دارد. برای خودکشی علل مختلفی ذکر گردیده و عوامل متعددی را در اقدام به آن مؤثر دانسته‌اند. مهم‌ترين این عوامل عبارتند از:****علل روانی:** بيماري‌های روانی به ویژه افسردگی، اعتیاد، سايكوز، اختلال دوقطبي (بيماري‌های شدید روانپزشکی). علل روانشناختی مانند شکست عاطفی، تحصیلی یا هر شکست دیگر، استرس‌ها**علل جسمی:** بيماري‌های جسمی مزمن (مثل سرطان، صرع، ايدز، بيماران دياليزي). **علل اجتماعی:** مثل تنها زندگی کردن، فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی و همچنین عوامل فشارزا (مانند طلاق، بیکاری، فقر، از دست دادن نزدیکان، شکست در کار یا تحصیل، ازدواج تحمیلي و اختلافات زناشویی. . .) مجرد بودن و تاهل مخصوصا در 5 سال اول زندگی . **درمان کافی بيماري‌های روانپزشکی مي‌تواند از خودکشی پیشگیری کند و برخی درمانها برای اختلالات روانپزشکی با کاهش رفتار‌هاي خودکشی همراه هستند.**باور غلط درباره خودكشي: باور درست درباره خودكشي:

|  |  |
| --- | --- |
| **پرسش درباره خودكشي سبب تلقین به خودكشي مي‌شود.** | **پرسش درباره خودكشي سبب کاهش اضطراب بیمار شده و احساس مي‌کند که او را درک مي‌کنید.** |

توجه: شناسایی هر مورد فکر یا اقدام به خودکشی توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده مستلزم ارزیابی دقیق و تخصصی توسط پزشک یا روانپزشک می باشد. 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 زمینه ای پی گیریپیگیری و مراقبت :یکی از بهترین راه ها برای پی بردن به افکار خودکشی این است که از خود فرد مستقیماٌ 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 افکارخودکشی آسان نیست. بهتر است به تدریج فرد را به سمت موضوع سئوال هدایت کنید. برخی از سئوالات مفید عبارتند از:آیا احساس می کنید از زندگی کردن خسته شده اید؟ زندگی ارزش زنده ماندن ندارد؟آیا احساس می کنید میخواهید به زندگی خود خاتمه دهید.از سایر اورژانس های روانپزشکی به طور خلاصه می توان به حملات اضطرابی حاد(پانیک)، علایم سایکوز حاد، پرخاشگری و مسمویت با داروها یی 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 ارزیابی 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 ، سنين جواني ، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین**
* **سابقه قبلی رفتارهای پرخاشگرانه، سوء مصرف مواد، سایکوز**

**اقدامات فوري در مقابله با بيماران پرخاشگر:*** **محيط را آرام سازيد.**
* **وسايلي را كه مي‌توانند به عنوان سلاح استفاده شوند دسترس نباشند.**
* **از دیگران كمك بگيريد.**
* **رویکرد تهدیدکننده یا تحقیرکننده نداشته باشید.**
* **از آنجا که مشکلات جسمی و روانی متعددی می تواند باعث بروز رفتارهای پرخاشگرانه شود ارجاع به پزشک توصیه می شود.**

اختلالات اضطرابیمقدمه و علایم:**همه انسان ها به طور طبیعی گاه اضطراب را در زندگی خود تجربه می کنند. اضطراب اگر در حد طبیعی باشد حتی خوب هم هست چرا که باعث افزایش آمادگی و جنب و جوش و در نهایت پیشرفت فرد می شود، ولی اگر شدید شود مثلا با علایمی مثل تپش قلب، وحشت و بی قراری همراه باشد و در نتیجه فرد را به دردسر بیاندازد و برای او مشکل درست کند، غیرطبیعی است و نیاز به توجه و درمان دارد. در یکی از انوع اضطراب، فرد مبتلا برای مدتی طولانی (چند ماه) احساس دلشوره و نگرانی دارد. احساس دلشوره و نگرانی علامت اصلی این نوع اختلال است و افراد مبتلا در بیشتر اوقات شبانه روز بدون دلیل خاصی از احساس هایی مثل دلشوره، تشویش، نگرانی و اضطراب شکایت دارند. نگرانی حتی در ظاهر این افراد هم مشخص است و در بسیاری از مواقع احساس بی قراری هم وجود دارد. فراموشی، زود خسته شدن و عصبانیت هم از دیگر علامت های این نوع بیماری اضطربی است. به این بیماری *اختلال اضطرابی منتشر* گفته می شود، چون علایم اضطرابی در بیشتر اوقات همراه بیمار هستند و او را راحت نمی گذارند. *بیماری وسواس* یکی دیگر از بیماری های اضطرابی است که تعداد زیادی از افراد جامعه به آن مبتلا هستند. شایع ترین نوع از این بیماری وسواس به آلودگی یا نجاست است که در اثر این وسواس بیمار شروع به شستن یا آب کشیدن بیش از اندازه می کند. وسواس ممکن است به شکل شک کردن هم بروز کند که بیمار را وادار به چک کردن های تکراری و غیرضروری می نماید. مثلا فرد مرتب شک می کند که درب را بسته یا نه، یا اینکه نکند شیر گاز را باز گذاشته باشد، و بعد در اثر این افکار چندین بار می رود و چک می کند ببیند آیا درب بسته است یا شیر گاز به درستی بسته شده یا نه؛ شک بیش از حد در رکعت ها یا سایر جزئیات نماز 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 علایم این اختلال هستند.** **در طبقه بندی قبلی اختلالات روانپزشکی که در شبکه سلامت کشور استفاده می شد، اختلالات اضطرابی در دسته اختلالات خفیف روانی جای می گرفتند. البته این مساله به معنی کم اهمیت بودن این بیماری ها نیست.** اختلالات سایکوتیکمقدمه 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. افرد مبتلا به این اختلالات دچار رفتارها و حالت های خاصی می شوند که برای سایرین عجیب و غیرمعمول است و افراد عادی تقریبا هیچ گاه در زندگی خود این حالات را تجربه نمی کنند. مثلا این بیماران ممکن است صدای فرد یا افرادی را بشنوند که وجود ندارند و دیگران آنها را نمی شنوند یا چیزها یا کسانی را ببینند که افراد عادی آنها را نمی بینند. به این حالت "*توهم"* گفته می شود. نشانه مهم دیگر این است که بیماری که توهم دارد ممکن است با خودش حرف بزند یا بی دلیل و بیهوده بخندد یا کارهایی انجام دهد که توهمش به او می گوید. بنابراین خیلی وقت ها رفتار این بیماران عجیب و غیرمعمول به نظر می رسد. مثلا ممکن است آشغال جمع کنند، لباس خود را جلوی دیگران یا در جای نامناسبی در بیاورند یا به دیگران 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 صدمعه 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 غیرقابل فهم است یا بر اساس فرهنگ جامعه نامتناسب به نظر می­رسد و همچنین حرف زدنی که نامفهوم و بی ربط به نظر می رسد هم از جمله علایم این بیماری­ها در نظر گرفته می­شود. گاهی اوقات هم ممکن است این بیماران گوشه گیر، کم حرف و به همه چیز بی توجه باشند و حتی به نظافت و کارهای شخصی خود هم دقت نکنند. معمولا افراد مبتلا به اختلالات پسیکوتیک خود را بیمار نمی­دانند و معتقدند که کاملا سالم هستند. بنابراین هر کسی که هر یک از علایم توهم، هذیان را داشته باشد یا رفتار و گفتارش عجیب و نامفهوم به نظر برسد باید از نظر وجود اختلالات پسیکوتیک بررسی شود. وجود این علایم بسیار مهم است و نشان می دهد که بیمار نیاز به بررسی و درمان جدی 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 شدیدتر شود و بیمار و اطرافیان را دچار عوارض زیادی نماید. به همین دلیل است که این بیماری یکی از انواع اختلالات شدید روانی محسوب می شد. بیماری های مختلفی ممکن است باعث ایجاد توهم و هذیان شود، بنابراین درمان این بیماران ممکن است با یکدیگر متفاوت باشد.****توصيه هاي صرع** **بهورز بايد در هنگام وقوع حمله صرع، كمك هاي اوليه لازم را براي كسي كه دچار حمله صرع شده انجام دهد.****كمك هاي اوليه در حمله صرع:****فضاي دورو بر بيمار را خلوت كنيد و اشياء خطرناك را از او دور كنيد و اگر بيمار حين حمله در محيط خطرناكي قرار دارد اورا به يك محل امن ببريد. سر بيمار را به پهلو بچرخانيد تا آب و كف دهانش موجب خفگي او نگردد. به حالت هاي چشم و صورت و بدن بيمار حين حمله توجه كنيد تا بتوانيد نوع حمله را براي پزشك توضيح دهيد.** **هرگز اشياء سفت را بين دندان هاي بيمار قرارندهيد زيرا موجب شكسته شدن دندان ها و آسيب به لثه او مي شود. فك بيمار را به زور باز نكنيد. دست و پاي بيمار را سفت نگيريد زيرا ممكن است دست و پايش بشكند. چيزي به بيمار نخورانيد زيرا بيمار خفه مي شود.****خونسرد باشيد پس از چند دقيقه حمله صرع پايان مي گيرد.** **موارد ذيل را به بيمار و خانواده او آموزش دهيد:****بيمار صرعي كه درمان نشده است نبايد شغل هاي خطرناك داشته باشد و بايد از قرار گرفتن در معرض اشياء و مكان هاي خطرناك و ناايمن خودداري كند. اين بيمار نبايد به آب و آتش و ارتفاع نزديك شود و از رانندگي نيز بايد پرهيز نمايد زيرا در هريك از حالتهاي فوق ممكن است دچار حمله صرع شده و جان خود و اطرافيانش را به خطر بيندازد.****بيمار صرعي تحت درمان مي تواند به اشتغال يا تحصيل روزمره خود ادامه دهد.** **حين حمله صرع فقط بايد كمك هاي اوليه و مراقبت هاي لازم براي بيمار انجام شود و در آن لحظه هيچ گونه اقدام درماني لازم نيست.** **بيمار بايد داروهايش را به طور مداوم و مرتب مصرف كند و بدون نظر پزشك داروهايش را قطع يا كم نكند زيرا اين كار موجب وخامت بيماري او مي گردد.**1. **قطع نكردن و كاهش ندادن مصرف داروها بدون تجويز پزشك**
2. **مراقبت از عود بيماري براي بيماراني كه بهبود يافته اند.**
 |

آموزش سلامت دهان و دندان:

 را از نظر سلامت دهان و دندان به شرح زير بررسي كنيد:

روش معاینه:

 دست هایتان را با آب و صابون بشویید. معاینه‌ شونده را روی یک صندلی بنشانید و در حالي كه جلوی او ایستاده ايد 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 زبان از سطح لثه دور نمایید برای معاینه زبان، نوک آن را با گاز تمیز گرفته و به سمت خارج از دهان يعني به طرف خود بکشید و تمام سطوح آن را به دقت نگاه کنید.

**درد:** از سؤال كنيد كه آيا در حال حاضردر دندان يا لثه **احساس درد مي كند** در صورت پاسخ خير مجدداً سؤال كنيد كه در صورت فشار دادن دندان ها روی هم و يا خوردن غذا يا نوشيدني هاي سرد، گرم يا شیرین یا ترش، احساس ناراحتي و درد در دندان مي كند در صورت پاسخ خير مجدداً سؤال كنيد آيا درد های شدید، مداوم و خود به خود در دندان فقط در هنگام شب دارد پاسخ بلي به هريك از موارد فوق يك علامت اتلاق مي گردد.

**بيرون افتادن دندان از دهان: در اين حالت** بر اساس راهنمای اقدام پيش از ارجاع در مورد بيرون افتادن دندان از دهان اقدام لازم **را انجام دهيد.**

**خونريزی از لثه:** چنانچه در زمان گاز زدن به سيب و يا مسواك زدن دندان ها دچار خونريزي از لثه مي شود يك نشانه محسوب مي شود.

**بوی بد دهان** : بوی بد تنفس نباید با بوی آزار دهنده زودگذري که ناشی از خوردن غذا (مثل سیر) یا سیگار کشیدن است اشتباه شود. دقت كنيد تنفس بد صبحگاهي كه حين بيدار شدن از خواب تجربه مي شود، ناشي از كاهش جريان بزاق و افزايش تخمير حين شب بوده و خود به خود پس از صرف صبحانه و يا استفاده از مسواك و نخ دندان برطرف مي شود بنابراين چنانچه فرد به صورت دائم دچار بوي بد دهان و تنفس مي باشد يك نشانه عنوان مي گردد.

عادات غلط دهانی: در مورد گاز گرفتن لب، قرارگرفتن زبان بين دندان ها، جويدن ناخن، جويدن گونه، فشار دادن دندان ها روي هم (دندان قروچه)، سؤال كنيد پاسخ بلي به هر يك از موارد فوق يك نشانه محسوب مي شود.

**شكستگی 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 دندانی به سمت دیگر فک، معاینه را ادامه داده و سپس به همین ترتیب برای فک پایین عمل نمایید. مشاهده شكستگي دندان يك نشانه لحاظ مي گردد..

**تغيير رنگ دندان به سياه يا قهوه ای:** همه سطوح مختلف دندان را در تک تک دندان ها بويژه سطوح بين دنداني، شيار هاي سطح جونده و محل اتصال لثه به دندان (محل هاي شايع پوسيدگي دندان) دقيقاً مشاهده و معاینه کنید. چنانچه يك پلاک میکروبی، جرم، پوسیدگی دندان از یک لک کوچک قهوه‌ای یا سیاه رنگ گرفته تا سوراخ شدگی دندان را مشاهده مي كنيد**، یک علامت محسوب می گردد.**

لثه بيمار: چنانچه لثه در هنگام معاينه فاقد رنگ صورتی و يا لبه‌های کاملاً تیز چسبيده به دندان است و يا داراي لكه هاي قهوه اي رنگ **است** آن را يك علامت لحاظ كنيد. دقت كنيد در برخي افراد كه داراي پوست تیره اي هستند، وجود لكه هاي قهوه اي رنگ روي 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 لایه‌ای سخت به رنگ زرد یا قهوه‌ای تبدیل شده که جرم دندان نامیده می‌شود.

**پوسيدگي دندان:** در صورتمشاهده تغيير رنگ در ميناي دندان يا سوراخ شدن دندان و يا دريافت پاسخ بلي در خصوص پاره شدن نخ دندان در هنگام استفاده از آن **را يك علامت به حساب آوريد.**

زخم يا موارد غير طبيعی در داخل دهان: تمام قسمت های لثه، کف دهان (زیر زبان)، کام، داخل گونه‌ها و لب‌ها را به دقت معاینه كنيد چنانچه تورم، زخم و یا هر چیز غیرطبیعی دیگر وجود دارد، آن را يك علامت عنوان كنيد.

**توصيه هاي آموزشي**

**نحوه استفاده از مسواک و خمیر دندان**

امکان چسبیدن میکروب‌ ها به سطوح دندانی که با مسواک تمیز شده‌اند کمتر خواهد بود. این نکته اهمیت زيادي دارد زیرا در بسیاری از مواقع فرد در ساعات پایانی شب که خسته و خواب‌ آلوده هست دندان ها را مسواک می‌کند، در حالی که بهتر است دندان ها را پس از صرف وعده غذایی اصلی مسواك كنند،

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

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

2- صبح قبل و يا 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 نمی‌گردد.

• کیفیت: موهای مسواک منظم و مرتب باشد. معمولاً نمی‌توان بیش از 3 الی 4 ماه از یک مسواک استفاده نمود. چون موهای آن خمیده و نامنظم می‌شود یا رنگ موهای آن تغییر می‌کند که در این صورت حتماً مسواک را باید تعویض نمود. چنانچه پس از مدت کوتاهی شکل موهاي مسواك تغییر کند نشانه این است که فرد نادرست و خشن مسواک می‌زند.

 • اندازه مسواک: اندازه دسته آن باید به گونه‌ای باشد که به خوبی در دست های آنان 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

مسواك هاي برقي

 این مسواک ‌ها جهت برداشتن ساده‌تر پلاک در افراد استفاده می‌شود. در صورت تمایل مي توانند از اين مسواك ها استفاده كننداي نوع مسواک‌ها (مسواک برقی) جایگزین مناسبی برای مسواک دستی می‌باشد.

**خمیردندان**

 امروزه اکثر خمیر دندان ها حاوی فلوراید هستند که سبب مقاوم تر شدن دندان در برابر پوسیدگی می‌شود. خمیر دندان ها 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 نيز می‌باشند.

**نکات مهم:**

• لازم است مسواک کردن حتماً با خمیر دندان انجام شود زيرا فلورايد داخل خمير دندان به كنترل پوسيدگي هاي دنداني كمك مي كند 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 ايده ال برای مسواک زدن 3 تا 4 دقیقه می‌باشد.

• زمان های مناسب برای مسواک زدن: صبح‌ها (قبل و يا بعد از صبحانه)، ظهرها (بعد از ناهار)، شب ها (قبل از خواب).

• مسواك جزء وسايل شخصي مي باشد و هيچ كس نبايد از مسواك ديگري استفاده نمايد.

**روش درست مسواك 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 ببريد.

خمیر دندان را باید به گونه‌ای بر روی مسواک قرار داد که به داخل موهای آن فرو رود.

دندان های 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 دندان ها مسواک زده می شود به نحوی که سر مسواک دو تا سه دندان را در هر مرحله تمیز نماید.

هنگام مسواک کردن باید موهای مسواک با زاویه 45 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 15 تا 20 بار برای هر دندان باید انجام گیرد.

تمیز کردن سطوح داخلی دندان ها هم مانند مسواک کردن سطوح خارجی آن صورت می‌گیرد ولی برای سطوح داخلی دندان های جلو، مسواک را باید به صورت عمود بر روی سطح داخلی دندان ها 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 دندان های جلوی فک بالا و پایین را مسواک می‌کنیم.

اگر سر مسواك كوچك باشد مي تواند به صورت افقي هم قرار گيرد.

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

**نكته:** 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 میکروب ها 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 دندان ها و زبان، باید دهان چندین بار با آب شسته شود. وقتی مسواک کردن دندان ها تمام شد، مسواک را خوب بشویید و در جایی دور از آلودگی نگهداری کنید. توجه کنید که هیچگاه مسواک خیس را در جعبه سربسته نگذارید؛ چون رطوبت هوای داخل جعبه زیاد شده و رشد میکروب ها 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 اصلي از تمیز کردن نواحی بین دندانی، برداشتن پلاک ميكروبي است.

برای استفاده درست از نخ دندان باید:

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

• حدود 30 تا 45 سانتیمتر از نخ دندان را ببرید و دو طرف نخی را که بریده‌اید در هر دو دست به دور انگشت وسط بپیچید

نكته: براي راحتي استفاده از نخ دندان، مي توان دو سر نخ دندان بريده شده را به هم گره زد. جهت نخ کشیدن دندان ها حداقل 30 تا 45 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 براي انجام موارد زير می‌دهد

• طول نخی که بین انگشتان دست آزاد باقی می‌ماند، کافی است 2 تا 5/2 سانتیمتر طول داشته باشد.

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

• نخ را با حرکت شبیه اره کشیدن به آرامی به فضای بین دندان ها وارد کنید مراقب باشد 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 بچسبانید و همین کار را تکرار کنید. بعد از آن نخ را از لای دندان ها خارج کنید. آن قسمت از نخ را که برای این دندان ها استفاده کرده‌اید جابجا کنید و نخ کشیدن دندان بعدی را شروع کنید. این کار را برای تمام سطوح بین دندان ها تکرار کنید.

**توجه کنید:**

• پشت آخرین دندان هر فک را نیز مثل دندان های 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 شب ها قبل از خواب ابتدا از نخ دندان استفاده کرده، سپس دندان ها را مسواک کنید.

• اگر هنگام مسواک زدن و نخ کشیدن دندان ها، 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، بايد به دندانپزشك مراجعه شود .• نخ دندان کشیدن کلیه دندان ها حدود 3 الی 4 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 پوسيدگي**

كربوهيدرات هاازعوامل مهم ايجادكننده پوسيدگي ، كربوهيدرات هاي قابل تخمير هستند (قندها يا نشاسته هاي پخته) . قندهاي موجود در مواد غذايي مختلف يا نوشيدني ها داراي خاصيت پوسيدگي زايي متفاوتي مي باشند . الف : قندهاي موجود در ميوه ها و سبزيجات و غذاهاي حاوي نشاسته پخته مثل برنج و سيب زميني داراي خاصيت پوسيدگي زايي پايين مي باشند . ب : قندهاي موجود در فرآورده هاي لبني ( شيرومشتقات آن ) غيرپوسيدگي زا هستند .ج : قندهاي موجود درمواد غذايي مثل عسل، آب ميوه ، شكر، شيريني ها ،‌ نوشابه ها و بيسكويت ها بسيار پوسيدگي زا مي باشند .

بطوركلي پوسيدگي زايي موادغذايي تحت تاثير عوامل زير قرار مي گيرد :

**1- شكل ماده غذايي:** شكل ماده غذايي ( بصورت جامديا مايع بودن)، مدت زمان تماس دندان با ماده غذايي را مشخص مي كند. مايعات درمقايسه با غذاهاي جامدمانند بيسكويت وكيك ها به سرعت ازمحيط دهان پاك مي شوند لذا خاصيت پوسيدگي زايي كمتري دارند . موادقندي مثل آبنبات ، خوشبوكننده هاي نعنايي دهان كه به آهستگي در دهان حل مي شوند داراي خاصيت پوسيدگي زايي بيشتري مي باشند .

**2- قوام ماده غذايي:** تنقلاتي كه قدرت چسبندگي بيشتري برسطح دندان ها دارند ( مثل چيپس ، گز، سوهان، شكلات) مدت زمان طولاني تري درتماس با دندان مي باشند . بنابراين ميزان پوسيدگي زايي آنها بيشترخواهد بود .

**3- دفعات مصرف موادغذايي:** با هر بار مصرف مواد قندي، محيط پلاك ميكروبي، اسيدي شده و منجربه پوسيدگي مي شود. بنابراين هرچه دفعات مصرف اين مواد كمتر باشد، احتمال ابتلا به پوسيدگي پايين تر مي آيد. از تكرار استفاده از خوردني ها و تنقلات شيرين در فواصل وعده هاي اصلي غذايي بايد خودداري شود.

**4- تركيب وترتيب غذاهاي مصرفي:** مصرف غذاها با هم مي توانند اثرات پوسيدگي زايي را كاهش يا افزايش دهند. بطور مثال استفاده از نوشابه ها و غذاهاي حاوي مواد قندي همراه با ساير مواد غذايي ديگر، فرصت مناسب براي توليد اسيد را فراهم مي كنند. درحالي كه استفاده از غذاهاي حاوي كلسيم ( مثل ماست بدون چربي وپنير ) يا فلورايد ( مثل اسفناج پخته شده، پنير و ذرت كنسرو شده ) و نيز غذاي سفت و حاوي فيبر ( مثل ميوه وسبزيجات خام و مركبات ) همزمان با ساير مواد غذايي تاثير مثبتي را دركاهش پوسيدگي زايي دارد .

توصيه هاي تغذيه‌اي درسلامت دهان ودندان

• بهتر است به عنوان ميان وعده به جاي شيريني از ميوه هاي تازه و سبزيجات، ماست ساده و مغزها (بادام، گردو و ...) استفاده شود.

• مصرف مواد قندي محدود به وعده هاي اصلي غذايي ( صبحانه، نهار، شام ) گردد كه پس ازآنها مسواك زده شود.

• درصورت مصرف هر نوع ماده قندي، لازم است بلافاصله دندان ها را مسواك زد و درصورت عدم دسترسي چند مرتبه دهان و دندان را با آب شستشو داد.

• فست فود،‌ نوشابه ها و تنقلات شيرين نبايستي به صورت روزمره وارد برنامه غذايي گردد .

• درصورت استفاده ازشربت هاي دارويي و تقويتي شيرين بعد از هر بار مصرف جهت پاك شدن ازسطح دندان ها ميزان كافي آب خورده شود .

• استفاده از محصولات لبني ( مثل پنير ) درپايان وعده غذايي باعث كاهش ميزان اسيد دردهان مي گردد. شايد اقدام به خوردن لقمه اي نان و پنير درآخر هر وعده غذايي مانند گذشتگان عادت غذايي مناسب باشد.

• استفاده همزمان شير به دليل داشتن فسفر و كلسيم كه يونهاي لازم را براي آهكي شدن مجدد مينا در اختيار دندان قرار مي دهند با مصرف شيريني توصيه مي گردد .

• استفاده از مواد غذايي خام ( سبزي ) با غذاهاي پخته ( وعده اصلي غذايي) علاوه بر پاكسازي غذا از سطح دندان ها به افزايش جريان بزاق نيزكمك مي كند .

• استفاده از آب بين وعده هاي اصلي غذايي توصيه مي گردد.

• بهتر است پس از وعده غذايي شام و قبل از خوابيدن از ميان وعده هاي حاوي كربوهيدرات استفاده نشود.

• درصورت تمايل به مصرف آدامس، استفاده از آدامس هاي بدون قند توصيه مي گردد .

• بلافاصله پس از مصرف نوشيدني هاي اسيدي مثل آب پرتقال نبايد دندان ها را مسواك كرد. زيرا مي تواند باعث سايش بر روي دندان ها گردد، پس بايد مدتي پس از مصرف اين نوشيدني ها مسواك زد .

**مداخلات آموزشي سل**

مداخلات آموزشي مراقبت از بيماري سل

توصيه هاي كلي

* برخورداري از تهويه و نور كافي (تابش مستقيم نور آفتاب در ساعاتي از روز در اتاق بيمار)
* كنترل راه هاي انتقال بيماري ، تغذيه مناسب

پيگيري فرد از نظر ابتلا به سل

فرد در تماس با فرد مبتلا به سل اسمير مثبت و بدون سرفه را پس از يك ماه به شرح زير پيگيري كنيد.

از در مورد نشانه هاي بيماري سؤال كنيد:

* در صورتي كه فرد داراي نشانه (سرفه طول كشيده) است، يك نمونه خلط از وي تهيه شود. مطابق متن دو نمونه ديگر از خلط وي نيز تهيه شود و به مركز بهداشتي درماني و يا آزمايشگاه بر طبق برنامه كشوري پيشگيري و كنترل سل ارسال شود. از در خصوص عمل به توصيه ها سؤال كنيد چنانچه عملكرد صحيحي داشته است، وي را به ادامه عمل تشويق كنيد. در غير اين صورت و همراه وي را مجدداً آموزش و به پزشك ارجاع غير فوري دهيد.

در صورتي كه فرد فاقد نشانه است وي را 6 ماه بعد پيگيري كنيد. از در خصوص عمل به توصيه سؤال كنيد. اگر عملكرد صحيحي داشته است، وي را به ادامه عمل تشويق كنيد و در غير اين صورت، و همراه وي را مجدداً آموزش دهيد. فرد را به مراجعه در صورت بروز نشانه يا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشويق كنيد

**بررسي از نظر سل ريوي**

**جوان را از نظر احتمال ابتلا به سل ريوي به شرح زير ارزيابي كنيد:**

**سرفه طول كشيده: چنانچه فرد بيش از 2 هفته سرفه مي كند آن را به عنوان يك نشانه محسوب كنيد. دقت كنيد سرفه مي تواند به همراه خلط (خوني يا بدون خون) يا بدون خلط باشد.**

**سابقه تماس با فرد مبتلا به سل: از فرددر خصوص افراد مبتلا به سل در خانواده، اقوام و دوستان سؤال كنيد. در صورت پاسخ بلي، چنانچه مطمئن شديد كه جوان با فرد مبتلا در جمع دوستان يا اقوام تماس داشته است آن را به عنوان يك عامل خطر محسوب كنيد.**

**از فرد با سرفه خلط دار طول كشيده يا با سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه خلط دار 2 هفته یا كم تر، در همان مراجعه بار اول با نظارت كارمند بهداشتي مربوطه يك نمونه خلط تهيه شود. از جوان بخواهيد كه فردا صبح قبل از بلند شدن از رختخواب يك نمونه از خلط خود بگيرد و به كارمند بهداشتي مربوطه تحويل دهد و در زمان تحويل، سومين نمونه از خلط جوان در واحد بهداشتي، تحت نظارت همان كارمند بهداشتي تهيه شود و به مركز بهداشتي درماني و يا آزمايشگاه بر طبق برنامه كشوري پيشگيري و كنترل سل ارسال شود.**

**جوان را از نظر احتمال ابتلا به سل ريوي طبقه بندي کنيد.**

**فرد را با توجه به نشانه و عامل خطر از نظر احتمال ابتلا به سل ريوي به شرح زير طبقه بندي كنيد:**

* **جوان داراي يك نشانه (سرفه بيش از 2 هفته) یا با سرفه مساوی یا کم تر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در طبقه بندي "مشكل (احتمال ابتلا به سل)" قرار مي گيرد. به فرد و همراه وي در زمينه تغذيه و راه هاي كنترل انتقال بيماري به سايرين آموزش دهيد. جوان را به پزشك ارجاع غير فوري دهيد.**
* **فرد بدون سرفه به همراه عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل، در طبقه بندي"در معرض خطر ابتلا به سل" قرار مي گيرد. به جوان و همراه وي تغذيه مناسب، تهويه و تابش مستقيم نور آفتاب در ساعاتي از روز در اتاق و كنترل راه هاي انتقال بيماري را آموزش دهيد. جوان را يك ماه بعد پيگيري كنيد.**
* **چنانچه فرد بدون نشانه و بدون عامل خطر است، در طبقه بندي " فاقد مشكل" قرار مي گيرد. فرد را به مراجعه در صورت بروز نشانه يا تماس با فرد مسلول تشويق كنيد.**

**دقت كنيد نتايج اسمير برداري براي پزشك جهت طبقه بندي كاربرد دارد.**

**مداخلات آموزشي به منظور مراقبت از بيماري سل**

**توصيه هاي كلي**

* **برخورداري از تهويه و نور كافي (تابش مستقيم نور آفتاب در ساعاتي از روز در اتاق بيمار)**
* **كنترل راه هاي انتقال بيماري**
* **تغذيه مناسب**

**پيگيري: جوان در تماس با فرد مبتلا به سل اسمير مثبت و بدون سرفه را پس از يك ماه به شرح زير پيگيري كنيد.**

**از جوان در مورد نشانه هاي بيماري سؤال كنيد:**

* **در صورتي كه جوان داراي نشانه است، از وي يك نمونه خلط تهيه شود. مطابق متن دو نمونه ديگر از خلط وي نيز تهيه شود و به مركز بهداشتي درماني و يا آزمايشگاه بر طبق برنامه كشوري پيشگيري و كنترل سل ارسال شود. از جوان در خصوص عمل به توصيه ها سؤال كنيد چنانچه وي عملكرد صحيحي داشته است، او را به ادامه عمل تشويق كنيد. در غير اين صورت جوان و همراه وي را مجدداً آموزش دهيد. جوان را به پزشك ارجاع غير فوري دهيد.**
* **در صورتي كه جوان فاقد نشانه است وي را 6 ماه بعد پيگيري كنيد. از جوان در خصوص عمل به توصيه سؤال كنيد. اگر عملكرد صحيحي داشته است، او را به ادامه عمل تشويق كنيد و در غير اين صورت، اورا مجدداً آموزش دهيد. جوان را به مراجعه در صورت بروز نشانه يا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشويق كنيد.**

|  |
| --- |
| **روش تهيه نمونه خلط در افراد مشكوك به سل*** **نمونه اول را از بيمار در اولين مراجعه به خانه بهداشت يا هر واحد بهداشتی درمانی ديگر در فضای آزاد و زير نظر كارمند بهداشتی تهيه نمائيد.**
* **نمونه دوم را بيمار صبح روز بعد، قبل از برخاستن از بستر تهيه نمايد. در همان روز اول يك ظرف جمع آوری خلط به بيمار داده می شود تا صبح زود روز بعد خلط صبحگاهی خود را در آن جمع آوری كرده و به واحد بهداشتی بياورد.**
* **نمونه سوم را از بيمار همزمان با تحويل نمونه دوم و با همان روش نمونه اول در واحد بهداشتی درمانی تهيه نمائيد. در صورتی كه بيمار بستری باشد هر 3 نمونه از خلط صبحگاهی تهيه شود.**
* **حجم هر نمونه خلط بايد 3 تا 5 ميلی ليتر باشد.**
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| دارو | مقدار روزانه mg/kg | **شكل دارويی** |
| **ايزونيازيد** | **(6-4)5** | **قرص 100 و 300 ميلی گرمی** |
| **ريفامپين** | **(12-8)10** | **كپسول 150 و 300 ميلی گرمی** **و قطره** |
| **پيرازيناميد** | **(30-20) 25** | **قرص 500 ميلی گرمی** |
| **اتامبوتول\*** | **(20-15)15** | **قرص 400 ميلی گرمی** |
| **استرپتومايسين\*\*** | **(18-12)15** | **ويال (آمپول) 1000 ميلی گرمی** |

**بررسي از نظر سل ريوي**

**جوان را از نظر احتمال ابتلا به سل ريوي به شرح زير ارزيابي كنيد:**

**سرفه طول كشيده: چنانچه فرد بيش از 2 هفته سرفه مي كند آن را به عنوان يك نشانه محسوب كنيد. دقت كنيد سرفه مي تواند به همراه خلط (خوني يا بدون خون) يا بدون خلط باشد.**

**سابقه تماس با فرد مبتلا به سل: از فرددر خصوص افراد مبتلا به سل در خانواده، اقوام و دوستان سؤال كنيد. در صورت پاسخ بلي، چنانچه مطمئن شديد كه جوان با فرد مبتلا در جمع دوستان يا اقوام تماس داشته است آن را به عنوان يك عامل خطر محسوب كنيد.**

**از فرد با سرفه خلط دار طول كشيده يا با سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه خلط دار 2 هفته یا كم تر، در همان مراجعه بار اول با نظارت كارمند بهداشتي مربوطه يك نمونه خلط تهيه شود. از جوان بخواهيد كه فردا صبح قبل از بلند شدن از رختخواب يك نمونه از خلط خود بگيرد و به كارمند بهداشتي مربوطه تحويل دهد و در زمان تحويل، سومين نمونه از خلط جوان در واحد بهداشتي، تحت نظارت همان كارمند بهداشتي تهيه شود و به مركز بهداشتي درماني و يا آزمايشگاه بر طبق برنامه كشوري پيشگيري و كنترل سل ارسال شود.**

**جوان را از نظر احتمال ابتلا به سل ريوي طبقه بندي کنيد.**

**فرد را با توجه به نشانه و عامل خطر از نظر احتمال ابتلا به سل ريوي به شرح زير طبقه بندي كنيد:**

* **جوان داراي يك نشانه (سرفه بيش از 2 هفته) یا با سرفه مساوی یا کم تر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در طبقه بندي "مشكل (احتمال ابتلا به سل)" قرار مي گيرد. به فرد و همراه وي در زمينه تغذيه و راه هاي كنترل انتقال بيماري به سايرين آموزش دهيد. جوان را به پزشك ارجاع غير فوري دهيد.**
* **فرد بدون سرفه به همراه عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل، در طبقه بندي"در معرض خطر ابتلا به سل" قرار مي گيرد. به جوان و همراه وي تغذيه مناسب، تهويه و تابش مستقيم نور آفتاب در ساعاتي از روز در اتاق و كنترل راه هاي انتقال بيماري را آموزش دهيد. جوان را يك ماه بعد پيگيري كنيد.**
* **چنانچه فرد بدون نشانه و بدون عامل خطر است، در طبقه بندي " فاقد مشكل" قرار مي گيرد. فرد را به مراجعه در صورت بروز نشانه يا تماس با فرد مسلول تشويق كنيد.**

**دقت كنيد نتايج اسمير برداري براي پزشك جهت طبقه بندي كاربرد دارد.**

**مداخلات آموزشي به منظور مراقبت از بيماري سل**

**توصيه هاي كلي**

* **برخورداري از تهويه و نور كافي (تابش مستقيم نور آفتاب در ساعاتي از روز در اتاق بيمار)**
* **كنترل راه هاي انتقال بيماري**
* **تغذيه مناسب**

**پيگيري: جوان در تماس با فرد مبتلا به سل اسمير مثبت و بدون سرفه را پس از يك ماه به شرح زير پيگيري كنيد.**

**از جوان در مورد نشانه هاي بيماري سؤال كنيد:**

* **در صورتي كه جوان داراي نشانه است، از وي يك نمونه خلط تهيه شود. مطابق متن دو نمونه ديگر از خلط وي نيز تهيه شود و به مركز بهداشتي درماني و يا آزمايشگاه بر طبق برنامه كشوري پيشگيري و كنترل سل ارسال شود. از جوان در خصوص عمل به توصيه ها سؤال كنيد چنانچه وي عملكرد صحيحي داشته است، او را به ادامه عمل تشويق كنيد. در غير اين صورت جوان و همراه وي را مجدداً آموزش دهيد. جوان را به پزشك ارجاع غير فوري دهيد.**
* **در صورتي كه جوان فاقد نشانه است وي را 6 ماه بعد پيگيري كنيد. از جوان در خصوص عمل به توصيه سؤال كنيد. اگر عملكرد صحيحي داشته است، او را به ادامه عمل تشويق كنيد و در غير اين صورت، اورا مجدداً آموزش دهيد. جوان را به مراجعه در صورت بروز نشانه يا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشويق كنيد.**

**بررسي از نظر سل ريوي**

**جوان را از نظر احتمال ابتلا به سل ريوي به شرح زير ارزيابي كنيد:**

**سرفه طول كشيده: چنانچه فرد بيش از 2 هفته سرفه مي كند آن را به عنوان يك نشانه محسوب كنيد. دقت كنيد سرفه مي تواند به همراه خلط (خوني يا بدون خون) يا بدون خلط باشد.**

**سابقه تماس با فرد مبتلا به سل: از فرددر خصوص افراد مبتلا به سل در خانواده، اقوام و دوستان سؤال كنيد. در صورت پاسخ بلي، چنانچه مطمئن شديد كه جوان با فرد مبتلا در جمع دوستان يا اقوام تماس داشته است آن را به عنوان يك عامل خطر محسوب كنيد.**

**از فرد با سرفه خلط دار طول كشيده يا با سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه خلط دار 2 هفته یا كم تر، در همان مراجعه بار اول با نظارت كارمند بهداشتي مربوطه يك نمونه خلط تهيه شود. از جوان بخواهيد كه فردا صبح قبل از بلند شدن از رختخواب يك نمونه از خلط خود بگيرد و به كارمند بهداشتي مربوطه تحويل دهد و در زمان تحويل، سومين نمونه از خلط جوان در واحد بهداشتي، تحت نظارت همان كارمند بهداشتي تهيه شود و به مركز بهداشتي درماني و يا آزمايشگاه بر طبق برنامه كشوري پيشگيري و كنترل سل ارسال شود.**

**جوان را از نظر احتمال ابتلا به سل ريوي طبقه بندي کنيد.**

**فرد را با توجه به نشانه و عامل خطر از نظر احتمال ابتلا به سل ريوي به شرح زير طبقه بندي كنيد:**

* **جوان داراي يك نشانه (سرفه بيش از 2 هفته) یا با سرفه مساوی یا کم تر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در طبقه بندي "مشكل (احتمال ابتلا به سل)" قرار مي گيرد. به فرد و همراه وي در زمينه تغذيه و راه هاي كنترل انتقال بيماري به سايرين آموزش دهيد. جوان را به پزشك ارجاع غير فوري دهيد.**
* **فرد بدون سرفه به همراه عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل، در طبقه بندي"در معرض خطر ابتلا به سل" قرار مي گيرد. به جوان و همراه وي تغذيه مناسب، تهويه و تابش مستقيم نور آفتاب در ساعاتي از روز در اتاق و كنترل راه هاي انتقال بيماري را آموزش دهيد. جوان را يك ماه بعد پيگيري كنيد.**
* **چنانچه فرد بدون نشانه و بدون عامل خطر است، در طبقه بندي " فاقد مشكل" قرار مي گيرد. فرد را به مراجعه در صورت بروز نشانه يا تماس با فرد مسلول تشويق كنيد.**

**دقت كنيد نتايج اسمير برداري براي پزشك جهت طبقه بندي كاربرد دارد.**

**مداخلات آموزشي به منظور مراقبت از بيماري سل**

**توصيه هاي كلي**

* **برخورداري از تهويه و نور كافي (تابش مستقيم نور آفتاب در ساعاتي از روز در اتاق بيمار) ، كنترل راه هاي انتقال بيماري ،تغذيه مناسب**

**پيگيري: جوان در تماس با فرد مبتلا به سل اسمير مثبت و بدون سرفه را پس از يك ماه به شرح زير پيگيري كنيد.**

**از جوان در مورد نشانه هاي بيماري سؤال كنيد:در صورتي كه جوان داراي نشانه است، از وي يك نمونه خلط تهيه شود. مطابق متن دو نمونه ديگر از خلط وي نيز تهيه شود و به مركز بهداشتي درماني و يا آزمايشگاه بر طبق برنامه كشوري پيشگيري و كنترل سل ارسال شود. از جوان در خصوص عمل به توصيه ها سؤال كنيد چنانچه وي عملكرد صحيحي داشته است، او را به ادامه عمل تشويق كنيد. در غير اين صورت جوان و همراه وي را مجدداً آموزش دهيد. جوان را به پزشك ارجاع غير فوري دهيد.**

* **در صورتي كه جوان فاقد نشانه است وي را 6 ماه بعد پيگيري كنيد. از جوان در خصوص عمل به توصيه سؤال كنيد. اگر عملكرد صحيحي داشته است، او را به ادامه عمل تشويق كنيد و در غير اين صورت، اورا مجدداً آموزش دهيد. جوان را به مراجعه در صورت بروز نشانه يا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشويق كنيد.**
1. . ابتلاء هم زمان يك فرد به دو اختلال روان­پزشکی يعني فرد مبتلا به يك اختلال روان­پزشکی، در دوره ابتلاء به اختلال خود به يك اختلال روانپزشکی ديگر نيز مبتلا باشد .مثلاً فرد مبتلا به صرع مزمن دچار افسردگي شود . [↑](#footnote-ref-1)