



مدرکز

نشرستان سمنان



خلاصه بسته آموزشی خدمات سلامت

(ویرایش اول)

ویژه آموزش کارکنان و تیم سلامت

(بدو خدمت و حین خدمت)

تهیه و تدوین:

مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان

پاییز ۱۴۰۳

مقدمه

خدمات سلامت، فعالیت‌هایی است که منجر به ارتقای سلامت، پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از ناخوشی و بیماری، جراحی و سایر اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و [معنوی] در انسان می‌شود. بسته خدمات پایه سلامت (Health Services Package)، مجموعه فعالیت‌های به هم پیوسته مبتنی بر برنامه‌های اولویت دار سلامت است که بر اساس نظام اولویت بندی و مراقبت در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات سلامت تعریف می‌شود. بسته خدمات پایه، ابزار مؤثر و کارآمدی در راستای شاخص دسترسی و بهره مندی برای دستیابی به عدالت در سلامت به حساب می‌آید.

بسته آموزشی خدمات سلامت حاضر، با راهنمایی جناب آقای دکتر کسائیان، معاون محترم بهداشتی دانشگاه و رئیس مرکز بهداشت استان و جناب آقای مهندس دارائی، معاون فنی مرکز بهداشت استان و سرکار خانم بنائی، کارشناس مسئول آموزش بهورزی معاونت بهداشتی و تلاش مریبان مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه‌های سلامت و کارشناسان ستادی مرکز بهداشت شهرستان سمنان و شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه با نظارت کارشناسان محترم معاونت محترم بهداشتی دانشگاه تهیه شده است. این بسته با هدف ایجاد یک راهنمای سریع برای استفاده اعضای تیم ارائه کننده خدمات سلامت سطح اول و نیروهای جدید مراقب سلامت و استفاده از آن برای آزمونهای جامع تهیه شده است.

صحت مطالب مجموعه حاضر، به تایید کارشناسان فنی مرتبط در واحدهای شهرستانی و استانی رسیده و البته بدیهی است که این اطلاعات بدون منابع و دستورعمل‌هایی که در هر قسمت به آنها اشاره شده است کارایی لازم را نخواهد داشت و ضروری است علاوه بر این مستند، مجموعه بوکلتها «مراقبتهای جامع سلامت» که به تفصیل به مراقبتهای جاری پرداخته و نیز راهنماها و دستورعملهای اختصاصی بیماریها و حالت‌های خاص (مانند مجموعه مراقبت دیابت) در دسترس ارائه کنندگان خدمت قرار داشته باشد. این مجموعه برای به‌روزرسانی نیازمند بازنگری سالانه می‌باشد و در صورتیکه مواردی نیازمند اصلاح فوری باشد، در فواصل بازنگری‌ها به صورت مکاتبه رسمی ابلاغ خواهد شد.

ضمن تشکر از تلاش و کوشش تهیه کنندگان این مجموعه، امیدواریم با همت کلیه مدیران و کارشناسان حوزه بهداشت، شاهد افزایش پوشش همگانی سلامت مردم در مناطق مختلف کشور در قالب برنامه پزشکی خانواده باشیم. همچنین امیدوارم از این رهگذر ضمن ارتقای سلامت جامعه، شاهد کاهش مرگ زودرس و ناتوانی، کاهش ابتلاء به بیماریها و پیشگیری از عوامل خطر و ارتقاء سلامت، بهبود کیفیت و سبک زندگی سالم، رضایتمندی مردم باشیم.

فهرست مطالب

۷	گسترش و توسعه شبکه
۲۳	مدیریت خطر بلایا و حوادث
۳۵	داروشناسی (ویژه بهورز و بهبخش)
۳۸	آموزش و ارتقای سلامت
۶۱	جوانی جمعیت، سلامت خانواده، مدارس
۶۲	جوانی جمعیت و فرزند آوری
۷۲	سلامت مادران
۹۵	سلامت نوزادان و کودکان
۱۰۸	مراقبت های ناخوشی های اطفال (مانا) غیر پزشک
۱۱۷	سلامت میانسالان
۱۲۶	سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس
۱۳۴	برنامه سلامت سالمندان
۱۴۰	برنامه ترویج شیوه زندگی سالم بر اساس آموزه های طب ایرانی
۱۴۲	پیشگیری و مبارزه با بیماری ها
۱۴۳	بیماری های غیرواگیر
۱۶۳	بیماری های واگیر
۲۲۱	زنجیره سرما و ایمنسازی
۲۳۴	مهندسی سلامت محیط و کار
۲۳۵	مهندسی سلامت محیط
۲۵۴	مهندسی سلامت کار
۲۶۳	سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۲۷۸	تغذیه و امنیت غذایی
۲۸۳	بهداشت دهان و دندان

تهیه کنندگان :

- سکینه زارعی: مربی مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان

- مریم فلاحی: مدیر مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان گرمسار

- زهرا عرب: کارشناس مسئول واحد گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستان سرخه

زیر نظر:

- دکتر فرشید فریور: مرکز بهداشت شهرستان سمنان

- گروه گسترش شبکه معاونت بهداشتی دانشگاه: (خانم‌ها نفیسه بنائی، دکتر فاطمه صرفی، مژگان اعوانی و الهام دهقانی)

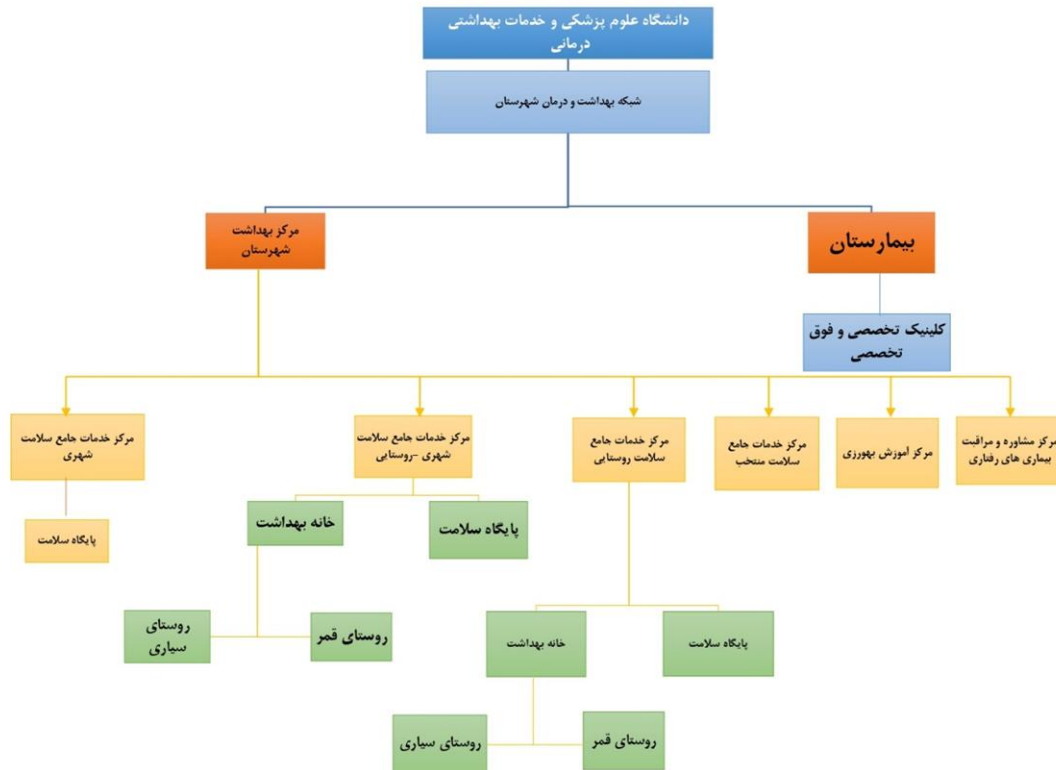
نظام بهداشتی درمانی کشور ایران در سه سطح کشوری، استانی و شهرستان سازماندهی شده است :

در سطح کشوری وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی، ستاد اصلی هماهنگ نظام بهداشت و درمان و آموزش پزشکی را تشکیل می دهد .

در سطح استان دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی عهده دار نظارت بر فعالیت های شبکه بهداشت و درمان شهرستان ها، پشتیبانی از واحدهای عرضه کننده خدمات پیش بینی شده و آموزش پزشکی در رشته های وابسته و پژوهش های علوم پزشکی و عرصه سلامت می باشد .

در سطح شهرستان واحدهای اجرایی خدمات بهداشتی درمانی قرار دارند که با عنوان شبکه بهداشت و درمان شهرستان به ارائه خدمات می پردازند . شبکه بهداشت و درمان شهرستان به عنوان کوچکترین واحد مستقل نظام بهداشت و درمان کشور محسوب می گردند و علاوه بر نظارت و پایش فعالیت های مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان شهرستان ، مسئولیت نظارت بر کلیه فعالیت های بهداشتی درمانی بخش های منطقه تحت پوشش را برعهده دارد.

ساختار سازمانی نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در ایران



بخش اول: اصول کلی ساختار طرح های گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور

خدمات و مراقبت های سلامت در سه سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می شود:

سطح اول: شامل خدمات/مراقبت های اولیه سلامت فرد و جامعه است.

الف - خدمات فرد محور: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری ها براساس بسته خدمت و پیگیری نتیجه بیماری، تدبیر فوریت ها، و مدیریت افراد تحت پوشش.

ب - خدمات جامعه محور (بهداشت عمومی): خدمات بهداشت محیط و بهداشت کار، بهداشت محیط مدارس، مبارزه با بیماری های واگیردار و غیرواگیر و آسیب ها و جراحات در اپیدمی ها و بلایا، و پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است.

خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی خانه بهداشت/ پایگاه سلامت تعریف می شود که با استاندارد نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص در مناطق روستایی، عشایری، حاشیه و شهری مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور ارائه می گردند.

سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های پزشکی) نیز در مراکز و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارائه می‌شوند.

خانه‌های بهداشت/ پایگاه‌های سلامت به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی و کار مردم قرار دارند و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق تیم سلامت اتفاق می‌افتد.

مرکز خدمات جامع سلامت (در صورت نبود، ایجاد)، پذیرای ارجاعات مربوط به بیماری‌های هدف توسط پزشک (واگیردار و غیرواگیر)، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان و سایر مشاوره‌های تعریف شده در بسته خدمت، دندانپزشک و خدمات پاراکلینیک و دارویی از خانه بهداشت/ پایگاه سلامت خواهد بود و علاوه بر آن مدیریت واحدهای تحت پوشش خود را بر عهده خواهد داشت. استاندارد نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی این مراکز در بخش مربوط توضیح داده شده است.

سایر خدمات از طریق ارجاع به سطح دوم و با پذیرش مسئولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

سطح دوم:

شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی می‌شود که توسط واحدهای سرپایی تخصصی موجود در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه، آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند.

سطح سوم:

شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی می‌شود که توسط واحدهای بستری تخصصی و فوق تخصصی موجود در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی درمانی و توانبخشی/نوتوانی فوق تخصصی، تدبیر فوریت‌های فوق تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، مشاوره، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند.

سطح بندی واحدهای ارائه دهنده خدمت :

سطح اول :

- مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و مراکز خدمات جامع سلامت شهری و مراکز خدمات جامع سلامت شهری - روستایی اعم از عادی، منتخب و شبانه روزی.

زیر مجموعه هر یک از آنها شامل: خانه‌های بهداشت (عادی و عشایری)، پایگاه‌های سلامت روستایی / شهری، تسهیلات زایمانی (به عنوان بخشی از مرکز)، واحد دندانپزشکی (به عنوان بخشی از مرکز)، واحدهای دارویی و پاراکلینیک (به عنوان بخشی از مرکز) و پایگاه‌های بهداشتی مراقبت مرزی (به عنوان بخشی از مرکز) هستند.

- مراکز مراقبت‌های بهداشتی مرزی (با درجات مختلف ممتاز و درجه یک)
- مراکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری

سطح دوم: مرکز بهداشت شهرستان از نظر مدیریتی، فنی و کلینیک‌های ویژه/ بیمارستان‌های شهرستان از نظر ارائه خدمت

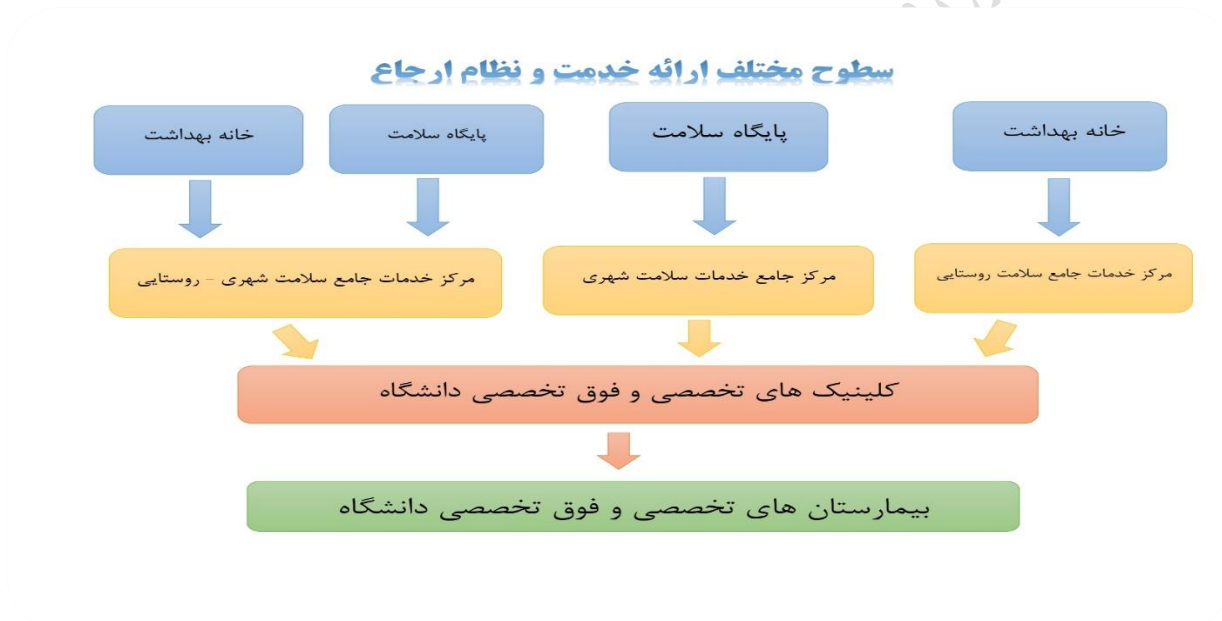
سطح سوم: بیمارستان‌های تخصصی و کلینیک‌های فوق تخصصی (پزشک متخصص و فوق تخصص)

ارجاع در نظام ارائه خدمات سلامت :

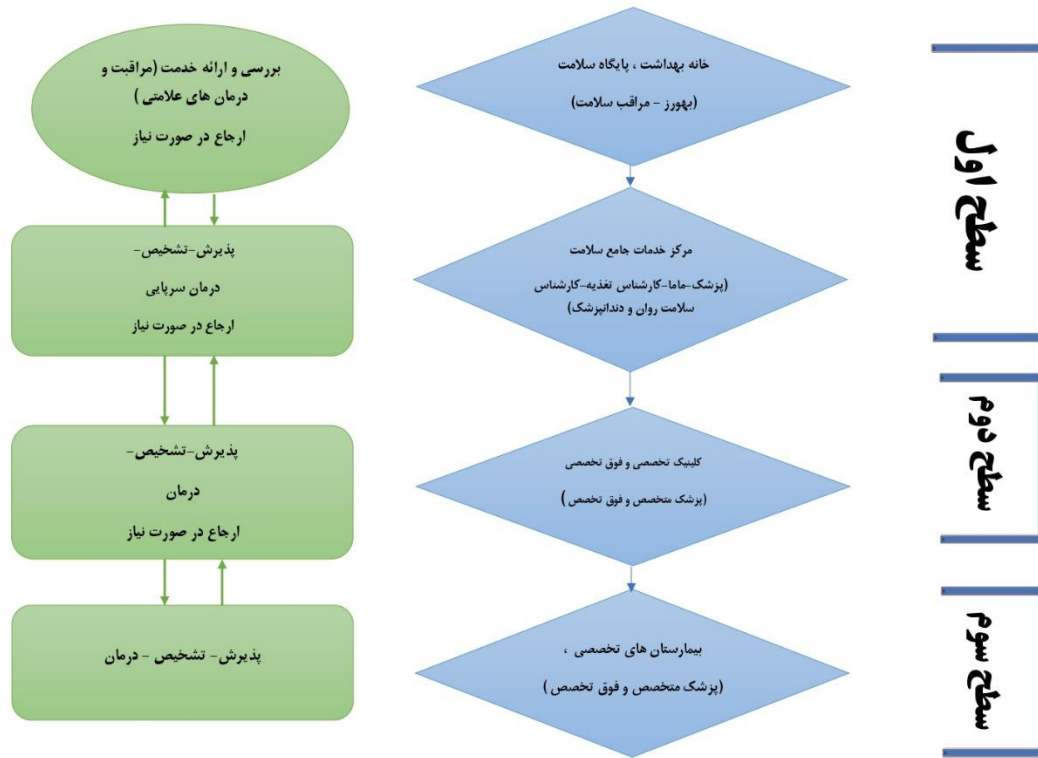
فرآیندهایی است که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام را تعیین می‌کند. ارجاع درون سطح به عنوان **ارجاع افقی** و ارجاع در بین سطوح به عنوان **ارجاع عمودی** نامیده می‌شود.

در روستا، **اولین سطح مراجعه فرد**، به بهورز و در شهر به مراقب سلامت خواهد بود و سپس، ارجاع به پزشک خانواده/ پزشک عمومی مستقر در مرکز خدمات جامع سلامت روستایی / مرکز خدمات جامع سلامت شهری یا شهری روستایی/ پایگاه پزشک خانواده و از آنجا به پزشک متخصص مستقر در کلینیک ویژه/ بیمارستان شهرستان صورت می‌گیرد.

یکی از شرایط اصلی توفیق نظام ارجاع این است که هیچ یک از واحدهای یک سطح به خدماتی که برعهده واحدهای سطح پایین تر قرار داده شده است، نپردازد؛ مگر آنکه خدمت مورد نظر در سطح تخصصی تر ارائه شود.



سطوح مختلف نظام ارجاع در برنامه پزشکی خانواده



ادغام خدمات:

در طراحی شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی، برنامه ها به شکلی ادغام یافته ارائه می شوند. این بدان مفهوم است که گیرنده خدمت در زمان واحد میتواند چندین خدمت مربوط به مشکلات سلامت را متنوع دریافت کند. به عنوان مثال یک کودک در هنگام مراجعه نزد بهورز هم خدمت مرتبط با تغذیه و رشد را دریافت می کند و هم خدمت مربوط به ایمن سازی و بررسی وضعیت رشد روانی حرکتی و سایر بیمار ها. این نوع ادغام را **ادغام خدمات برای گیرنده خدمت** می گویند.

مراقبت های اولیه سلامت (PHC):

خدمات اساسی سلامت مبتنی بر روش های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی است، که از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده ها در دسترس همگان قرار می گیرند. این مراقبت ها اولین سطح تماس افراد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشور است و خدمات سلامت را تا آنجا که ممکن است به جایی که مردم در آن زندگی و کار می کنند، نزدیک می کند و نخستین جزء فرایند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می دهد.

خدمات سلامت:

مجموعه فعالیتهای و فرآیندهایی است که بستر لازم برای حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم میکند و دربرگیرنده امور مربوط به بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی و پیگیری است.

نظام ارائه خدمات سلامت:

ارائه هماهنگ تمامی خدمات سلامت مورد نیاز (بیمار/ خدمت گیرنده) که شامل طیفی از مراقبتهای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، مدیریت درمان و پیگیری، بازتوانی، مراقبتهای تسکینی و نیز مراقبتهای مزمن طولانی در منزل میشود. این مراقبتهای از طریق سطوح و واحدهای مختلف خدمات در نظام سلامت، در طول زندگی (از بدو تولد تا مرگ) تضمین میشود.

بخش دوم: آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام بهداشتی درمانی کشور

خانه بهداشت:

در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور دو نوع خانه بهداشت وجود دارد:

۱- خانه بهداشت عادی: محل ارائه خدمت به جمعیت روستایی و عشایری ساکن

۲- خانه بهداشت عشایری: محل ارائه خدمت به جمعیت عشایر (کوچ رو)

خانه های بهداشت با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی به طور متوسط به ازای حدود ۱۰۰۰ نفر (۵۰۰ تا ۳۵۰ نفر) راه اندازی خواهد شد. درمورد مناطق محروم با تراکم جمعیت پائین و فواصل جغرافیایی زیاد، برحسب شرایط منطقه این رقم می تواند به یک خانه بهداشت به ازای ۵۰۰ نفر کاهش یابد.

پرسنل خانه بهداشت را بهورزان زن و مرد تشکیل می دهند که با توجه به جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت تعداد آنها متفاوت است.

خانه بهداشت عشایری: خانه بهداشتی است که صرفاً جمعیت عشایر (کوچنده) را تحت پوشش دارد و در محل اطراق چادرهای عشایر با چادرها یا کانکسهای مخصوص یا به صورت ساختمان (عمدتاً در قشلاق) راه اندازی می شود. معمولاً بهورزان این خانه ها از همان عشایر برگزیده شده و همراه با کوچ ایل، جابجا می شوند.

پایگاه سلامت روستایی:

چنانچه، جمعیت یک روستا بیش از ۳۵۰۰-۳۰۰۰ نفر باشد، می بایست خانه یا خانه ها بهداشت موجود در آن روستا به پایگاه سلامت روستایی تبدیل شوند.

خدمات ارائه شده در پایگاههای سلامت روستایی مانند بسته خدمت پایگاههای سلامت شهری به غیر از خدمات وابسته به تخت ژنیکولوژی خواهد بود و به شکل فعال ارائه خواهد شد.

نیروی انسانی پایگاههای سلامت روستایی با جمعیت حدود ۳۵۰۰-۳۰۰۰ نفر شامل دو مراقب سلامت (هر ۱۸۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر، یک مراقب سلامت) خواهد بود که حداقل یک نفر از مراقبین سلامت باید دانش آموخته رشته مامایی باشد. در صورت تبدیل

خانه بهداشت به پایگاه، پست بهورزان آن خانه، نشاندار شده و در پایگاه به خدمات فعال خود به عنوان بهورز نشاندار یا مراقب سلامت (برحسب شرایط اعلام شده در ضوابط بهورزی) ادامه خواهند داد.

مراکز خدمات جامع سلامت روستایی:

واحدی است مستقر در روستاها که خانه ی بهداشت را در همان روستا و غالباً چند خانه ی بهداشت از روستاهای دیگر را تحت پوشش دارد. وظیفه ی اصلی مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، پشتیبانی از خانه های بهداشت، نظارت بر کار آنها، قبول ارجاعات و برقراری ارتباط مناسب با سطوح بالاتر می باشد. برای جمعیت حدود ۸۰۰۰ نفری (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰) یک مرکز خدمات جامع سلامت روستایی راه اندازی می شود.

این مراکز با مسئولیت پزشک عمومی /پزشک خانواده به همراه تیم سلامت مشغول ارائه خدمات سطح اول به جمعیت تعریف شده روستایی و عشایر است .

مراکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی:

مراکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی، مراکز مستقر در منطقه شهری هستند که علاوه بر جمعیت شهری، تعدادی از جمعیت روستایی را با واسطه خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی یا شهری در پوشش خود دارند. در واقع جزو مراکز سلامت شهری ثبت می شوند و اصطلاح شهری روستایی به آنان تعلق می گیرد.

مراکز خدمات جامع سلامت شهری :

مراکز خدمات جامع سلامت شهری، مراکزی مستقر در منطقه شهری یا حاشیه شهرهاست. که به ازای هر ۲ تا ۸ پایگاه سلامت (جمعیت ۲۵ تا ۱۰۰ هزار نفر جمعیت با توجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت به طوریکه میانگین جمعیت مراکز در شهرهای عادی حدود ۴۰۰۰۰ نفر باشد و در مورد کلانشهرها این میانگین حدود ۶۰ هزار نفر خواهد بود)، برای شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۵ هزار نفر، وجود یک مرکز خدمات جامع سلامت الزامی است.

پایگاه سلامت شهری:

پایگاه سلامت شهری، اولین محل مراجعه ساکنین مناطق شهری و حاشیه با نظام شبکه بهداشت و درمان است که مراقب سلامت و ماما مراقب در آن به ارائه خدمت مشغول می باشند (بدون در نظر گرفتن جنسیت شاغل). برحسب محل استقرار پایگاه نسبت به مرکز، به ضمیمه (داخل یا جنب مرکز) و غیرضمیمه (در فاصله قابل دسترس با مرکز) نامیده می شود.

نیروی شاغل در پایگاه سلامت شهری:

✓ **بر اساس برنامه PHC شهری:** به ازای هر ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر می بایست یک نفر کاردان یا کارشناس مراقب سلامت به کارگیری شود . بدین ترتیب برای پایگاهی با ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت، ۵ نفر مراقب سلامت بکارگرفته خواهد شد. ضرورت دارد در هر پایگاه سلامت حداقل یک یا دو ماما مراقب باشد و یکی از آنها با نظر رئیس مرکز، مسئول پایگاه قرار گیرد.

✓ **بر اساس برنامه سلامت خانواده:** به ازای هر تیم سلامت خانواده ۳۰۰۰ نفره دو نفر مراقب سلامت (یکی از مراقبین ترجیحاً کارشناس / کارشناس ارشد مامایی) به کارگیری می شوند.

مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی:

مراکز ارائه خدمت مجری که طبق ضوابط طرح های گسترش شبکه، تمامی واحدهای ارائه دهنده خدمات تشخیصی و درمانی آن منطبق با طرح گسترش شبکه به صورت ۲۴ ساعته فعال می باشند.

مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی مراکزی هستند که در مناطقی که جمعیت تحت پوشش آنان بیش از ۱۲۰۰۰ نفر است و در گلوگاه جمعیتی واقع شده اند و فاصله محل استقرار آنان با خودرو بیش از نیم ساعت با اولین مرکز ارائه دهنده خدمات بستری یا بستری موقت شامل بیمارستان یا مرکز شبانه روز دیگر می باشد، قرار دارند.

این مراکز مجهز به دو اتاق بستری موقت (کمتر از شش ساعت و به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر، دو تخت بستری موقت زن و مرد)، امکانات احیاء قلبی ریوی و انجام جراحی های کوچک خواهد بود.

تسهیلات زایمانی :

واحدهای تسهیلات زایمانی در مناطقی که امکان دسترسی به بیمارستان و زایشگاه وجود ندارد (بیش از یک ساعت با خودرو و آمار زایمان بیش از ده مورد در ماه)، صرفاً به منظور انجام زایمان طبیعی بدون عارضه و غیر اورژانس برای جمعیت تحت پوشش مرکز، در نظر گرفته می شوند. این واحدها حتماً باید در جوار یک مرکز شبانه روزی قرار داشته باشند. این واحدها مجهز به یک دستگاه آمبولانس با شرایط اعزام خواهند بود و در زمان اعزام، یکی از ماماها شاغل در واحد، باید با مادر باردار همراه شود. همچنین، چنانچه مورد اعزام مادر باردار توسط آمبولانس فوریت‌های ۱۱۵ پیش بیاید، مامای تسهیلات زایمانی در شیفت مربوطه موظف به همراهی کردن با مادر باردار است.

پایگاه های مراقبت بهداشتی مرزی درجه ۲ و ۳:

این واحدها در پایانه های زمینی، دریایی، هوایی، ریلی و نیز بازارچه های زمینی و دریایی ایجاد می شوند. این واحدها نقش سد دفاعی جلوگیری کننده از نفوذ بیماریها به داخل کشور را براساس ضوابط و معیارهای بین المللی به عهده دارند. درجه بندی پایگاههای مراقبت بهداشتی مرزی براساس اهمیت پایانه مرزی، حجم جمعیت در حال تردد و زمان فعالیت پایگاه، در دو سطح درجه ۲ و ۳ صورت می گیرد.

مرکز مشاوره و مراقبت بیماری های رفتاری:

مراکز مشاوره و مراقبت بیماری های رفتاری مراکزی هستند که در زیر مجموعه مرکز بهداشت شهرستان با بسته خدمت مشخص به درمان مراجعین و بیماران مبتلا به بیماری های عفونی خاص و بیماری های ناشی از مشکلات رفتاری مانند ایدز، هیپاتیت ب و اعتیاد می پردازد. این واحد به ازای ۵۰۰ هزار نفر جمعیت در ۱ تا چند شهرستان مجاور هم با رعایت دسترسی ایجاد می شود. در صورتی که یکی از این شهرستانها، مرکز استان باشد، بایستی در مرکز استان راه اندازی شود.

مراکز منتخب:

مراکز ارائه خدمت که از نظر ساماندهی نیروی انسانی، برنامه کاری، تجهیزات، مواد و وسایل مصرفی آمادگی مستمر برای مواجهه با بحران ها و بیماری های مختلف را دارند. این واحدها در شرایط عادی همانند سایر واحدها فعالیت می کنند اما در زمان بحران بر اساس نوع بحران، خدمات تعریف شده ای متناسب با شرایط پیش آمده ارائه می دهند.

نیروی انسانی شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت بر اساس نوع برنامه عبارتند از:

• پزشک عمومی:

- ✓ بر اساس برنامه PHC شهری: به ازای هر ۱۲۰۰۰ نفر جمعیت ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه یک پزشک.
- ✓ بر اساس برنامه سلامت خانواده: به ازای هر ۳۰۰۰ نفر جمعیت ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه یک پزشک.
- ✓ بر اساس برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی: به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال یک پزشک خانواده تعیین می گردد.

• پذیرش: به ازای هر مرکز خدمات جامع سلامت یک نفر با عنوان مسئول پذیرش تعیین می گردد.

• کارشناس سلامت روان:

- ✓ بر اساس برنامه PHC شهری: به ازای هر ۴۰۰۰۰ نفر، یک کارشناس سلامت روان با مدرک کارشناسی یا کارشناس ارشد روانشناسی بالینی به کارگیری می شود.
- ✓ بر اساس برنامه سلامت خانواده: به ازای هر ۲۰۰۰۰ نفر، یک کارشناس سلامت روان با مدرک کارشناسی یا کارشناس ارشد روانشناسی بالینی به کارگیری می شود.
- ✓ بر اساس برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی: به ازای هر ۲۰۰۰۰ نفر، یک کارشناس سلامت روان با مدرک کارشناسی یا کارشناس ارشد روانشناسی بالینی به کارگیری می شود.
به منظور تسهیل دسترسی مردم و براساس جمعیت تحت پوشش (مطابق برنامه از پیش تعیین شده) باید یک یا دو روز در هفته به پایگاه‌های سلامت و خانه های بهداشت تحت پوشش سرکشی نماید.

• کارشناس تغذیه:

- ✓ بر اساس برنامه PHC شهری: به ازای هر ۴۰۰۰۰ نفر، یک کارشناس تغذیه با مدرک کارشناسی یا کارشناس ارشد تغذیه به کارگیری می شود.
- ✓ بر اساس برنامه سلامت خانواده: به ازای هر ۲۰۰۰۰ نفر، یک کارشناس تغذیه با مدرک کارشناسی یا کارشناس ارشد تغذیه به کارگیری می شود.
- ✓ بر اساس برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی: به ازای هر ۲۰۰۰۰ نفر، یک کارشناس تغذیه با مدرک کارشناسی یا کارشناس ارشد تغذیه به کارگیری می شود.
به منظور تسهیل دسترسی مردم و براساس جمعیت تحت پوشش (مطابق برنامه از پیش تعیین شده) باید یک یا دو روز در هفته به پایگاه‌های سلامت، و خانه های بهداشت تحت پوشش سرکشی نماید.

• کارشناس بهداشت محیط: به ازای هر ۳۰۰ امکانه قابل بررسی توسط کارشناس بهداشت محیط در محدوده مرکز، یک کارشناس در نظر گرفته می شود البته در دانشگاه‌هایی که دفاتر خدمات سلامت بهداشت محیط راه اندازی و فعال شده اند، مطابق درصد پوشش دفاتر خدمات سلامت این شاخص تا ده برابر یعنی ۳۰۰۰ امکانه افزایش می یابد.

- **کارشناس بهداشت حرفه ای:** به ازای هر ۳۰۰ کارگاه یا کارخانه قابل بررسی توسط کارشناس بهداشت حرفه ای در محدوده مرکز، یک کارشناس در نظر گرفته می‌شود.

• پرستار/ بهیار:

- ✓ **بر اساس برنامه PHC شهری:** به ازای هر مرکز، یک نیرو برای انجام خدمات پرستاری (تزریقات، پانسمان و ...) تعیین می‌گردد. این فرد در صورت نبود آزمایشگاه، کار نمونه گیری آزمایشگاه را نیز بر عهده دارد.
- ✓ **بر اساس برنامه سلامت خانواده:** به ازای هر مرکز، یک نیرو برای انجام خدمات پرستاری (تزریقات، پانسمان و ...) تعیین می‌گردد.

• کاردان/ کارشناس آزمایشگاه:

- ✓ **بر اساس برنامه PHC شهری:** در صورت نیاز به فعالیت واحد آزمایشگاه در مرکز متناسب با جمعیت خدمت گیرنده در نظر گرفته می‌شود.
- ✓ **بر اساس برنامه سلامت خانواده:** در صورت نبود واحد فعال آزمایشگاه در مرکز بر حسب ضرورت یک نفر به عنوان نمونه گیر در نظر گرفته می‌شود.
- ✓ **بر اساس برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی:** به ازای حداکثر تا ۷۰۰۰ نفر جمعیت ساکن فعال (در یک یا چند مراکز ارائه خدمت) یک نیروی کاردان یا کارشناس آزمایشگاه تعیین می‌گردد.

• دندانپزشک:

- ✓ **بر اساس برنامه PHC شهری:** در صورت نیاز به فعالیت واحد دندانپزشکی در مرکز، متناسب با جمعیت تحت پوشش نیروی دندانپزشک به کارگیری می‌شود. (به ازای حداکثر ۲ دندانپزشک، یک نفر مراقب سلامت دهان با عنوان دستیار دندانپزشک به کارگیری می‌شود).
- ✓ **بر اساس برنامه سلامت خانواده:** به ازای هر ۱۵ تا ۲۰ هزار نفر یک دندانپزشک به کارگیری می‌شود. (به ازای هر دندانپزشک با یونیت فعال، یک نفر به عنوان مراقب سلامت دهان به کارگیری می‌شود).
- ✓ **بر اساس برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی:** به ازای حداکثر تا ۱۵۰۰۰ هزار نفر به ازای جمعیت ساکن فعال (در یک یا چند مرکز ارائه خدمت) یک دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان تعیین می‌گردد.

بخش سوم: آشنایی با وظایف مراکز خدمات جامع سلامت

وظایف مرکز خدمات جامع سلامت:

۱. مدیریت سلامت منطقه جغرافیایی تحت پوشش (مرکز و پایگاه‌های سلامت)
 - پایش و ارزشیابی خدمات پایگاه‌های سلامت (اعم از ضمیمه و غیرضمیمه) توسط رئیس مرکز، مراقب سلامت ناظر، کارشناسان بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، دندانپزشک و سایر کارکنان فنی شاغل در مرکز (کارشناس تغذیه و کارشناس سلامت روان)
 - تدوین برنامه عملیاتی مرکز برای دستیابی به اهداف و کمک به برنامه ریزی عملیاتی پایگاه‌های سلامت
 - جمع آوری داده های خدمات ارائه شده در مرکز و پایگاه‌های تحت پوشش و تحلیل آنها

- ارائه پس خوراند به پایگاه‌های سلامت
- تشکیل هیئت امنای مردمی برای شناسایی مشکلات سلامت منطقه، برنامه ریزی و حل آنها
- جلب مشارکت خیرین
- برنامه ریزی برای جذب داوطلبین سلامت و سفیران سلامت و ...
- همکاری در طرح‌های تحقیقاتی استانی و ملی
- مدیریت پرونده الکترونیک سلامت و به روز نگه داشتن سخت افزارهای مورد استفاده
- آموزش کارکنان و ارتقای مستمر کیفیت خدمات

۲. خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش:

- تزیینات و پانسمان
- خدمات سلامت روان مبتنی بر جامعه
- خدمات بهداشت محیط
- خدمات بهداشت حرفه ای
- خدمات تغذیه جامعه (در مدارس، مهدکودک‌ها، مراکز جمعی، مساجد و..)
- خدمات مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی در پیشگیری یا کمک به درمان بیماری‌های هدف
- خدمات دندانپزشکی
- همکاری و مشارکت در پیشگیری و کنترل بیماری‌های تحت مراقبت، اپیدمی‌ها و حوادث غیرمترقبه
- خدمات مشاوره ژنتیک و تکامل کودکان که توسط یکی از پزشکان آموزش دیده مرکز، انجام می‌شود (کل موارد در جمعیت تحت پوشش مرکز از پایگاه‌های وابسته ارجاع داده می‌شوند).

۳. خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای جمعیت‌های خاص و در مراکز خاص براساس ضوابط مرکز

مدیریت شبکه:

- همکاری در آموزش پزشکی جامعه نگر
- خدمات مشاوره ازدواج
- خدمات مشاوره شیردهی
- خدمات مشاوره ژنتیک
- خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری سطح اول در صورت لزوم

۴. ویزیت و درمان بیماران سرپایی

ارائه خدمات فعال در پایگاه‌های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت می‌تواند با همکاری داوطلبان سلامت، سفیران سلامت خانوار و محله و با تاکید بر روش خود مراقبتی انجام گیرد.

۵. ارائه خدمت در قالب مراکز خدمات منتخب برای شرایط بحران:

- پذیرش ارجاعات
- انجام غربالگری
- هماهنگی با اورژانس ۱۱۵
- ارجاع به واحدهای تخصصی و بیمارستانها
- پیگیری بیماران از طریق مراقبین سلامت

بخش چهارم: بیمه روستایی و پزشکی خانواده

پزشک خانواده:

پزشک خانواده فردی است که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه ای پزشکی و مجوز معتبرکار پزشکی است و عهده دار خدمات پزشکی سطح اول در مناطق روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر می باشد و از طریق عقد قرارداد خدمت تمام وقت با سیستم بهداشتی درمانی در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه باشرح وظایف مشخص و بر اساس بسته خدمات سلامت به ارائه خدمت می پردازد.

تیم سلامت:

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی شامل: پزشک، دندانپزشک، کاردان یا کارشناسان مامایی، پرستار، بهیار، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه ای، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، بهداشتکار دهان و دندان و بهورز و سایر نیروهای مورد نیاز که با مدیریت پزشک خانواده، بسته ی خدمات سطح اول ابلاغی از سوی معاونت بهداشت را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می دهند.

وظایف اعضای تیم سلامت:

۱- تشکیل و تکمیل پرونده سلامت:

تشکیل و تکمیل پرونده سلامت برای تمامی جمعیت هدف وزارت توسط تیم سلامت پس از شناخت جمعیت تحت پوشش خود، از طریق سامانه های سطح اول انجام می گردد. ثبت اطلاعات بر اساس پروتکل های ابلاغی و بسته خدمتی ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد. هر زمان که خانواری به منطقه تحت پوشش دیگری نقل مکان کرد، اطلاعات پرونده خانوار برای پزشک جدید منتقل می گردد.

۲- سرکشی و نظارت (دهگردشی):

تیم سلامت مستقر در مراکز ارائه خدمت می بایست طبق برنامه در روستاهای تحت پوشش دهگردشی انجام دهند. پزشک خانواده و مامای تیم سلامت می بایست در روستاهای اصلی حداقل هفته ای یکبار، همچنین ماهانه یک بار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای قمر و هر سه ماه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای سیاری و جمعیت عشایری (به شرط وجود راه برای عبور خودرو) سرکشی نمایند.

دهگردشی دندانپزشک به گونه ای باید تنظیم شود که در هر ماه به یکی از خانه های بهداشت/پایگاه های بهداشت تحت پوشش خود، سرکشی نماید.

- دهگردشی در خانه های بهداشت کمتر از ۵۰۰ نفر به صورت هر دو هفته یک بار انجام می شود.

- برای دهگرددشی پزشک شاغل در مرکز تک پزشک، باید برنامه ریزی به نحوی صورت گیرد که مرکز خدمات جامع سلامت تک پزشک تا ساعت ۱۱ صبح خالی از پزشک نباشد به صورتی که در ویزیت مراجعین در نوبت صبح هم اختلالی ایجاد نشود.

انواع روستا

در دفترچه های طرح گسترش شبکه مربوط به هر مرکز بهداشت، هر روستا، مشمول یکی از چهار حالت زیر خواهد بود:

- ✓ **روستای اصلی:** روستایی که طبق دفترچه های طرح گسترش، دارای خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی است. این روستا، روستای اصلی نام دارد. برخی از این روستاها می توانند محل استقرار مراکز ارائه خدمت روستایی نیز باشند. معمولاً یک یا چند خانه بهداشت، تحت پوشش یک مراکز ارائه خدمت فعالیت می کنند. در صورت نزدیکی خانه بهداشت به منطقه شهری ممکن است آن خانه بهداشت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهری قرار گیرد که در این شرایط به آن مرکز، مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی گفته می شود.
- ✓ **روستای قمر:** روستایی که طبق دفترچه های طرح گسترش، محل استقرار مراکز ارائه خدمت روستایی یا خانه بهداشت نبوده ولی تحت پوشش خانه بهداشت می باشد و فاصله کمتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.
- ✓ **روستای سیاری:** به برخی از روستاها گفته می شود که خدمات توسط تیم سیار (سیاری خانه بهداشت، سیاری مراکز ارائه خدمت یا سیاری مرکز بهداشت شهرستان) به جمعیت آنها ارائه می گردد و فاصله بیشتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.
- ✓ **روستای مستقیم به شهر:** روستاهایی که مستقیماً و بدون واسطه خانه بهداشت در پوشش یک مراکز ارائه خدمت شهری روستایی قرار دارند. معمولاً این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده اند و از آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است و اغلب جمعیت قابل توجهی نیز ندارند، مستقیماً در پوشش نزدیکترین مراکز ارائه خدمت مستقر در منطقه شهری قرار می گیرند.

۳- نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک:

ثبت آمار مراجعین و خدمات در سامانه سطح اول بهداشت انجام می گردد و ثبت اطلاعات می بایست به صورت الکترونیکی انجام گردد. مراکز ارائه خدمت مجری موظفند نسبت به ثبت دقیق آمار روزانه مراجعین به مراکز ارائه خدمت مجری در سامانه سطح اول بهداشت اقدام نمایند و لازم است گزارش ماهانه آمار مراجعین توسط مرکز بهداشت شهرستان رصد شود. رعایت فرایند استحقاق سنجی، نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک در مراکز ارائه خدمت الزامی است. فراهم نبودن شرایط برای نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک نباید به هیچ دلیل منجر به خدشه در خدمت قابل ارائه یا تحمیل هزینه به جمعیت تحت پوشش سازمان شود. در صورت فراهم نبودن شرایط برای نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک در مراکز ارائه خدمت در بستر سامانه های سطح اول، در سامانه های سازمان اعمال گردد. معاونت بهداشت موظف است دسترسی به سامانه های سطح اول را برای معرفی شدگان از طریق سازمان فراهم نماید.

۴-ارائه خدمات در قالب بسته خدمت:

ارائه بسته خدمت تیم سلامت که با همکاری مراکز و دفاتر تخصصی معاونت بهداشت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ابلاغ شده است. تیم سلامت شاغل در مراکز ارائه خدمت و واحدهای ضمیمه آنها موظف هستند کلیه مراقبت ها و خدمات ارائه شده را در سامانه های سطح اول درج نمایند.

بخش پنجم: پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری

برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۸۴ با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر آغاز شد. پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای برنامه پزشکی خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در کشور و بر اساس الزامات قانونی، دولت موظف به گسترش این برنامه به شهرها شد.

برنامه پزشکی خانواده در شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر تدوین گردید، اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در تمامی شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر استانیهای چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان بود.

بر اساس تصمیم دولت وقت مصوب شد که تا پایان سال ۱۳۹۲ برنامه در کل کشور جاری گردد. پس از تصمیم هیأت محترم دولت مبنی بر اجرای برنامه، در سال ۱۳۹۱ این برنامه در استان فارس و مازندران آغاز شد.

و اینک پس از گذشت ده سال از اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در دو استان فارس و مازندران و استفاده از توان موجود در بخش خصوصی برای ارائه خدمات سلامت و مدیریت سرانه ارائه خدمت در سطح یک و بخشی از خدمات سرپایی سطح دو و همچنین، اجرای برنامه های گذشته سلامت در بخش بهداشت و ارائه خدمات نوین سلامت در مناطق حاشیه نشین و شهری بالای ۲۰ هزار نفر؛ اکنون سیاستگذار به دنبال آن است که با بازنگری در شیوه اجرای برنامه های سلامت، الگویی را طراحی نماید که در حین پاسخگویی به چالش های عمده نظام سلامت و استفاده از توان بخش خصوصی، بتواند در قالب برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع)، مسیر دستیابی به اهداف برنامه پوشش همگانی سلامت (UHC: Universal Health Coverage) شامل پوشش کامل جمعیت، بسته خدمتی جامع و کاهش پرداخت از جیب مردم را در قالب ساختار شبکه بهداشت و درمان کشور، مبتنی بر (PHC مراقب نهایی اولیه سلامت) هموار سازد.

سطح بندی خدمات:

سطح یک: خدمات بهداشتی، پیشگیرانه، مراقبتی و درمانی اولیه و پایدار

سطح دوم: خدمات تشخیصی، درمانی تخصصی و فوق تخصصی اعم از کلینیک و پاراکلینیک در حوزه سرپایی

سطح سوم: خدمات تشخیصی، درمانی تخصصی و فوق تخصصی اعم از کلینیک و پاراکلینیک در حوزه بستری

بسته خدمات سطح ۱:

گروه هدف مشمول دریافت بسته خدمات جامع سلامت سطح اول، حوزه بهداشت تمامی افراد جمعیت تحت پوشش تیم سلامت و افراد مهمان، حسب ضرورت می باشد و خدمات سلامت باید براساس گروه سنی، حیطه های سلامت فرد و خانواده و گروه های ویژه مطابق خدمات مراقبتی مصوب و ابلاغی ارائه گردد.

بسته خدمات سطح ۲ و ۳:

بسته خدمات سلامت قابل ارائه در سطوح ۲ و ۳ نظام ارجاع و پزشکی خانواده در چارچوب بسته خدمات مصوب شورای عالی بیمه سلامت کشور خواهد بود. بدیهی است بسته بیمه پایه سلامت باید متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشکی خانواده برای عموم افراد کشور و به صورت یکسان تعریف و اجرا گردد. دریافت هر خدمتی از سوی بیمار که خارج از نظام ارجاع باشد، در دانشگاه هایی که نظام ارجاع با تأیید ستاد اجرایی کشوری در آن مستقر شده است، پس از طی دوران گذار (تعیین شده توسط قرارگاه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع)) فاقد هرگونه پوشش بیمه ای است.

منابع

- استانداردهای شبکه بهداشت و درمان - شهریور ۱۳۹۵
- دستور عمل اجرایی بیمه روستایی و پزشکی خانواده (نسخه ۲۴)
- شیوه نامه اجرایی برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع)
- برنامه گسترش مراقبت های اولیه سلامت برای تحقق پوشش همگانی سلامت در مناطق شهری (روش ارائه خدمات سلامت) مرداد ۱۴۰۱

مدیریت خطر بلایا و حوادث

تهیه کنندگان:

-سید محمدرضا میرعمادی: واحد مدیریت خطر بلایا و حوادث مرکز بهداشت شهرستان سمنان

-مهندس مژگان شریعتمداری: مربی سلامت محیط، مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان

❖ مفهوم مدیریت حوادث و بلایا در سلامت

براساس تعاریف ارائه شده و مدل مفهومی چهار فازی، مدیریت و کاهش خطر بلایا در نظام سلامت به شکل زیر تعریف می شود:

مدیریت کاهش خطر بلایا در نظام سلامت فرآیندی است منظم به منظور بهره مندی حداکثری از ظرفیت های سازمانی، اجرایی و مهارتی با هدف به حداقل رساندن پیامدهای سوء سلامتی مخاطرات طبیعی و انسان ساخت در سطح جامعه و تسهیلات و منابع سلامت از طریق پیشگیری از مخاطرات و کاهش آسیب، ارتقای آمادگی، پاسخ به موقع و بازیابی با رویکرد توسعه ی پایدار است.

*****ایران دارای سطح خطر ۸ از ۱۰ (بر اساس مرگ ناشی از بلایا) است.**

❖ واژه شناسی مدیریت خطر بلایا

مدیریت خطر بلایا: مدیریت آمادگی و پاسخ به مخاطرات طبیعی و انسان ساخت و کاهش خطر ناشی از آنها در جامعه و منابع تسهیلات بهداشتی

مخاطره (Hazard): مخاطره یک اتفاق فیزیکی، پدیده یا فعالیت انسانی است که میتواند بالقوه خسارت زا باشد (البته نه الزاماً)
فوریت (Emergency): اتفاقی است که مدیریت آن، فرآیند یا امکاناتی غیر از مدیریت جاری را می طلبد.

بلا (Disaster): فوریتی است که پاسخ به آن توانی فراتر از توان جامعه نیاز دارد. در محاوره فارسی گاهی بجای این واژه از « بحران » نیز استفاده می شود.

آسیب پذیری (Vulnerability): شرایطی است که باعث می شود یک جامعه در برابر اثرات سوء یک مخاطره تاثیر پذیر شده و آسیب ببیند.

فاجعه (Catastrophe): بالاترین سطح فوریت نسبت به تحمل جامعه است. هنگامی که همه زیرساخت ها در یک جامعه در اثر رخداد بلا از بین می رود.

❖ مدیریت خطر و بلایای مردم محور

از آنجایی که جامعه اولین پاسخ دهنده به هر بلایایی است، ضروری است توانمندی جامعه برای مقابله با چنین شرایطی افزایش یابد. امروزه مدیریت خطر بلایای مردم محور، یکی از مهم ترین رویکردهای کاهش خطر بلایا است. آماده سازی جوامع درمقابل مخاطرات مختلف، پیامدهای این حوادث از جمله احتمال مرگ و میر و صدمات جسمی و روانی افراد و گروه های آسیب پذیر و همچنین احتمال همه گیر شدن بیمار یها را کم می کند.

❖ چرخه مدیریت بحران:

این چرخه از ۴ مرحله اصلی زیر تشکیل شده است:

کاهش آسیب

آمادگی

پاسخ/ امداد

بازیابی

❖ چهار گروه بهره مند یا هدف در نظام سلامت (Target Beneficiary)

جمعیت عمومی

کارکنان بهداشتی درمانی

تسهیلات بهداشتی درمانی (سازه ای و غیر سازه ای)

برنامه های بهداشتی درمانی

❖ نهادهای امدادی در ایران از مجموعه نهادهای امدادی در کشورمان می توان به موارد زیر اشاره نمود:

سازمان آتش نشانی

اورژانس ۱۱۵

سازمان جمعیت هلال احمر

پلیس

اطلاعات راهها

سازمان مدیریت بحران

❖ پدافند غیر عامل

سازمان پدافند غیر عامل شاید در ظاهر اسم این سازمان شبیه سازمانهای نظامی باشد، اما پدافند غیر عامل یعنی دفاع بدون استفاده از سلاح و مهمات. پدافند غیر عامل موجب افزایش بازدارندگی، کاهش آسیب پذیری و تداوم فعالیتهای ضروری مردم و کشور در برابر تهدیدات و اقدامات خصمانه دشمن می شود. اقدامات پدافند غیر عامل دارای رویکرد پیشگیرانه در برابر تهدیدات احتمالی دشمنان است.

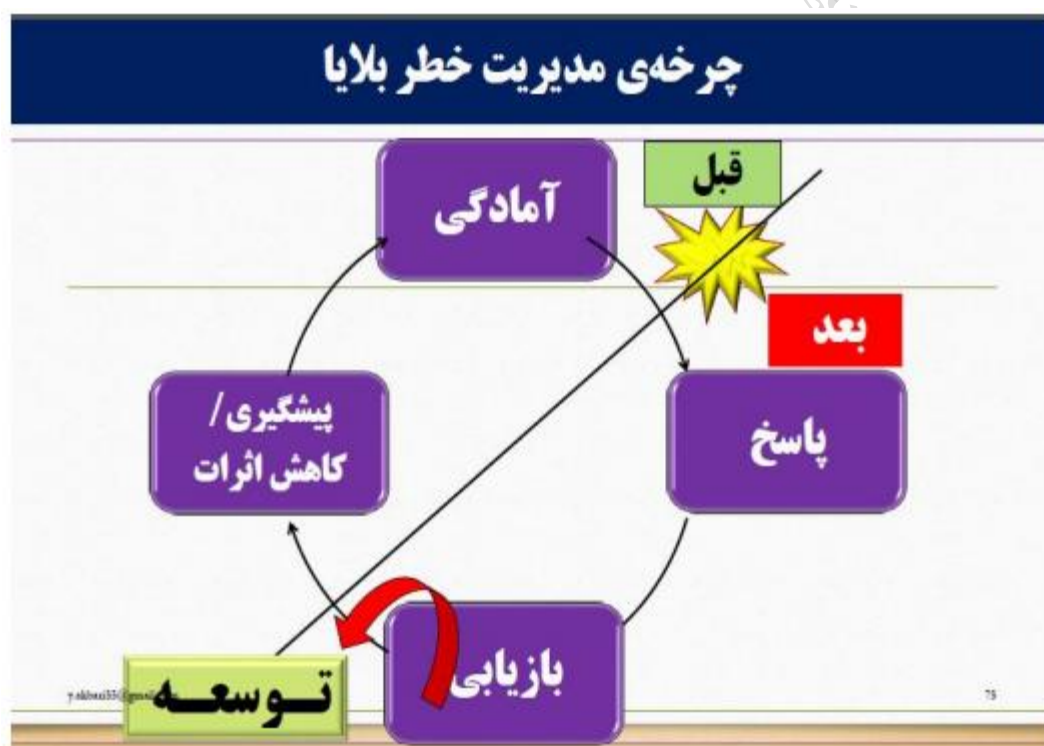
❖ اصول تغذیه در بلایا

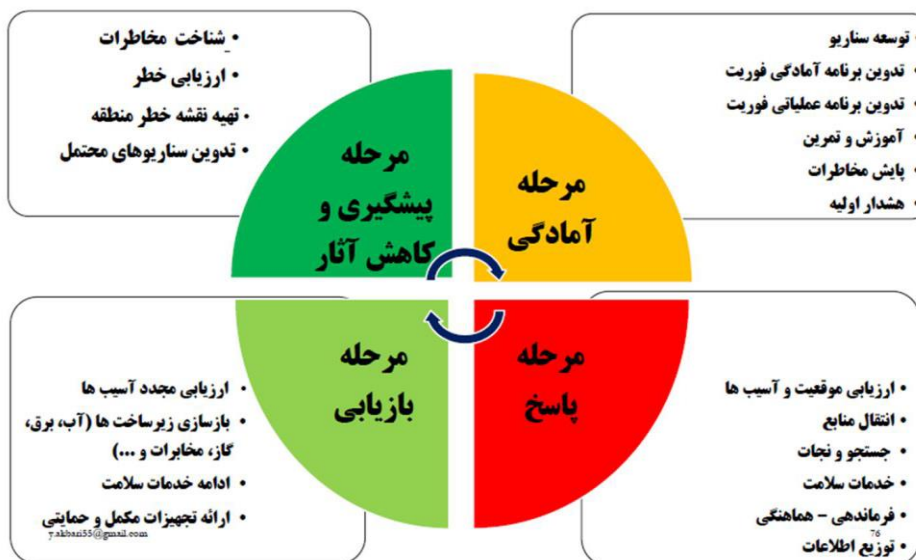
گروه های آسیب پذیر تغذیه ای در بحرانها

- ✓ آسیب پذیری فیزیولوژیکی: (نوزادان؛ کودکان ؛ کودکان سنین مدرسه و نوجوانان؛ زنان باردار و شیرده؛ سالمندان و معلولین)
- ✓ آسیب پذیری جغرافیایی : (افرادی که در مناطق دچار خشکسالی ؛ مستعد سیل یا جنگ زندگی می کنند)
- ✓ آوارگان و پناهندگان: (فقر؛ ناامنی اقتصادی؛ ناامنی غذایی و...)

❖ مدیریت بحران و کاهش خطر بلایا

برنامه های مدیریت خطر بلایا به شرح ذیل شامل





اقدامات قبل، حین و بعد از بروز بلایا

اقدامات قبل از وقوع بلایا در نظام سلامت

- ✓ ارزیابی آسیب پذیری و آمادگی تسهیلات و منابع نظام شبکه
- ✓ اجرای اقدامات کاهش آسیب پذیری و ارتقای آمادگی تسهیلات و منابع
- ✓ جلب مشارکت عمومی برای اجرای برنامه های سلامت محور مانند کمک گرفتن از دهیاری و شورا و بخشداری جهت کاهش بلایا
- ✓ آگاه سازی عمومی درباره راهکارهای ارزیابی و کاهش خطر بلایا: آموزش به مردم جهت افزایش آگاهی مردم در خصوص کاهش بلایا
- ✓ تدوین برنامه پاسخ هماهنگ و موثر با مشارکت سایر بخش ها مثل همکاری با ادارات آب و فاضلاب در بخش آب
- ✓ ذخیره سازی لوازم و ملزومات ارائه خدمت در فاز پاسخ مانند ذخیره دارو و سموم و گندزداها
- ✓ استقرار فرایند سامانه هشدار اولیه مخاطرات در تسهیلات نظام شبکه مثل هشدار های سازمان هواشناسی قبل از وقوع بارندگی شدید و سیلاب و اطلاع رسانی به مردم
- ✓ اجرای برنامه های آموزش تخصصی برای کارکنان نظام شبکه
- ✓ اجرای تمرین های آمادگی بلایا در تسهیلات نظام شبکه و جامعه، که سالی دوبار به صورت مانور درخانه بهداشت اجرا شود.

اقدامات در زمان وقوع بلایا در نظام سلامت

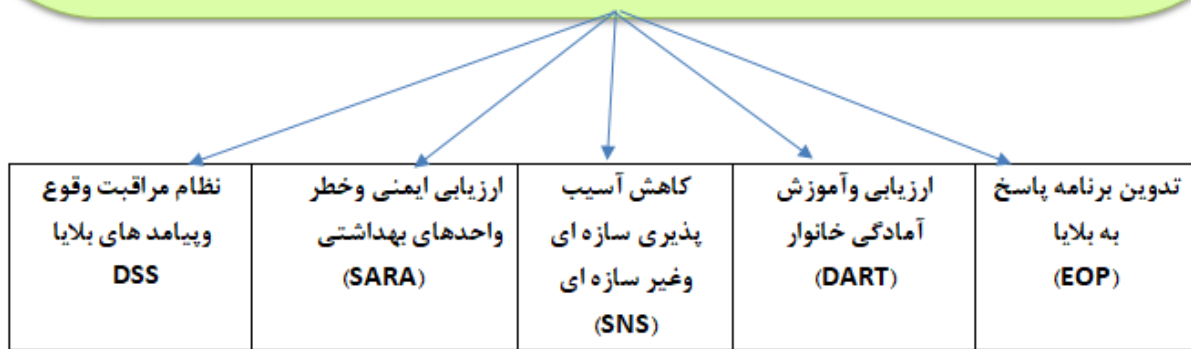
- ✓ ارزیابی سریع آسیب ها و نیازهای تسهیلات نظام شبکه و جامعه
- ✓ ارزیابی مستمر نیازهای سلامتی جمعیت آسیب دیده
- ✓ ارایه مراقبت های سلامتی هماهنگ به موقع و موثر
- ✓ پایش و ارزشیابی اثربخشی ارائه مراقب های سلامتی

اقدامات پس از وقوع بلایا در نظام سلامت

- ✓ تدوین برنامه بازیابی تسهیلات نظام شبکه با رویکرد توسعه پایدار
- ✓ بازسازی تسهیلات و بازیابی برنامه های آسیب دیده نظام شبکه
- ✓ مشارکت در تدوین و اجرای بازیابی روانی - اجتماعی جامعه
- ✓ پایش و ارزشیابی اقدامات فاز بازیابی

بهورزان با شناخت اقدامات قبل، حین و بعد از وقوع بلایا می توانند در برنامه های آمادگی، پاسخگویی و بازسازی مشارکت فعالانه ای داشته باشند که موجب کاهش و به حداقل رساندن مرگ و میر بیماری و ناتوانی های جسمی و روحی و تسهیل بازگشت فوری به وضعیت عادی و ارائه خدمات بهداشتی به مردم می شود.

برنامه های مدیریت خطر بلایا به شرح ذیل شامل:



برنامه های مدیریت خطر بلایا دارای ۵ برنامه اصلی است

برنامه ملی عملیات پاسخ در بلایا و فوریت ها: "Emergency Operating Plan" (EOP)

ارزیابی و آموزش آمادگی خانوار برای بلایا: "Disaster Assessment of Readiness and Training" (DART)

ارزیابی ایمنی و خطر: "Disaster Safety And Risk Assessment" (SARA)

کاهش آسیب پذیری سازه ای و غیر سازه ای: "Structural and Nonstructural Safety" (SNS)

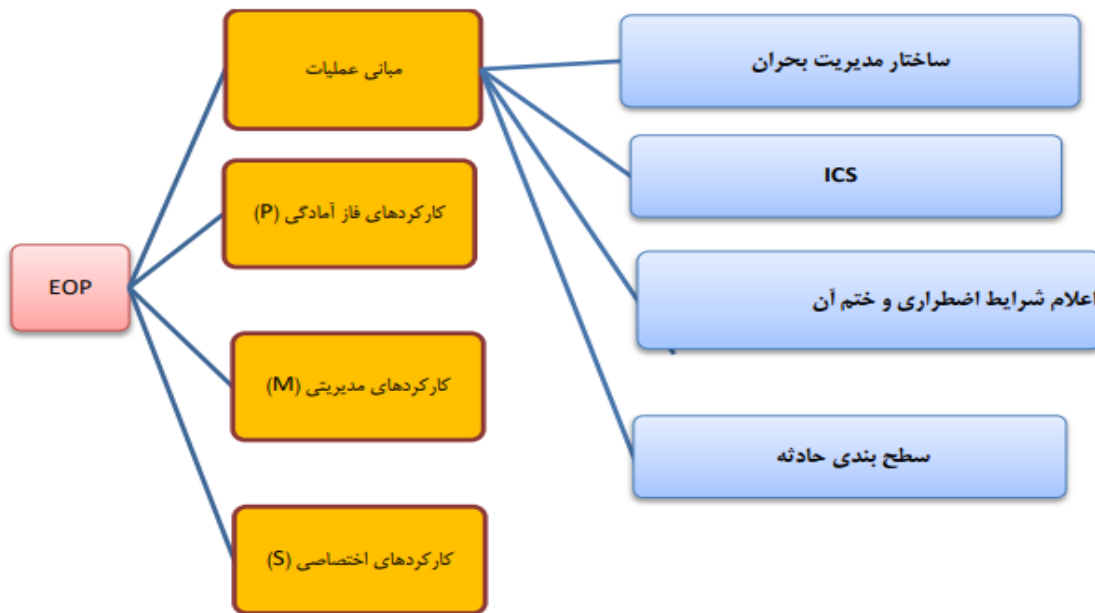
نظام مراقبت وقوع و پیامدهای بلایا: "Disaster Surveillance System" (DSS)

برنامه ملی عملیات پاسخ در بلایا و فوریت ها (EOP)

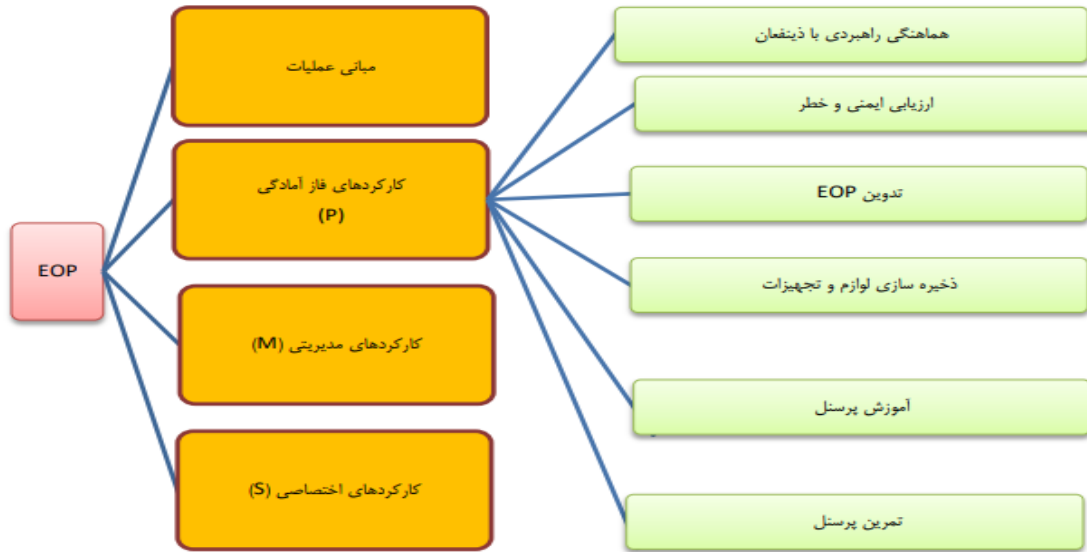
کلیه واحد های بهداشتی باید به صورت سالیانه برنامه پاسخ به موقع در شرایط فوریت و بحران را تدوین و بازبینی کنند و وظایف کارکنان و واحد های تحت پوشش خود را براساس چارت فرماندهی حادثه به آنها اطلاع رسانی کنند.

EOP: دارای چهار بخش می باشد که هر ساله باید تدوین و شش ماه بعد باید اطلاعات به روز رسانی شود (مهر ماه) - که قبل از وقوع بلایا تنظیم شده ولی هنگام وبعد از وقوع مخاطره طبق این چارت باید اقدام گردد.

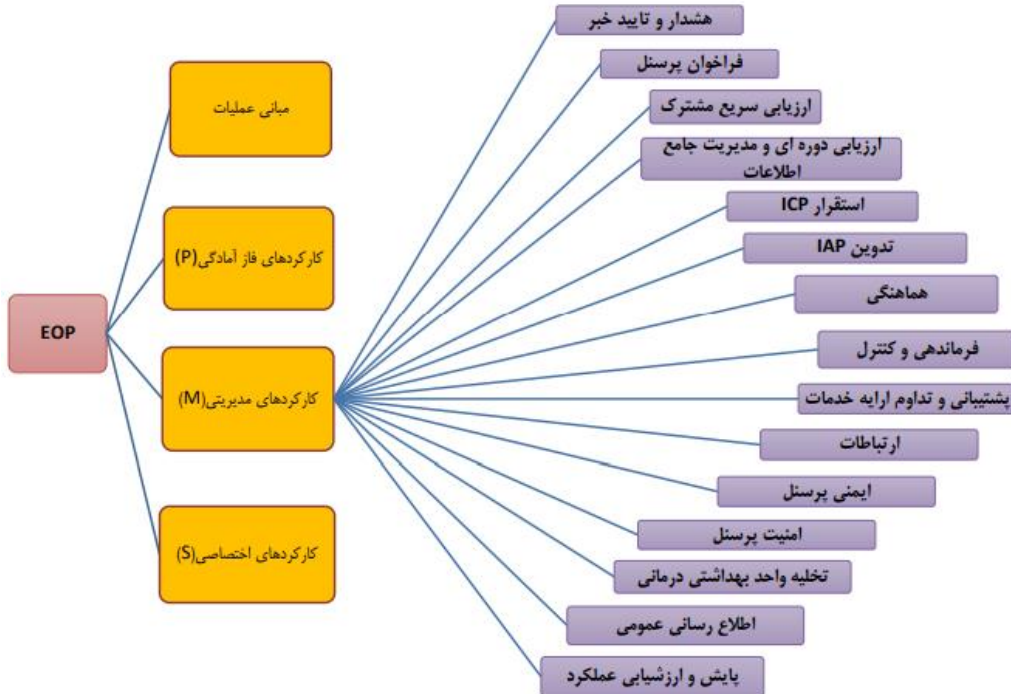
اجزای برنامه EOP



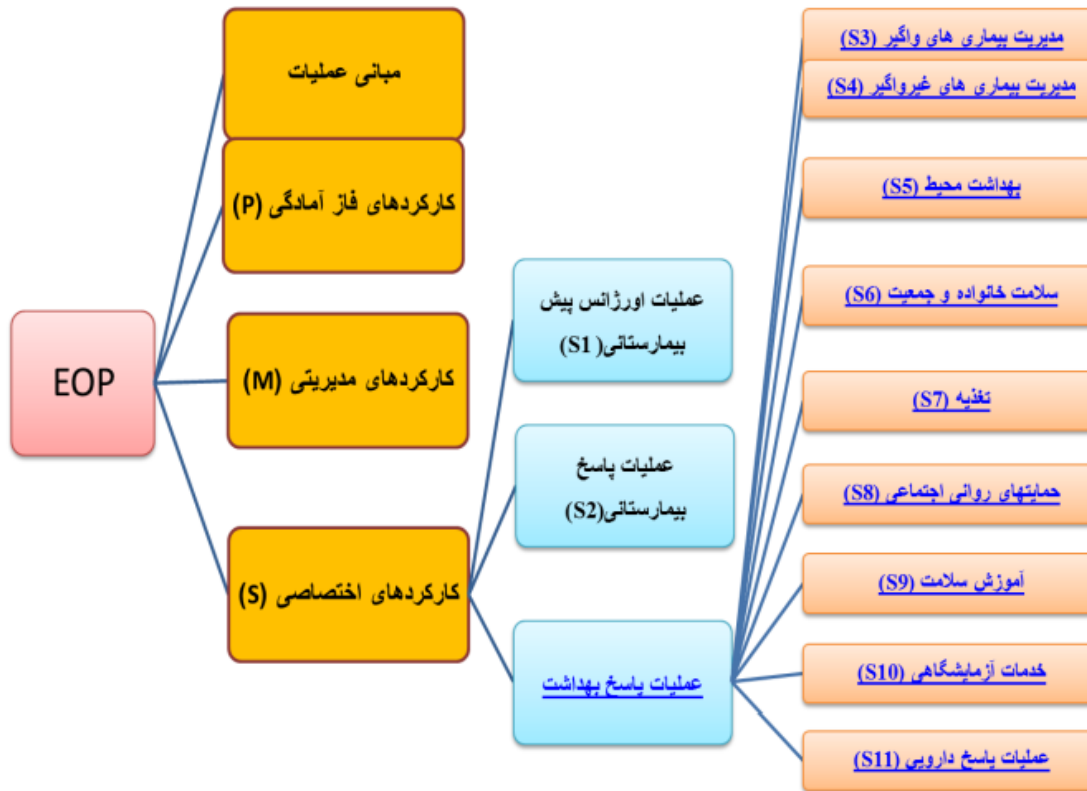
کارکردهای فاز آمادگی



کارکرد های مدیریتی



کارکرد های تخصصی



اعلام شرایط اضطرار و ختم آن

زرد: احتما وقوع کم

نارنجی= احتمال وقوع زیاد

قرمز= احتمال وقوع قطعی یا روی داده است

سفید= احتمال وقوع مخاطره برطرف شده

سطح هشدار	رنگ	سطح فعالیت
E_0	سفید	پایش ^۱
E_1	زرد	آمادهباش ^۲
E_2	نارنجی	فعال سازی تسبی ^۳
E_3	قرمز	فعال سازی کامل ^۴

ارزیابی و آموزش آمادگی خانوار برای بلایا (DART) :

- ✓ این برنامه سالی یکبار انجام می گیرد.
- ✓ هر خانوار در هر سال، یکبار مورد ارزیابی و سپس آموزش قرار می گیرد.
- ✓ ارزیابی بر اساس فرم ارزیابی و آموزش بر اساس دستورالعمل آموزش خانوار انجام می شود.
- ✓ در هر سال ابتدا فرم ارزیابی تکمیل می شود و سپس آموزش انجام می گیرد
- ✓ ارائه آموزش تنها پس از انجام ارزیابی انجام خواهد گرفت .
- ✓ تا حد ممکن بهتر است انجام ارزیابی و ارائه آموزش همزمان انجام گیرد.
- ✓ اگر چه گروه هدف برنامه همه اعضای خانواده هستند ولی با توجه به دسترسی راحت تر به زنان مراجعه کننده به مرکز، آموزش به آنان ارائه می گردد . پس ارزیابی براساس فرم ارزیابی و آموزش براساس دستورالعملهای آموزشی خانوار انجام می شود آموزش با تابلوهای آموزشی با دنبال کردن تصاویر آنچه را می خواهید آموزش دهید پرسش و پاسخ مکرر داشته باشید تا اطمینان داشته که تمام اعضای خانوار به اندازه شما مسلط هستند نقشه خطر رسم کنید در این فاز تمرکز بر سطح فرد و خانواده است در ضمن در سامانه سیب هم ثبت شود.

ارزیابی خطر سازه ای

اجزای سازه ای به بخشهایی از ساختمان گفته میشود که در مقابل نیروهای ثقلی، زلزله، باد مقاومت میکنند. مهمترین عامل مرگ در بلایای طبیعی در ایران تخریب ساختمان های غیرمقاوم است. الزم است مقاومت سازه منزل در برابر مخاطرات مهم (بخصوص زلزله، سیل و طوفان) توسط یک فرد متخصص سنجیده شود. توصیه می شود این کار سالانه تکرار شود. در صورتی که نظر متخصص سازه منزل از مقاومت برخوردار نیست اقدام به مقاوم سازی کنیم و در خصوص سیل خانه ها را در حریم رودخانه نسازیم.

ارزیابی خطر غیر سازه ای

علاوه بر تخریب ساختمان های غیر مقاوم، عوامل غیر سازه ایی از علل مرگ و مصدومیت ناشی از بلایای طبیعی در ایران هستند. عوامل غیر سازه ای در یک منزل عبارتند از هر جزئی غیر از سقف، دیوار و ستون. به عبارت دیگر تمام لوازم منزل، اشیاء دکوری، شیشه ها، درب ها، تاسیسات آب، برق و گاز و غیره در گروه عوامل غیر سازه ایی قرار می گیرند. هر عامل غیر سازه ای در صورت جابجا شدن، پرت شدن و شکستن و مسدود کردن مسیر موجب مرگ یا مصدوم شدن می شود پس الزم است هر خانوار باید عوامل غیر سازه ای که در اثر زلزله پرتاب یا شکسته و یا باعث مصدوم شدن می شود را شناسایی و برای برطرف کردن آن تلاش کند راهکارهای حذف و کاهش عامل غیر سازه شامل موارد زیر می باشد حذف عامل مثل حذف دکور غیر ضروری جابه جای عامل مثل قرار دادن اشیاء سنگین در طبقات پایین کابینت محکم کردن مانند محکم کردن کمد به دیوار تغییر شکل عامل مانند درب به گونه ای که به بیرون باز شوند نصب سامانه هشدار اولیه مانند نصب هشدار دود آتش در منزل

ارزیابی ایمنی و خطر (SARA)

- ✓ این برنامه سالی یکبار و در خرداد ماه اجرا می شود
 - ✓ ابزار ارزیابی چک لیست تدوین شده می باشد
 - ✓ در تکمیل فرم کلیه کارکنان مرکز با مسئول برنامه همکاری می کنند
 - ✓ ماموریت برنامه SARA کلیه واحدهای تحت پوشش باید چک لیست ها را طبق دستورالعمل ها در سامانه تکمیل کنند که چک لیستها شامل :
 - ✓ شناخت مخاطرات تهدیدکننده مرکز
 - ✓ ارزیابی آمادگی عملکردی مرکز
 - ✓ ارزیابی ایمنی غیرسازه ای
 - ✓ ارزیابی ایمنی سازه ای مرکز
- کاهش آسیب پذیری سازه ای جهت کاهش آسیب پذیری سازه ای، بر اساس چک لیست Sara مرکز باید هماهنگی لازم را با سطح بالاتر و دفتر فنی دانشگاه انجام دهد، تا ارزیابی مهندسی ایمنی سازه ای انجام گیرد و جهت مقاوم سازی آن اقدام شود.

فرم گزارش وضعیت حادثه

:(Situation Report (SitRep)

- ✓ دقت اطلاعات این فرم بستگی به موارد زیر دارد:
 - ✓ آمادگی قبلی برای جمع آوری اطلاعات
 - ✓ مدت زمانی که از حادثه می گذرد
 - ✓ در دسترس بودن اطلاعات در زمان تکمیل فرم
- بدیهی است که با گذشت زمان از لحظه شروع حادثه، اطلاعات به تدریج کامل شوند.

برنامه کاهش آسیب پذیری سازه ای و غیر سازه ای در واحد های بهداشتی (SNS)

✓ هدف این برنامه:

- کاهش آسیب پذیری سازه ای واحد های بهداشتی
 - کاهش آسیب پذیری غیرسازه ای واحد های بهداشتی
- ✓ جابجا کردن: تغییر مکان و جانمایی مناسب اشیاء که در موقعیت خطرناک هستند و با جابه جای آنها موارد خطرناک کاهش می یابد یعنی وسایل سنگین از بالای کابینت به پایین کابینت جا به جا شوند.
- ✓ محدودیت حرکت: محدود کردن حرکت جابجای اشیاء و وسایل مشخصی مثل سیلندر اکسیژن و تخت و پاروان با اتصال تسمه کابل و زنجیر

✓ مهار کردن: اتصال وسایل و تجهیزات به اجزاء سازه ایساختمان کف و دیوار با استفاده از پیچ و بست های L

شکل

✓ ایجاد تکیه گاه: با ایجاد تکیه گاه اضافی که به طور معمول در مورد اشیا معلق و آویزان کاربرد دارد .
✓ اصلاح و تغییر و جایگزینی و تغییر در اشیاء: با پتانسیل آسیب فراوان با اشیایی با پتانسیل آسیب رسانی

کمتر

✓ افسار یا کابل ایمنی: کابل و زنجیر به منظور محدود کردن حرکت اجزا غیر سازه ای به کار می رود

راهکار های لازم جهت کاهش آسیب اجزاء غیر سازه ای در واحد های بهداشتی (مهار کردن کتابها با استفاده از حفاظ سیمی و فلزی و تسمه پلاستیکی)



برنامه نظام مراقبت وقوع و پیامد های بلایا (DSS)

پس از وقوع هر مخاطره فرم ثبت داده های برنامه نظام مراقبت وقوع و پیامد های آن بعد از وقوع تکمیل می گردد. پس از وقوع مخاطره مسئول مدیریت خطر و بلایا فرم ثبت داده نظام وقوع و پیامد های بلایا را حداکثر ۱۰ روز بعد از وقوع مخاطره تکمیل کند .

باتوجه به نوع مخاطرات، لزوم گزارش برخی مخاطرات منوط به وقوع آنها در واحد بهداشتی می باشد به عنوان مثال سرقت، آتش سوزی، قطع آب و... و اگر این مخاطرات خارج از واحد بهداشتی اتفاق بیفتد لازم نیست گزارش داده شود این در حالی است که وقوع مخاطراتی نظیر سیل، زلزله و... حتی در صورتی که آسیبی به واحد بهداشتی در پی نداشته باشد باید گزارش گردند.

زمان اجرا: در صورت وقوع حادثه بلافاصله تا حداکثر ۱۰ روز، در صورت عدم وقوع حادثه طی ۵ روز اول هر فصل

اقدامات:

- ✓ تکمیل فرم گزارش وضعیت حداکثر دو ساعت اول بعد حادثه با فرم sit rip
- ✓ ارسال گزارش متوالی تا نهایی شدن داده ها و تثبیت وضعیت
- ✓ تکمیل فرم نظام مراقبت حداکثر تا ۱۰ روز بعد حادثه و ارسال آن به سطح بالاتر
- ✓ ارسال گزارش فصلی

پیامد های مورد نظر در برنامه نظام مراقبت "برنامه نظام مراقبت وقوع و پیامد ها" در سه گروه

کلی تقسیم می شوند :

- ✓ آسیب به پرسنل بهداشتی درمانی : تعدا پرسنل مصدوم شده ، تعداد پرسنل فوت شده وغیبت از کار
- ✓ آسیب به مرکز /پایگاه: خسارت سازه ای وغیر سازه ای ، آسیب به برنامه ارائه خدمت وخسارت اقتصادی به مرکز و واحد بهداشتی درمانی
- ✓ آسیب به جمعیت تحت پوشش : یعنی جمعیتی که تحت تاثیر مخاطره است تعداد افرادی که نیاز فوری به کمک های امدادی دارند تعداد جمعیت مصدوم شده وتعداد جمعیت فوت شده در منطقه تحت پوشش

❖ انواع حوادث

- (۱) **حوادث ترافیکی:** حوادث رانندگی از عوامل مهم مرگ ومیروصدمات شدید جانی محسوب می شود.حوادث رانندگی همچنین می تواند آثاراجتماعی واقتصادی سنگینی رابه همراه داشته باشد.عوامل زیادی در بروز حوادث رانندگی دخیل هستند که در سه دسته کلی ،عوامل انسانی-عوامل مربوط به وسیله نقلیه وعوامل مربوط به راه قرار می گیرد.
- (۲) **حوادث مسمومیت ها:** مسمومیت (intoxication) مجموعه ای از اختلالات بدن است که در اثر جذب ماده ای بیگانه که به آن «سم» گفته می شود بروز می کند که از راه های استنشاق نوعی گاز، بخار، دود یا گرد و غبار، دستگاه گوارشی (خوردن یا آشامیدن)، تماس پوستی (از طریق انتشار از اپیدرم یا عبور از زخم یا سوختگی)، تزریق در خون و انواع مسمومیت حاد مزمن و شغلی باشد.

(۳) حوادث غرق شدگی

(۴) حوادث چهارشنبه سوری

منابع

-نقشه مدیریت و کاهش خطر بلایا در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران،تالیف: دکتر علی اردلان، دکترمحمدحسین رجایی، دکتر غلامحسین معصومی

-تغذیه در بحران، مدیریت تغذیه و امدادهای غذایی در حوادث، دکتر احمد اسفندیاری

-مدیریت کاهش خطر و بلایا، بسته آموزشیار دفتر مدیریت و کاهش خطر بلایا سال ۱۳۹۴

داروشناسی (ویژه بهورز و بهبخش)

تهیه کنندگان:

مهناز داودی پاشا: مربی پرستار، مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان

تعریف دارو: ماده ای است که برای درمان، تسکین علائم، تشخیص و پیشگیری از بیماری به کار می رود.

دوز دارو: عبارت است از مقدار دارویی که در یک زمان مشخص استفاده می شود یا به عبارت دیگر تعیین و تنظیم

مقدار و دفعات مصرف دارو می باشد

اشکال دارویی: قرص - کپسول - شربت - الگزیتر - سوسپانسیون - پماد - شیاف - کرم - ژل - آمپول - ویال - لوسیون

- قطره - اسپری - پودرها یا ساشه - محلول سرم - شامپوهای دارویی

چهار راه عمده تجویز داروها عبارتند از: خوراکی - تزریقی - ریوی - موضعی

مشخصات یک نسخه دارویی

- ✓ شکل دارو
- ✓ قدرت دارو
- ✓ تعداد دارو
- ✓ دستور دارو
- ✓ مهر و امضاء پزشک

نکات مهم در تجویز و مصرف دارو

- ✓ مقدار و دفعات مصرف دارو بر اساس دستور پزشک باشد.
- ✓ توجه به موارد منع مصرف دارو در هنگام تجویز دارو
- ✓ اطمینان از داشتن برچسب دارویی و شناسایی کامل دارو
- ✓ آموزش کامل به بیمار در مورد نحوه مصرف دارو
- ✓ مشخص کردن تعداد دفعات دارو با کشیدن خط و زدن علامت
- ✓ بررسی تاریخ مصرف دارو جهت کنترل تاریخ انقضاء دارو

- ✓ گزارش سریع داروهای تاریخ انقضاء نزدیک به مرکز درمانی
- ✓ نحوه استعمال دارو را به دقت آموزش دهید.
- ✓ داروهای موضعی استعمال خارجی دارند و نباید خورده شوند.
- ✓ از وضعیت حاملگی و شیردهی خانم همسرداری که به شما مراجعه می کند مطلع شوید.
- ✓ به چه کسانی نباید از این دارو بدهید توجه بیشتری نمایید .
- ✓ با توجه به تعداد مراجعین دارو درخواست کنید.
- ✓ تجویز و مصرف دارو طبق آخرین دستورعمل ارسالی از سوی وزارت متبوع باشد.

آموزش های لازم هنگام تجویز دارو به بیمار یا همراه بیمار

- ✓ مصرف نمودن دارو سر وقت و زمان مشخص
- ✓ کامل نمودن دوره درمان
- ✓ خوردن قرص ها با آب فراوان
- ✓ خرد کردن قرصهای درشت به قطعات کوچک برای کودکان و حل کردن در یک قاشق آب
- ✓ روش مصرف دارو در کودکان را به دقت آموزش دهید

شرایط نگهداری دارو

- ✓ کمتر از یک درجه خاص مانند کمتر از ۲۵ یا ۳۰ درجه سانتی گراد
 - ✓ داروهای یخچالی بین ۲-۸ درجه سانتی گراد (این داروها نباید یخ بزنند)
 - ✓ بین ۸-۱۵ درجه سانتی گراد
 - ✓ دور از نور
 - ✓ دور از رطوبت
 - ✓ دور از دسترس کودکان
- نکات مهم باید به افراد آموزش داده شود که حتما بیمار باید داروی تجویز شده را تا پایان دوره درمانی مصرف کند بدین ترتیب داروی اضافی باقی نمی ماند تا در منزل نگهداری شود.

نحوه چیدمان دارو

- ✓ بر اساس شکل دارو مانند چیدن قرص ها کنار هم
- ✓ بر اساس گروه درمانی مانند چیدن آنتی بیوتیک ها کنار هم

در چیدمان قفسه دارویی رعایت این نکات الزامی است :

- ✓ باید داروی با تاریخ انقضاء طولانی تر پشت داروی با تاریخ انقضاء کوتاهتر چیده شود.
- ✓ هر دارویی که در کمد دارویی گذاشته می شود ضروری است که دارای برچسپ دارویی باشد.
- ✓ برچسپ های موجود بر داروها اطلاعات کافی در مورد نام دارو، تاریخ انقضاء دارو، دوز دارو، طریقه مصرف دارو، موارد منع مصرف دارو را در اختیار ما قرار می دهد.
- ✓ کلیه ظروف و شیشه های دارو بایستی درب داشته باشند و برچسپ مشخص برای نوشتن نام دارو داشته باشند.
- ✓ هر روز به مقدار مصرفی همان روز دارو از قسمت پایین کمد دارویی خارج و در قسمت بالای کمد در دسترس قرار گیرد.
- ✓ داروهای که به فرم روغن هستند، مانند شیاف در یخچال نگهداری گردد.
- ✓ داروهای که به فرم روغن هستند، مانند شیاف در یخچال نگهداری گردد.
- ✓ تاریخ انقضاء داروها باید با فرم تاریخ انقضاء موجود بر قفسه دارویی مطابقت داده شود

نحوه محاسبه دارو

باقی مانده - (دپو + مصرفی سه ماه گذشته) = درخواستی سه ماه آینده

مصرفی سه ماهه: نشان دهنده مصرف داروها در سه ماه گذشته می باشد.

دپو: ۲۵٪ مصرفی سه ماه گذشته می باشد. (۲۵٪ × مصرفی سه ماه گذشته)

باقی مانده: موجودی واقعی داروهای خانه بهداشت در زمان تنظیم فرم می باشد.

در صورتی که دارویی برای اولین بار درخواست می شود حتما با مشورت پزشک مرکز بهداشتی درمانی فرم درخواست دارویی درخواست شود.

منابع

- دارونامه خانه بهداشت، تدوین مرکز مدیریت شبکه، ادارات و گروههای تخصصی حوزه معاونت بهداشت-وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آموزش و ارتقای سلامت

مرکز آموزش بهرزی و بازارآموزی
برنامه های سلامت شهرستان سمنان

تهیه کنندگان:

- زهرا رضا کاظمی، کارشناس مسئول آموزش و ارتقای سلامت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان

- ناهید پور رضایی، کارشناس مسئول آموزش و ارتقای سلامت مرکز بهداشت شهرستان سمنان

- سیده فاطمه هاشمی، کارشناس آموزش و ارتقای سلامت مرکز بهداشت شهرستان سمنان

- الهام درزی حرفه، کارشناس جلب مشارکت های مردمی مرکز بهداشت شهرستان سمنان

مقدمه

آموزش بهداشت اولین جزء از اجزای مراقبتهای بهداشتی اولیه می باشد. قصد و هدف آموزش بهداشت این است که به مردم کمک شود تا مشکلات بهداشتی خودشان را بشناسند، برای مشکلات راه حل پیدا کنند و با به کار بستن راه حل ها مشکلاتشان را خود حل کنند زیرا تا زمانی که مردم خود در رفع مشکلات مشارکت نکنند نمی توان در برنامه های بهداشتی موفق گردید. همانطور که اطلاع دارید آموزش بهداشت نه تنها یک وظیفه، بلکه مهمترین وظیفه هر کارمند بهداشتی است و برای هر کارمند بهداشتی مهم است که بداند چرا آموزش بهداشت جنبه مهم و ارزشمندی از کارش می باشد. ابتدا به این دلیل که همچنان مردم برای رای دادن و حمایت از قانون دارای حقوقی هستند. کسب دانش بهداشتی نیز حق اساسی و انسانی آنها می باشد. از این رو ما به عنوان کارمندان بهداشتی موظف به ارائه دانش بهداشتی به مردم می باشیم که این امر بخشی اساسی از آموزش بهداشت است زیرا با آموزش بهداشت می توان نیازهای نامحسوس مردم را به محسوس و نیازهای محسوس را به صورت تقاضایی با زمینه های اجتماعی - سیاسی و فرهنگی تبدیل نمود پس باید اذهان مردم را در مورد مشکلات بهداشتی شایع کشور و جامعه و مناسب ترین روشهای پیشگیری و کنترل آنها روشن نمود و نیز درباره رفتارهای مختلف و نتایج هر کدام به آنان آگاهی داد به نحوی که مردم بتوانند آگاهانه راه چگونگی زیستن را انتخاب کرده و مسئولیت عواقب رفتار خویش را برعهده بگیرند.

بنابراین می باید مردم را به دانش و مهارتهای بهداشتی مورد لزوم مجهز نمود. زیرا دانش قدرت است و بدون دانش بهداشتی افراد قدرت لازم برای تغییر دادن سلامتی خود را ندارند. حال با توجه به نکاتی که درباره اهمیت آموزش بهداشت گفته شد و تاکید بر اینکه آموزش بهداشت وظیفه تمامی کارکنان بهداشتی می باشد لازم است مطالبی درباره آموزش بهداشت فرا بگیریم تا بتوانیم با به کارگیری آن آموزش دهنده خوبی باشیم.

فصل اول: اصول آموزش و ارتقای سلامت:

تعریف آموزش بهداشت:

آموزش بهداشت یکی از عوامل موثر جهت تغییر و اصلاح عادات و رفتارهای فردی و اجتماعی و به عبارت دیگر ارتقاء روش زندگی فردی در رابطه با سلامتی اوست. آموزش بهداشت در ساده ترین تعریف عبارت است از: آموزشی که منجر به ارتقاء رفتار بهداشتی فرد شود. آموزش بهداشت فرایندی است که در آن افراد و گروه های مردم یاد می گیرند رفتاری داشته باشند که موجب

ارتقاء، حفظ و بازگرداندن تندرستی شان شود تعریف آموزش بهداشت از نظر سازمان جهانی بهداشت عبارتست از: تشویق و ترغیب مردم برای قبول و نگهداری رفتار و اعمالی که برای ادامه زندگی سالم ضروری است و نیز به کار بردن عقل و منطق سلیم برای استفاده صحیح از خدمات بهداشتی که در دسترس آنان قرار دارد.

هدف آموزش بهداشت:

هدف آموزش بهداشت در مراقبتهای بهداشتی اولیه عبارت است از: ترغیب مردم به اینکه بخواهند سالم باشند، بدانند چگونه سالم بمانند، برای حفظ سلامت فردی و جمعی اقدام نمایند و در موقع لزوم طلب کمک نمایند. در واقع آموزش بهداشت به دنبال تغییر رفتار در مردم است. اگر چه آموزش بهداشت اکثرا با ارائه اطلاعات بهداشتی آغاز می شود اما موفقیت آموزش بهداشت زمانی است که بتواند رفتاری مناسب با سلامت فرد و جامعه را جایگزین رفتار غلط غیر بهداشتی نماید.

اصول آموزش بهداشت:

قبل از اجرای هر برنامه آموزشی باید اصول آن را شناخت. مهمترین اصولی که در اجرای یک برنامه آموزشی باید مورد توجه قرار گیرد عبارتند از:

- ۱- ایجاد علاقه در مردم: این یک اصل روان شناختی است که مردم دوست ندارند به سخنانی که مورد علاقه آنها نیست گوش دهند. هنر آموزش دهنده این است که نیازهای واقعی مردم را از بین نیازهایی که خود مردم احساس می کنند (نیازهای ملموس) پیدا کند. تا دیدگاه مشترکی بین آموزش دهنده و مردم بوجود آمده و به شنیدن حرفهای او علاقمند شوند.
- ۲- مشارکت: مشارکت واژه کلیدی در آموزش بهداشت است با مشارکت مردم، آموختن، فعال صورت می گیرد. با بحث و تبادل نظر و مشورت و طرح سوال و درگیر کردن مردم، احتمال بیشتری وجود دارد که به قبول و پذیرش افراد جامعه منجر شود.
- ۳- ازدانسته به نادانسته: در آموزش صحبت را باید از آنجایی آغاز کرد که مردم می دانند و سپس بسوی آگاهی دادن تازه پیش رفت باید از گفتن مطالبی که تضاد با فرهنگ مردم است پرهیز کرد چون مردم پذیرای حرفهای شما نخواهند شد.
- ۴- بیان مطالب به صورت ساده و قابل درک: ابتدا باید گروه مخاطب را از نظر سطح سواد و معلومات شناخت. مثلا پزشک از بیمار دیابتی بخواهد از مصرف مواد نشاسته ای پرهیز کند در حالی که، مریض مواد نشاسته ای را نمی شناسد.
- ۵- تقویت و تکرار مطالب: گروه اندک از مردم می توانند همه اطلاعات جدید را در یک جلسه آموزشی بیاموزند ولی تکرار مطالب مهم با فاصله های معین در بین صحبت ها بسیار سودمند است و به شناخت و تقویت آن در فراگیر کمک می کند.
- ۶- آموزش توأم با عمل: آموزش توأم با کار عملی فراگیری را بیشتر می کند. (ضرب المثل معروف چینی می گوید: چون می شنوم از یاد می برم و چون می بینم به یاد می آورم ولی اگر عمل کنم یاد می گیرم. در آموزش استفاده از وسایل کمک آموزشی می تواند به کار عملی کمک کند مانند نحوه مسواک زدن با ماکت دندان و یا تهیه مایع درمانی خوراکی با استفاده از بسته ORS و سایر و سالی که در مراکز و خانه های بهداشت موجود است.
- ۷- برقراری یک ارتباط صمیمی و دوستانه: با مردم به عنوان یک دوست واقعی برخورد کنیم. تحقیقات نشان داده است روابط دوستانه با مخاطبین مهمتر از تخصص فنی آموزشگر است. آموزشگر باید با مهربانی و همدلی جلسه آموزشی را برگزار کند.

۸- کمک گرفتن از رهبران جامعه: از طریق افراد مورد احترام جامعه و معتمدین محل بهتر می توان مطالب آموزشی را به دیگران آموخت. اگر ابتدا رهبران جامعه نسبت به یک برنامه بهداشتی توجیه شوند، ضمن پذیرش آن برنامه در انتقال آن به مردم نیز مساعدت و همکاری خواهند نمود.

۹- ایجاد انگیزه: در هر فردی اساسا نیاز به آموختن و دانستن وجود دارد و برانگیختن این نیاز را انگیزه گویند. در آموزش بهداشت ایجاد انگیزه یک عامل مهم است. یعنی نیاز به ایجاد محرک، نخستین گام برای آموختن است.

وسایل کمک آموزشی:

اگر بنا باشد اطلاعات فقط از طریق سخنرانی به شنوندگان برسد تنها ۲۰٪ از مطالب در خاطر آنها باقی می ماند. هر تلاشی که موجب شود، آموزش گیرنده علاوه بر شنیدن مطلب (حس شنوایی) از سایر حواس پنجگانه خود نیز برای یادگیری استفاده کند می توان کیفیت آموزش و یادگیری را بالا برد. با شنیدن تنها ۲۰٪ از آموخته ها در خاطر می ماند. با شنیدن و دیدن ۴۰٪ از آموخته ها در خاطر می ماند با شنیدن و دیدن و سپس عمل کردن ۸۰٪ از آموخته ها در خاطر می ماند. پس با استفاده از وسایل کمک آموزشی می توان علاوه بر شنیدن، حس های دیگری مثل بینایی و گاهی لامسه را نیز درگیر نمود و منجر به افزایش یادگیری در گروه آموزش گیرنده شد.

روشهای اجرای برنامه آموزشی:

فعالیت های آموزش بهداشت تقریبا در همه موارد با افراد مختلف و گروهها و اجتماعات مختلف انسانی که ممکن است دارای ویژگیهای متفاوتی باشند در ارتباط است. در این راستا آموزش بهداشت به طرق مختلف به آموزش افراد می پردازد یکی از این روشها آموزش فردی است که در هنگام مشاوره در حین انجام مراقبت بهداشتی، معاینه بیماران، هنگام بازدید و نظارت از منازل و مغازه ها بین آموزش دهنده و آموزش گیرنده به انتقال اطلاعات بهداشتی می پردازد.

این روش با توجه به اینکه امکان ارتباط رو در رو و برخورداری از عکس العمل مستقیم مخاطب و نیز فرصت کافی برای پرسش و پاسخ و در نتیجه درک کامل مطلب آموزشی را به وجود می آورد یکی از روشهای موثر برنامه های آموزشی است.

ولی از آنجایی که نیروهای بهداشتی محدود و افراد نیازمند آموزش زیاد می باشند از اینرو در آموزش بهداشت از روش آموزش گروهی نیز می توان استفاده نمود. در واقع کار با گروهها از جمله فعالیت های اساسی آموزش بهداشت به شمار می رود، واقعیت این است که وقتی مردم به منظور هماهنگی و تشخیص، تعیین و حل مسائل، دور هم جمع می شوند، دارای منابع زیادتری می گردند. کاری که به تنهایی از عهده افراد بر نمی آید گروه قادر به انجامش می باشد. گروه می تواند اعضاء را در اجرای رفتار بهداشتی حمایت کند و آنان را قادر سازد تا از همدیگر بیاموزند. از تعاریف چنین نتیجه می شود که گروه، حداقل تجمع دو نفر یا بیشتر است البته حداقل تعدادی که در گروه می توانند به نحو سودبخش برای اتخاذ تصمیم به مذاکره بپردازند باید در حدی باشند که مزاحم یا مانع ارتباط رو در رو و زمانی با یکدیگر نگردند و این حداکثر می تواند ۱۲ تا ۱۵ نفر باشد.

فنون آموزشی:

انواع فنون آموزشی مورد استفاده در برنامه های آموزشی عبارتند از:

سخنرانی، بحث گروهی، نمایش عملی، ایفای نقش، بازدید از محدوده بررسی نمونه، حل مسئله، داستان آموزشی

به طور کلی در هنگام استفاده از روشهای آموزشی باید ۳ نکته اصلی مد نظر باشد:

۱- چه وقت مردم را پیدا کنیم؟ (زمان مناسب آموزش)

۲- کجا مردم را پیدا کنیم؟ (مکان مناسب آموزش)

۳- چگونه مردم را درگیر نمائیم؟ (مشارکت دادن مردم)

با در نظر گرفتن ۳ بند فوق می توان مخاطب را به نحو مطلوبی در جریان فرایند آموزش قرار داد.

اصطلاحات و مفاهیم پایه در آموزش بهداشت

آموزش: (Education)

فرآیندی هدفمند برای تسهیل یادگیری می دانند که در طی آن تجربیاتی که بر شیوه درک مردم در ارتباط با محیط های اجتماعی، فرهنگی و فیزیکی خود تاثیر می گذارد، منتقل می شود.

آموزش سلامت: (Health Education)

ترکیبی از تجربیات یادگیری است که طراحی می شوند تا از طریق تعامل بین آموزش دهندگان و فراگیران، فرصت های یادگیری درباره سلامت را فراهم می کند تا عمل آگاهانه منجر به سلامت در افراد، گروه ها و جوامع تسهیل شود. این فرآیند یادگیری می تواند مردم را برای تصمیم گیری آگاهانه و تغییر داوطلبانه شرایط یا اصلاح رفتار برای افزایش سلامت توانمند سازد.

سواد سلامت: (Health Literacy)

مجموعه مهارت ها و قابلیت هایی که مردم در طول زندگی خود کسب می کنند تا بتوانند برای تصمیم گیری های آگاهانه، کاستن از خطرات سلامت و افزایش کیفیت زندگی، اطلاعات سلامت را جستجو و دریافت کنند، درک نمایند، ارزیابی کنند و به کار بگیرند.

ارتقای سلامت: (Health Promotion)

ترکیب برنامه ریزی شده ای است از مکانیسم های آموزشی، سیاستگذاری، محیطی، قانونی یا سازمانی حمایت کننده از عملکردها و وضعیت هایی که افراد، گروه ها و جوامع را به سوی سلامت هدایت می کند.

رفتارهای مخاطره آمیز: (Risk Behaviors)

رفتارها، عادات یا اعمالی که افراد را در معرض خطر بیماری یا مشکلات مرتبط با سلامت قرار می دهند. از نمونه های این رفتارها می توان به کشیدن سیگار، رفتار جنسی غیر سالم و نایمن، تغذیه نامناسب، رفتارهای خطرناک رانندگی، خشونت خانگی، کمبود تحرک بدنی و استفاده از مواد مخدر، اشاره کرد.

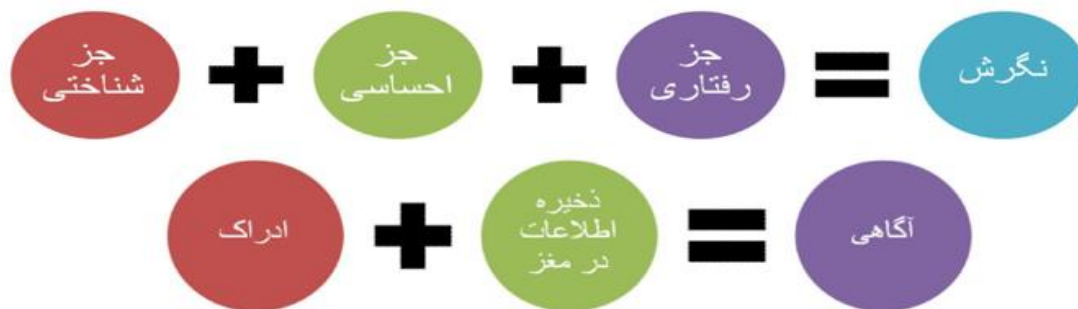
آگاهی: (Knowledge)

قبل از آنکه رفتار انسان به اجرا درآید، مرحله ای از آگاهی در مورد برخی مسائل در مغز وجود دارد. تحصیل و جمع‌آوری تحصیل و جمع‌آوری اطلاعات در مغز به منظور استفاده از آنها و یا ضبط این اطلاعات، به آگاهی معروف است؛ آگاهی به معنای شناختن اشیا، حوادث، اشخاص و موقعیت‌ها در جهان می باشد.

ادراک:

ادراک عبارت است از تفسیر یا مفهوم دادن به اطلاعات حسی یا داده های رسیده به مغز. ادراک همواره انتخابی است و اساساً به وسیله نیازها و انگیزه ها، پایه گذاری شده و به وسیله تجربه، سوق داده می شود؛ بنابراین از فردی به فرد دیگر متفاوت است.

در واقع، ادراک، عمل یا قدرت دریافت احساس و مفهوم بخشیدن به آنها در ذهن است ولی آگاهی عبارت است از: ذخیره اطلاعات ضبط شده که این اطلاعات در فرصتهای بعدی مورد استفاده قرار می گیرند.



(Attitude) نگرش:

نگرش به دنبال آگاهی به وجود می آید. نگرش یک جزء اضافه شده بر آگاهی است که فرد را برای واکنش مثبت یا منفی نسبت به محرک آماده می کند. نگرش نشان دهنده تمایل جسمی و روانی فرد در مورد هر چیزیکه در پیرامون او قرار دارد، می باشد.



نگرش دارای سه جزء است: ۱- جزء شناختی یا اعتقادی؛ که شامل اعتقادات و باورهای شخص درباره ی شی یا اندیشه است؛ مانند اعتقاد به خوبی یا بدی دارو. ۲- جزء عاطفی یا احساسی؛ شامل عواطف یا احساس درباره ی شخص، ایده، واقعه و یا شیء است مانند حالت ترس، محبت، نفرتو غیره نسبت به ی موضوع یا واقعه. ۳- جزء رفتاری یا قصد و آمادگی برای عمل؛ این

عنصر به آمادگی برای پاسخگویی به شیوه های خاص اطلاق می شود. اگر فردینسبت به موضوعی نگرش مثبت داشته باشد، آمادگی برای همکاری را نشان می دهد و اگر نگرش منفی داشته باشد، چنین آمادگی را نخواهد داشت

ارتباط چیست؟

ساده ترین تعریف برای آن این است که ارتباط، فرآیند انتقال اطلاعات، احساسات و افکار بین مردم است یا فرآیند انتقال پیام از فرستنده به گیرنده، مشروط به آن که در گیرنده پیام، معنای مشابه معنای مورد نظر فرستنده پیام ایجاد شود.

مراحل یک ارتباط:

- (۱) پیام ارتباطی از طریق حواس مخاطب دریافت می شود. این پیام ارتباطی می تواند کلامی یا غیر کلامی باشد.
- (۲) توجه گیرنده به پیام ارتباطی جلب می شود. هر ارتباطی باید بتواند توجه مخاطب را به نحوی جلب کند که برای گوش کردن، دیدن یا خواندن آن تلاش کند.
- (۳) محتوای پیام توسط گیرنده درک و فهمیده می شود
- (۴) محتوای پیام توسط گیرنده پذیرفته می شود.
- (۵) در گیرنده پیام تغییر رفتار مورد نظر رخ می دهد.

اجزای یک فرآیند ارتباطی:

در هر ارتباط اجزای ثابتی وجود دارند که شناخت آنها می تواند در طراحی راهبرد مناسب ارتباطی راهگشا باشد. این اجزا عبارتند از:

- (۱) **منبع پیام یا فرستنده:** شخص یا گروهی که با هدف مشخصی برای برقراری ارتباط اقدام می کنند و مقاصد و نیت خود را رمزگذاری می نمایند. پیام ایده اصلی که قرار است به مخاطب منتقل شود، یا به عبارت دیگر آنچه مخاطب قرار است از یک برنامه ارتباطی بفهمد.
- (۲) **گیرنده یا مقصد پیام:** فرد یا گروهی که با دریافت پیام، و رمزگشایی از آن، محتوای پیام را دریافت و درک می کند. با عنوان گروه هدف یا مخاطب نیز شناخته می شود.
- (۳) **کانال ارتباطی:** مجرای که برای انتقال یک پیام مورد استفاده قرار می گیرد، کانال ارتباطی نام دارد که می تواند شامل وسیله ارتباطی و محیط ارتباط باشد. رسانه ها به ویژه رسانه های جمعی (Mass Media) دسته مهمی از کانال های ارتباطی هستند

انواع ارتباط:

سه دسته اصلی در انواع ارتباط ها عبارتند از:

- (۱) **ارتباط بین فردی:** که بین دو نفر و به شکل معمول چهره به چهره برقرار می شود. در این نوع ارتباط انواع پیام های کلامی و غیر کلامی منتقل خواهد شد.

۲) **ارتباط گروهی**: که در آن یک نفر با چند نفر ارتباط برقرار کرده و خود را منتقل می نماید. سخنرانی برای یک گروه از افراد نمونه شناخته شده این نوع ارتباط است.

۳) **ارتباط جمعی**: که در آن انتقال پیام به تعداد زیادی از افراد و در یک زمان صورت می گیرد و انتظار می رود در گیرندگان پیام، معنای مشابه با معنای مورد نظر فرستنده پیام ایجاد شود. نمونه ارسال اطلاعات، ایده ها و برداشت ها از طریق وسایل ارتباطی و دریافت آن توسط تعداد زیادی از افراد در یک زمان را در رادیو، تلویزیون، روزنامه، مجله و سایر رسانه های جمعی مکتوب و غیرمکتوب، می توان دید.

مهارت های اساسی برای برقراری ارتباط موثر:

مهارت های رمزگذاری و رمزگشایی پیام ارتباطی لازمه برقراری ارتباط موثر است که با توجه به انواع پیام های کلامی و غیرکلامی می توان این مهارت ها را در سه گروه مهارت گوش کردن، مهارت سخن گفتن و مهارت مشاهده کردن قرار داد. مهارت های گوش کردن فعال: شنیدن (Hearing) به عنوان اقدامی غیرفعالانه با گوش کردن (Listening) که عملی فعالانه محسوب می شود، متفاوت است. برای یک ارتباط موثر باید بتوانیم خوب گوش کنیم.

مهارت های مشاهده کردن:

دریافت نشانه ها و علائم ارتباطی از طریق مشاهده کردن و درک آنها، نیاز به فرآیندی فعال دارد که آن را از دیدن ساده متمایز می سازد. در واقع، مشاهده کردن، کاری فعال و هدفمند است و برای دستیابی به هدفی مشخص انجام می شود.

مهارت های سخن گفتن:

انتقال پیام های ارتباطی در قالب کلمات و جملات نیاز به مهارت های خاص دارد.

فصل دوم: خود مراقبتی:

خودمراقبتی، شامل اعمالی است اکتسابی، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده شان انجام می دهند تا تندرست بمانند، از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود حفاظت کنند، نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی خود را برآورده سازند، از بیماری ها یا حوادث پیشگیری کنند، بیماری های مزمن خود را مدیریت کنند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند.

خودمراقبتی، شامل اعمالی است اکتسابی، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده شان انجام می دهند تا تندرست بمانند، از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود حفاظت کنند، نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی خود را برآورده سازند، از بیماری ها یا حوادث پیشگیری کنند، بیماری های مزمن خود را مدیریت کنند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند.

خود مراقبتی دارای ۴ حیطه می باشد شامل :

- ۱- خود مراقبتی فردی
- ۲- خود مراقبتی سازمانی
- ۳- خود مراقبتی اجتماعی
- ۴- گروه های خودیاری

❖ برنامه خودمراقبتی فردی

در این رویکرد، هدف، تربیت یک نفر سفیر سلامت به ازای هر خانواده است. سفیر سلامت عضوی از اعضای یک خانواده است (ترجیحا مادر) که حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن * دارد و به صورت داوطلبانه مسئولیت انتقال مطالب آموخته شده در حوزه سلامت و مراقبت فعال از سلامت خود و اعضای خانواده را بر عهده دارد (خانواده محور).

نکته ۱: در مناطق تحت پوشش مراقب سلامت/ بهورز که شرط حداقل ۸ کلاس سواد وجود ندارد، در صورت توانایی یادگیری و انتقال اطلاعات توسط فرد داوطلب سفیر شدن به تشخیص بهورز/ مراقب سلامت، سواد کمتر بلامانع است.

نکته ۲: چنانچه سفیر سلامت خانواده مجرد باشد، سن بالای ۱۸ سال مدنظر می باشد.

سفیر سلامت دوره‌های آموزشی زیر را به صورت حضوری / مجازی می‌گذراند:

- ۱) راهنماهای ملی خودمراقبتی (ناخوشی جزئی، سبک زندگی سالم، خطرسنجی بیماری های قلبی عروقی و سرطان ها، بسته های هر خانه یک پایگاه سلامت و ...)
- ۲) آشنایی با سامانه های آموزش سلامت
- ۳) سایر دوره‌های آموزشی مبتنی بر نیاز فرد/ خانواده/ نیازسنجی سلامت جامعه

فرایند اجرایی برنامه خودمراقبتی فردی

- ✓ شناسایی خانوارهای واجد شرایط سفیر سلامت
- ✓ توجیه فرد در خصوص وظایف سفیر سلامت
- ✓ جذب سفیر سلامت ثبت در اکسل ویژه مراقبین و سامانه سیب
- ✓ نیازسنجی آموزشی سفیران سلامت
- ✓ آموزش کتابچه های هر خانه یک پایگاه سلامت و خود مراقبتی
- ✓ ثبت آموزش‌های گروهی ارائه شده در دفتر آموزش، سامانه سیب و کلیه آموزش‌ها در جدول اکسل ویژه سفیران سلامت
- ✓ انتقال مطالب آموزشی به خانواده ها توسط سفیران سلامت
- ✓ تکمیل چک فهرست عملکرد سفیران سلامت

سفیر سلامت دانش آموز

با توجه به شیوع عوامل خطر ساز در بین گروه های سنی کودکان و نوجوانان کشورمان و اهمیت پیشگیری از بیماری‌ها، توانمندسازی دانش آموزان برای مراقبت از سلامت خود امری ضروری است. به همین منظور برنامه «سفیر سلامت دانش آموز» طراحی شده است.

در این برنامه دانش آموزان داوطلب به عنوان سفیر سلامت انتخاب و به منظور مراقبت از سلامت خود و همسالان آموزش

می بینند.

فرایند اجرای برنامه سفیر سلامت دانش آموز

- ✓ فراخوان جذب سفیر سلامت دانش آموز در مدارس با مشارکت مسئولین و مربیان مدارس
- ✓ برگزاری دوره های آموزشی حضوری/غیرحضوری برای سفیران سلامت دانش آموز توسط بهورز در روستا و مربیان بهداشت مدارس در شهر و نظارت مراقبین سلامت در شهر بر اجرای کار
- ✓ تهیه شاخص درصد پوشش سفیر سلامت دانش آموز
- ✓ تحلیل وضعیت شاخص
- ✓ طراحی و اجرای مداخلات به منظور بهبود شاخص
- ✓ پایش مستمر و ارزشیابی سالانه برنامه توسط مراقبین
- ✓ در مدارس دارای مربی بهداشت(مراقب سلامت) در برگزاری دوره های آموزشی از ظرفیت مربی بهداشت استفاده شود.

❖ خودمراقبتی سازمانی

هدف: ایجاد محیط کار سالم از طریق اجرای برنامه ها و خط مشی های ارتقای سلامت در محل کار با همکاری کارکنان و کارفرمایان در سازمان های دولتی و غیر دولتی تحت پوشش که تعداد کارکنان حداقل ۲۰ نفر باشد.

برنامه ها مانند: تغییر رفتار فردی از طریق کلاس های آموزشی و یا ورزشی و...
تغییر سیاست و خط مشی ها مانند: تهیه غذای سالم در سلف سرویس ها، تسهیلات مربوط به حمل و نقل ایمن و...

❖ گروه های خودیار

در این برنامه افرادی که مشکل یا آرمانی مشابه دارند، گروه های ۱۲-۸ نفره تشکیل داده به یکدیگر کمک می کنند تا از طریق همدلی و حمایت عاطفی، به اشتراک گذاشتن تجربیات، اطلاعات و راه های مقابله با مشکل مشترک با سایر افراد عضو گروه خودیار، سلامت شان ارتقا یابد و از تأثیر بیماری و آسیب کاسته شود تا افراد در حد امکان به زندگی سالم و طبیعی خود بازگردند. در این برنامه در دو سال اول (۱۴۰۱ و ۱۴۰۲) هر مراقب سلامت/بهورز باید حداقل یک گروه خودیار و در دو سال بعدی (۱۴۰۳ و ۱۴۰۴) هر مراقب/بهورز حداقل دو گروه خودیار برای یکی از مشکلات سلامت زیر تشکیل دهد:

- ✓ بیماری های مزمن مانند: سرطان، دیابت، قلبی عروقی
 - ✓ عوامل خطر بیماری ها مانند: مصرف مواد دخانی و مخدر، اضافه وزن، چاقی، کم تحرکی و ...
- به همین منظور مراقبان/بهورزان اقداماتی شامل اطلاع رسانی به افراد جامعه و سفیران سلامت بر اساس نیاز خود یا اعضای خانواده برای عضویت در گروه های خودیار (از طریق فضای مجازی، آموزش های گروهی/فردی، رسانه های نوشتاری و ...)، ارائه راهنمای تشکیل گروه خودیار به اعضا، برگزاری دوره های آموزشی آنلاین یا حضوری مبتنی بر نیاز اعضای گروه خودیار، نظارت دوره ای بر جلسات برگزار شده گروه خودیار، ارزشیابی فصلی فعالیت گروه های خودیار بر اساس چک لیست انجام دهند.

گروه خودیار دوره‌های آموزشی زیر را در صورت نیاز به صورت حضوری/ مجازی می‌گذرانند: خودمراقبتی در سرطان، خودمراقبتی در بیماری قلبی عروقی، خودمراقبتی در دیابت و عوامل خطر بیماری‌ها مانند: مصرف مواد دخانی و مخدر، اضافه وزن، چاقی، کم تحرکی و ...

فرآیند اجرای برنامه گروه های خودیار:

- ✓ اطلاع‌رسانی به خانواده های تحت پوشش به منظور عضویت در گروه های خودیار از طریق کانال‌های ارتباطی مختلف
- ✓ تشکیل گروه خودیار مجازی یا حقیقی توسط بهورز/ مراقب سلامت
- ✓ نظارت بر عملکرد گروه های خودیار توسط بهورز/ مراقب سلامت
- ✓ برگزاری جلسات توجیهی برای گروه‌های خودیار حقیقی و مجازی تحت پوشش توسط بهورز/ مراقب سلامت براساس راهنمای تشکیل گروه های خودیار
- ✓ برگزاری جلسات آموزشی (حضوری/مجازی) برای گروه‌های خودیار مطابق دستورعمل
- ✓ استخراج شاخص "درصد پوشش برنامه خودیاری" به صورت ماهانه توسط بهورز/ مراقب سلامت/ کاردان
- ✓ تحلیل وضعیت شاخص توسط بهورز/ مراقب سلامت
- ✓ طراحی و اجرای مداخلات برای بهبود شاخص توسط بهورز/ مراقب سلامت

❖ خودمراقبتی اجتماعی

هدف کلی این برنامه، توانمند سازی جوامع مختلف برای توسعه محیط های سالم می‌باشد. برای تحقق این هدف، شوراهای شهری و روستایی و شورایی‌ها می‌توانند نقش مهمی در جلب مشارکت اجتماع برای کنترل بر عوامل تعیین کننده سلامت داشته باشند. این برنامه در شهر توسط کارشناسان واحد آموزش و ارتقای سلامت و در روستا توسط بهورز انجام می شود .

فرآیند اجرای برنامه خود مراقبتی اجتماعی:

- ✓ برگزاری جلسه توجیهی با شورا و شورایی‌ها
- ✓ انتخاب و معرفی رابط سلامت به مرکز بهداشت
- ✓ برگزاری کارگاه برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای اعضای شورا
- ✓ مشارکت در اجرای برنامه نیازسنجی سلامت جامعه در شناسایی صحیح مشکلات منطقه
- ✓ تدوین برنامه عملیاتی توسط شورا (یکساله)
- ✓ اجرای برنامه های ارتقای سلامت تدوین شده در محله و جامعه
- ✓ برگزاری جلسه (حداقل هر سه ماه یکبار)، تهیه صورتجلسات، پیگیری مصوبات و اقدامات مربوطه
- ✓ همکاری در برگزاری جلسات آموزشی برای اعضای شورا و مردم محله
- ✓ فراهم کردن امکانات و تسهیلات رفاهی بهداشتی و درمانی در محله و جامعه
- ✓ ارزشیابی داخلی و بازنگری برنامه در صورت لزوم براساس چک فهرست ارزشیابی

سفیر سلامت دانشجو

این یک وظیفه همگانی به ویژه در دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی است که تلاش گسترده‌ای با هدف توانمندسازی جامعه در شناخت عوامل تاثیرگذار بر ابعاد سلامت و تصمیم‌گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم و خودمراقبتی انجام دهند. از این رو به منظور حمایت، تقویت و ترویج سبک زندگی سالم در دانشگاه‌ها و فراهم نمودن زمینه‌های مناسب برای فعالیت‌های جمعی در بین دانشجویان در راستای فرهنگ‌سازی رفتار سالم، برنامه «سفیران سلامت دانشجو» طراحی شده است. در این برنامه دانشجویان داوطلب به عنوان سفیر سلامت انتخاب و به منظور مراقبت از سلامت خود و همسالان آموزش می‌بینند. دستورعمل اجرای این برنامه هر سال تدوین و ابلاغ خواهد شد.

سفیر سلامت طلبه

مرکز حوزه‌های علمیه به عنوان متولی ارائه خدمات به طلاب و روحانیون همواره به لزوم نگاه ویژه به موضوع سلامت جامعه هدف حوزه تاکید داشته است. از این رو به منظور حمایت، تقویت و ترویج سبک زندگی سالم در مراکز حوزوی و فراهم نمودن زمینه‌های مناسب برای فعالیت‌های جمعی در بین طلاب و همچنین بهره‌گیری از توانمندی این قشر در فرهنگ‌سازی رفتار سالم در جامعه، برنامه «سفیران سلامت طلبه» طراحی شده است. در این برنامه طلاب داوطلب به عنوان سفیر سلامت انتخاب و به منظور مراقبت از سلامت خود و همسالان آموزش می‌بینند. دستورعمل اجرای این برنامه هر سال تدوین و ابلاغ خواهد شد.

فصل سوم: ارتباط خطر و مشارکت اجتماعی RCCE:

ارتباط خطر به معنی تبادل اطلاعات و پیام بین اعضای یک جامعه (مدیران و کارکنان سازمان، مردم) درباره ماهیت، بزرگی، اهمیت یک حادثه به منظور:

✓ کنترل و مدیریت خطر

✓ تولید پیام‌های عمومی در مورد تأثیرات آن بر سلامتی و خطرات زیست محیطی

✓ ایجاد تغییر رفتار

ارتباط جمعی: فرآیندی ارتباطی که طی آن یک سازمان، پیام‌های عمومی حوزه سلامت در خطر را تولید و در بین مخاطبان پرشمار، ناهمگن و پراکنده منتشر می‌کند. در این نوع ارتباط، از تمامی رسانه‌های صوتی، تصویری، الکترونیکی یا چاپی به عنوان کانال اطلاع‌رسانی و واسطه استفاده می‌شود

چرخه مدیریت ارتباطات خطر شامل: سنجش خطر-کنترل خطر-ارزشیابی

مراحل پاسخ به بحران عبارتند از:

آمادگی: اقدامی است که در پیش‌بینی یک وضعیت اضطراری برای تسهیل واکنش سریع، مؤثر و مناسب انجام می‌شود. آیا برای آینده برنامه ای دارید؟

پاسخ اولیه: چند روز اول پاسخ اولیه ممکن است به دلیل ترس، سردرگمی و عدم اطمینان، چالش های زیادی را به همراه داشته باشد. عموم مردم نیازمند اطلاعات به موقع و دقیق در مورد وضعیت و اقداماتی هستند که برای رسیدگی به بحران پیش آمده، انجام می شود

بحران: در طول پاسخ، نگرانی ها و دغدغه های مردم باید درک و مورد توجه قرار گیرد و شایعات، اطلاعات نادرست و سوالات مردم شناسایی و به آنها رسیدگی شود.

بازتوانی و ارزیابی: مراحل بازتوانی و ارزیابی پاسخ به بحران، حیاتی هستند. ارتباطات خطر باید در حین و در پایان بحران، ارزیابی شود تا دستاوردها مشخص شده و در صورت لزوم اصلاح شوند. داده های جمع آوری شده می تواند برای به روزرسانی استراتژی ها، برنامه ها، پیام ها و مداخلات استفاده شود.

اهداف برنامه ارتباطات خطرو مشارکت های اجتماعی (RCCE): تبادل اطلاعات، مشاوره و ارائه نظرات به موقع در زمان وقوع رویدادهای غیرعادی به نحوی که بتوان برای کاهش تاثیرات تهدیدها و انجام اقدامات حفاظتی و پیشگیرانه تصمیمات آگاهانه گرفت.

پیامد نهایی RCCE:

تقلیل خطر: کاهش تاثیرات منفی بالقوه خطرات سلامت در قبل، حین و بعد از وقوع فوریت های بهداشت عمومی یا رویدادهای غیرمعمول

مکان های اجرای برنامه ارتباطات خطرو مشارکت های اجتماعی: درمانگاه- بیمارستان- محل کار مدرسه - جامعه

ویژگی های آموزش و اطلاع رسانی در خطر:

- ✓ تاحدامکان استفاده از منابع جدید (غیر سنتی) از طریق جلب مشارکت همه جانبه و توان مقابله با شایعه/هیاهو
- ✓ پاسخگویی سریع به پرسش های مردم از طریق قابلیت انتشار بسیار بالا
- ✓ کانال ارتباطی ترجیحی مخاطبین مشخص شود به دلیل تقاضای خیلی زیاد برای اطلاعات

اجزای اطلاع رسانی خطر:

- ✓ پیام
- ✓ منبع پیام
- ✓ ارتباط دهنده
- ✓ کانال ارتباطی
- ✓ گیرنده پیام

۵ علت شکست ارتباطات خطر:

- ✓ انتشار دیر هنگام اطلاعات
- ✓ انتشار پیام‌های ترکیبی و زیاد از چندین متخصص
- ✓ نگرش سیاست‌مدارانه
- ✓ عدم مقابله با شایعات و مدیریت آنها
- ✓ ایجاد سردرگمی عمومی

فصل چهارم؛ سواد سلامت :

سواد سلامت را می‌توان به صورت توانایی خواندن، درک کردن و عمل کردن بر اساس توصیه‌های بهداشتی و سلامتی با هدف قضاوت و انتخاب درست در راستای ارتقای سلامت، تعریف نمود. به زبان ساده تر یعنی این که بتوانیم از آموخته‌های مفاهیم سلامت در راستای خودمراقبتی و ارتقای سلامت استفاده کنیم.

از دیدگاه کلی تر می‌توان توانایی‌های لازم در کسب سواد سلامت را به سه گروه به ترتیب زیر تقسیم بندی کرد:

۱. توانایی خواندن فرم‌های رضایت نامه، برچسب‌ها و پیوست‌های مربوط به داروها و سایر اطلاعات نوشتاری مربوط به حوزه‌های سلامت و بهداشت

۲. توانایی درک اطلاعات نوشتاری و شفاهی که از طرف پزشک، پرستار، داروساز، و بیمه گر به فرد ارائه می‌شود.

۳. توانایی عمل کردن بر اساس دستورعمل‌های مربوط به برنامه‌های دارویی و مراقبت‌های پزشکی

سواد رسانه ای:

رسانه وسیله‌ای است برای نقل و انتقال اطلاعات، ایده‌ها و افکار افراد یا جامعه. یکی از انواع سواد در عصر ارتباطات، سواد رسانه‌ای است. سواد رسانه‌ای یک نوع درک متکی بر مهارت که براساس آن می‌توان انواع رسانه‌ها و انواع تولیدات آن‌ها را شناخت و از یکدیگر تفکیک و شناسایی کرد. سواد رسانه‌ای مثل یک رژیم غذایی است که هوشمندانه مراقب است که چه موادی برای بدن مناسب هستند و چه موادی مضر؛ چه چیزی را باید مصرف کرد و در غیر اینصورت فرد دچار مسمومیت ذهنی می‌شود.

اینفودمیک:

اینفودمیک موجب افزایش اطلاعات مرتبط با یک موضوع خاص می‌شود و این افزایش ممکن است به دلیل وقوع یک حادثه خاص (مثل همه‌گیری کرونا) به صورت تصاعدی در یک زمان کوتاه رخ دهد. انبوه اطلاعات که برخی درست و برخی نادرست هستند، کار را برای مردم در یافتن اطلاعات قابل اعتماد و مورد نیاز سخت می‌کند.

آثار اینفودمیک:

- ✓ بروز آسیب‌های اجتماعی
- ✓ اختلال در درمان
- ✓ افزایش هزینه‌ها

- ✓ کاهش اعتماد عمومی
 - ✓ بروز آسیب های روحی روانی، همراهی نکردن مردم، اختلال در تصمیمات
- سواد رسانه ای رویکرد مقابله با اینفودمیک و اخبار جعلی (اطلاعات کاملاً نادرست و یا به شدت تحریف شده در قالب متن و عکس و فیلم برای فریب مردم) بر اساس برخی از بهترین شیوه های جهانی است. هدف سواد رسانه این است که ما به مرحله ای از توان و مهارت برسیم که علاوه بر دستیابی، دانش، ارزیابی و تحلیل بتوانیم تولید محتوا انجام دهیم و وارد مرحله عمل شویم.

پنج مهارت در فهم و تحلیل رسانه:

- ✓ همه پیام ها ساختگی هستند.
- ✓ هر رسانه دارای ویژگی ها و نقاط قوت متفاوت و نیز یک زبان ساختاری منحصر به فرد است. (رسانه ها زبانی ساختگی بر مبنای قوانین خود دارند).
- ✓ پیام های رسانه ای برای اهداف خاصی تولید می شوند. (رسانه های برای کسب سود یا امتیاز برنامه ریزی شده اند).
- ✓ تمام پیام های رسانه ای در بطن خود دارای ارزش های پنهان و یا دیدگاه می باشند. (به هر رسانه زاویه دید و ارزش خاصی بسته شده است)
- ✓ مردم از مهارت ها، عقاید و تجارب فردی خود برای ساختن معانی خاص خود از پیام های رسانه ای استفاده می کنند.
- ✓ سواد رسانه با ما کمک می کند تا:

یاد بگیریم خوب بخوانیم، خوب ببینیم و خوب بفهمیم، انتقادی فکر کنیم. یک مصرف کننده هوشمند باشیم. دیدگاه افراد را تشخیص دهیم. مسئولیت رسانه ای ایجاد کنیم. نقش رسانه ها را در فرهنگمان مشخص کنیم. هدف نویسنده را بفهمیم و در نهایت یک کاربر فعال رسانه باشیم.

فصل پنجم: جلب مشارکت اجتماعی :

تعریف جلب حمایت همه جانبه: Advocacy در فرهنگ لغات به معنای دفاع کردن و حمایت از فرد، موضوع یا جنبشی خاص آمده است. آن را "کسب حمایت عمومی برای یک ایده، عمل یا باور" نیز معنا کرده اند. جلب حمایت همه جانبه، نوعی راهبرد ارتباطی است که محور اصلی آن را تاثیرگذاری بر افراد کلیدی و تصمیم گیرنده با هدف اصلاح سیاست های جاری در حمایت از سلامت تشکیل می دهد.

هدف در جلب حمایت همه جانبه:

- ✓ کسب حمایت وسیع و همه جانبه در خصوص موضوعات مرتبط با سلامت است .
- ✓ قصد دارد کاری کند تا غیرمستقیم ولی موثر، رفتارها اصلاح شود.

✓ به جای جلب نظر و تاثیر بر دریافت کنندگان برای استفاده از خدمات سلامت، به افرادی که در رده های بالاتر و تاثیرگذارتر قرار دارند (قانونگذاران و سیاستگذاران) توجه دارد.

ملزومات جلب حمایت همه جانبه (زمینه های فردی):

- ✓ یک سخنگو و شنونده خوب
- ✓ برقرار کننده ارتباط خوب
- ✓ علاقمند به کار با مردم در سطوح مختلف
- ✓ مشتاق آموزش و پیشرفت حرفه ای بیشتر
- ✓ متعهد نسبت به برنامه

مراحل تدوین راهبرد جلب حمایت:

الف) شناسایی و تحلیل مشکل: هر جامعه مشکلات سلامت خاص خود را دارد که براساس منابع اطلاعاتی موجود و فعالیت های پژوهشی انجام شده در سطح آن جامعه شناسایی و تحلیل می شوند.

ب) تدوین اهداف کلی و اختصاصی جلب حمایت همه جانبه. پس از تعیین مشکلات سلامت نیازمند جلب حمایت همه جانبه و مشخص شدن اولویت برنامه ها، اهداف برنامه تعیین می شود. هدف کلی موضوع اصلی برنامه حمایت همه جانبه است که رسیدن به آن نیاز به دوره های میان مدت یا طولانی مدت دارد و حاصل بیان دورنما یا دیدگاه مجموعه است،

ج) شناسایی و تحلیل دست اندرکاران. شناسایی دست اندرکاران برنامه های سلامت اقدامی کلیدی به حساب می آید. شناسایی و تحلیل افراد، گروه ها و سازمان هایی که مستقیم یا غیرمستقیم بر برنامه تاثیر می گذارند یا از نتایج برنامه تاثیر می پذیرند، جهت اصلی برنامه های جلب حمایت همه جانبه در حوزه سلامت را مشخص می کند.

دست اندرکاران هر برنامه شامل چهار دسته زیر هستند:

- ۱) ذی نفعان: افراد، گروه ها یا سازمان هایی که مستقیم یا غیرمستقیم از نتایج اقدامات ما سود خواهند برد.
- ۲) تصمیم گیرندگان: تدوین سیاست ها و رد و قبول برنامه ها را برعهده دارند و تصمیمات آنها در اجرا یا عدم اجرای برنامه ها نقشی کلیدی دارد.
- ۳) شرکا: با توجه به اهداف و مشکلات اختصاصی مشترکی که دارند، می توانند برای پیگیری آنها با یکدیگر متحد شوند. آنان مسائل مشترک را مورد توجه قرار می دهند، برای رفع مشکلات جدید منابع و استعداد ها را ترکیب می کنند و اهداف بزرگتری را نسبت به یک گروه یا فرد می توانند مدیریت کنند.
- ۴) مخالفین: به شکلی رقبای برنامه ها به شمار می روند و موفقیت برنامه های مورد نظر، با ضرر آنان همراه است. این گروه در مقابل اجرای برنامه ها مقاومت کنند. شناسایی دلایل مخالفت آنان و استفاده از فنون مناسب برای مدیریت این دلایل، در مقایسه با نادیده گرفتن و یا مقابله با آنها نتایج مطلوبتری دارد.

تولید پیام جلب حمایت همه جانبه پس از تعیین دستور کار، اهداف اختصاصی و تحلیل مخاطبین، تولید پیام های برنامه مورد توجه قرار می گیرد. پیام به عنوان بخش مهم ارتباط با مخاطب، می تواند اطلاعات بدهد، انگیزه بخش باشد، قانع کند و به سمت عمل رهنمون سازد.

داوطلب سلامت محله:

یک نفر از اعضای خانوار های تحت پوشش هر خانه بهداشت / پایگاه سلامت که اعلام آمادگی جهت همکاری داوطلبانه با نظام سلامت می نماید این فرد ضمن اینکه می تواند به عنوان سفیر سلامت خانواده اقدامات مرتبط به خود مراقبتی فردی را در مورد خود و خانواده مطابق با دستورعمل های ابلاغی انجام می دهد اعلام آمادگی می نماید تا به عنوان رابط سلامت نیز در محله فعالیت نماید و از اینرو تحت آموزش های مرتبط به تربیت رابطان سلامت محله نیز قرار می گیرد، این فرد قبل از شروع فعالیت های داوطلبانه خود به عنوان رابط سلامت محله باید دوره آموزشی کتاب مقدماتی را به صورت حضوری یا مجازی طی کند و پس از موفقیت در گذراندن این دوره آموزشی در صورتیکه واجد شرایط رابط سلامت محله شدن باشد می تواند با خانوارهایی که تحت پوشش او قرار می گیرد، ارتباط برقرار نماید. این فرد پس از گذراندن دوره های آموزشی کتاب مقدماتی بر اساس تمایل ۵ تا ۲۰ خانوار را تحت پوشش قرار می دهد.

اهداف برنامه داوطلبان سلامت:

حدانتظار				هدف کمی	
۱۴۰۴	۱۴۰۳	۱۴۰۲	۱۴۰۱	واحد	عنوان
٪۳۵	٪۳۴	٪۳۲	٪۳۰	درصد خانوارهای تحت پوشش رابطان سلامت محله	پوشش برنامه رابطان سلامت محله

نظام آموزشی داوطلبان سلامت محله:

داوطلبان سلامت محله برای کسب آگاهی ها و مهارت های بهداشتی هر هفته حداقل ۱ ساعت در کلاس های آموزشی و تعیین اولویت های بهداشتی حضور خواهند داشت. بسته های آموزشی داوطلبان سلامت محله یک راهنما برای بحث و گفتگو و کار عملی و کسب مهارت و توانمندی داوطلبان سلامت می باشد.

مجریان برنامه:

تیم سلامت شامل پزشک خانواده، مراقب سلامت و بهورز می باشد. در هر مرکز/ پایگاه سلامت ضمن ضرورت همکاری تمامی پرسنل در موضوع برنامه های آموزش و ارتقای سلامت، در هر خانه بهداشت یا پایگاه سلامت فرد مشخصی به عنوان مجری برنامه های آموزشی و مربی رابطان سلامت تعیین شود.

روش های مختلف جذب نیروی داوطلب در یک محله

- ✓ جذب رابط سلامت در هنگام تشکیل پرونده سلامت یا جمع آوری اطلاعات جمعیتی
- ✓ از طریق همکاری رابطان قدیمی تر و با تجربه و خوشنام در محله ها
- ✓ از بین مراجعه کنندگان جهت دریافت مراقبت های بهداشتی و درمانی
- ✓ انجام تبلیغات در سالن های ورزشی محله/ مساجد / حسینیه ها / هیات ها و حسینیه ها
- ✓ نصب بنرهای اطلاع رسانی درب ورودی پایگاه ها / مرکز خدمات جامع سلامت/ خانه بهداشت
- ✓ توزیع بروشور - تراکت های اطلاعاتی در جشنواره ها نمایشگاه ها مسابقات - جشن ها- عزاداری ها و مراسم محلی
- ✓ جلب مشارکت معتمدین و امام جماعت مساجد جهت ترویج فواید کارهای داوطلبانه و خیر خواهانه در سلامت افراد محله
- ✓ شرکت در جلسات اولیا و مربیان و ترویج مزایای فعالیت های داوطلبانه در حوزه سلامت در سلامت جسمی روحی و روانی شهروندان
- ✓ تبلیغ مزایای فعالیت های داوطلبانه از طریق رسانه های محلی
- ✓ استفاده از ظرفیت سایر گروه های داوطلبانه مانند بسیج و هلال احمر و اعضای سازمان های مردم نهاد و....

شرح انتظارات از رابطان سلامت محله

- ✓ انجام اقدامات مرتبط به خودمراقبتی خود و خانواده
- ✓ تحت پوشش قرار دادن ۵ تا ۲۰ خانوار
- ✓ شناسایی گروه های آسیب پذیر تحت پوشش
- ✓ همکاری با تیم پزشک خانواده در فعال نمودن خدمات بهداشتی و درمانی و تحت پوشش قراردادن جمعیت محدوده مرکز/ پایگاه / خانه بهداشت
- ✓ شرکت فعال و مستمر رابط سلامت محله در جلسات آموزشی حضوری و مجازی و انتقال آموزش ها به خانوارهای تحت پوشش
- ✓ مشارکت در جمع آوری اطلاعات و آمار مورد نیاز مراقب سلامت/ بهورز ، ازدواج و فرزند آوری، مهاجرت، غربالگری بیماری های واگیر و غیر واگیر و ...
- ✓ همکاری در توسعه برنامه ملی خود مراقبتی (ترغیب خانوارها برای ثبت نام به عنوان سفیر سلامت خانواده و ...)
- ✓ مشارکت در آموزش سلامت همگانی، مفاهیم خود مراقبتی به سفیران سلامت خانواده و جامعه
- ✓ شناسایی مشکلات سلامتی محله و تعیین اولویت های بهداشتی مشارکت در حل مشکلات بهداشتی محلات با استفاده از مشارکت مردم و بخش های توسعه (مشارکت در برنامه نیاز سنجی و خود مراقبتی اجتماعی و..)
- ✓ مشارکت در برگزاری همایش ها، پویش ها و نمایشگاه های آموزشی و مسابقات فرهنگی، ورزشی
- ✓ مشارکت در طرح های تحقیقاتی، غربالگری، پیشگیری و درمان بیماری ها در سطح ملی و محلی
- ✓ تشویق و ترغیب خانوارهای تحت پوشش به استفاده از خدمات واحدهای بهداشتی درمانی
- ✓ پیگیری موارد تاخیر و یا عدم مراجعه خانوارهای تحت پوشش برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی

- ✓ همکاری در جذب رابط سلامت محله برای خانوارهای بدون رابط سلامت و ترغیب افراد واجد شرایط برای همکاری به عنوان رابط سلامت
- ✓ ترغیب افراد واجد شرایط برای عضویت در گروه خودیار
- ✓ شناسایی سرمایه های اجتماعی و استعدادها و معرفی به مراقب سلامت جهت ثبت در سامانه
- ✓ همکاری در فعالیت های اجتماعی و حمایتی سلامت محور
- ✓ همکاری در برنامه ارتباطات خطر و مدیریت شایعات
- ✓ عضویت در شبکه رابطان سلامت

فرم هایی که باید در پرونده الکترونیکی رابط سلامت محله قرار گیرد

- ✓ فرم مشخصات، توانمندی ها و مهارت های رابط سلامت محله
- ✓ فهرست خانوارهای تحت پوشش هر رابط سلامت محله
- ✓ جدول انجام پیگیری های مراقبت های بهداشتی (-جوانی جمعیت -مراقبت مادر و کودک - واکسیناسیون - بیماری های غیر واگیر - بیماری های واگیر از جمله دیابت و فشار خون - بیماری های غیر واگیر از جمله کووید ۱۹- سل - بیماری های منتقله از ناقلین و..)
- ✓ تصویر رضایت نامه از رابط سلامت جهت انجام همکاری داوطلبانه با نظام سلامت
- ✓ تصویر رضایت نامه همسر / والدین در مورد فعالیت های داوطلبانه رابط سلامت
- ✓ چک فهرست پایان دوره مقدماتی توانمند سازی رابط سلامت محله
- ✓ جدول فعالیت های اجتماعی رابط سلامت محله
- ✓ جدول فعالیت های آموزشی رابط سلامت محله

کانون سلامت محله:

کانون که با مشارکت مردم در یک محله باهدف ارتقای سلامت خود، خانواده، محله و جامعه تشکیل می گردد.

اهداف:

- (۱) ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی ساکنان محله
- (۲) نهادینه سازی مشارکت و همکاری های مردم در توسعه سلامت محله
- (۳) بسیج، هدایت و مدیریت ظرفیت های مردمی در پاسخدهی به معضلات و مشکلات سلامت محله
- (۴) سازماندهی و توانمندسازی مردم در پذیرش مسئولیت اجتماعی سلامت
- (۵) افزایش مشارکت مؤثر، کارآمد، پویا و خلاق مردم در توسعه سلامت خود، خانواده و محله
- (۶) تقویت روحیه خودباوری، اعتماد به نفس و احساس ارزشمند بودن مردم، از طریق مشارکت در انجام کارهای داوطلبانه و خیرخواهانه

ساختار کانون سلامت :

ارکان کانون سلامت محله عبارتست از:

۱) گروه‌های مردمی :

افراد بر حسب نیازها، علایق و توانمندیهای خود می‌توانند در یک یا تعدادی از گروه‌های موضوعی، که بر حسب اولویتها و نیازهای محله در کانون تعیین و به تایید مجمع سلامت محله رسیده است، فعالیت نمایند. نمونه ای از گروه‌های پیشنهادی شامل گروه‌های سالمندان، مادر و کودک، ایمنی، محیط زیست و... می‌باشد.

۲) دبیر و جانشین دبیر کانون:

دبیر کانون سلامت محله و جانشین وی از اعضای فعال کانون می‌باشند که نقش هدایت و مدیریت کانون را به عهده دارند. آنها پس از فراخوان داوطلبان از طریق رای اعضای کانون محله برای مدت یکسال انتخاب میگردند.

۳) محل استقرار کانون سلامت محله:

محل کانون سلامت می‌تواند خانه‌های بهداشت، پایگاه و مراکز جامع سلامت، خانه‌های سلامت شهرداری‌ها، خانه‌های محله وابسته به وزارت راه و شهرسازی، اماکن وابسته به سایر سازمانهای دولتی و غیر دولتی یا خیرساز بر حسب مورد باشد.

فصل ششم؛ نیازسنجی

واژگان و مفاهیم:

نیازسنجی: فرایندی نظام دار برای شناسایی فاصله بین وضع موجود با وضع مطلوب یا آنچه باید باشد با آنچه هست و نهایتاً تعیین اولویت‌ها برای اقدام و اجراست.

نیازسنجی سلامت: روشی است که در آن مسائل و مشکلات بهداشت مردم به طور واقعی و از نزدیک بررسی و شناسایی شده و این مسائل بر طبق معیارهایی که منجر به ارتقاء بهره‌وری شوند.

عوامل رفتاری و عوامل غیر رفتاری: "عوامل رفتاری" علی‌الغالب هستند که از رفتار افراد در معرض خطر نشأت گرفته و باعث بوجود آمدن مشکل شده‌اند و "عوامل غیر رفتاری" ناشی از نبود امکانات، دسترسی، تجهیزات یا قوانین و مقررات است. نوع مداخله در هر یک از این دو دسته عوامل متفاوت است. برای رفع عوامل رفتاری، آموزش سلامت نقش اساسی دارد و برای رفع علل غیر رفتاری تمرکز بر جلب مشارکت‌های اجتماعی.

ارتقای سلامت: ارتقای سلامت، برای رسیدن به یک سلامت کامل چه از لحاظ جسمی، ذهنی، روانی و اجتماعی، هر فرد یا گروه باید بتواند خواسته‌ها و نیازهای خود را شناخته، آنها را بر طرف نموده و با محیط خود کنار آمده یا آن را در جهت خواسته‌های خود تغییر دهد.

تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت: شرایطی را شامل می شود که مردم در آن زندگی می کنند، یاد می گیرند، کار می کنند، تفریح می کنند، عبادت می کنند و پیر می شوند و بر طیف وسیعی از سلامت، عملکرد و پیامدهای کیفیت زندگی تاثیر می گذارند.

مداخلات ارتقای سلامت: طیف وسیعی از مداخلات اجتماعی و محیطی که برای بهره مندی و محافظت از سلامت مردم و کیفیت زندگی آنها از طریق پیشگیری از علل بیماری ها طراحی می گردد و تمرکز آن بر مراقبت و درمان است.

ضرورت نیازسنجی:

اهمیت و حساسیت فرایند نیازسنجی هنگامی فزونی می یابد که به بودجه های محدود اختصاص داده شده به فرایند آموزش پزشکی و بهداشت در اکثر کشورها توجه داشته باشیم. در چنین حالتی مسئله اولویت ها و ضرورت ها مطرح می شود و سیاستگذاران و برنامه ریزان آموزشی مجبورند از میان خواسته های گوناگون و نامحدود دست به انتخاب بزنند. زیرا امکانات موجود تکاپوی تمامی خواسته ها را نمی کند. در این شرایط نیز متخصصین و کارشناسان آموزشی باید به معیارهایی دست یابند تا بر اساس آنها بتوانند مسائل ضروری را تشخیص داده و برای رفع آنها اقدام نمایند.

مراحل اجرای برنامه در سطوح مختلف شبکه

با توجه به رعایت ساختار شبکه، برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت به تفکیک سطوح شبکه برنامه ریزی شده است. در این برنامه به دلیل طراحی مداخله در هر دو جنبه عوامل رفتاری و غیررفتاری در سطوح محیطی روستایی، در هر خانه بهداشت حداقل دو اولویت و در مناطق شهری، بدلیل معضلات بسیار زیاد اجرایی و پیچیدگی نیازهای این مناطق، در هر مرکز خدمات جامع سلامت حداقل یک اولویت در نظر گرفته شده است. بدیهی است در خصوص مداخلات آموزشی می تواند برای سایر اولویت ها با نظر مرکز بهداشت شهرستان برنامه ریزی انجام شود

اجرای برنامه در سطوح محیطی روستایی:

تشکیل تیم نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطح روستا (خانه بهداشت): برای انجام نیازسنجی سلامت در خانه بهداشت، ابتدا باید تیم نیازسنجی سلامت به شرح زیر تشکیل شده تیم سلامت شامل پزشک مرکز/ مسئول مرکز (به عنوان رئیس تیم، مسئولیت اصلی اجرای برنامه را برعهده دارد) کاردان یا کارشناس ناظر، بهورزان شاغل (دبیر برنامه) تیم مسئولین و معتمدین محلی شامل دهیار، رئیس یا نماینده شورای اسلامی روستا، روحانی و مدیر مدرسه و تیم سرخوشه ها متشکل از 3 تا 5 نفر از سرخوشه ها با هماهنگی بهورز/ بهورزان خانه بهداشت که به شرح زیر تعیین می گردند: (در صورت عدم امکان بکارگیری سرخوشه، می توان از رابطین بهداشت و سفیران سلامت نیز استفاده کرد).

نیازسنجی در سطوح شهری:

وظایف این سطوح همانند سطوح روستایی می باشد. با این تفاوت که در شهرها نیازسنجی و طراحی مداخلات سلامت در سطح مراکز انجام می شود و تمامی پایگاه های یک مرکز با هم در اجرای آن مشارکت می کنند.

تشکیل تیم نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

برای انجام نیازسنجی سلامت در شهر، ابتدا باید تیم نیازسنجی سلامت به شرح زیر در مرکز خدمات جامع سلامت تشکیل شده و از طرف پزشک مرکز، بعنوان رئیس تیم نیازسنجی، برای آنها ابلاغ زده شود: (یکی از کارشناسان مرکز، دبیر تیم است)

- ۱- تیم سلامت شامل پزشک مرکز/مسئول مرکز (به عنوان رئیس تیم، مسئولیت اصلی اجرای برنامه را برعهده دارد)، رابط برنامه مداخلات ارتقای سلامت (یکی از مراقبین مرکز)، سرپرست/مسئول پایگاه‌های سلامت تحت پوشش، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، کارشناس یا کاردان سلامت محیط و مراقب سلامت ناظر.
- ۲- تیم مسئولین محلی مانند نماینده ثابت منطقه/ناحیه شهرداری، نماینده شورایی محله (در صورت وجود شورایی) و انتخاب معتمدین از روحانیون مساجد، نماینده پایگاه بسیج محله، یک مدیر از هر مقطع تحصیلی مدارس (دبستان و متوسطه اول و دوم به تفکیک دخترانه و پسرانه)، کلانتری، خیرین، سازمان های مردم نهاد (NGO)، نمایندگان صنوف.
- ۳- تیم سرخوشه ها (انتخاب آنها بنا به صلاحدید دانشگاه از مراقبین سلامت پایگاهها، رابطین بهداشت، سفیران سلامت، رابطین سلامت محلات و NGO ها) و همچنین سایر افرادی که حسب مشکل اولویت دار استخراج شده می‌توانند در حل مشکل کمک کنند

- دبیر برنامه مداخلات به انتخاب رئیس تیم مداخلات تعیین می‌گردد.
- مسئولیت پیگیری اجرای مداخلات در پایگاه‌های تحت پوشش مرکز بر عهده مسئول پایگاه است.
 - برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی همانند سطوح محیطی می‌باشد.

دستورعمل اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه (فاز اول برنامه)

گام های اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه در سطوح مختلف:

این مرحله، تعیین نیازها توسط تیم نیازسنجی سلامت و در سه فهرست جداگانه تا حداکثر ۲۰ عنوان، به شرح زیر انجام می‌شود:

۱-۱- تیم سلامت: تیم سلامت خانه بهداشت و پس خوراند بازدیدهای انجام شده از سطح شهرستان و آمار و شاخص ها، مبادرت به تعیین نیازهای سلامت خانه بهداشت می کند.

۱-۲- تیم مسئولین و معتمدین: مسئولین و معتمدین محلی در جلسه ای با حضور پزشک / کارشناس مرکز و با دعوت دهیار و پیگیری بهورز، فهرست نیازهای سلامت مد نظر خود را تنظیم می کنند. بدیهی است این نیازها باید بر اساس فراوانی مراجعات مردم به آنها در خصوص مشکلات سلامتی، تعیین گردیده و فراوانی آنها را برای حداقل یک سال گذشته، با خود همراه داشته باشند.

۱-۳- تیم سرخوشه ها: برای تعیین نیازهای سلامت توسط تیم سرخوشه ها، ابتدا بهورز باید فهرست اسامی یک نمونه تصادفی را به شرح زیر تهیه و در اختیار آنها قرار دهد:

حجم نمونه در روستای زیر ۱۰۰۰ نفر: ۵۰-۴۰ نفر

حجم نمونه در روستای بالای ۱۰۰۰ نفر: ۷۰-۵۰ نفر

ارسال فهرست اولویت بندی شده نیازها به مرکز بهداشت شهرستان

در صورت ورود برنامه نیازسنجی سلامت جامعه به سامانه سبب اولویتها در این سامانه قابل مشاهده خواهند بود تا آن زمان در صورت استفاده از نرم افزار نیازسنجی فایل الکترونیک نیازها به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد. در صورت عدم استفاده

از نرم افزار و استخراج اولویت ها به صورت دستی ، فهرست اولویت بندی شده نیازها از خانه های بهداشت به مرکز خدمات جامع سلامت روستایی ارسال شده و در مرکز نیز این فهرست ها به ترتیب اولویت و به تفکیک خانه های بهداشت تحت پوشش، به مرکز بهداشت ارسال می گردد.

تعیین نیازها در سطح شهر:

همانند سطوح محیطی روستایی است ، بجز در خصوص تیم سرخوشه که به شرح زیر انجام می شود: برای تعیین نیازهای سلامت توسط تیم سرخوشه ها، ابتدا مسئولین مرکز باید فهرست اسامی یک حجم نمونه تصادفی از جمعیت تحت پوشش را با محدوده زیر تعیین کنند:

جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر تحت پوشش، ۱۰۰ نفر
بین ۲۰۰۰۰ تا ۴۰۰۰۰ نفر تحت پوشش، ۱۵۰ نفر
بالای ۴۰۰۰۰ نفر تحت پوشش ، ۲۰۰ نفر

روش نمونه گیری به ترتیب اولویت، از طریق کد ملی فرم سرشماری، کدپستی، به صورت خوشه ای یا پرونده خانوار با در نظر گرفتن حجم نمون مساوی در هر دو جنس و به تفکیک ۴ گروه سنی، زیر ۱۸ سال، ۱۹ تا ۴۰ سال، ۴۱ تا ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال انجام گیرد.

سپس سرخوشه ها یا مراقبین سلامت با مراجعه به این افراد نیازهای سلامتی آنها را فهرست می کنند و در نهایت فهرست تمامی نیازها را بر اساس فراوانی آنان تنظیم می کنند. ثبت نیازها همانند سطوح محیطی روستایی است. ارسال فهرست اولویت بندی شده نیازها به مرکز بهداشت شهرستان در صورت ورود برنامه نیازسنجی سلامت جامعه به سامانه سیب اولویتها در این سامانه قابل مشاهده خواهند بود تا آن زمان در صورت استفاده از نرم افزار نیازسنجی فایل الکترونیک نیازها به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد. در صورت عدم استفاده از نرم افزار و استخراج اولویت ها به صورت دستی، فهرست اولویت بندی شده نیازها از مرکز خدمات جامع سلامت شهری به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود.

منابع

- دستور العمل اجرایی برنامه خود مراقبتی تابستان ۱۴۰۱ نسخه ۲ / ۰
- بسته خدمتی برنامه جلب مشارکت اجتماعی در قالب برنامه داوطلبان سلامت تابستان ۱۴۰۱ نسخه ۲ / ۰
- دستور العمل اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه فاز ۱ و ۲
- محتوی های ارسالی از طرف دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت متبوع

مرکز آموزش بهرزی و یانآوری برنامه های سلامت شهرستان سمنان

جوانی جمعیت، سلامت

خانواده، مدارس

جوانی جمعیت و فرزند آوری

تهیه کنندگان:

- راضیه احسانی : مدیر آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت مرکز بهداشت شهرستان سمنان
- صغری ذوالفقاری : کارشناس باروری سالم و جمعیت، واحد سلامت خانواده مرکز بهداشت شهرستان سمنان

زیر نظر:

- آذر نظامی خانقاه : کارشناس مسئول جوانی جمعیت، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان

مقدمه

در طی ۷۰ سال گذشته، نرخ باروری کلی (TFR) در جهان و ایران به نصف تقلیل پیدا کرده، اما این کاهش در کشور جمهوری اسلامی ایران بیشتر و سریعتر از سایر کشورهای جهان بوده است. در ایران با کاهش سریع نرخ باروری کلی، تعداد فرزند به ازای هر زن از ۷ فرزند در سال ۱۳۵۷ به ۱/۹ فرزند در سال ۱۳۸۴ رسیده است. و در حال حاضر نرخ باروری کلی ایران به زیر سطح جانشینی (۲/۱) و میزان آن در سال ۱۴۰۱ این میزان به ۱/۶۶ رسیده و این روند کاهشی همچنان ادامه داشته و با سطح جانشینی ۲/۵ فاصله زیادی دارد.

با توجه به چالش های جمعیتی موجود و ضرورت اقدامات فوری در سیاست های اجتماعی- اقتصادی و همچنین سلامت، جهت جبران سیر نزولی رشد جمعیت، در سال ۱۳۹۳ سیاست های کلی جمعیت (در ۱۴ بند) از سوی مقام معظم رهبری و در سال ۱۳۹۵ سیاست های کلی خانواده (در ۱۶ بند) به کلیه دستگاهها ابلاغ گردید و در سال ۱۴۰۰ با ابلاغ قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» پس از تصویب مجلس شورای اسلامی و ابلاغ ریاست محترم جمهور، در اولویت تکلیف قانونی سازمان و ارگان های وزارتی قرار گرفت. و بر این اساس همه دستگاههای کشوری وظایفی را در قبال اجرایی شدن این سیاستها بر عهده خواهند داشت. همچنین مسئله جوانی جمعیت جزء اولویت های مهم سلامت کشور در نظر گرفته شد تا با طراحی برنامه عملیاتی طبق اهداف در نظر گرفته شده و اتخاذ راهبردی برای فرهنگ سازی جمعیت و ترویج و تشویق جدی زنان و مردان به فرزندآوری در راستای افزایش نرخ باروری کلی اقدام لازم به عمل آورد.

تعاریف مفاهیم مهم جمعیت:

جمعیت: تجمعی از افراد انسانی که در منطقه‌ای معین به طور مستمر و معمولاً به شکل تجمعی از خانوارها زندگی می‌کنند.

مثال: جمعیت روستایی و جمعیت شهری

میزان یا نرخ رشد طبیعی جمعیت: این میزان نماینده ازدیاد یا کاهش طبیعی جمعیت می‌باشد و عبارت است از تفاضل

تعداد مرگ‌ها از موالید در مدت معین تقسیم بر جمعیت وسط سال ضرب در ۱۰۰

میزان باروری اختصاصی سنی: این میزان نشان‌دهنده تعداد تولدهای زنده سالانه به ازای هر هزار زن در یک گروه سنی

معین می‌باشد و به طریق ذیل محاسبه می‌گردد.

تعداد موالید زنده در هر گروه سنی زنان ۱۰ تا ۱۵ ساله - ۱۵ تا ۲۰ ساله..... ۵۰ تا ۵۴ ساله) / جمعیت زنان آن گروه

=*۱۰۰۰

میزان باروری کلی TFR = Total Fertility Rate

میانگین تعداد فرزندان زنده‌ای است که یک زن در طول دوره باروری خود می‌تواند به دنیا بیاورد. و به طریق ذیل محاسبه

می‌گردد:

مجموع میزان های باروری اختصاصی *۱۰۰۰/۵

حد جایگزینی (سطح جانشینی):

حد جایگزینی یعنی میزانی از باروری کل که در آن جمعیت ثابت می‌ماند. در بیان ساده‌تر منظور تعداد فرزندان است که

جانشین والدین شوند. سطح جانشینی نرخ باروری کلی برای کشور ایران حدود ۲/۱ می‌باشد. یعنی برای حفظ ترکیب جمعیت

جوان، هر زن حداقل باید دو فرزند داشته باشد.

این عدد در کشورهای پیشرفته، ۲، کشوری چون ایران ۲.۱ و در کشورهای کمتر توسعه یافته بیشتر است، زیرا ممکن است

از زمان بارداری تا سن جوانی فرد در اثر بیماری، حوادث و سایر موارد فوت کند و به جوانی نرسد. وقتی میزان باروری کل تقریباً

کمتر از ۲/۱ فرزند برای هر زن باشد، جمعیت در این جامعه جایگزین نمی‌شود. و به معنی کاهش تدریجی جمعیت و نهایتاً

انقراض نسلی است. یعنی برای حفظ ترکیب جمعیت جوان، هر زن حداقل باید دو فرزند داشته باشد.

پنجره جمعیتی:

در واقع این فرصت طلایی، وضعیتی است که حاصل جمع جمعیت جوان و میانسال (۱۵ تا ۶۴ ساله)، که «جمعیت مولد»

یا «جمعیت بالقوه فعال از نظر اقتصادی» نامیده می‌شود، به حداکثر میزان خود در طول دوران حدوداً صد ساله توسعه‌یافتگی آن

کشور می‌رسد. یا به عبارت ساده تر در این مرحله حجم و سهم جمعیت در سنین فعالیت (۶۴-۱۵ ساله) افزایش یافته و به

حداکثر خود می‌رسد. جمعیت شناسان معتقدند که کشورهایی که بالای ۷۰ درصد جمعیت آنها در گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال باشد در فرصت یا پنجره جمعیتی قرار دارند.

این فاز، یک وضعیت موقتی در ساختار جمعیتی کشور است و کشورهای دنیا می‌توانند با مدیریت صحیح این دوران، با افزایش میزان تولید نسبت به مصرف در نتیجه افزایش پس‌اندازهای ملی در سطح کلان، بر بسیاری از مسائل دوران سالمندی خود فائق آیند.

با توجه به اینکه در حال حاضر بیش از ۷۰ درصد کل جمعیت کشور مادر گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال قرار دارند، ایران در فرصت طلایی پنجره جمعیتی قرار دارد و فاز پنجره جمعیتی در ایران از حدود سال ۱۳۸۰ آغاز شده و تا سال ۱۴۳۰ ادامه خواهد داشت.

سیاست جمعیتی:

به هر گونه تصمیمی که از سوی دولت به منظور کاهش، افزایش، تغییر ساخت یا جابه‌جایی جمعیت اتخاذ شود، «سیاست جمعیتی» گفته می‌شود. با توجه به کاهش نرخ باروری و اثرات سوء آن بر جامعه، کشور ما از سالهای ۹۲ و ۹۳ با ابلاغ سیاست های جمعیتی مقام معظم رهبری به سمت سیاست افزایش جمعیت روی آورده است.

هدف کمی سیاستهای ابلاغی جمعیت: دستیابی به میزان باروری کلی تثبیت یافته در حد جایگزینی ($TFR=2.1$)

است. به این مفهوم که هر خانم باید در دوران بارداری ۲.۱ فرزند داشته باشد. اما با توجه به اینکه فقط ۷۰ درصد از زنانی که در سنین باروری هستند ازدواج کرده و متأهل می‌باشند، حد جانشینی برای کشورمان سه فرزند برای هر زن است.

زنان سنین باروری: منظور زنانی هستند که در رده سنی ۱۰ تا ۵۴ سال قرار دارند

گروه هدف برنامه جوانی جمعیت: کلیه زنان گروه سنی ۵۴-۱۰ ساله همسر دار

مهمترین چالش های موجود در کاهش نرخ باروری کلی در ایران:

- ✓ کاهش میل به ازدواج: عدم ازدواج، تاخیر در ازدواج
- ✓ کاهش امکان فرزند بیشتر: افزایش فاصله بین فرزندان، افزایش سن ازدواج، فاصله زیاد بین ازدواج تا تولد
- ✓ اولین فرزند، تمایل به تک فرزندی - قانع بودن به دو فرزندی، ناباروری، تنظیم خانواده عمومی
- ✓ از بین رفتن جنین ها: سقط خود به خودی، عمدی، قانونی، غربالگری بی ضابطه
- ✓ تهدید بنیان خانواده: افزایش طلاق
- ✓ مهاجرت ها: از روستا به شهرها، از شهرها به کلان شهرها، از داخل به خارج کشور

سیاست‌ها و برنامه‌های جدید در راستای افزایش نرخ باروری کلی:

با توجه به چالش پیشرو و در راستای افزایش نرخ باروری کلی، مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس وزارت متبوع، اقدام به طراحی و اجرای برنامه‌های ذیل نموده است که به اختصار به آن اشاره می‌گردد:

الف- برنامه آموزش های ۶ ساعته هنگام ازدواج:

مشمول بر چهار سرفصل آموزشی می باشد. که در این برنامه، زوج های جوان در شرف ازدواج در قالب کلاسهای آموزش های شش ساعته هنگام ازدواج، در خصوص این سرفصلها توسط مربیان دوره دیده، آموزش های لازم را دریافت خواهند کرد:

- ✓ سلامت جنسی، باروری و عوارض پیشگیری از بارداری
- ✓ فرزندآوری و فواید بارداری
- ✓ مهارت های زندگی-خانوادگی
- ✓ اخلاق، احکام، حقوق و حرمت جنین و قبض سقط جنین

ب- بسته مراقبت های ادغام یافته ازدواج، باروری سالم و فرزندآوری:

به گروه هدف برنامه طبق سرفصلهای ذیل آموزش و مشاوره های لازم در خصوص فرزندآوری ارائه خواهد شد:

- ✓ فواید بارداری، شیردهی و فرزندآوری
- ✓ شبیهات فرزندآوری
- ✓ عواقب ناشی از تاخیر در فرزندآوری
- ✓ عواقب ناشی از بی فرزندی، تک فرزندی
- ✓ آثار منفی کم فرزندی در خانواده
- ✓ فرزندآوری از دیدگاه طب ایرانی
- ✓ عواقب پزشکی، روانی و اجتماعی سقط عمدی جنین، مبانی شرعی، قانونی و اخلاقی مرتبط با آن

➤ گروه هدف این برنامه:

خدمت آموزش و مشاوره فرزندآوری پس از ارزیابی تاریخیچه و وضعیت فعلی سلامت باروری به زنان ۵۴-۱۰ سال همسر دار با شرایط ذیل ارائه می گردد:

- ✓ زنانی که حداقل ۶ ماه از شروع زندگی مشترک آنها گذشته است. فرزند نداشته و در حال حاضر باردار نمی باشند
- ✓ زنانی که سن آخرین فرزند آنها ۱۸ ماه و بیشتر است
- ✓ زنانی که در آخرین بارداری سابقه سقط داشته اند
- ✓ زنانی که با هر سن کودک تمایل به داشتن فرزند دارند

➤ پیگیری خدمت آموزش و مشاوره فرزندآوری، برحسب سابقه مادر متفاوت است:

- ✓ سقط خودبخودی : در هنگام مراجعه و پیگیری سه ماه بعد
- ✓ مرده زایی : ارجاع به متخصص زنان جهت بررسی و پیگیری پسوراند
- ✓ حاملگی خارج از رحم: ارجاع به متخصص زنان جهت بررسی و پیگیری پسوراند
- ✓ مول: تا صفر شدن BHCG صبر کنید و سپس آموزش/مشاوره فرزندآوری
- ✓ سقط عمدی: مشاوره با ماما در مورد قبح سقط و عوارض آن و پیگیری شش ماه بعد

➤ تعاریف شایع در آموزش/مشاوره فرزندآوری:

- تعریف بی فرزندی: زنانی که فرزند نداشته و در حال حاضر باردار نمی باشند.
- تعریف تک فرزندی: زنانی که دارای یک فرزند با سن یک سال و ۵ ماه و ۲۹ روز هستند.
- تعریف دو فرزندی: زنانی که دو فرزند داشته و سن آخرین فرزند آنها یک سال و ۵ ماه و ۲۹ روز است.
- تعریف سه فرزندی و بیشتر: زنانی که سه فرزند داشته و سن آخرین فرزند آنها یک سال و ۵ ماه و ۲۹ روز است.

ج- دستورعمل پیشگیری، تشخیص بهنگام و درمان ناباروری در قالب نظام ارجاع و سطح بندی خدمات:

- هدف برنامه: افزایش موالید به دنبال پیشگیری، بیمار یابی، تشخیص بهنگام و تسهیل فرایند درمان

تعریف ناباروری: عدم باروری پس از ۱۲ ماه یا بیشتر رابطه جنسی منظم و محافظت نشده. که در خانم بالای ۳۵ سال این

عدد ۶ ماه است.

سطح بندی خدمات ناباروری



اقدامات مورد نظر در سطح اول: (بهورز، مراقب سلامت ، ماما مراقب و پزشک)

اطلاع از آخرین دستورعمل ناباروری، شرکت در دوره های آموزشی، آگاهی از شاخص ها و و شناسایی جمعیت تحت پوشش، آموزش فعال عموم مردم در خصوص اصلاح سبک زندگی، پیشگیری از ناباروری و عوارض اقلام و روش های پیشگیری از بارداری بر باروری، عوارض سقط عمدی جنین، طب ایرانی، بیمار یابی فعال، درخواست آزمایشات /سونوگرافی/ماموگرافی، انجام پاپ اسمیر، بررسی ودرمان اختلالات تیروئید و عفونت تناسلی، شناسایی افراد واجد شرایط، نشان دار کردن زوجین نابارور، ارجاع به سطوح بالاتر و پیگیری موارد ارجاعی

نشان دار کردن زوجین ناباروردر هر سطح توسط افراد ذیل انجام می شود:

سطح یک: صرفا پزشک عمومی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دولتی

سطح دو: صرفا فلوشیپ ناباروری یا متخصص زنان دوره دیده سطح دو /فلوشیپ آندرولوژی یا متخصص اورولوژی شاغل در مراکز ناباروری سطح دو دولتی

سطح سه: صرفا فلوشیپ ناباروری /متخصص زنان دوره دیده/فلوشیپ آندرولوژی/متخصص اورولوژی شاغل در مراکز ناباروری سطح سه دولتی یا جهاد دانشگاهی پس از ارجاع از سطح یک یا دو

معیار های مورد نظر جهت ارزیابی زنان از نظر باروری :

- ✓ خانم با سن کمتر از ۳۵ سال که علی رغم حداقل یکسال اقدام برای بارداری، باردار نشده است. (ارجاع به سطح ۲)
- ✓ خانم با سن ۳۵ سال یا بیشتر که علی رغم حداقل ۶ ماه اقدام برای بارداری ، باردار نشده است . (ارجاع به سطح ۲)
- ✓ خانم متأهل با سن ۳۷ سال یا بیشتر بدون فرزند یا خواهان فرزند.
- ✓ خانم بدون سابقه بارداری کمتر از ۳۵ سالی که حداقل شش ماه از زمان ازدواج فعلی ایشان گذشته باشد. فارغ از اینکه اقدام به بارداری کرده یا نکرده باشد. (ارجاع به سطح ۲)
- ✓ خانم بدون سابقه بارداری ۳۵ سال یا بیشتری که حداقل شش ماه از زمان ازدواج فعلی ایشان گذشته باشد. فارغ از اینکه اقدام به بارداری کرده یا نکرده باشد. (ارجاع به سطح ۲)
- ✓ خانم با سابقه سندرم تخمدان پلی کیستیک یا اندومتریوز یا سابقه سقط مکرر یا سابقه فامیلی نارسایی زود رس تخمدان یا سابقه استفاده از روش های کمک باروری /اقدامات درمانی ناباروری باشد. (ارجاع به سطح ۲)
- ✓ خانم مجردی که دوسال یا بیشتر از سن منارک وی گذشته باشد. (ارجاع به سطح ۲)
- ✓ خانم با سن بالای ۳۹ سال وبدون فرزند (ارجاع به سطح ۳)
- ✓ سابقه هیستریکتومی /توبکتومی و وازکتومی همسر (ارجاع به سطح ۳)
- ✓ سابقه ناباروری بیش از ۴ سال (ارجاع به سطح ۳)

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت:

این قانون مشتمل بر ۷۳ ماده و ۸۱ تبصره در جلسه مورخ ۱۴۰۰/۷/۲۴ کمیسیون مشترک طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده مجلس شورای اسلامی بر اساس اصل ۸۵ قانون اساسی تصویب گردید و پس از موافقت مجلس با اجرای آزمایشی آن به مدت ۷ سال، در تاریخ ۱۴۰۰/۸/۱۰ به تأیید شورای نگهبان رسید و در تاریخ ۱۴۰۰/۸/۱۹ طی نامه ای جهت اجرا ابلاغ گردید. بر اساس این قانون همه دستگاههای کشوری برای دستیابی به اهداف این برنامه، وظایفی را در قبال اجرایی شدن این سیاستها برعهده خواهند داشت.

ضروری است تمامی کارکنان به متن قانون فوق و دستورعملهای ابلاغی در این مورد آگاهی داشته باشند. از اینرو کتاب پیشگفت در کلیه مراکز در دسترس کلیه ارائه دهندگان خدمت قرار گرفته است.

تعدادی از وظایف و موادی از قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیتی مربوط به حیطه بهداشت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و در چک فهرست پایش برنامه جوانی جمعیت به آن اشاره شده است، که آشنایی با آنها و استفاده در مشاوره ها جهت ارتقای آگاهی گروه هدف، ضرورت داشته و به شرح ذیل می باشد:

شماره ماده قانون	موضوع
ماده ۲	کلیه وزارتخانه‌ها و دستگاه‌های زیرمجموعه دولت موظفند دستورعمل‌ها، برنامه‌ها و منشورات مرتبط با خانواده، فرزندآوری و جمعیت را در چارچوب مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی تهیه نمایند
ماده ۱۷	<p>الف- اعطای مرخصی زایمان با حقوق یا کاهش نوبت کاری شب و کاهش سن بازنشستگی به ازای هر فرزند: مدت مرخصی زایمان با پرداخت تمام حقوق و فوق‌العاده‌های مرتبط به نه ماه تمام افزایش یابد. در صورت درخواست مادر تا دو ماه از این مرخصی در ماه‌های پایانی بارداری قابل استفاده است. مرخصی مزبور برای تولد دوقلو و بیشتر، دوازده ماه می‌باشد. در مواردی که مرخصی زایمان موجب اختلال در کار بخش خصوصی گردد، پس از تأیید وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی هزینه تحمیل شده توسط دولت جبران خواهد شد.</p> <p>ب- نوبت کاری شب برای مادران شاغل باردار و همچنین مادران دارای فرزند شیرخوار تا دو سال و پدران تا یک ماهگی نوزاد، در مشاغل و فعالیت‌هایی که نیازمند نوبت کاری شب می‌باشند، اختیاری است. شمول این بند شامل بخش خصوصی مشمول قانون کار نمی‌شود</p> <p>پ- اعطای دورکاری به درخواست مادران باردار، حداقل به مدت چهار ماه در دوران بارداری در مشاغلی که امکان دورکاری در آنها فراهم است، الزامی است.</p> <p>ت- مادران شاغلی که از زمان لازم‌الاجرا شدن این قانون فرزند یا فرزندان به دنیا خواهند آورد به ازای هر فرزند، می‌توانند از یک سال کاهش در سن بازنشستگی برخوردار شوند و برای فرزند سوم و بیشتر میزان کاهش یک و نیمسال به ازای هر فرزند خواهد بود. حداقل سن بازنشستگی مشمولین این بند، برای مادران دارای یک فرزند چهل و دو سال، دارای دو فرزند چهل و یک سال و برای سه فرزند و بیشتر چهل سال و حداقل با بیست سال سابقه بیمه است.</p>
ماده ۲۲	تأمین فضای مناسب رفع نیاز نوزاد کودک و مادر باردار جهت استراحت، شیردهی و نگهداری کودک در کلیه اماکن عمومی و دستگاهها

ماده ۲۴	شناسایی و معرفی مادران باردار، شیرده و دارای کودک زیر ۵ سال بر اساس آزمون وسیع نیازمند حمایت جهت دریافت سبد تغذیه رایگان و بسته بهداشتی رایگان
ماده ۲۷	کاهش تعهدات خدمت پزشکان و پیراپزشکان به ازای هر فرزند و یا به تعویق انداختن طرح در صورت داشتن فرزند زیر دو سال: کسرتعهدات قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان به ازای هر فرزند ۶ ماه برای مادران گذراندن تعهدات قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان درمحل سکونت خودبرای بانوان متأهل تعویق تعهدات قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان برای مادران باردارودارای فرزندزیردوسال تا ۲سالگی فرزند
ماده ۲۸	وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نسبت به تهیه عبارات، نمادها یا تصاویر با محتوای حمایت از خانواده، مادران ایرانی و ارزشمندی تعدد فرزندان اقدام نماید و نسبت به درج مناسب موارد پیشگفت در بسته بندی محصولات و کالاهای کلیه واحدهای تولیدی، توزیعی، خدماتی، کتب، محصولات فرهنگی و مطبوعات - آگاهی بخشی به عموم مردم درخصوص وجوه مثبت و ارزشمند ازدواج، تعدد فرزندان، حمایت نقش مادری و همسر، عوارض جانبی استفاده از روش های پیشگیری از بارداری، عوارض خطرناک پزشکی، روانشناختی و فرهنگی و اجتماعی سقط عمدی جنین - ممنوعیت تولید، پخش، توزیع، اشاعه، ترویج، انتشار یا حمایت از هرگونه برنامه و محتوای آموزشی، پژوهشی، فرهنگی، سرگرمی که مغایر سیاست های کلی جمعیت باشد ممنوع است.
ماده ۳۵	الف) - فضا سازی تبلیغاتی متناسب با سیاست های جمعیتی ب) - جمع آوری محتوای مخالف فرزندآوری و مغایر سیاست های جمعیتی از فضای مجازی، سایت، کتب و .. ج) - اقدام مراکز تابعه/ پایگاه ها در راستای تبلیغ و ترغیب ازدواج به هنگام و آسان، حمایت از نقش مادری، صیانت از تحکیم خانواده، عوارض جانبی روش های پیشگیری و مقابله با محتوای مغایر سیاست های کلی جمعیت
ماده ۴۲	الف) آموزش کارکنان بهداشتی-درمانی در خصوص پیشگیری، تشخیص بهنگام افراد نابارور و در معرض ناباروری ب) وجود تعداد کافی متون آموزشی ناباروری در پایگاه/خانه بهداشت ج) ارجاع زوجین نابارور به مراکز ناباروری سطح دو و آگاهی آنها به تسهیلات حمایتی
ماده ۴۴	تحت پوشش خدمات درمان پایه بیمه ای بر اساس آزمون وسیع، کلیه مادران فاقد پوشش بیمه ای در دوران بارداری و شیردهی و کودکان تا پایان ۵ سالگی
ماده ۴۶	پرداخت فوق العاده کمک به فرزندآوری به صورت افزایش پلکانی به ازای تولد فرزند اول به بعد در جمعیت تحت پوشش به ارائه دهندگان خدمات
ماده ۴۷	توزیع و در اختیار مادران قرار گرفتن راهنمای مکتوب حفظ، مراقبت و سلامت جنین در مراکز تشخیصی، بهداشتی
ماده ۴۸	تغییر واژه "پرخطر و ناخواسته" به عبارت "مراقبت ویژه" جهت پیشگیری از هرگونه ترس و هراس از بارداری
ماده ۴۹	دسترسی کلیه زنان باردار به خدمات زایشگاهی ایمن و استاندارد، حداکثر ظرف یک ساعت با وسیله نقلیه معمول
ماده ۵۰	الف) -انجام آموزش و فرهنگ سازی برای زایمان طبیعی و آموزش فردی به مادر باردار و خانواده وی ب) -دریافت کارانه ارائه دهندگان خدمت بر حسب میزان رضایت مادران در ارائه مراقبت با کیفیت بارداری و زایمان طبیعی

ج) کاهش سالانه پنج درصد (۵٪) از میزان زایمان غیرطبیعی نسبت به نرخ کل زایمان در کشور تا رسیدن به نرخ میانگین جهانی د) ارتقای کیفیت مراقبت‌های بارداری در راستای فرزندآوری و زایمان طبیعی، مبتنی بر پرونده الکترونیک یکپارچه و برخط سلامت	
- ممنوعیت هرگونه توزیع رایگان یا یارانه‌ای اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و کار گذاشتن اقلام پیشگیری و تشویق به استفاده از آن‌ها در شبکه بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی - هرگونه ارائه داروهای جلوگیری از بارداری در داروخانه‌های سراسر کشور و شبکه بهداشت و کار گذاشتن اقلام پیشگیری، باید با تجویز پزشک باشد.	ماده ۵۱
- ممنوعیت عقیم‌سازی دائم در زنان و مردان به استثنای مواردی که بارداری برای مادر خطر جانی به همراه داشته باشد. - عقیم‌سازی زنان در مواردی که بارداری برای مادر خطر جانی دارد یا ضرر مهم همچون عوارض جمعی جدی یا حرج (مشقت شدید غیر قابل تحمل) چه در دوران بارداری چه بعد از زایمان ایجاد می‌کند و راه دیگری هم وجود نداشته باشد و دفع ضرر یا جرح پیشگفت با پیشگیری‌های موقت امکان‌پذیر نباشد، از این امر مستثنی می‌باشد.	ماده ۵۲
آشنایی و اجرای دستورعمل اصلاح روش‌های غربالگری و تشخیصی و عملکرد مورد استفاده برای مادر و جنین مینی بر ممنوعیت آموزش، مشاوره، توصیه، تشویق و یا ارجاع مادران باردار برای انجام غربالگری ناهنجاری جنین مجازات حبس، جزای نقدی، ابطال پرونده پزشکی و..... برای متخلفان (طبق ماده ۷۱ جوانی جمعیت)	ماده ۵۳
اجرای استقرار سامانه جامع سامانه ثبت اطلاعات کلیه مراجعین باروری، بارداری، سقط و دلایل آن و زایمان و نحوه آن در پایگاه/خانه بهداشت با رعایت اصول محرمانگی	ماده ۵۴
ممنوعیت سقط جنین و عواقب انجام آن شامل مجازات دیه، حبس و ابطال پروانه پزشکی و فرآیند آن	ماده ۵۶

گزاره‌های بهداشتی صحیح:

طبق ماده ۲۸ و ۳۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مبنی بر حذف نمادهای مغایر سیاست‌های کلی جمعیت و جایگزینی با عبارات موافق با سیاست‌های کلی جمعیت، در کلیه آموزش‌ها و ... عبارات صحیح زیر باید جایگزین گزاره‌های نادرست گردد:

گزاره بهداشتی (نادرست)	گزاره بهداشتی (درست)
عدم نیاز به فرزند پس از ازدواج (بی فرزندی)	هیچ چیز جای فرزند را در زندگی نمی‌گیرد
یک یا دو بچه کافی است (کم فرزندی)	فرزندان سرمایه‌های زندگی (داشتن حداقل ۳ فرزند)
ازدواج در سن بالا	ازدواج به هنگام در سنین پایین‌تر
فرزند آوری ۵ سال بعد از ازدواج	فرزند آوری در ۲ سال اول ازدواج
زنان بیوه یا مطلقه نباید ازدواج کنند	ازدواج مجدد زنان بیوه یا مطلقه حق شرعی، قانونی و انسانی آنها است و امری پسندیده و مورد تاکید دین مبین اسلام است
بارداری زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال پرخطر است	بارداری در هیچ سنی خطر ندارد، دربرخی شرایط نیازمند مراقبت

بیشتری است	
فاصله بین دو فرزند زیر ۳ سال هم باشد اشکالی ندارد	فاصله بین موالید باید بین ۳ تا ۵ سال باشد
بارداری در تمامی سنین مجاز است و بالای ۴۰ سال هم مشکلی ندارد	هیچ زنی نباید بالای ۴۰ سال باردار شود
تاخیر در بارداری احتمال ناباروری اولیه را افزایش می دهد	تأخیر در بارداری بدون مشکل است
زایمان طبیعی، زایمان برتر برای سلامت مادر و فرزندش می باشد	سزارین باید انتخابی باشد و مشکلی ندارد
روشهای پیشگیری از بارداری به ویژه روشهای طولانی مدت مخاطراتی دارد و ممکن است موجب ناباروری اولیه یا ثانویه شود	روشهای پیشگیری از بارداری بی خطر است
بارداری بدون برنامه ریزی قبلی هم اشکالی ندارد	بارداری حتما باید با برنامه ریزی باشد
سقط عمدی جنین در هر سنی از بارداری وحتى زیر ۴ ماه شرعاً حرام است	سقط عمدی جنین اگر تمیز و ایمن باشد، مشکلی ندارد

منابع

-مراقبت های ادغام یافته ازدواج، باروری سالم و فرزندآوری

-بسته آموزشی کلاس های شش ساعته هنگام ازدواج

-بسته خدمت پیشگیری، آموزش و درمان بهنگام ناباروری

سلامت مادران

تهیه کنندگان :

- محترم شهاب : کارشناس برنامه سلامت مادران ، مرکز بهداشت شهرستان سمنان
- سمانه سیاری : کارشناس سلامت خانواده شبکه بهداشت و درمان شهرستان دامغان
- ریحانه دارایی: کارشناس برنامه سلامت مادران ، مرکز بهداشت شهرستان سمنان
- فریبا جندقی : مربی مرکز آموزش بهورزی بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان

زیر نظر :

- لیلا زیودار چگینی: کارشناس سلامت مادران معاونت بهداشتی

مراقبت پیش از بارداری

هدف از مراقبت پیش از بارداری: کاهش مخاطرات شناسایی شده با استفاده از آموزش، مشاوره و مداخلات لازم است.

گروه نیازمند مراقبت های پیش از بارداری در صورت تمایل به بارداری شامل:

تمام خانم هایی که تمایل دارند، می توانند مراقبت پیش بارداری را دریافت کنند مگر در مواردی که مطابق بسته خدمت مشاوره فرزند آوری مشمول منع نسبی و مطلق بارداری می شوند.

✓ در اولین مراجعه خانم، پس از گرفتن شرح حال و ارائه مراقبت ها تو سط ماما، معاینه پز شک باید انجام شود. پز شک ضمن انجام معاینه فیزیکی، پرونده مادر(شرح حال و ارزیابی)و نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی (در صورت وجود)را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در قسمت مربوط در فرم مراقبت پیش از بارداری ثبت کند.

✓ در صورت تشخیص عارضه یا بیماری، نحوه ادامه مراقبت ها با نظر پزشک یاماما تعیین می شود و لازم است تا زمان کنترل یا بهبود عارضه، بارداری به تعویق افتد.

✓ در صورتی که خانم در زمان مراقبت پیش از بارداری، عارضه یا بیماری خاصی ندارد، انجام یک بار مراقبت در سال تا زمان بارداری ،کافی است.

✓ در موارد احتمال ناباروری، تا زمانی که فرد تمایل به باردار شدن دارد، می بایست مراقبت پیش از بارداری هر سال برای وی انجام شود ..

خانم پس از یک سال (و در سنین بالای 35 سال پس از 6 ماه) پیگیری شود و در صورت عدم بارداری، جهت بررسی مشکلات احتمالی باروری به مراکز ناباروری معرفی شود.

✓ اعتبار آزمایش پیش از بارداری یک سال است. در صورتی که طی این مدت فرد باردار شد، برای انجام آزمایش نوبت اول بارداری، باتوجه به نتایج آزمایش پیش از بارداری، نظر پزشک/ ماما و تاریخ انجام آزمایش، تصمیم گیری شود.

آزمایش های پیش از بارداری: شمارش کامل سلول های خون، قند خون ناشتا و HBSAg - TSH

نکته ۱: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در خانم و یا همسرش، مشاوره و آموزش با رویکرد نوین جهت آزمایش HIV را انجام دهید

نکته ۲: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در خانم و یا همسرش، آزمایش VDRL را درخواست کنید.

نکته ۳: تیتر آنتی بادی ضد سرخجه را در صورتی که خانم علیه سرخجه ایمن نشده باشد، درخواست کنید.

نکته ۴: آزمایش پاپ اسمیر با توجه به دستورعمل کشوری و در صورت نیاز انجام شود.

آموزش و توصیه: در مورد بهداشت فردی - سلامت روان - سلامت جنسی - بهداشت دهان و دندان - تغذیه و مکمل های غذایی، دخانیات، الکل و مواد - زمان مناسب جهت باردار شدن آموزش داده شود.

ایمن سازی:

✓ واکسن توأم: طبق دستورعمل کشوری واکسیناسیون تزریق کنید.

✓ واکسن سرخجه: به علت خطر ابتلا به سرخجه در دوران بارداری و سندرم سرخجه مادرزادی، توصیه می شود در خانم هایی که قصد باردار شدن دارند و سابقه دریافت واکسن سرخجه، MMR- MR را ذکر نمی کنند، تیتر آنتی بادی ضد سرخجه ارزیابی شود و در صورت پایین بودن (با توجه به معیار آزمایشگاهی)، واکسن سرخجه تجویز شود .

بعد از تزریق واکسن، بهتر است خانم حداقل تا یک ماه از یک روش مؤثر پیشگیری از بارداری استفاده کند ولی اگر در این زمان فرد باردار شد، تزریق واکسن سرخجه اندیکاسیونی برای ختم بارداری نیست.

به خانم یادآور شوید با قطع قاعدگی مراجعه کند تا در صورت تشخیص بارداری، مراقبت دوران بارداری از هفته ۶ تا ۱۰ بارداری (اولین ملاقات) شروع شود .

تشخیص بارداری می تواند با آزمایش ادرار، خون و یا سونوگرافی باشد

رفتار پر خطر: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده

علائم حیاتی:

فشار خون بالا: میانگین دو بار اندازه گیری فشارخون به فاصله 5 دقیقه، 90/140 میلیمتر جیوه و بالاتر باشد.

نکته: فشار خون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود..

دمای بدن: دمای بدن به میزان 38 درجه سانتیگراد یا بالاتر تب گویند.

نکته: درجه حرارت بدن را از راه دهان (به مدت 1 تا 3 دقیقه اندازه گیری کنید). 15 دقیقه قبل نوشیدنی گرم یا سرد میل نکرده باشد.

نبض: تعداد طبیعی نبض، 60 تا 100 بار در دقیقه

تنفس: تعداد طبیعی تنفس، 16 تا 20 بار در دقیقه

فاصله مناسب دو بارداری: بعد از یک بار سقط و مرده زایی: هر زمانی که از نظر روحی فرد آمادگی لازم برای بارداری را دارد.

نکته ۱: با توجه به اهمیت مشاوره قبل از بارداری، در مراقبت های دوم و سوم پس از زایمان از مادر در مورد تمایل وی به بارداری بعدی و زمان آن سوال شود و پیگیری های لازم برای حضور ایشان در مراقبت پیش از بارداری انجام شود.

مشاوره ژنتیک: در موارد سابقه اختلال یا بیماری های ژنتیکی، مشاوره ژنتیک انجام شود.

مکمل های دارویی: مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک/ یدوفولیک (ترجیح ۱ ماه قبل از بارداری) تجویز گردد.

****نکته:** در کسانی که مبتلا به هیپرتیروئیدی هستند مکمل حاوی ید توصیه نمی شود. مصرف آن در سایر بیماری های تیروئید منعی ندارد.

معاینه دهان و دندان: دهان و دندان از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه بررسی شود.

معاینه فیزیکی: در مراجعه، خانم به شرح زیر معاینه می شود:

بررسی اسکلرا از نظر زردی و ملتحمه چشم از نظر کم خونی

بررسی پوست از نظر بثورات

لمس قوام و اندازه غده تیروئید و بررسی ندول های تیروئید حتما توسط پزشک انجام شود.

سمع قلب و ریه از نظر وجود سوفل ها، آریتمی، ویزینگ، رال حتما توسط پزشک انجام شود.

معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر اندازه و قرینگی، تغییرات پوستی، وجود توده (محل، قوام، اندازه، چسبندگی) و خروج هر نوع ترشح از پستان خونی، چرکی (این معاینه مطابق دستور عمل کشوری و بسته خدمت میانسالان و ترجیحا توسط ماما یا پزشک عمومی زن انجام شود.

بررسی اندامهای تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی

وضعیت ظاهری لگن از نظر تغییر شکل‌های محسوس مانند راشیتیس، فلج بودن و یا اسکلیوزیس بررسی می شود.

اندام تناسلی به منظور بررسی عفونت، توده، وضعیت رحم و ضمام آن وضعیت ناحیه تناسلی از نظر هرپس و یا سایر ضایعات. معاینه واژینال (توسط ماما یا پزشک عمومی زن) انجام می شود.

در صورت وجود شکایاتی مانند آمنوره، هیپو منوره یا درد های دوره ای لگن در سن بلوغ، طولانی شدن مدت زمان قاعدگی و یافته های غیر طبیعی در تصویر برداری موجود و ... می تواند احتمال ناهنجاری دستگاه تناسلی را مطرح کند.

نمایه توده بدنی (BMI): با استفاده از میزان وزن و قد، نمایه توده بدنی را از روی نمودار نوموگرام محاسبه کنید. نمایه توده بدنی، وزن (کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (متر) است.

غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر و محرک:

درباره مصرف طول عمر و سه ماه اخیر موارد زیر پرسیده می شود: انواع تنباکو / داروهای مخدر / آپئوئیدی / داروهای آرامبخش یا خواب آور / الکل / مواد مخدر افیونی غیرقانونی / حشیش / محرکهای آمفتامینی .

منظور از مصرف طول عمر داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف، مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی و یا با مقادیر و طول مدت بیش از آن چه پزشک تجویز نموده، است .

دود دست دوم: دود حاصل از استعمال دخانیات توسط افراد مصرف کننده که توسط افراد غیرمصرف کننده استنشاق می شود

دود دست سوم: ذرات سمی ناشی از مصرف دخانیات است که بر روی قسمت های مختلف وسایل و سطوح موجود در منزل، خودرو، پوست، مو و لباس افراد مینشیند، که افراد غیرمصرف کننده در تماس با آن قرار می گیرند.

خشونت جنسی: هر رفتار یا عمل جنسی که بدون رضایت و موافقت همسر باشد.

* مدت اعتبار مشاوره پیش از بارداری یک سال است.

راهنمای مراقبت پیش از بارداری :

در صورت وجود اختلال ژنتیکی در یکی از والدین یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک (زوجین) پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند، بیماری تکرارشونده در بستگان: ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جهت تایید و اقدام مطابق دستور عمل

در صورت سابقه NTD در نوزاد/ نوزادان قبلی: تجویز مصرف روزانه ۴ میلی گرم اسید فولیک ۳ ماه پیش از بارداری تا سه ماه اول بارداری

در صورت سابقه افکار آسیب به خود در ماه گذشته یا موارد قابل مدیریت توسط خانواده یا پزشک: ارجاع غیر فوری به روانپزشک

در صورت BMI کمتر از 18/5: توصیه تغذیه ای، ارجاع به پزشک و پیگیری پس از دو هفته

در صورت نمایه توده بدنی بین 25 و 29: توصیه تغذیه

در صورت نمایه توده بدنی مساوی یا بیشتر از 30: ارائه توصیه تغذیه / ارجاع به پزشک

مشکلات دهان و دندان: ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک/ آموزش بهداشت دهان و دندان سابقه مول کمتر از یک سال / سابقه دو بار سقط متوالی یا بیشتر/ تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی/ مرگ نوزاد/ حاملگی نابجا: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و مشاوره ژنتیک با توجه به نظر متخصص زنان

ناهنجاری های احتمالی دستگاه تناسلی: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

مصرف فعال مواد مخدر و محرک (افیونی، آمفتامینی، داروهای رول پزشکی، آرامبخش و خواب آور) در مادر و یا همسرو سابقه سوءرفتار با کودک یا فروش کودک:

توصیه به استفاده از یک روش مطمئن پیشگیری از بارداری تا زمان تثبیت / درمان اختلال مصرف مواد و سلامت روانی، اجتماعی/ ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار و در صورت نبود ارجاع به پزشک جهت دریافت حمایت های روانی، اجتماعی/ مصرف فعال مواد مخدر و محرک در مادر و یا همسرو سابقه سوءرفتار با کودک یا فروش کودک

✓ در موارد مصرف دخانیات، حتما مادر را تشویق به ترک مصرف دخانیات نموده و سپس برای درمان به پزشک ارجاع شود
✓ پس از تشخیص اختلال مصرف مواد مخدر و محرک، الکل و دخانیات توسط پزشک و ارجاع مادر باردار به مراکز درمان تخصصی لازم است پیگیری بیمار طبق دستورعمل توسط کارشناس مراقب ماما در 5 نوبت در فواصل 1 هفته، 1 ماه، 3 ماه، 6 ماه و 12 ماه بعد از ارجاع بیمار جهت اطمینان از دریافت خدمات درمانی انجام و ثبت شود.

سابقه بیماری:

آسم: ارجاع به پزشک مرکز - اقدام پزشک: ارزیابی عملکرد ریه و شدت بیماری و اجازه به بارداری در صورت تثبیت وضعیت فرد

آنمی فقر آهن: ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی مناسب

- ✓ در صورت هموگلوبین کمتر از 12، فریتین اندازه گیری شده اگر کمتر از 30 باشد: توصیه به مصرف روزانه 3 عدد قرص فروس سولفات و 1 میلی گرم قرص اسید فولیک به مدت 4 هفته، سپس ارزیابی مجدد فریتین و در صورت عدم اصلاح فریتین: ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی
- ✓ اگر فریتین 30 یا بالاتر باشد: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
- ✓ آنمی داسی شکل: ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز

اختلال انعقادی/بیماری بافت همبند لوپوس/ آرتریت روماتوئید / کم کاری تیروئید: ارجاع به متخصص داخلی

- نکته ۱: در صورت ابتلا به لوپوس کنترل بیماری کنترل بیماری حداقل 6 ماه قبل از باردار شدن
- نکته ۲: در صورت ابتلا به بیماری پرکاری تیروئید: ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی - غدد

بیماری قلبی: ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز

- اقدام پزشک: ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب و ارزیابی از نظر امکان بارداری، تاکید بر ممنوعیت بارداری در موارد سندرم مارفان، آیزن منگر یا کلاس 3 و 4 قلبی، تزریق واکسن پنوموکوک (در این صورت بهتر است 1 ماه بارداری به تعویق بیافتد، تاکید به دریافت منظم مراقبت های بارداری
- بیماری گوارشی: مجاز بودن مصرف آنتی اسید و داروهای 2H بلوکر، در صورت تشدید علائم یا بروز عوارض جانبی مانند خونریزی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی

در صورت جراحی معده: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی

بیماری مزمن کلیه (3 ماه طول کشیده باشد): ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز

- اقدام پزشک: کنترل میزان فشارخون و پروتئین ادرار/ در صورت اختلال شدید عملکرد کلیه و نیاز به دیالیز: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی پیوند کلیه: ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز

تالاسمی مینور: تجویز اسید فولیک و بررسی همسر از نظر تالاسمی در صورتی که زوجین تحت مراقبت ژنتیک تالاسمی نیستند.

در صورت MCH کمتر از 80 و یا MCV کمتر از 27 همسر: ارجاع غیر فوری به پزشک

ترومبوفیلی شناخته شده: ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی جهت ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و شروع دارو در صورت نیاز

- دیابت: گرفتن شرح حال بیماری و مدت و نوع درمان /توصیه به تاخیر بارداری تا طبیعی شدن قند خون و هموگلوبین A1C (کمتر از ۶/۵) و قند دوساعت بعد از غذا کمتر از (۱۵۵ gr/dl) تاکید به مصرف اسید فولیک به میزان 1 میلی گرم در روز از 1 ماه قبل از بارداری تا سه ماه اول بارداری/ آموزش جهت: کنترل دقیق قند خون، کنترل وزن، برنامه ی غذایی، ورزش و فعالیتهای بدنی، ترک مصرف دخانیات/توصیه به مصرف داروهای تجویز شده/ ارجاع به پزشک مرکز

سرطان پستان: -ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی / به تاخیر انداختن بارداری تا 2 سال پس از

تکمیل درمان سل ، صرع ، فشار خون مزمن: ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز

فنیل کتونوری: ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره ژنتیک و متخصص داخلی - غدد

مالتیپل اسکروزیس: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی - اعصاب / تاکید به تثبیت وضعیت فرد حداقل 3 ماه قبل از اقدام به

بارداری هپاتیت: توصیه به ایمن سازی خانواده / ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا عفونی تفسیر نتایج آزمایش های پیش از

بارداری

نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
فقد خون ناشتا مساوی یا بیشتر از 126 میلی گرم در دسی لیتر	دیابت آشکار	تکرار آزمایش یک هفته بعد و در صورت بالا بودن میزان فقد خون: ارجاع به پزشک
فقد خون ناشتا 125 - 100 میلی گرم در دسی لیتر	پره دیابت	- توصیه به تغذیه متناسب و افزایش فعالیت بدنی - تکرار آزمایش یک ماه بعد
هموگلوبین کمتر از 12 گرم درصد پلاکت غیر طبیعی (کمتر از 100000) MCV کمتر از 80 یا MCH کمتر از 27	انمی فقر آهن، انمی داسی شکل، تالاسمی، لوپوس، ترومبوسیتوپتی	- بررسی علت و درمان بر حسب نوع انمی - بررسی همسر از نظر تالاسمی (در صورتی که زوجین تحت مراقبت ژنتیک تالاسمی نیستند)، و در صورت MCV کمتر از 80 و یا MCH کمتر از 27 همسر: ارجاع غیر فوری به پزشک مشاوره ژنتیک پلاکت غیر طبیعی: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
TSH بیشتر از 3.9 $\mu\text{U/ml}$	کم کاری تیروئید	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
TSH کمتر از 0.2 $\mu\text{U/ml}$	پرکاری تیروئید	
VDRL مثبت	بیماری مقاربتی احتمال مثبت کاذب: بیماری های کلاژن، عفونت متوئوکلدوز، سن یا لامالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر افیونی جذام، بارداری	انجام تست FTA- ABS و در صورت مثبت بودن ارجاع به پزشک: - تزریق عضلانی بتزاتین پتی سیلین 2400000 واحد یک نوبت (دو تزریق جداگانه در دو محل مختلف) یا پتی سیلین پروکائین 1200000 واحد به مدت 10 روز متوالی - درمان همسر
HIV مثبت	آلودگی به ویروس ایدز	ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر	شک به ابتلا به ویروس ایدز	تکرار آزمایش 3 ماه بعد
HBsAg مثبت	هپاتیت ب	- بررسی اعضای خانواده از نظر ابتلا به بیماری یا حامل ویروس بودن و در صورت منفی بودن HBsAg توصیه به ایمن سازی خانواده - ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی
پاپ اسمیر غیر طبیعی	سروسیت یا کانسر	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
پاسخ غیر انمی باکی ضد سرخجه (با توجه به محدوده ناتوانی)	نتیجه منفی: عدم ایمنی علیه سرخجه نتیجه مثبت: ایمنی علیه سرخجه	- در صورت منفی بودن نتیجه: تزریق واکسن سرخجه در صورت تمایل خانم و یا تأکید بر رعایت فاصله گذاری برای باردار شدن

تعاریف:

تعداد بارداری: تعداد بارداری ها بدون در نظر گرفتن نتایج آن (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس، زایمان به موقع، زایمان دیررس چند قلوئی). بارداری فعلی مادر نیز محاسبه می شود.

تعداد زایمان: بر اساس تعداد حاملگی ها از هفته 22 و بیشتر، بدون در نظر گرفتن تعداد جنین های متولد شده محاسبه می شود. یعنی یک زایمان تک قلو یا چند قلو، زنده یا مرده در تعداد زایمان تغییری بوجود نمی آورد.

سقط: خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته 22 بارداری، یعنی تا 21 هفته و 6 روز

سقط مکرر: سقط متوالی 2 بار یا بیشتر

زایمان: تولد نوزاد پس از شروع هفته 22 بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی بعد از 21 هفته و 6 روز

- ✓ **زایمان زودرس:** تولد نوزاد قبل از 37 هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی تا 36 هفته و 6 روز
- ✓ **زایمان دیررس:** تولد نوزاد پس از 41 هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از 40 هفته و 6 روز
- ✓ **زایمان سخت:** زایمانی که طولانی بوده و یا به وسیله ابزار (فورسپس یا واکيوم) و یا با خروج سخت شانه ها انجام شده باشد.
- ✓ **زایمان سریع:** زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی 3 ساعت یا کمتر انجام شده باشد.

مرده زایی: مرگ جنین بعد از شروع هفته 22 بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جدا شدن از مادر نفس نمی کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان نمی دهد.

مرگ نوزاد: مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا 28 روز کامل پس از تولد.

دوره پری ناتال: از شروع هفته 22 بارداری تا انتهای روز 28 پس از تولد است

تشکیل پرونده بارداری و شرح حال :

در اولین ملاقات، قبل از انجام مراقبت ها، شرح حال و سوابق بارداری و زایمان مادر را تکمیل می گردد .

شرح حال شامل:

تاریخچه اجتماعی: سن زیر 18 و بالای 35 سال، مصرف مواد مخدر و محرک، الکل و دخانیات، رفتارهای پرخطر، همسرآزاری، شغل سخت و سنگین

تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، بارداری پنجم و بالاتر و سوابق بارداری و زایمان قبلی

تاریخچه پزشکی: ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماری های زمینه ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV / ایدز، هیپاتیت، اختلال انعقادی، سابقه سرطان پستان در خانم های بالای 30 سال و یا سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ (ناهنجاری دستگاه تناسلی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، تالاسمی در خانم و یا همسرش، اختلال ژنتیکی در خانم یا همسرش و یا وجود ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)

مراقبت های بارداری

مراقبت های معمول بارداری 8 بار می باشد (2 ملاقات در نیمه اول و 6 ملاقات در نیمه دوم)

اولین ملاقات بارداری: هر مادری در هر سنی از بارداری که مراجعه کند، ابتدا می بایست اقدامات مربوط به اولین مراقبت بارداری برای وی انجام شود. سپس متناسب با سن بارداری، مراقبت های نیمه اول یا دوم بارداری ارائه گردد. در این ملاقات تشکیل پرونده، گرفتن شرح حال و معاینه مادر انجام و نتایج پس از بررسی ها ثبت می شود. اولین ملاقات مادر باید در هفته 6 تا 10 بارداری، صورت گیرد.

مراقبت های نیمه اول و دوم بارداری: در نیمه اول بارداری (20 هفته اول) دو مراقبت در هفته های 10-6 و 20-16 و در نیمه دوم در هفته های 30-24، 34-31، 37-34، 38، 39 و 40 باید انجام شود.

اقداماتی که در این ملاقات ها در صورت نبود علائم خطر فوری انجام می شود شامل: بررسی عوارض بارداری، بررسی نحوه تغذیه مادر، اندازه گیری علائم حیاتی، ارتفاع رحم و صدای قلب جنین، معاینه اعضا بدن و تجویز مکمل ها، درخواست آزمایش یا سونوگرافی و ارائه آموزش های لازم است. سپس اقدام بعدی بر اساس نتایج ارزیابی و آزمایش ها انجام می شود.

در اولین مراجعه مادر باردار، پس از ارائه مراقبت ها توسط ماما، معاینه پزشک باید انجام شود.

سه ماهه اول بارداری را تا پایان هفته 14 بارداری، سه ماهه دوم را از هفته 15 تا پایان هفته 28 بارداری و سه ماهه سوم را از هفته 29 تا زمان زایمان در نظر گرفته می شود.

هر زمان که مشکلات دهان و دندان در مادر مشاهده شد، لازم است به دندان پزشک یا بهداشتکار دهان و دندان ارجاع داده شود.

مفهوم رنگ ها در بوکلت سلامت مادران

در چارت های ارایه خدمت از سه رنگ قرمز، زرد، سبز استفاده شده است.

رنگ قرمز نشان دهنده شرایط خطرناکی است که جان مادر و جنین/ نوزاد را تهدید می کند و اقدام مناسب این رنگ ارجاع فوری یا اعزام (بلافاصله) است. در موارد اعزام، ارائه دهنده خدمت موظف است مادر و یا نوزاد را ضمن اقدامات اولیه حین اعزام، سریعاً با آمبولانس به سطح بالاتر انتقال دهد. در صورت ارجاع فوری از مادر بخواهید بلافاصله به نزدیک ترین مرکز مجهز درمانی مراجعه کند.

نکته 1: در برخی مواقع ممکن است همراهی مامای مرکز الزامی باشد.

نکته 2: در موارد ارجاع فوری و یا اعزام لازم است وضعیت مادر به رابط سلامت مادران اعلام گردد.

رنگ زرد نشان دهنده نیاز مادر و یا نوزاد به اقدام خاص است. مادر باید بر حسب نوع عارضه در 48 ساعت اول پس از مراجعه

(ارجاع در اولین فرصت) و یا حداکثر طی یک هفته (ارجاع غیر فوری) توسط سطوح تخصصی بررسی و نتیجه آن مشخص گردد. **رنگ سبز** نشان دهنده امکان ارایه خدمت بدون نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر و اقدام خاصی است.

پیگیری حداکثر تا 24 ساعت	اعزام با ارجاع فوری
پیگیری از 48 تا 72 ساعت	ارجاع در اولین فرصت
پس از یک هفته	ارجاع غیر فوری

تعیین نمایه توده بدنی و ارزیابی الگوی

تغذیه

با استفاده از میزان وزن و قد، نمایه توده بدنی را از روی نمودار نوموگرام محاسبه کنید.

روش محاسبه آن: وزن (کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (سانتی متر)

نکته 1: نمایه توده بدنی پیش از بارداری اهمیت دارد ولی در صورتی که مادر مراقبت پیش از بارداری انجام نداده است، تعیین نمایه توده بدنی در 12 هفته اول بارداری نیز اعتبار دارد.

نکته 2: در صورتی که به دلیل تهوع و استفراغ شدید بارداری، مادر به طور واضح کاهش وزن دارد و یا تفاوت وزن پیش از بارداری با وزن فعلی اختلاف فاحش دارد، ملاک وزن برای محاسبه نمایه توده بدنی، وزن مادر در 12 هفته اول بارداری است.

وزن: در هر ملاقات، وزن مادر را اندازه گیری و با وزن قبلی مقایسه کنید. سپس وزن گیری مادر را با توجه به سن بارداری بر اساس «جدول وزن گیری» تعیین کنید. به طور طبیعی میزان افزایش وزن مادر در طول بارداری با توجه به نمایه توده بدنی طبیعی، 11/5 تا 16 کیلوگرم است.

نکته: افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته، افزایش وزن ناگهانی است.

محدوده مجاز افزایش وزن در بارداری تک قلو

محدوده مجاز افزایش وزن در بارداری (Kg)	وضعیت تغذیه	BMI
۱۲/۵-۱۸	کم وزن	کمتر از ۱۸/۵
۱۱/۵-۱۶	طبیعی	۱۸/۵-۲۴/۹
۷-۱۱/۵	اضافه وزن	۲۵-۲۹/۹
۵-۹	چاق	بیشتر و مساوی ۳۰

✓ پس از محاسبه نمایه توده بدنی، در ابتدای بارداری الگوی تغذیه ای مادر و گروه های غذایی مورد مصرف وی، ارزیابی و نکات مورد نیاز بر حسب امتیاز کسب شده به وی آموزش داده می شود.

✓ آنچه در تغذیه مادر باردار اهمیت دارد، تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی است.

✓ بهترین راه، استفاده از همه گروه های اصلی غذایی یعنی گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات، گروه گوشت، تخم مرغ و گروه حبوبات و مغزداانه هاست.

راهنمای وزن گیری مادر باردار:

وزن پیش از بارداری مهم ترین شاخص تعیین نمایه توده بدنی مادر است و در صورت ثبت نشدن آن وزن تا سه ماه قبل از بارداری را هم می توان به عنوان وزن پیش از بارداری ملاک عمل قرار داد.

میزان وزن گیری مادری که در سه ماه ی اول بارداری (هفته 2-12) مراجعه میکند:

✓ بهترین معیار تعیین محدوده ی وزن گیری مناسب مادران در بارداری، استفاده از نمایه ی توده ی بدنی (BMI) بر پایه ی وزن قبل از بارداری است. اگر وزن پیش از بارداری ثبت نشده باشد، وزن مادر باردار در اولین مراجعه (طی ۱۲ هفته اول بارداری) به عنوان وزن ابتدای بارداری در نظر گرفته میشود؛ به شرط این که در اثر تهوع و استفراغ بارداری کاهش وزن شدیدی نداشته باشد. سپس با استفاده از محاسبه یا نومیوگرام، وضعیت تغذیه ی مادر بر اساس نمایه ی توده ی بدنی BMI تعیین میگردد و بر مبنای آن محدوده ی افزایش وزن مطلوب فرد مشخص میشود.

میزان وزن گیری مادری که در هفته های 13 تا 25 بارداری مراجعه می کند:

- ✓ در صورتی که اولین مراجعه مادر در هفته های 13 تا 25 بارداری باشد و وزن قبل از بارداری و یا وزن سه ماهه اول بارداری ثبت نشده باشد، اقدامات زیر باید انجام شود:
- ✓ با استفاده از جدول شماره 5 میزان افزایش وزن مادر در این بارداری را از وزن فعلی او کم کرده، سپس نمایه ی توده ی بدنی او را محاسبه می کنیم. این مادران جهت کنترل بهتر وزن باید حداقل دو مرتبه دیگر و به فاصله یک ماه مراجعه نمایند. در صورت نیاز ضروری است این مادران به کارشناس تغذیه یا متخصص زنان ارجاع داده شوند.

میزان وزن گیری مادری که در سه ماهه ی سوم بارداری مراجعه می کند:

- ✓ مادر بارداری که اولین مراجعه او در سه ماهه سوم بارداری بوده و وزن قبل از بارداری، یا وزن سه ماهه اول بارداری وی ثبت نشده باشد، باید برای تعیین میزان افزایش وزن مناسب به کارشناس تغذیه یا متخصص زنان ارجاع داده شود.

میزان افزایش وزن مادر در هفته های 13 تا 25 بارداری

هفته بارداری	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵
میزان افزایش وزن از ابتدای بارداری بر حسب کیلوگرم	۱	۱/۴	۱/۸	۲/۲	۲/۶	۳	۳/۴	۳/۸	۴/۲	۴/۶	۵	۵/۴	۵/۸

علائم حیاتی

در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید:

در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحاً فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. در صورتی فشارخون بالا اطلاق می شود که میانگین دو بار اندازه گیری فشارخون به فاصله 5 دقیقه، 140/90 میلیمتر جیوه و بالاتر باشد.

نکته: باید معاینه شونده رعایت کند:

- ✓ قبل از اندازه گیری فشارخون فرد 10-5 دقیقه استراحت کند.
 - ✓ پاها را بر روی زمین یا یک سطح محکم بگذارد. در یک وضعیت آرام بنشیند. دست ها و پاها را روی هم قرار ندهد
 - ✓ بازوی دست فرد باید طوری قرار گیرد که تکیه گاه داشته باشد و به طور افقی و هم سطح قلب باشد.
 - ✓ 30 دقیقه قبل از گرفتن فشارخون کافئین، الکل و دخانیات مصرف نکرده باشد.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت 3-1 دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان 38 درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است .

نکته: قبل از اندازه گیری درجه حرارت مطمئن شود که مادر تا 15 دقیقه قبل نوشیدنی گرم یا سرد میل نکرده باشد. زبان روی حرارت سنج قرار گرفته باشد.

تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، 60 تا 100 بار در دقیقه است.

تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، 16 تا 20 بار در دقیقه است.

معاینات

در هر ملاقات موارد زیر را بررسی و در فرم مراقبت ثبت کنید:

چشم: در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کنید. کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و یا کف دست، «رنگ پریدگی شدید» است.

پوست: در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسی کنید. ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب، خارش، خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی

اندام ها: ساق پا و ران ها را از نظر وجود ادم، سردی یا کبودی اندام بررسی کنید.

دهان و دندان: در ملاقات اول، دوم و سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه بررسی شود. درمان بیماری های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.

در اولین ملاقات مادر به شرح زیر **معاینه** می شود:

بررسی اسکلازا از نظر زردی و ملتحمه چشم از نظر کم خونی

بررسی پوست از نظر وجود بثورات

لمس قوام و اندازه غده تیروئید و بررسی وجود ندول های تیروئید (حتما توسط پزشک انجام شود)

سمع قلب و ریه از نظر سوفل ها، آریتمی، ویزینگ، رال (حتما توسط پزشک انجام شود)

معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر (اندازه و قرینگی، تغییرات پوستی، وجود توده) محل، قوام، اندازه، چسبندگی (و خروج هر نوع ترشح از پستان خونی، چرکی). این معاینه مطابق دستورعمل کشوری و بسته خدمت میانسالان و ترجیحا توسط ماما یا پزشک عمومی زن انجام شود.

بررسی اندام های تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی، رنگ عضو

آزمایشات معمول بارداری

اولین ملاقات بارداری: گروه خونی و اره‌اش، شمارش کامل سلول‌های خون، قند خون ناشتا، کشت و کامل ادرار، BUN، Creatinin، HIV، HBsAg و VDRL درخواست شود.

ملاقات سوم بارداری: بهتر است در هفته 28-24 انجام شود (شمارش کامل سلول‌های خون، قند خون ناشتا و OGTT و کامل ادرار را درخواست کنید).

نکته 1: در صورتی که قند خون ناشتا در اولین آزمایش مساوی یا بیشتر از 126 بوده است، نیاز به انجام OGTT نیست.
نکته 2: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پرخطر در زن باردار و یا همسرش، علاوه بر نوبت اول آزمایش HIV، نوبت دوم در ملاقات هفته 34-31 بارداری انجام می‌شود.

نکته 3: نوبت اول کومبیس غیرمستقیم را در مادر اره‌اش منفی در هر زمانی پس از اطلاع از مثبت بودن اره‌اش همسر درخواست کنید.

نوبت دوم این آزمایش در هفته‌های 24 تا 30 بارداری است.

نکته 4: در صورتی که خانم در مراقبت پیش از بارداری آزمایش TSH را انجام نداده است در اولین ملاقات TSH اندازه‌گیری شود. اعتبار آزمایش‌های پیش از باردای در صورت طبیعی بودن یک سال است.

نکته 5: در صورت انجام آزمایش HbsAg پیش از بارداری، نیاز به تکرار آن در بارداری نیست.

زمان انجام سونوگرافی

به طور معمول در هفته 16 تا 18 (از شروع هفته 16 تا قبل از پایان هفته 18 بارداری) و در هفته‌های 31 تا 34 بارداری، سونوگرافی درخواست می‌شود.

سونوگرافی هفته‌های 16 تا 18 بارداری به منظور بررسی تعداد جنین، محل جفت، سن بارداری، اندازه‌های جنینی و بررسی سلامت ظاهری جنین و سونوگرافی هفته‌های 31 تا 34 بارداری به منظور بررسی وضعیت رشد جنین، میزان مایع آمنیوتیک، نمایش جنین، محل جفت و اختلالات جفتی درخواست می‌شود.

غربالگری ناهنجاری جنین

این غربالگری شامل آزمایش خون و سونوگرافی است. مطابق دستور عمل کشوری وزارت بهداشت و به درخواست والدین و کاملاً اختیاری در هفته 13-11 بارداری و در صورت نیاز در هفته 17-15 بارداری انجام می‌شود. با این روش برخی ناهنجاری‌های کروموزومی مانند تریزومی 13، 18 و 21 در جنین شناسایی می‌شود.

تعیین سن بارداری

با توجه به تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی و اندازه‌گیری منظم ارتفاع رحم، سن بارداری را تخمین بزنید.

نکته: برای تعیین سن دقیق حاملگی، در صورتی که تا هفته 14 بارداری سونوگرافی انجام شود با توجه به خطای 3 تا 5 روز، گزارش سونوگرافی ملاک تعیین سن بارداری است.

آموزش و توصیه

طی ملاقات ها متناسب با هفته های بارداری موارد زیر را به مادر آموزش دهید:

بهداشت فردی (استحمام، استراحت، مسافرت، کار، ورزش، پوشیدن لباس مناسب، مصرف دارو) .. ،

سلامت روان (تغییرات خلق و خو، روحیات، مسئولیت پذیری همسر، آمادگی لازم برای والدین شدن و ارتباط افراد خانواده) - سلامت جنسی روابط جنسی و نکات آن و رفتارهای پر خطر با تاکید بر راه های انتقال ویروس - بهداشت دهان و دندان (مراقبت از دندان ها، استفاده از نخ دندان و ترمیم دندان ها) - تغذیه و مکمل های دارویی گروه های اصلی غذایی، رعایت تنوع و تعادل در مواد غذایی، مصرف مکمل های دارویی - دخانیات، مواد مخدر و محرک و الکل، عدم مصرف و ترک آن و مضرات مصرف آن برای مادر و جنین، آموزش درباره شیردهی همزمان با مصرف مواد مخدر و محرک یا دریافت درمان دارویی

شکایت های شایع: حساس شدن پستان ها، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش ترشحات مهلبلی، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ... (علائم خطر) لکه بینی، خونریزی، آبریزش، تاری دید، درد سر دل، تنگی نفس، سردرد و ...)

اهمیت شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان

فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان مراقبت از نوزاد، غربالگری و علائم خطر نوزادی، اصول شیردهی مراجعه برای دریافت مراقبت های پس از زایمان مراجعه برای دریافت مراقبتهای بارداری

نکته: در هر ملاقات، علائم خطر را گوشزد کنید و مطمئن شوید که مادر این علائم را فرا گرفته است.

علائم خطر در بارداری

این علائم را جهت مراجعه سریع مادر به مراکز بهداشتی درمانی به وی آموزش دهید:

لکه بینی یا خونریزی، کاهش یا نداشتن حرکت جنین، آبریزش، سردرد و تاری دید، تب و لرز، درد شکم و پهلو و یا درد سردل، سوزش یا درد هنگام ادرار کردن، تنگی نفس و تپش قلب، ورم اندام ها، استفراغ شدید و مداوم، عفونت و درد شدید دندان و افزایش ناگهانی وزن (بیش از یک کیلوگرم در هفته)

ارزیابی علائم خطر فوری

در هر ملاقات، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری **تشنج، اختلال هوشیاری، شوک** بررسی کنید.

شکایات شایع در بارداری

نیمه اول: شامل دردناک و حساس شدن پستان ها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، افزایش ترشحات مهبل، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ویار

نیمه دوم: شامل پررنگ شدن پوست نقاطی از بدن مانند هاله پستانها و ناف، یبوست، نفخ، افزایش ترشحات مهبل، کمردرد، سوزش سردل و تکرر ادرار است.

این حالات برای مادر مضر نبوده و صرفاً به علت سازگاری بدن با تغییرات بارداری است و متناسب با هر شکایت، به مادر توصیه کنید .

اندازه گیری ارتفاع رحم

در هر ملاقات از هفته 16 بارداری با انجام مانورهای لئوپولد، قله رحم را تعیین و ارتفاع رحم را اندازه گیری کنید و با سن بارداری مطابقت دهید. از خالی بودن مثانه مطمئن شوید .

- ✓ در هفته 16 بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف
- ✓ و در هفته 20 بارداری، در حدود ناف
- ✓ از هفته 20 تا 34 بارداری با استفاده از نوار متری، ارتفاع رحم (فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) برحسب سانتیمتر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد.
- ✓ در هفته 32 تا 36 بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می شود.
- ✓ در هفته های 36 تا 40 در زیر استخوان جناغ

کنترل صدای قلب جنین

با انجام مانورهای لئوپولد، محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید. از هفته 28 بارداری به بعد، در هر ملاقات به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید. تعداد طبیعی ضربان قلب 110 تا 160 بار در دقیقه است. قبل از هفته 28 بارداری شنیده شدن صدای قلب جنین کفایت می کند.

کنترل حرکت جنین

معمو لا اولین حرکت جنین توسط مادر در هفته های 16 تا 20 احساس می شود و این زمان می تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد. سوال در مورد حرکت جنین از هفته 24 بارداری است. تکامل حرکات عمومی بدن جنین 20 تا 30 هفته است و بلوغ حرکات تا هفته 36 بارداری ادامه می یابد. پس از آن حرکات جنین کمتر می شود. بهتر است از مادر بخواهید در این هفته ها تعداد حرکات جنین خود را در یک ساعت شمارش کند تا الگویی از حرکات وی بدست آورد.

نکته: تعداد مطلوب حرکات جنین و زمان بهینه برای شمارش آن مشخص نشده است. در یک روش احساس 10 حرکت در 2 ساعت طبیعی است و در یک روش الگوی حرکت جنین که توسط مادر بدست آمده است ملاک است. اگر این تعداد معادل یا بیشتر از شمارش پایه قبلی است، اطمینان بخش است. کاهش حرکت جنین بنا به اظهار مادر از هفته 28 بارداری اهمیت دارد.

مکمل های دارویی در بارداری

اسید فولیک / یدوفولیک: از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه 400 میکروگرم اسید فولیک یا یدوفولیک تجویز شود.

نکته: در کسانی که مبتلا به هیپر تیروئیدی هستند مکمل حاوی ید توصیه نمی شود. مصرف آن در سایر بیماری های تیروئید منعی ندارد.

آهن: از شروع هفته 16 بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن حاوی 30 تا 60 میلی گرم آهن المنتال (با توجه به داروهای موجود در کشور) تجویز شود.

مولتی ویتامین مینرال: از شروع هفته 16 بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تجویز شود.

نکته: در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای 400 میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته 16 تا پایان بارداری نیست

ویتامین د: از ابتدا تا پایان بارداری روزانه 1000 واحد ویتامین د تجویز شود

ایمن سازی

ایمن سازی را طبق دستورعمل کشوری واکسیناسیون انجام دهید.

واکسن توأم: بهترین زمان برای تزریق واکسن توأم در مادر باردار که ایمن سازی کامل ندارد از هفته 27 تا 36 بارداری) 4 هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان (است. اگر به هر دلیل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت ها به تاخیر افتاد، بهتر است تزریق واکسن حداقل دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان باشد.

آنفلوانزا: به خانم هایی که در فصل شیوع آنفلوانزا باردار هستند، توصیه می شود واکسن غیر فعال آنفلوانزای فصلی را دریافت نمایند. تزریق در طول بارداری منعی ندارد.

هپاتیت ب: در مادرانی که نتیجه آزمایش HbsAg منفی دارند ولی رفتار پر خطر دارند و قبلاً واکسن هپاتیت رامطابق جدول واکسیناسیون دریافت نکرده اند، می بایست واکسن هپاتیت تزریق شود.

ایمونوگلوبولین ضد دی: در صورت پاسخ منفی آزمایشهای کومبس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی) مادر ارهش منفی با همسر ارهش مثبت و در صورت امکان تهیه دارو، ایمونوگلوبولین ضد دی (300 میکرو گرم) را از هفته 28 تا 34 بارداری تزریق کنید

نکته: به خاطر بسپارید در مادر ارهش منفی با همسر ارهش مثبت، در صورت ختم بارداری یا خونریزی به هر دلیل پیش از تاریخ تقریبی زایمان (سقط، مول، زایمان زودرس، آمنیوسنتز، مرگ جنین، حاملگی نابجا و...)، ایمونوگلوبولین ضد دی تزریق شود.

مکمل های دارویی	اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته 16 بارداری تا پایان بارداری)، ویتامین D (از ابتدا تا پایان بارداری)
ایمن سازی (در صورت نیاز)	توأم (بهترین زمان 27 تا 36 بارداری)، آنفلوآنزا - ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته 28 تا 34 بارداری (در صورت نیاز) هپاتیت (در صورت نیاز)

زمان مراقبت نوع مراقبت	مراقبت 1 هفته 6 تا 10	مراقبت 2 هفته 16 تا 20	مراقبت 3 هفته 24 تا 30	مراقبت 4 و 5 هفته 31 تا 34 هفته 35 تا 37	مراقبت 6 تا 8 هفته 38 تا 40 (هر هفته یک مراقبت)
مهمانچه و تشکیل با بررسی پرونده	<ul style="list-style-type: none"> - تشکیل پرونده، وضعیت بارداری فعلی، بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری، رفتارهای پرخطر - غربالگری سلامت روان، شرح حال اولیه روانپزشکی - غربالگری اولیه همسر آزاری - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر - ارزیابی تغذیه - مصرف مکمل های غذایی - علامت خطر بارداری 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علامت خطر - غربالگری سلامت روان، همسر آزاری - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر - رفتارهای پرخطر - مصرف مکمل های غذایی 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایتهای شایع و علامت خطر - مصرف مکمل های غذایی 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علامت خطر - مصرف مکمل های غذایی - غربالگری سلامت روان - غربالگری اولیه همسر آزاری (مراقبت 4) - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر (مراقبت 4) 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علامت خطر - مصرف مکمل های غذایی
معاینه بالینی	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی - علامت حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین - چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام 	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری وزن، علامت حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین 	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری وزن، علامت حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین 	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری وزن، علامت حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین 	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری وزن، علامت حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین
	- ارتفاع رحم	- ارتفاع رحم	- صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	- ارتفاع رحم	

زمان مراقبت	مراقبت ۱ هفته 6 تا 10	مراقبت ۲ هفته 16 تا 20	مراقبت 3 هفته 24 تا 30	مراقبت 4 و 5 هفته 31 تا 34 هفته 35 تا 37	مراقبت 6 تا 8 هفته 38 تا 40 (هر هفته یک مراقبت)
آزمایش‌ها یا بررسی‌های تکمیلی	CBC, BG, Rh, FBS, U/A, U/C, BUN, Crea, HIV, VDRL HBsAg, نوبت اول کومیس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی پس از اطلاع از مثبت بودن Rh همسر) TSH در صورت نیاز ،	-سونوگرافی هدرقمند در هفته 16 تا 18 بارداری	CBC, U/A, U/C. نوبت دوم کومیس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی) یا همسر Rh مثبت) OGTT برای افراد غیر دیابتیک در هفته 24 تا 28 بارداری	سونوگرافی در هفته 31 تا 34 بارداری، آزمایش HIV در افراد پرخطر رقتاری(در هفته 31 تا 34 بارداری)	
تاریخ زایش و بستن دهانه	-بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان -تغذیه/مکمل‌های دارویی -علائم خطر/شکایت‌های شایع -عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر -تاریخ مراجعه بعدی	-بهداشت فردی، روان، دهان و دندان -تغذیه/مکمل‌های دارویی -علائم خطر/شکایت‌های شایع -عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر -توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان -تاریخ مراجعه بعدی	-سلامت روان، جنسی، تغذیه/مکمل‌های دارویی -علائم خطر/شکایت‌های شایع -شیردهی توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان -تاریخ مراجعه بعدی	-علائم خطر -عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر -قواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب بارداری بعدی -توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان -مراقبت نوزاد، علائم خطر نوزاد -تاریخ مراجعه بعدی	-سلامت روان، جنسی، علائم خطر -عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر -عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد -قواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان -شیردهی -مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد -تاریخ مراجعه بعدی

مراقبت‌های پس از زایمان

ملاقات‌های پس از زایمان: 3 ملاقات به شرح ذیل:

ملاقات اول با مادر در یکی از روزهای 1 تا 3 ، ملاقات دوم در روزهای 10 تا 15 و ملاقات سوم در روزهای 30 تا 42 پس از زایمان انجام می‌شود. مراقبت‌های نوزاد (به جز مراقبت بد تولد) نیز در 3 نوبت شامل مراقبت روزهای 3 تا 5، مراقبت روزهای 14 تا 15 و مراقبت روزهای 30 تا 45 انجام می‌شود.

ارزیابی علائم خطر فوری: در هر ملاقات، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی کنید.

تشکیل پرونده و شرح حال: برای تشکیل پرونده، قسمت شرح حال و سوابق بارداری اخیر "فرم مراقبت پس از زایمان" را تکمیل کنید. شرح حال شامل موارد زیر است:

تاریخچه زایمان: تاریخ، نوع و محل زایمان و عامل زایمان

سوابق بارداری اخیر: مواردی که در بارداری اتفاق افتاده و نیاز به توجه در مراقبت پس از زایمان دارد مانند پره اکلامپسی، دیابت بارداری، بیماری‌های زمینه‌ای (فشارخون بالا، قلبی، آنمی، سل و ..) و مصرف الکل، مواد مخدر و محرک

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر: قبل از شروع مراقبت، خلاصه پرونده مادر را مرور کرده و از وضعیت وی مطلع شوید. مواردی مانند بیماری‌ها، نتیجه آزمایش‌ها و نتیجه ارجاع را نیز بررسی کنید.

بیماری زمینه ای: منظور بیماری های قلبی، کلیوی، دیابت، آنمی، فشارخون بالا، صرع... است

علائم حیاتی: در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید:

فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحاً فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. فشارخون 140/90 میلیمتر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.

درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت 3-1 دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان 38 درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است.

نکته: قبل از اندازه گیری درجه حرارت مطمئن شود که مادر تا 15 دقیقه قبل نوشیدنی گرم یا سرد میل نکرده باشد

زبان روی حرارت سنج قرار گرفته باشد.

تعداد نبض رابه مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، 60 تا 100 بار در دقیقه است.

تعداد تنفس رابه مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، 16 تا 20 بار در دقیقه است.

معاینه در ارزیابی معمول: در هر ملاقات موارد زیر را معاینه و در فرم ثبت کنید:

معاینه چشم: رنگ ملتحمه را بررسی کنید. کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخنها و یا کف دست «رنگ پریدگی شدید» است. - معاینه دهان و دندان: دهان و دندان مادر از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه بررسی شود.

معاینه پستان: پستانها را از نظر تورم و درد و وجود شقاق، آبسه، ماستیت و احتقان بررسی کنید.

معاینه شکم:

رحم: در هر ملاقات، وضعیت رحم را از روی شکم بررسی کنید. پس از زایمان، رحم به تدریج به داخل لگن باز می گردد. در هفته اول رحم پایین تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد، رحم از روی شکم قابل لمس نیست. نکته: در برخی از مادران ممکن است انقباضات رحم در دوره پس از زایمان ادامه داشته باشد که به آن (پس درد) می گویند.

عضلات شکم (دیاستاز رکتوس): مادر را به پشت بخوابانید. پاها را خم کند. به آرامی سر از زمین بلند شود تا جایی که کتف از زمین بلند شود. سپس با انگشتان دست فاصله بین دو عضله حوالی ناف معاینه شود

محل بخیه ها: در هر ملاقات، محل بخیه ها (برش اپی زیاتومی یا سزارین) را بررسی کنید. ناحیه برش معمولاً بدون درد، التهاب و کشش می باشد. محل برش اپی زیاتومی معمولاً پس از 3 هفته ترمیم می شود و نخ بخیه محل برش سزارین در صورت غیر جذبی بودن، پس از 7 تا 10 روز نیاز به کشیدن دارد.

معاینه اندام ها: در هر ملاقات، پاها (ساق و ران) را از نظر وجود ورم یک طرفه و سردی بررسی کنید.

وضعیت ادراری-تناسلی و اجابت مزاج: از مادر در مورد وضعیت دفع ادرار(سوزش، درد، فشار، عدم توانایی در ادرار کردن، تکرر، احساس دفع سریع، بی اختیاری) و اجابت مزاج(یبوست، خونی بودن مدفوع، درد مقعد، بواسیر، بی اختیاری) و سوزش و خارش ناحیه تناسلی استوال کنید.

خونریزی: در روزهای اول پس از زایمان ترشحات واژینال خونی است. پس از 3 تا 4 روز کم رنگ تر می شود و پس از حدود 10 روز سیستمولیک از حالت خوابیده به نشسته به میزان 20 میلیمتر جیوه کاهش یابد و تعداد نبض از حالت خوابیده به نشسته 20 بار افزایش یابد، نیاز به بررسی دارد

تنفس مشکل: مادر به هر دلیلی نمی تواند به راحتی نفس بکشد.

شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف 110 بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستمولیک کمتر از 90 میلیمتر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند 30 بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد.

تنشج: انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیسگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

شکایت های شایع: این شکایت ها شامل خستگی، کمردرد و یبوست است.

مشکلات شیردهی: در هر ملاقات، از مادر در مورد تداوم شیردهی سؤال کنید. در صورت وجود مشکلاتی چون نوک فرورفته، صاف، دراز و مجاری بسته و شقاق به مادر آموزش دهید.

ترشحات مهبل: خروج ترشحات چرکی و بد بو از مهبل را سؤال کنید.

درد شکم و یا پهلوها: هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها

سرگیجه: حالتی از دوران و یا گیج رفتن سر است. در صورت شکایت مادر از سرگیجه، فشارخون و تعداد نبض او را ابتدا در حالت خوابیده و سپس در حالت نشسته اندازه گیری کنید. اگر میزان فشارخون سیستمولیک از حالت خوابیده به نشسته به میزان 20 میلیمتر جیوه کاهش یابد و تعداد نبض از حالت خوابیده به نشسته 20 بار افزایش یابد نیاز به بررسی دارد.

علائم روانپزشکی:

برخی مادران در 2 هفته اول پس از زایمان دچار افسردگی خفیف و گذرا می شوند که علائم آن به صورت احساس غمگینی، بی قراری تحریک پذیری، اختلال در خواب و کاهش اشتها تظاهر می کند. دوره پس از زایمان، دوره پرخطری از نظر عود انواع اختلالات روانپزشکی قبلی و یا بروز اختلالات روانپزشکی جدید است. بنابراین چنانچه مادر سابقه اختلال در گذشته

دارد و یا در بارداری، افسردگی و یا سایر مشکلات روانشناختی را تجربه کرده و در حال حاضر با علائم اندوه پس از زایمان مراجعه کرده است، او را تحت نظر بگیرید، چرا که این علائم اندوه ممکن است علائم اولیه یک اختلال شدید باشد. اگر علائم اندوه پس از زایمان طولانی و شدیدتر شود، عملکرد مادر را مختل نماید و یا مادر افکار خودکشی و آسیب به خود یا نوزاد داشته باشد، "افسردگی شدید پس از زایمان" مطرح است. در موارد بسیار نادر، مادر علاوه بر افسردگی شدید پس از زایمان، علائم هذیان و توهم یا علائم خلق بالا و پرخاشگری شدید نیز پیدا می کند که "سایکوز یا جنون پس از زایمان" نامیده می شود که می تواند بیمار و نوزاد را در معرض خطرات متعدد قرار دهد.

غربالگری سلامت روان: در مراقبت پس از زایمان در ارزیابی اولیه، پرسشنامه ادینبورگ می بایست تکمیل شود. در صورت مثبت بودن نتایج ارزیابی بر اساس نقطه برش پرسشنامه (کسب نمره 12 و بالاتر) مادر به افسردگی پس از زایمان دچار است و باید جهت بررسی تکمیلی به پزشک ارجاع غیر فوری (در اولین فرصت) می شود.

✓ **غربالگری همسر آزاری:** در ارزیابی اولیه پرسشنامه 4 سوالی خشونت خانگی می بایست تکمیل شود. در صورت پاسخ مثبت به سؤالهای غربالگری (امتیاز بالاتر از 10 بر اساس دستورعمل نمره دهی) به عنوان غربالگری مثبت اولیه همسر آزاری به کارشناس سلامت روان (در صورت نبود به پزشک) ارجاع غیر فوری شود.

✓ **همسر آزاری:** بد رفتاری تکرار شونده جسمی، جنسی، روانی و هیجانی است که برای کنترل و تسلط نسبت به همسر صورت می گیرد. چنین رفتاری میتواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.

✓ **خشونت جسمی:** هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که موجب آسیب جسمی شود مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو

✓ **خشونت جنسی:** هر رفتار یا عمل جنسی که بدون رضایت و موافقت همسر باشد

✓ **خشونت روانی:** رفتار خشونت آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.

تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی: در مادر ارهش منفی با نوزاد ارهش مثبت در صورتی که هنگام زایمان دریافت نکرده باشد، طی 72 ساعت اول پس از زایمان به صورت عضلانی تزریق کنید.

پاپ اسمیر: در صورتی که در ملاقات سوم نیاز به انجام پاپ اسمیر است، طبق دستورعمل کشوری و با تأکید به این نکته که مادر لکه بینی نداشته باشد، نمونه دهانه رحم گرفته شود

مکمل های دارویی: مادر باید تا 3 ماه پس از زایمان مکمل آهن و مولتی ویتامین مصرف کند. بنابراین مطمئن شوید که مادر به میزان مورد نیاز مکمل دارد و به طور منظم مصرف می کند.

آموزش و توصیه: طی ملاقات های پس از زایمان در مورد بهداشت فردی (استحمام، بهداشت محل بخیه، لباس مناسب شیردهی، استراحت در طول روز، خواب کافی)، مصرف دارو در زمان شیردهی، سلامت روان (علائم اندوه پس از زایمان، افسردگی، همسر آزاری و حمایت عاطفی همسر و وابستگان نزدیک) و سلامت جنسی (زمان مناسب روابط جنسی، بهداشت جنسی با تاکید بر پرهیز از رفتار پر خطر)، علائم خطر (تب، خونریزی بیش از حد قاعدگی، ترشحات بدبو و چرکی از مهبل، سرگیجه، سر درد، درد ساق و ران، تنگی نفس، درد قفسه سینه، درد شکم، افسردگی شدید، ...)، درد محل بخیه، شکایت شایع (خستگی، کمر درد، یبوست)، تغذیه (تنوع و تعادل در تغذیه زمان شیردهی) و مکملهای دارویی، نحوه شیردهی و مشکلات و تداوم آنو مصرف دارو در زمان شیردهی، مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد (زردی، خوب شیر نخوردن، تب، اسهال، استفراغ، ...)، مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی به مادر آموزش دهید.

تغذیه مناسب: آنچه در تغذیه مادر شیرده اهمیت دارد، تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی است. بهترین راه، استفاده از همه گروه های اصلی غذایی یعنی گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزدهانه هاست (جدول گروه های غذایی در مبحث تعاریف مراقبت های بارداری آمده است)

علائم خطر پس از زایمان: این علائم را جهت مراجعه سریع مادر به مراکز بهداشتی درمانی به وی آموزش دهید خونریزی بیش از حد قاعدگی در هفته اول، تب و لرز، سر درد، سرگیجه، خروج ترشحات بدبو و چرکی از مهبل، درد و ورم یک طرفه ساق و ران، افسردگی شدید، درد شکم یا پهلو، سوزش یا درد هنگام ادرار کردن، عدم توانایی در ادرار کردن، درد و تورم و سفتی پستان ها و درد و سوزش و ترشح از محل بخیه ها

مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی: در مراقبت دوم انجام وبه مادر توصیه شود. بهتر است که بعد از دوران شیردهی برای بارداری بعدی اقدام کنند ولی در صورت وقوع بارداری قبل آن منعی وجود ندارد و نگرانی مادر را در این مورد برطرف کنید.

نکته: در هر ملاقات، علائم خطر را به مادر گوشزد کنید و مطمئن شوید که این علائم را فراگرفته است.

تاریخ مراجعه بعدی مادر را تعیین و یادآوری کنید.

منابع

- برنامه کشوری مادری ایمن (مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران) تجدید نظر نهم ۱۴۰۲

- دستورعمل های وزارت بهداشت

سلامت نوزادان و کودکان

تهیه کنندگان:

-مریم فلاحی: مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شبکه بهداشت و درمان شهرستان گرمسار

زیر نظر :

- راضیه بندری: کارشناس سلامت کودکان مرکز بهداشت شهرستان سمنان

- مرجان فرخ زاد: کارشناس مشاوره شیردهی مرکز بهداشت شهرستان سمنان

- کارشناسان واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای معاونت بهداشتی دانشگاه

- دکتر مریم شببانی: کارشناس سلامت کودکان معاونت بهداشتی دانشگاه

مشخصات فیزیکی نوزاد ترم

- اندازه دور سر : ۳۳-۳۷ سانتی متر
- قد : دختران معمولاً ۴۹-۵۳ و پسران ۵۴-۵۰
- وزن : معمولاً بین ۲۵۰۰-۴۰۰۰
- دور سینه : اندازه دور سینه : ۳۳-۳۰/۵ سانتی متر

علائم حیاتی نوزاد

- درجه حرارت: (۳۶/۵ الی ۳۷/۴ درجه)
- ✓ تب : درجه حرارت زیر بغلی مساوی یا بالای ۳۷/۵ درجه سانتی گراد
- ✓ پایین بودن درجه حرارت بدن: درجه حرارت زیر بغلی کمتر از ۳۶/۵ درجه سانتیگراد
- تعداد تنفس: ۶۰-۲۰ بار در دقیقه
- ضربان قلب : ۱۲۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه

➤ معیار تنفس تند :

- ✓ کودکان زیر ۲ ماه ۶۰ و بیشتر
- ✓ ۲ ماه تا یکسال ۵۰ و بیشتر
- ✓ ۱ تا ۵ سال ۴۰ و بیشتر

➤ تنفس خیلی تند :

- تنفس بیش از ۷۰ تا (در دوبار شمارش)

➤ فونتانل ها :

- فونتانل قدامی لوزی شکل بوده و بین ۹ تا ۱۸ ماهگی بسته می شود .
- فونتانل خلفی مثلثی شکل بوده و ۸ تا ۱۲ هفتگی (۳ ماهگی) بسته می شود.

❖ اولین معاینه کودک در ساعات اولیه تولد و حداکثر طی ۵-۳ روز پس از تولد انجام می شود.

استانداردهای قد، وزن، دور سر

➤ وزن :

از دست دادن وزن در ۱۴-۱۰ روز پس از تولد (نوزادان معمولا در هفته اول تولد ۱۰٪ وزن خود را از دست می دهند و در انتهای هفته دوم بعد از تولد وزن از دست رفته را به دست می آورند)

- ۴-۶ ماهگی ۲ برابر وزن تولد
- ۱ سالگی ۳ برابر وزن تولد
- ۲ سالگی ۴ برابر وزن تولد

وزن گیری:

سن (ماه)	گرم در روز (وزن گیری)
۰-۳	۲۶-۳۱
۳-۶	۱۷-۱۸
۶-۹	۱۲-۱۳
۹-۱۲	۹

پیگیری کم وزنی:

- کمتر از ۲ ماه ۱۰ روز بعد
- ۲ ماه تا یک سال ۲ هفته بعد
- بالای یک سال ۱ ماه بعد

➤ اندازه گیری قد:

- تا ۲ سالگی قد خوابیده بعد از ۲ سالگی قد ایستاده
- قد کودکان بلندتر از ۸۵ سانتیمتر به صورت ایستاده
- کودکان کوتاه تر از ۸۵ سانتیمتر به صورت خوابیده
- قد ایستاده ۰.۷ سانتی متر کمتر از قد خوابیده است

رشد قدی :

• افزایش قد از تولد تا ۶ ماهگی ۲.۵ سانتی متر در ماه
• افزایش قد از ۶ تا ۱۲ ماهگی ۱.۲۵ سانتی متر در ماه
• افزایش قد در سال اول زندگی ۵۰٪
• تولد ۱ سالگی ۲ سالگی ۳ سالگی ۴ سالگی
• ۵۰ ۷۵ ۸۵ ۹۵ ۱۰۰ سانتی متر
• سپس تا بلوغ: ۷-۵ سانتی متر در سال

➤ دور سر:

رشد دور سر:

- ۳ ماهه اول ۳ ماهی ۲ سانتی متر
- ۳ تا ۶ ماهگی ۱ سانتی متر
- ۶ تا ۱۲ ماهگی ۰.۵ سانتی متر

پیگیری دور سر :

- کوچکتر از ۶ ماه ۲ هفته بعد
- بزرگتر از ۶ ماه ۱ ماه بعد

پیگیری کوتاهی قد و وزن برای قد :

- کوچکتر از ۶ ماه ۱ ماه بعد

- ۶ تا ۱۲ ماه
- ۲ ماه بعد
- بزرگتر از یکسال
- ۳ ماه بعد

➤ مراقبت های روتین در کودکان :

برای همه کودکان در سنین ۳-۵ روزگی ، ۱۴-۱۵ روزگی ، ۳۰-۴۵ روزگی ، ۲ ماهگی ، ۴ ماهگی، ۶ ماهگی ، ۷ ماهگی ، ۹ ماهگی، ۱۲ ماهگی ، ۱۵ ماهگی ، ۱۸ ماهگی ، ۲ سالگی ، ۲/۵ سالگی ، ۳ سالگی ، ۴ سالگی و ۵ سالگی مراقبت ها طبق بوکلت انجام می شود.

➤ ویزیت پزشک :

برای کودک سالم زیر ۵ سال معاینه کودک توسط پزشک یک بار در اولین مراجعه (۳-۵ روزگی) و پس از آن در ۶ ، ۱۲ ، ۲۴ ، ۳۶ و ۶۰ ماهگی انجام می شود.

علائم خطر

➤ کودکان زیر ۲ ماه :

- کاهش قدرت مکیدن
- استفراغ مکرر
- تشنج
- تنفس تند
- توکشیده شدن شدید قفسه سینه
- پرش پره های بینی
- ناله کردن
- برآمدگی ملاج
- زردی
- کاهش سطح هوشیاری
- جوش چرکی پوستی
- تحرک کمتر از معمول و بی حالی
- درجه حرارت زیر بغلی را اندازه بگیرید
- تب : درجه حرارت زیر بغلی مساوی یا بالای ۳۷/۵ درجه سانتی گراد
- پایین بودن درجه حرارت بدن: درجه حرارت زیر بغلی کمتر از ۳۶/۵ درجه سانتیگراد

➤ کودکان ۲ تا ۵۹ ماه :

- تشنج
- خواب آلودگی غیر عادی یا کاهش سطح هوشیاری
- قادر به نوشیدن یا شیر خوردن نباشد
- استفراغ های مکرر

زردی شدید: زردی ۲۴ ساعت اول تولد - ناسازگاری خونی - زردی کف دست و پا - زردی در نوزاد با وزن تولد کمتر از ۱۸۰۰ گرم - سابقه زردی شدید و خطرناک در فرزندان قبلی

زردی خطرناک: زردی که در یکی از فرزندان قبلی مادر که نیاز به بستری یا تعویض خون داشته یا منجر به عقب ماندگی ذهنی یا مرگ نوزاد شده است.

غربالگری

تکامل :

- در حال حاضر جهت ارزیابی تکامل کودکان از دو روش RED FLAG و پرسشنامه ی ASQ-3 و ASQ SE-2 استفاده می شود .
- RED FLAG شامل یک پرسشنامه چند سئواله متناسب با سن کودک است که در سنین ۲ ، ۹ ، ۱۸ ماهگی و ۴ سالگی توسط مراقب سلامت از مادر سوال شده و کودک ارزیابی می شود .
 - در صورت پاسخ غیر طبیعی به هر یک از سوالات RED FLAG ، کودک در طبقه بندی نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل قرار می گیرد ، بنابراین پرسشنامه ASQ-3 و ASQ SE-2 مرتبط با سن کودک تکمیل و به پزشک مرکز ارجاع می گردد و ادامه پیگیری ها طبق دستورعمل انجام می شود .
 - (سوالات RED FLAG به مفهوم پرچم یا چراغ قرمز است که به ما هشدار می دهد در روند تکامل کودک اختلال وجود داشته و نیاز به بررسی بیشتر وجود دارد.)

➤ نحوه غربالگری تکامل

پرسشنامه ASQ3 , ASQ SE2 :

- علاوه بر مورد فوق دو پرسشنامه کاغذی ASQ-3 و ASQ SE-2 به طور روتین برای همه ی کودکان در سنین ۶ ، ۱۲ ، ۲۴ ، ۳۶ و ۶۰ ماهگی توسط مادر یا یکی از مراقبین کودک که حداقل سواد خواندن و نوشتن (پنجم ابتدایی) را دارد تکمیل می گردد.
- علاوه پاسخ به سوالات، نیازمند داشتن یک محیط آرام ، برخی وسایل و اسباب بازی و گذاشتن وقت و حوصله است از اینرو می بایست در منزل تکمیل گردد .

- در کودکان نارس در سنین ۲-۶-۹-۱۲-۱۸-۲۴-۳۶-۴۸ و ۶۰ ماهگی، پرسشنامه های ASQ-3 و ASQ SE-2 تکمیل شود.

نکته: برای کودکانی که ۳ هفته یا بیشتر از ۳ هفته زودتر از موعد مقرر به دنیا آمده‌اند (gestational age ۳۷ هفته یا کمتر) باید تا رسیدن به سن ۲ سالگی، سن اصلاح شده آن‌ها را محاسبه کرد.

روش تعیین سن اصلاح شده در کودکان نارس:

- برای محاسبه سن اصلاح شده کودک باید کل هفته‌هایی که شیرخوار زودتر از ۴۰ هفته بدنیا آمده است از سن زمان مراجعه کودک کم شود. به عنوان مثال برای شیرخوار ۶ ماهه ای که در ۳۲ هفته‌گی متولد شده (۸ هفته کمتر از ۴۰ هفته)، باید ۸ هفته (یا دو ماه) از سن ۶ ماهگی کم کرده و پرسشنامه ۴ ماهگی برای شیرخوار تکمیل گردد.

امتیاز دهی به هر سوال پرسشنامه های تکمیل شده ASQ-3:

- به پاسخ های بلی ۱۰ امتیاز، به پاسخ های گاهی ۵ امتیاز و به پاسخ های هنوز نه صفر امتیاز بدهید.

امتیاز دهی به هر سوال پرسشنامه های تکمیل شده ASQ:SE-2:

گزینه های پاسخ به هر سوال به صورت: "اغلب یا همیشه"، "گاهی"، "به ندرت یا هرگز"، "نگرانی در مورد این رفتار کودک" می باشد. به گزینه "گاهی" و "نگرانی در مورد این رفتار کودک" همواره امتیاز ۵ تعلق می گیرد که در پرسشنامه با عدد رومی (V) مشخص شده است ولی گزینه "اغلب یا همیشه" در برخی سوالات امتیاز ۱۰ که در پرسشنامه با (X) و در برخی سوالات امتیاز صفر می گیرد که در پرسشنامه با (Z) مشخص شده است. همچنین گزینه «به ندرت یا هرگز» در برخی سوالات امتیاز ۱۰ که در پرسشنامه با (X) و در برخی دیگر امتیاز صفر می گیرد که در پرسشنامه با (Z) مشخص شده است. آوردن اعداد رومی به جای اعداد صفر و ۵ و ۱۰ جلوی پاسخ سوالات برای این است که در پاسخ دهی خانواده ها به سوالات مشکلی ایجاد نکند و همچنین برای محاسبه امتیاز کودک بدانید که:

$$Z=0 \text{ و } V=5 \text{ و } X=10 \text{ است.}$$

نهایتاً امتیازات کسب شده در هر پرسشنامه جمع زده شده و با «نقطه برش» اعلام شده برای هر گروه سنی مقایسه می شود.

تعیین نوع اقدام مورد نیاز برای هر کودک در پرسشنامه ASQ-3:

۱- کودکانی که امتیازات آن‌ها در پرسشنامه حکایت از تکامل نرمال دارد (امتیازات بالاتر از نقاط برش است):

این کودکان نرمال قلمداد شده و می توانند در زمان مراقبت های دوره ای بعدی، پرسشنامه متناسب با سن خود را دریافت کنند. به والدین آن‌ها فعالیت ها و تمرینات تکاملی و ارتقای تکاملی ASQ مناسب با سن کودکانشان معرفی و ارائه شود.

۲- کودکانی که امتیازات آن‌ها در پرسشنامه حکایت از نیاز به پیگیری و پایش و مانیتورینگ دارد (امتیازات در منطقه پایش):

لازم است برای این کودکان اقدامات پیگیرانه انجام شود به این ترتیب که در ابتدا می‌توان به والدین این کودکان مجموع فعالیت‌ها و تمرینات تکاملی و ارتقای تکاملی متناسب با گروه سنی کودک و نیز متناسب با حیطه تکاملی که در آن کودک ضعیف بوده است ارائه کرد تا اجرا نمایند، سپس 2 هفته بعد مراجعه نماید تا از نحوه درست به کار بردن این فعالیت‌ها و بازی با کودک مطمئن شویم، مجدداً 2 هفته بعد پرسشنامه همان سن مراجعه اول کودک (در مجموع 4 هفته بعد پرسشنامه گروه سنی که کودک امتیاز لازم را نیاورده است) برایش تکمیل شود.

۳- کودکانی که امتیازات آن‌ها در پرسشنامه حکایت از نیاز به ارجاع به پزشک معین تکامل (به منظور انجام ارزیابی‌های تشخیصی و تکمیلی) دارد، شامل این کودکان هستند:

- کودکانی که امتیاز آن‌ها در حداقل یکی از حیطه‌های تکاملی مساوی یا پایین‌تر از نقطه برش مربوط به گروه سنی خودش باشد یعنی 2 انحراف معیار یا $2SD$ -پایین‌تر از میانگین باشد

- کودکانی که امتیاز آن‌ها در مراجعه اول در منطقه پایش بوده و بعد از انجام فعالیت‌ها و تمرینات تکاملی و ارتقای تکاملی مندرج در بروشورهای ASQ در منزل (بعد از 4 هفته) مجدداً تست برای کودک انجام شده و همچنان در منطقه پایش قرار داشته باشند یا مساوی یا پایین‌تر از نقطه برش باشد.

- چنانچه امتیازات یک کودک در کلیه حیطه‌های تکاملی بالاتر از نقطه برش قرار دارد، ولی والدین او در بخش «کلیات» پرسشنامه نگرانی خود را در خصوص یک یا چند سوال ابراز کرده‌اند. توجه شود که مسؤلیت تفسیر نتیجه تست غربالگری و تصمیم‌گیری برای ارجاع کودک به پزشک معین، با پزشک مرکز خدمات جامع سلامت است. چنین کودکانی را باید برای ارزیابی‌های بیشتر و تکمیلی ارجاع نمود.

تعیین نوع اقدام مورد نیاز برای هر کودک در پرسشنامه ASQ SE-2:

۱) اگر امتیاز کودک "پایین‌تر از نقطه برش" باشد، این نشان می‌دهد که تکامل هیجانی-اجتماعی کودک در زمان اندازه‌گیری، عادی است و در مسیر طبیعی قرار دارد. در این صورت برای ارتقای تکامل کودک، فعالیت‌ها و تمرین‌های تکاملی ASQ:SE-2 را به خانواده ارائه دهید.

۲) *توجه کنید اگر نمره کودک در منطقه طبیعی یا در منطقه پایش قرار داشته باشد، چنانچه والدین در مورد هر یک از سوالات پرسشنامه، یا در پاسخ به سوالات کلی آخر پرسشنامه، ابراز نگرانی کرده باشند، نتایج را با پزشک مرکز خدمات جامع سلامت در میان بگذارید؛ در صورت لزوم کودک به پزشک معین تکامل ارجاع شود.

۳) اگر امتیاز کودک در «منطقه پایش» قرار گرفته باشد، کودک باید مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد به این ترتیب که باید به والدین اطلاعات و منابع لازم (بروشورهای آموزشی فعالیت‌هایی برای ارتقای تکامل کودک) ارائه شده و به کلیه نگرانی‌های ابراز شده والدین توجه کرده و تمهیداتی برای حل مشکلات و نگرانی‌ها اتخاذ کرده 2 هفته بعد مراجعه

کنند تا از انجام صحیح فعالیت های ارتقای تکامل مطمئن شوید و مجدداً کودک ظرف 2 ماه آینده مورد غربالگری قرار گیرد.

۴) اگر امتیاز کودک بالاتر از نقطه برش باشد، کودک حتماً باید برای ارزیابی های تکمیلی و تشخیصی به پزشک معین تکامل ارجاع گردد.

هایپوتیروئیدی:

برای همه نوزادان در 3 - 5 روزگی غربالگری پاشنه پا انجام شود.

تکرار غربالگری هایپوتیروئیدی نوزادان در چه مواردی انجام می شود :

- ✓ نوزاد نارس
 - ✓ نوزاد بسیار کم وزن (وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم)
 - ✓ نوزاد کم وزن (وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم)
 - ✓ نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم
 - ✓ دوقلوها و چندقلوها
 - ✓ سابقه بستری در بیمارستان
 - ✓ سابقه دریافت خون یا تعویض خون
 - ✓ نوزادانی که داروهای خاص مصرف کرده اند (دوپامین، ترکیبات کورتونی)
 - ✓ در جواب اولین نوبت تست غربالگری هایپوتیروئیدی اندازه TSH بر کاغذ فیلتر بین ۹ / ۹ - ۵
 - ✓ اعلام نمونه نامناسب از طرف آزمایشگاه غربالگری نوزادان
- ارجاع برای انجام نمونه گیری مجدد از پاشنه پا در هفته دوم تولد (۸-۱۴ روزگی)

نوزادان نارس علاوه بر غربالگری اولیه ، در سن ۲-۶-۱۰ هفتگی برای انجام نمونه گیری مجدد از پاشنه پا ارجاع شوند.

ارزیابی از نظر فنیل کتونوری PKU :

در صورتی که جواب اولین نوبت تست غربالگری PKU فنیل آلانین مساوی یا بیشتر از 4 میلی گرم بر دسی لیتر باشد نمونه گیری برای آزمایش تائید و ارجاع فوری به مرکز خدمات جامع سلامت برای درخواست آزمایش تائید تشخیص توسط پزشک انجام شود. (در صورت عدم مراجعه به صورت کتبی به کارشناس ژنتیک مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده می شود.)

زمان انجام آزمایش مجدد 8 - 14 روزگی است به شرط آنکه نوزاد در آن هنگام شیر کافی به مدت 3 روز مصرف کرده باشد و در صورت داشتن تزریق یا تعویض خون ۷۲ ساعت از آن گذشته باشد.

غربالگری کم خونی :

غربالگری کم خونی برای کودکان زیر انجام می شود:

- کودکان ترم در معرض خطر فقر آهن (کودک با نیازهای بهداشتی خاص، آهن ناکافی در برنامه غذایی مثل رژیم فاقد گوشت قرمز، عوامل محیطی مثل فقر و محدودیت دسترسی به غذا)
- کودکان با شرایط زیر جهت ارزیابی کم خونی به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شوند:
 ۱. سابقه بستری در NICU
 ۲. آلرژی به پروتئین شیر گاو
 ۳. سوء تغذیه
 ۴. شروع شیر گاو در سن زیر یک سال
 ۵. عدم مصرف صحیح قطره آهن (در ۱۲ ماهگی)
 ۶. نوزادان نارس و نوزادان با وزن تولد کم تر از ۲۵۰۰ گرم (در ۴ ماهگی)

ارزیابی شنوایی:

- بدو تولد (نوبت اول)
- ۳-۵ سالگی (نوبت دوم)
- زمان طلایی برای انجام تست غربالگری نوزادی تا یکماهگی است.
- زمان طلایی برای انجام تست تشخیصی تا ۳ ماهگی است. و برای انجام مداخله تا 6 ماهگی است.
- برای کودکان 3 - 5 سال در اولین فرصت در این گروه سنی است .
- **سنجش شنوایی** برای تمامی نوزادان بستری در NICU توصیه می گردد، زمان انجام این مهم قبل از ترخیص نوزاد از NICU و یا حداکثر تا ۳ ماهگی پیشنهاد می شود.

ارزیابی بینایی :

- بدو تولد
- ۷ ماهگی
- ۴-۵ سالگی غربالگری ملی تنبلی چشم
- کودکان نارس که در بخش مراقبت های ویژه نوزادان نگهداری شده و اکسیژن دریافت کرده اند:
- معاینه شبکیه توسط فوق تخصص شبکیه
- معاینات بعدی بر اساس نظر متخصص چشم

نوزاد نارس

- نوزادان نارس نوزادانی هستند که قبل از هفته ۳۷ حاملگی (پیش از ۳۶ هفته و ۶ روز) متولد می شوند.

معاینه چشم از نظر رتینوپاتی ناریسی

- نوزادان با وزن تولد ۲۰۰۰ گرم و کمتر یا با سن جنینی کمتر از ۳۴ هفته (۳۳ هفته و ۶ روز) مشمول برنامه غربالگری رتینوپاتی ناریسی هستند.
- نوزادان متولد شده با سن حاملگی ۲۷ هفته یا بیشتر باید ۴ هفته پس از تولد معاینه و غربالگری شوند.

دهان و دندان

غربالگری دهان و دندان برای چه کسانی انجام می شود:

✓ در کودکان زیر ۲ سال:

- زمان اولین رویش دندان (۱۲-۶ ماهگی)، ۱۲ ماهگی، ۱۸، ۲۴ ماهگی

✓ در کودکان بالای ۲ سال:

- ۳۶ ماهگی، ۴۸، ۶۰ ماهگی

ویزیت دندانپزشک (مراقبت روتین دندانپزشک)

- در هنگام اولین رویش دندان، ۳۶ ماهگی و ۶۰ ماهگی کودک بعد از مراقبت روتین به دندانپزشک ارجاع می شود.
- مسواک انگشتی: برای کودک در ۳ نوبت، در سنین ۶، ۱۲ و ۱۸ ماهگی به والدین کودک تحویل شود.
- وارنیش فلوراید: از ۳ سالگی هر ۶ ماه یکبار یعنی در ۳۶، ۴۲، ۴۸، ۵۴ و ۶۰ ماهگی برای کودک انجام شود.

شیر مادر

چهار نکته کلیدی پستان گرفتن صحیح:

- دهان کودک باید کاملاً باز باشد.
- لب تحتانی کودک به سمت بیرون برگشته باشد.
- چانه کودک در تماس با پستان مادر باشد.
- اگر هاله پستان دیده می شود قسمت بیشتری از هاله در بالای لب فوقانی شیرخوار دیده شود (نسبت به لب پایینی).

چهار نکته کلیدی مکیدن موثر:

- گونه های شیرخوار باید پر باشد.
- مکیدن آرام و عمیق باشد و با هر مکیدن صدای بلعیدن شنیده شود.

- شیرخوار پس از شیرخودن خود پستان را رها می کند.
- مادر متوجه علائم بازتاب جهش شیر می شود.

کفایت شیر مادر :

- تعداد ۶-۸ کهنه مرطوب (یا ۵-۶ پوشک) یا بیشتر در ۲۴ ساعت با ادرار کم رنگ از روز ۵-۷ تولد به بعد
- اجابت مزاج حداقل ۲ بار و یا بیشتر، از روز ۴ به بعد در ۲۴ ساعت
- هوشیار بودن، قدرت عضلانی مناسب و پوست شاداب شیر خواران
- وزن گیری مناسب کودک

تدابیر لازم برای مقابله امتناع شیرخوار از گرفتن پستان

- تلاش در درمان علت(اصلاح وضعیت شیردهی و صحیح گرفتن پستان
- تماس پوست با پوست بین مادر و شیرخوار را در یک محیط آرام
- وقتی شیرخوار در حال گریه است او را به زور به پستان نگذارید
- دوشیدن شیرمادر و استفاده موقت از قاشق و فنجان تا گرفتن پستان
- شیردادن در وضعیت های مختلف
- شیردادن بیشتر در شب و هنگام خواب آلود بودن شیرخوار
- نوازش و بغل نمودن ماساژ بدن قبل از شیردادن
- شیر دادن در حمام گرم

تقاضای بیشتر شیرخوار برای شیرخوردن : در سنین حدود ۲ هفتگی ، ۶ هفتگی و ۳ ماهگی شیرخوار بدلیل رشد سریعتر

برآشفتگی شیرخوار : شایع ترین زمان بروز این حالت سنین ۳ - ۱۲ ماهگی است که معمولاً ناگهانی بوده و شیرخوار از شیرخوردن در چند وعده پشت سرهم خودداری میکند که آن را اصطلاحاً اعتصاب کردن شیرخوار می گویند.

مدت نگهداری شیر دوشیده شده تازه برای شیرخوار سالم درخانه:

در دمای اتاق : در درجه حرارت ۲۵-۳۷ درجه سانتی گراد مدت ۴ ساعت، در درجه حرارت ۱۵-۲۵ درجه سانتی گراد مدت ۸ ساعت، در دمای بالای ۳۷ درجه نگهداری نشود.

در یخچال ۲-۴ درجه سانتیگراد : ظرف شیر را در سردترین قسمت یخچال قرار دهید. بسیاری از یخچال ها درجه حرارت پایدار ندارند. بنابراین بهتر است شیر طی ۴۸ ساعت استفاده شود .

درفریزر: اگر فریزر درون یخچال است (جایخی یخچال) تا ۲ هفته، در فریزرهای خانگی تا ۳ ماه، و در فریزر مستقل با انجماد عمیق تا ۶ ماه.

تغذیه تکمیلی :

تغذیه با شیرمادر به تنهایی تا پایان ۶ ماهگی نیاز تغذیه ای شیرخوار را تأمین می کند. در ماههای ۶-۱۲ بیش از نیمی از نیازهای تغذیه ای و در ۱۲-۲۴ ماهگی یک سوم نیازهای تغذیه ای شیرخوار را تأمین می کند ، بنابراین بعد از پایان ۶ ماهگی شروع تغذیه تکمیلی ضروری است.

مقوی کردن غذا: یعنی اضافه کردن برخی مواد غذایی با هدف افزایش مقدار انرژی غذا

مغذی کردن غذا: یعنی اضافه کردن برخی مواد غذایی با هدف افزایش مقدار پروتئین، ویتامین ها و املاح غذا

برخی خطرات شروع زودهنگام غذاهای تکمیلی :

- دریافت ناکافی انرژی یا سایر مواد مغذی
- افزایش ابتلای شیرخوار به بیماری های عفونی مانند اسهال افزایش احتمال آلرژی به مواد غذایی
- افزایش خطر آسیپیراسیون (ورود غذا یا مایعات به ریه) به دلیل نداشتن توانائی در بلعیدن مواد غذایی
- کاهش مزایای تغذیه با شیر مادر به ویژه کاهش دریافت عوامل حفاظتی شیرمادر

خطرات شروع دیر هنگام غذاهای تکمیلی:

- دریافت ناکافی مواد مغذی مورد نیاز برای تأمین رشد مطلوب شیرخوار
 - افزایش احتمال اختلال رشد، کمبود ویتامین آ و کم خونی فقر آهن
 - آهسته تر شدن رشد و تکامل شیرخواره تاخیر افتادن عمل جویدن
 - خودداری از خوردن غذای جامد توسط شیرخوار و کاهش پذیرش غذای جامد
- از دادن شیرگاو و عسل (به دلیل خطر بوتولیسم) به شیرخوار تا یک سالگی خودداری شود.

مکمل یاری

نوزادان ترم با وزن تولد ۲۵۰۰ گرم و بیشتر :

- مکمل A+D از ۳-۵ روزگی تا ۲۴ ماهگی ، روزانه به میزان ۴۰۰ واحد ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد ویتامین A معادل یک سی سی
- مکمل آهن از پایان ۶ ماهگی تا ۲۴ ماهگی همزمان با شروع تغذیه تکمیلی روزانه با دوز ۱ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن ، حداکثر ۱۵ میلی گرم در روز آهن المنتال (خالص). تقریباً معادل ۱۵ قطره

نوزادان نارس با وزن تولد ۱۵۰۰ تا کمتر از ۲۵۰۰ :

- مکمل آهن با دوز ۲ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن ، حداکثر ۱۵ میلی گرم در روز آهن المنتال (خالص) (تقریباً معادل ۱۵ قطره) از زمانی که وزن کودک ۲ برابر وزن زمان تولد شود(حدود ۲ ماهگی)
- مکمل A+D از ۳-۵ روزگی به میزان ۴۰۰ واحد ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد ویتامین A در روز . معادل یک سی سی

منابع:

منابع

- بسته های آموزش مجازی سایت معاونت بهداشتی
- بوکلت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم ویژه غیر پزشک

مراقبت های ناخوشی های اطفال (مانا) غیر پزشک

تهیه کنندگان:

- میتراشمس :مدیر مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان

-دکتر صدیقه ذوالفقاری : کارشناس مسئول واحد سلامت خانواده شهرستان مهدیشهر

- راضیه بندری : کارشناس برنامه کودکان مرکز بهداشت شهرستان سمنان

زیر نظر:

- دکتر مریم شیبانی: کارشناس سلامت کودکان معاونت بهداشتی دانشگاه

احیاء پایه در کودکان

مراحل احیاء شامل: ۱- ماساژ قلبی ۲. باز کردن راه هوایی ۳. تنفس

کودکان یکسال تا نوجوان

- امدادگر یکنفره : نسبت فشردن قفسه ی سینه (ماساژ قلبی) به تهویه (تنفس) ۵ سیکل با نسبت ۳۰ به ۲ انجام می شود.

- امداد گر متخصص دو نفر: ۱۵ به ۲

ارزیابی کودک ۲ماهه تا ۵ساله :

ارزیابی نشانه های خطر - تنفس مشکل و سرفه - کم آبی - گلو درد - گوش درد - تب

ارزیابی ، طبقه بندی و در مان کودک بیمار ۲ماه تا ۵ سال

• ارزیابی نشانه های خطر

بیماری خیلی شدید : قادر به نوشیدن نباشد - تشنج - استفراغ هر آنچه می خورد / ارجاع فوری

۱- برخورد با کودک دچار اختلالات تنفسی

- سرفه یا تنفس مشکل

پنومونی شدید یا بیماری شدید : تنفس خیلی تند (بیشتر از ۷۰ در ۲ بار شمارش) - پالس اکسی متری کمتر از ۹۰٪

- خرخر در کودک آرام / ارجاع فوری

- پنومونی : تنفس تند یا تو کشیده شدن قفسه سینه

شروع آنتی بیوتیک آموکسی سیلین ۴۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در هر دوز و در صورت تب

استامینوفن با دوز ۱۰ تا ۱۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۴ تا ۶ ساعت

پیگیری : دو روز بعد

اگر هیچیک از علائم شدید و پنومونی را نداشت باز هم دو روز بعد پیگیری دارد .

۲- برخورد با کودک دچار کم آبی (اسهال حاد کمتر از ۱۴ روز ، اسهال پایدار بیشتر از ۱۴ روز)

➤ اسهال حاد کمتر از ۱۴ روز

- کم آبی شدید : داشتن ۲ نشانه از نشانه های زیر:

خواب آلودگی غیر عادی (با اختلال هوشیاری) ، فرورفتگی چشمها ، عدم توانایی نوشیدن یا سخت نوشیدن ، در

نیشگون پوست شکم خیلی آهسته به حالت طبیعی برگردد .

اقدامات لازم : در صورتی که قادر به نوشیدن نیست سرم رینگر لاکتات و اگر در دسترس نبود سرم نمکی ۱۰۰ سی سی به

ازای هر کیلوگرم وزن بدن - ارجاع فوری (دستور درمانی ج)

- کم آبی نسبی : داشتن ۲ نشانه از نشانه های زیر :

بی قراری و تحریک پذیری، فرورفتگی چشمها - تشنه است . با ولع می نوشد ، در نیشگون پوست شکم آهسته

به حالت طبیعی برگردد .

اقدامات لازم : دادن شربت روی ، آموزش تغذیه مناسب به مادر - شروع او. آراس با دوز ۷۵ سی سی به ازای هر کیلوگرم

وزن بدن برای ۴ ساعت - توصیه به مادر که چه موقع باید فوراً به مرکز سلامت مراجعه کند / پیگیری : دو روز بعد

- کم آبی ندارد یا کم آبی خفیف : توصیه به دادن مایعات و مکمل روی ، توصیه های تغذیه ای ، دادن او. آراس

بعد از هر بار دفع بر اساس سن کودک / پیگیری : ۵ روز بعد

➤ اسهال پایدار ۱۴ روز یا بیشتر

- اسهال پایدار شدید : نشانه های کم آبی وجود دارد - ارجاع فوری
 - اسهال پایدار : نشانه های کم آبی وجود ندارد
- اقدامات لازم : توصیه تغذیه ای به مادر - پیگیری : ۵ روز بعد

➤ وجود خون در مدفوع

- اسهال خونی : وجود خون در مدفوع
- اقدامات لازم : درمان کم آبی - در صورت وجود تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ دادن استامینوفن - ارجاع فوری به پزشک
- مرکز - دادن آنتی بیوتیک به مدت ۵ روز - پیگیری : دو روز بعد

۳- برخورد با کودک تب دار

- بیماری تب دار خیلی شدید :
- در صورت وجود هریک از علائم یا نشانه های خطر یا هریک از علائم زیر : سفتی گردن - فونتانل برآمده - خونریزی نقطه ای زیر پوستی (پتشی)
- اقدامات لازم : برای پیشگیری از افت قند خون - در صورت وجود تب مساوی یا بالای ۳۸/۵ دادن یک نوبت استامینوفن - در مناطق با خطر بالای مالاریا طبق دستورعمل مالاریا اقدام شود - ارجاع فوری
- بیماری تب دار با علائم موضعی یا بثورات : شروع استامینوفن و پیگیری یک روز بعد
 - تب بدون علائم شدید و بدون بثورات و علائم موضعی : شروع استامینوفن و پیگیری دو روز بعد

۴- برخورد با مشکل گوش در کودکان

- ✓ عفونت شدید استخوان : وجود حساسیت ، تورم و درد استخوان پشت گوش
- ✓ اقدامات لازم : انجام اقدامات پیش از انتقال - استفاده از استامینوفن برای تسکین درد - ارجاع فوری
- ✓ عفونت مزمن گوش : خروج چرک از گوش برای مدت ۱۴ روز یا بیشتر
- ✓ اقدامات لازم : استفاده از استامینوفن برای تسکین درد - گوش را با فتیله گذاری خشک کنید و ارجاع فوری

✓ عفوت حاد گوش میانی : در صوت وجود خروج ترشح چرکی کمتر از ۱۴ روز یا درد حاد گوش کمتر از ۴۸ ساعت به همراه تب و بی قراری

اقدامات لازم : شروع آموکسی سیلین با دوز ۴۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در هر دوز ، در صورت درد و تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ استامینوفن با دوز ۱۰ تا ۱۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن و پیگیری دو روز بعد

۵- برخورد با گلودرد در کودکان

➤ گلو درد استرپتوکوکی در کودک بالای ۲ سال : اگر گلو درد همراه با تب و یکی از نشانه های زیر :

چرک سفید در حلق یا قرمزی منتشر گلو - بزرگی غدد لنفاوی در گردن - بشورات سمباده ای ، مخملک استرپتوکوکی باشد

اقدامات لازم : در صورت تب مساوی یا بالای ۳۸/۵ ، دادن استامینوفن - ارجاع فوری به پزشک جهت تجویز پنی سیلین تزریقی و در صورت عدم حضور پزشک پنی سیلین وی ۵ سی سی هر ۸ ساعت - پیگیری دو روز بعد
➤ گلودرد استرپتوکوکی ندارد :

در صورتیکه دو تا از نشانه های عفونت ویروسی را داشته باشد : آبریزش بینی یا عطسه - قرمزی چشم - سرفه
اقدامات لازم : اقدامات بی ضرر خانگی - به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد. در صورت عدم بهبودی دو روز بعد برگردد.

در صورتی که کودک دو نشانه یا بیشتر از نشانه های سرفه ، آبریزش بینی ، تب ، خشونت صدا ، عطسه ، افت دهانی و گلو درد دارد احتمالاً ویروسی می باشد و به انتی بیوتیک نیازی نیست.

۶- برخورد با کم وزنی در کودکان

➤ کم وزنی شدید : نمودار وزن پایین تر از ۳- Z اسکور

اقدامات لازم : اگر کودک بیماری جدی دیگری دارد ارجاع فوری به نزدیکترین بیمارستان، در غیر این صورت به پزشک مرکز ارجاع دهید .

➤ کم وزنی یا کم وزنی نامعلوم : نمودار وزن مساوی و بالای ۳- Z اسکور تا پایین تر از ۲- Z اسکور / مساوی و بالای ۲- Z اسکور ولی روند رشد نامعلوم یا رشد متوقف شده یا کاهش یافته باشد.

اقدامات لازم : مشاوره تغذیه و بررسی وضعیت تغذیه - آموزش علائم برگشت فوری به مادر

پیگیری ها : در صورت وجود مشکل در تغذیه پیگیری ۵ روز بعد - برای اختلال رشد در کودکان زیر یک سال ۲ هفته بعد و بالای یک سال یک ماه بعد پیگیری شود .

ارزیابی ، طبقه بندی و درمان شیرخواران کمتر از ۲ ماه

۱-ارزیابی شیرخوار از نظر احتمال ابتلا به عفونت باکتریال

➤ احتمال عفونت باکتریال شدید یا بیماری خیلی شدید : در صورت داشتن هر یک از علائم زیر :

تنفس ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر - خوب شیر نخوردن - تشنج - تو کشیده شدن شدید قفسه سینه - تب مساوی یا بیشتر از ۳۷.۵ درجه - دمای بدن کمتر از ۳۵.۵ درجه - تحرک کمتر از معمول و بی حالی - داشتن حرکت فقط با تحریک یا نداشتن هیچ گونه حرکتی

اقدامات لازم : انجام اقدامات پیشگیری از پایین آمدن قند خون (۲ تا ۴ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن بدن از محلول سرم قندی ۱۰٪ به صورت تزریقی) - توصیه به مادر برای گرم نگه داشتن شیرخوار ، تغذیه با شیر مادر و اگر نمی خورد تغذیه با قاشق ۱۰ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن بدن سرم قندی ۱۰٪ و ارجاع فوری

➤ عفونت باکتریال موضعی : ترشحات چرکی ناف همراه با قرمزی و انتشار آن به اطراف - جوش چرکی منتشر در پوست بیشتر از ۱۰ تا - خروج ترشحات چرکی همراه تورم پلک ها

اقدامات لازم : انجام اقدامات پیشگیری از پایین آمدن قند خون - توصیه به مادر برای گرم نگه داشتن شیرخوار و ارجاع فوری

➤ عفونت باکتریال موضعی : داشتن جوش های چرکی پوست کمتر از ۱۰ تا

اقدامات لازم : تجویز مویروسین پوستی و استحمام روزانه با آب و صابون - توصیه های مراجعه فوری به مادر /

پیگیری دو روز بعد

➤ عفونت خفیف چشم : خروج ترشحات چرکی از چشم بدون تورم پلک ها

اقدامات لازم: قطره سولفاستامید چشمی ۱۰٪ به میزان یک قطره هر ۶ ساعت تا ۵ روز - توصیه های مراجعه فوری به مادر

- پیگیری ۲ روز بعد - در صورت عدم بهبودی ارجاع به پزشک مرکز

۲- ارزیابی شیرخوار از نظر زردی

➤ زردی خطرناک: زردی در یکی از فرزندان قبلی مادر که نیاز به بستری یا تعویض خون داشته یا منجر به عقب ماندگی ذهنی یا مرگ نوزاد شده است.

➤ زردی شدید: زردی در ۲۴ ساعت اول تولد - احتمال ناسازگاری Rh - نوزاد با وزن کمتر از ۱۸۰۰ گرم - زردی کف دست و پا - سابقه زردی شدید و خطرناک در فرزندان قبلی

اقدامات لازم: اقدامات پیشگیری از افت قند خون - توصیه به مادر برای گرم نگه داشتن شیرخوار - ارجاع فوری به نزدیکترین مرکز درمانی

➤ زردی متوسط: زردی پس از ۲۴ ساعت اول تولد - زردی سر و گردن یا بالا تنه بدون انتشار به دست و پا

اقدامات لازم: تغذیه با شیر مادر با دفعات بیشتر - ارجاع فوری به پزشک مرکز - پیگیری یک روز بعد

➤ زردی خفیف: زردی محدود به چشم ها یا صورت و شیرخوار با حال عمومی خوب

اقدامات لازم: افزایش دفعات شیر دهی - توصیه های برگشت فوری به مادر - پیگیری یک روز بعد

۳- ارزیابی شیرخوار از نظر اسهال و کم آبی

➤ کم آبی شدید: در صورتی که دو نشانه از نشانه های زیر را داشته باشد:

کاملاً بی حرکت یا فقط در صورت تحریک حرکت می کند - فرورفتگی چشمها - برگشت پوستی خیلی آهسته

اقدامات لازم: انجام اقدامات قبل از انتقال و ارجاع فوری به بیمارستان - در صورت توانایی بلع و هوشیاری ادامه شیر دهی

توسط مادر - انجام سرم درمانی با رینگ لاکتات یا نمکی ۱۰۰ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن بدن تا زمان انتقال در عرض ۶ ساعت

➤ کم آبی نسبی: داشتن دو نشانه از نشانه های زیر: بی قراری و تحریک پذیری - برگشت پوستی آهسته

اقدامات لازم: ارجاع فوری به پزشک مرکز - شروع برنامه درمانی او آر اس با دوز ۷۵ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن

بدن

➤ علائم کم آبی ندارد : ادامه مایعات و شیر مادر - پیگیری دو روز بعد

❖ کم آبی در شیرخواران بخصوص دوره نوزادی ممکن است به دلیل خوب شیر نخوردن یا گرمزدگی نیز ایجاد شود .

۴- ارزیابی شیرخوار از نظر مشکل شیر خوردن و کم وزنی

➤ کم وزنی شدید : نمودار پایین تر از -Z³ اسکور

اقدامات لازم : اگر کودک بیماری جدی دیگری دارد ارجاع فوری به بیمارستان در غیر این صورت ارجاع فوری به پزشک

مرکز سلامت

هرمشکل در شیرخوردن یا برفک را ، بعد از دو روز پیگیری کنید و کم وزنی را در ظرف ۱۵ روز پیگیری کنید .

جدول جمع بندی پیگیری شیرخواران کمتر از دو ماه

یک روز بعد	زردی متوسط
یک روز بعد	زردی خفیف
دو روز بعد	کم آبی ندارد
دو روز بعد	عفونت باکتریال موضعی
دو روز بعد	عفونت خفیف چشم
دو روز بعد	برفک
۱۰ روز بعد	وزن گیری ناکافی
۲ روز بعد	هر مشکل در شیرخوردن

ارزیابی و طبقه بندی کودک مصدوم

۱- مصدومیت ، سوختگی ، مسمومیت و گزیدگی ها

✓ حادثه یا سایر حالات جراحی فوری : گرفتن شرح حال حادثه - وجود زخم و خونریزی خارجی - رنگ پریدگی - عدم

توانایی در حرکت اندام - سفتی شکم

اقدامات لازم : هرگونه منبع خونریزی دهنده را با گاز استریل یا تورنیکه متوقف کنید ، عضو آسیب دیده را بی حرکت کنید و سریعاً به بیمارستان انتقال دهید .

✓ سوختگی ها : شرح حال سوختگی یا سرما زدگی

درجه یک : درگیری فقط لایه خارجی پوست یا اپیدرم نشانه های آن شامل قرمزی ، تورم مختصر و درد - معمولاً بعد از یک هفته بدون اسکار بهبودی داریم

درجه دو : ضخامت نسبی سطحی (قرمز ، دردناک ، لکه لکه و تاولی) - بهبودی معمولاً بعد از ۱۰ تا ۲۱ روز بدون اسکار یا اسکار ناچیز

درجه سه : پیشروی تا عمق درم (رنگ پریده ، دردناک و زرد رنگ)

بهبودی بعد از سه هفته با برجا گذاشتن اسکار (غوطه ور شدن در آب جوش یا شعله)

در سوختگی درجه ۳ کل ضخامت پوست درگیر است پوست قهوه ای ، چرمی ، سیاه ، سفید یا زرد رنگ است و به دلیل از بین رفتن اعصاب بدون درد می باشد و به پیوند پوست نیاز دارد

درجه چهار : درگیری فاشیا ، عضله یا استخوان زیرین

اقدامات لازم : هرگز تاول ها را پاره نکنید - روی سطح سوختگی یخ ، روغن ، کره نگذارید - آنتی بیوتیک و پماد کورتون

دار استفاده نشود - پوشاندن زخم با پمادهای باسیتراسین ، نیتروفورازون ، جنتا مایسین ، موپیروسین و گذاشتن گاز استریل روی آن

آموزش به مادر : شستشو با صابون یا شامپو بچه روزی دو بار و بعد پوشاندن با پماد و گاز استریل

پیگیری: دوز بعد از نظر بررسی عفونت

در سوختگی ها ارجاع فوری داده شود و در صورت عدم عفونت پیگیری دو روز بعد انجام شود

سوختگی های نیازمند ارجاع فوری به بیمارستان :

- ✓ سوختگی درجه دو ۱۰٪ و بیشتر
- ✓ سوختگی درجه سه و ۴
- ✓ سوختگی صورت، دست ، سطح مفصل ، اندام تناسلی و سوختگی حلقوی
- ✓ سوختگی با برق ولتاژ بالا
- ✓ سوختگی شیمیایی
- ✓ سرمازدگی
- ✓ سوختگی استنشاقی
- ✓ آسیب های همراه (شکستگی)
- ✓ سابقه بیماری مزمن
- ✓ احتمال کودک آزاری

مسمومیت ها : ناخوشی های ناگهانی غیر قابل توضیح یا شرح حال مسمومیت

اقدامات لازم : تخلیه سم از معده در یک ساعت اول به جز کودک غیر هوشیار و بلع مواد سوزاننده یا فراورده های نفتی

- ایجاد استفراغ با شربت اپیکا در کودکان زیر ۶ ماه ممنوع است - (صفحه ۳۲ و ۳۳ بوکلت مانا)

گزش و گزیدگی : شرح حال - درد شدید - تورم و تغییر رنگ محل زخم -علائم عمومی شامل شوک - استفراغ و سردرد

اقدامات لازم : بی حرکت نگه داشتن اندام دچار گزش و نگهداری آن در سطح پایین تر از قلب- تمیز کردن زخم - عدم استفاده

از تورنیکه - عدم برش محل گزیدگی و مکش زهر با دهان - در صورت گزش حشرات ، رطیل و عقرب و مارگزیدگی اقدامات

طبق صفحه ۳۴ بوکلت مانا

قبل از درمان کودک او را از نظر ضربه به سر و گردن کنترل کنید و در صورت وجود احتمال صدمه به نخاع گردنی ، گردن کودک را حرکت ندهید.

منابع

-- بسته های آموزش مجازی سایت معاونت بهداشتی

- بوکلت مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال (مانا) ویژه غیر پزشک

سلامت میانسالان

تهیه کنندگان :

- سیده خدیجه میر علی اکبری: کارشناس مسئول واحد سلامت خانواده شبکه بهداشت و درمان شهرستان دامغان
زیر نظر:

- خانم شهربانو رشیدی: کارشناس برنامه میانسالان شهرستان سمنان

- دکتر ژامک اقوامی، مدیر گروه جوانی جمعیت، خانواده و مدارس معاونت بهداشتی

مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان (گروه سنی 30 تا 59 سال) با رویکرد پیشگیری از مرگ 30 - 70 سال و تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران میانسالی بر اساس اولویتهای سلامت این گروه در زمینه عوامل خطر، بیماریهای غیرواگیر، بیماریهای واگیر، سلامت روانی، سلامت باروری و جنسی از طریق انجام خدمات زیر انجام می گیرد:

- ✓ تشخیص و کنترل عوامل خطر
 - ✓ تشخیص و درمان صحیح و به موقع اختلالات و بیماریها
 - ✓ پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی
 - ✓ درمان عوارض ایجاد شده بر اساس دستورعملها و راهنماهای بالینی
 - ✓ آموزش صحیح به فرد، خانواده و جامعه برای توانمند سازی گروه هدف
 - ✓ ارجاع به موقع به سطوح بالاتر یا همسطح
 - ✓ پیگیری پسخوراند ارجاع
- خدمات فوق به صورت فعال پس از طی مراحل زیر صورت می گیرد:
- ✓ سرشماری و تهیه فهرست افراد گروه سنی و جنسی هدف در منطقه تحت پوشش
 - ✓ معرفی خدمات نوین سلامت میانسالان به مسئولین و معتمدین محلی، داوطلبان بهداشتی و گروه هدف
 - ✓ زمان بندی فراخوان و تعیین فهرست برنامه ریزی شده مراجعین با توجه به تعداد جمعیت گروه هدف و پوشش مورد نظر برنامه در طول سال
 - ✓ انجام فراخوان زمان بندی شده جمعیت هدف برای دریافت خدمات
 - ✓ تشکیل پرونده برای هریک از افراد فراخوان شده
 - ✓ معرفی خدمات و تشکیل پرونده برای افراد مراجعه کننده به مرکز با استفاده از فرصتهای طلایی
 - ✓ ارائه و ثبت خدمات تعریف شده در بسته خدمات برای ارزیابی دوره ای سلامت
 - ✓ پیگیری و مراقبت ممتد افراد مبتلا به مشکل یا مشکلات سلامتی و ثبت مراقبتهای بعدی

خدمات برنامه سلامت میانسالان ۱	نوع خدمت	جمعیت هدف	فصلنامه زمانی ارائه خدمات غربالگری با نتیجه طبیعی		
خدمات اصلی که در یک مراقبت دوره ای کامل توسط مراقب سلامت / بهورز باید به میانسالان ارائه گردد (۶ خدمت)	1- بتن سنجی و ارزیابی الگوی تغذیه	زنان و مردان ۳۰ تا ۵۹ سال	هر سه سال یکبار		
	2- بررسی وضعیت فعالیت فیزیکی				
خدماتی که بایستی توسط ماما و مراقب سلامت ماما به زنان میانسال ارائه گردد (۶ خدمت)	3- ارزیابی و مراقبت مصرف دخانیات	زنان و مردان ۳۰ تا ۶۹ سال	تا ۴۰ سالگی در صورت عدم وجود علائم خطر هر سه سال یکبار و از ۴۰ تا ۷۰ سالگی سالی یکبار (چون سن ۴۰ سالگی یک عامل خطر به حساب می آید)		
	4- غربالگری اولیه سلامت روان				
	5- پیشگیری از سگته های قلبی ، مغزی از طریق خطر سنجی و مراقبت ادغام یافته دیابت ، فشار خون بالا و اختلالات چربی های خون				
	6- غربالگری سرطان روده بزرگ				
	۱- بررسی عفونت های آمیزشی و ایدز			زنان ۳۰ تا ۵۹ سال	هر سه سال یکبار
	۲- بررسی اختلال عملکرد جنسی			زنان ۴۵ تا ۵۹ سال	هر سه سال یکبار
۳- تاریخچه پاروری و یائستگی					
مراقب سلامت ماما به زنان میانسال ارائه گردد (۶ خدمت)	۴- ارزیابی علائم و عوارض یائستگی	زنان ۳۰ تا ۶۹ سال	هر دو سال یکبار		
	۵- تشخیص زود هنگام سرطان پستان (معاینه پستان و آموزش همزمان خودآزمایی پستان)				
	۶- تشخیص زود هنگام سرطان دهانه رحم			یاب اسمیر (پس از سه سال از تماس جنسی - زنان ۳۰ تا ۵۹ سال)	هر سال یکبار تا سه سال و در صورت منفی بودن تست هر 3 سال یکبار
	HPV (پس از سه سال از تماس جنسی - زنان ۳۰ تا ۴۹ سال)			هر ۱۰ سال یکبار	

Activate Windows
Go to Settings to activate

موارد ارجاع از مراقب سلامت / بهورز		
<ul style="list-style-type: none"> * پارکیو مثبت * خطر سنجی بیشتر از ۲۰ درصد حوادث قلبی عروقی برای تجویز دارو * بررسی سلامت روانی افراد غربال مثبت * چاقی و لاغری * شرح حال یا معاینه یا آزمایش مثبت کولورکتال * افراد غربال مثبت دیابت و فشارخون (جهت تایید ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری ها در صورت لزوم برای دو گروه ۱- قند خون ناشتا 100 و بالاتر / فشارخون 140/90 و بالاتر / کلسترول 200 و بالاتر ۲- موارد شناخته شده بیمار مبتلا به دیابت یا فشارخون بالا یا دیس لیپیدمی) 	پزشک	موارد ارجاع از مراقب سلامت / بهورز به:
<ul style="list-style-type: none"> * موارد ذکر شده در جدول ارجاعات به کارشناس تغذیه بر اساس بوکلت (مثال : اضافه وزن و دور کمر بالای 90 و امتیاز 7 تا 12 الگوی تغذیه و در صورت عدم تاثیر مداخله پس از یک دوره 3 ماهه) 	کارشناس تغذیه	
<ul style="list-style-type: none"> * غربال مثبت استعمال دخانیات * غربال مثبت مصرف الکل و مواد اعتیادآور 	کارشناس سلامت روان	
تهیه نمونه پاپ اسمیر، معاینه پستان	ماما	

آزمون ها / پرسشنامه و تست های خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان

نوع خدمت	نام آزمون / پرسشنامه / تست	توضیحات	غریبال مثبت
ارزیابی سلامت روان	پرسشنامه K6 (پرسشنامه استاندارد اختلالات اضطراب و افسردگی)	سئوال شامل: ۱- چقدر در 30 روز گذشته احساس می کردید مضطرب و عصبی هستید؟ ۲- چقدر در 30 روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟ ۳- چقدر در 30 روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟ ۴- چقدر در 30 روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟ ۵- چقدر در 30 روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟ ۶- چقدر در 30 روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟	بیشتر از 10 غریبال مثبت تلقی می شود K6
تشخیص سریع HIV	(Rapid TESE)	نتیجه آزمایشگاهی مثبت	
ارزیابی آمادگی فعالیت فیزیکی	(par- q) تست پارکیو	سئوال شامل: ۱- آیا تا کتون پزشک به شما گفته است که مشکل قلبی یا فشارخون بالا دارید؟ ۲- آیا هنگام استراحت، فعالیت های معمول روزانه یا انجام فعالیت بدنی در ناحیه سینه احساس درد می کنید؟ ۳- آیا در طی 12 ماه اخیر تعادل خود را بخاطر سیاهی رفتن چشم ها از دست داده اید و یا هوشیاری خود را از دست داده اید؟ (اگر سرگیجه به علت تنفس سریع متلاحمین ورزش شدید بوده است، پاسخ سوال را منفی در نظر بگیرید) ۴- آیا به جز بیماری قلبی یا فشارخون بالابیماری مزمن دیگری دارید؟ ۵- آیا اخیرا برای بیماری مزمن خود دارو دریافت کرده اید؟ ۶- آیا اخیرا یا در طی 12 ماه گذشته مشکل استخوانی، مفصلی یا بافت نرم (عضلات، تاندونها یا لیگامانها) داشته اید که با افزایش فعالیت جسمانی تشدید شود؟ (اگر مشکلات مذکور وجود داشته اند اما فعالیت جسمانی را محدود نکرده اند، پاسخ را منفی در نظر بگیرید) ۷- آیا تایحال پزشک به شما گفته است که باید تحت نظارت پزشکی فعالیت جسمانی داشته باشید؟	پاسخ مثبت به هر یک از سئوالات ارزیابی غریبال مثبت تلقی می شود.
پرسشنامه Hits	برای ارزیابی خشونت خانگی در زنان متأهل	۱. آیا همسر شما تا کتون شما را کتک زده است؟ ۲. آیا همسر شما هر تا کتون به شما توهین کرده است؟ ۳. آیا همسر شما تا کتون شما را تهدید به آسیب کرده است؟ ۴. آیا همسر شما تا کتون بر سر شما فریاد زده است؟	در صورت امتیاز بالاتر از 10 و تعادل فرد به دریافت کمک ارجاع به روانشناس /پزشک
غریبالگری سرطان روده بزرگ	(FIT) تست فیت	A و C وجود دو خط در کنار حرف	
غریبالگری سرطان دهانه رحم	تست پاپ اسمیر , HPV	نتیجه آزمایشگاهی مثبت	

تفسیر تست ها و آزمایشات

تفسیر نتایج تست فیت (FIT)	
مثبت	اگر علامت به صورت دو خط در کنار حروف C و T باشد یعنی نتیجه مثبت است (A)
منفی	در صورتی که علامت به صورت یک خط در کنار حرف C باشد یعنی نتیجه تست منفی است (B)
نامعتبر	در صورتی که علامت به صورت یک خط در کنار حرف T باشد یعنی نتیجه تست نامعتبر است و باید این تست مجدد انجام شود (C)

طبیعی	پره دیابتی	دیابتی
کمتر از 100	۱۰۰-۱۲۵	۱۲۶ و بالاتر

تفسیر نتایج آزمایش قند خون ناشتا (FBS)

طبیعی	غیر طبیعی
کمتر از ۲۰۰	۲۰۰ و بالاتر

تفسیر نتایج آزمایش چربی خون

ارزیابی فعالیت جسمانی

نکته مهم: توانایی محاسبه میزان و تعیین شدت فعالیت جسمانی و وضعیت فرد از لحاظ فعالیت جسمانی، ضروری و از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد.

<p>فعالیت فیزیکی با شدت متوسط 5 روز در هفته و هر بار 30 دقیقه، جمعا 150 دقیقه در هفته</p> <p>فعالیت فیزیکی شدید 3 روز در هفته و هر بار 25 دقیقه جمعا 75 دقیقه در هفته</p>	<p>فعالیت فیزیکی مطلوب</p>
---	----------------------------

برای تعیین شدت فعالیت فیزیکی از جدول طبقه بندی فعالیت های جسمانی به شرح ذیل استفاده نمایید:

فعالیت های شدید	فعالیت های متوسط	فعالیت های سبک
کارهای روزمره معمولاً در این دسته قرار نمی گیرند مگر اینکه به صورت شدید انجام شوند یا آمادگی بدنی فرد بسیار پایین باشد نمونه: چمن زنی با دستگاه دستی	کارهای روزمره منزل که نیازمند فعالیت نسبتاً شدید باشد مثل شست و شو یا تی کشیدن پارو کردن برف حمل و جابجایی کودک (با وزن بیشتر از ۲۲ کیلوگرم) شستن خودرو، جا به جا کردن مبلمان منزل	فعالیت های روزمره منزل مثل غذا درست کردن، گردگیری جارو کردن فرش ها، تمیز کردن زمین ، عوص کردن ملحفه ها، بیرون بردن زباله ها ، ظرف شستن در حالت ایستاده ، کشیدن جارو برقی ، آب دادن به گل ها، جیدن سبزی و میوه مراقبت از کودک شامل لباس پوشیدن، غذا دادن حمام کردن تمسیر خودرو راه رفتن معمولی
پیاده روی خیلی سریع (بیش از ۱۲۰ گام در دقیقه) دویدن	پیاده روی سریع حدود ۱۰۰ تا ۱۲۰ گام در دقیقه پیاده روی در مسیر سربالایی یا مسیر جنگلی	تمرینات کششی
ورزش های ابروییک با شدت بالا با دوچرخه زدن در آب، نرم دویدن در آب کار با اغلب دستگاه های هوازی مانند اسکی فضایی یا شدت بالا	ورزش های ابروییک با شدت پایین ابروییک در آب کار با اغلب دستگاه های هوازی مانند اسکی فضایی	انجام فعالیت های روزمره شغلی که نیازمند نشستن های طولانی مدت است
انجام فعالیت های روزمره شغلی که نیازمند حمل بار و حرکات سریع است	انجام فعالیت های روزمره شغلی که نیازمند ایستادن طولانی مدت یا راه رفتن زیاد است	دوچرخه سواری سبک تمرین های سبک با وزنه
دوچرخه سواری بیش از ۱۴ کیلومتر در ساعت ترکیب وزنه و حرکات ابروییک	دوچرخه سواری ۸ تا ۱۴ کیلومتر در ساعت وزنه زدن	رفصیدن آرام ورزش های تفریحی مانند: گلف، تنیس روی میز، ماهی گیری
رفص سریع با شدت زیاد اسکی، کاراته، جودو، بوکس رقابتی، بسکتبال و فوتبال	رفصیدن با شدت متوسط گلف همراه با حمل چوب ها، یوگا، ژیمناستیک، بوکس و مشت زدن به کیسه، تنیس و والیبال، بدمیتون رقابتی، اسب سواری	

تن سنجی میانسالان :

اندازه قد فرد به وسیله قدسنج یا متر، بدون کفش، در حالتی که فرد پشت به دیوار ایستاده، سر مستقیم به سمت جلو و پاشنه پا مماس با دیوار باشد، و اندازه وزن فرد با حداقل لباس و به وسیله ترازوی کالیبره شده بر حسب کیلوگرم بدون اعشار اندازه گیری می شود. نمایه توده بدنی (BMI) با استفاده از وزن و قد بر اساس فرمول زیر محاسبه و بر اساس جدول زیر طبقه بندی می گردد.

$$\text{BMI} = \frac{\text{وزن (کیلوگرم)}}{\text{مجدور قد بر حسب متر}}$$

پس از تعیین نمایه توده بدنی به مراجعه کننده در خصوص وزن طبیعی با توجه به جدول زیر بازخورد داده می شود:

طبقه بندی	مقدار BMI
لاغری (کم وزنی)	کمتر از ۱۸/۵
طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹
اضافه وزن	۲۵/۰ - ۲۹/۹
چاقی درجه ۱ (۳۰-۳۴/۹) چاقی درجه ۲ (۳۵-۳۹/۹) چاقی درجه ۳ یا شدید (۴۰ و بیشتر)	چاقی ۳۰ و بیشتر

برای اندازه گیری دور کمر ابتدا فرد در حالتی که به راحتی ایستاده و پاها به اندازه ۲۵ - ۳۰ سانتی متر از هم باز است، قرار می گیرد. سپس متر نواری را در ناحیه نقطه میانی حد فاصل قسمت پائینی آخرین دنده و برجستگی استخوان لگن (بدون پوشش یا لباس) قرار داده و بدون وارد کردن فشار بر بافتهای نرم، اندازه دور کمر مشخص می گردد که عدد کمتر از ۹۰ طبیعی و بالای ۹۰ چاقی شکمی محسوب می گردد.

مقدار هر سهم از گروههای مختلف غذایی بر اساس هرم غذایی استاندارد

ردیف	گروه غذایی	مقدار هر سهم (اندازه هر واحد)	میزان توصیه شده روزانه
۱	نان و غلات	انواع نان: ۳۰ گرم یا یک برش یک برش ۱۰ * ۱۰ سانتی متر (نان لواش: ۴ برش) - نصف لیوان برنج پخته یا ماکارونی پخته یا غلات خام (گندم، جو) - ۳ عدد بیسکویت ساده - یک عدد متوسط سیب زمینی	۱۱-۶ واحد
۲	سبزیها	یک لیوان سبزی های خام برگ دار - نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده - نصف لیوان سبزیهای نشاسته ای (نخود سبز، باقلا سبز، ذرت)، لوبیای سبز و هویج خرد شده - یک عدد متوسط گوجه فرنگی؛ هویج؛ خیار؛ پیاز خام	۵-۳ واحد
۳	میوه ها	یک عدد متوسط (سیب، موز، پرتقال، گلابی، هلو، کیوی، شلیل) - نصف لیوان میوه های ریز مانند توت، انگور و انار - ۲ عدد نارنگی - نصف گریپ فروت - ۱۲ عدد گیلاس - ۲ عدد آلو یا خرما یا انجیر تازه - ۴ عدد زرد آلو متوسط - یک برش ۳۰۰ گرمی خربزه یا طالبی یا هندوانه - نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت - یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار - سه چهارم لیوان آب میوه تازه و طبیعی	۴-۲ واحد
۴	شیر و لبنیات	یک لیوان شیر یا ماست - ۶۰ تا ۴۵ گرم پنیر معمولی (یک و نیم قوطی کبریت) - یک چهارم لیوان کشک - ۲ لیوان دوغ - یک و نیم لیوان بستنی ساده وانیلی	۳-۲ واحد
۵	گوشت و تخم مرغ	۶۰ گرم انواع گوشت (دوتکه خورشتی متوسط معادل دو قوطی کبریت) - نصف ران یا یک سوم سینه مرغ - یک تکه ماهی به اندازه یک کف دست - دو عدد تخم مرغ	۲-۱ واحد
۶	حبوبات و مغز های گیاهی	نصف لیوان حبوبات پخته - یک سوم لیوان انواع مغزها مانند گردو، پسته، فندق، بادام و ...	۱ واحد
۷	گروه متفرقه *	گروه متفرقه هرم غذایی شامل چربی، روغن، شکر، قندها و شیرینی ها، نمک، انواع ترشی و چاشنی ها می باشد که گروه اصلی غذایی محسوب نمی شوند	حداقل میزان

نکته قابل توجه : رنگ های مواد غذایی مندرج در جدول فوق به منظور معرفی جایگزین های مواد غذایی آورده شده است و برای معرفی راحت تر جایگزین های مواد غذایی می توانید از رنگ های مختلف مندرج در جدول استفاده نموده و جایگزین هر یک از مواد غذایی را معرفی نمایید به عنوان مثال برای آموزش به فردی که می گوید من شیر استفاده نمی کنم برای معرفی جایگزین یک لیوان شیر می توانید یک چهارم لیوان کشک و یا دو لیوان دوغ را آموزش دهید.

مقتضی است کلیه بهورزان، مراقبین سلامت، ماماها گروه های اصلی غذایی (۷ گروه) را شناخته و سهم هر گروه از رژیم غذایی روزانه و معادل ها را مطابق با جدول استاندارد بدانند.

روش امتیاز دهی تغذیه :

در صورتیکه در هر یک از گروههای غذایی، میزان توصیه شده روزانه مصرف شود، امتیاز ۲ و در صورتیکه کمتر از حد توصیه شده باشد، امتیاز ۱ و در صورتیکه اصلا مصرف نداشته باشد، امتیاز صفر تعلق می گیرد

نحوه پیگیری در پیشگیری از سکته های قلبی ، مغزی از طریق خطرسنجی :

- ✓ کمتر از ۱۰٪: رنگ سبز و خطر سنجی هر سال یک بار
- ✓ ۱۰ تا ۲۰٪: رنگ زرد خطر سنجی هر ۹ ماه یک بار
- ✓ ۲۰ تا ۳۰٪: رنگ نارنجی ارجاع به پزشک و خطر سنجی هر ۶ ماه یک بار
- ✓ بیشتر از ۳۰٪: رنگ قرمز ارجاع به پزشک و خطر سنجی هر سه ماه یک بار

سلامت باروری زنان : دوره زندگی زنان 30 - 59 سال به سه دوره اصلی باروری - دوران گذار به یائسگی و یائسگی تقسیم می شود که هر کدام از این سه دوره دارای مشخصه های خاصی می باشد که در ارزیابی سلامت باروری زنان مورد توجه قرار می گیرد.

عفونتهای آمیزشی، خونریزی واژینال غیر طبیعی، اختلال عملکرد جنسی، غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان ، غربالگری سرطان سرویکس علائم و عوارض اداری تناسلی یائسگی (در زنان ۴۵- ۵۹ ساله)

ارزیابی یائسگی در زنان ۴۵-۵۹ سال: بعد از گرفتن شرح حال و بررسی سوابق طبق جدول بوکلت ،ارزیابی و اقدامات لازم صورت می گیرد .

***اختلال وازوموتور:** در خصوص علائم وازوموتور و شدت آن سوال پرسیده می شود سپس سوابق بیماری و مصرف دارو بررسی و معاینات لازم (کنترل فشارخون و تعداد ضربان قلب) انجام می شود و براساس نتیجه ارزیابی ،طبقه بندی ، اقدامات لازم طبق جدول بوکلت صورت می گیرد .

ارزیابی از نظر اختلالات اداری تناسلی (در زنان 45 - 59 ساله) با سوال از چگونگی علائم و انجام معاینه ، به طبقه بندی و اقدام خاص پرداخته شود .

عفونت آمیزشی / ایدز : ابتدا علائم عمومی عفونت فرد و شریک جنسی مورد بررسی قرار می گیرد سپس معاینه ناحیه تناسلی انجام و شرح حال گرفته می شود .اقدامات بعدی براساس طبقه بندی بوکلت صورت می گیرد.(طبقه بندی PID با شوک سیتیک : ارجاع فوری به پزشک مرکز پس از انجام اقدامات اولیه اورژانس و در افراد پرخطر که نیازمند بررسی از نظر ابتلا به HIV باشد توصیه جهت انجام rapid test شود)

ارزیابی خونریزی غیر طبیعی واژینال : در صورت وجود خونریزی غیرطبیعی، نوع خونریزی مشخص می شود و پس از معاینه و بررسی سوابق فرد اقدامات بعدی براساس طبقه بندی بوکلت صورت می گیرد.

اختلال عملکرد جنسی : ابتدا با فراهم کردن زمینه لازم و با رعایت ملاحظات اخلاقی و فرهنگی و با کسب اجازه از مراجعه کننده درمورد فعالیت جنسی سوال پرسیده می شود سپس جهت بررسی سلامت عمومی معاینه ناحیه ژنیتال ودر صورت مشکل در اختلال عملکرد جنسی به پزشک ارجاع داده می شود و پیگیری پاسخ به درمان هر سه ماه انجام می گردد . و در صورتی که در طبقه بندی های دیگر قرار گیرد ، طبق بوکلت اقدامات لازم صورت می گیرد .

غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان (ارزیابی زنان 30 تا 69 سال): ابتدا در خصوص سوابق فردی و خانوادگی فرد سوالات مربوطه پرسیده و ضمن بررسی مستندات پاراکلینیک انجام شده، معاینه پستان انجام و همزمان با معاینه، خود آزمایی پستان آموزش داده می شود در صورتی که در طبقه بندی " مشکوک " و " در معرض خطر " قرار گیرد، ارجاع به متخصص جراح داده می شود و در صورتی که در طبقه بندی " نیازمند پیگیری " و " طبیعی " قرار گیرد، طبق بوکلت اقدامات لازم صورت می گیرد.

غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس : (ارزیابی زنان 30 تا 59 سال)

ابتدا علائم تشخیص زود هنگام سرطان رحم پرسیده می شود و پس از معاینه، شرح حال، سوابق و علائم خطر پرسش شده و نتایج پاراکلینیک قبلی بررسی می شود و براساس نتیجه ارزیابی، طبقه بندی و اقدامات لازم طبق جدول بوکلت صورت می گیرد

منابع

-بسته خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان، ویژه غیرپزشک، سال ۱۳۹۶

سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس

تهیه کنندگان:

- زهرا معتقد لاریجانی: کارشناس مسئول برنامه سلامت نوجوانان و جوانان و مدارس معاونت بهداشتی دانشگاه

- مریم فلاحی: مدیر مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شبکه بهداشت و درمان شهرستان گرمسار

مقدمه

مطابق قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران برنامه ریزی برای سلامت همه افراد جامعه یکی از مهم ترین وظایف دولت است و با توجه به جوان بودن ساختار جمعیتی کشورمان که حدود ۴۰ درصد جمعیت کشور را به خود اختصاص داده است، و نیز روند رو به رشد عوامل خطر محیطی تهدیدکننده سلامت توجه به برنامه های حوزه سلامت نوجوانان و جوانان (گروه سنی ۵-۱۸ سال و ۱۸-۲۹ سال) بیش از پیش الزامی است.

بسته های خدمت نوجوانان و جوانان، شامل بخش های ارزیابی، طبقه بندی، اقدام و پیگیری می باشد، که در هر بخش توصیه های لازم برای نوع اختلال مطرح شده، آمده است.

در چارت های بخش درمان از سه رنگ قرمز، زرد، سبز استفاده شده است.

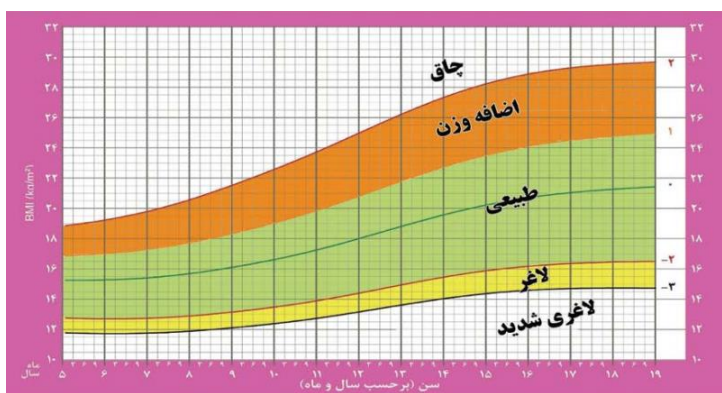
الف - **رنگ قرمز** نشان دهنده نیاز به ارجاع فوری بیمار به سطح بالاتر درمانی ظرف مدت طی روز جاری است و پیگیری پس از ۲۴ ساعت انجام شود.

ب - **رنگ زرد** نشان دهنده نیاز به ارجاع غیر فوری بیمار به پزشک مرکز یا مراکز درمانی و یا سطح ارجاع مشخص شده ظرف مدت یک هفته است و پیگیری پس از یک هفته انجام گیرد و یا فرد دارای عامل خطر است و نیاز به پی گیری دارد.

پ - **رنگ سبز** نشان دهنده امکان ارایه کامل خدمت بدون نیاز به ارجاع به مراکز درمانی و یا پزشک است و فرد عامل خطر ندارد.

مراقبت های ادغام یافته گروه سنی ۵-۱۸ سال

ارزیابی از نظر نمایه توده بدنی:



طبقه‌بندی و اقدام:

طبقه بندی	اقدام*
لاغری شدید و لاغر	آموزش تغذیه در گروه سنی و مبتنی بر غربالگری الگوی تغذیه ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی تاکید برای شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز
اضافه وزن	تاکید برای شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز پی‌گیری برای ۲ دوره سه ماهه با کنترل مجدد نمایه توده بدنی و الگوی تغذیه در صورت برطرف نشدن مشکل (الگوی تغذیه) یا خارج شدن نمایه توده بدنی از طیف نرمال، ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای ادامه مراقبت‌ها مطابق بسته خدمت
چاق	تاکید برای شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی ادامه مراقبت‌ها مطابق بسته خدمت
وزن طبیعی و الگوی تغذیه ای مناسب	تشویق برای ادامه الگوی تغذیه مناسب ادامه مراقبت مطابق بسته خدمت
وزن طبیعی اما الگوی تغذیه نامناسب	پی‌گیری توسط مراقب سلامت ۶ ماه بعد جهت کنترل الگوی مصرف تاکید برای شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز

مصرف مکمل ها:

جهت پیشگیری از کم خونی فقر آهن مکمل آهن: در دختران سنین بلوغ (متوسطه‌ی اول و دوم)، هفته ای یک قرص به مدت ۱۶ هفته (۴ ماه) در سال.

به والدین توصیه شود برای پیشگیری از کم خونی فقر آهن به کودکان ۷ تا ۱۴ سال هم (چه دختر و چه پسر) طی یک دوره ۳ ماهه در هر سال ۱۲ هفته ، به طور هفتگی یک عدد قرص آهن داده شود.

ویتامین D: برای دانش‌آموزان متوسطه‌ی اول و دوم (پسر و دختر) ماهی یک عدد قرص ژله‌ای ۵۰۰۰۰ واحد به مدت ۹ ماه

موارد ارجاع به کارشناس تغذیه:

جوانانی که بیماری تشخیص داده شده دارند (بیماری چاقی، پره دیابت و دیابت، فشار خون بالا و اختلالات چربی خون)، کم وزنی و آنمی جوانان باردار ابتدا به پزشک جهت انجام مراحل درمانی و سپس از پزشک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شوند.

ارزیابی بینایی:

معاینه با چارت بینایی

موارد ارجاع:

- کاهش دید هر یک از چشم ها کم تر از ۲۰/۲۵ یا کم تر از ۹/۱۰

- تفاوت دید چشم ها بیش از یک ردیف در تابلوی سنجش بینایی مورد استفاده

- دید هر دو چشم با هم کم تر از ۲۰/۲۰ یا کم تر از ۱۰/۱۰

ارزیابی شنوایی:

انجام تست نجوا: فرد را در یک اطاق خلوت نشانده و در فاصله ۶۰ سانتی متری قرار بگیرید و از او بخواهید که یک گوش

خود را با دست ببندد، سپس پشت سر یا پهلوئی فرد به نحوی قرار بگیرید که او نتواند لب خوانی کند. سپس با گفتن کلمات دو

سیلابی مثل ماشین، کتاب، کودک و غیره به صورتی که کلمات با استفاده از بازدم گفته شود و صدایی تولید نشود، ادا گردد. اگر

بتواند کلمات را تکرار کند، شنوایی قابل قبولی دارد و در غیر این صورت دچار اختلال شنوایی است.

ارزیابی از نظر واکسیناسیون:

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
آیا دانش آموز واکسن توام را دریافت کرده است؟	دانش آموز واکسن توام را دریافت نکرده است	واکسیناسیون ناقص	- معرفی به مرکز بهداشتی درمانی جهت دریافت واکسن - پیگیری فعال ۳ ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون
آیا دانش آموز واکسن توام را دریافت کرده است؟	دانش آموز واکسن توام را دریافت کرده است	واکسیناسیون کامل	ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر پدیدکلوژیس:

- درمان دارویی طبق دستورعمل
- استحمام مرتب و منظم، شانه کردن موهای سر در روز به دفعات مختلف، تمیز کردن و شستشوی منظم برس و شانه و لباس ها، روسری و کلاه و دیگر وسایل شخصی
- شستشوی لباس و لوازم خواب در آب جوش به مدت ۳۰ دقیقه و یا استفاده از ماشین لباسشویی با آب ۵۵ درجه و اتو کردن منظم لباس و بویژه درزهای آن برای از بین بردن شپش و رشک

ارزیابی دهان و دندان

موارد ارجاع فوری: تجویز مسکن وارجاع فوری به دندانپزشک

- دندان درد
- تورم و پارگی و خونریزی از بافت
- ✓ آبه دندان
- ✓ شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان
- ✓ ارجاع غیر فوری: ارائه توصیه های بهداشتی وارجاع غیر فوری به دندانپزشک
- ✓ تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای
- ✓ لثه پر خون و قرمز و متورم
- ✓ بوی بد دهان
- ✓ جرم دندانی
- ✓ زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان
- ✓ خدمت واریش فلوراید باید سالی ۲ بار(هر ۶ ماه) به فرد ارائه شود.
- ✓ کسی که مشکل دهان و دندان ندارد توصیه به مراجعه به دندانپزشک هر ۶ ماه یک بار

مراقبت از نظر آسم

موارد ارجاع:

- ✓ سابقه تشخیص آسم توسط پزشک
- ✓ تجویز اسپری استنشاق توسط پزشک طی یک سال گذشته
- ✓ وجودعلائم تنفسی شامل سرفه بیش از ۴ هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) طی یک سال گذشته

پیگیری و مراقبت بیماران

چنانچه سطح کنترل بیماری کامل باشد بیمار ماهانه توسط بهورز/ کارشناس مراقب سلامت و هر دو ماه یکبار توسط پزشک

مراقبت می گردد.

در موارد آسم کنترل نشده یا کنترل نسبی، بیمار هر دو هفته یکبار توسط بهورز/ کارشناس مراقب سلامت پیگیری و مراقبت می شود تا زمانی که به سطح کنترل کامل برسد .

بهداشت روان:

موارد ارجاع فوری: افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود
✓ قبل ارجاع به کارشناس سلامت روان، جهت غربالگری تکمیلی و یا مداخلات روانشناختی، ارجاع فوری به پزشک صورت گیرد.

دخانیات

✓ دود دست دوم:
دود حاصل از استعمال مواد دخانی توسط افراد مصرف کننده که توسط افراد غیرمصرف کننده استنشاق می شود .
✓ دود دست سوم:
ذرات سمی ناشی از مصرف مواد دخانی است که بر روی قسمت های مختلف وسایل و سطوح موجود در منزل، خودرو، پوست، مو و لباس افراد می نشیند، که افراد غیرمصرف کننده در تماس با آن قرار می گیرند.

فوریت ها (۶ تا ۱۸ سال)

در صورت برخورد با مواردی از قبیل خونریزی غیرقابل کنترل، در رفتگی احتمالی یک مفصل و یا شکستگی احتمالی یک استخوان، عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیرطبیعی باید ارجاع فوری به پزشک صورت گیرد.

اقدام در صورت اختلال هوشیاری:

- ✓ تمیز کردن راه هوایی و کنترل تنفس
- ✓ خوابانیدن بیمار به پهلو
- ✓ عدم تجویز مواد خوراکی
- ✓ انجام احیای قلبی ریوی طبق دستورعمل.

بلوغ

تغییرات مهم بلوغ جسمی در دختران:

جهش رشدی: افزایش سریع قد در دختران حداقل ۲ سال زودتر از پسران اتفاق می افتد. به طوری که در مدت یک سال قد دختران حدود ۶ تا ۱۱ سانتی متر بیشتر می شود. از قاعدگی سرعت رشد قد کندتر شده و بیش از ۶ سانتی متر قد دخترها افزایش نمی یابد.

تغییرات سایر اعضا: علاوه بر رشد قد، جذب چربی در بدن و توزیع آن به شکل زنانه در ران ها و پستان ها و سایر قسمت های بدن اتفاق می افتد.

رشد پستان ها: معمولاً در سنین ۷/۵ تا ۱۲/۵ سالگی و به طور متوسط ۹/۵ سالگی روی می دهد.

رشد موهای شرمگاهی: متعاقب رشد پستان ها و به طور متوسط در سن ۱۰/۵ سالگی، موهای شرمگاهی در حاشیه داخلی لب های فرج و ناحیه زیر بغل ظاهر می شود.

قاعدگی: آخرین مرحله بلوغ است که در سن ۹ تا ۱۶ سالگی و به طور متوسط ۱۳ سالگی اتفاق می افتد. اولین قاعدگی در سن ۱۱ تا ۱۳ سالگی اتفاق می افتد.

تغییرات مهم بلوغ جسمی در پسران:

تغییر در اندازه اندام های بدن

صفات اولیه جنسی: اولین علامت بزرگ شدن بیضه هاست که اغلب در ۹/۵ سالگی اتفاق می افتد .

صفات ثانویه جنسی: این صفات به طور مستقیم با تولید مثل ارتباط ندارد و شامل:

- رویش موهای شرمگاهی که حدود یک سال بعد از بزرگ شدن بیضه ها و آلت تناسلی ظاهر می شود.

- رویش موی زیربغل و افزایش موهای بدن که پس از تکمیل موهای زهار اتفاق می افتد.

- ریش و سبیل که از ۱۴ تا ۱۸ سالگی شروع به روئیدن می کند.

- تغییرات پوست بدن

- تغییر صدا که ناشی از رشد طناب های صوتی است. ابتدا صدا خشن و سپس بم و آهنگ آن مطلوب تر می شود.

- رشد عضلات بخصوص در عضلات سینه، ساق ها، بازوان و شانه ها اتفاق می افتد.

* به دلیل افزایش موارد بلوغ زودرس، آموزش علائم بلوغ برای والدین دانش آموزان مقطع ابتدایی انجام شود.

فعالیت بدنی

فعالیت بدنی نوجوانان : حداقل فعالیت بدنی متوسط ۴۲۰ دقیقه در هفته معادل با ۶۰ دقیقه در روز با تواتر ۷ روز در هفته

شامل ورزش های هوازی نظیر پیاده روی تند، دوچرخه سواری، شنا و...

فعالیت ها نشسته (تماشای تلویزیون و...) کمتر از ۲ ساعت

مراقبت های ادغام یافته گروه سنی ۱۸-۲۹ سال

وضعیت نمایه توده بدنی:

ارزیابی	مقدار BMI (KG/M2)	طبقه بندی	اقدام
وزن و نمایه توده بدنی را محاسبه کنید. نمایه توده بدنی را با استانداردها مقایسه کنید.	کمتر از ۱۸/۵	لاغر	ارجاع غیرفوری به پزشک
	۱۸/۵ - ۲۴/۹	طبیعی	توصیه های لازم برای شیوه زندگی سالم و غربالگری ۳ سال یک بار
	۲۵ - ۲۹/۹	اضافه وزن	آموزش تغذیه طبق دستورعمل
	بالای ۳۰	چاقی	ارجاع به پزشک و کارشناس تغذیه

ارزیابی از نظر واکسیناسیون:

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
- آیا در دوره دبیرستان واکسن توأم دریافت کرده است؟	- در دوره دبیرستان واکسن توأم دریافت نکرده است یا نمی داند (واکسیناسیون ناقص است)	معرفی به پایگاه /مرکز خدمات جامع سلامت جهت دریافت واکسن پیگیری فعال ۱ ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون هر ۱۰ سال یکبار تکرار
	واکسیناسیون کامل است	- ادامه مراقبت ها

ارزیابی وضعیت قلبی و عروقی

عوامل خطر فشار خون بالا

- ابتلا به چاقی یا اضافه وزن
- سابقه وزن کم هنگام تولد ($low\ birth\ weight$ دارد)
- سابقه وقفه تنفسی هنگام خواب ($obstructive\ sleep\ apnea$ دارد)
- سابقه ابتلا حداقل یکی از والدین به بیماری عروق کرونر زودرس یا اختلالات چربی خون (در مردها قبل از ۶۵ سالگی و در زن ها قبل از ۵۵ سالگی)
- سابقه خانوادگی بیماری های فشارخون بالا، دیابت، و بیماری کلیوی
- وجود سابقه، علائم یا عوارض فشارخون بالا یا مصرف داروهای ضد فشارخون خون

ارزیابی از نظر شک به بیماری سل:

- سرفه طول کشیده (بیش از دو هفته)
- سابقه تماس با فرد مبتلا به سل

اقدام لازم:

- آموزش آداب سرفه و نحوه صحیح تهیه خلط مناسب
- تهیه نمونه خلط، ارسال به آزمایشگاه و پیگیری پاسخ
- ارجاع غیرفوری به پزشک همراه با جواب آزمایش خلط
- اجرا و پیگیری دستورات پزشک پس از ویزیت

ارزیابی سلامت روان:

این ارزیابی شامل غربالگری سلامت روان، بررسی سابقه و یا غربالگری بیماری صرع خواهد بود.

پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی که خارج از نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خدمات دریافت می‌کنند، فقط به صورت هر سه ماه یک بار و جهت اطمینان از ادامه دریافت خدمات می‌باشد. در صورت مواجهه با عدم پیگیری درمان توسط بیمار لازم است که به پزشک نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارجاع شود. موارد ارجاع فوری: خشونت و پرخاشگری به گونه‌ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض شدید داروهای روانپزشکی

فعالیت بدنی به دو گروه هوازی و غیرهوازی تقسیم می‌شود:

فعالیت‌های هوازی، فعالیت‌های با شدت متوسط و مدت نسبتاً طولانی هستند که گروه‌های عضلانی بزرگ را فعال می‌کنند و برای اجرای آن‌ها نیاز به مصرف اکسیژن توسط عضلات بدن است، زیرا انرژی مورد نیاز برای این نوع فعالیت‌ها، عمدتاً از طریق سیستم هوازی تأمین می‌شود. نمونه‌های فعالیت‌های هوازی شامل دویدن، طناب زدن، پیاده‌روی تند، شنا، دو آرام و دوچرخه سواری با سرعت کم و متوسط هستند. این فعالیت‌ها می‌توانند توانائی عملکرد و تناسب قلبی عروقی را بهبود بخشند و اگر تحت نظر پزشک و حساب شده انجام شوند، می‌توانند علائم ناشی از بیماری قلبی را کم کنند. انجام این فعالیت‌ها در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی باید با احتیاط و زیر نظر پزشک انجام شود. در این بیماران، پیاده روی، شنا، دویدن آهسته و نیز دوچرخه سواری آرام مناسب‌تر است.

فعالیت‌های غیر هوازی، فعالیت‌هایی هستند که مصرف انرژی بدون دخالت اکسیژن انجام می‌شود. این نوع فعالیت‌ها برای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مناسب نیست. پس از انجام این فعالیت‌ها، به علت واکنش انجام شده بدون حضور اکسیژن، در محیط سلول و عضله، ماده‌ای به نام اسید لاکتیک تجمع می‌یابد که موجب خستگی عضله و حتی درد خواهد شد.

میزان و شدت فعالیت بدنی مناسب:

- ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط برای حداقل ۵ بار در هفته و یا ۲۵ دقیقه فعالیت شدید حداقل ۳ بار در هفته، برای بزرگسالان توصیه می‌شود. رعایت توالی ۳۰ دقیقه به صورت سه دوره ۱۰ دقیقه‌ای فعالیت بدنی در طول روز در جوانان فعالیت فیزیکی به مدت ۶۰-۳۰ دقیقه (که می‌تواند به سه نوبت ۲۰-۱۰ دقیقه‌ای تقسیم شود) با شدت متوسط تا شدید، هر روز و دست کم ۵ بار در هفته توصیه می‌شود

منابع

--بسته خدمت نوجوانان و جوانان غیر پزشک

برنامه سلامت سالمندان

تهیه کنندگان:

مهناز داودی پاشا: مربی مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان
شهربانو رشیدی: کارشناس سلامت خانواده و جمعیت، مرکز بهداشت شهرستان سمنان

زیر نظر: دکتر ژامک اقوامی مدیر گروه جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس معاونت بهداشتی

جامعه رو به سوی سالمندی: زمانی که ۸٪ جمعیت را افراد ۶۵ سال و بالاتر و یا ۱۲٪ جمعیت را افراد ۶۰ سال و بالاتر تشکیل می دهد پدیده سالمندی در جمعیت استقرار می یابد

تعریف فرد سالمند: بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سالمند به کسی گفته می شود که سن ۶۰ سالگی را پشت سر گذاشته باشد که از نظر رنج سنی به سه گروه تقسیم می گردد:

سالمند جوان (۷۰-۶۰ سال)، سالمند میانسال (۸۰-۷۱ سال) و سالمند پیر (۸۱ سال به بالا)

بسته خدمات نوین سلامت سالمندان :

- ۱- زندگی سالم در دوره سالمندی
- ۲- مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان
- ۳- شناسایی و طبقه بندی سالمندان بر اساس ریسک خطر

زندگی سالم در دوره سالمندی

هدف از این برنامه ، آموزش سالمندان و خانواده های آنها و دادن اطلاعات لازم به سالمندان در رابطه با الگوی غذایی مناسب ، اصلاح الگوهای نادرست تغذیه ای ، کاهش بیماریهای غیرواگیر ، ترویج سبک زندگی سالم و در نهایت ارتقا سلامت سالمندان جامعه می باشد. این آموزشها به صورت حضوری و گروهی و در مراکز سلامت شهری ، یک آموزش به ازای هر مراقب سلامت در هر فصل و در مراکز روستایی حداقل دو آموزش به ازای هر بهورز در هر فصل برنامه ریزی شده است .

مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان



اجزا بسته خدمتی در حال اجرا:

- ارزیابی سالمند
 - طبقه بندی مشکل سالمند
 - اقدامات و توصیه های لازم به سالمند
 - مکمل یاری پرل ویتامین د ۳ (۵۰۰۰۰ واحدی) ۱ عدد و قرص کلسیم د ۳۰ عدد ماهانه
- وضعیت تغذیه ای: در سالمندان ایرانی نمایه توده بدنی ۲۱ تا ۲۶/۹ مطلوب و نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ و نمایه توده بدنی ۲۷ و بالاتر نامطلوب در نظر گرفته می شود.

نیازهای غذایی فرد سالمند: انرژی، پروتئین ها، چربی ها، ویتامین ها، مواد معدنی و آب

افسردگی: سالمندان از گروههای در معرض خطر افسردگی هستند.

نشانه های افسردگی:

- خلق افسرده
- خستگی و کاهش انرژی
- احساس بی ارزشی یا احساس گناه
- کاهش یا افزایش خواب
- کاهش توانایی انجام فعالیت های روزمره

سقوط و عدم تعادل: سقوط یا زمین خوردن عبارت است از حادثه ای که نتیجه آن قرار گرفتن ناخواسته فرد بر روی

زمین یا از یک سطح به همان سطح یا سطح پایین تر با یا بدون ازدست دادن هوشیاری وبا یا بدون آسیب می باشد

علل سقوط:

- **علل داخلی:** مانند ضعف در تعادل، ضعف بینایی، کاهش شنوایی، افت فشارخون وضعیتی، دمانس، بیماریهای قلبی عروقی، کم خونی، بیماریهای عفونی، دیابت، سکنه مغزی، التهاب مفاصل، ضعف عضلانی، پارکینسون
- **علل خارجی:** مانند مصرف برخی داروها، محیط نامناسب و یا محیط ناآشنا، روشنائی ضعیف، عدم وجود امکانات ایمنی، وجود قالیچه های لغزنده روی سنگ و ... که منجر به زمین خوردن میگردد.

سالمندان ۷۰ساله و بالاتر و سالمندان زن بیشتر در معرض خطر سقوط قرار دارند

اختلالات فشارخون، دیابت و چربی خون

- ۱- اندازه گیری فشارخون در وضعیت نشسته پس از ۵ دقیقه استراحت از دست راست
- ۲- فشارخون بیشتر و مساوی ۹۰/۱۴۰ اندازه گیری مجدد فشارخون بعد از ۵ دقیقه استراحت
- ۳- بررسی افت فشارخون وضعیتی در سالمند بعد از ۲ دقیقه در وضعیت ایستاده با تکیه گاه برای دست

ارزیابی سالمند از نظر دیابت

- ✓ ثبت دیابت سالمند با تشخیص پزشک
- ✓ مصرف داروی کنترل کننده قند خون
- ✓ مشاهده آزمایش قندخون ناشتا (اگر سالمند در طی یک سال گذشته آزمایش قند خون ناشتا انجام داده است، میزان آن از نظر ما قابل قبول است)
- ✓ اختلالات چربی خون با بروز بیماری های قلبی عروقی ارتباط دارد، از این رو تشخیص، درمان و پیگیری آن در سالمندان حائز اهمیت است. سالمندان ۶۰ تا ۷۹ ساله را برای بررسی از نظر اختلالات چربی خون به پزشک ارجاع دهید. به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید.

سرطان روده بزرگ: سرطان روده بزرگ یک فرآیند چند مرحله ای است و در اثر مجموعه تغییراتی بروز می کند که از غشا طبیعی داخل روده شروع شده و به سمت تکثیر سلولهای غیرطبیعی می رود.

نشانه های سرطان روده بزرگ:

- خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر
- یبوست در طی یک ماه اخیر
- کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه

سرطان پستان: سرطان پستان بیماری است که در آن، سلولهای بدخیم در بافت پستان ایجاد میشوند.

نشانه های سرطان پستان:

- زخم پوست و ترشح سروزی یا خونی باشد
- توده پستان یا زیر بغل
- تغییر در شکل یا قوام پستان و پوست پرتغالی، اریتم یا قرمزی پوست
- پوسته پوسته شدن و آگزمای پوست
- تغییرات نوک پستان فرورفتگی یا خراشیدگی

ترشح نوک پستان که دارای هر یک از خصوصیات زیر باشد:

- از یک پستان باشد و نه هر دو پستان
- از یک مجرا باشد و نه از چند مجرا
- ترشح خود به خودی و ادامه دار باشد
- در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد

شناسایی و طبقه بندی سالمندان بر اساس ریسک خطر

هفت گروه زیر از سالمندان در معرض خطر آسیب پذیری

- ✓ سالمندانی که در موسسات نگهداری می شوند
- ✓ سالمندان بی بضاعت (زیر خط فقر نسبی)
- ✓ کهنسالان (پیرترین پیران)
- ✓ سالمندان روستایی
- ✓ سالمندان حاشیه شهرها
- ✓ سالمندان تنها
- ✓ زنان سالمند

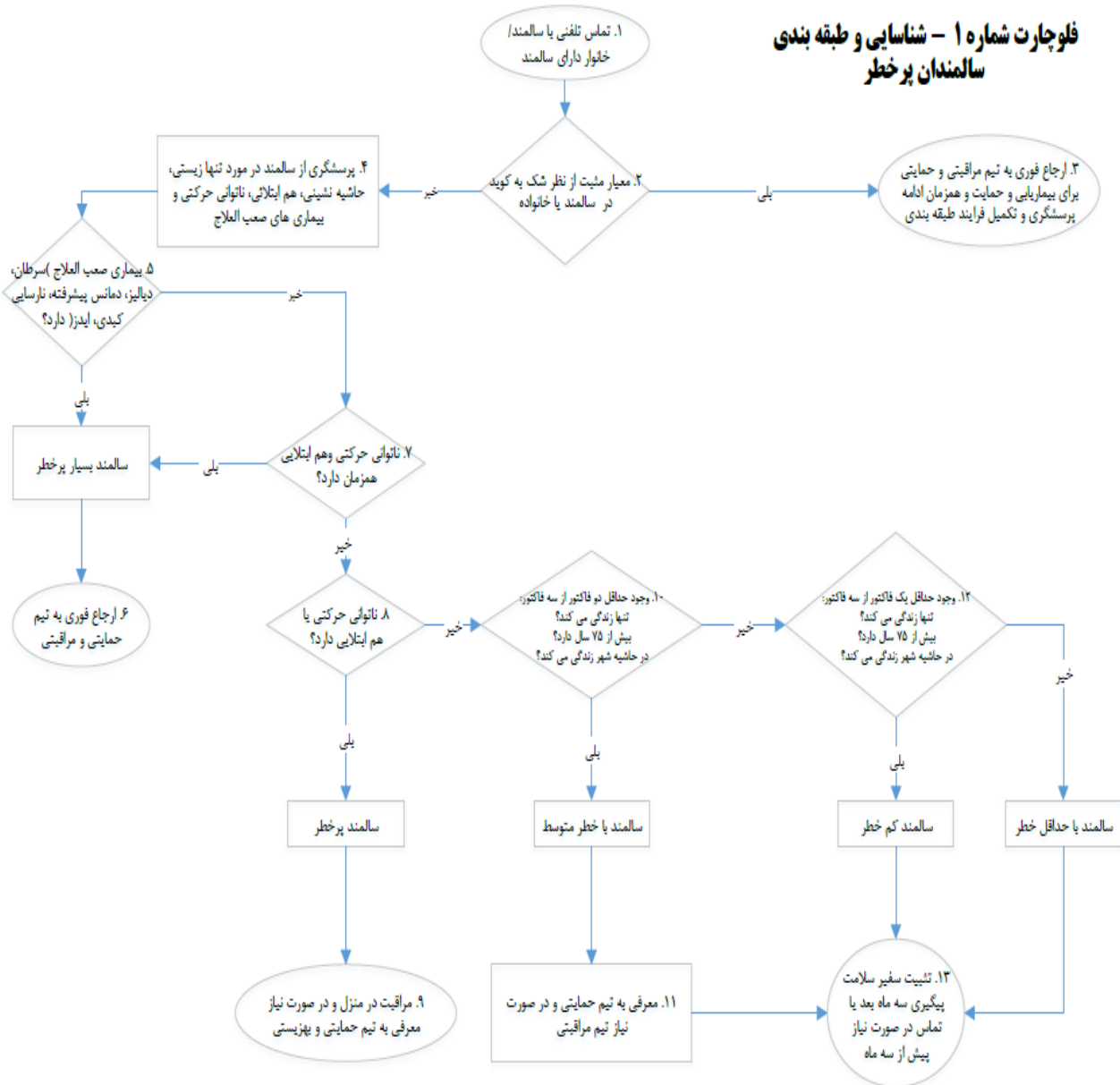
ارزیابی وضعیت سالمندان پرخطر و تعیین نیازها، مداخلات بهداشتی شامل واکسیناسیون بر علیه بیماری کووید و انجام قرنطینه معکوس و مراقبت های حمایتی عمومی، تکمیل پوشش شناسایی و مراقبت از سالمندان بسیار پرخطر، پایش و ارزشیابی مراکز نگهداری شبانه روزی و توانبخشی سالمندان بر اساس چک فهرست می باشد.

طبقه بندی سالمندان شناسایی شده از نظر میزان خطرپذیری:



پروژه برنامه های سلامت شهرستان سمنان

فلوجارت شماره ۱ - شناسایی و طبقه بندی سالمندان پرخطر



منابع

--بوکلت مراقبتهای ادغام یافته سلامت سالمندان (ویژه بهروز و مراقب سلامت، سال ۱۳۹۸

--راهنمای شناسایی و طبقه بندی خطرپذیری سالمندان کشور، سال ۱۴۰۰

برنامه ترویج شیوه زندگی سالم بر اساس آموزه‌های طب ایرانی

تهیه کنندگان :

- دکتر ژامک اقوامی: مدیر سلامت خانواده ، جمعیت و مدارس معاونت بهداشتی

- مرجان السادات سیدجعفری : کارشناس طب ایرانی معاونت بهداشتی

امروزه به دلیل تغییر سبک زندگی مردم، آلودگی محیط زیست، افزایش استرس‌های محیطی، کم تحرکی، تغییر ساعات خواب بر خلاف نظم بیولوژیک بدن و تغییر عادات غذایی، علی‌رغم کنترل بیماری‌های واگیر و عفونی، افزایش شاخص امید زندگی و تغییر ساختار نسبی جمعیت به سمت سالمندی، بار بیماری‌های غیرواگیر افزایش یافته است؛ که سالانه هزینه‌های سنگینی به نظام سلامت کشور تحمیل می‌کند. ارتقای سلامت و کاهش بار این بیماری‌ها مستلزم افزایش سطح سواد سلامت مردم و تغییر رفتار و شیوه زندگی آن‌هاست.

سازمان جهانی بهداشت در راهبرد ۲۰۲۳-۲۰۱۴، با توجه به تقاضا و گرایش مردم به طب‌های سنتی و مکمل در دنیا، کاربرد گسترده در حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری علاوه بر درمان بویژه در بیماری‌های مزمن، سهولت دسترسی و کاهش هزینه‌ها بر ادغام خدمات طب سنتی و مکمل در نظام سلامت تاکید کرد و پیشنهاد اصلاح ساختار در وزارت بهداشت کشورها در جهت توسعه استفاده از طب‌های سنتی و مکمل را ارائه داد.

در اسناد بالادستی کشورمان از جمله بند ۱۲ سیاست‌های کلی «سلامت»، ابلاغیه رهبر معظم انقلاب اسلامی؛ نیز بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران و همچنین اصلاح سبک زندگی و تغذیه مردم از وظایف تولید نظام سلامت یعنی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شمرده شده است .

طب سنتی ایرانی (طب ایرانی) سلامت محور بوده و اغلب آموزه‌های آن مبتنی بر اصلاح سبک زندگی است و با التفات به ریشه‌دار بودن این آموزه‌ها در فرهنگ و باورهای مردم قابلیت پذیرش بیشتری داشته و علاوه بر این دسترسی به خدمات آن نیز برای مردم آسان است. ورود خدمات تایید شده طب سنتی و آموزه‌های آن در نظام سلامت با هزینه کمتر و قدرت بیشتر کمک زیادی به ارتقای سلامت جامعه می‌کند .

برنامه ادغام و ترویج شیوه زندگی سالم بر اساس آموزه‌های طب ایرانی در این راستا انجام می‌شود. در این برنامه توانمند سازی دست اندرکاران نظام سلامت در راستای استفاده از ظرفیت منطقی و تایید شده خدمات طب ایرانی گامی در راستای افزایش سطح سواد سلامت مردم برداشته و به این واسطه مانعی برای افراطی‌گری‌های غیر منطقی خواهد شد. علاوه بر این زمینه بهره‌مندی هرچه بهتر و بیشتر مردم از ظرفیت خدمات تایید شده، در دسترس و ارزان طب ایرانی فراهم می‌شود.

اهداف

هدف کلی: بهبود سبک زندگی بر اساس آموزه های طب ایرانی

اهداف اختصاصی:

- تکمیل شناسنامه سبک زندگی سالم بر اساس آموزه های طب ایرانی در ۸۰ درصد جمعیت بالاتر از ۶ ساله تحت پوشش برنامه طی سه سال از شروع برنامه
- افزایش دانش مورد نیاز برای داشتن شیوه زندگی سالم بر اساس آموزه های طب ایرانی در ۲۰ درصد جمعیت بالاتر از ۶ ساله تحت پوشش برنامه سالیانه
- اصلاح نگرش مورد نیاز برای داشتن شیوه زندگی سالم بر اساس آموزه های طب ایرانی در ۱۰ درصد جمعیت بالاتر از ۶ ساله تحت پوشش برنامه هر سال

گروه هدف: جمعیت بالای ۶ سال در کل کشور.

شرح وظایف مراقبین سلامت / بهورز:

- ✓ گذراندن دوره آشنایی با آموزه های سبک زندگی سالم در طب ایرانی بر اساس محتوای آموزشی به منظور آموزش جمعیت تحت پوشش خانه ی بهداشت/ پایگاه سلامت
- ✓ برگزاری پویش های آموزشی و اطلاع رسانی درباره برنامه
- ✓ تکمیل شناسنامه سبک زندگی برای جمعیت تحت پوشش خانه ی بهداشت/ پایگاه سلامت و ثبت در سامانه
- ✓ اطلاع رسانی عمومی و آموزش سبک زندگی سالم به شکل گروهی
- ✓ آموزش اصلاح سبک زندگی به جمعیت تحت پوشش خانه ی بهداشت/ پایگاه سلامت و ثبت در سامانه (آموزش فردی)
- ✓ به روز رسانی شناسنامه سبک زندگی در مراجعات بعدی متقاضیان دریافت آموزش طب ایرانی و ثبت در سامانه
- ✓ نظرسنجی دوره ای از دریافت کنندگان بسته آموزش سبک زندگی و ارسال آن به سطوح بالاتر

منابع

--دستورالعمل سبک زندگی سالم بر اساس آموزه های طب ایرانی- وزارت بهداشت و درمان

مرکز آموزش بهرزی و بازآموزی بدنه های سلامت شهرستان سمنان

پیشگیری و مبارزه با بیماری ها

بیماریهای غیرواگیر

تهیه کنندگان:

- مصطفی طالبی: مربی بیماریهای مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت سمنان
- شهاب باجان، محمد حسن مرادی، ملیحه منطقی: کارشناسان واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای مرکز بهداشت شهرستان سمنان
- بهار سمیعی: مربی بیماریهای مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی سلامت مرکز بهداشت سمنان
- صدیقه دربانی: کارشناس واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای شبکه بهداشت و درمان شهرستان دامغان

زیر نظر:

- دکتر محمدناصر رهبر: سرپرست مدیریت گروه گسترش شبکه و ارتقاء سلامت معاونت بهداشتی-مدیر پیشگیری و مبارزه با بیماریها معاونت بهداشتی
- دکتر شیرازه معانی: ریاست مرکز بهداشت شهرستان سمنان و کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریها معاونت بهداشتی
- زهرا سبحی: کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریهای غیر واگیر معاونت بهداشتی
- محمد فانی: کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریهای غیرواگیر معاونت بهداشتی
- دکتر بهزاد فتاحی: کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریهای واگیر معاونت بهداشتی

پیشگفتار

پدیده های شهرنشینی و صنعتی شدن جوامع که با تغییرات وسیع در سبک زندگی همراه است، در کنار بهبود شاخص های بهداشتی که سبب افزایش میزان امید به زندگی شده است، مهمترین عوامل افزایش بار بیماریهای غیرواگیر بوده اند. بیماری های غیرواگیر، مسئول بیش از ۵۳% بار بیماریها در سراسر جهان هستند و بیش از ۷۶% کل بار بیماریها در ایران به بیماریهای غیرواگیر اختصاص دارد. پایه پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر، شناسایی عوامل خطر اولیه و پیشگیری و کنترل این عوامل است.

شش میلیون از کل ۳۸ میلیون مرگ ناشی از بیماریهای غیرواگیر در سنین کمتر از ۷۰ سال رخ می دهد و بیش از ۸۰٪ این مرگها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد. افزایش شیوع بیماریهای غیرواگیر و ماهیت مزمن، پیشرونده و ناتوان کننده آن ها باعث بوجود آمدن مشکلات عدیده ای می شوند و متاسفانه نیروی مولد جوامع را به طور مستقیم در معرض خطر مرگ و میر، معلولیت و ناتوانی ها قرار می دهند. به دلیل هزینه های درمانی طولانی مدت و هزینه های بالای از جیب مردم، بیماریهای غیرواگیر می توانند منجر به هزینه های کمرشکن سلامت و فقر شوند. از اینرو بیماریهای غیرواگیر از مهمترین موانع توسعه کشورها هستند و هزینه های سرسام آور ناشی از این بیماریها هر نظام بهداشتی و درمانی را با چالشهای عدیده ای روبرو می نماید.

چهار بیماری **دیابت، فشارخون بالا، سرطان و بیماریهای مزمن تنفسی** به همراه چهار عامل خطر کم تحرکی، تغذیه ناسالم، مصرف الکل و دخانیات مهمترین علل مرگ و میر ناشی از بیماریهای غیرواگیر هستند که احتمال مرگ ناشی از بیماری های غیرواگیر را افزایش می دهند. به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت کنترل این بیماریها و عوامل زمینه ساز آنها را به عنوان هدف اصلی برای کاهش ۲۵٪ مرگ و میر ناشی از بیماریهای غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵ تعیین کرده است.

خلاصه محتوای آموزشی بهورز / مراقب سلامت در برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا-

کد I10 , I11 , I15 , O14 , O15

مقدمه

فشارخون بالا یکی از مهم ترین و شایع ترین بیماری های قلبی-عروقی است و تعداد قابل توجهی از جمعیت دنیا به آن مبتلا هستند. در یک فرد سالم در حال استراحت فشارخون کمتر از ۸۰ / ۱۲۰ میلی متر جیوه است. علت ۹۰ تا ۹۵ درصد فشارخون بالا در افراد مبتلا ناشناخته است. عوامل خطر ساز شامل ارث، جنس، سن، افزایش چربی خون، مصرف سیگار، چاقی، بیماری دیابت، کم تحرکی، حساسیت به نمک و فشارهای روحی و عصبی می باشد.

افرادی که مبتلا به فشار خون بالای اولیه هستند، ممکن است سالها بدون علامت باشند و از بیماری خود اطلاعی نداشته باشند و زمانی دچار علائمی مثل سردرد، تاری و اختلال دید، درد قفسه سینه، سرگیجه و تنگی نفس به هنگام فعالیت می شوند که دچار عوارض فشار خون بالا شده اند.

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

انواع فشارخون بالا:

(۱) **فشارخون بالای اولیه:** در نوع اولیه که ۹۵ درصد بیماران فشارخونی را شامل می شود، علت فشارخون بالا مشخص نیست و عوامل خطرسازی مانند سن بالا، جنسیت مردانه، مصرف زیاد نمک، چاقی، دیابت و سابقه خانوادگی را در ایجاد آن دخیل می دانند.

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

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

جدول ۱: اقدامات و پیگیری بر حسب طبقه بندی فشارخون در افراد بزرگسال

اقدام	
- اندازه گیری مجدد هر ۳ سال یکبار (طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا) بر اساس میزان خطر محاسبه شده هر سه ماه تا سه سال	فشار خون طبیعی یا مطلوب
- در صورتی که فشارخون کمتر از ۹۰ / ۱۴۰ میلی متر جیوه است، اندازه گیری مجدد ۱ سال بعد	پیش فشار خون بالا
- تایید فشارخون بالا طی یک هفته آینده	فشار خون بالا مرحله ۱
- ارجاع به پزشک طی یک الی دو روز آینده - در صورتی که فشارخون ۱۱۰ / ۱۸۰ میلی متر جیوه باشد اقدام اورژانسی انجام می شود.	فشار خون بالا مرحله ۲

وظایف بهورز / مراقب سلامت در برنامه پیشگیری و کنترل فشار خون بالا:

- (۱) غربالگری
- (۲) ارجاع
- (۳) پیگیری و مراقبت (اندازه گیری قد و وزن و محاسبه نمایه توده بدنی، اندازه گیری فشارخون نشسته، اندازه گیری فشارخون ایستاده [پس از دو دقیقه ایستادن] در کسانی که داروی فشارخون مصرف می کنند در اولین مراقبتها و در مواردی که از سرگیجه شکایت دارند و سالمندان به منظور رد احتمال افت فشارخون وضعیتی)
- (۴) آموزش
- (۵) ثبت اطلاعات

- افراد بیمار به طور معمول باید حداقل ماهی یکبار توسط مراقب سلامت و سه ماه یکبار توسط پزشک پیگیری و مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاه تر شود.

در صورتی که افراد به موقع برای مراقبت مراجعه نکنند بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند.

ثبت کد خدمتی ۷۹۷۱ مراقبت بیمار فشارخون بالا - غیر پزشک در سامانه سیب

محتوای آموزشی بهروز / مراقب سلامت در برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت - E10,E11,O24

مقدمه:

افزایش قند خون در بدن، بیماری **دیابت** نامیده می شود. در این بیماران قند خون (گلوکز) به طور طبیعی برای تولید انرژی (سوخت و ساز) توسط سلول ها جذب نمی شود و بنابراین میزان قند خون افزایش می یابد. این بیماری انواع مختلفی دارد، ولی به طور عمده به: الف) دیابت نوع ۱ ب) دیابت نوع ۲ ج) دیابت بارداری، تقسیم می شود. بیش از ۹۰٪ بیماران مبتلا به دیابت از نوع ۲ هستند و حدود ۱۰٪ از دیابت نوع ۱ رنج می برند.

بیشتر افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بزرگسال و چاق هستند، اما دیابت نوع ۱ بیشتر در کودکان و نوجوانان دیده شده و باعث لاغری و ضعیف شدن بیماران می شود. **دیابت بارداری (GCM)** به افزایش قند خون در دوره بارداری اطلاق می شود که معمولاً در هفته های ۲۴-۲۸ بارداری ظاهر شده و ۴ تا ۱۲ هفته پس از ختم بارداری بهبود می یابد.

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

علائم و نشانه ها:

معمولاً در مبتلایان به دیابت نوع ۲، بیماری دیابت بدون علامت است. علائم دیابت نوع ۱ معمولاً شدید و ناگهانی و عبارت است از: پرنوشی، پرخوری، پرادراری، خستگی زیاد، کم شدن وزن بدن و لاغری بدون علت موجه، تاری دید، ادرار شبانه، عفونت های مکرر، تأخیر در بهبود زخم ها و بریدگی ها

تشخیص:

- **اندازه گیری قندخون ناشتا (FBS):** برای انجام این آزمایش فرد آزمایش دهنده باید ۸ ساعت ناشتا باشد.
- مقدار طبیعی قند خون در این آزمایش کمتر از 100mg/dl است.
- اگر نتیجه آزمایش قندخون بین 100mg/dl - 125 باشد، فرد آزمایش دهنده نه سالم است و نه بیمار که به این وضعیت اختلال قند ناشتا (**IFG**) یا وضعیت پره دیابتی می گویند.

- در صورتی که مقدار قند خون مساوی یا بیش تر از 126mg/dl باشد، آزمایش یک بار دیگر انجام می شود و اگر در نوبت دوم نیز مقدار قند خون مساوی یا بیش تر از 126mg/dl باشد، ابتلا به دیابت قطعی است.

• اندازه گیری قندخون غیر ناشتا (BS): اگر مقدار قندخون مساوی یا بیش تر از 200mg/dl باشد، و علائم کلاسیک دیابت (پرنوشی، پر ادراری و پرخوری) وجود داشته باشد، شخص آزمایش دهنده مبتلا به دیابت است.

• آزمایش تحمل گلوکز (OGTT)

وظایف بهورز / مراقب سلامت در برنامه پیشگیری و کنترل دیابت:

(۱) غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت و فشار خون بالا

(۲) ارجاع افراد در معرض خطر

(۳) پیگیری بیماران و افراد در معرض خطر

(۴) آموزش

(۵) ثبت و گزارش اطلاعات

- افراد بیمار به طور معمول باید حداقل ماهی یکبار توسط مراقب سلامت و سه ماه یکبار توسط پزشک پیگیری و مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاه تر شود.

در صورتی که افراد به موقع برای مراقبت مراجعه نکنند بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند.

محتوای آموزشی بهورز / مراقب سلامت در برنامه کشوری خطر سکتته های قلبی و مغزی

خلاصه اقدامات برای پیشگیری از سکتته های قلبی و مغزی از طریق مراقبت ادغام یافته دیابت و فشار خون بالا و اختلالات

چربی خون عبارتند از:

(۱) غربالگری گروه هدف (کلیه افراد بالای ۳۰ سال)

(۲) ارزیابی و مدیریت احتمال خطر ۱۰ ساله بروز سکتته های قلبی و مغزی با استفاده از داده های فشارخون، دیابت، کلسترول خون و مصرف دخانیات

(۳) شناسایی و ارجاع افراد مشکوک به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت و کلسترول خون بالا به پزشک

(۴) پیگیری و مراقبت مبتلایان به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت و کلسترول خون بالا بر اساس دستور عملهای کشوری

(۵) آموزش

افرادی که مورد ارزیابی میزان خطر سکتته های قلبی و مغزی قرار گرفته اند، به چهار گروه تقسیم می شوند:

(۱) خطر کمتر از ۱۰٪: [خطر کم - خانه های سبز رنگ] (پس از آموزش پروتکل توصیه می شود جهت ارزیابی مجدد خطر

یک سال بعد مراجعه نمایند).

۲) **خطر ۱۰ تا کمتر از ۲۰٪:** [خطر متوسط - خانه های زرد رنگ] (آموزش داده شود و هر نه ماه پیگیری و ارزیابی خطر تکرار گردد)

۳) **خطر ۲۰ تا کمتر از ۳۰٪:** [خطر زیاد - نارنجی رنگ] (علاوه بر آموزش، به پزشک ارجاع غیرفوری شده و هر شش ماه پیگیری و ارزیابی خطر تکرار گردد)

۴) **خطر ۳۰٪ و بالاتر:** [خطر خیلی زیاد - قرمز رنگ] (علاوه بر آموزش، به پزشک ارجاع فوری شده و هر سه ماه پیگیری و ارزیابی خطر تکرار گردد)

افرادی که در ارزیابی اولیه فشارخون، قند یا کلسترول خون بالا دارند، لازم است برای بررسی و تایید بیماری به پزشک ارجاع شوند. ممکن است در بعضی از افرادی که مبتلا به بیماری دیابت، فشارخون بالا یا اختلال چربی های خون هستند، نتایج ارزیابی میزان خطر سکتته های قلبی و مغزی کمتر از ۲۰٪ باشد. گرچه این افراد از نظر احتمال خطر ۱۰ ساله بروز سکتته های قلبی و مغزی در محدوده خطر کم قرار دارند، اما باید همچنان طبق دستورعمل برنامه های پیشگیری و کنترل دیابت و فشارخون بالا تحت مراقبت قرار گیرند و ارزیابی میزان خطر سکتته های قلبی و مغزی آنها هر سال انجام شود.

پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر:

برای بیماران و افراد در معرض خطر فرم مراقبت بیماری و فرم پیگیری بیماران تشکیل شود یا در نرم افزار ثبت گردد و طبق برنامه زیر اقدام شود:

- پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی، فشارخون و دیابت هر ماه توسط بهورز/ مراقب سلامت و هر ۳ ماه توسط پزشک انجام یگیرد.
- پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلال چربیهای خون و چاقی هر ۳ ماه توسط بهورز/ مراقب سلامت و هر ۶ ماه توسط پزشک انجام می گیرد.

محتوای آموزشی بهورز/ مراقب سلامت در برنامه پیگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان ها

روده بزرگ (کولورکتال):

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان روده بزرگ و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است.

ارزیابی:

- مشخصات تمامی افراد ۵۰ تا ۶۹ سال، که برای ارزیابی فراخوان شده اند، در سامانه (فرم ارزیابی اولیه) ثبت گردد.
- در صورتی که سن فردی زیر ۵۰ یا بالای ۶۹ سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل مشکلات گوارشی مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورعمل مربوطه بررسی شود. در این افراد همه ارزیابی ها مطابق دستورعمل انجام می شود.

شیوه های تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ:

انواع روشها برای تشخیص زودهنگام سرطان روده بزرگ به کار می روند که در اینجا فقط به برخی از آنها اشاره می شود از جمله آزمایش خون مخفی در مدفوع به روش ایمونولوژی (IFOBT) و کولونوسکوپی. تست خون مخفی در مدفوع به روش ایمونولوژیک (FIT یا IFOBT) یک سنجش سریع یک مرحله‌ای جهت تشخیص کیفی خون پنهان در مدفوع انسانی به روش ایمونولوژیک است.

سرطان پستان:

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان پستان و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است.

ارزیابی:

- ✓ تمامی زنان ۳۰ تا ۶۹ سال را که برای ارزیابی سرطان پستان فراخوان شده اند، پس از تکمیل فرم ارزیابی اولیه در نرم افزار/سامانه به ماما یا مراقب سلامتی که دارای مدرک مامایی است، ارجاع غیرفوری داده و نتیجه بررسی در نرم افزار/ سامانه ثبت شود.
- ✓ در صورتی که سن فردی زیر ۳۰ یا بالای ۶۹ سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل علایم مرتبط با پستان مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورعمل مربوطه بررسی شود.

پیگیری و مراقبت بیماران:

افرادی که به ماما ارجاع و ارزیابی های کامل تری می شوند برای پیگیری های دوره ای باید مطابق شرایط فرد به صورت دوره ای ارزیابی شوند.

- اگر بنا به گزارش ماما، شرح حال و معاینه طبیعی بوده است، زمان ارجاع بعدی:
- ✓ در زنان زیر ۴۰ سال، هر دو سال یک بار فراخوان شوند.
- ✓ در زنان بالای ۴۰ سال، سالی یک بار فراخوان شوند.
- اگر بنا به گزارش ماما، شرح حال غیرطبیعی (سابقه فردی و یا خانوادگی، سابقه بیوپسی پستان و یا رادیوتراپی قفسه سینه) باشد، زمان مراجعه بعدی دست کم یک سال بعد خواهد بود.
- اگر بنا به گزارش ماما، معاینه غیرطبیعی باشد، زمان مراجعه بعدی توسط سطح دو و مامای سطح یک مشخص می شود.

سرطان دهانه رحم:

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان دهانه رحم و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است که توسط ماما یا مراقب سلامتی که دارای مدرک مامایی می باشد ارائه می شود.

ارزیابی:

- مشخصات تمامی زنان ۳۰ تا ۵۹ سال که برای ارزیابی فراهخوان شده اند در سامانه (فرم ارزیابی اولیه) ثبت شود.
- در صورتی که سن فردی زیر ۳۰ یا بالای ۵۹ سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل علایم مرتبط با دهانه رحم مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورعمل زیر بررسی گردد.

محتوای آموزشی بهروز / مراقب سلامت در برنامه ژنتیک اجتماعی

مقدمه:

خدمات ژنتیک سلامت مجموعه خدماتی است که از طریق به کارگیری دانش و فن آوری ژنتیک در کنترل و پیشگیری بیماریها به کار برده می شوند. بیماری های ارثی فAMILIAL شایع و مهم کودکان و بزرگسالان حیطه های اصلی فعالیت برنامه ژنتیک اجتماعی هستند. هدف این برنامه پیشگیری از بروز و کاهش معلولیت های ناشی از بیماری های ژنتیک شایع و مهم کودکان و بزرگسالان در کشور است.

استراتژیها:

- **استراتژی اول:** خدمات ژنتیک ادغام یافته هنگام ازدواج: غربالگری تالاسمی - سیکل سل و غربالگری ژنتیکی
- **استراتژی دوم:** خدمات ژنتیک ادغام یافته در بسته های موجود خدمات سلامت

جدول ۱: بیماری های فعلی هدف برنامه ژنتیک اجتماعی کشور

بیماری سرگروه	گروه بیماری	دسته بیماری
تالاسمی، سیکل سل	بیماری های خونی و هموگلوبینوپاتی های شایع ارثی	ناهنجاری های مادرزادی و بیماری های ارثی ژنتیکی
PKU	بیماری های متابولیک ارثی، بیماری های هدف غربالگری نوزادی و غربالگری تکاملی کودکان	
هموفیلی A و B	بیماری های خون ریزی دهنده ارثی	
نقص لوله عصبی	ناهنجاری های مادرزادی	
سندرم داون	بیماری های کروموزومی	
دوشن و بکر	دیستروفی های عصب-عضلانی	
-	نقص ایمنی ارثی	
-	ناشنوایی و کاهش شنوایی ارثی	
RP	نابینایی و کاهش بینایی ارثی	
کولون و برست	سرطان های ارثی فAMILIAL	
PCAD	بیماری های قلبی-عروقی زودرس ارثی فAMILIAL	

۱. مراقبت ژنتیک قطعی

• پیشگیری از بروز بیماری ژنتیک از طریق پیشگیری از تولد نوزاد مبتلا (برنامه تالاسمی و PKU)

هدف این مراقبت کاهش بروز بیماری از طریق پیشگیری از تولد نوزاد مبتلا بوده و ویژه زوج‌ها یا خانواده‌هایی است که در معرض خطر داشتن فرزند مبتلا هستند. مراقب سلامت/بهورز در مرحله اول با توجیه خانواده و تبیین این نکته که هدف کمک به خانواده جهت داشتن فرزندان سالم است، فرد را جهت انجام خود مراقبتی آموزش داده و آماده می‌سازد. سپس با پیگیری های ماهیانه در جریان شرایط زوج از نظر وضعیت بارداری قرار می‌گیرد. هدف این مراقبت از طریق انجام آزمایشات تشخیص ژنتیک پیش از تولد (PND: Prenatal Diagnosis) محقق می‌گردد. این آزمایشات طی دو مرحله به شرح زیر انجام می‌شود:

مرحله اول (PND1): در این مرحله نوع جهش (ژنتیک) بیماری در والدین و یا خویشان جنین تعیین می‌گردد. این مرحله یک بار انجام می‌شود و در حاملگی بعدی نیاز به تکرار آن نیست. به دلیل محدودیت زمانی انجام سقط جنین مبتلا، در صورت ابتلای جنین در زمان بارداری، ترجیح بر این است که آزمایش مرحله اول تشخیص ژنتیک پیش از تولد، در اولین فرصت بعد از شروع مراقبت ژنتیک و قبل از وقوع بارداری انجام شود.

مرحله دوم (PND2): در این مرحله تعیین وضعیت جنین از نظر ابتلا به بیماری صورت گرفته و معمولاً از هفته دهم بارداری با گرفتن نمونه از پرزهای جفت (CVS) انجام می‌شود. در این مرحله وضعیت جنین از نظر ابتلا به بیماری بررسی می‌گردد. در صورتی که وضعیت جنین سالم گزارش گردد، بارداری و مراقبت‌های معمول بارداری ادامه می‌یابد. در غیر این صورت مادر اگر تمایل داشته باشد، برای انجام سقط درمانی معرفی می‌گردد. بدیهی است در هر بارداری انجام این مرحله از آزمایش برای تعیین وضعیت هر جنین الزامی است.

- در این نوع مراقبت ژنتیک، انجام به موقع مراحل PND دارای اهمیت است. چنانچه PND مرحله اول پیش از بارداری انجام نشده باشد، سطح یک نظام ارائه خدمات سلامت با پیگیری مستمر، زوج را برای مراجعه به پزشک مشاور ژنتیک و جهت ارجاع به آزمایشگاه تشخیص ژنتیک به منظور انجام PND مرحله اول، قبل از وقوع بارداری ترغیب می‌نماید. PND مرحله اول ترجیحاً می‌بایست قبل از وقوع بارداری صورت پذیرد.

- در زمان بارداری در صورتی که PND مرحله اول قبلاً انجام نشده باشد، ارجاع فوری به پزشک مشاور ژنتیک جهت درخواست انجام این آزمایش در اولین فرصت انجام می‌شود. زمان قابل قبول ارجاع برای انجام PND مرحله دوم، هفته دهم تا چهاردهم بارداری است.

- بهورز/مراقب سلامت در مرحله اول با توجیه خانواده و تبیین این نکته که هدف کمک به خانواده جهت داشتن فرزندان سالم است، فرد را جهت خود مراقبتی آموزش داده و توانمند می‌سازد. سپس با پیگیری‌های ماهیانه در جریان شرایط زوج از نظر وضعیت بارداری قرار می‌گیرد.

- بهورز/مراقب سلامت می‌بایست از وضعیت زوج در مورد تمایل به بارداری یا وقوع بارداری خانواده تحت مراقبت خود به صورت ماهانه از طریق پیگیری فعال مطلع گردیده و در هر بارداری زوج را تا تولد نوزاد سالم یا سقط جنین مبتلا راهنمایی نماید.

- این مراقبت در هر بارداری و تا تکمیل تعداد افراد خانواده با نوزادان سالم یا اعلام قطع پیگیری از طرف تیم مشاوره ژنتیک به وسیله فرم «اعلام وضعیت مراقبت ژنتیک» ادامه خواهد داشت. بهورز/مراقب سلامت موظف است از شرایط خانواده به طور کلی و از شرایط مادر به طور اخص آگاه بوده و متعهدانه مادر را پیش و در طول بارداری و بعد از آن همراهی کند تا خانواده بتواند در شرایط بدون اضطراب و تسهیل شده تعداد فرزندان سالم و مطلوب خود را (حداقل دو فرزند سالم) کامل نماید.

• کاهش خطر بروز بیماری ژنتیک (با مداخله درمانی پیشگیرانه)

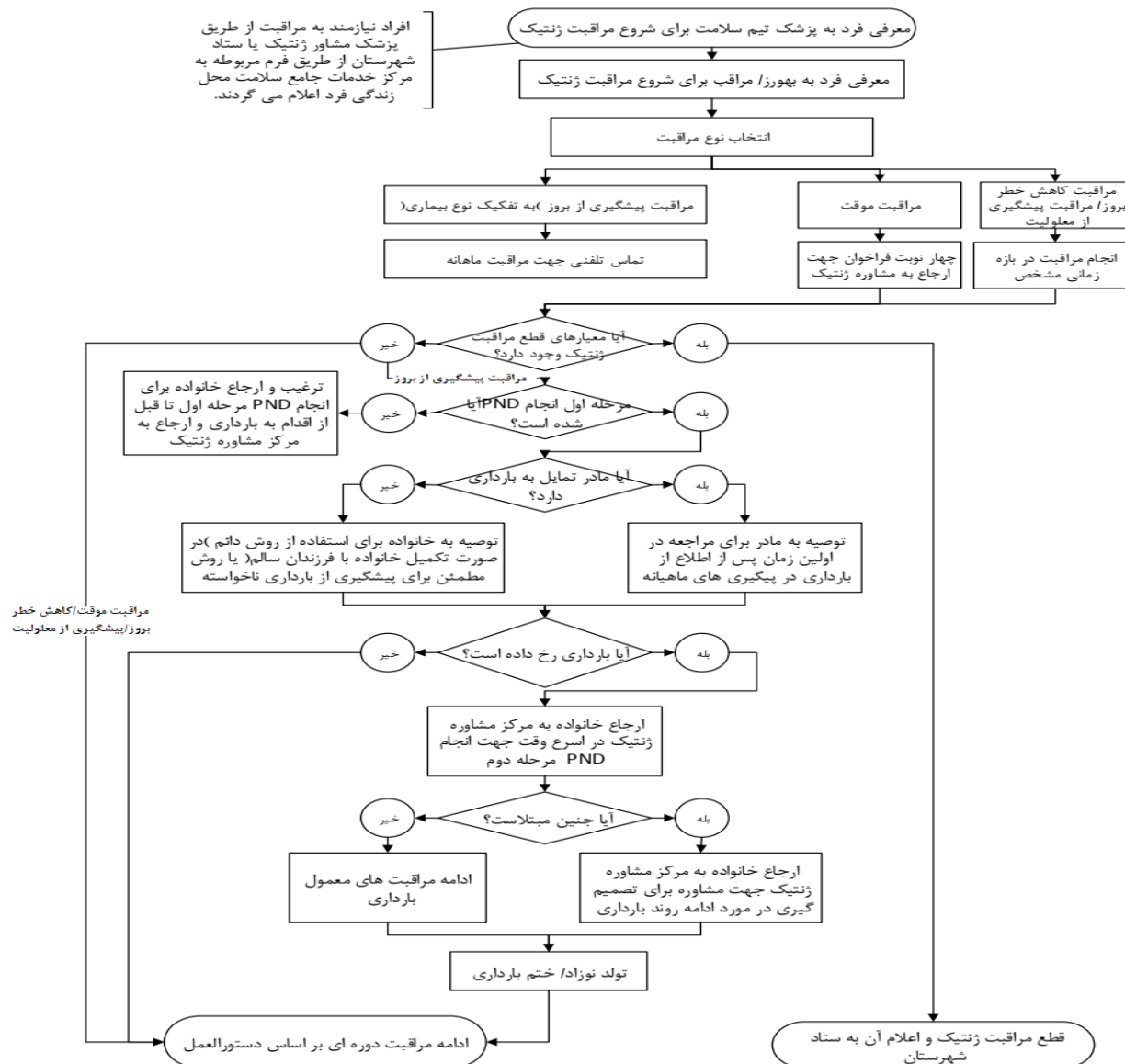
هدف این مراقبت کاهش بروز (و تأخیر ابتلا به) بیماری از طریق **مداخله‌های درمانی پیشگیرانه** است. این مراقبت عمدتاً در بیماری‌های ژنتیکی کاربرد دارد که در بزرگسالی بروز می‌یابند (نظیر بیماری عروق کرونر فامیلی زودرس و سرطان‌های ارثی فامیلی). بنابراین در این مراقبت از طریق شناسایی افراد مبتلا در فامیل و سپس ردیابی بقیه افراد در معرض خطر در خویشان در معرض خطر با رعایت رازداری و مداخله پیشگیرانه، از بروز بیماری ژنتیکی در این افراد پیشگیری کرده و یا بیماری زودرس را به تأخیر می‌اندازیم.

۲. مراقبت ژنتیک موقت

هدف از مراقبت ژنتیک موقت، فراخوان و ارجاع افراد در معرض خطر احتمالی برای مراجعه به مشاوره ژنتیک با هدف بررسی قطعیت خطر ژنتیک می‌باشد.

در جریان مشاوره ژنتیک، خانواده و خویشان در معرض خطر احتمالی فرد یا زوج تحت مشاوره ژنتیک (سرنخ) تعیین می‌شوند. این افراد در معرض خطر احتمالی جهت فراخوان با فرم «اعلام وضعیت مراقبت ژنتیک» توسط پزشک مشاوره ژنتیک به مرکز بهداشت شهرستان معرفی می‌گردند. اعلام مراقبت موقت ژنتیک افراد در معرض خطر احتمالی همواره با توجه به قطعی نبودن خطر در این مرحله لزوماً باید تحت عنوان مراقبت موقت ژنتیک و بدون ذکر نام بیمار باشد. بدین طریق افراد در معرض خطر یک خانواده و خویشان در معرض خطر بدون ذکر نام سایر افراد مبتلا و یا در معرض خطر احتمالی در خانواده و خویشان آنها و لزوماً به صورت مستقل با ارائه برگه آموزشی، فراخوان می‌شوند. توجه به این نکته مهم است که هر گونه رد و بدل شدن اطلاعات این افراد بدون رضایت آنها به یکدیگر، مصداق عدم رعایت محرمانگی اطلاعات پزشکی است و از نظر قانونی تخلف محسوب می‌گردد.

فلوچارت فرایند مراقبت ژنتیک



فلوچارت فرایند مراقبت ژنتیک

بهورز/مراقب سلامت می‌بایست فرد را جهت ارجاع به مشاور ژنتیک فراخوان نماید. فراخوان باید در ۴ نوبت و در ۴

فصل متوالی از زمان شروع مراقبت تکرار شود. زمان‌های دقیق فراخوان باید در پرونده خانوار/الکترونیک ثبت شود و در صورت عدم مراجعه پس از یکسال، تحت عنوان فراخوان ناموفق ثبت و مراقبت ژنتیک قطع شود.

نکته: برای اعلام مهاجرت زوج ناقل/ مشکوک پرخطر (ژنتیک-تالاسمی) به شهرستان خارج از محدوده دانشگاه یا در محدوده دانشگاه، به همراه نامه گزارش مهاجرت، پرونده زوجین نیز اسکن شده و پیوست نامه قرار گیرد.

۶	۵	۴										۳	۲	۱						
		تعداد موارد تحت مراقبت ژنتیک بر اساس نوع مراقبت ژنتیک																		
		مراقبت ژنتیک پیشگیری از بروز																		
		نتایج ثبت وقایع بارداری					وضعیت از نظر بارداری به تفکیک تعداد		دسته بندی از نظر وضعیت فرزندان											
تعداد موارد مهاجرت	تعداد موارد قطع مراقبت به دلیل	مراقبت ژنتیک کاهش خطر بروز		مراقبت ژنتیک مولد		نتیجه بارداری		انجام PND2		تمایلی به بارداری		تعداد موارد عدم بارداری	دارای فرزند مبتلا	بیش از ۳ فرزند سالم	کمتر از ۳ فرزند سالم	تعداد مولدی که PND1 داده اند.	تعداد مولدی که پرونده ژنتیک دارند	تعداد افراد تحت مراقبت	بیماری تحت مراقبت	نام مرکز خدمات جامع سلامت/ شبکه بهداشت و درمان
		فرانچون	فرانچون	عدم صورت مراقبت	عدم همکاری	بلند بنواد مرده	سقط یا سایر دلایل	سقط به دلیل ابتلای جنین	بلند بنواد زنده	خیر	بلی									

"اجرای برنامه ژنتیک اجتماعی با تاکید بر موازین قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعی"

ماده ۵۱:

هرگونه توزیع رایگان یا یارانه‌ای اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و کار گذاشتن اقلام پیشگیری و تشویق به استفاده از آن‌ها در شبکه بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ممنوع می‌باشد.

• تبصره: هرگونه ارائه داروهای جلوگیری از بارداری در داروخانه‌های سراسر کشور و شبکه بهداشت و کار گذاشتن اقلام پیشگیری، باید با تجویز پزشک باشد.

در فرآیند مراقبت ژنتیک لازم است: در خصوص استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری به مادر تحت مراقبت توصیه ای صورت نگیرد.

- تجویز روش‌های پیشگیری از بارداری توسط پزشک و صرفاً در صورت درخواست مادر تحت مراقبت ژنتیک صورت پذیرد.
- در برنامه ژنتیک اجتماعی فرآیند مراقبت ژنتیک: انجام ۲ PND می‌بایست با تقاضای حداقل یکی از والدین و با تجویز متخصص صورت پذیرد.
- ثبت در سامانه سیب

محتوای آموزشی بهورز / مراقب سلامت در برنامه هایپوتیروئید - کد E03

مقدمه:

هورمون تیروئید برای کارکرد و نمو طبیعی مغز در جنین و نوزاد حیاتی است. اگر به هر علتی هورمون تیروئید در بدن تولید نشود یا کم تولید شود، بیماری کم کاری تیروئید به وجود می آید که عوارض مختلفی در بدن پدیدار می گردد. اگر به هر علتی هورمون تیروئید در بدن بیش از حد طبیعی شود موجب بیماری پر کاری تیروئید می شود که عوارض مختلفی در بدن پدیدار می گردد. در نوزادان ممکن است کم کاری تیروئید به صورت مادرزادی ظهور کند. عدم تشخیص کم کاری تیروئید و درمان به موقع این بیماری در روزهای اولیه عمر (و حداکثر در چند ماه اول زندگی نوزاد) و ادامه کم کاری تیروئید سبب اختلال شدید در رشد ذهنی و جسمی و عقب افتادگی ذهنی و اختلالات بدنی فرد می شود که به آن کرتنیسم (Cretinism) می گویند. بچه هایی که در سنین بالاتر دچار کم کاری تیروئید می شوند ممکن است رشدشان به طور ناگهانی متوقف شود. در صورتی که درمان با هورمون های تیروئید دیر آغاز شود اختلال در رشد ذهنی و یادگیری برای همیشه باقی می ماند. کم کاری تیروئید یکی از علل مهم قابل پیشگیری عقب ماندگی ذهنی در نوزادان است.

علائم:

همانطور که ذکر شد چنانچه به هر علتی هورمون تیروکسین در بدن نوزاد، کم باشد و یا عملکرد طبیعی نداشته باشد این بیماری بوجود می آید که علائم آن در نوزادان مبتلا به شرح زیر است:

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

تشخیص:

تشخیص کم کاری تیروئید بر اساس علائم بیماری، معاینه بیمار توسط پزشک، سوابق بیماری و آزمایشات تیروئید صورت می گیرد. به دلیل وجود نداشتن علائم مشخص بیماری در بدو تولد، غربالگری نوزادان در سنین ۳-۵ روز بعد از تولد اهمیت بسیار زیادی دارد و فقط با غربالگری می توان در زمان مناسب بیماری را تشخیص داده و با درمان به هنگام از بروز عوارض آن پیشگیری کرد. زمان مناسب انجام غربالگری نوزادان ۳ تا ۵ روزگی می باشد.

عوارض کم کاری تیروئید:

تأثیر بر سیستم مغزی و در نهایت عقب ماندگی ذهنی

شرح وظایف بهورز / مراقب سلامت در برنامه کم کاری تیروئید:

- ۱) شناسایی و آموزش زنان باردار در مورد بیماری کم کاری تیروئید و عوارض آن و تأکید بر لزوم انجام غربالگری نوزاد در سنین ۳ تا ۵ روز بعد از تولد
- ۲) آموزش عموم مردم درباره بیماری و عوارض آن

۳) غربالگری نوزادان در روز ۳ تا ۵ بعد از تولد شامل:

- I. تکمیل فرم اطلاعات کاغذ فیلتر (فرم شماره ۱)
- II. نمونه گیری از پاشنه پا، خشک کردن نمونه اخذ شده در دمای اتاق به مدت ۳ ساعت
- III. گذاشتن آن در پاکت مخصوص و ارسال آن در اسرع وقت به آزمایشگاه مرکز بهداشت.

۴) پیگیری جهت تحویل به موقع جواب های آزمایش

۵) فراخوان، ارجاع و پیگیری نوزادان مشکوک طبق دستورعمل

۶) ثبت نتیجه آزمایش TSH در فرم کودک سالم در پرونده خانوار

۷) ثبت و گزارش اطلاعات (فرم آمار ماهیانه)

از همه نوزادانی که زنده متولد شده اند، بدون توجه به زمان ترخیص از زایشگاه باید نمونه گیری انجام شود. موارد غربالگری

مجدد از پاشنه پا در نوزادان شامل موارد ذیل می باشد:

- نوزادان نارس [نوزادی که قبل از ۳۷ هفته بارداری به دنیا آمده است] (تکرار در هفته های ۲ و ۶ و ۱۰)
- نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم
- نوزادان با وزن بیشتر از ۴۰۰۰ گرم
- دوقلویی و چند قلویی
- نوزادان بستری در بیمارستان یا با سابقه بستری بدو تولد در بیمارستان
- نوزادان با سابقه دریافت یا تعویض خون
- نوزادانی که داروی خاص مصرف کرده اند مثل: دوپامین، ترکیبات کورتونیو ...
- نوزادانی که نتیجه آزمایش غربالگری آنان (TSH کاغذ فیلتر) بین ۹/۹-۵ بوده است.
- نوزادانی که توسط آزمایشگاه نمونه نامناسب ارزیابی شده اند.

سن نوزاد	غلظت TSH(ml/l)	اقدام لازم
۳-۷ روزگی	کمتر از ۵	طبیعی
۸ تا ۹۰ روزگی	۵-۹.۹	فراخوان نوزاد درخواست از والدین برای انجام غربالگری مجدد در هفته دوم تولد پیگیری نتیجه تکرار غربالگری
	۱۰-۱۹.۹	فراخوان نوزاد انجام آزمایشات تایید تشخیص (TSH, T3RU, T4, FreeT4) در سن دو هفتهگی نوزاد هماهنگی جهت ویزیت پزشک جهت تشخیص بیماری تشکیل پرونده و پیگیری در صورت شروع درمان طبق دستورعمل کشوری
	≥۲۰	فراخوان نوزاد انجام آزمایش وریدی برای آزمایش های تایید تشخیص (TSH, T3RU, T4, FreeT4) ویزیت پزشک و شروع درمان در صورت نیاز تشکیل پرونده و پیگیری در صورت شروع درمان طبق دستورعمل کشوری

انواع بیماری کم کاری تیروئید:

- ۱- کم کاری تیروئید اولیه گذرا: با مصرف دارو درمان می شود
- ۲- کم کاری تیروئید دائمی: درمان پس از سه سالگی ادامه می یابد

برای جلوگیری از بروز عوارض بیماری در نوزادان، تشخیص به موقع در همان روزهای اول زندگی و درمان در اسرع وقت با قرص لووتیروکسین می باشد که بر اساس تجویز پزشک در آب جوشیده شده حل و به نوزاد خورانده شود.

مراقبت های روتین کودک در صورت شروع درمان:

- بدو تولد تا ۱ ماهگی: هر دو هفته یکبار
- ۱ ماهگی تا ۶ ماهگی: هر یک ماه یک بار
- ۶ ماهگی تا یک سالگی: ۲ ماه یک بار
- ۱ تا ۳ سالگی: سه ماه یک بار

نکات:

- جهت کلیه متولدین در ۳ تا ۵ روزگی باید غربالگری انجام شده و ثبت گردد.
- در صورت عدم مراجعه نوزاد جهت غربالگری تا ۲ ماه و ۲۹ روز امکان انجام غربالگری پاشنه پا وجود دارد.
- بهترین زمان مصرف داروی لووتیروکسین: با معده خالی است (۱ ساعت قبل یا بعد از شیر دهی)
- فاصله مصرف دارو با مکمل های مولتی ویتامین: ۳-۴ ساعت و فاصله مصرف دارو با مکمل آهن ۱ تا ۲ ساعت می باشد.
- داده های مربوط به بیماران شناسایی شده و تحت درمان با فرم شماره ۴- فرم مراقبت بیماران به مرکز/شبکه بهداشت شهرستان ارسال می گردد.

- تکمیل کارت مراقبت نوزادان در هر بار ویزیت پزشک
- پس از سه سالگی کودک باید با نظر پزشک تعیین تکلیف شود (قطع درمان شده یا درمان دائمی شده)
- همه کودکان مشکوک و مبتلا به پزشک فوکال شهرستان ارجاع شوند.
- آمار هیپوتیروئید در فرم اکسل و به صورت سه ماهه ارسال می شود.
- داده های مربوط به بیماران شناسایی شده و تحت درمان با فرم شماره ۴- فرم مراقبت بیماران به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.

در صورت دائمی شدن یا قطع درمان، مکاتبه اداری به همراه نامه متخصص انجام می شود.

مقدمه:

فنیل کتونوری یک بیماری ژنتیک (اتوزوم مغلوب) که در اثر کمبود آنزیم فنیل آلانین هیدروکسیلاز ایجاد می شود. اختلال در متابولیسم طبیعی بدن منجر به صدمات مغزی می شود. کودک در ابتدای تولد طبیعی به نظر می رسد و به تدریج در صورت عدم شناسایی و درمان دچار عقب ماندگی ذهنی می گردد. به ازای هرماه ۴ نمره از نمره IQ کودک کم می شود و تا پایان سال ۵۰ نمره از IQ کودک کاسته و در روند عقب ماندگی ذهنی قرار می گیرد.

تشخیص این بیماری در بدو تولد با اندازه گیری فنیل آلانین خون به انجام می رسد. چند قطره خون مویرگی (پاشنه پا) که بر روی کاغذ فیلتر گرفته شده است و می تواند به آزمایشگاه منتخب پست شود، کافی است. توصیه می شود خون نوزاد بعد از گذشت ۴۸ تا ۷۲ ساعت از عمر وی و ترجیحاً بعد از تغذیه پروتئینی گرفته شود، تا نتایج منفی کاذب کاهش یابد.

اقدامات درمانی این بیماری متمرکز بر کاهش فنیل آلانین و متابولیت های آن در خون است و هدف آن ممانعت یا کاهش صدمه مغزی است. فنیل آلانین رژیم این بیماران باید محدود شود. این رژیم باید تحت نظر یک متخصص تغذیه تنظیم گردد و با آزمایشات مکرر خون از سطح مناسب فنیل آلانین خون اطمینان حاصل شود. سطح سرمی مورد نظر بین ۶ mg/dl تا ۲ است. گرچه بعد از ۶ سال از عمر کودک شدت کنترل رژیم غذایی کاهش می یابد لیکن این موضوع که تا چه سالی از عمر، رژیم مخصوص غذایی ادامه یابد همچنان مورد بحث است.

روش اجرای برنامه:

هر نوزاد بعد از تولد در زایشگاه (یا در مرکز تسهیلات زایمانی در روستا) باید توصیه های لازم مبنی بر اهمیت آزمایشات غربالگری در روز ۳ تا ۵ نوزادی و منوط بودن دریافت گواهی ولادت به انجام نمونه گیری برای غربالگری را توسط کارکنان زایشگاه، دریافت دارد. در روز ۳ تا ۵ با مراجعه نوزاد به مرکز نمونه گیری، پاشنه پای نوزاد توسط فرد آموزش دیده (به روشی که در دستورعمل های برنامه آمده است) لانتست زده می شود و چند قطره از خون مویرگی بر روی کاغذ گاتری بر حسب پروتکل نمونه گیری، گرفته می شود و کاغذها در هوای مناسب خشک شده و براساس پروتکل ارسال، در پاکت گذاشته می شود و در پایان روز با سایر نمونه های خون تهیه شده از سایر نوزادان به آزمایشگاه فرستاده می شود. بدیهی است که لازم است مشخصات کامل نوزاد قبل از گرفتن نمونه خون بر روی فرم مخصوص و بر روی کارت گاتری به طور همزمان و توأم نوشته شود.

آزمایشگاه به محض دریافت نمونه ها، آزمایشات را انجام داده و در صورت وجود مشکل، این امر را به صورت تلفنی و فوری به اطلاع نیروهای بهداشتی تعیین شده در دستورعمل می رساند و نیروی مسئول فوری والدین نوزاد را برای اخذ نمونه خون (جهت آزمایش تائید) دعوت می نماید. نمونه همان روز تهیه شده و برای انجام آزمایش تائید ارسال می شود و مورد آزمایش قرار می گیرد و در صورت تائید مجدد مشکل، فوراً (با تلفن) به مرکز بهداشت شهرستان اعلام می شود. مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشتی درمانی پوشش دهنده محل سکونت را آگاه می سازد و این مرکز، والدین نوزاد را فراخوان می نماید و ایشان را بعد از

راهنمایی و ارائه کارت مخصوص که آدرس و مشخصات و روزهای ملاقات در آن ذکر شده است، برای درمان به بیمارستان منتخب مرکز استان ارجاع می نماید. متخصص بالینی همان روز درمان را برای نوزاد آغاز می کند. پروتکل درمان و آزمایشات دوره ای برای بیمار در همین مرحله طراحی می شود و ثبت اطلاعات در پرونده درمانگاه و پرونده شخصی بیمار صورت می گیرد. بیمار توسط کارشناس تغذیه در همین مرحله ویزیت می گردد و برنامه غذایی وی برای او تنظیم می شود. بیمار بعد از این، برای دریافت شیر به داروخانه بیمارستان مراجعه می نماید. بعد از تنظیم فنیل آلانین خون بیمار به بیمارستان منتخب شهرستان ارجاع می شود. در این بیمارستان بررسی بالینی به طور منظم براساس آزمایش کنترل درمان انجام می شود و بیمار بر اساس زمان تعیین شده برای کارشناسی تغذیه یا در صورت بروز مشکلات و شرایط جدید و نیاز به کارشناس تغذیه به بیمارستان منتخب مرکز استان ارجاع می شود. پزشک متخصص شهرستان موظف است وضعیت بیمار را بعد از هر بار معاینه بالینی در پرونده درمانگاه ثبت نماید.

ارجاع به کار درمانی و مشاوره ژنتیک اولین بار در بیمارستان منتخب مرکز استان صورت می گیرد ولی انجام آن توسط متخصص بالینی بیمارستان شهرستان پیگیری می شود و ارجاعات بعدی بر حسب ضرورت توسط همین متخصص به انجام می رسد. سیستم مراقبت بهداشتی موظف است، اجرای صحیح درمان در بیمار و مراجعات منظم وی برای کنترل بالینی و آزمایشگاهی را براساس راهنمایی های بیان شده در فرمهای بالینی و تغذیه موجود در پرونده شخصی بیمار پیگیری نماید. این سیستم همچنین چگونگی اجرای مراقبت را به سطوح بالاتر و در فرم مربوطه گزارش می نماید.

علائم و نشانه های بالینی:

پرفعالیتی همراه با حرکات بی هدف، بوی مخصوص ادرار در اثر متابولیت اسید لاکتیک، اغلب هایپرتون هستند و در یک سوم موارد حملات تشنج دارند. همچنین استفراغ هایی با بوی بد در حالت پیشرفته مو و چشم روشن دارند.

نتیجه	تشخیص	اقدام
۴<	نرمال	
۱۰-۴	هایپر فنیل آلانین	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تحت نظر متخصص فوکال در بیمارستان منتخب (انجام آزمایش HPLC) ▪ در صورت صلاحدید متخصص فوکال دریافت رژیم
۲۰-۱۰	بیمار فنیل کتونوری غیر کلاسیک (Mild)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ارجاع فوری به متخصص فوکال قطع شیر مادر و شروع شیرمصنوعی ▪ انجام آزمایش HPLC ▪ ویزیت کارشناس تغذیه ▪ تشکیل پرونده در مرکز خدمات جامع سلامت و بیمارستان منتخب جهت پیگیری
۲۰>	فنیل کتونوری کلاسیک	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ارجاع فوری به متخصص فوکال قطع شیر مادر و شروع شیر مصنوعی ▪ انجام آزمایش HPLC ▪ ویزیت کارشناس تغذیه و تشکیل پرونده در مرکز خدمات جامع سلامت و بیمارستان منتخب جهت پیگیری

پیگیری کودک: تشکیل پرونده و پیگیری مراجعه کودک به پزشک متخصص و کارشناس تغذیه در بیمارستان منتخب

پیگیری زوج: ماهانه، روش پیشگیری، آموزش ها در خصوص انجام آزمایش PND1 و در صورت نیاز PND2 قبل از هفته ۱۰ بارداری

گزارش دهی:

- ثبت و جمع آوری و ارسال کلیه اطلاعات در فرم های مربوطه (شامل فرم بروز بیماران، فرم اعلام وضعیت مراقبت ژنتیک و اعلام موارد مهاجرت به داخل و خارج از منطقه تحت پوشش
- جمع آوری، ثبت و ارسال اطلاعات به سطوح بالاتر بر اساس دستورعمل کشوری و آیین نامه های مربوطه، در فرمهای مرتبط و زمان تعیین شده پیگیری ارجاع و مراجعه مورد شناسایی شده به بیمارستان منتخب
- آرشیو منظم و قابل دسترسی کلیه دستورعمل ها، آئین نامه ها و متون و کتب آموزشی مرتبط با برنامه و پی گیری و به روز رسانی آنها
- پی گیری و ارجاع جهت آزمایشات تشخیص ژنتیک و پیگیری موارد نیازمند به PND در خانواده بیماران و خویشان نیازمند این مراقبت تا حصول اطمینان از رفع خطرات از زوجین در معرض خطر
- پیگیری موارد غیبت از درمان بیمار براساس وعده های تعیین شده به بیمارستان منتخب
- آموزش مادران باردار در راستای دستیابی به اهداف برنامه، براساس متون آموزشی و دستورعمل کشوری و آیین نامه های مربوطه
- مراقبت از والدین بیماران PKU تحت عنوان زوجین در معرض خطر مطابق فرم اعلام وضعیت مراقبت ژنتیک
- خانم های باردار در دوران بارداری ضروری است حداقل در دو نوبت و ترجیحاً در ۳ ماهه اول و ۳ ماهه سوم در مورد غربالگری و زمان مراجعه به هنگام برای آزمایش غربالگری نوزاد آموزش های لازم را کسب نمایند.

محتوای آموزشی بهورز / مراقب سلامت در برنامه شنوایی سنجی

غربالگری شنوایی نوزادان بدو تولد (۰ تا ۲۸ روزگی)

کم شنوایی شایع ترین معلولیت حسی محسوب می شود که شیوع آن به شدت در حال افزایش است. ناشنوایی دایمی کودکان یک اختلال شایع است که بروز آن از تمام بیماری های متابولیک که تحت پوشش غربالگری نوزادی هستند بیشتر می باشد. هر چقدر مشکل شنوایی زودتر تشخیص داده شود، پیش آگهی آن بهتر است. سن معمول تشخیص آسیب شنوایی در کشورهایی که برنامه غربالگری وجود ندارد ۱۸ تا ۳۰ ماهگی (و حتی در موارد کم شنوایی خفیف تر دیرتر) است. درصد قابل توجهی از مبتلایان به آسیب شنوایی می توانند از تشخیص و مداخله زودهنگام و درمان مناسب سود ببرند. تشخیص و مداخله زودهنگام مهمترین عامل برای کاهش آثار تاخیر در تکامل گفتاری و زبانی و تحصیلی ناشی از آسیب شنوایی در کودکان است. در شیرخواران و کودکان مبتلا به کم شنوایی، تشخیص و درمان زودهنگام از طریق برنامه های غربالگری دوران نوزادی می تواند

باعث بهبود آثار تحصیلی و گفتاری کودکان بشود. ارزیابی و غربالگری شنوایی بایستی برای تمامی نوزادان متولد شده و تمامی کودکان ۳-۵ ساله صرف نظر از سن، نژاد، مذهب، قومیت و وضعیت اجتماعی-اقتصادی آنان انجام گردد.

در این برنامه عوامل خطر منتسب به کم شنوایی باید در مقاطع سنی مختلف مراقبت نوزادان و کودکان، توسط بهورز/مراقب سلامت مورد بررسی قرار گیرند. (۳-۵ روزگی، ۱۴-۱۵ روزگی، ۳۰-۴۵ روزگی، ۲، ۴، ۶، ۷، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۸، ۲۴، ۳۰، ۳۶، ۴۸ و ۶۰ ماهگی).

کلیه نوزادان قبل از یک ماهگی بایستی غربالگری شنوایی شده باشند. در صورت عدم انجام ارزیابی و غربالگری شنوایی نوزاد به هر دلیل، ضروری است در اولین مراقبت نوزاد در ۳-۵ روزگی و حداکثر تا یک ماهگی غربالگری شنوایی در یکی از بیمارستان ها، مراکز زایمانی یا مراکز خدمات جامع سلامت دارای واحد غربالگری شنوایی، انجام شده و نتیجه ثبت گردد.

تذکر:

منظور از اقدامات لازم در مراقبت غربالگری شنوایی که از ۳ تا ۵ روزگی تا ۶۰ ماهگی کودک انجام می شود، پایش های ضروری در مقاطع سنی مختلف می باشد که بایستی انجام شود. پایش ها شامل پرسش سوالات مربوط به بروز عوامل خطر کم شنوایی کودک و یا ابراز هر گونه شک والدین به وجود کم شنوایی و تاخیر در تکامل گفتار و زبان کودک می باشد که بایستی توسط مراقب سلامت/بهورز ارزیابی گردد. اجرای فرآیند غربالگری شنوایی، یک بار در مقطع سنی نوزادی در اولین مراقبت یعنی بدو تولد الزامی می باشد و مرحله دوم غربالگری ها در سن ۳ تا ۵ سالگی پیش از ورود کودک به مدرسه الزامی می باشد. در صورت شناسایی عدم انجام غربالگری در هر مقطع سنی از مراقبت ها و یا هر یک از علائم مثبت در پایش های مراقبتی صرف نظر از نتیجه غربالگری قبلی، بلافاصله کودک به نزدیک ترین پایگاه غربالگری شنوایی بایستی ارجاع و پیگیری مراقبت های بعدی در مورد وی باید اجرا گردد.

غربالگری اجباری یک بار در ۳-۵ روزگی نوزادی، نوبت های بعدی بن ترتیب ۴، ۵، ۶، ۸ و ۱۰ سالگی می باشد.

محتوای آموزشی بهورز/مراقب سلامت در برنامه منع تبلیغ خدمات و کالاهای آسیب رسان به سلامت

ماده ۴۸ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (منع تبلیغ کالاها و خدمات آسیب رسان به سلامت):

هر گونه تولید و واردات و عرضه کالاها و خدمات آسیب رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء مصرف، مشمول عوارض خاص تحت عنوان عوارض سلامت می باشد. فهرست خدمات و اقدامات و کالاهای آسیب رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء مصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درصد عوارض (حداکثر ده درصد ارزش کالا) برای این کالاها در ابتدای هر سال توسط کارگروهی با مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارتخانه های امور اقتصادی و دارایی، تعاون، کار و رفاه

اجتماعی و صنعت، معدن و تجارت و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور تعیین و ابلاغ می‌شود. صددرصد (۱۰۰٪) مبلغ وصولی پس از واریز به خزانه و مبادله موافقتنامه به صورت درآمد-هزینه در اختیار دستگاههای اجرایی مربوطه قرار می‌گیرد.

قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور (بند ج ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه مصوب ۱۳۹۵/۱۱/۱۰)

هر گونه تبلیغات خدمات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت موضوع ماده (۴۸) قانون الحاق موادی به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) بر اساس تشخیص و اعلام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان ملی استاندارد از سوی همه رسانه ها ممنوع است.

فهرست تغییرات سالانه ارسال می گردد.

مطالب ارائه شده در این کتابچه صرفاً جهت آشنایی مختصر شما با برنامه های مهم و روتین مراقبت بیماریهای غیرواگیر تهیه و تدوین شده است و به هیچ عنوان جایگزین دستورعمل و بخشنامه های ارسالی و ابلاغی نمی باشد. از این رو ضروری است دستورعمل مربوط به هر برنامه به طور کامل و دقیق مطالعه گردد. امید است مطالب ارائه شده در عین اختصار و سادگی، توانسته باشد تا حدودی راهگشای شما در آشنایی و اجرای برنامه های مراقبتی

منابع

نظام مراقبت بیماریهای غیرواگیر

راهنمای کنترل فشارخون بالا

مجموعه مداخلات اساسی بیماری های غیرواگیر در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ایران (ایران)

بهورز و دیابت (برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت)

دستورالعمل اجرایی و محتوای آموزشی برنامه پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ، پستان و دهانه رحم

دستورالعمل کشوری برنامه جامع ادغام خدمات کنترل و پیشگیری بیماریهای ارثی- ژنتیکی در نظام سلامت ایران

بیماری کم کاری تیروئید نوزادان (غربالگری، تشخیص، درمان و پیگیری)

طرح کنترل فنیل کتونوری (PKU) و کاهش عوارض کمبود G6PD

دستورالعمل کشوری مراقبت برنامه پیشگیری و کنترل PKU و سایر هیپرفنیل آلانینمی ها

دستورالعمل برنامه غربالگری، تشخیص و مداخله به موقع شنوایی نوزادان و کودکان

مبانی، استانداردها و دستورالعمل ارایه خدمات پیشگیری و مراقبت از گوش و شنوایی نوزادان و کودکان در نظام مراقبت های پایه

سلامت

مقابله با تبلیغات آسیب رسان به سلامت در ایران

رصد تبلیغات فهرست کالاها و خدمات آسیب رسان به سلامت در سال ۱۴۰۰

آخرین نامه ها، مکاتبات و شیوه نامه های ارسالی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بیماری‌های واگیر

- تهیه کنندگان :

- مصطفی طالبی : مربی بیماریها مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت سمنان
- محمد حسن مرادی، نرگس خمر، المیرا یغمائیان: : کارشناسان واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای شهرستان سمنان
- بهار سمیعی: مربی بیماریها مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی سلامت مرکز بهداشت سمنان
- صادق محمدی ازنی : کارشناس مسئول واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای شبکه بهداشت و درمان شهرستان دامغان

زیر نظر :

- دکتر محمدناصر رهبر : سرپرست مدیریت گروه گسترش شبکه و ارتقاء سلامت معاونت بهداشتی-مدیر پیشگیری و مبارزه با بیماریها معاونت بهداشتی
- دکتر شیرازه معانی: ریاست مرکز بهداشت شهرستان سمنان و کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریها معاونت بهداشتی
- زهرا سبوحی: کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریهای غیر واگیر معاونت بهداشتی
- محمد فانی: کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریهای غیر واگیر معاونت بهداشتی
- دکتر بهزاد فتاحی: کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریهای واگیر معاونت بهداشتی

پیشگفتار

بیماریهای عفونی واگیردار از قدیمی ترین دشمنان سلامت بشر هستند. همه گیری های بزرگ ایجاد شده توسط برخی از آن ها (مانند وبا، طاعون، آنفلوآنزا، کرونا و...) همواره در طول تاریخ خسارات سنگینی را بر جامعه بشری وارد کرده است. علی رغم پیشرفت های شگرف علم پزشکی در زمینه های پیشگیری و درمان بیماری واگیر، متأسفانه هنوز هم بیماریهای عفونی با قابلیت ایجاد اپیدمی به عنوان یک مشکل بهداشتی در سراسر جهان مطرح هستند. بروز مقاومت دارویی در عوامل بیماری زا و یا ناقلین آن ها، بازگشت مجدد برخی بیماریها به مناطقی که سال ها عاری از آن بیماری بوده اند. (بیماری های باز پدید)، و ظهور بیماری های جدید (بیماری های نو پدید)، وجود شرایط خاص و فوق العاده کشور و منطقه از ابعاد مختلف، اعم از پتانسیل بروز حوادث غیرمترقبه، واقع شدن در منطقه مدیترانه شرقی، همسایگی با کشورهای در حال توسعه با شاخصهای نامطلوب سلامتی، تنوع آب و هوایی، وسعت جغرافیایی زیاد، جابجایی جمعیت و مهاجرپذیری، خیل عظیم پناهندگان از کشورهای همسایه، وجود

مناطق روستایی توسعه نیافته، تغییرات جدی شرایط اقلیمی و آسیب محیط زیست باعث گردیده تا احتمال بروز همه گیری و طغیان بیماری های واگیردار همواره کشور را تهدید نماید. برای مدیریت صحیح کنترل بیماریهای واگیر، اطلاعات جامع و به روز درخصوص آن ها مورد نیاز است و ابزار تأمین این اطلاعات، نظام مراقبت بیماری ها است.

مراقبت بیماری، گردآوری، تجزیه و تحلیل، تفسیر مستمر و منظم داده های مربوط به سلامتی و انتشار آن ها است. مراقبت اپیدمیولوژیکی جزء اصلی هر برنامه کنترلی است و همه سطوح نظام بهداشتی باید فعالیت های مراقبتی مربوط به خود را انجام دهند. مراقبت اپیدمیولوژیکی در واقع دستیابی به اطلاعات برای انجام عملیات است. اطلاعات به دست آمده، برای نیازسنجی، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه ها مورد استفاده قرار می گیرند.

موسسه آموزش بهررزی و بازارآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان

کارکنان خدمات سلامت با مخاطرات متعدد شغلی به صورت استرس های روانی، آسیب های ناشی از عوامل عفونی بیماریزا، صدمات فیزیکی و شیمیایی مواجه هستند که نه تنها برای خود ایشان مسئله ایجاد می کند بلکه به خانواده آنان نیز آسیب می رساند، به خصوص در رابطه با بیماری های مسری که خانواده و جامعه نیز در معرض ابتلا قرار می گیرند و کارکنان پزشکی می توانند به عنوان یک کانون جهت انتقال و انتشار عفونت عمل نمایند. از طرف دیگر به دنبال بیماری، عدم توانایی در انجام وظایف و یا به علت خطر انتقال به سایر کارکنان و یا بیماران، محدودیت از کار و استراحت ضروری می شود و نیروی کاری آنان کاهش می یابد. به منظور حفظ سلامت کارکنان خدمات سلامت و جلوگیری از عوارض حاصله، باید در مراکز ارائه خدمات سلامت، اقداماتی صورت گیرد تا از ابتلای کارکنان و انتقال عفونت ها جلوگیری شود.

تعریف کارکنان مراقبت/خدمات سلامت:

اصطلاح کارکنان مراقبت سلامت (HCP, Health Care Personel/provider) به تمامی افرادی گفته می شود که مراقبت بهداشتی ارائه می نمایند و احتمال مواجهه با مواد عفونی (مانند خون، بافتها و مایعات خاص بدن و وسایل پزشکی، تجهیزات و یا سطوح محیطی آلوده به این مواد) برای آنها وجود دارد. HCP ممکن است شامل کارکنان خدمات، اورژانس پزشکی، کارکنان دندانپزشکی، کارکنان آزمایشگاه، کارکنان اتوپسی، پرستاران، بهیاران، پزشکان، تکنسینها، درمانگرها، داروسازان، دانشجویان و کارآموزان و ارائه دهندگان خدمات مراقبتی در منزل، و افرادی که به طور مستقیم در مراقبت بیمار دخالت ندارند؛ اما به صورت بالقوه در معرض آن هستند؛ باشد.

علاوه بر آن خطر تماس شغلی با خون و ترشحات ممکن است در برخی مشاغل که الزاماً مرتبط با خدمات درمانی نیست نیز اتفاق افتد (مانند پلیس، آتش نشان، زندانبان و...) در این گونه موارد نیز بهره گیری از این مجموعه توصیه می شود.

ارزیابی پرسنل پزشکی براساس وظایف محوله

الف) قبل از شروع به کار در کارکنان حرف پزشکی و یا محول نمودن مسئولیت جدید به آنان لازم است ارزیابی پرسنل به شرح ذیل صورت گیرد:

- ارزیابی وضعیت واکسیناسیون پرسنل و یا سابقه ابتلا به بیماری های قابل پیشگیری با واکسن مانند هپاتیت
 - دانستن سابقه هر بیماری یا شرایطی که ممکن است فرد را مستعد کسب عفونت و یا انتقال بیماری عفونی نماید.
- ب) انجام معاینات بالینی و بررسی های آزمایشگاهی برای پرسنل براساس ارزیابی اولیه آنها
- ج) ارزیابی پرسنل از لحاظ سایر موارد (به جز مسئولیت محوله) مثل ارزیابی بیماری های مرتبط با کار یا مواجهه با بیماری های عفونی
- د) انجام سرولوژی برای هپاتیت ب: پرسنل در معرض خطر مواجهه با خون و مایعات بدن، باید در زمان شروع به کار یا ورود به دانشگاه (قبل از مواجهه شغلی)، یا ۱-۲ ماه بعد از تزریق نوبت سوم واکسن هپاتیت ب، سطح HBSAb خود را اندازه گیری

نمایند و چنانچه میزان آن بیشتر یا مساوی ۱۰ mIU/mL باشد، بر علیه این ویروس، ایمن هستند. در صورت تزریق دوره کامل واکسن هپاتیت ب (سه دوز) و سطح HBsAb بیشتر یا مساوی ۱۰ mIU/mL تکرار دوز یادآور واکسن یا اندازه گیری مجدد سطح HBsAb در سال های بعد، ضرورت نداشته و توصیه نمی شود. چنانچه سطح HBsAb کمتر از ۱۰ mIU/mL باشد، یک دوره کامل واکسن هپاتیت ب (سه نوبت) دریافت نمایند.

ه) در پرسنلی که احتمال مواجهه آنها با بیماری سل وجود دارد، با استفاده از آزمون جلدی توبرکولین (PPD) غربالگری برای بیماری سل انجام می شود.

و) انجام سرولوژی برای بعضی بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن مانند سرخک، اوریون، سرخجه و یا واریسلا بر حسب تصمیم گیری های کمیته پیشگیری و کنترل عفونت هر مرکز

اگر چه روش اولیه در پیشگیری از انتقال HIV به کارکنان، پیشگیری از مواجهه با خون و مایعات بدن است، اما همواره مواجهه های شغلی در مراکز بهداشتی و درمانی مشاهده می شود. این مراکز باید توانایی مدیریت درست این مواجهات را داشته باشند.

تعریف مواجهه:

تماس با خون، بافت یا سایر مایعات بالقوه عفونی بدن از طریق فرو رفتن سوزن در پوست یا بریدگی با شیء تیز (نیدل استیک) یا تماس این مواد با غشای مخاطی یا پوست آسیب دیده (مانند پوست ترک خورده، یا خراشیده شده یا مبتلا به درماتیت) است که می تواند HCP را در معرض عفونت HIV، HBV و یا HCV قرار دهد.

مایعات بالقوه عفونت زا:

خون مهمترین مایع بدن است که می تواند عفونت زا باشد. مایعات زیر نیز بالقوه عفونت زا محسوب می شوند: مایع مغزی نخاعی، مایع سینوویال، مایع پلور، مایع صفاقی، مایع پریکارد و مایع آمنیوتیک. میزان خطر انتقال عفونت HIV، HBV و HCV از این مایعات به طور دقیق مشخص نیست. ادرار، بزاق، خلط، مدفوع، مواد استفراغی، ترشحات بینی، اشک و عرق، عفونت زا نیستند؛ مگر اینکه خون در آنها مشاهده شود.

تماس مستقیم با مخاطات یا پوست آسیب دیده (مانند تماس بدون محافظ) با ویروس تغلیظ شده در آزمایشگاه تحقیقاتی یا تولیدی مواجهه محسوب شده، نیازمند ارزیابی بالینی است. علاوه بر خون و مایعات آشکارا خونی، منی و ترشحات تناسلی نیز بالقوه آلوده در نظر گرفته می شوند؛ اما در مواجهه های شغلی عملاً نقشی ندارند.

تعریف منبع:

فردی است که یکی از کارکنان با یک مایع بالقوه عفونت زای وی مواجهه یافته است.

تعریف میزان خطر:

میزان خطر عبارتست از احتمال ابتلا به یک عفونت معین بعد از مواجهه با آن

محافظت، نخستین اقدام پیشگیری است!

کارکنان مراقبت سلامت باید اقدامات احتیاطات استاندارد را به کار برند:

- دستها را به طور کامل قبل و بعد از مراقبت بیمار با آب و صابون بشویند.
- از وسایل حفاظت فردی مناسب با وضعیت مراقبت بیمار استفاده نمایند. (استفاده از دستکش، گان، عینک محافظ و ماسک برای مواردی که خطر پاشیدن خون و ترشحات وجود دارد)
- در زمان هر گونه رگ گیری شامل شریانی یا وریدی باید دستکش بپوشند.

در هنگام کارکردن با وسایل تیز به موارد زیر توجه کنند:

- فراهم کردن فضای امن با دسترسی راحت به ظرف مخصوص دور انداختن وسایل تیز (مراجعه به دستورعمل کنترل عفونت و دستورعمل احتیاطات استاندارد)
- دور انداختن وسایل نوک تیز استفاده شده در Safety Box
- عدم سرپوش گذاری مجدد سوزنها
- استفاده از وسایل ایمنی مناسب
- همه کارکنان مراقبت پزشکی باید واکسیناسیون HBV را دریافت کنند و آزمایش پاسخ به واکسن HBV یک تا دو ماه بعد از تکمیل دوره را انجام دهند.

مراحل پروفیلاکسی بعد از مواجهه (PEP)

شامل مداوای محل مواجهه، ثبت و گزارش دهی، ارزیابی خطر مواجهه، ارزیابی منبع مواجهه، ارزیابی فرد مواجهه یافته، پیشگیری از عفونت ها، پیگیری و مشاوره می باشد.

مرحله اول PEP: مداوای محل مواجهه

- در صورت بریدگی پوست با سر سوزن یا شیء تیز و برنده
 - i. فوراً محل آسیب را با آب و صابون بشویند.
 - ii. محل ورود شیء را زیر آب روان قرار دهید تا زمانی که خونریزی متوقف شود.
 - iii. اگر آب روان در دسترس نیست محل را با محلولها یا ژل شوینده دست تمیز کنید.
 - iv. از محلول های قوی مانند مایع سفید کننده استفاده نکنید.
 - v. از فشردن یا مکیدن محل آسیب خودداری کنید.

• در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به مخاطات یا پوست ناسالم:

- (۱) فوراً محل را با آب روان بشویند.
- (۲) اگر آب روان در دسترس نیست از محلول نرمال سالین استفاده کنید.
- (۳) از پانسمان محل خودداری کنید.

• در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به چشم:

- (a) فوراً چشم های مواجهه یافته را با آب معمولی یا نرمال سالین بشوئید.
روش کار به این شکل است که مواجهه یافته را روی یک صندلی بنشانید، سر او را به عقب خم کنید، چشم را از آب یا نرمال سالین پر کنید و سپس پلک ها را به بالا و پایین بکشید.
(b) در صورت داشتن لنز روی چشم، آنها را خارج کنید و طبق روش فوق آنها را بشوئید.
(c) در چشم از صابون یا مواد ضد عفونی کننده استفاده نکنید.

• در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به دهان:

- A. فوراً خون یا مایع را به بیرون بریزید
B. با آب یا سرم نمکی دهان را کامل بشوئید و بیرون بریزید و چندین بار تکرار کنید.
C. در دهان صابون یا مواد ضد عفونی کننده به کار نبرید.

مرحله دوم PEP: ثبت و گزارش دهی

در صورتی که در بیمارستان کار می کنید، موارد مواجهه شغلی را به کمیته کنترل عفونت های بیمارستانی و چنانچه در واحدهای بهداشتی مشغول به کار می باشید به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری/واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری های شهرستان محل خدمت خود گزارش دهید. چگونگی مدیریت مواجهه و پروفیلاکسی بعد از مواجهه (PEP) باید در پرونده پزشکی کارکنان مواجهه یافته ثبت شود. به محرمانه ماندن اطلاعات موجود در پرونده پزشکی توجه کنید.
موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت کنید:

• تاریخ و زمان مواجهه

• جزئیات مواجهه (چگونگی مواجهه، محل وقوع حادثه، منطقه مواجهه یافته روی بدن، نوع ترشحات، حجم ترشحات، در صورت تماس با ابزار تیز، عمق تماس و...)

• وضعیت منبع مواجهه:

فرد منبع مبتلا به HIV، HBV و HCV است یا نه؟

اگر فرد منبع مبتلا به HIV باشد، مرحله بیماری، تعداد سلول CD4، بار ویروسی HIV، تاریخچه درمان ضد رتروویروسی و در صورت دسترسی اطلاعاتی درباره مقاومت به داروهای ضد رتروویروسی؛

• سوابق HCP مواجهه یافته؛

وضعیت واکسیناسیون هپاتیت B و پاسخ به واکسن؛ سابقه قبلی عفونت HIV، HBV یا HCV و سایر بیماریها؛ بارداری یا شیردهی؛

در صورتیکه وضعیت فرد از نظر HIV، HBV، HCV مشخص نیست، درخواست آزمایش قبل از ۷۲ ساعت انجام شود و نتیجه ثبت شود.

• ثبت اقدامات انجام گرفته برای فرد مواجهه یافته.

در صورتیکه فرد مواجهه یافته دریافت PEP را نپذیرد باید در پرونده پزشکی ثبت شود.

مرحله سوم : PEP ارزیابی مواجهه

احتمال انتقال HIV ، HBV یا HCV باید با توجه به نوع ترشحاتی که مواجهه با آن اتفاق افتاده، راه و شدت مواجهه ارزیابی شود.

عواملی که باید در ارزیابی، مد نظر باشند عبارتند از:

- نوع مواجهه (آسیب پوستی، مواجهه غشای مخاطی یا پوست ناسالم)،
- نوع مایعات (خون، مایعات حاوی خون، مایع یا بافت بالقوه عفونی (منی، مایع مغزی نخاعی و...)
- و شدت مواجهه (مقدار خون یا ترشحات، عموق مواجهه و حجم ترشحات در تماس مخاطی)

مرحله چهار PEP: ارزیابی منبع مواجهه

در صورت مشخص بودن منبع مواجهه:

بیمار از نظر HBS Ag ، HCV Ab و HIV Ab بررسی شود. در صورتی که نتایج این آزمایشات در سوابق بیمار موجود نیست، برای اطلاع از وضعیت منبع جهت انجام آزمایشات فوق پس از کسب رضایت آگاهانه هرچه سریعتر اقدام شود. اگر آزمایش منبع از نظر HIV مثبت باشد، این تست مثبت اولیه باید تائید شود؛ اما تجویز پروفیلاکسی برای فرد مواجهه یافته در صورت وجود اندیکاسیون، نباید تا زمان تایید تشخیص، به تاخیر بیفتد.

مرحله پنجم PEP: ارزیابی فرد مواجهه یافته

ارزیابی اولیه فردی که دچار مواجهه شده شامل موارد زیر است:

- سابقه ابتلا به عفونت HCV ، HBV یا HIV؛
- سابقه واکسیناسیون هپاتیت ب و وضعیت پاسخ به آن؛
- در صورتیکه وضعیت فرد مواجهه یافته از نظر HCV ، HBV یا HIV مشخص نیست، آزمایش پایه برای HBs Ag ، HBs Ab ، HBc Ab ، HCV Ab و HIV Ab را در اسرع وقت و در صورت موافقت فرد مواجهه یافته درخواست کنید. (ترجیحاً طی ۷۲ ساعت).
- سابقه بیماری خاص یا حساسیت داروی

مرحله ششم PEP: مدیریت عفونت های مختلف در PEP

باید همه افرادی که با منبع احتمالی عفونت مواجهه داشته اند، مشاوره شوند. اگر فرد مواجهه یافته، سابقه ابتلاء به یکی از عوامل HBV ، HCV یا HIV را داشته و با همان عامل مواجهه یافته باشد، نیازی به PEP ندارد؛ ولی اگر قبلاً مبتلا نبوده یا بررسی نشده است، باید از نظر نیاز به PEP ارزیابی شود.

محتوای آموزشی بهروز / مراقب سلامت در برنامه مراقبت سل

مقدمه:

تقریباً یک سوم جمعیت جهان (حدود ۲ میلیارد نفر) به میکروب سل آلوده و در خطر ابتلا به بیماری سل ۱ میلیون نفر در اثر این / قرار دارند و هر ساله حدود ۹ میلیون نفر به سل فعال مبتلا شده و حدود ۵ بیماری جان می سپارند. بیماری سل که بزرگترین علت مرگ ناشی از بیماری های عفونی تک عاملی است (حتی بیشتر از ایدز، مالاریا و سرخک)، دارای مرتبه دهم در بار جهانی بیماری هاست. سل یک بیماری باکتریال است که به وسیله **مایکوباکتریوم توبرکلوزیس** (و گاه مایکوباکتریوم بوویس و مایکوباکتریوم افریکانوم) ایجاد می شود.

منابع عفونت:

مهمترین منبع عفونت، یک بیمار مبتلا به سل ریوی است که سرفه می کند و معمولاً دارای گسترده خلط مثبت است. دو عامل، تعیین کننده میزان خطر مواجهه با باسیل در یک فرد "غلظت ذرات عفونی در هوای آلوده شده" و "طول مدتی که فرد از آن هوا تنفس می کند." می باشد.

نکته:

- تابش مستقیم نور خورشید ظرف مدت ۵ دقیقه باسیل های سل را می کشد، اما این ارگانسیم ها می توانند مدت ها در تاریکی زنده بمانند. به همین دلیل است که انتقال عموماً در مکان های بسته صورت می پذیرد.
- سل از طریق غذا، آب، تماس جنسی، تزریق خون یا نیش حشرات انتقال نمی یابد.

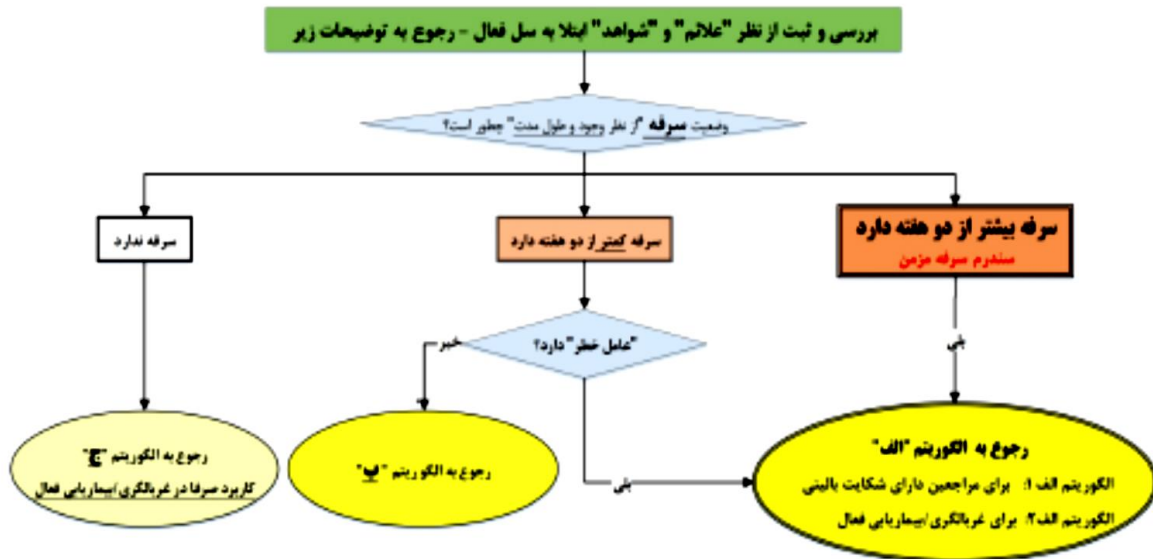
انواع سل: ۱- سل ریوی ۲- سل خارج ریوی

بیماریابی

در چه مواردی باید به وجود بیماری سل شک کرد؟

شایع ترین علامت ابتلا به بیماری سل ریوی سرفه پایدار به مدت دو هفته یا بیشتر است که معمولاً همراه خلط می باشد و ممکن است با سایر علائم تنفسی (نظیر تنگی نفس، درد قفسه سینه یا پشت و خلط خونی) و /یا علائم عمومی و مشترک همراه باشد. علائم عمومی و مشترک در بیماری سل عبارتند از: تب، کاهش اشتها، کاهش وزن، بی حالی، تعریق شبانه، خستگی زودرس و ضعف عمومی.

الگوریتم های تشخیصی سل ریوی در یک نگاه



- فرایند بیماری سل نباید صرفاً به پرسش در مورد سرفه طول کشیده محدود شود.
- در بیماری سل لازم است وجود ۷ علامت و نشانه بالینی (شامل سرفه، خلط (و به ویژه خلط خونی)، تب، تعریق شبانه، کاهش وزن، تنگی نفس و درد قفسه سینه) و حداقل ۶ عامل خطر/ریسک فاکتور (شامل سابقه تماس با بیمار مسلول، سابقه ابتلای قبلی به سل، سیلیکوزیس، افراد کاندید دریافت پیوند عضو یا مغز استخوان، انجام همودیالیز، ابتلا به بیماریها یا مصرف داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی) ارزیابی و ثبت شود.
- در الگوریتم جدید، دریافت دو نمونه خلط از هر فرد مشکوک به سل ریوی جایگزینی شیوه قبلی (یعنی سه نمونه) شده است؛ و حداقل یکی از این دو نمونه باید خلط صبحگاهی (خلطی است که قبل از برخاستن فرد از بستر جمع آوری شود). باشد. حجم مطلوب برای هر نمونه خلط ۳-۵ میلی لیتر است.
- نمونه اول: در اولین مراجعه بیمار و زیر نظر پرسنل بهداشتی گرفته می شود.
- نمونه دوم: در همان روز اول یک ظرف خلط به بیمار داده می شود تا فردا صبح زود، خلط صبحگاهی خود را در آن جمع آوری کرده و به واحد بهداشتی بیاورد.
- نمونه ها باید در اسرع وقت به آزمایشگاه ارسال گردد. ایده آل آن است که این کار در کمتر از ۷۲ ساعت صورت پذیرد.

۱) افراد در تماس نزدیک با بیماران مبتلا به سل ریوی یا سل حنجره؛ (کسانی که از سه ماه قبل از تشخیص سل با بیمار در یک منزل زندگی می کرده اند، یا اگر چه با بیمار در یک منزل زندگی نمی کنند اما در طول این مدت حداقل یک شب، یا ساعات طولانی و متوالی طی روز در یک مکان بسته یا اتاق، با بیمار به سر برده اند؛ مورد تماس نزدیک محسوب می گردند. همکاران بیمار در محل کار، به شرط تماس در محیط بسته و طی ساعات طولانی و متوالی می توانند مشمول بیماریابی باشند)

• دوره واگیری بیماری: از سه ماه قبل از تشخیص سل تا دو هفته بعد از شروع درمان ضد سل (البته به شرط پاسخ بالینی)، فرد بیمار مسری تلقی می گردد و افراد در تماس در این دوره زمانی باید مورد بررسی قرار گیرند.

۲) افراد مبتلا به ویروس اچ آی وی؛

۳) در کسانی که قرار است داروهای آنتاگونیست TNF برایشان آغاز شود؛

۴) افراد کاندید دریافت پیوند عضو یا مغز استخوان؛

۵) بیماران تحت دیالیز؛

۶) مبتلایان به سیلیکوزیس شناخته شده.

درمان:

درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم (DOTS):

با اجرای درمان استاندارد کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم برای تمامی بیماران مبتلا به سل ریوی با اسامیر خلط مثبت (یعنی منابع انتشار بیماری) باید از مصرف دارو توسط بیماران اطمینان حاصل کرد که خوشبختانه با وجود شبکه های بهداشتی درمانی این امکان وجود دارد که بیماران در نزدیک ترین مرکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی به محل اقامت، کار یا تحصیل خود به طور سرپایی تحت درمان با نظارت مستقیم قرار گیرند.

در راهبرد DOTS بیماران جدید با رژیم کوتاه مدت شش ماهه (گروه اول درمانی Cat I) و بیماران تحت درمان مجدد درمان با رژیم کوتاه مدت هشت ماهه (گروه دوم درمانی Cat II) می شوند؛ که هر دوی این رژیم های درمانی مشتمل بر دو مرحله هستند:

مرحله اول (درمان حمله ای): در گروه درمانی اول (بیماران جدید) چهار داروی (ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول) به مدت دو ماه (2HRZE) و در گروه درمانی دوم (درمان مجدد) به مدت سه ماه (3HRZE) تحت نظارت مستقیم داده می شود.

مرحله دوم (درمان نگهدارنده): در گروه درمانی اول (بیماران جدید) دو داروی (ایزونیازید و ریفامپین) به مدت چهار ماه (4HR) و در گروه درمانی دوم (درمان مجدد) به مدت پنج ماه (5HR) تحت نظارت مستقیم داده می شود.

نکته:

- باید برای موارد نیازمند **درمان مجدد**، حتی المقدور در بدو درمان آنتی بیوگرام را به روش سریع انجام داد تا بتوان در کوتاه ترین زمان ممکن رژیم درمانی بیمار را اصلاح نمود.
- توصیه می شود که بیمار در طول مرحله حمله ای درمان حداقل هر دو هفته یکبار و در دوره نگهدارنده نیز ماهی یکبار توسط پزشک مربوطه معاینه و مورد بررسی قرار گیرد.

نحوه برخورد با عوارض داروهای ضد سل:

عوارض جانبی داروهای ضد سل به دو گروه "**خفیف**" و "**شدید**" تقسیم بندی شده است. عوارض خفیف (نارنجی مایل به قرمز شدن رنگ ادرار یا ترشحات بدن، بی اشتها، تهوع، درد شکم، درد مفاصل احساس سوزش در پاها) معمولاً خودبخود بهبود می یابند، از اینرو بهتر است درمان ضد سل را با همان دوز اولیه ادامه داد یا در صورت لزوم بعضی داروهای غیر سلی را جهت درمان علامتی عوارض دارویی به رژیم دارویی بیمار افزود.

در صورت بروز عوارض شدید دارویی (لکه های پوستی (همراه یا بدون وجود تب، ادم، زخم مخاطی و شوک) خارش، کاهش شنوایی یا کری سرگیجه و نیستاگموس زردی، هپاتیت (علت های دیگر رد شده باشد) اختلال بینایی، اختلال دید رنگ سبز و قرمز) گیجی، شوک، پورپورا، ترومبوسیتوپنی و نارسایی حاد کلیوی) باید بلافاصله استفاده از داروها را **متوقف کرد** و بیمار را فوراً به بیمارستان **ارجاع نمود** تا تحت شرایط بستری و زیر نظر پزشک متخصص داروی مسئول عارضه شناسایی و رژیم دارویی مناسب تجویز گردد.

تعاریف استاندارد جهت ثبت نتایج درمان

تکمیل دوره درمان: بیماری که دوره کامل درمان ضد سل را دریافت داشته ولی فاقد معیارهای طبقه بندی در گروه های بهبود یافته و شکست درمان باشد (به عنوان مثال از انجام یا نتیجه آزمایش خلط وی در پایان درمان اطلاعی در دست نباشد).
بهبود یافته: بیمار مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت که آزمایش خلط وی در زمان پایان درمان منفی شده و حداقل نتیجه آزمایش خلط قبلی وی (که با هدف پایش حین درمان انجام شده است) نیز منفی اعلام شده باشد.

نکته: چنانچه آزمایش اسمیر خلط در طول ماه پایانی درمان انجام نشده باشد، نتیجه درمان نمی تواند بهبود یافته باشد و تکمیل دوره درمان محسوب می گردد.

شکست درمان: بیمار مبتلا به سل ریوی با اسمیر خلط مثبت که آزمایش مستقیم خلط وی پنج ماه (ویا بیشتر) پس از شروع درمان هنوز مثبت باشد و یا در عرض همین مدت پس از منفی شدن مجدداً مثبت گردد. بیمار مبتلا به سل ریوی با اسمیر خلط منفی که آزمایش مستقیم خلط وی در پایان ماه دوم درمان مثبت شده باشد.

اگر برای بیماری در هر زمان از طول درمان، تشخیص MDR-TB قطعی شود، نتیجه درمان وی باید شکست درمان ثبت شود.

غیبت از درمان: بیماری که درمانش به مدت ۲ ماه متوالی یا بیشتر قطع شده باشد.

پایش حین و بعد از درمان:

اگرچه کلیه بیماران مبتلا به سل (اعم از ریوی اسمیر مثبت، ریوی اسمیر منفی و خارج ریوی) می بایست حتماً از نظر بهبود علائم بالینی (به ویژه تغییرات ماهانه وزن) تحت پایش قرار گیرند؛ اما مبتلایان به سل ریوی با اسمیر خلط مثبت تنها گروهی هستند که ارزیابی روند موفقیت درمانشان با انجام آزمایش اسمیر خلط امکان پذیر می باشد، از اینرو در فواصل زمانی معینی بنا به گروه درمانی بیماران هر بار "دو نمونه خلط" تهیه و جهت انجام آزمایش مستقیم به آزمایشگاه ارسال می شود.

فواصل زمانی فوق الذکر در گروه درمانی ۱ «هفته پایانی ماه دوم درمان حمله ای، هفته پایانی ماه دوم مرحله نگهدارنده و در طی ماه پایانی درمان» و در گروه درمانی ۲ «هفته پایانی ماه سوم درمان حمله ای، هفته پایانی ماه دوم مرحله نگهدارنده و در طی ماه پایانی درمان» می باشد.

معیارهای پنجگانه زیر در تشخیص سل کودکان دارای اهمیت هستند:

- ۱) تماس با فرد مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت
- ۲) علائم بالینی منطبق با بیماری سل: (عمدتاً "کاهش وزن یا اختلال رشد" به همراه بی اشتها، تب، تعریق، کج خلقی و یا "وجود علائم تنفسی طول کشیده (بیش از ۲ تا ۳ هفته) که به آنتی بیوتیک وسیع الطیف پاسخ ندهد")
- ۳) تست پوستی توبرکولین مثبت:
 - وجود ایندوراسیون با قطر ۱۰ میلی متر و یا بیشتر در کلیه کودکان اعم از واکسینه و غیر واکسینه با ب.ت.ژ
 - وجود ایندوراسیون با قطر ۵ میلی متر و یا بیشتر به شرط وجود سابقه تماس با بیمار اسمیر مثبت
- ۴) رادیو گرافی قفسه سینه منطبق با سل
- ۵) باکتریولوژی یا آسیب شناسی مثبت

خلاصه محتوای آموزشی بهورز/ مراقب سلامت در برنامه کشوری مراقبت وبا

مقدمه:

وبا (Cholera) یک عفونت اسهالی حاد است که به دنبال خوردن آب یا غذای آلوده به باکتری ویبریوکلا ایجاد می شود. این بیماری اساساً با دسترسی ناکافی به آب آشامیدنی ایمن و سیستم جمع آوری فاضلاب نامناسب ارتباط دارد. بیماری از سرایت پذیری بالایی برخوردار است. اگرچه اغلب افراد آلوده علائم بالینی نداشته یا علائم خفیف دارند و می توانند با موفقیت درمان شوند لیکن در مواردی نیز به دنبال بروز علائم اسهال حاد آیکی شدید می تواند با مرگ و میر و ناتوانی بالایی توأم و در عرض چند ساعت منجر به مرگ بیمار شود. همچنین با توجه به شرایط جمعیت و منطقه درگیر این امکان را دارد که به سرعت گسترش یابد. انتقال این بیماری کاملاً با شرایط بهداشتی نامناسب شامل عدم دسترسی کافی و مناسب به آب سالم و تسهیلات دفع بهداشتی فاضلاب مرتبط می باشد.

نظام مراقبت وبا:

نظام مراقبت این بیماری مبتنی بر:

- شناسایی دقیق و به هنگام موارد اسهال حاد آبکی (ساده یا شدید)
- نمونه گیری از موارد مشکوک
- انجام بررسی های آزمایشگاهی مورد نیاز جهت تشخیص قطعی ابتلا
- همچنین انجام تستهای حساسیت آنتی بیوتیکی در موارد دارای تایید قطعی آزمایشگاهی می باشد.

تعاریف:

اسهال حاد (طول دوره علائم ۷ روز یا کمتر باشد) **آبکی**: عبارت است از دفع ۳ بار یا بیشتر مدفوع شل یا آبکی (غیر خونی) طی ۲۴ ساعت

مورد مشکوک به وبا:

در مناطقی که درگیر طغیان وبا نباشند: هر بیمار با سن ۲ سال یا بالاتر مبتلا به اسهال حاد آبکی و کم آبی شدید یا مرگ ناشی از اسهال حاد آبکی به عنوان مورد مشکوک به وبا خواهد بود.

در مناطق درگیر طغیان وبا: هر مورد اسهال حاد آبکی یا مرگ ناشی از آن به عنوان مورد مشکوک به وبا می باشد.

اندیکاسیون های نمونه گیری برای تشخیص بیماری وبا (تهیه نمونه سوآب رکتال) در نظام مراقبت کشوری

در نظام کشوری مراقبت وبا در موارد زیر باید نمونه گیری از نظر التور انجام شود:

- (۱) هر فرد ۲ سال و بالاتر مبتلا به اسهال حاد آبکی با کم آبی شدید یا متوسط در تمام فصول سال
- (۲) مرگ از اسهال با هر سنی (تهیه نمونه سوآب رکتال از فرد فوت شده و همچنین از موارد تماس های نزدیک فرد متوفی)
- (۳) وقوع هر مورد طغیان بیماری اسهال حاد آبکی در منطقه صرف نظر از سن و یا شدت بیماری (تهیه ۲ - ۳ سوآب رکتال). در مواقع مواجهه با طغیان عموماً توصیه می شود از ۵ درصد موارد علامت دار نمونه تهیه شود.
- (۴) مشکوک شدن به بیماری وبا توسط پزشک معالج

مراحل رسیدگی به بیماران مشکوک به وبا:

(۱) میزان دهیدراتاسیون بیمار را ارزیابی کنید. وضعیت جبران مایعات بدن بیمار باید هر ۴ ساعت یکبار ارزیابی شود.

نشانه اصلی دهیدراتاسیون شدید در بزرگسالان و کودکان بزرگتر از ۷ سال عبارتند از:

- فقدان نبض رادیال و فشار خون پایین
- نیشگون پوستی در بیماران مبتلا به ماراسموس (تحلیل رفتن شدید توده بدنی) یا کواشیورکور (سوء تغذیه شدید همراه با ادم) یا بیماران چاق کمتر مفید می باشد.

- وجود یا فقدان اشک فقط در مورد شیرخواران و کودکان خردسال نشانه های بارزی محسوب می شود.
- (۲) جبران مایعات بیمار را بر اساس راهنمای سازمان جهانی بهداشت برای موارد بدون دهیدراتاسیون و موارد دهیدراتاسیون نسبی یا شدید انجام دهید.
- (۳) بیمار را به طور مکرر پایش کنید و وضعیت جبران مایعات را با فواصل زمانی توصیه شده در راهنمای مربوطه ارزیابی کنید.
- (۴) به بیماران مبتلا به دهیدراتاسیون متوسط و شدید آنتی بیوتیک خوراکی بدهید.
- (۵) در صورتی که استفراغ بیمار متوقف شده است به او اجازه دهید تا آنچه لازم است را میل کند.
- (۶) تا زمانی که اسهال متوقف شود پایش بیمار و جایگزینی مایعات را ادامه دهید.
- (۱) پس از ترخیص یا ویزیت سرپائی به اندازه دو روز پودر ORS به بیمار بدهید تا از آنها طبق دستوراتی که شما ارائه می دهید استفاده کند.

نمونه گیری:

نمونه گیری مدفوع باید طی مرحله **حاد** بیماری و هر چه سریع تر بعد از شروع علائم بیماری (ترجیحاً در طی ۴ روز اول بعد از بروز اولین علائم بیماری) یعنی زمانی که عوامل بیماری زا معمولاً به بیشترین تعداد در مدفوع وجود دارند (زیرا این عوامل با گذشت زمان کاهش پیدا می کنند)، و قبل از شروع درمان با آنتی بیوتیک انجام شود.

اصولاً نمونه مدفوع تازه نسبت به سوآب (سوآب مدفوع یا سوآب مقعدی) برتری دارد. چرا که امکان بررسی همزمان عوامل بیماری زای باکتریایی، انگلی و ویروسی را برای آزمایشگاه امکان پذیر می نماید. البته در برخی شرایط سوآب کاربرد بیشتری دارد. به طور مثال زمانی که سریعاً به نمونه مدفوع نیاز باشد و یا در مواقعی که تعداد نمونه گیری زیاد است به دلیل تسهیل در نگهداری و انتقال، نمونه سوآب ارجحیت دارد.

در موارد استفاده از سوآب مقعدی به جای نمونه مدفوع، از سوآب پنبه ای سالم استفاده کنید و دقت نمایید که پنبه سر آن کنده نشده باشد. از ژل جهت چرب کردن مقعد استفاده نشود. ابتدا سوآب را با فرو کردن در محیط انتقالی استریل مرطوب کرده، سپس به اندازه ۳ - ۲ سانتی متر داخل اسفنکتر رکتوم فرو برید، به آرامی بچرخانید تا با مخاط انتهایی رکتوم تماس یابد، سپس سوآب را خارج کنید. با توجه به تغییر رنگ پنبه سر سوآب مطمئن شوید سوآب به مدفوع آغشته است. سوآب را تا عمق لوله محیط انتقالی فرو کنید. و قسمت بالایی چوب را که با انگشتان لمس می کنید، بشکنید و دور بیندازید. درب لوله را کاملاً ببندید. و لوله را در دمای محیط و در مکانی دور از نور قرار دهید.

نکته:

محیط کری بلر حاوی سوآب مدفوع/سوآب رکتال که برای بررسی از نظر ویبریو کلرا تهیه شده است، در **یخچال نگهداری نشود**. چنانچه دمای محیط بالاتر از 40°C و در حدی است که احتمال دارد محیط انتقال کری بلر درون لوله تغییر حالت داده و آبکی شود در زمان انتقال از کیسه یخ برای کاهش نسبی دما تا حدی که از آبکی شدن محیط کری بلر پیشگیری شود، استفاده نمایید.

گزارش دهی: آنتی (کمتر از ۶ ساعت)

محتوای آموزشی بهروز / مراقب سلامت در برنامه مراقبت مالاریا : B50

مقدمه:

بیماری عفونی انگلی واگیرداری است که در اثر ورود عوامل بیماری زا به بدن انسان و رشد و تکثیر آنها در سلولهای کبد و سپس گلبول های قرمز خون به وجود می آید. چهار نوع عامل بیماریزا و تک یاخته انگلی مالاریا در دنیا وجود دارد: ویواکس، فالسیپاروم، مالاریه و اووال (این نوع در ایران وجود ندارد) نوع فالسیپاروم از همه خطرناک تر و کشنده تر است.

علائم بیماری:

علائم بیماری در اثر پاره شدن گلبولهای قرمز خون بروز می کند و بدین ترتیب است که ابتدا بیمار احساس سردرد و لرز شدید می نماید و پس از مدتی تب می کند و بالاخره در مرحله آخر عرق فراوان ظاهر شده و بیمار احساس آرامش می کند. بعد از مدتی بیمار اگر تحت درمان قرار نگیرد، رنگ پریدگی در اثر کم خونی به علت پاره شدن و از بین رفتن تعداد زیادی از گلبولهای قرمز و همچنین بزرگ شدن طحال دیده می شود. با توجه به عوامل بیماریزای مالاریا، تب و لرز بیمار مبتلا ممکن است هر روز، یک روز در میان یا دو روز در میان باشد که به علت همین تناوب تب و لرز به آن تب نوبه هم می گویند.

دوره نهفتگی: این دوره به طور متوسط ۳ تا ۴ هفته است که بسته به نوع عامل بیماری زا متفاوت است.

دوره واگیری: این زمان بر حسب گونه و سوش انگلی از ۱ تا ۵ سال و بیشتر متفاوت است.

راههای سرایت:

- مهمترین عامل انتقال بیماری مالاریا پشه آنوفل ماده است که با نیش زدن اشخاص مبتلا می شوند.
- بیماری ممکن است از طریق تزریق خون و فرآورده خونی و یا بوسیله سرنگ های آلوده (خصوصاً در معتادین تزریقی مواد مخدر به انسان سالم سرایت کند). و همچنین پیوند بافت و انتقال جنینی بیماری از مادر به نوزاد صورت می گیرد.

مراقبت و پیشگیری :

- ۱- بیماریابی ۲- همکاری با مرکز خدمات جامع سلامت برای درمان بیماران شناخته شده ۳- آموزش به مردم در مورد علائم و طریقه انتقال بیماری ۴- پیگیری بیماران شناخته شده تحت درمان و خوراندن روزانه داروهای تجویز شده توسط پزشک
- ۵- مبارزه با آنوفل ناقل بیماری ۶- آموزش به مردم در مورد نصب توری به درب و پنجره اتاقها مخصوصاً اتاقهای خواب و استفاده از پشه بند هنگام خوابیدن ۷- جلب مشارکت مردم در برنامه های مبارزه با بیماری مالاریا ۸- گزارش به موقع آمار فعالیتهای خانه بهداشت / پایگاه سلامت به مرکز خدمات جامع سلامت

تشخیص: ساده ترین، مطمئن ترین و بهترین روش تشخیص بیماری تهیه لام خون محیطی (اسمیر خون) از افراد تبار مشکوک به بیماری است که می توان با تهیه گسترش خونی در فاصله زمانی کمتر از نیم ساعت به وجود بیماری پی برد.

بیماریابی: بیماریابی در مالاریا به دو طریق انجام می شود:

۱) بیماریابی فعال (اکتیو):

مراجعه بهورز هر ماه یکبار (در مناطق آلوده هر ۱۵ روز یکبار) به کلیه منازل روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت (اصلی، قمر و سیار) و تهیه نمونه خون

۲) بیماریابی غیر فعال (پاسیو):

تهیه نمونه خون از بیمارانی که هنگام مراجعه به خانه بهداشت تب و لرز و علائم مشکوک به مالاریا داشته اند.

تهیه نمونه خون (برای لام/کیت تشخیص سریع) در جمعیت های هدف به شرح ذیل صورت پذیرد:

۱) اتباع غیرایرانی بویژه افغان، پاکستانی و افرادی که به تازگی از کشورهای آفریقایی وارد کشور شده اند حتی بدون

علامت مورد بیماریابی قرار گرفته و نمونه خون تهیه شود.

۲) از کلیه افراد علامت دار که سابقه سفر به مناطق مالاریا خیز داخل و خارج کشور را داشته اند، نمونه خون گرفته شود.

۳) از تمامی افراد با سابقه ابتلا به مالاریا در یک سال گذشته

۴) از افرادی که دارای تب با دلیل نامشخص باشند نیز حداقل یک نمونه خون تهیه شود.

توجه:

- در صورتی که فرد مشکوک جز گروه پر خطر ابتلای بیماری است و یا اطرافیان وی هم سابقه مسافرت به مناطق اندمیک را دارند، منتظر شروع علائم نباشید و از آن ها لام خون محیطی تهیه کنید.

- در مورد تمام افغانه، بایستی این آزمایش را انجام داد.

روش تهیه نمونه خون جهت آزمایش از نظر تشخیص بیماری مالاریا:

وسایل لازم: جعبه لام، لام شیشه ای تمیز، پنبه یا پدالکل، لانست، مداد مشکی و فرم بیماریابی مالاریا.

پس از ثبت مشخصات بیمار در فرم بیماریابی به روش ذیل عمل می کنیم:

۱) دست چپ بیمار را گرفته به طوری که کف دست به طرف بالا باشد. انگشت میانی (دومین انگشت بعد از انگشت شست)

را انتخاب کنید (در نوزدان و بچه های کوچک از پاشنه پا یا انگشت شصت پا) انگشت را با پنبه آغشته به الکل پاک

کنید و با مالش دادن آرام پوست انگشت گردش خون را تسریع نمائید.

۲) نوک انگشت را با حرکت سریع توسط لانست استریل سوراخ کنید، انگشت را به آرامی فشار دهید و نخستین قطره خون

را توسط پنبه خشک پاک کنید.

۳) انگشت را به آرامی فشار دهید. یک قطره خون در وسط لام تمیز شده قرار دهید (برای گسترش نازک) سپس با فشار وارده مجدد و بیشتر سه قطره خون به شکل سه راس مثلث و به فاصله یک سانتی‌متر از گسترش نازک روی لام قرار دهید. سپس خون باقیمانده روی انگشت را با پنبه پاک کنید.

روش تهیه گسترش

گسترش نازک خون:

از لام تمیز دیگری به عنوان گسترش دهنده استفاده نمائید. لام تهیه شده خون را روی سطح صافی ثابت نمایید و قطره خون را با لام گسترش دهنده تماس دهید و پس از پخش شدن آن تا کناره لام گسترش دهنده آن را به آرامی و با زاویه ۴۵ درجه روی لام حرکت دهید. مطمئن باشید که در مدت کشیدن گسترش نازک گسترش دهنده با سطح لام تماس داشته باشد.

گسترش ضخیم خون:

برای تهیه آن از گوشه لام گسترش دهنده استفاده کنید. قطره‌های خون را (سه قطره) به سرعت با هم یک کنید تا گسترش ضخیم به دست آید. خون نباید بیش از اندازه مخلوط شود و می‌توان با ۳ تا ۶ حرکت به شکل دایره در آورد قطر گسترش ضخیم می‌بایست حدود یک سانتی‌متر باشد.

پس از خشک شدن نمونه خون، با مداد مشکی یک خط کسری روی گسترش نازک کشیده بعد شماره روستا و شماره ردیف بیمار را (از فرم بیماریابی مالاریا) به ترتیب در صورت و تاریخ تهیه را به روز و ماه و سال را در مخرج کسر بنویسید و آنرا در جعبه لام قرار دهید.

توجه:

- ۱ - دقت نمائید با گوشه لامی که نمونه خون را گسترش داده اید برای نمونه های بعدی استفاده نکنید.
- ۲ - نمونه های خون تهیه شده را نباید در مقابل نور آفتاب و با مجاورت الکل قرار داد زیرا عوامل بیماری زای موجود در خون از بین می روند.

روش بسته بندی نمونه های خون تهیه شده:

پس از پایان کار بایستی کلیه نمونه های تهیه شده را به روش زیر دسته بندی نموده و همراه با فرم بیماریابی مالاریا در اسرع وقت جهت آزمایش به مرکز بهداشتی درمانی بفرستید.

ابتدا کاغذ کاهی را به قطعاتی متناسب با طول لام آماده کنید سپس یک لام را روی لبه کاغذ قرار داده و حداقل یکبار کاغذ را دور آن بپیچید به طوری که تمام لام از کاغذ پوشیده شود و به همین ترتیب بقیه لامها را پیچانده بسته بندی نمائید و بعد مشخصات زیر را روی بسته لام به ترتیب زیر بنویسید:

نام خانه بهداشت، نام روستا، شماره روستا، تاریخ تهیه، تعداد لام، نام بهورز.



نمونه ای از یک گسترش ضخیم و نازک که به طور صحیح تهیه شده است.

شرح وظایف بهورز/مراقب سلامت در پیشگیری و کنترل بیماری مالاریا

۱- آموزش :

- آموزش علائم بیماری، راه انتقال و روش پیشگیری
- در خصوص سم پاشی و فواید آن و لزوم تخلیه لوازم منزل که قرار است سم پاشی شود.
- در خصوص نصب توری به در و پنجره اتاق ها و استفاده از پشه بند و حفاظت از گزش پشه
- آموزش استفاده از: پشه بند - وسایل و مواد دورکننده (مانند کولر و پنکه و مواد سمی مثل حشره کش ها)
- پرکردن شکاف دیوارها
- بهسازی محیط مانند زهکشی و خشکاندن باتلاق ها و پرکردن چاله ها، جاری کردن آبهای راکد، زدودن علفها و چمنهای کنار جویبارها و توزیع ماهی گامبوزیا در مناطق آلوده
- آموزش افراد در خصوص لزوم مراجعه به پزشک جهت دریافت درمان پیشگیری کننده، قبل از سفر به مناطق آلوده و شناساندن مناطق مالاریا خیز به مردم

۲- بیماریابی

- تهیه لام خون محیطی از افراد تب دار مشکوک به مالاریا و ارسال به موقع (کمتر از ۴۸ ساعت) به آزمایشگاه
- پیگیری نتیجه آزمایش
- گزارش فوری موارد مثبت به مرکز بهداشتی و درمانی ارجاع بیماران شناسایی شده به پزشک

- شروع درمان بیمار در اولین فرصت (در ۲۴ ساعت اول) پس از تشخیص

۳- پیگیری بیماران تا بهبودی کامل و تهیه لام خون محیطی از افراد بیمار به صورت ماهیانه تا یک سال

- ثبت داروهای تجویز شده توسط پزشک در فرم پیگیری بیماری
- نظارت بر مصرف منظم داروها توسط بیمار تا پایان دوره درمان طبق دستورعمل کشوری (به صورت روزانه و یا هفته ای)
- خوردن داروی خط اول درمان بیماران مبتلا به مالاریا
- در صورتی که بیمار تا نیم ساعت بعد از خوردن دارو آن را استفراغ کرد دوز دارو باید تکرار شود.
- به بیماران توضیح دهید که ممکن است ادرار آنها کمی به رنگ زرد یا قهوه‌ای در آید (تا این حد عادی است ولی ادرار تیره رنگ نشانه همولیز گلبول‌های قرمز خون و خطرناک است و باید مصرف دارو قطع و ارجاع شود).
- بررسی علائم احتمالی مالاریای شدید در هر بیمار تبار و یا مبتلا به مالاریا در هر نوبت ویزیت
- ارائه خدمات اورژانس و ارجاع فوری موارد مبتلا به مالاریای شدید به مرکز بهداشتی و درمانی

- پیگیری و تهیه لام تعقیب

- از بیماران مبتلا به مالاریای فالسیپاروم یا عفونت توأم (ویواکس و فالسیپاروم) در روزهای ۳، ۷، ۱۴، ۲۱ و ۲۸ پس از شروع درمان
- توصیه می شود از تمام موارد ویواکس در فاصله روزهای چهاردهم تا بیست و هشتم پس از شروع درمان یک نوبت لام تعقیب تهیه شود.

در صورت بروز تب در روزهای سوم تا بیست و هشتم درمان تهیه لام خون محیطی در همان روز الزامی است.

تهیه لام خون محیطی در فاصله روزهای چهارم و ششم شروع درمان توصیه می شود.

- بررسی اطرافیان موارد مثبت

- کنترل بیمار از نظر بروز عوارض احتمالی دارویی:

- به بیمار توصیه کنید تا در صورت بروز رنگ‌پریدگی، سرگیجه، افت فشارخون و پررنگ شدن غیر عادی ادرار، حتماً به نزدیکترین واحد بهداشتی درمانی مراجعه نماید.

- رنگ ادرار پس از مصرف دارو کنترل شود. ادرار تیره رنگ نشانه همولیز گلبول‌های سرخ است و به دنبال مشاهده آن باید مصرف دارو متوقف شود.

- ارجاع افراد مشکوک در حین درمان و پس از ختم درمان و پیگیری موارد ارجاع: در صورت بروز علائمی از قبیل: تشنج،

اختلال هوشیاری، رفتارهای غیر طبیعی، تنگی نفس، اختلال در جریان ادرار، خونریزی، کبود شدگی غیر عادی پوست.

۴- همکاری با مسولین در خصوص شناسایی ژیت های لاروی و سم پاشی و نفت پاشی، مه پاشی و لاروکشی منطقه با توجه به

برنامه اجرایی شهرستان مربوطه

۵- ثبت خدمات (تکمیل فرم بیماریابی- دفتر ثبت نام بیماران- کارت درمان فرم پیگیری- آمار ماهانه) و گزارش فعالیتهای انجام شده به سطح بالاتر

گزارش دهی: ارجاع آنی (کمتر از ۶ ساعت)

محتوای آموزشی بهورز/ مراقب سلامت در برنامه مراقبت آندس (بیماری دنگ، چیکونگونیا و زیکا)

مقدمه:

بیماری دنگ، چیکونگونیا و زیکا بیماری های منتقله توسط ناقلین هستند که به سرعت در حال گسترش می باشند و از نظر بهداشت عمومی اهمیت زیادی دارند. این بیماری ها به وسیله پشه های گونه آندس، به خصوص آندی اجیپتی و آلبوپیکتوس منتقل می شوند. نقطه شروع برنامه ریزی نظام مراقبت بیماریهای منتقله از پشه آندس در ایران از سال ۱۳۹۰ بوده و از سال ۱۳۹۵ در کشور به شیوه جدید راه اندازی شده است و علاوه بر جاری بودن نظام مراقبت انسانی در کل کشور، کلیه مبادی ورودی کشور نیز تحت پوشش **مراقبت حشره شناسی** قرار گرفته است. از سال ۱۳۹۵ تا پایان سال ۱۳۹۹ تعداد موارد مثبت قطعی بیماری دنگ ۴۷ مورد و بیماری چیکونگونیا ۵۳ مورد در کشور گزارش شده است، که همه موارد "وارد از خارج از کشور" بوده است. همچنین تا این تاریخ هیچ موردی از بیماری زیکا در کشور گزارش نشده است.

آندس اجیپتی:

اصولاً آندس اجیپتی در مناطق شهری زندگی کرده و گزش، محل استراحت و تخم گذاری آن در داخل و خارج اماکن مسکونی است. این گونه عمدتاً در ظروفی که توسط انسان ساخته شده در داخل یا نزدیک اماکن مسکونی تخم گذاری می کند. آندس اجیپتی برخلاف بسیاری از پشه ها در طی روز خونخواری می کند و حداکثر گزش را در صبح زود و هنگام غروب آفتاب قبل از تاریکی هوا انجام می دهد. پشه ماده خونخواری از انسان را نسبت به پستانداران اهلی ترجیح می دهد و در هر خونخواری چندین نفر را مورد گزش قرار می دهد. این تمایل به تغذیه مکرر ممکن است عامل طغیان بیماری های دانگ، چیکونگونیا و ویروس زیکا در مناطقی که آندس اجیپتی وجود دارد باشد. از خصوصیات بارز این پشه ها، امکان انتقال عمودی آلودگی ویروسی از پشه آلوده به تخم و در نهایت امکان حضور ویروس در نسل های بعدی پشه است که بدون نیاز به خونخواری و برداشت ویروس از بدن انسان می تواند بیماری را منتشر کند. در ایران آندس اجیپتی در دهه ۱۹۲۰ و ۱۹۵۰ به ترتیب در استان خوزستان و استان بوشهر گزارش شده بود. پس از آن حضور مجدد این ناقل در کشور تا سال ۱۳۹۸ تایید نشد.

آندس آلبوپیکتوس:

هرچند در بعضی مناطق ناقل اصلی دانگ و چیکونگونیا می باشد ولی عمدتاً یک ناقل ثانویه است. این گونه عمدتاً برون زی است و از انسان و بسیاری حیوانات اهلی و وحشی خونخواری می کند (به طور معمول خون مورد نیاز برای تکمیل یک سیکل

گونوتروفیک را از یک میزان تأمین می کند.) این گونه نیاز عمدتاً در اوایل صبح و در هنگام غروب قبل از تاریکی هوا خونخواری می کند. برخلاف آندس اجیپتی، شدت طغیان بیماری در مناطقی که فقط آندس آلبوپیکتوس وجود دارد عموماً کمتر است. آندس آلبوپیکتوس قابلیت تطبیق بسیار بالایی با محیط دارد. تخم این گونه درجه حرارت زیر صفر را تحمل می کند و به همین دلیل گسترش بیشتری از آندس اجیپتی در مناطق معتدله دارد. این گونه، **ظروف محتوی آب** در اطراف خانه ها و یا دورتر را برای تخم گذاری استفاده می کند. مطالعات اخیر در ایران وجود آندس آلبوپیکتوس در جنوب کشور در سال ۱۳۸۸ و ۱۳۹۲ در استان سیستان و بلوچستان در مجاورت پاکستان را نشان داده است. ولی مطالعات بعدی و گزارشات منتج از نظام مراقبت حشره شناسی در آن منطقه منفی بوده و تداوم حضور ناقل را تایید نکرده که این امر نشان دهنده عدم استقرار این پشه در ایران می باشد.

روش های انتقال بیماری

- انتقال از پشه به انسان
- انتقال از انسان به پشه

روش اصلی انتقال از طریق پشه ماده ناقل آلوده به ویروس رخ می دهد، ویروس در معده پشه تکثیر می شود. ولی شواهدی وجود دارد که احتمال انتقال از مادر به نوزاد به میزان کمی وجود داشته و بستگی به زمان عفونت مادر باردار دارد و احتمال به دنیا آمدن زود هنگام نوزاد، نوزاد با وزن پایین و یا اضطراب جنینی مطرح است.

دوره نهفتگی:

دوره نهفتگی بیماری ۴ تا ۱۰ روز بعد از گزش انسان توسط پشه آلوده است. انتقال توسط گزش پشه آندس اجیپتی و آندس آلبوپیکتوس، به خصوص پشه آندس اجیپتی صورت می گیرد. اوج خونخواری ۲ ساعت بعد از طلوع آفتاب و چند ساعت قبل از غروب است. البته بعضی از اپیدمی های دنگ ناشی از انتقال توسط آندس آلبوپیکتوس رخ داده اند. بیماران در تمام طول زمان ویرمی می توانند برای پشه ای که آنها را گزش می کنند؛ آلوده کننده باشند (قبل از شروع تب تا انتهای دوره تب دار)

علائم بالینی و نشانه ها:

دنگ می تواند یک بیماری شبه آنفلوانزا شدید ایجاد کند. این بیماری در شیرخواران، کودکان و بالغین دیده می شود، اما به ندرت موجب مرگ می شود. اغلب علائم از جمله تب، ۲ تا ۷ روز طول می کشد. دوره کمون ۴ تا ۱۰ روز (متوسط ۷ روز) پس از زمان گزش پشه آلوده است.

سازمان جهانی بهداشت دنگ را به دو دسته کلی تقسیم می کند: دنگ (با یا بدون علائم هشدار دهنده) و دنگ شدید. این تقسیم بندی به منظور کمک به کارکنان بهداشت و درمان در راستای اتخاذ تصمیم بستری و کاهش خطر تعداد موارد دنگ شدید طراحی تنظیم شده است.

تعاریف اپیدمیولوژیک

مورد مشکوک:

تب طول کشیده (تب دهانی بالای ۳۸ درجه) حداقل به مدت ۲ روز به علاوه:

- سکونت در کشورهای آندمیک بیماری یا استان های در معرض خطر یا
- سابقه مسافرت به کشورهای آندمیک بیماری دنگ یا
- تماس با مورد مشکوک و محتمل

به علاوه حداقل دو مورد از علائم زیر:

- شدید بودن سردرد
- درد حدقه چشم
- احساس ضعف و خستگی
- علائم گوارشی: بی اشتها؛ تهوع؛ استفراغ؛ اسهال
- پوست بر افروخته صورت
- راش ماکولوپاولر یا موربیلیفرم

خلاصه اقدامات مورد لزوم در فاز آمادگی:

- آموزش عموم مردم در راستای بهسازی محیط به عنوان مهمترین راه مقابله با ناقل مهاجم آندس و جلوگیری از استقرار آن و آشنایی با اقدامات خود مراقبتی و علایم بیماریهای مهم منتقله از آندس با توجه به سناریوهای سه گانه تعریف شده (با رعایت اصول آموزش و اطلاع رسانی و بسیج همگانی)
- طراحی برنامه عملیاتی با دید سلامت واحد جهت بهره گیری از تمامی ظرفیتهای موجود درون سازمانی و بین بخشی
- برگزاری جلسات منظم بر اساس برنامه عملیاتی جهت حساس سازی مسئولین سیاسی و نظامی و سایر ذینفعان برنامه در راستای جلب مشارکت سازمان های همکار در بهسازی محیط، پیاده سازی نظام مراقبت انسانی و حشره شناسی و سیستم گزارش دهی منظم و همکاری در اقدامات کنترلی به موقع. در این مرحله برگزاری کمپین #نام استان/شهرستان پاکیزه در راستای تقویت و تسریع فرایند بسیار مهم بهسازی محیط ضروری می باشد.
- آموزش منظم و مدون استاندارد به پرسنل بهداشت و درمان در بخش دولتی، خصوصی و نظامی بر اساس دستورعمل های ابلاغی و پایش و ارزشیابی آن
- ارزیابی خطر و تعیین نقاط پرخطر و نقشه پراکندگی زیستگاههای لاروی
- نظام مراقبت انسانی و حشره شناسی بر اساس برنامه عملیاتی و سناریوهای مشاخص (گزارش موارد انسانی زیکا و چیکوگونیا: آنی [کمتر از ۶ ساعت و تب دنگ: فوری])
- ارائه گزارش منظم به سطوح بالاتر و ارسال پسخوراند به سطوح مدیریتی و عملیاتی محیطی جهت اصلاح فرایندها

- تعیین نمودن تیمهای واکنش سریع و مشخص نمودن اعضای این تیمها و جانشینان ایشان به همراه تجهیزات کامل کنترل ناقل

خلاصه محتوای آموزشی بهروز / مراقب سلامت در برنامه کشوری مراقبت هاری و حیوان گزیدگی

مقدمه:

هاری بیماری عفونی حاد ویروسی و کشنده ای است که مخصوص گوشتخواران اهلی و وحشی بوده و انسان و سایر حیوانات خونگرم پستاندار به طور تصادفی و غالباً از طریق گزش به آن مبتلا می شوند. ویروس هاری یک رابدوویروس از جنس لیساوویروس است. هاری بیشترین میزان کشندگی را در بین بیماری های عفونی دارد. وقتی علائم بالینی بیماری آغاز می شود درمان موثری برای هاری وجود ندارد.

علائم بیماری در حیوان:

مهمترین علائم تغییر در رفتار و عادات حیوان می باشد، به گونه ای که حیوان بیش از اندازه به صاحب خود انس می گیرد و به گوشه ای پناه می برد و بالاخره در اثر فلج اندامی و دستگاه تنفسی تلف می شود. یا در بیشتر مواقع حیوان مضطرب و کم کم به صورت وحشی و درنده درآمده و به هر کس و هر حیوان که سر راه او باشد حمله می کند، کف از دهانش سرازیر شده و به علت عدم امکان بلع بر اثر گرسنگی و تشنگی و سرانجام بر اثر فلج دستگاه تنفسی می میرد.

علائم بیماری در انسان:

ابتدا بیمار دچار علائمی از قبیل خستگی، بی اشتها، بیقراری، تف اندازی، سوزش و خارش و گاهی درد محل گزیدگی، هبجان، تحریک پذیری، بی خوابی، تب و دردهای شکمی می شود که این علائم ۲ تا ۳ روز بیشتر نیست ولی گاهی یک هفته تا ۱۰ روز طول می کشد. سپس بیمار دچار ترس از آب، نور و جریان هوا می گردد و نهایتاً فلج دستگاه تنفسی و مرگ اتفاق می افتد.

راههای سرایت و انتقال بیماری:

- اصلی ترین راه سرایت بیماری از طریق گزش یا پنجه کشیدگی حیوانات (پستاندار خونگرم اهلی یا وحشی) هار می باشد.
- تماس مخاط بدن (چشم، دهان و...) یا پوست آسیب دیده (زخمی) با بزاق حیوان: ویروس هاری حتی از زخم های بسیار کوچک و در حد خراش هم می تواند باعث هار شدن فرد گردد؛ پس زخم هر چند کوچک (حتی خراش پوستی) بایستی فوری تحت درمان پیشگیری از هاری (شستشوی زخم و واکسیناسیون) قرار گیرد.
- انتقال بیماری به ندرت از انسان به انسان، از طریق دستگاه تنفسی، دستگاه گوارش، پیوند اعضا جفت و وسایل آلوده امکان پذیر می باشد.

درمان پیشگیری هاری:

درمان پیشگیری هاری به منظور جلوگیری از ورود ویروس به سیستم اعصاب مرکزی که منجر به مرگ می شود؛ انجام می شود. این اقدامات شامل **درمان موضعی زخم** بلافاصله پس از وقوع مواجهه، **تزریق واکسن هاری** موثر بر اساس معیارهای سازمان بهداشت جهانی و **استفاده از سرم ایمونوگلوبولین هاری** در صورت نیاز؛ بلافاصله پس از وقوع مواجهه می تواند از بروز علائم بالینی و مرگ ممانعت کند.

- ۳) شستشوی محل جراحت (هر زخم) با آب و صابون به مدت حداقل ۱۵ تا ۲۰ دقیقه
- ۴) خارج کردن کف صابون از لابه لای زخم با فشار آب (استفاده از شیلنگ آب یا پیستوله آب پاش)
- ۵) قطع یا برداشت کامل قسمت های نکروزه
- ۶) ضد عفونی زخم فرد حیوان گزیده با الکل ۴۰ تا ۷۰ درصد یا محلول بتادین
- ۷) نبستن (عدم پانسمان) و بخیه نزدن محل
- ۸) تزریق واکسن ثلاث یا توأم در صورت نیاز
- ۹) ارجاع فوری فرد مجروح و گزارش به واحد مراقبت و پیشگیری از هاری جهت انجام واکسیناسیون ضد هاری. ضروری است کلیه اطلاعات فرد حیوان گزیده به ویژه آدرس و شماره تماس ثابت و همراه وی اخذ و به واحد مراقبت و پیشگیری از هاری اطلاع داده شود.
- ۱۰) پیگیری جهت ادامه واکسیناسیون هاری تا اتمام دوره واکسیناسیون
- ۱۱) تحت نظر نگاه داشتن حیوان مشکوک به هاری به مدت ۱۰ روز (به خصوص سگ و گربه)
- ۱۲) ثبت اطلاعات و نوبت های واکسن انجام شده در فرم های مربوطه و سامانه های الکترونیک

نکته:

- **جوندگان مخازن ویروس هاری نیستند.** جوندگان کوچک (مثل خرگوش، سنجاب، موش، همستر، خوکچه هندی و موش خانگی) به ندرت به ویروس هاری آلوده اند و انتقال بیماری هاری توسط آنها به انسان مشاهده نشده است. در صورت هر گونه شک در نوع حیوان مهاجم توصیه می گردد با واحد مراقبت و پیشگیری از هاری شهرستان هماهنگی های لازم به عمل آید.
- به دلیل خطر ابتلا به هاری، **حاملگی** دلیل منع واکسیناسیون و تزریق سرم پس از مواجهه نمی باشد.
- واکسیناسیون فردی که **سابقه حساسیت شدید** به واکسن هاری یا اجزای واکسن هاری دارد، احتیاط خاصی نیاز دارد. برای فردی که با دوزهای اولیه دچار حساسیت می شود، ترجیحاً از واکسن دیگری استفاده شود یا اینکه دوزهای بعدی واکسن در بیمارستان تزریق گردد.

انواع مواجهه و درمان های توصیه شده:

اقدامات درمانی پس از مواجهه	طبقه بندی انواع مواجهه با حیوان مشکوک به هاری
شستشوی محل	گروه I: لمس کردن یا غذا دادن به حیوان، لیسیدن پوست سالم توسط حیوان
درمان موضعی زخم ها و تزریق فوری واکسن	گروه II: گازگرفتن پوست، خراشیدگی کوچک و کم، ساییدگی بدون خونریزی
درمان موضعی زخم ها و تزریق فوری واکسن و سرم ضد هاری	گروه III: گزیدگی و خراشیدگی های منفرد و یا متعدد عمیق پوست که حداقل خون دیده شود، لیسیدن پوست آسیب دیده (زخم قبلی)، آلوده شدن غشاهای مخاطی با بزاق حیوان مشکوک، مواجهه با خفاش، گزش یا خراشیدگی با خفاش، جراحی در سر و صورت، گردن، دست (مچ دست تا نوک انگشتان)، اندام تناسلی هر نوع حیوان گزیدگی در افراد زیر بدون توجه به سابقه واکسیناسیون آن ها: افراد با اختلالات سیستم ایمنی و افراد در تماس با حیوان محتمل و یا قطعی هاری

روش های تزریق واکسن هاری:

الف) روش های تزریق داخل عضلانی واکسن هاری:

- روش چهار نوبت و چهار تزریق: شامل یک تزریق عضلانی واکسن در هر یک از روزهای ۰، ۳، ۷، ۱۴ در داخل عضله دلتوئید می باشد.
- روش خلاصه شده چندجایی: این روش شامل ۳ نوبت و ۴ تزریق عضلانی (دلتوئید) به صورت ۱ - ۱ - ۲ نمایش داده می شود. بدین معنی که در روز اول مراجعه (روز صفر)، دو تزریق واکسن، یکی در عضله دلتوئید دست چپ و دیگری در عضله دلتوئید دست راست تزریق می گردد. سپس یک تزریق عضلانی واکسن در روز ۷ و بالاخره تزریق عضلانی آخر واکسن در روز ۲۱ تزریق خواهد شد.

ب) روش تزریق داخل میان پوستی (اینترادرمال) واکسن:

در آخرین نشریه سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۸ فقط سه نوبت در روزهای صفر، ۳ و ۷ و هر نوبت ۲ تزریق در دو اندام مختلف که سرم تزریق نگرديده است را تایید کرده است. در روش اینترادرمال مقدار ۰ / ۱ میلی لیتر از واکسن مورد تایید را به صورت داخل میان پوستی تزریق می گردد.

ج) روش تزریق توأم واکسن و سرم ضد هاری (ایمونوگلوبولین):

تزریق همزمان واکسن و سرم در مورد زخم های گروه III کاربرد دارد. ایمونوگلوبولین با منشاء انسانی در اطراف و داخل زخم ها به طور عمقی تزریق می شود. در صورت نیاز حداکثر میزان تزریق ایمونوگلوبولین ۲۰ واحد بین المللی به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن می باشد.

نکته:

- در صورت سالم ماندن **سگ یا گربه** گزنده به مدت ۱۰ روز تزریق نوبت سوم واکسن در روز ۲۱ در روش ۱ - ۱ - ۲ و نوبت چهارم (روز ۱۴) در روش چهار نوبت انجام نمی شود.
- در افرادی که حد اقل دارای **دو نوبت سابقه** واکسیناسیون دارند و اختلال ایمنی ندارد سرم ضد هاری تزریق نمی شود.
- در صورت تاخیر در نوبت های واکسیناسیون ادامه واکسیناسیون طبق زمانبندی قبلی صورت می گیرد.

گزارش دهی: آنی (کمتر از ۶ ساعت)

محتوای آموزشی بهورز/ مراقب سلامت در برنامه مراقبت پدیکلوز (شپش) و گال: B85

مقدمه:

وجود شپش بدن، سر یا شپشک عانه را روی بدن، پدیکولوزیس گویند. پدیکولوزیس شایع ترین آلودگی های انگلی در سراسر دنیاست که می تواند موجب ترد اجتماعی افراد و خانواده های مبتلا شود. پدیکولوزیس همچنین می تواند باعث افت تحصیلی دانش آموزان به علت بی خوابی ناشی از خارش شبانه گردد. نقش شپش به عنوان ناقل تعدادی از بیماری ها (تیفوس، تب راجعه اپیدمیک و تب خندق) از اوایل قرن اخیر شناخته شده است. شپش حشره ای کوچک و خونخوار بوده که انگل خارجی بدن انسان است. طول عمر متوسط شپش ماده ۳۰ روز است و می تواند سر، بدن و عانه دستگاه تناسلی خارجی را در انسان آلوده کند. میزبان برخی از انواع شپش ها انسان است.

علائم بیماری شپش سر در انسان:

زیستگاه اصلی لابه لای موها به خصوص پشت گوش و پس سر است. زمان تبدیل یک تخم به شپش بالغ سه هفته و طول عمر شپش حدود یک ماه است. راه های انتقال آن تماس مستقیم با فرد/افراد آلوده و یا تماس غیر مستقیم مانند تماس با اشیاء آلوده نظیر حوله، شانه، برس، کلاه، روسری، متکا، لباس های خواب هستند، وقتی که به طور مشترک استفاده می شوند و یا یک جا روی هم قرار داده می شوند. صندلی سینما و وسایل نقلیه عمومی در مواقع شیوع بیماری، باعث انتقال می شوند. قدرت آلوده سازی انگل خارج از بدن انسان ۷ روز است. اولین علائم بالینی در سر موقعی اتفاق می افتد که شپش شروع به حرکت می کند که معمولاً از حاشیه دو طرف سر شروع می شود و بعد به طرف مرکز سر گسترش می یابد. در این هنگام بیمار احساس خارش در سر می کند. به تدریج خارش سر افزایش یافته و در سر خراشیدگی با ناخن پیش می آید. گاهی در موارد پیشرفته غدد لنفاوی اطراف سر در ناحیه گردن برجسته می شود و گاهی خارش شدید سر باعث کندگی پوست ناحیه شده و با اضافه شدن عفونت، زرد زخم بروز می کند.

انواع شپش انسانی عبارتند از:

- (۱) شپش سر *Pediculus humanus capitis*
- (۲) شپش تن *humans Pediculus humanus*
- (۳) شپش عانه *Phthirus Pubis (crablice)*

انتقال شپش انسان فقط از انسان به انسان ممکن است و هیچ موجود دیگری نمی تواند به عنوان مخزن عمل کند. تشخیص شپش:

- (۱) مورد مشکوک: وجود خارش در یکی از نواحی سر، تن یا عانه در جامعه آلوده به شپش.
- (۲) مورد احتمالی: وجود ضایعات به صورت خراش جلدی با یا بدون عفونت و وجود آدنوپاتی موضعی در ناحیه پشت گوش و گردن (در آلودگی به شپش سر)، وجود خراش های موازی بین دو کتف بر روی شانه (در آلودگی به شپش تن) و دور ناف و ناحیه عانه (در آلودگی به شپش عانه) و مشاهده رشک در نواحی مودار بدن
- (۳) مورد قطعی: مشاهده رشک یا شپش همراه با مشخصات بالینی فوق

درمان شپش:

در موارد آلودگی به انواع شپش، اساس درمان متاثر از رعایت دقیق اصول بهداشت فردی، دسترسی و انجام استحمام منظم، امکان تعویض مرتب و صحیح البسه است. ضروری است در کلیه موارد آلودگی، مراتب به واحدهای بهداشتی گزارش و اعضای خانوار فرد آلوده و سایر موارد تماس نزدیک از قبیل همکلاسی های وی نیز معاینه و در صورت آلودگی درمان شوند. در درمان آلودگی به انواع شپش بایستی درمان اپیدمیولوژیک (شناسایی منابع و مخازن آلودگی از طریق بررسی اعضا خانواده و موارد تماس و درمان کلیه موارد آلوده) به عنوان زیر بنای عملکرد کنترلی مورد توجه قرار گیرد. در این درمان ضروریست شانه، برس، کلاه، روسری، مقنعه و چادر نماز مشترک، بالش، ملحفه و سایر وسایل شخصی که در انتشار آلودگی نقش دارند نیز از نظر انهدام رشک و شپش، مورد توجه قرار گیرند به گونه ای که به افراد تاکید گردد پس از به کار بردن درمان دارویی حتما از وسایلی که عاری از رشک و شپش شده اند؛ استفاده نمایند. در کلیه موارد، بایستی افراد درمان شده یک هفته بعد از درمان اولیه تحت درمان مجدد قرار گیرند.

درمان شپش سر:

شامپو یا کرم پرمترین ۱٪:

ابتدا موها را با شامپوی معمولی شستشو داده شود، پس از اینکه آب موها گرفته شد (موها مرطوب باشد) لازم است تمامی موها و کف سر فرد آلوده کاملا به شامپو یا کرم پرمترین آغشته گردد. موهای آغشته به شامپو/ کرم پس از ۱۰ دقیقه با آب فراوان شسته شود؛ سپس با شانه دندان ریز و زیر فشار آب نسبت به حذف شپش های مرده و رشک اقدام گردد.

لوسیون دایمتیکون ۴٪:

ابتدا باید از ریشه تا نوک موهای خشک به لوسیون دایمتیکون ۴٪ آغشته شود. (موها نباید خیس یا مرطوب باشد.) باید دقت نمود که تمامی پوست سر کاملاً توسط لوسیون پوشانده شود. پس از ۸ ساعت، بایستی موها را با شامپوی معمولی شستشو داده، زیر فشار آب به کمک شانه دندان ریز، شپش های مرده و تخم شپش ها را از موها جدا نمود.

محلول موضعی نولایس:

ابتدا باید از ریشه تا نوک موهای خشک به محلول نولایس آغشته شود (موها نباید خیس یا مرطوب باشد.) باید دقت نمود که تمامی موها و پوست سر کاملاً توسط محلول آغشته گردد سپس یک کلاه پلاستیکی روی سر و موها گذاشته شود. پس از ۱۰ دقیقه، بایستی موها را با شامپوی معمولی شستشو داده، زیر فشار آب به کمک شانه دندان ریز، شپش های مرده و تخم شپش ها را از موها جدا نمود.

شامپوی گامابنزن (لیندان):

ابتدا باید موها را با مقدار کافی شامپو آغشته کرده، به دقت ماساژ داده شود، بعد از ۴ دقیقه موها را به طور کامل با آب شستشو داده، با شانه دندان ریز و زیر فشار آب نسبت به حذف شپش های مرده و ر شک اقدام گردد. یک هفته بعد نوبت دوم درمان توصیه می شود. توجه داشته باشید لیندان به علت سمیت بالا و تشنج در افراد عادی خصوصاً کودکان و زنان باردار توصیه نمی شود.

رشک زدایی:

هیچ یک از ترکیبات فوق، توان جداسازی رشک ها (تخم های شپش) را از موها ندارند؛ از اینرو در هر مورد پس از درمان لازم است با استفاده از روش زیر نسبت به جدا کردن رشک ها از مو اقدام شود:

- مخلوط آب و سرکه به نسبت ۵۰٪ تهیه شود (اضافه کردن یک پیمانه آب به یک پیمانه سرکه، ترجیحاً سرکه سفید بهداشتی)
- مخلوط آب و سرکه، مستقیماً بر روی تمامی موها مالیده و سپس به خوبی ماساژ داده شود.
- بعد از ۲۰ - ۳۰ دقیقه با آب فراوان و شانه دندان ریز شستشو شود.
- پس از خشک شدن موها نسبت به جداسازی تک رشک ها با انگشت اقدام شود.

گزارش دهی شپش سر و عانه: گزارش هفتگی (معمول) شپش تن: گزارش فوری

گال:

جَرَب یا گال بیماری پوستی خارش دار است که عامل آن بندپایی از گروه هییره ها (مایت) به نام هییره خارشی است. گال بیماری پوستی است که به طور مستقیم (تماس پوستی) و غیر مستقیم (لوازم شخصی، البسه، وسایل خواب، لوازم حمام و ...) موجب آلودگی و بیماری در افراد می گردد، احتمال سرایت به دیگران زیاد و انتشار آن سریع می باشد. به علت خارش شدید شبانه، موجب سلب آسایش و اضطراب در افراد می شود؛ از اینرو گزارش به موقع موارد آلودگی به مسئولین بهداشتی به منظور کنترل و پیشگیری از انتشار گال مهم و ضروری است.

محل زندگی هیره، داخل پوست بدن انسان است. چرخه زندگی عامل بیماری گال بدین گونه است که پس از تماس با فرد آلوده، یک یا چند هیره ماده از شخص آلوده به فرد سالم منتقل می شوند و در هنگام شب هیره ها قسمت سطحی پوست بدن را به صورت عمودی سوراخ کرده، سپس به ایجاد تونل در سطح افقی پوست می پردازند به طوری که در هر شبانه روز حدود ۲-۳ میلی متر پیشروی می کنند و تخم هایشان را داخل تونل قرار می دهند.

راه های انتقال گال

انتقال معمولاً از راه تماس مستقیم پوست فرد بیمار با پوست فرد سالم است:

- خوابیدن در بستر فرد آلوده به گال
- در آغوش کشیدن فرد آلوده به گال
- زندگی در محیط های اجتماعی شلوغ
- انتقال از راه لباس خصوصاً لباس های زیر و خواب، رو تختی، رو بالشتی و...
- استفاده از لوازم شخصی فرد آلوده مانند حوله، کیسه و صابون حمام
- بازی کودکان با یکدیگر مخصوصاً در مهدکودک ها و وسایل بازی
- پرستاری از اشخاص آلوده

انواع گال:

(۱) گال عادی

(۲) گال دلمه دار (نروژی)

علائم بیماری گال:

خارش مهم ترین یافته بالینی است که شب هنگام و در محیط گرم شدت بیشتری دارد. چند شکلی بودن ضایعات، ویژگی خاص بیماری است و ضایعات اولیه در مدت کوتاهی به علت خاراندن تخریب می شوند.

تشخیص گال (جرب)

وجود تظاهرات بالینی و ابتلای چند نفر از یک جمع، می تواند کلید تشخیص باشد؛ ولی تشخیص قطعی گال با بررسی میکروسکوپی و شناسایی مایت، تخم یا مدفوع آن انجام می گیرد.

درمان بیماری گال

کرم پرمترین ۵٪: سطح پوست بدن از نوک انگشتان تا زیر چانه با کرم پرمترین آغشته شود؛ این امر بایستی بعد از استحمام با آب ولرم و خشک کردن بدن انجام شود. پس از ۸-۱۲ ساعت، بدن با شامپو و صابون شسته شود و ملحفه ها و لباس ها تعویض گردند. لازم است یک هفته بعد درمان به روش فوق تکرار شود.

لیندان (گاما بنزن هگزا کلراید ۱٪): مصرف این دارو مشابه مصرف کرم پرمترین است.

سایر داروها: مانند کرم کروتامیتون، بنزیل بنزوات و سولفور موجود در بازار هم در درمان بیماری گال استفاده می شوند.

سرخک:

بیماری سرخک یک بیماری حاد و کشنده در کشورهای در حال توسعه است که میزان کشندگی آن در حدود ۵-۱ درصد و در برخی مناطق ۳۰-۱۰ درصد تخمین زده شده است. این بیماری بوسیله ویروسی از گونه موربیلی ویروس (از خانواده پارامیکسو ویروس) ایجاد می شود، و انسان تنها مخزن آن می باشد. انتقال بیماری به صورت اولیه از فرد به فرد از طریق ذرات آئروسول و یا بوسیله تماس مستقیم با ترشحات بینی و گلوی فرد بیمار صورت می پذیرد. افراد مبتلا به بیماری از دو تا چهار روز قبل از شروع بثورات (راش جلدی) تا ۹-۴ روز بعد از آن آلوده کننده می باشند. بیماری سرخک به شدت آلوده کننده بوده و بیماری به راحتی در مناطقی که نوزادان و کودکان با هم دیگر می دهد.

علائم بالینی:

بعد از دوره کمونی که به طور معمول حدود ۲۱-۱۰ روز طول می کشد (این دوره می تواند ۷-۱۸ روز باشد) علائم مقدماتی شامل تب، خستگی، سرفه، آب ریزش از بینی و التهاب ملتحمه در افراد فاقد ایمنی به بیماری ظاهر می گردد. نقاط کوپلیک ممکن است در مخاط داخل دهان به فاصله کوتاهی پس از شروع راش جلدی ظاهر شده و ۱-۲ روز بعد از شروع راش باقی بماند. در طی ۴-۲ روز بعد از علائم مقدماتی، راش جلدی ایجاد شده و نقاط قرمز (Blotchy) یا راش ماکولوپاپولر در پشت گوش ها و صورت، همراه با تب بالا ظاهر می شود. راش جلدی به سمت بدن و اندام های انتهایی گسترش یافته و به طور معمول در طی ۷-۳ روز از بین می رود و ممکن است تغییر رنگ خفیف در پوست باقی بماند.

تعاریف استاندارد مورد مشکوک به سرخک:

هر فردی که توسط پزشک مشکوک به سرخک باشد یا هر فرد دارای تب و راش ماکولوپاپولر

تعاریف استاندارد سرخجه:

مورد مشکوک

هر بیمار با تب و راش ماکولوپاپولر همراه با یک یا چند از علائم زیر:

- بزرگی غدد لنفاوی گردن، پشت سر و یا پشت گوش
- درد یا تورم مفاصل

مورد تأیید شده آزمایشگاهی: مثبت شدن تست خون از نظر IgM اختصاصی سرخک/سرخجه

مورد تأیید شده اپیدمیولوژی: فردی با بیماری بثورری تبارکه از نظر آزمایشگاهی مورد بررسی قرار نگرفته ولی با مورد مثبت سرخک/سرخجه مرتبط باشد.

سیستم مراقبت تب و بثورات:

- گزارش تلفنی مورد مشکوک به سرخک/سرخجه بر اساس تعاریف ذکر شده
- تهیه نمونه از موارد مشکوک: به منظور تأیید یا رد موارد مشکوک به سرخک/سرخجه از کلیه موارد مشکوک، نمونه های خون (۳-۵ میلی لیتر سرم)، ادرار (۵۰-۲۰ سی سی) و گلو (سواب) باید تهیه شود. ولی نمونه خون در اولویت می باشد.
- انجام بررسی مورد و تکمیل فرم بررسیدر کمتر از ۴۸ ساعت
- گزارش هفتگی موارد شناسایی شده
- گزارش کتبی ماهانه در قالب فرم ماهانه بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن
- ثبت مورد مشکوک در سیستم پورتال مرکز مدیریت بیماریها

تعاریف استاندارد سندرم سرخجه بدو تولد (CRS):

چنانچه مادر بارداری به عفونت سرخجه مبتلا باشد کودک آن ممکن است با سندرم سرخجه بدو تولد متولد شود. تظاهرات CRS ممکن است گذرا مانند پورپورا و یا دائمی مثل کری، نقص سیستم عصبی مرکزی، بیماری قلبی، کاتاراکت و یا به صورت علائم دیررس مانند ملیتوس باشد.

مورد مشکوک:

- هر کودک کمتر از یکسال که کارمند بهداشتی در او به سندرم سرخجه بدو تولد مشکوک شوند یا
- هر کودک کمتر از یکسال داری تاریخچه مادری مشکوک یا تایید شده ابتلا به سرخجه در دوران بارداری باشد یا
- هر کودک کمتر از یک سال با بیماری قلبی و یا مشکوک به ناشنوایی و یا یک یا چند علامت از علائم چشمی مانند مردمک سفید (کاتاراکت)، کاهش دید، حرکات پاندولی چشم (نیستاگموس)، لوچی (استرایبسم)، کره چشمی کوچک (میکروفتالمی)، قرنیه بزرگتر از حد معمول (گلوکوم بدو تولد)

مورد تأیید شده بالینی:

فردی است که توسط پزشک دوره دیده با ۲ عارضه از گروه الف یا یک عارضه از گروه الف و یک عارضه از گروه ب گزارش شود: گروه الف- کاتاراکت، گلوکوم، بیماری قلبی بدو تولد، نقص شنوایی، رتینوپاتی پیگمانته گروه ب- پورپورا، اسپلنومگالی، میکروسفالی، عقب ماندگی ذهنی، منگوانسفالیت، بیماری استخوانی رادیولوسینت، زردی که در ۲۴ ساعت اول تولد شروع شود.

مورد تأیید شده آزمایشگاهی

موردی که علائم CRS را دارد و IGM اختصاصی سرخجه در او شناسایی شده باشد.

تهیه نمونه از مورد مشکوک سندرم سرخجه بدو تولد:

به منظور تأیید یا رد موارد مشکوک به سندرم سرخجه بدو تولد از کلیه موارد مشکوک، باید حداقل یک سی سی نمونه سرم خون تهیه شود.

گزارش دهی سرخک/سرخجه و سرخجه بدو تولد (CRS): گزارش فوری

فلج شل حاد:

پولیو میلیت در اغلب موارد با فلج شل ناگهانی شناخته می شود. ویروس پولیو در دستگاه گوارش با انتشار لنف نودهای ناحیه ای سبب بروز بیماری می شود. بیش از ۹۰٪ موارد بدون علامت بوده و یا علائم خفیفی دارند. ۱۰-۵ درصد موارد منجر به مرگ می شود. انسان تنها منبع شناخته شده ویروس است. انتقال بیماری معمولاً از طریق مدفوعی - دهانی و بندرت از طریق قطرات تنفسی و دهانی - دهانی است. دوره کمون ۳-۴۵ روز و علائم شامل تب، سردرد، خستگی، استفراغ و یبوست می باشد و در نوع شدید بیماری درد شدید عضلانی، سفتی گردن با یا بدون فلج شل می باشد.

تعاریف استاندارد:

مشکوک: هر بیمار مبتلا به فلج شل ناگهانی بدون سابقه قبلی یا ضربه از جمله هر کودک زیر ۱۵ سال با تشخیص گیلن باره یا هر مورد مظنون به فلج اطفال در هر سنی.

مورد قطعی: تأیید آزمایشگاهی نمونه های مدفوع از نظر وجود ویروس پولیومیلیت

Hot Case: هر کودک زیر ۵ سال با عدم سابقه مشخص ایمن سازی همراه تب و ۳-۴ روز تا تکمیل فلج و فلج غیر قرینه به عنوان مورد داغ شناخته می شود.

تظاهرات بالینی:

دوره نهفتگی (کمون) ویروس پولیو از زمان تماس تا علائم اولیه بالینی، به طور متوسط ۱۴-۷ روز بوده ولی از ۳۵-۴ روز متغیر است. در کشورهای در حال توسعه، بیماری در ۶۵-۷۵٪ موارد در سن زیر سه سال و در ۹۵٪ موارد در سن زیر ۵ سال رخ می دهد.

اجزای نظام مراقبت فلج شل حاد:

- گزارش **تلفنی و فوری** مورد مشکوک به فلج شل حاد بر اساس تعاریف ذکر شده
- تهیه دو نمونه مدفوع از موارد مشکوک و ارسال نمونه به آزمایشگاه (ارسال ۲ نمونه مدفوع حداقل به اندازه ۱۶ گرم [یک بند انگشت شست] به فاصله ۲۴ ساعت)
- انجام بررسی مورد و تکمیل فرم بررسی (ظرف مدت ۴۸ ساعت از زمان تشخیص)
- گزارش هفتگی موارد شناسایی شده

- گزارش کتبی ماهانه در قالب فرم ماهانه بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن
- ثبت مورد مشکوک در سیستم پورتال مرکز مدیریت بیماریها
- بررسی اطرافیان از نظر مورد مشابه
- در صورتی که از مورد مشکوک دو نمونه مناسب تهیه نشده باشد باید از اطرافیان بیمار یک نمونه مدفوع تهیه و جهت بررسی به آزمایشگاه ارسال شود.
- پیگیری در روز ۶۰ پس از فلج: از نظر باقی ماندن فلج بررسی شود.
- طبقه بندی و تشخیص نهایی

تعریف اپیدمیولوژیک بیماری دیفتری

مورد محتمل: بیمار دارای غشای چسبنده در لوزه و حلق یا بینی و متعاقب آن هر یک از موارد لارنژیت، فارنژیت ویا تونسیلیت
مورد قطعی: مورد محتملی که توسط آزمایشگاه تایید شود و یا با یک مورد قطعی آزمایشگاهی از نظر اپیدمیولوژیک ارتباط داشته باشد.

اجزای نظام مراقبت بیمار محتمل به دیفتری:

- گزارش دهی **تلفنی (فوری)** بیماری
- تهیه نمونه از بیمار و ارسال نمونه به آزمایشگاه (تهیه نمونه از حلق و لوزه های حلقی و اطراف آن، اگزودای غشاء، انتهای بینی (نازوفارنکس)، پوست در صورت وجود زخم یا ترشحات جلدی)
- تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژیک
- مراقبت و درمان بیماران
- گزارش هفتگی موارد شناسایی شده
- گزارش کتبی ماهانه در قالب فرم ماهانه بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن
- ثبت مورد مشکوک در سیستم پورتال مرکز مدیریت بیماریها

سیاه سرفه:

سیاه سرفه یک بیماری باکتریایی حاد دستگاه تنفسی است. این بیماری از شایع ترین بیماری های مولد سرفه محسوب می شود و سالانه با حدود ۵۰ میلیون نفر مبتلا، باعث مرگ ۶۰۰ هزار نفر می شود.

تعاریف نظام مراقبت سیاه سرفه:

مورد مشکوک (تعریف بالینی مورد بیماری): هر موردی که طبق نظر پزشک از لحاظ بالینی به عفونت سیاه سرفه مشکوک باشد و یا هر فردی که حداقل دو هفته سرفه همراه با حداقل یکی از علائم زیر را داشته باشد:

- حملات سرفه قطاری
- سرفه های مخصوص (Whoop Cough) هنگام دم

- وجود استفراغ متعاقب حمله سرفه

مورد قطعی: جدا کردن باسیل برده تلاپرتوسیس و یا یافتن سکانس ژنوم توسط روش PCR و یا دو تیترا متوالی بالارونده

بالینی: موردی که معیارهای محتمل بالینی را داشته باشد ولی امکان اثبات آزمایشگاهی نداشته باشد (به دلیل عدم تهیه نمونه).

قطعی: موردی که معیارهای محتمل بالینی را داشته باشد و از نظر آزمایشگاهی نیز تایید شود.

اجزای نظام مراقبت بیمار مشکوک به سیاه سرفه:

- گزارش دهی **تلفنی (فوری)** بیماری
- تهیه نمونه از بیمار و ارسال نمونه به آزمایشگاه (۲ نمونه سوآب نازوفارنکس)
- تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژیک
- مراقبت و درمان بیماران
- گزارش هفتگی موارد شناسایی شده
- گزارش کتبی ماهانه در قالب فرم ماهانه بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن
- ثبت مورد مشکوک در سیستم پورتال مرکز مدیریت بیماریها

محتوای آموزشی بهروز / مراقب سلامت در برنامه بیماریهای منتقله از طریق آب و غذا

بوتولیسم:

سابقه مصرف مواد غذایی منبع احتمالی بوتولیسم ۳-۱ روز قبل همراه با علائم تهوع و استفراغ، دوبینی (Diplopia) گشاد شدن مردمک چشم، بلع دردناک (Disphagia) و دهان خشک (Dry mouth)

در تشخیص بوتولیسم بایستی به علائم و نشانه های اصلی زیر توجه شود:

- مسمومیت غذایی بدون تب
- فلج شل و ضعف پایین رونده قرینه همراه با تظاهرات گرفتاری اعصاب مغزی به صورت دو طرفه و حاد
- بیمار هیچ اختلال حسی به جز تاری دید ندارد و به تحریکات محیطی پاسخی می دهد.
- ضربان قلب طبیعی یا کند است و کاهش فشار خون ندارد.

مراقبت:

- گزارش **تلفنی و فوری** به شبکه/مرکز بهداشت

- اخذ شرح حال دقیق بیمار از ۴۸ ساعت قبل و فهرست غذاهای خورده شده توسط بیمار در این مدت
- هماهنگی برای ارجاع بیمار و ارسال نمونه ها (نمونه محتویات معده آسپیره شده، نمونه مدفوع به مقدار، نمونه غذای آلوده مصرف شده توسط بیمار ۵۰ گرم و در برخی موارد سرم خون بیمار) به آزمایشگاه مرجع با رعایت زنجیره سرما
- تهیه نمونه ها قبل از شروع درمان و نگهداری در یخچال
- ارجاع به بیمارستان مجهز دارای بخش مراقبت های ویژه.
- تهیه و تجویز آنتی توکسین بیماری طبق دستورعمل کشوری و تحت نظر پزشک معالج

تیفوئید (حصبه):

بیماری از طریق مواد غذایی آلوده منتقل می شود توسط گروه بزرگی از باسیل های گرم منفی به نام سالمونلا ایجاد می شود به طور معمول از راه تماس مدفوعی دهانی، انسان را آلوده می کند. شایع ترین عفونت ایجاد شده توسط آنها، اسهال است.

تعاریف

مورد مشکوک: تب بیش از یک هفته، بیماری شروعی تدریجی داشته و با تب شروع می شود. (این تب پلکانی است و سپس مداوم می شود)، سردرد، تهوع و استفراغ، دل درد، ضعف، سرگیجه، لکه های (Rose spot) روی تنه، یبوست، اسهال، بزرگی کبد و طحال.

مورد محتمل: تیفوئید مشکوک به علاوه یک یا هر دو مورد زیر:

- آزمایش ویدال با افزایش ۴ برابر تیتراژ آنتی ژن سوماتیک O ظرف ۲ هفته
- وجود موارد بیماری در اطرافیان بیمار یا در منطقه.

مورد قطعی: تیفوئید محتمل همراه یک یا هر دو مورد زیر:

- کشت مثبت سالمونلایی از خون، مغز استخوان، ادرار، مدفوع Rose spot یا ترشحات دوازده
- یافتن آنتی ژن اختصاصی در ادرار یا سرم.

تشخیص:

- انجام کشت روی محیط اختصاصی و جدا سازی باسیل از خون، مغز استخوان، ادرار، مدفوع Rose spot یا ترشحات دوازده
- یافتن آنتی ژن اختصاصی در سرم یا ادرار در صورت موجود بودن امکانات لازم
- **تشخیص احتمالی:** (آزمایش ویدال با افزایش ۴ برابر تیتراژ آنتی ژن سوماتیک ظرف ۲ هفته و وجود موارد بیماری در اطرافیان یا منطقه)

مراقبت:

- درمان مناسب بیماران

- جداسازی توصیه شده در بیماریهای منتقله از آب و غذا تماسی می باشد. (کلیه حاملین کشف شده باید از سروکار داشتن با مواد غذایی و مراقبت از بیماران معاف باشند و تا زمانی که سه کشت مدفوع که ۴۸ ساعت پس از قطع درمان به فاصله یک روز تهیه شده باشد منفی نشود باید از تماس با مواد غذایی خودداری نمایند). (اگر تست ها مثبت شد، در صورت امکان ماهی یکبار به مدت ۱۲ ماه تکرار می شود تا حداقل سه کشت به فاصله ۲۴ ساعت منفی شوند).
- اعلام موارد و گزارش **معمول** به مرکز/شبکه بهداشت شهرستان جهت بررسی اپیدمیولوژیک

طغیان بیماریهای منتقله از طریق آب و غذا:

تعریف اپیدمیولوژیک

اگر دو نفر یا بیشتر از یک غذا یا آشامیدنی مشترک استفاده کرده و علائم بالینی مشترکی داشته باشند طغیان بیماری منتقله از غذا اتفاق افتاده است. علل شایع بیماری های منتقله از غذا شامل باکتری ها، سموم باکتریایی، ویروس و انگل ها می باشد.

مراقبت:

- اعلام موارد و گزارش **فوری (تلفنی)** طغیان به مرکز بهداشت شهرستان جهت بررسی اپیدمیولوژیک
- تهیه نمونه های انسانی برای تشخیص آزمایشگاهی
- درمان مناسب بیماران بر اساس نوع بیماری شامل اصلاح اختلالات آب و الکترولیت و درمان های آنتی بیوتیکی
- هماهنگی با واحد مهندسی بهداشت محیط جهت تهیه نمونه غذایی و آب

اسهال خونی:

یک وضعیت بالقوه بحرانی است که در آن خون با مدفوع شل و آبکی مخلوط شده است. خون می تواند از هر نقطه در طول دستگاه گوارش، از دهان گرفته تا مقعد، منشاء بگیرد. اسهال خونی اغلب نشانه خونریزی دستگاه گوارش به دلیل آسیب به سیستم یا بیماری است. رنگ اسهال خونی قرمز روشن یا قهوه ای رنگ است و ممکن است به عنوان «هماتوژی» نامیده شود. در حالی که ملنا برای توصیف اسهال سیاه، قیری و بدبو استفاده می شود. شیگلا، تنها علت همه گیری های اسهال خونی در ابعاد وسیع در مناطق مختلف دنیا است.

مراقبت:

- اعلام موارد و گزارش **فوری (تلفنی)** به مرکز/شبکه بهداشت شهرستان جهت بررسی اپیدمیولوژیک
- تهیه نمونه های انسانی و سواب رکتال برای تشخیص آزمایشگاهی و تعیین عامل
- درمان مناسب بیماران بر اساس نوع عامل بیماری
- جداسازی توصیه شده در بیماریهای منتقله از آب و غذا تماسی می باشد. (افراد بیمار که با مواد غذایی سر و کار دارند و کودکان مهد کودک ها، مبتلایانی که از کودکان مراقبت می کند، پس از دو نمونه (به فاصله ۲۴ ساعت) منفی شدن کشت مدفوع یا سواب رکتال منفی اجازه دارند تا به محل کار خود و یا مهد کودک باز گردند).

مقدمه:

ویروس های کووید ۱۹ (SARS COV 2) و آنفلوانزا هر دو موجب بیماری های تنفسی مسری می شوند که تمایز آن ها تنها بر اساس علائم بالینی امکان پذیر نیست و برای تشخیص قطعی تست های آزمایشگاهی ممکن است کمک کننده باشد. هر دو ویروس درجات مختلفی از علائم بالینی از بدون علامت (Asymptomatic) تا علائم شدید ایجاد می کنند. همه گیری های آنفلوانزا در مناطق معتدل بیشتر در زمستان و در نواحی گرمسیری بیشتر در ماه های بارانی سال اتفاق می افتد. تغییرات کوچک و موتاسیون های نقطه ای در ژنوم ویروس ممکن است باعث ایجاد ساب تایپ جدید و بروز اپیدمی هر سال یا هر چند سال یک بار شود. وقتی دو ویروس (مانند H5N1 پرندگان و H3N2 انسانی) سلولی را آلوده کنند می توانند بعضی از قطعات ژنی خود را تعویض کنند و در صورتی که ویروس جدید ایجاد شده توانایی آلودگی انسان را داشته باشد، موجب بیماری شدید شده، به سادگی از شخصی به شخص دیگر منتقل می شود.

شباهت ها: تب، لرز، سرفه، تنفس مشکل، خستگی، گلو درد، آبریزش بینی، میالژی، بدن درد، سردرد و در برخی علائم گوارشی به صورت اسهال، استفراغ و دل درد.

تفاوت ها: تغییر و یا از بین رفتن کامل حس چشایی و بویایی در COVID-19 دیده می شود.

مورد مشکوک کووید ۱۹

در بیماری که با شروع ناگهانی تب و سرفه و یا حداقل سه یا بیشتر از علائمی چون ضعف و بی حالی، سردرد، درد عضلانی، گلودرد، آبریزش بینی، تنگی نفس، بی اشتها، تهوع، استفراغ و اسهال مراجعه نماید، تشخیص کووید ۱۹ مطرح است.

مورد محتمل کووید ۱۹

مورد مشکوکی است که:

- دارای تظاهرات رادیولوژیکی باشد که از نظر رادیولوژیست به شدت مطرح کننده بیماری کووید-۱۹ است.
- فرد مبتلا به پنومونی که علیرغم درمان های مناسب، پاسخ بالینی نامناسب داشته و به شکل غیر معمول و سرعت غیرقابل انتظاری وضعیت بالینی بیمار حادث تر و وخیم تر شده یا فوت شود.
- نتیجه آزمایش PCR فرد معلوم نیست و یا منفی گزارش شده است.
- مرگ در بیمار مشکوک به کووید (ملاک های فوق) که با دلیل دیگری توجیه نشود.

مورد مشکوک آنفلوانزا

وجود حداقل ۲ علامت از علائم زیر:

- تب بالای ۳۸ درجه، سرفه، آبریزش بینی یا گلو درد در فصل آنفلوانزا یا بدون اسهال، استفراغ، دل درد، سردرد و یا بی قراری که با عامل اتیولوژیک دیگری قابل توجیه نباشد.
- سابقه تماس نزدیک با مورد محتمل/ قطعی بیماری آنفلوانزا، در عرض ۴ روز قبل از شروع علائم بیماری را داشته باشد.

مورد محتمل آنفلوانزا

- همان مورد مشکوک آنفلوانزا است که در بالا ذکر شده و در فصل آنفلوانزا اتفاق بیفتد و نتیجه آزمايش PCR فرد نیز معلوم نیست و یا منفی گزارش شده است.

بیمار قطعی کووید ۱۹ و یا آنفلوانزا:

بیمار با علائم و نشانه های مرتبط تایید آزمایشگاهی (تست PCR مثبت) COVID-19 یا FLU را نیز داشته باشد.

فرد در تماس:

هر فردی با شرایط زیر که از ۲ روز قبل تا ۱۴ روز بعد از شروع علائم در فرد مبتلا به کووید ۱۹ در تماس بوده به عنوان فرد در معرض تماس در نظر گرفته می شود. (در آنفلوانزا این زمان از یک روز قبل تا ۴ روز بعد از شروع علائم در فرد بیمار در نظر گرفته می شود).

- تماس چهره به چهره با فرد مبتلا به فاصله کمتر از دو متر و به مدت بیشتر از ۱۵ دقیقه
- تماس فیزیکی مستقیم با فرد مبتلا بدون استفاده از تجهیزات حفاظت فردی مناسب
- اقامت در محل در بسته با فرد مبتلا (مثلاً محل کار مشترک، کلاس درس، محل زندگی یا نگاهتگاه) برای هر مدت زمانی مسافرت در کنار فرد مبتلا با فاصله کمتر از یک متر با هر گونه وسیله نقلیه)

تشخیص:

نمونه اصلی مورد نیاز برای آزمایش، نمونه دستگاه تنفسی فوقانی (سواب نازوفارنکس و سواب اورو فارنکس، هر دو) است.

راه انتقال:

عموماً انتقال ویروس از طریق ترشحات تنفسی از فردی به فرد دیگر به واسطه سرفه، عطسه یا صحبت کردن با ایجاد انواع قطرات تنفسی و در شرایط خاص از طریق آئروسول می باشد.

سه عامل مهم انتقال عبارتند از:

- (۱) فضاهای سرپوشیده با تهویه نامناسب و ناکافی
- (۲) شلوغی و تجمع افراد
- (۳) تماس نزدیک

نکته مهم:

خطر تماس و انتقال ویروس به میزان تهویه محیط، تجمع جمعیت، میزان استفاده از انواع ماسک، مدت تماس و نوع فعالیت افراد بستگی دارد.

گروه های در معرض خطر ابتلا به نوع شدید کووید- ۱۹

سالمندی از مهمترین فاکتورهای خطر ابتلا به کووید- ۱۹ شدید می باشد. بیش از ۸۰٪ مرگ ناشی از کووید- ۱۹ در سنین بالای ۶۰ سال رخ می دهد. از سایر عوامل خطر می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- چاقی $BMI > 30$ ، بارداری، بدخیمی ها و شیمی درمانی، نارسایی مزمن کلیوی، نارسایی های مزمن ریوی، بیماری های عصبی و $dementia$ ، دیابت تیپ ۱ و ۲، سندروم داون و اختلالات یادگیری، بیماری های قلبی، نارسایی قلبی، بیماری های عروق کرونری، کاردیومیوپاتی، فشارخون، HIV، بیماری های نقص ایمنی زمینه ای، مصرف طولانی مدت کورتیکواستروئیدها، بیماری های کبدی، بیماری سیکل سل و تالاسمی، مصرف سیگار فعلی یا قبلی

مراقبت بیماری:

- واکسیناسیون در گروه های در معرض خطر
- گزارش **فوری (تلفنی)** موارد مشکوک آنفلوآنزای انسانی به مرکز بهداشت شهرستان آنفلوآنزای پرندگان (**گزارش آنی**)
- تهیه و ارسال نمونه های لازم به آزمایشگاه مرجع (سواب گلو یا بینی)
- درمان عفونت ویروسی با داروهای ضد ویروس آنفلوآنزا/کووید ۱۹
- درمان عفونت های باکتریال همزمان با آنتی بیوتیک های مناسب
- جداسازی بیماران در منزل یا بیمارستان و خودداری از تماس های غیر ضروری
- استراحت و نوشیدن مایعات
- رعایت بهداشت فردی و عمومی و شستشوی دستها، بهداشت مؤسسات نگهداری کودکان، بیمارستان ها، هتل ها، سینماها، مساجد، زیارتگاه ها، کلیساها، اتوبوس ها و ترن ها و سایر اماکن و وسایلی که سبب تجمع و ازدحام مردم می شود.

محتوای آموزشی بهورز/ مراقب سلامت در برنامه کشوری تب خونریزی دهنده کریمه - کنگو (CCHF)

مقدمه:

تب خونریزی دهنده کریمه کنگو یک بیماری خونریزی دهنده تب دار حاد ویروسی است و موجب طغیان های شدید می گردد و تا ۴۰٪ موجب مرگ و میر می شود. اصولاً این بیماری از طریق کنه ها و حیوانات اهلی به انسان منتقل می شود. کنه هیالوما مخزن اصلی بیماری است. تب خونریزی دهنده کریمه کنگو مهم ترین و گسترده ترین بیماری ویروسی منتقل شونده از طریق کنه است. احتمال انتقال عفونت در حیوانات اهلی هیچ گونه علائم مشخصی ندارد. میزان مرگ و میر این بیماری می تواند

قابل توجه باشد به طوری که متوسط میزان کشندگی آن بین ۳۰ تا ۵۰ درصد تخمین زده شده است و برخی منابع حتی میزان آن را تا ۸۰ درصد در زمان طغیان ها نیز گزارش کرده اند.

ویروس CCHF در مقابل گلو تار آدهید ۲ درصد، فرمالین، پارافرمالدهید، هیپوکلریت سدیم ۱ درصد، اتانول ۷۰ درصد، هیدروژن پراکسید و اشعه UV حساس است. دمای ۵۶ درجه سانتی گراد به مدت ۳۰ دقیقه باعث از بین رفتن ویروس می شود. همچنین لازم به ذکر است چنانچه گوشت دام آلوده بلافاصله فریز شود ویروس در دمای ۲۰ - درجه سانتیگراد تا یکسال و در دمای ۸۰ - درجه سانتیگراد بیش از یکسال زنده خواهد ماند.

علائم و نشانه ها:

علائم به طور ناگهانی با تب، ضعف، درد عضلانی، سرگیجه، درد و سفتی گردن، درد پشت، سردرد، سوزش چشم ها و دوبینی حساسیت به نور شروع می شود. ممکن است حالت تهوع، استفراغ، اسهال، دل درد، سرفه و گلودرد و به دنبال آن تغییرات خلقی و اختلال هوشیاری ایجاد شود. بعد از ۲ تا ۴ روز حالت خواب آلودگی، افسردگی و دل درد در قسمت راست بالای شکم به همراه هیپاتومگالی اتفاق می افتد. سایر نشانه ها شامل افزایش ضربان قلب، بزرگی غدد لنفاوی و پتشی در پوست یا غشاء مخاطی مانند دهان و حلق می باشند. پتشی ها ممکن است به اکیموز تبدیل یا سایر تظاهرات خونریزی دهنده مثل ملنا، هماتوری و خونریزی از بینی، لته و رحم ایجاد شود و گاهی خلط خونی، خونریزی در ملتحمه و گوش ها نیز دیده می شود. در برخی از بیماران فقط پتشی می شود. مشکلات دستگاه تنفسی به دلیل پنومونی خونریزی دهنده در حدود ۱۰٪ بیماران ایجاد می شود. معمولاً شواهدی از هیپاتیت وجود دارد و در بیماران بسیار شدید ممکن است اختلالات سریع کلیوی، نارسایی ناگهانی کبدی یا ریوی، پس از روز پنجم بیماری ظاهر شود.

دوره نهفتگی: بستگی به راه ورود ویروس دارد. پس از گزش کنه، دوره نهفتگی معمولاً یک تا سه روز است و حداکثر به ۹ روز می رسد. دوره نهفتگی به دنبال تماس با بافت ها یا خون آلوده معمولاً ۶-۵ روز و حداکثر زمان گزارش شده ۱۳ روز بوده است. کوتاه ترین دوره نهفتگی گزارش شده یک روز و مربوط به عفونت از طریق تماس بیمارستانی با بیمار بوده است.

دوره واگیری: این بیماری در بیمارستان ها به شدت واگیردار است و در اثر تماس با خون و ترشحات بیمار اتفاق می افتد.

راههای سرایت:

بیماری توسط **گزش یا له کردن کنه** روی پوست یا تماس مستقیم با خون، ترشحات یا بافت های حیوانات آلوده در طی یا بلافاصله پس از ذبح (تمیز کردن لاشه و خرد کردن گوشت تازه)، به انسان منتقل می شود. این بیماری یکی از مهم ترین بیماری های شغلی در گروه های دامداران، قصاب ها و کارگران کشتارگاه می باشد. انتقال انسان به انسان از طریق تماس مستقیم با بیمار، تماس با خون، ترشحات، بافت ها یا سایر مایعات بدن افراد آلوده صورت می گیرد. همچنین امکان انتقال در بیمارستان به دنبال استریل کردن نامناسب وسایل پزشکی و استفاده مجدد از سوزن ها و وسایل پزشکی آلوده وجود دارد

تعریف طبقه بندی شده بیماری:

سه تعریف طبقه بندی شده (مشکوک، محتمل و قطعی) وجود دارد:

تعریف مشکوک:

شروع ناگهانی بیماری با تب + دردهای عضلانی با یا بدون تظاهرات خونریزی دهنده (شامل: راش پتشی، خونریزی از بینی و مخاط دهان، استفراغ خونی یا ملنا، هماچوری + (یکی از علائم اپیدمیولوژیک) سابقه گزش با کنه یا له کردن کنه با دست، تماس مستقیم با خون تازه یا سایر بافت های دام ها و حیوان های آلوده، تماس مستقیم یا ترشحات دفعی بیمار قطعی یا محتمل تب کریمه کنگو، اقامت یا مسافرت در یک محیط روستایی که احتمال تماس با دام ها (طی ۲ هفته قبل از بروز علائم بالینی) وجود داشته، اما یک تماس خاص تصادفی را نمی توان مشخص نمود.

تعریف محتمل:

موارد مشکوک + ترمبوسیتوپنی (کاهش پلاکت کمتر از ۱۵۰۰۰۰، در میلی متر مکعب) که می تواند با لکوپنی (گلبول سفید که از ۳۰۰۰ در میلی متر مکعب) یا لکوسیتوز (گلبول سفید بیش از ۹۰۰۰ در میلی متر مکعب) همراه باشد.

توجه:

طبق جدول معیارهای تشخیص بالینی تب خونریزی دهنده کریمه کنگو، چنانچه جمع امتیازها ۱۲ و یا بیشتر شود نیز به عنوان مورد محتمل تلقی شده و تحت درمان قرار می گیرد.

تعریف قطعی:

موارد محتمل + تست سرولوژیک مثبت یا آزمایش ملکولی اختصاصی (PCR مثبت) یا جدا کردن ویروس

مراقبت:

کلید موارد مشکوک باید ضمن گزارش **آنی (تلفنی)** به مرکز/شبکه بهداشت شهرستان، به صورت فوری به بیمارستان ارجاع داده شوند. بررسی بیماری با معاینه بیمار، دریافت شرح حال و شغل بیمار، محل های مسافرت احتمالی و سابقه تماس با دام و کنه کامل و طبقه بندی بالینی انجام می شود. نمونه گیری از بیمار، **حداقل در دو نوبت** و به شرح ذیل می باشد:

- نمونه اول بلافاصله پس از تشخیص بالینی و قبل از شروع درمان با ریباویرین (سعی شود نمونه اول در نزدیک ترین زمان ممکن از بروز علائم تا حداکثر ۵ روز بعد از بروز علائم تهیه شود).
- نمونه دوم ۵ روز پس از نمونه اول
- در صورتیکه با دو نمونه اول و دوم تشخیص آزمایشگاهی موفقیت آمیز نبود، نمونه سوم با فاصله ۵ روز از نمونه دوم درخواست می گردد.
- نمونه مورد نیاز خون کامل بدون ماده ضد انعقاد می باشد. جهت آزمون های تشخیصی از سرم استفاده می گردد. بنابراین **نمونه ارسالی باید سرم باشد.**
- نام کامل بیمار، نوبت نمونه گیری و تاریخ نمونه گیری بر روی لوله درج گردد.
- محل اتصال در لوله حاوی نمونه و بدنه با پارافیلیم پوشانده شود.

- نمونه های مربوط به بیماران باید حداکثر تا ۴۸ ساعت پس از نمونه گیری به آزمایشگاه مرجع کشوری (پاستور) ارسال گردد.
- داروی مورد نیاز بیمار توسط مرکز/شبکه بهداشت شهرستان در اختیار بیمارستان قرار داده می شود.
- رعایت پوشش حفاظت فردی در تمام مراحل پذیرش، معاینه و نمونه گیری از فرد الزامی است.

پیشگیری:

- مبارزه با انگل خارجی و ناقل
- محافظت در مقابل گزش ناقل
- پیشگیری از آلودگی در دام
- جلوگیری از تماس با منبع بیماری
- بیماریابی و به دنبال آن درمان به موقع
- رعایت اصول احتیاطهای استاندارد و جداسازی بیمار
- پیگیری موارد تماس با منبع عفونت

گزارش دهی: آنی (کمتر از ۶ ساعت)

محتوای آموزشی بهورز/ مراقب سلامت در برنامه کشوری تب مالت

مقدمه:

بیماری باکتریایی عفونی حاد یا مزمن مشترک انسان و حیوان است که میکروب آن در اثر با حیوانات و یا مصرف فرآورده های دامی آلوده به انسان منتقل و به عنوان بیماری شغلی کارگران دامپروری، کارکنان کشتارگاه ها، قصاب ها و دامپزشکان محسوب می شود. بروسلا آبورتیس و بروسلا ملی تنسیس و بروسلا سوئیس و بروسلا کانیس عامل این بیماری هستند. بیماری در حیوان به صورت سقط جنین تظاهر می کند.

علائم و نشانه ها:

تب که عصر ها و شب افزایش می یابد، عرق فراوان و خیس کننده به خصوص هنگام شب از علائم معمول تب مالت است، لرز، سر درد، خستگی، بی اشتها، بی حالی، ضعف عمومی، کاهش وزن، درد مفاصل و کمر، درد های شکمی، بزرگ شدن کبد و طحال، افسردگی، درد عمومی بدن

دوره نهفتگی: بسیار متغیر است و بین ۵ تا ۳۰ روز می باشد و به ندرت ممکن است چند ماه طول بکشد.

دوره واگیری: انتقال بیماری انسان به انسان به ندرت اتفاق می افتد.

راههای سرایت:

تماس با احشاء آلوده حیوان نظیر خون، ادرار، ترشحات واژن، ترشحات جنین سقط شده به خصوص جفت آلوده، خوردن شیرخام و فرآورده های شیری حیوانات آلوده و خراش جلدی و در آزمایشگاه های دامی.

تشخیص آزمایشگاهی:

- جدا کردن عامل بیماری زا از نمونه های بالینی در محل کشت
- وجود تیتراژ سرمی بروسلا به روش آگلوتیناسیون برابر یا بیش تر از ۸۰/۱ در حداقل یک یا چند نمونه سرم
- افزایش حداقل ۴ برابر در تیتراژ بروسلا به فاصله ۲ هفته بعد از آزمایش اولیه
- تیتراژ آزمایش 2ME مساوی یا بالاتر از ۴۰/۱
- آزمایش کومبس رایت با فاصله ۳ رقت بالاتر از رایت

اقدامات مورد نیاز:

- گزارش به مرکز بهداشت شهرستان
- پیگیری بیمارانی که از نظر بیماری تب مالت تشخیص داده شده اند و نظارت بر مصرف داروی آن ها
- آموزش به بیمار و اطرافیان در مورد مراقبت و راه های انتقال و پیشگیری از بیماری تب مالت
- هماهنگی با دامپزشکی برای شناسایی منبع عفونت و بررسی واکسیناسیون دام های منطقه.

پیشگیری:

- از خوردن شیر حرارت ندیده و محصولات لبنی غیرپاستوریزه اجتناب شود.
- پنیر تازه به مدت حداقل ۲ ماه در آب نمک نگهداری و سپس مصرف شود.
- کشاورزان، کارگران کشتارگاه ها و کارخانجات بسته بندی گوشت باید جوانب احتیاط را در برخورد با لاشه یا محصولات دامی تهیه شده از حیوانات مشکوک به بیماری رعایت نمایند.
- افرادی که با پوست حیوانات سر و کار دارند، از پوشش محافظ دست ها و بدن استفاده کنند.
- در انتقال خونهای آلوده و در آزمایشگاه ها شرط احتیاط ضروریست.
- حیوانات وحشی ممکن است با بروسلاز آلوده شده و منشا بالقوه انتقال عفونت به حیوانات اهلی گاو، گوسفند و بز باشند.
- دوره های کوتاه درمان با داروهای ضد بروسلاز ممکن است به محو شدن موقتی نشانه های بیماری منجر شوند؛ اما برای درمان کامل کافی نیستند. درمان ناقص یکی از فاکتورهای منتهی به توسعه ی بروسلاز مزمن می باشند.

تاریخچه بیماری از اهمیت زیادی در تشخیص بیماری به خصوص در افرادی که با حیوانات تماس دارند برخوردار است.

گزارش دهی: معمول (هفتگی)

مقدمه:

واژه‌های لاتین و به معنای التهاب کبد است و در اثر عوامل مختلف از جمله داروها، ویروس‌ها، بیماری‌های خودایمنی و ژنتیکی پدید می‌آید ولی شایع‌ترین علت آن، ابتلا به عفونت‌های ویروسی است. نوع هپاتیت را برحسب نوع ویروسی که باعث آن می‌شود نامگذاری می‌کنند، برای مثال A, B, C, D, E

رتبه مرگ و میر ناشی از هپاتیت‌های ویروسی در جهان از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ میلادی از جایگاه دهم به هفتم رسیده است و از سوی دیگر تنها ۱ نفر از هر ۱۰ نفر فرد مبتلا به هپاتیت از بیماری خود مطلع بوده و می‌تواند به درمان دسترسی داشته باشد. ایران در حال حاضر جزو کشورهای با شیوع نسبتاً کمتر هپاتیت B محسوب می‌شود ولی میزان بروز سالیانه این بیماری در سال ۲۰۰۹ میلادی، ۷/۷ در صد هزار برآورد شده است.

سه نوع اصلی از این ویروس‌های هپاتیت وجود دارند: هپاتیت A، هپاتیت B، هپاتیت C.

هپاتیت A

ویروس هپاتیت A به طور عمده از طریق غذا و آب آلوده به مدفوع فرد دچار عفونت، منتقل می‌شود. هپاتیت A می‌تواند باعث تورم کبد شود، اما ندرتاً باعث آسیب کبدی می‌شود. فرد مبتلا ممکن است احساس ناخوشی مانند ابتلا به آنفلوآنزا کند، یا ممکن است هیچ علامتی نداشته باشد. این بیماری معمولاً پس از چند هفته خود به خود بهبود پیدا می‌کند. واکسنی برای پیشگیری از هپاتیت A در دسترس است.

هپاتیت E

علائم بالینی مشابه هپاتیت A دارد و فرم مزمن ندارد.

مورد مشکوک هپاتیت A, E: علائم بالینی اختصاصی و غیراختصاصی هپاتیت و سابقه زردی در تماس‌های خانوادگی

هپاتیت B

هپاتیت B و C در کنار هم، شایع‌ترین علت سیروز کبدی، سرطان کبد و مرگ و میر ناشی از هپاتیت‌های ویروسی است. ویروس هپاتیت B با ورود به بدن در کبد انسان جایگزین می‌شود و شروع به تکثیر و سپس به گردش خون راه پیدا می‌کند. آنتی‌ژن سطحی ویروس HBSAg نام دارد و اگر در آزمایش خون وجود این ذرات به اثبات برسد، فرد آلوده تلقی می‌شود. ویروس هپاتیت B خارج از بدن انسان در برابر حرارت، رطوبت و عوامل شیمیایی بسیار مقاوم است و در حرارت ۲۰- درجه سانتی‌گراد تا ۱۵ سال و در حرارت معمولی اتاق تا ۶ ماه زنده می‌ماند. ویروس هپاتیت B با جوشاندن اشیای آلوده در ۱۰۰ درجه سانتی‌گراد در مدت ۵ دقیقه و با مواد ضدعفونی‌کننده مانند کلروفرم و فرمالین از بین می‌رود.

علائم بیماری:

بیماری می‌تواند بدون علامت باشد. معمولاً بعد از ورود ویروس به بدن و پس از یک دوره نهفتگی، علائمی شبیه سرماخوردگی (ضعف، خستگی، کسالت، تب، درد عضلانی، بی‌اشتهایی و...) ایجاد می‌شود. بعد از مدتی، علائم به صورت زردی و بهبود علائم همراه تیره رنگ شدن ادرار یا کمرنگ شدن مدفوع بروز می‌کند. بیمار هپاتیتی به کسی گفته می‌شود که ویروس هپاتیت بیش از ۶ ماه در بدنش وجود داشته، حال عمومی‌اش خوب است و در بررسی‌های آزمایشگاهی اختلالی در عملکرد کبدش مشاهده نمی‌شود. میزان ویروس در خون کم است و در فیبرواسکن، فیروز کبیدی دیده نمی‌شود.

نکته:

- تشخیص عفونت مزمن HBV مبتنی بر تداوم HBSAg برای بیش از ۶ ماه است.
- تصمیم برای شروع درمان در درجه اول، بر اساس وجود یا عدم وجود سیروز، سطح آلانین آمینوترانسفراز (ALT) و سطح HBV DNA است. سایر اندیکاسیون‌های شروع درمان شامل وجود شرایط خاص همزمان مانند بدخیمی و بارداری است.
- برای ارزیابی میزان پاسخ ویروس و سمیت دارو، باید بیماران در طول درمان پایش شوند.

راههای انتقال ویروس هپاتیت:

- انتقال از راه خون و فرآورده‌های خونی آلوده (تزریق خون، خالکوبی، تاتوکردن، سوراخ کردن گوش با وسایل آلوده، مسواک یا ریش تراش آلوده و فرورفتن سوزن)
- انتقال ویروس از طریق ارتباط جنسی
- انتقال از مادر آلوده به نوزاد (انتقال عمودی یا ورتیکال)

راههای عدم انتقال ویروس:

ویروس هپاتیت B از طریق دست دادن و روبوسی با فرد مبتلا، استفاده از ظروف و وسایل غذاخوری مشترک، معاشرت معمولی در محل کار و منزل، از راه هوا، عطسه و سرفه و استفاده از سرویس بهداشتی مشترک / شنا کردن در استخر منتقل نمی‌شود.

دوره نهفتگی بیماری: ۱۸۰-۳۰ روز است

مراقبت بیماری:

- بهترین راه مقابله با ویروس هپاتیت B تزریق واکسن برای افراد پرخطر مانند کارکنان بهداشتی، همسر، فرزند، والدین و تمامی کسانی که با فرد ناقل هپاتیت B زندگی می‌کنند، بیماران هموفیلی، تالاسمی، همودیالیز و معتادان تزریقی و... است. تزریق واکسن در ۳ نوبت و به فواصل یک ماه و ۶ ماه پس از اولین تزریق انجام می‌شود.
- گزارش و ثبت بیماری در سامانه سیب با کد b18

- ثبت فرم بررسی و همچنین سامانه سیب/مراجعه باشکایت/ثبت اطلاعات بیماری واگیر/ورود اطلاعات بیماری هپاتیت
- بررسی و در صورت لزوم تزریق واکسن هپاتیت ب به این افراد
- بیماران هپاتیتی هر شش ماه یکبار توسط مراقب سلامت و بهورزان پیگیری تا توسط پزشک ویزیت شود. ولی پس از مشخص شدن بیماری فرد خانواده و اطرافیان در تماس با فرد بیمار، واکسیناسیون و سطح آنتی بادی در برابر ویروس هپاتیت بررسی شود
- هپاتیت مزمن به درمان نیاز دارد و در صورت درمان دارویی، به هپاتیت غیرفعال تبدیل می‌شود. داروهای تزریقی و خوراکی هستند. داروهای تزریقی ۶ ماه تا یک سال و داروهای خوراکی بیش از ۵ سال تجویز می‌شوند. بیماران همیشه باید تحت نظر پزشک باشند
- گزارش کتبی ماهانه

هپاتیت

این ویروس همانند هپاتیت ب، پس از تماس فرد سالم با خون بیمار مبتلا به ویروس هپاتیت C وارد بدن می‌شود ولی از طریق بوسه، سرفه، عطسه، آب و غذای مشترک منتقل نمی‌شود. ویروس در محیط خارج از بدن خشک می‌شود و به مدت ۳ ماه زنده می‌ماند و با جوشاندن شیء آلوده در دمای ۱۰۰ درجه سانتی‌گراد و ۵ دقیقه نابود خواهد شد. شایع‌ترین راه انتقال، روش تزریقی است که بیش از ۵۰ درصد موارد را شامل می‌شود. بیشتر مبتلایان، معتادانی هستند که از سرنگ مشترک برای تزریق استفاده می‌کنند و انتقال از طریق جنسی نسبت به هپاتیت ب کمتر است. متأسفانه تاکنون واکسنی ساخته نشده که بتواند در برابر ویروس مصونیت ایجاد کند.

تشخیص هپاتیت C

تشخیص قطعی هپاتیت C با انجام آزمایش HCV-RNA (PCR) کیفی است. برای غربالگری در گروه‌های پرخطر، ابتدا از آزمایش آنتی بادی ضد ویروس هپاتیت C (Anti HCV -Ab) استفاده می‌شود. ذکر این نکته ضروریست که تشخیص عفونت هپاتیت C بر مبنای گزارش آنتی بادی ضد ویروس هپاتیت C (Anti HCV -Ab) و نیز (PCR) HCV-RNA است. آنتی بادی ضد ویروس هپاتیت C معمولاً ۶-۲ ماه پس از مواجهه با ویروس و در طی فاز حاد عفونت در خون ظاهر شده و در تمام طول زندگی مثبت خواهد ماند. HCV-RNA مثبت در خون نشانه عفونت فعال است و معمولاً ۳-۱ هفته پس از مواجهه فرد با ویروس در خون ظاهر می‌شود.

علائم بیماری:

عفونت با هپاتیت C به دو شکل **حاد و مزمن** دیده می‌شود:

عفونت حاد زمانی است که تشخیص ابتدای فرد در طی ۶ ماه اول پس از مواجهه با ویروس داده شود. حدود ۷۵ درصد موارد ابتلا به عفونت حاد بدون علامت است. در صورت بروز علامت، شایع‌ترین علائم عبارتند از: علائم شبه آنفلوآنزا از جمله درد عضلانی و تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد، احساس خستگی، بی‌اشتهایی، درد شکم، احساس کسالت و ناخوشی، تهوع و زردی در چشم و پوست

بدون درمان حدود ۱۵ تا ۴۵ درصد افراد مبتلا به عفونت، در طی مدت ۶ ماه به طور خودبخود و بدون درمان بهبود می یابند. برآورد می شود که این عدد به حدود ۴۵ درصد هم برسد.

عفونت مزمن در افرادی که به طور خود به خود بهبود نمی یابند بیماری تبدیل به فرم مزمن می شود. همانند هپاتیت حاد، هپاتیت مزمن نیز معمولاً بدون علامت است اگرچه ویروس می تواند باعث آسیب پیشرونده کبدی شده و پیامدهای جدی برای فرد ایجاد نماید. بدون درمان در ۱۵-۳۰ درصد (حدود یک سوم موارد) بیماران با عفونت مزمن در طی ۲۰ سال سیروز کبدی ایجاد می شود. در حدود یک سوم موارد در افراد مبتلا به سیروز در طی ۱۰ سال سرطان کبد (کارسینوم هپاتوسلولار) ایجاد می شود. این سرطان علت اصلی مرگ ناشی از عفونت با هپاتیت C است که میانگین طول عمر و بقای فرد پس از تشخیص، حدود ۲۰ ماه است.

بهترین راه مقابله با هپاتیت C:

○ آموزش راههای پیشگیری؛ از آنجا که در حال حاضر برای پیشگیری از ابتلای به هپاتیت C واکسنی وجود ندارد از اینرو پیشگیری از ابتلای به این بیماری صرفاً مبتنی بر کاهش خطر مواجهه با این ویروس در مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی و نیز کاهش مواجهه در جمعیت های در معرض خطر بالا (نظیر مصرف کنندگان تزریقی مواد یا در جریان تماس جنسی) است. آموزش های مبتنی بر جمعیت و درمان هپاتیت C در واقع نوک پیکان برنامه های پیشگیری از انتقال هپاتیت C هستند. به نظر می رسد بهترین استراتژی برای پیشگیری از هپاتیت C، بیماریابی و درمان مبتلایان با هدف نهایی توقف گردش ویروس در جامعه است.

- بیماریابی فعال با کیت های تشخیص سریع و ارجاع موارد مثبت برای آزمایش RNAHCV
- درمان بیماران مثبت قطعی HVC تحت نظارت مسقیم به مدت ۸۴ روز با داروهای موجود در سیستم بهداشتی
- پیگیری بیمار در هفته ۴ درمان و سپس هر ۴ هفته تا پایان مدت درمان
- ورزش، غذاهای سالم، ترک دخانیات و پرهیز از الکل و موادمخدر کمک زیادی به روند درمانی می کند.

گروه هدف بیماریابی هپاتیت C:

- افراد با سابقه دریافت خون و فراورده های خونی قبل سال ۱۳۷۴ داشتند
- افراد با سابقه مصدومیت و مجروحیت جنگی
- افرادی که مواد مخدر غیر قانونی تزریق می کنند یا سابقه تزریق آن را دارند
- افراد زندانی یا افراد با سابقه زندان
- افراد مبتلا به هموفیلی و تالاسمی
- افراد تحت همودیالیز یا افراد با سابقه قبلی دیالیز
- بیماران با سابقه پیوند عضو
- افراد دارای رفتار جنسی پرخطر
- افراد با سابقه خاکوبی یا حجامت
- فرزندان متولد شده از مادران مبتلا به هپاتیت سی

- افرادی که با HIV زندگی می کنند
- مردان دارای رابطه جنسی با سایر مردان
- کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی با سابقه تماسهای اتفاقی شغلی با سوزن آلوده
- اهداکنندگان خون یا عضو

درمان هپاتیت C:

با ظهور داروهای جدید ضد ویروسی مستقیم الاثر (DAAS) انقلابی در درمان هپاتیت C ایجاد شده است. بدون درمان در عرض چند سال سیروز ایجاد شده که می تواند باعث توقف عملکرد کبد شود و در موارد شدید نارسایی کبدی و سرطان کبد رخ می دهد. درمان باعث می شود تا تکثیر ویروس در بدن متوقف شود. برای درمان لازم است تا فرد به مدت ۱۲ هفته دارو مصرف نماید. داروهای جدید (DAAS) که برای درمان هپاتیت C به کار می رود موثرتر از درمانهای قبلی (ریباویرین و اینترفرون) است. و با استفاده از آنها، طول درمان کوتاهتر از درمان های قبلی است. از سوی دیگر با مصرف آنها در بیش از ۹۵ درصد بهبود قطعی حاصل می شود. رژیم درمانی شماره ۱ شامل [Daclatasvir (60mg) و Sofosbuvir(400mg)]، رژیم درمانی شماره ۲ شامل [Velpatasvir(100 mg) و Sofosbuvir(400mg)] و رژیم درمانی شماره ۳ شامل [Sofosbuvir (400mg) و Ledipasvir(90 mg)]

نکته:

- لازم است تا دارو تحت نظارت مستقیم (DOTS) پزشک درمانگر یا کارشناس مصرف شود.
- بیمار باید برای دریافت دارو به طور ماهیانه به پزشک مراجعه نماید.
- در حاملگی، درمان هپاتیت C را با داروهای DAAS شروع نکنید.
- زنان باید در طول درمان، باردار نشوند؛ زیرا داروها می تواند برای جنین مضر باشد.

پیگیری:

تمامی بیمارانی که درمان شده اند لازم است ۱۲ و ۲۴ هفته پس از اتمام درمان، مجدداً آزمایش (HCV- RNA (PCR انجام دهند که منفی بودن این آزمایشات به معنی این است که ویروس از بدن فرد پاک شده و فرد درمان قطعی شده است. در بیماران غیر سیروتیک نیازی به پیگیری پس از خاتمه درمان نیست ولی در بیماران سیروتیک به بیمار یادآوری شود که ویروس از بین رفته ولی آسیب کبد همچنان باقی است و نیاز به ادامه پیگیری دارد.

مقدمه:

ایدز به عنوان چهارمین علت مرگ در سراسر جهان، مخفف عبارت «تشانگان نقص ایمنی اکتسابی (AIDS)» می باشد. ویروس «نقص ایمنی انسانی (HIV)» عامل این بیماری در انسان بوده و ایدز مرحله پیشرفته عفونت با ویروس HIV می باشد. تاکنون دو نوع ویروس HIV شناسایی شده است: HIV-1 و HIV-2. هر دو نوع، به صورت مشابه منتقل شده، اما از لحاظ احتمال عفونت زایی و پیشرفت بیماری با یکدیگر متفاوت می باشند. HIV-1 مسول اکثریت موارد عفونت در سراسر دنیا می باشد. HIV-2 بیشتر در نواحی غربی آفریقا (و به تازگی در برخی کشورهای اروپایی) دیده شده و در مقایسه با HIV-1، احتمال انتقال آن کمتر است و سیر پیشرفت کندتری دارد. ممکن است فرد هم زمان به هر دو نوع ویروس مبتلا گردد.

راههای انتقال ویروس:

ویروس HIV می تواند در خون، مایع منی، ترشحات واژن و شیر مادر یافت شود و به یکی از چهار روش زیر ممکن است منتقل گردد:

- از طریق تماس جنسی با فرد مبتلا؛
- از مادر مبتلا به فرزندش (قبل از تولد یا در حین زایمان و یا از طریق شیردهی پس از تولد)؛
- از طریق خون یا فرآورده های خونی آلوده (مانند انتقال خون و یا پیوند عضو)
- از طریق استفاده از سوزن، سرنگ و دیگر وسایل تزریق آلوده به ویروس (مانند استفاده از سرنگ مشترک در معتادان تزریقی و یا در هنگام خالکوبی).

باید به خاطر داشت که HIV از طرق زیر منتقل نمی شود:

دست دادن؛ بغل کردن یا بوسیدن فرد مبتلا؛ نشستن کنار فرد مبتلا در محیط های عمومی مثل مدرسه یا محل کار؛ خوردن و نوشیدن و یا استفاده از ظروف مشترک؛ استفاده از تلفن عمومی؛ تماس پوست سالم با مایعات و ترشحات بدن؛ استفاده از توالت، حمام و استخر شنای عمومی؛ گزش حشرات.

دوره پنجره (Window period):

پس از ورود HIV به بدن، این ویروس شروع به تکثیر در سلول های اصلی سیستم ایمنی (عمدتاً سلول های CD4 و ماکروفاژها) می نماید. HIV موجب تولید آنتی بادی های اختصاصی در بدن فرد می شود. به دوره ی بین ورود عفونت و تولید آنتی بادی های قابل سنجش، دوره پنجره اطلاق شده که می تواند از دو تا ۱۵ هفته به طول بینجامد. در این گونه موارد عفونت فرد با وجود نتیجه منفی آزمایش بسیار مسری است.

تشخیص:

دو روش اصلی آزمایش HIV وجود دارد:

- تست های آنتی بادی (مانند الایزا، تست های سریع، وسرترن بلات و ریپا) و
- تست های شناسایی ویروس (مانند تست آنتی ژن HIV ، پی.سی.آر (PCR) و کشت ویروس)

تست های آنتی بادی، آنتی بادی های علیه ویروس HIV را شناسایی می کنند و قادر به کشف مستقیم ویروس نمی باشند. با ورود ویروس به بدن، سیستم ایمنی فرد با تولید آنتی بادی در مقابل عفونت HIV واکنش نشان می دهد. از وجود این آنتی بادی ها برای شناسایی عفونت HIV استفاده می شود. با توجه به این که مدتی طول می کشد تا این گونه تست ها، وجود آنتی بادی در خون را شناسایی کنند، نتیجه مثبت بیانگر مواجهه فرد با ویروس در زمان گذشته است. بنابراین تست های آنتی بادی برای شناسایی موارد ابتلا در مواجهه اخیر محدودیت دارند. ELISA و تست های سریع، شایع ترین تست های به کار رفته برای غربالگری بیماری بوده و در کمتر از ۲۰ دقیقه انجام شده و بر روی نمونه ی خون و یا بزاق قابل انجام می باشند. تست سریع نسبت به تست ELISA ، حساسیت کمتری دارد.

مراقبت (اقدامات مورد نیاز):

- آموزش آشنایی با بیماری و راههای پیشگیری از آن برای گروه هدف های مختلف
- بیماریابی در افراد در معرض خطر ویروس (مصرف کنندگان تزریقی مواد، تن فروشان، شرکای جنسی بیماران HIV مثبت، مواردی که دارای تماس شغلی یا غیر شغلی با خون و فرآوردهای خونی دارند، سابقه خالکوبی، تزریق یا انتقال خون و مادران باردار در معرض خطر) با استفاده از کیت های سریع تشخیص
- ارجاع موارد به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری
- پیگیری و مراقبت (پایبندی به درمان در بیماران) با حفظ شرایط محرمانگی
- گزارش معمول (هفتگی) به مرکز/شبکه بهداشت

برنامه مراقبت PMTCT:

- تأکید بر توجه به: پیش گیری از انتقال اچ آی وی از مادر به نوزاد به عنوان یک راهبرد ملی
- ارائه خدمات ارزیابی و مشاوره برای تشخیص زودرس افراد باردار HIV مثبت و تحت درمان قرار گرفتن آنها پس از تایید بیماری (کلیه زنان سنین باروری، به خصوص مادران باردار باید از نظر HIV غربالگری شوند. در طول دوران بارداری حداقل یک نوبت آزمایش HIV (اعم از الایزا یا تست سریع) از این افراد گرفته شود).
- امکان پذیر شدن کاهش انتقال از مادر به نوزاد تا حد ۱-۲٪ در دوران بارداری و زایمان در مقایسه با شاخص ۳۰ - ۲۵ درصدی گذشته
- تأمین مراقبت های دوران بارداری برای افراد تحت درمان

محتوای آموزشی بهورز / مراقب سلامت در برنامه مراقبت بیماریهای آمیزشی

مقدمه:

عفونت های آمیزشی (STIs) به عفونت هایی گفته می شود که عموماً از طریق تماس جنسی انتقال می یابند و می توانند موجب بیماری های آمیزشی (STDs) شوند. حداقل ۳۰ عامل بیماری زای باکتریایی، ویروسی و انگلی شناخته شده برای عفونت های آمیزشی وجود دارد؛ مهم ترین آن ها شامل نایسریا گنوره، کلامیدیا تراکوماتیس، هموفیلوس دو کره ئی، کلبسیلا گرانولوماتیس، تریپونما پالیدوم، مایکوپلاسماها، تریکوموناس واژینالیس، ویروس هرپس سیمپلکس و پاپیلوماویروس انسانی هستند. دوره کمون و دوره قابلیت سرایت عوامل ایجاد کننده عفونت های آمیزشی متفاوت است. با توجه به این که عوامل بیماری زای مختلفی در ایجاد عفونت های آمیزشی نقش دارند، روش های تشخیص آزمایشگاهی متفاوتی برای بررسی هر کدام توصیه شده است.

نظام ثبت و گزارشدهی سندرومی عفونت های آمیزشی برای گزارش مواردی که با علامت ها و نشانه های عفونت های آمیزشی مراجعه می کنند، طراحی شده است. (تکمیل و ارسال فرم شماره یک- ثبت مراجعین با علائم بیماری های آمیزشی) نظام ثبت و گزارش دهی اتیولوژی عفونت های آمیزشی برای گزارش مواردی است که تشخیص قطعی یا احتمالی آن ها با استفاده از روش های آزمایشگاهی تعیین شده است (تکمیل و ارسال فرم شماره دو- ثبت اتیولوژیک بیماریهای آمیزشی). منابع گزارش دهی بیماری های آمیزشی شامل مراکز ارائه خدمات سلامت باروری و مراکز تشخیص و درمان بیماری های آمیزشی خصوصی و دولتی مانند مطب پزشکان، ماماها، متخصصین پوست و...، آزمایشگاههایی که تشخیص بیماری آمیزشی می دهند.

تعاریف استاندارد سندروم های قابل گزارش در نظام ثبت و گزارش دهی عفونت های آمیزشی در ایران

- **زخم نواحی تناسلی:** هرگونه وزیکول، خراشیدگی و زخم؛ با یا بدون درد؛ غیر از موارد تروما و تزریق بر روی پوست یا مخاط تناسلی و نواحی اطراف آن
- **هرپس تناسلی احتمالی:** وجود زخم های متعدد دردناک با یا بدون تاول
- **سیفلیس اولیه و ثانویه (احتمالی):** سیفلیس اولیه: زخم برجسته، بدون درد منفرد و با سفتی قاعده در ناحیه تناسلی به همراه نتیجه آزمایش VDRL یا RPR
- **پروکتیت (تورم مقعد):** التهاب رکتوم و مقعد با یا بدون تنموس و یا ترشح از مقعد
- **ترشح از مجرای اداری در مردان:** هر گونه ترشح از مجرا غیر از منی و ادرار با یا بدون سوزش ادرار، درد و خارش پیشابراه
- **ترشحات واژینال (تریکومونایی):** ترشحات فراوان زرد-سبز رنگ، کف آلود، بد بو و التهاب و خارش واژن
- **سرویسیت:**

۱. ترشحات چرکی یا چرکی مخاطی از سرویکس که در معاینه دیده می شود یا توسط سواب تهیه شده باشد.
 ۲. با تماس ملایم مثل سواب پنبه ای سرویکس دچار خونریزی شود.
- درد زیر شکم: یک یا بیشتر از علائم بالینی شامل درد و حساسیت در حرکات سرویکس، درد و حساسیت رحمی، درد و حساسیت آدنکس ها
 - زگیل تناسلی: هر گونه زگیل در مخاط یا پوست ناحیه تناسلی و اطراف آن

تعاریف استاندارد اتیولوژی های قابل گزارش در نظام ثبت و گزارش دهی عفونت های آمیزشی در ایران

تریکومونیاژیس (قطعی)، گنوره (قطعی)، کلامیدیا (قطعی)، سیفلیس اولیه و ثانویه (قطعی)، ویروس هرپس (قطعی)، ویروس پاپیلوما ای انسانی (قطعی)، هموفیلوس دو کره ئی (عامل شانکروئید): تشخیص قطعی یا احتمالی آن ها با استفاده از روش های گوناگون آزمایشگاهی تعیین شده است.

محتوای آموزشی بهورز/ مراقب سلامت در برنامه مراقبت لیشمانیوز

مقدمه:

لیشمانیوز بیماری انگلی است که در خاورمیانه از جمله ایران، افغانستان و اراضی ساحلی مدیترانه شایع است. بیماری در مناطق روستایی شایعتر است. لیشمانیوز جلدی یا یک بیماری انگلی و بومی ایران است که عامل آن گونه های لیشمانیا بوده و به وسیله پشه خاکی منتقل می شود. این بیماری معمولاً به صورت زخم پوستی تظاهر نموده و ممکن است تا بیش از یک سال طول بکشد و اسکار آن تا پایان عمر باقی می ماند. لیشمانیوز جلدی در ایران به دو شکل است:

- ۱) نوع شهری یا خشک که مخزن آن انسان است و سگ مخزن تصادفی است. عامل سالک نوع شهری لیشمانیا تروپیکا و پشه خاکی ناقل آن فلبوتوموس سرژنتی می باشد.
- ۲) نوع روستایی یا مرطوب که مخزن آن عمدتاً جوندگان هستند. عامل سالک نوع روستایی لیشمانیا ماژور و پشه خاکی ناقل آن فلبوتوموس پاپاتاسی می باشد.

تعریف سالک جلدی:

وجود پاپول یا زخم پوستی منطبق بر علائم بالینی به ویژه در نقاط باز بدن که بیش از ۱۴ روز طول کشیده باشد.

اقدامات لازم در برخورد با مورد مشکوک یا محتمل مبتلا به لیشمانیوز جلدی (سالک):

- تکمیل فرم ارجاع برای موارد مشکوک به سالک
- تشخیص بیماری در مراحل اولیه بیماری
- آموزش چهره به چهره بیماران و خانواده آنها (اهمیت بیماری، راههای انتقال و پیشگیری، اهمیت تداوم درمان و...)

- توجه به نظارت بیماران تا بهبودی و پیگیری موارد غیبت از درمان
- گزارش ماهانه عملکرد به هماهنگ کننده سالک شهرستان
- گزارش معمول (هفتگی) موارد بیماری و نتیجه درمان

محتوای آموزشی بهروز / مراقب سلامت در برنامه مراقبت سیاه زخم A22

مقدمه:

بیماری حاد باکتریایی است که بر حسب محل ورود باکتری به ۳ شکل تنفسی، پوستی یا گوارشی ظاهر می کند. باسیلوس آنتراسیس که باسیلی گرم مثبت، کپسول دار، هاگ گذار و غیر متحرک عامل این بیماری است.

علائم بیماری سیاه زخم جلدی در انسان:

وجود علائم کلینیکی سازگار با سیاه زخم جلدی (وجود پاپول پوستی خارش دار در نواحی باز بدن که ظرف یک یا دو روز تبدیل به وزیکول می شود) همراه با ارتباط اپیدمیولوژیک با موارد حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به سیاه زخم یا محصولات دامی آلوده.

دوره نهفتگی: از یک تا ۷ روز متغیر بوده و ممکن است به ۶۰ روز نیز برسد.

دوره واگیری: انتقال بیماری انسان به انسان خیلی به ندرت اتفاق می افتد.

راههای سرایت: آلودگی پوست انسان در اثر تماس با بافت های حیوانی، پوست، مو، پشم آلوده و یا محصولات ساخته شده از آنها

مراقبت و پیشگیری:

- گزارش **فوری** بیماری (موارد قطعی، محتمل و مشکوک) به سطح بالاتر و گزارش **آنی** سیاه زخم تنفسی و گوارشی.
- گزارش موارد بیماری به دامپزشکی برای بررسی بیماری در دام های منطقه
- کشف و بررسی منبع عفونت
- شناسایی فوری افراد در تماس با بیمار و در صورت بروز بیماری درمان فوری آن ها
- مراقبت جاری به ویژه برای گرو ههای پرخطر و کارگران کشتارگاه ها، دامداران و دامپزشکی
- گزارش اجباری مورد بیماری از سطح محیطی ارائه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و آزمایشگاهی به سطح بالاتر بهداشتی و به همین ترتیب در قسمت بهداشت دامی به سطح مناسب خود
- گزارش فوری همه گیری
- آموزش کارکنان صنایع نساجی، پشم ریزی که احتمال آلودگی آنها وجود دارد
- واکسیناسیون دام ها مطابق برنامه های سازمان دامپزشکی
- تمیز کردن مرتب وسایل و تجهیزات و محل کار در صنایع مربوطه

- ضد عفونی کردن کلیه آلودگی های ناشی از ترشحات ضایعات جلدی یا ترشحات تنفسی
- معدوم نمودن لاشه حیوانات و آتش زدن لاشه حیوان آلوده و یا دفن عمیق لاشه حیوانات و پوشاندن سطح آن با آهک
- عاری نمودن وسایل و تجهیزات از اسپورها با استفاده از فرمالدئید

سیاه زخم تنفسی: ارجاع آنی (کمتر از ۶ ساعت) سیاه زخم جلدی: ارجاع فوری (کمتر از ۲۴ ساعت)

محتوای آموزشی بهورز/ مراقب سلامت در برنامه کیست هیداتیک B67

مقدمه:

بیماری عفونی واگیر دار مشترک بین انسان و دام است که عامل آن تخم کرم کوچکی است که در روده باریک سگ نروبه، شغال و بعضی گوشتخواران وحشی وجود دارد. اکینوкокوس گرانولوزوس، کرم کوچک نواری سگ و سایر حیوانات سگ سان، عامل این عفونت انسانی است.

علائم بیماری: بر حسب محل جایگزینی کیست در هر یک از اعضای بدن مانند کبد، ریه مغز، طحال فرق می کند.

دوره نهفتگی: این دوره از ۱۲ ماه تا چند سال بر حسب تعداد، محل و سرعت رشد کیست ها متفاوت است.

دوره واگیری: انتقال انگل از فرد به فرد دیگری و یا از یک میزبان واسطه به میزبان واسطه دیگر عملی نیست.

راههای سرایت: انتقال از طریق تخم های آلوده کننده ای که در آب، سبزیجات و مواد غذایی که بوسیله مدفوع حیوانات بیمار آلوده شده اندو از طریق دست های آلوده به مدفوع سگ ویا لوازمی که آلوده به مدفوع سگ شده اند صورت می گیرد.

مراقبت و پیشگیری:

- جمع آوری و از بین بردن سگ های ولگرد
- سوزاندن لاشه حیوانات و دفن بهداشتی آنها
- در صورتیکه آب آشامیدنی محل تصفیه نیست آن را کلرینه نمائید و به مردم آموزش دهید که در مسافرتها و یا محلهایی که آب آشامیدنی تصفیه یا کلرینه ندارند آنرا بجوشانند و سپس مصرف نمایند
- آموزش به مردم خصوصاً زنان خانه دار و کارگران رستورانها در مورد شستشوی سبزیجات، میوه و ظروف با آب تصفیه یا کلرینه شد
- آموزش به مردم در مورد اهمیت شستشوی دستها با آب و صابون بعد از اجابت مزاج و قبل از تهیه و مصرف غذا

منابع

- مراقبت از کارکنان سلامت نیدل استیک (مواجهه شغلی)
اصول مراقبت از بیماران و کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت
مجموعه دستورالعمل های مراقبت و درمان (HIV-AIDS)
مدیریت مواجهه شغلی با (HIV-AIDS)
اصول پیشگیری و مراقبت بیماریهای واگیر
راهنمای کشوری مبارزه با سل
مدیریت عفونت سل نهفته
آخرین نامه ها، مکاتبات و شیوه نامه های ارسالی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دستورالعمل کشوری بیماری وبا
راهنمای کشوری درمان مالاریا در جمهوری اسلامی ایران
الگوریتم پیگیری، تشخیص و درمان مالاریا در نیروهای فراجا
چکیده راهنمای تشخیص و درمان بیماری تب دنگی، تب دنگی هموراژیک
دستورالعمل کاربردی مراقبت آیدس اجیپتی و آیدس آلبویکتوس در ایران
دستورالعمل کشوری کنترل بیماری دنگ
راهنمای کشوری مبارزه با هاری
آموزش پیشگیری، کنترل و درمان بیماری هاری مدل (SHEP)
راهنمای آموزشی مراقبت بیماریهای قابل انتقال بین انسان و حیوان برای بهورزان
راهنمای جامع بیماریهای واگیر-پزشک خانواده
دستورالعمل مراقبت آلودگی شپش و گال
راهنمای جامع بیماریهای واگیر-پزشک خانواده
راهنمای کشوری مراقبت سرخک و سرخجه بازنگری ۱۴۰۰
راهنمای کشوری ریشه کنی فلج اطفال و مراقبت شل حاد
راهنمای کشوری دیفتری
راهنمای کشوری سیاه سرفه
راهنمای کشوری نظام مراقبت بیماریهای منتقله از غذا
راهنمای کشوری نظام مراقبت بیماری بوتولیسم
راهنمای مدیریت، برنامه ریزی و آمادگی مقابله با پاندمی و اپیدمی های گسترده ناشی از آنفلوانزا و بیماریهای تنفسی حاد واگیر
آنفلوانزا
مجموعه دستورالعمل های بهداشت و درمان در کنترل اپیدمی بیماری کووید ۱۹

آموزش پیشگیری، کنترل و درمان آنفلوانزا مدل (SHEP)
راهنمای کشوری تب مالت تب خونریزی دهنده کریمه کنگو
آموزش پیشگیری، کنترل و درمان بیماری تب مالت مدل (SHEP)
آموزش پیشگیری، کنترل و درمان بیماری هپاتیت مدل (SHEP)
راهنمای درمان هپاتیت B مزمن در ایران
راهنمای درمان هپاتیت C مزمن در ایران
تشخیص، مراقبت، و درمان HIV AIDS
آموزش پیشگیری، کنترل و درمان HIV-AIDS مدل (SHEP)
راهنمای آموزشی اچ آی وی ایدز و بیماریهای آمیزشی-ویژه ی بهورز
راهنمای کشوری مراقبت و درمان عفونت های آمیزشی
راهنمای مراقبت لیشمانیوز جلدی
دستورالعمل مراقبت و مبارزه با ناقلین و مخازن لیشمانیوز پایش و ارزشیابی

پژوهش‌های بازار آموزشی
برنامه های سلامت شهرستان سمنان

زنجیره سرما و ایمنسازی

تهیه کنندگان :

- مصطفی طالبی : مربی بیماریها مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان
- بهار سمیعی: مربی بیماریها مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان
- فاطمه عرب زینلی: مربی بیماریها مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان
- سید محمدرضامیرعمادی، نرگس خمر: کارشناسان واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای مرکز بهداشت شهرستان سمنان

زیر نظر:

- دکتر محمدناصررهبر : سرپرست مدیریت گروه گسترش شبکه و ارتقاء سلامت معاونت بهداشتی-مدیر پیشگیری و مبارزه با بیماریها معاونت بهداشتی
- دکتر شیرازه معانی: ریاست مرکز بهداشت شهرستان سمنان و کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریها معاونت بهداشتی
- زهرا سبوحی: کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریهای غیر واگیر معاونت بهداشتی
- محمد فانی: کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریهای غیرواگیر معاونت بهداشتی

پیشگفتار

مطالب ارائه شده در این کتابچه صرفاً جهت آشنایی مختصر شما با برنامه های مهم و روتین مراقبت بیماریهای واگیر تهیه و تدوین شده است و به هیچ عنوان جایگزین دستورعمل و بخشنامه های ارسالی و ابلاغی نمی باشد. از این رو ضروری است دستورعمل مربوط به هر برنامه به طور کامل و دقیق مطالعه گردد. امید است مطالب ارائه شده در عین اختصار و سادگی، توانسته باشد تا حدودی راهگشای شما در آشنایی و اجرای برنامه های مراقبتی باشد.

واکسن ها نسبت به حرارت و یخ زدگی حساس هستند بنابراین ضروری است در دمای مناسب نگهداری شوند. به مجموعه تجهیزات و امکاناتی که موجب می شود دمای واکسن از زمان تولید تا زمان مصرف حفظ شود و یا به عبارت دیگر به نظامی مرکب از افراد و تجهیزات که اطمینان می دهد واکسن موثر به مصرف کننده برسد، **زنجیره سرما** گفته می شود.

تجهیزات زنجیره سرما:

۱ - بخش ثابت: سردخانه، یخچال، ژنراتور با تابلو تبدیل برق شهر به ژنراتور و بالعکس، آلام هشدار دهنده، فریزر

۲- بخش سیار: کلد باکس (یخدان)، واکسن کاریر، اتومبیل سردخانه دار، آیس بگ (کیسه یخ)، فوم پد

ابزارهای نظارتی زنجیره سرما:

۱) شاخص ویال واکسن (VVM (Vaccine vial monitor): برچسبی است به صورت دایره تیره رنگ که یک

مربع سفید رنگ وسط آن قرار دارد، هنگامی که ویال واکسن در معرض **گرما** در مدت معین قرار گیرد مربع آن تغییر رنگ می دهد. VVM نمی تواند سلامت واکسن را از نظر منجمد شدن ارزیابی کند.

۲) CCM (Vaccine cold chain monitor card): به صورت کارتی است با یک نوار شاخص که رنگ آن در

معرض دمای بالا تغییر می کند.

۳) Freeze watch؛ شاخص انجماد است.

۴) Freeze tag؛ یکی دیگر از ابزارهای نظارتی زنجیره سرما برای شاخص انجماد می باشد.

۵) دماسنج ها (ترمومترها)؛ عقربه ای، جیوه ای و دیجیتال

۶) ترموگراف ها

موارد پایش زنجیره سرما

یخچال یکی از اجزای مهم زنجیره سرما در هر واحد بهداشتی می باشد. یخچال باید در جای خود تراز شده و در محلی مناسب و دور از گرما و نور آفتاب قرار گیرد به طوری که پشت آن با دیوار ۱۵ تا ۲۰ سانتی متر فاصله داشته باشد. واکسن ها باید طوری در یخچال قرار داده شود که واکسن هایی که قبلاً تحویل گرفته شده اند، جلوتر قرار داده شده و زودتر مصرف شوند.

از گذاردن هر نوع غذا و نوشیدنی در یخچال حاوی واکسن خودداری شود زیرا این مواد باعث کاهش درجه حرارت یخچال شده و به خرابی واکسن ها منجر خواهد شد. یخچال را به طور مرتب برفک زدایی نمائید (به صورت ماهانه یا هر زمان که **قطر یخ بیش از نیم سانتی متر** باشد). ترموستات یخچال را در سردترین وقت روز بین ۲ تا ۴ درجه بالای صفر تنظیم نمایید.

دمای ترمومتر را روزی دو بار در تمام ایام هفته در شروع کار و قبل از ترک محل کار پایش نمایید و به روز و زمان (صبح و عصر) در فرم نمودار درجه حرارت ثبت و رسم کنید. اگر درجه حرارت بین ۲ تا ۸ درجه بالای صفر بود به ترموستات دست نزنید. پس از تکمیل فرم نمودار، فرم جدید جایگزین و فرم تکمیل شده بایگانی شود.

واکسن ها باید بر حسب نام آنها (با برچسب فارسی) در داخل سبدهایی به صورت مجزا (در حال استفاده، تاریخ نزدیک، تاریخ بلند) از یکدیگر قرار داده شوند. در طبقه فوقانی یخچال واکسن های فلج اطفال خوراکی، ب.ث.ژ، MR، MMR، سرخک و روتاویروس قرار داده شوند. در طبقه میانی واکسن های سه گانه، دوگانه، هپاتیت، هموفیلوس آنفلوانزا (Hib)، مننژیت، هاری، پنوموکوک، آنفلوانزا و محلول توبرکولین قرار داده شود. در طبقه تحتانی شیشه های حاوی آب نمک گذاشته شود. واکسن های ب.ث.ژ، MR، MMR، سرخک و سرخجه به نور حساس هستند و از همین رو ویال های این واکسن ها را از شیشه قهوه ای تیره می سازند. همواره به یاد داشته باشیم که واکسن ها در اثر یخ زدگی بیشتر آسیب می بینند تا در اثر افزایش مختصر دما.

نکات بسیار مهم:

- پایش زنجیره سرما یک وظیفه همگانی بوده و همه افراد شاغل در واحد بهداشتی نسبت به سلامت زنجیره سرما مسئول هستند ولیکن به منظور مدیریت صحیح تر در هر واحد بهداشتی یک نفر باید مسئولیت یخچال نگهداری واکسن و دیگر تجهیزات زنجیره سرما را به عهده داشته باشد. مسئولیت این شخص شامل:
 - ذخیره کردن واکسنها، حلال ها و طریقه چیدن آیس بگ ها؛
 - بازدید، نگهداری و برفک زدایی صحیح یخچال و ثبت دمای یخچال نگهداری واکسن دوبار در روز در تمام ایام هفته؛
 - نگهداری تجهیزات زنجیره سرما. تمامی کارکنان واحدهای بهداشتی و درمانی باید بدانند که چگونه تجهیزات زنجیره سرما را پایش کنند و در مواقعی که دما بالا یا پایین می رود چه کاری انجام دهند.
 - تکمیل فرم SOP پاسخ به بحران در زنجیره سرما و نصب آن روی درب یخچال صورت پذیرد.
 - نگهداری فرم درجه حرارت و درخواست و تحویل واکسن به مدت سه سال به صورت فیزیکی
 - هر واحد بهداشتی باید حداقل دو سری کامل آیس بگ برای هر کلدباکس و واکسن کریر داشته باشد. (یک سری جهت منجمد شدن و یک سری جهت استفاده در واکسن کریر یا کلدباکس)

مقدمه:

ایمن سازی یکی از شناخته شده ترین و موثرترین روش پیشگیری از بیماری های دوران کودکی است و بدون تردید، واکسیناسیون نقشی شگرف در سلامت جامعه ایفا کرده است. پس از تأمین آب آشامیدنی سالم، هیچ مداخله دیگری حتی آنتی بیوتیک ها چنین تأثیر عمده ای در کاهش مرگ و ناتوانی جامعه نداشته است. واکسن ها هر سال از مرگ بیش از ۳ میلیون کودک در جهان جلوگیری می کنند. علاوه بر این می توان با استفاده وسیع تر از واکسن های موجود، سالیانه از ۲ میلیون مرگ دیگر جلوگیری کرد. در ۳۰ سال گذشته و پس از آغاز برنامه توسعه ایمن سازی، دستاوردهای مهمی در پیشگیری و کنترل بیماری های قابل پیشگیری با واکسن و ارتقای سلامت کودکان کشورمان حاصل شده است. در حال حاضر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توانسته است پاسخ شایسته ای به نیاز جامعه داده و حدود ۹۹ درصد گروه هدف را تحت پوشش واکسیناسیون همگانی قرار دهد. ۲۳ سال است (از سال ۱۳۷۹) که کشور عاری از فلج اطفال است، سرخک، سرخجه و کزاز نوزادی حذف شده اند، بیماری های دیفتری، سیاه سرفه و اوریون کنترل شده اند و میزان شیوع حاملین مزمن هیپاتیت ب درصد به کمتر از یک کاهش یافته است. کلیدی ترین استراتژی برای دستیابی به دستاوردهای پیشگفت، پوشش بالای ۹۵ درصد ایمن سازی جاری کودکان و سایر گروه های هدف است.

تعریف واکسیناسیون:

وارد کردن میکروب ضعیف یا کشته شده و یا سم ضعیف شده آن (تلقیح واکسن) به بدن را واکسیناسیون می گویند. هدف از انجام واکسیناسیون، حفظ سلامت و بالا بردن سطح ایمنی افراد در مقابل بیماری هاست.

ماهیت واکسن:

واکسن ها از نظر ماهیت به دو گروه عمده واکسن های زنده ضعیف شده و واکسن های غیر زنده (غیرفعال) تقسیم می شوند. البته واکسن های نو ترکیب و واکسن هایی از نوع پروتئین / آنتی ژن سطحی نیز در سنوات اخیر مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین واکسن ها از نظر میزان حساسیت به حرارت و نور به شرح ذیل می باشد:

- واکسن های حساس به حرارت (گرما) به ترتیب فلج اطفال خوراکی، سرخک، MMR، تب زرد و ب.ث.ژ.
- واکسن های حساس به سرما به ترتیب: هیپاتیت ب-Hib-DTP
- واکسن های حساس به نور: واکسن های MMR و ب.ث.ژ.

نام واکسن	ماهیت واکسن	راه تجویز	مقدار تجویز
ب ث ژ	باسیل زنده ضعیف شده	داخل جلدی	۰.۰۵ میلی لیتر
فلج اطفال خوراکی	ویروس زنده ضعیف شده	خوراکی	۲ قطره
تب زرد	ویروس زنده ضعیف شده	زیرجلدی	۰.۵ میلی لیتر
MMR	ویروس زنده ضعیف شده	زیرجلدی	۰.۵ میلی لیتر
آبله مرغان	ویروس زنده ضعیف شده	زیرجلدی یا عضلانی	۰.۵ میلی لیتر
روتاویروس	ویروس زنده ضعیف شده	خوراکی	۲ میلی لیتر
پنتاوالان	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتتری، باکتری کشته شده سیاه سرفه، آنتی ژن سطحی هیپاتیت، پروتئین کنژوگه با پلی ساکارید کپسول هموفیلوس آنفلوانزا ب	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر
سه گانه	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتتری، باکتری کشته شده سیاه سرفه	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر
دوگانه	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتتری	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر
هموفیلوس آنفلوانزاب	پروتئین کنژوگه با پلی ساکارید کپسول هموفیلوس آنفلوانزا ب	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر
توکسوئید کزاز	توکسوئید کزاز	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر
فلج اطفال تزریقی	ویروس غیر فعال	زیرجلدی یا عضلانی	۰.۵ میلی لیتر
پنتاوالان	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتتری، باکتری کشته شده سیاه سرفه، آنتی ژن سطحی هیپاتیت، پروتئین کنژوگه با پلی ساکارید کپسول هموفیلوس آنفلوانزا ب	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر
سه گانه	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتتری، باکتری کشته شده سیاه سرفه	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر
دوگانه	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتتری	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر
پنوموکوک / مننگوکوک	کنژوگه (۲ ماهگی به بعد)	عضلانی	۰.۵ میلی لیتر
	پلی ساکارید (۲ سالگی به بعد)	زیرجلدی	۰.۵ میلی لیتر
هاری	ویروس غیرفعال	عضلانی/داخل جلدی	۰.۵ یا ۰.۱ میلی لیتر
آنفلوانزا	پروتئین های سطحی ویروس	عضلانی	طبق دستور شرکت سازنده

- واکسن های زنده باکتریایی و ویروسی در طبقه فوقانی یخچال و در دمای ۸-۲ درجه نگهداری می شوند.
- واکسن های غیر زنده باکتریایی و ویروسی در طبقه میانی یا پایینی یخچال و در دمای ۸-۲ درجه نگهداری می شوند.

برنامه ایمنسازی کودکان:

نوع واکسن	برنامه
هیپاتیت ب، فلج اطفال خوراکی، ب ث ژ	بدو تولد
فلج اطفال خوراکی، پنج گانه (سه گانه + هیپاتیت ب + هموفیلوس آنفلوانزا)، پنوموکوک، روتا ویروس	۲ ماهگی
فلج اطفال خوراکی، فلج اطفال تزریقی، پنج گانه، پنوموکوک، روتا ویروس	۴ ماهگی
فلج اطفال خوراکی، فلج اطفال تزریقی، پنج گانه، روتا ویروس	۶ ماهگی
واکسن سرخک، سرخجه، اوریون (MMR)، پنوموکوک	۱۲ ماهگی
MMR، یادآور فلج اطفال خوراکی، یادآور اول سه گانه (دیفتری، کزاز، سیاه سرفه)	۱۸ ماهگی
یاد آور فلج اطفال خوراکی، یادآور دوم سه گانه	۴-۶ سال

- بعد از آخرین دز واکسن سه گانه ۶ سالگی، باید هر ده سال یک بار، واکسن دو گانه بزرگسالان (Td) تزریق شود.

ایمن سازی افراد با تاخیر در واکسیناسیون

ملاک سابقه معتبر جهت صدور کارت جدید، سوابق واکسیناسیون ثبت شده در کارت واکسیناسیون، دفاتر و یا سامانه های الکترونیکی سطح ۱ و یا ارائه گواهی پزشک حاوی انواع واکسن های دریافت شده و زمان دریافت آن ها است. استناد به حافظه فرد و یا والدین جهت صدور کارت جدید، مورد تایید نمی باشد.

با توجه به اهمیت تکمیل واکسیناسیون در زمان مقرر، چنانچه فردی به موقع برای دریافت واکسن های خود مراجعه ننموده باشد، برای رساندن هر چه سریع تر فرد به زمان معمول واکسیناسیون، تنظیم زمان دریافت واکسن ها به شرح ذیل خواهد بود:

- حداقل فاصله بین نوبت های اصلی واکسن های سه گانه، فلج اطفال، MMR، هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب، نوبت اول و دوم واکسن پنج گانه و نوبت اول و دوم هیپاتیت ب: یک ماه
- حداقل فاصله بین نوبت دوم و سوم هیپاتیت ب: دو ماه
- حداقل فاصله بین نوبت اول و سوم پنج گانه: چهار ماه
- حداقل فاصله بین نوبت اول و سوم هیپاتیت ب: چهار ماه
- حداقل فاصله بین نوبت آخر واکسن سه گانه / پنج گانه و فلج اطفال و یادآور اول واکسن سه گانه و فلج اطفال: ۱۲-۶ ماه
- حداقل فاصله بین نوبت های یادآور اول و دوم سه گانه و فلج اطفال: یک سال

برنامه ایمنسازی زنان باردار و زنان:

واکسن (Td)، دفعات تزریق و حداقل فاصله زمانی				سابقه قبلی ایمن سازی
اولین مراجعه	۱ ماه بعد	۶ ماه بعد	۱ سال بعد	سابقه ایمن سازی با کمتر از ۳ نوبت و یا نامشخص
اولین مراجعه	۱ ماه بعد	۱ سال بعد		۳ نوبت ایمن سازی در کودکی
اولین مراجعه	۱ سال بعد			۴ نوبت ایمن سازی در کودکی و یا ۳ نوبت ایمن سازی در کودکی و ۱ نوبت دوگانه
اولین مراجعه				۴ نوبت ایمن سازی در کودکی و ۱ نوبت دوگانه

* برای حفظ ایمنی کافی، واکسن دوگانه بزرگسالان (Td) باید هر ۱۰ سال یک بار تکرار شود.

زمان نگهداری واکسن ها:

- واکسنهای پنج گانه، سه گانه، دو گانه، کزاز، هیپاتیت ب، هموفیلوس آنفولانزا ب، پنوموکوک و فلج اطفال تزریقی در مقابل یخ زدگی تغییر ماهیت می دهند.
- واکسن های MMR و ب ث ژ در مقابل نور حساس هستند و باید از قرار گرفتن بیش از ۳۰ دقیقه در معرض نور خورشید و نور فلورسنت محافظت شوند.
- حلال هر واکسن اختصاصی است.
- حلال واکسن های MMR و ب ث ژ نیز در واحد مصرف کننده باید در دمای ذکر شده نگهداری شود.
- کلیه واکسن ها باید تا لحظه تجویز در دمای ذکر شده نگهداری شود.
- حساس ترین واکسن در مقابل حرارت OPV است و پس از آن به ترتیب سرخک، MMR، تب زرد و ب ث ژ به حرارت حساس هستند.
- واکسن های پولیوی خوراکی و تزریقی، سه گانه، دو گانه، هیپاتیت ب، کزاز و پنتاوالان پس از باز شدن ویال در مراکز ارائه خدمت، در صورتی که شرایط زنجیره سرما و سترون حفظ شود تا پایان تاریخ انقضاء به شرطی که بیش از یک ماه (در برخی واکسن ها ۲۸ روز) از زمان باز شدن ویال نگذشته باشد قابل مصرف است.
- ویال های واکسن باز سازی شده:
 - i. واکسن ب ث ژ که مصرف نشده است باید تا ۴ ساعت
 - ii. واکسن MMR ۶ ساعت
 - iii. برای واکسن آبله مرغان ۳۰ دقیقه پس از آماده سازی دور ریخته شوند.
- تبصره: در تیمهای سیار واکسیناسیون ویال واکسنهای باز شده باید در پایان کار روزانه دور ریخته شود ولی ویال های باز نشده به شرط رعایت کامل زنجیره سرما باید در روزهای بعد در اولویت مصرف قرار گیرد.

ممنوعیت مصرف واکسن:

به حالتی اطلاق می شود که تجویز یک واکسن با احتمال قوی با عوارض نامطلوب وخیم همراه باشد. به عنوان مثال، در صورتی که کودک پس از دریافت نوبت قبلی واکسن دچار واکنش حساسیتی شدید (مانند آنافیلاکسی) شده باشد، نباید در دفعات بعدی واکسیناسیون، آن واکسن را دریافت کند. همچنین کودکان مبتلا به نقایص سیستم ایمنی (بدخیمی، دریافت کنندگان پیوند، خود ایمنی و...) دریافت واکسن های MMR، OPV، ب.ث.ژ و تب زرد ممنوع می باشد. تجویز کلیه واکسن های ویروسی زنده در دوران بارداری ممنوع است. در کودکان مبتل ال به نقایص سیستم ایمنی مانند کودکان مبتل ال به بدخیمی، دریافت کنندگان پیوند و مبتلایان به بیماری های خود ایمنی، دریافت واکسن های باکتریال زنده (ب.ث.ژ) و واکسن های ویروسی زنده (MMR)، فلج اطفال خوراکی و تب زرد) ممنوع است. تجویز OPV در افراد در تماس خانگی با مبتلایان به نقص ایمنی و همچنین برای دریافت کنندگان عضو پیوندی و خانواده های آن فرد که در تماس هستند ممنوع می باشد. تلقیح واکسن ب.ث.ژ در کودک مبتلا به عفونت HIV (علامت دار یا بدون علامت) ممنوع است. واکسن تب زرد برای خانم های شیر ده ممنوع می باشد.

احتیاط در ایمن سازی:

به حالتی اطلاق می شود که احتمال پیامد نامطلوب وخیم بعد از تجویز یک واکسن وجود داشته باشد در آن صورت ایمن سازی باید به تعویق بیفتد و یا فواید و مضرات احتمالی آن سنجیده شده و سپس تصمیم گیری شود.

خلاصه محتوای آموزشی بهورز/ مراقب سلامت در برنامه کشوری تزریق ایمن

مقدمه:

هر سال تزریقات غیر ایمن موجب حدود ۱۶-۸ میلیون ابتلا به هپاتیت ب، ۵-۲ میلیون ابتلاء به هپاتیت سی و ۱۶۰-۸۰ هزار مورد HIV می گردد. همچنین بیماریهای انگلی مانند مالاریا، عفونت های باکتریال نظیر آبسه ها و عفونت های قارچی نیز در اثر تزریقات غیرایمن اتفاق می افتد. سازمان جهانی بهداشت تخمین می زند در سال ۱۲ میلیارد تزریق انجام می شود که ۵۰ درصد آنها غیر ایمن هستند. تزریقات یکی از روش های شایع در تجویز فرآورده های دارویی می باشد که در صورت عدم رعایت موازین توصیه شده خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه کنندگان، مصرف کنندگان خدمت و جامعه اعمال می کند.

ایمنی تزریقات با تکیه بر چهار محور بنیادی ذیل تأمین می گردد:

(۱) کاهش رفتار پرخطر کارکنان بهداشتی درمانی به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده

نکته:

- تشکیل پرونده بهداشتی و واکسیناسیون رایگان علیه هپاتیت ب و اندازه گیری تیتر آنتی بادی هپاتیت ب برای کارکنان حوزه بهداشت و درمان الزامی است.

- پس از آمادگی کامل فرد و فراهم شدن محل و شرایط ایمن تزریق نسبت به انجام تزریق اقدام شود.

- ۲) افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی
- ۳) جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های آلوده و پر خطر
- ۴) تغییر رفتار و نگرش افراد جامعه و پزشکان نسبت به مقوله تقاضا و تجویز دارو به روش تزریقی

تزریق غیرایمن شامل:

- روش غلط تزریق؛ محل نامناسب تزریق؛ داروی ناصحیح؛ حلال غلط؛ دز غلط دارو؛ امحاء ناصحیح می باشد.

موازین تزریقات ایمن:

الف) محل تمیز **Clean work plan**: در هر مرکز برای واکسیناسیون مکانی خاص را تعیین نمایید. محل دریافت واکسن و آماده سازی واکسن باید در این مکان در نظر گرفته شود. وسایل لازم برای تزریق شامل پنجه، الکل و سرنگ را بر روی میزی که به این امر اختصاص داده اید قرار دهید. بهتر است سفتی باکس را جهت دفع بلافاصله سرنگ در نزدیک ترین محل به واکسیناسیون یا زیر میزی که وسایل واکسیناسیون بر روی آن قرار دارد، قرار دهید.

ب) شستشوی دست **Hand washing**: از آنجایی که هر مایعی از بدن ممکن است حاوی عوامل بیماری زا باشد و باعث انتقال بیماری گردد باید دستهای فرد تزریق کننده قبل از تزریق به طور کامل با آب و صابون شسته شود.

ج) **سرسوزن و سرنگ استریل**: یک سرنگ و سرسوزن استریل برداشته و بسته بندی آن را از نظر وجود پارگی و هرگونه صدمه بازبینی نمائید. تاریخ انقضاء آن را کنترل کنید. در صورت اطمینان از استریل بودن می توانید از آن استفاده نمائید. به هیچ قسمتی از سرسوزن قبل و بعد از واکسیناسیون دست نزنید و از سرپوش گذاری مجدد سرسوزن اجتناب کنید. (در صورت لزوم تکنیک استفاده از یک دست)

د) ویال و حلال مناسب:

- مطمئن شوید حلال مربوط به هر واکسن لئوفیلیزه را در اختیار دارید، به عبارتی برای هر واکسن از حلال اختصاصی آن استفاده نمایید.
- به هنگام بازسازی واکسن، واکسن و حلال باید دارای درجه حرارت یکسان (۸ - ۲ درجه سانتی گراد) باشند.
- برای بازسازی هر ویال واکسن از یک سرنگ و سرسوزن استفاده نمایید.
- همه حلال موجود در ویال را استفاده کنید.
- بعد از استفاده از سرنگ، آنرا بدون سرپوش گذاری در سفتی باکس بیندازید.
- به خاطر داشته باشید همه واکسنهای بازسازی شده را فقط تا ۶ ساعت پس از بازسازی می توان استفاده کرد و پس از آن باید دور ریخته شوند.

- هرگز یک سوزن را برای کشیدن دزهای بعدی یک ویال واکسن، داخل ویال نگذارید.

ه) تمیز کردن محل تزریق Skin cleaning:

- محل واکسیناسیون را در صورت کثیف بودن محل تزریق ابتدا با آب و صابون شستشو دهید.
- محل تزریق را با پنبه الکل (۷۰ درصد) به صورت دایره ای ضد عفونی کنید.
- هرگز از پنبه الکل از قبل آماده شده استفاده نکنید.

ز) جمع آوری صحیح اجسام نوک تیز:

- ۱) سرنگ و سرسوزن های مصرف شده را همیشه در سفتی باکس بیندازید.
- ۲) برای جلوگیری از فرو رفتن نوک سوزن در دست هرگز بعد از واکسیناسیون، به سرسوزن دست نزنید و از سرپوش گذاری مجدد سرسوزن اجتناب کنید.
- ۳) سرنگ و سرسوزن را بلافاصله بعد از استفاده در سفتی باکس بیندازید.
- ۴) بیش از ۳/۴ حجم سفتی باکس را پر نکنید.
- ۵) درب سفتی باکس های پر شده را قبل از حمل برای دفع ببندید.
- ۶) سفتی باکس های پر شده را در یک مکان مطمئن و خشک و دور از دسترس کودکان و مردم نگهداری کنید.
- ۷) برای اجتناب از ایجاد صدمه در اثر سرسوزن هرگز سفتی باکس پر شده را در دست نگیرید، تکان ندهید، فشار ندهید یا روی آن ننشینید یا نایستید.
- ۸) سفتی باکس پر را دوباره باز نکنید، خالی نکنید یا مورد استفاده مجدد قرار ندهید.

س) دفع صحیح ضایعات: برای حفظ جامعه از خطر تماس با ضایعات حاصله از واکسیناسیون سفتی باکس ها را مطابق دستورعمل دفع نمایید.

نکته های مربوط به تزریق واکسن:

- از تزریق واکسن ها در ناحیه سرین به دلیل احتمال آسیب به عصب سیاتیک و یا کاهش اثربخشی واکسن به علت زیاد بودن بافت چربی در آن ناحیه باید خودداری شود.
- اگر لازم باشد در یک جلسه واکسیناسیون، بیش از یک نوع واکسن تزریق شود، باید در محل های جداگانه (حداقل به فاصله ۲/۵ سانتی متر) و یا در دو اندام مقابل انجام شود.
- محل تزریق واکسن های BCG، پنج گانه، دوگانه خردسالان، دوگانه بزرگسالان و سه گانه در سمت چپ و محل تزریق واکسن های هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب، فلج اطفال تزریقی، هپاتیت ب، پنوموکوک و MMR سمت راست است.
- واکسن BCG باید به صورت داخل جلدی و در حد فاصل یک سوم فوقانی و دو سوم تحتانی بازو تزریق گردد.

- واکسن های دوگانه، سه گانه و پنج گانه را باید حتماً به شکل داخل عضلانی و عمیق تزریق کرد. زیرا تزریق این نوع واکسن ها در زیر و یا داخل جلد می تواند موجب تحریک موضعی، تشکیل گرانولوم، نکروز بافتی و بروز آبسه استریل شود.
- در کودکان ۲۵ ماه و بالاتر نیز چنانچه حجم عضله دلتوئید کم باشد، باید تزریق در ناحیه قدامی خارجی ران صورت گیرد.
- از مخلوط نمودن ویال واکسن های مجزا و استفاده از یک سرنگ برای تزریق دو یا چند واکسن (به عنوان مثال، واکسن دوگانه و واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب) باید به شدت پرهیز نمود.
- برای تزریق هر واکسن باید سرنگ مجزا استفاده شود. استفاده از یک سرنگ برای تزریق دو یا چند نوع واکسن ممنوع است.

محتوای آموزشی بهورز/ مراقب سلامت در برنامه مراقبت پیامدهای نامطلوب ایمن سازی AEFI با کد

سامانه سیب ۷۶۳۱

مقدمه:

پیامدهای نامطلوب ایمن سازی (AEFI) هر رخداد پزشکی نامناسبی است که بعد از ایمن سازی ایجاد می شود و لزوماً ارتباط علیتی با واکسن مصرفی ندارد. پیامد ممکن است با هر علامت نامطلوب یا ناشناخته، یافته های آزمایشگاهی غیر طبیعی، نشانه های بالینی یا بیماری همراه باشد. مراقبت عوارض نامطلوب پس از ایمنسازی به مفهوم پایش سلامت ایمنسازی است و به اعتبار برنامه ایمنسازی، کمک می کند. با اجرای این برنامه، پیامدهای نامطلوب ایمنسازی به خوبی ثبت و گزارش و متعاقب آن مدیریت شده و از انجام اقدام نامناسب در مورد گزارشات دریافتی که می توانند موجب تشنج در جامعه شوند، جلوگیری می نماید.

کارکنان بهداشتی باید در زمان واکسیناسیون نسبت به آموزش خانواده ها در خصوص عوارض رایج مانند تب و یا درد محل تزریق اقدام نموده و نحوه مدیریت آنها را آموزش دهند علاوه بر این یکی از راههای پیشگیری از بروز عوارض جانبی و ناخواسته واکسنها، غربالگری (screening) می باشد یعنی قبل از واکسیناسیون با پرسشهای مناسب از مراجعه کننده خطر بروز عوارض جانبی را به حداقل برسانیم. غربالگری در این موارد برای یافتن موارد منع مصرف و موارد مورد احتیاط سخت و پیچیده نیست و با چند سوال از فردی که می خواهد واکسینه شود، امکانپذیر است. سوالاتی که در زیر آورده شده است می توانند کمک کننده باشند.

- آیا فرد مورد نظر برای واکسیناسیون، در حال حاضر دچار بیماری می باشد؟
- آیا زمینه آلرژی به دارو، غذا و یا واکسن خاصی وجود دارد؟
- آیا سابقه واکنش شدید نسبت به واکسن های قبلی وجود داشته است؟

- آیا سابقه تشنج و یا مشکل مغزی و عصبی وجود دارد؟
- آیا سابقه آسم، بیماری قلبی، ریوی، کلیوی، متابولیک (مانند دیابت) و خونی وجود دارد؟
- در مواردی که سیستم ایمنی دچار مشکل است چه باید کرد؟
- آیا سابقه مصرف داروهای استروئیدی، شیمی درمانی و رادیوتراپی در ماههای اخیر داشته اند؟

هر پیامد نامطلوب ایمنسازی (AEFI) عارضه ای است که پس از ایمنسازی بروز کرده و عقیده فرد، خانواده و یا کارکنان بهداشتی بر آن است که علت آن ایمنسازی است. پیامدهای نامطلوب ایمنسازی به ۵ گروه طبقه بندی می شوند:

- **واکنش مربوط به واکسن:** عوارضی که می توانند به دلیل ماهیت واکسن به وجود آیند؛
- **اشتباه در (خطای) برنامه:** عوارضی که ممکن است به دلیل بروز اشتباه در مراحل ایمنسازی، اشکال در آماده کردن، حمل و نقل، نحوه تزریق و... روی دهند؛
- **واکنش های همزمان:** عوارضی که ممکن است به ایمن سازی مربوط نباشند اما موقتاً به واکسن ارتباط داده شوند؛
- **واکنش تزریق:** عوارضی که به دلیل اضطراب و تشویش در اثر ترس و یا درد ناشی از تزریق بروز می نمایند؛
- **واکنش ناشناخته:** عوارضی که در اثر عوامل ناشناخته ایجاد می شوند.

واکنش واکسنها (از نظر شدت) را می توان به دو گروه طبقه بندی کرد:

واکنشهای خفیف (minor):

به صورت ایده آل واکسن ها یا هیچ پیامدی نداشته یا فقط پیامد خفیف خواهند داشت. واکسیناسیون در فرد گیرنده واکسن، از طریق ایجاد واکنش با آنتی ژنی که در واکسن است، ایمنی ایجاد می کند. پیامدهای موضعی و سیستمیک مثل درد یا تب به عنوان بخش از پاسخ ایمنی ایجاد می شوند. به علاوه، سایر اجزاء واکسن (مثلاً آدجوانت، تشبیتکننده و نگهدارنده) می توانند موجب ایجاد واکنش شوند. واکسنی مناسب است که با حداقل واکنش خفیف، بهترین پاسخ ممکن را ایجاد کند.

- معمولاً طی ساعات اولیه تزریق رخ می دهند.
- بعداز مدت کوتاهی رفع می شوند و خطر کمتری را مطرح می کنند.
- موضعی هستند (شامل درد، تورم یا قرمزی در محل تزریق).
- سیستمیک هستند (شامل تب، بیقراری، درد عضلانی، سردرد یا از دست دادن اشتها).

واکنشهای شدید (Severe)

واکنشهای شدید از جمله تشنج، ترومبو سیتوپنی، کاهش سطح هشیاری (HHE) و جیغ کشیدن ممتد، همه باید گزارش شوند. بیشتر واکنش های شدید به مشکلات طولانی مدت منجر نمی شوند. آنافیلاکسی، هرچند بالقوه کشنده است، بدون هیچگونه اثرات طولانی مدت، قابل درمان است.

- معمولاً به مشکلات طولانی مدت منجر نمی شوند.
- می توانند موجب ناتوانی شوند.
- به ندرت تهدیدکننده زندگی هستند.

- شامل تشنج و واکنش آلرژیک (حساسیتی) بدن نسبت به بخشی از اجزا واکسن می باشند.

گزارش دهی عوارض واکسن:

گزارش فوری: موارد مرگ ناشی از واکسن، بستری، کلیه آبسه ها، عوارض و پیامدهای خوشه ای، هرگونه عارضه ای که باعث تشویش عمومی یا نگرانی در جامعه شود.

گزارش غیرفوری: تب های بالاتر از ۳۸.۵ درجه سانتیگراد زیر بغلی که در مدت ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون بروز کرده باشد، لنفادنیت، درد مفاصل، عارضه موضعی، ندول، تشنج، فلجی طی یک ماه پس از واکسیناسیون، جیغ زدن مداوم یا بی قراری بیش از سه ساعت، اسهال و استفراغ مکرر، کلیه شوک ها در مدت ۲۴ ساعت اول پس از واکسیناسیون و...

نکته:

برای هر بیمار دارای عارضه، فرم های مربوطه تکمیل و اطلاعات مورد در سامانه الکترونیک سیب ثبت و مطابق فرآیند گزارشدهی، به مرکز بهداشت شهرستان گزارش گردد.

منابع

زنجیره سرما:

راهنمای زنجیره سرما

ایمن سازی:

اصول پیشگیری و مراقبت بیماریهای واگیر

برنامه و راهنمای ایمن سازی مصوب کمیته کشوری ایمن سازی

آخرین نامه ها، مکاتبات و شیوه نامه های ارسالی از وزارت متبوع

تزریق ایمن:

راهنمای کشوری تزریق ایمن

عوارض ناخواسته متعاقب ایمنسازی:

اصول پیشگیری و مراقبت بیماریهای واگیر

راهنمای کشوری مراقبت پیامدهای نامطلوب ایمنسازی

مهندسی سلامت محیط و کار

مرکز آموزش بهرزی و ایمناری برنامه های سلامت شهرستان سمنان

مهندسی سلامت محیط

تهیه کنندگان:

- مهندس مژگان شریعتمداری : مربی سلامت محیط مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان
- مهندس معصومه رجبی : مربی سابق سلامت محیط ، مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان
- زیر نظر:
- مهندس عباس دارائی: معاون فنی مرکز بهداشت استان سمنان و سرپرست مدیریت سلامت محیط و کار معاونت بهداشتی
- مهندس حمیده پرچ : سرپرست گروه سلامت محیط معاونت بهداشتی
- مهندس میترا ذاکری نژاد، مهندس مژگان مسگریان و مهندس مریم احمدپور: کارشناسان سلامت محیط معاونت بهداشتی

بهداشت آب و فاضلاب

آب آشامیدنی سالم:

آبی است که زلال، بی رنگ، بی بو و بدون طعم خاص بوده و گوارا باشد. فاقد هرگونه عوامل بیماری زا بوده و مواد شیمیایی موجود در آن در حد مجاز باشد و هیچگونه خطر و زبانی برای سلامتی و بهداشت انسان نداشته باشد.

مهمترین خصوصیات آب آشامیدنی سالم

- ✓ درجه حرارت : درجه حرارت مناسب برای آب شرب بین ۱۲ - ۸ درجه سانتیگراد می باشد.
- ✓ رنگ: توده آب آشامیدنی در عمق کم، بی رنگ و در عمق زیاد، آبی متمایل به سبز زلال می باشد.

✓ **کدورت** : در سامانه های آب رسانی، کدورت باید کمتر از یک NTU باشد و هیچ زمان میزان کدورت نباید بیش از ۴ واحد NTU باشد.

✓ **بو و مزه** : آب آشامیدنی باید فاقد هرگونه بو یا مزه نامطلوب باشد.

✓ **PH آب** : میزان یون های هیدروژن موجود در آب را pH گویند که اسیدپته یا قلیایی بودن آب را مشخص میکند.

✓ **سختی آب** : وجود بیش از حد مجاز املاح کلسیم و منیزیم و گاهی به ندرت آهن، مس و باریوم در آب است.

روش های سالم سازی آب شرب

- صاف کردن
- جوشاندن
- گند زدایی با استفاده از مواد شیمیایی (پرکلرین)



کلرینه کردن آب آشامیدنی با محلول کلر مادر

برای تهیه محلول کلر مادر، پانزده گرم (معادل یک قاشق سر صاف غذا خوری) از پودر پرکلرین را در یک ظرف مناسب (بطری تیره رنگ) ریخته، آب اضافه کرده ، تا حجم محلول به یک لیتر برسد. به این محلول کلر مادر می گویند محلول کلر مادر را تا یک ماه به دور از نور خورشید می توان نگهداری نمود.(۷-۳قطره محلول کلر مادر برای گندزدایی هر لیتر آب کافی است.

فاضلاب

هر نوع آب مصرف شده ای که از فرآیندهای خانگی، تجاری و صنعتی تأثیر گرفته باشد فاضلاب گفته می شود. فاضلاب حاوی مواد آلاینده مختلفی بوده و در فاکتورهایی چون مزه، بو، رنگ و شاخص های کیفی دچار تغییر شده اند. حدود ۹۹.۹٪ درصد از فاضلاب را آب تشکیل می دهد.

انواع فاضلاب

خانگی - شهری - صنعتی - کشاورزی و صنعتی

تصفیه فاضلاب

امروزه منابع آبی با محدودیت‌های قابل توجهی مواجه هستند و از آنجایی که آب برای بقای حیات بشریت و سایر جانداران اهمیتی اساسی دارد تصفیه فاضلاب‌ها نقش و اهمیت بالایی دارند. مهم‌ترین هدف تصفیه انواع فاضلاب‌ها شامل مواردی همچون تأمین شرایط بهداشتی و جلوگیری از خطرات زیست محیطی، بازیافت و استفاده مجدد از منابع آبی و حفظ آنها و همچنین صرفه‌جویی در مصرف آب‌های زیرزمینی و سطحی هستند.

نحوه تصفیه فاضلاب

در طول تاریخ از روش‌های مختلفی همچون برکه‌های تثبیت، سپتیک تانک‌ها و ... برای تصفیه آن استفاده می‌شد. امروزه با پیشرفت علوم و فناوری‌های مختلف از روش‌های متعددی برای تصفیه انواع فاضلاب‌ها استفاده می‌شوند. به صورت کلی می‌توان تصفیه فاضلاب را به سه روش مختلف انجام داد که به شرح زیر می‌باشد:

تصفیه فیزیکی فاضلاب: که برای جداسازی ذرات درشت است. در این روش آشغال‌گیری، دانه‌گیری، زلال‌سازی فاضلاب و همچنین جداسازی ناخالصی‌های ریزتر توسط انواع فیلترهای شنی، کربنی و روش‌های نوین انجام می‌شود.

تصفیه شیمیایی فاضلاب: که در اصل به منظور تنظیم pH انعقاد و لخته‌سازی مواد آلی و معدنی از طریق تزریق منعقد کننده‌ها و کمک منعقد کننده‌ها، حذف چربی محلول و ... انجام می‌شود. این روش معمولاً توسط ترکیباتی همچون کلر و یا اکسیداسیون با ازن زنی و ... انجام می‌شود.

تصفیه بیولوژیکی فاضلاب: که مقرون به صرفه‌ترین روش تصفیه است. در این روش از فرآیندهای تصفیه بیولوژیکی مانند فرآیند لجن فعال استفاده می‌شود که در آن با فراهم کردن شرایط مناسب جهت رشد باکتری‌های هوازی، باعث مصرف مواد آلی و در نتیجه تشکیل لخته‌هایی با شرایط مناسب، آلاینده‌ها ته‌نشین و حذف می‌شوند.

بهداشت مواد غذایی

بهداشت مواد غذایی

رعایت اصول و موازین بهداشتی را در کلیه مراحل تهیه و تولید، حمل و نقل، نگه‌داری، فروش و مصرف مواد غذایی برای کاهش آلودگی‌های فیزیکی و شیمیایی تا غذای سالم و با کیفیت مطلوب به دست مصرف کننده برسد، بهداشت مواد غذایی می‌گویند.

فساد مواد غذایی:

فساد مواد غذایی به آن دسته از تغییرات و دگرگونی‌ها اطلاق می‌شود که غذا را نامناسب برای مصرف می‌نماید. عوامل عمده موثر در پیدایش آلودگی و فساد عبارتند از: باکتری‌ها، کپک‌ها، حشرات، انگل‌ها، گرما، رطوبت، نور، اکسیژن و مجاورت و اضافه شدن مواد خارجی

مشخصات مواد غذایی بسته بندی مجاز

نام محصول و مواد تشکیل دهنده آن

نام و نشانی کارخانه یا کارگاه سازنده

شرایط نگهداری

شماره پروانه بهداشتی ساخت از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا شناسه نظارت

تاریخ تولید و انقضاء مصرف

علامت استاندارد

نکات بهداشتی مواد غذایی

- شیرخام بعد از به جوش آمدن و قبل از مصرف ۱-۳ دقیقه با همزدن مداوم جوشانده شود .
- جهت جلوگیری از مسمومیت بوتولیسم باید کشک خام مایع را قبل از مصرف ۵ دقیقه همراه با همزدن جوشانده با توجه به اینکه اغلب مواقع پنیر را از شیر نجوشیده تهیه می کنند بنابراین از مصرف پنیر تازه خودداری شود و قبل از مصرف آن رادر آب نمک غلیظ (۱۳ تا ۱۷ درصد) به مدت ۲ ماه در یخچال یا سردخانه نگهداری شود.
- اگر نیاز به مصرف دوباره مواد غذایی پخته شده است باید حتماً آنها را به دمای ۷۵ درجه سانتیگراد رسانید و سپس مصرف کرد.
- نگهداری مواد غذایی پخته شده برای مدت زمان بیشتر از ۲ ساعت ، دما بالای ۶۵ درجه سانتیگراد یا زیر ۴ درجه باید باشد.
- برنج باید دوراز آفتاب و رطوبت در کیسه های نایلونی نگهداری نموده و در طولانی مدت به ازاء هر کیلوگرم برنج ۱۵۰ گرم نمک اضافه نمود.
- تخم مرغ را بایستی حتما در یخچال و در ظروف دربدار نگهداری نمود و نبایستی تا قبل از مصرف شکسته شود.
- هرگز از حس چشایی بعنوان وسیله تشخیص فساد موارد غذایی استفاده نگردد.
- مرغ تازه سالم، دارای چشم های روشن، برجسته است ولی مرغ مانده و فاسد بوی زننده ای دارد.
- هرنوع مواد غذایی کنسرو شده را باید قبل از بازکردن به مدت ۲۰ دقیقه در آب جوشانده تا احتمال مبتلا شدن به مسمومیت کشنده بوتولیسم را از بین ببرد.

مراحل سالم سازی سبزیجات و صیفی جات خام

- **پاکسازی:** ابتدا سبزیجات را بخوبی پاک کرده، شستشو دهید تا مواد زائد و گل و لای آن برطرف شود.
- **انگل زدایی:** سبزیجات را در یک ظرف حاوی پنج لیتر آب مخلوط شده با ۱۵ تا ۲۵ قطره مایع ظرفشویی (به ازاء هر لیتر آب سه تا پنج قطره) بریزید و پس از پنج دقیقه، سبزیجات را از درون آن خارج و با آب سالم کاملاً شستشو دهید تا باقیمانده مایع ظرفشویی و تخم انگلها از آن جدا شود.

- **گندزدایی:** سبزی انگل زدایی شده را برای مدت پنج دقیقه در پنج لیتر آب حاوی یک گرم (نصف قاشق چایخوری) پودر پرکلرین یا یک قاشق مرباخوری آب ژاول قرار دهید تا میکروبهای آن از بین برود.

- **شستشو:** آبکشی نهایی با آب سالم

نکته: پس از پایان هر مرحله، آبکشی کامل سبزیجات الزامی است.

مراکز تهیه توزیع و فروش مواد غذایی

رعایت اصول بهداشت در مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی از ضروریات است و عدم رعایت این اصول میتواند مشکلات فراوانی از لحاظ بهداشتی برای انسان فراهم کند.

لذا این مراکز میتواند کانون بسیار مناسبی برای انتشار بیماریهای واگیردار مسری باشد. ۳ مسئله اصلی و مهم به عبارتی دارا بودن اصول بهداشتی ساختمان، تجهیزات و ابزار کار مناسب و رعایت بهداشت فردی کارکنان در اماکن با توجه به دارا بودن آب سالم، دفع صحیح فاضلاب و جمع آوری و دفع بهداشتی پسماند از اهم مسائل بهداشتی بوده و باید مورد توجه قرار گیرد.

مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی شامل:

کلیه کارخانجات، کارگاهها، سردخانه ها و مراکزی که به گونه ای نسبت به تهیه، توزیع، نگهداری و فروش مواد خوراکی آشامیدنی اقدام می نمایند، مثل نانوايي ها، قصابی، رستوران ها، خواربارفروشی ها، میوه فروشی ها و شیرینی وبستنی فروشی ها، کارگاه های پنیر سازی و ماست بندی و... را مراکز تهیه توزیع و نگهداری مواد غذایی می گویند. هریک از این مراکز مطابق فرم های آیین نامه اصلاحیه ماده ۱۳ قانون مواد خوراکی، آشامیدنی و بهداشتی و آرایشی شرایط خاص خود را داشته و رعایت شرایط مربوطه الزامی است.

اماکن عمومی

عبارت است از مساجد، زیارتگاه ها، مسافرخانه ها، آرایشگاهها، حمام ها، گورستان ها و ... که به لحاظ استفاده عموم از این اماکن لازم است متصدیان و اداره کنندگان این اماکن در رعایت اصول و موازین بهداشتی کوشا بوده و کوتاهی نشود را اماکن عمومی می گویند. اصول کلی بهداشت محیط از قبیل تهیه و تأمین آب آشامیدنی سالم و دفع صحیح فاضلاب و زباله و مواد زائد، حرارت و رطوبت، نور، تهویه، مبارزه باحشرات و جوندگان تقریباً در تمام اماکن عمومی و تفریح گاهها یکسان است سایر مسائل بهداشتی بستگی به نوع کار و فعالیت آن مکان دارد.

بهداشت هوا

تعریف آلودگی هوا

عبارت است از وجود یک یا چند آلاینده در هوای آزاد مانند گازها، بخارات، گرد و غبار، بو، دود غلیظ و میست با کمیت، مشخصات و زمان ماند کافی که برای زندگی انسان، حیوان و گیاه خطرناک و برای اموال مضر باشد و یا به طور غیرقابل قبول مانع استفاده راحت از زندگی و اموال گردد.

اهمیت آلودگی هوا

هوا از جمله عناصر ضروری برای ادامه حیات است. مقایسه میزان مصرف آب، غذا و هوا نشان می دهد که یک فرد بالغ روزانه با مصرف ۲ لیتر آب و ۵/۱ کیلوگرم غذا می تواند به زندگی ادامه دهد اما برای تداوم زندگی تقریباً به ۲۲-۱۵ کیلوگرم هوا نیاز دارد. معمولاً انسان بمدت چند هفته و چندروز بدون غذا و آب زنده می ماند اما بدون هوا زندگی فقط ۵ دقیقه تداوم خواهد داشت.

طبقه بندی آلاینده های هوا:

آلاینده های هوا را می توان به طرق مختلف و با توجه به منبع آلاینده، منشأ آلاینده، ترکیب شیمیایی و خصوصیات فیزیکی طبقه بندی کرد.

➤ طبقه بندی آلاینده ها براساس منبع

منابع طبیعی

۱. گرد و غبار حاصله از طوفانها
۲. گرده گیاهان و میکروارگانیسم ها
۳. آئروسول ها

منابع مصنوعی

این آلاینده ها عمدتاً از منابع خانگی- تجاری، صنعتی و حمل و نقل تولید می شوند. حاملهای انرژی مصرفی نظیر نفت، گازوئیل و گاز که برای گرمایش منازل و مکانهای تجاری مورد استفاده قرار می گیرد از منابع تولیداین آلاینده ها است.

➤ طبقه بندی آلاینده ها براساس منشأ

آلاینده های اولیه

این گروه شامل آلاینده های است که به صورت مستقیم وارد اتمسفر شده و با همان ترکیبی که وارد اتمسفر شده اند در هوا حضور داشته و قابل اندازه گیری هستند که شامل هیدروکربنها، اکسیدهای نیتروژن، گوگرد و ... می باشد.

آلاینده های ثانویه

به طور کلی منشأ این آلاینده ها، آلاینده های اولیه ای هستند که وارد اتمسفر می شوند. این آلاینده ها شامل ازن، پراکسی استیل نیترات، اسید سولفوریک و اسیدنیتریک است که از آلاینده های اولیه نظیر ترکیبات هیدروکربنی، SO_2 و NO_x حاصل می شوند.

➤ طبقه بندی آلاینده ها براساس حالت آلاینده: آئروسول، غبار، فیوم، مه، میست، گاز، ذره، قطره، دوده

➤ طبقه بندی آلاینده ها براساس ترکیب شیمیایی: آلی، معدنی

سطوح مختلف AQI مرتبط با سلامت انسان

پاک: مقدار AQI بین (۰ و ۵۰) است. کیفیت هوا رضایت بخش است و آلودگی هوا بی خطر یا کم خطر است. این حالت را با رنگ سبز نشان می دهند.

سالم: مقدار AQI بین (۵۱ تا ۱۰۰) است. در این حالت، کسانی که نسبت به ازن حساسیت ویژه ای دارند ممکن است علائم تنفسی از خود بروز دهند. این حالت را با رنگ زرد نشان می دهند.

ناسالم برای گروه های حساس: میزان AQI بین (۱۰۱ و ۱۵۰) است. بعضی از گروههای حساس ممکن است اثرات بهداشتی خاصی را تجربه کنند. این حالت را با رنگ نارنجی نشان میدهند.

ناسالم: میزان AQI در این حالت بین (۱۵۱ و ۲۰۰) است. هر فردی ممکن است اثرات بهداشتی AQI بالا را در این سطح تجربه کند این حالت را با رنگ قرمز نشان میدهند.

خیلی ناسالم: این میزان از AQI (بین ۲۰۱ تا ۳۰۰) هشدار برای سلامتی به حساب می آید. و بدین معنی است که هر کسی ممکن است اثرات جدی تری را بر سلامت خود تجربه کند. این حالت را به رنگ بنفش نشان می دهند.

خطرناک: AQI در این وضعیت بالاتر از ۳۰۰ است و خطرات جدی برای سلامت انسان بوده و اعلام وضع اضطراری است. در این وضعیت، احتمالاً تمام افراد جامعه تحت تأثیر قرار می گیرند. این حالت را با رنگ ارغوانی نشان می دهند.

کنترل ناقلین

راهبرد اساسی بهداشت محیط در کنترل بیماری های منتقله توسط ناقلین، ایجاد موانع متعدد می باشد که به فلسفه ایجاد موانع چندگانه معروف است.

(۱) بهسازی محیط (۲) حفاظت فردی (پشه بند، دور کننده ها و...) (۳) مبارزه فیزیکی یا شیمیایی با ناقلین

حشرات و جوندگان

حشرات شاخه ای از جانوران بی مهره اند که دارای پاهای بندبند و پوشش خارجی از جنس کیتین هستند. این جانوران مشتمل بر راسته های متعددی چون: حشرات - کنه ها - هییره ها - هزارپایان و غیره اند. بعضی از آن ها در بارور کردن گلها به انسان کمک می کنند. ولی بخش بزرگ حشرات یا برای انسان فایده ندارند و یا جزء بزرگترین دشمنان او می باشند. با توجه به نقش مهم تعدادی از حشرات و جوندگان در انتقال و انتشار بیماریها به انسان، آشنایی با روش های مبارزه با آن ها در جهت سالم سازی و حفظ محیط زیست امری ضروری به نظر می رسد.

موش

یک جفت موش پنج تا دوازده بار در سال جفت گیری کرده پس از سه هفته تقریباً ۱۲-۱۰ موش بدنیا آمده. حدود ۳ هفته به بچه های خود شیر میدهند و بعد ۳ هفته بچه موش ها بالغ شده و تولید مثل می کنند. عمر موش ۵/۱ تا ۶ سال است.

عوامل موثر در ازدیاد موش:

زباله، نخاله ساختمانی، ساختمان های نامناسب، بی اعتنایی به موازین بهداشتی، ریختن پسماند مواد غذایی در جوی آب، کانال فاضلاب و زمین های اطراف آن ها و ...

راههای مبارزه با موش

- ✓ یکی از موثرترین روش های مبارزه با انواع موش بهسازی محیط است .
- ✓ نگهداری و حمل و جمع آوری زباله در ظروف دربسته و در زمان بندی به موقع
- ✓ نگهداری مواد غذایی در ظروف سالم و دربسته
- ✓ اطراف اماکن کاملاً تمیز و خالی از وسایل اضافی باشد.

پشه ها:

بیماریهای مالاریا، وشرریا بانکروفتی، تب زرد، تب دانگ، بروگیا مالائی، آروویروسها و ویروسهای مولد آنسفالیت بیماریهایی هستند که توسط پشه ها منتقل می شود.

راههای مبارزه با پشه ها:

الف (مبارزه با لاروها

- ۱- مبارزه بیولوژیک: استفاده از ماهیها مانند آفانیوس و گامبوزیا
- ۲- مبارزه فیزیکی: زهکشی اراضی، از بین بردن آبهای راکد، جلوگیری از ورود فاضلابها به اراضی کشاورزی، پرکردن گودالها و چاله ها، ایجاد تغییر شکل در لانه های لاروی، کندن و از بین بردن گیاهان آبی
- ۳- مبارزه شیمیایی: استفاده از حشره کشهایی که خاصیت لارو کشی دارند مانند Abate، استفاده از روغنهای معدنی مانند نفت و گازوئیل
- ۴- مبارزه تلفیقی: تلفیق دو یا چند راه مبارزه مانند تلفیق مبارزه بیولوژیک و شیمیایی

ب (مبارزه با بالغین

- ۱- محافظت شخصی: مسدود کردن در و پنجره با استفاده از تورپها - استفاده از پشه بند و پشه کش های برقی - استفاده از آئروسل ها (اسپری) - استفاده از دور کننده ها (پمادهای حاوی دی متیل فتالیت)
- ۲- سم پاشی ابقایی: استفاده از حشره کش ها مشروط بر اینکه مقاومت نسبت به آنها مشاهده نشده باشد .

شپش سر و بدن

اهمیت پزشکی :

انتقال بیماریهای پدیکولوزیس، تیفوس اپیدمیک و آندمیک، تب خندق، تب راجعه اپیدمیک، تیفوئید، تب ولگردان توسط شپش بدن می گردد و بیماری زرد زخم توسط شپش سر ایجاد می شود .

راههای مبارزه با شپش ها :

۱- شپش سر :

- رعایت بهداشت شخصی و آموزش بهداشت در مدارس

- شستشوی مرتب سر با آب گرم و صابون یا شامپو

- شانه کردن موها با استفاده از شانه های فلزی یا چوبی دندان ریز

- استفاده از شامپوهای اختصاصی مانند شامپو پرمترین ۱ درصد

-استفاده از گرد حشره کش ها مانند پرمترین ۰/۵ درصد

۲- شپش بدن :

-تعویض لباسها

-عدم استفاده از لباسهای دیگران

-شستشوی لباسها و ملحفه ها در حرارت ۶۰ درجه سانتیگراد

-اطو کشیدن لباسها خصوصا درزها و چین های لباسها

-عدم استفاده از ملحفه ها و لباسهای آلوده به مدت ۱ ماه

-استفاده از گرد حشره کشهایی که شپشها نسبت به آنها مقاومت نشان نداده اند مشروط بر اینکه مورد تایید وزارت بهداشت و درمان باشد.

سوسریها (سوسکها)

اهمیت پزشکی :

عوامل بیماری زا را بطور مکانیکی منتقل می کند مانند: ویروسها (ویروس فلج اطفال)، تک یاخته ها ، باکتریها ، کرمها و نماتدها ، دفع مواد آلرژیک زا

راه های مبارزه با سوسریها:

۱- بهسازی محیط و کنترل مکانیکی

-جلوگیری از ورود سوسریها به داخل ساختمانها، نصب توری بر روی درها و چاههای فاضلاب، کنترل لوازمی که وارد منازل می شود مانند :گونی های برنج، شانه های تخم مرغ و سبزیجات

- جمع آوری پس ماندهای غذا

- نگهداری غذا در ظروف در بسته

- قراردادن زباله در کیسه های پلاستیکی و بستن درب آنها و یا ظروف سربسته و دفع به موقع آنها

- درزگیری شکافها

۲- مبارزه شیمیایی

- استفاده از طعمه ها (مواد غذایی حاوی قند ، چربی و نشاسته به علاوه یک حشره کش یا استفاده از اسید بوریک به علاوه ماده نشاسته دار و زرده تخم مرغ)

- استفاده از سموم مختلف مشروط بر اینکه نسبت به این سموم مقاومت مشاهده نشده باشد .

- استفاده از نفت و گازوئیل (به میزان ۱ تا ۲ قاشق) در مناطق آلوده به سوسری آمریکایی داخل چاههای فاضلاب (دقت شود لوله پلیکا نباشد)

پشه آندس

پشه آندس شامل گونه‌های مختلفی است که معروف‌ترین آن‌ها آندس آجپتی (*Aedes aegypti*) و آندس آلبوپیکتوس (*Aedes albopictus*) هستند. آندس آجپتی بیشتر در مناطق شهری یافت می‌شود و به خاطر توانایی بالای انتقال بیماری‌های مختلف به انسان شهرت دارد. آندس آلبوپیکتوس نیز که به عنوان پشه ببر آسیایی شناخته می‌شود، در مناطق روستایی و نیمه‌روستایی بیشتر مشاهده می‌شود و علاوه بر بیماری‌های انسانی، می‌تواند بیماری‌هایی را نیز به حیوانات منتقل کند.

خصوصیات ظاهری و زیست‌شناختی پشه آندس

پشه آندس به خاطر ظاهر خاص خود که شامل نوارهای سفید و سیاه روی بدن و پاها است، به راحتی قابل شناسایی است. این پشه‌ها معمولاً در محیط‌های مرطوب و گرم فعالیت بیشتری دارند و تخم‌های خود را در آب‌های راکد و کوچک می‌گذارند. دوره زندگی پشه آندس از تخم تا بالغ بین ۸ تا ۱۰ روز طول می‌کشد.

پشه‌های آندس هم در داخل خانه و هم در خارج از آن زندگی می‌کنند. پشه‌های آندس اجبیتی ترجیح می‌دهند نزدیک انسان‌ها زندگی کنند و بیشتر در داخل خانه یافت می‌شوند، در حالی که پشه‌های آندس آلبوپیکتوس در فضاهای بازتر مانند باغ‌ها و جنگل‌ها زندگی می‌کنند.

روند بلوغ آندس آجپتی را نشان می‌دهد که تیره رنگ با نشانه‌های سفید روی پاها و خطوط منحنی و متقاطع است که به شکل حرف "۷" یا "۷" بزرگ روی سینه‌اش است.

علائم و نشانه‌های بیماری‌های منتقل شده توسط پشه آندس

- ✓ **دنگی:** تب بالا، درد شدید در عضلات و مفاصل، سردرد، و راش‌های پوستی.
- ✓ **زیکا:** تب خفیف، راش‌های پوستی، درد عضلات و مفاصل، و التهاب چشم.
- ✓ **چیکونگونیا:** تب بالا، درد شدید در مفاصل، راش‌های پوستی، و التهاب مفاصل.
- ✓ **فیلوویروس:** تب، درد عضلات و مفاصل، و خونریزی از بینی و لثه‌ها.

راه‌های پیشگیری فردی و جمعی

راه‌های پیشگیری فردی:

✓ استفاده از دافع حشره

استفاده از اسپری‌های دافع حشره (before the bite) یکی از راه‌های مؤثر برای پیشگیری از نیش پشه آئدس است. این اسپری‌ها معمولاً حاوی مواد دافع حشرات هستند که پشه‌ها را از نیش زدن باز می‌دارند.

✓ استفاده از توری‌های پشه

استفاده از توری‌های پشه در پنجره‌ها و درب‌ها می‌تواند ورود پشه‌ها به داخل خانه را محدود کند و محیط امن‌تری را فراهم کند.

✓ پوشیدن لباس‌های مناسب

پوشیدن لباس‌های بلند و روشن نیز می‌تواند از نیش پشه‌ها جلوگیری کند. پشه‌ها به خصوص به لباس‌های تیره علاقه دارند و پوشیدن لباس‌های روشن می‌تواند آن‌ها را دور نگه دارد.

✓ مراقبت بیشتر در زمان‌های اوج فعالیت پشه‌ها

پشه آئدس بیشتر در ساعات صبح و غروب فعالیت می‌کند. بنابراین، در این ساعات باید بیشتر مراقب بود.

راه‌های پیشگیری جمعی:

۱. کنترل آب‌های راکد: پشه آئدس در آب‌های راکد تخم‌گذاری می‌کند. بنابراین، تخلیه آب‌های راکد در محیط‌های باز، گلدان‌ها، بشکه‌ها و مخازن آب می‌تواند از تکثیر پشه‌ها جلوگیری کند.
۲. پاکسازی محیط: حذف زباله‌ها و اشیاء بلااستفاده که می‌توانند محل تجمع آب شوند، از اهمیت بالایی برخوردار است.
۳. اطلاع‌رسانی عمومی: آموزش و اطلاع‌رسانی به مردم درباره راه‌های پیشگیری از تکثیر پشه‌ها و مقابله با آن‌ها می‌تواند تاثیر زیادی در کاهش شیوع بیماری‌های مرتبط داشته باشد.
۴. اقدامات بهداشتی شهری: شهرداری‌ها و ارگان‌های بهداشتی می‌توانند با برنامه‌ریزی منظم برای سم‌پاشی و کنترل پشه‌ها در مناطق شهری و روستایی، میزان انتشار پشه آئدس را کاهش دهند.
۵. استفاده از پشه‌های عقیم: یکی از روش‌های جدید برای کنترل جمعیت پشه‌ها، استفاده از پشه‌های عقیم است. در این روش، پشه‌های نر عقیم شده به محیط طبیعی رها می‌شوند تا با پشه‌های ماده جفت‌گیری کنند و تخم‌های غیرقابل تکثیر را بگذارند.

روش‌های بیولوژیکی و شیمیایی: استفاده از باکتری‌ها و انگل‌های خاص که به پشه‌ها آسیب می‌رسانند و همچنین استفاده از مواد شیمیایی مانند لاروکش‌ها می‌تواند به کاهش جمعیت پشه‌ها کمک کند. (عملیات سم‌پاشی باید توسط شرکت‌های سمپاشی دارای مجوز از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شود)

این اقدامات به طور کلی می‌توانند به کاهش خطر نیش پشه آندس و انتقال بیماری‌های وابسته به آن کمک کنند.

چرخه انتقال بیماریها توسط حشرات

✓ **انتقال مکانیکی:** عامل بیماریزا به طور مکانیکی توسط حشرات منتقل میشود مانند اسهال ساده، اسهال خونی، حصه، مسمویت غذایی، توسط مگس خانگی

✓ **انتقال بیولوژیکی:**

۱. **انتقال بیولوژیکی تکثیری:** عامل در بدن ناقل فقط تکثیر پیدا می‌کند. مانند باسیل طاعون در بدن کک

۲. **انتقال بیولوژیکی تکاملی:** عامل در بدن ناقل فقط تکامل پیدا می‌کند. مانند انگل فیلاریوز در پشه کولکس

۳. **انتقال بیولوژیکی به روش تکثیری و تکاملی:** عامل در بدن ناقل تکامل و تکثیر پیدا می‌کند. مانند انگل مالاریا در بدن پشه آنوفل

✓ **انتقال از طریق تخم:**

در این نوع انتقال عوامل بیماریزا از طریق آلوده کردن تخمدانهای ناقل به نوزاد بندپا منتقل و ناقل قادر است بدون تغذیه از خون آلوده تا چندین نسل آلودگی را منتقل کند.

روش‌های مبارزه باحشرات

مبارزه فیزیکی یا مبارزه زیست محیطی: بهترین روش مبارزه است. احتمال بدست آوردن نتایج دائمی را دارد. مانند از بین بردن محل تکثیر-زهکشی، پرکردن گودال‌ها-دفع بهداشتی فضلاب و زباله و...

مبارزه شیمیایی: در این روش از حشره کش استفاده می‌شود که شامل حشرکش‌های آلی کلره، حشره کش آلی فسفره و حشره کش‌های کاربامات (عملیات سم پاشی باید توسط شرکت‌های سمپاشی دارای مجوز از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شود)

مبارزه بیولوژیکی یا زیست‌شناختی: استفاده از موجودات زنده و دشمنان طبیعی مثل به کارگیری ماهی گامبوزیا جهت مبارزه با پشه مالاریا

مبارزه ژنتیکی: در این روش با تغییراتی در ژن‌های حشرات و یا عقیم کردن آن‌ها تعداد آن‌ها کاهش پیدا میکند.

روش تلفیقی: شامل ترکیبی از دو یا چند روش است. زمانی که مبارزه ضربتی با یک بیماری مورد نظر است، می‌توان از این روش استفاده کرد.

مدیریت پسماند

مدیریت مواد زاید جامد: عبارت است از یک مجموعه مقررات منسجم و سیستماتیک درباره کنترل تولید، ذخیره، جمع

آوری، حمل و نقل و دفع مواد زاید جامد، یک مدیریت صحیح باید منطبق بر اصول بهداشت عمومی، اقتصاد، حفاظت از منابع، زیبا شناختی و حفظ محیط زیست و آنچه برای عموم مردم مورد توجه است.

مواد زائد جامد: با نام های زباله، پسماند و ... نیز خوانده می شود. شامل مواد زائد حاصل از فعالیت انسان که معمولاً جامد بوده و غیر قابل استفاده یا بی مصرف است، می باشد. به عبارت دیگر هر ماده جامدی که از نظر مالک دور ریختنی باشد، زباله نامیده می شود.

اجزاء تشکیل دهنده مواد زائد جامد

پسماند عادی - پسماند پزشکی (بیمارستانی) - پسماند ویژه - پسماند کشاورزی - پسماند صنعتی

الف: پسماند عادی: به پسماندهایی که به صورت معمول از فعالیتهای روزمره انسانها در شهرها، روستاها و خارج از آنها تولید می شود از قبیل زباله های خانگی و نخاله های ساختمانی اطلاق میشود.

ب: پسماند پزشکی: به کلیه پسماندهای عفونی و زیان آور ناشی از بیمارستانها و مراکز بهداشت درمانی، آزمایشگاههای تشخیص طبی و سایر مراکز مشابه پسماند پزشکی گفته میشود.

ب-۱: پسماند پزشکی شامل ۴ دسته اصلی به شرح ذیل میباشد:

۱- پسماند عادی یا شبه خانگی : به کلیه پسماندهای تولیدی در قسمت آبدارخانه، آشپزخانه، قسمت های اداری و مشابه گفته میشود. زباله های شبه خانگی باید در کیسه های مشکی مقاوم و مخازن آبی رنگ نگهداری شوند.

۲- پسماند عفونی : به زباله هایی اطلاق میشود که میتواند حداقل یک بیماری را منتقل کند مانند پسماند اتاق عمل، زایمان، اورژانس، تریقات، گاز و پنبه مصرف شده جهت پانسمان، دستکش، ماسک و مشابه. رنگ کیسه و مخزن نگهداری پسماند عفونی زرد میباشد.

۳- پسماند نوک تیز و برنده: مانند سرسوزن، تیغ جراحی و مشابه این زباله ها باید در Safty Box نگهداری شوند.

پسماند شیمیایی دارویی : شامل مواد ضد عفونی و گندزدای تاریخ گذشته، داروهای تاریخ گذشته، ته مانده داروها، سرمهایی که دیگر نیازی به آنها نیست واکسن، مواد مخدر، دستکش و ماسک تاریخ گذشته و مشابه میباشد. این پسماند در کیسه و مخزن سفید یا قهوه ای نگهداری میشود.

ج: پسماندهای ویژه: به کلیه پسماندهایی گفته میشود که به دلیل بالا بودن حداقل یکی از خواص خطرناک از قبیل سمیت، بیماری زایی، قابلیت انفجار یا اشتعال، خوردگی و مشابه آن به مراقبت ویژه نیاز داشته باشد و آن دسته از پسماندهای پزشکی و نیز بخشی از پسماندهای عادی، صنعتی، کشاورزی که نیاز به مدیریت خاص دارند جزء پسماندهای ویژه محسوب میشوند.

د: پسماندهای کشاورزی: به پسماندهای ناشی از فعالیتهای تولیدی در بخش کشاورزی از قبیل فضولات، لاشه حیوانات (دام، طیور و آبزیان) محصولات کشاورزی فاسد یا غیرقابل مصرف پسماند کشاورزی اطلاق میشود.

ه: پسماندهای صنعتی: به کلیه پسماندهای ناشی از فعالیتهای صنعتی و معدنی و پسماندهای پالایشگاهی صنایع گاز، نفت و پتروشیمی و نیروگاهی و امثال آن گفته میشود از قبیل براده ها، سرریزها و لجنهای صنعتی.

ویژگی های ظروف و کیسه های تفکیک پسماندهای پزشکی

ردیف	نوع پسماند	نوع ظرف	رنگ ظرف	برچسب
۱	عفونی	کیسه پلاستیکی مقاوم	زرد	عفونی
۲	تیز و برنده	استاندارد Safety Box	زرد با درب قرمز	تیز و برنده-دارای خطر زیست
۳	شیمیایی و دارویی	کیسه پلاستیکی مقاوم	سفید یا قهوه ای	شیمیایی و دارویی
۴	پسماند عادی	کیسه پلاستیکی مقاوم	آبی	عادی

بهداشت پرتو

تعریف پرتو (Radiation)

شکلی از انرژی که عمدتاً قابل حس و لمس توسط انسان نمی باشد. این شکل از انرژی به دو صورت موج و یا ذره در محیط منتشر می شود.

انواع پرتوها:

(۱) پرتوهای یونساز (۲) پرتوهای غیر یونساز

پرتوهای یونساز:

پرتوهای یونیزان با عبور از محیط، تولید ذرات باردار منفی و مثبت می کنند. منابع مولد پرتوهای یونیزان می تواند مانند پرتو X، حاصل از انرژی هسته ای و زباله های ساخت بشر باشد، یا می تواند مانند پرتوهای کیهانی حاصل از خورشید یا مواد رادیواکتیو پوسته زمین که بصورت ذره (تشعشع ذره ای) یا انرژی خالص بدون جرم و بار الکتریکی (پرتوهای الکترومغناطیسی) تابش می شوند زمینه طبیعی داشته باشند.

انواع پرتو یونساز: ذرات آلفا، بتا، نوترون، ایکس و گاما

پرتوهای غیر یونساز:

پرتوهایی که قادر به یونسازی در ماده نیستند. این پرتوها شامل پرتوهای الکترومغناطیسی که انرژی یک فوتون آنها برای یونسازی کافی نیست و پرتوهای مکانیکی صوتی و فراصوتی است.

انواع پرتوهای غیر یونساز بر حسب طول موج عبارتند از:

- پرتو فرابنفش از طول موج ۱۰۰ تا ۴۰۰ نانومتر
- پرتو مرئی (نور مرئی) ۴۰۰ تا ۷۵۰ نانومتر
- پرتو مادون قرمز ۷۵۰ نانومتر تا ۳ میلی متر
- پرتو میکرو و یو ۳ میلی متر یا ۱ متر
- امواج با فرکانس رادیویی ۱ متر تا ۱ کیلومتر
- امواج با فرکانس کم، بسیار کم و بی نهایت کم از ۱ کیلومتر تا بیش از ۱۰۰۰ کیلومتر

پرتوگیری غیر یونساز طبیعی:

عمده ترین منبع طبیعی غیر یونساز، تشعشعات خورشیدی می باشد. در بین این تشعشعات، بیشترین آسیب را پرتوهای فرابنفش که خود دارای چهار طیف UVA, UVB, UVC و UVV می باشد را به خود اختصاص داده است. پرتوهای UVV و UVV کم انرژی ترین آنها UVA است.

بیشترین آسیب به انسان توسط طیف UVA ایجاد می گردد. به این مفهوم که طیف های UVV و UVC و تا حدودی UVB ماورابنفش خورشیدی تقریباً توسط اتمسفر اطراف زمین فیلتر می شوند و به زمین نمی رسند. اما پرتوهای طیف A که کمترین انرژی را دارند به راحتی نه تنها از لایه های اتمسفر عبور می کند بلکه در مواجهه با بدن پس از عبور از لایه شاخی پوست، از درم عبور و انرژی خود را در اپیدرم تخلیه و باعث تحریک رنگدانه ها و تیرگی پوست می شود.

اقدامات حفاظتی:

- ✓ از قرار گرفتن در مقابل خورشید میانه روز (ظهرها) اجتناب کنید. در معرض تابش مستقیم خورشید قرار نگیرید
- ✓ از لباسهای محافظ مانند کلاههای لبه پهن برای حفاظت از چشم ها، صورت و گردن استفاده نمایید.
- ✓ از عینک آفتابی با پانل های جانبی استفاده نماید که به میزان ۹۹-۱۰۰ درصد قابلیت محافظت از چشمان شما در مقابل A-UV و B-UV راداشته باشد.
- ✓ با استفاده از کرم های ضد آفتاب مناسب محافظت از قسمتهایی از پوست که امکان پوشاندن آنها بالباس وجود ندارد انجام شود. در این کرم ها، فاکتور محافظ اشعه ی خورشیدی باید +۳۰ باشد. قرار گرفتن در سایه و پوشاندن بدن با لباس، در مقایسه با کرم های ضد آفتاب روشهای حفاظتی بهتری هستند.
- ✓ اجتناب از دستگاههای برنزه کردن پوست (دستگاههای سواریوم
- ✓ حفاظت از نوزادان و کودکان خردسال (همیشه بچه ها را در سایه قرار دهید)



کنترل و کاهش استعمال دخانیات

دخانیات عامل اصلی در ایجاد بیماری های کشنده از جمله بیماری های قلبی و عروقی، سرطان های ریه، دهان و... بوده و هر ساله موجب مرگ میلیون ها نفر در جهان می گردد.

فرد سیگاری

هرکس که در طول عمر خود ۱۰۰ نخ سیگار کشیده باشد و هنوز هم به هر ترتیبی سیگار کشیدن را ادامه دهد.

انواع دخانیات

دخانیات یا مواد دخانی، هر ماده یا فرآورده ای است که تمام یا بخشی از ماده خام تشکیل دهنده آن، گیاه توتون یا تنباکو یا مشتقات آن (به استثنای مواد دارویی مجاز ترک سیگار به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشد). ماده موثر در تنباکو نیکوتین است که مصرف آن می تواند باعث ایجاد وابستگی گردد.

این مواد بر اساس نوع مصرف به سه گروه اصلی (۱) تدخینی، (۲) غیرتدخینی، (۳) سیستم های الکترونیک انتقال نیکوتین تقسیم می شوند.

انواع دود دخانیات :

دود دست اول، دود دست دوم، دود دست سوم

دود دست اول: بخشی از دود است که از درون ماده دخانی وارد دهان و ریه فرد مصرف کننده شده و موجب بروز بیماری در مصرف کننده می شود.

دود دست دوم: دودی که به طور مستقیم از نوک روشن و در حال اشتعال مواد دخانی و یا بازدم فرد مصرف کننده از ریه او خارج و وارد محیط می شود. این دود توسط اطرافیان فرد مصرف کننده استنشاق میشود.

دود دست سوم: ذرات و سموم مواد دخانی که در هوا منتشر شده و روی اشیاء و لباس و موی فرد مصرف کننده می نشیند و اگر افراد در تماس با این اشیاء قرارگیرند آلاینده ها وارد بدن آنان میشود.

برخی مواد شیمیایی موجود در دود دخانیات



خطرات همراه با دخانیات به ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر

پیری زودرس، چین و چروک صورت	
سلامت پایین تر و دیر خوب شدن سرماخوردگی	
عفونت تنفسی و آسم	
فشار خون بالا، دیابت	
سقط، زایمان زودرس و کودکان با وزن کم هنگام تولد در زنان باردار	
بیماری کلیوی	
بیماری انسداد مزمن راه هوایی شامل آمفیزم	
بیماری قلبی، سکته، بیماری عروقی	
سرطان‌ها	

استراتژی های اصلی کنترل دخانیات

- ۱) پایش مصرف دخانیات و ارزیابی تاثیر سیاست های پیشگیری کننده آن
- ۲) محافظت از مردم در برابر دود دخانیات
- ۳) کمک به افراد سیگاری و مصرف کنندگان مواد دخانی به ترک دخانیات
- ۴) هشدار و آموزش موثر به همه افراد جامعه در مورد مخاطرات مصرف دخانیات
- ۵) ممنوعیت همه جانبه تبلیغات، ترویج و حمایت از محصولات دخانی
- ۶) افزایش قیمت دخانیات از طریق افزایش مالیات

منابع:

- آلودگی هوا، جرمی کولز، مترجمان: مریم سرخوش، محمدحسین صفری، کاظم ندافی، محمدحسین صولت، سال چاپ ۱۳۹۱
- راهبرد های کنترل و کاهش مصرف دخانیات، نویسنده who، مترجمین مصطفی غفاری، بهزاد ولی زاده، خدیجه فریدون محصلی، مهرداد ضرابی، فرزانه فرشاد
- مجموعه جزوات آموزش مجازی سایت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی سمنان
- دستورالعمل های بهداشت محیط، ابلاغیه وزارت بهداشت، مرکز سلامت محیط و کار

مهندسی سلامت کار

تهیه کنندگان:

- علی قزوینلو : کارشناس مسئول سلامت کار مرکز بهداشت شهرستان سمنان

-سید مرتضی سیادت : کارشناس سلامت کار مرکز بهداشت شهرستان سمنان

زیر نظر :

- واحد مهندسی سلامت کار معاونت بهداشتی

مفاهیم به کار رفته در تعریف بهداشت حرفه‌ای:

- ✓ پیش بینی خطرهای محیط کار: تحصیل اطلاعات اولیه از عوامل زیان آور احتمالی محیط کار، باتوجه به نوع شغل
- ✓ تشخیص: نیاز به اطلاعات گسترده ای درباره ی
- ✓ ارزیابی: اندازه گیری و تجزیه و تحلیل نتایج اندازه گیری
- ✓ کنترل : مجموعه اقدامات مهندسی، محیطی و مدیریتی بهداشت حرفه‌ای است که منجر به کاهش یا حذف مواجهه و تماس شاغلین با عامل می گردد

عوامل زیان آور محیط کار:

- ✓ عوامل فیزیکی : (سرو صدا، ارتعاش، روشنایی، اشعه (یونیزان و غیر یونیزان)، گرما و رطوبت، سرما)
- ✓ عوامل شیمیایی: (گرد و غبار، دود و دمه، گازها و بخارات)
- ✓ عوامل بیولوژیک : (باکتریها، انگل ها، ویروسها، قارچها)
- ✓ عوامل ارگونومیک : (وضعیت نامناسب بدن ، ایستگاه کار نامناسب، ابزار کار نامناسب، حمل نادرست بار حرکات تکراری ، و)
- ✓ عوامل روانی : (استرس ناشی از کار، فرسودگی)

بهداشت حرفه‌ای علم پیش بینی، شناسایی، ارزیابی، کنترل خطرات تاثیر گذار بر سلامت در محیط کار است به منظور حفظ سلامت و رفاه کارکنان و در نهایت ایمن نگه داشتن جامعه.

برنامه‌های مرتبط با واحد مهندسی بهداشت حرفه‌ای

بهداشت کشاورزی

بهداشت کشاورزی علمی است که با شناسایی، ارزیابی و کنترل عوامل و شرایط زیان آور محیط کار و انجام مراقبت های بهداشتی و درمانی حافظ سلامتی کشاورزان باشد.

اهداف طرح بهداشت کشاورزی:

✓ آموزش و ارتقاء سطح آگاهی کشاورزان در خصوص عوامل زیان آور این شغل

✓ بازدید و بهسازی واحدهای کشاورزی

✓ تعیین سطح سلامت شاغلین کشاورز

معاینات طب کار

آزمایش طب کار یکی از موارد بسیار مهمی است که برای استخدام و همچنین بررسی شرایط جسمانی افراد استخدام شده از اهمیت بسیار بالایی برخوردار می باشد. این آزمایش به منظور بررسی میزان سلامت جسمانی افراد و همچنین تعیین میزان آسیب های احتمالی ناشی از شرایط کار در افراد استخدام شده، انجام می گیرد. آزمایش طب کار به صورت قانونی یک آزمایش الزامی می باشد که بسته به شرایط و خطرات احتمالی که فرد را تهدید می کند، به صورت معاینات دوره ای و در فاصله های زمانی معین انجام می شود.

به صورت کلی آزمایش طب کار شامل بررسی ها و آزمایش های مختلفی می باشد که به چند دسته کلی زیر می توان تقسیم بندی کرد:

- ۱) آزمایش طب کار بدو استخدام
- ۲) آزمایش طب کار برای معاینات دوره ای
- ۳) آزمایش طب کار برای تعیین محدودیت های شغلی
- ۴) آزمایش طب کار برای انجام معاینات ویژه و چکاپ کارمندان

مزایای خدمات طب کار

این خدمات مزایای زیادی برای کارفرمایان و کارمندان دارند، از جمله:

- ۱) باعث حفظ سلامت کارمندان و پیشگیری از بیماری های واگیردار می شود.
- ۲) باعث می شود کارمندان احساس کنند کارفرما به سلامت آنها اهمیت می دهد، در نتیجه میزان وفاداری آنها به سازمان افزایش پیدا می کند.
- ۳) مانع کاهش بهره‌وری به دلیل افزایش مرخصی ها و شرایط کاری ضعیف می شود.

بهداشت حرفه ای در کارگاه های قالی بافی

بهداشت قالی بافی یکی از مواردی می باشد که شاید خیلی از قالی بافان و کارگاه هایی که در حوزه بافت فرش دستباف فعالیت می کنند با آن آشنایی نداشته باشند و شاید خیلی آن را جدی نمی گیرند، در حالی که عدم رعایت نکات ایمنی قالی بافی باعث شده است که در طولانی مدت مشکلات و گاهاً بیماری های مختلفی برای کسانی ایجاد شود که مشغول به این کار می باشند.

بدیهی است که به طور اعم هر کار ممکن است در اثر عدم رعایت مسائل ایمنی و بهداشتی و به کارگیری شیوه ای غلط در کار خود، دچار حادثه شده یا باعث بیماری یا نقص عضو خود گردد. بدیهی است چنانچه یک کارگر قالیباف هم به دلیل عدم آگاهی لازم، به جای استفاده از دستگاههای عمودی (ایستاده) روی دستگاه افقی کار نماید و به جای نصب دستگاه در مکان مناسب با روشنایی کافی، در جای نمناک و کم نور دستگاه قالیبافی را مستقر نماید، پس از مدتی کار قسمتی از سلامت خود را از دست می دهد، شکی نیست که دستگاه افقی به سلامت بافنده صدمه می رساند و رطوبت باعث بروز رماتیسم و پادرد شده و نور ضعیف به بینایی لطمه وارد می سازد.

برنامه عوامل ارگونومی

در حال حاضر ناراحتی های اسکلتی عضلانی به صورت یک اپیدمی خاموش بویژه در شاغلینی که کارهای تکراری و نشسته انجام می دهند، رو به افزایش می باشد. غرامت های ناشی از این بیماری شغلی، غیبت های ناشی از آن و هزینه های درمانی علاوه بر مختل کردن زندگی شاغل، نشان از اهمیت این موضوع برای بررسی دارند. همچنین در سند چشم انداز کشور هم به این مقوله تاکید شده است و تلاش بر این است که در چهار چوب سند چشم انداز ۲۰ ساله کشور در بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با اعمال تدابیر مناسب می بایست تا حد زیادی عوارض اختلالات اسکلتی عضلانی را کاهش و یا بهبود بخشید.

در محدوده تحت پوشش صنایع بسیار بزرگ و متعدد با جمعیت شاغلین بسیار زیادی وجود دارند که براساس ارزیابی های انجام شده کارکنان مشاغل متعددی مانند مونتاژ، بسته بندی، خدمات، انبارداری، حمل و نقل و ... دارای مشکلات اسکلتی عضلانی هستند. عموماً مشکلات اسکلتی عضلانی همراه با شکایات زیادی در خصوص بروز احساس درد و خستگی در اندامهای فوقانی و سایر اعضای تحتانی بدن می باشد که این موضوع علاوه بر ایجاد مشکلات جسمانی منجر به استرس و نارضایتی شغلی نیز می شود. از اینرو ضروری است این برنامه که از اهداف چشم انداز کشور است، در واحدهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران اجرا شود تا با کاهش قابل ملاحظه بیماری های ناشی از کار بتوان به سمت سلامت نیروی کار و توسعه پایدار گام برداشت.

اهداف برنامه عوامل ارگونومی:

- ✓ تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت نیروی کار و کاهش آسیب های ناشی از عوامل ارگونومیک در محیط کار (کاهش مواجهات ریسک فاکتورها)
- ✓ شناسایی و ارزیابی ایستگاه کار و وضعیت نامناسب بدن، ابزار کار نامناسب و حمل دستی بار
- ✓ افزایش اقدامات اصلاحی ایستگاه کار و وضعیت نامناسب بدن، ابزار کار نامناسب و حمل دستی بار
- ✓ آموزش گروههای هدف برنامه (کارشناسان بهداشت حرفه ای، کارفرمایان، کارگران)

برنامه عوامل شیمیایی محیط کار

خطرات مواد شیمیایی را می توان در دو سطح خرد و کلان مورد بررسی قرار داد. خطرات خرد شامل مواردی می شود که در آن حوادث مرتبط با مواد شیمیایی سلامتی و اقتصاد تعداد محدودی از افراد را تحت تأثیر قرار داده و یا قادر است منجر به

خسارات اقتصادی کوچک، آلودگیهای زیست محیطی محدود و موارد مشابه گردد. خطرات کلان شامل آن دسته از حوادث شیمیایی است که با توجه به گستره تلفات و خسارات حاصله می توان آنها را در طبقه حوادث فاجعه بار قرار داد. خطرات کلان مواد شیمیایی در دو دسته کلی نشت مواد شیمیایی و تشکیل توده ابر شیمیایی خطرناک و همچنین انفجارات و آتش سوزی های وسیع جای می گیرند.

هدف برنامه عوامل زیان آور شیمیایی، شناسایی، ارزیابی و سنجش عوامل و کاهش و کنترل و یا حذف عامل زیان آور در محیط کار است. در این میان از مهم ترین عوامل شیمیایی که در محیط های کاری ما وجود دارد و از نظر سمیت درجه خطر بالایی دارند عوامل شیمیایی نظیر سیلیس، آیبست، سرب و جیوه است که برای شناسایی و کنترل هریک از این عوامل برنامه ریزی شده است.

برنامه کنترل استرس گرمایی

هدف از اجرای این برنامه تأمین محیط کار سالم از طریق ساماندهی و بهینه سازی فعالیتهای بهداشت حرفه ای در زمینه شناسایی، ارزشیابی و کنترل استرس حرارتی زیان آور در محیط کار به منظور حفاظت از سلامت شاغلین در معرض میباشد. در سال ۱۳۹۸ با توجه به اینکه سامانه جامع بازرسی دچار اختلال شد آمار مراکز دقیق نبوده از اینرو امید است با اجرای این برنامه بر اساس اهداف کمی تعیین شده شاخص های برنامه به میزان ۲ تا ۵ درصد افزایش یابند.

برنامه مقابله با صدا

هدف از اجرای این برنامه تأمین محیط کار سالم از طریق ساماندهی و بهینه سازی فعالیتهای بهداشت حرفه ای در زمینه شناسایی، ارزشیابی و کنترل صدای زیان آور در محیط کار به منظور حفاظت از شنوایی کارگران می باشد. فعالیتهای ذکر شده در ذیل، در برنامه مقابله به سر و صدا مد نظر قرار می گیرد:

- ✓ آموزش گروههای هدف (کارشناسان بهداشت حرفه ای بخش دولتی و خصوصی) (کارگران، کارفرمایان)
- ✓ شناسایی کارگاهها/کارگران در معرض صدای زیان آور
- ✓ غربالگری صدا در کارگاههای کوچک تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی
- ✓ اندازه گیری صدا
- ✓ پیگیری جهت انجام معاینات دوره ای و ادیومتری کارگران در معرض صدا
- ✓ پیگیری جهت کنترل فنی مهندسی-مدیریتی یا تهیه وسایل حفاظت فردی مرغوب صدا در محل کار
- ✓ اندازه گیری میزان صدا
- ✓ ثبت نتایج اندازه گیری

برنامه بهداشت پرتوکاران

پرتو یا تشعشع عبارت است از انرژی که به صورت امواج یا ذرات در خلاء یا در محیط مادی منتشر می شود. به طور ساده پرتوها را می توان انرژی عبوری تعریف کرد. برخی از پرتوها دارای جرم و بعضی فاقد آن می باشند و با توجه به میزان انرژی، دارای قدرت نفوذ در ماده هستند. پرتوها به دو دسته پرتوهای یونیزان (یونساز) و پرتوهای غیر یونیزان (غیر یونساز) طبقه بندی می شوند. معمولاً وقتی همراه با واژه پرتو کلمه دیگری به کار نرود پرتوهای یونیزان مورد نظر می باشد.

تشعشعات نیز جزء عوامل زیان آور محیط کار قرار می گیرد و پایش فردی و محیطی این عامل نیز به طور کامل از سوی قوانین در کشورمان حمایت می شود و در مواد ۸۵، ۹۲، ۹۵ قانون کار و مواد ۸۸ و ۹۰ قانون تأمین اجتماعی به صورت مستقیم و غیر مستقیم این حمایت ها وجود دارند. در کتاب آیین نامه های حفاظت و بهداشت کار یک فصل مجزا برای پرداختن به موضوع آئین نامه ومقررات حفاظت در مقابل خطرات یونساز اختصاص یافته است.

برنامه نظام جامع شرکت های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای

می توان گفت تشخیص عوامل زیان آور محیط کار که نیروی کار در مواجهه با آن است، تعیین صحت عملکرد تیم های کنترلی، تعیین میزان اطمینان سلامت شرایط کار و تعیین مشاغل سخت و زیان آور وابسته به وجود بخش توانمند و علمی برای تشخیص درست و واقعی شرایط محیط کار است. بنابراین ایجاد و راهبری فرایندی که در زمینه ارزیابی عوامل آلاینده در محیط کار فعالیت نماید و از اعتبار و توان علمی بالایی برخوردار باشد، بسیار ضروری و حائز اهمیت است. از این رو برنامه نظام جامع شرکت های خصوصی ارائه دهنده خدمات مهندسی بهداشت حرفه ای براساس دستورعمل ابلاغی به شماره ۳۰۰/۵۶۳۷ مورخ ۲۲/۵/۱۳۹۲ توسط وزارت بهداشت تدوین و ابلاغ شد تا براساس آن شناسایی و تعیین میزان عوامل زیان آور محیط کار از طریق تشکیل کمیته های صدور مجوز دانشگاه های علوم پزشکی و صدور مجوز ارائه خدمات به شرکتهای خصوصی بهداشت حرفه ای متقاضی در سه سطح ۱، ۲ و ۳ توسط بخش خصوصی انجام شود.

اهداف برنامه نظام جامع شرکت های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای

- ✓ توسعه خدمات بهداشت حرفه ای توسط شرکت های خصوصی ارائه دهنده خدمات مهندسی بهداشت حرفه ای
- ✓ افزایش ارائه خدمات بهداشت حرفه ای برای بهبود شرایط محیط کار و کنترل عوامل زیان آور محیط کار
- ✓ پاسخگویی به درخواست متقاضیان مشاغل سخت و زیان آور
- ✓ توسعه خدمات فنی مهندسی بهداشت حرفه ای

برنامه ارتقای سلامت عوامل اجرایی پسماندها

برنامه پسماند به مواد جامد، مایع و گاز گفته می شود که به طور مستقیم یا غیرمستقیم حاصل از فعالیت انسان بوده و از نظر تولید کننده، زاید تلقی می شود و باید توسط مدیریت اجرایی پسماندها که مسئول برنامه ریزی، ساماندهی، مراقبت و عملیات اجرایی مربوط به تولید، جمع آوری ذخیره سازی، جداسازی، حمل و نقل، بازیافت، پردازش و دفع پسماندها می باشد جمع آوری شود.

پسماندها به پنج گروه تقسیم می شوند پسماند عادی - پزشکی - ویژه - کشاورزی و صنعتی هم چنین جهت تحقق اصل پنجاهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و به منظور حفظ محیط زیست کشور از آثار زیانبار پسماندها و مدیریت بهینه آن ها، کلیه وزارتخانه و سازمان ها و موسسات و نهادهای دولتی و نهادهای عمومی غیردولتی و کلیه شرکت ها و موسسات و اشخاص حقیقی و حقوقی، موظفند مقررات و سیاست های مقرر در این قانون را رعایت نمایند.

برنامه سلامت کارکنان

ارتقای سلامت و امید دستیابی تمام مردم به مطلوب ترین سطح از سلامتی و حفظ این سطح، اصلی ترین هدف نظام سلامت جامعه جهانی می باشد. اگرچه پیشرفت به سمت این هدف هرگز به اندازه کافی سریع نیست، باوجود این، پیوسته و امید بخش است و شاید در هیچ کجا به اندازه محل کار، این مساله مستندتر نباشد.

از این رو در اسفند ماه سال ۱۳۹۴، ذیل بند ۸ مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی موضوع سلامت کارکنان اینگونه تصویب گردید: در راستای تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم و با هدف ارتقای سلامت جسمی و روانی از طریق ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزه‌های اخلاقی و معنوی، توسعه مهارت‌های زندگی، فرزندپروری و خدمات مشاوره، موضوع بندهای ۳ و ۱۱ سیاست های کلی سلامت و بند ۴ سیاست‌های کلی جمعیت؛ کلیه دستگاه‌های اجرایی مکلفند نسبت به تدوین و اجرای «برنامه عملیاتی بهبود وضعیت سلامت کارکنان» خود بر اساس «بسته پایه خدمات سلامت کارکنان دولت»، تهیه شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اقدام و هر شش ماه یکبار گزارش عملکرد خود را به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال کنند.

برنامه بهداشت معدن کاران

یکی از بخش های تحت پوشش بهداشت حرفه ای بخش معدن می باشد، خطرات موجود در معادن بسته به نوع معدن که ممکن است معدن روزمینی یا زیر زمینی باشد متفاوت است و در نقاط مختلف بسته به نوع معدن خطرات موجود ممکن است متفاوت باشد. از طرفی با توجه به اینکه معدنکاری از دسته مشاغل سخت و زیان آور می باشد لازم است که در این زمینه تلاش جدی شود تا نسبت به سالم سازی و استاندارد سازی نسبی این محیط‌های کاری اقدامی نموده باشیم.

اهداف برنامه بهداشت حرفه ای در کارگاه های ساختمان سازی:

- ✓ تحت پوشش بازرسی کارگاه‌های ساختمانی
- ✓ آموزش شاغلین کارگاه‌های ساختمانی
- ✓ بهبود و استاندارد سازی شرایط محیط کار
- ✓ نظارت بر عملکرد بهداشت حرفه‌ای و رعایت پروتکل‌های بهداشتی در ارتباط با بیماری کرونا در کارگاه‌های ساختمانی
- ✓ تأمین سلامت شاغلین کارگاه‌های ساختمانی

برنامه بهداشت حرفه ای بیمارستان ها

یکی از محیط‌های کاری که نیاز به اعمال قوانین و مقررات بهداشت حرفه ای و ایمنی دارد محیط های مراکز بهداشتی درمان و بیمارستان‌هاست. بنابراین یکی دیگر از وظایف مهم و اصلی کارشناسان بهداشت حرفه ای شاغل در کلیه بخش های نظارتی دولتی نظارت و بازرسی بر بهداشت محیط کار و شاغلین بیمارستان‌ها به منظور شناسایی مخاطرات تهدید کننده سلامتی شاغلین در هر شغل و محیط کاری و ارائه راه حل‌های اجرایی برای کنترل و کاهش مخاطرات و ارتقای سلامت شاغلین و پیشگیری از بروز بیماریها و عوارض ناتوان کننده در کارکنان است .

از ابتدای سال ۱۳۹۱ که نسل اول برنامه اعتبار بخشی در بیمارستان‌ها شروع شد و تعدادی از بیمارستان‌ها در بخش دولتی و خصوصی موفق به اخذ امتیاز شدند، مرکز سلامت محیط و کار بر اساس ماده ۹۳ قانون کار مبادرت به جذب کارشناس بهداشت حرفه ای در محیط‌های بیمارستانی کرد. تشکیل کمیته‌های حفاظت فنی و بهداشت و اجرای برنامه‌های بهداشت حرفه ای و طب کار از جمله اقدامات مناسب برای تأمین سلامت شاغلین این بخش از محیط‌های کاری است. پرستاران، سرپرستاران، بهیاران و کمک بهیاران، کارگران خدماتی و کارگران بخش لنژی، کارگران موتورخانه و رختشویخانه و... در برنامه بهداشت حرفه ای تحت پوشش قرار گرفته و علاوه بر سنجش آلاینده‌های محیط کار آن‌ها، معاینات سلامت شغلی نیز برای آن‌ها انجام می‌شود. حوادث و

شبه حوادث بررسی و کنترل می شوند. آموزش‌ها ی لازم برای تمامی گروه‌های هدف برگزار می‌شود. نواقص بهداشتی و ایمنی از طریق چک فهرست‌ها مربوطه نیز نظر کارشناس بازرسی و طی یک دوره منظم بازرسی و پیگیری می‌شود. در قوانین جاری کشور ما چه در مواد فصل چهارم قانون کار جمهوری اسلامی ایران و چه در آیین نامه هاودستورعمل-های مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تاکید خاصی بر جنبه های مختلف بازرسی و نظارت در زمینه بهداشت کار و کارگران توسط کارشناسان بهداشت کار و انجام اقدامات قانونی در جهت رفع نواقص و معایب بهداشت حرفه ای کارگاهها شده است. لازمه داشتن محیط های کار سالم و ایمن و برخورداری شاغلین از امکانات بهداشتی و رفاهی استاندارد، داشتن یک نظام بازرسی جامع، پویا و کارآمد در سیستم نظارتی بهداشت حرفه ای است.

برنامه بهداشت حرفه ای در زندان ها

یکی از محیط‌های کاری که نیاز به اعمال قوانین و مقررات بهداشت حرفه ای و ایمنی دارد زندان‌هاست. بنابراین یکی دیگر از وظایف مهم اصلی کارشناسان بهداشت حرفه ای شاغل در کلیه بخش های نظارتی دولتی نظارت و بازرسی بر بهداشت محیط کار و شاغلین زندان‌هاست به منظور شناسایی مخاطرات تهدید کننده سلامتی شاغلین در هر شغل و محیط کاری و ارائه راه حل‌های اجرایی برای کنترل و کاهش مخاطرات و ارتقای سلامت شاغلین و پیشگیری از بروز بیماریها و عوارض ناتوان کننده در کارکنان است.

از ابتدای سال ۹۳ این برنامه با هدف کلی تأمین سلامت شاغلین زندان‌ها و زندانیان شاغل ۱۳۹۳ از طریق مرکز سلامت محیط برای اجرا به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ شد. جلسات استانی تشکیل و با استقبال مسئولین زندانها نیز روبرو بوده ایم. در دانشگاه ایران تنه یک کانون اصلاح و تربیت در منطقه ۵ وجود داشته که هر ساله مورد نظارت و پیگیری قرار می‌گیرد. در این کانون علاوه بر کارکنان، موضوع سلامت افرادی که مورد تربیت و اصلاح قرار دارند نیز مطرح است چون خود آن‌ها در این کانون دارای کارگاههای کاری می باشند و می بایست این کارگاههای از نظر وضعیت ایمنی و بهداشت مورد بررسی و کنترل قرار گیرند.

از اینرو علاوه بر سنجش آلاینده‌های محیط کار آن‌ها، معاینات سلامت شغلی نیز برای آن‌ها انجام شود. حوادث و شبه حوادث بررسی و کنترل می شوند. آموزش‌ها ی لازم برای تمامی گروه‌های هدف برگزار می‌شود. نواقص بهداشتی و ایمنی از طریق چک فهرست‌ها مربوطه نیز نظر کارشناس بازرسی و طی یک دوره منظم بازرسی و پیگیری می‌شود. کمیته‌های استانی با همکاری نمایندگان دانشگاه‌های علوم پزشکی به منظور بررسی موارد و نواقص ایمنی و بهداشتی زندان‌ها و رفع چالش‌های موجود تشکیل می‌شود.

در قوانین جاری کشور ما چه در مواد فصل چهارم قانون کار جمهوری اسلامی ایران و چه در آیین نامه هاودستورعمل‌های مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تاکید خاصی بر جنبه های مختلف بازرسی و نظارت در زمینه بهداشت کار و کارگران توسط کارشناسان بهداشت کار و انجام اقدامات قانونی در جهت رفع نواقص و معایب بهداشت حرفه ای کارگاهها شده است.

برنامه مدیریت حوادث شیمیایی و برچسب گذاری

توسعه صنعتی و پیشرفتهای تکنولوژیکی گرچه استاندارد های زندگی را ارتقاء بخشیده ولی استفاده روزمره از هزاران نوع ترکیب شیمیایی در صنایع، در عین حال که منافع بی شماری برای بشر به همراه داشته، به همان نسبت او را با پتانسیلهای خطرناکی مانند حوادث شیمیایی روبرو ساخته است. بروز حوادث متعدد شیمیایی یکی از مهمترین پیامدهای سوء کاربرد مواد شیمیایی محسوب می‌شود. این دسته از حوادث علاوه بر تحمیل خسارات اقتصادی شدید بر جوامع انسانی، ممکن است امنیت

مردم را نیز در گستره محلی، منطقه ای، ملی و حتی بین‌المللی بشدت تهدید نماید. این برنامه با هدف هشدار به جمعیت ساکن شهرها در خصوص خطرات کارخانه های صنعتی شیمیایی و همچنین کمک به آنها برای توسعه و تحول طرحهای حفظ آلودگی در شرایط اضطراری، در سطح ملی و محلی به مرحله اجرا در می آید. و در زمینه‌های اطلاع رسانی آموزشی و امداد رسانی در شرایط اضطراری به کشورها کمک می کند. از سوی دیگر حوادث شیمیایی زیادی در فرایندهای حمل و نقل و نگهداری مواد شیمیایی و استخراج مواد شیمیایی نظیر سیلیس و... اتفاق می افتد. از این رو تدوین و اجرای دستورعملهای مربوط به چگونگی انبارداری و حمل و نقل این دسته از مواد به روشهای مختلف جاده ای، ریلی و هوایی ضروری می باشد. در حال حاضر بالغ بر ۳۰۰ هزار کارخانه و واحدهای مصرف کننده مواد شیمیایی در کشور در سه بخش عمده زیر فعالیت می نمایند:

- ✓ بخش صنایع؛ کارخانجات و کارگاههای تولیدی و توزیع و مصرف مواد شیمیایی
- ✓ بخش خدمات؛ بیمارستانها، کارگاههای کوچک، آزمایشگاههای تحقیقاتی
- ✓ بخش کشاورزی؛ انبارها و مراکز عرضه و فروش سموم نباتی و آفت کش ها

برنامه خوداظهاری کارفرمایان

موضوع نظارت همواره در مدیریت از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده است و استقرار نظام های کارآمد نظارتی از اهداف اولیه و عمده مدیران در هر بخش به شمار می رود. با توجه به اینکه هدف اصلی بهداشت حرفه‌ای، حفظ و ارتقای سلامت نیروی کار و محیط کار بوده و این امر یکی از محورهای توسعه‌ی پایدار به شمار می رود، از اینرو برای تحقق و دستیابی به این هدف مهم تدوین برنامه هایی جهت ساماندهی و پیشگیری، کنترل و کاهش مواجهه شاغلین با عوامل آسیب زای محیط های کاری کشور در حد قابل قبول (مطابق قوانین و مقررات جاری کشور) ضرورت دارد، چرا که همگام با توسعه و گسترش صنعت فرایندها و عوامل خطر ساز نیز افزایش می یابد و اگر در این خصوص کنترلی صورت نگیرد شاهد گسترش فزاینده و روز افزون بیماریهای ناشی از کار، از کار افتادگی زود رس و ناتوانی نیروی کار در کشور خواهیم بود که هزینه‌های ناشی از آن گریبانگیر دولت و جامعه می شود، طی سالیان اخیر علی‌رغم تشدید نظام بازرسی بهداشت حرفه‌ای در قالب طرحهای مختلف کشوری، در شاخصهای بهداشت حرفه‌ای ارتقاء محسوسی صورت نگرفته که یکی از دلایل مهم این امر عدم همکاری کارفرمایان در بهسازی محیط کار و کنترل عوامل زیان آور می باشد. نقش کارفرما در این خصوص مطابق قانون کار واضح است، در این برنامه در نظر است با ارتقا سطح آگاهی و نگرش کارفرمایان نسبت به بهداشت محیط کارشان حساسیت و ظرفیت پذیرش آنان را پیرامون این مسأله بالا ببریم و با پیش بینی سیاست های تشویقی و ایجاد انگیزه شرایطی را فراهم نماییم تا کارفرمایان در بهبود شرایط محیط کار نقش فعال داشته باشد،

از طرفی با توجه به کمبود نیروی انسانی متخصص در بخش دولتی با اجرای این طرح و با واگذاری قسمتی از فعالیت های صدرالاشاره به بخش خصوصی و جذب دانش آموختگان بهداشت حرفه ای بسترهای لازم جهت استقرار سیستم های خود اظهاری فراهم گشته و امید است گامهای موثری در جهت دستیابی به حفظ و ارتقاء سلامت شاغلین در سطح کشور برداشته شود.

برنامه تشکیلات بهداشت حرفه ای

یکی از وظایف مهم و اصلی کارشناسان بهداشت حرفه ای شاغل در کلیه بخش های نظارتی دولتی و یا کارخانجات و شرکتهای ومؤسسات مختلف، نظارت و بازرسی بر بهداشت محیط کار و کارگران به منظور شناسایی مخاطرات تهدید کننده سلامتی شاغلین در هر شغل و محیط کاری و ارائه راه حل‌های اجرایی برای کنترل و کاهش مخاطرات و ارتقای سلامت کارگران و پیشگیری از بروز بیماریها و عوارض ناتوان کننده در کارکنان است .

در قوانین جاری کشور ما چه در مواد فصل چهارم قانون کار جمهوری اسلامی ایران و چه در آیین نامه هاودستورعملهای مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تاکید خاصی بر جنبه های مختلف بازرسی و نظارت در زمینه بهداشت کار و کارگران توسط کارشناسان بهداشت کار و انجام اقدامات قانونی در جهت رفع نواقص و معایب بهداشت حرفه ای کارگاهها شده است .

لازمه داشتن محیط های کار سالم وایمن و برخورداری شاغلین از امکانات بهداشتی و رفاهی استاندارد، علاوه بر نظارت های بهداشت حرفه ای نیاز به نیروی تخصصی بهداشت حرفه ای شاغل به منظور بررسی، پیگیری و نظارت داخلی بر وضعیت ایمنی وبهداشت شاغلین در واحدهای کاری می باشد.

هدف برنامه تشکیلات بهداشت حرفه ای ارتقای سطح سلامت شاغلین از طریق جذب نیروی تخصصی بهداشت حرفه ای در واحدهای کاری مشمول است. از اینرو بر اساس ماده ۹۳ قانون کار در کارگاههای دارای ۲۵ نفر شاغل به بالا الزام است نسبت به جذب کارشناس و تشکیل کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار اقدام نمایند.

برنامه مشاغل سخت و زیان آور

مشاغل سخت و زیان آور مشاغلی هستند که در آنها عوامل زیان آور فیزیکی، شیمیایی، مکانیکی و بیولوژیکی محیط کار بیش از حد استاندارد بوده و کارگر در اثر اشتغال به کار در آن محیط در معرض تنشی به مراتب بالاتر از ظرفیت های جسمی و روانی قرار میگردد و در نتیجه آن به بیماریهای شغلی ناشی از کار مبتلا می شود.

تعیین سخت و زیان آور بودن مشاغل بر حسب درخواست کارگر یا کارفرما در هر کارگاه با بررسی سوابق، انجام بازدید و بررسی شرایط کار توسط کارشناسان بهداشت حرفه ای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و بازرسان کار وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی و با تایید توسط کمیته های بدوی و تجدید نظر استانی موضوع آیین نامه مشاغل سخت و زیان آور انجام می شود.

مطابق با قانون اصلاح تبصره ماده ۷۶ قانون تأمین اجتماعی و آیین نامه اجرایی آن و آخرین اصلاحیه آن در سال ۱۳۸۶ پس از تعیین و تشخیص مشاغل سخت و زیان آور در کمیته های بدوی و تجدید نظر استانی دو گروه " الف " و " ب " مشخص می گردد . مراحل تشخیص و تعیین گروه " الف " مشاغل سخت و زیان آور توسط معاونت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی به شرح ذیل می باشد:

پس از ثبت درخواست متقاضی مراتب از طریق دبیرخانه کمیته های بدوی و تجدید نظر استانی، کارشناسان بهداشت حرفه ای موضوع ماده ۲ آیین نامه اجرایی با بازدید ، بررسی پرونده کارگاهی و سوابق موجود گزارش وضعیت و شرایط کار متقاضی را از نظر مواجهه با عوامل زیان آور به معاونت بهداشتی دانشگاه ارسال می نمایند. سپس آزمایشگاه بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاه و یا شرکت های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای دارای مجوز نسبت به سنجش عوامل زیان آور محیط کار متقاضی و ارزشیابی مواجهات شغلی وی و مقایسه آنها با مقادیر مجاز مواجهه شغلی اقدام و مستندات آن را به واحد بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاه ارائه می نمایند.

در نهایت کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاه ذیربط در کمیته به استناد مستندات فوق الذکر، شرایط کار متقاضی را تحلیل و سپس با اکثریت آراء کمیته وضعیت تقاضا از نظر سخت و زیان آوری مشخص می نماید.

منابع

-دستورعمل های بهداشت حرفه ای، ابلاغیه وزارت بهداشت ، مرکز سلامت محیط و کار

سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

مرکز آموزش بهورزی و بازارآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان

تهیه کنندگان :

ابوالحسن سلطانی کارشناس مسئول سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مرکز بهداشت سمنان

ساناز طاهریان: کارشناس سلامت روان مرکز بهداشت شهرستان سمنان

شراره بلبلیان: کارشناس مسئول واحد سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شبکه بهداشت و درمان شهرستان دامغان

زیر نظر:

محیاالسادات میر معصومی: رئیس گروه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشتی

دکتر حوا سام خانیانی، فائزه اسدی: کارشناسان گروه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشتی

نقش مراقب سلامت در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

- ✓ برقراری ارتباط با گروه های هدف
- ✓ بیماریابی و تشخیص افراد در معرض خطر اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و آسیب های اجتماعی (در صورت غربالگری مثبت در حوزه سلامت روان، ارجاع مستقیم به پزشک و غربالگری مثبت در حوزه اعتیاد و سلامت اجتماعی، ارجاع مستقیم به روانشناس)
- ✓ مراقبت و پیگیری بیماران
- ✓ ثبت و گزارش دهی اطلاعات آماری
- ✓ ثبت نام گروه های هدف جهت برگزاری کلاس های آموزشی فرزندپروری برای والدین (دارای کودکان ۲ تا ۱۲ ساله یا دارای نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله) و کلاس آموزشی مهارتهای زندگی ویژه کودکان ۶ تا ۱۲ ساله و ویژه بزرگسالان (۱۸ تا ۶۰ ساله)
- ✓ آموزش اصول سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد به گروه های هدف

برقراری ارتباط با گروه های هدف

در ارائه مراقبت های سلامت به ارتباط مؤثر، احترام به مراجع، همدلی، حمایت، گوش کردن، پیگیری، و مشاوره به همان اندازه اهمیت بدهید که به درمان دارویی و اثرات و عوارض آن اهمیت می دهید. در این روند شما متوجه نگرانی ها و مشکلات زندگی خانوادگی، زناشویی، شغلی، تحصیلی، بیمه ای، مالی، بین فردی، و فرهنگی مراجعین می شوید، و

اینهاست که امروز سلامت روان مردم را تهدید می‌کند و لازم است به آنها هم پردازید.

گروه‌های هدف در برنامه‌های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد عبارتند از: مبتلایان به اختلالات روانپزشکی و مصرف مواد، خانواده‌ها و افراد در معرض عوامل خطر مشکلات اجتماعی، خانواده بیماران و در پاره‌ای از موارد عموم جامعه که باید کلیه خدمات لازم به این گروه‌ها ارائه شود در این میان گروه‌های آسیب‌پذیر افرادی هستند که به دلیل مشکلات فردی، خانوادگی و اقتصادی بیشتر از سایر افراد مستعد ابتلاء به اختلال و مشکلات این حوزه می‌باشند و توان مقابله آنها با استرس‌های روزمره زندگی شان کمتر است. همچنین برخی از گروه‌های سنی مانند کودکان و نوجوانان و سالمندان و یا دوره‌هایی از زندگی مانند مادران باردار و شیرده گروه‌های ویژه هدف به شمار می‌آیند.

✓ غربالگری اولیه

۱- غربالگری اولیه سلامت روان

غربالگری اولیه سلامت روان در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند

✓ شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ موارد مراجعه کننده به مراکز

درصد موارد غربال مثبت سلامت روان از جمعیت غربال شده طی یک سال به تفکیک گروه سنی و مادر باردار

✓ شاخص مورد انتظار: ۱۲٪

مهم: غربالگری خودکشی (برای تمام گروه‌های سنی)

۱- آیا هیچ‌گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟

۲- آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟

چنانچه پاسخ مثبت است، این علامت را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را

ارجاع فوری به پزشک دهید.

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

نشانه‌ها و علائم	تشخیص احتمالی	طبقه بندی	اقدامات
غمگینی، بی‌علاقگی	افسردگی	افسردگی شدید (قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران)	ارجاع فوری به پزشک
احساس خستگی و کاهش انرژی			
کاهش توانایی انجام فعالیت‌های روزمره		افسردگی خفیف تا متوسط (عدم وجود قصد جدی برای آسیب به خود یا دیگران)	ارجاع غیر فوری به پزشک
احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه			
کاهش یا افزایش خواب			
افزایش یا کاهش اشتها			

- نکات کلی در برخورد با فردی که از خودکشی صحبت می‌کند:
- صحبت در خصوص خودکشی را جدی بگیرید و همدلی نشان دهید.
- فعالانه گوش دهید و علاقمندی خود را طی مصاحبه نشان دهید.
- از سرزنش و پند و اندرز اجتناب کنید.
- به فرد فرصت دهید تا آزادانه احساسات و عقاید خود را ابراز نماید.
- راجع به افکار خودکشی، اقدام یا برنامه برای اقدام به خودکشی به صراحت بپرسید.
- فرد را تنها نگذارید و به وی بگویید که منابع دریافت کمک (ارجاع به پزشک، روانپزشک و ...) وجود دارد. دسترسی بیمار برای دریافت اینگونه خدمات را تسهیل نمایید.

۲- غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات

درصد پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات در جمعیت دریافت کننده مراقبت‌های دوره‌ای گروه سنی (حداقل یک مراقبت)

شاخص مورد انتظار: ۱۰۰٪ از مراجعه کنندگان متقاضی دریافت بسته خدمت گروه سنی ۱۵ تا ۵۹ ساله که در سال جاری به مرکز مراجعه کرده اند.

غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد در دوران بارداری باید در اولین مراقبت بارداری و پس از آن در سه ماهه‌های بعدی، هنگام زایمان و شیردهی تکرار شود.

نکته: در صورت مراجعه کودک یا نوجوان زیر ۱۵ سال یا اعضای خانواده، مدرسه یا سایر سازمانهای ارائه دهنده خدمات به کودکان و نوجوانان برای دریافت خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات، ضمن توجه به رعایت حریم خصوصی فرد در بخش اختصاص یافته به این مراقبت ابتدا ثبت تقاضا و سپس طرح سوالات انجام گیرد. در پرونده منبع ارجاع و نوع ماده یا مواد مصرفی فرد ثبت می شود.

۳- غربالگری اولیه سلامت اجتماعی (کودک آزاری و همسر آزاری)

❖ کودک آزاری

انواع بدرفتاری با کودک :

کودک آزاری جسمی، کودک آزاری عاطفی، کودک آزاری جنسی، غفلت (غفلت نوعی کوتاهی مداوم در بر آوردن نیازهای جسمی یا روان شناختی کودک است به گونه‌ای که منجر به اختلال جدی در وضعیت سلامت و رشد کودک شود).

• میزان غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده اند

○ شاخص مورد انتظار ۱۰۰٪

توضیحات:

* وجود علائم زیر می تواند نشان دهنده سوء رفتار جسمانی با کودک باشد:

۱. وجود هرگونه خونمردگی و شکستگی در کودک زیر یک سال

۲. وجود کبودی هایی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون

۳. سوختگی هایی شبیه آتش سیگار

❖ همسر آزاری

همسر آزاری به صورت های مختلفی مانند خشونت روانی و کلامی، خشونت اقتصادی، خشونت جنسی و خشونت جسمانی اعمال می شود. همسر آزاری جسمانی به اشکال مختلف از جمله پرتاب اشیاء به سمت همسر، حمله‌ی فیزیکی به اشکال مختلف (سیلی، مشت، لگد، کمر بند و ...) یا جلوگیری از دستیابی همسر به خدمات بهداشتی، در میان خانواده‌ها رایج است

میزان غربالگری اولیه همسر آزاری در گروه هدف برنامه که پرونده فعال الکترونیک تشکیل داده‌اند

✓ مراقبت و پیگیری بیماران

افرادی که تشخیص بیماری روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی برای آنها داده شده است و تحت درمان پزشک یا روانپزشک یا روان‌شناس قرار دارند، تا زمان بهبود کامل باید توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده تحت مراقبت و پیگیری مستمر باشند و خدمات زیر را دریافت نمایند:

- ۱) ارائه آموزش سلامت روان به بیمار، قربانی خشونت و خانواده آنها
 - ۲) نظارت بر مصرف دارو طبق زمان و میزان تعیین شده توسط پزشک
 - ۳) بررسی عوارض دارویی
 - ۴) توجه به نحوه مصرف دارو (دقت در زمینه عدم قطع دارو یا تغییر مقدار مصرف آن بدون نظر پزشک)
 - ۵) توصیه به بیمار برای مراجعه به پزشک در موعد تعیین شده
 - ۶) استمرار درمان و همکاری با کارشناس سلامت روان و پزشک
 - ۷) توجه به وضعیت بیمار و یا قربانی خشونت از نظر بهبود و یا وخامت
 - ۸) توجه به اختلالات توأم
 - ۹) بررسی انجام توصیه‌های درمان‌گر توسط بیمار، قربانی خشونت و فرد مرتکب خشونت در صورت درمان‌های غیردارویی و مشاوره
 - ۱۰) تشویق بیمار به انجام فعالیت‌های روزمره و کمک به حفظ کارکرد وی
 - ۱۱) آموزش به خانواده‌ها در مورد رفتار و برخورد صحیح آن‌ها با بیمار یا فرد قربانی یا اعمال‌کننده خشونت
- دفعات زمانی مناسب برای مراقبت و پیگیری افراد دارای اختلالات روانپزشکی، اختلال مصرف مواد و مشکلات اجتماعی به شرح زیر است:**

- ۱) اختلال سایکوتیک، اختلالات کودکان و نوجوانان، اورژانس‌های روانپزشکی (موارد ارجاع فوری): در ماه اول شناسایی، هفته‌ای یک‌بار و از آن پس ماهی یک‌بار
- ۲) اختلال اضطرابی، اختلال خلقی، اختلال شبه جسمی، صرع، سایر اختلالات روانپزشکی: ماهی یک‌بار
- ۳) عقب ماندگی ذهنی در ماه اول شناسایی یک بار و از آن پس هر ۶ ماه یک بار
- ۴) در پیگیری موارد مصروع اگر صرع مداوم باشد و یا همراه عوارض جسمی و روانی شدید، لازم است پیگیری هفتگی و در غیر این صورت پیگیری ماهیانه صورت پذیرد.
- ۵) افراد دارای اختلال مصرف مواد نیاز به پیگیری منظم دارند. تواتر و فواصل این پیگیری بر حسب سطح درگیری

(متوسط یا بالا) با نظر کارشناس سلامت روان و پزشک تعیین می‌گردد. به طور کلی، پیگیری در ماه اول به صورت هفتگی و سپس هر دو هفته یکبار در ماه‌های دوم و سوم و سپس ماهانه تا پایان سال اول توصیه می‌گردد. همچنین به دلیل اهمیت مصرف مواد در بارداری، پیگیری هفتگی با نظر پزشک و کارشناس سلامت روان توصیه می‌گردد.

۶) افراد دارای مشکلات اجتماعی از قبیل خشونت علیه همسر، نیاز به پیگیری منظم دارند ولی تواتر و فواصل این پیگیری بسته به مورد و با تشخیص کارشناس سلامت روان یا پزشک مربوطه می‌باشد.

۷) موارد مشکوک به کودک آزاری، ۷۲ ساعت پس از ارجاع کودک به پزشک، پیگیری از پزشک مرکز صورت گرفته و سپس پیگیری درمان در هفته‌های ۴-۸-۱۲ و سپس ۳ ماه بعد صورت پذیرد.

افراد غربال مثبت سلامت روان دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناسان مراقب سلامت / بهورزان و یا کارشناسان سلامت روان (به صورت فرصت طلبانه) حداقل یک بار توسط پزشک عمومی ویزیت شوند.

پیگیری موارد اورژانس های روان پزشکی شامل افکار خودکشی و اقدام به خودکشی، خشونت و پرخاشگری به طوری که امکان آسیب به دیگران باشد، مسمویتیهای ناشی از مصرف مواد و دارو، صرع مداوم، توهم و هذیان، اختلال در سطح هوشیاری و عوارض شدید داروهای روان (ارجاع به صورت فوری و پیگیری در ماه اول شناسایی هفته ای یک بار و پس از آن ماهی یک بار) همچنین در خصوص اختلالات شایع کودکان نیز پیگیری در ماه اول شناسایی هفته ای یک بار و پس از آن ماهی یک بار)

مصرف هر نوع مواد در دوره بارراری منجر به مشکلات جدی برای مادر و فرزند می‌شود. به همین دلیل، غربالگری و بررسی از نظر مصرف دخانیات، الکل و مواد در زنان باردار ضرورت دارد. در اولین نوبت مراقبت مادر باردار، غربالگری اولیه انجام می‌شود و پس از آن در مراجعه های بعدی، به فواصل سه ماهه، با هدف بررسی سابقه مصرف مادر باردار در سه ماه گذشته، پرسش دوم غربالگری اولیه پرسیده می‌شود. در صورتی که آنان گزارش کردند در مواردی مواد مصرف کرده اند، به آنان در مورد عوارض مصرف مواد آموزش دهید و آنان را به کارشناس سلامت روان و پزشک ارجاع دهید. به طور مرتب، هفته ای یک بار ویزیت منزل نیز داشته باشید

درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست (متادون و بوپرنورفین) در حال حاضر هزینه اثربخش ترین روش درمان اختلال مصرف مواد افیونی در بارداری به حساب می‌آید و به عنوان درمان استاندارد وابستگی به مواد افیونی در دوران بارداری توصیه می‌شود.

جدید که توسط پزشک به مرکز درمان تخصصی ارجاع شده اند، جهت آگاهی از روند دریافت خدمات درمانی از بیمار لازم است در طول یک سال، پیگیری بیماران ارجاع شده به مراکز تخصصی طبق دستورعمل توسط کارشناس

مراقب در ۵ نوبت در فواصل، ۱ هفته، ۱ ماه، ۳ ماه، ۶ ماه و ۱۲ ماه بعد از ارجاع بیمار جهت اطمینان از دریافت خدمات درمانی انجام و ثبت گردد.

کارشناس مراقب/ بهورز موظف است در صورت عدم مراجعه موارد مثبت غربالگری اولیه به کارشناس سلامت روان، برای فراخوان فرد برای انجام غربالگری تکمیلی، ۳ بار با فواصل ۱ هفته بعد، ۲ هفته بعد و ۱ ماه بعد از اولین مراجعه پیگیری انجام دهد.

لازم است در کلیه موارد فراخوان و پیگیری ها به حفظ حرمت و راز داری بیمار و نیز به زمان تماس و شرایط افراد توجه گردد، در صورت احساس عدم تمایل فرد، تشویق فرد برای دریافت مراقبت تکمیلی و درخواست تعیین زمانی دیگر برای تماس و یا فراخوان مدنظر قرار گیرد. فراخوان مدنظر قرار گیرد.

بیماران بلافاصله پس از تشخیص بهبودی توسط پزشک یا روانشناس، از نظام مراقبت حذف نمی شوند بلکه افراد و بیماران بهبود یافته تا مدتی پس از بهبودی- مدتی که پزشک یا روانشناس تعیین می کنند- باید توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده تحت مراقبت قرار گیرد تا از عدم عود بیماری وی و مشکل اجتماعی و همچنین بهبودی کامل اطمینان حاصل شود.

✓ موارد ارجاع فوری

چنانچه در مورد مراجعین یکی از حالت‌های زیر مشاهده شود، فرد ارجاع فوری به پزشک ارجاع می شود:

- ✓ اختلال در سطح هوشیاری
 - ✓ توهم و هذیان
 - ✓ خشونت و پرخاشگری به طوری که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود
 - ✓ افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی
 - ✓ تشنج
 - ✓ عوارض شدید داروهای روانپزشکی
 - ✓ مسمومیت‌های ناشی از مصرف مواد و دارو (مصرف الکل و مواد مخدر و مصرف دارو بدون تجویز یا بیش میزان تجویز شده توسط پزشک)
- نحوه پیگیری و مراقبت از بیماران روانپزشکی

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی

- ✓ آموزش بیمار و خانواده درباره بیماری با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و پی گیری
- ✓ پی گیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک،
- ✓ پی گیری علائم افسردگی: غمگینی، کاهش انرژی، خستگی، مشکلات خواب و اشتها
- ✓ بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت لزوم ارجاع بیمار به پزشک (عوارض شایع: تهوع، اسهال یا یبوست، 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 در فواصل کوتاه حداکثر هفتگی انجام شود

- ✓ بیمارانی که افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی داشته اند.
- ✓ بیمارانی که 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.
- ✓ 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.

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی

- ✓ بیمار مشکوک به اختلال دوقطبی پس از ارجاع به پزشک و تایید تشخیص، ممکن است جهت بررسی های تکمیلی، شروع درمان یا نیاز به بستری در بخش روانپزشکی، توسط پزشک به سطح تخصصی بالاتر ارجاع داده شود.
- ✓ روانپزشک درمان دارویی را شروع نموده و بیمار را با پسخوراند لازم برای پی گیری مجدداً به نزد پزشک باز می گرداند. نوبت اول پی گیری در هفته اول پس از بازگشت از ارجاع توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده انجام می شود. پیگیری های بعدی کارشناس مراقب سلامت خانواده به صورت ماهانه و فعال انجام می گردد.
- ✓ فرد مبتلا به اختلال دو قطبی در فاز شیدایی (مانیا) باید جهت بررسی و ارزیابی به طور منظم آورده شود و این ارزیابی ها تا زمانی که دوره شیدایی تمام شود باید بیشتر صورت گیرد.
- ✓ به فرد و مراقبین او، اطلاعاتی در مورد بیماری و درمان آن بدهید. این اطلاعات باید شامل نکاتی پیرامون علائم و نشانه های بیماری، اهمیت استفاده منظم از داروها حتی زمانی که علائم از بین رفته اند و مشکلاتی که در مورد قبول نیاز به درمان وجود دارد را شامل شود. چنانچه فرد، مراقبی ندارد، فردی از اطرافیان وی مثلاً دوستان یا اقوام را انتخاب نمایید تا به صورت دوره ای او را تحت نظر و مراقبت داشته باشد.

اختلالات اضطرابی و وسواس

- ✓ 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.
- ✓ در مورد نگرانی بیمار و خانواده وی نسبت به مصرف دارو لازم است که آموزش های لازم به آنها ارائه گردد.
- ✓ آموزش باعث می شود که بیمار کمتر به فکر قطع کردن خودسرانه داروهای خود بیفتد 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 کنند.
- ✓ نوبت اول پیگیری در هفته اول پس از بازگشت از ارجاع توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده انجام می شود. پیگیری های بعدی به صورت ماهانه و فعال انجام می گردد.

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

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

اختلالات سایکوتیک

مواردی که کارشناس مراقب سلامت خانواده باید در پیگیری بیماران انجام دهند:

- آموزش بیمار و خانواده وی درباره بیماری با تاکید بر اهمیت و ضرورت درمان و همچنین رعایت احترام و حقوق انسانی بیمار
- ✓ پیگیری مراجعه به موقع بیمار به خانه بهداشت و به پزشک
- ✓ پیگیری مصرف منظم داروها مطابق با دستور پزشک
- ✓ پیگیری چگونگی کنترل و بهبود تدریجی علایم بیماری
- ✓ بررسی عوارض جانبی داروها و در صورت بروز عوارض، ارجاع بیمار به پزشک

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

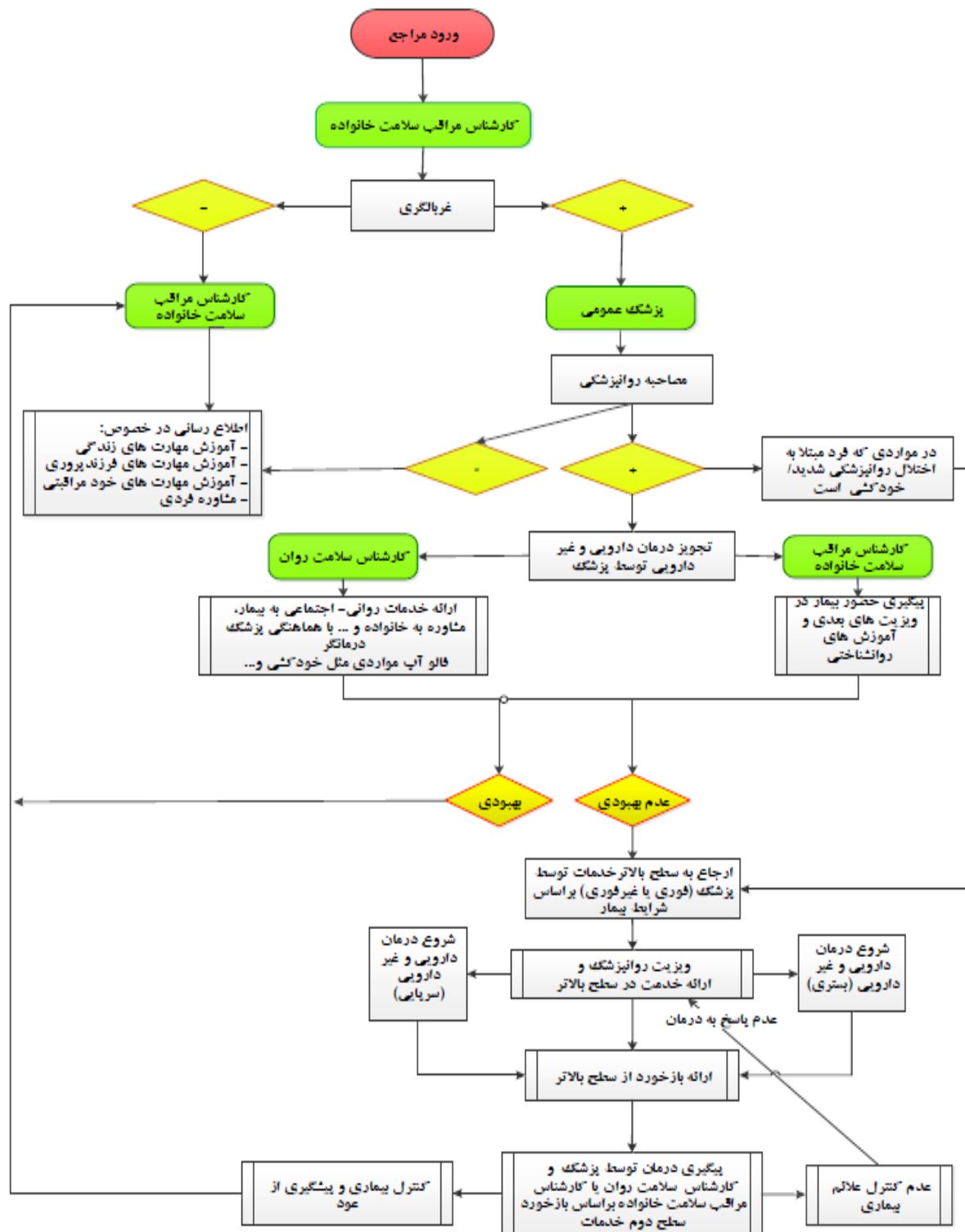
- ✓ بیمارانی که افکار خودکشی، آسیب به دیگران یا اقدام به خودکشی دارند.
- ✓ بیمارانی که با وجود چند جلسه پیگیری و آموزش هنوز هم دستورات دارویی را مطابق تجویز پزشک اجرا نکرده یا پذیرش کافی برای درمان و پی گیری ندارند.
- ✓ شرایط نامناسب خانوادگی و فقدان حمایت لازم از سوی خانواده و نزدیکان که با وجود پیگیری و آموزش کارشناس مراقب سلامت خانواده بهبود نیافته است.

صرع

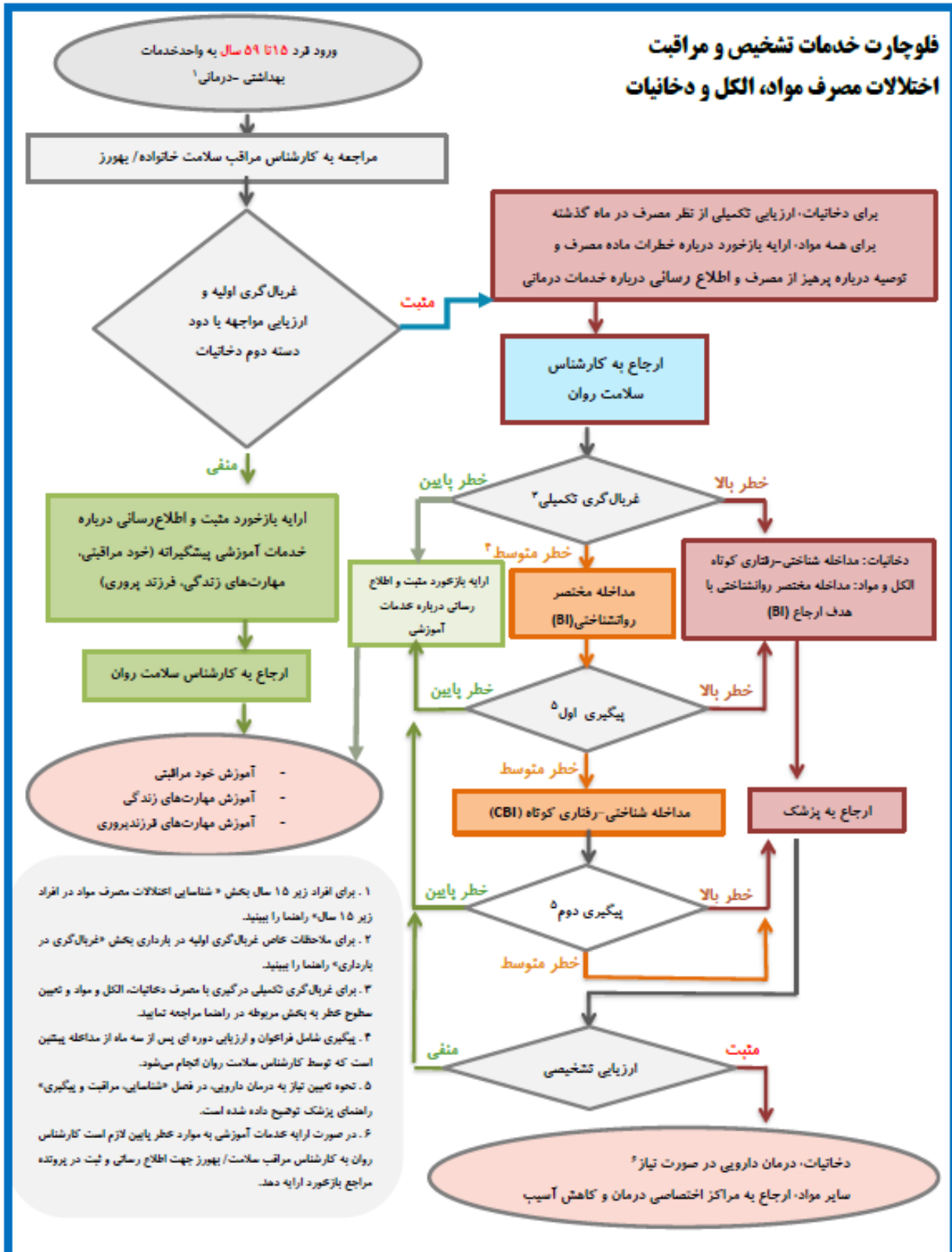
- ✓ اصل اول و اصلی در درمان صرع مصرف مرتب دارو، خودداری از قطع ناگهانی و خودسرانه دارو و تحمل عوارض خفیف داروهاست.
- ✓ صرع درمان دارد و اغلب بیماران صرعی قادر به ادامه زندگی معمولی، ازدواج، بارداری، و کار هستند.
- ✓ در بعضی موارد فرد قبل از شروع حملات احساس می کند و یا درک می کند که قرار است دچار حمله گردد، در این حالت فرد می بایست در محل امنی دراز بکشد تا از خطر افتادن و زمین خوردن حفظ گردد.
- ✓ در پیگیری موارد مصروع اگر صرع مداوم باشد و یا همراه عوارض جسمی و روانی شدید، لازم است پیگیری هفتگی و در غیر این صورت پیگیری ماهیانه صورت پذیرد.
- ✓ بخاطر داشته باشید صرع یک بیماری واگیردار نیست، با کمک به یک صرعی، هیچگاه فرد کمک کننده مبتلا به این بیماری نمی شود.

بهر روزی و بازار آموزشی برنامه های سلامت شهرستان سمنان

فلوجارت ارائه خدمات سلامت روان



فلوجارت خدمات تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات



۱. برای افراد زیر ۱۵ سال بخش «شناسایی اختلالات مصرف مواد در افراد زیر ۱۵ سال» راهنما را ببینید.
۲. برای ملاحظات خاص غربالگری اولیه در بارداری بخش «غربالگری در بارداری» راهنما را ببینید.
۳. برای غربالگری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد و تعیین سطوح خطر به بخش مربوطه در راهنما مراجعه نمایید.
۴. پیگیری شامل فراخوان و ارزیابی دوره ای پس از سه ماه از مداخله پیشین است که توسط کارشناس سلامت روان انجام می‌شود.
۵. نحوه تعیین نیاز به درمان دارویی، در فصل «شناسایی، مراقبت و پیگیری» راهنمای پزشک توضیح داده شده است.
۶. در صورت ارایه خدمات آموزشی به موارد خطر پایین لازم است کارشناس روان به کارشناس مراقب سلامت/ بهورز جهت اطلاع رسانی و ثبت در پرونده مراجع بازخورد ارایه دهد.

منابع

- بسته نحوه ارایه مداخلات فردی و گروهی
- راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد اد در مراقبت های بهداشتی اولیه: کتاب کارشاس مراقب سلامت / بهورز ۱۳۹۹
- بسته آموزشی کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد نویسنده دکتر احمد حاجبی و همکاران ۱۳۹۴
- شاخصهای ۱۴۰۲ سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- فلوجارتهای تدوین شده توسط وزارتخانه

مرکز آموزش بهورزی و بازارآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان

تغذیه و امنیت غذایی

مرکز آموزش بهداشت و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان

تهیه کنندگان:

-اعظم علیشاه: کارشناس بهبود تغذیه مرکز بهداشت شهرستان سمنان

-مهندس مصطفی حسینی: رئیس گروه بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشتی

مقدمه

طرح تحول نظام سلامت با هدف بهبود خدمات رسانی به آحاد جامعه در حوزه بهداشت و درمان آغاز گشت. در این طرح مقرر گردید ماماها، بهورزان و مراقبین سلامت با ارزیابی الگوی غذایی و تعیین نمایه توده بدنی مراجعه کنندگان خدمات پیشگیرانه تغذیه ای لازم را به جمعیت تحت پوشش ارائه دهند. با توجه به روند رو به افزایش شیوع بیماریهای غیر واگیر در کشور، تمرکز اصلی خدمات پیشگیرانه تغذیه در خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت آموزش تغذیه سالم بر اساس رهنمودهای غذایی ایران، کاهش عوامل خطر تغذیه ای از جمله کاهش مصرف قند، نمک و چربی، افزایش مصرف سبزی و میوه و حبوبات، توصیه های تغذیه ای کاربردی برای پیشگیری از کمبود ریز مغذی ها، پیشگیری و کنترل کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی، اضافه وزن و چاقی، دیابت نوع ۲، اختلالات چربی خون، بیماریهای قلبی-عروقی و پرفشاری خون می باشد.

❖ بهبود تغذیه کودکان

۱. برنامه حمایتی بهبود تغذیه کودک زیر ۵ سال

این برنامه با همکاری وزارت تعاون و اداره برنامه و بودجه اجرا می شود برای کودکان (۶ ماه تا ۵۹ ماهه) مبتلا به سوءتغذیه (لاغری-کوتاه قدی و کم وزنی) که توسط بهورز / مراقب سلامت براساس دستورعمل موجود شناسایی شده و برای دریافت کالا برگ خرید مواد غذایی معرفی می شوند. پایش و نظارت بر اجرای برنامه به عهده کارکنان بهداشتی است.

۲. برنامه پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در کودکان

این برنامه با هدف توقف روندافزایشی اضافه وزن و چاقی در کودکان به اجرا گذاشته شد. به طوری که کودکان دارای اضافه وزن یا چاق از طریق مراقبین بهداشتی شناسایی و به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شوند و کارشناسان تغذیه بر اساس راهنما ابتدا شاخص های تن سنجی، الگوی تغذیه و فعالیت بدنی کودک را ارزیابی و سپس ضمن مشاوره تغذیه و اصلاح الگوی تغذیه کودک، پیگیری های لازم را انجام می دهند.

۳. برنامه روستا مهد کودکان شهری و روستایی

این برنامه با همکاری آموزش و پرورش و با هدف کلی بهبود وضع تغذیه کودکان ۶-۳ ساله خانواده های نیازمند در مناطق محروم روستایی و حاشیه شهرها اجرا می شود. این برنامه باهدف افزایش آگاهی خانواده ها، مدیران و مربیان روستا مهد در زمینه تغذیه و رشد کودک و اصلاح عادات و ایجاد رفتار تغذیه ای صحیح در کودکان ایجاد شده است.

❖ بهبود تغذیه نوجوانان

۱. برنامه ارتقای سلامت دانش آموزان از طریق مکمل یاری آهن

در این برنامه مکمل آهن حاوی ۶۰ میلی گرم آهن المنتال یکبار در هفته و به مدت ۱۶ هفته در طول سال تحصیلی در دبیرستانهای دخترانه توسط معلمان یا کارکنان دبیرستان انجام می شود.

۲. برنامه پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۸ سال

با توجه به روند افزایشی اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان که از عوامل خطر مهم بیماریهای غیر واگیر می باشد، راهنمای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی تدوین و در سطح کشور به اجرا گذاشته شد. این برنامه مبتنی بر طراحی و اجرای مداخلات فرد محور از طریق پایگاه سلامت / خانه بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت و مداخلات جامعه محور با همکاری آموزش و پرورش، صدا و سیما استان، شهرداری، وزارت ورزش و سایر بخش های ذیربط اجرا می شود.

❖ ارتقای تغذیه مادران باردار و شیرده

۱. برنامه مراقبت تغذیه ای مادران باردار

در برخی از دوران های زندگی تغذیه صحیح از اهمیت بیشتری برخوردار است. یکی از حساس ترین و مهم ترین دوران های زندگی یک زن، دوران بارداری است؛ زیرا غذای مصرفی باید همزمان، نیاز مادر و جنین را تأمین کند. فردی که در دوران جنینی به قدر کافی از مواد مغذی بهره برده، سالم تر از فردی است که در این دوران شرایط تغذیه ای مناسبی نداشته است. هم چنین، مادری که نیازهای غذایی اش به طور متعادل تأمین شده است، آمادگی بیشتری برای زایمان و شیردهی و توان بیشتری برای مراقبت از نوزادش دارد. مواد مغذی که جنین از مادر دریافت می کند، صرف رشد و تکامل او می شود. برای اطمینان از کفایت دریافت مواد مغذی در این دوران، معیارهای متفاوتی وجود دارد.

اما عملی ترین، ساده ترین و ارزان ترین معیار سنجش، تعیین میزان افزایش وزن مادر باردار است. افزایش وزن در این دوران باید از الگوی خاصی تبعیت کند. این الگو بر اساس وضعیت نمایه توده بدنی قبل از بارداری مادر تعیین می شود. به طور متوسط در سه ماهه اول کمترین مقدار و در سه ماهه دوم و سه ماهه سوم بیشترین مقدار افزایش وزن وجود دارد. وزن گیری مناسب مادر در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری تضمین کننده سلامت مادر و جنین در دوران بارداری و سال های بعدی زندگی می باشد. وزن گیری مناسب در طول بارداری بر اساس یک برنامه غذایی متعادل و متنوع با استفاده از غذاهای متداول که حاوی همه گروه های غذایی به تناسب نیاز در زمان های مختلف بارداری است، صورت می گیرد.

۲. برنامه حمایت تغذیه ای به منظور کاهش سوء تغذیه در مادران باردار و شیرده

این برنامه با همکاری کمیته امداد امام خمینی (ره) اجرا می شود. برای مادران باردار و شیرده (ابتدای بارداری و تا پایان شیر دهی) مبتلا به سوء تغذیه که بدلیل فقر دچار سوء تغذیه شده اند توسط بهروز / مراقب سلامت براساس دستورعمل موجود شناسایی شده و برای دریافت کارت خرید مواد غذایی رایگان به کمیته امداد معرفی می شوند. پایش و نظارت بر اجرای برنامه به عهده کارکنان بهداشتی است.

❖ پیشگیری و کنترل کمبود ریزمغذی ها

۱. برنامه پیشگیری و کنترل کمبود ید IDD

در برنامه های IDD یکی از اقدامات مهمی که باید انجام شود، تأمین و تدارک کیت ید سنج به منظور کنترل میزان ید در نمک های مصرفی است. بهورزان نمک های مصرفی در سطح خانوار و مدارس روستایی را توسط کیت یدسنج مورد ارزیابی قرار می دهند و نتایج آن در فایل پرونده خانوار و زیج حیاتی ثبت می شود. در مورد خانوارهایی که نمک مصرفی آنها از نوع غیر ید دار است، لازم است آموزش های لازم توسط کارکنان بهداشتی ارائه شود. کنترل نمک های خوراکی در سطح تولید، عرضه و در سطح مصرف خانوار، مراکز تغذیه جمعی و رستوران ها با استفاده از کیت ید سنج یکی دیگر از فعالیت های مهم در پایش برنامه است.

۲. برنامه کشوری مکمل یاری با ویتامین D3

برای دختران و پسران دوره دبیرستان، ماهانه یک عدد مکمل 50 هزار واحدی ویتامین D به مدت ۹ ماه در هر سال تحصیلی اجرا می شود. همچنین طبق دستور عمل کشوری مادران باردار روزانه یک عدد مکمل 1000 واحدی ویتامین D باید مصرف کنند. ارائه مکمل 50 هزار واحدی برای گروه های سنی دیگر شامل جوانان و میانسالان و سالمندان نیز در شبکه بهداشتی درمانی کشور برای مصرف ماهانه انجام می شود.

❖ ارتقاء سلامت تغذیه جامعه با افزایش آگاهی های تغذیه ای با هدف کاهش بیماریهای غیر واگیر

امروزه بیماریهای غیر واگیر مهمترین عامل مرگ و میر یا ایجاد درجات مختلف ناتوانی یا کم توانی در گروه های مختلف سنی جامعه می باشد. به طوریکه بیماریهای قلبی عروقی و پرفشاری خون جزء مهمترین علل مرگ و میر یا ناتوانی در جامعه می باشد. از طرفی هزینه درمان این بیماریها بار مالی را به خانواده و اقتصاد جامعه وارد می کند با توجه به نقش تعیین کننده تغذیه در پیشگیری و کاهش عوارض ناشی از این بیماریها هرگونه برنامه ریزی در این بخش برای جامعه مفید و موثر است. افزایش آگاهی های تغذیه ای جامعه از طریق صدا و سیما و سایر رسانه های گروهی، پرسنل بهداشتی درمانی، رابطین بهداشت، معلمان، سازمانهای غیر دولتی و گروههای مردمی می تواند به نحو موثری در کاهش انواع سوء تغذیه و ارتقای سطح سلامت جامعه اثرگذار است.

❖ بهبود تغذیه در پایگاههای تغذیه سالم مدارس

به منظور ارتقای سلامت تغذیه ای و ترویج فرهنگ تغذیه سالم در دانش آموزان این دستور عمل باید در کلیه مدارس دولتی و غیردولتی در کلیه مقاطع و دوره های تحصیلی اجرا گردد. پایگاه تغذیه سالم به مکانی اطلاق می شود که تهیه و یا عرضه و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی آماده مصرف به صورت سرد و گرم و همچنین در پایگاه، ارائه خدمات فوق برنامه از جمله آموزش های سلامت محور، مشاوره تغذیه ای، تأمین اقلام بهداشتی ضروری و مرتبط در آن انجام می گیرد.

*** لازم به توضیح است برای شروع کار در مراکز خدمات جامع سلامت ضروری است کلیه دستور عمل های زیر

به طور کامل مطالعه گردد.

دستورعمل های کشوری دفتر بهبود تغذیه جامعه:

دستورعمل آهن یاری مادران باردار و شیرده، کودکان زیر 2 سال و دختران نوجوان
دستورعمل اجرایی پایش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید IDD
دستورعمل تغذیه تکمیلی کودکان
دستورعمل حمایت تغذیه ای از زنان باردار مبتلا به سوءتغذیه در خانواده های نیازمند
دستورعمل حمایت تغذیه ای کودکان زیر 5 سال مبتلا به سوءتغذیه در خانواده های نیازمند
مجموعه دستور عمل های اجرایی و بسته آموزشی مدیریت تغذیه در بحران
دستورعمل بهداشتی پایگاه تغذیه سالم
دستورعمل وزن گیری دوران بارداری
دستورعمل مکمل یاری ویتامین D برای مادران باردار و گروه های سنی مختلف
دستورعمل مکمل یاری ید مادران باردار
راهنمای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در کودکان زیر 5 سال
راهنمای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در کودک و نوجوان 5-18 سال
رهنمودهای غذایی ایران

منابع

- دستورعمل آهن یاری مادران باردار و شیرده، کودکان زیر 2 سال و دختران نوجوان
- دستورعمل اجرایی پایش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید IDD
- دستورعمل تغذیه تکمیلی کودکان
- دستورعمل حمایت تغذیه ای از زنان باردار مبتلا به سوءتغذیه در خانواده های نیازمند
- دستورعمل حمایت تغذیه ای کودکان زیر 5 سال مبتلا به سوءتغذیه در خانواده های نیازمند
- مجموعه دستور عمل های اجرایی و بسته آموزشی مدیریت تغذیه در بحران
- دستورعمل بهداشتی پایگاه تغذیه سالم
- دستورعمل وزن گیری دوران بارداری
- دستورعمل مکمل یاری ویتامین D برای مادران باردار و گروه های سنی مختلف
- دستورعمل مکمل یاری ید مادران باردار
- راهنمای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در کودکان زیر 5 سال
- راهنمای پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در کودک و نوجوان 5-18 سال
- رهنمودهای غذایی ایران

بهداشت دهان و دندان

مرکز آموزش بهرزی و یادآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان

تهیه کنندگان:

- راضیه احسانی، مدیر مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان سمنان
- زهرا قنبری، کارشناس پرستاری بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان سمنان
- پریسا سعیدی، کارشناس بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان سمنان

ادغام بهداشت دهان و دندان در PHC

ادغام بهداشت دهان و دندان در PHC با هدف ارتقاء سلامت دهان و دندان جامعه صورت پذیرفت. استفاده از شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی در جهت ارائه مراقبت های بهداشت دهان و دندان نه تنها موجب گسترش این مراقبت ها در جامعه می شود، بلکه با پیشگیری از شیوع بیماریهای دهان و دندان، در کاهش هزینه های درمانی نیز مؤثر می باشد. قابل ذکر است که سلامت دهان و دندان از شاخه های مهم بهداشت عمومی است که در سلامت کلی افراد تأثیر بسزایی دارد.

سطوح ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان:

الف) سطح یک خدمات:

- بهورزان در خانه های بهداشت
- مراقبین سلامت

ب) سطح دو خدمات:

- بهداشتکاران دهان و دندان
- دندانپزشکان

بنابراین خدمات سلامت دهان و دندان در سطح یک و دو ارائه می شود.

با توجه به این که اگر اقدامات پیشگیری و همچنین گسترش خدمات بهداشت دهان و دندان و آموزش در سطح کشور صورت نگیرد، دولت و جامعه ناگزیر از قبول هزینه های بسیار گزاف تأمین مواد، تجهیزات، نیروی انسانی و درمان های گران قیمت دندانپزشکی خواهند بود. بنابراین آشنایی با استراتژی های بهداشت دهان و دندان در امر پیشگیری اهمیت به سزایی خواهد داشت.

برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش آموزان دوره ابتدایی

این برنامه دارای سه بخش آموزش، پیشگیری و درمان می باشد.

بخش: آموزش

هدف اصلی این بخش تغییر الگوهای رفتاری کودکان و ایجاد انگیزه جهت رعایت اصول بهداشت دهان و دندان است. در این راستا بهروزان و مراقبین سلامت به آموزش دانش آموزان و والدین آنان می پردازند. همچنین جهت سهولت کار وسایل کمک آموزشی تهیه و توزیع گردیده است.

بخش: پیشگیری

مؤثرترین روش جهت کاهش پوسیدگی استفاده از فلوراید به صورت سیستمیک و موضعی می باشد. یکی از این روشهای کاربردی جهت کاهش پوسیدگی انجام وارنیش فلوراید برای دانش آموزان مقطع ابتدایی می باشد که بهروزان به عنوان مجری این برنامه در مدارس روستایی می باشند.

بخش: درمان

در راستای این برنامه مراکز خدمات جامع سلامت دارای واحد دندانپزشکی، جهت ارائه خدمات برساژ، جرم گیری، فیشورسیلنت، ترمیم و کشیدن دندانهای عفونی غیر قابل نگهداری تجهیز شده و با تعرفه گروه هدف به دانش آموزان تحت پوشش خدمات ارائه می نمایند.



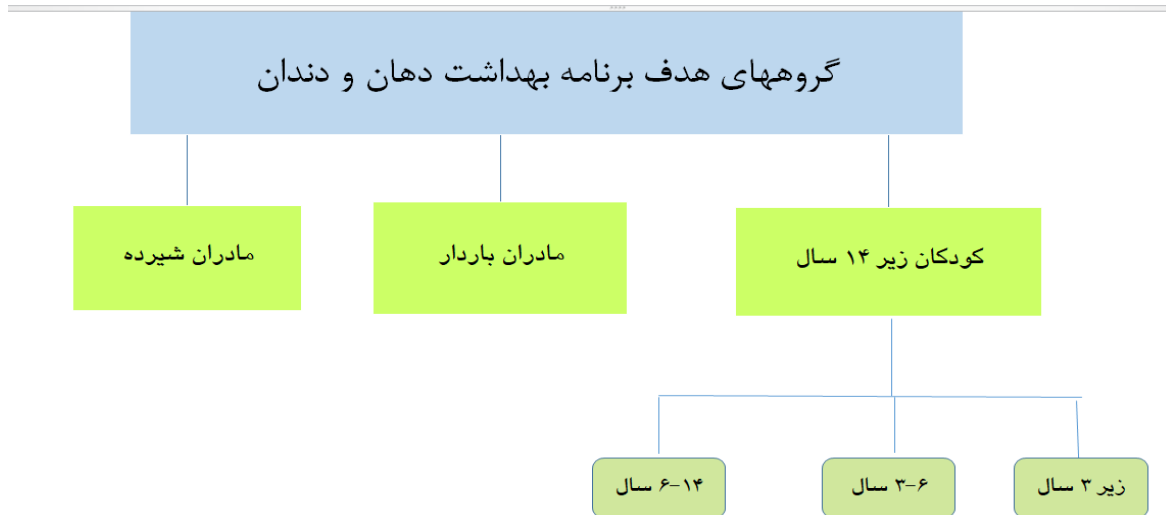
وظایف بهروزان، مراقبین سلامت و ارائه دهندگان خدمت در ارتباط با بهداشت دهان و دندان

۱. آموزش بهداشت دهان و دندان، معاینه و ثبت درسامانه سیب وضعیت دهان و دندان زنان باردار و ارجاع به دندانپزشک در صورت لزوم
۲. معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان زنان شیرده و ارجاع به دندانپزشک در صورت لزوم
۳. معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان کودکان زیر سه سال، توزیع مسواک انگشتی و ارجاع به دندانپزشک در صورت لزوم
۴. معاینه سالانه و ثبت وضعیت دهان و دندان کودکان ۳-۶ سال، انجام وارنیش فلوراید و ارجاع به دندانپزشک در صورت لزوم
۵. معاینه سالانه و ثبت وضعیت دهان و دندان کودکان ۶ تا ۱۴ سال درسامانه سیب، انجام وارنیش فلوراید و ارجاع به دندانپزشک در صورت لزوم
۶. پیگیری گروه هدف که به موقع جهت معاینه مراجعه نمی کنند.
۷. نمونه گیری از آب منطقه و ارسال آن برای اندازه گیری میزان فلوراید و ثبت نتایج

۸. هماهنگی بین بخشی و جلب مشارکت مردم در امر بهداشت دهان و دندان

به دلیل اینکه امکان دسترسی به همه مردم جامعه وجود ندارد و از طرف دیگر برخی از افراد جامعه در برابر بیمارهای دهان و دندان بیشتر در معرض خطر هستند، گروه های خاصی از جامعه به عنوان گروه هدف با اولویت در مراقبت های بهداشت دهان و دندان انتخاب شده اند.

این گروهها شامل: مادران باردار و شیرده، کودکان صفر تا ۱۴ سال می باشد



مراقبت های دهان و دندان در کودکان زیر سه سال

- اولین مراقبت دهان نوزاد در طی اولین مراقبت (تا روز دهم) انجام می گیرد. در این مراقبت دهان نوزاد به دقت معاینه شده و اگر ناهنجاری در دهان او باشد (شکاف لب، شکاف کام یا دندان نوزادی) باید او را به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع داد.
- همچنین نحوه تمیز کردن لثه کودک تا پیش از دندان درآوردن، تغذیه با شیر مادر و اثرات مثبت آن بر روی فک و دندان ها، عدم استفاده از آب قند و مایعات شیرین، را باید به مادر آموزش داد.
- معاینه دهان و دندان، آموزش بهداشت دهان و دندان و توزیع مسواک انگشتی از خدمات سطح اول برای کودکان زیر سه سال می باشد.

دندان های نوزادی

- برخی از کودکان ممکن است هنگام تولد یک یا دو دندان داشته باشند یا تا یک ماهگی دندان در بیاورند که به این دندانها، دندانهای نوزادی می گویند.
- این دندانها ممکن است هنگام شیر خوردن، پستان مادر یا زبان نوزاد را زخمی کنند یا در صورت لقی باعث خونریزی و زخمی شدن لثه نوزاد گردند. همچنین ممکن است این دندانها کنده شده و به داخل حلق کودک بیافتند و خطر جدی ایجاد نمایند.

شکاف کام و لب

به علت وجود شکاف در کام و وجود ارتباط غیر طبیعی بین دهان و بینی، عمل مکیدن توسط کودک به خوبی میسر نمی‌باشد. بنابراین قسمتی از شیر مکیده شده از راه بینی به بیرون رانده می‌شود.

ویژگی شیشه و سرشیشه مخصوص شیرخواران دارای شکاف کام و لب:

- ✓ سرشیشه یا پستانک باید حتی الامکان طویل باشد.
- ✓ پستانک نرم و بقدر کافی ضخیم باشد.
- ✓ سوراخ نوک پستانک باید قدری پایین تر از معمول به طرف زبان باشد.
- ✓ شیشه محتوی شیر از جنس پلاستیک نرم و مدرج باشد

وضعیت نگهداری شیرخوار دارای شکاف کام و لب در حین شیر خوردن:

کودک با یک زاویه ۳۰ الی ۴۵ درجه و ترجیحاً در آغوش چپ مادر نگهداری شود و شیر باید از طریق پستانک مستقیماً به قسمت عقب دهان رانده شود.

رویش دندان کودک:

بهترین راه برای کمک به رویش دندان ها:

- تمیز نگه داشتن لثه توسط مسواک انگشتی یا پارچه تمیز و مرطوب
- دادن دندانک نرم و تمیز سرد
- ماساژ لثه با استفاده از مسواک انگشتی سرد با حرکات ملایم چرخشی

مسواک انگشتی:

➤ جهت کمک به رعایت بهداشت دهان و دندان و ماساژ لثه در هنگام رویش دندان های کودک در سنین ۶، ۱۲ و ۱۸ ماهگی به والدین تحویل داده می‌شود.



➤ مسواک انگشتی برای مدت ۳-۴ ماه قابل استفاده می‌باشد.

➤ مزایای مسواک انگشتی:

- پس از استفاده با مایع ظرفشویی قابل شستشو است.
- در آب جوش، استریل شده و قابل فریز کردن نیز می‌باشد.
- از حجم کمی برخوردار بوده و براحتی قابل حمل می‌باشد.

نحوه تمیز کردن لثه و دندان های شیرخوار

- بهتر است کودک را در حالی که سرش به سمت بدن شما و پاهایش از شما دور است، در آغوش خود بخوابانید.
- انگشت سبابه خود را به گونه شیرخوار به آهستگی فشار داده تا فک پایین باز شود.
- با استفاده از مسواک انگشتی به آرامی و با حرکات ملایم لثه را تمیز نمایید.

- فشار را به اندازه کافی وارد کنید تا پلاک میکروبی برداشته شود.
- اینکار را دوبار در روز بعد از اولین و آخرین وعده غذایی به مدت دو دقیقه انجام دهید.

سندرم شیشه شیر

سندرم شیشه شیر که با پوسیدگی وسیع دندان های جلویی فک بالا و اولین آسیاهای شیری نمایان می گردد. علت اصلی این نوع پوسیدگی ها تغذیه شیرخوار با شیشه شیر ، شیشه محتوی آب قند یا شیر مادر هنگام خواب می باشد. کاهش جریان بزاق هنگام خواب و قرار گرفتن طولانی مدت شیر بین دندان ها و لب بالا باعث ایجاد محیط مناسب برای رشد میکروب و پوسیدگی دندان می شوند.

پیشگیری از سندرم شیشه شیر

- ✓ هنگام خواب سینه خود یا پستانک شیشه شیر را به مدت طولانی و به دفعات مکرر در دهان شیرخوار قرار ندهد.
- ✓ شیر مادر برای سلامت دندان های کودک بهتر است و خطر ایجاد پوسیدگی در اثر مواد قندی موجود در شیر مادر خیلی کمتر می باشد.
- ✓ هنگام شیر دادن تا حد امکان کودک را به صورت عمودی بنشانند.
- ✓ پس از سن ۶ ماهگی، بعد از هر نوبت شیر دادن، بخصوص در طول شب مقدار کمی آب به کودک دهد تا دهانش تمیز شود.
- ✓ اگر بنا به نظر پزشک، کودک از شیشه شیر استفاده می کند، سوراخ سر شیشه باید تا حد امکان تنگ باشد تا عضلات و ماهیچه های کودک هنگام مکیدن شیر تقویت گردد.
- ✓ هر چه زودتر مهارت نوشیدن با استکان یا فنجان را به کودک آموزش دهد.
- ✓ از شیشه شیر یا پستانک به عنوان وسیله آرام کردن یا گول زدن کودک استفاده نشود.
- ✓ حداقل دو بار در روز دندان های شیرخوار را با مسواک انگشتی و یا گاز تمیز نماید.
- ✓ از دادن آب قند و چای شیرین و پستانک خودداری نماید.
- ✓

تأثیر قطره آهن بر روی دندان

در صورت استفاده نادرست باعث تغییر رنگ دندان های جلویی می شود

راه های پیشگیری :

- ۱) دندان ها قبل و بعد از دادن قطره آهن مسواک شود.
- ۲) قطره آهن در قسمت عقب دهان کودک چکانده شود.
- ۳) پس از دادن قطره آهن به کودک آب بدهد

مسواک زدن برای کودکان ۱ تا ۲ سال

بهترین روش مسواک زدن برای کودکان این گروه سنی، روش افقی است.

مراقبت های دهان دندان در کودکان ۳ تا ۶ سال

۱. ارزیابی وضعیت سلامت دهان و دندان در سنین: ۴۸،۳۶ و ۶۰ ماهگی
۲. ارجاع به دندانپزشک در سنین ۳۶ ماهگی و ۶۰ ماهگی جهت انجام معاینات دوره ای
۳. انجام ورنیش فلوراید در سنین ۳۶، ۴۲، ۴۸، ۵۴ و ۶۰ ماهگی
۴. آموزش توصیه های بهداشت دهان دندان به والدین

مسواک کردن دندان کودکان ۳-۶ سال

- ✓ در این حالت یکی از والدین پشت سر کودک در حالی قرار می گیرد که هر دو به یک جهت نگاه می کنند، کودک در این حالت سر خود را به سمت عقب می برد و به بازوی چپ پدر یا مادر تکیه می کند. در این زمان گونه کودک با همان دست کنار زده شده و از دست دیگر برای مسواک زدن دندان ها استفاده می شود.
- ✓ برای این کار باید مسواک به طور افقی روی سطوح دندان به حرکت درآید.
- ✓ در این دوره سنی به شرط قورت ندادن خمیر دندان، می توان از خمیر دندان حاوی فلوراید استفاده نمود.

مراقبت های دهان دندان در کودکان ۶ تا ۱۴ سال

در این دوره سنی دندان های شیری کودکان به تدریج می افتند و دندان های دائمی رویش می یابند. اگر دندان های دائمی صدمه ببینند و از بین بروند، جانشینی نخواهند داشت. بنابراین نگهداری از دندان های دائمی مخصوصاً از همین دوره سنی بسیار با اهمیت است.

خدمات بهداشت دهان و دندان در این گروه شامل:

- ✓ ارزیابی وضعیت سلامت دهان دندان هر سال یکبار
- ✓ آموزش بهداشت دهان و دندان جهت والدین و نوجوانان
- ✓ انجام ورنیش فلوراید هر ۶ ماه یکبار
- ✓ فیشور سیلنت دندان (توسط دندانپزشک)

مراقبت دهان و دندان در زنان باردار و شیرده

- مادران باردار در این دوران به دلیل تغییرات هورمونی و وجود جنین، به مراقبتهای خاصی نیاز دارند. مادران بارداری که دارای پوسیدگیهای شدید می باشند، میتوانند پس از تولد کودک، میکروبهای پوسیدگی را به دهان نوزادان خود منتقل نمایند.
- تقریباً پس از زایمان هنوز شرایط دهان مادر شبیه دوران بارداری است یعنی لثه مستعد بیماری می باشد و چون بسیاری از پوسیدگی های دندان در دوران بارداری معالجه نمی شوند، امکان پیشرفت پوسیدگی دندانهای مادر در این دوران بیشتر خواهد بود. به همین دلیل لازم است دهان و دندان مادر پس از زایمان به دقت معاینه شود.

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	ارزیابی از نظر دهان و دندان در:
ارجاع به بهداشتکار دهان و دندان یا دندانپزشک در اولین فرصت	<ul style="list-style-type: none"> ▪ عفونت دندان ▪ آبسه ▪ درد شدید دندان 	<ul style="list-style-type: none"> • مراقبت هفته ۶ تا ۱۰ بارداری • مراقبت هفته ۱۶-۲۰ بارداری • مراقبت ۴۲ تا ۶۰ روز پس از زایمان
ارجاع غیر فوری به بهداشتکار دهان و دندان یا دندانپزشک	<ul style="list-style-type: none"> ▪ التهاب لثه ▪ جرم دندان ▪ پوسیدگی دندان 	

زمان انجام درمان های دندانپزشکی در بارداری

بهترین زمان جهت انجام درمان های دندانپزشکی سه ماهه دوم بارداری می باشد.

- ✓ سه ماهه اول : به دلیل حالت تهوع و استفراغ در مادر باردار ، تشکیل بافت های بدن جنین و حساس بودن به تحریکات بهتر است درمان های دندانپزشکی انجام نگیرد.
- ✓ سه ماهه سوم: به دلیل افزایش وزن جنین، خانم باردار نمی تواند به مدت طولانی در حالت خوابیده به پشت روی صندلی دندانپزشکی قرار گیرد

خلاصه مطالب و نتیجه گیری:

- ✓ خدمات سطح اول برای کودکان زیر ۳ سال شامل: آموزش بهداشت دهان و دندان، معاینه دهان و دندان و توزیع مسواک انگشتی می باشد.
- ✓ سطح اول برای کودکان ۳ تا ۶ سال و ۱۴ سال شامل: آموزش بهداشت دهان و دندان، ارزیابی سالانه وضعیت سلامت دهان و دندان و وارنیش فلوراید هر شش ماه یکبار می باشد.
- ✓ خدمات سطح اول برای مادران باردار و شیرده شامل: آموزش بهداشت دهان و دندان و ارزیابی سلامت دهان و دندان می باشد.

ساختار دهان و دندان

دندان بهترین نقش و سخت‌ترین ساختار را در فک انسان دارد. عمده‌ترین کاربرد دندان تکه تکه و آسیاب کردن غذاها می‌باشد. علاوه بر این دندان نقش بسیار مهمی در تکلم و ادای صحیح کلمات ایفا می‌کند.

✓ دهان در اعمال زیادی چون صحبت کردن، خندیدن، چشیدن، گاز گرفتن، جویدن و بلعیدن غذا نقش اصلی را به عهده دارد.

✓ در دهان دو فک وجود دارد:

• فک بالا ثابت است حرکت نمی‌کند.

• فک پایین حرکت دارد و عمل باز و بسته شدن دهان را انجام می‌دهد.

✓ در داخل استخوان‌های هر فک حفراتی وجود دارد که ریشه دندان‌ها در آن قرار می‌گیرد.

نقش دندان‌ها: جویدن، تکلم، حفظ زیبایی صورت

بافت‌های نگهدارنده دندان

قسمت‌های مختلف بافت‌های نگهدارنده شامل:

✓ استخوان فک: هر کدام از فک‌ها سوراخهایی دارند که دندان‌ها در داخل آنها واقع است.

✓ الیاف نگه دارنده: که باعث چسبیدن محکم دندان از قسمت ریشه به استخوان فک می‌شود.

✓ لثه: استخوان فک توسط لثه پوشیده شده است.

✓ لثه و استخوان فک از اطراف دندان را حمایت می‌کنند به مجموع لثه، استخوان و الیافی که دندان را در استخوان نگه داشته اند بافت نگه دارنده دندان گفته می‌شود.

دوره‌های دندانی

دوره دندان شیری (۶ ماهگی تا ۶ سالگی)

دوره دندانی مخلوط (۵.۵ تا ۱۲ سالگی)

دوره دندان دائمی (۱۲ سالگی به بعد)

دوره‌های دندانی

دوره دندان شیری: صفر تا شش سالگی

دوره دندانی مخلوط: ۵.۵ تا دوازده سال

دوره دندانی دائمی: از دوازده سالگی به بعد

دندان های شیری

فک پائین	فک بالا	دندان شیری
۱۰-۶ ماهگی	۱۲-۸ ماهگی	پیش میانی
۱۶-۱۰ ماهگی	۱۳-۹ ماهگی	پیش طرفی
۲۳-۱۷ ماهگی	۲۲-۱۶ ماهگی	نیش
۱۸-۱۴ ماهگی	۱۹-۱۳ ماهگی	آسیای اول
۳۱-۲۳ ماهگی	۳۳-۲۵ ماهگی	آسیای دوم

➤ زمان رویش اولین دندان شیری: حدود ۶ ماهگی

➤ زمان تکمیل: ۲ تا ۲.۵ سالگی

➤ تعداد کل دندانهای شیری: ۲۰ عدد

➤ تاخیر در رویش: اگر بیش از ۶ ماه از ماکزیمم زمان نهایی مشخص شده برای رویش یک دندان بگذرد.

دندان های دائمی

فک پائین	فک بالا	دندان دائمی
۷-۶ سالگی	۸-۷ سالگی	پیش میانی
۸-۷ سالگی	۹-۸ سالگی	پیش طرفی
۱۰-۹ سالگی	۱۲-۱۱ سالگی	نیش
۱۲-۱۰ سالگی	۱۱-۱۰ سالگی	اولین آسیای کوچک
۱۲-۱۱ سالگی	۱۲-۱۰ سالگی	دومین آسیای کوچک
۷-۶ سالگی	۷-۶ سالگی	اولین آسیای بزرگ
۱۳-۱۱ سالگی	۱۳-۱۲ سالگی	دومین آسیای بزرگ

➤ زمان رویش اولین دندان دائمی: حدود ۶ سالگی

➤ زمان تکمیل: ۱۲-۱۳ سالگی

➤ تعداد کل دندانهای دائمی: ۳۲ عدد

➤ تاخیر در رویش: اگر بیش از ۶ ماه از ماکزیمم زمان نهایی مشخص شده برای رویش یک دندان بگذرد.

اهمیت دندان شیری

(۱) حفظ فضای لازم برای رویش دندان دائمی.

(۲) تعیین مسیر رویش دندان دائمی یا راهنمای رویشی برای آن.

(۳) وجود دندان های شیری تضمینی برای رشد و تکامل صورت به طور طبیعی خواهد بود.

(۴) عدم توجه به عفونت دندان شیری موجب صدمه به جوانه دندان دائمی خواهد شد (دندان ترنر)

(۵) وجود دندانهای سالم حس اعتماد به نفس در کودک خصوصا در سالهای اول دبستان تقویت میشود.

(۶) یادگیری و تلفظ الفبا در کلاس اول با وجود دندانهای شیری سالم آسانتر میشود

چارت ثبت دندانهای دائمی

نیمه راست فک بالا ۸۷۶۵۴۳۲۱	نیمه چپ فک بالا ۱۲۳۴۵۶۷۸
نیمه چپ فک پایین ۸۷۶۵۴۳۲۱	نیمه چپ فک پایین ۱۲۳۴۵۶۷۸

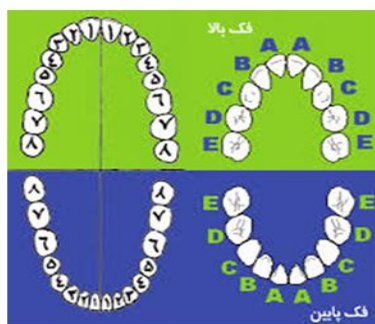
دندانهای دائمی با اعداد ثبت می شوند

چارت ثبت دندانهای شیری

نیمه راست فک بالا ABCDE	نیمه چپ فک بالا ABCDE
نیمه چپ فک پایین ABCDE	نیمه چپ فک پایین ABCDE

دندان های شیری با حروف انگلیسی ثبت میشوند

نمودار ثبت دندانهای شیری و دائمی



دندان آسیای اول شیری سمت چپ فک بالا

D

دندان آسیای بزرگ اول سمت راست فک پایین

E

دندان ۶ سالگی

- ✓ اولین دندان آسیای بزرگ دائمی است.
- ✓ محل رویش: پشت آخرین دندان شیری
- ✓ سن رویش: ۶ سالگی
- ✓ دلیل نام گذاری: توزیع ردیف دندانی و نشان شماره آن در ردیف دندانی
- ✓ الگوی رویش سایر دندان های دائمی است.

این دندان اولین دندان دائمی است که بدون بیرون افتادن دندان شیری رویش می یابد. از اینرو اکثر والدین تصور می کنند دندان شیری است و دندان دیگری به جای آن رویش خواهد یافت. بنابراین تلاشی برای تمیز نگه داشتن آن نمی کنند و این مسئله موجب پوسیدگی دندان ۶ خواهد شد

تغییر رنگ با قطره آهن

برای پیشگیری یا کاهش این تغییر رنگ بهتر است:

- (الف) با استفاده از قطره چکان، قطره آهن را در انتهای دهان کودک بریزید تا با دندان‌ها تماس پیدا نکند
- (ب) شستشوی دندان‌های کودک با آب یا استفاده از پارچه‌ای تمیز و مرطوب برای پاک کردن دندان‌های کودک بعد از مصرف قطره آهن می‌تواند از تغییر رنگ آنها جلوگیری کند.
- (ج) به یاد داشته باشید که مصرف لبنیات و چای، جذب آهن را کاهش می‌دهد و بنابراین از شیر دادن به کودک بلافاصله پس از مصرف قطره آهن خودداری کنید
- یک باور غلط: البته اغلب والدین این تغییر رنگ را با پوسیدگی دندان اشتباه می‌گیرند و این تصور نادرست ایجاد می‌شود که مصرف قطره آهن باعث پوسیدگی دندان شده است. در حالی که این مساله از لحاظ علمی صحیح نیست و قطره آهن تنها باعث تغییر رنگ سطح دندان شده است

بیرون افتادن دندان از دهان

اقدامات لازم در بیرون افتادن دندان شیری از دهان

- ✓ کودک باید ارجاع فوری داده شود.
- ✓ در صورتی که کودک قبلاً به طور کامل واکسینه نشده باشد و زخم آلود باشد بایستی یک نوبت واکسن کزاز به کودک تزریق شود.

اقدامات لازم در بیرون افتادن دندان دائمی از دهان

- ۱- دندان بیرون افتاده را پیدا کرده و از قسمت تاج آن نگه دارید.
- ۲- دندان را زیر فشار ملایم آب خنک بگیرید.
- ۳- قرار دادن دندان در حفره دندانی مربوطه (در صورتی که آموزش‌های لازم را دیده‌اید).
- ۴- ارجاع فوری به دندانپزشک

به طور کلی در هنگام بیرون بیرون افتادن دندان از دهان باید:

۱. در صورتی که مهارت لازم را نداشته باشید، بعد از این که دندان را زیر فشار ملایم آب جوشیده سرد شده یا آب خنک گرفتید، باید دندان را در یک محیط مرطوب مانند بزاق، سرم شستشو، شیر یا آب جوشیده سرد شده قرار داده و بلافاصله ارجاع فوری داده شود.
۲. اگر ضربه باعث شکستگی تاج دندان شده است، تکه جدا شده دندان نیز نزد دندانپزشک برده شود.

وارنیش فلوراید

انجام وارنیش فلوراید یکی از راه‌های پیشگیری از پوسیدگی دندان است، بنابراین به‌طور باید وارنیش فلوراید را به‌طور صحیح انجام دهد و نکات قبل و بعد از انجام وارنیش فلوراید را به درستی آموزش دهد. به این ترتیب که وارنیش از قسمت عقب یک سمت دهان شروع شود و کلیه سطوح دندان آغشته به فلوراید گردد و تا ۲۴ ساعت مسواک و نخ دندان استفاده نشود.

آموزش های قبل از انجام وارنیش فلوراید

- ✓ بهتراست کودک غذای کافی بخورد زیرا تا چند ساعت بعد از انجام وارنیش فلوراید نباید غذا بخورد.
- ✓ استفاده از مسواک و خمیر دندان برای تمیز کردن دندان های کودک قبل از انجام وارنیش فلوراید کافی است.
- ✓ قبل از انجام وارنیش فلوراید به کودک آموزش داده شود که مختصر تغییر رنگ دندان موقتی می باشد.

آموزش های بعد از انجام وارنیش فلوراید

- ✓ کودک ۲ تا ۴ ساعت پس از فلوراید تراپی نباید چیزی بخورد.
- ✓ در همان روز وارنیش فلوراید بهتر است غذاهای نرم خورده شود.
- ✓ تا ۲۴ ساعت پس از انجام وارنیش فلوراید از مسواک و نخ دندان استفاده نشود.

مراحل انجام وارنیش فلوراید

- ✓ سطح دندان با کمک برس هایی شبیه مسواک یا گاز ساده مخصوص وارنیش فلوراید تمیز شود.
- ✓ وارنیش از قسمت عقب یک سمت دهان ترجیحا از فک بالا شروع شود و به ترتیب کلیه سطوح خارجی، داخلی و جونده با فلوراید پوشانده شود.
- ✓ مدت ۴ دقیقه ژل بر روی دندان ها قرار گیرد.
- ✓ تا ۳۰ دقیقه بعد از انجام وارنیش فلوراید کودک دهان خود را نشوید و از خوردن و آشامیدن پرهیز کند.

مراقبت از دندان های طبیعی در سالمند

- ✓ سالمندانی که دارای دندان های طبیعی می باشند، تمیز کردن پلاک میکروبی مهمترین اصل در مراقبت بهداشت دهان و دندان آنها می باشد.
- ✓ مسواک زدن برای اکثر افراد مسن با مسواک نرم توصیه می شود.
- ✓ افرادی که تحلیل لثه (درنواحی مشخصی از دهان) دارند، استفاده از مسواک بسیار نرم آن هم با حرکات چرخشی بر سطوح دندانی و با فشار ملایم در نواحی تحلیل توصیه می شود.
- ✓ بسیاری از بیماری های بدن نشانه ها و عوارضی را در محیط دهان ایجاد می کنند و همین طور بعضی از بیماری های دهان ناراحتی هایی را برای سایر قسمتهای بدن بوجود می آورند.
- ✓ در سالمندان بیماری های مزمن سیستماتیک چون دیابت، فشارخون، بیماری های قلبی عروقی علاوه بر اختلال عملکرد ارگان های بدن بر بافتهای داخل دهانی خصوصا لثه نیز اثر گذاشته و آن را مستعد خونریزی و عفونت می کند.

مراقبت از دست دندان (پروتز متحرک کامل دندانی)

- ✓ بعد از هر وعده غذایی پروتز متحرک باید از دهان خارج و ابتدا با آب شسته شده سپس با مسواک و خمیر دندان یا مایع ظرفشویی تمام سطوح از خرده های مواد غذایی باقیمانده تمیز گردد.
- ✓ از پودر های ساینده به هیچ وجه جهت تمیز کردن دست دندان استفاده نشود.
- ✓ پس از خارج کردن پروتز باید دهان را به طور کامل با آب گرم یا محلول نمکی رقیق شست و در صورت امکان با یک مسواک نرم لثه ها را تمیز کرد و با انگشت، لثه ها را ماساژ داد.
- ✓ دست دندان را به صورت هفتگی در یک محلول ضدعفونی به مدت نیم ساعت قرار دهد.

✓ در طول شبانه روز دندان های مصنوعی متحرک باید برای مدتی از دهان خارج شود تا مخاط دهان که تحت فشار دندان های مصنوعی در هنگام غذا خوردن بوده است، استراحت کند و به وضعیت طبیعی خود برگردد. توصیه می شود حدود ۸ ساعت دست دندان درآورده شود.

✓ پس از تمیز کردن دست دندان در شب و قبل از خواب باید آن را در ظرفی پر از آب قرار داد تا آب از دست ندهد و تغییر حجم پیدا نکند

✓ مراجعه به دندانپزشک جهت معاینه حداقل هر ۶ تا ۱۲ ماه یکبار

موارد ارجاع در افراد دارای دندان های مصنوعی

- ✓ اگر دندان مصنوعی لق است.
- ✓ اگر دندان مصنوعی به لثه ها فشار می آورد.
- ✓ اگر در هر قسمتی از دهان زخم ایجاد شده است.
- ✓ اگر قسمتی از دندان مصنوعی شکسته است.
- ✓ اگر بیمار نمی تواند با دست دندان غذا بخورد.
- ✓ اگر پس از خارج کردن آن احساس کند لثه برجسته شده است.

منابع

-بسته های آموزش مجاری بهداشت دهان و دندان وزارت متبوع