
بسم الله الرحمن الرحيم

فهرست **شماره صفحه**

فصل اول آشنایی با شبکه بهداشت و درمان در ایران **۳**

فصل دوم مراقبت های بهداشتی اولیه **۱۲**

فصل سوم سیستم جمع آوری اطلاعات در نظام شبکه بهداشت ودرمان **۲۰**

فصل چهارم عدالت در سلامت **۳۹**

فصل پنجم برنامه های سلامت کشوری **۴۸**

فصل ششم برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت میانسالان **۵۲**

فصل هفتم ارزیابی خطر بیماری های غیرواگیردار **۶۲**

فصل هشتم ارزیابی جامعه **۷۵**

فصل نهم برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد و اعتیاد **۸۳**

فصل دهم نظام مراقبت بیماری های واگیر **۹۳**

فصل یازدهم مبارزه با بیماری های واگیر و پیشگیری از آنها..... **۱۰۴**

فصل دوازدهم مراقبت از بیماری (surveillance) **۱۱۰**

فصل سیزدهم بررسی یک همه گیری **۱۲۰**

فصل چهاردهم ارتقای سلامت و شیوه زندگی **۱۲۸**

فصل پانزدهم برنامه تنظیم خانواده..... **۱۳۵**

فصل شانزدهم سلامت کودکان..... **۱۶۹**

فصل هفدهم سلامت مادران **۲۰۵**

فصل هجدهم برنامه واکسیناسیون در کشور ایران..... **۲۳۰**

فصل نوزدهم کنترل و پیشگیری بیماری های غیرواگیر در جامعه **۲۵۰**

فصل بیستم اختلالات روانی..... **۲۵۹**

فصل اول:

آشنایی با شبکه بهداشت و درمان در ایران

آشنایی با شبکه بهداشت و درمان در ایران

تاریخچه شکل گیری وزارت بهداشت و درمان

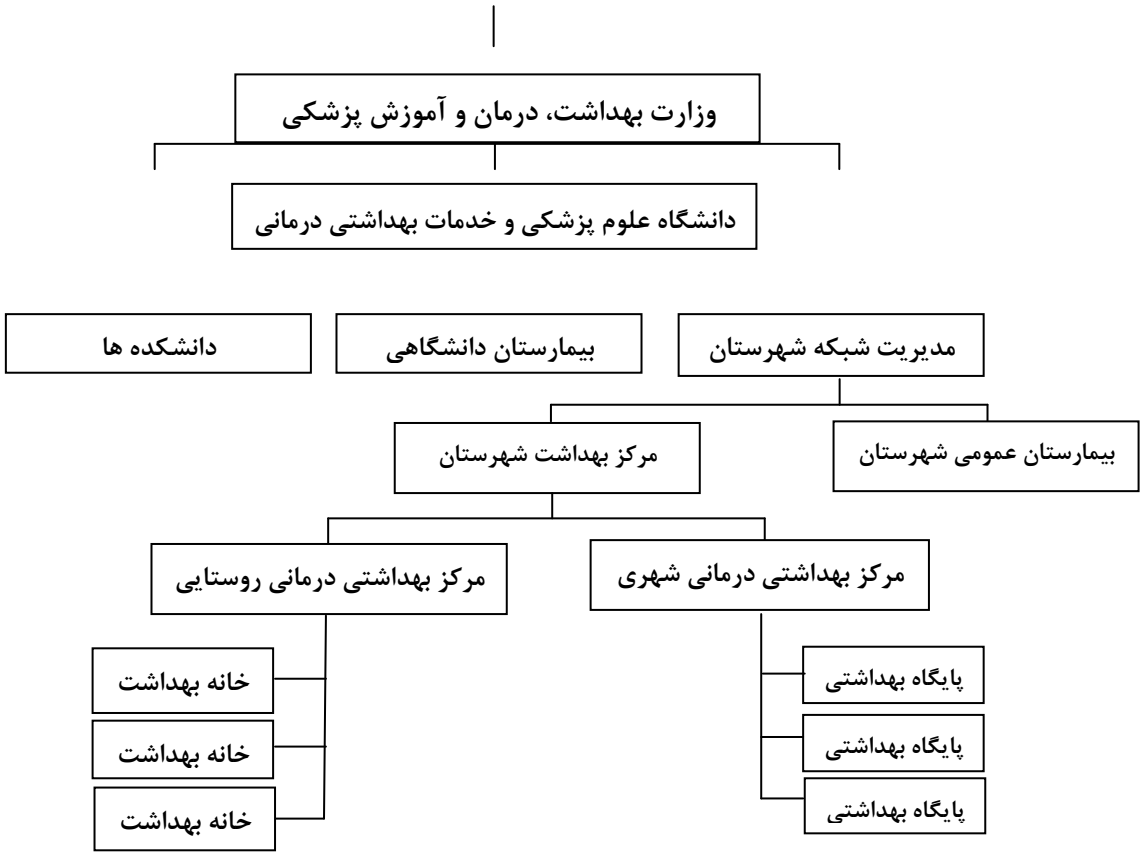
در ایران تا قبل از قرن دوازده هجری شمسی، نهاد مشخصی که مسئولیت رسیدگی به امور سلامت جامعه و کنترل بیماری ها را برعهده داشت باشد، وجود نداشت. اولین بار در زمان ناصرالدین شاه هیات صحیه یا مجلس صحت با هدف حفظ سلامت مردم تشکیل شده و فعالیت خود را با حضور پزشکان ایرانی و خارجی آغاز نمود. در سال ۱۳۲۰ وزارت بهداری و بهزیستی شکل گرفت و متولی امور بهداشت و درمان جامعه گردید. این وزارت در طول زمان تغییرات چندی در ساختار خود پیدا نمود، منتهی همچنان تحت عنوان وزارت بهداری و بهزیستی تا سال ۱۳۶۴ عهده دار ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در کشور بود، در استان ها نیز سازمان های منطقه ای بهداری و بهزیستی این وظایف را برعهده داشتند.

در همین زمان آموزش نیروهای حوزه علوم پزشکی نیز بر عهده وزارت علوم وقت بود و علاقه مندان به تحصیل در رشته های علوم پزشکی به دانشگاه های تابعه این وزارت وارد می شدند. در سال ۱۳۶۴ با تصویب مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداری و بهزیستی و دانشکده های گروه پزشکی وزارت علوم در هم ادغام شدند و وزارت جدیدی تحت عنوان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بنیان نهاده شد. از دلایل این ادغام می توان به تامین نیروهای مورد نیاز سیستم بهداشتی و درمانی، پاسخگویی به نیازهای جامعه، توسعه عدالت اجتماعی، وجود مشکلات متعدد در نظام سلامت و همچنین شرایط سیاسی در آن برهه از زمان اشاره نمود. پس از ادغام و شکل گیری وزارت جدید، سازمان های منطقه ای بهداری همچنان متولی امر بهداشت و درمان در سطح استان ها بودند تا اینکه در سال ۱۳۷۲ با انحلال سازمان منطقه ای و ادغام ساختار اداری آن در دانشگاه، یک ساختار یکپارچه تحت عنوان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به وجود آمد که مسئولیت خدمت رسانی در حوزه های بهداشت، درمان و همچنین آموزش و پژوهش در زمینه علوم پزشکی را برعهده دارد. بدین ترتیب با حذف سازمان های منطقه ای بهداری در استان ها، دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جایگزین آنها شدند و لذا در هر استان شاهد وجود حداقل یک دانشگاه علوم پزشکی می باشیم و بعضاً در برخی استان ها تعداد این دانشگاه بیشتر نیز می باشد. هر دانشگاه علوم پزشکی موظف به ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به جمعیت تحت پوشش خود می باشد و از این حیث تابع تقسیمات کشوری می باشد.

نظام ارائه خدمات بهداشتی ـ درمانی در ایران

در ایران، ساختار نظام سلامت مشتمل بر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همراه با معاونت های مختلف در بالاترین سطح بوده که عهده دار ارائه خدمات سلامت به جامعه و تربیت نیروی انسانی حوزه های مرتبط با سلامت می باشد. در سطح استان ها نیز دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نماینده وزارت بوده و مسئولیت تربیت نیروی انسانی و ارائه خدمات سلامت را برعهده دارند. البته در برخی از استان های کشور مانند کرمان بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی وجود دارد که هر دانشگاه به جمعیت تحت پوشش خود خدمت رسانی می کند.

در هر استان شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها که زیر مجموعه دانشگاه علوم پزشکی می باشند برای پاسخگویی به نیازهای سلامت شهرستان ها تعریف شده اند. لذا در هر شهرستان یک شبکه بهداشت و درمان ایجاد شده است که متولی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در محدوده شهرستان مربوطه می باشد. در حقیقت شبکه های بهداشت و درمان به نوعی نماینده دانشگاه در شهرستان می باشند با این تفاوت که نقش آموزش دانشگاهی برای آنها تعریف نشده است. در هر شهرستان مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به همراه پایگاه ها و خانه های بهداشتی ارائه خدمات بهداشتی و پایه درمانی را برعهده دارند و حداقل یک بیمارستان عمومی وجود دارد که خدمات درمانی بستری و تخصصی را ارائه می نماید (شکل ۱).



شکل ۱. ساختار ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در ایران

مراکز بهداشت شهرستان ها، به عنوان واحد مدیریتی مستقل در سطح شهرستان بوده و هدایت راهبردهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سطح شهرستان را برعهده دارند و مسئول ارزیابی نیازهای سلامت در جمعیت تحت پوشش می باشند.

طرح گسترش

به منظور پیاده سازی نظام سلامت در کشور، می بایست مراکز ارائه دهنده خدمت را به نحو مناسبی در سطح جامعه مستقر نمود. تخصیص واحدهای بهداشتی درمانی و محل استقرار تسهیلات بهداشتی درمانی در هر شهرستان در قالب طرح گسترش صورت می گیرد. بدین ترتیب که براساس دو معیار زیر تسهیلات در مناطق مختلف شهرستان ها توزیع می شوند:

- تعداد جمعیت
- وضعیت پراکندگی و دسترسی جغرافیایی جمعیت مورد نظر

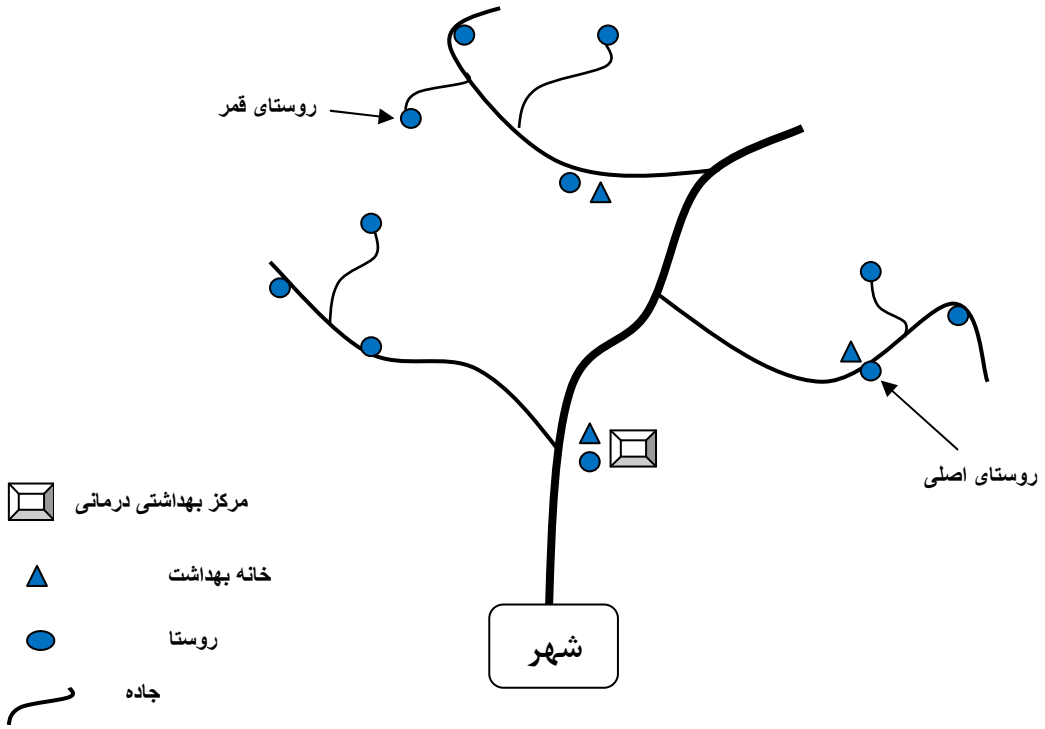
از این رو جهت ارائه خدمات بهداشتی درمانی در مناطق روستایی، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه های بهداشت و در مناطق شهری نیز مراکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاه های بهداشتی طراحی شدند. در این بخش در مورد واحدهای عرضه کننده خدمات سلامت در روستا و شهر بیشتر توضیح داده می شود.

واحدهای عرضه کننده خدمت در روستا

الف) خانه بهداشت

محیطی ترین واحد ارائه خدمت در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور، خانه بهداشت می باشد. هر خانه بهداشت بسته به جمعیت و شرایط جغرافیایی ممکن است یک یا چند روستا را تحت پوشش خدمات خود داشته باشد. به روستایی که خانه بهداشت در آن قرار دارد، روستای اصلی گفته می شود و به روستاهایی که در مجاورت روستای اصلی قرار دارند و خدمات خود را از خانه بهداشت مستقر در آن دریافت می کنند، روستاهای اقماری اطلاق می شود (شکل ۲).

به طور معمول روستای اصلی از روستاهایی انتخاب می شود که در مسیر طبیعی حرکت مردم باشد یا جمعیتی بیشتر از روستاهای قمر به آن دسترسی داشته باشند و در عین حال فاصله هر روستای قمر تا روستای اصلی نباید از یک ساعت پیاده روی تجاوز کند. هر خانه بهداشت، جمعیتی در حدود ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارد و تنها رده شغلی از کارکنان بهداشت که در آن خدمت می کنند، بهورزان می باشند.



شکل۲. نحوه استقرار واحدهای بهداشتی درمانی در روستا

(اقتباس از اسلاید آقای دکتر فرید ابوالحسنی)

بهورز معمولاً یک فرد از افراد بومی منطقه می باشد که براساس ضوابط مشخصی گزینش می گردد و پس از طی نمودن دوره دو ساله آموزشی در آموزشگاه بهورزی در خانه بهداشت مستقر می گردد. برای روستاهای با جمعیت حدود ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ نفر یک بهورز درنظر گرفته می شود و در جمعیت های بیشتر تعداد بهورزان افزایش می یابد. با توجه به تنوع و ماهیت خدمات و با درنظر گرفتن این موضوع که عمده مراجعین به خانه های بهداشت خانم ها می باشند، لذا اولین بهورز در هر خانه بهداشت معمولاً بهورز زن می باشد و در صورت افزایش تعداد آنها، بهورزان بعدی می توانند مرد باشند.

وظایف بهورز در خانه بهداشت:

۱. سرشماری سالانه و ثبت اطلاعات
۲. آموزش بهداشت عمومی
۳. مراقبت از زنان باردار
۴. مراقبت از کودکان
۵. ایمنسازی
۶. آموزش و مراقبت تغذیه ای
۷. مراقبت از دانش آموزان و بهداشت مدارس
۸. بهداشت دهان و دندان
۹. نظارت بر موازین بهداشت محیط و حرفه ای
۱۰. بیماریابی
۱۱. کمک های اولیه درمانی و پیگیری درمان
۱۲. تشکیل گروه های داوطلب و شوراهای محلی بهداشت
۱۳. همکاری در آموزش دانشجویان

هر بهورز موظف است در آغاز هر سال اطلاعات آماری کاملی از منطقه تحت پوشش خود را جمع آوری کند. به همین منظور ساختمان های موجود در روستاهای تحت پوشش طبق نظم خاصی شماره گذاری می شوند و برای هر یک از خانوارهایی که در این ساختمان ها زندگی می کنند یک پرونده تحت عنوان پرونده خانوار تکمیل می گردد. پس از سرشماری سالانه، فهرست اسمی گروه های سنی، جنسی، شغلی و .... که باید در برنامه مراقبت بهداشتی مشخصی قرار گیرند دسته بندی می شوند. با جمع آوری و دسته بندی این اطلاعات وسعت عمل، حجم فعالیت و میدان عملیاتی خانه بهداشت روشن می گردد.

ب) مرکز بهداشتی درمانی روستایی

تنها واحد پزشکی دولتی در مناطق روستایی، مرکز بهداشتی درمانی روستایی می باشد که بوسیله پزشک عمومی اداره می شود. این واحد ضمن نظارت بر فعالیت خانه های بهداشت و هدایت آنها، نیازهای درمانی جمعیت تحت پوشش خود را تامین

نموده و در موارد لزوم از طریق ارجاع، ارتباط بیمار را با بیمارستان شهرستان برقرار می نماید. هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی سه تا پنج خانه بهداشت را تحت پوشش خود دارد و به جمعیتی حدود چهار تا شش هزار نفر خدمت رسانی می کند.

موقعیت روستای محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی، نسبت به روستاهای محل استقرار خانه های بهداشت تابعه، باید به گونه ای باشد که مرکز بهداشتی درمانی در مسیر طبیعی جمعیت روستاهای مذکور قرار گیرد. فاصله خانه های بهداشت تا مرکز بهداشتی درمانی مربوطه، معمولاً از ۲۰ کیلومتر تجاوزنمی کند مگر در شرایط استثنایی که برحسب وضعیت اقلیمی و نوع راه ارتباطی می تواند تا حداکثر ۴۰ کیلومتر افزایش یابد.

در روستای محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی، یک خانه بهداشت نیز درکنار مرکز پیش بینی شده است تا خدمات مربوط به خانه های بهداشت را برای جمعیت مقیم آن روستا ارائه کند، که به آن خانه بهداشت ضمیمه گفته می شود.

مدیریت مرکز بهداشتی درمانی روستایی با پزشک مرکز (یا یکی از پزشکان در مراکز چند پزشک) می باشد. سایر کارکنان (کاردان های بهداشت، تکنسین های آزمایشگاه و رادیولوژی، بهیار، راننده و سرایدار) و بهورزان خانه های بهداشت تابعه، از نظر سازمانی زیرمجموعه مرکز بهداشتی درمانی محسوب می شوند.

وظایف مرکز بهداشتی درمانی روستایی:

۱. جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمارها

هر مرکز موظف است کلیه اطلاعات بهداشتی و جمعیتی مربوط به روستاهای تحت نظارت خود را جمع آوری نموده و پس از اطمینان از صحت آنها، آمار فعالیت های خود را نیز ضمیمه و به مرکز بهداشت شهرستان گزارش کند.

۲. کنترل و پیگیری اجرای برنامه ها

از جمله مهمترین وظایف مراکز بهداشتی درمانی بازدیدهای منظم و مستمر از خانه های بهداشت تابعه است. هر خانه بهداشت باید حداقل هفته ای یک بار توسط مرکز بهداشتی درمانی مربوطه مورد بازدید قرار گیرد. هدف های هر بازدید را می توان به شرح زیر خلاصه کرد:

- کنترل اجرا و پیشرفت برنامه های بهداشتی (به تفکیک برنامه ها)
- معاینه بیمارانی که توسط بهورز برای کسب نظر پزشک به خانه بهداشت دعوت شده اند.
- کنترل کمی و کیفی کمک های اولیه درمانی که در غیاب پزشک توسط بهورز ارائه شده است.
- کنترل نحوه ثبت و کسب اطمینان از صحت اطلاعات و آمارهای جمع آوری شده در خانه بهداشت
- دریافت درخواست ها و فهرست نیازمندی های تدارکاتی خانه بهداشت

۳. پذیرش بیماران

معمولاً بیماران هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی از ۳ گروه تشکیل می شوند:

- فوریت های پزشکی که می توانند بدون ارجاع از خانه بهداشت به مرکز مراجعه کنند.
- ارجاع شدگان فوری از خانه های بهداشت، این گروه و گروه قبل به محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نموده و ویزیت می شوند.
- ارجاع شدگان غیرفوری که هنگام بازدید از خانه های بهداشت در همان محل خانه بهداشت ویزیت می شوند.

۴. مشارکت در فعالیت های آموزشی

از جمله فعالیت های مهم هر مرکز بهداشتی درمانی به روزنگهداشتن اطلاعات نیروهای تحت نظر می باشد، که می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- آموزش حین خدمت بهورزان خانه های بهداشت تابعه
- تعیین زمینه بازآموزی ها و درخواست تشکیل دوره های لازم برای بهورزان تابعه و مشارکت در اجرای بازآموزی ها

۵. اعزام تیم های سیار

هدف نهایی گسترش شبکه در روستاهای کشور تامین پوشش کامل کلیه روستاهای هر شهرستان از طریق مجموعه مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت مربوط به آن شهرستان است. منتهی در مواردی ممکن است روستاهایی وجود داشته باشند که به دلیل کم بودن شدید جمعیت و یا به علت نداشتن راه ارتباطی مناسب و دور بودن از مجموعه روستاهای یک ناحیه جغرافیایی، امکان ایجاد یک خانه بهداشت مستقل در آنها فراهم نشود و تحت پوشش هیچ خانه بهداشتی نیز قرار نگیرند. به منظور خدمت رسانی به این روستا ها که روستاهای سیاری نامیده می شوند، در تعدادی از مراکز بهداشتی درمانی، یا در مرکز بهداشت شهرستان افرادی به نام تیم سیار پیش بینی شده اند که عهده دار ارائه خدمات بهداشتی در روستاهای مذکور می باشند. تیم های سیاری باید حداقل یک مرتبه در ماه به روستاهای تحت پوشش خود مراجعه کند.

۶. برنامه های بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی علاوه بر نقشی که در هدایت، آموزش، کنترل و پیگیری اجرای برنامه های بهداشتی در خانه های بهداشت و تیم های سیار دارد، خود نیز به طور مستقیم وظایفی را برعهده دارد که برخی از آنها به شرح زیر می باشند:

-انجام آزمایش های پاراکلینیکی مورد نیاز برای زنان باردار

-کمک به زنان باردار نیازمند مراقبت های ویژه که از خانه های بهداشت ارجاع می شوند

-ایجاد ارتباط با ماماهای محلی (سنتی) به منظور هدایت و آموزش آنان

-بازدید از مدارس و سنجش سلامت دانش آموزان روستایی به طوری که در هر سال تحصیلی، هر دانش آموز کلاس اول دبستان و کلاس اول راهنمایی حداقل یک بار توسط پزشک معاینه شود.

-نظارت بر غربالگری دانش آموزان سایر کلاس های مدارس به نوعی که هر دانش آموز سالانه حداقل دو بار مورد معاینه کادر کمکی قرار گیرد.

-بیماریابی از میان بیماران معرفی شده توسط خانه های بهداشت و تیم های سیار

-اعزام بیماران نیازمند اقدام های تشخیصی بیشتر به مرکز بهداشت یا بیمارستان، و پیگیری درمان بیمارانی که با دستورهای خاص باز می گردند.

-اجرای موازین پیشگیری در مورد اطرافیان فرد مبتلا به بیماری واگیردار از طریق ایمنسازی، یا اعمال موازین بهداشت

-انجام بررسی های مقدماتی اپیدمیولوژیک برای شناخت مسایل بهداشتی و بیماری های بومی و شایع منطقه.

-نظارت بر اجرای قوانین و مقررات ناظر بر بهداشت مکان های عمومی، بهداشت مواد غذایی و بهداشت کارگاه ها در منطقه تحت پوشش.

۷. ارتباط با بیمارستان
- اعزام بیماران نیازمند به بستری با برگه کتبی ارجاع به بیمارستان
- فراهم نمودن تسهیلات لازم برای پیگیری و ادامه درمان بیمارانی که از بیمارستان مرخص می شوند.

۸. ارتباط با شوراهای روستا و معتمدان محلی

برقراری ارتباط مستمر با مردم و استفاده از نظر آنان در مورد خدمات عرضه شده و شناخت نیازمندی های آنها ضروری است؛ تا خدمات ارائه شده همواره در جهت خواست مردم، مورد تایید آنها و پاسخگوی نیازهای مبرم آنها و مرتبط با ضرورت های زندگی گیرندگان خدمات باشد. همچنین زمینه مشارکت ایشان را در برنامه های بهداشتی و انتظاراتی که در جهت بهبود شرایط بهداشتی منطقه از آنان می رود نیز فراهم شود. شرکت در برخی از جلسه های شورای روستا و تشکیل شورای بهداشت یکی از راه های اصلی دستیابی به این ارتباط و هدف ها می باشد.

واحدهای عرضه کننده خدمت در شهر

الف) پایگاه بهداشتی

ارائه کلیه خدمات بهداشتی که در روستا به عهده خانه بهداشت می باشد، در مناطق شهری بر عهده پایگاه بهداشت است. تفاوت وظایف پایگاه و خانه بهداشت در سه نکته زیر است:

- علاوه بر کلیه خدمات بهداشتی مذکور در وظایف خانه بهداشت، امکان گذاشتن IUD و تهیه پاپ اسمیر نیز فراهم است.
- برخلاف خانه های بهداشت که ارائه خدمات در آنها به صورت فعال می باشد و بهورز مسئول پیگیری مواردی است که جهت دریافت خدمت مراجعه نکرده اند، فعالیت کارکنان در پایگاه بهداشت به صورت غیرفعال بوده و مراجعه به منازل الزامی نیست و پیگیری خدمات می تواند از طریق داوطلبان بهداشت، و یا بوسیله تلفن یا مکاتبه انجام گیرد.
- در خانه های بهداشت، بهورزان براساس آموزش هایی که دیده اند در برخی موارد می توانند درمان بیماران را انجام دهند، منتهی کارکنان پایگاه بهداشت شهری وظیفه پرداختن به خدمات درمانی حتی درحد داروهای OTC را ندارند؛ ولی می توانند بیماران مراجعه کننده را با صدور معرفی نامه به مراکز بهداشتی درمانی یا پزشکان بخش خصوصی ارجاع دهند.

هر پایگاه بهداشت به طور متوسط جمعیتی حدود ۱۲۰۰۰ نفر را تحت پوشش خود دارد. اگر دسترسی سهل به خدمات بهداشتی درمانی در نقاط شهری را، با پای پیاده حدود نیم تا یک کیلومتر در نظر بگیریم، محدوده جغرافیایی تحت پوشش یک پایگاه بهداشت شهری بین یک تا چهار کیلومتر متغیر خواهد بود.

هر پایگاه بهداشت باید کوشش کند که به ازای هر پنجاه تا صد خانوار (۲۵۰ تا ۵۰۰ نفر جمعیت) حداقل یک رابط بهداشتی از زنان داوطلب منطقه داشته باشد. بنابراین هر پایگاه بین ۲۵ تا ۵۰ داوطلب بهداشت خواهد داشت. تشکیل گروه های رابط از مهمترین روش های جلب مشارکت فعال مردم در خدمات بهداشتی به حساب می آید. هر پایگاه بهداشت با کمک رابطان خود می تواند همه ساله پرونده خانوارهای تحت پوشش خود را تکمیل و وقایع حیاتی مربوط به خانوارهای مذکور را ثبت نماید. رابط های بهداشت می توانند در گسترش آموزش بهداشت، پیگیری افرادی که به موقع مراجعه نکرده اند و حتی انجام برخی از خدمت ها مثل کمک در پذیرش مراجعه کنندگان، وزن کردن مادران و کودکان، و . . . همکاری کنند.

در هر پایگاه بهداشت به ازای ۱۲۰۰۰ نفر جمعیت شهری؛ یک نفر ماما، سه نفر کاردان بهداشت خانواده، یک نفر کاردان بهداشت عمومی مرد و یک نفر مسئول پذیرش و امور عمومی حضور داشته و وظایف مربوطه را انجام می دهند.

ب) مرکز بهداشتی درمانی شهری

هر مرکز بهداشتی درمانی شهری، برحسب تراکم جمعیت سه تا پنج پایگاه بهداشت شهری را تحت پوشش دارد، از اینرو به جمعیتی حدود ۴۰ تا ۶۰ هزار نفر خدمت رسانی می کند. کلیه وظایفی را که مراکز بهداشتی درمانی روستایی در قبال خانه های بهداشت تابعه دارند، این مرکز نیز در قبال پایگاه های بهداشت شهری خواهد داشت. تفاوت عمده این واحد، با مرکز بهداشتی درمانی روستایی، در مراجعه مستقیم بیماران به این مرکز است.

در بسیاری از شهرها، خانه های بهداشت مجاور شهر و یا روستاهای نزدیک به شهر، ناگزیر تحت پوشش یک یا چند مرکز بهداشتی درمانی شهری قرار دارند، که هر دو نقش را به عهده داشته و مراکز بهداشتی درمانی شهری – روستایی نامیده می شوند.

کارکنانی که در یک مرکز بهداشتی درمانی شهری حضور دارند، عبارتند از: پزشک، دندانپزشک، بهیار، داروساز یا دارویار، کاردان علوم آزمایشگاهی، کاردان رادیولوژی، متصدی پذیرش و امور عمومی، راننده.

در مناطق شهری با توجه به وجود بخش خصوصی، حضور این بخش در ارائه خدمات بهداشتی درمانی پیش بینی شده است و از اینرو متناسب با حضور این بخش و ظرفیت های آن، تغییراتی در ساختار مراکز بهداشتی درمانی شهری ایجاد شده است.

منبع:

۱. پیله رودی سیروس، شبکه بهداشت و درمان شهرستان، صندوق کودکان سازمان ملل متحد، تهران، ۱۳۷۸.

فصل دوم:

مراقبت های بهداشتی اولیه

مراقبت های بهداشتی اولیه

پس از پایان یافت جنگ جهانی دوم و بنا به ضرورت و مشکلاتی که در حوزه سلامت در سطح دنیا وجود داشت، در سال ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت (WHO[۱]) تشکیل شد. وظیفه اولیه این سازمان مبارزه با بیماری های واگیردار بود که سهم قابل توجهی در شاخص های بیماری و مرگ در اکثر کشورهای دنیا داشتند. در آن مقطع زمانی هر بیماریی که از شاخص مرگ و میر بالاتری برخوردار بود ، در الویت قرار می گرفت. به همین منظور سازمان جهانی بهداشت به تشکیل سازمان های عمودی برای کنترل یا ریشه کنی این بیماری ها در کشورهای مختلف اقدام کرد مانند سازمان مبارزه با آبله، مالاریا، بیماری های آمیزشی و . . . که البته تاثیرات مثبتی هم داشته است نظیر ریشه کنی آبله ، حذف و کنترل بیماری مالاریا در بخش های زیادی از جهان و محدود شدن دامنه تعدادی دیگر از بیماری های واگیر در دنیا .

در سال ۱۹۷۰ سازمان جهانی بهداشت به ارزیابی عملکرد خود پرداخت و نتیجه این ارزیابی برای چند شاخص در سه دسته کشورهای جهان در جدول زیر آمده است :

	کشورهای عقب افتاده	در حال توسعه	کشورهای توسعه یافته
میزان مرگ کودکان زیر یک سال (IMR)	۱۶۰	۹۴	۱۹
امید به زندگی در بدو تولد	۴۵	۶۰	۷۲
درسترسی به آب آشامیدنی سالم (درصد)	۳۱	۴۱	۱۰۰
سطح سواد (درصد)	۲۸	۵۵	۹۸
سرانه GNP (میزان درآمد ناخالص ملی)	۱۷۰	۵۲۰	۶۲۳۰
درصدی از GNP که به بهداشت اختصاص می یافت	۱/۷	۶/۵	۲۴/۴

سازمان جهانی بهداشت بعد از این ارزیابی به این نتیجه رسید که نتوانسته است برای کل جامعه بشری کار زیادی انجام دهد. در بررسی های دیگر نیز شکاف و فاصله زیادی بین کشورهای ثروتمند جهان و کشورهای در حال توسعه در حوزه سلامت و بهداشت مشاهده گردید و حتی در داخل خود کشورها نیز بین مناطق برخوردار و مناطق فقیر این شکاف و اختلاف وجود داشت. لذا در سال ۱۹۷۷ در سی امین گردهمایی سالانه مجمع بهداشت جهانی، باتفاق آرا تصمیم گرفته شد که هدف عمده دولت های عضو سازمان جهانی بهداشت در دهه های آینده «دستیابی همه مردم جهان به سطحی از سلامتی که امکان دهد به زندگی از لحاظ اجتماعی و اقتصادی بارور برسند» تعیین شود. این هدف را به طور معمول «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» یا به اختصار «HFA 2000[۲] » نامیده و به عنوان هدف اصلی و برنامه ای سازمان جهانی بهداشت مطرح شد.

---

۱. World Health Organization

۲. Health For All By the Year 2000

بنا به تصمیم مجمع بهداشت و هیات اجرایی یونیسف در سپتامبر سال ۱۹۷۸، کنفرانس بین المللی مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC[۳]) در شهر آلماآتا مرکز جمهوری قزاقستان تشکیل گردید و دستاورد این کنفرانس اعلامیه ی ده ماده ای بود که به نام **اعلامیه ی آلماآتا** معروف شد و هنوز به عنوان سندی معتبر در تعریف و تعیین مبانی خدمات بهداشتی اولیه مطرح می باشد. این اعلامیه جهانی بر هدف کلی «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» میلادی تاکید نموده و کلید حصول به چنین هدفی را خدمات بهداشتی اولیه قرار داده بود.

سازمان جهانی بهداشت، خدمات بهداشتی اولیه را به صورت زیر تعریف می کند:

> «خدمات بهداشتی اولیه عبارت است از مراقبت های اصلی در زمینه ی بهداشت، که برای همه افراد و خانواده های جامعه قابل دسترسی باشد. این خدمات بخش اساسی نظام بهداشتی و توسعه ی اقتصادی ـ اجتماعی کشور است. خدمات بهداشتی اولیه، نخستین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام بهداشتی کشور است و خدمات را تا حد ممکن به جایی که مردم در آن زندگی و کار می کنند، می برد.»

اصول مراقبت های بهداشتی اولیه

برای تامین مراقبت های بهداشتی اولیه، اصول زیر مطرح شد که می بایست توسط دولت ها مورد توجه قرار گیرد:

۱- اصل هماهنگی بخش های توسعه اجتماعی ـ اقتصادی (حل چندجانبه مسائل): سلامتی به صورت مجرد وجود ندارد بلکه متاثر از عوامل محیطی، اجتماعی و اقتصادی می باشد که به صورت تنگاتنگی با یکدیگر در ارتباط هستند. بیماری های مردم فقیر نتیجه ترکیبی از بیکاری، فقر، بی سوادی، وضعیت بد مسکن، سطح پایین بهداشت محیط، تغذیه بد و بی اشتیاقی و فقدان انگیزه برای تغییر به سوی بهبود است. اگر قبل از بهبود شرایط مذکور، انتظار اصلاح قابل ملاحظه ای در وضع سلامت این گروه از مردم را داشته باشیم، راه را به خطا پیموده ایم.

۲- اصل مشارکت مردم و اتکا به خود: بدون همکاری و علاقه مردم به تامین و توسعه خدمات، نمی توان هیچ گونه موفقیتی برای آن پیش بینی کرد. این موضوع تحت عنوان «سلامت به وسیله مردم» و «قرار دادن سلامت مردم در دست خود آنها» توصیف شده است. سلامتی کالایی نیست که آن را از خارج وارد کنیم و در معرض فروش یا بخشش قرار دهیم. سلامتی پدید ه ای است خودجوش که بایستی انگیزه ی حفظ و ارتقاء آن را فراهم آورد تا از خود مردم و از درون جامعه صادر شود.

۳- اصل استفاده از تکنولوژی مناسب: نه تنها در خدمات بهداشتی اولیه، بلکه در تمامی سطوح ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بایستی از روش ها، ابزار، کارکنان، داروها، مواد و حتی نظام اداری مناسب و سازگار با شرایط جامعه استفاده نمود. تجربه های بدست آمده از «اشتباهات» گذشته نشان می دهد که از جمله دلایل شکست در ارائه خدمات به

[۳] . Primary Health Care

مردم، استفاده از روش هایی است که با فرهنگ جامعه سازگاری نداشته، پزشکانی که برای شرایط جامعه تربیت نشده اند، ابزار کاری که با محیط کار هماهنگ نبوده و کلاً بهره گیری از یک تکنولوژی نامناسب بوده است.

۴- اصل عدالت : منابع بهداشتی و خدمات مربوط به آن می بایست به صورت یکنواخت و منصفانه در اختیار همه مردم قرار گیرد و مردم با نیازهای یکسان باید دسترسی برابر به مراقبت های بهداشتی داشته باشند.

۵- اصل جامعیت خدمات: خدمات بهداشتی و درمانی بایستی به صورت تلفیقی و در جهت تامین همه نیازهای اساسی بهداشتی، درمانی و توان بخشی ارائه گردد. از این رو مراقبت های بهداشتی اولیه یک رویکرد جامع براساس مداخلات زیر است:

- مداخلات ارتقایی – برخورد مراقبت های بهداشتی اولیه در سطح جامعه با علل اساسی است که بر سلامت تاثیر می گذارند و سعی می گردد با این گونه از مداخلات(نظیر آموزش) ضمن حفظ سلامت افراد، زمینه های ارتقاء آن نیز فراهم شود.
- مداخلات پیشگیری کننده – این مداخلات کاهش دهنده بروز بیماری ها(نظیر واکسیناسیون) یا برخورد سریع(نظیر شناسایی عوامل خطر) با عللی است که برای فرد ایجاد مشکل نموده است.
- مداخلات درمانی- این مداخلات سبب کاهش شیوع بیماری، بوسیله توقف پیشرفت بیماری در بیمار است(نظیر تشخیص زودرس و درمان به موقع بیماران).
- مداخلات بازتوانی- این مداخلات سبب کوتاه نمودن پی آمد یا عوارض مربوط به مشکل سلامتی افراد می شود.

لازم به ذکر است رویکرد جامع مراقبت های بهداشتی اولیه نیازمند کارکنانی است که بتوانند در برخورد با مشکلات مربوط به سلامتی راه حل ارائه نمایند، از این رو لازم است کلیه کسانی که در سطوح مختلف حوزه سلامت فعالیت می کنند با این مفاهیم آشنا باشند.

اجزای مراقبت های بهداشتی اولیه

خدمات بهداشتی اولیه به عنوان مراقبت های اساسی شامل دست کم هشت فعالیت اصلی می باشد که از آنها به عنوان اجزای مراقبت های بهداشتی اولیه نام برده می شود و به شرح زیر می باشند:

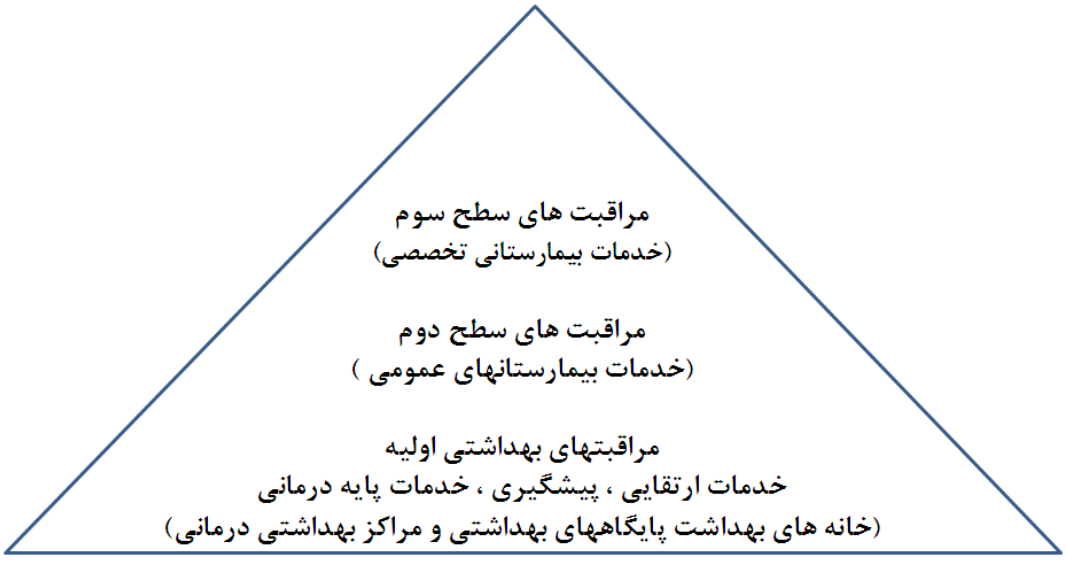
۱- آموزش بهداشت (آموزش در زمینه مسائل بهداشتی رایج و روش های پیشگیری و کنترل آنها)
۲- بهبود تغذیه
۳- دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط
۴- مراقبت های بهداشتی مادر و کودک و فاصله گذاری بین موالید
۵- واکسیناسیون بر علیه بیماری های عفونی قابل انتقال در دوران کودکی
۶- پیشگیری و کنترل بیماری های عفونی بومی
۷- درمان بیماری های معمول و جراحت ها

۸- تدارک داروهای اساسی

این هشت فعالیت، حداقل اقدامات لازم الاجرا برای همه کشورها بوده و هر کشوری می بایست براساس نیازها و الویت بندی آن برای ارائه خدمات مورد نیاز مردم اقدام به برنامه ریزی و اجرای نماید. در ایران نیز علاوه بر هشت جزء فوق، مراقبت های بهداشتی دهان و دندان و تا حدودی مراقبت های بهداشت روان نیز به مردم ارائه می شود.

سطوح مراقبت های بهداشتی اولیه

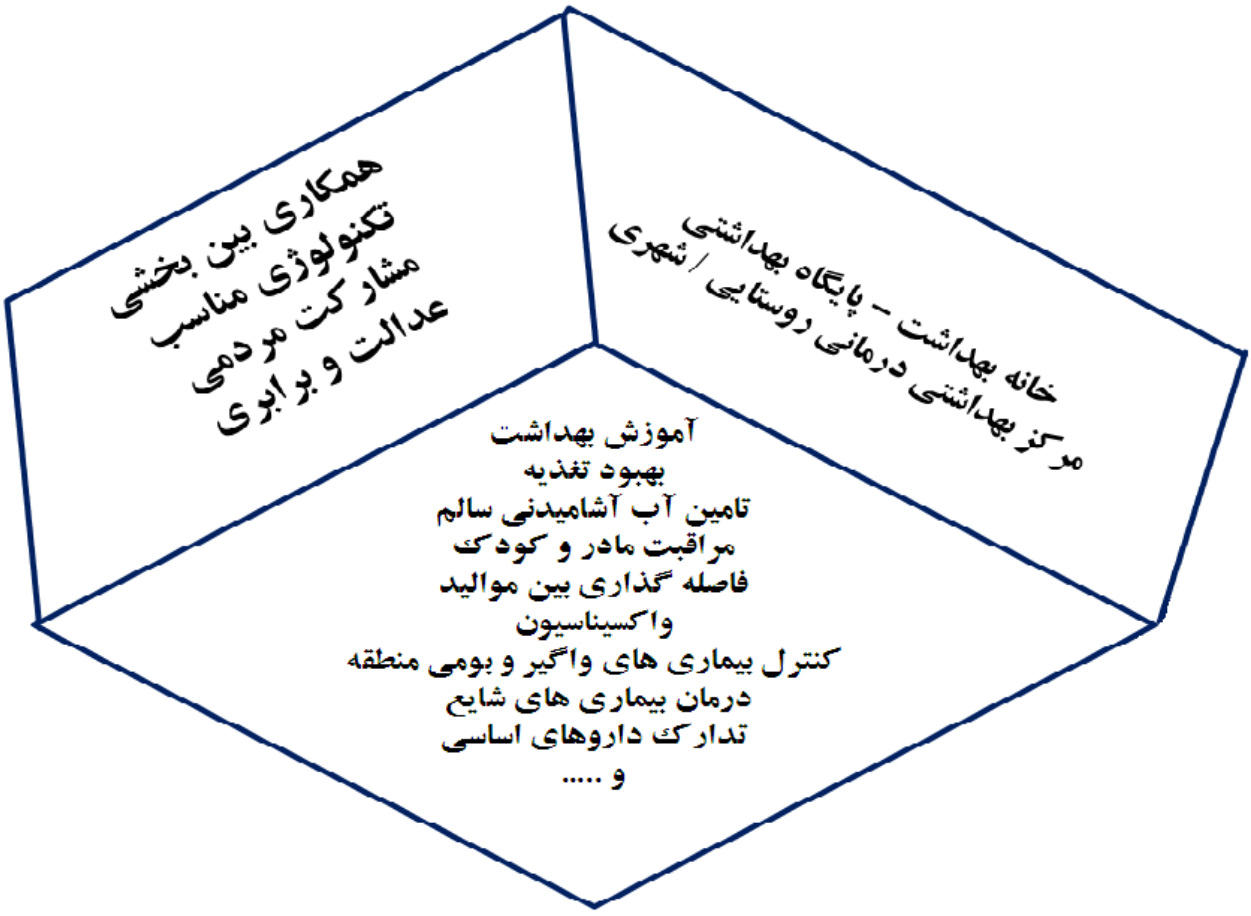
از خصوصیات نظام سلامت در کشور ما، وجود سطح بندی در ارائه خدمات می باشد. خدمات بهداشتی اولیه در کل نظام خدمات بهداشتی ـ درمانی یک سطح محیطی جدا از کل نظام نیست، بلکه شامل خدماتی است که از سطح جامعه و با نخستین تماس (در خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی) آغاز گردیده و از این طریق به سطح بالاتر (مرکز بهداشتی ـ درمانی روستایی / شهری) ارجاع می گردد. در مراکز بهداشتی درمانی پزشکان عمومی پاسخگوی نیازهای مراجعین می باشند، این سطح از ارائه خدمات تحت عنوان سطح اول شناخته می شود که محیطی ترین سطح ارائه خدمات می باشد و بخش عمده ای نیازهای سلامت جامعه در همین سطح پاسخ داده می شود. در مواردی که شرایط بیمار و یا تجهیزات موجود، امکان پاسخگویی مناسب را مقدور نمی سازد بیمار به سطح دوم (بیمارستان عمومی) در مرکز شهرستان ارجاع می شود. در این بیمارستان ها متخصصین بالینی در رشته های مختلف حضور داشته و به امور بیماران رسیدگی می کنند و در صورت وجود مشکلات پیچیده و نیازهای تشخیصی و درمانی خاص، برخی از بیماران به سطح سوم (بیمارستان تخصصی / فوق تخصصی) در مرکز استان ارجاع می شوند (شکل ۱). لازم به ذکر است در سطح بندی توزیع خدمات باید توجه شود که هر سطح، کامل کننده خدمات سطح قبلی خود باشد و نباید عین خدمت را تکرار نماید.



شکل ۱- سطوح ارائه خدمات بهداشتی ـ درمانی

همان گونه که از شکل (۱) مشخص می گردد، بخش عمده ای از نیازهای مرتبط با سلامت مردم در سطح اول و از طریق مراقبت های بهداشتی اولیه پاسخ داده می شوند و به همین جهت این سطح خدمات در قاعده هرم قرار گرفته است. این نیازها شامل واکسیناسیون و مراقبت های کودکان، مراقبت های دوران بارداری، مشاوره های مختلف نظیر بارداری و شیردهی، ویزیت بیماران سرپایی و . . . . می باشند که توسط بهورزان در خانه های بهداشت در روستا یا کاردان ها در پایگاه های بهداشت در شهر و پزشکان در مراکز بهداشتی ـ درمانی روستایی و شهری ارائه می گردند.

بدیهی است در مواردی که بیماران مراجعه کننده، نیازمند دریافت خدمات تشخیصی یا درمانی تخصصی می باشند به سطوح بالاتر ارجاع می شوند، منتهی این بخش از خدمات سهم کمتری را به خود اختصاص می دهند و در نهایت تعداد خیلی کمتری نیز به دلیل مشکلات پیچیده تر به سطح سوم ارجاع می شوند. از اینرو می توان نتیجه گرفت که طبق شکل (۱) هر چه از قاعده هرم به سمت راس نزدیک می شویم از فراوانی مشکلات و حجم آنها کاسته می شود منتهی به موازات آن بر پیچیدگی خدمت افزوده می شود و همچنین در سطح دوم و سوم صرفاً خدمات درمانی ارائه می شوند.



اهداف توسعه ی هزاره ی سوم

به دنبال تلاش های دهه ی ۱۹۷۰ در جهت توسعه ی مراقبت های اولیه بهداشتی و اهداف اعلام شده در زمینه ی «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» که طی دو دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ پیگیری شد، در ماه سپتامبر سال ۲۰۰۰ هدف هایی با عنوان «اهداف توسعه ی بین الملل» تنظیم و به تصویب ۱۸۹ کشور عضو سازمان ملل متحد رسید.

این اهداف که سپس «اهداف توسعه برای هزاره ی سوم (MDGs[٤]) » نام گرفت، به عنوان بخشی از نقشه ی راه برای اجرای مفاد اعلامیه ی هزاره، برای توسعه ی همه ی کشورها تلقی گردید. هشت خدمت اصلی که سه هدف بهداشتی را در خود دارد، به ۱۸ هدف اختصاصی تر تقسیم شده و برای هر یک، نشانگرهایی جهت سنجش میزان دست یابی به هدف تعیین گردیده است، که مجموعاً ۴۸ نشانگر را شامل می شود. زمان دست یابی به اهداف، سال ۲۰۱۵ میلادی قرار داده شده و میزان های سال ۱۹۹۰به عنوان شاخص های پایه معین شده است.

اهداف توسعه ی هزاره :

۱. ریشه کنی گرسنگی و فقر شدید
۲. آموزش ابتدایی برای همه
۳. پیشبرد تساوی جنسیتی و توانمندسازی زنان
۴. کاهش مرگ و میر کودکان

هدف اختصاصی: کاهش مرگ و میر کودکان کمتر از ۵ سال بین سال های ۱۹۹۰تا ۲۰۱۵ به میزان دو سوم

نشانگرها:

- میزان مرگ و میر زیر ۵ سال
- میزان مرگ و میر شیرخواران (زیر یک سال)
- نسبتی از کودکان یک ساله که علیه سرخک ، ایمن سازی می شوند

۵. ارتقای سلامت مادران

هدف اختصاصی: کاهش نسبت مرگ و میر مادران بین سال های ۱۹۹۰تا ۲۰۱۵ به میزان دو سوم

نشانگرها:

- نسبت مرگ و میر مادران
- سهم زایمان های زیر نظر کارکنان بهداشتی ماهر

۶. مبارزه با ایدز، مالاریا و دیگر بیماری ها

هدف اختصاصی۱: انتشار HIV / ایدز متوقف شده و از سال ۲۰۱۵ رو به کاهش گذارد.

نشانگرها:

[٤] . Millennium Development Goals

- شیوع HIV در بین زنان حامله ی ۱۵ تا ۲۴ ساله
- میزان استفاده از کاندوم نسبت به روش های پیشگیری از بارداری
- استفاده از کاندوم در آخرین نزدیکی پرخطر
- درصد جمعیت ۱۵تا ۲۴ ساله با اطلاعات جامع و درست از HIV / ایدز
- میزان کاربرد روش های پیشگیری از بارداری
- نسبت یتیمان (ناشی از ایدز) مدرسه ای به غیریتیمان در سنین ۱۰ تا ۱۴ سال

هدف اختصاصی۲: میزان بروز مالاریا و سایر بیماری های عمده، ثابت نگهداشته شده و از سال ۲۰۱۵ رو به کاهش گذارد.

نشانگرها:

- میزان های شیوع و مرگ ناشی از مالاریا
- نسبت جمعیت استفاده کننده از روش های موثر پیشگیری و درمان در مناطق مالاریا خیز
- میزان های شیوع و مرگ ناشی از سل
- سهم موارد سل که در برنامه ی درمان با مشاهده ی مستقیم (DOTS[۵])، بیماریابی و درمان شده است.

۷. تضمین پایداری محیطی
۸. گسترش مشارکت جهانی جهت توسعه

اهداف توسعه ی هزاره، دیدگاهی را فراهم می کنند که در آن سلامت و آموزش در الویت قرار دارند. هفت هدف نخست در تعامل مثبت با یکدیگر هستند و آخرین هدف (مشارکت جهانی) چگونگی دستیابی به هدف های هفت گانه ی قبلی را بیان می دارد. این اهداف در صورتی قابل تحقق می باشند که تمام افراد موثر و فعالان با همکاری یکدیگر فعالیت نموده و هر فرد یا گروهی سهم خود را انجام دهد. کشورهای فقیرتر ملزم به اداره بهتر کشور و سرمایه گذاری بر روی مردم از طریق مراقبت سلامت و آموزش هستند. کشورهای ثروتمند ملزم به حمایت از کشورهای فقیر از طریق کمک های مختلف، بخشیدن بدهی ها و معاملات عادلانه تر می باشند.

منابع:

۱. صادقی حسن آبادی علی، کلیات بهداشت عمومی، انتشارات گپ، تهران، ۱۳۸۶.
۲. حاتمی حسین و همکاران، کتاب جامع بهداشت عمومی، انتشارات ارجمند، تهران، ۱۳۹۲.
۳. جمشید بیگی عصمت، ۳۰ سال با PHC و شبکه های بهداشت و درمان ایران، بهورز، ۱۳۸۸؛۲۰ (۱):۲-۳.

[۵] . Directed Observed

فصل سوم:

سیستم جمع آوری اطلاعات در نظام شبکه بهداشت و درمان

سیستم جمع آوری اطلاعات در نظام شبکه بهداشت و درمان

ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی اولیه، برای هماهنگ کردن فعالیت های شان به اطلاعات نیاز دارند. سازمان های ارائه دهنده ی مراقبت بهداشتی اولیه، همواره با فقدان اساسی اطلاعات مواجه می باشند که می تواند منجر به مدیریت ناکارآمد در ارائه ی خدمات بهداشتی شود. ناکافی بودن اطلاعات مدیریتی، داده های منظم و پردازش های مناسب برای ارزیابی مداوم وضعیت موجود، تعیین اولویت ها، بهبود مدیریت و ارزشیابی خدمات بهداشتی مهمترین تنگناهایی است که به طور تقریبی توسط همه ی کشورها گزارش شده است. لذا برای دستیابی به نظام سلامت مطلوب، به کارگیری اطلاعات در مراحل مختلف تصمیم گیری امری ضروری است، و بهبود عملکرد سیستم های اطلاعات بهداشتی منجر به ارتقای عملکرد مراقبت های بهداشتی اولیه که سنگ بنای اصلی سیستم ارائه ی خدمات بهداشتی است، می گردد.

«سیستم اطلاعات مراقبت بهداشتی اولیه»یکی از انواع سیستم های اطلاعات بهداشتی است که به منظور پردازش در زمینهٔ داده ها، تولید اطلاعات و دانش(Knowledge) مراقبت بهداشتی اولیه طراحی و اجرا می گردد. این سیستم در جهت پاسخ مستقیم به ارائه ی مراقبت های بهداشتی اولیه و فراهم نمودن شیوه های جدید در ارائه ی اطلاعات مدیریتی ایجاد شده است و قادر به تحلیل، گزارش دهی و ارائه ی توضیحات جزیی می باشد. این سیستم ها قادرند داده های صحیح و مرتبط را گردآوری و تحلیل نمایند و به اطلاعات معنی دار قابل استفاده برای تعیین و تشخیص فعالیت های نظام بهداشتی و برنامه ریزی در راستای ارتقای سطح بهداشت در جامعه تبدیل نمایند.

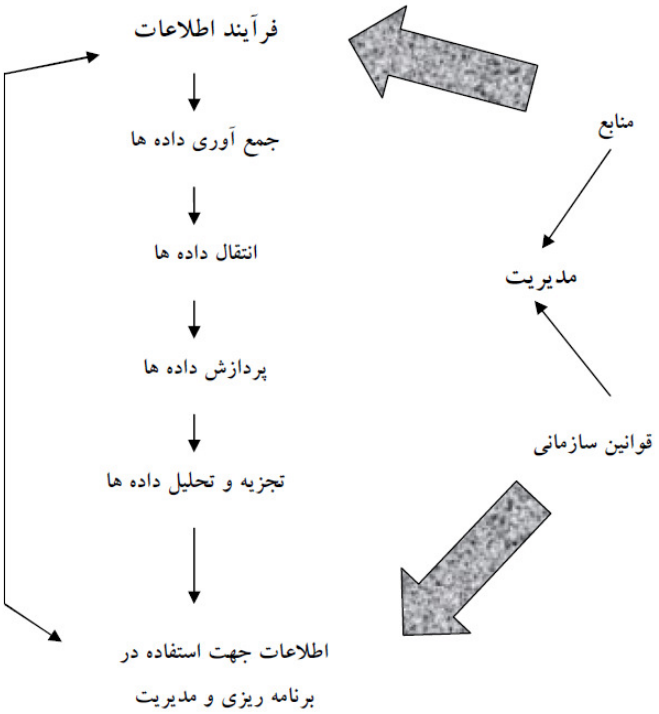
سیستم اطلاعات سلامت (HIS[۶]) و در شکل کاربردی تر نوع مدیریتی آن (HMIS[۷]) نه تنها سبب طبقه بندی اطلاعات در سطوح مختلف سازمانی می گردد بلکه زمینه برای برنامه ریزی مبتنی بر اطلاعات[۸] و برنامه ریزی عملیاتی و بودجه ریزی فراهم می سازد. نظام اطلاعات سلامت دارای اجزایی است که به آن چرخه گردش اطلاعات نیز اطلاق می گردد (شکل۱).

کاربردهای نظام اطلاعات بهداشتی:

۱. اندازه‌گیری وضعیت سلامت مردم و بررسی مشکلات بهداشتی، درمانی و نیازهای بهداشتی جامعه
۲. مقایسه وضعیت بهداشت در سطوح محلی، کشوری و بین‌المللی
۳. برنامه‌ریزی، اجراء و مدیریت مؤثر خدمات و برنامه‌های بهداشتی
۴. ارزیابی مداخلات و تعیین میزان دستیابی به اهداف خدمات بهداشتی از نظر کارآئی[۹] و اثربخشی[۱۰]
۵. ارزیابی نگرش و میزان رضایت گیرندگان خدمات بهداشتی

---

۶. Health Information System
۷. Health Management Information System
۸. Information based planning.
۹. Efficiency
۱۰. Effectiveness



شکل ۱. اجزای نظام اطلاعات سلامت

منابع جمع آوری و ثبت اطلاعات در سطح یک:

۱. فرم ها : شامل فرم اطلاعات آبادی یا روستا ، فرم بازدید سالانه خانه بهداشت ، فرم های مراقبتی(مادران باردار، کودکان و ....) ، فرم های گزارش دهی (آمارهای ماهیانه ، فصلی و .....)

۲. دفاتر مراقبت های بهداشتی و درمانی : شامل دفاتر مراقبت مادران باردار، کودکان ، ثبت نام بیماران ، دفتر دارویی، دفتر پیگیری و مراقبت روزانه و ....

۳. پرونده خانوار : در خانه بهداشت برای هر خانوار تحت پوشش یک پرونده تشکیل می شود که به نام پرونده خانوار شناخته می شود. در این پرونده ابتدا مشخصات اعضای خانواده و محل سکونت آنها ثبت می شود و در مراحل بعدی کلیه سوابق بهداشتی خانواده نیز در آن ثبت و ضبط می گردد. فرم های مراقبتی نظیر مادران باردار، کودکان و ... در آن نگهداری می گردد.

۴. پرونده سلامت : پس از پیاده سازی برنامه پزشک خانواده در کشور، برای هر یک از خانواده ها توسط پزشک مربوطه یک پرونده ایجاد گردید که در آن برای هر عضو خانواده ۳ فرم نگهداری می شود. فرم اول مربوط به اولین ویزیت و معاینه اولیه تک تک افراد خانواده بوده و در آن سوابق پزشکی فرد از حیث ابتلا به بیماری، داروهای مصرفی، آلرژی ها، .... و همچنین نتیجه معاینه ارگان ها و اندام ها ثبت می گردد. فرم دوم در زمان مراجعه هر عضو خانواده به پزشک به منظور ثبت دلیل مراجعه، نتیجه معاینه، تشخیص احتمالی و اقدامات درمانی می باشد. بدین ترتیب با مراجعه به فرم مربوط به هر یک از اعضای خانواده می توان در جریان بیماری ها و سوابق درمانی آنها قرار گرفت. در فرم سوم نیز نتیجه ارجاع هر فرد به سطح بالاتر ثبت می گردد.

۵. زیج حیاتی: ابزاری است که در سطح خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی استفاده می گردد و با کمک آن می توان به اطلاعات ارزشمندی در زمینه جمعیت تحت پوشش و شاخص های بهداشتی آن دست یافت. در بخش ها بعدی به طور مفصل تر به آن پرداخته می شود.

نحوه ثبت و جمع آوری اطلاعات :

اولین گام در فرایند جمع آوری اطلاعات، سرشماری سالانه می باشد. هر خانه بهداشت در شروع کار و آغاز هر سال باید اطلاعات کاملی از منطقه تحت پوشش خود جمع آوری نماید. فرم بازدید سالانه خانوار همزمان با انجام آمار گیری یا کنترل آمار جمعیتی در ابتدای هرسال توسط بهورزان تکمیل میشود. برای این کار منازل هر یک از روستاهای تحت پوشش طبق نظم خاص شماره گذاری میشود. تعداد خانوارها و تعداد افراد هر خانوار به تفکیک نام، سن، جنس، نسبت با سرپرست خانوار، شغل و میزان سواد، بارداری، معلولیت و بیماری مزمن و تغییرهای جمعیتی خانوار(ازدواج، مرگ، مهاجرت) و ... ثبت می گردد. همچنین مشخصات مجتمع های موجود(از نظر: آب، فاضلاب، نوع مصالح بکار رفته در مسکن و دفع فضولات....)، شرایط محیطی(راه ارتباطی، فاصله ها، اماکن عمومی و...)، چگونگی مواد غذایی و تغذیه مردم و نیز سایر اطلاعات لازم در پرونده خانوار ثبت می شود.

در ضمن در پایان سرشماری جمعیتی، کروکی و نقشه روستا ترسیم شده و فرم اطلاعات آبادی یا روستا برای روستای اصلی و اقماری تکمیل میشود و سپس سالانه تغییرات در آن اعمال می گردد.

پس از سرشماری اولیه یا سالانه، گروه های سنی، جنسی، شغلی و... که برنامه مراقبت بهداشتی معینی دارند، دسته بندی، ثبت و برنامه مراقبت بهداشتی آنها تنظم می گردد. با جمع آوری و دسته بندی این اطلاعات وسعت عمل، حجم فعالیت و میدان عملیاتی خانه بهداشت روشن می شود. بعد از آن، فعالیت ها در دفاتر مراقبتی و پرونده خانوار ثبت گردیده، اطلاعات جمعیتی به تفکیک گروه های سنی در جدول شماره یک زیج حیاتی ثبت می شود و درطول سال نیز جداول موالید و مرگ و میر بصورت روزانه چوب خط زده می شود، البته این اطلاعات در دفتر یا فرم وقایع حیاتی روزانه بطوردقیق ثبت می شود.

از اطلاعات بدست آمده برای نوشتن اسامی زنان واجد شرایط تنظیم خانواده و زنان باردار در دفاتر مربوطه استفاده می شود، همچنین مبتلایان به بیماری های قید شده در فرم پیگیری بیماری ها شناسایی و کنترل می شود و درصورتی که تحت مراقبت نباشند آنها را تحت مراقبت قرار می دهند.

پس از اینکه اطلاعات در فرم ها، دفاتر و پرونده خانوار ثبت شدند، این اطلاعات بصورت داده های عددی به فرم های یکسانی که بیشتر در غالب فرم های نظام نوین آماری می باشد، انتقال داده می شوند. یک نسخه از این فرم ها در خانه بهداشت نگهداری می شود و نسخه اصلی به مرکز بهداشتی درمانی، که خانه بهداشت تحت پوشش آن مرکز می باشد ارسال می گردد.فرم های آماری بر حسب نوع فرم ممکن است بصورت ماهانه (مانند فرم آماری واکسیناسیون) یا بصورت فصلی (مانند فرم های تنظیم خانواده) و یا شش ماهه (مانند فرم های بهداشت محیط و حرفه ای) باشند.

کنترل اطلاعات :

کنترل به معنی اعمال ضوابط و راهنمایی هایی در مورد چیزی یا کسی جهت اطمینان از کسب نتایج مورد نظرمی باشد. پس ازجمع آوری اطلاعات در خانه بهداشت به شکل آمار و فرم های آماری به مرکز بهداشتی درمانی ارسال می گردند.

آمارها در قالب عملکرد مرکز بهداشتی درمانی به مرکز بهداشت شهرستان و بعد به حوزه معاونت بهداشتی و در نهایت از آنجا به وزارتخانه ارسال می گردد. چون کلیه شاخص ها در سطوح مختلف از همین آمارهای ارسالی است، پس اهمیت صحت این آمارها به وضوح مشخص می شود و مرحله کنترل اطلاعات جایگاه ویژه خود را نشان می دهد. یکی از مهمترین ابزار کنترل در خانه بهداشت زیج حیاتی است، این زیج ها که منبع اصلی برای تهیه شاخص های بهداشتی می باشند باید در سطح خانه بهداشت با درستی و با دقت هر ماهه کنترل و بررسی شود .

زیج حیاتی :

زیج در لغت، معرب کلمه ی فارسی زیگ و به معنای تعیین احوال ستارگان، و جدولی است که از آن به حرکات سیارات معرفت یابند. زیج های مورد استفاده در سیستم بهداشتی در مرکز خود دارای چند دایره متحدالمرکز و ۱۲ قطاع (هر قطاع برای یک ماه) می باشند و با توجه به شباهتی که با جداول مورد استفاده در رصد خانه ها دارند، نام زیج را به خود گرفته اند و چون از آن برای ثبت و نمایش آمارهای حیاتی بهره گرفته می شود پسوند "حیاتی" دارد.

زیج حیاتی ابزاری است ایرانی که براساس نیازهای واقعی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور شکل گرفته است. این ابزار، اولین بار در سال ۱۳۶۷ و فقط برای نمایش وقایع تولد و مرگ در جمعیت خانه‌های بهداشت کشور بکار گرفته شد و بتدریج در جریان کار با اثبات کارآیی خود تکمیل تر گردید. در حال حاضر زیج حیاتی یکی از ابزارهای ساده و کارآمد نظام اطلاعات مراقبت های اولیه بهداشتی می باشد که در سطح خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی مورد استفاده قرار می گیرد. ارائه دهندگان خدمات اولیه بهداشتی ، وقایع حیاتی اتفاق افتاده در جمعیت تحت پوشش خود را در آن ثبت نموده و در پایان سال پس از جمع بندی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می نمایند. با داده های ثبت شده در زیج حیاتی، می توان شاخص های حیاتی را در سطح منطقه ، شهرستان ، استان و کشور محاسبه نمود، و با تحلیل آنها و مقایسه با سال های قبل، وضعیت برنامه ها و مداخله ها را ارزیابی کرد و در برنامه‌ریزی ها به جهت ارتقاء وضعیت سلامت جامعه گام های مثبتی برداشت.

همچنین، با مرتب کردن شاخص های بدست آمده از زیج های حیاتی هر خانه بهداشت، می توان مناطق با پایین ترین عملکرد را مشخص کرد، نقاط ضعف آن مناطق را شناسایی و اقدام به مداخله مناسب نمود. این، ساده ترین استفاده از زیج حیاتی است که کارآیی مدیریتی خوبی دارد.
نظارت کنندگان آگاه در شبکه های بهداشت و درمان بخوبی قادرند با یک سلسله مقایسه های سهل و سریع، صحت و دقت اطلاعات زیج را کنترل کنند و حتی با پیگیری منشاء این اطلاعات در پرونده های خانوار و دفاتر عملیاتی، ابعاد نظارت خود را به جنبه های دیگر کار و فعالیت خانه بهداشت و بهورز در مناطق روستایی تولید کننده زیج حیاتی گسترش دهند.

راهنمای تنظیم زیج حیاتی:

زیج حیاتی ورقه ای است با طول و عرض ۷۰ و ۵۰ سانتیمتر که از ابتدا تا پایان سال باید به دیوار خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی روستایی در روستا و پایگاه های بهداشت غیر ضمیمه شهری و مراکز بهداشتی درمانی شهری(پایگاه بهداشت ضمیمه) در شهرها نصب باشد و فرم سال بعد بر روی آن قرار گیرد. هدف از تکمیل زیج حیاتی، داشتن اطلاعات آماری بهنگام و دقیق از جمعیت تحت پوشش روستایی و شهری و محاسبه شاخص های جمعیتی ـ بهداشتی هرخانه بهداشت، پایگاه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری است تا در نهایت کل جمعیت روستایی و جمعیت شهری تحت پوشش بدست آید و بتوان هر سال نتیجه فعالیت های واحدهای ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی (خانه‌های بهداشت و پایگاه های بهداشت) را به صورت کمی ارزیابی کرد.

اجزای زیج حیاتی– در زیج حیاتی هشت جدول و یک گردونه وجود دارد ، که به اختصار در مورد هر یک از آنها توضیحات لازم ارائه می گردد:

۱- جدول استفاده از نمک ید دار

اولین جدول سمت راست صفحه زیج، جدول استفاده از نمک ید دار می باشد. هدف این جدول ارائه آمار از وضعیت استفاده از نمک ید دار در خانوار های تحت پوشش هر واحد می باشد. در این جدول با توجه به سرشماری اول سال تعداد خانوارهای تحت پوشش ثبت می گردد و بر اساس فرایند انجام ید سنجی نمک مصرفی خانوار در زمان سرشماری و یا بازدید از منزل، مشخص می شود که چه تعداد خانوار از نمک یددار استفاده می کنند.

جدول شماره ۱- استفاده از نمک ید دار:		
منطقه	تعداد کل خانوار	تعداد خانوار هایی که از نمک ید دار استفاده میکنند
شهر / روستای اصلی ☐		
حاشیه / قمر ◯		

۲- جدول جمعیت بر حسب سن و جنس

مبنای این، جدول سرشماری اول سال بهورز در روستاها یا سرشماری پایگاه های بهداشت یا مراکز بهداشتی درمانی شهری است.

پس از اتمام سرشماری اطلاعات جمع آوری شده برحسب سن و جنس جمعیت تحت پوشش و به تفکیک روستای اصلی یا روستاهای قمر در جمعیت روستایی و به تفکیک جمعیت شهری یا روستایی در واحدهای مستقر در شهر دسته بندی می شود و به این جدول وارد میشود .

اطلاعات جمعیتی هر روستا در پایان سرشماری به مرکز بهداشت شهرستان ارسال شده و جدول جمعیت روستایی شهرستان را تشکیل می دهد. چنانچه واحدهای مستقر در شهر، جمعیت روستایی بطور مستقیم و بدون واسطه خانه بهداشت در پوشش خود ندارند، ستون دوم (یعنی ستونی که عنوان آن روستای قمر می باشد) خالی می ماند.

ستون های مربوط به جمعیت زنان در فاصله سنی ۱۰ تا ۴۹ سال هر یک به دو قسمت تقسیم شده است:

- درهر ردیف ستون سمت راست (ستون سفید) برای نوشتن جمعیت کل زنان و ستون چپ (رنگی) برای ثبت رقم جمعیت زنان همسردار در آن گروه سنی است.
- در ثبت زنان همسردار در هر گروه سنی نکته قابل توجه این است که منظور از زن همسردار، زنی است که در عقد شرعی و عرفی مردی قرار دارد، چه در حال حاضر در خانه همسر خود زندگی کند یا در خانه پدری خود ساکن باشد (صیغه به عنوان همسر شرعی محسوب می گردد).

جدول شماره ۲- جمعیت برحسب سن و جنس

منطقه و جنس / سن (سال)	شهر /روستای اصلی ☐		حاشیه / قمر ◯		کل	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
کمتر از یکماه						
یکماه تا یکسال						
۱ تا ۴						
۵ تا ۹						
۱۰ تا ۱۴						
۱۵ تا ۱۹						
۲۰ تا ۲۴						
۲۵ تا ۲۹						
۳۰ تا ۳۴						
۳۵ تا ۳۹						
۴۰ تا ۴۴						
۴۵ تا ۴۹						
۵۰ تا ۵۴						
۵۵ تا ۵۹						
۶۰ تا ۶۴						
۶۵ تا ۶۹						
۷۰ تا ۷۴						
۷۵ تا ۷۹						
۸۰ تا ۸۴						
۸۵ و بیشتر						
جمع						

۳- جدول تولد

نتیجه و مشخصات هر زایمان در طول سال ، توسط بهورز در این جدول با چوب خط نمایش داده می شود. این جدول شامل پنج بخش می باشد که در هر بخش مشخصات مرتبط با هر زایمان ثبت می گردد.

جدول شماره ۳- تولد برحسب وزن و جنس نوزاد، سن مادر و شرایط زایمان، نوع زایمان و فرزند آوری

منطقه	مرده بدنیا آمده		زنده بدنیا آمده		وزن هنگام تولد و جنس نوزاد						سن مادر در این تولد زنده									شرایط زایمان			نوع زایمان		تعداد زمان ۱۰ تا ۴۹ سال شوهردار	
					کمتر از ۲۵۰۰ گرم		۲۵۰۰ گرم و بیشتر		وزن نشده		۱۰ تا ۱۴	۱۵ تا ۱۹	۲۰ تا ۲۴	۲۵ تا ۲۹	۳۰ تا ۳۴	۳۵ تا ۳۹	۴۰ تا ۴۴	۴۵ تا ۴۹	در بیمارستان یا درمانگاه	در منزل زائو یا بین راه توسط			طبیعی	سزارین	بی فرزند	تک فرزند
																				ماماهای تحصیل کرده	ماماهای دوره دیده	ماما ی دوره ندیده				
شهر/ روستای اصلی ☐																										
حاشیه / قمر ○																										

بخش اول : تعدا دختران و پسران مرده به دنیا آمده درطول سال به روش چوب خطی علامت زده میشود. در دو حالت ، نوزاد مرده به دنیا آمده محسوب میشود :

الف) نوزادی که بعد از هفته بیستم حاملگی بدنیا آمده است و هیچ یک از علائم حیاتی را ندارد، یعنی حتی یکبار هم نفس نکشیده و گریه نکرده است.

ب) نوزادی که با وزن بیش از ۵۰۰ گرم (بدون احتساب وزن جفت) بدنیا آمده و در زمان تولد فاقد علایم حیاتی است.

بخش دوم : مربوط به تعداد کل نوزادان زنده متولد شده و جنس آنها بر حسب منطقه می باشد.

بخش سوم : مربوط به وزن هنگام تولد نوزاد و برحسب جنس اوست. چنانچه وزن هنگام تولد در دست نبود می توان وزن روز دهم تولد را ثبت نمود. تعداد نوزادانی راکه وزن شان کمتر از ۲۵۰۰ گرم باشد، در دو ستون اول این قسمت و آنهایی که وزن شان ۲۵۰۰ گرم و بیشتر است در دو ستون بعدی علامت زده می شود . در دو ستون آخر این بخش تعداد نوزادانی ثبت می شود که موفق به وزن کردن آنها نشده ایم.

بخش چهارم : مربوط به سن مادر در هر تولد زنده است، باید توجه داشت که اگر حاصل زایمان دو یا چند قلو است باید برای هر یک از تولدهای زنده در قسمت سن مادر یک علامت زده شود. در نهایت مجوع ارقام درون ستون های این بخش با ارقام بخش های دوم و سوم این جدول مساوی خواهند بود.

منطقه	مرده بدنیا آمده		زنده بدنیا آمده		وزن هنگام تولد و جنس نوزاد						سن مادر در این تولد زنده							
					کمتر از ۲۵۰۰ گرم		۲۵۰۰ گرم و بیشتر		وزن نشده		۱۰ تا ۱۴	۱۵ تا ۱۹	۲۰ تا ۲۴	۲۵ تا ۲۹	۳۰ تا ۳۴	۳۵ تا ۳۹	۴۰ تا ۴۴	۴۵ تا ۴۹
شهر/ روستای اصلی ☐																		
حاشیه / قمر ○																		

بخش پنجم: در برگیرنده شرایط زایمان در بیمارستان یا منزل زائو است. چنانچه زایمان در بیمارستان ، زایشگاه ، یا تسهیلات زایمانی انجام شده باشد ، تعداد آنها در ستون مربوطه علامت زده می شود و اگر زایمان در منزل زائو یا بین راه

انجام گرفته باشد برحسب اینکه کمک کننده به زایمان چه کسی است در ستون های زیر آن علامت زده می شود. قابل ذکر است هر زایمانی که در محلی غیر از بیمارستان ، زایشگاه ، تسهیلات زایمانی یا مطب پزشک انجام گرفته باشد ، زایمان در منزل محسوب میشود.

دقت شود که اگر حاصل زایمان دوقلو و یا چند قلو باشد در این بخش فقط یک بار ثبت می شود و به این ترتیب می توان درصد چند قلوزایی را محاسبه نمود، بدین ترتیب که با کم کردن تعداد چوب خط های ستون «شرایط زایمان» از مجموع «نوزادان زنده و مرده بدنیا آمده» ، تعداد دوقلو یا چند قلو بدست می آید.

مامای تحصیل کرده: به ماماهایی اطلاق می شود که دوره کاردانی و یا کارشناسی مامائی را در دانشگاه گذرانده اند. (موارد زایمان در منزل توسط پزشک نیز در همین محل ثبت می شود.)

مامای دوره دیده:

- ✓ **ماما روستا:** خانم هائی در روستا که دوره ۶ ماهه ماما روستائی را گذرانده و موفق به دریافت گواهینامه شده اند.
- ✓ **بهورز ماما:** بهورزانی که در دوره آموزش بهورز ماما شرکت کرده و موفق به دریافت گواهینامه پایان دوره شده اند به عنوان بهورز ماما شناخته می شوند.

مامای دوره ندیده: در صورتی زایمان توسط ماماهای محلی و یا اطرافیان مادر(بدون کمک مامای دوره دیده یا تحصیلکرده) انجام شده باشد، عامل زایمان به عنوان مامای دوره ندیده تلقی می شود.

زایمان در بیمارستان یا زایشگاه: به مواردی اطلاق می شود که زایمان در داخل بیمارستان، زایشگاه، واحد تسهیلات زایمانی و یا مطب پزشک انجام شده است.

زایمان در منزل: هر زایمانی که در محلی غیر از بیمارستان، زایشگاه، تسهیلات زایمانی و مطب پزشک انجام گرفته باشد، زایمان در منزل حساب می شود.

زایمان طبیعی: تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت زنده یا مرده از کانال زایمان

سزارین: زایمانی که در آن نوزاد با ایجاد برشی در دیواره شکم و رحم مادر خارج می گردد.

زنان ۱۰ تا ۴۹ سال شوهردار تک فرزند: در صورتی که زوج دارای یک فرزند(با سن ۱ ساله تا۱ سال و ۲۲ ماه و ۱۲ روز) باشد و هنوز تصمیمی برای بارداری مجدد نداشته باشد.

زنان ۱۰ تا ۴۹ سال شوهردار بی فرزند: در صورتی که از زندگی مشترک زوجین بر اساس اطلاعات پرونده خانوار ۲۴ ماه گذشته باشد و زن سابقه سقط یا مرده زایی نداشته باشد و در حال حاضر باردار نباشد.

اطلاعات تک فرزندی و بی فرزندی از فرم" مشاوره، انتخاب و آغاز استفاده از روش پیشگیری از بارداری" استخراج می گردد.

شرایط زایمان				نوع زایمان		تعداد زنان ۱۰ تا ۴۹ سال شوهردار	
در بیمارستان یا زایشگاه	در منزل زائو یا بین راه توسط			طبیعی	سزارین	بی فرزند	تک فرزند
	مامای تحصیل کرده	مامای دوره دیده	مامای دوره ندیده				

۴- جدول مرگ بر حسب سن وجنس

در این جدول هر گونه مرگ اتفاق افتاده در مناطق شهری یا روستاهای تحت پوشش به تفکیک منطقه سکونت فرد و بر حسب سن و جنس به صورت چوب خط ثبت می شود. باید توجه داشت همه مرگ هایی که در محدوده واحد بهداشتی درمانی اتفاق می افتد ثبت شوند.

باید دقت نمود" کمتراز یکماه" یعنی از بدو تولد تا ۲۸ روزگی کامل و " یکماه تا کمتر از یکسال " یعنی از ۲۹ روزگی تا وقتی که سن کودک به ۱۱ ماه و ۲۹ روز برسد و یا در مورد " ۱ تا ۴ سال " یعنی درست از وقتی که ۳۶۵ روز از تولد کودک گذشته باشد (روز تولد یکسالگی او) تا زمانی که ۴ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روزگی او باشد و به همین ترتیب برای بقیه گروه های سنی اقدام می شود.

جدول شماره ۴- مرگ برحسب سن و جنس

منطقه و جنس / سن		کمتر از یکماه	یکماه تا یکسال	۱ تا ۴	۵ تا ۹	۱۰ تا ۱۴	۱۵ تا ۱۹	۲۰ تا ۲۴	۲۵ تا ۲۹	۳۰ تا ۳۴	۳۵ تا ۳۹	۴۰ تا ۴۴	۴۵ تا ۴۹	۵۰ تا ۵۴	۵۵ تا ۵۹	۶۰ تا ۶۴	۶۵ تا ۶۹	۷۰ تا ۷۴	۷۵ تا ۷۹	۸۰ تا ۸۴	۸۵ و بیشتر	جمع
شهر / روستای اصلی: ☐	مرد																				
	زن																				
قمر / حاشیه ○	مرد																				
	زن																				
کل	مرد																				
	زن																				

۵- جدول مرگ مادران :

در طول سال هر گونه مرگ مادر در اثر عوارض بارداری ، زایمان و تا ۴۲ روز بعد از زایمان را برحسب سن مادر به تفکیک منطقه و با اشاره به علت های عمده مرگ مادران (خونریزی ، عفونت بعد از زایمان، مسمومیت حاملگی ، بیماری های قلبی و سایر علل) در این جدول با چوب خط نمایش داده می شود.

- **خونریزی :** اگر مادری در طول بارداری یا در حین زایمان و یا تا ۴۲ روز بعد از زایمان به علت خونریزی از مجرای زایمانی بمیرد، باید در ردیف مرگ به علت خونریزی ثبت شود.

- **عفونت بعد از زایمان :** اگر مادری ۲ تا ۱۰ روز بعد از زایمان و به دنبال تب بیش از ۳۸ درجه سانتی گراد بمیرد باید به عنوان عفونت بعد از زایمان ثبت شود.

- **مسمومیت حاملگی:** چنانچه مادری با علائم فشارخون بالاتر از حد معمول، ورم سراسری بدن یا ورم شدید دست ها و صورت و وجود آلبومین در ادرار در طول دوره بارداری بمیرد، مرگ از مسمومیت حاملگی به حساب می آید.

- **بیماری های قلبی :** اگر مرگ مادر در دوران بارداری، حین زایمان و یا تا ۴۲ روز بعد از زایمان به تشخیص پزشک به علت داشتن عارضه قلبی مادر باشد، در این قسمت ثبت می شود.

- **سایر:** چنانچه مرگ مادر در دوران بارداری ، حین زایمان و یا تا ۴۲ روز بعد از زایمان به علتی غیر از چهار علت فوق باشد در ردیف "سایر" ثبت می شود ، به غیر از موارد حوادث ، قتل و خودکشی .

جدول شماره ۵ - مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان برحسب سن مادر و علت مرگ

	منطقه و علت مرگ / سن (سال)	۱۰ تا ۱۴	۱۵ تا ۱۹	۲۰ تا ۲۴	۲۵ تا ۲۹	۳۰ تا ۳۴	۳۵ تا ۳۹	۴۰ تا ۴۴	۴۵ تا ۴۹	۵۰ سال و بالاتر
شـــهر / روســـتای اصلی ☐	خونریزی									
	عفونت بعد از زایمان									
	پره اکلامپسی									
	بیماریهای قلبی									
	سایر علل									
حاشیه / قمر ○	خونریزی									
	عفونت بعد از زایمان									
	پره اکلامپسی									
	بیماریهای قلبی									
	سایر علل									

توجه:

- علل مرگ با بررسی موارد مرگ در کمیته دانشگاهی بررسی مرگ مادر و مطابق علت اعلام شده در این کمیته در جدول درج می گردد.
- اگر مرگ مادر دوران بارداری ، حین زایمان و یا تا ۴۲ روز بعد از زایمان به علت های دیگری مثل حوادث پیش آمده باشد نبایستی به عنوان مرگ مادر ثبت شود و فقط در جدول کل مرگ ها ثبت می شود.

۶- جدول علت مرگ در کودکان کمتر از ۵ سال :

در این جدول هر گونه علت مرگ در کودکان زیر ۵ سال ثبت می شود، و در آن اطلاعات کودکان فوت شده به تفکیک جنس و منطقه و سن در قسمت مربوطه نمایش داده می شود. برای دقت در ثبت علل مرگی محل هایی که بروز مرگ به علتی خاص در سنین مربوطه ناممکن می باشد در این جدول با رنگ تیره تر مشخص شده است .

• **مرگ ناشی از عارضه کمبود وزن هنگام تولد:** مرگ نوزادی که بعد از هفته سی و هفتم بارداری مادر با وزن هنگام تولد ۲۵۰۰ گرم یا کمتر به دنیا آمده است و حداکثر تا پایان اولین ماه زندگی به دلیل عوارض ناشی از این کمبود وزن هنگام تولد مرده باشد در این قسمت ثبت می شود.

جدول شماره ۶ - علت مرگ در کودکان کمتر از پنجسال

منطقه و سن	علت مرگ	غفونتهای تنفسی	اسهال و استفراغ	حوادث، مسمومیتها، سوختگیها	عارضه کمبود وزن هنگام تولد	نارسی نوزاد	بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن	مرگ نوزاد از صدمات زایمانی	ناهنجاریهای مادرزادی	سایر علل
شهر یا روستای اصلی ☐	کمتر ازیکماه									
	یکماه تا کمتر از یکسال									
	یکسال تا کمتر از پنجسال									
حاشیه / قمر ○	کمتر از یکماه									
	یکماه تا کمتر از یکسال									
	یکسال تا کمتر از پنجسال									

• **مرگ ناشی از نارسی نوزاد:** مرگ نوزادی که قبل از هفته سی و هفتم بارداری مادر بدنیا آمده باشد (خواه با وزن زمان تولد کم یا طبیعی) و حداکثر تا پایان اولین ماه زندگی به دلیل عوارض ناشی از این تولد زودرس مرده باشد در این قسمت ثبت میشود.

• **مرگ ناشی از بیماری های قابل پیشگیری با واکسن:** شامل مرگ به علت سرخک، سیاه سرفه ، کزاز ، فلج اطفال ، هپاتیت B، دیفتری و سل است.

• **مرگ نوزاد از صدمات زایمانی:** چنانچه نوزادی با علائم حیاتی به دنیا بیاید، ناهنجاری مادرزادی آشکاری نداشته باشد ولی علائم حیاتی او ضعیف باشند به طوری که به اقدامات اولیه احیاء نوزاد پاسخ ندهد و حداکثر تا یک ساعت پس از زایمان بمیرد، در این قسمت ثبت می شود.

• **مرگ ناشی از ناهنجاری های مادرزادی:** مرگ کودکان تا پنج سال که با علائم حیاتی به دنیا بیاید، چنانچه پس از تولد ناهنجاری واضح و مشهودی داشته باشد که منجر به مرگ نوزاد گردد باید در قسمت مرگ کمتر از یک ماهگی به دلیل ناهنجاری مادرزادی ثبت گردد و اگر ناهنجاری واضح و آشکار نداشت، تشخیص علت مرگ به دلیل ناهنجاری مادرزادی فقط با پزشک خواهد بود.

• **مرگ ناشی از حوادث، مسمومیت ها و سوختگی ها:** اگر کودک زیر پنج سالی به دلیل حادثه ، مسمومیت یا سوختگی فوت کرد هر چند که زمینه بیماری های دیگر هم داشته باشد باید این قسمت ثبت شود.

۷- جدول پوشش تنظیم خانواده

در روز آخر سال(۲۹ اسفند) تعداد استفاده کنندگان (زن و شوهرهایی) که از وسایل مختلف پیشگیری از بارداری استفاده می کنند از دفاتر مربوطه استخراج و به تفکیک وسیله در این جدول نوشته می شود. در تنظیم این جدول معیار وضعیت یک سال کامل نیست بلکه فقط ماه آخر سال، ملاک قرار می گیرد.

چنانچه فرد در آخرین روز سال (۲۹اسفند) هنوز تحت پوشش روش تنظیم خانواده باشد به عنوان یک مورد ثبت می شود. آمار ثبت شده در این قسمت تا سن ۴۹ سالگی زن ادامه دارد و بعد از آن فرد، از گروه زنان واجد شرایط حذف شده و آمار او ثبت نمی شود.

بایدتوجه داشت که تعداد افراد ثبت می شود نه تعداد وسایلی که از آنها استفاده شده است، یعنی اگر زن یا شوهری ۵ قراص کاندوم و یا ۵ بسته قرص دریافت کرده باشند فقط یک نفر به حساب می آید نه ۵ نفر.

همچنین باید دقت نمود که در زمان تعیین شده، تعداد افرادی که از وسیله یا روش مورد نظر استفاده می کنند باید در محل مخصوص خود ثبت شوند، نه فقط تعداد افرادی که در آن زمان وسیله دریافت کرده اند. در پر کردن این جدول اطمینان بهورز یا کارمند بهداشتی نسبت به استفاده از هر یک از وسایل یا روش ها شرط اصلی است.

در مورد افرادی که اقدام به بستن لوله ها کرده اند (زن یا مرد) تعداد کل آنها نیز در آخرین روز سال در ستون مربوطه ثبت می شود (در مورد وازکتومی مردان نیز باید سن زن مطرح باشد).

جدول شماره ۷: پوشش تنظیم خانواده برحسب نوع روش در آخرین روز سال				
منطقه و روش / زمان				۲۹ اسفند
شهر/ روستای اصلی ☐	قرص			
	کاندوم			
	آی یو دی			
	بستن لوله بـه روش	زن		
	جراحی در زن / مرد	مرد		
	آمپول سه ماهه			
	آمپول یک ماهه			
	سایر			
	طبیعی			
حاشیه / روستای قمر ◯	قرص			
	کاندوم			
	آی یو دی			
	بستن لوله بـه روش	زن		
	جراحی در زن / مرد	مرد		
	آمپول سه ماهه			
	آمپول یک ماهه			
	سایر			
	طبیعی			

روش طبیعی به استفاده از روش های غیر دارویی و غیر مکانیکی برای پیشگیری از بارداری در روزهایی که امکان باروری وجود داشته باشد، گفته می شود. انواع این روش ها عبارتند از: روش های ریتمیک یا تقویمی، روش بررسی موکوس گردن رحم یا روش تخمک گذاری، روش شیردهی، خودداری از نزدیکی، روش دمای پایه بدن و روش نزدیکی منقطع.

در قسمت سایر، نیز تعداد افرادی نوشته می شود که از روش ها و وسایلی غیر از آنها که ثبت شده اند استفاده می کنند.

جدول۸- مهاجرت برحسب نفر

با توجه به اینکه بهورز خانه بهداشت / مراقب سلامت پایگاه در طول سال از افرادی که به روستا / منطقه شهری تحت پوشش مهاجرت کردند باید اطلاع داشته باشند و این اطلاعات در دفتر / فرم گزارش مهاجرت دهی و مهاجرت پذیری خانه ها و پایگاه های بهداشت ثبت می گردد، اطلاعات مهاجرت از دفتر و فرم اشاره شده استخراج و به صورت تجمیعی(به صورت عددی) و با مداد در پایان هر فصل در جدول" مهاجرت بر حسب" نفر در پوستر زیج ثبت می گردد . بر این اساس تعداد افراد خارج شده از روستا / منطقه شهری تحت پوشش را تحت عنوان مهاجرت به خارج از روستا / منطقه شهری تحت پوشش و تعداد افراد وارد شده به روستا / منطقه شهری تحت پوشش را تحت عنوان مهاجرت به داخل روستا / منطقه شهری تحت پوشش در ستون مربوطه به تفکیک شهر /روستای اصلی و حاشیه /قمر ثبت می گردد.

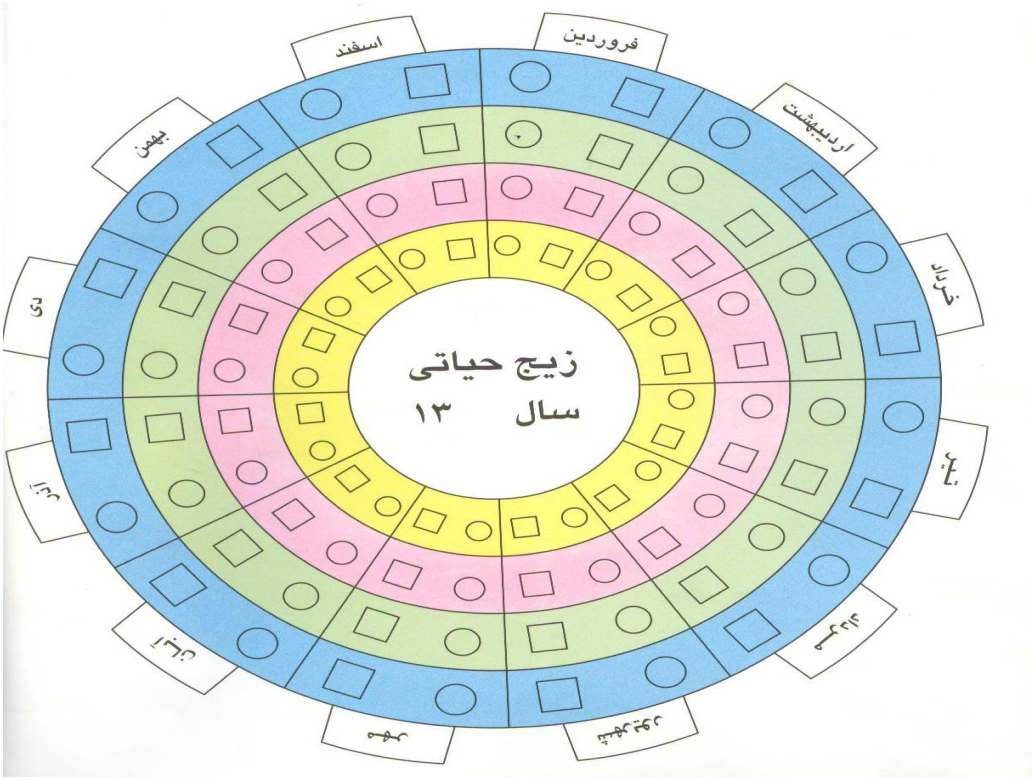
جدول شماره ۸- مهاجرت بر حسب نفر		
منطقه	مهاجرت به خارج از	مهاجرت به داخل
شهر / روستای اصلی		
حاشیه / روستای قمر		

گردونه تولد و مرگ :

در آخر هر ماه تعداد تولد و مرگ اتفاق افتاده در روستا از روی جداول تولد و مرگ شمارش شده و در این گردونه ثبت می شود. زیج های کنونی دارای پنج دایره متحد المرکز در قسمت وسط زیج می باشند، که در چهار رنگ چاپ می شود. دوایر متحد المرکز در نسخه های رنگی از داخل به خارج به ترتیب سفید (برای ثبت سال) زرد (برای ثبت موالید زنده) صورتی (ثبت مرگ های یکماه تا یکساله) سبز (برای ثبت مرگ های یک تا ۴ ساله) و آبی (برای ثبت مرگ های ۵ ساله و بالاتر) چاپ میشود.

در زیج های حیاتی قابل استفاده در خانه های بهداشت، مربع برای ثبت اطلاعات روستای اصلی و دایره برای ثبت اطلاعات روستاهای اقماری و برای زیج های قابل استفاده در مراکز و پایگاه های بهداشت، مربع برای ثبت اطلاعات جمعیت شهری تحت پوشش و دایره برای ثبت اطلاعات جمعیت حاشیه ای تحت پوشش مستقیم آن واحدها در نظر گرفته شده است. هر کدام از اعداد درون دوایر زیج حیاتی با سایر جداول کنترل و چک می شود. اعداد در درون این دوایر باید طوری نوشته شوند که بدون چرخش دایره براحتی از روبرو قابل خواندن باشد.

لازم به ذکر است در واحدهای بهداشتی درمانی به غیر از جدول مربوط به آمار جمعیت تحت پوشش، جدول مهاجرت، جدول تنظیم خانواده و گردونه که داده ها به عدد در آنها ثبت میشود در بقیه جدول ها اطلاعات به صورت چوب خطی ثبت می گردد. ولی در مراکز بهداشت شهرستان و مراکز بهداشت استان زیج نهایی پس از استخراج از رایانه برای تمام جداول با عدد و رقم نوشته می شود.



در ابتدای هر سال باید زیج های حیاتی سال قبل خانه های بهداشت، با پایگاه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری از تمام آن مراکز جمع آوری و عینا" وارد رایانه شده و به مرکز بهداشت استان ارسال گردد. تمامی اطلاعات زیج های حیاتی بایستی توسط مسئول بهداشت خانواده و مسئول واحد گسترش هر شهرستان کنترل و تائید گردد.

شاخص های قابل محاسبه از زیج حیاتی:

با داده های ثبت شده در زیج حیاتی، می توان شاخص های زیر را در سطح منطقه، شهرستان، استان و کشور محاسبه نمود:

۱- شاخص های جمعیتی :

- هرم سنی
- نسبت جنسی (تعداد زنان / تعداد مردان)
- درصد گروه سنی زیر یکسال (۱۰۰ × کل جمعیت / جمعیت زیر یک سال)
- درصد گروه سنی زیر ۵ سال (۱۰۰ × کل جمعیت / جمعیت زیر پنج سال)
- درصد گروه سنی زیر ۱۵سال (۱۰۰ × کل جمعیت / جمعیت زیر ۱۵سال)
- درصد گروه سنی ۱۵تا۶۴ سال (۱۰۰ × کل جمعیت / جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال)
- کل جمعیت ۶۵ سال و بیشتر (۱۰۰ × کل جمعیت / جمعیت ۶۵ سال و بالاتر)
- نسبت درصد سرباری

(۱۰۰ × جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال / جمعیت صفر تا ۱۴سال + جمعیت ۶۵ سال و بالاتر)

- درصد زنان شوهردار در هر گروه سنی از ۱۵ تا ۴۹ سال

(۱۰۰ × کل جمعیت زنان در همان گروه سنی / جمعیت زنان شوهردار در هر گروه سنی)

- درصد زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۹ ساله به کل زنان

(۱۰۰ × کل جمعیت زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله / جمعیت زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۹ ساله)

- رشد طبیعی جمعیت

(میزان خام مرگ – میزان خام تولد = رشد طبیعی جمعیت)

۲- شاخص های باروری :

- میزان تولد خام

(۱۰۰۰ × جمعیت همان سال / تعداد موالید زنده یک سال)

- میزان باروری عمومی

(۱۰۰۰ × جمعیت زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله / تعداد موالید زنده یک سال)

- میزان های باروی اختصاصی سنی

(۱۰۰۰ × جمعیت زنان همان گروه سنی در همان سال / تعداد موالید زنده در هر گروه سنی)

- میزان باروری کلی

(۵ × ۱۰۰۰ / مجموع میزان های باروری اختصاصی سنی)

- درصد زایمان هایی که توسط شخص دوره دیده در منزل انجام شده است

(۱۰۰× کل زایمان ها / تعداد زایمان ها در منزل توسط شخص دوره دیده)

- درصد زایمان هایی که بوسیله شخص دوره دوره ندیده انجام شده است

(۱۰۰× کل زایمان ها / تعداد زایمان ها در منزل توسط شخص دوره ندیده)

- درصد زایمان هایی که در بیمارستان انجام شده است

(۱۰۰× کل زایمان ها / تعداد زایمان های انجام شده در بیمارستان)

- درصد چند قلو زایی

(۱۰۰× تعداد کل زایمان ها / تعداد زایمان های چند قلو)

- درصد مرده زایی به تفکیک پسر و دختر و کل

(۱۰۰× متولدین زنده به تفکیک جنس و کل / تعداد متولدین مرده به دنیا آمده)

- نسبت جنسی در بدو تولد

(تعداد تولدهای زنده دختر / تعداد تولدهای زنده پسر)

- درصد متولدین با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم به تفکیک پسر و دختر و کل

(۱۰۰× کل متولدین زنده پسر یا دختر وزن شده / متولدین پسر یا دختر با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰گرم)

- درصد متولدین با وزن تولد ۲۵۰۰ گرم و بیشتر به تفکیک پسر و دختر و کل

(۱۰۰× کل متولدین زنده پسر یا دختر وزن شده / متولدین پسر یا دختر با وزن تولد ۲۵۰۰گرم و بیشتر)

- درصد متولدین وزن شده به تفکیک پسر و دختر و کل

(۱۰۰× کل متولدین زنده / تعداد کل متولدین وزن شده)

- میزان تجدید نسل ناخالص

(تعداد کل متولدین / تعداد متولدین دختر × میزان باروری کلی)

۳- شاخص های مرگ و میر:

- میزان مرگ و میر خام

(۱۰۰۰× جمعیت همان سال / تعداد مرگ در یک سال)

- میزان مرگ و میر اختصاصی سنی

(۱۰۰۰× جمعیت همان گروه سنی در همان سال/ تعداد مرگ در هر گروه سنی در مدت یک سال)

- میزان مرگ و میر نوزادان

(۱۰۰۰× موالید زنده همان سال/ تعداد مرگ نوزادان در مدت یک سال)

- میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال

(۱۰۰۰× موالید زنده همان سال/ تعداد مرگ کودکان زیر یک سال در مدت یک سال)

- میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال – به دو روش محاسبه می گردد:

الف) وقتی مخرج کسر جمعیت کودکان زیر ۵ سال است.

(۱۰۰۰× جمعیت کودکان زیر ۵ سال در همان سال/ تعداد مرگ کمتر از ۵ سال در مدت یک سال)

ب) وقتی مخرج کسر موالید زنده می باشد.

(۱۰۰۰× موالید زنده همان سال/ تعداد مرگ کمتر از ۵ سال در مدت یک سال)

- میزان مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان و بر حسب گروههای سنی

(۱۰۰۰۰۰× موالید زنده همان سال/ تعداد مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان در یک سال)

- درصد مرگ مادران از هر یک از علل مرگ

(۱۰۰۰× کل مرگ مادران/ تعداد مرگ مادران از هر علت)

۴ - سایر شاخصها :

- درصد پوشش تنظیم خانواده

(۱۰۰× زنان شوهردار ۱۰ تا ۴۹ ساله/کل جمعیت استفاده کننده از کل وسایل مختلف پیشگیری از بارداری)

- درصد افراد تحت پوشش برنامه تنظیم خانواده برحسب نوع وسیله

(۱۰۰× زنان شوهردار ۱۰ تا ۴۹ ساله/کل جمعیت استفاده کننده از هر یک از وسایل پیشگیری از بارداری)

ارزیابی و کنترل زیج حیاتی :

با کمک زیج حیاتی می توان به سادگی و با سرعت، از وقایع حیاتی یک منطقه آگاه شد، در عین حال می توان عملکرد خانه بهداشت را نیز ارزیابی نمود.

هدف ارزیابی و کنترل زیج حیاتی :

۱. ثبت صحیح اطلاعات و داده ها به هنگام و دقیق
۲. سنجش عملکرد خانه بهداشت
۳. سنجش مرکز بهداشتی درمانی
۴. سنجش بهداشت شهرستان و استان
۵. اولویت بندی مشکلات

مسئولین نظارت بر ثبت دقیق زیج حیاتی :

- پزشکان خانواده
- کاردانها و تکنسین های مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی
- کارشناسان ستادی (بهداشت خانواده، آمار، ستاد هماهنگی) مرکز بهداشت شهرستان

پایش زیج حیاتی :

۱. **کنترل جداول روزانه:** با توجه به تکمیل روزانه این جداول در هر بار ده گردشی و یا بازدید باید اطلاعات از طریق منابعی مانند دفتر آمار حیاتی، پوشه خانوار، دفتر مراقبت مادران، دفتر مراقبت کودکان کنترل گردد.
۲. **کنترل جداول ماهیانه:** با توجه به تکمیل ماهیانه این جدول در اولین ده گردشی و یا بازدید هر ماه باید اطلاعات ماه قبل از طریق منابعی مانند دفتر آمار حیاتی، فرمهای آمار ماهیانه، دفتر مراقبت مادران، دفتر مراقبت کودکان و پوشه خانوار کنترل گردد.
۳. **کنترل جداول فصلی:** با توجه به تکمیل فصلی این جدول در اولین ده گردشی و یا بازدید پس از پایان فصل باید اطلاعات از طریق منابعی مانند دفتر تنظیم خانواده، آمارماهیانه تنظیم خانواده و پوشه خانوار کنترل گردد.
۴. **کنترل جداول سالیانه:** این پایش در اولین ده گردشی و یا بازدید پس از پایان فرایند سرشماری، با توجه به فرم استخراج آمار کنترل می گردد.

فصل چهارم:

عدالت در سلامت

عدالت در سلامت

در هر سیستم اجتماعی، سیاسی و نیز در هر موقعیت جغرافیایی، تفاوت هایی در وضعیت سلامت گرو ه های مختلف اجتماعی به چشم می خورد، حتی در نواحی مختلف جغرافیایی داخل یک کشور نیز این قبیل تفاوت ها کاملا مشهود می باشند. شواهد زیادی گویای این مطلب است که گروه های محروم تر عمر کوتاه تری دارند و در سنین پائین تری فوت می نمایند، در یکی از محروم ترین نواحی شهر گلاسکو در کشور بریتانیا، امید زندگی مردان حدود ۵۴ سال است در حالی که در بهره مندترین ناحیه همان منطقه میزان امید زندگی در حدود ۸۲ سال بوده است.

در واقع این مطلب، خود مبین این واقعیت است که فقیرترین مردان در گلاسکو امید زندگی کمتری از متوسط این میزان در مردان هندی دارند و یا میزان امید زندگی در اساتید دانشگاهی ۳۵ ساله فرانسه ۹ سال بیشتر از کارگران غیر حرفه ای همسال شان است و در اسپانیا نیز میزان مرگ و میر کودکان خانواده های کارگری روستایی دو برابر کودکان خانواده هایی است که والدین شان مشاغل تخصصی دارند.

شواهد نشان می دهند که هر چه فرد در وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین تری باشد وضعیت سلامت نامطلوب تری نیز خواهد داشت. بنابراین می توان گفت که در واقع یک گرادیان اجتماعی در سلامت وجود دارد که از بالا به پایین طیف اقتصادی اجتماعی در حرکت است و بطور کلی هر طبقه از طبقه پایین تر خود از وضعیت سلامت بهتری برخوردار است .در همه جای دنیا تفاوت هایی در میزان های ابتلا به بیمار ی ها در گروه های محروم در مقایسه با سایر گروه ها نیز به چشم می خورد، گروه های محروم تر، هم بیشتر به بیمار ی ها مبتلا می شوند و هم بیمار ی های مزمن و میزان معلولیت ها در سنین پایین تر در آنها بالاتر است.

به عنوان مثال در فنلاند ۴۲٪ مردمی که از بیماری های مزمن رنج می برند در گروه های پایین تر درآمدی قرار دارند در حالی که ۱۸٪ گروه های با درآمد بالاتر با این قبیل بیماری ها دست به گریبان اند. در بسیاری از کشورها افراد بیکار سلامت روان نامناسب تر داشته و هم چنین کودکان شان قد کوتاهتری از سایر کودکانی که پدران شان شاغل هستند، دارند. مثال هایی از وجود این قبیل اختلافات در شاخص های سایکولوژیک، بیماری های قلبی عروقی، میزا ن های دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی به فراوانی موجود است. اینها همگی همان موضوعاتی هستند که می بایست مورد توجه قرار گیرند.

بنابراین شکاف بزرگ و تفاوت های فاحشی در وضعیت سلامت ملل مختلف، جمعیت شهری، روستایی و مناطق مختلف یک کشور، گروه های مختلف اجتماعی و... قابل مشاهده است. هرچند که تمام این اختلافات به عنوان بی عدالتی قابل توصیف نیستند، اما برخی از آنها می توانند به عنوان بی عدالتی درسلامت نیز در نظر گرفته شوند.

وضعیت برخی از شاخص های بهداشتی و اقتصادی-اجتماعی در جهان [۲]

عنوان	کشورهای توسعه نیافته	کشورهای درحال توسعه	کشورهای پیشرفته
امید زندگی در بدو تولد	۴۵	۶۰	۷۲
میزان مرگ ومیر کودکان کمتر از یکسال به ازای هزار تولد زنده	۱۶۰	۹۴	۱۹
میزان مرگ ومیر کودکان ۴-۱ ساله	۳۰	۲۰	۱

ارزشیابی راهبرد بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰

اصطلاح عدالت ابعاد اخلاقی و معنوی دارد. بی عدالتی به تفاوت های غیر ضروری و قابل اجتنابی اشاره دارد که حاکی از غیرمنصفانه و مغرضانه بودن این قبیل تفاوت ها می باشد. همان گونه که می دانیم تنوع های طبیعی بین افراد وجود دارد و هر انسانی از نظر وضعیت سلامت با انسان دیگر متفاوت می باشد که به علت تنوع های بیولوژیک امری طبیعی محسوب می شود بنابراین این گونه اختلافات در سلامت غیرقابل اجتناب می باشند و نه ناعادلانه. مثلاً شیوع بالای بیماری های قلبی عروقی در مردان ۷۰ سال و بالاتر در مقایسه با مردان ۲۰ ساله، احساس بی عدالتی و غیرمنصفانه بودن را ایجاد نمی کند، زیرا این مسئله به دلیل فرایند پیر شدن رخ می دهد.

محک و معیار مهم برای آنچه که منجر به تفاوت های سلامت شده و ناعادلانه نیز محسوب می گردند در واقع به میزان زیادی بستگی به موقعیت های ایجاد کننده ناخوشی داردکه یا خود مردم آن را انتخاب می کنند یا اینکه عمدتاً خارج از کنترل مستقیم آنان است. برای مثال به واسطه فقدان منابع، گروه های اجتماعی فقیرتر از قدرت انتخاب کمتری برخوردارند و در مکان های ناامن و پر جمعیت زندگی می کنند، مشاغل پرخطری دارند و احتمال اینکه بیکار بمانند نیز بیشتر است.

گزینه های رفتار سلامت فردی ممکن است تاحد زیادی به ملاحظات اجتماعی و اقتصادی محدود گردند. مثلاً استفاده از رژیم های کمتر مغذی ممکن است ناشی از وضعیت درآمدی نامناسب یا شبکه های ناکافی توزیع مواد غذایی که منجر به فقدان منابع غذایی تازه در فروشگاه ها می شود، باشد. فقدان فعالیت فیز یکی کافی ممکن است به دلیل کمبود تسهیلاتی برای اوقات فراغت، درآمد ناکافی برای بهره مندی از این تسهیلات و یا وقت ناکافی برای استفاده از آنها اتفاق افتد. همان طور که در سطور قبل نیز اشاره شد، قضاوت در خصوص موقعیت هایی که ناعادلانه هستند از مکانی به مکان دیگر و از زمانی به زمان دیگر متفاوت است، اما معیار مورد استفاده در این موارد درجه قدرت انتخاب است. در جایی که مردم هیچ قدرت انتخابی در خصوص شرایط کاری و زندگی خود ندارند و یا قدرت بسیار کمی دارند، بیشتر احتمال دارد که تفاوت های سلامت منتج شده ناعادلانه در نظر گرفته شوند تا آن دسته از مخاطراتی که توسط خود افراد به صورت داوطلبانه و آزادانه انتخاب شده اند.

عدالت در سلامت دلالت بر این مطلب دارد که هر کسی بطور ایده آل، باید فرصت عادلانه ای برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود داشته باشد و واقع بینانه تر این که هیچ کسی نباید از بدست آوردن این ظرفیت ها محروم گردد، البته به شرطی که موانع بر سر راه، قابل اجتناب باشند. بنابراین عدالت با ایجاد فرصت های برابر برای سلامت مرتبط بوده و تفاوت های سلامتی را به پایین ترین سطح ممکن تنزل خواهد داد.

عدالت در مراقبت سلامت به عنوان:

- دسترسی مساوی برای نیاز مساوی به خدمات مراقبتی در دسترس
- بهره مندی مساوی برای نیاز مساوی

- کیفیت مساوی خدمات مراقبتی برای همه

تلقی می گردد. در مجموع می توان گفت عدالت در سلامت به معنای فقدان تفاوت سیستماتیک در سلامت در بین گروه های مختلف اجتماعی است. در واقع بی عدالتی در سلامت سبب می شود وضعیت سلامت گروه های اجتماعی محروم از آن چه که هست بدتر شود.

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت[11]

از قدیم الایام وضعیت اقتصادی – اجتماعی بر سلامت انسان موثر شناخته شده است و برای اکثر مردم جهان وضعیت سلامت در درجه اول با میزان پیشرفت اقتصادی – اجتماعی یعنی درآمد سرانه، سطح آموزش، تغذیه، اشتغال، مسکن، نسبت سرباری، بعد خانوار و . . . تعیین می شود.

امروزه موضوع سلامتی در الویت دستور کار توسعه بین المللی قرار گرفته و نابرابری های سلامتی بین کشورها و همچنین در داخل کشورها به عنوان مرکز توجه جوامع جهانی قرار گرفته است و این امکان به وجود آمده که سطح سلامت در جوامع کم درآمد، محروم و آسیب پذیر افزایش یابد. اما این مهم زمانی محقق می شود که به علل واقعی مشکلات سلامتی توجه شود. قدرتمند ترین این علل، شرایط اجتماعی هستند که مردم در آن زندگی و کار می کنند و از آنها به عنوان عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (SDH) یاد می شود.

مریم دختری ۷ ساله است که در بیمارستان بستری شده است. سئوالات زیر برای وی مطرح است:

- چرا مریم بستری شده است؟ به دلیل عفونتی که در پای او ایجاد شده است.
- چرا او دچار عفونت در پا شده است؟ به دلیل عفونی شدن بریدگی که در پای او رخ داده است.
- چرا پای مریم بریده است؟ او در حاشیه شهر زندگی می کند که نزدیک محل تجمع زباله های شهر است و به علت بازی کردن در اطراف محل زندگی و عدم نظارت بزرگترها، پای او با یک وسیله برنده که به فراوانی در محیط پخش است دچار بریدگی شده است.
- چرا او در آن محله زندگی می کند؟ چون خانواده اش نمی توانند در محل بهتری زندگی کنند.
- چرا خانواده اش نمی توانند در محل بهتری زندگی کنند؟ از آنجایی که پدرش بیکار است و مادر او هم بیمار است.
- چرا پدر مریم بیکاراست؟ چون پدر او نه سواد دارد و نه در زمینه خاصی آموزش دیده است و به همین دلیل نتوانسته کار پیدا کند.
- چرا . . . . ؟

[11]. Social Determinants of Health

داستان مریم به سادگی ترکیبی از عوامل یا وضعیت ها را که بر سلامت اثر می گذارند، توصیف می کند. عوامل اجتماعی تاثیر گذار در واقع بازگو کننده موقعیت های متفاوت مردم در نردبان اجتماعی قدرت و منابع می باشند. شواهد حاکی از آن است که بیشترین بار بیماری ها و قسمت اعظم نابرابری های سلامت در دنیا از عوامل اجتماعی ناشی می شوند. با این وصف درک اینکه چرا مردم فقیر در کشورهای کم درآمد از میزان بالاتری از بیماری ها خصوصاً بیماری های عفونی و سوء تغذیه در رنج هستند کار سختی نیست: کمبود غذا، آب ناسالم، بهداشت محیط نامطلوب، سرپناه نامناسب همگی سبب افزایش مواجهه با عوامل عفونی شده که فقدان خدمات پزشکی مناسب نیز در این مناطق مزید علت می گردد. همچنین شواهدی وجود دارد که بیماری های غیرواگیر نیز بار عمده بیماری های مردم در طبقات اجتماعی پایین و متوسط در کشورهای با درآمد متوسط و بالا را به خود اختصاص داده است. در مطالعه بار بیماری ها که توسط سازمان جهانی بهداشت انجام گردیده است، کمی وزن، زیادی وزن، سیگار، الکل، فشارخون بالا و رفتارهای نامناسب جنسی از علل عمده مورتالیتی و موربیدیتی در این کشورها محسوب گردیده اند.

در مجموع می توان گفت عوامل متعددی در بروز بیماری ها در افراد یک جامعه موثر می باشند، بخشی از این عوامل مربوط به خصوصیات خود افراد می باشند نظیر: سن، جنس، ویژگی هایی که از والدین به ارث برده اند. دسته دیگر از عوامل مواردی می باشند که تحت تاثیر رفتارهای فرد رقم می خورند که بعضاً فرد را در معرض خطر قرار می دهند نظیر: مصرف سیگار، الکل، رفتارهای جنسی حفاظت نشده؛ و یا ممکن است فرد را حفاظت نمایند نظیر: ورزش، رعایت رژیم غذایی سالم، بستن کمربند ایمنی حین رانندگی. این رفتارها می توانند منبعث از شرایط جامعه و شبکه های اجتماعی باشند که فرد با آنها سروکار دارد. دسته دیگر عواملی هستند که در شرایط خاص وضعیت های اقتصادی – اجتماعی، فرهنگی و محیطی ایجاد شده و از طرق مختلف نظیر وضعیت آموزش، شرایط محیط کار و زندگی، اشتغال یا بیکاری، خدمات بهداشتی، در دسترس بودن آب سالم، داشتن سرپناه و مسکن و . . . می توانند بر سلامت فرد تاثیر بگذارند(شکل ۱).

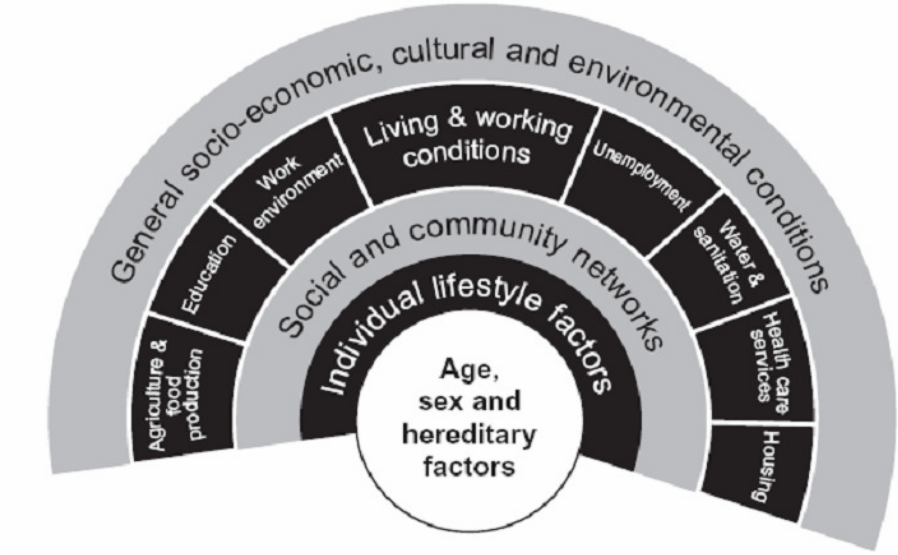


Figure 3: Dahlgren and Whitehead's Social Determinants of Health Rainbow
Source: Dahlgren and Whitehead (1991) cited in Leeds NHS Primary Care Trust, Date Unknown)

شکل ۱- رنگین کمان عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

عوامل اجتماعی موثر بر سلامت بسیار زیاد و متعدد می باشند، که مهمترین آنها به شرح زیر می باشند:
گرادیان اجتماعی، شرایط دوران کودکی، انزوای اجتماعی، کار، بیکاری، حمایت اجتماعی، اعتیاد، غذا، حمل و نقل

گرادیان اجتماعی: شرایط ضعیف اقتصادی اجتماعی در طول زندگی بر سلامتی تاثیر گذار است. افرادی که در طبقات پایین اجتماعی قرار گرفته اند حداقل دو برابر افرادی که در طبقات بالاتر هستند دچار بیماری جدی و مرگ زودرس می شوند. حتی در میان طیف کارکنان اداری، آن دسته که از طبقه پایین تری برخوردارند بیشتر از کارکنان طبقه بالاتر از بیماری و مرگ زودرس در رنج می باشند .علل مادی و روانی اجتماعی از قبیل سرمایه کم خانواده، تحصیلات پایین، شغل نامطمئن و زندگی در خانه های نامناسب در ایجاد این تفاوت ها سهم دارند که در نهایت اثرات آنها منجر به بروز بیماری ها و یا مرگ زود رس می گردد.
هرچه مردم به مدت طولانی تری در شرایط اقتصادی اجتماعی تنش دار زندگی کنند به همان نسبت از لحاظ فیزیکی رنج بیشتری را متحمل شده و در سنین کهنسالی از سلامتی کمتری بهره مند خواهند شد.
شرایط دوران کودکی: اثرات یک شروع خوب در زندگی، یعنی حمایت مناسب از مادران و فرزندان، برای یک عمر باقی خواهد ماند. پژوهش ها نشان می دهند که پایه سلامت دوران بزرگسالی ریشه در دوران کودکی و حتی قبل از تولد دارد. کندی رشد و ضعف حمایتی می تواند باعث افزایش خطرات جسمانی در طول زندگی و کاهش قدرت ادراکات احساسی ـ عملکردی در دوران بزرگسالی گردد. شرایط نامناسب در دوران بارداری از قبیل سوء تغذیه، سیگار کشیدن، استفاده نادرست از دارو، ورزش ناکافی و عدم مراقبت های قبل از زایمان همگی می توانند منجر به رشد نامطلوب جنین گردند و این رشد نامطلوب جنین خطری برای سلامت آتی فرد محسوب خواهد شد. تجارب دوران کودکی به دلیل انعطاف پذیری مستمر سیستم های بیولوژیکی، در سلامت آینده فرد حائز اهمیت است. به همان نسبت که ورودی های حسی- ادراکی، واکنش های مغزی را برنامه ریزی می نمایند، ناامنی احساسی و تحریک پذیری ضعیف نیز می توانند منجر به کاهش آمادگی رفتن به مدرسه، قدرت فراگیری پایین تر، مشکلات رفتاری و انزوای اجتماعی در طی دوران بزرگسالی شوند. عادات خوب سلامتی از قبیل مصرف غذای مناسب، سیگار نکشیدن، ورزش کردن و... مستلزم تربیت والدین و آموزش های صحیح مربیان است. رشدکند و عقب ماندگی جسمی درکودکی منجر به کاهش رشد و اشکال در عملکرد سیستم های قلبی -عروقی، تنفسی و کلیوی گشته و احتمال خطر بیماری در بزرگسالی را افزایش می دهد.

انزوای اجتماعی: فقر، محرومیت نسبی و انزوای اجتماعی تاثیر مهمی بر سلامتی و نیز مرگ زودرس دارند. فقر مطلق یعنی کمبود مایحتاج ضروری اولیه زندگی که هنوز در برخی از غنی ترین کشورهای اروپایی نیز وجود دارد .در این میان بطور اخص، افراد بیکار، گروه های اقلیت قومی، کارگران خارجی، افراد ناتوان، پناهندگان و افراد بی خانمان در معرض خطر قرار دارند .کسانی که در خیابان ها زندگی می کنند میزان مرگ زودرس بالاتری دارند.
فقر نسبی یعنی زندگی در وضعیتی فقیرانه تر از دیگر مردم اجتماع و این اصطلاح اغلب به کسانی اطلاق می شود که با درآمدی کمتر از ۶۰٪ درآمد متوسط در سطح ملی، زندگی می کنند .انزوای اجتماعی منجر به کاهش سلامتی و مهم تر از آن خطر مرگ زودرس می شود .اضطراب ناشی از فقر خصوصاً برای زنان باردار، نوزادان، کودکان و سالمندان مضر است . انزوای اجتماعی هم چنین ممکن است به دلیل نژاد پرستی، تبعیض، بد نامی، خصومت و بیکاری نیز به وجود آید .این شرایط

مردم را از یادگیری، حضور در جلسات آموزشی، دسترسی به خدمات و فعالیت های شهروندی باز می دارد .که اینها خود همگی از لحاظ روانی و اجتماعی زیان آور بوده و به لحاظ مادی برای سلامتی مضر هستند .هرچه افراد برای مدت طولانی تری در این قبیل وضعیت ها زندگی نمایند، بیشتر در معرض ابتلا به بیماری ها به ویژه بیماری قلبی-عروقی خواهند بود .فقر و انزوای اجتماعی خطر طلاق، ناتوانی، بیماری، اعتیاد و طرد از اجتماع را افزایش می دهند.

کار: استرس در هنگام کار خطر بیماری را افزایش می دهد .افرادی که کنترل بیشتری بر کارهای شان دارند از سلامت بهتری برخوردارند .در کل شغل داشتن برای سلامتی فرد بهتر است تا اینکه فرد هیچ شغلی نداشته باشد .اما روش های مدیریت و روابط اجتماعی حاکم در محیط کار نیز در سلامتی نقش به سزایی دارند .شواهد نشان می دهد که استرس در کار نقش مهمی در بیماری و مرگ زودرس بازی می کند .مطالعاتی در محل های کاری اروپا نشان داده اند که وقتی مردم فرصت استفاده از مهارت هایشان را ندارند و از اختیارات کمی در تصمیم گیری برخوردارند، سلامتی شان خدشه دار می گردد.
قدرت کنترل پایین در حیطه کاری ارتباط قوی با افزایش خطر کمر درد، درد در ناحیه پشت و بیماری قلبی -عروقی دارد . شغل هایی که دارای تقاضای زیاد و کنترل کم هستند از خطر ویژه ای برخور دارند .برخی شواهد مبین این مطلب است که حمایت های اجتماعی در محیط های کاری می تواند مفید واقع گردد .به علاوه مشخص شده که دریافت پاداش های ناکافی در قبال تلاش های کاری با خطر افزایش بیماری قلبی عروقی همراه می باشد. بنابراین این نتایج بیانگر این است که وضعیت روانی اجتماعی محیط کار یکی از تعیین کننده های بسیار مهم سلامت محسوب گردیده و یکی از محرک های اجتماعی در تضعیف سلامتی به شمار می رود.

بیکاری: امنیت شغلی باعث افزایش سلامتی، رفاه و رضایت شغلی می گردد .میزان بیکاری بالا موجب بیماری و مرگ زودرس می شود .بیکاری سلامت را به مخاطره انداخته و میزان این خطر در مناطقی که بیکاری گسترش دارد بیشتر است . شواهد نشان می دهند که افراد بیکار و خانواده هایشان به طور قابل توجهی در معرض خطر مرگ زودرس می باشند. اثرات بیکاری بر روی سلامتی در نتیجه مسائل روحی روانی و مسائل مالی به وجود می آید .این اثرات از زمانی آغاز می شود که فرد احساس کند شغل اش در معرض تهدید است حتی قبل از اینکه واقعاً بیکار شود .این امر گویای این مطلب است که اضطراب در مورد ناامنی شغلی نیز یکی از تعیین کننده های سلامت است.
نا امنی شغلی بر سلامت روان(خصوصا ابتلا به بیماری اضطراب و افسردگی)، بیماری های قلبی-عروقی و عوامل خطر آنها اثر زیادی دارد. بسیاری از نارضایتی ها و یا ناامنی شغلی می تواند به اندازه بیکاری برای سلامتی مضر باشد و صرف داشتن یک شغل، همیشه ضامن سلامتی جسم و روان نیست و در این خصوص کیفیت شغلی نیز از اهمیت زیادی برخوردار است.

حمایت اجتماعی: حمایت و روابط خوب اجتماعی سهم چشمگیری در سلامت دارند .حمایت اجتماعی در جهت تحقق نیا زهای واقعی و عاطفی افراد کمک کننده است .تعلق به یک شبکه اجتماعی از جامعه و الزامات متقابل موجب می شود تا افراد احساس محبت، دوستی، احترام و ارزش نمایند. این امر تاثیر حفاظتی قوی بر سلامتی دارد .هم چنین روابط حمایتی می توانند سبب برانگیختن رفتارهای سالم تری گردند .جدایی و انزوای اجتماعی با افزایش میزان مرگ زودرس و شانس زنده ماندن کمتر پس از یک حمله قلبی ارتباط دارد .افرادی که حمایت های اجتماعی و عاطفی کمتری دارند بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی، مشکلات بارداری و ناتوانی به دنبال بیماری های حاد قرار می گیرند .از طرفی دیگر روابط نزدیک ولی نامناسب می تواند منجر به تضعیف سلامت روانی و جسمی گردد .میزان حمایت های اجتماعی که فرد از نظر عملی و عاطفی

دریافت می کند بسته به موقعیت های اجتماعی و اقتصادی متفاوت می باشد .فقر می تواند منجر به جدایی و انزوای اجتماعی گردد .در مقابل هم بستگی اجتماعی که به عنوان کیفیت روابط اجتماعی و وجود اعتماد، الزامات متقابل و احترام در جوامع تعریف می گردد، می تواند از سلامت مردم محافظت نماید.
جوامعی که دارای سطح بالایی از نابرابری های درآمدی هستند تمایل کمتری به انسجام اجتماعی داشته ودرنتیجه میزان خشونت درآنها بالاتر است .مطالعه به عمل آمده از یک جامعه با هم بستگی اجتماعی زیاد حاکی از میزان پایین ابتلا به بیماری های قلبی -عروقی بوده است.

اعتیاد : وابستگی افراد به الکل، مواد مخدر و دخانیات متاثر از محیط اجتماعی آنان است. مصرف مواد مخدر واکنشی است به شکست اجتماعی و برای استفاده کنندگان از آن سرابی است به منظور فرار از فلاکت و استرس که در واقع فقط مشکلات آنها را بدتر می کند. وابستگی به الکل، مصرف مواد مخدر و سیگار ارتباط نزدیکی با علائم معیوب اجتماعی اقتصادی دارد .به عنوان مثال دهه گذشته که زمان تحول اجتماعی اقتصادی بزرگی در اروپای مرکزی و شرقی بود، مرگ های ناشی از استفاده از الکل نظیر تصادفات، خشونت، مسمومیت، خودکشی و صدمات بطور قابل توجهی افزایش یافت .این مسیر علیتی احتمالا یک راه دو طرفه است، بدین معنا که افراد به الکل روی می آورند تا درد شرایط سخت اقتصادی اجتماعی را التیام دهند اما از این نکته غافل اند که وابستگی به الکل منجر به سیر نزولی فعالیت های اجتماعی می گردد .محرومیت های اجتماعی مانند زندگی فقیرانه، درآمد کم، تک والدی، بیکاری و بی خانمانی همگی با میزان بالای سیگار کشیدن و میزان پایین ترک آن در ارتباط اند. یکی از هزینه های اصلی افراد فقیر، خرید سیگار است که خود یک علت عمده در بروز بیماری و مرگ زودرس است.

غذا : رژیم غذایی خوب و مناسب برای ارتقاء سلامتی و رفاه از ضروریات محسوب می شود. کمبود مواد غذایی و نیز تنوع آن موجب بروز بیماری های ناشی از سوء تغذیه می شود .سوء تغذیه در بروز بیماری های قلبی ـ عروقی، دیابت، سرطان، بیماری های چشمی، چاقی و مراقبت های دندان نقش دارد .موضوع مهم بهداشتی مسئله دسترسی و تامین هزینه غذای سالم و مغذی است .رشد اقتصادی و بهبود وضعیت مسکن و بهداشت یک گذر اپیدمیولوژیک از بیماری های عفونی به بیماری های مزمن را همراه داشته است. تحول دیگری که بوجود آمده تحول تغذیه ای بوده است .خصوصاً زمانی که رژیم غذایی به مصرف زیاد چربی های انرژی زا و شکر تغییر یافت و سبب چاقی گردید، در همین زمان چاقی در میان فقرا شایعتر از اغنیا شد .اما متاسفانه کمیته های بین المللی مانند کمیته قوانین مواد غذایی که تعیین کننده کیفیت غذایی و استانداردهای سلامت غذایی است و دارای سرمایه گذاری قوی در صنعت غذا می باشد، هیچ نماینده ای از بخش بهداشت عمومی ندارد .شرایط اقتصادی اجتماعی منجر به ایجاد طبقات اجتماعی در کیفیت رژیم غذایی گشته که خود نابرابری های سلامتی را به همراه خواهد داشت .تفاوت اصلی در وضعیت تغذیه ای طبقات مختلف اجتماعی به فرآورده های تغذیه ای مرتبط است .در اکثر کشورها، مستمندان غذاهای ارزان را جایگزین غذاهای تازه می نمایند .گروه های کم درآمد مانند افراد مسن، خانواده های جوان و بیکاران حداقل توانایی برای خوب خوردن را دارا می باشند. درصورتی که می دانیم هدف رژیم غذایی به منظور پیشگیری از بیماری های مزمن بر استفاده از سبزی های تازه، میوه ها و غذاهای کم چربی، شکر و نمک تصفیه شده تاکید دارد.

حمل و نقل و ترافیک : منظور از حمل و نقل سالم، رانندگی کمتر و پیاده روی و دوچرخه سواری بیشتر است. دوچرخه سواری، پیاده روی و استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی به چهار دلیل سبب ارتقاء سلامتی می گردند :اینها خود نوعی ورزش اند، تصادفات منجر به مرگ را کاهش می دهند، ارتباط اجتماعی را افزایش و آلودگی هوا را کم می نمایند.

ماشینی شدن زندگی باعث کم تحرکی در امور شغلی و خانه داری گردیده و بطور اپیدمیک چاقی را افزایش می دهد .بنابراین مردم نیازمند یافتن راه حل هایی جهت افزایش تحرک و وارد کردن ورزش در برنامه زندگی خود هستند .سیاست های حمل و نقل می توانند نقش کلیدی در مبارزه با سبک زندگی بی تحرک داشته باشند .اینها خود از طریق سیاست هایی که منجر به استفاده کمتر از وسیله نقلیه شخصی و افزایش پیاده روی و دوچرخه سواری و گسترش حمل و نقل عمومی می گردند قابل اعمال خواهند بود .ورزش منظم از بیماری های قلبی-عروقی پیشگیری نموده و با محدود کردن چاقی موجب کاهش بروز بیماری دیابت می گردد .هم چنین ورزش احساس سلامتی را ارتقاء داده و موجب پیشگیری از افسردگی در سالمندان می گردد.

با کاهش ترافیک، تلفات و تصادفات جدی ناشی از آن نیز کاهش خواهند یافت .هرچند که تصادفات وسایل نقلیه باعث آسیب دوچرخه سواران و افراد پیاده نیز می گردد، اما معمولاً آسیب های آنها کم خطرتر است .طراحی خوب محیط شهری به طوری که محل عبور دوچرخه سواران و عابرین را از محل تردد ماشی نها جدا نماید می تواند سبب افزایش ایمنی دوچرخه سواران و عابرین پیاده نیز شود .هم چنین کاهش ترافیک جاده ای موجب کاهش آلودگی هوا می گردد .پیاده روی و دوچرخه سواری سبب حداقل مصرف سوخت می شوند و از گرم شدن کره زمین نیز جلوگیری می نمایند. ضمناً کاهش بیماری های ناشی از آلودگی هوا و سر و صدا را در پی داشته و به لحاظ آینده اکولوژیک شهری نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. از سوی دیگر دوچرخه سواری و پیاده روی و استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی خود باعث افزایش تعامل اجتماعی می گردد.

فصل پنجم:

برنامه های سلامت کشوری

برنامه های سلامت کشوری

در نظام سلامت، به منظور خدمت رسانی بهتر و در راستای حل مشکلات جامعه، متناسب با الویت های موجود برنامه هایی طراحی گردیده است که لازم است پرسنل بهداشتی و پزشکان از آنها اطلاع داشته باشند. این برنامه ها در سطح اول خدمات و در خانه های بهداشت، پایگاه های بهداشت و / یا مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به جمعیت هدف ارائه می شوند. اهم این برنامه ها به شرح زیر می باشند:

۱- برنامه مراقبت مادران :

این برنامه با هدف بهبود کیفی مراقبت های دوران بارداری، بعد از زایمان، افزایش پوشش مراقبت های مادران در دوران بارداری و پس از زایمان و کاهش میزان مرگ و میر نوزادان و شیرخواران تا یکسال انجام می شود. این برنامه حرکت ارزشمندی در جهت تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت گروه های آسیب پذیر جامعه می باشد.

۲- برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر :

این برنامه با هدف کاهش مر گ و میر کودکان، اثرات درازمدت در کاهش بیماری ها، اثرات مثبت روانی و برقراری روابط عاطفی بین مادر و کودک و اثرات مثبت اقتصادی در کاهش مصرف شیر خشک، طراحی شده که این امر با فعالیت هایی مثل آموزش و راه اندازی مراکز آموزش ترویج تغذیه با شیر مادر در سراسر کشور و ارزشیابی بیمارستان ها تبیین و نقش تغذیه با شیر مادر در کاهش عفونت ها و تنظیم لایحه حفظ و حمایت از مادران شیرده و . . . آغاز گردیده و در حال اجرا می باشد.

۳- برنامه کنترل عفونت های حاد تنفسی در کودکان زیر پنج سال :

این برنامه با هدف کاهش مرگ و میر کودکان زیر پنج س ال ناشی از عفونت های حاد تنفسی و کاهش مصرف نابجای آنتی بیوتیک ها و سایر داروهای ضد سرفه و سرماخوردگی، اجرا می شود . آموزش وسیع کارکنان بهداشتی درمانی و جامعه، تهیه و تامین آنتی بیوتیک های مناسب و موثر و استفاده به هنگام دارو از اجزاء برنامه است.

۴- برنامه پیشگیری و کنترل کم خونی ناشی از فقر آهن :

این بر نامه با هدف پیشگیری از کم خونی ناشی از فقر آهن از طریق ارتقاء وضعیت تغذیه افراد جامعه و بهبود در کمیت و کیفیت تجویز قرص و قطره آهن به زنان باردار و کودکان زیر یکسال در نظام شبکه انجام می گیرد و طرح موفق غنی سازی آرد نیز در منطقه شاهین شهر اصفهان که منجر ب ه توزیع نان غنی شده با آهن در منطقه گردیده در راستای اهداف این برنامه انجام پذیرفته است.

۵- برنامه مبارزه با دخانیات :

این برنامه با هدف آموزش مضرات استعمال دخانیات و کاهش روند استعمال آن در جمعیتی از کشور که سیگاری هستند اجرا می شود که تا کنون بسیار موفقیت آمیز بوده است و علاوه بر دریافت جایزه مبارزه با دخانیات از سازمان جهانی بهداشت، کشورمان به عنوان د بیرخانه مبارزه با دخانیات در منطقه شرق مدیترانه، انتخاب شده است. قابل ذکر است که طبق تحقیق به عمل آمده در سال ۷۲ ، حدود ۱۴٪ افراد بالای ۱۵ سال کشور، سیگاری بوده اند و در سال ۱۳۷۸ شیوع ابتلاء به سیگار در همین گروه سنی به ۱۲٪ رسیده است.

۶- برنامه کنترل بیماری دیابت نوع II :

این برنامه با هدف تعیین میزان شیوع و بروز بیماری دیابت نوع II در هر منطقه و کاهش ا بتلای افراد مستعد و حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد مبتلا به بیماری و کاهش هزینه های درمانی به مورد اجرا گذاشته شده است.

۷- برنامه بهداشت دهان و دندان دانش آموزان مقطع دبستان :

این برنامه با آموزش دانش آموزان، تهیه جزوات و متون آموزشی، تهیه و تدارک تجهیزات و ملزومات خدمات دندانپزشکی جهت ترمیم پوسیدگی سطحی دندان های دائمی در حد امکان پی ریزی شده است. (اجرای طرح، مخصوص دانش آموزان پایه اول و دوم ابتدایی است).

۸- بهداشت روان :

این برنامه با هدف تامین و حفظ و ارتقاء سطح سلامت افراد جامعه انجام می گیرد و از طریق آموزش مردم، بیماریابی، ارجاع، درمان و پیگیری در این راستا فعالیت می کند . قابل ذکر است که ۱٪ مرگ و میر در جهان ناشی از بیماری های روانی و ۱۱٪ بار بیماری ها در جهان ناشی از این بیماری ها است . ضمنا مراکز مشاوره و آموزش بهداشت روان و نیز کلینیک های مشاوره و بهداشت روان کودک نیز تاسیس گردیده که هدف این مراکز ترویج و ارتقاء سطح بهداشت روان کودکان و نوجوانان، با محور قرار دادن خانواده و فعالیت در سطوح اول و دوم پیشگیری، بوده که در واقع می توانند از پیدایش و افزایش اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، جلوگیری کنند.

۹- بهداشت مدارس :

این برنامه با هدف ارتقاء سطح سلامت دانش آموزان از طریق ارائه خدمات بهداشتی، انجام می گیرد و اجرای طرح هایی نظیر مدرسه سالم، توانیاران، طرح توسعه ورزش و بهداشت مدارس، طرح بهداشتیاران مدارس و مدرسه جامعه نگر از جمله طرح های موفق بهداشت مدارس در سال های اخیر بوده است.

۱۰- برنامه کنترل کیفی آب آشامیدنی و نظارت بر دفع بهداشتی فاضلاب :

این برنامه به منظور جلوگیری از انتشار و کاهش بروز و شیوع بیماری های منتقله به وسیله آب، انجام نظارت کنترلی بر کیفیت آب آشامیدنی و نحوه دفع بهداشتی فاضلاب انجام می گیرد و در حال حاضر حدود ۸۳٪ خانوارهای روستایی به آب آشامیدنی، دسترسی دارند.

۱۱- برنامه عملیات بهداشت محیط روستا :

این برنامه با هدف بهبود و ارتقای وضعیت بهداشت محیط و سلامتی جامعه روستایی به صورت ادغام یافته در سطح کشور، اجرا می شود که با کنترل وضعیت جمع آوری زباله و دفع فاضلاب بهداشتی در روستا و همچنین همکاری در احداث توالت های بهداشتی در سطح روستاها اقدام می نمایند که آخرین وضعیت از نظر جمع آوری زباله در سطح روستا ۴۹٪ و وجود توالت های بهداشتی ۶۲/۷٪ می باشد.

۱۲- برنامه ریشه کنی فلج اطفال :

این برنامه با هدف ارتقاء و حفظ پوشش بالای ایمنسازی (ایمنسازی تکمیلی، برگزاری روزهای ملّی ایمنسازی و لکه گیری) انجام می گیرد . به نظر می رسد گردش ویروس بومی فلج اطفال قطع یا محدود شده باشد که با توجه به پوشش واکسیناسیون، لکه گیری در مناطق پرخطر، خصوصا شهرهای مرزی، این برنامه دنبال می شود.

۱۳- برنامه پیشگیری از کمبود ید و تجویز قطره آهن :

این برنامه با هدف ارتقاء سطح سلامت مردم و پیشگیری بیماری ها با تغذیه خوب و مناسب، اجرا می شود و یکی از برنامه های موفق دفتر بهبود تغذیه، **پیشگیری از کمبود ید** بوده و با توجه به اینکه یکی از عوارض کمبود ید، شیوع گواتر است و شواهد اینگونه نشان می دهد که در سال ۱۳۶۸ حدود ۱۵میلیون نفر در معرض خطر قرار داشته اند و در حال حاضر این رقم به یک سوم رسیده است. از طر ح های موفق دیگر این دفتر، تجویز قطره آهن از ۶ ماهگی است که همراه غذا جهت کودکان، مصرف می شود و به زنان باردار نیز توصیه شده است که از ماه چهارم حاملگی تا سه ماه بعد از زایمان، قرص آهن را به طور مرتب مصرف نمایند.

فصل ششم :

برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت میانسالان

برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت میانسالان

مقدمه

گروه هدف این برنامه، بزرگسالان مرد و زن از ۳۰تا ۵۹ سالگی می باشند. مراقبتهای ادغام یافته سلامت بانوان ایران(سبا) برای زنان میانسال و مراقبتهای ادغام یافته سلامت مردان ایران (سما) برای مردان میانسال پیش بینی شده است.

جهت طراحی برنامه مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان، رویکردهای زیر مورد توجه قرار گرفته است: رویکرد مبتنی بر سن، رویکرد جنسیت محور با توجه به تفاوتهای موجود از نظر اولویتهای سلامت در گروه مردان و زنان بویژه در زمینه سلامت باروری، توجه به اولویت های سلامت بزرگسالان با توجه به محدودیت منابع و امکانات، رویکرد مبتنی بر ادغام با هدف افزایش کارآیی امکانات و پتانسیل های بالقوه، رویکرد جامعه نگر، رویکرد پیشگیرانه و سلامت محور با تاکید بر ارتقای شیوه زندگی و کنترل عوامل خطر، رویکرد مشتری محور.

هدف نهایی برنامه سلامت میانسالان، کاهش مرگ زودهنگام، افزایش امید به زندگی و ارتقاء سطح سلامت میانسالان است که در چارچوب دستیابی به اهداف واسطه ای زیر دنبال می شود:

-کاهش موارد مرگ میانسالان در چارچوب تعهدات بین المللی و ملی برای کاهش مرگ زودهنگام

-کاهش بار بیماری ها و مشکلات شایع دوران میانسالی(بیماریهای قلبی عروقی، بیماری های سرطانی، بیماری های عضلانی اسکلتی، بیماری های تغذیه ای، بیماری های ریوی، حوادث، بیماری های ادراری تناسلی و اختلالات روانی)

-کاهش عوامل خطر و کنترل عوامل خطر بیماریها

-افزایش آگاهی و سواد سلامت میانسالان و سازماندهی خود مراقبتی آنان

بسته خدمات سلامت میانسالان با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران میانسالی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به فرد و خانواده و جامعه، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، بر اساس دستورالعملها و راهنماهای بالینی، ارجاع به موقع به سطوح بالاتر و پیگیری پسخوراند ارجاع تهیه شده است. خدمات زیر در این بسته به افراد میانسال ارائه می شود:

- ارز یابی و مدیریت عوامل خطر فردی
- ار زیابی وضعیت سلامت روان و سوءمصرف مواد
- بر رسی وضعیت واکسیناسیون و ارجاع در صورت لزوم
- ارزیابی و مدیریت عوامل خطر فردی (اعم از ریسک فاکتورهای تغذیه ای بیماری های غیرواگیر و اقدام در جهت پیشگری و کنترل آنها)
- پیشگیری، تشخیص و درمان اضافه وزن و چاقی، دیس لیپیدمی، اختلالات دوقطبی، افسردگی، اختلال خواب، اختلالات اضطرابی، اختلالات رفتاری، سل، آسم، COPD، استئوپروز، بیماری های دستگاه تناسلی و ادراری، پرفشاری خون، دیابت، کم خونی فقر آهن، استئوپروز
- پیشگیری و کنترل استعمال دخانیات
- ا صول تغذیه صحیح و فعالیت فیزیکی مناسب
- اصول پیشگیری از بیماریهای روانی و رفتاری (از جمله خودکشی)
- پیشگیری از سوء مصرف مواد و الکل، رفتارهای پرخطر، آرتروز
- مکمل یاری ویتامین D بر اساس دستور العمل
- ارز یابی مواجهات شغلی
- ار زیابی عوامل خطر، پیشگیری و تشخیص زود هنگام سرطان پوست، کولورکتال و پروستات، سرطان پستان و سرویکس

- انجام معاینه پستان و آموزش خودآزمایی پستان
- ارا ئه خدمات باروری سالم
- مدیریت منوپوز (چگونگی برخورد با تغییرات فیزیولوژیک منوپوز) و پیشگیری از عوارض آن
- سایر مواردی که از طرف وزارت بهداشت ابلاغ میگردد

آشنایی با فرم های برنامه مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان

فرم ارزیابی دوره ای سلامت برای زنان و مردان ۳۰ تا ۵۹ سال که برای دریافت بسته خدمات سبا و سما از طریق فراخوان و با وقت قبلی یا کسانی که به دلایل مختلف دیگر به مراکز ارائه خدمت مراجعه نموده اند، تکمیل می شود. همچنین این فرم می تواند برای کارکنان موسسات و سازمانهایی که شرایط اجرای برنامه سبا و سما را پذیرفته اند، تحت نظارت مرکز بهداشت شهرستان تکمیل شده و پرونده یا شناسنامه سلامت برای آنان تشکیل شود.

توجه: در صورتی که مراجعه کننده در حال حاضر تحت مراقبت بارداری است یا اظهار می دارد که باردار است و برای تشکیل پرونده بارداری مراجعه نموده است، مراقبتهای ادغام یافته سبا به پس از پایان دوره بارداری موکول شده و بر اساس بخشنامه مشترک اداره مادران وسلامت میانسالان عمل شود.

بخشهای مختلف و نحوه تکمیل فرم ها به شرح زیر می باشد (نمونه فرم در پیوست...ضمیمه شده است):

مشخصات فردی (بخش ۱)

تکمیل این قسمت به معنی تشکیل پرونده و افتتاح باب آشنایی با مراجعه کننده است. بسیاری از مشخصات فردی در این بخش از عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی هستند که مستقیما یا غیر مستقیم بر سلامت فرد تاثیر مثبت یا منفی می گذارند. بدین ترتیب لازم است که در تکمیل آنها دقت کافی به عمل آید. این قسمت توسط بهورز در روستا و کاردان یا کارشناس بهداشتی در شهر تکمیل می شود.

در مورد افراد بیکار، ضمن ثبت بیکاری، علت بیکاری نیز باید ثبت شود. این مسئله از نظر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و نتایج روانی اجتماعی بیکاری اهمیت دارد. افراد بیکار کسانی هستند که در جستجوی کار هستند اما نتوانسته اند شغل مناسب خود را داشته باشند. همچنین افرادی که با تمایل شخصی یا به دلیل بیماری یا معلولیت مشغول به کار نیستند، بیکار محسوب می شوند. اگر فرد از محل کار خود اخراج شده یا به علت ورشکستگی بیکار شده است نیز علت بیکاری ثبت گردد.

آنتروپو متری یا تن سنجی (بخش۲)

در این قسمت قد، وزن، دور کمر و نمایه توده بدنی(BMI= Body Mass Index) توسط بهورز آموزش دیده در روستا و کاردان یا کارشناس دوره دیده در شهر اندازه گیری و محاسبه شده و در بخش تن سنجی فرم ارزیابی ثبت می گردد. 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 با استفاده از وزن و قد محاسبه و بر اساس جدول شماره ۱ طبقه بندی می گردد.

جدول۱. طبقه بندی نمایه توده بدنی

طبقه بندی	BMI (kg/m^2)
سوء تغذیه از نوع لاغری	کمتر از ۱۸.۵
وزن طبیعی	۱۸.۵ تا ۲۴.۹
دارای اضافه وزن	۲۵ تا ۲۹.۹
چاق:	
چاقی درجه یک	۳۰ تا ۳۴.۹
چاقی درجه دو	۳۵ تا ۳۹.۹
چاقی شدید (درجه سه)	۴۰ یا بیشتر

برای اندازه گیری دور کمر ابتدا فرد در حالتی که به راحتی ایستاده و پاها به اندازه ۲۵ تا 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 و در خانه مربوطه ثبت می شود. در مردان اندازه دورکمر۱۰۲ سانتی متر و بیشتر و در زنان اندازه دور کمر ۸۸سانتی متر و بیشتر، چاقی شکمی محسوب می شود. اندازه گیری دور کمر در افراد با BMI $\geq$۳۵ لازم نیست؛ زیرا اندازه دور کمر این افراد از نقطه مرزی تعیین شده بیشتر است.

ارزیابی شیوه زندگی (بخش ۳)

تغذیه (بخش ۳-۱)

ابتدا از فرد پرسیده می شود آیا در یکسال گذشته مصرف ماده غذایی برای وی ممنوع بوده یا مقدار آن محدود شده است؛ هم چنین رژیم غذایی خاصی داشته است یا خیر.

در صورت پاسخ مثبت، نوع و علت آن نیز پرسیده و درج می گردد. در موارد وجود بیماری، بویژه در مواردی که محدودیت یا ممنوعیت مصرف مواد غذایی خاص مد نظر باشد، لازم است فرد برای مشاوره تغذیه به پزشک یا کارشناس تغذیه ارجاع گردد.

همچنین در ارزیابی تغذیه ای فرد، الگوی مصرف معمول مهمترین گروهها و مواد غذایی و عادات تغذیه ای فرد بررسی می شود .منظور از مصرف معمول روزانه، مصرف فرد در اکثر روزهای هفته (حد اقل چهار روز هفته) و منظور از مصرف معمول هفتگی مصرف فرد در اکثر هفته ها (حداقل سه هفته از هر ماه) از مهمترین گروه های غذایی بر اساس هرم مواد غذایی است. در ستون اول میزان مصرف لبنیات، سبزیها ، میوه ها به صورت تعداد واحد مصرفی معمول فرد در یک روز پرسیده شده و نتیجه در خانه مقابل هریک از آنها ثبت و بر اساس واحد استاندارد مطلوب مصرفی، مطلوب یا نامطلوب بودن میزان مصرف این گروهها در خانه مربوطه علامت زده می شود .

فعالیت جسمانی (بخش ۳-۲)

در این بخش از خدمات شیوه زندگی، فعالیت جسمانی مراجعه کننده در یک هفته معمول از نظر نوع، مدت، شدت و تعداد دفعات مورد بررسی قرار می گیرد. منظور از فعالیت جسمانی به طور معمول اکثر هفته ها یعنی حداقل ۳ هفته از هر ماه می باشد. اگر فرد به طور معمول فعالیت جسمانی ندارد، علت آن مورد پرسش قرار گرفته و در ستون "ندارد" ثبت شود. علل زندگی کم تحرک مواردی از قبیل بیماری، معلولیت، محدودیت حرکتی و بهانه هایی مانند کمبود وقت، تنبلی، خستگی، سرما یا گرمای هوا، عدم آگاهی از چگونگی انجام فعالیت جسمانی و فوایدآن و..... می تواند باشد. بر حسب علت یا بهانه ای که فرد برای زندگی بدون تحرک خود ذکر می کند، می بایست اقدام لازم صورت گیرد. در مواردی که وجود بیماری، علت عدم فعالیت جسمانی فرد می باشد، لازم است فرد برای مشاوره لازم به پزشک ارجاع گردد. در غیر این صورت مشاوره برای تغییر رفتار انجام شده و برای کسانی که تازه فعالیت بدنی را شروع می کنند، توصیه شود که با شدت کم و مدت کوتاه شروع کرده و به تدریج بر شدت و مدت فعالیت بدنی بیافزایند. بدیهی است نداشتن فعالیت بدنی از مواردی است که در ستون قرمز ثبت شده و نامطلوب می باشد.

در صورتی که فرد اظهار می کند به طور معمول فعالیت جسمانی دارد، فعالیت وی از نظر نوع، مدت، شدت و تعداد دفعات در هفته مورد بررسی قرار می گیرد.

نوع: نوع فعالیت فرد در سه بخش مورد سوال قرار گیرد و در ردیف مربوطه ثبت شود: پیاده روی، کار / شغل همراه با فعالیت بدنی، ورزش و سایر تمرینات تفریحی، ورزشی. در هریک از موارد، در صورت مثبت بودن پاسخ، شدت، مدت و دفعات آن پرسیده و در خانه های مقابل آن مطابق دستور عمل زیر ثبت شود:

در صورت عدم انجام هریک از فعالیت ها، در خانه های مقابل آن خط تیره گذاشته شود.

پیاده روی: در صورتی که فرد در طول هفته به اشکال مختلف از قبیل رفت و آمد روزانه، گذران اوقات فراغت، پیاده روی تند و استفاده از تردمیل، پیاده روی انجام می دهد، که شدت، مدت و دفعات آن در هفته در خانه های مقابل آن درج گردد.

کار / شغل همراه با فعالیت بدنی: اگر فرد کار پر تحرک دارد یا وظایف شغلی وی توام با فعالیت بدنی است (مانند کشاورز، کارگر)، در خانه های مقابل آن مانند موارد قبلی ثبت گردد. به افرادی که مشاغل بدون تحرک مانند فعالیت اداری، اپراتوری، رانندگی و از این قبیل را دارند آموزش و مشاوره لازم برای فعالیت بدنی مطلوب صورت گیرد. باید توجه داشت مشاغلی مانند آبیاری یا باغبانی انرژی کمی مصرف می کنند. اما چمن زنی و شخم زدن شدت متوسط به بالا دارند.

ورزش و سایر تمرینا ت تفریحی، ورزشی: در صورتی که فرد در طول هفته با هدف ورزش یا تفریح به انجام ورزش هایی مانند شنا، کوهنوردی، دوچرخه سواری، والیبال، بسکتبال، ورزشهای سالنی و سایر ورزش ها می پردازد، با ذکر نام ورزش در خانه نوع ثبت شود.

مدت فعالیت در روز: در این ستون از جدول فعالیت جسمانی، مدت زمانی که به طور معمول در هر روز هر یک از فعالیت های جسمانی انجام می شود، پرسیده و بر حسب دقیقه ثبت می گردد.

شدت: برای تعیین شدت فعالیت، از روش تست صحبت کردن در حین انجام فعالیت جسمانی استفاده گردد. از فرد پرسیده شود آیا زمانی که فعالیت جسمانی انجام می دهد، قادر به صحبت کردن می باشد یا خیر. در صورتی که بتواند به راحتی صحبت نماید یا آواز بخواند یا سوت بزند، شدت فعالیت وی خفیف است. اگر در هنگام صحبت کردن به نفس نفس زدن می افتد و نمی تواند آواز بخواند، شدت فعالیت فرد متوسط است و اگر قادر به صحبت کردن نمی باشد، شدت فعالیت جسمانی، شدید می باشد. به عبارت دیگر اگر فرد حین فعالیت بدنی مجبور است هر ۳ تا ۴ کلمه یک بار نفس بکشد، شدت فعالیت او متوسط و اگر مجبور است هر ۱ تا ۲ کلمه یک بار نفس بکشد، شدت فعالیت او شدید محسوب می شود.

در صورتی که فرد از وسایلی مانند تردمیل استفاده می کند که تعداد ضربان قلب وی در حین فعالیت نشان داده می شود یا توانایی اندازه گیری نبض را در حین انجام فعالیت بدنی دارد، برای تعیین شدت فعالیت می توان از روش حداکثر ضربان قلب استفاده کرد. در این روش، ابتدا از فرمول (سن – ۲۲۰ =حداکثر ضربان قلب) حداکثر ضربان قلب فرد تعیین می شود. اگر تعداد ضربان قلب وی در هنگام انجام ورزش، مساوی یا بیش از ۵۵ درصد حداکثر ضربان قلب محاسبه شده باشد، شدت فعالیت متوسط تا شدید است.

تعداد دفعات (روزها) در هفته: در این قسمت، از فرد پرسیده شود که هر نوع فعالیت جسمانی را چند روز در هفته انجام می دهد و در خانه مربوطه ثبت شود.

زمان در هفته: مدت زمان فعالیت جسمانی مورد نظر در هر روز بر حسب دقیقه در تعداد روزهای انجام آن در هفته ضرب شده و عدد حاصل در خانه مربوطه در ستون زمان در هفته ثبت می گردد. به عنوان مثال اگر فرد3روز در هفته و هر روز 15 دقیقه پیاده روی تند دارد، 45 دقیقه زمان انجام پیاده روی او در هفته است که در ردیف پیاده روی ثبت می شود و برای ردیفهای دیگر فعالیت جسمانی نیز به همین صورت عمل می گردد. اگر این مدت زمان برای مجموع فعالیتهای بدنی فرد در طول یک هفته به طور معمول به 150 دقیقه برسد، زمان فعالیت بدنی برای تامین سلامت او کافی است.

فعالیت جسمانی منظم و مستمر

فعالیت جسمانی منظم فعالیتی است که در اکثر هفته ها در هر ماه (حد اقل سه هفته از چهار هفته) انجام می شود. فعالیت جسمانی مستمر فعالیتی است که حداقل در سه ماه اخیر بطور مستمر ادامه داشته است.

فعالیت جسمانی مطلوب:

چنانچه فرد بطور معمول و منظم و مستمر در مجموع۳ تا ۵ روز در هفته و حداقل ۳۰ دقیقه در روز، فعالیت جسمانی با شدت متوسط و بالاتر داشته باشد، در خانه مطلوب علامت زده شود و در صورت کمتر بودن یا عدم فعالیت جسمانی در خانه نامطلوب علامت زده شود.

در افرادی که ۳ روز در هفته و هر روز ۳۰ دقیقه فعالیت جسمانی با شدت متوسط و بالاتر دارند، توصیه شود که تعداد روزهای انجام فعالیت را به ۵ بار و بیشتر افزایش دهند. برای مطلوب بودن میزان فعالیت جسمانی، هم شدت، هم مدت و هم دفعات انجام آن در هفته باید مطلوب باشند و در صورتی که هر یک از موارد مذکور مطلوب نباشد، میزان فعالیت جسمانی نامطلوب است.

توجه: تعریف WHO برای فعالیت جسمانی مطلوب، ۳۰دقیقه فعالیت جسمانی با شدت متوسط در ۵ روز هفته یا ۳۰ دقیقه فعالیت جسمانی با شدت زیاد (شدید) در ۳ روز هفته می باشد. با توجه به میزان فعالیت بدنی میانسالان در کشور ما، در حال حاضر ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در ۳ روز هفته نیز به عنوان مطلوب در نظر گرفته شده است. با این تاکید که به افراد دارای فعالیت جسمانی ۳ روز در هفته و هر روز ۳۰ دقیقه با شدت متوسط، توصیه شود که تعداد روزهای انجام فعالیت را به ۵ بار و بیشتر افزایش دهند. به عنوان مثال، برای فردی که ۴ بار در هفته و هر بار ۳۰ دقیقه پیاده روی با شدت متوسط دارد و فعالیت دیگری انجام نمی دهد، جدول به این صورت تکمیل می شود: نوع: پیاده روی، مدت در روز: ۳۰ دقیقه، شدت: متوسط، دفعات در هفته: ۴ بار، فعالیت جسمانی این فرد در خانه مطلوب علامت گذاری می شود و به وی توصیه می شود که فعالیت خود را به ۵ روز یا ۱۵۰ دقیقه در هفته افزایش دهد.

استعمال دخانیات/اختلال مصرف مواد/مصرف غیر پزشکی داروهای آرام بخش (بخش ۳-۳)

هدف اول کاهش موارد مصرف انواع دخانیات از جمله کاهش تعداد سیگار مصرفی روزانه و عوض کردن نوع سیگار به سیگار سبک تر و آماده کردن فرد برای ترک استعمال دخانیات می باشد.

در مورد استعمال غیر مستقیم، از فرد پرسیده شود آیا در خانواده یا در محل کار، افراد سیگاری حضور دارند و وی در معرض دود سیگار می باشد یا خیر . در صورت پاسخ مثبت، در خانه مربوطه علامت زده شده و توصیه های لازم برای اجتناب از دود غیر مستقیم سیگار صورت گیرد.

استعمال غیر مستقیم دود سیگار که در افراد غیر سیگاری اتفاق می افتد، نیز سلامتی فرد را تهدید می کند. افزایش خطر ابتلا به برخی سرطانها، بیماریهای ریوی، تولد نوزاد کم وزن و زایمان زودرس در زنان باردار از جمله عوارض در معرض دود سیگار بودن است. هم چنین میزان مرگ در این افراد بیشتر می باشد.

همچنین درخصوص مصرف الکل و مواد مخدر با رعایت احترام و حریم خصوصی مشابه دخانیات عمل شود .با توجه به اینکه تغییر رفتار مراجعه کننده هدف اصلی برای گرفتن اطلاعات و ثبت آن می باشد، در صورت استعمال غیر روزانه یا گاهگاهی یا بعضی روزها نیز در باکس مر بوطه توضیح داده شده و خطرات این نوع استعمال نیز گوشزد و برای تغییر رفتار مراجعه کننده اقدام گردد.

ارزیابی روانشناختی (بخش۴)

جهت غربالگری افراد از لحاظ وجود یا عدم وجود علائم بیماری های روانی از ابزار غربالگری(K6 مقیاس دیسترس روانشناختی کسلر)استفاده می شود. برای استفاده از این ابزار ابتدا 6 سوال زیر را از مراجعه کننده سوال می شود و به پاسخ های کیفی وی امتیاز عددی داده و نمرات حاصله از هر سوال باهم جمع زده می شود. در صورتی که مراجعه کننده نمره کمتر از ۱۰ کسب نمود درخانه مربوطه در ستون "ندارد" امتیاز او را ثبت نموده و روش های مقابله و پیشگیری از بیماری های روان بصورت مختصر آموزش داده می شود. اگر نمره ۱۰ و بالاتر کسب کرد در قسمت "دارد" نمره وی را ثبت نموده و وی جهت بررسی های بیشتر به روانشناس/ پزشک دوره دیده یا روانپزشک ارجاع داده می شود.

ایمن سازی، آلرژی، مواجهات شغلی/ مکمل یاری (بخش ۵)

این قسمت نیز توسط بهورز، کاردان و یا کارشناس بهداشتی دوره دیده تکمیل می شود.

سابقه واکسیناسیون: در صورت نیاز به تزریق واکسن با توجه به برنامه های ایمنسازی در سطح کشور ، واکسیناسیون مراجعه کننده انجام می گردد.

سابقه آلرژی دارویی یا غذایی: از مراجعه کننده در خصوص وجود حساسیت های غذایی یا دارویی و نوع آن (پوستی، تنفسی،عمومی) سوال و در قسمت مربوطه درج گردد.

مواجهه یا تماس با عوامل زیان آور شغلی: به شغل و وظیفه شغلی مراجعه کننده توجه نموده و در صورت احتمال این مواجهات بر اساس نوع مواجهه علامت زده شود.

مکمل یاری: به کلیه زنان و مردان گیرنده خدمات، اهمیت دریافت مکمل ویتامین د و روش استفاده و احتیاطات مربوط به مصرف آن آموزش داده شده و مصرف ماهانه یک عدد مکمل ویتامین د به صورت قرص پرل ۵۰ هزار واحدی توصیه می شود. در صورتی که قرص مکمل فوق در مرکز موجود باشد یک بسته ۱۰ تایی برای مصرف ۱۰ ماه، در اختیار مراجعه کننده قرار گرفته و کلیه موارد فوق در خانه مربوطه علامت زده می شود .لازم به ذکر است در صورت کافی نبودن موجودی مکمل ویتامین د برای کل میانسالان در مرکز، زنان میانسال برای دریافت مکمل رایگان از اولویت برخوردارند.

سلامت باروری (بخش ۶ در فرم زنان و بخش ۸ در فرم مردان)

سلامت باروری زنان توسط کاردان یا کارشناس مامایی برای زنان مراجعه کننده تکمیل می گردد و شامل سوابق و شرح حال (بخش ۶-۱)، معاینات (بخش ۶-۲) و پاراکلینیک (بخش ۶-۳) می باشد. سلامت باروری مردان توسط پزشک و ترجیحا پزشک مرد تکمیل می شود. در فرم مردان در خصوص فرزنداوری، علائم کنونی و سوابق و شرح حال باروری در یک بخش بررسی انجام می شود.

شرح حال و سوابق پزشکی (بخش ۶ در فرم مردان و بخش ۷ در فرم زنان)

این بخش توسط پزشک تکمیل می شود. روشن است که پس از برقراری ارتباط اولیه با مراجعه کننده و توضیح اقدامات مورد نیاز، برای پیشگیری از دوباره کاری و سوالات مکرر از وی، لازم است ابتدا پزشک بخشهای مختلف فرم را که توسط سایر اعضای تیم سلامت تکمیل شده است بررسی نموده و از اطلاعات آن برای بررسی وضعیت سلامت فرد استفاده نماید. این بخش شامل شکایت فعلی/بیماری کنونی (بخش ۷-۱ در فرم زنان و ۶-۱ در فرم مردان)، سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری /عامل خطر و مصرف دارو (بخش ۷-۲ در فرم زنان و ۶-۲ در فرم مردان) می باشد.

علائم بیماری های جسمی و روانی (بخش۷ در فرم مردان و بخش ۸ در فرم زنان)

این بخش نیز با مسئولیت پزشک تیم تکمیل می شود و جهت ارزیابی علائم کلیدی یا غربال کننده بیماری هاست. چنانچه پاسخ برای علامت پرسش شده بلی بود در ستون "دارد " و در غیر اینصورت در ستون" ندارد"علامت زده و نوع علامت ثبت میشود. بدیهی است در صورتی که فرد یکی از این علائم کلیدی را دارا بود، جهت بررسی بیشتر سایر علائم یا نشانه ها بر اساس پروتکلهای مربوطه اقدام خواهد شد.

معاینات (بخش۹ در فرم مردان و زنان)

معاینات عمومی توسط پزشک انجام می شود.

آزمایش ها (بخش ۱۰)

از مراجعه کننده در مورد آخرین باری که آزمایش خون انجام داده است، سوال شده و در صورتی که پاسخ آزمایش را با خود نیاورده است از او خواسته شود که با پاسخ آزمایش قبلی مراجعه نماید. اگر تا سه سال قبل هیچ آزمایشی انجام نداده ، آزمایش های روتین شامل Hb ، Hct ، قند ناشتا، کلسترول، تری گلیسرید، LDL ، HDL برای همه زنان و مردان در خواست گردد. پس از ارائه پاسخ در محل مخصوص در فرم درج گردد. چنانچه مقدار هموگلوبین کمتر از 12 برای زنان و کمتر از ۱۴ برای مردان و Hct کمتر از ۳۶ برای زنان و کمتر از ۴۲ برای مردان، مقدار FBS مساوی یا بیشتر از ۱۰۰ ،

مقدار کلسترول مساوی یا بیش از ۲۰۰ ، مقدار تری گلیسرید مساوی یا بیش از ۱۵۰ ، مقدار LDL مساوی یا بیش از ۱۳۰ ، مقدار HDL در مردان کمتر از ۴۰و در زنان کمتر از ۴۵ باشد ، در قسمت غیر طبیعی با ذکر مقدار علامت زده شود.

تشخیص /طبقه بندی و اقدامات (بخش ۱۱)

کلیه افراد ارائه دهنده خدمت(بهورز، کاردان، کارشناس بهداشتی،ماما، پزشک)پس از ارزیابی مراجعه کننده و تعیین نیاز به اقدامات خاص برای وی موظفند بر اساس اطلاعات بدست آمده خانه های مرتبط در این جدول را تکمیل نمایند. سپس برای تعیین تکلیف سلامت مراجعه کننده، پزشک تشخیص و اقدامات لازم خود و همکاران را که در جدول ثبت شده است تایید نموده و مراجعه کننده را راهنمایی می کند.

نتیجه بررسی فرم(بخش پایانی فرم)

در پایان ، پزشک یا فردی که با مسئولیت پزشک تعیین می شود، بخشهای مختلف فرم را مورد بررسی قرار داده و نقایص آن را ثبت می کند تا سایر اعضای تیم سلامت آن را تکمیل نمایند .همچنین تاریخ نهایی مراجعه بعدی را به مراجعه کننده اعلام و درقسمت انتهایی فرم مهر و امضا خود را ثبت می نماید.

نحوه پیگیری مراجعه کنندگان

افرادی که در ارزیابی دوره ای یا ویزیت پایه دچار مشکل سلامتی هستند یا در معرض خطر بیماری خاصی می باشند نیاز به مراجعات مجدد بین دو دوره ارزیابی دوره ای خواهند داشت که تواتر زمانی مراجعات برحسب نوع مشکل متفاوت است .

شاخص های پایش و ارزشیابی برنامه خدمات سلامت میانسال (۵۹-۳۰ سال)

جهت پایش و ارزشیابی خدمات ارائه شده می توان از شاخص های درونداد، فرایند و برونداد استفاده نمود که مثال هایی از این شاخص ها در برنامه سلامت زنان میانسال در زیر ذکر گردیده است که می توان از فرمول های این شاخص ها در سلامت مردان نیز استفاده نمود.

شاخص های درونداد :

درصد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله = تعداد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله در مراکز مجری برنامه * ۱۰۰

کل زنان در مراکز مجری

درصد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراقبت شده = تعداد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراقبت شده * ۱۰۰

کل زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله فراخوانده شده

شاخص های فرآیند :

درصد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراقبت شده به تفکیک نوع مراقبت = تعداد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراقبت شده به تفکیک نوع مراقبت * ۱۰۰

کل زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراقبت شده

درصد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله که BMI طبیعی دارند = تعداد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله دارای BMI طبیعی * ۱۰۰

کل زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله که اندازه گیری تن سنجی شده اند

درصد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله که فعالیت جسمانی دارند = تعداد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراقبت شده دارای فعالیت جسمانی مطلوب * ۱۰۰

کل زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراقبت شده

درصد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله که آزمایشات را انجام داده اند = تعدادزنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراقبت شده که آزمایشات را انجام داده اند * ۱۰۰

کل زنان ۳۰ تا ۵۹ سال مراقبت شده

درصد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله که معاینات پاراکلینیک را انجام داده اند = تعداد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراقبت شده که معاینات پاراکلینیک را انجام داده اند *۱۰۰

کل زنان ۳۰ تا ۵۹ سال مراقبت شده

شاخص های برونداد :

درصد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراقبت شده توسط پزشک = تعداد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراقبت شده توسط پزشک * ۱۰۰

کل زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراقبت شده

درصد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله واکسینه شده= تعداد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله واکسینه شده * ۱۰۰

کل زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله واجد شرایط واکسن

درصد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله که توسط غیر پزشک ارجاع شده اند = تعداد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله ارجاع شده توسط غیر پزشک *۱۰۰

کل زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراقبت شده

درصد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله توسط پزشک ارجاع شده اند = تعداد زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله ارجاع شده توسط پزشک * ۱۰۰

کل زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله مراقبت شده

فصل هفتم:

ارزیابی خطر بیماریهای غیرواگیر

ارزیابی خطر بیماری های غیرواگیر

اهمیت بیماری های غیرواگیر

طی دو صده اخیر، علل مرگ و بار جهانی بیماری ها از بیماری های عفونی و سوء تغذیه به بیماری های غیرواگیر تغییر جهت یافته است که این تغییرات را می توان از طریق گذار اپیدمیولوژیک بیماری ها ناشی از تغییر قابل توجه در وضعیت بهداشت جوامع نظیر بهبود تغذیه و شاخص ها بهداشتی در سراسر دنیا طی قرن بیستم توجیه نمود.

۶۰ درصد تمام مرگ و میر ها و 43 درصد بار جهانی بیماری ها ناشی از بیماری های عروقی قلب، بیماری های عروقی مغز، سرطان و دیابت تیپ 2 می باشد .در کشور های با در آمد کم و متوسط، مرگ ناشی از بیماری های غیر واگیر اصلی 79 درصد و ناتوانی ناشی از آن 85 درصد بوده است.

در ایران بخش اعظم بار بیماری ها ناشی از بیماری های غیرواگیر است، به صورتی که به ترتیب 45 و 33 درصد از کل بار بیماری های کشور در مردان و زنان مربوط به این بیماری هاست. چاقی و اضافه وزن، پرفشاری خون، فعالیت بدنی ناکافی، کلسترول بالا و اعتیاد پنج عامل خطر عمده ای هستند که 68 درصد بار منتسب به عوامل خطر و 11 درصد از کل با بیماری ها را به خود اختصاص داده اند که برابر 1/6 میلیون سال تعدیل شده با ناتوانی می باشد.

عوامل خطر بیماری های غیرواگیر

سازما بهداشت جهانی خطر را به صورت احتمال وقوع یک حادثه نامطلوب سلامتی یا هر عاملی که این احتمال را افزایش می دهد، تعریف نموده است. برای مثال احتمال بیماری سکته قلبی یک خطر برای سلامتی است. از سوی دیگر پرفشاری خون و شیوه زندگی نامناسب که احتمال بیماری قلبی را افزایش می دهد نیز خطری برای ابتلا به بیماری قلبی عروقی می باشد.

عوامل خطر بیماری های غیر واگیر را می توان به دسته های زیر تقسیم بندی نمود:

1.عوامل خطر رفتاری: تغذیه ناسالم، عدم فعالیت بدنی کافی و استعمال دخانیات.

2.عوامل خطر بیولوژیک: افزایش فشار خون، اختلالات قند و چربی های خون و چاقی و اضافه وزن.

۳.علل زمینه ساز عوامل خطر رفتاری: تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ناشی از جهانی شدن، صنعتی شدن، سالخوردگی جمعیت، فقر و استرس.

نقش پزشک خانواده در ارزیابی خطر بیماری های غیرواگیر

در سیستم سلامت کنونی ایران، پزشک خانواده یکی از نقش های اصلی که ایفا می کند به صورت ارائه خدمات بالینی می باشد که با کمک تیم سلامت مستقر در مرکز بهداشتی درمانی به درمان بیماران مراجعه کننده به مرکز می پردازد. پزشک خانواده علاوه بر درمان بیماران، متولی سلامت کل جمعیت تحت پوشش خود می باشد و مسئولیت سلامت کل جمعیت تحت پوشش خود را بر عهده دارد نه فقط بیماری آنها. بنابراین پزشک خانواده باید برای هر فرد تحت پوشش خود یک پرونده سلامت داشته باشد ممکن است این فرد بیمار هم نباشد ولی تمامی عوامل خطری که در این فرد وجود دارد باید در پرونده فرد ثبت شده باشد و مداخلات لازم در زمینه مدیریت عوامل خطر سلامتی در سطح فرد انجام شود. این رویکرد فردی می تواند درسطح عوامل اجتماعی موثر بر سلامت هم باشد بعنوان مثال فردی که بی سواد است، درامد کافی ندارد و بیکار است پزشک خانواده باید به این فرد آموزش های لازم را ارائه دهد و با هماهنگی با سایر ارگان ها مشکلات فرد را تا حد ممکن مرتفع سازد.

پزشک خانواده جمعیت خاصی را تحت پوشش خود دارد. این پزشک باید بیماری های شایع در منطقه تحت پوشش خود را پیدا کند برای مثال در یک جامعه ریکتز بسیار شایع است وظیفه مدیریت بیماری در سطح جامعه هم بر عهده پزشک خانواده است. پزشک باید راهکارهایی را اتخاذ کند که بار بیماری در اینده در این جمعیت کم شود مثلا پیشگیری شود، عوارض

بیماری کم شود و بیماری در مراحل اولیه درمان شود که به صورت مداخله در سطح جامعه انجام می شود مثلا اموزش گروهی افراد در مسجد محله.
همچنین در سطوح ملی یکسری سیاستگذاری برای سلامت انجام می شود و نتیجه آن تهیه گایدلاین ها و بوکلت چارت هایی است که وظیفه پزشک خانواده اجرای این موارد در جمعیت تحت پوشش خود می باشد.

مدیریت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر

جهت کاهش عوامل خطر دو گام اساسی باید برداشته شود. اندازه گیری و شناسایی بار منتسب به عامل خطرزای سلامت و سپس طراحی و اجرای مداخلات جهت کاهش عوامل خطر. با دو رویکرد می توان به کاهش عوامل خطر توجه نمود:

۱. رویکرد مبتنی بر فرد
۲. رویکرد مبتنی بر جامعه

پزشک خانواده باید از عوامل خطر شایع در منطقه و میزان مواجهه افراد با این عامل خطر آگاهی داشته باشد و مداخلاتی را در سطح فرد و جامعه برای کاهش عامل خطر استفاده کند و سعی نماید از مداخلاتی استفاده کند که هزینه اثربخش باشند. برای مثال بداند که در منطقه تحت پوشش وی فشارخون بالا شایع است و ۲۰ درصد افراد جامعه دچار فشارخون بالا هستند. در این جامعه رژیم غذایی افراد پر نمک است پزشک باید برای افرادی که به وی مراجعه می کنند و رژیم غذایی پرنمک دارند فارغ از این که فشارخون بالا دارند یا ندارند، مشاوره فردی بدهد تا رژیم غذایی کم نمک را رعایت کند. همچنین در سطح جامعه هم مداخلات انجام دهد و آموزش های جمعی بدهد تا رژیم غذایی افراد اصلاح شود.

بیماری قلبی عروقی

مقدمه

در اکثر مناطق جهان در حال حاضر شایعترین علت مرگ مربوط به بیماریهای قلبی عروقی است. بیماریهای قلبی عروقی با میزان ٪ ۴۶ کل مرگها، اولین علت مرگ در ایران در سال ۱۳۸۰ هستند . عمده این مرگ ها ناشی از بیماری عروق کرونر قلب و عوارض ناشی از آن است به طوری که ٪ ۲۴ مربوط به سکته های قلبی و ٪ ۱۰ مربوطبه سکته های مغزی و ٪ ۱۲ مربوط به سایر بیماریهای قلبی عروقی است .

عوامل خطر بیماری قلبی عروقی

عواملی که سبب بروز بیماری قلبی عروقی می شوند را می توان به دو گروه زیر تقسیم بندی نمود:

۱. عوامل خطر آفرین غیر اکتسابی (ارثی یا ژنتیکی)

بعضی از افراد با این عوامل بدنیا می آیند در نتیجه این عوامل قابل تغییر نیستند، اما می توان با تغییر شیوه زندگی و مراقبت پزشکی تاثیر این عوامل را کم کرد:

-افراد دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی (به خصوص اگر در پدر و برادر قبل از ۵۵ سالگی و درمادر و خواهر قبل از ۶۵ سالگی شروع شود)

-افرادی که اعضای درجه یک خانواده آن ها فشارخون بالا دارند.

-افراد مبتلا به دیابت نوع ۲

-افرادی که اعضای درجه یک خانواده آن ها اختلال چربی های خون دارند.

-زنان ومردان سالمند (زنان بالای ۶۵ سال و مردان بالای ۵۵ سال)

-زنان بعد از شروع یائسگی

۲. عوامل خطر آفرین اکتسابی

این عوامل در افراد وجود ندارد اما در طول زندگی به علت شیوه زندگی غلط ایجاد می شوند:

-افراد سیگاری

-افراد دارای اضافه وزن

-افراد مبتلا به فشارخون بالا (که سابقه بیماری فشارخون بالا در افراد درجه یک خانواده ندارند)

-افراد دارای اختلال چربی های خون (که سابقه بیماری اختلال چربی های خون در افراد درجه یک خانواده ندارند)

-افراد تحت فشارهای عصبی و روانی

-افرادی که شیوه زندگی کم تحرک دارند

اگر از عوامل خطرآفرین ارثی و اکتسابی چند عامل با هم در یک فرد وجود داشته باشند، اثر یکدیگر را تشدید می کنند. اگر فردی یک یا چند مورد از این عوامل را دارد، پزشک باید با کنترل آن ها، خطرات این عوامل را کم کرده و از احتمال بروز حمله قلبی در آینده جلوگیری کند.

بدین ترتیب افراد درمعرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی افرادی هستند که دارای حداقل یکی از موارد سابقه خانوادگی چاقی، سابقه خانوادگی بیماری فشارخون بالا، سابقه خانوادگی بیماری دیابت، سابقه خانوادگی بیماری اختلال چربی خون ، سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی و سکته قلبی و مغزی زودرس و یا دارای اضافه وزن، وضعیت تغذیه نامطلوب، وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب و مصرف دخانیات هستند و یا حداقل به یکی از بیماری های زمینه ساز (چاقی ,فشارخون بالا،دیابت ،اختلال چربی خون) مبتلا هستند.

توصیه های کلی برای پیشگیری از بیماری قلبی و عروقی:

۱. تغذیه:

- همه افراد باید مصرف چربی بخصوص چربی های اشباع شده را کاهش دهند.

- مصرف چربی ها باید به ۳۰٪ کل کالری مصرفی کاهش یابد و چربی های اشباع شده به کمتر از ۱۰٪ کل کالری مصرفی کاهش یابد.
- مصرف نمک روزانه به یک سوم و یا کمتر از۵ گرم در روز کاهش یابد.

۲. فعالیت بدنی:

- همه افراد باید حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط بطور روزانه داشته باشند.

۳.کنترل وزن:

- همه افراد دارای اضافه وزن یا چاقی باید وزن خود را از طریق کاهش کالری مصرفی و افزایش فعالیت بدنی کم کنند.

۴. ترک مصرف سیگار و الکل:

- همه افرادی که الکل مصرف می کنند باید مصرف آن را کاهش دهند و یا قطع کنند.

فشارخون بالا

مقدمه

فشارخون بالا درسراسر جهان رو به افزایش است. اما پزشکان معتقدند که با کمی تغییر در شیوه زندگی میتوان تا حد زیادی جلوی این قاتل آرام را گرفت. فشارخون بالا یکی از ده خطر اول سلامتی در سراسر دنیا محسوب می شود و بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی باعث۷ میلیون مرگ درسال می شود . مهمتر اینکه بیشترین مشکلات فشارخون در فقیرترین کشورهای دنیا وجودخواهد داشت و بر اساس تحقیقات بعمل آمده درسالهای آینده میزان شیوع این بیماری افزایش خواهد یافت .لذا با توجه به اهمیت موضوع، برنامه کشوری پیشگیری وکنترل بیماری فشارخون بالا درسطح خانه های بهداشت به اجرا در می آید.

تعریف و طبقه بندی فشارخون

درجدول شماره ۱ تعاریف و طبقه بندی فشارخون بیان شده است. در مواردی که فشارخون ماکزیمم دریک گروه و فشارخون می نیمم درگروه دیگر قرار می گیرد، فشارخون را درگروه بالاتر دسه بندی می کنیم.به عنوان مثال اگر فشارخون ماکزیمم ۱۳۰ میلی متر جیوه و می نیمم ۸۶میلی متر جیوه باشد، فشارخون رادر گروه فشارخون بالا قرار می دهیم. البته فشار خون باید در چند نوبت و در چند موقعیت اندازه گیری شود و سپس بر اساس میانگین اعداد بدست آمده قضاوت گردد.

جدول ۱. تعاریف و طبقه بندی فشارخون

تعاریف و طبقه بندی فشار خون برای افراد بالای ۱۸ سال

طبقه	فشار سیستولی		فشار دیاستولی
طبیعی	<۱۲۰	و	<۸۰
پره هایپرتانسیون	۱۲۰-۱۳۹	و	۸۰-۸۹
مرحله (۱) فشارخون بالا	۱۴۰-۱۵۹	یا	۹۰-۹۹
مرحله (۲) فشارخون بالا	≥۱۶۰	یا	≥۱۰۰

توجه: در افراد سالم تفاوت عمده ا ی بین فشار خون در حالت خوابیده ، نشسته و ایستاده وجود ندارد ، ولی در افرادی که داروی پایین آورنده فشار خون مصررف می کنند چون اختلاف قابل توجهی در فشارخون خوابیده نشسته و ایستاده ایجاد می شود، لذا می بایست فشار خون را در حالت خوابیده و یا ایستاده اندازه گیری کرد.

عوامل خطر زمینه ساز(مستعد کننده) ایجاد فشار خون بالا:

بیماری فشار خون بالای اولیه علت مشخصی ندارد ولی عوامل زیر احتمال ابتلاء به این بیماری را افزایش می دهند:

۱. عوامل خطری که قابل کنترل نیستند:

– **ارث** : در صورت سابقه ابتلاء به بیماری فشار خون بالادر اقوام درجه یک، احتمال ابتلاء به فشار خون بالا در فرد زیاد است.

– **جنس:** شیوع فشار خون بالا در مردان جوان و میانسال بیشتر از زنان جوان و میانسال (تا ۵۰ سال) است اما در سنین بالاتر این اختلاف کم می شود.

– **سن:** با افزایش سن شیوع فشار خون بالا نیز افزایش می یابد.

عوامل خطری که قابل کنترل هستند:

– **چاقی:** احتمال ابتلا به بیماری فشار خون بالا در افرادی که چاق هستند بیشتر است.

– **مصرف زیاد نمک:** دربعضی از افراد مصرف زیاد نمک (کلرورسدیم) همراه با افزایش فشارخون خواهد بود و کاهش مصرف نمک رژیرم غذایی در تنظیم فشار خون تائیر زیادی دارد.

– **کم تحرکی و نداشتن فعالیت جسمانی:** کم تحرکی از راههای مختلف می تواند زمینه ساز فشار خون بالا باشد ، از جمله کم تحکری می تواند منجر به چاقی شده و چاقی یک عامل خطر زمینه ساز فشار خون بالا است .

– **مصرف سیگار و سایر دخانیات:** مصرف دخانیات اگر چه بطور مستقیم موجب افزایش فشار خون نمی شود امرا در دراز مدت بعلت ایجاد بیماری تصلب شرائین باعث تشدید فشار خون بالا و تشدید تاثیر فشارخون بالا بر سلامت قلب و عروق می گردد .

– **فشارهای روحی و عصبی:** اگرچه تحقیقاتی وجود دارد که تا" ثیرفشار های روحی و عصبی در افزایش فشارخون را نشان می دهد، اما شواهد مذکور برای تایید قطعی این رابطه کافی نیست.

– **افزایش چربی خون:** چربی خون بالا اگر چه بطور مستقیم موجب افزایش فشار خون نمی شوند امرا در دراز مدت بعلت ایجاد بیماری تصلب شرائین باعث تشدید فشار خون بالا می گردند .

– **بیماری دیابت:** از عوارض مهم دیابت بیماری قلبی عروقی، اختلال بینایی، اختلال اعصاب محیطی ، آسیب کلیه و در نتیجه فشارخون بالا می باشد .

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

توصیه ها و آموزش های چهره به چهره در اتاق ویزیت برای رعایت شیوه زندگی در فشار خون و کنترل آن

- هر ۴/۵ کیلو گرم کاهش وزن در افرادی که ۱۰٪ اضافه وزن دارند، می تواند فشار خون را در گروه کثیری از آنان کاهش دهد. در بین تمام مشخصات قابل اندازه گیری به جز سن، وزن بیشترین و دائمی ترین ارتباط را با فشار خون دارد. به ازای هر کیلو گرم کاهش وزن به طور متوسط فشار خون سیستولیک ۲/۵ میلیمتر جیوه و فشار خون دیاستولیک ۱/۵ میلیمتر جیوه کاهش می یابد. افرادی که فشار خون اولیه خود را با کاهش وزن درمان می کنند ،حتی احتمال باز گشت هایپرتروفی بطن چپ به وضعیت نرمال هم ممکن است و ضخامت دیواره بطن چپ کاهش می یابد .

- قطع دریافت الکل فشار خون سیستولی و دیاستولی را در بسیاری افراد و نیاز به مصرف دارو را کاهش می دهد. آب معدنی کم سدیم ، انواع آب میوه و مشروبات غیر الکلی می تواند جایگزین مصرف الکل گردد.
- کاهش مصرف سدیم به کمتر از ۱۰۰ میلی مول روزانه (کمتر از مقدار ۲/۴ میلیگرم سدیم یا حداکثر ۶ گرم نمک کلراید سدیم یعنی یک قاشق چایخوری نمک بخصوص در افراد مسن از افزایش فشار خون مرتبط با سن جلو گیری، فشارخون اثبات شده را کاهش و نیاز به مصرف دارو ی ضد فشار خون و مصرف دیورتیکهای کاهنده پتاسیم را در بسیاری از افراد کاهش می دهد. کاهش ۳ گرم نمک مصرفی می تواند بعد از چند هفته بطور متوسط 9 میلیمتر جیوه فشار خون سیستولیک را پایین بیاورد. برای این منظورکاهش مصرف نمک هنگام طبخ غذا، عدم استفاده از نمک هنگام صرف غذا و سر سفره، محدود کردن مصرف کنسرو و غذای آماده و شور شده کمک کننده است، استفاده از چاشنی های مفید مانند لیموترش و آب نارنج، آویشن، سیر و شوید بجای نمک مفید است.
- کاهش چربی اشباع و کلسترول رژیم غذایی برای حفظ سلامت کلی قلب و عروق. گرچه ژنوتیپ، رژیم غذایی و پاسخ سطح لیپید افراد متفاوت است، اما دریافت چربی کل باید کمتر از ۳۰٪ و چربی اشباع باید کمتر از ۱۰٪ دریافت کالری روزانه باشد و دریافت کلسترول باید کمتر از ۳۰۰میلیگرم روزانه باشد. محدودیت مصرف گوشت قرمز و امعا و احشا، سوسیس و کالباس، زرده تخم مرغ، چیپس، لبنیات پر چرب، سس چرب و روغن جامد و حیوانی توصیه شود. ازسبزی و میوه و غلات و حبوبا ت به اندازه کافی استفاده شود.
- قطع سیگار
- افزایش فعالیت فیزیکی به مدت ۳۰ دقیقه حد اقل۵ روز در هفته

در کسانی که سابقه فامیلی فشار خون دارند یا شرایط پیش زمینه ای برای ابتلا به فشار خون دارند یا بیماری مرتبط با رژیم غذایی دارند، اصلاح شیوه زندگی در اولین فرصت پس از شناخت عوامل فوق باید آغاز شود. اصلاح شیوه زندگی به عنوان راهکار درمانی بدون استفاده از دارو حد اکثر تا سه ماه می تواند ادامه پیدا کند و در صورت عدم موفقیت باید علاوه بر اصلاح شیوه زندگی درمان دارویی نیز صورت گیرد.

اختلال چربی خون

مقدمه

همراه با روند رو به رشد توسعه یافتگی و صنعتی شدن کشورها، میانگین کلسترول پلاسمایی جمعیت آ نها افزایش می یابد. کلسترول بالا حدود یک سوم بیمار یهای قلبی-عروقی در جهان را باعث شده و منجر به ۴/ ۴ میلیون مرگ در سال می شود. در کشورهای در حال توسعه تنوع زیادی در میانگین کلسترول جمعیت وجود دارد. در آسیا میزان کلسترول در ده ههای آخر قرن بیستم افزایش ثابتی داشته که در مناطق شهری سریعتر بوده است و هم اکنون از میزان ۱۱۵ میلی گرم در دسی لیتر به بیش از ۱۹۰ میلی گرم در دسی لیتر افزایش داشته است.

علت اختلال در چربی های خون

در برخی از بیماران عامل اختلال در چربی ها خون وجود بیماری های دیگری مانند بیماری های گوارشی،اختلال در کار کبد یا کلیه، کم کا ری غده تیروئید و بیماری دیابت است. در گروهی از بیماران مسائل ارثی و سابقه خانوادگی نقش دارد. در بسیاری از بیماران نیز علت زمینه ای آن هنوزمشخص نشده است. اما علت زمینه ای هرچه باشد وجود عوامل زیر می تواند سبب اختلال در چربی های خون و تشدید بیماری شود:

-رژیم غذایی نامناسب وغلط، مصرف زیاد چربی ها

-پرخوری و چاقی

-مصرف سیگار
-استفاده از مشروبات الکلی
-کم تحرکی

توصیه های مرتبط با چربی خون بالا

در اغلب موارد، رژیم غذایی برای کاهش چربی خون بیماران کمک کننده است و بمدت۳ ماه توصیه شود. اگر بعد از این دورهٔ زمانی، علیرغم رژیم غذایی و فعالیت بدنی مناسب کلسترول تام و LDL بالا باقی بماند، درمان دارویی آغاز می شود. برای بیمارانی که سابقه فامیلی کلسترول بالای خون دارند، بلافاصله دارو همزمان با رژیم غذایی شروع می شود. در پیشگیری ثانویه، می توان از همان ابتدا درمان دارویی را شروع کرد و رژیم غذایی به مدت6 تا ۱۲ هفته به صورت زیر به بیمار پیشنهاد کرد:

۱. چربی و کلسترول کمتری مصرف شود:

-بخشی از وعده غذایی باید شامل غلات سبوسدار و سبزیجات باشد.

-گوشت خالص و بدون چربی مصرف شود. پوست مرغ قبل از مصرف جدا شود. مصرف امعاء و احشاء حیوانات مانند دل، قلوه،جگر، مغز،کله و پاچه به حداقل برسد.

-ماهی بیشتر مصرف شود ماهی های چرب نظیر سالمون، ساردین، تن و قزل آلا حداقل هفته ای دوبار مصرف شود.

-زرده تخم مرغ کمتر مصرف شود و به جای آن از سفیده تخم مرغ استفاده شود.

-از لبنیات کم چرب (۱٪ چربی) مانند شیر، ماست، پنیر یا بدون چربی(چربی گرفته) استفاده شود. سرشیر، خامه و رویه ماست جدا شود.

-از مصرف زیاد شیرینی خامه ای، تنقلات مثل غذاهای فوری و آماده مانند ساندویچ سوسیس و کالباس، چیپس اجتناب شود.

-بجای سس مایونز یا سس سالاد از روغن زیتون با آبلیمو یا سرکه و سبزیجات معطر و ادویه استفاده شود.

-غذاها بیشتر به شکل آب پز، بخارپز، تنوری یاکبابی استفاده شود.

-حتی الامکان از سرخ کردن موادغذایی پرهیز شود.

-رویه چربی خورش ها و سوپ ها جدا گردد

-ازحبوبات و غلات سبوس دار (نان های سبوس دار) بیشتر استفاده شود.

-میوه و سبزی روزانه و به مقدار لازم استفاده شود.

علاوه بر توصیه های غذایی فوق، توصیه کنید:

۲.وزن درحد مطلوب نگهداشته شود و از افزایش وزن و چاقی جلوگیری شود.

۳. فعالیت بدنی روزانه و مداوم انجام شود.

۴. از مصرف سیگار پرهیز شود.

دیابت

مقدمه

بیماری دیابت یکی از شایعترین و هزینه سازترین بیماریهای مزمن در سراسر جهان به شمار می رود که میزان شیوع آن به علت تغییرات شیوه زندگی و نیز بهبود وضعیت بهداشتی–درمانی جوامع که منجر به افزایش میزان بقا شده است، رو به افزایش می باشد. الگوی کلی شیوع دیابت در جهان نشانگر این مطلب است که کشورهای درحال توسعه و نیزگروههای

پایین فرهنگی اجتماعی در جوامع توسعه یافته نیز گرفتار میزان بالایی از این بیماری شده اند؛ به گونه ای که در سال 2025میلادی بیش از ۷۵٪ کل جمعیت دیابتی ها در کشورهای در حال توسعه خواهند بود. برپایه مطالعات اصولی همه گیرشناختی که طی دهۀ اخیر در ایران صورت پذیرفته است ,جمعیت دیابتی ایران بیش از ۱.۵میلیون نفر تخمین زده می شود. حدود ۱۴.۵ تا ۲۲.۵٪ درصد از افراد بالای 30 سال به دیابت یا اختلال تحمل گلوکز مبتلا هستند. از افراد دچار اختلال تحمل گلوکز ,تقریباً ۲۵٪ آنها در آینده دچار دیابت آشکار خواهند شد و نیمی از آنها در حد اختلال تحمل گلوکز باقی می مانند ولی از خطرعوارض عروق بزرگ در امان نخواهند ماند. نکتۀ مهم این است که حدود نیمی از بیماران دیابتی از بیماری خود آگاه نیستند که این امر لزوم غربالگری در سطح جامعه را آشکار می سازد. تغییر شیوه زندگی درجامعه، درحال توسعه بودن کشور ایران، پیروی روزافزون از رژیمهای غذایی پرچربی غربی و کاهش فعالیت بدن از عوامل اثرگذار بر میزان روبه رشد دیابت در ایران هستند ازاین رو برنامه های وسیع ملی با هدف ارتقای سطح آگاهی مردم، اصلاح شیوه زندگی به ویژه در جمعیت در معرض خطر و تأمین امکانات لازم برای پیشگیری از عوارض دیابت طرح ریزی شده و در حال انجام می باشد.

تمام مردان و زنان بالای ۳۰ سال که حداقل یکی از مشخصات زیر را داشته باشند باید از نظر ابتلا به دیابت بررسی شوند**:** سابقه مرده زایی و یا سابقه تولد نوزاد بیش از ۴ کیلو، سابقه دیابت حاملگی، زنان باردار

باید توجه کرد که علائم کلاسیک (پر نوشی ،پر خوری و پر ادراری) در دیابت نوع ۲ شیوع زیادی ندارد و شاخص خوبی برای تشخیص دیابت نیست به همین دلیل بررسی افراد فوق از نظر دیابت به معنای انجام آزمایش قند خون ناشتا می باشد. بررسی مصرف سیگار ، فعالیت فیزیکی و وضعیت تغذیه برای انجام مداخلات لازم در شیوه زندگی افراد مبتلا به دیابت ضروری است.

عوامل خطر دیابت نوع دو:

-**فاکتورهای ژنتیکی**: نقش ژنتیک در دیابت نوع دو بسیار پر رنگ است. دیابت یک بیماری پلی ژنیک است. بنابراین سابقه خانوادگی دیابت فرد را در معرض خطر ابتلا به دیابت قرار می دهد.

-**سن:** خط ابتلا به دیابت با افزایش سن افزایش می یابد. اغلب موارد دیابت در میانسالی شناسایی می شوند.

-**جنسیت:** خطر دیابت در زن و مرد تفاوتی ندارد.

-**نژاد:** برخی نژادها مستعدتر هستند. برای مثال آمریکایی های با نژاد آفریقایی، آمریکایی های بومی، لاتین ها.

-**چاقی:** چاقی یک ریسک فاکتور قوی برای دیابت نوع ۲ است. در جمعیت های متفاوت خطر نسبی از ۱.۸ تا ۳.۲ متفاوت است. چاقی مرکزی مستقل از وزن کلی بدن یک ریسک فاکتور است.

-**فعالیت فیزیکی:** اثر حفاظتی فعالیت فیزیکی مستقل از چاقی است یعنی افراد چاقی که فعالیت فیزیکی کافی داشته باشند خطر ابتلا به دیابت کمتری نسبت به افراد بی تحرک دارای وزن نرمال دارند.

-**فاکتورهای تغذیه ای:** رژیم غذایی دارای چربی های اشباع بالا و فیبر پایین باعث حساسیت کمتر به انسولین و اختلال تحمل گلوکز می شود. در کل، کاهش کلی کالری دریافتی، کاهش دریافت چربی های اشباع و شکر و افزایش مصرف غلات و میوه و سبزیجات در پیشگیری از دیابت موثرند.

-**اثرات دوران جنینی و اوایل کودکی:** شواهد نشان داده است که تغذیه نامناسب مادر در دوران بارداری، سوءتغذیه در اوایل شیرخوارگی ممکن است با چاقی، مقاومت به انسولین، اختلال تحمل گلوکز، فشارخون افزایش یافته و وقوع سندرم متابولیک در فرد دوران بزرگسالی ارتباط داشته باشد.

-**استرس:** نقش استرس روحی و اجتماعی بعنوان یک فاکتور موثر پیشنهاد شده است اما هنوز اثبات نشده است.

-**داروها و هورمونها:** فنی توپین، دیورتیکها (خصوصا دیورتیکهای تیازیدی)، بتابلوکرها، کورتیکواستروییدها و کنتراسپتیوهای استروییدی اصلی ممکن است در افراد مستعد منجر به اختلال تحمل گلوکز و دیابت شوند اما این اختلالات اغلب پس از قطع دارو برطرف می شوند.

اصول درمانی و توصیه ها ی مرتبط با پیشگیری و درمان دیابت

-کنترل دقیق قند خون، عدم مصرف دخانیات، کاهش چاقی، اصلاح تغذیه، کاهش وزن، انجام فعالیت بدنی مستمر، دارو درمانی

- هدف از رژیم درمانی تمرکز روی کاهش مصرف نمک و چربی اشباع شده همراه با حفظ رژیم صحیح دیابت است.

- افر اد چاق باید با مصرف کالری کمتر، هم زمان با فعالیت بدنی مستمر و منظم به تدریج از وزن خود بکاهند.

- مصرف الکل نه تنها حرام است بلکه باعث افزایش تری گلیسرید شده و مصرف زیاد آن باعث افزایش فشار خون می شود.

- رو ش های یاد شده موجب کاهش مقاومت نسبت به انسولین نیز می شود.

- مصرف داروی ضد دیابت و سایر داروهای مصرفی بیمار از نظر بررسی بیماریهای همراه ، تنظیم دوز داروها ، تداخل دارویی احتمالی ، عوارض دارو و ..... نیز ضرورت دارد .

آزمایشها برای تشخیص بیماری دیابت یا بررسی تاثیر درمان و کنترل بیماری وتشخیص عوارض بیماری در فواصل زمانی مشخص در خواست می گردد.

سرطان های زنان

سرطان پستان

سرطان پستان با بروز سالانه ۸۵۰۰ مورد و میزان بروز استاندارد شده سنی بیش از ۳۰در صدهزار، شایعترین سرطان بانوان ایرانی و بعد از سرطان پوست شایعترین سرطان بین مردان و زنان ایرانی است و پنجمین علت مرگ ناشی از سرطان را در زنان تشکیل می دهد. اصول کلی برخورد با سرطان پستان عبارتند از:

الف- آموزش برای افزایش آگاهی و مهارت جامعه هدف مبتنی بر:

- آموزش برای رفع عوامل خطر قابل مداخله مانند وضعیت تغذیه، فعالیت بدنی، ترک دخانیات و نوشیدنی الکلی و....، انگ زدائی و زدودن ترس از سرطان ها ازجمله ترس از سرطا ن پستان
- پر داختن به اهمیت موضوع با تاکید بر قابلیت پیشگیری و قابلیت درمان سرطان پستان بدون انجام ماستکتومی در صورت تشخیص به موقع آن
- آموزش خود ازمایی پستان هم زمان با معاینه کلینیکی پستان و توصیه به انجام آن توسط زنان هر ماه پس از اتمام قاعدگی برای افزایش توجه به سلامت پستانها
- آموزش خود مراقبتی و خود ارزیا بی عوامل خطر سرطان پستان ،آموزش نحوه انجام آزمون خودارزیابی عوامل خطر و راههای کنترل و پیشگیری از عوامل خطر
- ارا ئه اطلاعات پایه در خصوص هریک از علائم و نشانه ها مانند توده، درد، ترشح و تغییرات پوستی و رفع اضطراب ناشی از کشف علائم در خود آزمایی پستان
- تا کید بر مراجعه منظم سالانه برای معاینه پستان ها و مراجعه در صورت کشف هر علامت و تغییر تازه در خود آزمایی پستان

ب- اخذ شرح حال، بررسی سوابق و تعیین عوامل خطر در ارزیابی دوره ای سبا برای زنان از ۳۰ سالگی مشتمل بر:

- سابقه فردی و خانوادگی سرطان پستان یا تخمدان، نتیجه ماموگرافی / ماموگرافیهای قبلی
- تعداد بارداری (زایمان زنده ، مرده زایی و سقط)، سن در اولین زایمان ، سن در آخرین زایمان، تعداد ماههای شیردهی، سن اولین قاعدگی ، زمان آخرین قاعدگی (سن یائسگی قطعی، آمنوره و...)
- ا ستفاده از داروها و ترکیبات هورمونی استروژنی (پیشگیری ازبارداری هورمونی: سن مصرف ، مدت مصرف و اچ آر تی)
- شیوه زندگی از نظر : استعمال دخانیات ، مصرف نوشیدنیهای الکلی، فعالیت بدنی ، تغذیه (مصرف میوه ، سبزیجات، سرخ کردنیها، انواع گوشت و ماهی)

ج- معاینه بالینی پستانها هر سه سال یک بار از ۳۰ تا ۵۰ سالگی در زنان بدون عامل خطر فردی و خانوادگی و هر سال یک بار در افراد دارای عامل خطر و زنان بالاتر از ۵۰ سال از نظر:

- تغیرات پوستی(ضایعات اگزمایی، پوست پرتقالی،زخم)
- تغییرات غیر طبیعی نیپل (فرورفتگی)
- تر شح از پستان (خودبخودی، خونی،چرکی و....)
- تو ده پستان (محل ،قوام، اندازه، چسبندگی و....)
- تو ده زیر بغل/ فوق ترقوه (اندازه، تعداد، محل)

د- انجام ماموگرافی در افراد پرخطر یا دارای علائم و نشانه های بالینی زیر:

- فر د پرخطر (وجود سابقه سرطان خانوادگی پستان یا تخمدان در فرد یا بستگان وی)
- و جود توده غیرطبیعی (سفت، چسبنده، غیرمتحرک، حاشیه نامنظم، افزایش اندازه، همراه با تغیر پوستی)در پستان یا زیر بغل
- تغییرات پوستی به صورت زخم ماندگار عمیق، ندول پوستی سفت و بی تحرک، تخریب نسجی و فرو رفتگی و کشش غیر معمول، اگزمای نوک پستان بیش از یک ماه، کشیده شدن نوک پستان به داخل در ماههای اخیر، التهاب موضعی یا عمومی پستان بدون تطبیق با نشانه های بالینی
- تر شح خونی یا آبکی یا ترشح خود بخودی و آلوده شدن لباس مراجعه کننده بدون دستکاری از نوک پستان یا ترشح یک طرفه در زنان بالای ۵۰ سال
- و جود درد متمرکز پس از یائسگی

توجه: با توجه به عدم وجود برنامه غربالگری سرطان پستان در کشور، بدون اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی پستانها انجام تصویر برداری توصیه نمی شود.

ه- ارجاع برای انجام نمونه برداری بافتی در موارد زیر :

- و جود توده غیرطبیعی(سفت، چسبنده، غیرمتحرک، حاشیه نامنظم، افزایش اندازه، همراه با تغیر پوستی) در پستان یا زیر بغل
- و جود کیستهای خونی، عود مکرر کیست تخلیه شده
- گز ارش مشکوک ماموگرافی یا گزارش مشکوک سونوگرافی

و- اطمینان بخشی از نظر عدم ابتلا به بدخیمی و اقدام یا ارجاع برای تشخیص افتراقی و درمان بیماریهای خوش خیم پستان

- سن بالای ۴۰ سال+ بدون سابقه ابتلای فردی و خانوادگی به سرطان پستان یا تخمدان، بدون علامت
- درد در سن زیر ۴۰ سال+ بدون سابقه ابتلای فردی و خانوادگی به سرطان پستان یاتخمدان
- درد در دوره های مختلف سیکل قاعدگی یا مصرف داروهای هورمونی، یا اختلالات خلقی و روان تنی
- کیست غیر تکرار شونده در سنین باروری
- تر شح رنگی بویژه زرد، قهوه ای و سبز یا ترشح دوطرفه یا ترشح غیر خود بخودی در سن باروری

- تو ده غیر چسبنده، نرم، بدون تغییرات پوستی و ترشح با حدود منظم و مشخص

سرطان دهانه رحم

میزان بروز استاندارد شده سنی سرطان سرویکس در ایران کمتر از ۳ در صد هزار نفر گزارش شده است که حاکی از بروز پایین این سرطان در کشور می باشد. اما با توجه به سیر فزاینده این سرطان اقدامات لازم برای پیشگیری و تشخیص زودهنگام آن ضرورت دارد. لازم به ذکر است، افزایش آگاهی زنان و تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس، اهداف اصلی کنترل آن در نظام بهداشتی کشور ما می باشد که با رعایت اصول کلی زیر انجام می گیرد:

الف)افزایش آگاهی زنان گروه هدف

- آموزش زنان توسط کارکنان بهداشتی سطح اول نظام خدمات بهداشتی اولیه پیرامون سرطان سرویکس و عوا مل خطر آن با تاکید بر عفونت اچ پی وی به عنوان مهمترین عامل بیماری و نحوه پیشگیری از ابتلا به آن
- آموزش شیوه زندگی سالم ازجمله اجتناب از استعمال مستقیم و غیر مستقیم دخانیات ، اجتناب از مصرف نوشیدنیهای الکلی، پرهیز از رفتارهای پرخطر جنسی، انجام فعالیت بدنی و تغذیه صحیح برای پیشگیری اولیه از ابتلا به سرطان دهانه رحم
- آموزش پیرامون اهمیت تشخیص زودهنگام و درمان به موقع و کامل بیماری از طریق انجام پاپ اسمیر

ب)انجام پاپ اسمیر به روش استاندارد

فصل هشتم:

ارزیابی جامعه

ارزیابی جامعه

تعریف ارزیابی سلامت جامعه

از دیدگاه یک پزشک مرکز بهداشتی درمانی، داشتن شناخت از وضعیت سلامت منطقه تحت پوشش، باید همان قدر اهمیت داشته باشد که تشخیص درست یک بیماری در افراد مراجعه کننده به مرکز . بنابراین پزشک مرکز بهداشتی درمانی به واسطه مسئولیتی که در نظام سلامت به عهده گرفته است لازم است یک دید کل نگر و جامع نگر به مسائل و مشکلات منطقه تحت پوشش خود پیدا نماید، مشکلات سلامت منطقه را اولویت بندی نماید و بهترین راهکارهای مداخله ای جهت رفع این مشکلات را اجرا نماید. البته پزشک به تنهایی قادر به تشخیص و درمان مشکلات سلامت منطقه نمی باشد بلکه باید این نگاه سلامت محور در همه ساکنین منطقه و مسئولین نهادها و ارگان های منطقه ایجاد شود. طی فرایند ارزیابی جامعه همه ساکنین منطقه در تمام مراحل انجام کار، یعنی تعیین اطلاعات مورد نیاز درباره سلامت ساکنین منطقه، جمع آوری داده های لازم، تجزیه و تحلیل داده ها و انتشار آنها، بررسی نقاط قوت و ضعف کنونی منطقه و نیازمندی های موجود و ارایه راه حل های عملی برای ارتقاء وضعیت کنونی، مشارکت دارند.

طی فرایند ارزیابی جامعه، تیم سلامت مرکز بهداشتی درمانی به همراه برخی از ساکنین منطقه و نمایندگان ارگان های مختلف موجود در منطقه و رهبران کلیدی از قبیل دهیار، اعضای بسیج منطقه، مدیران مدرسه و ... وضعیت کنونی سلامت جامعه در جنبه های مختلف، عوامل گوناگون موثر بر سلامت و ظرفیت های موجود در منطقه برای ارتقای وضعیت موجود و پیشرفت به سوی سلامت مطلوب و راهکارهای مداخله ای هزینه اثربخش را شناسایی می نمایند. اگرچه این فرایند به صرف وقت، هزینه و انرژی قابل توجهی نیاز دارد ولی وقتی یک تغییر در جامعه موفق است و پایدار می ماند که مردم در همه مراحل آن درگیر بوده و مشارکت کنند.

طراحی ارزیابی جامعه باید برای هر جامعه جداگانه و مختص خود جامعه باشد چون منابع و مهارت های جوامع مختلف با هم متفاوت است و هر جامعه بر اساس منابع و مهارت های خود باید برنامه خاصی را طراحی کند. بنابراین حتی دو مرکز بهداشتی درمانی با فاصله نزدیک به یکدیگر ممکن است مشکلات و اولویت های سلامت و به دنبال آن مداخلات متفاوتی را داشته باشند. به دلیل این که نیازهای سلامت جامعه در طول زمان تغییر سریعی ندارند، ارزیابی را برای یک دوره چند ساله می توان انجام داد. بدین صورت که اولین ارزیابی مدت زمان بیشتری را به خود اختصاص می دهد اما در ارزیابی های مداوم بعدی فقط اطلاعات موجود، بازنگری می شوند. پس بدنبال این که ارزیابی اولیه جامعه اطلاعات لازم را درمورد جامعه مورد نظر تهیه کرد، می توان به صورت سالیانه اطلاعات جدید را جایگزین نمود و بدین ترتیب روند تغییرات جامعه در طی سالیان مختلف و به تبع آن تجزیه و تحلیل چرایی این تغییرات را بررسی کرد.

ضرورت ارزیابی جامعه

اگر بخواهیم دلایل نیاز به ارزیابی جامعه را خلاصه نمائیم، می توان موارد زیر را بیان کرد:

- اطلاعاتی پایه و بنیادی در مورد وضعیت سلامت افراد جامعه ارائه می دهد: برای تصمیم گیری در مورد موضوعات مرتبط با سلامت جامعه به جای آنکه بر اساس عملکرد گذشته تصمیم گیری کنیم، از اطلاعات و داده های حقیقی که از فرایند ارزیابی جامعه بدست آمده اند، استفاده می کنیم.
- به فرایند اولویت بندی مشکلات سلامت جامعه کمک می کند: برای پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه باید درک روشنی از وضعیت موجود، ظرفیت کنونی جامعه و راه حل های در دسترس برای حل مشکل داشته باشیم. اگر بخواهیم خدمات ارایه شده به جامعه کارا و موثر باشند، باید بزرگترین و مهمترین نیازهای سلامت جامعه را بشناسیم. مثلا اگر در یک منطقه آسیب های شغلی و حوادث حرفه ای شایع است (مثل حوادث و سوانح معدن و کشاورزی، بیماریهای ریوی شغلی) ممکن است اولویت منطقه تصمیم گیری در مورد کاهش این آسیب ها باشد، یا اگر در یک جامعه تصادف عامل اصلی مرگ زودرس باشد، بهتر است تلاش های بیشتری در این زمینه صورت گیرد.
- به مقامات بهداشتی منطقه جهت ارزیابی نتایج و پیامدهای سلامتی در دراز مدت کمک می نماید: باید بررسی کنیم که آیا برنامه ریزی ها، سیاست گذاری ها و خدمات سلامتی که در حال حاضر در جامعه ارایه می شوند، باعث ارتقاء سلامت جامعه می شوند یا خیر.
- اعضاء مختلف جامعه، ذی نفعان، انواع سازمان های مختلف را در تصمیم گیری مشارکت می دهد: به دلیل این که این افراد در همه مراحل انجام کار حضور دارند، دشواری انتخاب و تصمیم گیری را مشاهده می کنند و در آنها تعهد حرفه ای برای اجرای تصمیمات گرفته شده ایجاد می شود.
- اطلاعات لازم برای شناسایی بهترین روش تخصیص منابع و بودجه را به ما می دهد: در واقع با ارزیابی جامعه می توان منابع در دسترس را شناسایی نمود و برنامه ریزی صحیح و جامعی جهت اختصاص منابع به مواردی که بیشترین کارایی را دارند، انجام داد.
- ارتباط سازمان های مختلف با یکدیگر و وابستگی بخش های مختلف به همدیگر را نشان می دهد: عوامل تعیین کننده زیادی بر روی سطح سلامت جامعه اثر دارند و بخش های مختلف از جمله آموزش و پرورش، حمل و نقل، صنایع و عواملی چون سطح درآمد افراد، عدالت و برابری، امنیت اجتماعی و ... بر سلامت تاثیر گذارند. وقتی که سازمانهای مختلف درگیر ارزیابی جامعه می شوند و با هم همکاری می کنند، ایده های گوناگون و پیشنهادات سازنده متفاوتی مطرح می شود و تعهد جامعه نسبت به درک مشکلات و برطرف نمودن آنها بیشتر می شود.
- ارتقای سطح آگاهی عموم مردم در زمینه رفتارهای مرتبط با سلامت: می تواند آگاهی عموم مردم جامعه را نسبت به علل و راههای انتقال بیماری افزایش دهد و به افراد راه های پیشگیری از بیماری را آموزش دهد و به آنها بیاموزد که چطور یک فرد می تواند سلامت خود را حفظ نماید و حتی آن را ارتقا دهد.

مراحل انجام ارزیابی سلامت جامعه

مرحله ۱: تشکیل تیم ارزیابی جامعه

برای انجام ارزیابی جامعه باید یک تیم تشکیل شود. این تیم از اعضای همان منطقه و نمایندگان سازمان هایی که منطقه را به خوبی می شناسند و نیز افرادی که تاثیر قابل توجهی بر ساکنین منطقه دارند مانند ریش سفیدان و روحانیون و افرادی که بیشترین تاثیرپذیری را از مسایل سلامتی دارند مانند افراد با درآمد پایین تشکیل می گردد.

مرحله ۲: جمع آوری داده های جامعه

در این مرحله تیم ارزیابی جامعه داده ها را به طور مستقیم از جامعه گرداوری می کند که به روش های مختلف انجام می شود:

۱. گرداوری داده های محلی: داده های محلی شامل اطلاعات دانش آموزن، وضعیت شغلی ساکنین محله ، میزان اشتغال و بیکاری، میزان بروز جرم و خشونت، تصادف وسایط نقلیه و .... می باشد.
۲. مصاحبه با اعضای جامعه: باید از اعضای جامعه و رهبران جامعه مانند شورای اسلامی، دهیار، مدیران مدارس در مورد مشکلات جامعه نظر سنجی انجام شود.
۳. اجرای بحث گروهی متمرکز: در این روش می توان دیدگاه مردم و اولویت های سلامت آنها را در خصوص مراقبت های سلامت بررسی کرد.
۴. بررسی نظرات سلامت جامعه: می توان با انجام مطالعات(survey) و استفاده از پرسشنامه های کوتاه، نظرات نمونه ای از افراد جامعه را نسبت به مشکلات سلامت بررسی نمود و به کل ساکنین منطقه تعمیم داد.

مرحله ۳: جمع بندی و تحلیل داده های سلامت موجود در مرکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت

علاوه بر اطلاعاتی که طی مراحل جمع آوری داده های جامعه (مرحله ۲) به دست می آید در خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی نیز منابع اطلاعاتی بسیاری در اختیار است که می توان از آن ها برای شناسایی مشکلت و تعیین مداخلات استفاده کرد. بعنوان مثال تعداد جمعیت بر حسب سن، جنس و ...، تعداد تولدها و مهاجرت خالص، میزان موالید زنده و میزان های بارداری، شاخص های تنظیم خانواده، میزان بروز و شیوع بیماری فشارخون و دیابت و ...شاخص های قابل استخراج در زیج حیاتی که در فصل ۳ بحث شده است نمونه بارز این اطلاعات می باشد.

مرحله ۴: تحلیل داده های سلامت گردآوری شده

در این مرحله تیم ارزیابی جامعه داده ها را به طور کامل و با جزییات مرور خواهد کرد و در پایان قادر است به یک دیدگاه اولیه درمورد مشکلات عمده و عوامل خطر سلامتی مردم منطقه دست یابد. هنگامی که می‌خواهیم داده های جمع آوری شده را تجزیه و تحلیل کنیم باید به چند نکته اساسی توجه کنیم. نکته اول این که در داده هایی که جمع آوری کرده ایم به همبستگی داده های جمع آوری شده توجه کنیم. مثلا اگر در منطقه مورد بررسی ما، تعداد زیادی از افراد مبتلا به سرطان ریه

بودند، و همزمان در بررسی ما مشخص شد که تعداد زیادی از افراد این منطقه سیگار مصرف می کنند، باید به همبستگی سرطان ریه با مصرف زیاد سیگار در جامعه توجه نمائیم. نکته دوم اهمیت انتخاب صحیح نمونه جهت جمع آوری داده ها است. جمعیتی که ما برای مطالعه ارزیابی جامعه استفاده می کنیم باید نماینده کل جامعه ما باشد. نکته سوم این است که ممکن است تمامی داده های جمع آوری شده برای برنامه ریزی مورد استفاده قرار نگیرند. همچنین بعنوان نکته آخر در تحلیل داده ها باید از نتیجه گیری های زودهنگام پرهیز شود.

گام اول: تحلیل داده های اولیه جمع آوری شده از جامعه:

در هنگام تحلیل اطلاعات جمع آوری شده باید به نکات زیر توجه کرد:

- داده ها همه چیز را نمی گویند.
- داده های ثانویه ممکن است چند سال از آن ها گذشته یا ناقص باشند.
- ممکن است داده های اولیه دقت لازم را نداشته باشند.
- خطاهای غیرعمد ممکن است تصور نادرستی از موضوع در ذهن ایجاد کنند.
- داده ها ممکن است باعث درک نادرست از اهمیت بعضی موضوعات شوند.
- ممکن است گاهی اوقات داده هایی که از روش های مختلف جمع آوری شده اند با یکدیگر متناقض باشند. به عنوان مثال شهروندان جامعه از تعداد زیاد ابتلا به بیمری قلبی عروقی در منطقه اظهار نگرانی کرده اند در حالی که صاحب نظران در طی مصاحبه بیان نموده اند که شیوع بیماری قلبی عروقی در این منطقه روند نزولی داشته است. باید در چنین مواردی اطلاعات تطبیق داده شود و دلایل ناسازگاری مشخص گردد.
-

گام دوم: تحلیل داده های ثانویه گردآوری شده در خانه بهداشت:

قسمت الف: جمعیت (ویژگی های سنی، جنسی و مهاجرت)

سوالات کلیدی که باید به آن توجه کرد عبارتند از:

- جمعیت منطقه تحت پوشش از نظر سن، جنس، نژاد و ویژگی های اجتماعی اقتصادی چقدر با شهرستان یا استان تفاوت دارد؟ بیشرین تفاوت ها در کجا است؟
- بزرگترین گروه سنی جمعیت این منطقه کدام است؟
- آیا نیازهای ویژه ای نظیر تنظیم خانواده یا سالمندی وجود دارد؟
- آیا در داده های جمعیت و مهاجرا افزایش یا کاهش وجود دارد که ممکن است بر روی سلامتی یا نیازهای مراقبت لامتی در منطقه تاثیرگذار باشد؟
- عوامل اقتصادی اجتماعی منطقه چگونه است؟

قسمت ب: بارداری ها و موالید

سوالات کلیدی که باید به آن توجه کرد عبارتند از:

- چند درصد از مادران از نظر سنی خیلی جوان (۱۰ تا ۱۴ سال) هستند؟
- آیا میزان بارداری زیر ۱۸ سال در مقایسه با شهرستان یا استان بالا است؟
- آیا وزن پایین هنگام تولد و مراقبت ناکافی پیش از تولد از مشکلات منطقه است؟

قسمت ج: میرایی

سوالات کلیدی که باید به آن توجه کرد عبارتند از:

- کدام یک از علل میرایی به طور خاص در منطقه شایع است؟
- علل منجر به مرگ در گروه های مختلف سنی چگونه است و چه تفاوتی با شهرستان یا استان دارد؟
- آیا علت خص یا سرطان های خاصی وجود دارد که به طرز قابل توجهی بالاتر از شهرستان یا استان باشد؟

قسمت د: ابتلا و بیماری

سوالات کلیدی که باید به آن توجه کرد عبارتند از:

- کدام بیماری غیرواگیر یا واگیر در منطقه شیوع بیشتری دارد؟
- کدام بیماری غیرواگیر یا واگیر در منطقه کمتر شایع است؟
- آیا الگوی این بیماری ها در گذر زمان تغییر کرده است؟

مرحله ۵: گزارش به جامعه

باید نتایج نهایی ارزیابی انجام شده، از طریق گزارش شفاهی به صورت جلسه یا گزارش کتبی به صورت چاپ مکتوب نتایج و سایر روشها به افراد جامعه ارائه شود. گزارش باید تا حد ممکن ساده و جامع باشد، شایعترین و شدیدترین مشکلات جامعه، نظرات افراد جامعه و نظرات تیم ارزیابی سلامت جامعه به صورت خلاصه، ساده و قابل فهم بیان شوند.

مرحله ۶: تعیین اولویت های سلامت جامعه

از آنجا که در فرایند اریابی جامعه به چندین مشکل پی برده می شود و توانایی و امکانات برای حل مشکلات محدود است و از سوی دیگر تمامی مشکلات امیت یکسان ندارند باید مشکلاتی که در اولوت حل مساله قرار می گیرند شناسایی شوند. برای تعیین اولویت می توان از دو روش زیر استفاده نمود:

۱.روش غیرساختاری

در این روش از نظرات افراد با تجربه و مدیران و نمایندگان مردم با استفاده از بحث گروهی متمرکز استفاده می شود و در جمع بندی نهایی بحث گروهی اولویت ها مشخص می شوند. مثلا اولویت اول برطرف شدن مشکل آب آشامیدنی منطقه و اولویت دوم اصلاح مصرف نمک در رژیم غذایی مردم منطقه مشخص می شوند.

۲.روش ساختاری

در این روش از معیارهایی برای اولویت بندی استفاده می شو و بعد از مشخص نمودن امتیاز برای هر معیار در مورد هر مشکل، اولویت آن در مقایسه با سایر مسایل سنجیده می شود. مهمترین این معیارها عبارتند از:

الف) ارتباط مستقیم

مشکل شناسایی شده چقدر با وظایف سیستم سلامت ارتباط مستقیم دارد؟

برای مثال حدود ۴۰٪ از زنان بارداری که به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه می کنند بی سواد هستند که باعث ایجاد مشکلات متعدد در مراقبت های بهداشتی آن ها می شود . سواد آموزی این زنان باردار در حیطه اختیارات آموزش و پرورش است و ما فقط می توانیم مشکل را به مسئولین مربوطه انتقال دهیم.

ب) مناسبت

این مفهوم بیان گر وسعت و شدت مساله است. مساله مورد بحث چه محدوده جغرافیایی و جمعیتی ، چه گروه سنی، شغلی یا جنسی را دربر می گیرد؟ (وسعت). این مساله چه اندازه تاثیر منفی بر سلامت مردم دارد و باعث چه مقدار مرگ و میر و اکارافتادگی می شود؟ (شدت)

برای مثال سرماخوردگی در فصول سرد بسیار شایع است اما عوارض شدیدی را ایجاد نمی کند درصورتی که هپاتیت "ب" درمنطقه شایع نیست اما آسیبجدی را به افراد وارد می کند.

ج) اهمیت زمانی

برخی مشکلات باید در اسرع وقت برطرف شوند در حالی که برخی مشکلات اهمیت بلند مدت دارند.

د) توانایی حل مشکل

چقدر از نظر اجرایی سیستم سلامت می تواند مشکل را برطرف کند؟

ه) مقبولیت

شناخت مشکل و اجرای راهکارهای مداخله ای چقدر مقبولیت اجتماعی، اخلاقی، فرهنگی و سیاسی دارد؟

و) هزینه-فایده

آیا منابع، زمان، نیروی انسانی و پولی که برای مشخص شدن و حل مشکل به کار می رود ارزش نتایج مورد انتظار را دارد؟

جهت تعیین اولویت مشکلات جدولی مانند جدول شماره ۱ تهیه می گردد و با نظر همه ذینفعان، بای هر مساله بر حسب معیار، امتیازی بین ۱ تا ۵ لحاظ می شود که نحوه تخصیص امتیاز بدین صورت می باشد:

اهمیت بسیار کم(۱)، اهمیت کم(۲)، اهمیت متوسط(۳)، اهمیت زیاد(۴)، اهمیت بسیار زیاد (۵).

سپس امتیازهای هر مساله با هم جمع شده و مسائل بر حسب اولویت مرتب می شوند. اگر دو مساله امتیاز مشابه بیاورند باید دقیق بحث شود و یکی به عنوان اولویت بالاتر درنظر گرفته شود. به این نکته الزامی است که در اولویت قرار نگرفتن یک مساله دلیل بر چشم پوشی از آن مساله نیست و باید بعد از حل مشکلات اولویت دارتر به رفع این مشکل پرداخته شود.

جدول شماره۱.تعیین اولویت مسایل شناسایی شده

ردیف	مساله	ارتباط مستقیم	توانایی حل مساله	اهمیت زمان		مناسبت		هزینه فایده	مقبولیت	جمع	اولویت
				کوتاه مدت	بلند مدت	وسعت	شدت				
۱	شیوع گواتر در دانش آموزان	۳	۴	۱	۴	۲	۲	۴	۴	۲۴	۳
۲	عدم مصرف درست قرص های پیشگیری از بیماری ها	۴	۳	۲	۴	۵	۲	۴	۳	۲۷	۲
۳	پرفشاری خون بالغین	۳	۲	۱	۴	۴	۳	۳	۴	۲۴	۳
۴	دفع غیربهداشتی فاضلاب	۳	۲	۲	۴	۴	۲	۳	۲	۲۲	۴
۵	شیوع اسهال	۴	۴	۴	۲	۴	۴	۴	۴	۳۰	۱

فصل نهم:

برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد و اعتیاد

برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد و اعتیاد :

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد می‌گردد بلکه آسیب‌های اجتماعی نظیر افزایش حوادث ترافیکی، غیبت از کار، اثر بر روی خانواده، فحشاء و بزهکاری را نیز سبب می‌گردد.موادمخدر یکی از معضلات عمده بهداشتی کشور و مسبب شیوع برخی از بیماری های عفونی نیز می باشد.ارائه آمار دقیقی از تعداد معتادان کشور بدلیل آنکه در حال حاضر در جهان روش واحدی در زمینه اپیدمیولوژی اعتیاد که مورد قبول همگان باشد وجود ندارد عملی ناشدنی است. اما از راه های مختلف و با توجه به آثار و عواقب اعتیاد می‌توان تخمین هایی نزدیک به واقعیت در زمینه اعتیاد ارائه نمود. مطابق آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری تعداد تقریبی معتادان کشور حدود ۱۲۰۰۰۰۰ نفر است و در کنار آنها ۸۰۰۰۰۰ نفر هم به صورت تفننی از مواد اعتیادآور استفاده می‌کنند..

بنابراین با توجه به میزان شیوع اعتیاد در کشور ومعضلات بهداشتی و اجتماعی ناشی از آن، کاملا منطقی است .اعتیاد به عنوان یکی از چند اولویت بهداشتی کشور که سلامت جامعه را به خطر می‌اندازد محسوب گردد و برای پیشگیری و درمان آن برنامه‌ریزی اصولی و اقدامات جامعی به عمل آید.

هدف کلی:

کاهش میزان سوء مصرف ، وابستگی به مواد و کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد با استفاده از امکانات شبکه بهداشت و درمان کشور

اهداف فرعی

۱- افزایش آگاهی و ارتقاء نگرش خانواده معتادان خود معرف افزایش آگاهی و ارتقاء نگرش کارکنان بهداشت و درمان افزایش آگاهی و شناخت معتادان در خصوص بیماریهای منتقله از راه تزریق (مواد مخدر سبب شیوع برخی از بیماریهای عفونی می باشد)

کاهش رفتارهای پرخطر در معتادان تزریقی

۱- کاهش آسیب های روانی اجتماعی ناشی از سوء مصرف مواد (ترک تحصیل ،طلاق ،فرار از مدرسه (....

۲- افزایش آگاهی و ارتقاء نگرش سیاست گذاران و تصمیم گیران،افزایش آگاهی و ارتقاء نگرش خانواده معتادان خود معرف

۳- افزایش آگاهی و ارتقاء نگرش کارکنان بهداشت و درمان

۴- افزایش آگاهی و شناخت معتادان در خصوص بیماریهای منتقله از راه تزریق

۵- آموزش به پزشکان عمومی ،کارشناسان ،کاردانهای بهداشتی،آموزش بهورزان،تشکیل کمیته فنی پیش گیری از سوء مصرف مواد،تهیه جزوات و پمفلت های آموزشی،برگزاری کارگاههای آموزشی جهت کارشناسان

تعریف اصطلاحات

مواد

شامل همه ترکیباتی است که باعث تغییر کارکرد مغز به صورت هیجان، افسردگی، رفتار نابهنجار و عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور بشود.

وابستگی(Dependency)

عبارتست از نیاز به مصرف مقادیر بیشتر ماده برای رسیدن به همان تأثیرات تحمل (Tolerance)و بروز علایم ترک در صورت قطع مصرف (Withdrawal)

«سوء مصرف» (Abuse)

بدین معنا است که اگر چه فرد نسبت به مواد اعتیاد ندارد. ولی آن را مصرف می‌کند. یعنی:

- استفاده از ماده‌ای که مصرف آن غیرقانونی است.
- استفاده از ماده‌ای که مصرف آن باعث بروز تغییرات روحی در فرد می‌شود.
- استفاده از ماده‌ای که به خود فرد یا دیگران ضرر می‌رساند.

کاهش آسیب(Harm reduction)

سیاست یا برنامه ای است که درجهت کاهش عواقب منفی بهداشتی ،اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد طرح ریزی شده باشد ،هرچند که فرد مصرف کننده به مصرف مواد خود ادامه دهد.

رفتارهای پرخطر

رفتارهایی هستند که موجب انتقال بیماری‌های عفونی منتقل‌شونده از طریق خون هم‌چون ایدز و هپاتیت -ابتلای بیماری‌های منتقل‌شونده از راه جنسی

- ابتلای عفونت‌های خطرناکی مثل اندوکاردیت و آبسه
- ایجاد عوارض دیگر ناشی از سوءمصرف (هم‌چون بیش‌مصرف= overdose) می‌گردد.نمونهٔ رفتارهای پرخطر عبارتند از : استفادهٔ مشترک از وسایل تزریق، رابطهٔ جنسی غیرایمن، استفاده از وسایل غیربهداشتی،...

شاخص‌های اپیدمیولوژیک:

شامل میزان مراجعه مبتلایان به سوءمصرف مواد به واحدهای درمان سرپایی شهری و روستایی شبکه‌های بهداشت ودرمان در استان‌های پایلوت می‌گردد. سایر شاخصهای اپیدمیولوژیک عبارتست از توزیع سنی، جنسی، جغرافیایی، شغلی، ...

و همچنین شاخصهای دیگری چون توزیع اعتیاد برحسب نوع مواد، سن شروع، میزان مصرف مواد و جایگزین کردن رفتارهای پرخطر (در میان مبتلایان به سوءمصرف مواد مراجعه‌کننده به واحدهای درمان سرپایی شهری و روستایی) و ۰۰۰

شیوع و بروز:

به تعداد موارد موجود موضوع موردنظر و بروز به موارد جدیدی که در طول دوره‌ای خاص از زمان ظاهر می‌گردند اطلاق می‌شود.

شیوع نقطه‌ای:

به تعداد افراد مبتلا به وابستگی و سوء مصرف مواد در نقطه‌ای خاص از زمان اطلاق می‌گردد.

گروههای در معرض خطر:

گروههایی هستند که بیشتر در معرض خطر ابتلاء به اعتیاد به مواد مخدر قرار دارند همچون جوانان، نوجوانان، دانش‌آموزان، دانشجویان، مهاجران، پناهندگان،زندانیان و مشاغل خاص (رانندگان و ...)

عوامل خطرزا:

عواملی هستند که می‌توانند زمینه‌ساز ابتلاء افراد به اعتیادبه مواد مخدر گردند همچون سن پائین، جنس مرد، بیسوادی، ، فقر، بیکاری، خانواده‌های از هم پاشیده، طلاق و ...

پروتکل درمانی:

مقصود پروتکل درمانی دستورالعمل درمانی است که توسط کمیته علمی مشورتی برنامه جهت درمان معتادین خود معرف تهیه و به مراکز اجرای طرح فرستاده خواهد شد.

خدمات توان بخشی:

مقصود خدماتی است که از سوی سازمان بهزیستی به معتادین خود معرف ارائه می‌گردد و منجر به افزایش توانایی‌های جسمی و روانی آن می‌گردد.

گروه های هدف

بطور کلی اگر کل جامعه را به چند گروه عمده تقسیم کنیم گروههای هدف را باید درنظرگرفت :

۱) افراد آلوده و بیمار:

این گروه علاوه برآنکه بعنوان بیمار نیازمند مراقبت ودرمان هستند از طرف دیگر باید بعنوان یکی از مخازن آلودگی نیز مورد توجه ویژه قرار گیرند تاامکان گسترش آلودگی به سایرین به حداقل برسد لذا انجام آموزش ، مشاوره ، مراقبت و درمانهای مقتضی در این گروه ازاساسی ترین روشهای مقابله با بیماریهای رفتاری درجامعه می‌باشد دراینجا نیز لازم است است امکانی فراهم آید تا دسترسی به این افراد به راحتی امکان پذیر بوده و آنان نیز بتوانند از خدمات ارائه شده به سادگی استفاده کنند.

بسیاری از افراد آلوده یا زندانی بوده و یا سابقهٔ اقامت در زندان دارند. زندانیهای آلوده ،تحت نظر مراکز مشاوره دایر در زندان بوده ، اطلاعات مربوط به بیماری ایشان به صورت مستمر با مراکز مشاورهٔ بیماریهای رفتاری معاونت بهداشتی تبادل گردد و مراکز باید اطلاع دقیق از زمان ترخیص بیماران جهت پیگیری‌های بعد از ترخیص داشته باشند.

۲) گروه‌های پرخطر :

مانند مصرف کنندگان مواد تزریقی ،مبتلایان به STI ، خانوادهٔ افراد آلوده ، افراد دارای شرکاء جنسی متعدد ، زنان خیابانی و ... اینها افرادی هستند که بواسطهٔ داشتن رفتارهای پرخطر باید علاوه بر آموزش ، تحت مشاوره و مراقبت و در صورت لزوم درمان نیز قرار گیرند. . رسالت اصلی در مقابل این گروه کمک به تغییر رفتار در جهت کاهش زیان و به حداقل رسانیدن آن می‌باشد. بدیهی است به منظور نیل به اهداف فوق باید زمینه‌ای ایجاد شود تا امکان دسترسی به این گروها فراهم آید و این افراد نیز بتوانند به راحتی به خدمات ارائه شده دسترسی پیدا کنند.

با توجه به کانون‌های فعال بیماری در زندان و نیاز فراوان زندانیهای در معرض خطر به امر مشاوره و مراقبت پیگیر در صورت امکان تشکیل مراکز مشاوره در زندان‌ها بسیار کمک‌کننده بوده ، چنانچه این مراکز در زندان‌ها راه‌اندازی نشده باشد در صورت موافقت مسئولین زندان آموزش‌های گروهی و مراقبت‌های پیشگیرانه می‌تواند با همیاری مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری (کلینیک‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری) انجام شود.

۳) گروه‌های در معرض خطر :

افراد سالم جوان و نوجوان که رفتار پرخطر نداشته اما در معرض آن قرار دارند. مانند دانش‌آموزان ، دانشجویان ، سربازها و... این گروه بایستی تحت آموزش‌های ویژه قرار گیرند و از امکان انجام مشاوره‌های زیربنایی نیز برخوردار باشند.

۴) عموم مردم :

سایر افراد جامعه که جزو گروه‌های فوق نیستند بایستی تحت آموزش‌های عمومی قرار گیرند. این آموزش‌ها باید به گونه‌ای باشد تا ضمن ارائهٔ تصویر صحیحی از بیماری و راههای انتقال آن از رعب و وحشت بیمورد در این خصوص کاسته و موجب انگ‌زدائی (Stigma Reduction) گردد .

کاهش آسیب(Harm reduction)

کاهش آسیب یک حرکت جهانی است که در پاسخ به بحران فزاینده ایدز در سال های دهه هشتاد ایجاد شد و هدف آن کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد مخدر است و ضروراتاً با ترک آن همراه نیست .کاهش آسیب ،قدم های کوچک حتی به اندازه جزئی در جهت کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد مخدر را نیزقابل قبول می داند .مثلاً اگر فردی که هروئین خیابانی تزریق می کند ،به تـــزریق مواد مخـــدر تحت نـظر سیستم های بهداشتی روی آورد ،یک گام به پیش است .اگر دست از استفاده از سرنگ و سوزن مشترک بردارد، بازهم گامی دیگر به جلوست .اگر در برنامه های تعویض سرنگ و سوزن ثبت نام کند ،بازهم یک گام به جلوست .اگر از مصرف تزریقی به مصرف خوراکی روی آورد ،گامی بزرگتر است .اگر به استفاده از کاندوم و روابط جنسی مطمئن تشویق شود ،پیشرفتی دیگر است و اگر مواد مخدر را کنار بگذارد که موفقیتی بزرگ حاصل شده است ،ولی حصول به این موفقیت بزرگ اجباری نیست . رویکرد کاهش آسیب بر این پایه قرار دارد که می توان از عوارض نامطلوب یک عمل مضر (در این مورد استفاده از مواد مخدر)کاست، بدون آن که ضرورتاً با

کاهش آن عمل همراه باشد .کاهش آسیب قبول دارد که خودداری یک هدف ایده آل است، ولی روش های آلترناتیوی که به کاهش آسیب های ناشی از یک رفتار پرخطر منجر شود را می پذیرد .

اولین نطفه های برنامه های کاهش آسیب ، درهلند در سال ۱۹۸۰ با استفاده از نظرات خود معتادین بسته شد و متعاقباً گسترش یافت .این برنامه ها شامل مواردی چون توزیع مواد مخدر کم خطر تر به طور کنترل شده تا توزیع سرنگ و سوزن یکبار مصرف بود و همراه با افزایش خطر انتقال HIV/AIDS نیز ارائه این خدمات گسترده تر شد .به گونه ای که به طور مثال میزان سرنگ های توزیعی از ۱۰۰۰۰۰ در سال ۱۹۸۵ به ۷۸۰۰۰۰ در سال ۱۹۸۸ افزایش یافت .برخلاف آنچه در ابتدا باعث نگرانی می شد ،اجرای این برنامه با گسترش اعتیاد همراه نبود مثلاً در سال ۱۹۷۶ ،۱۰٪ جوانان ۱۷ الی ۱۸ ساله حشیش می کشیدند.

ولی در سال ۱۹۸۵ ،این نسبت ۲٪ کاهش یافت . موفقیت های برنامه مذکور منجر به تغییراتی در سیاستهای مواد مخدر در هلند شد که تحت عنوان نرمالیزاسیون (normalization) مواد مخدر خوانده می شوند. نرمالیزاسیون در درجه اول معطوف به نیازهای معتادین و مطلوبیت به حداقل رساندن همه آسیب هائی که در اثر رفتارهای کنترلی (و نه خود مواد مخدر)ایجاد می شوند .در انگلستان نیز برنامه های کاهش آسیب از اواخر دهه هشتاد در برخی از نواحی آن شروع شد و به علت موفقیت آن ،متعاقباً در نواحی دیگر نیز گسترش یافت .در طی این برنامه ها ،انواع وسیعی از خدمات شامل تعویض سرنگ ،آموزش ،تجویز داروهای مثل متادون ،هروئین و کوکائین ،مشاوره ،کاریابی و خانه یابی ارائه می شود .به کلیه مراجعه کنندگان ابتدا " درمان اعتیاد "ارائه می گردد .اگر وی درمان را رد کند ،آنوقت امکان های دیگر به وی ارائه می شود تا آسیب کمتری به خود و به جامعه بزند.این برنامه ها با موفقیت چشمگیری همراه بوده به گونه ای که شیوع عفونت HIV در معتادین تزریقی از ۱۱/۵ ٪ در سال ۱۹۹۰ به 9/3%در سال۲۰۰۰ کاهش یافت.در کشورهای در حال توسعه نیز اجرای برنامه های کاهش آسیب با موفقیت هائی همراه بوده است .از جمله استقرار زودرس مداخلات هدفمند در معتادین تزریقی در شهر کلکته باعث پایین ماندن شیوع HIV در معتادین آن شهر طی سالهای ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۲ گردید.

استراتژی کاهش آسیب و بازتوانی

اساس این استراتژی بر این نظر استوار است که در مواردی که فرد معتاد حاضر به پذیرش ترک اعتیاد نمی باشد باید به نحوی موجب کاهش مخاطرات ناشی از اعتیاد،علیرغم ادامه اعتیاد گردید و به خصوص افزایش روز افزون شیوع ایدز توجه بیشتر به این استراتژی را می طلبد.

۱.سم زدایی ودرمان نگهدارنده با متادون

ـ در صورت تشخیص روانپزشک کلینیک تخصصی ترک اعتیاد بیمار تحت سم زدایی یا درمان نگهدارنده با متادون قرار می گیرد.

- درمان نگهدارنده یا سم زدایی با متادون تحت نظر پزشک و درمراکز بهداشتی – درمانی شهری صورت صورت می گیرد.

۰۲تحویل سرنگ وکاندوم

- در صورت تشخیص پزشک مبنی بر عدم امکان ترک یا تغییر الگوی مصرف یا درمان نگهدارنده با متادون سهمیه سرنگ در نظر گرفته می شود .
- سرنگهای جدیددر صورت ارائه سرنگهای مصرف شده تحویل داده خواهد شد.
- ارائه کاندوم به کلیهٔ معتادان .

۰۳اقدامات کاهش تقاضا

عبارت است از اقداماتی که منجر به کاهش مقدار مصرف مواد گردد از جمله پیشگیری و درمان معتادان

الف)خدمات بهداشتی اولیه

خدماتی است که در سطح جامعه و با اولین تماس (خانه بهداشت) آغاز گردیده و از این طریق به سطح دوم (مرکز بهداشتی درمانی) و سپس به سطح سوم (بیمارستانها) راه می‌یابد.

ب) مرکز مشاوره ومراقبت درمانی بیماریهای رفتاری

کلینیک مثلثی درمانگاهی است که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران راه اندازی شده و برای آموزش، مشاوره، پیشگیری پزشکی و درمان در سه محور زیر فعالیت می‌کند:

- مشاوره و درمان اعتیاد،
- مشاوره و درمان ایدز،
- مشاوره و درمان بیماری‌های آمیزشی (به غیر از ایدز)

خدمات این کلینیک‌ها به صورت رایگان و بدون دریافت هزینه‌است و در صورت تمایل مراجعه کننده، خدمات دهی به صورت هویت مخفی و یا ناشناس انجام می‌شود. بنابراین بیماران و مراجعه کنندگان برای دادن آزمایش و بهره‌گیری از مشاوره نیازی به معرفی خود نداشته و مجبور به افشای نام و هویت خود نیستند

کلینیک های مشاوره بیماریهای رفتاری مراکزی هستند که قابلیت انجام خدمات آموزشی، مشاوره ،پیشگیری ، مراقبت و درمان مراجعین را در سه بعد بیماریهای آمیزشی ، عفونت HIV/AIDS ومصرف مواد مخدر تزریقی را دارا باشند.

ضرورت تشکیل کلینیک های مشاوره بیماریهای رفتاری

۱-کنترل وکاهش میزان بروز وشیوع بیماریهای آمیزشی و عفونت HIV/AIDS

۲- کاهش آسیب‌های ناشی ازمصرف مواد مخدر تزریقی

۳-کاهش ناتوانی درمیان افراد آلوده بهHIV/AIDS

۴- کاهش مدت زمان بستری و نیزخسارات اقتصادی حاصل از بیماری فوق

۵- کاهش فراوانی عوارض و عفونتهای فرصت طلب

۶- کاهش مرگ ومیر، معلولیت های جسمی ، روانی ، اجتماعی

۷- کاهش وکنترل برخی عفونت‌های خطیرهمراه ، نظیر سل درمیان بیماران فوق و نیز درکل جامعه

۸-پیشگیری از انتقال ویروس به کارکنان بهداشت و درمان و نیز انتقال از مادرآلوده به کودک

۹-ارتقاء آگاهی و انجام آموزش برای بیماران مراجعه کننده ، مراجعین داوطلب و افرادی که رفتارهای پرخطر دارند ، خانواده‌های گروههای فوق‌الذکر ودرصورت امکان تشکیل هسته‌های آموزشی با هدف گروههای وسیعتر.

۱۰-برقراری ارتباط وسیعتر با مسؤولین زندانها و زندانیان آلوده و در خطر جهت انجام امور فوق درزندانها

۱۱-تامین کانونهای خانوادگی سالم ، پیشگیری ازفروپاشی خانواده‌ها و نیز پیشگیری از انتقال وگسترش عفونت‌های فوق

۱۲-برقراری امکان جمع آوری اطلاعات جامع‌تر درخصوص وضعیت بیماران فوق

۱۳- انجام پژوهش های بیشتر در خصوص وضعیت آلودگی و بیماران آمیزشی و نیز HIV و بطور کلی مطالعات درزمینه بیماریهایی که ازطریق رفتارهای پرخطر انتقال می‌یابند.

اقدامت پیشگیری از اعتیاد

مهمترین شیوه های پیشگیری اعتیاد عبارتند از :

۱- آگاه کردن جامعه از خطرات و مضرات مصرف مواد مخدر جهت نوجوانان و جوانان ، والدین ، مسئولین محلی و افراد کلیدی منطقه

۲- آموزش مهارتهای زندگی

۳- افزایش دسترسی به جمعیت با رفتارهای پرخطر مصرف مواد و رفتارهای پرخطر جنسی

۴- افزایش دسترسی به جمعیت با رفتارهای پرخطر مصرف مواد ،جهت برقراری ارتباط آنها با سیستم بهداشتی ،درمان و اجتماعی

۵ -کاهش بروز و شیوع عفونت ویروس ایدز در جمعیت های پرخطر جنسی و مصرف کننده مواد مخدر

۶-کاهش بروز و شیوع بیماریهای آمیزشی ،هپاتیت و ایدز

۷-توانمندسازی مصرف کنندگان مواد در جهت کاهش مخاطرات بهداشتی ناشی از رفتارهای پرخطر مصرف مواد

۸- بازگرداندن معتادین خیابانی به آغوش خانواده و اجتماع

۹- کاهش وقوع و رفتارهای جنایت کارانه در مصرف کنندگان مواد

۱۰- ایجاد امکان درمان مصرف کنندگان مواد با استفاده از رویکردهای مختلف

۱۱- کاهش مخاطرات بهداشتی ، اجتماعی و اقتصادی در سوء مصرف کنندگان مواد

سطوح خدمات در کلینیک های مثلثی :

سطح اول :تیم سیار کمک رسانی Out-reach

ارایه خدمات در تیم سیار :

دسترسی به معتادان سخت دسترسی خیابانی

تشویق به مراجعه به مراکز ارایه دهنده خدمات درمانی و کاهش آسیب

سطح دوم:مرکز گذری(DIC)Drop-In center

مراکز گذری برنامه کاهش میزان اعتیاد سه ستون دارد

الف) آموزش و پیش گیری

ب)درمان

ج)کاهش آسیب

سطح بندی خدمات

خدمات ارایه شده در مرکز گذری

- مکانی جهت استراحت و غنی سازی اوقات فراغت معتادان بی خانمان و طرد شده
- ارایه بسته های کاهش آسیب
- انجام مشاوره های ایدز قبل و بعد از آزمایش
- استحمام و خدمات حمایتی مثل غذا و پوشاک
- ارجاع به مراکز مشاوره بیماریها و درمانگاه های ترک اعتیاد و واحد های درمانی با دارو های آگونیست
- تشکیل جلسات آموزشی گروهی و چهره به چهره گروههای هدف درامرکنترل، مراقبت ودرمان عفونت STI،HIV

سطح سوم: تقویت و تجهیز مراکز بهداشتی درمانی شهری و مرکز مشاوره بیماریهاو واحد های درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست مثل متادون

گروه‌های گیرندهٔ خدمت در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری:

۱- کلیه مواردHIV/AIDS شناسایی شده در منطقه تحت پوشش

۲- افراد با سابقهٔ رفتار پرخطر جنسی و یا مبتلا به STI

۳- افراد دارای مصرف مواد مخدر تزریقی

۴-خانواده افراد HIV/AIDS

۵- داوطلبین اختیاری مشاوره

فصل دهم:

نظام مراقبت بیماری های واگیر

نظام مراقبت بیماری های واگیر

نظام مراقبت موجود بیماری های واگیر با استفاده از توانمندی بسیار بالای شبکه خدمات بهداشتی درمانی اولیه کشور، نقش بسیار مهمی در شناسایی اپیدمی ها و طغیان های این بیماری ها در کشور دارد. به طور کلی توجه اهداف نظام مراقبت در بیماری های واگیر در وهله نخست بر روی شناخت افراد و گزارش موارد ابتلا می باشد، لذا ابتدا باید تعریف مورد برای بیماری های واگیر تحت مراقبت در این نظام تعریف شود. به همین منظور تعاریف مورد (case) به منظور برآورد اهداف اپیدمیولوژیک به اشکال زیر صورت می گیرد.

تعریف مورد در سیستم مراقبت

۱- تعریف عامیانه (فرضی) (Lay case)

یک تعریف غیر بالینی عمدتا برای تعیین علایم استفاده می گردد.

۲- تعریف مورد مشکوک (بالینی) (suspected case)

براساس تشخیص بالینی توسط کارشناسان و بدون انجام آزمای شهای بالینی صورت می گیرد.

۳- تعریف مورد محتمل (probable case)

براساس تشخیص بالینی و آزمون های آزمایشگاهی غیر اختصاصی، انجام ولی تایید نمی شود.

۴- تعریف قطعی (confirmed case)

بر اساس تشخیص بالینی و تایید آزمایشگاهی صورت می گیرد.

طبقه بندی مراقبت بیماری براساس اهداف مراقبت

با توجه به تنوع بیماری های واگیر و همچنین برنامه ها و سیاست های بین المللی و ملی برای کنترل و پیشگیری این بیماری ها، نظام های مراقبت این بیماری ها با اهداف متفاوتی طراحی و اجرا می شوند:

۱- به منظور ریشه کنی بیماری ها : فلج اطفال، دراکونکولیازیس (کرم مدینه = پیوک)

۲- به منظور حذف بیماری ها : سرخک ، کزاز نوزادان ، جذام، شاگاس، فیلاریازیس

۱- به منظور کاهش بروز و شیوع بیماری ها : مالاریا ، سِل ، هپاتیت B

۲- با هدف کاهش انتقالHIV/AIDS

بیماری های تابع مقررات گزارش اجباری

وبا، طاعون، تب زرد

بیماری های منظور شده در لیست مراقبت های بین المللی

آنفلوآنزا، سیاه زخم، تب دانگ، بروسلوز، دیسانتری بومی، هموفیلوس آنفلوآنزا ی تایپB، هپاتیتC
لیشمانیوز، لپتوسپیروز، مننژیت مننگوکوکی، اونکوسرکیاز، سیاه سرفه، هاری، سالمونلوز حیوانی و شیستوزومیاز.

سطوح نظام مراقبت بیماری ها در ایران

نظام مراقبت بیماری های واگیر در کشور ما در سه سطح ۱- شهرستان ، ۲- استان ، ۳- ملی تعریف شده است. بدین معنی که داده های مربوط به هر بیماری از محیطی ترین سطح جمع آوری گردیده و به سطح بالاتر ارسال می گردد. منتهی باید به این نکته مهم توجه داشت که صرف جمع آوری داده ها در نظام مراقبت کفایت نمی کند، بلکه طبق تعریف ارائه شده برای مراقبت باید تجزیه و تحلیل و همچنین تفسیر نیز انجام شود و این موضوع برای هر یک از سطوح و حتی در محل جمع آوری داده ها صادق است. در نظر بگیرید که در یک روستا پزشک خانواده فقط داده های مربوط به بروسلوز را جمع آوری نماید و سپس در انتهای هر ماه این داده ها را بدون هیچگونه تحلیلی به شهرستان ارسال نماید و کارشناس شهر ستان نیز داده های دریافتی از مراکز روستایی را صرفاً روی هم بریزد و هیچ آنالیزی روی آنها انجام ندهد و به مرکز استان ارسال نمایدو کارشناس استان نیز به همین منوال عمل نماید. بدیهی است در این شرایط اگر در آن روستا اپیدمی هم رخ داده باشد تشخیص داده نمی شود چرا که داده های جمع آوری شده تحلیل نشده و با اطلاعات قبلی مقایسه نشده اند.

طبقه بندی زمانی مراقبت بیماری های واگیر در ایران

براساس فهرست بیماری های مشمول گزارش دهی الزامی در کشور این بیماری ها در دو گروه طبقه بندی شده اند، یک گروه بیماری های مشمول گزارش دهی فوری هستند که بنا به اهمیت این بیماری ها هر پزشکی با هر تخصص و در هر بخشی (خصوصی یا دولتی) که مشغول به کار هست در صورت مواجهه با موارد مشکوک به این بیماری ها باید فوراً و از طریق تلفن بیماری را به مرکز بهداشت شهرستان گزارش دهد و گروه دیگر بیماری هایی هستند که می توان گزارش آنها را به صورت کتبی و در انتهای هر ماه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال نمود(شکل ۱).

بیماری های هر گروه به شرح زیر می باشند:

۱- **بیماری های مشمول گزارش تلفنی :** شامل : فلج اطفال ، حیوان گزیدگی، وبا، کزاز نوزادان، سرخک، مننژیت، تبهای خونریزی دهنده، دیفتری، تیفوس، تب زرد، تب راجعه و طاعون، بوتولیسم، افزایش ناگهانی هر بیماری (طغیان یا همه گیری)

۳- **بیماری های مشمول گزارش کتبی :** شامل : مالاریا، سالک، کالاآزار، سل، سیف یلیس، تب مالت، هپاتیت، سیاه زخم، کزاز بالغین، ایدز، توکسوپلاسموز، هیداتیدوز، آمیبیاز، سوزاک، جذام، اسهال خونی باکتریایی و سیاه سرفه.

فرم گزارش کتبی بیماری‌های مشمول گزارش								
ردیف	نام	نام خانوادگی	سن	جنس	تشخیص احتمالی	تاریخ تشخیص بیماری	تلفن بیمار	آدرس بیمار
نام و نام خانوادگی..... مطب ☐ درمانگاه ☐ بیمارستان ☐ آزمایشگاه ☐ سایر☐								
مهر و امضا تاریخ..... تلفن:..... آدرس:								

شکل ۱- نمونه فرم گزارش کتبی بیماری ها

نظام مراقبت بیماری های غیرواگیر

آنچه تا کنون در مورد نظام مراقبت از بیماری ها گفته شد عمدتاً مربوط به بیماری های واگیر بود، از اینرو ممکن است چنین تصور شود که نظام مراقبت محدود به بیماری های واگیر است. شاید در منابع و مثال های ارائه شده برای نظام مراقبت از بیماری ها اغلب بیماری های واگیر مطرح می شوند منتهی واقعیت این است که امروزه بخش مهمی از اطلاعات ما در زمینه بیماری های غیرواگیر نیز از نظام مراقبت مرتبط با این بیماری ها بدست می آید و حتی نظام مراقبت سایر وقایع مرتبط با سلامت را نیز در بر می گیرد نظیر:

- وضعیت ناقلین (نوع ناقلین منطقه، وفور آنها، حساسیت به حشره کش ها، . . .)
- شرایط محیطی (دسترسی به آب آشامیدنی، آلودگی هوا، . . .)
- مخازن بیماری ها: انسانی و حیوانی
- عوامل خطر (مصرف سیگار، الکل، چاقی، . . .)
- خصوصیات جمعیت (سن، جنس، مهاجرت، . . .)

در رابطه با مراقبت از بیماری های غیرواگیر باید به این نکته توجه داشت که محاسبه بار بیماری و توزیع عوامل خطر، اهمیت زیادی دارند. به همین دلیل امروزه برنامه مراقبت از عوامل خطر بیماری های غیرواگیر همچون استعمال دخانیات، مصرف الکل، وضعیت تغذیه، فعالیت بدنی، چاقی، فشارخون، قند و چربی خون در کشورهای مختلف در حال انجام است.

تعریف مورد و روش مراقبت بر اساس زمان گزارش دهی

۱- بیمار ی های مشمول گزارش تلفنی

مراقبت بیماری سرخک

مورد مشکوک : وجود تب همراه با بثورات پوستی.

مورد محتمل : فرد مشکوک به سرخک بر اساس نظر پزشک به همراه موارد سه گانه زیر

۱- تب ۳۸ درجه سانتی گراد که سه روز یا بیشتر ادامه داشته باشد

۲- دانه های پوستی ماکولوپاپولر

۳- سرفه، آبریزش بینی و قرمزی و تورم ملتحمه چشم.

مورد قطعی : موردی با مشخصات مورد محتمل به همراه تایید آزمایشگاهی یا مورد تایید شده آزمایشگاهی که ارتباط او با مورد قطعی بیماری سرخک با بررسی های اپیدمیولوژیک نشان داده شود.

روش های مراقبت

- گزارش موارد مشکوک به صورت فوری
- بررسی اپیدمیولوژیک موارد مشکوک و تهیه و ارسال نمونه سرم جهت آزمایش
- واکسیناسیون همه کودکان کمتر از پنج سال که با مورد بیماری، تماس داشته اند
- گزارش صفر به صورت هفتگی

مراقبت بیماری کزاز نوزادان

مورد مشکوک:

۱- مرگ هر نوزاد در فاصله ۲۸-۳ روز بعد از تولد به علت نامشخص

۲- مرگ هر نوزاد به علت کزاز نوزادان که مورد بررسی قرار نگرفته است.

مورد قطعی:

۱- موردی که از نظر بالینی کاملاً تایید شده ولی تایید آزمایشگاهی نشده است

۲- نوزادی که در دو روز اول بعد از تولد قادر به مکیدن و گریه کردن بوده ولی در فاصله ۲۸-۳ روز نتواند به طور طبیعی عمل مکیدن را انجام دهد .و دچار سفتی عضلات، تشنج یا هر دو باشد.

۳- کزاز نوزادان که توسط بیمارستان گزارش گردد مورد قطعی محسوب می گردد.

مراقبت بیماری فلج اطفال

تعریف مورد محتمل:

۱- هر کودک کمتر از پانزده سال که مبتلا به فلج شل حاد باشد ازجمله سندرم گیلن باره و...

۲- هر فرد در هر گروه سنی با بیماری فلجی که مشکوک به فلج اطفال باشد.

مورد قطعی:

تعریف مورد فلج اطفال از هر کشوری به کشور دیگر متفاوت بوده و بستگی به معرفی معیارهای زیر دارد:

- میزان فلج شل حاد غیر پولیومیلیت حداقل یک مورد به ازای یک صد هزار کودک زیر پانزده سال
- جمع آوری دو نمونه مناسب در فاصله ۴۸ - ۲۴ ساعت در طی مدت چهارده روز از شروع حمله فلج
- انجام آزمایش بر روی کلیه نمونه های تهیه شده در یک آزمایشگاه معتبر مورد تایید سازمان جهانی بهداشت
- ویروس وحشی فلج اطفال(W.P.V) از نمونه جدا شود
- تا روز شصتم بعد از شروع حمله فلجی هنوز عارضه فلجی باقیمانده باشد
- مورد بیماری فوت کرده و با امکان پیگیری وجود نداشته باشد

در کشورهایی که معیارهای فوق را رعایت می نمایند یک مورد فلج اطفال قطعی عبارت است از:

- ✓ مورد فلج شل حاد(AFP) که از آن ویروس وحشی فلج اطفال جدا شده باشد
- ✓ مورد سازگار با فلج اطفال (Compatible Case): عبارت از بیماری است که بعد از روز شصتم، یکی از شرایط زیر را داشته باشد:

۱- دارای فلج باقیمانده باشد.

۲- امکان پیگیری وجود نداشته باشد.

روش های مراقبت

- هر مورد فلج شل حاد لازم است بلافاصله گزارش شود و طی ۴۸ ساعت اول بررسی گردد.
- دو نمونه مدفوع در فاصله چهارد ه روز بعد از شروع حمله به شکل مناسب اخذ و به آزمایشگاه ارسال گردد.
- مراقبت های دیده ور از کلیه بیمارستا ن ها، مراکز توانبخشی و مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی منتخب اجرا گردد.
- گزارش صفر مورد در تمام سطوح مراقبت انجام گیرد.
- موارد طغیان های بیماری(outbreaks) لازم است به سرعت بررسی شوند.
- کلیه داده های موارد فلج شل حاد می بایست در گزار ش های مراقبت های جاری وارد شود.

مراقبت بیماری دیفتری

مورد مشکوک : تعریف نشده

مورد محتمل : مورد که علایم بالینی در معاینه پزشک مشاهده گردد . یا (بیماری با وجود غشای چسبیده به

لوزه ها، حلق و یا بینی که با لارنژیت، فارنژیت یا تونسیلیت توأم باشد)

مورد قطعی : مورد محتمل بیماری که از نظر آزمایشگاهی تایید شده باشد . یا یک مورد محتمل که با مورد قطعی ارتباط داشته باشد.

روش های مراقبت:

- گزارش فوری موارد محتمل یا قطعی در تمام سطوح مراقبت
- گزارش جاری هفتگی و ماهیانه
- بررسی فوری و جمع آوری داده ها در کلّیه طغیان های بیماری

مراقبت بیماری اسهال حاد آبکی (وبا)

مورد مشکوک

۱- فرد مبتلا به کم آبی شدید یا مرگ ناشی از اسهال آبکی در سنین ۵ سالگی و بالاتر در مناطقی که وبا در آنجا بومی نمی باشد یا

۲- فرد مبتلا به اسهال آبکی حاد همراه یا بدون استفراغ در سنین ۲ ساله و بالاتر در مناطق بومی وبا

مورد قطعی : عبارتست از مورد مشکوکی که در نمونه آزمایشگاهی ویبریو کلرا O_1 و یا O_{139} تایید گردد.

روش های مراقبت

- گزارش فوری موارد به سطوح کامل مراقبت
- بررسی کامل کلیه موارد ابتلاء و موارد تماس
- گزارش هفتگی موارد بیماری با مشخصات کامل
- اعلام موارد به سازمان جهانی بهداشت (اجباری)

مراقبت بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو

تعریف مورد مشکوک : شروع ناگهانی بیماری، تب، درد عضلات، تظاهرات خونریزی دهنده شامل : (راش، پتشی، خونریزی از بینی و مخاط دهان، استفراغ خونی یا ملنا و هماتوری) بعلاوه یکی از موارد اپیدمیولوژیک (سابقه گزش با کنه یا له کردن کنه با دست، تماس مستقیم با خون تازه یا سایر بافت های دام ها و حیوانات آلوده، تماس مستقیم با ترشحات دفعی مورد قطعی یا مشکوک به CCHF ، اقامت یا مسافرت در یک محیط روستایی که احتمال تماس با دا مها وجود داشته اما یک تماس خاص تصادفی را نمی توان مشخص نمود.

تعریف مورد محتمل : مورد مشکوک بعلاوه ترومبوسیتوپنی (کاهش پلاکت کمتر از ۱۵۰۰۰۰ در میلی متر مکعب) که می تواند با لکوپنی (گلبول سفید کمتر از ۳۰۰۰ در میلیمتر مکعب) یا لکوسیتوز (گلبول سفید بیش از ۹۰۰۰ در میلی متر مکعب) همراه باشد.

تعریف مورد قطعی : مورد محتمل بعلاوه نتیجه مثبت آزمون سرولوژیک یا جدا کردن ویروس از نمونه

روش مراقبت

- گزارش تلفنی مورد به سطوح مراقبت بیماری در کشور
- تکمیل و ارسال فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیک بیماری
- گزارش مورد مشکوک به اداره دامپزشکی شهرستان
- تهیه و ارسال نمونه سرم خون:

۱- نمونه اول : پس از تشخیص بیماری بر اساس علایم

۲- نمونه دوم : پنج روز پس از تهیه نمونه اول

۳- نمونه سوم : ده روز پس از تهیه نمونه اول

- لازم است تهیه و ارسال نمونه با نظارت آزمایشگاه مرکزی و معاونت بهداشتی استان انجام گیرد.

مراقبت بیماری مننژیت

مورد مشکوک : حمله تب ناگهانی (دمای بیش از۳۸.۵ درجه سانتیگراد از راه مقعد یا ۳۸ درجه سانتی گراد از زیر بغل)

به همراه سفتی گردن (در کودکان کمتر از یکسال برجستگی ملاج).

مورد محتمل:

۱- مشاهده دیپلوکوک های گرم منفی داخل یا خارج سلولی در مایع مغزی نخاعی.

۲- مورد مشکوک در منطقه ای که اپیدمی بیماری وجود دارد.

۳- وجود علایم بالینی به همراه بثورات پتشی و پورپورا در فرد مشکوک.

مورد قطعی:

۱- یک مورد مشکوک یا محتمل که نمونه کشت مایع مغزی نخاعی او مثبت باشد.

۲- یک مورد مشکوک یا محتمل که **نایسریا مننژیتیدیس** از نمونه خون جدا شود.

روش های مراقبت

- بررسی تمام موارد مشکوک
- گزارش فوری کلیه موارد در سطوح مراقبت
- گزارش هفتگی موارد جدید و مرگ در سیستم گزارش دهی جاری
- انجام مراقبت موازی با استفاده از آزمایشگاه مرجع.

۲- بیمار ی های مشمول گزارش کتبی

مراقبت بیماری تیفوئید

مورد مشکوک : کلیه افرادی که علایم بالینی منطبق با تیفوئید داشته باشند (تب بیشتر از یک هفته ، سردرد ، دل درد، ضعف، سرگیجه، بثورات قرمز سطح بدن (Rose Spot)، یبوست، اسهال، بزرگی طحال، خشکی پوست).

تیفوئید محتمل : علاوه بر علایم بالینی تیفوئید مشکوک، یک یا دو مورد از موارد زیر وجو داشته باشد.

الف : آزمایش ویدال با افزایش ۴ برابر تیتر آنتی بادی O ظرف دو هفته

ب : تیتر ویدال آنتی بادی O مساوی یا بیش از ۱/۱۶۰

ج : وجود موارد بیماری در اطرافیان یا منطقه.

تیفوئید قطعی : تیفوئید محتمل بعلاوه یک یا هر دو مورد زیر

الف : کشت خون مثبت، مغز استخوان ، ادرار، مدفوع ، ترشحات اثنی عشر.

ب : یافتن آنتی ژن اختصاصی در ادرار یا سرم.

مراقبت سیاه سرفه

مورد مشکوک : هر فرد دارای سرفه در طی دو هفته گذشته به همراه یکی از موارد زیر:

۱- حملات سرفه ناگهانی

۲- دم صدادار (whoop)

۳- استفراغ بعد از سرفه بدون وجود یک علت مشخص دیگر.

مورد قطعی : مورد مشکوکی که از نظر آزمایشگاهی تایید گردد . یا مورد تایید شده آزمایشگاهی که با مورد قطعی ارتباط داشته باشد.

روش های مراقبت سیاه سرفه

- کلیه موارد بیماری لازم است گزارش گردد و انجام گزارش حداکثر در عرض یک هفته انجام گیرد
- تمامی طغیان های بیماری لازم است بررسی و از نظر آزمایشگاهی تایید گردند
- داده های موارد مشکوک و قطعی در سیستم گزارش دهی جاری اعلام شوند.

مراقبت بیماری سل

مورد مشکوک

۱- فردی با علامت سرفه (معمولاً همراه با خلط) به مدت سه هفته یا بیشتر

۲- سایر نشانه ها همراه تب، کاهش وزن، احساس خستگی، تعریق شبانه، درد سینه، تنفس کوتاه و سرفه همراه با دفع خون.

در صورتیکه فرد دارای نشانه های فوق دارای سابقه تماس با بیمار مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت باشد شک به ابتلاء به سل تقویت می شود.

مورد سل ریوی اسمیر مثبت:

۱- بیمار با دو نمونه خلط مثبت از نظر باسیل اسید فَست (AFB)

۲- بیمار با یک نمونه خلط مثبت از نظر باسیل اسید فست و ضایعات رادیوگرافی دال بر سل فعال ریوی

۳- بیمار با یک نمونه خلط مثبت از نظر باسیل اسید فست و یک نمونه کشت خلط مثبت از نظر مایکوباکتریوم توبرکولوزیس.

مورد سل ریوی اسمیر منفی:

۱- بیمار با دو نمونه خلط منفی از نظر باسیل اسید فَست

۲- بیمار با ضایعات رادیوگرافی منطبق با سل ریوی و عدم پاسخ بالینی به درمان های آنتی بیوتیک یک هفته ای

۳- بیمار شدیدا بدحال با دو نمونه خلط منفی از نظر باسیل اسید فَست و وجود ضایعات رادیوگرافی منطبق با سِل ریوی و تصمیم پزشک برای درمان ضد سل.

مورد سل خارج ریوی

۱- تورم و بعضی مواقع ترشح چرکی در صورت ابتلاء غدد لنفاوی

۲- وجود درد و تورم، در صورت ابتلاء مفاصل

۳- وجود سردرد ، تب، سفتی گردن و اغتشاش فکری (کنفوزیون) در صورت وجود مننژیت سلی

۴- نازایی در صورت ابتلا دستگاه تناسلی.

روش های مراقبت: گزارش ماهیانه موارد در سطوح مراقبت توأم با بررسی اپیدمیولوژیک.

مراقبت بیماری بروسلوز

مورد مشکوک : فردی که با حملات حاد تب، تعریق شبانه، خستگی بیش از حد، بی اشتهایی، کاهش وزن، سردرد، درد مفاصل، کمردرد و . . . مواجه بوده و از نظر اپیدمیولوژیک ، تماس با موارد مشکوک یا قطعی حیوانی و فراورده های آلوده دامی داشته باشد.

مورد محتمل : مورد مشکوک با نتیجه مثبت آزمایش رایت + رزبنگال یا 2ME

مورد قطعی : مورد مشکوک یا محتمل که یکی از موارد زیر را شامل شود:

۱- جدا کردن بروسلا از نمونه بالینی

۲- مشاهده بروسلا در نمونه بالینی با استفاده از روش ایمونوفلوئورسانس

۳- افزایش چهار برابر عیار آگلوتیناسیون بروسلا در نمونه های سرمی (بین مراحل حاد و نقاهت با دو هفته فاصله) یا عیار مساوی $^{1}/_{۸۰}$ (در ایران) تا بیش از $^{1}/_{۱۶۰}$ در نمونه سرمی بعد از حمله اولیه.

روش های مراقبت

- انجام مراقبت های دیده ور در گروه های در معرض خطر (مانندکشاورزان و دامداران، چوپانان، کارگران کشتارگاه ها، قصابان و کارکنان آزمایشگاه ها، . . .).
- گزارش موارد بیماری به صورت ماهیانه به سطوح کامل مراقبت.
- بررسی اپیدمیولوژیک کلیه موارد.

فصل یازدهم :

مبارزه با بیماری های واگیر و پیشگیری از آنها

مبارزه با بیماری های واگیر و پیشگیری از آنها

هر بیماری نقطه ضعف مشخصی دارد که می توان از آن نقطه ضعف برای حمله بیماری و از بین بردن بیماری استفاده نمود. روش اساسی در مبارزه با بیماری های واگیر، مشخص کردن این نقطه ضعف و شکستن ضعیف ترین حلقه از زنجیر انتقال می باشد. (شکل ۱).



شکل ۱ – زنجیره انتقال عفونت

این کار نیاز به دانش دقیق اپیدمیولوژی بیماری ها دارد که شامل آگاهی از فراوانی بیماری، توزیع آن بر حسب زمان، مکان و شخص، چند عاملی بودن علت بیماری، منبع عفونت و دینامیک انتقال می باشد.

اغلب لازم می شود که بیش از یک روش، به طور همزمان برای مبارزه با بیماری استفاده شود. انتخاب روش بستگی به عواملی مثل درد سترس بودن ابزار و تکنیک مناسب، هزینه – اثر بخشی نسبی، کارائی و مقبولیت آن دارد. اگرچه مبارزه موثر با بیماری ها نیازمند آگاهی از علل مختلف بروز آن می باشد، حذف یا ازبین بردن تنها حلقه ضروری و شناخته شده که نقطه ضعف بیماری محسوب می شود، ممکن است برای مبارزه با بیماری کافی باشد، حتی اگر آگاهی کافی از علت بیماری موردنظر موجود نباشد. مثال کلاسیک این موضوع روش جان اسنو در کنترل اپیدمی وبا در لندن بود که با پلمپ تلمبه های آب آلوده موجب فروکش شدن اپیدمی وبا در لندن شد، در حالی که هنوز در آن زمان میکروب وبا شناسایی نشده بود.

مبارزه با بیماری های واگیر همه اقداماتی که برای پیشگیری یا کاهش هر چه بیشتر بروز، شیوع و عواقب بیماری ها به کار می روند، را شامل می شود. این اقدامات شامل مشارکت جامعه، حمایت های سیاسی و همکاری های بین بخشی می باشد. اقدامات مربوط به مبارزه با بیماری نباید به خاطر نداشتن آگاهی کافی از علت ایجاد بیماری، به تاخیر بیفتد. تا زمانی که نتایج تحقیقات اپیدمیولوژیک مشخص شود، اقدامات مبارزه با بیماری به طور کلی شامل موارد زیر می باشد:

۱- کنترل مخزن

۲- قطع انتقال

۳- فرد حساس

۱-کنترل مخزن

در صورتی که اولین حلقه از زنجیره علت بیماری، ضعیف ترین حلقه باشد، منطقاً مطلوب ترین اقدام برای کنترل بیماری، در صورت امکان، حذف مخزن یا منبع بیماری می باشد. اگر مخزن بیماری حیوان باشد (مثل تب مالت) حذف مخزن کار آسانی خواهد بود، اما وقتی انسان مخزن بیماری است اقدامات عمومی برای کنترل مخزن انجام می شود، که شامل موارد زیر است:

تشخیص زودرس، گزارش دهی، جداسازی، درمان، قرنطینه، مراقبت از بیماری. کلیه این اقدامات در جهت کاهش تعداد عامل عفونت زای موجود که قابل پراکنده شدن هستند، می باشد. که به اختصار در مورد هریک از آنها توضیحاتی ارائه می گردد.

الف – تشخیص زودرس: قدم اول در کنترل بیماری های مسری، شناسایی سریع آنهاست. شناسایی سریع بیماری های مسری سنگ بنایی است که بدنه اقدامات مربوط به کنترل بیماری ها بر روی آن ساخته می شود. در نظر بگیرید که در یک خانواده فردی مبتلا به سل وجود داشته باشد که می تواند از طریق سرفه، باسیل سل را به اطرافیان منتقل نماید، بدیهی است تا زمانی که بیماری وی تشخیص داده نشود و تحت درمان قرار نگیرید می تواند به عنوان مخزن بیماری عمل نموده و باسیل سل را در هوا پخش نماید و خطری بالقوه برای اطرافیان محسوب شود. لذا هر قدر سریعتر بیماری در این فرد تشخیص داده شود می توان از انتقال بیشتر عفونت به اطرافیان پیشگیری نمود. تشخیص سریع بیماران (یا حاملین) و درمان آنها مثل خاموش کردن جرقه است و این کار بهتر از آن است که مجبور باشیم برای خاموش کردن آتش حاصله از آن جرقه اقدام نماییم.

تشخیص اولیه و زودرس به دلایل زیر نیاز می باشد:

۱- درمان بیماران

۲- پژوهش های اپیدمیولوژیک برای مثال دنبال کردن رد بیماری از موارد شناخته شده به طرف منبع اولیه یا ناشناخته عفونت.

۳- برای مطالعه توزیع بیماری از نظر مکان، زمان و شخص (اپیدمیولوژی توصیفی)

۴- برای برقراری اقدامات مربوط به کنترل بیماری.

ب – گزارش دهی: به محض اینکه یک بیماری مسری تشخیص داده می شود (یا حتی مورد شک قرار می گیرد)، باید به مقامات بهداشتی محلی گزارش شود. این مقامات مسئولیت دارند تا اقدامات مربوط به کنترل بیماری را که شامل تدارک مراقبت های پزشکی از بیمار، احتمالاً در بیمارستان، می باشد برقرار کنند.

گزارش بعضی بیماری ها یک امر قانونی است و معمولاً بیماری هایی که یک تهدید جدی برای سلامت عمومی محسوب می شوند، در لیست بیماری های قابل گزارش قرار می گیرند. گزارش دهی یکی از منابع مهم اطلاعات اپیدمیولوژیک می باشد. گزارش دهی در نشان دادن به موقع طغیان بیماری کمک می کند و همین موضوع مسئولین بهداشتی را قادر می سازد تا اقدامات اولیه را برای کنترل انتشار بیماری انجام دهند.

ج – بررسی های اپیدمیولوژیک: به هنگام طغیان بیماری ها، نیازمند بررسی های اپیدمیولوژیک می باشیم. این بررسی ها در تعیین منبع عفونت و عواملی که بر انتشار آنها موثر است، نقش دارند. در این بررسی ها به مواردی نظیر موقعیت جغرافیایی، شرایط آب و هوایی، اجتماعی، فرهنگی و الگوهای رفتاری و از اینها مهمتر خصوصیت عامل بیماریز ا، مخزن، ناقلین، وسیله حمل و جمعیت میزبانان توجه می شود.

د – جداسازی: به جدا نمودن افراد یا حیوانات بیمار، در طی دوره واگیری بیماری، در محلی و تحت شرایطی که انتقال مستقیم و غیرمستقیم عفونت را از افراد یا حیوانات عفونی به افراد حساس محدود کند، جداسازی اطلاق می شود. هدف از جداسازی، حفظ جامعه از انتقال عفونت، از مخزن به میزبانان حساس احتمالی می باشد و نوع جداسازی بر حسب نحوه انتشار و شدت بیماری متفاوت می باشد. طول مدت جداسازی با توجه به طول مدت واگیری بیماری و تاثیر درمان دارویی بر روی عفونت زایی، مشخص می شود. البته باید به این موضوع نیز توجه داشت اگرچه جداسازی یک روش سد کننده برای پیشگیری و کنترل بیماری های عفونی است، منتهی به اندازه ای که تصور می شود موفقیت آمیز نیست و ممکن است احساس امنیت کاذبی را به وجود آورد. امروزه برای کنترل بیماری ها، جداسازی بسیار منطقی تر به کار می رود و در بسیاری موارد جای خود را به مراقبت از بیماری داده است چرا که فن آوری کنترل بیماری ها و روش های اپیدمیولوژیک پیشرفت کرده اتد. در حال حاضر جداسازی فقط وقتی توصیه می شود که خطر انتقال عفونت به طور استثنایی بالا باشد.

هـ – درمان: هدف از درمان، از بین بردن عامل عفونت زا در زمانی که هنوز در مخزن وجود دارد یعنی قبل از انتشار. درمان، میزان واگیری بیماری را کاهش می دهد، طول مدت بیماری را کوتاه می کند و از بروز موارد ثانویه جلوگیری می کند. همان گونه که در مطالب قبل گفته شد تشخیص زودرس یکی از راه های مبارزه با بیماری های مسری می باشد و بدیهی است به دنبال تشخیص زودرس، درمان موارد شناسایی شده مطرح می باشد و این امر، قطع انتقال بیماری را به همراه خواهد داشت. درمان برای افراد حامل نیز انجام پذیر می باشد.

و – قرنطینه: به محدودیت آزادی حرکت اشخاص یا حیوانات اهلی مواجهه یافته با بیماری واگیر به مدتی که از طولانی ترین دوره کمون بیماری بیشتر نباشد، قرنطینه گفته می شود. در این وضعیت از تماس موثر افراد تحت نظر با کسانی که مواجهه نیافته اند جلوگیری می شود. برخلاف جداسازی، قرنطینه برای محدود کردن تماس های سالم یک بیماری عفونی به کار می رود. امروزه با توجه به روش های تشخیصی معتبر و درمان زودهنگام، قرنطینه به عنوان یک روش مبارزه با بیماری، منسوخ شده است و جای خود را به مراقبت فعال از بیماری ها داده است.

ز – مراقبت از بیماری: در فصل ۷ به تفصیل در مورد آن توضیح داده شده است.

۲- قطع انتقال:

یکی از جنبه های اصلی کنترل بیماری های واگیر، شکستن زنجیره انتقال یا قطع انتقال می باشد، و به معنی تغییر در بعضی جنبه های محیط انسانی برای پیشگیری از ورود عامل بیماری زا از فرد بیمار یا حامل بیماری به بدن فرد

حساس است. برای مثال آب می تواند محیطی برای انتقال بسیاری بیماری ها مثل حصبه، دیسانتری و هپاتیتA باشد و سالم سازی آب می تواند مانع از انتقال این بیماری ها شود. در رابطه با سایر راه های انتقال نیز متناسب با شرایط انتقال می توان تدابیر پیشگیری و قطع زنجیره را انجام داد، به عنوان مثال در بیماری های منتقله از طریق غذا، با رعایت عادات نظافت مثل شستن دست ها ، نحوه تهیه غذاها و نگهداری آنها از وقوع این بیماری ها پیشگیری نمود.

۳- میزبان حساس:

حلقه سوم از زنجیره انتقال، میزبان حساس یا افراد در معرض خطر می باشد و می توان در مواردی با انجام برخی اقدامات مانع از ابتلا این میزبانان به بیماری های مسری شد.

الف – ایمن سازی فعال: از جمله راه های مبارزه با انتشار بیماری، تقویت قدرت دفاعی میزبان است. تحت شرایط خاصی این کار با ایمن سازی فعال امکن پذیر است. ایمن سازی فعال همان تحریک سیستم ایمنی بدن از طریق وارد نمودن عمدی عوامل میکروبی کشته شده، ضعیف شده، بخشی از ساختمان آنها و یا شبه سم به بدن می باشد که آن را تحت عنوان واکسیناسیون می شناسیم.

امروزه با تکیه بر برنامه های دقیق و تعریف شده واکسیناسیون در دنیا توانسته ایم برخی بیماری ها نظیر فلج اطفال، سرخک، کزاز، دیفتری را کنترل نموده و حتی تا حد ریشه کنی نیز پیش برویم.

ایمن سازی براساس نیاز برنامه ریزی می شود و هر کشوری برنامه ایمن سازی خاص خود را دارد، بنابراین تعداد نامحدودی برنامه ایمن سازی وجود دارد که هریک مزایا و معایب خود را دارند.

ب – ایمن سازی غیر فعال: این نوع ایمن سازی یک امر موقتی است و فقط هنگامی مفید است که مواجهه با عفونت به تازگی رخ داده باشد و یا در چند روز آینده رخ دهد. دوره ایمنی حاصل از آن کوتاه مدت و متغیر است و ارزش بسیار کمی در کنترل همگانی بیماری ها دارد و برای افراد غیر ایمنی که در شرایط خاصی هستند، توصیه می شود. در این نوع ایمن سازی از فرآورده هایی نظیر ایمونوگلوبولین عادی انسانی، ایمونوگلوبولین اختصاصی انسانی، آنتی سرم ها یا آنتی توکسین ها استفاده می شود.

ج – ترکیبی از ایمن سازی فعال و غیر فعال: در برخی بیماری ها نظیر کزاز و دیفتری؛ ایمن سازی غیرفعال معمولاً به همراه واکسن های غیرفعال شده به کار برده می شود و به این ترتیب هم ایمنی غیر فعال فوری را به همراه دارد و هم ایمنی فعالی را که به کندی ایجاد می شود.

د – پیشگیری دارویی: پیشگیری دارویی به پیشگیری از یا محافظت در برابر یک بیماری اشاره دارد. این کار با پیش گیری علیتی پا پیشگیری بالینی امکان پذیر است.

- پیشگیری علیتی: یعنی کامل کردن پیشگیری از عفونت توسط حذف زودرس جمله یا مهاجرت عامل بیماری زا. برای مثال هیچ پیشگیری علیتی در برابر مالاریا وجود ندارد.
- پیشگیری بالینی: یعنی جلوگیری از علائم بالینی و ضرورتاً به معنی حذف عفونت نیست.

فصل دوازدهم:

مراقبت از بیماری

(surveillance)

مراقبت از بیماری (Surveillance)

در نظر بگیرید پزشک خانواده در یک منطقه روستایی، طی برنامه غربالگری دیابت که در جمعیت بالای ۳۰ سال روستا انجام می شود، در آقایی ۴۵ ساله تشخیص بیماری دیابت می دهد و ابتلای به دیابت این فرد برای وی محرز می گردد. از این به بعد برخورد پزشک خانواده با این فرد چگونه خواهد بود، آیا صرف اطلاع دادن به بیمارکه شما به دیابت مبتلا هستید کفایت می کند؟ یا اینکه باید وی را متفاوت از قبل دید. بدیهی است با تشخیص دیابت در یک فرد ابتدا یک بررسی هم جانبه از او به عمل می آید تا وضعیت بیماری در فرد مشخص شود. مثلاً آزمایشات معمول برای تعیین وضعیت چربی های خون و عملکرد کلیه درخواست می شود؛ از نظر وجود آسیب به قلب، کلیه، چشم و اعصاب محیطی معاینه های لازم به عمل می آید و سپس متناسب با شرایط بیمار برای وی دستور دارویی داده می شود و به وی تاکید می شود در زمان های خاص برای اطمینان از کنترل قند خون و پروفایل چربی و همچنین بررسی از نظر وقوع عوارض مراجعه نماید. تمام این فعالیت ها به این منظور است که پزشک معالج در هر زمان از شرایط بیماری فرد مبتلا آگاه شود و هم از کنترل بودن قند خون بیمار اطمینان حاصل کند و هم اینکه اگر عوارض بیماری در حال وقوع می باشند در اسرع وقت شناسایی شوند و اقدام لازم در جهت پیشگیری از پیشرفت عارضه و کنترل بهتر قند خون به عمل آید. این فعالیت ها همه در راستای مراقبت از بیمار (Care) می باشند و هیچ پزشکی نمی تواند یک بیماری دیابتی را به حال خود رها نماید و تنها در زمان وجود مشکل به بیمار رسیدگی کند.

حال سئوالی که مطرح می شود این است، همانگونه که یک پزشک بالینی نیاز دارد در هر زمان از وضعیت بیمار(Patient) خود آگاه باشد، آیا نباید نظام سلامت کشور یا یک منطقه در هر زمان از وضعیت بیماری ها (Diseases) در منطقه تحت پوشش خود آگاه باشد و بداند بیماری های مهم در هر زمان در آن منطقه از چه وضعیتی برخوردارند؟ به عنوان مثال بداند شیوع دیابت در آن منطقه چقدر است؟ عوامل خطر عمده در آن منطقه که موجب پیدایش دیابت می شوند، کدامند؟ سن ابتلا به دیابت چقدر است؟ فراوانی عوارض مرتبط با دیابت چقدر است؟ سایر بیماری های غیرواگیر نظیر پرفشاری خون، پوکی استخوان، افسردگی و .... در چه وضعیتی هستند؟ یا در زمینه بیماری های واگیر بداند وضعیت سل، بروسلوز، سالک و .... چگونه است؟ مالاریا در آن منطقه در چه وضعیتی است؟ بدیهی است بدون آگاهی از بروز و شیوع بیماری ها در جامعه، سیاستگزاران و برنامه ریزان حوزه سلامت قادر به انجام رسالت خود نیستند. بنابراین همانطور که نیاز هست یک پزشک بالینی در هر زمان از وضعیت بیمار خود آگاه باشد تا بهترین تصمیمات درمانی را بگیرد، نظام سلامت نیز باید اطلاعات کافی از بیماری ها دراختیار داشته باشد و وضعیت بیماری های مختلف را در جامعه رصد نماید تا در تصمیم گیری ها و برنامه ریزی ها حوزه سلامت به بهترین نحو عمل نماید.

تعریف : مرکز کنترل و پیشگیری بیماری ها در آمریکا (CDC) مراقبت را چنین تعریف نموده است: "جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر منظم و مستمر داده های مرتبط با پیامدهای سلامتی که برای برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه ها در نظام سلامت ضروری است، همراه با انتشار به موقع نتایج به افرادی که نیاز دارند از این داده ها آگاه

باشند". پیامدها ممکن است بیماری، آسیب، عوامل خطر، مواجهه با ناقلین، خطرات محیطی یا سایر مواجهه ها باشند.

به طور خلاصه می توان مراقبت را چنین تعریف نمود: "جمع آوری، تجزیه و تحلیل، تفسیر منظم و مستمر داده های مربوط به سلامتی و انتشار اطلاعات حاصله به ذینفعان (مدیران ارشد، پرسنل بهداشتی، مسئولین منطقه و مردم)" .

سیستم های مراقبت ، شبکه ای از افراد و فعالیت ها می باشند که فرایند فوق را حمایت و پشتیبانی می نماید . فعالیت های چنین سیستمی می تواند در محدوده جغرافیایی یک ناحیه، منطقه ای از کشور یا جهان قرار گیرد . در اغلب موارد سیستم های مراقبت بوسیله واحدهای بهداشت عمومی طراحی و به اجرا گذاشته می شوند . این سیستم ها به منظور هدایت فعالیت های پیشگیری از بیماری ها و اقدامات کنترلی تحت نام **"مراقبت بهداشت عمومی"** نامیده می شوند. در حال حاضر سیستم مراقبت معمولاً به عنوان بخش جدایی ناپذیر سیستم سلامتی به منظور پایش اولویت های وقایع سلامتی به شمار می رود.

نقش اپیدمیولوژیک سیستم مراقبت عبارت است از ارائه اطلاعات توصیفی در مورد اینکه چه کسی، کِی و کجا دچار یک رخداد سلامتی می شود . هدف اولیه و مهم سیستم مراقبت، پایش وقوع بیماری ها و ... در یک جمعیت مشخص می باشد. به همین دلیل ضرورت دارد که جمعیت تحت مراقبت کاملاً و به روشنی تعریف گردد.

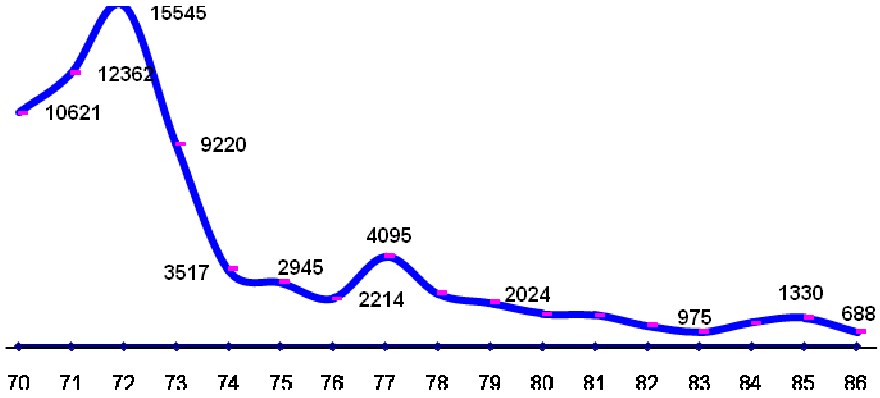
اهداف مراقبت

- ارزیابی روند بیماری ها
- پیش بینی طغیان بیماری ها
- تعیین جمعیت ها و گروه های در معرض خطر بیماری و یا مرگ
- ارزیابی اثر نهایی اقدامات پیشگیری، کنترل و درمانی و بروز و شیوع بیماری های اولویت دار جامعه
- تایید اولویت های جاری اقدامات پیشگیری، کنترل در مورد بیماری ها

ارزیابی روند بیماری

مسئولین بهداشتی همواره علاقه مند هستند تا از وضعیت بیماری در منطقه تحت پوشش خود آگاه باشند. به عنوان مثال آنها در یک منطقه مالاریا خیز، می خواهند بدانند که در طول سال های گذشته بیماری چه سیری را طی کرده است و در حال حاضر نسبت به گذشته وضعیت چگونه است. در سطح بالاتر نیز چنین موضوعی مصداق دارد و مسئولین وزارت بهداشت نیز علاقه مند هستند از وضعیت بیماری مالاریا در کشور آگاه باشند. آیا بدون وجود اطلاعات ثبت شده مربوط به موارد ابتلای این بیماری می توان چنین تصویری را ارائه نمود؟ جهت روشن شدن موضوع مواردی از روند بیماری های مالاریا و لیشمانیوز جلدی در نمودارهای یک تا سه ارائه می شود.

در نمودار شماره یک موارد ابتلای به مالاریا طی سال های ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۶ در استان کرمان ارائه شده است، این نمودار نمایانگر روند نزولی بیماری طی سال های مدنظر در استان کرمان می باشد.



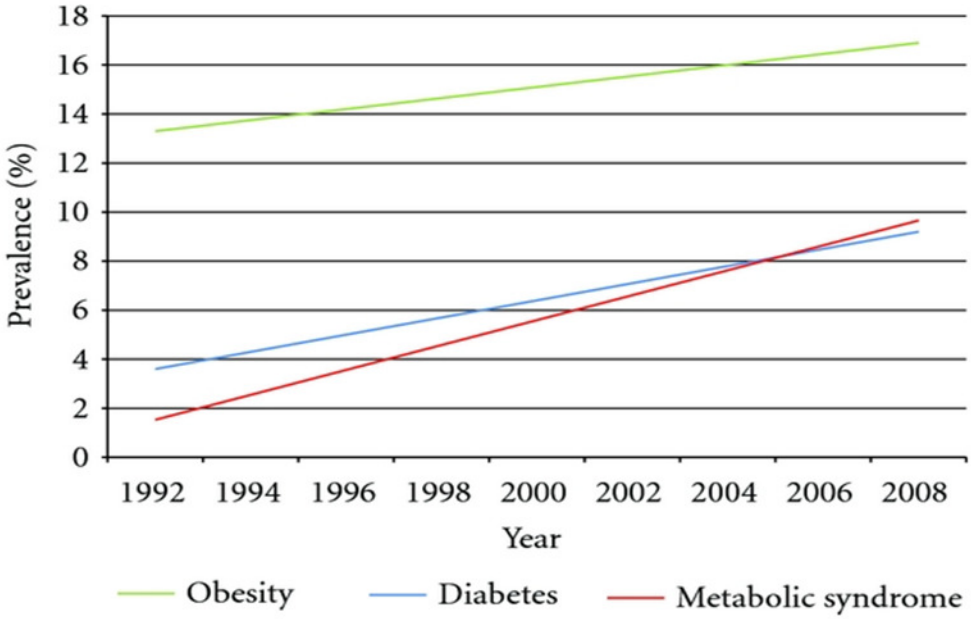
نمودار ۱- موارد مالاریا طی سال های ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۶ در استان کرمان

نمودار شماره دو مربوط به موارد تشخیص داده شده سالک جلدی در شهرستان بم طی سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۷ می باشد. براساس این نمودار می توان به وضوح افزایش موارد سالک را در سال های بعد از زلزله بم در این شهرستان تشخیص داد.



نمودار ۲- موارد سالک جلدی طی سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۷ در شهرستان بم

همانگونه که توضیح داده شد، مراقبت از بیماری های غیرواگیر نیز اهمیت دارد و براساس داده های مرتبط می توان وضعیت این بیماری ها در جامعه را رصد نمو. در نمودار سه شاهد افزایش شیوع چاقی، دیابت و سندرم متابولیک درطی سال های ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۸ در یک کشور در حال توسعه می باشیم.



نمودار ۳- شیوع چاقی، دیابت و سندرم متابولیک درطی سال های ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۸

پیش بینی طغیان بیماری ها

مفهوم یک همه گیری، به افزایش بیش از حد انتظار رویداد یک بیماری اطلاق می شود. هرگاه یک همه گیری به طور ناگهانی در یک منطقه جغرافیایی نسبتاً محدود روی دهد، به آن طغیان بیماری (Disease Outbreak) می گویند. در رابطه با یک همه گیری آنچه اهمیت دارد این است که همه گیری در سریع ترین زمان ممکن و حتی الامکان در مراحل ابتدایی شناسایی گردد تا با انجام اقدامات لازم، از گسترش بیشتر بیماری جلوگیری شود و بیماری کنترل گردد.

همانگونه که از تعریف همه گیری مشخص است برای تشخیص آن باید ابتدا حد انتظار برای بیماری تعریف شود، بدیهی است زمانی می توان حد انتظار بیماری را محاسبه نمود که داده های مربوط به رویداد بیماری در طی زمان های گذشته را دراختیار داشته باشیم، در مرحله بعد باید موارد رخداد بیماری را به طور مرتب ثبت نمود و تجزیه و تحلیل نیز صورت گیرد تا مشخص شود آیا از حد انتظار فراتر رفته است یا خیر.

لازم به ذکر است زمانی که نظام مراقبت با هدف شناسایی همه گیری فعالیت می کند، بایستی شناسایی موارد را به صورت نسبتاً صحیح و دقیق انجام دهد. به عنوان مثال اگر مواردی از بیماری مالاریا وجود داشته باشند بایستی برای اعلام همه گیری این موارد به درستی شناسایی و گزارش شوند تا همه گیری مشخص شود.

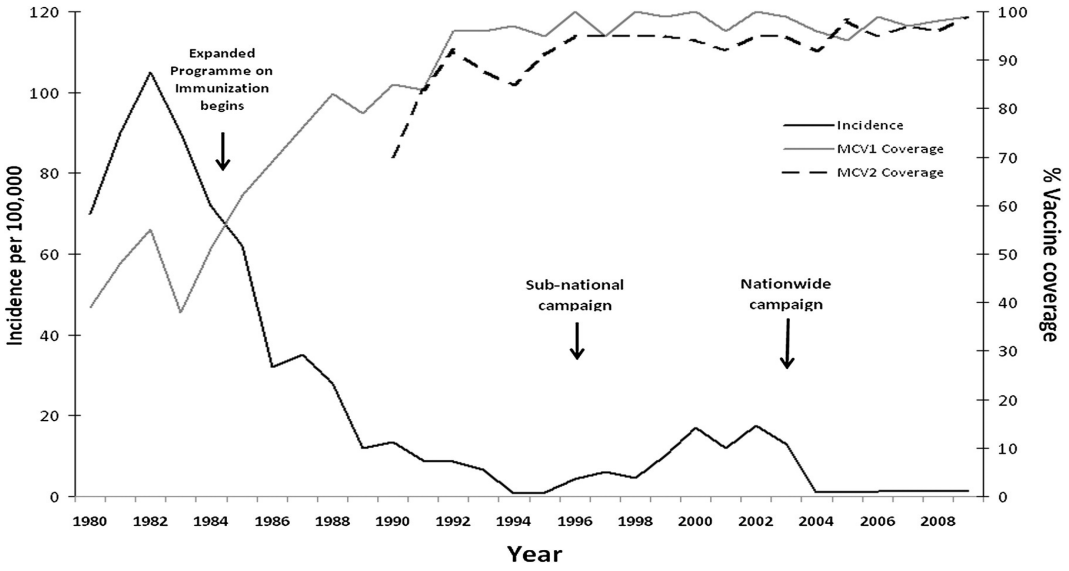
تعیین جمعیت ها و گروه های در معرض خطر بیماری و یا مرگ

از جمله مواردی که در نظام مراقبت مورد توجه قرار می گیرد، موارد ابتلاء و مرگ بیماری های تحت مراقبت می باشد. معمولاً این موارد به تفکیک سن، جنس، شغل، نژاد، .... گزارش می گردند. براین اساس با توجه به گزارش های ارائه شده برای هر بیماری می توان متوجه شد که کدام گروه های سنی بیشتر در معرض ابتلا یا مرگ هستند.

بیماری در کدام جنس بیشتر اتفاق می افتد، یا افراد شاغل در کدام شغل بیشتر در معرض ابتلا می باشد. بدون شک در صورت عدم وجود این داده ها قضاوت در زمینه گروه های در معرض خطر امکان پذیر نیست.

ارزیابی اثر نهایی اقدامات پیشگیری، کنترل و درمانی و بروز و شیوع بیماری های الویت دار جامعه

مسئولین بهداشتی در یک منطقه مالاریا خیز به منظور کنترل بیماری برنامه ریزی نموده و در این برنامه اقداماتی نظیر بیماریابی فعال، کنترل ناقل (از طریق: سمپاشی اماکن، زه کشی آب های راکد، لارو کشی)، توزیع پشه بند آغشته به حشره کش و آموزش جامعه تدارک دیده شده است و هر یک در زمان مناسب و توسط نیروهای تعریف شده انجام شده اند. آنها چگونه می توانند از اثربخش بودن برنامه خود اطلاع پیدا کنند؟ ساده ترین پاسخ این است که تعداد موارد را بعد از اجرای برنامه با موارد تشخیص داده شده در زمان های گذشته مقایسه نمایند، بدیهی است روند نزولی موارد می تواند حاکی از موثر بودن فعالیت های اجرا شده باشد. منتهی لازمه این قضاوت وجود داده های قبلی و همچنین ثبت داده های حاضر می باشد و نظام مراقبت می تواند چنین داده هایی را در اختیار قرار دهد.



Zahraei S M et al. J Infect Dis. 2011;204:S305-S311

نمودار۴- بروز سرخک و پوشش واکسیناسیون آن در کشور

در نمودار چهار، بروز بیماری سرخک طی سال های ۱۳۵۹ تا ۱۳۸۷ و پوشش همزمان واکسیناسیون علیه آن در کشور ارائه شده است. همانگونه که مشخص است با گسترش برنامه واکسیناسیون در کشور از سال ۱۹۸۴ و بهبود پوشش واکسیناسیون سرخک، موارد ابتلا به وضوح کاهش یافته و سپس در سال ۲۰۰۳ به دنبال بسیج واکسیناسیون سرخک و سرخجه ، موارد بروز به کمترین مقدار خود رسیدند. از اینرو اثربخشی گسترش برنامه واکسیناسیون و همچنین بسیج واکسیناسیون علیه سرخک به خوبی مشاهده می شود.

تایید اولویت های جاری اقدامات پیشگیری، کنترل در مورد بیماری ها

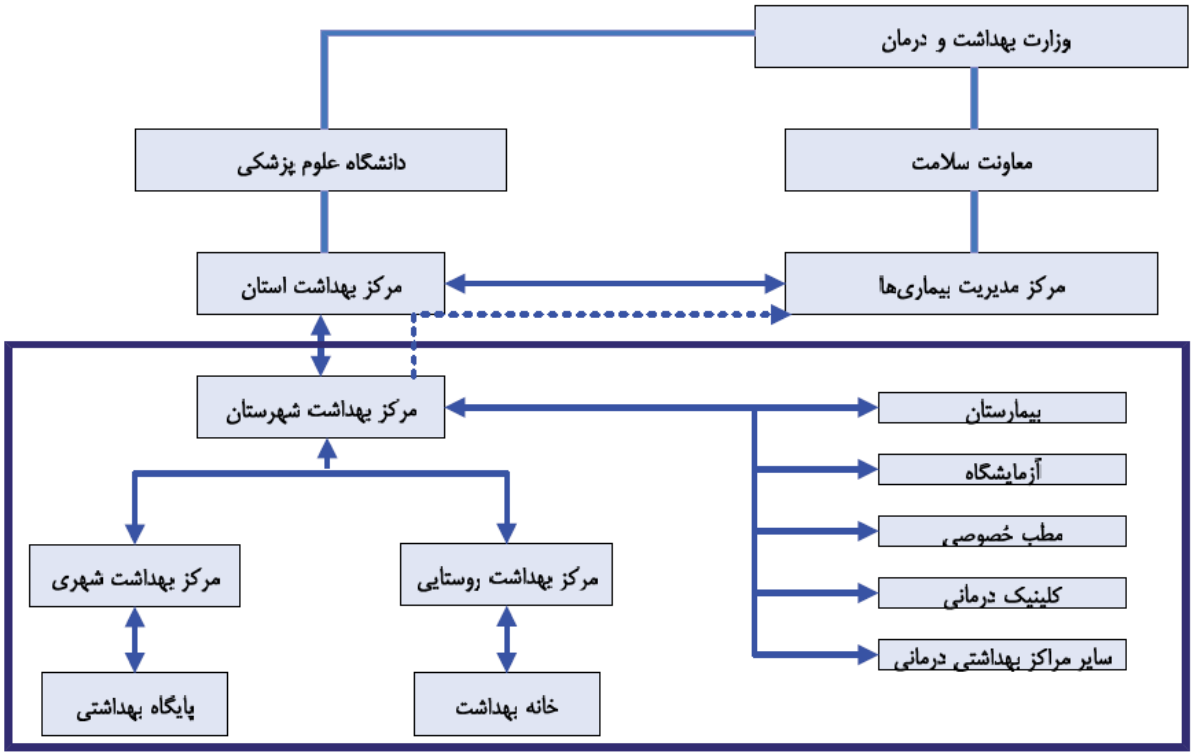
دست اندرکاران نظام سلامت از یک طرف با انواع چالش ها و مشکلات مرتبط با بیماری ها مواجهه می باشند و از طرف دیگر با محدودیت های بیشمار از جمله نیروی انسانی توانمند، منابع مالی و تجهیزات روبرو هستند. در عین حال علی رغم این محدودیت ها باید به نحوی عمل نمایند که در هر زمان، جامعه کمترین مشکل را داشته باشد. لذا باید شناخت مناسبی از انواع بیماری ها و تهدیدات مرتبط با آنها داشته باشند و سپس با توجه به اهمیت هر تهدید، حجم مشکلات و ....، الویت های نظام سلامت را تعیین نموده و برای آنها برنامه ریزی نمایند. به عنوان مثال در یک منطقه مالاریا خیز در جنوب شرق کشور براساس داده های ثبت شده برای بیماری ها، مالاریا در صدر الویت ها قرار می گیرد در حالیکه در همان زمان در بخش های غربی کشور که دامپروری رونق دارد، بروسلوز از اهمیت بیشتری برخوردار است.

اجزاء سیستم مراقبت

تعریف مورد : یک قدم اساسی در هر سیستم مراقبت، تعریف مورد می باشد و لازم است ساده و در عین حال از حساسیت و ویژگی مناسب برخوردار باشد . در هر بیماری انجام آزمون های تشخیصی دقیق از اهمیت زیادی برخوردار است و دراغلب موارد جهت شناسایی موارد از نشانه های بالینی و معیارهای آزمایشگاهی همزمان استفاده می گردد . ضمناً بیان تعاریف روشن به عنوان موارد در بیماری های با دوره های ابتلاء طولانی، یا سیر مزمن بسیار سخت می باشد.

چرخه مراقبت : سیستم مراقبت مشابه یک چرخه اطلاعات می باشد(شکل ۱). در این چرخه اطلاعات با جمع آوری، سازماندهی تولید، ارجاع به سازمان ها و افراد نیازمند شکل می گیرند . این چرخه زمانی تکمیل می شود که ا طلاعات در فرایند تصمیم گیری، تغییر و بهبود خدمات بهداشتی به کار گرفته شوند.

محرمانه بودن (قابلیت اطمینان) : در اغلب سیستم های مراقبت ، داده های لازم براساس مشخصات افراد ، جمع آوری می گردند . اقدامات متعددی جهت اطمینان بخشی هم از جهت دوباره کاری و هم از نظر رعا یت موازین اخلاقی و جلب رضایت افراد جامعه به کار گرفته شود . از جمله حفاظت فیزیکی از سیستم های مراقبت و مخازن داده ها و اطلاعات و محرمانه نگهداشتن آنها و عدم انتشار گزارش ها به نام افراد.



شکل ۱- نمودار گردش اطلاعات در سیستم مراقبت

نگرش به مراقبت: مراقبت به دو شکل فعال و غیرفعال طراحی و اجرا می گردد .در واقع این دو واژه نشان از دو نوع نگرش به انجام مراقبت می باشد.

مراقبت فعال شامل نظامی از گزارش دهی است که مسوولان اجرای طرح آن در مقاطع زمانی از مراکز ارائه خدمات مثل مطب پزشکان، بیمارستان هاو غیره بازدید به عمل می آورندتا موارد جدید از یک بیماری و یا بیماری های مختلف و یا مرگ ناشی از آنها را ثبت و گزارش کنند.

مراقبت غیر فعال ، از اطلاعات موجود در سوابق بیماری های قابل گزارش استفاده می شود. ممکن است گزارش موارد بیماری از مسوولین سلامت محلی خواسته شده باشد و یا ارسال گزارش منظم وقوع بیماری ها از برنامه های جاری مسوولان سلامت باشد

بیماری های قابل گزارش : هر سازمان ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی، تعدادی از انواع بیماری ها را به عنوان گزارش اجباری ، اعلام می نماید . مفهوم این واژه این است که قوانینی در کشور وجود دارد که گزارش موارد مربوط به آن بیماری را تاکید می نماید . بیماری های گزارش اجباری ، اکثرا بیماری های عفونی را در برگرفته اما می تواند شامل بیماری های غیرعفونی و حوادث نیز باشد . لیست بیماری های گزارش اجباری می تواند از هر کشوری به کشور دیگر و یا از هر منطقه ای به منطقه دیگر متفاوت باشد.

مراقبت براساس نتایج آزمایشگاهی : استفاده از نتایج تشخیص آزمایشگاهی برای بعضی از بیماری ها به عنوان مبنای داده های مورد استفاده در سیستم مراقبت، بسیار مفید است . مزایای استفاده از چنین روش هایی به این برمی گردد که تعداد زیادی از بیماران توسط پزشکان ، مورد معاینه قرار می گیرند و استفاده از روش های آزمایشگاهی تخصصی و نتایج آنها می تواند در نظام مراقبت مورد استفاده قرار گیرد.

نظام ثبت : معمولاً نظام ثبت شامل همه یا تعدادی از وقایع و بیماری ها می باشد . برای یک منطقه جغرافیایی مشخص مراکز ثبت به دقت ، اطلاعات مشروحی را از موارد بیماری با پیگیری های مستمر و یا استفاده از نتایج آزمایشگاهی یا داده های مطالعات اپیدمیولوژی فراهم می نمایند.
منابع گردآوری داده ها ی مراقبت، متنوع هستند ولی عمده آنها از مراکز ارائه خدمات دولتی و خصوصی همچون بیمارستان ها، مطب ها، آزمایشگاه ها و ... می باشند. از آنجایی که بیشتر این داده ها هنگام ارائه خدمت و توسط همان کسانی که خدمات را ارائه می دهند تولید می شود؛ به علاوه تعداد این واحدها در سطح کشور بسیار زیاد هستند و در نتیجه:

- نظام مراقبت باید ساده بوده و توسط کارکنانی که آموزش های ویژه ای ندیده اند اجرا شود.
- داده ها به ساده ترین روش ممکن و در حداقل مقدار لازم جمع آوری شوند.
- قابلیت اجرا و کم هزینه بودن از اصول ایجاد نظام مراقبت می باشند.

مطالعات (بررسی ها) : معمولاً بررسی های ادواری یا موردی به عنوان روشی جهت پایش رفتارهای مرتبط با بیماری ها، ویژگی های اشخاص که در ایجاد بیماری ها موثرند، دانش، نگرش و اثر رفتارهای بهداشتی، نحوه استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی و نیز گزارش های فردی موارد وقوع بیماری ها مورد استفاده قرار می گیرد.

تجزیه و تحلیل، تفسیر و گزارش داده های سیستم مراقبت

تجزیه و تحلیل : تجزیه و تحلیل داده ها عموما به صورت توصیفی و با استفاده از استانداردها و روش های اپیدمیولوژیک انجام می گیرد . جهت مقایسه بین گرو ه ها بالاخص در موارد ارزیابی گروه های کنترل برای مخدوش کننده ها در طراحی و اجرا ی بررسی ها لازم است از روش های تجزیه و تحلیل مقایسه ای پیشرفته استفاده نمود . یکی از نقش های مراقبت جهت تعیین تغییرات غیرعادی در وقوع بیماری ها تعیین مقادیر مورد انتظار می باشد . مقادیر تعیین شده به عنوان مورد انتظار و یا عدد مبنا در روندهای گذشته وقوع بیمار ی به عنوان معیار جهت سنجش تغییرات مربوط به بروزهای مشاهده شده در مطالعات جدید استفاده می شود.

تفسیر: در ارزیابی تغییرات حاصل از انجام مراقبت . اولین سوال این می تواند باشد که آیا این تغییرات واقعی است؟ تعویض کارکنان، تغییر در توجیه جامعه نسبت به بیماری و همچنین تغییرات در مراحل انجام مراقبت می

تواند در نتیجه تغییر بوجود آورد . مثلا به کار گیری یک فرم جدید، روش کدبندی، تعاریف و یا تغییرات درمسیر حرکت داده ها می تواند به تغییر نتیجه منجر شود.

انجام اقدامات : هدف از انجام مراقبت ، یافتن راه هایی برای پیشگیری از بیماری و مرگ غیرعادی می باشد . قبلا مشکلات، موانع و علل بوجود آورنده آنها تعیین شده اند. حال، باید اقداماتی را انجام داد که آن موانع حذف شوند .برای رفع هر کدام از عوامل موثر اقدام عملی لازم است.

- چه فعالیتی انجام می شود؟
- چه کسانی برای انجام اقدامات مسئول هستند؟
- تاریخ شروع و تکمیل اقدامات کی می باشد؟
- کجا و در چه مکان هایی اقدامات انجام خواهد شد؟
- روش های به کار گرفته اقدامات کدامند؟
- برای اجرای اقدامات چه منابعی استفاده خواهد شد؟

تهیه و ارائه گزارش: در اغلب کشورها سیستم های مراقبت در سطوح مرکزی طراحی شده اند. برای تجزیه و تحلیل و تفسیر کلی احتیاج به گزارش دهی منظم به همان سطح را دارند . مطمئن باشید گزارش های ار سالی موثر می باشند . قبل از تهیه گزارش اهداف سیستم مراقبت را مرور نمایید . گزارش تهیه شده لازم است به اهداف، سئوالات موضوعات و شاخص های سیستم مراقبت توجه نماید. جداول، نمودارها و نقشه ها را مجددا مرور نموده و از موثر بودن آنها در همراهی گزارش اطمینان حاصل نمایید .لازم است اطلاعات مفید انتخاب شده و در تهیه گزارش به کار گرفته شود. در هر گزارشی ذکر موارد زیر از اهمیت برخوردار می باشد:

تعداد موارد بیماری ، تعداد موارد مرگ و علت مشخص آنها، چگونگی روند بیماری، رخدادها در وقوع و توزیع بیماری، اهم اقدامات انجام شده، و اعلام پیشنهادهایی برای آینده . کلیه مستندات لازم ازجمله فرم های بررسی می باید ضمیمه گزارش باشد، همیشه یک نسخه از گزارش در نزد گروه مراقب مانده و اصل گزار شها به افراد مسئول در سیستم مراقبت ارسال می گردد.

فصل سیزدهم:

بررسی یک همه گیری

بررسی یک همه گیری

همه گیری یا طغیان عبارت است از رویداد موارد یک بیماری در یک جامعه معین به نحوی که به طور واضح از تعداد مواردی که معمولاً یا به طور طبیعی در آن جامعه دیده می شود، بیشتر باشد. بررسی یک اپیدمی، در حقیقت فعالیتی مهیج و جستجوگرانه در پزشکی و از جمله مهمترین وظایف پزشکان می باشد. فوریت هایی که به علت وقوع اپیدمی ها رخ می دهد یکی از درگیری های مهم متولیان سلامت در هر منطقه ای می باشد. اهداف بررسی اپیدمی ها عبارتند از:

- مشخص کردن بزرگی اپیدمی یا ابتلاء از نظر زمان، مکان و شخص
- تعیین شرایط خاص و عواملی که موجب بروز اپیدمی شده اند.
- شناسایی علت، منبع عفونت و راه های انتقال بیماری به منظور تعیین اقداماتی که برای کنترل اپیدمی لازم است.
- ارائه توصیه های لازم برای پیشگیری از عود مجدد اپیدمی

بررسی یک اپیدمی شامل یک سری گام ها می باشد، که این گام ها الزاماً ممکن است پشت سرهم نباشند، چرا که اولاً اغلب شرایطی پیش می آید که ممکن است در طی یک بررسی، تعدادی از گام ها به طور همزمان انجام شوند، و ثانیاً بررسی کنندگان معمولاً چندین سئوال را به طور همزمان مورد توجه قرار می دهند. با این حال "*تایید تشخیص*" و همچنین "*اثبات وجود همه گیری*" از مراحلی هستند که باید در مراحل اولیه هر گزارشی از احتمال وقوع همه گیری ها مورد توجه قرار گیرند.

گام اول: تایید تشخیص- اغلب اولین گزارش از یک اپیدمی یا طغیان توسط اشخاص غیر پزشک یا پیراپزشک به عمل می آید. معمولاً گزارش اولیه در قالب یک تشخیص خاص نیست، بلکه به صورت یک مجموعه ای از علائم و نشانه ها یا شکل سندرومیک (نظیر: طغیان اسهال و استفراغ، یا تب و بثورات جلدی) می باشد، و حتی گاهی ممکن است گزارش بیماری نادرست باشد و به علت سوء تعبیر از علائم و نشانه های مشاهده شده در بیماران حاصل شده باشد. بنابراین تایید تشخیص بیماری ضروری می باشد و لازم است تشخیص ها در همان منطقه و هرچه سریعتر به تایید برسد.

تایید تشخیص بیماری، معمولاً براساس پارامترهای بالینی، آزمایشگاهی و اپیدمیولوژیک می باشد، که مهمترین آنها پارامترهای بالینی می باشند. برای رسیدن به تشخیص لازم نیست که تمامی مبتلایان معاینه شوند، معاینه بالینی تعدادی از مبتلایان ممکن است کافی باشد. بررسی آزمایشگاهی، در صورت فراهم بودن شرایط انجام، در تایید تشخیص بیشترین استفاده را خواهند داشت. در عین حال در شرایط واقعی لازم نیست تمامی بیماران از نظر آزمایشگاهی بررسی شوند، بلکه انجام آزمایش در یک نمونه تصادفی شامل ۲۰ تا ۳۰٪ از بیماران که بیماری مشابه

دارند، کافی است. لازم به تاکید است در مواردی که با انجام آزمایشات برای تایید تشخیص بهره می گیریم، بررسی اپیدمیولوژیک نباید تا حصول نتایج آزمایشگاهی به تاخیر بیفتد.

در یک گزارش از وقوع یرقان در تعدادی از ساکنین یک روستا، ابتدا لپتوسپیروز (نوعی بیماری ناشی از اسپیروکت ها که به وسیله آب آلوده به ادرار حیوانات منتقل می شود) تشخیص داده شده بود. در مطالعات بعدی معلوم شد که هپاتیت عفونی بوده است. آزمایش های بعدی نشان دادند که دلیل این اشتباه در تشخیص، خراب بودن یکی از معرف های آزمایشگاهی مورد استفاده بوده است.

گام دوم: تایید اپیدمی- پس از اینکه صحت بیماری تایید گردید، در گام بعد باید اپیدمی بودن بیماری مورد بررسی قرار گیرد. همانگونه که قبلاً توضیح داده شد، اپیدمی عبارت است از وقوع بیماری که بوضوح بیش از حد انتظار باشد. بنابراین باید بروز بیماری را در جامعه مورد نظر محاسبه نمود و برای این کار کافی است تعداد موارد بیماری را بر جمعیت در معرض خطر تقسیم نمود، تا بروز بدست آید. در مرحله بعد میزان بروز بدست آمده را با میزان های مربوطه در همان جمعیت در سال های اخیر (سه سال گذشته) مقایسه می نماییم، تا مشخص آیا تعداد موارد بیماری افزایش یافته است یا خیر.

اغلب وجود اپیدمی های با منبع مشترک مثل وبا، مسمومیت غذایی و هپاتیت A نیازی به چنین مقایسه ای ندارند، چنین اپیدمی هایی به راحتی تشخیص داده می شوند.

گام سوم: ایجاد لیست اولیه از بیماران – تهیه لیست خطی از بیماران براساس خصوصیات آنها به ارائه تعریف اولیه از بیماری/ سندرومی که به صورت اپیدمی رخ داده است، به مشخص نمودن جمعیت در معرض خطر، و تعریف اولیه از دینامیک انتقال همه گیری کمک می کند. در این لیست مشخصات دموگرافیک بیماران و علائم و مشخصات بیماری و زمان های مربوط به آغاز بیماری ثبت می گردد. (شکل۱)

ردیف	نام بیمار	سن	جنس	آدرس محل سکونت	آدرس محل کار	تاریخ / زمان شروع علائم	علائم / نشانه های اصلی	نام / آدرس مرکز پزشکی و تاریخ پذیرش یا گزارش

شکل۱- لیست اولیه بیماران

گام چهارم: تعریف جمعیت در معرض خطر- با مشخص شدن جمعیت عمومی که بیماران از آن می آیند براساس لیست خطی اولیه و جزئیات بعدی که از بیماران بدست آمده و در برگه های اپیدمیولوژیک بیماران ثبت شده است، می توان با شیوه ای مشخص، جمعیت منبع و در معرض خطر را تعریف نمود. جمعیت در معرض خطر می تواند به صورت ساکنین روستای حسن آباد، شرکت کنندگان در جشن عروسی، سربازان ساکن در پادگان، و . . . تعریف شوند. هر قدر جمعیت منبع به طور شفاف و روشن تعریف شود، نتایج بهتری از بررسی بدست خواهد آمد. داشتن اطلاعات از تعداد جمعیت در معرض خطر و زیر گروه های آن (از نظر سن، جنس، ...) در مراحل بعدی می تواند به محاسبه میزان های حمله (Attack rates) در گروه ها و زیر گروه های جمعیت کمک نماید.

در مواردی که بیماری در یک منطقه جغرافیایی به وقوع پیوسته با استفاده از نقشه ها ی دقیق منطقه می توان جمعیت در معرض خطر را بهتر مشخص نمود.

گام پنجم: ارائه تعریف دقیق بیماری – برای شناسایی همه بیماران از جمله کسانی که به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نکرده اند، به صورت همزمان و در منطقه تعریف شده، لازم است بررسی پزشکی انجام شود و اغلب برای انجام این کار، تعدادی از پرسنل پزشکی و پارامدیکال درگیر می شوند. بنابراین مهم است که افراد تیم جستجو تعریفی از بیماری ارائه دهند که به اندازه کافی حساس باشد (همه افرادی که بیماری مدنظر را دارند را شامل شود، هرچند که ممکن است تعدادی از آنهایی که واقعاً بیماری را ندارند را نیز دربرگیرد)، و همچنین به اندازه کافی اختصاصی باشد (همه افرادی که بیماری مدنظر را ندارند را شناسایی نماید، اگرچه ممکن است بسیاری از موارد خفیف یا مبهم بیماری را شناسایی نکند). تعریف بیماری باید به گونه ای باشد که تعادل مناسبی بین حساسیت و ویژگی وجود داشته باشد. به منظور اطمینان از یکنواختی تعریف بیماری در طول تحقیقات لازم است، تعریف استاندارد مناسب از بیماری ارائه گردد. برای مقاصد عملی بهتر است تعاریف به ۳صورت مشکوک (Suspect) ، احتمالی (Probable) و قطعی (Definite) ارائه گردند. در شروع تحقیقات، در حالیکه فرضیه ها ایجاد می شوند، بهتر است که تعریف بیشتر حساس باشد و در مراحل بعدی که فرضیه ها بازنگری می شوند یا آزمایش می شوند، ممکن است تعاریف اختصاصی تر شوند و تعریف مورد مشکوک حذف گردد.

گام ششم: ایجاد برگه های اپیدمیولوژیک موارد ابتلاء (Epidemiologic case sheet)– این برگه در حقیقت توسعه یافته لیست موارد بالینی می باشد که در آن برای هر بیمار جزئیات پرسنلی و بالینی وارد می شود. بعلاوه ، جزئیات مربوط به کلیه فاکتورهایی که مرتبط با نحوه انتقال در یک دوره که معادل دامنه دوره کمون می باشد، تاریخ / زمان شروع علائم بیماری نیز ثبت شده است. برحسب نوع بیماری رخ داده، اطلاعاتی که ثبت می گردد می تواند متفاوت باشد. به طور کلی در بسیاری از موارد این اطلاعات شامل موارد زیر می باشند: تاریخچه سفر، سابقه مواجهه قبلی، تماس شخص در خانه، محل کار، مدرسه یا دیگر مکان ها، یا اتفاقات مهم مثل شرکت در مهمانی یا گردهمایی ها، تاریخچه تزریق یا دریافت فراورده های خونی، و غیره.

برای مثال، در یک طغیان وبا، برگه اپیدمیولوژیک شامل خصوصیات فردی، اشکال بالینی، نتایج بررسی های آزمایشگاهی، و جزئیات مربوط به تمام وعده های غذایی، غذاهای گاه به گاه، میان وعده ها، منابع آب و نوشیدنی ها و ... که توسط فرد طی یک تا ۵ روز قبل از شروع علائم مصرف شده است، می باشد. همچنین در این صفحه جزئیات مربوط به مسافرت ها و مناطقی که در یک تا پنج روز قبل از شروع علائم در آن حضور داشته اند، ثبت می شود.

گام هفتم: سازماندهی بررسی آزمایشگاهی– یک گام خیلی مهم در بررسی اپیدمی، بررسی های آزمایشگاهی است که طیف وسیعی از بررسی ها را در برمی گیرد. این بررسی ها شامل جمع آوری، ذخیره و ارسال نمونه های بدن (خون، CSF، مدفوع، سواب حلق، سواب رکتال، ...)، نمونه های محیطی (آب، غذاهای مصرف شده)، نمونه های حشره(نظیر پشه های بالغ و لارو، ...) و نمونه های حیوانی می باشد. مطلوب این است که تمام آیتم ها (نمونه ها) مورد نیاز برای بررسی آزمایشگاهی متناسب با بیماری مدنظر مورد بررسی آزمایشگاهی قرار گیرند.

گام هشتم: ارزیابی عوامل اکولوژیک- برای اجرای اقدامات مناسب جهت جلوگیری از انتقال بیشتر بیماری باید بررسی شرایط موجود انجام شود. عوامل اکولوژیک که اپیدمی را ممکن می سازند باید مورد بررسی قرار گیرند. تعدادی از این عوامل عبارتند از: وضعیت بهسازی محیط غذاخوری ها، چگونگی تهیه آب آشامیدنی و شیر، شکستگی در سیستم تامین آب، حرکات جمعیت های انسانی، تغییرات جوی مثل دما، رطوبت، آلودگی هوا، دینامیک جمعیت حشرات و مخازن حیوانی. از طریق مرتبط نمودن بیماری با عوامل محیطی می توان منبع یا منابع عفونت، مخازن و نحوه انتقال بیماری را شناخت.

گام نهم: تماس با مسئولین اداری و فنی و ارائه گزارش – توضیح اهداف و الزامات به مسئولین محلی و اداری در منطقه ای که اپیدمی رخ داده است، برقراری ارتباط با آنها و کاستن از دغدغه های آنها بسیار مهم می باشد. با این شیوه، می توان بسیاری از اطلاعات را با کمترین مقاومت ها بدست آورد. همچنین برقراری ارتباط با مسئولین بهداشت عمومی مطلوب می باشد، چراکه بخش عمده ای از تحقیقات به احتمال زیاد با سیستم های مهندسی بهداشت عمومی نظیر تامین آب، دفع فضولات و ... با آنها مرتبط می باشد. نقشه طرح تامین آب و سیستم فاضلاب را باید از مهندسین و مسئولین اداری بدست آورد.

گام دهم: تجزیه و تحلیل داده ها– پس از انجام مراحل اولیه، محقق باید داده های لازم را جمع آوری نماید و در برگه های اپیدمیولوژیک جزئیات مربوط به هر بیمار را ثبت نماید. سپس داده های جمع آوری شده باید تجزیه و تحلیل گردند، که برای این کار باید از پارامترهای اپیدمیولوژیک یعنی زمان، مکان و شخص استفاده شود.

الف) زمان- باید توزیع زمانی موارد بیماری را آماده کرد و منحنی اپیدمی (Epidemic curve) را رسم کرد. الگوی زمانی مشاهده شده یک همه گیری می تواند مدرک محکمی برای نحوه شروع و انتشار همه گیری به دست دهد (شکل۲). منحنی اپیدمی ممکن است پیشنهاد کننده موارد زیر باشد:

- ارتباط زمانی مواجهه با عامل مورد شک
- آیا این اپیدمی یک اپیدمی با منبع مشترک است یا اپیدمی پیشرونده
- آیا این اپیدمی الگوی فصلی دارد یا چرخشی

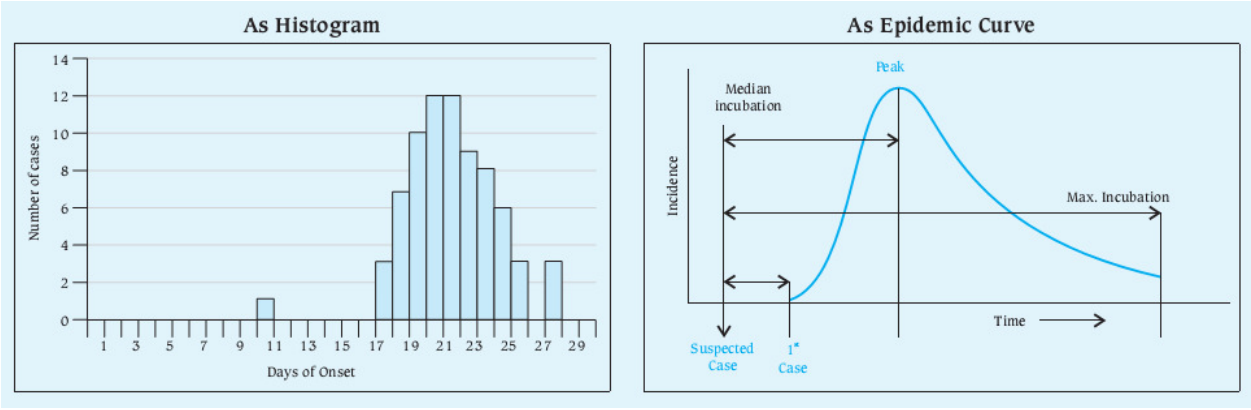
ب) مکان- یک نقشه علامت گذاری شده (Spot map) که نشان دهنده توزیع مکانی است، از بیماران و در صورت امکان از ارتباط آنها با منابع احتمالی عفونت مثل منبع آب، آلودگی هوا، و غیره تهیه شود. تجزیه و تحلیل جغرافیایی ممکن است شواهدی در مورد منبع عفونت و نحوه انتقال آن ارائه کند (شکل۳).

ج) شخص- داده های مربوط به سن، جنس، شغل و دیگر عوامل احتمالی باید تجزیه و تحلیل شوند. میزان های حمله و کشندگی برای کسانی که در معرض خطر قرار گرفته اند و کسانی که قرار نگرفته اند براساس عوامل مربوط به میزبان باید مشخص شود.

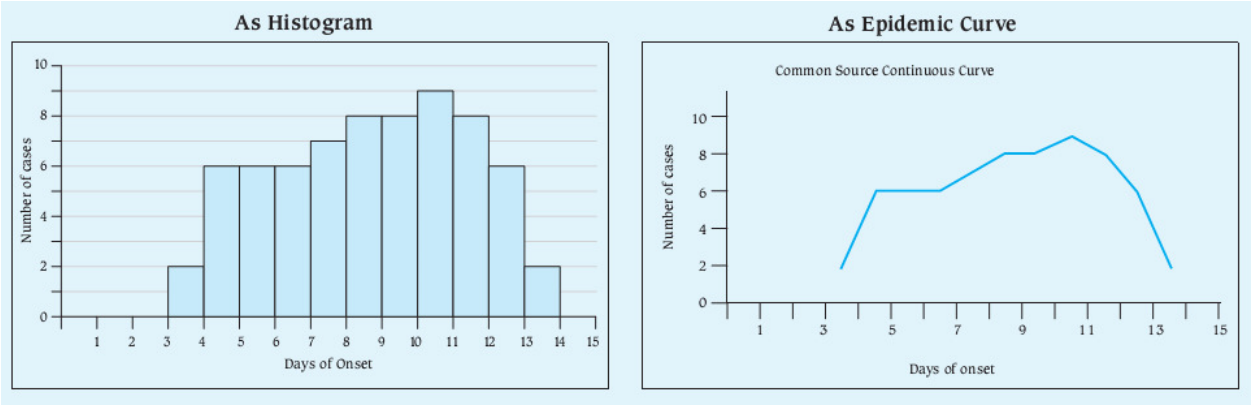
گام یازدهم: تنظیم فرضیه و آزمون آن- با استفاده از خصوصیات توصیفی نظیر توزیع زمان، مکان و شخص یا مدل عامل بیماری زا- میزبان – محیط زیست فرضیه ای تنظیم می شود تا اپیدمی را در قالب اصطلاحات زیر توصیف نماید: ۱- منبع احتمالی، ۲- عامل مسبب بیماری، ۳- راه انتقال احتمالی، ۴- عوامل محیطی که باعث شده اند اپیدمی رخ دهد.

در مرحله بعد باید فرضیه های ارائه شده را از طریق انجام آزمون های آماری بررسی نمود. به همین منظور مقایسه جمعیت بیمار (موارد) را با جمعیت سالم (شاهد) از نظر تماس با منبع بیماری به عمل می آید. در مواردی با محاسبه میزان های حمله در گروه های مختلف مواجهه یافته و مواجهه نیافته برای هر یک از عوامل مشکوک، می توان مشخص نمود کدام فرضیه با همه حقایق شناخته شده تطابق دارد. بدیهی است که با پایان یافتن بررسی، تنها یک فرضیه – و فقط یک فرضیه – است که با شواهد و حقایق بدست آمده مطابقت دارد.

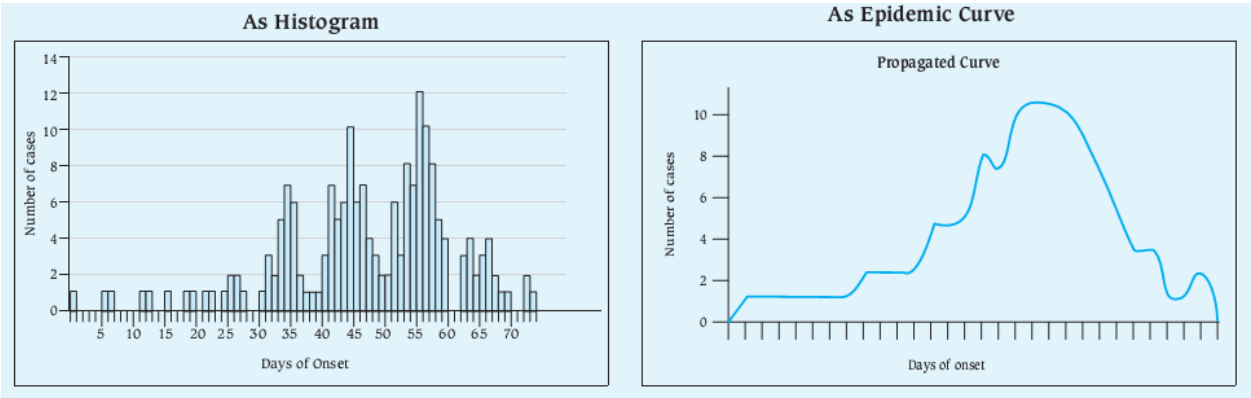
A) نمودار اپیدمی تماس مشترک لحظه ای



B) نمودار اپیدمی تماس مشترک مستمر



C) نمودار اپیدمی پیشرونده



شکل ۲- انواع نمودارهای اپیدمی



شکل۳- نقشه اپیدمی – نقشه قسمتی از شهر لندن که بر روی آن موارد مرگ ناشی از وبا در اپیدمی ۱۸۵۴ به صورت نقطه مشخص شده است.

گام دوازدهم: نوشتن گزارش- در پایان بررسی معمولاً گزارشی تهیه و به مقامات ذی صلاح تسلیم می شود. چنین گزارش هایی باید کامل و متقاعد کننده باشند و معمولاً دارای شرحی درباره عواملی که منجر به ایجاد همه گیری شده است و ارزشیابی اقدامات به عمل آمده برای کنترل همه گیری است. ممکن است اجرای اقدامات کنترل بیماری در آغاز همه گیری به صورت موقت و برپایه واقعیات معلوم بیماری باشد. در مراحل بعدی این اقدامات ممکن است براساس یافته های جدید که در خلال بررسی بدست آمده اند، تغییر کرده و یا با اقدامات دیگر جایگزین شوند. در پایان گزارش، توصیه هایی برای جلوگیری از تکرار چنین واقعه ای در آینده ارائه می گردد.

منابع:

۱- درسنامه طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی، جلد اول، ک. پارک، ترجمه دکتر خسرو رفایی شیرپاک.

2. Bhalwar R., Investigations of an Epidemic, in: Bhalwar R, Valdya R, Tilak R, Gupta R, Kunte R, Textbook of Public Health and Community Medicine,Department of Community Medicine, Pune, 2009:184-196.

فصل چهاردهم :

ارتقای سلامت و شیوه زندگی سالم

ارتقای سلامت و شیوه زندگی سالم

تعریف ارتقای سلامت:

اگر بخواهیم یک تعریف ساده از ارتقای سلامت داشته باشیم، ارتقای سلامت عبارت است از "فرآیند توانمندسازی مردم در شناخت و کنترل عوامل تاثیرگذار بر سلامت فردی و اجتماعی و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای سلامت محور و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم". بنابراین، "ارتقای سلامت"، علم و هنر کمک به مردم برای ایجاد تغییر شیوه زندگیشان برای داشتن یک وضعیت سلامت پایدار می باشد.

در واقع در مورد مباحث ارتقای سلامت می بایستی به سه حوزه مهم توجه شود:

۱. سلامت جامعه

۲. پیشگیری از بروز بیماری های مزمن و واگیر

۳. کاهش بروز خطرات

چهارچوب برنامه های ارتقای سلامت:

تیم سلامتی که در یک مرکز بهداشتی درمانی مشغول ارائه خدمت هستند باید علاوه بر ارائه خدمات به بیماران، بر روی افراد سالم نیز مداخلاتی را انجام دهند تا میزان بروز بیماری ها (مزمن و غیر مزمن) در آنها کاهش و وضعیت سلامت آنها هر روز بهتر گردد. علاوه بر این چشم انداز کلی برنامه های ارتقای سلامت تمرکز بر ارتقای وضعیت سلامت افراد جامعه می باشد و اعتقاد بر این است که با ارتقای وضعیت سلامت افراد یک جامعه می توان سطح سلامت کل جامعه را بهبود داد. بنابراین با این دیدگاه، شناسایی و ارزیابی وضعیت سلامت افراد، آموزش مهارت های ارتقای سلامت و اقداماتی که لازم است در سطح جامعه برای ارتقای وضعیت سلامت کل افراد جامعه صورت گیرد، به عنوان نکات مهم اولیه در برنامه ریزی های ارتقای سلامت می بایستی مورد توجه قرار گیرند. همچنین در چهارچوب برنامه های ارتقای سلامت، محیط های فیزیکی و اجتماعی پیرامون ما به عنوان ابزاری حمایت کننده برای ارتقای وضعیت سلامت جامعه مطرح می باشند.

در واقع در چهارچوب برنامه های ارتقای سلامت ، از دیدگاه پزشکی و دیدگاه رفتارهای سلامت محور سعی می گردد تا سلامت افراد سالم ارتقا یابد. به علاوه این که از طرف دیگر با استفاده از دیدگاه های اجتماعی و محیطی سعی می شود تا محیط ها و جوامع سالم ایجاد گردد.

تعریف شیوه زندگی

تعریف سازمان جهانی بهداشت از شیوه زندگی عبارت است از: "شیوه زندگی راهی برای زندگی بر اساس الگوهای قابل تعریف رفتار است که از طریق تعامل بین ویژگی‌های فردی مردم و روابط اجتماعی آن ها و نیز شرایط زندگی اجتماعی، اقتصادی و محیطی مربوطه تعیین می‌شود." به بیان دیگر "شیوه زندگی"، از دیدگاه مراقبت های سلامتی پیشگیرانه، نشان دهنده الگوهای رفتاری است که ما به طور معمول اتخاذ می کنیم و روشی است که ما زندگی روزمره خود را بدان طریق می گذرانیم مگر اینکه بنا به اجبار برخی از محرک های خارجی مجبور به تغییر آن شویم. اگر از بعد پزشکی پیشگیری به شیوه زندگی بنگریم، اجزای اصلی شیوه زندگی ناسالم عبارتند از: فقدان فعالیت فیزیکی، عادات غذایی نادرست، مصرف تنباکو، مصرف الکل، استرس روحی روانی، بی توجهی به ایمنی شخصی در زمینه:حوادث، بهداشت فردی، رابطه جنسی .

تغذیه

یک رژیم غذایی سالم در طول زندگی نقش مهمی در پیشگیری از انواع سوء تغذیه و بیماریهای مزمن نظیرچاقی، دیابت، بیمار ی قلبی، سکته مغزی و سرطان دارد. برای آنکه نیازهای یک فرد به مواد مغذی تامین گردد، می بایست از یک رژیم غذایی صحیح پیروی نماید و این بدان معنا است که چه اندازه و چه میزان از مواد غذایی را باید مصرف نماید. تغذیه درست از مهمترین اصول حفظ سلامت در تمامی گروه های سنی است. اصول تغذیه ای میانسالان نیز تابع اصول کلی تغذیه است که هر فرد روزانه باید از چهار گروه اصلی مواد غذایی استفاده کند. این گروه ها عبارتند از :

- گروه نان و غلات
- گروه میوه ها و سبزی ها
- گروه گوشت و حبوبات و مغزها و تخم مرغ
- گروه شیر و لبنیات

برای آنکه یک فرد سالم بماند، بایستی رژیم غذایی او به یک رژیم غذایی سالم همچنین با کفایت نزدیک باشد. کفایت رژیم غذایی، تامین تمام نیازهای تغذیه ای فرد بر حسب سن و جنس وی می باشد. برای داشتن یک رژیم غذایی با کفایت رعایت سه اصل تعادل، تنوع و تناسب ضروری است. بهترین راه اطمینان از رعایت این اصول در رژیم غذایی استفاده از هرم غذایی می باشد. هرم یا مثلث غذایی یک راهنمای غذایی روزانه بررای افراد است که تعادل ، تنوع و میزان سهم مورد نیاز گروه های غذایی را نشان می دهد. منظور از یک سهم در هر گروه غذایی مقداری از غذا است که دارای ارزش مشابه با سایر مواد همان گروه باشد. بطور مثال یک لیوان شیر از گروه لبنیات از نظر ارزش غذایی معادل یک لیوان ماست از همان گروه است .

یک رژیم غذایی سالم که در آن اصل تعادل، تنوع و تناسب رعایت شده باشد از ویژگیهای زیر برخورداراست: ا ستفاده از همه گروههای غذایی هرم، ا ستفاده از همه مواد غذایی هر یک از گروههای غذایی، جا یگزین نکردن گروههای غذایی به جای یکدیگر، ا ستفاده از تعداد واحدهای توصیه شده برای هر یک از گروههای غذایی، مصرف روزانه همه گروههای غذایی، استفاده متنوع از مواد غذایی هر گروه.

گروه غذایی	اندازه هر واحد	میزان توصیه شده روزانه
نان و غلات	انواع نان: ۳۰ گرم یا یک برش ۱۰ × ۱۰ سانتی متر (نان لواش: ۴ برش)/ نصف لیوان برنج پخته یا ماکارونی پخته یا غلات خام (گندم، جو)/ ۳ عدد بیسکوییت ساده/ یک عدد متوسط سیب زمینی	۱۱ – ۶ واحد
سبزیها	یک لیوان سبزی های خام برگ دار = نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده = نصف لیوان سبزیهای نشاسته ای (نخود سبز، باقلا سبز، ذرت)، لوبیای سبز و هویج خردشده = یک عدد متوسط گوجه فرنگی؛ هویج؛ خیار؛ پیاز خام	۵ – ۳ واحد
میوه ها	یک عدد متوسط (سیب، موز، پرتقال، گلابی، هلو، کیوی، شلیل) = نصف لیوان میوه های ریز مانند توت، انگور و انار = ۲ عدد نارنگی = نصف 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 آبمیوه تازه و طبیعی	۴ – ۲ واحد
شیر و لبنیات	یک لیوان شیر یا ماست = ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر معمولی (یک و نیم قوطی کبریت) = یک چهارم لیوان کشک = ۲ لیوان دوغ = یک و نیم لیوان بستنی ساده وانیلی	۳ – ۲ واحد
گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزها	۶۰ گرم انواع گوشت (دوتکه خورشتی متوسط معادل دو قوطی کبریت) = نصف ران یا یک سوم سینه مرغ = یک تکه ماهی به اندازه یک کف دست = دو عدد تخم مرغ = نصف لیوان حبوبات پخته، یک سوم لیوان انواع مغزها مانند گردو، پسته، فندق، بادام و ...	۳ – ۲ واحد
گروه متفرقه*	یک قاشق مرباخوری روغن مایع یا جامد (۵ گرم)	حداقل میزان
	یک قاشق مربا خوری شکر یا مربا (۵ گرم)	حد اقل میزان

با توجه به نقش مخرب عادات غذایی ناسالم در سلامت میانسالان، توصیه های تغذیه ای در دوران میانسالی که در بسته خدمات سلامت میانسالان مورد توجه قرار گرفته است، شامل موارد زیرمی باشد:

- عدم استفاده از چربی های مضر در رژیم غذایی

- تامین کلسیم از طریق مصرف گروه شیر و لبنیات

- تامین آنتی اکسیدانها، ویتامینها و فیتوکمیکالها از طریق مصرف گروه میوه ها و سبزیها

- تامین ویتامین د با استفاده از مکمل ویتامین د

- مصرف ماهی ۲ بار در هفته،

- مصرف حبوبات به اندازه کافی(حد اقل هفته ای دوبار)

- مصرف تخم مرغ به اندازه کافی(حد اقل هفته ای دو بار)

- ا ستفاده از مواد غذایی تازه، طبخ بخارپز و کبابی و تنوری به جای سرخ کردنی ها،

- جا یگزین نمودن دوغ، آبمیوه های طبیعی و شربتهای گیاهی خانگی و مخصوصا مصرف روزانه ۶ تا ۸ لیوان آب به جای نوشیدنی های گازدار (کولاها، ماء الشعیر، دوغ گازدار)و آبمیوه های صنعتی

- ا ستفاده از چاشنی هایی مانند سرکه، آبلیمو، سیر، پیاز، سبزیهای معطر و سایر ادویه ها به جای نمک و کاهش مصرف نمک و حذف نمکدان از سفره غذایی، کاهش استفاده از غذاهای شور و نمک سود

- عدم استفاده از سوسیس؛ کالباس؛ پیتزا؛ فست فود؛ ذرت مکزیکی؛ سیب زمینی سرخ کرده به عنوان غذای رایج

ورزش و فعالیت جسمانی

برای ورزش و فعالیت جسمانی فواید زیادی بیان می شود. بیشتر این فایده ها وقتی به فرد می رسد که فعالیت های ورزشی منظم باشند. بیان فواید ورزش باعث نگرش مثبت و انگیزه در فرد می شود. بطور کلی فواید ورزش عبارت است از :

سلامت قلب و عروق ، سلامت عصبی و روانی ،تاثیر بر عملکرد عصبی روانی شامل بهبود خواب ، بیماریهای خلقی مثل افسردگی و عملکرد اجتماعی افراد سلامت دستگاه گوارش، سلامت عضلات و استخوان ها، تنظیم قند خون و بیماری دیابت، تاثیر بر پروفایل چربی خون، کمک به درمان پرفشاری خون، کاهش برخی سرطان ها مثل سرطان روده بزرگ و پستان ، کاهش یبوست، افزایش قدرت عضلانی ، افزایش چابکی بدن ، افزایش تعادل بدن ، افزایش قدرت و استحکام استخوان ها و کاهش احتمال زمین خوردن و شکستگی ناشی از آن، پیشگیری از پوکی استخوان، افزایش کیفیت زندگی، کمک به کار و خلاقیت ، حفظ تعادل و تناسب وزن و کاهش هزینه های زندگی و بیماری و در نهایت کاهش مرگ و میر.

نوع فعالیت جسمانی:

انتخاب نوع ورزش با توجه به شرایط جسمی و علایق فرد و امکانات موجود می تواند انجام شود. بهترین حالت زمانی است که فرد به ورزشی علاقه داشته باشد که برای شرایط جسمی اش مناسب باشد و قابل انجام باشد. ورزش ها می توانند بصورت گروهی و یا فردی انجام شوند که هر کدام مزایای خاص خود را دارند. پیاده روی با شدت متوسط و مدت کافی، یک فعالیت جسمانی ارزان،کامل و مناسب برای گروه سنی میانسال می باشد.

مدت انجام فعالیت ورزشی :

همانطور که گفتیم ورزش مفید ، ورزشی است که منظم باشد. کسانی که بطور منظم سه روز در هفته و هر بار حداقل ۳۰ دقیقه ورزش کنند، از اثرات مفید ورزش می توانند بهره برداری کنند. البته چون در گروه میانسالان بیشتر فعالیت های ورزشی با شدت متوسط توصیه می شود ، برای حداکثر بهره برداری از فواید ورزش بهتر است حداقل ۵ روز در هفته هر بار بمدت ۳۰ دقیقه یا ۳ روز در هفته و هر بار یک ساعت ورزش کنند.

شدت فعالیت ورزشی:

در گروه میانسالان معمولاً فعالیت های ورزشی با شدت متوسط توصیه می شود. شدت فعالیت ورزشی بر اساس میزان افزایش ضربان قلب و ظرفیت هوازی افراد تعیین می شود. اما بطور ساده و کاربردی ، فرد باید بگونه ای فعالیت ورزشی انجام دهد که در طی ۲۰ تا ۶۰ دقیقه فعالیت ورزشی خود، بتواند حرف بزند. معمول ترین نوع ورزشی که که همه جا قابل انجام می باشد ، پیاده روی تند است. پیاده روی تند ۲.۵ تا ۳ کیلومتر در ظرف نیم ساعت نمونه ساده و رایج یک ورزش با شدت متوسط است. مثلاً به فردی که مایل به پیاده روی است توصیه می کنیم ، یک مسافت ۱۵۰۰ متری را در ظرف نیم ساعت برود و برگردد .

برای کسی که برای اولین بار ورزش را شروع می کند ، شدت ورزش را بتدریج افزایش می دهیم. مثلاً ابتدا با سرعت کمتر و سپس با سرعت بیشتر پیاده روی کند و یا اول سر پائینی را پیاده برود و برگشتن وسیله نقلیه استفاده کند. پس از آن در جاده کفی برود و مراحل بعدی سر بالائی برود.

توجه: در صورت داشتن حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در ۵ روز هفته، یا ۱۵ دقیقه فعالیت بدنی با شدت زیاد در ۳ روز هفته، وضعیت فعالیت جسمانی فرد مطلوب است.

استعمال دخانیات

در تعریف سازمان جهانی بهداشت، فرد سیگاری به کسی اطلاق می شود که حد اقل ۱۰۰ نخ سیگار در طول مدت عمر خود مصرف کرده باشد و در حال حاضر هم سیگار می کشد یا در مورد قلیان و چپق و پیپ، ۲۰ اونس(بیش از ۵۰۰ گرم) توتون مصرف کرده و در حال حاضر هم مصرف آن را ادامه می دهد.
فرد سیگاری که ۲۴ ساعت با اراده شخصی ماده دخانی را مصرف نکند، فرد ترک کرده محسوب می شود.
مصرف قلیان که متاسفانه رواج زیادی در جامعه یافته است، سلامتی افراد را در معرض خطر قرار می دهد. مقدار نیکوتین موجود در یک وعده کشیدن قلیان با مقدار نیکوتین موجود در یک بسته کامل سیگار برابری می کند. هر پکی که به قلیان زده می شود تقریبا ۴۰ برابر یک پک سیگار، دود به ریه فرد می رساند. دود استنشاق شده از قلیان، نه تنها همه ی مواد سرطان زای دود سیگار را دارا است، بلکه مونوکسیدکربن بیشتری (در حدود ۱۰ برابر) هم دارد.

ایمنی شخصی

ایمنسازی: مهمترین واکسنی که به طور روتین در برنامه کشوری واکسیناسیون برای گروه سنی میانسالان تزریق می شود، واکسن دوگانه یا واکسن دیفتری و کزاز است. واکسن مهم دیگر واکسن هپاتیت" ب "می باشد که در گروههای پرخطر تزریق می شود. همچنین واکسن انفلوانزا بر اساس دستورالعمل کشوری برای گروههای در معرض خطر و واکسنهای دیگر بر حسب نیاز و به تشخیص پزشک تجویز یا توصیه می شود.
مواجهه با عوامل زیان آور شغلی: گروه سنی هدف میانسالان غالبا نیروی کار جامعه محسوب شده و ممکن است به دلیل نوع شغل و وظایفی که در شغل خود به عهده دارند، در معرض خطر مواجهات شغلی بوده و در معرض خطر بیماریهای ناشی از کار محسوب شوند. فاکتورهای زیان آور در محیط کار افراد به چهار گروه عمده تقسیم می شوند که عبارتند از : عوامل زیان آور فیزیکی، عوامل زیان آور شیمیایی، عوامل زیان آور بیولوژیکی و عوامل زیان آور ارگونومیک در رابطه با هر شغلی باید بررسی شود که کدام گروه از این عوامل در آن شغل وجود دارند.
مهمترین عوامل فیزیکی زیان آور در محیط کار عبارتند از :گرما، سرما، سروصدا، افزایش و کاهش فشار و ارتعاش در محیط کار و اشعه های یونیزان و غیر یونیزان است.
مهمترین عوامل شیمیایی مورد نظر در محیط کار وجود دارند و تعدادشان بسیار زیاد است که بسیاری از این مواد حتی اثراتشان شناخته شده نیست اما یک سری از موادی که پرمصرف تر هستند مانند گروه هایی از فلزات و حلال ها اثراتشان شناخته شده است.
عوامل بیولوژیک زیان آور در محیط کار شامل قارچ ها، باکتری ها و ویروس ها می باشند که در بعضی مشاغل و عمدتاً مشاغلی که افراد در آن با مواد دفعی انسانها، حیوانات یا با گیاهان سرو کار دارند بیشتر دیده می شود.
گروه بعدی عوامل ارگونومیک هستند که مرتبط با طراحی محیط کار ، شکل انجام کار و وسایل مورد استفاده در محل کار، اشاره کرد، در صورت عدم تناسب موارد فوق با شرایط فرد شخص دچار اختلالات مختلف از جمله ناراحتی های اسکلتی عضلانی می شود.

سلامت روان

اهمیت سلامت روان و تاثیر آن بر عملکرد فردی و اجتماعی اشخاص بر کسی پوشیده نیست. در میانسالان بویژه در زنان میانسال مشکلات عمده سلامت روان شامل افسردگی، اضطراب ، اختلال خواب و اختلال عملکرد جنسی است. اختلال حافظه و شناخت در این گروه سنی معمولاً بدنبال اختلال اضطراب و یا افسردگی روی می دهد.

مفهوم سلامت روان شامل رفاه ذهنی، احساس خودتوانمندی، خودمختاری، کفایت، درک هم بسگی بین نسلی و توانایی تشخیص استعدادهای بالقوه هوشی و عاطفی در خود است. به گونه ای دیگر می توان گفت: سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی هایش را باز می شناسد و قادر است با استرس های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و به عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد. سلامت روان به همه ما مربوط است نه فقط به کسانی که از بیماری های روانی رنج می برند. هیچ گروهی از بیماری روانی مصون نیست. البته باید اذعان داشت که در افراد بی خانمان، تهیدستان، افراد بیکار و با سطح تحصیلات پایین، کسانی که قربانی خشونت بوده اند،

مهاجران و پناهندگان، کودکان و نوجوانان، زنانی که مورد سوءاستفاده قرار گرفته اند و در افراد مسن که مورد غفلت و بی توجهی واقع شده اند، بیش تر دیده می شود.

فرد سالم نه تنها باید بیماری جسمی نداشته باشد بلکه باید دارای سلامتی و تعادل در حالات عاطفی، روانی، رفتاری، روابط و شرایط اجتماعی نیز باشد. همچنان که فردی که از نظر جسمی در سلامت کامل بسر می برد توانایی رسیدگی به کارهای روزمره خود را دارا می باشد، افراد سالم از نظر روان نیز می تواند از تمامی توانمندی و استعدادهای خود به خوبی بهره ببرد، روابط اجتماعی و خانواد گی درستی داشته باشد، با فشارها و استرس های روزمره زندگی بطور مؤثر کنار بیاید، و دارای کارکرد مناسب در تمامی جنبه های زندگی خود از جمله جنبه های شغلی و تحصیلی باشد.

فرد سالم باید بتواند از زندگی خود لذت ببرد و دارای خلاقیت، شکوفایی، احترام به ارزشهای اجتماعی، صفات اخلاقی و آرامش باشد . سلامت و شادی با یکدیگر ارتباط دارند. فقدان شادمانی استرس زاست و استرس می تواند بیماریهای خطرناکی تولید کند. شناسایی به موقع و زودرس اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی موجب میشود که اقدامات درمانی بهتر و سریعتر به نتیجه برسد. اما اگر در بدو ابتلاء به اختلالات، اختلال فرد شناسایی و درمان نشود، این اختلال مزمن می شود زیرا این اختلال نسبت به درمان مقاوم خواهد شد و شناسایی و درمان دیرهنگام موجب میشود فرد بیمار آسیبهای زیاد و جبران ناپذیری را بعلت بیماری خود متحمل شود.

فصل پانزدهم :

برنامه تنظیم خانواده

برنامه تنظیم خانواده

روش های پیشگیری از بارداری : خانم های ۱۵ تا ۴۹ ساله در هر جمعیتی که به عنوان خانم های سنین باروری در نظر گرفته می شوند با توجه به شرایط خاصی که دارند نیازمند توجه بیشتر می باشند. استفاده از روش های پیشگیری از بارداری یکی از مباحث مهم مرتبط با سلامت باروری در این گروه سنی است .در نظام سلامت خانم های متاهل ۱۵ تا ۴۹ ساله که واجد شرایط باشند گروه هدف استفاده از روش های پیشگیری از بارداری هستند.(خانم هایی که قصد بارداری داشته باشند، باردار باشند،هیسترکتومی شده باشند،دچار یائسگی زودرس باشند و نازایی قطعی داشته باشند در این گروه قرار نمی گیرند.)

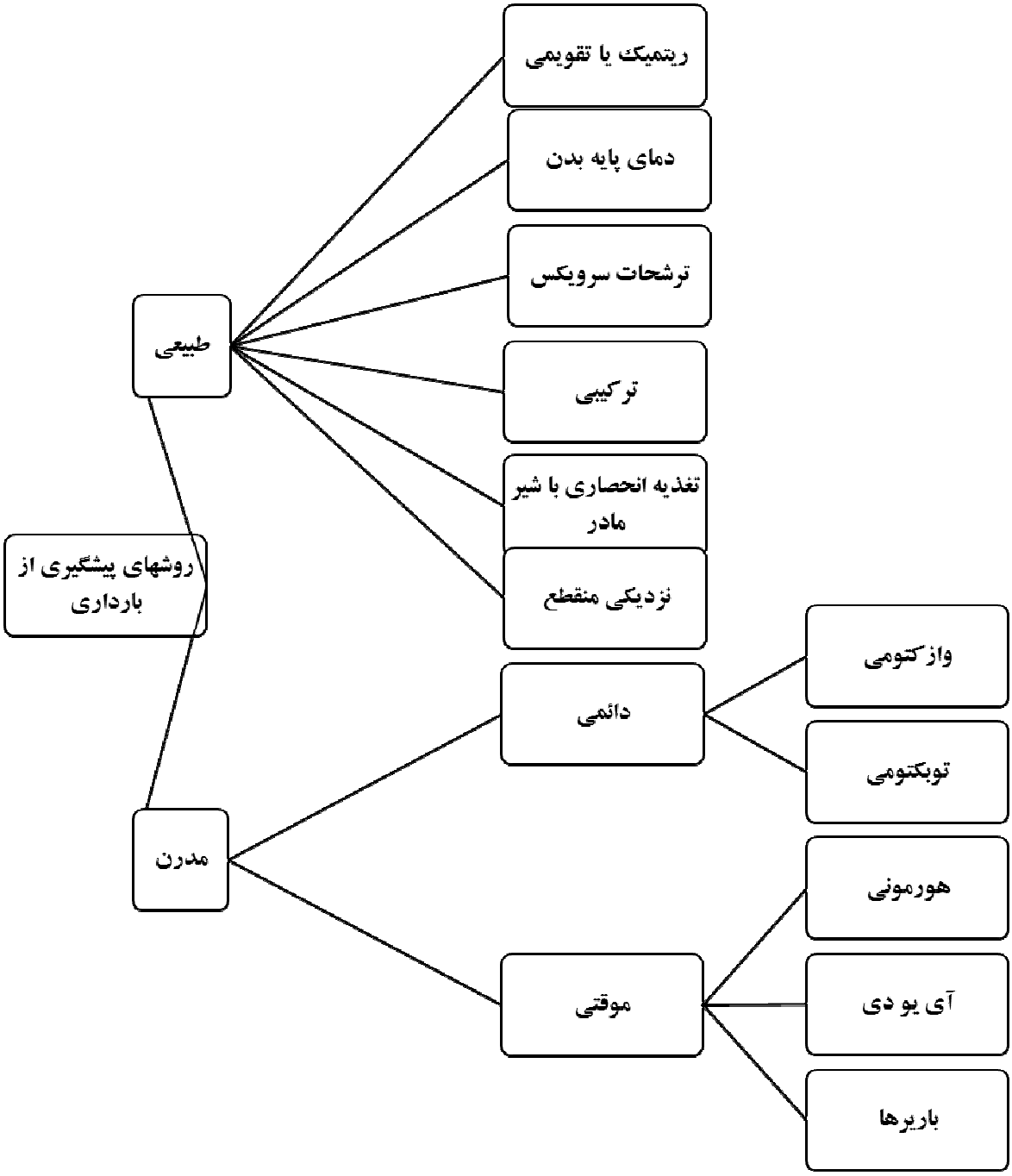
در نظام سلامت با استفاده از روش های پیشگیری از بارداری به دنبال اهداف زیر هستیم:

- کاهش مرگ و میر مادران به علل ناشی از بارداری و تامین سلامت آنان
- کاهش مرگ ومیر کودکان از طریق جلوگیری از رشد و تکامل نابهنجار جنین و کاهش بیماریهای ژنتیکی.
- جلوگیری از سوء تغذیه مادران و کودکان با فاصله گذاری مناسب بین فرزندان
- پرهیز از بدنیا آمدن کودک ناخواسته که خود به خود کاهش سقط های عمدی را بدنبال دارد.

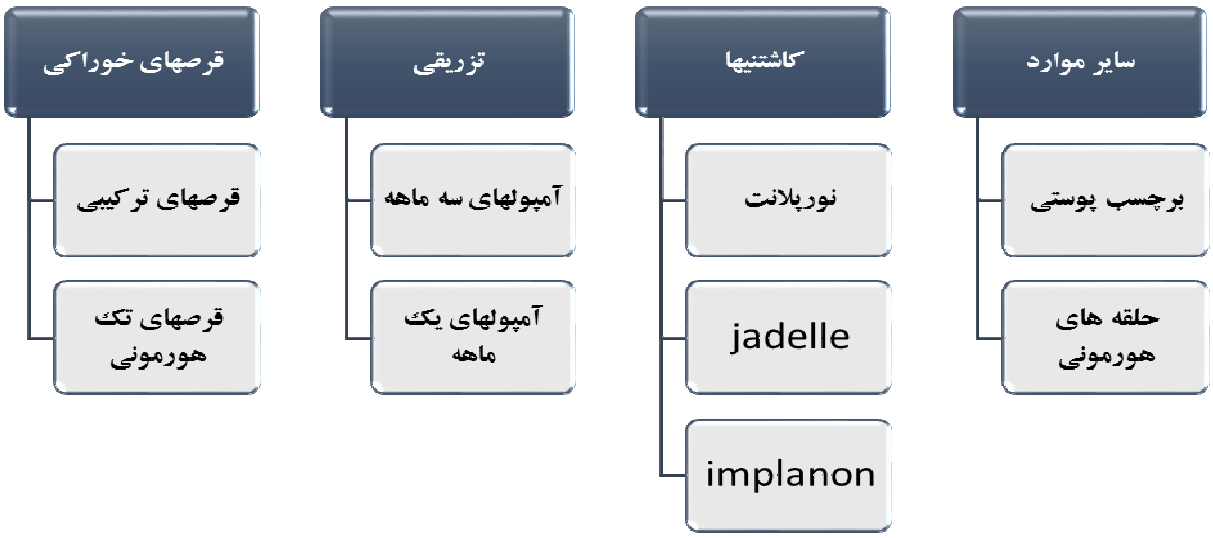
در نظام سلامت به دلیل اهمیت حاملگی های بدون برنامه (Unintended pregnancy) و پرخطر و اثراتی که بر سلامت خانم های سنین باروری دارد استفاده از روش های پیشگیری از بارداری نقش بسیار مهمی در ارتقاءسلامت زنان دارد. حاملگی های بدون برنامه دو نوع هستند: اگر زوجین یا هر کدام در حال حاضر این بارداری را نمی خواسته ولی تمایل به بارداری را در آینده داشته باشند به آن حاملگی در زمان نامناسب (Mistimed pregnancy) اطلاق می شود .در صورتی که زوجین یا هر کدام تمایل به این بارداری را نه در حال حاضر و نه در آینده داشته است به آن حاملگی ناخواسته (Unwanted pregnancy) اطلاق می شود. حاملگی های پرخطر هم شامل موارد زیر می باشد:

- حاملگیهای زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال
- حاملگیهای با فاصله گذاری کمتر از سه سال
- حاملگیهای با رتبه ۴ و بالاتر
- هر اختلال زمینه ای که در حاملگی تشدید شده و منجر به عوارض برای مادر می شود

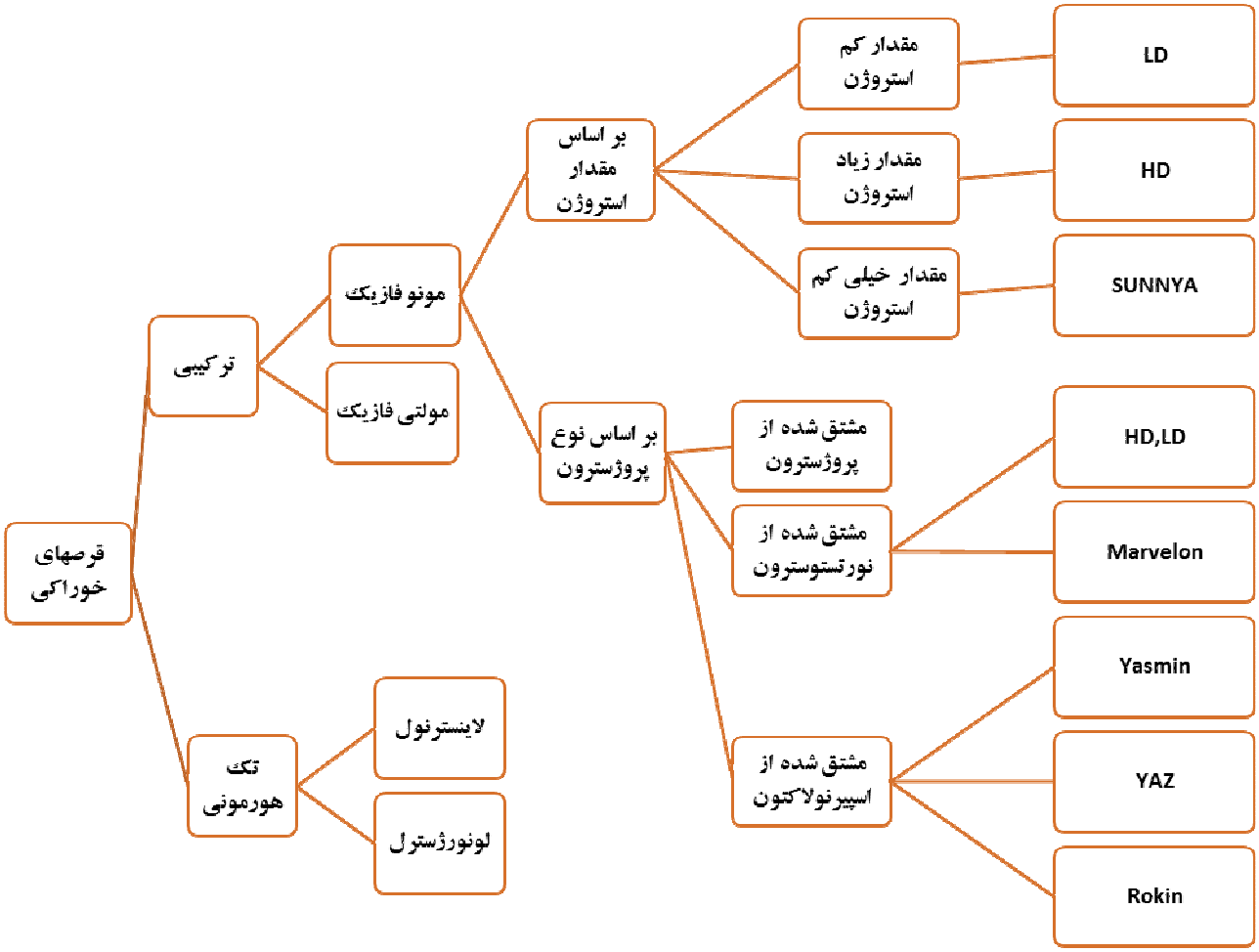
تصاویر یک تا سه تقسیم بندی کلی روشهای پیشگیری از بارداری ، روش های هورمونی و قرص های خوراکی پیشگیری از بارداری را نشان می دهند.



تصویر۱ : تقسیم بندی روشهای پیشگیری از بارداری



تصویر ۲ : تقسیم بندی روشهای پیشگیری از بارداری هورمونی



تصویر ۳ : تقسیم بندی قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری

قرص های ترکیبی

یکی از روش های جلوگیری از بارداری، مصرف قرص های ترکیبی حاوی استروژن و پروژسترون که در سیستم ارایه خدمات تنظیم خانواده موجود می باشد. مصرف این قرص ها هر روزه بوده و تجویز آن ها توسط کارکنان بهداشتی تعلیم دیده انجام می شود . اثربخشی قرص های ترکیبی در صورت مصرف صحیح، ۹۸ درصد است. قرص در ساعت خاصی از شبانه روز تا پایان بسته ۲۱ عددی خورده می شود .باید فرد استفاده کننده از قرص را به این امر تشویق کرد که برای پرهیز از فراموشی مصرف قرص، آن را هر روزه در ساعت معینی میل کند و یا آن را با یک کار مداوم هر روزه مانند مسواک کردن، نماز خواندن ... هماهنگ کند .مصرف بسته بعدی پس از یک فاصله هفت روزه آغاز خواهد شد. مصرف این قرص ها باید در پنج روز اول

قاعدگی روز اول تا روز پنجم آغاز گردد .برای اطمینان بیشتر بهتر است که مصرف آن از روز اول خونریزی قاعدگی شروع شود. استفاده از قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری را، در هر زمان که اطمینان از باردار نبودن وجود داشته باشد می توان آغاز کرد .باید توجه داشت تا ایجاد تاثیر پیشگیری از بارداری قرص ترکیبی، باید هفت روز از کاندوم استفاده شود. جدول شماره دو مزایا و معایب قرص های ترکیبی را نشان می دهد.

جدول شماره ۳: مزایا و معایب قرص های ترکیبی

مزایای قرص های ترکیبی	معایب قرص های ترکیبی
• اثربخشی بالا • برگشت سریع باروری پس از قطع روش • نداشتن محدودیت سنی در استفاده از روش • منظم شدن، کاهش درد و خونریزی قاعدگی کاهش سندرم پیش از قاعدگی و کاهش کم خونی به دنبال قاعدگی • کاهش بروز کیست های تخمدانی • کاستن از بروز بیماری های خوش خیم پستان • افزایش تراکم استخوان ها • کاهش بروز بیماری های التهابی لگن • کم شدن بروز سرطان های رحم و تخمدان • کاهش بروز حاملگی خارج از رحم • کاهش بروز اندومتریوز	• مناسب نبودن برای افراد فراموشکار • نیاز به تهیه بلیستر جدید در هردوره قاعدگی • پیشگیری نکردن از بیماری های منتقله از راه تماس جنسی • مناسب نبودن برای مادران شیرده در ۶ ماه اول پس از زایمان

موارد زیر عوارض شایع قرص های ترکیبی هستند که معمولا در ماه های اول مصرف بروز نموده و در عرض ۳ ماه کاهش یافته و یا از بین می رود:

۱ .**افزایش وزن :**دلایل افزایش وزن، تجمع مایعات در بدن به دلیل اثر پروژسترون، افزایش اشتها و به دنبال آن افزایش مصرف مواد غذایی است. افزایش وزن با ورزش منظم و رژیم غذایی متعادل بهبود می یابد.

۲ .**لکه بینی وخونریزی بین قاعدگی ها :**معمولا در مدت ۲ تا ۳ ماه اول مصر ف دیده شده ومی تواند ناشی از فراموشی قرص نیز باشد در این صورت توصیه به مصرف مرتب قرص و سعی در فراموش نکردن مصرف مرتب آن، اقدام اصلی خواهد بود. در برنامه کشوری توصیه شده که می توتن با شروع لکه بینی از یک رژیم پنج روزه روزی سه بار از داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی مانند بروفن یا داروهای مشابه استفاده نمود.

۳ .**حساسیت پستان ها :**با رعایت توصیه های بهداشتی مانند استفاده از پستان بندهای محکم، مسکن های معمولی و کمپرس سرد یا گرم رفع می شود. اگر مشکل ادامه یابد، فرد به ماما، پزشک ودرصورت نیاز به متخصص زنان ارجاع خواهد شد.

۴ .**سردردهای خفیف :**غالبا با مسکن های معمولی برطرف می شود .سردردهای شدید و یا سردردهایی که با فشارخون بالا، علائم عصبی یکطرفه و یا اختلالات بینایی همراه باشد، از علائم هشدار بوده و باید ارجاع فوری به متخصص مربوطه و تغییر روش را به دنبال داشته باشد.

۵ .**تهوع :**خوردن قرص در هنگام خواب و یا همراه با غذا، خوردن مایعات بیشتر و سبزی و میوه تازه راهی موثر برای کاهش شدت تهوع های خفیف و قابل تحمل خواهد بود. درمان موقت تهوع برای ۲ تا ۳ ماه اول با داروهای ضد تهوع مثل شبی یک قرص ویتامین6 نیز امکان پذیر است .مصرف قرص درصورت تهوع شدید و غیر قابل تحمل ادامه نخواهد یافت.

عوارض نادر : این عارضه ها ممکن است هرگز مشاهده نشده و یا بسیار کم مشاهده می شود:

۱ .تغییر خلق و خوی(افسردگی)

۲ .لکه های رنگی در پوست صورت(کلوآسما)

۳ .بروز سرطان پستان

۴ .عوارض پیش سرطانی سرویکس

۵ .بروز تومورهای خوش خیم و بدخیم کبدی(آدنوم و کارسینوم کبد)

۶ .لخته شدن خون در ورید ها(ترومبوز وریدی)به ویژه در افراد سیگاری و مبتلا به اختلالات انعقادی خون،

۷ .سکته های قلبی به ویژه در سیگاری ها

۸ .سکته مغزی به ویژه در افراد سیگاری و دارای فشارخون بالا

۹ .افزایش فشارخون به بیش از ۱۶۰ میلیمتر جیوه روی ۱۰۰ میلی متر جیوه،

۱۰ . احتمال بروزخونریزی های نامنظم رحمی،

۱۱ . آمنوره.

اگر هر کدام از موارد یاد شده دیده شود، ارجاع فرد به متخصص مربوطه ضرورت دارد.

جدول شماره ۴: موارد منع مطلق و نسبی مصرف قرص های ترکیبی

موارد منع مطلق مصرف قرص های ترکیبی	موارد منع نسبی مصرف قرص های ترکیبی
• شک یا اطمینان به وجود حاملگی، • در فاصله زمانی کمتر از سه هفته پس از زایمان در زنان غیر شیرده، • شک به وجود سرطان پستان، ابتلا و یا سابقه آن، • هر بدخیمی مشکوک یا شناخته شده وابسته به استروژن • کارسینوم اندومتر • خونریزی های رحمی بدون علت مشخص • مصرف سیگار در افراد ۳۵ ساله و بالاتر • بیماری فعال یا مزمن کبدی شامل: اختلال کار واضح کبدی و	• فشارخون کنترل شده بین ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ میلیمتر جیوه، • نئوپلازی داخل اپیتلیومی خفیف تا شدید سرویکس، • بیماری فعال کیسه صفرا • یرقان انسدادی در حاملگی • خانم های سیگاری کمتر از ۳۵ سال • توده پستانی تشخیص داده نشده • ترومبوفلبیت سطحی

یا هپاتیت ویرال، سابقه یرقان همزمان با مصرف قرص، آدنوم یا کارسینوم کبد، سیروز کبدی، تومورهای خوش خیم وبدخیم کبد، شیستوزومیازیس با فیبروز شدید کبدی • ابتلای فعلی یا سابقه ترومبوفلبیت وریدهای عمقی، • بیماری های قلبی شامل : بیماری های دریچه ای با عوارضی مثل افزایش فشارریوی، خطر فیبریلاسیون دهلیزی، سابقه اندوکاردیت تحت حادباکتریال و یا مصرف داروهای ضدانعقادی ، بیماری عروق کرونر قلب، سابقه این بیماری ها یا شرایط مستعدکننده ، بیماری سیانوتیک قلبی، سکته مغزی،بیماری عروق مغزی، سابقه این بیماری ها یاشرایط مستعد کننده آن آنژین قلبی ناپایدار ، ابتلای به هر نوع دردهای جلو قلبی و پشت استرنوم • دیابت با بیماری های عروقی، رتینوپاتی، نفروپاتی یا نوروپاتی یا ابتلای بیش از بیست سال به دیابت • فشارخون بالا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر • سردرد راجعه شامل میگرن با علائم عصبی موضعی(کاهش میدان دید چشم طور مشابه، دیدن خطوط زیگزاگی روشن، احساس سوزن سوزن شدن در یک بازو، یک طرف صورت یا زبان) • میگرن بدون علایم فوکال عصبی و سن بیشتر از ۳۵ سال، • شرایط نیازمند به بی حرکتی کامل باید مصرف قرص از ۲۸ روز قبل از عمل جراحی تا پایان دوره بی حرکتی پس از عمل، قطع شود. دادن هشدار قبل و بعد از عمل جراحی بزرگ ضرورت دارد	• بیماری های دریچه ای بدون عارضه قلب • مادران شیردهی که از زایمان آن ها کمتر از شش ماه می گذرد، • میگرن بدون علائم عصبی • دیابت بدون درگیری عروقی • افسردگی بسیار شدید • مصرف دارو برای اپی لپسی بجز والپروییک اسید • مصرف ریفامپین یا گریزوفولوین • بیماری سلول داسی شکل • ابتلای به سندرم سوء جذب • ابتلای به بیماری های التهابی روده مانند کرون یا کولیت زخمی

آزمایش و معاینه های لازم قبل از شروع قرص:

۱ .معاینه مراجعه کننده از نظر زردی،

۲ .اندازه گیری فشارخون،

۳ .اندازه گیری قد و وزن و محاسبه نمایه توده بدن BMI

۴ .معاینه پستان،

۵ .آزمایش پاپ اسمیر ۴ تا ۶ هفته پس از زایمان و مطابق دستورالعمل کشوری

۶ .بررسی مشکلات انعقادی

۷ .اندازه گیری تری گلیسرید :اگر تری گلیسرید متقاضی در آغاز استفاده از قرص های ترکیبی بیش از ۲۵۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر باشد، به فاصله ۲ تا ۴ هفته پس از آغاز مصرف قرص ترکیبی آزمایش مجدد انجام خواهد شد .درصورت افزایش تری گلیسرید در طی این مدت به بیش از ۵۰۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر، ادامه استفاده از قرص های ترکیبی به دلیل احتمال ابتلای به پانکراتیت قطع می شود.

مراجعه های پی گیری:

اولین بررسی پیگیری پس از ۳ ماه و پس از آن هر ۶ ماه یکبار تا دوسال، و از آن پس در صورت نبودن هرگونه مشکل هرساله انجام می شود.

نحوه برخورد با فراموشی قرص های ترکیبی

۱ .درصورت فراموشی خوردن یک قرص و بخاطر آوردن آن پیش از زمان مصرف قرص بعدی، به محض به یاد آوردن قرص فراموش شده، آن قرص خورده شده و خوردن بقیه قرص ها طبق معمول ادامه می یابد .اگر فراموشی تا زمان خوردن قرص بعدی ادامه پیدا کند، باید دو قرص در ساعت معین خورده شود.

۲ .چنانچه دو قرص فراموش شود، به محض به خاطر آوردن در دو شب بعد،هرشب دو قرص خورده شده و بقیه قرص ها طبق معمول ادامه یافته و تا یک هفته نیز از کاندوم استفاده می شود.

۳ .در صورت فراموشی سه قرص یا بیشتر درهر زمان از سیکل، خوردن بقیه قرص ها روزی یک عددادامه یافته و به مدت یک هفته از داشتن رابطه جنسی خودداری و یا از کاندوم استفاده می شود .مصرف بسته بعدی قرص بدون رعایت فاصله هفت روزه بین بسته ها و بلافاصله در روز بعد از پایان بسته قبلی آغاز خواهد شد .همچنین درصورت داشتن تماس جنسی در این فاصله زمانی و عدم استفاده از کاندوم، استفاده از روش پیشگیری اورژانس از بارداری توصیه می شود.

هشدارها و چگونگی برخورد با آن ها:

عوارض جدی به دنبال مصرف قرص نادر است، ولی اگر هرکدام از علامت های زیر که نشان دهنده یک مشکل جدی استبروز کند، مصرف کننده فورا به بیمارستان ارجاع می شود:

۱ .درد شدید در قسمت بالای شکم،

۲ .درد قفسه سینه و یا تنگی نفس یا سرفه با خلط خونی،

۳ .تورم یا درد شدید در یک پا،

۴ .مشکلات چشمی از دست دادن یک طرفه قدرت بینایی یا کم شدن میدان دید

۵ .سردرد غیر معمول : سردرد شدید و یا ضربانی و یا سردرد در یک طرف سر و سردرد با علایم اولیه مانند :تاری دید یا سفیدشدن قسمتی از دید، دوره های از دست دادن قدرت بینایی، احساس سنگینی و پارستزی، سختی در صحبت کردن و علایم یک طرفه مانند ضعف.

محدوده سنی استفاده از قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری :مصرف این
با رعایت موارد مندرج در منع مصرف قرص های ترکیبی ، مصرف قرص ها می تواند تا ۵۰ سالگی، ادامه یابد.

قرصهای خوراکی تک هورمونی (پروژسترونی) پیشگیری از بارداری

الف: لاینسترنول: قرص شیردهی : مینی پیل

لاینسترنول قرص خوراکی پروژسترونی پیشگیری از بارداری بوده که فقط مادران شیرده تا ۶ ماه پس از زایمان می توانند از آن برای پیشگیری از بارداری استفاده کنند .این قرص باید هر روز در ساعت معینی خورده شود .تجویز این قرص توسط کارکنان بهداشتی تعلیم دیده انجام می شود. اثربخشی این قرص هم زمان با شیردهی به کودک کمتر از شش ماه ۹۹ % است .در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیرمادر، مصرف قرص ۶ هفته پس از زایمان آغاز خواهد شد. در صورت بازگشت قاعدگی و یا تغذیه انحصاری با شیرمادر، مصرف قرص باید در ۵ روز اول قاعدگی و ترجیحا " روز اول شروع شود. هر بسته لاینسترنول، دارای ۲۸ قرص بوده که باید هر شب یک عدد از آن راس ساعت معینی خورده شود .باید فرد استفاده کننده از لاینسترنول را تشویق کرد که خوردن قرص را با یک کار مداوم هرروزه مانند مسواک کردن، نماز خواندن ... هماهنگ نماید . جدول شماره چهار مزایا و معایب قرص های شیردهی را نشان می دهد.

جدول شماره ۵: مزایا و معایب قرص های شیردهی

مزایای قرص مینی پیل	معایب قرص مینی پیل
• نداشتن اثر منفی بر کمیت و کیفیت شیرمادر • افزایش مدت زمان شیردهی • بازگشت باروری بلافاصله پس از قطع قرص • قابل استفاده در مادران شیرده با فرزند کوچک تر از شش ماه • نداشتن فاصله هفت روزه بین بسته ها و کم شدن احتمال مصرف نادرست • عدم نیاز به قطع روش قبل از عمل جراحی	• قرص ها باید همه روزه، راس ساعتی معین خورده شو ند .درغیراینصورت به ویژه در مادران شیردهی که قاعدگی آن ها بازگشته است ، احتمال شکست روش افزایش می یابد • تاثیر کمتر در پیشگیری از بارداری خارج رحمی در مقایسه با بارداری داخل رحمی • نامنظم شدن قاعدگی ها .

عارضه شایع و چگونگی برخورد با آن:

خونریزی نامرتب رحمی : این عارضه معمولا " در ماه های اول مصرف دیده شده و ۲ تا ۳ ماه پس از آغاز مصرف از بین رفته و یا کاهش می یابد. درصورت تداوم خونریزی نامرتب و یا نارضایتی فرد، برای قطع خونریزی تا پنج روز ، کپسول مفنامیک

اسید (۲۵۰ میلی گرمی) روزی سه بار ودرهربار دو کپسول تجویز می گردد .هرگونه اقدام پس از سه ماه توسط متخصص انجام خواهد شد.

عوارض غیرشایع و چگونگی برخورد با آن ها:

این عارضه ها ممکن است به ندرت مشاهده شوند. این عارضه ها عبارت هستند از:

- کیست های تخمدانی :ارجاع به متخصص زنان
- حاملگی خارج از رحم که درصورت هرگونه شک ارجاع به متخصص زنان انجام شود.
- خونریزی شدید : تا پنج روز، روزی سه نوبت و در هر نوبت دو عدد کپسول مفنامیک اسید ۲۵۰ میلی گرمی و نیز یک قرص آهن تجویز میگ ردد.اگر خونریزی علیرغم درمان یادشده ادامه یابد، ارجاع فرد به متخصص زنان ضروری است.
- سردرد :درصورت بروز سردردهای شدید میگرن، سردردهای همراه با تاری دیدویاسردردهای طولانی مدت ومزاحم، باید فردرا به متخصص داخلی یا اعصاب ارجاع داد.
- حساس شدن پستان ها : حساس شد ن پستان ها با رعایت توصیه های بهداشتی مانند استفاده از پستان بندهای محکم، مسکن های معمولی و کمپرس سرد یا گرم رفع می گردد . درغیراین صورت باید فرد را به ماما ودرصورت نیاز به متخصص زنان ارجاع نمود.

جدول شماره ۶: موارد منع مطلق و نسبی مصرف قرص مینی پیل

موارد منع مطلق مصرف قرص مینی پیل	موارد منع نسبی مصرف قرص مینی پیل
• خونریزی غیر طبیعی رحمی • سابقه سرطان پستان در فرد • ابتلای فعلی به ترومبوآمبولی • اختلالات مزمن یا حاد کبدی(تومور، هپاتیت و....)	• وزن بیشتر از ۷۰ کیلوگرم، • سابقه کلستاز بارداری • فشارخون بالا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر • مصرف هم زمان داروهای ضد تشنج و ریفامپین • سابقه حاملگی خارج رحمی

فراموشی مصرف لاینسترنول:

۱ .فراموشی مصرف یک قرص تا ۳ ساعت مسئله ای نبوده و ضمن خوردن قرص فراموش شده تا ۳ ساعت آموزش و تاکید برای خوردن قرص بعدی در ساعت مقرر لازم است.

۲ .در صورتی که مصرف یک قرص بیش از ۳ ساعت به تاخیر افتد و یا خوردن یک قرص تا نوبت بعدی فراموش شود ، هر زمان که به یاد آید، قرص فراموش شده خورده شد ه و قرص نوبت بعد ی نیز در زمان تعیین شده خورد ه خواهد شد . ضمنا "تا ۲ روز هم از یک روش دیگر مانند کاندوم استفاده شود.

۳ .در صورتی که مصرف ۲ قرص ۲ روز متوالی فراموش شود باید به محض به یاد آوردن، قرص های فراموش شده یکجا خورده شده و بقیه قرص ها ادامه یافته و تا ۷ روز از روش کاندوم هم استفاده شود .درصورت قاعده نشدن ۴ تا ۶ هفته پس از فراموشی، بررسی بارداری لازم است . در صورت داشتن نزدیکی محافظت نشده در این دو روز از EC استفاده شود . درصورت استفاده از EC پس از گذشت سه هفته باید بررسی های لازم برای تعیین ، وضعیت بارداری انجام شود.

۴ .درصورت فراموشی سه قرص متوالی و بیشتر و داشتن نزدیکی محافظت نشده درعرض ۷۲ ساعت اخیر تجویزEC و مشاوره برای انتخاب روش مناسب دیگر ، صورت گیرد . درصورتی که از نزدیکی محافظت نشده وی در زمان عدم مصرف قرص، بیش از ۷۲ ساعت می گذرد، بررسی بارداری ضروری است . شایان ذکراست که تا مشخص شدن جواب بررسی، فرد باید از کاندوم استفاده نماید.

آزمایش و معاینه های لازم:

۱ .اندازه گیری و ثبت فشار خون.

۲ .پاپ اسمیر با توجه به دستورالعمل کشوری

۳ .اندازه گیری وزن.

۴ .معاینه لازم حسب مورد در صورت وجود هرگونه نکته خاص در شرح حال.

هشدارها و چگونگی برخورد با آن ها:

اگر هرکدام از علائم:

- سردرد شدید (میگرن، سردردهای همراه با تاری دید)
- درد شدید قفسه سینه پس از شروع مصرف لاینسترنول
- خونریزی نامرتب رحمی و یا هر خونریزی بدون دلیلی که احتمال بیماری زمینه ای و یا حاملگی را مطرح نماید،
- زردی پوست و چشم
- درد شدید شکمی بخصوص در قسمت پایین شکم و لگن (احتمال پارگی EP وکیست تخمدان

بروز نماید، مراجعه به متخصص مربوطه یا بیمارستان ضروری است.

ب: قرص لونورجسترل(اووسیز یا قرص اورژانس)

روش پیشگیری اورژانس از بارداری (Emergency Contraception) روشی است که ، خانم ها با استفاده از آن می توانند درصورت استفاده نکردن از روشهای مطمئن پیشگیری از بارداری و یا هرموردی که احتمال بارداری ناخواسته پس از تماس جنسی را داشته باشد، تا ۱۲۰ ساعت از بارداری پیشگیری کنند .این روش توسط کارکنان بهداشتی آموزش دیده ارایه

میگردد .بدلیل درصد بالاتر شکست این روش و مداوم نبودن مصرف آن در مقایسه با سایر روش های مطمئن، فقط باید در موارد مشخص از آن استفاده کرد. مکانیسم عمل :دقیقا معلوم نیست، ولی پیشگیری از تخمک گذاری، تاخیر در تخمک گذاری، اختلال در اندومتر، اختلال در نفوذ اسپرم، اختلال در حرکت لوله ها و اختلال در لقاح را در این زمینه موثر می دانند. شایان ذکر است که در اغلب موارد مجموعه ای از این مکانیسم ها مانند اختلال در تخمک گذاری و تغییر موکوس سبب کاهش قدرت نفوذ اسپرم و کمتر شدن احتمال لقاح می شود.

اثربخشی روش اورژانس پیشگیری از بارداری با قرص های لوونورجسترل حدود ۹۹ % و با استفاده از قرصهای ترکیبی، حدود ۹۷ % گزارش شده است .اثربخشی این روش با فاصله زمانی تماس جنسی تا آغاز استفاده از روش ارتباط قابل توجهی دارد . هر چقدر فاصله زمانی تماس جنسی تا آغاز استفاده از روش کوتاه تر باشد، اثربخشی آن بیشتر خواهد بود.

عارضه ها و چگونگی برخورد با آن ها:

۱ .**تهوع واستفراغ حین مصرف :**میزان تهوع و استفراغ با استفاده از قرص های ترکیبی به ترتیب حدود ۵۰ % و ۲۰ %بوده که این عوارض با استفاده از قرص های لوونورجسترل به حدود ۲۰ % و ۶ %کاهش می یابد .بهتر است قبل و۴ تا ۶ ساعت پس از مصرف هر دوزEC از یک داروی ضد تهوع مانند دیمن هیدرینات یا دیفن هیدرامین استفاده شود . قرص دیمن هیدرینات ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم ۳ تا ۴ بار در روز یا قرص و یا شربت دیفن هیدرامین ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم (۴ - ۲ قاشق غذاخوری کوچک)که مصرف دوز اول آن نیم ساعت قبل از خوردن قرصEC و دوزهای بعدی درصورت نیاز با فاصله های ۶ ساعته پس از آن است، در کاهش شدت تهوع و استفراغ موثر است.

۲ .اختلال قاعدگی :ممکن است که قاعدگی بعدی چند روز زودتر یا دیرتر آغاز شود، طول مدت آن تغییر یافته و تغییر در مقدار خونریزی ایجاد شود .فرد باید در مورد بی خطر بودن این مسئله آگاهی داشته باشد.

۳ .سردرد و سرگیجه.

تقریبا همه افراد می توانند از این روش استفاده کنند .موارد منع مصرف استفاده از این روش برای انواع قرص های در دسترس به شرح زیراست:

قرص لوونورجسترل	قرص هاي تركيبي
پورفيري حاد فعال بيماري فعال و شديد كبد درحال حاضر بارداري (بدليل بي اثر بودن و نه خطر براي جنين) خونريزيهاي غيرطبيعي و تشخيص داده نشده دستگاه تناسلي	بارداري (بدليل بي اثر بودن و نه خطر براي جنين) موارد منع مصرف استروژن، ميگرن كلاسيك، ترومبوز وريدهاي عمقي (DVT)

این نکته بسیار مهم است که این روش نباید مورد استفاده دائم قرار گیرد و لازم است که کاربرد آن درصورت وجود تماس جنسی محافظت نشده، به موارد خاص زیر محدود گردد:

- استفاده نکردن از کنتراسپتیوها
- تجاوز

- وجود شرایط نشان دهنده استفاده نادرست یا شکست کنتراسپتیو همراه با داشتن تماس جنسی مانند:
  - ✓ پارگی کاندوم
  - ✓ خارج شدن کاندوم
  - ✓ فراموشی خوردن قرص ترکیبی برای سه نوبت
  - ✓ فراموشی خوردن قرص شیردهی به مدت بیش از سه ساعت
  - ✓ تاخیر بیش از دو هفته در تزریق آمپول سه ماهه
  - ✓ تاخیر بیش از سه روز در تزریق آمپولهای ترکیبی
  - ✓ استفاده نادرست از روش طبیعی
  - ✓ خروج آی یو دی در زمانی بجز دوران قاعدگی
  - ✓ استفاده از روش طبیعی یا منقطع با شک به تماس جنسی که می تواند منجر به بارداری گردد.

زمان شروع و چگونگی استفاده :

اگر بیش از ۷۲ ساعت از زمان نزدیکی مشکوک نگذشته باشد مصرف اولین دوز این روش باید حداکثر در فاصله زمانی ۷۲ ساعت از تماس جنسی مشکوکئ صورت گیرد. داوطلب می تواند با کاربرد یکی از روش های زیر از حاملگی ناخواسته جلوگیری کند:

- قرص لوونورجسترل، دو عدد یک جا در اولین فرصت،
- قرص HD ۲ عدد در اولین فرصت و دوعدد ۱۲ ساعت بعد
- قرص LD چهار عدد در اولین فرصت وچهار عدد ۱۲ ساعت بعد،
- قرص تری فازیک، ۴ عدد قرص سفید در اولین فرصت و چهار عدد قرص سفید ۱۲ ساعت بعد

تذکرهای حین مصرف:

۱ .باید قرص ها در اولین فاصله زمانی ممکن پس از تماس جنسی محافظت نشده خورده شود تا بهترین اثربخشی را ایجاد نماید.

۲ .بهتر است که قرص ها باشکم خالی خورده نشود.

۳ .درصورت استفراغ تا دو ساعت پس از استفاده از روش، خوردن مجدد قرص ها ضروری است.

۴ .حداکثر دفعات مجاز استفاده از این روش در هر سیکل قاعدگی یک باراست .آموزش کاربرد صحیح این روش ضروری بوده و باید تاکید شود که این روش می بایست در حداقل دفعات ممکن در طول دوران باروری استفاده گردد .مجاز بودن مصرف یکبار از این روش در هردوره قاعدگی دلیلی برتایید مصرف آن درهردوره قاعدگی به عنوان روش پیش گیری از بارداری نیست.

۵ .اثربخشی این روش با استفاده از فنی توبین و ریفامپین کاهش می یابد.در صورت استفاده همزمان از این داروها باید مصرف قرص لوونورجسترل به میزان ۱۰۰ % در هر دوز دوعددافزایش یابد.

۶ .با توجه به اینکه افزایش تعداد تماس های جنسی بدون محافظت،اثربخشی روش را کاهش و احتمال حاملگی را افزایش می دهد، یک خانم نباید در صورت داشتن چند تماس جنسی محافظت نشده در طول یک دوره قاعدگی، چند بار از روش پیشگیری اورژانس از بارداری استفاده نماید.

دلایل اختصاصی مراجعه به مرکز ارائه خدمت:

این روش می تواند باعث تغییر در زمان قاعدگی بعدی شود .معمولا این تغییرات کم بوده و قاعدگی چند روز زودتر یا دیرتر اتفاق می افتد.اگر تاخیر قاعدگی بیش از ۷ روز شود، باید احتمال بارداری را در نظرداشت .در این صورت بررسی فرد و معرفی برای انجام تست بارداری ضرورت دارد.

حاملگی هم زمان با روش :با توجه تراتوژن نبودن این روش برای جنین،در صورت وقوع حاملگی، نیازی به ختم آن نخواهد بود.

آمپول ترکیبی (آمپول یک ماهه ، سیکلوفم، دپوفم)

سیکلوفم یک روش ترکیبی و تزریقی پیشگیری از بارداری است .آمپول سیکلوفم دربردارنده نیم میلی لیتر ماده موثره (۲۵ میلی گرم دپو مدروکسی پروژسترون استات و ۵ میلی گرم استرادیول سیپیونات)می باشد.

این آمپول توسط کارکنان بهداشتی دوره دیده یا پزشک و در فاصله های یک ماهه تزریق می شود. اثربخشی این روش در سال اول استفاده ۹۹،۸ درصد است. اولین تزریق(شروع استفاده از روش) در یکی از ۵ روز اول دوره قاعدگی انجام می شود. استفاده از آمپول های ترکیبی پیشگیری ازبارداری را در هر زمان که اطمینان از باردار نبودن وجود داشته باشد می توان آغاز کرد .باید توجه داشت تا ایجاد تاثیر پیشگیری از بارداری اولین آمپول، باید هفت روز از کاندوم استفاده شود.

جدول شماره ۷: مزایا و معایب سیکلوفم

مزایای سیکلوفم	معایب سیکلوفم
۱- اثر بخشی بالا ۲- آسانی استفاده و قطع استفاده ۳- برگشت نسبتا سریع باروری پس از قطع روش ۴- بی تاثیر بودن روی میل جنسی ۵- بهبود دیسمنوره شدید ۶- مناسب برای افرادی که با استفاده مداوم و هر روزه از یک روش مشکل دارند(افراد فراموشکار، کوچ نشین، عقب ماندگان ذهنی و...) ۷- کاهش خونریزی قاعدگی ۸- مناسب برای افراد با سابقه بارداری خارج رحمی	۱- پیشگیری نکردن از بیماریهای قابل انتقال از طریق تماس جنسی ۲- عدم امکان قطع روش یا تغییر آن پس ازتزریق آمپول تا از بین رفتن اثرآن) اتمام دوره ۳- مناسب نبودن برای دوران شیردهی تا شش ماهگی

۹- پایین بودن عوارض افزایش وزن و خونریزی نامنظم در مقایسه با قرص های ترکیبی ۱۰- پایین بودن عوارض ناشی از استروژن در مقایسه با قرص های ترکیبی ۱۱- کم نشدن اثربخشی درصورت اسهال واستفراغ درمقایسه با قرص های ترکیبی ۱۲- قابل استفاده همزمان با آنتی بیوتیک ها بجز ریفامپین و گریزوفولوین ۱۳- تاثیر کم بر سیستم انعقادی	

موارد منع مصرف مطلق و نسبی این آمپولها مشابه قرصهای خوراکی ترکیبی پیشگیری از بارداری است .

عوارض شایع و ناشایع ناشی از سیکلوفم و نحوه برخورد با عوارض، هشدارها آزمایش ها و معاینه های لازم و مراجعه های بعدی مانند قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری می باشد.

تزریق آمپول سیکلوفم باید هر ۳۰ روز انجام شود .اگر متقاضی در فاصله زمانی تا ۳ روز زودتر یا ۳ روز دیرتر از موعد مقرر مراجعه نماید، می توان ضمن تاکید بر لزوم رعایت زمان تعیین شده، سیکلوفم را تزریق کرد .شایان ذکر است که فاصله بین تزریق ها نباید بیشتر از ۳۳ روز باشد .پیش از کشیدن آمپول به داخل سرنگ، باید آمپول یا ویال را به آرامی تکان داد . درصورت سرد بودن آمپول یا ویال، باید پیش ازتزریق آن را با دمای بدن هماهنگ نمود .مالش آمپول یا ویال بین دست ها به این کار کمک می کند.تزریق سیکلوفم عضلانی دربالای بازو یا قسمت فوقانی خارجی باسنوعمیق با استفاده از سرسوزن بلنداست .محل تزریق نباید ماساژ داده شود .درصورت تاخیر برای تزریق بعدی(بیش از ۳۳ روز) انجام تزریق با اطمینان پیداکردن از نداشتن تماس جنسی(پس از فاصله ۳۳ روز تا زمان مراجعه)و یا اطمینان از باردار نبودن فرد مقدور خواهد بود . در
غیراینصورت باید فرد از نظر حاملگی بررسی و تا تزریق بعدی از یک روش کمکی دیگر استفاده کند.

برگشت باروری پس از قطع روش

در اغلب موارد بازگشت تخمک گذاری ۲ تا ۳ ماه پس از آخرین تزریق رخ می دهد.

آمپول دپومدروکسی پروژسترون استات:

Depot Medroxy Progesterone Acetate(DMPA)

دپومدروکسی پروژسترون استات یک روش تزریقی پیشگیری از بارداری است .آمپول DMPA، حاوی ماده موثره دپومدروکسی پروژسترون استات بوده و سه ماه از بارداری پیشگیری می نماید .ارائه خدمت این روش توسط کارکنان بهداشتی دوره دیده، صورت می گیرد. اثربخشی این روش در سال اول استفاده بیش از ۹۹،۷ % است. اولین تزریق در یکی

از پنج روز اول قاعدگی انجام و تا یک هفته نیز از یک روش کمکی مانند کاندوم استفاده می شود. یک آمپول ۱۵۰ میلی گرمی DMPA هر ۳ ماه یکبار تزریق می گردد .اگر متقاضی در محدوده فاصله زمانی ۲ هفته زودتر و یا ۲ هفته دیرتر از موعد مقرر مراجعه نماید، می توان ضمن تاکید بر لزوم رعایت زمان تعیین شده DMPA را تزریق کرد. .قبل از تزریق و برای بوجود آوردن سوسپانسیون یکنواخت، باید ویال یا آمپول را به شدت تکان داد. تزریق DMPA عضلانی بالای عضله بازو یا باسنو عمیق با استفاده ۳ .از سرسوزن بلنداست .محل تزریق نباید ماساژ داده شود.

پس از زایمان در مادران غیر شیرده اولین تزریق تا ۳ هفته پس از آن امکان پذیر بوده و نیازی به برگشت قاعدگی نیست. پس از سقط اگر متقاضی را به عنوان روش پیشگیری از DMPA بارداری انتخاب کند، استفاده از آن تا ۵ روز بعد از سقط سه ماهه اول یا دوم امکان پذیر است . پس از این فاصله زمانی تزریقDMPA منوط به دریافت پاسخ منفی تست بارداری و رعایت سایر شرایط خواهد بود. در مادران شیرده درصورت قاعده نشدن و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر و انتخاب DMPA بعنوان روش پیشگیری از بارداری باید ۶ هفته پس اززایمان ، مصرف DMPA آغاز گرددو در صورت قاعده شدن، تزریق باید در یکی از پنج روز اول قاعدگی انجام شده و تا یک هفته نیز از یک روش کمکی، مانند کاندوم استفاده شود.به دنبال قطع یک روش :اگر فرد در پنج روز اول دوران قاعدگی مراجعه کند ، می توان بلافاصلهDMPA را تزریق نمود و یک هفته نیز از روش کمکی کاندوم استفاده کرد ، درغیراین صورت تا فرا رسیدن دوره قاعدگی بعدی کاندوم در اختیار فرد قرار داده خواهد شد.

جدول شماره ۸: مزایا و معایب DMPA

مزایای DMPA	معایب DMPA
• اثربخشی بالا، • آسانی استفاده، • فاصله های استفاده نسبتا "طولانی مدت هر ۳ ماه یک بار • مناسب برای افرادی که با استفاده مداوم و هرروزه از یک روش مشکل دارند(افراد فراموشکار، کوچ نشین، عقب ماندگان ذهنی و. ..) • قابل استفاده در آنمی سیکل سل، • کاهش ابتلا به سرطان های اندومتر و تخمدان، بیماری های التهابی لگن (PID) ، کم خونی، فیبروم رحم، اندومتریوز، حاملگی خارج از رحم (EP) (، کاندیدیازیس واژن به دلیل تغییر فلور واژن ، سندرم قبل از قاعدگی(PMS) ،درد زمان قاعدگی و میتل اشمرز، ، • ، نداشتن عوارض استروژنی • مناسب برای افراد مبتلا به دیابت، • مناسب برای افراد مبتلا به بیماری تیرویید	• تاخیر در بازگشت باروری، • لزوم تزریق در فاصله های زمانی سه ماهه • عدم پیشگیری از بیماری های مقاربتی از جمله ایدز، • احتمال افزایش وزن • اختلالات خونریزی قاعدگی :آمنوره، لکه بینی و خونریزی نامرتب .

• قابل استفاده از سن ۱۶ سالگی • قابل استفاده در دوران شیردهی • تداخل نداشتن با تماس جنسی، • عدم نیاز به قطع مصرف قبل از اعمال بزرگ جراحی، • مناسب برای بیماران تشنجی(بجز برای بیمارانی که از داروهایی مانند کاربامازپین و فنی توبین استفاده می کنند.)	

عوارض شایع و چگونگی برخورد با آن ها:

۱ .**اختلالات قاعدگی(لکه بینی، آمنوره و خونریزی نامرتب) :** خونریزی نامرتب رحمی معمولا "در ماه های اول مصرف دیده شده و در عرض ۲ تا ۳ ماه اول از بین رفته و یا کاهش می یابد. شایان ذکر است که رفع این عارضه گاه نیازمند زمان ۶ تا ۱۲ ماه خواهد بود. در صورت تداوم خونریزی نامرتب رحمی، باید او را برای بررسی بیشتر به متخصص زنان معرفی نمود. اگر دلیل خونریزی تزریق DMPA باشد، کپسول مفنامیک اسید ۲۵۰ میلی گرمیروزی سه بار و در هر بار دو عدد، تا ۵ روز تجویز می گردد .در صورت بهبود نیافتن تا سه ماه و یا وقوع خونریزی به هر دلیل دیگر بجز تزریقDMPA ارجاع به متخصص زنان ضرورت دارد .

اگر آمنوره از ابتدای تزریق آمپول ایجاد شود، نیاز به درمان نداشته و صرفا باید به فرد اطمینان خاطر داده شود .بررسی بارداری در مواردی که فرد پس ازتزریق آمپول، خونریزی قاعدگی منظم داشته و بعدا دچار آمنوره شده باشد، لازم است.

۲ .**افزایش وزن :**افزایش وزن بیشتر به دلیل آثار هورمون پروژسترون،افزایش اشتها و مصرف بیشتر مواد غذایی و ایجاد یک اثر آنابولیک است و معمولا تا دو کیلوگرم در سال اول استفاده از DMPA گزارش شده است .و این افزایش وزن با احتباس مایعات همراه نیست .در بررسی افزایش وزن باید سایر عوامل افزایش وزن را در نظر گرفت .مشکل افزایش وزن با رعایت رژیم غذایی و ورزش قابل رفع است.

۳ .**حساس شدن پستان ها** :با استفاده از پستان بندهای مناسب و مسکنهای معمولی برطرف می گردد .در غیر این صورت ارجاع به ماما ودرصورت نیاز ارجاع به متخصص زنان ضروری است.

عوارض غیرشایع و چگونگی برخورد با آن ها:

این عارضه ها ممکن است هرگز مشاهده نشده و یا خیلی به ندرت مشاهده شود .اگر این عارضه ها مشاهده شود، ارجاع ضروری است .عارضه های غیرشایعDMPA عبارت هستند از :

۱ .**تغییر خلق (بی خوابی و افسردگی):** ارجاع به متخصص روانپزشکی.

۲ .سردرد و گیجی :ارجاع به متخصص زنان.

۳ .نفخ شکم :ارجاع به پزشک

۴ .کاهش میل جنسی :ارجاع به روانپزشک.

۵ .تاخیر در برگشت باروری :ارجاع به متخصص زنان.

۶ .شک به وجود سرطان پستان :ارجاع به متخصص جراحی،

۷ .حساسیت :این عارضه بسیار نادر است .توصیه شود که استفاده کنندگان از DMPA بلافاصله واحد ارایه خدمت را ترک نکنند و در صورت بروز علایمی که می تواند نشان دهنده حساسیت باشد، مانند احساس خارش در محل تزریق، این علایم را گزارش کنند .درصورت بروز حساسیت اقدام لازم متناسب با شدت حساسیت ایجاد شده انجام خواهد شد.

جدول شماره ۹: موارد منع مصرف مطلق و نسبی DMPA

موارد منع مصرف مطلقDMPA	موارد منع مصرف نسبیDMPA
• بارداری، • سرطان پستان، • خونریزی واژینال بدون علت مشخص، • اختلالات شدید انعقادی، • سابقه تومور(آدنوم)کبدی ناشی از مصرف هورمون های استرویید جنسی، • ترومبوآمبولی فعلی، • سابقه سکته مغزی، • فشارخون کنترل نشده	• بیماری کبدی، • سابقه و بیماری فعلی ایسکمیک قلب، • وجود عوامل **متعدد** ابتلای به بیماری های قلبی و عروقی(سیگاری بودن، دیابت، فشارخون بالا و سن بالای ۴۵ سال) • تمایل به برگشت سریع باروری، • چاقی : نمایه توده بدتی بیشتر از ۳۰ • افسردگی شدید • فشار خون کنترل شده، • دیابت با ضایعه عروقی و یا ابتلای به دیابت به مدت بیست سال یا بیشتر از آن • سابقه مول • سن کمتر از ۱۶ سال

آزمایش ها و معاینه های لازم:

۱ .اندازه گیری و ثبت وزن در هر مراجعه.

۲ .اندازه گیری و ثبت فشار خون . فشار خون کنترل شده از موارد منع مصرف نسبی است .در پیگیری ها، فشارخون سالانه اندازه گیری شود و به تغییر فشار خون دقت شود

۳ .انجام پاپ اسمیر بر اساس دستورالعمل کشوری..

۴ .اندازه گیری لیپوپروفایل(یکبار) .اگر LDL متقاضی از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بیشتر بوده و دو فاکتور خطر عروقی و یا اختلالات نادر لیپیدی مانند FAMILIAL HYPER CHOLESTROLEMIA وجود داشته باشد، آغاز استفاده از روش توصیه نمی شود.

.۵ .کنترل سالانه لیپیدهای سرم

هشدارها و چگونگی برخورد با آن ها:

بروز هر یک از علائم زیر نشان دهنده ضرورت مراجعه به پزشک است.

۱ .افزایش فشار خون در حدی که نیازمند درمان باشد فشارخون ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بیشتر از آن

۲ .زردی چشم و پوست،

۳ .سردرد شدید همراه با تاری دید،

۴ .خونریزی شدید

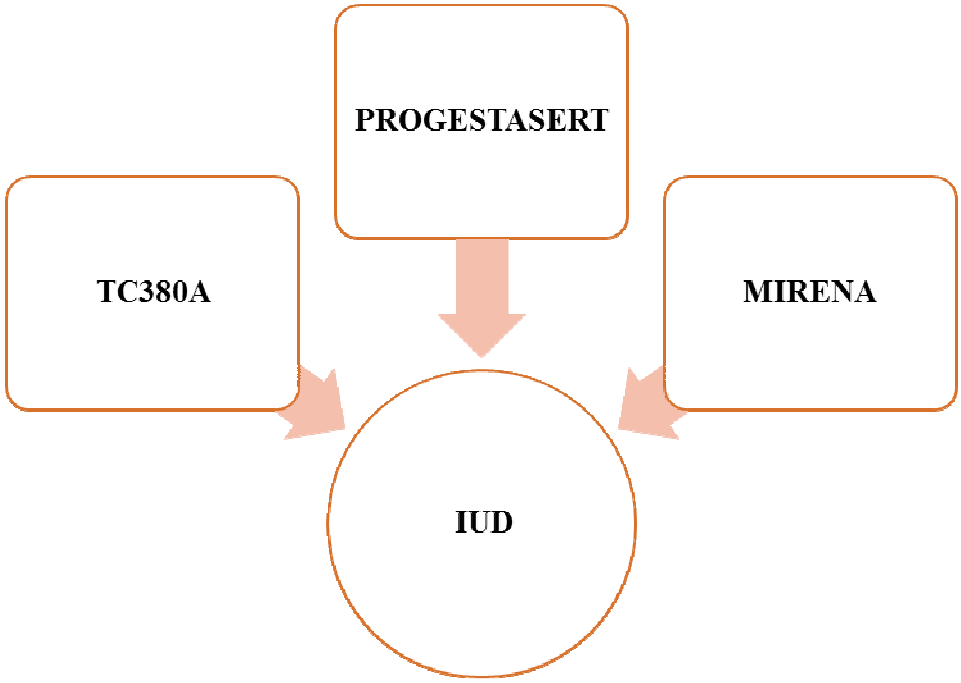
۵ .خونریزی طولانی در هنگام قاعدگی یا جز آن.

۶ .تاخیر قاعدگی(در فردی که حین استفاده از DMPA قاعدگی مرتب داشته است)

شایان ذکر است که موارد یک تا ۴ نیازمند ارجاع فوری و موارد ۶ – ۵ از مصادیق ارجاع غیر فوری است.

در صورت تاخیر بیش از ۲ هفته برای تزریق بعدی و وجود قاعدگی ماهیانه درطول استفاده از این روش، بررسی احتمال بارداری و تذکر به استفاده از یک روش دیگر مانند کاندوم تا قاعدگی بعدی ضروری است.درصورت وجود آمنوره به دلیل تزریق آمپول و تاخیر بیش از ۲ هفته، تزریق بعدی پس از دریافت پاسخ منفی آزمایشβ- hcG انجام خواهد شد. در موارد قطع قاعدگی در استفاده کنندگان از روش، اطمینان دادن به فرد در ارتباط با عادی و بی خطربودن این مسئله و اینکه این حالت در اغلب استفاده کنندگان در طول زمان اتفاق می افتد، ضروری است .هیچ دلیلی برای قطع استفاده از DMPA به دلیل تداوم آمنوره وجود ندارد .همچنین فرد باید مطمئن شود که قطع قاعدگی دلیل وجود بارداری یا ازبین رفتن توان باروری نخواهد بود .در صورتی که قطع قاعدگی برای فرد آزاردهنده باشد، باید نسبت به تغییر روش پیشگیری از بارداری اقدام کرد.در صورت بروز لکه بینی یا خونریزی بین دوره های قاعدگی، باید گیرنده خدمت از عادی، شایع و بی خطر بودن این عارضه اطمینان داشته باشد.اگر خونریزی ادامه پیدا کند، گیرنده خدمت باید به مراکز مربوطه ارجاع شود. خونریزی قاعدگی شدید یا طولانی(مقدار خونریزی یا مدت آن دو برابر معمول باشد) : نادر، اما مهم ونیازمند ارجاع به پزشک است .در این موارد می توان برای پیشگیری از آنمی، به گیرنده خدمت خوردن روزانه یک قرص آهن در دوران خونریزی وخوردن غذاهای آهن دار مانند گوشت و جگر پرندگان و گوساله و نیزخوردن حبوبات را پیشنهاد کرد. سابقه سردرد شدید(میگرن)مانع استفاده ازDMPA نیست .اگر مصرف DMPA با شروع و یا تشدید سردرد، تاری دید، از بین رفتن موقت بینایی، برق زدن در چشم فلاشینگ)،دیدن خطوط زیگزاگی و یا اختلال در تکلم وحرکت همراه گردد، استفاده از یک روش غیر هورمونی توصیه می شود .همچنین برای آغاز درمان مناسب، ارجاع این فرد ضرورت خواهد داشت. اگر مشکلی وجود نداشته باشد و فرد مایل به ادامه استفاده از DMPA باشد، ضمن ارائه خدمت مطابق دستورالعمل، به فرد تذکر داده می شود که پس از سه ماه، برای تزریق نوبت بعدی (تزریق در فاصله ۱۴ ± ۹۰ روز انجام پذیر است) مراجعه نماید . باید به این نکته توجه داشت که DMPA باعث کاهش تراکم مواد معدنی استخوان می شود.اگر استفاده ازDMPA به فاصله دو تا سه سال پیش از یائسگی قطع شود، تراکم مواد معدنی استخوان پس از این فاصله به اندازه ای خواهد بود که با افرادی که از آن استفاده نکرده اند، قابل مقایسه است .بنابراین در تداومDMPA استفاده از در زنان ۱۸ تا ۴۵ ساله که واجد شرایط برای استفاده از آن هستند، نباید محدودیتی اعمال شود. در هر مراجعه برای تزریق بعدی باید رضایت از روش، شکایت ها، هشدارها و عارضه ها سوال و بررسی شود.

- **استفاده از DMPA پیش از زایمان اول**: استفاده از DMPA باعث تاخیر در بازگشت بارور می شود
- **حاملگی هم زمان با استفاده از DMPA :** اگر هم زمان استفاده از DMPA بارداری اتفاق بیافتد، احتمال افزایش مرگ و میر نوزادی و نئوناتال به علت کاهش وزن هنگام تولد (IUGR)وجود دارد .بنابراین در بارداری های هم زمان با استفاده از این روش، نیاز به دقت بیشتر در مراقبت ها و در صورت لزومارجاع به متخصص زنان است.
- **برگشت باروری پس از قطع روش:** ممکن است بازگشت باروری در کاربرDMPA پس از قطع استفاده از روش با تاخیر مواجه گردد ، این تاخیر بطور معمول حدود ۸ تا ۹ ماه پس از آخرین تزریق بطول می انجامد.اما تزریقDMPA ناباروری دایمی ایجاد نمی کند. اگر فرد نخواهد باردار شود و نیز مایل به ادامه استفاده از DMPA نباشد علیرغم تاخیری که در بازگشت باروری با استفاده از DMPA پس از پایان مدت ۳ ماهه وجود دارد، باید از یک روش دیگر پیشگیری ازبارداری استفاده نماید.



تصویر ۶ : انواع آی یو دی

آی-یو-دی کاپر تی(TCu 380 A)

توضیح روش:

این نوع آی – یو -دی یک وسیله کوچک حاوی مس است که در داخل رحم کار گذاشته شده و تا ده سال از بارداری پیش گیری می کند .ارائه خدمت این روش توسط پزشک و ماما صورت می گیرد. اثربخشی آی یودی TCu 380 A حدود ۹۹،۸ درصد می باشد .مکانیسم عمل آی یو دی کاملا شناخته شده نیست .این وسیله اساسا از Fertilization پیشگیری نموده و ایجاد سقط نمی کند .در حال حاضر دو مکانیسم زیر به عنوان مکانیسم های عمده عمل آی یو دی عنوان می شوند:

۱ .ایجاد التهاب در حفره رحم و صدمه به اسپرم،

۲ .اختلال در حرکات لوله های رحمی و جلوگیری از انتقال اسپرم و رسیدن آن به تخمک.

جدول شماره ۱۰: مزایا و معایب آی یودی

مزایای آی یو دی	معایب آی یو دی
• اثربخشی بالا • قابلیت برگشت باروری بلافاصله پس از خروج IUD • طولانی مدت بودن اثر پیشگیری از بارداری • نیاز نداشتن به یادآوری روزانه • عدم تاثیر بر شیردهی • نداشتن آثار و عوارض هورمونی • قابل استفاده تا دوران منوپوز • عدم تداخل با تماس جنسی • تداخل نداشتن با مصرف داروها	• لزوم کارگذاری و خروج توسط فرد دوره دیده، خروج خودبخودی، • عدم پیشگیری از انتقال بیماری های منتقله از راه تماس جنسی (STIs) • لزوم معاینه دوره ای

عوارض شایع و برخورد با آن ها:

۱ .**افزایش خونریزی و درد هنگام قاعدگی :**به فرد آگاهی لازم داده می شود که این مشکل طی ۲ تا ۳ ماه پس از گذاردن IUD رفع خواهد شد .در صورت نیاز، درمان با داروهایی مانند ایندومتاسین، مفنامیک اسید روزانه۳ بار و در هربار ۲ کپسول ۲۵۰ میلی گرمی بمدت ۵ روز و آهن آغاز می شود .اگر مشکل خونریزی و درد زمان قاعدگی با این درمان برطرف نگردد، علت آن بررسی و در صورت نیاز باید IUDرا خارج نمود

۲ .**خونریزی نامنظم و لکه بینی بین قاعدگی ها** :به فرد آگاهی داده می شود که این مشکل در عرض ۲ تا ۳ ماه برطرف خواهد شد .اگر مشکل پس از گذشت ۲ تا ۳ ماه ادامه یافت، ارجاع به متخصص زنان ضرورت می یابد.

۳ .**افزایش ترشحات واژینال :**درصورت افزایش ترشح واژینال، نوع آن بررسی و سپس درمان آغاز می گردد .درصورت نیاز، ارجاع به متخصص زنان ضروری است .ترشحات عفونی عمدتا بدبو، همراه با سوزش و خارش بوده و رنگ آن با ترشحات غیرعفونی تفاوت دارد .

عوارض غیرشایع و برخورد با آن ها:

۱ .**بیماری های التهابی لگن(PID):** در ۲۰ روز اول پس از کارگذاری IUD مشاهده می شود .دلیل اصلی آن تشخیص ندادن عفونت موجود قبل از گذاری و یا رعایت نکردن استریلیتی در زمان جای گذاری است .باید در این موارد فرد را به بیمارستان ارجاع نمود.

۲ .سوراخ شدن رحم هنگام کارگذاری که به دو صورت اتفاق می افتد:

الف -با علائم بالینی :معمولا هنگام اندازه گیری عمق رحم با هیسترومتر (و یا کارگذاری IUD رخ داده و فرد احساس درد دارد .

ب -بدون علائم بالینی :علامتی نداشته و از علائم پی بردن به آن کوتاه شدن طول نخ است. در موارد احتمال سوراخ شدن رحم، در صورت امکان باید IUD را خارج کرده و فرد را به متخصص زنان یا بیمارستان ارجاع داد.

جدول شماره ۱۱: موارد منع مطلق و نسبی استفاده از آی یو دی

موارد منع مطلق استفاده از آی یو دی	موارد منع نسبی استفاده آی یو دی
• شک یا اطمینان به حاملگی • سابقه PID راجعه با بستری در بیمارستان • رحم با شکل غیر طبیعی براساس معاینه لگن • بیماری ویلسون یا حساسیت به مس برایIUD های مس دار • نقص سیستم ایمنی • فیبرومی که اندازه و شکل حفره رحم را تغییر داده باشد، • خون ریزی شدید قاعدگی(دفع لخته)یا آنمی شدید • خونریزی واژینال بدون علت مشخص، • اختلالات انعقادی، • شک به وجود بدخیمی رحم یا سرویکس و یا قطعیت وجود آن، • در فاصله زمانی درمان و پیگیری مول (حداقل ۱ سال) • سل لگنی .	• سابقه PID بدون بستری در بیمارستان، • سابقه منوراژی، • سابقه دیسمنوره، • وجود، داشتن شریک های جنسی متعدد (در زن یا همسر وی) • ابتلای به یا سابقه آنSTIs(ابتلای اخیر) • اندومتریت پس از زایمان و یا سقط عفونی در ۳ ماه گذشته • سرویسیت و واژینیت درمان نشده • نداشتن سابقه زایمان

استفاده ازIUD در افراد دیابتی نیازمند بررسی خاصی نیست.

زمان شروع استفاده ازIUD:

۱ .**در زمان قاعدگی :**باتوجه به اطمینان از باردار نبودن، نرمی سرویکس و راحت تر بودن ارائه خدمت ، کارگذاریIUD در ۵ روز اول خونریزی قاعدگی توصیه می شود .خونریزی و درد ناشی از کارگذاریIUD با خونریزی و درد دوران قاعدگی پوشیده خواهد شد.

۲ .پس از زایمان(طبیعی، سزارین): کوتاه ترین فاصله زمانی ممکن برای آغاز استفاده ازIUD شش هفته پس از زایمان طبیعی یا سزارین است . ضمنا شیردهی مانع گذاشتن IUD نبوده و IUD اثری بر شیر مادر ندارد.

. **۳ .پس از سقط یا کورتاژ :**پس ازسقط یا کورتاژ زیر ۱۲ هفته و به شرط عفونی نبودن آن می توان در ۵ روزاول پس از سقط IUD گذاری را انجام داد .در موارد سقط بالای ۱۲ هفته ، این کار باید با ۶ هفته تاخیر و پس از بررسی های لازم توسط متخصص انجام شود .

۴ .در مادران شیردهی که قاعدگی آن ها برنگشته است: IUD را می توان شش هفته پس از زایمان با انجام آزمایش β-HCG و اطمینان از عدم بارداری کارگذاشت

آزمایش ها و معاینه های لازم:

اولین مراجعه:

۱ .معاینه لگن برای بررسی اندازه و وضعیت رحم و آدنکس ها

۲ .اندازه گیری هموگلوبین خون

۳ . بررسی موارد کنتراندیکاسیون های مطلق و نسبی.

مراجعه های بعدی:

۱ .دیدن نخ IUD (معاینه توسط خود فرد لازم نیست) : بررسی نخ IUD پس از اتمام اولین دوره خونریزی قاعدگی بعد از گذاشتنIUD انجام شده و کنترل های بعدی آن هر ۶ ماه یکبار در غیر از زمان قاعدگی صورت خواهد گرفت. شایان ذکر است که در چند ماه اول پس از گذاشتنIUD و بویژه در دوران قاعدگی احتمال خروج خودبخود آن وجود دارد .در صورت افزایش طول نخ و یا در حال خروج بودن آن، سونوگرافی درخواست خواهد شد .اگر نتیجه سونوگرافی تایید کننده جابجا شدن آی یو دی باشد، باید نسبت به خروج کاملIUD اقدام شود. بلافاصله پس از خروجIUD و در صورت مناسب .بودن شرایط فرد(حامله نبودن، نداشتن عفونت و تقاضا برای ادامه روش) می توان نسبت به گذاردن IUD جدید اقدام کرد

۲ .اندازه گیری هموگلوبین

۳ .معاینه لگن برای بررسی ترشح ها و حساسیت رحم و آدنکس ها،

۴ .انجام پاپ اسمیر براساس دستورالعمل کشوری،

۵ .بررسی وضعیت رضایت مندی، داشتن مشکل با استفاده ازIUD ، تقاضا برای تغییر روش و یادآوری مسایلی که فرد درصورت بروز آن ها باید مراجعه نماید. درصورت رویارویی با هر کدام از علائم، عارضه ها و هشدارها مراجعه به مراکز ارائه خدمت ضروری است.

هشدارها و چگونگی برخورد با آن ها

۱ .**دیده نشدن نخ یا عدم لمس نخ IUD توسط فرد معاینه کننده** : نخ آی یو دی در فاصله ۲،۵ سانتی متری از سرویکس بریده می شود .اگر نخIUD دیده نشود، باید برای بررسی بیشتر از نظر حاملگی، پاره شدن نخ، سوراخ شدن رحم ، ورود IUD به حفره شکمی و خروجIUD سونوگرافی درخواست شده و صورت نیاز ارجاع صورت گیرد.

۲ .**تاخیر قاعدگی :**در موارد تاخیر قاعدگی، آزمایش بارداری برای حصول اطمینان درخواست می شود .اگر پاسخ آزمایش بارداری هم زمان با مثبت باشد، باید حاملگی را از نظر داخل و یا خارجIUD رحمی بودن بررسی نمود. شانس بارداری خارج رحمی با استفاده از IUDافزایش نیافته ولی درصورت وقوع حاملگی هم زمان با استفاده ازIUD باید بارداری خارج رحمی را مد نظر داشت.

۳ .درموارد:

الف -حاملگی داخل رحمی :اگر درنیمه اول حاملگی باشد و نخ IUD دیده نشود فرد ارجاع خواهد شد ولی اگر بتوان نخ را دید، سعی می شود که با کشیدن آن IUD را خارج کرد .اگر این مانور با موفقیت همراه نباشد، ارجاع به متخصص انجام خواهد شد .درنیمه دوم حاملگی، با هر شرایطی (دیده شدن یا دیده نشدن نخ)ارجاع فرد انجام می شود. درصورت ادامه حاملگی با داشتنIUD باید به فرد هشدار داد که اگر به ، هر کدام از علائم عفونت مانند تب، علائم شبه آنفلوانزا، درد شکمی و خونریزی دچار شود، ضرورت دارد که در اولین فرصت به مرکز بهداشتی درمانی برای ارجاع فوری و یا مستقیما و فوری به بیمارستان مراجعه نماید. درصورت سقط با IUD بویژه در سه ماهه دوم خطر سپتی سمی وجود دارد.
اگر بارداری با IUD تا ترم ادامه یابد، وجود IUD در رحم سبب ناهنجاری جنینی نخواهد شد.

ب -حاملگی خارج رحمی :فرد را باید فورا به بیمارستان ارجاع داد.

۴ .**وجود علائمی چون درد پایین شکم**، ترشح واژینال چرکی وبدبو، تب و لرز، استفراغ و حرکت دردناک سرویکس احتمال وجود بیماری های التهابی لگن را مطرح نموده و باید فرد به بیمارستان ارجاع شود**.**

۵ .بدخیمی دستگاه تناسلی :اگر هر کدام از موارد بدخیمی دستگاه تناسلی قطعیت پیدا کند،IUD را خارج نموده و فرد را به متخصص باید ارجاع داد.

پیگیری:

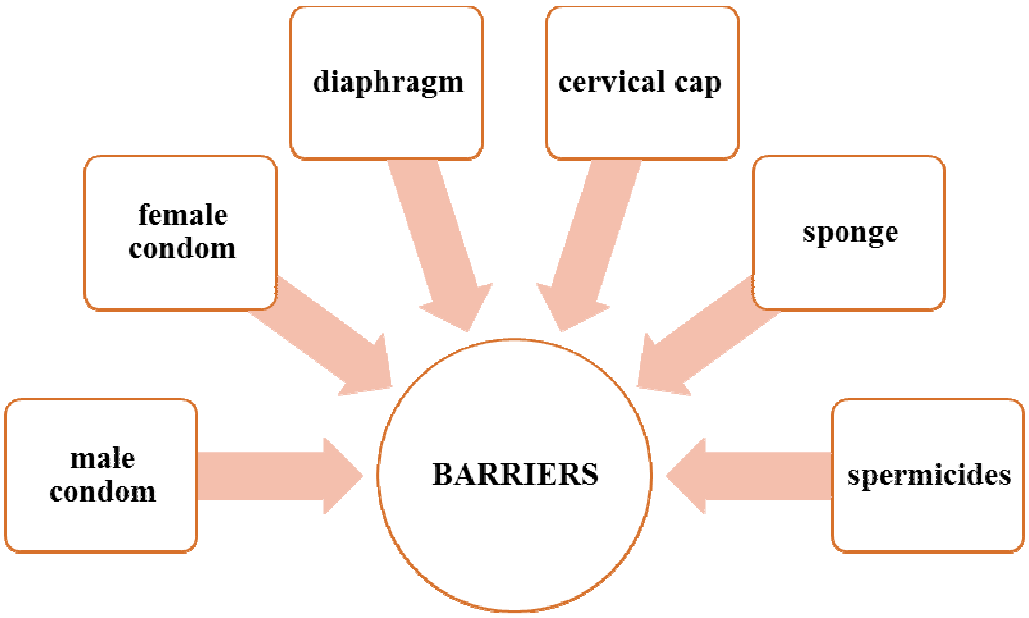
مراجعه های پیگیری IUD در مراکز ارائه خدمت به دو دسته بوده و به شرح زیر انجام می شوند:
مراجعه هایی که به منظور کنترل انجام می شوند :یک ماه پس از کارگذاری IUD پس از پایان خونریزی قاعدگی و سپس هر شش ماه یک باردر دوره پاکی برای بررسی نخIUD .

در مراجعه های پیگیری نیازی به انجام روتین معاینه لگن نیست .معاینه لگن درصورت وجودPID و STI توصیه می شود. با توجه به اینکه آنمی فقر آهن در استفاده کنندگان از آی یو دی با خونریزی زیاد ممکن است مورد غفلت قرار گیرد، باید در مراجعه های پیگیری این مسئله و معاینه ها و درصورت لزوم آزمایش های مربوطه مد نظر قرار گیرد .اندازه گیری هموگلوبین یک بار یک ماه پس از گذاشتن آی یو دی و یک بار دیگر سه ماه پس از گذاشتن آی یو دی انجام خواهد شد.

مراجعه پس از پایان مدت اثربخشی IUD : خروجIUD و درصورت نیاز جای گذاری آی یو دی جدید

خروجIUD:

اگر فرد بخواهدIUD را زودتر از پایان مدت اثر آن خارج نموده و نیز تمایلی به بارداری نداشته باشد، باید در زمان قاعدگی برای خارج نمودنIUD به مرکز ارائه خدمت مراجعه نموده و پس از خارج آن بلافاصله از یک روش دیگر پیش گیری از بارداری استفاده نماید .اگرIUD درزمانی غیر از دوران قاعدگی خارج شود، احتمال بارداری وجود داشته و درصورت وجود تماس جنسی درعرض ۷۲ ساعت گذشته، استفاده از روش های اورژانس پیش گیری از بارداری ضرورت دارد.



تصویر ۷ : انواع روشهای ممانعت کننده

کاندوم: کاندوم یک وسیله پیشگیری از بارداری از جنس لاتکس است .کاندوم تنها روشی است که علاوه بر پیشگیری از بارداری از انتقال بیماری های قابل انتقال از تماس جنسی STIs مانند HIV/AIDS نیز پیشگیری می نماید .این وسیله در اندازه، طرح و رنگ های مختلف در دسترس بوده و توسط کارکنان بهداشتی تعلیم دیده تجویز می شود. اثربخشی کاندوم با استفاده صحیح، حدود ۹۷ درصد می باشد.

جدول شماره ۱۲: مزایا و معایب کاندوم

مزایای کاندوم	معایب کاندوم
• جلوگیری از انتقال بیماری های منتقله از راه تماس جنسی(STIs) • کاهش خطر بروز سرطان دهانه رحم، • قابل استفاده در هرگروه سنی • کمک به جلوگیری از انزال زودرس، • آسانی استفاده و نداشتن عوارض موضعی وعمومی، • نداشتن آثار هورمونی، • قابل استفاده بلافاصله پس از زایمان، • نداشتن اثر بر شیردهی	• ایجاد حساسیت به کاندوم در بعضی از کاربرها • کاهش لذت جنسی به دلیل کاهش حس لمس • لزوم استفاده پس از نعوظ (Erection احتمال خارج شدن یا پاره شدن آن

موارد منع مصرف کاندوم: حساسیت به لاتکس و سایر مواد استفاده شده در کاندوم و بروز خارش یا لکه های پوستی در هرکدام از زوجین به دنبال استفاده از کاندوم از موارد منع استفاده می باشد.

نکته های قابل توجه در مصرف کاندوم:

۱ .در هر بار نزدیکی باید از یک کاندوم جدید استفاده شود.

۲ .کاندوم باید پیش از مصرف مشاهده و از سالم بودن آن اطمینان حاصل شود.

۳ .کاندوم باید در حالت نعوظ وقبل از انجام نزدیکی به روی آلت کشیده شود.

۴ .لازم است بلافاصله پس از انزال برای خروج کاندوم اقدام شود .برای اینکار، در حالیکه هنوز نعوظ وجود دارد، با گرفتن حلقه بالایی کاندوم نسبت به خارج نمودن آن اقدام خواهد شد.

۵ .با توجه به اینکه مالیدن لوبریکانتها(وازلین، روغن های نباتی وگیاهی و ...) احتمال آسیب به کاندوم و پاره شدن آن را افزایش خواهد داد، لازم است که از استفاده از این گونه مواد خودداری گردد. با توجه به افزایش احتمال پاره شدن کاندوم در صورت استفاده همسر فرد ازکرم های طبی، باید مصرف این کرم ها به پس از تماس جنسی موکول گردد.

۶ .حین استفاده باید مواظب بود که کاندوم با ناخن، انگشت یا اتگشترسوراخ نشود.

۷ .باید توجه نمود که کاندوم پس از انزال در داخل واژن باقی نماند.

۸ .نباید از کاندوم های شکننده، تاریخ گذشته، تغییر شکل و تغییر رنگداده و یا کاندومی که بسته بندی داخلی آن صدمه دیده است، استفاده کرد.

سه تا چهار هفته پس از دریافت کاندوم و حتما پیش از تمام شدن موجودیکاندوم در منزل، برای دریافت بسته بعدی، مراجعه نماید. در هر مراجعه برای دریافت کاندوم می بایست درخصوص رضایت از روش،شکایت ها، حساسیت،احتمالی وچگونگی استفاده از کاندوم با دقت پرسیده شود. آگاهی فرد از روش اورژانس پیشگیری از بارداری (EC) بررسی شده و در صورت نیاز به فرد آموزش داده شود. باید داشتن قرص های روش(EC) از فرد سئوال شده و درصورت نیاز قرص های های لازم در اختیار او قرار گیرد .

چگونگی نگهداری کاندوم:

کاندوم بایستی دور از نور مستقیم آفتاب، گرما، رطوبت، نور لامپ فلوئورسانس و اشعه ماورای بنفش بوده ودر جای خشک و خنک نگهداری شود.

روش های دائمی :

الف. بستن لوله های رحمی (توبکتومی): بستن لوله های رحمی در خانم ها یک عمل جراحی ساده و کم خطر است . در این عمل لوله های رحمی متقاضی طی بیهوشی عمومی یا بی حسی موضعی بسته می شود .این عمل توسط متخصص زنان، بصورت سرپایی و یا یک روز اقامت در بیمارستان قابل انجام است.با بسته شدن لوله های رحمی از رسیدن اسپرم و تخمک به یکدیگر و تشکیل سلول تخم جلوگیری بعمل می آید. اثربخشی روش بیش از ۹۹ درصد است.

جدول شماره ۱۳: مزایا و معایب توبکتومی

مزایا	معایب
• دایمی بودن، • اثر بخشی بالا، • عدم نیاز به یاد آوری و مراجعه مکرر، • نداشتن عارضه برای سلامتی فرد استفاده کننده روش در دراز مدت، • تاثیر نداشتن در روابط جنسی، • کاهش ابتلا به سرطان تخمدان	• نیاز به عمل جراحی، • پرهزینه و دشوار بودن عمل جراحی برگشت باروری

عوارض غیرشایع و چگونگی برخورد با آن ها

- احتمال تغییر میزان قاعدگی،
- توبکتومی مانند سایر اعمال جراحی می تواند خطرهای بیهوشی را به میزان بسیارکم به همراه داشته باشد.در صورت بروز هر کدام از عارضه های نادر اشاره شده، فرد به متخصص زنان ارجاع می شود.

موارد تاخیر عمل جراحی توبکتومی:

- بیماری های التهابی لگن در سه ماهه اخیر
- بیماری های تروفوبلاستیک بدخیم،
- سابقه اخیر بیماری های قلبی حاد،
- ابتلا به ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) یا آمبولی ریه،
- خونریزی واژینال بدون علت مشخص،
- مشکلات دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان مانند پره اکلامپسی شدید، اکلامپسی، پارگی کیسه آب (بیش از ۲۴ ساعت)، تب زمان زایمان یا بلافاصله پس از آن، وجود عوارض پس از زایمان مثل خونریزی و عفونت سایر نقاط

بدن (داشتن شرایط نامساعد جسمی) در این موارد عمل بستن لوله های رحمی به سه ماه پس از درمان موکول خواهد شد.

- بیماری های فعال مقاربتی (STIs)
- سرطان های لگن .

بستن لوله های رحمی درصورت وجود هرکدام از مشکلات فوق، پس از رفع مشکل انجام خواهد شد.بایستی قبل از توبکتومی ضمن مشاوره دقیق به زن و شوهر درمورد کم بودن احتمال موفقیت، پرهزینه و دشواربودن عمل جراحی برگشت توانایی باروری تذکر داد.این روش برای زوجینی که خانواده خود را از نظر تعداد فرزند کامل نموده و از زندگی با ثباتی برخوردارند، مناسب است .قبل از عمل بایستی رضایت متقاضی خدمت و همسر وی کسب شود.بجز موارد عنوان شده فوق منع خاصی برای زمان انجام عمل مطرح نیست. لازم است با توجه به فاکتورهای سن، تعداد و سن فرزندهای متقاضی، ضمن انجام مشاوره به متقاضی در اتخاذ تصمیم مناسب کمک شود.

زمان انجام توبکتومی

۱ .در صورت اطمینان از باردار نبودن متقاضی، بستن لوله های رحمی در هر زمانی از سیکل قاعدگی امکان پذیر است (دوهفته اول سیکل قاعدگی دوره زمانی مناسب تری است).

۲ .پس از زایمان طبیعی.

۳ .هنگام سزارین بستن لوله های رحمی براحتی امکان پذیر است

توجه :پس از سقط عفونی و نیز در فاصله زمانی ۷ تا ۴۲ روز پس از زایمان، زمان مناسبی برای انجام عمل توبکتومی نیست.

آزمایش ها و معاینه های لازم:

- گرفتن سابقه بیماری ها،
- انجام β- hcG در موارد غیر همزمان با سقط و بارداری
- سایر آزمایش ها (براساس دستورالعمل معاونت سلامت در مورد اعمال جراحی غیر اورژانس)
- معاینه لگنی بجز موارد بارداری
- اندازه گیری فشار خون،
- پاپ اسمیر مطابق دستورالعمل کشوری.

تذکرهای بعد از عمل توبکتومی:حمام کردن روزانه، استفاده از مسکن در موارد احساس درد،تمیز و خشک نگه داشتن محل بخیه، نداشتن رابطه زناشویی حداقل تا یک هفته(اگر درد پس از یک هفته ادامه یابد، لازم است که تا زمان رفع درد از رابطه جنسی خودداری گردد، نیاز نداشتن به استفاده از روش مضاعف.

هشدار ها و چگونگی برخورد با آن ها:

- تب بالاتر از ۳۸ درجه،
- درد و تورم محل عمل و خروج چرک و خون از آن تا یک هفته و قرمزی محل عملی که بدتر شود یا از بین نرود،

- .درد شکمی که بدتر شده یا از بین نرود،
- از حال رفتن، گیجی شدید، در چهار هفته اول و به ویژه در هفته اول پس از عمل. در صورت بروز هر کدام از موارد فوق، فرد به بیمارستان ارجاع خواهد شد.

مراجعه های پی گیری و اقدامات مربوطه:

- تعیین زمان مراجعه بعدی :مراجعه در فاصله هفت روز بعد از عمل به منظور کشیدن بخیه ها و معاینه محل عمل.
- داشتن IUD و انجامTL : لزوم مراجعه فرد در اولین سیکل قاعدگی پس از عمل، برای خروجIUD
- بررسی رضایت از عمل، عارضه ها، هشدارها، راهنمایی و مشاوره در صورت وجود مشکل خاصاز کارهای لازم در مراجعه های پی گیری است.

حاملگی در افرادTL شده :

حاملگی در افرادTL شده بسیار کم بوده، ولی درصورت تاخیر قاعدگی، تهوع، حساس شدن پستان ها، درد و حساسیت زیر شکم و خونریزی واژینال بررسی آن ضروری است.

حاملگی بعداز TL بدون وجود هیچ اشکال تکنیکی در عمل بستن لوله های رحمی ممکن خواهد بود .با توجه به خارج رحمی بودن نیمی از موارد هر مورد شک به حاملگی های باید از نظر حاملگی خارج رحمی نیز بررسی گردد.

سن مناسب برای بستن لوله های رحمی: این عمل برای خانم های مولتی پار بالای ۳۵ سال که دیگر نمی خواهند تعداد فرزند بیشتری داشته باشند، بسیار مناسب است .درمورد متقاضیان زیر ۳۰ سال با توجه به احتمال طلاق، ازدواج مجدد و ... بهتر است انجام عمل مشروط به مشاوره دقیق شده و با درنظرگرفتن احتیاط های لازم گردد.

ب. وازکتومی:

وازکتومی بدون تیغ جراحی(no Scalpel Vasectomy=NSV) یک روش دایمی پیشگیری از بارداری برای آقایان است . این روش با یک عمل جراحی سرپایی و بی حسی موضعی ومعمولا "در فاصله زمانی کوتاه تر از ۲۰ دقیقه انجام می گیرد . طی این عمل لوله های اسپرم بر، از طریق ایجاد یک سوراخ کوچک بر روی کیسه بیضه ها بسته می شوند .بسته شدن لوله های اسپرم بر از ورود اسپرم ها به مایع منی جلوگیری می نماید .در این حالت مایع منی فرد بدون اسپرم بوده و لقاح صورت نخواهد گرفت .

یکی از اثربخش ترین روش های پیشگیری از بارداری است .با پیگیریهای بعد ازعمل و انجام دونوبت آزمایش آنالیز اسپرم پس از عمل جراحی که نبودن اسپرم در مایع منی را تایید کند، میزان موفقیت نزدیک به ۱۰۰ درصد است.

مزیت ها:

- اثربخشی بالا
- نیاز نداشتن به بیهوشی .
- دایمی بودن .
- تداخل نداشتن با فعالیت جنسی .
- عدم نیاز به یادآوری و مراجعه های مکرر .
- نداشتن اثر منفی بر قدرت مردانگی، میل جنسی و صفت های ثانویه مردانه ریش، سبیل و صدای مردانه.
- عارضه نداشتن برای سلامتی استفاده کننده از روش در دراز مدت.
- تاثیرنداشتن بر حجم و ظاهر مایع منی و کیفیت تماس جنسی .
- نیاز کمتر به مراقبت های قبل و پس ازعمل، احتمال بیشتردر موفقیت عمل بازگشت، زمان کوتاه تر عمل جراحی، امکان کسب اطمینان از موفقیت عمل و عارضه های کمتر در مقایسه با بستن لوله های رحمی.

عوارض شایع وچگونگی برخورد با آن ها:

وازکتومی عارضه دراز مدت قابل توجه و سیستمیک نداشته و عارضه های احتمالی محدود به محل عمل می باشد .این عارضه ها شامل درد، سوزش و کبودی مختصر ناحیه عمل بوده که عموما "بعد از حداکثر یک هفته برطرف می شوند.

عوارض غیرشایع و چگونگی برخورد با آن ها:

۱ .هماتوم،

۲ .عفونت پوست ناحیه عمل و یا اپیدیدمواورکیت عفونی،

۳ .اپیدیدیمیت احتقانی و درد مزمن بیضه ها.

در صورت بروز هر یک از عارضه های غیرشایع یادشده، متقاضی باید به مرکزارائه خدمت وازکتومی مراجعه کند.

سن مناسب برای انجام وازکتومی : انجام وازکتومی در افراد جوان(کمتر از ۳۱سال) توصیه نمی شود.

موارد منع استفاده مطلق:

باید توجه داشت هیچگونه منع مطلقی در انجام وازکتومی وجود ندارد، اما در برخی شرایط وازکتومی باید با احتیاط، تاخیر و یا در یک مرکز مجهز انجام گیرد .این موارد به شرح ذیل می باشند:

جدول شماره ۱۴ : موارد نیازمند احتیاط،تاخیر و ارجاع برای وازکتومی

موارد نیازمند احتیاط	موارد نیازمند تاخیر	موارد نیازمند ارجاع
• آسیب اسکروتوم و یا سابقه عمل جراحی آن • واریکوسل وهیدروسل بزرگ • عدم نزول بیضه یکطرفه وازکتومی در سمت نزول یافته انجام گرفته و اگر ۳ ماه بعد از عمل در مایع منی اسپرم وجود داشته باشد، وازکتومی سمت مقابل نیز باید انجام گیرد • دیابت	• بیماری مقاربتی فعال • التهاب سر آلت لوله های اسپرم بر و یا بیضه ها • عفونت پوست اسکروتوم، • عفونت حاد سیستمیک و یا گاستروآنتریت شدید • اپیدیدیمیت و یا اورکیت .	• فتق کشاله ران • عدم نزول بیضه دو طرفه • اختلالات انعقاد • ایدز • وجود توده در کیسه بیضه ها، • سابقه حساسیت به لیدوکایین .

آزمایش ها و معاینه های لازم:

معمولا، قبل از انجام وازکتومی نیاز به درخواست هیچگونه آزمایشی نمی باشد .در گرفتن شرح حال، سابقه پزشکی متقاضی بررسی شده و معاینه فیزیکی عمومی با توجه ویژه به دستگاه ژنیتال انجام شود.

دستورهای پس از عمل:

- استراحت به مدت یک روز .
- آب نزدن به محل عمل تا دو روز .
- نداشتن تماس جنسی تا ۴ روز .
- پوشیدن شورت تنگ و یا بیضه بند،
- انجام ندادن کار سنگین تا یک هفته .

هشدارها و چگونگی برخورد با آن ها:

مواردی هستند که فرد وازکتومی شده درصورت رویارویی با آن ها،باید فوراً به مرکز یا مراکز انجام دهنده وازکتومی مراجعه نماید.

۱ .تب بیش از ۳۸ درجه تا ۴ هفته، بویژه در هفته اول.

۲ .درد شدید ناحیه عمل که به مسکن های معمولی پاسخ ندهد.

۳ .خروج خون و چرک از محل زخم.

۴ .تورم بیش از حد اسکروتوم.

موارد قابل توجه در پیگیری ها و مراجعه های بعدی:

بهتراست فرد وازکتومی شده یک هفته پس از عمل برای معاینه محل عمل به پزشک ارائه دهنده خدمت مراجعه نماید.

فرد وازکتومی شده باید سه ماه بعد از عمل از نظر آزواسپرمی آزمایش شود .لازم است در این مدت و تا اخذ نتیجه آزمایش، یک روش مطمئن جلوگیری از بارداری مورد استفاده قرار گیرد .برای پیگیری و اطمینان از موفقیت کامل عمل، انجام اسپرم آنالیز بعدی با فاصله زمانی یک ماه از آزمایش اول (چهار ماه پس از عمل) خواهد بود.

برگشت پذیری وازکتومی بدون تیغ جراحی:

وازکتومی بدون تیغ جراحی یک روش دائمی پیشگیری از حاملگی بوده و متقاضیانی که خواهان فرزند دیگری هستند به هیچ عنوان نباید از این روش استفاده نمایند .در موارد نادری ممکن است متقاضی پس از وازکتومی خواهان انجام عمل Reversal Vasectomy گردد .

عمل جراحی برگشت وازکتومی (، یک عمل جراحی است که با استفاده از میکروسکوپ و یا لوپ انجام شده و طی آن دو انتهای بریده شده وازدفران به یکدیگر پیوند زده می شوند .میزان موفقیت عمل برگشت بین ۶۰ تا ۸۰ درصد و ظهور اسپرم در مایع منی پس از عمل برگشت، تا بیش از ۹۵ % گزارش گردیده است .برگشت وازکتومی در بیش از ۵۰ % موارد بارداری را بدنبال دارد .احتمال بارداری با طولانی تر شدن فاصله زمانی بین عمل وازکتومی و عمل برگشت آن کاهش می یابد و به حدود ۳۰ % در فاصله ۱۰ سال بعد از عمل می رسد.

پایش و ارزشیابی برنامه سلامت مادران:

پایش ، جمع آوری دوره ای داده هاست تا معلوم گردد که آیا فعالیت ها طبق برنامه انجام می گیرد در صورتی که ارزشیابی میزان دسترسی به اهداف هر برنامه را مشخص می نماید.برای پایش و ارزشیابی برنامه های سلامت می توان از نشانگر های مرتبط با آن برنامه استفاده نمود.

نشانگر های ارزشیابی مراقبتهای قبل از بارداری، حین دوران بارداری و زایمان و پس از زایمان:

۱- درصد خانم های باردار تحت پوشش که ویزیت قبل از بارداری داشتند
۲- درصد خانم های باردار تحت پوشش که حاملگی پرخطر دارند
۳- درصد خانم های باردار تحت پوشش که حاملگی ناخواسته دارند
۴- درصد خانم هایی که در یکسال اخیر زایمان کردند و ۸ مراقبت معمول بارداری را داشتند
۵- درصد خانم هایی که در یکسال اخیر زایمان کردند و حداقل۶ مراقبت بارداری داشتند
۶- درصد خانم هایی که در یکسال اخیر زایمان کردند و حداقل یک مراقبت بارداری داشتند
۷- درصد خانم های باردار تحت پوشش که وزن گیری بیش از حد انتظار دارند.
۸- درصد خانم های باردار تحت پوشش که وزن گیری کمتر از حد انتظار دارند
۹- درصد خانم های باردار تحت پوشش که علائم خطر بارداری را می شناسند.
۱۰- درصد خانم های باردار تحت پوشش که از مصرف اسید فولیک در دوران بارداری آگاهی دارند
۱۱- درصد خانم های باردار تحت پوشش که از مصرف آهن در دوران بارداری آگاهی دارند
۱۲- درصد خانم های باردار تحت پوشش که از مصرف مولتی ویتامین در دوران بارداری آگاهی دارند
۱۳- درصد خانم های باردار تحت پوشش که از زمان مراقبت بعدی خود آگاهی دارند
۱۴- درصد خانم های باردار تحت پوشش که ایمنی کافی بر علیه سرخجه دارند

۱۵- درصد خانم های باردار تحت پوشش که ایمنی کافی بر علیه کزاز دارند
۱۶- درصد خانم های باردار تحت پوشش که از نظر دیابت بارداری غربالگری شدند
۱۷- درصد خانم های باردار تحت پوشش که دچار دیابت بارداری شدند.
۱۸- درصد خانم های باردار تحت پوشش که دچار دیابت بارداری شده و تحت درمان هستند.
۱۹- درصد خانم های باردار تحت پوشش که دیابت بارداری آنها با درمان کنترل است.
۲۰- درصد خانم های باردار تحت پوشش که دچار پره اکلامپسی شدند.
۲۱- درصد خانم های باردار تحت پوشش که دچار پره اکلامپسی شده و تحت پیگیری هستند.
۲۲- درصد عوارض ناشی از بارداری در خانم هایی که در طی یکسال اخیر زایمان کردند
۲۳- درصد عوارض حین زایمان در خانم هایی که در طی یکسال اخیر زایمان کردند
۲۴- درصد عوارض پس از زایمان در خانم هایی که در طی یکسال اخیر زایمان کردند
۲۵- درصد زایمان سزارین
۲۶- درصد زایمان در منزل
۲۷- درصد زایمانهای چند قلو
۲۸- درصد ارجاع به دلیل مشکلات بارداری
۲۹- درصد خانم هایی که در طی یکسال اخیر زایمان کردند و سه مراقبت پس از زایمان را دریافت نمودند
۳۰- درصد خانم هایی که در طی یکسال اخیر زایمان کردند و مکمل آهن را دریافت نمودند
۳۱- درصد خانم هایی که در طی یکسال اخیر زایمان کردند و مکمل مولتی ویتامین را دریافت نمودند

نشانگر های ارزشیابی خدمات تنظیم خانواده:

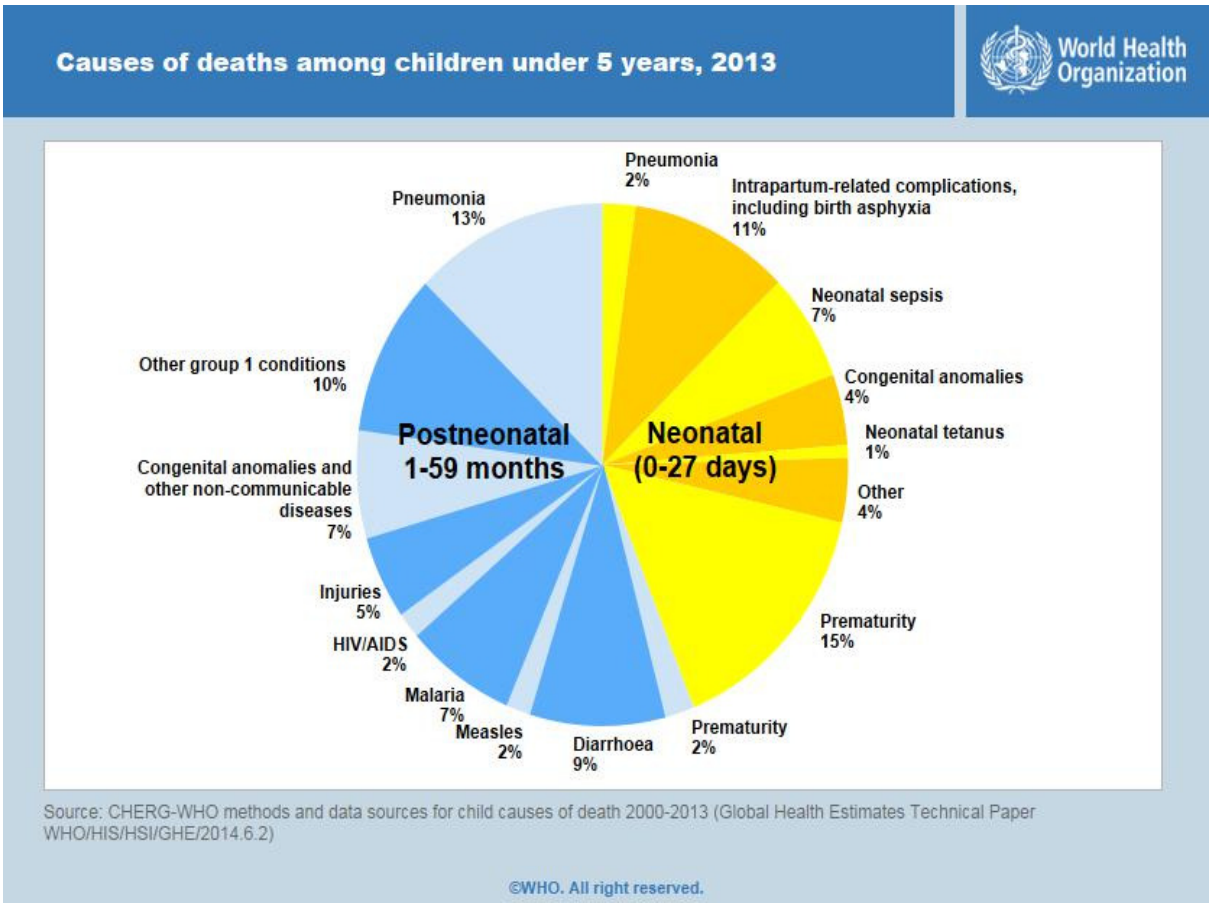
۱- درصد پوشش کلی روشهای پیشگیری از بارداری (total couple protection rate)
۲- درصد پوشش مدرن روشهای پیشگیری از بارداری (modern couple protection rate)
۳- درصد خانم های باردار تحت پوشش که حاملگی ناخواسته دارند
۴- درصد خانم های باردار تحت پوشش که حاملگی زیر ۱۸ سال دارند
۵- درصد خانم های باردار تحت پوشش که حاملگی بالای ۳۵ سال
۶- درصد خانم های باردار تحت پوشش که حاملگی با فاصله کمتر از ۳ سال از زایمان قبلی دارند
۷- درصد خانم های باردار تحت پوشش که حاملگی رتبه ۵ و بالاتر دارند
۸- درصد خانم های باردار تحت پوشش که حاملگی پرخطر به دلیل بیماری زمینه ای دارند
۹- درصد نیاز برآورده نشده(unmet need) روشهای پیشگیری از بارداری در افراد واجد شرایط
۱۰- میزان باروری عمومی(General fertility rate)
۱۱- میزان باروری اختصاصی سنی(Age specific fertility rate)
۱۲- میزان باروری کلی (Total fertility rate)

فصل شانزدهم :

سلامت کودکان

سلامت کودکان :

کودکان درصد قا بل توجهی ا ز جمعیت جهان را تشکیل می دهند و حفظ ،ا رتقا و تا مین سلا مت آ نا ن ا ز ا و لو یت ها ی بهد اشتی جوامع می باشد. دوران کودکی از مهمترین دوران های زندگی برای دستیا بی به رشد کافی و پایه ریزی تا مین سلامت در دوره های بعدی زند گی است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت : ۶.۶ میلیون کودک زیر ۵ سال در سال ۲۰۱۲ ، جان خود را از دست دادند. احتمال مرگ قبل از ۵ سالگی در کودکان کشورهای جنوب صحرای آفریقا ۱۶ برابر کودکان کشورهای توسعه یافته است. بیشترین احتمال خطر مرگ برای یک کودک در دوران نوزادی(۲۸ روز اول زندگی) است. زایمان ایمن و مراقبتهای نوزادی موثر برای پیشگیری از این مرگها ضروری است .۴۴ درصد مرگهای زیر ۵ سال در دوره نوزادی اتفاق می افتد. تولد زودتر از موعد،عوارض حین زایمان (آسفیکسی) و عفونت مهمترین دلایل مرگ نوزادان می باشند (نمودار شماره یک). نزدیک به سه میلیون کودک هر سال در اولین ماه زندگی خود می میرند و همین تعداد مرده زایی اتفاق می افتد. در طول ماه اول، تا نیمی از کل مرگ و میرها در ۲۴ ساعت اول زندگی رخ می دهد، و ۷۵٪ در هفته اول رخ می دهد. ۴۸ ساعت پس از تولد دوره بسیار حساسی برای زنده ماندن نوزاد است. این زمانی است که مادر و کودک باید مراقبت های پیگیری برای پیشگیری و درمان بیماری دریافت کنند.قبل از تولد، مادر می تواند شانس فرزند خود برای بقا و سلامتی را با مراقبت های دوران بارداری ، واکسیناسیون در برابر کزاز ، و اجتناب از سیگار کشیدن و مصرف الکل افزایش دهد.در زمان تولد، شانس کودک برای زنده ماندن به طور قابل توجهی با انجام زایمان در مرکز درمانی با حضور فرد ماهر برای انجام زایمان افزایش می یابد. بیش از ۷۰٪ از تمام مرگ و میر زیر پنج سال در مناطق آفریقا و جنوب شرق آسیا رخ می دهد. در حدود نیمی از مرگ و میر زیر پنج سال در تنها پنج کشور: چین، جمهوری دموکراتیک کنگو، هند، نیجریه و پاکستان رخ می دهد. کودکان مناطق روستایی، خانواده های فقیر ، و مادران محروم از آموزشهای ابتدایی در معرض خطر بیشتری برای مرگ قبل از سن پنج سالگی هستند. بیش از نیمی از مرگ و میر کودکان زیر پنج سال به دلیل بیماری هایی است که قابل پیشگیری و درمان از طریق مداخلات ساده، مقرون به صرفه می باشند. تقویت سیستم های بهداشتی به ارائه این مداخلات به تمام کودکان سبب نجات زندگی بسیاری از این کودکان خواهد شد. کودکان دچار سوء تغذیه، به ویژه کسانی که سوء تغذیه شدید دارند ، در معرض خطر بیشتر مرگ ناشی از بیماری های متداول کودکان مثل اسهال، ذات الریه، و مالاری هستند . حدود ۴۵ درصد همه موارد مرگ در این کودکان با سوءتغذیه مرتبط است.از پایان دوره نوزادی و در طول ۵ سال اول زندگی ،مهمترین دلایل مرگ شامل پنومونی ،اسهال و مالاریا است. به طور کلی، پیشرفت های قابل توجهی برای دستیابی به هدف توسعه هزاره چهارم(MDG4) شده است. بر اساس این هدف میزان مرگ و میر کود کان کمتر از ۵ سال بین سال های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ بایستی دو سوم کاهش یابد . از سال ۱۹۹۰ میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال از ۹۰ مرگ در هر هزار تولد زنده در سال ۱۹۹۰ به ۴۸ در هزار در سال ۲۰۱۲ کاهش یافته است. اما میزان این کاهش هنوز برای دستیابی به هدف توسعه هزاره چهارم کافی نیست.



نمودار شماره یک : مهمترین دلایل مرگ در کودکان زیر ۵ سال در جهان در سال ۲۰۱۳(WHO)

بنابراین در برنامه سلامت خانواده این گروه بعنوان یکی از گروه های آسیب پذیر محسوب شده و برای تامین ،حفظ و ارتقاء سلامت آنها اهدافی مشخص شده است که شامل :

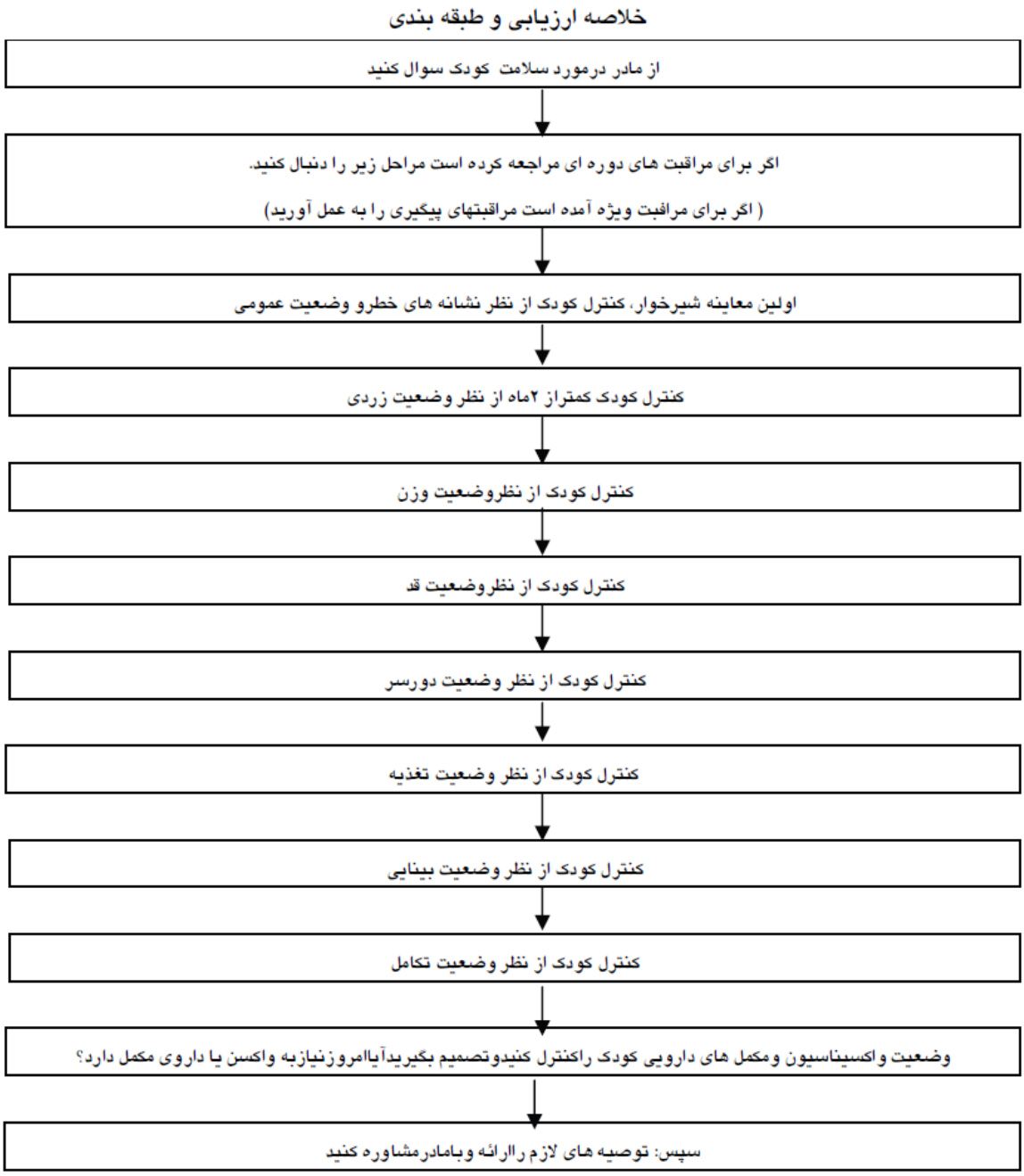
۱- پیشگیری ازابتلاء نوزادان به عفونتهای مختلف.
۲- پیشگیری ازمرگ ومیرنوزادان.
۳- کنترل کودکان ازنظرنشانه های خطر_وضعیت عمومی.
۴- کنترل کودکان ازنظروضعیت وزن،قد،دورسر،تغذیه،بینایی،تکامل،واکسیناسیون ومکمل های داروئی.
۵- آموزش والدین درموردپیشگیری ازحوادث وسوانح ورابطه متقابل کودک و والدین.
۶- آموزش بهداشت دهان ودندان

دوران کودکی به مراحلی تقسیم می گردد که عبارتند از :

- دوران شیرخوارگی : یکسال اول زندگی را دوران شیرخوارگی می نامند که خود شامل دو دوره می باشد: دوره نوزادی : ۴ هفته اول زندگی یا ۲۸ روز اول روز اول زندگی و دوره پس از نوزادی : از ۴ هفته تا یکسال بعد از تولد
- دوران قبل از مدرسه
- دوران مدرسه

الف. دوره نوزادی :

۹۰٪ نوزادان با سن جنینی ۴۲ - ۳۷ هفته متولد می شوند و بسیاری از آنها از سلامتی هنگام تولدبرخوردارند، با این حال همه نوزادان پس از تولد باید مورد معاینه و بررسی قرار گیرند زیرا ممکن است در نگاه وبررسی کلی، بسیاری از مسائل و مشکلات مورد توجه قرار نگرفته ودر آینده بر رشد و تکامل نوزاد، تاثیر نامطلوب بجا گذارند. در برنامه کشوری زمان مراقبت های معمول نوزاد شامل سه مراقبت می باشد که مراقبت اول، روزهای ۳ تا ۵ پس از تولد ، مراقبت دوم: روزهای ۱۴ تا ۱۵ پس از تولد و مراقبت سوم روزهای ۳۰ تا ۴۵ پس از تولدانجام می گردد. وزن طبیعی نوزاد بین ۴۵۰۰-۲۵۰۰ گرم است . در هفته اول کمی از وزن نوزاد کاسته می شود. اگر نوزاد شیر کافی بخورد تا روز دهم به وزن زمان تولد خود می رسد. در برنامه کشوری مراقبت کودک سالم با توجه به سن کودک مواردی که در مراقبت روتین نیازمند ارزیابی می باشد مورد توجه قرار گرفته است. روند کامل مراقبت کودک سالم شامل قسمت های زیر می باشد: ارزیابی کودک شامل : پرسیدن سوالات ومعاینه هایی درمورد نشانه های خطر، وضعیت عمومی ، اولین معاینه شیرخوار، وضعیت زردی، وضعیت وزن،قد، دورسر، وضعیت تغذیه ، وضعیت دهان ودندان، وضعیت بینایی، وضعیت تکامل، وضعیت واکسیناسیون و مکمل دارویی و آزمایشها می باشد. در برنامه کشوری بعد از دوره نوزادی تا یکسالگی فواصل مراقبت دوره ای کودکان در ۲ ،۴،۶،۷،۹،۱۲ ماهگی انجام می گردد .



تصویر شماره ۸: مراحل ارزیابی کودک در مراقبتهای دوره ای در برنامه کودک سالم

در برنامۀ کشوری غربالگری سه بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید ، فنیل کتونوری برای همه نوزادان زنده متولد شده انجام می گردد.

الف. کم کاری مادرزادی تیروئید:

کم کاری مادرزادی تیروئید یکی از علل مهم قابل پیشگیری عقب افتادگی ذهنی در نوزادان است . تشخیص زود هنگام بیماری بدلیل کم و غیر اختصاصی بودن علائم و نشانه ها در روزهای اول زندگی معمولاً صورت نمی گیرد و منجر به بروز اختلالات مهمی در سیستم عصبی مرکزی و اسکلتی می شود که از مهمترین آنها عقب ماندگی ذهنی است.

مطالعات انجام شده در دانشگا ه های فارس، شهید بهشتی و اصفهان بیانگر بروز بالای بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید در آن استان ها بوده و پرداختن به امر غربالگری نوزادان ، شناسائی زودهنگام نوزادان مبتلا و درمان به موقع آنان، یکی از اولویتهای نظام سلامت شناخته شده که خوشبختانه با توجه به وجود شبکه بهداشتی درمانی در کل کشور ، حمایت متخصصان و مدیران مسئول، دانش کافی کارشناسان و پرسنل مجرب آزمایشگا هی امکان انجام غربالگری نوزادان فراهم گردیده است. لازم به ذکر است با توجه به کمبود منابع مالی ولزوم اجرای غربالگری نیمی از هزینه انجام غربالگری از خانواده ها ، گرفته می شود . در برنامه غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید ، نمونه گیری از پاشنه پا و در روز سوم تا پنجم بعد از تولد بر کاغذ فیلتر انجام شده و توسط پست پیشتاز به آزمایشگاه غربالگری استان انتقال یافته و آزمایش TSH بر روی آن به روش الایزا انجام شده و در صورت مشکوک بودن ، نوزاد بطور فوری فراخوان و برای انجام آزمایش تائید تشخیص به آزمایشگاه های منتخب شهرستانی راهنمائی می شود. در صورت تشخیص بیماری ، درمان در اسرع وقت شروع می شود .برنامه در مهر ماه سال ۸۴ در نظام سلامت کشور ادغام گردیده وحدود یک سال پس از آن، خدمت غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید نوزادان در همه استانهای کشور و برای تمامی نوزادان زنده بدنیا آمده ارائه شده است.

در حال حاضر، روش عملی در اجرای وسیع برنامه های غربالگری استفاده از نمونه های خون خشک شده بر روی کاغذ فیلتر است که نسبت به نمونه های سرمی آسان تر، عملی تر و ارزان تر است. همچنین، نیمه عمر آنالیت بویژه در دمای اتاق بر روی کاغذ فیلتر طولانی تر از نمونه سرمی می باشد.

بطور کلی، دو آزمون **TSH** و T4بر روی کاغذ فیلتر برای غربالگری این بیماری استفاده می شود. حساسیت هر دو آزمون در شناسایی هیپوتیروئیدی نوزادان برابر است، ولی برخی معتقدند که حساسیت آزمون اولیه **TSH** بالاتر است. بعلاوه غلظت **TSH** مدت زمان طولانی تری نسبت به T4بر روی کاغذ فیلتر ثابت می ماند. به همین دلایل اندازه گیری **TSH** به عنوان آزمون اولیه غربالگری در این برنامه برگزیده شد.

نوزادان با مقادیرTSH بالاتر از حد نصـاب فـراخوان می شوند. این فرا خوان به صورت فوری و از طریق سیستم گزارش تلفنی شبکه بهداشت انجام خواهد شد. در بعضی از موارد (در شهرها) علاوه بر این، مستقیما" با خانواده نوزاد با آزمایش غربالگری مشکوک، تماس گرفته می شود. نوزاد مشکوک (با تست اولیه بیش از حد نصاب) در اسرع وقت به آزمایشگاه منتخب برنامه در شهرستان مراجعه و مورد آزمایشهای T4, TSH, T3RU (در صورت امکان Free T4) قرار می گیرد. در صورتی که نوزاد فراخوان شده، TSH با غلظت بین ۱۰ - ۲۰ داشت که آزمایش سرمی (تایید تشخیص) انجام شده و پس از دریافت جواب، در صورت ابتلا به کم کاری تیرویید، درمان شروع می شود. اما اگر نوزاد فراخوان شده TSH با غلظت بیش از ۲۰ داشت، ابتدا نمونه وریدی اخذ شده و بلافاصله درمان بر اساس دستورالعمل شروع می گردد. پس از دریافت جواب آزمایش سرمی، در صورت مبتلا بودن نوزاد به کم کاری مادرزادی تیروئید که دارو ادامه یافته و در صورت لزوم تعدیل می شود و در صورت سالم

بودن نوزاد، قرص لووتیروکسین قطع می گردد. استفاده کوتاه مدت قرص لووتیروکسین در این نوزادان عارضه خاصی ایجاد نمی کند.

بدین ترتیب، مقادیر سرمی TSH > ۱۰ mU/L و T4 < ۶/۵ µg/dl در دوران نوزادی به عنوان کم کاری تیروئید تلقی خواهد شد و باید در اسرع وقت، درمان را بر اساس دستورالعمل شروع کرد. در مواردی که نتیجه غربالگری منفی گزارش شده، اما ارزیابی بالینی نوزاد احتمال وجود کم کاری تیروئید را مطرح می کند، باید بدون فوت وقت، مبادرت به انجام تستهای عملکردی تیروئید از طریق سرم نمود. در برنامه غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید، نوزادان دو قلو و یا چند قلو نیازمند توجه بیشتری هستند. زیرا ممکن است یکی از قل ها کم کاری داشته باشد اما در اثر تداخل خون این جنین با جنین سالم، نتیجه غربالگری اولیه مثبت دیده نشود و غلظتهای TSH و T4 در محدوده طبیعی گزارش شوند. به همین دلیل نوزادان دو و یا چند قلو علاوه بر غربالگری در روز ۳-۵ تولد ممکن است در هفته دوم تولد نیز نیاز به غربالگری مجدد داشته باشند. در نوزادان با وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم (Low Birth Weight) و ماکروزومی (وزن تولد بیش از ۴۵۰۰ گرم) شانس بروز کم کاری مادرزادی بیش از نوزادان با وزن طبیعی است.این نوزادان نیز باید پس از یک هفته مجددا" از طریق پاشنه پا غربالگری شوند.

در ۶۰٪ نوزادان مبتلا به هیپوتیروئیدیسم، عقب افتادگی رشد استخوانی دیده می شود. استفاده از روش های تصویربرداری رادیوایزوتوپ و سونوگرافیک از تیروئید، رادیولوژیک از زانو، اندازه گیری تیروگلوبولین و آنتی بادی های ضد گیرنده تیروتروپین سرم و ید ادرار تنها در ارزیابی اتیولوژی هیپوتیروئیدی نوزادان کمک کننده خواهند بود. در صورت عدم وجود اسکن با I 125، می توان از TC 99 استفاده کرد. هیچگاه نباید برای انجام اسکن تیروئید، شروع درمان را به تعویق انداخت. اگر در طول کمتر از یک هفته پس از شروع لووتیروگسین درمانی، اسکن انجام نشود، لووتیروکسین مصرف شده از یک طرف باعث ساپرس شدن ترشح TSH از هیپوفیز شده و از طرف دیگر با جذب رادیو نوکلوتید در اسکن تداخل کرده، در نتیجه اسکن واضح و خوبی بدست نخواهد آمد. در این شرایط انجام اسکن توصیه نشده و انجام آن باید تا سه سالگی به تعویق افتد. انجام سونوگرافی از تیرویید در هر زمان (حتی پس ازشروع درمان با لووتیروکسین) مشکلی ندارد.

هورمون تیروئید در نمو اولیه و عملکرد مغز نقش اساسی دارد. هورمون تیروئید در تمام مراحل نمو مغزی تأثیر اساسی دارد. بسیاری از فرایندهای نمو مغزی در دوران پس از تولد ادامه دارند و به طور کلی برای بدست آمدن ضریب هوشی نرمال مقادیر کافی از هورمون تیروئید تا ۳ سالگی مورد نیاز است. یافته های مذکور بیانگر این موضوع هستند که کمبود هورمون تیروئید در دوران پس از تولد با اختلالاتی در عملکرد مغزی مثل ارتباطات و انتقال نورونی همراه می باشند. بدلیل نقش هورمون تیروئید در نمو مغزی در دوران ابتدایی پس از تولد، هر چه مدت زمان کمبود ید طولانی تر باشد، صدمه مغزی شدیدتر و وسیع تر خواهد بود. رشد و نمو فیزیکی نوزادان مبتلا به کم کاری تیروئید معمولاً با درمان زود هنگام و کافی، طبیعی خواهد شد و نوزادان با تأخیر بلوغ استخوانی در زمان تشخیص بیماری در بدو تولد، در ۲-۱ سالگی سن استخوانی طبیعی خواهند داشت.

میزان ضریب هوشی و نمو مغزی و حرکتی نیز در اکثر نوزادان با کم کاری تیروئید درمان شده، طبیعی خواهد شد. اما در گروه کوچکی از نوزادان بیمار که سطح سرمی خیلی پایین تیروکسین با تأخیر سن استخوانی در زمان تولد داشته اند، سطوح ضریب هوشی در حد پایین نرمال (Low Normal) و یا حتی کمتر از نرمال مشاهده می شود. چنین نتایجی بیشتر در برنامه

های غربالگری که از دوز های نسبتا کم لووتیروکسین در درمان جایگزینی استفاده می کنند یا درآنها درمان با تأخیر شروع شده، مشاهده میشود. چنین کاهشی، حـدودا ۵ امتیاز به ازا تأخیریا عدم درمان در هر ماه خواهد بود. بدین ترتیب، شروع درمان سریع از بروز صدمات مغزی در نوزاد مبتلا به کم کاری تیروئید جلوگیری می کند. شروع درمان تا حدود دو هفته پس از تولد ایده آل می باشد. اما مطالعات نشان داده اند که اگر درمان قبل از پایان سن ۴ هفته پس از تولد (۲۸ روزه گی) شروع شود، ضریب هوشی طبیعی خواهد بود. قرص لووتیروکسین درمان اننخابی در درمان کم کاری مادرزادی تیروئید است. فقط باید از فرم قرص لووتیروکسین استفاده کرد. بقیه اشکال دارویی لووتیروکسین توسط FDA تائید نشده و توصیه نمی شود. پس درمان باید در اسرع وقت و توسط اولین پزشک در دسترس (اعم از عمومی، متخصص اطفال و غدد و داخلی) شروع شود. در صورتی که پزشک شروع کننده درمان، فوکال پوینت برنامه نبوده است، نوزاد باید بطور غیر فوری توسط فوکال پوینت ویزیت شده و درمان ارزیابی گردد. سپس ادامه درمان، در صورت عدم دسترسی مطلوب به فوکال پوینت، می تواند توسط پزشک عمومی، متخصص کودکان و ... ادامه یابد. توصیه می شود نوزاد مبتلا به کم کاری مادرزادی تیرویید و تحت درمان، حداقل سالی یک بار، توسط فوکال پوینت برنامه ویزیت شود. یکی دیگر از اهداف درمانی رساندن هرچه سریع تر سطح سرمی T4 به مقادیر نرمال است و حد مورد نظر نیمه بالایی حد نرمال (Upper-Limit of Normal Level) می باشد.

دوز پیشنهادی برای شروع درمان با قرص لووتیروکسین µg/kg/day ۱۵- ۱۰ است. به بیانی دیگر برای نوزاد ترم با وزن بین ۵/ ۴- ۳ کیلوگرم، دوز شروع ۵۰ میکروگرم (نصف قرص) در روز مناسب است. البته بهتر است در نوزادانی که غلظت خیلی کم T4 (کمتر یا مساوی µg/ dl ۵) سرمی دارند، از دوز µg /day ۵۰ شروع کرد.

دوز دارو با افزایش سن کودکان مبتلا معمولاً تغییر می یابد. راهنمای دوز دارویی درمان جایگزینی در جدول ۷ آمده است (البته بهترین راهنما برای تنظیم دوز دارو، مقادیر سرمی TSH , T4 نوزاد و یا شیر خوار مبتلا است).

عدم افزایش غلظت T4 پس از دو هفته از شروع درمان و یا تغییر دوز دارو و یا عدم کاهش سطح TSH بیانگر عدم دریافت مقدار کافی قرص لووتیروکسین است. در این حالت، باید به عواملی چون عدم همکاری یا عدم آگاهی کافی والدین نوزاد بیمار در دادن دارو به نوزاد، کافی نبودن دوز دارو، و مصرف کردن شیرهای حاوی ترکیبات سویا و یا داروهای دیگر که با جذب لووتیروکسین تداخل دارتد، و یا روش غلط مصرف دارو توجه داشت. آموزش دادن به والدین نوزادان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید، از ارکان مهم مراقبت درست و موثر در نوزادان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید است. به منظور ثبات در جذب و در نتیجه ثابت ماندن سطح سرمی T4، قرص لووتیروکسین باید یک بار در روز حداقل ۳۰ دقیقه قبل از تغذیه (شیر دادن) به نوزاد خورانده شود. قرص ها را می توان خرد کرده، در شیر یا مایعات دیگر حل نمود. قرص های لووتیروکسین را نباید با شیر خشک های حاوی Soy Protein (مثل ایزومیل) مخلوط کرد یا همراه با ترکیبات آهن دار به شیرخوار خوراند، زیرا ترکیبات سویا و آهن ممکن است مانع جذب دارو شوند. معاینات منظم شامل ارزیابی رشد و نمو و انجام آزمایشهای T4یا (Free T4) و TSH در سه سال اول عمر مبتلایان به کم کاری مادرزادی تیروئید از اهمیت بسزایی برخوردار است. بعلاوه، مطالعات نشان داده است که مبتلایان به کم کاری مادرزادی تیروئید شانس بیشتری (۱۰٪ در مقابل ۳٪) برای بروز آنومالی های مادرزادی بخصوص مشکلات قلبی- عروقی دارند. توجه به این مسئله در این نوزادان اهمیت بسزائی دارد. در حدود ۲۰٪ از نوزادان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید کاهش شنوائی نیز دیده می شود، که ارزیابی شنوائی و تشخیص مشکلات شنوائی، می تواند باعث ارتقا کیفیت زندگی در این موارد باشد.

دستورالعمل پیشنهادی انجام آزمایشهای هورمونی تیرویید و ویزیت نوزاد مبتلا به بیماری کم کاری مادرزادی تیرویید در برنامه غربالگری کم کاری مادرزادی تیرویید در ایران به شرح زیر است:

- ۲ و ۴ هفته بعد از شروع درمان با قرص لووتیروکسین
- هر ۲ ماه در طول ۶ ماه اول زندگی
- هر ۳ ماه بین سنین ۶ و ۳۶ ماهگی
- هر ۶ ماه از ۳۶ ماهگی به بعد

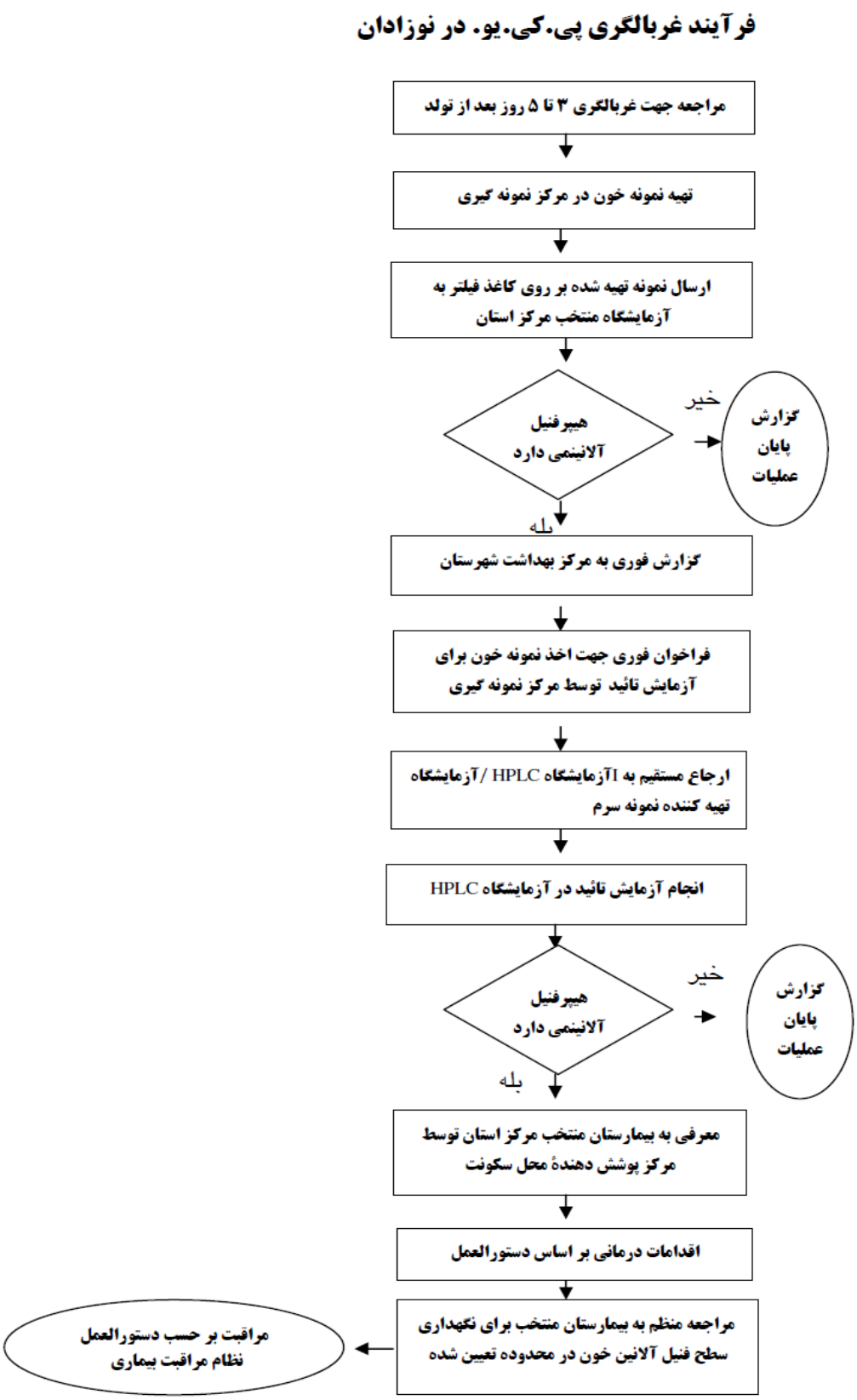
در موارد عدم دستیابی به اهداف درمانی، فاصله انجام آزمایشها و ویزیتها کمتر شده و پس از دستیابی به اهداف درمانی می توان از دستورالعمل بالا پیروی کرد. دو هفته پس از تغییر دوز قرص لووتیروکسین، آزمایش هورمونی انجام شده و بیمار توسط پزشک معالج ویزیت می شود. درمان بیش از حد می تواند علائم پاتولوژیکی چون تاکی کاردی، عصبی بودن بیش از حد، اختلال در خواب و سایر یافته هایی که پیشنهاد کننده تیروتوکسیکوز هستند, را بوجود آورد. دوزهای بیش از حد در مدت زمان طولانی ممکن است باعث، Craniosynostosis، اوستئوپوروز، افزایش بیش از حد سن استخوانی و مسائل خلقی-سرشتی (Tempra-mental Problems) گردد. وزن نگرفتن در اکثر موارد همراه با نشانه های تیروتوکسیکوز ممکن است نشانه أی از درمان بیش از حد با لووتیروکسین باشد و باید به وسیله اندازه گیری سطح سرمی TSH وfree T4 تشخیص آن را مورد ارزیابی قرار داد.

برای پی بردن به دائمی بودن و یا نبودن کم کاری تیروئید، دو روش وجود دارد:

۱. بعد از سه سالگی، به مدت ۴-۲ هفته قرص لووتیروکسین قطع شده و پس از این مدت، غلظت TSH و T4 (و یا در صورت امکان Free T4) اندازه گیری شود. در صورت غیرطبیعی بودن آزمایشها، شیرخوار مبتلا به کم کاری دائمی تیروئید بوده و تا پایان عمر نیاز به درمان با قرص لووتیروکسین و مراقبت دارد. اگر نتایج آزمایش در حد طبیعی بود نشان می دهد که کم کاری از نوع گذرا بوده و نیازی به شروع درمان مجدد وجود ندارد. منطقی است که حتی در مورد دوم نیز تا چند سال کودک تحت نظر بوده و ارزیابی بالینی و در صورت لزوم ارزیابی آزمایشگاهی شود.
۲. روش دیگر برای این ارزیابی، کاهش دوز قرص لووتیروکسین به ۱/۲ دوز مصرفی و انجام آزمایشهای هورمونی تیروئید بعد از ۴ هفته. اگر غلظت TSH و T4 (و یا در صورت امکان Free T4) در حد طبیعی بود یعنی کم کاری تیروئید دائمی نیست و می توان دارو را بتدریج کم و ارزیابی آزمایشگاهی را ادامه داد تا در نهایت دارو را قطع کرد. اما اگر غلظت TSH از حد طبیعی بیشتر و یا غلظت T4 از حد طبیعی کمتر شد، یعنی کم کاری تیروئید دائمی بوده و کودک تا پایان عمر نیاز به درمان دارد.

پس، بطور معمول درمان جایگزینی در کودک با تشخیص کم کاری تیرویید تا ۳ سالگی ادامه خواهد داشت و پس از آن درمان به مدت ۴ هفته قطع می گردد. سپس تستهای عملکرد تیروئید انجام می شود. مقادیر غیرطبیعی TSH و T4 تشخیص هیپوتیروئیدی دائمی را قطعی می نماید و کودکان مذکور باید بطور دائم (برای همه عمر) قرص لووتیروکسین استفاده نمایند. مقادیر طبیعی پارامترهای مذکور نشان دهنده هیپوتیروئیدی گذرا است و درمان جایگزینی متوقف می شود. با انجام برنامه های غربالگری نوزادان و تشخیص بموقع و درمان مناسب مبتلایان، پیش آگهی نوزادان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید بطور چشمگیری بهبود یافته است. اما بدون درمان و یا درمان دیررس، عقب ماندگی ذهنی اجتناب ناپذیر است.

برنامه ی غربالگری فنیل کتونوری در نوزادان : 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 وزمان مراجعه به هنگام برای آزمایش غربالگری نوزاد آموزش های لازم را کسب نمایند و بعد از تولد نوزاد در زایشگاه (یا در مرکز تسهیلات زایمانی در روستا) باید مجدداً و موکداً توصیه های لازم را مبنی بر اهمیت آزمایشات غربالگری در روز ۳ تا ۵ نوزادی و منوط بودن دریافت گواهی ولادت و یا شناسنامه نوزاد به تحویل رسید نمونه گیری از نوزاد برای غربالگری نوزادی توسط کارکنان زایشگاه، دریافت دارند. در روز ۳ تا ۵ از پاشنه پای نوزاد که توسط والدین به مرکز نمونه گیری آورده شده، توسط فرد آموزش دیده (به روشی که در استاندارد های آزمایشگاهی برنامه آمده است) لانست زده می شود و چند قطره از خون مویرگی بر روی کاغذ گاتری، گرفته می شود و کاغذها در هوای مناسب به مدت ۳ ساعت 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 منتخب مرجع یا رفرانس غربالگریفرستاده می شود. لازم است مشخصات کامل نوزاد قبل از گرفتن نمونه خون بر روی فرم مخصوص و بر روی کارت گاتری به طور هم زمان مطابق دستورالعمل نوشته شود. آزمایشگاه به محض دریافت نمونه ها، آزمایشات را انجام داده و در صورت مثبت شدن، این امر را توسط تلفن، فوری به اطلاع نیروهای بهداشتی تعیین شده در دستورالعمل می رساند و نیروی مسئول بلافاصله والدین نوزاد را برای اخذ نمونه سرمی (جهت آزمایش تائید) فراخوان می نماید. نمونه سرمی همان روز تهیه شده و برای انجام آزمایش به آزمایشگاه HPLC منتخب ارسال شود و در صورت مثبت شدن آزمایش، فوراً (با تلفن و فاکس) به مرکز بهداشت شهرستان و معاونت بهداشت اعلام می گردد. مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشتی درمانی (پوشش دهنده محل سکونت نوزاد) را آگاه می سازد و این مرکز، والدین نوزاد را فراخوان می نماید و ایشان را بعد از راهنمایی و دریافت فرم ارجاع به بیمارستان منتخب (واحد مددکاری) ارجاع می نماید. درمان مطابق با دستور العمل در مورد نوزاد انجام می گردد و بیمارستان منتخب قسمت دوم فرم ارجاع را تکمیل و به شهرستان محل ارجاع ارسال می نماید. ارجاع به کار درمانی ومرکز بهداشتی درمانی مشاورۀ ژنتیک اولین بار در بیمارستان منتخب مرکز استان صورت می گیرد و ارجاعات بعدی بر حسب ضرورت توسط همین متخصص به انجام می رسد. تهیه لیست بیماران مراجعه کننده به بیمارستان منتخب در فرم مربوطه صورت می گیرد و به معاونت بهداشت ارسال می شود. تیم نظارت استان، موظف است، نحوه درمان صحیح و استاندارد را کنترل می نماید.



تصویر شماره ۹ : الگوریتم غربالگری فنیل کتونوری

مراقبت های نوزاد: یکی از مواردی که معمولا در دوران نوزادی ممکن است موجب نگرانی والدین شود چگونگی مراقبت از بند ناف نوزاد ست که در این زمینه توصیه میشود که مادر حتما قبل و بعد از دست زدن به ناف، دستها را بشوید .در مدت زمانی که بند ناف نیفتاده است، حمام کردن مانعی ندارد. کهنه نوزاد را زیر بندناف بپیچد. اگر ناف آلوده شد، با آب تمیز و صابون بشوید و با پارچه تمیز خشک کند. شکم یا ناف را بانداژ نکند. هیچ ماده یا دارویی (الکل، بتادین و...) روی ناف نگذارد . ناف را دستکاری نکند

همچنین در نوزادان برای پیشگیری از سوانح و حوادث توصیه می شود که مادر هرگز نوزاد را به کودکان نسپارد نوزاد را بالا و پایین نیندازد . از بوسیدن مکرر و بغل کردن نوزاد توسط افراد مختلف خودداری کند. محیط نوزاد عاری از دود به خصوص دود سیگار و قلیان و... باشد . نوزاد مخصوصاً نوزاد کوچک را از بچه ها و بزرگسالان بیمار دور نگه دارد. زمان بغل کردن نوزاد، مایعات داغ ننوشد. نوزاد را در تخت یا گهواره بدون حفاظ تنها نگذارد. نوزاد را در جاهای بلند مانند (میز، صندلی و...)، تنها رها نکند. ساک حمل نوزاد را از زیر بگیرد. نوزاد را به شکم نخوابانید بهتر است نوزاد را به پهلو یا به پشت بخوابانید.

تغذیه با شیر مادر: تغذیه با شیر مادر روش بی نظیری برای تامین غذای مناسب جهت رشد و تکامل مطلوب شیر خواران است شیر مادر از لحاظ تغذیه ای برای شیرخوار، کامل است و تمام مواد مغذی مورد نیاز او را به مقدار مناسب تا شش ماهگی فراهم می نماید. مقدار پروتئین و ا نرژی مورد نیاز طفل به ترتیب ۲ گرم و ۱۰۸ کیلوکالری بازای کیلوگرم وزن بدن است که شیر مادر آنرا بخوبی تامین می کند .شیر مادر بیشترین مقدار لاکتوز را نسبت به سایر شیرها دارد که منبع مهم انرژی است. شیرهای حیوانی پروتئین بیشتری نسبت به شیر مادر دارند . انسان کُندتر از سایر حیوانات رشد می کند و به پروتئین کمتری نیاز دارد . اگر نوزاد بیش از مقدار مورد نیازش پروتئین دریافت کند دفع آن برای کلیه های نارس او مشکل خواهد بود . کیفیت پروتئین انواع شیرها مثل کمیت آن متفاوت است . قسمت اعظم پروتئین شیر گاو کازئین است که در معده شیرخوار دلمه سفت غیرقابل هضمی ایجاد می کند. کازئین شیر مادر کمتر بوده و پروتئین عمده آن آلفا لاکتالبومین است و دلمه نرم تری ایجاد کرده و هضم آن آسان تر است . پروتئین های شیر مادر از لحاظ توازن اسیدهای آمینه بسیار مطلوب بوده و دقیقاً مطابق نیازهای رشدی شیرخوار می باشند، در حالی که شیر های حیوانی برخی از اسیدهای آمینه را به مقدار زیاد و برخی دیگر را به مقدار ناکافی دارند. اسید آمینه ضروری مانند سیستئین که برای رشد جسمانی و اسید آمینه تورین که برای رشد و تکامل مغزی و عصبی شیرخوار حائز اهمیت است فقط در شیر مادر موجود است و شیر گاو فاقد این نوع اسیدهای آمینه می باشد. دلیل اهمیت این دو اسید آمینه این است که هیچ کدام از اینها در بدن نوزاد ساخته نمی شود. خون نوزادی که شیر مادر می خورد دارای این دو اسید آمینه ضروری و مهم است، در حالی که خون نوزادانی که از شیرهای جانشین شونده استفاده می کنند فاقد سیستئین و تورین است . بیشترین نوع چربی شیر مادر را تری گلیسیرید تشکیل می دهد که بعدها در بدن نوزاد طی مراحلی به اسیدهای چرب آزاد و گلیسرول تبدیل می شود. شیر مادر حاوی آنزیم لیپاز برای کمک به جذب چربی است که در سایر شیرها وجود ندارد. شیر مادر، در ساعات مختلف از ترکیب متغیری برخوردار است. در ساعت شش صبح کمترین میزان چربی و حدود دو بعد از ظهر بیشترین مقدار چربی را دارد. در هر نوبت که شیرخوار شروع به مکیدن شیر مادر می کند، ابتدا غلظت چربی شیر بسیار کم است و در پایان شیر خوردن، میزان چربی بسیار زیاد می شود . اسیدهای چرب ضروری در شیر مادر بیش از شیر گاو است. این اسیدها به ویژه برای رشد مغز و سلامت عروق خونی اهمیت دارند . میزان اسیدلینولئیک شیر مادر حدود هشت برابر شیر گاو است و وجود آن برای رشد و تکامل مغز بسیار مهم است. کمبود اسید آراشیدونیک می تواند موجب التهاب مختلف پوستی، عقب ماندگی رشد جسمی و کاهش تعداد پلاکتهای خون

شود، بعلاوه کودک را نسبت به عفونتهای مختلف مستعد می کند. اهمیت چربی شیر مادر در مورد نوزادان نارس بسیار قابل توجه است نوزادان نارس باید ضمن اینکه روند طبیعی رشد خود را طی می کنند تأخیر رشد خود را نسبت به همسالانشان نیز جبران نمایند بنابراین، به میزان انرژی بیشتری نیاز دارند، و مهمترین منبع تولید این انرژی چربی شیر مادر است.

چربی شیر مادرانی که نوزاد نارس به دنیا آورده اند نسبت به چربی شیر مادران دیگر ۳۰٪ افزایش دارد، همچنین پروتئین این گونه مادران نیز ۲۰٪ بیشتر است. مواد معدنی موجود در شیر مادر برای تأمین نیاز شیرخوار کافی است اما در شیر گاو به مقدار زیاد وجو د دارد. شیرخوارانی که از شیر گاو تغذیه می شوند به علت دریافت مقدار زیادی از نمک ها نیاز به آب اضافی دارند و کلیه های نارس نوزادان برای دفع نمک های اضافی دچار مشکل خواهد شد در صورتی که مقدار آب موجود در شیر مادر نیز کافی است و شیر مادرخواران در ۴ تا ۶ ماه اول نیاز به آب اضافی حتی در آب و هوای گرم ندارند. با وجود کم بودن مقدار آهن شیر مادر، جذب آن بسیار خوب است و تا حدود ۷۰ درصد (یا حتی ۹۰ درصد) آن به مصرف بدن شیرخوار می رسد . جذب کلسیم شیر مادر به دلیل وجود نسبت بالای کلسیم به فسفر (۲ به ۱) بیشتر از شیر گاو است. گرچه میزان روی شیر مادر کم است اما فراهمی زیستی آن در مقایسه با روی افزوده شده به شیرهای مصنوعی بسیار بالاست.میزان ویتامین های شیر مادر تقریباً برای تأمین نیازهای شیرخواران کافی است . مادری که خود به مقدار کافی ویتامین مصرف می کند تمام نیازهای کودک را تأمین می کند. مقدار ویتامین D شیر مادر زیاد نیست اما جذب آن خوب است. غلظت ویتامین B 12 شیر مادر خیلی کم است اما جذب آن خوب است. غلظت نیاسین، اسید فولیک و اسید اسکوربیک غالباً در شیر انسان بیشتر از شیر سایر پستانداران است

ترکیب شیر مادرمطابق باسن شیر خوار تغییر می کند این تغییرات از شروع تا پایان هر وعده تغذیه با شیر مادر مابین دفعات مختلف شیر دهی و در طول روز وجود دارد .در دو تا سه روز اول پس از زایمان کلستروم تولید می شود و پس از آغوز شیر انتقالی به مدت ۷ تا ۱۰ روز پس از تولد و پس از آن شیر رسیده ترشح میشود شیر رسیده حاوی تمام مواد مغذی مورد نیاز شیر خوار است . آغوز یا ماک یا کلستروم که در دو تا سه روز اول پس از تولد تولید میشود که غلیظ و زرد رنگ بوده و یا به رنگ روشن و سرشار از مواد ایمنی بخش است و نوزاد را در برابر عفونتها محافظت می کند . شیر مادر در ابتدا به نظر آبکی می رسد اما به تدریج پس از مکیدن شیرخوار شیر ترشح شده دارای چربی شده و غنی از انرژی و سفید رنگ بوده و به سیر شدن و وزن گیری او کمک میکند . ورود انواع عامل بیماری زای موجود در محیط زندگی به دستگاه گوارش مادر سبب ساختن پادتن اختصاصی بر علیه عوامل بیماری زا می شود این مواد به بدن شیر خوار رسیده و باعث میشودکه او پیوسته از پادتنهای حفاظتی برخوردار شود. تغذیه با شیر مادر باید بلافاصله بعد از تولد شروع شود . ارجح است در اتاق زایمان پس از خشک کردن نوزاد و پوشاندن سر او، نوزاد را روی سینه مادر قرار دهند و او را با پوششی گرم بپوشانند تا تماس پوست با پوست به خوبی برقرار شده و تغذیه با شیر مادر آغاز شود. آغوز، حجم محدودی داشته و ممکن است در هر نوبت شیردهی از یک یا دو قاشق مرباخوری در هر پستان تجاوز نکند . نیاز نوزاد هم در همین حد است . بدیهی است مکیدن های مکرر شیرخوار، مقدار شیر مادر را مطابق نیاز و رشد کودک افزایش می دهد.در هفته های اول، در هر وعده تغذیه باید از هر دو پستان به نوزاد شیر داد تا سبب تحریک ترشح شیرشود به این ترتیب که بعد از تخلیه یک پستان، نوزاد به پستان دیگر گذاشته شود . در هفته های بعد بر حسب نیاز و میل شیرخوار می توان از یک یا هر دو پستان استفاده نمود . باید توجه داشت که در شیر دادن به تناوب از پستان ها استفاده شود. طول مدت شیر خوردن از هر پستان و فواصل شیر خوردن از همان روز اول تولد باید مطابق میل و دلخواه شیرخوار باشد و هرگز نباید برای آن محدودیتی قائل شد . بنابراین از تنظیم برنامه دقیق مثلاً هر ۳ یا ۴ ساعت یک بار شیر دادن با ید خودداری نمود، شیرخوار بر حسب نیاز و گرسنگی در هر ساعت از شب یا روز

که مایل است با شیر مادر تغذیه شود.برای اینکه شیرخوار بتواند به راحتی و به مقدار کافی از شیر مادر تغذیه کند بهتر است خشک و تمیز باشد. ضمناً پیچیدن سفت و سخت و محیط بسیار سرد یا بسیار گرم موجب کاهش اشتهای کودک برای شیر خوردن می شود.قبل از هر بار شیر دادن حتماً مادر باید دستهایش را با آب و صابون بشوید . در صورت امکان روزی یک بار استحمام نماید و اگر این کار برایش مقدور نیست حداقل روزی یک بار پستان هایش را بشوید . برای شستشوی پستان ها به جز آب سالم از هیچ ماده یا محلول ضدعفونی کننده مثل صابون یا الکل استفاده نکند زیرا ممکن است منجر به ترک خوردن نوک پستان هایش شود.بعد از خاتمه شیر دادن ، برای جلوگیری از صدمه به نوک پستان بهتر است یک قطره شیر بر روی نوک پستان گذاشته شود تا در معرض هوا خشک گردد. در بعضی موارد که متوقف کردن تغذیه از پستان ضروری است، نباید پستان را از دهان شیرخوار بیرون کشید بلکه باید انگشت کوچک دست را از گوشه دهان شیرخوار وارد نمود تا خلاء ناشی از مکیدن بر طرف و پستان به آسانی رها شود

مزایای شیر دهی برای مادر :مکیدن پستان بلافاصله پس از تولد توسط نوزاد موجب انقباض رحم و در نتیجه کاهش خونریزی مادر و کاهش کم خونی میشود .مادر شیر ده کمتر دچار سرطان پستان و تخمدان و دهانه رحم میشود .مادر شیرده در هنگام کهولت به شکستگی استخوان ران کمتر گرفتار می شود .اندام مادرشیرده بواسطه مصرف شدن تدریجی مقدار چربی که در دوران بارداری در بدن آنان ذخیره شده زودتر به حالت عادی و وزن قبل از بارداری خود برمی گردد و در نتیجه چاقی آنان کمتر است .تغذیه با شیر مادر منجر به ایجاد رابطه عاطفی مستحکم و دو طرفه بین مادر و فرزند می گردد .مادر شیرده کمتر دچار استرس و اضطراب و کمتر دچار خشونت می شوند

مزایای شیر دهی برای شیر خوار :تغذیه با شیر مادر سبب رشد مطلوب و بقاء کودک میشود و کودک شیر مادر خوار رابطه عاطفی مطلوبتری با مادر خود دارد .شیر مادر تمام نیازهای غذایی شیرخواران را در ۶ ماهه اول تامین میکند و شیر خوار حتی به آب نیاز ندارد .تغذیه با شیر مادر از بروز آسم ، اگزما و آلرژی ،اسهال ،بیماریهای تنفسی و بسیاری بیماریهای دیگر می کاهد .شیر مادر از سوءتغذیه جلوگیری کرده و کمتر موجب چاقی میشود و از احتمال ابتلاء به بیماریهای قلبی – عروقی در بزرگسالی می کاهد .مرگ ناگهانی در کودکان شیرمادرخوارفوق العاده کمتر است .کودک شیر مادرخوارکمتر دچار ناهنجاریهای فک و صورت میشود تماس پوستی مادرو نوزاد در گرم نگهداشتن و بهبود رشد و تکامل نوزاد نارس و بیمار نقش حیاتی دارد .شیر مادر سهل الهضم بوده و شیر خوارزود به زود گرسنه میشود. ترکیب شیر مادر همراه با رشد شیر خواربوده ودرهروعده شیر دهی تغییر میکند.

باورهای غلط در مورد شیر دهی	
▪ نداشتن شیر یک مسئله ارثی و خانوادگی است. ▪ مادری که شیرخوار دو قلو، نارس یا کم وزن دارد نمی تواند شیر بدهد ▪ سینه کوچک نمی تواند شیر کافی تولید کند. ▪ آغوز یا کلستروم برای تغذیه نوزاد مناسب نیست ▪ شیر اگر در سینه بماند فاسد می شود. ▪ قبل از تغذیه با سینه، اول باید آب قند یا آب ساده به	▪ شیر مادر برای شیر خوار مبتلا به زردی مناسب نیست. ▪ هر چه فاصله دو بار شیردهی بیشتر باشد، شیر بیشتری تولید و ذخیره می شود ▪ آشامیدن مایعات زیاد، میزان شیر را افزایش می دهد ▪ غذاهایی که اصطلاحاً به عنوان گرم یا سرد شناخته شده اند، در افزایش یا کاهش شیر تاثیر دارند ▪ مادر شیرده باید از رژیم خاصی پیروی کند تا شیر

نوزاد داده شود. ▪ شیر خواران هنگام ابتلا به بیماری نباید از شیر مادر تغذیه شوند ▪ شیر خواران سالم که با شیر مادر تغذیه می شوند، در هوای گرم نیاز به آب اضافی دارند ▪ بیدار شدن شیرخوار در شب، زود به زود شیر خوردن نوزاد و گریه و بی قراری کودک، دلیل ناکافی بودن شیر مادر است	داشته باشد یا از خوردن بعضی غذاها خودداری نماید ▪ عادت ماهیانه مادر بر شیر او تاثیر می گذارد ▪ مادر شیرده اگر حامله شد باید شیردهی را قطع کند ▪ شیرخوار باید طبق جدول زمان بندی شده تغذیه شود ▪ کار مادر در خارج از منزل مانع شیردهی است و باید تغذیه مصنوعی را شروع کند

علایم کفایت شیر مادر

- وزن گرفتن شیر خوار :بهترین را تشخیص کفایت شیر مادر وزن کردن دوره ای شیر خوار و رسم منحنی رشد او روی کارت رشد است در ۶ ماه اول زندگی یک شیرخوار افزایش وزنی حدود ۱۰۰تا ۲۰۰ گرم در هفته دارد
- دفع ادرار : از روز چهارم تولد تعداد ۶ کهنه مرطوب یا بیشتر در ۲۴ ساعت با ادرار کم رنگ نشانه دریافت کافی شیر در شیر خوارانی است که به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه می شوند
- اجابت مزاج : از روز چهارم تولد تا یک ماهگی ۳ تا ۸ بار اجابت مزاج در ۲۴ ساعت طبیعی است (بعد از یک ماهگی ممکن است این دفعات کاهش یافته حتی هر چند روز یک بار یک اجابت مزاج داشته باشد)
- وضع عمومی : شیر خوار هشیار است قدرت عضلانی مناسب و پوست شاداب دارند
- نکته : نوزادان در روزهای اول تولد کمی از وزن خود را از دست میدهند که نباید بیشتر از ۷ تا ۱۰ درصد از وزن تولد باشد و باید در ۲و حداکثر ۳ هفتگی وزن تولد را به دست اورند و این کاهش وزن در صورتی مجاز است که حال عمومی نوزاد خوب باشد و مشکلی از جمله علایم کم آبی نداشته باشد.

مواردی که دلیل بر ناکافی بودن شیر مادر نیست

- گریه زیاد شیر خوار : میتواند به علت خوب پستان نگرفتن ، خیس بودن کهنه ،سرد یا گرم بودن هوا ، شلوغی ، خستگی ،دود سیگار ،نور زیاد ، تاریکی ، تنهایی ، بیماری یا قولنج شیر خوار و....باشد
- زود به زود شیر خوردن : به دلیل هضم آسان و قابلیت جذب بالای شیر مادر است یا ممکن است شیر خوار خوب پستان را نگرفته و نتوانسته خوب شیر بخورد و یا اینکه شیر خوار تنها شیر ابتدایی را خورده و سیر نشده است
- مکیدن طولانی پستان : ممکن است شیر خوار خوب پستان را نگرفته و نتوانسته خوب شیر بخورد
- کم بودن شیر روزهای اول : مقدار شیر روزهای اول (آغوز) کم است اما برای نوزاد کافی، ضروری و حیاتی است . کافی نبودن شیر هنگام دوشیدن ملاک میزان تولید شیر نیست زیرا پستان با مکیدن شیرخوار شیر کافی تولید میکند

- کوچک بودن پستانها: تولید شیر به اندازه پستانها بستگی ندارد و مکیدن مکرر است که موجب تولید شیر بیشتر می گردد.

شیردهی در مادران شاغل :تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر در تمام مدت مرخصی زایمانی به ویژه دو ماه اول صورت گیرد. شیرخوار تا زمانی که واقعاً مورد نیاز نباشد (بعد از ۶ ماهگی) با غذاهای کمکی تغذیه نشود. مادر با تصور بازگشت به کار و امکان پذیر نبودن تغذیه شیرخوار با شیر مادر، تغذیه او را با بطری آغاز نکند. تغذیه با شیر مادر به هنگام شب، صبح زود و هر زمان دیگری که مادر در خانه است ادامه یابد. شیرخوار هنگام دوری مادر حدود نصف فنجان یا ۱۰۰ میلی لیتر شیر دوشیده شده برای هر وعده تغذیه نیاز دارد و چنانچه مادر قادر به دوشیدن این مقدار نیست، هر چقدر که می تواند بدوشد. مادر شیرش را دو تا سه بار در محل کا ر بدوشد و در صورت امکان در یخچال نگهداری نموده برای تغذیه طفلش به خانه بیاورد و اگر ممکن نیست آن را دور بریزد . این امر برای حفظ تولید و تداوم شیردهی او ضروری است. برای دوشیدن شیر، دست ها و ظروف جمع آوری شیر باید کاملاً پاکیزه باشند . پس از شستشو ی ظروف با آب و مواد شوینده باید آنها را به مدت ۲۰ تا ۲۵ دقیقه جوشانید . استفاده از ظروف پلاستیکی برای جمع آوری و ذخیره شیر بهتر از ظروف شیشه ای است . شیر دوشیده شده نسبت به شیر گاو مدت طولانی تری قابل نگهداری است. باکتری ها در شیر دوشیده شده برای حداقل ۸ ساعت حتی در آب و هوای گرم و خارج از یخچال شروع به رشد نمی کنند . شیر دوشیده شده تا ۲۴ ساعت در یخچال، ۳ ماه در فریزرهای خانگی (^{o} ۱۸ - سانتی گراد) و ۱۲-۶ ماه در فریزرهای صنعتی (^{o} ۳۲ - سانتی گراد) قابل نگهداری است . شیر فریز شده را هرگز نباید در حرارت اتاق ذوب کرد و یا پس از ذوب شدن دوباره فریز کرد . برای گرم کردن شیر دوشیده شده که در یخچال نگهداری می شود باید بطری شیر را زیر آب گرم گرفته و یا درظرف آب روی اجاق قرار داد . شیر فریز شده را باید زیر شیر آب سرد گرفته و به تدر یج حرارت آن را افزایش داد تا گرم شود . بهترین روش، استفاده از شیر دوشیده شده تازه می باشد و مصرف شیر فریز شده فقط در هنگام نیاز طفل به مکمل توصیه می شود. شیر دوشیده شده باید با قاشق و فنجان به طفل داده شود نه با بطری.

بیماریهای مادر و شیردهی :

- در مادرانی که سل فعال ندارند تغذیه کودک با شیر مادر بلا مانع است. اگر مادر مبتلا به سل فعال است : نوزاد بلافاصله پس از تولد از مادر جدا شود(بدلیل احتمال انتقال میکروب سل از طریق تنفس) چون میکروب سل در شیر مادر ترشح نمی شود لذا مادرمیتواند شیر را دوشیده تا توسط فرد دیگری به نوزاد داده شود. به محض شروع درمان و منفی شدن خلط مادر که معمولا پس از ۲ هفته از شروع درمان است تغذیه مستقیم هم میتواند شروع شود

- به نوزادان متولد شده از مادر مبتلا به هپاتیت در عرض ۱۲ ساعت اول تولد ایمونوگلوبولین اختصاصی B و اولین دوز واکسن هپاتیت B را تزریق میکنند که این امر نگرانی در خصوص انتقال این ویروس به داخل شیر مادر را برطرف میکند (ودو نوبت بعدی واکسن1 ماه بعد و ۶ ماه بعد تزریق می شود)سوال شود . اگر مادر بعد از پایان بارداری دچار این بیماری شود کودک و سایر اعضاء خانوده باید واکسینه شده و تغذیه با شیر مادر ادامه یابد.

- در ٪۵ از موارد انتقال عمودی ویروس ، HIVاز طریق تغذیه با شیر مادر از مادر به کودک منتقل می شود. پس توصیه میشود که نوزاد با شیر مادر تغذیه نشود.

- ابتلاء مادر به سرخک در دوران جنینی و نوزادی برای جنین و نوزاد خطرناک است .در صورت ابتلاء مادر تا زمـــانی کـــه سرخک مسری است باید مادر و کودک از هم جدا شوند تا احتمال ابتلاء شیرخوار کم شود. اگر مادری ۵ روز یا کمتر پس از تولـد نوزاد خود به سرخـــک مبـتلا گردد توصیـــه میشودکه پس از زایمان از نوزادش جدا شود.در صورت جدایی مادر از شیرخوار باید شیر خود را دوشیده و به شیرخوار داده شود تا آنتی بادیهای موجود در شیر به او انتقال یافته و به مقاومت و ایمنی کودک کمک نماید.

- ابتلاء مادربه آبله مرغان در دوران بارداری سبب تولد نوزاد بسیار نارس شده ودر نوزاد تازه به دنیا آمده کشنده می باشد. اگر مادر ۵ روز یا کمتر قبل از زایمان و یا ۲ روزبعد از زایمان مبتلا به آبله مرغان شده باشد : - توصیه به جدایی مادر ونوزاد میشود . اگر پستان مادر ضایعه ای نداشته باشد مادر باید شیرش را دوشیده و شخص دیگری به بدهد. به نوزاد باید ایمونو گلوبولین تزریق شود. پس از خشک شدن ضایعات و بعد از اینکه پس از ۷۲ ساعت ضایعه جدیدی در مادر ظاهر نشد شیر دهی به طور مستقیم از پستان می تواند ادامه یابد.

داروها و شیردهی : مصرف اکثر داروها در دوران شیردهی منعی ندارد ولی داروهایی که به دلیل سمی بودن و ورود مقادیر زیاد آن در شیر مادر و اثار بالینی که برای شیر خوار دارد یا نباید در زمان شیر دهی مصرف شوند یا باید در نهایت احتیاط مورد استفاده قرار گیرند . داروهایی مثل استامینوفن ، آسپرین و مسکنهای ساده ، داروهای ضد فشار خون سرماخوردگی و آنتی هیستامینها به مقدار معمولی ومدت کوتاه و بسیاری از آنتی بیوتیکها مانعی برای شیر دادن نیستند . داروهایی مانند متوتروکسات ،هیدروکسی اوره و...مادر درهنگام مصرف منع شیردهی دارد. اگر داروهای تجویز شده جایگزین ایمن تری ندارند در طول مصرف مادر باید شیر خود رادوشیده و دور بریزدتا ترشح شیر ادامه یابد و پس از قطع دارو شیر دهی شروع شود . مصرف دارو توسط مادر بلافاصله بعد از اتمام یک وعده شیر دادن می باشد. بهترین زمان مصرف دارو های تک دوز توسط مادر قبل از طولانی ترین خواب شیر خوار می باشد.

شیر دهی و بارداری مجدد: تصمیم گیری به ادامه یا قطع شیر دهی در زمان حاملگی مجدد بستگی به اطلاعات مادر در در این زمینه ، احساسات وخواسته های او داردبرای قطع شیر دهی باید جنبه های مهم زیررا در نظر گرفت : سن شیر خوار ، نیاز کودک به شیر خوردن (از لحاظ روحی و جسمی)، مشکلات مادر در هنگام شیر دهی(مثل زخم یا حساسیت نوک پستان یا سوزش نوک پستان ناشی از هورمونها) ، تجربیات مادر از شیر دهی قبلی، نگرانی های مربوط به بارداری مثل درد رحمی ، خونریزی، سابقه زایمان زودرس ، کاهش وزن در طی حاملگی ، احساسات پدر راجع به شیردهی در طی بارداری ، تغییر مزه شیر مادر ، سوزش نوک پستان ، تمایل خود کودک برای از شیر گرفتن بدون ارتباط با حاملگی

موارد نیازمند تجویز شیر مصنوعی : مطلوب نبودن نمودار رشد شیر خوار ، چند قلویی با توجه به نمودار رشد آنان ، بیماری مزمن و صعب العلاج مادر مانند بیماریهای کلیوی ، قلبی ، کبدی ، جنون ، سوختگی شدید هر دو پستان که منجر به معلولیت و از کار افتادگی مادر و اختلال در شیر دهی مادر گردد ، داروها و مواد رادیو اکتیو مانند آنتی متابولیتها مانند متو ترکسات ، هیدروکسی اوره ، فنین دیون ، لیتیوم ، ارگوتامین (با دوز مصرفی در درمان میگرن)، تاموکســـیفن و فن سیـــکلیدین ، مادر معتـاد به مواد مخدر تزریقی نظیر کوکـــایین و هـــروییـــن ، جدایی والدین در صورتی که نگهداری شیر خوار بر عهده پدر باشد ، فوت مادر ، فرزند خواندگی . در تعداد بسیار کمی از شیر خواران که ممکن است بانقص های متابولیکی نادر متولد می شوند که نباید شیر مادر یا شیر مصنوعی معمولی دریافت کنند مانند گالاکتوزومی که باشیر

مصنوعی مخصوص به خود تغذیه میشوند و یا شیرخواران مبتلا به فنیل کتونوریا که تغذیه نسبی با شیر مادر همراه با شیر مصنوعی مخصوص این بیماری تحت نظر پزشک توصیه می گردد.

رشد و نمو کودکان:

رشد (GROWTH) به تغییرات در اندازه بدن (به طور کل یا قسمت های مختلف آن به تفکیک) اشاره دارد و تکامل (DEVELOPMENT) مجموعه ای از تغییرات ناشی از عوامل زیست شناختی، محیطی و هیجانی در س اختار تفکر و رفتار کودک است که در طول زمان رخ می دهد . این تغییرات با نظمی ویژه، سازمان یافته و تا حدودی قابل پیش بینی رخ می دهند.

عوامل موثر بر رشد و تکامل

- صفات ارثی و ژنتیکی : بر رشد و تکامل و به ویژه قد، وزن، تکامل اجتماعی و عقلانی و شخصیت موثر هستند.
- سن: میزان رشد در زندگی جنینی از هر زمان دیگری بیشتر است . در سال ا ول زندگی نیز میزان رشد زیاد می باشد و بعد از آن به هنگام بلوغ افزایش می یابد.
- جنس: در حدود ده تا یازده سالگی قد و وزن دختران ناگهان افزایش می یابد . این رشد مربوط به دوران بلوغ است ت. در پسران جهش رشد کمی دیرتر یعنی در دوازده تا سیزده سالگی است.
- تغذیه : در واقع تاخیر رشد از نشانه های سوء تغذیه است هنگامی که وضع تغذیه کودک بهبود یابد وزن و قد او شروع به رشد می کند.
- محیط فیزیکی: برخورداری از نور آفتاب، تغذیه خوب، روشنایی و تهویه نیز بر رشد و تکامل اثر می گذارد
- عوامل روانشناختی: روابط مناسب بین والدین و کودک بر تکامل اجتماعی، عاطفی و هوشی کودکان اثر گذار است.
- آلودگی به عفونت ها و انگل ها: بعضی عفونت های مادر در دوران بارداری (مانند سرخجه و سیفیلیس) بر رشد درون رحمی جنین اثر میگذارد. عفونت های پس از زایمان (مانند اسهال و سرخک) رشد و تکامل کودک را بخصوص اگر سوء تغذیه هم در کار باشد کُند می کند . انگل های روده ای با مصرف مقدار قابل ملاحظه ای از مواد غذایی کودک مانع رشد و تکامل او می شود
- عوامل اقتصادی: سطح زندگی خانواده یک عامل مهم است . کودکان خانواده های مرفه، وزن و قد بیشتری دارند . عوامل اقتصادی با سطح زندگی و وضع تغذیه مردم بستگی دارد.
- عوامل فرهنگی
- عوامل دیگر : رتبه تولد کودک، فاصله بین تولد در کودکان، وزن هنگام تولد، چندقلویی، سطح سواد پدران و مادران

برای قضاوت در مورد رشد مناسب کودکا ن لازم است معیارهایی برای سنجش این رشد داشته باشیم .اندازه گیری وزن، قد و دور سر می تواند در این مورد کمک کننده باشند ترکیب هر یک از این ها با سن یا قد شاخص هایی را می سازند که شاخص های تن سنجی نامیده می شوند.

ارزیابی رشد کودکان با استفاده از نمودارهای رشد : در سال ۱۹۹۳ سازمان جهانی بهداشت یک مرور جامع از موارد استفاده و تفسیر رفرنس آنتروپومتریک موجود انجام داد. این مرور نتیجه گیری کرد که رفرنس رشد که برای استفاده بین المللی از دهه ۱۹۷۰ توصیه شده است، نشانگر باکفایتی برای رشد دوران اولیه کودکی نیست و منحنی های جدید رشد مورد نیاز هستند. اجلاسیه سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۴ این توصیه را تصویب کرد. لذا سازمان جهانی بهداشت مطالعه جامع رفرنس رشد را بین سالهای ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۳ برای تولید منحنی های جدید به منظور ارزیابی رشد و تکامل کودکان سراسر دنیا به اجرا درآورد. روش مطالعه شامل یک پیگیری طولی از تولد تا ۲۴ ماهگی همراه با یک بررسی مقطعی از کودکان ۱۸ تا ۷۱ ماهه بود. داده های اولیه رشد و اطلاعات مربوطه از ۸۴۴۱۰ کودک سالم شیرمادر خوار از قومیت های گوناگون و زمینه های مختلف فرهنگی در کشورهای برزیل، غنا، هند، نروژ، عمان و آمریکا جمع آوری شد. این پروژه توسط سازمان جهانی بهداشت و با حمایت چندین سازمان دولتی و غیر دولتی و دانشگاه سازمان ملل و آژانسهای آن و حمایت مالی کشورهای مذکور اجرا شد. این بررسی یک مطالعه بی نظیر با هدف ایجاد استانداردها از طریق انتخاب کودکان سالم بود و فرض شد کودکانی که در شرایط مطلوب زندگی می کنند، می توانند به حداکثر پتانسیل ژنتیک خود برسند. مراقبت بهداشتی کافی و سپس هفته ای دوبار تا ۲ ماهگی و پس از آن ماهی یکبار از ۳ الی ۱۲ ماهگی و هر دو ماه یکبار از ۱۲ تا ۲۴ ماهگی کنترل شدند. نمودارها برای دختر و پسر وبرای شیرخواران تا یکسال و کودکان تا ۵ سال بر اساس وزن برای سن، قد و برای سن و نمایه توده بدنی تهیه شده است.

استانداردهای رشد کودک بطور گسترده ای بعنوان یک ابزار در بهداشت عمومی، پزشکی و توسط سازمان های دولتی و بهداشتی برای پایش سلامت و رفاه کودک و برای تعیین جمعیتی از کودکان که بخوبی رشد نمی کنند یا کم وزن هستند یا اضافه وزن دارند و نیاز به مراقبت های پزشکی یا بهداشتی دارند، بکار می رود. رشد طبیعی یک شاخص اساسی سلامت و یک راه سنجش کوشش های طراحی شده برای کاهش مرگ و میر و بیماری کودک است. بنابر این نمودارهای جدید یک ابزار ساده برای ارزیابی کارآیی و سودمندی چنین تلاش هایی است و در سراسر دنیا در مطب ها، مراکز بهداشتی درمانی، کلینیک ها، انستیتوهای تحقیقات، سازمان های بهداشتی و وزارت های بهداشت بکار می رود. تفاوت استانداردهای رشد کودک با منحنی های رشد قبلی برای اولین بار این استانداردها شرح می دهند که کودکان چگونه باید رشد کنند. این نمودارها نشان می دهند که کودکان در نقاط مختلف دنیا چنانچه با روشهای صحیح تغذیه شوند و از مراقبت های بهداشتی مطلوب در محیط سالم و بهداشتی بهره مند شوند، پتانسیل رشد و تکامل آنها در محدوده مشابه قد و وزن برای سن قرار می گیرد. منحنی های رشد قبلی بیشتر چگونگی متوسط رشد کودکان را نشان می دهند و فقط برای مقایسه هستند زیرا قادر به ارزیابی و قضاوت نیستند و تعیین نمی کنند که کودکان چگونه باید رشد کنند تا بهترین بازده سلامتی را داشته باشند. استانداردهای رشد کودک فراتر از رفرنس های قبلی است زیرا آنها امکان سنجش معیارهای مهم رشد نظیر وزن و قد شیرخواران و کودکان را با مقادیر مطلوب استاندارد فراهم می سازند.

یک ویژگی کلیدی استاندارد جدید عبارت است از تغذیه با شیر مادر به عنوان یک ماخذ بیولوژیکی تعیین شده و کودکانی که با شیر مادر تغذیه می شوند بعنوان استاندارد برای سنجش رشد سالم تعیین شده اند. رفرنس های قبلی بر اساس رشد کودکان تغذیه شده با شیر مادر و شیر مصنوعی یا فقط شیر مصنوعی بود که بطور تصادفی انتخاب شده بودند.بطور کلی شیرخوارانی که بطور انحصاری با شیر مادر تغذیه می شوند در دو یا سه ماه اول وزن گیری سریعتری دارند. وزن گیری شیرمادر خواران بین ۳ و ۶ ماهگی نسبتاً کندتر است. شیرمادر خواران نسبت به شیرخوارانی که بطور مصنوعی تغذیه می شوند در ۹ تا ۱۱ ماهگی با اختلاف در توده چربی لاغرتر به نظر می رسند.بعلاوه انتخاب از ۶ کشور شرکت کننده در بررسی، استفاده بین المللی از استانداردهای رشد را گسترش می دهد. رفرنس قبلی بر اساس نمونه کودکان از یک کشور بوده است.استانداردهای جدید ابزاری برای ارتقاء دانش و مهارت های عملی کارکنان بهداشتی درمانی است. برای مثال کارکنان بهتر می توانند وزن گیری تحت مطلوب یا وزن گیری اضافی در کودکان را تشخیص دهند و به نحو موثرتری از کم وزنی، پر وزنی و چاقی پیشگیری نمایند و مشکلات بهداشتی ناشی از هر دو را حل کنند.

هم اکنون شواهد کافی وجود دارد که شیرخواران و کودکان در مناطق مختلف دنیا چنانچه نیازهای بهداشتی و تغذیه ای آنها برآورده شود، دارای الگوی رشد خیلی مشابهی هستند. این امر ابزار قاطع و علمی محکمی را برای ارزیابی رشد صحیح کودک فراهم می کند .استانداردها بعنوان یک ساختار کلیدی برای دفاع، اجراء و سنجش اهداف و شاخص های بهداشتی هستند. تا کنون استاندارد اندازه گیری BMI برای کودکان تا ۵ سال جهت تشخیص زودرس و پیشگیری از اضافه وزن و چاقی کودکان خردسال در دسترس نبود. در این استانداردها از z-scor هم علاوه بر پرسنتایل استفاده شده که برای ارزیابی رشد و نمو دقیق تر است. در نمودارهای قبلی رشد شیرمادرخواران پس از ۳ ماهگی ناکافی بنظر می رسید در حالی که این الگوی رشد طبیعی است و لذا با استانداردهای جدید شیر مصنوعی خواران دارای وزن بالاتری به نظر می رسند.

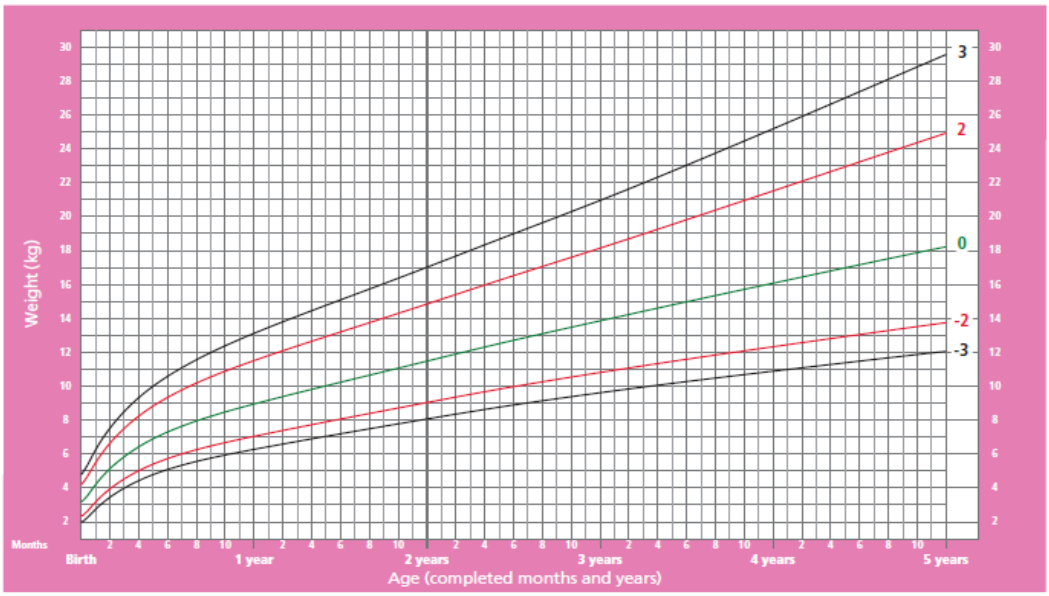
نکات مهم در ترسیم نمودار رشد:

- محورافقی نشان دهنده سن کودک و محور عمودی نشان دهنده وزن،قد ،دورسر کودک است
- در پایین خط عمودی صفرماهگی در منحی های رشد تاریخ تولد کودک بصورت عمودی ثبت می شود
- رسم نمودار باید با مداد انجام شود و حتما مداد نوک تیزاستفاده گردد.
- وضعیت تکامل نباید روی این منحنی ها ثبت گردد
- به طور قراردادی ماههای سال متناسب با تاریخ تولد در زیر منحنی رشد بصورت عمودی ثبت
- پس از تعیین سن کودک به طور دقیق محل تلاقی سن با وزن یا قد یا دورسر را نقطه گذاری می کنیم
- نقطه به دست آمده را به نقطه قبلی وصل می کنیم
- در صورت فاصله افتادن بین مراقبتها ، نقطه به دست آمده را با نقطه چین به نقطه قبلی وصل می کنیم
- پس از ترسیم نمودار تفسیرمنحنی باید صورت گیرد .

Weight-for-age GIRLS

Birth to 5 years (z-scores)

World Health Organization

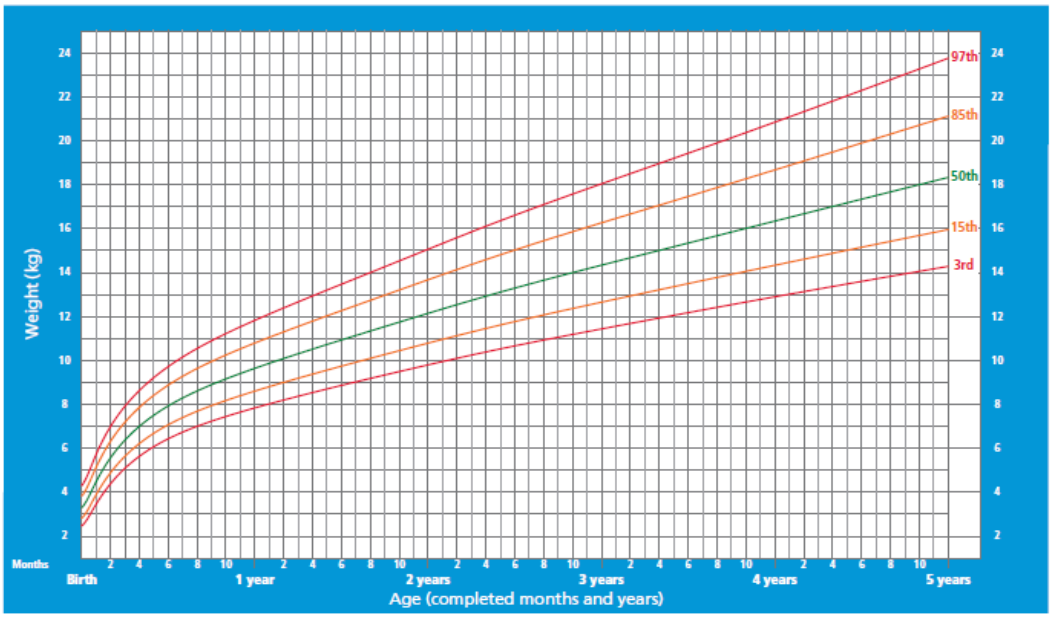


WHO Child Growth Standards

Weight-for-age BOYS

Birth to 5 years (percentiles)

World Health Organization



WHO Child Growth Standards

انحراف از رشد طبیعی شامل موارد زیر است:

کندی رشد :وزن کودک در مقایسه با وزن مراقبت قبلی او بیشتر شده باشد ولی میزان افزایش وزن او کافی نباشد و روند خطی رشد رو به بالا ولی از صدک مربوطه فاصله بگیرد . در این حالت اگرچه مسیر منحنی رشد کودک بالارونده است اما شیب آن ملایم تر از منحنی مرجع است، علامت هشدار دهنده ای است که نیاز به مراقبت ویژه دارد.

توقف رشد :وزن کودک در مقایسه با وزن مراقبت قبلی تغییر نکرده باشد و روند خطی رشد مستقیم یا افقی باشد که علت باید مشخص گردد .بنابراین چنین شرایطی نیاز به بررسی و مراقبت ویژه و پیگیری زود به زود دارد.

افت رشد :وزن کودک در مقایسه با وزن مراقبت قبلی کمتر شده باشد و روند خطی رشد بطرف پائین رسم شود که خطرناک است .باید در اسرع وقت مورد بررسی و چاره جویی قرار گیرد.

اضافه وزن بیش از اندازه : وزن کودک از روند رشد طبیعی بیشتر شده است و این پدیده اکثراً به علت تغذیه بیش از حد بوجود می آید و اگر تداوم داشته باشد باید مورد بررسی قرار گیرد.

پس از رسم منحنی های رشد و تصیم گیری در مورد نحوه رشد کودک، این وضعیت باید به دقت برای مادر تفسیر شده و در مواردیکه رشد کودک در حد مطلوب بوده است نیاز است که مادر مورد تشویق قرار گرفته واز وی درخواست شود که رویه خویش در ارائه غذا به کودک را ادامه دهد .در صورتی که رشد کودک در وضعیت مطلوب و مورد انتظار نیست همراه با مادر دلایل احتمالی این روند نامطلوب را مشخص کرده و ضمن تشویق مادر به دلیل موارد درستی که انجام می دهد توصیه های لازم در خصوص رفع مشکلات غذادهی به کودک ارائه شود

افزایش وزن ناکافی کودک یا به عبارتی سرعت نامناسب وزن گیری نشان دهنده کندی رشد کودک است. این وضعیت می تواند به تدریج کودک را در معرض خطر اختلال رشد و یا حتی سوء تغذیه قرار دهد. پایش منظم وضعیت رشد کودکان ، توزین و رسم منحنی رشد آنها و مقایسه این منحنی با وضعیت استاندارد مهمترین معیار بررسی وضعیت رشد فیزیکی کودک است.

چند توصیه تغذیه ای جهت بهبود وضع تغذیه کودکان دچار کندی رشد:

- افزایش دفعات و مدت زمان شیردهی در کودکان شیرخوار
- دادن غذاهای کمکی مناسب با سن کودک نیم تا ۱ ساعت پس از تغذیه با شیر مادر
- مقوی کردن و مغذی کردن غذای کودک که در قسمت تغذیه تکمیلی کودک شرح داده شده است.
- اهمیت استفاده از غذاهای کم حجم و پر انرژی با استفاده از اصول مقوی کردن غذای کودک.
- اضافه کردن کره ، روغن، زرده تخم مرغ و گوشت به غذای این کودکان
- استفاده از میان وعده هایی نظیر شیر برنج ، پوره سیب زمینی، فرنی، کیک، نان و پنیر
- حمایت دیگر اعضاء خانواده مخصوصا پدر و مشارکت آنها در تغذیه کودک.

توصیه های زیر برای کودکان کم اشتها مفید است:

- در هنگام دادن غذا به کودک صبور باشید.
- هنگام غذا دادن به کودک با او صحبت کنید و او را به خوردن غذا تشویق نمایید.
- زمان خوردن غذا را با ابراز محبت برای کودک لذت بخش کنید.
- در زمانی که کودک با علاقه غذا می خورد او را تعریف و تمجید کنید.
- غذای کودک را رنگین و متنوع نمائید (تغییر در ترکیب غذاها، مزه، بافت، نحوه طبخ، تزئین غذاها به شکل حیوانات ، گل ، عروسک ، استفاده از بشقابهای رنگین).
- در صورت امتناع کودک از یک غذا می توانید کمی طعم آن را با یک چاشنی مورد علاقه کودک تغییر داد و یا در فرصتی دیگر امتحان کنید.
- سفره غذای کودک را در محیطی تمیز، آرام، دوستانه، راحت، مطمئن و همراه با دیگران قرار دهید.
- انتظار نداشته باشید کودک خیلی تمیز و مرتب مطابق با خواسته شما غذا بخورد. ریخت و پاش غذا و پرت کردن غذا را می توان با ملایمت و به تدریج محدود کرد.
- در هنگام غذا دادن استفاده از موسیقی های کودکانه و یا بازی با کودک می تواند در بهبود اشتهای وی موثر باشد.
- داروهای مصرفی به هیچ وجه با شیر یا غذای کودک مخلوط و داده نشود.

اضافه وزن وچاقی کودکان : اضافه وزن و چاقی یکی از مشکلات بهداشتی - تغذیه ای در جهان و ایران می باشد .تعداد افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه، از جمله کشور ما در حال افزایش است .این مشکل با سرعت بیشتری در کودکان و نوجوانان دیده می شود .عوامل متعددی از جمله عوامل مربوط به ژنتیک و ارث، محیط و شیوه زندگی از جمله رفتارهای غذایی نامناسب و بی تحرکی در بروز اضافه وزن و چاقی موثرند.

توصیه های تغذیه ای در پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی کودکان:

- تغذیه کودک در شش ماه اول زندگی فقط با شیر مادر وتداوم آن تا دو سالگی.
- مصرف روزانه صبحانه به عنوان یکی از سه وعده اصلی غذایی.
- مصرف روزانه حداقل دو میان وعده غذایی مناسب.
- صرف غذا به همراه خانواده.
- خودداری از مجبور کردن کودک به خوردن و آشامیدن.
- خودداری از دادن غذا یا تنقلات هنگام تماشای تلویزیون.
- خودداری از وادار کردن کودک به اتمام غذا
- ندادن شکلات و شیرینی به عنوان پاداش به کودک.
- محدود کردن مصرف غذاهای آماده.

- محدود کردن مصرف غذاهای چرب، سرخ شده وتنقلات پرکالری و پر چرب مانند سیب زمینی سرخ شده، چیپس، پفک، شکلات،کیک های خامه ایی و شکلاتی، بستنی ، شیرکاکائو و...
- نوشیدن آب یا دوغ کم نمک به جای نوشابه
- مصرف لبنیات کم چرب برای کودکان بزرگتر از دو سال
- محدود کردن مصرف کره، سرشیر، خامه و سس مایونز
- مصرف میوه یا آب میوه تازه و طبیعی به جای آب میوه آماده و شربت.
- استفاده روزانه از سبزی های تازه یا پخته و میوه تازه در برنامه غذایی کودک.
- مصرف غذاهای فیبر دار مانند نان سبوس دار) نان سنگک (، بیسکوئیت سبوس دار ، خشکبار و میوه های خشک، میوه ها و سبزیهای خام.
- محدود کردن مصرف آجیل و مغزها به جای تنقلات بی ارزش.
- محدود کردن غذا خوردن در خارج از منزل.
- اصلاح عادات غذایی والدین.
- پایش منظم وزن کودک و مشاوره با کارشناس تغذیه

چند توصیه در خصوص فعالیت بدنی:

- افزایش فعالیت بدنی روزانه کودک.
- انجام فعالیت بدنی روزانه به مدت 60 دقیقه.
- تشویق کودک به انجام ورزش هایی مانند دوچرخه سواری، دویدن و شنا.
- استفاده از مشارکت کودک در انجام کارهای روزمره منزل مانند نظافت خانه.
- تشویق کودک به بازی با سایر کودکان.
- محدود کردن سرگرمی های غیر فعال مانند تماشای تلویزیون یا بازی های کامپیوتری به کمتر از 2 ساعت در روز.

تغذیه تکمیلی کودکان : شیر مادر تا پایان شش ماهگی به تنهایی و بدون اضافه کردن هر نوع غذای کمکی برای رشد طبیعی شیرخوار کافی است .بعد از شش ماهگی نیازهای غذایی شیرخوار فقط با شیر برآورده نمی شود و باید علاوه بر شیر، غذاهای نیمه جامد را نیز برای او شروع کرد .هفته اول ماه هفتم تولد کودک، سن شروع تغذیه تکمیلی است، ولی چنانچه بین ۴ تا ۶ ماهگی با وجود تلاش والدین و کارکنان بهداشتی منحنی رشد کودک نشان دهنده رشد نامناسب کودک باشد، می توان غذای کمکی را شروع کرد.

مناسب ترین غذاها برای تغذیه تکمیلی، غذاهایی هستند که:

- مقوی و مغذی باشند.
- متناسب با سن کودک تغییر کند.
- تازه و بدون آلودگی باشند و پاکیزه و بهداشتی تهیه شوند.
- مواد اولیه آن در دسترس بوده و امکان تهیه آن برای خانواده وجود داشته باشد.

توصیه های کلی

- مواد غذایی را چه از نظر مقدار و چه از نظر نوع، تدریجا "به رژیم غذایی شیرخوار اضافه کنید.
- از یک نوع غذای ساده شروع شود وکم کم مخلوطی از چند نوع غذا به کودک داده شود.
- از مقدار کم شروع و به تدریج بر مقدار آن افزوده شود.
- بین اضافه کردن مواد غذایی مختلف حدود 5 تا 7 روز فاصله در نظر گرفته شود.
- اولین غذایی که به کودک داده می شود، بایدکمی غلیظ تر از شیر تهیه شود و سپس به تدریج غذاهای نیمه جامد و جامد داده شود.
- غذاها با قاشق و مایعات با لیوان به شیرخوار داده شود.
- هنگام دادن غذاهای نیمه جامد و جامد، شیرخوار در وضعیت نشسته قرار گیرد.
- غذای شیرخوار به مقدار کم و برای یک وعده تهیه گردد.
- در صورت باقی ماندن غذا، می توان آن را به مدت 24 ساعت در یخچال نگه داری نمود .در غیر این صورت آن را بایددر فریزر گذاشت.
- غذای نگه داری شده فقط به مقدار مصرف یک وعده کاملا "داغ گردد و پس از خنک کردن به کودک داده شود
- تا یک سالگی به غذای کودک نمک اضافه نگردد ولی پس از یک سالگی کمی نمک(نمک یددار تصفیه شده)به غذای شیر خوارمی توان اضافه نمود.
- سبزی ها قبل از مصرف کاملا "شسته و بلافاصله پس از خرد کردن به غذا اضافه گردد.
- مصرف حتی مقدار کمی گوشت در سوپ کودک، ارزش غذایی را افزایش می دهد، بدین منظور هرنوع گوشت مانند گوسفند، گوساله، مرغ و ماهی که در دسترس خانواده است مصرف گردد.
- در دستور تهیه بعضی از غذاها مقداری کره یا روغن به هنگام طبخ و مقداری دیگر به هنگام غذا دادن به کودک اضافه شود .مصرف روغن مایع بهتر از روغن جامد است
- در مورد کودکانی که روند رشدشان خیلی بیشتر از طبیعی است، مقدار مصرف روغن یا کره را در غذای کودک کمتر گردیده و برعکس اگر کودک تاخیر رشد دارد کمی بیشتر روغن یا کره به غذای او اضافه گردد.
- ترتیب دادن غذاهای کمکی به شیرخوار بسیار مهم است و باید از هفته اول ماه هفتم تولد مرحله به مرحله غذاهای خاصی را به شیرخوار داد

در صورت تاخیر در شروع غذای کمکی ، کندی یا توقف رشد کودک، مشکل پذیرش غذا توسط کودک ایجاد خواهد شد. شیرخوار معمولا "از ۹ ماهگی به بعد تمایل خود را به خوردن غذاهای دیگر و امتحان کردن مزه و طعم های جدید از دست می دهد و عمل جویدن در کودک به تعویق خواهد افتاد.

نحوه شروع و ادامه غذای کمکی

غلات مانند برنج بهترین ماده غذایی برای شروع تغذیه تکمیلی است .چون هضم آن آسان است .فرنی یکی از بهترین غذاهایی است که می توان از یک بار در روز به اندازه ۱ تا ۳ قاشق مرباخوری شروع کرد و به تدریج بر مقدار آن، متناسب با اشتهای کودک افزود .از هفته دوم شروع غذای کمکی می توان علاوه بر فرنی، شیر برنج کاملا "پخته و له شده ، حریره بادام نیز به کودک داد .تغذیه شیرخوار با فرنی، شیر برنج و حریره بادام را می توان تا دو هفته ادامه داد . بسته به علاقه کودک به این نوع غذاها می توان حتی تا یکسالگی و یا بیشتر از این غذاها به عنوان یک وعده غذای کمکی به کودک داد.

در هفته سوم مصرف انواع سبزی ها مثل سیب زمینی، هویج، جعفری، گشنیز، کدو، لوبیا سبز و ... برای تغذیه کودک شروع می شود .در این هفته علاوه بر فرنی می توان با گوشت، سبزی ها و برنج سوپ تهیه کرد .بهتر است سبزی ها را تک تک و به مرور به سوپ اضافه نمود.

از هفته چهارم باید حتما "گوشت به سوپ کودک اضافه شود .گوشت را باید به قطعات کوچک تقسیم کرد و یا از گوشت چرخ کرده استفاده نمود که باید کاملا "پخته و له شوند .پوره سبزی ها مانند سیب زمینی، هویج، کدو حلوایی و نخود سبز به صورت پخته شده و نرم شده همراه با کمی روغن یا کره غذای مناسبی برای شیرخوار است.

در ماه هشتم زندگی علاوه بر سوپ می توان زرده تخم مرغ را شروع کرد، زرده باید کاملا "آب پز و سفت باشد .ابتدا باید به اندازه یک قاشق چایخوری از زرده پخته شده را در آب یا شیر له کرد و به شیرخوار داد و مقدار آن را به تدریج افزایش داد تا در ظرف یک هفته به یک زرده کامل تخم مرغ برسد .آن گاه می توان یک روز در میان یک زرده کامل یا هر روز نصف زرده تخم مرغ به شیرخوار داد .استفاده از سفیده تخم مرغ تا یک سالگی توصیه نمی شود.

با افزایش سن و پذیرش بیشتر شیرخوار، سوپ و غذاهای نرم باید تبدیل به غذاهای سفت تر شوند یعنی باید با اضافه کردن غذاهای سفت تر و کمی قابل جویدن، عمل تکامل جویدن در شیرخوار تقویت شود .اگر تدریجا "مواد غذایی سفت اضافه نشود و شیرخوار به عمل جویدن تشویق نگردد و برای مدت ها از غذاهای له شده استفاده کند، علاوه برابتلا به تاخیر رشد بعدا "در جویدن غذاهای سفت دچار مشکل خواهد شد .برای این کار می توان از حدود ۸ ماهگی تکه های نان و بیسکویت هم به دست شیرخوار داد .از 8 ماهگی می توان به غذای شیرخوار ماستی که ترش نباشد نیز اضافه نمود. شروع استفاده از حبوبات ۹ ماهگی است که به سوپ شیرخوار اضافه می شود .می توان از انواع حبوبات خیس شده و پوست کنده که کاملا " پخته و نرم باشد، مانند عدس، ماش، لوبیا و یا حبوبات جوانه زده استفاده کرد .حبوبات منبع خوبی برای تامین پروتئین و املاح هستند و همراه با غلات و شیرمادر غذای کاملی را تشکیل می دهند. آب میوه آخرین ماده غذایی است که به برنامه غذایی کودک در سال اول اضافه می شود و حاوی ویتامین و املاح معدنی است .آب میوه را باید در ابتدا به صورت رقیق شده و از یک قاشق مرباخوری در روز شروع و تدریجا به مقدار آن افزود. بهتر است فقط از یک نوع آب میوه استفاده شود تا اگر ناسازگاری وجود داشت شناخته شود. مصرف توت فرنگی، گیلاس و آلبالو، کیوی، خربزه و اسفناج، سفیده تخم مرغ و شیر گاو به دلیل ایجاد حساسیت و همچنین مصرف عسل در سال اول زندگی به دلیل احتمال آلودگی با کلستریدیوم بوتولینوم توصیه نمی شود.

در ادامه غذاهای کمکی برای شیرخواران و کودکان خردسال توجه به نکات زیر ضروری است:

- بعد از شروع غذای کمکی، به کودک آب جوشیده سرد شده بدهید.
- قبل از یک سالگی، شکر، نمک و ادویه به غذای کودک اضافه نکنید.

- از روز پانزدهم تولد باید قطره ویتامین مولتی ویتامین و یا A+D , ۲۵ قطره در روزو هم زمان با شروع تغذیه تکمیلی قطره آهن ۱۵ قطره به کودک بدهید .
- برای جلوگیری از تغییر رنگ دندان ها، توصیه می شود بعد از مصرف، مقداری آب به او بدهید.
- قبل از یک سالگی از دادن اسفناج، عسل و سفیده تخم مرغ، شیر گاو، توت فرنگی، گیلاس، آلبالو، کیوی، خربزه به کودک خودداری کنید.
- هرگز به زور به کودک غذا ندهید.
- به ساعت های خواب و استراحت کودکان توجه کنید.
- به کودک مبتلا به اسهال و یا هر نوع بیماری عفونی دیگر، غذا را در دفعات بیشتر و حجم کمتر بدهید.

نکات اساسی که هنگام تهیه غذای کودک باید رعایت شود:

با توجه به این که منابع آلودگی مواد غذایی زیاد هستند، لذا توجه به نکات زیر در تهیه غذای سالم برای شیرخواران و کودکان خردسال اهمیت زیادی دارد .این نکات عبارتند از: پختن کامل غذا در حرارت زیاد حدود 70 درجه سانتی گراد ، تازه تهیه کردن هر وعده غذا، نگه داری غذا در یخچال و یا فریزر، شستن میوه ها و سبزی ها، استفاده از آب سالم، شستن دست ها ، خودداری از تغذیه شیرخوار با استفاده از بطری، محافظت غذاها از حشرات و جوندگان، نگه داری مواد غذایی فاسد نشدنی در محل مطمئن، تمیز نگه داشتن وسایل لازم برای تهیه غذا

مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال(مانا)

مراقبت های ادغام یافته به معنی پیشگیری ازبیماری بااستفاده از نشانه های بالینی ساده ودرمان تجربی است. از حداقل نشانه های بالینی ممکن استفاده می شود . نشانه های انتخاب شده حاصل استخراج منابع علمی معتبراست که به تاییدکمیته علمی تخصصی درآمده است. توصیه ها بیشتر براساس طبقه بندی ها بنا شده است تایک تشخیص دقیق . این توصیه ها اکثر بیماریهای موجود دریک طبقه بندی راتحت پوشش قرار می دهد. طبقه بندی مشکلات کودک بااستفاده از سیستم رنگ شده انجام می گیرد . از آنجا که تعدادی از کودکان ممکن است دربیش از یک طبقه بندی قرار گیرند ، هرمشکل براساس شرایط زیر طبقه بندی می شود که

آیا نیازمند:

- ارجاع (قرمز) ، یا
- ارائه اقدامات لازم (زرد)، یا
- توصیه های ساده جهت مراقبت درمنزل(سبز) می باشد.

پس از طبقه بندی کلیه علایم ، ارائه توصیه ها برای هرکودک می باشد . اگرکودکی نیازمند ارجاع فوری است ، قبل از انتقال کودک درمان لازم را دریافت می نماید . اگر کودکی نیازمند درمان درمنزل است توصیه های لازم ارائه می گردد واگر کودکی نیازمند واکسیناسیون است ، واکسن لازم تزریق می شود. ویا اگرنیازبه مراقبت ویژه داشته باشدازمادر خواسته می شود که درروز خاصی برای پیگیری برگردد.

ارائه آموزش های لازم برا ی مشاوره بامادر، شامل آموزش مادرجهت رفع مشکلات تغذیه ای ، پیشگیری ازسوانح وحوادث وارتباط والدین وکودک می باشد. زمانی که کودک مجدداً برمی گردد، دربخش پیگیری، مراقبت ها انجام و درصورت لزوم کودک برای مراقبت ویژه دوباره ارزیابی می گردد .

این استراتژی مهمترین و شایعترین علل مراجعه و مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال را در برگرفته و تشخیص و درمان صحیح بیماریها را بر اساس نشانه های موجود امکان پذیر می سازد. مانا به عنوان مناسب ترین راهکار در جهت کاهش مرگ و میر کودکان در کشورهای در حال توسعه می باشد که به تمامیت سلامت کودک می نگرد و نه فقط به بیماری وی و علاوه بر درمان کنونی و بهره جویی از فرصتهای از دست رفته برای ارائه خدمات پیشگیری اولیه، خانواده ها را در درمان کودک در منزل درگیر می سازد تا زمینه های بیمار شدن کودک و یا غفلت از نشانه های خطر در جریان بیماری را به حداقل برسانند. هدف کلی این برنامه شامل : کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، ارتقاء مهارتهای کارکنان ارائه دهنده خدمت و بهبود رفتار و عملکرد خانواده و جامعه می باشد. در این برنامه کودکان زیر ۲ماه و کودکان ۲ ماه تا ۵ سال فرم های مراقبتی جداگانه دارند که مهمترین مشکلات در هر دوره به صورا کاملا ادغام یافته بررسی می گردد. در زیر نحوه بررسی کودک دچار سرفه یا تنفس مشکل و همچنین کودک مبتلا به اسهال بر اساس این برنامه توضیح داده شده است.

ارزیابی، طبقه بندی و تشخیص نوع درمان در کودک دچار سرفه یا تنفس مشکل:

نشانه های خطر :

- قادر به نوشیدن یا شیرخوردن می باشد
- در جریان این بیماری تشنج کرده است
- آیا هر چیزی می خورد استفراغ می کند
- خواب آلودگی غیر عادی و عدم هوشیاری

سوال کنید : برای چه مدت سرفه یا مشکل تنفسی دارد؟

تعداد تنفس ارزیابی کنید

تعداد تنفس :

۲ تا ۱۲ ماهه بیشتر از ۵۰ بار

۱ تا ۵ سال بیشتر از ۴۰ بار

نگاه کنید و گوش کنید : توکشیده شدن قفسه سینه ، شنیدن خرخر

توکشیده شدن قفسه سینه:

- در هنگام دم به توکشیده شدن قفسه سینه در قسمت دنده های پایینی نگاه کند
- در حالت طبیعی تمامی دیوار قفسه سینه اعم از قسمت بالایی و پایین و شکم به سمت خارج حرکت می کند
- توکشیده شدن قفسه سینه در هنگام گریه و تغذیه صحیح نیست
- توکشیده شدن بافت نرم بین دنده ای در هنگام دم صحیح نیست



مشاوره با مادر :

- نحوه دادن داروی خوراکی در منزل را به مادر یاد بدهید:
- داروی مناسب را بر اساس وزن کودک مشخص نمایید
- از سن کودک زمانی استفاده کنید که وزنش را نمی دانید
- دلیل دادن دارو را برای مادر توضیح دهید
- تاکید کنید دوره درمان را تکمیل کند حتی اگر حال کودک بهتر شود
- قبل از ترک کردن مرکز از مادر آنچه را که توضیح دادید سوال کنید

اقدامات بی ضرر خانگی یا درمان های غیر دارویی: شیرخوار زیر ۶ ماه تغذیه مکرر با شیر مادر، مایعات فراوان برای سایر کودکان ، قطره کلرور سدیم، تمیزکردن بینی ، بخور آب، آبلیمو عسل **و** قطع تماس با محرکها مثل دود سیگار و....

به مادر توصیه کنید چه زمانی برگردد:

- در کودک مبتلا به پنومونی ۲ روز بعد
- اگر تب کرد ،قادر به نوشیدن نبود و یا بدتر شد
- اگر پنومونی ندارد و فقط سرماخوردگی و سرفه دارد : اگر تنفس تند و یا تنفس مشکل پیدا کرد

ارزیابی، طبقه بندی و تشخیص نوع درمان در کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله دچار اسهال:

اگر کودک اسهال دارد :

سوال کنید: برای چه مدتی ؟

آیا در مدفوع خون وجود دارد ؟

نگاه کنید :

- حال عمومی کودک : خواب آلودگی غیر عادی یا عدم هوشیاری ، بیقراری و تحریک پذیری (کودکی بی قرار و تحریک پذیر : هرگاه به او دست می زنید یا او را بغل می کند بی قرار و تحریک پذیر باشد چنین کودکانی ممکن است موقع شیرخوردن آرام شوند. اگر کودک را بتوانیم آرام کنیم آنها نشانه ای از بی قراری و تحریک پذیری ندارند)

- به کودک مایعات بدهید : عدم توانایی نوشیدن یا کم نوشیدن ، تشنه بودن و با ولع نوشیدن (کودک به وضوح درخواست آب می کند یا لیوان یا قاشق آب را دنبال می کند، اگر با تشویق آب بنوشد او نشانه ولع را ندارد.)

- پوست را بین دو انگشت بفشارید(فاصله بین ناف و پهلو را نیشگون بگیرید و طوری انگشت را قرار دهید که در امتداد بدن کودک باشد نه عمود بر آن و برای یک ثانیه نگه دارید. در کودک مبتلا به سوء تغذیه شدید در حالت طبیعی هم برگشت پوست آهسته است. در کودک چاق یا کودکی که ورم دارد حتی اگر دچار کم آبی باشد برگشت پوست خیلی سریع است. : اگر بیشتر از ۲ ثانیه به حالت اول برگردد خیلی آهسته است.

- فرورفتگی چشمها در کودکان با سوء تغذیه شدید که بطور محسوس لاغر هستند همیشه وجود دارد.

اولین قدم در درمان اسهال ارزیابی و طبقه بندی کودک از نظر کم آبی می باشد

براساس نشانه های فوق کودک مبتلا به اسهال در یکی از گروه های زیر قرار می گیرد:

الف. کم آبی ندارد

کودکی حال عمومی خوب دارد (خواب آلده نیست ، بیقرار نیست)، تورگور پوستی و قدرت نوشیدن نرمال دارد که درگروه الف(کم آبی ندارد) طبقه بندی می شود . این کودکان برای پیشگیری از کم آبی به مایعات اضافی نیاز دارند . کودکی که کم آبی ندارد به درمان در منزل نیاز دارد .چهار قانون درمان در منزل عبارتند از :دادن مایعات اضافی ، ادامه تغذیه، مراجعه مجدد ، استفاده از مکمل روی

قانون اول :دادن مایعات اضافی

به مادر یا فرد مراقبت کننده بگوئید: هر چقدر مایع که کودک میل دارد به او بدهد . هدف از دادن مایعات اضافی جایگزین نمودن آب از دست رفته ناشی از اسهال و همچنین پیشگیری از کم آبی بعدی به مادر بگویید به دفعات بیشتر و طولانی تر در هر وعده، کودک خود را با شیر مادر تغذیه نماید . همچنین برای او شرح دهید که باید مایعات دیگر نیز به کودک خود بدهد . محلولORS یکی از چند نوع مایعی است که درخانه برای پیشگیری از کم آبی توصیه می شود. اگر کودکی به

صورت انحصاری با شیرمادر تغذیه می شود، در مورد چنین کودکی نکته مهم این است که بیشتر از حد معمول شیرمادر بخورد . علاوه بر آن محلول ORS یا آب سالم به کودک بدهید . کودکان شیرمادرخواری که. زیر ۴ ماه هستند باید قبلا از دادن محلول ORS با شیرمادر تغذیه شوند . در بسیا ری از موارد کودکی که دارای کم آبی نیست واقعاً نیاز به ORS ندارد .به او مقدار اضافی غذاهای آبکی مانند سوپ، دوغ و آب سالم (ترجیحاً به همراه غذا) بدهید. به مادر دو بسته پودر ORS برای استفاده درمنزل بدهید .نحوه درست کردن و دادن ORS را به مادر آموزش دهید.

نحوه درست کردن و دادن ORS

- دست های خود را با آب و صابون بشوئید .
- مقدار یک لیتر آب سالم را اندازه بگیرید بهتراست آب را جوشانده و خنک کنید ولی اگر این کار امکان پذیر نیست، از سالم ترین آب نوشیدنی که در دسترس است استفاده کنید.
- آب را داخل ظرف تمیز بریزید. از هر ظرفی که در دسترس است مانند کاسه، بطری یا پارچ استفاده کنید.
- تمام پودر را داخل ظرف آب بریزید .محلول را به خوبی به هم بزنید تا پودر داخل آب کاملاً حل شود .
- محلول را بچشید به طوری که مزه آن را بفهمید .
- بهتر است محلول او .آر.اس در یخچال نگهداری شود وبه صورت خنک شده به کودک داده شود .
- در ظرفی تمیز تهیه و در ظرف را بپوشاند و محلول ORS برای مادر شرح دهید که او بایستی روزانه محلول تازه باقی مانده از روز قبل را دور بریزد.

.به مادر نشان دهید که چه مقدار مایع اضافی پس از هربار مدفوع آبکی باید به کودک بدهد: تا دو سال ۵۰ تا ۱۰۰ میلی لیتر پس از هر بار دفع مدفوع آبکی و دو سال و بالاتر ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی لیتر پس از هر بار دفع مدفوع آبکی . به مادر توضیح دهید که اسهال کودک به زودی قطع خواهد شد. محلول ORS موجب قطع اسهال نمی شود بلکه جایگزین آب و نمک از دست رفته به علت اسهال می شود . به مادر بگوئید: با استکان یا قاشق جرعه جرعه و مکرر بدهد.برای دادن مایعات به شیرخواران کوچکتر ازقاشق استفاده کند. اگر کودک استفراغ می کند، قبل ازآنکه مایع بیشتری بدهد، ۱۰ دقیقه صبرکرده . سپس دوبار دادن مایع را با سرعت کمتر و آهسته تر شروع کند. دادن مایعات اضافی را تا زمان قطع اسهال ادامه دهد . کودکانی که تغذیه انحصاری با شیرمادر می شوند باید به دفعات بیشتری شیرمادر بخورند و می تواند آب سالم یا ORS دریافت کنند . قبل از ترک مادر، کنترل کنید آیا مادر نحوه دادن مایعات اضافی را فهمیده است یا نه

از سئوالاتی نظیر موارد زیر استفاده کنید:

- چه نوع مایعاتی به کودک خواهید داد؟
- چقدر مایع به کودک خواهید داد
- هر چند وقت یکبار به کودک خود محلول او-آر-اس خواهید داد؟
- به من نشان دهید که چقدر آب برای درست کردن محلول ORS استفاده خواهید کرد؟
- چگونه ORS را به کودک خود خواهید داد؟
- اگر کودک استفراغ کند چه کار خواهید کرد؟

به مادر هر کودک بیماری بگوئید که با مشاهده این علائم باید به مرکز بهداشتی یا خانه بهداشت برگردد:

- قادر به نوشیدن یا شیرخوردن نبودن
- بدتر شد حال کودک
- تب کردن
- اگر کودک اسهال دارد، به مادر بگوئید در مواقع زیر هم برگردد:
- وجود خون در مدفوع
- ضعیف نوشیدن
- نوشیدن ضعیف به معنی کاهش توانایی در نوشیدن یا شیرخوردن است .این دو علامت جداگانه، لیست شده است ولی راحت تراست که ترکیب شوند . به سادگی می توانید به مادر بگوئید که اگر کودک نوشیدن یا شیرخوردنش ضعیف است به مرکز بهداشتی برگردد.

ب- کم آبی نسبی

اگر کودک دو نشانه از نشانه های بی قراری و تحریک پذیری، فرورفتگی چشم ها، با ولع نوشیدن و تشنگی، برگشت پوست به آهستگی را دارد کودک را در کم آبی نسبی طبقه بندی کنید. اگر کودکی یک نشانه از کم آبی شدید و یک نشانه از کم آبی نسبی را داشت کودک در کم آبی نسبی طبقه بندی می شود.

کودک مبتلا به کم آبی نسبی به مایعات و غذا نیاز دارد .کودک را با ORS درمان کنید. علاوه بر مایعات، کودک مبتلا به کم آبی نسبی به غذا نیاز دارد . کودک شیرمادر خوار بایستی شیرمادر را ادامه دهد . کودکانی که با شیری غیر از شیرمادر تغذیه می شوند هم بایستی شیرمعمولی خود با بعضی غذاهای مغذی را بعد از ۴ ساعت درمان با ORS دریافت نمایند. برنامه درمانی کم آبی نسبی به مدت ۴ ساعت در مرکز بهداشتی یا خانه بهداشت است . در طی این ۴ ساعت، مادر به آهستگی در مرکز بهداشتی ORS را با قاشق یا فنجان به کودک خود می دهد. در طی این ۴ ساعت ۷۵ سی سی به ازای وزن کودک به وی ORS داده می شود. دادن محلو ل ORS تداخلی باتغذیه معمولی کودک که شیرمادر می خورد ندارد و مادر بایستی هر وقت کودک تمایل دارد او را با شیرمادر تغذیه کند . اگر کودک بهتر شدوعلائمی از کم آبی رانداشت ، برنامه درمانی الف راانتخاب کنید . اگر درعرض ۴ ساعت گذشته آموزشی به او نداده اید ، هم اکنون برنامه درمانی الف رابه مادر آموزش دهید و قبل از ترک مادر از مرکزبهداشتی ، سوالات کنترل از او بپرسید . برای رفع هرگونه مشکلی درخصوص دادن مایعات اضافی به کودک درمنزل، او راکمک کنید.

اگر چشمهای کودک پف آلوده است ، این علامت نشان دهنده جبران زیاد از حد کم آبی است .این علامت خطرناک نبوده ونشانه هیپرناترمی نمی باشد . فقط نشانه آن است که کم آبی کودک جبران شده است ودیگر دراین نیازی به ORS بیشتر ندارد . بایدبه کودک آب سالم یاشیرمادر داد . هنگامی که پف آلودگی برطرف شد مادر بایستی براساس برنامه درمانی الف محلول ORS زمان به کودک بدهد .

اگر کودک همچنان دارای کم آبی نسبی است ، برای باردیگر برنامه درمانی ب راانتخاب کنید . تغذیه کودک رادرمرکز بهداشتی یا خانه بهداشت شروع کنید وغذا ، شیر یاآب میوه به اگر حال کودک بدتر شد ودچارکم آبی شدید بود باید برنامه درمانی ج راشروع کنید

گاهی اوقات زمانی که کودک هنوز برروی برنامه درمانی ب قرار د ارد یعنی قبل از اینکه کم آبی کودک جبران شده باشد، مادر مجبوراست مرکز بهداشتی یاخانه بهداشت را ترک کند.درچنین شرایطی ، شمابای آموزشهای لازم در مورد درست کردن ORS و میزان مورد نیازآن در طی ۴ ساعت را به مادر آموزش دهید.

ج . کم آبی شدید

اگر کودک دو نشانه یا بیشتر از نشانه های : خواب آلودگی غیر عادی یا عدم هوشیاری، عدم توانایی نوشیدن یا کم نوشیدن، چشمان فرو رفته، برگشت پوست خیلی آهسته، را داشته باشد در گروه کم آبی شدید طبقه بندی می شود .کودک با کم آبی شدید نیاز به مایعات بیشتری دارد . کودکی که مبتلا به کم آبی شدید است نیاز فوری به مایعات وریدی دارد . فوراً کودک را همراه مادرش به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید و به مادر توصیه کنید در بین راه جرعه جرعه ORS به او بخوراند. در صورت عدم امکان ارجاع برنامه درمانی ج را برای او انجام دهید. در این برنامه ۱۰۰ سی سی به ازای وزن کودک بایستی مایعات وریدی را برای کودک در نظر گرفت. در کودکان زیر یکسال این میزان در عرض ۶ ساعت و در کودکان بالای یکسال این میزان در عرض ۳ ساعت به کودک داده می شود. هر نیم ساعت یکبار باید وضعیت کم آبی کودک بررسی شود .
اگر کودک بدلیل کم آبی شدید علایم شوک را دارد در ابتدا ۲۰ سی سی به ازای وزنش بصورت free دریافت می کند تا بتوان علایم شوک را برطرف کرد پس ازآن این مقدار مایع از مایعات کلی در نظر گرفته شده کم خواهد شد. بهترین مایع در این مرحله رینگر لاکتات می باشد .

اسهال پایدارشدید: اگر کودک ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشت و همچنین دچار کم آبی نسبی یا شدید بود، بیماری کودک را به عنوان اسهال پایدار شدید طبقه بندی کنید. کودکان مبتلا به اسهال ۱۴ روزه یا بیشتر که دچار کم آبی نیز باشند نیاز به ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی دارند . چنین کودکانی برای پیشگیری از از دست دادن مایعات به توجه مخصوص نیاز دارند . ممکن است به تغییر رژیم غذایی نیز نیاز داشته باشند . آنها همچنین به آزمایش نمونه مدفوع برای تشخیص دلیل اسهال نیاز دارند. قبل از ارجاع، کم آبی کودک را درمان کنید مگر اینکه در طبقه بندی شدید دیگری قرار داشته باشد .درمان کم آبی کودک با بیماری شدید ممکن است مشکل باشد.
اسهال پایدار : کودکی که برای ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشته، هیچ نشانه ای از کم آبی ندارد در اسهال پایدار طبقه بندی می شود . تغذیه مخصوص مهم ترین درمان برای اسهال پایدار می باشد.

توصیه های خاص برای کودک مبتلا به اسهال پایدار

ممکن است کودکان مبتلا به اسهال پایدار در هضم سایر شیرها بیشتر از شیرمادر مشکل داشته باشند .لازم است که موقتاً مقدار سایر شیرها در رژیم غذایی آنها کاهش یابد .آنها بایستی شیرمادر یا سایر غذاها را بیشتر دریافت کنند تا این کمبود جبران شود. به مادر بگویید: اگر کودک هنوز شیرمادر خوار است در طول شبانه روز مقدار بیشتری شیر به او بدهید.
اگر کودک از سایر شیرها استفاده می کند :

- افزایش شیرمادر را جایگزین آن نمائید یا
- فرآورده های تخمیری شیر نظیر ماست را جایگزین آن نمائید یا

- نیمی از شیرمصرفی را با غذای نیمه جامد مغذی جایگزین نمائید.
- برای غذاهای دیگر، توصیه های تغذیه ای برای گروههای سنی را دنبال کنید .

کودک مبتلا به اسهال پایدار بایستی مجدداً ظرف ۵ روز آینده پیگیری شود.

- آنتی بیوتیک ها در اکثریت موارد اسهال بی تاثیر هستند و گاهی موجب ضعیف تر شدن کودک هم می شوند.
- استفاده غیر ضروری آنتی بیوتیک ها ممکن است موجب افزایش مقاومت به بعضی از پاتوژن ها گردد
- علاوه بر آن آنتی بیوتیک ها هزینه بر هستند . بنابراین به صورت روتین آنتی بیوتیک ندهید
- هرگز داروهای ضد اسهال و ضد استفراغ به شیرخواران و کودکان ندهید . این دسته داروها به ندرت در درمان اسهال کمک کننده هستند و بعضی از آن ها خطرناکند.

طرح کشوری بهداشت دهان و دندان و دانش آموزان مقطع ابتدایی

دفتر بهداشت دهان و دندان برای دست یافتن به کودکان ۶ تا ۱۱ ساله شهری برنامه های بهداشت دهان دندان دانش آموزان مقطع ابتدایی را با همکاری وز ارت آموزش و پرورش طراحی کرد .این برنامه از سه بخش عمده تشکیل شده است:

۱- **آموزش** : آموزش بهداشت دهان و دندان توسط مربیان بهداشت در مدرسه و در صورتی که مدرسه فاقد مربی بهداشت باشد توسط معلمان داوطلب صورت می گیرد. معلمان داوطلب افرادی هستند که با توافق آموزش و پرورش از هر مدرسه ابتدایی به طور داوطلب جهت آموزش معرفی می گردند . سپس این افراد بعد از فراگیری آموزش های لازم، وظیفه آموزش مستمر دانش آموزان در مدارس شهری و نظارت بر تغذیه سالم دانش آموزان را بر عهده دارند . وظیفه آموزش های فوق در مدارس ابتدایی روستایی به عهده بهورزان می باشد.

۲- **پیشگیری:** به منظور پیش گیری از ابتلاء دانش آموزان به پوسیدگی دندانی (شایع ترین بیماری دهان و دندان) برای کلیه دانش آموزان مقطع ابتدایی شناسنامه دندانپزشکی تهیه می گردد در این شناسنامه اطلاعات خانوادگی دانش آموزان، وضعیت سلامت عمومی و وضعیت دهان و دندان و خدمات مورد نیاز آن ها ثبت می شود . البته تکمیل شناسنامه توسط دندانپزشکان و بهداشت کاران شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری صو رت می گیرد و معلم داوطلب مدرسه موظف است موارد نیازمند درمان را بر اساس شناسنامه، پیگیری نماید . یکی دیگر از برنامه های پیشگیری، استفاده از دهان شویه سدیم فلور اید برای دانش آموزان مقطع ابتدایی می باشد . بر طبق این طرح در مرحله اول برای کلیه دانش آموزان پایه های اول، دوم و سوم دبستان (شهری و روستایی) دهان شویه سدیم فلوراید تهیه و توزیع گردیده است . با توجه به بررسی های به عمل آمده دهان شویه فوق می تواند تا ۲۵ درصد میزان پوسیدگی دندان را کاهش دهد توزیع دهان شویه ها در مناطقی که میزان فلوراید آب آشامیدنی کمتر از ۰.۴ ppm می باشد در اولویت است. شایان ذکر است که تاثیر دهان شویه های فوق، موضعی و از طریق دخالت در مینرالیزاسیون سطح خارجی مینا می باشد بنابراین مصرف آن در مناطقی که میزان فلوراید آب آشامیدنی بالاتر از حد طبیعی می باشد نیز تاثیری در تشدید و یا ایجاد فلوئوروزیس ندارد و فقط از این جهت که تهیه دهان شویه

های فوق پر هزینه می باشد .توزیع آن ها در مناطقی که میزان فلوراید بالاتر از ppm ۰.۴ است توصیه نمی گردد. نحوه استفاده از دهان شویه های سدیم فلوراید بدین صورت است که برای هر دانش آموز یک بطری دهان شویه در نظر گرفته شده که در طول هفته یک بار به اندازه در بطری در دهان ریخته و مدت یک دقیقه آن را در دهان نگه می دارد . سپس دهان شویه را از دهان بیرون می ریزد در صورت رعایت مصرف، یک بطری دهان شویه برای یکسال کافی خواهد بود . نظارت بر اجرا ی استفاده از دهان شویه در مدارس شهری به عهده معلم داوطلب هر مدرسه و در مدارس ابتدایی به عهده بهورز است.

۳- **درمان:** بخش عمده برنامه طرح دانش آموزی را درمان، تشکیل می دهد . در راستای ادامه خدمات به دانش آموزان، اولین قدم با تنظیم تعرفه خاص گروه هدف در سال ۷۶ برداشته شد به طوری که هزینه ها برای این گروه به میزان چشم گیری کاهش داده شده است . هدف این است که کلیه دانش آموزان بتوانند خدمات پیشگیری ثانویه شامل کشیدن ریشه های عفونی، ترمیم دندان های پوسیده و فلوراید تراپی را با حداقل هزینه دریافت نمایند .تعرفه فوق با امضاء وزیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۷۶ ارسال گردیده و در کلیه مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش معاونت بهداشتی لازم اجرا می باشد.بدیهی است تغییراتی که همه ساله در تعرفه خدمات دندان پزشکی توسط معاونت درمان داده می شود. شامل تعرفه های مورد نظر این دفتر نمی باشد . در صورتی که تغییری در تعرفه ها صورت گیرد از طریق معاونت بهداشت اعلام خواهد گردید.

همزمان با آموزش بهداشت دهان و دندان به دانش آموزان و والدین آنها ، استفاده از وارنیش فلوراید به عنوان یکی از بهترین روشهای پیشگیری از پوسیدگی دهان و دندان توصیه می گردد.از مزایای استفاده از وارنیش فلوراید، ایمن بودن آن برای کودکان و کاربرد آسان و راحت آن توسط افراد آموزش دیده در مدارس ابتدایی می باشد. همچنین ارائه این خدمت نیاز به تجهیزات دندانپزشکی گران قیمت ندارد واستفاده از وارنیش فلوراید در دانش آموزان حدود ۵۰٪کاهش پوسیدگی در دندان های شیری و دائمی را به همراه دارد، لذا اداره سلامت دهان و دندان با همکاری دفتر امور سلامت وتندرستی وزارت آموزش و پرورش طرح کشوری پیشگیری از پوسیدگی دندانی دانش آموزان ابتدایی از طریق وارنیش فلورایدتراپی را در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ اجرا می نماید.

پایش و ارزشیابی برنامه سلامت کودکان:

۱- تعداد کودکان زیر یکسال که سه مراقبت دوره نوزادی را دریافت نمودند.
۲- تعداد نوزادانی که بین روز سوم تا پنجم از نظر کم کاری تیروئید غربالگری شدند.
۳- تعداد نوزادانی که بین روز سوم تا پنجم از نظر کم کاری تیروئید غربالگری شدند.
۴- تعداد نوزادان مبتلا به کم کاری تیروئیدکه قبل از روز بیست و هشتم درمان شروع شده است.
۵- تعداد نوزادانی که بصورت انحصاری با شیر مادر تغذیه می شوند.
۶- درصد مادرانی که علائم کفایت شیرمادر را می دانند.
۷- تعداد کودکانی که تا ۶ ماهگی بصورت انحصاری با شیر مادر تغذیه شدند.
۸- تعداد کودکانی که تا ۲ سالگی با شیر مادر تغذیه شدند.

۹- میانگین مدت زمان استفاده از شیر مادر در کودکان

۱۰- تعداد کودکان زیر ۵ سال که به موقع برای مراقبت های دوره ای مراجعه می کنند.

۱۱- تعداد کودکان زیر ۵ سال که در نمودار وزن برای سن دچار کندی رشد هستند.

۱۲- تعداد کودکان زیر ۵ سال که در نمودار وزن برای سن دچار توقف رشد هستند.

۱۳- تعداد کودکان زیر ۵ سال که در نمودار وزن برای سن دچار افت رشد هستند.

۱۴- تعداد کودکان زیر ۱۸ ماه که در نمودار دورسر برای سن دچار توقف رشد هستند.

۱۵- تعداد کودکان زیر ۵ سال که در نمودار قد برای سن دچار توقف رشد هستند.

۱۶- تعداد مادران دارای کودک زیر ۵ سال که می توانند نمودار رشد کودک را تفسیر نمایند.

۱۷- تعداد مادران دارای کودک زیر ۵ سال که علائم خطر بیماری های تنفسی را می شناسند.

۱۸- تعداد مادران دارای کودک زیر ۵ سال که علائم خطر بیماری های اسهالی را می شناسند.

۱۹- تعداد مادران دارای کودک زیر ۵ سال که نحوه پیشگیری از حوادث را می شناسند.

۲۰- میزان پوشش واکسیناسیون

۲۱- درصد کودکان ۶ ماهه تا ۲۴ ماهه که قطره آهن دریافت می کنند.

۲۲- درصد کودکان ۱۵ روزه تا ۲۴ ماهه که قطره مولتی ویتامین یا آ+د دریافت می کنند.

۲۳- درصد ابتلا به عفونت های تنفسی در کودکان زیر ۵ سال در طول یک سال

۲۴- درصد ابتلا به بیماریهای اسهالی در کودکان زیر ۵ سال در طول یک سال

۲۵- میانگین تعداد دفعات ابتلا به عفونت های تنفسی در کودکان زیر ۵ سال در طول یک سال

۲۶- میانگین تعداد دفعات ابتلا به بیماریهای اسهالی در کودکان زیر ۵ سال در طول یک سال

۲۷- درصد حوادث در کودکان در کودکان زیر ۵ سال در طول یک سال

۲۸- درصد نوزادان متولد شده با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم

۲۹- درصد نوزادان متولد شده با سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته کامل

۳۰- درصد مادرانی که می دانند نوبت بعدی مراقبت دوره ای کودکشان چه زمانی است.

فصل هفدهم :

سلامت مادران

سلامت مادران:

فرایند مادری در اغلب موارد یک تجربه مثبت و رضایت بخش است ،اما برای بسیاری از زنان ممکن است با درد و رنج، بیماری و حتی مرگ همراه باشد. امروزه مرگ مادر نه تنها به عنوان شاخص بهداشتی قلمداد می شود، بلکه به عنوان یکی از شاخص های توسعه به کار می رود و نشان می دهد که جوامع تا چه اندازه به سلامت مادران، اهمیت می دهند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۲۸۹ هزار زن در سال ۲۰۱۳ ، در طی بارداری و پس از زایمان جان خود را از دست دادند. یعنی هر روز تقریباً ۸۰۰ زن بدلیل عوارض مرتبط با بارداری و زایمان جان خود را از دست داده اند که بیش از ۹۹ درصد این مرگ ها در کشورهای در حال توسعه و بیشتر در مناطق روستایی و جوامع فقیر اتفاق می افتد. همچنین در مادران نوجوانان خطر عوارض و مرگ و میر ناشی از بارداری بیشتر است. در اکثر موارد مرگ و میر مادران قابل اجتناب هستند. در سال ۲۰۰۰، همه کشورهای جهان تعهد کردند که نسبت مرگ و میر مادران را به میزان سه چهارم کاهش دهند. در سال ۲۰۱۳ ، نسبت مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه ۲۳۰در صد هزار تولد زنده بود در حالیکه در کشورهای توسعه یافته ۱۶ در صد هزار تولد زنده بود. همچنین خطر مرگ در اثر حاملگی در طول عمر(lifetime risk) یک خانم در کشورهای در حال توسعه ۱ به ۱۶۰ است در حالیکه در کشورهای توسعه یافته ۱ به ۳۷۰۰ است.

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت ، شایعترین علل مرگ مادران که تقریباً ۷۵ درصد علل را تشکیل می دهند شامل:خونریزی شدید به ویژه پس از زایمان ،عفونت به ویژه پس از زایمان، پره اکلامپسی و اکلامپسی،عوارض ناشی از زایمان و سقط های غیر ایمن است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، ارقام واقعی مرگ، بیماری و ناتوانی مادران، چندین برابر این ارقام است .چرا که بیشتر این رخداد ها در جوامعی اتفاق می افتد که سیستم ثبت آمار حیاتی منسجم و قابل اعتمادی نداشته و گزارش دهی مناسبی ندارند و تشخیص علل منجر به مرگ یا بیماری و ناتوانی از دقت کافی برخوردار نیست. در کشور ما با توجه به گزارش وزارت بهداشت نسبت مرگ و میر مادران ۱۹ در صد هزار تولد زنده است و مهمترین علل مرگ مادران در ایران شامل : خونریزی(۱۹ درصد)، پره اکلامپسی(۱۷ درصد)، بیماری‌های قلبی(۱۷ درصد)، آمبولی(۹ درصد) و عفونت(۷ درصد) می باشد. با توجه به اهمیت سلامت مادران در جوامع مختلف از جمله کشور ما در هر نظام ارائه خدمات سلامت توجه ویژهای به این گروه آسیب پذیر دارند که موارد زیر مهمترین اهدافی هستند که در مراقبت از این گروه خاص دنبال می شود:

- پیشگیری از وقوع حاملگی های پرخطر
- مراقبت های دوران بارداری و کشف زودرس علایم خطر و عوارض
- امکان دسترسی سریع به تسهیلات و امکانات ضروری
- وجود تسهیلات و امکانات ضروری اورژانس (تیم متخصص، بانک خون، دارو)
- انجام زایمان ایمن و بهداشتی تحت نظارت افراد دوره دیده
- انجام مراقبت های بعد از زایمان و کشف موارد پرخطر
- بهبود وضعیت کلی اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی زنان

بطور کلی توجه به سه مورد زیر می تواند منجر به کاهش مرگ و میر و عوارض ناشی از بارداری و زایمان در خانم های سنین باروری گردد :

- مراقبت های پیش از بارداری و مراقبت های دوران بارداری مطلوب

- دسترسی به روش های پیشگیری از بارداری برای جلوگیری ازبارداری های برنامه ریزی نشده و پرخطر
- انجام زایمان ایمن توسط افراد دارای مهارت کافی و در شرایط مناسب

پس می توان مراحل مختلفی که خانم های سنین باروری در این دوران تجربه می کنند را از نظر زمانی به دوران پیش از بارداری، دوران بارداری،زمان زایمان (وضع حمل) و دوران بعد از زایمان (نفاس) تقسیم کرد تا در هر مرحله مراقبتهایی که نیاز است ارائه گردد مشخص شود.

۱- مراقبت های قبل از بارداری

تمام خانم هایی که در سنین باروری قرار دارند، لازم است مشاوره پیش از بارداری را دریافت کنند . بسیاری از بیمار ی ها و شرایط طبی نیاز به کنترل، تغییر دارو، ارزیابی وضعیت و یا عوارض بیماری پیش از بارداری دارد زیرا عدم توجه به آنها میزان مرگ و عوارض مادر ی / جنینی /نوزادی را افزایش می دهد.

بیماری ها و شرایط تأثیرگذار بر بارداری که نیازمند توجه به آنها در زمان پیش از بارداری است شامل بیماری قلبی، دیابت، لوپوس، آرتریت روماتوئید، اختلالات روانی، آنمی، تالاسمی مینور، صرع، ابتلا به فشارخون بالا، سل تحت درمان، بیماری تیروئید، مصرف الکل و دخانیات و مواد مخدر، ابتلا به عفونت های علامت دار واژینال، نمایه توده بدنی بیش از۲۵ وکمتر از ۱۸.۵ و یا اختلالات تغذیه ای می باشد. از این رو توصیه می شود که مشاوره پیش از بارداری،توسط پزشک یا ماما در هریک از شرایط زیر صورت گیرد:

- تمامی خانم هایی که به قصد بارداری، روش پیشگیری از بارداری خود را قطع کرده و یا می خواهند قطع کنند،
- تمامی خانم هایی که با تست حاملگی منفی مراجعه کرده اند،
- تمامی خانم هایی که از هیچ روشی استفاده نمی کنند و برای اولین بار برای دریافت روش پیشگیری از بارداری مراجعه کرده اند و تمایل به بارداری در آینده دارند.

لازم است تا زمانی که عارضه یا بیماری خانم رفع و یا کنترل نشده است، به منظور جلوگیری از بروز حاملگی های پر خطر، وی را به استفاده از روش های پیشگیری از بارداری تشویق و توصیه نمود . این مشاوره تا مدت یک سال اعتبار دارد، بدین معنا که در صورت ارایه یک بار مشاوره پیش از بارداری، تا یک سال نیاز به تکرار نیست .بدیهی است در صورتی که نتیجه مشاوره پیش از بارداری غیر طبیعی است خانم عارضه یا بیماری دارد و تا زمان رفع عارضه یا بیماری و یا کنترل کامل آن، پیگیری به منظور درمان و یا کنترل بیماری توسط پزشک یا ماما انجام گیرد هدف از مراقبت های قبل از بارداری این است که مادر با حالت سلامت خوب وارد حاملگی شود، تا روند حاملگی سالم تری داشته باشد. استفاده از روش های پیشگیری از بارداری راه حل مناسبی برای جلوگیری از حا ملگی های در سنین پایین (زیر۱۸ سال) ،حاملگی های متعدد، حاملگی های با فاصله کم و حاملگی در سنین بالای ۳۵ سال است . این امر موجب می شود، تعداد حاملگی های ناخواسته و سقط های غیربهداشتی کاهش یابد. زنانی که از روش های پیشگیری از بارداری استفاده می کنند، چنان چه تصمیم به حاملگی دارند، باید سعی کنند به منظور برگشت بدن به وضع عادی و مشخص شدن سن مناسب حاملگی، مدتی معمولا سه ماه پس از قطع روش مورد نظر، حامله شوند. در خانواده هایی که سابقه بیماری های ارثی و فامیلی وجود دارد، انجام مشاوره ژنتیکی قبل از بچه دار شدن و حتی قبل از ازدواج لازم است.توجه به سلامت جسمانی و روانی زن برای حاملگی ضروری است . زنانی که از نظر جسمی کاملا رشد نکرده اند مانند دختران نوجوان و یا آن ها که از تغذیه و سلامت خوبی برخوردار نیستند مانند زنان بیمار یا کم خون باید نسبت به حامله شدن

هشیار باشند.زنانی که سابقه زایمان نوزاد ناقص الخلقه و یا مرده داشته اند و یا آنهایی که سقط های مکرر داشته اند، لازم است حتما قبل از باردار شدن به همراه همسر خود با پزشک مشورت کنند. چنانچه خانمی به دلیل بیماری، داروی خاصی مصرف می کند ، اگر تمایل به حاملگی دارد، باید قبل از حامله شدن با پزشک مشورت کند. از قومیت خاص بودن که احتمال مشکل کروموزومی در آن ها بیش از جمعیت کل است و حامل شناخته شده اشکالات ژنی از موارد مشاوره با پزشک می باشد. توصیه می شود که وضعیت اجتماعی ,خشونت علیه زنان ، عوامل خطر آفرین عاطفی، وضعیت خانوادگی، وجود حیوانات خانگی یا سروکار داشتن مادر با حیوانات، توانایی و کفایت خانواده از نظر اقتصادی در مشاوره قبل از بارداری مورد توجه قرار گیرد. همچنین توصیه می شود در مشاوره قبل از بارداری فعالیت شغلی یک خانم از نظر شغل سخت و سنگین (کار طولانی مدت به صورت ایستاده بیش از ۳ ساعت ، قرار گرفتن در معرض تشعشعات رادیو اکتیو و اشعه ایکس و یا در معرض مواد شیمیایی اعم از حشره کش، مواد آزمایشگاهی و... بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه ای که موجب افزایش ضربان قلب و عرق کردن زیاد شود) بررسی شود.

قبل از بارداری توصیه می شود آزمایشاتی برای تشخیص یا غربالگری برخی ازبیماریها انجام گردد که مهمترین آنها عبارتند از :

- گروه خونی و ارهاش خانم و همسرش در صورت منفی بودن گروه خونی خانم از نظر ناسازگاری خونی
- شمارش کامل خون جهت بررسی کم خونی
- قند خون ناشتا از نظر دیابت و اختلال قندی
- کامل و کشت ادرار از نظر عفونت ادراری
- درصورت وجود یا سابقه رفتار پرخطر(سابقه زندان ،اعتیاد تزریقی ،رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده ،سابقه تزریق مکرر خون) در خانم یا همسرش ، نیازمند مشاوره و انجام آزمایش HIV است.
- آزمایش VDRL درصورت وجود یا سابقه رفتار پرخطر در خانم یا همسرش
- اندازه گیری تیتر آنتی بادی ضد سرخجه
- آزمایشHBSAg در صورتی که خانم براساس دستورالعمل کشوری برای هپاتیت ایمن نشده است ،
- پاپ اسمیر :طبق دستورالعمل کشوری فواصل انجام پاپ اسمیر

قبل از بارداری توصیه می شود وضعیت ایمن سازی خانم ها به ویژه بر علیه سرخجه و کزاز ارزیابی گردد.

الف. سرخجه : سرخجه در نظر همه یک بیماری خفیف است اما آن چه اهمیت دارد عبور ویروس ازجفت در خانم های باردار و توانایی آلوده سازی جنین است .آلودگی جنین با این ویروس می تواند از مرگ جنین تا انواع آنومالی ها شامل نقایص مادرزادی قلب ،کری ،کاتاراکت و عقب افتادگی ذهنی ایجاد کند که به مجموعه آن سندروم سرخجه مادرزادی گفته می شود. با توجه به این که احتمال آلودگی جنین در سه ماه اول بارداری بیشتر است توجه و دقت به این مساله در این دوران اهمیتی بیشتری دارد .پیشگیری از این سندروم فقط با ایمن سازی دختران در سنین بلوغ و یا زنان در سنین باروری و حذف آن با واکسیناسیون شیرخواران و برقرای یک نظام مراقبت توانا و اطمینان از ایمنی خانم ها در سنین باروری امکان پذیراست. پس در مراقبت قبل از بارداری تیترآنتی بادی بر علیه سرخجه در خانم اندازه گیری می شود :

- در صورت مثبت بودن تیتر آنتی بادی ضد سرخجه : خانم ایمن است و نیاز به کار خاصی ندارد
- در صورت منفی بودن تیتر آنتی بادی ضد سرخجه : خانم ایمن نیست و باید واکسن تزریق شود و تا ۳ ماه پس از تزریق(حداقل یکماه) از یک روش پیشگیری استفاده نماید. اگر خانم قبل از ۳ ماه باردار شود ،نیازی به ختم بارداری نیست.

ب.توام : ایمن بودن مادر بر علیه کزاز توسط واکسیناسیون مادر باعث می گردد آنتی بادی ضدکزاز از طریق بند ناف به جنین منتقل شود و می‌تواند از کزاز نوزادی جلوگیری نماید .

- در صورتی که خانم سابقه واکسیناسیون کامل دارد و از آخرین تزریق کمتر از ۱۰ سال می گذرد نیاز به کار خاص نیست.
- در صورتی که خانم سابقه واکسیناسیون کامل دارد و از آخرین تزریق بیشتر از ۱۰ سال می گذرد یک نوبت یادآور کافی است.
- در صورتی که خانم سابقه واکسیناسیون ندارد، در چهار نوبت ،نوبت صفر ،یکماه بعد،شش ماه بعد و یکسال بعد واکسن توام باید تزریق گردد و بعد از آن هر ۱۰ سال یکبار یک یادآور تزریق می شود.

همچنین مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک ترجیحاً از ۳ ماه قبل از بارداری بویژه در خانم هایی که سابقه نقص لوله عصبی در فرزندان قبلی خود دارند توصیه می گردد.

یکی از موارد مور نیاز در بررسی های قبل از بارداری مشخص بودن وضعیت زوجین از نظر ناقل بودن برای تالاسمی است که در کشور ما خوشبختانه این بررسی هنگام ازدواج انجام می گیرد . طی سالهای ۱۳۷۰ تا ۷۵ بر نامه پیشگیری از بیماری تالاسمی در برخی از شهرستان های پنج استان کشور (مازندران، فارس، گیلان، خوزستان ، اصفهان) به صورت آزمایشی اجراشد. استراتژی اصلی برنامه طی این سال ها، غربالگری زوج ها در هنگام ازدواج و پیشنهاد جدایی و انتخاب فردی غیرناقل برای ازدواج به زوج های ناقل بوده است . درصورتی که زوج ها این پیشنهاد را نمی پذیرفتند، به آنها پیشگیری از بارداری پیشنهاد می شده است . این برخورد با توجه به این واقعیت که گزینه تشخیص پیش از تولد و سقط جنین مبتلا به تالاسمی عملاً وجودنداشته، شکل گرفته است.

از اواخر سال ۷۵ ، وزارت متبوع تصمیم به گسترش برنامه در سطح کشور گرفت .در سال ۷۶ نیاز به تشخیص پیش از تولد به دلیل گسترش برنامه و اصرار تعداد زیادی از زوج ها به ازدواج و علاقه ی آنها به بچه دارشدن به شدت مطرح شد و وزارت متبوع با شناسایی امکانات بالقوه و موجود ، به سرعت به سازماندهی این خدمت در کشور اقدام نمود .سازماندهی خدمات ژنتیک و تشخیص ژنتیک جنین، مبارزه با بروز بیماری تالاسمی در کشور را وارد مرحله ی ویژه ای نمود . امکان ارا ئه مشاوره غیرمستقیم(استاندارد)فراهم شد و خانواده ها به دلیل تسهیلات ایجادشده جهت برخورداری از خدمات ژنتیک، استقبال بیشتری برای استفاده از آن و داشتن فرزندان سالم نشان دادند . این امر موجب شد تا بروز موارد تالاسمی کاهش چشمگیری یابد و به دلیل مراجعه زوج ها به آزمایشگاه ها، امکان بررسی و کنترل بروز در نظام مراقبت بیماری بیش از پیش فراهم شود.

مراحل مختلف برنامه کشوری غربالگری تالاسمی(جهت شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی)

۱- مرحله اول

انجام آزمایش CBC در مرد:

- اگر MCV ≥ ۸۰ و MCH ≥ ۲۷ باشد، نیاز به اقدام دیگری نبوده و گواهی ازدواج صادر می گردد.

- درصورتی که MCV < ۸۰ و/ یا MCH < ۲۷ باشـد، آزمایش CBC در زن انجام‌می‌شود.

۲- مرحله دوم

آزمایش CBC در زن:

- اگر MCV ≥ ۸۰ و MCH ≥ ۲۷ باشد، نیـاز به اقدام دیگری نبـوده و گواهی ازدواج صادر می گردد.
- اگرMCV < ۸۰ و/ یا MCH < ۲۷ باشـد، میـزان HbA_2 بـه روش کروماتوگرافی ستونی در مرد و زن(هر دو) اندازه‌گیری‌می‌شود.

۳- مرحله سوم

اندازه‌گیری میزان HbA2 به روش کروماتوگرافی ستونی در مرد و زن:

- اگـر در مـرد و زن هر دو ۳/۵ < HbA_2 < ۷ باشد، در این صـورت مرد و زن هر دو ناقـل سالم تالاسمی بـوده، بنـابـراین مشـاوره‌ی ویـژه‌ی تالاسمی انجام‌می‌شـود.
- درصورتی که ۷ ≤ HbA_2 باشـد، فـرد مشکوک بـه C، E، G و HbS می‌باشد که برای تشخیص قطعی لازم است، الکتروفـورز استات سلولـز و سیتـرات آگار انجام‌شـود. بنابراین در این مرحله بایستی با هماتولوژیست منتخب برنامه مشاوره گردد.
- اگر در یکی یـا هـر دو ۳/۵ ≥ HbA_2 باشد، با توجه به شرایط موجود برای فـرد یـا هـر دو در خصوص انجام آزمایش های تکمیلی و/یا آهن درمانی برای فرد تصمیم گیری می گردد.

۴- مرحله چهارم

بر اساس نتایج آزمایش های تکمیلی و در صورت نیاز انجام آهن درمانی(قبل یا بعد از انجام آزمایش های تکمیلی) مجددا وضعیت زوجین بررسی می گردد.

در صورتی که زوجین عجله داشته باشند پزشک مشاور می تواند نسبت به صدور گواهی ازدواج اقدام نموده و همزمان آهن درمانی را جهت زوجین آغاز نماید.در این صورت پیگیری زوج بعد از انجام آهن درمانی و طبقه بندی نهایی وضعیت زوج در پایان درمان به عهده تیم مشاوره ژنتیک شهرستان می باشد. (مدت زمان قابل قبول برای تعیین وضعیت نهایی زوج در این قسمت سه ماه می باشد. درخصوص موارد خاص و استثنا حداکثر تا شش ماه بایستی تعیین وضعیت نهایی صورت گیرد. نحوه پیگیری زوجین تلفنی خواهد بود.)توجه به این نکته بسیار مهم می باشد که این اقدام در صورتی پیشنهاد می گردد که زوج و زوجه در صورت ناقل تالاسمی شدن نیز قطعا تصمیم به ازدواج داشته باشند.در صورتی که تصمیم گیری نهایی درخصوص ازدواج منوط به نتایج نهایی آزمایش ها باشد باید گواهی ازدواج فقط در صورت تعیین وضعیت نهایی زوجین صادر گردد.

در مناطقی که کم‌خونی فقر آهن در مردان شایع نیست، چنانچه در مرد ۳/۵ ≤ HbA2 ولی در زن ۳/۵ < HbA2 باشـد، می‌توان از درمان فقر آهن مرد صرف‌نظر کـرد و جهت تصمیم گیری در خصوص وضعیت نهایی زوج با هماتولوژیست منتخب مشورت نمود.آزمایشگاه ویژه‌ی آزمایش‌های تالاسمی می‌تواند مراحل اول، دوم و سوم را براساس الگوریتم مربوط انجام‌دهد.

تفسیر آزمایش‌ها، درمان فقر آهن و سایر اقدام‌هـا در مـراحل بعدی(چهارم و پنجم) نظیر درخـواست آزمـایش‌هـای تکمیلی فقط به‌عهـده‌ی پـزشک مشاور است.

نتیجه بررسی زوج:

۱. یکی یا هر دو فرد سالم می باشندکه در این صورت اقدام دیگری لازم نبوده و گواهی ازدواج صادر می گردد.

۲. هر دو ناقل بتا تالاسمی می باشند که در این صورت مشاوره ویژه تالاسمی انجام می گردد.

۳. نیاز به بررسی بر اساس جدول شناسایی زوج مشکوک کم خطر و مشکوک پرخطر

۵- مرحله پنجم

بررسی بر اساس جدول شناسایی زوج مشکوک کم خطر و مشکوک پرخطر

- در صورتی که یکی یا هر دو فرد در گروه بندی جدول مذکور در گروه کم خطر در بروز تالاسمی قرار گیرند مشاوره ویژه در خصوص وضعیت زوج صورت گرفته و به زوجین توضیح داده می شود که احتمال بروز تالاسمی در فرزندان آنها پایین می باشد و درصورت تمایل زوجین، بررسی های ژنتیک برای آنها انجام شده و نیاز به اعلام این زوج به تیم مراقبت نمی باشد.گواهی انجام مشاوره برای زوج تکمیل و در مرکز بایگانی می گردد.
- در صورتی که زوج در گروه بندی جدول مذکور در گروه مشکوک پر خطر در بروز تالاسمی قرار گیرند مشاوره ویژه تالاسمی صورت گرفته و همانند زوجین ناقل تالاسمی اقدام و زوج با فرم شماره ۵ به تیم مراقبت معرفی می گردد

در صورتی که زوجین مشکوک کم خطر آزمایش های ژنتیک را انجام داده و بر اساس نتایج آزمایش ها ناقل بتا تالاسمی تشخیص داده شوند زوج به تیم مراقبت معرفی می گردد.(در خصوص زوجین مشکوک کم خطر در بروز تالاسمی برای انجام آزمایش های ژنتیک از تسهیلات ویژه نمی توان استفاده نمود).حساسیت این الگوریتم در شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی صددرصد نیست و برخی موارد نظیر HbH، silent Thal ß، برخی انواع هموگلوبینوپاتی‌ها، تالاسمی اینترمدیا و ... شناسایی‌نمی‌شود.

۲- مراقبت های دوران بارداری :

بارداری پدید ه ای کاملاً طبیعی است . یکی از شیرین ترین مراحل زندگی هر زنی، دوران بارداری ، زمان انتظار و آماده شدن او برای پذیرش مسئولیت بزرگ مادر شدن است. هدف اصلی از انجام مراقبتهای این دوران، تولد نوزادی سالم، بدون به خطر انداختن سلامت مادر است. مدت زمان طبیعی دوره بارداری، بعد از اولین روز آخرین قاعدگی، حدود ۴۰ هفته یا ۲۸۰ روز است. بارداری را به ۳ دوره سه ماهه تقسیم می کنند:سه ماهه اول :از ابتدای بارداری تاپایان هفته چهاردهم ، سه ماهه دوم :از انتهای هفته چهاردهم تا پایان هفته بیست و هشتم ، سه ماهه سوم :از انتهای هفته بیست و هشتم تا پایان هفته چهلم.

برای تشخیص بارداری سه گروه علائم داریم که شامل : علائم حدسی(قطع قاعدگیها، تهوع همراه یا بدون استفراغ،خستگی،ایجاد خطوط روی شکم، تغییر در پستانها) ، علائم احتمالی(نتایج مثبت آزمایشگاهی، بزرگ شدن شکم،احساس حرکات جنین توسط مادر) ، علائم قطعی(شنیدن صدای قلب جنین ،احساس حرکات جنین توسط فرد معاینه کننده شناسایی جنین توسط سونوگرافی) است. مراقبت های بارداری باید به محض مثبت شدن آزمایش بارداری ارایه گردد . مراقبت های دوران بارداری مجموعه اقداماتی است که طی یکسری معاینات دوره ای ضمن آموزش مادر و اطرافیان وی ارائه می شود و با تشخیص علائم خطر و ارجاع به موقع برای درمان و در نهایت با آماده کردن مادر برای زایمان از بروز عوارض بارداری و زایمان در مادر ،جنین و نوزاد جلوگیری کرده و منجر به کاهش مرگ و میر آنان می شود. در برنامه کشوری ما ، مراقبت های معمول بارداری طی ۸ مراقبت به مادر ارایه می گردد. این مراقبت ها عبارت است از :هفته ۶ تا ۱۰ ، هفته ۱۶ تا ۲۰ ، هفته ۲۶ تا ۳۰ ، هفته ۳۱ تا ۳۴ ، هفته ۳۵ تا ۳۷ ، هفته ۳۸ ، هفته ۳۹ و هفته ۴۰ بارداری. در مراکز بهداشتی درمانی کشور هر مادر باردار باید یک بار (در اولین مراجعه) توسط پزشک معاینه شود . در این معاینه، پزشک ضمن انجام معاینه فیزیکی، پرونده مادر (شرح حال و ارزیابی) و نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی (در صورت وجود) را بررسی می کند. مهمترین اهدافی که در این مراقبت ها دنبال می گردد شامل موارد زیر می باشد:

۱- حفظ ، نگهداری و بهبود سلامت مادر در طی بارداری
۲- شناسایی موارد پرخطر
۳- پیش بینی عوارض بارداری و پیشگیری از آنها
۴- از بین بردن اضطراب مادر
۵- آموزش بهداشت فردی و مراقبت از کودک
۶- حساس کردن مادر نسبت به استفاده از روش های پیشگیری از بارداری بعد از زایمان
۷- توصیه به انجام زایمان توسط افراد دوره دیده
۸- توجه به کودکان زیر ۵ سال در خانواده

مراقبت هایی که در هر ویزیت بارداری انجام می شود: در هر ویزیت خانم باردار قبل از اقدام به هر گونه مراقبت باید علائم خطر فوری را بررسی نماییم. این علائم شامل : اختلال هوشیاری(عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان) ، تشنج(انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن) ، خونریزی(خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل بیشتر از لکه بینی) ، درد شکم و یا پهلوها(هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها) ، شوک(اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص میشود. علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از۹۰ میلیمتر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد) و خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل .

۱- مراقبت اول : هفته ۱۰-۶

❖ *مصاحبه و تشکیل پرونده:* مشخصات، وضعیت بارداری فعلی، تعیین سن بارداری، سابقه بارداری و زایمان قبلی ، بیماری و ناهنجاری، اختلالات روانی /همسرآزاری، رفتارهای پر خطر، اعتیاد، مصرف سیگار و الکل ، شکایت های شایع و علائم خطر، تروما ، آخرین روش پیشگیری از بارداری، مصرف مکمل ها و توصیه غذایی

❖ *معاینه بالینی:* اندازه گیری قد و وزن ، تعیین نمایه توده بدنی و ترسیم منحنی وزن گیری ، علائم حیاتی، حال عمومی ، معاینه دهان و دندان ، معاینه فیزیکی

❖ *آزمایش ها یا بررسی تکمیلی:*

- آزمایش شمارش گلبولی ، گروه خونی و ارهاش
- آنالیز ادرار و کشت ادرار ،اوره و کراتی نین
- قند خون ناشتا : برای تمام خانمهای باردار می بایست در اولین ویزیت بارداری، آزمون قند خون ناشتا درخواست گردد.در صورتی که قند خون ناشتا کمتر یا مساوی ۹۲ میلی گرم در دسی لیتر باشد،فرد نرمال است.در صورتی که قند خون ناشتا بین۹۳ تا ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر باشد، فرد پره دیابتیک به حساب آمده و رژیم غذائی مناسب و ورزش توصیه می شود. در صورتی که قند خون ناشتا ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر باشد، تکرار آزمایش توصیه و چنانچه نتیجه آزمایش دوم نیز مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر باشد، فرد دیابتیک است و می بایست درمان شود.
- تست کومبس غیرمستقیم برای مادران ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت
- آزمایش ایدز ، هپاتیت B،سیفیلیس (VDRL)، بررسی وجود آنتی بادی ضد سرخجه

❖ *آموزش و مشاوره:* بهداشت فردی و روان ، بهداشت جنسی ، بهداشت دهان و دندان ، تغذیه/ مکمل های دارویی (اسید فولیک درصورتی که از قبل از بارداری شروع نشده باشد) ، عدم مصرف مواد مخدر/ داروی مخدر، سیگار و دخانیات/ الکل ، علائم خطر /شکایتهای شایع ، تاریخ مراجعه بعدی

❖ *بررسی وضعیت ایمنی خانم باردار:*

اندازه گیری آنتی بادی ضد سرخجه که در صورت مثبت بودن مطمئن هستیم که خانم باردار در مقابل سرخجه ایمن می باشد.در صورت منفی بودن آنتی بادی فقط به مادر آموزش داده می شود که از تماس با بیماران تب دار خودداری نماید چون در مقابل بیماری ایمن نیست و از طرف دیگر تزریق واکسن سرخجه نیز به دلیل اینکه حاوی ویروس زنده ضعیف شده می باشد در بارداری ممنوع است.

بررسی وضعیت ایمنی نسبت به کزاز:

- در صورتی که خانم سابقه واکسیناسیون کامل دارد و از آخرین تزریق کمتر از ۱۰ سال می گذرد نیاز به کار خاص نیست.
- در صورتی که خانم سابقه واکسیناسیون کامل دارد و از آخرین تزریق بیشتر از ۱۰ سال می گذرد یک نوبت یادآور هفته ۱۶ تا ۲۰ تزریق می گردد.
- در صورتی که خانم سابقه واکسیناسیون ندارد، یک نوبت هفته ۱۶ تا ۲۰ و نوبت بعدی هفته ۲۰ تا ۲۴ تزریق می گردد(با فاصله ۴ هفته) . نوبت های بعدی نیز شش ماه بعد و یکسال بعد باید تزریق گردد که بعد از زایمان توصیه می شود انجام شود و بعد از آن هر ۱۰ سال یکبار یک یادآور تزریق می شود.

یکی از مواردی که در مراقبت های دوران بارداری آموزش داده می شود علائم خطر در این دوران است . در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر خانم باردار باید سریعاً به یک مرکز درمانی ارجاع داده شود.

جدول شماره۱: علائم خطر در دوران بارداری

❖ خونریزی یا لکه بینی در هر زمان از بارداری ❖ عدم احساس حرکت جنین بعد از هفته ۲۰: ❖ درد و تورم یکطرفه ساق و ران ❖ درد شکم و پهلوها یا درد سردل ❖ سوزش و یا درد هنگام ادرار کردن ❖ استفراغ شدید و مداوم	❖ تب و لرز ❖ تنگی نفس و تپش قلب ❖ ورم دستها و صورت یا تمام بدن ❖ سردرد و تاری دید ❖ افزایش ناگهانی وزن (یک کیلو یا بیشتر در هفته)

۲- مراقبت ۲: هفته ۱۶ تا ۲۰:

- *مصاحبه و بررسی پرونده:* بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر -شکایتهای شایع و علائم خطر ، تعیین سن بارداری ، اختلالات روانی /همسرآزاری ، مصرف مکملها (آهن و مولتی ویتامین،اسید فولیک .اگر مولتی ویتامین حاوی اسید فولیک باشد خوردن اسید فولیک مجزا نیاز نیست.) و گروههای غذایی ، حرکت جنین، تروما
- *معاینه بالینی:* اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ، ترسیم منحنی وزن گیری ، معاینه چشم، اندامها و صورت، دهان و دندان، پوست ، شنیدن صدای قلب جنین، کلاس آمادگی زایمان
- *آزمایش ها یا بررسی تکمیلی:* سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری (از شروع هفته ۱۶ تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری)
- *آموزش و مشاوره:* علائم خطر ، تغذیه/ مکمل های دارویی(آهن و مولتی ویتامین،اسید فولیک) ، بهداشت فردی و دهان و دندان ، شکایت های شایع ، شیردهی ، توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان ، عدم مصرف مواد مخدر/ داروی مخدر، سیگار و دخانیات / الکل ، تاریخ مراجعه بعدی

۳- مراقبت ۳ : هفته ۲۶ تا ۳۰

❖ *مصاحبه و بررسی پرونده:* بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر ، شکایت های شایع و علائم خطر ، تعیین سن بارداری ، اختلالات روانی /همسرآزاری ، مصرف مکمل ها (آهن و مولتی ویتامین،اسید فولیک) و گروه های غذایی ، توجه به تاریخ تقریبی زایمان ، حرکت جنین، تروما

❖ *معاینه بالینی:* اندازه گیری وزن ، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی -ترسیم منحنی وزن گیری ، معاینه چشم، اندامها و صورت، پوست -شنیدن صدای قلب جنین، کلاس آمادگی زایمان

❖ *آزمایش ها یا بررسی تکمیلی:*

- آزمایش شمارش گلبولی ، تعیین هموگلوبین و هماتوکریت
- آنالیز ادرار
- بررسی مادران ارهاش منفی با همسران ارهاش مثبت
- تست تحمل گلوکز با ۷۵ گرم گلوکز خوراکی: برای تمام خانم های باردار غیردیابتیک (طبیعی و پره دیابتیک و کسانی که بار دوم قند خون ناشتای کمتر از ۱۲۶ میلی گرم بر دسی لیتر داشتند) ، به منظور غربالگری دیابت بارداری، در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری آزمون تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) دو ساعته با مصرف ۷۵ گرم گلوکز درخواست می گردد .نتایج باید به صورت زیر باشد:
- قند خون ناشتا $\geq$ ۹۲ میلی گرم در دسی لیتر
- قند خون یک ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز$\geq$ ۱۸۰ میلی گرم در دسی لیتر
- قند خون دو ساعت پس از مصرف۷۵ گرم گلوکز$\geq$ ۱۵۳ میلی گرم در دسی لیتر

در صورتی که حداقل یکی از نتایج آزمایش قند خون غیر طبیعی باشد، تشخیص دیابت بارداری قطعی و اقدام لازم و پیگیری ضروری است .

❖ *آموزش و مشاوره:* علائم خطر ، شکایتهای شایع ، تغذیه/ مکمل های دارویی(آهن و مولتی ویتامین،اسید فولیک) ، بهداشت فردی و دهان و دندان ، شیردهی، توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان ، عدم مصرف مواد مخدر/ داروی مخدر، سیگار و دخانیات/ الکل ، تاریخ مراجعه بعدی

مراقبت ۴ و ۵ : هفته ۳۱ تا ۳۴ و هفته ۳۵ تا ۳۷

- *مصاحبه و بررسی پرونده:* بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر ، شکایت های شایع و علائم خطر ،تعیین سن بارداری ،توجه به تاریخ تقریبی زایمان ، اختلالات روانی / همسرآزاری ، مصرف مکمل ها(آهن و مولتی ویتامین،اسید فولیک) و گروه های غذایی، حرکت جنین، تروما

- *معاینه بالینی:* اندازه گیری وزن ، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ، ترسیم منحنی وزن گیری ، معاینه چشم، اندامها و صورت، پوست، شکم (لئوپولد) ، شنیدن صدای قلب جنین، کلاس آمادگی زایمان

- *آزمایش ها یا بررسی تکمیلی:* سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری

- *آموزش و مشاوره:* علائم خطر، شکایتهای شایع ، تغذیه/ مکمل های دارویی ، فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان ، شیردهی/ تنظیم خانواده ، عدم مصرف مواد مخدر/ سیگار/ الکل ، توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان ، بهداشت فردی و دهان و دندان ،مراقبت نوزاد، علائم خطر نوزاد ، تاریخ مراجعه بعدی

مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت):

- *مصاحبه و بررسی پرونده:* بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر ، شکایت های شایع و علائم خطر ،تعیین سن بارداری ،توجه به تاریخ تقریبی زایمان ، اختلالات روانی / همسرآزاری ، مصرف مکمل ها و گروه های غذایی، حرکت جنین، تروما

- *معاینه بالینی:* اندازه گیری وزن ، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ، ترسیم منحنی وزن گیری ، معاینه چشم، اندامها و صورت، پوست، شکم (لئوپولد) ، شنیدن صدای قلب جنین
- *آزمایش ها یا بررسی تکمیلی:* مورد خاصی نیاز نیست مگر با توجه به شرایط مادر

- *آموزش و مشاوره:* علائم خطر، شکایتهای شایع ، تغذیه/ مکمل های دارویی ، فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان ، شیردهی ، بهداشت فردی و دهان و دندان ، عدم مصرف مواد مخدر/ سیگار/ الکل -مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد ، تاریخ مراجعه بعدی

موارد قابل توجه در معاینات مادر

- در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت نشسته یا خوابیده و از یک دست راست یا چپ اندازه گیری کنید. فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بالاتر فشارخون بالا است.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان (زیر زبانی) اندازه گیری کنید .دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر، تب است درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان میزان ۰.۵ درجه کمتر است.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید .تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید .تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ باردر دقیقه است.
- پاها، صورت و دست های مادر را از نظر وجود ادم بررسی کنید.
- در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسی کنید .ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب و 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
- در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بود ن 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.
- در ملاقات اول و دوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید.
- در نیمه دوم بارداری با انجام مانورهای لئوپولد، قله رحم و محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید.
- بررسی اسکلرا از نظر زردی و ملتحمهٔ چشم از نظر کم خونی
- بررسی پوست از نظر وجود بثورات
- لمس قوام واندازه غده تیروئید و بررسی وجود ندول های تیروئید
- سمع قلب و ریه از نظر سوفل ها، آریتمی، ویزینگ، رال
- معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر، وجود توده و خروج هر نوع ترشح غیر از شیر از پستان (معاینه ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن)
- لمس شکم از نظر بررسی اندازه کبد وطحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده
- بررسی اندام های تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی، رنگ عضو
- شنیدن صدای قلب جنین از هفته بیستم با استفاده ازگوشی مامایی و از هفته ۱۲ با سونی کید که مقادیر نرمال آن بین ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است.
- معاینه دهان و دندان (هفته ۱۵ تا ۲۸ بارداری بهترین زمان برای خدمات دندانپزشکی)
- تعیین ارتفاع رحم : با تعیین ارتفاع رحم از روی شکم می توان بصورت تقریبی سن بارداری را تعیین نمود..از هفته ۱۶ حاملگی تا پایان بارداری ارتفاع رحم مادر را در هر بار مراجعه، اندازه گیری می شود و با سن بارداری مطابقت داده می شود در هفته ۱۸ تا ۳۲ بارداری ارتفاع رحم بر حسب سانتی متر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد . برای اندازه گیری ارتفاع رحم مادر باردار از مادر باردار بخواهید به پشت بخوابد، زانوها را کمی خم کند و آنها را با فاصله کمی از یکدیگر قرار دهد.سپس در کنار و روبه صورت مادر ایستاده و با

لمس، قله رحم را پیدا کنید و فاصله آن را تا سمفیز پوبیس مشخص نمایید. از خالی بودن مثانه خانم باردار اطمینان حاصل شود ، زیرا در صورت پربودن مثانه حدوداً ۲ تا ۳ هفتـــــه به سن بارداری افزوده می شود.

تغذیه دوران بارداری : جنین رشد بسیار سریعی دارد و وزن او از یک گرم در ۸ هفتگی به ۳۲۰۰ گرم در هفته چهلم می رسد.جنین برای چنین رشدی , احتیاج به انواع مواد مغذی دارد که باید از طریق تغذیه صحیح مادر تامین شود . سوءتغذیه طولانی در دوران پیش از بارداری , می تواند باعث سوءتغذیه جنین شود و در نتیجه ممکن است که وزن نوزاد هنگام تولد از حداقل قابل قبول (۲۵۰۰ گرم) کمتر باشد. 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

در صورتی که تغذیه مادر باردار در دوران بارداری مناسب باشد، افزایش وزن روند مطلوبی خواهدداشت .وز ن گیری ناکافی با کاهش رشد و تولد زودرس جنین ارتباط مستقیم دارد .وزن گیری سریع یا کند می تواند سبب زایمان زودرس شود .نقص لوله عصبی در نوزادان مادران چاق بیشتر دیده میشود .وزن گیری زیاد دوران بارداری در چاقی دوران کودکی و بیمار یهای متابولیک سال های بعد زندگی و نیز اضافه وزن و چاقی بعد از زایمان مادر تاثیر دارد .توصیه های مربوط به افزایش وزن مطلوب دوران بارداری یکی از اقدامات اساسی در مراقبت های این دوران است که باید در اولین مراجعه و پس از تأ یید حاملگی مادر ارائه شود. جدول شماره یک میزان افزایش وزن در مادران را در بارداری تک قلو براساس شاخص توده بدنی قبل از بارداری را نشان می دهد

جدول شماره۲: میزان افزایش وزن در مادران را در بارداری تک قلو براساس شاخص توده بدنی قبل از بارداری

وضعیت تغذیه	شاخص توده بدنی قبل از بارداری kg/m^2	محدوده مجاز افزایش وزن kg	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ به بعد kg/week
کم وزن	< ۱۸.۵	۱۸- ۱۲.۵	۰.۵
طبیعی	۱۸.۵ -۲۴.۹	۱۶ – ۱۱.۵	۰.۴
اضافه وزن	۲۵ -۲۹.۹	۱۱.۵ – ۷	۰.۳
چاق	> ۳۰	۹ – ۵	۰.۲

افزایش وزن در سه ماهه اول بارداری ۰.۵ تا ۲ کیلوگرم می باشد. افزایش وزن مناسب جهت مادر ان دارای نمایه توده بدنی ۳۵ یا بیشتر باید توسط کارشناس تغذیه یا متخصص زنان تعیین شود . در زنان کوتاه قد(کمتر از ۱۵۷ سانتی متر) افزایش وزن باید در حد حداقل میزان دامنه ارائه شده باشد .ضمنا در زنان خیلی کوتاه قد(کمتر از ۱۵۰ سانتی متر) نیز این موضوع باید رعایت شود. میزان افزایش وزن توصیه شده برای مادران باردار دوقلو بر حسب وزن قبل از بارداری در مادر باردار با نمایه تود ه بدنی طبیعی ۱۷ تا ۲۵ کیلوگرم، مادر باردار دچار اضافه وزن ۱۴ تا ۲۳ کیلوگرم و مادر باردار چاق ۱۱ تا ۱۹ کیلوگرم

است. افزایش وزن مادران کم وزن دوقلو توسط کارشناس تغذیه یا متخصص زنان تعیین شود. افزایش وزن توصیه شده در سه ماهه ی اول بارداری این گروه از مادران ۱.۵ تا ۲.۵ کیلوگرم می باشد.

بهترین معیار تعیین محدوده ی وزن گیری مناسب مادران در بارداری، استفاده از نمایه تود ه بدنی بر پایه 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 نمایه تود ه بدنی تعیین می گردد و بر مبنای آن محدوده ی افزایش وزن مطلوب فرد مشخص می شود.در صورتی که اولین مراجعه مادر در هفته های ۱۳ تا ۲۵ بارداری باشد و وزن قبل از بارداری و یا وزن سه ماهه ی اول بارداری ثبت نشده باشد، اقدامات زیر باید انجام شود:

با استفاده از جدول شماره ۲ میزان افزایش وزن مادر در این بارداری را از وزن فعلی او کم کرده، سپس نمایه توده بدنی او را محاسبه می کنیم .این مادران جهت کنترل بهتر وزن باید حداقل دو مرتبه دیگر و به فاصله ی یک ماه مراجعه نمایند .در صورت نیاز ضروری است این مادران به کارشناس تغذیه یا متخصص زنان ارجاع داده شوند. مادر بارداری که اولین مراجعه او در سه ماهه ی 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 داد ه شود.

جدول شماره ۲ : میزان افزایش وزن مادر ابتدای بارداری

هفته بارداری	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵
میزان افزایش وزن از ابتدای بارداری	۱	۱.۴	۱.۸	۲.۲	۲.۶	۳	۳.۴	۳.۸	۴.۲	۴.۶	۵	۵.۴	۵.۸

بهترین معیار برای قضاوت در مورد این که وز ن گیری مادران باردار مناسب است، استفاده از جدول و نمودار وز ن گیری مادران باردار می باشد .به هر دلیل که وز ن گیری مادر باردار در هر یک از گرو ههای کم وزن، طبیعی، اضافه وزن یا چاق بر اساس جدول و نمودار وزن گیری پیشرفت نکند، وز ن گیری نامناسب می باشد .وز ن گیری نامناسب به دو شکل قابل مشاهده است .وزن گیری کمتر از حد انتظار و وزن گیری بیش از حد انتظار، در هر دو حالت بسیار مهم است که علت زمینه ای وز ن گیری نامناسب بررسی و معین گردد .این کار با معاینه و ارزیابی وضعیت مادر باردار و نیز انجام آزمایشات پاراکلینیکی انجام می شود.

وز ن گیری کمتر از انتظار

- ❖ هرگاه مادر باردار بر اساس جدول وز ن گیری، وزن کمتری دریافت کند و یا شیب نمودار وز ن گیری مادر از شیب نمودار مرجع کمتر و یا مسطح گردد، وزن گیری کمتر از حد انتظار محسوب می گردد.
- ❖ چنانچه از هفته ۱۵ بارداری به بعد، مادر باردار چاق با نمایه توده بدنی مساوی یا بالاتر از ۳۰ کمتر از نیم کیلوگرم در ماه افزایش وزن داشته باشد.
- ❖ چنا نچه از هفته ۱۵ بارداری به بعد، مادر باردار با وزن طبیعی، کمتر از یک کیلوگرم در ماه افزایش وزن داشته باشد.

وز ن گیری بیش از انتظار

- ▪ هرگاه مادر باردار بر اساس جدول وز ن گیری وزن بیشتری دریافت کند و یا شیب نمودار وز نگیری مادر از شیب نمودار مرجع بیشتر گردد، وزن گیری بیش از حد انتظار محسوب میگردد.
- ▪ بعد از هفته ۲۰ بارداری، مادر ماهانه بیش از ۳ کیلوگرم افزایش وزن داشته باشد(گاهی اوقات این امر به دلیل جمع شدن آب به طور غیر طبیعی در بدن است که اولین علامت پره اکلامپسی است .در این صورت اقدامات لازم برای کنترل مسمومیت بارداری باید انجام شود
- ▪ افزایش وزن بیش از یک کیلوگرم در هفته در طول دوران بارداری

مهمترین علل و عواملی که سبب وز ن گیری نامناسب ماد ر در دوران بارداری میشوند، عبارتند از:

- ❖ دسترسی ناکافی به برخی از گرو ههای غذایی
- ❖ عادات غذایی نامناسب و پیروی از رژیمهای غذایی خاص(کم وزنی، رژیم درمانی و یا خرافات غذایی)؛
- ❖ تهوع و استفراغ دوران بارداری؛
- ❖ ابتلا به بیمار یهای زمین های یا سابقه ابتلا به آن ها(مانند بیمار یهای قلبی عروقی، دیابت و)...؛
- ❖ عفونت های ادراری؛
- ❖ ابتلا به اختلالات روانی و افسردگی؛
- ❖ مشکلات خانوادگی و نارضایتی از بارداری؛
- ❖ اعتیاد به مواد مخدر، داروهای مخدر و دخانیات؛
- ❖ مصرف زیاد و غیر عادی مواد خوراکی و غیر خوراکی(ویار حاملگی و پیکا)؛
- ❖ مشکلات اقتصادی و درآمد ناکافی خانواده؛
- ❖ حجم زیاد کار روزانه و استراحت ناکافی؛
- ❖ تحرک ناکافی و نداشتن فعالیت بدنی روزانه؛
- ❖ سن کمتر از ۱۸یا بالاتر از ۳۵ سال؛
- ❖ چند قلویی؛
- ❖ سابقه ی زایمان زودرس(قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری)یا سقط؛

- ❖ سابقه تولد نوزاد کم وزن (LBW یا IUGR)
- ❖ فاصله ی بارداری کمتر از ۳ سال با زایمان قبلی.

بعد از تعیین علت، در صورتی که وز ن گیری نامناسب به دلیل ناآگاهی های تغذیه ای باشد، لازم است آموزش تغذیه و ارائه توصیه های تغذیه ای با تاکید بر رعایت تنوع و تعادل در برنامه ی غذایی روزانه و استفاده از ۵ گروه غذایی اصلی شامل گروه نان و غلات، گروه میو ه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزها و به مقادیر توصیه شده، تأ کید بر مصرف منظم و به موقع مکملهای ویتامین، آهن و اسید فولیک و استراحت کافی در طول روز به صورت چهره به چهره و با بیانی ساده ارائه شود .در صورتی که بعد از آموزش و پیگیری، روند وز ن گیری اصلاح نشد، مادر باردار باید به کارشناس تغذیه ارجاع داد ه شود. لازم است علاوه بر سوال در مورد مصرف گرو ه های غذایی اصلی و مکمل های دارویی، توصیه های مناسب تغذیه ای ارائه شود.

برخی از توصیه های تغذیه ای مهم عبارتند از:

- تنوع و تعادل در برنامه ی غذایی روزانه و استفاده از ۵ گرو ه غذایی اصلی.
- در هر وعده غذایی حداقل از سه گروه غذایی استفاده شود.
- ترجیحا از نا ن های سبوس دار مانند سنگک و بربری به جای نا ن های سفید استفاده کنند.
- بهتر است برنج را به صورت کته یا دمی و یا به همراه حبوبات مصرف کنند .به طور کلی مخلوط غلات و حبوبات مانند عدس پلو، لوبیا پلو، عدسی با نان و خوراک لوبیا با نان، پروتئین مناسبی را برای خانم باردار تامین می کند.
- انواع میو ه های تازه که در منطقه موجود است و میوه های خشک مانند کشمش، خرما، توت خشک، انجیر خشک، برگه ی هلو، زردآلو، یا آلوی خشک می توانند به عنوان میا نوعده استفاده شوند.
- سبز یهایی که به شکل خام خورده می شوند، باید قبل از مصرف به دقت شسته و ضد عفونی شوند .از قرار دادن سبزی در معرض هوا یا نور خورشید، پختن به مدت طولانی ب هخصوص در ظروف در باز و همراه آب زیاد و دور ریختن آب آن که سبب از بین رفتن ویتامینهای موجود در سبز یها میشود، باید خودداری گردد.
- سبز یهای تازه(مانند کاهو، گوج هفرنگی، خیار، هویج)به عنوان میا نوعده و سبز یهای خام(سبزی خوردن)و یا پخته همراه غذا و یا داخل سالاد ، بصورت روزانه مصرف شود.
- کشک یک منبع غنی از پروتئین، کلسیم و فسفر است .در مناطقی که کشک در دسترس است، توصیه میشود همراه با غذاهایی مانند آش و بادمجان استفاده شود.
- اگر مصرف شیر سبب ایجاد نفخ و مشکل گوارشی م یشود، توصیه شود معادل آن از ماست یا پنیر استفاده کنند.
- انواع مغزها مثل پسته، بادام، گردو و فندق، منابع خوب پروتئین و آهن هستند و میتوان به عنوان میا نوعده ترجیحا از نوع خام آ نها(که نمک کمتری دارد)استفاده کرد.

براساس علل مؤثر بر وزن گیری نامناسب، باید مداخلات متناسب و مؤثر برای بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی مادر باردار صورت گیرد تا از عوارض ناشی از وز ن گیری ناکافی او بر سلامت خود و جنین تا حد امکان جلوگیری شود. مشاوره با

مادر باردار به شناسایی بهتر علت وز ن گیری نامناسب کمک زیادی میکند .در مشاوره باید صحبت مشاور به گونه ای باشد که بتواند به راحتی با مادر باردار ارتباط کلامی برقرار کند .

در مشاوره با مادر باردار بررسی وضعیت اقتصادی خانواده و این که آیا دسترسی کافی به مواد غذایی مختلف در محل زندگی وجود دارد یا خیر از اهمیت برخوردار است .گاهی در بعضی از مناطق و در طی فصول سال، اقلام غذایی محدودی در بازار وجود دارد و خانواده حتی اگر از نظر اقتصادی امکان خرید داشته باشد، به دلیل موجود نبودن برخی مواد غذایی از مصرف آن محروم می ماند .بنابراین باید با توجه به مواد غذایی موجود در منطقه آموزش تغذیه داده شود. از فرصت مشاوره باید برای جلب توجه مادر باردار به تغذیه سایر افراد خانواده و خصوصا تغذیه کودک نیز استفاده نمود.

اگر مشکلات اقتصادی خانواده موجب محرومیت غذایی شد ه است و یا بودجه خانواده صرف خرید مواد غذایی با ارزش غذایی کم می شود، باید با همسر یا سایر اعضای خانواده و یا افراد دیگری که ممکن است نقش کلیدی در خرید و تهیه غذا داشته باشند، مشاوره صورت گیرد .با تقویت آگاهی های تغذیه ای خود و به دست آوردن اطلاعات کافی در زمینه غذاهای بومی و عادات غذایی منطقه، می توان خانواده را راهنمایی کرد که با بودجه اندک خود مواد غذایی مناسب را انتخاب کند .در صورتی که مادر باردار به دلیل فقر اقتصادی خانواده مبتلا به سو ءتغذیه شده و یا وز ن گیری مناسب ندارد و نیازمندی خانواده با توجه به معیارها و ضوابط موجود محرز شده است، تحت پوشش برنامه ی حمایت تغذیه ای قرار می گیرند .شناسایی مادران باردار نیازمند باید به دقت و براساس معیارهای مشخصی انجام شود .فرایند تحت پوشش قراردادن خانواد ه های مادر ان باردار نیازمند، توسط نهادهای حمایتی مثل کمیته ی امداد امام خمینی(ره)، بهزیستی و ...از طریق کمیته مشترک در مرکز بهداشت استان تعیین میشود.

ارجاع مادر باردار به سازما ن های حمایتی مانند کمیته امداد امام خمینی(ره)در مواقعی که اطمینان حاصل شد که فقر اقتصادی علت اصلی کم وزنی است، الزامی است .تاکید به مصرف مکمل های مولتی ویتامین، آهن و اسید فولیک و ارائه رایگان آ ن ها در مراکز بهداشتی درمانی از اهمیت برخوردار است.

اعتقاد به خرافات غذایی، از جمله علل مؤثر بر وز ن گیری نامناسب دوران بارداری است .مثلاً برخی از مادر ان باردار معتقدند خوردن تخم مرغ موجب کند ذهن شدن و یا مثلاً بعضی مواد غذایی موجب زشت شدن کودک می گردد. لازم است خرافات غذایی در هر منطقه شناسایی شده و برای اصلاح آ نها آموز ش های لازم به مادر ان باردار داد هشود.

مشکلات خانوادگی مانند ناسازگاری بین زن و شوهر، ناسازگاری با مادر شوهر و سایر اعضای خانواده و یا نارضایتی از بارداری می تواند موجب بی اشتهایی مادر و امتناع او از غذا خوردن شود .در این موارد مشاوره با مادر برای پی بردن به روابط او و همسر و سایر اعضای خانواده کمک کننده است .از او بخواهید که در مراقبتهای بعدی همراه با همسرش نزد شما بیاید و با همسر وی به طور جداگانه و به شکلی که اختلا ف برانگیز نباشد، درباره وضعیت مادر باردار، بی اشتهایی و خطرات وز ن گیری نامطلوب و کمک ها و حمایت هایی که از او انتظار می رود، صحبت کنید.

برای پیشگیری از این مشکلات در طول بارداری، بهتر است در همان ابتدای بارداری جلساتی برای همسران مادر ان باردار جهت جلب حمایت همسران و جلوگیری از جنجال و مشاجره در طول بارداری و پس از آن ترتیب داد .در مواردی که مشکل افسردگی مادر جدی است و مشاوره مؤثر واقع نمی شود، در صورت امکان او را به روان پزشک ارجاع دهید.

یکی دیگر از ارکان مراقبتهای دوران بارداری آموزش بهداشت فردی است که شامل موارد زیر می باشد:

- دوش گرفتن در طول حاملگی مشکلی ایجاد نمی کند البته بهتر است از حمام داغ پرهیز کنند.
- معمولاً خانمهای حامله بیشتر عرق میکنند و ترشحات دستگاه تناسلی بیشتری دارند بنابراین حمام روزانه نه تنها آرام بخش است بلکه از عفونتهای مختلف نیز جلوگیری می کند
- ولی باید توجه داشت که از حمام کردن در وان یا حمام های لغزنده و پوشیدن دمپاییهای ابری در حمام خودداری شود زیرا احتمال بهم خوردن تعادل و لغزیدن زیاد است
- لباس دوره بارداری باید آزاد وراحت باشد، از پوشیدن جوراب های تنگ،کشدار و استفاده از کمربند خود داری کرد
- بهتر است در این دوران خانم باردار از کفش های پاشنه کوتاه استفاده کند و روزانه لباس های زیر خود را عوض کند.
- باید از خوردن شیرینی، آب نباتهای سفت و نوشابه های رنگی خودداری کرد . همچنین در ضمن باید بعد از خوردن هر ماده غذایی، دهان خود را شست و دندان ها ر ا مسواک زد و در صورت لزوم به دانپزشک مراجعه کرد.

- معمولاً در دوران بارداری مسافرت های طولانی توصیه نمی شود قبل از سفر باید با پزشک مشورت کرد .
- خانم هایی که سابقه سقط یا زایمان زودرس دارند، باید از مسافرت در ماه های اول و آخر بارداری خودداری کنند .
- معمولاً در دوران بارداری به علت تغییرات دستگاه گوارش، یبوست ایجاد می شود برای بهبود این حالت خانم باردار باید از مایعات، سبزی ها و میوه ها استفاده کند . حرکت و فعالیت نیز در بهبود وضع اجابت مزاج مؤثر است . دردوران بارداری نباید داروی مسهل مصرف شود .
- یک خانم باردار سالم می تواند روابط جنسی خود را ادامه دهد فقط در مواردی که خطر سقط، زایمان زودرس و پارگی کیسه آب وجود دارد از مقاربت باید اجتناب کند . البته به طور کلی توصیه می شود در ماه آخر حاملگی روابط زناشویی محدود شود.
- اغلب زنان باردار حداقل به ۸ ساعت خواب شبانه و همچنین به استراحت بعد از ظهر احتیاج دارند
- فعالیت در دوران حاملگی زیان آور نیست، اما باید از انجام کارهای سنگین و جابه جا کردن وسایل سنگین خودداری کرد . ورزش های سبک در دوران بارداری برای مادر و جنین مفید است. به طور کلی لازم نیست زن حامله تمرینات ورزشی خود را محدود کند به شرطی که خود را خسته نکند
- باید از انجام ورز شهای سنگین که خطر افتادن، زمین خوردن و ضربه دیدن دارد پرهیز شود. تمام انواع ورز ش های سنگین در دوران بارداری ممنوع است . البته کسانی که قبل از بارداری به این نوع ورز ش ها عادت دارند، می توانند در دوران بارداری کم و بیش آن را ادامه دهند، ولی احتیاط در سه ماهه آخر بارداری توصیه می شود . برخی ورزش های سخت عبارتند از: دوچرخه سواری . تنیس، اسکی روی یخ و اسب سواری. شنا کردن برای زن باردار اشکالی ندارد . بطور کلّی فعالیت بدنی در زن باردار نباید موجب خستگی، افزایش واضح ضربان قلب و افزایش دمای بدن شود. بهترین ورزش در دوران بارداری پیاده روی است . برای جلوگیری از لغزش و افتادن بهتر است که از کفشهای پاشنه کوتاه استفاده شود، زیرا کفشهای پاشنه بلند علاوه بر لغزش موجب کمردرد نیز می شود . در فصل تابستان از پیاده روی در هوای گرم و زیر نور آفتاب باید خودداری شود، زیرا تحمل زن باردا ر در مقابل گرما بسیارکم است . در راه رفتن باید حوصله به خرج داد و از راه رفتن سریع در محل های شلوغ باید پرهیز نمود. پیاده

روی و گردش بطور متوسط روزانه ۲ الی ۳ کیلومتر، کافی است و طی کردن این مسافت، باید به فو اصل کم و به دفعات متوالی صورت گیرد تا خستگی به وجود نیاید .

- خانم های باردار باید قبل از مصرف هر نوع دارو با پزشک مشورت کنند زیرا برخی از داروها بر روی سیر طبیعی حاملگی و رشد جنین تأثیر می گذارند.
- خانم های باردار باید به طور کامل از کشیدن سیگار پرهیز کنند: مادرانی که در طول بارداری سیگار می کشند در مقایسه باغیرسیگاری ها، نوزادان کوچکتری به دنیا می آورند. استعمال دخانیات رشد جنین را به صورت وابسته به دوز تحت تاثیر قرار می دهد خطر زایمان زودرس، محدودیت رشد جنین و تولد با وزن کم را افزایش می دهد و در سنین مدرسه باعث افزایش میزان اختلال "بیش فعالی ناشی از کمبود توجه" و مشکلات رفتاری و اختلال در یادگیری می شود. استعمال دخانیات باعث افزایش خطر عوارض حاملگی مربوط به نارسایی عروقی مانند نارسایی رحمی جفتی و جدا شدن جفت نیز می شود. مصرف الکل توسط خانم باردار در جنین ایجاد ناهنجاری می کند. زایمان زودرس در خانمهایی که الکل مصرف می کنند بیشتر مشاهده می شود . در حال حاضر عقب ماندگی ذهنی ناشی از مصرف الکل شایعترین علت شناخته شدۀ سندرم عقب ماندگی ذهنی است
- دریافت هر نوع اشعه (مثل عکسبرداری با اشعه ایکس) در حاملگی ممنوع است زیرا احتمال ایجاد ناهنجاری در جنین ر ا افزایش می دهد .
- تماس با حیوانات و عوامل بیماریزا برخی از حیوانات اهلی مانند گربه منتقل کننده بیماری ها یی هستند که بر روی بارداری و جنین اثر بدی می گذارند . انتقال عفونت از گربه به خانم باردار (توکسوپلاسموز) معمولاً منجر به سقط جنین می شود . در صورت باقی ماندن جنین نیز، ناهنجاریهایی از قبیل اشکالات مغزی، عقب ماندگی ذهنی و غیره ایجاد خواهد شد. بنابراین خانم باردار جداً باید از تماس با حیوانات خودداری کند. خانم باردار باید از تماس با افراد مبتلا به بیماری های عفونی ، رفت و آمد در اماکن عمومی ، شلوغ، سربسته و مکان هایی که احتمال آلودگی وجود دارد، استفاده و از مواد غذایی تهیه شده در خارج از منزل، خودداری کند.
- شواهدی که نشان دهند در انسان ها یا حیوانات قرار گرفتن در معرض انواع میدان های الکترومغناطیسی مثل خطوط پرولتاژ انرژی، فِرهای میکروویو و تلفن های همراه باعث ایجاد آثار نامطلوب بر روی جنین می شود وجود ندارند
- بدرفتاری خانوادگی حاملگی ممکن است مشکلات بین فردی را تشدید کند در طول حاملگی خطر مربوط به شریک بدرفتار افزایش می یابد این احتمال در زنانی که همسران آن ها دارای خصوصیات زیر هستند بیشتر است : سوء مصرف الکل، بیکار شدن از کار در گذشته نزدیک، برخورداری از آموزش ضعیف یا درآمد کم و سابقه توقیف شدن

توصیه هایی در خصوص شکایات شایع دوران بارداری

- **توصیه هایی برای سوزش سردل (Heart Burn):**

- صرف ۵- ۴ وعده غذا
- استفاده از غذاهای آبپز و بخارپز

- پیاده روی پس از صرف غذا
- صرف غذاهایی با ادویه کمتر و طعم ملایم تر
- محدودکردن مصرف شکلات، قهوه، چای، نوشابه های گازدار و صرف آب به جای آنها
- پرهیز از مصرف سرکه و استفاده از غذاهایی که اضافه اسید معده را جذب می کنند مانند شیر، تخم مرغ یا غذاهای نشاسته ای
- اجتناب از درازکشیدن یا خم شدن به جلو پس از صرف غذا
- قراردادن سر بالاتر از بدن در هنگام استراحت
- مصرف آنتی اسید

- **توصیه هایی برای تهوع صبحگاهی (Morning Sickness):**

- خوردن یک تکه نان یا بیسکویت قبل از بلند شدن از رختخواب
- صرف ۵- ۴ وعده غذا در روز
- پرهیز از مصرف غذاهای چرب، سرخ کرده و پرادویه
- صرف مایعات بین وعده های غذایی و نه همراه غذا
- صرف مایعات و غذاهای سرد
- استراحت پس از صرف غذا
- پرهیز از گرسنگی به مدت طولانی

- **توصیه هایی برای یبوست** (Constipation):
- مصرف زیاد مایعاتی مانند آب، آبمیوه و سوپ
- مصرف غذاهای پرفیبر مانند سالاد ، سبزی های خام و پخته، میوه های تازه ، غلات و حبوبات
- مصرف نان های سبوس دار مانند سنگک و جو
- مصرف آلوی تازه، برگه و آب آلو
- صرف نان و عسل در وعده صبحانه
- استفاده از روغن زیتون یا روغن های مایع دیگر همراه سالاد
- انجام ورزش های سبک مثل پیاده روی
- حتی الامکان از مصرف ملین های دارویی اجتناب شود

- **توصیه هایی برای ادم بارداری (Edema):**
- محدودکردن مصرف نمک و غذاهای شور(کمتر از ۵ گرم در روز)

- درازکشیدن به پهلو ۵- ۴ بار در روز
- اجتناب از ایستادن یا نشستن روی صندلی با پاهای آویزان به مدت طولانی
- قرار دادن پاها در سطحی بالاتر از بدن

- **ویار حاملگی :** حالتی است که در آن خانم باردارباید مصرف یک ماده غذایی تمایل زیادی پیدا می کند مثل قره قورت، ترشی ها، شیرینی ها و... تا زمانی که مصرف اینگونه غذاها تنوع رژیم غذایی را برهم نزند و تغذیه مادر خوب باشد مشکلی ایجاد نمی کند. اما اگر در مصرف این مواد بگونـــه ای افراط شود که از خوردن غذاهای اصلی سرباز زند، ممکن است دچار کمبودهای تغذیه ای شود و در این مورد باید آموزش های لازم در رابطه با رعایت تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی به خانم باردار داده شود.

- **پیکا (Pica):** خوردن مواد غیرغذایی مانند خاک، یخ، گچ، کبریت سوخته و... می باشد. سبب شناسی (اتیولوژی) پیکا به خوبی مشخص نیست. یک فرضیه بیان می دارد که مواد غیرخوراکی تهوع و استفراغ را برطرف می کند. تئوری دیگری می گوید که کمبود یک ماده مغذی ضروری مثل کلسیم یا آهن موجب می شود فرد به خوردن منابع غیرغذایی این املاح تمایل پیدا کند. خطرات احتمالی این حالت شامل آنمی و مشکلات گوارشی است که توصیه می شود مشاوره با مادر و در صورت نیاز آزمایش خون برای بررسی کم خونی انجام گردد.

- **افزایش بزاق دهان (Ptyalism):** پتیالیزم عبارت است از ترشح بیش از حد بزاق در طی بارداری که ممکن است ناشی ازتحریک غدد بزاقی بعلت مصرف مواد غذایی نشاسته ای مثل نان، برنج، سیب زمینی، نشاسته و ... باشد. این حالت گذرا می باشد و نیاز به درمان خاصی ندارد.
- **ضعف و سرگیجه:** غالباً به دلیل افت فشار خون اتفاق می افتد ، در مواردی که خانم باردار به طور ناگهانی از حالت خوابیده به پشت ، به حالت نشسته و یا از حالت نشسته به حالت ایستاده تغییر وضعیت می د هد، این عارضه بیشتر مشاهده می شود. در صورت شدید بودن باید به پزشک مراجعه شود.
- **سردرد** : در اوایل بارداری شایع است و اکثرا علت مشخصی ندارد . این حالت معمولا در اواسط بارداری از بین می رود. چون سردرد می تواند در بسیاری از بیماری های جدی و خطرناک (مثل مسمومیت بارداری) بروز کند، بنابراین در صورت وجود سردرد شدید و مداوم، باید به پزشک مراجعه کرد.
- **تنگی نفس :** در اوخر بارداری به علت بزرگی شکم تشدید می شود. تنگی نفس با فعالیت و بالا رفتن از پله ها شدیدتر می شود. اگر تنگی نفس همراه با طپش قلب و درد ناحیه سینه و گردن باشد و یا در حالت استراحت نیز ادامه داشته باشد، حتماً باید به پزشک مراجعه کرد.
- **تغییرات پوست**: نیز از شکایات شایع بارداری است . طی بارداری خطوط صورتی رنگی بر روی شکم ، رانها و پستان ها ظاهر می شود و علت آن کشیدگی بافت های زیر پوست است . این امر طبیعی است و قابل پیشگیری نیست. این خطوط معمولاً بعد از زایمان به رنگ نقر ه ای در می آیند

- **گرفتگی پاها :** این حالت بیشتر درما ه های آخر حاملگی شایع است و معمولاً ناشی از فشار رحم بزرگ شده بر رویرگ ها و اعصاب لگنی است . گرفتگی پاها معمولاً هنگام دراز کشیدن اتفاق می افتد . گرم کردن و ماساژ دادن به بهبود این عارضه کمک می کند.
- **کمر درد :** در بعضی از خانم های باردار رخ می دهد علت آن خستگی، خم شدن زیاد، بلند کردن اشیا است. معمولاً در ماه های آخر حاملگی به دلیل بزرگی شکم، گودی کمر بیشتر می شود و شانه ها و پشت به سمت عقب متمایل می شوند. در این موارد استفاده از کیسه آب گرم، انجام برخی از حرکات ورزشی ، استفاده از کفش های پاشنه کوتاه ، ماساژ ملایم، استفاده از تشک محکم و بدون فنر و جلوگیری از افزایش بیش از حد وزن توصیه می شود. خوابیدن به پشت مناسب نیست، زیرا رحم بزرگ شده بر روی ر گ هایی که به جفت و رحم خون میرسانند فشار می آورد لذا توصیه می شود که خانم باردار به پهلوها بخوابد.
- **تکرر ادرار:** یکی از علائم اولیه بارداری است . این ناراحتی پس از سه ماه بارداری کاهش می یابد . ولی در ماه آخرحاملگی به علت بزرگی رحم و فشار آن بر روی مثانه مجدداً بروز می کند. خانم باردار ، هرگز نباید ادرار خود را نگه دارد چون این عمل باعث افزایش احتمال عفونت ادراری می شود . اگر تکرر ادرار همراه با درد، سوزش و یا وجود خون در ادرار باشد باید حتما به پزشک مراجعه شود.
- **ترشحات دستگاه تناسلی :** برای کاهش ترشحات، استفاده از لباس های زیر نخی، خشک نگه داشتن ناحیه تناسلی پس از هر بار شستشو و عوض کردن مرتب لباس زیر توصیه می شود . اگر ترشحات، به مقدار زیاد، بدبو، رنگی (سبز یا زرد) و همراه علامت هایی چون سوزش و خارش باشد خانم باردار باید به مرکز بهداشتی درمانی یا پزشک یا ماما مراجعه کند.
- **واریس:** خانم های باردار معمولاً از واریس شاکی هستند که در بسیاری از موارد علت مرضی ندارد . علت واریس در بارداری، تغییرات هورمونی و در ضمن فشار رحم بزرگ شده بر روی منشأ رگ های خونی پاها است . در اغلب موارد، واریس چند هفته بعد از زایمان به تدریج از بین می ر ود معمولاً پیشگیری از واریس آسانتر و مؤثرتر ازدرمان آن است . به خانم های باردار توصیه می شود از پوشیدن جوراب های کش دار، سفت و لباس های تنگ پرهیز کنند. در ضمن ایستادن برای مدت طولانی در یک محل برای خانم های باردار مناسب نیست . بهتر است در هر ساعت برای چند دقیقه قدم بزنند تا خون در پاهایشان به گردش درآید و در صورت امکان برای چند دقیقه بنشینند، یا دراز بکشند و پاهای خود را بالاتر از سطح بدن قرار دهند.

۳- مراقبت های پس از زایمان :

مراقبت های معمول پس از زایمان، طی ۳ ویزیت انجام می شود که ویزیت اول در روزهای ۱ تا ۳ ، مراقبت دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و مراقبت سوم در روزهای ۴۲ تا ۶۰ پس از زایمان انجام می شود .مراقبت های نوزاد (به جز مراقبت بدو تولد) نیز در ۳ نوبت شامل مراقبت روزهای ۳ تا ۵ ، مراقبت روزهای ۱۴ تا ۱۵ و مراقبت روزهای ۳۰تا ۴۵ انجام می شود.برای مادری که در بیمارستان زایمان می کند، مراقبت پس از زایمان در بیمارستان را می توان مراقبت بار اول پس از زایمان محسوب کرد. جدول شماره یک عمده مراقبتهایی که پس از زایمان انجام می شود را نشان می دهد.

جدول شماره ۲: مراقبت های معمول پس از زایمان

زمان مراقبت / نوع مراقبت	مراقبت ۱ روزهای ۱ تا ۳	مراقبت ۲ روزهای ۱۰ تا ۱۵	مراقبت ۳ روزهای ۴۲ تا ۶۰
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	مشخصات، وضعیت زایمان -سؤال در مورد ترشحات مهبلی و خونریزی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، اختلالات روانی، بیماری زمینه‌های، وضعیت شیردهی، سرگیجه، شکایت شایع، همسرآزاری، درد، مصرف مکملهای دارویی	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر -سؤال در مورد ترشحات مهبلی و خونریزی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، اختلالات روانی، بیماری زمینه‌های، وضعیت شیردهی، سرگیجه، شکایت شایع، همسرآزاری، درد، مصرف مکملهای دارویی	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر -سؤال در مورد ترشحات مهبلی و خونریزی، مشکلات ادراری -تناسلی و اجابت مزاج، وضعیت شیردهی، اختلالات روانی، سرگیجه، شکایت شایع، همسرآزاری، درد، مصرف مکملهای دارویی
معاینه بالینی	معاینه چشم، پستانها، شکم (رحم)، اندامها، محل بخیه ها -کنترل علائم حیاتی، حال عمومی	معاینه چشم، پستانها، شکم (رحم)، اندامها، محل بخیه ها -کنترل علائم حیاتی، حال عمومی	معاینه چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، اندامها، محل بخیه ها -کنترل علائم حیاتی، حال عمومی
آزمایشها	----	-----	پاپ اسمیر در صورت نیاز
آموزش و مشاوره	بهداشت فردی، روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکملهای دارویی، شکایت شایع، نحوه شیردهی و مشکلات آن، علائم خطر مادر و نوزاد، تنظیم خانواده، مراقبت از نوزاد، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی وروان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکملهای دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، مشاوره تنظیم خانواده، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز در هفته ۶ پس از زایمان، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکملهای دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، مشاوره تنظیم خانواده (در صورت عدم مشاوره در ملاقات دوم)، تاریخ مراجعه بعدی برای دریافت خدمات تنظیم خانواده
مکمل ها	آهن و مولتی ویتامین تا ۳ ماه پس از زایمان		
ایمنسازی	رگام در مادر ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت و نوزاد ارهاش مثبت		

مشاهده هریک از علائم زیر پس اززایمان نیازمند ارجاع فوری است:

- خونریزی بیش از حد خونریزی قاعدگی و یا دفع لخته
- تب و لرز
- افسردگی شدید
- ترشحات چرکی و بدبو
- درد و تورم یکطرفه ساق و ران
- عدم دفع ادرار در ۴ ساعت اول پس از زایمان
- سوزش ادرار ،درد هنگام ادرار کردن
- درد و تورم پستان
- فشارخون ۹۰/۱۴۰ و بیشتر
- بزرگی رحم
- لمس توده دردناک یا خروج ترشحات چرکی از بخیه ها
- سرگیجه با افت فشار خون و افزایش نبض از حالت خوابیده به نشسته

مشاهده هریک از علائم زیر پس اززایمان نیازمند ارجاع غیرفوری است:

- بیماری زمینه ای
- بواسیر
- خلق افسرده
- بی علاقگی و یا عود بیماری روانی
- رنگ پریدگی شدید
- عفونت و درد شدید دندان

لازم است برای همه خانم های مبتلا به دیابت بارداری، به منظور کشف دیابت پایدار، شش تا دوازده هفته پس از زایمان ، نمونه گیری قند خون ناشتا و دوساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز خوراکی درخواست گردد .نتیجه و تفسیر به شرح زیر است:

- طبیعی اما در معرض خطر : FBS≤99mg/dl OR GTT (2hr) <140mg/dl
- پره دیابتی : FBS=100-125mg/dl OR GTT (2hr) <140-199mg/dl
- مبتلا به دیابت است : FBS≥126mg/dl OR GTT (2hr) ≥200mg/dl

فصل هجدهم :

برنامه واکسیناسیون در کشور ایران

برنامه واکسیناسیون در کشور ایران

پیشگیری وکنترل بیماریهای واگیردار به چند طریق صورت می گیرد که شامل مبارزه با مخزن و منبع بیماری، قطع راههای انتقال(زنجیره انتقال) و بالا بردن مقاومت میزبان(انسان) (بعبارت دیگر کاهش حساسیت میزبان) می باشند. یکی از راههای که می تواند مقاومت میزبان را افزایش دهد و افراد را برعلیه بیماری مصون نماید واکسیناسیون است که با ایجاد ایمنی اکتسابی فعال مصنوعی باعث افزایش مقاومت میزبان برعیله بیماری می شود بنابراین در پیشگیری و کنترل بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن، واکسیناسیون بعنوان یک اقدام پیشگیری اولیه، یکی از استراتژیهای اصلی در مبارزه با بیماری می باشد.
برنامه واکسیناسیون کودکان در کشور ما با واکسن های هپاتیت B، BCG و OPV در بدو تولد برای نوزادان شروع می شود. سه نوبت بعدی واکسیناسیون در دو، چهار و شش ماهگی شامل واکسن های پنتاوالان(پنج گانه)، OPV می باشد. در سن ۱۲ ماهگی واکسن MMR ، ۱۸ ماهگی MMR ، OPV و سه گانه (ثلاث) و در ۶ سالگی با واکسنهای OPV و سه گانه ایمنسازی ادامه می یابد. پس از تکمیل واکسیناسیون دوره کودکی، هر ده سال یک بار واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان تزریق می شود. در خصوص هریک از این واکسن ها به اختصار مطالب مهم و کاربردی جهت کار پزشک مرکز بهداشتی درمانی توضیح داده می شود.

الف- واکسن هپاتیت B

واکسن هپاتیت B یک واکسن تهیه شده بصورت نوترکیب (recombinant)است که با کمک مخمر به روش مهندسی ژنتیک تهیه می شود. آنتی ژن اصلی موجود در واکسن شامل آنتی ژن سطحی ویروس (HBSAg) می باشد.
روش تزریق بصورت عضلانی در نوبتهای بدو تولد بصورت واکسن هپاتیتB، ودر دوماهگی،چهار ماهگی و شش ماهگی بعنوان یکی از اجزاء واکسن پنج گانه تزریق می گردد. و دوز واکسن هپاتیتB در افراد کمتر از ده سال نیم میلی لیتر و در افراد ۱۰ سال و بالاتر ۱ میلی لیتر می باشد. بطور کلی در خصوص واکسنها اگر روش تزریق عضلانی باشد محل تزریق در سن کمتر از دو سال در ناحیه یک سوم میانی ران در قسمت قدامی خارجی عضله چهار سر ران و در سن دو سال و بالاتر محل تزریق عضله دلتوئید و زاویه تزریق ۹۰ درجه می باشد. بعد از دوسال هم در صورت کم بودن توده عضلانی دلتویید، در عضله چهارسر ران تزریق انجام شود. از تزریق واکسن در ناحیه سرین به علت احتمال آسیب به عصب سیاتیک و کاهش اثربخشی واکسن خودداری شود.
کشور ما از نظر شیوع بیماری هپاتیت B جزو کشورهای با شیوع متوسط تقسیم بندی (شیوع ۳-۲ درصد) می شود.اما در بعضی از استانهای کشور شیوع بالاتر است. در کشورهایی که شیوع هپاتیت B متوسط است شایعترین راه انتقال هپاتیتB، انتقال از طریق مادر به کودک (انتقال عمودی) در حول و حوش زایمان و سپس انتقال از طریق جنسی می باشد. بنابراین برای کاهش انتقال و شیوع بیماری در کشور باید انتقال بیماری از طریق مادر به کودک پیشگیری شود. راهکارهای برای کاهش انتقال از این طریق، شامل غربالگری مادران از نظر هپاتیت B (HBSAg) و واکسیناسیون بموقع کودن بر علیه هپاتیت B بخصوص در نوبت بدو تولد است. در برنامه کشوری زمان مناسب برای واکسیناسیون بدو تولد بر علیه هپاتیت B برای تمام کودکان ۱۲ ساعت اول بعد از تولد می باشد. واکسیناسیون به تنهایی می تواند تا حدود ۸۰ درصد از انتقال بیماری در کودکان با مادر HBSAg مثبت پیشگیری نماید بنابراین حتی در غیاب یک برنامه غربالگری هپاتیت در مادران باردار، واکسیناسیون بموقع می تواند در اکثر موارد از انتقال عمودی جلوگیری نماید .

واکسن هپاتیت B از کم عارضه ترین واکسنها در بین واکسنهای مورد استفاده برای کودکان می باشد. اما مانند تمام واکسن ها به علت تحریک سیستم ایمنی می تواند در حدود ۱۰-۵ درصد موارد تب ایجاد کند و یا اینکه عوارض موضعی خفیفی (قرمزی، تورم و درد) در محل تزریق واکسن ایجاد نماید و در موارد خیلی نادر می تواند باعث واکنش های آنافیلاکتیک که شدیدترین آنها شوک آنافیلاکسی است شود.

برای پیشگیری از انتقال بیماری از یک مادرHBS Ag مثبت به نوزاد باید هرچه زودتر بعد از تولد واکسیناسیون هپاتیت B تزریق گردد و ایمونوگلوبولین اختصاصی بر علیه هپاتیت (HBIg) نیز به کودک تزریق شود. بهترین زمان برای انجام این اقدامات هر چه زودتر بعد از تولد نوزاد می شود همان ساعات اولیه و حتی بهتر است قبل از اولین شیر خوردن کودک واکسیناسیون توسط عامل زایمانی انجام شود اما انجام این اقدامات تا سه روز (۷۲ ساعت) نیز می تواند تا حد زیادی از انتقال مادر به کودک پیشگیری نماید. لازم است چنین کودکانی در سن ۱۵-۹ ماهگی از نظر HBS Ag و HBS Ab چک شود در صورت منفی بودن سه نوبت واکسن هپاتیت B تزریق شود.

ب- واکسن BCG (ب ث ژ)

آنتی ژن این واکسن باسیل زنده ضعیف شده مایکوباکتریوم بویس (عامل سل گاوی) می باشد. روش تزریق بصورت داخل جلدی(Intradermal) و محل آن حد فاصل یک سوم فوقانی و دوسوم تحتانی بازو در بازوی چپ می باشد. دوز این واکسن ۰/۰۵ میلی لیتر در کودکان کمتر از یکسال و ۰/۱ میلی لیتر در کودکان یکسال و بالاتر می باشد تکنیک صحیح تزریق در این واکسن اهمیت زیادی دارد و به این صورت است که تزریق با سرنگ انسولین با زاویه ۱۵-۰ درجه باید انجام شود قسمت بریدگی سوزن در هنگام تزریق به سمت بالا و بعد از انجام تزریق یک پاپول سفید رنگ به اندازه یک دانه کوچک عدس ایجاد شود در صورت صحیح نبودن تزریق و انجام تزریق بصورت عضلانی یا زیر جلدی ، می تواند باعث تاثیر بر ایمنی زایی واکسن شده و عوارض واکسن بخصوص خطر ایجاد لنفادنیت ناشی از BCG را افزایش دهد.به طور معمول بدنبال تزریق این واکسن، پاپول سپس زخم و در نهایت در حدود ۳-۲ ماه بعد زخم تبدیل به اسکار (جوشگاه) می شود در کشورهای با شیوع خیلی کم بیماری سل، اگر اسکار ایجاد نشود واکسیناسیون تکرار می شود اما در کشور ما در صورت عدم ایجاد جوشگاه نیازی به تزریق مجدد واکسن نمی باشد.

بر اساس برنامه کشوری واکسیناسیون در صورت مراجعه با تاخیر یک کودک برای واکسیناسیون نیازی به انجام تست مانتو بعنوان تست قبل از واکسیناسیون نمی باشد و بطور معمول در کشور ایران انجام واکسیناسیون BCG بعد از ۶ سالگی نیز توصیه نمی شود.

عارضه اصلی اختصاصی واکسن BCG شامل لنفادنیت می باشد به طور معمول لنفادنیت ناشی از BCG بصورت منفرد بوده اندازه آن کمتر از ۱/۵ سانتی متر است و در ناحیه اگزیلاری یا گاهی اوقات سرویکال همان سمت که واکسن زده شده است ایجاد می شود و معمولاً علائم التهابی موضعی شدید (گرمی، حساسیت و قرمزی) ندارد و فاقد علائم سیستمیک مانند تب و بزرگی کبد و طحال است و در صورتی که بصورت سینوس درآمده باشد ترشحات اندکی دارد. در صورتی که لنفادنیت مشخصات فوق الذکر را داشت کودک تحت نظر قرار گرفته وماهیانه یکبار معاینه می شود انتظار می رود طی ۶-۴ ماه بهبودی حاصل شود. اما اگر لنفادنیت ناشی از واکسن BCG بصورت متعدد ، اندازه آن بیش از۳ سانتی متر و در محیطی غیر ناحیه اگزیلاری بود، بصورت سینوس یا فیستول با ترشحات چرکی زیاد یا دارای علائم التهابی شدید و بخصوص در صورت وجود علائم سیستمیک، باید به سطح درمانی بالاتر ارجاع شود .

عوارضی مانند سل استخوان مجاور یا سل منتشر ناشی از واکسن به ندرت ایجاد می شوند.

. سوال مطرح شده در خصوص واکسن BCG این است که چرا علیرغم استفاده چندین دهه از این واکسن در کشور ما، این بیماری مانند سایر بیماری های قابل پیشگیری با واکسن به مرحله حذف نرسیده است جواب این سوال در ماهیت واکسن نهفته است که این واکسن توانایی ایمنی زایی کافی(حداکثر ۵۰ درصد) بر علیه سل ریوی ندارد. اما ایمنی زایی بیش از ۹۰ درصدی بر علیه انواع شدید و کشنده سل مانند مننژیت سلی و سل منتشر (ارزنی) دارد.

با توجه به این که راه انتقال بیماری سل از طریق هوا و و بیماران با سل ریوی اسمیرمثبت منبع اصلی بیماری، انتشار و انتقال بیماری می باشند و با در نظر گرفتن عدم ایمنی زایی کافی واکسن بر علیه سل ریوی، اصلی ترین راه مبارزه با این بیماری کشف مخازن بیماری (بیماریابی) و درمان صحیح آنها(درمان کوتاه مدت تحت نظر مستقیم یا DOTS) می باشد. در نظام سلامت کشور بیماریابی بوسیله شناسایی موارد بر اساس تعریف مورد مشکوک به سل و تهیه سه نمونه خلط از افراد مشکوک می باشد. مورد مشکوک به سل بر اساس تعریف کشوری هر فرد با سرفه بیش از دو هفته و دارا بودن یک یا چند مورد از علائم و نشانه های تب، کاهش وزن، تعریق شبانه، بی اشتهایی ، درد قفسه سینه و دفع خلط خونی می باشد که بطور معمول کارکنان بهداشتی در جمعیت تحت پوشش باید چنین بیمارانی را شناسایی و سه نمونه خلط از آنها تهیه و به آزمایشگاه سل شهرستان ارسال نمایند.

ج- واکسن فلج اطفال Poliomyelitis Vaccine

دو نوع واکسن برای بیماری فلج اطفال شامل نوع خوراکی یا OPV(Oral Poliovirus) و فرم تزریقی یا IPV (Inactivated poliovirus) وجود دارند. هر دو نوع واکسن می تواند دارای سه تیپ ویروسی P_1 P_2 و P_3 می باشند. و هر دو نوع ایمنی بالایی (بیش از ۰/۹۵) بر علیه بیماری ایجاد می کنند انتی ژن فرم OPV ویروس های زنده ضعیف شده و در IPV ویروس غیر فعال شده پولیو می باشد.

در واکسن OPV، ویروس پس از ورود به دستگاه گوارش در مخاط روده و پلاکهای لنفاوی روده تکثیر می یابد و ویرمی ایجاد می کند. ویروس در مدفوع فرد واکسینه شده می تواند تا ۶ هفته وجود داشته باشد که بیشترین میزان انتشار ویروس در هفته اول و دوم و بعد از دریافت نوبت اول واکسن است. به دلیل وجود ویروس در مدفوع شخص دریافت کننده واکسن، احتمال انتقال ویروس به افراد دیگر از راه مدفوعی– دهانی وجود دارد.

OPV پاسخ ایمنی مخاطی بیشتری در مقایسه با IPV ایجاد می کند ایمنی ایجاد توسط OPV در مخاط روده توجیه کننده علت اثر آن در کنترل انتشار ویروس وحشی پولیو است. بنابر این در مناطقی که در معرض خطر زباد بیماری قرار دارند بهتر است از فرم OPV استفاده کرد. OPV از طریق رقابت با ویروس وحشی سبب مهار انتقال آن شده و نیز بعلت ایجاد ایمنی موضعی (روده ای) بیشتر، توانایی بالاتری در مهار عفونتهای بدون علامت و انتقال بیماری دارد. نحوه تجویز OPV بصورت دو قطره خوراکی و IPV بصورت ۰/۵ میلی لیتر تزریق عضلانی است.

عوارض واکسن شامل: عوارض خفیف و عادی واکسن ازجمله علائم عمومی به شکل اسهال، سردرد و درد عضلانی در کمتر از ۱ درصد موارد می باشد. درمان این علائم شامل مصرف مایعات بیشتر و استفاده از مسکن می باشد. اما عارضه شدید OPV فلج ناشی از ویروس واکسن (Vaccine – Associated Paralysis) می باشد که با میزان حدود ۰/۴ در یک میلیون و حدود ۳۰-۴ روز بعد از واکسیناسیون در فرد واکسینه شده و ۷۵-۴ روز در افراد در تماس رخ می دهد. فلج ناشی از واکسن در دوز اول، بالغین و افراد با نقص ایمنی بیشتر است و مانند بیماری طبیعی، فلج واکسینال بصورت فلج شل حاد تظاهر می کند و عمدتا فلج در اندامهای تحتانی می باشد که غیر متقارن و پایدار می باشد.

د- واکسن پنج گانه(پنتاوالان)

واکسن پنتا والان یک واکسن مرکب بوده و آنتی ژنهای موجود در این واکسن شامل توکسوئید کزاز و دیفتری و باکتری کشته شده سیاه سرفه و آنتی ژنهای پلی ساکاریدی کپسول باکتری هموفیلوس انفلوانزای تیپ b کونژگه شده با یک پروتئین و آنتی ژن سطحی ویروس هپاتیت B می باشند. روش تزریق آن نیم میلی لیتر بصورت عضلانی عمیق می باشد. تزریق زیرجلدی و یا داخل جلدی باعث تحریک موضعی، تشکیل گرانولوم، نکروز بافتی و آبسه استریل می شود.

عوارض این واکسن شامل عوارض موضعی (Local) بصورت درد، تورم، قرمزی و حساسیت در محل تزریق و عوارض عمومی (Systemic) که شایعترین عارضه عمومی تب می باشد و سایر عوارض سیستمیک عمده تشنج و گریه های غیر معمول می باشند

الگوی عوارض موضعی و تب به این صورت است که معمولاً در ۲۴ ساعت اول بعد از واکسیناسیون شروع و تا ۷۲ ساعت ادامه یافته و سپس بهبود می یابند شیوع تب و عوارض موضعی در نوبت اول واکسیناسیون تا ۵۰ درصد و در نوبت های بعدی تا بیش از ۸۰ درصد می باشد.

درمان تب و عوارض موضعی شامل استفاده از قطره استامینوفن با دوز ۲ قطره به ازای هر کیلوگرم وزن کودک هر ۶ ساعت استفاده می باشد که بر حسب شدت تب می توان با فواصل ۶-۴ ساعت دارو را ادامه داد. برای بهبود عوارض موضعی می توان از کمپرس سرد در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول استفاده نمود. به طورمعمول توصیه می شود یک دوز استامینوفن همزمان با تزریق واکسن داده شود.

تشنج بعد از واکسیناسیون DPT معمولاً همراه با تب بوده و در ۷۲ ساعت بعد از واکسیناسیون ایجاد می شود و الگوی تشنج بصورت ژنرالیزه تونیک کلونیک می باشد.

گریه غیر معمول بصورت بیقراری کودک و گریه هایی که بیش از سه ساعت طول می کشد و معمولاً در ۷۲ ساعت اول بعد از واکسیناسیون اتفاق می افتند بعلت افزایش فرکانس صدای گریه (High Pitched) کودک، طنین صدای گریه کودک تغییر کرده و زیرتر خواهد بود و والدین عنوان می کنند که گریه کودک تغییر یافته و با صدای گریه قبل از واکسیناسیون متفاوت است

در صورتی که بعد از واکسیناسیون درجه حرارت اگزیلاری بالای ۴۰ درجه سانتیگراد، تشنج و گریه غیرمعمول رخ دهد تزریق واکسن پنج گانه ممنوع است عوارض ذکر شده عمدتا بعلت جزء سیاه سرفه واکسن می باشند لذا در نوبت های بعدی باید از واکسن دوگانه ویژه خردسالان (DT) و واکسن هپاتیتB استفاده نمود.

تزریق این واکسن درکودکان با مشکلات مغزی پیشرونده ممنوع است اما در افراد با سابقه تشنج که با دارو کنترل شده هستند می توان تزریق واکسن را انجام داد .

ه- واکسن MMR

این واکسن محتوی ویروس زنده ضعیف شده بیماریهای سرخک ((Measles)، اوریون (Mumps) و سرخجه (Rubella) می باشد واکسن در سن ۱۲ و ۱۸ ماهگی به مقدار ۰/۵ میلی لیتر و بصورت زیر جلدی بر روی عضله دلتوئید تزریق می شود.

روش تزریق به این صورت است که کودک باید روی پاهای مادر قرار گیرد و پاهای کودک در بین پاهای مادر محکم گرفته شوند واکسیناتور با انگشتان خود پوست بازوی کودک را گرفته و پوست را جمع کند وسوزن را سریعاً به داخل پوست جمع شد وارد نماید نوک سوزن در هنگام تزریق به سمت شانه (زاویه ۴۵ -۳۰درجه) باشد.

عوارض ناشی از واکسن MMR می تواند عوارض موضعی مانند درد، تورم و قرمزی محل تزریق باشد که در ۱۰ درصد موارد رخ می دهد جزء سرخک این واکسن مرکب، در ۱۵-۵ موارد تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد و در ۵ درصد موارد عارضه اختصاصی بصورت راش های جلدی، تب و گاهی التهاب و قرمزی ملتحمه چشم ها ایجاد می کند(سرخک تخفیف حدت یافته). بثورات جلدی و تب معمولاً از روز ۶ تا ۱۲ بعد از تزریق ایجاد شده و حدود ۳-۱ روز طول می کشند. معمولاً شیوع تب و بثورات جلدی و دیگر عوارض در دوز اول بیشتر است. جز سرخجه واکسن می تواند باعث علائم خفیف سرخجه شامل بصورات جلدی، لنفاد نوباتی و تب ایجاد کند. در ۱ درصد موارد می تواند درد مفاصل (آرترالژی) ایجاد کند که معمولاً بعد از هفته اول رخ می دهد (از ۱ تا ۱۰ هفته). جز اوریون واکسن می تواند باعث پاروتیدیت و تب شود تورم پاروتید در هفته دوم یعنی در روز ۱۴-۶ روز بعد از واکسن ایجاد می شود. عوارض ذکر شده را می تواند با تجویز مسکن وتب بر (استامینوفن) و مصرف مایعات بیشتر درمان نمود.

عوارضی مانند تشنج ناشی از تب ، ترمبوسیتوینی و واکشنهای آنافیلاکسی هم بدنبال این تزریق MMR می تواند اتفاق بیفتد.

توصیه های کلی در واکسیناسیون

در موارد نقض ایمنی استفاده از واکسن ویروسی زنده ممنوع است و در این افراد فقط واکسن های ویروسی غیر فعال را می تواند بکار رود . افراد با نقض ایمنی ، لوسمی، لنفوم یا بدخیمی های منتشر و افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی و رادیوتراپی تا ۳ماه بعد از پایان درمان نیابد واکنش های ویروسی زنده را دریافت کند.

. در موارد بیماری حاد با شدت متوسط تا شدید بهتر است همه واکسن ها تا بر طرف شدن بیماری به تاخیر بیافتد اما بیماری های خفیف مانند سرماخوردگی، اوتیت میانی و اسهال خفیف هیچکدام ممنوعیت دریافت واکسن نیستند و در درمان با داروهای آنتی بیوتیکی هم نیازی به تاخیر انداختن واکسن نیست.

واکنش های آنافیلاکسی ، نسبت به دوز قبلی واکسن یا اجزا آن ، منع مصرف برای دوزهای بعدی محسوب شود.

از مهمترین اقدامات بلافاصله بعد از واکسیناسیون کنترل موضع تزریق از نظر خونریزی، هماتوم و کنترل کودک از نظر واکنشهای آنافیلاکسی است مراقبت لازم در خصوص احتمال بروز سنکوپ(شوک وازواگال و یا غش (Faint) بعد از دریافت واکسنهای تزریقی در کودکان بزرگتر صورت گیرد و بخصوص در افرادی که سابقه این حالت را دارند بهتر است واکسیناسیون در حالت خوابیده صورت گیرد و پس از تزریق ۲۰-۱۵ دقیقه استراحت کنند.

لازم است بسته به نوع واکسن مصرفی در مورد عوارض احتمالی شایع و اینکه چه زمانی نیاز به مراجعه مجدد است اطلاعات لازم به والدین داده شود.

طی ۴۸ ساعت اول خنک کردن موضع در کاهش درد موثر است(کمپرس سرد) چنانچه درد و تورم بعد از ۴۸ ساعت اول ادامه داشته باشد انجام کمپرس گرم یا حوله گرم و مرطوب با افزایش خونرسانی به موضع کمک کننده است اما توصیه می شود در مقاطع زمانی کوتاه انجام شود تا موضع دچارصدمه حرارتی نشود.

در دو روز اول واکسیناسیون مصرف بیسشتر مایعات یا تغذیه بیشتر با شیر مادر و بالا قراردادن موضع واکسینه شده مانند قراردادن آن روی یک بالش کوچک کمک کننده است.

تزریق ایمن

عوامل زیان آور متعدد فیزیکی، شیمیایی، زیست شناختی، روانی و اجتماعی در محیطهای کاری درمراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانها وجود دارند که می توانند سلامت کارکنان و مراجعین را تهدید نمایند. از مهمترین آنها عوامل زیست شناختی متعددی هستند که از راه های مختلف انتقال می یابند مانند انتقال از طریق تماس، هوا و خون.

عوامل بیماریزای منتقله از طریق خون (bloodborne pathogens) یک گروه مهم از عوامل بیولوژیک می باشند و بیماری های مختلفی را ایجاد می کنند. عوامل متعددی از گروه باکتری ها (برسلوز، سفلیس و لیپتوسپروزیس و....)، قارچها ، انگلها (مالاریا) و ویروس ها (هپاتیت B ، هپاتیت C و HIV تب های خونریزی) می توانند از این طریق انتقال یابند.

به طور کلی بیش از ۶۰ عامل بیماریزای مختلف نوانایی انتقال از این طریق را دارند اما انتقال ویروسهای هپاتیت B و هپاتیت C وHIV مهمترین خطر برای کارکنان بیمارستانی در بین عوامل منتقله از طریق خون محسوب می شوند زیرا بطور نسبی شیوع این عوامل بیماریزا در جامعه بیشتر است و همچنین این عوامل، بیماری های با عوارض شدید و کشنده ایجاد می کنند بطور کلی کارکنان بیمارستان و پزشکان در هنگام کار در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانها از سه طریق در معرض خطر انتقال بیماری های منتقله از طریق خون قرار می گیرند. ۱- آسیب و جراحت پوست توسط وسایل تیز و برنده آلوده مانند سرسوزنهای آلوده و تیغ بیستوری و ... (مواجهه از راه پوست) ۲- پاشیدن خون وسایر مایعات بالقوه عفونی بدن بیماران به مخاط چشم بینی و دهان کارکنان بیمارستان (مواجهه غشاهای مخاطی) ۳- تماس خون و سایر مایعات بالقوه عفونی بدن بیماران با پوست ناسالم کارکنان (مواجهه پوست ناسالم). منظور از پوست ناسالم، پوست دچار زخم، بریدگی، التهاب و درماتیت می باشد

منظور از مایعات بالقوه عفونی، مایعات و ترشحاتی هستند که امکان انتقال بیماری های منتقله از طریق خون را دارند. شامل خون ، سرم، پلاسما، مایع آسیت، مایع پلور و پریکارد، مایع آمینوتیک مایع سینسوویال و مایع مغزی نخاعی و ترشحات جنسی می باشند. ادرار، مدفوع ، استفراغ، عرق، اشک چشم و بزاق بالقوه عفونی در نظر گرفته نمی شوند مگر اینکه بطور قابل رویت آغشته به خون باشند (براق در خصوص هپاتیت B نسبتاً عفونی در نظر گرفته می شود)

در واکسیناسیون منظور از تزریق ایمن عبارت است از ارائه تزریق بصورتی که برای ارائه دهند خدمت، گیرنده خدمت و جامعه بی خطر باشد. یک تزریق غیر ایمن می تواند سبب انتقال بیماری های منتقله از طریق خون از راه های مانند جراحت پوست توسط سوزن آلوده شود یا اینکه تزریق غیر ایمن می تواند سبب ایجاد عفونتهای مختلف در فرد گیرند خدمت شود و درصورتی که جمع آوری و دفع سوزنهای آلوده پس از واکسیناسیون و سایر تزریقات به نحو صحیحی انجام نشود باعث ایجاد خطراتی در افرادی که جمع آوری و دفع این زباله های عفونی را بر عهده دارند می شود یا ممکن است این سوزنهای مورد استفاده مجدد توسط معتادین تزریقی قرار گیرند. بنابراین در انجام تزریق ایمن هدف اصلی پیشگیری از انتقال عفونتهای منتقله از طریق خون می باشد.

راه های پیشگیری از انتقال عفونتهای منتقله از خون شامل پیشگیری قبل از مواجهه و پیشگیری پس از مواجهه Post exposure prophylaxis (PEP می باشند

راههای پیشگیری قبل از مواجهه شامل رعایت اصول احتیاطات استاندارد Precaution) (Standard برای پیشگیری از تمام انواع عفونتهای منتقله از طریق خون و واکسیناسیون برای پیشگیری از بیماری هپاتیت B می باشند.

اصول احتیاطات استاندارد

یک سری مقررات و اقداماتی که توسط پزشکان و پرسنل شاغل در بیمارستان در برخورد با تمام بیماران بدون در نظر گرفتن نوع بیماری آنها باید انجام شود تا خطر انتقال عفونتهای منتقله ازخون از منابع شناخته شده و ناشناخته کاهش یابد .

احتیاط استاندارد را برای موارد زیر در تمام بیماران باید انجام داد : ۱- خون و تمام مایعات و ترشحات و مواددفعی بدن بیماران بجز عرق بدون توجه به اینکه به خون مشهود آلوده باشند یا نه ۲-تماس با پوست ناسالم بیمار ۳-تماس با غشاهای مخاطی بیمار

موارد عمده این اصول شامل الف) بهداشت دستها (شستشوی دستها Hand washing و یا Hand Rub) ب) پوشیدن دستکش ج) پوشیدن گان، ماسک، عینک یا face shield د) جمع آوری و دفع صحیح سوزنهای آلوده

الف)بهداشت دستها

شستن دست ها از مهمترین اقدامات برای کاهش و پیشگیری و از عفونتهای شغلی و بیمارستانی است است. در شستن دستها مناطقی که معمولاً بخوبی شسته نمی شوند شامل نوک انگشتان ، چین های بین انگشتان، خطوط کف دست و انگشت شست می باشد. ازطریق شستن صحیح دست ها انتقال عفونت ها به حداقل می رسد. پوست بطور عمده دو نوع فلور موقت و دائم دارد فلور موقت پوست شامل عواملی مانند E.coli و پسودمونا آئروژینا می باشند که درلایه های سطحی پوست وجود دارند و توانایی بیماریزایی بالایی داشته و با تماس مستقیم پوست پرسنل با بیماران و سطوح آلوده در محل کار کسب می شوند و با شستشوی صحیح بخوبی حذف می شوند. فلور دائم بطور عمده شامل استافیلوکوک کوآکولاز منفی، گونه های کورینه باکتریوم و گونه های میکروکوک که به لایه های عمقی تر پوست اتصال داشته و توانایی بیماریزایی کمی دارند مگر اینکه با یک وسیله تهاجمی به داخل بدن وارد شوند و فلور دائم به سختی از طریق مکانیکی (شستن دست معمولی از بین می رود و نیاز به استفاده از ضدعفونی کننده ها است.

مواردی که شستن دستها لازم است شامل قبل و بعد از معاینه یا انجام اقدام مراقبتی برای بیمار، هنگام دست زدن به وسایل بیمار مانند تخت، پرونده، کیسه ادراری، هنگام ورود به بیمارستان، هنگام خروج از بیمارستان، در صورت رویت آلودگی دست ها، قبل و بعد از تماس با مایعات یا ترشحات بدن یا مخاطات ، پوست آسیب دیده .

لازم به ذکر است بعلت اینکه در مراقبت از بیماران فرصت های دست شستن زیاد است و هر بار شستشوی معمول دست ۶۰-۴۰ ثانیه طول می کشد و نیاز به ابزار و وسایل دارد Hand Rub جایگزین مناسبی برای شستن دست ها است زیرا نیاز به وقت (۳۰-۲۰ ثانیه) و وسایل کمتری دارد و در صورت انجام صحیح بخوبی موثر می باشد

رعایت بهداشت دست ها (Hand hygiene) بوسیله شستن دست ها(hand washing) یا hand rub می باشد که یکی از مهمترین اصول در پیشگیری از انتقال عفونت در بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی می باشد.

لازم به ذکر است که اگر چه Hand rub جایگزین خوبی برای است اما در مواردی که آلودگی واضح دست به خون و مایعات بالقوه عفونی وجود دارد و نیز موقع ورود به بیمارستان و خروج از بیمارستان باید بهداشت دست ها بصورت شستن دست ها انجام گیرد.

در بهداشت دست ها یک مسئله قابل اهمیت این است که ناخن های پرسنل کوتاه باشند.

ب) پوشیدن دستکش

استفاده از دستکش در مراقبت از بیماران در مواردی شامل احتمال تماس با خون یا مایعات و ترشحات مواد دفعی بیماران یا لوازم آلوده به آنها ،تماس با مخاط بیمار ، تماس با پوست ناسالم بیمار (پوست دچار جراحت زخم، بریدگی، درماتیت) لازم به

ذکر است که دستکش مورد استفاده باید لاتکس بود و بعد از درآوردن دستکش، شستشوی دست ها یا hand rub انجام شود.

ج) استفاده از گان ماسک، عینک (محافظ صورت)

در مواردی که خطر پاشیدن یا اسپری شدن خون و مایعات بالقوه عفونی بیماران به مخاط چشم، بینی و دهان ارائه دهندگان خدمات مراقبتی وجود دارد لازم است از وسایل فوق الذکر استفاده شود.

د) جمع آوری و دفع وسایل تیز و برنده آلوده

وسایل تیز و برنده آلوده مانند سوزنها در صورت عدم جمع آوری و دفع صحیح می توانند خطراتی برای کادر بهداشتی درمانی ایجاد نمایند. برای جمع آوری وسایل تیز و برنده آلوده در مراکز بهداشتی درمانی از جعبه ایمن (Safety box) استفاده می شود که در مقابل سوراخ شدن و رطوبت مقاوم باشد.

در هنگام جمع آوری این وسایل و استفاده از جعبه ایمن باید نکاتی را رعایت نمود

۱-هنگام ارائه خدمات مراقبتی به مراجعین جعبه ایمن تا حد امکان در نزدیکترین محل به ارائه دهنده خدمت قرار گیرد (بهتر است بدون برداشتن حتی یک قدم و با کمترین چرخش بدن، ارائه دهنده خدمت بتواند سوزن استفاده شده را در داخل جعبه ایمن بیندازد)

۲-سرپوش گذاری مجدد (recapping) یعنی قراردادن سرپوش (غلاف) سوزن بعد از استفاده بر روی آن ، ممنوع است و نباید انجام شود.

اگر مجبور هستیم recapping انجام دهیم باید به این صورت انجام شود که سرپوش سوزن را روی یک سطح صاف مانند میز قرار داد و پس از وارد کردن سوزن به داخل سرپوش، آن را محکم نمائیم (تکنیک یک دستی)

۳-جداکردن سوزن از سرنگ، خم کردن و قطع کردن آن نباید انجام شود و سوزن همراه با سرنگ داخل سفتی باکس انداخته شود.

۴-بعد از اینکه $\frac{2}{3}$ حجم جعبه ایمن پر شد باید استفاده از آن متوقف شود.

۵-بعد از پر شدن جعبه ایمن باید درب آن را چسب زده و در محل مناسبی نگهداری شود تا بصورت صحیحی دفع نهایی صورت گیرد.

دفع نهایی جعبه های ایمن پر شده به روشهای مختلفی صورت می گیرد. ۱- استفاده از دستگاههای خاصی که این زباله های خطرناک و عفونی را به زباله های بی خطر تبدیل می کنند به این صورت که ابتدا جعبه ایمن و محتویات آن را خرد و آسیاب کرده و با آب مخلوط نموده و سپس درمرحله دوم آنها را اتوکلاو نموده و درمرحله سوم آبگیری انجام می شود و بخش مایع وارد فاضلاب معمولی بیمارستان شده و قسمت جامد آن هم بعنوان زباله معمولی بیمارستان دفع می شود.لازم به ذکر است بر اساس قانون پسماندهای پزشکی هر مرکزی که زباله های عفونی تولید می کند باید در همان مرکز بی خطر و safe شده بصورت زباله های معمولی در آید.

۲- سوزاندن سوزاندن در غیر عفونی نمودن این نوع زباله ها یک روش موثر است اما بعلت خطرات زیست محیطی و نیز خطراتی برای افرادی که این زباله ها را می سوزانند روش مناسبی نمی باشد. سوختن پلاستیک های موجود در این زباله ها باعث ایجاد گازهای فورین furin و دی اوکسین (Dioxyine) می شود که این گازها کلره حلقه های بنزینی چندگانه دارند سرطانزا بوده و برای سلامتی انسان خطرناک هستند بنابراین افرادی که مسئول سوزاندن این زباله ها هستند باید از ماسک و

وسایل حفاظتی استفاده نموده و هنگام سوختن زباله ها در شعاع کمتر از ۱۰۰ متری محل سوختن قرار نگیرند.**۳- دفن کردن** درجاهایی که سطح آب های زیرزمینی پائین است می توان از این روش استفاده کرد که می تواند باعث آلودگی خاک و آب می شود.

۲- واکسیناسیون بر علیه هپاتیت B

بر طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون پرسنل بهداشتی درمانی به عنوان یک گروه پرخطر باید بر علیه هپاتیت B واکسینه شوند در این گروه علاوه بر انجام سه نوبت واکسیناسیون (شامل نوبت اول،یک ماه بعد و ۶ ماه بعد از نوبت اول) اندازه گیری سطح آنتی آبادی در خون نیز باید انجام شود. به طور معمول یک تاه ۲ ماه بعد از آخرین نوبت واکسیناسیون، تیتر آنتی بادی انجام می شود در صورتی که ۱۰ واحد بین المللی در لیتر یا بالاتر بود نشان دهنده ایمن بودن فرد می باشد. حدود۱۵ درصد افراد بعد از یک دوره واکسیناسیون ایمن نمی شوند. در افرادی که بعد از سه نوبت واکسیناسیون سطح آنتی بادی به ۱۰ IU/ml نرسید باید واکسیناسیون یک دوره کامل (سه نوبت) دیگر تکرار شود.حدود ۵-۴ درصد افراد بعد از دو دوره واکسیناسیون نیز سطح آنتی باید به حد مناسبت (۱۰ IU/ml) نمی رسد که این افراد که به طور ذاتی به واکسن پاسخ نمی دهند (Non responder)

اگر فردی قبلاً سه نوبت واکسیناسیون هپاتیت B را انجام اده اما اندازه گیری سطح آنتی بادی بموقع انجام شده است سطح آنتی باید اندازه گیری شود اگر ۱۰ یا بیشتر بود نیازی به اقدامی نیست اگر کمتر از۱۰ بود واکسیناسیون شروع می شود و دوهفته بعد اندازه گیری سطح آنتی بادی انجام شد اگر به ۱۰ یا بالاتر رسید نیازی به ادامه واکسیناسیون نیست و اگر به این حد نرسید باید دو نوبت بعدی واکسیناسیون انجام شده و بعد از آخرین نوبت سطح آنتی بادی اندازه گیری شود. در صورتی که در بررسی سطح آنتی بادی یک بار به حد مناسب برسد نیاز به واکسیناسیون یادآور یا تکرار واکسیناسیون نمی باشد.

پیشگیری پس از مواجهه (PEP) Post exposure Proplylaxi

بر اساس دستور العمل کشوری مدیریت مواجهه شغلی منظور از مواجهه، مواجهه ای است که پرسنل را در معرض عفونت HIV ، HBV و HCV قرار دهد یعنی تماس با خون یا سایر مایعات بالقوه عفونی بدن از طریق فرو رفتن سوزن در پوست یا بریدگی باشی تیز یا تماس این مواد با غشای مخاطی یا پوست آسیب دیده (پوست ترک خورده ، دارای خراش، بریدگی زخم یا مبتلا مبتلا به درماتیت) می باشد.

خطر انتقال در خصوص HBV به میزان تماس با خون و مایعات بالقوه عفونی و مثبت یا منفی بودن HBeAg دارد ودر صورتی که HBS Ag, HBe Ag هر دو مثبت باشد خطر ایجاد هپاتیت بالینی ۳۱-۲۲ درصد است و بطور کلی خطر انتقال هپاتیت ۳ درصد می باشد.

HBV در خون خشک شده در دمای اتاق تا یک هفته زنده است می تواند راهی برای انتقال به HBV در کارکنان باشد.

خطر انتقال هپاتیتC از طریق تماس شغلی با خون کمتر از هپاتیت B است و به طور متوسط تغییرات سرمی در ۱/۸ درصد افراد اتفاق می افتد و انتقال از طریق مخاط هم به ندرت صورت می گیرد.خطر انتقال HIV به پرسنل بعد از مواجهه پوستی از طریق سوزن آلوده حدود ۰/۳ درصد و بعد از مواجهه مخاطی ۰/۰۹ درصد برآورد شده است.

مراحل شش گانه PEP (براساس دستورالعمل کشوری)

الف – مداوای محل مواجهه

- در اولین فرصت محل مواجهه را با استفاده از آب معمولی و صابون شستشو دهید. غشاهای مخاطی مواجهه یافته را با آب سالم فراوان یا نرمال سالین شستشوداده شوند.از فشار دادن یا هر گونه دستکاری محل مواجهه اجتناب شود.

ب: ثبت و گزارش دهی مورد مواجهه

در صورتی که در بیمارستان ها دچار مواجهه شغلی شدید آن را به کمیته کنترل عفونت بیمارستانی گزارش دهید تا خدمات پیشگیری پس از مواجهه با کمک آنها بصورت صحیح و در زمان مناسب و با حداقل هزینه انجام شوند وچگونگی مدیریت مواجهه و پروفیلاکسی بعد از مواجهه در پرونده پزشکی پرسنل ثبت شود

ج- ارزیابی مواجهه شامل بررسی از نظر نوع مواجهه (آسیب توسط سوزن آلوده ،مواجهه غشا مخاطی یا مواجهه پوستی) ، نوع مایع، شدت مواجهه (شامل مقدار خون و یا ترشحات عمیق یا سطحی بودن مواجهه، میزان مایعات تماس یافته در تماس مخاطی)

د- ارزیابی منبع مواجهه

در صورت مشخص نبودن منبع مواجهه (بیمار) از نظر HBS Ag ، HCV Ab ، HIV Ab بررسی شود و در صورت ممکن از تست های تشخیص سریع Rapid Test استفاده شود.

در صورتی که امکان انجام آزمایشات فوق نیست شرح حال، علائم بالینی و سابقه رفتارهای پرخطر را در نظر بگیرد افرادی که ذیل جزو گروههای پرخطر محسوب می شوند.مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی ، افرادی که سابقه زندان دارند،افرادی که سابقه رفتارهای جنسی پر خطر دارند،همسر یا شرکای جنسی هر یک از گروههای فوق

در مواردی که منبع مشخص نیست با توجه به شیوع پاتوژنهای مستقلی از طریق خون در آن جمعیت باید تصمیم یگری شود در این موارد بهتر است با یک متخصص عفونی مشورت شود.

۵- ارزیابی فرد مواجهه یافته

در فرد مواجهه یافته باید سابقه عفونت HBV,HCV و یا HIV و همچنین سابقه واکسیناسیون هپاتیت B و وضعیت پاسخ به واکسن مورد بررسی قرار گیرد.

در صورت نامشخص بودن وضعیت فرد مواجهه یافته آزمایش پایه برایHIV Ab , HCV AHBs Ab Titer , HBs Ag Ab در اسرع وقت انجام شود.

و- شروع PEP برای فرد مواجهه یافته

PEP برای HIV

معیارهای شروع پروفیلاکسی برای HIV بصورت زیر است

۱- مواجهه در ۷۲ ساعت اخیر اتفاق افتاده باشد.۲- فرد مواجهه یافته مبتلا به عفونت HIV نیست و یا وضعیت نامشخص دارد ۳- مخاط یا پوست آسیب دیده در تماس با مایعات بالقوه عفونی بدن قرار گرفته باشد ۴- منبع مبتلا به عفونت HIV است و یا جزءگروههای پرخطر قرار دارد. پروفیلاکسی باید بلافاصله بعد از تماس شروع شود شروع پرفیلاکسی پس از۷۲ ساعت توصیه نمی شود. در صورت وجود شک درباره میزان خطر پس از مواجهه ،بهتر است پروفیلاکسی بر علیه HIV شروع شده و برای ادامه یا قطع درمان ارجاع شود. در صورتی که شروع درمان پروفیلاکسی بر اساس وجود عوامل خطر بوده است تصمیم گیری برای ادامه درمان براساس نتیجه آزمایش می باشد.

در نحوه PEP برای HIV در صورتی که جراحت پوستی (Percutaneous) با شدت بالا یا کم و یا پاشیدن خون با شدت بالا، اگر منبع مواجهه HIV مثبت باشد یا اگر از نظر HIV وضعیت نامشخص است یا منبع جزو گروههای پرخطر است باید پروفیلاکسی با دو داو شروع شود و اگر منبع جزو گروههای کم خطر (Low Risk) از نظر HIV است شروع PEP توصیه نمی شود.

در صورتی که پاشیدن خون یا سایر مایعات بالقوه عفونی با شدت کم (میزان کم) باشد در صورتی که منبع عفونت HIV مثبت باشد و یا جزو گروههای پرخطر باشد شروع درمان پروفیلاکسی با دو دارو باید مدنظر قرار گیرد.

پروفیلاکسی پس از تماس HBV

وضعیت واکسیناسیون و آنتی باید فرد مواجهه یافته	درمان بر اساس وضعیت منبع		
	HBS Ag مثبت	HBS Ag منفی	منبع نامشخص
غیر واکسینه	HBIG HB Vaccine series	HB Vaccine Series	HB Vaccine Series
واکسینه شده و پاسخ ایمنی مطلوب	نیاز به درمان خاصی نیست	نیاز به درمان خاصی نیست	نیاز به درمان خاصی نیست
واکسینه شده پاسخ ایمنی نامطلوب	HB IG HB Vaccine Series OR HB Ig X2	نیاز به درمان خاصی نیست	نیاز به درمان نیست مگر فرد منبع جزو گروههای پرخطر باشد (اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پرخطر یا شیوع HBS بیش از ۲ درصد)
واکسینه شده با پاسخ ایمنی نامشخص	اگر امکان چک تیتر وجود ندارد یک نوبت واکسن یاد آور یا چک تیتر آنتی بادی *	نیاز به درمان نیست	نیاز به درمان نیست مگر فرد منبع جزو گروههای پرخطر باشد
در حال واکسیناسیون	HBIG کامل کردن واکسیناسیون	کامل کردن واکسیناسیون	کامل کردن واکسیناسیون

ایمنوگلوبولین هپاتیت B را با دوز ۰٫۶ mg/kg داخل عضلانی تا ۷ روز بعد از مواجهه می توان داد.

میزان آنتی بادی مطلوب بالاتر از ۱۰ IU/mL می باشد فرد non responder کسی است که نتیجه آزمایش HBsAb پائین تر از ۱۰ U/mL یک تا دو ماه پس از تکمیل دوره واکسیناسیون است.

در افراد non responder که تنها یک دوره واکسن دریافت کرده اند در صورت نیاز به PEP بهتر است HBIG و شروع مجدد واکسیناسیون انجام شود در non responder که قبلاً دو دوره واکسن دریافت کرده اند دو دوز HBIG به فاصله یک ماه توصیه می شود.

رژیم انتخابی دو دارویی شامل

Zidovudine 300mg BID

Lamivudine 150 mg BID

در صورت بروز اختلالات گوارشی توصیه می شود دارو با غذا مصرف شود

دوره درمان ۲۸ روز می باشد.

عوارضی مانند تهوع ،اسهال،سردرد و خشکی همراه داروهای PEP شایع هستند و می توان با دارو آنها را کنترل کردن و توصیه می شود داروهای PEP همراه با غذا مصرف شوند علاوه بر این عوارض مانند پانکر اتیت و آنمی ونوتروینی در مصرف زیدودین هم وجود دارد.

افراد مواجهه یافته باید از اهدای خون، بافت ،شیردهی در دوره پیگیری خودداری کنند ودر تماس جنسی نیز از کاندوم استفاده نمایند.

برای HCV پروفیلاکسی بعد از تماس وجود ندارد.

ز- پیگیری مواجهه

برای فرد مواجهه یافته بر حسب و ضعیت منبع مواجهه، آزمایشات پیگیری باید در حداقل ۳ و ۶ ماه بعد از مواجهه انجام شود. انجام آزمایشات LFT, CBC , Creatinen در هنگام شروع PEP برای HIV در صورت وجود نشانه ها و علائم مرتبط در حین درمان باید انجام شود.

زنجیره سرما (Cold chain)

به کلیه لوازم، وسایل و تجهیزاتی که از آنها برای نگهداری واکسن در دمای مطلوب استفاده می شود زنجیره سرما گفته می شود یک زنجیره سرمای مناسب سبب می شود واکسن کیفیت مناسبی داشته باشد تا استفاده از آن بتواند برای مصرف کننده ایمنی مناسبی ایجاد نماید.

دمای مطلوب و مناسب برای نگهداری واکسن ها بر حسب سطوح مختلف نظام سلامت متفاوت است اما در سطوح مرکز بهداشت شهرستان، مراکز بهداشتی درمانی خانه بهداشت و پایگاه بهداشتی، دمای مناسب برای نگهداری واکسن ها ۲ تا ۸ درجه سانتیگراد می باشد.

بطور کلی زنجیره سرما از دو بخش تشکیل شده است وسایل نگهداری واکسن و ابزارهای کنترل درجه حرارت زنجیره سرما

۱-وسایل نگهداری واکسن وسایل نگهداری واکسن شامل یخچال واکسن ، واکسن کریرVaccine Carrier و کلدباکس Cold box می باشند

یخچال: هر یخچال دو بخش دارد قسمت اصلی که واکسنها در آن نگهداری می شوند دمای آن ۸-۲ درجه سانتیگراد باید باشد و قسمت دیگر فریزر است دمای ۱۵- تا۵- درجه. در استفاده از یخچال باید نکات عمده زیر را مدنظر قرار دهد.

۱- یخچال کاملا تراز وفاصله آن تا دیوار ۲۰-۱۵ سانتی متر بود و تراز باشد و دو شاخه آن به پریز برق با چسب، محکم شده باشد

۲-واکسن های حساس به گرما شامل واکسن OPV BCG و MMR در طبقه فوقانی و واکسن های حساس به یخ زدگی(سرما) شامل واکسن هپاتیت، ثلاث، پنج گانه، واکسن دوگانه در طبقه میانی قرار گیرند و ترمومتر نیز در همین طبقه باید باشد.

۳- حلال واکسن های فوق الذکر در کنار واکسن ها باشد

۴- واکسن ها بصورت مجزا در داخل سبدهای در داخل یخچال نگهداری شوند و واکسنهای حساس به سرما (هپاتیت B، سه گانه و دوگانه) نباید با جدار داخلی یخچال در تماس باشند

۵- در طبقه تحتانی شیشه های حاوی آب نمک قرار گیرند

۶-از نگهداری واکسن و یا حلالها در درب یخچال خودداری شود و هیچ دارو یا موادغذایی در داخل یخچال نگهداری نشود

واکسن کریر و کلدباکس

از این وسایل برای نگهداری موقت و کوتاه مدت اکسن استفاده می شود

موارد استفاده از واکسن کریر یا کلدباکس

۱- برای نگهداری کوتاه مدت واکسن ها هنگام تمیز کردن یخچال واکسن

۲-برای نگهداری واکسن های مورد استفاده روزانه در صورتی که تعداد مراجعین زیاد باشد.

۳-حمل نقل واکسن به مرکز بهداشتی درمانی یا به خانه بهداشت

۴-هنگام قطع برق یا خرابی یخچال واکسن

نکات مورد توجه در استفاده از واکسن کریر وکلد باکس

۱-قبل از انتقال واکسن ها به داخل این وسایل باید دمای آنها به ۸-۲ درجه سانتیگراد برسد

۲-به تعداد مناسب Ice bag (کیسه یخ) و یک ترمومتر در داخل واکسن کریر یا کلدباکس قرار گیرد . کیسه یخ ها را در چهار طرف واکسن کریر یا کلدباکس و در صورت نیاز کف آن قرار دهید و یک foam pad را روی انها قرار دهید.

۳- بعد از خارج کردن کیسه یخ ها از فریزر آن ها در هوای اتاق قرار دهید تا یک لایه نازک آب بین جدار داخلی ظرف و یخ ایجاد شود و سپس کیسه های یخ را در داخل واکسن کریر یا کلد باکس قرار دهید این عمل مانع از یخ زدگی واکسن های حساس به سرما می شود

۴-واکسن ها در داخل یک ظرف یا فوم در واکسن کریر قرار دهید و از تماس مستقیم واکسن ها بخصوص انواع حساس به سرما با کیسه یخ خودداری شود.

۵-درب واکسن کریر یا کلدباکس محکم بسته شود و در زودترین زمان ممکن واکسن ها را به یخچال واکسن انتقال دهید.

ابزارهای نظارتی زنجیره سرما

ابزارهای نظارتی عمده در سطح مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشتی شامل ۱- دماسنج و چارت ثبت درجه حرارت روی درب یخچال ۲-شاخص ویال واکسن VVM(Vaccine vial monitor) بعنوان نشانگر گرمایی ۳- و Freeze Tag بعنوان نشانگر یخ زدگی (سرما)

بطور معمول روزی دوبار در شروع کار و پایان کار باید با استفاده از دماسنج دمای یخچال واکسن کنترل شده و در فرم نمودار ثبت درجه حرارت نصب شده بر روی درب یخچال ثبت شود این ابزار وابسته به شخص بوده که آیا دمای قرائت شده از دماسنج در نمودار درجه حرارت صحیح ثبت شود یا خیر. و همچنین دمای یخچال در دو نقطه از شبانه روز کنترل و ثبت می شود اما ابزاری ساده است که اهمیت زنجیره سرما را به واکسیناتور هر روز یادآوری می کند.

شاخص ویال واکسن (VVM): نشانگر گرمایی (heat-marker) است. VVM بشکل یک دایره (تیره، بنفش یا خاکستری) است که در وسط آن یک مربع سفید قرار دارد که در این مربع یک ماده حساس به گرما وجود دارد وقتی واکسن تحت گرما قرار می گیرد تاثیر تجمعی گرما در طول زمان باعث تغییر رنگ مربع سفید میشود تا زمانی که مربع وسط کاملا سفید است نشان می دهد که این واکسن در بهترین وضعیت از نظر دما نگهداری شده است و حداکثر کیفیت را دارد. زمانی که مربع وسط تغییر رنگ داده اما کم رنگتر از دایره اطرافش می باشد نشان می دهد کیفیت واکسن افت نموده اما هنوز حداقل کیفیت رادارد چنین واکسن های باید در اولویت استفاده قرار گیرند. اما اگر مربع وسط از دایره اطرافش پررنگ تر شود واکسن حداقل کیفیت برای استفاده را ندارد و نباید مورد استفاده قرار گیرد مزایای این ابزار این است که تاثیر تجمعی گرما را نشان می دهد. و همچنین وصحت آن وابسته به شخص نیست.

با توجه به اینکه مدت زمان نگهداری واکسن مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت یک ماه می باشد واکسن باید تعداد موردنیاز واکسن درخواست شود بطور ساده می توان با استفاده از فرمول زیر تعداد موردنیاز ماهیانه هر واکسن را محاسبه نمود.

= تعداد دوزهای موردنیاز برای هر واکسن

۲۰ درصد عدد حاصل + (جمعیت هدف ماهیانه× تعداد نوبت های واکسن در برنامه واکسیناسیون)

پایش برنامه ایمنسازی مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت

پایش به نظارت مستمر و منظم بر کلیه مراحل یک برنامه در طول اجرا اطلاق میشود تا برنامه مطابق با معیارها و ضوابط و استانداردهای مشخص شده، انجام شود. بنابراین پایش یک برنامه در طول اجرای آن است و می تواند به کارکنان و مدیران کمک کند تا وضعیت اجرای یک برنامه، مشکلات برنامه و به تبع آن اقدامات و مداخلاتی را که می توانند منجر به بهبود برنامه شوند را مشخص نماید.

برای پایش برنامه ایمنسازی باید این برنامه را به مراحلی و اجزایی تقسیم کنیم و هر یک از این مراحل را بصورت کامل و دقیق مورد ارزیابی قرار دهیم تقسیم بندی برنامه ایمنسازی به اجزاء و مراحل مختلف بصورت های متفاوتی صورت می گیرد مثلاً می توان برنامه ایمنسازی را به پنج جز۱-ارائه خدمت، ۲-تامین واکسن، کیفیت و پشتیبانی،۳-مراقبت و پایش، ۴-حمایت و ارتباطات و۵- مدیریت برنامه تقسیم نمود و در برنامه پایش هر کدام از اجزاء را مورد ارزیابی قرار داد اما جهت سهولت اجرای پایش ایمنسازی، بصورت زیر نیز می توان تقسیم بندی نمود.

الف) inpit ورودی یا درون داد

منظور کلیه منابع، امکانات، ابزار و وسایلی است که جهت انجام برنامه واکسیناسیون موردنیاز است که بصورت کلی شامل موارد زیر است.

-فضای فیزیکی و تجهیزات: بطور معمول در هر خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی یک اتاق و تجهیزات مانند تخت و پاراوان برای واکسیناسیون وجود دارد باید این فضا یک محیط جذاب و جالب برای کودکان باشد بعنوان مثال وجود چند عروسک یا پوسترهای جالب برای کودکان

-سرنگ و سفتی واکسن و سایر وسایل: بصورت معمول بهترین سرنگ ها برای واکسیناسیون سرنگ های AD(Auto Disable) می باشند که پس از یکبار استفاده قابل استفاده مجدد نیستند.

-واکسن: هر واحد بهداشتی بر اساس جمعیت هدف نیاز ماهانه مشخصی برای واکسن دارد و درخواست واکسن باید بر اساس نیاز باشد. و باید واکسن های در شرایط مناسب نگهداری شوند و تا کیفیت لازم را برای ایجاد ایمنی مناسب داشته باشند بعنوان مثال VVM نصب شده بر روی واکسن می تواند کمک کند آیا واکسن حداقل کیفیت لازم برای واکسیناسیون را دارد یا خیر

-زنجیره سرما: زنجیره سرما یک بخش با اهمیت در واکسیناسیون است که در خصوص شرایط و ویژگی های آن در بخش مربوطه توضیحات لازم وجود دارد اما نکته قابل تاکید آن است که یک برنامه ایمنسازی بدون یک سیستم زنجیره سرما مطمئن نمی تواند از کیفیت لازم برخوردار شود.

-کارکنان واحد واکسیناسیون: این کارکنان باید مهارت کافی داشته و آموزش های لازم را دریافت کرده باشند و هر سال در خصوص واکسیناسیون بازآموزی مجدد صورت گیرد.

-جمعیت هدف: جمعیت هدف شامل کودکان و والدین آنها است برای موفق بودن یک برنامه سلامت و رسیدن به اهداف موردنظر مشارکت مردم یک اصل اساسی باشد برای انجام واکسیناسیون کامل و بموقع کودکان باید والدین آنها بخوبی در خصوص واکسیناسیون و منافع آنها آگاه باشند بنابراین آموزش و اطلاع رسانی در این گروه اهمیت زیادی دارد.

ب) Process عملیات (فرآیند)

از زمانی که کودک جهت واکسیناسیون به مرکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت مراجعه می کند تا زمانی که بعد از انجام واکسیناسیون آن جا را ترک می کند. در این مرحله رعایت موارد زیر لازم است.

- ✓ برقراری ارتباط مناسب کارکنان بهداشتی با کودک و والدین
- ✓ براساس فرم مراقبت کودک سالم که واکسیناسیون نیز بخشی از مراقبت های آن است زمان صحیح انجام واکسیناسیون کنترل شود.
- ✓ اصول احتیاطات استاندارد در زمان واکسیناسیون رعایت شود که در این مورد شامل شستشو دست ها (یا hand rub) قبل و بعد از واکسیناسون برای هر کودک و جمع آوری و دفع صحیح سوزنها می باشد.
- ✓ نحوه قرارگیری کودک برای واکسیناسیون، مقدار و محل تزریق و تکنیک تزریق بصورت مناسب باشد که در قسمت های مرتبط توضیح داده شده اند.
- ✓ انجام آموزش های ضروری به والدین در خصوص عوارض شایع هر واکسن و اقدامات لازم
- ✓ ثبت واکسیناسیون انجام شده بطور معمول سابقه واکسیناسیون هر کودک در فرم کودک سالم، دفتر ثبت واکسیناسیون و کارت مراقبت کودک (کارت واکسن) ثبت می شود.

ج) output یا خروجی (برون داد) برون داد همان نتیجه بلافاصله بعد از انجام واکسیناسیون است که شامل کودکان واکسینه شده و عوارض ناشی از واکسن می باشد بنابراین ارزیابی کمی پوشش واکسیناسیون و مراقبت عوارض واکسن در بررسی این مرحله ضروری می باشند. با توجه به توضیحات بالا وقتی یک کودک واکسینه می شود درسه سند شامل فرم کودک سالم (در پرونده خانوار) ، دفتر ثبت واکسیناسیون و کارت مراقبت کودک (کارت واکسن) ثبت می شود.

و در هنگام بررسی وضعیت واکسیناسیون یک کودک باید سه نکته را مدنظر قرار داد

۱-کامل بودن واکسیناسیون: به این معنی که کودک تا آن سن خاص تمام واکسن های لازم را طبق برنامه واکسیناسیون کشور دریافت نموده باشد یعنی یک کودک ۱۰ ماهه تمام واکسن های بدو تولد، ۲، ۴ و ۶ ماهگی را دریافت کرده باشد.

۲-بموقع بودن واکسیناسیون: در برنامه واکسیناسیون تاخیر تا سه روز در واکسیناسیون قابل قبول است یعنی اگر تاریخ واکسیناسیون یک کودک در سن ۲ ماهگی ۹۳/۳/۲۰ می باشد انجام واکسیناسیون تا سه روز بعد قابل قبول می باشد و انجام واکسیناسیون بعد از آن، بموقع و در زمان مناسب نمی باشد.

۳-تطابق داشتن سه سند شامل (فرم کودک سالم، دفتر ثبت واکسیناسیون و کارت مراقبت کودک): یعنی ثبت واکسیناسیون در هر سه سند باید بصورت یکسان و با هم همخوانی داشته باشد.

اما اگر بخواهیم به عنوان پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارزیابی از وضعیت واکسیناسیون داشته باشیم چند اقدام توصیه می شود.

۱-هر ماه بطور تصادفی ۱۰-۵ کودک را از دفتر مراقبت کودکان انتخاب کرده وضعیت واکسیناسیون آنها را با توجه به نکات ذکر شده بررسی نمائید.

۲-هر ماه یا دو ماه یکبار بطور تصادفی ۱۰-۵ پرونده خانواده را انتخاب نمائید وضعیت واکسیناسیون کودکان در این پرونده ها را مورد بررسی قرار دهید.

۳-هر۳ ماه یکبار ۵ کارت واکسن را درب خانوارها بخصوص در مناطق سخت دسترس، حاشیه ای، و دور افتاده مورد بررسی قرار دهید.

۴-بررسی ماهانه نمودار پایش ایمنسازی: بطور معمول سه مورد قبلی تا حدودی کمک می کند که تا به یک ارزیابی کمی وضعیت واکسیناسیون دست یابید و اگر در طول سال این بررسی ها تکرار شود درصد اطمینان بالاتری خواهید داشت اما ابزاری که به شما کمک می کند تا وضعیت پوشش واکسیناسیون کودکان هدف برنامه واکسیناسیون را بطور دقیق و با اطمینان بالا در طول سال مورد بررسی قرار دهیم نمودار پایش ایمنسازی است بر اساس نمودار پایش ایمنسازی ما می توانیم بدانیم که از اول سال تا آخر هر ماه، چند درصد از کودکان جمعیت هدف که انتظار می رفته در این مدت واکسینه شوند، واکسن دریافت نموده اند به اختصار نحوه رسم و تفسیر نمودار پایش ایمنسازی به این صورت است.

ابتدا جمعیت هدف سالانه را برای واکسیناسیون مشخص می نمائیم که بر اساس سرشماری اول هر سال، تعداد کودکان زیر یکسال به عنوان جمعیت هدف سالیانه تعیین می شود اگر جمعیت هدف سالانه را بر ۱۲ تقسیم کنیم جمعیت هدف سالانه مشخص می شود مثلاً اگر تعداد افراد زیر یکسال در سرشماری ۲۴۰ نفر باشند جمعیت هدف سالانه واکسیناسیون ۲۴۰ کودک خواهد بود و جمعیت ماهانه موردانتظار برای واکسیناسیون ۲۰ کودک است یعنی انتظار می رود برای هر یک از نوبت های واکسن ها ۲۰ کودک برای واکسیناسیون مراجعه نمایند ۲۰ نفر برای پنتا والان ۲ ماهگی، ۲۰ نفر ۴ ماهگی، ۲۰ نفر ۶ ماهگی)

در نظر بگیرید می خواهیم نمودار پایش ایمنسازی برای نوبت اول و سوم واکسن پنتا والان را در یک صفحه رسم کنیم اگر جمعیت هدف سالانه ۲۴۰ نفر باشد انتظار می رود هر ماه ۲۰ کودک جهت واکسن نوبت اول و ۲۰ کودک جهت نوبت سوم مراجعه نمایند (در نهایت تا آخر سال ۲۴۰ واکسن نوبت اول و ۲۴۰ مورد واکسن نوبت سوم را در جهت هدف تزریق نموده باشیم.)

برای رسم نمودار باید توجه کرد که محور افقی نمودار شامل ماههای سال می باشد و محور عمودی نمودار فراوانی تجمعی (تزایدی) مورد انتظار واکسیناسیون از اول سال تا آخر هر ماه می باشد در زیر نمودار یک جدول شامل دو ردیف برای هر نوبت یک واکسن است که ردیف اول تعداد واکسن تزریق شده جهت جمعیت هدف در آن ماه و ردیف دوم فراوانی تجمعی جهت آن نوبت واکسن است یعنی تعداد واکسن های آن نوبت خاص که از اول دوم فراوانی تجمعی می باشد که باید روی خطوط عمودی رسم شده در نمودار بر اساس تعداد موارد تجمعی برای هر نوبت واکسن در ماه نقطه را مشخص کرد و از وصل نمودن

این نقاط، نمودار پایش ایمنسازی برای هر نوبت واکسن رسم می شود بطور معمول در واکسن های چند نوبتی نمودار نوبت اول و سوم رسم می شود تا امکان ارزیابی افت واکسیناسیون نیز امکانپذیر شود.. در تفسیر این نمودار باید به موارد زیر توجه کرد.

بر روی نمودار دو خط یکی بصورت ممتد و دیگری نقطه چین رسم شده اند اگر هر یک از نقاط نمودار رسم شده برای هر یک از نوبت های واکسن روی خط ممتد قرار گیرد به این معنی است که پوشش واکسیناسیون جمعیت هدف برای واکسن موردنظر تا آن زمان خاص صددرصد می باشد و اگر روی خط نقطه چین قرار گیرد به این معنی است که پوشش واکسیناسیون تا این زمان ۹۰ درصد است (۹۰ درصد کودکانی که قرار بوده تا این زمان واکسینه شوند، واکسینه شده اند) در صورتی که نقاط نمودار رسم شده بین این دو خط باشد وضعیت قابل قبول است و نشان می دهد که ۹۰ تا ۱۰۰ درصد کودکان موردانتظار برای واکسیناسیون، واکسینه شده اند لازم به ذکر است که هر چه پوشش به صددرصد نزدیک ترباشد مطلوب تر است.

بطور کلی در چهار حالت خاص این نمودار در خصوص پوشش واکسیناسیون در وضعیت هشداری می باشد.

۱-زمانی که نمودار زیرخط نقطه چین (خط ۹۰ درصد) می باشد و بدین معنی است که کمتر از ۹۰ درصد کودکان موردانتظار برای واکسیناسیون در این مدت، واکسینه شده اند (نقطه الف در نمودار ۱) علل مختلفی می تواند سبب کاهش نمودار به زیر خط ۹۰ درصد شود شامل عدم مراجعه کودکان برای واکسیناسیون است که خود می تواند به علل مختلفی علت نارضایتی مردم از ارائه خدمات (بعلت برخورد نامناسب ، معطلی زیاد، کیفیت نامناسب خدمات ...) باشد یا عدم آگاهی کافی والدین و در نتیجه مراجعه بموقع برای واکسیناسیون صورت نمی گیرد و عدم پیگیری موارد تاخیر واکسیناسیون باشد و همچنینت این وضعیت به علت برآورد بیش از حد جمعیت هدف یا اشتباه در آمار واکسیناسیون باشد.

۲-موقعی که نمودار برای چند ماه متوالی بالای خط ممتد (۱۰۰ درصد) قرار می گیرد تعیین جمعیت هدف سالانه و ماهانه بر این فرض استوار است که تعداد تولدها در سال جاری مشابه تعداد تولدها در سال قبل باشد و نیز توزیع فراوانی تولدها بر حسب ماههای سال یکسان باشد و این فرض ها همیشه صادق نمی باشند بنابراین بخصوص در ماه های اول سال ممکن است بعلت بالا بودن تعداد تولدها در ماه های متناظر برای واکسیناسیون بالا باشد و نمودار بطور جزیی از خط ممتد بالا رود اما این نمی تواند بیشتر از دو تا ۳ ماه ادامه یابد و نمودار باید به خط ۱۰۰ درصد برگردد اگر نمودار پایش ایمنسازی از خط ممتد بطور قابل توجهی بالاتر است موارد زیر را می توان بعنوان علل آن نام برد واکسیناسیون جمعیت متفرقه که جزو جمعیت هدف نیستند و سپس وارد کردن داده های واکسیناسیون این جمعیت متفرقه در نمودار ایمنسازی ، همچنین کم برآورد کردن جمعیت هدف و اشتباه در آمار یا رسم نموار هم می تواند از علل آن باشد.

۳-شیب نمودار کم یا زیاد شود

بطور معمول قابل انتظار است که نمودار با یک شیب ۴۵ درجه در طول سال پیشرفت نماید اگر شیب نمودار ازیک کمتر از این حد باشد نشان می دهد در آن بازه زمانی خاصی اتفاقی در خصوص واکسیناسیون افتاده است بعنوان مثال تعداد موارد واکسینه شدن در آن بازه زمانی از حد انتظار فراتر رفته یا کمتر شده است مثلاً به علت نبود یا کمبود واکسن به تعداد موردانتظار کودک واکسینه نشده است یا بعلت عدم انجام واکسیناسیون در ماههای قبلی در این بازه زمانی خاص تعداد زیادی کودک واکسینه شده اند اشتباه در آمار واکسیناسیون و رسم نمودار هم از علل آن می تواند باشد.

۴-فاصله گرفتن نمودار نوبت اول و سوم یک واکسن

به علت اینکه جمعیت هدف برای دو نوبت یک واکسن یکسان است انتظار می رود نمودار نوبت اول و سوم این واکسن به هم خیلی نزدیک یا منطبق باشند اگر نمودار در یک بازه زمانی نوبت سوم بطور قابل توجهی از نمودار نوبت اول پائین تر باشد

(بیش از سه درصد) نشان دهنده اشکالی در وضعیت واکسیناسیون می باشد این وضعیت به عللی مانند کیفیت نامناسب ارائه خدمات و نارضایتی مردم جهت مراجعه نوبت های بعدی واکسن یا مهاجرت می توان باشد.

پس از لازم است در پایش برنامه ایمنسازی در باید هر ماه باید پزشک مرکز بهداشتی درمانی نمودار پایش ایمنسازی را کنترل نموده و در صورت وجود اشکالات پیشگفت، ضمن بررسی علل و انجام مداخلات لازم بصورت کتبی گزارشی را جهت بررسی علل و مداخلات ضروری و نتایج حاصل شده را توسط تیم واکسیناسیون تهیه و بایگانی نماید.

د) مرحله effect (اثر)

این مرحله یعنی نتایج کوتاه مدت واکسیناسیون که شامل ایجاد آنتی بادی و ایمن شدن فرد بر علیه بیماری موردنظر است پس لازم است برای بررسی این مرحله در کودکان یک جمعیت یک بررسی سرواپیدمیولوژی صورت گیرد و درصد کودکانی که سطح آنتی بادی آنها در سطح مطلوب است مورد محاسبه قرار گیرد.

بعنوان مثال حد مطلوب میزان آنتی بادی در واکسیناسیون هپاتیت B، IU/Lit ۱۰ است.

ه) مرحله Out come یا پیامد

بعد از انجام واکسیناسیون و ایجاد ایمنی در جمعیت انتظار می رود میزان بروز، شیوع، مرگ و میر و ناتوانی بیماری های قابل پیشگیری با واکسن کاهش پیدا کند بنابراین بررسی این شاخص می تواند کمک کند که نشان داد آیا واکسیناسیون پیامدهای مطلوبی داشته یا خیر.

برای محاسبه این شاخص ها و ارزیابی این مرحله لازم است که تمام بیماری های قابل پیشگیری با واکسن جزو بیماری های نظام مراقبت کشور باشند بنابراین لازم است بطور منظم و مستمر از سطوح محیطی (خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی، مطب پزشکان، بیمارستانها ...) گزارش موارد مشکوک، محتمل و قطعی این بیماریها به مرکز بهداشت شهرستان ارسال شود تا امکان محاسبه شاخص ها فوق الذکر وجود داشته باشد.

اما در سطح یک مرکز بهداشتی درمانی این شاخص ها در خیلی مواقع قابل محاسبه نیستند و بهتر است بجای آن از وضعیت گزارش دهی بیماری های قابل پیشگیری با واکسن استفاده نمود. بطور معمول بیماری های قابل پیشگیری یا واکسن بر اساس بازه زمانی هفتگی (مانند فلج اطفال) و ماهیانه (سل ، دیفتری و کزاز) باید گزارش دهی شوند بنابراین در بررسی مرحله Out come باید کامل بودن و بهنگام بودن گزارش دهی این بیماری در مرکز بهداشتی درمانی و خانه بهداشت مورد توجه قرار گیرد محاسبه شاخص های کامل بودن و بهنگام بودن بصورت زیر است :

$$\text{درصد کامل بودن گزارش دهی} = \frac{\text{تعداد گزارشات ارسال شده (هفتگی یا ماهیانه) در یک بازه زمانی}}{\text{تعداد گزارشات موارد انتظار (هفتگی ماهیانه یا) در همان بازه}} \times 100$$

$$\text{درصد به هنگام بودن گزارش دهی} = \frac{\text{تعداد گزارشات هفتگی ماهیانه بموقع ارسال شده}}{\text{کل تعداد گزارشات هفتگی یا ماهیانه ارسال شده}} \times 100$$

بطور معمول گزارشات مربوط به ۲ ماه در ۵-۳ روز اول ماه بعد از خانه بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی و در طی ۱۰-۵ روز اول ماه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شوند.

و) Impact (نتیجه نهایی)

یعنی نهایتاً انجام واکسیناسیون باید سبب ارتقاء سطح سلامت یا جامعه شود که اندازه گیری این مرحله با نشانگر مانند DALYS (یا میزان عمر سالم از دست رفته) و یا نشانگر دیگر صورت می گیرد که معمولاً در بررسی های کشوری هر چند سال یکبار مورد محاسبه قرار می گیرند.

نحوه تهیه یک گزارش فنی در خصوص واکسیناسیون

بطور معمول لازم است هر سال یک تا ۹ بار وضعیت واکسیناسیون مورد بررسی قرار گیرد و گزارش کتبی از وضعیت واکسیناسیون تهیه شود و هر زمان که در خصوص کیفیت واکسیناسیون یا کمیت آن تردیدی وجود دارد بهتر است این کار انجام شود.

در تهیه این گزارش فنی باید به ترتیب بر اساس مراحل شش گانه توضیح داده شده تمام مراحل برنامه واکسیناسیون را مورد بررسی قرار داد و در گزارش گنجانده شود البته لازم به ذکر است که در تهیه گزارش فنی واکسیناسیون بطور معمول در یک مرکز بهداشتی درمانی و خانه بهداشت معمولاً مراحل چهارم (effect) و مرحله Impact مورد ارزیابی قرار نمی گیرند.

فصل نوزدهم:

کنترل و پیشگیری بیماری های غیرواگیر در جامعه

کنترل و پیشگیری بیماریهای غیرواگیر در جامعه

برنامه های کنترل و پیشگیری از بیماری های غیرواگیر در یک جامعه مبتنی بر چهار سطح پیشگیری شامل پیشگیری اساسی، اولیه، ثانویه و ثالثیه طراحی می شوند و در هر سطح اقدامات و مداخلات خاصی صورت می گیرد تا متناسب با آن میزان بروز، شیوع، عوارض، ناتوانی و مرگ ناشی از این بیماری ها کاهش یابد.

سطوح پیشگیری مکمل یکدیگر می باشند.این که در هر سطح پیشگیری چقدر بتوان مداخله انجام داد بستگی به میزان شناخت دقیق از سیر طبیعی بیماری شامل مراحل بیماری، مدت زمان مراحل مختلف، عوامل خطر بیماری بخصوص عوامل خطر قابل تغییر ، امکان تشخیص بیماری در مراحل ناپیدا و مراحل اولیه بالینی و وجود روش درمانی موثر برای بیماری دارد چهار سطح پیشگیری از بیماری های غیر واگیر عبارتند.

۱-پیشگیری اساسی (نخستین، ابتدایی، مقدماتی) primordial prevention

در این نوع پیشگیری، مداخلات و اقداماتی انجام می شود که با جلوگیری از ایجاد عوامل خطر در یک شخص یا جامعه امکان بروز بعدی بیماری کاهش یابد. به این معنی که تلاش می شود عادات، رفتارها، شرایط محیطی، اقتصادی و اجتماعی که بعنوان عوامل خطر یک بیماری محسوب می شوند در فرد یا جامعه شکل نگیرد و ایجاد نشوند. بعنوان مثال سیگار کشیدن یک عامل خطر برای سرطان ریه است اگر به کودکان در خصوص سیگار و تاثیرات سوء آن بر سلامتی آموزش دهیم تا از اعتیاد به سیگار پیشگیری شود یا در سیاستگذاری مالیات سیگار و در نتیجه قیمت آن افزایش داده شود و یا محدودیتهای در دسترسی و عرضه آن به کودکان و نوجوانان ایجاد شود مداخلاتی در سطح پیشگیری اساسی انجام داده ایم. اگر به کودکان آموزش دهیم که فعالیت فیزیکی کافی، تغذیه سالم و وزن مناسب داشته باشند و شرایطی محیطی را فراهم کنیم که این رفتارهای سالم در فرد ایجاد و تثبیت شوند پیشگیری مقدماتی برای بیماری های مانند دیابت، بیماری های قلبی عروقی و سرطانها انجام داده ایم. در سطح جامعه هم هر گونه اقدامی که از ایجاد عوامل خطر به شکل شرایط محیطی، اجتماعی و اقتصادی ناسالم جلوگیری کند پیشگیری اساسی است. بعنوان مثال اگر شرایط اقتصادی یک جامعه را اصلاح شود تا در آن جامعه فقر بوجود نیاید یک نوع پیشگیری اساسی در سوءتغذیه کودکان است. بنابراین در پیشگیری اساسی هم در سطح فردی و هم با ایجاد شرایط مناسب اجتماعی اقتصادی، آموزشی در سطح یک جامعه سعی می شود تا از بروز و شکل گیری عوامل خطر بیماری جلوگیری و با کاهش عوامل خطر ، بروز آن بیماری کاهش یابد. لذا در پیشگیری اساسی تلاشهای معطوف به کودکان یا گروههایی از جامعه است که در آنها عوامل خطر بیماری هنوز ایجاد نشده است.

۲-پیشگیری اولیه primary prevention

پیشگیری اولیه زمانی انجام می شود که عوامل خطر یک بیماری یا مشکل سلامتی در فرد وجود دارند و سعی می شود با کاهش یا حذف این عوامل خطر از ایجاد بیماری جلوگیری شود.. مثلاً فردی که اضافه وزن دارد، فعالیت فیزیکی کافی ندارد و تغذیه او نامناسب است مستعد ابتلا به دیابت نوع ۲ و سایر بیماری های غیر واگیر مانند بیماری های قلبی عروقی و سرطانها است اگر سعی شود یک یا چند عامل خطر را در این فرد حذف کنیم یا کاهش دهیم پیشگیری اولیه در خصوص این بیماری ها انجام شده است.

منظور از عامل خطر، هر عاملی است که وجود آن احتمال ایجاد بیماری را افزایش دهد. بطورکلی بیماریهای غیر واگیر عوامل خطر مشترکی دارند که عمدتاً شامل عوامل خطر رفتاری و عوامل خطر فیزیولوژیک یا متابولیک می باشند.معمولاً عوامل خطر رفتاری ابتدا در طی فرآیند اجتماعی شدن بعنوان سبک ناسالم زندگی از نظر سلامت شکل می گیرند که عمدتاً شامل

استعمال دخانیات، فعالیت فیزیکی ناکافی، تغذیه نامناسب و مصرف الکل می باشند و این عوامل خطر رفتاری منجر و یا همراه با عوامل خطر متابولیک می شوند که شامل پرفشاری خون، افزایش چربی های خون، افزایش قند خون و وزن نامناسب(اضافه وزن یا چاقی) می شوند.عوامل خطر فوق همگی عوامل خطر قابل اصلاح یا قابل تغییر می باشند.

عوامل خطر هر بیماری به دو گروه عوامل خطر قابل تغییر(استعمال دخانیات، کم بودن فعالیت جسمانی، تغذیه ناسالم و....) یا غیر قابل تغییر(سن، جنسیت، سابقه خانوادگی بیماری و ارثی....) تقسیم بندی می شوند که شناخت هر دو گروه عوامل اهمیت دارد عوامل خطر قابل تغییر را می توان حذف یا تعدیل کرد و از این طریق امکان بروز بعدی بیماری را کاهش داد. اما عوامل خطر غیرقابل تغییر هم اهمیت دارند در فردی که عوامل خطر غیر قابل تغییر وجود دارد باید عوامل خطر قابل تغییر را با شدت بیشتری کنترل نمود. بعنوان مثال اگر فردی سابقه خانوادگی دیابت نوع ۲ دارد این فرد باید تلاش بیشتری در جهت داشتن سبک سالم زندگی داشته باشد و عوامل خطر قابل تغییر دیابت مانند بی تحرکی و وزن نامناسب، و تغذیه ناسالم را بشدت کنترل کند. علت این است که وجود چند عامل خطر در یک فرد اثر تجمیعی یا تشدیدی در ایجاد بیماری دارند بنابراین فردی که یک عامل خطر غیر قابل تغییر دارد باید سایر عوامل خطر را بشدت کنترل نماید تا از ایجاد این اثرات تشدیدی یا تجمیعی جلوگیری شود. بخصوص در مورد بیماری های قلبی عروقی که عوامل خطر متعدد دریک فرد اثرات تشدیدی در ایجاد بیماری دارند.

بطور کلی دو راهکار یا استراتژی در پیشگیری اولیه وجود دارد.

الف) راهکار جمعیتی mass population strategy

به این معنی که سعی می شود میانگین یا متوسط سطح یک عامل خطر را در یک جامعه کاهش داده شود به طور مثال انجام اقداماتی در جهت کاهش میزان مصرف نمک یا کاهش میانگین کلسترول خون یا فشار خون در جامعه باعث کاهش بیماریهای قلبی عروقی در آن جامعه می شود که نیازمند انجام تغییراتی بخصوص تغییرات رفتاری در آن جامعه است.

ب) راهکار گروه پرخطر High risk groups Strategy

به این معنی افراد با گروه هایی از جمعیت که دارای عوامل خطر یک بیماری هستند را شناسایی نمود و اقدامات لازم برای حذف و کاهش عوامل خطر را در آنها انجام داد به طور مثال افراد چاق یک گروه پرخطر برای دیابت نوع دو می باشند می توان با شناسایی این افراد ، آموزش و اتجام اقداماتی برای آنها خطر بیماری را در آنها کاهش داد.

این که در مورد یک بیماری تا چه اندازه می توان از پیشگیری اولیه استفاده نمود بستگی به میزان شناخت از عوامل خطر بخصوص عوامل خطر قابل تغییر آن بیماری دارد مثلاً در بیماری دیابت یا بیماری قلبی غروقی این عوامل خطر بخوبی شناسایی شده اند و پیشگیری اولیه در خصوص این بیماری کاربرد گسترده ای دارد اما در خصوص لنفومها یا سرطان پروستات عوامل خطر قابل تغییر بخوبی شناسایی نشده اند بنابراین پیشگیری اولیه پررنگ نمی باشد.

۳- پیشگیری ثانویه secondary prevention

در سیر طبیعی یک بیماری زمانی که بیماری در مرحله ناآشکار یا مراحل اولیه بالینی است ممکن است بتوان با تشخیص زود هنگام و درمان مناسب بیماری، سیر بیماری را کند یا حتی متوقف نمود به این اقدامات پیشگیری ثانویه گفته می شود. لذا این روش پیشگیری در خصوص بیماری های قابل انجام است که اولاً بتوان بیماری را در مرحله ناآشکار ویا مراحل اولیه بیماریزایی با یک روش بی خطر و صحیح تشخیص داد و ثانیاً درمان موثری هم برای کند کردن یا متوقف کردن سیر بیماری وجود داشته باشد. بطور مثال در خصوص بیماری دیابت یا فشار خون هم می توان بیماری را در مراحل پنهان و اولیه تشخیص داد و هم روشهای درمان موثری برای کنترل این بیماری ها وجود دارد اما در سرطان ریه با توجه به عدم وجود درمانی موثر، پیشگیری ثانویه ارزش اندکی دارد.

در خصوص سرطانهای مختلفی مثل سرطان پستان، پروستات،روده بزرگ یا بیماری های دیابت و پرفشاری خون و..... یا بیماریهای کودکان مانند کم کاری مادرزادی تیروئید و یا بیماری فنیل کتونوری و .... این نوع پیشگیری در جامعه صورت می گیرد که با تشخیص به هنگام و درمان مناسب می توان سیر این بیماری ها را کند یا متوقف کرد.

۴-پیشگیری ثالثیه Tertiary prevention

زمانی که یک بیماری به مراحل بالینی پیشرفته می رسد هر اقدامی که در جهت جلوگیری یا تاخیر در مرگ، کند کردن پیشرفت عوارض، کم کردن درد و رنج بیمار و تطابق بیمار با وضعیت غیر قابل درمان انجام شود را پیشگیری ثالثیه گفته می شود. بنابراین عمدتاً اقدامات و مداخلات این مرحله شامل بازتوانی یا توانبخشی می باشد به طور مثال فردی که بر اثر پرفشاری خون دچار سکته مغزی شده است و همی پلژی در او ایجاد شده است با فیزیوتراپی سعی می کنیم تا آنجا که امکان دارد ناتوانی او را کاهش داد یا از پیشرفت آن جلوگیری کرد.

برنامه های کنترل و پیشگیری از بیماری های غیرواگیر در ایران

اساس برنامه های کنترل و پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر بر پایه سیرطبیعی بیماری و سطوح مختلف پیشگیری می باشند بطور مثال اگر بیماری دیابت نوع ۲ را در نظر بگیریم وقتی که نوزادی متولد می شود در طی زندگی و فرایند اجتماعی شدن الگو یا سبک زندگی در او شکل می گیرد. سبک زندگی ممکن است بصورت عادات، رفتارها یا شرایطی باشد که برای بیماری دیابت عامل خطر محسوب می شوند مانند کم تحرکی، تغذیه ناسالم، چاقی.

یک فرد سالها این عوامل خطر را دارد با تاثیر آنها، فرد وارد مرحله پره دیابتیک شده و این مرحله را سالها طی کرده نهایتاً فرد دچار بیماری دیابت می شود وقتی هم که فرد دچار بیماری می شود سالها بیماری بصورت ناآشکار بوده و یا علائم و نشانه های کمی دارد و سرانجام بیماری با علائم و نشانه های بارز بروز می نماید در صورت عدم کنترل مناسب بیماری عوارض مختلفی ایجاد شده و یا منجر به مرگ فرد می شود. لذا برای این فرد فرصت های مختلفی برای پیشگیری در مراحل مختلف سیر بیماری وجود داشته است بدین معنی که با ایجاد عادات و رفتار صحیح در دوره کودکی یک الگوی سالم زندگی از نظر سلامتی بوجود می آمد که منجر به شکل گیری عوامل خطر بیماری نمی شد (پیشگیری اساسی). بعد از شکل گیری عوامل خطر با کاهش و حذف عامل خطر امکان جلوگیری از بروز بیماری وجود داشت(پیشگیری اولیه) همچنین در مرحله پنهان و مرحله اولیه نیز امکان تشخیص و کنترل بیماری وجود دارد تا سیر بیماری کند شود (پیشگیری ثانویه) یا عوارض بیماریها را می توان درمان نمود(پیشگیری ثالثیه).

در برنامه کنترل و پیشگیری از بیماریها غیر واگیر در ایران در سطح پیشگیری اساسی و اولیه، برنامه بررسی عوامل خطر بیماری های غیر واگیر وجود دارد و سعی می شود با بررسی وضعیت موجود، شیوع عوامل خطر در جامعه مشخص شود و با اقدامات و مداخلاتی مانند آموزش جامعه و گروه های مختلف و انجام سیاستگذاری تا حد ممکن این عوامل خطر را کاهش داد بر این اساس چندین بار بررسی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در کشور انجام شده است در این بررسی ها مشخص شود که شیوع این عوامل خطر در کشورمان قابل توجه می باشد به طور مثال در سال ۱۳۸۶ در جمعیت بالای ۱۵ سال کشور، حدود ۹۰ درصد مصرف میوه و سبزی ناکافی، ۱۶/۷ درصد چاق، ۱۶/۴ درصد پرفشاری خون، ۹/۶ درصد گلوکز خون بیشتر از ۱۲۵ میلی گرم بر دسی لیتر، ۳۰/۶ درصد کلسترول بیش از ۲۰۰ میلی گرم بر دسی لیتر، ۳۰/۷ درصد فعالیت فیزیکی کمتر از ۶۰ دقیقه در هفته داشتند.

برنامه کنترل وپیشگیری سرطانها

در خصوص سرطان ها نظام ثبت سرطان وجود دارد که با جمع آوری و ثبت تقریباً کامل داده های سرطان از آزمایشگاههای پاتولوژی و سایر مراکز تشخیصی، وضعیت شیوع و الگوی توزیع سرطانها در کشور مشخص می شود. و می توان با شناخت وضعیت فراوانی و توزیع بیماری و و تحلیل های متناسب و براساس نتایج حاصله، مداخلات و اقدامات لازم را در جهت پیشگیری و کنترل این گروه بیماریها انجام داد گرچه تلاشهایی در جهت آموزش و پیشگیری اولیه و تشخیص و درمان زود هنگام این بیماریها به (پیشگیری ثانویه) انجام می شود اما نیاز به برنامه های دقیق و مبتنی بر جمعیت و گروههای پرخطر شامل آموزش جامعه در خصوص سبک سالم زندگی و فراهم نمودن اقدامات تشخیصی و درمانی بخصوص در مراحل اولیه (پیشگیری ثانویه)در جهت ارتقاء سلامت در این زمینه وجود دارد. چون یک سوم سرطانها را می توان با حذف عوامل خطر از بروز آنها پیشگیری نمود و یک سوم دیگر نیز را می توان با تشخیص در مراحل ناآشکار و اولیه قابل درمان می باشند.

برنامه کنترل وپیشگیری سوانح و حوادث

در مورد سوانح و حوادث هم نظام جمع آوری و ثبت داده ها در سطح مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانها وجود دارد و بصورت محدود مداخلاتی در سطح جامعه در جهت پیشگیری و کنترل سوانح و حوادث انجام می شود

. برنامه کنترل و پیشگیری بیماری پرفشاری خون

غربالگری همگانی پرفشاری خون و دیابت در کشور ایران در جمعیت ۳۰ سال و بالاتر، هر سه سال یکبار انجام می شود به این صورت که کلیه افراد بالای ۳۰ سال جمعیت یک خانه بهداشت در فرم غربالگری دیابت و پرفشاری خون ثبت شده سپس افراد با مراجعه به خانه بهداشت دوبار در شرایط استاندار توسط بهورز، فشار خون آنها اندازه گیری می شود در صورتی که میانگین این دوبار اندازه گیری ۱۴۰ میلی متر جیوه یا بالاتر برای فشار خون سیستولیک و ۹۰ میلی متر جیوه یا بالاتر برای فشار دیاستولیک بود این فرد جهت تشخیص بیماری پر فشاری خون به پزشک ارجاع داده می شوده پس از تشخیص بیماری توسط پزشک با تشکیل فرم مراقبت بیماری پرفشاری خون در پرونده خانوار، فرد تحت درمان قرار می گیرد و حداقل هر ماه یک بار توسط بهورز و هر سه ماه یک بار توسط پزشک پیگیری می شود.

در هر خانه بهداشت یک دفتر پیگیری بیماران وجود دارد که ثبت پیگیری ها در این دفتر انجام می شود. هر بهورز در پیگیری ماهانه علاوه بر اندازه گیری فشار خون، وضعیت مصرف دارو تغذیه، عوارض بیماری و...را بررسی نموده در فرم مراقبت بیماری که در پرونده خانوار وجود دارد ثبت می نماید. اگر بیماری فرد کنترل شده باشد لازم است هر سه ماه یکبار توسط پزشک معاینه و بررسی شود نتایج بررسی و معاینات انجام گرفته و دستورات دارویی و غیر دارویی پزشک نیز باید در فرم مراقبت بیماری موجود در پرونده خانوار ثبت می شود. در صورتی که فشارخون بیمار کنترل نباشد لازم است برحسب وضعیت بیمار بصورت فوری یا غیر فوری توسط بهورز به پزشک ارجاع شود..

هنگامی که بعنوان پزشک مرکز بهداشتی درمانی می خواهیم بدانیم وضعیت پیشگیری و کنترل بیماری پرفشاری خون در جمعیت تحت پوشش یک خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی چگونه می باشد می توان با محاسبه نشانگرها در سطوح مختلف پیشگیری، این ارزیابی را انجام داد. و براساس آن مشخص نمود در چه سطح یا سطوحی از پیشگیری این برنامه بخوبی اجرا نمی شود. با مشخص نمودن علل و عوامل تاثیرگذار و انجام مداخلات لازم، به ارتقاء این برنامه کمک نمود.

بر اساس سطوح پیشگیری، نشانگرهای زیر وضعیت کنترل و پیشگیری از بیماری پرفشاری خون را در سطح یک جمعیت نشان می دهد.

پیشگیری اساسی

$$\text{درصد مادران آموزش دیده در خصوص الگوی تغذیه صحیح کودکان} = \frac{\text{تعداد مادران آموزش دیده}}{\text{تعداد مادران با کودک زیر پنج سال}} \times 100$$

$$\text{درصد دانش آموزان آموزش دیده در خصوص سبک سالم زندگی} = \frac{\text{تعداد دانش آموزان آموزش دیده}}{\text{تعداد کل دانش آموزان}} \times 100$$

پیشگیری اولیه

$$\text{درصد جمعیت عمومی بالای ۱۵ سال در خصوص کاهش و حذف عوامل خطر} = \frac{\text{تعداد افراد آموزش دیده}}{\text{جمعیت بالای 15 سال}} \times 100$$

پیشگیری ثانویه

$$\text{درصد جمعیت غربالگری شده} = \frac{\text{تعداد افراد بالای 30 سال غربالگری شده}}{\text{جمعیت بالای 30 سال}} \times 100$$

$$\text{شیوع پرفشاری خون در افراد بالای ۳۰ سال} = \frac{\text{تعداد بیماران بالای 30 سال}}{\text{تعداد افراد غربالگری شده}} \times 100$$

$$\text{درصد بیماران تحت درمان} = \frac{\text{تعداد بیماران تحت درمان}}{\text{کل تعداد بیماران}} \times 100$$

$$\text{درصد پیگیری ماهانه توسط بهورز} = \frac{\text{تعداد پیگیری انجام شده توسط بهورز در یک مدت معین}}{\text{تعداد پیگیری مورد انتظار در همان مدت}} \times 100$$

$$\text{درصد پیگیری سه ماه یکبار توسط پزشک} = \frac{\text{تعداد پیگیری سه ماه توسط پزشک در یک مدت معین (یک سال)}}{\text{تعداد پیگیری مورد انتظار در همان مدت}} \times 100$$

$$\text{درصد بیمارانی که فشار خون کنترل شده دارند} = \frac{\text{تعداد بیماران با فشار خون کنترل شده}}{\text{تعداد بیماران}} \times 100$$

پیشگیری ثالثیه

$$\text{درصد مرگ و میر} = \frac{\text{تعداد بیماران دچار فشار خون قوت شده در مدت یکسال}}{\text{کل بیماران}} \times 100$$

$$\text{درصد عوارض} = \frac{\text{تعداد بیماران با بروز عارضه مرتبط با پر فشاری خون}}{\text{کل بیماران}}$$

با محاسبه نشانگرهای فوق که مرتبط با سطوح مختلف پیشگیری می باشند می توان دریافت که کدام بخش از برنامه کنترل و پیشگیری پر فشاری خون مطلوب نمی باشد و براساس آن می توان مداخلات لازم را برای ارتقاء وضعیت، طراحی نمود.

برنامه کنترل و پیشگیری دیابت

در برنامه کنترل و پیشگیری دیابت در سطح پیشگیری اساسی با آموزش سبک زندگی سالم در جامعه بخصوص برنامه آموزش مادران دارای کودک کمتر از ۵ سال، و دانش آموزان، سعی می شود در کودکان عوامل خطر بیماری دیابت ایجاد نشود(عوامل خطری مانند تغذیه نامناسب، کم بودن فعالیت فیزیکی، اضافه وزن و چاقی)

در سطح پیشگیری اولیه تمام افراد ۳۰ سال و بالاتر در جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت در فرم (دفتر) غربالگری نوشته می شوند.با دعوت و مراجعه این افراد به خانه بهداشت از نظر عوامل خطر دیابت شامل پرفشاری خون، نمایه توده بدنی بیشتر از ۲۵ ، نسبت دور کمر به دور لگن بیشتر از ۱ در آقایان و ۰/۸ در خانم ها، ، وجود سابقه بیماری در خانواده، حامگلی پر خطر (سقط مکرر، وزن نوزاد زمان تولد بیشتر از ۴ کیلوگرم دیابت حاملگی) بررسی می شوند فردی که یکی از این عوامل خطر را داشته باشد بعنوان فرد در معرض خطر می باشد. افرادی که هیچ یک از این عوامل خطر را ندارند سالم تلقی می شوند بنابراین می توان درصد افراد در معرض خطر و شیوع هر یک از عوامل خطر را در جامعه محاسبه نمود. با شناسایی افراد در معرض خطر می توان مداخلات پیشگیری اولیه را در آنها انجام داد.

در مرحله بعد در افراد در معرض خطر، بیماریابی با استفاده از اندازه گیری قند خون ناشتا (FBS) یا تست تحمل گلوکز خوراکی صورت می گیرد در صورتی که FBS کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد فرد سالم، بین ۱۰۰ تا ۱۲۵ فرد پره دیابتیک و ۱۲۶ و بالاتر فرد دیابتی تلقی می شود.

افراد پره دیاپتیک از این نظر اهمیت دارند که می توانند در سیر بیماری به دیابت تبدیل شوند و همچنین خطر ایجاد عوارض ماکروواسکولر مانند سکته قلبی و مغزی در این افراد ۴-۲ برابر افراد با قند خون نرمال است بنابراین در این افراد باید عوامل خطر سبک زندگی اصلاح شود تا از ایجاد دیابت و عوارض عروقی پیشگیری شود و همچنین سالانه یک بار از نظر ایجاد دیابت مورد بررسی قرار گیرند.

افراد با تشخیص دیابت باید تحت درمان قرار گیرند و هر ماه یکبار توسط بهورز پیگیری می شوند در هر بار پیگیری باید میزان FBS، مصرف دارو، عوارض بیماری، تغذیه بیمار، فشارخون BMI توسط بهورز بررسی شده و در فرم مراقبت بیماران دیابتی موجود در پرونده خانوار ثبت می شود.

در صورتی که بیمار تحت درمان، کنترل شده باشد هر سه ماه یکبار باید توسط پزشک مورد بررسی قرار گیرد مواردی زیرباید در بررسی سه ماهه توسط پزشک بررسی شوند.

۱- بررسی قند خون ناشتا و قند خون دو ساعت پس از مصرف غذا

۲- اندازه گیری فشارخون در دو حالت ایستاده و نشسته و بررسی ضربان نبض

۳- اندازه گیری وزن

۴- معاینه اندام تحتانی

۵- بررسی عوارض نوروپاتی، نفروپاتی و رتینوپاتی

۶- بررسی علائم بیماریهای عروق کرونر

۷- بررسی و درمان عوامل خطر بیماریهای عروق کرونر(مصرف دخانیات، چاقی، فشارخون بالا، افزایش چربیهای خون)

۸- بررسی در باره نحوه درمان (فعالیت بدنی، وزن مناسب، رژیم غذایی صحیح، درمان دارویی)

لازم به ذکر است در مواردی که در پیگیری ماهانه توسط بهورز، بیماری کنترل شده نباشد یا عوارض ایجاد شده باشد بسته به شرایط، بیمار به صورت فوری یا غیر فوری به پزشک ارجاع می شود. پزشک نیز باید در فرم مراقبت بیماری در پرونده خانوار نتیجه بررسی و معاینات انجام شده و داروهای تجویز شده را ثبت نماید.
بنابراین مانند برنامه پیشگیری و کنترل پر فشار خون در برنامه کنترل و پیشگیری دیابت نیز با محاسبه نشانگرها در سطوح مختلف پیشگیری می توان این برنامه را ارزیابی نمود.

نشانگرهای مرتبط با پیشگیری اساسی

مشابه نشانگری مورد کاربرد در برنامه پر فشاری خون می باشند.

نشانگرهای مرتبط با پیشگیری اولیه

درصد جمعیت غربالگری شده برای عوامل خطر = $\frac{\text{تعداد افراد غربالگری شده}}{\text{جمعیت بالای 30 سال}} \times 100$

شیوع افراد در معرض خطر = $\frac{\text{تعداد افرادی که حداقل یک عامل خطر دارند}}{\text{تعداد افراد غربالگری شده}}$

شیوع عوامل خطر قابل تغییر = $\frac{\text{تعداد افرادی که حداقل یک عامل خطر قابل تغییر دارند}}{\text{تعداد افراد غربالگری شده}}$

درصد افراد در معرض خطر آموزش دیده در خصوص پیشگیری = $\frac{\text{تعداد افراد در معرض خطر آموزش دیده در خصوص پیشگیری از دیابت}}{\text{تعداد افراد در معرض خطر}} \times 100$

شیوع پره دیابتیک در بالای ۳۰ سال = $\frac{\text{تعداد افراد پره دیابتیک}}{\text{تعداد افراد غربالگری شده}} \times 100$

نشانگرهای مرتبط با پییشگیری ثانویه

درصد انجام بیماریابی در افراد در معرض خطر = $\frac{\text{تعداد افراد در معرض خطر که بیماریابی شده اند}}{\text{تعداد افراد در معرض خطر}} \times 100$

شیوع دیابت در افراد بالای ۳۰ سال = $\frac{\text{تعداد افراد دیابتی}}{\text{تعداد افراد غربالگری شده}} \times 100$

نشانگری دیگر مانند درصد افراد تحت درمان، درصد پیگیری ماهیانه توسط بهورز، درصد پیگیری سه ماه توسط پزشک، درصد بیماران با قند خون کنترل شده نیز مانند نشانگرهای مربوط به پرفشاری خون قابل محاسبه هستند.

نشانگرهای مرتبط با پیشگیری ثالثیه نیز شامل درصد بروز عوارض و میزان مرگ و میر ناشی از دیابت می باشند که مانند نشانگرهای مربوط به پرفشاری خون محاسبه می شوند.

یکی از زمینه های بهداشت عمومی که باید در برنامه کلی از اهمیت زیادی برخوردار شود بهداشت روانی است .بهداشت روانی صرفاً به مراقبت از بیماران روانی اطلاق نمیشود بلکه با بسیاری از جنبه های بهداشت عمومی و بهزیستی افراد جامعه سروکاردارد. براساس آمار موجود چنین تخمین زده میشود که حداقل15 الی 25 درصد از بزرگسالانی که به درمانگا هها و مراکزبهداشتی مراجعه م ینمایند چگونه بیماری جسمی ندارند وبطور جدی نیز دچار بیماری روانی نمیباشند، بلکه تحت فشار،ناراحتی، اضطراب، نگرانی و افسردگی همراه با مسائل روا ن تنی میباشند.

درمان بیماران روانی بطور قابل توجهی در ۲۵ سال گذشته تغییر کرده است در حال حاضر تأکیدبیشتر بردرمان بیماران سرپائی و عرضه خدمات در محل زندگی میباشد تمام تلاش در جهت پیشگیری از بستر یشدن و برگشت بیماران تا نزدیکترین جا به محل زندگی خدمت گیرندگان میباشد و بدون تردید اجرای برنامه پی گیری در داخل خانواده و جامعه در مقایسه با بستری شد نهای مکرر نیزبمراتب از لحاظ اقتصادی بیشتر مقرون به صرفه است.

فصل بیستم :

اختلالات روانی

اختلالات روانی

در مطالعه های بیماران سر پایی کلینیک های عمومی ۳۴٪ بیماران که بوسیله پزشکان عمومی مورد معاینه قرار گرفته بنوعی دچار اختلال روانی بوده اند .بیشترین گروهی که بوسیله روانپزشکان تشخیص داده شد ه اند افسردگی بوده است که در حدود۲۷٪ تمام موارد مراجعین به درمانگاه را تشکیل می دهد.در مطالعه دیگری بیمارستا نهای عمومی دیده شد فقط ۳۶ درصد از بیمارانی که موردپذیرش قرار گرفته بودند دارای هیچگونه مسئله روانی نبودند ودر حدود ۴۱ درصد از مشکلات عاطفی و ۱۰ درصد ازاختلالات روا ن تنی و ۱۲ درصد از هر دو اختلال جسمی وروانی در رنج بوده اند.در این مطالعه ۴۳ درصد کل موارد بیماران مبتلا به افسردگی بود ه اند که بالاترین رقم را تشکیل میدهند، نتیجه تحقیقات نشان داده است ۸۰٪ از اختلالات روانی به پزشکان عمومی مراجعه می نمایند و ۱۶ درصد به متخصص دیگر به غیر از روانپزشک و فقط ۴ درصد در وهله اول به روانپزشک مراجعه مینمایند.

تعداد زیادی از بیماران مبتلا به اختلالات روانی به طور سرپایی به پزشکان عمومی و یا بخشهای پزشکی ارجاع می شود . حقیقت اینست که اکثریت مبتلا به اختلالات روانی ترجیح میدهند بوسیله یک پزشک عمومی درمان شوند و این امر از اهمیت زیادی برخوردار است که در برنامه بهداشت روانی در سطح کشور باید مد نظر قرار گیرد.

تاکنون بررسی همه گیر شناسی جامعی در سطح کشور انجام نگرفته است.اما بر اساس مطالعات انجام گرفته جمعیتی در حدود ۱۹-۱۱درصد از افراد بالغ کشور مبتلا به یکی از اختلالات روانی هستند.

بنابراین توجه به اختلالات روانی از جهات بسیاری باید مورد توجه قرار بگیرد..موارد زیر ضرورت اقدامات پیشگیرانه،تشخیص سریع وبه موقع ،درمان مناسب وپیگیری مستمر را ایجاب می کند.

۱-ازدیاد روز افزون شمار بیماران روانی

۲-کاهش کارایی بیماران وضرر وزیان ناشی از ابتلابه بیماری برای فرد –خانواده –جامعه

۳-وجودنگرش منفی درزمینه بیماری روانی واحساس شرم خانواده بیمار

۴-ایجاد اثرات سوء بیماری بر بهداشت روانی در خانواده بیماران _جامعه واطرافیان

۵-عدم تمایل فرد به اظهار وجود بیماری ومراجعه جهت درمان به موقع

۶-شروع تدریجی وبی سروصدای بیماریهای روانی ودر نتیجه عدم شناسایی به موقع بیماران

۷-عدم پیگیری جهت درمان مستمر بیماران

۸-مشکل نگهداری بیماران روانی مزمن

هدف کلی:

فراهم آوردن خدمات اساسی بهداشت روان قابل دستیابی برای همه مردم به ویژه گروهای محروم وآسیب پذیر در مناطق روستایی کشور

اهداف اختصاصی

- کنترل ،درمان وپیگیری مناسب ومستمر بیماران
- شناسایی به موقع بیماران روانی –عصبی.
- کاهش ضرر وزیان ناشی از بیماریهای روانی –عصبی در ابعاد فردی ،خانوادگی، اجتماعی.
- افزایش آگاهی جامعه نسبت به اصول ومفاهیم بهداشت روان.
- تغییر واصلاح نگرش جامعه نسبت به بیماریهای روانی.

جمعیتهای آسیب پذیر دربهداشت روان

- بیماران روانی، عقب ماندگان ذهنی، بیماران صرعی، سالمندان، معتادان، بیکاران، نیازمندان اقتصادی،کودکان ونوجوانان، زنان باردار، زنان جداشده و داغدیده، افراد بی سرپرست، زندانیان و مهاجرا ن به ترتیب ازگروههای آسیب پذیرتر و جمعیتهای هدف در برنامه های بهداشت روان می باشند.

نشانه های بیماریهای روانی

الف-اختلال در کارکردهای بدنی

۱.خواب

۲.اشتها

۳فعالیت جنسی

ب-اختلال در کارکرد روانی

۱. اختلال در رفتار
۲. تکلم وتفکر
۳. هیجانات
۴. ادراک
۵. حافظه
۶. هوش وقضاوت
۷. سطح هوشیاری

ج-اختلال در فعالیتها وسایر کارکردها

۱- اختلال در فعالیتهای فردی

۲-فعالیتهای اجتماعی

۳-فعالیتهای تحصیلی

اختلالاتی که پزشک باید در مورد تشخیص و اقدامات لازم برای ان ها بداند:

۶- پسیکوز یا بیماریهای شدید روانی

وجود توهم-هذیان –رفتار های پرخاشگرانه شدید- اختلال در درک واقعیت .

رفتار،تفکر،وصحبتهای غیر عادی بیماران پسیکوتیک باعث می شودکه این بیماران نتوانند با شرایط محیطی خود سازگاری پیدا کنندلذا در مسئو لیتهای خانه داری ،شغلی واجتماعی دچار اختلال می شوند.

- اسکیزوفرنی,
- اختلال خلقی دو قطبی

انواع پسیکوزها

*۱-**پسیکوزهای حاد**:یکباره* شروع می شود معمولا کوتاه مدت است وعامل مساعد کننده ممکن است وجود داشته ویا نداشته باشد یک پسیکوز حاد می تواندبه پسیکوز ***دوره ای*** یا مزمن تبدیل شود.

۲-پسیکوزهایدوره ای *:پسیکوزهایی* است که دوره های مکررومشخصی دارد ودر بین دوره ها بیماری بهبود کامل پیدا می کند.

۳-پسیکوزهای مزمن:آهسته شروع می شود ومدتی طولانی ادامه می یابد در صورتی که درمان نشود باعث پسرفت بیمار می شود.

۴- ***پسیکوز حاد عضوی***

تب شدید،ضربه مغزی ،استعمال حشیش وداروهای خاص،عفونتهای ریوی،عفونتهای مغزی، دیابت وفشار خون شدید از عواملی است که ایجاد پسیکوز حاد عضوی می کنند

*۵- **پسیکوز مزمن عضوی***

معمولادر سنین بالای ۶۵سال ایجاد می شوداز دست دادن تدریجی حافظه بهمراه سایر نشانه های پسیکوز درکهنسالی شروع پسیکوز عضوی مزمن را نشان می دهد.تحریک پذیری،از کوره در رفتن وتحریکات هیجانی بصورت خنده یا گریه بی مورد همراه با ناتوانیهای عصبی خاصی نظیر سستی وفلج اندامها.

۲- نوروز یا بیماریهای خفیف روانی:

نوروزها گروهی از اختلالات روانی خفیف هستندکه گرچه با نام بیماری اعصاب معروفنداما براحتی قابل تشخیص نیستند.این بیماران بر خلاف پسیکوزها رابطه شان را با واقعیت از دست نداده اندواز بیماری ومشکل خود به خوبی آگاه هستند.

تابلوی اصلی در غالب نوروزها،تنش،ترس،نگرانی،افسردگی،عصبیت وپرخاشگری،مشکل خواب،اشتها ودردهای پراکنده است.نوروزها اغلب بدنبال فشارهاوکشمکشهای روانی ومحیطی وبر روی یک زمینه مستعد بوجود می آیند.

انواع نوروز ها

- افسردگی
- آستنی و نوروآستنی

- اضطراب
- وسواس
- ترس های مرضی (فوبی)
- هیستری

۳-عقب ماندگی ذهنی

علل عقب ماندگی ذهنی

الف)-عوامل پیش از تولد

- کمبود مواد غذایی اساسی هنگام بارداری مادر
- بیماریهای مزمن مادر
- دیابت کنترل نشده مادر
- انواع کم خونی ها
- ناراحتی تنفسی وقلبی ،عروقی
- مصرف خود سرانه بعضی داروهاوالکل
- سرخجه،بیماریهای ارثی،مادرزادی وسیفلیس وتوکسو پلاسموز
- ضربه های شکمی مادر

ب)-عوامل زمان تولد

- عوارض زایمان
- زایمان غیر بهداشتی وصدمه به مغز نوزاد
- زایمان دیر رس
- طولانی شدن زایمان
- بکارگیری فورسپس-خونریزی زیاد مادر
- تاخیر یا ناتوانی نوزاد در نفس کشیدن به موقع

ج)-عوامل بعد از تولد

- سیاه شدن(سیانوز)
- تشنج
- کم کاری تیروئید
- سوء تغذیه شدید
- زردی شدید
- تب بالا وطولانی وتشنج همراه آن
- ضربه مغزی وعفونت مغزی مانندآنسفالیت ومننژیت

د)*عوامل محیطی،اجتماعی،فرهنگی*

- حاملگیهای سنین نوجوانی
- بی ثباتی خانوادگی
- تعداد زیاد بچه هاوسواد کم مادران
- سوء تغذیه ومراقبتهای بهداشتی نا کافی

۴- -صرع

۵-سایر اختلالات روانی ورفتاری :

- ناخن جویدن
- لکنت زبان
- شب ادراری

وظایف و مسئولیتهای پزشکان عمومی در قبال بهداشت روانی در سطح مراکز بهداشتی درمانی

۱. پذیرش بیماران ارجاعی ومراجعات غیر ارجاعی روان پزشکی.

۲. تشکیل پرونده روانپزشکی،ثبت شرح حال .اولیه،دستورات دارویی ویادداشتهای مراجعات وپیگیریها

۳. درمان فوریتهای روانپزشکی ودرمان مراجعات تکراری و در مان های نگهدارنده.

۴. ارجاع موارد مشکل به مرکز تخصصی بالاتر به منظور مشاوره تشخیصی ودرمانی

۵. سرپرستی ونظارت وباز آموزی فعالیتهای بهداشت روانی به بهورزان ،مربیان بهورزی،کاردانان وداوطلبان بهداشتی.

۶. ارائه آمار ماهانه بهداشت روان مرکز وتجزیه وتحلیل ابتدایی آن.

۷ .سرپرستی وشرکت در آموزش اجتماعی بهداشت روان

ارجاع

پزشک عمومی در چهارچوب شرح وظایف و آموخته های خود تنها توانائی پذیرش و اداره گروهی از مراجعین بهداشت روانی را دارد .وی لازم است برای پرهیز از اشتباه وکاهش کارایی خود موارد مشکل را به شرح زیر به مرکزبالاتر یا مرکز تخصصی روانپزشکی شهرستان ارجاع دهد:

۱-اشکال در تشخیص، برای تشخیص قطعی.

-۲- همه موارد مراجعین بار اول با تشخیص احتمالی صرع و سایکوز، برای تشخیص قطعی و بررسی پاراکلینیکی و تخصصی.

۳ -سایکوزهای تحریکاتی و با احتمال آسیب رسانی بخود و به دیگران، پس از درمان و اقدامات اولیه

بویژه پس از عدم پاسخ درمانی.

۴ -موارد روانپزشکی که با بیماریهای مغزی وداخلی نظیر بیماریهای غددی، متابولیکی و قلبی عروقی پیچیده شده باشند.

۵ -مواردی که نیاز به تشخیص و درمان های تخصصی نظیرالکتروشوک، الکتروآنسفالوگرافی، رفتار درمانی وداروهای بیشتری داشته باشند.

۶ -سایر موارد مراجعین تکراری هر ۳-۶ یا ۱۲ ماه ،یکبار جهت مشاوره تشخیصی و درمانی مجدد.

۷ -بیمارانیکه از دارو و غذا خوردن خودداری کرده و درمان تزریقی هم مفید نمی باشد.

ارجاع به صورتهای فوری و غیرفوری، با همراه یا بدون همراه صورت می گیرد .عدم بصیرت و یا سایر نشانه ها وعوارض بیماریهای روانپزشکی مشکلات بسیاری را درمراجعه اینگونه بیماران به پزشک ایجاد می کند که ارجاع با همراه بویژه در موارد بیماری کودکان و سایکوز کمک بزرگی می نماید.

موارد فوری و یا نیازمند به همراه باید با آمبولانس یا دیگر وسایل نقلیه موجود اعزام گردد .همچنین ارجا ع باید با برگه ارجاع صورت گیرد که در آن مشخصات بیمار، نشانه ها و تشخیص بیماری و درمان های صورت گرفته نوشته شده باشد.

فوریتهای روان پزشکی

۱-بیماران تهاجمی وتحریکی

۲-اقدام به خود کشی

۳.بیمار بدحال است وقابل کنترل در منزل نیست.

۴.به تازگی دچار ضربه مغزی شده است.

۵.بیماراقدام به خودکشی کرده است.

۶.بیمار به دفعات دچار تشنج می شود.

۷.تب همراه با تشنج یا سردرد شدید واستفراغ دارد

۸.آشفتگی رفتاری بدنبال زایمان وجود دارد.

۹.آشفتگی رفتاری برای اولین باروپس از سن ۴۰سالگی ایجاد شده است.

۱۰.آشفتگی در بیماری با سابقه دیابت یا افزایش فشار خون ایجاد شده است.

۱۱.بیمار مدتهاست از مصرف غذا خودداری کرده است.

۱۲.بیمار دچار بدبینی شدید نسبت به اطرافیان خود است.

داروهای اعصاب و روان برنامهٔ کشوری بهداشت روان

مرکز بهداشتی درمانی : ..... سه ماهه : ..... سال: .....

ردیف	نام دارو	موجودی	دریافتی	مصرفی	باقیمانده	درخواستی
۱	قرص آمی تریپ تیلین ۲۵					
۲	قرص ایمی پرامین ۱۰					
۳	قرص ایمی پرامین ۲۵					
۴	قرص کلر پرومازین ۲۵					
۵	قرص کلرپرومازین ۱۰۰					
۶	قرص کلرپرومازین ۲۰۰					
۷	آمپول کلرپرومازین ۵۰					
۸	قرص تیوریدازین ۱۰					
۹	قرص پرفنازین ۲					
۱۰	قرص پرفنازین ۴					
۱۱	قرص پرفنازین ۸					
۱۲	آمپول فلوفنازین دکانوات ۲۵					
۱۳	قرص تری هگزی فنیدیل ۲					
۱۴	آمپول بای پریدین ۵					
۱۵	قرص اوگزازپام ۱۰					
۱۶	قرص فنوباربیتال ۱۵					
۱۷	قرص فنوباربیتال ۳۰					
۱۸	قرص فنوباربیتال ۱۰۰					
۱۹	آمپول فنوباربیتال ۲۰۰					
۲۰	قرص فنی توئین ۱۰۰					
۲۱	شربت فنی توئین					
۲۲	قرص کاربامازوپین ۲۰۰					
۲۳	شربت اتوسوکسیماید					
۲۴	کپسول اتوسوکسیماید					
۲۵	قرص کلردیازپوکساید ۵					
۲۶	قرص کلردیازپوکساید ۱۰					
۲۷	قرص دیازپام ۱۰					
۲۸	آمپول دیازپام ۱۰					
۲۹	قرص تری فلوپرازین۱					
۳۰	قرص تری فلوپرازین ۲					

درخواست کنندگان:

پزشک عمومی مرکز بهداشتی درمانی: ..... متصدی داروخانه : .....

تاریخ درخواست: .....