



: [1] رد لان Comment

[2]: [ارد لان] اداره سلامت  
نوجوانان جوانان و مدارس

[3]: [ارد لان] اسم روی جلد  
به مراقبتهای ادغام یافته رده سنی  
18 تا 29 سال ویژه پژوهش تغییر  
یابد

مراقبتهاي ادغام يافته گروه رده  
سنی 29-18 سال  
ويژه پژوهش

پژوهشکویر ايش سوم خرداد ماه 98

فِرَا

## فهرست

شماره صفحه

عنوان

موضوع

مقدمه

**جداول**

- ارزیابی وضعیت تغذیه ای
- ارزیابی وضعیت قلبی و عروقی
- ارزیابی هپاتیت
- مراقبت های بیماری آسم
- اختلالات و بیماری های تیروئید
- اختلالات و بیماری های ژنتیک
- ارزیابی اختلالات و بیماری های روانپزشکی
- ارزیابی مصرف دخانیات
- اختلالات و بیماری های گوش و شنوایی

## راهنمای دستور العملها

ارزیابی وضعیت تغذیه ای  
ارزیابی وضعیت قلبی و عروقی  
ارزیابی مراقبت فشار خون بالا  
ارزیابی هپاتیت  
نکات آموزشی در خصوص ایدز  
بیماری غیر واگیر ریوی (آسم)  
اختلالات و بیماری های تیره‌بندی  
اختلالات و بیماری های ژنتیک  
ارزیابی اختلالات و بیماری های روانپزشکی  
سلامت اجتماعی  
اختلالات و بیماری های گوش و شنوایی  
ارزیابی مصرف دخانیات  
ارزیابی فعالیت بدنی

## مقدمه:

جوانی یکی از مراحل مهم رشدی است و طبق تعریف به گروه سنی ۱۸-۲۹ اطلاق می‌گردد. هر چند در بررسی تغییرات رشدی عمدتاً از رشد دوران کودکی و نوجوانی صحبت می‌شود، در دوران جوانی نیز تغییرات رشدی بوجود می‌آید و در نتیجه ویژگیها و نیازهایی را که خاص این دوره سنی است ایجاد می‌کنند که تامین این نیازها از اهمیت وافری برخوردار است. این نیازها عبارتند از جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی که تامین این نیازها در سلامت فردی و اجتماعی جوان تاثیر مهمی دارد از این‌رو تامین شرایطی برای فراهم نمودن امکانات لازم برای تأمین نیازها یکی از راهبردهای اساسی در راه دستیابی به هدف نهائی تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه است. این مهم در قانون نیز لحاظ کردیده است، بطوریکه مطابق اصول 43 و بند 12 اصل 3 قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران برنامه‌ریزی برای سلامت همه افراد جامعه یکی از مهم‌ترین وظایف دولت است. از این‌رو توجه خاص به نیازمندی‌های ویژه گروه‌های سنی و جنسی جامعه در هر برهه از زمان و مکان الزاماً می‌باشد. به علاوه تأکید مقام معظم رهبری در بند 2 سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم، ضرورت

تغییر دیدمان سنتی درمان محور و تک بعدی نگر به مقوله سلامت را به سمت دیدمانی که در آن سلامت دارای ماهیتی چند بعدی بوده و همواره بر تحقق تواناً ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آن تاکید می شود، ایجاب می کند. از سویی با توجه به جوان بودن ساختار جمعیتی کشورمان که حدود 24 درصد جمعیت کشور را به خود اختصاص داده است، و نیز روند رو به رشد عوامل خطر محیطی تهدیدکننده سلامت این قشر مهم از جامعه، بازنگری و یکپارچه سازی اهداف، سیاستها، راهبردها و برنامه های حوزه سلامت جوانان به ویژه گروه سنی 18 تا 29 سال را با اتخاذ رویکرد بین بخشی و کل تکر به مقوله سلامت بیش از پیش الزامی می نماید. بسته پیش رو، پکیج ارائه خدمت برای پزشکان می باشد که شامل بخش های ارزیابی، طبقه بندی و اقدام می باشد. هر قسمت در بردارنده مفاهیمی است که در ذیل به پاره ای از آنها اشاره مختصری بدانها خواهد شد:

### مفهوم رنگ ها

در چارت های بخش اقدام از چهار رنگ قرمز، زرد، سبز و سفید استفاده شده است.

الف - رنگ **قرمز** نشان دهنده نیاز به ارجاع فوری بیمار به پزشک متخصص یا مراکز درمانی طی 24 ساعت است.

ب - رنگ **زرد** نشان دهنده نیاز به ارجاع **غیر فوری** بیمار به پزشک متخصص یا مراکز درمانی طرف مدت یک هفته است.

پ - رنگ **سبز** نشان دهنده امکان ارایه کامل خدمت بدون نیاز به ارجاع است.

ت - رنگ سفید نشان دهنده مواردی است که نیاز به ارجاع ندارند و پزشک بر اساس دستورالعمل اقداماتی انجام می دهد.

در بخش توصیه ها : توصیه های اموزشی لازم برای ارائه به خانواده ها ، وجود دارد.

این مجموعه موارد ذیل را دربرمی کیرد:

معاييرات جسمی: بررسی وضعیت عمومی بینایی، شفایی، گوش و حلق و بینی، گردن، قلب، ریه، شکم، اندام ها، اعصاب و روان، پوست، تناسلی ادراری، کلیه ها، ستون مهره ها، مفاصل، Life style (تغذیه، فعالیت بدنی ) و سابقه مصرف مواد، وضعیت این سازی و گرفتن سابقه بیماری درهای ازدستگاه های بدن، که توسط پزشک عمومی انجام شده و درصورت لزوم برای انجام آزمایش های پاراکلینیک یا درمان ، به آزمایشگاه یا مراکز تخصصی ارجاع می شود. ضمناً "پیگیری تا بهبودی یا حفظ شرایط موجود، ادامه خواهد یافت.

معاييرات دهان و دندان : دهان و دندان فرد مراجعه کننده از نظر وضعیت عمومی، Gingiva و Oral hygiene توسط پزشک یا دندانپزشک مورد بررسی قرار می گیرد و درصورت لزوم برای انجام آزمایش های پاراکلینیک یا درمان ، به آزمایشگاه یا مراکز تخصصی ارجاع می شود. ضمناً "پیگیری تا بهبودی یا حفظ شرایط موجود، ادامه خواهد یافت.

سلامت روان: سلامت روان از طریق مصاحبه و مشاوره ، توسط روانپژشک یا روانشناس یا پژشک عمومی دوره دیده طبق بسته مربوطه بررسی و در صورت لزوم پیگیری ادامه خواهد یافت. ضمناً برای اولین بار این مجموعه شامل ابزار سنجش سلامت در بحث خود مراقبتی به صورت خود ارزیابی توسط فرد مراجعه کننده می باشد که ابعاد جسمانی و غیر جسمانی را شامل می شود. این مجموعه حاصل همکاری کارشناسان وزارت بهداشت (مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت و دفاتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد ، دفتر آموزش و ارتقاء سلامت ، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر ، دفتر بهبود تغذیه جامعه، مرکز مدیریت بیماریهای غیر واگیر ، مرکز سلامت محیط و کار و مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پژشکی) می باشد و به منظور یکسان سازی فرمت جمع آوری داده ها در راستای مداخلات یکدست و تاثیر گذار طراحی شده است . به امیداينكه با تهيه اين مجموعه گامي هرچند كوچك در تامين سلامت جوانان کشور برداشته، راهگشاي پژشكان محترم اين مرزوبيوم بوده و رضای حق تعالی را جلب كرده باشيم.

## ارزیابی وضعیت تغذیه ای

مراقبت از نظر وضعیت فمایه توده بدنی (BMI)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
وزن و نمایه توده بدنی (BMI) را اندازه گیری و آن را با استانداردها مقایسه کنید.	کم تر 5/18 BMI	لاغر	بررسی از نظر بیماری زمینه ای و در صورتی که بیماری وجود دارد ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص - در صورتی که بیماری وجود ندارد و علت تغذیه ای است ارجاع به کارشناس تغذیه
اندازه گیری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر یک از آن ها ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص - بررسی علل ارگانیک چاقی - توصیه به افزایش تحرک بدنی - ارائه توصیه های تغذیه ای برای کاهش وزن - کنترل دوره ای، هر یک ماه تا حصول وزن مناسب وسیپس سالی یک بار	25 - 29/9 BMI بین	اضافه وزن	
ارجاع به کارشناس تغذیه	30 BMI بالای	چاق	اندازه گیری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر یک از آن ها: ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص

## ارزیابی وضعیت قلبی و عروقی

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
---------	---------------	-----------	-------

شرح حال و معاینات:	سابقه ابتلا به بیماری فشارخون بالا	بیمار مبتلا به فشارخون بالا
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع فوری به پزشک</li> <li>- بررسی مجدد هر دو هفته یکبار در صورت عدم کنترل فشارخون تا دستیابی به کنترل فشارخون</li> <li>- بررسی عوامل خطر قلبی عروقی و بیماری های زمینه ای فشارخون بالا</li> <li>- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم</li> <li>- بررسی وضعیت درمان و اصلاح یا شروع درمان دارویی در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشک متخصص( قلب یا داخلی یا تنفسیست)</li> <li>- ارجاع به متخصص قلب یا داخلی، چشم و کلیه یا داخلی برای بررسی های دوره ای سالانه</li> <li>- بررسی 3 ماه یکبار بعد از ثبت بیماری های زمینه ای و کنترل فشارخون</li> <li>- بررسی ماهانه توسط بهورز/مراقب سلامت</li> </ul>	<p>بیمار مبتلا به فشارخون بالا</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم</li> <li>- بررسی مجدد توسط بهورز/مراقب سلامت 3 سال بعد</li> </ul>	<p>فشارخون طبیعی</p>	<p>میانگین فشار سیستولیک کمتر از 120 و دیاستولیک کمتر از 80 میلی متر جیوه</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم</li> <li>- بررسی مجدد توسط بهورز/مراقب سلامت یک سال بعد</li> </ul>	<p>فشارخون طبیعی</p>	<p>میانگین فشار سیستولیک کمتر از 120 و دیاستولیک کمتر از 80 میلی متر جیوه همراه با عوامل خطر قلبی عروقی</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم</li> <li>- بررسی مجدد توسط بهورز/مراقب سلامت یک سال بعد</li> <li>- تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم</li> <li>- شروع درمان دارویی</li> <li>- بررسی مجدد هر دو هفته یکبار تا کنترل فشارخون</li> <li>- ارجاع به متخصص قلب یا داخلی، چشم و کلیه یا داخلی برای بررسی های دوره ای سالانه</li> <li>- بررسی 3 ماه یکبار بعد از ثبت بیماری زمینه ای و کنترل فشارخون</li> <li>- بررسی ماهانه توسط بهورز/مراقب سلامت</li> </ul>	<p>پیش فشارخون بالا</p>	<p>میانگین فشار سیستولیک 120-139 و دیاستولیک 80-89 میلی متر جیوه</p> <p>میانگین فشار سیستولیک 120-139 و دیاستولیک 80-89 میلی متر جیوه</p> <p>میانگین فشار سیستولیک 120-139 و دیاستولیک 80-89 میلی متر جیوه همراه با بیماری قلبی عروقی یا کلیوی ثبت شده و یا همراه با عوامل خطر بیماری قلبی عروقی</p>

<p>-رجوع فوری</p> <p>-تاكيد بر اصلاح شيوه زندگي و آموزش شيوه زندگي سالم</p> <p>-پيگيريش تخصصي و تعين علت فشار خون بالا(معاینات و آزمایشات پاراکلینيکي)</p> <p>-بررسی عوامل خطر قلبی عروقی و بیماری های زمینه ای فشار خون</p> <p>-در صورت نداشتن بیماری و عوامل خطر، اصلاح شيوه زندگي به مدت 3 الی 6 ماه و در صورت عدم کنترل فشار خون، شروع درمان دارويی طبق دستورالعمل</p> <p>-ویزیت بیمار طبق نظر پزشک تا کنترل فشار خون</p> <p>-در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشک متخصص(قلب یا داخلی)</p> <p>-ارجاع به متخصص قلب یا داخلی، چشم و کلیه یا داخلی برای بررسی های دوره ای سالانه</p> <p>-بررسی و بررسی 3 ماه یکبار پس از کنترل فشار خون</p> <p>-بررسی ماهانه توسط بیورز/مراقب سلامت</p> <p>-تاكيد بر اصلاح شيوه زندگي و آموزش شيوه زندگي سالم</p> <p>-پيگيريش تخصصي و تعين علت فشار خون بالا(معاینات و آزمایشات پاراکلینيکي)</p> <p>-بررسی عوامل خطر قلبی عروقی و بیماری های زمینه ای فشار خون بالا</p> <p><u>الف- در صورت وجود بیماری قلبی عروقی یا کلیوی یا دیابت</u></p> <p>تثبیت شده شروع فوري درمان دارويي طبق دستورالعمل و ویزیت بیمار هر دو هفته تا کنترل فشار خون</p> <p>-در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به سطح 2(متخصص قلب یا داخلی)</p> <p><u>ب- در صورت وجود حداقل 3 عامل خطر شروع درمان دارويي</u></p> <p>طبق دستورالعمل و ویزیت بیمار هر دو هفته تا کنترل فشار خون</p> <p><u>ج- در صورت وجود 1 یا 2 عامل خطر اصلاح شيوه زندگي به مدت چند هفته و در صورت عدم کنترل فشار خون ، شروع درمان دارويي طبق دستورالعمل و ویزیت منظم طبق نظر پزشک تا کنترل فشار خون</u></p> <p>-در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به سطح 2(متخصص</p>	<p>میانگین فشار سیستولیک 140-159 و دیاستولیک 90-99 میلی متر جیوه</p> <p>میانگین فشار سیستولیک 140-159 و دیاستولیک 90-99 میلی متر جیوه همراه با بیماری قلبی عروقی یا کلیوی تثبیت شده و یا همراه با عوامل خطر بیماری قلبی عروقی</p> <p><b>فشار خون بالا مرحله 1</b></p>
--	---

<p>قلب یا داخلی)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع به متخصص قلب یا داخلی، چشم و کلیه یا داخلی برای بررسی های دوره ای سالانه</li> <li>- ویزیت و بررسی 3 ماه یکبار پس از تثبیت عوامل خطر و بیماری های زمینه ای و کنترل فشارخون</li> <li>- بررسی ماهانه توسط بهورز امراءقب سلامت</li> </ul>		
<p>تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- پیگیری تشخیصی و تعیین علت فشارخون بالا(معاینات و آزمایشات پاراکلینیکی)</li> <li>- بررسی اسباب های اعضاي حیاتی</li> <li>- بررسی عوامل خطر قلبی عروقی و بیماری های زمینه ای فشارخون بالا</li> <li>- شروع درمان دارویی طبق دستورالعمل</li> <li>- در صورت عدم پاسخ به درمان</li> <li>- قلب یا داخلی یا نفرولوژیست</li> <li>- ارجاع به متخصص قلب یا داخلی، چشم و کلیه یا داخلی برای بررسی های دوره ای سالانه</li> </ul>	<p>میانگین فشارسیس-تولیک 160 و بیشتر ودیاستولیک 100 میلی متر جیوه و بیشتر ( 179/109 تا 160/100 میلی متر جیوه )</p>	
<p>فشارخون بالا مرحله II</p> <p>تاکید بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- پیگیری تشخیصی و تعیین علت فشارخون بالا(معاینات و آزمایشات پاراکلینیکی)</li> <li>- بررسی اسباب های اعضاي حیاتی و ارجاع فوری جهت پیگیری تشخیصی و بررسی اسباب های اعضاي حیاتی و درمان</li> <li>- بررسی عوامل خطر قلبی عروقی و بیماری های زمینه ای فشارخون بالا</li> <li>- شروع فوری درمان دارویی طبق دستورالعمل و ویزیت بیمار هر دو هفته تا کنترل فشارخون</li> <li>- در صورت عدم پاسخ به درمان، ارجاع به سطح 2</li> <li>- ویزیت و بررسی 3 ماه یکبار پس از تثبیت بیماری های زمینه ای و کنترل فشارخون</li> <li>- چشم و کلیه یا داخلی برای بررسی های دوره ای سالانه</li> <li>- بررسی ماهانه توسط بهورز امراءقب سلامت</li> </ul>	<p>میانگین فشارسیس-تولیک 160 و بیشتر ودیاستولیک 100 میلی متر جیوه و بیشتر ( 179/109 تا 160/100 میلی متر جیوه ) همراه با بیماری قلبی عروقی یا کلیوی تثبیت شده و یا همراه با عوامل خطر بیماری قلبی عروقی</p>	

<p>-شروع درمان دارویی و انجام اقدامات اولیه برای کاهش تدریجی فشارخون طبق دستورالعمل</p> <p>-در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع فوری به سطح 2(متخصص قلب یا داخی، اورژانس بیمارستان)</p>	<p>میانگین فشارسیستولیک 180 میلی متر جیوه و بیشتر و دیاستولیک 100 میلی متر جیوه و بیشتر(فشارخون اضطراری)</p>	

## ارزیابی هپاتیت

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها/شرح حال	ارزیابی
<p>ارجاع به آزمایشگاه جهت انجام آزمایشات زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CBC, platelet -1</li> <li>PT ,PTT,INR -2</li> <li>Alkaline Phosphatase -3</li> <li>AST,ALT -4</li> <li>FBS,BS -5</li> <li>BUN , Creatinine -6</li> <li>Bilirubin Direct &amp; Total -7</li> <li>Sodium , potassium -8</li> <li>HBS Antigen , IgM Anti HBC Anti body -9</li> <li>Anti HCV Antibody-10</li> <li>IgM Anti HAV Antibody -11</li> <li>Anti HEV Antibody -12</li> <li>Anti HDV Antibody -13</li> </ul> <p>آموزش بیمار و اطرافیان در زمینه هپاتیت های ویروسی C و B</p> <p>در صورت اختلال در نتایج آزمایشات(*) اعزام فوری به بیمارستان ، درصورت عدم نیاز به اعزام فوری به بیمارستان ، درمان توسط پزشک خانواده آموزش دیده بر اساس پروتکل درمان</p>	<p>احتمال ابتلا به هپاتیت های ویروسی C و B</p>	<p>وجود حتی یکی از علائم / شرح حال زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• حالعومومبید(تب ، زردی شدید ، تهوع ، استفراغ و اسهال ، درد شکمی</li> <li>• وجودسانقهزدیدرسایرأفرادخانواده</li> <li>• ساقیمصرفدارو، ساقیمصرفالکل و مواد مخدر</li> <li>• ساقیهفروفتنسوزنمشکوک</li> <li>• ساقیههدریاقنخدماندنپیشکیجراحی، ساقیهخالکوبیوبوتاوه، حمامت</li> <li>• ساقیهنماسجنسیمشکوک</li> <li>• ساقیههباختندرسایرأفرادخانواده</li> <li>• نداشتنساقیههباختن</li> <li>• ساقیهزندان</li> <li>• ساقیههموفیلی / تالاسمی / دیالیز</li> <li>• ساقیههیوندعضو</li> </ul>	<p>درصورت ارجاع فرد از طرف مراقب سلامت با تشخیص احتمالی هپاتیت های ویروسی B و یا مراجعه مستقیم فرد، طبق راهنمای از نظر هپاتیت بررسی شود .</p>
<p>اعزام فوری به بیمارستان</p> <p>آموزش بیمار در زمینه هپاتیت های ویروسی C و B</p> <p>آموزش اطرافیان بیمار در زمینه هپاتیت های ویروسی C و B</p>	<p>احتمال ابتلا به هپاتیت های ویروسی C و B</p>	<p>وجود حتی یکی از علائم/شرح حال زیر :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اختلال سطح هوشیاری(خواب آسودگی، گیجی، عدم آگاهی به زمان و مکان و...)</li> <li>• اختلال رفتاری(تجھی، سرخوشی یا اضطراب، کاهش کارایی فردی، رفتار پرخاشگرانه)، خونریزی حاد یا کبود شدگی سریع</li> <li>• استفراغ شدید</li> <li>• حاملگی</li> <li>• کاهش شدید حجم ادرار</li> </ul>	

(\*) اختلال در نتایج آزمایشات

## مراقبت های بیماری آسم

### ارزیابی از نظر ابتلا به آسم و مراقبت بیماران

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام*
شواهدی که احتمال ابتلا به آسم را افزایش می دهند:	- شرح حال و نتایج ارزیابی به نفع بیماری آسم است	تشخیص آسم قطعی است	شروع درمان آسم بررسی بیمار یک ماه بعد و تعیین سطح کنترل
شواهدی که احتمال ابتلا به آسم را کاهش می دهند:	- نتایج ارزیابی عملکرد ریه به نفع بیماری آسم نبوده ولی شرح حال قویاً به نفع بیماری آسم است	احتمال بالای بیماری آسم	شروع درمان آزمایشی (trial) و بررسی بیمار یک ماه بعد و تعیین سطح کنترل
جهت مطالعات تکمیلی به کتاب راهنمای ملی آسم (دستورالعمل پیشگیری، تشخیص و درمان) ویژه پزشکان مراجعه کنید.	نتایج ارزیابی به نفع بیماری آسم نیست	رد بیماری آسم	بررسی تشخیص های افتراقی و در صورت نیاز ارجاع بسیار به سطوح بالاتر

## ارزیابی اختلالات و بیماریهای تیروئید

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ آزمایش های هورمونی تیروئید (T3RU ,T3,T4, TSH)</li> <li>✓ اقدامات تصویربرداری (در صورت لزوم) شامل سونوگرافی و یا اسکن تیروئید</li> <li>✓ در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا غدد</li> <li>✓ توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب</li> <li>✓ توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار</li> </ul>	گواتر دارد	<p>در صورت مثبت بودن هر یک از علائم ذکر شده:</p> <p>به همراه بزرگی اندازه تیروئید</p>	<p>شرح حال بگیرید و معاینه <sup>۰</sup> کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- سابقه فامیلی</li> <li>- وضعیت اشتها</li> <li>- خستگی و ضعف عضلانی</li> <li>- تاکی کار دی</li> <li>- تعریق</li> <li>- علایم پوستی</li> <li>- علایم چشمی بررسی اندازه تیروئید و قوام تیروئید</li> <li>- ترمور</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ آزمایش های هورمونی تیروئید (T3RU ,T3,T4, TSH)</li> <li>✓ در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا غدد</li> <li>✓ توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب</li> <li>✓ توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار</li> </ul>	وجود مشکل بدون گواتر	<p>در صورت مثبت بودن هر یک از علائم ذکر شده:</p> <p>بدون بزرگی اندازه تیروئید</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید کافی و نمک ید دار تصفیه شده به مقدار مناسب</li> <li>✓ توصیه های لازم جهت نگهداری و مصرف نمک ید دار</li> </ul>	تیروئید سالم است	نشانه و علامتی غیر طبیعی ندارد	

## اختلالات و بیماریهای ژنتیک

**ارزیابی عوامل خطر ژنتیک (19 سالگی و 29 سالگی) (ویژه مناطق مجری ژنتیک اجتماعی)**

ردیف	ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
1	آیا در فرد یا در بستگان درجه 1 و یا 2 بیماری شناخته شده ارثی وجود دارد؟	در فرد یا در بستگان درجه 1 هر یک از افراد خانواده، بیماری شناخته شده ارثی وجود دارد.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع به پزشک مشاور ژنتیک*
2	آیا یک اختلال در خانواده و یا در بستگان درجه 1 و یا 2 تکرار شده است؟	یک اختلال در خانواده تکرار شده است.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع به پزشک مشاور ژنتیک*
3	آیا در خانواده، فرد مبتلا به اختلال عملکردی همراه با احتمال ژنتیکی بودن اختلال وجود دارد؟	فرد مبتلا به اختلال عملکردی در خانواده همراه با احتمال ژنتیکی بودن اختلال وجود دارد.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع به پزشک مشاور ژنتیک*
4	آیا عامل خطر فامیلی بیماری ایسکمیک قلب یا سرطان وجود سرطان وجود دارد؟	عامل خطر فامیلی بیماری ایسکمیک قلب یا سرطان وجود دارد.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع به پزشک مشاور ژنتیک*

\*ارجاع به مرکز جامع سلامت که به ازاء هر صد هزار نفر یک مشاور ژنتیک استقرار دارد و همچنین به مراکز خصوصی که مشاور ژنتیک دارای گواهی از وزارت بهداشت حضور دارد، صورت پذیرد.

## ارزیابی اختلالات و بیماریهای روانپزشکی

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
ارجاع به پزشک مرکز	غربال مثبت ارزیابی سلامت روان	نمره 10 یا بالاتر در پرسشنامه غربالگری 6 سوالی و یا عدم پاسخ به 3 سوال از 6 سوال غربالگری و یا پاسخ مثبت به سوال 3 و یا پاسخ مثبت به بخش (e) سوال 4 و یا پاسخ منفی به بخش (d) سوال 4	(1) بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان، 6 سوال غربالگری را از فرد پرسید و مطابق دستورالعمل نمره بدهید (2) در صورت امتیاز غربال مثبت از پرسشنامه 6 سوالی، راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود سوال کنید
ارجاع فوری <sup>**</sup> به پزشک مرکز	احتمال اورثانس روانپزشکی	پاسخ مثبت به بخش دوم (b) سوال 2	
ثبت در پرونده و پیگیری <sup>***</sup>	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	پاسخ مثبت به بخش (ج) سوال 4 و پاسخ منفی به بخش (e) سوال 4	
اطلاع رسانی درخصوص: - آموزش مهارت‌های زندگی برای نوجوان. آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای والدین - درصورت تمایل فرد به دریافت آموزش‌ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش، به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.	غربال منفی سلامت روان	امتیاز پایین‌تر از 10 در پرسشنامه غربالگری 6 سوالی و پاسخ منفی به سوال 3 و 4	
ثبت در پرونده و پیگیری <sup>***</sup>	تشخیص قبلی بیماری صرع	پاسخ مثبت به سوال 5	ارزیابی از نظر صرع یا هر گونه حالت تشنجی
ارجاع به پزشک مرکز	غربال مثبت صرع	پاسخ مثبت به سوال 6 یا 7	

## ارزیابی مصرف دخانیات

ارزیابی مصرف دخانیات، الكل و مواد در جوانان (18-29 سال) توسط پزشک

اقدام	طبقه بندی	معیار طبقه بندی	ارزیابی
آموزش درباره خطرات مصرف الكل و مواد و توصیه مختصر درباره قطع صرف الكل و مواد ارایه بازخورد به کارشناس مراقب سلامت جهت پیگیری ارجاع به مراکز تخصصی برای ارزیابی و مراقبت	وابستگی به الكل و مواد	پاسخ مثبت به سوال 4 (حداقل 3 مورد از 6 مورد ملاک های وابستگی در یک ماه بطور مدام و یا در 12 ماه بطور متناوب)	
آموزش درباره خطرات مصرف دخانیات الكل و مواد ارایه بازخورد به کارشناس مراقب سلامت جهت پیگیری ارجاع به کارشناس سلامت روان جهت مداخله مختصر و پیگیری (در صورتی که خارج از مسیر ارجاع به پژوهش مراجعه کرده باشد)	صرف آسیب رسانه‌بریک از مواد دخانیات/ الكل / مواد	وجود همه ملاک‌های سوال 1 برای هریک از موارد دخانیات / الكل / مواد	فردی را که به دلیل مصرف الكل و مواد ارجاع شده است یا به شما برای ترک الكل و مواد مراجعت نموده پس از تکمیل شرح حال روانپزشکی در مصاحبه تشخیصی ارزیابی کنید
آموزش درباره خطرات مصرف دخانیات ارایه بازخورد به کارشناس مراقب سلامت جهت پیگیری ارجاع به کارشناس سلامت روان برای مداخله شناختی، رفتاری کوتاه و پیگیری	وابستگی خفیف به دخانیات	وجود حداقل 3 ملاک از 6 ملاک مربوط به سوال 2 بطور مدام در یک ماه یا بطور متناوب در 12 ماه	
آموزش درباره خطرات مصرف دخانیات و توصیه مختصر درباره قطع صرف دخانیات درمان دارویی مطابق کتاب پشتیبان*	وابستگی متوسط و شدید به دخانیات	وجود حداقل 3 ملاک از 6 ملاک مربوط به سوال 2 بطور مدام در یک ماه یا بطور متناوب در 12 ماه و پاسخ مثبت به سوال 3	
<b>ارجاع</b> به کارشناس سلامت روان برای مداخله شناختی، رفتاری کوتاه			

<p>ارزیابی از نظر بیماری‌های منتقله از راه جنسی و شروع درمان (با ارجاع برای درمان)</p> <p>ارزیابی و ارجاع مراجع برای انجام آزمایش‌های پزشکی و در ادامه ارزیابی و ارجاع برای درمان</p> <p>انجام آزمایش‌های عملکرد کبدی (HBS Ag و HCV Ab)</p> <p>ارزیابی و ارجاع مراجع برای مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی</p> <p>ویزیت منظم بیمار و ارزیابی عوارض احتمالی</p> <p>ارجاع فرد به مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری برای شروع درمان ضد رترو ویروسی در صورت لزوم</p> <p>ارزیابی و ارجاع مراجع از نظر بیماری سل شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- وجود علایم سل مانند سرفه بیش از دو هفته، خلط خونی، تعریق شبانه، کاهش وزن، تب</li> <li>- سابقه تماس با فرد مبتلا به سل</li> <li>- تشخیص بیماران مبتلا به سل و پیگیری آن‌ها برای شروع و ادامه درمان</li> </ul> <p>ارجاع به مراکز ارایه‌دهنده خدمات کاهش آسیب در صورت لزوم</p> <p>ارجاع فرد به روانپزشک در صورت لزوم</p>	<p>صرف کننده تزریقی</p>	<p>پاسخ مثبت به سوال 5</p>	
--	-------------------------	----------------------------	--

## اختلالات و بیماری‌های گوش و شنوایی

معاینه گوش و مراقبت از نظر شنوایی (18 تا 29 سال)

اقدامات	طبقه بنده	نتایج ارزیابی	ارزیابی
- در صورت وجود سروم من فشرده: تجویز قطره گلیسیرین فنیکه به مدت 3-2 روز و سپس شستشوی گوش	اختلال شنوایی	- غیر طبیعی بودن تست نجوا یا: - شکایت فرد یا اطرافیان از وجود کم شنوایی وی	
- در صورت نبود عفونت و سایر بیماری‌ها، ارجاع غیر فوری به شنوایی شناس تجویز شربت آموکسی سیلین به میزان 80 تا 90 میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در کودکان تا 12 سال و کپسول در بزرگسالان طی 24 ساعت که در سه دوز تقسیم می شود. درمان تا 10 روز ادامه می یابد و پس از این مدت دوباره بیمار ملاقات می شود.	اویتی مدیا	پرده قرمز، کدر و برجسته با کاهش حرکت	
- در صورت تشديد علایم بعد از 24 ساعت ارجاع فوری به متخصص گوش و حلق و بینی درمان اولیه گونه‌گوش خارجی (OE) شامل تخفیفرد، پاک سازی مجرای شنوایی خارجی (EAC) از وجود ترشحات و دبریدهای موجود در مجرای شنوایی شناسی و تجویز داروهای موضعی بینرایکنتر لادم و عفونت اجتناباز عامل تشید کننده مثل ورود آب و رطوبت و اجسمان خارجی دیگر می باشد. - در صورت تکه‌گشای خارجی می‌توان می‌باشد و اتوسکوپیوارد مجرای گوش شستشوی بصورت زیر عمل شود: - تنظیف راباطه هپلیمیکسین B یا کلستینروزی 4 بار آغشته کرده و داخل مجرای قرار دهد. درمان با قطه هگشیم وضعیت کنولون (fluoroquinolone) دو بار در روز هر بار سه تا چهار قطه هدر گوش آسیدیده ریخته شود. در این مورد می‌توان از قطره هپلیمیکسین یا کلستینو فلوكسازین (Ciprofloxacin and ofloxacin) 3 تا 4 بار در روز هر بار 3 قطره در گوش استفاده کرد. - در صورت تکه‌گشای هگشیم وضعیت کنولون 3 تا 4 بار قطه هپلیمیکسین یا کلستینر مجرای گوش ریخته شود.	اویتی خارجی	خارش، درد گوش به خصوص زمانی که لاله گوش به عقب کشیده می شود، ادم و تنگ شدن و یا مسدود شدن مجرای شنوایی	بررسی پرونده از نظر نتیجه آزمایشات شنوایی شناسی - گرفتن شرح حال از نظر وجود درد، کم شنوایی، تب و لرز و .... - معاینه گوش ها توسط اتوسکوپ از نظر التهاب مجرای، وجود سروم، التهاب پرده، پارگی پرده، ترشح و ....

<p>- تجویز استامینوفنیا بروفنو یا پاراستامول برای کاهش درد</p> <p>- توصیه کنید بیمار در فاز حاد شناکند و در هنگام حمام مر قلندر اقیعد مورود آب بهم جرایکو شباشد.</p> <p>برای این منظور می توان از قالب های ضد آب و یا آغشته کردن پنبه به واژلین و قرار دادن آن در مجرای گوش خارجی استفاده کرد (حداً مکان سمت خشک پنبه به سمت درون مجرای گوش و سمت خارجی آن آغشته به روغن واژلین باشد).</p>			
--	--	--	--

## راهنما ها و دستور العملها

### ارزیابی وضعیت تغذیه ای

شرحوظایفیزشک مرکز جامع سلامت در حوزه مراقبت های تغذیه

1. انجام آزمایشات پاراکلینیک برای مراجعین، متناسب با وضعیت فرد و مطابق با دستور عمل ها درخواست نماید.
2. نحوه مصرف مکمل ها مطابق با دستور العمل ها و برنامه های کشوری مکمل یاری در جوانان را کنترل نماید.
3. از صحت و دقت اندازه گیری های آنتروپومتریک و رسم نمودارهای رشد کودک و وزن گیری مادر باردار توسط مراقبین سلامت اطمینان کامل داشته باشد .

4. از تعداد مبتلایان به بیماریها یمرتبه تغذیه (سوء تغذیه ، کم خونی مادران باردار ، فشار خون بالا ، دیابت ، اضافه وزن و چاقی) ، اطلاع داشته باشد .
5. از اندیکاسیون های ارجاع پزشک به کارشناس تغذیه اطلاع داشته باشد .
6. آمار تعداد ارجاعات مستقیم پزشک به کارشناس تغذیه را در دسترس داشته باشد.
7. از تعداد کلمواردار جاعشه دهی کارشناس تغذیه و تعداد پرونده های تشکیل شده اطلاع داشته باشد .
8. از عملکرد کارشناس تغذیه در خصوص نظارت بر عملکرد تغذیه ای مراقب سلامت آگاهی داشته باشد.
9. از عملکرد کارشناس تغذیه ایدر خصوص مدیریت و اجرای برنامه های تغذیه جامعه نظری آهن یاری ، مکمل یاری ویتامین د ، برنامه وزن گیری مادران باردار ، مکمل یاری و هفتہ بسیج آموزش تغذیه ، آگاهی داشته باشد .

### **فرآیند واجرا**

منبع	تجهیزات و ابزار	زمان اجرا	محل اجرا	مسئول اجرا	فرآیند
بستهخدمتسلامت	ترازویاستاندارد، قدسنج، فشارسند جوگوشی	بدومراجعه	مرکز جامع خدماتسلامت	پزشک	معایناتبالینی
بستهخدمتسلامت	ترازویاستاندارد، قدسنج - فشارسنجوگوشیو آزمایشاتپاراکل ینیک	بدومراجعه	مرکز جامع خدماتسلامت	پزشک	تشخیصبیماری
بستهخدمتسلامت	ترازویاستاندارد - قدسنج - فشارسنجوگوشیو آزمایشاتپاراکل ینیک	بدومراجعه	مرکز جامع خدماتسلامت	پزشک	تشخیصبیماریهاپرها
	آزمایشگاه مجهز و درسترس	بدومراجھدر صورتازوم	مرکز جامع خدماتسلامت	مراقب	درخواست آزمایشاتموردنیاز
کتاب (دفتربیهودتغذیه‌جامعه)	مکملهای غذایی (مکادوزویتامین D)	بدومراجھدر صورتازوم	پایکاهسلامت	مراقب	تجویز مکملهای غذایی (مکادوزویتامین D) در صورتازوم مطابق بر نامه کشور بیرا گروه های خاص
کتاب (دفتربیهودتغذیه‌جامعه)	فرمایارجاع / سیستمهاي الکترونیك	ارجاع از سوپرپزشک	مرکز جامع خدماتسلامت	پزشک	ارجاع به منشاور تغذیه در اندیکاسیونها یا تعیین شده برای دریافت رژیم غذایی مناسب بیماری
بستهخدمتسلامت غذیهای بر نامه تولنظامسلامت	فرمایارجاع / سیستمهاي الکترونیك	بر حسب زمانبندی عالمشده قبلی	مرکز جامع خدماتسلامت	پزشک / کارشناس استفاده یه	پیگیرید رمانبیمار یا همراه تطبیق تغذیه هتمشاور هک ارشناست غذیه همانند اضافه وزنوجاقی، لاغری، کم خودنی، فشار خون بالا، دیابت، پوکی استخوان و دیسالیپیدمی، هیپوتیروثیودی، و.....

## ارزیابی وضعیت قلبی و عروقی

-توجه: هدف درمان در افراد زیر **60** سال **140/90** میلی متر جیوه و در افراد **60** سال و بالاتر **150/90** میلی متر جیوه خواهد بود.

#### شرح حال و معاینات:

-اندازه گیری فشار خون دوبار به فاصله **2** دقیقه در حالت خوابیده یا نشسته و ایستاده از هر دو دست و مینا قراردادن فشار خون بالاتر به عنوان فشار خون فرد و اندازه گیری فشار خون پا (جهت ردکوارکتسیون آئورت) در موارد اختلاف کیفیت نبض در اندام‌های فوقانی و تحتانی

-بررسی وریدهای ژوگولر از نظر اتساع آن‌ها و موج‌های غیرطبیعی

-بررسی نبض‌های کاروتید، فمورال و نبض‌های محیطی دیگر

-بررسی اندازه تپروئید و قوام آن

-معاینه قلب به منظور کشف ناهنجاری در **rate**، ریتم، وجود **heave** بطنی، **click**، سوفل، **S3**، **S4**،

-معاینه ریه‌ها و بررسی وجود رال و برونکوسپاسم (ویز)

-معاینه شکم، بررسی وجود **bruit** در شکم و فلانکها، کلیه بزرگ، ضربان آئورت شکمی

-بررسی اندام‌ها و ضمائم پوستی اندام‌های تحتانی و وجود ادم

-بررسی نورولوژیکی وجود یا عدم وجود شواهدی دال بر بیماری نورولوژیکی مانند فلچ اندام‌ها

-بررسی سوابق بیماری‌های قلبی عروقی، فشارخون، کلیوی و دیابت ثبت شده

-بررسی عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (سن بالای **45** سال در مردان و بالای **55** سال در زنان مصرف دخانیات، دیس لیپیدمی، اختلال قند خون ناشتا، دور کمر **90** سانتیمتر و بیشتر، سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی زودرس (مردان کمتر از **55** و زنان کمتر از **55** سال))

-توجه: تشخیص بیماری فشارخون بالا بر اساس میانگین فشارخون **140/90** میلی متر جیوه و بالاتر در دو نوبت اندازه گیری فشارخون در حداقل دو ویزیت طی **4** هفته انجام می‌گیرد.

-توجه: در مراقبت‌های پزشک ثبت نتایج اندازه گیری‌های قبلی فشارخون برای بررسی روند تغییرات فشارخون طی درمان (حداقل **3** سال گذشته) ضروری است.

## ارزیابی و مراقبت فشار خون بالا

در این طبقه بندی آستانه فشار خون بدون در نظر گرفتن سایر عوامل خطر و بیماری‌های همراه تعیین شده است:

جدول 1: طبقه بندی فشار خون بر مبنای JNC8

فشارخون بالای درجه 2	فشارخون بالای درجه 1	پیش فشارخون بالا	فشارخون طبیعی	فشارخون
160 و بیشتر	140-159	120-139	کمتر از 120	فشارخون سیستول(mm Hg)
100 و بیشتر	90-99	80-89	کمتر از 80	فشارخون دیاستول(mm Hg)

اگر فشار خون بطور دائمی و در طی چندین اندازه گیری و در چند موقعیت مختلف بالاتر از حد طبیعی باشد، به آن فشارخون بالا می‌گویند. فشارخون یک پدیده همودینامیک است که تحت تاثیر عوامل زیادی قرار دارد. تاثیر این عوامل و شرایط بر فشارخون مهم است و اغلب سبب افزایش فشارخون بیش از 20 میلیمتر جیوه می‌شوند. فشارخون در طول روز تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله وضعیت بدن، فعالیت مغز، فعالیت گوارشی، فعالیت عضلانی، تحريكات عصی، تحريكات دردناک، مثانه پر، عوامل محیطی مثل دمای هوا و میزان صدا، مصرف دخانیات، الكل، قهوه و دارو تغییر می‌کند. در زمان اندازه گیری فشارخون در هر شرایطی مانند مطب، بیمارستان، داخل آمبولانس و خانه باید عوامل تاثیر گذار بر فشارخون به دقت مورد توجه قرار گیرد.

فشارخون بالا دو نوع اولیه و ثانویه دارد. در نوع اولیه که 95٪ بیماران فشارخونی را شامل می‌شود علت بروز فشارخون بالا مشخص نیست و عوامل خطری مانند سن بالا، جنس مرد، مصرف زیاد نمک، چاقی، دیابت و سابقه خانوادگی در بروز آن دخالت دارند. در نوع ثانویه تقریباً علت تمام انواع فشارخون ثانویه تغییر در ترشح هورمون‌ها و یا کارکرد کلیه‌ها است. بیماری‌های زمینه‌ای مانند بیماری‌های پارانشیمی کلیه، آلدوسترونیسم اولیه، فئوکروموموستیوم، کوارکتاسیون آورت و سندروم کوشینگ مهمترین عامل بروز فشارخون بالا ثانویه هستند. این نوع فشارخون بالا با درمان بموقع بیماری‌های زمینه‌ای، به مقدار طبیعی قابل برگشت است.

البته باید به این نکته توجه داشت که عوامل متعددی مانند وراثت، محیط، حساسیت به نمک، سطح رنین پلاسمای، میزان حساسیت به انسولین و یون‌هایی مثل سدیم، کلسیم و عواملی مثل نژاد، اختلال چربی خون، سیگار و الكل نیز می‌توانند بر فشارخون تاثیر به سزایی داشته باشند.

## معاینه فیزیکی

معاینه فیزیکی فرد شامل موارد زیر می‌باشد:

- اندازه گیری فشارخون دوبار به فاصله 2 دقیقه در حالت خوابیده یا نشسته و ایستاده از هر دو دست و مبنا قراردادن فشار خون بالاتر به عنوان فشارخون فرد و اندازه گیری فشارخون پا (جهت ردکوارکتسیون آورت) در موارد اختلاف کیفیت نبض در اندامهای فوقانی و تحتانی
- اندازه گیری **BMI**. نسبت دورکمر به دوریاسن
- بررسی وریدهای ژوگول از نظر اتساع آن‌ها و موج‌های غیرطبیعی
- بررسی نبض‌های کاروتید، فمورال و نبض‌های محیطی دیگر
- بررسی اندازه تیروئید و قوام آن
- معاینه قلب به منظور کشف ناهنجاری در **rate**, **ritem**, وجود **heave** بطنی, **click**, سوفل, **S4**, **S3**,
- معاینه ریه‌ها و بررسی وجود رال و برونوکواسپاسم (ویز)
- معاینه شکم، بررسی وجود **bruit** در شکم و فلانکها، کلیه بزرگ، ضربان آورت شکمی
- بررسی اندام‌ها و ضمائم پوستی اندام‌های تحتانی و وجود ادم
- بررسی نوروولژیکی وجود یا عدم وجود شواهدی دال بریماری نوروولژیکی مانند فلچ اندام‌ها

## تعریف فشارخون

فشارخون به دو عامل مهم یکی برون ده قلب یعنی مقدار خونی که در هر دقیقه به وسیله قلب به درون شریان آورت پمپ می‌شود (حدود 5-6 لیتر) و عامل دیگر مقاومت رگ، یعنی مقاومتی که بر سر راه خروج خون از قلب در رگ‌ها وجود دارد، بستگی دارد. فشار خون حاصل ضرب برون ده قلب و مقاومت عروق محیطی است. با تغییر برون ده قلب یا مقاومت رگ، مقدار فشارخون تغییر می‌کند. در هر فرد فشارخون را در دو سطح سیستول و دیاستول اندازه می‌گیرند فشارخون بالا در نتیجه افزایش فشار بیش از حد طبیعی جریان خون بر دیواره شریان‌ها ایجاد می‌شود.

طبق آخرین گزارش موسسه ملی قلب و ریه و خون (NHLBI) و هفتمنی گزارش کمیته ملی مشترک برای پیشگیری، شناسایی، ارزشیابی و درمان فشارخون بالا (JNC7) و طبقه بندی جدید برای افراد 18 سال و بالاتر، فشارخون طبیعی کمتر از 80/120 میلی متر جیوه، پیش فشارخون بالا 80-120، فشارخون بالای درجه یک 90-140 و فشارخون بالای درجه دو 100-160 میلی متر جیوه و بیشتر در نظر گرفته شده است.

.

## درمان

هدف از درمان کاهش فشارخون به کمتر از 140/90 میلی متر جیوه در افراد زیر 60 سال و کمتر از 150/90 میلی متر جیوه در افراد 60 سال و بالاتر سال است.

هدف در افراد مبتلا به دیابت یا CAD (بیماری عروق کرونر)، آنرواکروز محیطی و آنوریسم آئورت کاهش فشارخون به کمتر از 140/90 میلی متر جیوه است.

توصیه‌های غیرداروئی (اصلاح شیوه زندگی) شامل موارد زیر می‌باشد:

- کاهش وزن: اگر اضافه وزن وجود دارد ( $BMI \geq 25$ )
- قطع مصرف الکل: اگر الکل مصرف می‌کند
- کاهش میزان نمک مصرفی رژیم غذایی: کمتر از 5 گرم نمک در روز یا 2300 میلی گرم سدیم
- مصرف سبزیجات و میوه‌ها حداقل 5 وعده در روز به دلیل پتانسیم و منیزیم قابل ملاحظه
- مصرف حبوبات و غلات و لبنتیات کم چربی (کمتر از 1/5٪)
- افزایش میزان پتانسیم مصرفی رژیم غذایی (استفاده از سبزیجات و میوه‌های تازه و یخ زده)
- ترک دخانیات (در صورت مصرف)
- کنترل استرس: به نظر می‌رسد که استرس نقش بسیار مهمی در افزایش فشار خون دارد
- فعالیت بدنی منظم و با شدت متوسط و حداقل روزی نیم ساعت در اکثر روزهای هفته (یا 150 دقیقه در هفت‌هفته)
- سازگاری با استرس‌ها

\* مدت زمان درمان غیر داروئی به تنها یک کوتاه باشد(3ماه) در صورت عدم کنترل فشارخون با این روش، باید درمان داروئی را علاوه بر توصیه‌های غیر داروئی برای بیمار آغاز نمود.

\* مدت زمان درمان غیر داروئی به تنها یک کوتاه باشد(3ماه) در بیمارانی که فشارخون 140/90 تا کمتر از 100/160 میلیمتر جیوه دارند باید کوتاه باشد (3ماه) در صورت عدم کنترل فشارخون با این روش، باید درمان داروئی را علاوه بر توصیه‌های غیر داروئی برای بیمار آغاز نمود. در بیمارانی که فشارخون 100/160 و بالاتر دارند همراه با توصیه‌های غیرداروئی از ابتدا درمان داروئی باید آغاز شود.

## درمانوکنترلفشارخونبالا

- در افرادی که فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر پایدار دارند باید درمان دارویی شروع شود. شروع درمان با تجویز داروهای کاهنده فشارخون، مانند تیازیدها (در افرادی که فشارخون پایدار مساوی یا بیش از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه دارند) می‌باشد.
- داروهای اصلی شامل موارد ذیل می‌باشد: داروهای مدر (تیازیدی)، بلوك‌کننده‌های گیرنده آثرپوتانسین (ARB)، مهارکننده‌های آنزیمه مبدل آنزیپوتانسین (ACEI)
- جهت کمک به کنترل فشار خون بالا آموزش تغذیه مناسب داده می‌شود.
- جهت دریافت رژیم غذایی درمانی به کارشناس تغذیه ارجاع داده می‌شود.

نکته

- در بیماران با سن کمتر از ۵۵ سال تجویز دیورتیک تیازیدی و یا مهارکننده آنزیم مبدل آنزیپوتانسین با دوز پایین ارجحیت دارد.
- در بیماران با سن بیش از ۵۵ سال داروهای بلوك‌کننده کانال کلسیم و یا دیورتیک‌های تیازیدی با دوز پایین تجویز می‌گردد.
- در صورت عدم تحمل به داروهای مهارکننده آنزیپوتانسین یا برای زنان در سنین باروری، تجویز بتابلوکرها ارجحیت دارد.
- به کسانی که دارای فشارخون بین ۱۳۹-۱۲۰ و ۸۰-۸۹ میلی متر جیوه هستند (پره هیپرپاتنسیون) و دیابت و یا بیماری عروق کرونر یا آترووالسکلروز عروق محیطی، آنوریسم آنورت و ابتلاء اندام‌های حیاتی ندارند، اصلاح شیوه‌های زندگی توصیه می‌شود و باید یک سال بعد برای اندازه‌گیری فشارخون مراجعه نمایند.
- در صورت ابتلا به هر یک از موارد مذکور، علاوه بر اصلاح شیوه زندگی، درمان دارویی نیز شروع می‌شود.
- \* در صورت شروع ناگهانی فشارخون بالا در افراد زیر ۳۰ سال که فشارخون stage I دارند باید از نظر علل ثانویه فشارخون بالا بررسی شوند.

### توصیه

- قبل از تجویز ACEI میزان پتاسیم و کراتینین سرم اندازه‌گیری شود.
- در صورتی که فشارخون مساوی ۱۱۰/۱۸۰ و بالاتر باشد تشخیص بیماری فشارخون بالا در همان ویزیت امکان پذیر است و درمان دارویی باید آغاز شود.

### درمان‌های دارویی:

- برای درمان افرادی که فشارخون سیستول آنها ۱۴۰-۱۵۹ میلی متر جیوه است، از داروهای خط اول انتخاب می‌شود ( بتابلوکر، CCB، ARB، ACEI ) و تیازیدها)

- در افراد 60 سال و بالاتر بتابلوکر انتخاب اول نیست.
- اگر فشارخون سیستول 20 میلی جیوه و فشارخون دیاستول 10 میلی جیوه از فشارخون هدف بیشتر باشد، از ترکیب دو دارو از خط اول درمان انتخاب می‌شود.
- در فشارخون بارداری استفاده از ACEI , ARB ممنوع است.

درمان فشارخون بالای سیستولیک و دیاستولیک بدون عامل خطر و بیماری‌های همراه که به تک درمانی پاسخ نداده اند:

- داروی دوم اضافه می‌شود
- اگر علیرغم اضافه کردن دارو به داروهای دیگر هم چنان فشارخون هدف بدست نیاید، ضمن بررسی علل زیر:
  - 1) بیمار دستور دارویی را اجراء نمی‌کند
  - 2) فشارخون بالا علل ثانویه دارد
  - 3) شیوه زندگی را رعایت نمی‌کند
  - 4) فشارخون بالا ناشی از سندرم رو پوش سفید است.
- داروی سوم و یا چهارم اضافه می‌شود.
- اگر فشار خون بالا هنوز هم کنترل نشده است یا عوارض دارویی وجود دارد، گروه‌های دیگر داروهای کاهش دهنده فشارخون اضافه شود. مثل آلفا بلوكرهای یا عواملی که روی مرکز عصبی تاثیر می‌گذارند.

درمان دارویی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا همراه با سکته قلبی و سکته مغزی حاد که شروع آن در 72 ساعت اخیر بوده است:

سکته مغزی حاد از نوع ایسکمیک: فشار خون سیستولیک بالای 220 میلی متر جیوه و فشار دیاستولیک بالای 120 میلی متر جیوه بود، ظرف 24 ساعت این فشارخون را کاهش می‌دهیم (20٪ از کاهش فشار خون ظرف 2 ساعت و 80٪ ظرف شش ساعت به فشارخون هدف 160/100 میلی متر جیوه برسد).

از پایین آوردن سریع فشار خون اجتناب کنید.

**ایسکمی مغزی گذرا TIA:** هدف رساندن فشار خون به کمتر از 140/90 میلی متر جیوه است و برای کاهش فشار خون بالا در این افراد ترکیبی از مهار کننده‌های آنزیم آنژیوتانسین و دیورتیک استفاده می‌شود.

## درمان فشار خون بالا در بیماران با NSTEMI یا STEMI

- در این بیماران از بتا بلوکر و ACEI استفاده می‌شود، اگر منع مصرف بتا بلوکر داشته باشد، از کلسیم بلوکر طولانی اثر دی هیدروپیریدونی استفاده می‌شود، ولی اگر نارسایی قلب داشت از کلسیم بلوکرهای طولانی اثر استفاده می‌شود.

### درمان فشار خون بالای سیستولیک ایزوله بدون عامل خطر و بیماری‌های همراه:

هدف فشار خون کمتر از 140/90 میلی متر جیوه در افراد کمتر از 80 سال و کمتر از 150/90 در افراد بالاتر از 80 سال است. در درمان علاوه بر اصلاح شیوه زندگی می‌توان از تیازیدها، ARB و دی هیدروپیریدین کلسیم طولانی اثر مثل آملودپین استفاده کرد.

- اگر فشار خون با دو یا سه دارو کنترل نشد و یا عوارض دارویی وجود داشت از گروه‌های دارویی دیگر مثل ACEI یا آلفا بلوکرها یا داروهایی که روی سیستم مرکزی اثر می‌گذارند یا کلسیم بلوکرهای غیر دی هیدروپیریدینی استفاده می‌شود.
  - عدم پیروی از دستورات دارویی
  - فشار خون بالای ثانویه
  - داخل دارویی و شیوه زندگی نامناسب
  - فشار خون بالا به علت سندروم روپوش سفید

پزشک باید پس از تکمیل اقدامات درمانی مورد نیاز و ارایه‌وصیه‌های کلی تغذیه‌ای به بیمار، فرد را جهت مشاوره و دریافت رژیم غذایی مناسب به کارشناس تغذیه ارجاع داده و پیگیری نماید.

### مر اقبتوپیشگیریا زفشا رخونبala

- افرايش آگاهی مردم درمورد پیشگیری از فشارخون بالا و عوارض آن
- تشويق به اندازه‌گيری فشارخون و اجرای پيشنهادهای اعضاي تيم سلامت
- آموزش خودمراقبتی و گسترش آن برای پیشگیری از فشارخون بالا از جمله آموزش نحوه اندازه گيری فشارخون در منزل
- فراهم کردن محیط برای رفتارهای سالم
- کاهش مصرف نمک
- متعادل کردن رژیم غذایی و مصرف میوه و سبزیجات حداقل 5 وعده
- ترك مصرف الکل

- مصرف نکردن دخانیات
- فعالیت بدنی منظم باشدت متوسط حداقل نیم ساعت در اکثر روزهای هفته (یا 150 دقیقه در هفته)
- کنترل وزن
- تشخیص زود رس از طریق غربالگری (پیدا کردن افراد مبتلا و پیگیری و درمان آن)
- سازگاری با فشارهای روحی – روانی *relaxation*
- از تجویز مکمل‌ها مانند کلسیم، مننیزم یا پتاسیم خودداری شود

## آموزش

آموزش در تمام سطوح 1 و 2 به طور مستقیم زیر نظر پزشک انجام می‌شود.

در صورت دسترسی به خدمات پرستاری و تغذیه، خدمات آموزشی توسط تیم متخصص از پزشک، پرستار و کارشناس در اختیار بیماران قرار می‌گیرد. نظارت بر آموزش و حسن اجرای آن به عهده پزشک است؛ نظارت پیوسته بر سطح معلومات پرستنی از اجزای مهم آموزش است. در صورتی که پرستار آموزش چهره‌به‌چهره به بیماران، با وجود وقت‌گیر بودن بسیار مؤثر است. کلاس‌های آموزشی با تعدادی از بیماران، برای بیماران و خانواده‌ی آنها بسیار مفید است. در صورتی که پرستار و کارشناس تغذیه بتوانند مطالب آموزشی را به نحو مطلوبی در اختیار بیماران و خانواده‌ی آنان، افراد در معرض خطر و دیگر افراد جامعه قراردادهند، پزشک فرصت بیشتری برای بررسی بیماران خواهد داشت. بهطور کلی نظارت بر امر آموزش به عهده‌ی پزشک است.

## ارجاع بیماران به سطح 2

در صورت بروز هر یک از موارد زیر با توجه به احتمال آسیب اعضا حیاتی بیمار به سطح بالاتر ارجاع گردد  
آسیب اعضاء حیاتی در موارد زیر مشخص می‌شود:

- هیپرتروفی بطن چپ (که در الکتروکاردیوگرافی مشخص می‌شود) یا نارسائی قلبی
- تاریخچه یا علائم درد قفسه صدری
- تاریخچه یا مدرک الکتروکاردیوگرافی از انفارکتوس میوکارد
- تاریخچه یا علائم **Claudication** (درد اندام تحتانی بهنگام راه رفتن و بهبود درد با استراحت)
- بالا بودن کراتینین سرم خون

- علائم و نشانه‌های TIA (ایسکمی گذرای مغزی)
  - علائم و نشانه‌های آسیب چشم
- اقدامات لازم رایج برای اسیب‌گران‌ها**

آزمایش خون برای بررسی:

Total cholesterol, TG , HDL ,LDL,HCT , Hb , uricacid CBC(eGFR) Cr-p-ca,k,Na,FBS

- در صورت نیاز آزمایشات دیگربر اساس تاریخچه بیمار، معاینات بالینی و نتایج آزمایشات اولیه درخواست می‌گردد.

\* آزمایش ادرار برای بررسی وجود پروتئین انجام می‌شود. اما در مطالعات اخیرنشان داده است، این آزمایش در پیگیری بیمار تاثیر چندانی ندارد (Canada Hypertension)

- بررسی ته چشم (فوندوسکوپی) از نظر وجود رتینوپاتی

- الکتروکاردیوگرافی برای بررسی وجود هیبرترووفی بطن چپ یا ایسکمی قلب

\* شروع ناگهانی فشارخون بالا در افراد زیر 30 سال که فشارخون stage I دارند از نظر علل ثانویه فشارخون بالا بررسی شوند

## ارزیابی هپاتیت

ارزیابی از نظر هپاتیت :

ضمون معاینه وجود نشانه ها / شکایات زیر را سؤال کنید:

- وجود زردی در چشم یا پوست، پررنگ شدن ادرار و کم رنگ شدن مدفعه ، تهوع و استفراغ و درد شکم
- بیلی روبين کل (توatal) بالاتر از 15 میلی لیتر در د سی لیتر
  - Bilirubin Total ( Normal Range) = 0.3 – 1.3 mg/dl
  - Bilirubin Direct ( Normal Range) = 0.1- 0.4 mg/dl
- کاهش قند خون کمتر از 60 میلی گرم در د سی لیتر
- طولانی شدن زمان PT بیش از 5 ثانیه از حد نرمال
- افزایش سطح INR بیش از 2/5 برابر
- اختلال سطح سدیم و پتاسیم
- Sodium( Normal Range) = 136 – 146 meq/l
- Potassium ( Normal Range) = 3.5 – 5 meq
  - اختلال سطح کرا تینین و اوره
- BUN (Normal Range) = 7- 20 mg/dl
- Creatinine :Female(Normal Range) =0.5- 0.9 mg/dl
- Creatinine :Male( Normal Range) =0.6- 1.2 mg/dl
- افزایش سطح AST,ALT بالای 1000

## نکات آموزشی در خصوص ایدز

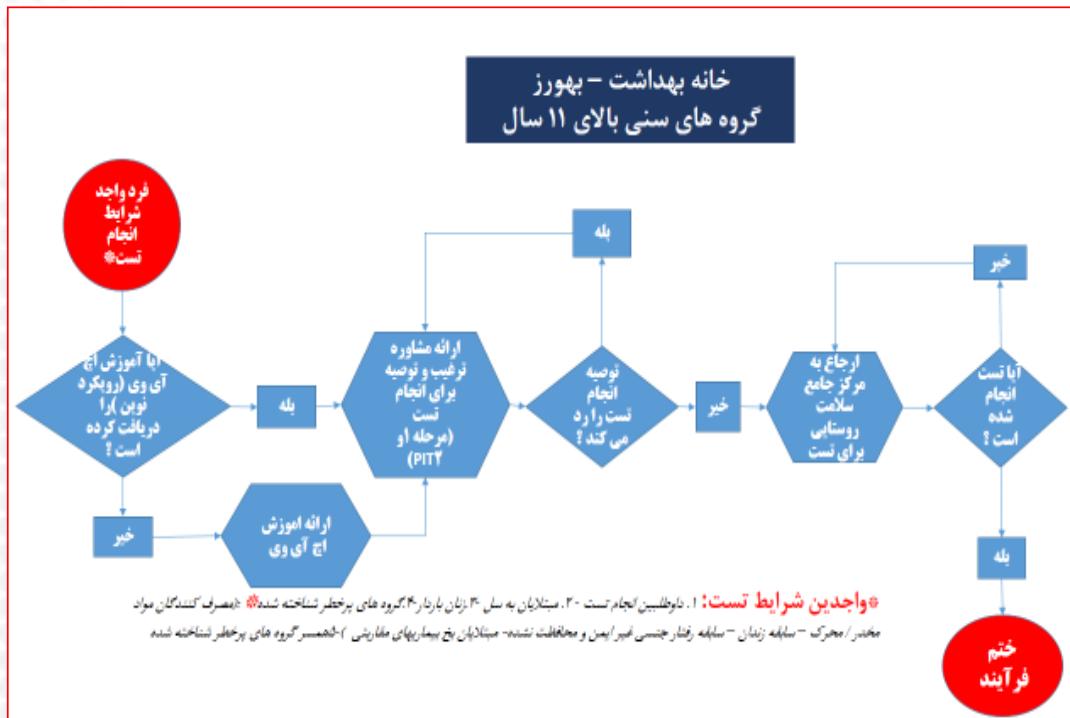
جدول ۱ - شرح وظایف سطوح مختلف در ادغام خدمات اچ آی وی در نظام PHC

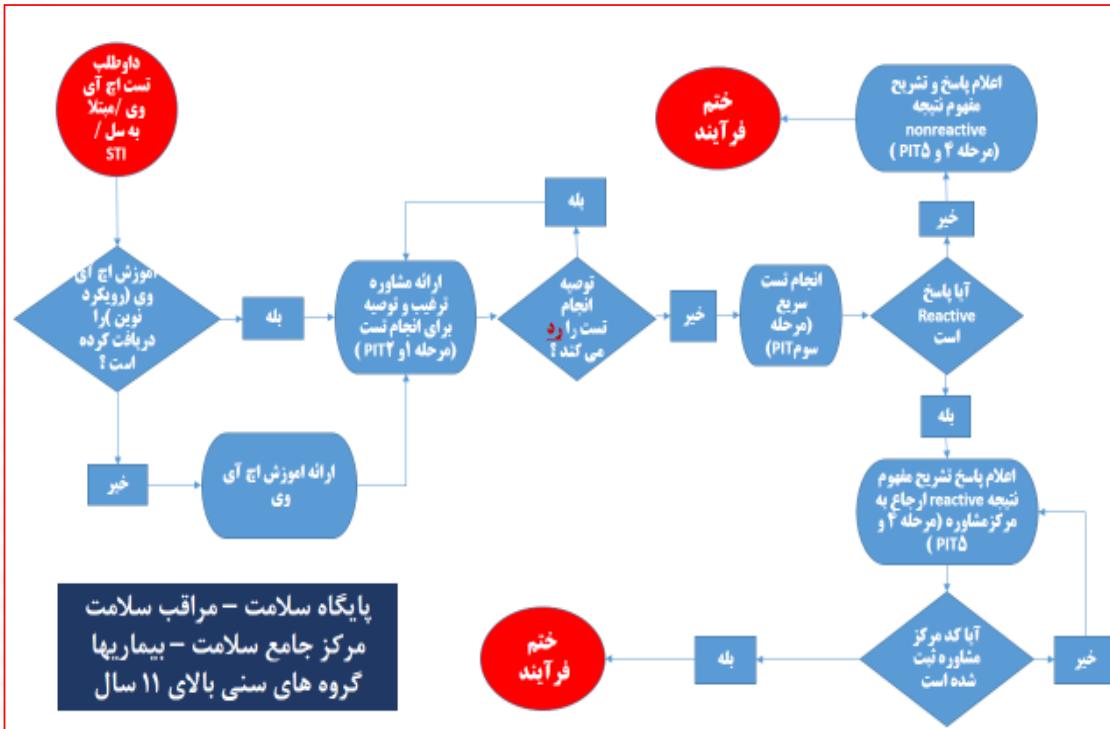
مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری	مرکز جامع سلامت		پایگاه سلامت	خانه بهداشت
	پزشک	غیر پزشک	مراقب سلامت	بهورز
۱. مشاوره تخصصی با موارد مثبت اولیه ارجاع شده ۲. اعلام کد مرکز مشاوره به مرکز ارجاع کننده ۳. درخواست تست تشخیصی تاییدی ۴. تشخیص نهایی مطابق الگوریتم تشخیصی ۵. مراقبت و درمان موارد مثبت قطعی ۶. پیگیری تکرار آزمایش موارد منفی مطابق پروتکل	۱. شناسائی واجدین شرایط تست 2. ترغیب و توصیه به انجام تست 3. ارجاع موارد مثبت اولیه به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری 4. ارجاع موارد مثبت اولیه اچ آی وی موارد ارجاع شده از خانه های بهداشت 5. مشاوره با موارد مثبت اولیه ارجاع شده و ارجاع به پزشک 6. پیگیری موارد منفی 7. پیگیری نتیجه ارجاع موارد مثبت به مرکز مشاوره	۱. آموزش رویکرد نوین 2. شناسائی واجدین شرایط تست 3. ترغیب و توصیه به انجام تست 4. انجام تست اولیه 5. ارجاع موارد مثبت اولیه برای تست تاییدی 6. پیگیری موارد منفی	۱. آموزش رویکرد نوین 2. شناسائی واجدین شرایط تست 3. ترغیب و توصیه به انجام تست 4. ارجاع برای انجام تست 5. ارجاع برای انجام تست اولیه	

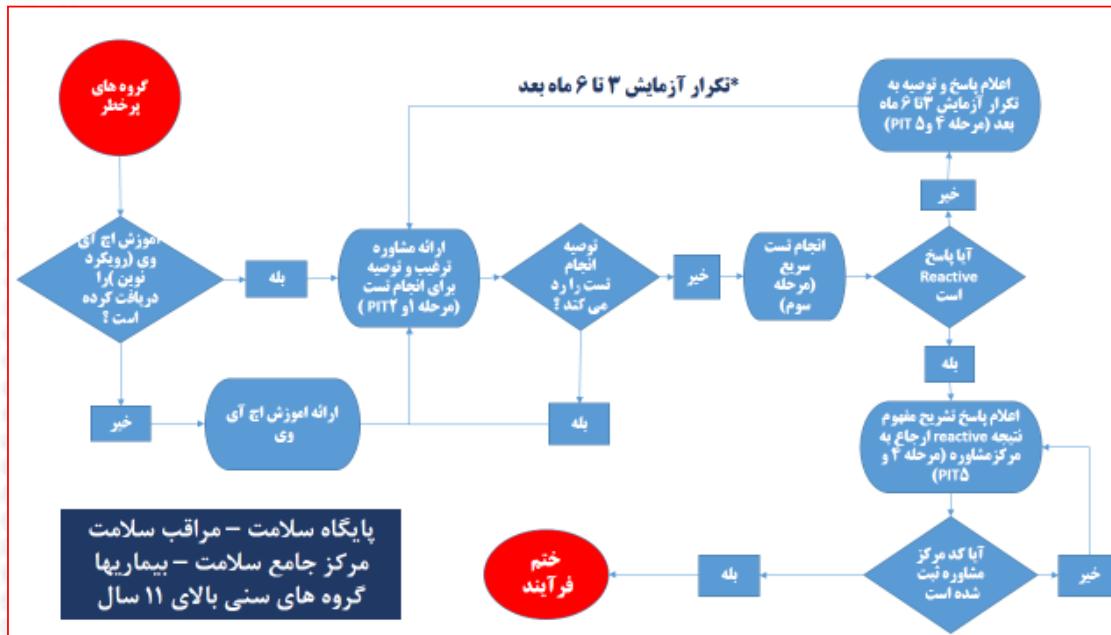
## ضمیمه بخش اول : فلوچارت های خدمات مرتبط با اج آی وی

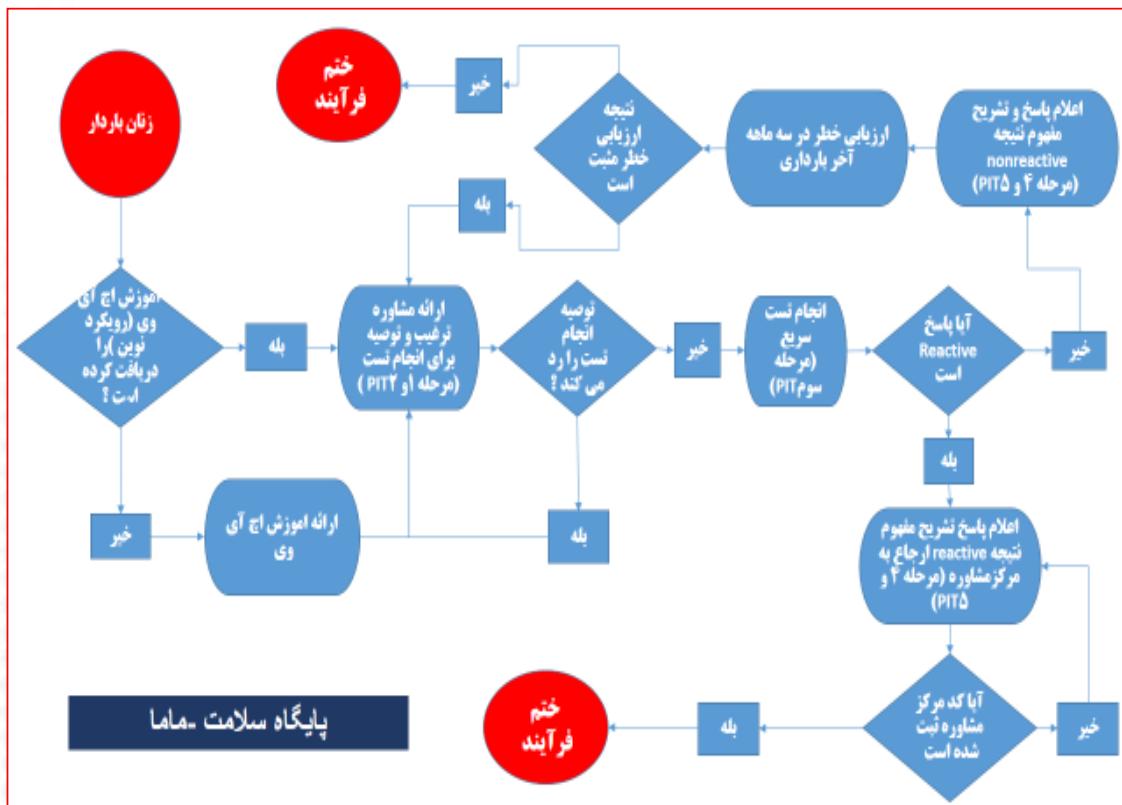
### فلوچارت ارائه خدمات اج آی وی در سطح خانه بهداشت

فلوچارت ارائه خدمات اج آی وی در سطح پایگاه ها و مراکز جامع سلامت









## تعریف استاندارد فرآیندهای خدمات

### اج آی وی و بیماریهای آمیزشی در نظام PHC

#### [Document subtitle]

این مجموعه چکیده ای از دستورالعمل های اجرایی است که به منظور ادغام برنامه های کنترل اج آی وی و بیماریهای آمیزشی در سطوح اول و دوم PHC تهیه شده است . بدینهی است جزئیات فرآیند های مربوطه در دستورالعمل های مدون زیر وجود دارد :

.1 دستورالعمل نحوه آموزش اج آی وی

.2 دستورالعمل نحوه ترغیب و توصیه به انجام تست اج آی وی

.3 دستورالعمل مراقبت سندرمیک بیماریهای آمیزشی

#### بخش اول : خدمات مرتبط با اج آی وی

خدمات اصلی مرتبط با کنترل اج آی وی در سطح اول و دوم نظام PHC عبارتند از :

.4 آموزش ( بر مبنای رویکرد نوین آموزش اج آی وی با محوریت تازه های کنترل اج آی وی و کاهش انگ و بد نامی )

.5 تشخیص اولیه اج آی وی مشتمل بر سه فرآیند زیر :

.6 مشاوره اولیه ترغیب و توصیه به انجام تست اج آی وی

.7

تست تشخیصی اولیه اج آی وی (تست سریع)

.8

اعلام پاسخ و ارجاع موارد با نتیجه تست Reactive به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری

### فرآیندهای خدمت اول: آموزش (بر مبنای رویکرد نوین آموزش اج آی وی)

ارائه دهنگان خدمت: بهورزان-مراقبین سلامت آموزش دیده (این خدمت توسط پزشک - ماما - کارдан بیماریهای مراکز جامع سلامت در صورتی که دوره مدون نحوه آموزش اج آی وی را گذرنده باشند نیز قابل ارائه است)

گیرنده خدمت: کلیه افراد بالای 15 سال - (لازم است در هر خانواده حداقل یک نفر این خدمت را دریافت کند).

اهداف ارائه خدمت: هدف از ارائه این خدمت باور کنند اج آی وی یک بیماری عفونی است که در صورتی که به موقع تشخیص داده شده و تحت درمان قرار گیرد نه تنها فرد مبتلا می تواند طول عمر نرمال داشته باشد، بلکه در صورت درمان موثر قابلیت انتقال بیماری به دیگران را از دست می دهد.

چگونگی ارائه خدمت: طول مدت این آموزش، روش های آموزشی و ابزارهای کمک آموزشی مرتبط در دستورالعمل مربوطه تحت عنوان "رویکرد نوین آموزش ویژه ارائه دهنگان خدمت" آمده است.

تواتر ارائه خدمت: این خدمت لازم است حداقل یکبار در طول عمر افراد ارائه می شود. و در صورت نیاز قابلیت تکرار دارد.

ثبت خدمت: در نرم افزار سیپ در قسمت اقدام آیتمی به نام "رویکرد نوین آموزش اج آی وی" اضافه شود و پس از ارائه آموزش استاندارد اج آی وی در این قسمت تاریخ ارائه خدمت ثبت گردد.

ارتباط خدمت با سایر خدمات: این خدمت می تواند به صورت مستقل ارائه شود. اما در صورتی که فرد واجد شرایط دریافت خدمات تشخیصی اولیه است، ارجح است ابتدا این خدمت را دریافت کند.

### فرآیندهای خدمت دوم: تشخیص اولیه اج آی وی

این خدمت مشتمل بر سه فرآیند به شرح زیر است که اجزاء اجرایی هر فرآیند شرح داده شده است:

1.1. مشاوره اولیه ترغیب و توصیه به انجام تست اج آی وی

1.2. تست تشخیصی اولیه اج آی وی (تست سریع)

1.3. اعلام پاسخ و ارجاع موارد با نتیجه تست Reactive به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری

#### فرآیند 2.1 - مشاوره اولیه ترغیب و توصیه به انجام تست اچ آی وی

ارائه دهنده خدمت : بهورزان-مراقبین سلامت آموزش دیده ( این خدمت توسط پزشک - ماما - کارдан بیماریهای مراکز جامع سلامت در صورتی که دوره مدون PIT را گذرنده باشند نیز قابل ارائه است )

گیرنده خدمت : واجدین شرایط انجام تست عبارتند از :

#### 1. داوطلبین انجام تست

2. مبتلایان به سل

3. زنان باردار

4. گروه های پرخطر شناخته شده\* : (صرف کنندگان مواد مخدر / محرك سابقه زندان سابقه رفتار جنسیغیرایمنو محافظت نشده -  
مبتلایان ببیماریها یا آمیزشی )

#### 5. همسر گروه های پرخطر شناخته شده \*

\*با توجه به اینکه /پیدمی /چ آ وی در کشور در مرحله متتمرکز است سیاست کشوری مبنی بر شناسائی فعال (Active case finding) برای شناسائی عوامل خطر نمی باشد .

اهداف ارائه خدمت : هدف از ارائه این خدمت این است که گیرندهان خدمت بر لزوم انجام تست تشخیصی اچ آی وی واقع گردد ، و قبل از انجام تست با مفاهیم مرتبط با نتایج تست آشنا شده و برای هر نتیجه بدانند اقدام مناسب چیست

چگونگی ارائه خدمت : این خدمت در اصل یک مشاوره انگیز شی به روش ساده است طول مدت این مشاوره ، روش های ارائه و مفاهیم مرتبط در دستورالعمل مربوطه تحت عنوان " دستورالعمل اجرایی توصیه به انجام تست PIT " آمده است . در طول این مشاوره فرد ضمن اینکه بر لزوم انجام تست آگاهی پیدا می کند و برای انجام تست ترغیب می شود ، با مفاهیم نتایج تست نیز آشنا می شود . پس از مشاوره انجام شده اگر فرد توصیه به انجام تست را نپذیرد ، لازم است در جلسات دیگر آموزش اچ آی وی و ترغیب و توصیه به انجام تست مجددا تکرار شود . و در هیچ شرایطی انجام تست با اجبار نباید باشد .

تواتر ارائه خدمت : تکرار این خدمت بنا به واجدین شرایط دریافت خدمت متفاوت است

1. در داوطلبین انجام تست : نیاز به تکرار خدمت نیست مگر آنکه فرد بعد از سه ماه مجددا داوطلب انجام تست باشد

2. مبتلایان به سل : در هر بار ابتلا فرد به بیماری سل ( ترجیحا در مرحله درمان حمله ای )

3. زنان باردار : در هر بار بارداری ( در سه ماهه اول ) و مطابق فلوچارت در صورت وجود عوامل خطر در هر بارداری در سه ماهه سوم نیز تکرار می شود .

4. گروه های پرخطر شناخته شده \* مطابق پرتوکل مربوطه هر سه تا شش ماه یکبار

5. همسر گروه های پرخطر شناخته شده \* مطابق پرتوکل مربوطه هر سه تا شش ماه یکبار

ثبت خدمت : در نرم افزار سیب در قسمت اقدام آیتمی به نام " توصیه و ترغیب به انجام تست " اضافه شود و پس از ارائه مشاوره انگیز شی در این قسمت ثبت شود .

#### ارتباط خدمت با سایر خدمات :

پیش نیاز : لازم است قبل از انجام این خدمت ، فرد خدمت آموزش با رویکرد نوین را دریافت کرده باشد . و در صورتی که این اقدام صورت نگرفته باشد ، ارائه دهنده خدمت

موظف است ابتدا خدمت " رویکرد نوین آموزش اچ آی وی " را ارائه دهد

خدمت بعدی : کلیه افرادی که پس از توصیه به انجام تست ، انجام تست را رد نکرده اند ، باید وارد چرخه فرآیند بعدی که انجام تست سریع است بشوند .

از آنجا که خدمت انجام تست در خانه های بهداشت انجام نمی شود در این مرحله افراد توسط بهورز به مرکز جامع سلامت رستایی ارجاع می شوند . و در پایگاه های سلامت

انجام تست بالافصله بعد از مرحله ترغیب و توصیه انجام می شود .

#### فرآیند 2.2 - انجام تست تشخیصی اولیه اچ آی وی ( تست سریع )

ارائه دهنده خدمت : مراقبین سلامت آموزش دیده ( این خدمت توسط پزشک - ماما - کارдан بیماریهای مراکز جامع سلامت در صورتی که دوره مدون PIT را گذرنده باشند نیز قابل ارائه است ) \* ( این خدمت در حال حاضر در خانه های بهداشت و توسط بهورزان انجام نمی شود .

گیرنده خدمت : کلیه واجد یعنی شرایط انجام تست که مشاوره اولیه ترغیب و توصیه به انجام تست را دریافت کرده اند و با انجام تست مخالفت ننموده اند .

اهداف ارائه خدمت : این تست ، تست اولیه تشخیص اچ آی وی است ، و در صورتی که جواب Reactive باشد به معنی ابتلای فرد به اچ آی وی نیست و لازم است برای تایید تشخیص فرد به مراکز تخصصی ( مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری ) ارجاع شود

چگونگی ارائه خدمت : مطابق دستورالعمل انجام تست ، تست توسط فرد دوره دیده انجام می شود ، لازم است حین انجام تست مراحل اجرای تست ، مدت زمان آماده شدن نتیجه و مفاهیم نتایج احتمالی مجدد برای فرد توضیح داده شود . برای فرد توضیح داده می شود که : این تست یک تست اولیه است که می تواند رد پای میکروب اچ آی وی ( آنتی بادی ) را در بدن نشان دهد ، البته بعضی مواقع ممکن است بعضی عوامل یا میکروب های دیگر هم ردپایی مشابه میکروب اچ آی وی داشته باشند .

تواتر ارائه خدمت : تکرار این خدمت بنا به واجدین شرایط دریافت خدمت متفاوت است

1. در داوطلبین انجام تست : نیاز به تکرار خدمت نیست مگر آنکه فرد بعد از سه ماه مجدداً داوطلب انجام تست باشد
2. مبتلایان به سل : در هر بار ابتلا فرد به بیماری سل یکبار ( ترجیحاً در مرحله درمان حمله ای )
3. زنان باردار : در هر بار بارداری ( در سه ماهه اول ) و مطابق فلو چارت در صورت وجود عوامل خطر در هر بارداری در سه ماهه سوم نیز تکرار می شود .
4. گروه های پرخطر شناخته شده \* مطابق پروتکل مربوطه هر سه تا شش ماه یکبار
5. همسر گروه های پرخطر شناخته شده \* مطابق پروتکل مربوطه هر سه تا شش ماه یکبار

ثبت خدمت : در نرم افزار سیب در قسمت اقدام آیتمی به نام " انجام تست سریع تشخیص اج آی وی " اضافه شود و پس از انجام تست تاریخ انجام تست و نتیجه آن ثبت می شود.

#### ارتباط خدمت با سایر خدمات :

پیش نیاز : بدون انجام فرآیند ترغیب و توصیه به انجام تست ، تست اج آی وی نباید انجام شود و شرط لازم برای ارائه این فرآیند ، فرآیند قبلی است.

خدمت بعدی : اعلام پاسخ و ارجاع موارد Reactive به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری

فرآیند 2.3 - اعلام پاسخ و ارجاع موارد با نتیجه تست Reactive به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری

ارائه دهنده خدمت : مراقبین سلامت آموزش دیده ( این خدمت توسط پزشک - ماما - کارдан بیماریهای مراکز جامع سلامت در صورتی که دوره مدون PIT را گذرنده باشند نیز قابل ارائه است ) \* ( این خدمت در حال حاضر در خانه های بهداشت و توسط بهورزان انجام نمیشود ).

گیونده خدمت : کلیه افرادی که برای آنها تست سریع انجام شده است

اهداف ارائه خدمت : اعلام نتیجه به فرد با هدف جلب همکاری فرد در پیگیری های بعدی برای تایید تشخیص (در خصوص موارد Reactive) و پیگیری انجام تست با توجه به مرحله پنجه (در خصوص موارد Nonreactive) انجام می شود

چگونگی ارائه خدمت : مطابق دستورالعمل نتیجه تست اعم از Reactive Nonreactive باید به فرد اعلام شود و مجدداً در این مرحله نیز باید مفهوم نتایج برای وی شرح داده شود :

اگر نتیجه آزمایش Reactive باشد ، حتماً به معنی وجود میکروب اج آی وی در بدن فرد نیست و این فرد باید با آزمایش های تكمیلی که در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری انجام می شود مطمئن شود که علت reactive شدن نتیجه وجود میکروب اج آی وی بوده است . سپس فرد را ارجاع می دهد

اگر نتیجه آزمایش Nonreactive باشد ، یا به این علت است که میکروب اج آی وی در بدن فرد نیست در خصوص افرادی که جز گروه های پرخطر هستند و نیاز به تکرار آزمایش دارند باید اضافه شود گاهی جواب Nonreactive به این دلیل است که میکروب تازه وارد بدن فرد شده است و هنوز فرصت کافی برای ایجاد رد پا ( ساختن آنتی بادی ) پیدا نکرده است لذا توصیه می شود فرد سه تا شش ماه بعد مجددا تست را تکرار کند .

تواتر ارائه خدمت : تکرار این خدمت بنا به واجدین شرایط دریافت خدمت متفاوت است

1. درداوطلبین انجام تست : نیاز به تکرار خدمت نیست مگر آنکه فرد بعد از سه ماه مجددا داوطلب انجام تست باشد
2. مبتلایان به سل : در هر بار ابتلا فرد به بیماری سل یکبار ( ترجیحا در مرحله درمان حمله ای )
3. زنان باردار : در هر بار بارداری ( در سه ماهه اول ) و مطابق فلو چارت در صورت وجود عوامل خطر در هر بارداری در سه ماهه سوم نیز تکرار می شود .
4. گروه های پرخطر شناخته شده \* مطابق پروتکل مربوطه هر سه تا شش ماه یکبار
5. همسر گروه های پرخطر شناخته شده \* مطابق پروتکل مربوطه هر سه تا شش ماه یکبار

ثبت خدمت : در نرم افزار سیب در ادامه فرآیند " انجام تست سریع تشخیص اج آی وی " محلی برای ثبت نتیجه اضافه شود و درصورتی که نتیجه Reactive باشد ، فرد باید ارجاع شود و پس از مراجعة فرد کد مرکز مشاوره توسط مرکز مشاوره در نرم افزار ثبت شود .

ارتباط خدمت با سایر خدمات :

پیش نیاز : بدیهی است این خدمت بعد از فرآیند انجام تست ، قابلیت اجرا دارد .

خدمت بعدی : موارد Reactive به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری ارجاع می شوند و باید کد مرکز مشاوره برای آنها ثبت شود ، تا زمانی که این کد ثبت نشود ، ارجاع فرد به مرکز باید پیگیری شده و در صورت لزوم مشاوره های انگیزشی برای وی تکرار شود

## بیماری غیر واگیر ریوی (آسم)

شواهدی که احتمال ابتلا به آسم را افزایش می دهند:

- دارا بودن علایم خس خس سینه، سرفه، تنگی نفس، احساس فشار در قفسه سینه
- داشتن علایم مکرر و عود کننده
- بدتر شدن علایم در شب و اوایل صبح
- ایجاد و یا بدتر شدن علایم متعاقب ورزش سرما، حیوانات خانگی، هوای مرطوب، دود، بوی تند، هیجانات، خنده ...
- رخ دادن علایم در شرایط غیر سرماخوردگی
- سابقه فردی اخانودگی آتوپی
- وجود ویزینگ منتشر در سمع ریوی

شواهدی که احتمال ابتلا به آسم را کاهش می دهند:

- بیمار فقط دارای سرفه خلط دار، بدون خس خس سینه هیاتنگی نفس باشد.
- زمانی که بیمار علامت دار است، در معاينه هفیزیکی به طور مکرر نکته ای یافته نشود.
- علائم فقط در زمان سرماخوردگی وجود داشته باشد.
- سابقه طولانی مدت مصرف سیگار
- وجود شواهد بالینی غیر معمول نظیر ال، سیانوز، کلابینگ
- زمانی که بیمار علامت دار است، اسپیرومتری پیک فلومتری بطبیعی باشد.
- تظاهرات بارز سیستمیک (تب، کاهش وزن، درد عضلات، ...)
- تنگی نفس مداوم و غیر متغیر
- دارای شواهد بالینی به نفع تشخیص های افتراقی باشد.

انجام ارزیابی عملکرد ریوی شامل اسپیرومتری و یا پیک فلومتری قبل و بعد از مصرف سالبوتامول استنشاقی (در صورت نیاز)

## راهنمای اسم

کلیه افرادی که در طی غربالگری یا مراجعه فردی با عالیم تنفسی از طریق بهورز / مراقب سلامت به پزشک ارجاع می شوند براساس شرح حال ، عالیم و معاینات بالینی (مطابق با راهنمای ملی آسم) ارزیابی شده و درصورت نیاز تست های عملکرد ریوی انجام می گیرد. چنانچه فردی از نظر پزشک مبتلا به بیماری آسم تشخیص داده شود براساس پروتکل های مربوط تحت درمان قرار می گیرد.

## درمان آسم

برای درمان آسم در ابتدا باید براساس شدت بیماری (Asthma Severity) و توجه به فاکتورهای خطر، درمان را آغاز کرد و سپس طبق سطح کنترل بیماری Control ادامه درمان را تنظیم کرد. در صورتی که عالیم بیماری خفیف و متنابع باشد (عالیم روزانه 2بار یا کمتر در هفته و شبها یک بار یا کمتر در ماه) بیمار نیاز به درمان منظم نگهدارنده نداشته باشد و بحسب نیاز می توان از داروهای زود اثر نظیر سالبوتامول استفاده نمود. در بیشتر بیماران درمان انتخابی نگهدارنده، استروئید استنشاقی نظیر بکلومتاژون یا فلوتیکازون با دوز کم است. در مواردی که شدت عالیم بالینی بیمار بیشتر است (عالیم بیماری هر روز وجود داشته و یا شبها بیش از یک بار در هفته به دلیل بیماری از خواب بیدار می شود) باید برای درمان از استروئید استنشاقی با دوز متوسط استفاده نمود. در صورتی که عالیم بیمار شدید است (علاوه بر عالیم مداوم روزانه، اختلال خواب هر شب وجود دارد) جهت درمان داروهای دیگر نظیر بتا آگونیست های استنشاقی طولانی اثر مورد نیاز است که در این موارد لازم است بیمار به سطوح بالاتر ارجاع شود. باید توجه داشت که در هر مرحله، چنانچه به دلیل اقدامات تشخیصی یا درمانی اندیکاسیون ارجاع وجود داشته باشد باید بیمار به سطوح بالاتر ارجاع گردد. بدینهی است در بیمارانی که با تشخیص قبلی آسم تحت درمان می باشند ادامه روند درمان بر اساس سطح کنترل بیماری انجام می گیرد.

## درمان آزمایشی

در کودکان درمان آزمایشی با استفاده از دوز متوسط کورتیکواستروئیدهای استنشاقی (بکلومتاژون یا فلوتیکازون) بر اساس سن و به مدت دو ماه صورت می گیرد. در بزرگسالان برای درمان آزمایشی (Trial) کورتیکوسترئوئید استنشاقی به مدت دو ماه و با دوز 200 mcg بکلومتاژون یا معادل آن از فلوتیکازون دو بار در روز تجویز می گردد. در مواردی که انسداد قابل ملاحظه ای راههای هوایی وجود دارد، درمان آزمایشی با پردنیزولون خوارکی 30 mg روزانه (یک بار در روز) برای دو هفته توصیه می گردد. در کلیه بیماران علاوه بر داروهای کنترل کننده نظیر بکلومتاژون یا فلوتیکازون، بتا آگونیست استنشاقی زوداثر مانند سالبوتامول نیز تجویز می گردد.

## تعیین سطح کنترل

کلیه بیماران باید یک ماه پس از شروع درمان مجدداً توسط پزشک ویزیت شده و سطح کنترل بیماری توسط پزشک تعیین گردد و در خصوص ادامه روند درمان بر اساس سطح کنترل بیماری (کنترل کامل، نسبی یا کنترل نشده) وجود عوامل خطر همراه تصمیم گیری شود:

الف) چنانچه آسم کنترل نشده باشد علاوه بر توصیه به استفاده از داروها و وسایل کمک درمانی و کنترل عوامل خطر باید افزایش پلکانی مقدار مصرف دارو ها نیز صورت گیرد و جهت درمان داروهای دیگر نظریه بتا آگونیست های استنشاقی طولانی اثر مورد نیاز است که در این موارد لازم است بیمار به سطوح بالاتر ارجاع شود.

ب) اگر آسم بیمار تا حدی کنترل شده باشد (کنترل نسبی) ضمن توصیه به استفاده از داروها و وسایل کمک درمانی و کنترل عوامل خطر، با توجه به در دسترس بودن امکانات درمانی و هزینه درمان می توان افزایش پلکانی درمان را انجام داد و برای درمان از استروئید استنشاقی با دوز متوسط استفاده نمود و یا درمان را بر اساس مرحله قبل ادامه داد. در هر صورت باید بیمار یک ماه بعد مجدداً توسط پزشک ویزیت گردد.

ج) اگر بیماری به طور کامل کنترل شده باشد درمان را مطابق گذشته ادامه داده و بیمار باید دو ماه بعد مجدداً توسط پزشک ویزیت گردد.

اسپیرومتری علاوه بر شروع درمان هر 3 تا 6 ماه یک بار به صورت دوره ای اندازه گیری می شود. فاکتورهای خطر باید در موقع تشخیص و سپس به طور دوره ای ارزیابی گردد، به ویژه اگر بیمار سابقه حمله آسم داشته باشد. در صورت وجود هر یک از فاکتورهای خطر، رسک حملات حتی در وضعیت کنترل کامل افزایش می باید و باید افزایش مرحله درمانی را مد نظر داشت. بدیهی است که باید به بیمار توصیه گردد در صورت عدم کنترل بیماری یا بدتر شدن علایم زودتر از زمان تعیین شده مراجعه نماید.

## ارزیابی وضعیت کنترل آسم و عوامل خطر

سطوح کنترل			الف. کنترل عالیم آسم
			آیا بیمار در <b>4</b> هفته گذشته:
کنترل کامل کنترل نسبی کنترل نشده	3-4 1-2 مورد	هیچ کدام از موراد این موارد	<p>* علایم روزانه بیشتر از <b>2</b> بار در هفته داشته است؟  <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>* آیا به خاطر آسم شب ها از خواب بیدار شده است?  <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>* نیاز به داروی زود اثر تسکین دهنده بیشتر از <b>2</b> بار در هفته داشته است <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>* محدودیت فعالیت به خاطر آسم داشته است?  <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>
ب. فاکتورهای خطر برای پیش آگهی بد آسم			
داشتن هر یک از این علایم ، ریسک حملات را حتی در وضعیت کنترل کامل بالا می برد			<ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>FEV1</b> پایین (به ویژه کمتر از <b>60</b> درصد)</li> <li>* مشکلات روانی، اقتصادی و اجتماعی شدید</li> <li>* برخورد با دود سیگار و عوامل شیمیایی مضر و عوامل شغلى</li> <li>* بیماری های همراه، رینوسینوزیت، چاقی، آلرژی غذایی ثابت شده حاملگی</li> <li>* سابقه بستری در <b>ICU</b> یا انتوباسیون</li> <li>* سابقه یک بار یا بیشتر حمله شدید در <b>12</b> ماه گذشته</li> </ul>

## بیگیریومراقبت‌بیماران

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به آسم بر حسب سطح کنترل بیماری متفاوت است. پس از شروع درمان توسط پزشک، یک ماه بعد در ویزیت مجدد، پزشک سطح کنترل بیماری را تعیین می‌کند:

- کنترل کامل : ادامه درمان و ویزیت مجدد دو ماه بعد
- کنترلنسبی : بررسی علل عدم کنترل و در صورت نیاز افزایش مرحله درمانی با دوز متوسط استروئید و ویزیت مجدد یک ماه بعد
- کنترل نشده : ارجاع به سطوح بالاتر

در موارد زیر لازم است بیمار به سطوح بالاتر ارجاع گردد :

- (1) ابهام یا شک در تشخیص
- (2) بروز آسم در سنین کمتر از یک سال و بالای 65 سال
- (3) پاسخ ضعیف یا عدم پاسخ به درمان‌های معمول (به ویژه نیاز به بتا‌آگونیست طولانی اثر یا مصرف مکرر استروئیدهای خوارک)
- (4) درمواردیکه تست‌های تشخیصی اضافی موردنیاز باشد، مثل تست پوستیو.....
- (5) ائزوینوفیلی شدید خون محیطی (مقدار مطلق بیش از 1000)
- (6) کاهش مرحله درمانی (Step Down) در بیماری که بتا‌آگونیست طولانی اثر مصرف می‌کند. (از مرحله 3 و بالاتر جهت تصمیم گیری برای قطع بتا‌آگونیست های طولانی اثر )
- (7) اضطراب شدید والدین یا نیاز به اطمینان بخشی، عدم همکاری بیمار و خانواده وی در درمان علیرغم آموزش توسط پزشک
- (8) همراهی آسم با پولیپ بینی
- (9) آسم در بارداری
- (10) آسم همراه با دیابت، بیماری قلبی، گلوکوم، وجود شواهد واسکولیت،
- (11) بیماران مشکوک به آسم شغلی
- (12) حساسیت به داروهای مسكن (NSAIDs)

## ارزیابی اختلالات و بیماریهای تیروئید

در هنگام معاینه تیروئید فرد از او بخواهید در مقابل شما بایستد و چانه را در وضعیت عادی قرار دهد، در حالت عادی در قسمت پایین گردن برآمدگی مشاهده نمی شود و خالی است. در آن هایی که گواتر دارند، بالای فرورفتگی جناغ برآمدگی دیده می شود که معمولاً از خط میانی به دو طرف گسترده شده است. این برآمدگی گاهی کوچک و به اندازه یک بادام است. ولی ممکن است بزرگ تر باشد و حتی آنچنان بزرگ که همه قسمت های گردن را بگیرد و به زیر چانه برسد.*Lid lag*: وضعیتی است که پلک فوقانی قادر به دنبال کردن چرخش چشم نیست و پلک فوقانی پشت لبه فوقانی عنیبه در حرکت چشم رو به پائین قرار می گیرد، این حالت معمولاً واضح است وقتی که پلک قادر به حرکت نیست یا وقتی که حرکت پلک فوقانی به طور قابل ملاحظه ای بعد از حرکت چشم است. یک پدیده مشابه در لبه تحتانی وقتی که چشم به سمت پایین حرکت می کند، اگر مشاهده این حرکت سریع باشد تشخیص ممکن *missed* شود.

ترمور: برای ارزیابی ترمور، باید فرد مورد معاینه در حال نشسته و یا ایستاده، دست های خود را جلو آورده و انگشتان دست های خود را باز کند. وجود لرزش های ظریف در انگشتان بیانگر ترمور است.

## اختلالات و بیماریهای ژنتیک

راهنمای پژوهش در ارزیابی عامل خطر ژنتیک:

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد زیر در خانواده (شامل فرد مورد ارزیابی)، نیاز به مشاوره ژنتیک وجود دارد:

حداقل 1 نوع بیماری ژنتیک شناخته شده در بستگان درجه 1 یا 2 وجود دارد.

تکرار اختلال/بیماری در بستگان: در بستگان درجه 1 یا 2 حداقل دو نفر با یک نوع اختلال/بیماری مشابه از زمان کودکی، وجود دارد.

در یکی از اعضای خانواده علاوه بر اختلال عملکردی یک ناهنجاری غیر اکتسابی نیز وجود دارد.

در صورت تأهل با نسبت فامیلی نزدیک در زوج، یک اختلال عملکردی در یکی از اعضای خانواده فرد یا همسر وی وجود دارد.

علاوه بر وجود فردی در خانواده با اختلال عملکردی، حداقل 2 مورد از موارد ذیل را دارد:

الف- سابقه سقط مکرر (2 سقط یا بیشتر)، مرده زایی یا نازایی طولانی مدت (<2 سال بدون جلوگیری) در مادر فرد بیمار

ب- سابقه فوت در براذر یا خواهر فرد به دلیل بیماری غیر اکتسابی

ج- نسبت فامیلی والدین بیمار

د- زمان شروع اختلال در فرد مبتلای خانواده قبل از 2 سالگی

### اختلال باروری

وجود احتمال فامیلی بودن بیماری عروق کرونر قلب

سرطان های ارثی فامیلی

توضیحات و تعاریف مربوط به هر یک از موارد فوق در زیر آمده است:

## الف- اختلالات فیزیکی / ظاهری:

### سر و گردن:

صورت: چهره ای غیر معمول (با اختلال محل قرار گیری یا ظاهر گوش و یا چشم)

دهان: شکاف لب، شکاف کام، یا اختلال در رویش یا مینای دندان ها

جمجمه: کرانیوسینوستوز، آنسفالوسل، Z-score دور سر کم تراز 3- یا بیشتر از 3

تنه:

ستون فقرات: اسپایانا بیفیدا

جدار شکم: امفالوسل، گاستروچزی

ژنیتالیا: ابهام تناسلی

اندام ها:

سین داکتیلی، اکتروداکتیلی و پلی داکتیلی در اندام فوقانی یا تحتانی

Z-score قد کم تراز 3- یا بیشتر از 3

پوست:

پوسته ریزی منتشر، تاول منتشر، اریتم منتشر، تغییر پیگماناتاسیون منتشر

ارگان های داخلی:

آنومالی مادرزادی قلبی، انسدادهای گوارشی (آتوس بسته، هیرشپرونگ، آتزی ها)، آنومالی کلیه (کلیه پلی کیستیک یا مولتی کیستیک)

### ب- اختلالات عملکردی

مرد بالای 16 سال: علایم بلوغ و رویش موی صورت تا 16 سالگی شروع نشده است.

خانم بالای 14 سال: علایم بلوغ و عادت ماهیانه تا 14 سالگی شروع نشده است.

بیماری شناخته شده ای دارد که باعث اختلالات بلوغ شده است.

#### اختلال باروری (در صورت تاہل و مثبت بودن حداقل یکی از موارد):

خانم: سابقه سقط مکرر (2 سقط یا بیشتر)، مرده زایی، فوت نوزاد زیر 1 ماه یا سابقه نازایی طولانی (<2 سال بدون پیشگیری از بارداری) داشته است

آقا: سابقه طولانی ناپاروری (>2 سال بدون بدون پیشگیری از بارداری) داشته است.

بیماری شناخته شده ای دارد که باعث اختلالات باروری شده است.

#### ج- در شرایط زیر احتمال فامیلی بودن بیماری عروق کرونر قلب وجود دارد:

- ابتلا به بیماری عروق کرونر زودرس (PCAD) : ابتلا به بیماری عروق کرونر در زیر سن 45 سالگی در مردان و زیر 55 سال در زنان
  - وجود یک مورد سابقه بیماری عروق کرونر در بستگان درجه 1 فرد با این شرایط سنی: در مردان (پدر و برادر) زیر سن 55 سال و در خانم ها (خواهر و مادر) زیر سن 65 سالگی
- توضیح: بیماری عروق کرونر از طریق حداقل یکی از موارد زیر اثبات می گردد:
- در آنژیوگرافی عروق کرونر بیش از 50% تنگی داشته باشد.
  - سابقه Cronery Artery Bypass Graft (CABG) وجود داشته باشد.
  - سابقه Angioplasty PCI (Percutaneous Cronery Intervention) وجود داشته باشد.

#### ۵- در شرایط زیر احتمال ارثی فامیلی بودن سرطان مطرح می شود:

##### الف- در مورد سرطان پستان:

- وجود دو یا چند نوع سرطان همزمان درجه 1 یا 2 خانواده (شامل فرد مورد ارزیابی)
- ابتلای به سرطان پستان در یک فرد با سن برابر یا پایین تر از 50 سال در یک فرد یا یکی از اعضای درجه 1 یا 2 خانواده
- سابقه ابتلای یک فرد مذکور به سرطان پستان در خانواده (شامل فرد مورد ارزیابی)
- وجود سرطان مشابه یا در ارگان های مرتبط (سرطان اپیتیال تخمدان / لوله فالوب / سرطان اولیه پریتوئن) در فرد یا در اعضای درجه 1 یا 2 خانواده
- وجود ترکیب سرطان پستان با هر یک از سرطان های تیروئید، پانکراس، سرطان معده منتشر، سرطان آندومتر، تومور مغزی و لومکی، لنفوم، سارکوم، کارسینوم آدرنوکورتیکال
- وجود حداقل 2 خویشاوند نزدیک در یک سمت از خانواده (شامل فرد مورد ارزیابی) با دیگر بدخیمی های مرتبط با سندروم HBOC (شامل سرطان پروستات، پانکراس و ملانوم)
- سرطان پستان Triple negative (در ارزیابی پاتولوژیک و ژنتیک، سه مارکر ER (گیرنده استروژن)، PR (گیرنده پروژسترون) و Her2 منفی است). تشخیص داده شده در هر سنی
- افرادی که در خانواده آن ها جهش شناخته شده ای در ژن های BRCA1 و/یا BRCA2، TP53 و PTEN وجود دارد.

**ب- در مورد سرطان کولورکتال:**

- ابتلا به سرطان کولون، رحم ، تخمدان در فرد یا بستگان درجه 1 یا 2
- پولیپ آنوماتوز در فرد یا خانواده وی زیر سن 40 سالگی
- داشتن پولیپ هامارتاموز
- سابقه ابتلای متعدد به سرطان کولورکتال یا سابقه ابتلای به سرطان کولورکتال به همراه سایر بدخیمی ها
- پولیپ متعدد (بیش از 10 پولیپ) در هر سنی در فرد یا خانواده

(**سندرم سرطان ارثی بستان و تخمدان** 1)

## ارزیابی اختلالات و بیماریهای روانپزشکی

- ۱) بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان، ۶ سوال غربالگری را از فرد پرسید و مطابق دستورالعمل نمره بدھید
- ۲) در صورت امتیاز غربال مثبت از پرسشنامه ۶ سوالی، راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود سوال کنید:
- الف - آیا هیچگاه شدیداً استرزند گیخسته شوید و یا همیرگفکر کنید؟بلی خیر
  - ب - آیا خیرآفرین خود کشیفکر کرده‌اید؟بلی خیر
- ۳) در صورت امتیاز غربال منفی از پرسشنامه ۶ سوالی بررسی کنید: «آیا شما هیچ‌چشمکلاع‌اصابور و اندار بدنگه‌نیاز مندمشاوره‌یاد مانباشد؟»
- ۴) سابقه بیماری را چک کنید:
- ج - «آیا تابه‌حال تشخیص‌کلاع‌اصابور و اداشته‌اید؟»بلی خیر
  - در صورت پاسخ مثبت، سوال شود:
  - د - «آیا در حال حاضر دارو و مصرف می‌کنند؟»بلی خیر
  - در صورت پاسخ مثبت، سوال شود:
  - ه - «آیا تمایل دارید پزشک تیم سلامت درمان را پیگیری کنند؟»بلی خیر

ارزیابی از نظر صرع یا هر گونه حالت تشنجی  
«آیا فرد در گذشته تشخیص بیماری صرع داشته است؟»بلی خیر

در صورت پاسخ منفی دو سوال ذیل پرسیده شود:  
آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاه خون آلود) خارج می‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد؟  
از مراجعینیا همان‌سوالشود: آیا گاهی اوقات مات زده شده به گونه‌ای که چند لحظه‌ای به جایی خیره می‌شود، لب‌ها یا زبانش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می‌لیسد؟

### مراقبت سلامت روان (۱۸ تا ۲۹ سال)

ارزیابی سلامت روان شامل غربالگری سلامت روان، بررسی سابقه و یا غربالگری بیماری صرع خواهد بود.

مقدمه سؤالات غربالگری ارزیابی سلامت روان برای گروه هدف ۱۸ تا ۲۹ سال

- قbla زپرسش گریدر اینبخش به خدمتگیرنده تو پسیده هیدکه «در اینبخش می خواه مسوؤلات تیرز مینه شرایط روان-شناختی و استرس های شما پرسشیم»
- برای خدمتگیرنده تو پسیده هید: «هدف از این پرسش گریش نسانسانیز و در سنار احتیاکی اعصاب بور و اندر مراجعت نیست.
- بهاین قدر تیبا فرا دنیا ز مند بده مران، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان این احتمالی شوند و بینتر تیمی تو از بروز نار احتیاکی های شدید اعصاب بور و آن پیشگیری نمود.
- در خصوص حضور از دارای اطمینان دید: «مطالب که در این جلسه مطرحمی گردید فقط مربوط به این باره زیابی سلامت و تکمیل پر وند بهداشتی شمامی باشد.
- کلیه اطلاعات در این پرسش وند هم محفوظ ماند.»
- به خدمتگیرنده هیاد آور شوید: «این غر بالگری به عنوان نیکفر آینداستاندار در ایتمام مراجع اعنان جامی شود.»
- به خدمتگیرنده تو پسیده هید: «پاسخ گویی صادر قانه شما به تیم سلامت متمرد را ایمه خدمات نمودنیا ز کمکی کند.»
- سپس به خدمتگیرنده بگویید: «سوالات یک هزار شما پرسیده همی شود، در مورد حالت هایی است که در طول 30 روز گذشته تجربه کرده اید.
- در پاسخ به هر سوالی تو این بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، کاهی اوقات، به ندرت یا اصلاً»

#### غر بالگری سلامت روان

1- چقدر در 30 روز گذشته احساس می کردید، مضطرب و عصبی هستید؟

نمی داند / پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>	اصلاً <input type="checkbox"/>	به ندرت <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	همیشه <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

2- چقدر در 30 روز گذشته احساس نامیدی می کردید؟

نمی داند / پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>	اصلاً <input type="checkbox"/>	به ندرت <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	همیشه <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

3- چقدر در 30 روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟

نمی داند / پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>	اصلاً <input type="checkbox"/>	به ندرت <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	همیشه <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

4- چقدر در 30 روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟

نمی داند / پاسخ نمی دهد <input type="checkbox"/>	اصلاً <input type="checkbox"/>	به ندرت <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	بیشتر اوقات <input type="checkbox"/>	همیشه <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد	اصلاً	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه
نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد	اصلاً	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه
نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد	اصلاً	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه
نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد	اصلاً	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه

5- چقدر در 30 روز کذشته احساس می‌کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟

6- چقدر در 30 روز کذشته احساس بی ارزشی می‌کردید؟

نمره گذاری:

نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، اصلاً و به ندرت به ترتیب اعداد 4، 3، 2، 1 و صفر تعلق می‌گیرد. مجموع امتیازات هر پرسشنامه می‌تواند از حداقل صفر تا حداً 24 باشد.

اصلاً	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه
صفر	1	2	3	4

افرادی که نمره 10 یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می‌کردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌کرد.

در صورت پاسخ بیشتر از 3 مورد به گزینه (نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.

### مسیر خدمات و مراقبت سلامت روان (18 تا 29 سال)

موارد «غربال منفی» در صورت تمایل، مراجع ثبت نام در کلاس‌های آموزش گروهی مهارت‌ها ثبت نام خواهد شد.

\*\* موارد ارجاع فوری: خشونت و پرخاشگری به گونه‌ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض شدید

داروهای روانپزشکی بر اساس مسیرهای تعریف شده در سامانه‌های الکترونیک

\*\*\* پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی که خارج از نظام مراقبت های بهداشتی اولیه خدمات دریافت می کنند، فقط به صورت هر سه ماه یک بار و جهت اطمینان از ادامه دریافت خدمات می باشد. در صورت مواجهه با عدم پیگیری درمان توسط بیمار لازم است که به پزشک نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ارجاع شود.

## سلامت اجتماعی

ارزیابی همسرآزادی	نشانه ها و علائم	طبقه بندی	اقدامات
<p>- از مراجعین زن متاهل در حین مصاحبه و معاینه و پس از پرسش در مورد علت مراجعه و معابدات معمول سوال شود: زن ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می شود. آیا تاکنون همسر شما:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. شما را کتک زده است؟</li> <li>2. به شما توهین کرده است؟</li> <li>3. شما را به آسیب تهدید کرده است؟</li> <li>4. سر شما فریاد زده است؟</li> </ol> <p>با استفاده راهنمای نمره گذاری امتیاز بدست آمده محاسبه می گردد. دو گروه دیگر که لازم است مورد ارزیابی قرار بگیرند عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- مراجعینی که به صورت خود مراجع با شکایت از خشونت همسر یا عوارض جسمی و روانشناختی ناشی از آن مراجعه می کنند.</li> <li>- مراجعینی که توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر با دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده اند.</li> </ul>	<p>لازم است که علام و نشانه های روانشناختی، جسمانی و رفتاری ارزیابی شود***.</p>	<p>همسرآزادی</p>	<p>1- مصاحبه ** هنگام مصاحبه بهتر است ضمن گوش دادن به صحبت های مراجع و توجه به شکایات او، با تکان دادن سر و استفاده از عباراتی مانند "خیلی اذیت شدید"، "می فهمم" ... ارتباط مناسب را برقرار کنید.</p> <p>2- ارزیابی خطر** در مواردی که شواهدی از وقوع خشونت اخیر وجود دارد، اولویت در اینم نگه داشتن قربانی است. در مواردی که خشونت و بدینی فرد مرتكب خشونت زیاد باشد، صلاح است اول مرتكب را تنها بینیم و در مورد مشکل و علت مراجعه همسرش سؤال کنیم، سپس با قربانی مصاحبه کنیم.</p> <p>3- ثبت موارد در پرونده پزشک** شکایت اصلی یا شرح مشکل اخیر همراه با تاریخ و ساعت حادثه نه نقل از مراجع جزئیات رفتارخشن به نقل از مراجع و ارتباط آن با مشکل حاضر مشکل طبی حاصل از خشونت ظاهر و رفتار و طرز برخورد بیمار مشخصات فرد خشونت کننده و شاهدان ماجرا</p> <p>4- ارائه خدمات پزشکی برای بیبود وضعیت جسمانی و روانی مراجع** ارائه خدمات پزشکی برای بیبود وضعیت جسمانی و روانی مراجع*</p>

\* توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسرآزاری: در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیتم از ۱ تا ۵ امتیاز می‌گیرد "هیچ وقت (1) بندرت (2) گاهی (3) اغلب (4) و همیشه (5)." بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات ۴ و حداکثر آن ۲۰ می‌باشد. امتیاز بالاتر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می‌شود.\*\* به متن آموزشی پیشگیری و مدیریت پدیده همسرآزاری در نظام بهداشتی و بهزیستی عمومی مراجعه شود

## ارزیابی مصرف دخانیات

فردی را که به دلیل مصرف الکل و مواد ارجاع شده است یا به شما برای ترک الکل و مواد مراجعه نموده پس از تکمیل شرح حال روانپزشکی در مصاحبه تشخیصی به شرح زیر ارزیابی کنید:

آیا فرد ملاک‌های تشخیصی مصرف آسیب رسان دخانیات، الکل و یا مواد را پر می‌کند؟ -1

- شواهد روشی وجود داشته باشد که مصرف دخانیات، الکل و یا مواد مسؤول (یا نقش اساسی) در آسیب جسمی یا روان‌شناختی شامل اختلالات قضاوت (Judgment disorder) یا کارکردی رفتاری (Dysfunctional Behavior) دارد که منجر به ناتوانی شده یا پیامدهای جانی در روابط بین فردی شده است.
- الگوی مصرف باید حداقل باید برای ۱ ماه ادامه داشته یا مکرراً در طول ۱۲ ماه گذشته رخ داده باشد.
- فرد ملاک‌های سایر اختلالات روانی یا رفتاری مرتبط با آن ماده مانند وابستگی یا سایر اختلالات ناشی از آن ماده به جز مسمومیت حاد را در آن دوره زمانی نداده باشد.
- آیا فرم ملاک‌های تشخیصی وابستگی (dependency) به دخانیات را پر می‌کند؟

- میل قوی یا احساس اجبار (Persistent desire) به مصرف دخانیات
- دشواری در کنترل رفتار مصرف دخانیات از نظر شروع، خاتمه یا سطح مصرف
- حالت محرومیت فیزیولوژیک (Physiological withdrawal) هنگامی که مصرف دخانیات قطع یا کاهش داده می‌شود
- شواهد تحمل (Tolerance)، همچون نیاز به افزایش میزان مصرف دخانیات منظور دستیابی به اثرات اولیه
- غفلت پیش‌رونده (Given up important activities) از لذت‌ها یا علاقه‌جایگزین به خاطر مصرف دخانیات تداوم مصرف دخانیات/ الکل یا مواد علی‌رغم شواهد آشکار پیامدهای آسیب رسان بارز

-2 آیا مصرف دخانیات فرد بیش از 10 نخ سیگار در روز است؟

**3-آیا فردهای تشخیصی وابستگی (dependency) به الكل و یا مواد را پر می کند؟**

- میل قوی یا احساس اجبار ( Persistent desire ) به مصرف دخانیات/ الكل یا مواد
- دشواری در کنترل رفتار مصرف دخانیات/ الكل یا مواد از نظر شروع، خاتمه یا سطح مصرف
- حالت محرومیت فیزیولوژیک ( Physiological withdrawal ) هنگامی که مصرف دخانیات/ الكل یا مواد قطع یا کاهش داده می شود
- شواهد تحمل ( Tolerance ) ، همچون نیاز به افزایش میزان مصرف دخانیات/ الكل یا مواد به منظور دستیابی به اثرات اولیه
- غفلت پیش‌روند ( Given up important activities ) از لذت ها یا علاقه جایگزین به خاطر مصرف دخانیات/ الكل یا مواد
- تداوم مصرف دخانیات/ الكل یا مواد علی‌رغم شواهد آشکار پیامدهای آسیب رسان بارز

آیا سابقه مصرف مواد به شکل تزریق داشته اید؟

## اختلالات و بیماری‌های گوش و شنوایی

### طبقه‌بندی مشکلات گوش

چطور مشکلات گوشی را طبقه‌بندی می‌توان کرد؟

چهار طبقه برای مشکلات گوش وجود دارد. که بترتیب جدی بودن عبارتند از:

1. ماستوئیدیت
2. عفونت‌های حاد گوش
3. عفونت‌های مزمن گوش
4. عدم وجود عفونت‌های گوش

	<ul style="list-style-type: none"><li>• شروع اولین مقدار آنتی بیوتیک درمانی مناسب</li><li>• تجویز اولین دوز پاراستامول برای تخفیف درد</li><li>• ارجاع فوری به بیمارستان</li></ul>	ماستوئیدیت	<ul style="list-style-type: none"><li>• وجود درد هنگام بلع در پشت گوش</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• دادن آنتی بیوتیک مناسب برای مدت 5 روز</li><li>• دادن پاراستامول بمنظور تخفیف درد</li><li>• خشک کردن گوش با فتیله</li><li>• پیگیری ظرف مدت 5 روز</li></ul>	عفونت حاد گوش	<ul style="list-style-type: none"><li>• مشاهده ترشح چرک از گوش و گزارش ترشح از گوش</li><li>• برای مدت کمتر از 14 روز، یا</li><li>• گزارش درد در گوش</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>خشک کردن گوش با فتیله</li> <li>شروع درمان با قطره گوشی موضعی کیتوولون (fluoroquinolone) برای 14 روز و یا قطره سیپروفلوکساسین و اوپلاکساسین (Ciprofloxacin and ofloxacin)</li> <li>پیگیری ظرف مدت 5 روز</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>عفونت مزمن گوش</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مشاهده رشحچر کاز گوش و گزارش رشحچر گوش برای مدت 14 روز یا بیشتر</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>اقدام درمانی نیاز ندارد</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>عدم وجود عفونت گوش</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>عدم وجود درد و عدم وجود چرک و ترشح از گوش</li> </ul>

جهت اطلاعات بیشتر به بوکلت مراقبت های اولیه گوش و شنوایی (محتوای آموزشی ویژه پزشک) مراجعه نمایید

## ارزیابی وضعیت فعالیت بدنی

توسط پزشک PARQ فلوچارت ارزیابی مراقبت فعالیت بدنی افراد براسنستای جازمون

### جدول 1. عوامل خطر

تعريف عامل خطر	عامل خطر
مساوي یا بیش از 45 سال در مردان؛ مساوي یا بیش از 55 سال در زنان	سن بالا
انفارکتوس میوکارد، ریوسکولاریزاسیون (بازسازی عروقی)، مرگ ناگهانی پدر یا سایر اعضای مونث درجه یک خانواده قبل از 65 سالگی	سابقه خانوادگی مشیت بیماری
صرف کنونی دخانیات، ترک دخانیات کمتر از 6 ماه، قرارگیری در معرض دود دخانیات	صرف دخانیات
فعالیت بدنی کمتر از 50 دقیقه با شدت متوسط و حداقل 3 روز هفتنه به مدت حداقل 3 ماه	سبک زندگی کم تحرک
شاخص توده بدنی (BMI) مساوی یا بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع یا دور کمر بیش از 90 سانتی متر	چاقی

LDL مساوی یا بیش از 130 میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا HDL مساوی یا کمتر از 40 میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا مصرف داروهای کاهنده لیپید. اگر تنها میزان کلسترول تام سرمه در دسترس باشد، میزان مساوی یا بیش از 200 میلی‌گرم در دسی‌لیتر	اختلال لیپید*
اختلال قند خون ناشتا (IFG)= گلوکز خون ناشتا مساوی یا بیش از 100 میلی‌گرم در دسی‌لیتر و مساوی یا کمتر از 125 میلی‌گرم در دسی‌لیتر، اختلال تحمل گلوکز (IGT)= مقادیر 2 ساعته تست تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) مساوی یا بیش از 140 میلی‌گرم در دسی‌لیتر که دست‌کم در دوبار اندازه‌گیری در دو زمان متفاوت تایید شده باشد	بره دیابت
مساوی یا بیش از 60 میلی‌گرم در دسی‌لیتر	HDL

\* با توجه به اینکه اندازه‌گیری کلسترول تام و LDL و HDL مطابق برنامه ایراپن در همه افراد ضروری نمی‌باشد، چنانچه به دلایل دیگر این فاکتورها مورد سنجش قرار گیرند، می‌توان در این ارزیابی از این شاخص‌ها استفاده نمود.

نکته: HDL بالا به عنوان عامل خطر منفی در نظر گرفته می‌شود. در افراد دارای HDL مساوی یا بیش از 60 میلی‌گرم در دسی‌لیتر، یک عامل خطر از مجموع عوامل خطر مثبت کم می‌شود.

## جدول 2. طبقه‌بندی خطر و توصیه‌های لازم

انجام تست ورزش	انجام معاینه پزشکی	طبقه‌بندی خطر
خیر	خیر	خطر کم (کمتر از 2 عامل خطر و بدون بیماری)
پیش از انجام فعالیت شدید	پیش از انجام فعالیت شدید	خطر متوسط (حداقل 2 عامل خطر و بدون بیماری)
پیش از انجام فعالیت متواتر و شدید	پیش از انجام فعالیت متواتر و شدید	خطر زیاد (مبلا به فشارخون بالا و یا سایر بیماری‌های قلبی عروقی، ریوی یا متابولیک شناخته شده)

## جدول 3. طبقه‌بندی فعالیت بدنی بر اساس واحد "مت"

سبک (کمتر از 3 مت)	متوسط (مساوی 3 یا کمتر از 6 مت)	شدید (مساوی یا بیشتر از 6 مت)
پیاده روی	پیاده روی	پیاده روی
پیاده روی آرام اطراف منزل، مغازه یا دفتر کار = 2 6/3 = 2	پیاده روی (5 کیلومتر در ساعت) = 3	پیاده روی، نرم دویدن، و دویدن
نشستن - استفاده از کامپیوتر، کار کردن پشت میز کار، استفاده از ابزارهای دستی سبک = 1/5	پیاده روی تند (6/5 کیلومتر در ساعت) = 5	پیاده روی خیلی تند (7 کیلومتر در ساعت) = 3
ایستادن، انجام کارهای سبک، مانند مرتب کردن تختخواب، شستن ظرفها، اتو کردن، آماده کردن غذا یا منشی مغازه = 2-2/5 = 2	کوه پیمایی در سراسری های تند با کوله بار 20-5 کیلوگرم 7/5-9 = 3	کوه پیمایی با شیب متوسط بدون بار یا با کوله بار سبک (کمتر از 5 کیلوگرم) = 7
هنر و صنایع دستی = 1/5	ساییدن کف یا شستن فرش، جارو زدن، تی کشیدن = 3	شست و شو، پاک کردن شدید پنجره ها، ماشین یا نظافت گاراژ = 8 **8 = 8
بازی بیلیارد = 2/5	تجاری - عمومی = 3/6	نرم دویدن با سرعت 8/5 کیلومتر در ساعت = 10
قایق رانی تفریحی = 2/5	حمل و پشتہ سازی چوب = 5/5	دویدن با سرعت 11 کیلومتر در ساعت = 11/5
دارت = 2/5	کوتاه کردن چمن- هل دادن ماشین چمن زنی = 5/5	جا به جا کردن شن و ماسه، زغال سنگ و غیره با بیل = 7
ماهی گیری نشسته = 2/5	بدمینتون تفریحی = 4/5	حمل بارهای سنگین، مانند آجر = 7/5
	بسکتبال - شوت کردن به اطراف = 4/5	کار کشاورزی سنگین، مانند جمع کردن علوفه
	حرکات ایروبیک آهسته- در سالن = 3 4/5 = 4	بیل زدن، حفر گودال = 8/5
	فایق بادیانی، موج سواری = 3	دوچرخه سواری روی سطح هموار - تلاش سبک (19-16 کیلومتر در ساعت) = 6
	تنیس روی میز = 4	تلاش متوسط (19-22 کیلومتر در ساعت) = 8
	تنیس دونفره = 5	تلاش سریع (22-26 کیلومتر در ساعت) = 10
	فوتbal- غیر رقابتی = 7، رقابتی = 10	شنا- متوسط / شدید = 8-11
	بازی والیبال- غیر رقابتی = 3-4	تنیس تک نفره = 8

### اهمیت فعالیت بدنی

کم تحرکی سهم بالایی در مرگ‌های زودرس و ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر در سرتاسر جهان داشته و از طرفی فعالیت بدنی منظم، با اثر بر سیستم قلبی ریوی، دستگاه گوارش، دستگاه عضلانی اسکلتی و سیستم ایمنی در پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت روان تاثیر به سزاپی دارد. لازم به ذکر است که فعالیت بدنی علاوه بر اثرات مثبت مذکور، می‌تواند نقش مهمی در کنترل بیماری، بهبود روند درمان و افزایش طول عمر بیماران نیز داشته باشد. در نتیجه پزشکان می‌توانند جایگاه ویژه و مهمی برای کمک به توسعه سبک زندگی سالم، از طریق مشاوره و تجویز فعالیت بدنی مناسب، داشته باشند.

### طبقه‌بندی فعالیت بدنی

طبق تعریف فعالیت بدنی مطلوب عبارت است از: فعالیت بدنی حداقل 5 بار یا بیشتر در هفته، هر بار حداقل به مدت 30 دقیقه یا حداقل 25 دقیقه فعالیت ورزشی شدید برای 3 روز در هفته.

شدت فعالیت‌های بدنی مختلف با ضریبی از «مت» محاسبه می‌شود مت به عنوان معادل متابولیکی فعالیت‌ها شناخته می‌شود. یک مت تقریباً معادل مصرف یک کیلو کالری در ساعت به ازای هر کیلو گرم از وزن بدن است. شدت فعالیت در حالت استراحت، تقریباً معادل یک مت است. فعالیت بدنی با شدت متوسط شامل فعالیتی است که شدت آن معادل 3-6 متابال است. دوچرخه سواری تفریحی، شنا با سرعت متوسط، پیاده روی کند، نظافت عمومی در خانه یا چمن زدن جزء فعالیت‌های بدنی با شدت متوسط هستند. فعالیت‌های شدید از قبیل دو، تمرین در کلاس ورزش، شدتی بیش از 6 مت دارند.

یکی از راه‌های تعیین شدت فعالیت بدنی، بررسی تعداد ضربان قلب حین فعالیت است، به طوری که هرچه میزان فعالیت شدیدتر باشد، میزان فعالیت قلب برای رساندن خون به عضلات نیز بیشتر خواهد شد. واژه "ضربان قلب ماکزیمم" برای هر فرد عبارت است از حداکثر توان قلب در ایجاد ضربان منظم به منظور خون‌رسانی به اعضاء بدن. واحد آن تعداد در دقیقه می‌باشد و نحوه‌ی محاسبه آن عبارت است از عددی که از کم کردن سن شخص از عدد 220 حاصل می‌شود. یعنی برای فرد 20 ساله حداکثر ضربان قلب 200 و برای شخص 40 ساله، 180 ضربه در یک دقیقه می‌باشد. تحقیقات نشان داده است، فعالیت‌هایی که منجر به افزایش ضربان قلب در محدوده 55 تا 70 درصد ضربان قلب ماکزیمم شوند (فعالیت بدنی متوسط)، در صورتی که به طور منظم انجام گرددند، اثرات مفید و پیشگیری‌کننده‌ای در ابتلاء افراد به بیماری سکته قلبی و بیماری‌های ناشی از تنگی عروق قلب

خواهند داشت. به طور مثال برای یک آقای 20 ساله این مقدار بین 110 تا 140 ضربان در دقیقه و برای یک آقای 40 ساله بین 99 تا 126 ضربان در دقیقه می‌باشد. فعالیت با شدت بسیار زیاد زمانی است که ضربان قلب از 70٪ حداکثر ضربان قلب بیشتر شود یا زمانی که فرد نتواند در حین فعالیت صحبت کند.

#### ارزیابی عوامل خطر و توصیه فعالیت بدنی / ورزش

مراجعینی که از سوی بهوزان / مراقبین سلامت ارجاع داده می‌شوند، براساس مراحل زیر باید مورد ارزیابی و سپس مشاوره و تجویز فعالیت بدنی قرار گیرند:

#### غربالگری پیش از شروع فعالیت ورزشی

افرادی که به واسطه ارزیابی از طریق پرسش نامه آمادگی شروع فعالیت بدنی (PAR-Q) توسط بهوزن / مراقبت سلامت به پژوهش ارجاع داده می‌شوند، قبل از تجویز فعالیت ورزشی با شدت متوسط به بالا، نیازمند ارزیابی و طبقه‌بندی عوامل خطر هستند (جدول 1 و 2) اگر وجود یا فقدان یک عامل خطر بیماری قلبی عروقی معین نشده یا در دسترس نیست، به استثنای پیش‌دیابت، آن عامل خطر باید جزء عوامل خطر فرد محسوب شود. در صورتی که ملاک پیش‌دیابت موجود نیست یا ناشناخته است، در افراد مساوی یا بیش از 45 سال، پیش‌دیابت باید جزء عوامل خطر فرد محسوب شود، به ویژه در افرادی که شاخص توده بدنی آنها مساوی با بیش از 25 کیلوگرم بر متر مربع است، هم چنین افراد کمتر از 45 سالی که شاخص توده بدنی آنها مساوی یا بیش از 25 کیلوگرم بر متر مربع است و یک عامل خطر دیگر بیماری قلبی عروقی را دارند پیش‌دیابت باید جزء عوامل خطر فرد محسوب شود. سپس تعداد عوامل خطر مثبت محاسبه و بر اساس جدول 2 طبقه‌بندی خطر انجام می‌شود.

#### توصیه‌های معاینه پژوهشی پیش از شروع فعالیت ورزشی

در افرادی که فعالیت ورزشی شدید و خیلی شدید انجام می‌دهند، خطر حوادث وابسته به فعالیت ورزشی مانند مرگ ناگهانی یا انفارکتوس میوکارد حاد، بسیار زیاد است. خطر بیماری‌های قلبی عروقی هنگام فعالیت بدنی با شدت سبک تا متوسط تقریباً مثل حالت استراحت است. لذا افراد کم تحرک که قصد شروع برنامه فعالیت ورزشی را دارند، باید با یک برنامه با شدت کم تا متوسط شروع کنند و با بهبود سطح آمادگی جسمانی به تدریج شدت فعالیت را افزایش دهند. افراد در معرض خطر متوسط یعنی دارای دو یا بیش از دو عامل خطر بیماری قلبی عروقی، باید بیش از انجام فعالیت ورزشی شدید توسط پژوهشک معاینه شوند. شدت فعالیت بدنی در این گروه از افراد باید به تدریج افزوده شود. بیش‌تر این افراد می‌توانند برنامه‌های فعالیت ورزشی با شدت سبک تا متوسط مانند پیاده روی را بدون مشورت با پژوهشک انجام دهند.

#### توصیه‌های تست ورزش پیش از شروع فعالیت ورزشی

معمولًاً انجام تست ورزش پیش از شروع یک برنامه فعالیت ورزشی با شدت متوسط به پایین توصیه نمی‌شود، مگر افرادی که در گروه خطر بالا قرار دارند (جدول ۲). با این وجود اطلاعات حاصل از تست ورزش حتی می‌تواند در طراحی یک تجویز فعالیت ورزشی ایمن و موثر در افراد در معرض خطر کم نیز مفید باشد.

#### تجویز و توصیه فعالیت ورزشی

با توجه به این که افراد مختلف در یک مرحله از آمادگی برای انجام فعالیت ورزشی نمی‌باشند، باید بر حسب میزان آمادگی، توصیه‌های لازم به افراد صورت گیرد:

1. افرادی که قصد و اراده جدی برای فعالیت بدنی ندارند: با توضیح فواید فعالیت بدنی، افراد به فعالیت بیشتر ترغیب گردند.
2. افرادی که فعالیت بدنی ندارند: تجویز فعالیت ورزشی براساس وضعیت طبقه‌بندی خطر صورت گیرد.
3. افرادی که فعالیت بدنی داشته، اما استاندارد لازم در این زمینه را رعایت نمی‌کنند: تجویز فعالیت ورزشی براساس وضعیت طبقه‌بندی خطر صورت گیرد و به افزایش شدت و مدت فعالیت ورزشی ترغیب گردند.

#### ملاحظات کلی تجویز فعالیت ورزشی

در بیشتر افراد بزرگ سال، برنامه فعالیت بدنی باید شامل فعالیت‌های ورزشی متنوعی باشد که از فعالیت‌های زندگی روزمره فراتر رود. تجویز فعالیت بدنی در صورتی مطلوب خواهد بود که اجزای آمادگی جسمانی وابسته به سلامتی مانند آمادگی قلبی تنفسی، قدرت، استقامت عضلانی، انعطاف پذیری، ترکیب بدنی و آمادگی عصبی حرکتی را در برگیرد. در افراد سالم‌مند و جوانان به ویژه در خانم‌ها، سلامت استخوان اهمیت دارد، لذا برنامه فعالیت بدنی تجویز شده باید به شکلی باشد که موجب افزایش چگالی و حفظ سلامت استخوانی این گروه از افراد شود. لذا پزشکان باید این مراجعه کنندگان را به مراکز ورزشی تخصصی و معتبر برای انجام برنامه‌های ورزشی مناسب ارجاع دهند. اصول اساسی تمرین شامل شدت، مدت (زمان)، حجم (کمیت)، تواتر (تعداد دفعات انجام) و نوع (شیوه انجام فعالیت) باید رعایت شود. (برای تقویت آمادگی قلبی تنفسی از تمرینات هوایی و برای افزایش چگالی استخوانی از تمرینات قدرتی و تحمل وزن استفاده می‌شود)

به منظور تجویز فعالیت ورزشی مناسب برای کنترل و کاهش وزن افراد، شدت و مدت فعالیت باید به شکلی تنظیم شود که منجر به مصرف انرژی لازم برای سوزاندن چربی مازاد گردد. برای این منظور می‌توان با استفاده از «جدول شماره ۳»، میزان فعالیت بدنی مورد نیاز برای هر فرد را محاسبه نمود. برای مثال اگر یک فرد ۸۰ کیلوگرمی یک ساعت نرم

بدود (تقریباً با شدت 8 متر)، طی یک ساعت معادل 640 کیلوکالری انرژی مصرف می‌کند. با توجه به اینکه برای کاهش تقریباً نیم کیلوگرم از توده چربی بدن به مصرف 3500 کیلو کالری انرژی نیاز است، چنانچه این شخص طی یک هفته 5 ساعت و نیم با این سرعت بود می‌تواند نیم کیلوگرم کاهش وزن داشته باشد.

تهیه کنندگان: دکتر سید حامد بر کاتی، دکتر سید تقی یمانی، دکتر گلایل اردلان، سمیرا پورمروت، دکتر کمال جباری

## پژوهش

با تشکر از همکارانی که در تدوین این پروتکل مشارکت نموده اند:

دکتر فروزان صالحی، دکتر محمد شریعتی، دکتر مینوالسادات محمود عربی، دکتر منوچهر زینلی، لیلا رجائی، دکتر ناهید جعفری، .....، دکتر محمد مهدی گویا، دکتر محمود نبوی، دکتر علیرضا مهدوی، دکتر افشارین استوار، دکتر طاهره سماوات، عالیه حجت زاده، دکتر زهرا عبدالahi، دکتر پریسا ترابی، دکتر محسن زهراei، دکتر نسرین محمودی، دکتر مهشید ناصحی، دکتر رشید رمضانی، دکتر مهدی نجمی، دکتر بروین افسر کازرونی، دکتر حمیرا فلاحتی، راضیه امیدی، دکتروبا کلیشاadi، فرشته فقیهی، دکتر شهین باراحمدی، دکتراشرف سماوات، دکتر احمد حاجبی، دکتر مشیانه حدادی، دکتر صمدزاده، دکتر نادره موسوی فاطمی، مریم هرابی، دکتر زهرا واعظی، طاهره زیادلو، علی اسدی که در تهیه و تدوین این مجموعه مارا یاری نمودند



سازمان اسناد و کتابخانه ملی

