

مراقبت ادغام یافته ی سلامت میانسالان



ویژه بهورز

بهار ۱۴۰۰

تهیه و تدوین :

معصومه کامرانی پور مرکز آموزش بهورزی کبودر آهنگ دانشگاه علوم پزشکی همدان

الهام خاکبا الوندیان مربی مرکز آموزش بهورزی همدان دانشگاه علوم پزشکی همدان

بازنگری و تنظیم : لیلا قنواتی محمدی مربی مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های

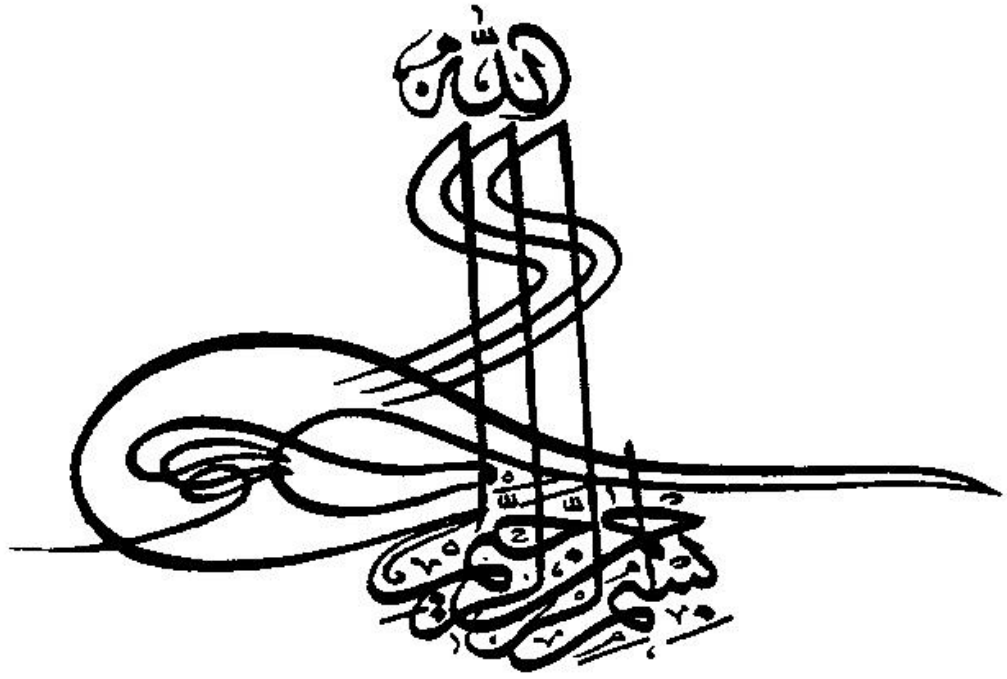
سلامت شهرستان ماهشهر – دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

زهرا شکر الهی مربی مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت شهرستان غرب

اهواز – دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

با نظارت : فریبا ایدنی کارشناس مسئول آموزش بهورزی معاونت بهداشت دانشگاه علوم

پزشکی جندی شاپور اهواز



فهرست مطالب

فصل یک : تعریف هدف و فلسفه درس سلامت میانسالان ۵

۷	بسته خدمات جامع ارزیابی سلامت زنان و مردان
۸	معرفی برنامه به گروه هدف
۱۱	ویژگیهای بسته مراقبت ادغام یافته سلامت مردان و زنان میانسال
۱۳	برقراری ارتباط موثر
۱۵	موانع ارتباط موثر
۱۸	مراحل مشاوره
۱۹	تعیین مرحله رفتار مراجعه کننده

فصل دو : آشنایی با برنامه ادغام یافته خدمات دوران میانسالی ۲۲

۲۶	رویکرد مبتنی بر گروه های سنی
۲۸	رویکرد مبتنی بر جنسیت در سلامت
۳۰	پاسخگویی به نیاز های نوین و اولویت های سلامت میانسالان
۳۲	رویکرد مبتنی بر جامعیت ، یکپارچگی و ادغام خدمات سلامت
۳۳	رویکرد ترویج خود ارزیابی مستمر سلامت
۳۵	خدمات جامع سلامت میانسالان

فصل سه : مروری بر بیماریهای شایع دوران میانسالی بر اساس دستورالعمل ها ۳۸

۴۲	دستورالعمل ارائه خدمات
۴۳	ارزیابی میزان خطر ده ساله سکته های قلبی و مغزی کشنده یا غیر کشنده
۴۴	فراخوان و غربالگری گروه هدف
۴۶	نحوه محاسبه میزان خطر ده ساله سکته های قلبی و مغزی
۴۸	گروه بندی افراد پس از ارزیابی خطر
۵۰	پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر

۵۲	پیشگیری ، تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ
۵۳	پیشگیری ، تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان پستان
۵۴	پیشگیری ، تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان رحم

۵۸

فصل چهار : جدول مراقبت میانسالان

۶۲	روش استفاده از راهنما
۶۳	ارزیابی تن سنجی در میانسالان
۶۷	ارزیابی تغذیه
۷۲	ارزیابی فعالیت جسمانی
۷۹	ارزیابی و مراقبت مصرف دخانیات
۸۱	درگیری با مصرف دارو ، الکل و مواد
۸۲	ارزیابی سلامت روان
۸۵	ارزیابی خشونت خانگی
۸۸	پیشگیری از سگته های قلب و مغزی از طریق خطر سنجی
۹۳	غربالگری سرطان روده بزرگ
۹۴	غربالگری سل

۹۷

فصل پنج : آشنایی با شیوه های کنترل عوامل خطر رفتاری و محیطی برای میانسالان

۱۰۰	توصیه های کلیدی در خصوص عوامل تغذیه ای خطر ساز در بروز بیماری های غیرواگیر شایع
۱۰۵	تغذیه در پیشگیری و کنترل دیابت
۱۰۷	تغذیه در پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی و فشار خون بالا (پرفشاری خون)
۱۱۱	تغذیه در پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی
۱۱۳	عوامل تغذیه ای پیشگیری کننده از سرطان
۱۱۷	ارتقای فعالیت بدنی
۱۳۰	پیشگیری و کنترل اختلالات مصرف الکل
۱۳۳	پیشگیری و کنترل مصرف دخانیات

فصل شش : آشنایی با نظام اطلاعات مربوط به مراقبت های میانسالان و فرم های اطلاعاتی مربوطه ۱۴۷

۱۵۰	جستجوی خدمت گیرنده
۱۵۲	ثبت مراقبت برای خدمت گیرنده
۱۵۸	ثبت اقدام و بیماریها
۱۶۷	ساخت گزارش
۱۶۹	شاخص های برنامه

مقدمه:

گذر اپیدمیولوژیک، تغییر سیمای بیماری ها و مخاطرات تهدید کننده سلامتی در عصر حاضر که به دلایل متفاوتی اتفاق افتاده است، نیازهای سلامت را به طور بنیادی تغییر داده و پاسخگویی به این نیازهای دائمی در حال تغییر را به یکی از چالش های مهم نظام سلامت در همه جوامع تبدیل کرده است. این امر چه در تعریف گروه های پرخطر برای دریافت خدمات سلامتی و چه در ابعاد مختلف سلامت مشهود است و به عبارت دیگر نگرش و رویکرد نوینی را برای حل معضلات سلامت پیش روی سیاست گذاران قرار داده است.

یکی از گروه های سنی مهم در این تغییر رویکرد نظام سلامت، گروه سنی بزرگسالان است که نیمی از جمعیت کشورهای در حال توسعه را تشکیل می دهند و به طور روز افزونی جمعیت آنان در حال افزایش است، بویژه در کشورهای در حال توسعه رشدی سریعتر از رشد کل جمعیت در این گروه اتفاق می افتد و این سرعت رشد تا چند دهه آینده نیز ادامه خواهد داشت.

از طرف دیگر بزرگسالان یا به عبارت دیگر والدین، محور سلامت خانواده بوده و مرگ و میر، ناتوانی و رفتارهای آنها، همه ابعاد سلامت خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد و خطرات تهدید کننده سلامتی آنان بر سلامت سایر گروه های سنی در خانواده نیز موثر است. این گروه سنی دارای نقش مولد اقتصادی بوده و به همین سبب سایر گروه های سنی در خانواده و جامعه به آنان وابسته اند.

همچنین چهره سلامت و بیماری در این گروه سنی متفاوت با سایر گروه های سنی است و مداخله برای کاهش بار بیماری ها در آنان به سادگی کنترل بیماری های واگیردار نیست و به شدت به مسائل فرهنگی، اجتماعی و عادات شیوه زندگی بستگی دارد.

با توجه به آنچه گذشت، بدون توجه به سلامت این قشر عظیم اجتماع که کانون سلامت در خانواده نیز هست، رسالت سازمان مسئول سلامت خانواده، امکان تحقق نخواهد یافت. از طرف دیگر نیازهای سریعا در حال تغییر سلامتی و انتظارات گروه های هدف برای برآورده شدن این نیازها، لزوم پویایی سازمان و انطباق آن با جمعیت تحت پوشش و زیر گروه های مختلف را گوشزد می کند، در واقع این امر کلید بقا و ماندگاری سازمان ماست. گرچه کاملا بدیهی است، ولی یک نگاه اجمالی به سیر تکاملی برنامه سلامت کودکان از پایش رشد و واکسیناسیون تا بررسی ادغام یافته همه ناخوشی ها و خوشی های اطفال مثال گویایی از لزوم تغییر و تکامل برنامه های سلامت است. خدمات جامع سلامت میانسالان نیز در مجموعه برنامه های نوینی قرار می گیرد که برای پاسخگویی به یک نیاز تازه در گروه سنی خاص تدوین شده است.

فصل اول : هدف و فلسفه درس سلامت میانسالان



اهداف آموزشی

انتظار است پس از یادگیری محتوای این مبحث فراگیر بتواند:

۱. گروه هدف و نحوه بازاریابی برای ارائه خدمات سلامت میانسالان را بشناسند.
۲. ویژگیهای کلی خدمات سلامت از جمله ویژگی مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان را بشناسند.
۳. نحوه برقراری ارتباط موثر و اصول آن را بیان نمایند.
۴. اصول ارتباط با گیرنده خدمت حین ارزیابی سلامت و ارائه خدمات را بیاموزند.

عناوین آموزشی :

- مقدمه
- بسته خدمات جامع ارزیابی سلامت زنان و مردان
- معرفی برنامه به گروه هدف
- ویژگیهای بسته مراقبت ادغام یافته سلامت مردان و زنان میانسال
- برقراری ارتباط موثر
- موانع ارتباط موثر
- مراحل مشاوره
- تعیین مرحله رفتار مراجعه کننده
- خلاصه و نتیجه گیری

بسته خدمات جامع ارزیابی سلامت زنان و مردان

بسته خدمات جامع ارزیابی سلامت زنان و مردان میانسال ایران، با توجه به اهمیت این گروه سنی در خانواده و جامعه بویژه لزوم برنامه ریزی برای پیشگیری از بیماری و کاهش مرگ و میر زود هنگام آنان توسط دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر مبنای استانداردهای علمی و متناسب با شرایط کشور و اولویتهای نیازهای سلامت خانواده های ساکن کشور جمهوری اسلامی ایران تدوین شده است.

کارکنان بهداشتی در چارچوب طرح تحول نظام سلامت، موظفند بسته خدمتی سلامت میانسالان را که به صورت ادغام یافته برای مراقبت از سلامت بانوان و مردان ۵۹ - ۳۰ سال طراحی شده، در همه مراکز ارائه خدمات بهداشتی اولیه در نظام شبکه ارائه نمایند. بدین ترتیب برای برقراری ارتباط با گروه هدف دو مسیر مهم را طی می کنند:

۱- ارتباط با جامعه هدف به صورت عمومی

۲- ارتباط با یکایک آحاد گروه هدف به صورت انفرادی

برای هر یک از دو مسیر ارتباطی فوق می توان همزمان از دو روش مشارکتی و غیر مشارکتی بهره جست. در روش غیر مشارکتی، برای ارائه خدمات سلامت به این گروه سنی در سرشماری اول هر سال کلیه افراد گروه هدف شناسایی شده و اسامی آنها ثبت می گردد. تعداد افراد این گروه سنی در زیج حیاتی و پانل شاخصهای جمعیتی هر خانه بهداشت و هر مرکز بهداشتی درمانی ثبت و برای فراخوان آنان اقدامات زیر صورت می گیرد:

الف - توزیع دعوتنامه :

در این روش بهورز یا رابط بهداشتی به درب منازل تک تک افراد گروه هدف مراجعه و دعوتنامه ای را که در آن، در خصوص ارائه خدمات سلامت میانسالان و لزوم آن توضیحاتی داده شده است، در اختیار آنان قرار می دهد. و آنان را برای بهره مندی از اجرای برنامه تشویق به حضور در خانه بهداشت می نماید.

ب - نصب اطلاعیه عمومی در سطح روستا / محله

در این روش بهورز / رابط بهداشتی / مراقب سلامت خانواده اطلاعیه ای را در مورد برنامه تهیه می نماید و آن را در محل دید گروه هدف در سطح روستا / محله و یا داخل خانه بهداشت / مرکز نصب می کند و از این طریق زنان و مردان را با این برنامه آشنا ساخته و آنان را به خانه بهداشت دعوت می نماید.

ج - اعلام در تجمع های زنان و مردان منطقه :

در این روش کارکنان بهداشتی از تجمع هایی که به دلایل مختلف (مذهبی، جشن و ...) تشکیل می گردد استفاده نموده و ضمن توضیح مختصر در مورد برنامه، آنها را برای مراجعه برای دریافت خدمات ترغیب می نماید.

د - آموزش چهره به چهره :

کارکنان بهداشتی می توانند به کلیه افراد گروه هدف که به هر دلیلی به خانه بهداشت / مرکز مراجعه می نمایند در مورد برنامه سلامت آنان توضیح داده و آنان را در این فرصتهای طلایی برای دریافت مراقبتها ترغیب نمایند.

ه - استفاده از همکاری مراجعین برای برقراری ارتباط با گروه هدف :

در این روش از گیرندگان خدمات، برای تشویق گروه هدف فوق که در خانوار آنها و یا در همسایگی آنان زندگی می کنند، برای مراجعه به خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی / مرکز بهداشتی درمانی استفاده می شود.

روشهای فوق روش آموزش غیر مشارکتی بوده و یک فراخوان یک طرفه برای دریافت خدمات محسوب می شود. این روش می تواند مقدمه ای برای مشارکت بیشتر گروه هدف به شمار آمده و با ایجاد پرسش در ذهن مخاطب و تحریک کنجکاوی وی، نقطه شروعی برای دریافت اطلاعات بیشتر توسط مراجعه کننده باشد.

روش دوم جلب مشارکت گروه هدف از طریق بحث و گفتگو می باشد

. بهترین راه برای تشویق گروه هدف برای مشارکت در بهره مندی از مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان، این است که با آنها به صحبت و گفتگو بنشینیم یا آنها را برای مصاحبه به خانه بهداشت / پایگاه / مرکز دعوت کنیم و یا اینکه اگر در جایی جمع می شوند به دیدارشان رفته و با آنها به طور کامل صحبت کنیم. از آنها بخواهیم که مشکلات سلامت خود بیان کنند و با یکدیگر در مورد مشکلات خود به بحث و گفتگو بنشینند و سپس اطلاعات کامل در مورد شیوه زندگی و نقش آن در سلامت میانسالان و سایر مواردی که در مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان از اولویت برخوردارند، ارائه دهیم تا تشویق شوند برای حل مشکلات خود از این برنامه بهره بگیرند.

این روش می تواند بسیار موثر باشد زیرا با بیان مشکلات مربوط به دوره میانسالی به این نکته پی می برند که باید برای حل این مشکلات آمادگی داشته و اقدام نمایند. به روش فوق، روش مشارکتی گفته می شود در این روش یادگیرنده ها مورد توجه بوده و در طی فرایند یادگیری به این نتیجه می رسند که برای حل مشکلات سلامت خود باید و می توانند در حل مسئله نقش خود را ایفا کنند. با ترغیب گروه هدف به مشارکت در برنامه سلامت خود می توان آنان را برای خود مراقبتی نیز تشویق نمود.

معرفی برنامه به گروه هدف برای بازاریابی خدمات

برای شناخت صحیح مراقبتهای دوره ای سلامت میانسالان، لازم است گیرندگان خدمات یعنی زنان و مردان ۵۹-۳۰ ساله درک درستی از موارد زیر داشته باشند تا برای دریافت خدمات آمادگی پیدا کنند. مفهوم چکاپ و ضرورت انجام آن، ویژگیهای استاندارد یک چکاپ صحیح، فاصله زمانی بین انجام چکاپ ها، هزینه انجام مراقبتهای دوره ای، چگونگی انجام این مراقبتهای و اجزای مراقبتهایی که به آنان ارائه می شود، محتوای پیام ارائه دهندگان خدمات را برای بازار یابی خدمات تشکیل می دهد.

همچنین لازم است در مورد اولویتهای و اهمیت سلامت میانسالان با آنان گفتگو نمود. در این بخش با مفاهیم فوق آشنا می شویم تا بتوانیم اطلاعات اصلی را در اختیار گروه هدف گذاشته و آنان را برای دریافت خدمات ترغیب نماییم.

مفهوم چکاپ

چکاپ Check up عبارتی انگلیسی است که معنای آن در فارسی همان ارزیابی است. چکاپ در علم پزشکی به معنی انجام کلیه معاینات و آزمایشات لازم بر حسب سن و جنس فرد برای بررسی عوامل خطر و بیماری هایی است که هنوز علامتدار نشده و یا دارای علائم خفیف و نامشخصی می باشند. نتیجه انجام چکاپ تعیین وضعیت همه ابعاد سلامت فرد از نظر جسمی، روانی و است. همچنین در پایان یک چکاپ خوب، باید برنامه فرد برای حفظ تندرستی مشخص و توصیه های لازم پیشگیرانه به او ارائه و زمان بعدی مراجعه یا هر اقدام دیگری روشن شود.

ضرورت انجام ارزیابی

برخی افراد به ضرورت ارزیابی سلامت خود اعتقاد ندارند و تا زمانی که بیماری به سراغشان نیامده است از انجام هرگونه بررسی وضعیت سلامت خود اجتناب می کنند. برخی حتی پا را فراتر گذاشته و ترجیح می دهند که به سلامت و بیماری خود اهمیت نداده و یا از بیماری خود اطلاع نداشته باشند. واقعیت آن است که سلامت زنان و مردان ۵۹-۳۰ سال که در اغلب خانواده ها نقش والدین را نیز دارا هستند، محور سلامت خانواده و جامعه است. این گروه معمولاً سلامت اعضای خانواده از کودک و نوجوان تا سالمند را مدیریت می کنند و مراقبت از آنان را به عهده دارند. تصور عمومی بر این است که میانسالان افرادی خستگی ناپذیر هستند و هیچگاه بیمار و ناتوان و از کار افتاده نمی شوند. گاهی فرد میانسال نیز همین تصور را نسبت به سلامت خود داشته و کمترین وقت را به سلامت خود اختصاص می دهد. حتی در بعضی موارد، مردان میانسال از این هم فراتر رفته و پیشگیری از بیماری را با شان و منزلت مرد بودن مغایر می دانند. این باورهای غلط و پندارهای نادرست شرایط را به راحتی برای لانه کردن بیماری و تجمع عوامل خطر فراهم می سازد. به نحوی که در سالهای پایانی دوره میانسالی، کیفیت زندگی با مخاطرات بسیاری مواجه می شود. با توجه به وظایف سنگینی که در

جامعه و خانواده به عهده میانسالان است، اگر به سلامت خود بی توجه باشند خیلی زود فرسودگی، ناتوانی، درد و بیماری به سراغشان می آید.

ویژگیهای یک ارزیابی استاندارد

۱- توجه کامل به پیشگیری از بیماریهای مهم و شایع :

همه شما با این جمله رایج آشنا هستید : «پیشگیری بهتر از درمان است .» بسیار واضح است که چنانچه در پیشگیری و مراقبت های اولیه سرمایه گذاری مطلوب تر و بیشتری از سوی خانواده ها صورت گیرد و پیشگیری مقدم بر درمان تلقی شود، از صرف هزینه های زیاد تشخیصی و درمانی در مراحل بعدی پیشگیری خواهد شد و از همه مهم تر اینکه کیفیت زندگی خانواده ها در عرصه سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی افزایش خواهد یافت.

اما پیشگیری از بیماری در عمل به چه معناست و چگونه باید به پیشگیری از بیماری بپردازیم؟

از نظر بهداشتی اقدامات پیشگیرانه عبارت است از مقابله با شرایط مضر سلامتی که موارد آن در یک چکاپ یا ارزیابی سلامت استاندارد باید مشخص و روشن شوند.

برخی از این اقدامات اقداماتی هستند که قبل از ایجاد اختلال یا قبل از ایجاد بیماری برای پیشگیری از آن انجام می شود مانند انجام واکسیناسیون برای پیشگیری از ابتلا به کزاز یا اتخاذ شیوه زندگی سالم شامل تغذیه صحیح و فعالیت فیزیکی مطلوب و عدم استعمال دخانیات برای پیشگیری از بیماری عروق قلبی و برخی از انواع سرطان، این گونه اقدامات برای همه افراد جامعه ضروری است.

در برخی موارد پیشگیری به معنای آن است که در مراحل اولیه پیدایش بیماری، برای درمان هرچه سریعتر و پیشگیری از گسترش آن اقدام شود .مانند انجام ماموگرافی برای تشخیص زودهنگام سرطان پستان و درمان به موقع آن . یا تشخیص به موقع و درمان فشار خون بالا برای پیشگیری از عارضه قلبی و کلیوی.

در برخی موارد پیشگیری به معنای توان بخشی پس از بیماری برای کاستن ناتوانیها و عوارض بیماری و افزایش کیفیت زندگی است مانند انجام مراقبتهای لازم برای افراد معلول در جهت افزایش توانمندی آنان برای کاهش مشکلات کار و زندگی، یا اقدامات درمانی در یک بیمار مبتلا به بیماری بدخیم برای افزایش توانمندی او در کنار آمدن با بیماری و افزایش کیفیت زندگی

۲- کامل و جامع بودن خدمات ارزیابی:

بسیاری از خانواده ها چکاپ را فقط در انجام یک آزمایش خون یا فقط اندازه گیری فشارخون خلاصه می کنند و وقتی درخواست چکاپ دارند منظورشان صرفا همین اقدامات است. در حالی که انجام چند تست آزمایشگاهی به تنهایی پاسخگوی بررسی سلامت نبوده و جواب آن هرچه باشد تعیین کننده

وضعیت سلامت نیست. در خدمات ارزیابی استاندارد، باید علاوه بر رسیدگی به شکایت یا بیماری فعلی مراجعه کنندگان، همه دستگاههای بدن مورد معاینه و آزمایش قرار گرفته و باتعیین وضعیت آنان در زمینه شیوه زندگی، سلامت باروری و سایر ابعاد سلامت جسمی و روانی، کلیه عوامل خطر مهم ردیابی شده و بیماریهایی که احتمال می رود در فرد وجود داشته باشد غربال شود تا نتیجه بهتری برای برنامه ریزی سلامت فرد به دست بیاید.

۳- فاصله زمانی انجام ارزیابی:

برخی از افراد تصور می کنند ارزیابی یک بار برای همیشه کافی است به همین دلیل با یک بار انجام معاینات و آزمایش ها لزومی برای مراجعات بعدی نمی بینند. برعکس برخی افراد نیز با وسواس زیاد روی سلامت خود مراجعات مکرر برای انجام ارزیابی سلامت خود دارند و مکررا به انجام آزمایشهای مختلف دست می زنند. فواصل مراجعات برای انجام ارزیابی باید با تکیه بر اصول علمی و فاصله گذاری منطقی بین دفعات مختلف مراجعه تعیین گردد.

فواصل انجام مراجعات برای ارزیابی سلامت زنان و مردانی که سالم هستند یا در معرض خطر بیماری یا مبتلا به بیماری خاصی می باشند بر اساس اصول علمی متفاوت می باشد و نباید بر اساس سلیقه افراد تعیین شود.

۴- هزینه انجام ارزیابی:

برخی از افراد تصور می کنند چکاپ کامل نیازمند مراجعه به متخصصین رشته های مختلف و انجام آزمایشات گران قیمت و تخصصی است و با این تصور یا از انجام آن می گذرند و یا هزینه های بی مورد به خانواده خود تحمیل می کنند. متأسفانه بسیاری از افراد جامعه، سالیانه هزینه گزافی برای روشهای تشخیصی مانند آزمایشات، رادیولوژی، سونوگرافی پرداخت می کنند، بدون این که این موارد برای پزشک ارزش تشخیصی داشته باشد. یا مراجعات مکرر تخصصی دارند که نیازی به آنها برای ارزیابی سلامت نیست. به عنوان مثال انجام آزمایش چربی خون هر ۶ ماه یک بار برای هیچکس حتی کسانی که چربی خون بالا دارند ضرورت ندارد در مورد افراد سالم میانسال اندازه گیری چربی خون هر سه سال یک بار کافی است.

خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان یک ارزیابی استاندارد است



ویژگیهای بسته مراقبتهای ادغام یافته سلامت برای زنان و مردان میانسال

بسته خدمات سلامت میانسالان در نوع خود منحصر به فرد است. این خدمات صرفاً در این برنامه ارائه شده و نمونه دیگری از آن برای گروه سنی میانسال اجرا نشده است. چکاپ هایی که بعضی از دستگاهها انجام می دهند یا کاملاً تخصصی و با استفاده از تکنولوژی گران قیمت است که هزینه های گزاف و غالباً بیهوده ای را به خانواده ها تحمیل می کند یا آنقدر مختصر و غیر علمی است که اطلاق مفهوم ارزیابی برای آن نادرست است. ضمن آنکه سایر ویژگیهای خدمات سلامت میانسالان را که در ذیل می آید دارا نیستند.

بسته خدمات سلامت میانسالان به مفهوم بررسی ابعاد مختلف سلامت گروه هدف جامع و کامل است:

- ۱- شیوه زندگی از نظر تغذیه و عادات غذایی، فعالیت جسمانی و مصرف دخانیات مورد بررسی قرار گرفته و برای اتخاذ رفتارهای سالم مشاوره انجام می شود. همچنین وضعیت ایمنسازی، آلرژی غذایی و دارویی و عوامل زیان آور شغلی بررسی شده و راهنمایی لازم صورت خواهد گرفت.
 - ۲- سلامت باروری از نظر وضعیت بیماریهای آمیزشی، بیماری دستگاه تناسلی و ادراری، ناباروری، روابط زناشویی، یائسگی، سرطانهای دستگاه تناسلی در زنان و مردان مورد بررسی قرار می گیرد و برای هریک از مشکلات اقدامات لازم انجام خواهد شد.
 - ۳- سلامت کلی افراد از نظرسوابق بیماریها مانند بیماریهای قلب و عروق، روان، مفاصل و استخوان در فرد و بستگان او بررسی شده و مخاطراتی که در فرد برای ابتلا به این بیماریها وجود دارد، تعیین و معاینات و آزمایشات ضروری انجام خواهد شد.
- بسته خدمات سلامت میانسالان کم هزینه است: این بسته خدمات به گونه ای طراحی شده است که در آن از ساده ترین و در عین حال علمی ترین روش های تشخیصی و درمانی استفاده شده و از انجام اقداماتی که هزینه بی مورد به خانواده تحمیل می کند تا حد امکان اجتناب می شود. این ویژگی ناشی از موارد زیر می باشد:

• مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان از مراجعات مکرر به تخصص های مختلف پیشگیری می کند و در حد امکان در سطوح غیر تخصصی مشکلات سلامت مراجعه کنندگان را رفع می نماید. بنا براین

با استفاده از خدمات این برنامه مانند همه کشورهای پیشرفته دنیا نیازی به دریافت خدمات تخصصی نبوده و هر جا که نیاز باشد، مطابق برنامه علمی، ارجاع به متخصص صورت خواهد گرفت.

• خدمات اولیه (ارزیابی دوره ای سلامت) برای گروه هدف رایگان است و خدمات تخصصی نیز در نظام دولتی بسیار ارزان می باشد. در غیر اینصورت نیز باید در نظر داشت که پرداختن هر هزینه ای قبل از شروع بیماری به نفع استفاده کنندگان از خدمات بوده و از هزینه های بسیار بالای درمان در آینده جلوگیری می نماید. به این مثال توجه کنید: سالانه حدود ۶۰۰ هزار خانوار به دلیل هزینه سنگین درمان بیماری سرطان فقیر می شوند و ۳۰۰ هزار خانوار به همین دلیل زیر خط فقر می روند.

در حالی که با پیشگیری از سرطانها یا تشخیص زود هنگام آن از صرف هزینه های گزاف فوق پیشگیری خواهد شد. استفاده کنندگان از خدمات فوق با هزینه بسیار اندک از تمام مشکلات جسمی و روانی در زمان طلایی اطلاع پیدا کرده و از ابتلا به بیماری پیشگیری نموده یا با اقدام به موقع درمانی در مراحل اولیه بیماری هزینه های گزاف درمان را کاهش خواهند داد.

• خدمات تخصصی و سایر خدمات مورد نیاز در بسته خدمات سلامت میانسالان: در صورت نیاز به خدمات تخصصی تشخیصی و درمانی، باید مراکز معتبر دانشگاهی از قبل پیش بینی و مراجعین محترم به این محل ها ارجاع شوند.

• مکان ارائه خدمات سلامت میانسالان تیم سلامت: شامل پزشک، ماما و کارشناسان بهداشتی یا مراقبین سلامت در شهرها و بهورزان در روستاها در خانه / پایگاه / مرکز بهداشتی محل زندگی مردان و زنان میانسال این خدمات را ارائه می کنند. در صورتی که بخش خصوصی برای این خدمات داوطلب باشد می تواند با دانشگاه علوم پزشکی منطقه هماهنگ شده و بسته خدمات را دریافت و به مراجعین ارائه نماید.

• فواصل زمانی ارائه خدمات سلامت میانسالان: بسته خدمات سلامت میانسالان به طور علمی استاندارد معینی را از نظر فواصل مراجعات برای همه افراد میانسال تعریف کرده است. افرادی که در ارزیابی اولیه سلامت خود از سلامت پایه مطلوبی برخوردار باشند، هر سه سال یک بار اقدامات فوق را تکرار خواهند نمود. و در صورتی که در طی ارزیابی اولیه سلامتی مشکل خاصی داشته باشند تا آخرین مرحله مورد پیگیری قرار گرفته و اقدامات لازم با فواصل معین برای آنان انجام خواهد شد.

• زمان ارائه خدمات سلامت میانسالان: با توجه به جامعیت خدمات باید وقت کافی برای دریافت خدمات فوق به مراجعه کننده اختصاص دهید تا همه اجزای خدمات برای وی در یک بار مراجعه انجام شود و در فراخوانی که به عمل می آوريد، زمان مورد نیاز را به مراجعه کننده یادآور شوید. همچنین

برای پیشگیری از مراجعات مکرر وی مدارک مورد نیاز برای تشکیل پرونده و دریافت خدمات سلامت را در فراخوان از مراجعه کننده اعلام و از وی بخواهید که مدارک زیر را همراه داشته باشد: شماره کارت ملی، مستندات بیماری های شناخته شده فرد مانند: آزمایشات، نسخ دارویی یا داروهای مصرفی، نتایج آزمایش ها، خلاصه پرونده بیمارستانی در صورت سابقه بستری. به خاطر داشته باشید، کارکنان بهداشتی با ارائه بسته خدمات سلامت میانسالان فرصتی برای مردان و زنان کشور فراهم می کنند تا آنها در جهت تامین بهداشت و سلامت خود کوشش نموده و از این طریق سلامتی را برای خانواده و جامعه به ارمغان بیاورند.

به همین دلیل کیفیت خدمات کارکنان بهداشتی در استمرار دریافت خدمات، گسترش خدمات و ترغیب گروه هدف برای دریافت مراقبتها از اهمیت زیادی برخوردار است.

برقراری ارتباط انفرادی موثر با گیرندگان خدمات سلامت میانسالان

برقراری ارتباط در برنامه های سلامت به مفهوم به کارگیری راهکارهایی به منظور آگاه سازی و تاثیر بر تصمیمات فرد و جامعه برای ارتقاء سلامت است. بدین ترتیب در برقراری ارتباط باید تمامی تلاش خود را بر این نکته متمرکز نماییم که افراد گروه هدف تشویق شوند تا به صورت داوطلبانه و بدون هیچ گونه اجبار از خدمات حوزه سلامت بهره مند شده و اقدام به ارتقاء سلامت نمایند.

برای دستیابی به این هدف باید افراد با کسب آگاهی و شناخت لازم، تمایل پیدا کنند تا از خدمات سلامت بهره مند شده و در برنامه سلامت خود مشارکت کنند. به تعبیر دیگر برقراری ارتباط به مفهوم بازاریابی اجتماعی و فردی در مداخلات سلامت است و با هدف ترغیب افراد و گروه های هدف برای ورود به برنامه ها و مشارکت فعال و همه جانبه آنها در برنامه ها صورت می گیرد.

برقراری ارتباط موثر نیازمند برخورداری از دانش، نگرش مناسب و مهارت برقراری ارتباط موثر است. برخورداری از مهارت ارتباط موثر، نیازمند تمرکز، تمرین مکرر و تجربه در میدان عمل و اجرا می باشد.

مهارت های لازم برای برقراری ارتباط موثر با مراجعه کننده

ارتباط ابزار لازم برای زندگی اجتماعی و عبارت است از فرایند ارسال و دریافت پیام. درک درست پیام، ترغیب افراد گروه هدف برای یک رفتار بهداشتی، ترغیب آنان به دریافت خدمات بهداشتی، آموزش گروه هدف و ... از طریق ارتباط موثر امکان پذیر است. عناصر اصلی ارتباط عبارتند از عناصر کلامی و عناصر غیرکلامی. این عناصر بویژه نحوه بکار گیری عناصر کلامی درارتباط چهره به چهره با گیرنده خدمت از اهمیت بالایی برخوردار است.

عناصر کلامی ارتباط شامل محتوا و فرایند بیان می باشد. منظور از محتوای کلام، آن چیزی است که بر زبان می آوریم. برای رسیدن به هدف و افزایش کارآمدی ارتباط، کلام باید ویژگیهای زیر را دارا باشد:

جذاب باشد

تهدید آمیز نباشد

تشویق کننده باشد

ارتباط را تسهیل کند

به ابعاد فرهنگی و باورهای اعتقادی و قومی، زبان محلی و ... توجه داشته باشد
فرایند برقراری ارتباط کلامی شامل چگونگی شروع صحبت، نحوه جمله بندی، زمان بندی ارتباط کلامی، ملاحظات موقعیتی و بالاخره چگونگی جمع بندی و پایان ارتباط در یک جلسه نیز بر کارآمدی آن موثر است.

عناصر غیرکلامی ارتباط شامل آن وجهی از ارتباط هستند که اختصاصاً به جنبه هایی غیر از کلام و محتوای کلام و فرایند بیان موضوع مربوط می گردند. از جمله می توان به تن صدا، آهنگ صدا، تماس چشمی، حالات چهره ای و حرکات بدنی (زبان بدن)، نحوه گوش دادن اشاره کرد.

گوش دادن نیز دو نوع است: گوش دادن فعال و گوش دادن غیر فعال. گوش دادن به موسیقی، تلویزیون، گوش دادن از روی ادب، نمونه هایی از گوش دادن غیرفعال هستند. از آنجا که در گوش دادن غیرفعال تنها بخشی از ذهن ما درگیر توجه کردن می باشد، لذا هنگام گوش دادن به دیگران، احتمال پرت شدن حواس (یعنی تفکر در مورد چیزهای دیگری غیر از موضوع اصلی) وجود دارد.

بهترین راه برای حل این مشکل، گوش دادن فعال یعنی گوش دادن هدفمند می باشد. بنابراین گوش دادن فعال را می توان گوش دادن هدفمند نیز نامید. گوش دادن فعال یک اصل مهم در برقراری ارتباط موثر است. اهداف گوش دادن فعال عبارتند از: کسب اطلاعات، دریافت و درک راهنمایی، درک دیگران، حل مشکلات، فهمیدن احساسات دیگران، حمایت عاطفی دیگران. روش های موثر برای گوش دادن فعال شامل: توجه به فرد مقابل، پرسیدن سوال، بازخورد دادن، بازگو کردن و خلاصه سازی می

باشد. برای گوش دادن فعال شنونده باید پیام های مختلف را شنیده، معانی را درک کرده و سپس با ارائه بازخورد، مطمئن گردد که برداشت وی صحیح بوده است.

موانع ارتباط موثر

از موانعی که راه های ارتباط را بسته و مانع از برقراری ارتباط موثر می شوند، اجتناب کنید. این موانع عبارتند از:

- دستور دادن، هدایت کردن، ابلاغ کردن
- اخطار، تهدید، هشدار دادن
- موعظه و نصیحت
- وادارسازی یا اجبار
- قضاوت کردن، انتقاد کردن، مخالفت کردن و مقصر شمردن مراجعه کننده
- مسخره کردن و تحقیر کردن
- پرت کردن حواس، عوض کردن صحبت و گول زدن
- ارائه اطلاعات غلط و غیر علمی برای اقناع مراجعه کننده

اصول ارتباط در فرایند مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان

• فرایند ارائه خدمت و مشاوره ارتباطی دو طرفه بین ارائه دهنده خدمت (مراقبت کننده) و گیرنده خدمت (مراجعه کننده) است که طی آن ارائه دهنده خدمت با توجه به نیازها، دانش و نگرش مراجعه کننده، به تصمیم گیری صحیح و هدایت او برای عملکرد مناسب کمک می نماید. حتی در مواردی که فرد گزینه های متعددی برای انتخاب ندارد، ارائه دهنده خدمت می تواند با بکارگیری فن برقراری ارتباط موثر و عبارتی مشاوره با بیمار وی را در ادامه مسیر کمک کند.

• در فرایند مشاوره برای ارتقای رفتار، ارائه دهنده خدمت باید علاوه بر دانش و مهارت کافی برای ارائه خدمت، اصول مشاوره و ویژگیهای مشاور از جمله برخورد گرم و دوستانه، رعایت احترام و حقوق مراجعه کننده، همدلی، رازداری، تعهد اخلاقی و وجدان کاری، سعی در شناخت فرهنگ و نیاز های اطلاعاتی و عاطفی مراجعه کننده را مد نظر قرار دهد.

• شرایط مشاوره باید به گونه ای تنظیم شود که داوطلب احساس ارزش و احترام کند. ایجاد محیطی خلوت و محرمانه و توضیح علت لزوم این کار به ایجاد این احساس کمک می کند. همچنین باید شدیداً از برخوردها و الفاظی که قضاوت رایبه کننده خدمت را نشان می دهد یا شان و منزلت داوطلب را زیر سؤال می برد خودداری نمود.

• حفظ محرمانگی و خصوصی برای مشاوره و معاینه، ضمن بالا بردن احساس امنیت و منزلت در مراجعه کننده، باعث تمایل به برقراری یک ارتباط صادقانه م ی شود . گاهی حتی تغییرات کوچکی در محیط مشاوره باعث احساس امنیت بیشتری در وی خواهد شد .

• اطمینان بخشی از اصولی است که به کاهش اضطراب مراجعه کننده کمک خواهد کرد . در خدمات سلامت میانسالان موارد حساسی مانند رفتارهای پرخطر، اختلال در رابطه زناشویی، معاینه ژنیتال یا پستان و . . مد نظر قرار گرفته است . لازم است با اطمینان دادن به مراجع هکننده در مورد محرمانه بودن مکالمات و اطلاعات سلامت وی برای رفع نگرانیهای او اقدام نمود .

• همچنین گیرنده خدمت باید از علمی بودن و درستی اقدامات و توصیه هایی که دریافت می کند، اطمینان حاصل کند و ارائه دهنده خدمت باید به او یادآور شود که در صورت لزوم او را به مراکز تخصصی تر ارجاع خواهد داد .

• بدیهی است بهترین نتیجه وقتی حاصل خواهد شد که ارائ هدهندگان خدمت ضمن انجام معاینات، اصول مشاوره را بکار گیرند، به این ترتیب نتایج سودمند برقراری ارتباط صحیح بین ارائه دهنده خدمت و گیرنده خدمت حاصل خواهد شد .

• در ابتدای ارائه خدمت توسط هریک از اعضای تیم سلامت، لازم است ارائه دهنده خدمت به اصول مشاوره و اصول برقراری ارتباط دو طرفه توجه نموده و در خصوص اهمیت خدمت مورد نظر و زمان لازم برای انجام آن و نحوه انجام آن توضیح دهد .

• برای آنکه بتوان ابتدا به مشکلی که فرد بیان می کند توجه نمود، ترجیح دارد در ابتدای هر بخش از خدمات سوالات باز و کلی تری که مشاور را به مشکل اصلی مراجعه کننده هدایت می کند پرسیده شود، به عنوان مثال در بخش شیوه زندگی سوالات زیر کمک کننده است :

- تا به حال به شیوه تغذیه و فعالیت بدنی خودتان فکر کرده اید و از وضعیت خودتان مطلع هستید؟

- در مورد تغذیه صحیح و فعالیت جسمانی مناسب چه اطلاعاتی دارید؟

یا در بخش سلامت باروری :

- آیا تا به حال مشکل ((زنانگی)) (یا عبارات مشابه رایج در منطقه) داشته اید؟ چه مشکلاتی؟

یا در بخش سوابق پزشکی به جای اینکه از همان ابتدا تک تک بیماریها مورد سوال قرار گیرد، سوال کلی زیر کمک کننده است :

- آیا شما یا افراد درجه یک خانواده شما تا کنون بیماری مهمی داشته اید؟ چه بیماریهایی؟

همچنین در شروع بررسی علائم و نشانه ها سوال شود : آیا هیچ علامت یا نشانه ای از بیماری در خود ا حساس می کنید؟

با این نوع سوالات باز به مراجعه کننده اجازه داده اید ابتدا نگرانیها و مشکلات خود را عنوان کند . ضمن آنکه این نوع سوال شرایط را برای تعامل بهتر ارائه دهنده خدمت فراهم می کند .

• **تطبیق متن و عناوین موجود در فرم ها با شرایط گیرنده خدمت:** در همه بخش های فرم موضوعات مورد نظر به صورت عبارت و عناوین نوشته شده اند . بدیهی است که برای دستیابی به نتیجه درست در خصوص هر یک از عناوین و موضوعات لازم است به وضعیت فرهنگی، اجتماعی، سواد و سایر اصول برقراری ارتباط دوطرفه توجه کافی معطوف و عنوان مربوط به پرسش مناسب و قابل فهم تبدیل شده و پاسخ آن به صورتی که در دستورالعمل توضیح داده شده ثبت گردد .

• **همچنین ارائه دهنده خدمت موظف است به شرایط کلی مراجعه کننده :** از قبیل سن، وضعیت تاهل، شغل و توجه نموده و سوالات غیر مرتبط را مورد پرسش قرار ندهد . به عنوان مثال : از افراد مجرد در خصوص تنظیم خانواده یا مشکل زناشویی و سوال نشود .

• **ارائه باز خورد در هر بخش :** در هر بخش از ارائه خدمات، اعضای تیم سلامت باید با ارائه بازخورد مناسب به مراجعه کننده از جمله :

- بیان نتایج بررسی

- تحسین رفتارهای مناسب

- ارائه توصیه ها و آموزشهای لازم

- اطمینان از درک مطالب آموزش داده شده به گیرنده خدمت

مشارکت مراجعه کننده را در ارتقای سلامت خود جلب نموده و توصیه های انجام شده را در فرم ارزیابی دوره ای ثبت نمایند .

• **رعایت حریم خصوصی و رازداری :** حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت در حین ارائه خدمات بویژه در خصوص خدمات سلامت باروری، رعایت اصل محرمانگی و رازداری در خصوص حفظ اطلاعات و نگهداری و بایگانی اطلاعات ثبت شده در مستندات سلامت مراجعه کنندگان مانند هر مستند دیگر مربوط به سلامت افراد، از اهمیت بالایی برخوردار است و مسئولیت آن به عهده تک تک اعضای تیم سلامت می باشد .

• **تسهیل دستیابی به هدف ارائه خدمت :** هدف اصلی ارائه خدمت انجام مداخلات سلامتی در جهت ارتقای وضعیت سلامت مراجعه کننده از جمله تغییر رفتار وی برای بهبود شیوه زندگی یا اتخاذ رویکردهای بهداشتی، انجام اقدامات پیشگیرانه و تشخیص زود هنگام بیماری می باشد . بدیهی است این امر به ناگهان اتفاق نمی افتد و مستلزم اقدامات زیر است :

- اولویت بندی مشکلات مراجعه کننده و پرداختن به مشکلات به ترتیب اولویت
 - توجه به نیازهای مراجعه کننده و درجه اهمیت هر یک از مشکلات و رفتارهایش
 - برنامه ریزی برای بهبود در خصوص اولویت تعیین شده
 - صرف زمان برای مشاوره و آموزش مکرر مراجعه کننده
 - توجه به نتیجه فرایند مشاوره و مراحل تغییر مشتری
 - توجه به وضعیت سلامت و عوامل خطر در مراجعه کننده
- با توجه به بندهای قبلی، هنر ارائه دهنده خدمت، پیشگیری از بیماری و تشخیص زودهنگام آن است. به عنوان مثال پیدا کردن موارد HIV مثبت یا پیدا کردن تغییرات نئوپلازیک در پاپ اسمیر یا پیدا کردن توده پستانی در مراحل ابتدایی، بسیار ارزشمندتر از پیدا کردن مورد مبتلا به ایدز یا سرطان پیشرفته دهانه رحم یا پستان است.

• **ثبت خدمات:** گرچه ثبت خدمات از اهمیت برخوردار است، اما بدیهی است که هدف اصلی اجرای برنامه، ارائه خدمت است و تکمیل فرمهای ثبت خدمات فقط برای مستند ساختن خدمات مذکور بوده و تکمیل فرمها نباید مانعی برای ایجاد ارتباط موثر و مناسب با مراجعه کننده و ارائه خدمات به او باشد.

مراحل یک جلسه مشاوره برای ارتباط موثر با گیرنده خدمت

مراحل مشاوره در کلمه اختصاری GATHER به شرح زیرآمده است:

G (Greet)

با مراجعه کننده با برخورد گرم و احترام روبرو شوید.

A (ask)

از داوطلب در مورد خودش سوال کنید
به او کمک کنید تا بتواند شکایات، خواسته ها و نیازهایش را بیان کند.
به او کمک کنید تا بتواند احساسات و باورهایش را مطرح کند.
سعی کنید میزان اطلاعات او و درستی یا نادرستی آنها را تشخیص دهید.

T (Tell)

اهمیت ارزیابی سلامت را توضیح دهید.
به نیازها و نگرانی ها با توجه به موقعیت مراجعه کننده توجه کنید.
اطلاعات لازم در مورد سیر خدمات را ارائه کنید.

روش های پیشگیری موجود به اختصار برای بیمار توضیح داده شود.

H(Help)

به مراجعه کننده برای اتخاذ بهترین تصمیم بویژه در زمینه رفتارهای سلامت مانند تغذیه و فعالیت جسمانی یا ترک سیگار کمک کنید.

E(Explain)

همه توضیحات مورد نیاز را در اختیار مراجعه کننده قرار دهید.

R(Return)

برای ویزیت مجدد یا ملاقات پس از ارجاع به مراکز بالاتر با کمک او برنامه ریزی کنید.

تعیین مرحله رفتار مراجعه کننده

یکی از ویژگیهای مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان بررسی رفتارهای سلامت مراجعه کننده و کمک به ارتقای این رفتارهای باشد. ارتقای این رفتارها در افراد مختلف بسته به اینکه تا چه اندازه به تصمیم و اقدام برای تغییر رفتار نزدیک شده باشند، متفاوت است. به همین جهت تعیین میزان آمادگی برای رسیدن به هدف یا اهداف سلامتی نیازمند تعیین مرحله تغییر رفتار توسط ارائه دهنده خدمت می باشد تا بتوان میزان آمادگی مراجعه کننده برای اقدام و تشخیص انگیزه های او برای یادگیری و اقدام در جهت دستیابی به اهداف تعیین شده را ارزیابی نمود.

SOC: Stages of change (عبارتند از: ۵ مرحله تغییر رفتار)

• **مرحله پیش تفکر**: در این مرحله افرادی قرار دارند که در حال حاضر و در آینده قصدی برای تغییر رفتار و اتخاذ رفتارهای جدید ندارند. (فرد اصلاً قصد تغییر رفتار را ندارد) معمولاً در این گروه ها ممکن است آگاهی نسبت به موضوع و جوانب آن وجود داشته باشد لذا لازم است روی آگاهی و نگرش آنها کار کرد.

• **مرحله تفکر**: این مرحله مشتمل بر افرادی است که به طور آشکار قصد تغییر رفتار در آینده دور را (۶ ماه آینده) دارند. در این مرحله فرد در حال ارزیابی فواید و مضرات تغییر رفتار است.

• **مرحله آمادگی برای عمل** : افراد این مرحله قصد تغییر رفتار در آینده نزدیک (۳۰ روز آینده) را دارند. فرد به خوکارآمدی خود و توان انجام این کار فکر می کند و نیاز به تقویت اعتماد به خود و توانایی خود برای انجام کار دارد. در این مرحله باید سعی شود موانع انجام رفتار برطرف شود.

• **مرحله عمل** : شامل افرادی است که به وضوح شیوه زندگی خود را تغییر داده اند(بیش از ۶ ماه). فرد مدتی است که رفتار مورد نظر را اخذ کرده است. در این مرحله فرد نیازمند حمایت های اجتماعی ، تشویق دوستان و همسالان، اعضای خانواده و اجتماع است.

• **مرحله حفظ رفتار** : این مرحله موید ادامه دار بودن یک شیوه زندگی جدید است. فرد مدت طولانی تری مثلا شش ماه است که رفتار مورد نظر را اخذ کرده است. در این مرحله باید به تداوم رفتار و نهادینه شدن آن در فرد به عنوان یک عادت کمک نماییم . آموزش خانواده و فراهم سازی شرایط محیطی نیز در حفظ رفتار مؤثر است. با تعیین مراحل فوق برای کمک به مراجعه کننده در جهت ارتقای رفتارهای او فرصت بهتری فراهم می شود و می توان به صورت هدفمند برای ارتقای رفتارهای مراجعه کننده اقدام نمود .



خلاصه و نتیجه گیری :

مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان در گروه هدف ۳۰-۵۹ سال با رویکرد پیشگیری از مرگ ۷۰-۳۰ سال از طریق تاکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران میانسالی انجام می شود از جمله:

- تشخیص و کنترل عوامل خطر
- پیشگیری از بیماریهای واگیر و غیرواگیر
- ارتقاء سطح سلامت روان
- ارتقاء سطح سلامت باروری و جنسی

خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان گامی موثر برای ارتقاء سطح سلامت و افزایش امید به زندگی در میانسالان

پرسش و تمرین :

۱-چهار مورد از موانع ارتباط با خدمت گیرنده را بیان کنید.

۲-ویژگی های مورد نیاز برای ارتباط با خدمت گیرنده را بیان کنید.

۳-اصول ارتباط در فرایند خدمات سلامت میانسالان را بیان کنید.

۴-مراحل تغییر رفتار را با ذکر یک مثال توضیح دهید.

۵-مریم ۴۰ ساله و مبتلا به دیابت نوع ۲ است. وی از بیماری خود متنفر است و از توصیه های بهورز در

خصوص لزوم کنترل دیابت ناراحت می شود، فعالیت بدنی و رژیم غذایی توصیه شده را رعایت نمی

کنید. ایشان در کدام مرحله از مراحل تغییر رفتار قرار دارند و اقدام مناسب چیست؟

فصل دوم:

آشنایی با برنامه ادغام یافته خدمات میانسالی



اهداف آموزشی

انتظار می رود فراگیر در پایان این درس بتواند:

- ۱- گروه سنی هدف اداره سلامت میانسالان و ترکیب سنی و جنسی زیرگروههای آن را بشناسند.
- ۲- دلایل اتخاذ رویکرد مبتنی بر سن و جنس را در برنامه های سلامت خانواده درک نمایند.
- ۳- نیازهای سلامت گروه هدف را بشناسند و اولویتها را تعیین نمایند.
- ۴- رویکرد ادغام خدمات سلامت در سطح ارائه دهنده و گیرنده خدمات را درک نمایند.
- ۵- با الگوی خودارزیابی مستمر سلامت و خودمراقبتی در برنامه سلامت میانسالان آشنا شوند.
- ۶- مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان را بشناسند و اهداف، اجزا و ویژگیهای اصلی آن را فرا بگیرند.

عناوین آموزشی

- مقدمه
- چهار چوب نظری برنامه سلامت بزرگسالان
- رویکرد مبتنی بر گروه های سنی
- رویکرد مبتنی بر جنسیت در سلامت
- پاسخگویی به نیاز های نوین و اولویت های سلامت میانسالان
- رویکرد مبتنی بر جامعیت ، یکپارچگی و ادغام خدمات سلامت
- رویکرد ترویج خود ارزیابی مستمر سلامت
- خدمات جامع سلامت میانسالان
- خلاصه و نتیجه گیری

مقدمه :

تاسیس اداره سلامت میانسالان، اقدامی برای پاسخگویی به یک نیاز تازه سلامت جامعه به شمار می رود. با تشکیل این اداره، خدمات جامع سلامت بزرگسالان (میانسالان) برای زنان و مردان ۵۹ - ۲۵ سال توسط دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی شد. در سال ۹۲ پس از تشکیل اداره سلامت جوانان، جمعیت هدف اداره سلامت میانسالان به گروه سنی ۵۹ - ۳۰ سال تغییر یافت.

اداره سلامت میانسالان، رسالت خود را تامین، حفظ و ارتقای سلامت کلیه آحاد زنان و مردان ۵۹ - ۳۰ سال صرف نظر از جنسیت، ملیت، مذهب، قومیت، محل سکونت و محل دریافت خدمت در حوزه جغرافیایی کشور جمهوری اسلامی می داند و تلاش می کند در چشم انداز آتی، الگویی برای سایر کشورهای منطقه نیز قرار گیرد.

اهداف اصلی این اداره کاهش مورتالیتی و موریبیدیتی گروه هدف بوده و این اهداف را از طریق ارائه خدمات و مراقبت های جامع سلامت مشتمل بر بهبود شیوه زندگی، ارتقای سلامت باروری و سلامت عمومی از طریق کنترل عوامل خطر، پیشگیری و تشخیص زودهنگام بیماری ها فراهم نموده و افزایش توانمندی گروه سنی هدف را برای خود مراقبتی با تکیه بر خود کار آمدی در راستای ارتقای ابعاد مختلف سلامت و افزایش کیفیت زندگی آنان دنبال می کند.

جمعیت زیر گروه های اصلی بزرگسالان ۵۹ - ۳۰ سال کشور - سرشماری ۱۳۹۰

گروه سنی	مرد	زن	جمع
۴۴ - ۳۰ سال	۸۸۵۲۴۴۰	۸۵۹۷۲۵۱	۱۷۴۴۹۶۹۱
۵۹ - ۴۵ سال	۵۱۱۹۰۸۵	۵۱۱۸۹۲۳	۱۰۲۳۸۰۰۸
کل	۱۳۹۷۱۵۲۵	۱۳۷۱۶۱۷۴	۲۷۶۸۷۶۹۹

چارچوب نظری برنامه سلامت بزرگسالان

رویکردهای زیر مبانی نظری و تئوریک برنامه سلامت میانسالان را تشکیل می دهند:

- رویکرد مبتنی بر سن در برنامه های سلامت خانواده
- جنسیت و سلامت بزرگسالان
- پاسخگویی به نیازهای نوین سلامت
- جامعیت، یکپارچگی و ادغام خدمات سلامت بزرگسالان
- خود ارزیابی مستمر سلامت و خود مراقبتی

رویکرد مبتنی بر گروه‌های سنی در برنامه‌های سلامت خانواده

تشابه مسائل و مشکلات سلامتی در هر گروه سنی سبب می‌شود که با رویکرد سن محور بتوان بر مسائل هر گروه متمرکز شده و با دیدگاه مبتنی بر جامعه و با توجه به اولویت‌ها در هر گروه برای حفظ و ارتقای سلامت آن گروه چاره‌اندیشی نمود.

با آنکه مخاطرات بیولوژیک، محیطی و اجتماعی مرتبط با سلامت در تمام طول دوره حیات از دوره جنینی تا فرارسیدن مرگ آثار مثبت یا منفی خود را بر سلامتی اعمال می‌کنند، اما زمان تماس و مواجهه با این عوامل، طول مدت تماس با آنها، سایر عوامل بهبود دهنده یا خطرآفرین همراه با عامل خطر و شیوه تاثیر این عوامل در تعیین وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی افراد در دوره‌های مختلف طول عمر به گونه‌های مختلف عمل می‌کنند. بدیهی است این عوامل منتظر دسته بندی‌های قرار دادی قرار نمی‌گیرند، اما به شدت تحت تاثیر مداخلات حساب شده و برنامه ریزی شده واقع می‌شوند. این امر به ویژه در دوره‌های بحرانی طول زندگی از اهمیت بیشتری برخوردار است. رویکرد متمرکز بر مراحل مختلف زندگی، ابزاری بدست می‌دهد تا بتوان زنجیره ایاز عوامل موثر بر سلامت را شناسایی نموده و آن را در یک نقطه حساس با انجام مداخلات موثر به خصوص در دوره‌های کلیدی گذار مانند نوجوانی و شروع بزرگسالی شکست. این رویکرد امکان برخورد ادغام یافته بین بخشی را نیز فراهم می‌کند، به این معنا که در مطالعه سلامت هیچ نکته‌ای از عوامل بیولوژیک و اجتماعی نادیده گرفته نمی‌شود.

از طرف دیگر اگر چه افزایش سن فرایندی است که در تمام طول زندگی اتفاق می‌افتد، اما مداخلات سلامت می‌توانند به گونه‌ای طراحی شوند که از وقوع زود هنگام این پروسه‌های طبیعی پیشگیری کرده و کیفیت زندگی را افزایش دهند. ظرفیت‌های عملکردی مانند ظرفیت تنفس، قدرت عضلانی، برونده قلبی و... در دوره کودکی افزایش یافته و در دوره بزرگسالی به حداکثر میزان خود می‌رسد و سپس با یک سیر کاهنده مواجه می‌شود. میزان کاهش ظرفیت عملکردی فوق‌بوضوح به عوامل مرتبط با سبک زندگی دوره بزرگسالی از قبیل مصرف سیگار و الکل، سطح فعالیت فیزیکی و رژیم غذایی ارتباط دارد. مداخلات به هنگام در برنامه‌های سلامت، بر سرعت کاهش ظرفیت عملکردی افراد و درجه پیشرفت یا میزان برگشت پذیری آن، ایجاد

ناتوانی زود هنگام و یا ممانعت از بروز ناتوانی زود هنگام موثر است.

بدیهی است که در هر یک از گروه‌های سنی، جمعیت‌های خاص از لحاظ جنس، شرایط اجتماعی، محل زندگی، نوع کار، موقعیت اقتصادی و سایر عوامل مرتبط با سلامتی نیز وجود دارند که در سیر طبیعی زندگی نیازمند مداخلات و برنامه‌های ویژه و متفاوتی می‌باشند. پرداختن به این گروه‌ها و اقشار، نیازمند توجه عمیق به برنامه‌های مختلف دیگر است. (میانسال معلول، جانباز، زندانی، بی‌سرپرست و...) گر چه رویکرد سن محور در ارائه خدمات آموزشی و بهداشتی درمانی رویکرد جدیدی به نظر نمی‌رسد، اما امروزه ابعاد تازه پدید آمده است. در گذشته گروه سنی نوزادان و کودکان در جوامع مختلف از این دیدگاه در تربیت نیروی انسانی و ارائه خدمات بهره‌برده‌اند. کاهش مرگ و میر، افزایش امید به زندگی، افزایش شمار جمعیت و نسبت جمعیت در گروه‌های سنی بالاتر، لزوم تعمیم چنین رویکردی را به سایر گروه‌های سنی اجتناب ناپذیر نموده است.

اگر بپذیریم که خانواده با تمامی اجزای آن و به عنوان یک کل واحد، جایگاه خاصی در جامعه دارد و همه اعضای آن از پیر و جوان، والدین و فرزندان تا زن و مرد نیازمند مداخلات سلامت ساز می باشند، لازم است گروه سنی تقریباً فراموش شده بزرگسالان، که در همه امور خانواده نقش محوری به عهده دارند، نیز مانند سایر گروه های سنی مورد توجه قرار گیرند.



تقسیم بندی گروه های سنی

افزایش سن و پیر شدن فرایندی است که از زمان تولد با تغییرات جسمی، روانی و تغییراتی در دیدگاه اجتماع نسبت به فرد و دیدگاه فرد نسبت به اجتماع اتفاق می افتد. بدین ترتیب فرایندهای کرونولوژیکال (تقویمی)، بیولوژیکال (زیست شناسانه)، (سایکوسوشیال) روانی اجتماعی برای افزایش سن قابل تعریف است.

افزایش سن بیولوژیک بطور واضحی با ظرفیت های عملکردی ارگان های مختلف مرتبط بوده و در افراد مختلف متفاوت است.

سن بیولوژیک شاخص خوبی برای تعیین وضعیت سلامت فرد بوده و هرچه سن بیولوژیک فرد پایین تر باشد، مدت طولانی تری زنده خواهد ماند؛ علی رغم آنکه سن تقویمی متفاوتی داشته باشد.

مفهوم سن سایکولوژیک توانایی تطبیق فرد با نیازهای محیطی تغییر یابنده در مقایسه با افراد هم سن تقویمی اش می باشد. هرچه مشخصه های سایکولوژیک فرد مانند قدرت یادگیری، حافظه و... بیشتر باشد، از لحاظ سایکولوژیک جوان تر است. نقش های تعریف شده اجتماعی، انتظارات اجتماع و افراد از خودشان مفهوم متفاوتی برای سن ایجاد می کند که همان سن اجتماعی است.

و بالاخره سن تقویمی مبتنی بر تعداد سال های گذشته عمر از لحظه تولد است که تقسیم بندی قراردادی خاص خود را دارا می باشد و مرز بندی دقیقی برای آن نمی توان تعریف نمود. اما بدیهی است که برای سادگی فعالیت های مختلف اجتماعی از جمله ارائه خدمات بهداشتی درمانی، این تقسیم بندی با خطاهای کمتری مواجه خواهد شد، چرا که سن بیولوژیک از فردی به فرد دیگر متفاوت است.

تقسیم بندی گروه های سنی و تعیین سن شروع و پایان آن کاملاً قراردادی بوده و ممکن است در منابع مختلف دسته بندی های متفاوتی وجود داشته باشد. تفاوت در امید به زندگی در جوامع مختلف، تعاریف قانونی خاص برای برخی محدودیت های سنی، تفاوت سیستم های ارائه خدمات و امکانات ارائه خدمت در جوامع مختلف، برخی دیگرسیاست گذاری ها در تقسیم منابع و... عمده ترین دلایل تقسیم بندی های متفاوت است. برخی حدود قانونی نیز در اکثر جوامع برای سن تعیین می شود که در تقسیم بندی گروه های سنی موثر است، مانند سن قانونی ازدواج، رای دادن، باز نشستگی و.....

از طرف دیگر قائل شدن مرز بندی دقیق بین گروه های سنی ممکن است با ویژگی های بیولوژیک و اجتماعی متفاوت افراد در هر یک از این گروه ها همخوانی نداشته باشد. اما به هر حال برای تسهیل توزیع منابع، تسهیل تشخیص و طبقه

بندی مشکلات و در نتیجه تسهیل ارائه خدمات و بخصوص ایجاد یک زبان مشترک در سیستم سیاست گذاری و ارائه خدمات ناگزیر به انجام یا پذیرفتن یک دسته بندی در گروه های سنی هستیم.

در اکثر منابع، دوره بزرگسالی با پایان نوجوانی آغاز شده و تا دوره سالمندی ادامه می یابد و طول آن به سه دوره ابتدائی، میانی و انتهائی تقسیم می شود. در برخی منابع از جمله بررسی بار بیماری ها توسط WHO دوره بزرگسالی به دو دوره ابتدایی Early تحت عنوان بزرگسالان جوان و دوره انتهایی Late تحت عنوان بزرگسالان مسن تقسیم می شود. از بحث های تئوریک جنجال برانگیز و چه بسا کم اهمیت پیرامون طول عمر و مرحله بندی آن که بگذریم، لازم است برای فعالیت های اجرایی تصمیم گیری مناسبی انجام شود.

با توجه به آنچه در این بخش گذشت و با در نظر گرفتن شرایط کنونی ساختار سازمان ما و گروه های هدف برنامه های مختلف سلامتی و ادارات مجری آن تقسیم بندی زیر از گروه های سنی برای جمعیت تحت پوشش برنامه سلامت بزرگسالان مناسب به نظر می رسد:

بزرگسالی از پایان جوانی (۳۰ سالگی) تا شروع دوره سالمندی (۶۰ سالگی)، که دو دوره ابتدای بزرگسالی یا **بزرگسالان جوان (۳۰ تا ۴۴ سالگی) و دوره انتهایی یا بزرگسالان مسن یا میانسالان (۴۵ تا ۵۹ سالگی)** را شامل می شود. بدین ترتیب در متون رسمی اداره سلامت میانسالان و دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، هر جا سخن از گروه هدف اداره سلامت میانسالان می رود، مراد گروه سنی ۳۰ تا ۵۹ سال می باشد.

رویکرد مبتنی بر جنسیت در سلامت

بی تردید هر دو جنس تحت تاثیر عوامل طبیعی مرتبط با جنسیت خود و مزایا و مضرات آن هستند و طبعاً همین شرایط طبیعی در عرصه سلامت و بیماری نیز تفاوت های مشخصی را سبب می شود و توجه به این تفاوتها در سلامت گروه های هدف، از پیچیدگی برنامه ریزی خواهد کاست. برخی از عوامل موثر بر سلامت در دو جنس مرد و زن که رویکرد جنسیت محور را ناگزیر می سازد، عبارتند از:

• **تفاوت های بیولوژیک و فیزیولوژیک مردان و زنان**: مانند تفاوت در دوره های مختلف رشد و سنین مختلف عمر، مواجهه با عوامل هورمونی متفاوت، نقش های بیولوژیک خاص مانند قاعدگی، حاملگی، یائسگی و... در زنان یا تاثیر هورمون ها بر موسکولاریتی و شرایط خاص جسمانی مردان

• **نقش و تاثیر متفاوت مردان و زنان در سلامت خانواده و جامعه**: تاثیر زنان چه به عنوان ارائه کننده خدمات بهداشتی و چه به عنوان گیرندگان خدمات بر سلامت خانواده و جامعه و مدیریت و برنامه ریزی سلامت خانواده از واکسیناسیون کودکان تا تغذیه نوجوانان و کاستن از استرس های بزرگترها و ارائه خدمات به سالمندان، تاثیر نامطلوب بیماری و مرگ و میر مادر بر سلامت اعضای خانواده مانند انتقال مادر به جنین، اثر سوء تغذیه و دیابت و فشارخون مادر بر جنین، اثر استعمال دخانیات بر سلامت جنین و سایر افراد خانواده و...، نقش مادران در شبکه یادگیری اجتماعی، تاثیر ناتوانی و مرگ و میر مردان بر سلامت سایر افراد خانواده

• **تفاوت تماس و مواجهه زنان و مردان با عوامل موثر بر سلامت:** تاثیر عوامل مخاطره آمیز شغلی از قبیل عوامل شیمیایی، فیزیکی، ارگونومیک و بیولوژیک بر سلامت مردان و تفاوت این مواجهات با مواجهات اصلی

زنان، حوادث ترافیکی در مردان (۵ برابر زنان)، اعتیاد در مردان (حدود ۱۰ برابر زنان)، سقوط در مردان (حدود ۳ برابر زنان)

• **رفتارها و عوامل خطر متفاوت در مردان و زنان:** اهمیت استعمال دخانیات و سوء مصرف الکل و مواد، رفتارهای مخاطره آمیز در رانندگی و رفتارهای شغلی مخاطره آمیز در مردان

• **علل متفاوت مورثالیته در مردان و زنان:** مانند اهمیت سوانح و حوادث و قتل در مرگ و میر مردان و اهمیت بیماری های ایسکمیک قلب و بیماری های عروقی مغز و همه عوامل خطر و زمینه ای مانند دیابت، فشار خون و چاقی در زنان

• **علل متفاوت موربیدیتی در مردان و زنان:** مانند اهمیت بار بیماری های اعصاب و روان بخصوص افسردگی، بیماری های موسکولو اسکلتال بویژه کمردرد و آرتروز، کم خونی و یائسگی در موربیدیتی زنان، همچنین مشکلات سلامت جنسی و باروری، بارداری های پرخطر، عدم برخورداری از مراقبت های دوران بارداری و زایمان غیرایمن، سرطان های زنان در زنان و از طرف دیگر حوادث ناشی از عوامل مکانیکی جاندار و بی جان، بیماری های مزمن انسدادی ریه و بیماری قلبی و ریوی، خودکشی، آسم، سوختگی، اسکیزوفرنی، ایدز و HIV مثبت در مردان

• **تفاوت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در مردان و زنان:** از جمله کنترل منابع در دسترس، حمایت و حفاظت متفاوت آنان در مقابل خشونت خانگی و اجتماعی، تفاوت شغل (انتخاب، درآمد، شرایط شغلی)، دسترسی متفاوت به مراقبت، آموزش و خدمات سلامت

• **شاخص ها و مشخصه های کلی متفاوت سلامت در مردان و زنان:** مانند امید به زندگی، بقا، مرگ و میر، موربیدیتی همانگونه که ملاحظه می شود، همه موارد فوق زنجیروار به هم پیوسته و وابسته اند، به این معنی که عوامل بیولوژیک و ویژگی های جنسیتی فیزیولوژیک در شرایط اجتماعی و شغلی و در نتیجه مواجهات و مخاطرات سلامتی و در نتیجه در نوع بیماری ها و علل ناتوانی و مرگ و میر موثر است، به نحوی که گاه تفکیک موارد از یکدیگر آسان نیست. با توجه به موارد پیشگفت، رویکرد جنسیت محور در برنامه ریزی برای سلامت بزرگسالان سبب شده است دو برنامه متفاوت برای سلامت مردان و زنان بزرگسال طراحی و اجرا گردد.

پاسخگویی به نیازهای نوین و اولویت های سلامت میانسالان با رویکرد کنترل عوامل خطر

سیمای اپیدمیولوژیک بیماری ها و خطرهای تهدید کننده سلامتی در قرن حاضر مواجه با تغییراتی شده است که عمدتاً به دلایل زیر می باشند:

• گذار جمعیتی Demographic transition :

کاهش باروری و افزایش نسبت جمعیت میانسال و سالمند در جوامع، تغییر نوع بیماری ها و مواجهه طولانی با عوامل خطر

• کنترل بیماری های عفونی و ریشه کنی، حذف و کنترل بسیاری از بیماری های کشنده و ناتوان کننده عفونی علیرغم ادامه تاثیر بیماری های نو پدید عفونی، مشکل مقاومت به آنتی بیوتیک ها، بیو تروریسم و بیماری های غیرواگیر دار ناشی از ابتلا به بیماری های عفونی

• تغییر الگوی مصرف غذا، الکل و دخانیات

• کاهش فعالیت فیزیکی، همچنین مرگ و میر و آسیب های ناشی از حوادث و سوانح به دنبال استفاده روز افزون بشر از مظاهر تکنولوژی ناشی از شتاب جهانی شدن این الگو های در حال تغییر زندگی همراه با پیر شدن سن جمعیت دنیا با تغییر الگوی ابتلا به بیماری ها و مرگ و میر ناشی از آن همراه بوده است (گذر اپیدمیولوژیک) به گونه ای که در عصر حاضر بیماری هایی نظیر سرطان ها، سکته های قلبی و مغزی،

بیماری های روانی، دیابت مشکلات ناشی از چاقی بیشترین بار بیماری ها را در همه کشورها از جمله کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط ایجاد نموده اند.

بررسی اولویت های سلامت میانسالان در ایران بر اساس مستندات و مطالعات ملی از قبیل مطالعه بار بیماری ها، بررسی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر، گزارش علل مرگ، گزارش ثبت سرطان و ... نیز نتایج تقریباً مشابهی با تفاوت های اندک نشان می دهد. در مطالعه بار بیماری ها بر حسب سال های از دست رفته عمر و سپری شده با ناتوانی (DALYS) و سال های از دست رفته عمر (YLL) (و سال های توأم با ناتوانی) YLD (بیماری های ایسکمیک قلب در گروه سنی ۴۵ تا ۶۰ سال اولین علت برحسب دالی و در گروه سنی ۳۰ تا ۴۴ سال دومین علت مرگ محسوب می شود.

بدیهی است که خطرات تهدید کننده سلامتی بی شمارند، اما حتی در میان عمده ترین خطرات، تعداد معدودی از آنها مسئولیت بخش عظیمی از بار بیماری در جوامع را به عهده دارند. به طوری که بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، در کشورهای در حال توسعه با مرگ و میر پایین، مصرف دخانیات و الکل، کم وزنی و اضافه وزن، فشارخون و کلسترول بالا، دریافت کم میوه و سبزی و کم خونی عوامل خطر عمده بیماری ها به شمار می آیند و اختلالات افسردگی، بیماری عروقی مغز، عفونت های تنفسی تحتانی، آسیب ها و تصادفات جاده ای، بیماری های انسدادی ریه و بیماری های ایسکمیک قلب از مهمترین بیماری ها در رده سنی بزرگسالان محسوب می شوند.

همانطور که ملاحظه می شود، بیشترین دلایل مستقیم و غیرمستقیم بیماری های مذکور در همان ده خطر عمده اول وجود دارد و کنترل این عوامل خطر بویژه کنترل ترکیبی آن می تواند به میزان قابل توجهی از بروز بیماری های فوق بکاهد. بررسی های انجام شده توسط WHO نیز براین امر که گروه کوچکی از عوامل خطر مسبب بار زیادی از بیماری ها هستند، تاکید دارد. به عنوان مثال فقط با کنترل مصرف دخانیات میزان ابتلا به بیماری های قلبی عروقی، مزمن تنفسی، سرطان های خاص و پیامدهای استعمال سیگار در مادر و نوزاد کنترل می شود. یا در کشورهای در حال توسعه با مرگ و میر پایین ۵ عامل خطر اصلی، حداقل یک ششم بار بیماری ها را به خود ایجاد می کند. تحلیل هزینه اثربخشی انجام شده در مورد کنترل هر یک از عوامل خطر یا کنترل ترکیبی آنها حاکی از ارزش مطلوب برنامه های مداخله است. برنامه های مداخله ای کنترل خطر بویژه با دیدگاه ایجاد تعادل صحیح بین راهبرد های جامعه نگر مبتنی بر سیاست های چند بخشی و فرا بخشی و فردنگر مبتنی بر آموزش و درمان و توانبخشی بیماران نقش مهمی در کاهش بار بیماری ها داشته است. ذکر این نکته ضروری است که سیاست ها و برنامه های مداخله در سطح جمعیت برای کاهش بار بیماری ها، توانمندی ها و مزایای قابل توجه داشته و هزینه اثر بخشی بیشتری دارد و در حد توان بسیاری از جوامع می باشد.

خوشبختانه اکثر عوامل خطر ایجاد کننده بار بیماری ها شناخته شده و احتمال خطر آنها برآورد شده است. همچنین تجارب مختلف کشور ها از لحاظ علمی و اقتصادی برای کنترل آنها وجود دارد و هزینه اثربخشی مداخلات روشن است. این مداخلات نه تنها بار بیماری ها و مرگ و ناتوانی ناشی از آن را کاهش داده و سطح سلامت را حداقل برای ۱۰ سال زندگی سالم بیشتر حتی در فقیرترین کشورها و افزایش امید به زندگی سالم به میزان ۵ سال، ارتقا می دهد، بلکه ارزش اجتماعی آن در جهت ایجاد زیربنای ساختن آینده ای بهتر و کاهش نابرابری ها به مراتب چشمگیرتر است.

با توجه به رویکرد فوق، شیوه زندگی سالم مشتمل بر تغذیه صحیح، فعالیت فیزیکی مطلوب، ترک استعمال دخانیات، سلامت باروری مشتمل بر یائسگی، اختلال عملکرد زناشویی، بیماری های آمیزشی، سرطان های زنان، خونریزی غیرطبیعی، اختلالات اوروژنیتال، ناباروری و سلامت عمومی با تاکید بر کنترل عوامل خطر و پیشگیری از بیماری های شایع دوران میانسالی و ترویج خود مراقبتی هسته اصلی برنامه سلامت میانسالان را تشکیل می دهند.

• رویکرد مبتنی بر جامعیت، یکپارچگی و ادغام خدمات سلامت

ادغام به طور کلی به مفهوم بکارگیری امکانات بدون استفاده و پتانسیل های بالقوه با هدف افزایش کارایی یک مجموعه بوده و ابعاد زیر را در بر می گیرد:

• **ادغام در سطح سیستم:** در این جنبه از ادغام به صورت افقی از همه منابع موجود، از منابع مالی و ابزارها و تجهیزات گرفته تا نیروی انسانی حد اکثر استفاده به عمل می آید. این جنبه از ادغام از سطح برنامه ریزی به جای برنامه های عمودی مستقل مورد عمل قرار گرفته و در سطح ارائه خدمات مفهوم اصلی خود را نشان می دهد.

• **ادغام در سطح گیرنده خدمت:** برنامه های مختلف سلامت برای یک گروه هدف می توانند به صورت یک مجموعه ادغام یافته ارائه شوند. بدین ترتیب اثر بخشی برنامه های مختلف افزایش یافته و با استفاده از زمان های طلایی ارائه خدمات، پوشش برنامه ها افزایش یافته و در زمان ارائه خدمات صرفه جویی می شود.

• **ادغام در سطح مفاهیم:** این وجه تحقیق در علوم رفتاری، بازاریابی اجتماعی، ارتباطات، تعامل با رهبران محلی و مراکز آموزشی را تسهیل می کند.

• **ادغام در حیطه بیماری:** بیماری های قلبی عروقی، برخی بیماری های مزمن ریوی، سرطان ها و دیابت عوامل خطر مشابه دارند که با یک استراتژی ادغام یافته و ترکیبی در برنامه های سلامت عمومی و ملی میتوان به کنترل این عوامل دست یافت.

همچنین این مدل، مشترکات بیماری های غیر واگیر را استخراج کرده و فعالیت های مشترک مرتبط با کنترل آنها را در یک برنامه ادغام یافته ارائه می کند. اولین عملیات در چارچوب استراتژی تغییر رفتار در سطح جامعه تعیین می شود.

• **ادغام یا جامعیت در بعد مشارکت بخش خصوصی و دولتی:** هماهنگی و همکاری بین بخشی و فرا بخشی، هماهنگی و همکاری با سازمان های غیر دولتی، انجمن های علمی، انجمن های بیماری های خاص و.....

• **ادغام در سطح مراقبت سلامت و حمایت اجتماعی:** این وجه از ادغام به عوامل اجتماعی و خانوادگی موثر بر سلامت در سطح فرد گیرنده خدمت و جامعه تحت پوشش توجه می نماید.

بسته خدمات سلامت در برنامه سلامت میانسالان ادغام ابعاد فوق بویژه یکپارچگی و جامعیت خدمات برای اولی ترین نیازهای سلامتی را در سطح گیرنده و ارائه دهنده خدمات مورد توجه قرار می دهد. این رویکرد سبب افزایش کارایی، ایجاد یکپارچگی خدمات، چابکی بیشتر سیستم ارائه خدمات، صرفه جویی در منابع مالی و انسانی، حذف موازی کاری ها و اجتناب از اجرای برنامه های متعدد عمودی می شود

رویکرد ترویج خود ارزیابی مستمر سلامت و خود مراقبتی برای پیشگیری از بیماری‌ها و افزایش کیفیت زندگی

خودمراقبتی مجموعه‌ای از اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدف دار است که فرد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده اش انجام می‌دهد. خودمراقبتی قسمتی از زندگی روزانه مردم و شامل مراقبتی است که به فرزندان، خانواده، دوستان، همسایگان و اجتماعات محلی نیز گسترش می‌یابد. در واقع خودمراقبتی شامل اعمالی است که مردم انجام می‌دهند تا تندرست بمانند، از سلامت ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری‌ها یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی‌ها و وضعیت‌های مزمن را بهبود بخشند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد و یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند.

رویکرد خود مراقبتی، بر توانمند سازی آحاد گروه هدف و خانواده‌ها با استفاده از پتانسیل‌های خودشان تأکید داشته و ابزارهای لازم را برای مراقبت از خود در اختیار آنان قرار می‌دهد.

این رویکرد بر افزایش اعتماد به نفس مردم به عنوان استفاده کنندگان از خدمات بهداشتی تأکید داشته و با توجه به موانع گوناگونی که در راه رسیدن به سلامتی از طریق درماتهای پزشکی وجود دارد، خود مراقبتی ضرورتی اجتناب ناپذیر برای ارتقای سلامت قلمداد می‌گردد. نیاز به خود مراقبتی با توجه به تغییر الگوی بیماری‌ها از حاد به مزمن، تغییر دیدگاه‌ها از درمان قطعی به کنترل و مراقبت، افزایش نارضایتی حاصل از توسعه تکنولوژی و تخصصی شدن مراقب‌تهای پزشکی، رشد دانش افراد غیرمتخصص، تمایل مردم به کنترل شخصی در مسایل بهداشتی و همکاری با متخصصان، ضرورت کنترل هزینه‌های سلامت، کاهش بار کاری مراکز بهداشتی و منطقی شدن استفاده از خدمات سلامت اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.

تخمین زده می‌شود که در صورت توانمند شدن مردم، ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت‌های سلامتی به وسیله خود شخص و خانواده‌هاش، بدون دخالت متخصصان قابل انجام است.

گسترده‌گی خدمات سلامت میانسالان و ابعاد وسیع آن، همچنین اولویت پیشگیری بر درمان در این گروه سنی سبب شده است که توانمند سازی گروه هدف برای خود مراقبتی به عنوان یک ضرورت اجتناب ناپذیر در برنامه سلامت میانسالان مورد تأکید قرار گرفته و ارائه خدمات سلامت به خود، سطحی از سطوح ارائه خدمات سلامت میانسالان قلمداد شود.

اصول و ارزش ها

- اداره سلامت میانسالان در طراحی برنامه و مراحل اجرای آن به اصول و ارزش های بنیادی زیر پای بند است:
- پایبندی به گسترش خدمات اولیه سلامت و اصول (PHC عدالت اجتماعی، هماهنگی درون و برون بخشی، مشارکت مردم، تکنولوژی مناسب و)...
 - تمرکز زدایی و استفاده از پتانسیل دانشگاه ها و مشارکت آنها در برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی و بازنگری با تکیه بر مدیریت مشارکتی
 - سطح بندی خدمات و تقسیم کار اصولی در اعضای تیم سلامت و خدمات ارجاعی
 - جامعیت خدمات مبتنی بر همه نیاز های اولی و ادغام بر نامه های موازی و عمودی متعدد
 - توجه به اولی ترین نیازهای سلامت جامعه هدف و اولی ترین برنامه های سلامت کشور با توجه به محدودیت توانایی و ظرفیت سیستم موجود برای اجرای برنامه های نو
 - فراهم کردن شرایط لازم برای دریافت خدمات از طریق معرفی صحیح برنامه به گروه هدف و مکانیسم های بازاریابی اجتماعی و ترویج دریافت خدمات با استفاده از کانال های مختلف اطلاع رسانی
 - حفظ پویایی برنامه و بازنگری و اصلاح مستمر آن با توجه به نیازهای جامعه و نظام ارائه خدمات
 - صیانت از منابع ملی و بین المللی با توجه به محدودیت منابع
 - مشتری مداری، انطباق خدمات و برنامه ها با شئون فرهنگی و حقوق گیرنده خدمت، جلب رضایت مشتریان و ارتقای مستمر کیفیت خدمات
 - ارتقای علمی مستمر ارائه دهندگان خدمات با هدف ایجاد انگیزه و افزایش حس مسئولیت پذیری آنان
 - توجه به توسعه خدمات به سایر بخش ها (خصوصی، تعاونی و ...) در جهت برآورده کردن اهداف سازمان
 - رعایت عدالت در ارائه خدمات از طریق بسته خدمات استاندارد و یکسان برای همه گروه ها و اقشار جامعه

خدمات جامع سلامت میانسالان (برنامه سلامت بانوان و مردان ایران)

پس از بررسی مستندات معتبر بین المللی و ملی و انجام نیازسنجی، اولویت های سلامت گروه هدف تعیین و در یک بسته خدمات ادغام یافته، در قالب دو برنامه تحت عنوان برنامه سلامت بانوان ایران و برنامه سلامت مردان ایران در سه بخش اصلی زیر تدوین گردید:

۱- بهبود شیوه زندگی میانسالان (تغذیه، فعالیت فیزیکی و ترک استعمال دخانیات)

۲- سلامت باروری میانسالان (یائسگی، پیشگیری و تشخیص زود هنگام سرطان های زنان، ناباروری، عفونت های آمیزشی، خونریزی های ژنیتال و اختلال عملکرد جنسی)

۳- سلامت عمومی زنان و مردان میانسال (پیشگیری اولیه، تشخیص زودهنگام و پیشگیری ثانویه بیماری های مهم و شایع دوران میانسالی از قبیل دیابت، چاقی، فشارخون بالا، دیس لیپیدمی، بیماری های موسکولو اسکلتال، اختلالات روانی و...)

❖ هدف کلی و دراز مدت برنامه، کاهش مورتالیتی، کاهش موربیدیتی و بهبود کیفیت زندگی گروه هدف و اهداف کوتاه مدت آن شامل ارتقای شیوه زندگی، پیشگیری و تشخیص زودهنگام عوامل خطر و بیماری های مهم و اولی در هریک از افراد گروه هدف می باشد که دستیابی به آن از طریق استراتژی های زیر طراحی شده است:

- ✓ کنترل عوامل خطر قابل مداخله زمینه ای، رفتاری، بینابینی، اجتماعی و محیطی
- ✓ تشخیص زودهنگام عوامل خطر و بیماری ها
- ✓ آموزش و مشاوره برای توانمند سازی در راستای بهبود رفتار و ارتقای شیوه زندگی و تقویت خود مراقبتی

خلاصه و نتیجه گیری :

اهداف اصلی برنامه مراقبت ادغام یافته ی سلامت میانسالان کاهش مورتالیتی و موربیدیتی گروه هدف بوده و این اهداف را از طریق ارائه خدمات و مراقبت های جامع سلامت مشتمل بر بهبود شیوه زندگی، ارتقای سلامت باروری و سلامت عمومی از طریق کنترل عوامل خطر، پیشگیری و تشخیص زودهنگام بیماری ها فراهم نموده و افزایش توانمندی گروه سنی هدف را برای خود مراقبتی با تکیه بر خود کار آمدی در راستای ارتقای ابعاد مختلف سلامت و افزایش کیفیت زندگی آنان دنبال می کند.

بزرگسالی از پایان جوانی (۳۰ سالگی) تا شروع دوره سالمندی (۶۰ سالگی)، که دو دوره ابتدای بزرگسالی یا بزرگسالان جوان (۳۰ تا ۴۴ سالگی) و دوره انتهایی یا بزرگسالان مسن یا میانسالان (۴۵ تا ۵۹ سالگی) را شامل می شود. بدین ترتیب در متون رسمی اداره سلامت میانسالان و دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، هر جا سخن از گروه هدف اداره سلامت میانسالان می رود، مراد گروه سنی ۳۰ تا ۵۹ سال می باشد.

❖ هدف کلی و دراز مدت برنامه، کاهش مورتالیتی، کاهش موربیدیتی و بهبود کیفیت زندگی گروه هدف و اهداف کوتاه مدت آن شامل ارتقای شیوه زندگی، پیشگیری و تشخیص زودهنگام عوامل خطر و بیماری های مهم و اولی در هریک از افراد گروه هدف می باشد که دستیابی به آن از طریق استراتژی های زیر طراحی شده است:

- ✓ کنترل عوامل خطر قابل مداخله زمینه ای، رفتاری، بینابینی، اجتماعی و محیطی
- ✓ تشخیص زودهنگام عوامل خطر و بیماری ها
- ✓ آموزش و مشاوره برای توانمند سازی در راستای بهبود رفتار و ارتقای شیوه زندگی و تقویت خود مراقبتی

پرسش و تمرین

- ۱- هدف اصلی تاسیس اداره سلامت میانسالان را شرح دهید؟
- ۲- رویکرد های نظری برنامه ی میانسالان را ذکر کنید؟
- ۳- مفهوم سن سایکولوژیک و سن تقویمی را توضیح دهید؟
- ۴- بر اساس تقسیم بندی WHO دوره بزرگسالی را تعیین کنید؟
- ۵- در رویکرد مبتنی بر جنسیت چهار مورد از تفاوت های سلامت گروه هدف را در برنامه میانسالان ذکر کنید؟
- ۶- عمده ترین دلایل تهدیده کننده ی سلامتی در قرن حاضر را بیان کنید
- ۷- طبق رویکرد مبتنی بر خود ارزیابی مستمر و خود مراقبتی توضیح دهید چگونه این رویکرد می تواند در توانمند شدن مردم و انجام مراقبتهای سلامتی موثر باشد؟
- ۸- بسته ی خدمات در سلامت میانسالان در چه ابعادی از سلامتی ادغام شده است؟
- ۹- خدمات مراقبت ادغام یافته ی میانسالان شامل چند بخش می شود شرح دهید .

فصل سوم :

مروری بر بیماریهای شایع دوران میانسالی بر اساس دستورالعمل های حوزه معاونت بهداشتی برای بهورزان



اهداف آموزشی

انتظار می رود فراگیر در پایان این درس بتواند:

- ۱- نحوه ارزیابی میزان خطر ده ساله سکته های قلبی و مغزی کشنده یا غیرکشنده را یاد بگیرد؟
- ۲- با روش فراخوان و غربالگری گروه هدف آشنا شود؟
- ۳- نحوه محاسبه میزان خطر ده ساله سکته های قلبی و مغزی کشنده یا غیرکشنده با استفاده از نمودار فرا بگیرد؟
- ۴- گروه بندی افراد پس از ارزیابی میزان خطر ده ساله سکته های قلبی و مغزی و اقدامات مورد پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر را شرح دهد؟
- ۵- مهارت نحوه پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ را کسب کند؟
- ۶- اقدام مناسب در پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان و سرطان رحم را بیان کند؟

عناوین آموزشی

- مقدمه
- دستورالعمل ارائه خدمات
- ارزیابی میزان خطر ده ساله سکته های قلبی و مغزی کشنده یا غیر کشنده
- فراخوان و غربالگری گروه هدف
- نحوه محاسبه میزان خطر ده ساله سکته های قلبی و مغزی
- گروه بندی افراد پس از ارزیابی خطر
- پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر
- پیشگیری ، تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ
- پیشگیری ، تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان پستان
- پیشگیری ، تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان رحم
- خلاصه و نتیجه گیری

مقدمه :

در طی چند دهه اخیر علیرغم پیشرفتهای بسیار در امور تشخیصی و درمانی، بیماری های غیر واگیر در کل جهان توسعه روزافزونی داشته است. به همین سبب سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳ برنامه اقدام جهانی - ۲۰۲۰ را ۲۰۱۳ را مشتمل بر ۹ هدف و ۲۵ شاخص برای کنترل بیماری عمده غیر واگیر بیماری های قلبی عروقی، دیابت، سرطان ها و بیماری های تنفسی و همچنین کاهش عوامل خطر چهار گانه دخانیات، کمی فعالیت بدنی، تغذیه نامناسب و الکل در اختیار جهانیان قرار داد و پس از آن اقدامات عملی را که می تواند کشورهای مختلف دنیا را برای نیل به این اهداف رهنمون شود به آنان پیشنهاد نمود.

متعاقب پیشرفت های مهم در کنترل بیماری های واگیر، در کشور ما نیز از سالیان گذشته اقدامات خوبی (از جمله اقدامات آموزش همگانی، ادغام بیماریابی دیابت و فشار خون بالا در نظام شبکه و ..) در جهت کنترل بیماریهای غیر واگیر انجام گردید اما علیرغم تلاش های فراوان، همانند سایر کشورها ما نیز شاهد افزایش روزافزون این بیماریها در کشورمان بودیم لذا لازم بود که در راستای تعهدات ملی و جهانی خود و با بومی سازی و اجرای پیشنهادات سازمان جهانی بهداشت اقدامات شایسته ای را در این راستا انجام دهیم .

دستورالعمل ارایه خدمات

نتایج بررسی های اپیدمیولوژیک نشان می دهد که چهار بیماری غیرواگیر مهم شامل بیماری قلبی و سکتته، سرطان، بیماری مزمن تنفسی و دیابت، سالانه مسئول ۲۸ میلیون مرگ هستند. بیماری های فوق بزرگ ترین سهم را در بار بیماری های غیرواگیر در کشورهای با درآمد کم و متوسط دارند. سازمان جهانی بهداشت WHO پیش بینی می کند در طول ۱۰ سال آینده، بیشترین افزایش در مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی CVD سرطان، بیماری های تنفسی و دیابت، در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد.

چهار بیماری فوق، به ویژه بیماری قلبی عروقی، همراه چهار عامل خطر رفتاری شامل کم تحرکی، تغذیه ناسالم، مصرف الکل و دخانیات مهم ترین علل مرگ و میر ناشی از بیماری های غیرواگیر هستند. به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت کنترل این بیماری ها و عوامل خطر زمینه ساز آنها را به عنوان هدف اصلی برای کاهش ۲۵٪ مرگ و میر ناشی از بیماری های غیر واگیر تا سال ۲۰۲۵ تعیین کرده است.

بسته «مداخلات اساسی بیماری های غیرواگیر سازمان جهانی بهداشت (WHO-PEN)» در مراقبت های اولیه بهداشتی، «یک گروه اولویت بندی شده از مداخلات موثری است که می تواند با کیفیت قابل قبولی ارایه گردد و به تقویت نظام سلامت منجر شود. در حال حاضر، برنامه هایی که در مراقبت های اولیه بهداشتی ادغام شده اند، فقط بر یک عامل خطرمانند فشار خون بالا یا دیابت تمرکز دارند ولی نگاه ادغام یافته به عوامل خطر و بیماریها و پیشگیری و درمان ادغام یافته آنها سبب دستیابی به اهداف با هزینه کمتر و اثربخشی بیشتر می گردد.

انتخاب این گروه از بیماری های غیرواگیر بر مبنای معیارهای زیر بوده است:

- ✓ این بیماری ها از مسائل اصلی بهداشت عمومی هستند که بیشترین سهم را در بار جهانی بیماری های غیرواگیر دارند.
- ✓ مداخلات مبتنی بر شواهدی برای پرداختن به این بیماری ها وجود دارند.
- ✓ این بیماری ها دارای عوامل خطر رفتاری مشترک هستند: مصرف دخانیات و الکل، کم تحرکی و رژیم غذایی ناسالم از عوامل خطر رفتاری بیماری های غیرواگیر مهم هستند. این عوامل باعث افزایش فشارخون (بیماری فشار خون بالا)، افزایش قند خون (دیابت)، افزایش یا اختلال چربی های خون و چاقی می شوند.
- ✓ این بیماری ها کانون توجه برنامه عملیاتی جهانی بیماری های غیرواگیر هستند.

رویکردهای مؤثر برای کاهش بار بیماری های غیرواگیر، شامل ترکیبی از مداخلات در سطح جامعه و مداخلات فردی هستند.

چنین مداخلاتی با هزینه کم و اثر بخشی زیاد در حال حاضر در دسترس بوده و شامل شناسایی و تشخیص زود هنگام بیماری های غیرواگیر با استفاده از فن آوری های ارزان، روش های غیردارویی و دارویی برای اصلاح عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر و داروهای قابل تهیه برای پیشگیری و درمان حملات قلبی و سکته مغزی، دیابت، سرطان و آسم هستند. اگر این مداخلات با فن آوری ارزان به طور مؤثر ارائه شوند به شکلی که مدیریت آنها در مراقبتهای اولیه بهداشتی (PHC) قابل انجام باشد، می توانند هزینه های پزشکی را کاهش داده و به بهبود کیفیت زندگی و بهره وری افراد منجر شوند. در این راهنمای آموزشی دستورالعمل پیشگیری از سکته های قلبی و مغزی از طریق مراقبت ادغام یافته دیابت و فشارخون بالا، پیشگیری و مراقبت سرطان های روده بزرگ، دهانه رحم و پستان در اولین سطح ارائه خدمت (بهورز / مراقب سلامت) توضیح داده شده است. در تمامی فعالیتهای نظام سلامت بهورز / مراقب سلامت به عنوان پیگیر سلامت افراد جامعه تحت پوشش، محور خدمات سلامتی به جامعه هدف می باشد. بدین ترتیب که بهورز / مراقب سلامت ضمن ارائه خدمات اولیه به تمام جمعیت تحت پوشش، اقدامات و مراقبتهای مربوط به هر فرد در سایر سطوح (در صورت ارجاع) را نیز ثبت و پیگیری می نماید.

ارزیابی میزان خطر ده ساله سکته های قلبی و مغزی کشنده یا غیرکشنده

گروه هدف در این برنامه افراد با سن ۳۰ سال و بالاتر هستند که دارای یکی از عوامل خطر زیر می باشند:

- ✓ ابتلا به دیابت
- ✓ ابتلا به فشارخون بالا
- ✓ افراد با دور کمر مساوی یا بیش از ۹۰ سانتی متر (در زنان و مردان)
- ✓ مصرف دخانیات
- ✓ مصرف الکل
- ✓ سابقه دیابت در افراد درجه یک خانواده
- ✓ سابقه حوادث قلبی عروقی زودرس در زنان کمتر از ۶۵ سال و در مردان کمتر از ۵۵ سال در افراد درجه یک خانواده
- ✓ سابقه نارسایی کلیه در افراد درجه یک خانواده
- ✓ سن ۴۰ سال و بیشتر

خلاصه اقدامات برای پیشگیری از سکنه های قلبی و مغزی از طریق مراقبت ادغام یافته دیابت و فشارخون بالا و اختلالات چربی های خون عبارتند از:

- ۱- غربالگری گروه هدف
- ۲- ارزیابی و مدیریت احتمال خطر ۱۰ ساله بروز سکنه های قلبی و مغزی با استفاده از داده های فشارخون، دیابت، کلسترول خون و مصرف دخانیات
- ۳- شناسایی و ارجاع افراد مشکوک به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت و کلسترول خون بالا به پزشک
- ۴- پیگیری و مراقبت مبتلایان بیماریهای قلبی و عروقی، فشارخون بالا، دیابت و کلسترول خون بالا بر اساس دستورالعمل های کشوری
- ۵- آموزش

فراخوان و غربالگری گروه هدف

- در ابتدا برای مراجعه افراد ۳۰ ساله و بالاتر به خانه بهداشت / پایگاه سلامت اطلاع رسانی گردیده و فراخوان داده شود.
- شرایط ناشتا بودن برای اندازه گیری قند خون اطلاع رسانی گردد. (برای اندازه گیری کلسترول خون ناشتا بودن الزامی نیست)
- پس از مراجعه فرد، مشخصات وی در فرم شماره ۱ فرم ثبت بیماریهای غیر واگیر و عوامل خطر در برنامه های ایرپن درنرم افزار ثبت شود و سوالات زیر از مراجعه کننده پرسیده شود:
- ۱- آیا فرد بیماری های قلبی عروقی تایید شده توسط پزشک یا سابقه سکنه قلبی یا سکنه مغزی دارد؟
اگر فرد دارای سابقه بیماری قلبی عروقی باشد به عنوان فرد دارای خطر قلبی عروقی ۳۰% و بیشتر در نظر گرفته شده و به پزشک ارجاع غیرفوری داده می شود. برای این افراد فقط سوالات سرطان پرسیده می شود، اما ارزیابی خطر انجام نمی شود.
 - ۲- آیا دخانیات (سیگار / قلیان / چپق ... / مصرف می کند؟) اگر کمتر از یک سال است که دخانیات را ترک نموده، کماکان به عنوان مصرف کننده دخانیات محسوب می شود.
 - آیا الکل مصرف می کند؟ (به هر میزان و حتی یک بار) طی ۳ ماه گذشته
 - ۳- آیا در بستگان درجه یک خانواده (مادر، پدر، خواهر و برادر) کسی به بیماری قلبی عروقی زودرس، دیابت و یا نارسایی کلیه (سابقه انجام دیالیز) مبتلا است؟
 - ۴- آیا مبتلا به دیابت و یا فشارخون بالا است؟
 - ۵- آیا اندازه دور کمر فرد مساوی یا بیش از ۹۰ سانتیمتر است؟ (دور کمر اندازه گیری شود)
 - ۶- آیا سن فرد ۴۰ سال یا بیشتر است؟
- اگر پاسخ به همه سوالات فوق منفی باشد (یعنی در افراد ۳۰-۴۰ سال فاقد علائم فوق):**

- ۱- از خانم ها در خصوص سابقه دیابت بارداری در حاملگی های قبلی، سابقه سقط بیش از دو بار و مرده زایی و تواد نوزاد بالای ۴ کیلوگرم سوال شود. در صورت پاسخ مثبت به یکی از موارد فوق، فرد در معرض خطر ابتلا به دیابت است.
 - ۲- فشار خون مردان و زنان بر اساس استاندارد ذکر شده در ذیل، اندازه گیری شود. در صورتی که میزان متوسط فشار خون مساوی ۹۰ / ۱۴۰ و بالاتر باشد، ممکن است فرد مبتلا به فشار خون بالا باشد.
 - ۳- در صورت وجود شرایط بند ۱ و بند ۲، آزمایشات قند ناشتا و کلسترول برای فرد انجام می شود و بر اساس در صورت نیاز، به پزشک ارجاع می گردد.
 - ۴- بر اساس پروتکل آموزشی به فرد آموزش داده شود.
 - ۵- توصیه گردد ۳ سال دیگر برای ارزیابی سلامتی مراجعه کند.
- ۱۰ اگر پاسخ حداقل یکی از سوالات فوق مثبت بود، اقدامات زیر انجام شود:**

- ۱- با رعایت شرایط اندازه گیری فشارخون، فشارخون در حالت نشسته و از دست راست اندازه گیری شده و ثبت گردد. نوبت دوم با فاصله ۲ دقیقه اندازه گیری شده و میانگین دو نوبت فشارخون محاسبه شود. برای خطر سنجی تنها از میانگین فشار خون سیستولیک استفاده می شود. (جمع دو فشارخون سیستول تقسیم بر ۲)
- ۲- با استفاده از دستگاه سنجش و نوار آزمایش طبق دستورالعمل قند خون ناشتا و کلسترول خون اندازه گیری شده و مقدار آن ها در فرم / نرم افزار ثبت گردد. در صورت نبود دستگاه اندازه گیری قند و کلسترول خون در خانه بهداشت/ پایگاه بهداشتی، مراجعه کننده برای انجام این آزمایشات به آزمایشگاه ارجاع می گردد
- ۳- خطر ۱۰ ساله بروز سکتته های قلبی و مغزی کشنده و غیرکشنده با استفاده از چارت ارزیابی خطر ارزیابی و ثبت گردیده و طبق دستورالعمل اقدام شود.
- ۴- میزان قد، وزن و نمایه توده بدنی (BMI) برای تعیین خطر سکتته های قلبی و مغزی مورد نیاز نیست، اما اضافه وزن و چاقی یکی از عوامل خطر بیماریهای دیابت، فشارخون و چربی خون بالا است و در پیگیری و مراقبت بیماریهای مذکور نیز مورد استفاده است. لذا اندازه گیری قد و وزن و ثبت آن در فرم / نرم افزار لازم است. نکته: افراد مبتلا به چاقی (نمایه توده بدنی بیش از ۳۰) و کسانی که اندازه دور کمر مساوی یا بیش از ۹۰ سانتیمتر دارند باید جهت ارزیابی بیشتر به پزشک ارجاع شوند.

نحوه محاسبه میزان خطر ده ساله سکنه های قلبی و مغزی ککننده یا غیر ککننده با استفاده از نمودار

تعیین میزان خطر با استفاده از اطلاعات زیر انجام می گردد:

- ✓ ابتلاء یا عدم ابتلاء به دیابت
- ✓ جنس
- ✓ مصرف یا عدم مصرف دخانیات
- ✓ سن
- ✓ مقدار فشارخون سیستولیک بر حسب میلی متر جیوه
- ✓ مقدار کلسترول تام خون بر حسب میلی گرم در دسی لیتر

با توجه به اطلاعات فوق و با استفاده از نمودار ارزیابی خطر، میزان خطر ۱۰ ساله سکنه های قلبی و مغزی

ککننده یا غیر ککننده، به صورت زیر محاسبه می شود:

گام ۱: اگر فرد مبتلا به دیابت است از جدول مربوط به دیابت استفاده می شود.

گام ۲: بر اساس جنسیت فرد، ستون مرد یا زن انتخاب می شود.

گام ۳: هر یک از ستونهای مرد و زن شامل دو قسمت هستند، یکی برای افراد مصرف کننده دخانیات و دیگری برای

افراد که دخانیات مصرف نمی کنند، ستون مناسب انتخاب می شود.

گام ۴: روی محور عمودی گروه سنی انتخاب می شود (برای مثال اگر سن ۵۰ سال باشد، گروه سنی ۵۰ تا ۵۹

سال انتخاب می شود)

نکته: برای ارزیابی افراد ۳۰ تا ۴۰ سال از گروه سنی ۴۹ - ۴۰ سال استفاده می شود.

گام ۵: داخل گروه سنی انتخاب شده با استفاده از نتایج اندازه گیری کلسترول و فشارخون که در ارزیابی بدست

آمده است،

مربعی که فشارخون سیستولی (mmHg) و سطح کلسترول تام (mg/dl) یکدیگر را قطع می کنند را مشخص کرده

، رنگ این مربع میزان خطر ۱۰ ساله قلبی عروقی را مشخص می کند (رنگ سبز خطر کمتر از ۱۰ درصد، رنگ زرد

خطر ۱۰ تا کمتر از ۲۰ درصد، رنگ نارنجی خطر ۲۰ تا کمتر از ۳۰ درصد و رنگ قرمز خطر ۳۰ درصد و بالاتر است)

گام ۶: فعالیت های پیشنهاد شده به ازای هر میزان خطر، در مورد هر یک از گروه های خطر انجام شود.

توجه کنید:

• در نمودار ارزیابی خطر رنگ قرمز پررنگ (زرشکی) معادل با خطر ۴۰ درصد و بالاتر است از آنجا که اقدامات پیشنهاد شده برای خطر ۳۰ تا ۴۰ درصد و بیش از ۴۰ درصد یکسان است و به منظور سهولت کار این دو گروه ادغام شده و به عنوان گروه خطر ۳۰ درصد و بالاتر در نظر گرفته می شود.

• اگر فرد از ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری دیابت بی اطلاع باشد، مقدار قندخون بدست آمده در آزمایش با استفاده از نوار دستگاه سنجش قند خون ملاک تصمیم گیری در مورد استفاده از چارت دیابت جهت ارزیابی خطر خواهد بود به عبارت دیگر اگر مقدار قند خون ناشتا مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر باشد، از جدول مربوط به دیابت استفاده شود.

• افرادی که بدون سابقه قلبی ابتلا به بیماری های دیابت، فشار خون بالا یا اختلال چربی خون هنگام ارزیابی میزان خطر ۱۰ ساله سکتته های قلبی و مغزی، فشار خون، قند و کلسترول خون بیش از حد طبیعی دارند، لازم است که پس از ارزیابی خطر، جهت تأیید ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری های دیابت، فشار خون بالا یا اختلال چربی خون به پزشک ارجاع شوند. به عبارت دیگر اگر قندخون ناشتا مساوی یا بیش از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر قند خون ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر و بالاتر ملاک دیابت است اما به دلیل امکان پیشگیری از این بیماری در مرحله پره دیابت، میزان قند مساوی و بیش از ۱۰۰ ارجاع داده می شوند (و یا فشارخون مساوی یا بالاتر از ۹۰ / ۱۴۰ میلی متر جیوه و یا میزان کلسترول مساوی یا بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد برای تعیین وضعیت ابتلاء به بیماری دیابت) یا پره دیابتی بودن (و یا فشارخون بالا و یا کلسترول خون بالا، افراد باید به پزشک ارجاع داده شوند و پس از بررسی توسط پزشک و تشخیص قطعی ابتلا به فشارخون بالا و یا هیپرلیپیدمی) اختلال چربی های خون و همچنین ابتلا به دیابت یا پره دیابتی بودن فرد، ضمن انجام اقدامات درمانی، ارزیابی مجدد بر اساس زمان تعیین شده در اولین ارزیابی خطر انجام خواهد شد.

نکات مهم

- ۱- اگر میانگین فشارخون ۱۱۰ / ۱۸۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد، فرد به پزشک ارجاع فوری داده شود.
- ۲- اگر فرد مبتلا بیماری قلبی و عروقی باشد یا سابقه سکتته های قلبی یا مغزی را داشته باشد، ارزیابی خطر قلبی عروقی برای وی انجام نمی شود و باید به پزشک ارجاع شود برای افرادی که سابقه سکتته قلبی یا سکتته مغزی ایسکمیک (غیر خون ریزی دهنده) دارند، توسط پزشک باید آسپیرین تجویز شود.
- ۳- ممکن است خطر قلبی و عروقی بعضی مبتلایان به دیابت، فشارخون بالا یا اختلال چربی های خون، با توجه به شرایط فردی و فعلی آنها، کمتر از ۱۰% باشد. گرچه این افراد از نظر احتمال خطر ۱۰ ساله بروز بیماری قلبی و عروقی

در محدوده خطر کم قرار دارند ، باید همچنان طبق دستورالعمل تحت مراقبت بیماری دیابت، فشارخون بالا و اختلال چربی های خون قرار گیرند و خطر سنجی سکتته های قلبی و مغزی آنها براساس میزان خطر انجام شود.

۴- اگر نتایج آزمایش قند یا کلسترول خون فردی با دستگاه سنجش چربی خون، بالاتر از حد طبیعی بود، به معنی ابتلاء قطعی فرد و یا تایید بیماری نیست، این وضعیت به مفهوم احتمال ابتلاء است و فرد مشکوک به بیماری باید به پزشک ارجاع و توسط وی تحت بررسی قرار گیرد . ممکن است بیماری دیابت یا کلسترول خون بالای افراد ارجاع شده توسط پزشک با بررسی های بیشتر تایید نشود . این موضوع باید حتماً برای افرادی که به دلیل قند یا کلسترول خون بالا ارجاع می شوند نیز توضیح داده شود تا موجب بی اعتمادی مراجعین نگردد.

۵- افرادی که میانگین فشارخون آنان بالای ۸۰ / ۱۲۰ تا ۸۹ / ۱۳۹ باشد به عنوان پیش فشار خون بالا در نظر گرفته می شوند و بهورز / مراقب سلامت ضمن آموزش اصلاح شیوه زندگی، فرد را سالانه مورد ارزیابی قرار می دهد.

گروه بندی افراد پس از ارزیابی میزان خطر ده ساله سکتته های قلبی و مغزی و اقدامات مورد نیاز

افرادی که مورد ارزیابی میزان خطر سکتته های قلبی و مغزی قرار گرفته اند، به چهار گروه تقسیم می شوند:

۱-خطر کمتر از ۱۰٪

۲-خطر ۱۰٪ تا کمتر از ۲۰٪

۳-خطر ۲۰ تا کمتر از ۳۰٪

۴-خطر ۳۰٪ و بالاتر

اقداماتی که برای هر گروه باید انجام گیرد، به شرح زیر است:

۱-هدف مهم پس از تعیین خطر ۱۰ ساله سکتته های قلبی و مغزی سعی در کاهش میزان خطر است .این مهم با آموزش شیوه صحیح زندگی و درصورت لزوم تجویز دارو حاصل می شود.

۲- برای کلیه مراجعه کنندگان وزن و قد را اندازه گیری و نمایه توده بدنی محاسبه شود.

۳-برای کلیه افراد با هر میزان خطر سکتته های قلبی و مغزی ، ارزیابی الگوی تغذیه ای انجام شود و با توجه به نوع مشکل در الگوی غذایی، آموزش تغذیه در موارد مشکل دار به فرد ارائه شود و بر اساس سه شاخص نمایه توده بدنی و امتیاز کسب شده و دور کمر، به پزشک /کارشناس تغذیه مطابق جدول مربوطه ارجاع شود.

۴- موارد مشاوره شده توسط کارشناس تغذیه که نیاز به مراجعه مجدد دارند، از طرق مختلف (پیگیری تلفنی، مراجعه به درب منزل....) پیگیری گردند.

۵- موارد ارجاع بیمار از پزشک به کارشناس تغذیه جهت دریافت مراقبت های تغذیه ای، پیگیری شوند.

۶- به کلیه افرادی که مورد ارزیابی میزان خطر قرار گرفته اند ، فارغ از میزان خطر محاسبه شده، پروتکل آموزش شامل رژیم غذایی سالم، فعالیت بدنی کافی ، عدم مصرف دخانیات و الکل آموزش داده شود و کارت خطرسنجی ، متناسب با میزان خطر ۱۰ ساله سکتته های قلبی و مغزی برای بیمار تکمیل گردد . (مطابق دستورالعمل تکمیل کارت خطرسنجی)

تبصره :

باید توجه داشت برای افرادی که کمتر از ۱۰ درصد در معرض خطر ۱۰ ساله بروز سکتته های قلبی و مغزی هستند و فاقد بیماری یا عامل خطر به استثنای عامل خطر سن (بالای ۴۰ سال) می باشند، کارت خطرسنجی تکمیل نمی گردد

۷- به افرادی که **کمتر از ۱۰ درصد در معرض خطر ۱۰ ساله بروز سکتته های قلبی و مغزی** هستند، پس از آموزش پروتکل (شامل رژیم غذایی سالم و پیگیری مطابق با دستورالعمل تغذیه ، فعالیت بدنی کافی ، عدم مصرف دخانیات و الکل) توصیه شود جهت ارزیابی مجدد خطر یک سال بعد مراجعه نمایند.

۸- افرادی که **بین ۱۰ تا کمتر از ۲۰ درصد در معرض خطر ۱۰ ساله** بروز سکتته های قلبی و مغزی هستند آموزش داده شوند و **هر ۹ ماه پیگیری** و ارزیابی خطر تکرار گردد.

۹- افرادی که **بین ۲۰ تا کمتر از ۳۰ درصد** در معرض خطر ۱۰ ساله سکتته های قلبی و مغزی هستند، علاوه بر آموزش ، به **پزشک ارجاع غیر فوری شده و هر ۶ ماه پیگیری** و ارزیابی خطر تکرار گردد . پیگیری اجرای دستورات پزشک مورد تاکید است . این افراد از پزشک به کارشناس تغذیه نیز، برای مشاوره تغذیه ارجاع داده می شوند.

۱۰- افرادی که **۳۰ درصد یا بیشتر در معرض خطر ۱۰ ساله** سکتته های قلبی و مغزی هستند، علاوه بر آموزش ، به **پزشک ارجاع فوری شده و هر ۳ ماه پیگیری** و ارزیابی خطر تکرار گردد . اگر میزان خطر با اقدامات فوق و پیگیری دستورات پزشک پس از ۶ ماه کاهش نیافت ، لازم است که فرد توسط پزشک به سطح ۲ ارجاع شود . این ارزیابی خطر شامل بیماران قلبی عروقی نمی شود . این گروه هم نیاز به مشاوره و تنظیم رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه دارند.

پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر

برای بیماران و افراد در معرض خطر فرم مراقبت بیماری و فرم پیگیری بیماران تشکیل شود یا در نرم افزار ثبت گردد و طبق برنامه زیر اقدام شود:

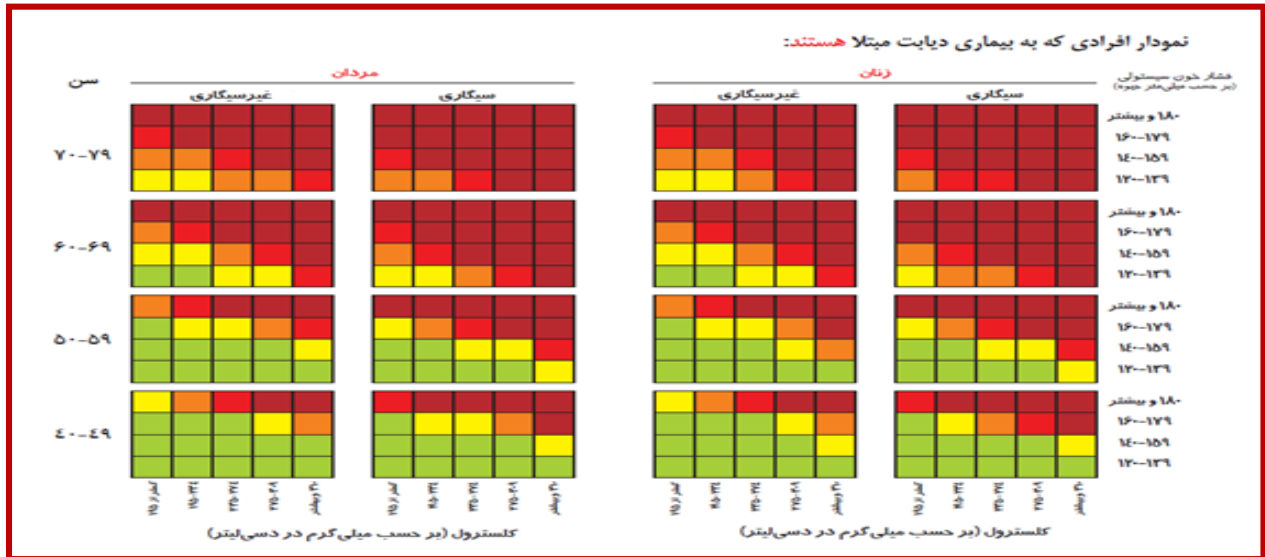
• پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی، فشار خون و دیابت هرماه توسط بهورز /مراقب سلامت و هر ۳ ماه توسط پزشک انجام می گیرد.

• پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلال چربی های خون و چاقی هر ۳ ماه توسط بهورز / مراقب سلامت و هر ۶ ماه توسط پزشک انجام می گیرد.

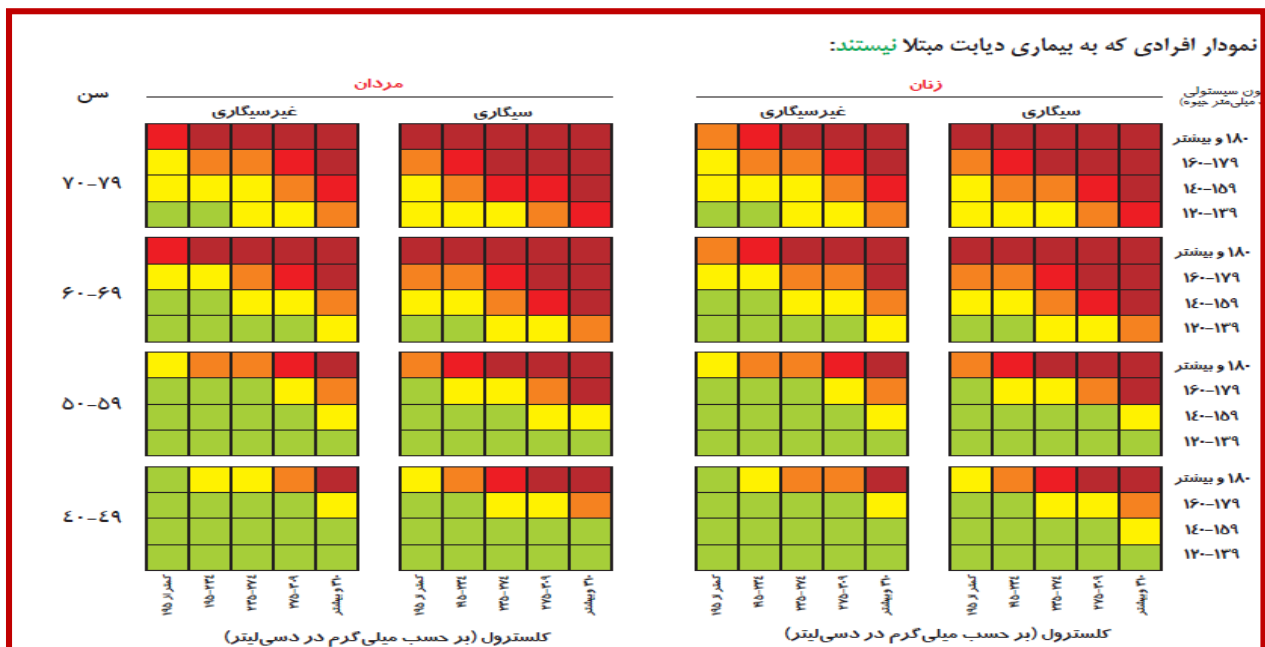
نکته مهم: ارزیابی خطر ده ساله سکتته های قلبی مغزی طبق جدول WHO/ISH منطقه B مدیترانه شرقی انجام می شود.

براساس نتایج مطالعه پایلوت برنامه ایراپن و همچنین با استفاده از نتایج مطالعات کوهورت در کشور، جدول فوق به طور اختصاصی برای ایران تهیه شده است که به صورت آزمایشی در یک استان اجرا خواهد شد و پس از آن مدل بومی جایگزین جدول فعلی خواهد گردید . بدیهی است که مدل بومی نیز مشابه جدول فعلی تهیه شده و لذا تغییری در روند اجرای برنامه پیش نخواهد آمد . امید است چاپ بعدی این مجموعه با جدول بومی تعیین میزان خطر ده ساله سکتته های قلبی مغزی در اختیار دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور قرار گیرد.

نمودار میزان خطر سگته های قلبی و مغزی کشنده یا غیر کشنده طی ۱۰ سال آینده



نمودار میزان خطر سگته های قلبی و مغزی کشنده یا غیر کشنده طی ۱۰ سال آینده



پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان روده بزرگ و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است.

ارزیابی

• مشخصات تمامی افراد ۵۰ تا ۶۹ سال، که برای ارزیابی فراخوان شده اند، در سامانه (فرم ارزیابی اولیه) ثبت گردد.
• در صورتی که سن فردی زیر ۵۰ یا بالای ۶۹ سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل مشکلات گوارشی مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل زیر بررسی شود. در این افراد همه ارزیابی ها مطابق دستورالعمل انجام می شود.

• ارزیابی های زیر انجام شود و در سامانه (فرم ارزیابی اولیه) ثبت گردد:

- خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر داشته اید؟
- یبوست در طی یک ماه اخیر با یا بدون اسهال در طی یک ماه اخیر، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج داشته اید؟
- کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه اخیر داشته اید؟
- آیا سوابق خانوادگی زیر را دارید؟
- ✓ سابقه سرطان یا آدنوم روده بزرگ در فامیل درجه یک را دارید؟ (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزندان)
- ✓ سابقه سرطان روده بزرگ در فامیل درجه دو که در سن زیر پنجاه سال بروز کرده باشد را دارید؟ (عمه، عمو، خاله، دایی، مادر بزرگ و پدر بزرگ)
- آیا سابقه فردی بیماری های زیر را دارید؟
- ✓ سابقه سرطان روده بزرگ در گذشته
- ✓ سابقه آدنوم روده بزرگ در گذشته
- ✓ سابقه بیماری التهابی روده بزرگ IBD (بیماری کرون یا کولیت اولسروز)
- برای فرد تست خون مخفی در مدفوع انجام شود.

تصمیم گیری و اقدام

در صورتی که پاسخ هر یک از موارد بالا یا تست خون مخفی در مدفوع مثبت بود به پزشک ارجاع داده شود.

در صورتی که همه موارد و نتیجه تست منفی باشد، توصیه می شود پس از دو سال جهت ارزیابی مجدد مراجعه کند.

در همه موارد اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده می شود (مطابق بسته آموزشی بهورز)

پیگیری و مراقبت بیماران

افرادی که به پزشک ارجاع و ارزیابی های کامل تری می شوند برای پیگیری های دوره ای باید مطابق شرایط به صورت دوره ای ارزیابی شوند.

• در صورتی که فردی دارای سابقه فردی یا خانوادگی نبود، علامتدار نبود و تست FIT نیز منفی بود، زمان فراخوان بعدی دو سال بعد خواهد بود.

• اگر فرد صرفاً به دلیل تست FIT مثبت به پزشک ارجاع شده باشد، زمان ارجاع بعدی توسط سطح دو مشخص می شود.

• اگر فرد صرفاً به دلیل علائم مثبت به پزشک ارجاع شده باشد، زمان ارجاع بعدی توسط سطح دو و پزشک سطح یک مشخص می شود.

پیگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان پستان و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است.

ارزیابی

• تمامی زنان ۳۰ تا ۶۹ سال را که برای ارزیابی سرطان پستان فراخوان شده اند، پس از تکمیل فرم ارزیابی اولیه در نرم افزار به ما یا مراقب سلامتی که دارای مدرک مامایی است، ارجاع غیر فوری داده و نتیجه ی بررسی در نرم افزار ثبت شود.

• در صورتی که سن فردی زیر ۳۰ یا بالای ۶۹ سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل علائم مرتبط با پستان مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل زیر بررسی شود.

تصمیم گیری و اقدام

• در همه موارد آموزش های خود مراقبتی لازم از جمله در خصوص عوامل زمینه ساز بروز سرطان پستان داده شود.

پیگیری و مراقبت بیماران

افرادی که به ماما ارجاع و ارزیابی های کامل تری می شوند برای پیگیری های دوره ای باید مطابق شرایط به صورت دوره ای ارزیابی شوند.

• اگر بنا به گزارش ماما، شرح حال و معاینه طبیعی بوده است، زمان ارجاع بعدی:

✓ در زنان زیر ۴۰ سال، هر دو سال یک بار فراخوان شوند

✓ در زنان بالای ۴۰ سال، سالی یک بار فراخوان شوند

- اگر بنا به گزارش ماما، شرح حال غیر طبیعی سابقه فردی و یا خانوادگی، سابقه بیوپسی پستان و یا رادیو تراپی قفسه سینه باشد، زمان مراجعه بعدی دست کم یک سال بعد خواهد بود.
- اگر بنا به گزارش ماما معاینه غیرطبیعی باشد، زمان مراجعه بعدی توسط سطح دو و مامای سطح یک می شود.

پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان دهانه رحم

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان دهانه رحم و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است که توسط ماما یا مراقب سلامتی که دارای مدرک مامایی می باشد ارائه می شود.

ارزیابی

مشخصات تمامی زنان ۳۰ تا ۵۹ سال که برای ارزیابی فراخوان شده اند در سامانه (فرم ارزیابی اولیه) ثبت شود.

در صورتی که سن فردی زیر ۳۰ یا بالای ۵۹ سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل علایم مرتبط با دهانه رحم مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل زیر بررسی گردد.

فرد از نظر دارا بودن علایم زیر بررسی و در سامانه (فرم ارزیابی اولیه) ثبت شود:

- ✓ خونریزی غیر طبیعی واژینال (از جمله پس از نزدیکی جنسی، در فواصل دور ههای قاعدگی و پس از یائسگی)
- ✓ ترشحات بدبوی واژینال
- ✓ درد هنگام نزدیکی جنسی

چند سال از ازدواج (اولین تماس جنسی) گذشته است؟

اگر فرد تست های غربالگری (پاپ اسمیر یا تست HPV یا هر دو) را انجام داده است چند سال از آن گذشته است؟

تصمیم گیری و اقدام

در صورتی که زنی هر کدام از علایم سه گانه بالا را داشته باشد، برای اقدامات تشخیص زودهنگام به ماما ارجاع شود.

در صورتی که زنی هیچ کدام از علایم سه گانه را نداشته باشد، حالت های زیر ممکن است اتفاق بیفتد:

- ✓ کمتر از سه سال از اولین تماس جنسی گذشته است: آموزش خودمراقبتی و ارزیابی بعدی زمانی که سه سال از اولین تماس جنسی گذشته باشد.

- ✓ بیش از سه سال از اولین تماس جنسی گذشته و حالت های زیر ممکن است وجود داشته باشد:

فرد تا کنون با هیچ روشی غربالگری نشده است؛ برای غربالگری به ماما ارجاع شود.

کمتر از یک سال از آخرین غربالگری پاپ اسمیر گذشته است: آموزش خودمراقبتی و ارزیابی بعدی زمانی که یک سال از غربالگری با پاپ اسمیر قبلی گذشته باشد.

بیش از یک سال از آخرین غربالگری پاپ اسمیر گذشته است: برای غربالگری به ماما ارجاع شود.

کمتر از ده سال از آخرین غربالگری با پاپ اسمیر و HPV گذشته است: آموزش خود مراقبتی و ارزیابی بعدی زمانی که پنج سال از ارزیابی کنونی گذشته باشد.

بیش از ده سال از آخرین غربالگری با پاپ اسمیر و HPV گذشته است: برای غربالگری به ماما ارجاع شود.

در همه موارد آموزش های خود مراقبتی لازم از جمله در خصوص عوامل زمینه ساز بروز سرطان دهانه رحم داده شود.

پیگیری و مراقبت بیماران

افرادی که به ماما ارجاع و ارزیابی های کامل تری می شوند برای پیگیری های دوره ای باید مطابق شرایط به صورت دوره ای ارزیابی شوند.

در صورتی که فرد برای غربالگری به ماما ارجاع شده است:

✓ اگر نتیجه تست پاپ اسمیر و HPV هر دو منفی باشد باید هر ۵ سال از نظر علائم سرطان دهانه رحم بررسی شود و به فاصله ده سال برای غربالگری به ماما ارجاع شود.

✓ اگر نتیجه تست HPV از نظر ژنوتیپ ۱۶ یا ۱۸ مثبت باشد، زمان ارزیابی بعدی توسط سطح دو مشخص می شود.

✓ اگر نتیجه تست HPV از نظر سایر ژنوتیپها بجز ۱۶ و ۱۸ مثبت باشد و پاپ اسمیر پرخطر باشد، زمان ارزیابی بعدی توسط سطح دو مشخص می شود.

✓ اگر نتیجه تست HPV از نظر سایر ژنوتیپها به جز ۱۶ و ۱۸ مثبت باشد و پاپ اسمیر پرخطر نباشد، باید به فاصله یک سال برای غربالگری به ماما ارجاع شود.

در صورتی که فرد به دلیل علائم مثبت و برای اقدامات تشخیصی زود هنگام به ماما ارجاع شده است:

✓ اگر فرد توسط ماما به سطح دو ارجاع نشده است، زمان ارزیابی بعدی توسط مامای سطح یک مشخص می شود.

✓ اگر فرد توسط ماما به سطح دو ارجاع شده است، زمان ارزیابی بعدی توسط سطح دو مشخص می شود.

خلاصه و نتیجه گیری

سا زمان جهانی بهداشت WHO پیش بینی می کند در طول ۱۰ سال آینده، بیشترین افزایش در مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی CVD سرطان، بیماری های تنفسی و دیابت، در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد.

چهار بیماری فوق ، به ویژه بیماری قلبی عروقی، همراه چهار عامل خطر رفتاری شامل کم تحرکی، تغذیه ناسالم، مصرف الکل و دخانیات مهم ترین علل مرگ ومیر ناشی از بیماری های غیر واگیر هستند. رویکردهای مؤثر برای کاهش بار بیماری های غیرواگیر، شامل ترکیبی از مداخلات در سطح جامعه و مداخلات فردی هستند.

چنین مداخلاتی با هزینه کم و اثر بخشی زیاد در حال حاضر در دسترس بوده و شامل شناسایی و تشخیص زود هنگام بیماری های غیرواگیر با استفاده از فن آوری های ارزان، روش های غیردارویی و دارویی برای اصلاح عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر و داروهای قابل تهیه برای پیشگیری و درمان حملات قلبی و سکته مغزی، دیابت، سرطانها و آسم هستند

پرسش و تمرین

- ۱- نحوه ارزیابی میزان خطر ده ساله سکته های قلبی و مغزی کشنده یا غیرکشنده را توضیح دهد ؟
- ۲- نحوه ی فراخوان و غربالگری گروه هدف گام به گام شرح دهد ؟
- ۳- میزان خطر ده ساله سکته های قلبی و مغزی کشنده یا غیرکشنده با استفاده از نمودار و ذکر مثال محاسبه کند ؟
- ۴- گروه بندی افراد را پس از ارزیابی میزان خطر ده ساله سکته های قلبی و مغزی و اقدامات مورد پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر را شرح دهد ؟
- ۵- مراحل پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ با رسم نمودار ؟
- ۶- اقدام مناسب در پیشگیری ، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان و سرطان رحم را بیان کند ؟

فصل چهارم : جدول مراقبت میانسالان



اهداف آموزشی

فراگیران در پایان این بخش باید بتوانند:

- ۱- بر اساس اولویتهای نیاز سلامت گروه سنی میانسالان و در جهت پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران میانسالی خدمات مورد نیاز ایشان را ارائه نماید .
- ۲- مهارت انجام تن سنجی و تکمیل اطلاعات سلامت گیرنده خدمت در فرم مراقبت دوره ای سلامت میانسالان برای مردان و زنان ۳۰-۵۹ سال را کسب نمایند
- ۳- مهارت بررسی شیوه زندگی از نظر تغذیه، فعالیت جسمانی، استعمال دخانیات، اختلال مصرف مواد، خطر سنجی ، خشونت خانگی ، پیشگیری از سکتته های قلبی و مغزی ، ارزیابی سرطان روده بزرگ و بیماری سل و ثبت اطلاعات مربوطه در پرونده خانوار الکترونیک را کسب نمایند.
- ۴- نحوه ارزیابی ، طبقه بندی و اقدام مناسب خدمات میانسالی را کسب نمایند..

عناوین آموزشی

- مقدمه
- روش استفاده از راهنما
- ارزیابی تن سنجی در میانسالان
- ارزیابی تغذیه
- ارزیابی فعالیت جسمانی
- ارزیابی و مراقبت مصرف دخانیات
- درگیری با مصرف دارو ، الکل و مواد
- ارزیابی سلامت روان
- ارزیابی خشونت خانگی
- پیشگیری از سکتته های قلب و مغزی از طریق خطر سنجی
- غربالگری سرطان روده بزرگ
- غربالگری سل
- خلاصه و نتیجه گیری

مقدمه

مراقبت‌های ادغام یافته سلامت میانسالان (گروه سنی ۳۰ تا ۵۹ سال) با رویکرد پیشگیری از مرگ ۷۰ - ۳۰ سال و تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران میانسالی بر اساس اولویتهای سلامت این گروه در زمینه عوامل خطر، بیماریهای غیرواگیر، بیماریهای واگیر، سلامت روانی، سلامت باروری و جنسی از طریق انجام خدمات زیر انجام می گیرد:

- ✓ تشخیص و کنترل عوامل خطر
- ✓ تشخیص و درمان صحیح و به موقع اختلالات و بیماریها
- ✓ پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی
- ✓ درمان عوارض ایجاد شده بر اساس دستورالعملها و راهنماهای بالینی
- ✓ آموزش صحیح به فرد ، خانواده و جامعه برای توانمند سازی گروه هدف
- ✓ ارجاع به موقع به سطوح بالاتر یا همسطح
- ✓ پیگیری پسخوراند ارجاع

خدمات فوق به صورت فعال پس از طی مراحل زیر صورت می گیرد:

- ❖ سرشماری و تهیه لیست افراد گروه سنی و جنسی هدف در منطقه تحت پوشش
- ❖ معرفی خدمات نوین سلامت میانسالان به مسئولین و معتمدین محلی، داوطلبان بهداشتی و گروه هدف
- ❖ زمان بندی فراخوان و تعیین لیست برنامه ریزی شده مراجعین با توجه به تعداد جمعیت گروه هدف و پوشش مورد نظر برنامه در طول سال
- ❖ انجام فراخوان زمان بندی شده جمعیت هدف برای دریافت خدمات
- ❖ تشکیل پرونده برای هریک از افراد فراخوان شده
- ❖ معرفی خدمات و تشکیل پرونده برای افراد مراجعه کننده به مرکز با استفاده از فرصتهای طلایی
- ❖ ارائه و ثبت خدمات تعریف شده در بسته خدمات برای ارزیابی دوره ای سلامت
- ❖ پیگیری و مراقبت ممتد افراد مبتلا به مشکل یا مشکلات سلامتی و ثبت مراقبتهای آنها و تعیین زمان مراقبت های بعدی

روش استفاده از راهنما

جدول راهنمای مراقبتها دارای قسمتهای زیر است:

- ۱- ستون ارزیابی شامل: شرح حال و سوابق، معاینات، پاراکلینیک
- ۲- ستون نتایج ارزیابی یا معیارهای طبقه بندی شامل: نکات یافت شده مثبت در ارزیابی اعم از شرح حال و سوابق، معاینات، پاراکلینیک
- ۳- ستون طبقه بندی: فرد بر اساس آنچه در شرح حال و معاینات و پاراکلینیک او به دست می آید در چارچوب یکی از سه گروه کلی زیر و دسته های اختصاصی برای هریک از موارد تشخیص، طبقه بندی می گردد:

-گروه اول: این گروه افراد در معرض خطر، مشکوک به بیماری، دارای وضعیت غیر طبیعی، دارای وضعیت نامطلوب و بیمارانی را شامل می شود که به اقدامات فوری در سطح اول ارائه خدمات یا ارجاع فوری به بیمارستان نیاز دارند. این گروه و اقدامات مورد نیاز برای آنان به رنگ قرمز پررنگ نشان داده شده است. دسته دیگر که به رنگ قرمز کم رنگ یا فونت قرمز نشان داده شده است نیازمند ارجاع می باشند اما ارجاعات، در این موارد فوری (اورژانس) نیست.

-گروه دوم: این گروه افراد در معرض خطر، مشکوک به بیماری، دارای وضعیت غیر طبیعی یا نامطلوب و بیمارانی را شامل می شود که به اقدامات غیر فوری در سطح اول ارائه خدمات نیاز دارند. این گروه و اقدامات مورد نیاز برای آنان در سطح اول ارائه خدمات رنگ زرد را به خود اختصاص می دهند.

-گروه سوم: افراد سالم، دارای وضعیت طبیعی و مطلوب، بدون عامل خطر، فاقد شکایت و علائم و نشانه و پاسخ غیر طبیعی پاراکلینیک در گروه طبیعی/سالم/مطلوب طبقه بندی شده و رنگ سبز را به خود اختصاص می دهند. برای این افراد اقدامات آموزشی و توصیه های لازم انجام می گیرد تا وضعیت مطلوب خود را حفظ کنند.

۴- ستون اقدامات: اقدامات برای گروه طبیعی/سالم/مطلوب به رنگ سبز و اقداماتی که به صورت غیر فوری و در سطح اول ارائه خدمات انجام می شوند به رنگ زرد و در صورت نیاز به اقدامات فوری یا ارجاع به سطوح بالاتر به رنگ قرمز نشان داده می شوند. به طور کلی، این اقدامات شامل آموزش، تعیین مرحله رفتار، مشاوره برای ارتقای رفتار، برنامه ریزی خودارزیابی و خود مراقبتی، واکسیناسیون، مکمل یاری، معاینات خاص، درمان غیردارویی، درمان دارویی، تهیه نمونه، درخواست آزمایش تکمیلی، اندیکاسیون ارجاع تشخیصی و ارجاع درمانی، نحوه پیگیری، زمان مراجعه بعدی و مراقبت ممتد برای مشکلات سلامتی فرد می باشد.



مفهوم رنگها: برای گروه طبیعی/سالم/مطلوب به رنگ سبز، اقداماتی که به صورت غیر فوری و در سطح اول ارائه خدمات انجام می شوند به رنگ زرد، در صورت نیاز به اقدامات فوری یا ارجاع به سطوح بالاتر به رنگ قرمز نشان داده می شوند.

ارزیابی تن سنجی: در این قسمت قد، وزن، دور کمر و نمایه توده بدنی BMI= Body Mass Index توسط بهورز آموزش دیده در روستا و مراقب سلامت در شهر اندازه گیری و محاسبه شده و در بخش تن سنجی 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، اندازه گیری شده و عدد حاصل بر حسب متر ثبت می شود.

نکات قابل توجه در اندازه گیری قد و وزن

کنترل وزن:

- ✓ حداقل لباس
- ✓ بدون کفش
- ✓ ترازوی کالیبره
- ✓ بر حسب کیلو گرم

کنترل قد :

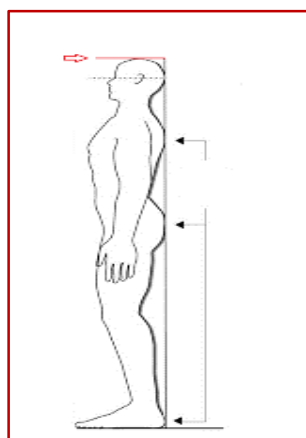
- ✓ متر یا قد سنج
- ✓ بدون کفش
- ✓ فرد پشت به دیوار ایستاده
- ✓ سر مستقیم به جلو
- ✓ پاشنه پا مماس به دیوار
- ✓ بر حسب متر

اندازه وزن فرد با حداقل لباس و به وسیله ترازوی کالیبره شده بر حسب کیلوگرم تا دورقم اعشار، در این قسمت ثبت می گردد

نمایه توده بدنی BMI با استفاده از وزن و قد بر اساس فرمول زیر محاسبه شده و عدد حاصل در محل مربوطه ثبت و بر اساس جدول زیر وضعیت مراجعه کننده تعیین و درخانه مربوطه علامت زده می شود.

BMI	وزن (کیلو گرم)
	مجذور قد بر حسب متر

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



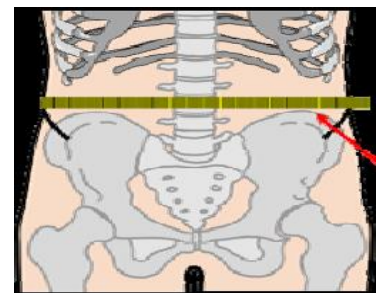
طبقه بنا	مقدار BMI
لاغری کم	کمتر از ۱۸/۵
طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹
اضافه وزن	۲۵/۰ - ۲۹/۹
چاقی	۳۰ و بیشتر

اندازه گیری دور کمر

برای اندازه گیری دور کمر در ابتدا فرد باید بایستد و دو دست خود را در دو طرف بدن آزاد قرار دهد .

محل تقاطع خط عمودی میانی (خط پهلو که از زیر بغل تا لبه بالایی استخوان لگن ادامه می یابد) در محل مربوط به آخرین دنده قفسه سینه و لبه فوقانی استخوان لگن خالصه یعنی محل بالای کمرست ایلیاک (سمت راست فرد را پیدا نموده و علامت زده شود و سپس دقیقاً وسط این دو نقطه با نوار اندازه گیری تعیین و علامت زده شود و نوار را روی آن قرار داده و به طور افقی به دور شکم حلقه گردد. قبل از خواندن اعداد نوار اندازه گیری، اطمینان حاصل شود که نوار تا خوردگی و چرخش نداشته باشد و به صورت مماس برروی پوست شکم قرار گرفته است و به آن فشار نمی آورد. این نوار باید موازی سطح زمین باشد.

اندازه گیری دور کمر باید در انتهای یک بازدم طبیعی تنفس، انجام شود. به طور چشمی هم می توان به چربی شکمی یا دور کمر پی برد.



نکات قابل توجه در اندازه گیری دور کمر

- ✓ ایستاده
- ✓ باز بودن پاها به اندازه ۲۵-۳۰ سانتی متر
- ✓ متر در حد فاصل قسمت پایینی آخرین دنده و برجستگی استخوان لگن
- ✓ بدون پوشش

✓ عدم فشار بافت نرم

✓ بر حسب سانتی متر

✓ اندازه زیر ۹۰ طبیعی

تن سنجی میانسالان			
اقدام	طبقه بندی و معیار آن		ارزیابی
	دور کمر	BMI	
ارجاع به پزشک جهت انجام بررسیها و اقدامات پزشکی و سپس ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبتهای تغذیه ای	-	کمتر از ۱۸/۵ (لاغری)	اندازه گیری کنید: قد، وزن، دور کمر
	با هر دور کمر	۳۰ و بیشتر (چاقی)	
آموزش: آموزش در خصوص اهمیت و عوارض چاقی شکمی (افزایش خطر بیماریهای مزمن نظیر دیابت، بیماری قلبی عروقی و...) در افراد دارای چاقی شکمی، بررسی میزان مصرف مواد غذایی مختلف و مقایسه با هرم غذایی، اصلاح دریافت های کمتر یا بیشتر از مقدار توصیه شده برای هر گروه غذایی (مصرف گروه نان و غلات در حداقل میزان توصیه شده)، اصلاح عادات غذایی نادرست، تعیین مرحله تغییر رفتار فرد و آموزش متناسب با نیاز مراجعه کننده برای قرار گرفتن در مرحله عمل، توصیه برای کاهش وزن به میزانی که BMI در محدوده طبیعی قرار گیرد (۴ - ۲ کیلوگرم در ماه) با رعایت رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی مطلوب، ارجاع: مطابق جدول طبقه بندی BMI، اندازه دور کمر و امتیاز الگوی تغذیه ای	۹۰ و بیشتر	۲۵ - ۲۹/۹ (اضافه وزن)	محاسبه کنید: نمایه توده بدنی (BMI) طبقه بندی کنید. فرد را از نظر مراحل تغییر رفتار ارزیابی کنید.
تعیین مرحله تغییر رفتار فرد و آموزش متناسب با نیاز مراجعه کننده برای قرار گرفتن در مرحله عمل برای اصلاح الگوی تغذیه بر اساس هرم غذایی و اصلاح عادات غذایی نامناسب آموزش در خصوص اهمیت و عوارض چاقی شکمی (افزایش خطر بیماریهای مزمن نظیر دیابت، بیماری قلبی عروقی و...) و رعایت رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی کافی ارجاع: مطابق جدول طبقه بندی BMI، اندازه دور کمر و امتیاز الگوی تغذیه ای	۹۰ و بیشتر	۱۸/۵ - ۲۴/۹ (طبیعی)	
تشویق فرد برای حفظ وضعیت موجود، توانمند سازی فرد برای برنامه ریزی خود مراقبتی ارجاع: سه سال بعد در صورت داشتن امتیاز ۱۲ در الگوی تغذیه، ۶ ماه بعد در صورت داشتن امتیاز ۱۱ - ۷ در الگوی تغذیه، در صورت امتیاز کمتر مطابق جدول طبقه بندی BMI، اندازه دور کمر و امتیاز الگوی تغذیه ای	کمتر از ۹۰		

ارزیابی تغذیه میانسالان

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.

مصرف مکمل از فرد سوال شود و در صورت مصرف، نوع و علت مصرف آن ثبت شود. منظور از مکمل مصرفی، مواردی است که فرد تحت عنوان داروی تقویتی یا عناوین دیگر مصرف می کند مانند انواع ویتامین ها یا املاح با عناوین ژنریک یا تجاری مختلف به صورت خوراکی یا تزریقی یا سایر مکمل ها مانند انواع مکمل ورزشی، مکمل لاغر کننده یا چاق کننده، پودرهای پروتئینی، مکمل سویا، انواع امگا... همچنین دریافت منظم یا نا منظم مکمل ویتامین D پرسش و در خانه مربوطه علامت زده شود. سپس مکمل ویتامین D تجویز شده و بعد از تجویز مکمل ویتامین D و آموزش نحوه مصرف آن، در خانه مقابل آن علامت گذاری شود.

ارزیابی تغذیه در میانسالان				
ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	امتیاز	اقدام
سوال کنید: تعداد واحد معمول مصرفی روزانه لبنیات؛ سبزی؛ میوه مصرف معمول نوشتنی های گازدار؛ سوسیس؛ کالباس و انواع قست فودها نوع روغن مصرفی/مصرف معمول	بیماری/ ممنوعیت/ محدودیت/ رژیم غذایی خاص در یک سال گذشته	دارد	-	ارجاع به پزشک و سپس از پزشک به کارشناس تغذیه و مراقبت بر اساس نظر آنها آموزش*
	خطر ۱۰ ساله حوادث قلبی عروقی	۱۰ درصد و بیشتر	-	
تعداد واحد معمول مصرفی روزانه لبنیات؛ سبزی؛ میوه مصرف معمول نوشتنی های گازدار؛ سوسیس؛ کالباس و انواع قست فودها نوع روغن مصرفی/مصرف معمول	تعداد واحد معمول مصرف روزانه لبنیات	مصرف نمی کند یا بندرت مصرف می کند	صفر	- تعیین مرحله تغییر رفتار فرد و آموزش متناسب با نیاز مراجعه کننده برای قرار گرفتن در مرحله عمل - آموزش برای مصرف روزانه و گروه های غذایی بر اساس هرم غذایی، مضرات مصرف نوشیدنی های گازدار، سوسیس؛ کالباس؛ انواع قست فود، روغن جامد و نیمه جامد و نمک زیاد ارجاع: در صورت غیر طبیعی بودن BMI یا دور کمر بر اساس جدول طبقه بندی BMI، دور کمر و کمر و امتیاز الگوی تغذیه اقدام شود. آموزش عمومی*
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه سبزیها			
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه میوه			
	مصرف معمول نوشتنی های گازدار، سوسیس؛ کالباس؛ انواع قست فود؛ پیترها			
	نوع روغن مصرفی			
مصرف معمول نمکدان سر سفره	بیشتر از ۲ بار در ماه			
نوع روغن مصرفی/مصرف معمول	فقط روغن جامد، نیمه جامد یا حیوانی			
نوع روغن مصرفی/مصرف معمول	همیشه			
نوع روغن مصرفی/مصرف معمول نمکدان سر سفره مصرف مکمل ویتامین د بررسی کنید: بیماری/ ممنوعیت/ رژیم غذایی خاص در یک سال گذشته خطر ۱۰ ساله حوادث قلبی عروقی	تعداد واحد معمول مصرف روزانه لبنیات	کمتر از ۲ واحد در روز	یک	- تعیین مرحله soc فرد و آموزش متناسب با نیاز مراجعه کننده برای قرار گرفتن در مرحله عمل - آموزش برای افزایش مصرف گروه های غذایی بر اساس هرم غذایی، مضرات مصرف نوشیدنی های گازدار، سوسیس؛ کالباس؛ انواع قست فود، روغن جامد و نیمه جامد و نمک زیاد ارجاع: در صورت غیر طبیعی بودن BMI یا دور کمر بر اساس طبقه بندی BMI، دور کمر و امتیاز الگوی تغذیه ای اقدام شود. آموزش عمومی*
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه سبزیها	کمتر از ۳ واحد در روز		
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه میوه ها	کمتر از ۲ واحد در روز		
	مصرف معمول نوشتنی های گازدار، سوسیس؛ کالباس؛ انواع قست فود؛ پیترها	۱ تا ۲ بار در ماه		
	نوع روغن مصرفی	تلفیقی از روغن های مایع، جامد، نیمه جامد		
	مصرف معمول نمکدان سر سفره	گاهی		
تعداد واحد معمول مصرف روزانه لبنیات؛ سبزی؛ میوه مصرف معمول نوشتنی های گازدار، سوسیس؛ کالباس؛ انواع قست فود؛ پیترها نوع روغن مصرفی/مصرف معمول	مصرف مکمل ویتامین د	ندارد	-	تحویل و آموزش اهمیت و نحوه مصرف ویتامین د (دریافت ماهانه یک قرص ۵۰ هزار واحدی)
	بیماری/ ممنوعیت/ محدودیت/ رژیم غذایی خاص در یک سال گذشته	دارد	-	آموزش در خصوص اهمیت و نحوه مصرف ویتامین د
تعیین مرحله soc فرد (مراحل) رفتار عبارتند از: پیش تفکر، تفکر، عمل، نگرنداری)	بیماری/ ممنوعیت/ محدودیت/ رژیم غذایی خاص در یک سال گذشته	ندارد	-	-
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه لبنیات	۲ - ۳ واحد	دو	- تسویق فرد برای حفظ وضع موجود - در صورت نداشتن هیچ گونه مشکل، توانمند سازی فرد برای برنامه ریزی خود مراقبتی ارجاع: در صورت غیر طبیعی بودن BMI یا دور کمر بر اساس جدول طبقه بندی BMI اقدام شود. آموزش عمومی*
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه سبزیها	۳ - ۵ واحد		
	تعداد واحد معمول مصرف روزانه میوه ها	۲ - ۴ واحد		
	مصرف معمول نوشتنی های گازدار، سوسیس؛ کالباس؛ انواع قست فود؛ پیترها	مصرف نمی کند یا بندرت مصرف می کند		
نوع روغن مصرفی	فقط روغن مایع (معمولی یا سرخ کردنی)			
مصرف معمول نمکدان سر سفره	مصرف نمی کند یا بندرت مصرف می کند			

*آموزش همه مراجعین برای مصرف ماهی ۲ بار در هفته/ حیوانات/ تخم مرغ/ لبنیات کم چرب/ نان سبوس دار/ استفاده از مواد غذایی تازه و روش پخت بخار پز، آب پز و تنوری برای طبخ غذا - کاهش مصرف سرخ کردنی، انواع شیرینی، قند، نمک، چربی، تنقلات کم ارزش مانند چیپس، جدا سازی پوست مرغ و چربی گوشت

مکمل یاری: به کلیه زنان و مردان گیرنده خدمات، اهمیت دریافت مکمل ویتامین D و روش استفاده و احتیاطات مربوط به مصرف آن آموزش داده شده و مصرف ماهانه یک عدد مکمل ویتامین D 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.

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 و منظور از مصرف معمول هفتگی مصرف فرد در اکثر هفته ها 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.

میزان مطلوب مصرف روزانه لبنیات ۲-۳ واحد لبنیات ترجیحا لبنیات کم چرب است. هر واحد از گروه لبنیات برابر است با:

یک لیوان شیر یا ماست = ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر معمولی معادل یک و نیم قوطی کبریت = یک چهارم لیوان کشک = ۲ لیوان دوغ

توجه داشته باشید گرچه یک و نیم لیوان بستنی معادل یک سهم لبنیات محسوب می شود اما در گروه سنی میانسالان با توجه به میزان بالای کالری بستنی، به صورت مصرف معمول روزانه لبنیات توصیه نمی شود. در خصوص مصرف لبنیات پرچرب نیز به این اصل توجه شود. همچنین در گروه سنی بالاتر از ۵۰ سال سه واحد را به عنوان میزان مصرف مطلوب لبنیات در نظر بگیرید. اگر مصرف معمول لبنیات، هرگز /بندرت یا کمتر از ۲ واحد در روز باشد، امتیاز صفر و مصرف ۲ واحد و بیشتر امتیاز یک محسوب می شود.

میزان مطلوب مصرف روزانه سبزیها ۳-۵ واحد است. هر واحد از گروه سبزیها برابر است با:

یک لیوان سبزیهای خام برگ دار = نصف لیوان سبزی های پخته یا خام خرد شده = نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و هویج خرد شده = یک عدد گوجه فرنگی یا هویج یا خیار یا پیاز خام متوسط

توجه داشته باشید سیب زمینی در تعداد واحدهای سبزیها محاسبه نشود. اگر مصرف معمول سبزیها، هرگز /بندرت یا کمتر از ۳ واحد در روز باشد، امتیاز صفر و مصرف ۳ واحد و بیشتر امتیاز یک محسوب می شود.

میزان مطلوب مصرف روزانه میوه ها ۲-۴ واحد است. هر واحد از گروه میوه ها برابر است با:

یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال، گلابی، هلو، کیوی، شلیل ۲ =) عدد نارنگی = نصف گریپ فروت = نصف لیوان میوه های ریز مانند توت، انگور، انار ۱۲ = عدد گیلاس، ۲ عدد آلو یا خرما یا انجیر تازه = یک برش ۳۰۰ گرمی

خربزه یا طالبی یا هندوانه ۴ = عدد زردآلو متوسط تازه یا خشک = نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه = یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار ۲ = قاشق غذا خوری کشمش = سه چهارم لیوان آب میوه تازه و طبیعی (توصیه شود تا حد امکان از میوه های تازه به جای آبمیوه استفاده گردد.) اگر مصرف معمول میوه ها، هرگز/بندرت یا کمتر از ۲ واحد در روز باشد، امتیاز صفر و مصرف ۲ واحد و بیشتر امتیاز یک محسوب می شود.

عادات غذایی نامناسب مورد سوال شامل مصرف معمول هفتگی سوسیس؛ کالباس؛ پیتزا؛ فست فود؛ ذرت مکزیکی؛ سیب زمینی سرخ کرده، گوشتهای نمک سود، دودی و کنسروی در ماه، همچنین مصرف معمول در ماه نوشیدنی های گازدار (کولاها، ماء الشعیر، دوغ گازدار) می باشد. در صورت مصرف آنها توسط مراجعه کننده به طور معمول، بر حذف یا استفاده کمتر از مواد فوق و جایگزین نمودن دوغ، آبمیوه های طبیعی و شربتهای گیاهی خانگی و مخصوصا مصرف روزانه ۶-۸ لیوان آب تاکید شود. در دو سوال مصرف روغن جامد و نیمه جامد (اعم از نباتی یا حیوانی) و استفاده از نمکدان سر سفره، آموزش برای تشویق به حذف مصرف این مواد مد نظر می باشد. برای کاهش مصرف نمک و حذف نمکدان سر سفره، توصیه گردد برای طعم دادن به غذاها، از چاشنی هایی مانند سرکه، آبلیمو، سیر، پیاز، سبزیهای معطر و سایر ادویه ها استفاده شود، محدود کردن مصرف قندهای ساده مانند قند، شکر، شکلات و شیرینی، نوشابه و آبمیوه های صنعتی مورد تاکید قرار گیرد. برای هریک از سوالات مصرف معمول فست فود و... و

نوشیدنی های گازدار، اگر مصرف معمول بندرت/هرگز یا یک بار در ماه باشد، امتیاز یک و دو بار وبیشتر در ماه امتیاز صفر محسوب می شود. اگر روغن مصرفی فقط گیاهی مایع (معمولی و سرخ کردنی) باشد، امتیاز یک و مصرف روغن جامد، نیمه جامد، حیوانی یا تلفیقی از روغن مایع و جامد امتیاز صفر می گیرد. در مورد نمکدان سر سفره، مصرف همیشگی یا گاهی اوقات امتیاز صفر و مصرف بندرت یا هرگز امتیاز یک محسوب می شود.

همچنین موارد نیازمند توصیه برای خود مراقبتی شامل مصرف ماهی ۲ بار در هفته /حبوبات /تخم مرغ /لبنیات کم چرب / نان سبوس دار، جداسازی پوست مرغ و چربی گوشت، کاهش مصرف سرخ کردنی /انواع شیرینی /تنقلات کم ارزش مانند چیپس وآموزش داده شده و به صورت کلی استفاده از مواد غذایی تازه به جای کنسروها و مواد غذایی منجمد برای طبخ غذا، طبخ بخارپز و تنوری و رعایت اصول صحیح نگهداری مواد غذایی و غذا مورد تاکید قرار گیرد.

همچنین با توجه به وضعیت نمایه توده بدنی فرد، بیماریهای زمینه ای یا دیگر مواردی که ارائه دهنده خدمت لازم بدانند از مراجعه کننده پرسش نموده، و نتیجه بررسی را در قسمت سایر موارد نیازمند بررسی یا توصیه ثبت می نماید. به عنوان مثال در صورت مصرف زیاد گوشت قرمز به استفاده کمتر از گوشت قرمز و مصرف بیشتر گوشتهای سفید توصیه شده و بر مصرف گوشت قرمز کم چربی یا جایگزین کردن با تخم مرغ، حبوبات و مغز دانه ها (گردو، بادام، فندق، پسته) تاکید شود. مگر آنکه پزشک به علت خاصی مثلا ابتلا به آنمی فقر آهن مصرف گوشت قرمز را به فرد توصیه کرده باشد

که در بررسی پزشک مورد توجه قرار می گیرد. یا در صورت مصرف بیش از میزان مطلوب گروه نان و غلات و سایر مواد غذایی پر کالری در فرد چاق انجام توصیه های لازم برای کاهش مصرف مواد غذایی پر کالری ضروری به نظر می رسد.

جدول طبقه بندی ادغام یافته تغذیه و تن سنجی برای تصمیم گیری و ارجاع			
شرح ارجاع / اقدام	امتیاز الگوی تغذیه	وضعیت BMI	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ارائه توصیه های کلی تغذیه توسط مراقب سلامت ✓ ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی و ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای ✓ ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه ✓ پیگیری فرد یک ماه توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) ✓ در صورت برطرف نشدن مشکل، ادامه مراقبت توسط کارشناس تغذیه سه ماه بعد یا کنترل نمایه توده بدنی، امتیاز الگوی تغذیه و دور کمر ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت 	<ul style="list-style-type: none"> با هر امتیاز با هر امتیاز 	<ul style="list-style-type: none"> کمتر از ۱۸/۵ (لاغری) ۳۰ و بیشتر (چاقی) 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ آموزش تغذیه توسط مراقب سلامت ✓ تعیین مرحله تغییر رفتار (soc) فرد و آموزش متناسب با نیاز مراجعه کننده برای قرار گرفتن در مرحله عمل ○ آموزش برای مصرف روزانه گروه های غذایی بر اساس هرم غذایی، مشرات مصرف نوشیدنی های گازدار، سوسیس؛ کالباس؛ انواع فست فود، روغن جامد و نیمه جامد و نمک زیاد ○ در افراد دارای اضافه وزن مشاوره برای کاهش وزن به میزان ۴ - ۲ کیلوگرم در ماه با رعایت رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی مطلوب ○ در افراد دارای چاقی شکمی، آموزش در خصوص اهمیت و عوارض چاقی شکمی (افزایش خطر بیماریهای مزمن نظیر دیابت، بیماری قلبی عروقی و...) ✓ در صورت برطرف نشدن مشکل در موعد پیگیری (الگوی تغذیه، دور کمر و اضافه وزن) ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای و ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه (در صورتی که روند بهبودی در الگوی تغذیه، کاهش دور کمر و کاهش وزن وجود دارد، مراقبت توسط مراقب سلامت ادامه یابد) ✓ پیگیری فرد یک ماه بعد توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) ✓ در صورت برطرف نشدن مشکل، ادامه مراقبت توسط کارشناس تغذیه سه ماه بعد یا کنترل نمایه توده بدنی، امتیاز الگوی تغذیه و دور کمر ادامه مراقبت مطابق بسته خدمت 	<ul style="list-style-type: none"> پیگیری برای یک دوره سه ماهه پیگیری برای دو دوره سه ماهه پیگیری برای یک دوره سه ماهه پیگیری برای دو دوره سه ماهه 	<ul style="list-style-type: none"> ۹۰ و بالاتر زیر ۹۰ ۹۰ و بالاتر زیر ۹۰ 	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ آموزش تغذیه و پیگیری توسط مراقب سلامت هر ۶ ماه یکبار و پس از اصلاح سه سال بعد تشویق برای شرکت در کلاس های آموزشی گروهی کارشناس تغذیه 	۷-۱۱	۱۸/۵ تا ۲۴/۹ (طبیعی)
	<ul style="list-style-type: none"> تشویق برای ادامه الگوی تغذیه مناسب و ارزیابی دوره ای بعدی سه سال بعد 	۱۲	

ارزیابی فعالیت جسمانی میانسالان

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 می‌گیرد. منظور از فعالیت جسمانی به طور معمول اکثر هفته‌ها می‌باشد. 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 بهانه‌هایی مانند کمبود وقت، تنبلی، خستگی، سرما یا گرمای هوا، عدم آگاهی از چگونگی انجام فعالیت جسمانی و فواید آن و می‌تواند باشد. بر حسب علت یا بهانه‌ای که فرد برای زندگی بدون تحرک خود ذکر می‌کند، می‌بایست اقدام لازم صورت گیرد. در مواردی که وجود بیماری، علت عدم فعالیت جسمانی فرد می‌باشد، پس از انجام آزمون par-q لازم است فرد برای مشاوره به پزشک ارجاع گردد. هم‌چنین در مواردیکه افزایش شدت یا زمان فعالیت فیزیکی مد نظر است، انجام این آزمون ضروری است. در غیر این صورت مشاوره برای تغییر رفتار انجام شده و برای کسانی که تازه فعالیت بدنی را شروع می‌کنند، 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 می‌باشد.

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

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 خانه‌های مقابل آن مطابق دستور عمل ثبت شود:

در صورت عدم انجام هریک از فعالیت‌ها، در خانه‌های 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 می‌دهد، که شدت، مدت و دفعات آن در هفته در خانه‌های مقابل آن درج گردد.

کار / شغل همراه با فعالیت بدنی: اگر فرد کار پر تحرک دارد یا وظایف شغلی وی توأم با فعالیت بدنی است (مانند کشاورز، کارگر)، در خانه‌های 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 می‌کنند. اما چمن زنی و شخم زدن شدت متوسط به بالا دارند.

ورزش و سایر تمرینات 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.

سایر فعالیتهای جسمانی: هرگونه فعالیت جسمانی دیگری که فرد انجام می دهد و در دسته بندی های فوق قرار نمی گیرد، در این بخش ثبت می 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 ۳-۴ کلمه یک بار نفس بکشد، شدت فعالیت او متوسط و اگر مجبور است هر ۱-۲ 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.

به عنوان مثال، اگر سن فردی ۳۵ سال باشد، حداکثر ضربان قلب وی $35=185-220$ و ۵۵ درصد آن حدود ۱۰۲ می باشد. این فرد اگر در حین فعالیت ورزشی تعداد ضربان قلبش ۱۰۲ بار و بیشتر باشد، شدت فعالیت او متوسط رو به بالا است.

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

زمان در هفته: مدت زمان هربار یا هر روز فعالیت جسمانی مورد نظر بر حسب دقیقه در تعداد دفعات آن ضرب شده و عدد حاصل در خانه مربوطه در ستون زمان در هفته ثبت می گردد. به عنوان مثال اگر فرد ۳ روز در هفته و هر روز ۱۵ دقیقه پیاده روی تند دارد، ۴۵ 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 ۱۵۰ دقیقه برسد، زمان فعالیت بدنی برای تامین سلامت او کافی است.

فعالیت جسمانی منظم و مستمر: فعالیت جسمانی منظم و مستمر فعالیتی است که به طور معمول در اکثر هفته ها و در اکثر روزهای هفته انجام می شود.

فعالیت جسمانی مطلوب: چنانچه فرد بطور معمول، منظم و مستمر، فعالیت جسمانی با شدت متوسط حداقل ۳۰ دقیقه در روز، ۵ روز یا ۱۵۰ دقیقه در هفته داشته باشد یا بطور معمول، منظم و مستمر، فعالیت جسمانی شدید به مدت ۷۵ دقیقه در هفته، حداقل در سه روز داشته باشد، در خانه مطلوب علامت زده شود. در صورت عدم فعالیت جسمانی یا کافی نبودن فعالیت جسمانی از نظر مدت، شدت و استمرار آن، در خانه نامطلوب علامت زده شده و برای ارتقای فعالیت جسمانی آموزش و مشاوره لازم ارائه گردد.

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.

به عنوان مثال، برای فردی که ۳ 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: ۳ بار، فعالیت جسمانی این فرد در خانه نامطلوب علامت گذاری می شود و با توجه به وضعیت مراجعه کننده به وی توصیه می شود که فعالیت خود را از طریق افزایش تعداد روزهای فعالیت جسمانی با شدت متوسط یا افزایش مدت زمان انجام فعالیت جسمانی با شدت متوسط در هر روز به ۱۵۰ دقیقه در هفته افزایش دهد.

در مواردی که وجود بیماری، علت نامطلوب بودن فعالیت جسمانی فرد می باشد، لازم است فرد برای تعیین نوع و شدت فعالیت جسمانی به پزشک ارجاع گردد.

جدول تعیین شدت فعالیت فیزیکی با توجه به نوع فعالیت

نوع فعالیت فیزیکی	شدت خفیف (کمتر از ۳ مت)	شدت متوسط (۳-۶ مت)	شدت شدید (مساوی یا بیش تر از ۶ مت)
پیاده روی	پیاده روی آهسته اطراف منزل، محل کار	پیاده روی با سرعت ۳-۵ مایل در ساعت	پیاده روی خیلی تند
فعالیت های خانگی	ایستادن، مرتب کردن تختخواب، شستن ظروف، اتو کردن، آماده کردن غذا	شستن حیاط، فرش و اتومبیل، ساییدن کف، جارو زدن دستی، تی کشیدن	-
فعالیت فیزیکی حین انجام کار	فعالیت های نشستن مانند استفاده از کامپیوتر، کار کردن پشت میز کار، استفاده از ابزارهای دستی سبک	نجاری، حمل و پشته سازی چوب / چمن زنی، هل دادن ماشین چمن زنی	جابجایی شن، ماسه، زغال سنگ و غیره با بیل / حمل بارهای سنگین مانند آجر، کار کشاورزی سنگین، جمع آوری علوفه، بیل زدن، حفر گودال
فعالیت های ورزشی-تفریحی	فعالیت های زمان فراغت و ورزش شامل هنر و صنایع دستی، بلیارد، ماهیگیری نشسته، نواختن بیش تر آلات موسیقی	فعالیت های زمان فراغت و ورزش شامل بدمینتون تفریحی، حرکات موزون در سالن، ماهیگیری از ساحل رودخانه همراه با پیاده روی، موج سواری، تنیس روی میز، والیبال غیرحرفه ای	فعالیت های ورزشی شامل دوچرخه سواری، فوتنبال، شنا، والیبال حرفه ای، بسکتبال، تنیس تک نفره، دویدن، کوهپیمایی

فعالیت فیزیکی میانسالان

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>سوال کنید: آیا فرد فعالیت فیزیکی دارد؟ در صورت نداشتن فعالیت فیزیکی: دلایل آن را از نظر: وجود ممنوعیت / محدودیت / بیماری / معلولیت/ موانع اجتماعی/ خانوادگی/ بهانه های فردی و ... سوال کنید</p> <p>در صورت داشتن فعالیت فیزیکی: - نوع فعالیت را تعیین کنید (پایاده روی، کار/ شغل همراه با فعالیت بدنی، ورزش و سایر تمرینات تفریحی- ورزشی)</p> <p>- شدت فعالیت فیزیکی را بر اساس جدول تعیین شدت فعالیت با توجه به نوع فعالیت (صفحات بعد) یا روش صحبت کردن (TALK test) تعیین کنید</p> <p>- مدت انجام هر نوع فعالیت فیزیکی در روز را تعیین کنید</p> <p>- دفعات یا تعداد روزهای انجام هر نوع فعالیت فیزیکی در هفته را تعیین کنید</p> <p>- مرحله رفتار را بر اساس مدل soc تعیین کنید</p> <p>(par-q): آزمون آمادگی فعالیت فیزیکی را در بیماران/ قبل از تجویز فعالیت فیزیکی جدید/ قبل از افزایش زمان و دفعات و شدت فعالیت فیزیکی انجام دهید و بر اساس نتیجه تصمیم گیری کنید</p>	<p>دارای محدودیت/ ممنوعیت پزشکی برای فعالیت فیزیکی/ دارای مشکل در آزمون پارکیو (par-q)</p> <p>- فعالیت فیزیکی ندارد - بدون مشکل در آزمون پارکیو (par-q)</p> <p>فعالیت فیزیکی دارد</p>	<p>نامطلوب/ دارای مشکل در پارکیو (par-q)</p> <p>فعالیت نامطلوب/ بدون مشکل در پارکیو (par-q)</p> <p>نامطلوب از نظر شدت/ مدت/ دفعات</p> <p>مطلوب از نظر شدت/ مدت/ دفعات</p>	<p>ارجاع به پزشک مراقبت با توجه به نوع بیماری یا محدودیت بر اساس نظر پزشک</p> <p>- تعیین مرحله رفتار</p> <p>- آموزش و مشاوره برای قرار گرفتن فرد در مرحله عمل (از بیان فواید ورزش برای فرد، رفع بهانه ها و کمک به رفع موانع فردی و خانوادگی تا کمک برای برنامه ریزی ورزشی بر حسب مرحله رفتار مراجعه کننده)</p> <p>- آموزش چگونگی شروع فعالیت فیزیکی، برنامه ریزی ورزشی، کمک به برنامه ریزی خود مراقبتی</p> <p>مراقبت ممتد بر حسب شرایط فرد از نظر توانایی خودمراقبتی، مرحله تغییر رفتار</p> <p>ارجاع: در صورت عدم موفقیت اقدامات ارجاع کنید</p> <p>توصیه به حفظ وضع موجود، توانمند سازی فرد برای برنامه ریزی خود مراقبتی</p> <p>مراقبت بعدی: 3 سال بعد</p>

قبل از تجویز نسخه ورزشی برای شروع فعالیت جسمانی با شدت یا مدت بیشتر، آمادگی مراجعه کننده را با استفاده از پرسشنامه زیر سنجش نمایید.

ارزیابی نیاز به مشاوره با پزشک قبل از شروع فعالیت های جسمانی (پرسشنامه آمادگی فعالیت فیزیکی PAR-Q)		
خیر	بلی	۱) آیا پزشک تا به حال به شما گفته است که شرایط قلبی شما به گونه ای است که باید فقط فعالیت های جسمانی توصیه شده توسط پزشک را انجام دهید؟
خیر	بلی	۲) آیا در حین فعالیت جسمانی درد در قفسه سینه دارید؟
خیر	بلی	۳) آیا در ماه گذشته، در زمانی که فعالیت جسمی نداشتید، قفسه سینه شما درد می گرفت؟
خیر	بلی	۴) آیا تعادل خود را به علت سرگیجه از دست می دهید یا تا به حال هوشیاری خود را از دست داده اید؟
خیر	بلی	۵) آیا مشکل استخوانی یا مفصلی (مانند پشت، زانو یا لگن) دارید که ممکن است با تغییر در میزان فعالیت جسمانی بدتر شود؟
خیر	بلی	۶) آیا اخیراً به تجویز پزشک، داروهای کاهنده فشار خون یا داروهای قلبی مصرف می نمایید؟
خیر	بلی	۷) آیا دلایل دیگری دارید که نباید فعالیت جسمانی داشته باشید؟

در صورت پاسخ مثبت به یک یا بیشتر از سئوالات مندرج در جدول پس از توضیح موارد زیر، مراجعه کننده را به پزشک ارجاع دهید.

در جداول تن سنجی؛ ارزیابی الگوی تغذیه و ارزیابی فعالیت فیزیکی میانسالان، تعیین مرحله (SOC مراحل تغییر رفتار) فرد برای ارائه آموزش ها و ارتقای شیوه زندگی ذکر گردیده است. بدین منظور در فرایند مشاوره برای تعیین مرحله رفتار فرد در تغذیه؛ فعالیت فیزیکی و ترک مصرف دخانیات طبق جدول زیر اقدام نمایید

سوال	پاسخ بلی	پاسخ خیر	اقدام
آیا فرد تاکنون به عوارض شیوه زندگی ناسالم (تغذیه نامطلوب، کم تحرکی، مصرف دخانیات) بر روی سلامتی خود فکر کرده است؟	مرحله تفکر	مرحله پیش تفکر	پاسخ خیر: آموزش عوارض نامطلوب شیوه زندگی سالم
آیا فرد آمادگی (تمایل) برای ارتقای شیوه زندگی خود را دارد؟	مرحله آمادگی		پاسخ خیر: آموزش درباره منافع شیوه زندگی سالم، صحبت درباره افراد موفق در تغییر شیوه زندگی پاسخ بلی: ارائه اطلاعات و راهکارهای مناسب
آیا فرد برای ارتقای شیوه زندگی خود بر اساس آموزش هایی که دریافت کرده، دست به اقدام عملی زده است؟	مرحله عمل		پاسخ خیر: بررسی موانع و مشکلات (موانع فردی، خانوادگی، اجتماعی) برای انجام اقدامات لازم پاسخ بلی: تشویق و حمایت فرد، ارائه راهکارهای مناسب
آیا فرد در دو دوره زمانی ۳ ماهه گذشته شیوه زندگی سالم (تغذیه مناسب، فعالیت فیزیکی مطلوب، ترک مصرف دخانیات) داشته است؟	مرحله پایداری		پاسخ خیر: حمایت روانی و تشویق فرد برای تلاش دوباره پاسخ بلی: تشویق و حمایت فرد برای حفظ رفتار تغییر یافته

ارزیابی استعمال دخانیات :

در خصوص مصرف انواع دخانیات نظیر سیگار، قلیان، چپق و سایر مواد در حال حاضر از مراجعه کننده سوال شود. در صورت پاسخ بلی، نوع، دفعات استعمال روزانه یا هفتگی آن و سن شروع مصرف ماده مذکور، در خانه های مربوطه ثبت گردد. با توجه به اینکه در مورد استعمال دخانیات، 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 خانه مربوطه توضیح داده شده و خطرات این نوع استعمال حتی در معرض غیر مستقیم دود قرار گرفتن نیز گوشزد و برای تغییر رفتار مراجعه کننده اقدام گردد. در مورد افراد سیگاری، هدف اول رساندن تعداد سیگار مصرفی روزانه به حداقل ممکن و عوض کردن نوع سیگار به سیگار سبک تر و آماده کردن فرد برای ترک استعمال دخانیات و قطع مصرف قلیان می باشد.

وابستگی یا اختلال مصرف مواد: اختلال مصرف مواد، یک الگوی آسیب شناختی از رفتارهای مرتبط با مصرف مواد است که با نقص کنترل، اُفت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر، تداوم مصرف علیرغم مواجهه با آسیب های مرتبط با مصرف و تحمل فیزیولوژیک نسبت به مواد مشخص می گردد.

مواد شامل همه ترکیباتی است که واجد خواص روان گردان بوده و مصرف آنها موجب تغییر در رفتار (مانند عصبانیت)، اختلال در خلق و خوی (افسردگی)، اختلال در قضاوت و شعور فرد (فراموشی و بی توجهی) می شود.

مواد در دستجات زیر تقسیم بندی می شوند:

- ترکیبات افیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کدیین، ترامادول، غیره)

- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)

- محرک های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)

- آرام بخش ها یا قرص های خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره) و مسکن های اپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، ...) بدون تجویز پزشک یا با مقدار و دفعات مصرف بیش از تجویز پزشک پس از پرسش در خصوص استعمال دخانیات و ثبت موارد مربوطه با رعایت احترام و حریم خصوصی از مراجعه کننده سوال می شود که آیا ماده دیگری مصرف می کند یا خیر؟ به مراجعه کننده یاد آوری کنید که این ارزیابی برای تمام مراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد وضعیت سلامتی انجام می شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است.

هدف از این پرسش، دستیابی به پاسخ های صحیح و دقیق نبوده، بلکه انتقال این پیام به مراجعان است که مصرف مواد، پیامدهای منفی جدی بر سلامت آنها داشته و نظام مراقبت های بهداشتی نسبت به آن حساس بوده و آمادگی دارد در صورت وجود مشکل به آنان کمک نماید.

در صورت پاسخ بلی، سن شروع مصرف، مصرف در سه ماهه اخیر، نوع ماده مصرفی و دفعات مصرف پرسیده شود، در خانه های مربوطه ثبت و فرد مصرف کننده برای دریافت خدمات مشاوره به روانشناس یا پزشک دوره دیده ارجاع گردد.

ارزیابی و مراقبت مصرف دخانیات			
ارزیابی مصرف دخانیات	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>سوال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - آیا در طول عمر خود یکی از مواد دخانی دوزا (سیگار یا قلیان یا بیب) یا مواد دخانی بدون دود (جویندی، مکینتی و انقیه ای: ناس و...) را مصرف کرده اید؟ - اگر بلی در سه ماه گذشته چطور؟ در یک ماه اخیر چطور؟ - اگر قبلاً مصرف می کرده اید و ترک کرده اید چه مدت از ترک آن می گذرد؟ - آیا در ماه گذشته فردی در حضور شما در محیط زندگی یا کار دخانیات مصرف کرده است؟ (نماس یا دود دست نوم) - آیا با بقیای حاصل از مصرف دخانیات تماس دارید؟ (نماس یا دود دست سوم) 	<p>مصرف مستمر هر یک از مواد دخانی در طی یک ماه اخیر به صورت روزانه</p>	<p>مشکوک به وابستگی به نیکوتین</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ایجاد انگیزه و تشویق به ترک با استفاده از عوامل انگیزشی و استفاده از همگامی سایر افراد خانواده - آموزش اهمیت و نحوه اجتناب از استعمال غیر مستمر مواد دخانی - تشویق فرد برای ترک ماده دخانی از طریق آموزش مضرات و خطرات مصرف دخانیات و توصیه های مختصر توصیه به ادامه مراقبت و آموزش مختصر (۱) و آموزش فرایند ترک و... - آموزش مهارت‌ها و روشهای امتناع از مصرف ماده دخانی - آموزش برای آشنایی با روشهای ترک سیگار - آموزش تکنیکهای مقابله با وسوسه - ارجاع افراد مشکوک به وابستگی به کارشناس سلامت روان برای انجام غربالگری تکمیلی و تعیین وابستگی به نیکوتین و بیماریابی، کمک به قطع مصرف با مراقبت پیشگیری ثانویه (ارایه مداخلات در مانی و پیگیری) و در صورت لزوم ارجاع به پزشک برای مداخله دارویی - ارجاع افراد مصرف کننده غیر مستمر مواد دخانی به کارشناس سلامت روان برای ارایه آموزشی - پیگیری اولیه و کمک به قطع مصرف - پیگیری یک هفته، ۱-۳-۶ ماه بعد تا دستیابی به موارد زیر با نظروا شناس: - اطمینان از تناوم رفتار ترک، ارزیابی از نظر موفقیت ترک - بررسی ترک ناهموق و عود و ثبت نتایج - پیگیری از نظر مراجعه به کارشناس سلامت روان و در صورت عدم مراجعه بررسی علل آن
<p>در تمام طول عمر یا حداقل در یک سال اخیر مواد دخانی مصرف نکرده اما حداقل در یک ماه گذشته با دود دست نوم یا دست سوم تماس داشته است</p>	<p>در معرض خطر وابستگی به نیکوتین</p>	<p>مواجهه احتمالی (غیر مستقیم) با دود مواد دخانی</p>	<ul style="list-style-type: none"> - آموزش اهمیت و نحوه اجتناب از استعمال غیر مستقیم مواد دخانی (۲) - اطلاع رسانی به فرد برای شرکت در برنامه آموزشی گروهی - آموزش در باره عوارض از عوارض پوستی تا سرطان - مراجعه مجدد در ارزیابی دوره ای بعدی
<p>در صورت مصرف دخانیات در ۳ ماه اخیر موارد زیر را بررسی کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - نوع دخانیات مصرفی در حال حاضر - تعداد نخ سیگار مصرفی یا تعداد دفعات مصرف قلیان یا مواد دخانی دیگر در روز/ هفته / ماه - آیا تمایل به ترک سیگار دارد؟ 	<p>مواد دخانی مصرف نمی کند یا قبلاً مواد دخانی استفاده می کرده ولی در حال حاضر مصرف نمی کند و حداقل یک سال از زمان ترک گذشته است.</p> <p>با دود دست نوم و دست سوم تماس ندارد</p>	<p>غیر سیگاری بدون مواجهه با دود احتمالی</p>	<ul style="list-style-type: none"> - باز خورد مثبت اولیه - ارائه توصیه های آموزشی خود مراقبتی - تشویق مراجعه کننده برای حفظ وضع موجود - مراجعه مجدد در ارزیابی دوره ای بعدی

غربالگری اولیه سلامت روان در میانسالان :

جهت غربالگری افراد از لحاظ وجود یا عدم وجود علائم بیماری های روانی از ابزار غربالگری (K6 مقیاس دیسترس

درگیری با مصرف دارو، الکل و مواد			
اقدام	طبقه بندی	معیار طبقه بندی	ارزیابی
ارجاع فوری به پزشک برای تثبیت وضعیت بیمار و ارجاع به سطح ۲ پیگیری و مراقبت بر اساس دستور پزشک	احتمال مسمومیت با مواد در اثر دوز بالای	وجود یک یا بیشتر از علائم مطرح کننده اورژانس مرتبط با اختلال مصرف مواد	غربالگری اولیه در ارزیابی دوره ای با رعایت اصول مشاوره، رعایت حریم خصوص، و رزاداری، بدون حضور دیگران و با رعایت حقوق مراجعه کننده از او سوال کنید: ۱. در طول عمر خود کدام یک از مواد زیر را مصرف کرده اید؟ الف- انواع مواد دخالی یا تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره) ب- داروهای مسکن اپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوگسپانت، غیره) ج- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (بنزادپام، آلپرازولام، گلوپرالام، فلوپرییتال، غیره) د- الکل (بجو، شراب، عرق، غیره) ۲. مواد دیگر چطور؟ (فقط مصرف غیرپزشکی) الف- مواد آبیونی غیرقلوئی (تریپاک، شیر، سوخته، هروین، کراک هروین، غیره) ب- مشتق (سیگاری، گراس، بنگ، غیره) ج- محرک‌های -آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره) د- سایر - مشخص کنید: ... ۳. مصرف در سه ماه اخیر : اگر پاسخ هریک از سوالات بالا مثبت است سوال کنید که: آیا در طی ۳ ماه اخیر مصرف داشته اید؟ مراجعات موردی در صورت مراجعه فرد مبتلا به اختلال مصرف، موارد زیر را بررسی کنید: ۱. آیا فرد مبتلا به اختلال مصرف دارو، الکل یا مواد یا افراد خانواده او برای دریافت کمک مراجعه کرده اند؟ ۲. آیا فرد مبتلا تحت درمان می باشد؟ عوارض و فوریتهای در فرد مبتلا به اختلال مصرف یا تحت درمان برای ترک، وضعیت عوارض و فوریتهای را بررسی کنید: آیا هیچک از علائم زیر حین مصرف یا مدت کوتاهی پس از مصرف مواد یا در عرض چندین ساعت تا چند روز بعد از قطع مصرف مواد در فرد وجود دارد؟ کاهش سطح هوشیاری یا اغماء، اختلال جهت‌یابی به صورت ناگهانی از زمان، مکان یا اشخاص، تشنج، قصد جانی آسیب به خود یا خودکشی، پرخاشگری یا قصد آسیب به دیگران
- تشویق مراجعه کننده و جلب حمایت خانواده - توصیه های پیشگیری از خود به بیمار و خانواده (۳) : توصیه به خانواده برای فراهم سازی محیط مناسب و حمایت از درمان طولانی مدت و مراجعه منظم به پزشک و توجه به علائم هشدار - هشدار برای عوارض و فوریتهای (۴): توصیه به خانواده برای مراجعه به مراکز درمانی در هنگام بروز عوارض و فوریتهای مرتبط با درمان اختلالات مصرف مواد -ارجاع به پزشک - پیگیری و مراقبت بر اساس دستور پزشک	تحت درمان اختلال مصرف مواد	برای ترک تحت نظر می باشد و علائمی اورژانسی از ترک ندارد	
خروست بیان نگرانی ها و احساسات را به فرد بدهید. - با توجه به نوع ماده مصرفی و وضعیت مراجعه کننده خطرات و عوارض را آموزش دهید(۱) ارجاع به کارشناس سلامت روان برای غربالگری تکمیلی پیگیری و مراقبت با توجه به نظر کارشناس سلامت روان آموزش کاهش آسیب و خطرات تریپیک (۲) هشدار برای عوارض و فوریتهای	غربالگری اولیه مثبت (احتمال درگیری با مصرف دارو / الکل / مواد آبیونی)	پاسخ مثبت به هریک از سوالات مصرف دارو / الکل / مواد آبیونی به صورت خوراک، تنهایی، تریپیک، اعتنالی یا ویریدی، زیرزبانی یا به صورت شیاف منفعتی در سه ماه اخیر	
تکمیل با به روزرسانی فرد غربالگری اولیه با نگر منع شرح حال (فرد یا خانواده) ارجاع به روانشناس برای غربالگری تکمیلی و مشاوره با اعضای خانواده برای راغب سازی فرد به مراجعه نتیجه را به مراقب سلامت اعلام می کند.	درگیری با مصرف دارو یا الکل یا مواد	مراجعه و درخواست کمک از طرف خود فرد یا اعضای خانواده به علت درگیری با مصرف الکل و مواد بدون علائم اورژانس	
طبق پروتکل چارت استعمال دخانیات در بخش ۶ اقدام شود	استعمال مواد دخالی	پاسخ مثبت به سوال مصرف مواد دخالی	
انتقال پیام های زیر: ۱- مصرف مواد بی‌مدهای منفی جزی بر سلامت دارد ۲- نظام مراقبت‌های بهداشتی نسبت به آن حساس بوده و آمادگی دارد هر موقع سوالی دارد یا نیاز به کمک برای خود و سایر افران خانواده دارد به او کمک نماید. توصیه به شرکت در کلاس آموزشی کارشناس سلامت روان مراجعه بعدی در ارزیابی دوره ای یا وجود مشکل برای دریافت کمک	احتمال مشکل درگیری یا اختلال مصرف مواد و الکل و دارو ندارد	پاسخ منفی به کلیه سوالات	

روانشناختی کسلر) استفاده می شود. برای استفاده از این ابزار، بهروز یا مراقب سلامت، ابتدا ۶ سوال زیر را از مراجعه کننده پرسیده و به پاسخ های کیفی وی امتیاز عددی داده و بر حسب نمره پاسخ وی تصمیم گیری می شود:

سپس نمرات حاصله از هر سوال را باهم جمع بزنید. در صورتی که مراجعه کننده امتیاز کمتر از ۱۰ کسب نمود درخانه مربوطه در پایین جدول مقابل دیسترس روانشناختی ندارد را علامت بزنید و روش های مقابله و پیشگیری از بیماری های روان را بصورت مختصر آموزش دهید. اگر نمره ۱۰ و بالاتر کسب کرد در پایین جدول مقابل دیسترس روانشناختی» دارد « را علامت بزنید و وی را جهت بررسی های تکمیلی به پزشک مرکز ارجاع دهید. همچنین در صورتی که مراجعه کننده به بیش از سه سوال پاسخ نداده یا اظهار بی اطلاعی نموده باشد، امتیاز آزمون او اعتبار نداشته و نیاز به بررسی بیشتر توسط پزشک وجود دارد.از

مراجعه کننده دارای امتیاز k۶ ۱۰ و بالاتر سوال شود که آیا افکار خودکشی دارد؟ و پاسخ علامت زده شود. هم چنین در خصوص سابقه ابتلای فعلی به بیماری صرع نیز سوال و پاسخ در مربع مربوطه ثبت شود. از مراجعه کننده در خصوص ابتلا به بیماری اضطراب، افسردگی و سایر بیماریهای روان سوال و پاسخ ثبت گردد. چنانچه هر یک از موارد ذکر شده پاسخ مثبت داشت وی را به پزشک ارجاع نمایید.

امتیاز	همیشه (۴)	بیشتر اوقات (۳)	گاهی (۲)	بندرت (۱)	اصلا (۰)	ارزیابی روانشناختی: امتیاز کمتر از ۱۰ = دیسترس روانشناختی ندارد، امتیاز ۱۰ و بالاتر = دیسترس روانشناختی دارد*
						چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید مضطرب و عصبی هستید؟
						چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس نا آرامی و بیقراری می کردید؟
						چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس غم و اندوه می کردید؟
						چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن کارهای روزمره برای شما خیلی سخت است؟
						چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس نا امیدی می کردید؟
						چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟
دیسترس روانشناختی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> افکار خودکشی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ابتلای فعلی به صرع: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> سابقه ابتلا به بیماریهای خفیف روانی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نوع بیماری سابقه ابتلا به بیماریهای شدید روانی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نوع بیماری						

نکات ضروری در ارزیابی سلامت روان

(۱) قبل از پرسشگری موارد زیر را برای گیرنده خدمت درباره غربالگری توضیح دهید:

((در این بخش می خواهیم سؤالاتی در زمینه شرایط روان شناختی و استرس های شما بپرسم))

• هدف از این پرسشگری شناسائی زودرس ناراحتی های اعصاب و روان در مراجعین است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می شوند و بدین ترتیب می توان از بروز ناراحتی های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود

مطالبی که در این جلسه مطرح می گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می ماند

- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید

- این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می شود
- پاسخ گویی باز و صادقانه شما به ما در ارائه خدمات مورد نیاز کمک می کند

سوالاتی که از شما پرسیده می شود، در مورد حالت هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید

- سپس به خدمت گیرنده بگویید در پاسخ به هر سوال می توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً

(۲) برای بررسی ابتلا به بیماری روانی تشخیص داده شده

- به نگرانیهای بیمار و خانواده او برای مراجعه به روانشناس و روانپزشک شامل موارد زیر توجه کنید :

- ترس از انگ اجتماعی اختلال روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی

- نگرانی درباره پیامدهای منفی افشاء مشکل یا اختلال به عنوان مثل اخراج از محل کار در فرد

- نگرانی از عوارض داروهای روان پزشکی

- باورها و نگرش های خرافی در مورد راه های درمان اختلالات روانپزشکی، و مشکلات اجتماعی

- عدم پذیرش اختلال و نیاز به درمان توسط فرد مبتلا به اختلال یا مشکل به دلیل فقدان بینش درمورد بیماری

(۳) در صورت اظهار فرد به ناامیدی از زندگی و وجود افکار یا رفتار برای پایان دادن به زندگی خود و با ناامیدی ، با رعایت موارد زیر افکار یا رفتار او را بررسی کنید:

- صحبت او در خصوص خودکشی را جدی بگیرید و همدلی نشان دهید.

- فعالانه گوش دهید و علاقمندی خود را طی مصاحبه نشان دهید.

- از سرزنش و پند و اندرز اجتناب کنید.

- به فرد فرصت دهید تا آزادانه احساسات و عقاید خود را ابراز نماید.

- راجع به افکار خودکشی، اقدام یا برنامه برای اقدام به خودکشی به صراحت بپرسید.

- در تمامی مراحل از پیگیری درمان، مراجعه منظم به پزشک یا مصرف دارو اطمینان حاصل نمایید.(در افراد دارای غربال مثبت روانشناختی انجام گردد)

غربالگری اولیه سلامت روان در میانسالان						
اقدام		طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی		
- ارجاع فوری به پزشک/ روانپزشک یا مرکز روانپزشکی - فرد را تنها نگذارید و به وی بگویید که منابع دریافت کمک (ارجاع به پزشک، روانپزشک و ...) وجود دارد. - دسترسی بیمار برای دریافت خدمات را تسهیل نمایید.		احتمال اورژانس روانپزشکی (غربال مثبت از نظر افکار و رفتار خودکشی)	پاسخ مثبت به هر یک از سوالات غربالگری خودکشی	0 غربالگری سلامت روان: (1) در مورد حالت هایی که مراجعه کننده در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده به صورت زیر سوال کنید. ۱. چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس کردید مضطرب و عصبی هستید؟ ۲. چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس نا آرامی و بیقراری م کردید؟ ۳. چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس غم و اندوه کردید؟ ۴. چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن کارهای روزمره برای شما خیلی سخت است؟ ۵. چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس نا امیدی کردید؟ ۶. چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی کردید؟ - بر اساس پاسخ وی به هر سوال به صورت زیر نمره بدهید: (2) همیشه (4) بیشتر اوقات (3) گاهی اوقات (2) بندرت (1) اصلاً (صفر)		
- ثبت در پرونده و در صورت تمایل بیمار ارجاع به پزشک - مراقبت و پیگیری با نظر پزشک		مورد شناخته شده از ابتلا به هر یک از اختلالات بیماری اعصاب و روان	وجود شواهد یا پاسخ مثبت فرد به هر یک از سوالات در بررسی سوابق در خصوص ابتلا به بیماری اعصاب و روان امتیاز ۱۰ بالاتر از پرسشنامه غربالگری شش سوالی	• سوابق (3) • بررسی و سوال کنید: ۱- آیا تا به حال تشخیص مشکلات اعصاب و روان داشته اید؟ ۲- آیا در حال حاضر دارو اعصاب و روان مصرف می کنید؟		
انجام غربالگری افکار و رفتار خودکشی ارجاع به پزشک برای تعیین وضعیت مراجعه کننده		غربال مثبت در ارزیابی سلامت روان	بیشتر از ۳ مورد عدم پاسخ یا نمی داند	• غربالگری افکار و رفتار خودکشی (4) ۳- در صورت کسب امتیاز ≤ 10 و یا عدم پاسخ به ۳ سوال از پرسشنامه ۶ سوالی؛ راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود سوال کنید. - آیا هیچ گاه شده است از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟ - آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟		
اطلاع رسانی در خصوص: - آموزش مهارت های زندگی، آموزش مهارت های فرزندپروری و آموزش خود مراقبتی در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.		غربال منفی در ارزیابی سلامت روان	امتیاز کمتر از ۱۰ در پرسشنامه شش سوالی			

اهمیت ارزیابی خشونت خانگی

- بی اطلاعی اغلب کارکنان از بروز خشونت بر علیه مراجعه کننده
- شناسایی خشونت خانگی و مداخله به موقع در خدمات بهداشتی اولیه
- غربالگری خشونت خانگی:

✓ با استفاده از پرسشنامه HITS (روایی و پایایی بالا)

ارزیابی خشونت خانگی در زنان متاهل: امتیاز بالاتر از ۱۰ = در معرض خشونت خانگی (همسر آزاری)	اصلا (1)	بندرت (2)	گاهی (3)	بیشتر اوقات (4)	همیشه (5)	امتیاز
--	----------	-----------	----------	-----------------	-----------	--------

						آیا همسر شما تا کنون شما را کتک زده است؟
						آیا همسر شما تا کنون به شما توهین کرده است؟
						آیا همسر شما تا کنون شما را تهدید به آسیب کرده است؟
<p>در صورت امتیاز بالاتر از ۱۰ و تمایل فرد به دریافت کمک ارجاع به کارشناس سلامت روان</p>						

ارزیابی خشونت خانگی (همسر آزاری) در زنان میانسال			
ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
	امتیاز بالاتر از ۱۰ پرسشنامه HITS همراه با علائم و نشانه های آسیب جسمانی ناشی از خشونت فیزیکی	خشونت فیزیکی	ارجاع به پزشک
<ul style="list-style-type: none"> پس از برقراری ارتباط مناسب با زنان متأهل، در باره روابط زن و شوهرها در خانواده توضیح داده و احتمال وقوع عصبانیت در رابطه آنها و تاثیر آن بر سلامت روانی افراد را یاد آور شوید. به فرد اطمینان دهید که حريم خصوصي وی مورد توجه قرار می گیرد. سپس در باره رابطه وی با همسر مطابق پرسشنامه "HITS" سوال کنید. موارد زیر را در بخش مشخصات عمومی فرد مورد توجه قرار دهید: طلاق بویژه در یک سال اخیر، وضعیت اقتصادی، دسترسی به خدمات سلامت، سکونت در مناطق حاشیه و سکونتگاههای غیررسمی، وجود معلولیت / اعتیاد / زندانی / بیماری خاص در فرد یا در خانواده و.... 	امتیاز بالاتر از ۱۰ پرسشنامه HITS	خشونت خانگی (همسر آزاری)	ارجاع به کارشناس سلامت روان / روانپزشک در صورت تمایل فرد به صورت تمایل فرد به دریافت خدمت
	وجود هر یک از موارد زیر در مشخصات عمومی فرد: تجربه طلاق، جدایی یا فوت همسر در یک سال گذشته، زن سرپرست خانوار بیکار، وجود فرد معلول، مبتلا به بیماری خاص، مبتلا به اعتیاد، زندانی در خانواده، حاشیه نشینی، عدم دسترسی به خدمات سلامت یا ممانعت از دریافت این خدمات	خانواده آسیب پذیر	آموزش و در صورت تمایل فرد به دریافت مشاوره ارجاع به کارشناس سلامت روان
	امتیاز ۱۰ و کمتر از ۱۰ پرسشنامه HITS	بدون مشکل	آموزش

خشونت خانگی به معنی رفتار خشونت آمیز و سلطه گرانه یک عضو خانواده علیه عضو یا اعضای دیگر همان خانواده است. بر اساس مطالعات جامعه شناسی، هدف اصلی خشونت خانگی کودکان خردسال هستند. دومین نوع خشونت معمول در خانواده، خشونت شوهران علیه زنان است. خشونت درون خانواده بازتاب الگوهای کلی تر رفتار خشن است. بسیاری از مردانی که زنان و کودکانشان را از نظر فیزیکی مورد تعرض قرار می دهند، در زمینه های دیگر سابقه خشونت دارند. پذیرش فرهنگی شکلهایی از خشونت خانگی مانند تنبیه بدنی؛ از عواملی است که میزان خشونت خانگی را افزایش می دهد.

خشونتهای خانگی به انواع مختلف خشونت فیزیکی، خشونت جنسی، خشونت روانی، محرومیت و محدودیت بروز می کند. فرزندان که شاهد این خشونتها هستند همواره دچار ضربه های عاطفی می شوند که در زندگی آنها تاثیر بسزایی خواهد داشت. این فرزندان از اختلال استرس پس از سانحه رنج می برند. تمرکز خود را از دست می دهند و دچار بی خوابی، بی اشتهايي و تاخیر در رشد می شوند. در مورد این فرزندان به اشتباه تشخیص کمبود محبت داده میشود و از آنها پرسش نمیشود که آیا شاهد خشونت بوده اند. پسرانی که شاهد خشونت پدرانشان بر مادرانشان بوده اند به احتمال قوی خود نیز در زندگی زناشویی آینده این خشونت را باز تولید خواهند کرد. افسردگی، اعتیاد به مواد مخدر، الکل، بزهکاری و فرار از

خانه در میان آنان شایع تر است؛ و در نهایت اینکه فرزندان ی که شاهد خشونت جسمی و جنسی بر مادران خود هستند خود نیز می توانند قربانی این خشونتها باشند.

خشونت خانگی در بسیاری از موارد از چشم کارکنان بهداشتی و پزشکان دور مانده و شناخته نمی شود. به همین جهت انجام غربالگری برای پیدا کردن موارد خشونت خانگی و مداخله به موقع برای رفع آن در خدمات بهداشتی اولیه اهمیت دارد.

پرسشنامه HITS ابزاری است که برای غربالگری خشونت خانگی مورد استفاده قرار گرفته و از روایی و پایایی لازم برخوردار بوده است

پیشگیری از سکنه های قلبی و مغزی از طریق خطر سنجی

*در زنان گروه سنی ۳۹-۳۰ سال بدون عوامل خطر اصلی در خصوص سابقه دیابت حاملگی / سابقه دو بار سقط خود بخودی / سابقه مرده زایی / سابقه به دنیا آوردن نوزاد با وزن بیش از ۴ کیلوگرم، سوال شود. در صورت پاسخ مثبت، آزمایش کلسترول و قند خون ناشتا انجام و در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش های فوق، به پزشک ارجاع گردد.

*ارجاع به پزشک برای تایید ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری ها در صورت لزوم برای دو گروه زیر انجام و پیگیری بیماران بر اساس دستورالعمل مراقبت ممتد مربوطه صورت گیرد:

۱ - قند خون ناشتا ۱۰۰ و بالاتر یا فشارخون ۱۴۰/۹۰ و بالاتر یا کلسترول ۲۰۰ و بالاتر ۲ - موارد شناخته شده بیمار مبتلا به دیابت یا فشارخون بالا یا دیس لیپیدمی به پزشک در صورت فشارخون ۱۲۰/۸۰ و بالاتر (پیش فشارخون بالا) پیگیری و اندازه گیری فشارخون یک سال بعد انجام شود

گامهای خطر سنجی:

گام ۱ : اگر فرد مبتلا به دیابت است از جدول مربوط به دیابت استفاده کنید.

گام ۲ : بر اساس جنسیت فرد ستون مرد یا زن را انتخاب کنید.

گام ۳ : هر یک از ستون های مرد و زن شامل دو قسمت هستند، یکی برای مصرف کننده دخانیات و دیگری برای افراد غیر مصرف کننده، ستون مناسب را انتخاب کنید.

گام ۴: روی محور عمودی گروه سنی را انتخاب کنید (اگر سن بین ۵۹ - ۵۰ باشد سن ۵۰ و اگر بین ۶۹ - ۶۰ باشد سن ۶۰ و برای گروه سنی ۴۹ - ۴۰ سال سن ۴۰ سال را انتخاب کنید)

گام ۵: داخل گروه سنی انتخاب شده با استفاده از نتایج اندازه گیری فشارخون و کلسترول که در ارزیابی نوبت اول بدست آمده است نزدیکترین مربع که فشار خون سیستولی و سطح کلسترول

یکدیگر را قطع می کنند را پیدا کنید. رنگ این مربع میزان خطر ۱۰ ساله حوادث قلبی عروقی را مشخص می کند.

گام ۶: بر اساس رنگ مربع میزان خطر مشخص می شود. فعالیت های پیشنهاد شده به ازای میزان خطر را در مورد هر یک از گروههای خطر انجام دهید.

توجه کنید: اگر مراجعه کننده سابقه ابتلا به دیابت نداشته باشد، پس از دریافت نتیجه آزمایش جدید وی ارزیابی خطر شود.

گروههای ارزیابی خطر و رنگ آن در چارت خطر سنجی:

۱. خطر کمتر از (% ۱۰ سبز)

۲. خطر ۱۰ تا کمتر از (% ۲۰ زرد)

۳. خطر ۲۰ تا کمتر از (% ۳۰ نارنجی)

۴. خطر ۳۰ تا ۴۰ درصد (قرمز)

۵. خطر ۴۰ درصد و بالاتر (زرشکی)



اقدام	طبقه بندی	معیار طبقه بندی
ارجاع فوری به پزشک	فشارخون بالای اضطراری	میانگین فشارخون ۱۸۰/۱۱۰ و بالاتر
<p>پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های قرمز یا زرشکی قرار گرفته اند یا ابتلا به بیماریهای قلبی عروقی تایید شده توسط پزشک بالون گذاری یا استنت قلبی، (سابقه عمل جراحی قلب باز، سابقه گرفتگی شریان های اندام تحتانی) یا سابقه سکته قلبی یا سکته مغزی</p>	خطر ۱۰ ساله ۳۰ درصد و بالاتر	<p>- توصیه به کاهش وزن، کاهش مصرف نمک، کاهش مصرف چربی، افزایش فعالیت بدنی</p> <p>- ارجاع به پزشک برای بررسی و تجویز استاتین و تجویز تیازیدها (در صورتی که فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد) و تایید یا عدم تایید ابتلا به بیماری ها *</p> <p>- پیگیری برای ارزیابی خطر افراد با خطر ۳۰٪ و بیشتر هر سه ماه</p> <p>- پیگیری مراقبت ممتد بیماران قلبی عروقی هر ماه (یا طبق دستور پزشک)</p> <p>- پیگیری برای مراقبت ممتد بیماران مبتلا به فشارخون بالا، دیابت و اختلال چربی های خون طبق دستورالعمل مربوطه</p>
پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های نارنجی قرار گرفته اند.	خطر ۱۰ ساله ۲۰ الی ۲۹ درصد	<p>آموزش شامل رژیم غذایی سالم، فعالیت بدنی کافی، عدم مصرف دخانیات و الکل</p> <p>- پیگیری برای ارزیابی خطر ۶ ماه بعد</p> <p>- ارجاع به پزشک برای تایید یا عدم تایید ابتلا به بیماری ها *</p> <p>- ارجاع افراد با خطر ۲۰٪ و بیشتر به پزشک برای بررسی و تجویز داروهای کاهنده فشارخون مانند تیازیدها (در صورتی که فشارخون پایدار ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد) و تجویز استاتین برای افراد ۴۰ سال به بالای دیابتی</p>

اقدام	طبقه بندی	معیار طبقه بندی
<p>آموزش شامل رژیم غذایی سالم، فعالیت بدنی کافی، کنترل وزن ، عدم مصرف دخانیات و الکل</p> <p>- پیگیری برای ارزیابی خطر هر ۹ ماه (پیگیری بعدی بر اساس میزان خطر جدید)</p> <p>- ارجاع به پزشک برای تایید یا عدم تایید ابتلا به بیماری ها *</p> <p>- پیگیری برای مراقبت ممتد بیماران مبتلا به فشارخون بالا، دیابت و اختلال چربی های خون طبق دستورالعمل مربوطه</p>	<p>خطر ده ساله</p> <p>۱۰ الی ۱۹ درصد</p>	<p>پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های زرد قرار گرفته اند</p>
<p>- آموزش شامل رژیم غذایی سالم، فعالیت بدنی کافی، حفظ وزن مناسب، عدم مصرف دخانیات و الکل</p> <p>- مراجعه یک سال بعد جهت ارزیابی مجدد</p> <p>- ارجاع به پزشک برای تایید یا عدم تایید ابتلا به بیماری ها *</p> <p>- پیگیری برای مراقبت ممتد بیماران مبتلا به فشارخون بالا، دیابت و اختلال چربی های خون طبق دستورالعمل مربوطه</p> <p>- اندازه گیری فشارخون یک سال بعد در صورت پیش فشارخون بالا</p>	<p>خطر ۱۰ ساله کمتر از ۱۰٪ به همراه احتمال ابتلا به بیماری</p>	<p>پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های سبز قرار گرفته اند و یکی از موارد زیر نیز در آنها وجود دارد:</p> <p>ابتلا به فشارخون بالا/ دیابت / دیس لیپیدمی</p> <p>دارای قند خون ناشتای ۱۰۰ و بالاتر یا فشارخون ۹۰ / ۱۴۰ و بالاتر یا کلسترول ۲۰۰ و بالاتر</p>

اقدام	طبقه بندی	معیار طبقه بندی
<p>آموزش شامل رژیم غذایی سالم، فعالیت بدنی کافی، عدم مصرف دخانیات و الکل</p> <p>- مراجعه یک سال بعد جهت ارزیابی مجدد</p> <p>اندازه گیری فشارخون یک سال بعد در صورت پیش فشارخون بالا</p>	<p>خطر ۱۰ ساله کمتر از ۱۰٪</p>	<p>پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های سبز قرار گرفته اند بدون بیماری یا عامل خطر</p>
<p>توصیه به کاهش وزن، کاهش مصرف نمک، کاهش مصرف چربی، افزایش فعالیت بدنی</p> <p>- مراقبت بعدی ۳ سال بعد</p>	<p>بدون مشکل</p>	<p>پاسخ به همه سوالات بخش ارزیابی منفی باشد و فشارخون طبیعی باشد و سن مراجعه کننده ۳۹ - ۳۰ سال باشد*</p>

غربالگری سرطان روده بزرگ

اقدام	طبقه بندی	معیار طبقه بندی	ارزیابی در گروه هدف ۵۰ تا ۶۹ سال
<ul style="list-style-type: none"> اصول خودمراقبتی را به فرد آموزش دهید. فرد را به سطح دو (مراکز تشخیص زودهنگام سرطان یا در صورت نبود آن پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان های عمومی) ارجاع دهید. 	<ul style="list-style-type: none"> موارد مشکوک و نیاز به ارجاع به پزشک 	<ul style="list-style-type: none"> دارا بودن یکی از موارد زیر: <ul style="list-style-type: none"> علامتدار سابقه خانوادگی مثبت سابقه فردی مثبت تست خون مخفی در مدفوع (FIT) مثبت 	<p>در مورد علائم زیر سوال کنید:</p> <ol style="list-style-type: none"> آیا در طی یک ماه اخیر خونریزی دستگاه گوارشی تحتانی (خونریزی از مقعد) داشته است؟ آیا در طی یک ماه اخیر یبوست (یا یا بدون اسهال، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج) داشته است؟ آیا در طی شش ماه اخیر کاهش بیش از ۱۰٪ از وزن بدن داشته است؟ <p>در مورد سابقه فردی سوال کنید:</p> <ol style="list-style-type: none"> سابقه فردی سرطان روده بزرگ سابقه فردی آدنوم روده بزرگ سابقه بیماری التهابی روده بزرگ (IBD) (بیماری کرون یا کولیت اولسروز)
<ul style="list-style-type: none"> اصول خودمراقبتی را به فرد آموزش دهید. توصیه شود پس از دو سال جهت ارزیابی مجدد مراجعه کند. توصیه شود در صورت داشتن مشکلات گوارشی در فواصل معاینات مراجعه کند. 	<ul style="list-style-type: none"> طبیعی و عدم نیاز به ارجاع 	<ul style="list-style-type: none"> وجود همه شرایط زیر: <ul style="list-style-type: none"> بدون علامت سابقه خانوادگی منفی سابقه فردی منفی تست خون مخفی در مدفوع (FIT) منفی 	<p>در مورد سابقه خانوادگی سوال کنید:</p> <ol style="list-style-type: none"> سابقه خانوادگی سرطان یا آدنوم روده بزرگ در افراد درجه یک خانواده (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزندان) سابقه سرطان روده بزرگ در فامیل درجه دو که در سن زیر 50 سال بروز کرده باشد (عمه، عمو، خاله، دایی، مادر بزرگ و پدر بزرگ) <p>آزمایش زیر برای مراجعه کننده انجام دهید:</p> <p>تست خون مخفی در مدفوع (FIT)</p>

غربالگری بیماری سل			
ارزیابی	معیار طبقه بندی	طبقه بندی	اقدام
<p>سوال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> آیا مراجعه کننده سرفه می کند؟ در صورت پاسخ مثبت مدت آن سوال شود: کمتر از ۲ هفته، دو هفته و بیشتر سابقه تماس با فرد مسلول دارد؟ اگر پاسخ مثبت بود، زمان آن کی بوده است: زیر ۲ سال، ۲ الی ۵ سال، ۵ سال و بیشتر آیا دچار ضعف سیستم ایمنی* (شامل HIV+، دیالیزخونی، دریافت کننده پیوند عضو / منز استخوان، سیلیکوزیس) می باشد؟ 	<p>فرد با سابقه سرفه دو هفته یا بیشتر <u>یا</u></p> <p>فرد با سرفه کمتر از دو هفته و دارای ضعف سیستم ایمنی <u>یا</u></p> <p>فرد با سرفه کمتر از دو هفته و دارای سابقه تماس با بیمار مسلول طی ۵ سال اخیر</p>	<p>مشکوک به سل فعال ربوی</p>	<p>آموزش آداب سرفه</p> <p>تهیه نمونه خلط، ارسال به آزمایشگاه و بیگیری پاسخ ارجاع به پزشک همراه با جواب آزمایش خلط (بدیهی است هرگاه فرد بد حال باشد برای ارجاع منتظر انجام / جواب آزمایش نخواهیم شد.</p> <p>مراقبت و پی گیری با توجه به دستورات پزشک پس از ویزیت و اقدام برای انجام DOTS در صورت لزوم</p>
	<ul style="list-style-type: none"> فرد فاقد سرفه دارای ضعف سیستم ایمنی <u>یا</u> فرد فاقد سرفه دارای سابقه تماس اخیر با بیمار مسلول (طی ۲ سال گذشته) 	<p>در معرض خطر ابتلا به سل نهفته</p>	<p>ارجاع به پزشک</p>
	<p>فرد دارای سرفه کمتر از دو هفته و فاقد ضعف سیستم ایمنی و بدون سابقه تماس با بیمار مسلول <u>یا</u></p> <p>سابقه تماس با بیمار مسلول بیش از پنج سال قبل</p>	<p>در معرض خطر ابتلا به سل فعال ربوی</p>	<p>۱- آموزش آداب سرفه</p> <p>۲- بیگیری وجود تداوم سرفه به مدت دو هفته</p> <p>۳- عدم ابتلا در صورت عدم تداوم به سرفه به مدت ۲ هفته</p> <p>۴- انجام فرآیند برخورد با بیمار مشکوک به سل در صورت تداوم سرفه به مدت ۲ هفته</p>
	<p>فرد فاقد سرفه و فاقد ضعف سیستم ایمنی و فاقد سابقه تماس با مورد مسلول طی ۲ سال اخیر</p>	<p>بدون عامل خطر یا ابتلا به سل</p>	<p>توصیه به شیوه زندگی سالم. مراجعه ۳ سال بعد یا در صورت بروز علائم</p>

خلاصه و نتیجه گیری :

جداول مراقبت گروه سنی ۳۰-۵۹ ساله زن و مرد بر اساس بسته ی مراقبت ادغام یافته ی میانسالان که توسط بهورز ارائه می گردد شامل :

- تن سنجی (اندازه گیری قد و وزن و دور کمر و محاسبه) • BMI و تعیین اضافه وزن ، چاقی، چاقی شکمی
- بررسی الگوی تغذیه (مصرف گروههای غذایی هرم و عادات غذایی :فست فود، نوشیدنی گازدار، نمک، روغن مصرفی) و آموزش و مشاوره برای بهبود آن
- بررسی وضعیت مصرف مکملها ، تجویز و آموزش نحوه مصرف مکمل ویتامین D ، آموزش برای مصرف نوع مکمل مصرفی لازم
- بررسی فعالیت جسمانی و آموزش و مشاوره برای بهبود آن
- بررسی مصرف دخانیات و وابستگی به نیکوتین ، ارجاع به روانشناس برای ایجاد آمادگی ترک در صورت مصرف دخانیات
- غربالگری مصرف الکل و مواد مخدر و داروهای روانگردان و در صورت مصرف تعیین نوع ماده مصرفی ، ارجاع به روانشناس برای غربالگری تکمیلی در صورت مثبت بودن غربالگری اولیه
- سلامت روان : بررسی دیسترس روانشناختی (پرسشنامه کسلر)، بررسی افکار و رفتار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال تشخیص داده شده یا دارای دیسترس روانشناختی، ارجاع به پزشک در صورت مثبت بودن غربالگری
- بررسی و ثبت وضعیت مصرف هرگونه دارو یا فراورده دارویی
- بررسی سوابق فردی و خانوادگی ، علائم و عوامل خطر دیابت، فشارخون بالا، بیماری قلبی عروقی
- اندازه گیری فشارخون ، مشاهده و ثبت نتایج آزمایش قند خون و لیپید
- انجام خطرسنجی حوادث قلبی عروقی و ارائه بازخورد مناسب به مراجعه کننده و اقدام متناسب با درجه خطر
- بررسی سوابق فردی و خانوادگی ، علائم و عوامل خطر سرطان کولورکتال و انجام آزمایش فیت
- واگیر: غربالگری سل در افراد دارای علائم ، بررسی اعضای خانواده فرد مبتلا به هیپاتیت
- غربالگری خشونت خانگی بر اساس پرسشنامه HITS و ارجاع به روانشناس در صورت غربالگری مثبت

پرسش و تمرین

- ۱- رنگ بندی استفاده شده در جدول راهنمای مراقبت ها و مفهوم هر یک را توضیح دهید.
- ۲- نمایه توده بدنی (BMI) خود را محاسبه نمایید.
- ۳- برای ایجاد فعالیت بدنی مطلوب در یک فرد میانسال چه میزان و شدتی از فعالیت بدنی را توصیه می کنید؟
- ۴- در چه صورت پرسشنامه آمادگی فعالیت فیزیکی (PAR-Q) برای افراد تکمیل می شود
- ۵- اقدام مناسب برای فرد تحت درمان اختلال مصرف مواد را به طور کامل شرح دهید.
- ۶- اقدام مناسب برای میانسال دارای امتیاز ۷ از پرسشنامه کسلر را توضیح دهید.

فصل پنجم :

آشنایی با شیوه های کنترل عوامل خطر رفتاری و محیطی



اهداف آموزشی

فراگیران در پایان این بخش باید بتوانند:

- ۱- توصیه های کلیدی در خصوص عوامل تغذیه ای خطر ساز در بروز بیماری های غیرواگیر شایع با ذکر مثال شرح دهد .
- ۲- به بیماران مبتلا به اضافه وزن و چاقی و برای پیشگیری از چاقی نکات مهم را آموزش دهد.
- ۳- اضافه وزن و چاقی و عوارض ناشی از آن را توضیح دهد .
- ۴- اثرات مثبت فعالیت بدنی بر بدن را شرح دهد .
- ۵- سطح فعالیت بدنی مراجعه کننده را به نحوه ی صحیح ارزیابی کند .
- ۶- نحوه ارزیابی و مراقبت از اختلال مصرف دخانیات ، مواد و الکل را کسب نماید .

عناوین آموزشی

- مقدمه
- توصیه های کلیدی در خصوص عوامل تغذیه ای خطر ساز در بروز بیماری های غیرواگیر شایع
- تغذیه در پیشگیری و کنترل دیابت
- تغذیه در پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی و فشار خون بالا (پرفشاری خون)
- تغذیه در پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی
- عوامل تغذیه ای پیشگیری کننده از سرطان
- ارتقای فعالیت بدنی
- پیشگیری و کنترل اختلالات مصرف الکل
- پیشگیری و کنترل مصرف دخانیات
- خلاصه و نتیجه گیری

مقدمه

الگوی نامناسب غذایی یکی از مهم ترین عوامل خطر بیماری های غیرواگیر از جمله چاقی، دیابت، بیماری های قلبی عروقی، فشار خون بالا و انواع سرطان ها می باشد. عادات و رفتار های غلط غذایی مانند مصرف غذاهای چرب و سرخ شده، مصرف زیاد مواد قندی و شیرین، فست فودها و نوشابه های گازدار، مصرف کم سبزی و میوه، حبوبات و غلات سبوس دار زمینه را برای اضافه وزن و چاقی و در نتیجه ابتلا به بیماری های غیر واگیر فراهم می کند. آموزش توصیه های تغذیه ای که در این بخش آمده است، می تواند نقش مهمی در پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر داشته باشد.

توصیه های کلیدی در خصوص عوامل تغذیه ای خطر ساز در بروز بیماری های غیرواگیر شایع

توصیه های کاربردی تغذیه ای برای کاهش مصرف چربی و روغن

مصرف بیش از حد روغن ها علاوه بر ایجاد چاقی، خطر ابتلا به بیماری های غیر واگیر از جمله بیماری های قلبی عروقی را افزایش می دهد. مصرف زیاد مواد غذایی پرچرب، به خصوص چربی های حیوانی (گوشت، تخم مرغ، شیر و لبنیات پرچرب) (خطر بروز سرطان پروستات و سرطان پستان را نیز افزایش می دهد.

به همین دلیل برای پیشگیری از ابتلا به اضافه وزن و چاقی، بیماری های قلبی عروقی و سرطان ها، از مصرف زیاد چربی و روغن باید خودداری شود. توصیه های زیر را بکار ببرید:

- برای پیشگیری از اضافه وزن و چاقی، مصرف چربی و روغن را کاهش دهید.
- حداقل ۲ بار در هفته ماهی بخورید زیرا اسیدهای چرب مفید آن خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی را کاهش می دهد.
- انواع فست فودها مثل پیتزا، سوسیس، کالباس، همبرگر دارای مقدار زیادی چربی هستند، بیشتر از یکبار در ماه از فست فودها استفاده نکنید.
- کباب کوبیده، کله پاچه، مغز، دل و قلوه هم حاوی مقدار زیادی چربی هستند، در مصرف آنها اعتدال را رعایت کنید.
- از شیر و لبنیات کم چرب (۱/۵ درصد چربی و کمتر) استفاده کنید.
- برای پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی و سرطان ها، کاهش دریافت چربی اشباع از منابع حیوانی (مثل گوشت قرمز و لبنیات پرچرب) می تواند بسیار سودمند باشد. دی: چربی، روغن و چاقی در صورت تمایل به سرخ کردن مواد غذایی، آنها را با مقدار کم روغن و در زمان کوتاه فقط تفت دهید.
- چربی اضافه غذا را قبل از مصرف بردارید و یا ظرف غذا را در یخچال بگذارید تا چربی آن سفت شده و قبل از مصرف، آن را از روی غذا جدا کنید.
- حتما از گوشت بدون چربی استفاده کنید و پوست مرغ را که حاوی چربی زیادی است قبل از مصرف جدا کنید.

- پنیر خامه ای، سرشیر و خامه حاوی مقدار زیادی چربی است. مصرف آنها را بسیار محدود کنید.
- در هنگام طبخ غذا، روغن را به طور مستقیم از داخل قوطی به درون ظرف نریزید، بلکه از قاشق استفاده کنید تا میزان
- روغن مصرفی کمتر شود.
- برای پیشگیری از افزایش کلسترول خون، به جای روغن حیوانی و چربی های جامد و نیمه جامد، از روغن های مایع مانند زیتون، کنجد، کلزا، ذرت، آفتابگردان و سویا استفاده کنید.
- روغن های خوراکی مایع که اسید چرب ترانس کمتر از ۲ درصد دارند، برای پخت غذا (خورش و روی برنج) و سالاد مناسب اند.
- روغن زیتون به دلیل دارا بودن مقادیر زیاد اسیدهای چرب غیراشباع از جمله اسید اولئیک و آنتی اکسیدان های طبیعی برای سلامت قلب و عروق مفید است.
- روغن مخصوص سرخ کردن برای مصارف دیگری نظیر پخت و پز، سالاد و روی برنج نباید استفاده شود.
- مصرف زیاد مواد غذایی پرچرب، به خصوص چربی های حیوانی (گوشت، زرده تخم مرغ، شیر و لبنیات پرچرب)، در بزرگ شدن پروستات (هیپرتروفی پروستات) موثر است و خطر بروز سرطان پروستات را نیز افزایش می دهد.
- با مصرف منابع غنی از امگا ۳ مانند مصرف ۳-۲ وعده ماهی تازه (ماهی قزل آلا، آزاد، کپور) در هفته می توان از ابتلا به سرطان پیشگیری کرد.
- رژیم غذایی حاوی میوه و سبزی فراوان، به ویژه منابع غنی از لیکوپن (مانند گوجه فرنگی) که خطر بزرگ شدن و سرطان پروستات را کاهش می دهند را رعایت نمایید.
- برای کنترل و پیشگیری فشار خون بالا، توصیه می شود لبنیات کم چرب (پاستوریزه با چربی کمتر از ۱/۵ درصد)، میوه ها، سبزی ها، غلات کامل، ماهی، مرغ، آجیل، حبوبات که سرشار از مواد مغذی کلیدی مانند پتاسیم، منیزیم، کلسیم، فیبر و پروتئین هستند، را بیشتر مصرف کنید.
- برای جلوگیری از افزایش فشار خون، مصرف غذاهای چرب و سرخ شده، فست فودها که مقدار زیادی چربی دارند را کاهش دهید.
- برچسب مواد غذایی را بخوانید و غذاهای با چربی کم و اسید چرب ترانس کمتر از ۲ درصد را انتخاب کنید.
- مصرف گوشت قرمز و فرآورده های گوشتی پرچرب را محدود کنید تا بدین ترتیب اسیدهای چرب اشباع و ترانس کمتری دریافت کنید.
- از غذاهای سرخ شده، گوشت های پر چرب، کیک ها و کلوچه ها که چربی بالا دارند دوری کنید.
- مصرف پنیر پیتزا و پنیر خامه ای که مقدار زیادی چربی دارند را محدود کنید.

- دریافت مواد غذایی حاوی اسیدهای چرب ترانس که عمده ترین آنها روغن نباتی هیدروژنه ، غذاهای فرآوری شده و کیک ها و کلوچه ها است و باعث افزایش در غلظت کلسترول بد (LDL) و کاهش کلسترول خوب (HDL) می شود را محدود کنید.
- مواد لبنی چرب و گوشت پرچربی به دلیل دارا بودن اسیدهای چرب اشباع موجب افزایش کلسترول خون و بروز بیماری های قلبی می شوند. مصرف آنها را محدود کنید.
- بیماری های قلبی می شوند. مصرف آنها را محدود کنید.
- توصیه می شود سایر روغن های گیاهی مانند روغن های زیتون، کلزا، آفتاب گردان، ذرت و سویا را جایگزین روغن های جامد و نیمه جامد کنید تا باعث کاهش کلسترول بد LDL و کلسترول تام شوند
- مصرف زرده تخم مرغ را به ۳ تا ۴ عدد در هفته محدود کنید. در مصرف سفیده تخم مرغ این محدودیت وجود ندارد.
- از روغن سرخ کردنی حداکثر ۲ تا ۳ بار در روز و با فاصله زمانی کوتاه می توان استفاده کرد.
- روغن های مایع به دلیل پایین بودن مقاومت در برابر اکسیداسیون برای سرخ کردن مناسب نیستند.
- روغن زیتون تصفیه شده برای سرخ کردن، به شرط آن که حرارت اجاق کم و زمان سرخ کردن کوتاه باشد ، قابل استفاده است.
- روغن را در ظرف مناسب، در محل خشک، خنک و دور از نور نگهداری کنید.
- پس از هر بار مصرف روغن، در ظرف را ببندید.
- نگهداری روغن مایع در ظروف شفاف و در پشت شیشه فروشگاه ها صحیح نیست و منجر به فساد سریع روغن می شود.

توصیه های کاربردی تغذیه ای برای کاهش مصرف نمک

- نمک اصلی ترین علت افزایش فشار خون است. مصرف نمک زیاد سبب پرفشاری خون شده و در نهایت به بیماری های قلبی عروقی که عامل اول مرگ و میر در کشور است، منجر میشود. میزان نمک مجاز مصرفی، کمتر از ۵ گرم (کمتر از ۱ قاشق مرباخوری) در روز در افراد کمتر از ۵۰ سال است.
- افراد بالای ۵۰ سال و بیماران قلبی و مبتلا به فشارخون بالا باید کمتر از ۳ گرم در روز (کمتر از نصف قاشق مرباخوری) نمک مصرف کنند.
- تا حد امکان، نمک مصرفی خود را کاهش دهید و البته نمک مصرفی شما باید از نوع تصفیه شده یددار باشد.
- نمک تصفیه یددار هم به همان اندازه سایر نمک ها موجب افزایش فشار خون می شود و نباید زیاد مصرف شود.
- فشار خون بالا می تواند از کودکی شروع شود، فرزندان خود را از کودکی به مصرف غذای کم نمک عادت دهید.
- سرسفره به غذا نمک نزنید و نمکدان را از سفره و میز غذای تان حذف کنید.
- به جای تنقلات شور، به فرزندان خود، میوه و آجیل خام بدهید.
- در صورتی که فشارخون بالا دارید، نمک دریافتی خود را با نظر پزشک یا متخصص تغذیه بسیار محدود کنید.
- مصرف زیاد نمک خطر ابتلا به پوکی استخوان را افزایش می دهد. برای پیشگیری از پوکی استخوان، مصرف نمک خود را کاهش دهید.
- مطالعات انجام شده نشان داده است که مصرف غذاهای کم نمک در دختران در سنین بلوغ خطر ابتلا به پوکی استخوان در سنین میانسالی را کاهش می دهد.
- مصرف کم شیر و لبنیات و مصرف زیاد نمک دو عامل مهم در بروز پوکی استخوان هستند.
- مصرف زیاد نمک خطر ابتلا به سرطان معده را افزایش می دهد. مطالعات متعددی نشان داده است که غذاهای نمک سود شده یکی از علل ابتلا به سرطان معده است.
- اگر به تدریج مقدار نمک افزوده شده به غذا را کاهش دهید ظرف چند هفته ذایقه شما به غذای کم نمک عادت می کند.
- مصرف گوشت های فرآوری شده مثل سوسیس و کالباس که حاوی نمک زیادی است را به حداقل برسانید.
- غذاهای کنسروی حاوی نمک زیادی هستند، مصرف آنها را کاهش دهید و در صورت مصرف، از انواع کم نمک آنها استفاده کنید.

- برای طعم دادن به غذا، به جای نمک از چاشنی های دیگر مثل سبزی های معطر، سیر، آب لیمو، آب نارنج و آبغوره کم نمک استفاده کنید.
- به برچسب تغذیه ای محصولات غذایی از نظر میزان نمک (سدیم) توجه کنید.
- اگر در برچسب تغذیه ای محصول غذایی میزان سدیم ذکر شده است آن را ضرب در ۲/۵ کنید مقدار نمک محصول به دست آید.
- از منابع مهم نمک، تنقلات شور مانند چیپس، پفک، انواع ساندویچ ها و غذاهای آماده ، سس سالاد ، سس کچاپ ، بیسکویت، غذاهای بسته بندی و کنسروی است.
- مصرف غذاهای تهیه شده در منزل و تنقلات سالم (میوه، آجیل خام و بدون نمک، ساندویچ های تهیه شده در منزل) در مدارس و مهدکودک جایگزین مناسبی برای غذاهای آماده هستند.
- به جای نمک، از چاشنی های جایگزین مانند آب لیمو، آب نارنج و آب غوره کم نمک و سبزی های معطر استفاده کنید.

توصیه های کاربردی تغذیه ای برای کاهش مصرف قند

- مصرف زیاد قند و شکر و مواد شیرین با افزایش دریافت کالری دریافتی موجب اضافه وزن و چاقی می شود.
- قند و شکر، انواع شیرینی، شکلات، نوشابه های گازدار، آب میوه های صنعتی حاوی قند افزوده ، شیر های طعم دار، شیرکائو و شیر شکلات، پاستیل، بستنی یخی، کیک و کلوچه و بیسکویت از مهم ترین منابع مصرف موادقندی هستند، مصرف آنها را محدود کنید.
- اگر هر روز یک قوطی نوشابه ۳۰۰ میلی لیتری به مدت یک سال مصرف شود، منجر به افزایش وزن حدود ۷ کیلوگرم در سال می شود. نوشابه ها حاوی مقادیر زیادی قند هستند.
- مصرف زیاد قند و شکر و مواد شیرین خطر ابتلا به سرطان را افزایش می دهد. مقادیر زیاد قند و شکر سمومی را در بدن تولید می کند که باعث افزایش خطر ابتلا به سرطان می شود.
- مصرف زیاد قند و شکر و بالا بودن قند خون از طریق تاثیر بر توده بافت پستان، شانس ابتلا به سرطان پستان را افزایش می دهد.
- یکی از مهم ترین دلایل ابتلا به دیابت، مصرف زیاد قند، شکر و مواد شیرین است.
- مصرف بیش از حد مواد قندی و شیرین، کارایی انسولین در بدن را ضعیف می کند و موجب ابتلای فرد به بیماری دیابت و یا انباشته شدن چربی در کبد می شود. برای پیشگیری از دیابت، سازمان جهانی بهداشت، توصیه می کند قند و
- شکر مصرفی روزانه حداکثر ۵ درصد انرژی مورد نیاز روزانه را تامین کند یعنی کمتر از ۶ قاشق چایخوری یا ۲۵ گرم روزانه.
- به منابع پنهان قند در مواد غذایی توجه کنید. انواع سس ها، قهوه های فوری، نوشابه های گازدار، آب میوه های صنعتی، کمپوت ها، انواع شیرینی، شکلات و دسر های آماده حاوی مقادیر زیادی قند هستند.

- همراه با چای به جای قند از ۲-۳ عدد کشمش یا توت خشک استفاده کنید.
- در مصرف خرما زیاده روی نکنید، هر عدد خرما حدود ۲۰ کیلو کالری دارد.
- آب میوه های صنعتی دارای مقدار زیادی قند هستند، از مصرف آنها اجتناب کنید.
- هرگاه تمایل به خوردن مواد شیرین دارید، به جای شیرینی، شکلات و آب نبات از انواع میوه ها استفاده کنید. میوه ها هم دارای قند هستند و تمایل به خوردن مواد شیرین را کاهش می دهند

**تغذیه در پیشگیری و کنترل بیماری های شایع غیرواگیر
(دیابت، فشارخون بالا، اختلالات چربی خون بالا، اضافه وزن و چاقی، سرطان)**

تغذیه در پیشگیری و کنترل دیابت

اهمیت رژیم غذایی در کنترل دیابت چیست؟

رژیم غذایی مناسب نیازهای روزانه فرد از جمله انرژی و مواد مغذی را تامین می کند و باید به همراه آن قند خون، چربی خون و فشار خون و وزن افراد مبتلا به دیابت کنترل شود. هدف از تنظیم رژیم غذایی در افراد دیابتی کنترل قند خون، کنترل چربی خون و کنترل وزن بدن و همچنین تنظیم زمان مصرف وعده اصلی و میان وعده ها به منظور پیشگیری از تغییر قند خون در افرادی است که دارو مصرف می کنند.

با رعایت یک رژیم غذایی منظم می توان به پیشگیری و درمان عواقب مزمن دیابت مانند بیماری های کلیوی، فشارخون بالا و بیماری های قلبی عروقی کمک نمود.

افراد دیابتی باید دریافت غذاهای غنی از چربی های ترانس و اشباع نظیر فست فودها، روغن های نباتی جامد، غذاهای سرخ کرده، لبنیات پرچرب را کاهش داده و بیشتر از منابع غذایی حاوی امگا ۳ مانند انواع ماهی ها و MUFA نظیر روغن زیتون استفاده کنند.

استفاده متعادل از امگا ۳ و اسیدهای چرب غیراشباع سبب پاسخ دهی بهتر گیرنده های سلول به انسولین می شود و در مقابل "چربی های اشباع شده" و "چربی های ترانس" موجب مقاومت گیرنده های سلول های انسولین می شود و محدودیت مصرف آنها باید مورد توجه باشد.

بیماران دیابتی باید از مصرف کدام مواد غذایی پرهیز نمایند؟

- مواد غذایی با سدیم بالا نظیر: غذاهای شور، کالباس، سوسیس، پنیر پیتزا، چیپس، پفک و غذاهای کنسروی
- مواد غذایی پر چرب حاوی کلسترول بالا و یا اسیدهای چرب ترانس نظیر: لبنیات پرچرب، کره، خامه، غذاهای سرخ شده، گوشت های قرمز پرچرب و روغن جامد
- مواد غذایی حاوی قندهای ساده نظیر: قند و شکر، عسل، مربا، انواع شیرینی ها، شکلات، آب نبات، نوشابه های گازدار، انواع بستنی و آب میوه های تجاری

فرد دیابتی باید کدام مواد غذایی را در رژیم غذایی خود بیشتر مصرف نماید؟

- تمامی سبزیجات به خصوص سبزیجات تیره رنگ و برگ دار
- مصرف متعادل میوه ها
- حبوبات
- نان های سبوس دار مانند نان سنگک
- شیر و ماست کم چربی
- روغن زیتون و گردو
- ماهی و غذاهای دریایی

به بیماران مبتلا به دیابت و برای پیشگیری از دیابت نکات زیر را آموزش دهید:

- غذا را در دفعات زیاد و کم حجم استفاده نمایید.
- مصرف نان های سفید و برنج را کاهش داده و نان های سبوس دار و حبوبات را جایگزین آنها کنید.
- حداقل ۵ واحد از میوه ها و سبزی ها (حداقل ۳ واحد سبزی و ۲ واحد میوه) را در روز مصرف کنید.
- مصرف روغن های جامد و نیمه جامد، غذاهای آماده و سرخ شده و همچنین چربی های موجود در منابع غذایی حیوانی (کره، خامه، گوشت قرمز و فراورده های آن) را کاهش دهید.
- دریافت نمک (سدیم) و غذاهای شور و کنسرو شده را کاهش دهید.
- مصرف قندهای ساده (قند و شکر، شکلات، نقل، شیرینی ها، ..) را کاهش دهید.
- اینکه گفته می شود «فرد دیابتی به هیچ وجه نباید برنج یا سیب زمینی یا میوه مصرف نماید» یا «مواد غذایی تلخ باعث کاهش قند خون می شوند» یک باور غلط در میان جامعه می باشد و نباید بدان ها توجه نمود.

- عسل دارای قند ساده است و مصرف آن باید محدود شود.
- مصرف شیرین کننده های مصنوعی و جایگزین های شکر از راه کارهای مناسب جهت کاهش مصرف قند می باشد.
- برنج را افراد دیابتی می توانند روزانه و به مقدار متعادل مصرف نمایند . اما بهترین راه کاهش مصرف برنج و نان سفید جایگزین کردن آنها با حبوبات و نان های سبوس دار است.
- فرد دیابتی می تواند روزانه مقدار متعادلی از انواع میوه ها را مصرف کند.
- منابع غذایی حاوی ویتامین C مرکبات و سبزی های تازه و ویتامین A زردآلو، هلو، گوجه فرنگی و هویج را در رژیم غذایی خود بگنجانید زیرا این مواد حساسیت به انسولین را افزایش می دهند.

تغذیه در پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی و فشار خون بالا (پرفشاری خون)

- با تغییرات ساده در سبک زندگی مانند کاهش چربی و نمک رژیم غذایی و فعالیت بدنی منظم می توان باعث کاهش سطح چربی (کلسترول) و فشار خون شد و احتمال بروز بسیاری از بیماری های از جمله دیابت و بیماری های عروق کرونر قلب را کاهش داد.
- برای پیشگیری از فشار خون بالا به میزان سدیم درج شده برروی برچسب های بسته های مواد غذایی دقت کنید.
- از ابتدا ذائقه کودک خود را به غذاهای کم نمک عادت دهید.
- کاهش وزن در کنترل فشار خون موثر می باشد.
- از مصرف دخانیات اجتناب کنید.
- درمیان وعده ها به جای مصرف چیپس و پفک، چوب شور و سایر تنقلات پر نمک، از مغزها (بادام، پسته، فندق، گرد و از نوع بونداده و خام)، ماست کم چرب، ذرت بدون نمک، انواع سبزی (کاهو، جعفری ، ...) که دارای منیزیم هستند استفاده کنید.
- برخی سبزی ها مثل چغندر، هویج، کلم پیچ، اسفناج، کرفس، شلغم و انواع کلم ها سدیم زیادی دارند و نباید مصرف شوند .
- از غلات، نان و ماکارونی تهیه شده از گندم کامل (سبوس دار) به دلیل داشتن فیبر و ویتامین استفاده شود.
- در برنامه غذایی روزانه از میوه ها (زردآلو، گوجه فرنگی، هندوانه، موز، سیب زمینی، آب پرتقال و گریپ فروت)، سبزی ها، حبوبات و غلات که از منابع پتاسیم هستند، بیشتر استفاده کنید.
- مصرف روغن ها را کاهش دهید و از روغن هایی با منبع حیوانی مانند پیه ، دنبه ، کره ، روغن نباتی جامد و نیمه جامد استفاده نکنید و انواع روغن های گیاهی مایع مانند روغن زیتون، روغن سویا یا کلزا را جایگزین نمایید.

- مصرف مواد غذایی حاوی اسید چرب اشباع و کلسترول (گوشت قرمز، لبنیات پر چرب، زرده تخم مرغ) را در برنامه غذایی روزانه کاهش دهید و گوشت ماهی، مرغ و سویا را جایگزین کنید.
- پوست مرغ حاوی مقدار زیادی چربی است و باید قبل از طبخ، پوست مرغ کاملاً جدا شود.
- در مصرف نوشیدنیهای کافئین دار مانند چای و قهوه، اعتدال را رعایت کنید.
- از مصرف نمک در سر سفره اجتناب نمایید و به جای آن از چاشنی هایی مانند سبزی های معطر تازه یا خشک مانند (نعناع، مرزه، ترخون، ریحان، ...) یا سیر، لیموترش تازه و آب نارنج برای بهبود طعم غذا و کاهش مصرف نمک استفاده کنید.
- مصرف منابع کلسیم (شیر و انواع لبنیات کم چرب) را افزایش دهید. با مصرف ۳-۲ واحد از گروه شیر و لبنیات کلسیم مورد نیاز بدن تامین می شود
- روزانه یک قاشق سوپخوری روغن زیتون همراه غذا یا سالاد استفاده نمایید.
- نان لواش، نان باگت، نان ساندویچی و بطور کلی نان هایی که با آرد سفید تهیه شده اند و فاقد سبوس هستند را مصرف نکنید. بهترین نان، از نظر میزان سبوس، نان سنگک و نان جو است.

تغذیه در پیشگیری و کنترل اختلال چربی خون (کلسترول)

کلسترول مواد غذایی:

کلسترول موجود در مواد غذایی با کلسترول خون متفاوت است. مصرف غذاهای پرچرب تنها عامل افزایش سطح کلسترول خون در برخی افراد نیست در تعداد زیادی از افراد، ژنتیک عامل اصلی است (شکل ژنتیک این بیماری به نام هیپرکلسترولمی خانوادگی نامیده می شود که سبب کلسترول خون بالا می شود) در اکثریت افراد، کلسترول مواد غذایی که خورده می شود، حداقل اثر را بر کلسترول خون دارد. در حدود ۳۰٪ مردم با مصرف مواد غذایی حاوی کلسترول بالا، کلسترول و ل خونشان افزایش می یابد این افراد باید از مصرف غذاهای حاوی اسید چرب اشباع و ترانس مانند انواع روغن، گوشتهای پرچربی، محصولات لبنی پرچرب و فست فودها خودداری کنند.

- به بیماران مبتلا به چربی خون بالا و برای پیشگیری از افزایش چربی خون نکات زیر را آموزش دهید:
- مصرف زیاد سبزی و میوه، غلات کامل، حبوبات و دانه ها به علت دارا بودن فیبر، باعث کاهش LDL و همچنین کاهش وزن می شود.
- اگر می خواهید LDL کاهش یابد، مصرف چربی های اشباع را کاهش دهید.
- چربی ترانس را تقلیل دهید یعنی پرهیز از مصرف غذاهای سرخ کرده و بسیاری از تنقلات (سرخ کردن عمیق سبب از بین رفتن خواص مفید مواد غذایی می شود)

- مغز دانه ها به کاهش کلسترول خون کمک می کند. البته در نظر داشته باشید که به دلیل کالری بالا باید به تعادل مصرف شوند.
- روغن های مایع مانند کلزا، زیتون و آفتاب گردان، ذرت و سویا سبب کاهش LDL می شود؛ اما به هر حال به دلیل کالری بالا باید تعادل رعایت شود.
- مصرف گوشت قرمز را کاهش و مصرف ماهی و گوشت بدون چربی ماکیان را افزایش دهید.
- تمام چربی ها و پوست را قبل از پخت از گوشت جدا کنید.
- غذاها را بجای سرخ کردن، آب پز کرده یا با حرارت مستقیم بپزید.
- چربی موجود در خورش ها و آبگوشت را قبل از سرو کردن جدا کنید.
- تا حد امکان روغن کتلت و کوکو را بعد از پخت بوسیله دستمال یا کاغذهای جاذب روغن بگیرید.
- تا حد امکان از مصرف گوشت های فرآوری شده مانند هات داگ، سوسی س، ژامبون، ناگت مرغ و گوشت، حتی با عنوان «کم چرب» خودداری کنید.
- ماهی های چرب مانند سالمون، آزاد، کپور، اوزون برون که حاوی امگا ۳ بالایی هستند سبب کاهش تری گلیسرید خون و تنظیم HDL می شوند.
- پروتئین سویا برخی اثرات مفید دارد و سبب کاهش LDL و تری گلیسرید و افزایش HDL می شود.
- مصرف سیب زمینی را کاهش و مصرف دانه ها و غلات کامل و برنج قهوه ای را افزایش دهید.
- غلات بدون سبوس مانند برنج سفید و نان سفید سبب افت سریع قند خون و گرسنگی زودرس می شود و اضافه دریافت آن سبب چاقی و تجمع در بدن بصورت چربی می شود.
- وزن خود را کم کنید (کمک به کاهش کلسترول LDL و تری گلیسرید و افزایش HDL، کمک به کاهش فشار خون، کاهش خطر حملات قلبی و سکته و کاهش فشار بر مفاصل و رباط ها) استعمال دخانیات را ترک کنید (سبب افزایش HDL و کاهش خطر بیماری های قلبی عروقی و سکته می شود)
- برنامه منظمی برای ورزش داشته باشید ورزش کردن سبب افزایش HDL و کاهش LDL میگردد (۴۰ دقیقه ورزش مانند قدم زدن، شنا، دوچرخه سواری به تعداد ۳ تا ۴ بار در هفته)

تغذیه در پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی

اضافه وزن و چاقی چیست؟

اضافه وزن و چاقی ناشی از انباشته شدن بیش از حد یا غیر عادی چربی در بدن می باشد که نهایتاً موجب مشکلات سلامتی خواهد شد. بهترین شاخص سنجش اضافه وزن و چاقی در جامعه شاخص توده بدنی (BMI) است که به صورت زیر می توان افراد چاق و دارای اضافه وزن را توسط آن غربالگری نمود.

- اضافه وزن عبارتست از BMI مساوی و بیشتر از ۲۵ و کمتر از ۳۰
- چاقی عبارتست از BMI مساوی و بیشتر از ۳۰
- چاقی شکمی عبارتست از دور کمر مساوی یا بیشتر از ۹۰ سانتی متر (در هر دو جنس)

عوارض اضافه وزن و چاقی چیست؟

افزایش BMI اصلی ترین عامل خطر بسیاری از بیماری های غیر واگیر مانند بیماری های قلبی و عروقی، دیابت، مشکلات عضلانی اسکلتی (بیماری های تحلیل برنده مفاصل) و سرطان ها (رحم، پستان، تخمدان، پروستات، کبد، کیسه صفرا، کلیه و کولون) است.

به بیماران مبتلا به اضافه وزن و چاقی و برای پیشگیری از چاقی نکات زیر را آموزش دهید:

- تعداد وعده های غذا در روز را افزایش دهید و حجم هر وعده را کم کنید.
- هیچ یک از وعده ها به خصوص وعده صبحانه را هرگز حذف نکنید.
- ساعت ثابتی برای صرف غذا در وعده های مختلف در هر روز داشته باشید.
- روزانه حداقل ۵ واحد سبزی مصرف کنید.
- سالاد را با چاشنی هایی مثل آب لیمو، آب نارنج، آب غوره بدون نمک همراه با روغن زیتون یا با ماست کم چرب ، روغن زیتون، کمی آب لیمو یا آب نارنج و یا سرکه سس درست کنید.
- از مصرف سس مایونز و سس سالاد خودداری کنید.
- روزانه ۲ تا ۴ واحد از انواع میوه ها را مصرف کنید.
- میوه ها و سبزی ها را بیشتر به شکل خام مصرف کنید.
- از گروه نان و غلات: شامل نان، برنج و ماکارونی حتما در وعده های غذایی استفاده کنید.
- از انواع نان هایی که از آرد سبوس دار تهیه شده اند، استفاده کنید.

- از حبوبات عدس، نخود، لوبیا سفید، لوبیا قرمز، لوبیا چیتی، لوبیا چشم بلبلی، لپه و ماش در غذاها بیشتر استفاده کنید .
- مصرف تخم مرغ را به حداکثر ۳ عدد در هفته (به صورت ساده یا داخل غذا) محدود کنید.
- مصرف قند و شکر را کاهش دهید . (غذاهای حاوی قند و شکر مانند انواع شیرینی ها، شکلات، آب نبات، نوشابه ها ، شربت ها و آب میوه های صنعتی، مربا و عسل را محدود کنید) .
- به جای گوشت قرمز از مرغ و ماکیان و به خصوص ماهی استفاده کنید.
- روزانه ۳-۲ واحد شیر و لبنیات کم چرب مصرف کنید.
- چربی های آشکار گوشت ها را بگیرید.
- از خوردن پنیرهای خامه ای، ماست خامه ای ، هر نوع ماست که چربی آن از ۲/۵ درصد بیشتر باشد، گوشت های چرب، مرغ با پوست، غذاهای سرخ شده و چرب، سیب زمینی سرخ کرده، روغن جامد و نیمه جامد، روغن حیوانی ، کره ، دنبه ، خامه و سرشیر، شیرینی و کیکهای خامه ای، شکلات، آبنبات ، دسرهای شیرین، چیپس، بستنی بخصوص نوع سنتی آن ، سس های سالاد چرب ، کله پاچه، نوشیدنی های قندی و شیرین مثل نوشابه ها ، آب میوه های صنعتی که به آنها شکر اضافه شده، ماءالشعیر و شربت های شیرین خودداری کنید.
- مصرف انواع ساندویچ ، سوسیس ، کالباس و همبرگر ، پیتزا ، آجیل ، انواع مغزها مثل پسته، بادام، گردو و فندق و زیتون ، غذاهای آماده و کنسروی، مصرف نمک و غذاهای شور را به حداقل ممکن برسانید . (حداکثر یک بار در ماه)
- هر روز حداقل ۳۰ دقیقه پیاده روی تند داشته باشید.

تغذیه در پیشگیری و کنترل سرطان ها

عوامل تغذیه ای و شیوه زندگی مستعدکننده ابتلاء به سرطان ها

۱- مصرف زیاد چربیها و روغن:

این عادت تغذیه ای، خطر ابتلا به سرطان پستان و سرطان پروستات را افزایش می دهد.

مصرف زیاد مواد غذایی پر چرب، خصوصاً چربی های حیوانی (گوشت قرمز، شیر و لبنیات پرچرب) ، در بزرگ شدن پروستات موثر است.

بطور کلی احتمال ابتلا به سرطان با مصرف غذاهای حاوی اسیدهای چرب ترانس و اشباع و استنشاق مکرر بخارات روغن سوخته افزایش می یابد.

۲- مصرف زیاد نمک:

خطر ابتلا به سرطان معده با مصرف زیاد نمک افزایش می یابد. مطالعات متعددی نشان داده است که غذاهای نمک سود شده یکی از علل ابتلا به سرطان معده است.

۳- مصرف زیاد قند و شکر:

مصرف زیاد قند و شکر، سمومی را در بدن تولید می کند که باعث افزایش خطر ابتلا به سرطان می شود. خطر ابتلا دیابت ی ها به سرطان پانکراس و کولون دو برابر است. مصرف زیاد قند و شکر و بالا بودن قند خون از طریق تاثیر بر توده بافت پستان، شانس ابتلا به سرطان پستان را افزایش می دهد. محصولات غذایی دارای قند افزوده مثل آب میوه های صنعتی و نوشابه های گازدار با خطر ابتلا به سرطان پانکراس همراه است.

۴- روش نامناسب تهیه و طبخ مواد غذایی:

پخت گوشت در حرارت بالا، فرآوری گوشتها (انواع گوشتهای دودی شده، نمک سود شده و یا اضافه کردن مواد شیمیایی و نگهدارنده به آنها در صنایع غذایی مثلا در انواع سوسیس، کالباس)، تهیه غذاهای سوخته مانند کباب سوخته، جوجه کباب سوخته، نان سوخته، ته دیگ سوخته، پیازداغ سوخته، سیب زمینی سرخ کرده سوخته و مصرف غذای طبخ شده ای که به مدت زیاد مانده باشد، از عوامل مستعد کننده ابتلا به سرطان هستند.

۵- زندگی بی تحرک و نداشتن فعالیت فیزیکی مناسب

۶- رعایت نکردن تعادل و تنوع در دریافت غذاهای مورد نیاز بدن

عوامل تغذیه ای پیشگیری کننده از سرطان

۱- آنتی اکسیدانها:

ویتامین های E، C، کاروتنوئیدها و سلنیوم که در مرکبات، فلفل سبز، توت فرنگی، گوجه فرنگی، بروکلی و سیب زمینی شیرین، ذرت، مغزها (گردو، بادام، فندق، پسته) زیتون، سبزیهای برگ دار و سبزی، روغن های گیاهی و سبوس گندم، هویج، میوه های نارنجی رنگ، کدو حلوائی، طالبی، سبزی های سبز تیره، کلم پیچ، اسفناج، ذرت، تخم مرغ، گریپ فروت هندوانه، ماهی و غذاهای دریایی، قلمو، جگر یافت می شوند، حاوی ترکیباتی به نام آنتی اکسیدانها هستند که خطر بروز سرطان را کاهش می دهند.

۲- میوه ها و سبزیها:

احتمال بروز برخی از سرطانها در افرادی که روزانه حداقل ۵ واحد (حدود ۴۰۰ گرم) میوه و سبزی مصرف می کنند کمتر است. یک واحد میوه معادل یک عدد میوه متوسط یا یک لیوان میوه حبه ای یا یک چهارم از طالبی و معادل آن خربزه یا هندوانه و یک واحد سبزی معادل یک لیوان سبزی برگی خام یا نصف لیوان سبزی پخته می باشد.

۳- فیبرهای غذایی:

میوه ها، سبزی ها، حبوبات و غلات سبوس دار حاوی فیبر هستند و افزایش مصرف فیبر با کاهش بروز سرطان به ویژه سرطان های دستگاه گوارش ارتباط دارد. انواع مواد غذایی حاوی فیبر عبارتند از: گندم و جو کامل، سبوس، گندم، دانه ها، مغزها، سبزی ها، سیب، انگور، آلو، مرکبات و سایر میوه ها، جو، جو دو سر، سبوس جو دو سر، حبوبات، انواع لوبیا، نخود. فیبرها کاهش دهنده کلسترول بد خون (LDL) بوده و همچنین سبب پیشگیری از یبوست می شوند.

۴- اسید فولیک:

مصرف منابع غذایی غنی از اسید فولیک (فولات) مانند حبوبات، سبزیجات برگی مانند اسفناج و مرکبات خطر بروز سرطان را کاهش می دهد.

۵- ویتامین D و کلسیم:

تحقیقات رابطه افزایش مصرف ویتامین D و کلسیم را با کاهش احتمال ابتلا به سرطان روده بزرگ و پستان نشان داده است.

به بیماران مبتلا به سرطان و برای پیشگیری از سرطان نکات زیر را آموزش دهید:

۱- رعایت تعادل و تنوع در برنامه غذایی روزانه :

استفاده از گروه‌های اصلی غذایی (نان و غلات ، شیر و لبنیات ، گوشت ، تخم مرغ، حبوبات، میوه و سبزی ها)

۲- کاهش مصرف چربی و روغن در برنامه غذایی

- مصرف غذاها به صورت آب پز، بخارپز یا کبابی تا حد امکان
- خودداری از سرخ کردن زیاد غذا و ترجیحاً تفت دادن آنها
- کاهش مصرف غذاهای سرخ شده، سوسیس، کالباس، خامه، چیپس و...
- کاهش مصرف چربیها حاوی اسیدهای چرب اشباع و ترانس
- جدا کردن پوست مرغ و چرب یهای قابل مشاهده قبل از طبخ و استفاده از قسمت های کم چرب گوشت ها
- استفاده بیشتر از گوشت های کم چرب مثل مرغ و ماهی به جای گوشت قرمز
- استفاده از انواع لبنیات کم چرب مثل شیر، ماست و پنیر
- استفاده از روغن های مایع مانند روغن زیتون ، آفتاب گردان ، ذرت، سویا و کلزا به جای روغن حیوانی و روغن نباتی جامد و نیمه جامد
- مصرف متعادل روغن زیتون و مغزها به دلیل کنترل انرژی دریافتی
- محدود کردن مصرف گوشتهای فرآوری شده مانند سوسیس و کالباس
- محدود کردن مصرف فست فودها (انواع ساندویچ ها و پیتزا، سیب زمینی سرخ کرده، چیپس و....)
- با مصرف منابع غنی از امگا ۳ مانند مصرف ۲-۳ وعده ماهی تازه (ماهی قزل آلا ، آزاد ، کپور) در هفته می توان از ابتلا به سرطان پیشگیری کرد.

۳- رژیم غذایی حاوی میوه و سبزی فراوان، به ویژه منابع غنی از لیکوپن (مانند گوجه فرنگی) که خطر بزرگ شدن و سرطان پروستات را کاهش می دهد.

۴- کاهش مصرف مواد قندی

- پرهیز از مصرف بیش از حد مواد قندی و نشاسته ای مانند برنج ، ماکارونی ، شیرینی، کیک ، شکلات، مربا ، عسل ، نوشابه ها

- کاهش مصرف قندهای ساده مانند قند، شکر، شیرینی، شکلات، نوشابه های گازدار و آب میوه های صنعتی (یک قوطی نوشابه ۲۸ گرم شکر دارد (۲ قاشق غذاخوری یا ۱۲ حبه قند)

۵- کاهش مصرف نمک

- پرهیز از مصرف بیش از اندازه غذاهای شور مثل ماهی دودی، گوشتهای نمک سود شده ، آجیل شور، چیپس، انواع شور
- کاهش مصرف غذاهای کنسرو شده ، سوسیس و کالباس، موادغذایی بسته بندی شده آماده به دلیل دارا بودن مقادیر زیادی نمک

۶- حفظ و کنترل وزن مطلوب

- برنامه مرتب ورزشی (مانند پیاده روی تند) و هر بار به مدت ۳۰ دقیقه
- افزایش فیبر دریافتی با مصرف بیشتر سبزیها و میوه ها، حبوبات و نان های سبوس دار (حداقل ۵ واحد یا ۴۰۰ گرم سبزی و میوه)
- مصرف روزانه ۲-۳ واحد شیر، ماست و پنیر کم چربی (کمتر از ۲/۵ درصد)

۷- تاکید بر مصرف مواد غذایی سرشار از آنتی اکسیدان ها و اسیدهای چرب ضروری:

- خانواده کلم و گل کلم : حاوی ترکیباتی هستند که مواد سرطان زا را تخریب می کنند.
- پیاز سیر، تره (خام): ساخت مواد سرطان زا را متوقف کرده و در کاهش خطر سرطان معده موثرند.
- هویج، گوجه فرنگی و مرکبات : حاوی اسید فنولیک، و از سرطان کولون با ممانعت از آزاد شدن مواد سرطان زا، پیشگیری می نمایند.
- توت فرنگی، تمشک، انگور و سیب : حاوی ترکیبات اسیدی اند که برخی از ترکیبات سرطان زا در دود سیگار را خنثی نمایند.
- پیاز، چای سبز، انگور، مرکبات : این مواد تغییرات بدخیم در سلولها را متوقف کنند و مواد عامل سرطان را بلوک می کنند.
- غذاهای دریایی، روغن ماهی : در پیشگیری از بسیاری از سرطانها به خصوص سرطان سینه و روده نقش مهمی دارند.



ارتقای فعالیت بدنی

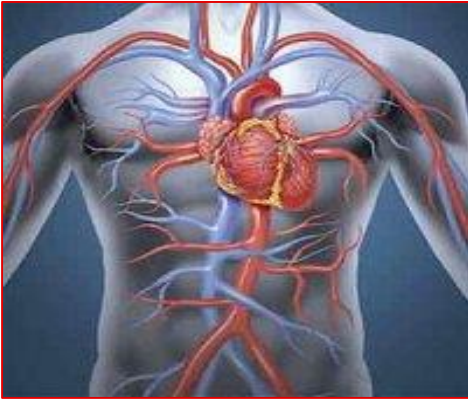
تعریف فعالیت بدنی و ورزش

به هرگونه حرکت بدن که در اثر انقباض و انبساط عضلات اسکلتی بدن ایجاد می شود و نیازمند صرف انرژی است، فعالیت بدنی گفته می شود. ورزش نوعی فعالیت بدنی سازماندهی شده است که با هدف بازی و سرگرمی، توانایی بیشتر، تندرستی و یا تناسب بدنی و به صورت حرکات منظم، مکرر و یا برنامه ریزی شده انجام می شود. فعالیت بدنی با شدت متوسط به بالا و به صورت منظم حداقل پنج بار در هفته موجب کسب بیشترین اثرات بر سلامت جسمانی و روانی می شود.

اثرات مثبت فعالیت بدنی بر بدن

تأثیر بر دستگاه اسکلتی عضلانی

آرتروز، شایع ترین بیماری مفصلی در انسان است. چاقی عامل خطر مهمی برای آرتروز مفصل ران و زانو محسوب می شود.



تحمل وزن اضافی مفاصل را فرسوده خواهد کرد. تحقیقات نشان داده است کاهش وزن به میزان ۱۰ درصد وزن افراد، باعث کاهش ۴۰ درصد از درد و نشانه های بیماری آرتروز زانو در افراد بوده، نقش قابل توجهی در افزایش کیفیت زندگی روزمره داشته است. کاهش وزن، فشار اضافی را از روی مفاصل ملتهب برداشته، موجب تخفیف علائم آرتروز شامل درد هنگام حرکت، خشکی صبحگاهی و احساس ضعف عضلانی و غیره میشود. فعالیت بدنی کافی و ورزش در کنار تغذیه سالم، بهترین روش برای کاهش وزن است.

یکی از تصورات غلط و متداول بین مردم، مضر دانستن پیاده روی و بالا و پایین رفتن از پله برای افراد سالم است. در حالی که فشار بر سطح مفصلی در افراد سالم، باعث تغذیه بهتر سطوح مفصلی و تقویت عضلات اطراف مفصل شده که مانع از سایش و فرسودگی زود هنگام سطوح مفصلی و در نتیجه پیشگیری از آرتروز می شود. باید توجه داشت در افراد مبتلا به آرتروز زانو، پایین رفتن از پله موجب تشدید علائم آرتروز می گردد.

تاثیر بر سیستم قلبی عروقی

فعالیت بدنی مناسب از دو طریق مرکزی و محیطی اثرات مفید و مثبت خود را در بدن اعمال می کند. اثر مرکزی آن، موجب قویتر شدن عضله قلب، گنجایش بیشتر و منظم تر شدن ضربان قلب می شود. از طرفی اثر محیطی فعالیت بدنی مناسب موجب تقویت عضلات شده و با گشاد کردن عروق و افزایش جریان خون، مانع از تنگی عروق در اثر رسوب مواد چربی در داخل رگ ها (آترواسکلروز) می شود.

تاثیر بر دستگاه گوارش

شناخته شده ترین اثرات فعالیت بدنی مناسب بر سیستم گوارش، افزایش حرکات روده و جلوگیری از یبوست مزمن است. به همین خاطر در بیماران جراحی شده، پس از بازگشت هوشیاری و تثبیت علائم حیاتی معمول، بیمار را به راه رفتن تشویق می کنند تا حرکات دستگاه گوارش سریعتر به حالت عادی برگشته و از یبوست جلوگیری شود. از عوارض نامطلوب یبوست می توان به چاقی، بواسیر، شقاق و حتی سرطان روده بزرگ و رکتوم در هر دو جنس اشاره کرد که به سادگی با فعالیت بدنی قابل پیش گیری هستند.

فعالیت بدنی موجب تسریع حرکت مواد غذایی در دستگاه گوارش می شود که سبب خواهد شد جدار مخاطی قسمت‌های انتهایی دستگاه گوارش، مدت زمان کمتری در معرض مواد باقیمانده از عملیات هضم باشند . این مواد در دراز مدت می توانند باعث سرطانی شدن سلول های دستگاه گوارش شوند.



تأثیر بر سلامت روان

مطالعات زیادی نشان داده اند که علائم اضطرابی با فعالیت بدنی منظم کاهش می یابند . فعالیت ورزشی منظم با کاهش فعالیت‌های پیچیده مغزی همراه است . به همین علت، در پیاده روی سریع، یوگا، ورزش های رزمی و کوهنوردی افراد کاهش فشار روانی و بار عصبی را تجربه می کنند . ورزش و فعالیت بدنی در درازمدت موجب افزایش غلبه سیستم پاراسمپاتیک در بدن می شود که اثرات ضد اضطرابی داشته باعث آرامش بیشتر خواهد شد. فعالیت بدنی منظم و ورزش موجب بهبود اختلالات خواب و تسهیل در روند به خواب رفتن و پیشگیری از ابتلاء به اضطراب و افسردگی می شود .

تأثیر در به تأخیر انداختن پدیده سالمندی

با افزایش سن، مصرف انرژی پایه کاهش می یابد . به ازای هر ۱۰ سال افزایش سن در بزرگسالی، میزان مصرف انرژی پایه حدود ۲ تا ۳ درصد کاهش می عضلانی بدن و افزایش بافت چربی مانع از کاهش مصرف انرژی پایه



مانع از کاهش مصرف انرژی پایه

سایر اثرات مثبت فعالیت بدنی بر بدن

- از طریق افزایش قدرت سیستم ایمنی و اثرات مفید روانی موجب کاهش علایم بیماری ها می شود.
- باعث استحکام استخوان ها شده و از ابتلاء به پوکی استخوان (استئوپروز)، به ویژه در زنان جلوگیری می کند.
- با حساس کردن سلول های بدن به اثرات انسولین ضمن پیشگیری از ابتلاء به بیماری قند (دیابت نوع ۲) در بیماران دیابتی باعث کنترل بهتر میزان قند خون آنها می شود و نیز میزان نیاز به انسولین و داروهای ضد قند خوراکی را کمتر می کند.

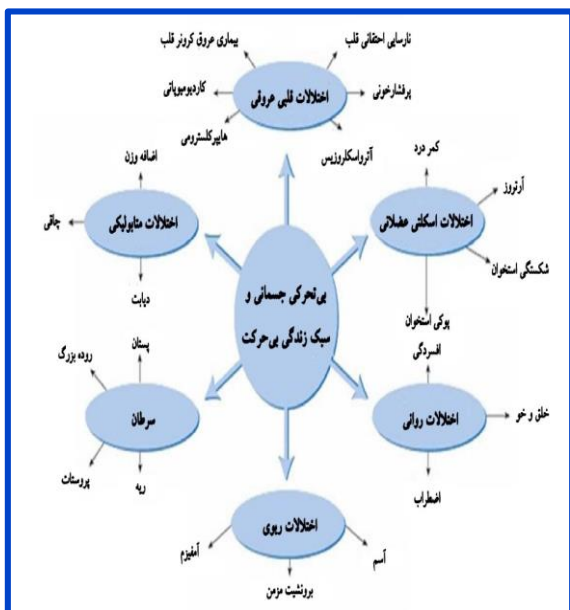
- با اثر مثبت بر روی میزان چربی خون، موجب کاهش چربی خون مضر (تری گلیسرید و تاحدی LDL) و افزایش چربی خون مفید (HDL) شده و از این طریق هم به سلامت قلب و عروق کمک می کند.
- از ابتلاء به سرطان سینه، رحم، پروستات و روده ها جلوگیری می کند.

میزان فعالیت بدنی توصیه شده با توجه به هرم فعالیت بدنی



دانشمندان میزان فعالیت بدنی مطلوب افراد در طول هفته را به صورت یک هرم در نظر می گیرند که در قاعده هرم که

بیشترین میزان صرف وقت در طول روز یا هفته را شامل می شود به انجام کارهای روزمره با تشویق و التزام به فعالیت بدنی بیشتر اختصاص دارد. به طوری که توصیه می شود برای تغییر مکان به طبقات، به جای استفاده کردن از پله برقی یا آسانسور از پله استفاده شود و یا در صورت امکان از دوچرخه برای رفت و آمد استفاده شود. پیاده روی روزانه و فعالیتهای باغبانی برای کسانی که در منزل باغچه دارند و شستن ماشین نیز مفید خواهد بود. به عبارت دیگر هرچه در طول روزهای هفته فعالیت بدنی بیشتر باشد، به همان نسبت امکان برخورداری از سلامت بیشتر می شود. در یک سطح بالاتر در هرم، فعالیتهای



ورزشی و برنامه ریزی شده هوازی یا ایروبیک است، که موجب افزایش تعداد ضربان قلب و تعداد تنفس می‌شود به طوری که میزان ۳۰ دقیقه پیاده روی سریع به میزان ۵ تا ۷ بار در هفته را شامل می‌شود. با توجه به اینکه برخی افراد امکان ۳۰ دقیقه ورزش متوالی یا پیاده روی سریع را ندارند، با انجام سه دوره فعالیت ۱۰ دقیقه‌ای در طول روز نیز می‌توان به همان اثرات مطلوب دست یافت. هر دوره فعالیت بدنی هوازی باید حداقل ۱۰ دقیقه به طول انجامد.

در سطح سوم هرم فعالیت، فعالیتهای ورزشی فوق برنامه قرار دارد که در آنها کشش عضلات و همچنین میزان قدرت و استقامت عضلات بدن تامین می‌گردد. در حالت طبیعی و معمول عضلات دارای یک نوع فشار و انقباض ذاتی به نام تونیسیت هستند. در صورتیکه عضله تحت کشش قرار نگیرد تونیسیت موجود در عضلات موجب کوتاه شدن تدریجی و در اصطلاح عمومی موجب خشک شدن عضله می‌شوند. لذا جهت حفظ کارایی عضلات، انجام حداقل دو بار کشش عضلانی در آخرین حد حرکت مفاصل لازم می‌باشد. کشش عضله به میزان ۱۰ تا ۳۰ ثانیه در آخرین حد محور حرکتی مفصل، موجب کارکرد بهتر عضله و حرکت مفاصل می‌گردد. برای تقویت عضلات، میزان بار مناسب وارد بر یک عضله، مقداری است که شخص بتواند ۸ تا ۱۲ مرتبه آن بار یا وزنه را در تمام طول محور حرکتی مفصلی، جابه‌جا یا تکرار کند. با تداوم این کار، بتدریج عضله قوی شده طوری که ظاهراً وزنه سبک بنظر می‌رسد. از این مرحله به بعد میزان بار یا سنگینی وزنه را به میزان ۱۰ درصد بیشتر می‌کنند. بدین ترتیب به مرور عضله قوی و قوی‌تر می‌شود در **قله یا نوک هرم** فعالیتهایی قرار دارند که کمترین زمان صرف شده در طول هفته برای این نوع فعالیتهای است.

فعالیهایی مانند دیدن تلویزیون، کار با کامپیوتر و تفریحات کامپیوتری و یا سرگرمی‌های بدون فعالیت بدنی مانند شطرنج و غیره در این گروه قرار دارند. میزان این گونه فعالیت‌ها، باید حداکثر دو ساعت در شبانه روز باشد.

انواع فعالیت بدنی

کارشناسان، فعالیت بدنی را به روش‌های مختلف دسته‌بندی کرده‌اند. در یکی از این روش‌ها، اساس تقسیم‌بندی را فعالیتهای انجام شده در طول یک شبانه روز تشکیل میدهد که به انواع فعالیت بدنی در زمان کار، استراحت، سرگرمی و تفریح تقسیم می‌کنند. عده‌ای دیگر، فعالیت بدنی را به سه نوع فعالیت ورزشی، فعالیت برای حفظ سلامتی و کارایی بدن (مانند نرمش کردن و دویدن درجا، طناب زدن) و دیگر فعالیتهای تقسیم می‌کنند. هدف از اینگونه گروه‌بندی فعالیت بدنی تلاش برای برنامه‌ریزی در سبک زندگی در خصوص تأمین یا مصرف انرژی است.

فعالیت بدنی را بر حسب میزان انرژی مصرف شده در ضمن فعالیت، به انواع: سبک، متوسط و شدید گروه‌بندی کرده‌اند.

فعالیت بدنی با شدت متوسط ، فعالیتی است که منجر به افزایش تعداد ضربان قلب و دفعات تنفس می شود ولی این افزایش به حدی نیست که مانع صحبت کردن فرد شود .در مقابل، فعالیت بدنی شدید، فعالیتی است که در حین انجام آن، فرد به علت افزایش تعداد دفعات تنفس و نفس نفس زدن نمی تواند به راحتی صحبت کند.

روش دیگر، دسته بندی فعالیت بدنی به دو گروه هوازی و بی هوازی است:

فعالیت های هوازی ، فعالیت های با شدت متوسط و مدت نسبتاً طولانی هستند که گروه های عضلانی بزرگ را فعال می



کنند و برای اجرای آن ها نیاز به مصرف اکسیژن توسط عضلات بدن است ، زیرا انرژی مورد نیاز برای این نوع فعالیتها ، عمدتاً از طریق سیستم هوازی تامین می شود . نمونه های فعالیت های هوازی شامل دویدن، طناب زدن، پیاده روی تند، شنا ، دو آرام و دوچرخه سواری با سرعت کم و متوسط هستند . این فعالیتها می توانند توانائی عملکرد و تناسب قلبی عروقی را بهبود بخشند و اگر تحت نظر پزشک و حساب شده انجام شوند ، می توانند علائم ناشی از بیماری قلبی را کم کنند . انجام این فعالیتها در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی باید با

احتیاط و زیر نظر پزشک انجام شود. . در این بیماران ، پیاده روی ، شنا ، دویدن آهسته و نیز دوچرخه سواری آرام مناسب تر است.

فعالیت های غیر هوازی : فعالیت هایی هستند که مصرف انرژی بدون



دخالت اکسیژن انجام می شود .این نوع فعالیتها بر ای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مناسب نیست . پس از انجام این فعالیتها ، به علت واکنش انجام شده بدون حضور اکسیژن ، در محیط سلول و عضله ماده ای به نام اسید لاکتیک تجمع می یابد که موجب خستگی عضله و حتی درد خواهد شد . در فعالیت هایی که احتیاج به سرعت عمل و واکنش سریع و قدرت بالا دارند و نیاز به کارایی لحظه ای یا حداکثر طی ۲ تا ۳ دقیقه وجود دارد، این مسیر تولید انرژی طی می شود .

میزان و شدت فعالیت بدنی مناسب

براساس نظر سازمان جهانی بهداشت ، ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط برای حداقل ۵ بار در هفته و یا ۲۵ دقیقه فعالیت شدید حداقل



۳ بار در هفته ، برای بزرگسالان توصیه می شود . البته هرچه میزان فعالیت بیشتر باشد اثرات مفید آن بر قلب و عروق بیشتر خواهد بود . در صورت عدم امکان فعالیت براساس تعاریف فوق ، رعایت توالی ۳۰ دقیقه به صورت سه دوره ۱۰ دقیقه ای فعالیت بدنی در طول روز نیز تقریباً همان اثرات مطلوب را خواهد داشت . در برنامه های ورزشی همراه با ورزش های هوازی باید برای ورزش های مقاومتی و قدرتی (مانند حرکاتی که باعث انقباض با قدرت عضله می شوند) نیز زمانی را اختصاص داد . این حرکات موجب تقویت ساختمان اسکلتی عضلانی شده و به میزان ۲ تا ۳ بار در هفته جهت افزایش استقامت عضلات و انعطاف پذیری بدن مطلوب می باشد .

با داشتن عضلات قوی و کارایی خوب، فشار بر قلب و عروق نیز کمتر خواهد شد . در ورزش های قدرتی، عضلات بزرگ بدن شامل عضلات جلو و پشت ران و ساق همچنین عضلات سینه ای ، شانه ای و زیر بغل و بازو بصورت آگاهانه و به منظور افزایش قدرت آنها منقبض می شوند . افزایش تدریجی شدت فعالیتها و نرمش قبل و بعد از انجام فعالیت ورزشی به منظور گرم کردن و سرد کردن تدریجی بدن ضروری است .

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 می باشد و نحوه ی محاسبه آن عبارتست از عددی که از کم کردن سن شخص از عدد ۲۲۰ حاصل می شود . یعنی برای فرد ۲۰ ساله حداکثر ضربان قلب ۲۰۰ و برای شخص ۴۰ ساله ، ۱۸۰ ضربه در یک دقیقه می باشد . تحقیقات نشان داده است فعالیتهایی که منجر به افزایش ضربان قلب در محدوده ۵۵ تا ۷۰ درصد ضربان قلب ماکزیمم

متوسط، در صورتیکه به طور منظم مفید و پیشگیری کننده ای در سکتة قلبی و بیماری های ناشی از خواهند داشت . بطور مثال برای مقدار بین ۱۱۰ تا ۱۴۰ ضربان در ۴۰ ساله بین ۹۹ تا ۱۲۶ ضربان



شوند فعالیت بدن انجام گردند، اثرات ابتلاء افراد به بیماری تنگی عروق قلب یک آقای ۲۰ ساله این دقیقه و برای یک آقای در دقیقه می باشد.

فعالیت بدنی مناسب در گروه های سنی مختلف

برای اینکه اطمینان از سلامت و رشد بچه ها در سنین مدرسه حاصل شود لازم است جوانان و نوجوانان در سنین مدرسه حداقل ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی متوسط تا شدید داشته باشند. این مقدار ورزش اثرات مهمی در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جوان دارد.

بطور معمول برای حفظ سلامتی افراد سالمند میزان حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در ۵ روز از ایام هفته توصیه می شود. بسیاری از بیماری های غیرواگیر شایع در سالمندان با شرکت آنها در فعالیت بدنی منظم، بهبود یافته، ضمن اینکه در افراد سالمندی که به طور منظم مبادرت به فعالیت بدنی می کنند، افزایش توانایی در زمینه های تعادل، قدرت، هماهنگی و کنترل عضلات، انعطاف پذیری جسمانی و استقامت در فعالیتهای عضلانی رخ می دهد.

تعیین شدت فعالیت بر اساس تست صحبت کردن

• خفیف:

✓ حرف زدن یا آواز خواندن راحت در طول فعالیت

• متوسط:

✓ حرف زدن بریده بریده در طی فعالیت

✓ کشیدن یک نفس به ازای هر ۳-۴ کلمه

• شدید:

✓ نفس نفس زدن در طول فعالیت یا کشیدن یک نفس

به ازای هر کلمه

✓ عدم توانایی در صحبت کردن راحت



ارزیابی سطح فعالیت بدنی مراجعه کننده

۱. حداقل چند روز در هفته فعالیت بدنی با شدت متوسط دارید؟
۲. به طور میانگین چند دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در طول روز دارید؟
۳. حداقل چند روز در هفته فعالیت بدنی شدید دارید؟
۴. به طور میانگین چند دقیقه فعالیت بدنی شدید در طول روز دارید؟

فعالیت بدنی مطلوب: مجموع فعالیت بدنی فرد در هفته

✓ ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط

✓ ۷۵ دقیقه فعالیت بدنی شدید

مراحل یک جلسه فعالیت بدنی

• گرم کردن:

✓ ۱۰ دقیقه

✓ راه رفتن، دویدن آهسته، حرکات کششی ملایم

• فعالیت اصلی:

✓ ۲۰-۶۰ دقیقه

✓ انواع ورزش هوازی، قدرتی و کششی

• سرد کردن:

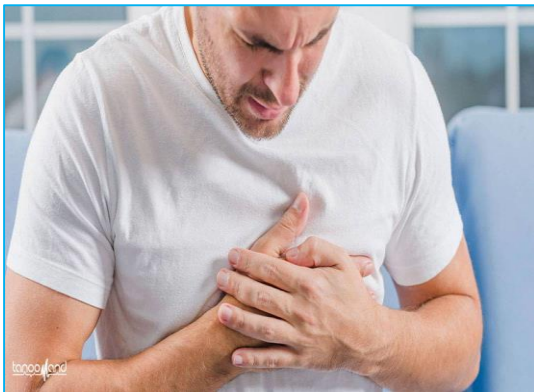
✓ ۵-۱۰ دقیقه

✓ ورزش اصلی با سرعت و شدت کمتر در کنار حرکات کششی

✓



علائم فعالیت بدنی نامناسب



- تنگی نفس زیاد
- تپش قلب
- سرگیجه و تهوع
- احساس ناراحتی و درد قفسه سینه
- خستگی مفرط بعد از انجام فعالیت بدنی

تعیین مرحله SOC فرد در مشاوره فعالیت فیزیکی

خیر	بلی	سوال
سوال تکمیلی	سوال تکمیلی	آیا به طور منظم پیاده روی می کنید؟
سوال تکمیلی	آمادگی	آیا قصد انجام پیاده روی منظم در ۳۰ روز آینده را دارید؟
پیش تفکر	تفکر	آیا قصد انجام پیاده روی در ۶ ماه آینده را دارید؟
عمل	نگهداری	آیا بیش از ۶ ماه است که پیاده روی می کنید؟
نگهداری	اتمام	آیا بیش از ۵ سال است که پیاده روی می کنید؟

تعیین مرحله SOC فرد در مشاوره فعالیت فیزیکی

سوال	پاسخ بلی	پاسخ خیر	اقدام
آیا فرد تاکنون به عوارض کم تحرکی بر روی سلامتی خود فکر کرده است؟	مرحله تفکر	مرحله پیش تفکر	پاسخ خیر: آموزش عوارض بی تحرکی
آیا فرد تمایل برای انجام فعالیت بدنی در ۳۰ روز آینده دارد؟	مرحله آمادگی	مرحله تفکر	پاسخ خیر: آموزش درباره منافع فعالیت فیزیکی، صحبت درباره افراد موفق در تغییر شیوه زندگی پاسخ بلی: ارائه اطلاعات و راهکارهای مناسب
آیا فرد به مدت ۶ ماه فعالیت جسمانی مطلوب داشته است؟	مرحله عمل	مرحله آمادگی	پاسخ خیر: بررسی موانع و مشکلات (موانع فردی، خانوادگی، اجتماعی) برای انجام اقدامات لازم پاسخ بلی: تشویق و حمایت فرد، ارائه راهکارهای مناسب
آیا فرد بیش از ۶ ماه فعالیت جسمانی مطلوب داشته است؟	مرحله پایداری	مرحله عمل	پاسخ خیر: حمایت روانی و تشویق فرد برای تلاش دوباره پاسخ بلی: تشویق و حمایت فرد برای حفظ رفتار تغییر یافته

پیگیری و مراقبت

در هر نوبت مراجعه، باید اقدامات ذیل صورت گیرد:

۱- ارزیابی مجدد سطح فعالیت بدنی فرد

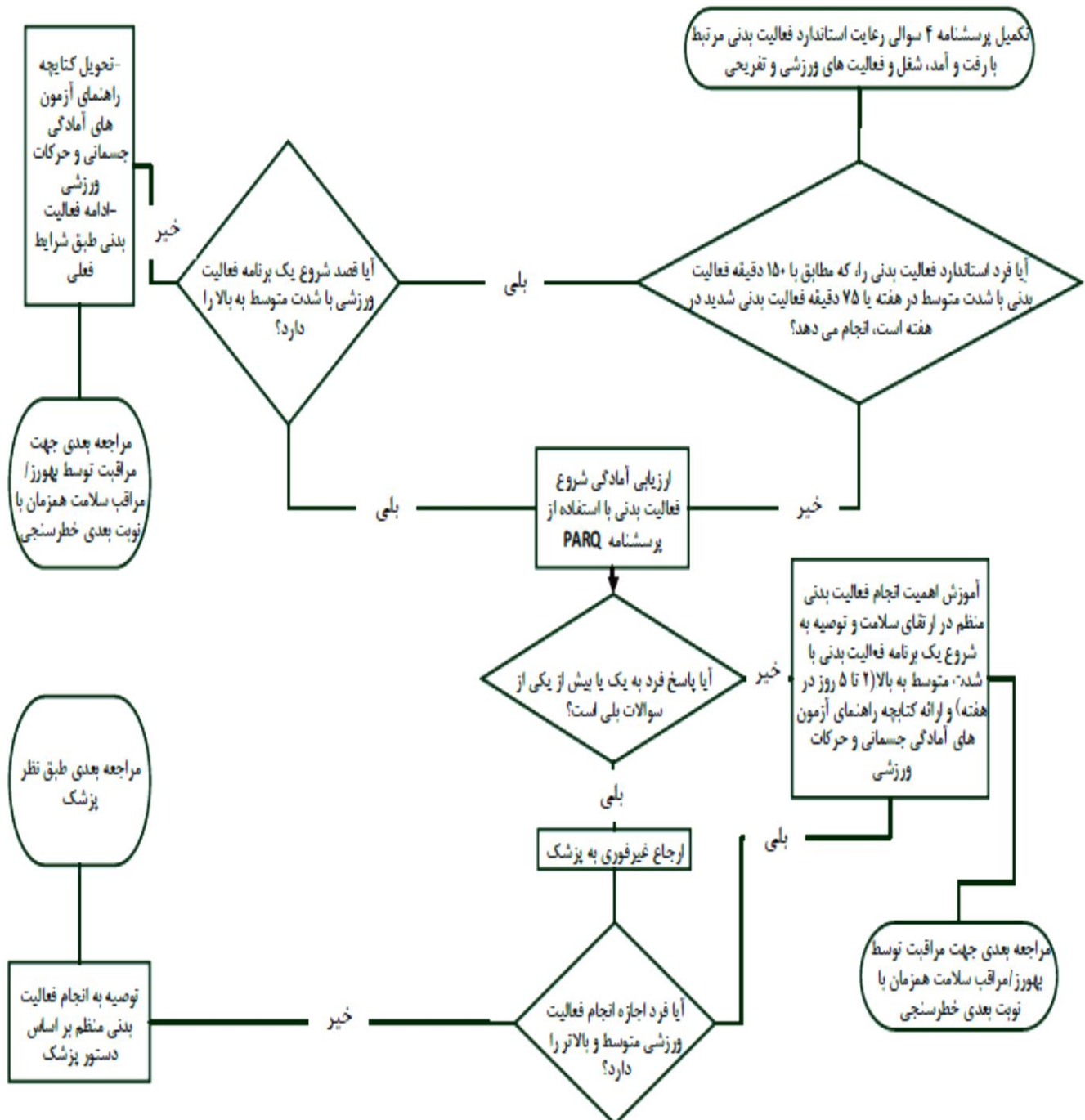
۲- پیگیری انجام آزمون های آمادگی جسمانی توسط فرد در منزل و پیروی از توصیه های ارائه شده بر اساس نتایج

آزمون ها مطابق کتاب « راهنمای ملی فعالیت بدنی»

۳- پیگیری مراجعه افراد نیازمند به مشورت با پزشک براساس نتایج آزمون (PAR-Q)

۴- تعیین زمان مراجعه بعدی براساس سطح فعالیت بدنی

فلوچارت اقدامات لازم در زمینه فعالیت بدنی



پیشگیری و کنترل اختلالات مصرف الکل

بسته خدمتی اختلالات مصرف الکل

بین عوارض ناشی از مصرف الکل و میزان مصرف یک رابطه مستقیم وجود دارد. مصرف الکل یک عامل خطرزا برای طیف وسیعی از مشکلات سلامتی بوده و یک علت اصلی بیماری، اُفت کیفیت زندگی و مرگ زودرس است. مشکلات اجتماعی می تواند با مصرف الکل همراه باشد که شامل قطع روابط با خانواده و دوستان و دشواری در تداوم تحصیل و کار می شود.

زنانی که در طول بارداری الکل مصرف می کنند، در معرض خطر داشتن کودکانی با رشد غیر طبیعی (بدشکلی)، مشکلات یادگیری و رفتاری و مشکل در رشد مغزی هستند. عادت مزمن و وابستگی ممکن است متعاقب مصرف مقادیر بالا به صورت مزمن ایجاد شود و مصرف کنندگان وابسته ممکن است در صورت کاهش یا قطع مصرف الکل دچار علائم محرومیت شوند. ترک حاد الکل با مشکلات در حافظه عارضه دار می شود که یک اورژانس پزشکی محسوب می شود. علائم ترک شامل لرزش، تعریق، اضطراب، تهوع، استفراغ و اسهال، بی خوابی، سردرد، فشار خون بالا، توهم و تشنج می شوند.

الکل یک ماده بسیار قوی است که بر روی تقریباً تمام دستگاههای بدن تغییراتی به صورت حاد و مزمن ایجاد می کند. مصرف الکل می تواند باعث بروز مشکلات گذرای روان شناختی نظیر افسردگی، اضطراب و روان پریشی (داشتن توهم و هذیان) شود. مصرف طولانی مدت مقادیر بالای الکل می تواند باعث ایجاد عادت های دیر پا می شود. قطع مصرف الکل در صورت وجود چنین عادت های با نشانگان مرتبط با ترک همراه است که شامل بی خوابی، بیش فعالی سیستم اعصاب خودکار، اضطراب و لرزش است.

شدت عوارض مصرف الکل در جمعیتها بستگی به سه شاخص زیر دارد:

- ✓ حجم الکل مصرفی
- ✓ الگو الکل مصرفی
- ✓ کیفیت الکل مصرفی



حجم الکل مصرفی با شاخص **سرانه مصرف الکل بزرگسالان** اندازه گیری می شود. سرانه مصرف الکل بزرگسالان صورت میانگین حجم الکل خالص مصرفی بر حسب لیتر در جمعیت بالای ۱۵ سال تعریف می شود. این شاخص در جهان در سال ۲۰۱۴، ۶/۲ لیتر الکل خالص برآورد گردید. کشورهای روسیه و اروپای شرقی بالاترین و کشورهای غرب آسیا و شمال آفریقا پایین ترین میزان معینی از مصرف را دارند. این میزان مشخص از الکل مصرفی با تمام عوارض جسمی و روانپزشکی مرتبط با مصرف الکل رابطه دارد. به صورت خاص هر چقدر حجم الکل مصرفی در یک جمعیت بالاتر باشد شیوع مشکلات کبدی و سرطان های مرتبط با مصرف الکل بالاتر خواهد بود.

الگوی الکل مصرفی با شاخص **مصرف سنگین دوره ای** اندازه گیری می شود. مصرف سنگین دوره ای به مصرف الکل در حد مسمومیت یا مستی (بیش از ۶ پیمانه استاندارد الکل در یک نوبت مصرف) به صورت ماهانه در سال گذشته گفته می شود. این شاخص پیش بینی کننده **سوانح و جراحات عمدی و غیرعمدی** ناشی از مصرف الکل است. علاوه بر این شواهد جدید نشان می دهد مصرف سنگین دوره ای الکل **خطر بیماری های قلبی، عروقی** (سکته قلبی و مرگ ناگهانی ناشی از آن) را به صورت قابل ملاحظه ای افزایش می دهد.

در نهایت **کیفیت الکل مصرفی** خصوصاً در کشورهایی که مصرف الکل غیرقانونی است می تواند یک چالش جدی برای سلامتی باشد. جدی ترین عارضه مرتبط با کیفیت الکل مصرفی وجود ناخالصی **متانول** در آن است که می تواند عوارض جدی همچون نابینایی، نارسایی کلیه و مرگ به دنبال داشته باشد. از ظاهر فیزیکی الکل نمی توان به وجود یا عدم وجود متانول در آن پی برد، این موضوع اهمیت پرهیز کامل از مصرف هر گونه مشروبات الکلی را از منظر سلامتی مورد تأکید قرار می دهد.

الکل **خطر انواع سرطان ها** شامل سرطان سر و گردن، مری، معده، کبد، کولون و ریه را افزایش می دهد. مسمومیت حاد الکل می تواند منجر به **افت قند خون** و متعاقب آن مرگ شود.



مصرف الکل خطرات **تصادفات رانندگی و سوانح و جراحات عمدی و غیرعمدی** را افزایش می دهد. در کشورهایی که مصرف الکل قانونی است معمولاً سطحی از غلظت خونی الکل مجاز برای رانندگی مشخص شده و رانندگی در حالی که سطوح الکل خون از آن مقادیر بالاتر است، پیامدهای جدی قانونی و اجتماعی برای فرد به دنبال دارد. در بیشتر کشورهای دنیا حداکثر سطح خونی مجاز برای رانندگی در دامنه **۰/۰۵ تا ۰/۰۸** یا ۵۰ تا ۸۰ میلی گرم در دسی لیتر قرار دارد.

مصرف الکل به دلیل تضعیف سیستم ایمنی خطر ابتلا به سل را افزایش می دهد. علاوه بر این مصرف الکل با افزایش رفتارهای پرخطر جنسی خطر ابتلا به عفونت اچ آی وی را افزایش می دهد.

با توجه به مطالب مرور شده در این بخش می توان گفت مصرف الکل با خطر افزایش یافته برای ابتلا به بیماری های غیرواگیر، بیماری های واگیر و سوانح و جراحات عمدی و غیرعمدی همراه است.



خطرات مصرف الکل (به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر) شامل موارد زیر

<p>خماری، رفتار تهاجمی و خشن، تصادفات و آسیب کاهش عملکرد جنسی، پیری زودرس مشکلات گوارشی، زخم معده، ورم لوزالمعده، فشار خون بالا اضطراب و افسردگی، دشواری های ارتباطی، مشکلات مالی و شغلی دشواری در به خاطر آوردن چیزها و حل مسائل ناهنجاری مادرزادی و آسیب مغزی در کودکان متولدشده از زنان باردار سکته، آسیب دایمی مغز، آسیب عصب و عضله سیروز کبدی، التهاب لوزالمعده مسمومیت با متانول (نایبایی، مرگ)، سرطان، خودکشی</p>	
--	--

*از بهورز / مراقبت سلامت انتظار می رود با نحوه اجرای غربالگری اولیه آن گونه که در بخش راهنمای سریع توضیح داده شده است، آشنا بوده و در صورت شناسایی افراد در معرض خطر، کارت آموزشی بالا را به او داده و او را به کارشناس سلامت روان ارجاع غیرفوری دهد. غربالگری تکمیلی توسط کارشناس سلامت روان و رفتار انجام خواهد شد.

✓ کسی که در سه ماه اخیر مصرف الکل داشته است ، یک فرد در معرض خطر یا مشکوک به اختلال مصرف الکل محسوب می شود.

✓ هدف از ارجاع به کارشناس سلامت روان برای هر یک از گروه های بالا به شرح زیر است:

• افراد در معرض خطر : این گروه کسانی هستند که مصرف گاه گاهی الکل دارند . هدف از ارجاع در این افراد ارائه آموزش های پیشگیری اولیه توسط کارشناس سلامت روان است.

• افراد مشکوک : این گروه کسانی هستند که مصرف مستمر الکل داشته و احتمالاً به آن وابسته هستند . هدف

از ارجاع این گروه به کارشناس سلامت روان بیماریابی و مراقبت پیشگیری ثانویه (ارجاع جهت دریافت خدمات درمانی و پیگیری) است.

پیشگیری و کنترل مصرف دخانیات

یکی از مشکلات عمده عصر حاضر همه گیری دخانیات میباشد. در بسیاری از کشورها به طور متوسط سن شروع سیگار زیر ۱۵ سال می باشد و شیوع مصرف دخانیات در بین جوانان رو به افزایش است. بررسی ها نشان می دهد که مصرف دخانیات، در تمام اشکال آن، خطر مرگ زودرس را در برخی از بیماری های مزمن به طور جدی افزایش می دهد. افرادی که دخانیات مصرف نمی کنند ولی در مواجهه با دود آن به صورت ناخواسته قرار میگیرند، بیشتر از افرادی که در مواجهه با دود دخانیات قرار ندارند، در معرض خطر سرطان ریه و بیماری های دیگر هستند. بنابراین دخانیات عامل اصلی در ایجاد بسیاری از بیماریهای کشنده از جمله بیماری های قلبی و عروقی، سرطانهای ریه، دهان و ... می باشد و هر ساله موجب مرگ ۶ میلیون نفر در جهان می شود. چنانچه الگوی مصرف دخانیات تغییر نکند پیش بینی میشود تا سال ۲۰۳۰ بزرگترین عامل مرگ و میر و کاهش طول عمر باشد.

ماده دخانی و انواع آن

ماده دخانی: به هر ماده یا فرآورده ای که تمام یا بخشی از ماده خام تشکیل دهنده آن گیاه توتون یا تنباکو یا مشتقات آن باشد، اطلاق می شود. (به استثنای مواد دارویی مجاز ترک دخانیات، به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

مواد دخانی بر اساس نوع مصرف به دو گروه اصلی تدخینی و غیر تدخینی تقسیم می شوند:

۱) انواع مواد دخانی دود زا (تدخینی):

الف) سیگار: که در ایران به نام سیگار شناخته شده است به تنباکوی پیچیده شده در کاغذ گفته می شود که توسط ماشین تولید می گردد. سیگار، استوانه کاغذی کوچکی معمولاً به طول کمتر از ۱۲ سانتی متر و قطر نزدیک به ۱۰ میلی متر است که از برگ های بریده شده یا عمل آمده تنباکو پر می شود.

ب) سیگار برگ: سیگارهای برگ از سیگارهای معمولی بزرگتر بوده و نوع و م یزان تنباکوی که در آنها بکار رفته نیز متفاوت می باشد. سیگارهای برگ، با توجه به ابعادشان می توانند بین ۵ تا ۱۷ گرم تنباکو را در خود داشته باشند و فیلتر ندارند.

ج) پیپ: وسیله ای که در آن از برگ های خشک شده گیاه تنباکو، به عنوان توتون برای مصرف استفاده می گردد.



د) **قلیان**: قلیان وسیله ای است برای کشیدن تنباکو، که دود حاصل از آن ناشی از سوختن ذغال گذاخته و تنباکو است.

ه) **چپق**: وسیله ای است دارای حقه و یک لوله متصل به آن که در حقه توتون ریخته و آتش را بر روی آن گذاشته و می کشند.



و) **سیگار دست پیچ**: سیگاری است که توسط مصرف کننده با پیچیدن تنباکو در کاغذ نازکی تهیه و مصرف می شود.

۲) انواع محصولات دخانی بدون دود (غیر تدخینی):

الف) **تنباکوی جویدنی**: در شرق ایران و بیشتر با نام « ناس » شیوع مصرف دارد.

ب) **تنباکوی انفیه ای**: گردی است که بیشتر از تنباکو به دست می آید، عطسه آور و نشئه کننده می باشد و از طریق بینی استفاده می شود.

ج) **تنباکوی مکیدنی**: از طریق دهان مصرف می شود.

تعریف فرد سیگاری (مصرف کننده مواد دخانی)

فرد سیگاری: کسی است که در یک ماه اخیر یک یا چند نوع از انواع فرآورده های دخانی را به طور روزانه یا غیر روزانه مصرف می کند.

سیگاری ها به دو گروه تقسیم میشوند:



می

الف -مصرف کننده روزانه: افرادی هستند که نوعی از فرآورده های دخانی را حداقل یک بار در روز مصرف می کنند.

ب -مصرف کننده غیر روزانه: افرادی هستند که مواد دخانی مصرف کنند اما نه به طور روزانه

فرد غیر سیگاری: افرادی که به طور کلی مواد دخانی مصرف نمی کنند یا قبلاً مواد دخانی استفاده میکردند ولی در حال حاضر مصرف نمی کنند و حداقل یک سال از زمان ترک آنها گذشته باشد.

مواجهه تحمیلی با دود مواد دخانی

تعریف دود دست دوم : دود حاصل از استعمال مواد دخانی توسط افراد مصرف کننده که توسط افراد غیر مصرف کننده استنشاق می شود .

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

مواد شیمیایی و سمی موجود در سیگار و توتون

۱- **نیکوتین :** ماده شیمیایی موجود در برگ توتون است که در دود ناشی از سوختن توتون در سیگار، سایر انواع مواد دخانی تدخینی و در شیره حاصل از انواع تنباکو جویدنی وجود دارد . نیکوتین ماده ای بسیار اعتیادآور و سمی است که تزریق تنها ۶۰ میلی گرم از آن در خون که معادل یک قطره بزرگ نیکوتین است ، موجب مرگ انسان یا هر موجود زنده دیگری می شود .



۲- **قطران (تار):** خطرناک ترین ماده شیمیایی موجود در دود سیگار قطران است . در واقع قطران شناخته شده ترین ماده سرطان زای موجود در جهان است و عامل اصلی ایجاد سرطان ریه و بسیاری از بیماریهای ریوی در سیگاریها همین ماده است . قطران موجب فلج مژک های

تنفسی در راههای هوایی می شود و به این ترتیب مانع پاکسازی ریه از سموم و ناخالصی ها و آلودگی های موجود در دود سیگار و هوای استنشاقی می گردد . قطران با تاثیر مستقیم خود بر کیسه های هوایی، موجب تخریب این کیسه ها و کاهش کارایی سیستم تنفسی می شود.

۳- **آرسنیک :** نوعی گاز است که از طریق ریه ها، کبد، کلیه ها و طحال جذب بدن شده و پس از ۲ هفته در پوست و مو و استخوان جایگزین می شود . این گاز حتی از طریق جفت مادر وارد خون جنین شده و سبب تولد نوزاد کم وزن و کم حافظه و گاهی نیز سقط جنین می شود . همچنین در بروز سرطان لب نیز دخالت دارد .

۴- **منواکسیدکربن :** وجود این گاز سمی باعث اختلال در انتقال و مصرف اکسیژن می شود . چون دود سیگار حاوی ۲ تا ۶ درصد منواکسیدکربن است در نتیجه سطح کربوکسی هموگلوبین در خون این افراد تا ۱۵ درصد است (در افراد غیر سیگاری ۱ درصد) که موجب کاهش اکسیژن رسانی به بافت ها و اعضا شده و منجر به کمبودی لبها و ناخن ها و افزایش خطر لخته شدن خون و به دنبال آن بروز سکته قلبی و مغزی می شود .

۵- اسید سیانیدریک (جوهر بادام تلخ): که به نام های سیانور هیدروژن و جوهر بادام تلخ نیز شهرت دارد.

۶- مواد رادیواکتیو (پرتوزا): در توتون سیگار تشعشعات پرتوزای رادیوم و پولونیوم وجود دارد که سرطان زا هستند.

۷- آمونیاک: یکی از عوامل مهم در ایجاد تحریکات بافت ها (به ویژه ریه ها) در جریان سیگار کشیدن است.

۸- کربورهای هیدروژن: معمولاً خاصیت سرطان زایی دود سیگار، ناشی از همین کربورهای هیدروژن است و استعداد ابتلا به سرطان را در تمام بافت های بدن به ویژه مجاری تنفسی افزایش می دهد.

اثرات سوء مصرف دخانیات

۱- اثرات سوء مصرف دخانیات بر سلامت

شواهد علمی اثبات نموده است که مصرف دخانیات به صورت مستقیم یا غیرمستقیم (دود دست دوم و سوم)، موجب بروز انواع سرطان ها (سرطان ریه، لب و دهان، حنجره، مری، کلیه، مثانه، گردن رحم، ...) بیماری های قلبی و عروقی (سکته های قلبی و مغزی، فشارخون بالا، آنژین صدری، برگر، ...) بیماری های تنفسی (برونشیت، آمفیزم، ...)، گوارشی (ریفلاکس، کرون، ...) و بیماری های دهان و دندان می گردد.

همچنین مصرف دخانیات موجب ناباروری گردیده و در دوران حاملگی نیز موجب افزایش خون ریزی، کاهش رشد جنین و تولد نوزاد با وزن کمتر از میزان طبیعی می شود. این خطرات به دوران حاملگی محدود نشده و غالباً نوزادان به دنیا آمده از مادران سیگاری دچار نواقص عمده ای در دوران رشد می گردند.

مطالعات نشان می دهد که میزان سردمزاجی، نازایی، مشکلات عادت ماهیانه و سقط در خانمهای سیگاری از خانم های غیر سیگاری به مراتب بیشتر است.

۲- هزینه های اجتماعی و اقتصادی مصرف دخانیات

هزینه های استعمال دخانیات برای افراد مصرف کننده و اعضای خانواده که مصرف کننده نمی باشند، شامل موارد ذیل می باشد:

- ✓ از دست رفتن پولی که برای تهیه مواد دخانی هزینه می شود.
- ✓ از دست رفتن درآمد در اثر ابتلا به ناتوانی و مرگ زود هنگام.
- ✓ هزینه های درمانی و مراقبتهای بهداشتی ناشی از ناتوانیهای مرتبط با مصرف دخانیات.
- ✓ هزینه هایی که اعضای خانواده در اثر مواجهه با دود حاصل از مصرف دخانیات می پردازند.

✓ هزینه های به حساب نیامده همچون خطر آتش سوزی

۳- هزینه های تحمیلی دخانیات بر دوش دولتها ، کارفرمایان و محیط زیست

✓ هزینه های اجتماعی، رفاهی و بهداشتی

✓ از دست رفتن ارز برای واردات سیگار

✓ از دست رفتن زمین های حاصل خیز (که می توانست برای کشت سایر محصولات کشاورزی به جز توتون ، مورد استفاده قرار گیرد).

✓ هزینه های بالاتر کارفرمایان به علت غیبت از کار و کاهش بهره وری ناشی از ابتلا به بیماری و ناتوانی

✓ چوب مورد نیاز برای تهیه کاغذ سیگار

✓ هزینه آتش سوزی و خسارات ناشی از استعمال دخانیات

مضرات مصرف قلیان

برخلاف بسیاری عقاید و باورهای سنتی، دود منتشره از قلیان حاوی مقادیر بیشماری مواد سمی می باشد. این مواد به عنوان عوامل اصلی بروز سرطان ریه، بیماری های قلبی عروقی و سایر بیماری ها شناخته شده اند. از آنجایی که نیکوتین موجود در دود حاصله از مصرف قلیان همانند سایر مواد دخانی اعتیادآور بوده، مصرف متناوب آن ایجاد وابستگی می نماید.

مصرف کنندگان قلیان در هر بار مصرف، دود بسیار زیادتری را در مقایسه با کشیدن یک نخ سیگار دریافت می کنند. افراد سیگاری که به طور متداول ۸ تا ۱۲ نخ سیگار در روز مصرف می کنند، به طور متوسط با ۴۰ تا ۷۵ پک که به مدت ۵ تا ۷ دقیقه به طول می انجامد حدود ۰/۵ تا ۰/۶ لیتر دود استنشاق می کنند. این در حالی است که مصرف کننده قلیان در هر وعده مصرف که به طور متداول ۲۰ تا ۸۰ دقیقه طول می کشد حدود ۵۰ تا ۲۰۰ پک می زند که هر پک به طور متوسط حاوی ۰/۱۵ تا یک لیتر دود می باشد.

به عبارت دیگر از نظر میزان مواجهه و استنشاق دود، هر فرد مصرف کننده قلیان در هر وعده معادل ۱۰۰ نخ یا بیشتر سیگار، دود دریافت می نماید.

با وجود این که بخشی از نیکوتین موجود در دود قلیان در اثر عبور از آب جدا می شود، میزان نیکوتین دریافتی در افراد مصرف کننده قلیان، به اندازه ای است که ایجاد وابستگی می کند. نیکوتین نقش بسیار مهمی را در میزان و نحوه مصرف مواد دخانی به عهده دارد.

بنابراین می توان نتیجه گرفت مصرف کنندگان قلیان با استنشاق مقادیر بسیار زیادتر دود، جهت رسیدن به آستانه ارضاء وابستگی ، در مواجهه با مقادیر زیادتر موادشیمیایی سرطان زا و گازهای خطرناک همچون منواکسید کربن قرار می گیرند.

این نکته نیز حائز اهمیت است که میزان گاز منواکسید کربن، فلزات سنگین و ترکیبات شیمیایی سرطانزا منتشره از احتراق ذغال یا مواد ایجادکننده حرارت در قلیان در مقایسه با سیگار به مراتب بیشتر و اثرات سوء آن نیز ، چه برای مصرف کنندگان و چه افراد در معرض دود تحمیلی، فراتر می باشد. این در حالی است که بیماری های منتقله از طریق دهان و دستان آلوده در اثر استفاده مشترک از قلیان، همچون سل و هیپاتیت، قابل بررسی می باشد.

نکاتی در اجرای برخی از راه کارهای کلیدی کنترل دخانیات

• محافظت مردم از قرار گرفتن در معرض دود دخانیات (دود دست دوم و دود دست سوم)

هیچ گونه سطح ایمنی در مواجهه با دود دخانیات وجود ندارد . مطالعات نشان داده است تهویه و سایر فناوریهای فیلتراسیون هوا نمی تواند مخاطرات سوء بهداشتی ناشی از مواجهه با دود محیطی دخانیات را حذف کند، تنها راه موثر محافظت از افراد در معرض مواجهه، ایجاد محیطهای صد درصد عاری از دود دخانیات است. رویکرد اختصاص مکان های مخصوص استعمال دخانیات در اماکن عمومی به هیچ وجه صحیح نیست.

با توجه به این که کودکان زمان بیشتری را در منزل سپری می کنند و با سطوح حاوی ذرات دود مواد دخانی در تماس هستند، امکان ابتلا شدن به بیماری و مسمومیت های ناشی از مواجهه با دود دست سوم مواد دخانی برای آنها بیشتر است.

حتی سطوح کم ذرات دخانیات می تواند با مسمومیت در سیستم عصبی کودکان در آنها مشکلات شناختی ایجاد نماید.

با توجه به تبعات سوء مواجهه با دود مواد دخانی و تماس با بقایای حاصل از مصرف دخانیات (دود دست سوم) ضرورت دارد برای حفاظت از سلامت افراد، از مواجهه با دود مواد دخانی اجتناب گردد.

قوانین و مقررات محیطهای عاری از دخانیات از سلامتی کارکنان و افراد غیر سیگاری حمایت و مصرف کنندگان مواد دخانی را به ترک دخانیات تشویق می نماید.

قوانین محیطهای عاری از دخانیات به اقتصاد کمک نموده و مشاغلی از قبیل رستوران ها و مراکز عرضه مواد غذایی را به مخاطره نمی اندازد.

• کمک به افراد سیگاری و مصرف کننده مواد دخانی به ترک دخانیات

ترک دخانیات برای افراد سیگاری مثل همه افرادی که به سایر مواد دخانی وابسته هستند، بسیار مشکل بوده و نیازمند کمک و حمایت برای غلبه بر وابستگی هستند.

خدمات ترک به افراد مصرف کننده دخانیات در ترک وابستگی به مواد دخانی کمک می کند. ترک و کنار گذاشتن مواد دخانی توسط افراد مصرف کننده به تنهایی و بدون کمک گرفتن از خدمات مشاوره ترک دخانیات بسیار مشکل است. یک برنامه موفق ترک دخانیات باید از روش های وسیع درمان برای کمک به افراد مصرف کننده مواد دخانی استفاده نماید.

خدمات ترک دخانیات باید ارزان قیمت، قابل دسترسی و مستمر باشد.

روش های دارویی ترک دخانیات مثل استفاده از روش های درمان با جایگزین های نیکوتین، نرخ (میزان موفقیت) ترک دخانیات را بین ۲ تا ۳ برابر افزایش می دهد.

ارائه خدمات ترک دخانیات

مهمترین فواید ترک دخانیات عبارتند از: بهبود وضعیت گردش خون، کاهش حساسیت و آلرژی، بر طرف شدن برونشیت مزمن در ظرف چند ماه بعد از ترک دخانیات، کاهش خطر پوسیدگی دندان و بیماری های لته و شانس داشتن دندان های طبیعی، کاهش خطر سرطان مری، کاهش خطر سرطان کلیه، کاهش شدت و تعداد دفعات ابتلا به سردرد، کاهش مشکلات دوران یائسگی، کاهش خطر ابتلا به بیماری های استخوان، افزایش ظرفیت شش ها، افزایش توان بارداری، کاهش عمده خطر ابتلا به سرطان ریه و آمفیوزم

آشنایی با برنامه ترک دخانیات

بهورز /مراقب سلامت افرادی را که علاقمند به ترک دخانیات می باشند، شناسایی و پس از توصیه های مختصر و کنترل وسوسه، در صورت عدم ترک، به روان شناس مرکز سلامت جامعه مربوطه ارجاع دهند و افرادی که مستقیماً به مرکز سلامت جامعه مراجعه می نمایند نیز می توانند از خدمات برنامه ترک دخانیات و تجویز دارو (براساس صلاحدید پزشک) استفاده نمایند.

توصیه های مختصر در مورد ترک دخانیات:

بسیاری از مصرف کنندگان دخانیات که تا حدودی از خطرات استعمال دخانیات آگاهند مایل به ترک آن هستند و ممکن

است تلاش های ناموفقی نیز برای ترک دخانیات انجام داده باشند. مشاوره و دارو درمانی می تواند میزان موفقیت ترک را در سیگاری هایی که اقدام به ترک می کنند تا دو برابر افزایش دهد. ترک سیگار نیاز به زمان دارد. ابتدا باید خواست، تا بعد توانست. در بهترین روش باید ابتدا به آن فکر کرد؛ تصمیم گرفت؛ اراده را تقویت نمود؛ ضررهای سیگار و فواید ترک سیگار را دانست؛ یک روز را برای ترک سیگار انتخاب کرد. برای آمادگی تا روز ترک به دستورات زیر عمل و از توصیه های بهداشتی، روان درمانی و جایگزین نیکوتینی استفاده کرد.

- ✓ نوع ماده دخانی مصرفی خود را عوض کنید.
- ✓ سیگارها را نصفه بکشید و زمان مصرف مواد دخانی را کوتاه کنید.
- ✓ دست سیگار کشیدنتان را عوض کنید.
- ✓ سیگار را بسته ای همراه خود نبرید.
- ✓ هر روز، روشن کردن اولین سیگار یا مصرف سایر مواد دخانی را به تاخیر بیندازید.
- ✓ به هر کدام از سیگارها یا مواد دخانی که مصرف می کنید، فکر کنید.
- ✓ آب بنوشید.
- ✓ بدون سیگار از منزل یا محل کار خارج شوید.
- ✓ زیرسیگاری ها را خالی نکنید.

توصیه های رفتاری (کنترل وسوسه):

شامل تنفس عمیق، تاخیر در مصرف مواد دخانی، نوشیدن آب و انحراف فکر و یادآوری، گفتن به دیگری، پاداش دادن و امتناع از پذیرش تعارف سیگار یا مواد دخانی می باشد. استفاده هم زمان از روش های مختلف ترک نتایج بهتری داشته است.

انتخاب روش ترک

روش های ترک سیگار به دو دسته تقسیم می شود:

۱- روش شخصی:



الف) ترک یکباره: در این ترک که در اغلب موارد موفقیت آمیز است، در روز ترک به صورت ناگهانی و کامل سیگار کشیدن را متوقف می کنند.

ب) ترک تدریجی: این ترک برای افرادی که به نیکوتین وابسته شده اند، روش بهتری است. کم کردن تعداد سیگار مصرفی روزانه تا حدود ۵ عدد در روز به تدریج و در طول یک مدت مشخص انجام می شود. این روش به زمان بیشتری نیاز دارد.

۲- روش مداخله روان شناس و پزشک:

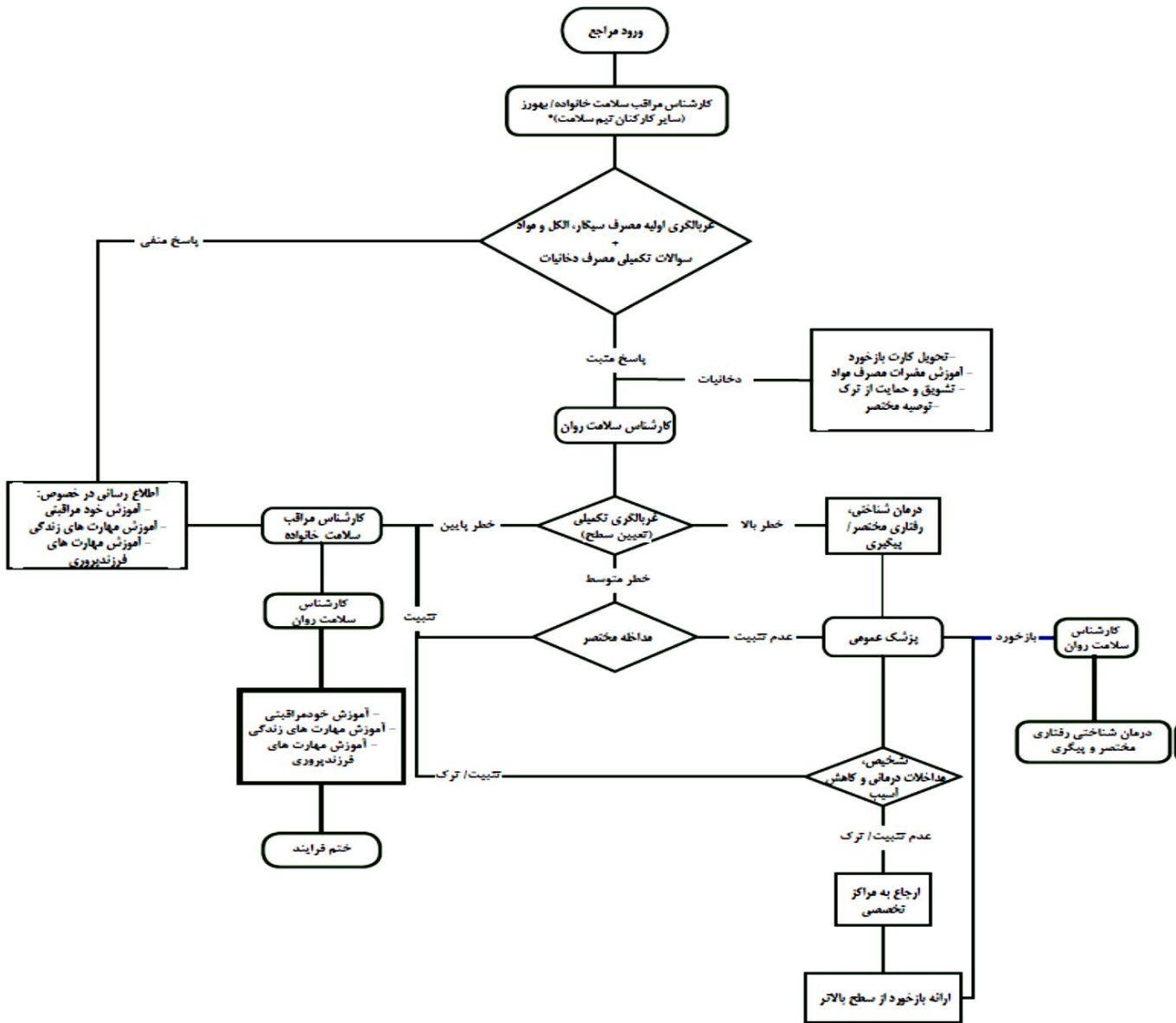
روان شناس ابتدا با استفاده از غربالگری تکمیلی سطح درگیری فرد با مصرف مواد دخانی را تعیین می کند. در صورتی که مصرف فرد در دامنه خطر پایین قرار داشته باشد، توصیه های مختصر و پس خوراند به مراقب سلامت داده می شود. در صورتی که مصرف فرد در دامنه خطر متوسط (مصرف آسیب رسان) باشد برای وی مداخله مختصر و در صورتی که مصرف فرد در دامنه خطر بالا (وابستگی) باشد برای او درمان شناختی، رفتاری مختصر ارائه می دهد و برای کمک به قطع مصرف، فرد به پزشک ارجاع داده می شود.

پزشک علاوه بر آموزش ضررهای سیگار و بیمارهای ناشی از مصرف آن، از روشهای ترک شامل جایگزین نیکوتین (آدامس و برچسب نیکوتینی)، جایگزین نیکوتین + توصیه های رفتاردرمانی (توصیه های مختصر و کنترل وسوسه) و دارو درمانی استفاده می نماید.

پیگیری و مراقبت

- ✓ پیگیری در فواصل ۱ هفته، ۱، ۳، ۶ و ۱۲ ماه از زمان شناسایی انجام شود.
- ✓ در مراقبت پیگیری اقدامات زیر مورد انتظار است:
 - ارزیابی از نظر موفقیت ترک یا عود
 - پیگیری از نظر مراجعه به کارشناس سلامت روان و در صورت عدم مراجعه بررسی علل آن
 - آموزش درباره خطرات تداوم مصرف و تشویق برای تداوم مراقبت ها مطابق فلوچارت
- ✓ در صورت عدم مصرف دخانیات در سه ماه گذشته نیز بازخورد مثبت ارائه شده و فرد برای دریافت مراقبتهای پیشگیری اولیه تشویق می شود.
- ✓ در صورت مواجهه با دود دسته دوم دخانیات در ماه گذشته، آموزش درباره خطرات آن و توصیه های شخصی شده ارائه می شود.
- ✓ در مورد مضرات استعمال دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی و در مورد این که مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن خطر ابتلاء به بیماری های قلبی عروقی، تنفسی، سرطان و دیابت را افزایش می دهد، برای تمام جمعیت تحت پوشش آموزش داده می شود.

فلوچارت ارزیابی و مراقبت از اختلال مصرف دخانیات، مواد و الکل



*غریبالگری اولیه اختلال مصرف مواد با توجه به اینکه به صورت فرصت طلبانه انجام می شود میتواند توسط کلیه پرسنل بهداشتی و درمانی مرکز شامل کارشناس مراقب سلامت خانواده، پزشک، دندانپزشک، ماما و ... در جریان فرایند های خدمت معمول انجام شود.

**در قسمت خطر بالا در صورت مصرف دخانیات بالای ۱۰ نخ بصورت روزانه و عدم موفقیت در ترک در خطر متوسط، علاوه بر توصیه های درمان شناختی، رفتاری مختصر نیاز به دارو درمانی توسط پزشک دارد.

خلاصه و نتیجه گیری :

- با تغییرات ساده در سبک زندگی مانند کاهش چربی و نمک رژیم غذایی و فعالیت بدنی منظم میتوان باعث کاهش سطح چربی (کلسترول) و فشارخون شد و احتمال بروز بسیاری از بیماری ها از جمله دیابت و بیماری های عروق کرونر قلب را کاهش داد.
- نقش بسیار مهم فعالیت فیزیکی مطلوب در حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماریها
- فعالیت جسمانی مطلوب:
- ✓ ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط به مدت ۵ روز در هفته یا ۵۰ دقیقه برای حداقل ۳ بار در هفته
- ✓ ۲۵ دقیقه فعالیت بدنی با شدت زیاد به مدت ۳ روز در هفته
- ✓ ارزیابی، مراقبت و آموزش افراد دارای فعالیت بدنی نامطلوب
- پیگیری روند تغییرات سطح فعالیت بدنی مراجعین با توجه به مراحل تغییر رفتار
- ارزیابی آمادگی شروع فعالیت بدنی با استفاده از پرسشنامه PAR-Q
- پیگیری مراجعه افراد نیازمند به مشورت با پزشک بر اساس نتایج آزمون (PAR-Q)
- تعیین زمان و پیگیری مراجعات بر اساس سطح فعالیت بدنی
- اقدامات بهورز برای غربالگری اولیه درگیری با مصرف دارو، الکل و مواد :**
- شناسایی علائم اورژانس مرتبط با درمان و اختلالات مصرف مواد
- ✓ ارجاع فوری به پزشک برای تثبیت وضعیت بیمار
- ✓ پیگیری و مراقبت بر اساس دستور پزشک
- تشویق مراجعه کننده و جلب حمایت خانواده در افراد تحت درمان ترک و بدون علائم اورژانس
- توصیه به خانواده برای :

- ✓ فراهم سازی محیط مناسب
 - ✓ حمایت از درمان طولانی مدت
 - ✓ مراجعه منظم به پزشک و توجه به علائم هشدار
 - ✓ مراجعه به مراکز درمانی در هنگام بروز عوارض و فوریت‌های مرتبط با اختلالات مصرف مواد
- ارجاع افراد دارای غربالگری اولیه مثبت به کارشناس سلامت روان جهت انجام غربالگری تکمیلی
- پیگیری و مراقبت با توجه به نظر کارشناس سلامت روان
- آموزش پیامدهای منفی مصرف مواد الکلی بر سلامت و کیفیت زندگی:
- افزایش ابتلا به بیماریهای غیرواگیر و واگیر
 - افزایش سوانح، جراحات عمدی و غیرعمدی

پرسش و تمرین

- ۱- شش مورد از توصیه های تغذیه ای مناسب در پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی را شرح دهید؟
- ۲- تاثیرات مثبت فعالیت بدنی بر سلامت فرد را توضیح دهید؟
- ۳- شدت فعالیت برای یک فرد ۴۰ ساله را بر اساس بازه ضربان قلب هدف محاسبه نمایید؟
- ۴- برای ایجاد فعالیت بدنی مطلوب در یک فرد میانسال چه میزان و شدتی از فعالیت بدنی را توصیه می کنید؟
- ۵- شخصی که تمایل برای ترک مصرف مواد در ۳۰ روز آینده دارد در کدام مرحله تغییر رفتار قرار داشته و اقدام مناسب چیست؟
- ۶- دود دست دوم و دست سوم را تعریف کرده و اقدام مناسب برای افراد دارای مواجهه را به طور کامل شرح دهید؟

فصل ششم :

آشنایی با نظام اطلاعات مربوط به مراقبت های میانسالان و فرم های اطلاعاتی مربوطه



اهداف آموزشی

فراگیران در پایان این بخش باید بتوانند:

- ۱- نحوه تکمیل اطلاعات مراقبت دوره ای و ممتد گیرنده خدمت در پرونده الکترونیک بخش ، مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان را فرا بگیرند.
- ۲- نحوه تهیه گزارش از اطلاعات پرونده الکترونیک فرد میانسال را فرا بگیرند.
- ۳- با نحوه ی گزارش گیری برنامه مربوط به خدمات مختلف در سامانه سیب آشنا شوند.
- ۴- اجزای مراقبت ها ، ثبت خدمات ، اقدام و نحوه پیگیری مراقبتها را طبق سامانه سیب فرا بگیرند.
- ۵- نحوه تجزیه و تحلیل اطلاعات شاخص های مراقبت میانسالان را با ذکر مثال فرا بگیرند.

عناوین آموزشی

- مقدمه
- جستجوی خدمت گیرنده
- ثبت مراقبت برای خدمت گیرنده
- ثبت اقدام و بیماریها
- ساخت گزارش
- شاخص های برنامه
- خلاصه و نتیجه گیری

مقدمه

ثبت داده های سلامت هر یک از زنان و مردان ۵۹ - ۳۰ سال (گیرنده خدمات سلامت میانسالان) در پرونده ی الکترونیک آنان به تنظیم فرایند ارائه خدمت و برنامه ریزی سلامت آنان کمک نموده و داده های فردی را برای مداخله لازم در جهت ارتقای سلامت آنان فراهم می نماید. خلاصه اصلی ترین اطلاعات مربوط به هریک از مراجعه کنندگان در سامانه سیب و پرونده ی الکترونیک هر فرد قسمت مراقبت میانسالان درج می شود. داده های ثبت شده سه هدف کاربردی را دنبال می کند:

❖ جمع بندی اطلاعات مربوط به خدمات ارائه شده، نتایج آن و تصمیم گیری های بعدی برای پیگیری و مراقبت

ممتد هر یک از گیرندگان خدمات سلامت میانسالان

❖ سهولت پایش برنامه

❖ تهیه گزارش برای ارائه به مرکز بهداشت شهرستان: کاربرد ثبت اطلاعات مراقبتی قدم اول در مدیریت اطلاعات

سلامت میانسالان تحت پوشش محسوب شده و شرایط را برای انجام مداخلات در سطح جامعه فراهم می نماید.

بنابراین مبنای تجزیه و تحلیل داده های موجود در سامانه سیب و پرونده الکترونیک فرد میانسال ، اطلاعاتی است که در هنگام ارائه خدمات توسط بهورز یا مراقب سلامت درج می گردد لذا لازم است ثبت اطلاعات مراقبتی با دقت و مهارت انجام گردد.

جستجوی خدمت گیرنده

در نظر داشته باشید برای تحت پوشش قرار دادن یک خدمت گیرنده لازم است وی تحت پوشش هیچ مرکزی نباشد برای استعلام وضعیت یک خدمت گیرنده کافی است از منوی ثبت نام و سرشماری گزینه ی جستجوی خدمت گیرنده را انتخاب نمایید.



همانطور که در فرم زیر مشخص است با وارد کردن کد ملی خدمت گیرنده و کلیک بر روی اطلاعات کاربر وضعیت مرکز خدمت دهنده به شخص نمایش داده می شود.

جستجوی خدمت گیرنده

❗ علی رضایی تحت پوشش هیچ مرکزی نیست.

اطلاعات کاربر

شماره ملی

در صورتی که خدمت گیرنده تحت پوشش مرکز دیگری باشد ، با وارد کردن شماره ملی وی ، نام و نام خانوادگی و مرکز تحت پوشش او نمایش داده می شود بطور مثال همانطور که در تصویر زیر مشخص است رامین نوروزی تحت پوشش مرکز دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلامشهر مرکز سلامت جامعه روستایی بهرام آباد خانه بهداشت بهرام آباد می باشد.

رامین نوروزی تحت پوشش مرکز دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلامشهر مرکز سلامت جامعه روستایی بهرام آباد خانه بهداشت بهرام آباد

اطلاعات کاربر

شماره ملی

4020566864

ثبت مراقبت برای خدمت گیرندگان

خدماتی که بر طبق دستورالعمل های وزارت بهداشت (بوکلت ها) ، با توجه به رده سنی و جنسیت به خدمت گیرندگان ارائه می شود ، مراقبت نامیده می شود. همانطور که در تصویر زیر مشاهده می فرمائید ، هنگامی که یک خدمت گیرنده را انتخاب می کنیم، فهرست مراقبت های متناسب با وضعیت وی (جنسیت ، سن و ...) نمایش داده می شود.

تذکر مهم (لازم به ذکر است که این فرم از منوی ارائه خدمت و زیر منوی مراقبت های انجام نشده خدمت گیرنده نیز در دسترس می باشد).

برای درک بهتر فرض می کنیم مرد میانسالی برای دریافت خدمات پزشکی به ما مراجعه می کند ، بعد از انتخاب وی بعنوان خدمت گیرنده ، فرم فهرست مراقبت های زیر برای او نمایش داده می شود. همانطور که می بینید مراقبت ها متناسب با جنسیت و سن و وضعیت و ... مراجعه کننده است.

- ارزیابی تغذیه میانسالان (30 تا 59 سال - غیر پزشک)
- غربالگری تغذیه ای میانسالان (30 تا 59 سال) (غیر پزشک)
- پرسشنامه آمادگی برای فعالیت بدنی (30) (PAR-Q) تا 59 سال - غیر پزشک)
- ارزیابی فعالیت فیزیکی میانسالان (30 تا 59 سال - غیر پزشک)
- ارزیابی سلامت میانسالان از نظر ایمنسازی، آکرژی مواجهات دارویی/شغلی (30 تا 59 سال - غیر پزشک)
- بررسی استعمال دخانیات، سوء مصرف مواد مخدر و اختلال مصرف دارو در میانسالان (30 تا 59 سال - غیر پزشک)
- ارزیابی سلامت روان میانسالان (30 تا 59 سال - غیر پزشک)
- عوامل خطر و علائم بیماریها در میانسالان (30 تا 59 سال - غیر پزشک)

برای پاسخ به پرسشنامه یک مراقبت کافی است تا روی آن کلیک کنید ، تا پاسخنامه مربوط به آن نمایش داده شود .
مثلا برای مرد میانسال مثال بالا روی ارزیابی تغذیه میانسالان ۳۰ تا ۵۹ سال - غیر پزشک کلیک می کنیم تا فرم زیر نمایش داده شود.

ارزیابی تغذیه میانسالان (30 تا 59 سال - غیر پزشک)

- فرد به صورت معمول نمکدان سر سفره استفاده می کند؟ بلی خیر
- روغن جامد و نیمه جامد مصرف می کند؟ بلی خیر
- به صورت مصرف معمول هفتگی سوسیس؛ کالباس؛ انواع فست فودها؛ پیتزا؛ ... مصرف می کند؟ بلی خیر
- به صورت معمول هفتگی نوشیدنی های گازدار و ابمیوه های صنعتی مصرف می کند؟ بلی خیر

ثبت

بعد از پاسخ به سوالات کافی است بر روی گزینه ثبت کلیک کنیم .بعد از ثبت پارامترهای ارزیابی ، سیستم با توجه به پاسخ های وارد شده ، وضعیت بیمار را تشخیص داده و در صورت لزوم اقدامات لازم و تاریخ پیگیری بعدی را برای خدمت گیرنده نمایش می دهد و یا به بخش بعدی پرسش نامه می رود .در صورتی که بیمار نیاز به متخصص داشته باشد می

توان از طریق دکمه ارجاع بیمار به پزشک یا نقش دیگری ارجاع داده شود، در غیر این صورت با کلیک روی گزینه تایید این صفحه بسته می شود.

در مثال بالا فرض می کنیم خدمت گیرنده دارای تغذیه نامناسب باشد، در اینصورت سامانه فرم زیر را نمایش می دهد

ارزیابی تغذیه میانسالان (30 تا 59 سال - غیر پزشک)

تشخیص

تغذیه نامطلوب

اقدامات

آموزش متناسب با نیاز مراجعه کننده، تحویل و آموزش دفترچه خودارزیابی شیوه زندگی، کمک به برنامه ریزی خود مراقبتی، توصیه به شرکت در کلاس گروهی کارشناس تغذیه متناسب با تعداد موارد مشکل در الگوی تغذیه
مراقبت ممتد بر حسب شرایط فرد از نظر توانایی خودمراقبتی، مرحله تغییر رفتار، و مشکلات سلامتی
ارجاع به کارشناس تغذیه در صورت عدم موفقیت مداخلات بعد از سه ماه برای افراد دارای 5 مورد یا بیشتر مشکل در الگوی تغذیه و پس از دو دوره سه ماهه مراقبت ممتد در افراد دارای 3 یا 4 مورد مشکل در الگوی تغذیه

تاریخ پیگیری بعدی 1395/02/24

[راهنمای تغذیه سالم طبق متن](#)

حال اگر لیست مراقبت های انجام نشده را انتخاب کنید با تصویر زیر روبرو خواهید شد. همانطور که می بینید ارزیابی تغذیه میانسالان قرمز شده و تاریخ انجام بررسی ناقص نیز کنار آن نوشته شده است به این معنی که این مراقبت به طور کامل انجام نشده است. لازم بذکر است که کلیک بر روی ضربدر قرمز باعث غیر فعال شدن مراقبت مربوطه برای خدمت گیرنده می شود.

فهرست مراقبتها جستجو



- ✖ 1394/11/24 ○ ارزیابی تغذیه میانسالان (30 تا 59 سال - غیر پزشک)
- ✖ ○ غربالگری تغذیه ای میانسالان (30 تا 59 سال) (غیر پزشک)
- ✖ ○ پرسشنامه آمادگی برای فعالیت بدنی (30) (PAR-Q تا 59 سال - غیر پزشک)
- ✖ ○ ارزیابی فعالیت فیزیکی میانسالان (30 تا 59 سال - غیر پزشک)
- ✖ ○ ارزیابی سلامت میانسالان از نظر ایمنسازی، آلرژی مواجهات دارویی/شغلی (30 تا 59 سال - غیر پزشک)
- ✖ ○ بررسی استعمال دخانیات، سوء مصرف مواد مخدر و اختلال مصرف دارو در میانسالان (30 تا 59 سال - غیر پزشک)
- ✖ ○ ارزیابی سلامت روان میانسالان (30 تا 59 سال - غیر پزشک)
- ✖ ○ عوامل خطر و علائم بیماریها در میانسالان (30 تا 59 سال - غیر پزشک)

مراقبت های انجام شده

در صورتی که روند انجام یک مراقبت بطور کامل طی شود (در سلامت مراجعه کننده هیچ تردیدی نباشد)، آن مراقبت انجام شده تلقی می گردد. مراقبت های انجام شده از طریق منوی ارائه خدمات زیر منوی سایر مراقبت ها زیر منوی مراقبت های انجام شده در دسترس است.



تصویر زیر مراقبت های انجام شده را برای خدمت گیرنده نمایش می دهد.

1394/11/24		◎ ارزیابی تغذیه میانسالان (30 تا 59 سال - غیر پزشک)
1394/11/24		◎ غربالگری تغذیه ای میانسالان (30 تا 59 سال) (غیر پزشک)
1395/03/20	 	◎ پرسشنامه آمادگی برای فعالیت بدنی (30) (PAR-Q) تا 59 سال - غیر پزشک)

ویرایش یک مراقبت:

بوسیله گزینه ویرایش می توان تمام مراقبت هایی که در روز جاری انجام شده است را ویرایش نمود. بعنوان مثال مراقبت پرسشنامه آمادگی برای فعالیت بدنی که در تاریخ ۲۰ / ۰۳ / ۱۳۹۵ (تاریخ روز جاری) انجام شده است را می توان ویرایش کرد.

تکرار یک مراقبت:

بوسیله گزینه تکرار می توان تمام مراقبت هایی که در روزهای گذشته انجام شده است را دوباره تکرار نمود. بدیهی است با تکرار یک مراقبت اطلاعات مربوط به مراقبت انجام شده ی قبلی حذف و ویرایش نمی شود ، بلکه یک مراقبت جدید ثبت می شود.

ارجاع یک خدمت گیرنده

پس از انجام یک مراقبت، در صفحه اقدام ممکن است خدمت گیرنده نیاز به ارجاع به پزشک و یا متخصص داشته باشد . بر حسب شرایط بیمار، با انتخاب ارجاع بیمار خدمت گیرنده را ارجاع می دهیم.

ارزیابی تغذیه میانسالان (30 تا 59 سال - غیر پزشک)

تشخیص

بررسی بیشتر

اقدامات

در صورت تجویز پزشک یا کارشناس تغذیه: مراقبت با توجه به نوع بیماری یا محدودیت بر اساس نظر پزشک یا کارشناس تغذیه
در صورت عدم تجویز پزشک یا کارشناس تغذیه: ارجاع به پزشک یا کارشناس تغذیه

توضیحات

انصراف از ارجاع

مرحله بعدی (ارجاع بیمار)

در این مرحله یا می توان با کلیک بر روی کلید انصراف از ارجاع عملیات ارجاع بیمار را متوقف کرد و یا با استفاده از کلید مرحله ی بعدی (ارجاع بیمار) به فرم زیر منتقل شد. همانطور که مشخص است با انتخاب محل و نقش پزشک و یا متخصص و کلیک بر روی کلید ثبت بیمار را ارجاع می دهیم.

مرکز بهداشت و درمان خانه بهداشت بهرام آباد / ارجاع بیمار : غلام حسن شیخی

ارجاع به ...



نقش ...



ثبت

ثبت اقدام برای یک خدمت گیرنده



برای جستجوی اقدام بخشی از نام آن را در کادر اقدام تایپ نمایید و از فهرست نتایجی که نمایش داده می شود گزینه مورد نظر را انتخاب کنید. در این بخش فهرستی از اقدامات نمایش داده می شود.

پس از این کار، می توانید نسبت به تعیین یک تاریخ برای پیگیری بعدی اقدام نماید. با انتخاب دکمه ثبت اقدام آن را به لیست اضافه کنید. در صورتی که نیاز به اضافه کردن اقدام دیگری دارید، به همین نحو با انتخاب اقدام، آن را ثبت کنید.

اقدام برای علی محمدی

اقدام

تاریخ پیگیری بعدی:

توضیحات

ردیف	اقدام	تاریخ پیگیری	توضیحات
1	واکسیناسیون	1395/02/15	واکسیناسیون بیمار انجام شد. تاریخ مصرف دارو تا سال 2019 میلادی بود.

همانطور که در تصویر زیر مشخص است ، بعد از کلیک بر روی کلید ثبت اقدام لیست زیر فرم بروز می شود.

ردیف	اقدام	تاریخ پیگیری	توضیحات
1	واکسیناسیون	1395/02/15	واکسیناسیون بیمار انجام شد. تاریخ مصرف دارو تا سال 2019 میلادی بود.
2	پانسمان	1395/02/16	پانسمان دست ایشان تعویض شد و آموزش های لازم ارائه گردید

ارائه دارو و یا اقدام بهداشتی برای یک خدمت گیرنده



تصویر زیر فرم ارائه دارو و اقدام بهداشتی را نمایش می دهد.

مقدار کل ارائه شده

نام دارو و اقلام بهداشتی [جستجو نام دارو و اقلام بهداشتی]

توضیحات

اضافه به لیست

تاریخ

نحوه مصرف

مقدار

نام دارو و اقلام بهداشتی

نام دارو و یا اقلام بهداشتی موردنظر را با انتخاب گزینه [جستجو نام دارو و اقلام بهداشتی] جستجو کنید.
با وارد کردن بخشی از نام دارو یا اقلام بهداشتی به زبان فارسی و انگلیسی نتایج جستجو نمایش داده می شود.

x

جستجو نام دارو و اقلام بهداشتی

جستجو

مولتی

MULTIVITAMIN (مولتی ویتامین)

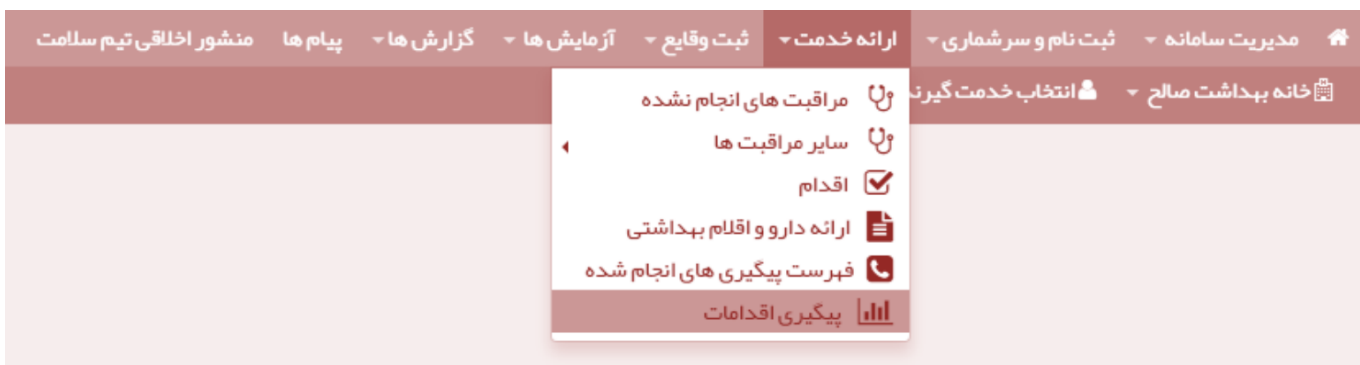
MULTIVITAMIN + MINERAL (مولتی ویتامین مینرال)

بستن

با کلیک بر روی داروی مورد نظر آن را انتخاب کنید. سپس می توانید مقدار آنرا در کادر مقدار کل ارائه شده وارد کنید. در کادر توضیحات موارد مربوط به نحوه مصرف و یا موارد دیگر را اضافه کنید. در نهایت با انتخاب دکمه **اضافه به لیست** دارو را به نسخه اضافه کنید در صورتی که نیاز به تجویز بیش از یک دارو را دارید، مجددا می توانید با انتخاب گزینه **[جستجو نام دارو و اقلام بهداشتی]** یک داروی دیگری را انتخاب کرده و به فهرست تجویز ها اضافه نمایید.

پیگیری اقدامات

همانطور که در تصویر زیر مشاهده می فرمائید ، پیگیری اقدامات از منوی ارائه خدمت قابل دسترس است.



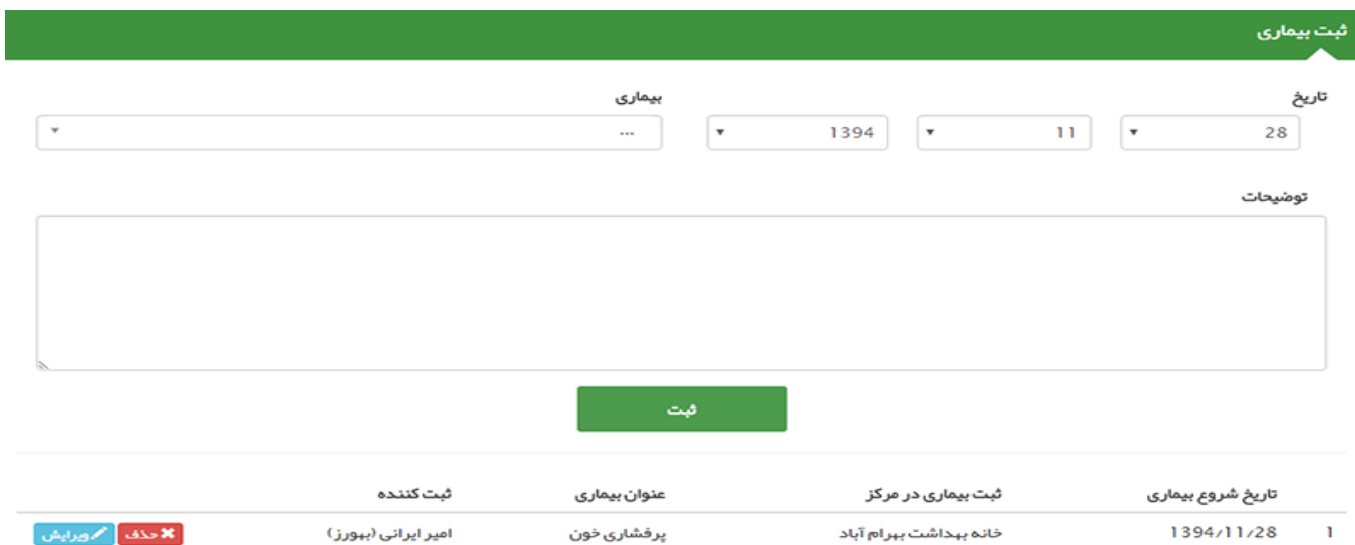
برای جستجو و یا نمایش جزئیات مراقبت و یا ویزیتی که برای خدمت گیرنده ای انجام شده و تاریخ پیگیری برای او ثبت شده است ، از **پیگیری اقدامات** استفاده می کنیم. برای جستجوی پیگیری مورد نظر کافی است از فیلتر های بالای فرم استفاده کنید.

ب) ثبت بیماریها


ثبت بیماریها از طریق منوی ثبت وقایع زیر منوی ثبت بیماریها در دسترس است. برای این منظور حتما باید قبل از هر کاری خدمت گیرنده انتخاب شود، به بیانی دیگر در صورتی که خدمت گیرنده ای انتخاب نشده باشد ثبت بیماریها معنایی ندارد و سامانه کاربر را به صفحه انتخاب خدمت گیرنده هدایت می کند.




همانطور که در تصویر زیر مشاهده می فرمائید، از طریق این فرم می توان بیماری های یک خدمت گیرنده را ثبت، حذف و ویرایش کرد. برای ثبت یک بیماری کافی است تا ابتدا یک نفر را بعنوان یک خدمت گیرنده انتخاب کنید سپس از طریق این فرم و با وارد کردن تاریخ، نوع بیماری و توضیحات، بیماری شخص را ثبت می کنیم.



برای ویرایش و یا حذف یک بیماری از یک شخص از موارد زیر استفاده می کنیم:

ویرایش : برای ویرایش یک بیماری استفاده می شود

حذف : برای حذف یک بیماری استفاده می شود

د) ثبت داروهای مصرفی

ثبت داروهای مصرفی از طریق منوی ثبت وقایع زیر منوی ثبت داروهای مصرفی در دسترس است. برای این منظور حتما باید قبل از هر کاری خدمت گیرنده انتخاب شود، به بیانی دیگر در صورتی که خدمت گیرنده ای انتخاب نشده باشد ثبت داروهای مصرفی معنایی ندارد و سامانه کاربر را به صفحه انتخاب خدمت گیرنده هدایت می کند.



همانطور که در تصویر زیر مشاهده می فرمائید، از طریق این فرم می توان داروهای مصرفی یک خدمت گیرنده را ثبت کرد. در این فرم می توان تاریخ شروع و پایان مصرف را مشخص کرد.

ثبت داروهای مصرفی

نام دارو [جستجو نام دارو]

تاریخ شروع استفاده

30

11

1394

مصرف دارو تا اطلاع بعدی ادامه دارد

تاریخ پایان استفاده

30

11

1394

توضیحات

ثبت

تذکر مهم) همانطور که در شکل زیر می بینید در صورتی که لازم باشد بیمار مصرف دارو را تا اطلاع ثانوی ادامه دهد کافی است تا گزینه مربوطه را انتخاب کنید تا تاریخ پایان استفاده ناپدید گردد

ثبت داروهای مصرفی

نام دارو [جستجو نام دارو]

تاریخ شروع استفاده


30 12 1394


مصرف دارو تا اطلاع بعدی ادامه دارد

توضیحات

ثبت

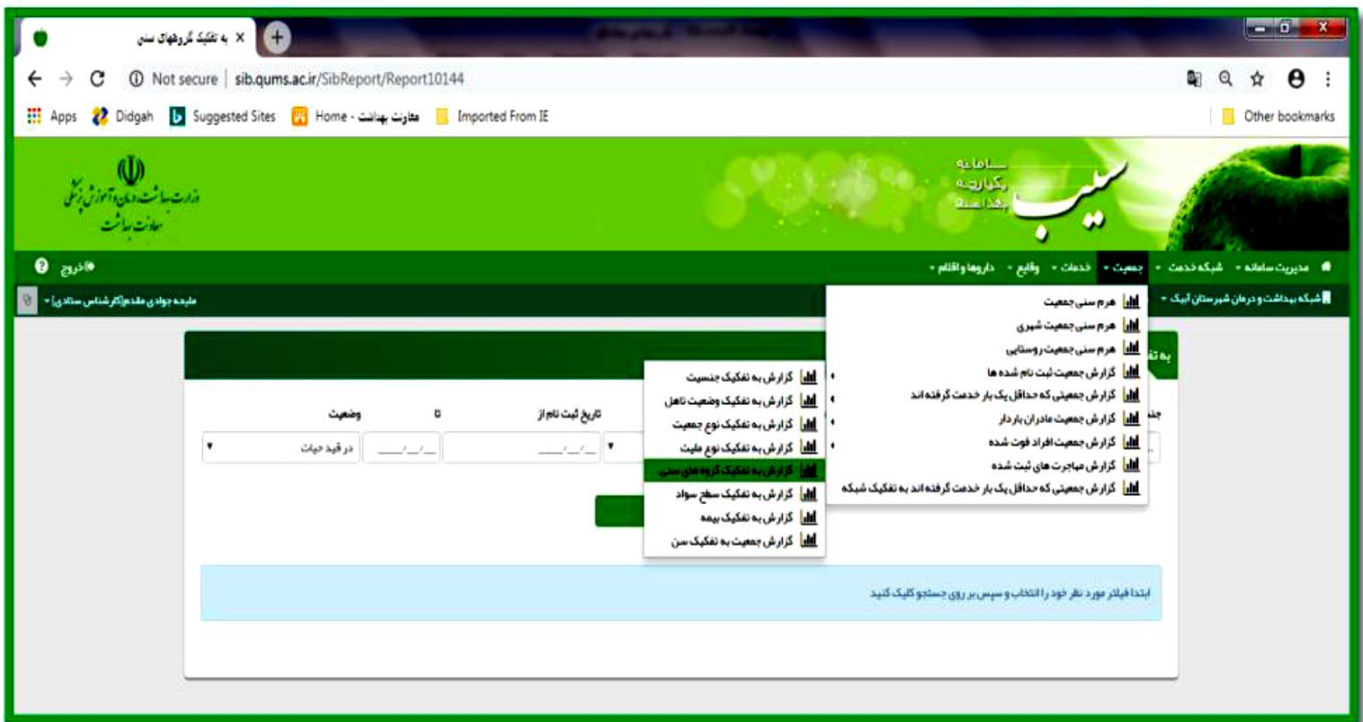
برای ویرایش و یا حذف یک دارو از یک شخص از موارد زیر استفاده می کنیم:

ویرایش : برای ویرایش یک دارو استفاده می شود

حذف : برای حذف یک دارو استفاده می شود

گزارش گیری جمعیت:

از منوی جمعیت ----- گزارش جمعیت ثبت نام شده ها ----- گزارش به تفکیک گروه های سنی را انتخاب و جمعیت مورد نظر را استخراج می نمائیم.

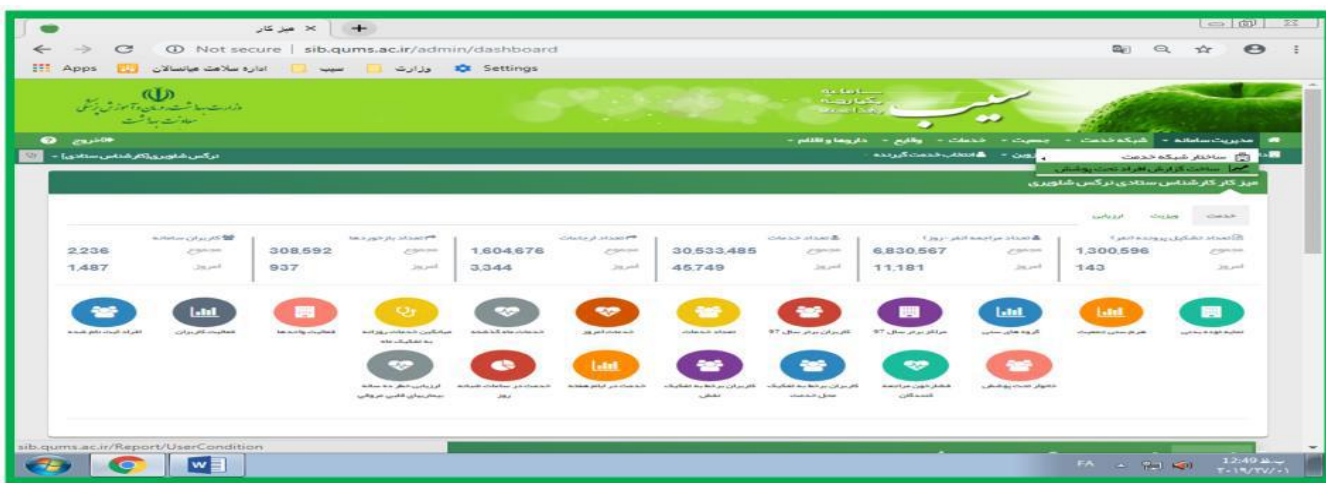


در این قسمت جمعیت گروههای سنی به تفکیک مشخص میگردد. می توان با انتخاب فیلتر جمعیت زن و مرد را جداگانه استخراج کرد. با کلیک روی گزینه زیر مجموعه به تفکیک واحدهای بهداشتی نیز می توان گزارش گیری کرد.

جنسیت	نوع جمعیت	وضعیت تاهل	ملیت	تاریخ ثبت نام از	تا	وضعیت	توضیح	
...	
جستجو								
کد	نوع واحد	عنوان	کودکان	نوجوانان	جوانان	میانسالان	سالمندان	مجموع
1630000124	مرکز بهداشت شهرستان امرک (مرکز استان)	شهرستان فزویں	44 167	98 939	59 331	157 556	30 635	390 628
1630000125	شیکه بهداشت و درمان	شهرستان امرز	22 004	47 130	31 331	80 198	9 054	189 717
1630000128	شیکه بهداشت و درمان	شهرستان ناکستان	17 059	36 797	27 799	63 940	14 849	160 444
1630000126	شیکه بهداشت و درمان	شهرستان بوئین زهرا	13 421	27 307	22 633	50 170	11 578	126 109
1630000127	شیکه بهداشت و درمان	شهرستان آپیک	7 899	16 610	12 370	31 563	6 676	75 118
1630000123	شیکه بهداشت و درمان	شهرستان آوج	2 884	6 182	5 990	12 701	5 552	33 315
		مجموع کل	107 434	232 965	159 460	396 128	78 344	974 331

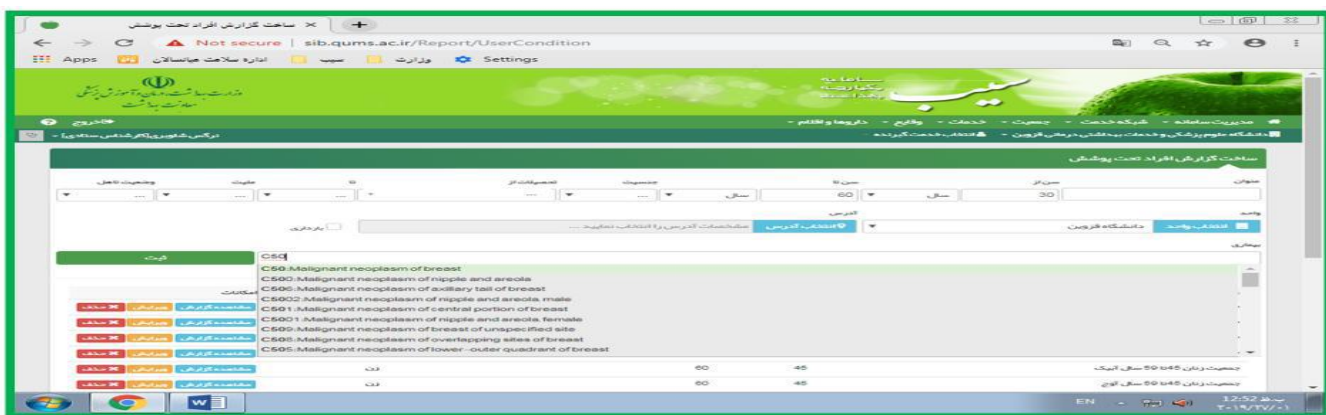
ساخت گزارش افراد تحت پوشش:

از منوی مدیریت سامانه---- ساخت گزارش افراد تحت پوشش وارد می شویم . سپس با توجه به گزارش مورد نیاز، عنوان مربوطه را تایپ نموده، بازه سنی، جنسیت و نام بیماری (دیابت، فشار خون، سرطان پستان، سرطان سرویکس و...) را مشخص و ثبت می نمائیم و با کلیک بر روی مشاهده گزارش اطلاعات مربوطه را استخراج می نمائیم.
*لازم به ذکر است که از این قسمت نیز می توان گزارش جمعیت گروه های هدف تحت پوشش را استخراج نمود.

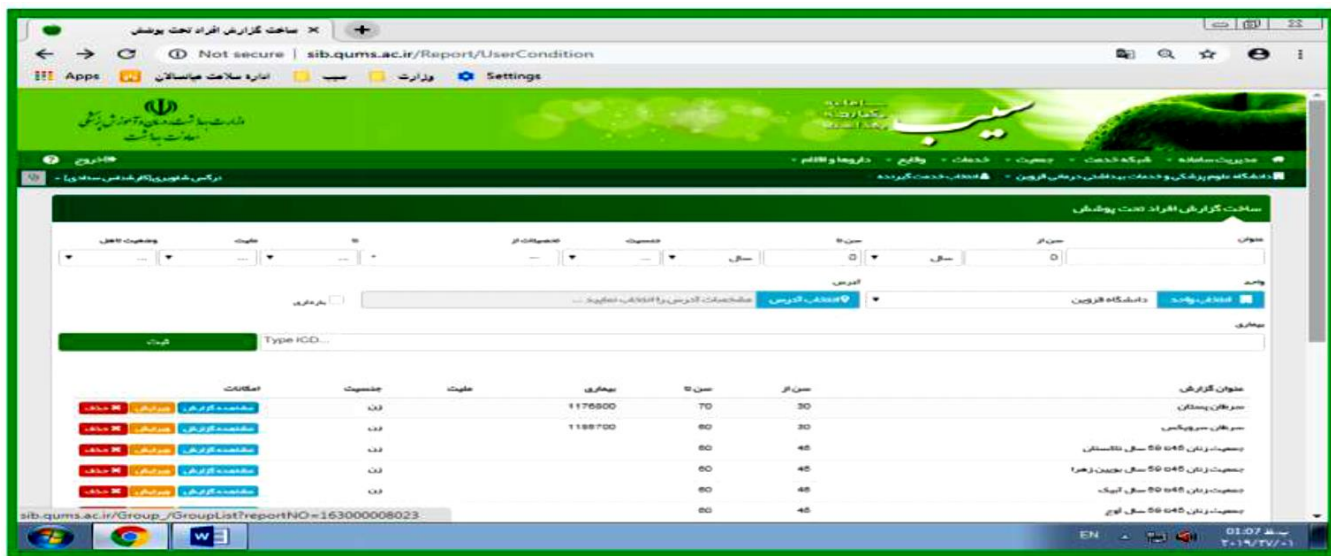


گزارش گیری بیماریهای ثبت شده در قسمت ساخت گزارش:

انتخاب بازه سنی، جنسیت، ملیت، واحد بهداشتی ----نوع بیماری را بر اساس کد ICD۱۰ وارد می کنیم .برای مثال کد سرطان پستان C۵۰ - سرطان سرویکس C۵۳ - دیابت - E۱۱ فشارخون ۱۱۰ می باشد .



با کلیک روی قسمت ((مشاهده گزارش)) گزارش مورد نظر را مشاهده می نمایم



گزارش گیری خدمات انجام شده:

از منوی شبکه خدمت ----- فعالیت کاربران سامانه وارد می شویم و خدمت مورد نظر را جستجو و استخراج می نمایم.

لازم به ذکر است ، انتخاب واحد، بازه زمانی ، جنسیت و گروه را نیز می توان فیلتر نمود.



برای انتخاب خدمات می توانید نام خدمت یا کد خدمت را وارد کنید . کد خدمات به شرح زیر می باشد.

خدمات بهورز و مراقب سلامت				
پیشگیری از سکنه های قلبی و مغزی از طریق خطر سنجی	ارزیابی سلامت روان- غیر پزشک	بررسی استعمال دخانیات- غیر پزشک	ارزیابی فعالیت فیزیکی- غیر پزشک	تن سنجی و ارزیابی الگوی تغذیه
کد ۷۰۴۳	کد ۶۷۸۴	کد ۶۷۹۲	کد ۶۷۸۶	کد ۷۹۸۲

نحوه محاسبه ی شاخص های برنامه میانسالان

شاخص تعداد افرادی که حداقل یکبار خدمت گرفته اند

- صورت کسر : تعداد افراد میانسالی که حداقل یک بار خدمت گرفته اند.
(حداقل یک بار خدمت هر خدمتی از جمله تزریق آمپول یا گرفتن فشار خون و... را شامل می شود .)
- مخرج کسر : تعداد افراد میانسالی که در سامانه ثبت نام شده اند.
- در صورتیکه بخواهید این شاخص را جهت جنسیت زن و مرد جداگانه محاسبه کنید در سامانه ، باکس جنسیت را مشخص کنید.
- این شاخص گرچه از نظر مراقبتهای میانسالان ارزشی ندارد اما تفاوت این شاخص با شاخص مراقبت میانسالی نشان دهنده فرصت های از دست رفته ای می باشد که ارائه دهنده خدمت می توانسته خدمات نوین سلامت را به گیرنده خدمت ارائه دهد اما این فرصت به دلیل قصور ارائه دهنده خدمت از بین رفته است . لذا به منظور پیشگیری از این امر ضمن تعامل مناسب بین کارکنان (پزشک ، مراقب سلامت و ماما) می بایست دقت کافی برای ارائه کلیه خدمات مطابق بسته خدمت به این گروه سنی ارائه گردد. در حقیقت با مراجعه میانسالان به هر دلیل میتوان از فرصت پیش آمده جهت ارائه خدمت استفاده نمود .

صورت کسر

The screenshot shows a web application interface with a green header and a navigation menu. A dropdown menu is open, listing various report types such as 'گزارش به تفکیک گروه های سنی' (Age Group Specific Report) and 'گزارش به تفکیک جنسیت' (Gender Specific Report). Below the menu is a table with columns for 'کد' (Code), 'عنوان' (Title), and 'مجموع کل' (Total Sum).

کد	عنوان	مجموع کل
16645582	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند	77612
	مجموع کل	77612

مخرج کسر

This screenshot shows the same web application interface but with a different dropdown menu open, listing reports like 'گزارش به تفکیک جنسیت' (Gender Specific Report) and 'گزارش به تفکیک گروه های سنی' (Age Group Specific Report). The table below has more columns, including 'کودکان' (Children), 'نوجوانان' (Adolescents), 'میانسالان' (Middle-aged), 'سالخندان' (Elderly), and 'مجموع' (Total).

کد	عنوان	کودکان	نوجوانان	میانسالان	سالخندان	مجموع
16645582	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند	91886	175758	162449	80341	795514
	مجموع کل	91886	175758	162449	80341	795514

شاخص متوسط خدمت ارائه شده به میانسالان

- صورت کسر : تعداد خدمات ارائه شده به میانسالان (خدمت)
- مخرج کسر : تعداد افرادی که خدمات را دریافت کرده اند . (افرادی که خدمت گرفته اند)
- شاخص متوسط خدمت ارائه شده را میتوان با مشخص کردن نقش مراقب سلامت ، ماما ، بهورز ، پزشک تفکیک کرد و با توجه به اینکه خدمات مراقب سلامت ، بهورز و ماما در اولویت است ارائه شاخص به تفکیک با ارزشتر خواهد بود .)

فعالیت کاربران سامانه (1319 مورد)

کد ملی خدمت دهنده: ... نقش: ... شبکه: دانشگاه بیرجند (کد: 16645582)

گروه خدمت: میانسالان (60 تا 69 سال) تاریخ: 96/06/31 تا 96/01/01

ردیف	کد ملی خدمت دهنده	خدمت دهنده	نقش خدمت دهنده	محل خدمت	خدمت (647969)	افرادی که خدمت گرفته اند (123026)
1	3610356510	مهشاد خدنگی	ماما	مرکز خدمات جامع سلامت شهری شهید بهشتی	42	8
2	3610356510	مهشاد خدنگی	مراقب سلامت	پایگاه سلامت حاشیه مصوبیه	9	1
3	0651976340	مریم رسته	ماما	مرکز خدمات جامع سلامت شهری جوادیه	9	6
4	0640395376	نازنین رجاییان	مراقب سلامت	پایگاه سلامت ضمیمه شهید رجایی	24	3
5	0640264395	مدیوبه هزاری	ماما	مرکز خدمات جامع سلامت شهری توحید	11	5
6	0650120345				27	6

شاخص تن سنجی و بررسی الگوی تغذیه

- صورت کسر : تعداد افرادی که خدمت تن سنجی و بررسی الگوی تغذیه را دریافت کرده اند . (کد ۷۹۸۲)
- مخرج کسر : تعداد میانسالانی که تا تاریخ مد نظر (به عنوان نمونه تا تاریخ ۹۶/۶/۳۱) در سامانه ثبت نام شده اند .

صورت کسر

فصلیت کاربران سامانه (838 مورد)

شماره خدمت: 7982 | گروه خدمت: میانسالان (30 تا 60 سال)

ردیف	کد ملی خدمت دهنده	خدمت دهنده	نقش خدمت دهنده	محل خدمت	خدمت	افراد که خدمت گرفته اند (48113)
1	3610356510	مهشاد خدنگی	مراقب سلامت	پایگاه سلامت حاشیه مصومیه	1	1
2	0640395376	نازنین رجاییان	مراقب سلامت	پایگاه سلامت ضمیمه شهید رجایی	2	2
3	0880139145	جابر خیرجو	مراقب سلامت	پایگاه سلامت ضمیمه آریگ	4	4
4	0859374181	زهره معصومپاشی	مراقب سلامت	پایگاه سلامت شماره 1 سرایان	5	5
5	0850125766	فرشته قلیچیان هوش	مراقب سلامت	پایگاه سلامت غیر ضمیمه 2 پشوریه	6	6

مخرج کسر

به تفکیک گروه های سنی

کد	عنوان	کودکان	نوجوانان	جوانان	میانسالان	سالمندان	مجموع
16645582	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند	91886	175758	162449	285080	80341	795514
	مجموع کل	91886	175758	162449	285080	80341	795514

شاخص ارزیابی فعالیت فیزیکی

- صورت کسر : تعداد افرادی که خدمت ارزیابی فعالیت فیزیکی را دریافت کرده اند. (کد ۶۷۸۶)
- مخرج کسر : تعداد میانسالانی که تا تاریخ مد نظر (به عنوان نمونه تا تاریخ ۹۶/۶/۳۱) در سامانه ثبت نام شده اند.

صورت کسر

ردیف	کد ملی خدمت دهنده	نقش خدمت دهنده	عنوان خدمت	نام خانوادگی
1	3610396510	مراقب سلامت	پایگاه سلامت-خانه مطبوعه	موشاد خدنگ
2	0640395376	مراقب سلامت	پایگاه سلامت شعبه شهید رجایی	نازنین رجاییان
3	0880139145	مراقب سلامت	پایگاه سلامت شهید آریک	چابز خوجو
4	0859374181	مراقب سلامت	پایگاه سلامت شماره 1 سرایان	زهره همایونی
5	0850125766	مراقب سلامت	پایگاه سلامت ایر شهید 2 بهروریه	فرشته طهمین هوشی

مخرج کسر

کد	عنوان	کودکان	نوجوانان	میانسالان	سالخندان	جمعیت
16645582	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند	91886	175758	162449	80341	795514
	مجموع کل	91886	175758	162449	80341	795514

شاخص بررسی استعمال دخانیات

- صورت کسر : تعداد افرادی که خدمت بررسی استعمال دخانیات را دریافت کرده اند. (کد ۶۷۹۲)
- مخرج کسر : تعداد میانسالانی که تا تاریخ مد نظر (به عنوان نمونه تا تاریخ ۹۶/۶/۳۱) در سامانه ثبت نام شده اند .

شاخص پیشگیری از سکته های قلبی و مغزی از طریق خطر سنجی

- صورت کسر : تعداد افرادی که خدمت پیشگیری از سکته های قلبی و مغزی را دریافت کرده اند. (کد ۷۰۴۳)
- مخرج کسر : تعداد میانسالانی که تا تاریخ مد نظر (به عنوان نمونه تا تاریخ ۹۶/۶/۳۱) در سامانه ثبت نام شده اند .

شاخص غربالگری و تشخیص زود هنگام سرطان روده بزرگ

- صورت کسر : تعداد افرادی که خدمت غربالگری و تشخیص زود هنگام سرطان روده بزرگ را دریافت کرده اند (کد ۷۲۱۵)
- مخرج کسر : جمعیت ۷۰ - ۵۰ سال (از قسمت مدیریت سامانه - ساخت گزارش افراد تحت پوشش - تکمیل باکسهای مرتبط و کلیک بر روی کلمه ثبت و اطلاعات با موفقیت ثبت می شود و در نهایت با کلیک بر روی مشاهده گزارش جمعیت مد نظر را میتوانید مشاهده کنید .)

صورت کسر

ردیف	کد ملی خدمت دهنده	خدمت دهنده	نقش خدمت دهنده	محل خدمت	خدمت (11700)	افرادی که خدمت گرفته اند (11450)
1	0640395376	نازنین رحمانیان	مراقب سلامت	پایگاه سلامت شهیوم شهید رجایی	2	2
2	0880139145	ماجر خرمجو	مراقب سلامت	پایگاه سلامت شهیوم آسک	2	1
3	0859374181	زهره صفاریان	مراقب سلامت	پایگاه سلامت شاهرخ 1 سرایان	3	3
4	0850125766	فرشته طهریان هوش	مراقب سلامت	پایگاه سلامت شهیوم باسرویو	2	2
5	0839096631	مهدی خدابخشی زاده	مراقب سلامت	پایگاه سلامت شهیوم کوار	1	1

مخرج کسر

عنوان گزارش	سن از	سن تا	بیماری	جنسیت	امکانات
جمعیت 70 تا 30 سال	30	70		زن	مشاهده گزارش ویرایش حذف
چاقی	30	59	1421200		مشاهده گزارش ویرایش حذف
جمعیت زنان	45	59			مشاهده گزارش ویرایش حذف
جمعیت زنان 45-59 سال	0	0			مشاهده گزارش ویرایش حذف

شاخص چاقی ، اضافه وزن ، لاغر و... در میانسالان

- **صورت کسر :** تعداد افراد لاغر یا چاق یا دارای اضافه وزن یا طبیعی (خدمات - گزارش مراقبتها - گزارش تشخیص ها و ...)
- **مخرج کسر :** تعداد افرادی که خدمت تن سنجی را دریافت کرده اند (از فعالیت کاربران سامانه)

شاخص فعالیت فیزیکی مطلوب ، فعالیت فیزیکی نا مطلوب و... در میانسالان

- **صورت کسر :** تعداد افراد دارای فعالیت فیزیکی مطلوب ، نا مطلوب و... (خدمات - گزارش مراقبتها - گزارش تشخیص ها و ...)
- **مخرج کسر :** تعداد افرادی که خدمت ارزیابی فعالیت فیزیکی را دریافت کرده اند (از فعالیت کاربران سامانه)

شاخص استعمال دخانیات ، استعمال غیر مستقیم و عدم استعمال دخانیات در میانسالان

- **صورت کسر :** تعداد افرادی که استعمال دخانیات دارند یا استعمال غیر مستقیم یا عدم استعمال و... (خدمات - گزارش مراقبتها - گزارش تشخیص ها و ...)
- **مخرج کسر :** تعداد افرادی که خدمت بررسی استعمال دخانیات را دریافت کرده اند (از فعالیت کاربران سامانه)

نکات مهم

نحوه محاسبه شاخص ها : صورت کسر تقسیم بر مخرج کسر ضربدر ۱۰۰

شاخص های فوق از جمله شاخص های مهم برنامه میانسالان جهت ارزیابی بخشی از فعالیتهای بهورز می باشد. از شاخص های تن سنجی ، ارزیابی فعالیت فیزیکی و استعمال دخانیات می توان وضعیت شیوه زندگی سالم را در منطقه بررسی و مداخلات لازم را در راستای بهبود وضعیت موجود ارائه و اجرا نمود .

خلاصه و نتیجه گیری :

اصلی ترین اطلاعات مربوط به مراقبت های بهداشتی هر فرد میانسال ، در سامانه سیب و پرونده ی الکترونیک ایشان ، توسط بهورز یا مراقب سلامت ثبت می گردد.

ثبت مراقبت برای خدمت گیرندگان

خدماتی که بر طبق دستورالعمل های وزارت بهداشت (بوکلت ها) ، با توجه به رده سنی و جنسیت به خدمت گیرندگان ارائه می شود ، مراقبت نامیده می شود. همانطور که در تصویر زیر مشاهده می فرمائید ، هنگامی که یک خدمت گیرنده را انتخاب می کنیم، فهرست مراقبت های متناسب با وضعیت وی (جنسیت ، سن و ...) نمایش داده می شود.

- به منظور ارتقاء شاخص مراقبت میانسالان در منطقه ی تحت پوشش لازم است تعامل مناسب بین کارکنان (پزشک ، مراقب سلامت و ماما) رعایت گردد و با دقت کافی کلیه خدمات مطابق بسته خدمت را به این گروه سنی (۵۹-۳۰ سال) ارائه نمود. در حقیقت با مراجعه میانسالان به هر دلیل می توان از فرصت پیش آمده جهت ارائه خدمت استفاده نمود .

پرسش و تمرین

- ۱- مسیر ثبت مراقبت فرد میانسال در ارزیابی تغذیه را از طریق سامانه بیان کنید؟
- ۲- سه هدف کاربردی ثبت داده ها در پرونده الکترونیک میانسالان را ذکر کنید؟
- ۳- برای تغییر اطلاعات مراقبتی گیرنده ی خدمت در طی روز جاری از چه مسیری اقدام می کنید؟
- ۴- نحوه گزارش گیری از تعداد بیماران ثبت شده در جمعیت میانسالان را توضیح دهید؟
- ۵- برای بررسی شیوه زندگی افراد میانسال در یک منطقه عموماً به کدام شاخص ها می توان استناد نمود؟

منابع:

- اداره سلامت میانسالان، دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس، بسته خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان ویژه غیرپزشک، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
- اداره سلامت میانسالان، دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس، راهنمای اجرایی مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان ویژه ارائه دهندگان خدمات در تیم سلامت، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۵
- اداره سلامت میانسالان و مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی تهران، مشاوره برای تغییر رفتار سلامت (SOC)، مجموعه شیوه زندگی سالم میانسالان، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۹۷
- مجموعه مداخلات اساسی بیماریهای غیرواگیر در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ایران (ایراپن)، محتوای آموزشی بهورز / مراقب سلامت، دفتر مدیریت بیماریهای غیرواگیر، ۱۳۹۶
- اداره سلامت میانسالان، گروه پزشکی ورزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مجموعه شیوه زندگی سالم میانسالان، فعالیت جسمانی میانسالان، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۷