

**مراقبتهای ادغام یافته گروه رده سنی 29-18سال**

**ویژه پزشک**

**پزشك ويرايش سوم خرداد ماه98**





فهرست

عنوان شماره صفحه

موضوع

مقدمه

جداول

ارزیابی وضعیت تغذیه ای

ارزیابی وضعیت قلبی و عروقی

ارزیابی هپاتیت

مراقبت های بیماری آسم

اختلالات و بیماری های تیروئید

اختلالات و بیماری های ژنتیک

ارزیابی اختلالات و بیماری های روانپزشکی

ارزیابی مصرف دخانیات

اختلالات و بیماری های گوش و شنوایی

راهنماها و دستور العملها

ارزیابی وضعیت تغذیه ای

ارزیابی وضعیت قلبی و عروقی

ارزیابی مراقبت فشار خون بالا

ارزیابی هپاتیت

نکات آموزشی در خصوص ایدز

بیماری غیر واگیر ریوی (آسم)

اختلالات و بیماری های تیروئید

اختلالات و بیماری های ژنتیک

ارزیابی اختلالات و بیماری های روانپزشکی

سلامت اجتماعی

اختلالات و بیماری های گوش و شنوایی

ارزیابی مصرف دخانیات

ارزیابی فعالیت بدنی

**مقدمه:**

**جوانی یکی از مراحل مهم رشدی است و طبق تعریف به گروه سنی 29-18 اطلاق می گردد.  هر چند در بررسی تغییرات رشدی عمدتا از رشد دوران کودکی و نوجوانی صحبت می‌شود، در دوران جوانی نیز تغییرات رشدی بوجود می‌آید و در نتیجه ویژگیها و نیازهایی را که خاص این دوره سنی است ایجاد می‌کنند که تامین این نیازها از اهمیت وافری برخوردار است. این نیاز ها عبارتند از جسمی ، روانی ، اجتماعی و معنوی که تامین این نیازها در سلامت فردی و اجتماعی جوان تاثیر مهمی دارد از این ‌رو تامین شرایطی برای فراهم نمودن امکانات لازم برای تأمین نیازها یکی از راهبردهای اساسی در راه دستیابی به هدف نهائی تأمین ، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه است . اين مهم در قانون نيز لحاظ گرديده است، بطوريكه** مطابق اصول 29، 43 و بند 12 اصل 3 قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران *برنامه­ریزی برای سلامت همه افراد جامعه* یکی از مهم­ترین وظایف دولت است. از این رو توجه خاص به نیازمندی­های ویژه گروه­های سنی و جنسی جامعه در هر برهه از زمان و مکان الزامی می­باشد. به علاوه تاکید مقام معظم رهبری در بند 2 سیاست­های کلی سلامت مبنی بر تحقق رویکرد سلامت همه­جانبه و انسان سالم، ضرورت تغییر دیدمان سنتی درمان­ محور و تک ­بعدی­ نگر به مقوله سلامت را به سمت دیدمانی که در آن سلامت دارای ماهیتی چند بعدی بوده و همواره بر تحقق تؤاماً ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آن تاکید می­شود، ایجاب می­کند. از سویی با توجه به جوان بودن ساختار جمعیتی کشورمان که **حدود 24 درصد جمعیت کشور** را به خود اختصاص داده است، و نیز روند رو به رشد عوامل خطر محیطی تهدید کننده سلامت این قشر مهم از جامعه، بازنگری و یکپارچه ­سازی اهداف، سیاست­ها، راهبردها و برنامه­های حوزه سلامت جوانان به ویژه گروه سنی 18 تا 29 سال را با اتخاذ رویکرد بین­بخشی و کل ­نگر به مقوله سلامت بیش از پیش الزامی می­نماید. بسته پيش رو ، پكيج ارائه خدمت براي پزشكان مي باشد .كه شامل بخش هاي ارزيابي ، طبقه بندي واقدام مي باشد .هرقسمت دربردارنده مفاهيمي است كه درذيل به پاره اي از آنها اشاره مختصري بدانها خواهد شد :

**مفهوم رنگ ها**

**در چارت هاي بخش اقدام از چهار رنگ قرمز، زرد، سبز و سفيد استفاده شده است.**

**الف ـ رنگ قرمز نشان دهنده نياز به ارجاع فوری بیمار به پزشک متخصص یا مراکز درماني طی 24 ساعت است.**

1. **ـ رنگ زرد نشان دهنده نياز به ارجاع غير فوری بیمار به پزشک متخصص یا مراکز درماني ظرف مدت یک هفته است.**

**پ ـ رنگ سبز نشان دهنده امكان ارايه كامل خدمت بدون نياز به ارجاع است .**

1. **ـ رنگ سفيد نشان دهنده مواردی است كه نياز به ارجاع ندارند و پزشك بر اساس دستورالعمل اقداماتي انجام می دهد.**

**در بخش توصيه ها : توصيه هاي اموزشي لازم براي ارائه به خانواده ها ، وجود دارد.**

**اين مجموعه مواردذيل رادربرمي گيرد:**

معاينات جسمي: بررسي وضعيت عمومي بينايي ، شنوايي ، گوش وحلق و بيني، گردن، قلب، ريه، شكم، اندام ها، اعصاب وروان، پوست، تناسلي ادراري، كليه ها، ستون مهره ها، مفاصل،  Life style(تغذيه، فعاليت بدني ) و سابقه مصرف مواد، وضعيت ايمن سازي و گرفتن سابقه بيماري درهر يك ازدستگاههاي بدن، كه توسط پزشك عمومي انجام شده و درصورت لزوم براي  انجام آزمايش هاي پاراكلينيك يا درمان ، به آزمايشگاه يا مراكزتخصصي ارجاع  مي شود. ضمنا" پيگيري تا بهبودي يا حفظ شرايط موجود، ادامه خواهديافت.

معاينات دهان ودندان : دهان ودندان فرد مراجعه كننده ازنظر وضعيت عمومي، Oral hygiene و Gingiva   توسط پزشك يا دندانپزشك مورد بررسي قرارمي گيرد و درصورت لزوم براي  انجام آزمايش هاي پاراكلينيك يا درمان ، **به آزمايشگاه يا مراكزتخصصي ارجاع  مي شود. ضمنا" پيگيري تا بهبودي يا حفظ شرايط موجود، ادامه خواهديافت.**

سلامت روان: سلامت روان از طريق مصاحبه و مشاوره ، توسط روانپزشك يا روانشناس يا پزشك عمومي دوره ديده   طبق بسته مربوطه بررسي ودرصورت لزوم پيگيري ادامه خواهد يافت .ضمناً براي اولين بار اين مجموعه شامل ابزار سنجش سلامت در بحث خود مراقبتي به صورت خود ارزيابي توسط فرد مراجعه كننده مي باشد كه ابعاد جسماني وغير جسماني را شامل مي شود .اين مجموعه حاصل همكاري كارشناسان وزارت بهداشت (مركز توسعه شبكه وارتقاء سلامت ودفاتر سلامت رواني اجتماعي وپيشگيري از سوء مصرف مواد ،‌ دفتر آموزش وارتقا سلامت ، مركز مديريت بيماريهاي واگير ، دفتر بهبود تغذيه جامعه، مركز مديريت بيماريهاي غير واگير ، مركز سلامت محيط وكارومركز مديريت حوادث وفوريت هاي پزشكي) مي باشد وبه منظور يكسان سازي فرمت جمع آوري داده ها در راستاي مداخلات يك دست وتاثير گذار طراحي شده است  . به اميداينكه باتهيه اين مجموعه گامي هرچند كوچك درتامين سلامت جوانان كشوربرداشته، راهگشاي پزشكان محترم اين مرزوبوم بوده ورضاي حق تعالي راجلب كرده باشيم.

ارزيابي وضعيت تغذيه اي

مراقبت از نظر وضعيت نمايه توده بدنی (BMI)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **وزن و نمايه توده بدنی (BMI) را اندازه گيری وآن را با استانداردها مقايسه كنيد.** | **BMI کم تر5/18** | **لاغر** | **بررسی از نظر بيماری زمينه ای و در صورتی كه بيماری وجود دارد ارجاع غير فوري به پزشك متخصص**  **- در صورتی كه بيماری وجود ندارد و علت تغذيه ای است ارجاع به كارشناس تغذيه** |
| **BMI بين 9/29- 25** | **اضافه وزن** | **- اندازه گيری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر يك از آن ها ارجاع غير فوري به پزشك متخصص**  **- بررسی علل ارگانيك چاقی**  **- توصيه به افزايش تحرك بدنی**  **- ارائه توصيه های تغذيه ای برای كاهش وزن**  **- كنترل دوره ای، هر یک ماه تا حصول وزن متناسب وسپس سالی یک بار** |
| **BMI بالاي30** | **چاق** | **- اندازه گيری فشارخون، قند خون، چربی خون و در صورت بالا بودن هر يك از آن ها : ارجاع غير فوري به پزشك متخصص**  **ارجاع به كارشناس تغذيه** |

ارزیابی وضعیت قلبی و عروقی

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **اقدام** | **طبقه بندی** | **نتیجه ارزیابی** | **ارزیابی** |
| **-ارجاع فوری به پزشک**  **-بررسی مجدد هر دو هفته یکبار در صورت عدم کنترل فشارخون تا دستیابی به کنترل فشارخون**  **-بررسی عوامل خطر قلبی عروقی و بیماری های زمینه ای فشارخون بالا**  **-تاكيد بر اصلاح شيوه زندگی و آموزش شيوه زندگی سالم**  **- بررسی وضعیت درمان و اصلاح یا شروع درمان دارویی**  **-در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشك متخصص( قلب يا داخلي يا نفرولوژيست)**  **-ارجاع به متخصص قلب يا داخلي، چشم و كليه يا داخلي براي بررسي هاي دوره اي سالانه**  **-بررسی 3 ماه یکبار بعد از تثبیت بیماری های زمینه ای و کنترل فشارخون**  **-بررسی ماهانه توسط بهورز/مراقب سلامت** | **بیمار مبتلا به فشارخون بالا** | **سابقه ابتلا به بیماری فشارخون بالا** | **شرح حال و معاینات:**  **،** |
| **-تاكيد بر اصلاح شيوه زندگی و آموزش شيوه زندگی سالم**  **-بررسی مجدد توسط بهورز/مراقب سلامت 3 سال بعد** | **فشارخون طبیعی** | **میانگین فشار سیستولیک کمتر از 120و دیاستولیک کمتر از 80 میلی متر جیوه** |
| **-تاكيد بر اصلاح شيوه زندگی و آموزش شيوه زندگی سالم**  **-بررسی مجدد توسط بهورز/مراقب سلامت یک سال بعد** | **میانگین فشار سیستولیک کمتر از 120و دیاستولیک کمتر از 80 میلی متر جیوه همراه با عوامل خطر قلبی عروقی** |
| **-تاكيد بر اصلاح شيوه زندگی و آموزش شيوه زندگی سالم**  **-بررسی مجدد توسط بهورز/مراقب سلامت یک سال بعد** | **پیش فشارخون بالا** | **میانگین فشار سیستولیک 139-120و دیاستولیک 89-80 میلی متر جیوه** |
| **-تاكيد بر اصلاح شيوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم**  **- شروع درمان دارویی**  **-بررسی مجدد هر دو هفته یکبار تا کنترل فشار خون**  **-ارجاع به متخصص قلب يا داخلي، چشم و كليه يا داخلی براي بررسی هاي دوره اي سالانه**  **-بررسی 3 ماه یکبار بعد از تثبیت بیماری زمینه ای و کنترل فشار خون**  **-بررسی ماهانه توسط بهورز/مراقب سلامت** | **میانگین فشار سیستولیک 139-120 و دیاستولیک 89-80 میلی متر جیوه همراه با بیماری قلبی عروقی یا کلیوی تثبیت شده و یا همراه با عوامل خطر بیماری قلبی عروقی** |
| **-ارجاع فوری**  **-تاكيد بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم**  **- پیگیری تشخیصی و تعيين علت فشار خون بالا(معاینات و آزمایشات پاراکلینیکی)**  **-بررسی عوامل خطر قلبی عروقی و بیماری های زمینه ای فشار خون**  **-در صورت نداشتن بیماری و عوامل خطر، اصلاح شیوه زندگی به مدت 3 الی 6 ماه و در صورت عدم کنترل فشار خون، شروع درمان دارویی طبق دستورالعمل**  **-ویزیت بیمار طبق نظر پزشک تا کنترل فشار خون**  **-در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشک متخصص( قلب يا داخلی)**  **-ارجاع به متخصص قلب يا داخلی، چشم و کليه يا داخلی برای بررسی هاي دوره اي سالانه**  **-ویزیت و بررسی 3 ماه یکبار پس از کنترل فشار خون**  **-بررسی ماهانه توسط بهورز/مراقب سلامت**  **تاكيد بر اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم**  **- پیگیری تشخیصی و تعيين علت فشارخون بالا (معاینات و آزمایشات پاراکلینیکی)**  **-بررسی عوامل خطر قلبی عروقی و بیماری های زمینه ای فشارخون بالا**  **الف-در صورت وجود بیماری قلبی عروقی یا کلیوی یا دیابت تثبیت شده، شروع فوری درمان دارویی طبق دستورالعمل و ویزیت بیمار هر دو هفته تا کنترل فشارخون**  **-در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به سطح 2(متخصص قلب یا داخلی)**  **ب-در صورت وجود حداقل3 عامل خطر شروع درمان دارویی طبق دستورالعمل و ویزیت بیمار هر دو هفته تا کنترل فشارخون**  **ج-در صورت وجود 1 یا 2 عامل خطر اصلاح شیوه زندگی به مدت چند هفته و در صورت عدم کنترل فشارخون ، شروع درمان دارویی طبق دستورالعمل و ویزیت منظم طبق نظر پزشک تا کنترل فشارخون**  **-در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به سطح 2(متخصص قلب یا داخلی)**  **-ارجاع به متخصص قلب يا داخلي، چشم و كليه يا داخلي براي بررسي هاي دوره اي سالانه**  **-ویزیت و بررسی 3 ماه یکبار پس از تثبیت عوامل خطر و بیماری های زمینه ای و کنترل فشارخون**  **-بررسی ماهانه توسط بهورز/مراقب سلامت** | **فشارخون بالا مرحله І** | **میانگین فشار سیستولیک 159-140 و دیاستولیک 99-90 میلی متر جیوه**  **میانگین فشار سیستولیک 159-140و دیاستولیک 99-90 میلی متر جیوه همراه با بیماری قلبی عروقی یا کلیوی تثبیت شده و یا همراه با عوامل خطر بیماری قلبی عروقی** |
| **تاكيد بر اصلاح شيوه زندگی و آموزش شيوه زندگی سالم**  **- پيگيری تشخيصی و تعيين علت فشارخون بالا(معاینات و آزمایشات پاراکلینیکی)**  **-بررسی آسيب های اعضای حياتی**  **-بررسی عوامل خطر قلبی عروقی و بیماری های زمینه ای فشارخون بالا**  **-شروع درمان دارویی طبق دستورالعمل**  **-در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشك متخصص ( قلب يا داخلي يا نفرولوژيست)**  **-ارجاع به متخصص قلب يا داخلي، چشم و كليه يا داخلي براي بررسي هاي دوره اي سالانه** | **فشارخون بالا مرحله І І** | **میانگین فشارسیستولیک 160 وبیشتر ودیاستولیک 100 میلی متر جیوه و بیشتر (100/160 تا 109/179 میلی متر جیوه)** |  |
| **-تاكيد بر اصلاح شيوه زندگی و آموزش شيوه زندگی سالم**  **- پيگيری تشخيصی و تعيين علت فشارخون بالا(معاینات و آزمایشات پارارکلینیکی)**  **-بررسی آسيب های اعضای حياتی و ارجاع فوری جهت پيگيری تشخيصی و بررسی آسيب های اعضای حياتی و درمان**  **-بررسی عوامل خطر قلبی عروقی و بیماری های زمینه ای فشارخون بالا**  **-شروع فوری درمان دارویی طبق دستورالعمل و ویزیت بیمار هر دو هفته تا کنترل فشارخون**  **-در صورت عدم پاسخ به درمان، ارجاع به سطح 2خصص قلب یا داخلی)**  **-ویزیت و بررسی 3 ماه یکبار پس از تثبیت بیماری های زمینه ای و کنترل فشارخون**  **-ا چشم و كليه يا داخلي براي بررسي هاي دوره اي سالانه**  **-بررسی ماهانه توسط بهورز/مراقب سلامت** | **میانگین فشارسیستولیک 160 وبیشتر ودیاستولیک 100 میلی متر جیوه و بیشتر (100/160 تا 109/179 میلی متر جیوه) همراه با بیماری قلبی عروقی یا کلیوی تثبیت شده و یا همراه با عوامل خطر بیماری قلبی عروقی** |  |
| **-شروع درمان دارویی و انجام اقدامات اولیه برای کاهش تدریجی فشارخون طبق دستورالعمل**  **-در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع فوری به سطح 2(متخصص قلب يا داخلي، اورژانس ییمارستان)** | **میانگین فشارسیستولیک 180 میلی متر جیوه و بیشتر و دیاستولیک 100 میلی متر جیوه و بیشتر(فشارخون اضطراری)** |  |

ارزیابی هپاتیت

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ارزيابي | نشانه ها/شرح حال | طبقه بندي | **اقدام** |
| درصورت ارجاع فرد از طرف مراقب سلامت با تشخیص احتمالی  **هپاتیت های ویروسی B وC و یا مراجعه مستقیم**  فرد، طبق راهنما از نظر هپاتیت بررسی شود . | **وجود حتی یکی از علائم / شرح حال زیر:**   * **حال عمومی بد (تب ، زردی شدید ، تهوع ، استفراغ و اسهال ، درد شکمی** * **وجود سابقه زردی در سایر افراد خانواده** * **سابقه مصرف دارو ، سابقه مصرف الکل و مواد مخدر** * **سابقه فرو رفتن سوزن مشکوک** * **سابقه دریافت خدمات دندانپزشکی جراحی ، سابقه خالکوبی و تاتو، حجامت** * **سابقه تماس جنسی مشکوک** * **سابقه هپاتیت در سایر افراد خانواده** * **نداشتن سابقه واکسیناسیون هپاتیت B** * **سابقه زندان** * **سابقه هموفیلی/ تالاسمی/ دیالیز** * **سابقه پیوند عضو** | **احتمال ابتلا به هپاتیت های ویروسی B وC** | * **ارجاع به آزمایشگاه جهت انجام آزمایشات زیر:**  1. **CBC, platelet** 2. **PT ,PTT,INR** 3. **Alkaline Phosphatase** 4. **AST,ALT** 5. **FBS,BS** 6. **BUN , Creatinine** 7. **Bilirubin Direct & Total** 8. **Sodium , potassium** 9. **HBS Antigen , IgM Anti HBC Anti body** 10. **Anti HCV Antibody** 11. **IgM Anti HAV Antibody** 12. **Anti HEV Antibody** 13. **Anti HDV Antibody**  * **آموزش بیمار و اطرافیان در زمینه هپاتیت های ویروسی B وC** * **در صورت اختلال‌ در نتایج آزمایشات(\*) اعزام فوری به بیمارستان ، درصورت عدم نیاز به اعزام فوری به بیمارستان ، درمان توسط پزشک خانواده آموزش دیده بر اساس پروتکل درمان** |
| **وجود حتی یکی از علائم/شرح حال زیر :**   * **اختلال سطح هوشیاری(خواب آلودگی، گیجی, عدم آگاهی به زمان و مکان و...)** * **اختلال رفتار (بی توجهی، سرخوشی یا اضطراب، کاهش کارایی فردی، رفتار پرخاشگرانه) ، خونریزی حاد یا کبود شدگی سریع** * **استفراغ شدید** * **حاملگی** * **کاهش شدید حجم ادرار** | **احتمال ابتلا به هپاتیت های ویروسی B وC** | * اعزام فوری به بیمارستان * آموزش بیمار در زمینه هپاتیت های ویروسی B وC * آموزش اطرافیان بیمار در زمینه هپاتیت های ویروسی B وC |

**(\*)اختلال‌ در نتایج آزمایشات**

مراقبت های بیماری آسم

ارزیابی از نظر ابتلا به آسم و مراقبت بیماران

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نتيجه ارزيابي** | **طبقه بندی** | **اقدام\*** |
| **شواهدی که احتمال ابتلا به آسم را افزایش می دهند:**  **شواهدی که احتمال ابتلا به آسم را کاهش می دهند:** | **- شرح حال و نتایج ارزیابی به نفع بیماری آسم است** | **تشخیص آسم قطعی است** | **شروع درمان آسم**  **بررسی بیمار یک ماه بعد و تعیین سطح کنترل** |
| **-نتایج ارزیابی عملکرد ریه به نفع بیماری آسم نبوده ولی شرح حال قویا به نفع بیماری آسم است** | **احتمال بالای بیماری آسم** | **شروع درمان آزمایشی(trial) و بررسی بیمار یک ماه بعد و تعیین سطح کنترل** |
| **نتایج ارزیابی به نفع بیماری آسم نیست** | **رد بیماری آسم** | **بررسی تشخیص های افتراقی و در صورت نیاز ارجاع بیمار به سطوح بالاتر** |

**\*جهت مطالعات تكميلي به كتاب راهنماي ملي آسم (دستورالعمل پيشگيري، تشخيص و درمان) ويژه پزشكان مراجعه كنيد.**

ارزیابی اختلالات و بيماريهاي تیروئید

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **شرح حال بگيريد و معاینه \* كنيد:**   * **سابقه فامیلی** * **وضعیت اشتها** * **خستگی و ضعف عضلانی** * **تاکی کاردی** * **تعریق** * **علایم پوستی** * **علایم چشمی بررسي اندازه تیروئید و قوام تیروئید** * **ترمور** | **در صورت مثبت بودن هر يك از علائم ذكر شده:**  **به همراه بزرگي اندازه تیروئید** | **گواتر دارد** | * **آزمايش هاي هورموني تيروئيد (TSH ،T4،T3، T3RU)** * **اقدامات تصويربرداري (در صورت لزوم) شامل سونوگرافي و يا اسكن تيروئيد** * **در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا غدد** * **توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید كافي و نمک ید دار تصفيه شده به مقدار مناسب** * **توصيه هاي لازم جهت نگهداري و مصرف نمك يد دار** |
| **در صورت مثبت بودن هر يك از علائم ذكر شده:**  **بدون بزرگي اندازه تیروئید** | **وجود مشكل بدون گواتر** | * **آزمايش هاي هورموني تيروئيد (TSH ،T4،T3، T3RU)** * **در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایشات، ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا غدد** * **توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید كافي و نمک ید دار تصفيه شده به مقدار مناسب** * **توصيه هاي لازم جهت نگهداري و مصرف نمك يد دار** |
| **نشانه و علامتي غير طبيعي ندارد** | **تيروئيد سالم است** | * **توصیه به مصرف غذاهای حاوی ید كافي و نمک ید دار تصفيه شده به مقدار مناسب** * **توصيه هاي لازم جهت نگهداري و مصرف نمك يد دار** |

اختلالات و بيماريهاي ژنتيك

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

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

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

ارزیابی اختلالات و بیماریهای روانپزشکی

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نتیجه ارزیابی** | **طبقه بندي** | **اقدام** |
| 1. **بر اساس دستورالعمل غربالگري اوليه در حوزه سلامت روان، 6 سوال غربالگري را از فرد بپرسيد و مطابق دستورالعمل نمره بدهید** 2. **در صورت امتیاز غربال مثبت از پرسشنامه 6 سوالی، راجع به افكار خودكشي يا قصد جدي براي آسيب به خود سوال كنيد** | **نمره 10 يا بالاتر در پرسشنامه غربالگری 6 سوالی و یا**  **عدم پاسخ به 3 سوال از 6 سوال غربالگری و یا**  **پاسخ مثبت به سوال 3 و یا**  **پاسخ مثبت به بخش (ه) سوال 4 و یا**  **پاسخ منفی به بخش (د) سوال 4** | **غربال مثبت ارزیابی سلامت روان** | **ارجاع به پزشك مركز** |
| **پاسخ مثبت به بخش دوم (ب) سوال 2** | **احتمال اورژانس روانپزشکی** | **ارجاع فوری \*\* به پزشك مركز** |
| **پاسخ مثبت به بخش (ج) سوال 4 و پاسخ منفی به بخش (ه) سوال 4** | **تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان** | **ثبت در پرونده و پیگیری\*\*\*** |
| **امتياز پـايـيـن­تـر از 10 در پـرسشنامه غربالگری 6 سوالی و پاسخ منفی به سوال3 و 4** | **غربال منفی سلامت روان** | **اطـلاع رساني در خصوص:**   * **آموزش مهارت­هاي زندگي برای نوجوان، آموزش مهارت­هاي فرزندپروری برای والدین** * **در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش­ها و دارا بـودن معیـارهای دریـافت آمـوزش، به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.** |
| **ارزیابی از نظر صرع یا هر گونه حالت تشنجی** | **پاسخ مثبت به سوال 5** | **تشخیص قبلی بیماری صرع** | **ثبت در پرونده و پیگیری\*\*\*** |
| **پاسخ مثبت به سوال 6 یا 7** | **غربال مثبت صرع** | **ارجاع به پزشك مركز** |

ارزیابی مصرف دخانیات

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزیابی مصرف دخانیات، الکل و مواد در جوانان (18-29 سال) توسط پزشک** | | | |
| **ارزیابی** | **معیار طبقه بندي** | **طبقه بندي** | **اقدام** |
| **فردی را که به دلیل مصرف الکل و مواد ارجاع شده است یا به شما برای ترک الکل و مواد مراجعه نموده پس از تکمیل شرح حال روانپزشکی در مصاحبه تشخیصی ارزیابی کنید** | **پاسخ مثبت به سوال 4**  (حداقل 3 مورد از 6 مورد ملاک های وابستگی در یک ماه بطور مداوم و یا در 12 ماه بطور متناوب) | **وابستگی به الکل و مواد** | آموزش درباره خطرات مصرف الکل و مواد و توصیه مختصر درباره قطع مصرف الکل و مواد  ارایه بازخورد به کارشناس مراقب سلامت جهت پیگیری  ارجاع به مراکز تخصصی برای ارزیابی و مراقبت |
| **وجود همه ملاکهای** **سوال 1 برای هریک از موارد دخانیات / الکل / مواد** | **مصرف**  **آسیب رسان هریک از موارد دخانیات/ الکل / مواد** | آموزش درباره خطرات مصرف دخانیات الکل و مواد  ارایه بازخورد به کارشناس مراقب سلامت جهت پیگیری  ارجاع به کارشناس سلامت روان جهت مداخله مختصر و پیگیری(در صورتی که خارج از مسیر ارجاع به پزشک مراجعه کرده باشد) |
| وجود حداقل 3 ملاک از6 ملاک مربوط به سوال2 بطور مداوم در یک ماه یا بطور متناوب در 12 ماه | **وابستگی خفیف به دخانیات** | **آموزش درباره خطرات مصرف دخانیات**  **ارایه بازخورد به کارشناس مراقب سلامت جهت پیگیری** |
| ارجاع به کارشناس سلامت روان برای مداخله شناختی، رفتاری کوتاه و پیگیری |
| وجود حداقل 3 ملاک از 6 ملاک مربوط به سوال2 بطور مداوم در یک ماه یا بطور متناوب در 12 ماه  **و پاسخ مثبت به سوال 3** | **وابستگی متوسط و شدید به دخانیات** | آموزش درباره خطرات مصرف دخانیات و توصیه مختصر درباره قطع مصرف دخانیات  درمان دارویی مطابق کتاب پشتیبان\*  ارایه بازخورد به کارشناس مراقب سلامت جهت پیگیری |
| **ارجاع** به کارشناس سلامت روان برای مداخله شناختی، رفتاری کوتاه |
| **پاسخ مثبت به سوال 5** | **مصرف کننده تزریقی** | ارزیابی از نظر بیماری­های منتقله از راه جنسی و شروع درمان (یا ارجاع برای درمان)  ارزیابی و ارجاع مراجع برای انجام آزمایش­های پزشکی و در ادامه ارزیابی و ارجاع برای درمان  انجام آزمایشهای عملکرد کبدی(HCV Ab و ( HBS Ag  ارزیابی و ارجاع مراجع برای مشاوره و آزمایش اچ­آی­وی  ویزیت منظم بیمار و ارزیابی عوارض احتمالی  ارجاع فرد به مراکز مشاوره­ی بیماری­های رفتاری برای شروع درمان ضد رترو ویروسی در صورت لزوم  ارزیابی و ارجاع مراجع از نظر بیماری سل شامل:  -وجود علایم سل مانند سرفه بیش از دو هفته، خلط خونی، تعریق شبانه، کاهش وزن، تب  -سابقه تماس با فرد مبتلا به سل  -تشخیص بیماران مبتلا به سل و پیگیری آن­ها برای شروع و ادامه­ درمان  ارجاع به مراکز ارایه دهنده خدمات کاهش آسیب در صورت لزوم  ارجاع فرد به روانپزشک در صورت لزوم |

اختلالات و بیماری های گوش و شنوایی

معاينه گوش و مراقبت از نظر شنوايی (18 تا 29 سال)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نتايج ارزيابي** | **طبقه بندی** | **اقدامات** |
| **- بررسی پرونده از نظر نتيجه آزمایشات شنوایی شناسی**  **- گرفتن شرح حال از نظر وجود درد، كم شنوايی، تب و لرز و ....**  **- معاينه گوش ها توسط اتوسكوپ از نظر التهاب مجرا، وجود سرومن، التهاب**  **پرده، پارگی پرده، ترشح و .....** | **- غير طبيعی بودن تست نجوا يا:**  **- شكايت فرد يا اطرافیان از وجود كم شنوايی وی** | **اختلال شنوايی** | **- در صورت وجود سرومن فشرده: تجويز قطره گليسرين فنيكه به مدت 3- 2 روز و سپس شستشوی گوش** |
| **- در صورت نبود عفونت و ساير بيماری ها، ارجاع غير فوری به شنوایی شناس** |
| **پرده قرمز، كدر و برجسته با كاهش حركت** | **اوتيت مديا** | **تجويز شربت آموكسی سيلين به ميزان 80 تا 90 ميلی گرم به ازاء هر كيلوگرم وزن بدن در كودكان تا 12 سال و كپسول در بزرگسالان طی 24 ساعت كه در سه دوز تقسيم می شود. درمان تا 10 روز ادامه می يابد و پس از اين مدت دوباره بيمار ملاقات می شود.** |
| **- در صورت تشديد علايم بعد از 24 ساعت ارجاع فوري به متخصص گوش و حلق و بيني** |
| **خارش، درد گوش به خصوص زمانی كه لاله گوش به عقب كشيده می شود، ادم و تنگ شدن و یا مسدود شدن مجرای شنوایی** | **اوتيت خارجی** | **درمان اولیه عفونت گوش خارجی (OE) شامل تخفیف درد، پاک سازی مجرای شنوایی خارجی (EAC) از وجود ترشحات و دبریدهای موجود در مجرا و تجویز داروهای موضعی برای کنترل ادم و عفونت و اجتناب از عوامل تشدید کننده مثل ورود آب و رطوبت و اجسام خارجی دیگر می باشد.**  **- در صورتی كه مجرای خارجی متورم باشد و اتوسكوپ وارد مجرای گوش نشود بصورت زیر عمل شود:**  **- تنظيفی را با قطره پلی ميكسين B يا كلستين روزی 4 بار آغشته كرده و داخل مجرا قرار دهيد.**  **درمان با قطره گوشی موضعی کینولون (fluoroquinolone) دو بار در روز هر بار سه تا چهار قطره در گوش آسیب دیده ریخته شود. در این مورد می توان از قطره سیپروفلوکساسین و اوفلاکساسین (Ciprofloxacin and ofloxacin) 3 تا 4 بار در روز هر بار 3 قطره در گوش استفاده کرد.**  **- در صورتی كه پرده گوش سالم است روزی 3 تا 4 بار قطره پلی ميكسين يا كلستين در مجرای گوش ريخته شود.**  **- تجويز استامينوفن يا ايبوبروفن و یا پاراستامول برای کاهش درد**  **- توصيه كنيد بيمار در فاز حاد شنا نكند و در هنگام حمام رفتن مراقب عدم ورود آب به مجرای گوش باشد. برای این منظور می توان از قالب های ضد آب و یا آغشته کردن پنبه به وازلین و قرار دادن آن در مجرای گوش خارجی استفاده کرد (حدالامکان سمت خشک پنبه به سمت درون مجرای گوش و سمت خارجی آن آغشته به روغن وازلین باشد).** |

راهنماها و دستور العملها

ارزيابي وضعيت تغذيه اي

**شرح وظایف پزشک مرکز جامع سلامت در حوزه مراقبت های تغذیه**

1. انجام آزمایشات پاراكلينيك برای مراجعین، متناسب با وضعیت فرد و مطابق با دستور عمل ها درخواست نماید.
2. نحوه مصرف مکمل ها مطابق با دستور العمل ها و برنامه هاي كشوري مكمل ياري در جوانان را کنترل نماید.
3. از صحت و دقت اندازه گيري هاي آنترو پومتريك و رسم نمودارهای رشد كودك و وزن گيري مادر باردار توسط مراقبين سلامت اطمینان کامل داشته باشد .
4. از تعداد مبتلايان به بيماريهاي مرتبط با تغذيه (سوء تغذیه ، كم خونی مادران باردار ، فشار خون بالا ، دیابت ، اضافه وزن و چاقي) ، اطلاع داشته باشد .
5. از انديكاسيون هاي ارجاع پزشک به کارشناس تغذیه اطلاع داشته باشد .
6. آمار تعداد ارجاعات مستقیم پزشک به کارشناس تغذیه را در دسترس داشته باشد.
7. از تعداد كل موارد ارجاع شده به کارشناس تغذیه و تعداد پرونده هاي تشكيل شده اطلاع داشته باشد .
8. از عملکرد کارشناس تغذیه در خصوص نظارت بر عملکرد تغذیه ای مراقب سلامت آگاهی داشته باشد.
9. از عملكرد كارشناس تغذيه اي در خصوص مديريت و اجراي برنامه هاي تغذيه جامعه نظير آهن ياري ، مكمل ياري ويتامين د ، برنامه وزن گيري مادران باردار ، مكمل ياري و هفته بسيج آموزش تغذيه ، آگاهي داشته باشد .

فرآيند واجرا

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فرآيند** | **مسئول اجرا** | **محل اجرا** | **زمان اجرا** | **تجهيزات وابزار** | **منبع** |
| معاینات بالینی | **پزشک** | **مرکز جامع خدمات سلامت** | **بدو مراجعه** | **ترازوی استاندارد ، قدسنج ، فشارسنج و گوشی** | **بسته خدمت سلامت** |
| **تشخیص بیماری** | **پزشک** | **مرکز جامع خدمات سلامت** | **بدو مراجعه** | **ترازوی استاندارد ، قدسنج- فشار سنج و گوشی و آزمایشات پاراکلینیک** | **بسته خدمت سلامت** |
| **تشخیص بیماری های همراه** | **پزشک** | **مرکز جامع خدمات سلامت** | **بدو مراجعه** | **ترازوی استاندارد**  **قدسنج- فشارسنج و گوشی و آزمایشات پاراکلینیک** | **بسته خدمت سلامت** |
| **درخواست آزمایشات مورد نیاز** | **مراقب** | **مرکز جامع خدمات سلامت** | **بدو مراجعه در صورت لزوم** | **آزمایشگاه مجهز و در دسترس** |  |
| **تجویز مکمل های غذایی )مگا دوز ویتامین د) در صورت لزوم یا مطابق برنامه كشوری برای گروه های خاص** | **مراقب** | **پایگاه سلامت** | **بدو مراجعه در صورت لزوم** | **مکمل های غذایی (مگادورز ویتامین D )** | **کتاب**  **(دفتر بهبود تغذیه جامعه)** |
| **ارجاع به مشاور تغذیه در اندیکاسیون های تعیین شده برای دریافت رژیم غذایی مناسب بیماری** | **پزشک** | **مرکز جامع خدمات سلامت** | **ارجاع از سوی پزشک** | **فرم های ارجاع/ سیستم های الکترونیک** | **کتاب**  **(دفتر بهبود تغذیه جامعه)** |
| **پی گیری درمان بیماریهای مرتبط با تغذیه تحت مشاوره کارشناس تغذیه مانند اضافه وزن و چاقی، لاغری، کم خونی،فشارخون بالا، دیابت، پوکی استخوان و دیس لیپیدمی، هیپو تیروئیدی،و.....** | **پزشک/ کارشناس تغذیه** | **مرکز جامع خدمات سلامت** | **بر حسب زمانبندی اعلام شده قبلی** | **فرم های ارجاع/ سیستم های الکترونیک** | **بسته مجموعه مراقبت ها و خدمات تغذیه ای در برنامه تحول نظام سلامت** |

ارزیابی وضعیت قلبی و عروقی

**شرح حال و معاینات:**

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

**-بررسي وريد‌هاي ژوگولر از نظر اتساع آن‌ها و موج‌هاي غيرطبيعي**

**-بررسي نبض‌هاي كاروتيد، ‌فمورال و نبض‌هاي محيطي ديگر**

**-بررسي اندازه تيروئيد و قوام آن**

**-معاينه قلب به منظور كشف ناهنجاري در rate‌، ریتم، وجود heave بطني، click، سوفل، ‌S4 , S3**

**-معاينه ريه‌ها و بررسي وجود رال و برونكواسپاسم (ويز)**

**-معاينه شكم، ‌بررسي وجود bruit درشكم و فلانكها، كليه بزرگ، ضربان آئورت شكمي**

**-بررسي اندام‌ها و ضمائم پوستي اندام‌هاي تحتاني و وجود ادم**

**-بررسي نورولوژيكي وجود يا عدم وجود شواهدي دال بر بيماري نورولوژيكي مانند فلج اندام‌ها**

**-بررسی سوابق بیماری های قلبی عروقی، فشارخون، کلیوی و دیابت تثبیت شده**

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

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

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

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

ارزیابی و مراقبت فشار خون بالا

در اين طبقه بندي آستانه فشار خون بدون در نظر گرفتن ساير عوامل خطر و بيماري‌هاي همراه تعيين شده است:

**جدول 1: طبقه بندی فشار خون بر مبنایJNC8**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **فشارخون** | **فشارخون طبیعی** | **پیش فشارخون بالا** | **فشارخون بالاي درجه1** | **فشارخون بالاي درجه 2** |
| **فشارخون سیستول**(mm Hg) | كمتر از 120 | 139-120 | 159-140 | 160 و بيشتر |
| **فشارخون دیاستول**(mm Hg) | كمتر از80 | 89-80 | 99-90 | 100 و بيشتر |

اگر فشار خون بطور دائمي و در طي چندین اندازه گيري و در چند موقعيت مختلف بالاتر از حد طبيعي باشد، به آن فشارخون بالا مي‌گويند. فشارخون یک پدیده همودینامیک است که تحت تاثیر عوامل زیادی قرار دارد.تاثیر این عوامل و شرایط بر فشارخون مهم است و اغلب سبب افزایش فشارخون بیش از 20 میلیمتر جیوه می‌شوند. فشارخون در طول روز تحت تاثير عوامل مختلفي از جمله وضعيت بدن، فعاليت مغز، فعاليت گوارشي، فعاليت عضلاني، تحريكات عصبي، تحريكات دردناك، مثانه پر، عوامل محيطي مثل دماي هوا و ميزان صدا، مصرف دخانيات، الكل، قهوه و دارو تغيير مي‌كند. در زمان اندازه گیری فشارخون در هر شرایطی مانند مطب، بیمارستان، داخل آمبولانس و خانه باید عوامل تاثیر گذار بر فشارخون به دقت مورد توجه قرار گیرد.

فشارخون بالا دو نوع اولیه و ثانویه دارد.در نوع اولیه که 95% بیماران فشارخونی را شامل می‌شود علت بروز فشارخون بالا مشخص نیست و عوامل خطری مانند سن بالا، جنس مرد، مصرف زياد نمک، چاقی، ديابت و سابقه خانوادگی در بروز آن د خالت دارند.در نوع ثانویه تقریبا" علت تمام انواع فشارخون ثانویه تغییردر ترشح هورمون‌ها و یا کارکرد کلیه‌ها است. بیماری‌های زمینه ای مانند بیماری‌های پارانشیمی کلیه، آلدوسترونیسم اولیه، فئوکروموسیتوم، کوارکتاسیون آئورت و سندروم کوشینگ مهمترین عامل بروز فشارخون بالای ثانویه هستند.این نوع فشارخون بالا با درمان بموقع بیماری‌های زمینه ای، به مقدار طبيعي قابل برگشت است.

البته باید به این نکته توجه داشت که عوامل متعددی مانند وراثت، محیط، حساسیت به نمک، سطح رنین پلاسما، میزان حساسیت به انسولین و یون هایی مثل سدیم، کلر، کلسیم و عواملی مثل نژاد، اختلال چربی خون، سیگار و الکل نيز می‌توانند بر فشارخون تاثیر به سزایی داشته باشند.

**معاینه فيزيكي**

**معاینه فیزیکی فرد شامل موارد زير مي‌باشد:**

* اندازه گيري فشارخون دوبار به فاصله 2 دقیقه در حالت خوابیده يا نشسته و ایستاده از هر دو دست و مبنا قراردادن فشار خون بالاتر به عنوان فشارخون فرد و اندازه گيري فشارخون پا (جهت ردكواركتاسيون آئورت) در موارد اختلاف کیفیت نبض در اندامهای فوقانی و تحتانی
* اندازه‌گيري BMI، ‌نسبت دوركمر به دورباسن
* بررسي وريد‌هاي ژوگولر از نظر اتساع آن‌ها و موج‌هاي غيرطبيعي
* بررسي نبض‌هاي كاروتيد، ‌فمورال و نبض‌هاي محيطي ديگر
* بررسي اندازه تيروئيد و قوام آن
* معاينه قلب به منظور كشف ناهنجاري در rate‌، ریتم، وجود heave بطني، click، سوفل، ‌S4 , S3
* معاينه ريه‌ها و بررسي وجود رال و برونكواسپاسم (ويز)
* معاينه شكم، ‌بررسي وجود bruit درشكم و فلانكها، كليه بزرگ، ضربان آئورت شكمي
* بررسي اندام‌ها و ضمائم پوستي اندام‌هاي تحتاني و وجود ادم
* بررسي نورولوژيكي وجود يا عدم وجود شواهدي دال بربيماري نورولوژيكي مانند فلج اندام‌ها

**تعريف فشارخون**

فشارخون به دو عامل مهم يكي برون ده قلب يعني مقدار خوني كه در هر دقيقه به وسيله قلب به درون شريان آئورت پمپ مي‌شود (حدود 6-5 ليتر) و عامل ديگر مقاومت رگ، يعني مقاومتي كه بر سر راه خروج خون از قلب در رگ‌ها وجود دارد، بستگي دارد. فشار خون حاصل ضرب برون ده قلب و مقاومت عروق محیطی است .

با تغيير برون ده قلب يا مقاومت رگ، مقدار فشارخون تغيير مي‌كند. در هر فرد فشارخون را در دو سطح سيستول و دياستول اندازه مي‌گيرند فشارخون بالا در نتيجه افزايش فشار بيش از حد طبيعي جريان خون بر ديواره شريان‌ها ايجاد مي‌شود.

طبق آخرین گزارش موسسه ملی قلب و ریه و خون (NHLBI) و هفتمین گزارش کمیته ملي مشترک برای پیشگیری، شناسایی، ارزشیابی و درمان فشارخون بالا (JNC7) و طبقه بندی جدید براي افراد 18 سال و بالاتر، فشارخون طبیعی کمتر از **80**/**120** میلی متر جیوه، پیش فشارخون بالا**89-80**/ **139- 120**، فشارخون بالاي درجه یک **99-90**/**159-140**و فشارخون بالای درجه دو **100**/**160** میلی متر جیوه و بیشتر در نظر گرفته شده است.

.

**درمان**

هدف از درمان كاهش فشارخون به كمتر از 90/140 ميلي متر جيوه در افراد زير 60 سال و كمتر از 90/150 ميلي متر جيوه در افراد 60 سال و بالاتر سال است.

هدف در افراد مبتلا به ديابت يا CAD (بيماري عروق كرونر)، ‌آترواسكروز محيطي و آنوريسم آئورت كاهش فشارخون به كمتر از 90/140 ميلي متر جيوه است.

**توصيه‌هاي غيرداروئي (اصلاح شيوه زندگي) شامل موارد زير مي‌باشد:**

* كاهش وزن: اگر اضافه وزن وجود دارد (BMI≥ 25)
* قطع مصرف الكل: اگر الكل مصرف مي‌كند
* كاهش ميزان نمك مصرفي رژيم غذايي: كمتر از 5 گرم نمك در روز يا 2300 ميلي گرم سديم
* مصرف سبزيجات و ميوه‌ها حداقل 5 وعده در روز به دليل پتاسيم و منيزيم قابل ملاحظه
* مصرف حبوبات و غلات و لبنيات كم چربي (كمتر از 5/1 %)
* افزايش ميزان پتاسيم مصرفي رژيم غذايي (استفاده از سبزيجات و ميوه‌هاي تازه و يخ زده)
* ترك دخانيات (‌در صورت مصرف)
* كنترل استرس: به نظر مي‌رسد كه استرس نقش بسيار مهمي در افزايش فشار خون دارد
* فعاليت بدني منظم و با شدت متوسط و حداقل روزي نيم ساعت در اكثر روزهاي هفته (يا 150 دقيقه در هفته)
* سازگاري با استرس‌ها

**\*** مدت زمان درمان غير داروئي به تنهائي بايد كوتاه باشد(3ماه) در صورت عدم كنترل فشار خون با اين روش، بايد درمان داروئي را علاوه بر توصيه‌هاي غير داروئي براي بيمار آغاز نمود.

\* مدت زمان درمان غير دارویي به تنهایي، در بیمارانی که فشارخون 90/140 تا کمتر از 100/160 میلیمتر جیوه دارند بايد كوتاه باشد (3ماه) در صورت عدم كنترل فشار خون با اين روش، بايد درمان دارویي را علاوه بر توصيه‌هاي غير دارویي براي بيمار آغاز نمود. در بیمارانی که فشار خون 100/160 و بالاتر دارند همراه با توصیه‌های غیردارویی از ابتدا درمان دارویی باید آغاز شود.

**درمان و کنترل فشار خون بالا**

* در افرادی که فشارخون 90/140 میلی متر جیوه و بالاتر پایدار دارند باید درمان دارویی شروع شود. شروع درمان با تجوبز داروهای کاهنده فشارخون، مانند تیازیدها (در افرادی که فشارخون پایدار مساوی یا بیش از 90/140 میلی متر جیوه دارند) می باشد.
* داروهای اصلی شامل موارد ذیل می‌باشد: داروهای مدر (تیازیدی)، بلوک‌کننده‌های کانال کلسیمی (CCB)، بلوک‌کننده‌های گیرنده آنژیوتانسین (ARB)، مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEI)
* جهت کمک به کنترل فشار خون بالا آموزش تغذیه مناسب داده می‌شود.
* جهت دریافت رژیم غذایی درمانی به کارشناس تغذیه ارجاع داده می‌شود.

**نکته**

* در بیماران با سن کمتر از 55 سال تجویز دیورتیک تیازیدی و یا مهار کننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین با دوز پایین ارجحیت دارد.
* در بیماران با سن بیش از 55 سال داروهای بلوک کننده کانال کلسیم و یا دیورتیک‌های تیازیدی با دوز پایین تجویز می‌گردد.
* در صورت عدم تحمل به داروهای مهار کننده آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین یا برای زنان در سنین باروری، تجویز بتابلوکرها ارجحیت دارد.
* به كساني كه دارای فشارخون بين 139-120 و 89-80 ميلي متر جيوه هستند (پره هیپرتانسیون) و ديابت و يا بيماري عروق كرونر يا آترواسكلروز عروق محيطي ، آنوريسم آئورت و ابتلاء اندام‌هاي حياتي ندارند، اصلاح شيوه‌هاي زندگي توصيه مي‌شود و بايد يك سال بعد براي اندازه‌گيري فشارخون مراجعه نمايند.
* درصورت ابتلا به هر يك از موارد مذكور، علاوه بر اصلاح شيوه زندگي، درمان دارويي نيز شروع مي‌شود.

\* در صورت شروع ناگهاني فشارخون بالا در افراد زير 30 سال كه فشارخون stage I دارند باید از نظر علل ثانويه فشارخون بالا بررسي شوند.

**توصیه**

* قبل از تجویز ACEI میزان پتاسیم و کراتینین سرم اندازه‌گیری شود.
* درصورتی که فشارخون مساوی 110/180 و بالاتر باشد تشخیص بیماری فشارخون بالا در همان ویزیت امکان پذیر است و درمان دارویی باید آغاز شود.

**درمان‌هاي دارويي:**

* براي درمان افرادي كه فشارخون سيستول آن‌ها 159-140 يا دياستول 99-90 ميلي متر جيوه است، از داروهاي خط اول انتخاب مي‌شود (بتابلوكر، ACELI ,ARB ,CCB و تيازيدها)
* در افراد 60 سال و بالاتر بتابلوكر انتخاب اول نیست.
* اگر فشارخون سيستول 20 ميلي جيوه و فشارخون دياستول 10 ميلي جيوه از فشارخون هدف بيشتر باشد، ازتركيب دو دارو از خط اول درمان انتخاب مي‌شود.
* در فشارخون بارداري استفاده از ACEI , ARB ممنوع است.

**درمان فشارخون بالاي سيستوليك و دياستوليك بدون عامل خطر و بيماري‌هاي همراه كه به تك درماني پاسخ نداده اند:**

* داروي دوم اضافه مي‌شود
* اگر عليرغم اضافه كردن دارو به داروهاي ديگر هم چنان فشارخون هدف بدست نيايد، ضمن بررسي علل زير:

1. بيمار دستور دارويي را اجراء نمي كند
2. فشارخون بالا علل ثانويه دارد
3. شيوه زندگي را رعايت نمي كند
4. فشارخون بالا ناشي از سندرم رو پوش سفيد است.

داروی سوم و یا چهارم اضافه می‌شود.

* اگر فشار خون بالا هنوز هم کنترل نشده است یا عوارض دارویی وجود دارد، گروه‌های دیگر داروهای کاهش دهنده فشارخون اضافه شود. مثل آلفا بلوکرها یا عواملی که روی مرکز عصبی تاثیر می‌گذارند.

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

**سکته مغزی حاد از نوع ايسکمیک**: فشار خون سسیتوليک بالای 220 میلی متر جیوه و فشار دیاستولیک بالاي 120 میلی متر جیوه بود، ظرف 24 ساعت این فشارخون را کاهش می‌دهیم (20% از كاهش فشار خون ظرف 2 ساعت و 80% ظرف شش ساعت به فشارخون هدف 100/160 ميلي متر جيوه برسد).

از پایین آوردن سریع فشار خون اجتناب کنید.

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

**درمان فشار خون بالا در بیماران با STEMI یا NSTEMI:**

* در این بیماران از بتا بلوکر و ACEI و ARB استفاده می‌شود، اگر منع مصرف بتابلوکر داشتند و نارسایی قلب نداشته باشند، از کلسیم بلوکر طولانی اثر دی هیدروپیریدونی استفاده می‌شود، ولی اگر نارسایی قلب داشت از کلسیم بلوکرهای طولانی اثر استفاده می‌شود.

**درمان فشار خون بالای سسیتولیک ایزوله بدون عامل خطر و بیماری‌های همراه:**

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

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

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

مراقبت و پيشگيري از فشارخون بالا

* افزايش آگاهي مردم درمورد پيشگيري از فشارخون بالا و عوارض آن
* تشويق به اندازه‌گيري فشارخون و اجراي پيشنهاد‌هاي اعضاي تيم سلامت
* آموزش خودمراقبتي و گسترش آن براي پيشگيري ازفشارخون بالا ازجمله آموزش نحوه اندازه گيري فشارخون درمنزل
* فراهم كردن محيط براي رفتارهاي سالم
* كاهش مصرف نمك
* متعادل كردن رژيم غذايي و مصرف ميوه وسبزيجات حداقل 5 وعده
* ترك مصرف الكل
* مصرف نكردن دخانيات
* فعاليت بدني منظم باشدت متوسط حداقل نيم ساعت دراكثر روزهاي هفته (يا 150 دقيقه درهفته)
* كنترل وزن
* تشخيص زود رس ازطريق غربالگري (پيدا كردن افراد مبتلا و پيگيري و درمان آن)
* سازگاري با فشارهاي روحي – رواني relaxation
* از تجويز مكمل‌ها مانند كلسيم، مننيزم يا پتاسيم خودداري شود

**آموزش‌**

آموزش‌ در تمام‌ سطوح‌ 1 و 2 به‌ طـور مستقیم زير نظر پزشک‌ انجام‌ مي‌شود‌.

درصورت دسترسی به خدمات پرستاری و تغذیه، خدمات آموزشی توسط تیم متشکل از پزشک، پرستار و کارشناس در اختیار بیماران قرار میگیرد. نظارت بر آموزش و حسن اجرای آن به عهده پزشک است؛ نظارت‌ پـيوسته‌ بر سطح‌ معلومات‌ پرسنل از اجزای مهم‌ آموزش‌ است.

آموزش‌ چهره‌به‌چهره‌ به‌ بيماران‌، با وجود وقت‌گير بودن بسيار مؤثر است. كلاس‌هـاي‌ آموزشي‌ با تعدادي‌ از بيماران‌، براي‌ بيماران‌ و خـانواده‌ي آنها بسيار مفيد است‌. درصورتی ‌كه‌ پرستار و کارشناس تغذیه بتوانند مطالب‌ آموزشی‌ را به‌‌نحو مطلوبی‌ در اختیار بیماران‌ و خانواده‌ي آنان‌، افراد در معرض‌ خطر و ديگر افراد جامعه‌ قـراردهنـد، پزشک‌ فرصت‌ بیشتری‌ برای‌ بررسی‌ بیماران‌ خواهد داشت. به طور كلي‌ نظارت‌ بر امر آموزش‌ به‌ عهده‌ي پزشک‌ است.

**ارجاع‌ بيماران‌ به‌ سطح 2**

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

**آسيب اعضاء حياتي در موارد زير مشخص مي‌شود:**

* هيپرتروفي بطن چپ (كه در الكتروكارديوگرافي مشخص مي‌شود) يا نارسائي قلبي
* تاريخچه يا علائم درد قفسه صدري
* تاريخچه يا مدرك الكتروكارديوگرافي از انفاركتوس ميوكارد
* تاريخچه يا علائم Claudication (درد اندام تحتاني بهنگام راه رفتن و بهبود درد با استراحت)
* بالا بودن كراتينین سرم خون
* علائم و نشانه‌هاي TIA (ايسكمي گذراي مغزي)
* علائم و نشانه‌هاي آسيب چشم

**اقدامات لازم برای ارزيابي آسيب ارگان‌هاي حياتي**

**آزمايش خون براي بررسي:**

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

* درصورت نياز آزمايشات ديگربر اساس تاريخچه بيمار، معاينات باليني و نتايج آزمايشات اوليه درخواست مي‌گردد.

\* آزمايش ادرار براي بررسي وجود پروتئين انجام مي‌شود. اما در مطالعات اخير نشان داده است، اين آزمايش در پيگيري بيمار تاثير چنداني ندارد (Canada Hypertension)

* بررسي ته چشم (فوندوسكوپي) از نظر وجود رتينوپاتي
* الكتروكارديوگرافي براي بررسي وجود هيبرتروفي بطن چپ يا ايسكمي قلب

\* شروع ناگهاني فشارخون بالا در افراد زير 30 سال كه فشارخون stage I دارند از نظر علل ثانويه فشارخون بالا بررسي شوند

ارزیابی هپاتیت

**ارزیابی ازنظر هپاتیت :**

**ضمن معاینه وجود نشانه ها/ شکایات زير را سؤال كنيد:**

* **وجود زردی در چشم یا پوست ، پررنگ شدن ادرار و کم رنگ شدن مدفوع ، تهوع و استفراغ و درد شکم**

**بیلی روبین کل( توتال) بالاتر از 15 میلی لیتر در د سی لیتر**

**Bilirubin Total ( Normal Range) = 0.3 – 1.3 mg/dl**

**Bilirubin Direct ( Normal Range) = 0.1- 0.4 mg/dl**

* **کاهش قند خون کمتر از 60 میلی گرم در د سی لیتر**
* **طولانی شدن زمان PT بیش از 5 ثانیه از حد نرمال**
* **افزایش سطح INR بیش از 5/2 برابر**
* **اختلال سطح سدیم و پتاسیم**
* **Sodium( Normal Range) = 136 – 146 meq/l**
* **Potassium ( Normal Range) = 3.5 – 5 meq**
* **اختلال سطح کرا تینین و اوره**

**BUN (Normal Range) = 7- 20 mg/dl**

**Creatinine :Female(Normal Range) =0.5- 0.9 mg/dl**

**Creatinine :Male( Normal Range) =0.6- 1.2 mg/dl**

* **افزایش سطح AST ,ALT بالای 1000**

نکات آموزشی در خصوص ایدز

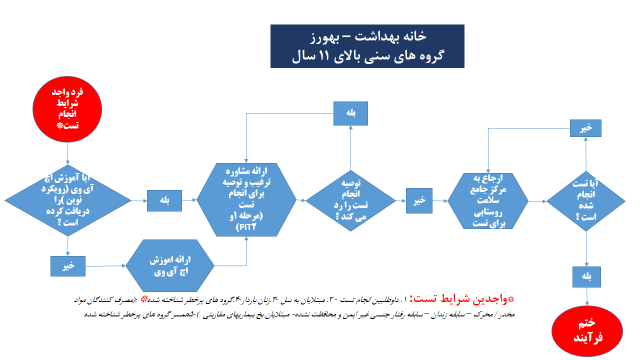
جدول 1 – شرح وظایف سطوح مختلف در ادغام خدمات اچ آی وی در نظام PHC

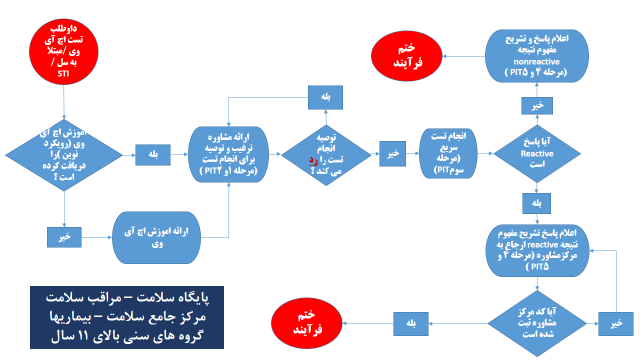
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری** | **مرکز جامع سلامت** | | **پایگاه سلامت** | **خانه بهداشت** |
| **پزشک** | **غیر پزشک** | **مراقب سلامت** | **بهورز** |
| 1.مشاوره تخصصی با موارد مثبت اولیه ارجاع شده  2. اعلام کد مرکز مشاوره به مرکز ارجاع کننده  3.درخواست تست تتشخیصی تاییدی  4. تشخیص نهایی مطابق الگوریتم تشخیصی  5. مراقبت و درمان موارد مثبت قطعی  6. پیگیری تکرار آزمایش موارد منفی مطابق پروتکل | 1.شناسائی واجدین شرایط تست  2.ترغیب و توصیه به انجام تست  3. ارجاع موارد مثبت اولیه به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری | 1.آموزش رویکرد نوین  2.شناسائی واجدین شرایط تست  3.ترغیب و توصیه به انجام تست  4.انجام تست اولیه اچ آی وی موارد ارجاع شده از خانه های بهداشت  5.مشاوره با موارد مثبت اولیه ارجاع شده و ارجاع به پزشک  6.پیگیری موارد منفی  7. پیگیری نتیجه ارجاع موراد مثبت به مرکز مشاوره | 1.آموزش رویکرد نوین  2.شناسائی واجدین شرایط تست  3.ترغیب و توصیه به انجام تست  4. انجام تست اولیه  5. ارجاع موارد مثبت اولیه برای تست تاییدی  6. پیگیری موارد منفی | 1.آموزش رویکرد نوین  2.شناسائی واجدین شرایط تست  3.ترغیب و توصیه به انجام تست  4. ارجاع برای انجام تست اولیه |

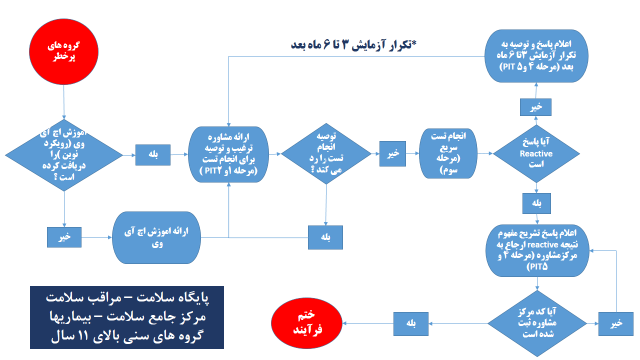
*ضمیمه بخش اول : فلوچارت های خدمات مرتبط با اچ آی وی*

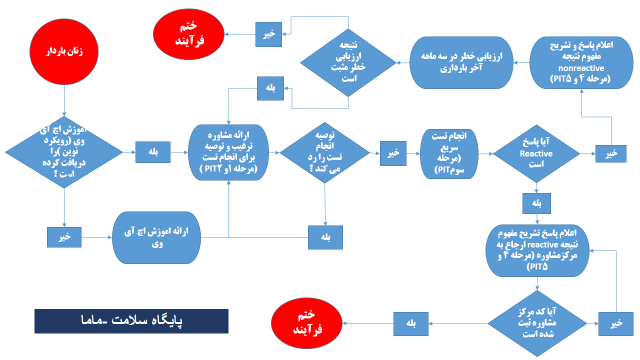
**فلوچارت ارائه خدمات اچ آی وی در سطح خانه بهداشت**

**فلو چارت ارائه خدمات اچ آی وی در سطح پایگاه ها و مراکز جامع سلامت**









**تعریف استاندارد فرآیندهای خدمات**

**اچ آی وی و بیماریهای آمیزشی در نظام phc**

[Document subtitle]

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

1. دستورالعمل نحوه آموزش اچ آی وی
2. دستورالعمل نحوه ترغیب و توصیه به انجام تست اچ آی وی
3. دستورالعمل مراقبت سندرمیک بیماریهای آمیزشی

**بخش اول : خدمات مرتبط با اچ آی وی**

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

1. آموزش ( بر مبنای رویکرد نوین آموزش اچ آی وی با محوریت تازه های کنترل اچ آی وی و کاهش انگ و بد نامی )
2. تشخیص اولیه اچ آی وی مشتمل بر سه فرآیند زیر :
3. مشاوره اولیه ترغیب و توصیه به انجام تست اچ آی وی
4. تست تشخیصی اولیه اچ آی وی (تست سریع )
5. اعلام پاسخ و ارجاع موارد با نتیجه تست Reactive به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری

**فرآیندهای خدمت اول :آموزش ( بر مبنای رویکرد نوین آموزش اچ آی وی)**

**ارائه دهندگان خدمت :** بهورزان **–** مراقبین سلامت آموزش دیده ( این خدمت توسط پزشک – ماما – کاردان بیماریهای مراکز جامع سلامت در صورتی که دوره مدون نحوه آموزش اچ آی وی را گذرنده باشند نیز قابل ارائه است )

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

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

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

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

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

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

**فرآیند های خدمت دوم : تشخیص اولیه اچ آی وی**

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

* 1. مشاوره اولیه ترغیب و توصیه به انجام تست اچ آی وی
  2. تست تشخیصی اولیه اچ آی وی (تست سریع )
  3. اعلام پاسخ و ارجاع موارد با نتیجه تست Reactive به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری

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

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

**گیرنده خدمت** : واجد ین شرایط انجام تست عبارتند از :

**1. داوطلبین انجام تست**

**2. مبتلایان به سل**

**3.زنان باردار**

**4.گروه های پرخطر شناخته شده\* :(مصرف کنند گان مواد مخدر / محرک – سابقه زندان – سابقه رفتار جنسی غیر ایمن و محافظت نشده- مبتلایان بخ بیماریهای آمیزشی )**

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

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

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

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

**تواتر ارائه خدمت** : تکرار این خدمت بنا به واجد ین شرایط دریافت خدمت متفاوت است

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

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

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

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

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

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

**ارتباط خدمت با سایر خدمات**  :

**پیش نیاز :** لازم است قبل از انجام این خدمت ، فرد خدمت آموزش با رویکرد نوین را دریافت کرده باشد . و در صورتی که این اقدام صورت نگرفته باشد ، ارائه دهنده خدمت موظف است ابتدا خدمت " رویکرد نوین آموزش اچ آی وی " را ارائه دهد

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ارتباط خدمت با سایر خدمات**  :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ارتباط خدمت با سایر خدمات**  :

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

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

بیماری غیر واگیر ریوی (آسم)

**شواهدی که احتمال ابتلا به آسم را افزایش می دهند:**

* دارا بودن علایم خس خس سینه، سرفه، تنگی نفس، احساس فشار در قفسه سینه
* داشتن علايم مکرر و عود کننده
* بدتر شدن علایم در شب و اوایل صبح
* ایجاد و یا بدتر شدن علایم متعاقب ورزش سرما، حیوانات خانگی، هوای مرطوب، دود، بوی تند، هیجانات، خنده ...
* رخ دادن علایم در شرایط غیر سرماخوردگی
* سابقه فردي یا خانوادگي آتوپي
* وجود ويزينگ منتشر در سمع ريوي

**شواهدی که احتمال ابتلا به آسم را کاهش می دهند:**

* بيمار فقط داراي سرفه خلط دار، بدون خس­خس سينه يا تنگي نفس باشد.
* زماني كه بيمار علامت دار است، در معاينه فيزيكي به طور مكرر نكته اي يافت نشود.
* علائم فقط در زمان سرماخوردگي وجود داشته باشد.
* سابقه طولاني مدت مصرف سيگار
* وجود شواهد باليني غير معمول نظير رال، سيانوز، كلابينگ
* زماني كه بيمار علامت دار است، اسپيرومتري يا پيك فلومتري طبيعي باشد.
* تظاهرات بارز سيستميك (تب، كاهش وزن، درد عضلات، ...)
* تنگي نفس مداوم و غير متغير
* داراي شواهد باليني به نفع تشخيص هاي افتراقي باشد.

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

**راهنمای آسم**

كليه افرادي كه در طي غربالگري يا مراجعه فردي با علايم تنفسي از طريق بهورز/ مراقب سلامت به پزشك ارجاع مي شوند براساس شرح حال ، علايم و معاينات باليني (مطابق با راهنمای ملی آسم) ارزيابي شده و درصورت نیاز تست های عملکرد ریوی انجام می گیرد. چنانچه فردي از نظر پزشك مبتلا به بيماري آسم تشخيص داده شود براساس پروتكل هاي مربوط تحت درمان قرار مي گيرد.

**درمان آسم**

برای درمان آسم در ابتدا باید براساس شدت بیماری (Asthma Severity) و توجه به فاکتورهای خطر، درمان را آغاز کرد و سپس طبق سطح کنترل بیماری Asthma Control ادامه درمان را تنظیم کرد. در صورتي كه علايم بيماري خفيف و متناوب باشد (علايم روزانه 2بار يا كمتر در هفته و شبها يك بار يا كمتر در ماه) بيمار نياز به درمان منظم نگهدارنده نداشته و بر حسب نياز مي توان از داروهاي زود اثر نظير سالبوتامول استفاده نمود. در بيشتر بيماران درمان انتخابي نگهدارنده، استروئيد استنشاقي نظیر بکلومتازون یا فلوتیکازون با دوز كم است. در مواردي كه شدت علايم بالینی بيمار بيشتر است (علايم بيماري هر روز وجود داشته و يا شبها بيش از يك بار در هفته به دليل بيماري از خواب بيدار مي شود) بايد براي درمان از استروئید استنشاقی با دوز متوسط استفاده نمود. در صورتی که علايم بیمار شدید است (علاوه بر علايم مداوم روزانه، اختلال خواب هر شب وجود دارد) جهت درمان داروهاي ديگر نظير بتا آگونيست هاي استنشاقي طولاني اثر مورد نیاز است كه در اين موارد لازم است بيمار به سطوح بالاتر ارجاع شود. بايد توجه داشت كه در هر مرحله، چنانچه به دليل اقدامات تشخيصي يا درماني انديكاسيون ارجاع وجود داشته باشد بايد بيمار به سطوح بالاتر ارجاع گردد. بدیهی است در بیمارانی که با تشخیص قبلی آسم تحت درمان می باشند ادامه روند درمان بر اساس سطح کنترل بیماری انجام می گیرد.

**درمان آزمایشی**

در كودكان درمان آزمايشي با استفاده از دوز متوسط كورتيكواستروئيدهاي استنشاقي (بكلومتازون يا فلوتيكازون) بر اساس سن و به مدت دو ماه صورت مي­گیرد. در بزرگسالان براي درمان آزمايشي (Trial) كورتيكوستروئيد استنشاقي به مدت دو ماه و با دوز mcg 200 بكلومتازون يا معادل آن از فلوتيكازون دو بار در روز تجويز مي­گردد. در مواردي كه انسداد قابل ملاحظه­ي راه­هاي هوايي وجود دارد، درمان آزمايشي با پردنيزولون خوراكي mg30 روزانه (يك بار در روز) براي دو هفته توصيه مي­گردد. در كليه بيماران علاوه بر داروهای کنترل کننده نظیر بکلومتازون یا فلوتیکازون، بتا آگونیست استنشاقی زوداثر مانند سالبوتامول نیز تجویز می گردد.

**تعیین سطح کنترل**

كليه بيماران بايد یک ماه پس از شروع درمان مجددا توسط پزشك ويزيت شده و سطح کنترل بیماری توسط پزشک تعیین گردد و در خصوص ادامه روند درمان بر اساس سطح کنترل بیماری (كنترل كامل، نسبي يا كنترل نشده) و وجود عوامل خطر همراه تصميم گيري شود:

الف) چنانچه آسم كنترل نشده باشد علاوه بر توصيه به استفاده از داروها و وسايل كمك درماني و كنترل عوامل خطر بايد افزايش پلکانی مقدار مصرف دارو ها نيز صورت گيرد و جهت درمان داروهاي ديگر نظير بتا آگونيست هاي استنشاقي طولاني اثر مورد نیاز است كه در اين موارد لازم است بيمار به سطوح بالاتر ارجاع شود.

ب) اگر آسم بيمار تا حدي كنترل شده باشد (كنترل نسبي) ضمن توصيه به استفاده از داروها و وسايل كمك درماني و كنترل عوامل خطر، با توجه به در دسترس بودن امكانات درماني و هزينه درمان مي توان افزايش پلکانی درمان را انجام داد و براي درمان از استروئید استنشاقی با دوز متوسط استفاده نمود و يا درمان را بر اساس مرحله قبل ادامه داد. در هر صورت بايد بيمار يك ماه بعد مجددا توسط پزشك ويزيت گردد.

ج) اگر بيماري به طور كامل كنترل شده باشد درمان را مطابق گذشته ادامه داده و بيمار بايد دو ماه بعد مجددا توسط پزشك ويزيت گردد.

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

**ارزيابي وضعيت کنترل آسم و عوامل خطر**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| الف .کنترل علایم آسم | سطوح کنترل | |
| **آیا بیمار در 4 هفته گذشته:**  \*علایم روزانه بیشتر از 2 بار در هفته داشته است؟ بلی□ خیر□  \*آیا به خاطر آسم شب ها از خواب بیدار شده است؟ بلی□ خیر□  \*نیاز به داروی زود اثر تسکین دهنده بیشتر از 2 بار در هفته داشته است بلی□ خیر□  \*محدودیت فعالیت به خاطر آسم داشته است؟ بلی□ خیر□ | **کنترل کامل کنترل نسبی کنترل نشده**  هیچ کدام از 2- 1 4-3  این موارد مورد مورد | |
| ب. فاکتورهای خطر برای پیش آگهی بد آسم | | |
| \* FEV1 پایین (به ویژه کمتر از 60 درصد)  \* مشکلات روانی، اقتصادی و اجتماعی شدید  \* برخورد با دود سیگار و عوامل شیمیایی مضر و عوامل شغلی  \* بیماری های همراه، رینوسینوزیت، چاقی، آلرژی غذایی ثابت شده  \* حاملگی  \* سابقه بستری در ICU یا انتوباسیون  \* سابقه یک بار یا بیشترحمله شدید در 12 ماه گذشته | | داشتن هر یک از این علایم ، ریسک حملات را حتی در وضعیت کنترل کامل بالا می برد |

**پیگیری و مراقبت بیماران**

پيگيري و مراقبت بيماران مبتلا به آسم بر حسب سطح كنترل بيماري متفاوت است. پس از شروع درمان توسط پزشك، یک ماه بعد در ويزيت مجدد، پزشك سطح كنترل بيماري را تعيين مي كند:

* كنترل كامل : ادامه درمان و ويزيت مجدد دو ماه بعد
* كنترل نسبي : بررسي علل عدم كنترل و در صورت نياز افزايش مرحله درماني با دوز متوسط استروئيد و ويزيت مجدد يك ماه بعد
* كنترل نشده : ارجاع به سطوح بالاتر

**در موارد زير لازم است بیمار به سطوح بالاتر ارجاع گردد :**

1. ابهام يا شك در تشخيص
2. بروز آسم در سنین کمتر از یک سال و بالای 65 سال
3. پاسخ ضعيف يا عدم پاسخ به درمان­هاي معمول (به ويژه نياز به بتاآگونيست طولاني اثر يا مصرف مكرر استروئيدهاي خوراك
4. در مواردي كه تست­هاي تشخيصي اضافي مورد نياز باشد، مثل تست پوستي و ...........
5. ائوزينوفيلي شدید خون محيطي (مقدار مطلق بيش از 1000)
6. كاهش مرحله درماني (Step Down)در بيماري كه بتاآگونيست طولاني اثر مصرف مي كند. ( از مرحله 3 و بالاتر جهت تصمیم گیری برای قطع بتاآگونيست های طولاني اثر )
7. اضطراب شديد والدين يا نياز به اطمينان بخشي،عدم همکاری بیمار و خانواده وی در درمان علیرغم آموزش توسط پزشک
8. همراهی آسم با پوليپ بيني
9. آسم در بارداري
10. آسم همراه با دیابت، بیماری قلبی، گلوکوم، وجود شواهد واسکولیت،
11. بيماران مشكوك به آسم شغلي
12. حساسیت به داروهای مسکن(NSAIDs)

ارزیابی اختلالات و بيماريهاي تیروئید

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

**ترمور: براي ارزيابي ترمور، بايد فرد مورد معاينه در حال نشسته و يا ايستاده، دست هاي خود را جلو آورده و انگشتان دست هاي خود را باز كند. وجود لرزش هاي ظريف در انگشتان بيانگر ترمور است.**

اختلالات و بیماریهای ژنتیک

**راهنمای پزشک در ارزیابی عامل خطر ژنتیک:**

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

حداقل 1 نوع بیماری ژنتیکی شناخته شده در بستگان درجه1 یا 2 وجود دارد.

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

در یکی از اعضای خانواده علاوه بر اختلال عملکردی یك ناهنجاری غيراكتسابي نيز وجود دارد.

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

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

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

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

ج- نسبت فامیلی والدین بیمار

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

**اختلال باروري**

وجود احتمال فامیلی بودن بیماری عروق کرونر قلب

سرطان های ارثی فامیلی

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

**الف- اختلالات فیزیکی/ ظاهری:**

**سر و گردن:**

صورت: چهره اي غير معمول (با اختلال محل قرار گيري يا ظاهر گوش و يا چشم)

دهان: شکاف لب، شکاف کام، يا اختلال در رویش يا ميناي دندان ها

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

**تنه:**

ستون فقرات: اسپاینا بیفیدا

جدار شکم: امفالوسل، گاستروچزی

ژنیتالیا: ابهام تناسلی

**اندام ها:**

سین داکتیلی، اکتروداکتیلی و پلی داکتیلی در اندام فوقانی يا تحتاني

Z-score قد کم تر از 3- یا بیشتر از 3

**پوست:**

پوسته ریزی منتشر، تاول منتشر، اریتم منتشر، تغییر پیگمانتاسیون منتشر

**ارگان های داخلی:**

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

**ب- اختلالات عملکردی**

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

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

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

**اختلال باروری (در صورت تاهل و مثبت بودن حداقل یکی از موارد):**

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

آقا: سابقه طولانی ناباروري (>2 سال بدون بدون پيشگيري از بارداري) داشته است.

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

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

* ابتلا به بیماری عروق کرونر زودرس (PCAD) : ابتلا به بیماری عروق کرونر در زیر سن 45 سالگی در مردان و زیر 55 سال در زنان
* وجود یک مورد سابقه بیماری عروق کرونر در بستگان درجه 1 فرد با این شرایط سنی: در مردان (پدر و برادر) زیر سن 55 سال و در خانم ها (خواهر و مادر) زیر سن 65 سالگی

توضیح: بیماری عروق کرونر از طریق حداقل یکی از موارد زیر اثبات می گردد:

* در آنژیوگرافی عروق کرونر بیش از 50 % تنگی داشته باشد.
* سابقه CABG) Cronery Artery Bypass Graft ) وجود داشته باشد.
* سابقه (Angioplasty PCI) Percutaneous Cronery Intervention وجود داشته باشد.

1. **در شرایط زیر احتمال ارثی فامیلی بودن سرطان مطرح می شود:**

**الف- در مورد سرطان پستان:**

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

**ب- در مورد سرطان کولورکتال:**

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

**1(سندرم سرطان ارثی پستان و تخمدان Hereditary Breast & Ovarian Cancer Syndrome)**

1. ارزیابی اختلالات و بیماریهای روانپزشکی

   1. **بر اساس دستورالعمل غربالگري اوليه در حوزه سلامت روان، 6 سوال غربالگري را از فرد بپرسيد و مطابق دستورالعمل نمره بدهید**
   2. **در صورت امتیاز غربال مثبت از پرسشنامه 6 سوالی، راجع به افكار خودكشي يا قصد جدي براي آسيب به خود سوال كنيد:**

   **الف - آيا هيچ گاه شده است از زندگي خسته شوید و به مرگ فكر كنيد؟ بلی□ خیر □**

   **ب - آيا اخيراً به خودكشي فكر كرده ايد؟ بلی□ خیر □**

   1. **در صورت امتیاز غربال منفی از پرسشنامه 6 سوالی بررسی کنید: «آیا شما هیچ مشکل اعصاب و روان دارید که نیازمند مشاوره یا درمان باشد »**
   2. **سابقه بیماری را چک کنید:**

   **ج - «آیا تا به حال تشخیص مشکلات اعصاب و روان داشته­اید؟» بلی□ خیر □**

   در صورت پاسخ مثبت، سوال شود:

   **د - «آیا در حال حاضر دارو مصرف می­کند؟» بلی□ خیر □**

   در صورت پاسخ مثبت، سوال شود:

   **ه - «آیا تمایل دارید پزشک تیم سلامت درمان را پیگیری کند؟» بلی □ خیر □**

   **ارزیابی از نظر صرع یا هر گونه حالت تشنجی**

   **«آیا فرد در گذشته تشخیص بیماری صرع داشته است؟» بلی□ خیر □**

   در صورت پاسخ منفی دو سوال ذیل پرسیده شود:

   **آیا هر چند وقت يك بار در بيداري يا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج يا غش مي‌شود، بيهوش شده و دست و پا مي‌زند، زبانش را گاز مي‌گيرد و از دهانش كف** (گاه خون آلود) **خارج مي‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد؟**

   **از مراجعین یا همراهان سوال شود: آیا گاهی اوقات مات زده شده به گونه­ای که چند لحظه‌اي به جايي خيره مي­شود، لب‌ها يا زبانش را به حالت غير ارادي حركت داده يا مي‌ليسد؟**

   مراقبت سلامت روان ( 18 تا 29 سال)

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

   مقدمه سؤالات غربال­گری ارزیابی سلامت روان برای گروه هدف 18 تا 29 سال

   * **قبل از پرسش­گری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که «در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان¬شناختی و استرس­هاي شما بپرسم.»**
   * **برای خدمت­گیرنده توضیح دهید: «هدف از اين پرسشگری شناسائی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در مراجعین است. به اين ترتيب افراد نيازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شديد اعصاب و روان پيشگيری نمود.»**
   * **در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می‌باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می­ماند.»**
   * **به خدمت­گیرنده یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می­شود.»**
   * **به خدمت گیرنده توضیح دهید: «پاسخ­گویی صادقانه شما به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می­کند.»**
   * **سپس به خدمت گیرنده بگویید: «سوالاتی که از شما پرسيده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول 30 روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانيد بگوئيد هميشه، بيشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت يا اصلاً.»**

   **غربالگری سلامت روان**

   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
   | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
   | **1- چقدر در 30 روز گذشته احساس می‌کرديد، مضطرب و عصبی هستيد؟** | | | | | | | | |
   | **هميشه ** | **بیشتر اوقات ** | **گاهی اوقات ** | | **به ندرت ** | | | **اصلاً ** | **نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ** |
   | **2- چقدر در 30 روز گذشته احساس نااميدی می‌کرديد؟** | | | | | | | | |
   | **هميشه ** | **بیشتر اوقات ** | | **گاهی اوقات ** | | **به ندرت ** | **اصلاً ** | | **نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ** |
   | **3- چقدر در 30 روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می‌کرديد؟** | | | | | | | | |
   | **هميشه ** | **بیشتر اوقات ** | | **گاهی اوقات ** | | **به ندرت ** | **اصلاً ** | | **نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ** |
   | **4- چقدر در 30 روز گذشته احساس افسردگی و غمگينی می‌کرديد؟** | | | | | | | | |
   | **هميشه ** | **بیشتر اوقات ** | | **گاهی اوقات ** | | **به ندرت ** | **اصلاً ** | | **نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ** |
   | **5- چقدر در 30 روز گذشته احساس می‌کرديد که انجام دادن هر کاری برای شما خيلی سخت است؟** | | | | | | | | |
   | **هميشه ** | **بیشتر اوقات ** | | **گاهی اوقات ** | | **به ندرت ** | **اصلاً ** | | **نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ** |
   | **6- چقدر در 30 روز گذشته احساس بی ارزشی می‌کرديد؟** | | | | | | | | |
   | **هميشه ** | **بیشتر اوقات ** | | **گاهی اوقات ** | | **به ندرت ** | **اصلاً ** | | **نمی‌داند/ پاسخ نمی‌دهد ** |

   **نمره گذاری:**

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

   |  |  |  |  |  |
   | --- | --- | --- | --- | --- |
   | **همیشه** | **بیشتراوقات** | **گاهی اوقات** | **به ندرت** | **اصلاً** |
   | **4** | **3** | **2** | **1** | **صفر** |

   * **افرادی که نمره 10 یا بالاتر را کسب می­کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می­گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می­گردد.**
   * **در صورت پاسخ بیشتر از 3 مورد به گزینه (نمی داند/پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.**

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

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

   \*\* موارد ارجاع فوري: خشونت و پرخاشگري به گونه ای كه منجر به آسيب به خود يا ديگران شود، افكار خودكشي يا اقدام به خودكشي، تشنج پایدار، عوارض شديد داروهاي روانپزشكي بر اساس مسیرهای تعریف شده در سامانه­های الکترونیک

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

   سلامت اجتماعي

   |  |  |  |  |
   | --- | --- | --- | --- |
   | **ارزیابی همسرآزاری** | نشانه ها و علائم | طبقه بندی | اقدامات |
   | * از مراجعین زن متاهل در حین مصاحبه و معاینه و پس از پرسش در مورد علت مراجعه و معاینات معمول سوال شود: زن ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می شود. آيا تاكنون همسر شما:  1. شما را كتك زده است؟ 2. به شما توهین کرده است؟ 3. شما را به آسيب تهديد كرده است؟ 4. سر شما فرياد زده است؟ با استفاده راهنمای نمره گذاری امتیاز بدست آمده محاسبه می گردد\*.  **دو گروه دیگر که لازم است مورد ارزیابی قرار بگیرند عبارتند از:**  * **مراجعینی که به صورت خود مراجع با شکایت از خشونت همسر یا عوارض جسمی و روانشناختی ناشی از آن مراجعه می کنند.** * مراحعینی که توسط سایر کارکنان نظام سلامت، از قبیل کارشناس مراقب سلامت خانواده یا کارشناس سلامت روان برای ارزیابی بیشتر یا دریافت خدمات درمانی به پزشک عمومی ارجاع داده شده اند. | **لازم است که علائم و نشانه های روانشناختی،** **جسمانی و** **رفتاری ارزیابی شود\*\*.** | همسرآزاری | 1. مصاحبه \*\* هنگام مصاحبه بهتر است ضمن گوش دادن به صحبت‌های مراجع و توجه به شکایات او، با تکان دادن سر و استفاده از عباراتی مانند "خیلی اذیت شدید"، "می‌فهمم"،... ارتباط مناسب را برقرارکنید.  1. ارزیابی خطر\*\* در مواردي كه شواهدي از وقوع خشونت اخیر وجود دارد، اولويت در ايمن نگه داشتن قرباني است. در مواردی که خشونت و بدبینی فرد مرتکب خشونت زیاد باشد، صلاح است اول مرتکب را تنها ببینیم و در مورد مشکل و علت مراجعه همسرش سؤال کنیم، سپس با قربانی مصاحبه کنیم.  1. ثبت موارد در پرونده پزشك\*\* * **شكايت اصلي يا شرح مشكل اخير همراه با تاریخ و ساعت حادثه به نقل از مراجع** * **جزئيات رفتار خشن به نقل از مراجع و ارتباط آن با مشكل حاضر** * **مشكل طبي حاصل از خشونت** * **ظاهر و رفتار و طرز برخورد بيمار** * **مشخصات فرد خشونت‌كننده و شاهدان ماجرا** 1. ارائه خدمات پزشکی برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی مراجع\*\* |

   **\*** **توضيحات مربوط به غربالگري (خشونت خانگی) همسرآزاري:در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آيتم از 1 تا 5 امتياز مي گيرد "هيچ وقت (1) بندرت (2) گاهي (3) اغلب (4) و هميشه (5)". بنابراين حداقل امتياز اين مجموعه سوالات 4 و حداكثر آن 20 مي باشد. امتیاز بالا تر از 10 به عنوان مثبت تلقي مي شود.\*\* به متن آموزشي پيشگيري و مدیریت پدیده همسرآزاري در نظام بهداشتي ويژه پزشك عمومي مراجعه شود**

   ارزیابی مصرف دخانیات

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

   1. **آیا فرد ملاک­های تشخیصی مصرف آسیب رسان دخانیات، الکل و یا مواد را پر می­کند؟**
   * شواهد روشنی وجود داشته باشد که مصرف دخانیات، الکل و یا مواد مسؤول (یا نقش اساسی) در آسیب جسمی یا روان­شناختی شامل اختلالات قضاوت (Judgment disorder) یا کژ کارکردی رفتاری( (Dysfunctional Behavior) دارد که منجر به ناتوانی شده یا پیامدهای جانبی در روابط بین فردی شده است.
   * الگوی مصرف باید حداقل باید برای 1 ماه ادامه داشته یا مکرراً در طول 12 ماه گذشته رخ داده باشد.
   * فرد ملاک­های سایر اختلالات روانی یا رفتاری مرتبط با آن ماده مانند وابستگی یا سایر اختلالات ناشی از آن ماده به جز مسمومیت حاد را در آن دوره زمانی نداشته باشد.
   * **آیا فرد ملاک­های تشخیصی وابستگی(dependency) به دخانیات را پر می­کند؟**
   * میل قوی یا احساس اجبار( Persistent desire ) به مصرف دخانیات
   * دشواری در کنترل رفتار مصرف دخانیات از نظر شروع، خاتمه یا سطح مصرف
   * حالت محرومیت فیزیولوژیک( Physiological withdrawal ) هنگامی که مصرف دخانیات قطع یا کاهش داده می­شود
   * شواهد تحمل (Tolerance) ، همچون نیاز به افزایش میزان مصرف دخانیات منظور دستیابی به اثرات اولیه
   * غفلت پیش­رونده ( ( Given up important activitiesاز لذت ها یا علائق جایگزین به خاطر مصرف دخانیات تداوم مصرف دخانیات/ الکل یا مواد علی­رغم شواهد آشکار پیامدهای آسیب رسان بارز
   1. **آیا مصرف دخانیات فرد بیش از 10 نخ سیگار در روز است؟**

   **3-آیا فرد ملاک­های تشخیصی وابستگی (dependency) به الکل و یا مواد را پر می­کند؟**

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

   **آیا سابقه مصرف مواد به شکل تزریق داشته اید؟**

   اختلالات و بیماری های گوش و شنوایی

   طبقه بندی مشکلات گوش

   **چطور مشکلات گوشی را طبقه بندی می توان کرد؟**

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

   1. ماستوئیدیت
   2. عفونت های حاد گوش
   3. عفونت های مزمن گوش
   4. عدم وجود عفونت های گوش

   |  |  |  |
   | --- | --- | --- |
   | * وجود درد هنگام بلع در پشت گوش | **ماستوئیدیت** | * شروع اولین مقدار آنتی بیوتیک درمانی مناسب * تجویز اولین دوز پاراستامول برای تخفیف درد * ارجاع فوری به بیمارستان |
   | * مشاهده ترشح چرک از گوش و گزارش ترشح از گوش برای مدت کمتر از 14 روز، یا * گزارش درد در گوش | **عفونت حاد گوش** | * **دادن آنتی بیوتیک مناسب برای مدت 5 روز** * دادن پاراستامول بمنظور تخفیف درد * خشک کردن گوش با فتیله * پیگیری ظرف مدت 5 روز |
   | * مشاهده ترشح چرک از گوش و گزارش ترشح از گوش برای مدت 14 روز یا بیشتر | **عفونت مزمن گوش** | * خشک کردن گوش با فتیله * شروع درمان با قطره گوشی موضعی کینولون (fluoroquinolone) برای 14 روز و یا قطره سیپروفلوکساسین و اوفلاکساسین (Ciprofloxacin and ofloxacin) * پیگیری ظرف مدت 5 روز |
   | * عدم وجود درد و عدم وجود چرک و ترشح از گوش | **عدم وجود عفونت گوش** | * اقدام درمانی نیاز ندارد |

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

   **.**

   ارزیابی وضعیت فعالیت بدنی

   **فلوچارت ارزیابی و مراقبت فعالیت بدنی افراد بر اساس نتایج آزمون PARQ توسط پزشک**

   **جدول 1. عوامل خطر**

   |  |  |
   | --- | --- |
   | **عامل خطر** | **تعریف عامل خطر** |
   | سن بالا | مساوی یا بیش از 45 سال در مردان؛ مساوی یا بیش از 55 سال در زنان |
   | سابقه خانوادگی مثبت بیماری | انفارکتوس میوکارد، ریوسکولاریزاسیون (بازسازی عروقی)، مرگ ناگهانی پدر یا سایر اعضای مذکر درجه یک خانواده قبل از 55 سالگی و یا مرگ ناگهانی مادر یا سایر اعضای مونث درجه یک خانواده قبل از 65 سالگی |
   | مصرف دخانیات | مصرف کنونی دخانیات، ترک دخانیات کمتر از 6 ماه، قرارگیری در معرض دود دخانیات |
   | سبک زندگی کم‌تحرک | فعالیت بدنی کمتر از 50 دقیقه با شدت متوسط و حداقل 3 روز هفته به مدت حداقل 3 ماه |
   | چاقی | شاخص توده بدنی (BMI) مساوی یا بیش از 30 کیلوگرم بر متر مربع یا دور کمر بیش از 90 سانتی‌متر |
   | اختلال لیپید\* | LDL مساوی یا بیش از 130 میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا HDL مساوی یا کمتر از 40 میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا مصرف داروهای کاهنده لیپید. اگر تنها میزان کلسترول تام سرم در دسترس باشد، میزان مساوی یا بیش از 200 میلی‌گرم در دسی‌لیتر |
   | پره دیابت | اختلال قند خون ناشتا (IFG)= گلوکز خون ناشتای مساوی یا بیش از 100 میلی‌گرم در دسی‌لیتر و مساوی یا کمتر از 125 میلی‌گرم در دسی‌لیتر، اختلال تحمل گلوکز (IGT)= مقادیر 2 ساعته تست تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) مساوی یا بیش از 140 میلی‌گرم در دسی‌لیتر که دست‌کم در دوبار اندازه‌گیری در دو زمان متفاوت تایید شده باشد |
   | HDL | مساوی یا بیش از 60 میلی‌گرم در دسی‌لیتر |

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

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

   **جدول 2. طبقه‌بندی خطر و توصیه‌های لازم**

   |  |  |  |
   | --- | --- | --- |
   | **طبقه‌بندی خطر** | **انجام معاینه پزشکی** | **انجام تست ورزش** |
   | خطر کم (کمتر از 2 عامل خطر و بدون بیماری) | خیر | خیر |
   | خطر متوسط (حداقل2 عامل خطر و بدون بیماری) | پیش از انجام فعالیت شدید | پیش از انجام فعالیت شدید |
   | خطر زیاد (مبتلا به فشارخون بالا و یا سایر بیماری‌های قلبی عروقی، ریوی یا متابولیک شناخته شده) | پیش از انجام فعالیت متوسط و شدید | پیش از انجام فعالیت متوسط و شدید |

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

   |  |  |  |
   | --- | --- | --- |
   | **سبک (کمتر از 3 مت)** | **متوسط (مساوی3 یا کمتر از6 مت)** | **شدید (مساوی یا بیش‌تر از 6 مت)** |
   | پیاده‌روی | پیاده‌روی | پیاده‌روی، نرم دویدن، و دویدن |
   | پیاده‌روی آرام اطراف منزل، مغازه یا دفتر کار = 2 | پیاده‌روی (5 کیلومتر در ساعت) = 3 | پیاده‌روی خیلی تند (7 کیلومتر در ساعت) = 3/6 |
   | نشستن ـ استفاده از کامپیوتر، کارکردن پشت میزکار، استفاده از ابزارهای دستی سبک = 5/1 | پیاده‌روی تند (5/6 کیلومتر در ساعت) = 5 | پیاده‌روی/ کوه‌پیمایی با شیب متوسط بدون بار یا با  کوله بار سبک (کم‌تر از 5 کیلوگرم)= 7 |
   | ایستادن، انجام کارهای سبک، مانند مرتب کردن تختخواب، شستن ظرف‌ها، اتو کردن، آماده کردن غذا یا منشی مغازه = 5/2-2 | شست و شو، پاک کردن شدید پنجره‌ها، ماشین یا نظافت گاراژ= 3 | کوه‌پیمایی در سراشیبی‌های تند با کوله بار 20-5 کیلوگرم  = 9-5/7 |
   | هنر و صنایع دستی = 5/1 | سابیدن کف یا شستن فرش، جارو زدن، تی کشیدن = 3 | نرم دویدن با سرعت 8 کیلومتر در ساعت = 8\*\* |
   | بازی بیلیارد = 5/2 | نجاری – عمومی = 6/3 | نرم دویدن با سرعت 5/8 کیلومتر در ساعت = 10 |
   | قایق رانی تفریحی= 5/2 | حمل و پشته‌سازی چوب= 5/5 | دویدن با سرعت 11 کیلومتر در ساعت = 5/11 |
   | دارت = 5/2 | کوتاه کردن چمن- هل دادن ماشین چمن زنی = 5/5 | جا به جا کردن شن و ماسه، زغال سنگ و غیره با بیل = 7 |
   | ماهی‌گیری نشسته= 5/2 | بدمینتون تفریحی = 5/4 | حمل بارهای سنگین، مانند آجر = 5/7 |
   |  | بسکتبال – شوت کردن به اطراف= 5/4 | کار کشاورزی سنگین، مانند جمع کردن علوفه |
   |  | حرکات ایروبیک آهسته- در سالن = 3  حرکات ایروبیک سریع- در سالن = 5/4 | بیل زدن، حفر گودال = 5/8 |
   |  | قایق بادبانی، موج سواری= 3 | دوچرخه سواری روی سطح هموار-  تلاش سبک (19-16 کیلومتر در ساعت) = 6  تلاش متوسط (22-19 کیلومتر در ساعت)= 8  تلاش سریع (26-22 کیلومتر در ساعت)= 10 |
   |  | تنیس روی میز = 4 | فوتبال- غیر رقابتی= 7، رقابتی= 10 |
   |  | تنیس دونفره = 5 | شنای تفریحی = 6  شنا- متوسط/ شدید = 11-8 |
   |  | بازی والیبال- غیررقابتی= 4-3 | تنیس تک نفره = 8 |
   |  |  | بازی والیبال- رقابتی در سالن یا ساحل= 8 |

   اهمیت فعالیت بدنی

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

   طبقه‌بندی فعالیت بدنی

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

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

   يكي از راه‌هاي تعيين شدت فعاليت بدني، بررسي تعداد ضربان قلب حين فعاليت است، به طوري كه هرچه ميزان فعاليت شديدتر باشد، ميزان فعاليت قلب براي رساندن خون به عضلات نيز بيشتر خواهد شد. واژه "ضربان قلب ماكزيمم" براي هر فرد عبارت است از حداكثر توان قلب در ايجاد ضربان منظم به منظور خون‌رساني به اعضاء بدن. واحد آن تعداد در دقيقه مي‌باشد و نحوه ی محاسبه آن عبارت است از عددي كه از كم كردن سن شخص از عدد 220 حاصل مي‌شود. يعني براي فرد 20 ساله حداكثر ضربان قلب200 و براي شخص 40 ساله، 180 ضربه در يك دقيقه مي‌باشد. تحقيقات نشان داده است، فعاليت‌هايي كه منجر به افزايش ضربان قلب در محدوده 55 تا 70 درصد ضربان قلب ماكزيمم شوند (فعالیت بدنی متوسط)، در صورتي كه به طور منظم انجام گردند، اثرات مفيد و پيشگيري‌كننده‌اي در ابتلاء افراد به بيماري سكته قلبي و بيماري‌هاي ناشي از تنگي عروق قلب خواهند داشت. به طور مثال براي يك آقاي 20 ساله اين مقدار بين 110 تا 140 ضربان در دقيقه و براي يك آقاي 40 ساله بين 99 تا 126 ضربان در دقيقه مي‌باشد. فعاليت با شدت بسيار زياد زماني است كه ضربان قلب از 70% حداكثر ضربان قلب بیشتر شود يا زماني كه فرد نتواند در حين فعاليت صحبت كند.

   ارزیابی عوامل خطر و توصیه فعالیت بدنی/ ورزش

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

   **غربالگری پیش از شروع فعالیت ورزشی**

   افرادی که به واسطه ارزیابی از طریق پرسش نامه آمادگی شروع فعالیت بدنی (PAR-Q) توسط بهورز/ مراقبت سلامت به پزشک ارجاع داده می‌شوند، قبل از تجویز فعالیت ورزشی با شدت متوسط به بالا، نیازمند ارزیابی و طبقه‌بندی عوامل خطر هستند (جداول 1 و2) اگر وجود یا فقدان یک عامل خطر بیماری قلبی عروقی معین نشده یا در دسترس نیست، به استثنای پیش‌دیابت، آن عامل خطر باید جزء عوامل خطر فرد محسوب شود. در صورتی که ملاک پیش‌دیابت موجود نیست یا ناشناخته است، در افراد مساوی یا بیش از 45 سال، پیش‌دیابت باید جزء عوامل خطر فرد محسوب شود، به ویژه در افرادی که شاخص توده بدنی آنها مساوی یا بیش از 25 کیلوگرم بر متر مربع است، هم چنین افراد کمتر از 45 سالی که شاخص توده بدنی آنها مساوی یا بیش از 25 کیلوگرم بر متر مربع است و یک عامل خطر دیگر بیماری قلبی عروقی را دارند پیش‌دیابت باید جزء عوامل خطر فرد محسوب شود. سپس تعداد عوامل خطر مثبت محاسبه و بر اساس جدول 2 طبقه‌بندی خطر انجام می‌شود.

   **توصیه‌های معاینه پزشکی پیش از شروع فعالیت ورزشی**

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

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

   معمولاً انجام تست ورزش پیش از شروع یک برنامه فعالیت ورزشی با شدت متوسط به پایین توصیه نمی‌شود، مگر افرادی که در گروه خطر بالا قرار دارند (جدول 2). با این وجود اطلاعات حاصل از تست ورزش حتی می‌تواند در طراحی یک تجویز فعالیت ورزشی ایمن و موثر در افراد در معرض خطر کم نیز مفید باشد.

   **تجویز و توصیه فعالیت ورزشی**

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

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

   **ملاحظات کلی تجویز فعالیت ورزشی**

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

   به منظور تجویز فعالیت ورزشی مناسب برای کنترل و کاهش وزن افراد، شدت و مدت فعالیت باید به شکلی تنظیم شود که منجر به مصرف انرژی لازم برای سوزاندن چربی مازاد گردد. برای این منظور می‌توان با استفاده از «جدول شماره 3»، میزان فعالیت بدنی مورد نیاز برای هر فرد را محاسبه نمود. برای مثال اگر یک فرد 80 کیلوگرمی یک ساعت نرم بدود (تقریباً با شدت 8 مت)، طی یک ساعت معادل 640 کیلوکالری انرژی مصرف می‌کند. با توجه به اینکه برای کاهش تقریباً نیم کیلوگرم از توده چربی بدن به مصرف 3500 کیلو کالری انرژی نیاز است، چنانچه این شخص طی یک هفته 5 ساعت و نیم با این سرعت بدود می‌تواند نیم کیلوگرم کاهش وزن داشته باشد.

   تهيه كنندگان : دكتر سید حامد بر کا تی،دکتر سید تقی یمانی، دكتر گلايل اردلان ، سمیرا پورمروت ، دکتر کمال حیدری

   پزشک

   با تشكر از همكارانی که در تدوین این پروتکل مشارکت نموده اند:

   دكتر فروزان صالحي ، دكترمحمد شریعتی ، دكتر مينوالسادات محمود عربي ،دكترمنوچهرزينلي، ليلارجائي ، دكتر ناهيد جعفري ، ......، ....،........، دكتر محمد مهدي گويا ، دكترمحمود نبوي ، دکتر علیرضا مهدوی ، دکترافشین استوار ، دكتر طاهره سماوات ، عاليه حجت زاده ، دکتر زهرا عبدالهی ، دكتر پريسا ترابي ،دكترمحسن زهرايي ، دكتر نسرين محمودي ، دكتر مهشيد ناصحي، دکتر رشید رمضانی ، دكتر مهدي نجمي ، دکترپروین افسر کازرونی ، دكترحميرا فلاحي ، راضيه اميدي، دكتررويا كليشادي، ، فرشته فقيهي ،دكترشهين یاراحمدي ، دكتراشرف سماوات، دكتراحمدحاجبي ، دكترمشيانه حدادي ، دكتر صمدزاده ، دكترنادره موسوي فاطمي، مريم مهرابي،دكترزهرا واعظی ،طاهره زيادلو،علي اسدي كه در تهيه وتدوين اين مجموعه مارا ياري نمودند

    [↑](#endnote-ref-1)