

۵. آموزش، نظارت و پیگیری درمان های صحیح دارویی و فیزیکی بر اساس دستورالعمل مربوطه

۶. آموزش اصول بهداشت فردی و محیط به مبتلایان و خانواده های آنان در موارد ذیل:

- استحمام مرتب و منظم، شانه کردن موهای سر در روز به دفعات مختلف، تمیز کردن و شستشوی منظم

برس و شانه و لباس ها، روسری و کلاه و دیگر وسایل شخصی

- شستشوی لباس و لوازم خواب در آب با دمای حداقل ۵۵ درجه سانتیگراد به مدت ۳۰ دقیقه و یا استفاده

از ماشین لباسشویی با آب ۵۵ درجه و خشک کردن لباس در هوای آزاد و اتو کردن منظم لباس و بویژه

درزهای آن برای از بین بردن شپش و رشک

- استفاده از جریان هوای آزاد و تازه (هوادهی) در محل زندگی خصوصا اتاق خواب ها و کلاس های درس،

چون هوادهی برای از بین بردن شپش موثر است.

- خودداری از استفاده از لوازم شخصی دیگران مانند کلاه و شانه و برس، روسری، مقنعه، کیسه و لیف

حمام، لباس زیر

در مدرسه به خصوص در ساعت ورزش و زنگ تفریح لباس ها داخل کاور و جداگانه نگهداری شود.

- پاکیزه نگه داشتن اتاق ها خصوصا گوشه و کنار و زیر تخت خواب، فرش، راهروها و سایر مکان های زندگی ترجیحا با استفاده از جارو برقی برای جمع آوری شپش های سرگردان در محیط زندگی

۷. بازدید حسب مورد *موی سر و در صورت لزوم بازدید لباس و بدن آن ها توسط معلمین و مربیان بهداشت مدارس

مراقبتهای ادغام یافته تیم سلامت

برای ارائه خدمات رده سنی ۵ تا ۱۸ سال

(ویژه غیر پزشک)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس

به نام خداوند بخشنده مهربان

فهرست

صفحه عنوان	صفحه عنوان
..... توصیه های تغذیه ای و تغذیه در دوران بلوغ	.....مقدمه
..... توصیه های فعالیت بدنی	..... آشنایی با مجموعه
..... توصیه به دانش آموزان، والدین و کارکنان در خصوص دیابت	مراقبت های رده سنی ۵ تا ۱۸ سال
..... هیپاتیت B و C	..... مراقبت از نظر واکسیناسیون
..... راهنمای دهان و دندان	..... مراقبت از نظر بینایی
..... راهنمای بررسی از نظر سل ریوی	..... مراقبت از نظر شنوایی
..... راهنمای آسم	..... مراقبت از نظر وضعیت قد برای سن
..... سوالات غربالگری در حوزه سلامت روان	..... مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی برای سن
	..... سوالات غربالگری تغذیه ای و دستور عمل نحوه امتیازدهی الگوی تغذیه
	..... مراقبت از نظر پوست و مو (پدیولوژیست)
	..... مراقبت از نظر پوست و مو (کال)

<p>.....مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان</p> <p>.....مراقبت از نظر ابتلا به سل</p> <p>.....مراقبت از نظر ابتلاء به آسم</p> <p>.....مراقبت از نظر سلامت روان</p> <p>.....مراقبت از نظر سلامت اجتماعی</p> <p>.....ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد</p> <p>.....مراقبت از نظر فشار خون</p> <p>.....ارزیابی عوامل خطر ژنتیک</p> <p>راهنماها و توصیه ها</p> <p>.....راهنمای سنجش بینایی با چارت اسنلن</p> <p>.....راهنمای مراقبت از نظر شنوایی و سنجش شنوایی با آزمایش نجوا</p>	<p>.....راهنمای ارزیابی، تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد</p> <p>.....راهنما و توصیه های بهداشتی دوران بلوغ</p> <p>.....فشارخون بالا</p> <p>.....راهنمای ارزیابی عامل خطر ژنتیک؟</p> <p>.....مراقبت از فرد مبتلا به بیماری های ژنتیک و مادرزادی ؟</p> <p>.....رویکرد نوین آموزشی اچ آی وی اینز</p> <p>ضمائم</p> <p>.....نمودار استاندارد قد برای سن دختران</p> <p>.....نمودار استاندارد نمایه توده بدنی (BMI) دختران</p> <p>.....نمودار استاندارد قد برای سن پسران</p> <p>.....نمودار استاندارد نمایه توده بدنی (BMI) پسران</p> <p>.....جدول طبقه بندی فشارخون در دختران</p> <p>.....جدول طبقه بندی فشارخون در پسران</p>
---	---

مقدمه :

مطابق اصول ۲۹، ۴۳ و بند ۱۲ اصل ۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران *برنامه ریزی برای سلامت همه افراد جامعه* یکی از مهم ترین وظایف دولت است. از اینرو توجه خاص به نیازمندی های ویژه گروه های سنی و جنسی جامعه در هر برهه از زمان و مکان الزامی می باشد. به علاوه تاکید مقام معظم رهبری در بند ۲ سیاست های کلی سلامت مبنی بر تحقق رویکرد سلامت همه جانبه 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 چندبعدی بوده و همواره بر تحقق توأماً ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آن تاکید می شود، ایجاب می کند.

از سویی با توجه به جوان بودن ساختار جمعیتی کشورمان که حدود ۴۰ درصد جمعیت کشور را به خود اختصاص داده است، و نیز روند رو به رشد عوامل خطر محیطی تهدیدکننده سلامت این قشر مهم از جامعه، بازنگری و یکپارچه سازی اهداف، سیاست ها، راهبردها و برنامه های حوزه سلامت نوجوانان و جوانان به ویژه گروه سنی ۱۸-۵ سال را با اتخاذ رویکرد بین بخشی و کل نگر به مقوله سلامت بیش از پیش الزامی می نماید.

در واقع هدف اصلی از تدوین چنین بسته ای ، جمع و تدوین مجموعه‌ای منسجم و یکپارچه از اهداف، سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌های علمی با رویکردی همه‌جانبه به سلامت نوجوانان بوده است. در این راستا تیم دست‌اندرکار بسته خدمت سعی نمود تا با حداکثر بهره‌گیری از ظرفیت‌های موجود در بدنه کارشناسی کشور و با مشارکت تمامی دستگاه‌ها و نهادهای دست‌اندرکار در حوزه تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت نوجوانان در کنار استفاده از شواهد علمی و تجربی متقن و معتبر در داخل و خارج از کشور نسبت به تدوین بسته مذکور اقدام نماید.

از دیگر اهداف تدوین بسته پیش‌رو، یکپارچه نمودن تلاش‌های صورت گرفته در حوزه سلامت نوجوانان و یکسان‌سازی تمامی مطالب علمی مراکز/دفاتر و ادارات که هر یک به نوعی تلاش نموده بودند تا به جنبه‌ای از سلامت نوجوانان پرداخته و با ارائه مجموعه توصیه‌هایی زمینه ارتقاء سلامت آن‌ها را فراهم آورند.

امید آن است که بسته مذکور بتواند با مشارکت بی‌وقفه و مستمر تمامی همکاران به گونه‌ای که هر روز شاهد روند رو به رشد شکوفایی همه‌جانبه نوجوانان کشورمان در عرصه‌های مختلف علمی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و سلامت این گروه سنی باشیم. لازم است در این بخش از تمامی دست‌اندرکاران و متخصصانی که در مراحل مختلف تدوین بسته مشارکت داشته و با همکاری بی‌وقفه خود در طراحی بسته خدمت نقش داشتند، کمال تشکر را داشته‌باشیم.

دکتر محمد رضا صائینی

مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

آشنایی با مجموعه

این مجموعه شامل ۳ قسمت کلی است:

بخش مراقبت و غربالگری: مشتمل بر خدمات غربالگری از شروع سن ۵ سال تا ۱۸ سال است.

بخش راهنما: نحوه سنجش خدمت، آموزش‌ها و توصیه‌ها در این قسمت ذکر شده است.

بخش ضمایم: شامل جداول فشار خون و نمودارهای پایش رشد می باشد.

• نحوه استفاده از چارت

✂ چارت از سمت راست و بالای صفحه شامل موارد زیر است:

خانه شماره ۱- **نحوه ارزیابی** را مشخص می کند.

خانه شماره ۲- با توجه به نتیجه ارزیابی، **نتیجه ارزیابی** گروه بندی می شود.

خانه شماره ۳- با توجه به نتیجه ارزیابی، **طبقه بندی** می شود.

خانه شماره ۴- با توجه به طبقه بندی، اقدام می شود.

• مفهوم رنگ ها

در چارت های بخش درمان از سه رنگ قرمز، زرد، سبز استفاده شده است.

الف - رنگ قرمز نشان دهنده نیاز به ارجاع فوری بیمار به سطح بالاتر درمانی ظرف مدت طی روز جاری است و پیگیری پس از ۲۴ ساعت انجام شود*. چنانچه ارجاع فوری ستاره دار ذکر شده باشد منظور مواردی که به علت شرایط اورژانسی نیاز به اعزام فوری فرد به بیمارستان می باشد که بایستی ضمن تماس با اورژانس اعزام بلافاصله صورت پذیرد .*

ب- رنگ زرد نشان دهنده نیاز به ارجاع غیر فوری بیمار به پزشک مرکز یا مراکز درمانی و یا سطح ارجاع مشخص شده ظرف مدت یک هفته است و پیگیری پس از یک هفته انجام گیرد و یا فرد دارای عامل خطر است و نیاز به پی گیری دارد .

پ- رنگ سبز نشان دهنده امکان ارایه کامل خدمت بدون نیاز به ارجاع به مراکز درمانی و یا پزشک است و فرد عامل خطر ندارد .

• توالی ارایه خدمات

۵سالگی (پیش دبستان)/۶ سالگی (بدو ورود به دبستان)، ۹ سالگی (پایه چهارم دوره ابتدایی)، ۱۲ سالگی (پایه اول دوره متوسطه اول)، ۱۵ سالگی (پایه اول دوره متوسطه دوم) .
*لازم بذکر است که بحث پیگیری در ارجاع فوری و غیر فوری ، در مواردی که توسط اداره تخصصی به گونه دیگری در بسته خدمت تعریف شده است ، به همان روال لازم الاجراست.

مراقبت های رده سنی ۵ تا ۱۸ سال

مراقبت از نظر وضعیت واکسیناسیون (بدو تولد تا ۶ سالگی)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> وضعیت واکسیناسیون فرد را با جدول واکسیناسیون در آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی کشوری مقایسه کنید. بررسی سوابق فرد از نظر ابتلاء به بیماری هایی که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی باید تحت نظارت مستقیم پزشک ایمن سازی انجام شود.** 	<p>۱- حداقل یک نوبت از یک نوع واکسن یا بیش تر را دریافت نکرده</p> <p>۲- فرد مبتلا به بیماری که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی، واکسیناسیون او باید تحت نظارت مستقیم پزشک انجام شود، نمی باشد.</p>	<p>واکسیناسیون، ناقص و عدم نیاز به نظارت پزشک</p>	<p>- انجام واکسیناسیون طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی در خانه بهداشت/پایگاه</p> <p>- پیگیری فعال ۳ ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی کشوری</p>
<ul style="list-style-type: none"> بررسی سوابق فرد از نظر ابتلاء به بیماری هایی که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی باید تحت نظارت مستقیم پزشک ایمن سازی انجام شود.** 	<p>۱- حداقل یک نوبت از یک نوع واکسن یا بیش تر را دریافت نکرده</p> <p>۲- فرد مبتلا به بیماری است که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی، واکسیناسیون او باید تحت نظارت مستقیم پزشک انجام شود.</p>	<p>واکسیناسیون، ناقص و نیاز به نظارت پزشک</p>	<p>- ارجاع به پزشک مرکز جهت دریافت واکسن</p> <p>- پیگیری فعال ۳ ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی کشوری</p>
	تمام واکسن ها را مطابق با پروتکل کشوری دریافت کرده است	واکسیناسیون کامل است	- ادامه مراقبت ها

* واکسیناسیون ناقص: حداقل یک نوبت از یک نوع واکسن یا بیش تر را دریافت نکرده باشد.

** طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی بایستی سوابق ابتلای فرد از نظر بیماریها/مشکلات به شرح ذیل بررسی شود:

- سابقه ابتلا به بیماری قلبی در فرد واجد شرایط دریافت واکسن ثلاث
- سابقه ابتلا به اختلالات عصبی مانند تشنج کنترل نشده، صرع و بیماری های پیشرونده مغزی و تشنجی که مورد ارزیابی قرار نگرفته است در فرد واجد شرایط دریافت واکسن حاوی جزء سیاه سرفه
- سابقه نقایص ایمنی اولیه یا ثانویه (نقایص مادرزادی سیستم ایمنی ، بدخیمی، پیوند ، HIV ، دریافت داروهای تضعیف سیستم ایمنی)
- سابقه حساسیت شدید به تخم مرغ در فرد واجد شرایط دریافت واکسن حاوی جزء سرخک

توجه: دریافت واکسن های زیر در هنگام ثبت نام نوآموز ملاک کامل بودن واکسیناسیون می باشد.

در غیر این صورت واکسیناسیون بایستی ناقص تلقی گردد:

واکسن ب.ت.ژ ۱ نوبت

واکسن پولیو ۶ نوبت

واکسن سه گانه و یا پنج گانه و یا توام خردسال مجموعاً ۵ نوبت

واکسن هپاتیت ۳ نوبت

واکسن ام ام ار ۲ نوبت

واکسن هپاتیت ۳ نوبت (شامل نوآموزانی می شود که بجای واکسن پنتا والان، واکسن توام کودکان دریافت نموده اند).

مراقبت از نظر دریافت واکسن توام (۱۶-۱۴ سالگی)

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
- انجام واکسیناسیون در خانه بهداشت/پایگاه طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی کشوری	واکسیناسیون ناقص	دانش آموز / نوجوان واکسن توام را دریافت نکرده است .	- آیا دانش آموز / نوجوان واکسن توام را دریافت کرده است؟
- پیگیری فعال ۳ ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون	واکسیناسیون کامل	دانش آموز/ نوجوان واکسن توام را دریافت کرده است .	
- ادامه مراقبت ها			

مراقبت از نظر بینایی

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
- ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جهت بررسی و معاینه بیشتر	احتمالا اختلال دید دارد	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - کاهش دید هر یک از چشم ها کم تر از $20/25^{\circ}$ یا کم تر از $8/10^{\circ}$ - تفاوت دید چشم ها بیش از یک ردیف در تابلوی سنجش بینایی مورد استفاده - دید هر دو چشم با هم کم تر از $20/20^{\circ}$ یا کم تر از $10/10^{\circ}$	• سنجش بینایی را توسط چارت اسنلن، طبق راهنمای "سنجش بینایی با چارت اسنلن" انجام دهید.

	ضعف بینایی دارد	- جلو آوردن سر ، تنگ کردن چشم ، ریزش اشک هنگام مطالعه یا تماشای تلویزیون ، یا پلک زدن های پی در پی	
- ادامه مراقبت ها	اختلال دید ندارد	هیچ یک از علایم فوق وجود ندارد	

* تابلوی سنجش بینایی (E) با معیار FOOT دارای ردیف های ۲۰/۲۰ ، ، ۲۰/۲۰۰ می باشد.
 ** تابلوی سنجش بینایی (E) با معیار DECIMAL دارای ردیف های ۱۰/۱۰ ، ، ۱/۱۰ می باشد.

مراقبت از نظر شنوایی

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
غربالگری شنوایی توسط "تست استاندارد شده نجوا" بر اساس راهنمای آموزشی	<ul style="list-style-type: none"> عدم انجام غربالگری دوره نوزادی و یا ۳-۵ سالگی و یا عدم انجام غربالگری ۵-۱۸ سال 	نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری*	ارجاع به مراکز انجام غربالگری شنوایی
	<ul style="list-style-type: none"> نتیجه تست غربالگری مثبت (ارجاع) است. فرد آزمایش شونده نتوانسته است هر سه آیتم گفته شده (عدد و یا کلمه و یا تلفیق عدد و کلمه) در سطح صدای نجوا بطور صحیح تکرار کند و یا نتوانسته است بیش از ۵۰٪ موفقیت در تکرار سه مجموعه مختلف سه عددی متوالی را کسب نماید. 	نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی/گوش**	- ارجاع غیر فوری به پزشک جهت معاینه و بررسی بیشتر

		<ul style="list-style-type: none"> وجود هر یک از عوامل خطر کم شنوایی مندرج در دستورالعمل نتیجه تست های نجوای قبلی مثبت 	
- ادامه مراقبت ها	در حال حاضر اختلال شنوایی ندارد	<ul style="list-style-type: none"> -نمره قابل قبول وقتی است که آزمایش شونده بتواند هر سه آیتم گفته شده (عدد و یا کلمه و یا تلفیق عدد و کلمه) را به درستی در سطح صدای نجوا تکرار کند یا بیش از ۵۰٪ موفقیت در تکرار سه مجموعه مختلف سه عددی متوالی را به دست آورد. نتیجه تست های نجوای قبلی مثبت یا منفی 	

غربالگری الگوی غذایی نوجوانان (۵ تا ۱۸ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
تکمیل فرم غربالگری الگوی غذایی و تعیین امتیاز	امتیاز غربالگری الگوی غذایی ۱۰	الگوی تغذیه ای مناسب	<ul style="list-style-type: none"> - ارائه مگادوز ویتامین D و مکمل آهن همراه با آموزش های لازم مطابق جدول مکمل یاری گروه سنی و جنس/کنترل مصرف منظم - ارزیابی الگوی غذایی و ثبت در سامانه الکترونیک (سیب و...) - تشویق برای ادامه پیروی از الگوی تغذیه مناسب

<ul style="list-style-type: none"> - ارائه مگادوز ویتامین D و مکمل آهن همراه با آموزش های لازم مطابق جدول مکمل یاری گروه سنی و جنس/کنترل مصرف منظم - ارزیابی الگوی غذایی، و ثبت در سامانه الکترونیک (سیب و...) - آموزش الگوی تغذیه سالم بر اساس راهنمای آموزشی و بر حسب مشکل در الگوی مصرف - توصیه به شرکت در کلاس های آموزشی گروهی هدفمند کارشناس تغذیه مرکز و پیگیری آن جهت شرکت در کلاس های آموزشی - پیگیری توسط مراقب سلامت ماه بعد جهت کنترل الگوی مصرف 	<p>الگوی تغذیه ای نسبتاً مناسب</p>	<p>امتیاز غربالگری الگوی غذایی ۶-۹</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - ارائه مگادوز ویتامین D و مکمل آهن همراه با آموزش های لازم مطابق جدول مکمل یاری گروه سنی و جنس/کنترل مصرف منظم - ارزیابی الگوی غذایی، و ثبت در سامانه الکترونیک (سیب و...) - آموزش الگوی تغذیه سالم بر اساس راهنمای آموزشی و بر حسب مشکل در الگوی مصرف - توصیه به شرکت در کلاس های آموزشی گروهی هدفمند کارشناس تغذیه مرکز و پیگیری آن جهت شرکت در کلاس های آموزشی - پیگیری توسط مراقب سلامت ماه بعد جهت کنترل الگوی مصرف - ارجاع به کارشناس تغذیه 	<p>الگوی تغذیه ای نامناسب</p>	<p>امتیاز غربالگری الگوی غذایی ۵-۰</p>	<p>تکمیل فرم غربالگری الگوی غذایی و تعیین امتیاز</p>

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی برای سن (BMI)

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

<p>- تکمیل فرم غربالگری تغذیه ای:</p> <ul style="list-style-type: none"> • پرسش در خصوص وضعیت مصرف مکمل ها و سپس ارائه مگادوز ویتامین D ۵۰ هزار واحدی و مکمل آهن همراه با آموزش های لازم مطابق جدول مکمل یاری گروه سنی • اندازه گیری قد و وزن • تعیین و تفسیر نمایه توده بدن یا زد اسکور نمایه توده بدن • ارزیابی الگوی غذایی و ثبت در پرونده الکترونیک - آموزش الگوی تغذیه سالم به مادر و خود نوجوان بر اساس امتیاز مطابق با بسته آموزشی تغذیه و بسته مراقبت های گروه سنی ۵ تا ۱۸ سال ویژه غیر پزشک - تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز - ارجاع به پزشک - ارجاع به کارشناس تغذیه - پیگیری مراجعه به کارشناس تغذیه - پیگیری ۳ ماه بعد برای مراجعه مجدد به کارشناس تغذیه 	<p>لاغری و لاغری شدید</p>	<p>BMI برای سن کمتر از ۲-</p>	<p>۱. اندازه گیری وزن یا ترازوی مناسب و دقیق</p> <p>۲. محاسبه BMI، ثبت در سامانه الکترونیک</p>
<ul style="list-style-type: none"> - پرسش در خصوص وضعیت مصرف مکمل ها و سپس ارائه مگادوز ویتامین D و مکمل آهن همراه با آموزش های لازم مطابق جدول مکمل یاری گروه سنی و جنس/کنترل مصرف منظم - آموزش الگوی تغذیه سالم بر اساس امتیاز به مادر و خود نوجوان - تشویق برای ادامه پیروی از الگوی تغذیه مناسب 	<p>طبیعی</p>	<p>BMI برای سن بین ۲- تا ۱+</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - ادامه مراقبت مطابق بسته خدمت - تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی - کارشناس تغذیه مرکز 			
<ul style="list-style-type: none"> - تکمیل فرم غربالگری تغذیه ای: • پرسش در خصوص وضعیت مصرف مکمل ها و سپس ارائه مگادوز ویتامین D ۵۰ هزار واحدی و مکمل آهن همراه با آموزش های لازم مطابق جدول مکمل یاری گروه سنی • اندازه گیری قد و وزن • تعیین و تفسیر نمایه توده بدن یا زد اسکور نمایه توده بدن • ارزیابی الگوی غذایی و ثبت در پرونده الکترونیک <p>- آموزش الگوی تغذیه سالم بر اساس امتیاز مطابق با بسته آموزشی تغذیه و بسته مراقبت های گروه سنی ۵ تا ۱۸ سال ویژه غیر پزشک</p> <ul style="list-style-type: none"> - تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز - ارجاع به کارشناس تغذیه - پیگیری مراجعه به کارشناس تغذیه در صورت بهبود مشکل (الگوی تغذیه سالم و فعالیت بدنی) پس از ۲ دوره پیگیری ، توصیه ها و دستورات داده شده ادامه یافته و پیگیری توسط مراقب سلامت تارفع مشکل اضافه وزن ادامه یابد - در صورت برطرف نشدن مشکل (الگوی تغذیه) یا خارج شدن نمایه توده بدنی از طیف نرمال (ادامه روند رشد به سمت افزایش وزن) ، ارجاع به پزشک مرکز جهت بررسی های بیشتر 	اضافه وزن	BMI بیشتر از +۱ z-score تا BMI+2 z score	

<p>برای کلیه افرادی که در لیست پذیرش تاریخ مراجعه، تا تاریخ شرکت در کلاس آموزش گروهی برایشان ثبت شده است، روز قبل یک پیامک ارسال می شود. در صورت عدم مراجعه فرد برای بیش از ۳ ماه، کارشناس تغذیه دلیل عدم مراجعه فرد را پیگیری و در سامانه ثبت می کند.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> - ارائه مگادوز ویتامین D ۵۰ هزار واحدی و مکمل آهن همراه با آموزش های لازم مطابق جدول مکمل یاری گروه سنی و جنس/کنترل مصرف منظم - اندازه گیری قد و وزن - تعیین و تفسیر نمایه توده بدن یا زد اسکور نمایه توده بدن - ارزیابی الگوی غذایی، فعالیت بدنی و ثبت در سامانه های پرونده الکترونیک - آموزش الگوی تغذیه سالم بر اساس امتیاز مطابق با بسته آموزشی تغذیه و بسته مراقبت های ادغام یافته سلامت برای رده سنی ۵ تا ۱۸ سال ویژه غیر پزشک - تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز - پیگیری مراجعه به کارشناس تغذیه - ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی - ارجاع به کارشناس تغذیه - پیگیری مراجعه به کارشناس تغذیه 	<p>چاقی یا مبتلاء به بیماری های زمینه ای شامل پیش دیابت، دیابت ، پیش فشار خون بالا، فشار خون بالا، دیس لیپیدمی</p>	<p>BMI بیشتر از +۲</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - تکمیل فرم غربالگری تغذیه ای: 	<p>طبیعی و بلند قدی</p>	<p>قد برای سن مساوی و بالاتر از -۲</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • پرسش در خصوص وضعیت مصرف مکمل ها و سپس ارائه مکادوز ویتامین D ۵۰ هزار واحدی و مکمل آهن همراه با آموزش های لازم مطابق جدول مکمل یاری گروه سنی • اندازه گیری قد و وزن • تعیین و تفسیر نمایه توده بدن یا زد اسکور نمایه توده بدن • ارزیابی الگوی غذایی و ثبت در پرونده الکترونیک - آموزش الگوی تغذیه سالم بر اساس امتیاز مطابق با بسته آموزشی تغذیه و بسته مراقبت های گروه سنی ۵ تا ۱۸ سال ویژه غیر پزشک - تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز - تشویق برای ادامه پیروی از الگوی تغذیه مناسب - ارجاع به پزشک در موارد بلند قدی برای بررسی های بیشتر 			
<ul style="list-style-type: none"> - تکمیل فرم غربالگری تغذیه ای: • پرسش در خصوص وضعیت مصرف مکمل ها و سپس ارائه مکادوز ویتامین D ۵۰ هزار واحدی و مکمل آهن همراه با آموزش های لازم مطابق جدول مکمل یاری گروه سنی • اندازه گیری قد و وزن • تعیین و تفسیر نمایه توده بدن یا زد اسکور نمایه توده بدن 	<p>کوتاه قدی و کوتاه قدی شدید</p>	<p>قد برای سن کمتر از ۲-</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی الگوی غذایی و ثبت در پرونده الکترونیک - آموزش الگوی تغذیه سالم بر اساس امتیاز مطابق با بسته آموزشی تغذیه و بسته مراقبت های گروه سنی ۵ تا ۱۸ سال ویژه غیر پزشک - تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز - ارجاع به پزشک - ارجاع به کارشناس تغذیه - پیگیری مراجعه به کارشناس تغذیه - پیگیری ۲ دوره سه ماهه برای مراجعه به کارشناس تغذیه 			
---	--	--	--

غربالگری تغذیه ای نوجوانان ۱۸-۵ سال

- وضعیت در خصوص مگادوز ویتامین D ۵۰ هزار واحدی طی ماه قبل (تهیه از شبکه بهداشتی درمانی، مدرسه یا خرید شخصی) چگونه است؟
دریافت/خریداری نکرده است دریافت/خریداری کرده و مصرف کرده است دریافت/خریداری کرده ولی مصرف نکرده است
- وضعیت در خصوص مکمل آهن (تهیه از شبکه بهداشتی درمانی، مدرسه یا خرید شخصی) چگونه است؟ (فقط از دختران سوال می شود)
دریافت/خریداری نکرده است دریافت/خریداری کرده و مصرف کرده است دریافت/خریداری کرده ولی مصرف نکرده است

- مکمل های مورد نیاز و طریقه مصرف آموزش طبق راهنما داده شود. مکمل های مورد نیاز طبق دستورعمل کشوری تحویل داده شود.

اندازه گیری و ثبت وزن و قد انجام شود

- در منحنی رسم شده قد برای سن:
 - در صورتی که منحنی در فاصله $-2 Z Score$ تا $+3 Z Score$ قرار گرفت، نتیجه مطلوب گزارش می شود
 - در صورتی که منحنی در ناحیه کمتر از $-2 Z Score$ قرار گرفت، نتیجه نامطلوب (کوتاه قد) گزارش می شود
- در منحنی رسم شده BMI برای سن:
 - در صورتی که منحنی در فاصله $-2 Z Score$ تا $+1 Z Score$ قرار گرفت، نتیجه مطلوب گزارش می شود
 - در صورتی که منحنی در ناحیه کمتر از $-2 Z Score$ قرار گرفت، نتیجه نامطلوب (لاغر) گزارش می شود
 - در صورتی که منحنی در ناحیه بالاتر از $+1 Z Score$ قرار گرفت، نتیجه نامطلوب (اضافه وزن یا چاق) گزارش می شود

- موارد مطلوب: توضیح منحنی های وزن گیری برای نوجوان یا فرد همراه انجام شود
- موارد نامطلوب: ارجاع به کارشناس تغذیه و تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز انجام شود

۱. معمولاً چقدر میوه در روز مصرف می کنید؟ (دو سهم میوه معادل: ۲ عدد میوه متوسط، ۱ لیوان میوه حبه ای یا ریز مانند انگور، آلبالو، گیلاس، توت سفید، توت فرنگی، زغال اخته، نصف لیوان خشکبار مانند برگه میوه ها، توت خشک، آلو بخارا، کشمش، مویز ، ۱.۵ لیوان آب میوه طبیعی است)
گزینه اول : به ندرت/ گاهی اوقات/ هرگز (۰ امتیاز)
گزینه دوم: کمتر از ۲ سهم (۱ امتیاز)
گزینه سوم : مساوی یا بیشتر از ۲ سهم (۲ امتیاز)
۲. معمولاً چقدر سبزی در روز مصرف می کنید؟ (دو سهم سبزی معادل: ۲ لیوان سبزی خام برگدار مانند انواع سبزی خوردن، انواع کاهو، انواع سالاد، یک لیوان سبزی پخته مانند سبزیجات آب پز و بخار پز یا تفت داده شده، هویج، کدو، کلم پخته، یک لیوان نخود سبز یا لوبیا سبز و هویج خرد، ۲ عدد گوجه فرنگی یا خیار یا هویج متوسط است)
گزینه اول: به ندرت/ گاهی اوقات/ هرگز (۰ امتیاز)
گزینه دوم: کمتر از ۲ سهم (۱ امتیاز)
گزینه سوم : مساوی یا بیشتر از ۲ سهم (۲ امتیاز)

۳. معمولاً چقدر شیر و ماست در روز مصرف می کنید؟ (دو سهم لبنیات معادل: ۲ لیوان شیر یا ۲ لیوان ماست است)

گزینه اول : به ندرت/ گاهی اوقات/ هرگز (۰ امتیاز)

گزینه دوم: کمتر از ۲ سهم (۱ امتیاز)

گزینه سوم : مساوی یا بیشتر از ۲ سهم (۲ امتیاز)

۴. معمولاً چقدر تخم مرغ یا گوشت (گوشت قرمز یا ماکیان یا ماهی) مصرف می کنید؟

گزینه اول : به ندرت/ گاهی اوقات/ هرگز (۰ امتیاز)

گزینه دوم: یک تا سه بار در هفته (۱ امتیاز)

گزینه سوم : بیشتر از سه بار در هفته (۲ امتیاز)

۵. معمولاً چقدر فست فود یا تنقلات کم ارزش یا بی ارزش مصرف می کنید؟ (فست فود شامل ساندویچ های آماده خریداری شده حاوی ژامبون، سوسیس، کالباس، سمبوسه، فلافل ، همبرگر، ناگت و یا انواع پیتزا)/ (تنقلات بی ارزش و کم ارزش شامل: هله هوله شور و شیرین و چرب مانند چیپس، غلات حجیم شده و ...

گزینه اول :هفته ای ۲ بار یا بیشتر(۰ امتیاز)

گزینه دوم: یک بار در هفته (۱ امتیاز)

گزینه سوم : به ندرت/ گاهی اوقات/ هرگز (حداکثر یک یا دو بار در ماه) (۲ امتیاز)

نحوه محاسبه امتیاز(تشخیص): گزینه های اول = نامطلوب گزینه های دوم= نسبتاً مطلوب گزینه های سوم= مطلوب بهترین امتیاز= ۱۰ امتیاز

مجموع امتیازات از ۵ سوال:

- اگر ۰ تا ۵ بود؛ نتیجه نامطلوب است. ارجاع به کارشناس تغذیه و تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز انجام شود
- اگر ۶ تا ۹ بود؛ نتیجه نسبتاً مطلوب است. آموزش تغذیه مناسب گروه سنی و تاکید برای شرکت در آموزش های گروهی کارشناس تغذیه مرکز انجام شود
- اگر ۱۰ بود؛ نتیجه مطلوب است. تشویق فرد برای ادامه رعایت الگوی تغذیه مناسب انجام شود

معیارهای تصمیم گیری برای ارجاع:

- نمایه توده بدنی برای سن نامطلوب (ارجاع همزمان به پزشک و کارشناس تغذیه)
- قد برای سن نامطلوب (کوتاه قدی) (ارجاع همزمان به پزشک و کارشناس تغذیه)
- امتیاز الگوی غذایی نامطلوب (۵ و کمتر): (ارجاع مستقیم به کارشناس تغذیه)

مراقبت از نظر پوست و مو (پدیکلوزیس)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> • بررسی مو از نظر وجود حشره شپش و تخم شپش(رشک) 	<ul style="list-style-type: none"> • مشاهده تخم یا خود حشره خونخوار (شپش) در سر • نشانه خارش پوست سر، نشانه ایجاد خراش در پوست به دلیل خارش و ابتلا به عفونت ثانویه و 	<p>پدیکلوزیس (آلودگی به شپش)</p>	<p>۱- گزارش و هدایت و ارجاع سریع موارد مشکوک به مراکز خدمات سلامت برای تشخیص و درمان فرد مشکوک به همراه خانواده و اطرافیان وی</p> <p>۲- در موارد با تشخیص پدیکلوزیس سر مراقب سلامت مجاز به شروع درمان می باشد</p> <p>۳- در موارد آلودگی به پدیکلوز تن گزارش دهی و ارجاع فوری باید انجام شود. در موارد مشکوک به پدیکلوزیس تن و عانه تایید تشخیص و شروع درمان به عهده پزشک است. اضافه شود؟ در اصلاحات حذف شده بود اما در پیشنهادات آمده حذف نشود. تهران</p> <p>۴- پیگیری دو هفته پس از درمان</p>

Gozresh zekr shavad :Commented [L1]

<p>۶- آموزش اصول بهداشت فردی و محیط به مبتلایان و خانواده های آنان در موارد ذیل:</p> <ul style="list-style-type: none"> - استحمام مرتب و منظم، شانه کردن موهای سر در روز به دفعات مختلف، تمیز کردن و شستشوی منظم برس و شانه و لباس ها، روسری و کلاه و دیگر وسایل شخصی - شستشوی لباس و لوازم خواب در آب با دمای حداقل ۵۵ درجه سانتیگراد به مدت ۳۰ دقیقه و یا استفاده از ماشین لباسشویی با آب ۵۵ درجه و خشک کردن لباس در هوای آزاد و اتو کردن منظم لباس و بویژه درزهای آن برای از بین بردن شپش و رشک - استفاده از جریان هوای آزاد و تازه(هوادهی) در محل زندگی خصوصا اتاق خواب ها و کلاس های درس، چون هوادهی برای از بین بردن شپش موثر است. - خودداری از استفاده از لوازم شخصی دیگران مانند کلاه و شانه و برس، روسری، مقنعه، کیسه و لیف حمام، لباس زیر - در مدرسه به خصوص در ساعت ورزش و زنگ تفریح لباس ها داخل کاور و جداگانه نگهداری شود. - پاکیزه نگه داشتن اتاق ها خصوصا گوشه و کنار و زیر تخت خواب، فرش، راهروها و سایر مکان های زندگی ترجیحا با استفاده از جارو برقی برای جمع آوری شپش های سرگردان در محیط زندگی <p>۷- بازدید حسب مورد *موی سر و در صورت لزوم بازدید لباس و بدن آن ها توسط معلمان و مربیان بهداشت مدارس</p>		<p>بروز زرد زخم و در مواردی، بزرگی غدد لنفاوی</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - ارایه آموزش های بهداشت فردی و راههای پیشگیری از پدیکولوز طبق دستورالعمل یا راهنما در راهنما نیست آیا اضافه شود؟ - ادامه مراقبت ها 	<p>پدیکلوزیس (آلودگی به شپش) وجود ندارد</p>	<ul style="list-style-type: none"> • حشره خونخوار(شپش) و تخم آن در موها مشاهده نمی شود 	

*حسب مورد:در صورت مشاهده خارش پوست سر توسط دانش آموز و یا اظهار دانش آموز و یا همکلاس دانش آموز مبنی بر وجود علائم نحوه درمان رشک هم اضافه شود.

مراقبت از نظر پوست و مو (گال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>• پوست را از نظر ضایعات و بثورات پوستی بررسی کنید.</p>	<p>• خارش شدید که هنگام شب و در محیط گرم از شدت بیشتری برخوردار است.</p> <p>• چند شکلی بودن ضایعات، به صورت خط مستقیم و یا مورب مانند هستند و به رنگ صورتی، سفید یا تیره و مختصری برآمده می باشد. اغلب در انتهای کانال، وزیکول به صورت یک نقطه تیره رنگ به چشم می خورد.</p> <p>• ضایعات معمولاً "روی میچ" کناره دست‌ها و پاها، فواصل بین انگشتان، سرین، دیده می شوند. ضایعات در کودکان در کف دست و پا مشاهده می شود.</p>	مشکوک به بیماری گال	<p>۱- هدایت و ارجاع به پزشک برای تشخیص و درمان</p> <p>۲- آموزش، نظارت و پیگیری درمان های صحیح دارویی بر اساس دستورالعمل مربوطه</p> <p>۳- گزارش به مراکز خدمات جامع سلامت به منظور درمان دسته جمعی با خانواده، درمان به موقع و کنترل بیماری، جدا سازی افراد مبتلا به بیماری گال در ۴۸ ساعت اولیه در مدرسه و مراکز تابعه و محل زندگی ایشان</p> <p>۴- درمان صحیح و کامل افراد مبتلا به بیماری گال، بررسی و درمان افرادی که با افراد مبتلا به گال در تماس هستند و یا زیر یک سقف زندگی می کنند</p> <p>۵- آموزش های ذیل به مبتلایان و خانواده آنان و اولیای مدارس:</p> <p>- خودداری از تماس پوستی مانند دست دادن، در آغوش گرفتن، ماساژ با افراد مبتلا به بیماری گال</p> <p>- استفاده نکردن از وسایل شخصی دیگران مانند کیسه و لیف حمام، صابون، حوله، لباس خصوصاً لباس زیر، روسری، شال گردن، ماشین و لوازم از بین بردن موهای زاید بدن، کیسه خواب</p> <p>- شستشوی مرتب لباس ها، لوازم خواب مانند پتوها، ملحفه ها، روبالشتی ها، رو تختی و پهن کردن آن ها در آفتاب پس از شستشو</p> <p>- تمیز کردن کامل اتاق ها، زیر و روی فرش ها، گوشه و کنار و زیر تخت خواب، راه پله، راهروها و حیاط و سایر مکان های زندگی</p> <p>لباس ها و وسایل شخصی افراد مبتلا به بیماری گال، که قابل شستشو نیستند بایستی به مدت حداقل پنج روز در داخل نایلکس قرار داده و درب آن محکم بسته شود ، سپس استفاده شود. پوشیدن دستکش در هنگام تماس با وسایل فرد بیمار مبتلا به گال ضروری است.</p>
	ضایعات پوستی وجود ندارد	مبتلا به گال نمی باشد	<p>- ارایه آموزش های بهداشت فردی و راههای پیشگیری از گال طبق دستورالعمل ؟ یا راهنما چون در راهنما توصیه ای نیست آیا اضافه شود؟</p> <p>- ادامه مراقبت ها</p>

تشخیص گال را راحت کنند

درمان گال نوشته شود (نام داروها و دوره درمان تا همکاران آشنا شوند.

مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان (۵ تا ۱۴ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
معاینه دهان و دندان	<p>در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> - دندان درد - تورم و پارگی و خونریزی از بافت - آپسه دندان - شکستگی همراه با بیرون افتادن دندان از دهان - التهاب لثه (لثه پر خون و قرمز و متورم) 	مشکل شدید دهان و دندان دارد	<ul style="list-style-type: none"> - تجویز مسکن برای درد - اقدام مربوط به بیرون افتادن دندان - ارجاع فوری به دندانپزشک - پیگیری توسط مراقب سلامت
	<p>در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای - تاخیر رویش دندان ها یا فقدان دندان دائمی (طبق راهنما) - بوی بد دهان - جرم دندانی - زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان - وجود ناهنجاری های فکی - دهانی از جمله نامرتبی دندان ها - * عادات غلط دهانی 	مشکل متوسط دهان و دندان دارد	<ul style="list-style-type: none"> - ارایه توصیه های بهداشتی دهان و دندان به نوجوان و والدین (مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از فلوراید) - ارایه خدمت وارنیش فلوراید به فرد - ارجاع غیر فوری به دندانپزشک - پیگیری ۶ ماه بعد جهت مراجعه فرد برای وارنیش فلوراید مجدد.*
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	مشکل دهان و دندان ندارد	<ul style="list-style-type: none"> - توصیه بهداشتی دهان و دندان به نوجوان و والدین (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از فلوراید) - ارایه خدمت وارنیش فلوراید به فرد - پیگیری ۶ ماه بعد جهت مراجعه فرد برای وارنیش فلوراید مجدد.* - توصیه به مراجعه به دندانپزشک هر ۶ ماه یک بار

* خدمت وارنیش فلوراید باید سالی ۲ بار (هر ۶ ماه) به فرد ارایه شود

* عادات غلط دهانی شامل: ۱- گاز گرفتن لبها ۲- قرار گرفتن زبان بین دندان ها ۳- جویدن ناخن ۴- جویدن گونه ۵- فشار دادن دندان ها روی هم (دندان قروچه) ۶- مکیدن انگشت، ۷- جویدن اشیا

مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان (از ۱۵ تا ۱۸ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
معاینه دهان و دندان	<p>در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> - دندان درد - تورم و پارگی و خونریزی از بافت - آپسه دندان - شکستگی همراه با بیرون افتادن دندان از دهان - التهاب لثه (لثه پر خون و قرمز و متورم) 	مشکل دهان و دندان شدید دارد	<ul style="list-style-type: none"> - تجویز مسکن برای درد - اقدام مربوط به بیرون افتادن دندان - ارجاع فوری به دندانپزشک - پیگیری توسط مراقب سلامت
	<p>در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای - تاخیر رویش دندان ها یا فقدان دندان دائمی - بوی بد دهان - جرم دندانی - زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان - وجود ناهنجاری های فکی - دهانی از جمله نامرتبی دندان ها - عادات غلط دهانی (دندان قروچه) آیا بقیه موارد هم اضافه گردد؟ 	مشکل دهان و دندان دارد	<ul style="list-style-type: none"> - ارایه توصیه های بهداشتی دهان و دندان (مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به نوجوان و والدین - ارجاع غیر فوری به دندانپزشک - در موارد زخم یا موارد غیر طبیعی در دهان ارائه خدمت پس از برطرف شدن موارد مذکور انجام شود

هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	مشکل دهان و دندان ندارد	<ul style="list-style-type: none"> - توصیه بهداشتی دهان و دندان (مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به نوجوان و والدین - توصیه به مراجعه به دندانپزشک سالی یک بار
------------------------------------	-------------------------	---

در بخش اقدام نحوه انجام واریسی و فیشر سیلانت بر اساس دستورالعمل آورده شود؟

مراقبت از نظر احتمال ابتلا به سل (۱۲-۵سال)

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> - اولین نمونه خلط (از ۳ نمونه خلط) را بگیرید. (در صورت وجود و امکان ارایه خلط)** - به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری و گرفتن نمونه های خلط آموزش دهید. - دانش آموز را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید. 	احتمال ابتلا به سل	<ul style="list-style-type: none"> - دارای نشانه یا - بدون نشانه (سرفه مساوی یا کم تر از ۲ هفته) به همراه عامل خطر 	<p>از دانش آموز یا همراه وی عوامل خطر و نشانه زیر را سؤال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سرفه طول کشیده (بیش از دو هفته) • عامل خطر: <p>سابقه تماس با فرد مبتلا به سل</p> <p>در صورت مثبت بودن سوالات:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تهیه ۳ نمونه از خلط* <p><u>توجه:</u> در سنین ۵ تا ۱۲ سال ممکن است ارایه خلط</p>
<ul style="list-style-type: none"> - به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. - دانش آموز را یک ماه دیگر پیگیری کنید. 	در معرض خطر ابتلا به سل	<ul style="list-style-type: none"> - بدون نشانه (فاقد سرفه) و - با عامل خطر 	<p>میسر نباشد، لذا در صورت وجود ۳ معیار از ۵ معیار تشخیصی سل اطفال: (۱- علایم بالینی، ۲- سابقه تماس با فرد مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت</p> <p>۳- نشانه های رادیوگرافی سل در ریه، ۴- تست پوستی تویرکولین مثبت، ۵- باکتریولوژی مثبت)</p> <p>فرد در طبقه بندی احتمال ابتلا به سل قرار می گیرد.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مبتلا به سل تشویق کنید. 	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> - بدون نشانه و - بدون عامل خطر 	

° به روش تهیه نمونه خلط در افراد مشکوک به سل در راهنمای بررسی از نظر سل ریوی مراجعه کنید.

مراقبت از نظر احتمال ابتلا به سل (۱۸-۱۲سال)

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
آموزش آداب سرفه و نحوه صحیح تهیه خلط مناسب تهیه نمونه خلط، ارسال به آزمایشگاه و پیگیری پاسخ ارجاع به پزشک همراه با جواب آزمایش خلط اجرا و پیگیری دستورات پزشک پس از ویزیت	احتمال سل فعال "فرد مشکوک به سل فعال ریوی"	فرد با سابقه سرفه دو هفته یا بیشتر یا فرد با سرفه کمتر از دو هفته و دارای ضعف سیستم ایمنی یا فرد با سرفه کمتر از دو هفته و دارای سابقه تماس با بیمار مسلول طی ۵ سال اخیر	از نوجوان بالای ۱۲ سال یا همراه وی سؤال کنید نشانه • وجود سرفه ۱- طول کشیده (دو هفته یا بیشتر) ۲- کمتر از دو هفته عامل خطر • سابقه تماس با فرد مبتلا به سل • ضعف سیستم ایمنی (شامل HIV+، دیالیزخونی، دریافت کننده پیوند، سیلیکوزیس شناخته، دریافت کننده هر یک از داروهای آنتاگونیست (TNF
آموزش آداب سرفه پیگیری وجود تداوم سرفه به مدت دو هفته عدم ابتلا در صورت عدم تداوم سرفه به مدت ۲ هفته انجام فرآیند برخورد با بیمار مشکوک به سل ریوی در صورت تداوم سرفه به مدت ۲ هفته * ۲	در معرض خطر ابتلا به سل فعال	فرد دارای سرفه کمتر از دو هفته و فاقد ضعف سیستم ایمنی و بدون سابقه تماس با بیمار مسلول یا سابقه تماس با بیمار مسلول بیش از پنجسال قبل	

<p>مطابق جدول مراقبت از نظر ابتلا به سل نهفته (۶- ۱۸ سال) اقدام شود</p>	<p>در معرض خطر ابتلا به سل <u>نهفته</u></p>	<p>- 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>	<p>• تهیه ۳ نمونه از خلط نتایج اسمیرهای خلط در مورد سل کافی است سه سوال پرسیده شود : سابقه سرفه - سابقه تماس - ضعف ایمنی کلیه موارد غربال مثبت به پزشک ارجاع خواهند شد. تشخیص مواردی مثل باکتریولوژی مثبت یا رادیولوژی سل با بهورز یا مراقب نیست موارد مندرج مثل دریافت کننده هر یک از داروهای آنتاگونیست (TNF) (با بهورز یا مراقب نیست بهتر است کلیه موارد ضعف ایمنی به پزشک واگذار شود)</p>
<p>توصیه به شیوه زندگی سالم ، مراجعه ۳ سال بعد یا در صورت بروز علائم</p>	<p>عدم ابتلا به سل</p>	<p>فرد فاقد سرفه و فاقد ضعف سیستم ایمنی و فاقد سابقه تماس با مورد مسلول طی ۲ سال اخیر</p>	

مراقبت از نظر ابتلا به سل نهفته (۶- ۱۸ سال)

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
<p>آموزش آداب سرفه و نحوه صحیح تهیه خلط مناسب تهیه نمونه خلط، ارسال به آزمایشگاه و پی گیری انجام تست تشخیص ایگرا/ توبرکولین ، انجام رادیوگرافی و پیگیری ارجاع به پزشک همراه با جواب آزمایش خلط و تست توبرکولین و اجرا و پیگیری دستورات پزشک پس از ویزیت</p>	<p>احتمال سل فعال "فرد مشکوک به سل فعال ریوی"</p>	<p>فرد با سایر علایم مشکوک به سل و آزمایش خلط یا رادیوگرافی غیر طبیعی یا سایر علایم مشکوک به سل و تست مثبت (توبرکولین یا ایگرا) و رادیوگرافی غیر طبیعی (با مراقب یا بهورز نیست)</p>	<p><u>فرد فاقد سرفه دارای سابقه تماس با بیمار مسلول (طی دو سال گذشته)</u> رد سل فعال</p> <ul style="list-style-type: none"> شرح حال و بررسی بالینی آزمایش خلط برای هر فرد در تماس علامت دار فرد با رادیوگرافی قفسه سینه غیر طبیعی
<p>تجویز دوره کامل درمان پیشگیری (کمپروویلاکسی)**</p>	<p>ابتلا به سل نهفته</p>	<p>تست ایگر ا / توبرکولین مثبت و رد سل فعال</p>	<ul style="list-style-type: none"> رایوگرافی قفسه سینه فرد علامت دار و مشکوک به ابتلا به سل فرد با تست توبرکولین یا تست ایگرا مثبت *
<ul style="list-style-type: none"> نیاز به درمان پیشگیری ندارد آموزش علائم بیماری یادآوری مراجعه مجدد در صورت مشاهده علائم مشکوک و احساس ناراحتی فرآیند بیماریابی سل فعال به ترتیب ۱، ۶، ۱۲، ۱۸ و ۲۴ ماه پس از بررسی اولیه تکرار شود 	<p>سل نهفته ندارد</p>	<p>رد سل فعال و تست ایگرا / توبرکولین منفی و فرد از گروه با ریسک متوسط و بالا <u>نمی</u> باشد رد سل فعال و تست ایگرا/ توبرکولین منفی و فرد از گروه با ریسک متوسط و بالا <u>می</u> باشد و سه ماه از آخرین تماس فرد با بیمار گذشته است.</p>	<ul style="list-style-type: none"> فرد با ریسک بالا(برای ابتلا به سل) نقص ایمنی مصرف دارو تضعیف کننده سیستم ایمنی سیلیکوزیس
<p>تکرار تست تشخیص ایگرا/توبرکولین پس از سه ماه از آخرین تماس***</p>	<p>در معرض خطر ابتلا به سل نهفته</p>	<p>رد سل فعال و تست ایگرا/توبرکولین منفی و فرد از گروه با ریسک متوسط و بالا <u>می</u> باشد و سه ماه از آخرین تماس فرد با بیمار نگذشته است.</p>	<ul style="list-style-type: none"> فرد با ریسک متوسط دیابت، نارسایی کلیه، اعتیاد تزریقی
<ul style="list-style-type: none"> نیاز به درمان پیشگیری ندارد آموزش علائم بیماری یادآوری مراجعه مجدد در صورت مشاهده علائم مشکوک و احساس ناراحتی 	<p>سل نهفته ندارد</p>	<p>فرد فاقد سرفه ، فاقد سابقه تماس با بیمار مسلول ، دارای ضعف سیستم ایمنی رد سل فعال و هر دو تست ایگرا و توبرکولین</p>	<p><u>فرد فاقد سرفه دارای ضعف سیستم ایمنی</u></p>

		منفی (Dual test)	
تجویز دوره کامل درمان پیشگیری (کمپرووفیلاکسی)**	<i>ابتلا به سل نهفته</i>	رد سل فعال و هر کدام از دو تست ایگرا یا توبرکولین (Dual test) مثبت و یا هر دو تست (ایگرا و توبرکولین) مثبت	

* تست ایگرا (Interferon-Gamma Release Assays) IGRA روش ارجح در تشخیص عفونت نهفته سلی در کودکان بالای ۵ سال و نوجوانان و بالغین است.

** رژیم درمان پیشگیرانه (کمپرووفیلاکسی) برای افراد نوجوان و بالغین در حال حاضر (با توجه به پروتکل کشوری) با داروی ایزونیاژید 5 mg/kg تا حداکثر ۳۰۰ میلی گرم بمدت ۶ تا ۹ ماه انجام میشود.

*** در صورت تست مثبت (ایگرا/ توبرکولین) مطابق بند دوم نتیجه ارزیابی اقدام شود. و در صورت تست منفی (ایگرا/ توبرکولین) مطابق بند سوم نتیجه ارزیابی اقدام شود.

تذکر ۱: ملاک مثبت بودن آزمون پوستی توبرکولین در افراد در تماس نزدیک (بالای ۵ سال) با ریسک بالا قطر ایندوراسیون **۵ میلی متر یا بیشتر** و برای افراد با ریسک متوسط یا کم قطر ایندوراسیون **۱۰ میلی متر یا بیشتر** است.

تذکر ۲: ملاک مثبت بودن آزمون پوستی توبرکولین در افراد با نقص سیستم ایمنی ، قطر ایندوراسیون **۵ میلی متر یا بیشتر** است.

تذکر ۳: چنانچه فرد مورد تماس، قبلا درمان ضد سل یا درمان پیشگیرانه دریافت کرده است، تکرار آزمایشات تشخیصی و تجویز مجدد درمان پیشگیرانه ضروری نمی باشد؛ ولی باید سل فعال بر اساس علائم بالینی و رادیوگرافی قفسه سینه رد شود.

مراقبت از نظر سل نهفته از وظایف پزشک می باشد بهتر است برای مراقب پیگیری دستورات پزشک و بررسی بروز علائم بالینی در تواتر زمانی معین درج شود (اراک)

مواردی مثل هموپرووفیلاکسی ، بررسی تست ایگرا ، و... با پزشک است.

در کل تفکیک گروه سنی برای سل ضرورت ندارد . برای گروه سن زیر ۱۲ سال که توانایی آزمایش خلط ندارند ارجاع کلیه موارد مشکوک و محتمل به پزشک انجام میشود و با توجه به غربالگری اولیه مناسب اقدامات تشخیصی بعدی توسط پزشک انجام خواهد شد.

مراقبت از نظر ابتلاء به آسم (۵ تا ۱۸ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>از فرد یا در صورتی که وی توان پاسخ گویی ندارد، از همراهان شخص سوال کنید:</p> <p>۱. سابقه تشخیص آسم توسط پزشک</p> <p>۲. تجویز اسپری استنشاقی توسط پزشک طی یک سال گذشته</p> <p>۳. وجود علائم تنفسی شامل سرفه بیش از ۴ هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) طی یک سال گذشته</p>	<p>مثبت بودن پاسخ فرد به هر یک از سوال ها</p>	<p>احتمال ابتلا به بیماری آسم</p>	<p>- ارجاع به پزشک به منظور تایید یا رد بیماری و ارزیابی های تکمیلی</p> <p>- پیگیری و مراقبت بر اساس پسخوراند پزشک</p>
<p>منفی بودن پاسخ فرد به کلیه سوالات</p>	<p>عدم ابتلای فرد به بیماری آسم</p>	<p>دادن آموزش های لازم در خصوص عوامل زمینه ساز بروز آسم (به ویژه در افرادی که سابقه بیماری آسم در اعضاء درجه یک خانواده و یا سابقه فردی و یا خانوادگی بیماری های اتوپیک (رینیت، آلرژیک یا اکزما) دارند^۰</p>	

^۰ به راهنمای آسم در بخش راهنماها و توصیه ها مراجعه کنید.

بیماریهای اتوپیک در راهنما آورده شود و توضیح داده شود.

مسیر خدمات و مراقبت سلامت روان (۵ تا ۱۵ سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>۱. بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان، ۱۷ سوال غربالگری را از والدین یا مراقب اصلی بپرسید و امتیازدهی کنید</p> <p>۲. در صورتی که در پاسخ به سوالات ۱ تا ۵ نمره ۵ یا بالاتر داشته باشد، برای نوجوانی که حضور دارد (۱۰ سال به بالا) از خود نوجوان* و برای سنین زیر نوجوانی از والدین یا مراقب اصلی وی، راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود سوال کنید:</p> <p>الف - آیا هیچ گاه شده است از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>ب - آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۳. در صورت امتیاز غربال منفی از پرسشنامه ۱۷ سوالی بررسی کنید: «آیا کودک یا نوجوان* شما هیچ مشکل رفتاری یا عصبی دارد، که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟»</p> <p>۴. سابقه بیماری کودک/نوجوان را چک کنید:</p> <p>ج - «آیا کودک/نوجوان شما تا به حال تشخیص مشکلات اعصاب و روان داشته است؟» بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت پاسخ مثبت، سوال شود:</p> <p>د - «آیا در حال حاضر تحت درمان است؟» بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت پاسخ مثبت، سوال شود:</p> <p>ه - «آیا دارو هم توسط پزشک تجویز شده است؟» بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت پاسخ مثبت، سوال شود:</p> <p>و - «آیا تمایل دارید جهت ادامه درمان/بررسی تیم سلامت، درمان کودک / نوجوان شما را ادامه دهد؟» بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>جمع نمره ۵ یا بالاتر از ۵ برای سوالات ۱ تا ۵ و یا جمع نمره ۷ یا بالاتر از ۷ برای سوالات ۶ تا ۱۰ و یا جمع نمره ۷ یا بالاتر از ۷ برای سوالات ۱۱ تا ۱۷ و یا جمع نمره ۱۵ یا بالاتر از ۱۵ برای سوالات ۱ تا ۱۷ و یا پاسخ مثبت به سوال ۳ و یا تکمیل گزینه «نمی‌داند یا پاسخ نمی‌دهد» برای ۴ پرسش پرسشنامه ۱۷ سوالی</p>	<p>غربال مثبت ارزیابی سلامت روان</p>	<p>ارجاع به پزشک مرکز</p>
<p>پاسخ مثبت به بخش (ب) سوال ۲</p>	<p>احتمال اورژانس روانپزشکی</p>	<p>ارجاع فوری** به پزشک مرکز</p>	
<p>پاسخ بلی به بخش (ج) و (و) سوال ۴ و پاسخ مثبت به بخش (ج) و (د) و پاسخ منفی به بخش (ه)</p>	<p>تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان</p>	<p>ارجاع به پزشک مرکز</p>	
<p>پاسخ مثبت به بخش (ج) و پاسخ منفی به بخش (و) سوال ۴</p>	<p>تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان</p>	<p>ثابت در پرونده و پیگیری***</p>	
<p>در صورت عدم کسب نمره‌های برش غربال مثبت پرسشنامه ۱۷ سوالی و پاسخ منفی به سوال ۳ و مولفه‌های سوال ۴</p>	<p>غربال منفی ارزیابی سلامت روان</p>	<p>اطلاع رسانی در خصوص: - آموزش مهارت‌های زندگی برای نوجوان. - آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای والدین - در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش‌ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش، به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.</p>	
<p>۵. «آیا فرد در گذشته تشخیص بیماری صرع داشته است؟» بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۶. آیا در حال حاضر دارو مصرف می‌کند؟ الف) دارو مصرف می‌کند <input type="checkbox"/></p>	<p>پاسخ مثبت به سوال ۵ و ۶ (هر کدام از موارد الف و ب)</p>	<p>تشخیص قبلی بیماری صرع</p>	<p>ثابت در پرونده و پیگیری***</p>

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
<p>ب) دارو مصرف نمی‌کند <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت پاسخ منفی به پرسش ۵ و ۶ دو سوال ذیل پرسیده شود:</p> <p>۷. آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود. بی‌هوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاز خون آلود) خارج می‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۸. از مراجعین یا همراهان سوال شود: آیا گاهی اوقات مات زده شده، به گونه‌ای که چند لحظه‌ای به جایی خیره می‌شود، و حرکات غیرارادی و غیرطبیعی در لب‌ها، دهان یا زبانش دارد / دیده می‌شود؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	پاسخ مثبت به سوال ۷ و ۸	غربال مثبت صرع	ارجاع به پزشک مرکز
<p>۹. «آیا فرد در گذشته تشخیص ناتوانی ذهنی داشته است؟» بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	پاسخ مثبت به سوال ۹	تشخیص قبلی اختلال ناتوانی ذهنی (عقب ماندگی ذهنی)	ثابت در پرونده و پیگیری***
<p>۱۰. یادگیری^۱ دختر / پسر شما در حد هم سن و سال‌های خودش هست؟</p> <p>۱۱. آیا دختر / پسر شما ارتباط مناسبی با هم سن و سال‌های^۲ خودش برقرار می‌کند؟</p> <p>۱۲. در صورت شنوایی خوب، فرزندان^۳ متوجه صحبت دیگران می‌شود یا توانایی پاسخ به آن را دارد؟</p> <p>۱۳. آیا دختر / پسر شما بیماری شناخته شده‌ای دارد که توانایی ذهنی^۴ او کم کرده باشد؟</p> <p>۱۴. دختر / پسر شما توانایی انجام کارهای شخصی خود (مثل غذا خوردن، توالت رفتن یا لباس پوشیدن) را دارد؟^۵</p>	در صورت پاسخ خیر به پرسش ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۴ یا پاسخ بلی به سوال ۱۳	غربال مثبت ناتوانی ذهنی	ارجاع به پزشک مرکز

^۱ «یادگیری» شامل فرآیندهای مرتبط با انواع مهارت‌ها از جمله مهارت‌های تحصیلی مناسب با سن کودک، هم می‌شود.

^۲ بهورز، ماما / مراقب سلامت بر روی هم سن و سال‌های کودک/نوجوان (همسالان) تاکید کند و مد نظر ارتباطات اجتماعی و تعامل‌های دوستانه، گذراندن اوقات در طی روز است.

^۳ منظور از توانایی‌های ذهنی تمام فرایندهای مرتبط با هوش و عملکرد است برای کودک / نوجوان محصل عملکرد یادگیری تحصیلی و برای کودک/نوجوان بازمانده از تحصیل عملکردهای مهارتی - شغلی

^۴ در صورت پاسخ خیر و رد شدن موارد غربال مثبت در ۳ سوال قبلی پایان غربالگری «غربال منفی ناتوانی ذهنی»

^۵ دقت شود دلیل ناتوانی به علت مشکلات اعصاب و روان ارزیابی شود و نه به دلایل معلولیت جسمی و یا نقص مادرزادی فیزیولوژیکی

* برای کودک / نوجوانی (۱۰ سال تمام) که حضور دارد از خود کودک / نوجوان (در صورتی که مراقب سلامت/ بهورز اطمینان حاصل کرد که پاسخ فرد از اعتبار لازم برخوردار است از خود فرد، و در غیر این صورت از والدین یا مراقب اصلی وی سوال می‌شود) و برای افراد زیر ۱۰ سال از والدین یا مراقب اصلی وی سوال می‌شود و در صورت غربال مثبت والدین یا مراقب اصلی کودک جهت بررسی دقیق‌تر به پزشک ارجاع فوری خواهند شد.

مراقبت سلامت روان (۱۵ تا ۱۸ سال)

ارزیابی سلامت روان شامل غربالگری سلامت روان، بررسی سابقه اختلالات عصب-روانشناختی و یا غربالگری بیماری صرع، خواهد بود.

مسیر خدمات و مراقبت سلامت روان (۱۵ تا ۱۸ سال)

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
ارجاع به پزشک مرکز	غربال مثبت ارزیابی سلامت روان	نمره ۱۰ یا بالاتر در پرسشنامه غربالگری ۶ سوالی و یا عدم پاسخ به ۳ سوال از ۶ سوال غربالگری و یا پاسخ مثبت به سوال ۳ و یا پاسخ مثبت به بخش (ه) سوال ۴ و یا پاسخ منفی به بخش (د) سوال ۴	۱) بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان، ۶ سوال غربالگری را از فرد بپرسید و مطابق دستورالعمل نمره بدهید ۲) در صورت امتیاز غربال مثبت از پرسشنامه ۶ سوالی، راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود سوال کنید: الف - آیا هیچ گاه شده است از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ب - آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
ارجاع فوری ^{۰۰} به پزشک مرکز	احتمال اورژانس روانپزشکی	پاسخ مثبت به بخش دوم (ب) سوال ۲	۳) در صورت امتیاز غربال منفی از پرسشنامه ۶ سوالی بررسی کنید: «آیا شما هیچ مشکل اعصاب و روان دارید که نیازمند مشاوره یا درمان باشد» ۴) سابقه بیماری را چک کنید: ج - «آیا تا به حال تشخیص مشکلات اعصاب و روان داشته‌اید؟» بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، سوال شود: د- «آیا در حال حاضر تحت درمان هستید؟» بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، سوال شود: ه - «آیا دارو هم توسط پزشک تجویز شده است؟» بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، سوال شود:
ثبت در پرونده و پیگیری ^{۰۰۰}	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	پاسخ مثبت به بخش (ج) سوال ۴ و پاسخ منفی به بخش (و) سوال ۴	و - «آیا تمایل دارید جهت ادامه درمان/بررسی تیم سلامت، درمان شما را ادامه دهد؟» بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
اطلاع رسانی در خصوص: - آموزش مهارت‌های زندگی برای نوجوان، آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای والدین - در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش‌ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش، به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.	غربال منفی سلامت روان	امتیاز پایین‌تر از ۱۰ در پرسشنامه غربالگری ۶ سوالی و پاسخ منفی به سوال ۳ و ۴	
ارجاع به پزشک مرکز	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	پاسخ بلی به بخش (ج) و (و) سوال ۴ و مثبت به بخش (ج) و (د) و پاسخ منفی به بخش (ه)	

<p>ثبت در پرونده و پیگیری***</p>	<p>تشخیص قبلی بیماری صرع</p>	<p>پاسخ مثبت به سوال ۵ و ۶ (هر کدام از موارد الف و ب)</p>	<p>۵) «آیا فرد در گذشته تشخیص بیماری صرع داشته است؟» بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت پاسخ بلی پرسیده شود:</p> <p>۶) آیا در حال حاضر دارو مصرف می‌کند؟</p> <p>الف) دارو مصرف می‌کند <input type="checkbox"/></p> <p>ب) دارو مصرف نمی‌کند <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت پاسخ منفی دو سوال ذیل پرسیده شود:</p>
<p>ارجاع به پزشک مرکز</p>	<p>غربال مثبت صرع</p>	<p>پاسخ مثبت به سوال ۷</p>	<p>۷) آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بی‌هوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاز خون آلود) خارج می‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد؟</p>

*** موارد ارجاع فوری: خشونت و پرخاشگری به گونه ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض شدید داروهای روانپزشکی بر اساس مسیرهای تعریف شده در سامانه‌های الکترونیک

*** پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی که خارج از نظام مراقبت های بهداشتی اولیه خدمات دریافت 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.

مراقبت سلامت اجتماعی (۱۸-۵ سال)

ارزیابی سلامت اجتماعی شامل: غربالگری بدرفتاری با کودک/نوجوان، کودک شاهد خشونت، خانواده آسیب پذیر و بازمانده از تحصیل، خواهد بود. در ویزیت های مراقبت سلامت به علائم و نشانه های سوء رفتار با کودک/نوجوان دقت کنید. در صورت مشاهده علائم یا هر گونه شک به وقوع بدرفتاری با کودک/نوجوان، طبق جدول، ارزیابی و طبقه بندی کنید، سپس توصیه های لازم را ارائه داده و کودک را ارجاع دهید (به فرهنگ مردم منطقه توجه فرمایید و والدین را با ذکر نام طبقه بندی های این صفحه حساس نکنید)

اقدامات	طبقه بندی	نشانه
بعد از برقراری ارتباط با والدین یا سایر همراهان کودک، از والدین یا همراه کودک و یا نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هستند؟ در صورت کسب اجازه: < ارجاع به کارشناس سلامت روان < تا یک هفته بعد پیگیری شود	احتمال بد رفتاری با کودک/نوجوان	<ul style="list-style-type: none"> • علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار یا قاشق و ... یا • اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن یا • خونمردگی در اعضای مختلف بدن یا • وجود کبودی ها و علائمی که مدت ها از زمان آن ها گذشته باشد یا • سابقه بد رفتاری با کودک/نوجوان در خانواده • کبودی های شبیه جای دست، شلاق یا نیشگون یا • وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها یا • عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه کودک با نوع علائم آسیب بدنی یا • گزارش هر نوع کودک آزاری توسط خود کودک/نوجوان، والدین یا سایر همراهان کودک یا • گزارش تأیید تنبیه بدنی برای تربیت کودک توسط کودک، والدین یا سایر همراهان کودک یا
< ارجاع فوری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت < تا ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود	احتمال بد رفتاری شدید با کودک/نوجوان	<ul style="list-style-type: none"> • خونریزی غیر قابل کنترل یا • آثار سوختگی درمان نشده یا • در رفتگی احتمالی یا تورم یک مفصل یا شکستگی احتمالی یک استخوان یا • کبودی چشمان یا • پارگی لیجام لب یا • عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیر طبیعی یا • در صورت پاسخ مثبت به سوالات ذیل: • آیا فرد آزار دهنده می تواند به کودک یا خود شما آسیب برساند؟ • آیا برای بازگشت به خانه به لحاظ امنیت مشکلی وجود دارد؟
< از والدین یا همراه کودک و یا نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هستند؟ در صورت کسب اجازه: < ارجاع به کارشناس سلامت روان < تا یک هفته بعد پیگیری شود	کودک شاهد خشونت	<ul style="list-style-type: none"> • کودکان/نوجوانانی که مادران آن ها قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده اند
ارزیابی خانواده آسیب پذیر		
از والدین یا همراه کودک و یا نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هستند؟ در صورت کسب اجازه: < ارجاع به کارشناس سلامت روان تا یک هفته بعد پیگیری شود.	کودک/نوجوان با خانواده آسیب پذیر	<ul style="list-style-type: none"> • فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی* در خانواده کودک/نوجوان یا • فرد مبتلا به بیماری خاص** در خانواده کودک/نوجوان یا • فرد مبتلا به اعتیاد*** در خانواده کودک/نوجوان یا • فرد زندانی در خانواده کودک/نوجوان یا • خانواده کودک/نوجوان دچار فقر**** می باشد (تحت پوشش سازمان های حمایتی مثل بهزیستی و کمیته امداد) یا • سرپرست خانواده در حال حاضر بیکار***** است یا • کودک/نوجوان تک والد است (سابقه طلاق، فوت یا جدایی از همسر در خانواده)

ارجاع به کارشناس سلامت روان	بازمانده از تحصیل
اطلاع رسانی در خصوص آموزش های گروهی مهارت ها، و در صورت تمایل مراجع ثبت نام و ارجاع به کارشناس سلامت روان انجام خواهد شد.	هیچ یک از علائم و نشانه ها را ندارد

نکته:

- ۱- غربالگری اولیه بدرفتاری با کودک با هیچ ابزاری صورت نمی گیرد و صرفا هر نوع شک به بدرفتاری به عنوان غربال اولیه مثبت تلقی می شود. بنابراین هیچ نوع سوالی در این زمینه از کودک یا خانواده به صورت عمومی پرسیده نمی شود.
 - ۲- **ارزیابی خانواده آسیب پذیر:** این خدمت با توجه به اهمیت عوامل خطر سلامت اجتماعی، صرف نظر از مثبت یا منفی شدن ارزیابی بدرفتاری با کودک، برای تمامی کودکان/نوجوانان مراجعه کننده به مرکز تکمیل خواهد شد.
 - ۳- در مواردی که در ارزیابی اولیه کارشناس مراقب سلامت، هیچ یک از عوامل خطر سلامت اجتماعی غربال مثبت نشود(غربال منفی)، درخصوص آموزش های گروهی مرکز(مهارتهای زندگی، فرزند پروری و خود مراقبتی) به آنها اطلاع رسانی لازم ارایه می شود و جهت دریافت آموزشهای گروهی با توجه به معیارهای ورود به این آموزش ها، ارجاع می شوند.
- * **فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی:** معلولیت عبارتست از محدودیت های دائمی در زمینه های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی _ روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت جدی سازد. اشخاص معلول، افرادی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی های ذهنی و یا سلامتی روانی آنها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنهاست انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را بوجود می آورد.
- ** **بیماری خاص:** به آن دسته از بیماری ها گفته می شوند که صعبالعلاج بوده و قابل درمان نمی باشند و لازم است بیماران تا آخر عمر تحت مراقبت های خاص قرار گیرند و ضرورت دارد این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار داشته باشند. بیماری هایی نظیر MS، هموفیلی، تالاسمی و نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری ها هستند.
- *** **اعتیاد:** عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر، محرک یا الکل پیدا می کنند. منظور از اعتیاد استفاده غیر طبی و مکرر دارو یا مواد است که به ضرر خود مصرف کننده با دیگران می باشد.
- **** **فقر:** در اینجا منظور از فقر مواردی است که خانواده تحت پوشش سازمان های حمایتی از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد، نهادهای خیریه و... می باشند.
- شاغل:** تمام افرادی که در طول هفته قبل از غربالگری، حداقل یک ساعت کار کرده و یا بنا به دلایلی از قبیل مرخصی به طور موقت کار را ترک کرده باشند، شاغل محسوب می شوند. شاغلان به طور عمده شامل دو گروه مزد و حقوق بگیران و خود اشتغالان می باشند.
- ***** **بیکار:** افرادی که ۷ روز پیش از غربالگری حداقل یک ساعت کار نکرده اند و دارای شغلی نیز نبوده اند در صورت داشتن دو شرط ذیل بیکار محسوب می شوند:
۱. در ۳۰ روز گذشته برای جستجوی کار، اقدامات مشخصی را نظیر ثبت نام یا پیگیری در مؤسسات کاریابی، پرس و جو از دوستان، تماس با کارفرمایان، مطالعه آگهی های استخدامی و... انجام داده باشند.
 ۲. آماده به کار باشند، یعنی طی یک دوره دو هفته ای شامل ۷ روز گذشته و ۷ روز آینده آمادگی شروع کار را داشته باشند، همچنین افراد ذیل بیکار محسوب شده اند:
- درانتظار شروع کار جدید هستند، یعنی برای آنان کاری مهیا شده و قرار است در آینده به آن کار مشغول شوند و نیز آماده به کار هستند.

- در انتظار بازگشت به شغل قبلی و نیز آماده به کار هستند. منظور از «در انتظار بازگشت به شغل قبلی» این است که فرد قبلاً دارای کار بوده و به دلایلی کار خود را از دست می‌دهد، پیوند رسمی شغلی ندارد ولی در انتظار بازگشت به شغل خود به سر می‌برد.

کسانی که محصل، دانشجو، سرباز و خانه‌دار هستند و فاقد معیارهای ذکر شده برای بیکاری می‌باشند، بیکار محسوب نمی‌شوند.

دارای درآمد بدون کار: کسانی که درآمدهای مستمری مانند حقوق بازنشستگی، حقوق وظیفه، درآمد املاک و مستغلات، سود سهام و... دارند، دارای درآمد بدون کار محسوب می‌شوند.

***** **بازمانده از تحصیل:** این سوال برای دانش آموزان اول دبستان به بعد پرسیده خواهد شد.

مراقبت سلامت اجتماعی (نوجوانان متأهل)

ارزیابی سلامت اجتماعی برای نوجوانان متأهل شامل: غربالگری همسرآزاری (در صورت غربال مثبت همسرآزاری مادر، بررسی وضعیت فرزندان شاهد خشونت)، سابقه وضعیت تأهل (طلاق/ جدایی/ فوت)، سرپرست خانوار بیکار و خانواده آسیب پذیر خواهد بود.

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	مشکل احتمالی	اقدامات
<p>از زنان نوجوان متأهل سؤال شود*:</p> <p>زن‌ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می‌شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می‌شود. آیا تاکنون همسر شما:</p> <p>هیچ وقت به ندرت گاهی اغلب همیشه</p> <p>۱. شما را کتک زده است؟ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>۲. به شما توهین کرده است؟ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>۳. شما را به آسیب تهدید کرده است؟ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>۴. سر شما فریاد زده است؟ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>امتیاز بالاتر از ۱۰ *</p>	<p>غربال مثبت اولیه همسر آزاری</p>	<ul style="list-style-type: none"> • به فرد اطمینان دهید که حریم خصوصی وی رعایت می‌گردد. • به فرد اطمینان دهید که قربانی همسر آزاری است نه مسئول رخ دادن آن • از وی سؤال کنید که آیا مایل به دریافت کمک می‌باشد، در صورت پاسخ مثبت به <u>کارشناس سلامت روان ارجاع</u> داده شود • تا یک هفته بعد پیگیری شود.
<p>در صورت کسب امتیاز بالاتر از ۱۰ دو سوال ذیل پرسیده شود:</p> <p>- آیا فرد آزار دهنده می‌تواند به کودک یا خود شما آسیب برساند؟</p> <p>- آیا برای بازگشت به خانه به لحاظ امنیت مشکلی وجود دارد؟</p>	<p>پاسخ مثبت</p>	<p>غربال مثبت اولیه اورژانس همسر آزاری</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع فوری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • تا ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود
<p>در صورت کسب امتیاز بالاتر از ۱۰ از زنان متأهل سؤال ذیل پرسیده می‌شود:</p> <p>در لحظه مشاجره و تجربه خشونت خانگی مادر، کودک و یا نوجوان زیر ۱۸ سال تحت سرپرستی، در صحنه حضور داشته اند</p>	<p>پاسخ مثبت</p>	<p>کودک/نوجوان شاهد خشونت خانگی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • کودکان و نوجوانانی که شاهد خشونت خانگی هستند جهت دریافت خدمات <u>به کارشناس سلامت روان ارجاع</u> شوند • تا یک هفته بعد پیگیری شود.
<p>از مراجعین زن که سابقه متأهل بودن دارند، سؤال شود؟</p> <p>آیا در یکسال اخیر تجربه طلاق (یا در معرض طلاق)، جدایی یا فوت همسر داشته است؟</p>	<p>پاسخ مثبت</p>	<p>غربال مثبت اولیه طلاق/ جدایی/ فوت</p>	<ul style="list-style-type: none"> • از مراجع سؤال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هست؟ • در صورت کسب اجازه <u>ارجاع به کارشناس سلامت روان</u> • تا یک هفته بعد پیگیری شود.

از مراجعین سرپرست خانوار سوال شود : آیا شاغل ** است؟	پاسخ منفی	بیکاری ***	ارجاع به کارشناس سلامت روان تا یک هفته بعد پیگیری شود.
ارزیابی خانواده آسیب پذیر			
از همه مراجعین سوال شود که آیا در خانواده آنها موارد ذیل وجود دارد؟	پاسخ مثبت به یکی از مشکلات مذکور	غربال مثبت اولیه خانواده آسیب پذیر	از مراجع سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هست؟ در صورت کسب اجازه ارجاع به کارشناس سلامت روان تا یک هفته بعد پیگیری شود.
فرد دارای معلولیت جسمی روانی *** فرد مبتلا به بیماری خاص **** فرد مبتلا به اعتیاد ***** فرد زندانی فقر (تحت پوشش سازمان های حمایتی) *****	در صورت پاسخ منفی به تمامی موارد بالا		
اطلاع رسانی در خصوص آموزش های گروهی مهارت ها، و در صورت تمایل مراجع ثبت نام و ارجاع به کارشناس سلامت روان انجام خواهد شد.			

*** در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آئیم از ۱ تا ۵ امتیاز می گیرد:**

- ✓ پاسخ به گزینه هیچ وقت (۱)
- ✓ پاسخ به گزینه بندرت (۲)
- ✓ پاسخ به گزینه گاهی (۳)
- ✓ پاسخ به گزینه اغلب (۴)
- ✓ پاسخ به گزینه همیشه (۵)

بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات ۴ و حداکثر آن ۲۰ می باشد. امتیاز بالا تر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می شود.

شاغل: تمام افرادی که در طول هفته قبل از غربالگری، حداقل یک ساعت کار کرده و یا بنا به دلایلی از قبیل مرخصی به طور موقت کار را ترک کرده باشند، شاغل محسوب می شوند.

شاغلان به طور عمده شامل دو گروه مزد و حقوق بگیران و خود اشتغالان می باشند.

**** بیکار:** افرادی که ۷ روز پیش از غربالگری حداقل یک ساعت کار نکرده اند و دارای شغلی نیز نبوده اند در صورت داشتن دو شرط ذیل بیکار محسوب می شوند:

۱. در ۳۰ روز گذشته برای جستجوی کار، اقدامات مشخصی را نظیر ثبت نام یا پیگیری در مؤسسات کاریابی، پرس و جو از دوستان، تماس با کارفرمایان، مطالعه آگهی های استخدامی و... انجام داده باشند.

۲. آماده به کار باشند، یعنی طی یک دوره دو هفته ای شامل ۷ روز گذشته و ۷ روز آینده آمادگی شروع کار را داشته باشند، همچنین افراد ذیل بیکار محسوب شده اند:

- در انتظار شروع کار جدید هستند، یعنی برای آنان کاری مهیا شده و قرار است در آینده به آن کار مشغول شوند و نیز آماده به کار هستند.
- در انتظار بازگشت به شغل قبلی و نیز آماده به کار هستند. منظور از «در انتظار بازگشت به شغل قبلی» این است که فرد قبلاً دارای کار بوده و به دلایلی کار خود را از دست می دهد، پیوند رسمی شغلی ندارد ولی در انتظار بازگشت به شغل خود به سر می برد.

کسانی که محصل، دانشجو، سرباز و خانه دار هستند و فاقد معیارهای ذکر شده برای بیکاری می باشند، بیکار محسوب نمی شوند.

دارای درآمد بدون کار: کسانی که درآمدهای مستمری مانند حقوق بازنشستگی، حقوق وظیفه، درآمد املاک و مستغلات، سود سهام و... دارند، دارای درآمد بدون کار محسوب می شوند.

***** فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی:** معلولیت عبارتست از محدودیت های دائمی در زمینه های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی _ روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد

جامعه دچار مشکل یا محدودیت جدی سازد. اشخاص معلول، افرادی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی های ذهنی و یا سلامتی روانی آنها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنهاست انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را بوجود می آورد.

**** **بیماری خاص:** به آن دسته از بیماری ها گفته می شوند که صعبالعلاج بوده و قابل درمان نمی باشند و لازم است بیماران تا آخر عمر تحت مراقبت های خاص قرار گیرند و ضرورت دارد این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار داشته باشند. بیماری هایی نظیر MS، هموفیلی، تالاسمی و نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری ها هستند.

**** **اعتیاد:** عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر، محرک یا الکل پیدا می کنند. منظور از اعتیاد استفاده غیر طبیی و مکرر دارو یا مواد است که به ضرر خود مصرف کننده یا دیگران می باشد.

***** **فقر:** در اینجا منظور از فقر مواردی است که خانواده تحت پوشش سازمان های حمایتی از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد، نهادهای خیریه و... می باشند

ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات

۱- غربال گری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات در گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
بخش اول ارزیابی با رعایت احترام و حفظ حریم خصوصی فرد، پس از بیان مقدمه ذکر شده در پرسشنامه (موجود در بخش راهنما)، پرسش ۱ (هر دو بخش) را درباره سابقه مصرف مواد و برخی داروها در طول عمر سوال کنید. در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد پرسش ۱، پرسش ۲ درباره مصرف سه ماه گذشته آن موارد پرسیده شود. بخش دوم ارزیابی: در صورت مصرف مواد دخانی در سه ماهه اخیر، پاسخ پرسش های ۳ تا ۵ را نیز ثبت کنید. ۳- سن شما در اولین بار مصرف؟	پاسخ مثبت به پرسش ۲	مورد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات	<p>✓ ارایه بازخورد درباره خطرات مصرف متناسب با ماده مصرفی با استفاده از محتوا و کارت بازخورد عوارض اختصاصی موجود در پیوست</p> <ul style="list-style-type: none"> • به مصرف کنندگان مواد دخانی، آموزش پرهیز از مصرف دخانیات در حضور دیگران با تاکید بر عوارض مواجهه با دود دسته دوم و سوم • توصیه مختصر درباره امکان قطع مصرف با استفاده از عبارت زیر : روان شناس و پزشک مرکز ما آمادگی دارد، برای کنترل یا قطع مصرف و رفع مشکلات احتمالی تان بطور رایگان به شما کمک کند. <p>✓ اطلاع رسانی و تشویق فرد در خصوص مراقبت تکمیلی، ارایه مشاوره روانشناختی، برخی خدمات درمانی و در صورت لزوم ارجاع به مراکز تخصصی</p>

<p>✓ ارجاع به کارشناس سلامت روان برای غربالگری تکمیلی در گیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات</p> <p>✓ پیگیری موارد غربال مثبت اولیه که به روانشناس مراجعه نکرده اند (۳ نوبت با فواصل ۱ هفته، ۲ هفته و ۱ ماه بعد)</p>			<p>۴- در ماه گذشته، چند وقت یک بار هر یک از مواد دخانی را مصرف کرده اید؟</p> <p>۵- به طور معمول در یک روز، مقدار مصرف شما چقدر است؟</p>
<p>✓ ارایه بازخورد مثبت تشویقی با استفاده از راهنمای زیر</p> <ul style="list-style-type: none"> • خیلی خوب است که شما تاکنون در کنترل و مدیریت رفتار تان موفق بوده اید، این موضوع نشان می دهد شما برای دوری از آثار زیانبار مصرف دخانیات و مواد از احساس مسئولیت و قدرت تصمیم گیری خوبی برخوردارید. • همچنین یادآوری می کنم، در صورت درگیری اطرافیان تان با مشکلات ناشی از مصرف سیگار قلیان، الکل و یا سایر مواد روان شناس مرکز ما آمادگی دارد، به آن ها بطور رایگان کمک کند. <p>✓ اطلاع رسانی و تشویق فرد برای دریافت آموزش های گروهی از کارشناس سلامت روان (فرزند پروری، مهارت های زندگی و پیشگیری از اعتیاد) مطابق شرایط احراز و با استفاده از متن زیر:</p> <p>این مرکز برای افزایش آگاهی و توانمندی مراجعین، کلاس های آموزشی خوبی درباره مهارت های فرزند پروری، مهارت های زندگی و پیشگیری از اعتیاد برگزار می کند. شما می توانید با شرکت در این کلاس ها در باره موضوعاتی چون تربیت بهتر فرزندان تان و حل مسائل مربوط به آن ها، مهارت های لازم برای سلامت روان و افزایش آرامش و نشاط بیشتر در روابط خانوادگی و اجتماعی و نیز شیوه های دوری خود و خانواده تان از آثار زیان بار سیگار، قلیان، الکل و مواد آموزش ببینید.</p>	<p>مورد منفی غربالگری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات</p>	<p>پاسخ منفی به پرسش ۲</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • آموزش مهارت های فرزند پروری : برای والد یا مراقب کودک ۲ تا ۱۲ سال و نوجوان ۱۲ تا ۱۷ سال • آموزش مهارت های زندگی: برای کلیه مراجعین • خود مراقبتی : برای سفیران سلامت <p>✓ ارجاع به کارشناس سلامت روان در صورت تمایل به دریافت آموزشها ی گروهی</p>			
<p>✓ بازخورد حمایتی با ارائه پیام: در صورت نیاز به خدمات درمانی و روانشناختی مرتبط با مصرف مواد، این مرکز آماده ارائه راهنمایی و کمک به شماست.</p> <p>✓ ارجاع به روانشناس جهت خدمات آموزشی و غربالگری تکمیلی</p>	عدم تمایل به پاسخگویی	عدم تمایل به پاسخگویی به پرسش ۲	
<p>✓ ارایه بازخورد مثبت تشویقی با استفاده از راهنمای زیر خیلی خوب است که شما در حال درمان بیماری خود هستید، این موضوع نشان می دهد شما برای حفظ سلامتی خود و دوری از آثار زیانبار مصرف مواد احساس مسئولیت می کنید. در صورت نیاز به روان شناس، مرکز ما آمادگی دارد، به شما خدمات لازم را بطور رایگان ارایه دهد.</p> <p>✓ توصیه جهت پایبندی به دستورات درمانی با استفاده از راهنمای زیر رعایت کامل دستورات درمانی پزشک بسیار اهمیت دارد و در صورت خروج از آن لازم است سریعاً به پزشکتان اطلاع دهید.</p> <p>✓ پیگیری روند دریافت خدمات درمانی از بیمار در فواصل هر ۳ ماه تا یک سال پس از اولین مراجعه (مطابق دستورالعمل پیگیری موجود در پیوست)</p> <p>✓ ثبت نتیجه پیگیری ها در پرونده بیمار به صورت تحت درمان/ یا خروج از برنامه درمانی (در صورت خروج از برنامه درمانی فراخوان مجدد و تشویق</p>	مورد از قبل شناسایی شده و تحت درمان اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات	پاسخ مثبت به پرسش ۶	در صورت پاسخ مثبت به سوال اول (سابقه مصرف در طول عمر) و یا پاسخ مثبت به سوال دوم (بخش اول) سوال ۶ در مورد سابقه درمان پرسیده شود. ۶- آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف دخانیات، الکل یا مواد تحت درمان هستید؟

فرد جهت غربالگری اولیه مجدد و سایر خدمات مرکز طبق دستورالعمل پیگیری)			
✓ ثبت در پرونده	عدم دریافت خدمات درمان با اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات در حال حاضر		
ارزیابی مواجهه فرد با دود دست دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته			
<p>✓ آموزش زبان های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی (مطابق راهنمای زیر)</p> <p>- دود دست دوم: دود حاصل از استعمال مواد دخانی توسط افراد مصرف کننده که توسط افراد غیرمصرف کننده استنشاق می شود.</p> <p>- 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 میثشیند، که افراد غیرمصرف کننده در تماس با آن قرار می گیرند.</p> <p>- خطرات مواجهه تحمیلی با دود سیگار نیز کمتر از استعمال دخانیات نیست. با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت دود محیطی سیگار از نقطه نظر سلامت هیچ آستانه مجازی ندارد، چرا که نه دستگاه های تهویه و نه تمهید جداسازی مکان های استعمال دخانیات هیچکدام به طور کامل هوایی پاک و عاری از آلاینده را فراهم نمی آورند. بنابراین تنها راه محافظت، قرار نگرفتن در معرض دود سیگار و دخانیات از طریق ایجاد اماکن عاری از دخانیات است.</p>	مواجهه با دود دست دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته	پاسخ مثبت به سوال ۷	<p>بخش سوم ارزیابی</p> <p>۷- آیا در ماه گذشته کسی در حضور شما در منزل، محل کار یا اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟</p>

<p>✓ توصیه به مراقبت از کودک به لحاظ قرار نگرفتن در معرض دود دخانیات</p> <p>- با توجه به این که کودکان وزن کمتری داشته، 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 دوم و 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.</p> <p>- در کودکان دود دست دوم دخانیات، خطر سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، عفونت های مزمن گوش میانی و بیماری های تنفسی نظیر آسم و عفونت ریه را افزایش می دهد. با توجه به تبعات سوء مواجهه با دود مواد دخانی (دود دست دوم) و تماس با بقایای حاصل از مصرف دخانیات (دود دست سوم)، ضرورت دارد افراد برای حفاظت از سلامت خود، از مواجهه با دود مواد دخانی اجتناب نمایند.</p> <p>✓ اطلاع رسانی در خصوص خدمات ارزیابی تشخیصی و مداخلات روان شناختی و درمانی</p> <p>✓ توصیه به فرد برای تشویق فرد مصرف کننده دخانیات جهت مراجعه به مرکز</p> <p>✓ آموزش در مورد تاثیر پذیری کودک و الگو برداری از رفتار های پرخطر والدین و اطرافیان</p> <p>✓ آموزش نحوه ایجاد محیط عاری از دخانیات مطابق متن راهنما</p> <p>- شما می توانید برای حفظ سلامتی خود در برابر آسیب های ناشی از دود سیگار و قلیان به مصرف کنندگان مواد دخانی با جملات زیر آگاهی و هشدار دهید:</p> <p>- " آیا می دانید سالیانه ۷ میلیون نفر در اثر مصرف مواد دخانی جان خود را از دست می دهند که حدود ۹۰۰ هزار مورد از این مرگ ها، فقط به دلیل مواجهه با دود مواد دخانی رخ می دهد."</p> <p>- به عنوان یکی از راهکارهای پیشگیرانه موثر توصیه می شود قانون منع مصرف سیگار و سایر مواد را در خانواده خود وضع و در مورد آن با فرزندان خود توافق نمایید. برای پایبندی اعضای خانواده به این قانون پیامدهای منفی بی توجهی به آن را نیز مشخص نمایید. بر</p>	<p>عدم مواجهه با خطرات ناشی از مصرف مواد دخانی در اطرافیان و محیط</p>	<p>۶- آیا در سال گذشته، فرزند شما برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده شده است؟</p>
--	---	--

<p>اساس مطالعات خانواده هایی که این قانون را بطور روشن و صریح در خانواده اعلام می نمایند، مصرف دخانیات و مواد در فرزندان کمتر است. برای اطلاعات بیشتر در این مورد می توانید از برنامه ی آموزشی مهارت های فرزند پروری مرکز استفاده نمایید.</p> <p>- پس از وضع قانون "ممنوعیت مصرف سیگار و سایر مواد دخانی مانند قلیان در محیط زندگی خانوادگی، کار، رستوران، فضای آموزشی و حتی وسیله نقلیه" آن را به عنوان یک حق انسانی و قانونی برای حفظ سلامتی، به همه ی اعضای خانواده، خویشان، دوستان و اطرافیانتان "اطلاع رسانی و مطالبه کنید. قوانین و مقررات محیط های عاری از دخانیات، از سلامتی کارکنان و افراد غیرسیگاری حمایت می کند و مصرف کنندگان مواد دخانی را به ترک دخانیات تشویق می نماید.</p> <p>- در محیط های کوچکی مانند وسایل نقلیه یا یک فروشگاه، ضمن رعایت اصل احترام و ادب، با جرات مندی و شهامت کامل از افراد سیگاری بخواهید، برای حفظ سلامتی خود و اطرافیان بویژه کودکان در محیط بسته اقدام به مصرف نکنند و در صورت عدم توجه، لازم است با یک تصمیم هوشیارانه، از آن محیط دوری کنید و یا در صورت امکان از وسیله نقلیه پیاده شوید.</p>			
<p>✓ آموزش والدین درباره مضرات آشنایی فرزندان با روش های تهیه مواد دخانی مطابق متن راهنما</p> <p>✓ توصیه درباره پرهیز از فرستادن فرزندان برای خرید دخانیات مطابق متن راهنما</p>			
<p>- ارایه بازخورد مثبت تشویقی</p> <p>- اطلاع رسانی در خصوص فراهم بودن خدمات ارزیابی تشخیصی و مداخلات روانشناختی و درمانی در مراکز جامع سلامت</p> <p>- ارجاع به کارشناس سلامت روان در صورت تمایل به دریافت آموزش های گروهی و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش</p>		<p>پاسخ منفی به همه موارد</p>	

ار	اقدام	طبقه‌بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
<p>✓ اطلاع‌رسانی در خصوص فراهمی خدمات ترک دخانیات در مراکز خدمات جامع سلامت</p> <p>✓ توصیه به مراجع برای تشویق فرد مصرف‌کننده دخانیات جهت مراجعه به مرکز با استفاده از متن زیر:</p> <p>بسیاری از مصرف‌کنندگان دخانیات که تا حدودی از خدمات استعمال دخانیات آگاهند، مایل به ترک آن هستند و ممکن است تلاش‌های ناموفقی نیز برای ترک دخانیات انجام داده باشند. مشاوره و دارو درمانی می‌تواند میزان موفقیت ترک را در افراد وابسته به دخانیات تا دو برابر افزایش دهد.</p> <p>✓ تشویق والدین به شرکت در برنامه‌های آموزش گروهی مهارت زندگی و فرزندپروری</p>	وجود فرد مصرف‌کننده دخانیات در خانواده		پاسخ مثبت	بخش چهارم ارزیابی از والدین/ مراقب فرزند زیر ۱۸ سال سؤال کنید: ۱۲- آیا در خانواده، فردی دارای وابستگی به مواد یا الکل و یا مصرف‌کننده تفتنی آن‌ها وجود دارد؟
<p>✓ ارایه بازخورد مثبت تشویقی</p> <p>این موضوع خیلی خوب است. پایبندی خانواده‌ی شما در پرهیز از رفتارهای ناسالم، در سلامت جسمی و روانی شما و اعضای خانواده / فرزندان شما بسیار موثر است.</p> <p>✓ ثبت نتیجه ارزیابی در پرونده</p>	عدم وجود فرد مصرف‌کننده دخانیات در خانواده		پاسخ منفی	

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدامات
شرح حال دقیق بگیرید و افرادی که عوامل خطر ^۱ فشارخون بالا دارند را مشخص کنید:	<p>در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> - چاق یا دارای اضافه وزن است - سابقه وزن کم هنگام تولد (low birth weight) دارد - سابقه وقفه تنفسی هنگام خواب (obstructive sleep apnea) دارد - والدین مبتلا به فشار خون بالا هستند - والدین بیماری عروق کرونر زودرس دارند - والدین سابقه بیماری کلیوی یا غددی(تیروئید،) دارند 	در معرض خطر ابتلاء به افزایش فشار خون	<p>- اندازه گیری فشارخون و تعیین صدک با استفاده از جداول میزان فشارخون در بخش ضمیمه ها: در صورتی که صدک فشارخون (سیستول و یا دیاستول) صدک ۹۰ و بیش تر باشد پس از ۲ دقیقه مجدداً فشار خون اندازه گیری شود:</p> <p>۱- اگر میانگین فشارخون در دو نوبت بین صدک ۹۰ تا ۹۵ باشد (بیش فشارخون بالا) به عنوان فرد در معرض خطر، سالانه تحت مراقبت قرار گیرد:</p> <p>- توصیه به اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم [رژیم غذایی مناسب، کنترل وزن (در صورت چاق بودن یا داشتن اضافه وزن)، توصیه به محدودیت مصرف نمک و انجام فعالیت بدنی و]</p> <p>۲- اگر میانگین فشارخون صدک ۹۵ یا بالاتر باشد (فشارخون بالا) ارجاع غیر فوری به پزشک جهت تایید تشخیص و بررسی بیش تر</p> <p>- در صورت تایید بیماری فشارخون بالا توسط پزشک، فرد بیمار لازم است: ماهانه توسط کارمند بهداشتی مراقبت شود و هر ۳ ماه یک بار به پزشک ارجاع شود.</p>
هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	عوامل خطر ابتلاء به افزایش فشار خون را ندارد	<p>- ارایه توصیه های مرتبط با شیوه زندگی سالم</p> <p>- ادامه مراقبت ها</p>	

^۱ این عوامل خطر عبارتند از: ۱- دانش آموزانی که اضافه وزن دارند یا چاق هستند. ۲- دانش آموزانی که آبدانه (وقفه تنفس) موقع خواب دارند. ۳- دانش آموزانی که هر یک از والدین آن ها فشارخون بالا دارند. ۴- دانش آموزانی که هر یک از والدین آن ها بیماری قلبی عروقی (بیماری کرونر قلب) زودرس دارند (در مردها قبل از ۵۵ سالگی و در زن ها قبل از ۶۵ سالگی). ۵- دانش آموزانی که والدین آن ها سابقه بیماری کلیوی یا غددی(تیروئید،) دارند. ۶- دانش آموزانی که سابقه وزن کم هنگام تولد (low birth weight) دارند.

ارزیابی ژنتیک ویژه غیر پزشک (۱۵ سالگی) - بسته خدمت غیر پزشک

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
آیا در خویشاوندان فرد (تا درجه ۳) بیماری شناخته شده ارثی وجود دارد؟ به عنوان مثال: هموفیلی، دوشن ، تالاسمی ماژور، بیماری های متابولیک ارثی (فنیل کتونوری، گالاکتوزومی و ...) ناشنوبایی و نابینایی	در فرد یا خویشاوندان وی بیماری شناخته شده ارثی وجود دارد.	احتمال وجود بیماری ارثی	ارجاع غیر فوری پزشک جهت بررسی و تایید بیماری ارثی
در فرد یا خویشاوندان وی (تا درجه ۳) یکی از موارد زیر از زمان کودکی وجود داشته است؟ مشکل انعقاد خون نیاز به دریافت دوره ای خون ناتوانی ذهنی یا حرکتی الزام به رعایت یک رژیم غذایی خاص	. احتمال بیماری ارثی در فرد/ خویشاوندان وجود دارد.	احتمال وجود بیماری ارثی	ارجاع غیر فوری پزشک جهت بررسی و تایید وجود احتمال بیماری ارثی
آیا در خویشاوندان (تا درجه ۳) بیماری تکرار شونده وجود دارد؟ در خویشاوندان حداقل دو نفر مبتلا به یک بیماری مشابه با شروع از زمان کودکی وجود دارد. (یکی از موارد می تواند خود فرد مورد ارزیابی باشد).	اختلال تکرار شونده در خویشاوندان وجود دارد.	احتمال وجود بیماری ارثی	ارجاع غیر فوری پزشک جهت بررسی و تایید وجود احتمال بیماری ارثی
در صورت تاهل فرد سوال شود: آیا نسبت خویشاوندی نزدیک (ازدواج فرزندان و یا نوه های عمو، عمه، خاله، دایی یا یکدیگر) با همسر وجود دارد؟	نسبت خویشاوندی نزدیک با همسر وجود دارد.	احتمال وجود بیماری ارثی	ارجاع غیر فوری پزشک جهت بررسی و تایید وجود احتمال بیماری ارثی

<p>ارجاع غیر فوری پزشک جهت بررسی و تایید وجود احتمال بیماری ارثی</p>	<p>احتمال وجود بیماری ارثی</p>	<p>نیاز به بررسی عامل خطر بیماری قلبی ارثی - فامیلیال وجود دارد.</p>	<p>آیا سابقه مرگ ناگهانی زیر ۷۰ سال در خویشاوندان درجه ۱ یا سکته قلبی در خواهر یا مادر فرد در زیر ۶۵ سالگی و یا در برادر یا پدر فرد در زیر ۵۵ سالگی وجود دارد؟</p>
<p>ارجاع غیر فوری پزشک جهت بررسی و تایید وجود احتمال بیماری ارثی</p>	<p>احتمال وجود بیماری ارثی</p>	<p>در فرد و یا در بستگان درجه ۱ و ۲ خانواده، سرطان زودرس یا تکرار سرطان وجود داشته یا هم اکنون وجود داشته است.</p>	<p>در فرد یا خویشاوندان (تا درجه ۲) سرطان با شرایط زیر وجود داشته است؟ ابتلا به سرطان در زیر ۶۰ سالگی : وجود بیش از یک مورد فرد مبتلا به سرطان در خویشاوندان (تا درجه ۲) (یکی از موارد می تواند فرد مورد ارزیابی باشد. هر دو مورد می بایست با هم رابطه نسبی داشته باشند).</p>

راهنماها و توصیه ها

راهنمای سنجش بینایی با چارت اسنلن

تابلوی سنجش بینایی (E) را در جای مناسب نصب کرده (متناسب با قد دانش آموز) به نحوی که نور کافی به آن بتابد. (بهتر است تابلو رو به روی پنجره باشد و دانش آموز مورد معاینه پشت به پنجره قرار گیرد)

دانش آموز با چشم پوش یا کف دست یکی از چشم هایش را به طوری که فشار بر آن وارد نشود، ببوشاند. حروفی را از بالا به پایین انتخاب کرده و جهت قرار گرفتن دندانه E سوال شود. به همین ترتیب چشم دیگر و بعد هر دو چشم معاینه شوند.

به نکات زیر توجه کنید:

- در هنگام آزمایش چشم، به حرکات دانش آموز مانند جلو آوردن سر، تنگ کردن چشم، ریزش اشک یا پلک زدن های پی در پی توجه کنید. این علائم نشان دهنده ضعف بینایی است.
- اگر دانش آموز با دست چشمش را فشار دهد یا پلک را بمالد، تعیین دید چشم تقریباً تا یک دقیقه و کمی بیش تر از آن صحیح نیست و باید صبر کرد تا چشم به وضع عادی برگردد.
- اکثر دانش آموزانی که یک چشمشان ضعیف تر از چشم دیگر است، نمی دانند که دید رضایت بخش آن ها مربوط به چشم سالم است و تصور می کنند هر دو چشم آن ها خوب می بیند. برای کشف چنین مواردی دقت کنید.
- صورت دانش آموز در هنگام معاینه کاملاً مقابل تابلو قرار گیرد و مستقیماً به رویه رو نگاه کند. گرداندن سر با چشم به یک طرف ممکن است دلیل اختلالی در دید و یا ساختمان درونی چشم باشد که باید در نظر گرفته شود.
- در معاینه با تابلوی سنجش بینایی (E) بایستی از حروف در جهات مختلف استفاده شود.

راهنمای مراقبت از نظر شنوایی

ملاحظات مربوط به خدمات اولیه مراقبت شنوایی رده سنی ۵ تا ۱۸ سال

نوجوانان رده سنی ۵ تا ۱۸ سال با احتمال کم شنوایی در وهله نخست با وجود علائم ذیل مشخص می شوند:

- نگرانی خانواده در مورد کم شنوایی فرزند
- در غربالگری شنوایی با نتیجه ارجاع مشخص شده باشند.
- واجد یک یا چند عامل خطر برای کم شنوایی، صرف نظر از نتیجه غربالگری باشند (به شاخص های خطر مراجعه کنید).

- نتایج تست های ادیولوژیک نشان دهنده کم شنوایی در یک یا هر دو گوش باشد.

عوامل خطر کم شنوایی

عوامل خطر ابتلا به کم شنوایی رده سنی ۵ تا ۱۸ سال

- سابقه وجود کم شنوایی دوران کودکی در اعضاء خانواده
- وجود سرومن فشرده و یا هرگونه جسم خارجی در مجرای شنوایی خارجی
- وجود درد، تورم، و تندرns در اطراف لاله گوش و مجرا و یا خارش شدید در گوش
- وجود ترشح از گوش ها
- شنیدن هر گونه صدای وزوز مانند در گوش ها یا سر
- گزارش سرگیجه واقعی با و بدون تهوع همراه با احساس پری یا سنگینی در گوش و احساس وزوز در گوش ها یا سر
- گزارش مشکل در درک کلمات محاوره ای بخصوص در محیط های شلوغ و پر سروصدا
- گزارش گوش کردن به تلویزیون، رادیو و یا هرگونه وسایل صوتی دیگر با صدای بلند بخصوص توسط هندزفری و یا هدفون
- گزارش عدم شنیدن مکالمه تلفنی در افراد توسط یک گوش (مثلا از گوش راست یا چپ)
- عدم انجام غربالگری شنوایی مربوط به مراقبت کودک ۵-۳ سال و همچنین ۵ تا ۱۸ سال و یا مثبت بودن نتیجه غربالگری شنوایی نوزاد
- ابراز نگرانی خانواده از کم شنوایی نوجوان یا جوان خود
- وجود هر گونه ناهنجاری در سر و صورت مانند بد شکلی های لاله گوش یا مجرا، وجود زائده گوش (Ear Tags)، وجود سوراخ یا منافذ روی گوش، و ناهنجاری های استخوان گیجگاهی
- وجود یافته های فیزیکی سندرمی روی موها و یا سر که همراه با کم شنوایی حسی عصبی و یا انتقالی دائمی باشند، مانند وجود دسته مو سفید جلوی پیشانی
- مصرف دارو های دارای خطر بالا برای بروز کم شنوایی (اتوتوکسیک) مانند داروهای آمینوگلیکوزیدی، دیورتیک ها مانند فورسماید، کینین و هیدروکلروکین، سالیسیلات ها و داروهای شیمی درمانی مانند سیس پلاتین و یا کربوپلاتین و
- وجود سندرم های همراه با کم شنوایی یا وجود کم شنوایی های پیشرونده و یا کم شنوایی های دیر-آغاز مثل نوروفیبرماتوز نوع ۲، استئوپتروزیس، و سندرم آشر و دیگر سندرم های شناخته شده شایع مانند واردنبرگ، آلپورت، پندرد، و ژرول-لانک نیلسون.
- اختلالات نورودژنراتیو مانند سندرم هانتز، یا نوروپاتی های حسی حرکتی مثل آتاکسی فردریش و سندرم شارکوت-ماری-توت.
- نتیجه کشت-مثبت برخی از عفونت های همراه با کم شنوایی حسی عصبی شامل مننژیت های تایید شده با منشا باکتریال و ویروسی (بویژه ویروس هرپس و واریسل).
- کودکان مبتلا به اتیت میانی برگشت پذیر بیش از ۳ ماه

- وجود عوامل خطر ابتلا به کم شنوایی دوران نوزادی بخصوص کودکانی که در دوره نوزادی خود در بخش مراقبت های ویژه (NICU) بستری بوده اند.
- سابقه ضربه به سر بویژه شکستگی های استخوان گیجگاهی و قاعده جمجمه که باعث از دست رفتن هوشیاری یا بستری شدن در بیمارستان گردد.
- شیمی درمانی

نکات اصلی برنامه

- ❖ تمامی افراد ۵ تا ۱۸ سال که در غربالگری شنوایی دارای نتیجه مثبت یا ارجاع می باشند باید برای انجام ارزیابی های تشخیصی دقیق به مراکز سطح دوم خدمات تشخیصی شنوایی شناسی ارجاع شوند.
- ❖ کلیه نوجوانان رده سنی ۵ تا ۱۸ سال که دارای یک و یا چند عامل خطر مندرج در راهنمای بالینی هستند باید مستقیماً جهت انجام آزمایشات تشخیصی شنوایی به سطح دوم مراقبت مرکز شنوایی شناسی ارجاع شوند و پس از انجام نتیجه ثبت گردد.
- ❖ هنگامی که هر درجه ای از کم شنوایی تشخیص داده شد (مثل کم شنوایی "موقت و یا گذرا") باید ظرف مدت ۷ روز کاری پس از تأیید کم شنوایی، جهت انجام مداخله درمانی بموقع شنوایی به متخصص گوش گلو بینی ارجاع صورت پذیرد.
- ❖ پیگیری مراقبت های مرتب و جاری برای تمام انواع کم شنوایی (چه بصورت "گذرا" و چه دائمی) می بایستی توسط شنوایی شناس آموزش دیده همراه با مراقبت های پزشکی مربوطه انجام پذیرد.
- ❖ آندسته از کودکانی که در غربالگری شنوایی بدو تولد خود دارای نتیجه منفی (سالم) بوده اند ولیکن واجد عامل خطر برای بروز کم شنوایی بوده اند، باید در مورد آنها اطمینان حاصل شود که در ۲۴ تا ۳۰ ماهگی و همچنین در مراقبت بعدی آنها یعنی ۳ تا ۵ سالگی تحت ارزیابی های تشخیصی ادیولوژیک داشته اند.
- ❖ صرف نظر از نتایج غربالگری شنوایی قبلی، تمامی خدمت گیرندگان با یا بدون عوامل خطر کم شنوایی باید بطور مرتب از نظر وضعیت شنوایی و اختلالات گوش میانی در جریان مراقبت های بعدی در مراکز و پایگاههای بهداشتی پیگیری شوند.

راهنمای اجرای غربالگری شنوایی توسط تست استاندارد شده نجوا (رده سنی ۵ تا ۱۸ سال)



مراحل اجرا شده در تست غربالگری نجوا:

۱. پشت سر بیمار طبق تصویر فوق بایستید. این وضعیت امکان لب خوانی را از بین می برد.
۲. گوش یک سمت را با فشار ملایم روی زبانه جلوی گوش (تراگوس) با خود انگشت مسدود کنید.
۳. در فاصله ۶۰ سانتیمتری (پشت سر) از آزمایش شونده بخواهید تا مجموعه ای از ۳ عدد تصادفی مختلف (به عنوان مثال، ۶، ۱، ۹) را که به صورت نجوا (در حدود شدت ۳۰ - ۳۵ دسیبل) در گوش مورد آزمایش ارائه می شود را تکرار کند. محیط بایستی بسیار آرام باشد و کودک بایستی توجه و تمرکز کافی داشته باشد. همچنین از آزمایش شونده بخواهید که از سه عدد گفته شده هر چه را که شنیده است باز گو نماید.
۴. مجموعه اعداد تک رقمی و یا کلمات تک سیلابی ساده و قابل فهم سن افراد (لیست پیوست) بصورت بلوک های سه تایی و بصورت تصادفی آماده و به گوش آزمایشی افراد ارائه شود.

نحوه امتیاز دهی:

- ✓ نمره قابل قبول (نتیجه منفی و یا PASS) وقتی است که آزمایش شونده بتواند هر سه آیتم گفته شده (عدد و یا کلمه و یا تلفیق عدد و کلمه) را به درستی در سطح صدای نجوا تکرار کند یا بیش از ۵۰٪ موفقیت در تکرار سه مجموعه مختلف سه عددی متوالی را به دست آورد.

✓ عدم موفقیت در هر تکرار عدد و یا کلمات در هر مجموعه ۳ آیتمی آزمایشی، بمنزله نتیجه مثبت به نفع کم شنوایی تلقی می شود. بنابراین عدم شنیدن صدای نجوا در فاصله ۶۰ سانتی متری نشان دهنده افت شنوایی می تواند تلقی شود.

لیست اعداد آزمایشی مورد استفاده در تست نجوا

هشت	شش	سه	سری آزمایشی ۱
نه	یک	شش	سری آزمایشی ۲
پنج	سه	یک	سری آزمایشی ۳
سه	هشت	دو	سری آزمایشی ۴
پنج	هفت	دو	سری آزمایشی ۵
شش	سه	نه	سری آزمایشی ۶
شش	سه	شش	سری آزمایشی ۷
یک	نه	هفت	سری آزمایشی ۸
سه	هفت	یک	سری آزمایشی ۹
هفت	دو	هشت	سری آزمایشی ۱۰
سه	هفت	دو	سری آزمایشی ۱۱
هفت	دو	شش	سری آزمایشی ۱۳
نه	هفت	سه	سری آزمایشی ۱۴
پنج	هفت	سه	سری آزمایشی ۱۵

دو	پنج	سه	سری آزمایشی ۱۶
یک	هفت	پنج	سری آزمایشی ۱۷

توصیه های تغذیه ای

چگونه می توان تغذیه درست داشت؟

شرط اصلی سالم زیستن، داشتن تغذیه صحیح است. یک برنامه غذایی سالم موجب سلامت جسم و روان می شود. تغذیه صحیح یعنی رعایت سه اصل تعادل و تنوع و تناسب در برنامه غذایی روزانه. تعادل به معنی مصرف مقادیر کافی از مواد مغذی مورد نیاز برای حفظ سلامت بدن، تنوع یعنی مصرف انواع مختلف مواد غذایی از ۶ گروه اصلی غذایی و تناسب یعنی هر فردی با توجه به سن، جنس و شرایط جسمی خود از گروه های مختلف مواد غذایی دریافت کند.

بهترین راه اطمینان از تعادل و تنوع و تناسب در غذای روزانه استفاده از هر ۶ گروه اصلی غذایی است. ۶ گروه اصلی غذایی عبارتند از: گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات، گروه گوشت و تخم مرغ و گروه حبوبات و مغزها. مواد غذایی هر گروه، دارای ارزش غذایی تقریباً یکسان هستند و می توان از یکی به جای دیگری استفاده کرد. مقایسه مقدار مصرف روزانه از گروه های غذایی را می توان با استفاده از شکل یک هرم نشان داد.

هرم غذایی چیست؟

هرم غذایی نشان دهنده گروه های غذایی و موادی است که در هر گروه جای می گیرند. قرار گرفتن مواد غذایی در بالای هرم که کم ترین حجم را در هرم اشغال می کند به این معنی است که افراد بزرگسال باید از این دسته از مواد غذایی کم تر مصرف کنند (مانند قندها و چربی ها). هر چه از بالای هرم به سمت پایین نزدیک می شویم حجمی که گروه های غذایی به خود اختصاص می دهند بیشتر می شود که به این معنی است که مقدار مصرف روزانه این دسته از مواد غذایی باید بیشتر باشد. شناسایی گروه های غذایی به عنوان راهنمایی برای تغذیه کلیه گروه های سنی در جامعه ضروری است و پایه و اساس برنامه ریزی غذایی است که البته در گروه های سنی مختلف قابل انطباق با شرایط ویژه آن گروه می باشد.

معرفی گروه های غذایی:

هر فرد برای دستیابی به سلامت، نیاز به مصرف روزانه تمام گروه های غذایی دارد. مواد غذایی به ۶ گروه اصلی غذایی تقسیم می شوند که عبارتند از:

۱. نان و غلات
۲. سبزی ها
۳. میوه ها
۴. شیر و فرآورده های آن
۵. گوشت، و تخم مرغ
۶. حبوبات و مغز دانه

نکته: چربی ها و شیرینی ها گروه متفرقه محسوب می شوند و باید به مقدار کم مصرف شوند

گروه نان و غلات:

• مواد غذایی این گروه، شامل انواع نان بخصوص نوع سبوس دار (سنگک، نان جو)، نان های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته ها، غلات صبحانه و فرآورده های آن ها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است. گروه نان و غلات منبع کربوهیدرات های پیچیده و فیبر (مواد غیر قابل هضم گیاهی)، برخی ویتامین های گروه B، آهن، پروتئین و منیزیم می باشد. برای کامل کردن پروتئین گروه نان و غلات بهتر است آنها را به صورت مخلوط با حبوبات مثلاً عدس پلو، باقلا پلو، ماش پلو، عدسی با نان مصرف نمود تا همه اسید آمینه های ضروری تامین شود

میزان توصیه شده مصرف روزانه ۱۱-۶ واحد است.

هر واحد از این گروه برابر است با:

- ۳۰ گرم نان یا یک کف دست بدون انگشتان یا یک برش ۱۰×۱۰ سانتی متری از نان بربری، سنگک و تافتون و برای نان لواش ۴ کف دست، یا
- ۳۰ گرم یا سه چهارم لیوان غلات صبحانه، یا
- نصف لیوان برنج یا ماکارونی پخته، یا
- ۳ عدد بیسکویت ساده بخصوص نوع سبوس دار

چگونه باید از گروه نان و غلات استفاده کرد؟

◀ با توجه به وجود فلز سمی آرسنیک در برنج های امروزی ، بهترین روش پخت برنج ، پس از شستشو با آب ، طبخ به روش آبکشی و دم کردن می باشد..

◀ به جای استفاده از نان های سفید که از آرد بدون سبوس تهیه می شوند، از نان های سبوس دار مثل نان سنگک، نان جو و یا نان های مشابه استفاده شود. هم چنین از نان هایی استفاده شود که در تهیه آنها جوش شیرین بکار نرفته است.

◀ به جای نان و برنج می توان از ماکارونی ، خصوصا از نوع سبوس دار آن استفاده کرد.

◀ انواع غلات بو داده مثل برنجک، گندم برشته و ذرت بو داده تنقلات غذایی با ارزشی هستند و دانش آموزان می توانند به عنوان میان وعده از آنها استفاده کنند.

گروه سبزی ها:

این گروه شامل انواع سبزی های برگ دار، انواع کلم، هویج، بادمجان، نخود سبز، لوبیا سبز، انواع کدو، فلفل، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز می باشد. این گروه دارای انواع ویتامین های A، B و C، مواد معدنی مانند پتاسیم، منیزیم و مقدار قابل توجهی فیبر است . این گروه نسبت به سایر گروه ها انرژی و پروتئین کمتری دارند و در مقایسه با گروه میوه ها فیبر بیشتری دارند. در کل ارزش کالری زایی این گروه به غیر از بعضی از سبزی های نشاسته ای مانند: سیب زمینی ، ذرت ، نخود فرنگی و... از سایر گروه ها کمتر است. میزان توصیه شده مصرف روزانه سبزی ها ۵-۳ واحد است.

هر واحد سبزی برابر است با:

- یک لیوان سبزی های خام برگ دار (اسفناج و کاهو)، یا
- نصف لیوان سبزی های پخته یا
- نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و هویج خرد شده، یا
- یک عدد گوجه فرنگی یا هویج یا خیار متوسط

چگونه باید از گروه سبزی ها استفاده کرد؟

- تا حد امکان سبزی‌ها را باید به صورت خام مصرف کنید زیرا پختن سبزی‌ها به ویژه اگر به مدت طولانی باشد موجب از بین رفتن ویتامین‌های آن می‌شود. از انواع سبزی‌ها می‌توان سبزی خوردن، گوجه فرنگی، پیاز، خیار، گل‌کلم، هویج، شلغم، ترب و انواع فلفل سبز، مثال‌هایی را نام برد که باید کودکان و نوجوانان را تشویق کرد که همراه با غذا از آن استفاده کنند. (اول آب را به جوش آورید و بعد سبزی را داخل آن ریخت و درب ظرف بسته باشد)
- می‌توانید انواع ساندویچ‌ها را با سبزی‌های مختلف به عنوان میان‌وعده مصرف کنید. مثلاً نان و پنیر و سبزی، نان و پنیر و گوجه فرنگی، نان و پنیر و خیار، نان و تخم‌مرغ و گوجه فرنگی، نان و کوکو یا کتلت با سبزیهای متنوع
- اگر برای وعده ناهار یا شام سالاد در نظر گرفته می‌شود نباید از ساعات قبل سالاد را تهیه کرد، زیرا ویتامین‌های موجود در اجزاء سالاد مثل گوجه فرنگی، پیاز، فلفل دلمه ای و... در معرض هوا تخریب شده و از بین می‌رود.
- کودک یا نوجوان را تشویق کنید که از جوانه غلات و حبوبات مثل عدس و ماش و گندم همراه با سالاد استفاده کنند. اگر مادران در منزل جوانه تهیه کنند، حتی به عنوان تنقلات می‌توانند برای افراد خانواده از آن استفاده کنند.
- استفاده از چاشنی‌هایی مانند آب لیمو، آب نارنج، آب غوره و روغن زیتون برای سالاد سالم‌تر از انواع سس‌های چرب مثل مایونز و سس سالاد است. می‌توان در منزل با استفاده از ماست کم چرب، آب لیمو یا سرکه و روغن زیتون یک سس سالم برای سالاد تهیه کرد.
- از انواع سبزی‌های پخته مثل هویج پخته، لوبیا سبز، نخود فرنگی پخته، کدو حلوائی و لبو، گل کلم، کرفس، ریواس، کنگر، بادمجان و کدوی خورشیدی همراه با غذا استفاده شود.
- سبزی‌هایی مثل اسفناج بهتر است با آب کم و با حرارت کم پخته شوند که ویتامین‌های خود را از دست ندهند. لوبیاسبز، نخود فرنگی، هویج، چغندر، کدو حلوائی و کدوی خورشیدی باید به صورتی پخته شوند که در انتهای طبخ آب افزوده شده کاملاً به خورد آن رفته باشد.
- پختن سبزی‌ها در آب زیاد موجب حل شدن ویتامین‌ها و املاح در آب می‌شود و به این ترتیب مقدار زیادی از این مواد از دست می‌روند. در صورتی که پس از طبخ سبزی‌ها مقداری از آب آن باقی ماند، از آن در طبخ غذاها باید استفاده شود.
- در هنگام مصرف سبزی‌های خام مثل سبزی خوردن، باید دقت شود که کاملاً شسته و ضدعفونی شده باشند (مطابق دستورالعمل ارسالی بهداشت محیط) *.

گروه میوه‌ها:

این گروه شامل انواع میوه، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه‌ها و میوه‌های خشک (خشکبار) می‌باشد. میوه‌ها نیز مانند سبزی‌ها در مقایسه با گروه‌های دیگر انرژی و پروتئین کمتری دارند. مواد مغذی مهم این گروه شامل ویتامین C، فیبر و مواد معدنی است. میوه‌ها حاوی آنتی‌اکسیدان‌ها می‌باشند. آنتی‌اکسیدان‌ها (ویتامین E، A، C، سلنیوم و بتا کاروتن) مواد سلامت بخشی هستند که شادابی و سلامت پوست، کاهش فرآیند پیری و مبارزه با عوامل سرطان‌زا از مهم‌ترین خواص آن‌ها می‌باشد. میوه‌های غنی از ویتامین C شامل انواع مرکبات (مانند پرتغال، نارنگی، لیمو ترش، لیمو شیرین) و انواع توت‌ها می‌باشد که در ترمیم زخمها و افزایش جذب آهن نقش مهمی دارند و در برنامه غذایی کودکان جایگاه ویژه‌ای دارند. میوه‌های غنی از بتا کاروتن (پیش‌ساز ویتامین A) عبارتند از طالبی، خرمالو، شلیل و هلو، که مصرف این گروه نیز در جلوگیری از خشکی پوست، افزایش مقاومت بدن در برابر عفونت، رشد کودکان و نوجوانان و سلامت چشم نقش مهمی دارند. بطور کلی تمام سبزی‌ها و میوه‌های به رنگ سبز تیره، زرد، نارنجی، قرمز حاوی بتا کاروتن هستند. میزان مورد نیاز مصرف روزانه میوه‌ها ۴-۲ واحد است.

هر واحد از این گروه برابر است با:

- یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی)، یا
- نصف گریپ فروت، یا
- نصف لیوان میوه‌های ریز مثل توت، انگور، انار، یا

- نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه، یا

- یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار، یا

- سه چهارم لیوان آب میوه تازه و طبیعی (در جدول گروه‌های غذایی نوشته نصف لیوان)؟

چگونه باید از گروه میوه‌ها استفاده کرد؟

- میوه‌های تازه یا آب‌میوه تازه و طبیعی را به عنوان میان وعده در طول روز مصرف کنید. بیشتر از میوه‌های تازه بجای آب میوه استفاده کنید، تا بتوانید از ارزش فیبر آنها بیشتر بهره ببرید.
- صبح‌ها میوه تازه یا آب میوه تازه و طبیعی میل کنید. آب میوه صنعتی به هیچوجه جایگزین آب میوه طبیعی نخواهد شد.
- میوه‌های خرد شده و قطعه قطعه شده را سعی کنید سریع مصرف کنید و تا زمان مصرف در یخچال نگهداری کنید. زیرا با پوست کندن و قطعه قطعه کردن و با آسیب به بافت میوه به مرور محتوای ویتامین‌ها در آن کم خواهد شد.
- در هنگام خرید میوه‌هایی را خریداری کنید که بافت و پوست سالمی دارند و بیش از حد نرم نشده‌اند...
- تنوع را در مصرف میوه‌ها رعایت کنید. زیرا ترکیب میوه‌ها نیز با هم متفاوت می‌باشد. بدین ترتیب ویتامین‌ها و ترکیبات مختلف را دریافت می‌کنید.
- میوه‌ها را قبل از مصرف بشوئید تا آلودگی‌ها از سطح آن پاک شود. بهتر است قبل از مصرف پوست میوه‌ها را جدا کنید.
- اگر پوست میوه را جدا کردید از قرار دادن آن در مجاورت هوا خودداری کنید زیرا ویتامین‌های آن به خصوص ویتامین C از بین می‌رود.
- آب میوه‌های طبیعی بخورید و از خوردن آب میوه‌های صنعتی که حاوی قند افزوده هستند، پرهیز کنید.
- در میان وعده می‌توانید از میوه‌های خشک استفاده کنید ولی توجه داشته باشید که میوه‌های خشک قند زیادی دارند. بنابراین سعی کنید تا حد امکان خود میوه تازه را مصرف کنید.

گروه شیر و لبنیات:

این گروه شامل شیر و فرآورده‌های آن (ماست، پنیر، کشک، بستنی و دوغ) می‌باشد که توصیه می‌شود از انواع کم چرب آن استفاده شود. این گروه دارای کلسیم، پروتئین، فسفر، ویتامین B12 و B2 و سایر مواد مغذی می‌باشد و بهترین منبع تامین کننده کلسیم است که برای رشد و استحکام استخوان و دندان ضروری است. میزان توصیه شده مصرف روزانه لبنیات ۳-۲ واحد است.

یک واحد از یک گروه برابر است با:

- یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (کم‌تر از ۲.۵ درصد)،
- ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر معمولی معادل یک و نیم قوطی کبریت، یا
- یک چهارم لیوان کشک، یا
- ۲ لیوان دوغ، یا
- یک و نیم لیوان بستنی پاستوریزه

چگونه باید از گروه لبنیات استفاده کرد؟

- از لبنیات کم‌چربی و یا بدون چربی استفاده شود.

ویتامین‌های محلول در چربی بویژه ویتامین A که در چربی شیر و لبنیات وجود دارد برای رشد بدن ضروری است. از سوی دیگر چربی یکی از منابع عمده تأمین انرژی است و در دوران رشد، نیاز به انرژی بالاست. در سنین مدرسه و بلوغ، شیر و لبنیات کم چرب (کمتر از ۲/۵٪) مصرف شود. بررسی شود

- از مصرف پنیر تازه باید پرهیز شود مگر اینکه با شیر پاستوریزه تهیه شده باشد.
- هنگام استفاده از کشک باید دقت شود کپک زدگی و بوی نامطبوع نداشته باشد. کشک مایع را قبل از مصرف باید به مدت ۵ دقیقه جوشاند.
- از بستنی‌هایی که با شیر جوشیده شده و یا پاستوریزه تهیه شده‌اند باید استفاده شود.
- از پنیر و دوغ کم نمک استفاده شود.

گروه گوشت و تخم مرغ

انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت‌های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) و تخم‌مرغ در این گروه قرار می‌گیرند این گروه نقش مهمی در تأمین پروتئین بدن دارند و علاوه بر پروتئین، آهن و روی نیز دارند و به همین دلیل برای رشد و خونسازی مناسب لازم هستند. مواد غذایی این گروه نقش مهمی در تأمین پروتئین و ریز مغذی از جمله آهن و روی دارند. میزان توصیه شده مصرف روزانه برابر با ۲-۱ واحد است.

هر واحد از این گروه برابر است با:

- ۲ تکه (هر تکه ۳۰ گرم) گوشت خورشتی پخته، یا
- نصف ران متوسط مرغ یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست)، یا
- یک تکه ماهی به اندازه کف دست (بدون انگشت)، یا
- دو عدد تخم مرغ

چگونه باید از گروه گوشت و تخم مرغ استفاده کرد؟

- چربی و کلسترول زبان وکله پاچه زیاد است. این مواد غذایی را خیلی کم مصرف کنید.
- بهتر است بیشتر از گوشت‌های سفید مانند مرغ و ماهی به جای گوشت قرمز استفاده کنید.
- ماهی و آبزیان منبع خوبی از امگا۳ هستند. حداقل هفته ای ۲ مرتبه از آن‌ها استفاده کنید.
- بهتر است از مرغ‌هایی با سایز کمتر از ۲ کیلوگرم استفاده کنید زیرا چربی موجود در مرغ درشت موجب افزایش دریافت چربی و در نتیجه اضافه وزن، چاقی، اختلال چربی خون و ... می‌شود. همچنین در بافت چربی آنتی بیوتیک‌ها در بافت چربی بیشتر ذخیره میشوند مرغ‌های کم وزن دارای چربی کمتر و در نتیجه مقدار آنتی بیوتیک کمتری خواهند بود.
- فرآورده‌های گوشتی مثل سوسیس، کالباس و همبرگر حاوی مقادیر زیادی نمک و چربی نوع اشباع و ترانس هستند بنابراین مصرف این غذاها را کاهش دهید.
- حتما در بسته بندی‌های محصولات گوشتی از کیسه‌های پلاستیکی استفاده کنید که نسبت به رطوبت و هوا نفوذ ناپذیر باشند در غیر این صورت این مواد غذایی دچار پدیده سوختگی سطحی می‌شوند که علاوه بر آن دست دادن ویژگی‌های کیفی، ارزش غذایی آن نیز کاهش پیدا می‌کند.
- کلسترول بد (LDL) خطر بیماری‌های عروق کرونری قلب را افزایش می‌دهد. تعدادی از غذاهای موجود در این گروه شامل قسمتهای چرب گوشت گاو، بره و سوسیس و کالباس، هات داگ در صورت مصرف زیاد موجب افزایش کلسترول بد می‌شوند.

۶- گروه حبوبات و مغز دانه‌ها:

حبوبات (نخود، لوبیا، عدس، باقلا، لپه، ماش) و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه‌ها) در این گروه قرار دارند. حبوبات، منبع خوبی از پروتئین هستند و به صورت ترکیب با غلات، پروتئین با کیفیت بالا را برای بدن تأمین می‌کنند همچنین مغزها (گردو، فندق، بادام و پسته) میان وعده‌های مناسب برای تأمین پروتئین، چربی مطلوب، انرژی و برخی از مواد مغذی مانند آهن هستند. میزان توصیه شده مصرف روزانه برابر با ۱ واحد است.

هر واحد از این گروه برابر است با:

- یک لیوان حبوبات پخته، یا نصف لیوان در جدول نوشته نصف لیوان؟
- یک سوم لیوان مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه و...)

چگونه باید از گروه حبوبات و مغز دانه‌ها استفاده کرد؟

- مغزها علاوه بر پروتئین حاوی مقدار زیادی چربی نیز هستند و مصرف زیاد آنها می‌تواند موجب اضافه وزن و چاقی بشود. جملات با مشورت اداره تغذیه اصلاح شود.
- بهتر است مغزها (گردو، فندق، بادام و پسته) را خام بخورید. اگر نوع بو داده آن را می‌خورید از نوع کم نمک آن استفاده کنید.
- دانه‌های آفتابگردان، بادام، فندق غنی‌ترین منبع ویتامین B₆ در این گروه می‌باشند. برای دریافت مقدار توصیه شده ی روزانه ویتامین B₆ از مغز دانه‌ها و دانه‌های روغنی مصرف نمایید.
- حبوبات منبع خوبی از پروتئین، ویتامین‌ها و مواد معدنی هستند. بنابراین در وعده‌های غذایی اصلی (مثل صبحانه) خوراک‌هایی مثل عدسی و لوبیا پخته بخورید.
- برای افزایش مصرف حبوبات می‌توانید راهکارهای مختلفی همچون استفاده از حبوبات مثل لپه، عدس یا نخود در تهیه کوکو یا کتلت را به کار گیرید.
- ترکیب حبوبات با غلات ارزش پروتئینی بالایی دارد پس بهتر است بیشتر برنج را به صورت مخلوط با حبوبات مثل باقلا پلو، عدس پلو، ماش پلو، لوبیا چشم بلبلی با پلو و ... مصرف کنید.
- به مواد غذایی حاوی حبوبات (عدسی خوراک لوبیا و ...) چاشنی‌های حاوی ویتامین C مثل آبلیمو یا نارنج به منظور افزایش جذب آهن حبوبات، اضافه کنید. همچنین ترکیب حبوبات با گوشت هم باعث افزایش جذب آهن هر دو ماده غذایی می‌شود.

گروه متفرقه:

این گروه شامل انواع مواد قندی و چربی‌ها است. توصیه می‌شود افراد بزرگسال در برنامه غذایی روزانه از این گروه کمتر مصرف کنند.

انواع مواد غذایی این گروه عبارتند از:

- الف- چربی‌ها (روغن‌های جامد و روغن‌های مایع، پیه، دنبه، کره، خامه، سرشیر و سس‌های چرب مثل مایونز)
- ب- شیرینی‌ها و مواد قندی (مثل انواع مربا، شربت، قند و شکر، انواع شیرینی‌های خشک و تر، انواع پیراشکی، آب نبات و شکلات)
- پ- ترشی‌ها، شورها و چاشنی‌ها (انواع ترشی و شور، فلفل، نمک، زردچوبه، دارچین و غیره).
- ت- نوشیدنی‌ها (نوشابه‌های گازدار، چای، قهوه، انواع آب میوه‌های صنعتی و پودرهای آماده مثل پودر پرتقال و غیره).

چند توصیه:

- از مصرف روغن جامد پرهیز شود و از روغن مایع مخصوص پخت و پز برای پخت و پز استفاده شود.
- از حرارت دادن روغن‌ها با شعله بالا و به مدت طولانی خودداری و برای سرخ کردن از روغن مایع مخصوص سرخ کردن استفاده شود.
- مصرف چربی‌ها، شیرینی‌ها و چاشنی‌ها بسیار محدود شود.
- بهتر است از روغن‌های مناسب‌تر همچون زیتون و کنجد در پخت و پز و سالاد استفاده شود. لازم به ذکر است که در هنگام استفاده از این نوع روغن از شعله ملایم استفاده شود.
- مصرف نوشیدنی‌های ذکر شده در گروه متفرقه محدود شود و به جای آن‌ها نوشیدنی‌های سالم مثل آب، شیر، آب میوه تازه و دوغ کم نمک میل شود.

- برای رفع تشنگی، نوشیدن آب ساده بر هر آشامیدنی دیگری ترجیح دارد.
- مصرف غلات حجیم شده و چپیس به دلیل داشتن چربی و نمک زیاد باید محدود شود.
- نمک باید به میزان کم مصرف شود و از نوع نمک یددار تصفیه شده باشد.

نیازهای تغذیه‌ای در سنین مدرسه

نیازهای تغذیه‌ای

غذاها از مواد مغذی تشکیل شده‌اند و تغذیه صحیح یعنی خوردن غذای کافی و مناسب و دریافت مقدار لازم و کافی از هر یک از این مواد مغذی که برای حفظ سلامت به طور روزانه لازمند. این نیازها با توجه به شرایط جسمی، محیطی و فردی متفاوتند و براساس سن، جنس، شرایط فیزیولوژیک، اندازه بدن و میزان فعالیت فرد تعیین می‌شوند.

انرژی: دوران بلوغ شروع جهش رشد است. بنابراین، تأمین انرژی مورد نیاز بسیار ضروری است. میزان انرژی مورد نیاز دانش‌آموزان، به دلیل تفاوت در اندازه بدن، میزان تحرک و سرعت رشد آن‌ها متفاوت است و هر چه میزان تحرک و فعالیت بدنی دانش‌آموز بیشتر باشد به انرژی بیشتری نیاز دارد. کربوهیدرات‌ها که بیشتر در نان و غلات وجود دارند و همچنین چربی‌ها منابع تأمین‌کننده انرژی هستند.

پروتئین: پروتئین برای نگهداری و ترمیم بافت‌ها و ساختن سلول‌ها و بافت‌های جدید مورد نیاز است. ترکیبی از پروتئین حیوانی و گیاهی به شرط آنکه انرژی دریافتی دانش‌آموز کافی باشد می‌تواند نیاز بدن را برای رشد تأمین نماید. توصیه می‌شود حتی الامکان پروتئین حیوانی مانند پروتئین موجود در شیر، گوشت و تخم‌مرغ که پروتئین با کیفیت خوب محسوب می‌شوند در برنامه غذایی روزانه دانش‌آموز گنجانده شود.

در صورتی که در میان وعده نان و پنیر، نان و تخم‌مرغ، کتلت، انواع کوکوها مثل کوکوی سیب زمینی و یا کوکوی سبزی و یا شیر مصرف شود، بخشی از پروتئین مورد نیاز این سنین تأمین می‌شود.

ویتامین‌ها و املاح معدنی: ویتامین‌ها و املاح معدنی از طریق پنج گروه غذایی اصلی در برنامه غذایی روزانه باید به بدن برسند. برخی از ویتامین‌ها و املاح معدنی در دوران رشد نقش اساسی دارند و کمبود آن‌ها موجب اختلال رشد دانش‌آموز می‌شود. شایع‌ترین کمبودهای ویتامینی در این دوران، کمبود ویتامین A و D و شایع‌ترین کمبودهای املاح، کمبود ید، آهن، روی و کلسیم است.

اهمیت صرف صبحانه

نخوردن صبحانه می‌تواند اثرات منفی بر یادگیری دانش‌آموزان داشته باشد. در شرایط ناشتایی کوتاه مدت معمولاً سطح گلوکز خون به نحوی تنظیم می‌شود که به عملکرد طبیعی مغز لطمه وارد نشود و اگر مدت زمان ناشتایی طولانی‌تر باشد، به دلیل افت قند خون، مغز قادر به فعالیت طبیعی خود نیست و در نتیجه یادگیری و تمرکز حواس مختل می‌شود. دانش‌آموزانی که صبحانه نمی‌خورند بیشتر در معرض اضافه‌وزن و چاقی قرار دارند. نخوردن صبحانه و ناشتایی طولانی مدت، موجب افت قند خون شده و در نتیجه در وعده ناهار به علت گرسنگی و اشتهای زیاد، غذای بیشتری خورده می‌شود که در نهایت اضافه‌وزن و چاقی را به دنبال دارد.

نکته: برای این که دانش‌آموزان اشتهای کافی برای خوردن صبحانه داشته باشند باید شام را در ساعات ابتدای شب صرف کنند و حتی الامکان شب‌ها زودتر بخوابند تا صبح‌ها بتوانند زودتر بیدار شوند و وقت کافی برای خوردن صبحانه داشته باشند. اگر والدین صبحانه را به عنوان یک وعده غذایی مهم تلقی کنند و هر روز دور سفره صبحانه بنشینند، خود مشوق دانش‌آموزان برای صرف صبحانه خواهند بود. والدین باید سحرخیزی، ورزش و نرمش صبحگاهی و خوردن صبحانه در محیط گرم خانواده را به کودکان خود بیاموزند. غذاهایی مثل فرنی، شیربرنج، حلیم و عدسی از ارزش غذایی بالایی برخوردارند. این غذاها را می‌توان در وعده صبحانه به دانش‌آموزان داد. غذاهایی از قبیل نان و پنیر و گردو، نان و تخم‌مرغ و گوجه فرنگی، نان و کره و مربا، نان و کره و عسل، نان و کره و خرما، همراه با یک لیوان شیر، یک صبحانه سالم و مغذی برای دانش‌آموزان به‌شمار می‌روند. یکی از دلایل نخوردن صبحانه در دانش‌آموزان تکراری و یکنواخت بودن آن است. تنوع در صبحانه، دانش‌آموزان را به خوردن صبحانه تشویق می‌کند.

میان وعده‌ها

دانش‌آموزان علاوه بر سه وعده غذایی اصلی به میان وعده نیز نیاز دارند. در این سنین دانش‌آموزان باید برای نگه داشتن غلظت قند خون در حد طبیعی، هر ۴ تا ۶ ساعت غذا بخورند تا فعالیت سیستم عصبی و عملکرد مغز در حد مطلوب باقی بماند.

ارزش غذایی میان وعده‌ها باید در نظر گرفته شود. موادی چون چپیس، غلات حجیم شده ارزش غذایی کمی دارند. استفاده از انجیر خشک، توت خشک، بادام، پسته، گردو، برگه زردآلو و انواع میوه‌ها نظیر سیب، پرتقال، نارنگی، هلو، زردآلو، لیمو شیرین و... سبزی هائی نظیر هویج، کاهو، خیار و ساندویچ‌هایی مانند نان و پنیر و سبزی، انواع کوکو و کتلت، نان و پنیر و خرما، می‌تواند به عنوان میان وعده در برنامه غذایی دانش‌آموزان قرار گیرد.

نکات زیر را در تغذیه دانش‌آموزان به خاطر داشته باشید:

- انرژی و مواد مغذی مورد نیاز دانش‌آموزان در این سنین بستگی به اندازه بدن، سرعت رشد و میزان فعالیت آن‌ها دارد. بنابراین یک الگوی غذایی یکسان برای دانش‌آموزان نمی‌توان تعیین کرد.
- تشویق دانش‌آموزان به ورزش موجب سوختن کالری دریافتی روزانه، شادابی و جلوگیری از اضافه‌وزن و چاقی می‌شود.
- سرعت رشد دانش‌آموزان روز به روز در حال تغییر است بنابراین دریافت روزانه آن‌ها از نظر انرژی و مواد مغذی و به طور کلی مقدار غذای مصرفی آن‌ها روز به روز تغییر می‌کند.
- سوء تغذیه در این دوران موجب کاهش سرعت رشد جسمی، کوتاه‌قدی و کاهش قدرت یادگیری می‌شود.
- استرس ناشی از رفتار اولیاء و مربیان یا استرس‌های مربوط به امتحانات می‌تواند روی اشتها دانش‌آموزان اثر بگذارد. اگر این تأثیر موقت باشد مشکلی ایجاد نمی‌کند، ولی ادامه بی‌اشتهایی دانش‌آموزان می‌تواند مشکل آفرین باشد. در این صورت باید با شناسایی و رفع مشکل به دانش‌آموزان کمک شود. گاهی اوقات استرس موجب زیادخواری دانش‌آموزان می‌شود. در مورد دانش‌آموزان چاق این مساله مهم و قابل توجه است. آموزش مناسب و مشاوره با دانش‌آموزان می‌تواند تا حدودی مشکل آنان را کم کند.
- دانش‌آموزان رفتارهای غذایی والدین را الگوی خود قرار می‌دهند. بنابراین امتناع والدین از خوردن برخی از غذاها موجب می‌شود که دانش‌آموزان نیز آن غذاها را هر چند که دارای ارزش غذایی بالایی باشند، نخورند.

مقایسه میزان مورد نیاز مواد غذایی بر حسب گروه های غذایی برای گروه سنی ۱۸-۵ سال

		واحد های مورد نیاز			گروه‌های
		۱۸-۱۲ سال	۶-۱۱ سال	۵ سال	
این گروه شامل انواع نان بخصوص نوع سبوس دار (سنگگ، نان جو ...) نان های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته ها، غلات صبحانه و فرآورده های آنها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است.	یک کف دست بدون انگشت (معادل ۳۰ گرم) انواع نان ها مثل نان بربری، سنگگ یا ۴ کف دست نان لواش (معادل ۳۰ گرم) یا نصف لیوان برنج یا ماکارونی پخته یا ۳ عدد بیسکویت ساده بخصوص سبوس دار	۹-۱۱	۶-۱۱	۶	نان و غلات
بهتر است نان و غلات سبوس دار را به دلیل تامین فیبر مورد نیاز در الویت قرار دهیم.					

<p>این گروه شامل انواع سبزی های برگ دار، هویج، بادمجان، نخود سبز، انواع کدو، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز، کرفس، ریواس و سبزیجات مشابه دیگر است</p>	<p>یک لیوان سبزی های خام برگی یا نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده یا یک عدد گوجه فرنگی، پیاز، هویج یا خیار متوسط یا نصف لیوان آب هویج یا نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و یا هویج خرد شده</p>	۵-۴	۲-۳	۲	سبزی ها
<p>این گروه شامل انواع میوه مثل سیب، موز، پرتقال، خرما، انجیر تازه، انگور، برگه آلو، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه ها و میوه های خشک مثل انجیر خشک، کشمش، برگه آلو، می باشد.</p>	<p>یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی و ...) یا نصف لیوان میوه های ریز مثل توت، انگور، دانه های انار یا نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه یا یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار یا نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی و در مورد میوه های شیرین مانند آب انگور یک سوم لیوان</p>	۳-۴	۲-۳	۲	میوه ها
<p>مواد این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک می باشد.</p>	<p>یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (کمتر از ۲/۵ درصد) یا ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر (دو قوطی کبریت پنیر) یا یک چهارم لیوان کشک مایع یا ۲ لیوان دوغ یا یک ونیم لیوان بستنی پاستوریزه</p>	۳	۲-۳	۲	شیر و لبنیات
<p>مواد این گروه شامل انواع گوشت های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) تخم مرغ است.</p>	<p>۶۰ گرم گوشت (یا دو تکه خورشتی) لخم و بی چربی پخته اعم از گوشت قرمز یا سفید (به اندازه سایز دو تکه جوجه کبابی یا دو قوطی کبریت کوچک)</p>	۲	۱-۲		گروه گوشت و تخم مرغ

	یا نصف ران متوسط یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) یا ۶۰ گرم گوشت ماهی پخته شده (کف دست بدون انگشت) یا دو عدد تخم مرغ			۲	
مواد این گروه شامل انواع حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه و ...) و مغز دانه ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و ...) است.	نصف لیوان حبوبات پخته در توصیه ها نوشته یک لیوان یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه)	۱	۱		گروه حبوبات و مغزها دانه ها

توجه: برای کودکان ۵ سال گوشت ، تخم مرغ، حبوبات و مغز دانه در یک گروه قرار دارند و کودکان ۵ سال روزانه باید دو واحد از این گروه استفاده کنند

تغذیه در دوران بلوغ

مقدمه

سنین بین ۱۲ تا ۱۸ سالگی دوره نوجوانی نامیده می‌شود که مانند پلی دوران کودکی را به بزرگسالی متصل می‌کند. در این دوران از نظر جسمی و روحی تغییراتی ایجاد می‌شود که حاصل آن بلوغ جسمی و احساس استقلال در زندگی است. اصطلاح بلوغ به رشد جسمی سریع، تغییر در ترکیب بدن و بلوغ جنسی که در نهایت باروری را به دنبال دارد، اشاره می‌کند. برای تعیین نیازهای تغذیه‌ای نوجوانان و تنظیم برنامه غذایی آنها لازم است با الگوی رشد و تکامل در دوره نوجوانی آشنا شویم. در دوران بلوغ به علت افزایش سرعت رشد، نیازهای تغذیه‌ای افزایش می‌یابد و مقدار توصیه شده روزانه برای هریک از مواد مغذی به گونه‌ای است که ضمن تأمین نیاز برای جهش رشد نوجوانی، سلامت بدن را نیز حفظ می‌نماید.

اهمیت تغذیه دختران

دختران امروز مادران فردا و کلید سلامتی نسل کنونی و آینده می‌باشند. تمام مطالعات انجام شده نشان داده است که بسیاری از مشکلات دوران بارداری و تولد نوزادان نارس ارتباط مستقیم با وضع تغذیه مادر در زمان قبل از بارداری و سنین قبل از ازدواج دارد. دخترانی که زندگی خود را با تغذیه ناکافی در دوران کودکی همراه با بیماری شروع کرده و به دوره نوجوانی پا می‌گذارند، از یک طرف به علت کمبودهای تغذیه‌ای با کاهش قدرت یادگیری، افت تحصیلی، افزایش ابتلا به بیماری‌ها و کاهش توانمندی ذهنی و جسمی مواجه هستند و از سوی دیگر، پس از ازدواج نمی‌توانند دوران بارداری و شیردهی خوبی داشته باشند زیرا ذخایر بدنی مادر در دوران بارداری و شیردهی مصرف می‌شود و باعث تشدید سوء تغذیه او می‌گردد. در نتیجه، سوء تغذیه علاوه بر مادر گریبانگیر فرزندش نیز می‌شود.

به طور کلی مطالعات انجام شده نشان داده است که در دخترانی که از زمان تولد تا بلوغ غذای متعادل و کافی مصرف کرده اند در هنگام بارداری و زایمان با مشکلات کم تری روبه رو هستند. اندازه لگن بستگی به قد دارد و لگن در دخترانی که خوب تغذیه شده اند به شکلی است که وضع حمل آسان تر انجام می‌شود. در زنانی که در دوران کودکی به علت کمبود ویتامین D مبتلا به راشی تیسم شده اند، لگن تغییر شکل داده و زایمان آن‌ها اغلب با سزارین همراه است.

به علت کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن ذخایر آهن بدن آن‌ها تخلیه می‌شود. این دختران اغلب پس از ازدواج و در دوران بارداری از کمبود آهن شدید رنج می‌برند و در این مادران نه تنها خطر مرگ و میر به علت خونریزی هنگام زایمان افزایش می‌یابد بلکه نوزادانی که به دنیا می‌آورند کم وزن یا نارس بوده و ذخایر آهن کافی ندارند. کم خونی فقر آهن در دوران بارداری و ۲ سال اول زندگی اثرات جبران ناپذیری بر رشد و تکامل مغزی کودکان دارد و موجب کاهش بهره هوشی به میزان ۵ تا ۱۰ امتیاز می‌شود.

تغییرات فیزیولوژیک

بلوغ دوره‌ای از رشد و تکامل سریع می‌باشد که در آن دانش‌آموز از لحاظ فیزیکی بالغ شده و توانایی تولید مثل را پیدا می‌کند. به طور کلی دختران زودتر از پسران وارد مرحله بلوغ می‌شوند. منارک (شروع قاعدگی) اغلب به عنوان علامت بلوغ در دختران در نظر گرفته می‌شود. قاعدگی به طور متوسط در سن ۱۲/۵ سالگی اتفاق می‌افتد. با این حال شروع آن می‌تواند بین سنین ۹ تا ۱۷ سالگی باشد.

رشد قدی

در شروع دوره بلوغ (۱۰ سالگی در دختران و ۱۲ سالگی در پسران)، دختران و پسران در حدود ۸۴٪ قد مورد انتظار خود را به دست آورده‌اند. پس از آن دختران در سن ۱۳ سالگی و پسران در سن ۱۵ سالگی به ۹۵٪ قد مورد انتظار خود دست یافته‌اند. در طول دوران بلوغ میزان افزایش قد دخترها در حدود ۱۵ سانتی متر است. در پسران حداکثر رشد قدی در حدود ۱۴ سالگی اتفاق می‌افتد. در دوره بلوغ پسرها به طور متوسط ۲۰ سانتی متر افزایش قد دارند.

رشد وزنی

میزان افزایش وزن در دوره بلوغ به موازات افزایش قد می‌باشد. از سن ۱۰ تا ۱۷ سالگی دخترها به طور متوسط ۱۵ کیلوگرم افزایش وزن دارند که معادل ۴۲ درصد وزن آن‌ها در بزرگسالی است. در همین مدت، پسرها به طور متوسط حدود ۲۰ کیلوگرم افزایش وزن دارند که معادل ۵۱ درصد وزن آن‌ها در بزرگسالی است.

ارزیابی وضعیت تغذیه در نوجوانی

بهترین و حساس‌ترین راه برای ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای در دوره بلوغ، پایش رشد است. با اندازه‌گیری قد و محاسبه BMI و ثبت آن بر منحنی رشد استاندارد، به همان طریقی که در بخش پایش رشد گفته شد، می‌توان وضعیت تغذیه و رشد نوجوانان را ارزیابی نمود.

نیازهای تغذیه‌ای دوران بلوغ

انرژی

نیاز به انرژی در نوجوانان در سنین بلوغ به دلیل متفاوت بودن سرعت رشد و میزان فعالیت جسمی متفاوت است. نیاز به انرژی در پسران نوجوان زیاده‌تر است زیرا افزایش سرعت رشد پسران بیشتر بوده و عضلات آنان بیشتر از دختران است.

پروتئین

در دوران بلوغ بدن برای رشد به پروتئین نیاز دارد نوجوانان باید در برنامه غذایی روزانه خود از منابع پروتئین حیوانی [گوشت، تخم‌مرغ، شیر و لبنیات کم‌چرب (کم‌تر از ۲/۵٪ چربی)] و پروتئین گیاهی (حبوبات و غلات) بیشتر استفاده نمایند. برای افزایش ارزش غذایی بهتر است پروتئین‌های حیوانی و گیاهی همراه هم (مثلاً نان و تخم‌مرغ، نان و شیر، شیر برنج، ماکارونی با پنیر، نان و پنیر، نان و ماست) و یا دو نوع پروتئین گیاهی از منبع غلات و حبوبات با هم و هم زمان (مثلاً عدس پلو، لوبیا پلو، عدسی با نان، لوبیا با نان) مصرف گردند. انواع مغز دانه‌ها (از نوع کم نمک) نیز منبع خوبی از پروتئین هستند و به عنوان میان وعده، بخشی از پروتئین مورد نیاز را تأمین می‌کنند. البته مغز دانه‌ها علاوه بر پروتئین حاوی مقادیر زیادی چربی هم هستند و در مصرف آن‌ها باید اعتدال رعایت شود.

ویتامین‌ها و املاح

نوجوانان باید با مصرف روزانه پنج گروه اصلی غذایی ویتامین‌ها و املاح مورد نیاز خود را تأمین نمایند. کمبود برخی ویتامین‌ها و املاح از جمله ویتامین A و D، آهن، روی و کلسیم در نوجوانان بویژه دختران نوجوان شایع‌تر است.

اضافه‌وزن و چاقی

مقدمه

دوران بلوغ نه تنها با جهش رشد جسمی بلکه با تغییرات خلق و خو و تحولات عاطفی و روانی همراه است. در این مرحله نوجوانان شناخت هویت و کسب استقلال را تجربه می‌کنند. در این دوران توجه آن‌ها به حفظ ظاهر و تناسب اندام بیشتر جلب می‌شود و این عوامل، رفتارهای غذایی نوجوانان را به شدت تغییر می‌دهد. حذف بعضی از وعده‌های غذایی، مصرف تنقلات، غذا خوردن خارج از منزل و علاقه به مصرف غذاهای غیرخانگی از ویژگی‌های عادات غذایی دوران نوجوانی است که متأثر از خانواده، دوستان و رسانه‌های جمعی است.

اضافه‌وزن و چاقی در دانش‌آموزان یکی از مهم‌ترین عوامل خطر ساز برای فشار خون بالا، دیابت و چربی خون بالا در بزرگسالی است. عادات غذایی غلط از جمله مصرف بی‌رویه فست‌فودها (سوسیس، کالباس، همبرگر، پیتزا، سیب‌زمینی سرخ کرده) چیپس، غذاهای چرب و سرخ شده، نوشابه‌های گازدار (که حاوی مقدار زیادی قند هستند)، شیرینی و شکلات، مصرف کم سبزی‌ها و میوه‌ها، و بی‌حرکی از دلایل مهم اضافه وزن و چاقی در دانش‌آموزان هستند.

توصیه‌های تغذیه‌ای برای دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن و چاقی

تغییر و اصلاح غذایی

- تأکید بر مصرف صبحانه: دانش آموزانی که صبحانه نمی‌خورند در وعده ناهار به دلیل افت قند خون، اشتهای زیادی برای غذا خوردن دارند و در نتیجه با خوردن غذای اضافی دچار اضافه‌وزن و چاقی می‌شوند.
- مصرف روزانه حداقل دو میان وعده غذایی مناسب مانند: میوه، نان و پنیر، نان و خیار و گوجه فرنگی و ...
- صرف غذا به همراه خانواده و تشویق آن‌ها به کاهش مصرف غذاهای غیر خانگی
- مصرف بیشتر سبزی و سالاد در وعده غذایی
- خودداری از مصرف غذا یا تنقلات هنگام تماشای تلویزیون
- استفاده از چاشنی‌های سالم مانند آبلیمو، آب نارنج، روغن زیتون به جای سس مایونز که حاوی چربی زیادی است و یا استفاده از سس‌های رژیمی کم‌چرب به مقدار کم
- محدود کردن مصرف غذاهای چرب، سرخ شده و تنقلات پرکالری و پر چرب مانند سیب زمینی سرخ شده، غلات حجیم شده، شکلات، کیک‌های خامه‌ای و شکلاتی، بستنی، شیرکاکائو، آجیل و ...
- نوشیدن آب یا دوغ کم نمک و بدون گاز و یا آب میوه طبیعی و بدون قند به جای نوشابه. نوشابه‌های گازدار حاوی مقادیر زیادی قند هستند؛ یک بطری ۳۰۰ میلی‌لیتری نوشابه حدود ۲۸ گرم (دو قاشق غذاخوری) شکر دارد.
- مصرف شیر و لبنیات کم چرب (کم تر از ۲/۵٪ چربی)
- محدود کردن مصرف کره، سرشیر، خامه و سس مایونز که حاوی چربی زیادی هستند. به جای ماست پرچرب و ماست خامه‌ای از ماست کم چرب و به جای پنیر خامه‌ای از پنیر معمولی استفاده شود.
- مصرف میوه یا آب‌میوه تازه و طبیعی به جای آب‌میوه آماده و تجاری. به آب‌میوه آماده و تجاری معمولاً مقداری قند اضافه شده است. به جای آن‌ها بهتر است از آب میوه تازه و طبیعی که در منزل تهیه می‌گردد استفاده شود. به طور کلی مصرف میوه بهتر از آب آن است چون حاوی فیبر غذایی است که در پیشگیری از اضافه‌وزن و چاقی موثر است.
- در برنامه غذایی نوجوانان، روزانه از سبزی‌های تازه یا پخته و میوه تازه استفاده شود.
- مصرف غذاهای فیبر دار مانند نان سبوس‌دار (نان سنگک)، بیسکویت ساده و سبوس‌دار، خشکبار و میوه‌های خشک، میوه‌ها و سبزی‌های خام (مثل هویج، کاهو، کرفس، گل کلم و...)، فیبر موجود در نان سبوس‌دار، سبزی و میوه‌ها، جذب چربی و مواد قندی را در روده کاهش می‌دهند.
- محدود کردن غذا خوردن در رستوران. غذاهای رستورانی اغلب چرب و پر نمک هستند.
- محدود کردن مصرف فست‌فودها مثل سوسیس، کالباس و پیتزا که حاوی چربی زیادی هستند و افراط در مصرف آن‌ها موجب اضافه‌وزن و چاقی می‌شود.

تحرک و فعالیت بدنی

- تشویق نوجوانان برای انجام ورزش‌هایی مثل دو چرخه سواری، دویدن، دویدن تند، شنا کردن
- تشویق برای شرکت در کارهای منزل مثل تمیز کردن خانه، انجام کارهای باغچه، آب دادن به گل‌دان‌ها در منزل، مرتب کردن وسایل شخصی، نظافت اتاق و موارد مشابه.
- محدود کردن استفاده از بازی‌های رایانه‌ای، تماشای تلویزیون به کم تر از ۲ ساعت در روز
- استفاده از پله به جای آسانسور، دانش‌آموزان را تشویق کنید که به جای آسانسور از پله استفاده کنند.
- تشویق برای پیاده روی تا مدرسه، امروزه خانواده‌ها بیشتر از سرویس نقلیه برای رفت و آمد دانش‌آموزان استفاده می‌کنند و به این دلیل تحرک و فعالیت بدنی دانش‌آموزان کاهش یافته است، تشویق آن‌ها به پیاده روی در فرصت‌های مناسب مثلاً رفتن برای خرید، رفتن به مدرسه در صورت نزدیک بودن فاصله آن از منزل به افزایش تحرک بدنی دانش‌آموزان کمک می‌کند.
- تشویق برای بازی با همسالان در فضاهای مناسب مثل پارک‌ها، ورزشگاه‌ها و ...

• تشویق برای انجام ورزش‌هایی که کالری بیشتری می‌سوزانند مثل فوتبال، والیبال، بسکتبال، شنا و تنیس

• تشویق برای فعالیت‌های بیرون از خانه مثل رفتن به پارک و...

• روزانه ۶۰ دقیقه فعالیت ورزشی برای نوجوانان توصیه می‌شود. نوجوانانی که دارای اضافه وزن هستند یا چاق می‌باشند بهتر است بیشتر از ۶۰ دقیقه در روز فعالیت بدنی داشته باشند و مدت فعالیت بدنی خود را به تدریج افزایش دهند.

• والدین باید بدانند که بیشتر از ۲ ساعت فعالیت نشسته مثل تماشای تلویزیون یا بازی‌های رایانه‌ای در دانش‌آموزان صحیح نیست.

• شدت ورزش باید به تدریج اضافه شود. در صورتی که نوجوانان فعالیت ورزشی را شروع می‌کنند، باید از فعالیت‌های سبک تر و مدت زمان کوتاه تر شروع کرده و به تدریج مدت آن را افزایش دهند.

• بعد از خوردن غذا به مدت یک ساعت ورزش نکنند. به دلیل ای نکه ورزش کردن نیاز به انرژی دارد پس از غذا خوردن اگر ورزشی صورت بگیرد سو هاضمه ایجاد می‌شود.

• تشویق خانواده به آماده کردن وسایل لازم برای ورزش کردن

• والدین باید فرصت‌های مناسب و حمایت‌های بیشتر برای فعال بودن نوجوانان مثل (پیاده روی، دوچرخه سواری، استفاده از پله و جست و خیز کردن) را فراهم نمایند و برای ورزش‌های منظم‌تر مانند فوتبال آن ها را حمایت کنند.

• نوع فعالیت ورزشی باید با نظر نوجوانان و مناسب با سن و توانایی بدنی آن ها باشد.

• تشویق خانواده برای فعالیت بیشتر مثل پیاده روی، رفتن با دوچرخه برای خرید، پارک رفتن با خانواده، رفتارهای والدین و اعضای خانواده نقش مهمی در تحرک و فعالیت بدنی دانش‌آموزان دارد. اگر والدین

برای رفتن به جاهای نزدیک به جای استفاده از وسیله نقلیه پیاده روی کنند دانش‌آموزان نیز یاد می‌گیرند که این گونه رفتار کنند و فعالیت و تحرک بدنی را بخش مهمی از زندگی بدانند.

عوارض رژیم‌های غذایی کاهش وزن

رژیم غذایی که با حذف کردن وعده‌های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می‌شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است. در دوره بلوغ این گونه رژیم‌های غذایی غلط برای کاهش وزن، علاوه بر اختلال رشد، کمبودهای تغذیه‌ای، اختلالات قاعدگی در دختران، ضعف و خستگی، گیجی، افسردگی، تحریک‌پذیری، بیوست، نداشتن تمرکز حواس و اشکال در خوابیدن را به دنبال دارد. تنفس بدبو، ریزش مو و خشکی پوست از عوارض رژیم‌های غذایی با محدودیت شدید کالری است. افزایش خطر ابتلا به سنگ کیسه صفرا نیز از عوارض جدی‌تر این گونه رژیم‌های غذایی است. متأسفانه تأخیر رشد و تأخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه قدی غیر قابل جبران نمود می‌یابد که در اثر کمبود مواد مغذی بویژه ریزمغذی‌ها ایجاد می‌شود.

ریز مغذی‌ها

آهن

آهن یک ماده مغذی مورد نیاز برای ادامه حیات است. کمبود آهن و کم‌خونی ناشی از آن شایع‌ترین کمبود تغذیه‌ای در جهان می‌باشد. افراد زیادی بدون این که علائم واضح کم‌خونی را داشته باشند از عوارض زیان بار کمبود آهن رنج می‌برند.

عوارض ناشی از کم‌خونی فقر آهن در دانش‌آموزان

آهن کافی برای حفظ سلامت، رشد مطلوب و فراهم ساختن زمینه مناسب برای یادگیری در دوران تحصیلی ضروری است. دانش‌آموزانی که دچار کم‌خونی فقر آهن هستند، همیشه احساس خستگی و ضعف می‌کنند. این دانش‌آموزان اغلب از ورزش و فعالیت‌های بدنی دوری می‌کنند و یا در هنگام ورزش خیلی زود خسته می‌شوند. در این افراد تغییرات رفتاری به صورت بی‌حوصلگی و بی‌تفاوتی مشاهده می‌شود. کم‌خونی فقر آهن به علت تأثیر بر قدرت یادگیری و کاهش آن، افت تحصیلی دانش‌آموزان را باعث می‌شود.

پیشگیری و کنترل کم‌خونی فقر آهن

۱) آموزش تغذیه و ایجاد تنوع غذایی

آهن در منابع غذایی حیوانی و گیاهی وجود دارد. جذب آهن از منابع غذایی حیوانی تنها اندکی تحت تأثیر غذا و ترشحات دستگاه گوارش قرار می‌گیرد و ممکن است به میزان ۲۰ تا ۳۰ درصد هم جذب شود. در حالی که جذب آهن از منابع غذایی گیاهی تحت تأثیر مواد غذایی است و جذب آن حداکثر حدود ۵ تا ۸ درصد است. در صورتی که منابع غذایی آهن همراه با منابع غذایی حاوی ویتامین C مصرف شود جذب آن ۲ تا ۳ برابر بیشتر می‌شود.

منابع غذایی آهن

- بهترین منبع غذایی آهن جگر و پس از آن گوشت قرمز (کاو و گوسفند)، مرغ و ماکیان و ماهی است.
- حبوبات، انواع مغز دانه‌ها (پسته، بادام، گردو، فندق و...) از منابع خوب آهن هستند.
- سبزیجات برگ سبز تیره مثل جعفری، برگ‌های تیره کاهو، برگ چغندر نیز از منابع خوب آهن هستند. جذب آهن موجود در اسفناج به دلیل وجود اکزالات در آن، کم است.
- انواع خشکبار مثل برگه هلو، آلو و زرد آلو، توت خشک، انجیر خشک، خرما، کشمش، میوه‌های خشک
- نان‌های غنی‌شده با آهن. در کشور ما انواع نان‌های تافتون، بربری و لواش با آهن و اسید فولیک غنی می‌شوند.
- زرده تخم‌مرغ حاوی مقداری آهن است اما آهن موجود در زرده تخم‌مرغ نیز از قابلیت جذب کمی برخوردار است.

۲) آهن یاری

بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت، با توجه به شیوع بالای کم‌خونی فقر آهن در دختران سنین بلوغ و برای پیشگیری و کنترل آن در این سنین لازم است کلیه دختران دبیرستانی در هر سال تحصیلی به مدت ۱۶ هفته (۴ ماه)، هر هفته یک عدد قرص آهن (فروس سولفات یا فرس فومارات یا فر فولیک) به صورت منظم مصرف کنند. تحقیقات انجام شده در کشور ما نشان داده است که با مصرف ۱۶ عدد قرص آهن در مدت ۴ ماه از هر سال تحصیلی شیوع و شدت کم‌خونی فقر آهن و عوارض ناشی از آن از جمله افت تحصیلی و کاهش قدرت یادگیری به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد. نکته مهم این است که مصرف قرص‌های آهن گفته شده (این تعداد و این دوز از قرص آهن) تنها برای پیشگیری از کم‌خونی فقر آهن است نه درمان آن و در صورت ابتلا به کم‌خونی فقر آهن مراجعه به پزشک ضروری است.

- به والدین توصیه شود برای پیشگیری از کم‌خونی فقر آهن به کودکان ۷ تا ۱۴ سال هم (چه دختر و چه پسر) طی یک دوره ۳ ماهه در هر سال (۱۲ هفته)، به طور هفتگی یک عدد قرص آهن داده شود.
- پسران در سنین بلوغ (۱۹-۱۵ سال) هم مانند دختران، در معرض خطر کمبود آهن و کم‌خونی ناشی از آن قرار دارند. به والدین توصیه کنید برای پیشگیری و کنترل کم‌خونی فقر آهن در این گروه، آن‌ها را تشویق کنند که به طور هفتگی یک عدد قرص آهن به مدت ۱۶ هفته در سال (۴ ماه) و در طی سال‌های بلوغ مصرف کنند.

۳) کنترل بیماری‌های عفونی و انگلی

ابتلا به بیماری‌های عفونی موجب کاهش اشتها شده و در نتیجه دریافت مواد مغذی از جمله آهن کاهش می‌یابد. از سوی دیگر، بیماری‌های عفونی در جذب و استفاده بدن از مواد مغذی اختلال ایجاد می‌کند و درمان به موقع و مناسب می‌تواند دوره عفونت و شدت آن را کاهش دهد.

رعایت اصول بهداشت فردی از جمله شستن کامل دست‌ها با آب و صابون قبل از تهیه و مصرف غذا و پس از اجابت مزاج، همچنین شستن و ضدعفونی سبزی‌ها قبل از مصرف به منظور جلوگیری از ابتلا به آلودگی‌های انگلی، از دیگر اقداماتی است که در آموزش دانش‌آموزان باید مورد تأکید قرار گیرد.

۴) غنی سازی مواد غذایی

نان یکی از مواد غذایی است که کشورها از سالیان پیش اقدام به غنی سازی آن با آهن و سایر املاح و ویتامین‌ها نموده‌اند. برخی از کشورها مواد غذایی دیگری مانند بیسکویت، کیک، کلوچه و سایر مواد غذایی مصرفی دانش‌آموزان را نیز با آهن و مواد مغذی دیگر غنی کرده‌اند و در برنامه تغذیه مدارس از آن استفاده می‌کنند. در کشور ما غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک از سال ۱۳۸۷ به صورت ملی در کل کشور آغاز شده است و کلیه نان‌های تافتون، لواش و بربری با آهن و اسید فولیک غنی می‌شوند.

کلسیم

کلسیم فراوان‌ترین ماده معدنی در بدن است که نقش مهمی در ساختمان دندان‌ها و استخوان دارد.

منابع غذایی کلسیم

کلسیم در مواد غذایی زیادی وجود دارد. شیر و لبنیات (ماست، پنیر، کشک و بستنی) به خاطر کلسیم کافی و آسانی هضم از بهترین منابع کلسیم می‌باشند. نکته مهم این است که اگر شیر و لبنیات از رژیم غذایی حذف شود حجم غذاهای دیگر که بتوانند همان مقدار کلسیم را تأمین کنند بقدری زیاد است که استفاده از آن‌ها را مشکل می‌کند.

سبزی‌های برگ دار سبز تیره مثل کلم، کاهو و شلغم منابع خوب کلسیم با قابلیت جذب خوب هستند. حبوبات نیز کلسیم دارند. اما مقدار کلسیم جذب شده از منابع گیاهی به خاطر اسید فیتیک و فیبر آن‌ها کاهش می‌یابد. ماهی‌های با استخوان کنسرو شده مثل ماهی کیلکا و ساردین منابع خوب کلسیم هستند به شرط این که استخوان‌های آن‌ها نیز مصرف شود. بادام، کنجد و انجیر خشک نیز حاوی کلسیم است.

ویتامین D

ویتامین D به عنوان ویتامین آفتاب شناخته شده است. زیرا مقدار تماس معمولی با نور خورشید برای بیشتر مردم جهت تولید ویتامین D مورد نیاز آن‌ها با استفاده از نور ماوراء بنفش خورشید و کلسترول پوست کافی است. ویتامین D برای جذب کلسیم لازم است و در صورت کمبود ویتامین D، کمبود کلسیم نیز ایجاد می‌شود.

- مکمل یاری ویتامین دی از سال ۹۳ در مدارس دوره اول متوسطه و دوره دوم متوسطه شروع شده است. برای دانش‌آموزان دوره اول و دوم متوسطه بر اساس بخشنامه‌های ارسالی، لازم است مکمل ویتامین "د" (قرص ژله ای ۵۰۰۰۰ واحدی) به صورت ماهیانه یک عدد و به مدت ۹ ماه متوالی، به دانش‌آموزان دختر و پسر داده شود.

منابع ویتامین D

بیشتر افراد از طریق تابش نور خورشید بر پوست مقدار کافی ویتامین D به دست می‌آورند. لباس، دود، گرد و غبار، شیشه پنجره، هوای ابری، هوای آلوده و کرم‌های ضد آفتاب مانع رسیدن اشعه ماوراء بنفش به بدن و تبدیل پیش‌ساز به ویتامین D می‌شوند. در افراد تیره پوست در مقایسه با کسانی که پوست روشن دارند ویتامین D کم‌تری ساخته می‌شوند. افرادی که شب‌کار هستند و روزها می‌خوابند، کسانی که در آب و هوای سرد زندگی می‌کنند و مجبورند داخل منزل بمانند و اشخاصی که تمام بدن خود را با لباس می‌پوشانند بیشتر در معرض خطر کمبود ویتامین D قرار دارند. به طور طبیعی ویتامین D در محصولات حیوانی مثل زرده تخم‌مرغ، خامه، جگر و کره به مقدار کمی وجود دارد.

نکته: شیر یک غذای انتخابی مناسب برای غنی‌سازی با ویتامین D است. در صورتی که شیر غنی شده با ویتامین D در دسترس باشد با مصرف آن بخشی از ویتامین مورد نیاز بدن تأمین می‌شود.
نکته: در صورتی که صورت و دست‌ها به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه و به مدت ۲ تا ۳ بار در هفته در ماه‌های زمستان در معرض نور مستقیم آفتاب قرار گیرد، ویتامین D مورد نیاز بدن تأمین می‌شود. اما جهت اجتناب از اثرات زیان بار نور خورشید بخصوص در تابستان در ساعات نزدیک ظهر (۱۱ صبح تا ۱۶ عصر) از مواجهه با نور خورشید اجتناب شود.

ویتامین های گروه B

در دوران بلوغ به دلیل افزایش نیاز به انرژی، نیاز به ویتامین های گروه B افزایش می یابد. این ویتامین ها برای آزاد شدن انرژی از کربوهیدرات ها لازم هستند. بنابراین ویتامین های گروه B مانند: B1, B2, B6, B12 و.... باید در دوران بلوغ بیشتر مصرف شوند. این گروه ویتامین ها در گوشت قرمز، ماهی، جگر، دل، قلوه، تخم مرغ، شیر و لبنیات وجود دارد.

ویتامین C

نوجوانان باید هر روز از منابع غذایی غنی از ویتامین C مانند انواع مرکبات، گوجه فرنگی، انواع فلفل سبز، کلم، گل کلم، سیب زمینی، شلغم، ترب، پیاز، طالبی، کاهو و انواع سبزی های تازه مصرف نمایند. نوجوانانی که میوه و سبزی تازه در برنامه غذایی روزانه خود مصرف نمی کنند اغلب با کمبود ویتامین C مواجه می شوند. ویتامین C برای مقاومت بدن در مقابل بیماری ها ضروری است. بنابراین باید نوجوانان را تشویق نمود که هر روز میوه و سبزی تازه و خام مصرف کنند. سبزی های پخته و میوه هایی که به شکل کمپوت درآمده اند ویتامین C کافی ندارند چون این ویتامین در اثر حرارت از بین می رود. در طول سال های رشد سریع، میزان نیاز به املاحی از قبیل کلسیم، آهن، روی، منیزیم تا دو برابر افزایش می یابد.

روی

روی برای ساخت پروتئین ضروری است. بنابراین در رشد و تکامل طبیعی، تولید مثل، بلوغ جنسی، حس چشایی، سلامت پوست و تقویت سیستم ایمنی بدن لازم است. کمبود روی باعث از دست دادن حس چشایی، بی‌اشتهایی و تأخیر در التیام زخم‌های پوستی می‌شود.

منابع غذایی روی

منابع خوب روی عبارتند از جگر، گوشت قرمز، مرغ، ماکیان و ماهی، شیر و لبنیات (ماست، دوغ، پنیر، کشک و بستنی)، دانه کامل غلات، حبوبات و مغزها (آجیل). به طور کلی قابلیت جذب روی از منابع غذایی حیوانی بیشتر است.

غلات سبوس‌دار، حبوبات و آجیل هم حاوی روی هستند، ولی در عین حال حاوی اسید فیتیک و فیبر و مواد دیگری هم که در جذب روی اختلال به وجود می‌آورند نیز هستند. میوه‌ها و سبزی‌ها حاوی روی کمی هستند.

روی موجود در پروتئین گیاهی مانند سویا کم‌تر از پروتئین حیوانی جذب می‌شود.

ید و اهمیت آن

ید یک عنصر طبیعی مورد نیاز برای زندگی است که باید به طور روزانه مصرف شود. گواتر حداقل اختلالی است که در اثر کمبود ید بوجود می‌آید. بزرگی غده تیروئید را گواتر می‌نامند. فرد مبتلا به گواتر فعالیت کمتری نسبت به افراد طبیعی دارد. اختلالات مهم دیگری که در اثر کمبود ید بروز می‌کند، عقب ماندگی‌های جسمی و ذهنی، کاهش بهره هوشی، اختلالات عصبی و روانی، مرده‌زایی، لوچی چشم، کر و لالی مادرزادی، افت تحصیلی و کاهش مقاومت بدن در مقابل بیماری‌ها می‌باشد.

پیشگیری از کمبود ید

بهترین روش پیشگیری از عوارض ناشی از کمبود ید استفاده از نمک‌های یددار تصفیه شده است. طعم و بوی نمک یددار تصفیه شده مشابه نمک معمولی است و به همان طریق هم مصرف می‌شود. با مصرف روزانه نمک یددار می‌توان از گواتر و سایر اختلالات ناشی از کمبود ید جلوگیری کرد. هر فرد، جوان یا پیر، بیمار یا سالم به طور روزانه به ید نیاز دارد. نمک یددار را نباید به مدت طولانی در معرض نور خورشید و یا رطوبت قرار داد چون ید آن از دست می‌رود. نمک یددار را باید در ظرف بدون منفذ نگهداری کرد. نگهداری نمک یددار در ظروف شیشه‌ای و بی رنگ نیز موجب کاهش ید آن می‌شود. بنابراین باید نمک یددار را در ظروف شیشه‌ای رنگی نگهداری کرد. باید توجه داشت که برای پیشگیری از فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی و عروقی باید نمک کم مصرف شود اما همان مقدار کم نیز باید یددار و تصفیه شده باشد.

ویتامین A

ویتامین A از ویتامین‌های محلول در چربی است که در منابع حیوانی و گیاهی یافت می‌شود. بتاکاروتن که پیش‌ساز ویتامین A است در تمام گیاهان زرد مثل زردک، هویج، فلفل زرد و قرمز، کدو تنبل، کدو حلواپی و میوه‌هایی مثل هلو، آلو، زردآلو، انبه، موز، طالبی، خرمالو، نارنگی وجود دارد. ویتامین A و بتاکاروتن برای جذب به چربی نیاز دارند. ویتامین A برای بینایی، قدرت دید در تاریکی، رشد، نمو و سلامت پوست لازم است و کمبود آن موجب شب‌کورگی، اختلال در رشد و کاهش مقاومت بدن در مقابل بیماری‌ها می‌شود.

منابع غذایی ویتامین A و پیش‌ساز آن

منابع حیوانی

- روغن کبد ماهی که غنی‌ترین منبع ویتامین A است و معمولاً به صورت مکمل مصرف می‌شود.
- جگر حیوانات مثل گاو، گوساله، گوسفند و مرغ منبع خوب ویتامین A محسوب می‌شوند.
- کره، پنیر، شیر، خامه و سرشیر و زرده تخم‌مرغ منبع خوب ویتامین A هستند.

منابع گیاهی

- سبزی‌های برگ‌های سبز تیره مثل اسفناج، چغندر، برگ‌های تیره رنگ کاهو، فلفل سبز
- سبزی‌های زرد و نارنجی مثل هویج، کدو حلواپی، فلفل قرمز، زرد و نارنجی
- میوه‌های زرد و نارنجی مثل طالبی، زردآلو، انبه، خرمالو، هلو، آلو، انگور، موز، خربزه، طالبی و نارنگی

خلاصه

- هر گروه غذایی از دسته‌ای از مواد غذایی تشکیل شده است که از نظر ارزش غذایی مشابه یکدیگر هستند و می‌توانند به جای هم مصرف شوند. گروه‌های غذایی در ۶ دسته اصلی قرار می‌گیرند.
- گروه‌های غذایی اصلی باید هر روز به مقدار توصیه شده مصرف شوند.
- یک گروه متفرقه نیز وجود دارد که شامی مواد قندی و چربی‌هاست و بر خلاف گروه‌های غذایی اصلی که باید هر روز به مقدار کافی مصرف شوند. از این گروه باید کم‌تر استفاده شود.
- دوران بلوغ شروع جهش رشد است. بنابراین، تأمین انرژی مورد نیاز بسیار ضروری است. میزان انرژی مورد نیاز دانش‌آموزان، به دلیل تفاوت در اندازه بدن، میزان تحرک و سرعت رشد آن‌ها متفاوت است.
- نخوردن صبحانه می‌تواند اثرات منفی بر یادگیری دانش‌آموزان داشته باشد. دانش‌آموزانی که صبحانه نمی‌خورند بیشتر در معرض اضافه‌وزن و چاقی قرار دارند
- دانش‌آموزان علاوه بر سه وعده غذایی اصلی به میان وعده نیز نیاز دارند. در این سنین دانش‌آموزان باید برای نگه‌داشتن غلظت قند خون در حد طبیعی، هر ۴ تا ۶ ساعت غذا بخورند تا فعالیت سیستم عصبی و عملکرد مغز در حد مطلوب باقی بماند.

- بلوغ دوره‌ای از رشد و تکامل سریع می‌باشد که در آن دانش‌آموز از لحاظ فیزیکی بالغ شده و توانایی تولید مثل را پیدا می‌کند.
- نیاز به انرژی در نوجوانان در سنین بلوغ به دلیل متفاوت بودن سرعت رشد و میزان فعالیت جسمی متفاوت است. نیاز به انرژی در پسران نوجوان زیادتر است زیرا افزایش سرعت رشد پسران بیشتر بوده و عضلات آنان بیشتر از دختران است. توصیه می‌شود.
- بهترین روش و پایه ارزیابی رشد دانش‌آموز و وضعیت تغذیه‌ای او روش تن‌سنجی و اندازه‌گیری وزن و قد و محاسبه شاخص نمایه توده بدنی (BMI) و مقایسه آن با منحنی‌های استاندارد رشد می‌باشد.
- با اندازه‌گیری وزن و قد شاخص‌های مختلفی تعیین می‌گردد که مهم‌ترین آن‌ها نمایه توده بدنی است. هدف از ارزیابی این است که تعیین شود رشد دانش‌آموز طبیعی است یا در روند رشد وی مشکلاتی وجود دارد و آنچه که بسیار مهم است تشخیص علل اختلال رشد و انجام مداخلات لازم می‌باشد.
- رشد قدی تحت تأثیر عامل ارث و نحوه تغذیه می‌باشد. هر یک از دانش‌آموزان برای حداکثر رشد قدی که می‌توانند با تغذیه خوب و شرایط آب و هوایی مناسب به آن برسند، قابلیت ژنتیکی ویژه‌ای دارند.
- با اندازه‌گیری قد دانش‌آموز و ثبت آن بر منحنی قد برای سن، چگونگی رشد قدی دانش‌آموز تعیین می‌شود.
- معمولاً دانش‌آموزان نسبت به رشد قدی خود حساس هستند و کارکنان بهداشتی و مراقبین سلامت با توجه به این موضوع باید آن‌ها را از اهمیت تغذیه صحیح برای داشتن رشد قدی مطلوب آگاه نماید.
- هر دانش‌آموزی علاقه‌مند است بداند از نظر وضعیت جسمانی و رشد بدن در مقایسه با سایر همسالان چگونه است. برای این کار از شاخصی به نام "نمایه توده بدنی (BMI)" استفاده می‌شود.
- نمایه توده بدنی عددی است که با وزن و قد دانش‌آموز ارتباط دارد. وقتی که BMI بر روی نموداری در مقابل سن دانش‌آموز ترسیم شود، ابزار سودمندی در پایش رشد دانش‌آموز می‌باشد.
- نرم افزار آنترو پلاس سازمان جهانی بهداشت ابزار بسیار مناسبی جهت پایش رشد کودکان و نوجوانان است.
- اضافه‌وزن و چاقی در دانش‌آموزان یکی از مهم‌ترین عوامل خطر ساز برای فشار خون بالا، دیابت و چربی خون بالا در بزرگسالی است.
- رژیم غذایی که با حذف کردن وعده‌های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می‌شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است.
- تأخیر رشد و تأخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه قدی غیر قابل جبران نمود می‌یابد که در اثر کمبود مواد مغذی بویژه ریزمغذی‌ها ایجاد می‌شود.
- تأکید بر مصرف صبحانه، دانش‌آموزانی که صبحانه نمی‌خورند در وعده ناهار به دلیل افت قند خون، اشتهای زیادی برای غذا خوردن دارند و در نتیجه با خوردن غذای اضافی دچار اضافه‌وزن و چاقی می‌شوند.
- آهن یک ماده مغذی مورد نیاز برای ادامه حیات است. کمبود آهن و کم‌خونی ناشی از آن شایع‌ترین کمبود تغذیه‌ای در جهان می‌باشد. افراد زیادی بدون اینکه علایم واضح کم‌خونی را داشته باشند از عوارض زیان‌بار کمبود آهن رنج می‌برند.
- آهن کافی برای حفظ سلامت، رشد مطلوب و فراهم ساختن زمینه مناسب برای یادگیری در دوران تحصیلی ضروری است.
- دانش‌آموزانی که دچار کم‌خونی فقر آهن هستند، همیشه احساس خستگی و ضعف می‌کنند
- آهن در منابع غذایی حیوانی و گیاهی وجود دارد. جذب آهن از منابع غذایی حیوانی تنها اندکی تحت تأثیر غذا و ترشحات دستگاه گوارش قرار می‌گیرد.
- بهترین منبع غذایی آهن جگر و پس از آن گوشت قرمز (گاو و گوسفند)، مرغ و ماهی است.
- نان یکی از مواد غذایی است که کشورها از سالیان پیش اقدام به غنی سازی آن با آهن و سایر املاح و ویتامین‌ها نموده‌اند.
- کلسیم در مواد غذایی زیادی وجود دارد. شیر و لبنیات (ماست، پنیر، کشک و بستنی) به خاطر کلسیم کافی و آسانی هضم از بهترین منابع کلسیم می‌باشند.
- ویتامین D به عنوان ویتامین آفتاب شناخته شده است. زیرا مقدار تماس معمولی با نور خورشید برای بیشتر مردم جهت تولید ویتامین D مورد نیاز آن‌ها با استفاده از نور ماوراءبنفش خورشید و کلسترول پوست کافی است.

- روی برای ساخت پروتئین ضروری است. بنابراین در رشد و تکامل طبیعی، تولید مثل، بلوغ جنسی، حس چشایی، سلامت پوست و تقویت سیستم ایمنی بدن لازم است. کمبود روی باعث از دست دادن حس چشایی، بی‌اشتهایی و تأخیر در التیام زخم‌های پوستی می‌شود.
- ید یک عنصر طبیعی مورد نیاز برای زندگی است که باید به طور روزانه مصرف شود. گواتر حداقل اختلالی است که در اثر کمبود ید به وجود می‌آید.
- ویتامین A از ویتامین‌های محلول در چربی است که در منابع حیوانی و گیاهی یافت می‌شود.

مثال هایی از یک صبحانه مناسب برای دانش آموزان و نوجوانان

نان و پنیر و گردو، نان و پنیر و گوجه فرنگی، نان و پنیر و خیار، نان و تخم مرغ و گوجه فرنگی، نان و کره و مربا، نان و کره و خرما، نان و پنیر و خرما است. مصرف یک لیوان شیر همراه با صبحانه توصیه می‌شود.

انواع غذاهای سنتی مانند عدسی با نان، خوراک لوبیا با نان و انواع آش های محلی از غذاهای مفید و با ارزش بالای غذایی به شمار می‌روند که در برخی از مناطق به عنوان صبحانه مصرف می‌شوند. معلمین و مراقبین سلامت مدارس در آموزش تغذیه به دانش آموزان، باید مصرف آن‌ها را ترویج و تشویق کنند.

عوارض رژیم های غذایی برای کاهش وزن در دوره بلوغ

عوارض زیانبار کاهش وزن بر سلامتی ممکن است در افرادی که اضافه وزن ندارند اما دریافت کالری خود را به شدت محدود می‌کنند بیشتر می‌باشد. در این افراد کاهش توده عضلانی بیشتر از توده چربی است. رژیم غذایی که با محدود کردن وعده های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می‌شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است. اثرات زیانبار رژیم های غذایی کاهش وزن در دوره بلوغ علاوه بر اختلال رشد شامل کمبودهای تغذیه ای، اختلالات قاعدگی، ضعف، خستگی، گیجی، افسردگی، تحریک پذیری، یبوست، نداشتن تمرکز حواس و اشکال در خوابیدن می‌باشد.

تنفس بدبو، ریزش مو و خشکی پوست از عوارض رژیم های غذایی با محدودیت شدید کالری است. افزایش خطر ابتلاء به سنگ صفرا نیز از عوارض جدی تر این گونه رژیم های غذایی است.

متاسفانه تاخیر رشد و تاخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه قدی غیر قابل جبران در اثر کمبود مواد غذایی مغذی به ویژه ریز مغذی ها گزارش شده است. ۳۹٪ این موارد با اختلالات غذا خوردن همراه بوده است و اصلاح آن منجر به جبران رشد از دست رفته نشده است.

بنابراین دانش آموزان در سنین بلوغ به ویژه دختران باید بدانند که رژیم های کاهش وزن در این دوره ممکن است منجر به کوتاه ماندن قد شود و علاوه بر آن به علت بروز انواع کمبودهای تغذیه ای سلامت آنان به خطر افتاده و با مشکلات متعددی مواجه خواهند شد. لازم به ذکر است که مصرف مکمل های غذایی مانند انواع مولتی ویتامین ها به هیچ عنوان جایگزین غذا در برنامه غذایی روزانه نوجوانان نمی‌شود.

در خصوص مکمل های دارویی از اداره تغذیه استعلام شود چه کنیم و برای تغذیه پسران هم استعلام شود

تغذیه نوجوانان باردار:

هرچند بارداری در سنین نوجوانی توصیه نمی‌شود و بارداری در این سنین میتواند به سلامت نوجوان و کودک آسیب برساند، اما احتمال ازدواج و باردار شدن برخی نوجوانان وجود دارد. تغذیه صحیح در این نوجوانان بسیار مهم است چرا که علاوه بر تامین نیازهای دوران بارداری باید انرژی و مواد مغذی لازم برای ادامه رشد نوجوان را نیز فراهم کند.

توصیه های تغذیه ای برای بیمار مبتلا به دیابت

- غذا در دفعات زیاد و کم حجم استفاده نمایند.
- 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 را در روز مصرف کنید.
- مصرف روغن های جامد، غذاهای آماده و سرخ شده و همچنین چربی های موجود در منابع غذائی 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 و ...) 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 راهکارهای 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 روی، ویتامین C (مرببات 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.

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 شیرینیهای، 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

توصیه های تغذیه ای در بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی- عروقی و فشار خون بالا

- با تغییرات ساده در سبک زندگی خود 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 بیماریها از جمله دیابت و بیماری های عروق کرونر قلب را کاهش داد.
- برای پیشگیری از فشار خون بالا به میزان سدیم درج شده بر روی برچسبهای رنگی بسته های مواد غذایی دقت کنید و مواد غذایی را انتخاب کنید که سدیم کمتری دارند.
- فشارخون بر اثر چاقی بالا میرود زیرا افزایش وزن، سبب افزایش کار قلب میشود در نتیجه کاهش وزن در کنترل فشار خون موثر می باشد.
- در میان وعده ها به جای مصرف چیپس و پفک، چوب شور و سایر تنقلات پر نمک، از مغزها (بادام، پسته، فندق، گردو از نوع بونداوه و خام)، ماست کم چرب، ذرت بدون نمک، انواع سبزی (کاهو، جعفری و...) 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 بهتر است مصرف آنها محدود شود.
- از غلات، نان و ماکارونی تهیه شده از گندم کامل (سیوس دار) به دلیل داشتن فیبر و ویتامین استفاده شود.
- در برنامه غذایی روزانه از میوه ها، سبزی ها، حبوبات و غلات که از منابع پتاسیم هستند. (زردآلو، گوجه فرنگی، هندوانه، موز، سیب زمینی، آب پرتقال و گریپ فروت منبع خوبی از پتاسیم هستند.) بیشتر استفاده کنید.
- مصرف روغنها را کاهش دهید و از روغن هایی با منبع حیوانی مانند پیه، دنبه و کره استفاده نکنید و انواع روغنهای 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) 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 نوشیدنی های 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 و...) یا سیر، لیموترش تازه و آب نارنج برای بهبود طعم غذا و کاهش مصرف نمک استفاده کنید.
- کمبود کلسیم موجب افزایش فشارخون و در نتیجه ابتلا به بیماریهای قلبی عروقی می شود. 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 باکت، 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.

- از مصرف مواد غذایی مانند: شیرینی خامه ای، چیپس، بستنی خامه ای و سنتی، نوشابه های شیرین و گازدار، کره، مارگارین، روغن حیوانی، روغن نباتی جامد و نیمه جامد، دنبه، مرغ با پوست و گوشت های چرب، ماهی دودی و سایر غذاهای نمک سود شده، پنیر و ماست خامه ای، غذاهای چرب و سرخ شده، غذاهای شور و پر نمک، سوسیس، کالباس و همبرگر، پیتزا، کله پاچه، مغز، دل و قلوه پرهیز نمایید.

توصیه های فعالیت بدنی

متناسب با رده سنی، نکات آموزشی را در ملاقات های دوره ای ارائه دهید:

- بزرگسالان حداقل روزی ۳۰ دقیقه در حالی که کودکان و نوجوانان باید حداقل ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط داشته باشند، برای آنان که می خواهند اضافه وزنشان را کاهش دهند یا از اضافه شدن وزنشان جلوگیری کنند فعالیت بدنی بیش تری توصیه می شود.
- خانواده باید برای فعالیت بدنی برنامه ای لذت بخش و قابل اجرا داشته باشند. فعالیت های افزایش یافته باید از نوع فعالیت با شدت متوسط مانند راه رفتن، اسکیت، دوچرخه سواری، شنا، بازی گروهی و یا فعالیت شدید مانند دو یا فوتبال باشد. خانواده باید محیط امن برای فرزندان و دوستانشان فراهم کنند تا بتوانند با خیال راحت بازی کنند. بازی های دسته جمعی، شنا، دوچرخه سواری و اسکیت توصیه می شود.
- خانواده باید بر فعالیت های نشسته فرزندانشان نظارت کنند، تماشای تلویزیون و انجام بازی های کامپیوتری را محدود کند، تماشای تلویزیون را به روزانه کم تر از ۲ ساعت محدود کنند و مدت زمان آن را حداقل تا ۳۰ دقیقه در شبانه روز کاهش دهند.
- کودکان و نوجوانان را باید تشویق نمود تا در حد توان در فعالیت های مختلف شرکت کنند و فعالیت های ورزشی خود را به یک رشته ورزشی محدود نکنند و دنبال ورزش حرفه ای نباشند.
- والدین و مربیان باید مراقب پیشگیری از آسیب های ناشی از فعالیت شدید باشند و در صورت بروز هر نوع آسیب ورزشی، استراحت کافی برای کودک و نوجوان پیش بینی کنند. همچنین باید چگونگی پیشگیری و درمان گرمادگی را بدانند.
- کودکان و نوجوانان ورزشکار باید تحت نظر متخصص اطفال بوده و از نظر معیارهای رشد و بلوغ و ساختار بدنی و تنش های عصبی به طور دوره ای بررسی شوند. نیازهای تغذیه ای، میزان کالری، آهن و کلسیم و تعادل و تنوع غذایی کودک و نوجوان ورزشکار باید به طور دقیق تعیین شود.
- مرحله شروع ورزش در کودک و نوجوان از سن ۶ تا ۱۰ سالگی، مرحله شکل گیری ورزش از سن ۱۱ تا ۱۴ سالگی، مرحله تخصصی شدن از سن ۱۵ تا ۱۸ سالگی، مرحله درجات عالی مهارت و اوج عملکرد سن ۱۹ سال به بالا است.
- همیشه باید در نظر داشت که فعالیت جسمی جزئی از زندگی روزمره است و نیاز به لباس خاص و یا شرکت در کلاس ویژه ندارد.
- کودکان و نوجوانان نباید به مدت طولانی (هر بار بیش از یک ساعت در طول روز) بی حرکت باشند.
- کودکان و نوجوانان به ۶۰-۳۰ دقیقه فعالیت شدید جسمی در روز یا دست کم ۵ روز در هفته نیاز دارند.

- کودکان و نوجوانان باید در فعالیت های متنوع و مورد علاقه خود شرکت نمایند.

- سن شروع شرکت حرفه ای در برخی فعالیت های ورزشی به شرح زیر است:

* ژیمناستیک در دختران ۶ تا ۸ سالگی و در پسران ۸ تا ۹ سالگی

* اسکی و تنیس در سنین ۷ تا ۸ سالگی

* جودو در سنین ۸ تا ۱۰ سالگی

* کشتی در سنین ۱۱ تا ۱۳ سالگی

* دو استقامت در سنین ۱۴ تا ۱۶ سالگی

* شنا در سنین ۶ تا ۸ سالگی

* تنیس روی میز در سنین ۸ تا ۹ سالگی

* فوتبال، بدمینتون، بسکتبال، والیبال، دو سرعت در سنین ۱۰ تا ۱۲ سالگی

* وزنه برداری در سنین ۱۴ تا ۱۵ سالگی

* دوچرخه سواری در سنین ۱۲ تا ۱۵ سالگی

کودکان ورزشکار باید از نظر معیارهای رشد، وزن، ساختار بدنی، مراحل بلوغ و تنش های عصبی تحت نظر متخصص اطفال باشند.

اصول فعالیت بدنی برای کودکان و نوجوانان (۵ تا ۱۸ سال)

فعالیت بدنی منظم در کودکان و نوجوانان علاوه بر پیشگیری از اضافه وزن و چاقی، ارتقاء سلامت و تناسب اندام را برای آنها به دنبال دارد. کودکان و نوجوانان فعال از سطوح بالاتر آمادگی قلبی تنفسی و عضلات قوی تری برخوردار هستند. آنها همچنین به طور معمول دارای درصد چربی بدن پایین تر و استخوان بندی قوی تر هستند، و از سوی دیگر فعالیت ورزشی منظم موجب کاهش علائم و نشانه های اضطراب و افسردگی در آنها خواهد شد.

افرادی که از کودکی و نوجوانی به فعالیت بدنی می پردازند، احتمالاً بزرگسالی سالم تری را در پیش رو دارند. برعکس کسانی که زندگی غیر فعالی را از کودکی ادامه دادند احتمال خطر بسیار زیادی را برای ابتلا به بیماری هایی از قبیل دیابت، فشار خون، سرطان، بیماری های قلبی و پوکی استخوان دارا هستند. فعالیت های زیر برای حداقل روزی ۶۰ دقیقه در این گروه سنی مورد تاکید قرار گرفته است.

۱. فعالیت هوازی با شدت متوسط

فعالیت هایی را شامل می شود که موجب افزایش ضربان قلب و تواتر تنفسی فرد می شود. این گروه از کودکان باید در هنگام اوقات فراغت فعالیت هایی مانند پیاده روی، اسکیت برد، اسکیت، دوچرخه سواری، پیاده روی سریع را به مدت حداقل ۶۰ دقیقه انجام دهد.

۲. فعالیت هوازی شدید

فعالیت هایی را شامل می شود که علاوه بر افزایش ضربان قلب و تواتر تنفسی کودک موجب تعریق زیاد و مشکل در صحبت کردن هنگام فعالیت در آنها خواهد شد. بازی هایی در قالب تعقیب گریز، دوچرخه سواری، طناب بازی، هنرهای رزمی مانند کاراته، ورزشی گروهی مانند فوتبال، هاکی روی چمن و یا بیخ، بسکتبال، شنا، تنیس، اسکی صحرانوردی، دو و میدانی به مدت حداقل ۶۰ دقیقه در روز توصیه می شود.

۳. فعالیت قدرتی و تقویت عضلات

برای افزایش قدرت عضلات بدن، باید فعالیت های قدرتی را انجام دهید. این فعالیت ها می تواند در قالب بازی باشند، بازی هایی مانند سینه خیز رفتن، دراز نشست، بالا رفتن از درخت، روی دست ها راه رفتن برای حداقل ۲ تا ۳ روز در هفته انجام شود.

فعالیت بدنی و تقویت استخوان

میتوانید از بازی های زیر برای تقویت استخوان استفاده کنید، مانند: لی لی، پرش از روی طناب، پرش از روی موانع، همچنین ورزشی مانند ژیمناستیک، بسکتبال، والیبال، تنیس را انجام دهند.

اصول فعالیت بدنی برای نوجوانان

فعالیت هوازی با شدت متوسط

در هنگام اوقات فراغت به جای بازی های رایانه ای از بازی ها و فعالیت های جسمانی مانند: پیاده روی، اسکیت بورد، اسکیت، پیاده روی سریع، دوچرخه سواری (ثابت یا دوچرخه جاده استفاده شود تا به سلامت کودک و نوجوان کمک نماید. همچنین می توانید بازی که نیاز به پرتاب دارد مانند هندبال و والیبال را به همراه همسالان به کودکان و نوجوانان توصیه کنید.

فعالیت هوازی با شدت زیاد

کودکان و نوجوانان باید ساعاتی از روز را به بازی هایی در قالب تعقیب گریز، فوتبال، دوچرخه سواری، طناب بازی، هنرهای رزمی مانند کاراته، ورزشی گروهی مانند فوتبال، بسکتبال، شنا، تنیس، دو و میدانی اختصاص دهند.

فعالیت قدرتی و تقویت عضلات

برای افزایش قدرت و توده عضلانی نوجوانان باید ساعاتی از هفته را به بازی هایی مانند سینه خیز رفتن، دراز نشست، بالا رفتن از درخت، روی دست ها راه رفتن، تمرینات با باند و کش های ورزشی، وسایل بدنسازی، استفاده از وزنه های دستی، بالا رفتن از دیوار اختصاص دهند.

فعالیت بدنی و تقویت استخوان

کودکان و نوجوانان باید بازی ها و ورزش های مانند لی لی، پرش از روی طناب، پرش از روی موانع، ژیمناستیک، بسکتبال، والیبال، تنیس برای تقویت استخوان ها در برنامه ورزشی روزانه خود داشته باشد.

نمونه یک برنامه فعالیت بدنی یک هفته ای

	قبل از مدرسه	در مدرسه	بعد از مدرسه (اوقات فراغت)
شنبه	۱۵ دقیقه پیاده روی تند، ۱۵ دقیقه ورزش صبحگاهی، تشویق کودکان به با بالا و پایین رفتن از پله ها	۲۰ دقیقه فعالیت بدنی شدید در زنگ ورزش. ۱۵ دقیقه بازی در زنگ تفریح.	۲۰ دقیقه شرکت در کلاس ورزشی فوق برنامه مانند فوتبال. ۲۰ دقیقه پیاده روی تند با خانواده
یکشنبه	۱۵ دقیقه پیاده روی تند، ۱۵ دقیقه ورزش صبحگاهی	۱۵ دقیقه بازی در زنگ تفریح. ۱۰ دقیقه حرکات کششی و قدرتی	۲۰ دقیقه شنا، ۱۵ دقیقه حرکات ریتمیک یا طناب زدن
دوشنبه	۱۵ دقیقه پیاده روی تند، ۱۵ دقیقه ورزش صبحگاهی شامل بالا و پایین پریدن و ورزش های ایروبیک	۱۵ دقیقه دویدن متوسط یا طناب زنی و بازی هایی مانند گرگم به هوا درزنگ ورزش	۲۰ دقیقه فوتبال یا ۲۰ دقیقه اسکیت سریع و یا بازی شدید در پارک و یا دیگر فضاهای تفریحی و ورزشی

سه شنبه	۱۵ دقیقه حرکات کششی و نرمشی	۱۵ دقیقه بازی و طناب زنی در زنگ تفریح. ۱۰ دقیقه حرکات کششی و قدرتی	۳۰ دقیقه دوچرخه سواری یا فوتبال
چهارشنبه	۱۵ دقیقه پیاده روی تند، ۱۵ دقیقه فعالیت های قدرتی و استقامت عضلانی شنای سوئدی و درازونشت	۳۰ دقیقه فوتبال یا والیبال در زنگ ورزش	۲۰ دقیقه پیاده روی تند با خانواده
پنج شنبه	-	-	۶۰ دقیقه شنا و تمرینات قدرتی مانند شنای سوئدی و دراز و نشست
جمعه	-	-	۶۰ دقیقه اسکیت و یا سایر بازی ها در پارک یا فضای ورزشی همراه با والدین

مربیان بهداشت و معلمان تربیت بدنی مدارس

با گسترش شهرنشینی و رفتارهای ویژه آن، کم تحرکی در بین بچه ها نیز رواج یافته است. بسیاری از بچه های کشور ما فعالیت بدنی مناسب برای رشد توام با سلامتی را ندارند و به همین دلیل باید کودکان در مورد فعالیت بدنی و ارتباط آن با سلامتی آموزش داده شوند و مربیان ورزشی و معلمان باید به کودکان کمک کنند تا اهمیت فعالیت بدنی و تاثیر آن بر بدنشان و سلامتی را بفهمند و به فعالیت بدنی فکر کنند و رفتارشان را تغییر دهند. معلمان و مربیان باید کودکان را نسبت به نیاز به فعالیت بدنی آگاه کنند.

برای این که کودکان به کمک مربیان بتوانند فعالیت بدنی را که موجب:

* استحکام استخوان ها و تقویت عضلات بدن

* انعطاف پذیری * رشد و توسعه مهارت های فردی

* کنترل وزن بدن * افزایش اعتماد به نفس

* تناسب اندام * افزایش آرامش

* تقویت قلب * افزایش رشد توام با سلامتی

یافتن دوستان جدید و کمک به اجتماعی شدن آن ها می شوند را در ساختار زندگی خود بکنانند، باید فعالیت بدنی به صورت تعدادی از موضوعات درسی تقسیم شود و از این طریق اطلاعات مرتب تکرار شود. به ویژه روی بعضی از دروس که مهم تر است تکیه شود.

مربیان می توانند بر اساس ۵ استراتژی زیر به تغییر رفتار کودکان در زمینه فعالیت بدنی کمک کنند:

- بسط آگاهی و دانش کودکان در زمینه فعالیت بدنی. برای این کار مشارکت کودکان در این که بدانند چه مقدار فعالیت بدنی برای حفظ سلامتی خود باید انجام دهند و چه مقدار و چگونه از وضعیت کم تحرکی خود (مانند زمانی که از بازی های کامپیوتری استفاده می کنند یا تلویزیون تماشا می کنند) کاهش دهند، ضروری است. آن ها باید بدانند فعالیت بدنی نباید رقابتی باشد و باید از آن لذت ببرند و شاد شوند.

- آن ها باید بدانند برای فعال بودن ضروری نیست در یک رشته ورزشی شرکت کنند بلکه پیاده روی از منزل تا مدرسه، دوچرخه سواری و حتی کمک به انجام کارهای منزل جزء فعالیت های بدنی است و برای حفظ سلامتی مفید است.

- برای این که به فعالیت بدنی علاقمند شوند باید فعالیت های بدنی متنوعی که از نظر آن ها جالب است، انتخاب کنید.

- علاوه بر انجام فعالیت های بدنی متوسط، باید فعالیت های بدنی شدید نیز انجام دهند تا قلب با سرعت بیش تری بپزد و نفس ها تندتر و عمیق تر شود. مانند ورزش فوتبال، دو و میدانی و شنا.

- کمک به افزایش آگاهی دانش آموزان و مشارکت آن ها در انتخاب راه های مناسب. برای این کار به دانش آموزان کمک شود تا لیستی از فعالیت های بدنی که انجام می دهند تهیه شود و نام خود را کنار فعالیت هایی که انجام می دهند یادداشت کنند. جلسه دوم معلم این برگه ها را به صورت یک نمودار در بیاورد و در کلاس هر دانش آموز فعالیت های مورد علاقه اش را لیست کند و سپس فعالیت هایی را که دوست ندارد انجام دهد، لیست کند. جلسه سوم معلم در مورد اهمیت فعالیت بدنی برای سلامت و اثرات کم تحرکی توضیح می دهد و از بچه ها می خواهد که هر روز 60 دقیقه فعالیت بدنی داشته باشند و ۳۰ دقیقه از ورزش های کامپیوتری خود بکاهند. به هر کودک یک نسخه از نمودار فعالیت بدنی داده می شود. معلم نیز یک نمودار بزرگ در کلاس نصب می کند. جلسه بعد معلم فعالیت بدنی نسبتاً شدید را معرفی می کند و از آن ها می خواهد بعضی از این فعالیت ها مانند لی لی را به مدت ۱۰ دقیقه انجام دهد. بعد از اتمام فعالیت بدنی احساس آن ها را می پرسد و به کلاس بر می گردند و با اشاره به نمودار از بچه ها سوال می کند کدامیک از فعالیت های روی نمودار همان احساس را به آن ها می دهد. معلم کنار فعالیت های بدنی شدید ستاره قرمز می گذارد و به بچه ها گوشزد می کند که آن ها نیاز به انجام این گونه فعالیت ها حداقل به مدت ۱۰ دقیقه در روز دارند. هر روز بچه ها بر حسب فعالیتی که حداقل ۱۰ دقیقه انجام داده اند یک برچسب بر روی نمودار نصب شده در کلاس می چسبانند. از روی این نمودار مقدار پیشرفت بچه ها مشخص می شود. معلم مدت ۱۰ دقیقه به بچه های کلاس اجازه می دهد که به حرکات ورزشی بپردازند. هر روز قبل از این که بچه ها به منزل بروند به آن ها گوشزد می کند فعالیت هایی را که عصر انجام می دهند در دفترچه یادداشت ثبت کنند و فردای آن روز روی نمودار بیاورند. معلم یک هفته بعد میزان فعالیت بدنی دانش آموزان را ارزیابی کند.
- به دانش آموزان یاد بدهند که هدف مشخصی را تعیین نمایند. هدف گذاری به بچه ها کمک می کند تا پیشرفت کاری خود را بسنجند. مثلاً ماه اول حداقل ۲۰ دقیقه فعالیت متوسط، ۱۰ دقیقه فعالیت شدید داشته باشند و ۳۰ دقیقه از زمان کم تحرکی و بی حرکتی خود بکاهند. ماه دوم ۳۰ دقیقه فعالیت متوسط، ۱۵ دقیقه فعالیت شدید(۴۵ دقیقه فعالیت بدنی) داشته باشند و ۴۵ دقیقه از زمان کم تحرکی و بی حرکتی خود بکاهند و ماه سوم
 - از کودکان خود بازخورد بگیرید و آن ها را تشویق کنید. در مورد فعالیت هایی که انجام داده اند گفتگو و بحث کنید و آن ها را تشویق کنید و حتی جایزه بدهید.
 - با تمام دانش آموزان کلاس در مورد اهداف فعالیت بدنی گفتگو کنید تا به انجام فعالیت هایی که مایلند انجام دهند تشویق شوند.
 - رفتارهای جدید را تقویت کنید و موفقیت ها را از طریق شناخت آن ها و جایزه به آن ها جشن بگیرید.
- با توجه به این که فعالیت بدنی روی عضلات، استخوان ها و سایر اندام های انسان تاثیر می گذارد یک پوستر از بدن انسان روی دیوار نصب شود. به دانش آموزان یاد داده شود که فعالیت بدنی چه تاثیری روی هر قسمت بدن دارد و بعد از پایان هر درس از دانش آموزان سوال شود چه فعالیت هایی انجام داده اند که قلب و عضلاتتان فعالیت کرده اند و سپس روی این اعضاء بر روی پوستر علامت بگذارند. با این کار به دانش آموزان پیام داده می شود که فعالیت بدنی موجب بهبود عملکرد اعضای بدن می شود. هر روز از بچه ها بخواهید فعالیت هایی را انجام دهند که بر روی اعضاء بدن موثر است و باعث بهتر کار کردن آن ها می شود. معلم یک پرسشنامه تهیه کند که در آن از دانش آموزان سوال شود کدام یک از فعالیت هایی که آن ها انجام می دهند ضربان قلب را سریع تر می کند.

مثال: تمام فعالیت هایی را که فکر می کنید ضربان قلب شما را سریع تر می کند علامت بگذارید:

دویدن اسکیت کردن بالا و پایین پریدن بازی های کامپیوتری تند راه رفتن بازی ویدئویی تماشای تلویزیون

معلم سه نوع از فعالیت هایی که روی سلامت قلب موثر است را توضیح دهد.

فعالیت های استقامتی فعالیت هایی هستند که در آن عضلات بزرگ بدن فعالیت موزون (ریتمیک) برای یک دوره مشخص دارند و این دسته از فعالیت ها مانند دو، پیاده روی تند، شنا و دوچرخه سواری موجب بهبود قابلیت های قلبی ریوی می شوند.

فعالیت های انعطاف پذیری فعالیت های بدنی هستند که در سطح مفاصل انجام می شود و سبب حرکت مفاصل دامنه وسیع می شوند مثل ژیمناستیک و یوگا.

فعالیت های قدرتی فعالیت هایی هستند که قدرت عضلات و توده عضلانی را افزایش می دهند مانند حمل بارهای مختصر سنگین، هل دادن و کشیدن و وزنه برداری با وزنه های کوچک.

دیابت

آموزش به دانش آموزان، والدین و کارکنان شامل:

- ۱- آموزش اطلاعات پایه در خصوص دیابت
- ۲- آموزش تزریق و نگهداری انسولین
- ۳- آموزش کنترل قند خون
- ۴- آموزش تغذیه ای
- ۵- آموزش در خصوص فعالیت جسمانی

<p>اطلاعاتی که خانواده‌ها در مورد دیابت باید بدانند:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ خانواده‌ها باید نوع دیابت و سابقه آن در فرزندان را بدانند ✓ خانواده‌ها باید از علائم قندخون و چگونگی درمان آن مطلع باشند ✓ خانواده‌ها باید با علائم افت قند خون و افزایش سریع قند آشنایی داشته باشند و نحوه برخورد رو بدانند ✓ خانواده‌ها باید از لیست داروهای دانش آموزان دیابتی مطلع باشند ✓ خانواده‌ها باید با انسولین و نحوه تزریق آشنایی داشته باشند ✓ خانواده‌ها باید مسایل روحی و روانی دانش آموزان بیمار را مورد توجه قرار دهند 	<p>اطلاعاتی که اولیای مدرسه و مراقبین بهداشت مدارس در مورد دیابت باید بدانند:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ تهیه امکانات مورد نیاز مدرسه در موارد اورژانس ✓ پایش وارزشیابی روند نظام مراقبت دانش آموزان دیابتیک در مدارس و رفع مشکلات با توجه به نتایج به دست آمده ✓ اولیای مدارس، معلمان و بویژه معلم ورزش باید از علائم قندخون و چگونگی درمان آن مطلع باشند ✓ اولیای مدارس، معلمان و بویژه معلم ورزش باید با علائم افت قند خون و افزایش سریع قند آشنایی داشته باشند و نحوه برخورد رو بدانند ✓ اولیای مدارس و مراقبین بهداشت مدارس باید از لیست داروهای دانش آموزان دیابتی مطلع باشند ✓ اولیای مدارس و مراقبین بهداشت مدارس باید با انسولین و نحوه تزریق آشنایی داشته باشند ✓ بررسی مسایل روحی و روانی دانش آموزان بیمار ✓ اولیای مدارس و مراقبین بهداشت مدارس باید از رژیم غذایی دانش آموز اطلاع داشته باشند. <p>بیماریهای استخوانی - مفصلی</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ اولیای مدارس و مراقبین بهداشت مدارس ضمن معاینات دانش آموزان باید از نوع کوله ای که دانش آموز استفاده می کند مطلع باشند و نظارت کافی داشته باشند. ✓ اولیای مدارس و مراقبین بهداشت مدارس هر سال قبل از خرید کیف مدرسه باید جلسات آموزشی ویژه والدین تحت عنوان کوله پشتی مناسب مدارس برگزار نمایند
---	--

هیپاتیت B و C

بیماری ویروسی هیپاتیت که به نام های زردی و یرقان در گذشته های دور شناخته شده بود، در چند دهه اخیر به دلیل پیشرفت در تشخیص و راه های پیشگیری و درمان آن اهمیت بیش تری یافته است. البته انواع دیگری از هیپاتیت (التهاب یا ورم کبد) نیز وجود دارند که ناشی از مصرف داروها و مشروبات الکلی و همچنین برخی بیماری های ارثی هستند که در اینجا به آن ها نمی پردازیم. کبد عضوی است از بدن که در سمت راست بالای شکم قرار داشته و در بسیاری از فعالیت های حیاتی بدن مانند رویارویی با عفونت ها، توقف خونریزی، پاک کردن خون از سموم و ذخیره انرژی در بدن نقش مهمی بازی می کند. هیپاتیت با شدت های مختلف دیده می شود، از بهبودی کامل گرفته تا ناقل بودن همیشگی و حتی مرگ برق آسا و یا ابتلاء به عوارض کشنده های چون سرطان و سیروز. نشانه ها، گونه ها، همه گیر شناسی

ابتلاء به هیپاتیت گاه تنها آلودگی به ویروس بوده و هیچگونه نشانه بالینی ندارد. اما این افراد می توانند ویروس بیماری را به دیگران انتقال دهند.

هیپاتیت حاد: در این حالت بیمار با نشانه هایی چون تب، علائم شبیه سرما خوردگی، بی اشتها، تهوع، استفراغ، درد شکم، درد مفاصل و ادرار تیره به زردی دچار می شود، در پوست و چشم ها این زردی بارزتر است. این بیماری در بیش تر موارد خودبه خود بهبود یافته و طی ۶ ماه خون از ویروس پاک می شود ولی در برخی موارد، بیماری مزمن می گردد. (در گونه B، ۱٪ ولی در گونه C تا ۸۰٪ موارد مزمن می شوند) هیپاتیت مزمن: شایع ترین نشانه، ضعف و خستگی طولانی است. نارسایی کبد و سرطان ممکن است از عوارض پیشرفت بیماری باشند. به ندرت زردی خفیف یا خارش در بیماران وجود داشته و تشخیص آن تنها با آزمایش خون ممکن است.

گونه های A و E هیپاتیت از راه آب و غذا منتقل گشته و گونه های B، C و D از راه انتقال خون و تماس جنسی.

گونه های مختلف هیپاتیت: گونه های A تا E هم اکنون کاملاً شناخته شده اند. گونه های A و E از راه آب و غذا منتقل گشته و گونه های B، C و D از راه انتقال خون و تماس جنسی. در این جزوه بیش تر به گونه های B و C خواهیم پرداخت که برای ما از نظر اهمیت در پیشگیری، درمان و بار بیماری اولویت بیش تری دارند. هیپاتیت D نیز، اگرچه راه انتقال آن شبیه B و C است، از آنجا که تقریباً همواره همراه با هیپاتیت B دیده شده و شیوع کم تری دارد، نیاز به بحث جداگانه ندارد.

هیپاتیت B تنها گونه بیماری است که با واکنش قابل پیشگیری می باشد، در نزدیک به ۵٪ مردم جهان به شکل ناقل مزمن وجود دارد که این رقم در ایران ۳٪ برآورد می شود. میزان کشندگی آن ۱٪ و در افراد مسن خطرناک تر است. خوشبختانه در کشور ما افراد زیر ۱۸ سال و کسانی که به دلایل شغلی در معرض این بیماری قرار دارند، به ندرت واکسینه نشده اند. تعداد ناقلین بدون علامت بیماری در ایران حدود ۲ میلیون نفر و تعداد بیماران حدود ۳۰۰ هزار نفر تخمین زده می شوند. دوره پنهانی بیماری (فاصله زمانی بین ورود عفونت به بدن تا ظهور علائم) بین ۶ هفته تا ۶ ماه متغیر است.

هیپاتیت C) ابتلاء به هیپاتیت پس از تزریق خون در ۹۰٪ موارد ناشی از ویروس هیپاتیت C است. نسبت به هیپاتیت B تعداد بیش تری به فاز مزمن بیماری می روند و پاسخ به درمان بدتری نیز دارد. ۸۰٪ از مبتلایان به ویروس هیپاتیت C، مزمن شده و در نهایت ۲۰٪ دچار نارسایی کبد (سیروز) می شوند. بیش تر مبتلایان از نظر ظاهری سالم بوده و به همین دلیل، پیشگیری نقش بسیار مهمی در گسترش نیافتن بیماری دارد.

راه های انتقال و پیشگیری

هیپاتیت های B، C و D از راه خون و مایعات بدن، از مادر به نوزاد و با تماس جنسی منتقل می شوند. هیپاتیت C و B عموماً از راه خون منتقل گردیده اما از طریق سایر مایعات بدن نیز می تواند انتقال یابد (ادرار، اشک، بزاق و). همچنین بریدگی، خراش و استفاده از وسایل شخصی یکدیگر نظیر تیغ و مسواک می توانند ویروس هیپاتیت را به فرد دیگری انتقال دهند. استفاده از سرنگ مشترک در معتادان بسیار خطرناک است.

هر گونه استفاده از تیغ یا سوزن های غیر استریل چه در خالکوبی (تاتو)، دندانپزشکی، طب سوزنی و حجامت و چه در آرایشگاه می تواند منجر به انتقال عفونت گردد. راه های انتقال هیپاتیت C و B یکسان است اما خوشبختانه علیه هیپاتیت B واکسن وجود دارد که به کلیه نوزادان و افرادی که مشاغل پر خطر دارند نظیر کادر درمانی، تزریق شده (۳ نوبت در طول ۶ ماه) و در ۹۵٪ موارد ایجاد ایمنی می کند.

از طریق تماس جنسی حفاظت نشده (استفاده نکردن از کاندوم) نیز هیپاتیت می تواند منتقل شود. پرهیز از رفتارهای جنسی مخاطره آمیز به عنوان مثال ارتباط جنسی خارج از ازدواج، با افرادی که به درستی نمی شناسیم، با معتادان تزریقی و همچنین افرادی که چند شریک جنسی دارند، همگی در پیشگیری از ابتلاء به این بیماری بسیار موثرند. اگرچه بیش تر بیماران به ویژه در هیپاتیت B خودبه خود بهبود می یابند، اما درصد بالایی نیز دچار هیپاتیت مزمن شده (۸۰٪ در هیپاتیت C) و از آن میان گروهی در نهایت دچار سیروز کبد می شوند (۲۰٪). ابتلاء به سرطان کبد نیز گاه از عوارض بلند مدت هیپاتیت مزمن بوده و هیپاتیت حاد حتی به گونه ای برقی آسا می تواند در مدت کوتاهی بیمار را به کام مرگ کشد.

اغمای کبدی، نارسایی کلیوی، آسیت (آب آوردن شکم) و خونریزی گوارشی ناشی از افزایش فشار ورید پورت از دیگر عوارض هیپاتیت مزمن هستند.

درمان بیماران در فاز حاد و مزمن متفاوت بوده و مراجعه به پزشک و ادامه درمان زیر نظر او ضروری است. اگر رخدادی باعث نگرانی شما از ابتلاء به هیپاتیت گشته است، مراجعه فوری شما به پزشک این امکان را می دهد که خطر مبتلا شدن به هیپاتیت را تا حد زیادی کاهش یابد. داروهایی که در درمان هیپاتیت به کار می روند بیش تر برای مرحله فاز مزمن بیماری کاربرد داشته و در فاز حاد بسته به نشانه هایی که بیمار از خود بروز می دهد، نوع درمان حمایتی بوده و داروی قطعی برای کنترل فاز حاد بیماری وجود ندارد.

راهنمای دهان و دندان

راهنمای اقدام پیش از ارجاع در صورت بیرون افتادن دندان از دهان

الف) در مورد دندان دائمی:

۱. دندان بیرون افتاده را پیدا کرده و از سمت تاج آن را نگهدارید.
 ۲. دندان را زیر فشار ملایم آب خنک یا آب جوشیده سرد شده بگیرید. در این حالت نباید دندان و به خصوص ریشه آن با پارچه یا دست پاک شود.
 ۳. در صورتی که نیروی ارایه دهنده خدمت و یا والدین آموزش های لازم را دیده باشند، بایستی سریعاً دندان را به درستی (سطح بیرونی دندان به سمت خودشان و سطح داخلی دندان به سمت داخل دهان بیمار) در حفره دندانی مربوطه قرار دهند.
 ۴. یک تکه گاز یا پارچه نم دار را روی دندان قرار داده و از بیمار خواسته شود که با فشار دست یا با فشار دندان های خود آن را نگه داشته و سپس بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.
- ✓ نکته ۱- در صورتی که نیروی ارایه دهنده خدمت و والدین آموزش های لازم را ندیده باشند، یا مهارت لازم را نداشته باشند، پس از انجام اقدامات بند اول فوق الذکر، ابتدا دندان را در یک محیط مرطوب مثل سرم شستشو، شیر، بزاق یا آب جوشیده سرد شده قرار داده و بلافاصله در حداقل زمان ممکن، بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.
- ✓ نکته ۲- اگر ضربه باعث شکستگی تاج دندان شده است، در صورت امکان تکه جدا شده دندان نیز نزد دندانپزشک برده شود.
- ب) در مورد دندان شیری:

- به دلیل آسیبی که ممکن است به دندان دائمی زیرین برسد، نباید تلاشی در جهت گذاشتن دندان شیری در محل حفره دندانی مربوطه اش نمود، ولی باید بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

- در صورتی که بیمار قبلاً به طور کامل واکسینه نشده باشد و زخم آلوده باشد، بایستی یک نوبت واکسن کزاز به بیمار تزریق شود.

جدول زمان رویش دندان های دائمی

سومین آسیای بزرگ (دندان عقل)	دومین آسیای بزرگ	اولین آسیای بزرگ	دومین آسیای کوچک	اولین آسیای کوچک	نیش	پیش طرفی	پیش میان	دندان / فک
۱۷-۲۱ سالگی	۱۲-۱۳ سالگی	۶-۷ سالگی	۱۰-۱۲ سالگی	۱۰-۱۱ سالگی	۱۱-۱۲ سالگی	۸-۹ سالگی	۷-۸ سالگی	فک بالا
۱۷-۲۱ سالگی	۱۲-۱۳ سالگی	۶-۷ سالگی	۱۱-۱۲ سالگی	۱۰-۱۲ سالگی	۹-۱۰ سالگی	۷-۸ سالگی	۶-۷ سالگی	فک پایین

توصیه های تغذیه ای در بیمار مبتلا به سل

بیماری سل اشتها را کاهش و مصرف انرژی را افزایش می دهد و باعث لاغری میشود. تغذیه نامناسب پاسخ های ایمنی را تضعیف میکند در نتیجه قدرت دفاعی بدن در مقابله با میکروب ناقص خواهد بود. همچنین از دست دادن پروتئین در بیماران مبتلا به سل می تواند باعث سوء جذب مواد مغذی شود.

نکات مهم تغذیه ای در تنظیم برنامه غذایی بیماران مبتلا به سل

- ✓ رژیم غذایی در مرحله ی حاد بیماری(زمان تب بالا) باید حاوی مقادیر زیادی مایعات باشد. حجم مایعات باید به اندازه ای باشد که مقدار آب از دست رفته طی تعریق را جبران کند و حجم کافی ادرار برای دفع مواد زاید را تأمین نماید. آب میوه، انواع سوپ و آب برای این منظور مناسب است. پروتئین مصرفی مثل شیر و تخم مرغ باید با ارزش بیولوژیکی بالا و آسان هضم باشد " تب " باعث افزایش نیاز به ویتامین A ، ویتامین C ، کلسیم، فسفر، سدیم و ویتامینهای گروه B می شود.
- ✓ دریافت متعادل شیر، میوه ها، آب میوه تازه و طبیعی و تازه و ۲ - ۱ عدد تخم مرغ در روز می تواند تأمین کننده افزایش نیاز باشد . به محض کاهش تب، غذای نرم به بیمار داده می شود که با توجه به نیاز و تحمل بیمار، غذا می تواند بافتی نرم یا طبیعی داشته باشد . از طرف دیگر تأمین نیازهای انرژی در اوج تب مشکل است. به محض کنترل تب، رژیم غذایی غنی از انرژی با وعده های غذایی متناوب توصیه می شود. دریافت پروتئین علاوه بر نیازهای روزانه باید تا ۵۰ درصد افزایش یابد که این افزایش به خاطر از دست دادن پروتئین های بافتی در دوران تب است.
- ✓ کربوهیدرات کافی به صورت گلوکز، ساکاروز و نشاسته باید در غذاهای روزانه گنجانده شود که البته گلوکز به دلیل آسانی جذب ارجحیت دارد. بیشتر غذاهای بیمار باید ترکیبی از غلات و حبوبات همراه با پروتئین حیوانی باشد، فرنی و شیربرنج برای این منظور مناسب است.
- ✓ میوه ها و سبزیجات سیستم ایمنی بدن را تقویت می کنند.
- ✓ لازم است بیماران غذای اضافی مصرف کنند یا منابع غذایی پرانرژی مانند آجیل و روغن را به وعده های غذایی خود اضافه کنند.
- ✓ غذای بیمار باید زود هضم ، اشتها آور و مطابق میل بیمار باشد تا او به غذا خوردن تشویق شود. بیمار را نباید به خوردن غذا مجبور کرد .
- ✓ غذای بیمار باید مخلوطی از مواد غذایی نرم و کم حجم باشد و هر ۲ ساعت یکبار مصرف شود . با بهبود بیماری مصرف غذا هر ۴ ساعت و به تدریج ۴ وعده در روز توصیه می شود .
- ✓ از تنقلات شیرین، رنگی و بسته بندی شده مانند چیپا و آب نبات که ارزش غذایی کمی دارند اجتناب کنند.
- ✓ بیمار باید مایعات کافی دریافت کند . شیر ، آب میوه ، آب و انواع سوپ برای این منظور مناسب است .
- ✓ در صورت وجود کم خونی در بیمار مصرف مکمل آهن با توصیه پزشک ضروری می باشد .
- ✓ افزایش کالری غذاها، با افزودن کره، مارگارین، پنیر خامه ای، انواع سا سالاد، عسل، مربا و شکر، دانه غلات (بلغور گندم و جو و ...)، میوه های خشک شده(مانند انواع برگه زردآلو، آلو و ...) به غذاها

توصیه های تغذیه ای در صورت کاهش اشتها در بیمار مبتلا به سل

- افزایش تعداد وعده های غذایی مصرفی در طول روز به جای ۳ وعده ی غذایی بزرگ .
- اجتناب از مصرف مایعات همراه با غذا و یا نوشیدن جرعه ای کوچک از مایعات(مگر اینکه بیمار به مایعات برای کمک به بلع و یا برای خشکی دهان نیاز داشته باشد)(بیشتر، مایعات را بینابین وعده های غذایی اصلی بنوشید.

- خوش طعم بودن غذا، زیبا بودن ظاهر غذا یا خوردن غذا با کسانی که به آنها علاقه دارید.
- از آبلیموی طبیعی، آب نارنج و سایر چاشنی های طبیعی جهت تحریک اشتها استفاده نمایید.
- شروع خوردن غذا به آرامی و افزایش تدریجی حجم غذا
- گاهی اوقات یک راه رفتن کوتاه یک ساعت قبل از غذا می تواند جهت احساس گرسنگی به بیمار کمک کند.
- توصیه به مصرف شیر عسل، شیرمون، آب هویج، آب سیب، هویج بستنی و....
- خوردن غذاهای با پروتئین بالا و کالری بالا:
 - افزودن شیر خشک به مواد غذایی مانند سوپ و...
 - ژله
 - نان و پنیر
 - کلوچه
 - فرنی و شیربرنج
 - ماست
 - بستنی
 - تخم مرغ، پنیر خامه ای، کره
 - حلوا ارده، ارده شیره و شیره خرما یا شیره انگور
 - شکلات
- اضافه کردن کالری و پروتئین بیشتری به مواد غذایی با استفاده از کره، پودر شیر بدون چربی، عسل و یا شکر قهوه ای.
- انواع آش، سوپ، شیر، آب میوه و....
- خوردن صبحانه به اندازه ی یک سوم از کالری و پروتئین مورد نیاز برای روز.
- خوردن تنقلات مانند انواع خشکبار، مغزها و خرما که بتواند بخشی از کالری موردنیاز را تامین کند.
- از انتشار بوی غذا به بیمار، قبل از بردن غذا به اتاق بیمار جلوگیری شود.
- بهتر است هوای اتاق بسیار گرم نباشد زیرا گرما، اشتها را کاهش می دهد.

بررسی از نظر سل ریوی

دانش آموز را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر ارزیابی کنید:

سرفه طول کشیده: چنانچه دانش آموز بیش از ۲ هفته سرفه می کند آن را به عنوان یک نشانه محسوب کنید. دقت کنید سرفه می تواند به همراه خلط (خونی یا بدون خون) یا بدون خلط باشد.

سابقه تماس با فرد مبتلا به سل: از دانش آموز در خصوص افراد مبتلا به سل و یا دارای علائم مشابه در خانواده، اقوام و دوستان، در حال حاضر و یا گذشته (بویژه در ۲ تا ۵ سال اخیر) سوال کنید. در صورت پاسخ بلی، چنانچه مطمئن شدید که دانش آموز با فرد مبتلا در جمع دوستان یا اقوام تماس داشته است آن را به عنوان یک عامل خطر محسوب کنید.

▪ از دانش آموز با سرفه خلط دار طول کشیده یا با سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه خلط دار ۲ هفته یا کم تر، در همان مراجعه بار اول با نظارت کارمند بهداشتی مربوطه یک نمونه خلط تهیه شود و به دانش آموز یک ظرف جمع آوری خلط بدهید و از او بخواهید که فردا صبح قبل از بلند شدن از رختخواب یک نمونه از خلط را در آن جمع آوری بکند و به کارمند بهداشتی مربوطه تحویل دهد و در زمان تحویل نمونه دوم، سومین نمونه از خلط دانش آموز در واحد بهداشتی، تحت نظارت همان کارمند بهداشتی تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود.

در صورتی که بیمار بستری باشد هر ۳ نمونه از خلط صبحگاهی تهیه شود.

حجم هر نمونه خلط باید ۳ تا ۵ میلی لیتر باشد.

دانش آموز را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی طبقه بندی کنید.

دانش آموز را با توجه به نشانه و عامل خطر از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر طبقه بندی کنید:

دانش آموز دارای یک نشانه (سرفه بیش از ۲ هفته) یا با سرفه مساوی یا کم تر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در طبقه بندی "مشکل (احتمال ابتلا به سل)" قرار می گیرد. به دانش آموز و همراه وی در زمینه تغذیه و راه های کنترل انتقال بیماری به سایرین آموزش دهید. از دانش آموز مطابق توضیحات قبلی، سه نمونه خلط با کیفیت تهیه و هر چه سریع تر همراه با فرم بیماریابی تکمیل شده به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه (براساس برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل) ارسال نمایید. همچنین دانش آموز را همراه با نتیجه اسمیر خلط به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

• دانش آموز بدون سرفه به همراه عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل، در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به سل" قرار می گیرد. به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. دانش آموز را یک ماه بعد پیگیری کنید.

• چنانچه دانش آموز بدون نشانه و بدون عامل خطر است، در طبقه بندی "فاقد مشکل" قرار می گیرد. دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.

دقت کنید نتایج اسمیر خلط بیمار برای پزشک جهت طبقه بندی کاربرد دارد.

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیماری سل

توصیه های کلی

• برخورداری از تهویه و نور کافی (تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق بیمار)

• کنترل راه های انتقال بیماری

• تغذیه مناسب در افراد مبتلا به سل

پیگیری: دانش آموز در تماس با فرد مبتلا به سل اسمییر مثبت و بدون سرفه را پس از یک ماه به شرح زیر پیگیری کنید.

از دانش آموز در مورد نشانه های بیماری سؤال کنید:

- در صورتی که دانش آموز دارای نشانه است، مطابق متن فوق، از دانش آموز سه نمونه خلط تهیه و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیگیری و کنترل سل ارسال شود. از دانش آموز در خصوص عمل به توصیه ها سؤال کنید چنانچه دانش آموز عملکرد صحیحی داشته است، دانش آموز را به ادامه عمل تشویق کنید. در غیر این صورت دانش آموز و همراه وی را مجدداً آموزش دهید. دانش آموز را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- در صورتی که دانش آموز فاقد نشانه است وی را ۶ ماه بعد پیگیری کنید. از دانش آموز در خصوص عمل به توصیه سؤال کنید. اگر دانش آموز عملکرد صحیحی داشته است، دانش آموز را به ادامه عمل تشویق کنید و در غیر این صورت، دانش آموز و همراه وی را مجدداً آموزش دهید. دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.

نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال و کودک بالای ۱۲ سال را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی ارزیابی کنید

سرفه طول کشیده: چنانچه نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال به مدت ۲ هفته یا بیشتر سرفه می کند آن را به عنوان یک نشانه محسوب کنید. دقت کنید سرفه می تواند به همراه خلط (خونی یا بدون خون) یا بدون خلط باشد

نکته: سرفه با طول مدت کمتر، را در نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال دارای ضعف سیستم ایمنی نشانه محسوب کنید.

سابقه تماس با فرد مبتلا به سل: از نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال در خصوص وجود افراد مبتلا به سل و یا دارای علائم مشابه در خانواده، اقوام و دوستان، در حال حاضر و یا گذشته (بویژه در ۲ تا ۵ سال اخیر) سؤال کنید. در صورت پاسخ بلی، چنانچه مطمئن شدید که نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال با فرد مبتلا در جمع دوستان یا اقوام تماس داشته است آن را به عنوان یک عامل خطر محسوب کنید.

ضعف سیستم ایمنی: ابتلای از قبل شناخته شده نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال به حداقل یکی از موارد "عفونت HIV، سیلیکوزیس، دیالیزخونی، دریافت پیوند، یا دریافت داروی آنتاگونیست TNF^6 " را عامل خطر ابتلا به سل محسوب کنید. از نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال با سرفه طول کشیده، در همان مراجعه بار اول با نظارت کارمند بهداشتی مربوطه یک نمونه خلط تهیه شود. از نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال بخواهید که فردا صبح قبل از بلند شدن از رختخواب یک نمونه از خلط خود بگیرد و به کارمند بهداشتی مربوطه تحویل دهد و سومین نمونه خلط نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال، در واحد بهداشتی و تحت نظارت همان کارمند بهداشتی تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه، بر طبق برنامه کشوری پیگیری و کنترل سل ارسال شود.

نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی طبقه بندی کنید

نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال را با توجه به نشانه و عامل خطر از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر طبقه بندی کنید:

⁶ لیست داروهای آنتاگونیست TNF موجود در ایران عبارتند از: **Etanercept** (= ENBREL ; Altebril ; Erelzi) ، **Infliximab** (=Remicade ; Remsima ; Inflectra ; Ixifi ; Renflexis) ، **Golimumab** (= Simponi ; Limumab) ، **Certolizumab**(=Cimzia) ، **Adalimumab** (= Humira ; Amjevita)

- نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال "دارای سرفه طول کشیده" یا "سرفه کمتر از ۲ هفته) و همراه با عامل خطر" در طبقه بندی مشکل "**احتمال سل فعال** (فرد مشکوک که به سل فعال ریوی)" قرار می گیرد. بلافاصله پس از آموزش نحوه صحیح تهیه خلط با کیفیت، اولین نمونه خلط از نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال گرفته شود. به نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال و همراه وی در زمینه آداب صحیح سرفه، تغذیه و راه های انتقال بیماری به سایرین و نحوه گرفتن نمونه خلط های بعدی آموزش دهید. از نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال مطابق توضیحات قبلی، سه نمونه خلط با کیفیت تهیه و هر چه سریعتر همراه با فرم بیماریابی تکمیل شده به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال نمایید. همچنین نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال را همراه با نتیجه اسمیر خلط به پزشک ارجاع غیر فوری دهید و پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید...
- نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال "دارای سرفه کمتر از دو هفته و فاقد عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل یا ضعف سیستم ایمنی)" در طبقه بندی در معرض مشکل "**در معرض خطر ابتلا به سل فعال**" قرار می گیرد. . به نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال و همراه وی آداب سرفه، علایم بیماری، راه های انتقال بیماری، تغذیه و تهیه مناسب را آموزش دهید. نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال را پیگیری کرده و در صورت تداوم سرفه به مدت دو هفته، او را در گروه مشکل "**احتمال سل فعال**" طبقه بندی کرده و اقدامات متناسب با آن گروه را برای وی انجام دهید
- نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال "فاقد سرفه و دارای عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل یا ضعف سیستم ایمنی)" در طبقه بندی در معرض مشکل "**در معرض خطر ابتلا به سل نهفته**" قرار می گیرد. به نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال و همراه وی علایم بیماری، درمان پذیری سل، راه های انتقال آن و آداب سرفه را آموزش دهید. مطابق جدول مراقبت سل نهفته اقدامات ذیل را انجام دهید:
 ۱. نسبت به طبقه بندی و ثبت نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال در این گروه اقدام کنید، تا پس از رد سل فعال، این فرد برای تشخیص و درمان سل نهفته به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
 ۲. نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال در تماس با بیمار مسلول ریوی در طول دو سال اخیر را باید هر شش ماه یکبار (تا دو سال از زمان تشخیص مورد سل) تحت و بیماریابی فعال سل قرار داده و نتیجه را در پرونده بیمار مسلول ثبت نمود.
 ۳. برای نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سالی که به تازگی در میان اطرافیان وی، بیمار مسلول ریوی شناسایی شده است، باید علاوه بر انجام بیماریابی در بدو تشخیص، یکماه بعد و سپس هر شش ماه یکبار تا دو سال از زمان تشخیص مورد سل، پیگیری و بیماریابی فعال سل انجام و نتیجه را در پرونده بیمار مسلول ثبت نمود.

روال بیماریابی فعال نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال در تماس با بیمار مبتلا به سل ریوی (در ماه صفر، ماه ۱، ماه ۶، ماه ۱۲، ماه ۱۸ و ماه ۲۴) به این شرح است:

از نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال در مورد نشانه بیماری سؤال کنید:

- در صورتی که نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال دارای نشانه است، از نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال سه نمونه خلط تهیه شود. مطابق متن دو نمونه دیگر از خلط وی نیز تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود. از نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال در خصوص عمل به توصیه ها سؤال کنید چنانچه نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال عملکرد صحیحی داشته است، نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال را به ادامه عمل تشویق کنید. در غیر این صورت نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال و همراه وی را مجدداً آموزش دهید.
- در صورتی که نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال فاقد نشانه است، از نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال در خصوص عمل به توصیه سؤال کنید. اگر نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال عملکرد صحیحی داشته است، نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال را به ادامه عمل تشویق کنید و در غیر این صورت، نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال و همراه وی را مجدداً آموزش دهید. نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال را در زمان تعیین شده بعدی مجدداً پیگیری نمایید. نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال و همراه وی را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.

- چنانچه نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال بدون نشانه و بدون عامل خطر است، در طبقه بندی فاقد مشکل "**عدم ابتلا به سل**" قرار می گیرد. نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.

دقت کنید نتایج اسمیر خلط بیمار برای پزشک جهت طبقه بندی کاربرد دارد.

سایر وظایف و پیگیری ها:

- مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیمار مبتلا به سل ریوی (شامل توصیه های کلی پیرامون رعایت آداب سرفه و کنترل راه های انتقال بیماری، برخورداری از تهویه و نور کافی در اتاق بیمار، تغذیه مناسب و توصیه های اختصاصی نظیر اهمیت مصرف صحیح و مرتب دارو، طول مدت درمان و زمان مصرف دارو). لازم به ذکر است که خلاصه این توصیه ها در دو برگ ابتدایی نسخه کاغذی پرونده بیمار مسلول وجود دارد.
- انجام نظارت مستقیم روزانه بر درمان نوجوان یا کودک بالای ۱۲ سال و کودک بالای ۱۲ سال مسلول همراه با بررسی بروز عوارض دارویی احتمالی*
- همکاری در بررسی کودکان و بزرگسالان در تماس با بیماران شناسایی شده
- پایش حین درمان بیماران شامل توزین و تهیه نمونه خلط و ارجاع بیماران برای ویزیت های ادواری پزشک بر اساس زمانهای تعیین شده در دستورالعمل کشوری سل
- پیگیری افراد مشکوک به سل دارای سه نمونه خلط منفی پس از دو هفته و ارجاع مواردی که علائمشان بهبود نیافته به پزشک

عوارض دارویی سل

نوع عارضه	نشانه های عارضه	اقدامات لازم
عوارض دارویی خفیف	<ul style="list-style-type: none"> • بی اشتها، تهوع، درد مفاصل، احساس سوزش یا گزگز در پاها 	<p>اطمینان دادن به بیمار</p> <p>عدم قطع درمان ضد سل</p> <p>ارجاع غیرفوری به پزشک جهت درمان های حمایتی</p>
عوارض دارویی شدید	<ul style="list-style-type: none"> • زردی، استفراغ و افت سطح هوشیاری، اختلال دید رنگ (قرمز و سبز)، خارش شدید، لکه های پوستی به همراه ادم، زخم مخاطی، شوک، کاهش شنوایی و یا کری (در گروه درمانی ۲) • سرگیجه و یا نیستاگموس (در گروه درمانی ۲) 	<p>قطع درمان ضد سل و ارجاع فوری</p>

راهنمای آسم

تعریف آسم

آسم یک بیماری جدی، مزمن و غیرواگیر ریه است که با التهاب مجاری هوایی همراه می باشد. مزمن به این معنا است که بیماری همیشه وجود دارد، حتی زمانی که بیمار احساس ناخوشی ندارد. در این بیماری سه واقعه در راه های هوایی رخ می دهد.

۱- پوشش داخلی راه های هوایی متورم و ملتهب می گردد.

۲- ترشحات راه های هوایی (موکوس) زیاد شده و می تواند راه های هوایی را مسدود سازد.

۳- عضلات اطراف راه های هوایی منقبض شده و مسیر راه هوایی را تنگ تر می سازند.

در بیماری آسم به دنبال واکنش راه های هوایی به عوامل محرک و حساسیت زا (آلرژیک)، این سه عامل سبب انسداد راه های هوایی می شود و در نتیجه هوای کم تری از آن ها عبور کرده و عمل تنفس سخت تر می گردد. در این شرایط علائم آسم به صورت سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس بروز می کند.

علل آسم

علت دقیق و اصلی آسم هنوز نامشخص است. ولی آنچه تاکنون روشن شده، نشان می دهد که اگر افراد خانواده سابقه انواع بیماری های آلرژیک (اگزما، آلرژی بینی، آلرژی غذایی و آسم) را داشته باشند احتمال بروز آسم در سایر افراد آن خانواده بیشتر می شود. همچنین تماس با عواملی چون دود سیگار، عوامل عفونی ویروسی و بعضی از مواد حساسیت زا ممکن است سبب افزایش احتمال بروز آسم گردند. همچنین بیماری آسم ممکن است در افراد بدون سابقه آلرژی نیز رخ دهد. برخی افراد (نظیر کارگران نانوایی، چوب بری، رنگسازی.....) در اثر تماس های شغلی، دچار آسم می گردند.

موارد شایع محیطی که سبب بروز یا بدتر شدن آسم (حمله آسم) می گردند عبارتند از:

۱- مواد حساسیت زا یا آلرژن ها:

- عوامل حساسیت زای حیوان (پر، مو یا پوست)

- گرده ها و قارچ ها (مانند گردهای حاصل از مصرف گچ در کلاس درس)

- هیره (مایه) موجود در گرد و خاک خانه ها و محیط مدرسه

- سوسک ها

۲- مواد محرک

- دود سیگار و سایر دخانیات (قلیان، پیپ و...)

- آلودگی هوا (مانند دود حاصل از دودکش بخاری ها و اگزوز خودروها)

- تغییرات آب و هوایی، بخصوص هوای سرد و خشک

- بوهای تند (مانند بوی متصاعد از برخی موادشیمیایی در آزمایشگاه های مدارس و یا ماژیک وایت برد کلاس درس و یا عطر و ادکلن و...)

- تغییرات هیجانی شدید (گریه کردن، خندیدن شدید، استرس و اضطراب)

۳- عفونت های ویروسی (سرماخوردگی، آنفلوآنزا و...)

۴- فعالیت فیزیکی

۵- سایر عوامل

- داروها

- مواد افزودنی در غذاها و آلرژی های غذایی (بویژه در کودکان و در مدارس)

- چاقی

سیر بیماری آسم

اگر چه آسم همه گروه های سنی را درگیر می کند اما شروع آسم در اغلب موارد از دوران کودکی است. اغلب کودکان با افزایش سن علائم کمتری خواهند داشت اگر چه در بعضی از آنها ممکن است شدت علائم ثابت بماند و یا حتی بیشتر شود ولی پیش بینی این امر به طور قطعی ممکن نیست. آسم یک بیماری دراز مدت است که البته می توان آن را کنترل نمود.

علائم آسم

شایع ترین علائم آسم عبارتند از:

۱- سرفه:

سرفه بیماران آسمی اغلب در شب و اوایل صبح بدتر می شود و مانع خواب می گردد. ممکن است تک تک یا حمله ای باشد ولی اکثراً به مدت طولانی ادامه می یابد. اگر سرفه بیش از ۴ هفته طول بکشد باید بیمار برای بررسی از جهت آسم ارجاع گردد.

۲- خس خس سینه:

نوعی صدای زیر است که هنگام تنفس و اغلب در بازدم شنیده می شود. باید توجه داشت که خس خس سینه از خرخر که نوعی صدای بم است و اغلب در هنگام دم شنیده می شود افتراق داده شود. خس خس عود کننده نیز از علائمی است که باید در صورت مشاهده، به آسم مشکوک شد و بیمار را ارجاع داد.

۳- تنگی نفس:

در تنفس طبیعی عمل دم و بازدم به راحتی و بدون احساس فشار یا کمبود هوا صورت می گیرد اگر بیمار دچار اختلال در تنفس بصورت تنگی نفس گردد، باید به عنوان یکی از علائم مشکوک به آسم جهت بررسی بیشتر ارجاع گردد.

البته همه بیماران علائم فوق را به طور کامل ندارند و شدت و میزان علائم نیز درحالت های مختلف بیماری و در حمله آسم متفاوت است. از آنجا که ممکن است در بعضی از افراد، بیماری آسم همزمان با سایر اختلالات آلرژیک دیده شود لذا باید به علائم این بیماری ها در حال و یا گذشته وی توجه کرد نظیر علائم آلرژیک بینی (عطسه مکرر، خارش، گرفتگی و آبریزش بینی) و یا وجود ضایعات پوستی خارش دار (اگزما). به طور کلی هر بیمار با تشخیص آسم باید از جهت آلرژیک بینی بررسی شود و برعکس از هر فرد دچار آلرژیک بینی باید علائم آسم سؤال گردد.

همانطور که گفته شد علائم آسم در افراد مختلف شدت های متفاوتی دارد که براساس آن برنامه درمانی اختصاصی آنها نیز تفاوت می کند. باید توجه داشت هر بیمار آسمی در هر سطحی از شدت بیماری می تواند دچار حمله شدید و ناگهانی گردد.

حمله آسم

وقتی شدت علائم آسم از حد معمول بیشتر شود به آن حمله آسم اطلاق می گردد. همه حملات آسم مشابه نیستند و شدت های متفاوتی دارند. بعضی از آنها می توانند آنقدر شدید باشند که سبب مرگ گردند.

بنابراین حمله آسم از اورژانس های پزشکی است. با کنترل روزانه آسم، پیگیری های منظم و دوری از عوامل محرک می توان از حملات بیماری جلوگیری کرد.

یکی از وظایف مهم کارشناس مراقب سلامت و بهورز در ارتباط با بیماران آسمی، آموزش علائم هشدار دهنده وقوع حمله آسم است.

علائم حمله آسم عبارتند از:

۱) بدتر شدن پیش رونده سرفه، خس خس سینه، تنگی نفس و یا احساس فشردگی قفسه سینه به ویژه در هنگام خواب

۲) هر گونه سختی در نفس کشیدن در حین راه رفتن و صحبت کردن

۳) غیبت از محل کار یا مدرسه به خاطر تشدید علائم بیماری

۴) نیاز به استفاده زیاد از داروی تسکین دهنده (سالبوتامول) در روز یا شب یعنی بیشتر از ۲ بار استفاده از افشانه سالبوتامول در هفته .

۵) کاهش در عدد ثبت شده توسط نفس سنج به کمتر از $\frac{۲}{۳}$ مقدار طبیعی بیمار

همچنین باید علائم یک حمله آسم شدید را سریعاً شناسایی کرد. علائم حمله آسم شدید عبارتند از:

۱) تنگی نفس شدید ، تنفس سریع (بیشتر از ۵ سال وبالغین: بیشتر از ۳۰ در دقیقه)، عرق سرد

۲) خس خس پیشرونده

۳) استفاده از عضلات فرعی تنفس به صورت داخل کشیده شدن پوست قفسه سینه و عضلات بین دنده ای

۴) ناتوانی در بیان حتی یک جمله

۵) افت سطح هوشیاری

۶) کاهش در عدد ثبت شده توسط نفس سنج به کمتر از ۵۰٪ مقدار طبیعی بیمار

آموزش بیمار

آموزش بیماران کلید ایجاد یک ارتباط موفق بین بیمار و مراقب بهداشتی او است . باید دانست که داروها تنها راه کنترل آسم نیستند. بلکه پرهیز از عوامل محرکی که سبب التهاب مجاری هوایی و بدتر شدن آسم

می شوند نیز بسیار مهم است. این عوامل آغازگر آسم نامیده می شوند. هر بیمار باید راه های اجتناب از عوامل آغازگر بیماری خود را بشناسد.

آغازگرهای آسم و روش های پرهیز و کنترل این عوامل عبارتنداز:

* *هیره موجود در گردو خاک خانه ها (مایت)*

هیره ها بند پایانی میکروسکوپی هستند (حدوداً ۰/۳ میلی متر) که با چشم غیر مسلح دیده

نمی شوند. تغذیه این موجودات از پوسته ریزی بدن انسان است . محل زندگی این حیوان در لابه لای پرزهای فرش ، پتو ، مبلمان ، پرده ، تشک، بالش، اسباب بازی ها ی پشمی و پارچه ای و وسایل مشابه است .

شرایط آب و هوایی گرم مرطوب – (مثلاً در زمستان که اکثراً در ب و پنجره ها بسته است و اغلب از بخور نیز استفاده می شود) رشد و تکثیر این موجودات را تسریع می کند. تماس و استنشاق ذرات بدن و

فضولات دفعی این حیوانات سبب بروز یا تشدید علائم آسم می گردد. لذا با استفاده از روش های زیر باید با آن ها مقابله کرد :

– بالش ها و تشک ها در پوشش هایی غیرقابل نفوذ (مثلاً پلاستیکی) پیچیده شود.

– کلیه ملحفه ها هفته ای یکبار در آب داغ (۶۰ درجه سانتی گراد) شسته شده و در آفتاب خشک گردد.

– در صورت امکان از قالی به عنوان کف پوش استفاده نشود.

– وسایل فراوان (اسباب بازی – کتاب ، مبلمان و) در داخل اتاق کودک نگهداری نشود.

– سطح رطوبت خانه کاهش یابد. بهتر است اتاق خواب آفتاب رو و دارای نور کافی باشد.

– هنگام نظافت منزل بهتر است فرد مبتلا به آسم در منزل نباشد.

* *عوامل حساسیت زای حیوانات*

– به هیچ وجه اجازه ورود حیوانات دست آموز به رختخواب داده نشود.

– حیوانات دست آموز از خانه خارج گردند. (گربه، سگ و....)

- از به کاربردن بالش یا تشک حاوی پر، پشم و کرک اجتناب شود.
- سوسک از عوامل حساسیت زا است با روشهای مناسب در رفع این حیوان تلاش گردد.

* دود سیگار

دود سیگار و سایر دخانیات (قلیان، پیپ و) از مهمترین عوامل افزایش آسم بخصوص در کودکان می باشند. حدود ۴۰۰۰ ماده سمی در دود سیگار شناخته شده است. بنابراین توصیه می شود :
- در صورت ابتلا به آسم به هیچ وجه سیگار استفاده نشود.
- اجازه سیگار کشیدن در خانه یا فضاهای بسته به هیچ کس داده نشود.

* تغذیه با شیرمصلوعی

تغذیه انحصاری با شیرمادر بخصوص در ۶ ماه اول زندگی خطر بروز آلرژی و آسم را کاهش می دهد. لذا برای پیشگیری از آسم بهتر است از شیرمصلوعی استفاده نشود.

* آلودگی هوا

هوای آلوده حاوی مواد متعددی است که موجب بدتر شدن آسم می گردد. بیماران مبتلا به آسم باید در مواقعی که علائم هشدار دهنده نشاندهنده آلودگی شدید هوا هستند از خروج از منزل و خصوصاً ورزش در فضای آزاد اجتناب نمایند.

استفاده از وسایل گرمایشی دود زا (بخاری نفتی یا چوبی ، وجود تنور در منزل و) نیز از عوامل تشدید کننده آسم به شمار می روند و استفاده از وسایل گرمایشی غیردود زا در منزل توصیه می گردد.

* بوهای تند

بعضی از بیماران مبتلا به آسم به بوهای تند مثل بوی رنگ و اسپری مو ، عطر و ادوکلن، سفید کننده ها ، جوهر نمک و واکنش نشان می دهند و باید از این عوامل محرک اجتناب کنند.

* گرده های گیاهان و قارچ ها

گرده های گیاهی موجود در فضا ، اغلب سبب آسم و آلرژی های فصلی می شوند.

درختانی مثل نارون ، کاج ، سپیدار ، علوفه های هرز در فصول مختلف مشکل ساز هستند. در فصل های گرده افشانی بایستن درب و پنجره ها می توان از نفوذ گرده ها به اتاق جلوگیری کرد.
رطوبت و گرما سبب رشد قارچ ها و کپک ها می گردند، کپک ها و قارچ ها از عوامل آلرژی زا در فضاهای بسته به شمار می روند. لذا باید از منابع تکثیر قارچ مثل جاهای مرطوب اجتناب کرده و محل های مرطوب (حمام ، زیر زمین) مکرراً تمیز شوند.

وسایل کمک درمانی و تکنیک های استنشاقی

در بیماری آسم استفاده از اسپری های (افشانه ها) استنشاقی در کمترین زمان ممکن و با حداقل دوز، موثرترین مقدار دارویی را با کمترین عوارض به ریه ها می رساند. بنابراین تاکید بر اهمیت استفاده از این شکل دارویی به بیماران بسیار مهم است. نکته مهم دیگر یادآوری این مطالب است که این روش دارویی ایجاد وابستگی و اعتیاد نمی کند ، بلکه این فکر ، باور غلطی است که در بین بعضی از مردم رواج دارد.
البته استفاده غلط از اسپری های استنشاقی، شکست در درمان را موجب می گردد. بنابراین آموزش استفاده از داروهای استنشاقی ضروری است. بطور کلی استفاده از اسپری (افشانه یا MDI) با محفظه مخصوص (spacer) در کلیه سنین ارجح است چرا که با استفاده از افشانه به تنهایی، میزان دارویی که وارد ریه می شود حدود ۱۰٪ دوز تجویز شده است و استفاده از افشانه با محفظه مخصوص، این میزان

را ۲ تا ۴ برابر می کند.

اصول استفاده از محفظه مخصوص (Spacer)

این وسیله برای مصرف درست و دریافت دوز کافی دارو در تمام سنین و نیز در شرایط حمله آسم مفید است. این دستگاه علاوه بر آن که موجب میشود داروی بیشتری به ریه ها برسد، از رسوب دارو در دهان و نهایتاً رشد قارچ جلوگیری می کند. برای کودکان زیر ۵ سال که مستقیماً نمی توانند از محفظه مخصوص استفاده کنند از محفظه مخصوص دارای ماسک استفاده میگردد. در این حالت به جای آن که قسمت دهانی داخل دهان بیمار قرار گیرد ماسک بطور محکم روی دهان و بینی کودک قرار می گیرد.

روش استفاده از محفظه مخصوص

- ۱) افشانه (MDI) را از طریق برداشتن در پوشش آن، تکان دادن و قراردادن آن در وضعیت عمودی به نحوی که به مدخل محفظه مخصوص متصل باشد، آماده کنید.
- ۲) مخزن افشانه را به پایین فشار دهید و یک پاف از دارو را به داخل محفظه وارد کنید. قسمت دهانی محفظه مخصوص را حدود ۱۰ ثانیه داخل دهان نگه دارید و ۵ بار بطور عادی دم و بازدم انجام دهید
- ۳) برای کودکان بزرگتر از ۵ سال و بزرگسالان توصیه می شود قبل از مرحله ۲، با بازدم ریه ها را از هوا خالی کنند.
- ۴) اگر نیاز به بیش از یک پاف دارو است، حداقل ۳۰ ثانیه صبر کنید بعد مراحل ۲ و ۳ را تکرار کنید. بخاطر داشته باشید که قبل از پاف بعدی محفظه دارو را تکان دهید.
- ۵) برای کودکان زیر ۵ سال که مستقیماً نمی توانند از محفظه مخصوص استفاده کنند از محفظه مخصوص دارای ماسک استفاده می گردد. در این حالت برای استفاده به جای آن که قسمت دهانی داخل دهان بیمار قرار گیرد (لب ها دور آن غنچه گردد) ماسک به طور محکم روی دهان و بینی کودک قرار می گیرد.

اصول استفاده از اسپری (افشانه) یا MDI

استفاده از اسپری یا محفظه مخصوص در کلیه سنین ارجح است ولی چنانچه دسترسی به spacer (محفظة مخصوص) وجود نداشت به صورت زیر باید عمل گردد:

- ۱) سرپوش اسپری را بردارید و مخزن اسپری را به خوبی تکان دهید.
- ۲) به آرامی و به طرز یکنواختی نفس خود را بیرون دهید.
- ۳) اسپری را در فاصله ۳ سانتی متری جلوی دهان باز بگیرید.
- ۴) در حالی که شروع به دم آرام و عمیق می کنید مخزن فلزی را فشار داده تا دارو آزاد شود و تا حدامکان عمل دم عمیق ادامه یابد.
- ۵) برای حدود ۵ ثانیه نفس خود را حبس کنید.
- ۶) نفس خود را به آرامی خارج سازید.

درمان داروئی آسم

دو دسته اصلی دارویی برای درمان آسم استفاده می شوند :

۱) داروهای تسکین دهنده (سریع الاثر)

این داروها با شل کردن انقباض عضلات راههای هوایی، سبب گشاد شدن راه های هوایی و در نتیجه کاهش یا رفع علائم آسم می شوند. زمان شروع اثر این داروها چند دقیقه است. بنابراین به نام داروهای تسکین فوری نامیده می شوند و در هنگام بروز اولین علائم تشدید بیماری باید بکار روند. معروف ترین دارو از این گروه سالبوتامول می باشد.

۲) داروهای کنترل کننده یا نگهدارنده

خاصیت مشترک این دسته دارویی ، اثرات ضد التهابی آنهاست و از این راه علائم آسم را کاهش می دهند. این دسته دارویی بطور طولانی مدت بکار می روند و استفاده آن باید روزانه و بطور منظم باشد . این داروها نقش مهمی در پیشگیری از بروز علائم و حملات آسم دارند. اشکال مختلف آسم پایدار به این گروه دارویی نیاز دارند. موثرترین داروی این دسته استروئید (کورتون) های استنشاقی هستند. معروف ترین آن ها بکلومتازون و فلوتیکازون می باشند. در بعضی از موارد شدید از اشکال خوراکی استروئیدها (پردنیزولون) یا تزریقی استفاده می گردد. چون بیشتر داروهای آسم از نوع استنشاقی هستند. تکنیک استفاده از آنها بسیار مهم می باشد. (به بحث آموزش مراجعه شود) نکته عملی در استفاده از استروئیدهای استنشاقی این است که پس از استفاده از آنها با محفظه مخصوص ، باید برای پیشگیری از عفونت قارچی دهان ، شستشوی دهان و غرغره با آب صورت گیرد.

باید توجه داشت که پزشک برای هر بیمار در هر ویزیت، با توجه به شدت بیماری، برنامه درمان دارویی اختصاصی تنظیم نموده و به شکل مکتوب به وی ارائه می نماید. این برنامه شامل میزان و نوع داروهای مصرفی و اقدامات درمانی مورد نیاز به هنگام حمله بیماری است.

تعیین برنامه درمانی برای مواقع حمله آسم

در صورت مراجعه بیمار با علائم حمله آسم باید اقدامات زیر توسط بهورز/ کارشناس مراقب سلامت صورت گیرد:

۱) وصل اکسیژن مرطوب با ماسک و با فشار ۴-۳ لیتر در دقیقه

۲) تجویز ۲ تا ۴ پاف سالبوتامول استنشاقی هر ۲۰ دقیقه به کمک محفظه مخصوص وارجاع فوری به سطوح بالاتر
نکته مهم: در صورت ارجاع فوری همچنان هر ۲۰ دقیقه ۲ تا ۴ پاف سالبوتامول در بین راه داده شود.

۳) در موارد حمله شدید آسم و عدم پاسخ به تجویز سالبوتامول استنشاقی ، تجویز کورتون خوراکی بر اساس دستورالعمل کتبی بیمار (در صورت عدم مصرف قبلی توسط بیمار) وارجاع فوری به سطوح بالاتر

۴) در صورت عدم امکان ارجاع فوری، تجویز ۲ تا ۴ پاف سالبوتامول استنشاقی هر ۲۰ دقیقه و ارجاع فوری در اولین فرصت. در این حالت اگر با دادن سالبوتامول هر ۲۰ دقیقه وضع بیمار بهتر شود می توان فواصل را یک ساعته کرد.

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به آسم

پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به آسم بر حسب سطح کنترل بیماری متفاوت است. پس از شروع درمان توسط پزشک، یک ماه بعد در ویزیت مجدد ، پزشک سطح کنترل بیماری را تعیین می کند. چنانچه سطح کنترل بیماری کامل باشد بیمار ماهانه توسط بهورز/ کارشناس مراقب سلامت و هر دو ماه یک بار توسط پزشک مراقبت می گردد. در موارد کنترل نسبی، بیمار هر دو هفته یکبار توسط بهورز/ مراقب سلامت پیگیری و مراقبت می شود تا زمانی که به سطح کنترل کامل برسد و پس از آن پیگیری و مراقبت بیمار ماهانه توسط بهورز/ مراقب سلامت و هر دو ماه یکبار توسط پزشک ادامه می یابد.
بهورز/ مراقب سلامت در مراقبت های دوره ای میزان و نحوه مصرف صحیح داروها را بررسی کرده و وضعیت کنترل بیماری را براساس شواهد بالینی و نتایج پیک فلومتری (مطابق جدول شماره ۱) تعیین می کند و در صورت کاهش سطح کنترل بیماری (کنترل کامل به کنترل نسبی یا کنترل نشده) ضمن بررسی علل نظیر قطع خودسرانه، مصرف نامنظم و یا تکنیک نادرست مصرف دارو، بیمار را به صورت غیر فوری به پزشک ارجاع می دهد. همچنین با توجه به تاثیر مشکلات روانی، اقتصادی و اجتماعی شدید بیمار یا خانواده وی بر سطح کنترل بیماری و افزایش احتمال بروز حملات، لازم است در هر نوبت مراقبت علاوه بر آموزش بیماران و خانواده آنها به این موارد نیز توجه شده و در صورت نیاز به پزشک اطلاع داده شود. در صورتی که بیمار در تاریخ مقرر جهت مراقبت مراجعه نکند حداکثر ۳ روز پس از این تاریخ لازم است بهورز/ مراقب سلامت علت عدم مراجعه را پیگیری نماید.

نکات مورد توجه در خصوصی دانش آموزان مبتلا به آسم:

- ۱- در آغاز سال تحصیلی دانش آموزان آسمی شناسایی و مورد مشاوره قرار گیرند و از شدت بیماری آن ها و داروهای مصرفی اطلاع حاصل شود.
- ۲- اولیاء این دانش آموزان مورد مشاوره قرار گیرند و عوامل تحریک کننده محیطی بیماری (بویژه در حد فاصل خانه تا مدرسه) را به آنان یادآوری و از آن ها برای انتقال سالم و ایمن دانش آموز به مدرسه کمک خواسته شود از جمله این که:
 - الف) در روزهایی که وضعیت آلودگی هوا در مرز خطر اعلام شود حداً امکان از بیرون رفتن فرزند خود جلوگیری نماید و مدرسه را در جریان قرار دهد.
 - ب) از طی مسافت بین خانه و مدرسه با دوچرخه و موتورسیکلت (بویژه در روزهای آلودگی هوا) خودداری شود.
 - ج) اگر دانش آموز از سرویس خصوصی برای مدرسه استفاده می کند راننده سرویس نباید از سیگار و یا عطر و ادکلن و مواد دیگر معطر و تحریک کننده استفاده نماید.
 - د) هنگام مبتلا به سرماخوردگی سریعاً نسبت به درمان وی اقدام شود و سهل انگاری نگردد.
 - ه) دانش آموز داروهای ضروری (بویژه برای زمان حمله آسم) را همیشه همراه خود داشته باشد.
 - و) در صورت تغییر در بیماری (از جمله زمان شدت یافتن بیماری) مدرسه (مدیر و مراقبت سلامت) را در جریان قرار دهد.
- ۳- لازم است معلم (یا دبیران) دانش آموز آسمی در جریان بیماری دانش آموز قرار گیرند و با حداقل آموزش های لازم برای کمک به ایشان در هنگام حمله آسم آشنا باشند.
- ۴- تأکید شود که آموزگاران و دبیران محترم از اجبار دانش آموز آسمی جهت آمدن به پای تخته سیاه (یا سفید) به علت احتمال تأثیر تحریکی کرده های گچ و یا بوی تند شیمیایی متصاعد از ایت برد به کار رفته، خودداری نمایند و تکالیف را از این قبیل دانش آموزان به شیوه های دیگری مطالبه نمایند و صندلی این دانش آموزان با فاصله مناسب از تخته کلاس قرار داشته باشد.
- ۵- تأکید شود که همکاران محترمی که در تعامل نزدیک (از جمله در کلاس درس) با دانش آموز آسمی هستند از استفاده از عطر، ادکلن و سایر معطرهای تند و تحریک کننده خودداری کنند.
- ۶- از ایجاد استرس و اضطراب روحی برای دانش آموزان آسمی، بویژه در زمان برگزاری آزمون ها، جداً خودداری شود و در هنگام آزمون، با مشاوره های پیوسته و بازدیدهای آرام بخش با دانش آموز آسمی در طول آزمون از بروز استرس و اضطراب که احتمال حمله آسمی را افزایش می هد، جلوگیری شود.
- ۷- چنانچه در کنار کلاس درس درخت و فضای سبزی وجود دارد که در فصل گرده افشانی، کرده به داخل کلاس وارد می شوند، حتی الامکان پنجره های کلاس را مسدود نگه داشته و میز و نیمکت دانش آموز آسمی با فاصله مناسب از پنجره قرار گیرد.
- ۸- در هنگام برگزاری اردو از دانش آموزان آسمی در مواجهه با فضای سبز، کرده گیاهان، استفاده از خوراکی های تند محرک، هوای آلوده، یا استفاده از بالش، پتو و ملحفه های محرک مراقبت جدی شود.
- ۹- در بوفه مدرسی که دانش آموز آسمی دارند، مواد خوراکی با بوی تند یا مزه تند (اصطلاحاً فلغلی) عرضه نشود.
- ۱۰- لازم است معلم (دبیر) ورزش از شرایط بیمای دانش آموزان آسمی اطلاعات کافی داشته باشد تا در فعالیت های ورزشی از آن ها مراقبت نمایند.
- ۱۱- در هنگام ورزش به هیچ وجه دانش آموز آسمی نباید در شرایط فعالیت های سنگین یا استرس زای رقابت های ورزشی قرار گیرند.
- ۱۲- در شرایط هوای با رطوبت بالا نباید دانش آموز آسمی در معرض فعالیت های ورزشی سنگین قرار گیرد.
- ۱۳- در صورتی که دانش آموز آسمی در حین ورزش دچار حمل آسمی شود، بلافاصله فعالیت ورزشی وی قطع و به کمک داروهای همراه دانش آموز به وی کمک رسانی گردد. (مطابق موارد مذکور در درمانی بیماری که در صفحات قبل ذکر شد) و بلافاصله به اولین و نزدیک ترین بیمارستان منتقل و خانواده دانش آموز (در حین انتقال) در جریان قرار گیرند.
- ۱۴- توصیه می شود در مدرسی که دارای دانش آموز آسمی هستند حداقل یک کپسول اکسیژن کوچک به همراه ماسک مربوطه و دستورالعمل استفاده از آن در محل اتاق بهداشت مدرسه موجود باشد.

آسم و ورزش

بیمار دچار آسم قادر به انجام همه نوع ورزش است. وقتی بیماری آسم تحت کنترل باشد، نه تنها نباید بیمار را از انجام ورزش منع کرد بلکه باید به ورزش نیز تشویق نمود. البته ورزش در هوای سرد و خشک مثل اسکی باید با رعایت شرایط خاصی و با احتیاط انجام شود و ورزش هایی چون شنا، پیاده روی و دوچرخه سواری ارجم هستند. باید توجه داشت که فعالیت بدنی و ورزش در بعضی افراد می تواند باعث شروع حمله آسم شود. این بیماران به خصوص در هوای سرد و خشک باید قبل از شروع ورزش، چند دقیقه بدن خود را با نرمش گرم کنند و در صورتی که هنگام ورزش دچار علائم گردند باید نیم ساعت قبل از ورزش داروی سالیوتامول را دریافت نمایند.

به کودکان مبتلا به آسم خاطر نشان کنید.

- داروهایشان را فراموش نکنند.
- محدودیت های خودشان را بدانند.
- بدانند که چه زمانی باید فعالیت را قطع کنند.
- همیشه قبل از ورزش خودشان را گرم کنند و یکباره به فعالیت های سنگین ورزشی نپردازند.

مراقبت سلامت روان (۵ تا ۱۵ سال)

ارزیابی سلامت روان شامل غربالگری سلامت روان (پاسخگویی توسط والدین / مراقبین اصلی)، بررسی سابقه اختلالات عصب-روانشناختی و غربالگری بیماری صرع و غربالگری ناتوانی ذهنی خواهد بود.

مقدمه سؤالات غربالگری ارزیابی سلامت روان برای گروه هدف ۵ تا ۱۵ سال

- قبل از پرسشگری در این بخش به والدین/مراقبین اصلی توضیح دهید که «از آنجاییکه والدین و مراقبین اصلی اغلب اولین کسانی هستند که با رفتار و احساسات و یا یادگیری فرزند خود دچار مشکل می شوند. در این بخش می خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روانشناختی و استرس های فرزندتان بپرسم.»
- به خدمت گیرنده یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می شود.»
- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی فرزند شما است و اطلاعات در این پرونده محفوظ می ماند و فقط پزشک و کارشناس سلامت روان از آن مطلع خواهند بود.»
- به خدمت گیرنده توضیح دهید: «پاسخگویی صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز کمک می کند؛ در پاسخ به هر سوال می توانید بگویید هرگز، گاهی اوقات و اغلب»

نکته مهم:

برای افراد متاهل زیر ۱۵ سال، پرسشنامه ۶ سوالی در ارزیابی سلامت روان گروه سنی ۱۵ سال به بالا اجرا خواهد شد.

نمره

و

پرسشنامه ۱۷ سوالی				
نام فرزند:	تاریخ تولد:	تاریخ تکمیل پرسشنامه:		
نام والد / مراقب:	نسبت تکمیل‌کننده پرسشنامه با فرزند:			
	هرگز	گاهی اوقات	اغلب	نمی‌داند / پاسخ نمی‌دهد
۱- احساس غمگینی و غصه می‌کند.				
۲- احساس ناامیدی می‌کند.				
۳- از دست خودش عصبانی است.				
۴- خیلی نگران است.				
۵- به نظر می‌رسد که کمتر چیزی خوشحالش می‌کند.				
۶- وول می‌خورد و نمی‌تواند آرام بنشیند.				
۷- خیلی خیال‌بافی می‌کند.				
۸- به آسانی حواسش پرت می‌شود.				
۹- نمی‌تواند تمرکز کند.				
۱۰- طوری رفتار می‌کند که انگار موتورش روشن شده است.				
۱۱- با بقیه بچه‌ها دعوا می‌کند.				
۱۲- از قوانین پیروی نمی‌کند.				
۱۳- احساسات دیگران را نمی‌فهمد.				
۱۴- دیگران را دست می‌اندازد.				
۱۵- به خاطر مشکلات خودش، دیگران را سرزنش می‌کند.				
۱۶- نمی‌گذارد دیگران از وسایلش استفاده کنند.				
۱۷- چیزهایی را بر می‌دارد که مال او نیست.				

گذاری:

نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های هرگز، گاهی اوقات اغلب به ترتیب اعداد صفر، یک و دو تعلق می‌گیرد.

هرگز	گاهی	اغلب
صفر	۱	۲

سوال ها در چند گروه تقسیم شده اند و هر گروه جداگانه نمره گذاری و محاسبه می شود و موارد ارجاع بر اساس امتیاز هر گروه از نمره ها است

- جمع نمره سوالات ۱ تا ۵ (اگر نمره ۵ یا بالاتر از ۵ بود، کودک یا نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)
- جمع نمره سوالات ۶ تا ۱۰ (اگر نمره ۷ یا بالاتر از ۷ بود، کودک یا نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)
- جمع نمره سوالات ۱۱ تا ۱۷ (اگر نمره ۷ یا بالاتر از ۷ بود، کودک یا نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)
- جمع نمره کل سوالات ۱ تا ۱۷ (اگر نمره ۱۵ یا بالاتر از ۱۵ بود، کودک یا نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)

صورت «غربال منفی» در پرسشنامه ۱۷ سوالی از والدین/مراقبین اصلی

در

پرسیده شود:

➤ «آیا کودک یا نوجوان شما هیچ مشکل رفتاری یا عصبی دارد که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟»

بله خیر

در صورت پاسخ مثبت در طبقه غربال مثبت ارزیابی سلامت قرار گرفته و به پزشک ارجاع می‌شود.

مراقبت سلامت روان (۱۵ تا ۱۸ سال)

ارزیابی سلامت روان شامل غربالگری سلامت روان، بررسی سابقه اختلالات عصب-روانشناختی و یا غربالگری بیماری صرع، غربالگری ناتوانی ذهنی خواهد بود.

مقدمه سؤالات غربالگری ارزیابی سلامت روان برای گروه هدف ۱۵ تا ۱۸ سال

- قبل از پرسشگری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که «در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی و استرس‌های شما بپرسم.»
- برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در مراجعین است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شدید اعصاب و روان پیشگیری 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 خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «پاسخ‌گویی صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.»
- سپس به خدمت‌گیرنده بگویید: «سؤالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگویید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت یا اصلاً.»

غربالگری سلامت روان

۱- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید، مضطرب و عصبی هستید؟

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

۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟

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

۳- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی‌قراری می‌کردید؟

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

۴- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می‌کردید؟

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

۵- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟

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

۶- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی‌ارزشی می‌کردید؟

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

نمره گذاری:

➤ نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، اصلاً و به ندرت به ترتیب اعداد ۴، ۳، ۲، ۱ و صفر تعلق می‌گیرد. مجموع امتیازات هر پرسشنامه می‌تواند از حداقل صفر تا حداکثر ۲۴ باشد.

همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	اصلاً
۴	۳	۲	۱	صفر

➤ افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان «غریبال مثبت» محسوب می‌گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد.

➤ در صورت ۳ پاسخ و بیشتر به گزینه (نمی داند/پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.

مصرف دارو در بیماران روانپزشکی :

تقریباً هر کسی که با بیماران روانی در تماس باشد به این مساله واقف است که یکی از مشکل‌ترین و شایع‌ترین مسائلی که در مورد این بیماری وجود دارد این است که ممکن است بیمار از مصرف دارو امتناع نماید و دارو مصرف نکند. این امر چند دلیل دارد که عبارتند از:

-بیماران ممکن است بیماری خود را انکار کنند یا ممکن است ادعا کنند که بهبود یافته‌اند و نیاز به مصرف دارو ندارند.

-داروها ممکن است باعث عوارض جانبی ناخوشایندی شوند (به خصوص خشکی دهان و تاری دید) و به این دلیل بسیاری از بیماران استفاده منظم و مداوم از دارو را به سختی قبول می‌کنند. برای تشویق بیمار به استفاده بهتر و منظم دارو، می‌توانید به بیمار یادآور شوید که بیماری‌های دیگری نیز مثل مرض قند (دیابت) وجود دارند که بیماران باید هر روز و به طور منظم دارو مصرف کنند.

- حتی اگر فرد مبتلا به اختلال روانپزشکی تحت درمان باشد، ممکن است زمان‌هایی پیش بیاید که علائم حادث گردند. اگر متوجه تغییر در علائم یا تغییر خلق شدید، سریعاً دست به کار شوید. شما می‌توانید با مداخله سریع، از شدیدتر شدن بیماری جلوگیری کنید.

- تشویق کردن بیمار به مصرف دارو کار ساده‌ای نیست. تا زمانی که مدتی از ابتلا به بیماری نگذشته باشد و بیمار به این امر که مصرف دارو باعث جلوگیری از عود بیماری می‌شود بصیرت پیدا نکرده باشد به سادگی قابل حل نیست از این جهت باید با صبر و آرامش بیمار را تشویق به مصرف دارو نمایید.

-استفاده دارو توسط بیماران مرد موجب عقیم شدن آنها نمی شود در مصرف داروی بیماران نظارت داشته باشید..برخوردتان بایستی جدی ولی با محبت باشد برخورد تند و توهین آمیز نکنید. به تدریج مسئولیت

مصرف دارو را به عهده بیمار بگذارید ولی همچنان نظارت خود را داشته باشید و مطمئن شوید که بیمار آیا داروهایش را خورده است یا خیر ؟

- بیمار شما به مصرف مرتب و مداوم دارو نیاز دارد. قطع داروی بیمار بایستی با نظر روانپزشک باشد.

-اثر درمانی دارو حداقل پس از ۴-۳ هفته پس از شروع درمان دارویی ظاهر خواهد شد .ممکن است فرد بدنبال مصرف دارو دچار عوارض دارویی گردد که اغلب بتدریج از میان خواهد رفت. قبل از قطع دارو حتما باید با

پزشک مشورت شود.در صورت قطع زود رس درمان احتمال عود علائم بسیار بالا است.

-مصرف منظم دارو در بیمار مبتلا به اختلالات روانپزشکی از اهمیت زیادی برخوردار است همچنین باید متذکر شد که مصرف دارو های روانپزشکی اعتیاد آور نمی باشد .

الگوهای بسیار زیادی برای استفاده از دارودرمانی وجود دارد. بعضی از افراد، به طور منظم از تمام داروهایی که برایشان تجویز شده است، استفاده می کنند، بعضی دیگر تنها قسمتی از داروهای تجویز شده را مصرف

می کنند و عده ای هم به شکل «دوره ای» این کار را انجام می دهند. یعنی وقتی حالشان خوب نیست برای مدت چندماه به طور منظم از داروها استفاده می کنند و همین که حالشان نسبتاً خوب شد، مصرف دارو را زیاد جدی

نمی گیرند و بعضی دیگر هم به طور کلی از مصرف داروی تجویز شده خودداری می کنند. تعداد کسانی که به صورت دوره ای از دارو استفاده می کنند و یا دارو مصرف نمی کنند به مراتب بیشتر از کسانی است که به طور

کامل از دارو استفاده می کنند.

اگر بیمار بتواند مصرف داروهای تجویز شده را کنترل و اداره کند، مسلماً با علاقه بیشتری درمان را پیگیری خواهد کرد. اگر درمان مستلزم داروهای زیادی باشد به احتمال زیاد نمی تواند به یاد بیاورد که چه موقع باید

از یک داروی به خصوص استفاده کند. بسیار مهم است که زمان بندی مصرف داروها را به نحوی آسان تر کرد که با زندگی عادی بیمار هماهنگ شود. بعضی از افراد به راحتی می توانند دارودرمانی تجویز شده را اجرا

کنند. آنها دارو و زمان مصرف آن را روی برگه ای جهت یادآوری یادداشت می کنند و همیشه همراه خود دارند. بعضی از افراد هم از جعبه های دارو استفاده می کنند که به آنها یادآوری می کند که آیا از دارو استفاده کرده

است یا خیر.

بیمار می تواند برای استفاده منظم از رژیم دارودرمانی خود از یادآورها کمک بگیرد. به عنوان مثال می تواند قرص هایی را که باید در شب بخورد. همراه با یک لیوان آب در جلوی ساعت زنگدار قرار دهد، یا یادداشتی را

روی آیینیه اتاق بچسباند که به او یادآوری می کند داروهای خود را باید صبح بعد از بیدار شدن از خواب بخورد، یا می تواند ساعت مچی خود را کوک کند که به او یادآوری کند که چه وقت باید داروی ثوبت بعدی خورده

شود.

شما می توانید به بیمار کمک کنید و به او یادآوری کنید چه موقع باید از دارو استفاده کند و کنترل کنید که آیا داروی خود را خورده است یا خیر.

گاهی اوقات برنامه هایی پیش می آید که نظم عادی و روزمره زندگی فرد را به هم می زند. ولی در هر حالت باید سعی کرد زمان مصرف داروها تغییر نکند و نظم دارودرمانی را در اولویت برنامه ریزی بیمار قرار گیرد.

راهنمای خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات

غربالگری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات

غربالگری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات فرصت منحصر به فردی فراهم می‌آورد تا درک بهتری از مشکلات سلامتی فرد به دست آورده و بهتر به او خدمات ارائه دهیم، به فرد بازخورد ارائه دهیم به این معنا که رفتارهای مثبت را تشویق کنیم، برای رفتارهای پرخطر به فرد آموزش و توصیه مختصر داده و برای دریافت غربالگری تکمیلی و سایر مراقبت‌ها ارجاع دهیم.

غربالگری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات باید با رعایت حریم خصوصی و از طریق مصاحبه با خود فرد، برای تمام اعضای ۱۵ سال یا بالاتر در زمان تکمیل پرونده سلامت انجام پذیرد.

پرسشنامه غربالگری اولیه غربالگری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات از چهار بخش به شرح زیر تشکیل شده است:

- بخش اول- سابقه مصرف انواع مواد در طول عمر و سه ماه گذشته
- بخش دوم- سؤالات بیشتر درباره دفعات و مقدار مصرف انواع دخانیات در ماه گذشته
- بخش سوم- سؤال مواجهه با دود دست دوم دخانیات در ماه گذشته (فقط افراد غیر سیگاری)
- بخش چهارم- سؤالات ارزیابی مواجهه فرزندان با دخانیات (والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال)
- ❖ غربالگری اولیه در دوران بارداری، در هر سه ماهه بارداری یک بار انجام می‌شود.
- ❖ علاوه بر اینها، غربالگری اولیه باید برای تمام افراد واجد علائم و نشانه‌های مرتبط با مصرف مواد، الکل و دخانیات توسط کارکنان تیم سلامت همچون کارشناس مراقب سلامت به صورت فرصت طلبانه انجام پذیرد.

به منظور کاهش حساسیت نسبت به سؤالات در پرسش یک ابتدا درباره سابقه ی مصرف فرد در طول عمر پرسیده می‌شود.

منظور از مصرف طول عمر داروهای واجد پتانسیل مصرف نایجا، مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی و یا با مقادیر و طول مدت بیش از آن چه پزشک تجویز نموده، می‌باشد. در صورتی که مراجع هر یک از این داروها را به دستور پزشک و با دوز و طول مدت تجویزی مصرف می‌کند، نتیجه غربالگری اولیه منفی خواهد بود.

صرف نظر از پاسخ مراجع به این پرسش‌ها، بعد از پرسیدن سؤال یک، پرسش دو درباره ی مصرف کلیه مواردی که فرد در طول عمر مصرف نموده در سه ماه اخیر ادامه می‌یابد.

در صورت تأیید مصرف دخانیات در سه ماهه گذشته، سؤالات تکمیلی درباره نوع و مقدار ماده دخانی مصرفی در ماه گذشته پرسیده می‌شود. در خاتمه، صرف نظر از نوع پاسخ مراجع به سؤالات مصرف دخانیات، از فرد درباره مواجهه با دود دست دوم دخانیات در ماه گذشته سؤال می‌شود.

شرح پرسشنامه غربالگری اولیه غربالگری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات

بخش اول - ارزیابی مصرف مواد، الکل و دخانیات در طول عمر و سه ماه گذشته

مقدمه غربالگری اولیه

رعایت احترام و حفظ حریم خصوصی مراجعه توضیح دهید:

"در این بخش می‌خواهم چند سؤال درباره تجربه شما از مصرف مواد، الکل و دخانیات در طول عمر و سه ماه گذشته بپرسم. این ارزیابی برای تمام مراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد وضعیت سلامتی انجام می‌شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است. این مواد را می‌توان به صورت تدخینی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد." اکنون صفحه نمایش سوالات را به مراجع نشان بدهید و با به کارگیری مهارت ارتباط همدلانه توضیح دهید:

"برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام بخش، داروهای ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک

مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم. اما، اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید.

به شما اطمینان می‌دهیم اطلاعاتی که در این مورد به ما می‌دهید، کاملاً محرمانه خواهد بود. پاسخ‌گویی باز و صادقانه به این پرسش‌ها در ارائه خدمات مورد نیاز به ما کمک می‌کند، اما در صورت عدم تمایل می‌توانید به پرسش‌ها پاسخ ندهید."

عدم تمایل به پاسخ‌گویی	خیر	بله	در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد پرسش ۱، پرسش ۲ سوال شود پرسش ۲: در سه ماه اخیر چطور			عدم تمایل	خیر	بله	پرسش ۱-۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (در مورد داروها فقط موارد مصرف غیر پزشکی و یا بدون تجویز پزشک)
						به پاسخ-گویی			
								۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)	
								۲- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)	
								۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)	
								۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)	
						عدم تمایل	خیر	بله	پرسش ۱-۲- مواد دیگر چطور؟
						به پاسخ-گویی			۵- مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کراک هروئین، غیره)
									۶- حبشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
									۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)
									۸- سایر؛ مشخص کنید: ...

بعد از تکمیل پرسش‌های بالا، در صورت پاسخ مثبت به مصرف دخانیات در سه ماه اخیر، سؤالات جدول زیر پرسیده می‌شود.

بخش دوم- دفعات و مقدار مصرف دخانیات در ماه گذشته

پرسش ۵- مقدار مصرف شما در یک روز معمول مصرف چقدر است؟		پرسش ۴- در ماه گذشته، هر یک از انواع مواد دخانی را چند وقت یک بار مصرف کرده‌اید؟				پرسش ۳- سن اولین بار مصرف؟	نوع فرآورده دخانی
بار	نخ	تقریباً روزانه یا روزانه	هفتگی	۱ تا ۳ بار	هرگز		
							سیگار
							قلیان
							پیپ/چپق
							ناس/تنباکوی چویدنی

- مصرف «هفتگی» یعنی مصرف ۱ تا ۴ روز در هفته و در صورتی که فرد ۵ روز یا بیشتر در هفته مصرف دخانیات داشته باشد، مصرف او «تقریباً روزانه یا روزانه» تعریف خواهد شد.

در صورت پاسخ مثبت به سوالات مصرف در طول عمر و سه ماه اخیر هر ماده (مواد، الکل و دخانیات)، سابقه درمان مراجع با سوال ۶ پرسیده می شود.

پرسش ۶- آیا فرد در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان است؟ (۱۵ تا ۱۸ سال)

سپس، صرف نظر از نوع پاسخ مراجعان به سؤال‌های ۱ تا ۵، پرسش ۷ و ۱۲ از تمام مراجعان گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال پرسیده می‌شود.

بخش سوم- ارزیابی مواجهه فرد با دود دست دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته

پرسش ۷- آیا در ماه گذشته کسی در حضور شما در منزل، محل کار یا اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟

بله خیر

بخش چهارم- مواجهه فرزندان با دخانیات (پرسش از والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال)

در والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال، ۴ پرسش زیر (۸ تا ۱۱) از نظر مواجهه فرزندان با دخانیات سوال می‌شود:

پرسش ۸- آیا در خانواده شما، فرد مصرف کننده دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان و...) وجود دارد؟

بله خیر

مواجهه فرزندان با دود دست دوم یا سوم دخانیات (پرسش از والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال)

پرسش ۹- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در منزل دخانیات مصرف کرده است؟

بله خیر

پرسش ۱۰- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟

بله خیر

استفاده از کودک برای خرید مواد دخانی (پرسش از والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال)

پرسش ۱۱- آیا در سال گذشته، کودک شما برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده شده است؟

بله خیر

بخش پنجم- مواجهه با فرد درگیر مصرف الکل و مواد در خانواده (پرسش از والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال)

پرسش ۱۲- آیا در خانواده، فردی دارای اعتیاد به الکل یا مواد و یا مصرف کننده تفنی آن وجود دارد؟

بله □ خیر □

برخی تعاریف آموزشی تکمیلی جهت آرایه بازخورد به مراجعان

در بخش زیر جهت اطلاع بیشتر تعریف تنباکو و انواع آن آرایه می گردد:

به هر ماده یا فرآورده‌ای که تمام یا بخشی از ماده خام تشکیل دهنده آن گیاه توتون یا مشتقات آن (به استثنای مواد دارویی مجاز ترک دخانیات، به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) باشد، اطلاق می‌شود. این مواد بر اساس نوع مصرف به دو گروه اصلی تدخینی و غیر تدخینی تقسیم می‌شوند:

مواد دخانی (تدخینی)^۷

الف) سیگارت^۸: در ایران به نام سیگار شناخته شده است به تنباکوی پیچیده شده در کاغذ گفته می‌شود که توسط ماشین تولید می‌گردد. سیگار، استوانه کاغذی کوچکی معمولاً به طول کمتر از ۱۲ سانتی‌متر و قطر نزدیک به ۱۰ میلی‌متر است که از برگ‌های بریده شده یا عمل آمده تنباکو پر می‌شود.

ب) سیگار برگ: سیگارهای برگ از سیگارهای معمولی بزرگتر بوده و نوع و میزان تنباکویی که در آنها بکار رفته نیز متفاوت می‌باشد. سیگارهای برگ، با توجه به ابعادشان می‌توانند بین ۵ تا ۱۷ گرم تنباکو را در خود داشته باشند و فیلتر ندارند.

ج) پیپ: وسیله‌ای که در آن از برگ‌های خشک شده گیاه تنباکو، به عنوان توتون برای مصرف استفاده می‌گردد .

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

ه) چپق: وسیله‌ای است دارای حقه و یک لوله متصل به آن که در حقه توتون ریخته و آتش را بر روی آن گذاشته و می‌کشند.

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

^۷fumigation

^۸Smoking tobacco

۲) تنباکو غیر تدخینی^۴:

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 می‌آید، عطسه‌آور و نشئه‌کننده می‌باشد و از طریق بینی استفاده می‌شود.

ج) تنباکوی مکیدنی: از طریق دهان مصرف می‌شود.

عوارض ناشی از مصرف دخانیات و مواجهه با دود محیطی (استنشاق دود دست دوم و تماس با دود دست سوم)

استعمال دخانیات عامل بروز یا تشدید بسیاری از بیماری‌های خطرناک از جمله سرطان‌ها بیماری‌های قلبی، عروقی، سکته مغزی، دیابت، کاتاراکت، ضایعات شنوایی و پوسیدگی دندانها و... است. فاصله زمانی نسبتاً طولانی (۲۰-۱۵ سال) بین شروع مصرف سیگار و ابتلا به بیماریهای مذکور موجب کاهش حساسیت افراد نسبت به خطرات این ماده مهلک شده است. در حال حاضر ۷ میلیون نفر در سال جان خود را بر اثر ابتلا به بیماری‌های ناشی از مصرف دخانیات از دست می‌دهند که ۹۰۰ هزار نفر آن به دلیل مواجهه با دود دست دوم یا دود محیطی آن می‌باشد. تقریباً هر ۶ ثانیه ۱ نفر به علت استعمال دخانیات می‌میرد که مسئول یک مرگ از هر ۱۰ مرگ در جهان است. نهایتاً نیمی از مصرف‌کنندگان فعلی مواد دخانی به علت ابتلا به یک بیماری مرتبط با استعمال دخانیات خواهند مرد. اگر الگوی موجود استعمال دخانیات با روند جاری ادامه یابد حدود یک میلیارد نفر در قرن بیست و یکم جان خود را از دست خواهند داد که ۸۰٪ این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد. خطرات مواجهه تحمیلی با دود سیگار نیز کمتر از استعمال دخانیات نیست. با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت دود محیطی سیگار از نقطه نظر سلامت هیچ آستانه مجازی ندارد، چرا که نه دستگاه‌های تهویه و نه تمهید جداسازی مکان‌های استعمال دخانیات هیچکدام به طور کامل هوایی پاک و عاری از آلاینده را فراهم نمی‌آورند. بنابراین تنها راه محافظت، قرار نگرفتن در معرض دود سیگار و دخانیات از طریق ایجاد اماکن عاری از دخانیات است. از سوی دیگر طبق تحقیقات اخیر نشان داده شده که حدود ۹۰ درصد نیکوتین تنباکوی دود شده به دیوار، سطوح، وسایل نرم درون خانه مانند فرش و بالش و مبلمان و نیز لباس و مو و پوست افراد می‌چسبد. ذرات سمی ناشی

^۴Smokless tobacco

از مصرف دخانیات که روی قسمت های مختلف منزل، خودرو، پوست، موی و لباس افراد می نشینند، تحت عنوان دود دست سوم شناخته شده است. با توجه به اینکه کودکان زمان بیشتری را در منزل سپری می کنند و با سطوح حاوی ذرات دود مواد دخانی در تماس هستند، امکان مبتلا شدن به بیماری و مسمومیت های ناشی از مواجهه با دود دخانیات در آنها بیشتر است. حتی سطوح کم ذرات دخانیات می تواند با مسمومیت در سیستم عصبی کودکان در آنها مشکلات شناختی ایجاد نماید.

توصیه های مختصر در مورد ترک دخانیات و اجتناب از مواجهه با دود مواد دخانی

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، توصیه به اجتناب نمودن از مواجهه با دود مواد دخانی بشود. افرادی که در تکمیل اطلاعات اولیه اعلام به قرار گرفتن در معرض مواجهه دود حاصل از مصرف مواد دخانی در منزل و یا اماکن عمومی نموده اند، باید اطلاعات لازم در مورد خطرات مواجهه دریافت نموده و توصیه به دوری از محیط های حاوی دود دخانی بشود به نحوی که فرد غیرمصرف کننده مواد دخانی اقدامات لازم را برای محافظت خود و خانواده خود از مواجهه با دود مواد دخانی انجام دهد.

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 دارودرمانی می تواند میزان موفقیت ترک را در افراد وابسته به دخانیات تا دو برابر افزایش دهد. برای موفقیت در ترک دخانیات باید ابتدا به آن فکر کرد؛ تصمیم گرفت؛ مهارت ها را افزایش داد؛ ضررهای سیگار و فواید ترک سیگار را دانست؛ یک روز را برای ترک سیگار انتخاب کرد؛ نحوه سیگار کشیدن را تغییر داد؛ و از توصیه های بهداشتی، روان درمانی و جایگزین نیکوتینی استفاده کرد. توصیه های رفتاری شامل تنفس عمیق، تأخیر، نوشیدن آب و انحراف فکر و یادآوری، حرف زدن با دیگری، پاداش دادن و امتناع از پذیرش تعارف سیگار می باشد. لازم است کارشناس مراقب سلامت/بهورز کلیه کسانی را که در سه ماه گذشته مصرف دخانیات داشته اند، برای غربال گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهد تا بر حسب سطح درگیری با مصرف مداخله متناسب شامل مداخله مختصر و درمان شناختی، رفتاری مختصر و ارجاع به پزشک جهت درمان دارویی انجام پذیرد.

آموزش زیان های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی

عوارض مواجهه با دود دست دوم و سوم: مصرف تنباکو و انواع آن تقریباً به تمام دستگاه های بدن آسیب رسانده و یکی از اصلی ترین عوامل مرگ قابل پیشگیری در جهان است. سالیانه ۷

میلیون نفر در اثر مصرف مواد دخانی جان خود را از دست می دهند. حدود ۹۰۰ هزار مورد از این مرگ ها فقط به دلیل مواجهه با دود دست دوم مواد دخانی رخ می دهد.

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

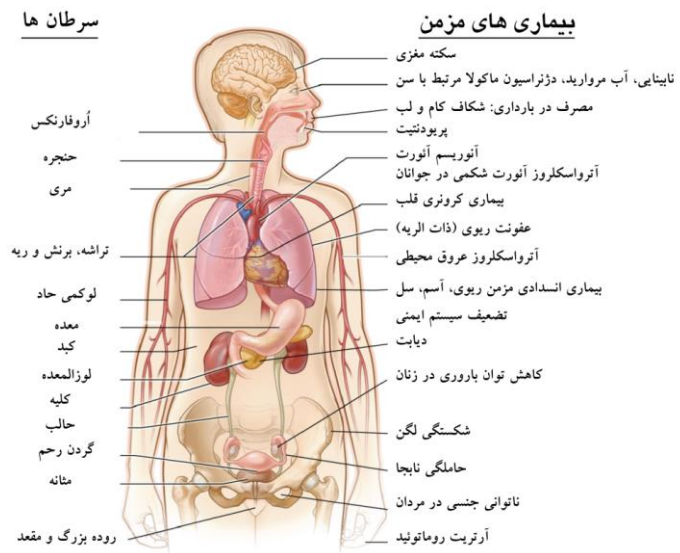
➤ دود دست سوم: ذرات سمی ناشی از مصرف مواد دخانی است که بر روی قسمت های مختلف وسایل و سطوح موجود در منزل، خودرو، پوست، مو و لباس افراد مینشیند، که افراد غیرمصرف کننده در تماس با آن قرار می گیرند.

• مقادیر کم مواجهه با دود دخانیات هم بی خطر نیست و ابزارهایی مانند تهویه و سایر فن آوری های فیلتراسیون هوا نمی تواند مخاطرات بهداشتی ناشی از مواجهه با دود محیطی دخانیات را حذف کند و حتی رویکرد اختصاص مکان های مخصوص استعمال دخانیات در اماکن عمومی کارایی لازم را ندارد و تنها راه مؤثر محافظت از افراد در معرض مواجهه، ایجاد محیط های صد درصد عاری از دود دخانیات است.

• با توجه به این که کودکان وزن کمتری داشته، 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 دوم و 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.

• مواجهه با دود دست دوم مواد دخانی خطر سرطان ریه و بیماری کرونر قلبی را در بزرگسالانی که دخانیات مصرف نمی کنند افزایش می دهد. در کودکان دود دست دوم دخانیات خطر سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، عفونت های مزمن گوش میانی و بیماری های تنفسی نظیر آسم و عفونت ریه را افزایش می دهد. با توجه به تبعات سوء مواجهه با دود مواد دخانی (دود دست دوم) و تماس با بقایای حاصل از مصرف دخانیات (دود دست سوم)، ضرورت دارد افراد برای حفاظت از سلامت خود، از مواجهه با دود مواد دخانی اجتناب نمایند.

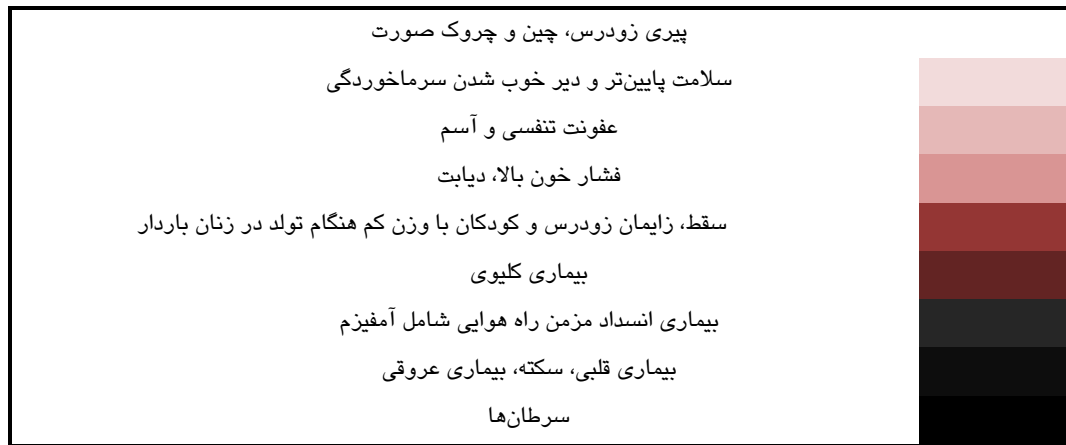
شکل ۱- عوارض سلامتی مرتبط با مصرف تدخینی دخانیات



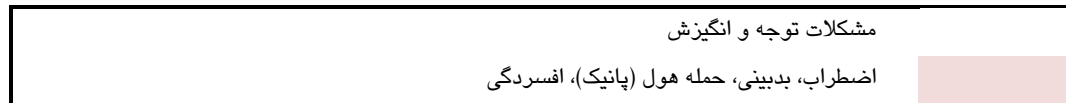
کارت های بازخورد عوارض اختصاصی مصرف هر ماده

در جداول زیر مضرات مصرف انواع مواد آورده شده است که در صورت مثبت بودن نتیجه ارزیابی اولیه درگیری با مصرف دخانیات الکل و مواد مراجعین به تناسب نوع ماده بازخورد ها
ارایه می گردد.

جدول ۱- خطرات همراه با مصرف دخانیات به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر



جدول ۲- خطرات مصرف حشیش به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر



کاهش توانایی حافظه و حل مسأله	
فشار خون بالا	
آسم، برونشیت	
پسیکوز خصوصاً در افراد با تاریخچه فردی و خانوادگی اسکیزوفرنی	
بیماری قلبی و بیماری انسداد مزمن ریوی	
سرطان‌های راه هوایی فوقانی و گلو	

جدول ۳- خطرات مصرف الکل به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

سرردرد و کسالت صبح روز بعد، رفتار تهاجمی و خشن، تصادفات، جراحات	
کاهش عملکرد جنسی، پیری زودرس	
مشکلات گوارشی، زخم معده، ورم لوزالمعده، فشار خون بالا	
اضطراب و افسردگی، دشواری‌های 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 و التهاب لوزالمعده	
مسمومیت با متانول (نابینایی، مرگ)، سرطان، خودکشی	

جدول ۴- خطرات همراه با مصرف مواد افیونی به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

خارش، تهوع و استفراغ	
خواب‌آلودگی، بیبوست، خرابی دندان، دوره‌های قاعدگی نامنظم	
دشواری در تمرکز و به یاد آوردن چیزها	

افسردگی، کاهش میل جنسی، ناتوانی جنسی
 مشکلات مالی و درگیری با قانون
 مشکل در حفظ شغل، ارتباطات و زندگی خانودگی
 تحمل، محرومیت، وابستگی، اختلال مصرف
 سرطان‌های حنجره، ریه، مری و معده
 بیش‌مصرفی و مرگ ناشی از نارسایی تنفسی



جدول ۵- خطرات مصرف مواد محرک به‌ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن، دهیدراتاسیون، کاهش مقاومت به عفونت
 دشواری در تمرکز و به خاطر آوردن چیزها
 نوسانات خلقی، اضطراب، افسردگی، بی‌قراری، شیدایی (مانیا)، هول (پانیک)، بدبینی (پارنویا)
 تیک، رفتارهای تکراری و اجباری
 مسمومیت، قفل شدگی فک، اسپاسم عضلانی، آریتمی قلبی
 عفونت‌های منتقله از راه جنسی نظیر گنوره‌آ (سوزاک)، سیفلیس و اچ‌آی‌وی
 پسیکوز (جنون) بعد از مصرف مستمر و/یا دوزهای بالا، پرخاش‌گری و خشونت
 سکته قلبی، سکته مغزی، مرگ



جدول ۶- خطرات مصرف داروهای آرام‌بخش‌ها و خواب‌آور به‌ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر

خواب‌آلودگی، گیجی و تیرگی شعور
 دشواری در تمرکز و به خاطر آوردن چیزها
 تهوع، سردرد، عدم تعادل در راه رفتن
 دشواری در خواب



اضطراب و افسردگی
تحمل و وابستگی در مصرف خودسرانه
علائم محرومیت شدید شامل تشنج و پسیکوز (جنون)
بیش‌مصرف و مرگ در صورت مصرف با الکل، ترکیبات افیونی و سایر مواد سرکوب-
کننده



دستورالعمل پیگیری مراقبت های اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات

نکته مهم: نظر به ماهیت و انگ اجتماعی بیماری اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات، انتظار می رود حفظ حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل راز داری در پیگیری ها و فراخوان ها مورد توجه کامل پیگیری کننده قرار گیرد. برای پیگیری و فراخوان مجدد شماره تماسی استفاده شود که خود فرد با پیش آگاهی نسبت به این موضوع ارایه کرده است. حتی الامکان بدلیل حساسیت موضوع، از بیان دقیق علت پیگیری و ذکر نوع بیماری مصرف مواد در حین پیگیری پرهیز گردد و به جای آن از واژگان " نیاز به تکمیل مراقبت های بهداشتی " استفاده شود.

۱- برای موارد مثبت غربالگری اولیه برای مراجعه به کارشناس سلامت روان لازم است ۳ نوبت پیگیری با فواصل ۱ هفته بعد، ۲ هفته بعد، ۱ ماه بعد از اولین مراجعه انجام شود.

تماس و فراخوان فرد برای دریافت مراقبت تکمیلی

متن مکالمه و نحوه ارتباط گیری:

توجه: تا حد امکان شمرده شمرده و با انرژی مثبت متن مکالمه بیان گردد.

سلام، روزتان بخیر. من (نام و نام خانوادگی).....کارشناس مراقب سلامت مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه بهداشتی..... هستم. بعد از ارزیابی اولیه تان، شما نیاز است با مراجعه

به این مرکز از مراقبت های تکمیلی موردنیازتان را دریافت کنید. این خدمات بصورت رایگان است و برای بهبود وضعیت سلامتی تان بسیار موثر است.

خدمات ما در روزهای تا ساعات..... تا صبح / بعد ظهر ارائه می شود.

شما کی می توانید، مراجعه کنید؟

- ثبت تاریخ تماس (به ساعت روز ماه سال) -----

- ثبت نتیجه پیگیری:

✓ تمایل بیمار به مراجعه

✓ عدم تمایل به مراجعه و دریافت ادامه مراقبت

۲- برای موارد از قبل شناسایی شده و تحت درمان اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات جهت آگاهی از روند دریافت خدمات درمانی ۴ نوبت پیگیری در فواصل هر ۳ ماه تا یک

سال پس از اولین مراجعه از بیمار انجام شود.

پیگیری اول/ دوم/ سوم/ چهارم

تماس و پرسش از فرد در مورد روند دریافت خدمات درمانی ثبت تاریخ تماس (به ساعت روز ماه سال) -----

متن مکالمه و نحوه ارتباط گیری:

سلام، روزتان بخیر. من (نام و نام خانوادگی).....کارشناس مراقب سلامت مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه بهداشتی ... هستم. طبق نتیجه ارزیابی اولیه، شما تحت مراقبت یک

مرکز درمانی بودید. از آنجا که سلامت شما اهمیت زیادی دارد، می خواهیم بدانیم آیا شما در سه ماه گذشته، بطور منظم در حال دریافت خدمات درمانی موردنیازتان بوده اید یا نه؟

بله خیر

نتیجه پیگیری:

ارزیابی از دریافت مراقبت ها طبق برنامه درمانی با آیتم های زیر کامل گردد:

- بیمار طبق برنامه درمانی عمل کرده و به سمت بهبودی پیش می رود. بله خیر

اقدامات: در صورت پاسخ مثبت

- بازخورد مثبت تشویقی با ارایه پیام: این روند خیلی خوب است. پایبندی شما به برنامه درمانی تان می تواند روز به روز به بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی و عملکرد

مثبت شما در خانواده و روابط اجتماعی تان کمک کند.

- بازخورد حمایتی (ارایه پیام: در صورت نیاز به خدمات روانشناختی و درمانی دیگر، این مرکز آماده کمک به شماست و سه ماه دیگر با شما تماس خواهیم داشت)

در صورت پاسخ منفی

-بازخورد در مورد عوارض مصرف و عواقب عدم پایبندی به برنامه درمانی

-فراخوان فرد به مرکز جهت انجام ارزیابی و مداخله روانشناختی

-تعیین زمان دریافت مراقبت (به ساعت روز ماه سال) ----- ثبت مراقبت دریافت شده-----

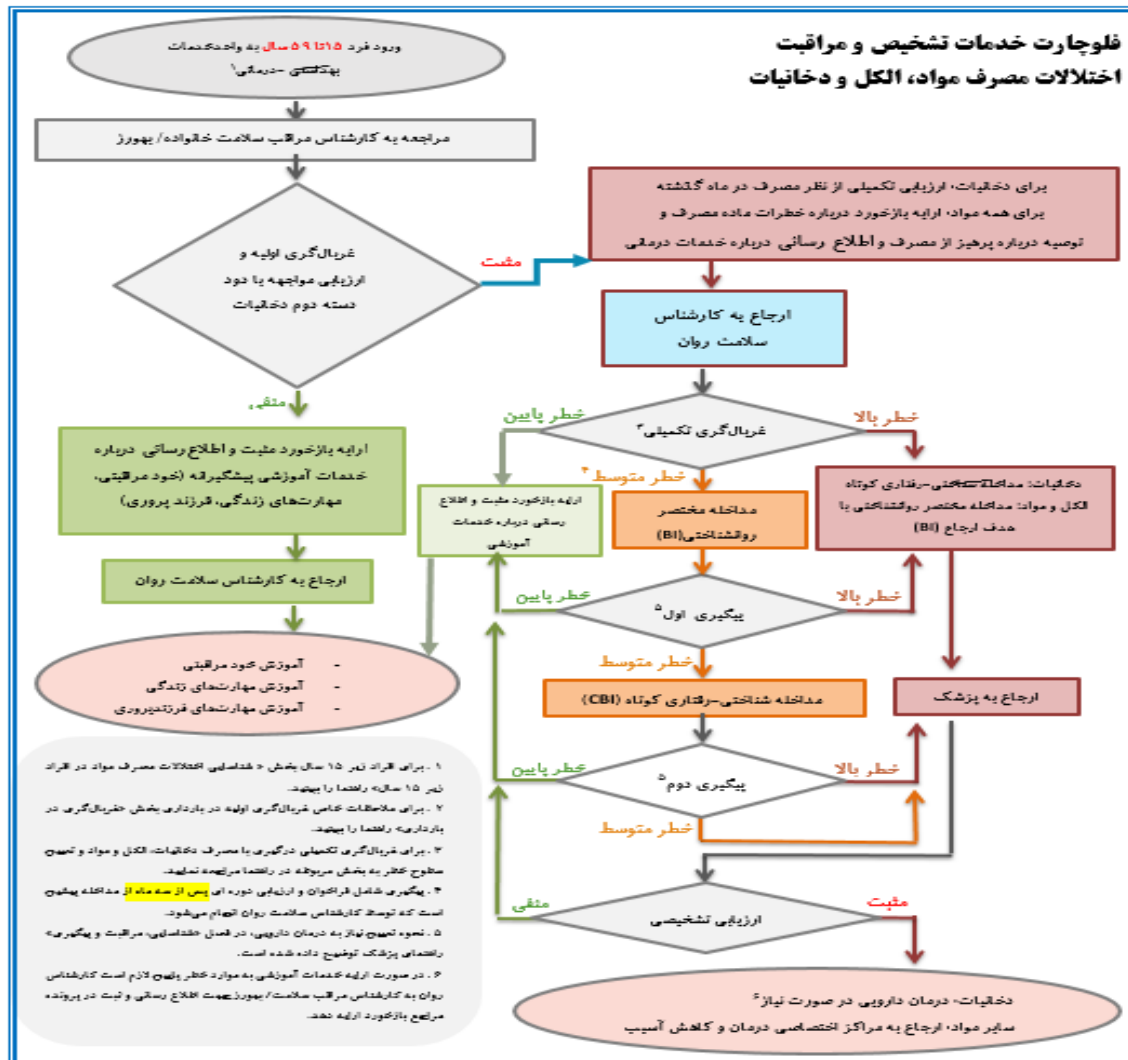
-عدم تمایل بیمار به دریافت مراقبت و نیاز به پیگیری مجدد بر اساس فواصل زمانی تعریف شده

*بر اساس فواصل زمانی تعریف شده مشابه پیگیری اول، پیگیری دوم سوم و چهارم ثبت می شود.

۳- **برای موارد ارجاع شده توسط پزشک به مراکز تخصصی،** پیگیری روند دریافت خدمات درمانی ۵ نوبت در طول ۱ سال، در فواصل ۱ هفته، ۱ ماه، ۳ ماه، ۶ ماه و ۱۲ ماه بعد از

اولین مراجعه انجام و ثبت شود. (پیگیری از خود بیمار انجام شود)

* محتوای مسیر خدمت: مشابه مورد دوم



راهنمای فلوجارت خدمات ارزیابی، تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات

در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خدمات پیشگیری، غربالگری، شناسایی، تشخیص، مراقبت و پیگیری افراد درگیر اختلالات مصرف دخانیات (تباکو)، الکل و مواد را سه گروه عمده ارائه‌کنندگان خدمت شامل کارشناس مراقب سلامت/بهورز، کارشناس سلامت روان (روانشناس) و پزشک عمومی ارائه می‌دهند.

این افراد براساس فرآیند مندرج در فلوجارت **ارایه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات** و در چارچوب طرح تحول سلامت در مراکز جامع سلامت/ مراکز بهداشتی، درمانی، خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی، به شناسایی به موقع و مداخلات اولیه اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات می‌پردازند و خدمات و مراقبت‌های مورد نیاز را در منطقه تحت پوشش به شرح ذیل فراهم می‌نمایند.

غربالگری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات: در شرایط معمول شروع فرآیندهای این فلوجارت با ورود مراجع از طریق فراخوان نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خواهد بود. در بدو ورود مراجع، کارشناس مراقب سلامت/ بهورز برای تمام افراد ۱۵ تا ۵۹ ساله «**غربالگری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات**» یا به اختصار **غربالگری اولیه** را انجام می‌دهد. غربالگری اولیه شامل ارزیابی از نظر مصرف مواد، الکل و دخانیات در طول عمر و سه ماه گذشته می‌شود. در صورت مثبت بودن غربالگری اولیه برای مصرف دخانیات سؤالات تکمیلی مصرف دخانیات در ماه گذشته می‌شود. علاوه بر این صرف نظر از نتیجه غربالگری اولیه از کلیه مراجعانی ارزیابی تکمیلی درباره مواجهه با دود دست دوم مواد دخانی در ماه گذشته به عمل می‌آید.

برای مواردی که **نتیجه غربالگری اولیه منفی** می‌شود، کارشناس مراقب سلامت، ضمن ارایه بازخورد تشویقی به مراجع درباره تداوم رفتار پرهیز از مصرف، با بررسی شرایط مراجع جهت دریافت خدمات توانمندسازی از قبیل آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری و خودمراقبتی، این خدمات را اطلاع‌رسانی نموده و در صورت تمایل فرد، مراجع را برای دریافت خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت به کارشناس سلامت روان معرفی می‌نماید.

در مواردی که **نتیجه غربالگری اولیه مثبت** می‌شود، کارشناس مراقب سلامت پس از ارائه آموزش درباره خطرات مصرف مواد متناسب با ماده مصرفی که با استفاده از کارت بازخورد انجام می‌گردد، توصیه مختصر درباره پرهیز از مصرف ماده یا مواد مورد نظر ارائه نموده و او را جهت غربالگری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌دهد.

غربالگری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل: غربالگری تکمیلی درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات یا به اختصار **غربالگری تکمیلی**، شامل آزمون غربالگری درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل، بوسیله ابزار اسپست (ASSIST) و آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل بوسیله ابزار نسخه اودیت سی (AUDIT-C) می‌شود. در این مرحله کارشناس سلامت روان براساس نتایج حاصل از اجرای اولین غربالگری تکمیلی، سطح خطر (پایین، متوسط و بالا) و مراقبت مورد نیاز را مطابق راهنمای کارشناس سلامت روان برای مراجع مشخص می‌نماید.

کارشناس سلامت روان کلیه موارد ارزیابی شده با سطح خطر پایین را به کارشناس مراقب سلامت ارجاع می‌دهد تا ضمن اطلاع‌رسانی آموزش‌های گروهی، اسامی افراد متقاضی در فهرست مربوطه ثبت شود. در مواردی که مراجعی در سطح خطر متوسط مصرف مواد ارزیابی می‌شود، دو جلسه هفتگی مداخله مختصر با رویکرد انگیزشی توسط کارشناس سلامت روان به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه ارائه می‌گردد. پس از گذشت یک ماه از کارشناس سلامت روان فرد را پیگیری و برای دریافت ادامه مراقبت دعوت نموده و نسبت به انجام غربالگری تکمیلی مجدد اقدام می‌نماید. مداخلات بعدی بیمار بر مبنی نتیجه غربالگری تکمیلی مجدد صورت می‌پذیرد. در مواردی که خطر ارزیابی شده مجدد برای مراجع، در سطح پایین قرار گیرد، فرآیند خدمت ادامه می‌یابد و مراجعان برای دریافت آموزش‌های توانمندسازی ارجاع می‌گردند. در صورتی که مراجع همچنان در سطح خطر متوسط باشد، مداخله شناختی- رفتاری کوتاه توسط کارشناس سلامت روان ارائه می‌گردد. مداخله شناختی- رفتاری کوتاه از ۴ جلسه مداخله فردی هفتگی به مدت ۴۵ دقیقه تشکیل شده است.

اما در صورتی که فرد در ارزیابی مجدد در سطح خطر بالا ارزیابی شود، به پزشک ارجاع می‌گردد. همچنین افرادی که به دلیل خطر متوسط مداخله شناختی- رفتاری کوتاه دریافت کرده اند لازم است که یک ماه بعد از غربالگری تکمیلی مجدد، بار دیگر توسط کارشناس سلامت روان فراخوانده و غربالگری تکمیلی برای بار سوم انجام می‌شود. در مواردی که نتیجه غربالگری مجدد تکمیلی در این مرحله، خطر پایین را نشان دهد، فرد به کارشناس مراقب سلامت ارجاع می‌گردد تا ضمن اطلاع‌رسانی و تشویق به شرکت در برنامه آموزش‌های گروهی، در صورت تمایل فرد، او را در فهرست متقاضیان آموزش گروهی متناسب با شرایط احراز و گروه سنی اش (مانند شرایط والد بودن برای شرکت در آموزش مهارت های فرزندپروری مربوطه) ثبت نام نماید.

در صورتی که در اجرای اولین غربالگری تکمیلی مصرف الکل یا مواد، فرد در دامنه خطر بالا ارزیابی شود، پس از ارائه یک جلسه مداخله مختصر توسط کارشناس سلامت روان با هدف ایجاد انگیزه در بیمار برای دریافت خدمات درمان دارویی، در همان مراجعه به پزشک مرکز ارجاع می‌شود. در اینجا پزشک ارزیابی تشخیصی از نظر اختلالات مصرف مواد و الکل را به عمل می‌آورد و در صورت تشخیص وابستگی به الکل یا مواد (به جز دخانیات) فرد را برای دریافت خدمات متناسب به مراکز اختصاصی/ تخصصی درمان و کاهش آسیب اعتیاد ارجاع می‌دهد.

اما صورتی که در غربالگری تکمیلی فرد از نظر مصرف دخانیات در معرض خطر بالا باشد، مداخله شناختی- رفتاری کوتاه برای ترک دخانیات توسط کارشناس سلامت روان ارائه شده و مراجع برای بررسی از نظر نیاز به دریافت درمان دارویی به پزشک ارجاع می‌شود. در صورتی که مراجع وابسته به دخانیات به طور معمول بیش از ۱۰ نخ سیگار در روز مصرف نماید، پزشک مرکز باید درمان دارویی (درمان‌های جایگزین نیکوتین یا درمان‌های دارویی غیرنیکوتینی نظیر بوپروپیون و وارنیکلین) را مطابق راهنمای پزشک در نظر بگیرد. در کسانی که سایر انواع مواد دخانی را مصرف می‌کنند، در صورتی که دفعات مصرف در ماه گذشته «روزانه یا تقریباً روزانه» باشد، استفاده از درمان دارویی باید در نظر گرفته شود.

لازم به توضیح است غربالگری تکمیلی توسط کارشناس سلامت روان و ارزیابی تشخیصی توسط پزشک باید به صورت ادغام‌یافته با ارزیابی‌های حوزه سلامت روان و اجتماعی انجام پذیرد. در صورت شناسایی موارد مثبت در ارزیابی‌های حوزه‌های مذکور اقدام لازم متناسب با فلوجارت ادارات سلامت روان و اجتماعی باید در نظر گرفته شود.

در مواردی که بیماران برای دریافت خدمات اختصاصی/تخصصی درمان و کاهش آسیب اعتیاد به سطح بالاتر ارجاع می‌گردند، تصمیم‌گیری در مورد چگونگی ادامه روند درمان به عهده درمان‌گر سطح تخصصی است. جایگاه‌های سطوح بالاتر باید بازخورد روند ارائه مراقبت را به کارکنان مراقبت اولیه ارائه نمایند.

لازم به ذکر است، در هر یک از مراحل ارزیابی و درمان، در صورت شناسایی هر مورد اورژانس طبی یا روان‌پزشکی، باید ارجاع فوری به سطح بالاتر، متناسب با نیاز بیمار توسط پزشک در نظر گرفته شود. بدیهی است مسئولیت کیفیت و نحوه ارائه کلیه خدمات درمانی به بیماران در سطح اول ارائه خدمت (نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه) و همچنین مدیریت تیم درمان با پزشک مرکز است.

شایان ذکر است، با توجه به نوسان‌های انگیزشی و شرایط خاص عود بیماری، کارشناس مراقب سلامت/بهورز باید پیگیری موارد غربالگری اولیه مثبت جهت مراجعه به کارشناس سلامت روان برای دریافت مراقبت‌های تکمیلی را در ۳ نوبت با فواصل ۱ هفته بعد، ۲ هفته بعد، ۱ ماه بعد از زمان ارجاع انجام دهد. در این پیگیری‌ها بررسی موارد از نظر مراجعه به ارائه دهنده بعدی خدمت، دریافت خدمات مورد نیاز و علل عدم مراجع به کارشناس روان مورد تاکید می‌باشد. همچنین کارشناس مراقب سلامت/بهورز موظف است پس از شناسایی و ارجاع بیمار توسط پزشک مرکز به مراکز درمانی، پیگیری روند دریافت خدمات درمانی را در ۵ نوبت در طول ۱ سال، در فواصل ۱ هفته، ۱ ماه، ۳ ماه، ۶ ماه و ۱۲ ماه بعد از زمان ارجاع انجام داده و گزارش نتایج آن را ثبت نماید.

سایر مراقبت‌های مرتبط با اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل (دو مراقبت ذیل در لیست مراقبت‌های دوره ای این گروه سنی قرار ندارد و تنها مبتنی بر تقاضای مراجع ارائه می‌گردد):

۱- تقاضای کمک برای عضو خانواده با احتمال ابتلا به اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل : گروه هدف این مراقبت مراجعینی هستند که به دلیل ابتلای یک از اعضای خانواده ی خود به مصرف مواد، الکل و دخانیات متقاضی دریافت آموزش و راهنمایی هستند. در برخورد با این مراجعان کارشناس مراقب سلامت باید با مراجع همدلی نموده و میزان آمادگی عضو خانواده را برای مراجعه داوطلبانه ارزیابی نماید. در صورتی که مراجع بتواند عضو خانواده خود را برای مراجعه به پایگاه یا مرکز قانع کند، پس از مراجعه عضو مصرف‌کننده، غربالگری اولیه انجام و بر اساس نتایج حاصل از آن مراقبت متناسب ارایه می‌گردد. اما در صورتی که مراجع گزارش نماید که عضو خانواده از مراجعه داوطلبانه امتناع می‌ورزد، تقاضای مراجع در مراقبت تعریف شده ثبت و فرد برای دریافت خدمات مورد نیاز به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌گردد.

لازم به توضیح است در این حالت، موضوع مصرف مواد تنها در پرونده خود فرد مراجعه‌کننده درج می‌گردد و نباید در پرونده عضو خانواده (مشکوک به اختلالات مصرف الکل و مواد) ارزیابی یا مراقبتی ثبت شود. لازم به ذکر است در برنامه ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات تاکید بر این است تمامی اعضای تیم سلامت در شناسایی مصرف کنندگان و ارایه بازخورد به آنان برای دریافت مراقبت های لازم بسیار اهمیت دارد. بر این اساس توصیه می شود پزشک، ماما، کاردان بهداشت دهان و دندان، و نیز دندان‌پزشک مراکز بهداشتی نسبت به شناسایی فرصت‌طلبانه ی افراد مصرف کننده مواد، الکل و دخانیات توجه ویژه داشته و در صورت امکان در اولین فرصت مراجع مشکوک به مصرف را جهت غربالگری اولیه به کارشناس مراقب / ماما/ بهورز ارجاع دهند.

۲- شناسایی موارد مصرف مواد، الکل و دخانیات در گروه سنّی زیر ۱۵ سال: در افراد زیر ۱۵ سال غربالگری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات به طور معمول انجام نمی‌شود، به جای آن مراقبتی تحت عنوان «شناسایی موارد مصرف مواد، الکل و دخانیات در گروه سنّی زیر ۱۵ سال» پیش‌بینی شده است. در صورتی که در این گروه سنّی خود فرد، خانواده، مدرسه یا سایر سازمان‌های ارایه‌دهنده خدمات به کودکان و نوجوانان، متقاضی دریافت خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات باشند، این مراقبت برای کودک یا نوجوان توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز تکمیل و به صورت غیرفوری به پزشک جهت تشخیص و کارشناس سلامت روان جهت راهنمایی و آموزش فرزندپروری والد یا سرپرست کودک ارجاع می‌گردد. پزشک از مراجع ارزیابی تشخیصی به عمل آورده و در صورت تشخیص اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات او را برای مراقبت و درمان به جایگاه‌های تخصصی یا فوق تخصصی روان‌پزشکی کودک و نوجوان ارجاع می‌دهد.

در این گروه از مراجعان اطلاع‌رسانی درباره برنامه آموزش فرزندپروری به والدین و در صورت تمایل ارجاع به کارشناس سلامت روان برای شرکت در برنامه فرزندپروری توسط کارشناس سلامت روان انجام می‌شود.

شناسایی اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات گروه سنی زیر ۱۵ سال

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه‌بندی	اقدام
<p>با رعایت احترام و حفظ حریم خصوصی فرد، ابتدا ثبت تقاضا و سپس سوالات ۱ تا ۳ درباره منبع ارجاع، نوع ماده مصرفی و زمان شروع مصرف پرسیده شود:</p> <p>۱- منبع ارجاع شما کدام یک از موارد است؟</p> <p>۲- نوع ماده مصرفی کودک یا نوجوان کدام یک از موارد است؟</p> <p>سپس سوال مربوط به زمان شروع مصرف ماده از مراجع پرسیده شود و در پرونده فرد به سال درج گردد.</p> <p>۳- از چه سنی شروع به مصرف کرده است؟</p>			<p>✓ ارجاع به پزشک جهت ارزیابی تشخیصی</p> <p>✓ اطلاع رسانی و تشویق والد یا سرپرست کودک برای دریافت راهنمایی و آموزش های فردی یا گروهی از کارشناس سلامت روان شامل فرزند پروری، مهارت های زندگی و پیشگیری از اعتیاد با استفاده از متن راهنما زیر:</p> <p>✓ "روانشناس مرکز ما می تواند کمک و راهنمایی بهتر و دقیق تری برای درمان فرزندان به شما ارائه دهد. همچنین برای افزایش آگاهی مراجعین کلاس های آموزشی مفیدی در حوزه مهارت های فرزند پروری، مهارت های زندگی و پیشگیری از اعتیاد برگزار می کند. شما با شرکت در این کلاس ها درباره موضوعاتی مانند تربیت بهتر فرزندان، ارتباط موثر با فرزندان، شیوه دوری از آثار زیان بار مصرف مواد، الکل و دخانیات و به طور کلی افزایش سلامت روان و نشاط بیشتر در روابط خانوادگی و اجتماعی تان آموزش ببینید."</p> <p>✓ ارجاع به کارشناس سلامت روان جهت راهنمایی و مشاوره مورد نیاز فردی یا گروهی والد یا سرپرست</p> <p>✓ پیگیری بیماران ارجاع شده به مراکز تخصصی طبق دستورالعمل توسط کارشناس مراقب در ۵ نوبت در فواصل، ۱ هفته، ۱ ماه، ۳ ماه، ۶ ماه و ۱۲ ماه بعد از ارجاع بیمار جهت اطمینان از دریافت خدمات درمانی انجام و ثبت گردد</p>

راهنما و توصیه های بهداشتی دوران بلوغ

توصیه های بلوغ

بلوغ انتقال از مرحله کودکی به بزرگسالی و زمان کسب قدرت باروری است. بلوغ از نظر لغوی به معنی رسیدن به سن رشد مرد یا زن شدن، پختگی و به حد کمال رسیدن می باشد. بلوغ یکی از حیاتی ترین مراحل زندگی انسان است که در این مرحله تغییرات سریع رشد و نمو و اجتماعی به وجود می آید. در روند این تغییرات، نوجوانان تمایل دارند با والدین خود به عنوان یک منبع اطلاعاتی ارتباط برقرار کنند. بسیاری از مشکلات مختلف جسمی، روانی و اجتماعی مانند بیماری های عفونی، ازدواج ناموفق، حاملگی زودرس و پر خطر، بیماری قلبی و عروقی، بیماری های مزمن و مرگ و میر مادر و کودک ریشه در بلوغ دارد. به دلیل ناکهانی بودن شروع علائم بلوغ، نوجوان با موارد ناآشنایی رو به رو می شود که گاهی احساس خوشحالی و گاهی نگرانی در او ایجاد می شود. شروع بلوغ با ظهور علائم رشد جسمانی است که از دیدگاه فعالیت، مسئولیت پذیری، آزادی طلبی و تغییرات خلق و خو را به دنبال دارد.

تغییرات مهم بلوغ جسمی در پسران

تغییر در اندازه اندام های بدن: افزایش سریع قد در مراحل اولیه بلوغ است که ابتدا از دست ها و پاها شروع شده و سپس ساق پاها و ران ها رشد می کند. رشد تنه، سینه و پهن شدن شانه ها در آخر اتفاق می افتد. در این دوره اندازه قلب، ظرفیت ریه و حجم خون افزایش می یابد. رشد اندام ها ابتدا بسیار ناموزون ولی در نهایت حالت موزون و مردانه پیدا می کند. صفات اولیه جنسی: به فعالیت بیضه ها و آلت تناسلی مربوط است. اولین علامت بزرگ شدن بیضه هاست که اغلب در ۹/۵ سالگی اتفاق می افتد و در حدود ۲۰ سالگی به طور کامل رشد می کند. کمی بعد از رشد بیضه ها، رشد آلت تناسلی نمایان می شود که در افراد مختلف متفاوت بوده و ممکن است موجب نگرانی برخی از پسران شود ولی با توضیح در مورد فعالیت اعضای تناسلی هنگام تحریک جنسی می توان این نگرانی را رفع کرد. معمولاً در این دوران پسرها احتلام (انزال یا خروج مایع منی که مایع لزج حاوی نطفه یا اسپرم است) در خواب را تجربه می کنند. این امر یکی از معیارهای بلوغ است.

صفات ثانویه جنسی: این صفات به طور مستقیم با تولید مثل ارتباط ندارد و شامل:

- ❖ رویش موهای شرمگاهی که حدود یک سال بعد از بزرگ شدن بیضه ها و آلت تناسلی ظاهر می شود. در ابتدا موها کم، نازک و ظریف بوده و به تدریج تیره، زبر و مختصری مجعد و پیچ دار می شود.
- ❖ رویش موی زیر بغل و افزایش موهای بدن که پس از تکمیل موهای زهار اتفاق می افتد.
- ❖ ریش و سبیل که از ۱۴ تا ۱۸ سالگی شروع به روئیدن می کند.

❖ تغییرات پوست بدن که پوست زبر شده و منافذ آن بازتر می شود. در اثر تحریکات هورمون مردانه، فعالیت غدد چربی افزایش یافته و جوش هایی روی صورت و بدن (آکنه) ظاهر می شود. در این دوران تعریق بخصوص در ناحیه زیربغل افزایش می یابد که ممکن است کمی بوی ناراحت کننده تولید کند.

❖ تغییر صدا که ناشی از رشد طناب های صوتی است. ابتدا صدا خشن و سپس بم و آهنگ آن مطلوب تر می شود.

❖ رشد عضلات بخصوص در عضلات سینه، ساق ها، بازوان و شانه ها اتفاق می افتد.

تغییرات مهم بلوغ جسمی در دختران

جهش رشدی: افزایش سریع قد در دختران حداقل ۲ سال زودتر از پسران اتفاق می افتد به طوری که در مدت یک سال قد دختران حدود ۶ تا ۱۱ سانتی متر بیشتر می شود. جهش رشد معمولاً دو سال پس از جوانه زدن پستان ها و یک سال قبل از شروع عادت ماهانه رخ می دهد. هورمون های جنسی موجب کند شدن رشد استخوان ها می شود، به همین دلیل بعد از قاعدگی سرعت رشد قد کندتر شده و بیش از ۶ سانتی متر قد دخترها افزایش نمی یابد.

تغییرات سایر اعضا: علاوه بر رشد قد، جذب چربی در بدن و توزیع آن به شکل زنانه در ران ها و پستان ها و سایر قسمت های بدن اتفاق می افتد. لکن پهن شده، موهای زیر بغل شکل زنانه پیدا می کند و اندام ها از قبیل قلب، کبد، کلیه ها و دستگاه گوارش بزرگ می شود. فعالیت غدد چربی و عرق زیاد می شود و در برخی از دختران جوش صورت ظاهر می شود.

رشد پستان ها: معمولاً در سنین ۷/۵ تا ۱۲/۵ سالگی و به طور متوسط ۹/۵ سالگی روی می دهد. جوانه زدن پستان ها از نوک شروع و به طور معمول دردناک و حساس شده و دو طرفه می باشد. در پایان دوره بلوغ، رشد پستان کامل می شود.

رشد موهای شرمگاهی: متعاقب رشد پستان ها و به طور متوسط در سن ۱۰/۵ سالگی، موهای شرمگاهی در حاشیه داخلی لب های فرج و ناحیه زیر بغل ظاهر می شود.

قاعدگی: آخرین مرحله بلوغ است که در سن ۹ تا ۱۶ سالگی و به طور متوسط ۱۳ سالگی اتفاق می افتد. رحم، واژن و اعضای تناسلی زن به اندازه کافی رشد می کند. قاعدگی به خروج خون و قطعات ریزش یافته لایه پوششی رحم اطلاق می شود که پس از یک تخمک گذاری طبیعی و در صورتی که حاملگی صورت نگیرد، اتفاق می افتد. اولین روز یک دوره خونریزی تا اولین روز خونریزی بعدی را یک دوره عادت ماهانه گویند که معمولاً بین ۲۱ تا ۳۹ روز است. میزان خون خارج شده در هر نوبت ۳۰ تا ۸۰ سی سی است که طی ۳ تا ۷ روز خارج می شود.

اولین قاعدگی در سن ۱۱ تا ۱۳ سالگی اتفاق می افتد. قاعدگی های اول بدون تخمک گذاری بوده و از نظر فواصل زمانی مقدار خون و مدت زمان خونریزی نامنظم و غیر قابل پیشگیری است. طی ۲ تا ۲/۵ سال پس از شروع قاعدگی به صورت خود به خود منظم می شود.

علائم جنسی و روانی قبل از عادت ماهانه: در چند روز قبل از شروع عادت ماهانه، علائم جنسی و روانی در برخی خانم ها ایجاد می شود که با شروع خونریزی و یا در روزهای خونریزی از بین می رود.

علائم جسمی: افزایش وزن، احساس سنگینی در شکم و کل بدن، تورم دست ها و صورت، بزرگ شدن یا دردناک شدن پستان ها، سردرد، تهوع و استفراغ، اسهال، بی اشتهاپی و یا تمایل به برخی از غذاها، خستگی، تکرر ادرار، کمردرد و درد زیربغل. دل درد ممکن است چند ساعت قبل و یا هم زمان با خونریزی شروع شود که معمولاً بیش از ۲ یا ۳ روز اول ادامه نمی یابد.

علائم روانی: تغییرات خلق، نگرانی، افسردگی، ناامیدی، تحریک پذیری، کاهش قدرت تمرکز، منفی گرایی و تغییر تمایلات جنسی همراه با دل درد در تمامی افراد کمابیش دیده می شود.

توصیه های بهداشتی

- حمام کردن و شستن تمام بدن با آب گرم و صابون بهترین وسیله نظافت پوست بوده و بوی بد بدن را از بین می برد.

- جوش را نباید دست کاری کرد. چندین بار در روز باید پوست را با آب و صابون شستشو داد. احتیاجات پوست را هر روز حداقل یک ساعت با هوای تازه تأمین کرد.

- تحرک و ورزش فراموش نشود.

- رعایت نکات بهداشتی در دوران عادت ماهانه:

۱- در این دوران از نوار بهداشتی استفاده و نوارها را با فاصله کم و حداقل ۳ تا ۵ بار عوض شود. در صورتی که نوار بهداشتی در دسترس نیست، از پارچه نخی استفاده نموده و مرتب آن را تعویض کرده و پس از شستشوی با آب و مواد شوینده، آن ها را با اتو کشیدن یا در معرض آفتاب گذاشتن خشک کرد.

۲- از لباس های زیر نخی استفاده شده و آن را مرتب تعویض کرده و پس از شستشو با اتو یا در آفتاب خشک شود.

۳- استحمام روزانه با آب گرم و به صورت ایستاده منعی ندارد.

۴- قاعدگی را باید نشانه صحت و سلامت بدن دانست.

۵- استفاده از دوش یا کیسه آب گرم و ماساژ کمر موجب تسکین دردهای عادت ماهانه می شود. در صورت نیاز، مصرف برخی داروها مانند استامینوفن یا مگنایمک اسید یا ایبوپروفن توصیه می شود.

مثال هایی از یک صبحانه مناسب برای دانش آموزان و نوجوانان

نان و پنیر و گردو، نان و پنیر و گوجه فرنگی، نان و پنیر و خیار، نان و تخم مرغ و گوجه فرنگی، نان و کره و مربا، نان و کره و خرما، نان و پنیر و خرما است. مصرف یک لیوان شیر همراه با صبحانه توصیه می شود.

انواع غذاهای سنتی مانند عدسی با نان، خوراک لوبیا با نان و انواع آش های محلی از غذاهای مفید و با ارزش بالای غذایی به شمار می روند که در برخی از مناطق به عنوان صبحانه مصرف می شوند. معلمین و مراقبین بهداشت مدارس در آموزش تغذیه به دانش آموزان، باید مصرف آن ها را ترویج و تشویق کنند.

عوارض رژیم های غذایی برای کاهش وزن در دوره بلوغ

عوارض زیانبار کاهش وزن بر سلامتی ممکن است در افرادی که اضافه وزن ندارند اما دریافت کالری خود را به شدت محدود می کنند بیشتر می باشد. در این افراد کاهش توده عضلانی بیشتر از توده چربی است. رژیم غذایی که با محدود کردن وعده های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است. اثرات زیانبار رژیم های غذایی کاهش وزن در دوره بلوغ علاوه بر اختلال رشد شامل کمبودهای تغذیه ای، اختلالات قاعدگی، ضعف، خستگی، گیجی، افسردگی، تحریک پذیری، یبوست، نداشتن تمرکز حواس و اشکال در خوابیدن می باشد.

تنفس بدبو، ریزش مو و خشکی پوست از عوارض رژیم های غذایی با محدودیت شدید کالری است. افزایش خطر ابتلاء به سنگ صفرا نیز از عوارض جدی تر این گونه رژیم های غذایی است.

متأسفانه تاخیر رشد و تاخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه قدی غیر قابل جبران در اثر کمبود مواد غذایی مغذی به ویژه ریز مغذی ها گزارش شده است. ۳۹٪ این موارد با اختلالات غذا خوردن همراه بوده است و اصلاح آن منجر به جبران رشد از دست رفته نشده است.

بنابراین دانش آموزان در سنین بلوغ به ویژه دختران باید بدانند که رژیم های کاهش وزن در این دوره ممکن است منجر به کوتاه ماندن قد شود و علاوه بر آن به علت بروز انواع کمبودهای تغذیه ای سلامت آنان به خطر افتاده و با مشکلات متعددی مواجه خواهند شد.

فعالیت بدنی دوران بلوغ

همه کودکان و نوجوانان باید روزانه دست کم ۳۰ تا ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط تا زیاد داشته باشند. همچنین کودکان و نوجوانان باید تشویق شوند تا در فعالیت های گوناگون ورزشی شرکت کنند تا به مهارت های مختلفی دستیابی پیدا کنند. ورزش موجب بهبود کار دستگاه های مختلف بدن می شود، فشارهای عصبی و روانی را کاهش می دهد، در افزایش ظرفیت شخصیتی نوجوان و تقویت خودباوری، احساس لیاقت و توانایی و گسترده شدن روابط اجتماعی نقش دارد. ورزش مناسب سبب می شود نوجوان در برابر مشکلات زندگی صبر و تحمل بیشتری داشته باشد و اگر به ورزش کردن عادت کند، گرفتار بسیاری از بیماری ها در سنین میانسالی نخواهد شد.

ویژگی های روانی و رفتاری دوران بلوغ

نوجوان طی دوره بلوغ علاوه بر تغییرات جسمی، دستخوش یک سری تغییرات و علایم روانی نیز می شود که شناخت آن برای برخورد صحیح کمک بسیار می کند.

برخی ویژگی های روانی و رفتاری بلوغ دختران ۱۰ تا ۱۴ سال: میل به گوشه گیری، حساسیت بسیار به انتقاد دیگران، بی قراری، بی ثباتی، تحریک پذیری، نوسان در خلق و خو، مخالفت با خانواده و دوستان، در رویا فرو رفتن، شرم و حیای مربوط به تغییرات بلوغ، تنبلی و سستی، نافرمانی از بزرگ ترها، خیره سری و خودرایی، نداشتن احساس امنیت و اعتماد به نفس، مقاومت در برابر پند و اندرز والدین، تمایل شدید به ارتباط با دوستان و گفتگوی پنهانی، حساسیت به آراستگی ظاهر خود و صرف وقت جلوی آینه و پوشیدن لباس به گونه متفاوت با معیارهای خانواده.

برخی ویژگی های روانی و رفتاری بلوغ پسران ۱۴ تا ۱۹ سال: اختلال در توجه، مخالفت با والدین و دیگر بزرگسالان، اختلال در خلق و خوی و سلوک و رفتار، اضطراب و نگرانی، اختلال در خواب، بی اشتها یا پر اشتها، افسردگی و پرخاشگری، کنجکاوی و تمایل به جنس مخالف، تمایل به خود ارضایی.

برخی ویژگی های روانی و رفتاری بلوغ دختران ۱۵ تا ۱۹ سال: اکثر نوجوانان در این سن بالغ شده اند و تعدادی از آن ها رشد جنسی را که بهترین تغییر این دوره است خوشایند و برخی موجب ناراحتی و دستپاچی خود می دانند. معیارهای رفتار و لباس پوشیدن توسط همسالان تعیین می شود، کنجکاوی رو به افزایش نسبت به جنس مخالف دارند، در رویاهای عاشقانه فرو می روند، تفکر انتزاعی دارند و جهت گیری آینده و اندیشیدن درباره تحصیل و اشتغال و ازدواج بخش مهمی از رویاهای آن ها را تشکیل می دهد.

چند توصیه برای والدین

- برای بروز اختلاف نظرها آمادگی داشته باشند.
- آماده باشند که مورد محک قرار گیرند.
- انعطاف پذیر باشند.
- همه چیز را جدی نگیرند.
- حس شوخ طبعی خود را حفظ کنند.
- بیش از حد تحت تأثیر نوجوان قرار نگیرند.
- از دانش و آگاهی برخوردار باشند.
- به نوجوان در کسب مهارت های اجتماعی و زندگی کمک کنند.
- حس مسئولیت پذیری و اعتماد به نفس را تقویت کنند.
- با تغییرات بلوغ آشنا کنند.
- عزت نفس نوجوانان را با برخورد احترام آمیز افزایش دهند.
- با ایجاد رابطه صمیمانه و احترام آمیز و درک شرایط وی، تعارضات اجتماعی و رفتاری را کاهش دهند.
- با رفع تبعیض، ریشه حسادت را بختکانند.
- عملکرد جنسی را آموزش دهند.
- مشاور خوب و قابل اعتمادی برای نوجوان باشند.

فشارخون بالا در کودکان

علی‌رغم عقاید مرسوم عمومی نوجوانان و کودکان و حتی اطفال می‌توانند فشارخون بالا داشته باشند و این فقط بیماری میانسالان و سالمندان نیست. ریشه فشارخون بالا در بزرگسالی به دوران کودکی برمیگردد. کودکان با فشارخون بالا در آینده احتمال بیشتری برای ابتلاء به بیماری فشارخون بالا دارند و به همین علت باید به آن‌ها توجه جدی داشت. تشخیص و درمان بموقع از عوارض این بیماری جلوگیری می‌کند. تکرار اندازه‌گیری یا اندازه‌گیری منظم فشارخون در کودکان و بررسی بیماری‌های همراه به پیش‌بینی دقیق‌تر احتمال ابتلاء به فشارخون بالا در آینده و بزرگسالی کمک می‌کند. بیماری‌هایی مانند بیماری قلبی و کلیوی و مصرف بعضی از داروها سبب فشارخون ثانویه در کودکان می‌شوند که با درمان بیماری و قطع مصرف دارو، فشارخون کاهش می‌یابد. در فشارخون اولیه که علت فشارخون بالا مشخص نیست مواردی مثل سابقه خانوادگی فشارخون بالا، افزایش وزن و چاقی، افزایش انسولین (مقاومت در مقابل عملکرد انسولین برای مصرف گلوکز در سلول)، اختلال چربی خون و نژاد خصوصا "طی نوجوانی نقش مهمی دارند.

متوسط فشارخون در کودک یک روزه ۷۰ میلی‌متر جیوه و در کودک یک ماهه ۸۵ میلی‌متر جیوه است که با افزایش سن بالا می‌رود.

معیارهای فشارخون طبیعی و بالا در کودکان و نوجوانان بر حسب صدک‌ها (یعنی چند درصد افراد دارای این مقدار فشارخون و کمتر هستند) تعیین می‌شود و بر حسب سن، قد و جنس در کودکان و سن، اندازه بدن و میزان بلوغ جنسی در نوجوانان تغییر می‌کند. به همین علت تشخیص فشارخون بالا در کودکان و نوجوانان بسیار پیچیده و مشکل است. معیارهای فشارخون که بر حسب منبای سن و جنس و قد، باشند از دقت بیشتری نسبت به اندازه بدن برخوردارند. در طبقه بندی فشارخون بر منبای سن، جنس و قد، فشارخون سیستول و دیاستول طبیعی کمتر از صدک ۹۵ (یعنی ۹۵٪ افراد دارای این مقدار فشارخون هستند) و فشارخون بالا فشارخون سیستول و دیاستولی است که بطور دائم در صدک ۹۵ و بیشتر است به شرط این که میانگین حداقل ۲ بار اندازه‌گیری که در ۳ نوبت مجزا با روش شنیداری (گوشی) اندازه‌گیری شده باشد. (میانگین ۶ نوبت)

فشارخون سیستول و دیاستول بین صدک ۹۰ تا ۹۵ پیش فشارخون بالا محسوب می‌شود. حتی نوجوانانی که فشارخون آنها ۱۲۰/۸۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر است اگر در محدوده این صدک قرار گیرند، فشارخون آن‌ها به عنوان پیش فشارخون بالا محسوب می‌شود. (جدول ۱)

جدول ۱: طبقه بندی فشارخون در کودکان و نوجوانان ۱۷-۳ سال (بر حسب سن، جنس و قد) و اقدام لازم (با جدول ارزیابی و طبقه بندی و اقدام منطبق نیست)

اقدام	سیستول و دیاستول (mmHg)	فشار خون طبیعی یا مطلوب
-اندازه‌گیری مجدد یک سال بعد	کمتر از صدک ۹۰	
-اندازه‌گیری مجدد ۶ ماه بعد -مدیریت وزن	-صدک ۹۰ تا کمتر از ۹۵ - ۱۲۰/۸۰ و بیشتر در محدوده کمتر از صدک ۹۵ در هر سنی	پیش فشار خون بالا
-اندازه‌گیری مجدد یک تا دو هفته بعد -اگر فشارخون در همین محدوده باقی بماند، شروع ارزیابی و درمان از جمله مدیریت وزن	صدک ۹۵ تا ۹۹ بعلاوه ۵ میلی‌متر جیوه	فشار خون بالای مرحله ۱
-شروع ارزیابی و درمان طی یک هفته	صدک ۹۹ و بیشتر بعلاوه ۵ میلی‌متر جیوه	فشار خون بالای مرحله ۲

اندازه گیری فشارخون در کودکان هم مشکلاتی دارد و هم تنوع آن بیشتر از بزرگسالان است، در نتیجه مقداری که در یک بار اندازه گیری فشارخون بدست می آید گویای فشارخون واقعی نیست. فشارخون سیستول در کودکان به علت صحت بیشتر ارجح است. معمولاً در کودکان فشارخون دیاستول به همراه فشارخون سیستول با هم بالا می روند. لذا اگر معیار تعیین فشارخون بر حسب فشار سیستول باشد در واقع فشار دیاستول را هم در بر می گیرد (پیوست شماره ۱): جدول مقادیر فشارخون سیستول و دیاستول (mmHg) بر حسب سن، جنس و قد در کودکان و نوجوانان (۱-۱۷ سال) .

صداهاى کورتکوف در همه کودکان زیر یک سال و در بسیاری از کودکان زیر ۵ سال بطور مطمئن قابل شنیدن نیستند. در کودکان نیز فشارخون سیستول بر حسب صدای مرحله اول کورتکوف و فشارخون دیاستول بر حسب صدای مرحله ۵ کورتکوف تعیین می شود. قبلاً برای فشارخون دیاستول کودکان زیر ۱۳ سال صداهاى مرحله ۴ کورتکوف در نظر گرفته می شد.

با استفاده از روش اندازه گیری فشارخون متحرک ۲۴ ساعته، مقدار فشارخونی که در کودکان و نوجوانان بالاتر از حد طبیعی در نظر گرفته می شود، هم اندازه یا حتی کمی بیشتر از آستانه آن در اندازه گیری فشارخون در مطب یا مراکز بهداشتی درمانی است .

اندازه های بازوبند که در کودکان ۱۴-۰ سال استفاده می شود در جدول شماره ۵ آمده است. (جدول ۲)

جدول ۲: اندازه بازوبند دستگاه فشار خون در کودکان (۱۴-۰ سال)

وضعیت کودک	ابعاد کیسه هوا (cm)	حداکثر دور بازو (cm)
نوزادان و کودکان نارس	۴ × ۸	-
کودکان کوچک	۴ × ۱۳	۱۷
کودکان با اندازه متوسط و بزرگسالان لاغر	۱۰ × ۱۸	۲۶
کودکان چاق و اکثریت بازوهای بزرگسالان	۱۲ × ۲۶	۳۳

اندازه گیری فشارخون در کودکان

توصیه می شود فشارخون کودکان از ۳ سالگی هر سال اندازه گیری و مورد بررسی قرار گیرد. استفاده از بازوبند مناسب دقت اندازه گیری را افزایش می دهد (شکل ۲۵). اندازه گیری فشارخون در کودکان همانند بزرگسالان در بازوی راست و با رعایت شرایط و آمادگی قبل از اندازه گیری انجام می شود. اگر فشارخون کودک بالای صدک ۹۰ باشد باید دو نوبت دیگر تکرار شود. اندازه گیری فشارخون در کودکان و نوجوانان به علت پیچیدگی زیاد، بهتر است حتماً توسط پزشک هم انجام و بررسی شود.

برای تعیین وضعیت فشارخون کودکان در سامانه سبب از جداول زیر که بر حسب متغیرهای سن، جنس و قد، تعیین شده و جدول کامل تری است، استفاده می شود.

Table 5-Blood Pressure Levels for Boys and Girls by Age and Height Percentiles

***فایل جداول فوق به پیوست است.

راهنمای بهورز/ مراقب در ارزیابی عامل خطر ژنتیک:

بیماری های ارثی بیماری های متعدد و متنوعی می باشند که به دلیل وجود یک اختلال ژنتیکی در افراد از نسلی به نسل بعد منتقل می شوند. در اکثر موارد والدین بیماران افرادی سالم از نظر ابتلا به آن بیماری بوده و فقط انتقال دهنده این اختلال به فرزند خود هستند. احتمال ابتلای فرزندان به بیماری های ارثی بر اساس نحوه توارث بیماری در هر بیماری متفاوت بوده و محاسبه این احتمال نیازمند مشاوره ژنتیک است. «مشاوره ژنتیک» فرایندی است که از طریق آن، بیماران و یا خویشاوندان در معرض خطر بیماری ژنتیک، از پیامدهای احتمالی بیماری، احتمال ابتلا یا انتقال آن به سایر خویشاوندان و راه های پیشگیری یا درمان بیماری آگاه می شوند.

بیماری های قلبی و سرطان های ارثی- فامیلی: گاهی ممکن است در استعداد به ابتلا به بیماری های غیر واگیری نظیر بعضی از انواع سرطان ها و یا سکت های قلبی، زمینه ژنتیک فرد موثر باشد، در این صورت این بیماری ها در سنین پایین تری نسبت به محدوده سنی ابتلا در افراد جامعه و با شدت بیشتری فرد را مبتلا خواهند کرد. با شناخت این افراد و انجام اقدامات پیشگیرانه به موقع می توان این خطر را تا حدود زیادی در این افراد کاهش داد.

در موارد زیر مشاوره ژنتیک لازم است:

- در فرد یا خویشاوندان درجه ۱ (پدر، مادر، خواهر و برادر)، درجه ۲ (پدر بزرگ، مادر بزرگ، عمه، عمو، خاله، دایی، خواهر زاده و برادر زاده) یا درجه ۳ (فرزندان عمو، عمه، خاله و دایی) بیماری ارثی شناخته شده وجود دارد.
 - ممکن است بیماری از زمان کودکی در خانواده وجود داشته باشد که نوع آن تشخیص داده نشده ولی بیش از یک مورد از این بیماری در خویشاوندان (تا درجه ۳) وجود داشته است.
 - در مواردی که در خانواده رابطه خویشاوندی نزدیک (ازدواج فرزندان یا نوه های عمه، عمو، خاله و دایی با یکدیگر) بین همسران وجود دارد.
 - در بیماری های قلبی یا سرطان های ارثی- فامیلیال
- در زیر تعدادی از بیماری های شایع ارثی به اختصار توضیح داده می شود:
- هموفیلی: شایع ترین بیماری اختلال انعقادی ارثی است. در این بیماری میزان فاکتور های انعقادی خون ناکافی است و بسته به شدت بیماری از کودکی هنگام خونریزی های معمول بند آمدن خون با تاخیر بوده و یا بدون مداخلات درمانی صورت نمی گیرد.
 - سندرم دوشن: شایع ترین بیماری ارثی از نوع بیماری هایی است که باعث ضعف عضلانی و در نتیجه اختلال در راه رفتن در کودکان می شود. در این بیماری کودک ابتدا سالم بوده و اختلال در حرکت از سنین ۳ تا ۴ سالگی شروع می شود. نوع خفیف تر این اختلال نیز وجود دارد که " سندرم بکر" نام دارد.
 - تالاسمی ماژور: شایع ترین بیماری کم خونی ارثی است که باعث می شود فرد نیازمند تزریق مکرر خون از ابتدای کودکی و در تمام طول عمر شود.

- بیماری های متابولیک ارثی: بیماری هایی با تعداد و تنوع زیاد هستند که در آن ها سوخت و ساز یک یا چند ماده در بدن دچار اشکال است. این امر باعث ایجاد اختلالات متفاوتی در رشد و تکامل کودکان می شود. معمولا این کودکان می بایست رژیم های غذایی خاصی داشته باشند. سر دسته این بیماری ها فنیل کتونوری است که از سال های گذشته تا کنون در کشور در نوزادان غربالگری می گردد. آلکاپتونوری و تیروزینمی دو مثال دیگر از این بیماری هاست.
- ناشنوایی و نابینایی: ناشنوایی ها و نابینایی های غیر اکتسابی که از کودکی بوده و یا حالت پیشرونده داشته اند نیازمند ارزیابی از نظر احتمال وجود ارثی بودن هستند.

رویکرد نوین آموزشی اچ آی وی ایدز:

اچ آی وی دیگر به عنوان یک بیماری عفونی قابل کنترل معرفی می شود، که در صورتی که به موقع تشخیص داده شده و تحت مراقبت و درمان قرار گیرد، نه تنها فرد مبتلا میتواند طول عمر طبیعی(نرمال) داشته باشد، بلکه با درمان مناسب، قدرت انتقال بیماری به افراد دیگر نیز به شدت کاهش پیدا میکند.

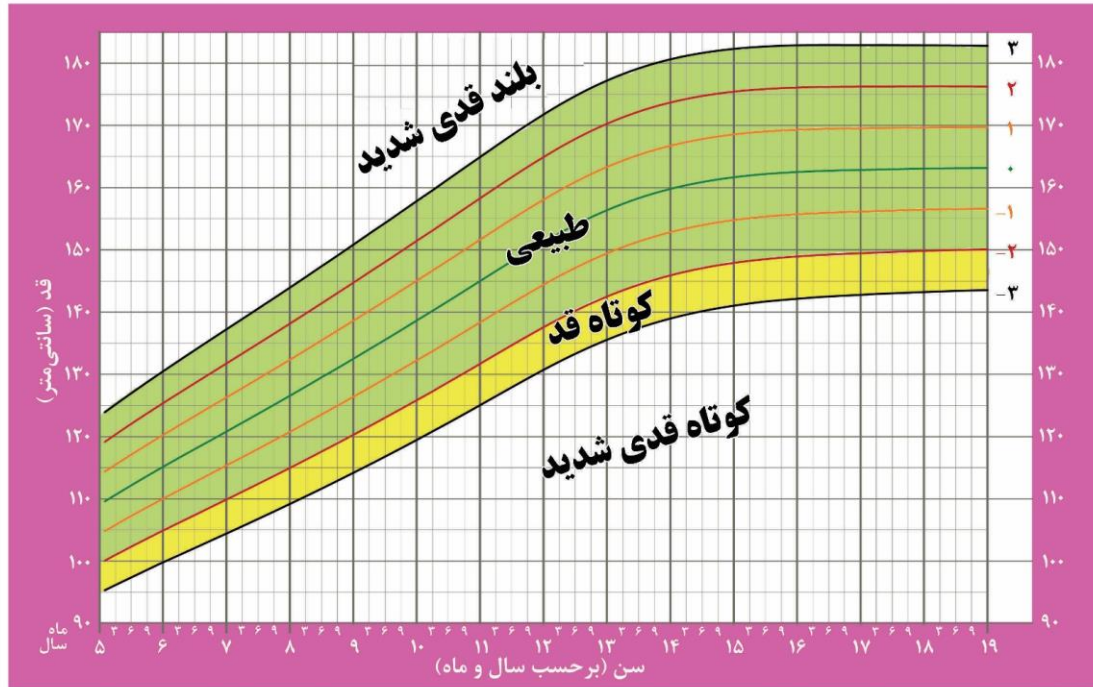
اچ آی وی به عنوان یک بیماری عفونی قابل کنترل معرفی شده با هدف رفع انگ و تبعیض و ترس منتسب به اچ آی وی از بین برود. کلیه افراد بدانند که دسترسی به آزمایش ساده و رایگان است و نتیجه آزمایش همواره محرمانه باقی میماند. همه باید بدانند که کلیه خدمات مراقبت و درمان اچ آی وی در کشور رایگان است و همواره اطلاعات بیماران محرمانه باقی خواهد ماند.

ضمائم

قد برای سن- دختران (۵-۱۹ سال)

نمودار قد برای سن (دختر)

۵ تا ۱۹ سال (z-scores)

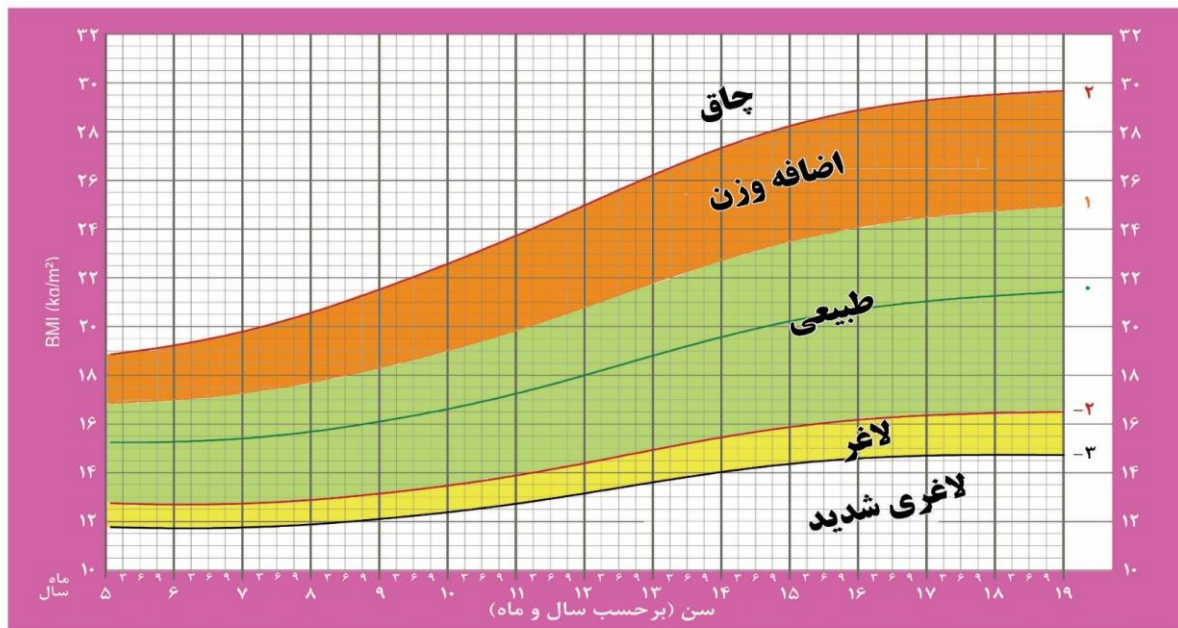


برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

نمایه توده بدنی - دختران (۱۹-۵ سال)

نمودار BMI برای سن (دختر)

۵ تا ۱۹ سال (z-scores)

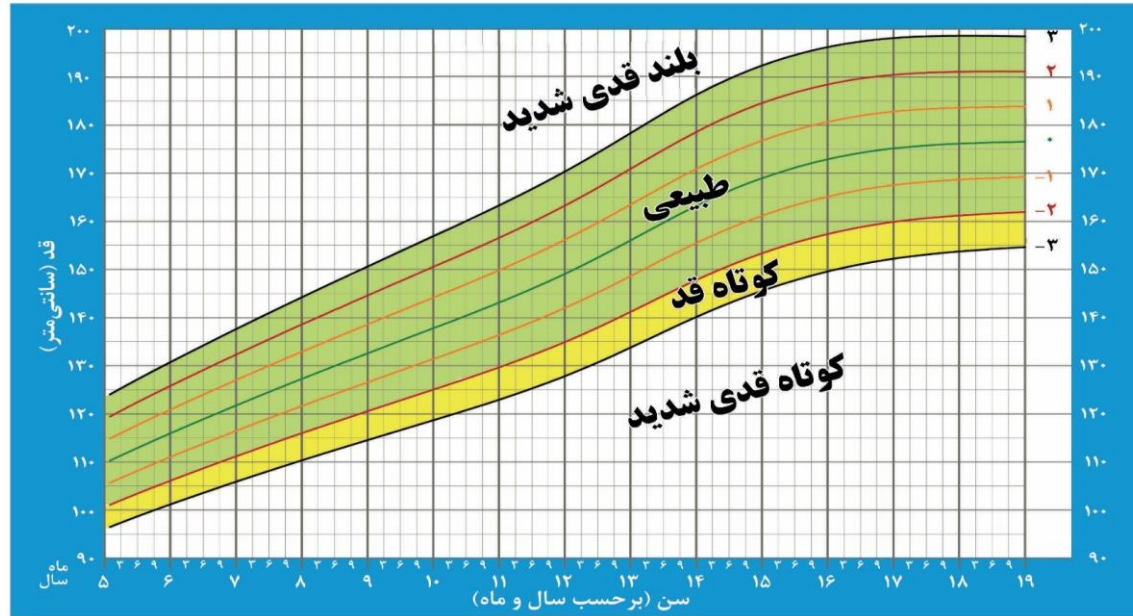


برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

قد برای سن-پسران (۱۹-۵ سال)

نمودار قد برای سن (پسر)

۵ تا ۱۹ سال (z-scores)

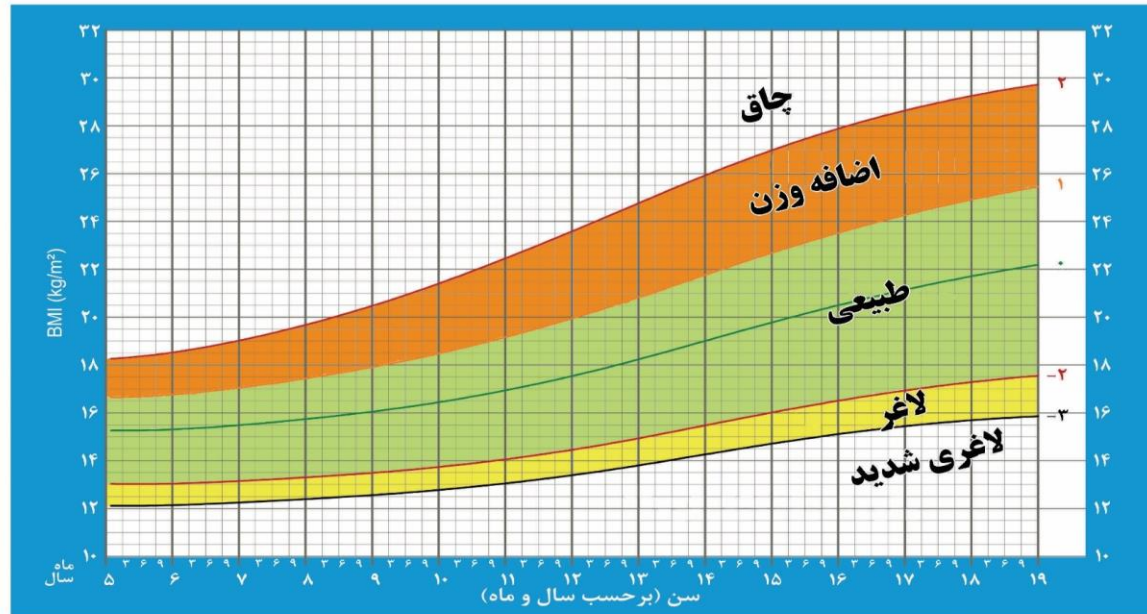


برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

نمایه توده بدنی - پسران (۵-۱۹ سال)

نمودار BMI برای سن (پسر)

۵ تا ۱۹ سال (z-scores)



برگرفته از سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)

Blood Pressure Levels for Boys by Age and Height Percentile

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg)							Diastolic BP (mmHg)						
		← Percentile of Height →							← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
1	50th	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90th	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95th	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99th	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	50th	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90th	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95th	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99th	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	50th	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90th	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95th	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99th	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	50th	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90th	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95th	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99th	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	50th	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90th	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95th	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99th	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	50th	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90th	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95th	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99th	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	50th	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59
	90th	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95th	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99th	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	50th	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90th	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95th	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99th	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	50th	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90th	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95th	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99th	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	50th	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90th	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95th	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99th	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90

Blood Pressure Levels for Boys by Age and Height Percentile (Continued)

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg)							Diastolic BP (mmHg)						
		← Percentile of Height →							← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
11	50th	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90th	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95th	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99th	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50th	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90th	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95th	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99th	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50th	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90th	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95th	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99th	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50th	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90th	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95th	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99th	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50th	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90th	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95th	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99th	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50th	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90th	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95th	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99th	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50th	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90th	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95th	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99th	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

BP, blood pressure

* The 90th percentile is 1.28 SD, 95th percentile is 1.645 SD, and the 99th percentile is 2.326 SD over the mean.

For research purposes, the standard deviations in Appendix Table B-1 allow one to compute BP Z-scores and percentiles for boys with height percentiles given in Table 3 (i.e., the 5th, 10th, 25th, 50th, 75th, 90th, and 95th percentiles). These height percentiles must be converted to height Z-scores given by (5% = -1.645; 10% = -1.28; 25% = -0.68; 50% = 0; 75% = 0.68; 90% = 1.28%; 95% = 1.645) and then computed according to the methodology in steps 2-4 described in Appendix B. For children with height percentiles other than these, follow steps 1-4 as described in Appendix B.

Blood Pressure Levels for Girls by Age and Height Percentile

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg)							Diastolic BP (mmHg)						
		← Percentile of Height →							← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
1	50th	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90th	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95th	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99th	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50th	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90th	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95th	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99th	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50th	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90th	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95th	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99th	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50th	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90th	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95th	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99th	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50th	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90th	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95th	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99th	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50th	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90th	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95th	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99th	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50th	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90th	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95th	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99th	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50th	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90th	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95th	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99th	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50th	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90th	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95th	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99th	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	50th	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90th	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95th	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99th	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88

Blood Pressure Levels for Girls by Age and Height Percentile (Continued)

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg)							Diastolic BP (mmHg)						
		← Percentile of Height →							← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
11	50th	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90th	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95th	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99th	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50th	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90th	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95th	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99th	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50th	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90th	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95th	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99th	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50th	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90th	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95th	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99th	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50th	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90th	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95th	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99th	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50th	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90th	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99th	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50th	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90th	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99th	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

BP, blood pressure

* The 90th percentile is 1.28 SD, 95th percentile is 1.645 SD, and the 99th percentile is 2.326 SD over the mean.

For research purposes, the standard deviations in Appendix Table B-1 allow one to compute BP Z-scores and percentiles for girls with height percentiles given in Table 4 (i.e., the 5th, 10th, 25th, 50th, 75th, 90th, and 95th percentiles). These height percentiles must be converted to height Z-scores given by (5% = -1.645; 10% = -1.28; 25% = -0.68; 50% = 0; 75% = 0.68; 90% = 1.28%; 95% = 1.645) and then computed according to the methodology in steps 2-4 described in Appendix B. For children with height percentiles other than these, follow steps 1-4 as described in Appendix B.