



معاونت بهداشت

راهنمای مراقبت‌های اوجام‌یافته سلامت میانسالان - ویژه غیر پزشک



اداره سلامت میانسالان

سلامت میانسالان



معاونت بهداشت



اداره سلامت میانسالان

راهنمای مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیر پزشکی



معاونت بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسته خدمات جامع سلامت میانسالان

راهنمای مراقبتهای ادغام یافته سلامت بانوان و مردان میانسال ایران
ویژه مراقبین سلامت



اداره سلامت میانسالان

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

دکتر مطهره علامه - دکتر عالیہ فراهانی - مینا طباطبایی
زیر نظر : دکتر محمد اسماعیل مطلق

۱۳۹۴

سیاسگزاری

همکاری صمیمانه و نظرات ارزشمند و پیشنهادات اندیشمندانه اساتید، صاحب نظران، مدیران اجرایی سطوح مختلف، معاونین محترم بهداشتی، مدیران محترم گروه بهداشت خانواده و کارشناسان سلامت میانسالان عضو کمیته کشوری برنامه سلامت میانسالان، و ارائه دهندگان خدمات در دانشگاه‌های پایلوت، راهگشای اداره سلامت میانسالان در فرایند طراحی و تدوین برنامه، اجرای پایلوت، بازنگری برنامه پس از اتمام پایلوت، نهایی سازی فرم‌های ثبت خدمات، پایش و گزارش دهی، بازنگری و ارتقای برنامه و پیشبرد اجرای آن بوده است. بدینوسیله مراتب سپاس اداره سلامت میانسالان را از آنان اعلام داشته و از اعضای محترم کمیته علمی سلامت میانسالان و مشاورین محترم علمی در زیر کمیته های علمی که با ارائه بی دریغ نظرات ارزشمند خود به تدوین راهنماهای بالینی یاری رسانده اند به شرح زیر قدردانی می نماید. (اسامی به ترتیب حروف الفبا می باشد) :

مشاورین و اعضای کمیته اجرایی سلامت میانسالان

حوزه معاونت بهداشت: دکتر علی اکبر سیاری، دکتر ناصر کلانتری، دکتر احمد کوشا
مرکز مدیریت شبکه: دکتر ناهید جعفری، دکتر محمد علی سیف ربیعی، دکتر حسین کاظمینی
دفتر مدیریت بیماریهای غیرواگیر: علیه حجت زاده، دکتر رشید رضانی، دکتر طاهره سماوات، دکتر علی قنبری مطلق، دکتر مهدی نجمی، دکتر شهین یاراحمدی
دفتر بهبود تغذیه جامعه: دکتر پریسا ترابی، دکتر زهرا عبداللهی، دکتر فروزان صالحی
دفتر سلامت محیط و کار: دکتر ندافی، خدیجه فریدون محصلی
مرکز مدیریت بیماریهای واگیر: دکتر مهدی گویا، دکتر نبوی، دکتر زهرایی، دکتر محمودی، دکتر عباس صداقت، دکتر کیانوش کمالی، دکتر هنگامه نامداری
دبیرخانه عوامل اجتماعی موثر بر سلامت: دکتر شیرین بنکدار، دکتر مریم بهشتیان
دفتر سلامت روانی اجتماعی: دکتر اسماعیل حاجبی، مریم زیادلو، دکتر سمانه کریمان، دکتر عباسعلی ناصحی



راهنمای مراقبتهای اوضاع پانده سلامت میانسالان - ویژه غیر پزشک

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس: معصومه آرشین چی، دکتر سید خلیل پسته ای، دکتر مجید رحیمی، ریحانه سنائی آشتیانی، معصومه شاه محمدی، مینا طباطبایی، دکتر مهراندخت عابدینی، دکتر مطهره علامه، دکتر عالیہ فراهانی، دکتر محمد اسماعیل مطلق، دکتر سید تقی یمانی

پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی: دکتر فرانک فرزندی، دکتر فرزانه مفتون، دکتر علی منتظری
مشاورین و اعضای کمیته اجرایی کشوری : معاونین بهداشتی، مدیران گروه بهداشت خانواده و کارشناسان سلامت میانسالان
دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران ، سمنان ، زنجان ، همدان ، قزوین ، اراک ، تبریز، خراسان شمالی، مشهد، اصفهان، شیراز، دزفول، شهرکرد، کرمانشاه، کاشان، شهید بهشتی، تهران، شاهرود، کردستان، کرمان، اهواز، ارومیه، قم، گلستان، سبزوار، اردبیل، جیرفت، یزد، زابل، لرستان، فسا

بخش اول

خدمات سلامت میانسالان

اهداف آموزشی:

- انتظار می رود پس از شرکت در دوره آموزشی و مطالعه این فصل :
- رویزگیهای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت میانسالان و گروه هدف هریک از آنها را بشناسید.
- با اهداف برنامه آشنا شوید.
- نحوه استفاده از راهنما و مفهوم نمادها و رنگهای آن را درک کنید.

رویکردها

در طراحی برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت میانسالان رویکردهای مورد توجه قرار گرفته است: رویکرد مبتنی بر سن، رویکرد جنسیت محور با توجه به تفاوت‌های موجود از نظر اولویتهای سلامت در گروه مردان و زنان بویژه در زمینه سلامت باروری، توجه به اولویت‌های سلامت بزرگسالان با توجه به محدودیت منابع و امکانات، رویکرد مبتنی بر ادغام با هدف افزایش کارآیی امکانات و پتانسیل‌های بالقوه، رویکرد جامعه نگر، رویکرد پیشگیرانه و سلامت محورا تاکید بر ارتقای شیوه زندگی و کنترل عوامل خطر، رویکرد مشتری محور همچنین در طراحی ارائه خدمت بویژه جمع‌آوری اطلاعات، طراحی فرمها، پرونده خانوار و تامین نیازهای گیرندگان خدمت اصل مهمی است که مورد توجه قرار گرفته است. همه ابزارها در جهت تامین نیازهای واقعی گیرندگان خدمت مورد استفاده قرار می‌گیرد و بار کاری اضافه بر دوش سیستم ارائه خدمات قرار نخواهد گرفت. ثبت داده‌ها به گونه‌ای است که در هر لحظه دسترسی به سیر بیماری در هر یک از افراد گروه هدف قابل دسترسی باشد، در واقع نظام ثبت و گزارش اطلاعات و پایش و ارزشیابی بر اساس محتوای پروتکل‌ها و نظام ارائه خدمات طراحی شده است بگونه‌ای که نیازهای گیرندگان خدمات بیشتر از هر چیز دیگر مورد توجه قرار گرفته و هیچ داده‌ای بدون آنکه ضرورت ثبت آن در جهت منافع گیرنده خدمت روشن باشد ثبت نگردد این گروه افراد در معرض خطر، مشکوک به بیماری، دارای وضعیت غیر طبیعی یا نامطلوب و بیمارانی را شامل می‌شود که به اقدامات غیر فوری در سطح اول ارائه خدمات نیاز دارند. این گروه و اقدامات مورد نیاز برای آنان در سطح اول ارائه خدمات رنگ زرد را به خود اختصاص می‌دهند.

اهداف

هدف نهایی برنامه سلامت میانسالان، کاهش مرگ زود هنگام، افزایش امید به زندگی و ارتقاء سطح سلامت میانسالان است که در چارچوب دستیابی به اهداف واسطه‌ای زیر دنبال می‌شود:

- کاهش موارد مرگ میانسالان در چارچوب تعهدات بین‌المللی و ملی برای کاهش مرگ زود هنگام
- کاهش بار بیماری‌ها و مشکلات شایع دوران میانسالی (بیماری‌های قلبی عروقی، بیماری‌های سرطانی، بیماری‌های عضلانی اسکلتی، بیماری‌های تغذیه‌ای، بیماری‌های ریوی، حوادث، بیماری‌های ادراری تناسلی و اختلالات روانی)
- کاهش عوامل خطر و کنترل عوامل خطر بیماری‌ها
- افزایش آگاهی و سواد سلامت میانسالان و سازماندهی خود مراقبتی آنان

گروه هدف برنامه

به طور قراردادی دوره سنی ۵۹-۳۰ سالگی در نظام سلامت ایران دوره میانسالی نامیده شده است. در این دوره از زندگی، افراد با تغییرات مختلف فیزیولوژیکی و جسمانی، شناختی و اجتماعی مواجه می شوند.

زمان مواجهه و طول مدت تماس با مخاطرات مختلف بیولوژیک، محیطی و اجتماعی مرتبط با سلامت بر عوامل بهبود دهنده یا خطر آفرین همراه آن و شیوه تاثیر این عوامل سبب می شود که بتوان زنجیره ای از عوامل مختلف موثر بر سلامت را شناسایی و آن را در يك نقطه حساس سنی با انجام مداخلات موثر قطع کرد. گروه هدف برنامه بزرگسالان مرد و زن از ۳۰ تا ۵۹ سالگی می باشند. بر اساس سرشماری ۱۳۹۰ جمعیت این گروه سنی ۲۷۶۸۷۶۹۹ نفر می باشد که حدود نیمی از آنان را زنان و نیمی از آنان را مردان تشکیل می دهند. مراقبتهای ادغام یافته سلامت بانوان ایران (سب) برای زنان میانسال و مراقبتهای ادغام یافته سلامت مردان ایران (سما) برای مردان میانسال پیش بینی شده است.

روش استفاده از راهنما

مجموعه حاضر برای ارائه دهندگان خدمات در تیم سلامت قبل از ارجاع گیرنده خدمت به سطح تخصصی تهیه شده و تفکیک خدمات هر یک از اعضای تیم شامل بهورز، مراقب سلامت خانواده، ماما و پزشک در خصوص هر یک از اجزای خدمات روشن شده است. با توجه به اینکه در تیمهای سلامت، پزشکان عمومی مسئولیت اصلی تیم سلامت را به عهده دارند، تدوین راهنما و تعیین استانداردهای خدمات به گونه ای است که پزشک عمومی بتواند از سایر اعضای تیم بویژه ماما، کاردان و بهورز در موارد لزوم استفاده نموده و مسئولیت انجام برخی خدمات را به آنان واگذار نماید.

بطور کلی در تدوین این راهنما اصول زیر مورد توجه قرار گرفته و رعایت شده است :

- استفاده آسان از راهنما توسط ارائه دهنده خدمت میسر باشد.
 - مطالب به طور خلاصه و به دور از زیاده گویی و ارائه مطالب سردرگم کننده باشد .
 - راهنما دارای جنبه کاربردی بوده، مهمترین نکات مورد نیاز برای ارائه خدمت را شامل گردد و حاوی مهمترین نکات لازم برای تصمیم گیری بالینی باشد.
 - اجرای راهنما در اکثریت مناطق کشور امکان پذیر باشد.
 - ادغام خدمات سلامت در گروه هدف مورد توجه قرار گیرد .
 - محتوای راهنما در چارچوب شکلی مشابه سایر خدمات دفتر سلامت خانواده پیاده شود.
- متون ضمیمه بر ای ارائه آموزش گیرنده خدمت در راستای سازماندهی و برنامه ریزی خود مراقبتی در راهنمای اجرایی خود مراقبتی (جلد ۳ بسته خدمات جامع سلامت میانسالان) ارائه خواهد گردید.

جدول راهنمای مراقبتها

دارای قسمتهای زیر است:

(۱) ستون ارزیابی شامل : شرح حال و سوابق، معاینات، پاراکلینیک

۲) ستون نتایج ارزیابی یا معیارهای طبقه بندی و طبقه بندی : فرد بر اساس آنچه در شرح حال و معاینات و پاراکلینیک او به دست می آید در یکی از سه گروه زیر طبقه بندی می گردد:

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

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

گروه سوم : این گروه افراد در معرض خطر، مشکوک به بیماری ، دارای وضعیت غیر طبیعی یا نامطلوب و بیمارانی را شامل می شود که به اقدامات فوری در سطح اول ارائه خدمات یا ارجاع به سطح تخصصی نیاز دارند. این گروه و اقدامات مورد نیاز برای آنان به رنگ قرمز نشان داده می شود.

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

۴) ستون پیگیری، مراقبت ممتد ، ارجاع : در این ستون نحوه پیگیری مراقبتها، راقبتهای ممتد مورد نیاز، اندیکاسیونهای ارجاع ثبت شده است.

بسته خدمات سلامت میانسالان: مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان (گروه سنی ۳۰ تا ۵۹ سال) در پیوست ۶ بسته خدمات سلامت ابلاغی معاونت بهداشت در سال ۹۳) به شرح زیر درج شده است:

با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران میانسالی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به فرد و خانواده و جامعه، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، بر اساس دستورالعملها و راهنماهای بالینی، ارجاع به موقع به سطوح بالاتر و پیگیری پس خوراند ارجاع.

- ارزیابی و مدیریت عوامل خطر فردی
- ارزیابی وضعیت سلامت روان و سوء مصرف مواد
- بررسی وضعیت واکسیناسیون و ارجاع در صورت لزوم
- ارزیابی و مدیریت عوامل خطر فردی (اعم از ریسک فاکتورهای تغذیه ای بیماری های غیر واگیر و اقدام در جهت پیشگیری و کنترل آنها)
- پیشگیری، تشخیص و درمان اضافه وزن و چاقی
- پیشگیری، تشخیص و درمان دیس لیپیدمی

راه‌های مراقبت‌های ادغام‌یافته سلامت میانسالان - ویژه غیر پزشک

- پیشگیری و کنترل استعمال دخانیات
- اصول تغذیه صحیح
- اصول فعالیت فیزیکی مناسب
- پیشگیری از بیماری‌های روانی و رفتاری (از جمله خودکشی)
- پیشگیری از سوء مصرف مواد و الکل
- پیشگیری از رفتارهای پرخطر
- پیشگیری، تشخیص و درمان فشار خون
- پیشگیری، تشخیص و درمان دیابت
- پیشگیری و کنترل کم‌خونی فقر آهن
- مکمل یاری ویتامین D بر اساس دستور عمل
- پیشگیری، تشخیص و درمان افسردگی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات دوقطبی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلال خواب
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات اضطرابی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات رفتاری
- پیشگیری، تشخیص و درمان سل، آسم و COPD
- پیشگیری، تشخیص و درمان استئوپروز
- پیشگیری از آرتروز
- ارزیابی مواجهات شغلی
- پیشگیری و درمان از بیماری‌های دستگاه تناسلی و ادراری
- ارزیابی عوامل خطر، پیشگیری و تشخیص زود هنگام سرطان پوست، کولورکتال و پروستات
- ارزیابی عوامل خطر، پیشگیری و تشخیص زود هنگام سرطان پستان و سرویکس
- انجام معاینه پستان و آموزش خودآزمایی پستان
- ارائه خدمات باروری سالم (پیوست ۵ بسته خدمات ابلاغی)
- مدیریت منوپوز (چگونگی برخورد با تغییرات فیزیولوژیک منوپوز) و پیشگیری از عوارض آن
- سایر مواردی که از طرف وزارت بهداشت ابلاغ می‌گردد

بخش دوم

برقراری ارتباط با گروه هدف برای بازاریابی و مشاوره

اهداف آموزشی

- پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود :
- نحوه برقراری ارتباط موثر و اصول آن را بیان نمایید .
 - با موانع ارتباط موثر آشنا گردید .
 - چگونگی ارتباط با گروه هدف برای معرفی برنامه و بازاریابی خدمات سلامت میانسالان
 - را فرا بگیرید.
 - نحوه ارتباط موثر در فرایند مشاوره با گیرنده خدمت حین ارزیابی سلامت را بیاموزید.

برقراری ارتباط در برنامه های سلامت به مفهوم به کارگیری راهکارهایی به منظور آگاه سازی و تاثیر بر تصمیمات فرد و جامعه برای ارتقاء سلامت است. بدین ترتیب در برقراری ارتباط باید تمامی تلاش خود را بر این نکته متمرکز نماییم که افراد گروه هدف تشویق شوند تا به صورت داوطلبانه و بدون هیچ گونه اجبار از خدمات حوزه سلامت بهره مند شده و اقدام به ارتقاء سلامت نمایند. برای دستیابی به این هدف باید افراد با کسب آگاهی و شناخت لازم، تمایل پیدا کنند تا از خدمات سلامت بهره مند شده و در برنامه سلامت خود مشارکت کنند. به تعبیر دیگر برقراری ارتباط به مفهوم بازاریابی اجتماعی و فردی در مداخلات سلامت است و با هدف ترغیب افراد و گروه های هدف برای ورود به برنامه ها و مشارکت فعال و همه جانبه آنها در برنامه ها صورت می گیرد. برقراری ارتباط موثر نیازمند برخورداری از دانش، نگرش مناسب و مهارت برقراری ارتباط موثر است. برخورداری از مهارت ارتباط موثر، نیازمند تمرکز، تمرین مکرر و تجربه در میدان عمل و اجرا می باشد. در این فرایند مهارت ارتباط موثر و پرهیز از موانع آن، مهارت استفاده از عناصر کلامی و غیر کلامی ضروری است.

نحوه برقراری ارتباط با مراجعه کننده برای مشاوره و ارائه خدمات

- مشاوره ارتباطی دو طرفه بین ارائه دهنده خدمت (مراقبت کننده) و گیرنده خدمت (مراجعه کننده) است که طی آن ارائه دهنده خدمت با توجه به نیازها، دانش و نگرش مراجعه کننده، به تصمیم‌گیری صحیح و هدایت او برای عملکرد مناسب کمک می نماید.
- در فرایند مشاوره برای ارتقای رفتار، ارائه دهنده خدمت باید علاوه بر دانش و مهارت کافی برای ارائه خدمت، اصول مشاوره و ویژگیهای مشاور از جمله برخورد گرم و دوستانه، رعایت احترام و حقوق مراجعه کننده، همدلی، رازداری، تعهد اخلاقی و وجدان کاری، سعی در شناخت فرهنگ و نیازهای اطلاعاتی و عاطفی مراجعه کننده را مد نظر قرار دهد.
- در ابتدای ارائه خدمت توسط هر یک از اعضای تیم سلامت، لازم است ارائه دهنده خدمت به اصول مشاوره و اصول برقراری ارتباط دو طرفه توجه نموده و در خصوص اهمیت خدمت مورد نظر و زمان لازم برای انجام آن و نحوه انجام آن توضیح دهد.
- برای آنکه بتوان ابتدا به مشکلی که فرد بیان می کند توجه نمود، ترجیح دارد در ابتدای هر بخش از خدمات سوالات باز و کلی تری که مشاور را به مشکل اصلی مراجعه کننده هدایت می کند پرسیده شود، به عنوان مثال در بخش شیوه زندگی سوالات زیر کمک کننده است:
 - تا به حال به شیوه تغذیه و فعالیت بدنی خودتان فکر کرده اید و از وضعیت خودتان مطلع هستید؟
 - در مورد تغذیه صحیح و فعالیت جسمانی مناسب چه اطلاعاتی دارید؟یا در بخش سلامت باروری:

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

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

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

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

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

- تطبیق متن و عناوین موجود در فرم ها با شرایط گیرنده خدمت: در همه بخش های فرم موضوعات مورد نظر به صورت عبارت و عناوین نوشته شده اند. بدیهی است که برای دستیابی به نتیجه درست در خصوص هر يك از عناوین و موضوعات لازم است به وضعیت فرهنگی، اجتماعی، سواد و

- سایر اصول برقراری ارتباط دوطرفه توجه کافی معطوف و عنوان مربوط به پرسش مناسب و قابل فهم تبدیل شده و پاسخ آن به صورتی که در دستورالعمل توضیح داده شده ثبت گردد.

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

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

- بیان نتایج بررسی

- تحسین رفتارهای مناسب

- ارائه توصیه ها و آموزشهای لازم

- اطمینان از درک مطالب آموزش داده شده به گیرنده خدمت

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

- رعایت حریم خصوصی و رازداری: حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت در حین ارائه خدمات بویژه در خصوص خدمات سلامت باروری، رعایت اصل

محرمانگی و رازداری در خصوص حفظ اطلاعات و نگهداری و بایگانی اطلاعات ثبت شده در مستندات سلامت مراجعه کنندگان مانند هر مستند

دیگر مربوط به سلامت افراد، از اهمیت بالایی برخوردار است و مسئولیت آن به عهده تک تک اعضای تیم سلامت می باشد.

راه‌های مراقبت‌های اوجام‌یافته سلامت میانسالان - ویژه غیرزناشک

- تسهیل دستیابی به هدف ارائه خدمت: هدف اصلی ارائه خدمت انجام مداخلات سلامتی در جهت ارتقای وضعیت سلامت مراجعه کننده از جمله تغییر رفتار وی برای بهبود شیوه زندگی یا اتخاذ رویکردهای بهداشتی، انجام اقدامات پیشگیرانه و تشخیص زود هنگام بیماری می باشد. بدیهی است این امر به ناگهان اتفاق نمی افتد و مستلزم اقدامات زیر است:
 - اولویت بندی مشکلات مراجعه کننده و پرداختن به مشکلات به ترتیب اولویت
 - توجه به نیازهای مراجعه کننده و درجه اهمیت هریک از مشکلات و رفتارهایش
 - برنامه ریزی برای بهبود در خصوص اولویت تعیین شده
 - صرف زمان برای مشاوره و آموزش مکرر مراجعه کننده
 - توجه به نتیجه فرایند مشاوره و مراحل تغییر مشتری
 - توجه به وضعیت سلامت و عوامل خطر در مراجعه کننده

با توجه به بندهای قبلی، هنر ارائه دهنده خدمت، پیشگیری از بیماری و تشخیص زود هنگام آن است. به عنوان مثال پیدا کردن موارد HIV مثبت یا پیدا کردن تغییرات نئو پلازیک در پاپ اسمیر یا پیدا کردن توده پستانی در Stage پایین، بسیار ارزشمندتر از پیدا کردن مورد مبتلا به ایدز یا سرطان پیشرفته دهانه رحم یا پستان است.

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

بخش سوم

آنترپو متری (تن سنجی)

اهداف آموزشی

انتظار می‌رود پس از شرکت در دوره آموزشی و مطالعه این فصل:
شاخص‌های تن سنجی را بشناسید
فراگیران با روش‌های تن سنجی مورد استفاده برای میانسالان آشنا شوید
تعریف چاقی را بدانند و انواع آن را بشناسید
روش‌های اندازه‌گیری قد، وزن و دور کمر را فراگیرید
نحوه محاسبه نمایه توده بدنی را بیاموزید
محدوده طبیعی تن سنجی‌های فوق را از غیر طبیعی تشخیص دهید
موارد نیاز به ارجاع افراد به کارشناس تغذیه یا پزشک را فراگیرید

ارزیابی تن سنجی	معیار طبقه بندی	طبقه بندی	اقدام	پیگیری و مراقبت ممتد	ارجاع
		BMI طبیعی با الگوی تغذیه مطلوب	تحویل و آموزش دفترچه خود ارزیابی شیوه زندگی برای حفظ وضعیت موجود	سه سال بعد	-
اندازه گیری کنید: قد، وزن، دور کمر	BMI = ۱۸/۵ - ۲۴/۹	BMI طبیعی همراه با الگوی تغذیه نامطلوب	تحویل و آموزش دفترچه خود ارزیابی شیوه زندگی برای حفظ وضعیت موجود BMI، بررسی وضعیت تغذیه و فعالیت فیزیکی و در صورت نیاز مشاوره و مداخله برای ارتقای رفتار تغذیه ای و فعالیت جسمانی با توجه به راهنمای الگوی تغذیه و فعالیت جسمانی	پیگیری و مراقبت ممتد بر اساس راهنمای الگوی تغذیه	ارجاع بر اساس الگوی تغذیه نامطلوب
محاسبه و طبقه بندی کنید: نمایه توده بدنی (BMI) و دور کمر	دور کمر ۸۸ cm و بیشتر در زنان و ۱۰۲ و بیشتر در مردان	چاقی شکمی	آموزش در خصوص اهمیت و عوارض چاقی شکمی و رعایت رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی کافی	مراقبت ممتد بر حسب شرایط فرد از نظر توانایی خودمراقبتی، مرحله تغییر رفتار، الگوی تغذیه و فعالیت جسمانی و مشکلات سلامتی	ارجاع به کارشناس تغذیه / پزشک در صورت: ناموفق بودن اقدامات برای عدم افزایش وزن یا کاهش وزن پس از سه ماه مراقبت - افزایش وزن مراجعه کننده - وجود دیگر مشکلات سلامتی مرتبط با اضافه وزن و چاقی
فرد را از نظر مراحل تغییر رفتار و الگوی تغذیه طبقه بندی کنید	BMI = ۲۵/۰ - ۲۹/۹	اضافه وزن	اجتناب از کاهش وزن سریع و ناگهانی، مقایسه میزان مصرف مواد غذایی مختلف با هرم غذایی (خود ارزیابی وضعیت تغذیه)، اصلاح دریافت های کمتر یا بیشتر از مقدار توصیه شده برای هر گروه غذایی، اصلاح عادات غذایی نادرست، مشاوره برای عدم افزایش وزن یا کاهش وزن به میزانی که BMI در محدوده طبیعی قرار گیرد. (۴ - ۲ کیلوگرم در ماه) با رعایت رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی مطلوب		
	BMI ≥ ۳۰	چاقی و افزایش وزن	ارجاع به پزشک برای بررسی علل پزشکی چاقی در صورت وجود علل پزشکی چاقی، اقدام برای رفع و هم زمان ارجاع به کارشناس تغذیه برای رژیم کاهش وزن		
	BMI < ۱۸/۵	لاغری و کاهش وزن	ارجاع به پزشک جهت بررسی علل لاغری پیگیری نتیجه بررسی علل لاغری در صورت نداشتن علل پزشکی برای لاغری ارجاع به کارشناس تغذیه برای رژیم افزایش وزن	پیگیری و انجام مراقبت ممتد بر اساس اقدامات توصیه شده	

اندازه قد فرد به وسیله قدسنج یا متر، بدون کفش، در حالتی که فرد پشت به دیوار ایستاده، سر مستقیم به سمت جلو و پاشنه پا مماس با دیوار باشد، و اندازه وزن فرد با حداقل لباس و به وسیله ترازوی کالیبره شده بر حسب کیلوگرم بدون اعشار اندازه گیری می شود. نمایه توده بدنی (BMI) با استفاده از وزن و قد بر اساس فرمول زیر محاسبه و بر اساس جدول زیر طبقه بندی می گردد.

$$BMI = \frac{\text{وزن (کیلوگرم)}}{\text{قد}^2 \text{ (متر)}}$$

مقدار BMI		طبقه بندی
کمتر از ۱۸/۵		لاغری (کم وزنی)
۱۸/۵ - ۲۴/۹		طبیعی
۲۵/۰ - ۲۹/۹		اضافه وزن
۳۰ و بیشتر		چاقی چاقی درجه ۱ (۲۴/۹-۳۰) چاقی درجه ۲ (۲۹/۹-۳۵) چاقی درجه ۳ یا شدید (۴۰ و بیشتر)

برای اندازه گیری دور کمر ابتدا فرد در حالتی که به راحتی ایستاده و پاها به اندازه ۳۰-۲۵ سانتی متر از هم باز است، قرار می گیرد. سپس متر نواری را در ناحیه نقطه میانی حد فاصل قسمت پائینی آخرین دنده و برجستگی استخوان لگن (بدون پوشش یا لباس) قرار داده و بدون وارد کردن فشار بر بافتهای نرم، اندازه دور کمر مشخص و در خانه مربوطه ثبت می شود. در مردان اندازه دور کمر ۱۰۲ سانتی متر و بیشتر و در زنان اندازه دور کمر ۸۸ سانتی متر و بیشتر، چاقی شکمی محسوب می شود.

بخش دوم

ارزیابی تغذیه زنان و مردان میانسال

اهداف آموزشی

پس از شرکت در دوره آموزشی و مطالعه این فصل انتظار می‌رود:

با هرم غذایی و ترتیب گروه‌های غذایی در آن آشنا شوید

تعداد سهم مورد نیاز یک میانسال برای هر یک از گروه‌های غذایی و نحوه محاسبه سهم‌ها را بدانید

با جایگزین‌های هر یک از مواد غذایی آشنا شوید

برای هر یک از اندازه‌ها قضاوت داشته باشند و خانه مرتبط را علامت‌گذاری کنید

گفته‌های مراجعه‌کننده را در خصوص مصرف مواد غذایی مورد نظر را تبدیل به سهم کرده و مطلوب یا

نامطلوب بودن آن را مشخص کنید

نیاز به ارجاع افراد به متخصص تغذیه یا پزشک را فرا بگیرید

هدف کلی روش‌های ارزیابی مصرف مواد غذایی با تاکید بر هرم غذایی را بدانید

مقدار هر واحد از مواد غذایی را یاد بگیرید

نیازهای آموزشی مراجعه‌کننده را اولویت‌بندی کرده و به مراجعه‌کننده در خصوص وضعیت تغذیه وی و

اصلاح آن مشاوره اولیه را ارائه دهید.

راه‌های مراقبت‌های اوجام‌یافته سلامت میانسالان - ویژه غیر پزشک

ارجاع	مراقبت ممتد	اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی تغذیه میانسالان
ارجاع با توجه به وضعیت BMI طبق جدول راهنمای تن سنجی	۳ سال بعد	توصیه به حفظ وضع موجود، تحویل و آموزش دفترچه خودارزیابی شیوه زندگی	تغذیه مطلوب	تعداد واحد معمول مصرف روزانه لبنیات ۲ - ۳ واحد	سوال کنید: ممنوعیت/ محدودیت/ رژیم غذایی خاص در یک سال گذشته تعداد واحد معمول مصرفی روزانه لبنیات؛ سبزی؛ میوه مصرف معمول هفتگی های گازدار؛ نوشیدنی های گازدار؛ سوسیس؛ کالباس؛ انواع فست فودها؛ پیتزا؛ ... مصرف روغن جامد و نیمه جامد مصرف معمول نمکدان سر سفره توسط فرد
				تعداد واحد معمول مصرف روزانه سبزیها ۳ - ۵ واحد	
				تعداد واحد معمول مصرف روزانه میوه ها ۲ - ۴ واحد	
				مصرف معمول هفتگی نوشیدنی های گازدار و ابمیوه های صنعتی ندارد	
				مصرف معمول هفتگی سوسیس؛ کالباس؛ انواع فست فودها؛ پیتزا؛ ... ندارد	
				مصرف روغن جامد و نیمه جامد ندارد	
				مصرف معمول نمکدان سر سفره توسط فرد ندارد	
ارجاع به کارشناس تغذیه در صورت عدم موفقیت مداخلات از سه ماه برای افراد دارای ۵ مورد یا بیشتر مشکل در الگوی تغذیه و پس از دو دوره سه ماهه مراقبت ممتد در افراد دارای ۳ یا ۴ مورد مشکل در الگوی تغذیه	مراقبت ممتد بر حسب شرایط فرد از نظر توانایی خودمراقبتی، مرحله تغییر رفتار، و مشکلات سلامتی	آموزش متناسب با نیاز مراجعه کننده، تحویل و آموزش دفترچه خودارزیابی شیوه زندگی، کمک به برنامه ریزی خود مراقبتی، توصیه به شرکت در کلاس گروهی کارشناس تغذیه متناسب با تعداد موارد مشکل در الگوی تغذیه	تغذیه نامطلوب	تعداد واحد معمول مصرف روزانه لبنیات کمتر از ۲ واحد	مرحله رفتار را تعیین کنید: (پیش تفکر، تفکر، آمادگی برای عمل، عمل، نگهداری رفتار سالم)
				تعداد واحد معمول مصرف روزانه سبزیها کمتر از ۳ واحد	
				تعداد واحد معمول مصرف روزانه میوه کمتر از ۲ واحد	
				مصرف معمول هفتگی نوشیدنی های گازدار و آب میوه های صنعتی دارد	
				مصرف معمول هفتگی سوسیس؛ کالباس؛ انواع فست فودها؛ پیتزا؛ ... دارد	
				مصرف روغن جامد و نیمه جامد دارد	
				مصرف معمول نمکدان سر سفره توسط فرد دارد	
ارجاع به پزشک و کارشناس تغذیه	مراقبت با توجه به نوع بیماری یا محدودیت بر اساس نظر پزشک یا کارشناس تغذیه		به تجویز یا بدون تجویز پزشک یا کارشناس تغذیه	داشتن ممنوعیت/ محدودیت/ رژیم غذایی خاص در یک سال گذشته	

تغذیه سالم

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

۱ - گروه نان و غلات

۲ - گروه میوه ها و سبزی ها

۳ - گروه گوشت و حبوبات و مغزها و تخم مرغ

۴ - گروه شیر و لبنیات

برای آنکه یک فرد سالم بماند، بایستی رژیم غذایی او به یک رژیم غذایی سالم همچنین با کفایت نزدیک باشد. کفایت رژیم غذایی، تامین تمام نیازهای تغذیه ای فرد بر حسب سن و جنس وی می باشد. هدف کفایت تغذیه ای، حفظ و نگهداری وضعیت سلامت برای گروه های مختلف افراد سالم می باشد. برای داشتن یک رژیم غذایی با کفایت رعایت سه اصل تعادل، تنوع و تناسب ضروری است.

بهترین راه اطمینان از رعایت این اصول در رژیم غذایی استفاده از هرم غذایی می باشد. هرم یا مثلث غذایی یک راهنمای غذایی روزانه برای افراد است که تعادل، تنوع و میزان سهم مورد نیاز گروه های غذایی را نشان می دهد. منظور از یک سهم در هر گروه غذایی مقداری است که دارای ارزش مشابه با سایر مواد همان گروه باشد. بطور مثال یک لیوان شیر از گروه لبنیات از نظر ارزش غذایی معادل یک لیوان ماست از همان گروه است.

یک رژیم غذایی سالم که در آن اصل تعادل، تنوع و تناسب رعایت شده باشد از ویژگیهای زیر برخوردار است:

- استفاده از همه گروههای غذایی هرم: انسان برای سلامت خود به همه گروه های غذایی هرم نیاز دارد.
- استفاده از همه مواد غذایی هر یک از گروههای غذایی: هر کدام از این گروه های غذایی تعدادی از مواد مغذی و نه همه آنها را برای فرد فراهم می کنند بنا بر این در یک رژیم غذایی صحیح از همه زیرگروهها استفاده می شود.
- جایگزین نکردن گروههای غذایی به جای یکدیگر: مواد غذایی یک گروه هرم نمی توانند بجای غذاهای گروه دیگر مصرف شوند. مصرف یک ماده غذایی به مقدار زیاد ممکن است سبب حذف سایر مواد غذایی گردد.

- **استفاده از تعداد واحدهای توصیه شده برای هر یک از گروههای غذایی:** از مصرف بیش از حد یا کمتر از میزان توصیه شده برای هر گروه یا هر ماده غذایی و حذف یک یا چند گروه غذایی پرهیز گردد.
- مصرف روزانه همه گروههای غذایی:** مقادیر توصیه شده هریک از گروههای غذایی هرم برای مصرف روزانه می باشد ، بدین معنی که تمام گروه های غذایی در مقادیر توصیه شده باید هر روز مصرف شوند . همچنین بهتر است در هر وعده غذایی اصلی حداقل سه گروه از چهار گروه اصلی مواد غذایی استفاده شود و اصول تعادل و تنوع ، اعتدال در غذا خوردن ، کنترل انرژی و میزان کالری دریافتی رعایت شود .
- استفاده متنوع از مواد غذایی هر گروه:** در هر گروه، از مواد غذایی مختلف زیر مجموعه آن برای تامین تعداد واحدهای توصیه شده استفاده گردد. به عنوان مثال، در گروه سبزیها، تعداد واحدهای توصیه شده با مصرف سبزیهای برگی شکل، سبزیهای با رنگ سبز، زرد، نارنجی، قرمز تامین و تنها از یک نوع سبزی استفاده نشود. سبزی های مختلف، ویتامین ها و مواد معدنی و مواد ضد سرطانی مختلفی دارند که با استفاده از انواع مختلف آن ها رعایت تنوع می توان از همه این خواص حداکثر استفاده را نمود .
- توجه:** در یک رژیم غذایی سالم در حد امکان باید از مصرف مواد غذایی منجمد، کنسرو شده، فراوری شده پرهیز شده و مواد غذایی به صورت تازه مورد استفاده قرار گیرد. همچنین از عادات غذایی نامطلوب بویژه مصرف روغنهای جامد، سرخ کردنی زیاد، نمک اضافی، نوشیدنیهای گازدار، شیرینی جات بیش از حد ، انواع فست فود اجتناب گردد.

میزان توصیه شده روزانه	اندازه هر واحد	گروه غذایی
۱۱ - ۶ واحد	انواع نان: ۳۰ گرم یا یک برش ۱۰ × ۱۰ سانتی متر (نان لواش: ۴ برش) // نصف لیوان برنج پخته یا ماکارونی پخته یا غلات خام (گندم، جو) // ۳ عدد بیسکویت ساده / یک عدد متوسط سیب زمینی	نان و غلات
۵ - ۳ واحد	یک لیوان سبزی های خام برگ دار = نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده = نصف لیوان سبزیهای نشاسته ای (نخود سبز، باقلا سبز، ذرت)، لوبیای سبز و هویچ خردشده = یک عدد متوسط گوجه فرنگی؛ هویچ؛ خیار؛ پیاز خام	سبزیها
۴ - ۲ واحد	یک عدد متوسط (سیب، موز، پرتقال، گلابی، هلو، کیوی، شلیل) = نصف لیوان میوه های ریز مانند توت، انگور و انار = ۲ عدد نارنگی = نصف گریب فروت = ۱۲ عدد گیلان = ۲ عدد آلو یا خرما یا انجیر تازه = ۴ عدد زرد آلو متوسط = یک برش ۳۰۰ گرمی خربزه یا طالبی یا هندوانه = نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت = یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار = سه چهارم لیوان آبمیوه تازه و طبیعی	میوه ها
۳ - ۲ واحد	یک لیوان شیر یا ماست = ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر معمولی (یک و نیم قوطی کبریت) = یک چهارم لیوان کشک = ۲ لیوان دوغ = یک و نیم لیوان بستنی ساده وانیلی	شیر و لبنیات
۳ - ۲ واحد	۶۰ گرم انواع گوشت (دوتکه خورشتی متوسط معادل دو قوطی کبریت) = نصف ران یا یک سوم سینه مرغ = یک تکه ماهی به اندازه یک کف دست = دو عدد تخم مرغ = نصف لیوان حبوبات پخته، یک سوم لیوان انواع مغزها مانند گردو، پسته، فندق، بادام و ...	گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزها
حداقل میزان	یک قاشق مرباخوری روغن مایع یا جامد (۵ گرم)	گروه متفرقه*
حد اقل میزان	یک قاشق مربا خوری شکر یا مربا (۵ گرم)	

***گروه متفرقه یا گروه چربی ها، روغن ها و شیرینی ها:** گروه متفرقه هرم غذایی شامل چربی، روغن، شکر، قندها و شیرینی ها، نمک، انواع ترشی و چاشنی ها می باشد که گروه اصلی غذایی محسوب نشده و فقط مثلث کوچکی را در بالای هرم تشکیل می دهند. نظر به مضرات مصرف

این گروه، باید کمترین میزان مصرف را در روز داشته باشند. مصرف زیاد چربی و روغن موجب چاقی، بیماریهای قلبی عروقی، افزایش فشار خون، دیابت و برخی سرطانها می شود. ازدیاد مصرف شکر، قندها و شیرینی ها، افزایش وزن و چاقی را به دنبال دارد و نمک زیاد فشار خون را بالا می برد.

با توجه به نقش مخرب عادات غذایی ناسالم بویژه مصرف چربیهای مضر، همچنین نقش و اهمیت مصرف گروه شیر و لبنیات و گروه میوه ها و سبزیها در سلامت میانسالان، اولویتهای تغذیه در دوران میانسالی که در بسته خدمات سلامت میانسالان مورد توجه قرار گرفته است، شامل موارد زیر می باشد:

- عدم استفاده از چربی های مضر در رژیم غذایی
- تامین کلسیم از طریق مصرف گروه شیر و لبنیات
- تامین آنتی اکسیدانها، ویتامینها و فیتوکمیکالها از طریق مصرف گروه میوه ها و سبزیها
- تامین ویتامین د با استفاده از مکمل ویتامین د

سایر توصیه های مهم برای تغذیه میانسالان:

یکی از راههای مهم کاهش عوامل خطر بیماریهای غیرواگیردار که عامل اصلی مرگ زودهنگام میانسالان هستند، تغذیه صحیح و پیروی از رژیم غذایی سالم است. علاوه بر مصرف لبنیات، میوه ها و سبزیجات توصیه های غذایی مهم دیگر برای میانسالان عبارتند از:

- مصرف ماهی ۲ بار در هفته،
- مصرف حبوبات به اندازه کافی (حد اقل هفته ای دو بار)،
- تخم مرغ به اندازه کافی (حد اقل هفته ای دو بار) ،
- استفاده از مواد غذایی تازه، طبخ بخارپز و کبابی و تنوری به جای سرخ کردنی ها،
- جایگزین نمودن دوغ، آبمیوه های طبیعی و شربت های گیاهی خانگی و مخصوصا مصرف روزانه ۸-۶ لیوان آب در برنامه غذایی میانسالان به جای نوشیدنی های گازدار (کولاها، ماء الشعیر، دوغ گازدار) و آبمیوه های صنعتی،
- استفاده از چاشنی هایی مانند سرکه، آبلیمو، سیر، پیاز، سبزیهای معطر و سایر ادویه ها به جای نمک و کاهش مصرف نمک و حذف نمکدان از سفره غذایی، کاهش استفاده از غذاهای شور و نمک سود،
- عدم استفاده از سوسیس؛ کالباس؛ پیتزا؛ فست فود؛ ذرت مکزیک؛ سیب زمینی سرخ کرده به عنوان غذای رایج

بخش سوم

ارزیابی فعالیت جسمانی در میانسالان

اهداف آموزشی

پس از شرکت در دوره آموزشی و مطالعه این فصل انتظار می‌رود:
با تأثیرات ورزش بر روی سلامت آشنا شوید
با هرم فعالیت فیزیکی آشنا شوید
تفاوت ورزش و فعالیت بدنی را درک نمایید
با انواع فعالیت‌های ورزشی آشنا شوید
نوع فعالیت بدنی را بشناسید
انواع روش‌های اندازه‌گیری شدت فعالیت بدنی را یاد بگیرید
با برنامه ریزی یک جلسه ورزشی آشنا شوند و نحوه برنامه ریزی ورزشی را یاد بگیرید.

پیگیری و مراقبت ممتد		اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی فعالیت فیزیکی
ثبت کنید تاریخ مراجعه بعدی را تعیین کنید در صورت عدم موفقیت اقدامات ارجاع کنید	۳ سال بعد	توصیه به حفظ وضع موجود، تحویل و آموزش دفترچه خود ارزیابی شیوه زندگی	مطلوب از نظر شدت /مدت /دفعات	فعالیت فیزیکی دارد	سوال کنید: داشتن یا نداشتن فعالیت فیزیکی در صورت داشتن فعالیت فیزیکی نوع فعالیت راتعیین کنید (پیاده روی، کار / شغل همراه با فعالیت بدنی، ورزش و سایر تمرینات تفریحی- ورزشی) شدت فعالیت فیزیکی را تعیین کنید مدت انجام هر نوع فعالیت فیزیکی در روز را تعیین کنید تعداد روزهای انجام هر نوع فعالیت فیزیکی در هفته را تعیین کنید آزمون par-q قبل از شروع فعالیت فیزیکی را انجام دهید نتیجه گیری کنید مرحله رفتار را بر اساس مدل soc تعیین کنید
	مراقبت ممتد بر حسب شرایط فرد از نظر توانایی خودمراقبتی، مرحله تغییر رفتار	آموزش و مشاوره برای قرار گرفتن فرد در مرحله عمل آموزش چگونگی شروع فعالیت فیزیکی، برنامه ریزی ورزشی، تحویل و آموزش دفترچه خود ارزیابی شیوه زندگی، کمک به برنامه ریزی خود مراقبتی	نامطلوب از نظر شدت / مدت / دفعات		
	مراقبت با توجه به نوع بیماری یا محدودیت بر اساس نظر پزشک	ارجاع به پزشک	نامطلوب	دارای محدودیت / ممنوعیت پزشکی برای فعالیت فیزیکی / دارای مشکل در آزمون par-q	

ورزش و فعالیت جسمانی منظم

برای ورزش و فعالیت جسمانی فواید زیادی بیان می‌شود. بیشتر این فایده‌ها وقتی به فرد می‌رسد که فعالیت‌های ورزشی منظم باشند. بیان فواید ورزش باعث نگرش مثبت و انگیزه در فرد می‌شود.

فواید ورزش و فعالیت جسمانی: بطور کلی فواید ورزش عبارت است از: سلامت قلب و عروق، سلامت عصبی و روانی، سلامت دستگاه گوارش، سلامت عضلات و استخوان‌ها، افزایش کیفیت زندگی، کمک به کار و خلاقیت، حفظ تعادل و تناسب وزن و کاهش هزینه‌های زندگی و بیماری و در نهایت کاهش مرگ و میر.

- ورزش اثرات مفیدی در تنظیم قند خون و بیماری دیابت دارد.
- ورزش چربی‌های مضر خون را پائین می‌آورد و چربی مفید خون را افزایش می‌دهد.
- ورزش اثرات مفیدی در درمان فشار خون دارد.
- اثرات مفید ورزش بر عملکرد عصبی روانی شامل بهبود خواب، بیماری‌های خلقی مثل افسردگی و عملکرد اجتماعی افراد است.
- ورزش یبوست را کم می‌کند.
- نقش ورزش در کاهش برخی سرطان‌ها مثل سرطان روده بزرگ و پستان ثابت شده است.
- ورزش منظم سبب افزایش قدرت عضلانی، افزایش چابکی بدن، افزایش تعادل بدن، افزایش قدرت و استحکام استخوان‌ها، کاهش احتمال زمین خوردن و شکستگی ناشی از آن می‌شود.
- ورزش منظم یکی از راه‌های مهم پیشگیری از مهم‌ترین بیماری‌های دوره پائینگی یعنی پوکی استخوان است.

نوع فعالیت جسمانی:

انتخاب نوع ورزش با توجه به شرایط جسمی و علایق فرد و امکانات موجود می‌تواند انجام شود. بهترین حالت زمانی است که فرد به ورزشی علاقه داشته باشد که برای شرایط جسمی‌اش مناسب باشد و قابل انجام باشد. ورزش‌ها می‌توانند بصورت گروهی و یا فردی انجام شوند که هر کدام مزایای خاص خود را دارند. استفاده و جلب همکاری باشگاه‌ها، پارک‌ها، مدارس و مکان‌های مشابه برای انجام فعالیت‌های ورزشی بانوان ممکن است در توسعه فرهنگ ورزشی و اصلاح شیوه زندگی مفید باشد. پیاده‌روی با شدت متوسط و مدت کافی، یک فعالیت جسمانی ارزان، کامل و مناسب برای گروه سنی میانسال می‌باشد.

مدت انجام فعالیت ورزشی :

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

شدت فعالیت ورزشی:

در گروه میانسالان معمولاً فعالیت های ورزشی با شدت متوسط توصیه می شود. شدت فعالیت ورزشی بر اساس میزان افزایش ضربان قلب و ظرفیت هوازی افراد تعیین می شود. اما بطور ساده و کاربردی ، فرد باید بگونه ای فعالیت ورزشی انجام دهد که در طی ۶۰-۲۰ دقیقه فعالیت ورزشی خود بتواند حرف بزند . معمول ترین نوع ورزشی که که همه جا قابل انجام می باشد ، پیاده روی تند است . پیاده روی تند ۳-۲/۵ کیلومتر در ظرف نیم ساعت نمونه ساده و رایج يك ورزش با شدت متوسط است. مثلاً به فردی که مایل به پیاده روی است توصیه می کنیم ، يك مسافت ۱۵۰۰ متری را در ظرف نیم ساعت برود و برگردد .

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

شما شدید

در صورت داشتن حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در ۵ روز هفته، یا ۲۵ دقیقه فعالیت بدنی با شدت زیاد در ۳ روز هفته، وضعیت فعالیت جسمانی فرد مطلوب است.

بخش چهارم

ارزیابی سلامت میانسالان از نظر ایمنسازی، آلرژی مواجهات دارویی/شغلی

اهداف آموزشی

پس از شرکت در دوره آموزشی و مطالعه این فصل انتظار می رود:
وضعیت ایمنسازی افراد را ارزیابی نمایید
مراجعه کنندگان را درخصوص انجام ایمنسازی راهنمایی کنید
مواجهات شغلی مراجعین را مشخص و در صورت لزوم ارجاع کنید

راه‌های مراقبت‌های ادغام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیرزنان

اقدام	معیار طبقه بندی	ارزیابی از نظر ایمنسازی، آلرژی، مواجهات دارویی/شغلی	
تاریخ مراقبت بعدی را تعیین کنید در صورت لزوم ارجاع نمایید اطلاعات را ثبت کنید	آموزش برای تزریق واکسن هپاتیت و آنفلوانزا برای افراد پر خطر - تزریق واکسن دوگانه	سوال کنید: آخرین زمان تزریق واکسن دوگانه آیا در تماس با افراد ناقل ویروس هپاتیت بی می باشد؟ آیا دچار بیماری مزمن ریوی/قلبی می باشد؟ آیا به داروی خاصی حساسیت دارد؟ آیا به ماده غذایی خاصی حساسیت دارد؟ آیا به دلیل شغل با عوامل زیان آور شغلی(شیمیایی، ارگونومیک، فیزیکی، بیولوژیک) مواجهه دارد؟ آیا دارو یا مکمل خاصی را بطور مرتب حداقل برای مدت یک ماه مصرف می کند؟ مشاهده/ معاینه کنید: بررسی از نظر نیاز به واکسن هپاتیت بی بررسی از نظر نیاز به واکسن آنفلوانزا	
	توصیه های آموزشی و بررسی تکمیلی توسط پزشک توجه به حساسیتهای دارویی برای تجویز دارو		وجود آلرژی غذایی/ دارویی
	توصیه های آموزشی - ارجاع به پزشک کار یا اطلاع دادن به بخش بهداشت حرفه ای مرکز بهداشت		مواجهه با عوامل زیان آور شغلی

ایمنسازی: مهمترین واکسنی که به طور روتین در برنامه کشوری واکسیناسیون برای گروه سنی میانسالان تزریق می شود، واکسن دوگانه یا واکسن دیفتری و کزاز است. آخرین واکسن یادآور دوگانه در سنین ۱۴ الی ۱۶ سالگی تزریق می گردد. سپس هر ۱۰ سال یکبار این واکسن باید تزریق گردد. تزریق این واکسن در زنان برای پیشگیری از کزاز نوزادی در صورت باردار شدن آنان اهمیت دارد.

شیوه ایمن سازی علیه دیفتری و کزاز (واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان) در افراد بالای ۱۸ سال بدون سابقه ایمن سازی:

راهنمای مراقبتهای اوجام پانده سلامت میانسالان - ویژه غیر پزشک

تاریخ مراجعه	دفعات
اولین مراجعه	نوبت اول
یک ماه بعد از نوبت اول	نوبت دوم
شش ماه بعد از نوبت دوم	نوبت سوم*
* برای حفظ ایمنی کافی بهتر است هر ۱۰ سال یک بار تکرار شود	

واکسن مهم دیگر واکسن هپاتیت "ب" می باشد که در گروههای پرخطر تزریق می شود: همچنین واکسن انفلوانزا بر اساس دستورالعمل کشوری برای گروههای در معرض خطر و واکسنهای دیگر بر حسب نیاز و به تشخیص پزشک تجویز یا توصیه می شود.

گروههای پرخطر برای ایمن سازی هپاتیت «ب» به شرح زیر می باشد :

۱) مشاغل خاص:

- الف - کلیه پرسنل شاغل در مراکز درمانی بستری و سرپایی که با خون و ترشحات آغشته به خون به نحوی در تماس هستند شامل: پزشکان ، پرستاران ، ماماها ، بهیاران ، کمک بهیاران ، واکسیناتورها ، دندانپزشکان ، کمک دندانپزشکان ، کارشناسان و تکنسین های آزمایشگاه های تشخیص طبی ، نظافتچیان واحدهای بهداشتی درمانی و آزمایشگاههای تشخیص طبی ، دانش آموزان بهورزی ، دانشجویان پزشکی ، دندانپزشکی، پرستاری و مامائی ،
- ب - آتش نشانها ، امدادگران اورژانس ، زندانبانان ، کارشناسان آزمایشگاه های تحقیقات جنایی و صحنه جرم.
- ج - رفتگران شهرداری ها.
- د - پرسنل مؤسسات نگهداری کودکانی که در کانونهای اصلاح و تربیت نگهداری می شوند ، کودکان عقب مانده ذهنی و خانه سالمندان و معلمان مدارس استثنایی.

۲) بیماران خاص:

- ه - بیماران تحت درمان دیالیز و افرادی که بطور مکرر خون یا فرآورده های خونی دریافت می کنند (تالاسمی ، هموفیلی و .) .
- و - افراد آلوده به هپاتیت C که حداقل يك تست تکمیلی مثبت دارند .
- ز - اعضاء خانواده ، فرد HBSAg⁺ ساکن در يك واحد مسکونی

۳) رفتارهای پر خطر:

- ح - زندانیانی که دارای رفتارهای پرخطر هستند و دارای محکومیت بیش از ۶ ماه هستند .
- ط- افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی و اعتیاد تزریقی که تحت پیگیری مداوم هستند .

راهنمای مراقبتهای اوجام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیرزنان

واکسن آنفلوانزا : برای افراد سنین بالا و یا بیماران ریوی و قلبی و عروقی و یا افرادی که دارای مشکلات ایمنی هستند و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی بصورت سالیانه تزریق می گردد. تزریق واکسن آنفلوانزا قبل از فصل سرما توصیه شده و پس از آن توصیه نمی شود. در حال حاضر تامین واکسن به عهده فرد است. از آنجا که زمان مطلوب برای تلقیح واکسن از شهریور ماه آغاز می گردد، واکسن های جدید از این تاریخ توزیع می گردد و باید به مراجعه کننده تاکید کرد که برای تهیه واکسن جدید از مهر ماه اقدام کند.

مواجهه با عوامل زیان آور شغلی : گروه سنی هدف میانسالان غالباً نیروی کار جامعه محسوب شده و ممکن است به دلیل نوع شغل و وظایفی که در شغل خود به عهده دارند، در معرض خطر مواجهات شغلی بوده و در معرض خطر بیماریهای ناشی از کار محسوب شوند. فاکتورهای زیان آور در محیط کار افراد به چهار گروه عمده تقسیم می شوند که عبارتند از: عوامل زیان آور فیزیکی، عوامل زیان آور شیمیایی، عوامل زیان آور بیولوژیکی و عوامل زیان آور ارگونومیک در رابطه با هر شغلی باید بررسی شود که کدام گروه از این عوامل در آن شغل وجود دارند. مهمترین عوامل فیزیکی زیان آور در محیط کار عبارتند از: گرما، سرما، سروصدا، افزایش و کاهش فشار و ارتعاش در محیط کار و اشعه های یونیزان و غیر یونیزان است.

مهمترین عوامل شیمیایی مورد نظر در محیط کار وجود دارند و تعدادشان بسیار زیاد است که بسیاری از این مواد حتی اثراتشان شناخته شده نیست اما یک سری از موادی که پرمصرف تر هستند مانند گروه هایی از فلزات و حلال ها اثراتشان شناخته شده است. عوامل بیولوژیک زیان آور در محیط کار شامل قارچ ها، باکتری ها و ویروس ها می باشند که در بعضی مشاغل و عمدتاً مشاغلی که افراد در آن با مواد دفعی انسانها، حیوانات یا با گیاهان سرو کار دارند بیشتر دیده می شود. گروه بعدی عوامل ارگونومیک هستند که مرتبط با طراحی محیط کار، شکل انجام کار و وسایل مورد استفاده در محل کار، اشاره کرد، در صورت عدم تناسب موارد فوق با شرایط فرد شخص دچار اختلالات مختلف از جمله ناراحتی های اسکلتی عضلانی می شود.

بخش پنجم

ارزیابی زنان و مردان میانسال از نظر استعمال دخانیات/سو مصرف مواد

اهداف آموزشی

پس از طی دوره آموزشی و مطالعه این فصل انتظار می رود ب ترکیبات سیگار و بیماری های ناشی از استعمال دخانیات را بشناسید طبقه بندی افراد را از نظر استعمال غیر مستقیم، سیگاری و وابستگی به نیکوتین را فرا بگیرید

روش 5A مشاوره در افراد سیگاری را فرا بگیرید
با علائم و عوارض ترک در سیگاری ها آشنا شوید
داروهای ترک و جایگزین های نیکوتینی را بشناسید

راهبهای مراقبتهای اوجام یافته سلامت میانسازان - ویژه غیر پزشک

ارجاع	پیگیری و مراقبت ممتد	اقدام	طبقه بندی	نتیجه بررسی	بررسی استعمال دخانیات و اختلال مصرف دارو و مواد	
اطلاعات رانتت کنید تاریخ مراجعه بعدی را مشخص کنید	-	ارزیابی دوره ای بعدی	توصیه های آموزشی خود مراقبتي و تشویق مراجعه کننده برای حفظ وضع موجود	عدم استعمال دخانیات/ عدم اختلال مصرف مواد	سیگار یا مواد دخانی دیگر استعمال نمی کند. اختلال مصرف دارو و مواد ندارد.	سوال کنید: آیا سیگار یا قلیان می کشد؟ آیا در سه ماه اخیر مصرف دخانیات داشته است؟ در صورت مصرف دخانیات، نوع، دفعات استعمال روزانه/هفتگی و طول مدت مصرف(ماه، سال) چگونه است؟ آیا الکل، مواد مخدر و روانگردان مصرف می کند؟ در صورت مصرف نوع، دفعات استعمال روزانه/هفتگی و طول مدت مصرف(ماه، سال) چگونه است؟ آیا از داروهای روانگردان بدون تجویز پزشک استفاده می کند؟ آیا از نوشیدنیهای الکلی استفاده می کند؟ آیا تا کنون و در سه ماه اخیر یکی از انواع مواد مخدر را مصرف کرده است؟
	-	ارزیابی دوره ای بعدی	آموزش اهمیت و نحوه اجتناب از استعمال غیر مستقیم	استعمال غیر مستقیم دخانیات	فرد سیگاری در محیط زندگی یا کار او حضور مستمر دارد.	
	ارجاع به پزشک دوره دیده در صورت عدم موفقیت اقدامات، با تمایل فرد برای ترک دارویی یا وابستگی به نیکوتین	پیگیری ۱ ماه بعد، ۳ و ۶ ماه بعد	توصیه های آموزشی برای تشویق به ترک سیگار - تعیین مرحله تغییر رفتار SOC - کمک به ترک سیگار از طریق مراحل پروتکل 5A	سیگاری (استعمال دخانیات)	حد اقل ۱۰۰ نخ سیگار یا بیش از ۵۰۰ گرم توتون در طول مدت عمر خود مصرف کرده و در حال حاضر هم سیگار یا قلیان یا پیپ یا...می کشد.	
	پیگیری ۱ ماه بعد، ۳ و ۶ ماه بعد	ارجاع به پزشک / روانشناس	وابستگی به نیکوتین	استعمال روزانه بیش از ۱۰ سیگار در حال حاضر، استعمال سیگار کمتر از ۳۰ دقیقه پس از بیدار شدن از خواب، وجود علائم ترک نیکوتین سیگار در برنامه ترک قبلی قبلی (اشکال در تمرکز ، سر درد و سر گیجه ، اختلال خواب ، سویی هاضمه ، لرزش و تعریق ، تندخویی و اضطراب)	داروهای روانگردان بدون تجویز پزشک یا بیشتر از تجویز پزشک مصرف می کند. در سه ماه اخیر از نوشیدنیهای الکلی یا سایر مواد مخدر استفاده کرده است	
ارجاع به کارشناس سلامت روان و پیگیری بازخورد کارشناس	ارجاع به کارشناس سلامت روان و پیگیری بازخورد کارشناس	تعیین نوع ماده مصرفی ارائه کارت ویژه ماده مصرفی، ارجاع	اختلال مصرف دارو اختلال مصرف الکل اختلال مصرف مواد			

راهنمای مراقبتهای اوقام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیر پزشک

در تعریف سازمان جهانی بهداشت، فرد سیگاری به کسی اطلاق می شود که حد اقل ۱۰۰ نخ سیگار در طول مدت عمر خود مصرف کرده باشد و در حال حاضر هم سیگار می کشد یا در مورد قلیان و چپق و پیپ، ۲۰ اونس (بیش از ۵۰۰ گر) توتون مصرف کرده و در حال حاضر هم مصرف آن را ادامه می دهد.

فرد سیگاری که ۲۴ ساعت با اراده شخصی ماده دخانی را مصرف نکند، فرد ترک کرده محسوب می شود. منظور از دخانیات، انواع دخانیات نظیر سیگار، قلیان، چپق و ... می باشد. مصرف فرد در سه ماه اخیر اهمیت دارد. مصرف قلیان که متأسفانه رواج زیادی در جامعه یافته است، سلامتی افراد را در معرض خطر قرار می دهد. مقدار نیکوتین موجود در یک وعده کشیدن قلیان با مقدار نیکوتین موجود در یک بسته کامل سیگار برابری می کند. هر پکی که به قلیان زده می شود تقریباً ۴۰ برابر یک سیگار، دود به ریه فرد می رساند. دود استنشاق شده از قلیان، نه تنها همه ی مواد سرطان زا ی دود سیگار را دارا است، بلکه مونوکسیدکربن بیشتری (در حدود ۱۰ برابر) هم دارد.

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

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

پس از بررسی از نظر استعمال دخانیات و اختلال مصرف دارو، الکل و مواد در صورت استعمال دخانیات، پس از تکمیل اطلاعات مربوط به مراجعه کننده ، اقدامات لازم برای ایجاد انگیزه ترک را برای مراجعه کننده انجام دهید. (متد 5A) به برنامه ریزی او برای ترک توسط خودش (خود مراقبتی) کمک کنید و در صورت لزوم او را برای مشاوره و کمک دارویی ترک به پزشک ارجاع دهید.

Ask وضعیت مراجعه کننده را بررسی کنید	Advise برای تشویق به ترک آموزش دهید	Assess برای تعیین مرحله ترک ارزیابی کنید	Assist اقدام و کمک به مراجعه کننده برای ترک	Arrange مراقبت ممتد و پیگیری
<p>شرح حال بگیری:</p> <ul style="list-style-type: none"> - سن ، شغل و سایر نقش‌های خانوادگی و اجتماعی و علائق فردی مراجعه کننده را برای پیدا کردن انگیزه ترک مورد توجه قرار دهید -نوع مصرفی نیکوتین،طول مدت مصرف ،تعداد مصرفی روزانه ، -علت کشیدن سیگار از دید فرد مراجعه کننده(عادت ، لذت، خود درمانی) را سوال کنید.(بند ۱ پروتکل) - سابقه ترك سيگار و چگونگی ان را سوال کنید - علائم همراه (سرفه ،تنگی نفس،درد قفسه سینه، بیماری همراه ، سابقه بیماری در بستگان درجه يك(سرطانها ، تنفسي مزمن ،قلبي عروقي) - وضعیت عمومی سلامت فرد مانند سلامت دهان و دندان، سلامت ریه ها و قلب توجه کنید به سایر عوامل خطر تهدید کننده سلامت او مانند فشار خون بالا، دیس لیپیدی و دیابت و... توجه کنید 	<ul style="list-style-type: none"> پس از بررسی نشانه های خطر ناشی از استعمال دخانیات و گوشزد نمودن خطرات ویژه در فرد برای ترك سيگار توصیه های زیر را به همه سيگاري ها مطرح کنید(بند ۲ پروتکل) : - اگر راضي به ترك نيست فهرست کردن دلایل ترك از دید مراجعه کننده توسط خودش با استفاده کارت ترك دفترچه خود مراقبتی (بند ۲ پروتکل) - مرور ترک‌های قبلی و شناسایی موقعیتهای مرتبط با عود (متعاقب فعالیت روز مره بر حسب عادت ، متعاقب احساس لذت یا برای ایجاد لذت ،برای کاهش استرس و خشم یا اضطراب یا کاهش علائم ترك) - تعیین علائق فردی کمک کننده به ترک یا ادامه استعمال دخانیات 	<ul style="list-style-type: none"> -كَمْك براي برنامه ريزي ترك - تعيين تاريخ شروع ترك - اطلاع دادن به اعضاي خانواده و دوستان - تقاضا از آنان براي حمايت - برداشتن سيگار و توتون از اطراف و نزديكي بیمار - حذف يا مقابله با عوامل كمك کننده به كشيدين سيگار بر حسب علت كشيدين سيگار - آموزش پيش بيني ،تعديل و اجتناب از فعاليت مرتبط با كشيدين سيگار - توصيه به نوشيدن مایعات بیشتر و چاي و قهوه کمتر - آموزش رفتارهاي جایگزین مناسب مثل نوشیدن آب ،جویدن آدامس ، استفاده از خلال دندان ، تسبیح چرخاندن ، بازیهای دستی ،انجام کار های دستی مثل نقاشی و بافتنی و - تخمه شكستن - آموزش راهكارهاي مقابله با استرس ، خشم و خلق منفي مثل آرمیدگی (Relaxation) - تشویق راههاي جایگزین لذت بردن مثل ورزش - تجویز نیکوتین جایگزین در صورت لزوم 	<ul style="list-style-type: none"> - تشویق بیمار به ترك در هر مراجعه - زمان ویزیتها ي فالو آپ را معلوم کنید : ۲-۱ هفته بعد ۲-۱ ماه بعد ۴ ماه بعد یکسال بعد براي ارزشیابی - در ویزیت فالو آپ موارد زیر را پیگیری کنید : - تریک براي موفقییت و تقویت و تشویق فرد موفق - ارائه راهكارهاي مناسب براي مقابله با موقعیتهای برانگیزاننده عود - جلب حمايت بیشتر خانواده براي پیشگیری از موارد عود - کنترل فشار خون وضربان قلب در هر بار ویزیت - پیگیری وجود علائم ترك در ویزیت هفته ها و ماههای اول - بند ۳ پروتکل - تذکر دهید که از يك زدن به سيگار خودداری کند زیرا سبب عود مي شود - در صورت عدم موفقییت یا عود طبق پروتکل ترك سيگار - بند ۴ عمل کنید. - در صورت اضافه وزن بعد از ترك مجددا مشاوره و موارد بند ۵ پروتکل را گوشزد کنید . *در صورت اختلال خواب بعد از ترك به فرد اطمینان دهید که این مسئله طی ۲-۳ هفته از بین مي رود . - تریک براي موفقییت و تقویت و تشویق فرد موفق 	<ul style="list-style-type: none"> - تشویق بیمار به ترك در هر مراجعه - زمان ویزیتها ي فالو آپ را معلوم کنید : ۲-۱ هفته بعد ۲-۱ ماه بعد ۴ ماه بعد یکسال بعد براي ارزشیابی - در ویزیت فالو آپ موارد زیر را پیگیری کنید : - تریک براي موفقییت و تقویت و تشویق فرد موفق - ارائه راهكارهاي مناسب براي مقابله با موقعیتهای برانگیزاننده عود - جلب حمايت بیشتر خانواده براي پیشگیری از موارد عود - کنترل فشار خون وضربان قلب در هر بار ویزیت - پیگیری وجود علائم ترك در ویزیت هفته ها و ماههای اول - بند ۳ پروتکل - تذکر دهید که از يك زدن به سيگار خودداری کند زیرا سبب عود مي شود - در صورت عدم موفقییت یا عود طبق پروتکل ترك سيگار - بند ۴ عمل کنید. - در صورت اضافه وزن بعد از ترك مجددا مشاوره و موارد بند ۵ پروتکل را گوشزد کنید . *در صورت اختلال خواب بعد از ترك به فرد اطمینان دهید که این مسئله طی ۲-۳ هفته از بین مي رود . - تریک براي موفقییت و تقویت و تشویق فرد موفق

مشاوره برای ترک استعمال دخانیات

متد 5A کمک می کند تا مشاوره ترک استعمال دخانیات را با موفقیت انجام دهیم. برای انجام مشاوره ترک مراحل زیر انجام می شود:

(۱) تکمیل شرح حال: شرح حال فرد را تکمیل و در شرح حال مراجعه کننده از نظر مصرف دخانیات به نکات زیر توجه کنید تا بتوانید انگیزه های فرد برای استعمال دخانیات را پیدا کنید و انگیزه های ترک را تقویت کنید.

سن شروع مصرف دخانیات ، طول مدت مصرف ، تعداد مصرفی روزانه ، علت کشیدن سیگار از دید فرد مراجعه کننده (عادت ، لذت ، خود درمانی) بررسی نشانه های خطر ناشی از استعمال دخانیات ، علائم همراه (سرفه ، تنگی نفس، درد قفسه سینه، بیماری همراه ، سابقه بیماری در بستگان درجه یک (سرطانها ، تنفسی مزمن ، قلبی عروقی)

بررسی سابقه ترک سیگار و چگونگی آن ، بررسی علاقه به ترک سیگار و برنامه ریزی برای آن ، فهرست کردن دلایل ترک از دید مراجعه کننده مرور ترکهای قبلی و شناسایی موقعیتهای مرتبط با عود حمایت خانوادگی

(۲) بیان فواید ترک استعمال دخانیات: مدارک بسیار قوی وجود دارند که فایده های ترک سیگار را نشان می دهد، حتی برای افراد مسن و افرادی که درحال حاضر بیماریهای مزمن مربوط به سیگار در آنها پیشرفت کرده است. بیان این مزایا برای فرد سیگاری به زدودن باورهای غلط و ایجاد انگیزه برای ترک کمک می کند.

- ترک سیگار مهمترین اقدام برای حفظ سلامتی است.
- سیگار شایعترین علت قابل پیشگیری مرگ است.
- احتمال حمله قلبی یا سکته مغزی ، ابتلا به سرطان ، بیماری مزمن تنفسی ، بیماریهای دهان و دندان کاهش می یابد.
- اکثر آسیبهای سیگار پس از ترک قابل برگشت هستند و مرگ و میر کلی ۱۵-۱۰ سال پس از ترک مشابه افراد غیر سیگاری است .
- افرادی که درروز دویست سیگار می کشند، اگر سیگار را ترک کنند، بطور متوسط میزان مرگشان از بیماری قلبی و عروقی و سرطان ریه ۴ سال به تعویق می افتد.
- یکسال پس از ترک، فراوانی خطر بیماری کرونر قلب (CHD)، ۵۰% کاهش می یابد.
- در صورت همراهی بیماریها یا عوامل خطر دیگر وضعیت را برای فرد روشن کنید.
- ترک سیگار سریعاً سطح منو اکسید کربن را در خون کاهش می دهد .
- سیگار کشیدن تولید خلط ، سرفه و تنگی نفس با ترک سیگار سریعاً کاهش می یابد .
- تحریک گلو از بین میرود .
- حس بویایی و چشایی فرد افزایش می یابد .

- چین و چروک صورت را کاهش می دهد .
- وضع تنفس بهتر می شود .
- با ترك سيگار در مادران باردار خطر سقط خودبخودي ، جفت سرراهي ، نوزاد نارس ، و نوزاد با وزن تولد پايين و ساير عوارض بعد از تولد را کاهش مي يابد.
- براي برخي افراد، ترك سيگار يك راه مهم براي افزايش اعتماد به نفس است به خصوص در افراد سيگاري كه اعتماد بنفس شان پايين است.
- ترك سيگار والدين مي تواند تاثير مثبتي بر روي فرزندان بگذارد (براي مثال: ترك سيگار والدين مثال خوبي براي فرزندان است كه مي خواهند كاري را انجام دهند كه به نظر آسان نمي رسد و نقش پيشگيري در فرزندان را دارد كه در معرض ابتلا به مصرف دخانيات هستند)
- امكان پس انداز كردن پول فراهم مي شود و ...

اعتیاد یا وابستگی به نیکوتین : برخی از مبتلایان به استعمال دخانیات اعتقادی به اعتیاد یا وابستگی به سیگار ندارند و تصور می کنند کنار گذاشتن سیگار در هر حال به راحتی انجام می شود. به افراد سیگاری که مشخصات زیر را دارند گوشزد کنید که اگر علائم زیر را دارند، به ماده نیکوتین وابستگی پیدا کرده اند و باید هرچه سریعتر برای ترک سیگار اقدام کنند. ترک سیگار در این افراد نیازمند اقدام دارویی (تجویز نیکوتین) می باشد .

- استعمال روزانه بیش از ۱۰ سیگار
- استعمال سیگار کمتر از ۳۰ دقیقه پس از بیدار شدن از خواب
- وجود علائم زیر در برنامه ترك سيگار قبلی كه نشان دهنده بروز نشانه های ترك نيكوتين (سندرم Withdrawal) بوده و احتمال عود را افزایش می دهد.
- اشكال در تمرکز ، سر درد و سر گیجه ، اختلال خواب ، سوء هاضمه ، لرزش و تعریق ، تندخويي و اضطراب

(۴) تعیین زمان ترك: به مراجعه کننده گوشزد کنید كه بهترین زمان ترك همین حالاست. هر روز كه بگذرد، آسیب بیشتری به سلامت وارد شده است. زیرا :

- با كشیدن هر سيگار ۰/۵ ميلي گرم نيكوتين وارد بدن ميشود پس از همین حالا ترك کنید .
- اكثر آسیبهاي سيگار پس از ترك قابل برگشت هستند و مرگ و مير کلي ۱۵-۱۰ سال پس از ترك ، مشابه افراد غير سيگاري است .

(۵) تعیین و ارتقای مرحله تغییر رفتار: در افرادی كه به مرحله تفكر برای تغییر نرسیده اند، مزایاي ترك و معایب كشیدن سيگار را با توجه به وضعیت فرد توضیح دهید و به عنوان قدم اول مضرات سيگار را براي اطرافيان او توضیح داده و از او بخواهید در حضور افراد خانواده سيگار نکشد .

راهنمای مراقبتهای اوجام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیر پزشک

ابراز آمادگی کنید که هر موقع تصمیم به ترك گرفت به او كمك خواهيد كرد .

بروشور براي ايجاد انگيزه در اختيار وي بگذاريد.

در هر ملاقات مسئله را پي گيري كنيد و از تكرر موضوع خسته نشويد.

(۶) كمك به برنامه ريزی خودمراقبتي برای ترك استفاده از مجموعه خودارزيابي شيوه زندگي، برای برنامه ريزی ترك به مراجعه کننده و ارائه دهنده خدمت كمك می كند. اگر امكان پذير بود ترك گروهی را سازماندهی كنيد.

(۷) توجه به زمان استعمال دخانيات: استعمال سيگار اول صبح و پس از بيدار شدن از خواب نشانه وابستگي به نيكوتين و نياز به درمان دارویی برای ترك می باشد. زمانی كه كشيدن سيگار متعاقب فعاليتهاي روز مره مثل مكالمه تلفني، رانندگي و... اتفاق مي افتد. پيش بيني فعاليت مرتبط يا اتخاذ راهبرد رفتاري كاهنده اضطراب يا رفتارهاي جايگزين كمك كننده است. در صورتي كه كشيدن سيگار متعاقب يك فعاليت لذت بخش مثل خوردن غذاي مورد علاقه در مهماني يا براي لذت بردن از يك موقعيت خاص اتفاق بيفتد، لازم است ابزارهاي ديگر لذت بردن مثل ورزش را جايگزين و براي مقابله با موقعيتهاي لذت بخش مخاطره آميزآمادگي ايجاد شود. اگر مصرف سيگار براي ازبين بردن خلق منفي ناشي از استرس، غم، خشم، اضطراب يا احساس ولع به دنبال ترك اتفاق مي افتد، روشهاي در ماني مفيد شامل نيكوتين جايگزين براي كاهش علائم ترك می باشيد. فرد را برای نيكوتين درمانی به پزشك ارجاع دهيد.

(۸) مدیریت عوارض ترك :

مراجعه کننده ای كه برای ترك تصميم گرفته است، بايد آموزش لازم برای علائم ترك را دريافت نموده و با اطلاع از آن آمادگي لازم برای مقابله با عوارض را كسب نمايد. نشانه هاي ترك كردن موقتي هستند و زماني اتفاق مي افتند كه نيكوتين خون پايين مي آيد بسته به فرد سيگاري نشانه هاي مختلفي وجود دارد:

علائم ترك عبارتند از :ميل شديد به نيكوتين سيگار ،تنش، تحريك پذيري و تند خويي، اشكال در تمرکز، بيقراري، بيخوابي، كاهش ضربان قلب و فشار خون، افزايش اشتها، سوء هاضمه، افزايش وزن، كاهش عملكرد حركتي، افزايش تنش عضلاني، سر درد و سر گيجه، لرزش و تعريق

معمولاً اين علائم بعد از هفت روز بسرعت كاهش مي يابند، ولي گاهي هفته ها پس از ترك هنوز كاملاً از بين نرفته اند. فرد سيگاري كه تصميم به ترك گرفته است بايد به علائم ترك و راههاي مقابله با آن آشنا باشد و بداند كه دو هفته اول ترك بسيار مهم است. اگر چه فرد بعد از گذشت چند هفته نمي تواند ادعاي موفقيت كند. ولي ممكن است ميل سيگار كشيدن چند ماه بعد از ترك تكرر شود. افراد خصوصاً آنهايي كه براي ترك سيگار تحت درمان نيستند بايد بدانند كه اين علائم عادي هستند و معمولاً زمانشان محدود است و در واقع نشانه هاي حذف ماده مضر نيكوتين از بدن هستند، به اين ترتيب افراد تشويق مي شوند كه اين علائم را بهتر تحمل كنند.

آموزش علائم ترک، مقابله با استرس، رژیم غذایی و ورزش، متدهای شناختی رفتاری مثل RELAXATION و حمایت خانوادگی و اجتماعی می تواند کمک کننده باشد.

همچنین در افرادی که نگران افزایش اشتها و وزن خود میباشند توضیح دهید که :

- متوسط افزایش وزن بیشتر از ۴- ۲ کیلو گرم نخواهد بود .
- مضرات کشیدن سیگار را با افزایش مختصر وزن مقایسه کنند .
- نیاز به گرفتن رژیم در دوره ترک نیست و می توان آن را به بعد موکول کرد .
- لطمه ظاهری کشیدن سیگار (بوی بد تنفس ، بوی بد لباس ، رنگ تیره پوست و مخاط ، رنگ زردندان) را با اثرظاهری افزایش مختصر وزن مقایسه کنید .

میل زیاد به سیگار کشیدن حداکثر ۲۰ دقیقه و برای برخی از افراد کمتر از ۵ دقیقه طول می کشد، بنظر می رسد برخی از افراد به موقعیت خاصی مانند نوشیدن یک فنجان قهوه یا خوردن الکل وابسته هستند. به بیماران توصیه می شود که برای مشغول نگه داشتن خودشان برنامه ای داشته باشند تا میل به سیگار کشیدن از بین برود و موقعیتهای را بوجود بیاورند که بنظر می رسد آنها را از سیگار کشیدن دورنگه می دارد.

(۹) موارد عود و شکست: ترک سیگار کسب یک مهارت است که مانند کسب هر مهارت دیگری ممکن است برای بار اول با موفقیت توأم نباشد . کمتر از ۲۵ درصد افراد در اولین تلاش خود برای ترک موفق هستند . اغلب افراد ۴-۳ بار باید کوشش کنند .

شرایط زیر مساعداکننده عود و عدم موفقیت ترک پس از ترک سیگار هستند . برخی حوادث، فعالیتها یا حالتها درونی هستند که باعث افزایش خطر روی آوردن به سیگار یا عود مصرف می شوند. برای پیشگیری از شکست درمان و عود ، راههای اجتناب از شرایط فوق و مهارتهای سازش یا مقابله با آنها را به مراجعه کننده گوشزد کنید. این شرایط عبارتند از :

- همنشینی با سیگاریها : درحضور افراد سیگاری دیگر در منزل مخصوصاً " همسر، یا همکاران سیگاری موفقیت ترک کمتر می شود. افراد باید برای ترک دلایل قوی برای خود مطرح کنند تا با وجود افراد سیگاری در محیط زندگی و کار بتوانند برنامه ترک را دنبال کنند. ارائه دهنده خدمت باید از وجود افراد سیگاری دیگر مطلع باشد و پیشنهاد ترک را برای آنها نیز مطرح نمایند.
- عدم وجود حمایت خانوادگی و اجتماعی: افراد می توانند فردی را بعنوان یک حامی (مثل: همکار، دوست، یکی از اعضای خانواده مانند همسر یا فرزند) معرفی کنند که آنها را در دوره ترک و بعد از ترک حمایت کند.
- سبک زندگی پر استرس و تحت فشار قرار گرفتن و جروبحث کردن : شرایط خطر را پیش بینی و در حد امکان از آنها اجتناب کنند.
- حالتها روحی منفی : از متدهای آرام سازی استفاده کنند.

راه‌های مراقبت‌های ادغام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیرزنان

- خوردن الکل یا قهوه: فعالیت‌های رفتاری و شناختی که توجه آنها را از میل سیگار کشیدن منحرف می‌کند بشناسند مانند پیاده روی بجای قهوه خوردن در زمانهای استراحت
 - زندگی بدون تحرک: با تغییراتی در سبک زندگی استرس را کم کنند و کیفیت زندگی را با ایجاد لذت بالا ببرند. (مثل: فعالیت بدنی)
 - اختلال خواب: فرد باید تنها زمانی که خسته است به رختخواب برود; در طول روز نخوابد; از خوردن کافئین در آخر روز خودداری کند; اگر در طول ۳۰ دقیقه نتوانست بخوابد از رختخواب خارج شود به مطالعه یا کار دیگری که او را برای خواب آماده می‌کند پردازد در طول روز ورزش کند.
- در افرادی که عدم موفقیت یا عود وجود دارد، اقدامات زیر را انجام دهید:
- اعتماد به نفس را در فرد تقویت نموده و گوشزد کنید که بسیاری از افراد پس از چند بار تلاش موفق می‌شوند. خوش بینی ارائه دهنده خدمت به امکان موفقیت ترک در افزایش روحیه و ایجاد اعتماد به نفس در مراجعه کننده نقش دارد.
 - به فرد اطمینان دهید که در صورت عدم موفقیت باز هم برای ترک به او کمک خواهید کرد.
 - تجربه و موقعیت اولین کشیدن مجدد سیگار را مرور کنید .
 - شرایط عدم تکرار موقعیت فوق یا راه‌های غلبه بر آن را به اتفاق مراجعه کننده بررسی کنید .
 - پس از مشاوره در صورت وجود آمادگی برای ترک مجدد، زمان شروع ترک مجدد را تعیین و کمک کنید تا مراجعه کننده با همکاری اعضای خانواده در اجرای برنامه موفق باشد.

مراقبت ممتد مورد نیاز: بررسی ماهانه تا ترک

وابستگی یا اختلال مصرف مواد

اختلال مصرف مواد، یک الگوی آسیب‌شناختی از رفتارهای مرتبط با مصرف مواد است که با نقص کنترل، اُفت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر، تداوم مصرف علی‌رغم مواجهه با آسیب‌های مرتبط با مصرف و تحمل فیزیولوژیک نسبت به مواد مشخص می‌گردد.

مواد شامل همه ترکیباتی است که واجد خواص روان‌گردان بوده و مصرف آنها موجب تغییر در رفتار (مانند عصبانیت)، اختلال در خلق و خوی (افسردگی)، اختلال در قضاوت و شعور فرد (فراموشی و بی‌توجهی) می‌شود. مواد در دستجات زیر تقسیم بندی می‌شوند:

- ترکیبات آفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کدین، ترامادول، غیره)

- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)

- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، إکس، ریتالین، غیره)

- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره) بدون تجویز پزشک یا با مقدار و دفعات مصرف بیش از تجویز پزشک

در خصوص مصرف الکل و مواد روانگردان با رعایت احترام و حریم خصوصی مشابه دخانیات عمل شده و در خصوص مصرف آنها در حال حاضر از مراجعه کننده سوال شود. به مراجعه کننده یاد آوری کنید که 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.

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

در صورت اختلال مصرف دارو، الکل و مواد ابتدا نوع ماده مصرفی را تعیین و اطلاعات اولیه را در اختیار فرد مراجعه کننده قرار دهید و سپس فرد مصرف کننده برای دریافت خدمات مشاوره به روانشناس یا پزشک دوره دیده ارجاع گردد.

بخش ششم

ارزیابی سلامت روانی میانسالان

اهداف آموزشی

پس از طی دوره آموزشی و مطالعه این فصل انتظار می‌رود:
سابقه افراد را از نظر ابتلا به بیماری اعصاب و روان ارزیابی نمایید
به مراجعه کنندگان در خصوص پیشگیری از استرس و اضطراب راهنمایی و توصیه صحیح بکنید.
افراد غربال مثبت دیسترس روانشناختی را شناسایی نمایید
مراجعین را برای ارزیابی بیشتر بیماری‌های اعصاب و روان به درستی ارجاع دهید

ارزیابی سلامت روان		معیار طبقه بندی	طبقه بندی	اقدام										
<p>برای ارزیابی دیسترس روانشناختی از مراجعه کننده موارد زیر را سوال کنید و بر اساس پاسخ مراجعه کننده نمره بدهید (بزار k6):</p> <p>چقدر در <u>۳۰ روز گذشته</u> احساس می کردید، مضطرب و عصبی هستید؟</p> <p>چقدر در <u>۳۰ روز گذشته</u> احساس ناامیدی می کردید؟</p> <p>چقدر در <u>۳۰ روز گذشته</u> احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟</p> <p>چقدر در <u>۳۰ روز گذشته</u> احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟</p> <p>چقدر در <u>۳۰ روز گذشته</u> احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟</p> <p>چقدر در <u>۳۰ روز گذشته</u> احساس بی ارزشی می کردید؟</p>														
					کسب امتیاز کمتر از ۱۰	دیسترس روانشناختی منفی	آموزش شیوه زندگی و راههای کاهش استرس و خود مراقبتی							
					امتیاز ۱۰ و بالاتر	دیسترس روانشناختی مثبت	بررسی تکمیلی توسط پزشک							
					امتیاز ۱۰ و بالاتر + افکار خودکشی سابقه بیماری یا اختلالات روانی تشخیص داده شده قبلی + افکار خودکشی	ارجاع فوری به پزشک								
<p>پرونده مراجعه کننده را مشاهده کنید یا سوال کنید که آیا سابقه اختلالات روانی داشته است؟ در افراد با دیسترس روانشناختی و بیماران تشخیص داده شده قبلی مبتلا به اختلالات روانی از بیمار یا اعضای خانواده او، درباره وجود افکار خودکشی سوال کنید.</p> <p>سوال کنید که آیا مشکلی در فرایند خواب مراجعه کننده وجود دارد؟</p>														
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>همیشه</td> <td>بیشتر اوقات</td> <td>گاهی اوقات</td> <td>بندرت</td> <td>اصلاً</td> </tr> <tr> <td>۴</td> <td>۳</td> <td>۲</td> <td>۱</td> <td>صفر</td> </tr> </table>					همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	اصلاً	۴	۳	۲	۱	صفر
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	اصلاً										
۴	۳	۲	۱	صفر										
		وجود پر خوابی، بد خوابی، کم خوابی و یا هرگونه شکایت از خواب	اختلال خواب همراه یا بدون اختلال	آموزش شیوه زندگی سالم - آموزش خودارزیابی و خود مراقبتی در خصوص بهداشت خواب - آموزش خود مراقبتی برای رفع گرگرفتگی شبانه										

اطلاعات مربوط به مراجعه کننده را ثبت کنید. تاریخ مراقبت بعدی را تعیین کنید. در صورت لزوم ارجاع کنید.

سلامت روان

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

مفهوم سلامت روان شامل رفاه ذهنی، احساس خودتوانمندی، خودمختاری، کفایت، درک هم بستگی بین‌نسلی و توانایی تشخیص استعدادها و بالقوه هوشی و عاطفی در خود است. به‌گونه‌ای دیگر می‌توان گفت: سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را باز می‌شناسد و قادر است با استرس‌های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و به‌عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد. سلامت روان به همه ما مربوط است نه فقط به کسانی که از بیماری‌های روانی رنج می‌برند. هیچ گروهی از بیماری روانی مصون نیست. البته باید اذعان داشت که در افراد بی‌خانمان، تهیدستان، افراد بیکار و با سطح تحصیلات پایین، کسانی که قربانی خشونت بوده‌اند، مهاجران و پناهندگان، کودکان و نوجوانان، زنانی که مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند و در افراد مسن که مورد غفلت و بی‌توجهی واقع شده‌اند، بیش‌تر دیده می‌شود.

فرد سالم نه تنها باید بیماری جسمی نداشته باشد بلکه باید دارای سلامتی و تعادل در حالات عاطفی، روانی، رفتاری، روابط و شرایط اجتماعی نیز باشد. همچنان که فردی که از نظر جسمی در سلامت کامل بسر می برد توانایی رسیدگی به کارهای روزمره خود را دارا می باشد، افراد سالم از نظر روان نیز می تواند از تمامی توانمندی و استعدادها خود به خوبی بهره ببرد، روابط اجتماعی و خانوادگی درستی داشته باشد، با فشارها و استرس های روزمره زندگی بطور مؤثر کنار بیاید، و دارای کارکرد مناسب در تمامی جنبه های زندگی خود از جمله جنبه‌های شغلی و تحصیلی باشد. فرد سالم باید بتواند از زندگی خود لذت ببرد و دارای خلاقیت، شکوفایی، احترام به ارزش‌های اجتماعی، صفات اخلاقی و آرامش باشد. سلامت و شادی با یکدیگر ارتباط دارند. فقدان شادمانی استرس‌زاست و استرس می‌تواند بیماری‌های خطرناکی تولید کند.

شناسایی به موقع و زودرس اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی موجب می‌شود که اقدامات درمانی بهتر و سریع‌تر به نتیجه برسد. اما اگر در بدو ابتلاء به اختلالات، اختلال فرد شناسایی و درمان نشود، این اختلال مزمن می شود زیرا این اختلال نسبت به درمان مقاوم خواهد شد و شناسایی و درمان دیر هنگام موجب می‌شود فرد بیمار آسیب‌های زیاد و جبران‌ناپذیری را بعلت بیماری خود متحمل شود. به دلایل زیر برخی از افراد جامعه تمایل ندارند که جهت درمان مشکلات روانی، اجتماعی و اعتیاد خود به پزشک (به خصوص روان‌پزشک) و روان‌شناس مراجعه کنند:

- ترس از انگ اجتماعی اختلال روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
- نگرانی درباره پیامدهای منفی افشاء مشکل یا اختلال به عنوان مثل اخراج از محل کار در فرد مبتلاء به اختلالات مصرف مواد
- نگرانی از عوارض داروهای روان‌پزشکی
- باورها و نگرش‌های خرافی در مورد راه های درمان اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
- عدم پذیرش اختلال توسط فرد مبتلا به اختلال یا مشکل به دلیل فقدان بینش در مورد بیماری (برخی از بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک و اختلال مصرف مواد تصور می کنند سالم هستند و نیازی به دریافت خدمات درمانی ندارند).

افسردگی اختلال شایعی است. از نشانه های مهم و کلیدی آن خلق و روحیه افسرده در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها و یا بی علائقی و بی لذتی در تقریباً اکثر فعالیت های روزمره است. شخصی که دچار افسردگی بیمارگون می شود، احساس غمگینی و بی حوصلگی می کند و اغلب کاهش واضح علاقه مندی و لذت بردن از همه یا تقریباً همه فعالیت ها را در اغلب روزها گزارش می کند. بیمار ممکن است بگوید احساس اندوه، ناامیدی یا بی ارزشی می کند. کاهش انرژی و خستگی اغلب موجب می شود که بیماران نتوانند وظایف و کارهای خود را به خوبی گذشته انجام دهند. در موارد شدیدتر افکار آزار دهنده ای چون احساس گناه، تنفر از زندگی، آرزوی مرگ و گاه افکار مربوط به خودکشی در این بیماران مشاهده می گردد. افسردگی معمولاً به دنبال استرس های بیرونی مانند نبود حمایت اجتماعی مناسب، بیکاری، وجود کشمکش های مداوم و تنش زا در زندگی فعلی و خانوادگی آشکار می شود.

بیماران مبتلا به افسردگی، علاوه بر خلق افسرده، دچار کاهش انرژی و علائق و بی حوصلگی نیز می گردند. علائم دیگر افسردگی شامل: اختلال در خواب مثل کاهش یا افزایش خواب، اختلال در اشتها مثل پرخوری یا کم خوری، اختلال در حافظه و تمرکز، اختلال عملکرد جنسی (بی میلی یا ناتوانی جنسی)، احساس گناه، علائم جسمی متعدد مثل سردرد، درد مفاصل و عضلات، سوزش یا درد معده و... که هیچ دلیل یا تشخیص طبی دیگری ندارند و معمولاً در مراجعه به پزشک به عنوان درد های عصبی در نظر گرفته می شود.

نکاتی که کارشناسان مراقب سلامت خانواده باید به خانواده و بیمار آموزش دهند: وقتی احتمال افسردگی برای فرد مطرح شود، حتماً باید برای تشخیص قطعی و درمان به پزشک مراجعه کند. هر چند که به بیمار توصیه می کنیم، اقداماتی که در پیش گیری گفته شد را نیز رعایت کند.

- افسردگی بیماری شایع و قابل درمانی است به گونه ای که بعضی به آن سرماخوردگی اعصاب می گویند.
- افسردگی یک بیماری است نشانه ضعف اراده یا تبلی نبوده و صرفاً با توصیه های عمومی مانند مسافرت رفتن یا تفریح کردن برطرف نمی شود.
- بهبودی از افسردگی به تدریج و گاه در طی یکی دو هفته ظاهر خواهد شد.
- مصرف داروهای ضد افسردگی با تجویز پزشک خطر جدی برای بیمار ندارد.
- مصرف داروهای ضد افسردگی اعتیاد آور نیست و عوارض ماندگاری برای بیمار در بر نخواهد داشت.
- شایع ترین عوارض داروها در اوایل مصرف عبارتند از خواب آلودگی خفیف، سوءهاضمه، اسهال که با ادامه درمان و مصرف دارو همراه غذا تدریجاً بهبود می یابد.
- قبل از قطع داروها حتماً باید با پزشک مشورت شود.
- گاهی لازم است دارو برای جلوگیری از عود مشکل حداقل برای یک دوره شش ماهه مصرف شود.
- دارو باید هر روز استفاده شود و حتی الامکان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.
- فرد افسرده را نباید تنها گذاشت، باید به کارهای ساده و روزمره سرگرم شود و مورد توهین و انتقاد قرار نگیرد و اگر افکار نومیدی، پوچی، خودکشی، و بیقراری و شرایط نگران کننده ای داشت لازم است به پزشک ارجاع فوری شود.

توجه: در مراجعه کنندگانی که قبلاً برای آنها بیماری افسردگی توسط پزشک تشخیص داده شده است، در مورد وجود افکار خودکشی پرسش نمایید و در صورت اظهار وجود افکار خودکشی توسط فرد یا خانواده او، وی را به پزشک ارجاع فوری دهید

اورژانس های روانپزشکی خودکشی :

خودکشی به معنای خاتمه زندگی به دست خود فرد است. اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی می‌گوئیم. پدیده افکار خودکشی در بسیاری از اقشار مردم از جمله (جوانان، مردان، زنان و افراد مسن) دیده می‌شود. که عدم پیشگیری از آن می‌تواند اقدام به خودکشی را بهمراه داشته باشد. خودکشی یک مشکل پیچیده است که علل یا دلایل متعددی دارد بیشتر خودکشی‌ها قابل پیشگیری هستند. برای خودکشی علل مختلفی ذکر گردیده و عوامل متعددی را در اقدام به آن مؤثر دانسته‌اند.

توجه: شناسایی هر مورد فکر یا اقدام به خودکشی توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده مستلزم ارزیابی دقیق و تخصصی توسط پزشک روانپزشک می باشد. بیمار پس از ارجاع به سطح تخصصی و دریافت پسخوراند از متخصص، توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده و پزشک خانواده بر اساس تشخیص و اختلال زمینه ای پی گیری می شود.

- نکات کلی در برخورد با فردی که از خودکشی صحبت می کند:
- صحبت در خصوص خودکشی را جدی بگیرید و همدلی نشان دهید.
 - فعالانه گوش دهید و علاقمندی خود را طی مصاحبه نشان دهید
 - از سرزنش و پند و اندرز اجتناب کنید.
 - به فرد فرصت دهید تا آزادانه احساسات و عقاید خود را ابراز نماید.
 - راجع به افکار خودکشی، اقدام یا برنامه برای اقدام به خودکشی به صراحت بپرسید.
 - فرد را تنها نگذارید و به وی بگویید که منابع دریافت کمک (ارجاع به پزشک، روانپزشک و) وجود دارد. دسترسی بیمار برای دریافت اینگونه خدمات را تسهیل نمایید.
 - در تمامی مراحل از پیگیری درمان، مراجعه منظم به پزشک یا مصرف دارو اطمینان حاصل نمایید.

اختلالات اضطرابی

همه انسان ها به طور طبیعی گاه اضطراب را در زندگی خود تجربه می کنند. اضطراب اگر در حد طبیعی باشد حتی خوب هم هست چرا که باعث افزایش آمادگی و جنب و جوش و در نهایت پیشرفت فرد می شود، ولی اگر شدید شود مثلا با علائمی مثل تپش قلب، وحشت و بی قراری همراه باشد و در نتیجه فرد را به دردسر بیاندازد و برای او مشکل درست کند، غیرطبیعی است و نیاز به توجه و درمان دارد.

اختلالات اضطرابی نیز از بیماری های شایع و مهم هستند که به چهار صورت ممکن است ظاهر شوند که با توضیحات مختصر در قسمت علائم به آنها اشاره می شود.

اختلال اضطرابی منتشر : در این حالت فرد دچار علائم دلهره و تپش قلب و ترس می شود، بدون آنکه علت خاصی داشته باشد. احساس دلشوره و نگرانی علامت اصلی این نوع اختلال است و افراد مبتلا در بیشتر اوقات شبانه روز بدون دلیل خاصی از احساس هایی مثل دلشوره، تشویش، نگرانی

راه‌های مراقبت‌های ادغام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیرزناشک

و اضطراب شکایت دارند. نگرانی حتی در ظاهر این افراد هم مشخص است و در بسیاری از مواقع احساس بی‌قراری هم وجود دارد. فراموشی، زود خسته شدن و عصبانیت هم از دیگر علامت‌های این نوع بیماری اضطرابی است. به این بیماری اختلال اضطرابی منتشر گفته می‌شود، چون علائم اضطرابی در بیشتر اوقات همراه بیمار هستند و او را راحت نمی‌گذارند

اگر بیمار بصورت ناگهانی و غیر منتظره دچار تپش قلب تنگی نفس، احساس ترس شدید، تعریق و احساس مرگ و خطر جدی کند و بیماری جسمی برای فرد مطرح نباشد، به آن «حملات هراس» یا «حملات پانیک» می‌گویند.

نوع سوم اختلال هراس اجتماعی است، که فرد بطور دایم از کوچک شدن و تحقیر شدن در جمع هراس دارد و یا خجالت می‌کشد و بنابراین در موقعیت‌های اجتماعی مثل صحبت کردن در جمع یا غذا خوردن در جمع دچار علائم هراس مثل ترس و طپش و تعریق می‌شود.

نوع چهارم اختلال و سواسی جبری است. اختلال وسواسی ممکن است باعث رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای برای فرد و حتی اطرافیان شود. نمونه این وسواس‌ها مثل وسواس شستن در خانه‌ها که هر چه می‌شویند، باز اختلال روانی موجود در آن‌ها به آن‌ها فشار می‌آورد و حکم می‌کند تا دوباره شستن را تکرار کنند یا روزی چند بار نظافت کنند. یا وسواس کلیدکردن در یا چک کردن شیر گاز که ممکن است در یک فرد وسواسی موقع خروج از منزل ۱۰ بار تکرار شود.

بیماری وسواس یکی دیگر از بیماری‌های اضطرابی است که تعداد زیادی از افراد جامعه به آن مبتلا هستند. شایع‌ترین نوع از این بیماری وسواس به آلودگی یا نجاست است که در اثر این وسواس بیمار شروع به شستن یا آب کشیدن بیش از اندازه می‌کند. وسواس ممکن است به شکل شک کردن هم بروز کند که بیمار را وادار به چک کردن‌های تکراری و غیرضروری می‌نماید. مثلاً فرد مرتب شک می‌کند که درب را بسته یا نه، یا اینکه نکند شیر گاز را باز گذاشته باشد، و بعد در اثر این افکار چندین بار می‌رود و چک می‌کند ببیند آیا درب بسته است یا شیر گاز به درستی بسته شده یا نه؛ شک بیش از حد در رکعت‌ها یا سایر جزئیات نماز و دیگر آداب مذهبی هم از این گونه وسواس‌ها هستند. انواع دیگری از وسواس هم وجود دارد که در اینجا توضیح داده نمی‌شود، مثل فکرهای مزاحم و ناراحت‌کننده‌ای که برخلاف میل فرد به ذهن او هجوم می‌آورند و بیمار نمی‌تواند از دست آنها رهایی یابد. از جمله این افکار می‌توان به افکار کفرآمیز یا افکار جنسی یا فکر آسیب زدن به دیگران اشاره کرد.

سؤالات غربالگری در حوزه سلامت روان برای گروه هدف

قبل از پرسش‌گری در این بخش به خدمت‌گیرنده 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.»

راه‌های مراقبه‌های اوخام‌یافته سلامت میانسالان - ویژه غیر پزشک

- به خدمت‌گیرنده یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.»
- به خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «پاسخ‌گویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.»
- سپس به خدمت‌گیرنده بگویید: «سوالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده‌اید. در پاسخ به هر سوال می‌توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.»

نمره گذاری:

- نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، اصلاً و بندرت 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	بندرت	اصلاً
۴	۳	۲	۱	صفر

- افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می‌گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد.
- در صورت پاسخ بیشتر از ۳ مورد به گزینه (نمی‌دانم/پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.

اختلال خواب

بی‌خوابی یکی دیگر از مشکلات سلامت روان در میانسالان است. اختلالات خواب عمدتاً به چهار صورت بروز می‌کنند:

- ۱- اشکال در به خواب رفتن که فرد در شروع خواب مشکل دارد .
- ۲- بیدار شدن مکرر شبانه.
- ۳- بیدار شدن در ساعات اولیه صبح بدون احساس سیری از خواب و مشکل به خواب رفتن مجدد.
- ۴- احساس خستگی و کسل بودن و نداشتن نشاط با وجود ساعات خواب به اندازه کافی ، در بستر بودن و خواب غیر موثر علیرغم ساعات خواب کافی .

در بسیاری از موارد اختلال خواب بصورت ترکیبی از موارد فوق بروز می‌کند. اگر این شکایت‌ها به مدت حداقل یک ماه در فرد وجود داشته باشد نیاز مند مداخله پزشک است.

علل بی‌خوابی :

الف) بیماری‌های جسمی : بدلیل هرگونه درد بدن‌بال بیماری معده یا درد قلبی ، بی‌اختیاری و تکرر ادراری (عفونت ادراری) و سایر بیماری‌ها مثل بیماری تیروئید ، بیماری مغزی عصبی و اختلالات تنفسی.

ب) مصرف مواد و داروها : نظیر قهوه ، چای و سایر محرک‌ها ، الکل و برخی داروها.

(ج) ترك موادي مثل سيگار و مواد مخدر
(د) علل رواني مثل اختلالات اضطرابي ، افسردگي و وضعيت هاي فيزيولوژيك طبيعي مثل علايم « وازو موتور» ناشي از يائسگي (گرگرفتگي ها).

براي رفع بي خوابي و بهره مندی از يك خواب راحت ، رعايت بهداشت خواب را به مراجعه کنندگان آموزش دهيد:

- ۱- از بستر مناسب ، بالش و تشك در خوابیدن استفاده شود و شرايط خواب راحت مانند خاموشي و تهويه مناسب فراهم گردد.
 - ۲- عوامل محرك مثل سيگار و الكل را قطع شود و از نوشابه هاي گاز دار حاوي كافئين پرهيز گردد.
 - ۳- از مصرف چاي يا قهوه در شب ها پرهيز کنند. از چرت زدن هاي روزانه پرهيز کنند (يا آن ها را به خواب مختصر بعد از ظهر منحصر کنند) ، زيرا نياز خواب شبانه را کاهش مي دهد . هر وقت احساس خواب آلودگي و چرت زدن به ايشان دست دهد ، پياده روي کنند تا خواب از سرشان بپرد .
 - ۴- با برنامه منظم ورزشي روزانه تناسب جسماني خود را حفظ کنند.
 - ۵- شب ها به جاي تلويزيون از راديو يا مطالعه استفاده کنند. ديدن برخي صحنه ها در تلويزيون باعث هيجان يا ترس و... شده كه ممكن است خواب را مختل كند .
 - ۶- بيست دقيقه قبل از خواب از حمام يا دوش آب داغ استفاده کنند .
 - ۷- هر روز در ساعت معيني غذا صرف شود و قبل از خواب غذاي سنگين ميل نشود .
- در صورتيكه علت بي خوابي بيماري هاي جسمي يا رواني باشد يا توصيه هاي انجام شده در مورد بهداشت خواب در رفع بي خوابي موثر واقع نشود ، فرد بايد جهت تشخيص و درمان به پزشك مراجعه نمايد .

بخش هفتم

عوامل خطر، علائم و نشانه های بیماریها در میانسالان

اهداف آموزشی

پس از طی دوره آموزشی و مطالعه این بخش شرک باید بتوانید:

عوامل خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی را بیان نمایند
محدوده عددی فشار خون بالا را بدانند
محدوده عددی پره هایپرنتشن را بدانند.
تعاریف پره دیابت، دیابت را بدانند
روش اندازه گیری فشار خون را بدانند و به آن عمل کنند
توصیه های آموزشی مربوط به هر یک از عوامل خطر بیماری قلبی عروقی به مراجعین را بدانند.
توانایی ارزیابی سابقه افراد را از نظر ابتلا به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن را کسب نمایند
فرد مشکوک به فشار خون بالا و دیابت را شناسایی نمایند
موارد ارجاع مراجعین را برای ارزیابی بیشتر بیماری های قلبی عروقی فراگیرند

ارزیابی	معیار طبقه بندی	طبقه بندی	اقدام
<p>سوال کنید: سوابق بیماری ها و عوامل خطر در فرد و بستگان درجه یک از نظر:</p> <p>ابتلا به بیماری قلبی عروقی (سکته قلبی، سکته مغزی، آنژین صدری، سایر بیماریه های قلبی و عروقی) دیابت، فشارخون بالا، دیس لیپیدمی</p> <p>عوامل خطر دیابت: سابقه دو بار سقط خود بخودی / سابقه مرده زایی / سابقه به دنیا آوردن نوزاد با وزن بیش از ۴ کیلوگرم</p> <p>سابقه دیابت حاملگی چاقی / اضافه وزن سابقه مصرف سیگار و دخانیات وضعیت فعالیت بدنی</p> <p>اندازه گیری و معاینه کنید: اندازه گیری وزن و قد و محاسبه BMI اندازه گیری فشارخون</p>	بدون سابقه ابتلا به بیماری قلبی عروقی / فشارخون/دیابت/دیس لیپیدمی در فرد یا خانواده وی و نمایه توده بدنی کمتر از ۲۵ و فعالیت بدنی مناسب و بدون هیچ یک از عوامل خطر دیابت	بدون عامل خطر بیماری قلبی عروقی	توصیه های شیوه زندگی سالم – مراجعه جهت ارزیابی دوره ای بعدی سه سال بعد
	فشارخون سیستول کمتر از ۱۲۰ و دیاستول کمتر از ۸۰ بدون سابقه فشارخون بالا و یا مصرف دارو	فشار خون ندارد	توصیه های شیوه زندگی سالم – مراجعه جهت ارزیابی دوره ای بعدی سه سال بعد
	فشارخون سیستول بین ۱۲۰ و ۱۴۰ و دیاستول بین ۸۰ و ۹۰ بدون سابقه فشارخون بالا و یا مصرف دارو	پره هایپر تنشن	توصیه به کاهش وزن، کاهش مصرف نمک، کاهش مصرف چربی، افزایش فعالیت بدنی – برنامه ریزی خود مراقبتی - مراقبت بعدی یک سال بعد
	فشارخون سیستول ۱۴۰ و بالاتر و یا دیاستول ۹۰ و بالاتر سابقه فشارخون بالا و یا مصرف دارو	فشار خون بالا	توصیه به کاهش وزن، کاهش مصرف نمک، کاهش مصرف چربی، افزایش فعالیت بدنی – اقدام برای بررسی نیاز به دارودرمانی توسط پزشک
	وجود هر یک از عوامل خطر ابتلا به دیابت	در معرض ابتلا به دیابت	توصیه به کاهش وزن، کاهش مصرف نمک، کاهش مصرف چربی، افزایش فعالیت بدنی - بررسی قند خون ناشتا
	سابقه ابتلا به بیماری قلبی عروقی / دیابت، فشارخون بالا، دیس لیپیدمی در فرد یا یکی از فامیل درجه یک با وجود هر یک از عوامل خطر دیابت/فشارخون بالا وجود فشارخون بالا در حال حاضر	در معرض خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی	بررسی توسط پزشک، پیگیری مراقبت ممتد و خود مراقبتی بر اساس دستور پزشک

تاریخ مراقبت بعدی را تعیین کنید
در صورت لزوم ارجاع نمایید
اطلاعات را ثبت کنید

عواملی که سبب بروز بیماری قلبی عروقی (بیماری کم خونی عضله قلب یا بیماری عروق کرونر) می شوند:

عوامل خطر آفرین غیر اکتسابی (ارثی یا ژنتیکی)

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

- افراد دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی (به خصوص اگر در پدر و برادر قبل از ۵۵ سالگی و در مادر و خواهر قبل از ۶۵ سالگی شروع شود)
- افرادی که اعضای درجه یک خانواده آن ها یعنی پدر، مادر، خواهر و برادر آن ها فشارخون بالا دارند
- افراد مبتلا به دیابت نوع ۲
- افرادی که اعضای درجه یک خانواده آن ها اختلال چربی های خون دارند (کلسترول بالا، کلسترول LDL بالا، کلسترول HDL پایین، تری گلیسیرید بالا
- زنان و مردان سالمند (زنان بالای ۶۵ سال و مردان بالای ۵۵ سال)
- زنان بعد از شروع یائسگی

عوامل خطر آفرین اکتسابی

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

- افراد سیگاری
 - افراد دارای اضافه وزن
 - افراد مبتلا به فشارخون بالا (که سابقه بیماری فشارخون بالا در افراد درجه یک خانواده ندارند)
 - افراد دارای اختلال چربی های خون (کلسترول بالا، کلسترول LDL بالا، کلسترول HDL پایین، تری گلیسیرید بالا) که سابقه بیماری اختلال چربی خون در افراد درجه یک خانواده ندارند)
 - افراد تحت فشارهای عصبی و روانی
 - افرادی که شیوه زندگی کم تحرک دارند (فعالیت بدنی کمی دارند)
- اگر از عوامل خطر آفرین ارثی و اکتسابی چند عامل با هم در یک فرد وجود داشته باشند، اثر یکدیگر را تشدید می کنند. اگر فردی یک یا چند مورد از این عوامل را دارد، بهتر است با مراجعه به پزشک و کنترل آن ها، خطرات این عوامل را کم کرده و از احتمال بروز حمله قلبی در آینده جلوگیری کند.

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

توصیه‌های کلی برای پیشگیری از بیماری قلبی و عروقی: ۱. تغذیه:

- همه افراد باید مصرف چربی بخصوص چربی‌های اشباع شده را کاهش دهند.
- مصرف چربی‌ها باید به ۳۰٪ کل کالری مصرفی کاهش یابد و چربی‌های اشباع شده به کمتر از ۱۰٪ کل کالری مصرفی کاهش یابد.
- مصرف نمک روزانه به یک سوم و یا کمتر از ۵ گرم در روز کاهش یابد.

۲. فعالیت بدنی:

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

۳. کنترل وزن:

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

۴. ترک مصرف سیگار و الکل:

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

عوامل خطرزمینه ساز(مستعد کننده) ایجاد فشار خون بالا:

همانطور که ذکر شد بیماری فشار خون بالای اولیه علت مشخصی ندارد ولی عوامل زیر احتمال ابتلاء به این بیماری را افزایش می‌دهند :

عوامل خطری که قابل کنترل نیستند:

- ارث : در برخی خانواده‌ها استعداد ابتلاء به بیماری فشار خون بالا وجود دارد. یعنی اگر والدین، خواهر و یا برادر مبتلا به فشار خون بالا باشند، احتمال ابتلاء به فشار خون بالا در فرد زیاد است .
- جنس : شیوع فشار خون بالا در مردان جوان و میانسال بیشتر از زنان جوان و میانسال (تا ۵۰ سال) است اما در سنین بالاتر این اختلاف کم می‌شود .
- سن : با افزایش سن شیوع فشار خون بالا نیز افزایش می‌یابد .

عوامل خطری که قابل کنترل هستند:

- چاقی: احتمال ابتلاء به بیماری فشار خون بالا در افرادی که چاق هستند بیشتر است.
- مصرف زیاد نمک: در بعضی از افراد مصرف زیاد نمک(کلورسیدیم) همراه با افزایش فشارخون خواهد بود و کاهش مصرف نمک رژیم غذایی در تنظیم فشار خون تأثیر زیادی دارد.
- کم تحرکی و نداشتن فعالیت جسمانی: کم تحرکی از راه‌های مختلف می‌تواند زمینه ساز فشار خون بالا باشد ، از جمله کم تحرکی می‌تواند

- منجر به چاقی شده و چاقی يك عامل خطر زمینه ساز فشار خون بالا است .
- مصرف سیگار و سایر دخانیات: مصرف دخانیات اگر چه بطور مستقیم موجب افزایش فشار خون نمی شود اما در دراز مدت باعث ایجاد بیماری تصلب شرایین (سختی جدار رگها) باعث تشدید فشار خون بالا و تشدید تاثیر فشارخون بالا بر سلامت قلب و عروق می گردد .
 - فشارهای روحی و عصبی: اگرچه تحقیقاتی وجود دارد که تاثير فشار های روحی و عصبی در افزایش فشارخون را نشان می دهد، اما شواهد مذکور برای تایید قطعی این رابطه کافی نیست.
 - افزایش چربی خون: چربی خون بالا اگر چه بطور مستقیم موجب افزایش فشار خون نمی شوند اما در دراز مدت باعث ایجاد بیماری تصلب شرایین (سختی جدار رگها) باعث تشدید فشار خون بالا می گردند .
 - بیماری دیابت: در صورتی که مقدار قند موجود در خون بالاتر از حد طبیعی باشد، فرد مبتلا به بیماری دیابت است و از عوارض مهم آن بیماری قلبی - عروقی، اختلال بینایی، اختلال اعصاب محیطی ، آسیب کلیه و در نتیجه فشارخون بالا می باشد .
- توجه:** افرادی که یکی از شرایط بالا را داشته باشند ، جزء افراد در معرض خطر ابتلاء به فشارخون بالا محسوب می شوند.

نکات مورد توجه در اندازه گیری فشار خون

برای اندازه گیری فشار خون از دستگاهی بنام فشار سنج و گوشی استفاده می شود که فشارسنج فنری (عقریه ای) یا جیوه ای است . برای سهولت حمل و نقل و سهولت کار بیشتر از نوع فنری استفاده می شود . فشار سنج از يك بازو بند ، يك پمپ و يك ستون درجه بندی شده که جیوه در آن حرکت می کند و یا در نوع فنری صفحه مدرج که با فنر کار می کند تشکیل شده است . نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشار خون شخص باید از مصرف چای و غذا، سیگار کشیدن و فعالیت خودداری کرده و در صورتیکه مثانه وی پر باشد باید آن را خالی نماید. شخص باید ۵ دقیقه قبل از اندازه گیری فشار خون استراحت کامل نماید و بدون اضطراب ، هیجان و درد باشد . محل اندازه گیری فشار خون باید به حد کافی آرام و دارای هوای مطلوب باشد .

برای اندازه گرفتن فشار خون ، فرد را روی تخت معاینه بخوابانید یا روی صندلی بنشانید . بازوی راست باید کاملاً لخت باشد (معمولاً از دست راست فشارخون را اندازه می گیرند) بنابر این آستین لباس را تا بالای بازو بالا بزنید و اگر نمی توان آستین را بالا زد یا لباس فرد را درآورد بهتر است در صورتی که لباس نازک باشد زیر بازو بند بماند ، تا اینکه لباس را طوری بالا بزنیم که بازو را تحت فشار قرار دهد . دست راست فرد را روی میز قرار دهید و به هیچ وجه نباید بازوی بیمار آویزان باشد. اگر فرد روی تخت خوابیده است دست وی باید کنار بدن قرار گیرد. سپس فشار خون او را به ترتیب زیر اندازه بگیرید :

دستگاه فشار سنج را نزدیک بازویی که می خواهید فشار خون را اندازه بگیرید قرار دهید . فاصله گیرنده فشار خون با دستگاه نباید بیش از يك متر باشد . بازو بند را دو تا سه انگشت بالای آرنج به بازو بسته و وسط کیسه لاستیکی داخل بازو بند را حتماً روی سرخرگ بازویی قرار دهید و از بیمار بخواهید با دست چپ خود صفحه گوشی را در همان محل نگه دارد اما بر آن فشار نیارد. اگر هوایی درون کیسه لاستیکی بازو بند باشد بوسیله پیچ تنظیم هوای دستگاه، این هوا را تخلیه کنید . سپس نبض دست راست (دستی که فشار آن را اندازه می گیرید) فرد را با يك دست حس کرده و نگهدارید و با فشارهای متوالی که با دست دیگر به پمپ وارد می کنید کیسه لاستیکی درون بازو بند را آنقدر باد کنید تا حدی که دیگر نبض احساس

نگردد و سپس پمپ کردن را به اندازه ۳۰ میلی متر جیوه بعد از قطع نبض ادامه دهید . به صفحه مدرج دستگاه نگاه کرده و به آرامی با پیچاندن پیچ تنظیم هوای دستگاه، هوا را از کیسه لاستیکی خارج کنید بطوری که جیوه در لوله مدرج فشار سنج (در دستگاه جیوه ای) یا عقربه (در دستگاه عقربه ای) بطور آهسته پایین بیاید ، اولین صدای نبض که با گوشی به گوش می رسد فشار خون ماکزیمم (حداکثر) است ، عدد آن را بخاطر بسپارید ، دیگر پیچ دستگاه را دست نزنید احساس می کنید که بعد از چند لحظه صدا قطع می شود و دیگر شنیده نمی شود ، در همین موقع به صفحه مدرج دستگاه نگاه نموده و درجه را ببینید این عدد فشار خون می نیمم (حداقل) را نشان می دهد . گاهی قطع صدا در بعضی از افراد بطور کامل وجود نداشته در اینگونه موارد از تغییر و کاهش صدا فشار خون حداقل را تخمین می زنند . توجه کنید در ابتدای اندازه گیری پیچ دستگاه را به هیچ وجه یکباره باز نکنید فقط در صورتیکه صدایی شنیده نشد ، هوای داخل بازوبند را تماما خالی کرده و بعد از ۱۵ ثانیه دوباره پمپ کنید . بعد از اتمام اندازه گیری فشار خون ، بازوبند را باز نموده و مقدارفشار خون خوانده شده را در اولین فرصت یادداشت نمایید .

طبقه بندی فشارخون

فشار خون طبیعی برای افراد بالغ کمتر از ۸۰ / ۱۲۰ میلیمتر جیوه است. یعنی هم فشار ماکزیمم باید کمتر از ۱۲۰ میلی متر جیوه باشدو هم فشار می نیمم باید کمتر از ۸۰ میلی متر جیوه باشد.

فشار خون بالا اگر فشار خون ماکزیمم ۱۴۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون می نیمم ۹۰ میلیمتر جیوه و بیشتر باشد، بعنوان فشار خون بالا محسوب می شود. در مواردی که فشارخون ماکزیمم دریک گروه و فشارخون می نیمم درگروه دیگر قرار می گیرد، فشارخون رادرگروه بالاتر دسته بندی می کنیم. به عنوان مثال اگر فشارخون ماکزیمم ۱۲۰ میلی متر جیوه و می نیمم ۸۶ میلی متر جیوه باشد، فشارخون رادر گروه فشارخون بالا قرار می دهیم. البته فشار خون باید در چند نوبت و در چند موقعیت اندازه گیری شود و سپس بر اساس میانگین اعداد بدست آمده قضاوت گردد .

پره هایپرنتشن در صورتی که فشار ماکزیمم بین ۱۲۰ و کمتر از ۱۴۰ و فشار مینیمم بین ۸۰ و کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه باشد، به عنوان پره هایپرنتشن (قبل از فشار خون بالا) محسوب می گردد.

توجه: در افراد سالم تفاوت عمده ای بین فشار خون در حالت خوابیده (طاق باز) ، نشسته و ایستاده وجود ندارد ، ولی در افرادی که داروی پایین آورنده فشار خون مصرف می کنند چون اختلاف قابل توجهی در فشارخون خوابیده ، نشسته و ایستاده ایجاد می شود، لزامی بایست فشار خون را در حالت خوابیده ویا ایستاده اندازه گیری کرد.

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

شیوه زندگی در فشار خون

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

- قطع دریافت الکل فشار خون سیستولی و دیاستولی را در بسیاری افراد و نیاز به مصرف دارو را کاهش می دهد . آب معدنی کم سدیم ، انواع آب میوه و مشروبات غیر الکلی می تواند جایگزین مصرف الکل گردد .

راه‌های مراقبت‌های اوغام‌یافته سلامت میانسالان - ویژه غیرزشتک

- کاهش مصرف سدیم به کمتر از ۱۰۰ میلی مول روزانه (کمتر از ۲/۴ گرم سدیم یا حد اکثر ۶ گرم نمک (کلراید سدیم) یعنی یک قاشق چای خوری نمک بخصوص در افراد مسن از افزایش فشار خون مرتبط با سن جلوگیری، فشارخون اثبات شده را کاهش و نیاز به مصرف داروی ضد فشار خون و مصرف دیورتیک‌های کاهنده پتاسیم را در بسیاری از افراد کاهش می‌دهد. کاهش ۳ گرم نمک مصرفی می‌تواند بعد از چند هفته بطور متوسط ۵ میلی‌متر جیوه فشار خون سیستولیک را پایین بیاورد. برای این منظور کاهش مصرف نمک هنگام طبخ غذا، عدم استفاده از نمک هنگام صرف غذا و سر سفره، محدود کردن مصرف کنسرو و غذای آماده و شور شده (ماهی دودی، آجیل شور، چیپس، پفک، انواع شور و سوسیس و کالباس) کمک‌کننده است، استفاده از چاشنی‌های مفید مانند لیموترش و آب نارنج، آویشن و سیر شوید بجای نمک مفید است.
 - کاهش چربی اشباع و کلسترول رژیم غذایی برای حفظ سلامت کلی قلب و عروق. گرچه ژنوتیپ، رژیم غذایی، و پاسخ سطح لیپید افراد متفاوت است، اما دریافت چربی کل باید کمتر از ۳۰٪ و چربی اشباع باید کمتر از ۱۰٪ دریافت کالری روزانه باشد و دریافت کلسترول باید کمتر از ۳۰۰ میلی‌گرم روزانه باشد. محدودیت مصرف گوشت قرمز و امعا و احشا، سوسیس و کالباس، زرده تخم مرغ، چیپس، لبنیات پر چرب، سس چرب و روغن جامد و حیوانی توصیه شود. از سبزی و میوه و غلات و حبوبات به اندازه کافی استفاده شود.
 - قطع سیگار
 - افزایش فعالیت فیزیکی به مدت ۳۰ دقیقه حد اقل ۵ روز در هفته
- در کسانی که سابقه فامیلی فشار خون دارند یا شرایط پیش زمینه‌ای برای ابتلا به فشار خون دارند یا بیماری مرتبط با رژیم غذایی دارند، اصلاح شیوه زندگی در اولین فرصت پس از شناخت عوامل فوق باید آغاز شود. اصلاح شیوه زندگی به عنوان راهکار درمانی بدون استفاده از دارو حد اکثر تا سه ماه می‌تواند ادامه پیدا کند و در صورت عدم موفقیت باید علاوه بر اصلاح شیوه زندگی درمان دارویی نیز باید صورت گیرد.

اختلال چربی خون

اختلال چربی‌های خون یعنی بالا بودن کلسترول بد، بالا بودن تری‌گلیسیرید و پایین بودن کلسترول خوب -**کلسترول** یک ماده مومی سبک و چربی مانندی است که بطور طبیعی در بدن ساخته می‌شود و در تمامی سلول‌های بدن یافت می‌شود. دونوع از کلسترول از بقیه بیشتر مد نظر هستند. یک نوع آن **کلسترول بد یا LDL** و یک نوع **کلسترول خوب یا HDL** نامیده می‌شود. کلسترول بد همراه مواد دیگر در خون به تدریج بر روی دیواره عروق تغذیه‌کننده قلب رسوب می‌کند و یک ساختمان مومی شکل به نام پلاک تشکیل می‌دهد، اما کلسترول خوب مانع رسوب کلسترول در دیواره رگ می‌شود و بیشتر تمایل دارد که کلسترول را از شریان‌ها و سیستم گردش خون به کبد برگرداند تا از بدن دفع گردد. ضمن اینکه پزشکان معتقد هستند این نوع کلسترول خوب همچنین می‌تواند کلسترول اضافی را از پلاک‌های عروق مبتلا به تصلب یا سختی شرایین نیز برداشته و به کبد منتقل کند و رشد پلاک‌ها را به تاخیر اندازد.

هنگامی که مقدار کلسترول در خون زیاد باشد موجب تصلب سرخرگ‌ها و کاهش جریان خون می‌شود. این مسئله باعث می‌شود فشارخون افزایش یابد، سکت قلبی و یا مغزی رخ دهد.

چربی های غذایی

در مواد غذایی روزانه سه نوع چربی وجود دارد: چربی های اشباع شده ، چربی های اشباع نشده و کلسترول که دو نوع اول را اسید چرب می نامند.

اسید های چرب اشباع شده هم می توانند منبع حیوانی و هم منبع گیاهی داشته باشند. مانند کره، شیر، ماست ، چربی گوشت، روغن نارگیل و خرما.

اسید های چرب اشباع نشده هم منبع حیوانی و هم منبع گیاهی دارند، اما بیشتر در منابع گیاهی یافت می شوند. مانند روغن دانه های گیاهی آفتاب گردان، سویا، ذرت ، زیتون، گردو، فندق ، روغن ماهی.

کلسترول فقط در مواد غذایی حیوانی مانند گوشت قرمز، لبنیات، زرده تخم مرغ و چربی های حیوانی یافت می شود. غذاهای مذکور که منابع غنی کلسترول هستند، دارای مقدار زیادی چربی می باشند. **محصولات گیاهی فاقد کلسترول هستند.**

علاوه بر کلسترول، اسید های چرب اشباع شده هم سبب افزایش میزان کلسترول در خون می شوند و مهمترین عامل اصلی افزایش کلسترول در خون هستند.

اسید های چرب اشباع نشده در حقیقت میزان کلسترول خون را پایین می آورند. این چربی ها در دمای اطاق به حالت مایع هستند. چربی های اشباع نشده را می توان به چربی های اشباع نشده یک ظرفیتی و چند ظرفیتی تقسیم کرد.

اهمیت کلسترول

میزان کلسترول بالا در خون رابطه زیادی با احتمال ابتلا به بیماری قلبی دارد. هرچه میزان کلسترول خون بیشتر باشد خطر ابتلا به بیماری قلبی یا دچار شدن به حمله قلبی بیشتر است.

-تری گلیسیرید شکل دیگری از چربی موجود در خون است که می تواند خطر بیماری قلبی عروقی را افزایش دهد. تری گلیسیرید ها در کبد و بافت چربی تشکیل می شوند. افزایش تری گلیسیرید ها اغلب همراه با افزایش کلسترول بد است.

علت اختلال در چربی های خون

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

- رژیم غذایی نامناسب و غلط، مصرف زیاد چربی ها

- پرخوری و چاقی

- مصرف سیگار

- استفاده از مشروبات الکلی

کم تحرکی

توصیه های مرتبط با چربی خون بالا:

در اغلب موارد، رژیم غذایی برای کاهش چربی خون بیماران کمک کننده است و بمدت ۳ ماه توصیه شود. اگر بعد از این دوره زمانی، علیرغم رژیم غذایی و فعالیت بدنی مناسب کلسترول تام و LDL بالا باقی بماند، درمان دارویی آغاز می شود. برای بیمارانی که سابقه فامیلی کلسترول بالای خون دارند، بلافاصله دارو همزمان با رژیم غذایی شروع می شود. در پیشگیری ثانویه، می تواند از همان ابتدا درمان دارویی را شروع کرد و رژیم غذایی به مدت ۶-۱۲ هفته به صورت زیر به بیمار پیشنهاد کرد.

۱- چربی و کلسترول کمتری مصرف شود:

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

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

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

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

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

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

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

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

- حتی الامکان از سرخ کردن مواد غذایی پرهیز شود.

- رویه چربی خورش ها و سوپ ها جدا گردد (این کار زمانی که غذا سرد شده است آسانتر است)

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

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

علاوه بر توصیه های غذایی فوق، توصیه کنید:

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

۳- فعالیت بدنی روزانه و مداوم انجام شود.

۴- از مصرف سیگار پرهیز شود.

دیابت

تمام مردان و زنان بالای ۳۰ سال که حداقل یکی از مشخصات زیر را داشته باشند باید از نظر ابتلا به دیابت بررسی شوند:

راهنمای مراقبتهای اوجام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیر پزشک

اضافه وزن یا چاقی، سابقه ابتلا به دیابت در پدر مادر خواهر یا برادر، افراد دارای فشار خون ۱۴۰/۹۰ و بالاتر، سابقه سقط خودبخودی دو بار یا بیشتر، سابقه مرده زایی و یا سابقه تولد نوزاد بیش از ۴ کیلو، سابقه دیابت حاملگی، زنان باردار علائم کلاسیک (پر نوشی، پر خوری و پر ادرازی) در دیابت نوع ۲ شیوع زیادی ندارد و شاخص خوبی برای تشخیص دیابت نیست به همین دلیل بررسی افراد فوق از نظر دیابت به معنای انجام آزمایش قند خون ناشتا می باشد.

بررسی مصرف سیگار، فعالیت فیزیکی و وضعیت تغذیه برای انجام مداخلات لازم در شیوه زندگی ضروری است.

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

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

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

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

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

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

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

..... ضرورت دارد.

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

توجه: شما افراد خط مقدم برای مبارزه با بیماری و کاهش مرگ زود هنگام جمعیت تحت پوشش هستید. در صورتی که پزشک در مرکز حضور ندارد، یا در پایگاههای مشارکتی و بدون حضور پزشک مشغول کار هستید، فرصت حضور مراجعه کننده برای ارزیابی دوره ای سلامت را از دست ندهید، موضوعات زیر را در باره سلامت عمومی جسمی و روانی فرد مورد توجه قرار داده و اقدامات لازم را انجام دهید:

۱- اندازه گیری و توصیه های لازم برای کنترل فشارخون بالا طبق موارد فوق الذکر

۲- **بررسی سابقه خانوادگی فشارخون بالا، دیابت، چربی خون بالا، بیماری قلبی عروقی:** در صورت وجود سابقه خانوادگی هریک از بیماریهای فوق با توجه به اهمیت موضوع ترتیبی اتخاذ نمایید که در اولین فرصت بررسی های لازم توسط پزشک صورت گیرد. این افراد در اولویت مراجعه به پزشک قرار دارند. همچنین اجرای برنامه خود مراقبتی را در این افراد با جدیت دنبال کنید و به آنان بر اساس راهنمای خود مراقبتی آموزشهای لازم را ارائه دهید.

۳- **سابقه خانوادگی یا فردی ابتلا به سرطانهای مختلف،** عامل خطر مهمی است. به مراجعه کننده کمک کنید تا با استفاده از دفترچه خودارزیابی عوامل خطر سرطان، خود مراقبتی را آغاز نموده و او را برای بررسی بیشتر راهنمایی نمایید. انواع سرطان های شایع در زنان ۵۹-۳۰ سال عبارتند از: سرطان پوست، سرطان ریه، سرطان معده، سرطان روده بزرگ، سرطان پستان و سرطان دهانه رحم.

راهنمای مراقبتهای اوجام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیرپزشک

انواع سرطان های شایع در مردان ۵۰-۳۰ سال عبارتند از : سرطان پوست ،سرطان ریه ،سرطان معده،سرطان روده بزرگ ،سرطان پروستات سرطان های پوستی یکی از شایع ترین سرطان ها در سنین بزرگسالی است. وجود هر گونه ضایعات پوستی تغییر یافته از نظر شکل و رنگ یا ضایعات جدید پوستی بدون بهبودی باید توسط پزشک مورد بررسی قرار گیرد. دردشکم درد در ناحیه شکم(اپی گاستر)، یبوست یا اسهال، احساس نفخ، و بخصوص مدفوع خونی یا تیره رنگ یا سایر علائم سیستم گوارشی که مراجعه کننده اظهار می دارد بیشتر از یک ماه طول کشیده، توسط پزشک از نظر احتمال ضایعات بدخیم گوارشی مورد بررسی قرار گیرد.

۴ - **سابقه خانوادگی پوکی استخوان** را مورد توجه قرار داده و برای شیوه زندگی سالم، مصرف لبنیات کافی، انجام ورزشهای مناسب و استفاده منظم از مکمل ویتامین د مراجعه کننده را راهنمایی و شرایط بررسی توسط پزشک را برای وی فراهم نمایید.

۵ - **وجود درد قفسه سینه به دنبال فعالیت، خس خس ، تنگی نفس، سرفه بیش از دو هفته** علائمی هستند که نیاز به بررسی پزشک دارند. برای دسترسی این افراد به پزشک اقدام نموده و آنها را در اولویت مراجعه به پزشک قرار دهید.

۶ - **همچنین در صورت وجود سرفه بیش از دو هفته به همراه خلط** ، برای تهیه نمونه خلط اقدام نمایید.

۷ - **وجود افکار خودکشی** از موارد ارجاع فوری به پزشک است. در این مورد هیچگونه بی توجهی جایز نیست. افسردگی یکی از شایعترین علل خودکشی است، بدین ترتیب شناسایی به موقع افراد افسرده و درمان مناسب و کامل این افراد می تواند اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن را به میزان زیادی کم کند . این باور که بیماران با افکار خودکشی آن را عملی نمی کنند نادرست است و هر بیماری که تمایل به خودکشی را عنوان می کند باید به دقت ارزیابی و تحت نظر قرار گیرد. پرسش در مورد خودکشی موجب افزایش خطر اقدام به خودکشی نمی شود و در مواردی که فرد در معرض خطر است حتماً باید از نظر خودکشی ارزیابی شود.

بخش هشتم: ارزیابی سلامت باروری میانسالان

اهداف آموزشی

فراگیران پس از مطالعه این فصل باید بتوانند:

- علائم یائسگی را بیان نموده و موارد تشخیص افتراقی و معاینات لازم و توصیه‌های اولیه برای خود مراقبتی، و پیشگیری از علائم و عوارض یائسگی را بیان نمایند.
- مشکلات ناشی از اختلالات اورژنیتال در دوران یائسگی شامل واژینیت آتروفیک و شلی عضلات کف لگن را توضیح دهند
- انواع بی‌اختیاری ادراری و عوارض شل شدن عضلات کف لگن و روش‌های مقابله با آن بویژه ورزش کگل را بیان نمایند
- روش تشخیص عفونتهای آموزشی و مهمترین اقدامات برای افراد مبتلا به عفونتهای آمیزشی را فراگیرند
- انواع و علل خونریزی غیرطبیعی واژینال و روش مدیریت آن را بیان نمایند
- انواع، علل و عوامل موثر بر اختلال عملکرد جنسی را بیان نمایند
- در همه موارد توانایی تشخیص و موارد ارجاع را کسب نمایند.

سلامت باروری زنان

دوره زندگی زنان ۵۹-۳۰ سال به سه دوره اصلی باروری - دوران گذار به یائسگی و یائسگی تقسیم می شود که هر کدام از این سه دوره دارای مشخصه های خاصی می باشد که در ارزیابی سلامت باروری زنان مورد توجه قرار می گیرد.

در ارزیابی دوره ای سلامت باروری زنان ۵۹-۳۰ سال شرح حال و سوابق باروری گیرندگان خدمات در باره موضوعات زیر توسط کاردان یا کارشناس مامایی مورد بررسی قرار می گیرد: سابقه زایمان و فرزندآوری، سقط و مرده زایی، شرح حال و الگوی قاعدگی ها، تمایل به بارداری، بارداری، شیردهی، ناباروری، استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری، استفاده از هورمون درمانی جایگزین، ناباروری، اختلال عملکرد جنسی، یائسگی، خونریزی های غیر طبیعی واژینال، عفونتهای آمیزشی، شلی عضلات کف لگن و سرطانهای زنان و با توجه به شرح حال و سوابق باروری مراجعه کننده برای خدمات مورد نیاز او تصمیم گیری می شود. تعاریف برخی از مفاهیم و موضوعات به شرح زیر می باشد:

بارداری: در صورت قطعیت بارداری، مراقبت بارداری انجام و خدمات سبا به پس از زایمان موکول شود.

تمایل به بارداری: تصمیم گیری و برنامه ریزی زوجین برای بارداری طی یک سال آینده که اهمیت مشاوره و مراقبت پیش از بارداری را بویژه در زنان مبتلا به سوتغذیه، مصرف دخانیات، اعتیاد به مواد مخدر، انواع اختلالات ژنتیکی، سابقه اختلال انعقادی، سابقه یا ابتلا به بیماری ها (دیابت، قلبی، اتوایمیون، تالاسمی مینور، صرع، فشارخون بالا، بیماریهای تیروئید، عفونت های علامت دار واژینال، آنمی، ...) که در معرض حاملگی پرخطر هستند، افزایش می دهد.

احتمال بارداری: در صورتی که از تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی بیش از یک ماه گذشته باشد یا علائمی حاکی از احتمال بارداری وجود داشته باشد، احتمال حاملگی می تواند مطرح باشد.

شیردهی: سابقه شیردهی ریسک سرطان پستان را کاهش می دهد. از طرف دیگر هم زمان با شیردهی احتمال ابتلا به برخی ضایعات پستانی مانند ماستیت افزایش می یابد. همچنین تصمیم گیری برای روش پیشگیری از بارداری و مشاوره شیر دهی از اهمیت خاصی برخوردار است.

سابقه هورمون درمانی: سابقه هورمون درمانی یا مصرف داروها و ترکیبات هورمونی از نظر افزایش خطر ابتلا به سرطانها اهمیت دارد.

سابقه سقط و مرده زایی: خارج شدن محتویات رحم قبل از سن ۲۲ هفتگی جنین را سقط یا abortion می نامند و خروج جنین مرده بعد از هفته ۲۲ را مرده زایی می نامند. انواع سقط شامل سقط خود به خودی، تهدید به سقط، سقط غیر قابل اجتناب / عاداتی، مکرر/ درمانی/ انتخابی، القایی، عفونی می باشد.

ناباروری: در صورتی که علیرغم یک سال نزدیکی "محافظة نشده" زوجین، حاملگی اتفاق نیفتد، زوج نابارور محسوب می شوند. ناباروری، شامل ناباروری اولیه (بیماران بدون سابقه حاملگی) و ناباروری ثانویه (زوج هایی که ناباروری را پس از حاملگی های قبلی تجربه می نمایند) می باشد. همچنین ممکن است ناباروری به علل مردانه یا زنانه اتفاق افتاده باشد.

همچنین **عفونتهای آمیزشی، خونریزی واژینال غیر طبیعی، اختلال عملکرد جنسی، علائم و عوارض ادراری تناسلی یائسگی** در بررسی سلامت باروری زنان مورد بررسی قرار می گیرد.

راهبهای مراقبت‌های اوجام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیرزناشک

نتیج بررسی را در فرم ارزیابی نوره ای سبا ثبت کنید. تاریخ مراقبت بعدی را تعیین کنید. در صورت لزوم ارجاع نمایید	مراقبت ممتد و ارجاع	اقدام	طبقه بندی		ارزیابی کلی سلامت باروری زنان
			بدون علائم و شکایات واضح و آزار دهنده مرتبط با باروری یا یائسگی	عدم بارداری بدون نزدیکی محافظت شده به مدت یک سال	
ارجاع به پزشک در صورت عدم پاسخ به درمان، علائم، نیاز به مداخله همومونی، وجود توده در معاینه لاگن، پاپ اسمیر غیر طبیعی، اچ آر تی، سابقه اختلالات انعقادی، بیماریهای هورمونی، وجود بیماری زمینه ای و سوابق بیماری در فرد و بستگان وی، مصرف دارو	معاینه و آموزش سالانه	توصیه به رژیم غذایی مناسب و متعادل و تمرینات ورزشی منظم و پرهیز از سیگار و الکل، کنترل وزن، آموزش باروری سالم در صورت لزوم، آموزش تمرینات کگل، آموزش در مورد پدیده طبیعی منوپوز و آندروپوز به زوجین ۴۵-۵۹ سال	بدون علائم و شکایات واضح و آزار دهنده مرتبط با باروری یا یائسگی	دوره باروری یا دوره پری یا پره منوپوز یا بعد از منوپوز در زنان ۳۰-۵۹ ساله	شرح حال بگیرید: بررسی از نظر سن، سن شروع قاعدگی، تعداد زایمانهای قبلی، تاریخ آخرین قاعدگی، الگوی خونریزی قاعدگی فعلی و قبلی از نظر حجم، مدت زمان و فاصله، وجود خونریزی بین قاعدگی ها، خونریزی بعد از مقاربت، خونریزی نامنظم رحمی، مصرف سیگار، مصرف دارو و نوع آن، سابقه HRT، روش پیشگیری از بار داری، رفتار تغذیه ای و میزان فعالیت فیزیکی، گر گرفتگی، تعریق شبانه، طپش قلب، خشکی واژن، احساس کاهش کیفیت زندگی و احساس کسالت (سایر شکایات جسمی مانند درد پشت و سایر اندامها، احساس ضعف و خستگی، سر درد)، شکایت ادراکی، اختلال عملکرد جنسی سابقه سرطانهای رحم و تخمدان و پستان در فرد و خانواده سابقه پاپ اسمیر غیرطبیعی و ترشحات واژینال سوابق ثبت شده در پرونده را مورد توجه قرار دهید: سابقه بیماری تخمدان، سابقه جراحی رحم یا تخمدان و سایر جراحیها، سابقه بیماری هورمونی و سرطان و سایر بیماریها در فرد و خانواده معاینه و اندازه گیری کنید: قد، وزن، محاسبه BMI، دور کمر، معاینه ژنیکولوژی، معاینه پستانها آزمایش کنید: رد حاملگی در صورت شک به حاملگی (آمنوره یا خونریزی)، پاپ اسمیر در صورت لزوم، ماموگرافی یا سونوگرافی در صورت لزوم، اسپرموگرام
		تعیین نوع اولیه، ثانویه، مردانه، زنانه - اسپرموگرام برای همسر، بررسی اختلال رابطه زناشویی، بررسی ژنیکولوژیک و سوابق باروری - اصلاح شیوه زندگی، کنترل وزن و شاخص توده بدنی	ناباروری	ازمایش بارداری مثبت	
		مراقبت‌های بارداری	بارداری	ترشح، زخم، سوزش، خارش تناسلی در فرد یا همسر وی	
		آموزش و مشاوره برای پرهیز از رفتار پرخطر جنسی و توصیه به استفاده از کاندوم، ارزیابی مجدد پس از یک هفته درمان با رویکرد سندرمیک	عفونت آمیزشی	گر گرفتگی، خشکی و آتروفی زینتال، بی اختیاری پرولاپس ارگانه‌های لگنی	
		مشاوره و آموزش، توصیه به تغییر شیوه زندگی و روشهای مقابله با گر گرفتگی، توصیه غذایی، ارجاع به پزشک در صورت عدم پاسخ به درمان و نیاز به مداخله هورمونی، توصیه به انجام مقاربت، درمان موضعی با لوبریکانتها و روغن‌ها، تاکید بر پیشگیری با انجام تمرینات کگل، ارجاع در صورت لزوم	زنان ۴۵-۵۹ سال دارای علائم دوران یائسگی	عدم رضایت از روابط جنسی و زناشویی	
		بررسی علل جسمی زنانه، تعیین نوع اولیه یا اکتسابی، تعیین نوع مردانه یا زنانه، درمان مشکلات اورژانس از قبیل خشکی واژن، واژینیسموس، دیس پارونی، مشاوره با حضور زوجین، اطمینان بخشی	اختلال عملکرد جنسی	اختلال قاعدگی ناشی از فقدان تخمک گذاری	
		ارجاع در صورت نوع مردانه، نوع اولیه، عدم پاسخ به درمان، یا بیماری زمینه ای یا مصرف دارو		خونریزی بعد از مقاربت	
		رد حاملگی، OCP، پاترکیبیت پروژسترونی تا سه ماه، پیشگیری از آئمی و در صورت لزوم درمان آن، در صورت عدم پاسخ به درمان بعد از سه ماه اقدامات تشخیصی برای بررسی سایر علل		خونریزی غیر طبیعی واژینال	
		معاینه واژینال دقیق و انجام پاپ اسمیر و ارجاع بر حسب نتیجه معاینه و پاپ اسمیر مفنامیک اسید، درمان با ocp بخصوص اگر نیاز به پیشگیری از بارداری نیز مطرح باشد یا ترکیبیت پروژسترونی روزانه ۱۰ میلیگرم مدرکسی پروژسترون استات از زمان مراجعه بیمار به مدت ۱۲ تا ۱۴ روز، پیشگیری از آئمی		خونریزی همراه با تخمک گذاری	
		ارجاع در صورت حاملگی، عدم پاسخ به درمان سه ماه پس از درمان، وجود بیماری زمینه ای، اختلال همو دینامیک، وجود ضایعه مشکوک قابل مشاهده یا توده لگنی در معاینه، پاپ اسمیر غیر طبیعی، خونریزی حین انجام HRT		خونریزی پس از یائسگی	
	ارجاع برای بررسی از نظر بدخیمی ها		وجود عامل خطر در شرح حال، معاینه و پاراکلینیک پستان و دهانه رحم		
	ماموگرافی طبق دستورالعمل، پاپ اسمیر طبق دستورالعمل، ارجاع		پرخطر یا مشکوک از نظر سرطانهای زنان		

علائم علل عفونی ترشحات واژینال: باید توجه داشت که ترشحات واژینال غیرطبیعی ممکن است به دلایل غیر عفونی مانند سرطان سرویکس یا جسم خارجی نیز ایجاد شود اما شایع ترین علل آن، علل عفونی هستند و به طور شایع موارد زیر را شامل می شوند:

۱. سرویسیت یا بیماری التهابی لگن: ترشحات واژن با خونریزی پس از مقاربت یا خونریزی بین قاعدگی، سوزش ادرار، درد یا ناراحتی حین مقاربت، یا درد قسمت تحتانی شکم همراه است.

۲. کاندیدیازیس واژینال: ترشحات سفیدرنگ بی بو که ممکن است همراه با خارش و درد سطحی باشد.

۳. واژینوزیس باکتریال (BV): ترشحات با بوی ماهی که همراه خارش و درد سطحی نیست.

۴. تریکومونیازیس: ترشحات با بوی ماهی که ممکن است همراه با خارش، درد سطحی و سوزش ادرار باشد.

علائم فوق توسط مراجعه کننده ابراز می شوند و می توان نوع ترشح را با پرسشهای تکمیلی روشن نمود. معاینه با اسپکولوم برای تایید تشخیص است و معمولاً نیاز به انجام آزمایش نیست. در صورتی که دسترسی به انجام معاینه واژینال وجود نداشته باشد یا مراجعه کننده از نظر عفونتهای منتقله جنسی در شرایط پرخطر نبوده و برای اولین بار به عفونت واژینال کاندیدیایی یا واژینوز باکتریال مبتلا شده باشد، می توان بدون انجام معاینه یا اسپکولوم، درمان را انجام داده و بیمار را مورد مراقبت قرار داد.

در معاینه بالینی موارد زیر بررسی می شود:

- معاینه با اسپکولوم برای دیدن سرویکس و واژن، جستجوی علائم سرویسیت، ترشحات واژینال و ... صورت می گیرد.
- لمس دستی دوطرفه برای تندرست حرکتی سرویکس، تندرست آدنکسی و توده های غیرطبیعی اگر تاریخچه اشاره به بیماری التهابی لگن دارد.

• جستجوی علائم مشخص کننده ای که ممکن است دلالت بر علت عفونی ترشحات واژینال داشته باشد:

۱. از کاندیدیازیس واژینال با ترشحات دلمه ای، سفیدرنگ، بی بو مشخص می شود. علاوه بر اریتم واژن، اریتم ناشی از عفونت کاندیدا در ولو نیز ممکن است اتفاق بیافتد.
۲. واژینوز باکتریال با دیواره های واژن و وولو آغشته به ترشحات هموزنوس سفید/خاکستری مشخص می شود که بوی ماهی داشته و PH بیشتر از ۴,۵ می باشد.
۳. تریکومونیازیس زمانی که علامت دار باشد با ترشحات زرد/قهوه ای کف آلود با بوی ماهی مشخص می شود.
۴. سرویسیت بعلت کلامیدیا یا (یا با احتمال کمتر بعلت گنوره) با سرویکس آماسی که براحتی خونریزی میکند و احتمالاً همراه با ترشحات چرکی موکوسی مشخص می شود.
۵. بیماری التهابی لگن به علت کلامیدیا (یا با احتمال کمتر بعلت گنوره) با درد قسمت تحتانی شکم با یا بدون تب مشخص می شود.

۶. سرویسیت ممکن است دیده شود و تندرns آدنکس و مدخل سرویکس در لمس دو دستی دیده شود.

تشخیص گنوره در زنان: نیمی از زنان مبتلا به گنوکوک بدون علامت هستند. در صورت وجود عفونت گنوکوکی در مردان باید همسر آنان نیز درمان شود. در زنان علامت دار، علائم زیر مشاهده می شود:

- ۱ - افزایش یا تغییر ترشحات واژینال در ۵۰% زنان.
- ۲ - درد یا مشکل در ادرار کردن (دیزوری) در ۱۲% زنان.
- ۳ - فوریت در دفع یا تکرر ادراری شایع نیست.
- ۴ - در صورت وجود عفونت بالارونده، درد لگنی یا شکمی، همراه با درد احتمالی در مقاربت (دیس پارانویا)
- ۵ - به طور شایع تر، ترشحات چرکی یا موکوسی چرکی از سرویکس وجود دارد. سرویکس شکننده بوده و به راحتی دچار خونریزی می شود. با این وجود موارد ذکر شده در کمتر از ۵۰% زنان وجود دارد، لذا پیشگویی کننده قوی برای عفونت سرویکس نمی باشند.
- ۶ - در صورت وجود بیماری التهابی لگن، تندرns شکمی دیده می شود.

در زنان مشکوک به ابتلا به عفونت گنوکوکی وضعیت شریک جنسی (همسر) مورد بررسی قرار می گیرد. وجود علائم زیر در مردان تشخیص عفونت گنوکوکی در زنان را تایید می کند و لازم است هردو نفر درمان شوند. برخلاف زنان، ۹۰ درصد مردان علامت دار می شوند.

- ۱ - ترشحات چرکی از مجرای پیشابراه
 - ۲ - درد یا مشکل در ادرار کردن
 - ۳ - معمولا این افراد تکرر ادراری یا فوریت در ادرار کردن ندارند
- تشخیص گنوره با بررسی آزمایشگاهی ترشحات تایید می شود.

توجه: افتراق عفونت گنوره ای از کلامیدیا در زنان منحصرا از طریق علائم بالینی ممکن نیست تقریبا در يك سوم زنان تواما وجود دارد. بنابر این هردو عفونت باید هم زمان درمان شوند. علل دیگر ترشحات واژینال شامل عفونت کاندیدیایی، واژینوز باکتریال، تریکومونا، PID می تواند با سوزاك اشتباه شود یا با آن همراه شود.

افراد پرخطر: افراد پرخطر از نظر ابتلا به عفونت آمیزشی عبارتند از:

- داشتن شریک جنسی علامت دار
- ابتلای فرد یا شریک جنسی او به اعتیاد
- اقامت طولانی دور از همسر



راه‌های مراقبت‌های اوجام‌یافته سلامت میانسالان - ویژه غیر پزشک

- داشتن بیش از یک شریک جنسی
- شریک جنسی جدید در سه ماه اخیر
- وجود اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی یا عقب ماندگی ذهنی

راه‌های مراقبت‌های اوجام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیرزناشک

نتایج بررسی را در فرم ارزیابی دوره ای سبا ثبت کنید. تاریخ مراقبت بعدی را تعیین کنید. در صورت لزوم ارجاع	مراقبت ممتد و ارجاع	اقدام	طبقه بندی		ارزیابی یانسگی
	<p>ارجاع در صورت عدم پاسخ دهی به درمان، شک به بدخیمی، پاراکلینیک غیر طبیعی، نیاز به بیوپسی، وجود علائم سیستئیک</p>	معاینه و آموزش سالانه	توصیه به رژیم غذایی مناسب و متعادل و تمرینات ورزشی منظم و پرهیز از سیگار و الکل، کنترل وزن، آموزش تمرینات کگل، آموزش در مورد پدیده طبیعی منوپوز و آندروپوز به زوجین ۴۵-۵۹ سال	بدون علائم و شکایات واضح و آزار دهنده مرتبط با یانسگی	دوره پری یا پره منوپوز یا بعد از منوپوز در زنان ۵۹-۴۵ ساله
مشاوره و آموزش، توصیه به تغییر شیوه زندگی و روشهای مقابله با گر گرفتگی، توصیه غذایی، ارجاع به پزشک در صورت عدم پاسخ به درمان و نیاز به مداخله هورمونی، توصیه به انجام مقاربت، درمان موضعی با لوبریکانتها و روغنها، تاکید بر پیشگیری با انجام تمرینات کگل، ارجاع در صورت لزوم		زنان ۴۵-۵۹ سال دارای علائم دوران یانسگی	گر گرفتگی، خشکی ی و آتروفی زینتال، بی اختیاری پرولاپس ارگانهای لگنی	عدم رضایت از روابط جنسی و زناشویی	
بررسی علل جسمی زنانه، از قبیل خشکی واژن، دیس پارونی، درمان مشکلات اورژنتال تعیین نوع مردانه یا زنانه، مشاوره با حضور زوجین، اطمینان بخشی و اصلاح باورهای غلط در خصوص روابط جنسی در دوره یانسگی		اختلال عملکرد جنسی			
رد حاملگی، OCP یا ترکیبات پروژسترونی تا سه ماه، پیشگیری از آنمی و در صورت لزوم درمان آن، در صورت عدم پاسخ به درمان بعد از سه ماه اقدامات تشخیصی برای بررسی سایر علل		اختلال قاعدگی ناشی از فقدان تخمک گذاری در دوره پیش یانسگی			
معاینه واژینال دقیق و انجام پاپ اسمیر و ارجاع بر حسب نتیجه معاینه و پاپ اسمیر		خونریزی بعد از مقاربت			
ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان سه ماه پس از درمان، وجود بیماری زمینه ای، اختلال همو دینامیک، وجود ضایعه مشکوک قابل مشاهده یا توده لگنی در معاین، پاپ اسمیر غیر طبیعی، خونریزی حین انجام HRT		خونریزی زیاده یانسگی و پس از آن			
ارجاع برای بررسی از نظر بدخیمی ها		هرگونه خونریزی ۶ ماه پس از قطع قاعدگی			
ماموگرافی طبق دستورالعمل، پاپ اسمیر طبق دستورالعمل، ارجاع		پرخطر یا مشکوک از نظر سرطانهای زنان	وجود عامل خطر در شرح حال، معاینه و پاراکلینیک پستان و دهانه رحم		

یائسگی

یائسگی یکی از مراحل طبیعی و مهم زندگی است که مشخصه آن پایان باروری و قطع قاعدگی است. از نظر تعریف یائسگی یا منوپوز طبیعی به دوره ای فیزیولوژیک از زندگی زنان گفته می‌شود که تخمدان‌ها تولید استروژن را متوقف می‌کنند.

این دوره معمولاً با قطع قاعدگی به مدت یک سال بدون ارتباط با عوامل پاتولوژیک شناخته می‌شود. دوره پست منوپوز (بعد از آخرین قاعدگی FMP) آغاز می‌شود.

زمان وقوع یائسگی:

سن شروع یائسگی در زنان متفاوت است. دوره گذار یائسگی یا دوره پری منوپوز یا کلیماکتریک، به دوره زمانی بلافاصله قبل و بعد از شروع یا تسکین یافته می‌شود و بطور متوسط ۴ سال طول می‌کشد. سن متوسط شروع یائسگی ۵۱ سالگی است ولی بطور کلی زنان این پدیده را بین ۴۷ تا ۵۳ سالگی تجربه می‌کنند. مهمترین مسئله در زمان شروع یائسگی، ژنتیک است اما عوامل محیطی مانند مصرف الکل، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و شاخص توده بدن و مصرف سیگار نیز در زمان شروع یائسگی نقش دارند.

دوره گذار یائسگی و به عبارت دیگر دوره پری منوپوز یا کلیماکتریک دوره زمانی قبل و بعد از یائسگی است و بطور متوسط ۴ سال طول می‌کشد. ممکن است علائم یائسگی نیز قبل از قطع کامل قاعدگی آغاز شده و زمان زیادی طول بکشد تا منوپوز اتفاق بیفتد.

دوره post menopause بعد از آخرین قاعدگی آغاز می‌شود. در این دوره تخمدان‌ها بسیار کم استروژن و پروژسترون تولید می‌کنند، در نتیجه تخمک آزاد نمی‌شود و بارداری صورت نمی‌گیرد. اگر بعد از این دوره فردی دچار خونریزی یا لکه بینی شود، حتماً باید به پزشک مراجعه نماید.

اگر یائسگی در سن کمتر از ۴۰ سال به صورت طبیعی یا مصنوعی اتفاق بیفتد به آن یائسگی زودرس می‌گویند.

چگونگی وقوع یائسگی: هورمون‌های استروژن و پروژسترون سیکل قاعدگی را تنظیم می‌کنند و در لانه‌گزینی سلول تخم و استقرار حاملگی نقش مهمی دارند. ترشح هورمون‌های استروژن و پروژسترون و آزاد سازی تخمک توسط تخمدان‌ها انجام می‌گیرد. هورمون استروژن علاوه بر نقش فوق در سالم نگهداشتن استخوان‌ها، تنظیم سطح کلسترول خون، حفظ قابلیت ارتجاعی پوست و عروق و احتمالاً کمک به قدرت حافظه موثر است. تغییرات عمده در یائسگی ناشی از تغییراتی است که در عملکرد تخمدان‌ها و توقف ترشح هورمون‌ها و در نتیجه توقف تخمک‌گذاری اتفاق می‌افتد.

اساساً دو نوع یائسگی داریم:

۱ - یائسگی فیزیولوژیک (طبیعی)

۲ - یائسگی مصنوعی :

- برداشتن تخمدان‌ها و رحم : هیستریکتومی با یا بدون اوارکتومی موجب قطع قاعدگی و شروع علائم یائسگی می‌گردد.
- مصرف داروها: بعضی از داروها مانند داروهایی که در شیمی درمانی استفاده می‌شوند ، فرد را خیلی سریع به این دوران می‌رساند.

علائم یائسگی: از آن جا که از دست دادن عملکرد تخمدانی اثرات زیادی بوضعیت هورمونی زنان دارد و به دلیل عدم تولید استروژن احتمال ابتلای به برخی بیماری‌ها بیشتر می‌شود ، آشنایی با تغییرات جسمی، روحی و روانی در دوران یائسگی به زنان کمک می‌کند که بدانند چه چیزی در انتظار آن‌ها است و بتوانند با آمادگی بیشتری خود را با این تغییرات تطبیق دهند. شدت این علائم در افراد مختلف متفاوت است و به طور کلی علائم شامل موارد ذیل است :

- ۱ - بی‌نظمی در عادت ماهانه: این بی‌نظمی به صورت کاهش زمان و حجم خونریزی است . در صورت خونریزی شدید یا قاعدگی طولانی مدت (بیش از ۱۰ روز) ، فاصله کمتر از سه هفته بین قاعدگی‌ها لازم است با پزشک مشورت شود.
- ۲ - گرگرفتگی و تعریق شبانه
- ۳ - تغییر تمایلات و فعالیت جنسی
- ۴ - خشکی واژن
- ۵ - خستگی و مشکلات خواب
- ۶ - تغییرات خلقی
- ۷ - سایر تغییرات جسمانی: سایر تغییرات شامل افزایش وزن و چاقی شکمی ، کاهش توده عضلانی و افزایش و تجمع بافت چربی، کوچک شدن اندازه پستان‌ها ، نازکی و کاهش ارتجاع پوست، سردرد، مشکلات حافظه، سفتی و درد عضلات و مفاصل می‌باشد.

عوارض یائسگی: برخی از اثرات یائسگی در طولانی مدت ظاهر می‌شود که این علائم ناشی از اثرات استروژن روی استخوان‌ها ، قلب، مثانه، واژن و پوست می‌باشد:

- ۱ - پوکی استخوان
- ۲ - بیماری قلبی و عروقی
- ۳ - اختلالات ادراری تناسلی
- ۴ - اثرات بر روی پوست و مو

گر گرفتگی / تعریق شبانه :

گر گرفتگی یکی از شایع‌ترین علائمی است که اکثریت زنان در جریان انتقال به دوره یائسگی و یائسگی آنرا تجربه می‌کنند. این حالت به صورت گرم شدن شدید در قسمت بالایی بدن (سرو صورت، گردن و قفسه سینه) شروع می‌شود و ممکن است به صورت موجی به کل بدن پخش شود. پس از آن فرد دچار تعریق شده و احساس سرما می‌کند. قبل از گر گرفتگی ممکن است احساس فشار در سر وجود داشته باشد و یا ممکن است این حالت با تپش قلب همراه باشد. این اختلال بیشتر شبها اتفاق می‌افتد و ممکن است مانع خواب و استراحت شود. در اثر بهم خوردن الگوی خواب فرد دچار احساس خستگی، تحریک پذیری، عدم تمرکز و افسردگی می‌شود. در بسیاری از موارد طول هر دوره علائم از ۳۰ ثانیه تا ۵ دقیقه متفاوت است و از روزی به روز دیگر هم فرق می‌کند. ۲۵ درصد از زنان از گر گرفتگی شدید شکایت می‌کنند و در بعضی از زنان اصلاً اتفاق نمی‌افتد. این علائم معمولاً به آهستگی ظرف مدت ۳ تا ۵ سال بدون درمان از بین می‌رود.

گام اول برای مقابله با این مشکلات شامل مشاوره، آموزش، توصیه‌های غذایی و تغییر شیوه زندگی است. بنابراین به خانم‌های گروه هدف توصیه می‌کنیم:

۱. از لباس‌های نخی و روشن استفاده کنند و چند لایه بپوشند تا در مواقع گرم شدن لباس‌ها را کم کنند.
 ۲. محیط زندگی را تا حد امکان خنک نگه دارند و کنار خود یک وسیله خنک‌کننده مثل بادبزن داشته باشند.
 ۳. در جای خنک و با تهویه کافی بخوابند.
 ۴. بجای مایعات گرم از نوشیدنی‌های مثل آب یا آب میوه خنک استفاده کنند.
 ۵. الکل و سیگار را قطع کنند و تا حد امکان از ادویه جات در غذا استفاده نکنند.
 ۶. ورزش سبک مثل قدم زدن در هوای آزاد را بطور منظم انجام دهند.
 ۷. از رژیم غذایی سبک (مصرف بیشتر میوه جات و سبزی جات و شیرو ماست) استفاده کنند.
 ۸. وزن خود را کنترل کنند.
 ۹. از تکنیک‌های آرام‌سازی بخصوص تنفس عمیق و آهسته و ماساژ استفاده کنند.
 ۱۰. از لباس خواب و ملافه مناسب استفاده کنند که امکان تنفس پوست را فراهم کند.
 ۱۱. زمان بندی و عوامل تشدید کننده علائم را یادداشت کنند تا بتوانند وقوع گر گرفتگی‌های بعدی را پیش‌بینی کنند و اقدامات لازم را قبل از آن انجام دهند.
- در صورتی که اقدامات فوق موثر واقع نشود و همچنان از علائم رنج می‌برند به پزشک مراجعه کنند.
- ارجاع به پزشک در موارد زیر: عدم تاثیر توصیه‌ها و اقدامات، وجود بیماری زمینه‌ای، مصرف دارو، گر گرفتگی شدید بد یا دفعات مکرر در شب و روز

اختلالات اورژانس در یائسگی

۱- آتروفی و خشکی ژنیتال در زنان یا نسه از مشکلاتی است که مقاربت را مشکل می سازد . موثر ترین راه برای پیشگیری از خشکی واژن ادامه مقاربت و استفاده از لوبریکانتها می باشد.

۲- پرولاپس (بیرون زدگی یا پایین افتادگی ارگانهای لگنی): بیرون زدگی رحم و مثانه ، رکتوم و راست روده به سمت دیواره واژن که ناشی از شل شدن دیواره واژن و عضلات کف لگن به دلیل حاملگی ، زایمان و افزایش سن و بیوست مزمن می باشد ، در دوران یائسگی و پس از آن مشکلات زیادی برای خانم ها ایجاد می نماید .

رکتوسل، سیستوسل، اورتروسل ، پرولاپس رحم در دوره گذار یا نسه و پس از آن مشکل ساز شده و در صورت ایجاد مشکل و شکایت برای بیمار نیاز به ارجاع برای مداخله درمانی دارد.

پساری وسیله ای برای محافظت از بیرون زدگی ارگانهای لگنی است و می تواند قبل از اقدام به درمانهای جراحی کمک کننده باشد. انواع پساری را در تصویر زیر مشاهده می کنید.

چه کسانی باید درمان جراحی دریافت کنند؟

- بیمار مبتلا به افتادگی مثانه و مجرا در سطح هایمن یا پایین تر از آن، به شرط آنکه که به علامت بی اختیاری استرسی ادراری مبتلا شده باشند
- زنانی که سرویکس آنها در یک سوم تحتانی واژن که فرد از بیرون زدگی آن ابراز ناراحتی می کنند . فقط موقع دراز کشیدن مشکلی ندارند، در غیر این صورت باید از یک وسیله محافظتی مثل پساری استفاده کنند.
- بیمار با رکتوسل که در معاینه ، مدفوع باقیمانده در رکتوم دارد و ترمیم جدار واژن مشکل بیمار را در دفع مدفوع رفع می کند.

۳- بی اختیاری ادراری: بی اختیاری ادراری به صورت حاد یا مزمن دیده می شود. در نوع حاد آن عواملی مانند دیابت ، عفونت و سایر مشکلات طبی موثرند. نوع مزمن آن در دو حالت با مثانه خالی و مثانه پر دیده می شود . از میان انواع مختلف بی اختیاری استرسی ادرار ممکن است به کمبود استروژن دوره یائسگی مرتبط باشد. در اینحالت ترشح مختصر ادرار همراه با سرفه ، عطسه ، و ... وجود دارد . در بی اختیاری اضطراری ادرار ، بیمار با ورود به دستشویی احساس ناگهانی و شدید دفع ادرار دارد و نمی تواند ادرار خود را کنترل کند.

اصول درمان بی اختیاری ادراری شامل موارد زیر است :

- آموزش تکنیک های رفتاری از جمله تخلیه ادرار برنامه ریزی شده و تغییر عادت افزایش فواصل زمانی دفع ادرار ، به بیمار یاد می دهید براساس برنامه ادرار کردن خود را کنترل کند. بعنوان مثال در شروع هر یک ساعت ادرار می کند. بعد از آن زمان را تدریجا افزایش می دهید که وقتی به ۳ تا ۴ ساعت برسد ایده آل است.
 - دریافت کافی مایعات با تاکید بر کاهش حجم مایع دریافتی خصوصا در ساعات نزدیک به خواب ،
 - قطع هرنوع نوشیدنی یا خوراکی که باعث تشدید علائم میشود (کافئین ، چاشنی های تند ، خوراکیهای ترش)، کاهش مصرف کافئین که در قهوه و نیز نوشابه ها وجود دارد
 - توصیه به کاهش وزن
 - رساندن قند خون به حداقل ممکن در بیمار دیابتی
 - آموزش تقویت عضلات کف لگن با انجام ورزش های کگل، هفته ای ۳-۴ بار، هر بار ۲ نوبت پیوسته و هر نوبت ۱۰-۸ انقباض مداوم که شرح کامل آن در زیر می باشد: این تمرین را می توان در اکثر مواقع انجام داد. تقویت عضلات کف لگن با انجام تمرین کگل (هفته ای ۳-۴ بار و هر بار سه نوبت پیوسته و هر نوبت ۱۰-۸ انقباض مداوم)
 - برای درمان اضطراب ادرار توصیه کنید که بیمار آرام بایستد ، نفس عمیق بکشد عضلات لگنی را منقبض کند و بعد از گذر موج اضطراب به آرامی بطرف توالت حرکت کند.
- چند توصیه برای خانم ها:
- پیش از عطسه کردن و یا پریدن و یا بلند کردن اجسام سنگین عضلات لگن را منقبض کنند.
 - به خاطر داشته باشند که اگر ورزش سبب کنترل ادرار شده بایستی برای حفظ تداوم این اثر ، ورزش را ادامه دهند .
 - از آثار مفید تقویت و بهبود عضلات کف لگن ، انجام مقاربت است.
 - به خانمها در ضمن حاملگی و پس از آن توصیه شود تا برای حفظ قدرت عضلات لگن ورزش های کگل را انجام دهند.
 - در موارد شدید ضعف عضلات کف لگن ، اصلاح و رفع بیرون زدگی رحم و یا دیواره های واژن در اکثر مواقع نیازمند جراحی است.
- در صورت عدم پاسخ به درمان معمول یا همراهی بیماری زمینه ای از جمله بیماری دیابت ، عفونت ادراری و تناسلی یا وجود پرولاپس ارگانهای لگنی یا نیاز به درمانهای هورمونی و دارویی، ارجاع به پزشک را در دستور کار بگذارید.
- برای کمک به تشخیص دقیق بیماری توسط پزشک چارت زیر کمک کننده است. می توانید این چارت را در اختیار مراجعه کننده قرار دهید تا وضعیت دفع ادرار خود را ثبت کرده و با خود به مرکز بیاورد.
- موارد استفاده از چارت:
- ۱- شب بیدار شدن برای دفع ادرار که بر اساس چارت مشخص می شود که دلیل مشکل بیش فعالیتی مثانه است یا پر ادراری

راهنمای مراقبتهای اوجام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیر پزشکی

- ۲- تکرر ادراری: چارت ادراری به مشخص شدن تعدد ادرار کردن یا نشت کمک می کند و همچنین به تشخیص اینکه تکرر ادراری همراه با حجم زیاد ادرار هست یا نه
- ۳- تعیین شدت بی اختیاری ادراری در مواردی که شرح حال گویا نیست .
- ۴- در بیماران با بی اختیاری مختلط چارت به تعیین دقیق مشکل اصلی بیمار کمک می کند.

۴- بی اختیاری مدفوعی: کل روند بارداری، و زایمان غیر استاندارد مانند طولانی شدن فاز دوم زایمان یا فورسپس و واکيوم می تواند بر ایجاد آسیب اسفنکتری تاثیر بگذارد. بی اختیاری مدفوعی یکی از موربیدیتی های باروری محسوب می شود. برخی دلایل طبیی نیز این مشکل را ایجاد می کنند. آموزش انجام ورزش کگل یک اقدام پیشگیرانه است که می توان از زایمان اول آن را توصیه نمود. در صورت وجود بی اختیاری مدفوعی به علت شلی اسفنکتر مقعد، برنامه های دفع مدفوع، دفع برنامه ریزی شده می تواند کمک کننده باشد. (توالیت رفتن در ساعتی خاص از هرروز بعداز صرف خوراکی) همچنین لازم است درمان یبوست انجام شود و بیمار برای بررسی بیشتر به پزشک ارجاع گردد.

۵- اختلال در روابط زناشویی: روابط زناشویی در سنین مختلف از اهمیت ویژه ای برخوردار است. رضایت از روابط زناشویی به استحکام روابط زوجین، سلامت روانی آنها و استحکام خانواده کمک می کند. از طرف دیگر وجود رفتارهای خشونت آمیز خانگی همه ابعاد زندگی ک سلامت فرد را تحت تاثیر قرار می دهد.

اختلال عملکرد جنسی در رابطه زناشویی به مشکلاتی اطلاق می شود که حین یک رابطه جنسی و در هر یک از مراحل سیکل پاسخ جنسی برای مردان یا زنان اتفاق می افتد و مانع تجربه رضایت بخش از رابطه جنسی می گردد. این اختلال شایع بوده و در برخی گزارشها، بیش از ۴۰ درصد زوجین وجود درجاتی از مشکل راذکر می کنند. چرخه پاسخ جنسی شامل مراحل زیر می باشد: تحریک که دو مرحله میل جنسی و برانگیختگی را شامل می شود. مرحله ارگاسم و مرحله فرونشینی.

اختلال عملکرد جنسی می تواند مادام العمر و از ابتدای نوجوانی وجود داشته باشد یا در طول زندگی بدون وجود مشکل اولیه ایجاد شده باشد (اكتسابی). این اختلال می تواند در هر سنی بوجود بیاید اما نوع اکتسابی آن عمدتاً بعد از ۴۰ سالگی است.

در برخی موارد اختلال عملکرد جنسی فراگیر است به این معنی که در هر زمان و مکان و موقعیت و با هر فرد به عنوان شریک جنسی وجود دارد اما در دیگر موارد، مشکل فرد در موقعیتهای خاص یعنی در مکان، زمان یا شرایط ویژه ایجاد می شود. شدت اختلال نیز متفاوت است و آن را می توان به خفیف و متوسط و شدید تقسیم بندی کرد. تقسیم بندی دیگر تفکیک اختلال عملکرد جنسی با علل مردانه یا زنانه است.

- به طور کلی برای ارزیابی اختلال عملکرد جنسی طبقه بندی زیر مورد استفاده قرار می گیرد:
۱. اختلال در چرخه جنسی (اختلال میل جنسی ، اختلال برانگیختگی ، اختلال ارگاسم)
 ۲. اختلالات درد جنسی حین انجام مقاربت

علل اختلال عملکرد جنسی: علل جسمانی مانند ابتلا به بیماریها و شرایط پزشکی خاص و مصرف دارو ها ، الکل و مواد مخدر، علل روانی و اجتماعی: مانند استرس، نظرات اعتقادی و فرهنگی درباره ارتباط جنسی، مشکل در رابطه بین فردی باهمسر، افسردگی، احساس گناه، تصویر بدنی و میزان اعتماد به نفس، آسیبهای جنسی قبلی

اقدامات: شناخت وجود مشکل عملکرد جنسی اولین قدم يك مشاوره و ارتباط صحیح بین پزشك و مراجعه کننده بدون شکایت برای رفع مشکلات زناشویی و جنسی او می باشد. ابتدا باید از فرد ، برای پرسش و پرداختن به موضوع روابط زناشویی او اجازه بگیرید. برای این کار ابتدا درباره اهمیت موضوع از نظر شیوع مشکل، عدم ابراز وجود مشکل به علت مسائل فرهنگی، تاثیر آن بر حفظ بنیان خانواده و استحکام زندگی زناشویی به طور مختصر توضیح دهید. برای ورود به موضوع می توانید ب با استفاده از آمار و اطلاعات کلی در یک جمله به عادی سازی موضوع و عمومیت دادن به آن پردازید و سعی کنید موافقت مراجعه کننده را جلب و وجود یا عدم وجود مشکل را در او جویا شوید. در همه حال از ادبیات علمی و حرفه ای استفاده کنید و ادبیات عامیانه، شوخی و کلمات زننده بکار نبرید. در همه حال به اصول مشاوره و رعایت حقوق مراجعه کننده از جمله رعایت احترام، محرمانگی، رازداری، حریم خصوصی، امنیت فیزیکی محیط، پرهیز از قضاوت اخلاقی و مذهبی، احساسات مراجعه کننده توجه کنید. اگر فرد برای ورود به موضوع موافقت نکرد، می توانید از او بخواهید که اگر در حین انجام ارزیابی دوره ای سلامت خودش سوالی داشت بپرسد و بدین ترتیب فضا را برای او آماده کنید و فرصتی فراهم کنید که مراجعه کننده شخصا سوالات و نیازهای خود را بیان کند. در صورت عدم رضایت فرد از عملکرد جنسی و زناشویی اولیه یا اکتسابی بودن، موقعیتی یا دائمی بودن، زنانه یا مردانه بودن مشکل را مشخص کنید.

سپس به علت یابی مشکل در شرح حال و سوابق بیماری و شرح حال دارویی و معاینه پردازید. علل مشکل مانند مشکلات مربوط به دوره زندگی (منوپوز و آندروپوز) ، شیوه زندگی، بیماریهای اورژنیتال، هورمونها، ابتلا به بیماریهای مختلف و نوع داروهای مصرفی را مورد بررسی قرار دهید .

وجود بیماری جسمی ناحیه ژنیتال را مورد توجه قرار داده و درمان کنید.

در مورد مصرف دارو ها، بیماریها، اختلالات هورمونی بیمار را به پزشک ارجاع دهید.

در معاینه مشکلات اورژنیتال برای برقراری تماس جنسی ، دیس پارونیا ناشی از خشکی واژن و آتروفی ژنیتال را بررسی و در صورت وجود مشکل درمان کنید.



راه‌های مراقبت‌های اوجام‌یافته سلامت میانسالان - ویژه غیر پزشک

اگر مشکل مربوط به سن است، در خصوص اختلال عملکرد جنسی مرتبط با یائسگی و افزایش سن با حضور زوجین مشاوره انجام دهید و درمورد منوپوز و آندروپوز و تغییرات طبیعی آن و راه‌های مقابله با آن توضیح دهید. در صورتی که هیچ‌یک از موارد فوق وجود نداشته باشد، یا علیرغم رفع موارد فوق مشکل اختلال رابطه زناشویی وجود داشته باشد، بررسی عمیق‌تر از نظر روابط بین فردی و عاطفی زوجین، ضروری است بویژه در کسانی که خودشان با شکایت مراجعه می‌کنند. در صورت عدم موفقیت پس از اقدامات مذکور یا عدم امکان مداخله مناسب بیمار را برای بررسی بیشتر یا تصمیم‌گیری برای ارجاع تخصصی به پزشک ارجاع دهید.

بخش نهم

سرطان‌های زنان

اهداف آموزشی : فراگیران با مطالعه این فصل باید بتوانند:

سرطان پستان :

با علائم سرطان پستان آشنا شوند
روش‌های غربالگری سرطان پستان را یاد بگیرند
با نحوه معاینه پستان آشنا شوند.
بتوانند زنان در معرض خطر را شناسایی و راهنمایی کنند
نحوه ارزیابی علائم و تفکیک علائم بیماری‌های خوش خیم پستان را بیاموزند

سرطان دهانه رحم:

روش‌های شناسایی زود هنگام، غربالگری و پیشگیری از سرطان دهانه رحم یاد بگیرند
با HPV و نقش آن در ایجاد سرطان دهانه رحم و روش مقابله با آن آشنا شوند
بتوانند زنان در معرض خطر را شناسایی و راهنمایی کنند

راهنمای مراقبتهای اوجام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیرزنان

ارجاع	اقدام	نتیجه ارزیابی / طبقه بندی	ارزیابی از نظر سرطان پستان
در صورت وجود مشکل در معاینه	آموزش خود مراقبتی ++ + توصیه به انجام خودآزمایی ماهانه پستانها+ CBE هر یک تا ۳ سال	سن زیر ۵۰ سال+ بدون سابقه ابتلای فردی و خانوادگی به سرطان پستان یا تخمدان	۱ - شرح حال، سوابق و عوامل خطر زیر را بررسی کنید -سابقه فردی و خانوادگی سرطان پستان یا تخمدان، نتیجه ماموگرافی / ماموگرافیهای قبلی-تعداد بارداری(زایمان زنده ، مرده زایی و سقط)، سن در اولین زایمان ، سن در آخرین زایمان ،تعداد ماههای شیردهی،سن اولین قاعدگی ، زمان آخرین قاعدگی (سن یائسگی قطعی، آمنوره و...) -استفاده از داروها و ترکیبات هورمونی استروژنی -استعمال دخانیات مصرف نوشیدنیهای الکلی، فعالیت بدنی ، تغذیه
در صورت وجود مشکل در معاینه یا ماموگرافی	آموزش خود مراقبتی + توصیه به انجام خودآزمایی ماهانه پستانها+ CBE هر سال+ توصیه به ماموگرافی	سن بالای ۵۰ سال+ بدون سابقه ابتلای فردی و خانوادگی به سرطان پستان یا تخمدان	
ارجاع در صورت وجود مشکل در معاینه یا سونوگرافی یا ماموگرافی	آموزش خود مراقبتی + انجام خودآزمایی ماهانه پستانها+ CBE سالیانه	فرد پرخطر با سابقه خانوادگی در فامیل درجه ۲ یا فرد پرخطر دارای سایر عوامل خطر فردی	۲ - هر دو پستان را از نظر موارد زیر (ترجیحا پس از پایان قاعدگی) معاینه کنید و همزمان خود آزمایی پستان را آموزش بدهید: نمای ظاهری غیرطبیعی (اندازه، قرینگی) تغییرات پوستی(ضایعات آگزمایی، پوست پرتقالی، زخم) / تغییرات غیر طبیعی نیپل(فرورفتگی)، ترشح از پستان (خودبخودی، خونی، چرکی و...)، توده پستان (محل، قوام، اندازه، چسبندگی و...)، توده زیر بغل/ فوق ترقوه (اندازه، تعداد، محل)
	انجام خودآزمایی ماهانه پستانها+ CBE سالیانه + توصیه به انجام سونوگرافی در صورت وجود نشانه بالینی اقدام برابر پروتکل نشانه ها	فرد پرخطر با وجود سابقه سرطان خانوادگی پستان یا تخمدان (دوفامیل در یک سمت با سرطان پستان، یک فامیل با سرطان تخمدان یا یک فامیل درجه ۱ یا ۲ با سرطان پستان در سن زیر ۵۰ سال) + سن پایین تر از ۳۵ سال	
ارجاع برای پیشگیری دارویی در صورت لزوم	آموزش خود مراقبتی + توصیه به انجام ماهانه خود آزمایی + CBE سالیانه + انجام مراقبت ممتد بر اساس بازخورد ارجاع + توصیه به انجام ماموگرافی سالانه اقدام برابر پروتکل نشانه ها در صورت وجود نشانه بالینی	فرد پرخطر : وجود سابقه سرطان خانوادگی پستان یا تخمدان (دوفامیل در یک سمت با سرطان پستان، یک فامیل با سرطان تخمدان یا یک فامیل درجه ۱ یا ۲ با سرطان پستان در سن زیر ۵۰ سال) + سن بالا تر از ۳۵ سال	۳ - تشخیص، طبقه بندی و ثبت کنید ۴ - اقدام و در صورت لزوم ارجاع کنید ۵ - زمان مراقبت بعدی یا مراقبت ممتد را تعیین کنید
	اطمینان بخشی از نظر عدم ابتلا به بدخیمی، درمان علامتی با توجه به علت زمینه ای درد ، بررسی کامل بالینی در صورت درد متمرکز پس از یائسگی (معاینه کامل و تصویربرداری)	درد در دوره های مختلف سیکل قاعدگی یا مصرف داروهای هورمونی، یا اختلالات خلقی و روان تنی	
ارجاع بر حسب نتیجه بررسی	درخواست بررسی سیتولوژی ترشح	ترشح رنگی بویژه زرد، قهوه ای و سبز یا ترشح دوطرفه یا ترشح غیر خود بخودی	دارای علامت یا نشانه با یا بدون عامل خطر
ارجاع برای درمان بیماری خوش خیم	اطمینان بخشی و اقدام برای تشخیص افتراقی بیماریهای خوش خیم پستان نظیر آبسه، ماستیت، بیماری فیبرو کیستیک، فیبروآدنوم، فیبرو آدنوزیس،	ترشح خونی یا آبکی یا ترشح خود بخودی و آلوده شدن لباس مراجعه کننده بدون دستکاری از نوک پستان یا ترشح یک طرفه توده غیر چسبنده، نرم، بدون تغییرات پوستی و ترشح با حدود منظم و مشخص	
ارجاع برای تخلیه یا بررسی جدار کیست در صورت تداوم یا عود	اطمینان بخشی	کیست غیر تکرار شونده در سنین باروری	
	ارجاع برای تصویربرداری مناسب و اقدامات تشخیصی (بررسی بافت شناسی) و پیگیری بازخورد آن	وجود توده غیرطبیعی و مشکوک (سفت، چسبنده، غیرمتحرک، حاشیه نامنظم، افزایش اندازه، همراه با تغییر پوستی) در پستان یا زیر بغل	
ارجاع برای اقدامات تشخیصی و پیگیری برای دریافت نتیجه ارجاع		تغییرات پوستی به صورت زخم ماندگار عمیق، ندول پوستی سفت و بی تحرک، تخریب نسجی و و فرو رفتگی و کشش غیر معمول، آگزمای نوک پستان بیش از یک ماه، کشیده شدن نوک پستان به داخل در ماههای اخیر، التهاب موضعی یا عمومی پستان بدون تطبیق با نشانه های بالینی	

سرطان پستان

سرطان پستان با بروز سالانه ۸۵۰۰ مورد و میزان بروز استاندارد شده سنی بیش از ۳۰ در صدهزار، شایعترین سرطان بانوان ایرانی و بعد از سرطان پوست شایعترین سرطان بین مردان و زنان ایرانی است و پنجمین علت مرگ ناشی از سرطان را در زنان تشکیل می دهد. باتوجه به شواهد علمی معتبر بین المللی و ملی ، امکانات و زیرساختهای موجود ، وضعیت بروز و شیوع سرطان پستان در کشور، همنچنین بحث و تبادل نظر با اساتید و اعضای کمیته علمی و مشورتی از رشته های مختلف مرتبط با سرطان پستان در جلسات متعدد، آخرین تصمیمات اتخاذ شده در راستای پیشگیری و کنترل سرطان پستان را به شرح زیر به استحضار می رساند. این دستور العمل از این تاریخ تا زمانی که مورد بازنگری قرار نگرفته در سطح مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت کل کشور (سطح اول نظام خدمات بهداشتی) لازم الاجرا بوده و لازم است برای اطلاع رسانی به جامعه هدف، آموزش دستورالعمل به رده های مختلف نظام بهداشتی و نظارت بر اجرای آن اقدامات ضروری صورت پذیرد. لازم به ذکر است، افزایش آگاهی زنان و تشخیص زودهنگام سرطان پستان، اهداف اصلی کنترل سرطان پستان در نظام بهداشتی کشور ما می باشد که با رعایت اصول کلی زیر انجام می گیرد:

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

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

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

- سابقه فردی و خانوادگی سرطان پستان یا تخمدان، نتیجه ماموگرافی / ماموگرافیهای قبلی
- تعداد بارداری (زایمان زنده ، مرده زایی و سقط)، سن در اولین زایمان ، سن در آخرین زایمان ، تعداد ماههای شیردهی، سن اولین قاعدگی ، زمان آخرین قاعدگی (سن یائسگی قطعی، آمنوره و...)
- استفاده از داروها و ترکیبات هورمونی استروژنی (پیشگیری از بارداری هورمونی: سن مصرف ، مدت مصرف و اچ آر تی)

• شیوه زندگی از نظر : استعمال دخانیات ، مصرف نوشیدنیهای الکلی، فعالیت بدنی ، تغذیه (مصرف میوه ، سبزیجات، سرخ کردنیها، انواع گوشت و ماهی)

ج) معاینه بالینی پستانها هر سه سال یک بار از ۲۰ تا ۵۰ سالگی در زنان بدون عامل خطر فردی و خانوادگی و هر سال یک بار در افراد دارای عامل خطر و زنان بالاتر از ۵۰ سال از نظر:

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

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

- فرد پرخطر (وجود سابقه سرطان خانوادگی پستان یا تخمدان در فرد یا بستگان وی) : انجام ماموگرافی ، ارجاع برای تصمیم گیری در خصوص سایر اقدامات پیشگیرانه و مراقبت ممتد بر اساس تصمیم سطح تخصصی
- وجود توده غیرطبیعی (سفت، چسبنده، غیرمتحرک، حاشیه نامنظم، افزایش اندازه، همراه با تغییر پوستی) در پستان یا زیر بغل: انجام ماموگرافی تشخیصی و ارجاع یا مراقبت ممتد بر حسب نتیجه ماموگرافی
- تغییرات پوستی به صورت زخم ماندگار عمیق، ندول پوستی سفت و بی تحرک، تخریب نسجی و و فرو رفتگی و کشش غیر معمول، اگزمای نوک پستان بیش از یک ماه، کشیده شدن نوک پستان به داخل در ماههای اخیر، التهاب موضعی یا عمومی پستان بدون تطبیق با نشانه های بالینی: ماموگرافی تشخیصی و ارجاع یا مراقبت ممتد بر حسب نتیجه ماموگرافی
- ترشح خونی یا آبکی یا ترشح خود بخودی و آلوده شدن لباس مراجعه کننده بدون دستکاری از نوک پستان یا ترشح یک طرفه در زنان بالای ۵۰ سال: ماموگرافی تشخیصی، بررسی سیتولوژی و مراقبت ممتد بر حسب نتیجه سیتولوژی ماموگرافی و نظر سطح تخصصی
- وجود درد متمرکز پس از یائسگی

تبصره: لازم است کلیه مراکز تصویربرداری نتایج ماموگرافی را بر اساس سیستم BIRAD به شرح زیر گزارش نمایند:

BIRAD صفر: ارزیابی ناقص است و اقدامات تشخیصی بیشتر مورد نیاز است.

BIRAD یک: پستانها نمای طبیعی وعادی دارند.

BIRAD دو: ماموگرام موید توده های خوش خیم است.

BIRAD سه: ناحیه احتمالاً خوش خیم ، نیازمند پیگیری با بررسی رادیوگرافی هر ۶ ماه تا یکسال ، دقت در معاینات کلینیکی

BIRAD چهار: توصیه به انجام بیوپسی برای رد بدخیمی

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

(ه) ارجاع برای انجام نمونه برداری بافتی در موارد زیر:

- وجود توده غیرطبیعی (سفت، چسبنده، غیرمتحرک، حاشیه نامنظم، افزایش اندازه، همراه با تغییر پوستی) در پستان یا زیر بغل
- وجود کیستهای خونی، عود مکرر کیست تخلیه شده
- گزارش مشکوک ماموگرافی (BIRAD چهار و پنج) یا گزارش مشکوک سونوگرافی

(و) اطمینان بخشی از نظر عدم ابتلا به بدخیمی و اقدام با ارجاع برای تشخیص افتراقی و درمان بیماریهای خوش خیم پستان نظیر آبسه، ماستیت، بیماری فیرو کیستیک، فیروآدنوم، فیرو آدنوزیس بر حسب نوع تشخیص

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

معاینه بالینی پستان (CBE)

تومورهای پستان به ویژه انواع بدخیم آن معمولا بدون علامت هستند و تنها با معاینه فیزیکی یا در غربالگری به وسیله ماموگرافی کشف می شوند. بطور شاخص، در طول قاعدگی تغییرات مختصری در معاینه فیزیکی پستان رخ می دهد. در اکثر زنان، قبل از قاعدگی افزایش بی خطر ندولاریته و بزرگ شدن خفیف پستان رخ می دهد. در برخی موارد، این ویژگیها می توانند یک ضایعه زمینه ای را مخفی کرده و معاینه را دشوار سازند. به همین جهت معاینه پستان بهتر است بعد از قاعدگی انجام گیرد. همچنین لازم است معاینه در نور کافی و شرایط لازم از نظر حفظ راحتی و محرمانگی فرد انجام شود. می توان معاینه را در حالت نشسته یا خوابیده انجام داد. اصول انجام آن در هر دو حال یکی است.

راه‌های مراقبت‌های اوجام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیر پزشک

خلاصه نکات بالینی مهم در انجام معاینه پستان

۱. اهداف معاینه پستان و ماهیت ساده و بدون درد آن را برای فرد توضیح بدهید.
۲. مطمئن شوید که بیمار تصور درستی از معاینه و ضرورت معاینات توسط خود دارد.
۳. معاینه پستان را در محیط خلوت، دمای مناسب و با دست گرم شده (در هوای سرد) و در وضعیت بدون لباس انجام بدهید.
۴. معاینه پستان را دقیق و با صرف وقت انجام بدهید.
۵. معاینه پستان را سالانه همزمان با معاینه زنان (ژنیکولوژی) انجام بدهید.
۶. معاینه پستان را پس از قاعدگی و قبل از تخمک‌گذاری و در زمان بدون درد انجام دهید.
۷. در معاینه پستان ملایمت را فراموش نکنید و با معاینه خشن سبب درد بیمار نشوید.
۸. معاینه پستان را در دو وضعیت ایستاده و خوابیده انجام دهید.
۹. معاینه پستان را با انگشت ۲ و ۳ بصورت دورانی یا شعاعی انجام بدهید.
۱۰. معاینه ناحیه آرنول، زیر بغل و فوق ترقوه را در تکمیل معاینه پستان انجام بدهید.
۱۱. خاتمه معاینه و نتیجه معاینه را به بیمار اطلاع بدهید.

معاینه پستان در دو بخش مشاهده و لمس به صورت زیر انجام می شود:

مشاهده:

در حالی که بیمار راحت نشسته و دست‌هایش در دو طرف بدنش قرار دارد انجام می‌گیرد. پستان‌ها باید از نظر تقارن - حدود - و ظاهر پوست آن با یکدیگر مقایسه شوند. ادم و اریتم را می‌توان به آسانی تشخیص داد و برای آشکار شدن فرورفتگی پوست یا به داخل کشیده شدن نوک پستان - باید از بیمار بخواهید که دستان خود را به بالای سرش برده و سپس آنها را بر روی لگن خود بگذارد این کار باعث انقباض عضلات سینه‌ای می‌شود. تومورهای غیر قابل لمس که باعث از شکل افتادن رباط‌های کوپر می‌شوند می‌توانند باعث فرورفتگی پوست (به هنگام انجام مانورهای فوق) بشوند. علاوه بر این زخم یا اگزمای نوک پستان باید مورد توجه قرار گیرد.

لمس:

در حالی که بیمار نشسته است باید هر یک از پستان‌ها را با روشی منظم لمس کرد. بعضی از پزشکان توصیه می‌کنند که لمس پستان در امتداد نوارهایی طولی صورت گیرد، اما نوع تکنیک لمس دقیق، احتمالاً به اهمیت لمس کردن تمام نواحی پستان نمی‌باشد. روشی که بتوان با آن پستان را بطور بسیار موثر لمس کرد، این است که این کار را به صورت دایره‌ای مرکزی که به سمت محیط پستان گسترش می‌یابد انجام دهیم. یک پستان آویزان شده را می‌توان با قراردادن یک دست در بین پستان و دیواره قفسه سینه در وضعیت ایستاده و لمس آرام پستان در بین دو دست، معاینه کرد.

البته باید بدانیم که در پستانهای بزرگ دقت معاینه پایین‌تر است و برای معاینه باید با دست مغلوب پستان را به سمت مقابل هدایت نمود و با دست غالب معاینه صورت گیرد در هر حال معاینه پستان باید بین دست و قفسه صدری انجام شود. نواحی زیربغل و بالای ترقوه را باید از نظر وجود گره‌های لنفاوی بزرگ شده، لمس کرد. زیر بغل، ربع فوقانی خارجی پستان و دنبالچه Spence در زیر بغل را باید از جهت وجود توده‌های احتمالی لمس کرد.

در حالی که بیمار به پشت خوابیده و یک دست خود را بالای سرش قرار داده است. باید پستان همان طرف را مجدداً با روش منظم از ترقوه تا لبه دنده‌ای لمس کرد. اگر پستان بزرگ باشد، یک بالش یا حوله زیر کتف قرار داده می‌شود تا سمت مورد معاینه بالا بیاید، در صورت انجام ندادن این کار، پستان به طرفین می‌افتد و لمس نیمه خارجی آن دشوارتر می‌شود.

ویژگی‌های عمده‌ای که باید در لمس پستان تعیین شوند عبارتند از: دما، ترکیب بافتی و ضخامت پوست، حساسیت منتشر یا کانونی، ندولاریته، سفتی و یا نرمی، عدم تقارن توده‌های آشکار و خروج ترشح از نوک پستان. اکثر بیماران قبل از یائسگی، به طور طبیعی پارانشیم پستانی ندولار دارند. این ندولاریته منتشر است اما عمدتاً در ربع‌های فوقانی خارجی (یعنی جایی که بافت پستانی بیشتری وجود دارد) دیده می‌شود. این ندول‌های خوش خیم پ، کوچک بوده، اندازه یکسان دارند و حدود آنها نامنظم است. در مقایسه با آنها، توده‌های بدخیم پستان معمولاً به شکل یک توده سفت و غیر حساس با حاشیه‌ای نامنظم بروز می‌کند. یک توده سرطانی، در لمس مشخصاً با ندولاریته اطراف خود تفاوت دارد.

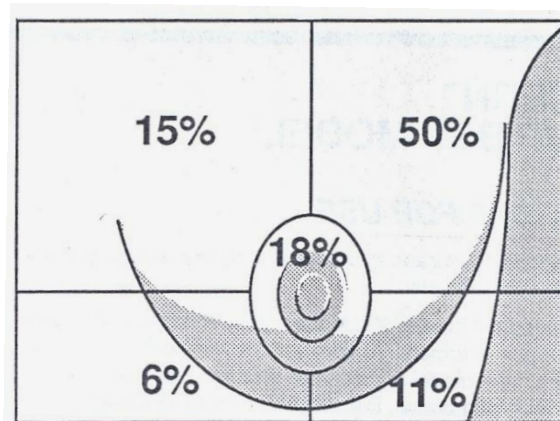
یک توده بدخیم ممکن است به پوست یا فاسیای زیر خود ثابت شده باشد. یک توده مشکوک معمولاً یک طرفه می‌باشد. اگر یافته‌های مشابه در هر دو پستان، وجود داشته باشد، بعید است که یک بیماری بدخیم مطرح باشد.

اصول انجام معاینه پستان کاملاً مشابه روش خودآزمایی پستان است و توجه به چند نکته ضروری است:

- ۱ - معاینه پستان می‌تواند در حالت نشسته و یا خوابیده به پشت انجام شود.
- ۲ - سه الگو برای لمس پستان در معاینه وجود دارد (بر اساس دوایر متحدالمركز، شعاعی و یا نوارهای عمودی).
- ۳ - توصیه می‌شود در ضمن معاینه شیوه انجام خودآزمایی پستان به بیمار آموزش داده شود.
- ۴ - توجه به نقاط شایع‌تر بروز سرطان در پستان ضروری است.
- ۵ - در معاینه پستان، معاینه کامل غدد لنفاوی زیر بغل ضروری است زیرا بسیاری از سرطان‌های پستان در ناحیه بالا و خارجی پستان رخ می‌دهد و تمایل بالائی برای درگیری غدد لنفاوی زیر بغل وجود دارد.

شایع ترین محل های تومور های بدخیم پستان:

با لمس کردن تشخیص قطعی جنس تومور امکان پذیر نبوده و بیشتر تومورها از طریق نمونه برداری قابل شناسائی می باشند گرچه این توده ها غالباً سرطانی نیستند اما هر غده ای بایستی توسط پزشک معاینه شده و برای بررسی بیشتر تا قطعی شدن تشخیص اقدام گردد.



شکل فوق نمای پستان چپ را نشان می دهد. در این شکل فراوانی بروز سرطان در مناطق مختلف پستان را مشاهده می کنید. شایع ترین محل بروز سرطان پستان ربع فوقانی خارجی در هر پستان می باشد.

راه‌های مراقبت‌های اوجام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیرزناشک

	اقدام	طبقه بندی	ارزیابی از نظر سرطان سرویکس
تاریخ مراقبت بعدی را تعیین کنید در صورت لزوم ارجاع نمایید اطلاعات را ثبت کنید	آموزش خود مراقبتی برای پیشگیری از رفتار پرخطر جنسی، پیشگیری از ابتلا به عفونتهای آمیزشی، بهبود شیوه زندگی، انجام پاپ اسمیر	بدون علامت، بدون نشانه، بدون عامل خطر	۱ - شرح حال، سوابق و عوامل خطر زیر را در زنان مورد توجه قرار دهید
	آموزش خود مراقبتی برای پیشگیری از رفتار پرخطر جنسی، پیشگیری از ابتلا به عفونتهای آمیزشی، بهبود شیوه زندگی و تکرار پاپ اسمیر هر ۵ سال	پاپ اسمیر طبیعی، متاپلازی	سن نحستین تماس جنسی و تعداد زایمان، رفتار جنسی پرخطر سابقه سرطان یا ضایعات پیش بدخیمی
	آموزش خود مراقبتی برای پیشگیری از رفتار پرخطر جنسی، پیشگیری از ابتلا به عفونتهای آمیزشی، بهبود شیوه زندگی و پاپ اسمیر پس از ۶ تا ۱۲ ماه	پاپ اسمیر Unsatisfactory	استفاده از داروها و ترکیبات هورمونی استروژنی شیوه زندگی از نظر استعمال دخانیات، مصرف نوشیدنیهای الکلی، وضعیت فعالیت بدنی، وضعیت تغذیه
	آموزش خود مراقبتی برای پیشگیری از رفتار پرخطر جنسی، پیشگیری از ابتلا به عفونتهای آمیزشی، بهبود شیوه زندگی پاپ اسمیر پس از ۶ تا ۱۲ ماه ترجیحا با سیتو براش	نمونه ناکافی Inadequate	۲ - علائم زیر را بررسی کنید: خونریزی غیرطبیعی واژینال(پس از مقاربت/ پس از یائسگی/ لکه بینی)، ترشح واژینال بدبو، درد هنگام مقاربت، درد پایدار شکمی یا لگنی یا کمری، زمان آخرین قاعدگی (سن یائسگی قطعی، آمنوره و....)
	درمان متناسب با ضایعه (پروتکل درمان عفونتهای آمیزشی) آموزش خود مراقبتی برای پیشگیری از رفتار پرخطر جنسی، پیشگیری از ابتلا به عفونتهای آمیزشی، بهبود شیوه زندگی، انجام پاپ اسمیر	عفونت واژینال (بویژه زگیل تناسلی، تبخال تناسلی، گنوکوک، کلامیدیا)، زخم تناسلی، التهاب سرویکس	۳ - از نظر موارد زیر معاینه با اسپیکولوم را انجام دهید: خونریزی، نمای ظاهری و وجود ضایعه در سرویکس، وجود توده در واژن یا سرویکس
	درمان، آموزش خود مراقبتی برای پیشگیری از رفتار پرخطر جنسی، پیشگیری از ابتلا به عفونتهای آمیزشی، بهبود شیوه زندگی، انجام پاپ اسمیر	التهاب (Inflammation) ناشی از عفونت یا سرویسیت	۴ - نتیجه پاپ اسمیر / پاپ اسمیرهای قبلی را بررسی کنید
	درمان و تکرار پاپ اسمیر پس از ۶ تا ۱۲ ماه	ASCUS	۵ - در صورت لزوم پاپ اسمیر انجام دهید انجام پاپ اسمیر از سن ۳۰ سالگی و پس از گذشت سه سال از اولین تماس جنسی هر ۵ سال یک بار
	ارجاع برای درمان آموزش خود مراقبتی برای پیشگیری از رفتار پرخطر جنسی، پیشگیری از ابتلا به عفونتهای آمیزشی، بهبود شیوه زندگی، انجام پاپ اسمیر	پولیپ دهانه رحم، سرطان یاسایر ضایعات واژن	۶ - تشخیص، طبقه بندی و ثبت کنید
	ارجاع برای کولپوسکوپی و بیوپسی	دیس پلازی HSIL (ضایعات پیش بدخیم سرویکس)	۷ - برحسب نتیجه پاپ اسمیر اقدام و در صورت لزوم ارجاع کنید
ارجاع برای کولپوسکوپی و بیوپسی	نئوپلازی ISIL/ASGUS	۸ - زمان مراقبت بعدی یا مراقبت ممتد را تعیین کنید	

سرطان دهانه رحم

سرطان دهانه رحم یکی از معدود سرطان‌های قابل پیشگیری و تشخیص زودهنگام در زنان است زیرا این بیماری یک سیر طبیعی طولانی قبل از تبدیل به سرطان دارد. میزان بروز استاندارد شده سنی سرطان سرویکس در ایران کمتر از ۳ در صد هزار نفر گزارش شده است که حاکی از بروز پایین این سرطان در کشور می باشد. اما با توجه به سیرفزاینده این سرطان اقدامات لازم برای پیشگیری و تشخیص زودهنگام آن ضرورت دارد. با توجه به شواهد علمی معتبر بین المللی و ملی، امکانات و زیرساخت‌های موجود، وضعیت بروز و شیوع سرطان سرویکس در کشور، اثربخشی و هزینه اثربخشی اقدامات پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس، همچنین بحث و تبادل نظر با اساتید و اعضای کمیته علمی و مشورتی در جلسات متعدد، آخرین تصمیمات اتخاذ شده در راستای پیشگیری و کنترل سرطان سرویکس را به شرح زیر به استحضار می رساند. این دستور العمل از این تاریخ تا زمانی که مورد بازنگری قرار نگرفته در سطح مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت کل کشور (سطح اول نظام خدمات بهداشتی) لازم الاجرا بوده و لازم است برای اطلاع رسانی به جامعه هدف، آموزش دستورالعمل به کارکنان نظام بهداشتی و نظارت بر اجرای آن اقدامات ضروری صورت پذیرد. لازم به ذکر است، افزایش آگاهی زنان و تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس، اهداف اصلی کنترل آن در نظام بهداشتی کشور ما می باشد که با رعایت اصول کلی زیر انجام می گیرد:

الف) افزایش آگاهی زنان گروه هدف

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

ب) انجام پاپ اسمیر به روش استاندارد و با استفاده از اسپاچولابه عنوان روش انتخابی تشخیص زودهنگام سرطان برای زنان کشور با توجه به شرایط زیر توصیه می شود:

- از ۳۰ سالگی تا ۷۰ سالگی برای زنان حد اقل یک بار ازدواج کرده به شرطی که سه سال از تاریخ ازدواج و شروع روابط جنسی آنها گذشته باشد.
- فاصله بین هر دو آزمایش ۵ سال و در صورتی که در طی ۱۵ سال (سه دوره ۵ ساله) نتیجه پی در پی منفی بود، هر ۱۰ سال یک بار توصیه می شود.
- مراکز ارائه خدمات بهداشتی در سیستم شبکه که نیروی انسانی و امکانات لازم را در اختیار داشته باشند می توانند با مسئولیت خود نمونه پاپ اسمیررا تهیه نمایند، به شرط آنکه امکانات آزمایشگاهی استاندارد و مورد تایید دانشگاههای علوم پزشکی برای مراجعه گیرنده خدمت و رویت و گزارش لام او وجود داشته باشد.

راهنمای مراقبتهای اوجام یافته سلامت میانسالان - ویژه غیرزنان

- آزمایشگاهها مکلف هستند که بر اساس سیستم بتسدا گزارش نمونه پاپ اسمیر را تهیه و به مراجعه کننده ارائه نمایند.
- در زنانی که هیستریکتومی شده اند، نیازی به انجام تست پاپ اسمیر نیست مگر آنکه دلیل هیستریکتومی سرطان سرویکس بوده یا سرویکس برداشته نشده باشد.
- در زنان باردار انجام پاپ اسمیر ضرورت ندارد و در صورت وجود ضایعه مشکوک در حین بارداری ارجاع به سطح تخصصی ضروری است.
- از پاپ اسمیر برای تشخیص عفونت واژینال یا سرویسیت و التهاب سرویکس یا پیگیری پاسخ به درمان عفونت نباید استفاده شود.
- آزمایش سیتولوژی بر پایه مایع برای تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس و استفاده از سیتوبراش برای انجام پاپ اسمیر در نظام خدمات بهداشتی اولیه ارزش خاصی ندارد و توصیه نمی شود.
- همچنین انجام آزمون HPV-DNA برای تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس در ایران توصیه نمی شود.

ج) اقدامات پس از دریافت پاسخ نمونه پاپ اسمیر بر اساس سیستم بتسدا:

- پاپ اسمیر طبیعی، تکرار پاپ اسمیر هر ۵ سال
- پاپ اسمیر Unsatisfactory، پاپ اسمیر پس از ۶ تا ۱۲ ماه
- پاپ اسمیر Inadequate، پاپ اسمیر پس از ۶ تا ۱۲ ماه ترجیحا با سیتوبراش
- ASCUS، پاپ اسمیر پس از ۶ تا ۱۲ ماه
- HSIL (ضایعات پیش بدخیم سرویکس)، ارجاع
- ISIL/ASGUS، ارجاع برای کولپوسکوپی