مراقبت های رده سنی 18 تا 29 سال

**پزشك**

**ويرايش دوم**

**بهمن4 9**

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعيت، خانواده ومدارس

اداره سلامت جوانان

تهيه كنندگان : دكتر محمد اسماعيل مطلق ، دكتر گلايل اردلان ، نسرين كيانپور

با تشكر از همكاري :

دكترغلامحسين صدري ،دكترناصركلانتري، دكتر محمد مهدي گويا، دكتر محمداسلامي،دكترتقي يماني، دكتر مينوالسادات محمود عربي ، دكترمجذوبه طاهري،دكترمنوچهرزينلي، طاهره امينايي ، مرضيه دشتي،ليلارجائي، دكتر طاهره سماوات ،عاليه حجت زاده ، دكتر فروزان صالحي، مينا مينايي ، دكتر پريسا ترابي، خديجه فريدون محصلي ،دكترمحسن زهرايي ، دكتر نسرين محمودي ، دكتر مهشيد ناصحي، دكتر مهدي نجمي ، معصومه افسري ، دكترمحمود نبوي ، دكتر عباس صداقت ،دكتر كيانوش كمالي ، دكترحميرا فلاحي ، دكتر ناهيد جعفري ، دكتر حسين كاظميني ، دكترسيدعليرضا مظهري ،دكتر محمدرضا رهبر، دكترشهرام رفيعي فر،دكتر پژمان اقدك،دكترغلامرضا بهرامي، راضيه اميدي، دكتررويا كليشادي،فرشته فقيهي،مريم فراهاني، دكترماهرخ كشوري،دكترشهين ياراحمدي،دكتر معصومه عليزاده ،دكتراشرف سماوات، دكتراحمدحاجبي، دكترمحمود نبوي ، دكترمهدي نجمي ، دكترحسين معصومي اصل، دكترمشيانه حدادي، دكترحسن نوري ساري،مهندس آنيتا رضايي، دكتر حسين خوشنويسان، دكترنادره موسوي فاطمي، دكترانوشه صفرچراتي ،دكترميتراحفاظي ،سميه يزداني،مريم مهرابي،دكترعليرضانوروزي،مهرومحمدصادقي،طاهره زيادلو،علي اسدي كه در تهيه وتدوين اين مجموعه مارا ياري نمودند .

**به نام خدا**

**مقدمه:**

**جوانی یکی از مراحل مهم رشدی است و طبق تعریف به گروه سنی 29-18 اطلاق می گردد.  هر چند در بررسی تغییرات رشدی عمدتا از رشد دوران کودکی و نوجوانی صحبت می‌شود، در دوران جوانی نیز تغییرات رشدی بوجود می‌آید و در نتیجه ویژگیها و نیازهایی را که خاص این دوره سنی است ایجاد می‌کنند که تامین این نیازها از اهمیت وافری برخوردار است.این نیاز ها عبارتند از جسمی ، روانی ، اجتماعی و معنوی که تامین این نیازها در سلامت فردی و اجتماعی جوان تاثیر مهمی دارد از این‌رو تامین شرایطی برای فراهم نمودن امکانات لازم برای تأمین نیازها یکی از راهبردهای اساسی در راه دستیابی به هدف نهائی تأمین ، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه است .**

**اين مهم درقانون نيز لحاظ گرديده است، بطوريكه** مطابق اصول 29، 43 و بند 12 اصل 3 قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران *برنامه­ریزی برای سلامت همه افراد جامعه* یکی از مهم­ترین وظایف دولت است. از اینرو توجه خاص به نیازمندی­های ویژه گروه­های سنی و جنسی جامعه در هر برهه از زمان و مکان الزامی می­باشد. به علاوه تاکید مقام معظم رهبری در بند 2 سیاست­های کلی سلامت مبنی بر تحقق رویکرد سلامت همه­جانبه و انسان سالم، ضرورت تغییر دیدمان سنتی درمان­محور و تک­بعدی­نگر به مقوله سلامت را به سمت دیدمانی که در آن سلامت دارای ماهیتی چندبعدی بوده و همواره بر تحقق تؤاماً ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آن تاکید می­شود، ایجاب می­کند. از سویی با توجه به جوان بودن ساختار جمعیتی کشورمان که **حدود 24 درصد جمعیت کشور** را به خود اختصاص داده است، و نیز روند رو به رشد عوامل خطر محیطی تهدیدکننده سلامت این قشر مهم از جامعه، بازنگری و یکپارچه­سازی اهداف، سیاست­ها، راهبردها و برنامه­های حوزه سلامت جوانان به ویژه گروه سنی 18 تا 29 سال را با اتخاذ رویکرد بین­بخشی و کل­نگر به مقوله سلامت بیش از پیش الزامی می­نماید.

بسته پيش رو ، پكيج ارائه خدمت براي پزشكان مي باشد .كه شامل بخش هاي ارزيابي ، طبقه بندي واقدام مي باشد .هرقسمت دربردارنده مفاهيمي است كه درذيل به پاره اي از آنها اشاره مختصري بدانها خواهد شد :

**مفهوم رنگ ها**

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

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

**ب ـ رنگ زرد نشان دهنده نياز به ارجاع غير فوری بیمار به پزشک متخصص یا مراکز درماني طی24 ساعت است.**

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

**ت ـ رنگ سفید نشان دهنده مواردی است که نیاز به ارجاع ندارند و پزشك بر اساس دستورالعمل اقداماتي انجام می دهد.**

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

**اين مجموعه مواردذيل رادربرمي گيرد:**

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

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

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

ارزيابي وضعيت تغذيه اي

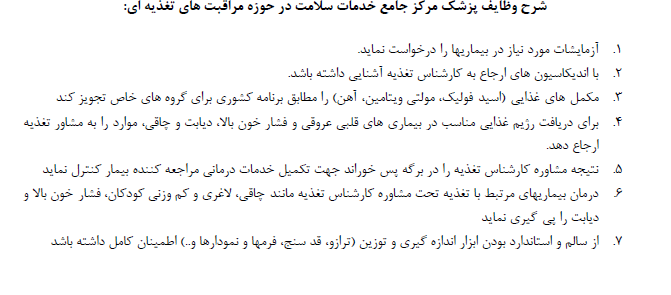
مراقبت از نظر وضعيت نمايه توده بدنی (BMI)

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

فرآيند واجرا

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | فرآيند | مسئول اجرا | محل اجرا | زمان اجرا | تجهيزات وابزار | منبع |
| 1 | معاینات بالینی | پزشک | مرکز جامع خدمات سلامت | بدو مراجعه | * ترازوی استاندارد * قدسنج- فشارسنج و گوشی | بسته خدمت سلامت |
| 2 | تشخیص بیماری | پزشک | مرکز جامع خدمات سلامت | بدو مراجعه | * ترازوی استاندارد * قد سنج- فشار سنج و گوشی و آزمایشات پاراکلینیک | بسته خدمت سلامت |
| 8 | تشخیص بیماری های همراه | پزشک | مرکز جامع خدمات سلامت | بدو مراجعه | * ترازوی استاندارد * قدسنج- فشارسنج و گوشی و آزمایشات پاراکلینیک | بسته خدمت سلامت |
| 9 | درخواست آزمایشات مورد نیاز | پزشک | مرکز جامع خدمات سلامت | بدو مراجعه در صورت لزوم | آزمایشگاه مجهز و در دسترس | * بسته خدمت سلامت استاندارد شناسنامه خدمات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی بیماریها |
| 10 | تجویز مکمل های غذایی (اسید فولیک- مولتی ویتامین، آهن) در صورت لزوم یا مطابق برنامه كشوری برای گروه های خاص | پزشک / کارشناس تغذیه | مرکز جامع خدمات سلامت | بدو مراجعه در صورت لزوم | مکمل های غذایی ( آهن- اسید فولیک- قطره A&D ، مولتی ویتامین ،مگادورز ویتامین D ) | کتاب راهنمای کشوری تغذیه برای تیم سلامت (دفتر بهبود تغذیه جامعه ) دستورالعمل های مربوطه ، سلامت (دفتر بهبود تغذیه جامعه ) دستورالعمل های مربوطه |
| 11 | ارجاع به مشاور تغذیه در اندیکاسیون های تعیین شده برای دریافت رژیم غذایی مناسب بیماری | پزشک | مرکز جامع خدمات سلامت | ارجاع از سوی پزشک | فرم های ارجاع/ سیستم های الکترونیک | کتاب راهنمای کشوری تغذیه برای تیم سلامت (دفتر بهبود تغذیه جامعه) |
| 12 | * پی گیری درمان بیماریهای مرتبط با تغذیه تحت مشاوره کارشناس تغذیه مانند اضافه وزن و چاقی، لاغری، کم خونی،فشارخون بالا، دیابت، پوکی استخوان و دیس لیپیدمی، هیپو تیروئیدی،و..... | پزشک/ کارشناس تغذیه | مرکز جامع خدمات سلامت | بر حسب زمانبندی اعلام شده قبلی | فرم های ارجاع/ سیستم های الکترونیک | کتب مرجع پزشکی / بین المللی مرجع تغذیه |





8- از صحت ودقت اندازه گيري هاي آنترو پومتريك ورسم نمودارهاي رشد كودك ووزن گيري مادر باردار توسط مراقبين سلامت اطمينان كامل داشته باشد .

9- از تعداد مبتلايان به بيماريهاي مرتبط با تغذيه (سوءتغذيه كودكان ، سوء تغذيه دانش آموزان ، كم خوني مادران باردار ، فشارخون بالا ، ديابت ، اضافه وزن وچاقي ، اطلاع داشته باشد .

10 –از انديكاسيون هاي ارجاع به كارشناس تغذيه اطلاع داشته باشد .

11- آمار تعداد ارجاعات مستقيم پزشك به كارشناس تغذيه را در دسترس داشته باشد.

12- از تعداد موارد غربالگري تغذيه ، توسط مراقبين اطلاع كامل داشته باشد.

13- از تعداد كل موارد ارجاع شده به كارشناس تغذيه وتعداد پرونده هاي تشكيل شده اطلاع داشته باشد .

14- از عملكرد كارشناس تغذيه در خصوص نظارت بر عملكرد تغذيه اي مراقب سلامت آگاهي داشته باشد.

15-از عملكرد كارشناس تغذيه اي در خصوص مديريت واجراي برنامه هاي تغذيه نظير آهن ياري ، مكمل ياري ويتامين د ، برنامه وزن گيري مادران باردار ،مكمل ياري وهفته بسيج آموزش تغذيه ، آگاهي داشته باشد .

**.**

ارزيابي وضعيت قلبي عروقي

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **1- فشار خون را بر اساس راهنمای ارزيابی وضعيت فشار خون اندازه گيری كنيد**  **2- اگر فشارخون 160 روی 10 یا بیشتر باشد مرحله 3 را انجام دهید**  **3- فشار خون در 3 نوبت جداگانه (در 3 ويزيت جداگانه) اندازه گيري و ثبت شود و بر اساس ميانگين اندازه گيري ها طبقه بندی و اقدام شود:** | فشارخون بالاي 90/140 ميلي متر جيوه | - فشارخون فشارخون 09/140 ميلي متر جيوه تا 99/159 ميلي متر جيوه | **فشارخون بالا**  **مرحله І** | **الف- تاكيد بر اصلاح شيوه زندگی و آموزش شيوه زندگی سالم**  **ب-** پيگيری تشخيصی و تعيين علت فشارخون بالا، بررسی آسيب های اعضای حياتی و شروع درمان طبق دستورالعمل و در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشك متخصص( قلب يا داخلي يا نفرولوژيست) |
| در صورتي كه فشار خون 160 روی 10 وبیشتر باشد | **فشارخون بالا**  **مرحله ІІ** | **پيگيری تشخيصی و تعيين علت فشارخون بالا، بررسی آسيب های اعضای حياتی و** شروع درمان طبق دستورالعمل و در صورت عدم پاسخ به درمان ارجاع به پزشك متخصص(قلب يا داخلي يا نفرولوژيست)  **ارجاع فوری جهت پيگيری تشخيصی و بررسی آسيب های اعضای حياتی ودرمان**  ارجاع به متخصص قلب يا داخلي ، چشم و كليه يا داخلي براي بررسي هاي دوره اي سالانه |
| **- - يا80/120 ميلي متر جيوه يا 89/139** | | **پيش فشارخون بالا**  **(پره هيپرتانسيون)** | تشويق به مراقبت **مداوم از سلامت**  **- تاكيد بر اصلاح شيوه زندگی و آموزش برای داشتن شيوه زندگی سالم**  **ارجاع به سطح اول خدمات براي مراقبت سالانه فرد به عنوان در معرض خطر** |
| **فشارخون كمتر از 80/120** | | **فشار خون طبيعی** | **- تشويق به مراقبت مداوم از سلامت**  **- آموزش برای داشتن شيوه زندگی سالم ، غربالگری سه سال بعد** |

اختلالا ت خوني

بررسی مخاط: بررسي از نظر اختلال خونی

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **- - معاينه زبان، مخاط چشم، كف دست و ناخن ها و بررسی از نظر رنگ پريدگی و زردی** | **وجود رنگ پريدگی دائمی زبان و مخاط داخل لب و پلك چشم، سياهی رفتن چشم، سرگيجه، سردرد، بی اشتهايی، حالت تهوع، خواب رفتن و سوزن سوزن شدن دست و پاها، احساس خستگی و نداشتن تمركز حواس، بی تفاوتی، ميزان هموگلوبين كم تر از 10 ميلی گرم در دسی ليتر**  **در موارد پيشرفته: گود شدن يا قاشقی شدن ناخن ها، تنگی نفس و تپش قلب، تورم قوزك پا** | **كم خونی فقر آهن** | **-درخواست آزمايش CBCdiff ,**  **در صورتي كه هموگلوبين كمتر از 10 يا مساوي 10 ميلي گرم دردسي ليتر باشد:**  **تجويز آهن المنتال به ميزان 4 تا 6 ميلي گرم به ازای هر كيلوگرم وزن بدن در سه دوز منقسم تا 8 هفته پس از طبيعی شدن اندكس های خونی**  **- آموزش خانواده در مورد تغذيه**  **- محدود كردن مصرف شير روزانه به ميزان 500 سی سی يا كم تر**  **- درخواست آزمايش خون شامل شمارش گلبولی و اندازه گيری هموگلوبين خون پس از يك ماه درمان** |
| **- در صورت عدم تغيير در ميزان هموگلوبين پس از درمان: ارجاع غير فوری بيمار به متخصص** |
| **- در صورت هموگلوبين 8 وکمتراز 8 گرم در دسی ليتر: ارجاع فوری بيمار به پزشك متخصص** |

|  |  |
| --- | --- |
| كم خونی فقر آهن به دلايلی مانند كمبود آهن در رژيم غذايی روزانه، ابتلا به بيماری های انگلی و عفونی، الگوهای غذايی نامناسب ايجاد می شود. دختران به علت خونريزی ماهيانه بيش تر در معرض خطر كم خونی قرار دارند.  راه های پيشگيری  مواد غذايی حاوی آهن در برنامه غذايی روزانه مانند گوشت قرمز، مرغ، ماهی، تخم مرغ، سبزيجات; جعفری و اسفناج، حبوبات; عدس و لوبيا منظور شود. مصرف سبزيجات مانند سالاد با غذا و مصرف مركبات بعد از غذا به جذب آهن غذا كمك می كند. مصرف مواد غذايی خشكبار، توت خشك، برگه آلو، زردآلو، انجير خشك، كشمش و خرما به عنوان ميان وعده در برنامه غذايی گنجانده شود.   |  | | --- | | بهتر است دختران هر هفته يك عدد قرص آهن به مدت 16 تا 20 هفته در طول يك سال مصرف كنند.  برای كاهش عوارض گوارشی بهتر است قرص با معده خالی مصرف نشود و پس از غذا و يا شب، قبل از خواب مصرف شود. |   افزودن مقدار كمی گوشت به غذاهای گياهی و يا سويا به جذب بهتر آهن كمك می كند. بهداشت فردی به منظور جلوگيری از ابتلا به بيماری های عفونی و انگلی رعايت شود.  زباله ها به طريق بهداشتی دفع شود. آب آشاميدنی سالم و توالت بهداشتی استفاده شود.مصرف غلات و حبوبات جوانه زده به افزايش جذب آهن كمك می كند. از جوش شيرين در تهيه نان استفاده نشود.از تنقلات غذايی كم ارزش مانند پفك و چيپس حتي المقدور استفاده نشود. |

بيماري عفوني

ارزيابي ازلحاظ هپاتيت

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| معاينه فيزيكي | **- بروز زردی/ پررنگ شدن ادرار و كم رنگ شدن مدفوع**  **- كاهش وزن خفيف 5- 5/2 كيلوگرم همراه با ساير علائم عمومی (علائم گوارشی; بی اشتهايی، تهوع، استفراغ، تب، درد مفاصل، كوفتگی عضلانی، بی حالی، سردرد)**  **- بزرگی كبد (به بزرگی طحال و غدد لنفاوی گردن نيز ترجيحاً توجه شود)**  **- ضعف، بی حالی، خستگی زودرس (موارد مزمن)** | **- هپاتيت ويروسی**  **يا**  **- هپاتيت دارويی**  **يا**  **- بيماری های متابوليك و عفونی همراه با ايكتر (نظير لپتوسپيروز)** | **- درباره واكسيناسيون، سابقه بيماری و داروهای مصرف شده و رفتار پرخطر سوال كنيد.**  **- در صورت شك به هپاتيت ويروسی، درخواست آزمايش های:**  **1- تست های كبدی/ انعقادی و Anti HBS/ Igm Anti HBC و توتال/**  **HBS** Ag / **HCV Ab**  **2- بررسی ازمان و سير پيشرونده بيماری و در صورت نياز به بستری:**  **ارجاع فوري به متخصص**  **3- در صورت وجود علائم بالينی و آزمايشگاهی هپاتيت فولمينانت و يا بارداری (در گروه سنی جوانان) ارجاع فوری**  **4- گزارش موارد مثبت هپاتيت B، C وD به معاونت بهداشتی دانشگاه**  **5- ارجاع به مراقب سلامت جهت آموزش نحوه پيشگيری از سرايت هپاتيت B، C وD / مشاوره خانواده بر اساس راهنما** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | **بررسي** | **طبقه بندي** |
| * شرح حال بگيريد ومعاينه بفرماييد | * سرفه طول كشيده بيش از دو هفته   سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه مساوي يا کمتر از دو هفته يا بدون سرفه | * نتايج 3 اسمير خلط * درخواست راديوگرافي قفسه سينه از فردداراي يك اسمير مثبت | * 2یا 3 اسمير مثبت **يا**   یک اسمير مثبت **به همراه** نشانه هاي راديوگرافيك سل در ريه=جوان مسلول اسمير مثبت   * یک اسمير مثبت و **فاقد** نشانه هاي راديوگرافيك سل در ريه **يا**   3 اسمير منفي =مشكوك به سل |

|  |
| --- |
| **اقدام** |
| * جوان را بر اساس جدول درمان كنيد و اولين دوز دارو را به جوانبخورانيد. * به تيم غير پزشك پسخوراند دهيد كه همراهان زندگي با جوان را بر اساس جدول ارزيابي مورد بررسي قرار دهد و جوان مبتلا را تا پايان مرحله حاد درمان روزانه پيگيري و هر دو هفته يك بار به پزشك مركز ارجاع و پس از آن يعني تا پايان مرحله نگهدارنده درمان، هفتگي پيگيري و ماهانه به پزشك مركز ارجاع دهد. به جوان و همراهان وي در خصوص درمان پذيري بيماري، طول مدت درمان، كنترل راه هاي سرايت و طول مدت سرايت پذيري بيماري و چگونگي برخورد با عوارض دارويي را آموزش دهيد. |
| * فردرا برای بررسی توسط فوکال پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع کنید |
| * جوان3 اسمير منفي را تحت درمان غير اختصاصي 10 تا 14 روز بر طبق برنامه كشوري سل قرار دهيد.   + فردرا دو هفته بعد پيگيري كنيد. |

مراقبت از نظر شك به سل

**\***

به جدول رژيم درماني افراد مبتلا به سل ريوي بر حسب گروه درماني در بخش راهنما مراجعه كنيد.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | | **بررسي** |
| * **سابقه/ سوء مصرف مواد مخدر، محرك ،سابقه يا وجود ارتباط جنسي خارج از چارچوب ، سابقه/ ابتلا به بيماري‌هاي ‌آميزشي ، سابقه زندان در فرد، شريك جنسي/ همسر،سابقه انجام خالكوبي، تاتو و حجامت** | * **وجود فرد معتاد به مواد مخدر ، محرك در خانواده و دوستان** * **وجود فرد مصرف كننده تفنني مواد مخدر ، محرك در خانواده و دوستان** * **خريد مواد مخدر و يا محرك و الكل، براي ديگري** * **حضور در مهمانی های با امکان مصرف موادمخدر، محرك و الكل** * **سابقه مصرف مواد مخدرمحرك‌در‌شريك‌جنسي/ همسر** | * **سابقه ارتباط جنسي محافظت نشده و بدون كاندوم ، ابتلاي شريك جنسي /همسر به ايدز يا بيماري هاي آميزشي،سابقه مصرف مواد مخدر ، محرك قبل از ارتباط جنسي** * **سابقه ارتباط جنسي با شركاي جنسي متعدد** * **سابقه ارتباط جنسي با افراد تن فروش** * **سابقه رفتارهاي جنسي پرخطر در شريك جنسي/همسر** * **وجود رفتارهاي جنسي پرخطر در اعضاي خانواده و دوستان** | * **انجام آزمايش اچ‌آي‌وي: نتيجه منفي** * **انجام آزمايش اچ‌آي‌وي: نتيجه مثبت** |

## ارزيابي وضعیت رفتارهاي پرخطر مرتبط با ايدز و بيماري‌هاي آميزشي در گروه سنی 29-18 سال

|  |  |
| --- | --- |
| طبقه بندي | **اقدام** |
| حداقل يك نشانه (سوابق فردي /عوامل خطر/آزمايش با نتيجه منفي) مشكل (سوء مصرف مواد) | * **ارجاع به مراكز/پايگاه مشاوره بيماريهاي رفتاري جهت مشاوره و آزمايش اچ‌آي‌وي يا ارجاع به مراكز بهداشتي درماني (پيوست 1) در صورت اعتياد به مواد مخدر، توصيه به مراجعه جهت درمان سوء مصرف مواد** * **آموزش/ توصيه به مطالعه ضميمه نكات آموزشي(2)** |
| حداقل يك نشانه (سوابق فردي /عوامل خطر/آزمايش با نتيجه منفي)مشكل (رفتارهاي جنسي پرخطر) | * **ارجاع به مراكز/پايگاه مشاوره بيماريهاي رفتاري جهت مشاوره و آزمايش اچ‌آي‌وي يا ارجاع به مراكز بهداشتي درماني(1)آموزش/ توصيه به مطالعه محتواي آموزشي (3)** |
| انجام آزمايش اچ‌آي‌وي: نتيجه مثبت فرد مبتلا | **ارجاع به مراكز/پايگاه مشاوره بيماريهاي رفتاري جهت دريافت خدمات (1) ،آموزش و توصيه به استفاده از كاندوم، ارجاع شريك جنسي/همسرجهت بررسي ابتلا** |
| فاقد مشكل | * **تشويق به ادامه شيوه زندگي سالم** * **توصيه به مراجعه در صورت بروز نشانه** * **آموزش/توصيه به مطالعه محتواي آموزشي(4)** |

## ارزيابي بيماري منتقله ازراه جنسي

گنوكوك وكلاميديا :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | **طبقه بندي** | **اقدام** |
| **معاينه ودوشيدن مجرا** | **ترشح از مجرا** | **ترشح وزخم دارد** | **درمان گنوكوك وكلاميديا ، آموزش ومشاره ، آموزش استفاده از كاندوم ،ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي، درمان شريك جنسي ،توصيه به مراجعه مجدد بعد از 7 روز** |
| **ترشح و زخم ژنيتال ندارد** | **آموزش ومشاره ، آموزش استفاده از كاندوم ،ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي، درمان شريك جنسي ،توصيه به مراجعه مجدددر صورت وجود علائم** |
| **زخم ژنيتال دارد** | **اقدام طبق فلو چارت** |

**عفونت لگني :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | **طبقه بندي** | **اقدام** |
| گرفتن شرح حال  انجام معاينه شكم وواژن | فقدان يا افزايش پريود ، سقط ، حاملگي يا اختلال حاملگي اخير ، گاردينگ يا ريباند تندرنس ، خونريزي واژينال غير نرمال ، توده شكمي ، تب ، تاكي كاردي وعلائم شوك | **داراي علامت است** | **ارجاع فوري به متخصص وبررسي از نظر نياز به گرفتن رگ باز ووسايل احيا** |
|  | **وجودحساسيت درحركات سرويكس ، يا زير شكم وترشح واژن** | **علامت دارد** | **درمان PID، درمان شريك جنسي ، ارزيابي مجدد پس ازسه روز** |
| **علامت ندارد** | **بررسي بيماريهاي ديگر ودرمان انها** |

**توجه :درصورتيكه PIDTدرمان شده وبعد از سه روز بيمار بهبود پيدا كرد درمان را ادامه دهيد .اموزش ومشاوره داشته باشيد ، توصيه وآموزش استفاده از كاندوم را به بيمار بدهيد وهمچنين بيمار را براي مشاوره مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ اي وي ارجاع دهيد.**

**زخم ژنيتال :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | **طبقه بندي** | **اقدام** |
| گرفتن شرح حال  انجام **معاينه** | وجود وزيكول در ناحيه دستگاه تناسلي ووزخم وجراحت | **داراي وزيكول است** | درمان تب خال وسيفليس در صورت نيازوهمينطور انجام مشاوره واموزش استفاده از كاندوم وارجاع براي ازمايش داوطلبانه اچ اي وي وعاينه بعد از 7 روز |
| **وزيكول و زخم وجراحت دارد** | درمان سيفليس وشانكروئيد وتب خال در صورت نياز وهمينطور انجام مشاوره واموزش استفاده از كاندوم وارجاع براي ازمايش داوطلبانه اچ اي وي وعاينه بعد از 7 روزدر صورتيكه زخم بهبود پيدا كرده باشد آموزش ومشاوره ، توصيه واموزش استفاده ازكاندوم ، درمان شريك جنسي وانجام آزمايش داوطلبانه اچ اي وي اگر زخم بهبود نسبي داشت 7 روز ديگر درمان را ادامه دهيد .واگر بهبود نيافت به متخصص ارجاع دهيد |
| **وزيكول وزخم وجراحت ندارد** | آموزش ومشاوره ، توصيه وآموزش استفاده از كاندوم ، ارجاع براي مشاوره وانجام ازمايش داوطلبانه |

**تورم اسكروتوم :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | **طبقه بندي** | | **اقدام** |
| گرفتن شرح حال  انجام **معاينه** | تورم ودرد در هنگام معاينه در چرخش ، بلا بردن بيضه دارد وسابقه ضربه مثبت است | **داراي علامت است** | | ارجاع فوري |
| تورم ودرد در هنگام معاينه در چرخش ، بلا بردن بيضه ندارد | **سن كمتر از 35 سال ، بيشتر از 5 گلبول سفيد در نمونه ترشح مجرا يا بيش از 10 گلبول سفيد** | **خير** | ارزيابي ساير علل |
| **درادرار صبحگاهي** | **بلي** | آموزش ومشاوره ، توصيه وآموزش استفاده از كاندوم ، ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي ، درمان شريك جنسي ، ارزيابي مجدد پس از 7 روز يا ديرتر در صورت نياز |

**خيارك اينگوينال :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | **طبقه بندي** | | **اقدام** |
| گرفتن شرح حال  انجام **معاينه** | وجود خيارك در اينگوينال وفمورال وزخم | **داراي علامت است** | | استفاده از فلوچارت زخم تناسلي |
| وجود خيارك در اينگوينال وفمورال بدون زخم | **وجود شواهد ساير بيماريهاي آميزشي** | **بلي** | استفاده از فلوچارت مربوطه |
|  | **خير** | آموزش ومشاوره ، توصيه واموزش استفاده از كاندوم ، ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي ، درمان لنفوگرانولوم ونروم وشانكروئيد، آسپيراسيون درصورت نياز ، آموزش ومشاوره براي پذيرش درمان ، توصيه وآموزش استفاده از كاندوم ، درمان شريك جنسي ، معاينه مجدد پس از 7 روز وادامه درمان ، ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي ، ارجاع در صورت نياز |

**ترشح ،سوزش يا خارش واژن:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **نشانه** | | **طبقه بندي** | | | **اقدام** |
| گرفتن شرح حال  انجام **معاينه خارجي ،(استفاده از اسپكولوم نمونه مرطوب براي تريكومونا (در صورت امكان)**  **ارزيابي خطر** | حساسيت زير شكم يا درد در حركات سرويكس | بلي | **استفاده از فلوچارت مربوطه** | | | استفاده از فلوچارت زخم تناسلي |
| خير | **ترشح موكوپرولانت وزخم**  **شيوع بالاي گنوكوك وكلاميديا**  **وجود شرايط خطر** | **بلي** | | درمان گنوكوك وكلاميديا ، باكتريال واژينوز وتريكومونا |
| **خير** | | درمان باكتريال واژينوز وتريكومونا در صورت وجود ترشح پنيري يا ادم ، قرمزي يا خراشيدگي ولو يا قارچ در اسميردرمان كانديدا آلبيكانس ، آموزش ومشاوره ، توصيه وآموزش استفاده از كاندوم ، ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي ، درمان شريك جنسي در صورت ترشحات چركي ، درمان شريك جنسي در صورت مشاهده تريكومونا با ميكروسكوپ  در صورتي ترشح پنيري يا ادم ، قرمزي يا خراشيدگي ولو يا قارچ در اسمير وجوندارد ،آموزش ومشاوره ، توصيه وآموزش استفاده از كاندوم ، ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي |
| وجود خيارك در اينگوينال وفمورال بدون زخم | | **وجود شواهد ساير بيماريهاي آميزشي** | | **بلي** | استفاده از فلوچارت مربوطه |
|  | | **خير** | آموزش ومشاوره ، توصيه واموزش استفاده از كاندوم ، ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي ، درمان لنفوگرانولوم ونروم وشانكروئيد، آسپيراسيون درصورت نياز ، آموزش ومشاوره براي پذيرش درمان ، توصيه وآموزش استفاده از كاندوم ، درمان شريك جنسي ، معاينه مجدد پس از 7 روز وادامه درمان ، ارجاع براي مشاوره وآزمايش داوطلبانه اچ آي وي ، ارجاع در صورت نياز |

بيماري غيرواگيرريوي (آسم)

مراقبت از نظر ابتلاء به آسم

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **سوال كنيد:** | * **طي يك سال گذشته علائم تنفسي شامل سرفه بيش از 4 هفته، خس خس سينه مكرر و يا تنگي نفس (به ويژه پس از فعاليت فيزيكي يا متعاقب عفونت هاي تنفسي) داشته است.**   **يا**   * **تا كنون تشخيص آسم را براي وي مطرح شده است.**   **يا**     * **تا كنون پزشك براي وي اسپري استنشاقي تجويز كرده است.** | **احتمال ابتلاء به آسم** | * **ویزیت مجدد و بررسی دقیق بر اساس کتاب راهنمای ملی آسم\*** |
| **ابتلاء به آسم** | * **اقدام بر اساس کتاب راهنمای ملی آسم\*** |
| **هيچ يك از نشانه های فوق وجود ندارد.** | **عدم ابتلاء به آسم** | * **غربالگري و ارزيابي مجدد سه سال بعد** * **ادامه مراقبت ها** |

**\* جهت کسب طلاعات بيش تر و انجام اقدامات به كتاب راهنماي ملي آسم (دستورالعمل پيشگيري، تشخيص و درمان) ويژه پزشكان مراجعه كنيد.**

اختلالات وبيماريهاي تيروئيد

ارزيابي اختلالات وبيماريهاي تيروئيد

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

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

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

اختلالات وبيماريهاي ژنتيك

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **بررسی عامل خطر/بیماری/ناهنجاری های ژنتیک** | | | |
| **ارزيابی (شناسایی مورد: غربالگری یا بیماریابی)** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **آزمايشات غربالگري زمان ازدواج** | آزمایشات غربالگری زمان ازدواج (تالاسمی) | **زوجین مشکوک به خطر تالاسمی هستند (بر اساس دستورالعمل)** | ارجاع غیرفوری به تیم مشاوره ژنتیک |
| **زوجین مشکوک به خطر تالاسمی نیستند (بر اساس دستورالعمل)** | **-** |

ارزيابي اختلالات وبيماريهاي روانپزشكي

**ارزيابي اختلالات روانپزشكي**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام و ارجاع** |
| **سوال كنيد:**   1. آیا در حال حاضر احساس می‌كنید از زندگی سیر شده‌‌اید؟ 2. آیا در حال حاضر آرزو می‌كنید كه كاش زندگی شما به پایان می‌رسید؟ 3. آیا به این فكر می‌كنید كه خود را از بین ببرید؟ 4. (در صورت پاسخ مثبت به سوال 3) فكر كرده‌ايد كه چطور اين كار را انجام دهيد؟ 5. آيا تا كنون اقدامي كرده ايد؟   **وجود موارد زیر را بررسی نمایید:**   1. دیسترس حاد هیجانی 2. ناامیدی 3. بی قراری شدید 4. خشونت 5. عدم برقراری ارتباط 6. انزوای اجتماعي | **افكار خودكشي، طرح وبرنامه خودكشي، اقدام به خودكشي** | **اورژانس روانپزشکی**  **(خودكشي)** | * چنانچه فرد نیاز به اقدام درمانی پزشکی فوری به دلیل آسیب به خود داشته باشد، اقدامات درماني براي جراحت يا مسمويت انجام شده و بيمار **ارجاع فوري** **به مركز اورژانس** شود. * درصورتي كه فرد اقدام به خودكشي كرده ولي مشكل جسمي ندارد و يا اقدامي نكرده ولي خطر جدي آسيب به خود وجود دارد: **ارجاع فوري به روانپزشك** * درصورتي كه خطر جدي آسيب به خود وجود ندارد، ولی سابفه افکار یا نقشه آسیب به خود در ماه گدشته یا اقدام به آسیب در سال گذشته وجود دارد**: ارجاع غير فوري به روانپزشك** * تا زمانی که ارزیابی انجام شود بیمار را در محیطی امن و حمایتی مرکز بهداشتی درمانی قرار دهید (وی را تنها نگذارید) * احتياط هاي زير را انجام دهيد: * وسايل خطرناك را كه ممكن است با آن ها به خود آسيب برساند از دسترس فرد دور كنيد. * درصورت امکان محيطي حمايتي و امن براي فرد فراهم آورده و در زمان انتظار، بيمار را در اتاقي آرام و مجزا قرار دهيد. * فرد را تنها نگذاريد. * براي اطمينان از امنيت فرد يك نفر از پرسنل يا يكي از اعضاي خانواده وي را براي نظارت بر بيمار تعيين كنيد. * پیگیری منظم انجام دهید. |
| **سوال كنيد:**   1. آيا نگراني زياد و نامتناسب درباره مسائل مختلف زندگي داريد؟ 2. آيا دچار حملات ناگهاني و شديد اضطراب همراه با علائم جسمي و ترس از مرگ مي‌شويد؟ 3. آيا خود را وادار به انجام كارهايي مي دانید و نمي توانيد جلوي انجام آن ها را بگيريد (شستن چند باره دست ها، وارسي چند باره چيزها)؟ 4. آيا تا كنون براي شما يا اطرافيانتان حادثه بسيار بدي اتفاق افتاده است كه مكررا آن را به خاطر بياوريد و دچار استرس شويد؟ 5. (درصورت پاسخ مثبت به سوال بالا) آيا از هر نشانه اي كه باعث يادآوري آن حادثه شود، اجتناب مي كنيد؟ | **خجالتي بودن در حد شدید و اضطراب در محيطهاي اجتماعي، نگراني درباره مسائل متعدد كه با وجود آگاهي به نامتناسب بودن قادر به كنترل آن نيست، تجربه علائم جسماني مثل تپش قلب و تنگي نفس، حملات مکرر اضطرابی** | **اختلال اضطراب منتشر/ اختلال پانيك/اختلال اضطراب اجتماعی** | * درمان دارويی با یک داروي مهارکنندة انتخابی سروتونین (SSRI) و در صورت نياز، به صورت كوتاه مدت، بنزوديازپين نيز همراه آن می تواند تجويز گردد. **(مراجعه به کتاب پشتیبان)** * **نكته:** دارو با دوز كم شروع شود و به آهستگي افزايش يابد. * **نکته:** در درمان اختلال وسواسی جبری معمولا به دوزهای بالاتری نسبت به اختلالات دیگر نیاز هست * پيگيری پاسخ دارويی پس از 4 هفته * **نکته:** در درمان اختلال وسواسی جبری معمولا به مدت زمان بیشتری برای پاسخ نیاز هست * برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: **ارجاع به کارشناس سلامت روان** * در صورت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه و در مورد سایر اختلالات عدم پاسخ پس از يك دوره درمان: **ارجاع غیرفوری به روانپزشک** |
| **وسواس به صورت اجبارهای رفتاری و یا مشغولیت های ذهنی که سبب اتلاف وقت و اختلال در روند معمول زندگی، یا کارکرد شغلی می‌شوند.** | **اختلال وسواسی-جبري** |
| **تجربه مجدد رخداد تروماتیک، اجتناب ار عوامل یادآورکننده رخداد، خلق پایین، برانگیختگی، گوش به زنگی** | **اختلال استرس پس از سانحه** |
| **سوال كنيد:**   1. آيا زود یا شدید عصباني مي شويد و با ديگران مكررا دعوا و زدوخورد مي كنيد؟ (پرسش از خود فرد يا اطرافيان) | **دعوا كردن و زد و خورد مكرر با ديگران، تحريك پذيري و پرخاشگری** | **اورژانس روانپزشکی**  **(پرخاشگري)** | * در صورت پرخاشگری شديد، احتمال آسيب به ديگران، و پرخاشگري ناشي از مصرف مواد: **ارجاع فوري به روانپزشک** * **نکته:** ضمن ارجاع درصورت ناتواني در كنترل بيمار: تزريق آمپول هالوپريدول 5 ميليگرمي و آمپول بيپريدين 5 ميليگرمي به صورت عضلاني قابل انجام است * در صورت ساير موارد قابل مديريت توسط پزشك يا خانواده: **ارجاع غير فوری به روانپزشك** و پيگيری بر اساس نوع داروهای دريافتی و توصيه های متخصص |
| **سوال كنيد:**   1. آیا در دو هفته اخیر، احساس غمگینی و غم و غصه دارید؟ 2. آیا در دو هفته اخیر احساس می کنید مثل قبل از فعالیتهای سرگرم کننده لذت نمی برید؟   موارد فوق را می‌توان از خانواده یا اطرافیان بیمار هم پرسید. (درصورت پاسخ مثبت سوالات تکمیلی بر اساس **کتاب پشتیبان** پرسیده شود) | **خلق افسرده، بي حوصلگي و کاهش علایق، گريه، احساس پوچي،تحريك پذيري، پرخاشگري، بدخلقي، رفتارهاي ناشايست و مهارگسيخته، تغيير در خواب و اشتها، اختلال در تمركز، آرزوي مرگ، افكار خودكشي يا اقدام به آن** | **افسردگي** | **در صورت تشخیص افسردگی اساسي:**   * در حالت متوسط تا شديد: درمان دارويي با یک داروي مهارکنندة انتخابی سروتونین (SSRI) یا ضدافسردگی سه حلقه ای **(مطابق كتاب پشتيبان)** * پيگيری پاسخ دارويی پس از 4 هفته * برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: **ارجاع به کارشناس سلامت روان** * در صورت امتناع از خوردن آب و غذا ، وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت، وجود خطر خودکشی،احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید: **ارجاع فوری به روانپزشک** * در صورت دارا بودن سابقه­ دوره­های مانیا یا هیپومانیا، علایم­ پسیکوتیک، عدم پاسخ به درمان دارويي، نیاز به مداخلات تخصصی غیردارویی و رواندرمانی يا عوارض جدی دارویی**: ارجاع غیرفوری به روانپزشک** * شکایات فرد را با تزریقات یا دیگر درمان های بی اثر(مانند ويتامين‌ها) مديريت نكنيد. * در صورت وجود سابقه داغديدگي: توصیه های بالا را مدنظر داشته باشید ولی در اولین مرحله درمان، داروهای ضدافسردگی یا رواندرمانی را به کار نبرید. شیوه های فرهنگی مناسب عزاداری و سازگاری را پیشنهاد و مورد بحث قرار دهید. * پذيرش درمان برای بیماری جسمی همراه را پایش كنيد، چون افسردگی می تواند همكاري در مصرف دارو را كاهش دهد. |
| **وجود موارد زیر را بررسی نمایید:**   1. رفتار و تكلم آشفته (مانند رفتارهای عجیب و غریب با صجبتی که درک آن برای مخاطب دشوار باشد) 2. واقعيت سنجي مختل و توهم یا هذيان (مثلا صداهایی می شنود یا چیزهایی می بیند که وجود ندارند یا اعتقاد به باورهای غیرطبیعی یا عجیب دارد) 3. رانندگي بي­مهابا، رفتارهاي جنسي نسنجيده و مهارگسیخته، ولخرجي شدید 4. تحریک پذیری و پرخاشگری شدید و رفتارهاي ناشايست و مهارگسيخته 5. سرخوشي زياد، پرحرفي و پرفعاليتي   (سوالات تکمیلی بر اساس **کتاب پشتیبان** پرسیده شود) | **هذیان، توهم ، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه‌گیری، كاهش ارتباط‌های اجتماعی، كم حرفي، كاهش بروز هیجان‌ها و عواطف)** | **سايكوز** | * در صورت وجود احتمال خودكشي، پرخاشگري و يا بيقراري شديد، امتناع از خوردن آب و غذا، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت: **ارجاع فوري به روانپزشک** * چنانچه علائم خودكشي و پرخاشگري وجود ندارد و بيمار تاكنون توسط روانپزشك مورد ارزيابي قرار نگرفته است: **ارجاع غير فوري به روانپزشك** * چنانچه علائم خودكشي و پرخاشگري وجود ندارد و قبلا توسط روانپزشك تشخيص مطرح ودرمان آغاز شده است (تشديد یا عود بیماری قبلي): * به فرد و مراقبين وي آموزش دهيد * وضعيت درمان را مرور كرده از اجرای درست دستورات دارویی اطمينان حاصل كنيد. * اگر فرد به درمان پاسخ مناسب نمی دهد، افزايش دوز دارو يا تغيير آن را در نظر داشته باشيد * امیدواری واقع بینانه و خوش بینی ایجاد کنید. * برای آموزش روانی به بیمار و خانواده: **ارجاع به کارشناس سلامت روان** * در صورت امتناع از خوردن دارو و ياعوارض دارويي كه به اقدامات اوليه پاسخ نداده اند، عدم كنترل علائم یا نیاز به خدمات توانبخشی**: ارجاع غير فوري به روانپزشک** * پیگیری منظم انجام دهید. |
| **سرخوشي يا تحريك پذيري بيش از حد، پرخاشگري ، فعاليت وانرژي زياد ، کاهش نیاز به خواب، پرحرفي، اعتماد به نفس بالا، تمايل به كارهاي هيجان‌آور با پيامدهاي بالقوه خطرناك (رانندگي بي مهابا، رفتارهاي جنسي نسنجيده، ولخرجي)** | **اختلال دوقطبي** |
| **وجود موارد زیر را بررسی نمایید:**   1. نشانه‌هاي جسمي (مثل درد، مشكلات گوارشي، بي حسي اندام) وجود دارد كه در بررسي‌هاي انجام شده هيچ علت عضوي براي آن پيدا نشده است؟ | **بروز علایم بیماری جسمی به‌رغم وجود شواهد پزشکی و گزارش علایم بیماری که در معاینه بالینی با اختلال جسمی خاصی قابل توجیه نمی‌باشد** | **اختلالات شبه‌جسمی** | * درصورتي كه اختلال افسردگي يا اضطرابي وجود دارد مطابق راهنما درمان گردد (بخشهای قبلی) * همدلي كردن با بيمار، گوش كردن به شكايات و اطمينان بخشي غير قضاوتمندانه و توجه به استرسورهاي اخير * انجام معاینه و آزمایش‌ها تنها در صورت بروز علایم جدید و به صورت مختصر * برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: **ارجاع به کارشناس سلامت روان** * برای کنترل علائم از تزریقات یا درمان های بی اثر مانند ویتامین استفاده نشود. * در صورت پايداري علائم و عدم کنترل آن: **ارجاع غیرفوری به روانپزشک** * **نكته:** در موارد سوگ از سوگواری و رفتار انطباقی متناسب با فرهنگ حمایت کنید و شبکه اجتماعی فرد را درگیر نمایید. * **نكته:** در موارد استرس حاد به دنبال واقعه تروماتیک، حمایت روانی اولیه را پیشنهاد دهید (کمکهای اولیه روانشناختی) که شامل گوش کردن بدون فشار بر فرد برای صحبت کردن، ارزیابی نیازها و نگرانی ها، فراهم کردن حمایت اجتماعی و محافظت از آسیب بیشتر می باشد. |
| **وجود موارد زیر را بررسی نمایید:**   1. حملاتي به مدت چند دقيقه به صورت از بين رفتن هوشياري، حركات تونيك-كلونيك اندامها، و خروج كف از دهان 2. مطرح شدن تشخيص صرع پيش از اين توسط پزشك | **حملات دوره اي تشنج به صورت از بين رفتن هوشياري، حركات تونيك كلونيك اندامها، خروج كف از دهان، بالا رفتن چشمها، به خاطر نياوردن حمله بعد از بازگشت به حالت عادي** | **صرع** | * در صورت مواجهه با صرع استاتوس يا وجود آسیب‌های بدنی مانند ضربه به سر یا سایر مناطق بدن، خونریزی و ... که حین حمله به‌وجود آمده است: **ارجاع فوري به مرکز اورژانس** (پيش از ارجاع، اقدامات برای صرع استاتوس **كتاب پشتيبان** انجام گيرد) * در صورتي كه تشخيص صرع پيش از اين مطرح شده است: اطمینان از مصرف منظم دارو، در صورت نیاز، افزايش دوز دارو، تغيير دارو يا درمان تركيبي (مطابق **كتاب پشتيبان**) * برای آموزش روانی: **ارجاع به کارشناس سلامت روان** * در صورتي كه براي اولين بار تشنج اتفاق افتاده یا به رغم اقدامات انجام شده صرع کنترل نشده است، جهت بررسي تشخيصي و درمان: **ارجاع غير فوري به روانپزشک** |
| **وجود موارد زیر را بررسی نمایید:**   1. ناتواني دريادگيري یا انجام كارهاي شخصي 2. ارتباطات اجتماعي كم و نامتناسب با سن | **ناتواني از درك صحيح صحبتهاي ديگران و پاسخ مناسب به آن، ناتواني در برقراري ارتباط مناسب و فعال با همسالان، ناتواني در يادگيري در حد همسالان، ناتواني در انجام كارهاي شخصي مثل غذا خوردن و لباس پوشيدن** | **معلولیت ذهنی** | * برای کلیه موارد جدید، جهت تایید تشخیص و انجام اقدامات احتمالی ضروری: **ارجاع غير فوري به روانپزشک** * درصورت بروز علائم جديد در بیماران قبلی، مثل اضطراب، تغييرات خلقي، يا اختلال رفتاري: **ارجاع غير فوري به روانپزشك** * برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: **ارجاع به کارشناس سلامت روان** * مشكلات طبی همراه شامل اختلال بينايي و شنوايي را درمان و مراقبت كنيد. * **نكته:** در تجويز داروهاي روانپزشكي به بيمارانی كه اختلالات تكاملي و ناتوانی ذهنی دارند احتياط كنيد چون اين افراد اغلب به عوارض اين داروها حساس ترند. |

**ارجاع به کارشناس سلامت روان به منظور دریافت مداخلات مختصر در تکمیل روند درمان و يا روانپزشك بر اساس فلوچارت ارجاع ارائه خدمات سلامت روان توسط پزشک صورت می­گیرد.**

**ارزيابي سو مصرف مواد**

مراقبت های رده سنی 18 تا 29 سال ( ویژه پزشک)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام و ارجاع** |
| **آيا فرد مسمومیت یا بيش­مصرفی مواد یا داروهای مضعف دستگاه اعصاب مرکزی را دارد؟**   * مصرف بيش از حد مواد افیونی، داروهای اُپیوئیدی تجویزی مثل ترامادول، داروهای آرام­بخش و خواب­آور يا ساير مواد مضعف دستگاه اعصاب مرکزی یا مصرف چند ماده با يا بدون مصرف بيش از حد الكل   در معاینه به موارد زیر توجه کنید:   * کاهش سطح هوشیاری در حد خواب­آلودگی عمیق، بدون پاسخ يا پاسخ اندك به تحریک دردناک * کاهش تعداد تنفس در دقیقه یا قطع تنفس * ضربان * فشار خوت * تنگ شدن مردمك (ته سنجاقی) | تنگی مردمک (یا گشادی مردمک به دلیل نرسیدن اُکسیژن ناشی از بیش­مصرفی شدید) و یک (یا بیشتر) از علائم و نشانه­های زیر در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف مواد افیونی:   1. خواب­آلودگی و اغماء 2. کلام جویده جویده 3. اختلال در توجه و حافظه | **مسمومیت (بیش­مصرفی) با مواد افیونی یا سایر داروهای مضعف دستگاه اعصاب مرکزی** | * علائم حیاتی را چک کنید. * از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل نمایید.   چنانچه ميزان تنفس کمتر از 10 باشد:   * نالوكسان 4/0 ميلي گرم زيرجلدي، تزريق عضلاني يا وريدي (براي بیش­مصرفی مواد افیونی)، در صورت لزوم تكرار نماييد. * نالوکسان در درمان بیش­مصرفی مواد افیونی مؤثر است و بر بیش­مصرفی سایر داروهای آرام­بخش و خواب­آور تأثیری ندارد. * نالوکسان یک داروی کوتاه اثر است و ممکن است پس از رفع اثر آن بیمار مجدداً دچار کاهش هوشیاری و آپنه شود. * ارجاع فوری به بیمارستان بعد از اجرای اقدامات بالا به منظور تداوم دریافت نالوکسان   چنانچه به **نالوكسان** پاسخ نداد:   * براي فرد راه هوايي و حمايت تنفسي فراهم آوريد * ارجاع فوری به بیمارستان (در صورت دسترسی اورژانس مسمومیت­ها)   برای تمام موارد مسمومیت مواد:   * بازخورد به کارشناس مراقب سلامت خانواده * توصیه به خانواده/همراهان بیمار برای مراجعه به کارشناس سلامت روان و رفتار پس از ترخیص از بیمارستان |
| **آيا فرد مسمومیت یا بیش­مصرفی مواد محرک (مت­آمفتامین) دارد؟**  در معاینه به موارد زیر توجه کنید:   * مردمك هاي متسع * برانگيختگي، افكار سريع، اختلالات تفكر، بدبینی (پارانوئيا) * مصرف اخير مت­آمفتامین (شیشه)، قرص اکستازی یا سایر مواد محرک * افزايش فشار خون و ضربان قلب (در صورت امکان و پاسخ­دهی بیمار به آرام­بخشی کلامی) * رفتارهاي خشن، پرخاش­گرانه يا ناگهانی | دو مورد (یا بیشتر) از علائم و نشانه­های زیر که در حین یا پس از مصرف مواد محرک رخ دهد:   1. تاکیکاردی یا برادیکاردی 2. گشادی مردمک­ها 3. فشار خون افزایش یا کاهش یافته 4. تعریق یا لرز 5. تهوع و استفراغ 6. شواهد کاهش وزن 7. بی­قراری یا کندی روانی، حرکتی 8. ضعف عضلانی، سرکوب تنفسی، درد قفسه صدری یا آریتمی قلبی 9. تیرگی شعور، تشنج، دیسکینزی، دیستونی یا اغماء | **مسمومیت مواد محرک** | * ایمنی خود و کارکنان را در نظر بگیرید. * از نشان دادن واکنش­های سریع و ناگهانی پرهیزد کنید. * از فنون آرام­بخشی کلامی استفاده کنید به **کتاب پشتیبان** مراجعه فرمایید.. * ديازپام خوراکی را با دوز مشخص تا زماني كه فرد آرام و مختصري خواب آلوده گردد، تجويز نماييد. برای نحوه تجویز به **کتاب پشتیبان** مراجعه فرمایید. * چنانچه علائم مراجع به آرام­بخشی کلامی و آرام­بخشی دارویی با دیازپام خوراکی مؤثر واقع نشود، ارجاع فوری را در نظر بگیرید. * چنانچه بيمار از درد قفسه سينه شكايت دارد، ‌چنانچه تاكي آريتمي وجود دارد يا بيمار تهاجمي و غيرقابل كنترل است،‌ بيمار را به صورت فوری به بيمارستان ارجاع دهید. * در جريان فاز بعد از مسموميت، در مورد افكار يا اقدام به خودكشي توجه داشته باشيد. در این ارتباط به راهنماهای مربوطه اختلالات روان­پزشکی مراجعه فرمایید. |
| **آيا فرد دچار محرومیت از مواد افیونی است؟**   * قطع (یا کاهش) مصرف مواد افیونی در فردی با سابقه مصرف مستمر و طولانی­مدت ،دردهاي عضلاني ،كرامپ­هاي شكمي * سردرد،تهوع، استفراغ،‌اسهال ،گشادی مردک­ها ،افزايش فشار خون و ضربان قلب ،خميازه كشيدن، * آبريزش از بيني * اشک ریزش * سیخ شدن موها * اضطراب * بي قراري   سؤال کنید:   * نوع ماده افیونی مصرفی، سایر مواد مصرفی، طریقه مصرف * نتایج سطح درگیری با مصرف مواد افیونی و سایر مواد را با استفاده از ابزار ASSIST مرور کنید. | وجود سه مورد یا بیشتر از موارد زیر که در عرض چندین دقیقه تا چند روز بعد از قطع مصرف یا تجویز داروی آنتاگونیست اُپیوئیدی رخ دهد:   1. کج­خلقی و خلق پایین 2. تهوع و استفراغ 3. دردهای عضلانی 4. اشک ریزش و آب ریزش بینی 5. گشادی مردمک، سیخ شدن موهای بدن یا تعریق 6. اسهال 7. خمیازه کشیدن 8. تب 9. بی­خوابی | **محرومیت از مواد افیونی** | چنانچه *دهیدراتاسیون* وجود داشته باشد:   * جایگزینی مایعات وریدی را انجام دهید   چناچه اورژانس­های روان­پزشکی همبود وجود داشته باشد (راهنمای مربوط به اختلالات روانپزشکی):   * ارجاع فوری به بیمارستان روان­پزشکی   در سایر موارد:   * ارجاع به مراکز سرپایی درمان اختلالات مصرف مواد واجد واحد درمان با داروهای آگونیست   چنانچه دسترسی به مراکز سرپایی درمان اختلالات مصرف مواد ممکن نباشد:   * درمان علامتی با کلونیدین؛ داروی ***آلفا-2 آدرنرژیک مرکزی*** بر اساس **کتاب پشتیبان** * علائم اختصاصی را بر حسب نیاز درمان کنید (اسهال، استفراغ، درد عضلانی، بی­خوابی) * برای درمان درد از داروهای ضدالتهاب غیراِستروئیدی استفاده کنید. * استفاده از داروهای ضددرد اُپیوئیدی مثل استامینوفن کدئین و ترامادول برای درمان توصیه نمی­­شود. * برای درمان تهوع، استفراغ و بی­خوابی از داروهای آنتی­هیستامین استفاده کنید. * در صورت لزوم (مشاهده دهیدراسیون) مایعات خوراکی یا وریدی تجویز کنید. |
| **آیا فرد مصرف زیان­بار سیگار، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف و مواد غیرقانونی (به جز الکل) دارد؟**  درباره مصرف اخیر سیگار، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف و مواد غیرقانونی (به جز الکل) سؤال کنید.  درباره میزان و الگوی مصرف مواد را سؤال بپرسید.  درباره طریقه مصرف مواد (تزریقی/غیرتزریقی) سؤال کنید.  درباره آسیب­های و مشکلات مرتبط با مصرف مواد سؤال بپرسید.  نتایج غربال­گری تکمیلی ASSIST انجام شده توسط کارشناس سلامت روان و رفتار را بررسی کنید.  نمره خطر اختصاصی بر هر یک از مواد را ملاحظه کنید.  آیا برای فرد احتمال تشخیص مصرف زیان­بار (آسیب­رسان) مواد مطرح است؟  ملاک­های مصرف زیان­بار (آسیب­رسان) مواد را بررسی کنید:  شواهد روشنی وجود دارد که مصرف مواد باعث آسیب به سلامت جسمی و روان­شناختی شده است.  علائم برای حداقل یک ماه یا به صورت مکرر در 12 ماه گذشته وجود داشته است.  در دوره زمانی مورد نظر ملاک­های هیچ اختلال روانی یا رفتاری دیگری (به جز مسمومیت با آن ماده) وجود نداشته باشد. | الگویی از مصرف مواد که منجر به آسیب به سلامت جسمی یا روان­شناختی فرد می­شود | **مصرف**  **زیان­بار (آسیب­رسان)** | چناچه اورژانس­های روان­پزشکی همبود وجود داشته باشد:   * ارجاع فوری به بیمارستان روان­پزشکی   در سایر موارد:   * بر اساس نتايج حاصل از غربال­گری سطح درگیری با مصرف ماده/مواد مصرفی به فرد بازخورد دهید. * ارتباط بين اين مقدار مصرف، مشكلات سلامتی فرد و خطرات كوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف فعلي را شرح دهيد. * با استفاده از تکنیک­های مداخله مختصر، علت مصرف مواد در فرد را مشخص نمایید. \* * درباره امکان­پذیر بودن کاهش و قطع مصرف تنباکو و مواد امید بدهید. * به فرد کاهش و یا قطع مصرف را توصیه کنید. * برای دریافت **مداخلات مختصر** فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. * برای استفاده از کتابچه روش­های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. * به ميزان مورد نياز و با فواصل لازم پيگيري نماييد. \*   چنانچه مصرف تزریقی مواد وجود داشته باشد:   * در صورتی که فرد سابقه مصرف تزریقی مواد دارد و وضعیت خود را از نظر ابتلاء به عفونت­های اچ­آی­وی و هپاتیت سی نمی­داند، فرد را برای انجام مشاوره و آزمایش اچ­آی­وی و هپاتیت سی ارجاع نمایید. * در صورتی که فرد به رفتار تزریق ادامه می­دهد هر 6 ماه آزمایش از نظر عفونت­های اچ­آی­وی و هپاتیت سی را تکرار کنید. * در صورتی که امکان آزمایش سریع اچ­آی­وی و یا هپاتیت سی در مرکز برای شما فراهم است آزمایش سریع را اجرا و بر اساس نتیجه آن اقدام متناسب را انجام دهید. \* * به فرد درباره امکان دریافت وسایل کاهش آسیب از کارشناس مراقبت سلامت خانواده آموزش دهید. \* * برای دریافت آموزش­های کاهش آسیب مبتنی بر مهارت های روان­شناختی، به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. |
| **آیا تظاهرات وابستگی به مواد وجود دارد؟**  **سؤال کنید:**   * درباره میزان و الگوی مصرف مواد سؤال بپرسید. * درباره طریقه مصرف مواد (تزریقی/غیرتزریقی) سؤال کنید. * از فرد در مورد میزان آمادگی برای قطع مصرف مواد سؤال کنید.   **موارد زير را جستجو نماييد:**  ارزیابی دقیقی در مورد مواد انجام دهید.  **موارد زیر را جستجو نمایید:**   * تمایل شدید یا احساس اجبار برای مصرف مواد * دشواری در کنترل مصرف مواد در شروع، متوقف کردن میزان مصرف مواد * وضعیت محرومیت جسمی از مواد زمانی که مصرف مواد کاهش یافته یا قطع شده است، که به صورت سندرم محرومیت مشخص تظاهر می یابد. * شواهد وجود تحمل شامل افزایش میزانی از ماده برای رسیدن به اثراتی مشابه که قبلاً در دوزهای کمتر ایجاد شده است. * بی توجهی پیشرونده نسبت به سایر لذت­ها یا علایق به دلیل مصرف مواد، افزایش زمان برای به دست آوردن و تهیه یا بهبودی از علائم ناشی از مواد لازم است. * تداوم مصرف مواد علی­رغم شواهد واضح مبنی بر عواقب آسیب­رسان مصرف مواد     نتیجه آزمون غربال­گری مراجع با استفاده از غربال­گری ASSIST را بررسی کنید.  **چنانچه 3 مورد یا بیشتر از ملاک­های بالا وجود داشته باشد، تشخیص سندرم وابستگی به مواد برای فرد مطرم می­گردد.** | نقص کنترل مصرف،  اُفت کارکرد اجتماعی،  مصرف پرخطر،  تحمل و محرومیت | **وابستگی به مواد** | چناچه اورژانس­های روان­پزشکی همبود وجود داشته باشد:   * ارجاع فوری به بیمارستان روان­پزشکی   چنانچه فرد آمادگی کافی برای تغییر رفتار مصرف مواد و یا ورود به یک برنامه درمانی نداشته باشد:   * تشخیص را به فرد اعلام نمایید و درباره خطرات مصرف کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف بازخورد دهید. * ارتباط بين اين مقدار مصرف، مشكلات سلامتی فرد و خطرات كوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف فعلي را شرح دهيد. \* * با استفاده از تکنیک­های مداخله مختصر، علت مصرف مواد در فرد را مشخص نمایید. \* * درباره امکان­پذیر بودن کاهش و قطع مصرف تنباکو و مواد امید بدهید. * علی­رغم آماده نبودن فرد کاهش و یا قطع مصرف را توصیه کنید. * فرد را برای دریافت مداخله مختصر معطوف به ارتقای آمادگی و تعهد فرد برای تغییر رفتار مصرف یا دریافت کمک حرفه­ای به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. * فرد را برای دریافت آموزش مبتنی بر مهارت های روان­شناختی کاهش آسیب، به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. * فرد را برای دریافت وسایل کاهش آسیب به کارشناس مراقب سلامت خانواده ارجاع دهید. * در صورت سابقه مصرف تزریقی، به اقدامات مربوط به تزریق ارجاع دهید: * در صورتی که فرد سابقه مصرف تزریقی مواد دارد و وضعیت خود را از نظر ابتلاء به عفونت­های اچ­آی­وی و هپاتیت سی نمی­داند، فرد را برای انجام مشاوره و آزمایش اچ­آی­وی و هپاتیت سی ارجاع نمایید. * در صورتی که فرد به رفتار تزریق ادامه می­دهد هر 6 ماه آزمایش از نظر عفونت­های اچ­آی­وی و هپاتیت سی را تکرار کنید. * در صورتی که امکان آزمایش سریع اچ­آی­وی و یا هپاتیت سی در مرکز برای شما فراهم است آزمایش سریع را اجرا و بر اساس نتیجه آن اقدام متناسب را انجام دهید. \* * به فرد درباره امکان دریافت وسایل کاهش آسیب از کارشناس مراقبت سلامت خانواده آموزش دهید. \* * برای دریافت آموزش­های کاهش آسیب مبتنی بر مهارت های روان­شناختی، به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.   چنانچه فرد وابسته به داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف و مواد غیرقانونی داشته باشد، تمایل به مراجعه نداشته باشد و خانواده فرد مراجعه نموده باشند:   * ارجاع خانواده به مراکز درمان اختلالات مصرف مواد برای دریافت مشاوره و نحوه برخورد با بیمار وابسته به موادی که از دریافت درمان طفره می­رود. \*   در سایر موارد، برای تمام انواع وابستگی به مواد: \*   * تشخیص را به فرد اعلام نمایید و درباره خطرات مصرف کوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف بازخورد دهید. * ارتباط بين اين مقدار مصرف، مشكلات سلامتی فرد و خطرات كوتاه مدت و طولانی مدت تداوم مصرف فعلي را شرح دهيد. * با استفاده از تکنیک­های مداخله مختصر، علت مصرف مواد در فرد را مشخص نمایید. * درباره امکان­پذیر بودن کاهش و قطع مصرف تنباکو و مواد امید بدهید. * به فرد کاهش و یا قطع مصرف را توصیه کنید. * برای دریافت حمایت­های اجتماعی مورد نظر همچون اسکان ایمن و اشتغال فرد را ارجاع دهید. * به خانواده بیمار درباره ماهیت اعتیاد و نحوه حمایت صحیح از درمان بیمار آموزش دهید. * بر حسب نوع ماده مصرفی فرد اقدامات بیشتر را در نظر بگیرید   **وابستگی به تنباکو**   * بر اساس راهنماهای **کتاب پشتیبان** درباره لزوم و نوع درمان دارویی شامل درمان جایگزین نیکوتین یا بوپرپیون تصمیم­گیری فرمایید. * برای دریافت **مداخلات مختصر گسترش یافته** فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. * برای استفاده از کتابچه روش­های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف، فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.   **وابستگی به حشیش یا مواد محرک**   * برای دریافت درمان سرپایی جامع روان­شناختی و رفتاری فرد را به مراکز درمان اختلالات مصرف مواد ارجاع دهید.   چنانچه امکان مراجعه به سطوح بالاتر برای بیمار وجود نداشته باشد:   * بر اساس راهنماهای کتاب پشتیبان در خصوص درمان علامتی محرومیت از مصرف حشیش یا مواد محرک تصمیم­گیری نمایید. * ارجاع به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت مداخله مختصر گسترش یافته * برای استفاده از کتابچه روش­های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.   **وابستگی به مواد افیونی**   * برای دریافت درمان وابستگی به مواد افیونی بر اساس پروتکل­های کشوری فرد را به مراکز درمان اختلالات مصرف مواد ارجاع دهید.   چنانچه امکان مراجعه به سطوح بالاتر برای بیمار وجود نداشته باشد:   * بازگیری با کلونیدین را در نظر بگیرید. * ارجاع به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت مداخله مختصر گسترش یافته * برای استفاده از کتابچه روش­های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.   **وابستگی به بنزودیازپین ها**   * شدت وابستگی را بررسی کنید. * بر حسب شدت وابستگی به سطوح دو یا سه ارجاع دهید. \*   چنانچه امکان مراجعه به سطوح بالاتر برای بیمار وجود نداشته باشد:   * کاهش تدریجی بنزودیازپین ها همراه با نظارت را در نظر بگیرید. * ارجاع به کارشناس سلامت روان و رفتار برای دریافت مداخله مختصر گسترش یافته * برای استفاده از کتابچه روش­های کمک به خود برای کاهش و قطع مصرف فرد را به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.   چنانچه مصرف تزریقی مواد وجود داشته باشد:   * در صورتی که فرد سابقه مصرف تزریقی مواد دارد و وضعیت خود را از نظر ابتلاء به عفونت­های اچ­آی­وی و هپاتیت سی نمی­داند، فرد را برای انجام مشاوره و آزمایش اچ­آی­وی و هپاتیت سی را اجرا نمایید. * در صورتی که فرد به رفتار تزریق ادامه می­دهد هر 6 ماه آزمایش از نظر عفونت­های اچ­آی­وی و هپاتیت سی را تکرار کنید. * در صورتی که امکان آزمایش سریع اچ­آی­وی و یا هپاتیت سی در مرکز برای شما فراهم است آزمایش سریع را اجرا و بر اساس نتیجه ان اقدام متناسب را انجام دهید. * به فرد درباره امکان دریافت وسایل کاهش آسیب از کارشناس مراقبت سلامت خانواده آموزش دهید. برای دریافت آموزش­های مبتنی بر مهارت روان­شناختی کاهش آسیب به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید. |

\*در این موارد لازم است که به کتاب پشتیبان پزشک برای مدیریت درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد مراجعه شود.

**سلامت اجتماعي**

**پزشک - گروه سنی جوانان (29- 18سالگی)**

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

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

**ارزيابي مصرف دخانيات**

مراقبت های رده سنی 18 تا 29 سال ( ویژه پزشک)

مصرف دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ارزيابی** | **نشانه ها** | **طبقه بندی** | **اقدام** |
| **سوال کنید:**   * **آیا فرد مواددخاني مصرف می­كند؟** * **آیا فرد در منزل یا اماکن عمومی در معرض** مواجههبا **دود مواد دخانی** دیگران **قرار دارد؟** * **آیا فرد، دوستان سیگاری یا مصرف کننده مواد دخانی دارد؟** | - مشکلات تنفسی بدلیل مصرف سیگارو قلیان و یا سایر مواد دخانی  **-** افت فعالیت فیزیکی  - زردی دندانها و بوی بد دهان  - کاهش وزن  - سایر علائم مرتبط با مصرف سیگار، قلیان و سایر مواد دخانی | مواد دخانی مصرف می کندو در معرض خطرات ناشی از مصرف دخانیات قرار دارد  گرايش به مواد دخاني | مطابق متن راهنماي كشوري كنترل دخانيات پزشك:   * آموزش مضرات استعمال دخانيات * بررسي و ارزيابي فرد براي سنجش ميزان آمادگي ترك مواد دخاني * شروع مشاوره براي دوره ترك مواد دخاني (در صورت تمايل فرد به ترك مواد دخاني) * آموزش پيش بينی تعديل و اجتناب از فعاليت های مرتبط با مصرف مواد دخاني * آموزش راهبردهای شناختی رفتاری برای كاهش اضطرار و ولع * انتخاب رفتارهای جايگزين مثل جويدن آدامس، خلال كردن دندان يا نوشيدن آب * تعيين و تشويق راه های جايگزين برای لذت بردن، مانند ورزش * پيش بينی و آمادگی برای موفقيت های لذت بخش و مخاطره آميز * استفاده از نيكوتين جايگزين برای كاهش علائم ترك طبق جدول راهنما * آموزش مهارت هاي زندگي از جمله « مهارت نه گفتن» ، « توانايي برقراري ارتباط» ، « توانايي مقابله با هيجانات» ، توانايي تصميم گيري» ، « مقابله با استرس» * توصيه رژيم غذايی مناسب و ورزش * آموزش راهبردهای شناختی رفتاری برای مقابله با خلق منفی مانند روش های تن آرامی * آموزش نحوه مقابله با ولع مصرف بعد از پايان بردن دوره ترك و پيشگيري از لغزش و عود مصرف * پيگيري بعد از ترك تا يك سال   توجه: ضروري است، درمان هاي دارويي و جايگزين هاي نيكوتيني بدون انجام مشاوره و آموزش رفتارهاي جايگزين انجام نشود. |
| **فرد مواد دخانی مصرف نمی کند.** | **فرد در معرض خطر شروع به مصرف دخانیات قرار دارد** | **-** آموزش مضرات استعمال دخانيات  - آموزش مهارت هاي زندگي از جمله « مهارت نه گفتن» ، « توانايي برقراري ارتباط» ، « توانايي مقابله با هيجانات» ، توانايي تصميم گيري» ، « مقابله با استرس»  - توصیه به حضور در اماکن عمومی عاری از دخانیات |

راهنماها و تو صيه ها

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

تمام ارگان‏های بدن تحت تاثیر مصرف دخانیات قرار می‏گیرند. از میان شایعترین بیماری‏هایی که با استعمال دخانیات در ارتباط هستند، می‏توان سرطان ریه، بیماری‏های آترواسکلروتیک قلبی – عروقی، بیماری‏های انسدادی مزمن ریه، حملات مغزی و سایر سرطان ها را نام برد. استعمال دخانیات به طور واضحی منجر به ایجاد بیماری عروقی قلب (انسداد و تنگی عروق تغذیه کننده قلب) می‏گردد که این مسئله منجر به علائم قلبی همچون درد قفسه سینه، تنگی نفس، حمله قلبی، بستری، ناتوانی و مرگ می‏شود. نیکوتین موجود در دود سیگار موجب افزایش واضح در ضربان قلب و بالا رفتن فشار خون می‏گردد، از سوی دیگر مونوکسید‏کربن موجود در دود سیگار موجب کاهش اکسیژن رسانی خون به قلب می‏شود. نیکوتین ومونوکسید‏کربن دیواره شرائین باز و طبیعی را تخریب می‏کنند و به مواد چربی اجازه تراوش بداخل دیواره را می‏دهند که سبب زخمی و ضخیم شدن دیواره شریان شده و تنگی آن شده و در نهایت تقریبا به طور کامل راه عبور خون را مسدود می‏کند. استعمال دخانیات همچنین عامل مهمی در بروز بیماری‏های تنفسی می‏باشد، بطوریکه عامل اصلی تشدید بیماری‏های انسدادی مزمن ریه (COPD) و سرطان ریه بوده و در کنترل آسم نیز تاثیر منفی می‏گذارد. مصرف دخانیات منجر به طیف وسیعی از اختلالات ریوی شامل آمفیزم و برونشیت مزمن می‏گردد، که با التهاب، انسداد و تخریب مجاری هوایی همراه است. از سوی دیگر تمام مصرف کنندگان مواد دخانی در معرض خطر بیشتری برای حملات مغزی هستند. در مطالعه‏ای تحت عنوان بررسی فراوانی عوامل خطر بیماران مبتلا به سکته مغزی ایسکمیک و هموراژیک نشان داده شد که در سکته مغزی ایسکمیک و هموراژیک، هیپرتانسیون، دیابت، مصرف سیگار و هیپرلپیدمی از شایع‏ترین عوامل خطر هستند، ولی مصرف سیگار در مبتلایان به سکته مغزی ایسکمیک بیشتر بود. استعمال دخانیات مقاومت معده را در برابر باکتری‏ها پایین می‏آورد و باعث تضعیف معده در خنثی‏سازی اسید معده و مقاومت در برابر آن بعد از غذا خوردن و بر جای ماندن باقی مانده اسید در معده و در نتیجه تخریب دیواره آن می شود. زخم معده افراد سیگاری به سختی درمان می‏شود و احتمال بهبودی آن تا زمانی که فرد سیگار می‏کشد، بسیار اندک است. پیری زودرس پوست و ابتلا به انواع سرطان های وخیم از دیگر آثار مصرف دخانیات می باشد. سازمان حفاظت محیط زیست آمریکا قرار گرفتن در معرض دود سیگار را در رده مواد سرطان زای گروهA قرار می‏دهد. مواد سرطانزای گروه A عوامل قطعی در ایجاد سرطان هستند. انواع سرطان‏های ایجاد شده توسط سیگار عبارتند از: سرطان ریه؛ 90-85 درصد تمام موارد سرطان ریه به علت سیگار می‏باشد. احتمال ابتلای سیگاری‏ها به سرطان ریه در مقایسه با افراد غیر سیگاری 30-20 برابر بیشتر است. خطر پیشرفت سرطان ریه تاثیر گرفته از مدت سال‏های مصرف سیگار و تعداد سیگار‏های مصرفی (یا سیگار برگ و پیپ و قلیان) روزانه فرد می‏باشد. سرطان پستان در زنان؛ ترکیبات موجود در دود مواد دخانی شامل هیدرو‏کربن‏های چند حلقه‏ای، آمین‏های معطر و نیتروز‏آمین‏ها هستند که می‏تواند آسیب‏های ژنتیکی قابل ملاحظه‏ای در سینه‏های زنان ایجاد کند. بررسی DNA افراد سیگاری جهش در ژن P53 و ارتباط بین سیگار کشیدن و بروز سرطان در پستان را تایید می‏کند. زمانی که افراد سیگاری اقدام به استفاده از درمان‏های جایگزین هورمونی در دوران یائسگی می‏کنند خطر ابتلا تا 110% افزایش می‏یابد و سایر سرطان‏ها؛ سيگاری‏ها نسبت به غير سيگاری‏ها احتمال بيشتری برای ابتلا به سرطان دهان، گلو و مری دارند. خطر اين سرطان‏ها براي پيپ و سيگار برگ بيشتر از سيگار‏های فيلتردار است. در مورد سرطان مثانه، به نظر می‏رسد تغليظ مواد سرطان‏زا در ادرار فاكتور ايجاد كننده باشد. سرطان های معده و پانكراس با شيوع بيشتري در سيگاری‏ها نسبت به غير سيگاري‏ها رخ مي‏دهد. بروز کلیه عوارض فوق الذکر برای افرادی که در معرض دود دست دوم (دود محیطی) و دست سوم (اثرات باقیمانده دود روی البسه و اشیائ در دسترس) مواد دخانی هستند بسته به میزان مواجهه قابل پیش بینی است.

**راهنمای ترك سيگار**

**مصرف کنندگان مواد دخانی که مایل به ترک آن هستند**

**روش 5As شامل ,Ask ,Advise ,Assess ,Assist ,Arrange ( سوال کنید، راهنمایی کنید، ارزیابی کنید، کمک کنید، براي پيگيري برنامه ريزي كنيد) برای افراد سیگاری که مایل به ترک آن هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد.**

**جدول شماره 1- روش 5As براي درمان مصرف و وابستگي به دخانيات:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ask در مورد مصرف دخانيات سوال كنيد** | **از هر بيمار در هر بار ويزيت ، در مورد شواهدي از وضعيت مصرف دخانيات، سوال كنيد.** |
| **Advise براي ترك دخانيات راهنمايي كنيد** | **به روشي روشن و واضح ، قوي و مستدل و مناسب براي هر فرد ، او را براي ترك ترغيب كنيد.** |
| **Assess ارزيابي كنيد** | **براي سيگاري هاي فعلي: آيا در اين لحظه مايل به ترك است؟**  **براي سيگاري هاي قبلي: چند وقت است كه ترك كرده‌ايد؟ و آيا مشكلي براي باقي ماندن در ترك داريد؟** |
| **Assist كمك كنيد** | * **براي بيماري كه مايل به ترك است درمان دارويي و مشاوره و رفتار درماني براي كمك به ترك، فراهم نماييد.** * **براي بيماراني كه در لحظه مشاوره مايل به ترك نيستند مداخلات انگيزشي براي ايجاد افزايش انگيزه و تلاش در آينده، طراحي كنيد.** * **براي كساني كه به تازگي ترك كرده اندو يا مشكلاتي در زمينه باقي ماندن در ترك دارند، پيشگيري از عود را فراهم نماييد.** |
| **Arrange براي پيگيري برنامه ريزي كنيد** | **لازم است براي تمام كساني كه A`s را دريافت كرده اند يك برنامه پيگيري، برنامه ريزي كنيد و آنان را تحت پيگيري قرار دهيد.** |

**جدول شماره 2- اصول مشترك و رايج در مشاوره هاي حمايتي:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اجزاي اساسي درمان هاي حمايتي** | | **مثال** | | | | |
| **تشويق بيمار در طي دوره ترك دخانيات** | | * **توجه بيمار را به اين نكته جلب كنيد كه درمان هاي ترك دخانيات موجود و قابل دسترس است.به اين نكته توجه كنيد كه يك دوم تمام بيماراني كه سيگار كشيده اند، در حال حاضر ترك كرده اند.بر اعتقاد خود به توانايي های بيمار براي ترك ، تاكيد كنيد.** * **توانايي بيمار را براي ترك مورد تشويق قرار دهيد.** | | | | |
| **برقراري ارتباط موثر و توجه به بيمار** | | * **از او در خصوص آن كه چه احساسي در مورد ترك دخانيات دارد، سوال كنيد.به طور مستقيم توجه و تمايل خود را براي كمك به او در هر زمان كه نياز داشت، اعلام كنيد.در خصوص ترس ها، تجربيات تلخ و احساسات دوگانه اش در دوران ترك صحبت سوال نماييد** | | | | |
| **تشويق و ترغيب بيمار به صحبت کردن در مورد مراحل ترك دخانيات** | | **در مورد مطالب زير از او سوال كنيد:**   * **دلايل بيمار براي ترك** * **دلواپسي و نگراني هاي بيمار در مورد ترك** * **مشكلاتي كه در حين ترك با آن مواجه شده ،موفقيت هايي كه در حين ترك به دست آورده** | | | | |
| **جدول شماره 3- پيشنهاداتي در خصوص استفاده باليني از داروهاي جايگزين نيكوتين در ترك دخانيات:** | | | | | | | |
| **نام دارو** | **احتياط هاي دارويي/منع مصرف** | | **عوارض** | **دوز دارو** | **نحوه استفاده** | **نوع در دسترس** | |
| **بوپروپيون اهسته رهش 150**  **Bupropion SR** | **در موارد زير استفاده نشود:**  **مصرف اخير مونوآمين اكسيداز(MAO inhibitor) ، استفاده از بوپروپيون به هر شكل ، سابقه تشنج، سابقه اختلالات گوارشي، توجه به احتمال خودكشي و مصرف داروهاي ضدافسردگي** | | **بي خوابي**  **خشكي دهان** | **150 ميلي گرم هر روز صبح به مدت سه روز سپس 150 ميلي گرم دو بار در روز** | **يك تا دو هفته قبل از ترك شروع شود**  **2 تا 6 ماه استفاده شود** | * **نوع ژنريك** * **زيبان Zyban** * **ولبوترينWelbutrin**   **(فقط با نسخه پزشك)** | |
| **آدامس نيكوتين**  **2 ميلي گرم يا 4 ميلي گرم** | * **توجه در موارد استفاده از دندان مصنوعي (چسبيدن به دندان مصنوعي)** * **اجتناب از خوردن و نوشيدن 15 دقيقه قبل و يا حين مصرف** * **مصرف اشتباهي** | | * **مزه ترش در دهان** * **سوء هاضمه** * **سكسكه، دل درد، سوزش گلو، تهوع** | * **يك آدامس هر 1تا2 ساعت (6 تا 15 آدامس در روز)** * **در موارد مصرف 1 تا 24 سيگار در روز=آدامس 2 ميلي گرمي** * **در موارد مصرف بالاي 25 سيگار در روز و يا تنباكوي جويدني=آدامس 4 ميلي گرمي** | **تا 12 هفته يا تا هر زمان كه لازم بود** | * **نوع ژنريك** * **نیکورت Nicorette**   **(بدون نسخه پزشك)** | |
| **برچسب نيكوتين** | **در موارد ابتلا به به اگزماي شديد و پسوريازيس مصرف نشود** | | * **واكنش پوستي موضعي** * **بي خوابي** | * **يك برچسب در روز** * **مصرف 10 سيگار در روز = برچسب 21 ميلي گرم به مدت 4 هفته، سپس 14 ميلي گرم 2 تا 4 هفته، سپس7 ميلي گرم 2تا4 هفته** * **مصرف كمتر از 10 سيگار در روز =برچسب 14 ميلي گرم 4 هفته، سپس 7 ميلي گرم 4 هفته** | **8 تا 12 هفته** | * **نوع ژنريك** * **نيكودرم (بدون نسخه پزشك)** * **نيكوترول (بدون نسخه پزشك)** | |
| **وارنيكلين**  **varenicline** | **در بيماران زير با احتياط مصرف شود:**  **نارسايي كليه، بيماري رواني شديد، تحت دياليز، احتياط در مصرف: مواردي از خلق لفسرده، بي قراري، تغييرات رفتاري، گزارش افكارخودكشي و خودكشي** | | * **تهوع** * **بي خوابي** * **خواب هاي روشن، و اضح و عجيب** | * **روز هاي اول تا سوم: 5/0 ميلي گرم هر صبح** * **روز هاي 4تا7 : 5/0 ميلي گرم دوبار در روز** * **از روز هشتم تا پايان درمان: 1 ميلي گرم دوباردرروز** | **يك هفته قبل از تاريخ ترك شروع شود.**  **3 تا 6 ماه درمان** | **فقط با نسخه پزشك**  **Chantix** | |
| **افشانه نيكوتين** | **احتمال خارش دهان و گلو كه با مصرف دارو بهتر مي‌شود** | | **خارش و سوزش دهان و حلق** | * **6 تا 16 بار در روز** * **هر كارتريج براي 80 بار استفاده** * **مي توان يك كارتريج نصفه را براي روز بعد نيز استفاده كرد** | **تا 6 ماه**  **در پايان دوره بايد دوز با كم شدن قطع ‌شود (tapering)** | **افشانه نيكوترول**  **Nicotrol inhaler**  **(فقط با نسخه پزشك)** | |
| **اسپري بيني نيكوتين** | * **براي بيماران آسمي نيست** * **احتمال خارش و سوزش بيني (با مصرف بهتر مي شود)، احتمال بروز وابستگي** | | **سوزش بيني** | * **يك دوز معادل يك پاف در بيني** * **1 تا 2 دوز هر ساعت ( 8 تا 40 دوز هر روز)** * **آن را استنشاق نكنيد** | **3 تا 6 ماه**  **در پايان دوره بايد دوز با كم شدن قطع شود(Tapering)** | **اسپري نيكوترول**  **Nicotrol NS**  **(فقط با نسخه پزشك)** | |
| **آب نبات نیکوتین**  **2 ميلي گرم و 4 ميلي گرم** | * **اجتناب از خوردن و آشاميدن 15 دقيقه قبل و حين مصرف** * **هر بار يك عدد** * **حداكثر 20 عدد در روز** | | **سكسكه**  **سرفه**  **سوزش سر دل** | * **مصرف اولين سيگار كمتر ازنيم ساعت بعد از بيدار شدن، 2 ميلي گرم - مصرف اولين سيگار بيش از نيم ساعت بعد از بيدار شدن، 4 ميلي گرم**   **1تا 6 هفته اول: هر 1تا2 ساعت - 7 تا9 هفته بعد:هر 2تا4 ساعت - 10تا12 هفته بعد: هر 4تا8 ساعت** | **3 تا 6 ماه** | **بدون نسخه پزشك**  **نام ژنريك**  **commit** | |
| **درمان تركيبي:**  **برچسب+بوپروپیون**  **برچسب + آدامس**  **برچسب + آبنبات+ فشانه نيكوتين** | * **در حال حاضر فقط تركيب برچسب + بوپروپيون از نظر FDA تاييد شده است.** * **به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.** | | **عوارض هر دارو در جداول بالا نوشته شده است.** | **به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.** | **به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.** | **به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.** | |

**براي پيگيري برنامه ريزي كنيد- ARRANGE**

**وابستگي به دخانيات يك اعتياد است. ترك دخانيات براي اكثريت مصرف كنندگان آن سخت است. برنامه ريزي براي پيگيري بيماراني كه براي ترك دخانيات تلاش مي كنند حايز اهميت است. اين مسئله به خصوص در زماني كه يك تيم از كارشناسان باليني به همراهي مشاوره تلفني، اين كار را انجام مي دهند، اهميت دارد.**

جدول شماره 4- از برقراري ارتباط براي پيگيري مطمئن شويد:

|  |  |
| --- | --- |
| **فعاليت** | **راه كار اجرايي** |
| **براي پيگيري بيمار چه به صورت ملاقات حضوري و يا ارتباط تلفني، برنامه اي ترتيب دهيد.** | **زمان پيگيري:**   * **پيگيري بايد بلافاصله بعد از ترك انجام شود. (ترجيحاً در عرض يك هفته بعد از ترك)- پيگيري دوم در عرض يك ماه بعد از ترك برنامه ريزي شده و ادامه پيگيري براساس نياز تنظيم شود.**   **فعاليت هاي مورد نظر در طول پيگيري:**   * **براي تمام بيماران مشكلاتي را كه ممكن است با آن مواجه شوند و يا چالش هايي كه در پيش رو خواهند داشت را شناسايي كنيد.** * **مصرف داروها و مشكلات آن را مورد ارزيابي قرار دهيد.** * **امكان تماس با خط تلفن مشاوره را به آنان ياداوري كنيد.** * **در هر بار ويزيت بر وضعيت مصرف دخانيات تاكيد كند (مصرف دخانيات را مانند يك بيماري مزمن درمان كنيد)** * **براي بيماري كه هنوز در ترك باقي مانده، تبريك بگوييد.** |

**مصرف كنندگان مواد دخاني كه مايل به ترك آن نيستند:**

**براي مصرف كنندگان دخانيات كه مايل به ترك نيستند، روشي بايد فراهم شود تا انگيزه آنان براي ترك افزايش يابد. اين مداخله به صورت 5Rs كه شامل ارتباط، خطر، پاداش ها، موانع، تكرار و بازگويي (Relevance, Risk, Rewards, Roadblocks, Repetition ) است. در اين نوع مداخله، پزشك سرفصل هاي ترك را بازگو مي كند ولي مهم اين است كه بيمار اين سرفصل ها را با زبان خودش بيان كند.در نتيجه پزشك مي تواند بر اساس پاسخ هاي بيمار، به او كمك كرده و يا مطالبي به آن اضافه كند.**

جدول شماره 5- افزايش انگيزه براي ترك دخانيات- 5RS

|  |  |
| --- | --- |
| **1- ارتباط (Relevance)** | **به بيمار، در خصوص آن كه ترك دخانيات يك مسئله كاملا شخصي است، تاكيد نماييد. اطلاعات انگيزشي، زماني بيشترين تاثير خود را خواهد گذاشت كه در ارتباط مستقیم با وضعيت فعلي بيماري فرد و عوامل خطر موثر بر آن، موقعيت خانوادگي و اجتماعي او (مانندوجود فرزندان در منزل)، وجود نگراني در خصوص سلامت شخصي، سن، جنس، و ساير خصوصيات مهم بيمار (مانند تجربه قبلي ترك و موانع فردي براي ترك) باشد.** |
| **2- خطر (Risk)** | **پزشك بايد از بيمار بخواهد تا خطرات ناشي از مصرف سيگار را برشمرده و مواردي را كه بيشتر از همه به وضعيت بيمار مربوط مي شود برجسته نمايد. مثال هايي از عوارض مصرف دخانيات :**  **عوارض حاد: كوتاه شدن نفس- شعله ور شدن حملات آسم-خطر براي بارداري- ناتواني جنسي، عقيم شدن**  **عوارض دراز مدت: سكته هاي قلبي و مغزي- سرطان هاي ريه و ديگر اندام ها( حنجره، دهان، حلق، مري، لوزالمعده، معده، كليه، مثانه ، دهانه رحم و لوسمي حاد ميلوستيك AML)–بيماري هاي انسدادي ريه (برونشيت مزمن و آمفيزم)، پوكي استخوان، ناتواني و نياز به مراقبت هاي اضافي.**  **خطرات براي محيط اطراف: افزايش خطر بروز سرطان ريه و بيماري قلبي در همسر، افزايش احتمال وزن كم موقع تولد در نوزاد ، مرگ ناگهاني نوزاد(SIDS) ، آسم ، عفونت گوش مياني و عفونت هاي تنفسي در فرزندان افراد سيگاري** |
| **3-پاداش‌ها (Rewards)** | **تيم مشاوره بايد از بيمار بخواهد تا فوايد ترك دخانيات را بر شمرده و مواردي را كه بيشتر از همه به وضعيت بيمار مربوط مي شود برجسته نمايد.**  **مثال هايي از منافع ترك دخانيات:**  **ارتقاي سلامت، بهتر شدن مزه غذاها، بهبود حس بويايي، از بين نرفتن پول و سرمايه، احساس رضايت از خود، بهتر شدن بوي خانه، ماشين، لباس و نفس بیمار، پایان یافتن نگراني ها در خصوص ترس از ترك دخانيات، نمونه خوبي براي فرزندان بودن و كاهش احتمال سيگاري شدن فرزندان در آينده ، داشتن نوزاد و بچه هاي سالم تر ، ناراحت نبودن براي اين كه ديگران در معرض دود هستند، احساس خوبي داشتن، انجام بهتر فعاليت هاي بدني، بهتر شدن ظاهر شامل کم شدن چروک های پوستی، پیری پوست و وجود دندان هاي سفيدتر** |
| **4- موانع (Roadblocks):** | **پزشک باید در مورد موانعی که در ذهن بیمار است از او سووال نموده و درمان را (توانایی حل مسئله و دارو درماني ) براي او فراهم نمايد:.**  **موانع شایع می تواند شامل موارد زیر باشد:**  **علائم سندرم پس از ترک ، ترس از شکست، افزایش وزن، نداشتن حمایت، افسردگی، لذت از مصرف دخانیات، وجود افراد سيگاري در اطراف بيمار، اطلاعات ناكافي از روش هاي مختلف موثر در درمان** |
| **5- تکرار و بازگویی (Repetition):** | **مداخلات انگیزشی باید در هر بار ویزیت بیمارانی که انگیزه کافی برای ترک ندارند، تکرار شود. باید برای کسانی که در دوره ترک قبلی خود، شکست خورده اند، بگوييم که اکثر افراد بعد از چندین بار تلاش برای ترک، بالاخره موفق به ترک کامل شده اند.** |

**مداخله لازم برای ایجاد تصمیم به ترک دخانیات، در فردی که تمایل به ترک ندارد، بر اساس اصول مصاحبه انگیزشی است.**

**جدول6- راه کار های مصاحبه انگیزشی**

|  |  |
| --- | --- |
| **بیان همدلی** | 1. **استفاده از سووالات باز برای کشف:**  * **اهمیت مصرف سیگار و دیگر مواد دخانی برای فرد (به نظر تو ترک سیگار چقدر اهمیت دارد؟)** * **نگرانی ها و فواید ترک از دیدگاه فرد (اگر ترک کنی چه اتفاقی می افتد؟)**  1. **گوش دادن فعالانه برای پیدا کردن نقاط مشترک:**  * **تکرار کلمات و یا معانی (پس فکر می کنی که مصرف سیگار به تو کمک می کند که وزن خود را ثابت نگه داری؟)** * **خلاصه کردن صحبت های گفته شده (آن چه که من شنیدم این است که سیگار کشیدن برای تو یک تفریح است ولی دوستت از سیگار کشیدن تو متنفر است و تو می ترسی که به بیماری جدی مبتلا شوی.)**  1. **طبیعی دانستن احساسات و دل واپسی ها (خیلی از مردم نگران دوران بدون سیگار خود هستند)** 2. **حمایت از اختیار و حق فرد برای انتخاب و یا رد کردن هر گونه تغییردر رفتار (من می فهمم که در حال حاضر آماده برای ترک دخانیات نیستی. من اینجا هستم تا هر زمان که کمک خواستی ، به تو کمک کنم.)** |
| **بسط اختلافات و تفاوت ها** | 1. **برجسته کردن تفاوت های بین رفتار فعلی فرد با اولویت ها ، ارزش ها و اهدافش (به نظر می آید که خودت را وقف خانواده ات کرده ای. به نظرت سیگار کشیدن تو، چه تاثیری بر فرزندان و همسرت دارد؟)** 2. **تغییر زبان مکالمه در صورت لزوم ، (پس تشخیص دادی که سیگار چطور بر رو ی تنفست تاثیر می گذارد و بازی کردن با بچه هایت را مشکل می کند.) یا (این خیلی مهم است که با وجودی که این همه کار داری و سرت شلوغ است، تصمیم گرفتی که ترک کنی)** 3. **محکم کردن توافق برای تغییر رفتار**   **(درمان های موثری که ناراحتی ناشی از ترک را آسان می کند وجود دارد و شامل مشاوره و دارو درمانی است) یا (ما مایل به ارائه کمک به شما هستیم تا از بروز یک سکته مغزی مثل آنچه که پدرتان تجربه کرد، جلوگیری کنیم)** |
| **کنار آمدن با مقاومت بیمار** | 1. **عقب نشینی کردن در صورت مقاومت بیمار (به نظر می رسد که به علت مصرف سیگار تحت فشار قرار داری؟)** 2. **بیان همدلی (تو از این که چگونه علایم سندرم ترک را مدیریت کنی، نگران هستی.)** 3. **اجازه گرفتن برای دادن اطلاعات به بیمار (دوست داری در مورد راه هایی که می تواند در زمان ترک به تو کمک کند، بشنوی؟)** |
| **حمایت از توانایی های فردی** | 1. **کمک به بیمار برای شناسایی و بنیان گذاشتن بر موفقیت های قبلی (پس تو دفعه آخری که ترک کردی، موفق بودی)** 2. **ارائه گزینه هایی برای برداشتن قدم های کوچک و موفق به سمت تغییر رفتار (تماس با خطوط مشاوره تلفنی، مطالعه در خصوص فواید و شیوه های ترک، تغییر شیوه سیگار کشیدن به طور مثال سیگار نکشیدن در منزل، ، به اشتراک گذاشتن افكار و عقايد با دیگران در مورد ترک دخانیات)** |

**برای پیگیری برنامه ریزی کنید: ممکن است بیش از یک مداخله انگیزشی برای کسی که مایل به ترک سیگار نیست، لازم باشد تا به سمت ترک سیگار برود. این مسئله اهمیت دارد که برای بیماری که سعی بر ترک دارد، یک برنامه پیگیری تنظیم شود. در ویزیت بعدی برنامه پیگیری را تنظیم کنید و مداخلات اضافی و آموزش مهارت تصمیم گیری را برای بیماری که مایل به ترک نیست، فراهم کنید.**

**ضميمه ونكات آموزشي**

**فعاليت فيزيكي**

**توصيه هاي فعاليت بدني :**

**(اين اطلاعات توسط پزشك در اختيار اطرافيان قرار مي گيرد)**

**فعاليت بدني منظم سبب مي گردد كه فرد كم تر دچار بيماري هاي مزمن مثل بيماري قلبي، هيپرتانسيون، ديابت نوع 2، استئوپروز و....... شود. جوانان با انجام فعاليت بدني متوسط تا شديد به مدت سي تا 60 دقيقه يا بيش تر در روز، سالم مي مانند. اين فعاليت ها بايد شامل فعاليت هاي آئروبيك و فعاليت هايي كه موجب استحكام و تقويت عضله و استخوان مي شوند، باشد.**

**نكته مهم: مقدار كلي فعاليت بدني در به دست آوردن مزاياي سلامتي مهم تر از شدت و مدت و تكرار فعاليت بدني يا تركيبي از فعاليت ها (آئروبيك- قدرتي- عضلاني و قدرتي- استخواني) است.**

* **. فعاليت بدني با شدت زياد 3 روز در هفته بايد انجام شود. براي انجام فعاليت بدني ايمن بايد:**
* **خطرات همراه با فعاليت بدني شناخته شودو اطمينان داشته باشيم كه انجام فعاليت بدني عليرغم احتمال اين خطرات براي اغلب افراد ايمن است.**
* **انواعي از فعاليت هاي بدني انتخاب شود كه براي افراد با سطوح آمادگي جسماني مختلف و اهداف سلامت مناسب باشد زيرا بعضي از فعاليت هاي بدني ايمن تر از بقيه هستند.**
* **مقدار فعاليت بدني، تدريجاً افزايش داده شود تا آن مقدار كه براي نيل به اهداف سلامت لازم است برسند. افراد كم تحرك بايد آهسته شروع كنند و آهسته پيش بروند.**
* **از لباس هاي محافظ و وسايل ورزشي مناسب استفاده شود و محيط ايمن براي فعاليت بدني انتخاب شود.**
* **اگر فرد، مبتلا به بيماري است حتماً با پزشك مشورت شود تا نوع و مقدار فعاليت بدني مناسب براي آن ها تعيين شود.**
* **افراد براي فعاليت هاي پايه اي تشويق شوند تا يك فرهنگ فعاليت بدني در جامعه به صورت هنجار (norm) در آيد (مثل استفاده از پدها، رفتن پياده رفتن و پارك اتومبيل چند ايستگاه قبل از مقصد و بقيه راه را پياده طي كردن)**

**بايد اين نكته يادآور شود كه فعاليت بدني تنها براي سلامت مفيد نيست بلكه مي تواند سرگرمي باشد و فرد از آن لذت ببرد.**

**نكات كليدي راهنماي فعاليت بدني**

* **بايد در روز نيم تايك ساعت (60 دقيقه) يا بيش تر فعاليت بدني داشته باشند.**
* **آيروبيك: بيش تر اين 60 دقيقه بايد شامل فعاليت هاي بدني متوسط تا شديد آيروبيك باشد و بايد شامل ورزش هاي با شدت زياد، حداقل به مدت 3 روز در هفته باشد.**
* **فعاليت هاي بدني قدرتي- عضلاني: يك بخش از 60 دقيقه فعاليت بدني را اين گروه از فعاليت هاي بدني تشكيل مي دهد و حد اقل 3 روز در هفته بايد انجام شود.**
* **فعاليت هاي بدني قدرتي- استخواني: اين نوع از فعاليت نيز بخشي از 60 دقيقه فعاليت روزانه را تشكيل مي دهد و حداقل بايد 3 روز در هفته انجام شود.**
* **اين مهم است كه جوانان ترغيب شوند تا در فعاليت هاي بدني كه مناسب سن آن ها است و از آن لذت مي برند و تنوع دارند شركت كنند.**

**فعاليت هاي آئروبيك: فعاليت هايي هستند كه عضلات بزرگ به طور ريتميك حركت داده مي شوند. مثل دو، لي لي، بالا و پايين پريدن، طناب بازي، شنا، دوچرخه سواري.**

**فعاليت هاي بدني آئروبيك قابليت هاي قلبي- ريوي را افزايش مي دهند.**

**فعاليت هاي قدرتي- عضلاني: موجب افزايش كار عضلات پيش از فعاليت آن ها (عضلات) در كارهاي روزانه مي شوند مثل وزنه برداري يا طناب كشي.فعاليت هاي قدرتي- استخواني: اين فعاليت ها موجب افزايش نيرو بر استخوان ها مي شوند و باعث رشد و افزايش قدرت استخوان ها مي گردند. اين نيروها بيش تر از طريق فشار بر روي زمين ايجاد مي شود. دويدن، پريدن،بسكتبال و تنيس مثال هايي از اين فعاليت ها است.**

**فعالیت فیزیکی**

**- فعاليت جسمي به حركاتي از بدن گفته مي شود كه به وسيله انقباض عضلات اسكلتي ايجاد و باعث مي شود مصرف انرژي به بالاتر از سطح پايه برسد. همچنين فعاليت فيزيكي به هر فعاليت بدني كه با استفاده از يك گروه يا چند گروه عضلات بزرگ ايجاد و باعث افزايش ضربان قلب و افزايش ميزان مصرف انرژي مي شود اتلاق مي گردد كه در عين حال يك عامل مهم در تعادل انرژي نيز هست. برخي منابع ديگر، هر حالتي از حركت را فعاليت فيزيكي مي نامند.❖ فعاليت جسمي از لحاظ شدت به سه درجه کم، متوسط، شدید بر اساس واحد MET يا معادل متابليكي تقسيم مي شود. MET واحدي است كه براي تخمين خرج متابوليكي (مصرف اكسيژن) هر فعاليت فيزيكي به كار برده مي شود. يك MET برابر است با انرژي پايه در زمان استراحت براي مصرف 5/3 سي سي اكسيژن به ازاي هر كيلوگرم وزن بدن در دقيقه كه بيانگر ميزان تقريبي مصرف اكسيژن يك فرد بزرگسال در حالت نشسته است.❖ فعاليت با شدت كم به فعاليت جسمي با شدت كم تر از METs 3 از قبيل نشستن، تماشاي تلويزيون و كار با رايانه اطلاق مي شود.❖ فعاليت جسمي با شدت متوسط شامل فعاليتي است كه شدت آن معادل METs 6-3 باشد. دوچرخه سواري تفريحي، شنا با سرعت متوسط، پياده روي كند، نظافت عمومي در خانه يا چمن زدن جزء فعاليت هاي فيزيكي با شدت متوسط است.❖ فعاليت شديد از قبيل دو، تمرين در كلاس ورزش، شدتي بيش از METs 6 دارد.**

**ورزش نوعي فعاليت جسمي برنامه ريزي و سازمان دهي شده است كه حركات تكراري و هدف داري آن به منظور بهبود يا نگه داري يك يا چند جزء از تناسب فيزيكي انجام مي شود.**

**تناسب فيزيكي عبارت است از توانايي انجام دادن فعاليت هاي روزانه با نيرومندي و انرژي كافي و بدون احساس خستگي، توام با انرژي فراوان و اوقات فراغت لذت بخش.**

**اهميت فشارخون بالا**

****

**تعريف فشارخون**

خون در داخل شريان ها داراي نيرويي است كه **فشارخون** ناميده مي شود و مولد آن قلب است. فشارخون به دو عامل مهم يكي برون ده قلب يعني مقدار خوني كه در هر دقيقه به وسيله قلب به درون شريان آئورت پمپ مي شود (حدود 6-5 ليتر) و عامل ديگر مقاومت رگ،يعني مقاومتي كه بر سر راه خروج خون از قلب در رگ ها وجود دارد،بستگي دارد.فشارخون داراي دو سطح حداكثر و حداقل است. در زماني كه قلب منقبض مي شود ،خون وارد شريان ها مي شود و فشارخون به حداكثر مقدار خود مي رسد كه به آن **فشارخون سيستول** مي گويند و در زمان استراحت قلب كه خون وارد شريان نمي شود ،با خروج تدريجي خون از اين شريان ها و جريان آن به سوي مويرگ ها فشارخون كاهش يافته و به حداقل مقدار خود مي رسد،كه به آن **فشارخون دياستول** مي گويند.

در هر فرد فشارخون را در دو سطح سيستول و دياستول اندازه مي گيرند.اعداد اين دو سطح به صورت كسر بر حسب ميلي متر جيوه (mmHg) نشان داده مي شود. مقدار فشارخون سيستول يا عدد بزرگتر را در صورت و مقدار فشارخون دياستول يا عدد كوچكتر را در مخرج كسر مي نويسند.مانند:**86**/**138** ميلي متر جيوه

طبق هفتمین گزارش کمیته ملي مشترک برای پیشگیری،شناسایی،ارزشیابی و درمان فشارخون بالا 8اينچ در طبقه بندی جدید براي افراد 18 سال و بالاتر، فشارخون طبیعی کمتر از **80**/**120** میلی متر جیوه ، پیش فشارخون بالا **89-80**/ **139- 120**،فشارخون بالاي درجه یک**99-90**/**159-140**و فشارخون بالای درجه دو **100**/**160** میلی متر جیوه و بیشتر در نظر گرفته شده است(جدول 1).

در اين طبقه بندي مقدار فشار خون بدون در نظر گرفتن ساير عوامل خطر و بيماري هاي همراه تعيين شده است.

* در بعضي افراد ممكن است فقط فشارخون سيستولي بالاتر از حد طبيعي باشد(140 ميليمتر جيوه يا بيشتر) مانند فشارخون **82**/ **148** ميلي متر جيوه كه به آن **فشارخون بالاي سيستولي تنها** مي گويند، فشارخون بالاي سيستولي بيشتر در افراد سالمند ديده مي شود
* فقط فشارخون دياستولي بالاتر از حد طبيعي باشد (90 ميليمتر جيوه يا بيشتر) مانند فشارخون96/ 134ميليمتر جيوه كه به آن **فشارخون بالاي دياستولي** **تنها** مي گويند.
* افرادي كه فشارخون آن ها در محدوده پيش فشارخون بالاست ،بيشتر در معرض خطر افزایش فشارخون و ابتلاء به بيماري هستند .
* در افراد مبتلا به بيماري قلبي، كليوي، سكته مغزي و ديابت فشارخون طبيعي کمتر از مقداری است که برای سایر افراد در نظر گرفته شده است،اگر فشارخون اين افراد در محدوده پيش فشارخون بالا باشد به عنوان فشارخون بالا محسوب مي شود و بايد تحت درمان قرار گيرند.
* بهترين راه براي پي بردن به مقدار فشارخون هر فرد اندازه گيري منظم آن با دستگاه فشارسنج است.
* در افرادي كه فشارخون طبيعي و كمتر از **90**/**140** ميلي متر جيوه دارند ،حداكثر 2 سال يك بار لازم است فشارخون آن ها اندازه گيري شود.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **فشارخون** | **فشارخون طبیعی** | **پیش فشارخون بالا** | **فشارخون بالاي درجه 1** | **فشارخون بالاي درجه 2** |
| **فشارخون سیستول**  بر حسب ميلي متر جيوه (mm Hg) | **كمتر از 120** | **139-120** | **159-140** | **160 و بيشتر** |
| **فشارخون دیاستول**  بر حسب ميلي متر جيوه (mm Hg) | **كمتر از80** | **89-80** | **99-90** | **100 و بيشتر** |

**جدول 1:طبقه بندی فشارخون بر مبنای JNC7**

**تعريف فشارخون بالا**

فشارخون بالا در نتيجه افزايش فشار بيش از حد طبيعي جريان خون بر ديواره شريان ها ايجاد مي شود. مقدار فشارخون باید بر اساس چند اندازه گیری که در موقعیت های جداگانه و در طول یک دوره زماني اندازه گیری شده است، تعيين شود. اگر فشارخون بطور دائمي بالاتر از حد طبيعي باشد، به آن فشارخون بالا مي گويند.

**علت فشارخون بالا**

فشارخون تحت تاثیر عوامل زیادی قرار دارد كه گاهي سبب افزایش فشارخون بیش از 20 میلیمتر جیوه می شوند. فشارخون در طول روز تحت تاثير عوامل مختلفي از جمله وضعيت بدن،فعاليت مغز،فعاليت گوارشي،فعاليت عضلاني،تحريكات عصبي،تحريكات دردناك،مثانه پر،عوامل محيطي مثل دماي هوا و ميزان صدا، مصرف دخانيات ،الكل ،قهوه و دارو تغيير مي كند.

فشارخون بالا دو نوع اولیه و ثانویه دارد.در نوع اولیه که 95% بیماران فشارخونی را شامل می شود علت بروز فشارخون بالا مشخص نیست و عوامل خطری مانند سن بالا،جنس مرد، مصرف زياد نمک،چاقی ،ديابت و سابقه خانوادگی در بروز آن دخالت دارند.در نوع ثانویه تقریبا" علت تمام انواع فشارخون ثانویه تغییر در ترشح هورمون ها و یا کارکرد کلیه ها است.این نوع فشارخون بالا با درمان بموقع بیماری های زمینه ای ،به مقدار طبيعي قابل برگشت است.

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

**آيا مي دانيد؟**

* امروزه، فشار خون بالا یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی و رو به گسترش در سطح دنیا مي باشد. اين مسئله بعلت افزايش طول عمر و شيوع عوامل موثر مانند چاقي ، كم تحركي و تغذيه ناصحيح يك مشكل بهداشتي شايع و فزاينده در دنيا شده است . داده های جهانی در سال 2000 نشان می دهد در کل 4/26% افراد بزرگسال در دنیا (6/26% مردان و 1/26% زنان) فشارخون بالا داشتند و پیش بینی می شود در سال 2025 به 2/29% (8/28% مردان و 7/29% زنان) برسد. در سال 2004 برآورد شد ،تقریبا" یک میلیارد نفر بزرگسال در دنیا (333 میلیون نفر در کشورهای اقتصادی توسعه یافته و 639 میلیون نفر در کشورهای اقتصادی در حال توسعه ) فشارخون بالا دارند و 4 ميليون نفر در سال در نتيجه مستقيم فشارخون بالا فوت مي كنند.پیش بینی می شود تا سال 2025 شیوع فشارخون بالا 60% افزایش یابد و به 56/1 میلیارد نفر برسد.سازمان جهانی بهداشت برآورد کرده است که فشارخون بالاسبب يك مرگ از هر 8 مرگ مي شود و سومين عامل كشنده در دنيا است.فشارخون بالا یکی از عوامل خطر مهم سکته های قلبی و مغزی است. در دنيا حدود 62 % بيماري عروق مغزي و 49% بيماري ایسكميك قلبی ناشي از فشارخون در محدوده مطلوب است (فشارخون سيستول بيشتر از 115 ميلي متر جيوه).در صورتی که فشارخون بالا کنترل نشود منجر به عوارض مرگباری می شود. معمولاً مبتلایان به فشار خون بالازودتر فوت می کنند و شایعترین علت مرگ در آنها بیماری های قلبی است. سکته مغزی و نارسایی کلیه نیز در رده های بعدی این فهرست قرار دارند.در بررسي عوامل خطر بيماري هاي غيرواگير در كشور در سال 1388،حدود 16% افراد 15 تا 64 سال دارای فشارخون بالا بودند.فشارخون بالا یکی از مهمترین عوامل خطرساز بیماری های قلبی عروقی و غیرواگیراست که قابل کنترل و تعدیل است.غربالگري ،تشخيص زودرس و كنترل فشارخون بالا جزء ضروري برنامه هاي پيشگيري از بيماري هاي غيرواگير مهم است.فشارخون بالا علیرغم آن که به آسانی تشخیص داده می شود غالباً بی علامت و بسیار شايع است .بهترین راه شناسایی آن اندازه گیری فشارخون توسط دستگاه فشارسنج است.درمان فشارخون سيستولي و دياستولي تا رسيدن به حد فشارخون هدف ، با كاهش عوارض قلبي عروقي شامل 40-35% كاهش متوسط در سكته مغزي ،25-20% كاهش در سكته قلبي و بيش از 50% كاهش در نارسايي قلبي همراه است. . گرچه نشان داده شده است كه درمان فشارخون بالا از بروز بيماري قلبي عروقي نیز پيشگيري مي كند و طول عمر را افزايش مي دهد
* آمار کشورهای متعدد نشان داده است که در ميان افراد مبتلا به فشارخون بالا کمتر از 60% تحت درمان هستند. اطلاع بيماران از بيماري فشارخون بالاي خود از 2/25% تا 75% و پوشش درمان از 7/10% تا 66% میزان کنترل فشارخون در بيماران از 5/45 تا 58% در متفاوت است.

**عوارض شايع فشارخون بالا**

* فشارخون بالا عامل مهم بیماری عروق کرونر قلب و ایسکمی قلبی و نیز سکته مغزی خونریزی دهنده می باشد و ارتباط مثبت و مستمر با آنها دارد.از دیگرعوارض فشارخون بالا نارسایی قلبی،بیماری عروق محیطی،خونریزی ته چشم است.درمان فشارخون بالا و کاهش آن به کمتر از 90/140 میلی متر جیوه با کاهش مهمی در عوارض بیماری قلبی عروقی همراه بوده است.
* افراد مبتلا به فشارخون بالای نسبتا" شدید(فشارخون 105-90/180-140 ميلي متر جيوه) نیز در طی چندین سال خطر بالایی از بروز عوارض وخیم را نشان می دهند.تقریبا" 30% آن ها عوارض آترواسکلروز را بروز داده و بیش از 50% دچار آسیب نهایی عضوی مربوط به افزایش فشارخون نظیر بزرگ شدن قلب و كاهش كارآيي عضله قلب،نارسایی احتقانی قلب،رتینوپاتی و نارسایی کلیه می گردند. فشارخون بالاي خفیف در صورت عدم تشخیص و درمان یک بیماری پیش رونده است.خطر بیماری قلبی عروقی از 75/115 میلی متر جیوه شروع می شود و به ازای هر افزایش فشارخون 10/20 میلی متر جیوه ، خطر دو برابر می شود. افراد دیابتی که بیماری فشارخون بالا هم دارند دو برابر بیشتر در معرض خطر مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی هستند. درمان فشارخون اثر مفیدی بر این عوارض دارد و هر 10 میلی متر جیوه کاهش در فشارخون سیستولی منجر به 15% کاهش در مرگ مرتبط با دیابت ،12% کاهش عوارض دیابت و 11% کاهش بروز سکته قلبی می شود. در افراد فشارخوني كه دخانيات مصرف مي كنند بروز سكته قلبي و بيماري كرونر قلب دو تا سه برابر نسبت به افراد سالم بيشتر است.ترك دخانيات به سرعت خطر را كاهش مي دهد.ترك سيگار بخش مهمي از پيشگيري اوليه از بيماري قلبي عروقي است. در دنيا حدود 62 % بيماري عروق مغزي و 49% بيماري ایسكميك قلبی منتسب به فشارخون در محدوده مطلوب است ( بيشتر از 115 ميلي متر جيوه).

**راه هاي كاهش فشارخون**

تصميمات درباره مديريت بيماران مبتلا به فشار خون بالا نبايد فقط بر مبناي مقادير فشارخون باشد، بلکه بايد حضور ساير عوامل خطر قلبي عروقي ،آسيب اعضای هدف و شرايط بالیني همراه نيز در نظر گرفته شود

مدیریت بیماری فشارخون بالا نه تنها بستگی به درمان دارویی بلکه به تغییر شیوه زندگی نا مناسب از جمله کم تحرکی،رژیم غذایی نامناسب ،ترک دخانیات و سایر تغییرات وابسته دارد.چندین مطالعه تایید کرده اند که عوارض فشارخون بالا با کنترل صحیح فشارخون بالا و درک بیماران از بیماری با اطلاعات مفید و عملی که توسط کارکنان بهداشتی فراهم می شود، بهبود می یابد.

از علل اصلی ناکامی در درمان فشارخون بالا بی علامت بودن بیماری و آگاهی ناکافی جامعه و به ویژه بیماران نسبت به بیماری و عوارض آن می توان ذکر کرد.

تغییرات شیوه زندگی هم در پیشگیری اولیه از بيماري و هم در كنترل فشارخون در بيماران نقش مهمي دارد.

بسیاری از افراد مبتلا به فشارخون بالا به قدر کافی به اصلاحات شيوه زندگي پاسخ نمی دهند،برای این افراد ضروری است که یک برنامه درمان دارويي فشارخون بالا داشته باشیم.

**راهنمای ارزيابی وضعيت فشارخون**

توصيه شده است فشارخون هر بار مراجعه به مراكز بهداشتي درماني اندازه گيري شود ولي در كشور ما توصيه مي شود فشارخون بچه هايي كه عوامل خطر فشارخون بالا دارند، اندازه گيري شود. اين عوامل خطر عبارتند از: 1- افرادي كه اضافه وزن دارند يا چاق هستند. ، 2افرادي كه آپنه (وقفه تنفس) موقع خواب دارند. ،افرادي كه والدين آن ها فشارخون بالا دارند. ، افرادي كه والدين آن ها بيماري عروق كرونر زودرس دارند (در زن ها قبل از 65 سالگي و در مرد ها قبل از 55 سالگي)

\* فردي كه مشكوك به فشارخون بالا است و توسط بهورز به پزشك ارجاع مي شود، پزشك بايد در سه نوبت جداگانه فشارخون فرد مشكوك به فشارخون بالا را اندازه گيري كند.

نحوه اندازه گيری فشارخون

اين اندازه گيری بايد به وسيله فشارسنج جيوه ای يا يك دستگاه بادی تنظيم شده، در حالتی كه فردنشسته و بازوی راست وی بر روی يك سطح سفت در حدود قلب قرار دارد صورت گيرد. در نظر داشتن اندازه كاف هنگام اندازه گيری فشارخون حائز اهميت است. با استفاده از كاف خيلی كوچك، فشارخون به صورت كاذب بالا نشان داده می شود. كاف دارای اندازه مناسب (عرض كاف40% محيط وسط بازو به صورتی است كه محفظه آن 80 تا 100% محيط بازو و تقريباً دو سوم طول قسمت فوقانی بازو را می پوشاند) را بايد تا فشار 20 تا 30 ميلی متر جيوه بالاتر از فشارخون سيستولی فشرد و خالی كردن كاف با **سرعت 2 تا 3 ميلی متر جيوه در ثانيه انجام شود. شروع مرحله پنجم كروتكف به عنوان شاخص فشارخون دياستولی مطرح شده است. ابزارهای الكترونيك مناسبند، اما ممكن است اندازه هايی را نشان دهند كه با فشارسنج جيوه ای سازگار نيست..**

**علل زمينه ای پر فشاری خون ثانويه**

**- بيماری های كليوی، غدد مترشحه داخلی، علل عصبی، علل روحی و روانی، علل دارويی، علل سمپاتومیمتیک**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| تست های آزمايشگاهي ضروری براي فشارخون بالا | | |
| براي شناخت علت فشارخون بالا | CBC- blood urea- cr- ca- p- uric acid، FBS  سونوگرافی كليه ها ، كامل ادرار- كشت ادرار | برای رد آنمی (معمولاً با بيماری مزمن كليه همراه است) ، بيماری كليوی، سنگ های كليوی، پيلونفريت مزمن، اسكار كليه، ناهنجاری های مادرزادی كليوی، نامساوی‌بودن اندازه كليه ها |
| برای شناخت بيماری های همراه | اندازه گيری چربی های خون، قند خون، پلی سونوگرافی | هيپرليپيدمی، سندرم متابوليك، ديابت، اختلال در خواب (آپنه خواب) |
| برای تعيين آسيب های اعضاء حياتی | اكوكارديوگرافی ، معاينه رتين | هيپرتروفی بطن چپ ، تغييرات عروقی شبكيه |
| آزمايشات اضافه اگر از نظر كلينيكی ضروری است | ادرار 24 ساعته برای اندازه گيری پروتئين و كراتینين و كليرنس كراتينين ،اسكن كليه MRI، داپلر شريان كليوی ،هولتر مانيتورينگ 24 ساعته فشارخون ،اندازه گيری سطح هورمون ها (تيروييد، آدرنال) ، اندازه گيری سطح رنين پلاسما ،اندازه گيری كاتكول آمين های خون و ادرار | برای رد بيماری مزمن كليوی ،برای رد فشارخون ناشی از بيماری نفرو واسكولر، رد فشارخون بالای روپوش سفيد،رد بيماری تيروييد و فوق كليه  رد بيماری های مينرالوكورتيكوييد ،رد بيماری فئوكروموسيتوم |

درمان دارويي فشار خون بالا

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| درمان دارويي را برای كسانی شروع مي كنيم كه فشار خون علامت دار يا آسيب اعضای حياتی (مثل هيپرتروفی بطن چپ، رتينوپاتی، پروتئينوری) دارند، فشار خون ثانويه، فشار خون بالای مرحله يك كه به اصلاح شيوه زندگی پاسخ نداده است و فشار خون بالای مرحله دو دارند. هدف از درمان فشار خون بالا در كسانی كه بيماری همراه يا آسيب اعضای حياتی را دارند، رسيدن فشار خون به كم تر از 90/140است. | | |
| ACEI ( مهار کننده آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین) | مثل انالاپریل | دوز شروع 58/0 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا 5 میلی گرم در روز  حداکثر دوز 6/0 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا 40 میلی گرم در روز |
| بلوک کننده های آنژیوتانسین | مثل لوزارتان | دوز شروع 7/0 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز 3 تا 5 میلی گرم در روز  حداکثر دوز 4/1 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز 100 میلی گرم در روز |
| بتابلوکرها | مثل پروپرانولول | دوز شروع 1 تا 2 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز  حداکثر دوز 4 میلی گرم / کیلوگرم/ در روز (640 میلی گرم در روز) |
| بلوک کننده های کانال کلسیم | مثل آمیلودیپین | دوز شروع در 6 تا 12 ساله ها 5/2 تا 5 میلی گرم در روز -حداکثر دوز 10 میلی گرم |
| دیورتیک ها\* : \* تمام بیماراني که با دیورتیک درمان می شوند باید از نظر الکترولیت ها بررسی شوند. | مثل هیدروکلروتیازید | دوز شروع 1 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز  حداکثر دوز 3 میلی گرم/ کیلوگرم/ در روز تا50 میلی گرم در روز |
| آلفا بلوكر مثل پرازوسين |  | شروع دارو با يك ميلي گرم روزانه 2تا 3 بار درروز ودوز نگهدارنده |

**پيام هاي مهم آموزشي**

**1- فشارخون خون خود را بطور منظم اندازه گيري كنيد. در صورتي كه مقدار آن از حد طبيعي بالاتر است به پزشك مراجعه كنيد.**

**2-در هر ملاقات با كاركنان بهداشتي و يا پزشك از آن ها درخواست كنيد، فشارخون شما را اندازه گيري كنند.**

**3-از مقدار فشارخون خود مطلع شويد.**

**4- در صورتي كه شيوه زندگي نا مناسب داريد، با كاهش مصرف سديم يا نمك در رژيم غذايي،ترك مصرف دخانيات،كاهش چاقي بخصوص چاقي شكمي،حفظ وزن مطلوب،افزايش فعاليت بدني ،كنترل قند خون و كنترل اختلالات چربي خون آن را اصلاح كنيد.**

**5- با اصلاح شيوه زندگي نامناسب ،فشارخون خود را كمتر از 90/140 ميلي متر جيوه و در حد طبيعي حفظ كنيد.**

**نكات آموزشي در خصوص سل ريوي :**

دقت كنيد جواني كه به شما مراجعه كرده است حداقل يكي از نشانه هاي سل ريوي (سرفه طول كشيده بيش از دو هفته، سرفه مساوي يا كمتر از دو هفته بهمراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل ) را دارد. فردبا احتمال ابتلا به سل ريوي را بشرح زير ارزيابي كنيد:

**جدول ارزيابي جوان از نظر ابتلا به سل ريوي**

در صورتي كه جواب حداقل 2 نمونه از 3 نمونه اسمير از خلط ارسالي در آزمايش مستقيم مثبت است فردتحت عنوان **سل ريوي اسمير مثبت** تحت درمان سل قرار مي گيرد.

در صورتي كه يك نمونه از 3 نمونه اسمير خلط مثبت است و علانم راديوگرافيك مؤيد سل نيز وجود داردجوان به عنوان **سل ريوي اسمير مثبت** تحت درمان سل قرار مي گيرد. فردداراي يك اسمير مثبت از خلط **بدون** نشانه هاي راديوگرافيك مؤيد سل را برای بررسی توسط فوکال پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع کنید

در صورتي كه هر 3 مورد اسمير برداري از خلط منفي است براي جوان 10 تا 14 روز درمان غير اختصاصي را طبق برنامه كشوري مبارزه با سل (استفاده نكردن از ريفامپيسين، آمينوگليكوزيد ها و كينولون ها) تجويز كنيد پس از آن در صورتي كه نشانه هاي بهبودي ظاهر نشود و نشانه هاي باليني پايدار باقي بمانند از خلط فرددر همان زمان مراجعه ( بعد از 14 روز)، مجددا 3 نمونه از خلط همانند نوبت اول، اسمير تهيه شود. چنانچه از 3 مورد اسمير مجدد حتي يك مورد اسمير خلط، مثبت است جوان تحت عنوان **سل ريوي اسمير مثبت** تحت درمان سل قرار مي گيرد. چنانچه هر سه مورد اسمير مجدد خلط منفي است در صورت وجود نشانه هاي راديوگرافيك مؤيد سل،فرد جهت بررسی وجود **سل ريوي اسمير منفي** به مركز تخصصي/ كميته فني سل ارجاع مي شود .

**جوان را از نظر ابتلا به سل طبقه بندي کنيد**

جوان را با توجه به نشانه ها، نتايج اسمير برداري ها و راديوگرافي بشرح زير طبقه بندي کنيد:

* فرد داراي 2 **يا** 3 اسمير مثبت از خلط يا داراي يك اسمير مثبت از خلط **به همراه** نشانه هاي راديوگرافيك مؤيد سل در طبقه بندي **"** جوان مسلول اسمير مثبت **"** قرار مي گيرد. فرد را مطابق با جدول (برنامه كشوري مبارزه با سل) درمان كنيد. به تيم غير پزشك پسخوراند دهيد كه همراهان زندگي با جوان را بر اساس جدول ارزيابي مورد بررسي قرار دهد و فرد مبتلا را تا پايان مرحله حمله ای درمان روزانه پيگيري و هر دو هفته يك بار به پزشك مركز ارجاع و پس از آن يعني تا پايان مرحله نگهدارنده درمان، ترجیحا بصورت روزانه و در صورت عدم امکان، بصورت هفتگي پيگيري و ماهانه به پزشك مركز ارجاع دهد. به جوان و همراه وي در خصوص درمان پذيري بيماري، طول مدت درمان، كنترل راه هاي سرايت و طول مدت سرايت پذيري بيماري و چگونگي برخورد با عوارض دارويي را آموزش دهيد.

فردداراي يك اسمير مثبت از خلط **بدون** نشانه هاي راديوگرافيك مؤيد سل **يا** داراي هر 3 اسمير منفي از خلط است در طبقه بندي **"** مشكوك به سل **"** قرار مي گيرد.پيگيري و بررسي در اين زمينه در قسمت ارزيابي عنوان شده است.

**مداخلات آموزشي به منظور مراقبت از بيماري سل:**

توصيه هاي كلي

* + برخورداري از تهويه و نور كافي (تابش مستقيم نور آفتاب در ساعاتي از روز در اتاق بيمار) ، تغذيه مناسب ، مصرف صحيح و مرتب دارو، طول مدت درمان (درمان حمله اي و نگاهدارنده)، تعداد و نوع دارو هاي تجويزي، زمان مصرف دارو، عوارض دارويي و راه هاي مقابله با آن، اهميت مصرف مرتب و مستمر و صحيح دارو،كنترل راه هاي سرايت بيماري، طول مدت سرايت پذيري بيماري

**درمان:**

در درمان سل دو گروه درماني وجود دارد. بيماران جديد در گروه درماني يك قرار گرفته و از برنامه درماني كوتاه مدت 6 ماهه كه از دو مرحله حمله ای و نگهدارنده تشكيل شده بهره مي گيرند؛ به این ترتیب که:در مرحله حمله اي از 4 داروي ايزونيازيد، ريفامپيسين، پيرازيناميد و اتامبوتول به مدت 2 ماه با نظارت مستقيم كارمند بهداشتي مربوطه بصورت روزانه استفاده مي شود.

در مرحله نگهدارنده از 2 داروي ايزونيازيد و ريفامپيسين به مدت 4 ماه با نظارت مستقيم كارمند بهداشتي مربوطه (که باید ترجیحا بصورت روزانه و در صورت عدم امکان بصورت هفتگي ارائه شود) استفاده مي شود.در گروه 2 درمانی، قبل از آغاز درمان، نمونه خلط برای انجام آزمایشات کشت و حساسیت دارویی ارسال و سپس درمان بیمار مطابق جدول برنامه درمانی شروع می شود.

**برنامه درماني جوان مبتلا به سل :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| گروه درمانی | | مرحله حمله اي درمان | | مرحله نگاهدارنده درمان | |
| دارو | مدت درمان (ماه) | دارو | مدت درمان (ماه) |
| 1 | مورد جدید سل ریوی اسمير مثبت و اسمير منفي (جوان مبتلا به سل ریوی در گذشته هرگز درمان سل دریافت نکرده ) و یا (کمتر از یکماه درمان گرفته است) | HRZE  ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول | 2 | HR  ایزونیازید+ ریفامپین | 4 |
| 2 | مورد تحت درمان مجدد (شكست درمان، عود یا غیبت از درمان) | HRZES  ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول + استرپتومایسین | 2 | HRE  ایزونیازید+ ریفامپین+ اتامبوتول | 5 |
| و سپس HRZE  ایزونیازید+ ریفامپین+ پیرازینامید + اتامبوتول | 1 |

منبع: برنامه كشوري پيشگيري و مبارزه با سل

جدول اشكال دارويي و مقدار تجويز روزانه داروهاي خط اول ضد سل

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| دارو | دوز روزانه (mg/kg) | فراورده هاي ژنريك ايران |
| ايزونيازيد (H) | (6-4) 5 | قرص هاي 100-300 ميلي گرم |
| ريفامپيسين (R) | (12-8)10 | كپسول هاي 150-300 ميلي گرم |
| پيرازيناميد (Z) | (30-20) 25 | قرص 500 ميلي گرم |
| اتامبوتول (E) | (20-15) 15 | قرص 400 ميلي گرم |
| استرپتومايسين (S) | (18-12) 15 حداكثر 750 ميلي گرم | ويال يك گرمي |

**پيگيري**

جوان مسلول اسمير مثبت **رادو هفته پس از شروع درمان مرحله حاد بشرح زير پيگيري كنيد:**

* از جوان در خصوص نحوه مصرف دارو و عوارض ناشي از آن و عمل به توصيه ها سؤال كنيد در صورتي كه فرد عملكرد صحيحي داشته است به ادامه عمل تشويق كنيد در غير اين صورت وي را مجددا آموزش دهيد. در صورت بروز عوارض شديد دارويي مطابق با اقدامات لازم در جدول عوارض شديد دارويي (ارجاع فوري يا غير فوري، تغيير دارو و...) عمل كنيد. در صورت بروز عوارض خفيف دارويي، درمان علامتي را براي عوارض دارويي مطابق برنامه كشوري سل شروع كنيد. درمان را با همان دوز اوليه ادامه دهيد. به تيم غير پزشك پسخوراند دهيد كه جوان مبتلا را تا پايان مرحله حمله ای درمان روزانه توسط غير پزشك پيگيري و هر دو هفته يك بار به پزشك مركز ارجاع و پس از آن يعني تا پايان مرحله نگهدارنده درمان، ترجیحا بصورت روزانه و در صورت عدم امکان، بصورت هفتگي توسط غير پزشك پيگيري و ماهانه به پزشك مركز ارجاع دهد.
* این پیگیری ها را در مرحله حمله ای درمان هر دو هفته یکبار و سپس بصورت هفتگی تکرار کنید و نتیجه آن را در پرونده بیمار ثبت کنید.

چنانچه جوان مبتلا به سل ریوی در گذشته هرگز درمان سل دریافت نکرده ( و یا کمتر از یکماه درمان گرفته است)، وی را مورد جدید سل محسوب کرده و برای وی در پايان ماه دوم، چهارم و ششم درمان، هر بار دو نمونه اسمير خلط تهیه کنید .چنانچه حداقل يكي از 2 نمونه خلطي كه 2 ماه پس از شروع درمان (یعنی پايان مرحله حمله ای) ، از فرد تهيه مي شود مثبت باشد، نمونه خلط برای انجام آزمایش کشت و آنتی بیوگرام ارسال و همزمان درمان مرحله حمله ای درمان را یکماه ادامه داده و سپس آزمایش اسمیر خلط برای بیمار را تکرار کنید. و بدون توجه به مثبت و يا منفي شدن نتيجه آزمايش، درمان نگهدارنده را براي جوان شروع كنيد.

* چنانچه جوان به مدت كمتر از 4 هفته قطع دارو داشته درمان قبلي را همچنان ادامه دهيد فقط به تعداد روز هايي كه فرد دارو مصرف نكرده به طول درمان وي اضافه كنيد. چنانچه جوان بين4 تا 8 هفته قطع دارو داشته از تيم غير پزشك (كارمند بهداشتي مربوطه) بخواهيد كه مجددا از فرد بايد نمونه خلط تهيه كند. چنانچه اسمير خلط مثبت باشد و طول مدت درمان بيمار كمتر از 5 ماه باشد ،رژيم درماني مربوطه را ادامه دهيد و به ازاي روزهايي كه مصرف نشده به مدت درمان اضافه كنيد و در صورتي كه طول مدت درمان بيشتر از 5 ماه باشد بيمار را مجددا ثبت نمائيد.و رژيم درماني قبلي را از نو شروع كنيد .و اگر اسمير خلط منفي باشد درمان قبلي را همچنان ادامه دهيد فقط به تعداد روز هايي كه جوان دارو مصرف نكرده به طول درمان وي اضافه كنيد. چنانچه فرد بيش از 8 هفته قطع دارو داشته باشد از تيم غير پزشك (كارمند بهداشتي مربوطه) بخواهيد كه مجددا از جوان بر اساس برنامه كشوري نمونه خلط تهيه كند . چنانچه اسمير خلط مثبت باشد اين فرد در گروه درمان پس از غيبت قرار گرفته و رژيم درماني پس از غيبت براي وي آغاز مي شود و در صورتي كه مشكوك به مقاومت دارويي هستيد فرد را به مركز تخصصي/ كمينه فني سل بر اساس برنامه كشوري ارجاع غير فوري دهيد
* دقت كنيد چنانچه اسمير خلط جوان مبتلا به سل ريوي اسمير مثبت در پايان ماه دوم درمان هنوز مثبت باقي مانده باشد، نمونه خلط را برای انجام آزمایش كشت و آزمايش حساسيت د ارويي ارسال و درمان حمله اي را تا پايان ماه سوم ادامه دهيد. و در پايان ماه سوم آزمايش خلط را تكرار كنيد و بدون توجه به مثبت و يا منفي شدن نتيجه آزمايش، درمان نگهدارنده را براي جوان شروع كنيد.
* چنانچه فرد مبتلا به سل ريوي اسمير مثبت، دو ماه پس از شروع درمان نگهدارنده يا در دو ماه پاياني درمان (پايان ماه پنجم و يا ششم درمان) اسمير خلط وي هنوز مثبت باقي مانده است و يا در طول دوره درمان، اسمير خلط فرد مبتلا به سل ريوي اسمير مثبت پس از منفي شدن دوباره مثبت مي شود براي اين جوان كشت خلط و آزمايش حساسيت د ارويي انجام دهيد.جوان را تحت درمان دارويي گروه **"شكست درمان"** قرار دهيد.
* لازم است از بيماران مبتلا به سل ريوي اسمير منفي نيز در پايان ماه دوم اسمير بگيريد تا از منفي باقي ماندن آن اطمينان حاصل كنيد.
* دوره درماني مرحله حمله اي در مورد گروه 2 درماني 3 ماهه است. چنانچه در پايان ماه سوم هنوز خلط بيمار مثبت است، نمونه خلط را برای انجام آزمایش كشت و آزمايش حساسيت د ارويي ارسال و درمان مرحله حمله اي را تا پايان ماه چهارم بدون استرپتومايسين ادامه دهيد سپس در پايان ماه چهارم آزمايش خلط را براي جوان تكرار كنيد و اگر هنوز مثبت باقي مانده است كشت خلط و آزمايش حساسيت دارويي را برا ي فرد انجام دهيد و درمان نگاه دارنده را نيز براي فرد آغاز كنيد.
* در پايان درمان از فرد مبتلا به سل ريوي، به منظور كمك به تشخيص و تعيين سير بهبود ضايعات راديوگرافي قفسه سينه بعمل آوريد.

**عوارض دارويي سل**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **عارضه دارويي** | | **داروي احتمالي ايجاد كننده** | **اقدامات لازم** |
| **عوارض دارويي خفيف** | | | |
| بي اشتهايي، تهوع و درد شكم | | ريفامپين | دوز دارو كنترل شود. درمان ادامه يابد. داروها هر شب قبل از خواب مصرف شود. |
| درد مفاصل | | پيرازيناميد | آسپيرين |
| احساس سوزش در پاها | | ايزونيازيد | پيريدوكسين 40 ميلي گرم |
| **عوارض دارويي شديد** | | | |
| لكه هاي پوستي به همراه ادم، زخم مخاطي و شوك | استرپتومايسين/ ايزونيازيد ريفامپين  پيرازيناميد | | * تمام داروها متوقف شود. * داروي آنتي هيستامين و در صورت شديد بودن كورتيكواستروئيد همراه مايعات داخل وريدي تجويز گردد. * از تجويز مجدد استرپتومايسين جداً خودداري كنيد. * بيمار را به بيمارستان ارجاع فوري دهيد. |
| **عارضه دارويي** | **داروي احتمالي ايجاد كننده** | | **اقدامات لازم** |
| خارش | استرپتومايسين | | مصرف استرپتومايسين را متوقف كنيد  ضمن تجويز داروي آنتي هيستامين درمان ضد سل ادامه يابد. |
| كاهش شنوايي ويا كري | استرپتومايسين | | چنانچه در معاينه با اتوسكوپ يافته غير طبيعي وجود ندارد استرپتومايسين حذف و بجاي آن اتامبوتول را جايگزين كنيد |
| سرگيجه و يا نيستاگموس | استرپتومايسين | | استرپتومايسين حذف و بجاي آن اتامبوتول را جايگزين كنيد |
| اختلال ديد رنگ (قرمز و سبز) | اتامبوتول | | مصرف اتامبوتول را متوقف كنيد.وبيمار را براي ادامه درمان به پرشك متخصص ارجاع غير فوري دهيد. |
| زردي، استفراغ و كنفوزيون به علت هپاتيت دارويي | ايزونيازيد ريفامپين  پيرازيناميد | | مصرف تمام داروها متوقف شود.وتست هاي كبدي و PT بطور اورژانس انجام شود.وبيمار را به بيمارستان ارجاع فوري دهيد.ودر صورتي كه هپاتيت دارويي شديد است ريفامپين و پيرازيناميد را بطور كامل از برنامه درماني حذف كنيد و برنامه درماني 3 دارويي استرپتومايسين و ايزونيازيد و اتامبوتول به مدت يك ماه و پس از آن ايزونيازيد و اتامبوتول به مدت ده ماه را جايگزين كنيد.ودر موارد سل پيشرفته كه قطع درمان سل ممكن نيست تا طبيعي شدن تست ها كبدي از استرپتومايسين و اتامبوتول استفاده كنيد. |
| شوك، پورپوراي ترومبوسيتوپنيك و نارسايي حاد كبد | ريفامپين | | ريفامپين را حذف كنيد. |

منبع: برنامه كشوري پيشگيري و مبارزه با سل

**درمان علامتي عوارض خفيف دارويي**

بي اشتهايي، تهوع و درد شكم: دوز دارو ها را كنترل كنيد. درمان را ادامه دهيد. از جوان بخواهيد دارو ها را هر شب قبل از خواب شب مصرف كند.

درد مفاصل: از آسپيرين استفاده كنيد.

احساس سوزش در پاها: پيريدوكسين 40 ميلي گرم روزانه تجويز كنيد.

**جوان مشكوك به سل( داراي يك اسمير مثبت از خلط بدون نشانه هاي راديوگرافيك مؤيد سل) را برای بررسی توسط فوکال پوینت عفونی یا کمیته فنی سل شهرستان ارجاع کنید**

**جوان مشكوك به سل (3 اسمير منفي) را پس از دو هفته از زمان مراجعه بشرح زير پيگيري كنيد:**

دقت كنيد جوان پيگيري شده داراي 3 نمونه اسمير منفي از خلط است و 14-10 روز تحت درمان غير اختصاصي قرار گرفته است. از جوان در خصوص نشانه هاي بيماري سؤال كنيد:

* چنانچه جوان داراي علايم بهبودي است اين فرد مبتلا به سل نيست. جوان را به مراجعه در صورت بروز نشانه يا تماس با فرد مسلول تشويق كنيد.
* چنانچه جوان فاقد علايم بهبودي است از فرد 3 نمونه اسمير از خلط تهيه شود چنانچه از 3 مورد اسمير مجدد حتي يك مورد اسمير خلط، مثبت است جوان تحت عنوان **سل ريوي اسمير مثبت** تحت درمان سل قرار مي گيرد. چنانچه هر سه مورد اسمير مجدد خلط منفي است در صورت وجود نشانه هاي راديوگرافيك مؤيد سل، فرد جهت بررسی وجود **سل ريوي اسمير منفي** به مركز تخصصي/ كميته فني سل ارجاع مي شود .

نكات آموزشي در خصوص ايدز وبيماريهاي آميزشي :

ارزيابي **روشهاي آزمايش تشخيص HIV :**

1. **آزمون الايزا (Elisa):** براساس سنجش آنتي­بادي HIV بوده 93% تا 100% حساسيت دارد. در صورت مثبت شدن اليزا بايد آزمايش مجدد اليزا انجام شده و در صورت تكرار پاسخ مثبت، نتيجه با روش وسترن بلات مورد تائيد قرار گيرد.
2. **تست هاي تشخيص سريع(Rapid Test ):** اين روش نيز به سنجش آنتي­بادي پرداخته از حساسيت مناسبي برخوردار است. انجام آزمايش با اين روش ساده است و تنها با استفاده از يك قطره خون كه با لنست از سرانگشت گرفته ميشود امكان پذير است. در صورت مثبت شدن تست سريع بايد آزمايش مجدد با روش اليزا انجام شده و در صورت پاسخ مثبت اليزا، نتيجه با روش وسترن بلات مورد تائيد قرار گيرد. نكته مهم اين است كه اين آزمايش بايد تنها توسط افرادي انجام شود كه دوره هاي آموزشي لازم را گذرانده و مهارت مشاوره و انجام آزمايش را داشته باشند. كيتهاي بكار برده شوند بايد توسط آزمايشگاه مرجع سلامت تائيد شده باشند.
3. **آزمون وسترن بلات ( (Western blot:** اين آزمون نيز برروي آنتي بادي صورت ميگيرد، نسبت به الايزا اختصاصي‌تر است و به­عنوان آزمون تأييدي نهايي به­كار­ مي‌رود.
4. **PCR:** در نوزادان از آنجا كه آنتي‌بادي مادر از طريق جفت وارد بدن جنين شده و تا 18 ماهگي در بدن باقي مي‌ماند، بنابراين آزمايشهاي آنتي بادي مثبت (اليزا، وسترن بلات، تست تشخيص سريع) ارزش تشخیصی ندارد. لذا بایداز روش PCR استفاده كرد كه به جاي آنتي بادي به جستجوي ژن‌هاي ويروس مي پردازد. براي نوزاداني كه با اين روش تشخيص داده شده‌اند بايد بعد از 18 ماهگي سري آزمايشهاي آنتي بادي انجام شود.

**درخواست تست HIV باید همراه با مشاوره و با رضایت آگاهانه بیمار صورت گیرد. و نتيجه آزمايش بصورت محرمانه و تنها به خود فرد اعلام شود**

خدمات سلامت باروري شامل آموزش، مشاوره، توصيه و آموزش نحوه صحيح استفاده از كاندوم به همسران بيماران ارائه شود. در صورت حامله بودن بيمار و يا همسر وي بايد فرد براي دريافت خدمات پيشگيري از انتقال به نوزاد شامل درمان دارويي ضدرترويروسي به مركز مشاوره ارجاع شود. فرزندان متولد شده از مادران مبتلا بايد تحت مشاوره و آزمايش داوطلبانه قرار گيرند. براي تمام نوزاداني که از مادران در معرض خطر HIV به دنيا مي‌آيند، بايد وضعيت ابتلاي به HIV با روش PCR حتي‌المقدور در چهار تا شش هفتگي بررسي گردد

|  |
| --- |
|  |
| **انديکاسيون هاي ارجاع به سطوح بالاتر:**   * كليه افراد داراي عوامل خطر بايد براي دريافت مشاوره و آزمايش HIV به مراكز/پايگاه‌هاي مشاوره بيماري‌هاي رفتاري ارجاع شوند. ممكن است تست بررسي اوليه يا تست سريع در منطقه محل فعاليت شما وجود داشته باشد. در اين حالت با معاونت بهداشتي دانشگاه محل فعاليت خود هماهنگ نماييد. * كليه موارد اثبات شده ابتلا به HIV بايد براي دريافت خدمات پيشگيري، مراقبت‌هاي دوره‌اي و درمان هاي لازم به مركز مشاوره بيماريهاي رفتاري ارجاع شوند. * زنان باردار مبتلا به HIV يا داراي عوامل خطر و موارد پيشگيري پس از تماس بايد هر چه سريعتر براي دريافت خدمات مراقبت و پيشگيري به مراكز مشاوره ارجاع شوند. ممكن است تست بررسي اوليه يا تست سريع در منطقه محل فعاليت شما وجود داشته باشد. در اين حالت با معاونت بهداشتي دانشگاه محل فعاليت خود هماهنگ نماييد. |
|  |
|  |

**تشخيص قطعی HIV با دو نوبت الیزای مثبت ( يا يك تست سريع و يك اليزا) و تائید آن با وسترن بلات صورت می‌گیرد.** با توجه به اين كه از بدو ورود ويروس به بدن تا رسيدن سطح آنتي­بادي به حد قابل تشخيص در آزمايش ممكن است بين دو هفته تا چند ماه طول بكشد، در افرادي كه رفتارهاي پرخطر دارند اما نتيجه تست منفي است. لازم است که هر سه ماه آزمايش تكرار شود. **اقدامات مورد نياز براي افراد مبتلا:**

**الف- درماني :** اگرچه روش‌هاي درماني موجود بدن را از ويروس پاک نمي­کنند ولي تکثير ويروس را مهار کرده، وضعيت باليني بهتري را براي بيمار ايجاد مي‌کنند. علاوه بر آن ثابت شده درمان مناسب با كم كردن بار ويروسي افراد مبتلا از سرايت پذير بيماري كاسته بر روي پيشگيري تاثير خواهد داشت. اهداف درمان ضدرتروويروسي عبارتند از دستيابي به حداكثر سركوب پايدار ويروس، حفظ عملكرد ايمني يا به حال اول برگرداندن آن، بهبود كيفيت زندگي و كاهش موربيديتي و مورتاليتي ناشي از HIV. درمان اين بيماري با حداقل سه داروي ضدرترويروسي (ARV[[1]](#footnote-1)) انجام ميشود. اين درمان توسط مراكز مشاوره بيماريهاي رفتاري بصورت رايگان ارائه مي‌شود.

**ب- پيشگيري :**باوجود پيشرفت‌هاي زياد در اين زمينه هنوز واكسن و درمان قطعي براي HIV/AIDS وجود ندارد. راه‌هاي انتقال عمدتا با رفتار انسان رابطه دارند. آموزش به­منظور ترويج رفتار‌هاي سالم نقش اساسي دارد. بر حسب راه انتقال روش هاي پيشگيري را مي توان به صورت ذيل بيان كرد:

**پيشگيري در تماس جنسي:** به تعويق انداختن سن اولين رابطه جنسي، وفاداري به همسر يا شريک جنسي و داشتن تنها يک شريک جنسي، استفاده از کاندوم به طرز صحيح، درمان کامل بيماري آميزشي ، پرهيز از مصرف مواد مخدر يا محرک (مصرف اين مواد قضاوت را مختل کرده، قدرت تصميم‌گيري براي برقراري روابط جنسي سالم را مخدوش مي‌کند).

پيشگيري در اعتياد تزريقي: پرهيز از مصرف مواد يا اقدام براي ترک، در صورتي که امکان پرهيز از مصرف مواد مخدر وجود ندارد، پرهيز از تزريق مواد مخدر و استفاده از اشکال غيرتزريقي يا درمان با جايگزين‌هاي اوپيوئيدي مانند متادون، پرهيز از اشتراک در ابزار تزريق و استفاده از سرنگ و سوزن استريل.

به‌طور خلاصه اساسي‌ترين روش پيشگيري در انتقال ازطريق جنسي پرهيز از روابط جنسي نامطمئن و درصورت وجود این روابط، استفاده از كاندوم است

پيشگيري براي اطرافيان:

* افراد خانواده فرد مبتلا بايد در زمينه راههاي انتقال و پيشگيري، مراكز ارائه دهنده خدمات مراقبتي و چگونگي كمك به بيماران خود آموزشهاي لازم دريافت كنند.
* شركاء جنسي اين بيماران بايد تحت مشاوره و آزمايش داوطلبانه قرار گيرند. در صورت منفي بودن اين آزمايش بايد هر سه ماه يكبار تكرار شود.
* آموزش هاي لازم درخصوص روش هاي مناسب جلوگيري از بارداري با تاكيد بر اهميت پيشگيري دوگانه (استفاده از كاندوم به همراه يكي از روش هاي پيشگيري از بارداري)

****

****

****

****

1. Anti Retro Viral [↑](#footnote-ref-1)