

بیماریهای غیرواگیر

از مجموعه کتب آموزشی ویژه بهورزان



تدوین و گردآوری: درواحد توسعه شبکه و ارتقاء سلامت (امور بهورزی)

فرح ناز فولادبند ، لیلا قوامی

پاییز 1390

مجموعه کتب آموزش بهورزی - بیماری های غیر واگیر / تدوین امور بهورزی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم-

پزشکی شیراز 1390

نام کتاب : مجموعه کتب آموزش بهورزی - بیماری های غیر واگیر

تدوین : امور بهورزی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

تاریخ انتشار : 1390

شمارگان : 1500 نسخه

شابک :

تهیه و تدوین کتاب بیماری های غیرواگیر توسط خانمها فرح ناز فولادبند ، لیلا قوامی انجام شده و در تدوین آن از مجموعه کتب، دستور عملها و بخشنامه های اداره غیر واگیر مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت بهره گرفته شده است .

فهرست:

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| 1 | مقدمه |
| 2 | سخنی با بهورزان |
| 4 | فصل اول : فشار خون بالا |
| 33 | فصل دوم : حمله قلبی، سکته مغزی و عوامل خطرآفرین آنها |
| 53 | فصل سوم : بیماری چاقی |
| 63 | فصل چهارم : دیابت |
| 84 | فصل پنجم : تالاسمی |
| 102 | فصل ششم : کم کاری مادرزادی تیروئید |
| 116 | فصل هفتم : سرطان |
| 124 | فصل هشتم : بهداشت روان |
| 135 | بخش اول : وظایف بهورز در برنامه بهداشت روان |
| 145 | بخش دوم : حمایت‌های روانی - اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه |
| 159 | بخش سوم : اصول و روشهای کارآمد فرزندپروری |
| 171 | بخش چهارم : پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد |
| 190 | بخش پنجم : پیشگیری از خودکشی |
| 199 | بخش ششم : مهارت برقراری ارتباط |
| 206 | بخش هفتم : سلامت روان در بهورزان |
| 210 | پیوست |

مقدمه :

اکثر کشورهای جهان به منظور توسعه خدمات بهداشتی و درمانی خود به تربیت و یا باز آموزی نیروی انسانی که به آرایه خدمات بهداشتی درمانی می پردازد ، اقدام می نمایند . تربیت و آموزش بهورزان در کشور ما دارای دو ویژگی پراهمیت و منحصر به فرد است. نخست آنکه کشور ما یکی از محدود کشورهای است که با داشتن یک نظام بهداشتی و درمانی کارآمد اقدام به پوشش بسیار مناسبی از خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی خصوصاً در مناطق روستایی نموده است و دوم آنکه این امکان همواره وجود دارد که طراحان برنامه‌های سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها دقیقاً بر اساس اهداف پیش بینی شده در برنامه‌های بهداشتی اقدام به تنظیم اهداف و محتوای آموزشی جهت بهورزان عزیز که سرمایه‌های ارزشمند نیروی انسانی بهداشتی این مرز و بوم هستند ، نمایند .

مجموعه‌های آموزش بهورزی یک محتوای آموزشی مستند به برنامه‌های بهداشتی هستند که نیاز سنجی آموزشی آن با بهره گیری از ایده‌ها و اهداف طراحان و خواستگاه برنامه‌ها انجام می‌گیرد .

با این ویژگیها انتظار براین است که مراکز آموزش بهورزی محتوای آموزشی هدف دار ، غنی و در سطح درک فراگیران بر مبنای تکنولوژی مناسب آموزشی برای تعلیم به دانش آموزان بهورزی و بهورزان شاغل به کار گیرند. لذا مجموعه حاضر با اهتمام کارشناسان مسوول آموزش بهورزی این معاونت تهیه گردیده است تا محتوای مناسب برای آموزش به بهورزان در اختیار مراکز آموزش بهورزی قرار گیرد. جا دارد از تلاش همکاران در تدوین این مجموعه تشکر نماییم .

سخنی با بهورزان عزیز

کتابی که پیش رو دارید از مجموعه کتب آموزش بهورزی شامل دانستنیهای لازم در باره برنامه بیماری‌های غیرواگیر است . هدف کلی کتاب شرح بیماری‌های غیر واگیر فعلی ادغام شده در نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور است که در قالب سطح بندی خدمات برای گروه بهورزان تعریف شده است . در فصول مختلف این کتاب شناسایی بیماریهای غیرواگیر و راههای پیشگیری ، مراقبت و درمانهای اولیه (مجاز توسط بهورزان) پیگیری و ارجاع به تفکیک شرح داده شده است . در متن هر درس نیز فعالیتهایی پیش بینی شده است که شما با کمک مربی محترم آن را انجام می دهید . برای انجام دادن این تمرین ها با مربی خود همکاری کنید و توجه خود را به آنچه دقیقاً از شما خواسته شده است معطوف کنید . علاوه بر فعالیت های متن ، در پایان هر فصل تمرینات عملی ونظری مرتبط با آن فصل آمده است . فعالیتهای را به روشی که مربی تعیین می کند (گروهی یا فردی) انجام خواهید داد . لذا لازم است به کاربرد مطالب آموزشی دقت نموده و تنها به این سوال اکتفا نکنید که کتاب چه می‌گوید ؟ بلکه ببینید این اطلاعات را در کجا و چه مواقعی به کار خواهید برد و چگونه می‌توانید آنچه را که آموخته‌اید مورد استفاده قرار دهید؟ فرمهای مربوط به هر برنامه نیز تکثیر شده و در اختیار شما قرار می‌گیرد تا بتوانید ثبت فعالیتهای تمرین کنید .

در پایان از شما بهورزان ، مربیان بهورزی و سایر همکارانی که این مجموعه را در اختیار دارند می‌خواهیم نظرات و پیشنهادات خود را درباره این کتاب به نشانی شیراز ، خیابان زند، ساختمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ، معاونت بهداشتی ، امور بهورزی ارسال نمایید . دریافت پیشنهادات شما راهنمای ما در بهسازی این مجموعه آموزشی خواهد بود . با گذشت بیش از 2 دهه از استقرار شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور و عرضه مراقبتهای اولیه بهداشتی به روستائیان توسط بهورزان عزیز در خانه‌های بهداشت ، شاهد حذف و یا کنترل بسیاری از بیماریهای واگیر و در نتیجه ارتقاء سطح سلامت جامعه روستایی هستیم . در حالی که گزارشات مسوولان وزارت بهداشت ، درمان حاکی از این است که هم اینک در حدود 43% بار بیماریها را بیماریهای غیرواگیر (بویژه بیماریهای مزمن) در بر می‌گیرد و با روندی فزاینده در حال اشغال جایگاه نخست در فهرست بار بیماریها هستند . این رقم جدا از بار ناشی از سوانح و حوادث که پیامدهای غیرواگیر دارند می‌باشد . بدین لحاظ برنامه های مراقبتی کنترل و پیشگیری از بیماریهای غیر واگیر به سرعت جایگاه مهم خود در برنامه های نظام سلامت کشور را اشغال کرده است .

ادغام برنامه های پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر ، نظام سلامت کشور را توانمندتر و توجه همگان را به این سیستم معطوف داشته است . برخی از این بیماریها عبارتند از دیابت ، فشارخون بالا، کم کاری مادرزادی تیروئید و تالاسمی (که همراه با بیماریهای واگیر توسط بهورزان در جمعیت روستای تحت پوشش شناسایی ، مراقبت و پیگیری می گردد) با توجه به اهمیت این بیماریها ضروری است که بهورزان عزیز از دانش و مهارت لازم برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی به این گروه برخوردار باشند. لذا مجموعه حاضر تهیه گردید تا از طرف مربیان بهورزی به آنها آموزش (نظری و عملی) داده شده و آنها را آماده ارائه این خدمات به مردم بنمایند. امید است که این مجموعه باعث ارتقاء آرایه خدمات بهداشتی و سطح سلامت جامعه روستایی گردد.

مولفان

پائیز 1390

فصل یک

فشارخون بالا

اهداف: پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید :

- 1-فشارخون را تعریف کرده و تقسیم بندی آن را شرح دهید.
- 2-عوامل خطر زمینه ساز فشارخون بالا را نام برده و شرح دهید.
- 3-علائم بیماری فشارخون بالا را شرح دهید.
- 4-عوارض بیماری فشارخون بالا را شرح دهید.
- 5-راههای پیشگیری از بروز بیماری فشارخون بالا را شرح دهید.
- 6-نکات مورد توجه در هنگام اندازه گیری فشارخون را شرح دهید.
- 7- فشارخون بیماران را بطور عملی اندازه گیری نمائید.
- 8-پیگیری ، مراقبت و آموزش بیماران فشارخونی را شرح دهید.
- 9-غربالگری بیماران فشارخونی را شرح دهید.
- 10-توصیه های لازم به بیماران مبتلا به فشارخون بالا را شرح دهید.

فشارخون بالا در سراسر جهان رو به افزایش است. اما پزشکان معتقدند که با کمی تغییر در شیوه زندگی می‌توان تا حد زیادی جلوی این قاتل آرام را گرفت. فشارخون بالا یکی از ده خطر اول سلامتی در سراسر دنیا محسوب می‌شود و بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی باعث 7 میلیون مرگ در سال می‌شود. مهمتر اینکه بیشترین مشکلات فشارخون در فقیرترین کشورهای دنیا وجود خواهد داشت و بر اساس تحقیقات بعمل آمده در سالهای آینده میزان شیوع این بیماری افزایش خواهد یافت. لذا با توجه به اهمیت موضوع برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا در سطح خانه-های بهداشت به اجرا در می‌آید.

تعریف فشار خون :

خون بعلت داشتن نیرو (فشار) در شریانهای اعضاء بدن جاری می‌شود و مواد غذایی و اکسیژن را به قسمتهای مختلف بدن می‌رساند و همچنین مواد زاید را از بافتها دور می‌کند . این نیرو که توسط ضربان قلب و در اثر برخورد خون به جدار شریان بوجود می‌آید **فشار خون** نامیده می‌شود . فشار خون در دو سطح اندازه‌گیری میشود ، یکی در زمانی که قلب منقبض می‌شود و خون وارد سرخرگها می‌شودو در این حالت فشار خون به حداکثر مقدار خود میرسد که به آن **فشار حداکثر یا سیستول یا ماکزیمم** می‌گویند و دیگری در زمانی که قلب در حالت استراحت است و در اینحالت فشار خون به حداقل مقدار خود می‌رسد که به آن **فشار حداقل یا دیاستول یا می‌نیمم** می‌گویند. واحد اندازه‌گیری فشارخون میلی-متر جیوه است. متوسط فشار ماکزیمم در حد طبیعی 120 میلیمتر جیوه و متوسط فشار می‌نیمم در حد طبیعی 80 میلیمتر جیوه است . این دو سطح فشار خون به صورت یک کسر مانند 120/80 نشان داده می‌شود که عدد فشارخون ماکزیمم در بالای کسر و عدد فشارخون می‌نیمم در پایین کسر قرار می‌گیرد.

تقسیم بندی فشار خون :

فشارخون طبیعی برای افراد بالغ کمتر از 140 /90 میلیمتر جیوه است. یعنی هم فشار ماکزیمم باید کمتر از 140 میلی-متر جیوه باشد و هم فشار می‌نیمم باید کمتر از 90 میلی-متر جیوه باشد. اگر فشار خون ماکزیمم 140 میلی-متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون می‌نیمم 90 میلیمتر جیوه و بیشتر باشد، بعنوان **فشارخون بالا** محسوب می‌شود. در مواردی که فشارخون ماکزیمم در یک گروه و فشارخون می‌نیمم در گروه دیگر قرار می‌گیرد، فشارخون را در گروه بالاتر دسته‌بندی می‌کنیم. به عنوان مثال اگر فشارخون ماکزیمم 145 میلی-متر جیوه و می‌نیمم 86 میلی-متر جیوه باشد، فشارخون را در گروه فشارخون بالا قرار می‌دهیم. البته فشارخون باید در چند نوبت و در چند موقعیت اندازه‌گیری شود و سپس بر اساس میانگین اعداد بدست آمده قضاوت گردد.

انواع فشار خون بالا:

علت 90 الی 95 درصد فشارخون بالا در افراد مبتلا ناشناخته است که به این نوع فشارخون بالای اولیه گفته می‌شود. اگر علت فشارخون بالا شناخته شده باشد، مثلاً به علت بیماریهای کلیه، بیماری غده فوق کلیوی یا مصرف قرصهای ضد بارداری و... باشد آنرا فشار خون بالای ثانویه می‌نامند. این نوع حدود 5 الی 10 درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالا را شامل می‌شود.

عوامل خطرزمینه ساز(مستعد کننده) فشار خون بالا:

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

1- ارث: در برخی خانواده‌ها استعداد ابتلاء به بیماری فشارخون بالا وجود دارد. یعنی اگر والدین، خواهر و یا برادر مبتلا به فشار خون بالا باشند، احتمال ابتلاء به فشار خون بالا در فرد زیاد است.

2- جنس: شیوع فشار خون بالا در مردان جوان و میانسال بیشتر از زنان جوان و میانسال (تا 50 سال) است اما در سنین بالاتر این اختلاف کم می‌شود.

3- سن: با افزایش سن شیوع فشار خون بالا نیز افزایش می‌یابد.

4- افزایش چربی خون

5- مصرف سیگار و سایر دخانیات

چربی خون بالا و مصرف دخانیات اگر چه بطور مستقیم موجب افزایش فشار خون نمی‌شوند اما در دراز مدت بعلت ایجاد بیماری تصلب شرائین (سختی جدار رگها) باعث تشدید فشارخون بالا می‌گردند.

6- چاقی: احتمال ابتلا به بیماری فشارخون بالا در افرادی که چاق هستند بیشتر است.

7- بیماری قند (دیابت): در صورتی که مقدار قند موجود در خون بالاتر از حد طبیعی باشد، فرد مبتلا به بیماری دیابت است و از عوارض مهم آن بیماری قلبی - عروقی، فشار خون بالا، اختلال بینایی و آسیب کلیه می‌باشد.

8- کم تحرکی و نداشتن فعالیت جسمانی: کم تحرکی از راههای مختلف می تواند زمینه ساز فشار خون بالا باشد ، از جمله کم تحرکی می تواند منجر به چاقی شده و چاقی یک عامل خطر زمینه ساز فشارخون بالا است .

9- حساسیت به نمک :در بعضی از افراد مصرف زیاد نمک (کلوروسدیم) همراه با افزایش فشارخون خواهد بود و کاهش مصرف نمک رژیم غذایی در تنظیم فشار خون تاثیر زیادی دارد.

10- فشارهای روحی و عصبی: اگرچه تحقیقاتی وجود دارد که تاثیر فشارهای روحی و عصبی در افزایش فشارخون را نشان می دهد، اما شواهد مذکور برای تایید قطعی این رابطه کافی نیست.

× توجه: افرادی که یکی از شرایط بالا را داشته باشند ، جزء افراد در معرض خطر ابتلاء به فشارخون بالا محسوب می شوند.

علائم بیماری فشار خون بالا:

افرادی که مبتلا به فشارخون بالای اولیه هستند، ممکن است سالها بدون علامت باشند و از بیماری خود اطلاعی نداشته باشند و زمانی دچار علائمی مثل سردرد ، تاری و اختلال دید ، درد قفسه سینه ، سرگیجه و تنگی نفس به هنگام فعالیت می شوند که دچار عوارض فشارخون بالا شده اند.

در واقع این علائم ، عوارض فشارخون بالاست. لذا تنها راهی که میتوان به آن پی برد ، اندازه گیری فشار خون بوسیله دستگاه فشارسنج است .

عوارض بیماری فشار خون بالا:

اگر فشار خون به مدت زیادی بالا رود و به طور مناسب درمان نشود، به رگهای بدن آسیب می رساند و گاهی باعث پارگی این رگها می شود. از جمله زینهای فشارخون بالا در دراز مدت تصلب شرائین است که موجب سختی شریان ها و انسداد آنها می شود و نهایتا موجب کاهش جریان خون به عضله قلب و سکت قلبی می گردد.

اگر مغز گرفتار شود سکت مغزی اتفاق می افتد و اگر ناگهان فشارخون افزایش یابد ممکن است عروق مغز پاره شود و خونریزی های مغزی اتفاق افتد.

عروق چشم نیز در بیماری فشارخون بالا گرفتار می شود و موجب اختلال بینایی به شکل های مختلف می گردد. اگر رگهای اندام تحتانی دچار تصلب شرائین شوند درد عضلات به هنگام راه رفتن ایجاد می کند. ناتوانی جنسی نیز از عوارض گرفتاری عروق پا ناشی از فشارخون بالاست.

در فشارخون بالا کلیه‌ها بیمار می‌شوند و ممکن است به نارسایی کلیه منجر گردد. علاوه بر گرفتاری عروق قلب عضله قلب ضخیم می‌شود و در صورت عدم درمان به موقع بیمار مبتلا به نارسایی قلب می‌گردد.

بطور خلاصه اینکه فشار خون بالا سبب آسیب به کلیه (نارسایی کلیه)، چشم (اختلال بینایی)، قلب (سکته قلبی) و مغز (سکته مغزی) می‌شود و به همین دلیل فشارخون بالا بیماری خطرناکی به حساب می‌آید.

راههای پیشگیری از بروز بیماری فشارخون بالا:

یکی از راههای پیشگیری تغییر و بهبود روشهای زندگی است که موجب کاهش عوامل خطری که در بیماری قلبی عروقی موثرند، می‌شود. از جمله تغییراتی که در روش زندگی داده می‌شود تغییر رژیم غذایی است که شامل مصرف میوه، سبزی و کاهش مصرف غذاهای پرچرب است.

کاهش وزن بدن می‌تواند در کاهش فشارخون بالا موثر باشد. افزایش وزن بدن ارتباط نزدیکی با افزایش فشارخون بالا دارد. افرادی که چربی در قسمت بالاتنه مثل شکم دارند مستعد ابتلا به فشارخون بالا و هیپرلیپیدمی (افزایش چربی خون)، دیابت و بیماری عروقی هستند.

کاهش وزن حتی به اندازه 3/5 کیلوگرم در کسانی که اضافه وزن دارند می‌تواند بطور قابل ملاحظه ای فشار خون را کاهش دهد یا اثر داروهای ضد فشارخون بالا را افزایش دهد.

محدودیت مصرف نمک، فشارخون را تا حدودی پائین می‌آورد، بنا براین باید از خوردن غذاهای شور پرهیز نمود. ترک سیگار و ورزش منظم روزانه در کنترل فشار خون بالا موثر است و فعالیت به صورت پیاده روی به مدت 30 تا 45 دقیقه (طی سه روز در هفته) می‌تواند فشارخون بالا را کاهش دهد. کاهش مصرف نمک سطح فشار خون را پائین می‌آورد و موجب کاهش مقدار داروهای مورد نیاز می‌شود. از طریق کاهش دفع کلسیم از راه ادرار از پوکی استخوان و سنگ کلیه جلوگیری می‌شود. کاهش نمک همراه با مصرف پتاسیم خوراکی از پیشرفت افزایش فشار خون جلوگیری می‌کند و تنظیم فشارخون را آسان تر می‌نماید کاهش پتاسیم خون منجر به افزایش فشارخون می‌گردد. مصرف پتاسیم در کسانی که نارسایی کلیه دارند باید با احتیاط صورت گیرد.

چربی خون بالا یک عامل خطر مهم دیگر برای افزایش فشارخون بالاست. پس لازم است که این اختلال نیز با رژیم غذایی و یا درمان برطرف شود.

به هر شکل آن (سیگار ، چاق ، قلیان) از عوامل مهم ایجاد بیماری قلبی، عروقی است. در فرد مبتلا به فشارخون بالا بسیار ضروری است که بیمار از مصرف دخانیات اجتناب کند. اگرچه استرس فشارخون را بطور حاد افزایش می دهد، اما حفظ آرامش در کنار رعایت دیگر موارد می تواند در کنترل فشارخون بالا موثر باشد.

درمان بیماری فشار خون بالا :

فشارخون بالای اولیه درمان قطعی ندارد و احتمال بهبودی کامل بسیار نادر است، اما اگر فشارخون بالا به موقع تشخیص داده و درمان شود و بیمار بطور مرتب تحت مراقبت باشد، قابل کنترل است و می توان از عوارض آن پیشگیری نمود. در فشارخون بالای ثانویه اگر علت و بیماری ای که سبب ایجاد فشارخون بالا شده است درمان شود، در اکثر موارد فشارخون به وضع طبیعی برمی گردد و بیمار بهبود می یابد.

شیوه های درمان فشار خون بالای اولیه عبارت است از :

در بعضی از بیماران با وجود رعایت درمان غیر دارویی فشار خون تا حد مطلوب کاهش نمی یابد و لازم است برای تنظیم فشار خون بالا از دارو نیز استفاده شود. دارو توسط پزشک تجویز می شود. داروها ممکن است عوارضی مثل سرگیجه ، خواب آلودگی ، تنگی نفس شدید ، تپش قلب ، تهوع ، استفراغ و حساسیت ایجاد کنند که باید در سیر درمان بیمار به آنها توجه داشت و در صورت مشاهده عوارض نامبرده ، بیمار را به موقع به پزشک ارجاع داد تا مقدار دارو را کاهش دهد و یا در صورت لزوم مصرف داروی مورد نظر را قطع کند و داروی جدیدی تجویز کند .

× توجه داشته باشید که :

- 1- عوارض جانبی داروها به معنی عوارضی است که فقط ناشی از مصرف داروست و باید اولاً فرد قبلاً این علائم را نداشته باشد و ثانیاً عوارض آن بیش از یکبار ظاهر شود .
- 2- مصرف دارو طبق نظر پزشک به مدت طولانی برای بیماران ضروری است .

نکات مورد توجه در اندازه گیری فشارخون :

برای اندازه گیری فشارخون از دستگاهی بنام فشارسنج استفاده می شود که فنری یا جیوه ای است . برای سهولت حمل و نقل و سهولت کار بیشتر از نوع فنری استفاده می شود . فشارسنج از یک بازوبند ، یک پمپ و یک ستون درجه بندی شده که جیوه در آن حرکت می کند و یا صفحه مدرج که با فنر کار می کند تشکیل شده است . نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشار خون شخص باید از مصرف چای و غذا، سیگار کشیدن و فعالیت خودداری کرده و در صورتیکه مثانه وی پر باشد باید آن را خالی نماید. شخص باید 5 دقیقه قبل از اندازه گیری فشارخون استراحت کامل نماید و بدون اضطراب ، هیجان و درد باشد . محل اندازه گیری فشارخون باید به حد کافی آرام و دارای هوای مطلوب باشد .

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

دستگاه فشار سنج را نزدیک بازویی که می‌خواهید فشار خون را اندازه بگیرید قرار دهید . فاصله گیرنده فشار خون با دستگاه نباید بیش از یک متر باشد. بازو بند را دو تا سه انگشت بالای آرنج به بازو بسته و وسط کیسه لاستیکی داخل بازو بند را حتماً روی سرخرگ بازویی قرار دهید . اگر هوایی درون کیسه لاستیکی بازو بند باشد بوسیله پیچ تنظیم هوای دستگاه، این هوا را تخلیه کنید . سپس نبض دست راست (دستی که فشار آن را اندازه می‌گیرید) فرد را با یک دست حس کرده با فشارهای متوالی که با دست دیگر به پمپ وارد می‌کنید کیسه لاستیکی درون بازو بند را آنقدر باد کنید تا حدی که دیگر نبض احساس نگردد و سپس پمپ کردن را به اندازه 30 میلی متر جیوه بعد از قطع نبض ادامه دهید . به صفحه مدرج دستگاه نگاه کرده و به آرامی با پیچاندن پیچ تنظیم هوای دستگاه، هوا را از کیسه لاستیکی خارج کنید بطوری که جیوه در لوله مدرج فشار سنج (در دستگاه جیوه‌ای) یا عقربه (در دستگاه عقربه‌ای) بطور آهسته پایین بیاید . البته در تمام این مدت نبض باید کنترل شود . عدد اولین احساس دوباره نبض را بخاطر سپرده و در اولین فرصت یادداشت نمایید. به این عدد فشار سیستول یا ماکزیمم (حداکثر) می‌گویند .

برای اندازه‌گیری دقیق‌تر فشارخون ، اندازه فشارخون دیاستول یا می‌نیمم (حداقل) نیز گرفته می‌شود که در این مورد باید از گوشی استفاده شود . بعد از رعایت شرایط اندازه‌گیری و بستن بازو بند پس از لمس نبض در گودی بین بازو و ساعد ، صفحه گوشی را در آن محل گذاشته و گوشی را در گوش قرار دهید و عمل اندازه‌گیری را تکرار نمایید . بطوریکه دستگاه را تا 30 میلی‌متر جیوه پس از قطع نبض باد کنید و بتدریج پیچ تنظیم هوا را باز کنید و به صفحه مدرج دستگاه نگاه کنید، اولین صدای نبض که با گوشی به گوش می‌رسد فشارخون ماکزیمم (حداکثر) است ، عدد آن را بخاطر بسپارید، دیگر پیچ دستگاه را دست نزنید احساس می‌کنید که در یک لحظه صدا قطع می‌شود و دیگر شنیده نمی‌شود ، در همین موقع به صفحه مدرج دستگاه نگاه نموده و درجه را ببینید این عدد فشار خون می‌نیمم (حداقل) را نشان می‌دهد . گاهی قطع صدا در بعضی از افراد بطور کامل وجود نداشته در اینگونه موارد از تغییر و کاهش صدا فشارخون حداقل را تخمین می‌زنند

. توجه کنید در ابتدای اندازه‌گیری پیچ دستگاه را به هیچ وجه یکبارہ باز نکنید فقط در صورتیکه صدایی شنیده نشد ، هوای داخل بازوبند را تماما خالی کرده و بعد از 15 ثانیه دوباره پمپ کنید .

بعد از اتمام اندازه‌گیری فشارخون ، بازوبند را باز نموده و مقدارفشار خون خوانده شده را در اولین فرصت یادداشت نمائید .

× توجه :

در افراد سالم تفاوت عمده‌ای بین فشار خون در حالت خوابیده (طاق باز) ، نشسته و ایستاده وجود ندارد ، ولی در افرادی که داروی پایین آورنده فشار خون مصرف می‌کنند چون اختلاف قابل توجهی در فشارخون خوابیده ، نشسته و ایستاده ایجاد می‌شود، لذا می‌بایست فشارخون را در حالت خوابیده و یا ایستاده اندازه‌گیری کرد. بطور طبیعی بین فشارخون دست راست و چپ 10 تا 20 میلی متر جیوه اختلاف وجود دارد (معمولا دست راست فشارخون بالاتری دارد) اما اختلاف بیشتر از این مقدار، غیر طبیعی است.

وظایف بهورز در برنامه پیشگیری و کنترل فشار خون بالا:

1- غربالگری 2- ارجاع 3- پیگیری و مراقبت 4- آموزش 5- ثبت اطلاعات

* غربالگری :

برای تشخیص به موقع فشارخون بالا باید یک برنامه غربالگری جمعی برای جمعیت تحت پوشش اجرا گردد. در ابتدا لازم است اسامی و مشخصات کلیه افراد 30 ساله و بالاتر (این گروه سنی بیشتر در معرض ابتلا به فشارخون بالا هستند) را از پوشه خانوار استخراج نموده و در فرم غربالگری فشارخون بالا ثبت نمایید . قبل از اجرای برنامه غربالگری و همچنین در حین برنامه بایستی برنامه آموزش همگانی در خصوص بیماری فشارخون بالا ، اهمیت این بیماری و عوارض ناشی از آن، تشخیص و درمان بموقع و مراقبت از بیماری، عوامل و رفتارهای خطرزا اجراء کنید. این کار قطعاً تاثیر مثبت در مراجعه افراد واجد شرایط خواهد داشت. سپس باید طبق برنامه‌ریزی انجام شده توسط کاردان مرکز ، روزانه (بر حسب تعداد تعیین شده) از افراد واجد شرایط برای انجام غربالگری دعوت بعمل آورید. ضمناً بایستی مواردی که لازم است قبل از اندازه‌گیری فشارخون رعایت شود (به نکات مورد توجه در اندازه‌گیری فشارخون مراجعه شود)، قبل از مراجعه به تمام افراد واجد شرایط آموزش دهید. پس از مراجعه فرد واجد شرایط به خانه بهداشت ، می‌بایست با رعایت تمام شرایط قبل و حین اندازه‌گیری فشارخون نسبت به اندازه‌گیری فشارخون اقدام و در فرم غربالگری فشارخون ثبت نمایید (به صفحه 15 مراجعه کنید). این فعالیتها حتی الامکان باید در خانه بهداشت انجام شود.

× توجه : مدت غربالگری 6 ماه در نظر گرفته شده است.

افرادی که پس از تکمیل فرم غربالگری فشار خون بالا ، بعنوان فرد سالم شناخته شده اند ، می بایست هر سه سال یکبار به همراه سایر افرادی که به سن 30 سالگی می رسند، طبق دستورالعمل مجددا در غربالگری بعدی شرکت داده شوند و فرم غربالگری فشارخون بالا برای آنها تکمیل شود .

* ارجاع به پزشک :

1- بعد از تکمیل فرم غربالگری برای هر فرد ، اگر فرد دارای میانگین فشارخون ماکزیمم 140 میلیمتر جیوه و بیشتر و یا فشارخون می نیمم 90 میلی متر جیوه و بیشتر باشد، او را بمنظور تایید بیماری فشارخون بالا به پزشک ارجاع غیرفوری دهید .

2- بعد از پایان مدت غربالگری، لازم است فشارخون افراد 30 ساله و بالاتر سالم در هر مراجعه به خانه بهداشت با رعایت 5 دقیقه استراحت کامل اندازه گیری شود (در صورتی که فاصله مراجعات بیشتر از 3 ماه باشد). اگر فشارخون ماکزیمم 140 میلیمتر جیوه و بیشتر و یا فشارخون می نیمم 90 میلی متر جیوه و بیشتر باشد، مجددا بعد از 5 دقیقه استراحت فرد، فشارخون رادریک نوبت دیگر اندازه گیری کنید و در دفتر ثبت نام بیماران یادداشت نمائید و بعد بر اساس نتیجه میانگین فشارخون ، برای ارجاع غیرفوری به پزشک تصمیم بگیرید.

3- در زمان غربالگری و یاد هر مراجعه به خانه بهداشت، اگر میانگین فشارخون ماکزیمم 170 میلی متر جیوه یا بیشتر باشد، فرد را ارجاع فوری دهید.

4- اگر فردی با یکی از علائم سردرد شدید، سرگیجه ،گیجی ،خواب آلودگی ، تاری و یا اختلال دید، تنگی نفس ناگهانی و درد قفسه سینه مراجعه کند، فشارخون او را اندازه بگیرید، اگر فشارخون ماکزیمم 140 میلی متر جیوه یا بیشتر و یا فشارخون می نیمم 90 میلی متر جیوه و بیشتر بود او را به پزشک ارجاع فوری دهید.

5- اگر بیمار مبتلا به فشارخون بالا با یکی از علائم سردرد شدید، سرگیجه ،گیجی، خواب آلودگی ، تاری و یا اختلال دید ، تنگی نفس ناگهانی و درد قفسه سینه مراجعه کند، او را ارجاع فوری دهید.

6- بیماران مبتلا به فشار خون بالا باید طبق نظر پزشک مراقبت شوند و اگر پزشک دستور خاصی برای پیگیری نداشته باشد، هر سه ماه یکبار بیمار را برای مراقبت ارجاع غیر فوری دهید .

7- فشارخون بیماران تحت درمان باید کنترل شده باشد (فشارخون هدف، فشارخون کمتر از 140 بر روی 90 میلیمتر جیوه است، مگر در موارد خاص که ممکن است طبق دستور پزشک فشارخون هدف برای بیمار کمتر از مقدار تعیین شده باشد). اگر در زمان مراقبت بیماران فشارخون ماکزیمم 140 میلیمتر جیوه و بیشتر و یا فشارخون می-نیمم 90 میلیمتر جیوه و بیشتر باشد، بیمار را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید. در بیماران یک بار اندازه‌گیری فشار خون برای ارجاع به پزشک کافی است.

X توجه: فرم ارجاع فوری می‌بایست در دو برگ تهیه شود. در این مورد بیمار را توجیه کنید تا حتماً از پزشک بخواهد پس از پایان اقدامات، نتایج را در فرم ارجاع ثبت کند و برگه دوم فرم ارجاع، توسط بیمار به خانه بهداشت عودت داده شود.

* پیگیری و مراقبت بیماران :

مشخصات بیماران مبتلا به فشارخون بالای شناخته شده قبلی و بیمارانی که پس از تکمیل فرم غربالگری فشار خون بالا، شناسایی و به پزشک ارجاع داده شده‌اند و بیماری آنان مورد تأیید قرار گرفته است را در فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا (به صفحه 23 مراجعه کنید) و فرم پیگیری بیماران (به صفحه 26 مراجعه کنید) وارد نمائید و یک دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا برای هر بیمار تنظیم کنید.

- افراد بیمار بطور معمول باید حداقل ماهی یکبار توسط بهورز و سه ماه یکبار توسط پزشک پیگیری و مراقبت شوند . در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود .

X توجه : در هر بار مراقبت بیماران، لازم است فشار خون و وزن را اندازه بگیرید، در زمینه مصرف دارو و مراقبتهای غیر دارویی آموزش دهید و در صورت نیاز، بیمار را به پزشک ارجاع دهید . در صورتیکه افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند بعد از گذشت 3 روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند .

* آموزش :

آموزش در مورد بیماری فشارخون بالا در چهار مرحله صورت می‌گیرد:

- آموزش توجیهی قبل از غربالگری برای عموم مردم

- آموزش حین غربالگری برای مراجعه‌کنندگان به خانه بهداشت

- آموزش در مراقبت‌ها و بازدیدها برای بیماران و خانواده آنها

- آموزش مستمر برای عموم مردم

از مهمترین اقدامات برای پیشگیری از فشارخون بالا، آموزش همگانی و تشویق مردم به اجرای موارد زیر می باشد :

- 1- از مصرف نمک زیاد پرهیز شود .
- 2- از پرخوری و مصرف غذاهای پرچربی خودداری و در نتیجه از چاقی پیشگیری شود.
- 3- از مصرف دخانیات پرهیز شود و در صورت مصرف دخانیات هرچه سریعتر برای ترک برنامه‌ریزی گردد .
- 4- فعالیت بدنی و ورزش مداوم و منظم افزایش یابد .
- 5- افراد سالم حداکثر هر سه سال یکبارحتما فشار خونشان را اندازه‌گیری نمایند .

توصیه های لازم به بیمار جهت اصلاح شیوه زندگی (مصرف دخانیات ، کم تحرکی ، تغذیه نامناسب)

- 1- **راهنمای تغذیه**
 - خوردن سه وعده غذا به مقدار متعادل بهتر از خوردن یک وعده غذا اما به مقدار زیاد است . ولی باید به یاد داشته باشید که نوع غذا خیلی مهمتر از مقدار آن است و بطور کلی غذاهای مصرفی باید متنوع وشامل انواع گوناگون مواد غذائی باشند.
 - از مصرف زیاد نمک خودداری کرده و از گذاشتن نمکدان سر سفره پرهیز کنید .
 - غذاهای کم چربی را انتخاب کنید و غذا را بیشتر به صورت آب پز ، بخار پز یا کبابی تهیه کنید وحتی المقدور از خوردن غذاهای سرخ کرده خودداری کنید .
 - سعی کنید لبنیات کم چربی ، گوشت کم چربی و مرغ بدون پوست مصرف کنید .
 - از سبزیجات ، سالاد و میوه‌جات به مقدار زیاد مصرف کنید .
 - غذاهای نشاسته‌ای مثل نان ، ماکارونی ، دانه‌های غلات با پوست و سیب زمینی به مقدار متعادل مصرف کنید .
 - از مصرف نوشابه‌های گازدار شیرین اجتناب کنید .

- مصرف شکر ، شیرینی ، شکلات ، کیک و بیسکویت را شدیداً کاهش دهید .
- بجای کره ، روغنهای جامد و یا دنبه از روغنهای مایع استفاده کنید .
- گوشت، امعاء و احشاء (جگر ، مغز ، دل ، قلوه) و کله و پاچه را کمتر مصرف کنید .
- مصرف زرده تخم مرغ را محدود کنید (حداکثر 3 عدد در هفته) .
- حبوبات مثل عدس ، لپه و لوبیا را بیشتر مصرف کنید .
- حتی الامکان نان تهیه شده از آرد سیبوس دار مصرف کنید .

2- راهنمای ترک سیگار

برای کمک به فرد سیگاری به او بگوئید :

- ترک ، کار دشواری نیست .
- علائم ترک 1-2 هفته باقی میماند که ممکن است آزار دهنده باشد.
- اکثر افرادی که مصرف سیگار را ترک کرده اند در همان هفته اول و ما بقی در طول سه ماهه اول به مصرف مجدد سیگار رو می آورند که ممکن است به دلیل شرایط پیش بینی نشده یا فشارهای روانی شدید باشد .
- بخاطر داشته باشید سیگار کشیدن یک عادت است ، عادتی که میتوان آن را کنار گذاشت .
- به یاد داشته باشید اکثر افراد سیگاری پس از چندین بار تلاش ، موفق به ترک می شوند.
- ترک سیگار دارای مراحل زیر است :

1- برای ترک تصمیم بگیرید.

2- هر شب قبل از خواب به یکی از دلایل ترک خود فکر کنید(مثلا برای بهبود سلامتی ، برای بهتر شدن ظاهر و...).

3- یک برنامه نرمشی - ورزشی را آغاز کنید ، مایعات بیشتری مصرف کنید ، استراحت کنید ، از خستگی بپرهیزید.

4- هیچوقت به این فکر نکنید که هرگز سیگار مصرف نخواهید کرد . فقط به فکر تعیین یک روز برای ترک کردن باشید.

5- از یکی از دوستانتان که او هم سیگار مصرف می کند بخواهید که با هم برای ترک مصرف سیگار برنامه ریزی کنید و پول سیگار روزانه تان را پس انداز کنید.

6- یک تاریخی برای ترک انتخاب کنید و روز ترک را به کلیه افراد خانواده ، دوستان و اطرافیان اطلاع دهید

7- در روز ترک به خودتان بگوئید امروز سیگار مصرف نمی کنم و اینکار را انجام دهید.

8- لباسهای خود را تمیز کنید تا از بوی بد سیگار خلاص شوید .

9- عادت تغذیه ای خود را تغییر دهید تا به کاهش تعداد مصرف سیگار کمک کند، برای مثال شیر بنوشید.

10- در موقع میل به مصرف سیگار بجای آن یک لیوان آب بنوشید یا میوه میل کنید.

11- در طول روز خود را مشغول کنید .

12- از افراد خانواده کمک بخواهید.

3- راهنمای ورزش

- تمام ورزشها برای بدن مفید هستند ولی بهترین ورزش برای قلب ، ورزشی است که استقامت بدن را افزایش دهد . ورزشهایی استقامت بدن را زیاد می کنند که در آنها حرکات بدنی بطور پیاپی برای مدتی ادامه داشته باشند مثل راه رفتن سریع ، دویدن ، شنا ، دوچرخه سواری و طناب زدن .

- حرکات موزون و ملایم بهترین نوع ورزش هستند، مانند دوچرخه سواری ، شنا ، راهپیمایی و طناب زدن

- باید به خاطر داشت که ورزش نکردن و فعالیت بدنی کم یکی از عوامل موثر در ابتلاء به بیماری قلبی است

- سعی کنید فعالیت بدنی جزئی از زندگی روزانه باشد .

- باید به یاد داشت که ورزش به آرامی شروع شود و بتدریج افزایش یابد .

- به اندازه ای ورزش کنید که احساس خستگی مطبوعی در شما بوجود آید ، نه به اندازه ای که از پا بیافتید . سطح

مطلوب ورزش یعنی اینکه درحین ورزش ضمن نفس نفس زدن بتوان صحبت کرد .

- همیشه قبل از شروع ورزش ، خود را با حرکات ورزشی ملایم و نرمش گرم کنید.

- برای خاتمه ورزش ، بطور ناگهانی ورزش را تمام نکنید . سعی کنید برای چند دقیقه با حرکات ملایم تر به ورزش ادامه دهید .

- تا یک ساعت بعد از صرف غذا ورزش را شروع نکنید .

- درد عضلات در حین ورزش را نادیده نگیرید . در واقع " بدن " می گوید " ورزش کافی است !"

- بهتر است حداقل هفته ای 3 روز و روزانه 30 دقیقه فعالیت بدنی انجام شود. در صورتیکه نتوانید یکجا 30 دقیقه فعالیت کنید می توان فعالیت بدنی را در طول روز به 3 نوبت 10 دقیقه ای تقسیم کرد.

راهنمای فرم غربالگری فشار خون بالا

این فرم بصورت یک دفترچه است و برای افراد 30 ساله و بالاتر تکمیل می شود . غربالگری باید در طی 6 ماه انجام و خاتمه یابد .

دستورالعمل تکمیل فرم غربالگری

در ابتدا نام مرکز بهداشتی درمانی ، خانه بهداشت و روستای تحت پوشش خانه بهداشت را بر حسب اصلی یا قمر در بالای فرم بنویسید. سپس به ترتیب زیر اطلاعات مورد لزوم را تکمیل کنید :

(ستون 1) ردیف : شماره ردیف را به ترتیب 1،2،... بنویسید .

(ستون 2) نام و نام خانوادگی : اسامی افراد 30 ساله و بالاتر خانوار را به ترتیب شماره خانوار از پرونده خانوار بر حسب سن از بزرگ تا کوچک استخراج و پشت سر هم در این ستون بنویسید .

(ستون 3) جنس : جنس افراد را بر حسب مرد یا زن یادداشت کنید .

(ستون 4) تاریخ تولد : تاریخ تولد را بر حسب سال و ماه یادداشت کنید .

(ستون 5) شماره خانوار : شماره پرونده خانوار فرد را در این ستون یادداشت کنید .

(ستون 6) تاریخ مراجعه : تاریخ روزی که فرد برای غربالگری مراجعه کرده است را در این ستون یادداشت کنید.

(ستون 7) سابقه بیماری فشار خون بالا : از فرد سؤال کنید آیا بیماری فشار خون بالا دارد ؟ در صورت جواب مثبت، اگر بیمار تحت نظر پزشک است (تحت درمان غیر دارویی و یا درمان دارویی) در این ستون علامت ضربدر بگذارید. در این

مورد بهورزان می‌توانند برحسب شناختی که از اهالی روستا دارند و با توجه به شواهد موجود تصمیم‌گیری کنند. برای این فرد ستونهای 9 و 10 را خالی بگذارید. اگر فرد سابقه بیماری فشارخون بالا نداشت در ستون 7 علامت منفی بگذارید.

(ستون 8) نوبت اول فشار خون بر حسب میلی متر جیوه : در اولین مراجعه فرد پس از رعایت شرایط اندازه‌گیری فشارخون ، فشارخون فرد را اندازه گرفته و مقدار فشارخون بدست آمده را بعنوان میزان فشارخون نوبت اول محسوب کنید و در این ستون بصورت کسر یادداشت کنید . در صورتیکه هم فشارخون ماکزیمم فرد کمتر از 140 میلی متر جیوه و هم فشارخون می‌نیمم کمتر از 90 میلی‌متر جیوه باشد ، چون فشارخون طبیعی است نیاز به اندازه‌گیری مجدد نمی‌باشد. بنابراین برای این فرد ستونهای 9 و 10 خالی می‌ماند .

(ستون 9) نوبت دوم : بعد از ثبت فشار خون نوبت اول در ستون 8 در صورتیکه فشار خون ماکزیمم 140 میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشار خون می‌نیمم 90 میلی متر جیوه و بیشتر باشد 5 دقیقه بعد از استراحت فرد، مجدداً فشار خون را از همان دست اندازه‌گیری کنید و مقدار آن را در این ستون بنویسید .

(ستون 10) میانگین : مقدار فشارخون ماکزیمم بدست آمده از دو نوبت را با هم جمع کنید و بر 2 تقسیم کنید تا میانگین فشارخون ماکزیمم بدست آید . میانگین فشارخون می‌نیمم را هم به همان ترتیب بدست آورید، نتیجه را بصورت کسر در این ستون یادداشت کنید .

$$\frac{\text{فشارخون ماکزیمم نوبت اول} + \text{نوبت دوم}}{2} = \text{میانگین فشارخون ماکزیمم}$$

$$\frac{\text{فشار خون می‌نیمم نوبت اول} + \text{نوبت دوم}}{2} = \text{میانگین فشار خون می‌نیمم}$$

(ستون 11) تاریخ ارجاع به پزشک : تاریخی که فرد مشکوک به بیماری فشارخون بالا یعنی فردی که یا میانگین فشارخون ماکزیمم او 140 میلی‌متر جیوه و بیشتر و یا میانگین فشارخون می‌نیمم او 90 میلی‌متر جیوه و بیشتر باشد را به پزشک ارجاع می‌دهید، با مداد در این ستون ثبت کنید و پس از معاینه توسط پزشک ، تاریخ را با خودکار در این ستون یادداشت کنید .

نتیجه غربالگری :

(ستون 12) سالم : اگر فرد سابقه ابتلاء به بیماری فشارخون بالا نداشته باشد و در نوبت اول فشار خون طبیعی (هم فشار خون ماکزیمم کمتر از 140 میلی متر جیوه و هم فشار خون می‌نیمم کمتر از 90 میلی متر جیوه) داشته باشد، در این ستون علامت ضربدر بگذارید .

بیمار

در صورتیکه فرد سابقه بیماری فشارخون بالا داشته است و بیماری وی قبلاً توسط پزشک تأیید شده است ، به عنوان بیمار شناخته شده قبلی در ستون 13 (شناخته شده قبلی) علامت ضربدر بگذارید . (یعنی در ستون 7 علامت ضربدر وجود دارد) .

اگر پس از ارجاع فرد مشکوک به فشارخون بالا به پزشک، بیماری او تأیید شود، به عنوان بیمار شناخته شده جدید در ستون 14 (شناخته شده جدید) علامت ضربدر بگذارید.

× توجه داشته باشید افرادی که سابقه بیماری فشارخون بالا دارند ، حتی اگر فشارخون نوبت اول آنها

کمتر از 140/90 باشد، جزء بیمار شناخته شده قبلی محسوب می‌شوند.

(ستون 15) ملاحظات : هر اطلاعات خاص دیگر که ذکر آن ضروری است ، در این ستون یادداشت کنید. مانند سابقه بیماری خاص، مصرف دارو ، نحوه اندازه‌گیری فشارخون (طاق باز، ایستاده)، علت عدم غربالگری (دانشجو ، سرباز ، کارگر فصلی ، مسافرت ، بارداری) و غیره

× در صورت عدم مراجعه فرد واجد شرایط ، لازم است در طی دوره غربالگری چندین بار پیگیری انجام شود و در

خاتمه مدت غربالگری اگر مراجعه صورت نگیرد ، علت عدم غربالگری نوشته شود.

نکات مورد توجه در تکمیل فرم غربالگری فشارخون بالا

1- منظور از افراد 30 ساله و بالاتر افرادی هستند که 29 سال و 11 ماه و 29 روز را پشت سر گذاشته‌اند.

2- حتی‌الامکان از گرد کردن اعداد بدست آمده از اندازه‌گیری فشارخون خودداری کنید و اعداد را بر حسب میلیمتر جیوه

یادداشت کنید مانند $\frac{142}{81}$.

3- این فرم فقط برای افراد 30 ساله و بالاتری تکمیل می شود که در طول دوره شش ماهه غربالگری مراجعه نموده‌اند ، یعنی برای افرادی که بعد از شروع دوره غربالگری به سن 30 سالگی می‌رسند و افراد واجد شرایطی که بعد از خاتمه دوره غربالگری در دسترس قرار می‌گیرند، مانند دانشجویان ، سربازان ، زنان باردار و ... این فرم تکمیل نخواهد شد .

4- فرم غربالگری برای زنان باردار بایستی یکماه پس از زایمان (در صورتی که مدت غربالگری به پایان نرسیده باشد) تکمیل شود و کنترل فشارخون در دوران بارداری طبق دستورالعمل مربوط به زنان باردار انجام شود.

5- افرادی که در زمان غربالگری میانگین فشارخون ماکزیمم آنها 170 میلی متر جیوه و بیشتر است به پزشک ارجاع فوری دهید.

6- فرم غربالگری برای بیماران با فشارخون بالای شناخته شده قبلی هم باید تکمیل شود. در بیمارانی که تحت درمان و کنترل باشند نیازی به اندازه‌گیری فشارخون نوبت دوم نیست. در صورتیکه در نوبت اول فشارخون ماکزیمم 140 میلی متر جیوه و بیشتر یا فشارخون می‌نیمم 90 میلی‌متر جیوه و بیشتر باشد بیمار را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید .

7- مشخصات افراد بیمار (شناخته شده جدید و قبلی) را پس از شناسایی به فرم مراقبت بیماران مبتلابه فشارخون بالا و فرم پیگیری بیماری منتقل کنید .

8- اگر غربالگری در منزل انجام شود دور تاریخ مراجعه دایره قرمز بکشید.

فرم غربالگری فشارخون بالا

مرکز بهداشتی درمانی روستائی.....

خانه بهداشت :

سال:

روستا : اصلی قمر

| ملاحظات | نتیجه غربالگری | | | تاریخ ارجاع به پزشک | فشارخون بر حسب میلی متر جیوه | | | سابقه بیماری فشارخون بالا | تاریخ مراجعه | شماره خانوار | تاریخ تولد | جنس | نام و نام خانوادگی | ردیف |
|---------|--------------------|--------------------|------|---------------------------|------------------------------|-------------|---------|---------------------------------|-----------------|-----------------|---------------|-----|--------------------|------|
| | بیمار | | سالم | | نوبت اول | نوبت دوم | میانگین | | | | | | | |
| | شناخته شده جدید | شناخته شده قبلی | | | | | | | | | | | | |
| 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

راهنمای فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشار خون بالا

پس از شناسایی بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا، مشخصات و اطلاعات آنها را از فرم غربالگری استخراج و به ترتیب در فرم مراقبت مربوط به بیماران مبتلا به فشار خون بالا وارد نمائید. این فرم در دو صفحه پشت و رو به منظور ثبت مراقبت‌های انجام شده برای هر بیمار تهیه شده است. برای هر بیمار یک فرم تنظیم کنید. این فرم‌ها را باید در پرونده خانوار هر فرد نگهداری نمود.

دستورالعمل تکمیل فرم مراقبت بیماران با فشارخون بالا

در ابتداء شماره پرونده خانوار، نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ تولد را از فرم غربالگری استخراج کنید و در مورد سابقه ابتلاء به دیابت، سابقه خانوادگی بیماری فشارخون بالا (در والدین، خواهر و برادر)، سابقه مصرف دخانیات و نوع دخانیات مصرفی (مانند سیگار، چپ و ...) و اولین تاریخ تشخیص بیماری (در صورتی که بیمار شناخته شده قبلی باشد) از بیمار سؤال کنید و سپس قد فرد را طبق دستورعمل بلوک بهوزی اندازه بگیرید و در قسمت بالای فرم یادداشت کنید.

× توجه داشته باشید اگر فرد قبلاً سابقه بیماری فشار خون بالا داشته باشد، اولین تاریخ تشخیص بیماری را از زمانیکه به تائید پزشک مربوطه رسیده است در بالای فرم یادداشت کنید. در مورد بیماران شناخته شده جدید تاریخ تشخیص، زمانی است که بعد از غربالگری و ارجاع، به تائید پزشک مرکز بهداشتی درمانی رسیده است.

(ستون 1) تاریخ مراقبت: تاریخی را که بیمار جهت مراقبت مراجعه کرده است در این ستون یادداشت کنید. اگر مراقبت در منزل بیمار انجام شود دور تاریخ دایره قرمز بکشید. تاریخ مراقبت بعدی را در این ستون با مداد یادداشت کنید و پس از انجام مراقبت، تاریخ را با خودکار بنویسید.

(ستون 2) مراقبت کننده: فردی که مراقبت را انجام می‌دهد مثل بهوز، پزشک مرکز و یا سایر پزشکان (پزشک دیگری غیر از پزشک مرکز)، در این ستون بنویسید. بهوزان ماهی یک بار و پزشکان حداکثر سه ماه یک بار لازم است بیمار را مراقبت نمایند.

× توجه: چون گاهی بیماران مبتلا به فشارخون بالا توسط پزشکان خصوصی یا دولتی در محلی غیر از مرکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت تحت مراقبت قرار می‌گیرند، لازم است در این مورد پیگیری نموده و نتیجه اقدامات انجام شده را با بررسی دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا برگه ارجاع با کمک کاردان و یا پزشک مرکز در فرم ثبت کنید. در صورت ارجاع بیمار از مرکز بهداشتی درمانی به سطح بالاتر، حتماً بیمار را توجیه کنید که برگه دوم ارجاع را با تاکید بر ثبت اقدامات انجام شده توسط پزشک، به مرکز عودت دهد.

خدمات ارائه شده

(ستون 3) مقدار فشار خون بر حسب میلی متر جیوه : پس از اندازه گیری فشارخون بیمار (با توجه به رعایت شرایط اندازه گیری فشارخون)، مقدار آن را بر حسب میلی متر جیوه و بصورت کسر در این ستون یادداشت کنید .

(ستون 4) مقدار وزن بر حسب کیلوگرم : پس از اندازه گیری وزن بیمار، مقدار آن را در این ستون بر حسب کیلوگرم یادداشت کنید .

(ستون 5) مقدار نمایه توده بدنی : با استفاده از نمودار نمایه توده بدنی و قد و وزن بدست آمده وضعیت نمایه توده بدنی بیمار را تعیین و در این ستون مقدار آن را بنویسید برای افرادی که چاق هستند یعنی نمایه توده بدنی آنها 30 و بیشتر است تا رسیدن به وزن مطلوب ،وزن بیمار باید هر ماه در هر مراقبت کنترل شود.در مورد بیمارانی که نمایه توده بدنی آنها کمتر از 30 است، 3 ماه یک بار وزن را اندازه گیری کنید.

(ستون 6) بررسی مصرف دخانیات : در صورتیکه بیمار دخانیات مصرف می کند، اگر چاق یا قلیان مصرف می کند از او سؤال کنید بطور متوسط چند بار در روز مصرف می کند؟ و جواب را در این ستون یادداشت کنید.اگر بیمار سیگار مصرف می کند از او سؤال کنید بطور متوسط چند نخ سیگار در روز مصرف می کند؟ و جواب را در این ستون یادداشت کنید.

(ستون 7) آموزش : عناوین آموزشی که بصورت چهره به چهره به بیمار می دهید، در این ستون یادداشت کنید .

(ستون 8) سایر: اگر غیر از خدمت ارائه شده در ستونهای 3 الی 7 مراقبت دیگری انجام شود، در این ستون یادداشت کنید.

× توجه : قسمت عوارض فشارخون بالا ، دستورات پزشک و نتایج آزمایشات انجام شده فقط مربوط به پزشک مرکز است و باید توسط او تکمیل شود.

(ستون 9) **عوارض فشار خون بالا:** اگر در طی مراقبتهای معمولی بیمار که توسط پزشک انجام می شود ، پزشک متوجه عارضه‌ای ناشی از فشارخون بالا در بیمار شود و آن را تأیید کند و یا پس از ارجاع به سطح بالاتر عارضه بیمار بررسی و به تأیید پزشک متخصص برسد، پس از دریافت پس خوراند از سطح بالاتر، پزشک مرکز می‌بایست محل و نوع عارضه را در محل مربوطه بنویسد.

(ستون 10) **دستورات پزشک و نتیجه آزمایشات انجام شده :** نوع داروی مصرفی ، مقدار و زمان مصرف دارو ، زمان پیگیری و مراقبت بعدی ، مراقبت خاص و ... می‌بایست توسط پزشک مرکز در این قسمت یادداشت گردد .

در صورتیکه بیمار در ارتباط با بیماری فشارخون بالا آزمایش انجام داده است، نتیجه آزمایشات بایستی توسط پزشک مرکز در این ستون ثبت گردد .

(ستون 11) **دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه :** اگر بیمار به دلایل فوت، مهاجرت به روستای دیگر یا شهر، عدم تمایل به همکاری و یا دلایل دیگر به خانه بهداشت مراجعه نمی کند، در این ستون علت آن را بنویسید .

(ستون 12) **ارجاع به:** اگر بیمار توسط بهورز به پزشک مرکز ارجاع (فوری یا غیر فوری) شود، در این ستون کلمه **پزشک مرکز** را بنویسید.

اگر بیمار در صورت لزوم برای تشخیص و درمان فشارخون بالا و عوارض آن توسط پزشک مرکز به پزشک متخصص ارجاع شود، در این محل **نوع تخصص پزشک** را بنویسید .

اگر بیمار بعلت بیماری فشارخون بالا و عوارض آن برای بستری در بیمارستان ارجاع شود، در این ستون کلمه **بستری و تاریخ ارجاع** را بنویسید .

بعد از ارجاع، نتایج اقدامات انجام شده می‌بایست با کمک کاردان و پزشک مرکز در سطر بعدی یادداشت گردد (با بررسی فرم ارجاع و یا دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا).

(ستون 13) **ملاحظات :** هر موضوع و اطلاعات مهم دیگر در ارتباط با بیماران را در این ستون بنویسید (مانند سابقه بیماری خاص و ...)

نکات مورد توجه در تکمیل فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا

- 1- مشخصات تمام بیماران مبتلا به فشارخون بالا را علاوه بر این فرم به ترتیب در فرم پیگیری بیماران نیز ثبت کنید.
- 2- برای هر بیمار یک دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا را با کمک کاردان و پزشک مرکز تنظیم و تکمیل کنید و به بیمار تحویل دهید تا در هر بار مراجعه به پزشک به همراه خود داشته باشد.
- 3- اگر فردی برای معاینات بهداشتی، درمانی مراجعه نماید و پس از اندازه‌گیری فشارخون، مقدار آن بالا باشد (فشارخون ماکزیمم 140 میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشار خون مینیمم 90 میلی متر جیوه و بیشتر)، باید طبق دستورالعمل در یک نوبت دیگر به فاصله 5 دقیقه (روی هم دو نوبت) فشارخون را اندازه‌گیری و در دفتر ثبت نام بیماران ثبت کنید و سپس برحسب میانگین اعداد بدست آمده قضاوت کنید. اگر در صورت لزوم به پزشک ارجاع داده شود (فشارخون ماکزیمم 140 میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون می‌نیمم 90 میلی متر جیوه و بیشتر باشد) و بیماری فشارخون بالا مورد تأیید قرار گیرد، مشخصات بیمار را در فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشار خون بالا و فرم پیگیری بیماران وارد کنید و دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا را تکمیل و به بیمار تحویل دهید.
- 4- برای بیمارانی که تحت نظر پزشک مرکز نیستند نیز می‌بایست این فرم و فرم پیگیری بیماران و دفترچه مراقبت بیماران تنظیم گردد و مراقبت ماهانه توسط بهورزان انجام گیرد. همچنین می‌بایست با پرسش از بیمار و بررسی دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا، وضعیت درمانی بیمار با کمک کاردان یا پزشک مرکز بررسی و در فرم یادداشت گردد.

فرم مراقبت بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا

شماره پرونده خانوار:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد: / /

اولین تاریخ تشخیص بیماری: / /

قد (بر حسب سانتیمتر):

سابقه بیماری دیابت: دارد ندارد

سابقه خانوادگی بیماری فشارخون بالا: دارد ندارد

سابقه مصرف دخانیات: دارد ندارد

نوع دخانیات مصرفی:

| ملاحظات | ارجاع (به 4) | دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه (3) | دستورات پزشک و نتیجه آزمایشات انجام شده | عوارض فشار خون بالا (2) | خدمات ارائه شده | | | | | | مراقبت کننده (1) | تاریخ مراقبت |
|---------|-----------------|---|---|-------------------------------|-----------------|-------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---|------------------------|--------------|
| | | | | | سایر | آموزش | بررسی مصرف دخانیات | مقدار نمایه توده بدنی | مقدار وزن بر حسب کیلوگرم | مقدار فشار خون بر حسب میلی متر جیوه | | |
| 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

(3) دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه: شامل دلایل مهاجرت، مرگ، عدم تمایل به همکاری و.....

(1) مراقبت کننده: شامل بهورز، پزشک مرکز، سایر پزشکان (دولتی یا خصوصی)

(4) ارجاع به: شامل پزشک مرکز، پزشک متخصص و برای بستری در بیمارستان

(2) عوارض فشارخون بالا: شامل عوارض مغزی، قلبی، چشمی، کلیوی و.....

راهنمای فرم پیگیری بیماران

پس از شناسایی بیماران مبتلا به فشارخون بالا، اسامی و مشخصات آنان را از فرم غربالگری فشارخون بالا استخراج و به ترتیب در فرم پیگیری بیماران وارد کنید. این فرمها را در پوشه جداگانه تحت عنوان پوشه فرم پیگیری بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا نگهداری کنید.

دستورالعمل تکمیل فرم پیگیری بیماران

در ابتدا نام مرکز بهداشتی - درمانی روستائی، خانه بهداشت، آبادی یا روستای تحت پوشش خانه بهداشت را بر حسب قمر یا اصلی، سال تکمیل فرم و نام بیماری مورد نظر (فشارخون بالا) را در قسمت سمت چپ بالای فرم یادداشت کنید و به ترتیب زیر اطلاعات را تکمیل کنید:

(ستون 1) **ردیف**: شماره ردیف را به ترتیب 1، 2، بنویسید و همین شماره ردیف را در قسمت ملاحظات فرم غربالگری فشارخون بالا و فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا که مختص همان بیمار است نیز ثبت کنید.

اطلاعات مربوط به ستون 2 الی 5 را از فرم غربالگری فشارخون بالای فرد بیمار استخراج و به ترتیب در این فرم یادداشت نمائید.

(ستون 2) **نام و نام خانوادگی**: اسامی تمام افراد بیمار مبتلا به فشارخون بالا که در طول غربالگری شناسایی شده و یا قبلا مبتلا به بیماری بوده‌اند را در این ستون ثبت کنید.

(ستون 3) **سال تولد**: تاریخ تولد را بر اساس سال یادداشت کنید مثل 1345.

(ستون 4) **شماره پرونده خانوار**: شماره پرونده خانوار فرد را در این ستون ثبت کنید.

(ستون 5) **تاریخ اولین مراجعه**: تاریخ اولین روز مراجعه‌ای که فرم غربالگری برای فرد تکمیل شده است در این ستون ثبت کنید.

(ستون 6) **اولین تاریخ تشخیص بیماری**: اولین تاریخ تشخیص بیماری فرد را بر حسب ماه و سال در این ستون بنویسید. (از فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا استخراج کنید)

(ستون 7 الی 30) **تاریخ خدمات انجام شده**: این قسمت از ستونهای مربوط به ماههای سال تشکیل شده است. تاریخ روزی که بایستی شخص بیمار برای مراقبت به خانه بهداشت مراجعه کند را در ستون مربوطه بر حسب مراقبت بهورز

یا پزشک با مداد بنویسید . در صورت مراجعه پس از انجام مراقبتهای لازم تاریخ آن را با خودکار بنویسید و دور آن را دایره بکشید و به همین ترتیب تا پایان ستونها ادامه دهید . در صورت عدم مراجعه پیگیری کنید .

اگر مراقبت در منزل انجام شود دور تاریخ دایره قرمز بکشید .

در ستون هر ماه دو ستون بصورت ستاره و دایره مشخص شده است ، ستون ستاره مربوط به مراقبت بهورز و ستون دایره مربوط به مراقبت پزشک است .

اطلاعات این قسمت را از فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا استخراج کنید.

(ستون 31) **ملاحظات:** هر موضوع و اطلاعات مهم دیگر در ارتباط با بیماران را در این ستون بنویسید (مانند علت عدم مراجعه و تاریخ قطع مراقبت و پیگیری و.....)

نکات مورد توجه در تکمیل فرم پیگیری بیماران

1- اسامی افرادی که بعد از پایان غربالگری و در معاینات بهداشتی و درمانی، بیمار مبتلا به فشارخون بالا تشخیص داده شوند، بایستی در فرم پیگیری بیماران ثبت شود و تحت مراقبت قرار گیرند.

2- در صورت مراقبت بیمار بیش از یکبار در ماه، می توان این ستون را به قسمتهای افقی تقسیم نمود و تاریخ هر مراقبت را در قسمت مربوطه یادداشت کرد .

3- حداقل مراقبت بهورز ماهانه و حداقل مراقبت پزشک سه ماه یکبار است . مگر در مواردی که با نظر پزشک ، مراقبت با فاصله کمتر ضرورت داشته باشد .

فرم پیگیری بیماران

مرکز بهداشتی درمانی روستایی : خانه بهداشت : روستا : قمر C اصلی C

نام بیماری : سال :

| ملاحظات | تاریخ خدمات انجام شده | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | اولین تاریخ تشخیص بیماری | تاریخ اولین مراجعه | شماره پرونده خانوار | سال تولد | نام و نام خانوادگی | ردیف | | |
|---------|-----------------------|----|------|----|----|----|-----|----|------|----|-----|----|--------|----|-------|----|-----|----|-------|----|----------|---|--------------------------|--------------------|---------------------|----------|--------------------|------|---------|---|
| | اسفند | | بهمن | | دی | | آذر | | آبان | | مهر | | شهریور | | مرداد | | تیر | | خرداد | | اردیبهشت | | | | | | | | فروردین | |
| | i | * | i | * | i | * | i | * | i | * | i | * | i | * | i | * | i | * | i | * | i | * | | | | | | | i | * |
| 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* تاریخ مراقبتی که توسط بهورز برای بیمار انجام می‌گیرد در این ستون نوشته می‌شود | تاریخ مراقبتی که توسط پزشک انجام می‌گیرد در این ستون نوشته می‌شود

راهنمای استفاده از نمودار نمایه توده بدنی (BMI)

این نمودار از سه خط عمودی تشکیل شده است. خط اول از سمت چپ مربوط به قد، خط وسط مربوط به وضعیت بدنی فرد (تعیین چاقی، اضافه وزن، طبیعی و لاغری) و خط سوم مربوط به وزن می باشد.

ابتدا قد و وزن فرد را اندازه گیری و با استفاده از نمودار وضعیت توده بدنی فرد را مشخص کنید. برای این کار وزن (بر حسب کیلو گرم) را روی خط وزن، و قد را (بر حسب سانتیمتر) روی خط قد مشخص کنید. سپس دو نقطه وزن و قد را توسط یک خط کش بهم متصل نمائید هر نقطه از خط وسط که توسط خط کش قطع شود آن نقطه نشان دهنده وضعیت توده بدنی فرد مورد نظر میباشد، بطوریکه قسمت زرد مربوط به افراد لاغر، قسمت سبز مربوط به افراد با وزن طبیعی، قسمت نارنجی مربوط به افراد دارای اضافه وزن و قسمت قرمز مربوط به افراد چاق است. پس از مشخص شدن توده بدنی فرد، افراد چاق جزء گروه افراد در معرض خطر قرار می گیرند.

راهنمای تکمیل دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا

برای هر بیمار مبتلا به بیماری فشارخون بالا، بایستی یک دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالاتنظیم کنید، حتی اگر بیمار تحت مراقبت پزشک مرکز بهداشتی درمانی نباشد. بیماران باید توجیه شوند تا هر بار که برای مراقبت بیماری فشارخون بالا به پزشک مراجعه می کنند (غیر از پزشک مرکز بهداشتی درمانی مربوط به خانه بهداشت روستائی که بیمار در آنجا زندگی می کند)، از پزشک مربوطه درخواست کنند تا قسمت های مرتبط با نوع خدماتی را که انجام داده است، در این دفترچه تکمیل نماید. این دفترچه شامل 9 قسمت است:

- 1- مشخصات منطقه ای: این قسمت توسط بهورز تکمیل می شود.
- 2- اطلاعات عمومی: این قسمت توسط بهورز تکمیل می شود.
- 3- سوابق بیماری ها: این قسمت توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی تکمیل می شود.
- 4- فهرست داروهای پایین آورنده فشارخون که بیمار در حال حاضر یا در گذشته مصرف کرده است: این قسمت توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مربوطه تکمیل می شود.

- 5- فرم معاینه (صفحه 1 و 2) : هر بار که بیمار برای مراقبت بیماری فشارخون بالا به پزشک مراجعه می‌کند و تحت معاینه و یا آزمایشات لازم قرار میگیرد، باید نتایج آن، توسط او در یک ردیف از این فرم در قسمت مربوطه نوشته شود.
- 6- فرم دستورات دارویی : در صورتیکه پزشک مربوطه دارو تجویز نماید نام داروها باید توسط وی در این قسمت نوشته شود.
- 7- فرم شماره 1 و 2 آزمایشگاه : اگر بیمار برای بیماری فشارخون بالا آزمایش خون یا دارار داده باشد، نتایج آن باید توسط پزشک مربوطه در یک ردیف از این فرم یادداشت گردد.
- 8- فرم بستری : اگر بیمار برای بیماری فشارخون بالا در بیمارستان بستری شده باشد، نتایج آن باید توسط پزشک مربوطه و یا پزشک مستقر در بیمارستان در یک ردیف از این فرم یادداشت گردد.
- 9- راهنمای تکمیل دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا: این قسمت در مورد نحوه تکمیل فرم توسط پزشک ، توضیح می‌دهد.

منابع :

- 1- متن آموزشی بهروز در برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا (از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) فروردین 1381
- 2- توصیه‌های تغذیه‌ای بیماران فشارخونی

www.tebyan.net/nutrition-health/dites/heart/2006/6/6/

تمرین نظری :

در حضور مربی و همکلاسان موارد ذیل را تمرین نمائید:

- 1- فشارخون را تعریف کرده و تقسیم بندی آن را شرح دهید.
- 2- عوامل خطر زمینه ساز فشارخون بالا را نام برده و شرح دهید.
- 3- علائم بیماری فشارخون بالا را شرح دهید.
- 4- عوارض بیماری فشارخون بالا را شرح دهید.
- 5- راههای پیشگیری از بروز بیماری فشارخون بالا را شرح دهید.
- 6- نکات مورد توجه در هنگام اندازه گیری فشارخون را شرح دهید.
- 7- پیگیری ، مراقبت و آموزش بیماران فشارخون را شرح دهید.
- 8- غربالگری بیماران فشارخونی را شرح دهید.
- 9- توصیه های لازم به بیماران مبتلا به فشارخون بالا را شرح دهید.

تمرین عملی :

در حضور مربی و با کمک همکلاسان اندازه گیری فشارخون را بطور عملی تمرین نمایید.

فصل دوم

حمله قلبی ، سکته مغزی و عوامل خطر آفرین آنها

اهداف: پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید :

- 1- حملات قلبی و سکته های مغزی را توضیح دهید.
- 2- اقدامات لازم در موارد بروز حملات قلبی و سکته های مغزی را آموزش دهید.
- 3- وظایف بهورز در برخورد با حملات قلبی و سکته های مغزی را بدانید.

مقدمه: بیماری‌های قلبی عروقی با میزان 46% کل مرگ‌ها، اولین علت مرگ در ایران در سال 1380 هستند. عمده این مرگ‌ها ناشی از بیماری عروق کرونر قلب و عوارض ناشی از آن است به طوری که 24% مربوط به سکته‌های قلبی و 10% مربوط به سکته‌های مغزی و 12% مربوط به سایر بیماری‌های قلبی عروقی است. هر روز قلب بیش از صد هزار بار می‌تپد و خون را به بافت‌ها و اعضای بدن از مغز تا نوک انگشتان می‌رساند. این یک وظیفه بسیار بزرگی است. داشتن یک قلب سالم بسیار حیاتی است. قلب بدون توقف برای سال‌های طولانی کار می‌کند تا از زندگی کاملتر و طولانی‌تر لذت ببرید. میلیون‌ها نفر دارای درد قلبی هستند با این وجود یاد گرفته‌اند زندگی کامل و مولدی داشته باشند. ما در هر سن و جنسی می‌توانیم در معرض خطر بیماری‌های قلبی عروقی باشیم اما می‌توانیم با یک سری اقدامات بموقع و ساده یعنی با دانستن در مورد نحوه تغییرات شیوه زندگی نامناسب و آگاهی از شرایط بروز بیماری‌های قلبی عروقی، خطر آن را کاهش دهیم.

حمله قلبی و سکته مغزی

قلب انسان یک پمپ عضلانی است که با انقباض خود خون را به عضلات و بافت‌های بدن می‌رساند. خون حاوی غذا و اکسیژن است و مورد استفاده سلول‌های اعضای بدن قرار می‌گیرد. برای انجام اینکار خود عضله قلب هم دائماً نیاز به ذخیره اکسیژن دارد. در سطح قلب دو شریان اصلی تغذیه کننده عضله قلب به نام عروق کرونر راست و چپ قرار دارند که عضله قلب اکسیژن و مواد مغذی خود را از طریق انشعابات این دو شریان بدست می‌آورد.

اگر کلسترول و سایر مواد چربی موجود در خون به تدریج در دیواره داخلی شریان‌های بدن رسوب کنند، ایجاد پلاک‌هایی در شریان می‌کنند که سبب می‌شود جدار شریان در آن منطقه سفت و سخت شود. به این شرایط *آترواسکلروز* یا *تصلب شریانی* می‌گویند. (بطور طبیعی رسوب چربی در شریان از کودکی آغاز می‌شود). در طول زمان این رسوب‌های چربی در عروق کرونر قلب، بتدریج شریان‌ها را تنگ و باریک می‌کنند و جریان خون به عضله قلب را کم یا در نهایت متوقف می‌کنند. به حالتی که خون ناکافی به عضله قلب می‌رسد کم خونی عضله قلب یا *ایسکمی* می‌گویند. این وضعیت سبب ایجاد درد قلبی می‌شود. اگر سطح پلاک‌های چربی در دیواره شریان ترک بخورد یا زخمی شود، بعلت عبور خون در رگ کم کم روی آن سطح، لخته خون تشکیل می‌گردد. اگر یک لخته خون در شریان باریک شده بطور کامل مسیر جریان خون را مسدود کند، چون عضله از اکسیژن محروم می‌شود، آسیب می‌بیند و بخشی از بافت عضله قلب که توسط آن شریان تغذیه می‌شود، می‌میرد. پزشکان به این وضعیت حمله قلبی یا در اصطلاح پزشکی به علت آسیب دائمی عضله قلب، سکته قلبی (انفارکتوس میوکارد) می‌گویند.

بقا، پس از حمله قلبی بستگی به تشخیص سریع علائم هشدار دهنده و دریافت فوری خدمات پزشکی دارد.

علائم بروز حمله قلبی

احساس پری، احساس فشار آزار دهنده، سنگینی، ناراحتی یا درد در وسط قفسه سینه که معمولاً بطور ناگهانی و طولانی برای بیش از چند دقیقه (2 دقیقه) ادامه یابد از علائم بروز حمله قلبی هستند. خصوصاً اگر درد به شانه‌ها، گردن یا بازوها، گلو و فک پایین منتشر شود. گاهی افرادی که دچار درد قلبی می‌شوند. این درد و ناراحتی را بصورت احساس فشار ناشی از ایستادن فردی بر روی قفسه سینه یا احساس فشار ناشی از پیچیدن طناب بدور قفسه سینه شرح می‌دهند. سایر نشانه‌ها شامل احساس سبکی سر، سرگیجه شدید بدون علت، غش، تنگی نفس (در حال استراحت یا در حال فعالیت)، عرق کردن و ناراحتی معده است و ممکن است همراه با درد سینه یا تنگی نفس حالت تهوع نیز رخ دهد. باید به خاطر داشت همیشه در حمله قلبی تمام این علائم با هم رخ نمی‌دهد و ممکن است در هر فرد نشانه‌های مختلفی وجود داشته باشد.

به طور معمول درد و ناراحتی بسیار شدید است، اما در بعضی موارد ممکن است شدت درد معمولی باشد و گاهی نیز بیمار بعثت خفیف بودن نشانه‌ها از درخواست کمک خودداری کند. ممکن است در بعضی از بیماران درد سینه وجود نداشته باشد و فقط نشانه‌هایی از درد در بازو یا گلو داشته باشند. معمولاً دردهای تیر کشنده جزء علائم قلبی نیستند. درد ناگهانی یا ناراحتی سینه نه تنها برای خود بیمار ترسناک است بلکه برای اطرافیان فرد نیز نگران کننده است. اغلب اوقات وقتی مردم دارای نشانه‌های حمله قلبی هستند، بطور طبیعی منکر این اتفاق می‌شوند و امیدوار هستند که این وضعیت مربوط به شرایط دیگری مانند مشکل سوء هاضمه یا کشیدگی عضلانی سینه باشد. در نتیجه در رفتن به بیمارستان تاخیر می‌کنند. این کار می‌تواند مرگ آور باشد، زمان در این واقعه بسیار حیاتی است و هر دقیقه برای رسیدن به بیمارستان یا برای دریافت کمک پزشکی ارزش دارد. هر چه درمان زودتر انجام شود، عضله قلب کمتر آسیب می‌بیند و احتمال بقا افزایش می‌یابد.

اگر هر یک از علائم هشدار دهنده حمله قلبی وجود داشته باشد، دقایق حیاتی نباید تلف شود، باید سریعتر اقدام کرد.

اقدامات لازم در مواقع بروز علائم قلبی

اگر این نشانه‌ها در فردی رخ دهد و بیش از چند دقیقه ناراحتی ادامه یابد، باید بیمار مستقیماً به بیمارستان برده شود، پس فوراً اورژانس (فوریت‌ها) را خبر کنید. اگر اورژانس به دلایلی در دسترس نباشد، هر چه زودتر بیمار را به بیمارستانی که دارای

خدمات فوریت های قلبی است، برسانید. در این شرایط بیمار باید استراحت کند و نباید هیچ فعالیتی انجام دهد تا با برانکاردر یا صندلی چرخدار به مرکز درمانی حمل شود. فعالیت بیمار نیاز به خون و اکسیژن بدن و عضله قلب را افزایش می دهد و سبب می شود بخش بیشتری از بافت قلب دچار کم خونی شود و آسیب ببیند. اگر کسی در دسترس نباشد خود بیمار باید برای مراجعه به بیمارستان یا تماس با فوریتها، اقدام نماید. اغلب بیمارانی که به سرعت تحت مراقبت پزشکی لازم قرار می گیرند، بدون این که عوارض مهمی بوجود آید، بهبود می یابند. با این حال، کیفیت زندگی بعد از بروز حمله قلبی بستگی به مقدار آسیب عضله قلب دارد. هر چه آسیب کمتر باشد، کیفیت زندگی فرد بهتر می شود. خوشبختانه داروهایی در حال حاضر موجود هستند که می توانند لخته خونی را که شریان قلب را مسدود کرده است، حل کند و از بین ببرد. اگر این شریان بعد از حمله قلبی سریعاً باز شود، خصوصاً در یک تا دو ساعت اول بعد از حمله، مقدار آسیب عضله قلب به مقدار زیادی کاهش می یابد و شانس بقاء و زندگی زیاد می شود. به همین دلیل باید فوری به بیمارستان مراجعه کرد. دلیل مهم دیگر این است که حمله های قلبی می توانند سبب اختلال جدی ضربان قلب و سبب توقف ناگهانی جریان خون به بدن شوند که به آن ایست قلبی می گویند. ایست قلبی ممکن است دارای علائم معمولی یک حمله قلبی باشد یا ممکن است بدون اخطار قلبی با افتادن بیمار که ظاهراً مرده به نظر می رسد، رخ دهد. ایست قلبی باید هر چه سریعتر به وضعیت طبیعی برگردد، در غیر این صورت بیمار فوت می کند. فقط آمبولانس های مجهز خاص و بیمارستانها تجهیزات مورد نیاز برای برگرداندن ایست قلبی دارند.

اقدامات لازم در مواقع بروز ایست قلبی

ایست قلبی زمانی تشخیص داده می شود که بیمار بطور ناگهانی بی هوش می شود و نبض و غالباً تنفس وجود ندارد. اگر یک ایست قلبی در بیمارستان یا آمبولانس رخ دهد، پزشکان یا کارکنان آمبولانس فوراً یک شوک الکتریکی با استفاده از دستگاه مخصوص به بیمار می دهند. این شوک باعث شروع کار دوباره قلب می شود و سپس قلب می تواند بطور موثر کار خود را مجدداً انجام دهد.

اگر ایست قلبی در خانه یا خیابان رخ دهد، بیمار زنده نمی ماند، مگر جریان خون و اکسیژن در مدت کوتاهی مجدداً برقرار شود. این یعنی کسی باید سریعاً احیای قلبی عروقی را شروع کند، که ترکیبی از ماساژ خارجی قلبی و تنفس دهان به دهان است. احیای قلبی عروقی می تواند سبب زنده ماندن بیمار تا رسیدن آمبولانس مجهز شود. هر فرد بزرگسال و نوجوان باید فن و روش احیای قلبی عروقی را یاد بگیرد.

آنژین (درد قلبی)

آنژین درد قلبی یا همان درد قفسه سینه یا قفسه صدی است، اما یک حمله قلبی نیست. وقتی عضله قلب بطور موقت دچار کم خونی می شود و اکسیژن کافی به آن نمی رسد، درد قلبی یا آنژین رخ می دهد. چون برخلاف حمله قلبی یک لخته خون مانع جریان خون نشده است و ذخیره خون ناکافی عروق کرونر قلب موقتی است، هیچ آسیبی به قلب نمی رسد. زمانی که یک بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر می دود یا به سرعت از یک سر بالایی یا پله بالا می رود یا خیلی عصبانی و یا هیجان زده می شود. قلب سخت تر کار می کند و اکسیژن بیشتری نیاز دارد. در این شرایط عروق کرونر قلب چون باریک هستند نمی توانند جریان خون مورد نیاز را حمل کنند، لذا عضله قلب دچار کمبود اکسیژن می شود و درد ایجاد می شود. این درد مشابه درد حمله قلبی است و بصورت سوء هاضمه یا فشار و سنگینی که به گردن، فک، پشت، شانه ها و بازوها منتشر می شود، احساس می شود، اما بطور معمول زمانی که فرد فعالیتی را که سبب درد شده است، متوقف می کند از بین می رود. گاهی قرصهای نیتروگلیسیرین مورد نیاز است. اما اکثراً به محض قطع فعالیت و استراحت، درد قلبی رفع می شود. افراد بیمار می توانند بدون اینکه دچار حمله قلبی شوند، برای سالها آنژین داشته باشند. اما اگر این آنژین با تکرار بیشتر یا با تقلا و کوشش کمتر یا حتی بدون فعالیت رخ دهد، سریعاً باید به پزشک مراجعه کرد، چون فوراً درمان بیشتر و جدی تری مورد نیاز است.

موارد دیگری که سبب ایجاد درد سینه (درد قلبی) می شوند

به یاد داشته باشد، درد سینه همیشه درد قلبی نیست و ممکن است به دلایل دیگر رخ دهد و ربطی به قلب نداشته باشد. برای اینکه تشخیص داده شود این درد، مربوط به قلب است، نیاز به انجام معاینات و آزمایش های لازم توسط پزشک دارد. درد قلبی می تواند بعلت برگشت اسید معده به مری ایجاد شود، اما معمولاً بصورت سوزش در پشت و پایین تر از استخوان جناغ سینه احساس می شود که به سرعت با مصرف داروهای ضد اسید یا شیر از بین می رود. التهاب ششها و پرده جنب و عضلات سینه و التهاب مفاصل دنده ای نزدیک جناغ سینه نیز از علت های شایع درد سینه هستند.

اقدامات لازم در مواقع بروز درد قلبی توسط بیمار

اگر درد قلبی در حین فعالیت ایجاد شود، فوراً باید فعالیت را متوقف کرد و استراحت کرد. این کار اغلب ناراحتی را کاهش می دهد. افرادی که بیماری عروق کرونر قلب دارند و احتمال بروز درد یا حمله قلبی در آنها بیشتر است می بایست همیشه همراه خود داروی سریع الاثر نیتروگلیسیرین داشته باشند. این داروها دیواره عروق کرونر را گشاد می کنند و جریان خون را به عضلات

قلب بیشتر می‌کنند و نیاز به اکسیژن را کاهش می‌دهند. هر زمان که احساس شود درد قلبی در حال رخ دادن است، یکی از این داروها را باید زیر زبان گذاشت و اجازه داد تا حل شود. بهتر است در ابتدا از نصف قرص (اگر به صورت دانه تسبیح نباشد) شروع کرد. اگر همراه با استراحت، درد کاهش نیافت تا سه قرص را می‌توان مرحله به مرحله زیر زبان گذاشت. نباید برای تسکین درد از مقادیر بیشتر داروهای زیر زبانی، استفاده کرد.

اگر هر یک از علائم زیر وجود داشته باشد، سریعاً باید با پزشک یا مرکز فوریت‌ها تماس گرفت:

- درد قلبی بیش از 10-15 دقیقه ادامه یابد.

- درد قلبی که شدیدتر از حالت طبیعی باشد.

- بعد از گذاشتن سه قرص زیر زبانی درد ساکت نشود.

- درد قلبی بدون دلیل واضح، بطور مکرر رخ دهد.

- برای اولین بار درد قلبی در حالت استراحت رخ دهد.

- نشانه‌های جدیدی مثل تعریق و تنگی نفس ایجاد شود.

- بیماران هرگز نباید بیش از 5 دقیقه برای دریافت کمک صبر کنند.

بهبودی و بازتوانی

اغلب افرادی که به علت حمله قلبی بستری شده‌اند، افسرده و مضطرب می‌شوند. این افراد درباره توانایی انجام فعالیت‌های جسمی، اجتماعی، حرفه‌ای و جنسی خود نگران هستند. معمولاً به جزء در مواردی که حمله قلبی بسیار شدید و عضله قلب خیلی ضعیف شده است و فعالیت بیمار باید محدود شود، دلیلی برای نگرانی وجود ندارد. اکثر افرادی که دچار حمله قلبی شده‌اند اگر به موقع و صحیح مراقبت شوند، می‌توانند همانند قبل کارهایشان را انجام دهند.

توانبخشی در بیماران بعد از حمله قلبی یا جراحی قلب، لازم است اثرات بی‌حرکی ناشی از دوران بستری را کاهش داد. معمولاً بیمار به علت این که تحمل فعالیت و ورزش را ندارد و از بروز درد قلبی می‌ترسد، تمایل به حرکت ندارد و در نتیجه در بستر می‌ماند و حرکت نمی‌کند. هدف از بازتوانی بیماران قلبی، برگرداندن فرد به جامعه است، اما مراحل اولیه باید در بیمارستان

انجام شود. در این محل می‌توان مهارت‌های حرکتی را تمرین کرد. بیماری که سکته قلبی کرده است یا جراحی قلب داشته است نیاز به برنامه فعالیتی دارد که به تدریج پیشرفت کند و محدودیت‌های حرکتی او را کاهش و تحمل فعالیت او را افزایش دهد. در این برنامه بیماران یاد می‌گیرند که علائم ناخواسته‌ای که ممکن است طی فعالیت رخ دهد را بشناسند. بتدریج با پایدار شدن وضعیت بیمار، فعالیت بدنی نیز افزایش می‌یابد. فعالیت‌های اولیه باید تحت نظارت انجام شود.

سکته مغزی

سلولهای مغز باید بطور مداوم و وسیع یک ذخیره خون غنی از اکسیژن داشته باشند. اگر سلول های مغز این ماده حیاتی را از خون دریافت نکنند، از بین می‌روند و حمله مغزی یا سکته مغزی رخ می‌دهد. سکته مغزی به علت شرایط مختلف ایجاد می‌گردد:

1- انسداد مغزی :

بندرت در یک شریان سالم لخته‌های خون تشکیل می‌شوند. با این حال زمانی که دیواره داخلی شریان‌ها با پلاک چربی پر می‌شوند، شریان‌ها باریک شده و جریان خون آهسته و احتمال ایجاد لخته بیشتر می‌گردد. یکی از مهمترین دلایل شایع سکته مغزی، ایجاد لخته خون در شریان مغز و مسدود شدن آن است. بعضی اوقات وقتی یک لخته خون یا سایر انواع ذرات در خون در یکی از رگهای بدن دور از مغز (معمولاً در عروق قلب) تشکیل می‌شود، توسط جریان خون سرگردان می‌شود و در عروق حرکت می‌کند تا اینکه بالاخره در یک شریان جا بگیرد. اگر این لخته خون در شریان مغز جا بگیرد، جریان خون را مسدود می‌کند این وضعیت به سکته مغزی منجر می‌شود.

2- خونریزی مغزی:

زمانی که یک شریان بیمار (آسیب دیده) در مغز پاره می‌شود و خون به داخل بافت اطراف منتشر می‌شود، نیز سکته مغزی رخ می‌دهد و به آن خونریزی مغزی می‌گویند. وقتی یک شریان پاره می‌شود، سلول‌هایی که توسط این شریان تغذیه می‌شوند از خون محروم شده و به علت فشاری که در اثر تجمع خون در فضای بین مغز و جمجمه ایجاد می‌شود، تحت فشار قرار می‌گیرند. بعلت نرسیدن خون به بافت مغز، سلول‌های آن قسمت از مغز از بین می‌روند و در عملکرد مغز یعنی در همان قسمتی که بافت آن آسیب دیده است تداخل ایجاد می‌شود. این تداخل سبب ناتوانی جسمی در فرد می‌شود. خون‌ریزی‌های مغزی به

دلایل گوناگونی ایجاد می‌شوند. معه‌ذا اگر هم تصلب شرائین و هم فشارخون بالا وجود داشته باشد، احتمال بروز آن بیشتر است. ضربات مغزی نیز می‌توانند سبب خونریزی از شریان مغز شوند.

وقتی یک سکته مغزی رخ می‌دهد، سلول‌های عصبی در قسمت بافت آسیب دیده مغز به علت نرسیدن خون کافی نمی‌توانند عمل کنند. این بدین معنی است که قسمتی از بدن هم که تحت کنترل این سلول‌ها هستند و از آن‌ها فرمان می‌گیرند نیز نمی‌توانند کار کنند.

نتیجه معمولی یک سکته مغزی فلج یک طرف از بدن، کاهش توانائی در صحبت کردن یا درک صحبت دیگران و از دست دادن حافظه است. زمانی که یک سکته مغزی به مغز آسیب می‌رساند، اثرات آن ممکن است جزئی یا شدید و نیز موقتی یا دائمی باشد. این وضعیت بستگی به وسعت آسیب مغز و نوع سلول‌های مغزی دارد که آسیب دیده‌اند. اثرات آن نیز به این بستگی دارد که چگونه بدن مجدداً جریان خون قسمت آسیب دیده مغز را برقرار می‌کند.

سلول‌های مغزی آسیب دیده نمی‌توانند بهبود یابند یا اینکه سلول‌های جدید ایجاد کنند، بنا براین پیشگیری از سکته مغزی با اصلاح عوامل خطر آفرین، بسیار مهم است.

* توجه کنید در این برنامه فقط سکته‌های مغزی ناشی از مشکلات عروقی مد نظر می‌باشد و ضربات و خونریزی مغزی ناشی از آن را شامل نمی‌گردد.

علائم بروز سکته مغزی

احساس ضعف یا بی‌حسی و کرختی ناگهانی در صورت، بازو و یا پا در یک طرف بدن (فلج اندام‌ها بصورت یک طرفه) از علائم بروز سکته مغزی هستند. سایر نشانه‌ها شامل اختلال بینایی (دو بینی، تاری دید شدید یا کاهش بینایی بخصوص در یک چشم، بینایی نصفه، دیدن لکه‌های سیاه در جلوی چشم)، اختلال تکلم (از دست دادن توانائی صحبت کردن، لکنت زبان، سنگین شدن زبان، پاسخ‌های بی‌مورد و بی‌جا)، سردرد ناگهانی شدید و بدون علت، گیجی ناگهانی و بدون علت، اختلال در تعادل بدن (تلو تلور خوردن یا افتادن ناگهانی) و سرگیجه بسیار شدید، خصوصاً همراه با هر یک از نشانه‌هایی که قبلاً گفته شد، هستند.

بسیاری از سکته‌های مغزی با تشخیص و کنترل سکته قلبی قابل پیشگیری است، چون سکته قلبی یک عامل هدایت کننده سکته مغزی است. بعضی وقتها حمله‌های مغزی گذرا رخ می‌دهد که از سکته‌های مغزی پیشی می‌گیرند. این سکته‌های مغزی کوچک و خفیف، نشانه‌هایی مثل سکته مغزی بزرگ و شدید ایجاد می‌کنند ولی برای مدت کوتاهی رخ می‌دهند. حمله‌های مغزی گذرا می‌توانند چند روز، چند هفته یا چند ماه قبل از یک سکته مغزی شدید رخ دهند، در نتیجه باید بعنوان علائم هشدار دهنده مورد توجه قرار گیرند. توجه پزشکی یا جراحی سریع درمورد این نشانه‌ها از بروز سکته مغزی بزرگ جلوگیری می‌کند.

در هنگام بروز این نشانه‌ها همانند سکته قلبی باید فوراً به پزشک مراجعه کرد یا با فوریت‌ها تماس گرفت. در این شرایط بیمار نباید حرکت کند و فعالیتی داشته باشد. لازم است تا رسیدن کمک پزشکی بی‌حرکت بماند یا با برانکاردر یا صندلی چرخدار به مرکز درمانی منتقل شود.

تشخیص و پاسخ درست و فوری به نشانه‌های سکته مغزی می‌تواند زندگی فرد را نجات دهد.

بازتوانی بعد از حمله مغزی

بعد از بهبودی از سکته مغزی، بازتوانی در کمک به فرد و برگشت به زندگی مستقل بسیار مهم و حیاتی است. اثراتی که سکته مغزی بجا می‌گذارد ممکن است سبب شود در فعالیت‌های زندگی روزانه تغییراتی داده شود، لذا نیاز به آموزش برای زندگی با شرایط جدید دارد.

بازتوانی آسیب ایجاد شده بوسیله حمله مغزی را بر نمی‌گرداند. بازتوانی برای بازسازی قدرت، ظرفیت و اعتماد به نفس بیمار انجام می‌شود، لذا علیرغم تاثیرات و عوارض بجا مانده از سکته مغزی، فعالیت‌های روزانه می‌تواند ادامه یابد. برنامه بازتوانی معمولاً در جهت سوق دادن بیمار به سمت استقلال طراحی می‌شود و بستگی به نیازهای بیمار دارد. بازتوانی بعد از تثبیت و پایدار شدن وضعیت بیمار بعد از حمله قلبی و آمادگی و توانایی او برای انجام بازتوانی، شروع می‌شود.

اقدامات لازم برای کاهش خطر حمله قلبی و سکته مغزی

افرادی که دارای سابقه سکته قلبی، بیماری قلبی، سابقه حمله مغزی گذرا هستند و دخانیات مصرف می‌کنند، بیشتر احتمال دارد دچار سکته مغزی شوند. کلسترول خون بالا هم خطر سکته مغزی را افزایش می‌دهد، چون سبب افزایش سلولی گلبول

قرمز خون می‌شود. در افراد مبتلا به دیابت نیز خطر سکته مغزی بیشتر است. کم تحرکی و چاقی بطور غیر مستقیم به علت بالا بردن خطر بیماری قلبی، در ایجاد خطر سکته مغزی نقش دارند.

حمله قلبی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب رخ می‌دهد. عوامل خطری وجود دارد که احتمال بروز بیماری عروق کرونر و حمله قلبی را افزایش می‌دهند. در مورد بعضی از این عوامل خطر آفرین کاری نمی‌توان انجام داد. برای مثال بیماری عروق کرونر قلب با افزایش سن شایع‌تر می‌شود. این بیماری در مردان بیش از زنان است و در افرادی که دارای سابقه خانوادگی حمله‌های قلبی یا دیابت هستند شایع‌تر است. گرچه نمی‌توان سن، جنسیت و یا زمینه ارثی را کنترل کرد یا تغییر داد، اما می‌توان در ابتدای شروع زودرس بیماری عروق کرونر قلب، کارهایی را برای کاهش عوامل خطر مهم دیگر که شامل مصرف دخانیات، کلسترول خون بالا، فشار خون بالا، کم تحرکی بدنی و اضافه وزن است، انجام داد. اگر بیش از یکی از این عوامل خطر آفرین وجود داشته باشد، خطر بیماری عروق کرونر قلب چند برابر می‌شود.

اگر این عوامل خطر کاهش یابند و کنترل شوند، خطر بروز اولین حمله قلبی را کاهش می‌دهد .

چندین راه برای کاهش خطر حمله قلبی یا سکته مغزی وجود دارد. عموم مردم باید به راهنمایی‌های زیر توجه کنند و آن را پیگیری نمایند. این کار زندگی آنها را نجات خواهد داد :

- اندازه گیری فشار خون به طور منظم

فشار خون بالا یک عامل خطر مهم در بروز حمله قلبی و مهمترین عامل خطر در بروز سکته مغزی است. اگر فشار خون سیستول یا حداکثر کمتر از 140 میلی متر جیوه و یا فشار خون دیاستول یا حداقل شما کمتر از 90 میلی متر جیوه باشد ، لازم است هر سه سال یکبار آن را کنترل کرد. اگر بیشتر باشد باید طبق دستور پزشک درمان و کنترل شود .

- عدم مصرف دخانیات

مصرف دخانیات خطر بروز حمله قلبی و سکته مغزی را افزایش می‌دهد. در صورت مصرف باید ترک گردد.

- مصرف غذاهای مغذی به مقدار متعادل

باید از یک رژیم غذایی متعادل که دارای کلسترول کم و چربی‌های اشباع کم و مقدار متعادل سدیم (نمک) است استفاده شود. غذاهای چرب در ایجاد تصلب شرایین که مهمترین عامل در ایجاد حمله قلبی و سکته مغزی است، نقش دارند. مصرف بسیار زیاد سدیم در بعضی از افراد، سبب ایجاد فشار خون بالامی‌شود. باید از مصرف غذاهای شور و پر چربی پرهیز کرد.

- حفظ وزن در حد مطلوب

- فعالیت بدنی یا ورزش بطور منظم

- معاینات پزشکی منظم

لازم است عوامل خطر مهم مثل مصرف دخانیات، کلسترول خون بالا، فشار خون بالا، قند خون بالا و عوامل کمک کننده در بروز حمله قلبی مثل افزایش وزن و چاقی و کم تحرکی، بطور منظم از نظر پزشکی بررسی شوند .

نشانه‌ها و علائم حمله قلبی و سکته مغزی را باید جدی گرفت. با رعایت تغذیه (رژیم غذایی) مناسب، فعالیت بدنی منظم و ترک یا عدم مصرف دخانیات می‌توان احتمال بروز حمله قلبی و سکته مغزی را تا حد زیادی کاهش داد.

دستورالعمل تشخیص سکته قلبی

اگر فرد با یکی از علائم تنگی نفس، سرگیجه شدید و بدون علت و یا احساس ناراحتی یا درد قفسه سینه (قفسه صدی) مراجعه نماید باید مشکوک به سکته قلبی شد فشار خون او را اندازه بگیرید و مشخصات بیمار و علائم بیمار را در دفتر ثبت نام بیماران بنویسید. در ابتدا از بیمار سوال کنید:

1- آیا احساس درد، گرفتگی یا فشار در قفسه سینه می‌کنید؟

2- آیا درد به گردن، شانه‌ها و بازوها انتشار دارد ؟

3- آیا برای اولین بار است که این نوع درد را دارید؟

اگر پاسخ هر یک از سوالات فوق خیر بود از بیمار سوالات زیر را بپرسید:

4- آیا درد با غذا خوردن، دراز کشیدن یا خم شدن تشدید می‌شود ؟

5- آیا در پوست قفسه سینه احساس سوزش دارید ؟

6- آیا درد با تنفس عمیق بدتر می شود ؟

درمان و ارجاع به پزشک

اگر پاسخ هر یک از سوالات بند 3-1 بلی بود اقدامات زیر را انجام دهید :

1- از بیمار در مورد سابقه ابتلاء به بیماری فشار خون بالا سوال کنید، در صورتی که سابقه بیماری فشار خون بالا دارد او را به پزشک ارجاع فوری دهید و تا مراجعه به پزشک اقدامات بند 5 را انجام دهید .

2- اگر این وضعیت به طور ناگهانی برای فرد ایجاد شده باشد یا اگر فرد مدت‌ها این علائم را دارد ولی این بار با علائم شدیدتر مراجعه کرده است، بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید و تا مراجعه به پزشک اقدامات بند 5 را انجام دهید .

3- در صورتیکه علائم بیمار از قبل وجود داشته و شدت آن در حال حاضر تغییر نیافته است بیمار را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید .

4- در صورتی که میزان فشار خون بیمار $140/90$ میلی متر جیوه یا بیشتر باشد بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید و تا مراجعه به پزشک اقدامات بند 5 را انجام دهید .

5- قبل از ارجاع فوری بیمار اقدامات زیر را انجام دهید:

الف- بیمار را بدون حرکت نگهدارید و بر روی تخت بخوابانید.

ب- از اکسیژن با شدت 2 لیتر در دقیقه استفاده کنید و بر روی بینی بیمار قرار دهید.

ج- در صورت وجود امکانات بدون حرکت دادن بیمار و با استفاده از برانکارڈ یا صندلی چرخدار بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید. اگر امکانات در همان موقع فراهم نباشد لازم است تا ارجاع فوری در این شرایط بیمار در خانه بهداشت بماند.

6- اگر بیمار دارای سابقه سکته قلبی با یکی از علائم تنگی نفس ناگهانی، سرگیجه و درد قفسه سینه مراجعه کند و این نشانه‌ها شدید باشد طبق بند 5 اقدام کنید و بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید .

7- اگر بیمار دارای سابقه سکته قلبی با یکی از علائم تنگی نفس ناگهانی و درد قفسه سینه مراجعه کند و این نشانه ها خفیف باشد، بیمار را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

8- بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی و سکته قلبی باید طبق نظر پزشک مراقبت شوند و اگر پزشک دستور خاصی برای پیگیری نداده باشد، هر سه ماه یکبار بیمار را برای مراقبت ارجاع غیر فوری دهید .

توجه : فرم ارجاع می‌بایست در دو برگ تهیه شود. در این مورد بیمار را توجیه کنید تا حتماً از پزشک بخواهد پس از پایان اقدامات، نتایج را در فرم ارجاع ثبت کند و برگه دوم فرم ارجاع، توسط بیمار به خانه بهداشت عودت داده شود .

پیگیری و مراقبت بیماران

اگر فرد مشکوک به حمله قلبی بعد از ارجاع به پزشک مورد بررسی قرار گیرد و بیماری وی توسط پزشک تایید شود به عنوان بیمار مبتلا به بیماری سکته قلبی محسوب می‌گردد. مشخصات بیماران مبتلا به سکته قلبی شناخته شده قلبی و بیمارانی که جدید شناسائی شده‌اند را بایستی در "فرم مراقبت بیماران مبتلا به بیماری سکته قلبی" و "فرم پیگیری بیماران" مخصوص بیماران مبتلا به سکته قلبی، ثبت کنید .

-در ابتدا بیمار باید طبق دستور پزشک پیگیری و مراقبت شود و بعد از این که وضعیت وی ثبات پیدا کرد، بیمار باید بطور معمول حداقل سه ماه یک بار توسط بهورز و سه ماه یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی (با فاصله یکماه از مراقبت بهورز) پیگیری و مراقبت شود. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود .

- اگر بیمار مبتلا به بیماری فشار خون بالا و یا دیابت باشد، باید طبق دستورالعمل برنامه های کشوری فشار خون بالا و دیابت نیز مراقبت شود .

- اگر در مراقبت بیمار، فشار خون ماکزیمم او 140 میلی‌متر جیوه و بیشتر و یا فشار خون مینیمم 90 میلی‌متر جیوه و بیشتر باشد بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید .

توجه : در هر بار مراقبت بیماران، لازم است فشارخون و وزن را اندازه بگیرید و نمایه توده بدنی را تعیین کنید، در زمینه مصرف بموقع دارو و مراقبتهای غیر دارویی (رژیم غذایی مناسب، فعالیت بدنی و عدم مصرف یا ترک دخانیات) آموزش دهید و

در صورت نیاز، بیمار را به پزشک ارجاع دهید. در صورتی که افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند بعد از گذشت 3 روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند.

آموزش

آموزش در مورد بیماری سکته قلبی در سه مرحله صورت می گیرد:

-آموزش برای مراجعه کنندگان به خانه بهداشت

-آموزش در مراقبت‌ها و بازدیدها برای بیماران و خانواده آنها

-آموزش همگانی و مستمر برای عموم مردم

از مهمترین اقدامات برای پیشگیری از بیماری سکته قلبی، آموزش همگانی و تشویق مردم به

اجرای موارد زیر می باشد :

1-از مصرف نمک زیاد پرهیز شود .

2-از پر خوری و مصرف غذاهای پرچربی خودداری و در نتیجه از چاقی پیشگیری شود .

3-از مصرف دخانیات پرهیز شود و در صورت مصرف دخانیات هرچه سریعتر برای ترک برنامه‌ریزی گردد.

4- فعالیت بدنی و ورزش مداوم و منظم افزایش یابد.

5- افراد سالم حداکثر هر سه سال یکبار حتما فشارخونشان را اندازه‌گیری نمایند.

هر فردی که مبتلا به بیماری قلبی عروقی است، می بایست از قبل شماره فوریت‌های پزشکی (اورژانس) محل زندگی خود و سریعترین مسیر رسیدن به بیمارستان یا مرکز بهداشتی درمانی از خانه یا محل کار خود را بررسی کند و آن را یاد بگیرد و با پزشک خود در مورد اقداماتی که می تواند قبل از رسیدن پزشک انجام دهد، صحبت کند. هم چنین اطلاعات اورژانسی (اطلاعات مربوط به شرایط خاص و بیماری‌هایی که دارد) را با خود در همه جا به همراه داشته باشد و این اطلاعات را به فردی که او را می‌شناسد و نزدیک اوست، نیز بدهد.

توصیه های لازم به بیمار جهت اصلاح شیوه زندگی (مصرف دخانیات ، کم تحرکی ، تغذیه نامناسب)

1- راهنمای تغذیه

- خوردن سه وعده غذا به مقدار متعادل بهتر از خوردن یک وعده غذا اما به مقدار زیاد است. ولی باید به یاد داشته باشید که نوع غذا خیلی مهمتر از مقدار آن است و بطور کلی غذاهای مصرفی باید متنوع و شامل انواع گوناگون مواد غذایی باشند.

- از مصرف زیاد نمک خود داری کرده و از گذاشتن نمکدان سر سفره پرهیز کنید.

- غذاهای کم چربی را انتخاب کنید و غذا را بیشتر به صورت آبپز ، بخارپز یا کبابی تهیه کنید و حتی المقدور از خوردن غذاهای سرخ کرده خود داری کنید.

- سعی کنید لبنیات کم چربی ، گوشت کم چربی و مرغ بدون پوست مصرف کنید.

- از سبزیجات ، سالاد و میوه جات به مقدار زیاد مصرف کنید. (2 تا 4 وعده میوه و 3 تا 5 وعده سبزی در روز و یا در مجموع 400 گرم میوه و سبزی در روز)

- غذاهای نشاسته‌ای مثل نان، ماکارونی، دانه‌های غلات با پوست و سیب زمینی به مقدار متعادل مصرف کنید .

- از مصرف نوشابه‌های گازدار شیرین اجتناب کنید.

- مصرف شکر، شیرینی، شکلات، کیک و بیسکویت را شدیداً کاهش دهید.

- بجای کره ، روغنهای جامد و یا دنبه از روغنهای مایع استفاده کنید.

- گوشت ، امعاء و احشاء (جگر ، مغز ، دل ، قلوه) و کله و پاچه را کمتر مصرف کنید.

- مصرف زرده تخم مرغ را محدود کنید (حداکثر 3 وعده در هفته)

- حبوبات مثل عدس ، لپه و لوبیا را بیشتر مصرف کنید.

-حتی الامکان نان تهیه شده از آرد سیوس دار مصرف کنید.

2- راهنمای ترک سیگار

برای کمک به فرد سیگاری به او بگوئید.

-ترک، کار دشواری نیست .

-علائم ترک 1-2 هفته باقی می ماند که ممکن است آزار دهنده باشد .

- اکثر افرادی که مصرف سیگار را ترک کرده اند در همان هفته اول و مابقی در طول سه ماهه اول به مصرف مجدد سیگار رو

می آورند که ممکن است به دلایل شرایط پیش بینی نشده یا فشارهای روانی شدید باشد .

-بخاطر داشته باشید سیگار کشیدن یک عادت است ، عادتی که می توان آنرا کنار گذاشت .

-به یاد داشته باشید اکثر افراد سیگاری پس از چندین بار تلاش، موفق به ترک می شوند .

-ترک سیگار دارای مراحل زیر است :

1- برای ترک تصمیم بگیرید .

2- هرشب قبل از خواب به یکی از دلایل ترک خود فکر کنید (مثلاً برای بهبود سلامتی ، برای بهتر شدن ظاهر و ...)

3- یک برنامه نرمشی ورزشی را آغاز کنید ، مایعات بیشتری مصرف کنید، استراحت کنید ، از خستگی بپرهیزید.

4- هیچ وقت به این فکر نکنید که هرگز سیگار مصرف نخواهید کرد. فقط به فکر تعیین یک روز برای ترک کردن باشید.

5- از یکی از دوستانتان که او هم سیگار مصرف می کند بخواهید که با هم برای ترک مصرف سیگار برنامه ریزی کنید و پول

سیگار را روزانه تان را پس انداز کنید .

6- یک تاریخی برای ترک انتخاب کنید و روز ترک را به کلیه افراد خانواده ، دوستان و اطرافیان اطلاع دهید.

7- در روز ترک به خودتان بگوئید امروز سیگار مصرف نمی کنم و این کار را انجام دهید .

8- لباسهای خود را تمیز کنید تا از بوی بد سیگار خلاص شوید.

9- عادت تغذیه‌ای خود را تغییر دهید تا به کاهش تعداد مصرف سیگار کمک کند، برای مثال شیر بنوشید.

10- در موقع میل به مصرف سیگار بجای آن یک لیوان آب بنوشید یا میوه میل کنید.

11- در طول روز خود را مشغول کنید.

13- از افراد خانواده کمک بخواهید .

3- راهنمای ورزش

- تمام ورزشها برای بدن مفید هستند ولی بهترین ورزش برای قلب، ورزشی است که استقامت بدن را افزایش دهد. ورزش‌هایی

استقامت بدن را زیاد می‌کنند که در آنها حرکات بدنی بطور پیاپی برای مدتی ادامه داشته باشند مثل راه رفتن سریع، دویدن ،

شنا ، دوچرخه سواری و حرکات موزون و ملایم بهترین نوع ورزش هستند ، مانند دوچرخه سواری ، شنا، راهپیمایی

- باید به خاطر داشت که ورزش نکردن و فعالیت بدنی کم یکی از عوامل موثر در ابتلاء به بیماری قلبی است .

- سعی کنید فعالیت بدنی جزئی از زندگی روزانه باشد.

- باید به یاد داشت که ورزش به آرامی شروع شود و بتدریج افزایش یابد .

- به اندازه ای ورزش کنید که احساس خستگی مطبوعی در شما بوجود آید، نه به اندازه‌ای که از پا بیافتید . سطح مطلوب

ورزش یعنی اینکه در حین ورزش ضمن نفس نفس زدن بتوان صحبت کرد .

- همیشه قبل از شروع ورزش، خود را با حرکات ورزشی ملایم و نرمش گرم کنید .

- برای خاتمه ورزش، بطور ناگهانی ورزش را تمام نکنید. سعی کنید برای چند دقیقه با حرکات ملایم‌تر به ورزش ادامه دهید .

- تا یک ساعت بعد از صرف غذا ورزش را شروع نکنید.

- درد عضلات در حین ورزش را نادیده نگیرید. در واقع بدن می‌گوید ورزش کافی است .

بهتر است حداقل هفته ای 3 روز و روزانه 30 دقیقه فعالیت بدنی انجام شود. در صورتیکه نتوانید یکجا 30 دقیقه فعالیت کنید می‌توان فعالیت بدنی را در طول روز به 3 نوبت 10 دقیقه‌ای تقسیم کرد .

دستورالعمل تشخیص سکته مغزی

اگر فرد با یکی از علائم احساس ضعف یا بی حسی و کرختی ناگهانی در صورت، بازو و یا پا در یک طرف بدن (فلج اندامها بصورت یک طرفه)، اختلال بینایی (دوبینی ، تاری دید شدید یا کاهش بینائی بخصوص در یک چشم، بینایی نصفه ، دیدن لکه های سیاه در جلوی چشم)، اختلال تکلم (از دست دادن توانائی صحبت کردن ، لکنت زبان ، سنگین شدن زبان ، پاسخ-های بی مورد و بیجا)، سردرد ناگهانی شدید و بدون علت ، گیجی بدون علت ، اختلال در تعادل بدن (تلو تلو خوردن و یا افتادن ناگهانی) و سرگیجه بسیار شدید مراجعه کند، می بایست به سکته مغزی مشکوک شد. فشارخون او را اندازه بگیرید و مشخصات بیمار و علائم بیماری او را در دفتر ثبت نام بیماران بنویسید.

ارجاع به پزشک

1- اگر فشار خون بیشتر از 140/90 میلی متر جیوه باشد بدون حرکت دادن بیمار و با استفاده از برانکارد یا صندلی چرخدار بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید .

2- اگر بیمار دارای سابقه سکته مغزی با یکی از علائم سکته مغزی مراجعه کند ، طبق بند 1 اقدام کنید .

3- بیماران مبتلا به سکته مغزی باید طبق نظر پزشک مراقبت شوند و اگر پزشک دستور خاصی برای پیگیری نداشته باشد ، هر سه ماه یک بار بیمار را برای مراقبت ارجاع غیر فوری دهید .

*توجه: فرم ارجاع می بایست در دو برگ تهیه شود . در این مورد بیمار را توجیه کنید تا حتماً از پزشک بخواهد پس از پایان اقدامات ، نتایج را در فرم ارجاع ثبت کند و برگه دوم فرم ارجاع ، توسط بیمار به خانه بهداشت عودت داده شود.

پیگیری و مراقبت بیماران

-اگر فرد مشکوک به سکته مغزی بعد از ارجاع به پزشک مورد بررسی قرار گیرد و بیماری وی توسط پزشک تایید شود به عنوان بیمار مبتلا به سکته مغزی محسوب می گردد. مشخصات بیماران مبتلا به سکته مغزی شناخته شده قبلی و بیمارانی که

جدید شناسائی شده‌اند را بایستی در "فرم مراقبت بیماران مبتلا به سکته مغزی" و فرم پیگیری بیماران مخصوص بیماران مبتلا به سکته مغزی" ثبت کنید .

- در ابتدا بیمار باید طبق دستور پزشک پیگیری و مراقبت شود و بعد از این که وضعیت وی ثبات پیدا کرد ، بیمار بطور معمول باید حداقل سه ماه یکبار توسط بهورز و سه ماه یکبار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی (با فاصله یک ماه از مراقبت بهورز) پیگیری و مراقبت شود. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود .

- اگر بیمار مبتلا به بیماری فشار خون بالا و یا دیابت باشد باید طبق دستورعمل برنامه‌های کشوری فشارخون بالا و دیابت نیز مراقبت کنید .

***توجه:** در هر بار مراقبت بیماران ، لازم است فشار خون و وزن را اندازه بگیرید و نمایه توده بدنی را تعیین کنید ، در زمینه مصرف بموقع دارو و مراقبتهای غیردارویی (رژیم غذایی ، فعالیت بدنی و عدم مصرف یا ترک دخانیات) و بازتوانی آموزش دهید و در صورت نیاز ، بیمار را به پزشک ارجاع دهید . در صورتیکه افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند بعد از گذشت 3 روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند.

آموزش

آموزش در مورد بیماری سکته مغزی را همانند آموزش در سکته قلبی انجام دهید . در مراقبت بیماران مبتلا به سکته مغزی مسئله بازتوانی بسیار مهم است و لازم است در این مورد به بیمار آموزش لازم ارائه شود .

تمرین نظری:

- 1- علایم بروز حمله قلبی و سکته مغزی را توضیح دهید.
- 2- اقدامات لازم در مواقع بروز ایست قلبی را توضیح دهید.
- 3- انسداد مغزی و خونریزی مغزی و علایم هر کدام را توضیح دهید.
- 4- اقدامات لازم برای کاهش خطر حمله قلبی و سکته مغزی را توضیح دهید.

تمرین عملی:

- 1- در حضور مربی نحوه انجام ماساژ قلبی را تمرین کنید.

فصل سوم

بیماری چاقی

اهداف: پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید :

- 1- چاقی را تعریف کنید.
- 2- نحوه ارزیابی و برآورد خطر اضافه وزن و چاقی را توضیح دهید.
- 3- با تاثیر اضافه وزن و چاقی بر سلامتی انسان و فواید کاهش وزن آشنا باشید.
- 4- درمان اضافه وزن و چاقی و راههای کاهش وزن را به مردم آموزش دهید.

مقدمه:

چاقی یکی از 10 عامل خطر مهم و برتر جهانی و منطقه ای است، که بار بیماری زیادی را ایجاد می‌کنند. در حالی که 170 میلیون کودک در کشورهای فقیر، کم وزنی دارند، و سالانه بیش از 3 میلیون نفر از آن‌ها به همین علت می‌میرند، بیش از یک میلیارد انسان بالغ در سراسر دنیا وجود دارند که اضافه وزن دارند و حداقل 300 میلیون نفر از آن‌ها از نظر بالینی چاق هستند. از این میان سالانه حدود نیم میلیون نفر در آمریکای شمالی و اروپای غربی بر اثر بیماری‌های مرتبط با چاقی جان خود را از دست می‌دهند. در ایران حدود 35% دارای اضافه وزن یا چاقی هستند. وزن بالا و چاقی، از عوامل تعیین کننده سلامتی هستند و در افزایش فشار خون، کلسترول خون، تری گلیسیرید خون و مقاومت در مقابل انسولین نقش مهمی دارند. چاقی خطر بیماری‌های عروق کرونر قلب (عروقی که به عضله قلب خون می‌رسانند)، سکته مغزی، دیابت نوع 2، مشکلات استخوانی مفصلی، و بسیاری از سرطان‌ها (پستان، کولون، پروستات، دیواره رحم، کلیه، تخمدان، لوزالمعده، کبد و کیسه صفرا) را افزایش می‌دهد. چاقی یک بیماری چند علتی پیچیده است که علاوه بر عامل ژنتیک، عامل محیط نیز در آن نقش دارد اما می‌توان با یک سری اقدامات بموقع و ساده احتمال بروز چاقی را کاهش داد.

چاقی چیست؟

تعریف چاقی: به تجمع غیر طبیعی چربی در بدن چاقی گفته می‌شود. زمانی که دریافت انرژی از مصرف یا سوخت انرژی در بدن تجاوز کند، بدن انرژی اضافه را در سلولهای چربی که در بافت چربی وجود دارند، ذخیره می‌کند. این سلولهای چربی به عنوان ذخیره انرژی عمل می‌کنند و بسته به این که فرد چگونه این انرژی را مصرف می‌کند، بزرگ می‌شوند یا کوچک می‌شوند. اگر فرد بین دریافت و مصرف انرژی توسط عادات خوردن و ورزش منظم تعادل برقرار نکند، چربی ساخته می‌شود و فرد دچار اضافه وزن می‌شود. افراد چاق از نظر مقدار و نحوه توزیع چربی در بدن متفاوت هستند. خطراتی که با چاقی همراه هستند و نوع بیماری‌هایی که از چاقی ناشی می‌شوند، تحت تاثیر نحوه توزیع چربی در بدن هستند.

زمانی که قسمت عمده چربی در شکم تجمع می‌یابد خطر عوارض چاقی، بالاخص بیماری قلبی عروقی بیشتر است.

در برخی از خانواده‌ها احتمال ابتلا به چاقی بیش از سایر خانواده‌هاست. در واقع زمینه ژنتیکی فرد را مستعد می‌کند تا در صورت دریافت بیش از حد انرژی یا فعالیت ناکافی، دچار اضافه وزن شود.

عوامل موثر بر چاقی

عوامل ژنتیکی و عوامل محیطی در تعیین وزن افراد نقش دارند. عادات غذایی نامناسب، مصرف بعضی از داروها، کم تحرکی و بعضی از بیماری‌ها از عوامل موثر در افزایش وزن هستند.

عوامل ژنتیکی:

عوامل محیطی:

الف- عادات غذایی نامناسب مثل مصرف بی‌رویه غذاهای چرب و شیرین

ب- کم تحرکی

پ- بعضی از بیماری‌ها مثل کم کاری تیروئید

ت- مصرف بعضی از داروها

ارزیابی و برآورد خطر اضافه وزن و چاقی

نمایه توده بدنی (BMI): تعیین نمایه توده بدنی ساده‌ترین و رایج‌ترین راه تعیین اضافه‌وزن و چاقی است که می‌تواند شیوع چاقی در جامعه و خطرات همراه و مرتبط با چاقی را تعیین کند. نمایه توده بدنی یک شاخص ساده نسبت وزن به ازای قد بدون توجه به جنس است و ارتباط قوی با میزان چربی بدن دارد، که بر اساس تقسیم وزن بدن برحسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر محاسبه می‌شوند (Kg/m^2) مثلاً اگر فردی دارای قد 180 سانتیمتر و وزن 85 کیلوگرم باشد، نمایه توده بدنی او $26/23(\text{Kg/m}^2)$ می‌شود. $85/1/8 \times 1/8 = 26/23$ برای ساده کردن محاسبات، جدول و یا نموداری تهیه شده است که پس از اندازه‌گیری وزن و قد، با استفاده از آن می‌توان براحتی نمایه توده بدنی فرد را تعیین نمود. در مجموع هر چه مقدار نمایه توده بدنی بیشتر باشد، خطری که به افزایش وزن مربوط می‌شود، بیشتر است. اگر نمایه توده بدنی بالا باشد و بالاخص اگر سایر عوامل خطر مرتبط با اضافه وزن و چاقی نیز وجود داشته باشد، کم کردن وزن بسیار سودمند است. البته باید توجه داشت که در سالمندان (افراد 60 سال و بیشتر) افزایش BMI می‌تواند به دلیل کوتاه شدن قد ناشی از پوکی استخوان باشد.

جدول شماره 1- طبقه بندی وزن در افراد بزرگسال (≥ 20 سال) بر اساس مقدار نمایه توده بدنی و احتمال خطر

بیماری‌های مرتبط

| خطر بیماری‌های همراه (مرتبط) با چاقی | 20-59 سال | طبقه |
|---|--------------------------------------|-------------|
| | BMI(Kg/m ²) | |
| کم (اما خطر سایر مشکلات بهداشتی ناشی از کم وزنی افزایش یافته است) | $18/5 < (\text{در سالمندان } < 22)$ | کم وزن |
| در حد معمول | $18/5-24/9$ (در سالمندان $22-24/9$) | وزن طبیعی |
| خفیف | $25-29/9$ | اضافه وزن |
| متوسط | $30-34/9$ | چاقی درجه 1 |
| شدید | $35-39/9$ | چاقی درجه 2 |
| خیلی شدید | ≥ 40 | چاقی درجه 3 |

نمایه توده بدنی $25(\text{Kg/m}^2)$ و بالاتر در بزرگسالان را اضافه وزن می‌نامند. از این نقطه خطر بیماری‌های همراه و مرتبط با چاقی با افزایش وزن زیاد می‌شود.

نمایه توده بدنی 30 و بالاتر را چاقی می‌نامند. نمایه توده بدنی $30-34/9$ به چاقی درجه یک، $35-39/9$ به چاقی درجه دو و 40 و بالاتر به چاقی درجه 3 تقسیم بندی می‌شود.

* با توجه به اینکه در کودکان یا نوجوانان هنوز قد در حال افزایش و ترکیب بدن در حال تغییر است و سن شروع بلوغ نیز متفاوت است، طبقه بندی چاقی با سایر گروه‌های سنی اختلاف دارد.

* در گروه سنی 6-18 سال طبقه بندی وزن بر اساس مقدار نمایه توده بدنی مخصوص دانش آموزان صورت می‌گیرد.

اندازه دور کمر: یکی دیگر از راه های ارزیابی خطر بروز بیماری های ناشی از چاقی، اندازه گیری دور کمر است. اندازه دور کمر بیش از 88 سانتیمتر در زنان و بیش از 102 سانتیمتر در مردان تجمع چربی شکمی زیاد محسوب می گردد.

عوامل خطر یا بیماری های همراه با چاقی

بعضی از بیماری ها یا عوامل خطر همراه با چاقی، سلامت بیماران چاق را در معرض خطر جدی قرار می دهند. توجه به درمان و مراقبت این افراد ضروری است. این بیماریها شامل بیماری عروق کرونر قلب، سایر بیماری هایی که ایجاد تصلب شرایین می کنند، دیابت نوع 2 و وقفه تنفسی در خواب، اختلالات زنانگی مثل قطع قاعدگی و خونریزی، مشکلات استخوانی مفصلی، سنگ کیسه صفرا و عوارض آن ها و استرس هستند.

عوامل خطر آفرین شامل مصرف دخانیات، فشار خون بالا، اختلال چربی خون، اختلال گلوکز ناشتا، سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس (سکتة قلبی یا مرگ ناگهانی در مردان درجه یک خانواده در سن 55 سالگی یا قبل از آن، یا در زنان درجه یک خانواده در سن 65 سالگی یا قبل از آن)، مردان 45 سال و بیشتر یا زنان 55 سال و بیشتر (با بعد از یائسگی)، کم تحرکی ، تری گلیسیرید خون بالا هستند .

تأثیر اضافه وزن و چاقی بر سلامتی

عواقب بهداشتی اضافه وزن و چاقی بسیار متفاوت است و از افزایش خطر مرگ زودرس تا ناتوانی های ناشی از بیماری را شامل می شود. هر چه مدت ابتلا به چاقی بیشتر باشد، خطر بیشتر است. چاقی یکی از عوامل خطر مهم برای بیماریهای غیر واگیر مانند دیابت ، قلب و عروق و سرطان است. چاقی خود نیز یک بیماری مزمن است که با افزایش آن خطر مرگ نیز افزایش می یابد. افزایش وزن در دوران بزرگسالی که بیشتر آن چربی است ، خطر سلامتی را افزایش می دهد. چاقی در کودکی و نوجوانی زمینه ابتلاء به چاقی در بزرگسالی را افزایش می دهد .

با توجه به عوارض و مشکلات ناشی از اضافه وزن و چاقی، انجام مداخلات لازم برای پیشگیری از افزایش وزن و کنترل چاقی ضروری است.

فواید کاهش وزن در افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی

کاهش وزن قندخون، فشارخون و چربی خون را در سطح مطلوب کنترل می‌کند. کاهش وزن در حد متوسط سبب بهبودی عملکرد ریه‌ها و تنگی نفس می‌شود، تعداد وقوع وقفه تنفسی در خواب را کم می‌کند، کیفیت خواب را بهبود می‌دهد، خواب آلودگی در طول روز، درد استخوانی مفصلی و نیز درد کمر را کم می‌کند. البته حفظ وزن کاهش یافته در بهبودی موثر است. پیروی از رژیم‌های غذایی نامناسب برای کاهش وزن سبب کمبود بعضی از مواد مغذی و بروز برخی بیماریها (مانند اختلال گوارشی) در فرد می‌شود. کاهش و افزایش وزن مکرر اثرات منفی بر سلامتی دارد و موفقیت در برنامه‌های کاهش وزن را مشکل می‌سازد.

هدف از کاهش وزن و مراقبت آن شامل کاهش وزن، حفظ وزن کاهش یافته به مدت طولانی و پیشگیری از اضافه وزن بیشتر است.

درمان اضافه وزن و چاقی: درمان یک فرد دارای اضافه وزن و چاقی شامل دو مرحله است: ارزیابی و مراقبت.

ارزیابی: شامل تعیین درجه چاقی و وضعیت کلی سلامتی است. مراقبت نه تنها شامل کاهش و حفظ وزن بدن است بلکه شامل انجام اقدامات لازم برای کنترل سایر عوامل خطرزا است. چاقی یک بیماری مزمن است و بیمار و کارکنان بهداشتی باید بدانند که درمان نیاز به تلاش دراز مدت در طول زندگی دارد.

انواع مختلف درمان‌های موثر برای کنترل وزن وجود دارد، که کامل درمان با رژیم غذایی، فعالیت بدنی، درمان رفتاری (تغییر شیوه زندگی)، درمان دارویی، درمان ترکیبی و جراحی است.

رژیم غذایی: رژیم غذایی یعنی تنظیم یک برنامه غذایی مناسب بر اساس شرایط فرد (از نظر سن، جنس، فعالیت بدنی، سلامتی، عادات غذایی، ...) برای دستیابی به سلامتی.

-یکی از راههای مهم برای اصلاح رژیم غذایی، آموزش افراد در مورد اصول تغذیه مناسب، گروه‌های غذایی، عادات غذایی مناسب و تهیه و طبخ صحیح مواد غذایی است.

-در طی رژیم غذایی افراد باید از نظر پیروی صحیح از برنامه و توصیه‌های غذایی تحت مراقبت قرار گیرند.

توصیه‌های غذایی برای کاهش وزن

-از مصرف غذاهای پرانرژی حاوی مقادیر زیاد چربی و کربوهیدرات اجتناب شود.

-حجم غذای مصرفی در هر وعده کاهش یابد .

- آب به مقدار کافی مصرف شود.

-رژیم غذایی باید طوری برنامه‌ریزی شود که در ترکیبات آن مصرف چربی و نمک در حدی باشد که سایر عوامل خطرزای بیماری قلبی عروقی (مانند فشار خون بالا ، کلسترول خون بالا و ...) را کاهش دهد و اصلاح کند.

-بعد از کاهش وزن حفظ آن مهم است. برای حفظ وزن، هر فرد باید در روز به تعادل مقدار انرژی که دریافت می کند و مقدار انرژی که از طریق فعالیت می‌سوزاند توجه کند تا قادر به حفظ وزن مطلوب خود باشد.

-کاهش وزن نباید اولین هدف برای سلامتی باشد. نباید موفقیت در کاهش وزن را بر اساس مقدار وزن از دست داده ارزشیابی کرد بلکه باید بر اساس میزان بهبودی در عوامل خطرزای بیماری‌های مزمن همراه با چاقی یا نشانه های آن و پذیرش شیوه زندگی مناسب، ارزشیابی شود .

هدف از رژیم غذایی تنها کاهش وزن نیست بلکه یکی از اهداف مهم، کنترل سایر عوامل خطر ساز بیماری‌های غیر واگیر همراه با چاقی است.

فعالیت بدنی

کاهش فعالیت روزانه در افزایش وزن دخالت دارد. فعالیت بدنی بصورت مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت تاثیر دارد. افزایش فعالیت بدنی با افزایش مصرف و سوخت انرژی در کاهش و حفظ وزن موثر است. انجام فعالیت بدنی همراه با رژیم غذایی نسبت به یک رژیم غذایی بدون فعالیت بدنی بیشتر در کاهش خطر بیماری قلبی عروقی موثر است. فعالیت بدنی حجم چربی بدن را کم می‌کند و از کاهش توده عضلانی که غالباً در طی کاهش وزن رخ می‌دهد، جلوگیری می‌کند.

-فعالیت بدنی مناسب فعالیت بدنی با شدت متوسط است که به مدت 30 الی 60 دقیقه در روز و در بیشتر روزهای هفته یا ترجیحاً تمام روزها انجام گیرد. به عنوان مثال پیاده‌روی تند، دویدن آرام، دوچرخه سواری و شنا بر اساس شرایط جسمانی فرد

از ورزشهای مناسب در این مورد هستند.

-فعالیت بدنی یک عامل کلیدی برای حفظ وزن کاهش یافته است.

رفتار درمانی: این نوع درمان شامل تغییر الگوهای رژیم غذایی و فعالیت بدنی و رفتارهایی است که در کاهش وزن موثر هستند. اصلاح عادات غذایی و میزان فعالیت بدنی به منظور کاهش و کنترل وزن نیاز به زمان دارد .

درمان داروئی: درمان دارویی در صورت نیاز باید تحت نظر پزشک تجویز شود.

-بیماران تحت درمان باید بطور منظم برای تعیین تاثیر دارو و تداوم درمان، تحت پایش و مراقبت قرار گیرند.

جراحی: زمانی که راههای اولیه درمان چاقی شامل اصلاح رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی و یا دارودرمانی موثر نباشند، جراحی به عنوان یکی از راههای درمان چاقی توصیه می شود. در این روش جراحی بر روی معده یا روده به منظور کاهش حجم غذای دریافتی انجام می شود. باید توجه داشت حتی در صورت انجام عمل جراحی پیروی از رژیم غذایی مناسب و افزایش فعالیت بدنی ضروری است.

پیشنهاد های کلی درمان اضافه وزن در کسانی که تحت رژیم غذایی هستند:

1-هدف از کاهش وزن رسیدن به وزن مطلوب برای حفظ سلامتی است. در برخی موارد در برنامه کاهش وزن در افراد چاق به ویژه کسانی که وزن بسیار زیادی دارند، شکست رخ می دهد اما این مسئله نباید موجب ناامیدی و نگرانی این افراد از ادامه برنامه شود.

هشدار در مورد رژیم های خیلی سخت

پیروی از رژیم های غذایی خیلی سخت عوارض نامطلوب بر سلامت فرد می گذارند و اغلب باعث پر خوری در مراحل بعد از رژیم غذایی می شوند که خود باعث افزایش مجدد وزن می شود. کاهش وزن اولیه که در اثر پیروی از رژیم های سخت اتفاق می افتد بیشتر به علت دفع مایعات بدن است. از عوارض جانبی نامطلوب اینگونه رژیم ها می توان از تهوع، عدم تحمل سرما، ریزش مو، سنگ کیسه صفرا و نامنظمی قاعدگی نام برد .

آموزش

از مهمترین اقدامات برای پیشگیری از چاقی آموزش همگانی و تشویق مردم به اجرای موارد زیر می باشد .

1- از اضافه وزن پرهیز شود.

2- با داشتن رژیم غذایی و فعالیت بدنی مناسب، وزن مطلوب حفظ شود. حفظ وزن مطلوب نه تنها برای افرادی که اخیراً کاهش وزن داشته‌اند، بلکه برای همه افراد ضروری است، زیرا روند طبیعی نمایه توده بدنی با افزایش سن بتدریج زیاد می‌شود. حفظ وزن برای یک مدت طولانی، یک دستاورد خاص برای افرادی است که یا دارای سابقه خانوادگی چاقی و یا عوارض پزشکی آن هستند و یا مستعد اضافه وزن و چاقی هستند.

3- از مصرف دخانیات پرهیز شود و در صورت مصرف دخانیات هر چه سریعتر برای ترک برنامه‌ریزی گردد. مصرف سیگار و یا سایر دخانیات، انجام فعالیت بدنی یا ورزش را دشوار می‌سازد. وقتی مصرف سیگار ترک شود ممکن است وزن افزایش یابد. بطوری که در نیمی از افراد کمتر از 2 کیلوگرم به وزن اضافه می‌شود، اما به خاطر داشته باشید همه آنهایی که سیگار را ترک می‌کنند، اضافه وزن پیدا نمی‌کنند.

4- فعالیت بدنی و ورزش مداوم و منظم افزایش یابد.

5- کاهش وزن تا رسیدن به وزن مطلوب ارتقاء یابد.

6- در طول دوران بارداری و کودکی تغذیه سالم و مناسب صورت گیرد تا زمینه‌های بروز چاقی در آینده را کاهش دهد .

7- مراقبت از سایر بیماری‌های همراه چاقی حتی اگر کاهش وزن در حد مطلوب نباشد، سلامتی را بهبود می‌بخشد .

توصیه های لازم به بیماری جهت اصلاح شیوه زندگی (کم تحرکی ، تغذیه نامناسب)

راهنمای تغذیه

بر اساس برنامه غذایی توصیه شده توسط مشاور تغذیه و کتابچه راهنمای "چه غذایی بخوریم تا سالم زندگی کنیم" اقدام شود .

راهنمای ورزش

- تمام ورزشها برای بدن مفید هستند ولی بهترین ورزش ورزشی است که علاوه بر مصرف انرژی سبب بهبود کارایی قلب

می‌شود . مثل راه رفتن سریع ، دویدن ، شنا ، دوچرخه سواری و طناب زدن .

- سعی کنید فعالیت بدنی جزئی از زندگی روزانه باشد .

- باید به یاد داشت که ورزش به آرامی شروع شود و بتدریج افزایش یابد .

- به اندازه ای ورزش کنید که احساس خستگی مطبوعی در شما بوجود آید، نه به اندازه‌ای که از پا بیافتید . سطح مطلوب ورزش یعنی اینکه در حین ورزش ضمن نفس نفس زدن بتوان صحبت کرد.

- همیشه قبل از شروع ورزش، خود را با حرکات ورزشی ملایم و نرمش گرم کنید.

- برای خاتمه ورزش، بطور ناگهانی ورزش را تمام نکنید. سعی کنید برای چند دقیقه با حرکات ملایم‌تر به ورزش ادامه دهید.

- تا یکساعت بعد از صرف غذا ورزش را شروع نکنید.

- درد عضلات در حین ورزش را نادیده نگیرید. در واقع بدن می گوید "ورزش کافی است!" .

- بهتر است حداقل هفته ای 3 روز و ترجیحاً هر روز و روزانه 30 دقیقه فعالیت بدنی انجام شود. در صورتی که نتوانید یکجا 30 دقیقه فعالیت کنید می‌توان فعالیت بدنی را در طول روز به 3 نوبت 10 دقیقه‌ای تقسیم کرد.

منابع:

مجموعه آموزشی برنامه‌های کنترل بیماریهای غیرواگیر ویژه بهورزان - دکتر علیرضا مهدوی، عباس نوروزی نژاد، مرداد 85

تمرین نظری:

1- چاقی را تعریف کرده و عوامل موثر بر چاقی را نام ببرید.

2- مضرات اضافه وزن و چاقی را توضیح دهید.

3- درمانهای اضافه وزن و چاقی را شرح دهید.

تمرین عملی:

1- با کمک مربی نمایه توده بدنی خود و چند نفر از همکلاسان خود را محاسبه نمایید.

فصل چهارم

دیابت

اهداف: پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید :

- 1- بیماری دیابت و انواع آن را توضیح دهید .
- 2- علائم و نشانه های هر یک از انواع دیابت را نام ببرید .
- 3- عوارض بیماری دیابت را توضیح دهید و اهمیت توجه به عوارض را بدانید.
- 4- دیابت بارداری را توضیح دهید.
- 5- افراد در معرض خطر و (علائم خطر) ابتلا به دیابت را بخوبی بشناسید و به خاطر بسپارید .
- 6- نحوه پیگیری و انواع آموزشهای لازم برای مراقبت بیماران دیابتی را بیان کنید.

مقدمه :

دیابت یک بیماری غیر واگیر است که تعداد زیادی از افراد جامعه به آن مبتلا هستند ، ولی نیمی از آنها از بیماری خود آگاه نیستند . در این بیماران قند خون (گلوکز) به طور طبیعی برای تولید انرژی (سوخت و ساز) توسط سلولها جذب نمی شود و بنابراین میزان قند خون افزایش می یابد . مقدار طبیعی قند خون در افراد سالم بین 70 تا $99 \frac{mg}{dl}$ و در مبتلایان بیش از $126 \frac{mg}{dl}$ است .

انواع دیابت :

دیابت یا بیماری قند به انواع زیر تقسیم می شود :

1- دیابت نوع 1

این دیابت بیشتر در کودکان و جوانان دیده می شود و درصد کمی از افراد مبتلا به دیابت (10% تا 15%) به این نوع مبتلا هستند . عامل بروز دیابت نوع 1 کاهش یا عدم ترشح هورمونی به نام انسولین است . افراد مبتلا برای درمان این نوع بیماری باید انسولین تزریق کنند.

علل بروز دیابت نوع 1 استعداد ژنتیکی (ارثی) اختلالها و بیماری سیستم ایمنی بدن (سیستم ایمنی بدن به اشتباه علیه سلولهای سازنده انسولین موادی می سازد که این سلولها را از بین می برد) بعضی ویروسها ، فشارهای عصبی یا استرسها می باشد . علائم دیابت نوع 1 معمولاً شدید و ناگهانی است . این علائم عبارتند از :

1- تشنگی زیاد و نوشیدن آب بسیار (پرنوشی)

2- گرسنگی (پرخوری)

3- ادرار زیاد (پراداری)

4- خستگی زیاد

5- کم شدن وزن بدن و لاغری

6- تاری دید

1هر دسی لیتر معادل یکصد سی سی یا یکصد سانتی متر مکعب است ($\frac{mg}{dl}$)

2- دیابت نوع 2

این نوع دیابت بیشتر در افراد بالای 30 سال مشاهده می شود و اکثر افراد مبتلا به دیابت (بیش از 85% تا 90%) در این گروه قرار دارند . این بیماران معمولاً چاق هستند و درمان آنها با برنامه غذایی مناسب ، ورزش و یا داروهای خوراکی انجام میشود. به طور معمول در دیابت نوع 2 مقدار ترشح انسولین طبیعی است و یا حتی افزایش یافته ، اما سلولهای بدن حساسیت خود را به انسولین از دست داده اند که این وضعیت مقاومت به انسولین نامیده می شود. در افراد بزرگسال (با سن بیش از 30 سال) عواملی از قبیل اضافه وزن و چاقی ، کم تحرکی یا عدم فعالیت بدنی (ورزش) سابقه فامیلی و ارثی مهم ترین علل بروز دیابت نوع 2 است .

چاقی مهمترین عامل محیطی دخیل در بروز دیابت نوع 2 است . افزایش چربی در بدن باعث افزایش مقاومت به انسولین و بنابراین بالا رفتن قند خون می شود. به همین دلیل است که دیابت نوع 2 در بیش از نیمی از موارد با ورزش و رژیم غذایی - که باعث کاهش وزن می شود- درمان می گردد. کم تحرکی و مصرف غذاهای پر انرژی که در شهرهای بزرگ و صنعتی شایع است ، عامل بروز دیابت نوع 2 است. این شیوه زندگی که به چاقی منجر می شود ، شیوه زندگی غربی هم نامیده شده است .

در دیابت نوع 2 اغلب علامتی وجود ندارد و یا غیر اختصاصی است . برخی از این علائم عبارتند از:

- 1- احساس گرسنگی و بی حوصلگی
- 2- گرسنگی
- 3- تشنگی
- 4- احساس سوزش در انگشتان دست و پا
- 5- کاهش وزن
- 6- ادرار شبانه
- 7- اختلال در بینایی
- 8- عفونتهای مکرر
- 9- تاخیر در بهبود زخم ها و بریدگی ها

بعضی از علائم فوق ناشی از عوارض دیابت است و سالها پس از ابتلا به دیابت ظاهر می شود. در این موارد ، ابتدا عوارض دیابت مشاهده می شوند و بعد به ابتلای چند ساله به دیابت پی برده می شود.

3- دیابت بارداری

برخی خانم‌های باردار ممکن است مبتلا به نوعی دیابت شوند که از انواع 1 و 2 متفاوت است. این نوع دیابت ، دیابت بارداری است . که معمولاً بعد از ماه پنجم بارداری ایجاد شده و اغلب ظرف مدت کوتاهی پس از پایان دوره بارداری از بین می رود ، اما کنترل آن طی دوران بارداری اهمیت بسیاری دارد . در این افراد احتمال ابتلا به دیابت در آینده بیشتر می شود. در صورت عدم کنترل قند خون عوارض متعددی مادر و جنین را تهدید می کند . درمان دیابت بارداری ، با تزریق انسولین صورت می گیرد و مصرف داروهای کاهنده قند خون طی دوران بارداری ممنوع است .

علت دقیق بروز دیابت بارداری همچون انواع دیگر دیابت ناشناخته است . اما دانشمندان عقیده دارند هورمونها ، زمینه ژنتیکی و چاقی نقش ویژه ای در ایجاد این بیماری دارند .

طی دوران بارداری جفت که وظیفه تغذیه جنین را به عهده دارد مقادیر زیادی از انواع هورمونها تولید میکند . اگر چه وجود این هورمونها برای رشد جنین ضروری است ، اما موجب اختلال در عملکرد انسولین و مقاومت به آن در بدن مادر می شود.

تمام خانم های باردار دچار درجه هایی از مقاومت به انسولین می شوند . ولی تعداد کمی از آنها به دیابت بارداری مبتلا خواهند شد . دیابت بارداری معمولاً در هفته های 28-26 حاملگی ظاهر می شود و به همین دلیل خانم های باردار در این هفته ها با آزمایش GCT غربالگری می شوند تا در صورت ابتلا به دیابت بارداری به سرعت شناسایی و درمان شوند . خانم های باردار در معرض خطر در اولین مراجعه (هفته های 10-6 بارداری) می بایست آزمایش GCT را انجام دهند . دیابت بارداری در خانم هایی که قبل از حاملگی چاق هستند بیشتر دیده می شود. بنابراین کم کردن وزن قبل از بارداری به پیشگیری از ابتلا به این بیماری کمک می کند .

4- انواع اختصاصی دیابت

غالباً به علت بیماریهای دیگر ایجاد می شود و شیوع آن بسیار کم است .

عوارض دیابت :

عوارض دیابت به 2 شکل است :

1- عوارض زودرس : در این موارد قند خون بیمار به شدت پائین آمده یا بالا می رود که در هر دو حالت باید بیمار را بلافاصله به پزشک ارجاع دهید .

کاهش قند خون ممکن است به علت مصرف زیاد انسولین یا قرص های ضد دیابت (کاهش دهنده قند خون) ، کم خوردن یا حذف یک وعده غذا و فعالیت زیاد ایجاد شود .

علائم کاهش قند خون احساس ضعف یا گرسنگی ، رنگ پریدگی ، عرق سرد ، تپش قلب ، سرگیجه ، گیجی ، خواب آلودگی و در نهایت بیهوشی است . از آنجا که سلولهای مغز فقط از سوزاندن قند ، انرژی مورد نیاز خود را به دست می آورند ، کاهش شدید قند خون برای مدت کوتاهی سبب آسیب سلولهای مغزی می شود . این آسیب برگشت ناپذیر و دائمی است .

در صورت بروز کاهش قند خون چنانچه بیمار بیهوش نشده باشد ، می توانید به او چند حبه قند یا یک ماده غذایی شیرین بدهید . اگر بیمار بیهوش بود وی را در وضعی قرار دهید که راه تنفسی او باز باشد . در حالت بیهوشی هیچ ماده غذایی نباید از طریق دهان داده شود و بلافاصله باید او را به پزشک ارجاع دهید .

افزایش شدید قند خون به دلیل پرخوری و یا مصرف ناکافی داروهای پایین آورنده قند خون ایجاد می شود .

علائم افزایش شدید قند خون تشنگی زیاد ، ادرار زیاد ، خستگی ، ضعف عضلانی ، دردشکم ، اختلالات بینایی ، تاری دید ، گیجی و منگی و در نهایت بیهوشی است .

در هنگام افزایش قند خون ، در صورت بیهوشی راه تنفسی بیمار را باز نگهدارید و بلافاصله بیمار را به پزشک ارجاع دهید .

2- عوارض دیر رس : این عوارض بعد از چند سال اتفاق می افتد و شامل مشکلات چشمی ، ناراحتی های کلیه ، ناراحتی

نکته مهم : در صورتی که نتوان تشخیص داد که بیمار دچار کاهش قند خون و یا افزایش قند خون شده است . اقدام های مربوط به کاهش قند خون انجام گیرد و بلافاصله بیمار به پزشک ارجاع شود .

های قلبی ، بی حسی و گزگز کردن دست ها و پاها و نیز دیر بهبود یافتن زخم ها هستند . یکی از عوارض دیر رس مهم دیابت ، پای دیابتی نامیده می شود. در این بیماری ابتدا زخمی در انگشتان پا به وجود می آید . ولی به علت اختلال در خون رسانی بهبودی حاصل نمی شود و زخم پیشرفت می کند . در صورت عدم کنترل بیماری، عضو مبتلا دچار گانگرن (قانقاریا) شده و برای جلوگیری از پیشرفت آن اندام مبتلا باید قطع شود. مرحله اول بیماری یعنی به وجود آمدن زخم ، اغلب به دلیل بی حسی و عدم درک درد ، فشار ، گرما یا سرما است که ناشی از عوارض عصبی دیابت است . اما عدم بهبودی زخم به دلیل اختلال در عروق و خون رسانی عضو مبتلا است .

عدم تشخیص و درمان به موقع عوارض دیابت در نهایت به نابینایی ، نیاز به دیالیز¹ یا پیوند کلیه ، قطع پا و سکتته های قلبی و مغزی منجر می شود.



شکل پای دیابتی

اهمیت کنترل دقیق قندخون:

کنترل دقیق قند خون تظاهر عوارض زودرس و دیررس را کاهش داده و یا بروز عوارض دیررس را به تاخیر می اندازد و در صورتی که عوارض ایجاد شده باشند از ناتوانی های ناشی از آنها مثل کوری ، قطع عضو ، نارسایی های شدید کلیه ، سکتته قلبی و مرگ پیشگیری می کند.

چه کسانی در معرض خطر ابتلا به دیابت هستند؟

تمام زنان و مردان بالای 30 سال که حداقل یکی از مشخصات زیر داشته باشند در معرض خطر ابتلا به دیابت هستند :

1- افرادی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند (طبق نوموگرام BMI)

2- افرادی که پدر ، مادر ، خواهر و یا برادر آنها سابقه ابتلا به دیابت دارند.

1. دیالیز در تصفیه خون بیماران دچار نارسایی کلیه استفاده می شود.

- 3- افرادی که فشار خون ماکزیمم (یا حداکثر) مساوی یا بیشتر از 140 میلی متر جیوه و فشار خون مینیمم (یا حداقل) مساوی یا بیشتر از 90 میلی متر جیوه دارند .
- 4- زنانی که سابقه دو بار یا بیشتر سقط خود به خودی (بدون علت مشخص) و یا سابقه مرده زایی و یا سابقه به دنیا آوردن نوزاد با وزن بیش از 4 کیلو گرم دارند.
- 5- زنانی که در یکی از بارداری های قبلی خود سابقه دیابت بارداری دارند.
- 6- زنان باردار در هر گروه سنی

تذکر :

- 1- در صورتی که یک خانم باردار هر یک علائم سابقه خانوادگی دیابت ، مرده زایی ، فشار خون بالا، دوبار سقط خود به خودی بدون دلیل ، زایمان نوزاد با وزن بیش از 4 کیلوگرم و دیابت بارداری در بارداریهای قبلی را داشته باشد ، در اولین مراجعه بدون توجه به سن حاملگی در معرض خطر محسوب می شود .
- 2- خانم بارداری که هیچ یک از این علائم را نداشته باشد ، از ماه پنجم حاملگی (هفته 26-28 بارداری) در معرض خطر است .

افرادی که قند خون ناشتا در آنها $\frac{mg}{dl}$ 100-125 است ، اختلال قند خون ناشتا دارند و کسانی که در آزمایش تحمل قند دو ساعت پس از مصرف 75 گرم گلوکز ، قند خون آنها $\frac{mg}{dl}$ 140 - 199 باشد ، اختلال تحمل گلوکز دارند ، مجموعه افراد دچار اختلال تحمل گلوکز و اختلال قندخون ناشتا را پره دیابتیک می نامند . این افراد در معرض خطر محسوب شده و باید سالانه جهت انجام آزمایش خون به پزشک ارجاع شوند.

روشهای آزمایشگاهی تشخیص انواع دیابت :

آزمایشهای رایج برای تشخیص دیابت عبارتند از :

1- اندازه گیری قند خون ناشتا (FBS)

2- آزمایش تحمل گلوکز (OGTT)

3- اندازه گیری قند خون غیر ناشتا (BS)

4- آزمایش تحمل گلوکز زنان باردار (GCT)

1- اندازه گیری قند خون ناشتا (FBS)

برای انجام این آزمایش فرد آزمایش دهنده باید 8 ساعت ناشتا باشد. در صورتی که مقدار قند خون در دو نوبت مساوی یا بیشتر از $126 \frac{mg}{dl}$ باشد، ابتلا به دیابت قطعی است .

مقدار طبیعی قند خون در این آزمایش بین $70-99 \frac{mg}{dl}$ است. اگر نتیجه آزمایش بین $100-125 \frac{mg}{dl}$ باشد، فرد آزمایش دهنده نه سالم است و نه بیمار که به این وضعیت اختلال قند خون ناشتا می گویند . افراد مبتلا به قند خون ناشتا در معرض خطر ابتلا به دیابت هستند و باید وزن خود را کاهش دهند ، استفاده از رژیم غذایی سالم وانجام فعالیتهای ورزشی منظم و دائمی ضمن کمک به کاهش وزن ، سبب کاهش قند خون خواهد شد .

2-اختلال تحمل گلوکز (OGTT)

در این آزمایش ابتدا مقدار 75 گرم گلوکز محلول در آب به فرد آزمایش دهنده می دهند و 2 ساعت پس از مصرف این محلول قند خون را اندازه می گیرند . اگر مقدار قند خون بین $140-199 \frac{mg}{dl}$ باشد فرد آزمایش دهنده دچار اختلال تحمل گلوکز است .

در صورتی که مقدار قند خون کمتر از $140 \frac{mg}{dl}$ باشد نتیجه آزمایش طبیعی قلمداد می شود .

در صورتیکه مقدار قند خون بیشتر از $200 \frac{mg}{dl}$ باشد ابتلا به دیابت قطعی است .

اختلال تحمل گلوکز وضعیتی است که شخص نه سالم است و نه بیمار، اما در صورت عدم رعایت دستورهای بهداشتی مانند کاهش وزن، در معرض خطر ابتلا به دیابت قرار دارد.

افراد مبتلا به اختلال تحمل گلوکز باید از دستوره‌های تغذیه‌ای بهداشتی پیروی کنند و فعالیت‌های ورزشی مستمر و منظم را در برنامه روزانه خود قرار دهند تا ضمن کاهش وزن، مقدار قند خون خود را در محدوده طبیعی نگهدارند.

3- اندازه گیری قند خون غیر ناشتا (BS)

در صورتی که فرد آزمایش دهنده ناشتا نباشد، آزمایش BS انجام می‌شود. اگر مقدار قند خون $\geq 200 \frac{mg}{dl}$ باشد، ابتلا به دیابت قطعی است و لازم نیست آزمایش دوباره تکرار شود. در صورتی که مقدار قند خون کمتر از $140 \frac{mg}{dl}$ باشد، نتیجه آزمایش طبیعی قلمداد می‌شود. اگر مقدار قند خون بین $140-190 \frac{mg}{dl}$ باشد، فرد آزمایش دهنده دچار اختلال تحمل گلوکز است.

4- آزمایش تحمل گلوکز زنان باردار (GCT)

طی دوران بارداری مقدار قند خون ناشتا کمتر از دوران قبل از بارداری است و بنابراین با انجام آزمایش اندازه گیری قند خون ناشتا در خانم‌های باردار، نمی‌توان همیشه ابتلا به دیابت را تشخیص داد. به منظور تشخیص دیابت در خانم‌های باردار از آزمایش GCT استفاده می‌شود. ابتدا 50 گرم گلوکز رابه صورت محلول در آب به فرد آزمایش دهنده می‌دهند تا میل کند و یک ساعت پس از آن مقدار قند خون اندازه گیری می‌شود. اگر مقدار قند خون یک ساعت پس از مصرف 50 گرم گلوکز غیر طبیعی باشد ($\geq 140 \frac{mg}{dl}$) احتمال ابتلا به دیابت بارداری مطرح می‌شود که برای تایید تشخیص باید آزمایش تحمل گلوکز استاندارد به عمل آید. در آزمایش تحمل گلوکز استاندارد به جای 75 گرم از 100 گرم گلوکز استفاده می‌شود و مقدار قند خون ناشتا قبل از مصرف گلوکز و یک، دو و سه ساعت پس از مصرف گلوکز اندازه گیری می‌شود. در صورتی که حداقل دو نمونه از چهار نمونه خون گرفته شده بیش از حد طبیعی باشد، ابتلا به دیابت بارداری قطعی است.

یاد آوری می‌شود که برای انجام آزمایش GCT لازم نیست خانم باردار ناشتا باشد.

درمان دیابت

دیابت درمان قطعی ندارد ، ولی قابل کنترل است . شاید در آینده علاج قطعی دیابت امکان پذیر شود، اما در حال حاضر فقط می توانیم با کنترل قند خون در محدوده طبیعی از بروز عوارض دیابت پیشگیری کنیم.

نوع 1

- 1- رژیم غذایی و محدود کردن انرژی (کالری) دریافتی
- 2- فعالیت بدنی و ورزش دائمی و منظم
- 3- تزریق انسولین
- 4- آموزش و پایش دائمی مقدار قند خون

نوع 2

- 1- رژیم غذایی و محدود کردن انرژی (کالری) دریافتی
- 2- فعالیت بدنی و ورزش دائمی و منظم
- 3- استفاده از داروهای کاهنده قند خون
- 4- آموزش و پایش دائمی مقدار قند خون
- 5- آموزش های لازم برای افراد مبتلا به دیابت .

آموزش های لازم برای افراد مبتلا به دیابت:

در ابتدا، بیمار باید بداند که کنترل دقیق قند خون چه اهمیتی دارد و در هر بار ملاقات نکته های زیر به او آموزش داده می شود :

- 1- کنترل وزن
- 2- برنامه غذایی
- 3- ورزش و فعالیت های بدنی
- 4- مراقبت از پا

5- ترک مصرف دخانیات

6- نحوه ی مصرف و تزریق انسولین

7- نکته هایی که فرد مبتلا به دیابت در هنگام ابتلا به سایر بیماری ها باید رعایت کند.

1- کنترل وزن

از هر 10 نفر مبتلا به دیابت نوع 2 معمولاً 8 نفر آنها چاق هستند و نیاز به کاهش وزن دارند بنابراین فرد مبتلا به دیابت باید همیشه وزن خود را در حد طبیعی نگه دارد . برای تعیین وزن استاندارد از نمودار نمایه توده ی بدنی استفاده می شود.

طبقه بندی نمایه توده ی بدنی

کمتر از 20=کمبود وزن (لاغر)

20-24/9=وزن طبیعی

25-29/9=اضافه وزن

30-34/9=چاقی متوسط (چاقی درجه یک)

35-39/9=چاقی شدید (چاقی درجه دو)

40 به بالا=چاقی خیلی شدید (چاقی درجه سه)

2- برنامه غذایی

باید به افراد مبتلا به دیابت درباره ی برنامه ی غذایی به طور دقیق آموزش داد . نکته هایی که باید در برنامه ی غذایی این بیماران رعایت شود عبارتند از :

- تعداد وعده های غذا را افزایش داده و در هر وعده ، مقدار غذای مصرفی را متناسب با فعالیت بیمار کاهش دهند.

- افراد مبتلا به دیابت به خصوص بیماران لاغر و بیمارانی که قرص مصرف می کنند و یا انسولین تزریق می نمایند ، هرگز نباید یکی از وعده های اصلی خود را حذف کنند.

- از میوه های غیر شیرین و سبزی ها در وعده های غذایی به مقدار زیاد استفاده کنند.
 - مصرف میوه های شیرین مانند انگور، خربزه ، خرما ، توت و همچنین خشکبار شیرین مانند توت خشک ، کشمش ، قیسی را در برنامه ی غذایی خود محدود کنند.
 - از حبوبات در برنامه ی غذایی روزانه بیشتر مصرف کنند.
 - نان سبوس دار مصرف کنند.
 - قند و شکر و انواع شیرینی مانند آب نبات ، شکلات ، شیرینی ، گز ، سوهان وامثال آن را مصرف نکنند .
 - از مواد نشاسته ای مانند نان ، برنج ، سیب زمینی ، گندم ، جو ، و ماکارونی به میزانی که موجب افزایش وزن نشود مصرف نمایند .
 - مصرف چربی ها را کاهش دهند و به این منظور از سرخ کردن غذا خودداری و آن را به صورت آب پز و کبابی تهیه کنند. از گوشتهای کم چربی استفاده کنند و قبل از پخت چربی گوشت و پوست مرغ را جدا کنند.از شیر و ماست کم چربی استفاده کرده ، برای این کار شیر را جوشانده و پس از سرد شدن چربی آن را جدا کنند . مصرف تخم مرغ را محدود کرده واز گوشتهای احشایی مانند جگر ، مغز ، قلوه وکله پاچه کمتر مصرف کنند. به جای خامه ، کره و روغن های جامد از روغن مایع و زیتون استفاده کنند.
- توجه :** بعضی از افراد مبتلا به دیابت می توانند با نظر پزشک معالج خود روزه بگیرند.

3- ورزش و فعالیت های بدنی

ورزش باعث کارایی بیشتر ، کاهش وزن ، احساس نشاط و تندرستی می شود . افزایش فعالیت های بدنی در کنترل بیماری قند بسیار اهمیت دارد . ورزش و فعالیت های بدنی باید متناسب با شرایط و وضعیت سلامت شخص باشد و به طور منظم و مستمر انجام گیرد . زمان ورزش بهتر است عصر باشد . این بیماران می توانند ورزش های سبک مثل نرمش و پیاده روی انجام دهند . به هر حال درباره ی نوع ورزش می توانند با پزشک مرکز بهداشتی درمانی مشورت کنند.

4- **مراقبت از پا:** مراقبت از پای فرد مبتلا به دیابت بسیار اهمیت دارد. ممکن است دو عارضه برای آنها پیش آید.

- بی حسی و کرختی پا

- عفونت و دیر بهبود یافتن زخم و جراحات های پا

بنابراین رعایت نکته های ذیل در حفظ بهداشت پای افراد مبتلا به دیابت بسیار مهم است :

- هر روز پاهای خود را با آب ولرم و صابون بشویند و بین انگشتان خود را با حوله ی نرم خشک کنند.

- ناخن های پا را کوتاه نگه دارند. ناخن را مستقیم گرفته گوشه های آن را نگیرند و در ضمن ناخن نباید از ته گرفته شود. در صورتی که دید بیمار مشکل داشته باشد، شخص دیگری ناخن های او را بگیرد.

- جوراب خود را روزانه عوض کرده واز جوراب نخی و ضخیم استفاده کنند.

- از کفش راحت، پاشنه کوتاه و پنجه پهن استفاده کنند.

- در خانه از کفش راحتی و دمپایی استفاده کنند و برای جلوگیری از جراحات های احتمالی پا، با پای برهنه در منزل راه نروند.

- پاهای خود را روزانه از نظر وجود قرمزی، تورم، تغییر رنگ، زخم، ترک خوردگی و ترشح اطراف ناخن بررسی کنند، و برای این منظور و مشاهده ی کف پا می توانند از آینه استفاده نمایند.

- از نزدیک کردن پای خود به آتش، بخاری، شومیز و هر وسیله ی گرمایی دیگر خود داری کنند.

5- ترک مصرف دخانیات

افراد مبتلا به دیابت که هر نوع دخانیات (سیگار، پیپ، چپق، قلیان و جویدن توتون) مصرف می کنند، باید برای ترک تشویق شوند.

6- نحوه ی مصرف و تزریق انسولین

به بیمارانی که انسولین مصرف می کنند باید نحوه ی نگه داری، نحوه ی مخلوط کردن، رعایت بهداشت سرنگ ها و محل های تزریق انسولین را آموزش داد.

نحوه نگه داری

انسولین باز نشده حتما باید در یخچال نگه داری شود ، اما انسولینی که در آن باز شده و در حال استفاده است را می توان در دمای اتاق هم نگه داری کرد ، ولی باید از قراردادن آن در گرمای زیاد (بالای 30 درجه) و یا سرمای شدید (زیر 2 درجه) خود داری کرد . از تکان دادن های بیش از حد شیشه نیز باید اجتناب کرد . زیرا هر دو مورد باعث از دست رفتن قدرت اثر دارو می شود. هرگونه تغییر در انسولین مثل یخ زدگی و کدر شدن قدرت انسولین را کمتر می کند.

نحوه مخلوط کردن

در صورتی که بیمار از دو نوع انسولین با اثر سریع (کریستال) و با اثر متوسط (NPH) استفاده می کند، باید برای مخلوط کردن آنها نکته های زیر را رعایت کند :

- هیچ گونه ماده ی رقیق کننده و یا داروی دیگری نباید به مخلوط دو نوع انسولین اضافه شود.
- مخلوط انسولین کریستال و NPH را هم می توان فوراً تزریق کرد و هم می توان برای وعده بعدی تزریق نگهداری کرد . البته هنگام استفاده برای وعده ی بعد باید سرنگ را بین دست ها حرکت داد تا انسولین مخلوط شود .
- همیشه باید اول انسولین کریستال در سرنگ کشیده شود و بعد انسولین NPH ، در غیر این صورت ساختمان و اثر انسولین کریستال تغییر می کند.

رعایت بهداشت سرنگ ها

- در صورت آلوده نکردن سرنگ و رعایت نکته های بهداشتی می توان از هر سرنگ 20-3 نوبت استفاده کرد .
- در صورت استفاده ی مکرر از یک سرنگ ، فقط باید برای همان شخص مصرف شود و استفاده از سرنگ فرد دیگر ممنوع است (زیرا خطر انتقال بعضی از عفونت های ویروسی از طریق جریان خون افزایش می یابد)
- در صورتی که سر سوزن سرنگ قابل جدا شدن است ، در تزریق بعدی باید چند بار پیستون سرنگ را با فشار عقب و جلو برد تا انسولینی که در سر سوزن مانده (حدود 5 واحد انسولین) خارج گردد و سپس اقدام به کشیدن مجدد انسولین شود انسولین باید نیم ساعت قبل از غذا خوردن تزریق شود.

محل های تزریق انسولین

- باید در بافت زیر جلدی قسمت بالای بازو ، سطح جلو وکناری قابل دید ران ها ودر محدوده ی 5 سانتی متری اطراف ناف تزریق شود .

- تزریق نباید داخل عضله انجام گیرد و باید حتما در زیر پوست ودر بافت چربی باشد .

- تزریق انسولین باید هر دفعه دریک محل جداگانه انجام شود (چرخشی) در غیر این صورت ممکن است پوست سفت شود .

-سرعت جذب انسولین در محل های مختلف متفاوت است ، به این صورت که در شکم جذب از همه ی قسمت ها سریع تر است ، بعد در بازوها و بعد ران ها ودر باسن از همه ی قسمت ها کند تر جذب می شود . بهتر است در صورتی که فرد دو بار تزریق در روز دارد صبح ها روی شکم و شب ها بالای ران تزریق انجام شود .

- هر ورزشی میزان جذب انسولین را از نواحی تزریق مربوط به آن ورزش افزایش می دهد ، به طور مثال در صورت تزریق در ران ها در هنگام دویدن جذب انسولین سریع تر می شود.

- تغییرات پوستی نواحی تزریق مثل تورم ، قرمزی و سفتی باعث کندی جذب انسولین می شود.

7- نکته هایی که فرد مبتلا به دیابت در هنگام ابتلا به سایر بیماری ها باید رعایت کند .

در مواردی که شخص مبتلا به دیابت به بیماری هایی از قبیل سرماخوردگی ، تب ، اسهال و استفراغ مبتلا شود، باید اقدام های ذیل را انجام دهد :

-در صورت تزریق انسولین نباید مصرف آن را قطع کند.

-اگر قادر به خوردن غذاهای سفت نیست ، بهتر است از غذاهای مایع مانند سوپ ، آش ، مایعات غیر شیرین ، آب میوه و یا شیر استفاده نماید.

- باید در زمان بیداری به اندازه ی کافی استراحت کند .

-در صورت ابتلا به عوارض شدید ، مانند اسهال و استفراغ شدید حتماً به پزشک مراجعه کند.

شرح وظایف ، دستور العمل درمان ، پیگیری و مراقبت بهورز

وظایف بهورز در برنامه کشوری دیابت به شرح ذیل است :

1- غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت و فشار خون بالا،

2- ارجاع افراد در معرض خطر

3- پیگیری بیماران و افراد در معرض خطر

4- آموزش

5- ثبت و گزارش اطلاعات

1. غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت و فشار خون بالا

بهورز باید برای تشخیص به موقع فشار خون بالا، دیابت و پیشگیری از عوارض آنها اسامی افراد زیر را از فرم های مربوط استخراج کرده و در فرم شماره 1 ثبت کند :

- اسامی تمام زنان و مردان بالای 30 سال و زنان باردار کمتر از 30 سال را از پرونده خانوار استخراج کند .

(بدیهی است زنان باردار بالای 30 سال نیز جزء افراد واجد شرایط غربالگری خواهند بود)

- سپس بهورز باید با توجه به حجم کار خود و شرایط مناسب افراد و در زمان مناسب ، از آنان دعوت به عمل آورده و اطلاعات فرم غربالگری و بیماریابی دیابت را برای همه افراد تکمیل کند (غربالگری جمعی). مدت زمان دوره غربالگری حداکثر 6 ماه است و طی این مدت تمام افراد واجد شرایط غربالگری باید غربالگری و بیماریابی شوند.

علائم مبنای غربالگری

در صورتی که هر کدام از افراد مندرج در فرم شماره 1 ، یکی از علائم زیر را دارا بود، در معرض

خطر محسوب می شود . این علائم شامل :

- اضافه وزن و یا چاقی (طبق نمودار BMI)

- سابقه ابتلا به دیابت در یکی از افراد خانواده (پدر، مادر، برادر یا خواهر)

- فشار خون $\frac{140}{90}$ mmHg یا بیشتر

- سابقه دو بار یا بیشتر سقط خود به خودی (بدون علت مشخص)، مرده زایی و سابقه زایمان نوزاد با وزن 4kg یا بیشتر

- سابقه دیابت حاملگی در یکی از حاملگی های قبلی

- زنان باردار (در هر گروه سنی)

تذکر:

در صورتی که خانم بارداری دارای هر یک از علائم خطر باشد (سابقه خانوادگی دیابت، فشارخون بالا، مرده زایی، دوبار سقط خود به خودی بدون دلیل، زایمان نوزاد با وزن بیش از 4kg و دیابت حاملگی در بارداری های قبلی) در اولین مراجعه بدون توجه به سن حاملگی در معرض خطر محسوب می شود.

خانم بارداری که هیچ یک از علائم فوق را نداشته باشد، از ماه پنجم حاملگی (26 تا 28 بارداری) در معرض خطر است.

2. ارجاع افراد در معرض خطر

ارجاع افراد در معرض خطر به دو شکل است:

ارجاع غیر فوری

تمام افراد دارای علائم غرباگری (در معرض خطر) حداکثر تا 15 روز بعد از تکمیل فرم باید ارجاع غیر فوری شوند.

-بهورز باید فرم های ارجاع تمام افرادی که دارای حداقل یکی از علائم خطر باشند را جهت درخواست آزمایش در اختیار پزشک قرار دهد و پس از انجام آزمایش کسانی که قند خون بالاتر از 100 mg/dl دارند را جهت بررسی و سایر اقدام های لازم به پزشک ارجاع غیر فوری دهد، و پس از ارائه پس خوراند از طرف پزشک در قسمت نتیجه بیماریابی فرم غربالگری و

بیماریابی، وضعیت فرد را از نظر دیابت (سالم ، پره دیابتیک ، بیمار) ثبت کند. افرادی که با وجود داشتن علائم ، بیماری آنها توسط آزمایش تایید نشود در معرض خطر محسوب نمی شوند.

-در صورتی که در دوران بارداری ، دیابت حاملگی تایید شود، فرد باید 6 هفته بعد از ختم بارداری برای بررسی و انجام آزمایش مجدد ارجاع غیر فوری شود. افرادی که نتیجه آزمایش آنها مثبت باشد ، مبتلا به دیابت محسوب می شوند و در صورت اختلال تحمل گلوکز یا اختلال قند خون ناشتا (قند خون ناشتای بین 100-125 mg/dl) پره دیابتیک هستند و نیاز به ارجاع سالانه خواهند داشت .

- افراد پره دیابتیک در معرض خطر محسوب شده و باید سالانه جهت انجام آزمایش خون به پزشک ارجاع شوند.
-افراد در معرض خطر شناسایی شده ، در صورتی که پس از انجام آزمایش خون دچار اختلال قند خون ناشتا یا اختلال تحمل گلوکز باشند ، باید سالانه (دو بار دیگر به فاصله یکسال بعد از غربالگری جمعی) جهت انجام آزمایش قند خون به پزشک ارجاع شوند.

- زنانی که در طول 3 سال فاصله غربالگری جمعی باردار می شوند ، باید در ماه سوم دوباره غربالگری شده و اگر علائم خطر داشته باشد در هنگام اولین مراجعه ارجاع می شود و اگر علائم خطر نداشته باشد در ماه پنجم بارداری ارجاع می شود.

ارجاع فوری

-بیمارانی که دچار عوارض کاهش یا افزایش قند خون شده اند (طبق متن آموزشی بهورز) باید ارجاع فوری شوند.
- در پیگیری ماهانه بیماران ، در صورت مشاهده هر گونه زخم ، تغییر رنگ ، ترک خوردن و وجود ترشحات اطراف ناخن پاها باید ارجاع فوری شوند.

3. پیگیری بیماران و افراد در معرض خطر

- بهورز لازم است مشخصات افراد مبتلا به دیابت شناخته شده را از فرم غربالگری و بیماریابی دیابت، استخراج و در فرم پیگیری بیماری وارد نماید .

-افراد بیمار حتی المقدور باید یکبار در ماه توسط بهورز و هر سه ماه یکبار توسط پزشک (مرکز بهداشتی درمانی) مراقبت شوند و برای انجام آزمایش قند خون ماهانه باید طبق درخواست پزشک (که در مراقبت های سه ماه یک بار برای بیمار می نویسد) به آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی یا سایر آزمایشگاه ها ارجاع شوند .

-در صورت عدم مراجعه بیماران در زمان مراقبت لازم است بهورز حداکثر سه روز بعد از زمان مقرر مراقبت ، علت عدم مراجعه را پیگیری نماید و فرد را برای مراقبت به خانه بهداشت دعوت کند.

-در مراقبت ماهانه بیماران توسط بهورز باید وزن و فشار خون بیمار اندازه گیری شود و پاهای بیمار را از نظر وجود زخم ، تغییر رنگ ، ترک خوردگی و ترشحات اطراف ناخن مورد بررسی قرار گیرد و آموزش های لازم با توجه به متن آموزشی بهورز داده شود . تمام خدمات انجام شده باید در فرم پیگیری بیماری یادداشت شود .

-افرادی که پره دیابتیک هستند باید دو بار دیگر به فاصله یک سال مورد پیگیری قرار گرفته و جهت بیماریابی به پزشک ارجاع غیر فوری شوند و در صورتی که در پایان سال سوم هنوز مبتلا به دیابت نباشند ، در سال چهارم به همراه افراد سالم غربالگری جمعی شوند.

-افرادی که سالم شناخته شده اند ، هر 3 سال یک بار با تمام افراد جامعه طبق شرایط غربالگری دوباره غربالگری جمعی شوند.
- در صورتی که زن باردار مبتلا به دیابت حاملگی باشد ، باید تحت مراقبت ویژه قرار گیرد و طبق دستور پزشک عمل شود .
ضمن این که تمام اقدام هایی که برای فرد مبتلا به دیابت در پیگیری و مراقبت انجام می شود باید برای او نیز انجام شود.

تذکره 1:

حداقل مراقبت توسط پزشک مرکز سه ماه یک بار است ، بنابراین پزشک مرکز در هر نوبت مراقبت در سه برگ آزمایش دستور قند خون ناشتا را می نویسد و بیمار باید هر ماه با یکی از برگه های آزمایش به آزمایشگاه مراجعه نماید و نتیجه آزمایش را به کاردان مرکز تحویل دهد تا مورد بررسی قرار گیرد .

تذکره 2:

افرادی که بعد از غربالگری به سن بالاتر از 30 سال می رسند به جز زنان باردار نیاز به غربالگری ندارند و پس از دوره سه ساله به لیست افراد واجد شرایط غربالگری اضافه می شوند.

4-آموزش

آموزش بیماران ، افراد در معرض خطر و جامعه به شرح زیر است :

آموزش بیماران

-بهورز باید باتوجه به متن آموزشی نکته های لازم را در هر بار پیگیری و مراقبت بیماران آموزش دهد . این آموزش ها شامل کنترل وزن ، برنامه غذایی صحیح ، انجام ورزش و فعالیت بدنی ، ذکر اهمیت کنترل دقیق قند خون ، مراقبت از پاها ، عدم مصرف دخانیات و نحوه تزریق انسولین (در افرادی که انسولین مصرف می کنند) است .

- بهورز باید تمام نکته های لازم برای بیماران و خانواده آنان درباره عوارض ناشی از افزایش و یا کاهش قند خون و چگونگی مقابله با آن را آموزش دهد .

آموزش افراد در معرض خطر

بهورز باید درباره کنترل وزن ، کاهش وزن در افراد چاق ، برنامه غذایی صحیح ، انجام فعالیت بدنی وعدم مصرف دخانیات آموزش لازم را به افراد در معرض خطر ارائه دهد.

آموزش جامعه

بهورز در برنامه های آموزشی که برای مردم در نظر می گیرد ، حتما لازم است درباره دیابت و عوارض آن آموزش های ضروری را به عامه مردم بدهد.

5-ثبت و گزارش اطلاعات

همان گونه که در بند یک توضیح داده شد، ثبت اسامی افراد و اطلاعات مربوط به بیماری توسط بهورز صورت می گیرد و بهورز موظف است تا روز پنجم ماه بعد ، اطلاعات یک ماهه مربوط به غربالگری دیابت را در فرم آمار گزارش ماهانه ثبت نموده و به مرکز بهداشتی درمانی ارسال کند . بدیهی است پس از پایان دوره شش ماهه غربالگری فقط آمار غربالگری زنان باردار گزارش خواهد شد.

منابع:

1- مجموعه آموزشی برنامه‌های کنترل بیماریهای غیرواگیر ویژه بهورزان - دکتر علیرضا مهدوی، عباس نوروزی نژاد، مرداد 85

2- بهورز و دیابت - دکتر علیرضا دلاوری و همکاران، مرکز مدیریت بیماریهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تمرین نظری:

1- انواع دیابت را نام برده و توضیح دهید.

2- عوارض دیابت را توضیح دهید.

3- درمانهای لازم جهت هر یک از انواع دیابت را ذکر کنید.

تمرین عملی:

1- در حضور مربی و همکلاسان، یک کلاس آموزشی جهت بیماران دیابتی برگزار نمایید.

فصل پنجم

تالاسمی

اهداف: پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید :

- 1- تالاسمی را تعریف کنید .
- 2- علائم بیماری تالاسمی را شرح دهید .
- 3- چگونگی انتقال بیماری تالاسمی را شرح دهید .
- 4- انواع مهم بتا تالاسمی را نام برده و شرح دهید .
- 5- درمان بیماری تالاسمی را شرح دهید .
- 6- روشهای پیشگیری از تولد نوزادان مبتلا به تالاسمی را شرح دهید .
- 7- استراتژی‌های برنامه پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور (اول - دوم - سوم تالاسمی) را شرح دهید .

تعریف و تاریخچه بیماری تالاسمی :

تالاسمی یک واژه یونانی است که از دو کلمه تالاسا *Thalassa* به معنی دریا و امی *Emia* به معنی خون گرفته شده است و به آن آنمی مدیترانه‌ای یا آنمی کولی و در فارسی کم خونی می‌گویند. تالاسمی یکی از شایعترین اختلالاتها و بیماری‌های خونی است که به صورت ژنتیک از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود. اولین بار یک دانشمند آمریکایی به نام دکتر کولی (*cooley*) و لی (*lee*) در سال 1925 میلادی این بیماری کم‌خونی را گزارش کردند که با علائم بزرگی طحال و تغییرات استخوانی همراه بود و به دلیل شیوع زیاد این بیماری در اطراف دریای مدیترانه، تالاسمی نامگذاری شد. تالاسمی به دو صورت شدید (ماژور) و خفیف یا مینور ظاهر می‌شود. البته کولی در حقیقت شکل بیماری بتا تالاسمی ماژور (شدید) را شرح داده بود. تالاسمی برای کسانی که نوع مینور آن را داشته باشند مشکلی ایجاد نمی‌کند و آنها هم مثل افراد سالم می‌توانند زندگی کنند و فقط در موقع ازدواج باید خیلی مراقب باشند. اما بر عکس این بیماری حداکثر آزار خود را به بیماران نوع ماژور می‌رساند.

پراکندگی تالاسمی در جهان و ایران :

بیماری تالاسمی در سراسر جهان و در همه نژادها دیده می‌شود ولی شیوع آن در نواحی مدیترانه (ایتالیا، یونان، قبرس، و جزیره سیسل) خاورمیانه، (ایران، ترکیه، سوریه) آسیا (هندوستان و پاکستان و ناحیه جنوب شرقی) بیشتر دیده و از جنوب غربی اروپا تا خاور دور امتداد یافته و در نواحی وسیعی از آفریقای مرکزی نیز دیده می‌شود. دلیل این شکل توزیع بیماری مالاریا بوده که به شکل بومی و قرون متمادی در این نواحی شیوع داشته است. انگل مالاریا از راه نیش پشه آنوفل وارد خون شده و داخل گلبول‌های قرمز تکثیر می‌یابد. این انگل در گلبول‌های قرمز ناقلین ژن تالاسمی که عمر کوتاه‌تری دارند نمی‌تواند به رشد و تکثیر خود ادامه دهد در نتیجه بیماری متوقف می‌شود و بیمار از مالاریا نجات می‌یابد. بنابراین مالاریا در افراد سالم بیش از افراد ناقل (مینور) می‌باشد و در نتیجه مرگ و میر آنها بیشتر است. بنابراین افرادی که یک ژن هموگلوبین طبیعی و یک ژن تالاسمی داشته‌اند (افراد سالم ناقل) در مقابل بیماری مالاریا مقاومت کرده و ژن تالاسمی را به نسل بعد منتقل کرده‌اند. این بیماری در تمام سطح کشور ایران پراکنده است اما در نواحی حاشیه دریای خزر (استانهای گیلان، مازندران و گلستان) نواحی حاشیه خلیج فارس و دریای عمان (بوشهر، هرمزگان، سیستان و بلوچستان) خوزستان و جنوب کرمان شیوع بیشتری دارد.

تالاسمی چگونه منتقل می شود؟

اگر یک زن و شوهر هر کدام دارای نوع کم خونی خفیف (مینور) تالاسمی باشند، هر یک از فرزندان آنها 25% احتمال ابتلا به تالاسمی ماژور (کم خونی شدید) را داشته و 50% احتمال تالاسمی مینور و 25% ممکن است سالم باشند. علائم و عوارضی که تالاسمی در بیماران ایجاد می کند در نوع ماژور تالاسمی (کم خونی شدید) هموگلوبین خون غیر طبیعی به نام F یا جنینی (افزایش یافته و هموگلوبین قرمز خون کاهش پیدا می کند. کودکی که این بیماری را در خود دارد کم خون است و این کم خونی باعث بزرگ شدن طحال و کبد و تغییر قیافه ظاهری او می شود. بنابراین به علت پایین آمدن مداوم خون، بیمار مجبور است مدام خون تزریق کند و در اثر تزریق خون که دارای مقدار زیادی آهن است و در اثر خود بیماری که باعث شکسته شدن هموگلوبین (گلبولهای قرمز) و آزاد شدن آهن می شود، میزان آهن خون افزایش یافته و در بافت های عمده بدن چون، قلب، کبد، طحال و ... رسوب می کند و سبب ایجاد مشکلات دیگری می شود که تنها به کمک آمپول دسفرال می توان از تجمع آهن جلوگیری کرد. مصرف مداوم دسفرال با قیمت بالای آن موجب بروز مشکلات اقتصادی در خانواده ها می شود.

اساس توارث در بروز بتا تالاسمی ماژور:

تمام ویژگی ها اعم از رنگ چشم، مو، قد از والدین به فرزندان به ارث می رسد و برای انتقال برخی صفت ها دو عامل به نام ژن لازم است. که یکی از پدر و دیگری از مادر به ارث می رسد. این دو ژن یا با هم یکسان و یا متفاوت هستند. برای ساخته شدن گلبول قرمز دو ژن یکی از پدر و دیگری از مادر به فرزند به ارث می رسد. اگر والدین هر دو سالم باشند ژن های سالم را به فرزند خود منتقل می کنند، در این صورت فرزند سالم و دارای گلبول های قرمز کامل می شود.

انواع مهم بتا تالاسمی

1- بتا تالاسمی مینور (سالم ناقل)
2- بتا تالاسمی ماژور (بیماری تالاسمی)

بتا تالاسمی مینور (سالم ناقل): اگر فردی یک ژن سالم را از والدین و یک ژن ناسالم را از دیگری برای ساختن گلبولهای قرمز به ارث ببرد، این فرد مبتلا به تالاسمی مینور است و بیمار محسوب نمی شود، زیرا دارای یک ژن سالم است که درست کار می کند، افراد سالم ناقل زندگی عادی دارند می توانند به هر کاری که مایل هستند مشغول شوند فقط در هنگام ازدواج باید مراقب باشند و آزمایش های زمان ازدواج را با دقت انجام دهند.

بتاتالاسمی ماژور (بیماری تالاسمی): اگر پدر و مادر هر دو سالم مبتلا به تالاسمی مینور (ناقل سالم) باشند در هر بارداری 25% احتمال وجود دارد که از هر دو نفر دو ژن ناسالم به کودک به ارث برسد و فرزند آنها مبتلا به بیماری تالاسمی شدید (ماژور) شود. به همین دلیل لازم است در هر بارداری، ابتلای کودک به بیماری بررسی شود و تولد یک یا چند فرزند بیمار، دلیلی بر بدنیا آمدن کودک سالم در حاملگی‌های بعدی نیست.

بطور کلی سه نوع زوج را باید در نظر بگیریم:

- 1- هیچیک از والدین حامل ژن تالاسمی نیستند پس امکان انتقال صفت تالاسمی مینور و ماژور به فرزندان خود را ندارند و تمام فرزندان آنها خون طبیعی خواهند داشت.
- 2- فقط یک نفر از والدین تالاسمی مینور (ناقل سالم) است و دیگری ناقل این ژن نیست. 50% فرزندان ناقل سالم و 50% سالم غیرناقل خواهند بود. هیچ یک از فرزندان آنها بتا تالاسمی ماژور نخواهند داشت.
- 3- هر دو نفر سالم ناقل باشند، ممکن است فرزندان آنها سالم ناقل، بیمار و یا سالم غیر ناقل باشند.

علائم بیماری:

کودکان مبتلا به بیماری تالاسمی بعد از تولد هیچ فرقی با سایر کودکان ندارند. ولی از حدود 6 ماهگی تا 2 سالگی علائم کم خونی را از خود نشان می‌دهند و زرد و رنگ پریده می‌شوند. شبها به راحتی نمی‌خوابند. درست غذا نمی‌خورند و ممکن است استفراغ کنند. از علائم دیگر این بیماری ضعف و بی‌حالی است. اختلال رشد در بچه‌های بزرگتر، تغییر چهره و بزرگی سر که به راحتی قابل تشخیص و رویت است.

نازک شدن استخوانها و مستعد شکستگی شدن آنها، بزرگی کبد و طحال در سنین بالاتر و تخریب بیشتر گلبولهای قرمز و معمولاً مشکل اصلی این بیماران رسوب آهن در قلب و پانکراس و غدد می‌باشد که باعث نارسایی لوزالمعده (پانکراس) و یا (دیابت، نارسایی قلبی، نارسایی غدد جنسی و تیروئید می‌شود). تالاسمی شدید و درمان شده همیشه باعث مرگ در دوران کودکی می‌گردد و در صورت تزریق مکرر خون و حفظ سطح مناسبی از خون می‌توان طول عمر را افزایش داد و تا حد زیادی مانع از تغییرات استخوانی و اختلال رشد گردید.

تشخیص: به وسیله آزمایش خون انجام می‌شود. اما با بزرگتر شدن کودک علائم بیماری نیز ظاهر می‌شود که تشخیص این علائم با تشخیص پزشک و انجام آزمایش‌ها ممکن است.

-انجام آزمایش روی جنین در هفته‌های اول حاملگی در دوران حاملگی

درمان تالاسمی:

- 1- تزریق دراز مدت خون: به منظور حفظ هموگلوبین بیمار در سطح بالای 10 (حداقل هر ماه یکبار)
- 2- تزریق دسفرال: مشکل اصلی این بیماران بعد از سالها، اضافه بار آهن است که می‌توان آن را به کمک تزریق مرتب و روزانه دسفرال بصورت زیر جلدی یا وریدی تخفیف داد. این دارو با آهن ترکیب شده و از ادرار دفع می‌شود. البته مقدار زیاد این دارو ممکن است باعث واکنش‌های پوستی در محل تزریق و یا عوارض عصبی به ویژه در دستگاه بینایی و شنوایی شود. بنابراین این دارو به تنهایی برای پیشگیری دراز مدت از مسمومیت با آهن کافی نیست.
- 3- برداشتن طحال: اگر بزرگی طحال، نیاز به تزریق خون را بیشتر کند طحال برداشته می‌شود تا نیاز به خون کاهش یابد.

- 4- عمل جراحی پیوند مغز استخوان: درمان قطعی بیماری پیوند مغز استخوان است، البته این عمل با مرگ و میر بالایی همراه است و در برخی بیماران نیز سلولهای تالاسمی مجدداً رشد می‌کنند.

* امروزه با توجه به درمانهای موجود بیماران تا 30 سالگی هم زنده می‌مانند. شایعترین علت مرگ آنها نارسایی قلبی می‌باشد.

توجه: واکسیناسیون این کودکان می‌بایستی طبق جدول واکسیناسیون انجام گیرد و انجام معاینات و مراقبت‌های مرتب این بیماران توسط پزشک ضرورت دارد.

راههای پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور

امروزه زوج‌های ناقلی که خطر داشتن فرزند مبتلا به بیماری تالاسمی ماژور آنها را تهدید میکند، راههای متعددی در پیش رو دارند.

ازدواج نکردن دو فرد سالم ناقل با یکدیگر

چنانچه دو فرد ناقل با هم ازدواج کنند :

- خودداری از بچه دار شدن
- انتخاب فرزند خوانده
- استفاده از خدمات تشخیصی قبل از تولد

خدمات تشخیصی قبل از تولد این امکان را برای زوج ها فراهم کرده است که از سلامت یا بیماری فرزند خود در دوره جنینی مطلع شوند . اساس تشخیص قبل از تولد ، پیگیری انجام دو مرحله مقدماتی و تکمیلی به شرح ذیل است :

مرحله مقدماتی : بررسی وضعیت ژنتیکی زوج های ناقل تالاسمی که برای تعیین نوع نقص ژن در هر یک از زوج ها قبل از بارداری است .

مرحله تکمیلی : بررسی وضعیت ژنتیک جنین و تشخیص قطعی ابتلا یا سالم بودن آن است .

توجه : برای تشخیص قطعی در انجام آزمایش های تشخیصی قبل از تولد ، گاهی لازم است تعداد زیادی از خویشاوندان (والدین ، برادران ، خواهران ، عمه ، خاله ، عمو و دایی) بررسی شوند که مستلزم صرف وقت و صبر و حوصله کافی و بضاعت مالی است .

بهترین زمان برای انجام آزمایش های مرحله مقدماتی قبل از بارداری است ، زیرا در این صورت وقت کافی جهت بررسی وجود خواهد داشت و آزمایش های مرحله تکمیلی بعد از بارداری و در هفته 10 بارداری با نمونه برداری از جنین انجام می شود . در نمونه برداری ، خطر از دست دادن جنین به میزان اندک و خطرات نادری برای مادر وجود دارد ، بعد از حصول نتیجه ، در صورت ابتلای جنین به بیماری چنانچه از نظر شرعی و قانونی سن جنین از تاریخ معین (حداکثر هفته 16 بارداری) نگذشته باشد مجوز ختم بارداری توسط پزشک قانونی صادر می شود . بدیهی است که برای هر بار بارداری انجام آزمایش های مرحله تکمیلی (بررسی وضعیت ژنتیک جنین) ضروری است .

برنامه پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور

استراتژی اول: در این استراتژی تمام متقاضیان ازدواج جهت شناسایی زوج های ناقل تالاسمی و مراقبت ویژه بررسی می شوند.

هدف کلی: پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور

اهداف اختصاصی: 1- شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی در متقاضیان ازدواج

2- مراقبت ویژه از زوج‌های ناقل شناسایی شده بر اساس برنامه مراقبت

3- استفاده از امکانات موجود تشخیص پیش از تولد به منظور کاهش بروز بیماری تالاسمی ماژور

فعالیت‌ها شامل :

1- آموزش کارکنان بهداشتی درمانی (پزشک ، کارشناس ، کاردان و بهورز و کارکنان آزمایشگاه غربالگری آزمایش

تالاسمی پیش از ازدواج و کارکنان بخش تزریق خون)

2- انجام آزمایش‌های تالاسمی در متقاضیان ازدواج مراجعه کننده به آزمایشگاه ویژه آزمایش‌های تالاسمی و تفسیر نتایج

آن با نظر پزشک مشاوره ویژه تالاسمی

3- ثبت مشخصات مراجعه کنندگان به مرکز بهداشتی درمانی برای مشاوره تالاسمی در دفتر تالاسمی

4- انجام مشاوره تالاسمی توسط تیم مشاوره و تعیین نوع مراقبت و پیگیری مورد نیاز با توجه به وضعیت زوج ناقل (فرم

شماره 5)

5- ارجاع جهت PND با توجه به وضعیت زوج ناقل

6- تکمیل و ارسال فرم شماره 4 به منظور اعلام فعالیت مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی

7- انجام مراقبت و پیگیریهای مربوط بر اساس فرم شماره 6

8- آموزش عموم جامعه و گروههای هدف برابر طرح و دستور العمل مربوطه

استراتژی دوم :

در این استراتژی والدین بیماران تالاسمی جهت شناسایی زوج‌های واجد شرایط بارداری و مراقبت بررسی

می شوند .

هدف کلی : پیشگیری از بروز بتاتالاسمی (ماژور)

اهداف اختصاصی:

- 1- شناسایی والدین بیماران تالاسمی (ماژور)
- 2- مراقبت از والدین بیماران تالاسمی (ماژور) واجد شرایط بارداری
- 3- استفاده از امکانات موجود تشخیص پیش از تولد به منظور کاهش بروز بیماری تالاسمی (ماژور)

فعالیت ها :

- 1- آموزش کلیه کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط (پزشک - کاردان و کارشناس و بهورز و کارکنان بخش تزریق خون)
- 2- ارجاع تمام والدین بیماران تالاسمی به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی توسط مرکز تزریق خون
- 3- ثبت مشخصات والدین بیماران تالاسمی مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی در دفتر مربوطه
- 4- انجام مشاوره‌ی ویژه تالاسمی توسط تیم مشاوره و تعیین نوع پیگیری مورد نیاز با توجه به وضعیت والدین
- 5- ارجاع جهت PND با توجه به وضعیت والدین
- 6- ارجاع جهت استفاده از روشهای دائمی پیشگیری از بارداری (واژکتومی و توبکتومی) با توجه به وضعیت والدین
- 7- ارسال پس خوراند مناسب از طریق تکمیل قسمت دوم فرم ارجاع والدین بیماران تالاسمی و ارسال آن به مرکز تزریق خون از طریق والدین بیمار تالاسمی یا کارشناس / کاردان تیم مشاوره
- 8- انجام مراقبت و پیگیریهای مربوط بر اساس فرم مربوطه
- 9- آموزش عموم جامعه و گروه‌های هدف برابر طرح و دستور العمل مربوطه

استراتژی سوم

در این استراتژی زوجهای ناقل تالاسمی که قبل از سال 1376 ازدواج کرده‌اند بررسی و شناسایی می شوند. (تمام زنان شوهردار کمتر از 40 سال واجد شرایط بارداری که قصد بارداری داشته یا در هفته های اول بارداری یعنی قبل از 4 ماهگی هستند.)

هدف کلی: پیشگیری از بروز بتاتالاسمی ماژور

اهداف اختصاصی: 1- شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی در گروه هدف استراتژی سوم

2- مراقبت ویژه‌ی زوج‌های ناقل شناسایی شده

3- استفاده از امکانات موجود تشخیص پیش از تولد به منظور کاهش بروز بیماری تالاسمی (ماژور)

افراد واجد شرایط غربالگری عبارتند از: زنان شوهر دار کمتر از 40 سال دارای شرایط بارداری که تمایل به داشتن فرزند داشته و یا در حال حاضر باردار (قبل از هفته 16 بارداری) هستند.

بدیهی است زوج‌های ازدواج کرده قبل از سال 1376 که در زیر به آنها اشاره می‌شود واجد شرایط این غربالگری نیستند:

1- زوج‌های فاقد شرایط بارداری / باروری

2- زوج‌هایی که تمایل به بارداری ندارند

3- والدین بیماران تالاسمی

4- شهرهایی که قبل از سال 1376 پایلوت اجرای برنامه پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور بوده‌اند.

فعالیت‌ها شامل:

1- آموزش تمام کارکنان بهداشتی درمانی و عموم جامعه (با استفاده از رسانه‌های جمعی)

2- آموزش تمام رابطان بهداشتی جهت مشارکت در اجرای استراتژی سوم (تشویق و ارجاع زنان واجد شرایط به مراکز بهداشتی درمانی)

3- آموزش و جلب مشارکت متخصصان زنان و زایمان، پزشکان عمومی و ماماها‌ی شاغل در بخش دولتی و خصوصی

4- آموزش تمامی زنان گروه هدف برنامه جهت مراقبت و ارجاع آنها به آزمایشگاه

5- ثبت مشخصات زنان هدف استراتژی سوم در فرم مربوطه (توسط بهورز و کاردانها) و ارجاع زوج به پزشک مربوطه

6- درخواست آزمایش C.B.C برای تمام زنان ارجاع شده توسط پزشک و ارسال نتیجه ارجاع به واحد بهداشتی ارجاع دهنده

7- پیگیری و ارجاع مردانی که نیاز به انجام C.B.C دارند.

8- درخواست CBC توسط پزشک برای مردانی که ارجاع شده‌اند و ارسال نتیجه ارجاع به واحد دهنده

9- ارجاع زوج هایی که با توجه به آزمایشات CBC آنها نیاز به مشاوره دارند به مراکز مربوطه

10- ثبت مشخصات مراجعه کنندگان استراتژی سوم به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی در دفتر مربوطه

11- ادامه آزمایشات بنا به درخواست پزشک تیم مشاوره برای شناسایی زوج ناقلان تالاسمی

12- تکمیل و ارسال فرمهای مربوطه

شرح وظایف خانه بهداشت :

اولین سطح ارائه خدمات بهداشتی درمانی در سطح روستا، خانه های بهداشت هستند که وظایف آنها در خصوص پیشگیری از بروز بتا تالاسمی مازور درست مانند وظایف مرکز بهداشتی درمانی شهری/ پایگاه بهداشتی و به شرح ذیل است:

1- آموزش و ارتقای سطح آگاهی عموم مردم با تاکید بر آموزش گوههای هدف در شرف ازدواج.

2- ترغیب افراد در شرف ازدواج به انجام آزمایش های تالاسمی در آزمایشگاه ویژه انجام آزمایش های تالاسمی قبل از هر اقدامی¹ و شناساندن نقش مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی .

3- آموزش عوامل موثر بر موفقیت برنامه (سردفترداران، عاقدان محلی و آموزش طلاب در شهرستانهای دارای حوزه علمیه)

4- درج دو ستاره قرمز در دفتر تنظیم خانواده و نوشتن عبارت " زوج ناقل تالاسمی" در ستون ملاحظات صفحه دوم پوشه خانوار

5- مراقبت ویژه فعال و ماهانه زوجهای ناقل تالاسمی² / مشکوک نهایی بر اساس الگوریتم مربوط.

6- ارجاع زوجهای مشکوک نهایی به تیم مشاوره جهت انجام آزمایش های تکمیلی و پیگیری تا حصول نتیجه نهایی

7- تشویق زوجهای ناقل تالاسمی به بیمه شدن به منظور کاهش هزینه مربوط به آزمایش های تکمیلی و تشخیص پیش از تولد

8- ارجاع زوجهای ناقل تالاسمی به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی جهت انجام مرحله اول و دوم PND

¹ .قبل از هر اقدام برای ازدواج ، یعنی بلافاصله پس از اولین جلسه آشنایی (بر اساس عرف محلی) حتی قبل از اطلاع دادن به بزرگان فامیل ، آشنایان ، دوستان و یا برگزاری مراسم نامزدی و یا هر گونه اقدام دیگر ، آزمایش های تالاسمی باید انجام گیرد.

² .والدین بیماران اینترمدیا زوج ناقل تالاسمی هستند و باید مراقبت شوند.

9- پیگیری سقط جنین تا هفته 16 بارداری در زوج های ناقل تالاسمی که جنین آنها مبتلا به تالاسمی ماژور تشخیص داده شده است. 10.

10- ادامه مراقبت ویژه بارداری (زایمان ایمن) در زوج های ناقل تالاسمی که بر اساس نتایج آزمایش های مرحله دوم PND - جنین آنها سالم تشخیص داده شده است.

11- آموزش و ترغیب زوج های ناقل در خصوص اهمیت و ضرورت استفاده از روش های مطمئن و غیردایمی جهت پیشگیری از وقوع حاملگی های ناخواسته (و تکمیل خانواده 2 فرزند سالم)

12- تشویق به استفاده از روش های مطمئن و دائمی پیشگیری از بارداری (TL- VS) در زوج هایی که تمایل به بارداری دوباره (بیش از دو فرزند سالم) ندارند.

13- شناسایی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور و زوج های ناقل تالاسمی در اولین بازدید خانوار و انعکاس آن در ستون ملاحظات صفحه دوم پرونده خانوار

14- تکمیل فرم پیگیری برای تمام بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور ، قرار دادن آن در پرونده خانوار و مراقبت ماهانه از بیماران تالاسمی ماژور شامل : پیگیری برنامه واکسیناسیون بخصوص واکسن هپاتیت B ، تاکید بر نقش درمان در پیشگیری از عوارض تالاسمی و اطمینان از تزریق به موقع خون و داروهای دفع کننده آهن اضافه مانند دسفرال ، بررسی عوارض بیماری تالاسمی و ارجاع در مواقع لازم و

15- پیگیری موارد غیبت از درمان ، معرفی شده از مرکز بهداشت شهرستان و اعلام نتیجه پیگیری از طریق تکمیل و ارسال قسمت دوم فرم شماره 10 (در شهر از طریق کارشناس / کاردان بهداشت خانواده و با مشارکت رابطان بهداشت انجام می شود.

16- مراقبت از خانواده های بیماران شناسایی شده جدید (اعلام شده توسط فرم شماره 10)

17- ارجاع والدین بیمارانی که فرزند بیمار آنها فوت شده (فعلا فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور نداشته و تمایل به فرزنددار شدن دارند) به تیم مشاوره مستقر در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی.

18- بررسی تمام زنان شوهردار کمتر از 40 سال واجد شرایط بارداری که قبل از سال 1376 (با توجه به تاریخ شروع غربالگری متقاضیان ازدواج در آن شهرستان) ازدواج نموده و قصد بارداری داشته، یا در هفته‌های اول بارداری¹ هستند و نیز پیگیری موارد ارجاع شده از سایر بخش‌ها از قبیل متخصصان زنان / پزشکان عمومی و ماماهاى بخش دولتی و خصوصی (تکمیل فرم شماره 7 و ارجاع به پزشک مرکز جهت انجام CBC و پیگیری بعدی بر اساس نظر پزشک مرکز

19- ارجاع زوجیهایی که بر اساس شناسایی زوجهای ناقل تالاسمی در استراتژی سوم، زن و مرد هر دو مشکوک به تالاسمی مینور (سالم ناقل) هستند، به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی

20- تکمیل و ارسال فرم شماره 6 بصورت فصلی.

21- جمع بندی مشکلات و ارائه راه‌حل‌ها و پیشنهادها به مرکز بهداشت شهرستان

22- نگهداری و بایگانی تمام کتابها، جزوه‌ها، دستورالعمل‌ها و نامه‌های مدیریتی دریافتی در آرشیو قسمت مربوط

در خانه های بهداشت

مسئولیت حسن اجرای برنامه به عهده پزشک و وظیفه نظارت با مشارکت کارشناسان و کاردانهای بهداشتی درمانی مراکز روستایی بوده و انجام فعالیت‌ها به عهده بهورز است.

¹ هفته‌های اول بارداری = قبل از 16 هفتگی یا چهارماهگی.

اعلام مشخصات زوج های ناقل تالاسمی / مشکوک نهایی¹

روز ماه سال 13

از : مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی

به : مرکز بهداشت شهرستان

سلام علیکم

به این وسیله زوج با مشخصات زیر جهت مراقبت برابر دستورالعمل و فلوجارت مربوط معرفی می‌شوند:

| نام و نام خانوادگی | نام پدر | نوع استراتژی | نتیجه آزمایش‌های تالاسمی | | نتیجه آزمایش‌های تکمیلی در زوج‌های مشکوک نهایی | | نشانی محل سکونت و تلفن تماس |
|--------------------|---------|--------------|--------------------------|-------------|--|--------------|-----------------------------|
| | | | سالم ناقل (مینور) | مشکوک نهایی | تاریخ آزمایش مجدد | نتیجه آزمایش | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

با توجه به وضعیت زوج اقدام‌های زیر توصیه می‌شود (بدیهی است در صورت تغییر وضعیت زوج بر اساس فلوجارت مراقبت اقدام می‌شود).

- آموزش و ترغیب زوج مشکوک نهایی جهت استفاده از وسایل مطمئن پیشگیری از بارداری (قرص ، کاندوم ، IUD و ...) و پیگیری جهت انجام آزمایش‌های تکمیلی (در صورت وقوع بارداری قبل از انجام آزمایش‌های تکمیلی ، زوج‌ها فوراً به این مرکز ارجاع شوند).
- آموزش و ترغیب زوج ناقل تالاسمی جهت استفاده از وسایل مطوئن پیشگیری از بارداری (قرص ، کاندوم ، IUD و ...) و پیگیری جهت انجام مرحله اول PND (در صورت بارداری قبل از انجام مرحله اول PND ، زوج‌ها فوراً به این مرکز ارجاع شوند).
- (مراقبت از زوج و ارجاع جهت انجام مرحله دوم PND حدود هفته 10 بارداری (زوج‌هایی که مرحله اول PND را انجام داده اند).
- مراقبت ویژه بارداری و زایمان ایمن (زوج‌هایی که باردار بوده و مرحله اول و دوم PND را انجام داده اند) .
- آموزش و ترغیب زوجها جهت استفاده از روشهای دائمی پیشگیری از بارداری (واکتومی و توبکتومی).
- قطع پیگیری به دلیل فقدان شرایط باروری / بارداری.
- قطع پیگیری به دلیل این که یکی یا هر دو زوج ناقل نیستند.

محل امضاء پزشک مشاوره ویژه تالاسمی

از : مرکز بهداشت شهرستان

به : مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی

به این وسیله زوج با مشخصات فوق ، جهت اقدام لازم معرفی می شوند. خواهشمند است در صورت عدم شناسایی اصل فرم در اسرع وقت به مرکز بهداشت شهرستان عودت داده شود.

محل امضاء رئیس مرکز بهداشت شهرستان

اصل به خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی جهت اطلاع و اقدام ارسال شد.

محل امضاء رئیس مرکز بهداشتی درمانی روستایی

¹ زوج‌هایی که یکی از آنها سالم ناقل (مینور) و دیگری مشکوک نهایی تشخیص داده شود نیز در گروه زوج‌های مشکوک نهایی طبقه‌بندی می‌شوند و پیگیری‌های لازم جهت انجام آزمایش‌های تکمیلی در فردی که مشکوک نهایی تشخیص داده شده باید انجام گیرد.

از : خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی

از : مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری

به : مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری

به : مرکز بهداشت شهرستان

الف) مراقبت

| ردیف | نام و نام خانوادگی شماره شناسنامه یا شماره ملی زن | وضعیت زوجها | | | | | وضعیت مراقبت | | | | انجام آزمایش‌های تکمیلی | | | اقدام به تشخیص پیش از تولد PND | | | | نتیجه بارداری (تعداد جنین یا نوزاد ذکر شود) | | | | |
|------|---|------------------------|-----------------------|--|---------------|------------------------|--|--|-------|-------|-------------------------|------------------|-----------------|--------------------------------|-----------|--|--|---|---------------|------------------|------------------|--|
| | | مشکوک نهایی | | ناقل تالاسمی | | | واجد شرایط و تحت مراقبت | | | | قطع پیگیری به دلیل : | | بلی | | مرحله اول | | مرحله دوم (بررسی جنین از نظر ابتلا به تالاسمی مازور) | | سقط به دلیل : | تولید نوزاد زنده | تولید نوزاد مرده | |
| | | استراتژی سوم | استراتژی اول | استراتژی سوم | استراتژی دوم | استراتژی اول | عدم اقدام به پیگیری از بارداری به دلیل | اقدام به پیگیری از بارداری با استفاده از : | نتیجه | تاریخ | خیر با ذکر دلیل | بلی با ذکر تاریخ | خیر با ذکر دلیل | بلی با ذکر تعداد جنین | | | | | | | | |
| | | سایر موارد با ذکر دلیل | بارداری با تاریخ شروع | روش مطمئن با ذکر وسیله پیگیری از بارداری | روش غیر مطمئن | سایر موارد با ذکر دلیل | سایر موارد (سالم یا سالم ناقص) | بنا تالاسمی مازور | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

استفاده از جدول مهاجرت در پشت فرم : بلی خیر استفاده از جدول عملکرد استراتژی سوم در پشت فرم : بلی خیر (توجه : مشخصات تکمیل کننده فرم و تاریخ تکمیل در پشت صفحه نیز ثبت شود).

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : سمت : تاریخ تکمیل : امضا :

ب) مهاجرت

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|------|--------------------|-----|-----------------------------|
| ردیف | نام و نام خانوادگی | | نشانی محل سکونت و تلفن تماس |
| | زن | مرد | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

ج) عملکرد استراتژی سوم (زنان شوهردار کمتر از 40 سال ، ازدواجی قبل از سال 1376، واجد شرایط بارداری که تمایل به بارداری داشته و یا در هفته های اول بارداری (قبل از 16 هفتگی) هستند).

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|--|
| تعداد کل زنان واجد شرایط بررسی تحت پوشش بر اساس استراتژی سوم | تعداد کل زنان واجد شرایط که به پزشک ارجاع شدند | تعداد کل مردانی که بر اساس نتیجه آزمایش همسر به پزشک ارجاع شدند | تعداد زوج هایی که با توجه به نتایج آزمایش ها به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی ارجاع شدند |
| | | | |

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

سمت:

تاریخ تکمیل:

امضاء:

فرم شماره 7:

بررسی زنان شوهردار کمتر از 40 سال ، ازدواجی قبل از سال 1376¹ ، واجد شرایط بارداری که تمایل به بارداری داشته و یا در هفته‌های اول بارداری (قبل از 16 هفتگی) هستند - استراتژی سوم

..... مرکز بهداشت شهرستان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

..... مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی

..... پایگاه بهداشتی / خانه بهداشت سال

| 4 | | | | | 3 | 2 | 1 |
|--|--|------------------------------|------------------------|---------------------------|----------------|---|---|
| (ب) دارد (درخواست آزمایش CBC برای مرد) | | | | | (الف) ندارد | نام و نام خانوادگی زن شماره شناسنامه یا شماره ملی | نام خانوادگی زن شماره شناسنامه یا شماره ملی |
| ذکر نتیجه | تاریخ ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی | نیاز به پیگیری بعدی ندارد | تاریخ ارجاع به پزشک | نام و نام خانوادگی مرد | | | |
| | | | | | | | 1 |
| | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | 3 |
| | | | | | | | 4 |
| | | | | | | | 5 |
| | | | | | | | 6 |
| | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | 8 |
| | | | | | | | 9 |
| | | | | | | | 10 |
| | | | | | | | 11 |
| | | | | | | | 12 |
| | | | | | | | 13 |
| | | | | | | | 14 |

¹ غربالگری متقاضیان در سال 1376 در سطح کشور آغاز شده ، ولی در بعضی از شهرستانهای کشور ممکن است یک یا چند سال قبل از شروع برنامه کشوری به عنوان پایلوت به اجرا درآمده باشد و یا در تعداد محدودی از شهرها ممکن است اجرای برنامه با تاخیر نسبت به زمان اجرای برنامه کشوری (سال 1376) شروع شده باشد. به همین دلیل این تاریخ با توجه به تاریخ شروع غربالگری در آن شهرستان تعیین می‌شود.

اعلام مشخصات بیماران بتا تالاسمی ماژور شناسایی شده جدید (تولد جدید / مراجعه جدید)

و پیگیری موارد غیبت از درمان

به : مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی شماره :

از : مرکز بهداشت شهرستان تاریخ: / / 13

سلام علیکم

با احترام ، به استناد گزارش مرکز تزریق خون بیمارستان مشخصات بیمار / بیماران تالاسمی جدید (ماژور / اینترمدیا) و موارد غیبت از درمان جهت اطلاع و پیگیری های بعدی اعلام می شود. مقتضی است در اسرع وقت در مراکز بهداشتی درمانی شهری از طریق کارشناس / کاردان بهداشت خانواده و با مشارکت رابطان بهداشتی ، در مراکز بهداشتی درمانی روستایی از طریق کارشناس / کاردان بهداشتی (با مشارکت بهورزان) پیگیری های لازم را در خصوص موارد غیبت از درمان به عمل آورده و نتیجه را بر اساس فرم زیر به این مرکز ارسال نمایند. در خصوص شناسایی جدید هم والدین باید تحت مراقبت لازم بر اساس دستورالعمل و فلوجارت مربوط قرار گیرند.

| 5 | 4 | | 3 | 2 | 1 | |
|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|---------|--------------------|------|-------------|
| نشانی محل سکونت و تلفن تماس | نوع پیگیری | | نام پدر | نام و نام خانوادگی | ردیف | |
| | غیبت از درمان (شناسایی شده قبلی) | شناسایی جدید * | | | | |
| | | تولد جدید | | | | مراجعه جدید |
| | | | | | 1 | |
| | | | | | 2 | |
| | | | | | 3 | |
| | | | | | 4 | |
| | | | | | 5 | |

• شامل بیماران تالاسمی ماژور و اینتر مدیا می باشد.

محل مهر و امضاء رئیس مرکز بهداشت شهرستان

به : مرکز بهداشت شهرستان شماره :

از : مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی تاریخ: / / 13

سلام علیکم

با احترام ، نتیجه پیگیری و خلاصه اقدام های انجام شده بیمار / بیماران تالاسمی ماژور غیبت از درمان اعلام شده در جدول زیر اعلام می شود.

| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|-------|-----|------------------------------------|------------------------|--|---------|--------------------|------|
| امضاء | سمت | نام و نام خانوادگی پیگیری کننده | اقدام های انجام شده | علت عدم مراجعه به مرکز تزریق خون (غیبت از درمان) | نام پدر | نام و نام خانوادگی | ردیف |
| | | | | | | | 1 |
| | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | 3 |
| | | | | | | | 4 |
| | | | | | | | 5 |

محل امضاء رئیس مرکز بهداشتی درمانی

منابع :

1- دستورالعمل جامع و متن آموزشی برنامه کشوری پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور ویژه خانه بهداشت – اداره

ژنتیک مرکز مدیریت بیماریها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سال 1383

2- مقاله تالاسمی ماژور و مینورنوشته سحر میرشاهی مندرج در سایت

<http://asp.irteb.com> , www.mydocument

تمرین نظری :

1- در حضور مربی وبا همکاری همکلاسان بیماری تالاسمی را تعریف کرده،علائم وراههای انتقال آن،انواع وراههای پیشگیری از بروزبتا تالاسمی را شرح دهید.

تمرین عملی :

1- تکمیل فرمهای آماری ومراقبتی را عملی انجام دهید.

فصل ششم

بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید

اهداف: پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید اقدامات ذیل را انجام دهید:

- 1- علت کم کاری مادرزادی تیروئید، عوامل و عوارض بروز آن را شرح دهید.
- 2- راههای پیشگیری از بروز عوارض کم کاری مادرزادی تیروئید را شرح دهید.
- 3- وظیفه بهورز در برنامه مراقبت کم کاری مادرزادی تیروئید را شرح دهید.
- 4- نمونه گیری خون از پاشنه پای نوزاد ر بطور عملی انجام دهید.
- 5- مراقبت هیپوتیروئیدی از نوزادان تحت پوشش را بعمل آورید.

مقدمه: کم کاری مادرزادی تیروئید یکی از علل مهم قابل پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی در نوزادان است . در صورت وجود کم کاری تیروئید در جنین اختلالاتی در ارگانها ، از جمله سیستم عصبی مرکزی و اسکلتی ایجاد می شود . اما اغلب نوزادان در بدو تولد کاملاً طبیعی هستند. دلیل این امر آن است که حدود یک سوم تیروکسین مادری از طریق بند ناف به جنین انتقال یافته و از بروز علائم بالینی در جنین جلوگیری می کند . در ایران بر اساس آمارهای موجود به ازای هر 1000 تولد یک مورد کم کاری تیروئید گزارش شده است . کم کاری تیروئید بصورت گذرا و یا دائمی در نوزادان ممکن است مشاهده شود . 28 روز اول تولد به عنوان فرصت طلایی برای پیشگیری از کم کاری تیروئید نوزادان است . این بیماری در بدو تولد هیچ علامتی ندارد اما عوارض جبران ناپذیر مغزی و مادام العمر ممکن است برای فرد ایجاد کند که در این حالت نه تنها فرد مبتلا بلکه جمع کثیری گرفتار بار سنگین یک بیماری لاعلاج و ناتوان کننده ، با بار مالی بسیار زیاد برای خانواده و مسئولان کشوری، می گردند . اما این وضعیت قابل کنترل و پیشگیری است و با تشخیص درمان به موقع بیماری می توان از بروز این بیماری و عواقب آن کاست . لذا در این فصل به شرح علت بروز، عوارض، راههای تشخیص، پیشگیری و درمان و مراقبت به اختصار می پردازیم .

علت بیماری کم کاری مادر زادی تیروئید:

علت اصلی بروز بیماری ناشناخته است اما ازدواجهای فامیلی و کمبود ید از عوامل موثر به شمار می روند. بهرحال به هر علتی هورمون تیروکسین در بدن نوزاد کم بوده و یا عملکرد طبیعی نداشته باشد ، بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید بوجود می آید.

هورمون تیروکسین از غده تیروئید ترشح می شود و اثرات مهمی در سوخت و ساز سلولهای مختلف و رشد و نمو بدن دارد. اثرات هورمون تیروکسین در رشد و تکامل مغز بسیار مهم و ضروری است در صورتیکه به هر دلیلی این هورمون در بدن تولید نشود، یا تولید آن کم یا به شکل غیر طبیعی باشد ، عوارض مختلفی در بدن پدیدار می گردد . این عوارض در سنین مختلف متفاوت هستند . تولید بیش از حد طبیعی هورمون در بدن نیز سبب بیماری می شود .

علائم کم کاری مادر زادی تیروئید :

در اکثر نوزادان مبتلا به این بیماری ، در روزهای اول زندگی ، علائم مشخص بیماری وجود ندارد و با گذشت زمان علائم بیماری خود را نشان می‌دهد . که متأسفانه زمان از دست رفته و عوارض ایجاد شده‌اند .

علائمی که در نوزاد مبتلا به کم کاری تیروئید دیده می‌شود عبارتند از :

- تولد بعد از هفته 42 حاملگی
- کمبودی در انگشتان دست و پا
- یرقان (زردی) طول کشیده
- مشکلات و زجر تنفسی
- ادم در نوزادان
- وزن نگرفتن
- مک زدن ضعیف
- کاهش دفعات دفع مدفوع
- شیر نخوردن به مقدار کافی
- یبوست
- کاهش حرارت بدن
- کاهش فعالیت‌های نوزاد (بیش از حد آرام)
- بزرگی شکم
- فتق نافی
- زبان بزرگ و صدای گریه خشن
- پوست خشک

این علائم در روزهای اول تولد بسیار کم و غیراختصاصی هستند . فقط 5% نوزادان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید در هفته اول بر اساس علائم بیماری قابل تشخیص هستند.

عوارض کم کاری مادرزادی تیروئید:

رشد و تکامل مغز تا حدود 3 سالگی ادامه دارد . به همین دلیل کم کاری مادرزادی تیروئید باعث عوارض جبران ناپذیری بر رشد و تکامل مغز و اعصاب مرکزی می‌شود . رشد طولی و قد نوزاد نیز تحت تاثیر این بیماری قرار گرفته و کند خواهد شد. در نتیجه این بیماری با عوارضی نظیر عقب ماندگی ذهنی ، کوتاهی قد و کاهش شنوایی همراه است . با توجه به اینکه این عوارض

در صورت عدم تشخیص زودرس و عدم شروع درمان به موقع جبران ناپذیر هستند، غربالگری نوزادان در سنین 3 تا 5 روز بعد از تولد از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. درمان به موقع و صحیح از بروز عوارض این بیماری جلوگیری می کند.

نوزادانی که هورمون TSH آنها در بدو تولد بالا بوده و در هفته دوم یا پس از آن بدون درمان یا پس از قطع شدن دارو طبیعی می گردد، مبتلایان به افزایش گذرای TSH نامیده می شوند.

برای جلوگیری از بروز عوارض کم کاری مادرزادی تیروئید در نوزادان، باید تشخیص در همان روزهای اول تولد داده شده و درمان در اسرع وقت برای نوزاد آغاز گردد. تشخیص دیررس و دیر شروع کردن درمان (بعد 28 روز تولد) موجب بروز عوارضی مانند عقب ماندگی ذهنی می شود. به همین دلیل باید تمام نوزادان در روزهای 3 تا 5 بعد از تولد غربالگری شوند تا اگر به این بیماری مبتلا هستند، با شروع درمان به موقع از عقب ماندگی ذهنی آنها پیشگیری شود.

توجه:

1- تاکنون هیچ ارتباطی بین روش زندگی والدین با بروز بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید در نوزادان مبتلا شناخته نشده است.

2- عدم وجود سابقه بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید در خانواده، دلیلی برای انجام ندادن غربالگری در نوزاد نیست و نباید هیچ نوزادی را از غربالگری محروم کرد.

3- انجام غربالگری از پاشنه پا هیچگونه خطری برای نوزاد ندارد و کاملاً بی ضرر است.

4- اگر نوزاد قبلاً واکسنی دریافت کرده یا مختصری تب و سرماخوردگی داشته باشد مانع انجام غربالگری او نمی شود. در مورد نوزادانی که در بیمارستان بستری هستند و یا سابقه بستری شدن در بیمارستان را دارند باید طبق دستور عمل اقدام شود.

5- هنگام نمونه گیری از پاشنه پا برای غربالگری نوزاد نیازی به ناشتا بودن نوزاد نمی باشد.

6- بعد از نمونه گیری خون از پاشنه پای نوزاد باید روی محل نمونه گیری گاز تمیز قرار داده و مختصری فشار وارد نمایند. گاز را به مدت 5 دقیقه در محل نگه داشته سپس آنرا بردارند. مراقبت خاص دیگری نیاز نمی باشد.

7- مثبت شدن آزمایش غربالگری نشان می‌دهد که ممکن است این نوزاد مبتلا به بیماری کم‌کاری مادرزادی تیروئید باشد که نیاز به انجام آزمایش تکمیلی برای تشخیص قطعی دارد. این آزمایش باید بدون اتلاف وقت در آزمایشگاه انجام شود زیرا بسیار مهم و ضروری است.

8- درمان به موقع (قبل از 28 روزگی نوزاد) از بروز عقب‌ماندگی ذهنی در نوزاد مبتلا به بیماری کم‌کاری مادرزادی تیروئید جلوگیری می‌کند. مصرف دارو باید طبق دستور پزشک بوده و تمام توصیه‌ها در هنگام مصرف قرص رعایت شوند (نباید به توصیه اطرافیان مقدار قرص را تغییر داد).

مصرف به موقع و درست قرص لووتیروکسین علاوه بر جلوگیری از عقب‌ماندگی ذهنی از کوتاهی قد و عوارض دیگر این بیماری جلوگیری می‌کند.

نحوه مصرف داروی لووتیروکسین: داروی لووتیروکسین بصورت قرص وجود دارد و مقدار مصرف آن را پزشک معالج تعیین می‌کند. مقدار قرص تجویز شده باید با رعایت دقیق دستورات مصرف شود.

روش مصرف: مقدار قرص تجویز شده، در شیر مادر و یا آب حل شده و به نوزاد خوراند می‌شود. بهتر است نوزاد از یک ساعت قبل از مصرف قرص چیزی نخورد. قطره‌های آهن و مولتی‌ویتامین نباید به همراه قرص لووتیروکسین به نوزاد داده شود (حداقل 12 ساعت بین مصرف این مکمل‌ها با لووتیروکسین فاصله باشد).

مصرف همزمان شیرهای دارای ترکیبات سویا (مثل ایزومیل) با قرص لووتیروکسین، می‌تواند باعث اختلال در جذب لووتیروکسین شود. به همین دلیل فاصله حداقل یک ساعت قبل و بعد از مصرف را باید رعایت نمایند.

چگونگی انجام آزمایش هورمون‌های تیروئید:

کودک مبتلا به کم‌کاری تیروئید باید طبق دستور عمل زیر مورد آزمایش قرار گیرد:

- 2و4 هفته بعد از شروع درمان

- هر 1 ماه در طول 6 ماه اول زندگی

- هر 2 ماه در طول 6 ماه دوم زندگی

- هر 3 ماه بین سنین 12 تا 36 ماهگی

- هر 6 ماه بعد از 36 ماهگی (در صورت ابتلا کودک به کم کاری مادرزادی تیروئید دائمی) انجام این آزمایشها برای اطلاع از کافی بودن مقدار قرص لووتیروکسین لازم است و با توجه به نتایج آزمایشها ، مقدار قرص لووتیروکسین مصرفی توسط پزشک تعیین می شود . مصرف قرص لووتیروکسین فقط به دستور پزشک کم ، زیاد و یا قطع می شود و معمولاً باید تا 3 سالگی کودک ادامه یابد . سپس پزشک دارو را قطع کرده و پس از 4 هفته آزمایش هورمونی تیروئید انجام می شود با توجه به جواب این آزمایش پزشک تشخیص می دهد که کودک دیگر نیازی به دارو ندارد یا باید تا پایان عمر قرص لووتیروکسین مصرف نماید .

شرح وظایف بهروز در خانه بهداشت در چار چوب برنامه غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید:

الف - شرح وظایف بهروزی که فقط وظیفه خاص بهروز در برنامه را انجام می دهد :

- شناسایی و آموزش زنان باردار در مورد بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید و عوارض آن و تاکید بر لزوم انجام غربالگری نوزاد در سنین 3 تا 5 روز بعد از تولد

- آموزش مادران باردار در خصوص اهمیت انجام غربالگری از پاشنه پا طی روزهای 3-5 بعد از تولد نوزاد و ایجاد نگرش مثبت در این افراد برای افزایش پوشش غربالگری و ثبت آن در پرونده خانوار

- آموزش اهمیت سلامت نوزادان (به روش چهره به چهره و گروهی) به مادران در طی دوران بارداری و بویژه در ماههای آخر بارداری

- آموزش عموم مردم ، به ویژه اشخاص ذی نفوذ برای آگاه سازی مردم، درباره بیماری کم کاری تیروئید و عوارض آن

- ثبت و گزارش اطلاعات و ارسال به موقع به مرکز بهداشتی درمانی مربوطه

- پیگیری مستمر بیماران مبتلا به CH : نوزادان مبتلا طبق برنامه زمانی مراقبت از اطفال زیر 36 ماهگی بر اساس دستور عمل باید پیگیری و ارجاع شوند و فرمهای پیگیری بیماریها (فرم شماره 15 و 16) برای آنها تکمیل گردد. پس از 36 ماهگی نیز در صورت نیاز بنا به دستور پزشک مراقبت و پیگیری بیماران دائمی انجام خواهد گرفت .

ب- شرح وظایف بهورزی که علاوه بر وظایف خاص بهورز در برنامه، نمونه‌گیری از پاشنه پای نوزادان را نیز انجام می‌دهد به شرح ذیل است :

1- شناسایی و آموزش زنان باردار در مورد بیماری کم‌کاری تیروئید و عوارض آن و تاکید بر لزوم انجام غربالگری نوزاد در سنین 3 تا 5 روز بعد از تولد

2- آموزش عموم مردم درباره بیماری کم‌کاری تیروئید و عوارض آن

3- غربالگری نوزادان در روز 3 تا 5 بعد از تولد شامل : تکمیل فرم اطلاعات کاغذ فیلتر (فرم شماره 1)، نمونه‌گیری از پاشنه پا ، خشک کردن نمونه اخذ شده در دمای اتاق در مدت 3 ساعت و در پاکت مخصوص گذاشتن نمونه .

4- ارسال نمونه ها به آزمایشگاه غربالگری استان از طریق پست پیشتاز

5- دریافت نتیجه غربالگری

6- فراخوان ، ارجاع و پیگیری نوزادان مشکوک (با آزمایش غربالگری مثبت) در اسرع وقت بر اساس دستور عمل

7- ثبت و گزارش اطلاعات

8- پیگیری مستمر بیماران مبتلا به CH

دستور عمل :

1- شناسایی و آموزش زنان باردار در مورد بیماری کم‌کاری مادرزادی تیروئید و عوارض آن و نحوه انجام غربالگری از پاشنه پای نوزاد و تاکید بر لزوم انجام غربالگری در سنین 3 تا 5 روز بعد از تولد نوزاد

2- ثبت عناوین آموزشهای داده شده به مردم در پرونده خانوار زن باردار

3- آموزش عموم مردم در مورد بیماری کم‌کاری تیروئید و عوارض آن

4- غربالگری نوزادان در روز 3 تا 5 بعد از تولد

تذکر مهم :

محل نمونه گیری می تواند خانه بهداشت ، مرکز بهداشتی درمانی و یا هر محل دیگری که به عنوان محل انجام نمونه گیری از طرف مسوول برنامه اعلام شده است باشد. برای تشخیص به موقع بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید و پیشگیری از عوارض جبران ناپذیر آن، بهورز باید از تمام مادران بخواهد که نوزادان را خود طی روزهای 3 تا 5 بعد از تولد جهت نمونه گیری به خانه بهداشت بیاورند. در صورتی که نمونه گیری در محلی غیر از خانه بهداشت انجام می گیرد بهورز موظف است فرم ارجاع و آدرس محل نمونه گیری برای غربالگری رادر اختیار والدین نوزاد بگذارد . باتوجه به اهمیت انجام غربالگری در همه نوزادان، بهورز این امر را باید بسیار مهم دانسته و برای تحقق آن، تمام سعی و کوشش خود را اعمال نماید. پس از آوردن نوزاد برای نمونه گیری به خانه بهداشت، بهورز موظف است بر اساس دستور عمل نمونه گیری از پاشنه پای نوزاد ، قدم به قدم عمل نماید.

چنانچه والدین نوزاد را حتی بعد از 2 بار پیگیری در موعد مقرر جهت نمونه گیری از پاشنه پا نیاوردند ، بهورزان باید در اسرع وقت به منزل نوزاد مراجعه و نمونه از پاشنه پا را در منزل تهیه نمایند .

4- ارسال نمونه ها به آزمایشگاه غربالگری استان از طریق پست پیشتاز

پس از اتمام مراحل نمونه گیری ، پاکت حاوی نمونه را به دفتر پست محل تحویل داده و رسید پست پیشتاز را دریافت نمایید (هزینه ای پرداخت نشود).

5- دریافت نتیجه غربالگری

الف- در صورت مشکوک بودن جواب آزمایش غربالگری ، نتیجه به صورت فوری و از طریق مرکز بهداشت شهرستان به اطلاع نمونه گیر رسانیده می شود .

ب- در صورت طبیعی بودن جواب آزمایش غربالگری ، نتیجه باید بصورت کتبی حداکثر ظرف مدت 2 هفته به دست نمونه گیر برسد ، در صورت عدم دریافت جواب آزمایشات نمونه گیر موظف است که بصورت تلفنی از آزمایشگاه غربالگری استان و یا مرکز بهداشت شهرستان پیگیری نماید .

6- فراخوان ، ارجاع و پیگیری نوزادان مشکوک (با آزمایش غربالگری مثبت در اسرع وقت بر اساس دستور عمل)

پس از دریافت نتیجه غربالگری از آزمایشگاه غربالگری استان ، چنانچه نتیجه TSH مساوی یا بیشتر از 5mu/L بود باید هر چه سریعتر نوزاد را به مرکز بهداشت شهرستان (مسوول برنامه) و یا به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید و تا حصول نتیجه ، نوزاد را پیگیری نمائید.

7- ثبت و گزارش اطلاعات:

فرم آمار ماهیانه باید با دقت و همه ماهه طبق برنامه زمانبندی سایر آمارهای ماهیانه ، به مرکز بهداشتی درمانی ارسال شود.

8- پیگیری مستمر بیماران مبتلابه CH

با توجه به اهمیت درمان در نوزادان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید و عوارض جبران ناپذیر این بیماری، نوزاد مبتلا باید طبق برنامه زمانی مراقبت از اطفال (زیر 36 ماهگی بر اساس دستورعمل) پیگیری و ارجاع شود و فرم شماره 15 و 16 پیگیری بیماریها برای آنها تکمیل شود . لازم به ذکر است که پس از 36 ماهگی و در صورت تأیید کم کاری مادرزادی دائمی ، بیمار باید تا پایان عمر طبق دستور پزشک مراقبت و پیگیری شود .

برای انجام غربالگری از پاشنه پای نوزاد نمونه گیری بدین شرح انجام می گیرد:

- از همه نوزادان زنده متولد شده بدون توجه به زمان ترخیص آنها از زایشگاه باید نمونه گیری انجام شود .

- زمانبندی در برنامه غربالگری و صحت عمل خونگیری خیلی مهم است .

- مهمترین نکته در نمونه گیری زمان و استفاده صحیح از کاغذ فیلتر است .

- نوزادانی که دارای شرایط ذیل باشند علاوه بر نمونه گیری در روزهای 3 تا 5 یک هفته بعد یعنی در روزهای 10 تا 15 بعد از تولد نیز مجدداً از آنها نمونه گیری بعمل خواهد آمد .

- نوزادان نارس ، نوزادان کم وزن (کمتر از 2500 گرم)، نوزادانی که سابقه دریافت و یا تعویض خون داشته اند ، نوزادانی که داروهای خاص مصرف می کنند مثل دوپامین ، نوزادانی که سابقه بستری در بیمارستان دارند ، نوزادان دوقلو یا چند قلو.

محل خون گیری از پاشنه پای راست یا چپ (قسمت خارجی پاشنه پا) می باشد اما اگر به هر دلیل امکان خون گیری از پاشنه پا وجود نداشته باشد، از نرمه کناری دست خون گیری انجام خواهد شد.

توجه : تزریق واکسن یا ابتلای نوزاد به سرما خوردگی مختصر مانع از انجام غربالگری نمی‌شود و نمونه‌گیری از پاشنه پا نیازی به ناشتا بودن نوزاد ندارد .

- بعد از انجام نمونه‌گیری از پاشنه پا باید روی محل نمونه‌گیری گاز تمیز قرار داده و مختصری فشار وارد نموده و پس از 5 دقیقه گاز را از روی آن محل بردارند . مراقبت خاص دیگری نیاز نمی‌باشد .

- مثبت بودن جواب آزمایش غربالگری ، نشان می‌دهد که ممکن است این نوزاد مبتلا به بیماری کم‌کاری مادرزادی تیروئید باشد و نیاز به انجام آزمایش تکمیلی تشخیصی (با استفاده از خون وریدی) می‌باشد که بایستی این آزمایش در اسرع وقت در آزمایشگاه انجام گیرد.

روند انجام نمونه‌گیری :

1- پر کردن فرم نمونه‌گیری :

- اهمیت فرم در چگونگی تکمیل و نحوه انتقال آن است .

- مشخصات نوزاد را دقیق و خوانا روی فرم مخصوص با خودکار تکمیل نمایید (فرم شماره یک)

- فرم نمونه‌گیری را روی سطح صاف تکمیل کنید.

- هرگز به کاغذ فیلتر دست نزنید و یا آن را لمس نکنید، زیرا چربی پوست دست باعث آلودگی کاغذ می‌شود .

- آب ، الکل ، مواد شیمیایی ، کرم و پودر دستکش باعث آلودگی کاغذ نمونه‌گیری می‌شود .

- قبل از شروع نمونه‌گیری شماره‌های پرسشنامه و کارت خونی را تطبیق داده و از یکسان بودن آنها مطمئن شوید . اطمینان از یکسان بودن شماره‌ها بسیار مهم است .

2- آماده کردن بیمار

- نوزاد را در تخت نمونه‌گیری قرار دهید .

- برای جلوگیری از آلودگی محیط و سرما خوردگی کودک قط پای نوزاد را لخت نمایید .

- محل خون‌گیری (پاشنه پا) باید از سطح قلب پایین‌تر باشد. نوزاد با شیب 10 درجه خوابانده شود. (تخت نمونه‌گیری مخصوص دارای شیب مناسب بوده و نیازی به تنظیم شیب نمی‌باشد).

- پاشنه پا را با یک گاز یا حوله ولرم گرم کنید تا جریان خون در محل افزایش یابد (حرارت حدود 42 درجه سانتیگراد باعث افزایش جریان خون در موضع می‌شود).

- دست‌هایتان را خوب شسته و دستکش دست کنید.

- پاشنه پا را با الکل ایزوپروپانول 70% تمیز و الکل اضافی را با گاز پاک کنید (الکل باقی مانده روی پوست، نمونه را تحت تاثیر قرار داده و بر نتایج آزمایش اثر منفی می‌گذارد. الکل باعث همولیز می‌شود و در اطراف نمونه حلقه سرمی ظاهر می‌گردد) و صبر کنید تا در جریان هوا خشک شود.

3- سوراخ کردن پوست:

محل ضربه لانست: حشایه کناری پاشنه پا مطمئن‌ترین محل است، به بخش عقبی پاشنه پا ضربه زنید زیرا استخوان خیلی به پوست نزدیک است.

- باکمک لانست یک بار مصرف ضربه یکنواخت و آرامی به موضع خون‌گیری وارد نمایید.

- از قطره اول خون نباید در کارت خون‌گیری استفاده شود. این قطره باید دور ریخته شود.

- در صورت تمایل می‌توان از حشایه کارت خون‌گیری به غیر از مراکز 4 گانه دایره، به عنوان محل قراردادن قطره اول خون استفاده کرد. کارت‌هایی که از قطره اول در مراکز 4 گانه دایره استفاده نشده‌اند قابل قبول می‌باشند.

- قرار دادن خون روی کاغذ فیلتر: قطره اول را با گاز استریل و تمیزی پاک کرده (چون حاوی مایعات داخل نسجی است) و سپس با فشارهای متناوب و مختصری که به پاشنه پا وارد می‌شود قطره بزرگی شکل می‌گیرد. به موضع زخم فشار وارد نکنید. کارت نمونه‌گیری را به قطره خون نزدیک کرده تا خود به خود جذب کاغذ شده و پشت و روی آنرا بیوشاند و آن را اشباع کند.

- در صورتیکه نمونه‌گیری در محل انجام نشد، از زدن لانتست مجدد در همان محل به شدت خودداری و محل مناسب دیگری جهت خون‌گیری انتخاب شود و باید از یک ست جدید شامل : لانتست استریل ، پنبه الکل و گاز استریل استفاده گردد.

4-مراقبت از زخم :

- بعد از نمونه‌گیری پا را بالای سطح بدن نگه دارید. به مدت 5 دقیقه گاز استریل روی محل خون‌گیری گذاشته شده و با دست فشار داده شود ، از زدن چسب در محل خون‌گیری ، بدلیل احتمال بروز حساسیت پوستی خودداری گردد (مگر این که چسب ضد حساسیت در اختیار باشد)

5-لانتست و تمام وسایل استفاده شده ، به شکل بهداشتی معدوم شوند .

*توجه : نکات مهم درنمونه‌گیری :

- جهت نمونه‌گیری نیاز به ناشتا بودن نوزاد نمی‌باشد (هیچ گونه آمادگی خاصی برای انجام آزمایش لازم نیست)
- مشخصات نوزاد روی کارت نمونه‌گیری (کاغذ فیلتر) فقط باید توسط خودکار نوشته شود .استفاده از روان نویس ، خود نویس ، مداد و... ممنوع است .

- از پذیرش نمونه‌های تهیه شده خارج از سیستم برنامه غربالگری ، خودداری شود .

-کارت نمونه‌گیری به هیچ عنوان آغشته به مواد خارجی نگردد.

-از تماس دست با دایره نمونه خون ، جدا خودداری شود .

ویژگی‌های نمونه مناسب :

- شکل نمونه باید دایره باشد.

- قطر لکه خون بیش از 5 میلی متر باشد .

- لکه خون از دو طرف همسان دیده شود .

- دو لکه روی هم نباشد .
- در یک دایره بیش از یک لکه نباشد .
- کارت آغشته به مواد خارجی نباشد .
- لکه های خون بدون اثر انگشت باشند.
- سه لکه خون روی کارت نمونه‌گیری کافی می‌باشد .

شرایط نگهداری نمونه :

- نمونه تهیه شده (کاغذ فیلتر) رابه صورت افقی روی پایه مسطح (راک) قرار دهید. به طوریکه لکه‌های خون با جایی تماس پیدا نکنند.
- حداقل 3 ساعت وقت لازم است تا این کارت‌ها در دمای 15 تا 25 درجه سانتی‌گراد اطلاق کاملاً خشک شود .
- در زمان خشک شدن ، از قرار دادن کاغذهای فیلتر در جریان هوای آلوده به دود و گرد و غبار و همچنین از گذاشتن در معرض حرارت و تابش مستقیم خورشید جدا خودداری کنید .
- نمونه‌ها پس از خشک شدن در پاکت‌های مخصوص پست (غیر قابل نفوذ رطوبت) گذاشته شوند .
- نمونه‌های اخذ شده در اسرع وقت به آزمایشگاه غربالگری واقع در مرکز استان ارسال شوند.
- در صورت عدم امکان ارسال سریع نمونه ، آن را در یخچال نگهداری کنید و در اولین فرصت ارسال نمایید.

شرایط ارسال نمونه :

- نمونه‌های تهیه شده در مراکز نمونه‌گیری ، با رعایت شرایط ارسال (دوری از نور و گرمای شدید و رطوبت و بدون ایجاد چروک در کارت نمونه‌گیری)، در اسرع وقت به پست پیشتاز تحویل داده شود .
- مقصد کلیه نمونه‌ها، آزمایشگاه غربالگری واقع در مرکز استان است.
- نمونه‌های خشک شده باید در اسرع وقت ارسال شوند . برای این کار از قبل هماهنگی کنید .

- پیشنهاد می‌گردد به منظور جلوگیری از چروک شدن کارت‌ها ، کارت تهیه شده در پاکت مخصوص گذاشته شده و با چسب نواری لبه آن ثابت شود .

توجه : زمان بندی در ارسال نمونه ها بسیار حائز اهمیت است تاخیر در این امر یعنی تاخیر در تشخیص و در درمان.

دفترداری صحیح مهم‌ترین مسئله در غربالگری نوزادان است ، سعی کنید تمام نتایج آزمایشگاهی را با سیستم زمان‌بندی شده دریافت کنید به خصوص از نوزادانی که به صورت تکراری نمونه‌گیری می‌کنید . چنانچه نتیجه برگشت داده نشده باشد، با آزمایشگاه غربالگری تماس بگیرید . اگر آزمایشگاه نمونه مجدد درخواست کرد باید به سرعت نمونه جدید تهیه و ارسال گردد. نگهداری فرم‌ها در بسته‌های اصلی خود و قرار دادن آنها به صورت یک پهلو ضامن صحت کار آنها به مدت حداقل 2 سال است .

منابع : کتاب بهورز و بیماری کم کاری مادرزادی تیروئیداز انتشارات وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی

تمرین نظری:

1-در حضور مربی وبا همکاری همکلاسان علت ،عوامل وعوارض بروز وراههای پیشگیری از بروز کم کاری مادرزادی تیروئید را شرح دهید.

تمرین عملی:

1-در حضور مربی وبا همکاری همکلاسان نمونه گیری خون از پاشنه پا ومراقبت نوزاد از نظر هیپوتیروئید نوزادی را تمرین کنید.

فصل هفتم

بیماری سرطان

اهداف : پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

- 1- بیماری سرطان را تعریف کنید و عوامل خطر ساز سرطان ها را بیان کنید؟
- 2- شایع ترین سرطان ها را نام ببرید؟
- 3- علائم سرطانها را شرح دهید؟
- 4- راههای پیشگیری از ابتلا به سرطان ها را شرح دهید؟
- 5- روشهای درمانی سرطان را نام ببرید؟
- 6- به آموزش مردم در زمینه شناخت بیماری سرطان ، شناخت عوامل سرطان و راههای پیشگیری از بروز سرطان بپردازید.

سرطان چیست : سرطان در واقع بیماری نام آشنایی است که در قرن‌ها پیش وجود داشته و همواره مورد توجه دانشمندان و مردم عادی بوده و به عنوان یک بیماری لاعلاج خود را نشان داده است . چنانچه می‌دانید بدن تمام موجودات زنده از تجمع تعداد زیادی سلول بوجود آمده است . در حالت طبیعی هر روز میلیون‌ها سلول در بدن انسان به علت پیری یا صدمات و جراحات می‌میرند و به جای آنها سلولهای تازه‌ای جانشین می‌گردند . در بعضی شرایط یک سلول تغییر شکل پیدا کرده و تبدیل به یک سلول سرطانی می‌گردد . سلول سرطانی شباهت زیادی به سلولهای طبیعی بدن ندارد و برای هدف خاصی یا وظیفه بخصوصی تقسیم بندی نمی‌شود . تقسیمات بی‌هدف و سریع سلولهای سرطانی در هر نقطه از بدن که باشد بتدریج توده یا توموری را تشکیل می‌دهد . این توده سرطانی با ترشح موادی به داخل بدن با فشار به اعضای مجاور موجب اختلالات عظیمی در بدن می‌گردد. سلولهای طبیعی بدن به گونه‌ای برنامه‌ریزی شده‌اند که بعد از طی یک دوره مشخص خواهند مرد ، در حالی که سلولهای سرطانی فاقد این خاصیت بوده و بدون هدف خاصی رشد می‌نمایند . به این مجموعه توده سلولی و علائم و عوارض آنها بیماری سرطان گفته می‌شود .

بافت سرطانی همانند انگلی است که از بافت خود شخص بیمار بوجود آمده و تحت کنترل بدن نیست . از مواد غذایی بدن ، بدون آن که عملی به نفع آن انجام دهد استفاده می‌کند ، از آنجا که بافت‌های سرطانی مهار پذیر نیستند، بتدریج رشد کرده و در بافت‌های مجاور تومور ضایعاتی ایجاد نموده ، یا مهاجرت به نقاط دیگر گسترش می‌یابد . سرطانیها اکثراً موقعی پیدا می‌شوند که سیستم دفاعی طبیعی بدن مختل یا ضعیف شده است .

تومورها دو دسته اند :

1- تومورهای خوش خیم که دارای مشخصات زیر هستند :

7- تهدید کننده حیات نیستند .

8- معمولاً قابل درمانند و به ندرت عود می‌کنند .

9- سلولهای آنها به بافت‌های اطراف تهاجم نمی‌کنند.

10- سلولهای آنها به نقاط دیگر بدن گسترش نمی‌یابند .

2- تومورهای بدخیم که دارای مشخصات زیر می‌باشند :

- 11- خطرناک تر از نوع خوش خیم و تهدید کننده حیات هستند .
- 12- بعد از درمان احتمال عود زیاد است .
- 13- سلولهای آنها به بافت‌های اطراف حمله می‌کنند .
- 14- سلولهای آنها از راه خون و سیستم لنفاوی به قسمت‌های دیگر بدن گسترش می‌یابند .
- 15- سرطان یک بیماری با علت واحد و مجزا نیست بلکه همانند اغلب بیماریهای مزمن دیگر است که بایستی مجموعه‌ای از عوامل مختلف همراه هم عمل نمایند تا این بیماری عارض شود .

به طور کلی عوامل شناخته شده در ایجاد سرطان عبارتند از :

- 1- عوامل ارثی : بعضی از سرطان‌ها در بعضی اقوام و خانواده‌ها بیشتر دیده می‌شود که احتمالاً به ساختار ژنتیکی آنها بستگی دارد .
- 2- عوامل فیزیکی : مانند پرتوهای یون‌ساز ، اشعه ماوراء بنفش ، آسیب‌های خفیف و پی در پی سبب تغییراتی در سلولها می‌شود و در نهایت باعث پیدایش سلولهای سرطانی می‌گردد مانند سرطان پوست
- 3- عوامل شیمیایی : موارد سرطان زای متعددی مانند ارسنیک و بسیاری از مواد شیمیایی دیگر سرطان زا شناخته شده‌اند ولی مهمترین عامل شیمیایی سرطان‌زای شناخته شده توتون است که نقش آنها در ایجاد سرطان های متعدد بویژه سرطان ریه و ... کاملاً مشخص شده است .
- 4- عوامل زیست شناختی : بعضی از ویروس‌ها در ایجاد سرطان دخالت دارند . بطور مثال ویروس هپاتیت B علت اصلی سرطان کبد شناخته شده است . آلودگی مزمن به بعضی از انگل‌ها نیز باعث سرطان مثانه می‌شود .

عوامل خطر ساز برای بروز سرطان ها :

- 16- افزایش سن : بخصوص سن بالای 65 سال
- 17- استفاده از سیگار : خطر ابتلا به سرطان‌های ریه ، حنجره ، مری ، مثانه ، کلیه ، حلق ، معده ، لوزالمعده ، و دهانه رحم را افزایش می‌دهد
- 18- نور خورشید :
- 19- اشعه های یونیزه کننده

20- مواد شیمیایی خاص : مثل موادی که در رنگرزی ، نقاشی و ساختمان سازی استفاده می‌شود و در طولانی مدت و در صورت عدم احتیاط مضرند .

21- تغذیه بد ، کم تحرکی و چاقی : رژیم پرچرب احتمال ابتلا به سرطانهای پروستات ، روده بزرگ و رحم را افزایش می دهد .

22- بعضی از ویروسها و باکتریها مثل ویروس هپاتیت B

23- هورمونها مثل استروژن

24- سابقه فامیلی

25- مصرف مشروبات الکلی : بخصوص اگر همراه با کشیدن سیگار باشد خطر چندین برابر می شود .

علائم سرطان ها :

1- وجود توده غیر طبیعی در سینه یا هر قسمت بدن

2- خال جدید یا تغییر شکل خال های قدیمی

3- زخمی که بهبود نمی یابد

4- خشونت صدا یا سرفه های طولانی مدت

5- تغییر در اجابت مزاج یا دفع ادرار

6- گیر کردن غذا در گلو

7- کاهش وزن بدن بدون توجیه

8- خونریزی و ترشحات غیر طبیعی

شایع ترین سرطان ها عبارتند از :

سرطان پوست ، پستان ، معده ، ریه ، روده بزرگ ، دهانه رحم ، سیستم خون ساز ، مری ، پروستات ، دهان ، حلق و کبد

راههای پیشگیری از سرطان :

راههای پیشگیری از سرطان به دو صورت نوع اول و نوع دوم وجود دارد :

الف: پیشگیری اولیه یا نوع اول: این نوع پیشگیری را با بالا بردن سطح سلامتی و تندرستی (مبارزه با عوامل زمینه ساز سرطان) ایجاد می شود. عوامل موثر در بالا بردن سطح سلامتی به شرح ذیل می باشند.

- 1- آموزش بهداشت
- 2- تغذیه صحیح
- 3- بهداشت روان
- 4- مسکن و محیط کاری عادی از مواد و عوامل سرطان زا
- 5- انجام آزمایشات و معاینات دوره ای به فواصل کافی
- 6- واکسیناسیون هپاتیت B
- 7- بهسازی محیط
- 8- بهداشت فردی
- 9- عدم تماس با مواد سرطان زا

ب- پیشگیری نوع دوم: از زمانی که اولین سلول سرطانی تشکیل می گردد تا موقعی که به حجم و وزن قابل ملاحظه ای برسد سالها طول می کشد. این شرایط با توجه به علاقه بیمار به تندرستی خود و انجام معاینات دوره ای، علاقه مندی پزشک معالج و وجود آزمایشگاه معتبر، امکان تشخیص بعضی از سرطانها در مرحله قابل درمان وجود دارد. بنابراین با تشخیص زودرس و درمان فوری و صحیح سرطانها می توان به اهداف زیر دست یافت:

- معالجه کامل و قطعی سرطان
- جلوگیری از اعمال جراحی وسیع (که در مراحل پیشرفته بیماری حتی در صورت درمان بیمار، با نقص عضو و معلولیت همراه است).
- برای معالجه کامل و قطعی سرطان و جلوگیری از اعمال جراحی وسیع باید موارد سرطانی شناسایی شده و ثبت شوند.

* بنابراین ثبت موارد سرطانی یک پیش نیاز در برنامه مبارزه با سرطان است.

با بکارگیری روش های جدید مولکولی و تصویربرداری می توان بیشتر سرطانها را در مرحله ابتدایی و خیلی زود تشخیص داد.

راههای بیماریابی

- انجام ماموگرافی (پرتونگاری پستان) که می‌تواند سرطان پستان را در مرحله اولیه نشان دهد که توصیه می‌شود خانم‌ها در بین سنین 35 تا 50 سالگی هر 1-2 سال یکبار ماموگرافی شوند. پس از 50 سالگی هر سال یکبار و بعد از 70 سالگی در صورتی که نتیجه ماموگرافی قبلی طبیعی باشد معاینه سالانه و ماموگرافی هر 3 سال یکبار انجام شود.
- آزمایش پاپ اسمیر (بررسی ترشحات) گردن رحم: که حداقل می‌تواند سرطان را حتی قبل از بروز هر گونه علامتی تشخیص دهد. توصیه می‌شود از زنان 20-65 ساله که یکبار ازدواج کرده‌اند باید تا سه سال متوالی پاپ اسمیر گرفته شود و در صورت طبیعی بودن هر سه سال یکبار تکرار شود و اگر نتیجه مشکوک باشد با نظر پزشک و ماما اقدام شود. پس از 50 سالگی بهتر است هر سال یکبار پاپ اسمیر انجام گیرد.
- معاینه لگن: می‌تواند سرطان تخمدان و جدار رحم را نشان دهد که معمولاً معاینات لگنی در بیماریهای زنان است.
- روشهایی مانند پرتونگاری، آزمایش ادرار، CTSCAN، سونوگرافی، آزمایش خون، آزمایش خلط، نمونه‌برداری نیز توصیه می‌گردد.

عوامل پیشگیری کننده کلی در سرطان ها :

- 1- ورزش (30 دقیقه در روز و حداقل 3 بار در هفته) فعالیت بدنی مداوم و مرتب داشته باشیم.
- 2- مصرف مواد غذایی محتوی ویتامین C, A, مثل مصرف مرکبات، سبزیجات سبز و زرد
- 3- کاهش وزن بدن در صورت چاق بودن
- 4- عدم استفاده از دخانیات و مصرف تنباکو و فراورده های آن
- 5- استفاده بیشتر از لبنیات کم چرب
- 6- استفاده بیشتر از گوشت کم چرب و افزایش مصرف ماهی و گوشت سفید به جای گوشت قرمز
- 7- استفاده از نان‌های سبوس‌دار
- 8- استفاده از لوبیای سویا و حبوبات

فراموش نکنیم 30 تا 40% کل موارد سرطان‌ها با ایجاد تغییرات مناسب در تغذیه ، کنترل وزن و ورزش قابل پیشگیری است .
عامل 30% مرگ‌های ناشی از تمام سرطان‌ها نیز استفاده از سیگار می‌باشد و استعمال مواد دخانی فرد را در معرض ابتلا به انواع سرطان‌ها مانند زبان ، دهان ، حلق ، حنجره ، مری ، معده ، ریه ، کلیه ، لوزالمعده ، و... قرار می‌دهد .

9- مقابله با استرس و فشارهای عصبی : استرس خود می‌تواند یک ریسک فاکتور بروز بیماری سرطان باشد (برای مثال اگر شما تحت استرس هستید فشار خونتان بالا می‌رود ، ممکن است پرخوری کنید ، ورزش کمتر انجام دهید ، سیگار بکشید و...)
همه این موارد به ایجاد سرطان کمک می‌کند لذا باید استرس را کنترل نمود .

10- انجام معاینات دوره‌ای کارگران رستورانها ، رانندگان ، کارگران راه و ساختمان ، نگهبانان ، صندوقدارها و کافه دارها ، معدن چیان ، کارگران کارخانجات ، نساجی ، کارگران نقاش ، کارگران لاستیک سازی‌ها ، و کارگرانی که در تهیه و تولید آسفالت و قیر کار می‌کنند ، کارگرانی که در تماس با حشره‌کش‌های حاوی ارسنیک هستند ، کارگرانی که در تولید باکتری کش‌ها ، آفت کش‌ها و حلال‌ها فعالیت دارند و... برای پیشگیری از بروز سرطانهای شغلی

11- از روبرویی با نورآفتاب بین ساعات 11 تا 4 بعدازظهر خودداری شود و از کرم ضد آفتاب استفاده شود .

12- پوشیدن لباسهای پوشیده برای محافظت از پوست درمقابل نورخورشید، استفاده از کلاه و عینک آفتابی و ...

درمان سرطان ها : تخمین زده شده است که حدود $\frac{1}{3}$ از تمام موارد سرطان قابل پیشگیری و $\frac{1}{3}$ دیگر مشروط به تشخیص سریع و زود هنگام قابل درمان و $\frac{1}{3}$ باقی مانده در صورت وجود تیم های درمانی و مراقبتی استاندارد ، می توانند طول عمر زیادی داشته باشند ، پس سرطان‌ها نیز در صورت وجود برنامه مدون قابل پیشگیری و درمان می‌باشند . درمان سرطان به نوع آن و میزان پیشرفت سرطان بستگی دارد. شوک و استرس ناشی از بیماری معمولاً قدرت تصمیم‌گیری افراد را در این موارد مختل می‌کند. مهم‌ترین و مطمئن‌ترین کار اعتماد به پزشکان و پذیرش تصمیمات آنها می‌باشد .

از طریق شیوه های درمانی زیر ، بیماران بیشتر و بیشتری به زندگی فعال باز می‌گردند .

-**جراحی :** شامل برداشتن غده یا عضو سرطانی و بافت اطراف آن

- **شیمی درمانی:** داروها و هورمون‌هایی که برای حمله به سلولهای سرطانی و پیشگیری از تولید مثل آنها استفاده می‌شود .

-**پرتو درمانی** : اشعه‌های پرتوهای پرانرژی مانند اشعه X ، پرتوهای گاما و ... که برای از بین بردن سلولهای سرطانی استفاده می‌شود .

-پیوند مغز استخوان

-**درمان زیستی** : شیوه درمانی جدیدی است که در آن پروتئین‌هایی که بطور طبیعی ایجاد می‌شوند برای تحریک سیستم دفاعی بدن فرد به کار می‌روند .

(هر چه سرطان زود تر تشخیص داده شود شانس بهبودی بیشتر خواهد بود) (بهترین کار پیشگیری است)

منابع :

1-کتابچه سرطان و راههای پیشگیری از آن از انتشارات دفتر سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

2- کتاب سرطان و راههای پیشگیری از آن (ویژه بهورزان) تالیف فرح ناز فولاد بند و مهین فرمند و همکاران از انتشارات معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز سال 1387

3- مقاله علت و علائم انواع سرطان ها و راه پیشگیری و درمان آنها (اینترنت ساعت و دانش یاب)

4-مقاله سرطان از اینترنت WWW://daneshnameh.roshd

تمرین نظری :

1-در حضور مربی وبا همکاری همکلاسان بیماری سرطان ، علائم و راهای پیشگیری از بروز آن را شرح دهید.

2-روشهای درمانی سرطان را نام ببرید.

تمرین عملی :

1- در حضور مربی وبا همکاری همکلاسان یک جلسه آموزش مردمی در زمینه بیماری سرطان و راههای پیشگیری از بروز آن را تمرین کنید.

فصل هشتم

بهداشت روان

این فصل مشتمل بر 7 بخش زیرمی باشد:

1. وظایف بهورز در برنامه بهداشت روان 2. حمایت‌های روانی-اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه
3. اصول و روشهای کارآمد فرزندپروری 4. پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد
5. پیشگیری اولیه از خودکشی 6. مهارت برقراری ارتباط 7. سلامت روان در بهورزان

اهداف آموزشی: پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

1. وظایف بهورز در برنامه بهداشت روان را نام ببرید.
2. انواع اختلالات روانی و عصبی را نام ببرید و با تعریف هر کدام آشنا باشید.
3. واکنشهای روانی آسیب دیدگان در سوانح و بلایا را بشناسید.
4. وظایف اصلی خود در برخورد با آسیب دیدگان بلایا را بطور صحیح انجام دهید.
5. افسردگی و نشانه های آن را بدانید.
6. اصول و روشهای کارآمد فرزند پروری را بدانید و آموزش دهید.
7. اهمیت مشکل اعتیاد و لزوم پیشگیری از آن را درک کنید.
8. عوامل موثر در بروز اعتیاد را شناسایی و آنها را به خانواده ها آموزش دهید.
9. راههای برقراری ارتباط موثر را بدانید.
10. اقدامات موثر جهت پیشگیری از فرسودگی شغلی را توضیح دهید.

بخش اول

وظایف بهورز

در برنامه بهداشت روان

اهداف: پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

- 1- بهداشت روان را تعریف کنید.
- 2- انواع صرع را نام ببرید و با تعریف هر کدام آشنا باشید.
- 3- طریقه شناسایی ، ارجاع و پیگیری بیماران عقب مانده ذهنی را توضیح دهید.
- 4- تفاوت اختلالات خفیف و شدید روانی را بدانید و آن را به خانواده ها آموزش دهید.
- 5- اختلالات رفتاری دوران کودکی را نام برده و آموزشهای لازم در مورد هر یک را بدانید.

تعریف بهداشت روان

بهداشت روان عبارت است از تأمین، حفظ و رشد سلامتی روانی فردی و اجتماعی. فردی دارای سلامت روانی است که می تواند فعالیت روزمره خود را به خوبی انجام دهد، با افراد خانواده و اجتماع ارتباط و سازگاری مناسبی داشته باشد، از زندگی روزمره لذت ببرد و بیماری روانی نداشته باشد. در درس بهداشت روان شما می آموزید که چگونه از بروز بیماریهای عصبی و روانی پیشگیری کنید و چگونه به بیماران و خانواده آنان کمک کنید تا به سلامت روانی دست یابند.

پیشگیری در بهداشت روان

پیشگیری از بیماریهای عصبی و روانی سه نوع است:

- پیشگیری اولیه: تمام کارهایی است که برای پیشگیری از بروز بیماریهای عصبی و روانی صورت می گیرد، مراقبت از مادران و کودکان، پیشگیری از ضربه و عفونتهای مغزی، پیشگیری از جنگ و جدل و درگیریها، شرکت در غم و شادی دیگران و کمک به حل مشکلات آنان، سازگاری بهتر با دیگران و لذت بردن و قانع بودن با آنچه در اطراف ما هست، همگی نوعی پیشگیری اولیه است.

- پیشگیری ثانویه: کارهایی است که برای درمان به موقع و مناسب بیماریها صورت می گیرد. شناسایی و درمان سریع بیماران، کمک به برگشت به کار و فعالیت روزمره و خودداری از بستریهای غیرلازم و طولانی، همگی پیشگیری نوع دوم است، زیرا که مانع خسارت و معلولیتهای بیشتری می شود.

- پیشگیری نوع سوم: فعالیتهایی است که باعث توانبخشی روانی معلولین روانی عصبی می گردد. معلول روانی کسی است که کارایی فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی خود را برای همیشه از دست داده باشد. یک عقب مانده ذهنی و یک بیمار روانی شدید مزمن در بیشتر این موارد ناتوان و معلول است و شما می توانید با توانبخشی روانی و آموزش او و خانواده اش وی را تا حدی کارا و فعال نمایید. به کمکهایی که به این قبیل بیماران می شود تا بتوانند تواناییهای از دست رفته خود را بدست آورند توانبخشی یا پیشگیری نوع سوم می گویند. مانند کمک به بیماران در جهت کارآموزی و اشتغال و تشویق آنان به انجام امور روزمره زندگی.

آموزش بهداشت روان به مردم که اصلی ترین وظیفه شما در بهداشت روان است می تواند در تمام انواع پیشگیری شما را یاری نماید. با فراگیری درس بهداشت روان شما قادر خواهید بود که در هر سه نوع پیشگیری به مردم کمک کنید. ساده ترین روش آموزش بهداشت روان، دادن پاسخهای ساده و روشن به پرسشهای بیماران روانی و خانواده آنهاست.

وظیفه بهورز در بهداشت روان

- شما به عنوان بهورز باید بیماران عصبی و روانی را شناسایی کنید. (بیماریابی)

- آنها را به مراکز بهداشتی و درمانی ارجاع دهید.

- توصیه ها و درمان های داده شده را پیگیری کنید.

- بیماران، خانواده ها و اجتماع را آموزش دهید.

- کارهای انجام شده را یادداشت و ماهانه گزارش کنید.

انواع اختلالات روانی و عصبی

مشکلات و اختلالات روانی و عصبی که لازم است توسط بهورزان مراقبت شود بدین شرح است:

- صرع

- عقب ماندگی ذهنی

- اختلالات شدید روانی

- اختلالات خفیف روانی

- اختلالات رفتاری دوران کودکی

- سایر مشکلات بهداشت روان

صرع: صرع یک حالت تکراری حمله تشنج است که مردم به آن حمله یا غش نیز می گویند. تشنج به یک حمله ناگهانی در فعالیت الکتریکی مغز اطلاق می شود که می تواند باعث کاهش هوشیاری، حرکات مکرر و انقباضات عضلانی شود. صرع بدلیل اختلال در کار سلولهای مغزی بروز می کند و اگر حملات تشنجی درمان نشود ممکن است با هر حمله سلولهای بیشتری در مغز از بین برود و صرع تا پایان عمر ادامه داشته باشد.

در هنگام تشنج بزرگ صرعی، بیمار به زمین می افتد، بیهوش می شود، حرکات تشنجی تکراری و غیر ارادی در دستها و پاها پیدا میکند، گاه بی اختیاری ادرار پیدامیکند، کف در دهانش جمع شده و صورتش کبود می شود. گاهی در اثر گازگرفتن زبان کف خون آلود شده و تنفس او دچار اشکال می شود. حمله تشنج بزرگ حدود 5 دقیقه طول می کشد، به دنبال آن بیمار به تدریج به هوش می آید، پس از به هوش آمدن هیچ چیزی به خاطر نمی آورد، حالت خواب آلودگی، گیجی و کوفتگی پیدا می کند و گاه زبان و بدنش خراشیده و زخمی می شود. عارضه خطرناک تر حملات صرعی بزرگ سقوط از ارتفاع و درگودال، خفگی در آب، سوختن با آتش و مواد سوزاننده و تصادف با وسایل نقلیه است.

انواع صرع

صرع انواع زیادی دارد که در اینجا به چند نوع آن اشاره می شود:

الف- صرع بزرگ: که تشنج مانند حالت فوق تمام بدن را می گیرد و فرد بیهوش شده می افتد.

ب- صرع کوچک: فقط چند ثانیه دوام دارد، در کودکان 14-6 ساله دیده میشود، کودک چند لحظه دچار خیرگی، مات زدگی، افتادن گردن یا حرکات غیر ارادی لب و دهان می شود و چیزی به خاطر نمی آورد. معمولا در طول دوران مدرسه مشاهده می گردد و می تواند منجر به افت تحصیلی گردد.

ج- صرع موضعی: فقط بخشی از بدن یا روان را گرفتار می سازد. مانند حملات تشنجی یک دست یا یک طرف بدن.

د- صرع مداوم: یکی از سه نوع صرع فوق است که به جای یک حمله، حملات مداوم و مکرر دیده می شود و ممکن است بیمار بین دو حمله به هوش نیاید یا حملات بیش از 10 دقیقه طول بکشد. صرع مداوم بزرگ بسیار خطرناک است و نیاز به ارجاع فوری به پزشک دارد.

تشنجی که به هنگام تب بالا کودکان را می‌گیرد تشنج تب نام دارد و نباید با صرع اشتباه شود. اما باید شناسایی شده و به پزشک ارجاع شود. این نوع تشنج همیشه به همراه تب بالا و در سنین 6 ماهگی تا 6 سالگی اتفاق می‌افتد و بندرت ممکن است بعد از سن 6 سالگی نیز تکرار شود. از نظر علائم شبیه صرع بزرگ است. کودکانی که تشنج تب دارند باید با اولین نشانه‌های بیماری تب دار بلافاصله تحت مراقبت قرار گرفته و با دستورالعمل کنترل تب و داروهای تجویز شده درمان شوند.

بیماریابی، ارجاع، پیگیری

برای بیماریابی می‌توان فرم بیماریابی بیماران صرعی زیر را به خوبی به خاطر سپرد و در یک یک خانوارهای روستا و نیز از طریق آموزگاران مدارس و معتمدین محل و مراجعین خانه بهداشت به شناسایی این بیماران پرداخت.

فرم بیماریابی بیماران صرعی و تشنج تب

1. فردی (کودک یا بزرگسال) که هر چند وقت یکبار در بیداری یا در خواب دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاه خون آلود) خارج می‌شود. این حالات چند دقیقه ای طول می‌کشد و بعد از مدتی به حال عادی باز می‌گردد و چیزی به خاطر نمی‌آورد.
2. کودکی که در سن مدرسه گاهی مات زده شده و چند لحظه ای به جایی خیره می‌شود، لب‌ها یا زبانش را به حالت غیرارادی حرکت داده یا می‌لیسد.
3. کودکی که به دنبال تب شدید دچار تشنج می‌شود (6 ماهگی تا 6 سالگی)

به دنبال شناسایی این بیماران آنان را ارجاع غیرفوری دهید به بیمار و خانواده او توصیه کنید کلیه داروها یا مدارک پزشکی خود را همراه داشته و به پزشک نشان دهند. بیماران صرعی نیاز به پیگیری ماهانه دارند اگر صرع مداوم باشد تا زمان تکرار حملات مداوم پیگیری هر 3 تا 6 روز و سپس پیگیری ماهانه است.

پیگیری بیماران صرعی 3 الی 5 سال طول خواهد کشید و تنها زمانی پیگیری قطع می شود که پزشک اعلام نماید بیمار بهبود یافته است. بسیاری از بیماران نیاز به مراقبت و درمان در تمام عمر دارند.

هنگام پیگیری در مورد مراجعه دوباره به خانه بهداشت، اجرای دستورات دارویی و غیردارویی پزشک، بررسی بروز عوارض خفیف یا شدید دارویی و آموزش بهداشت روان اقدام نمایید و موارد را در ستون مربوطه در برگ پیگیری یادداشت نمایید.

به هنگام پیگیری تأکید بر مصرف مرتب دارو بسیار مهم است. اگر بیمار بهتر شده است به او بگویید که از دارو بوده و تشویق کنید درمان را ادامه داده و دوباره مراجعه نماید. اگر حالش فرقی نکرده است یادآوری کنید که بهبودی او نیاز به ادامه مصرف دارو و شاید افزایش مقدار آن توسط پزشک دارد.

در بعضی از موارد حال بیماران پس از مصرف دارو بدتر می شود که معمولاً به دلیل عوارض دارویی است و بیمار و اطرافیان او را نگران می کند. شما از عوارض دارویی نگران نباشید.

عوارض دارویی دو نوع است: عوارض خفیف، عوارض شدید. عوارض خفیف دارویی عبارتست از سستی، پر خوابی، سرگیجه، لرزش، خشکی دهان و بیبوست. این عوارض اصلاً نگران کننده نیست. به بیمار و خانواده او آموزش دهید تا چند روزی تحمل کنند چون این عوارض کم شده و به جای آن حال بیمار خوب می شود.

عوارض شدید دارویی بیشتر در اختلالات شدید روانی دیده می شود و عبارتست از خواب آلودگی شدید، گرفتگی شدید عضلات گردن و دست و پا که باعث کج شدن آنها می شود و بعضی علائم شدید دیگر جسمی. این عوارض نیز جای نگرانی و خطر ندارد اما باید به پزشک ارجاع فوری شود.

داروهای مهم ضد صرع فنوباریتال و کاربامازپین می باشد.

نکات قابل توجه در آموزش بهداشت روان در صرع:

1. صرع به علل ضربه و ضایعات مغزی، بعضی سم ها و مسمومیت های دارویی، عفونت های مغزی و سکنه یا غده های مغزی می باشد. گروهی از صرعه علت مشخصی ندارند.

2. بسیاری از صرعه را می توان با رعایت بهداشت جسمی پیشگیری نمود. رعایت بهداشت بارداری، داشتن زایمان بهداشتی، مراقبت بهداشتی کودکان برای پیشگیری از صرع مفید است.

3. در حال حاضر داروهای مؤثری برای کنترل صرع وجود دارد که اگر با تجویز پزشک و مرتب مصرف شود، صرع کاملاً کنترل می شود.

4. برای درمان صرع بهتر است به پزشک متخصص اعصاب مراجعه کرد، اما از آنجا که پزشکان متخصص در روستاها نبوده و همیشه در دسترس نیستند و بسیاری از پزشکان عمومی و پزشکان مراکز بهداشتی درمانی قادر به کنترل بیماری صرع هستند، مراجعه به آنها اشکالی ندارد.

5. وقتی بیماری در حال تشنج است می بایست خون سرد باشید. بیمار را به پهلو روی زمین بخوابانید، سر او را به یک طرف بچرخانید تا کف و ترشحات حلق باعث خفگی او نشود. اطراف او را خلوت و ایمن کنید تا موقع دست و پا زدن مجروح نشود. به زور دهان او را باز نکنید، آب در دهانش نریزید، او را بلند نکنید و دست و پای او را نگیرید. اگر تشنج بیش از 5 دقیقه به درازا کشید احتمال صرع مداوم می رود، بدون درنگ پزشک را خبر کنید.

6. بیمار صرعی را از کار، ورزش و تحصیل محروم نکنید. حتی روحیه از دست رفته آنان را با اینها جبران کنید. فقط مواظب باشید تا زمانی حمله درمان نشده کارهای خطرناک مثل کار با لوازم تیز و برنده و کار در کنار کوره و تنور و آتش نکنند. از سوار شدن بر روی چهارپایان و نیز از رانندگی تا حد امکان پرهیز کنند. ورزشهایی مثل شنا، دراستخر عمیق و دریا یا ورزشهایی که احتمال سقوط و خطر زیاد دارد تا قبل از بهبود کامل صلاح نیست.

7. صرع رژیم غذایی خاصی ندارد. این بیماران هر غذایی می توانند بخورند. بعضی ها معتقدند که مصرف زیاد غذاهای سرد مانند ماست، برنج و ترشی مضر است. بعضی پزشکان با این اعتقاد مخالفتی ندارند.

8. ازدواج کردن و بچه دار شدن برای بیماران صرعی مانعی ندارد. نگرانی هم برای انتقال بیماری به فرزندان وجود ندارد. فقط زنان لازم است قبل از ازدواج و قبل از حامله شدن با پزشک مشورت کنند. همه بیماران صرعی لازم است به منظور جلوگیری از درگیریهای خانوادگی و قانونی قبل از عقد قانونی همسر آینده خود را از داشتن بیماری صرع آگاه نمایند.

عقب ماندگی ذهنی: عقب ماندگی ذهنی یک بیماری مغزی است که سن عقلی روانی فرد از سن زمانی او عقب مانده و کمتر است. در این بیماری ممکن است کودکی 10 سال داشته باشد، یعنی سن زمانی او 10 سال باشد، ولی از نظر عقلی و روانی مانند کودکان 5 ساله باشد. بنابراین این کودک 5 سال عقب ماندگی ذهنی دارد. می توان گفت هوش این کودک به اندازه هوش کودکان 5 ساله است.

این بیماری از ابتدا و پس از کودکی شروع می شود و علت آن آسیب رسیدن به مغز کودک در دوران بارداری، حین زایمان و یا پس از تولد و در دوران کودکی است. آسیب رسیدن به مغز گاه باعث فلج و گاه باعث کندی رشد روانی و حرکتی کودک می شود. همچنانکه فلج مغزی کودکان قابل دیدن است، کندی رشد روانی - حرکتی را نیز می توان مشاهده کرد و از طریق جاده رشد روانی - حرکتی و آزمایش هوش اندازه گیری نمود. آزمایش هوش توسط روانشناسان صورت می گیرد اما بهورز به راحتی می تواند با بدست آوردن جاده رشد روانی - حرکتی، هوش و عقب ماندگی کودک را برآورد نماید.

شما می توانید کودکان را از بدو تولد در مراقبت‌های ماهانه از نظر رشد روانی - حرکتی معاینه کنید. زمان گردن گرفتن، نشستن، راه رفتن، تکلم و کنترل دفع ادرار و مدفوع کودک را با مصاحبه با مادر نیز می توان بدست آورد. ((نمودار یا جاده رشد روانی - حرکتی))

بیماریابی، ارجاع، پیگیری

فرم بیماریابی عقب ماندگی ذهنی راهنمای خوبی برای شناسایی این بیماران است. آن را به خاطر بسپارید و در خانه بهداشت به هنگام مراقبت کودکان و به هنگام بیماریابی در مدرسه و خانواده ها به کار بگیرید.

فرم بیماریابی عقب ماندگی ذهنی

1. کودک 4 تا 5 ماهه ای که گردن نگرفته، 10 تا 12 ماهه ای که ننشسته، 1 تا 1/5 ساله ای که راه نیفتاده، 2 تا 3 ساله ای که حرف نمی زند و 3 تا 4 ساله ای که شبها خودش را خیس می کند.
2. دانش آموزی که از نظر درسی از همه ضعیف تر است، مرتب مردود می شود و یا از مدرسه اخراج شده است. مشکلات بند 1 را هم داشته است.
3. فرد جوان یا بزرگسالی که رفتار کودکانه دارد، عقل و هوشی کمتر از دیگران دارد، شغلی ندارد و قادر به یادگیری کار جدیدی نیست. این مشکلات و مشکلات بند 1 و 2 را از کودکی داشته است.

پس از شناسایی فرد، بدون اینکه نگرانی مادر و اطرافیان را باعث شوید و نام عقب ماندگی را به آنان بگویید به این دلیل که بهتر است در مورد رشد وی با پزشک مشورت شود او را ارجاع غیرفوری بدهید.

پیگیری عقب مانده ذهنی ماهانه است. هنگام پیگیری به دستورات دارویی و غیردارویی پزشک، بهتر یا بدتر شدن کودک، و آموزش بهداشت روان توجه کنید.

آموزش بهداشت روان

آموزش و تربیت تدریجی این کودکان مهمترین آموزش در عقب ماندگی ذهنی است. این کار ابتدا وظیفه والدین و به ویژه مادر است. بعداً می‌توان از سایر فرزندان، از آموزگاران و از مراکز و مربیان آموزش کودکان عقب مانده ذهنی استفاده نمود. روش آموزش بهداشت روان در عقب ماندگی ذهنی مانند صرع است.

توصیه های زیر را به خاطر داشته باشید.

- به مادران توصیه کنید از داشتن چنین کودکی احساس ناراحتی نکرده و خجالت نکشند. این ناراحتی با توجه به آموزش ها و دستورات شما و پزشک بهتر خواهد شد.
- با او به مهربانی و آرامی رفتار کنند.
- کودک را تحقیر و تنبیه نکنند و اجازه ندهند دیگران رفتار تمسخرآمیز یا آزاردهنده داشته باشند. این کارها باعث گوشه گیری، لجبازی، شیطنت و پرخاشگری کودک می شود.
- به تغذیه، واکسیناسیون و بهداشت عمومی کودک مانند سایر کودکان توجه کنند.
- به مادران بگویید که این کودکان نیز جگرگوشه های شما و امانتهای الهی هستند، در آموزش و تربیت آنان بیش از پیش کوشا باشند.
- تشنج، بی خوابی، پرتحرکی، پرخاشگری و سایر مشکلات روانی این بیماران باید با برخورد بهتر و دارو درمان شود. در این موارد مادران را آموزش داده به پزشک ارجاع دهید.
- بعضی انواع عقب ماندگی ذهنی ارثی است. بنابراین صلاح است تا زمانیکه متخصص اجازه نداده است این خانواده ها از دواج فامیلی نکنند و فاصله گذاری بین فرزندان را کاملاً رعایت کنند.

- برای پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی، بهداشت مادر و کودک را رعایت کنید. مثلاً مادران قبل از 20 سالگی و پس از 35 سالگی باردار نشوند، مادران باردار مواظب باشند به شکم آنان ضربه وارد نشود، الکل، سیگار و مواد مخدر مصرف نکنند، رادیوگرافی نکنند، به بیماران عفونی (تب دار) نزدیک نشوند، فشارخونشان کنترل شود، تحت شرایط بهداشتی زایمان نمایند و نیز پس از زایمان مراقب سلامتی کودک خود باشند.

- تشنج، یرقان شدید (زردی)، ضربه و عفونت مغزی کودک را به عقب ماندگی ذهنی و صرع مبتلا می کند. مراقبت دقیق و همیشگی از کودک نقش زیادی در تأمین سلامت عصبی او دارد.

- بسیاری از این کودکان آموزش پذیر و تربیت پذیرند و بسیاری از حالات روانی مزاحم آنان مانند بی خوابی، پرتحرکی و پرخاشگری نیز درمان می شود. توقع اضافی از آنان نداشته و آموزش تدریجی و صبر را همیشه به خاطر داشته باشید. در آموزش آنها باید کارها را به چند قسمت تقسیم کرد و از آموزش کارهای ساده شروع نمود و تا وقتی کودک، مرحله ساده تری را یاد نگرفته است نباید به مراحل سخت تر پرداخت.

- جوانان و بزرگسالان عقب مانده ذهنی را مورد تمسخر و اذیت قرار ندهید، کمک کنید تا جایی که ممکن است در مدرسه یا شغلی که دارند باقی بمانند و اخراج نشوند، مداوم مطلبی یا کاری را به آنان یاد دهید و سعی کنید به کار ساده ای مشغول شوند. سعی کنید این افراد از دواج نکنند و باردار نشوند.

- بردن کودک به شهر و بستری کردن او، هزینه های بی مورد، مراجعه به پزشکان و حکیم باشی های مختلف، داروهای مقوی مغز و بستری کردن و گذاشتن کودکان در مراکز عقب مانده های ذهنی تأثیری در درمان عقب ماندگی ندارد و موجب بدتر شدن وضع مالی خانواده و وضع روانی کودک می شود.

- در صورت وجود سابقه عقب ماندگی ذهنی در خانواده زن یا شوهر، لازم است قبل از بارداری با پزشک مشورت شود و به آنان توصیه شود تا فرزندانشان با افراد فامیل از دواج نکنند.

اختلالات شدید روانی: اختلالات شدید روانی حالت غیرطبیعی در رفتار و گفتار و ظاهر بیمار است که گروهی از مردم به آن جنون می گویند. اختلال شدید روانی بیشتر در افراد بالای 15 سال دیده می شود، گاه تدریجی و گاه ناگهانی شروع می شود و دلیل آن بیماری و اختلال در کار مغزی است. اکثر این بیماران نمی دانند که بیمارند، بنابراین به پزشک مراجعه نمی کنند و توصیه های درمانی را هم نمی پذیرند.

اگر احساس می نمایید که مشکلات بیمار قابل حل نمی باشد از نزدیکان و معتمدین محل و یا از هر مرجع دیگری که بتواند به بیمار کمک کند استفاده کنید.

بیماریابی، ارجاع، پیگیری

فرم بیماریابی اختلالات شدید روانی راهنمای خوبی برای شناسایی بیماران است.

شما به خوبی می توانید با مشاهده حالات و رفتار دیگران و یا پرسش از خانواده ها این بیماران را شناسایی نمایید.

فرم بیماریابی اختلالات شدید روانی

1. فردی که توهم، هذیان و گفتار غیرمنطقی دارد. مثلاً می گوید صدایی می شنوم یا تصویری می بینم که به من می گوید تو امام هستی. سوء ظن شدید دارد و معتقد است کسی می خواهد او را بکشد یا معتقد است همسرش به او خیانت کرده است. گاه رفتارهای عجیب و غریب دارد، شکلک درمی آورد، به در و دیوار خیره می شود و یا با خودش حرف می زند و می خندد.

2. فردی که خیلی غمگین و بی حوصله و در خودش است، تنهایی را دوست دارد و گریه می کند. دائماً فکر می کند، بی خواب است، بی اشتها است و به تدریج لاغر می شود. گاه نمی تواند به کارهای خانه و خانواده اش برسد، افت درسی داشته و به مدرسه و کار خود نمی رسد و غیبت می کند.

در موارد شدید نومیدی از زندگی، احساس گناهکاری و افکار خودکشی پیدا می کند. اقدام به خودکشی در بسیاری از افسردگی های شدید دیده می شود.

3. کسی که بدون دلیل خوشحال، پرحرف و پرتحرک است. بی خوابی شدید دارد و کارهای زیاد بی هدفی می کند و هیچ وقت از این بی خوابی و پرکاری خسته نمی شود. او خود را مهم می داند، مدام آواز و شعر می خواند و خیلی زود عصبانی، خندان یا گریان می شود.

به دنبال بیماریابی لازم است بیمار به پزشک ارجاع شود، اما قبل از ارجاع و در همه مواردی که با اینگونه بیماران برخورد می

نمایید لازم است نکات مهم زیر را به منظور ارتباط بهتر و موفقیت در ارجاع، پیگیری و درمان به کار گیرید:

- سعی کنید همیشه با اینگونه بیماران با صداقت و صمیمیت برخورد کنید با علاقمندی به درد دل و مشکل آنان و خانواده شان گوش کنید و سعی کنید اعتماد آنان را جلب و راضی نمایید که برای مشاوره به پزشک مراجعه کنند.
- بیمار و همراهانشان را مورد حمایت، محبت، احترام و راهنمایی قرار دهید. مثلاً مواظب باشید به بیمار توهین نشده، چیزی به دروغ به او گفته نشود، او را کتک نزنند، مسخره نکنند و از کار یا مدرسه اخراج نکنند.
- اگر حالت بیمار شدید است او را ارجاع فوری و اگر نه ارجاع غیرفوری دهید.
- اگر بیمار یا خانواده او به تنهایی قادر به مراجعه به پزشک نیستند از دیگران کمک بگیرید.
- گاه خانواده ها بدون رضایت پزشک اصرار به بستری نمودن بیمار خود دارند. به آنان بگویید درمان سرپایی خیلی مفیدتر از درمان بستری است.
- در مواردی که بیمار پرخاشگری و تحریکات عصبی دارد و احتمال دارد به خود یا به دیگران صدمه بزند می توان برای انتقال او از مأمورین انتظامی، افراد نیرومند و نیز وسیله نقلیه و آمبولانس کمک گرفت.
- اختلال شدید روانی در حالت شدید 3 تا 6 روز پس از ارجاع به پیگیری نیاز دارد، اما پس از کنترل بیماری و در حالات کنترل بیماری تنها ماهی یکبار لازم است پیگیری شود. پیگیری این بیماران بسته به نظر پزشک حداقل یک سال و گاه تا سالهای طولانی ادامه دارد.
- هنگام پیگیری، مطالبی که در مورد پیگیری صرع گفته شد به کار گرفته شود و آموزش بهداشت روان داده شود.
- داروهایی که برای کنترل و درمان اختلالات شدید روانی داده می شود عبارتند از قرص پرفنازین 8، تری فلوپرازین 5 و کلرپرومازین 100، برای عوارض عضلانی این داروها تری هگزی فنیدیل و بی پریدین نیز داده می شود که هیچ اثر درمانی برای بیماری ندارد.

آموزش بهداشت روان

این بیماران نیاز به محبت و حمایت دارند. نباید مورد توهین و تنبیه قرار گیرند، داروهایشان نباید قطع شود، داروها برایشان خطر ندارند و آنان را معتاد نمی کند. گرچه این بیماری ها آنقدر اثری نیستند که به فرزندان منتقل شود اما تا مدت های طولانی نباید این بیماران ازدواج کنند، و اگر متاهل هستند، جلوگیری از بارداری را تا اجازه پزشک باید رعایت کنند. این بیماری به دیگران سرایت نمی کند، اگر در درون خانواده و اجتماع درمان شوند زودتر از درمان در بیمارستان روانی خوب می شوند و

بیماریشان دیرتر برمیگردد. کار و کاردرمانی توصیه همیشگی پزشکان به این بیماران است و باید این بیماران به زودی به کار و مسوولیت و تحصیل قبلی خود برگردند.

اعتقاد زیادی در مردم وجود دارد که جادو و جنبل ودعایی شدن عامل ایجاد این بیماری است و باید برای آنان دعا و شفا گرفت و خیلی کارهای دیگر کرد. در چنین مواقعی خانواده ها را آموزش دهید که این حالت یک بیماری است و با درمان خوب می شود، وقت واموال خود را در این راه تلف نکنند. فقط مواظب باشید که اگر چنین اعتقادی قوی است با آنان درگیر نشوید و مانع نشوید که در کنار دارو، آنرا ادامه دهند.

به خاطر داشته باشید مصرف الکل، حشیش، تریاک و دیگر مواد محرک اعصاب باعث تشدید اختلالات روانی می شوند، مراقب مصرف آن در بیماران و مردم باشید.

اختلالات خفیف روانی

اختلالات خفیف روانی اختلالاتی است که به زبان مردم عادی ناراحتی عصبی یا ناراحتی اعصاب گفته می شود. این بیماران نشانه هایی مانند اضطراب، بیقراری، بی اشتها، افسردگی، وسواس، عصبانیت، پر خاشگری و دردهای پراکنده بدنی بدون وجود بیماری جسمی دارند، این نشانه ها ماهها و سالها ادامه داشته گاه با کاهش یا افزایش مشکلات روزمره و فشارهای خانوادگی واجتماعی کاهش یا افزایش می یابند.

بیماریابی، ارجاع، پیگیری

اختلالات خفیف روانی نیاز به بیماریابی فعال ندارند، هرگاه بیماری مراجعه کرد و از شکایات و نشانه های این بیماری در رنج بود می توانید وی را مدتی آموزش بهداشت روان داده و اگر بهبودی پیدا نکرد به پزشک ارجاع غیرفوری دهید. اگر فردی اقدام به خودکشی کرد چه افسردگی خفیف و چه افسردگی شدید داشته باشد باید ارجاع فوری شده و پیگیری ماهیانه شود.

این بیماران نیاز به پیگیری ندارند، اما به هنگام مراجعه به خانه بهداشت و نیز به اطرافیان آنان آموزشهای بهداشت روان زیر را بدهید.

آموزش بهداشت روان

کوشش کنید با آرامش و احترام به خوبی به درد دل و گله کسانی که مشکل یا توقعی دارند گوش کنید، حتی اگر مشکلات آنان ارتباطی به شما ندارد و یا راه حلی به نظر شما نمی رسد. از این راه هم ناراحتی عصبی بیمار کم می شود و هم شما می توانید عواملی که در خانواده یا اجتماع ناراحتی وی را ایجاد یا تشدید کرده اند پیدا کنید.

راه حل‌های مختلف حل مشکلات را با هم به بحث و مشاوره بگذارید. اگر اجازه دادند با بزرگترها و دیگران نیز به مشاوره بنشینید، زیرا که با مشورت بسیاری از مشکلات حل میشود، اما از پنهان کردن هیچ مشکلی حل نمی شود.

به آنان اطمینان و آرامش دهید، بگویید که این ناراحتی چندان نگران کننده نیست، خیلی ها چنین مشکلاتی دارند. گذشت زمان، صبر و سرگرم شدن با کار و زندگی روزمره گشایش در کارها و راحتی به دنبال دارد.

دادن ارزش و معنویت به زندگی، تقویت اعتقاد و ایمان، افزایش عبادات و جلسات مذهبی، عمل به دستورات دینی و اخلاقی، پناه بردن به خداوند، معاد، توکل، توسل، دعا و ذکر، همگی بهره‌وری از زندگی را افزایش، فشارهای زندگی را کاهش و آرامش بیشتری به انسان می دهد. فعالیت و گرایش بیماران را در این جهت تقویت کنید.

عشق ورزیدن، محبت کردن و دوست داشتن - با همه کس و همه چیز - یعنی دوست داشتن خانواده، همسایگان، کودکان و دوست داشتن گل و گیاه، کار و محیط زندگی، می تواند فشارها و نگرانی ها را دور کرده، آرامشی مداوم به فرد دهد.

نفرت، عصبانیت، پرخاشگری، جروبخت، زورگویی، ایرادگیری، ایرادناپذیری، زودرنجی و کش دادن حرف ها، همگی باعث تشدید بیماری عصبی و روانی میشود. این موارد را شناسایی و در رفع آنها بکوشید. به خاطر داشته باشید که همه افراد با ظاهری عاقلانه، همراه خود شخصیتی کودکانه و بزرگانه (زورگو) نیز دارند، گاه کودکانه برخورد می کنند - مثلاً قهر می کنند، بهانه می آورند، آه و ناله سر می دهند - و گاه بزرگانه - مثلاً دستور می دهند، بکن نکن می کنند، باید نباید راه می اندازند - سعی کنید با برخوردی عاقلانه و آرام با این شخصیت دیگران درگیر نشوید.

آموزش بهداشت روان در اختلالات شدید روانی و صرع رانیز بکار گیرید.

برای اختلالات خفیف روانی بویژه برای اضطراب، افسردگی، وسواس و حالات عصبی ناشی از موج انفجار، داروهای خوبی وجود دارد. اگر پزشکان چنین داروهایی تجویز نمودند کلیه توصیه های دارویی تجویزی را رعایت کنید.

اوگزازپام، دیازپام، کلردیازپوکساید، پرفنازین²، ایمی پرامین و آمی تریپتیلین از داروهای اختلالات خفیف روانی می باشند.

اختلالات رفتاری دوران کودکی

علت عمده اختلالات رفتاری کودکان، اضطراب است که در اثر بکارگیری روشهای تربیتی نادرست و اختلافات بین پدر و مادر به وجود می آید.

بهترین روش برای درمان آنان تشویق و محبت نسبت به کودک و برطرف کردن مشکلات در خانواده است. تشخیص به موقع و سریع اختلالات رفتاری کودکان نه تنها به درمان آنها کمک می کند، بلکه توانایی کودک را در آموزش و یادگیری بیشتر می کند.

اختلالات رفتاری کودکان نیاز به بیماریابی فعال ندارد و در صورتی که به خانه بهداشت مراجعه کردند باید به خانواده آموزش بهداشت روان داد و اگر در وضعیت بیمار تغییری حاصل نشد او را ارجاع غیرفوری دهید و طبق نظر پزشک پیگیری نمایید.

شایع ترین اختلالات رفتاری در دوران کودکی عبارتند از:

- بی اختیاری ادرار
- لکنت زبان
- ناخن جویدن و شست مکیدن

بی اختیاری ادرار:

بی اختیاری ادرار به دفع غیرارادی و تکراری ادرار در روز و یا شب و در مکان نامناسب می گویند که بعد از 5 سالگی ادامه یابد. بی اختیاری ادرار اگر به علت عفونت و بیماری مجاری ادراری و بیماری قند نباشد، ناشی از مشکلات عصبی و روانی، کشمکشهای خانوادگی، ترس، اضطراب و تنبیه می باشد.

آموزش بهداشت روان

در برخورد با این موارد برای خانواده ها توضیح دهید که بی اختیاری ادرار یک نوع بیماری است و کودک کنترلی بر آن ندارد. به آنها اطمینان دهید با رعایت توصیه های زیر، این مشکل بتدریج حل می شود:

- از تنبیه و تحقیر کردن کودک خودداری کنند.
 - تشویق و جایزه دادن برای هریک شبی که کودک ادرار نمی کند مفید است.
 - جای کودک گرم باشد و از دادن مایعات در شب جلوگیری شود .
 - باید از کودک بخواهند که قبل از خواب ادرار بکند.
 - یکساعت پس از خوابیدن کودک یا در اواسط شب او را برای ادرار بیدار کنند.
- لکنت زبان:** اشکال در حرف زدن بصورت مکث در بین صحبت و تکرار کلمات را لکنت زبان می گویند.

لکنت زبان در سنین کودکی شایع تر است.

آموزش بهداشت روان: در برخورد با این مشکل به خانواده کودک توصیه کنید:

- از کودک بخواهند به آرامی صحبت نماید.
- با کودک با حوصله و محبت رفتار کنند.
- از تحقیر، تمسخر و تنبیه بدنی کودک در خانه و مدرسه خودداری کنند.
- عواملی که اضطراب و ترس را در کودک به وجود می آورد رفع کنند.
- کودک را تشویق کنند و او را مطمئن سازند که مشکلی حل خواهد شد.
- در مواقعی که کودک دچار حالات عصبانیت و هیجان است کمتر با او صحبت کنند و سعی در آرام کردن او داشته باشند.

ناخن جویدن و شست مکیدن: ناخن جویدن و شست مکیدن رفتارهای غیرطبیعی می باشند که کم کم بصورت عادت درمی آیند و باعث صدمه به انگشتان و یا عفونت در آن می شود. اضطراب معمولاً این رفتارها را تشدید می کند.

آموزش بهداشت روان: در برخورد با این مسأله موارد زیر را به خانواده ها توصیه کنید:

- از تنبیه و تحقیر کودک خودداری کنند.
- به کودک محبت کنند.
- کودک را به خاطر بلندشدن ناخنها تشویق کنند.

- در اوقات فراغت، کودک را به کارهای دستی و نقاشی مشغول کنند.
- ناخن و انگشت کودک را تمیز کنند تا از بروز بیماریهای انگلی و عفونی در او جلوگیری شود.
- کودکی که عادت به مکیدن انگشت خود دارد لازم است موقع خواب عروسک و یا اسباب بازی مورد علاقه اش را در آغوش گیرد.

سایر مشکلات بهداشت روان: سایر مشکلات بهداشت روان بسیار است. کافی است بهورزان با نام یا نوع آن آشنا

باشند تا بتوانند شناسایی کرده و به پزشک ارجاع دهند.

- پرتحرکی، شیطنت، لجبازی و خرابکاری در تعدادی از کودکان دیده می شود که عوامل عصبی مانند اضطراب، تنبیه و درگیریهای خانوادگی موجب بروز یا شدت آن می شود. درمان دارویی و آموزش خانواده در بهبود این کودکان مؤثر است. (برای اطلاع بیشتر به بخش روشهای فرزندپروری رجوع شود)

- مصرف سیگار، حشیش، الکل، تریاک، هروئین و سایر مواد، همگی ناشی از فشارها و مشکلات روانی و شخصیتی است. مصرف این مواد هیچ کدام از مشکلات روانی و جسمی را حل نمی کند و موجب پیچیدگی مشکل و اختلالات و خطرات جدیدی هم می شود. این موارد را شناسایی کرده، رابطه صمیمی با آنها برقرار نموده، با دادن سایر آموزشهای بهداشت روانی موافقت آنها را همراه با رازداری کامل برای ارجاع به پزشک جلب نمایید. به خاطر داشته باشید که ادامه مصرف مواد ممکن است فرد را به نوع تزریقی (هروئین) بکشاند، و خطرناک ترین عارضه تزریق مشترک (چند نفر با یک سرنگ) و تزریق با وسایل غیراستریل ابتلا به هپاتیت و ایدز است. همچنین به مصرف کنندگان دیازپام، کودئین، دی فنوکسیلات و مرفین هشدار دهید که این داروها اعتیادآور است. (برای اطلاع بیشتر به بخش پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد رجوع شود)

- اقدام به خودکشی، دگرکشی یا آسیب زدن به دیگران، همسرآزاری و کودک آزاری همگی نشانه های وجود آسیب ها و فشارهای روانی است، این موارد را به پزشک اطلاع دهید. بسیاری از این موارد ناشی از بیماری روانی یکی و یا هر دو است. در اقدام به خودکشی فرد از افسردگی رنج می برد، و در دگرکشی و آسیب یا آزار دیگران اضطراب و بیماری روانی شدید وجود دارد. درمان بیماری و رعایت توصیه های بهداشت روانی در این موارد کمک بسیاری می کند. (برای اطلاع بیشتر به بخش پیشگیری از خودکشی رجوع شود)

- سکت قلبی، افزایش فشارخون، آسم، ورم معده و روده (کولیت عصبی)، کهیر، دردهای مزمن و پراکنده مفاصل و اندام ها و بیماری های بسیار دیگری هستند که ریشه عصبی و روانی هم دارند، پس از اینکه پزشک تأیید کرد که ریشه بیماری این افراد عصبی است، کلیه توصیه های بهداشت روانی را در مورد آنها بکار بسته، توصیه نمایید اگر پزشک اجازه می دهد به جای افزایش مصرف دارو از این توصیه ها استفاده نمایند.

راهنمای پیگیری در بیماریهای روانی و عصبی:

در پیگیری بیماران روانی و عصبی به نکات زیر توجه نمایید:

1. به هنگام پیگیری تأکید بر مصرف مرتب دارو بسیار مهم است.
2. به حال بیمار توجه شود، اگر بهتر شده است به او بگویید که بهبودی به علت مصرف دارو بوده و او را تشویق کنید درمان را ادامه و دوباره مراجعه نماید. اگر حالش فرقی نکرده است یادآوری کنید که بهبودی او نیاز به ادامه مصرف دارو و شاید افزایش مقدار آن توسط پزشک دارد.
3. در صورتیکه مشغول به کار نشده او را به کار تشویق نمایید.
4. به عوارض دارویی توجه نمایید و ضمن آموزش در این مورد، در صورتیکه عوارض شدید داشته باشد وی را به پزشک ارجاع فوری دهید.
5. در صورت عدم مراجعه بیماران شدید روانی و صرعی بصورت حداقل ماهی یکبار، ضمن پیگیری آنها را به پزشک ارجاع غیرفوری دهید.
6. مطالبی را که در آموزش بهداشت روان یادگرفته اید به آنان آموزش دهید.

راهنمای بیماریابی فعال: به منظور انجام و سهولت در امر بیماریابی لازم است در اولین بازدید منزل برای سرشماری، 8

پرسش زیر را از کلیه خانوارهای تحت پوشش بپرسید. در صورتی که پاسخ هر یک از پرسشهای زیر در مورد فرد یا افرادی از خانواده مثبت باشد، در فرم بازدید سالیانه خانوار، در مقابل نام و نام خانوادگی آن فرد یا افراد در ستون مربوط به معلولیت روانی علامت بنزید و پس از پایان آمارگیری و بازدید از کلیه خانوار ها در روستاهای تحت پوشش، اسامی این افراد را استخراج و آنها را به منظور ارجاع به پزشک به خانه بهداشت دعوت نمایید.

قبل از پرسش لازم است به پاسخگو آموزش دهید. همان طور که جسم مان بیمار می شود، روان ما هم ممکن است بیمار شود که به آن بیماری روانی یا عصبی می گوئیم. برخی از این بیماریها شدید و بعضی خفیف و موقتی هستند. اگر این بیماران زود شناسایی شوند و تحت مراقبت و درمان قرار گیرند بیماری آنها برطرف و یا کنترل می شود. این بیماریها علایم و نشانه هایی دارند که دانستن آنها به شناسایی به موقع کمک می کند، مانند علایمی که می گوئیم.

سپس با گفتن اینکه، مطمئن باشید در صورت وجود ناراحتی یا بیماریهای روانی - عصبی در خانواده، این مطلب به عنوان راز بین خودتان و پزشک مرکز بهداشتی درمانی خواهد بود، اعتماد خانواده را جلب نمایید و پرسش ها را شروع کنید.

پرسش های بیماریابی:

1. آیا فردی در خانواده وجود دارد که هرچند وقت یکبار دچار حمله یا غش می شود ؟ (مثلا دست و پا می زند، زبانش را گاز می گیرد، از دهانش کف خارج می شود و بی هوش می افتد)
 2. آیا کودکی در خانواده وجود دارد که مراحل رشد او با تأخیر و کندی صورت گرفته است؟ (نمودار رشد کودک را توضیح دهید)
 3. آیا دانش آموزی در خانواده وجود دارد که از نظر درسی بسیار ضعیف است؟
 4. آیا فردی در خانواده وجود دارد که خیلی آرام، در خود فرو رفته و گوشه گیر است، با دیگران رفت و آمد نمی کند یا حرف نمی زند؟
 5. آیا فردی در خانواده وجود دارد که چیزهایی می شنود یا می بیند که دیگران آن را نمی شنوند یا نمی بینند؟
 6. آیا فردی در خانواده وجود دارد که بدون دلیل به دیگران بدبین است و می گوید آنها می خواهند بلایی بر سر او بیاورند یا فکر می کند همسرش به او خیانت می کند؟
 7. آیا فردی در خانواده وجود دارد که خیلی غمگین و بی حوصله است، تنهایی را دوست دارد، خواب و اشتها ندارد، از زندگی ناامید است، به فکر خودکشی است، به کار یا تحصیل خود نمی رسد؟
 8. آیا فردی در خانواده وجود دارد که بی دلیل خوشحال است، پرحرف است، اصلا نمی خوابد، مدام شعر و آواز می خواند، خیلی زود عصبانی، گریان یا خندان می شود. کارهای زیاد و بی هدف انجام می دهد؟
- پس از بیماریابی باید کلیه بیماران روانی شدید و صرعی حداقل ماهی یکبار به پزشک ارجاع شوند و یا تحت مراقبت قرار گیرند.

منابع:

- بهداشت روان برای بهورزان - واحد پیشگیری و مراقبت بیماریها ، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی فارس
- بهداشت روان برای بهورزان - دکتر جعفر بوالهروی - دانشگاه علوم پزشکی ایران ، انستیتو روانپزشکی تهران، 1381

تمرین نظری:

- 1- سه نوع پیشگیری از بیماریهای عصبی و روانی را توضیح دهید.
- 2- انواع صرع را نام برده و توضیح دهید.
- 3- اختلالات شدید و خفیف روانی و علایم هر یک را شرح دهید.
- 4- شایعترین اختلالات رفتاری دوران کودکی را نام برده و توضیح دهید.
- 5- نحوه پیگیری و مراقبت از بیماریهای روانی عصبی را توضیح دهید.

تمرین عملی:

- 1- در حضور مربی و همکلاسان خود ، برگزاری یک کلاس آموزشی برای بیماران روانی عصبی را تمرین کنید.

بخش دوم

حمایتهای روانی-اجتماعی در بلایا و

حوادث غیرمترقبه

اهداف: پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

- 1- سوانح را تعریف و انواع آن را بیان کنید.
- 2- حمایت های روانی در سوانح و بلایا را تعریف کنید.
- 3- واکنش های روانی آسیب دیدگان در سوانح و بلایا را بشناسید .
- 4- گروههای آسیب پذیر را شناسایی و آنها را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.
- 6- وظایف اصلی خود در برخورد با آسیب دیدگان بلایا را به طور صحیح انجام دهید .

تعریف مفاهیم:

سانحه یا بلا:

یک پدیده محیطی شدید و ناگهانی با ابعاد وسیع است که در جریان آن منطقه آسیب دیده، نیازمند کمکهای خارج منطقه ای بوده و در نتیجه آن عملکرد فرد و جامعه مختل می گردد.

بلاهای طبیعی:

سوانحی هستند که در نتیجه عمل نیروهای طبیعی بوجود آمده و انسان در ایجاد آن نقشی ندارد، مانند زلزله، سیل، سونامی (امواج سهمگین دریا که بدنبال زلزله به ساحل هجوم می آورند)، آتشفشان، طوفان و گردباد، سقوط بهمن، خشکسالی و گرما زدگی، آتش سوزی جنگل ها و...

بلاهای انسان ساخته:

سوانحی هستند که منشا وقوع آنها بطور مستقیم یا غیر مستقیم در کنترل انسان است مانند جنگ، آتش سوزی، حوادث جاده ای، نشست مواد رادیو اکتیو و...

آسیب دیده:

شخصی است که در اثر حادثه از ادامه زندگی سالم خود از نظر جسمانی و از نظر روانی، خانوادگی و اجتماعی محروم گردیده است.

حمایت روانی در بلاها:

فرایندی است که در راستای تامین سلامت روانی آسیب دیدگان سوانح انجام می گیرد تا به آنها کمک کند به طور موثر خود را با فشارهای روانی ناشی از سوانح سازگار نمایند، کارهای روزانه خود را به خوبی انجام دهند و با افراد خانواده و محیط خود ارتباط مناسب برقرار کنند.

تیم حمایت روانی - اجتماعی: مقصود تیمی است که پس از وقوع هر سانحه ای خدمات حمایت روانی - اجتماعی را در منطقه به افراد آسیب دیده ارائه می دهند. این تیم در روزهای اولیه شامل روان پزشک، روان شناس، مدد کار اجتماعی، روحانی و مسئولین منطقه ای امداد رسانی هستند و سپس روان پزشک، روان شناس و مدد کار اجتماعی امور تخصصی حمایت روانی را ادامه می دهند.

واکنش های روانی افراد در بلایا

پس از هر سانحه یا بلا، احساسات و یا رفتارهایی در بین افراد بازمانده ای که آسیب دیده و یا شاهد صحنه های دردناک بوده اند جریان پیدا می کند. این افراد ممکن است عزیزان مورد علاقه خود را از دست داده باشند، منازلشان تخریب شده باشد، شاهد صحنه های دردناکی مثل دیدن جنازه عزیزانشان، دیدن زجر و درد آسیب دیدگان و مجروحین و شنیدن فریادهای درخواست کمک از سوی دیگران بوده باشند. در شرایط سرما، گرما، تشنگی و گرسنگی طاقت فرسا قرار گرفته باشند، ممکن است ندانند چه بر سر سایر افراد خانواده یا بستگان و دوستانشان آمده است؛ در مورد تنها شدن، امنیت، سلامت خود و اشخاص مورد علاقه خود نگرانی داشته باشند و خوابشان آشفته باشد. دائماً صحنه های دردناکی که دیده اند در بیداری یا در خواب بصورت کابوس به سراغشان آید. وجود این واکنش ها در هفته های اولیه وقوع بلایا امری طبیعی است و به معنی وجود بیماری روانی در آنها نیست. این علائم واکنشی طبیعی به یک حادثه کاملاً غیر معمول است و در بسیاری از موارد در طول زمان تخفیف می یابد و از بین می رود. سعی ما بر این است تا رنج افرادی که دچار آسیب شده اند کمتر شود و سریع تر به زندگی عادی خود برگردند و این دوران را به سلامت طی کنند.

انواع واکنش های روانی :

افراد در رویارویی با بلایا و حوادث، واکنش هایی را از خود بروز می دهند که آگاهی از این واکنش ها می توانند ما را در ارائه خدمات مناسب به آنها یاری دهد. این واکنش ها را می توان به پنج مرحله تقسیم کرد :

1- مرحله تماس یا ضربه: این مرحله در چند دقیقه پس از حادثه بروز می کند و غالباً گذرا و کوتاه مدت است. در این مرحله افراد اکثراً دچار ترس و وحشت شدیدی می شوند. ممکن است بهت زده شده و گیج و درمانده به نظر برسند و قدرت انجام هیچ کاری را نداشته باشند گوئی میخکوب شده اند.

2- **مرحله واکنش یا قهرمان گرائی:** در ساعات اولیه وقوع حادثه بروز می کند . در این مرحله افراد احساس می کنند باید کاری انجام دهند و بطور داوطلبانه در امداد رسانی شرکت می کنند . بعنوان مثال شروع به بیرون آوردن اجساد عزیزانشان از زیر آوار می کنند و تا رسیدن نیروهای کمکی بسیاری از کارها را خودشان انجام می دهند . افراد ممکن است عصبانی و تحریک پذیر شده و کنترل خود را از دست بدهند. مشارکت فعال شما در امر سازماندهی افراد تارسیدن نیروهای کمکی و مسئولین می تواند در امر نجات آسیب دیدگان نقش بسزایی داشته باشد.

3- **مرحله امیدواری و فراموشی غم:** یک هفته تا چند ماه پس از حادثه بروز می کند . همزمان با رسیدن نیروهای کمکی افراد امیدوار شده و به یک حالت آرامش نسبی دست پیدا می کنند . فعالیت های روز مره زندگی را سر می گیرند و بسیاری به کار قبلی خود مشغول می شوند.

4- **مرحله مواجهه با واقعیت:** این مرحله 2 الی 3 ماه پس از وقوع حادثه بروز می کند . افراد تازه متوجه وسعت خسارات و فقدان هایشان می شوند . روحیه خود را از دست می دهند ، نا آرام ، خسته و درمانده می شوند . ممکن است به این نتیجه برسند که کمکهای رسیده برای آنها کفایت نمی کند و شروع به مقایسه دریافتی های خود با دیگران می کنند . افسرده ، مضطرب و حساس هستند و احساس تنهایی شدیدی می کنند.

5- **مرحله تجدید سازمان:** این مرحله 6 ماه تا یک سال پس از وقوع حادثه بروز میکند . افراد شروع به باز سازی روانی خود و باز سازی زندگی خود می کنند و بتدریج درک می کنند که باید متکی به خود باشند . عدم رسیدن کامل به این مرحله منجر به باقی ماندن علائم و واکنش های روانی افسردگی و اضطراب می شود.

واکنش های روانی گروههای آسیب پذیر

بلايا بر افراد اثر یکسانی ندارند و برخی نسبت به دیگران آسیب پذیری بیشتری دارند. کودکان ، زنان ، سالمندان و معلولین و کسانی که تنها زندگی می کنند یا منابع حمایتی و مالی کمتری دارند ، افراد بی سواد و کسانی که دسترسی به اطلاعات ندارند، احتمال دارد در هنگام وقوع بلايا دچار مشکلات بیشتری شوند . در زیر برخی واکنشهای شایع در گروههای آسیب پذیر ارایه گردیده است .

1) **کودکان:** خیلی ها فکر می کنند که کودکان چیزی نمی فهمند و حتی اگر دچار ضربه شدیدی هم شوند زود

پیدا

بهبودی

می کنند. یا اینکه کودکان زود همه چیز را فراموش می کنند. این طرز فکر باعث می شود که توجه کمتری به کودکان شود. از طرفی والدین که خود نیز در فشار هستند ممکن است واکنش‌هایی چون گوشه‌گیری، پرخاشگری، افت تحصیلی یا امتناع از رفتن به مدرسه در فرزند خود را رفتاری عمدی یا دال بر لج بازی تلقی کنند. پس باید با علائمی که کودکان پس از وقوع بلایا از خود نشان می‌دهند بیشتر آشنا شویم. کودکان ممکن است در سنین مختلف واکنش‌ها و علائم متفاوتی را نشان دهند.

الف- کودکان پیش دبستانی (5-1 سال):

- ترس از جدائی و چسبیدن بیش از حد به والدین

- ترس از بیگانه‌ها و بی اعتمادی به دیگران

- ترس از تاریکی و ترس از اشیای خیالی

- مشکل در به خواب رفتن و خودداری از تنها خوابیدن

- دیدن رویاهای ترسناک

- برگشت به رفتارهای مراحل اولیه رشد مثل شب ادراری، انگشت مکیدن و لکنت زبان

- فعالیت بیش از حد و پرخاشگری

- اختلال در صحبت کردن، سکوت یا لکنت زبان

ب- کودکان دبستانی (11-6 سال):

- احساس غمگینی

- مشکلات خواب (بی خوابی، پر خوابی یا رویاهای ترسناک - کابوس)

- اضطراب، نگرانی و ترس از تکرار شدن اتفاقی که منجر به از دست دادن نزدیکانش شود.

- مشکلات تحصیلی

- برگشت به رفتارهای مراحل اولیه رشد مثل شب ادراری ، انگشت مکیدن و لکنت زبان

- شکایت های بدنی مثل درد شکم ، سردرد ، سرگیجه

ج- نوجوانی (12-18 سال):

- علائم بدنی مثل دردهای شکمی ، سردرد ، ناراحتی های پوستی ، دردهای مبهم

- مشکلات خواب و کابوس

- نزاع با دیگران و تحریک پذیری

- افت تحصیلی

- طغیان و سرکشی در خانه و مدرسه

- افسردگی یا غمگینی

- از دست دادن علاقه به تفریح یا فعالیتهای گروهی با دوستان

- رفتارهای ضد اجتماعی ، مصرف مواد و بی بند و باری

(2) زنان: در کشورهای درحال توسعه مرگ و میر زنان در اثر بلایا از مردان بیشتر است و علائم و واکنش های روانی

بیشتری بعد از وقوع بلایا دارند . زنان معمولاً نقش اصلی مراقبت از فرزندان را بر عهده دارند و کمتر احتمال دارد به خاطر

فرزندان خود هنگام بروز بلایا ، محل حادثه را ترک کنند. از طرفی به دلیل نقش های سنتی ممکن است محدود به خانه بوده و

امنیت شان بیشتر مورد تهدید قرار گیرد. در صورتی که سرپرست یا پدر خانواده از دست رفته باشد ممکن است در مورد کمک

هایی که توزیع می شود مورد تبعیض واقع شوند و با کمبود مواد غذایی روبرو شوند و همچنین ممکن است دچار فقر و

تهیدستی شوند .

با وجود این، پس از بلایا فرصتهائی وجود دارد که زنان بتوانند شبکه های اجتماعی تشکیل داده ، در انجمن های مردمی نقش رهبری و یا عضوی فعال را بعهده بگیرند و از حمایت های بیشتری برخوردار شوند .

3) **سالمندان**: در صورت بروز بلایا ، سالمندان در معرض خطر بیشتری قرار دارند. معمولاً دچار افسردگی شده و گوشه-گیر و منزوی می شوند . فراموش کاری یا حواس پرتی در آنها ممکن است علامتی از افسردگی باشد که گاهی به حساب پیری آنها گذاشته شده مورد غفلت قرار می گیرند و در نتیجه دچار احساس ناامیدی ، پوچی و بی کسی می شوند .

علائم اختلالات روانی در آسیب دیدگان :

علایم و واکنش های روانی افراد در بلایا ممکن است حتی پس از گذشت یک ماه در آنها ادامه یابد. در صورتی که این علایم شدید و یا مداوم باشند و باعث رنج فراوان یا مانع کارائی فرد شوند نیاز به مداخله تخصصی حمایت روانی - اجتماعی وجود دارد . در ادامه به برخی از این علایم شایع اشاره گردیده است .

1- **اضطراب**: حالت اضطراب پس از وقوع بلایا بسیار شایع است. احساس نگرانی، دلهره و دلشوره، انتظار وقوع حوادث بد در آینده همراه با علایم جسمانی مانند طپش قلب ، تنگی نفس ، لرزش ، تعریق ، احساس کوفتگی و فشار عضلانی ، کاهش تمرکز حواس و بی خوابی از علایم اضطراب است .

2- **افسردگی**: احساس غمگینی و بی علائقی به زندگی ، ناامیدی ، لذت نبردن از زندگی ، فکر زیاد راجع به مردن خود و دیگران ، آرزوی مرگ و در موارد شدید افکار و یا حتی اقدام به خودکشی ، بی اشتهائی ، کندی در فکر و حرکت ، و یا بر عکس بیقراری حرکتی و بی خوابی از علایم افسردگی است .

3- تحریک پذیری و عصبانیت زیاد

4- **تجربه مجدد حادثه**: به این صورت که انگار دوباره همان فاجعه تکرار می شود . این علامت می تواند در خواب یا بیداری اتفاق بیافتد و در برخی موارد شخص به شکلی عمل می کند که انگار در همان موقعیت قرار دارد .

5- **علایم جسمانی مبهم بدون وجود بیماری جسمانی**: شکایت متعدد جسمی در افراد بازمانده از یک حادثه غیر مترقبه امری طبیعی است. ولی گاهی این افراد بر علایم جسمی خود بیش از حد پافشاری می کنند، به پزشکان متعدد مراجعه

می کنند و آزمایشات و بررسی های زیادی که بر روی آنها انجام شده علت جسمانی برای مشکل آنان نشان نمی دهد . حتی اگر علت جسمی برای مشکل آنان وجود داشته باشد و درمان هم شوند شکایت آنان به قوت خود باقی می ماند.

6- **علائم اختلالات روانی شدید:** قرار گرفتن در شرایط بحرانی همچون بلایا می تواند در افرادی که زمینه مساعد ابتلا به اختلالات شدید روانی را داشته باشند منجر به بروز علائم زیر گردد:

توهم: درک محرکی که وجود خارجی ندارد مانند دیدن اشخاص و یا شنیدن صداهائی که وجود ندارند.

هذیان: فکرهای غلطی که با طرز فکر و فرهنگ اطرافیان متفاوت بوده و با استدلال نیز اصلاح نشود. به عنوان مثال داشتن افکار بدبینی (اینکه افرادی قصد کشتن فرد را دارند)، افکار بزرگ منشی (اینکه فرد شخصیت مهمی است و ادعای امامت کند) و یا تصور اینکه همسرش به او خیانت می کند .

وظایف بهورزان در بلایا:

بهورزان می بایست :

1- در کارگاههای آموزشی حمایتهای روانی – اجتماعی در بلایا شرکت نمایند تا با وظایف جدیدی که هنگام بلایا در دستور کار قرار می گیرد ، آشنا شوند.

2- در اسرع وقت برنامه بهداشت روانی قبل از بلایا را فعال کنند و بیماران روانی را که تحت نظر بوده اند پی گیری نموده و دستورات درمانی قبلی آنها را ادامه دهند.

3- سعی نمایند پرونده های بیماران و فرم های موجود را پیدا و بازسازی کنند.

4- افراد آسیب دیده ای را که نیاز به مداخلات تخصصی روانی – اجتماعی دارند به تیم حمایتی مستقر در منطقه ارجاع دهند.

چه کسانی را باید ارجاع فوری داد ؟

در صورت وجود موارد زیر در افراد آسیب دیده لازم است این افراد را جهت دریافت خدمات حمایت روانی اجتماعی به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع فوری دهید :

1- کسانی که قصد آسیب رساندن به خود را دارند (خودکشی) و یا آنکه رفتار **خطرناک** نسبت به دیگران دارند

2- کسانی که شدت مشکلات عصبی روانی آنها بحدی است که اظهار می کنند نمی توانند رنج آن را تحمل کنند و یا در انجام امور روزمره خود ناتوانند.

3- کسانی که دچار علایم بیماری روانی شدید شده‌اند .

4- کسانی که تجربه مجدد حادثه در آنها پس از یک ماه هنوز ادامه دارد.

5- کودکانی که دچار پسرفت شده‌اند، مثلاً قبلاً حرف می‌زدند ولی حالا نمی توانند حرف بزنند.

آموزش والدین در مورد کودکان آسیب دیده :

همانطوریکه ذکر شد کودکان نیز مانند بزرگسالان تحت تاثیر بلایا و عوارض و پیامدهای ناشی از آن قرار می‌گیرند ولی آنها مهارت کافی برای برقراری ارتباط بصورت کلامی نداشته و کمتر در مورد ترس‌ها ، سوء برداشتها و سایر احساسات خود با دیگران صحبت می کنند. لذا مطالب زیر را با والدین در میان بگذارید و آموزشهای زیر را به آنها بدهید :

1- برای شناخت ترس کودکان بهتر است با آنها ارتباط برقرار کرد و به آنها اجازه داد در صورتی که خودشان مایل هستند در مورد حادثه و آنچه که پس از آن رخ داده حرف بزنند و هنگام پاسخ سراپا گوش بود . لیکن هیچگاه نباید در مورد بیان احساسات، کودک خود را تحت فشار قرار دهند. هیچوقت سعی نکنند به زور کودک را وادار به حرف زدن کنند.

2- به سوالات کودک باید صادقانه پاسخ داد. اگر والدین پاسخ سوالی را نمی‌دانند از جواب دادن طفره نروند. می توانند بگویند : من هم نمی‌دانم بگذار بپرسم .

3- کودکان نیاز به اطمینان بخشی و آرامش دارند با خونسردی آنان را در آغوش بگیرند ، در کنارشان باشند، به آنها بگویند دوستشان دارند و می دانند که چقدر ناراحت هستند.

4- در کار روزانه و خواب و تغذیه‌شان تا حد امکان هماهنگی ایجاد کنند و نظمی را که قبل از حادثه وجود داشت بتدریج به خانواده برگردانند. کودک باید بتواند به اندازه کافی استراحت کند و در صورتی که از تنهایی، خواب رفتن و یا تاریکی وحشت دارد تا هنگام خواب رفتن در کنار او باشند.

5- به نیازهای بهداشتی و تغذیه‌ای کودکان توجه کنند. سعی کنند دیدن برنامه‌های تلویزیونی که دارای صحنه‌های ترسناک و اخبار ناراحت کننده بوده و باعث افزایش اضطراب کودک می‌شود را محدود کنند.

6- رفتارهایی مثل شب‌ادراری کودکان را بپذیرند و بدون سخت‌گیری به کودک آرامش داده او را تنبیه و شرمزده نکنند.

7- کودکان در شرایط بحران و پس از وقوع حوادث ناگوار بیش از هر زمان دیگری نیاز به بازی و تفریح دارند. بازی باعث منحرف کردن توجه آنان از استرس می‌شود و به آنها آرامش می‌دهد. مانع بازی و سرگرمی آنها نشوند.

8- کودکان و نوجوانان را به فعالیت‌های نیکوکارانه، کمک به مردم در بازسازی شهر یا انجام امور منزل، کمک در امر کشاورزی و باغبانی تشویق کنند.

9- اگر مدرسه‌ها زودتر باز شوند بهتر است، به شرط آنکه درس و مشق کمتر و فعالیت‌های تفریحی و بازی بیشتر باشند. آموزگاران و والدین باید انتظارات خود از کودکان در انجام تکالیف مدرسه را کمتر کنند و به آنها سخت‌گیرند. افت تحصیلی در دانش‌آموزان شایع است و به این خاطر نباید آنها را تحت فشار قرار دهند.

10- در صورت ادامه مشکلات رفتاری در کودک، آنها را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.

حمایت‌های اولیه روانی - اجتماعی برای آسیب دیدگان بلایا

بهورزان باید پس از بروز بلایا در منطقه تحت پوشش برای کودک به مردمی که آسیب دیده‌اند اقدامات زیر را انجام دهند. انجام این اقدامات و رعایت اصولی که در ادامه می‌آید می‌تواند در ایجاد آرامش، حفظ سلامت روان و کاهش استرس در آسیب دیدگان کمک زیادی نماید.

1- با آسیب دیدگان ارتباط صحیح برقرار کنید :

نباید با آسیب دیدگان مثل شیء برخورد کرد. برای ارتباط با آنها وقت بگذارید. از طرف دیگر ارتباط نباید در حدی باشد که ایجاد وابستگی کند.

2- در انتقال مصدومین جسمانی به بیمارستان عجله نکنید: مگر اینکه فوریت پزشکی مطرح باشد و در این صورت پس از حل فوریت با آنها صحبت کنید. لازم است در برخورد با هر مصدوم جسمانی بفهمیم علاوه بر مصدومیت جسمانی چه چیزی او را آزار می دهد.

3- به افراد اطلاعات صحیح بدهید: هنگام وقوع حوادث اخبار ناگواری وجود دارد. مثلاً از شما می پرسند آیا پدر من زنده است؟ آیا از پسر من خبری داری؟ گاهی وسوسه می شوید به خاطر آنکه طرف مقابل ناراحت نشود به او دروغ بگوئید. اینکار درست نیست، زیرا علاوه بر اینکه غیر اخلاقی می باشد اعتماد مردم به شما را کاهش می دهد و نگرانی عمومی را بالا می برد. در مواردی که اطلاعی ندارید بگویید چیزی نمی دانم. اگر مرکزی وجود دارد که چنین اطلاعاتی دارد شخص را راهنمایی کنید. سعی کنید دقیقاً آنچه را می دانید منتقل کنید. وقتی خبر بدی دارید آنرا بتدریج و حتی الامکان در جمع مطرح کنید. قرار دادن شخص داغدار در جمع گروهی از افراد داغدار شبیه خودش تحمل درد را آسانتر می کند. روحانی نیز می تواند با حمایت معنوی و اجرای مراسم دینی، بخصوص در روزهای اول بعد از حادثه، رنج داغ دیدگی را در آنها کاهش دهد.

4- افراد را از دیدن جنازه عزیزانشان محروم نکنید: دیدن جنازه عزیزان می تواند موجب شود تا فرد داغدار واقعیت مرگ عزیزان خود را بهتر بپذیرد. اگر اطلاعاتی راجع به چگونگی فوت و علت مرگ آنها دارید می توانید آنرا با بازماندگان در میان بگذارید. فقط در مواردی که جنازه یا صحنه مرگ وحشتناک است، بخش آسیب دیده جنازه را محدود کنید و صحنه های مناسبتر به آنها نشان دهید.

5- مانع ابراز احساسات افراد نشوید: بگذارید افراد گریه و زاری و شیون کنند. به آنها نگوئید "گریه نکن" تخلیه احساسات، آنها را راحت تر خواهد کرد.

6- استراحت شبانه ضروری است: مردم را تشویق کنید سر و صدای شبانه را کم کنند و هر شب بموقع بخوابند.

7- برای آرامش بخشیدن به افراد از باورهای دینی آنها کمک بگیرید: ولی اگر بعلت عصبانیت واکنش نامناسبی از خود نشان دادند وارد بحث های فلسفی نشوید.

8- افراد را تشویق کنید که در مراسم تشییع جنازه و بخصوص نماز میت شرکت کنند: اگر نماز میت گروهی و وسیع برگزار شود اثر روانی مثبت تری خواهد داشت.

- 9- سعی نکنید افراد را به زور از محل سکونت خود دور کنید؛ ولی در صورتی که خطراتی در مورد ادامه اقامت وجود دارد بطور جدی گوشزد کنید و سعی کنید در موارد ضروری از طریق افراد محلی آنها را قانع کنید .
- 10- مانع تجمع داغدیدگان نشوید: عزاداری گروهی به آرامش روانی آنها کمک می کند از طرف دیگر در صورتی که افراد به دلایل شرعی و غیره مایل به سکونت زیر یک سقف نیستند به آنها حق بدهید و با آنها همکاری کنید.
- 11- آنها را به شرکت در فعالیتهای اجتماعی ، ورزشی و بازسازی تشویق کنید :بخصوص سعی کنید افراد منزوی را در کارهای اردوگاه یا محلی که در آنها بصورت موقت زندگی می کنند، شرکت دهید اما راهنمایی در این مورد نباید به صورتی باشد که افراد حس کنند به زور وادار به انجام کار شده‌اند. تا زمانی که مجبور نشده‌اید نباید بجای افراد تصمیم بگیرید .
- 12- آنها را تشویق کنید با هم محله ای‌های خود شبکه محلی درست کنند و امور محله خود را سر و سامان دهند.
- 13- در صورت وقوع درگیری ، جداسازی افراد و جلوگیری از دعوا و جر و بحث مفید است :در موارد ضروری از افراد با نفوذ محلی کمک بگیرید و به کمک آنها از طرفین دعوا بخواهید بجای دعوا، برنامه‌ریزی مشترک برای حل مشکل داشته باشند .
- 14- در صورتیکه متوجه شدید فردی به علت فشار روانی به مواد مخدر پناه آورده او را از این کار منع کرده و به تیم حمایت روانی اجتماعی معرفی کنید .
- 15- در صورتیکه علائم اختلالات روانی در افراد مشاهده کردید در حدی که امکان دارد باعث آسیب به خود یا دیگران شود یا تحمل رنج برایش دشوار شده باشد یا نتواند اعمال روزمره طبیعی را انجام دهد ، حتماً او را به تیم حمایت روانی اجتماعی معرفی کنید. ولی صراحتاً عنوان نکنید که او روانی شده است و غیره. مردم از اینکه بر چسب بیماری روانی روی آنها بخورد راضی نیستند. می توانید از اصطلاحات «عصابت تحت فشار است » و یا اینکه "ناراحتی عصبی پیدا کرده" استفاده کنید .توجه داشته باشید که در جریان بلایا دسترسی به دارو برای کسانی که به صرع یا بیماری شدید روانی مبتلا بوده‌اند سخت می شود. سعی کنید در اولین فرصت از طریق شبکه بهداشتی داروهای قبلی آنها را برایشان تهیه کنید یا او را به مرکز بهداشتی درمانی هدایت نمایید.

حمایت های اولیه روانی - اجتماعی برای کودکان آسیب دیده

1) کودکان را از والدین آنها جدا نکنید .

- اگر مادر کودک مجروح است سعی کنید کودکان زیر 4 سال را همراه او یا پدرش برای درمان اعزام کنید .

- اگر کودک مجروح است، الزاماً باید مادر یا پدر یا یکی از بستگان نزدیک او همراهش اعزام شود .

- بچه ها را به شخصی از بستگان نزدیک مانند خاله، عمه، مادر بزرگ یا پدر بزرگ بسپارید و سفارش کنید همواره با او باشد و او را در آغوش بگیرد و نوازش کند .

- اگر مادر فوت کرده حتماً پدر و سایر بستگان نزدیک باید بطور دائم همراه بچه باشد .

2) در صورتی که اشیاء یا لباسی از پدر یا مادری که فوت کرده باقی مانده است (مثلاً تسبیح یا روسری) آن را در اختیار فرزندش قرار دهید .

3) حتی الامکان از تغییر مکان مداوم کودک خودداری کنید .

4) به نیازهای تغذیه ای و بهداشتی کودکان در تمام سنین توجه کنید .

5) امکانات بازی و سرگرمی برای کودکان فراهم کنید :

بازی باعث انحراف توجه کودک از استرس می شود. بهتر است وسایل بازی را هر چه زودتر در اختیار کودکان بگذارید. می توانید پس از طی مراحل حاد حادثه ، یک مرکز بازی برای کودکان در منطقه تاسیس کنید. ولی شرکت کودکان در این مراکز باید با رضایت خاطر آنان توأم باشد و والدین یاسایر نزدیکانشان باید در همان نزدیکی ها باشند .

6) نقاشی کردن کودکان علاوه بر کمک به تخلیه هیجانی و تسکین روانی می تواند نشان دهنده مکنونات ذهنی آنان نیز باشد .

منابع:

- حمایت‌های روانی - اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه - دکتر محمدتقی یاسمی و همکاران ، زمستان 1383

تمرین نظری:

- 1- پنج مرحله واکنش‌های روانی افراد در رویارویی با بلایا را توضیح دهید.
- 2- گروه‌های آسیب پذیر در مواجهه با بلایا را نام برده و واکنش‌های روانی هر یک از گروه‌ها را شرح دهید.
- 3- حمایت‌های اولیه روانی - اجتماعی برای آسیب دیدگان بلایا را شرح دهید.
- 4- علایم اختلالات روانی در آسیب دیدگان را توضیح دهید.

تمرین عملی:

- 1- در حضور مربی و همکلاسان خود ، برگزاری کلاس آموزشی جهت والدین در مورد کودکان آسیب دیده را تمرین کنید.

بخش سوم

اصول و روشهای کارآمد

فرزند پروری

اهداف: پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید :

- ۱- با شیوه های مختلف رفتار با کودک در موقعیتهای مختلف آشنا باشید .
- ۲- شیوه های فرزند پروری را با ارائه مثالهای عملی و مناسب به والدین آموزش دهید.
- ۳- اهمیت استفاده از شیوه های علمی جهت تربیت فرزندان را بدانید.

زندگی در خانواده نقش اساسی در حفظ سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی کودکان و والدین دارد. خانواده اولین و مهمترین بافت اجتماعی را برای رشد انسان فراهم می‌سازد. در جریان رشد طبیعی هر کودک یک رشته تغییرات شناختی، عاطفی و اجتماعی را شاهد هستیم. تقریباً همه کودکان در طول رشد و در جریان سازگاری با این تغییرات دچار مشکلاتی می‌شوند و استرس و تعارضی را که به دنبال می‌آورد، می‌تواند به مشکلات رفتاری - عاطفی و یادگیری در آنها بیانجامد. اکثر مشکلات رفتاری کودکان منعکس کننده شرایط پیچیده بین فردی اعضای خانواده به ویژه والدین می‌باشد. به عبارت دیگر وجود مشکلات رفتاری کودک به منزله روابط معیوب اعضای خانواده با یکدیگر است و با روش‌های تربیتی نادرست والدین و تعاملات معیوب آنها با فرزندان ارتباط دارد. منظور از شیوه‌های فرزندپروری، روش‌هایی است که والدین برای تربیت فرزندان خود به کار می‌گیرند و بیانگر نگرش‌هایی است که آنها نسبت به فرزندان خود دارند و همچنین شامل معیارها و قوانینی است که برای فرزندان خویش وضع می‌کنند، ولی باید پذیرفت که رفتارهای فرزند پروری به واسطه فرهنگ، نژاد و گروه‌های اقتصادی تغییر می‌کند.

در برخورد با کودکانی که مشکلات رفتاری دارند، والدین دچار نوعی درماندگی و ناکامی می‌شوند که علت آن در درجه نخست رفتار کودک و ثانیاً نداشتن هیچگونه حمایتی در سازگاری با کودک می‌باشد.

آنچه اهمیت دارد راه‌حل‌هایی است که برای جنبه‌های منفی رفتار این کودکان وجود دارد و آنها را به صورت یک برنامه آموزشی برای والدین می‌توان ارائه نمود.

ما در برخورد با مشکلات رفتاری کودکان در این برنامه به سه موضوع می‌پردازیم:

1- کمک به والدین کودک در درک رفتار کودک و عوامل مختلفی که این رفتار را تحت تاثیر قرار می‌دهند.

2- آموزش مهارت‌های خاص به والدین برای مقابله با مشکلات رفتاری مشاهده شده در کودکان لجباز

3- کمک به والدین برای ایجاد فضای مثبت در خانواده به نحوی که این روشها موثر واقع شوند.

رفتارهای مقابله‌ای چگونه شکل می‌گیرند؟

در این کودکان حس قوی استقلال و عدم وابستگی وجود دارد که البته در بسیاری از موارد، تاثیرات مثبت به دنبال خواهد داشت. زیرا افرادی که مستقل هستند، قاطعیت و اعتماد به نفس بالایی نیز دارند، متاسفانه در مواردی که این احساس از شدت

بالایی برخوردار است، کودک را به سمت خودسری، سرکشی و جسارت می برد. پس نکته مهم آن است که در حالیکه جنبه های مثبت این رفتار را تقویت می کنیم، تاثیر جنبه های منفی آن را بر روی خود کودک و دیگران کاهش دهیم. در اینجا به تعدادی از خصوصیات این کودکان اشاره می کنیم :

- در برابر هر کاری مقاومت می کنند (تعویض پوشک ، حمام کردن ، لباس پوشیدن و...)

- اغلب با بزرگترها راجع به هر موضوعی بحث می کنند.

- پرخاشگر است و زیاد بهانه می گیرد.

- دایم برای پیشبرد کار خود گریه می کند.

- همیشه همه چیز را برای خودش می خواهد .

- توجه دائمی می خواهد و هیچ حد و حدودی را در این زمینه نمی شناسد .

- سرکش و خود سر و غیر قابل پیش بینی است .

- موقعیت والدین و بزرگسالان را تشخیص نمی دهد .

- انضباط را رعایت نمی کند.

بسیاری از این خصوصیات ریشه در سرشت دارد. البته سرشت کودک، باعواملی تعامل دارد که از مهمترین آنها عملکرد تربیتی والدین می باشد .

از آنجا که سرشت و روش تربیتی والدین بطور مداوم باهم تعامل دارند، می توان فهمید که کدامیک در رفتار کودک نقش مهمتری دارند. کودک بسیاری از رفتارهایش را در اثر تعامل با دیگران می آموزد که این یادگیری اجتماعی از سه طریق اتفاق می افتد:

1- **الگو برداری** : بچه ها از والدین الگو برداری می کنند.

2- **تقویت مثبت ومنفی**: که هر دو باعث افزایش وقوع رفتار می شوند.

تقویت مثبت : والدین بطور ناخواسته یک رفتار منفی کودک را تقویت می‌کنند. مثلاً کودک با گریه کردن در فروشگاه به خواسته خود مثل خرید یک خوراکی می‌رسد .

تقویت منفی: والدین بطور ناخواسته رفتار منفی کودک را تقویت می‌کنند، در واقع کودک با رفتار منفی خود از انجام یک کار شانه خالی می‌کند . یعنی پاداش نمی‌گیرد ولی به نوعی از انجام کاری که دوست ندارد امتناع می‌کند . مثل کودکی که از وی خواسته شده به حمام برود و او قشقرق راه می‌اندازد و در نهایت والدین از بردن او به حمام صرفنظر می‌کنند.

3- تنبیه : کودک بدان واسطه می‌آموزد که چه کارهایی را نباید انجام دهد .

بنابراین می‌توان یک برنامه آموزشی مهارت‌های خاص را برای والدین ارائه نمود. در واقع این امر، شامل استفاده عملی آنها در زندگی روزمره همراه با کودک می‌باشد. این مهارت‌ها به ترتیب عبارتند از :

1- توجه کردن

2- پاداش دادن

3- نادیده گرفتن

4- دستورات موثر به کودک خود دادن

5- استفاده درست از محروم سازی موقت

توجه کردن: منظور از توجه کردن (توجه نشان دادن) توصیف رفتارهای مناسب کودک و در بعضی مواقع تقلید یا تکرار کردن آنچه که کودک انجام می‌دهد می‌باشد . با این کار، پدر و مادر موافقت خود را با رفتار کودک نشان می‌دهند و کودک در می‌یابد که والدین به کارهای مثبت او علاقه نشان می‌دهند .

بسیاری از والدین کودکان لجباز در یک چرخه معیوب قرار می‌گیرند که در آن بطور فزاینده‌ای منفی‌گرا شده و کمتر از قبل بازخورد مثبت به کودکان خود می‌دهند. کودکان نیز متوجه می‌شوند که والدین آنها همیشه به رفتارهای نامناسب آنها توجه نشان می‌دهند و بندرت رفتارهای شایسته آنها مورد توجه قرار می‌گیرد. بنابراین به رفتارهای نامناسب ادامه می‌دهند.

توجه کردن بسیار شبیه به گزارش مجریان از مسابقات ورزشی می‌باشد که صحنه وقایع را توضیح می‌دهد (مثال: تو داری با مکعب های سفید و زرد یک خانه بزرگ درست می‌کنی). در جلسات اولیه تمرین، بسیاری از والدین احساس می‌کنند کار کودکان‌های انجام می‌دهند و این در واقع همان چیزی است که باید انجام شود .

پاداش: پاداش دادن به کودک بر این اساس است که مطمئن شوید کودک بفهمد که چه کاری مورد تأیید شما می‌باشد. پاداش دادن جایگزین توجه کردن نیست. بلکه توجه نشان دادن زمینه‌ساز پاداش دادن می‌باشد. اکثر والدین کودکان لجباز فقط رفتارهای منفی وی را می‌بینند. با تمرکز روی رفتارهای مثبت کودک حتی اگر تعداد آنها خیلی کم باشد می‌توان شروع به بهبود بخشیدن تعاملات و روابط با کودک نمود. در واقع والدین باید رفتار مثبت کودک خود را توصیف کنند ولی در بعضی موارد تمجید و پاداش نیز علاوه بر آن باید استفاده شود. بطور کلی پاداش‌ها به دو دسته اجتماعی و غیر اجتماعی تقسیم می‌شوند. پاداشهای اجتماعی خود شامل پاداش‌های کلامی، فیزیکی و فعالیتی می‌باشند:

پاداشهای کلامی: در کودکان خردسال پاداشهای کلامی مهمترین پاداشها می‌باشند. این پاداشها بصورت تشویق و تمجید یک رفتار کودک و توصیف دقیق عملی که کودک انجام داده و به خاطر آن تشویق شده می‌باشد. مثال: از اینکه اسباب بازیهایت را جمع کردی از تو متشکرم.

در مورد کودکان در سنین قبل از مدرسه این توضیحات بسیار اهمیت دارند. هر چه بیشتر اطلاعات و بازخورد به کودکان داده شود احتمال یادگیری رفتارهای مناسب در آنها بیشتر می‌شود.

نکته مهم دیگر در مورد موثر واقع شدن پاداشهای کلامی، چگونگی بیان آنهاست. اگر یک جمله تشویقی با یک صدای یکنواخت و بدون احساس گفته شود نمی‌تواند خیلی تقویت کننده بوده و تاثیر زیادی داشته باشد.

پاداشهای فیزیکی: نظیر با دست به پشت کودک زدن، بازو روی شانه کودک گذاشتن یا چشمک زدن می‌باشد. بغل کردن و بوسیدن را نیز می‌توان به عنوان پاداش فیزیکی در نظر گرفت. با وجود این بهتر است این نوع اظهار محبت و علاقه را به دفعات بیشتری با کودکان داشته باشیم و فقط به عنوان پاداش دادن از آنها استفاده نکنیم. بسیاری از والدین کودکان لجباز بدلیل رفتارهای منفی کودکان این گونه تماسهای فیزیکی با کودک خود را ندارند.

پاداشهای فعالیتی: بصورت انجام دادن فعالیتی با کودک است که وی واقعاً علاقه به انجام آن دارد و می‌تواند بسیار تقویت کننده باشد. این فعالیتها ممکن است شامل انجام یک بازی، خواندن یک داستان یا قدم زدن باشد. مع الوصف، این نوع فعالیتها نباید فقط به عنوان پاداش انجام گیرد، بلکه برای فعالیتهای لذت بخش با کودک باید زمانهایی در نظر گرفته شوند.

با این فعالیتها ارتباط والدین و کودک نیز بهتر می‌شود. پاداشهای فعالیتی باید بیشتر کودک – محور باشد در نتیجه هر چه بیشتر روی کودک تمرکز شود، رفتار والدین نیز شبیه کودکان می‌گردد، زیرا در این فعالیتها والدین به سطح کودکان خود نزدیک می‌شوند.

یک راه به خاطر آوردن نوع فعالیت تشویقی به خاطر آوردن کارهایی است که کودک از والدین خواسته که برای او انجام دهند. دومین راه درخواست ساده از کودک است که از چه فعالیتی لذت می‌برد. و آخرین راه این است که یک لیست از فعالیتها تهیه شده و به کودک اجازه انتخاب داده شود.

پاداشهای غیر اجتماعی: شامل اشیاء دلخواه مانند اسباب بازی می‌باشد. این نوع پاداشها از زمانیکه شروع به آموزش یک رفتار جدید می‌کنیم مفید هستند. با این وجود پاداشهای غیر اجتماعی نیز همیشه باید با تشویق و تمجید همراه باشند. آنچه که خیلی برای کودک مهم است توجه والدین می‌باشد.

شایعترین سوالی که در ذهن همه وجود دارد این است که آیا پاداش دادن به کودک در واقع همان رشوه دادن به وی نیست؟ در واقع رشوه دادن و پاداش دادن دو امر مجزا از هم هستند. به عنوان مثال ما همه در هر شغلی برای انجام کاری مشخص، حقوق یا پاداش دریافت می‌کنیم. ولی رشوه برای وادار کردن کسی به انجام کار غلط و نادرست استفاده می‌شود. در واقع باج-دهی از روی استیصال است. (معمولاً رشوه قبل از انجام کار مورد نظر داده می‌شود) سوال دیگری که در مورد پاداش دادن وجود دارد این است که آیا کودک وابسته به این پاداشها نمی‌شود و باعث جلوگیری از انگیزه خودکار در او نمی‌گردد؟ در حقیقت پاداش دادن باعث افزایش انگیزه خودکار می‌گردد. آموزش یک رفتار جدید همیشه در ابتدا از طریق پاداش صورت می‌گیرد. زمانی که رفتار آموخته شد، بتدریج پاداشهای خارجی کاهش داده شده و پاداش درونی خود کودک آن رفتار را حفظ می‌کند.

در پاداش دادن باید این 3 اصل رعایت شود:

1- بلافاصله بعد از رفتار مطلوب باید پاداش داده شود.

2- در ابتدا، هر زمان که رفتار مطلوب انجام شد، پاداش داده شود.

3- فقط به رفتارهایی که می‌خواهید افزایش یابد پاداش بدهید.

این نکته مهم است که برای افزایش رفتار مطلوب باید انتظارات بطور واضح برای کودک بیان شود و کودک به محض انجام رفتار مطلوب پاداش را دریافت نماید.

نادیده گرفتن: نادیده گرفتن برای کاهش رفتارهایی که می‌خواهید کمتر انجام شوند به کار می‌رود و در واقع توجه

نکردن به کودک است و سه جزء اصلی دارد :

1- هیچ تماس فیزیکی نباید برقرار شود .

2- هیچ تماس یا ارتباط کلامی نباید برقرار شود.

3- هیچ تماس چشمی با کودک برقرار نشود .

البته در مواردی که کودک کار خطرناک یا تخریبی انجام می‌دهد مجبور به واکنش هستید و نمی‌توانید رفتارهایی نظیر زدن ، دویدن در خیابان و انجام ندادن دستورات را نادیده بگیرید. "رفتاری که حقوق دیگران را ضایع کند را نمی‌توان نادیده گرفت" . رفتارهایی را که می‌توان نادیده گرفت عبارتند از :

- جلب توجه به شکل نامناسب

- پافشاری بر انجام کاری که والدین موافق نیستند.

- گریه کردن برای جلب توجه

- قشقرق راه انداختن

- جیغ زدن

- بحث کردن

- تحریک پذیری

بطور خلاصه اصولی که در بکار گیری این مهارت باید به خاطر داشت عبارتند از :

- رفتاری انتخاب شود که می توان نادیده گرفت .

- زمانیکه این رفتار رخ می دهد، نسبت به آن بی توجهی کامل صورت گیرد .

- لازم است پس از شروع به کارگیری این تکنیک آن را به طور مداوم استفاده نمود.

- در ابتدا انتظار می رود که آن رفتار بیشتر از قبل اتفاق بیفتد.

- به رفتار مناسب توجه نشان داده و پاداش داده شود .

دستور دادن: اغلب مشاهده می شود که والدین دستوراتی به کودکان خود می دهند که آنها به راحتی نمی توانند آنها را انجام

دهند. دستوراتی که موثر واقع نمی شوند دارای یکی از این خصوصیات هستند :

دستورات زنجیره ای: کودکان هنوز آنقدر توانایی های شناختی ندارند که همه اطلاعات را با هم پردازش کرده و تمام بخشهای

آن را به خاطر آورند. در دستورات زنجیره ای چندین دستور در یک زمان به کودک داده می شود. یک راه موثر آن است که این

دستورات را به بخشهای کوچکتر تقسیم کرده و هر بخش را به تنهایی و جداگانه از کودک بخواهیم که انجام دهد (مثال :

لباست را بپوش ، دندانهایت را مسواک بزنی ، موهایت را شانه کن و بعد بیا صبحانه بخور).

1- دستورات مبهم: اینها دستوراتی هستند که واضح و اختصاصی نیستند.

مثل اینکه « بچه خوبی باش ». در واقع کودک ممکن است نداند که واقعاً چه چیزی از او خواسته می شود. بهتر است مثلاً به

کودک گفته شود اسباب بازیهایت را با برادرت مشترکاً استفاده کنی. هر چه اختصاصی تر صحبت کنی ، بیشتر احتمال دارد که

کودک آن دستور را انجام دهد.

2- دستورات سوالی: در این گونه دستورات از کودک پرسیده می شود که آیا این کار را انجام می دهد و در واقع مستقیماً به او

دستور انجام کاری داده نمی شود . مثال: آیا دوست داری که اناقت را الان تمیز کنی؟ در این موارد کودک لجباز می تواند به

سادگی بگوید " نه ". به جای استفاده از این نوع دستورات سوالی، ابتدا فکر کنید آیا واقعاً می خواهید که دستورتان انجام

گیرد، اگر این طور است از این نوع دستورات پرهیز کنید ولی اگر واقعاً برایتان فرق نمی‌کند که مثلاً اتاق الان یا بعداً تمیز شود می‌توانید جمله بالا را به کار ببرید .

با این وجود این نکته مهم است که در بعضی موارد به کودکان چندین مورد شانس انتخاب بدهیم تا قدرت تصمیم‌گیری در کودک افزایش یابد. البته محدود کردن انتخابها نیز در کودکان اهمیت دارد. مثلاً بپرسید امروز دوست داری پیراهن آبی را بپوشی یا قرمز را ؟

4- دستوراتی که به دنبالش دلیل و منطق آورده می‌شود :

مثال : اسباب بازیهایت را بردار چون مادر بزرگت اینجا می‌آید و تو می‌دانی که او خانه تمیز را دوست دارد. مشکل در اینجا این است که کودک ممکن است دستور اصلی را فراموش کند و با دلیلی که به دنبالش آمده حواسش منحرف شود. راه موثر آن است که دلایل را ابتدا توضیح داده و بعد دستور را بدهید. مثلاً مادر بزرگت به اینجا می‌آید و او خانه مرتب را دوست دارد پس لطفاً الان اسباب بازیهایت را جمع کن.

- با پرهیز از این نوع دستورات و رعایت کردن اصول زیر می‌توان انتظار داشت که کودک دستورات شما را با احتمال بیشتری انجام دهد :

- توجه کودک را به خود جلب کرده و قبل از دادن دستور با او تماس چشمی برقرار کنید .

- با صدای محکم و قاطع با کودک صحبت کنید . البته صدایتان بلند و خشن نباشد.

- دستوری به کودک بدهید که خاص و ساده باشد .

- از ژست های فیزیکی بطور مناسب استفاده کنید (مثلاً به جایی که باید اسباب بازی را بگذارد اشاره کنید)

- از دستورات مثبت به جای دستورات منفی استفاده کنید .

- اطاعت از دستور را پاداش بدهید .

- قبل از دادن دستور فکر کنید و مطمئن شوید که با در نظر گرفتن وقت و انرژی و تلاشی که نیاز هست می‌خواهید که دستورتان انجام شود.

- بهتر است از دستورات ساده تری که مطمئن هستید می‌تواند انجام دهد شروع کنید.

محروم سازی موقت: ابتدا یک مکان برای اتاق خلوت باید در خانه انتخاب شود. این مکان باید دور از اسباب بازیها، مردم، پنجره، تلویزیون، رادیو و هر چیز دیگری باشد که کودک از آن لذت می‌برد.

دوم اینکه هیچ وسیله شکستنی در نزدیک کودک نباشد. یک جای خوب انتهای راهرو است که می‌توان کودک را روی یک صندلی با اندازه بزرگسال نشانند. این امر چند فایده دارد. یکی اینکه به خاطر کودک می‌آورد که در اتاق خلوت است. پاهای کودک روی زمین نیست و کمتر احتمال دارد که در طول این مدت از جایش بلند شود. باید توجه داشت که صندلی نزدیک به دیوار نباشد که کودک دیوار را خراب کند. در ذیل چند مکان مناسب برای اتاق خلوت ذکر شده است:

بهترین مکانها: راهرو اتاق خواب والدین، گوشه آشپزخانه (برای کودکان 2-3 ساله).

مکانهایی که خیلی مطلوب نیستند: اتاق خواب کودک

مکانهایی که اصلا مناسب نیستند: حمام (اگر کودک از آن وحشت داشته باشد)، صندوقخانه، اتاق تاریک (بطور کلی هر محلی را که انتخاب می‌کنید، چراغش را خاموش نکنید، زیرا کودک را خواهد ترساند زیرا در اینجا هدف گرفتن توجه از کودک است نه ترساندن وی)

با چه مشکلاتی در انجام محروم سازی موقت روبرو می‌شویم؟

اول اینکه، زمانیکه به کودک می‌گویید که باید به اتاق خلوت برود ممکن است بلافاصله دستور اولیه مورد نظر شما را انجام دهد. با این وجود شما تسلیم نشوید، بلکه او را به اتاق خلوت بفرستید زیرا در غیر این صورت باعث بدآموزی کودک می‌شود.

دوم اینکه، ممکن است کودک برای رفتن به اتاق خلوت مقاومت نشان دهد. در این صورت، پشت کودک بایستید، دستها را روی بازوهایش قرار داده و او را از زمین بلند کنید و او را به روی صندلی بنشانید.

مدت زمان اتاق خلوت بطور کلی یک دقیقه برای هر سال سن است ولی بستگی به آرام بودن کودک در این مدت نیز دارد. زمانی که تازه استفاده از اتاق خلوت را شروع کرده اید، کودک باید برای 30 ثانیه آخر ساکت بوده باشد. اگر هنوز مشغول جیغ زدن است صبر کنید تا آرام بشود. بتدریج مدت زمان آرام بودن قبل از اتمام محروم سازی را زیادتر بکنید.

بسیاری از والدین بعد از اتمام زمان اتاق خلوت در مورد اینکه چرا این روش را استفاده کردند، برای کودکان با جزئیات بحث کرده و توضیح می دهند. ولی این توضیحات مفید و کمک کننده نیستند .

یک توضیح کوتاه بعد از اتاق خلوت کافی می باشد.

مثلاً تو باید در اتاق خلوت می رفتی چون کاری را که مامان از تو خواست انجام ندادی. گاهی نیازی نیست که این توضیح کوتاه هم داده شود. یک مشکل دیگر استفاده از این روش ، بی قراری کودک روی صندلی است. در این صورت می توانید به او بگوئید که زمان از موقعی که او روی صندلی بنشیند شروع خواهد شد. راه دیگر آن است که او را روی صندلی نشانده و دستهای خود را روی پاهایش بگذارید تا بنشیند .

در مورد کودکان 5 ساله و بزرگتر می توانید به او بگوئید اگر به صندلی برنگردد ، یک امتیاز از دست خواهد داد. مثلاً اگر به صندلی برنگردی برای بقیه روز نمی توانی دوچرخه سواری کنی، مشکل دیگر این است که کودک ممکن است در این مدت صحبت هایی بکند که شنیدن آنها دردناک باشد. مثلاً از تو متنفرم، کاش مرده بودم، کاش شما مامان من نبودید. در این شرایط شما فقط باید این جملات را نادیده بگیرید. گاهی کودک از بیرون آمدن از اتاق خلوت امتناع می کند. در این صورت نیز کنترل را بدست بگیرید و اگر بیرون نیامد مجدداً برایش یک اتاق خلوت دیگر شروع کنید.

استفاده از اتاق خلوت برای دیگر مشکلات: محروم سازی موقت در کنترل مشکلات رفتاری دیگری نیز موثر است که تعدادی از آنها عبارتند از:

کتک زدن خواهر یا برادر، والدین یا همکلاسی، وسط خیابان دویدن، پیریدن روی اثاثیه خانه، صحبت های زشت کردن ، پرت کردن اشیاء و ...

در این موارد فقط یکبار به کودک بگوئید این رفتارها را انجام ندهد و اگر انجام دهد، فوراً باید به اتاق خلوت برود. اگر کودک شما قوانین خانه را مراعات نکرد، اصلاً اخطار ندهید و فوراً محروم سازی را اعمال کنید.

بنابراین قبل از هر کاری قوانین خانه را بنویسید و آنها را روی دیوار، یخچال یا هر جایی که کودک بتواند ببیند نصب کنید. در مورد کودکان کوچکتر آنها را به شکل تصویر نقاشی کنید. از کودک بخواهید که رفتارهایی که باید رعایت شوند را تکرار کند. همچنین به صورت روزانه قوانین خانه را مرور کنید.

همچنین روش محروم سازی موقت را می توان برای عدم اطاعت و رفتارهای نامناسب دیگر بیرون از خانه نیز انجام داد. مثلاً اگر در حال خرید کردن هستید می توانید گوشه ای از مغازه یا صندلی پشت ماشین را برای اتاق خلوت انتخاب کنید و او را ترک کنید ولی او را حتماً تحت نظر داشته باشید.

منابع:

- اصول و روشهای کارآمد فرزندپروری (ویژه بهورزان) - دکتر رزیتا داوری، دکتر جواد علاقبندراد

تمرین نظری:

- 1- آموزش رفتار در کودک از چه طریقی انجام می گیرد؟ توضیح دهید.
- 2- مهارت توجه کردن در چه مواقعی به کار برده می شود؟ توضیح دهید.
- 3- پاداش به چه انواعی تقسیم می شود؟ توضیح دهید.
- 4- شرایط اجرای مهارت نادیده گرفتن چیست؟
- 5- انواع شیوه های دستور دادن را توضیح دهید.
- 6- محروم سازی موقت چگونه اجرا می شود؟

تمرین عملی:

- 1- از طریق ایفای نقش مهارتهای آموخته شده در این بخش را در کلاس و در حضور مربی تمرین کنید.

بخش چهارم

پیشگیری و درمان

سوء مصرف مواد

اهداف: پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

- 1- عوامل موثر در بروز اعتیاد را شناسایی و آنها را به خانواده ها آموزش دهید .
- 2- مهارت‌های اجتماعی اولیه را به خانواده ها و افراد در معرض خطر آموزش دهید .
- 3- اهمیت مشکل اعتیاد و لزوم پیشگیری از آن را درک کنید.
- 4- پیامدهای اعتیاد ، سوء مصرف مواد و الکل را تشخیص و آنها را به خانواده ها و افراد در معرض خطر آموزش دهید .

سوء مصرف مواد به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد معتاد می‌شود بلکه آسیب‌های اجتماعی مانند افزایش طلاق، بزهکاری و بیکاری را نیز بدنبال دارد.

مصرف مواد مخدر بخصوص تریاک در ایران، سابقه‌ای چهارصد ساله دارد. همجواری کشور ما با دو کشور اصلی تولید کننده مواد مخدر یعنی افغانستان و پاکستان موجب شده تا خاک ایران بهترین راه عبور این مواد به کشورهای اروپایی باشد و در این نقل و انتقالات، مقداری از این مواد نیز در ایران توزیع شود.

در سالهای اخیر، استفاده از سرنگ مشترک توسط معتادان تزریقی و در نتیجه افزایش بیماری ایدز و دیگر مشکلات اجتماعی ناشی از اعتیاد، موجب گردید تا ضرورت توجه به برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد بیش از پیش احساس شود و در شرایط جدید که معتادان در حال ترک، بیمار محسوب می‌شوند نسبت به اجرای طرح ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در شبکه اقدام گردد.

تعریف واژه ها :

مواد: شامل همه ترکیباتی است که مصرف آنها موجب تغییر در رفتار (مانند سرخوشی و عصبانیت)، اختلال در خلق و خوی (افسردگی) و اختلال در قضاوت و شعور فرد (فراموشی و بی‌توجهی) می‌شود.

سوء مصرف مواد: به مواردی گفته می‌شود که فرد بدون نیاز و مجوز پزشکی (ناجای) اقدام به مصرف مواد می‌کند ولی شدت مصرف به حدی نیست که وابسته و معتاد تلقی شود. این افراد با وجود دردها و مشکلاتی که برای خود و یا خانواده به وجود می‌آورند همچنان به سوء مصرف مواد ادامه می‌دهند مثل مصرف تفریحی یا غیر منظم تریاک و حشیش. در این مجموعه مصرف مواد مساوی با سوء مصرف آن بکار رفته است. چون مصرف قانونی و پزشکی مواد مورد نظر نمی‌شود.

اعتیاد: وابستگی به مصرف هر ماده مخدر و ناتوانی در ترک آن گفته می‌شود.

وابستگی: میل شدید به مصرف یک ماده و تمایل به ادامه مصرف آن است، تا جایی که در بسیاری از موارد وابستگی به مصرف مواد برای فرد، مهمترین مساله زندگی‌اش می‌شود. به طور معمول، در صورت وابستگی، اولاً فرد مجبور می‌شود مقدار

ماده مصرفی خود را بتدریج افزایش دهد. ثانیاً در صورت عدم مصرف و یا کاهش مقدار ماده مصرفی، فرد دچار علائم ناخوشایندی می‌شود که به آن «علائم ترک» گویند.

علائم ترک: علائم ترک تریاک و هروئین را در جامعه با عنوان «حالت خماری» می‌شناسند. علائم خماری این مواد معمولاً 6 تا 8 ساعت پس از آخرین نوبت مصرف ظاهر شده و تا حدود 10 روز باقی می‌ماند. دردهای استخوانی و عضلانی، دل پیچه و اسهال، آبریزش از چشم و بینی، بی‌خوابی، بی‌قراری، عصبانیت، خمیازه‌های فراوان و حتی تب از شایعترین علائم آن هستند.

مسمومیت: به مصرف بیش از حد قابل تحمل مواد گفته می‌شود که موجب علائم شدید روانی، مختل شدن هوشیاری و گاه بیهوشی و مرگ می‌گردد.

شایعترین مواد مورد مصرف:

تریاک و مشتقات آن: که از گیاه خشخاش به دست می‌آیند و شامل تریاک، شیره و سوخته تریاک، هروئین، مرفین و کدئین می‌شود.

علائم و نشانه های مصرف تریاک و مشتقات آن:

الف: نشانه های جسمانی

- 1- اثر سوختگی در انگشتان، اثر تزریق بر دست‌ها و مشاهده تیغ، سرنگ، زورق آلوده و شیشه مربا (با درب سوراخ شده) در محیط زندگی فرد که برای مصرف مواد استفاده می‌شود.
- 2- بی‌اشتهایی و بی‌نظمی در غذا
- 3- استشمام بوی تریاک و مشتقات آن از شخص
- 4- خواب آلودگی و دیر به خواب رفتن
- 5- شکایات فراوان جسمی، یبوست و شکایت از ناتوانی جنسی

ب : نشانه های رفتار :

- 1- تغییر رفتار فرد مثل قفل کردن در اتاق به هنگام خروج از خانه و غیبت یا ترک کردن بی دلیل خانه و محیط کار
- 2- درخواست مکرر پول از افراد به بهانه‌ها و با دروغ‌های مختلف
- 3- خرج کردن پول زیاد در مدت کوتاه و گم شدن پول، طلا و وسایل منزل
- 4- طولانی شدن مدت ماندن در دستشویی
- 5- کم توجهی و بی‌توجهی به وضع ظاهری تا حد آشفته بودن سر و وضع
- 6- تمایل به کناره‌گیری از بستگان و ایجاد رابطه با دوستان ناباب و مشکوک
- 7- کاهش احساس مسوولیت، وقت شناسی و غیبت و همچنین افت کارایی در خانه، مدرسه و محل کار
- 8- افزایش استفاده سر خود از داروهای آرام‌بخش و درخواست بی‌رویه داروهای مسکن

- مصرف زیاد تریاک و مشتقات آن، موجب مسمومیت می‌شود که ممکن است کم شدن تعداد تنفس، بیهوشی و بالاخره مرگ را به همراه داشته باشد.

- داروهای مانند اکسپکتورانت، کدئین و نیز دیفنوکسیلات از مشتقات تریاک را دارند. همچنین داروهای آرام‌بخش مانند دیازپام و لورازپام اعتیادآورند لذا لازم است با تجویز پزشک مصرف گردند .

حشیش : از قسمت‌های مختلف گیاه شاهدانه هندی به دست می‌آید و به نام‌های ماری جوانا، بنگ و علف نیز معروف است و به صورت کشیدنی و خوراکی مصرف می‌شود. حشیش سبب وابستگی جسمی و روانی و احساس ولع (هوس) شدید برای مصرف می‌شود .

علایم و نشانه های مصرف حشیش :

علایم شایع : قرمزی چشم‌ها ، افزایش ضربان قلب و نبض ، افزایش اشتها و عدم تعادل هنگام راه رفتن.

علائم مصرف بیش از حد (مسمومیت): حالت وحشت، بی‌قراری، گیجی و منگی و دیدن اشیاء یا شنیدن صداها به شکل غیر واقعی (توهم). این نوعی جنون مسمومیت با حشیش است که در افراد مستعد، ممکن است به جنون واقعی (بیماری شدید روانی) تبدیل شود.

الکل: از جمله موادی است که نوشیدن (خوردن) آن موجب اعتیاد، رفتارهای نامناسب، اختلال در تعادل، بی‌ربط حرف زدن و اختلال در توجه و حافظه می‌شود.

خطرات و پیامدهای مصرف الکل: مصرف الکل ممکن است باعث اختلال رفتاری، اختلال خواب، نارسایی کبد، افزایش فشار خون، سوء تغذیه، ناتوانی جنسی، رفتارهای غیراخلاقی و ابتلا به فراموشی در فرد شود. مسمومیت با الکل ممکن است موجب کاهش سطح هوشیاری، اغماء و مرگ شود. مصرف الکل ممکن است فرد را به طرف مصرف سیگار، حشیش و مواد مخدر بکشاند.

* مواد مخدر جدید :

اکستاسی: از مواد مخدر مصنوعی است. این ماده مخدر روان گردان، بسیار خطرناک بوده و به شکلهای مختلف تزریقی، قرص، ژل، برچسب و نوشیدنی موجود می‌باشد. اکستاسی معمولاً به شکل قرصهای رنگی است و در بسته‌بندیهای مختلفی ارائه می‌شوند.

یکی از علل افزایش مصرف این دارو تبلیغات غلط در مورد آن است. فروشندگان این دارو می‌گویند که آثار مضر این دارو از آثار الکل و تنباکو بیشتر نیست. این قرصها بی‌خطر بوده، فرد را آرام و بانشاط کرده و درک شخص را بالا می‌برد.

بایستی توجه شود که آنها برای فروش و توزیع این مواد، از این توجیه‌ها استفاده می‌کنند.

حالات فرد پس از مصرف اکستاسی :

15 تا 20 دقیقه بعد از مصرف قرص‌های اکستاسی آثار سوء قرصها مشاهده می‌شود. اکستاسی یک داروی توهم‌زا بوده و بر مغز اثر گذاشته و باعث تاثیر بر تفکر، خلق و خو و حافظه می‌گردد. پس از مصرف شخص نمی‌تواند موقعیت صحیح خود را درک کند و دچار توهم می‌شود. مصرف‌کنندگان این قرصها موقعیت خود را از نظر فضا، مکان و زمان نمی‌توانند به درستی تشخیص

دهند. طبق گزارشات و به عنوان نمونه : چندین مورد اشخاص مصرف کننده، از پنجره طبقات بالایی آپارتمان بی‌اختیار به بیرون آمده و سقوط کرده‌اند و یا جوانی که اکستاسی مصرف کرده بود در حالیکه ماشین با سرعت زیاد در اتوبان در حال حرکت بود، در ماشین را باز کرده از ماشین بیرون آمد.

عوارض مصرف اکستاسی : مصرف این قرصها باعث افسردگی، گیجی ، اضطراب بیش از حد، سوءظن و بدبینی، جنون گذرا و ... می‌شود . اقدام به خودکشی و خودزنی پس از مصرف این قرصها نیز گزارش شده است. مصرف اکستاسی همچنین باعث تغییرات فشارخون ، افزایش ضربان قلب، اتساع مردمک، لرز، تهوع و استفراغ، نارسایی کلیه‌ها و ... می‌گردد.

مصرف این قرصها در بعضی موارد سبب مسمومیت ، تشنج ، اغماء و مرگ خواهد شد.

نکته قابل توجه این است که : پس از فقط یکبار مصرف اکستاسی آثار مخرب این قرص بر مغز تا 7 سال پس از این مصرف، در عکس‌های گرفته شده از مغز، مشاهده می‌شود .

شیشه: کریستال یا شیشه نیز یکی دیگر از مواد اعتیاد آور مصنوعی است، متاسفانه با گسترش تولید داخلی و اضافه کردن هروئین به ترکیبات آن، تخریب‌های جسمی آن نیز در کنار آسیب‌های روانی ، به شدت افزایش یافته است. در ابتدا کریستال به عنوان یک داروی تحریک کننده با ترکیب "مت آمفتامین + آنتی هیستامین" به عنوان یک محرک قوی در بین جوانان توزیع شد. (شبیه قرص X) اما متاسفانه با توجه به هزینه بالای تهیه "شیشه" با ترکیب مت آمفتامین ، به عنوان داروی محرک و نیز ناخوشایند بودن بعضی عوارض شیشه، به منظور تحمل بهتر این عوارض، افزودن هروئین به ترکیبات آن آغاز شد به گونه‌ای که این ماده در حال حاضر با ترکیب "هروئین زیاد و مت آمفتامین کم" تهیه و توزیع می‌شود و از این طریق علاوه بر عوارض مت آمفتامین (تحرک زیاد ، کاهش خواب ، افزایش انرژی ، پرخاشگری ، پر حرفی ، پیری زودرس ، تضعیف سیستم ایمنی بدن و جنون) عوارض جسمی وابستگی و اعتیاد شدید به هروئین نیز به آن اضافه شد بنابراین مصرف شیشه یعنی شروع مصرف هروئین و ترکیبات آمفتامین و ایجاد وابستگی شدید به آنها .

کراک : کراک در حال حاضر دومین ماده مخدر پر مصرف در ایران است، از هروئین فشرده با خلوص 60 تا 70 درصد ساخته شده است و برخلاف کراک اروپایی - آمریکایی، به شدت وابستگی جسمانی ایجاد می‌کند (لازم به ذکر است که کراک اروپایی - آمریکایی از کوکائین ساخته شده است). کراک فاقد هر گونه بوی نامطبوع و خاص می‌باشد و برای مصرف آن ابزار و وسایل خاص و پر حجمی نیاز نیست. همین خصوصیات موجب شده که روند گرایش افراد به این ماده افزایش یابد.

کراک بصورت تدخینی و تزریقی مورد استفاده قرار می‌گیرد و 4 تا 6 ثانیه بعد از مصرف، تاثیر آن بر بدن شروع می‌شود و با توجه به اینکه هروئین از ترکیبات اصلی آن است پس از اعتیاد به آن، به علت علائم خماری، فرد مجبور می‌شود هر 2 تا 3 ساعت یکبار مصرف ماده را تکرار کند و در طی یک ماه، مصرف فرد به 3 الی 4 برابر روز اول می‌رسد.

کراک چگونه ساخته می‌شود :

این ماده با فشرده کردن هروئین و اضافه کردن داروهای آرام‌بخش، داروهای روان‌گردان و گاهاً کورتون ساخته می‌شود، بطوریکه به آن « شیر هروئین » گفته می‌شود. قیمت آن ارزانتر و قدرت نشئه‌کنندگی به مراتب بیشتری از هروئین دارد و تنها 3 تا 4 بار استفاده از آن باعث اعتیاد دائمی می‌شود.

عوارض مصرف کراک :

- از بین بردن اشتها
- کاهش وزن
- یبوست
- شکنندگی پوست
- پیری زودرس
- افزایش فشارخون
- پوسیدگی دندان
- عفونتهای پوستی
- سرطان حنجره و ریه
- اختلالات کبدی و کلیوی
- عفونتهای منتقله از راه تزریق شامل ایدز و هیپاتیت B و C

نورجیزک: در چند سال اخیر مصرف کنندگان مواد مخدر با آمپول‌هایی اعتیادآور با نام‌های مختلف از جمله تمجیزک، بنجیزک، افروز، افزور و ... که حاوی بوپرونورفین (ماده ای از خانواده مورفین) است، آشنا شدند که در ابتدا از آنها به عنوان داروی ترک اعتیاد استفاده می‌شد و به دلیل شکل تزریقی دارو و استفاده نادرست برخی از درمان‌گران و سوء مصرف معتادان،

برخی افراد به این ماده معتاد شدند و این امر باعث تغییر نوع مصرف ، از شکل مصرف سنتی (خوردن ، کشیدن) به شکل تزریقی شد .

به دنبال این امر سودجویان و قاچاقچیان مواد مخدر اقدام به ساخت و توزیع آمپول جدیدی به نام نورجیزک نمودند . و این ماده مخدر را که مایع زرد رنگی است بصورت غیر بهداشتی درون شیشه‌هایی شبیه شیشه داروی پنی سیلین ریخته و بصورت غیر قانونی در بازار عرضه کردند .

این نوع آمپول برخلاف انواع قبل ، علاوه بر بوپرونورفین ، حاوی هروئین مایع ، کورتون و سایر مواد غیر مجاز است و به دلیل داشتن هروئین مایع باعث احساس نشنگی زیاد حین مصرف و احساس خماری شدید بعد از آن می‌شود که این خود باعث نیاز به تکرار مصرف هر 2-3 ساعت یکبار می‌شود .

این آمپول در بازار به عنوان آمپول تپل‌کننده ، نیروزا، اشتها آور و اکثراً فاقد برچسب توزیع می‌گردد.

علائم ناشی از مصرف:

- از دست دادن تعادل در هنگام راه رفتن
- بی قراری و پرخاشگری
- چاقی مفرط و غیر طبیعی
- چرت زدن مکرر در زمان نشنگی و خماری
- کلافگی و سردرگمی
- وجود زخم‌هایی در ناحیه تزریق به دلیل تزریق‌های مکرر

عوارض تزریق نورجیزک:

- ایجاد وابستگی شدید (اعتیاد جسمی روانی) که با گذشت زمان میزان مصرف چند برابر می‌شود .
- ناراحتی‌های قلبی (عفونت‌های دریچه قلبی) و ناراحتی‌های کلیوی و کبدی
- کاهش کارایی و افت عملکرد ، بروز علائم افسردگی
- ریزش مو ، عفونت خون ، توهم و هذیان ، درد شدید اندامها

- اختلال در عادت ماهیانه زنان

- در صورت انجام تزریق مشترک، انتقال عفونت هایی چون ایدز و هیپاتیت B و C

اثرات دارویی مواد مخدر: مصرف مواد مخدر و دیگر ترکیبات اعتیادآور به علت اثرات دارویی ویژه خود تغییراتی در سطح فیزیولوژی و بیولوژی شخصی به وجود می آورد که قسمت مهم این تغییرات بر روی سلسله اعصاب مرکزی و محیطی انجام می گیرد و نتیجتاً بر روی حالات جسمانی - روانی فرد اثر می گذارد. مهمترین این تغییرات عبارتند از: تسکین موقت آرام روحی مانند: اضطراب، افسردگی و بی قراری و تسکین موقت دردهای جسمانی، احساس رضایت و آرامش درونی موقت و تشدید موقت میزان هوشیاری بگونه های غیر قطعی و چون اغلب معتادین قبل از اینکه به اعتیاد روی آورند با مشکلاتی متعدد مانند اضطراب، افسردگی، بی قراری و تضادهای گوناگون مواجه بوده اند لذا مصارف اولیه مواد مخدر ممکن است در کوتاه مدت سبب تسکین ناراحتیهای فوق گردد و ترک ناگهانی و یا کاهش مصرف مواد مخدر پس از ایجاد وابستگی بدنی نسبت به دارو سبب اختلالاتی می گردد مانند بیقراری، اضطراب، خستگی مفرط، گیجی، حالات تهوع، استفراغ و اسهال، عدم تمرکز شدید و پاشیدگی افکار، در چنین مرحله ای فرد معتاد با چنین حالاتی روبرو می گردد و بنابراین تنها راه فرار از آن را استفاده مجدد دارو بداند. وابستگی فرد معتاد نسبت به ماده مخدر صرفاً بدنی است و جنبه های وابستگی روانی آن به دارو در رابطه با مشکلات شخصیتی فرد در جریان تداوم اعتیاد از اهمیت اولیه برخوردار است.

علل ایجاد اعتیاد و سوء مصرف مواد

1- عدم آگاهی:

آگاهی نداشتن فرد، خانواده و جامعه از عوارض مصرف مواد مخدر و الکل

2- تصورات و باورهای غلط:

- این تصور غلط که برای کاهش درد و درمان بیماریها می توان از مواد مخدر استفاده کرد. مردم فکر می کنند تریاک فشار خون یا دیابت را کنترل و ناتوانی جنسی را درمان می کند حال آنکه ممکن است این مسایل را بدتر نماید.

- این تصور غلط که مصرف تفریحی مواد باعث اعتیاد نمی شود و فرد هر گاه بخواهد می تواند مواد را مصرف نکند.

- این تصور غلط، که برای اعتیاد درمانی وجود ندارد.

- این تصور غلط که می توان با افراد معتاد دوستی نمود و معتاد نگردید .

با مراجعه به روانپزشک و یا پزشک آموزش دیده مراکز بهداشتی درمانی به شرط پیگیری دراز مدت ، اعتیاد درمان پذیر است .

3- مشکلات فردی ، خانوادگی و محیطی :

الف- مشکلات فردی :

-بیماریهای جسمی مزمن مانند دیابت و کمردرد

- بیماریهای روانی مانند افسردگی و بیماری شدید روانی

-خود کم بینی و کمبود اعتماد به نفس ، ناتوانی در نه گفتن و رد درخواست دوستان برای مصرف مواد و گاه خودنمایی و جلب

توجه دیگران

-مشکلات شغلی و تحصیلی مانند بیکاری و اخراج شدن از مدرسه

- داشتن دید مثبت نسبت به مواد برای مثال این باور که مصرف مواد نشانه بزرگی و احترام است موجب گرایش به مصرف

می شود .

-عدم پایبندی فرد به مسایل اخلاقی ، معنوی و دینی ، بی بندباری و بی توجهی به ارزشها و قوانین اجتماعی

ب: مشکلات خانوادگی :

-داشتن والدین و یا بستگان معتاد

-وجود درگیری و طلاق در خانواده

- وجود والدین سخت گیر و یا سهل انگار در تربیت فرزندان

- عدم پایبندی خانواده به مسایل اخلاقی ، معنوی و دینی

ج- مشکلات محیطی :

-دسترسی آسان به مواد در جامعه

- فقر و مشکلات اقتصادی در جامعه

- تغییرات محیط زندگی مانند مهاجرت از روستا به شهر

- داشتن محیط آلوده و دوستان مصرف کننده مواد

- کمبود مراکز تفریحی سالم برای گذراندن اوقات فراغت

د-زمینه ارثی یا پزشکی:

برخی افراد زمینه ارثی ابتلا به اعتیاد را دارند. مصرف داروها هم می‌توانند فرد را چه دارای زمینه ارثی باشد و چه نباشد به مواد و داروها معتاد کنند .

پیامدها و عوارض اعتیاد و سوء مصرف مواد

مصرف مکرر مواد مخدر آسیب‌ها ، عوارض و خطرات بسیاری را بر سلامت فرد ، خانواده و جامعه وارد می‌نماید . این عوارض عبارتند از :

الف : عوارض فردی:

1-مشکلات جسمی : اعتیاد به مواد مخدر ممکن است فرد را مبتلا به بیماری‌های قلبی و ریوی ، ناتوانی جنسی ، عقیم شدن ، سوء تغذیه و کاهش وزن نماید . اگر اعتیاد از نوع تزریقی باشد ممکن است فرد را مبتلا به بیماری‌های عفونی مانند ایدز و هیپاتیت نماید .

2-مشکلات روانی : اعتیاد ممکن است موجب اختلال در خواب ، افسردگی ، مشکل در تصمیم‌گیری ، اختلالات روانی خفیف و شدید و اختلال شخصیت شود .

ب : عوارض خانوادگی :

اعتیاد ممکن است موجب بروز مشکلات اقتصادی، کاهش درآمد خانواده و افزایش هزینه، نابسامانی و از هم پاشیدگی خانواده، طلاق، خشونت در خانواده (خشونت علیه همسر و آزار کودکان) و همچنین محدود شدن معاشرت سالم خانواده با دیگران شود و تربیت فرزندان دچار اشکال گردد.

ج- عوارض اجتماعی:

اعتیاد ممکن است موجب طرد شدن فرد از جامعه، بیکاری، غیبت از کار، کاهش میزان کارایی، اخراج از کار و بروز حوادث حین کار و رانندگی شود. شیوع ایدز، هپاتیت، بیماریهای مقاربتی، فقر، بیکاری، افزایش بروز جرم در جامعه همچون دزدی، فحشا، و قتل از جمله عوارض اجتماعی اعتیاد به شمار می‌آیند.

این عوارض را در برنامه های آموزشی خود با خانواده ها به گفتگو بگذارید و بپرسید کدام یک از این عوارض را در افراد معتاد دیده و یا تجربه کرده اند .

وظایف بهورزان در برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد:

- 1- آموزش جامعه، افراد در معرض خطر و خانواده آنها درباره خطرات و عوارض اعتیاد به منظور پیشگیری از آن.
- 2- بالا بردن توانایی افراد برای مقابله سالم با مشکلات زندگی.
- 3- تشویق خانواده ها به این که اگر معتادی در خانه دارند یا به وجود آن شک دارند با پزشک مرکز بهداشتی درمانی مشورت نمایند.
- 4- راهنمایی (ارجاع) معتادان داوطلب درمان (ترک اعتیاد) به مراکز بهداشتی درمانی روستایی و در صورت موافقت آنها پیگیری درمان آنها
- 5- گزارش فعالیت‌های انجام شده به مرکز بهداشتی درمانی محل خدمت.

آموزش جامعه: از جمله وظایف بهروزان در برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، جمعیت تحت پوشش به منظور پیشگیری از ابتلای آنها به اعتیاد می‌باشد. این آموزش‌ها عبارتند از:

الف- آموزش جوانان و نوجوانان: آموزش جوانان و نوجوانان، به عنوان گروه‌های در معرض خطر می‌باید به شیوه غیر مستقیم، بدون سرزنش و طرد و به صورت انفرادی (چهره به چهره) و یا گروهی داده شود. این آموزش‌ها عبارتند از:

- 1- آموزش خطرات و پیامدهای سوء مصرف مواد و الکل
- 2- آنها را به دوری‌گزینی از موقعیت‌هایی که امکان مصرف مواد در آن وجود دارد تشویق نمایید. مثلاً رفتن به میهمانی و محلی که در آنجا الکل و تریاک مصرف می‌شود.
- 3- آنها را به عدم استفاده از مواد مخدر و الکل برای درمان دردها و مشکلات جسمی و روانی تشویق نمایید.
- 4- آنها را تشویق کنید از مصرف مواد حتی برای تفریح و یک بار نیز خودداری کنند.
- 5- آنها را به شرکت در تفریحات سالم و ورزش روزانه، عبادت، توجه به معنویت و شرکت در مراسم دینی تشویق کنید.

آموزش خانواده‌ها: به منظور آموزش افراد خانواده، بایستی این آموزش‌ها به صورت فردی و یا گروهی به والدین و یا یکی از افراد 15 سال و بالاتر خانواده داده شود. این آموزش‌ها عبارتند از:

- 1- آموزش خطرات و پیامدهای مصرف مواد و الکل
- 2- آنها را با نشانه‌های اعتیاد به مواد مخدر آشنا کنید.
- 3- به والدین آموزش دهید که:
 - فرزندان آنها در سنین نوجوانی و جوانی، نیازمند رسیدگی و مراقبت بیشتری هستند.
 - از درگیری و تشنج در محیط خانواده پرهیز کنند.
 - در صورتی که عضوی از خانواده، اعتیاد به مواد مخدر دارد لازم است برای درمان اعتیاد خود اقدام کند تا الگوی سالمی برای سایر افراد خانواده باشد.
 - با مراجعه به پزشک مرکز بهداشتی درمانی امکان درمان اعتیاد وجود دارد.
- 4- پس از شروع درمان، خانواده باید همچنان توجه و همکاری خود با فرد معتاد را حفظ کند و در پیدا کردن شغل مناسب، یاریش دهد.

5- داروهایی همچون اکسپکتورانت کدیین ، دیازپام ، اکسازپام و موارد مشابه باید فقط با تجویز پزشک مصرف گردند و از مصرف خود سرانه داروها پرهیز نمائید .

فرد معتاد تا شش ماه حالت‌های کسلی و احتمال عود بیماری را دارد از این رو هیچ‌گاه نباید در این دوران بدون درمان فرد را به حال خود رها کرد و یا توقع فعالیت زیادی از او داشت.

ج- **بالا بردن توانایی افراد برای مقابله با مشکلات زندگی** : یکی از نشانه‌های سلامت روان ، داشت مهارت‌های زندگی سالم به ویژه داشتن مهارت‌های اجتماعی است. مهارت‌های اجتماعی در زندگی ، یعنی قابلیت‌ها و توانایی‌هایی که فرد را برای برخورد مناسب و درست با مسائل و موقعیت‌های زندگی یاری می‌دهند . این مهارت‌ها باعث می‌شوند تا انسان رابطه‌ای صمیمی و موثر با دیگر انسان‌ها داشته باشد و در زمان روبرو شدن با فشارهای روانی ، اثرات زیانبار آن را به حداقل برساند . نداشتن مهارت‌های اجتماعی می‌تواند فرد را به سمت اعتیاد بکشاند .

انواع مهارت‌های اجتماعی

1- **مهارت قاطعیت** : مهارت قاطعیت یعنی ایستادگی بر نظرات شخصی. فردی که قاطع است نظر و اعتقاد درست خود را به سادگی تغییر نمی‌دهد ، تسلیم دیگران نمی‌شود و بدون توهین به دیگران مخالفت یا نظر خود را بروز می‌دهد.

انواع مهارت قاطعیت :

الف- **رد قاطعانه** : در این رفتار فرد درخواست‌های غیر منطقی فرد مقابل را رد می‌کند مثلاً اگر دوستی او را برای کشیدن سیگار و مصرف مواد دعوت کرد می‌تواند بگوید " نه ، من موافق نیستم و درخواست تو را قبول نمی‌کنم."

ب - **بیان قاطعانه** : اینکه فرد احساسات مثبت خود را نسبت به دیگران بیان کند یا از دیگران درجای مناسب قدردانی نماید مانند " چه اراده قوی‌ای دارید " ، "چه خوب این خطرها را فهمیدید" ، و بتواند احساسات منفی خود را در صورت لزوم در قالب جملات مودبانه و بدون ابراز خشم به فرد دیگر منتقل کند مثلاً " این کار درست نیست و یا این کار خلاف و حرام است ."

ج- درخواست قاطعانه : توانایی بیان و مطرح کردن درخواست‌هایی از دیگران یا کمک خواستن از دیگران است مانند "امروز با مشکل جدی روبرو هستم می‌خواهم مشکلم را با تو درمیان بگذارم تا بتوانی کمکم کنی"، "از تو می‌خواهم این موضوع را سریع به پدرت بگویم".

2-مهارت حل مسئله

از دیگران مهارت‌های مهم در پیشگیری از اعتیاد "مهارت حل مسئله" است. افراد باید بدانند وقتی در زندگی با یک مشکل روبرو می‌شوند باید با روش منطقی آن را حل کنند .

مراحل حل مسئله:

- 1- مسئله را خوب بشناسند.
- 2- به راه حل‌های مختلف و فواید و ضررهای هر راه حل فکر کنند .
- 3- با دیگران درباره مشکل ایجاد شده مشورت کنند .
- 4- از بین راه‌حل‌ها ، راه حل مناسب را انتخاب کنند .
- 5- برای اجرای آن ، برنامه زمانی و فرصت کافی بگذارند .
- 6- اگر با اجرای راه حل اول نتیجه حاصل نشد نوسید نشوند راه بعدی را شروع کنند . بسیاری از افراد معتاد ، به جای حل مشکل و مسئله ، می‌خواهند با مصرف مواد از مشکل خود فرار کنند .

در برنامه‌های آموزشی خود با خانواده‌ها ، از آنها بخواهید مهارت‌های رد قاطعانه ، بیان قاطعانه ، درخواست قاطعانه ، و مهارت حل مسئله را به صورت ایفای نقش و بحث عمومی تمرین کنند .

تشویق خانواده ها برای شناسایی افراد در معرض خطر

در زمینه شناسایی افراد در معرض خطر آموزش‌ها و اقدامات زیر را انجام دهید :

- 1- نشانه‌های مصرف مواد مخدر و عوامل خطر را به خانواده‌ها آموزش دهید .
- 2- خانواده‌ها را تشویق کنید در صورت وجود اعتیاد در یکی از افراد خانواده ، هر چه سریع‌تر برای درمان به پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایند .

- 3- هیچ گاه به طور مستقیم با افراد معتاد ، در مورد اعتیادشان صحبت نکنید بلکه در آموزش های گروهی خود در مورد عوارض و خطرات مصرف مواد مخدر صحبت کنید و به آنها اطمینان دهید اعتیاد قابل درمان است .
- 4- در صورت مراجعه فرد معتاد ، اقدامات زیر را انجام دهید :
- به او اطمینان دهید هیچ کس دیگری از علت مراجعه او مطلع نخواهد شد .
 - با او بدون حضور دیگران صحبت کنید و همه اصول مربوط به ارتباط با بیمار را رعایت کنید .
 - مکرر بر رازداری و محرمانه ماندن گفت و گوی خود با آنها تاکید داشته باشید و به این تاکید عمل کنید .
 - بسیار محترمانه فرصت بیان نگرانی ها و احساسات را به او بدهید .
 - او را از ضررها و پیامدهای مصرف مواد آگاه کنید .
 - او را به درمان و مراجعه به پزشک مرکز تشویق کنید .
- 5- در صورتی که فرد پس از درمان ، دوباره شروع به مصرف مواد کرد او را برای درمان مجدد به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید و از خود طرد نکنید .

راهنمایی (ارجاع) و پیگیری

در صورت مراجعه داوطلبانه فرد معتاد، او را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی راهنمایی و ارجاع دهید و طبق دستور پزشک ، زمان مراجعه بیمار به پزشک را طبق فرم مربوطه (پیوست شماره 2) پیگیری نمایید.

توصیه هایی جهت پیشگیری از عود

- 1- همه توصیه های مربوط به پیگیری در بهداشت روان بویژه مصرف دارو و عوارض آنها را به خانواده ها انجام دهید .
- 2- بیمار را تشویق کنید تا از دوستان معتاد و موقعیت هایی که موجب عود اعتیاد در وی می شوند دوری کند .
- 3- به خانواده و اطرافیان توصیه کنید بیمار را تشویق به مصرف منظم داروهای تجویز شده توسط پزشک نمایند .
- 4- به بیمار اطمینان دهید حال که درمان را آغاز کرده است دوستان بیشتر و با محبت تری خواهد داشت.
- 5- بیمار را تشویق کنید در طول مدت ترک، فعالیتها و سرگرمی های خود همچون رفتن به تفریح با دوستان سالم یا سایر افراد خانواده را افزایش دهد .

6- هر چند بار که بیمار برای درمان اعتیاد مراجعه کند، او را بپذیرید و به صرف اینکه قبلاً درمان شده و دوباره رو به مواد آورده او را از خود نرانید .

در مورد معتادان تزریقی ، اقدامات زیر را به فوریت انجام دهید :

- 1- اگر علاقمند به درمان است ، بیمار و خانواده وی را تشویق کنید موضوع را با پزشک مرکز در میان گذارند .
- 2- اگر علاقمند به درمان نیست ، بیمار را از خطرات هپاتیت و ایدز آگاه کرده او را تشویق کنید به جای استفاده از تزریق از سایر روش‌های مصرف مواد استفاده کند .
- 3- در صورتی که مایل به کنار گذاشتن تزریق نیست ، ضررهای استفاده از سرنگ مشترک همچون ابتلا به بیماری هپاتیت و ایدز را به بیمار یادآور شوید و از او بخواهید همیشه از سرنگ یکبار مصرف تمیز، استفاده کند .
- 4- بیمار و خانواده او را به مشورت با پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی تشویق کنید و توصیه نمایید برای دریافت خدمات مشاوره تخصصی به مراکز مشاوره رفتاری موجود در شهرستان و یا استان مراجعه کنند .
- 5- در صورتی که بیمار قبلاً رابطه جنسی مشکوک (رابطه‌ای غیر از رابطه زناشویی دائمی) داشته و یا از سرنگ مشترک استفاده کرده است او را برای آزمایش‌های ضروری به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید چرا که ممکن است به هپاتیت یا ایدز مبتلا شده باشد.
- 6- به همسر آنها و کلیه کسانی که در معرض خطر قرار دارند توصیه کنید در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده کنند. در این رابطه مسوولیت توصیه به معتادین تزریقی و مردان در معرض خطر ، به عهده بهروز مرد خانه بهداشت خواهد بود .

گزارش دهی

فعالیت‌های انجام گرفته در هر ماه را مطابق فرم گزارش آماری ماهانه (پیوست شماره 1) ثبت کنید و همراه با سایر گزارش‌های ماهانه به مرکز بهداشتی درمانی ارسال نمایید .

پیوست شماره 1

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهرستان

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری / مراجع

گزارش آماری خانه بهداشت

ماه / سال

پایلوت طرح "ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور"

| ردیف | روز | تعداد برنامه‌های آموزش جمعی | تعداد آموزش چهره به چهره | تعداد افراد دریافت کننده کاندوم | تعداد مواردی که قرار است پیگیری شوند | تعداد موارد پیگیری شده | ملاحظات |
|------|-------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|------------------------|---------|
| 1 | اول تا دهم | | | | | | |
| 2 | یازدهم تا بیستم | | | | | | |
| 3 | بیست و یکم تا آخر | | | | | | |
| | جمع | | | | | | |

امضاء

نام و نام خانوادگی بهورز

منابع :

- 1- متن آموزشی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد ، سید عباس باقری یزدی - دکتر محمد تقی یاسمی
- 2- پایگاه اطلاع رسانی پزشکی شفا
- 3- پمفلتهای اکستاسی- آیا می دانید ماده مخدر شیشه چیست ؟ - کراک - نورجیزک چیست ؟ -
نورجیزک ترفند جدید ایجاد وابستگی به مواد مخدر - تهیه شده توسط معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی فارس

تمرین نظری:

- 1- علایم و نشانه‌های مصرف تریاک و حشیش را توضیح دهید.
- 2- عوارض مصرف مواد مخدر اکستاسی، شیشه و کراک را شرح دهید.
- 3- علل ایجاد اعتیاد و سوء مصرف مواد را شرح دهید.
- 4- پیامدها و عوارض اعتیاد و سوء مصرف مواد را ذکر کنید.
- 5- وظایف شما به عنوان بهورز در برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد چیست؟

تمرین عملی:

- 1- از طریق ایفای نقش مهارت‌های قاطعیت و حل مساله را در کلاس و با حضور مربی تمرین نمایید.

بخش پنجم

پیشگیری از خودکشی

اهداف آموزشی: پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

1- با علل خودکشی و گروههای در معرض خطر خودکشی آشنا شوید.

2- شیوههای مواجهه با افکار خودکشی را توضیح دهید.

3- نشانه های افسردگی را نام برده و اقدامات لازم در برخورد با بیمار افسرده را بدانید.

خودکشی چیست؟ خودکشی عملی است که با قصد کشتن و خاتمه دادن به زندگی صورت می‌گیرد. این اصطلاح زمانی به کار برده می‌شود که شخص عمداً و با آگاهی از نتیجه آن، اقدام به از بین بردن خود می‌کند. در صورتی که فردی اقدام به خودکشی نماید اما نتیجه آن مرگ نباشد به آن «شبه خودکشی» گویند.

اهمیت موضوع:

خودکشی از جمله ده علت اصلی مرگ در کشورهای مختلف جهان است. آمار خودکشی در ایران هر چند در مقایسه با کشورهای دیگر پایین‌تر می‌باشد اما بررسی‌های انجام گرفته در کشور نشان دهنده این است که در سالهای اخیر خودکشی روندی رو به افزایش داشته است. بر اساس آمارهای موجود، اقدام به خودکشی در زنان چهار برابر بیشتر از مردان است. میزان خودکشی موفق در مردان سه بار بیشتر از زنان است. از روشهای شایع خودکشی در مردان حلق‌آویز کردن و در زنان خودسوزی است.

علل خودکشی:

برای خودکشی علل مختلفی ذکر گردیده و عوامل متعددی در اقدام به آن موثر دانسته‌اند. مهمترین این عوامل عبارتند از:

عوامل اجتماعی: مثل تنها زندگی کردن، فقدان حمایت خانوادگی و عوامل فشارزا (مانند طلاق، بیکاری، فقر، از دست دادن نزدیکان، شکست در تحصیل و زندگی، تهمت ناموسی و ...)

در کشور ما ازدواج تحمیلی و اختلاف با همسر و یا خانواده همسر از جمله عوامل اصلی خودکشی زنان است.

عوامل پزشکی: بیماریهای روانی به ویژه افسردگی، اعتیاد، بیماریهای شدید روانی و بیماریهای جسمی دردناک مزمن (مثل سرطان)

گروههای در معرض خطر خودکشی:

افراد زیر بیشتر در معرض خطر خودکشی قرار دارند کسانی که:

- افسرده‌اند و افکار ناامیدکننده دارند.
- سابقه اقدام به خودکشی دارند.

- سابقه اقدام به خودکشی در یکی از اعضای خانواده آنها وجود دارد .
- والدین آنها طلاق گرفته و یا از هم جدا شده‌اند .
- در خانواده آنها درگیری و اختلافات خانوادگی وجود دارد .
- مشکلات قانونی دارند .
- در زندگی شکست خورده‌اند .
- از بیماری جسمی مزمن و طولانی مدت رنج می‌برند .
- اعتیاد به مواد مخدر دارند.
- شکایت از سیر شدن از زندگی خود داشته و از خودکشی صحبت می‌کنند .
- اتفاقات ناگواری برای آنها رخ داده باشد .

مقابله با خودکشی:

از آنجایی که درصد بالایی از کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند از افسردگی رنج می‌برند تاکید این برنامه نیز بر روی افسردگی به عنوان یکی از عوامل اصلی و خطرزای خودکشی می‌باشد . با شناخت علایم ، درمان به موقع و صحیح ، پیگیری مستمر و آموزش افراد جامعه می‌توان به هدف کلی برنامه که همانا کاهش موارد اقدام به خودکشی و مرگ و میر ناشی از آن است دست یافت .

افسردگی چیست:

افسردگی، اختلال در خلق را گویند که با احساس غمگینی و اندوه بیش از حد مشخص می‌شود. احساس اندوه و غم معمولاً در موقعیتهای ناراحت کننده برای هر فرد پیش می‌آید و از تجارب طبیعی انسانهاست، اما اگر این احساس تداوم داشته و بر رفتار و اعمال فرد تاثیر گذارد در اینصورت فرد دچار افسردگی است. معمولاً افراد بدلیل مشکلات زندگی، گرفتاریهای خانوادگی، شغلی و اجتماعی دچار افسردگی می‌گردند.

نشانه های افسردگی :

- نا امیدی ، غمگینی ، و دلمردگی
- احساس گناه و بی‌ارزشی

- لذت نبردن از فعالیتهای روزمره زندگی
- کاهش خواب ، اشتها و وزن
- عصبانیت ، پرخاشگری و بی حوصلگی
- شکایت از درد در نقاط مختلف بدن
- اختلال در کارهای روزمره زندگی ، عدم حضور در محل کار ، عدم توجه به سرو وضع و ظاهر خود
- نشانه‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان بیشتر به صورت بی‌قراری ، ناسازگاری ، پرخاشگری و عصبانیت وافت تحصیلی می‌باشد .

در برخورد با بیمار افسرده چه باید کرد ؟

- با علاقمندی به درد دل آنها گوش دهید.
- از مشکلات خانوادگی و دیگر گرفتاریهای آنان باخبر شوید و در فرم ارجاع جهت اطلاع پزشک ثبت نمائید.
- به بیمار آرامش و اطمینان دهید که شکایات جسمی او، نشان‌دهنده بیماری خطرناکی نیست و قابل رفع می‌باشد .
- به او توصیه کنید وقت بیشتری را برای تفریحات سالم (ورزش و پیاده روی) و جلسات مذهبی و یا عبادات اختصاص دهد .
- بیمار را تشویق و راهنمایی کنید که از امکانات موجود محلی برای رفع مشکلاتش استفاده نماید .
- از دیگر افراد (نزدیکان و معتمدین محل و یا از هر مرجع دیگری که بتواند به بیمار کمک کند) کمک بگیرید .
- علیرغم اینکه شما قصد کمک را دارید سعی نکنید با ایفای نقش مشاوره تمام مسوولیت را خود بر عهده بگیرید. در جستجوی افرادی که بتوانند در زمینه‌های تخصصی به شما کمک کنند برآیید، حتی اگر به قیمت از بین رفتن اعتماد او به شما شود. اجازه دهید فرد مشکل‌دار بفهمد که شما برای وی اهمیت قائلید و نسبت به او چنان علاقمندید که قصد کمک گرفتن از دیگران جهت رفع مشکلات وی را دارید .

چه چیزی به بحران خودکشی منجر می شود؟

یک بحران خودکشی معمولاً توسط یک تجربه آسیب‌زا و یا مجموعه‌ای از تجارب که احساس ارزشمندی شخص را پایمال می کنند، ایجاد می شود. این تجارب شامل یک فقدان اساسی، ناکامی در نیل به اهداف شخصی و یا مشکلات شخصی درازمدت

می‌باشند. زمانی که نظام مقابله‌ای شخص قادر به رویارویی با تجرب منفی زندگی نباشد، افسردگی و یاس ناشی از آن می‌تواند شخص را به افکار خودکشی، آسیب پذیر نماید .

چگونه می توان به فردی که قصد خودکشی دارد کمک نمود :

اغلب خودکشی‌ها را می‌توان با اقدام‌های بجا و مناسب در مورد افراد در معرض بحران پیشگیری نمود. اگر فردی را که قصد خودکشی دارد می‌شناسید لازم است اقدامات زیر را انجام دهید :

- خونسرد باشید، در بیشتر موارد عجله‌ای در کار نیست، بنشینید و واقعاً به صحبت‌های فرد گوش فرا دهید و ضمن درک، حمایت‌های عاطفی خود را در مورد وی اعمال نمائید .
- بطور مستقیم راجع به خودکشی بحث نمائید . بیشتر افراد راجع به مرگ و مردن احساسات مبهمی داشته و آماده دریافت هر نوع کمکی می‌باشند. از صحبت یا سوال مستقیم راجع به خودکشی ترس و وحشتی به خود راه ندهید.
- فرد را به استفاده از روش‌های حل مساله و اقدامات مثبت تشویق و ترغیب نمائید . بخاطر داشته باشید فردی که در موقعیت بحران عاطفی قرار دارد نمی‌تواند منطقی و دقیق فکر کند. او را از هر گونه اقدام جدی و تصمیمات غیرقابل برگشت در موقعیت بحران باز دارید و راجع به تغییرات مثبتی که امید به زندگی را در وی افزایش می‌دهد بحث و گفتگو نمائید.

شیوه های مواجهه با افکار خودکشی:

در زیر چند راهبرد جهت مواجهه با بحران خودکشی ذکر شده است . نکته کلیدی برای پیشرفت از طریق این حالت، برقرار کردن رابطه با یک شخص و مشارکت در یافتن راه‌های جایگزین جهت توجیه زندگی (زنده ماندن) است.

- از افراد بخواهید ناکامی‌ها و نگرانی‌های خود را با والدین ، دوست ، همسر ، استاد، مشاور یا یک روحانی در میان بگذارد. اگر وی راه حلی برای مشکلات ندارد به این معنی نیست که برای آن مشکلات دیگر هیچ راه حلی وجود ندارد. ابراز افکار و احساسات آغاز کننده فرایندی است که از طریق آن نیرو ، امید و احساس ارزشمندی مجدداً ایجاد شده و به کشف راه حل‌های دیگر جهت حل و فصل بحران منجر می‌گردد. اگر افکار خودکشی بیش از چند روز طول کشید، کمک حرفه‌ای و تخصصی الزامی خواهد بود .

- به فرد بگویید آنچه را که موجب ناراحتی اش می‌شود ، بطور مشخص بنویسد . علاوه بر آن ، چگونگی رویارویی با مشکلات را معین کند. با مشخص شدن آنچه جهت مقابله با یک موضوع خاص انجام می‌شود، دریچه ذهن برای راه حل‌های دیگر باز می‌شود .
- آموزش دهید که افکار مثبت را جایگزین افکار منفی سازد و تفکر و تعمق دایمی درباره نقایص ، تقصیرها و بدبیاریهای زندگی ، خود پنداری و نگرش منفی در مورد آینده را درونی خواهد کرد . تمرکز بر توانایی‌ها و مشارکت- های شخصی مثبت ، نگرشی متعادل در مورد تواناییهای فردی بوجود می‌آورد .
- به فرد بگویید کسانی را که در صورت کشتن خودتان، زندگی آنها آسیب خواهد دید ، مشخص کنید ما همه در شبکه‌های اجتماعی درگیر هستیم و در هر لحظه از زمان شخصی وجود دارد که رابطه‌ای معنی‌دار با شما داشته باشد به فرد یادآور سازید که به حساب می‌آید و برای دیگران مهم است و استحقاق آن را دارد که چیزها را بهتر سازد . زندگی در دوره‌هایی از زمان سخت می‌گردد . همه فراز و نشیب دارند . یک بخش از خوبی زندگی در این است که شما امیدوارید فردا بهتر از دیروز خواهد بود .

بیماریابی:

- به هنگام مراجعه والدین به خانه بهداشت ، مراجعه به خانوارهای تحت پوشش ، در هنگام آموزش چهره به چهره و گروهی و همچنین مراجعه به مدارس و گفتگو با معلمان ، افراد در معرض خطر را با پرسش سوالات زیر شناسایی نمایید .
- آیا فردی در خانواده وجود دارد که بیش از اندازه غمگین و بی‌حوصله است ، یا گریه می‌کند ، یا تنهایی را دوست دارد ، یا خواب و اشتها ندارد ، یا از زندگی نا امید است ، یا به کار و یا تحصیل خود نمی‌رسد؟
- 2- آیا فردی در خانواده وجود دارد که راجع به خودکشی صحبت می‌کند و یا اقدام به خودکشی نموده است؟

ارجاع

- پس از شناسایی افراد در معرض خطر ، آنها را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید .
- *ارجاع می‌تواند غیر فوری باشد یعنی بیمار و خانواده وی، به هنگام ویزیت سیاری پزشک مرکز بهداشتی درمانی ، به خانه بهداشت مراجعه نمایند و تحت درمان قرار گیرند .

* هر گاه با بیماری روبرو شدید که در صحبت‌هایش از خودکشی صحبت کرد و یا اطرافیان را تهدید به از بین بردن خود می‌کند ، این موضوع را جدی بگیرید و به خانواده وی توصیه کنید تا مراجعه به پزشک، کسی مواظب بیمار باشد و بیمار را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید (ارجاع فوری)

ارجاع بیمار باید با برگه ارجاع (فوری یا غیر فوری) صورت گیرد.

پیگیری

در طول هفته اول پس از ارجاع لازم است از خانواده بیمار سوال شود آیا به پزشک مراجعه نموده‌اند؟ علت عدم مراجعه را مشخص و خانواده را تشویق به مراجعه به پزشک نمائید.

پس از مراجعه بیمار به پزشک، لازم است نکات زیر پیگیری شود:

- آیا بیمار طبق دستور پزشک بطور مرتب داروهای خود را مصرف می‌کند؟
- با مصرف دارو، وضعیت بیمار بهتر شده است؟
- آیا با مصرف داروها، عوارض دارویی دارد؟
- آیا بیمار مجدداً شروع بکار و فعالیت نموده است؟
- آیا بیمار برای ادامه درمان، به موقع به پزشک مراجعه کرده است؟

این اطلاعات باید در فرم پیگیری بیماریها در پرونده خانوار ثبت گردند. پیگیری تا زمان تاثیر داروها (دو تا سه هفته پس از شروع درمان) باید حداقل هفته ای یکبار صورت گیرد و پس از آن طبق دستور پزشک و یا ماهانه وضعیت بیمار پیگیری شود.

آموزش به بیمار و خانواده وی:

- در مورد افسردگی و نشانه های آن، به خانواده ها آموزش دهید و توصیه کنید نسبت به افسردگی خود و اعضای خانواده بی توجه نباشند و در صورت وجود علائم افسردگی، به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایند.
- به آنها بگوئید افسردگی یک بیماری است و قابل پیشگیری و درمان است. با مراجعه به پزشک، مصرف مرتب دارو، کمک و حمایت خانواده و تلاش بیمار، افسردگی وی برطرف شده به زندگی عادی باز می‌گردد.

- به آنها بگوئید حداقل طول درمان افسردگی 6 ماه است قطع یا کاهش و یا تغییر دارو باید فقط با دستور پزشک صورت گیرد .
- در صورتیکه بیمار بد حال است و قادر به اداره خودش نیست مسوولیت دادن دارو به وی ، باید بعهده یکی از اعضای خانواده گذاشته شود .
- در مورد عوارض دارویی، به بیمار و خانواده وی آموزش دهید .

عوارض دارویی: داروهای روانی دارای دو نوع عارضه هستند :

- 1- **عوارض خفیف** : مثل خشکی دهان ، تاری دید ، یبوست و خواب آلودگی . این عوارض موقتی هستند و با ادامه مصرف دارو بتدریج کاهش یافته از بین می‌روند .
 - 2- **عوارض شدید** : مثل سخت شدن عضلات گردن، کج شدن گردن، تب ، گلو درد ، ضایعات جلدی و شدید شدن عوارض خفیف دارویی . در برخورد با این عوارض شدید بیمار را به پزشک ارجاع فوری دهید .
- به آنها بگوئید یکی از خصوصیات داروهای روانی تاثیر کند و تدریجی آنها بر ناراحتی بیمار و ضرورت ادامه درمان حتی پس از بهبود علائم بیماری است .
 - به آنها بگوئید بدلیل افسردگی، بیمار ممکن است قادر به انجام کارهای روزمره خود نباشد این حالات وی را به حساب تنبلی نگذارند و او را مورد سرزنش و تمسخر قرار ندهند .

گزارش دهی :

موارد شناسایی شده مشکوک به افسردگی توسط بهورزان، پس از تأیید و تشخیص پزشک مرکز در فرم گزارش ماهانه پیگیری بیمارهای غیرواگیر ثبت می‌گردند. در ستون موارد تحت درمان (جمع موارد جدید ، عود و تکراری)، موارد تحت مراقبت ، قطع پیگیری و ارجاع با گذاشتن ستاره در محل و درپائین فرم توضیح داده می‌شود که این تعداد بیمار، مربوط به برنامه « پیشگیری اولیه بهداشت روان » می باشد.

منابع:

- 1- پیشگیری از خودکشی سایت دانشگاه علوم پزشکی مشهد www.mums.ac.ir
- 2- سایت www.salamatiran.com
- 3- <http://daneshnameh.roshd.ir>
- 4- متن آموزشی پیشگیری اولیه در بهداشت روان (افسردگی) برای بهورزان و رابطین بهداشتی - اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها - اداره بهداشت روان - بهار 79
- 5- متون آموزشی بهداشت روان و مهارت‌های زندگی برای زنان "ویژه بهورزان و رابطین" - اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - 1384

تمرین نظری:

- 1- علل خودکشی را ذکر کنید.
- 2- گروه‌های در معرض خطر خودکشی را نام ببرید.
- 3- علایم و نشانه‌های افسردگی چیست؟

تمرین عملی:

- 1- از طریق ایفای نقش، نحوه مشاوره با یک فرد افسرده را به کمک مربی در کلاس تمرین کنید.

بخش ششم

مهارت برقراری ارتباط

اهداف: پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

1- ارتباط را تعریف کرده و عوامل دخیل در آن را توضیح دهید.

2- با نقش مهارت ارتباط در زندگی آشنا باشید.

3- بعضی از راههای برقراری ارتباط موثر را آموزش دهید.

تعریف ارتباط : واژه ارتباط که واژه‌ای بسیار ساده است، اما دارای تعاریف متعددی می‌باشد و تعریف ساده آن، این است :
"ارتباط هر عمل متقابلی است که شامل انتقال پیام باشد." در هر ارتباطی دو یا چند مورد باید وجود داشته باشد که شامل مورد انتقال، پیام دهنده و پیام گیرنده است.

در تعریف دیگری آمده است ارتباط عبارت است از فرایند انتقال و تبادل افکار، اندیشه‌ها، احساسات و عقاید دو نفر یا بیشتر با استفاده از علائم نمادهای مناسب به منظور تاثیر کنترل و هدایت یکدیگر.

ضرورت و اهمیت کسب مهارت ارتباط :

با توجه به اینکه حیات انسانها به یکدیگر وابسته می‌باشد و با کمک همدیگر انواع نیازهای خویش را برآورده می‌نمایند لازمه کسب موفقیت در برآورد و رفع نیاز به نوع و میزان ارتباط آنها با یکدیگر وابسته می‌باشد. از این رو ضرورت دارد که کلیه انسانها در چگونگی برقراری ارتباط با یکدیگر مهارت بدست آورند. تحقیقات انجام گرفته نشان می‌دهند که 70% از مشکلات افراد ناشی از وجود ارتباط ضعیف بین آنهاست. ارتباط ضعیف به دنبال خود اثرات منفی می‌آورد از جمله کاهش حس همکاری و تعاون، بروز اشتباهات، کاهش کارایی، کاهش عزت نفس، ناامیدی، خصومت، از بین رفتن خلاقیت، ضعیف شدن روحیه اجتماعی، مشکلات خانوادگی، عدم خلاقیت، فشار روانی، نارضایتی شغلی، بیماری جسمی، احساس تنهایی و بیگانگی و دهها مورد دیگر، بطور خلاصه اهمیت و نقش ارتباط در زندگی فردی چنان است که گروهی عدم آن را عامل مبتلا شدن افراد به بیماریهای روانی می‌دانند. می‌توان عنوان نمود که ارتباط سنگ بنای جامعه انسانی است و بدون آن هرگز فرهنگ به عنوان خصیصه جامعه انسانی پدید نمی‌آید و از سوی دیگر گسترش ارتباط جامعه جدید را از جوامع پیشین مجزا می‌نماید. به عبارتی سرچشمه فرهنگ و موجب تکامل آن است.

هدف اصلی ارتباط برقراری ارتباط کامل است. منظور از ارتباط کامل این است که گیرنده پیام به طور کامل به هدف اصلی فرستنده پیام دست یابد. اما همواره ارتباط کامل مسیر نمی‌شود. عواملی وجود دارند که در برقراری ارتباط کامل یا ناکامل نقش دارند.

1-عوامل شخصی مثل هیجانان (شادی، خشم، نفرت، علاقه و ...) اطلاعات و تجربیات قبلی (خاطرات خوب و بد و ...)
مهارتهای کلامی و غیر کلامی (هنر خوب شنیدن، خوب دیدن، خوب فهمیدن یا برعکس خوب گوش نکردن، با دقت نگاه نکردن و خوب درک نکردن و ...)

2- عواملی که به وسایل ارتباطی مربوط می‌شود مثلاً یک معذرت خواهی کتبی یا شفاهی که می‌تواند خوب، کافی و رسا و یا بد، ناکافی و نارسا باشد .

3- عواملی که به نوع و روش ارتباط مربوط می‌شود . مثلاً تصمیم‌گیری برای اینکه آیا بهتر است یک درخواست مهم را مستقیماً و رو در رو مطرح کرد و یا اینکه تلفنی انجام بدهیم .

بطور خلاصه همه این عوامل می‌تواند منجر به برقراری یک ارتباط کامل شده یا اینکه از شکل‌گیری آن جلوگیری نماید .

در برقراری هر رابطه‌ای باید به عواملی که باعث ایجاد آن ارتباط می‌شود توجه کرد. پاره ای از این عوامل عبارتند از: تعهد، صمیمیت، محبت، عشق، درک طرف مقابل و علاقمندی. همچنین برای ایجاد رابطه و ارتباطی سازنده قواعدی وجود دارد . پنج قاعده که برای ارتباطی سازنده موثر است به اختصار چنین می‌باشند:

1- افکار و احساسات خود را با استفاده از ضمیر من بیان کنید .

2- درباره ویژگی فرد دیگری، کلی‌گویی نکنید. مثلاً شما بی‌ملاحظه هستید یا شما تنبل هستید .

3- از مطلق جلوه دادن امور با استفاده از کلماتی مانند هرگز و همیشه بپرهیزید. مثلاً نگوئید شما همیشه بی‌نظم هستید.

4- استفاده از وقت مناسب، سعی کنید بی‌درنگ نسبت به رفتار شخص واکنش نشان دهید، اگر نشد آن را به وقت مناسب انجام دهید.

5- سعی کنید سازنده و راهگشا باشید. وقتی می‌گویید از بعضی چیزها خوشتان نمی‌آید، این را هم بگویید که از چه چیزی خوشتان می‌آید. نکته‌ای دیگر که در مهارت ارتباط، مهم است این که اگر ما بخواهیم در ایجاد ارتباط موفق باشیم باید توانایی چشم‌پوشی کردن از کارهای ناخوشایند طرف مقابل را داشته باشیم .

نقش مهارت ارتباط موثر در زندگی :

آدمی باید چگونگی ارتباط خوب و موثر را از راه یاد گرفتن بدست آورد. روابط انسانی خوب بین مردم بستگی زیادی به این دارد که با هر زبانی که خوب حرف می‌زنند مقصود یکدیگر را بفهمند .

مردم می‌توانند با استفاده از بیان آنچه می‌بینند و آنچه می‌شنوند تصوراتی روانی خود را گسترش دهند .

ارتباط بزرگترین عامل منفردی است که بر سلامت انسان و روابط خود بر دیگران اثر می‌گذارد. شادی واقعی را باید در ارتباط سالم و صمیمانه با اطرافیان جستجو کرد. در یک زندگی جمعی فرد باید نظرات خود را به طریقی زیبا و دلپسند، به آنگونه که در شنونده اثر کند، ابراز دارد.

مهارت ارتباط در حرفه مشاوره بسیار مهم است و اصولاً مهم‌ترین عامل موفقیت هر مشاور، توفیق هر چه بیشتر در ایجاد ارتباط است. ارتباط موثر در کسانی که به کارهای بازگانی و بازار مشغول هستند بسیار مهم است و چگونه ارتباط برقرار کردن نقش مهمی در کار بازار دارد. اصولاً این مهارت در زندگی نقش مهمی دارد. برای رسیدن به این مهارت باید هنر خوب گوش کردن و خوب سخن گفتن را کسب کرد.

مهارت ارتباط موثر عامل مهمی در رسیدن به زندگی مناسب است و می‌تواند موفقیت‌های اجتماعی مهم برای ما ایجاد کند و تاثیرات مثبت و فراوانی در زندگی بگذارد و حتی در زندگی خصوصی و سلامت جسمانی ما هم تاثیر انکارناپذیری خواهد داشت. افرادی که زندگی اجتماعی متعادل‌تری دارند سالم‌ترند و از زندگی طولانی‌تری برخوردارند. چرا که توان برقراری ارتباط موثری را دارند، در نتیجه از استرس و دغدغه‌های نگران‌کننده کمتری هم برخوردار هستند و این است که در روند سلامتی آدمی هم تاثیرگذار می‌باشد. زندگی اجتماعی خوب عاملی است برای موفقیت‌های بیشتر.

خوش رویی با دیگران می‌تواند ما را موفق‌تر کند. چینی‌ها ضرب المثلی دارند که می‌گویند: "مردی که صورتش خندان نیست نباید مغازه اش را بگشاید." بنابراین در مهارت ارتباط موثر آموزش و تمرین برای شاد بودن در زندگی باید پیوسته انجام شود.

تکنیکهای برقراری ارتباط:

چگونگی ارتباط داشتن با مردم به اندازه شایستگی‌های فنی و مدیریتی اهمیت دارد. بعضی از راههای کسب ارتباط اجتماعی و ارتباطات انسانی چنین است:

- سعی نمایید به هنگام برقراری ارتباط با دیگران نگاه و توجه خود را به فرد مورد نظر متوجه نمایید و با او ارتباط چشمی داشته باشید.

- بدانید لحن صدا، زیر و بمی صدا، درجه صدا و سرعت ادای کلمات و تاکید و فشار بر روی برخی از کلمات، واژه‌ها و عبارات

در کیفیت برقراری ارتباط شما با دیگران موثر می‌باشد. بنابراین سعی نمایید به هنگام برخورد برقراری ارتباط از لحن، درجه،

زیر و بمی و سرعت مناسب و متعادلی بهره بگیرید.

- سعی نمایید همیشه به هنگام برخورد با دیگران با نشاط و سرزنده باشید و شوق ارتباط در خود نمایان سازید و از سر جنباندن و لبخند زدن جهت بیان دقت خود به فرد استفاده نمایید.

- سعی نمایید احساسات منفی خود را تقویت ننمایید. برخی از افراد همیشه نسبت به پدیده‌ها و وقایع نگرش منفی دارند و بنای همه چیز را بر نشدن و نتوانستن و عدم اعتماد و اطمینان می‌گذارند. عبارتهایی مثل "امکان‌پذیر نیست"، "تلاش ما نتیجه نمی‌دهد"، "شدنی نیست" نشانه‌های نگرش منفی در افراد می‌باشد. اگر چنین فکر می‌کنید باید بدانید که این نوع فکر کردن قدرت عمل، قدرت خلاقیت، و جرات پرداختن به فعالیت و پویایی را از شما می‌گیرد.

- از واژه‌ها و کلمات مناسب بهره بگیرید. استعمال برخی کلمات و لغات خوشحال‌کننده است، برخی کلمات دیگران را می‌رنجانند. برخی کلمات ابهام‌آمیز هستند، برخی پرخاشگری محسوب می‌شوند. از این رو بهتر است در انتخاب لغات و واژه‌ها جهت برقراری ارتباط با دیگران دقت نمائید.

- سعی نمایید در هنگام ارتباط با دیگران شنونده خوبی باشید شنونده خوب بودن، تاثیر دو جانبه (بر شما و طرف مقابل) دارد. اصولاً شنونده خوب بودن به عنوان نشانه‌ای از پذیرش و احترام به طرف مقابل تلقی می‌گردد. اگر به صحبت‌های کسی خوب دقت نمایید او احساس می‌کند که او را مورد احترام قرار داده‌اید. بررسی دردها و مشکلات در جریان گفتگو و ارتباط، امکان تخلیه روانی و راحت شدن از آلام را برای انسانها فراهم می‌نماید. اثر دیگر شنیدن این می‌باشد که شما باعث شکوفایی استعدادها و توسعه افکار دیگران می‌شوید و فرصتی را فراهم می‌آورید که فرد مقابل افکار خود را تنظیم نماید و آن را به‌روراند و او نیز متقابلاً به شما علاقمند می‌گردد و به صحبت‌های شما اهمیت می‌دهد و شنونده خوبی برای شما می‌شود و به نوبه خود باعث می‌گردد که شما افکار خود را توسعه دهید و به نظم فکری برسید. علاوه بر اینها شنیدن توأم با دقت موجب می‌گردد دامنه لغات و دانش شما افزایش یابد تجارب دیگران به شما انتقال پیدا کند و به هنگام مواجه شدن با مساله یا مشکلی زودتر از عهده حل آن برآیید.

- به خاطر داشته باشید در میان بحث و صحبت‌های کسی حتی اگر کل بحث و موضوع مورد نظر او را هم بدانید وارد نشوید و اجازه دهید که کلام او خاتمه پیدا نماید و آنگاه به اظهار عقیده بپردازید.

- هرگز درباره درستی یا نادرستی مطلبی که به آخر نرسیده است قضاوت ننمایید.

- سعی نمایید بعد از شنیدن صحبت‌های طرف مقابل به منظور اطمینان نمودن از درک مورد نظر گفتگو به بازسازی کلمات، احساسات و ... او پردازید و به او بازخورد دهید تا واکنش او را دریابید. مثلاً بگویید منظور شما از فلان بحث این است که ... ؟ یا، من منظور شما را اینگونه درک کردم که ... ؟

- سعی نمایید وقتی در شرایط جسمی، عاطفی و ذهنی مناسب می‌باشید صحبت‌های دیگران را بشنوید.

- سعی نمایید عواطف و احساسات خویش را به طرف مقابل انتقال نمایید برای این کار می‌توانید از لحاظ کلمات، جملات و حرکات (بدن، دست، سر، چهره و ...) ایما و اشاره، لبخند زدن و ... بهره بگیرید.

- به تفاوت‌های فردی توجه نمایید و انتظار نداشته باشید که همه افراد همانند شما فکر کنند و حتماً خود را با فکر، اندیشه یا سلیقه شما تطبیق دهد. در نظر داشته باشید که هر کس باید خودش باشد ولی در عین حال از برقراری ارتباط با دیگران لذت ببرد.

- اگر دچار اشباه و خطا شدید بپذیرید و آن را اصلاح کنید. اعتراف به خطا و اشتباه از نشانه‌های رشد عقلی افراد می‌باشد. بنابراین هیچ‌گاه معترف بودن به خطا را مایه شرمندگی ندانید و آن را نقطه ضعف تلقی نکنید.

- بخاطر داشته باشید که برخی مواقع شما با جسم خودتان با دیگران ارتباط برقرار می‌کنید و پیام‌های خود را به دیگران منتقل می‌کنید. ارتباط چشمی، ایجاد اشاره، لمس کردن، حالات چهره، آهنگ صدا، بلندی و کوتاهی صدا، نزدیکی به دیگران و ... از جمله عامل‌های موثر ارتباط شما با دیگران می‌باشد.

- ارتباط را به سه دسته ضعیف، موفق و موثر دسته‌بندی می‌نمایند. شما باید سعی نمایید ارتباطتان با دیگران از نوع موثر باشد. در ارتباط ضعیف گیرنده پیام شما نمی‌تواند به خوبی حرف‌ها و منظور شما را درک نماید. این که بین افراد سوء تفاهم به وجود می‌آید حاصل ارتباط ضعیف می‌باشد. در ارتباط موفق شما قادر می‌شوید که مقصود و غرض خود را به مخاطب انتقال دهید ولی تاثیر عملی بر آنها باقی نمی‌گذارد. این نوع ارتباط با تمام شدن زمان ارتباط فراموش می‌شود. اما در ارتباط موثر ضمن آنکه تاثیرگذاری وجود دارد اثرش نیز بعد از قطع ارتباط از بین نمی‌رود.

- حتماً در قبال خدمات و زحماتی که اطرافیان شما بخاطر شما متحمل می‌شوند قدردانی نمایید و انجام آن کارها را وظیفه آنها تلقی نکنید.

- از پوشش مناسب استفاده نمایید. رعایت نظافت، حسن سلیقه، نوع رنگ لباس، برآزندگی پوشش، مراعات نظم و ترتیب ظاهری و دهها مورد اینچنین از مواردی هستند که در برقراری یک ارتباط مناسب تاثیر می‌گذارند و شما باید آنها را مراعات نمایید.

- در برقراری ارتباط با دیگران از یادآوری خاطرات تلخ و ناگوار خودداری نمایید. گاهی مواقع اتفاق می‌افتد افراد بعد از آشنایی با یکدیگر موارد تلخی را تجربه می‌نمایند یادآوری این تجربه تلخ کیفیت ارتباط شما با دیگران را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین بهتر است سعی نمایید آن خاطره تلخ را از ذهن خود دور نمایید.

- در برقراری ارتباط با دیگران سعی کنید نیازها و احساسات آنها را درک نمایید. بی‌اعتنایی به احساسات اطرافیان اگرچه آنها را دوست داشته باشید عامل دلزدگی و دوری آنها از شماست.

منابع:

1- مهارت‌های زندگی ویژه بهورزان و رابطین - اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - 1383

2-30 مهارت زندگی ویژه جوانان و نوجوانان - چاپ سوم - حسن ملکی

3- آشنایی با مهارت‌های زندگی سعید ماهوان

تمرین نظری:

1- نقش ارتباط موثر در زندگی چیست؟

2- ضرورت کسب مهارت ارتباط را شرح دهید.

تمرین عملی:

1- تکنیک‌های برقراری ارتباط را بصورت ایفای نقش به کمک مربی در کلاس تمرین کنید.

2- در حضور مربی وبا کمک همکلاسان آموزش راههای برقراری ارتباط موثر را تمرین کنید.

بخش هفتم

بهورزان چه اقداماتی باید در جهت سلامت روان خود انجام دهند؟

اهداف: پس از مطالعه این بخش انتظار می رود بتوانید:

1- با علایم فرسودگی شغلی آشنا شوید.

2- راههای رفع فرسودگی شغلی را توضیح دهید.

در جریان انجام وظیفه بعنوان بهورز یا ارائه دهنده خدمات به آسیب دیدگان، فشارهای زیادی ممکن است متحمل شوید. ممکن است خود قربانی بلایا باشید و عزیزانتان جزو تلفات یا مجرمین حادثه باشند، صحنه های دلخراشی را مشاهده کرده یا داستانهای هولناکی را از زبان قربانیان حادثه شنیده باشید و از نظر جسمی فشار زیادی را بعلت شرایط کاری، بی خوابی و خستگی متحمل شده باشید. ممکن است در شرایطی قرار بگیرید که از دستتان کاری ساخته نباشد و احساس بی کفایتی و یا گناه کنید. همه این استرسها باعث می شود خود نیز تحت فشار روانی زیادی قرار بگیرید و دچار فرسودگی شوید. اگر قادر نباشید بطور موثری عمل کنید نمی توانید به کسی کمک یا یاری برسانید. این فشار روانی ممکن است علایم ذکر شده زیر را در شما ایجاد کند.

علائمی که نشان می دهد شما دچار فرسودگی شغلی شده اید :

- خستگی مفرط
- از دست دادن روحیه
- عدم توانائی برای تمرکز
- علایم بدنی مثل سردرد، درد شکم یا ناراحتی معده
- مشکلات خواب
- درگیر شدن بیش از حد و افراطی در کارها و رفتارهای قهرمانانه
- بی نیازی به خواب
- بدبینی
- ناکارآمدی
- بی اعتمادی
- تند خوئی و بداخلاقی
- مصرف بیش از حد سیگار یا مصرف مواد مخدر

برای رفع فرسودگی شغلی خود چه باید کرد ؟

آموزش افراد قبل از امدادگری برای کنترل کردن استرسهایی که در جریان بلایا و حوادث غیرمترقبه با آن روبرو خواهند

شد می‌تواند از ایجاد چنین مشکلاتی پیشگیری کند. بنابراین یاد گرفتن مهارت کنترل استرس و کنترل هیجانات شدید مثل خشم می‌تواند در حل اینگونه مشکلات مفید باشد.

1- کنترل و اداره استرس : یکی از روش‌هایی که به شما کمک می‌کند تا آرامش خود را در هنگام استرس دوباره بدست آورید ، خودآرام‌سازی است . فشارهای روانی روی دستگاه عصبی ما تاثیر می‌گذارد و باعث یک سری علائم بدنی می‌شود مثل تنگی نفس، طپش قلب، انقباض و دردهای عضلانی. همانطور که با بروز اضطراب و تنش، انقباض عضلانی بوجود می‌آید و آرامش دور می‌شود با رفع این انقباض، اضطراب و تنش از بدن دور می‌شود و آرامش جایگزین می‌گردد. پس برای اینکار باید عملاً تمرین کنید و انقباض و انبساط عضلات خود را تحت کنترل خود درآورید.

می‌توانید به ترتیب زیر عمل کنید :

روی صندلی بنشینید و خود را در وضعیت راحتی قرار دهید. سر خود را به آرامی به دیوار تکیه دهید، چشمانتان را ببندید و سعی کنید به چیزی فکر نکنید. عضلات خود را به ترتیب به شدت منقبض و سپس رها کنید. می‌توانید از دست شروع کنید و مشت‌هایتان را بفشارید و دست‌هایتان را به جلو کشیده و عضلات بازو و ساعد خود را منقبض کنید. پس از چند ثانیه مشتتان را باز کنید و دست‌هایتان را آرام پائین بیاورید و روی پاتان رها کنید. زمان بیشتری را به رهاسازی عضله اختصاص دهید. مثلاً اگر 5 ثانیه انقباض عضله طول کشید 10 ثانیه آن عضله را رها کنید. این کار را به ترتیب برای تمام عضلات از جمله عضلات قفسه سینه، شانه، کمر و شکم، ران‌ها و ساق پا و کف پا و عضلات صورت و گردن انجام دهید. با هر بار انقباض و رهاسازی عضله چند بار نفس عمیق بکشید و کلمه آرامش را در ذهن خود تکرار کنید. برای اینکه تنفس منظمی داشته باشید باید ریه‌های خود را با سه شماره و در سه مرحله پر و خالی کنید. در ابتدا ممکن است بعضی از شما احساس بهتری پیدا نکنید، نگران نباشید اگر برای این کار آموزش ببینید و چند بار در خانه تمرین کنید کم‌کم مهارت پیدا خواهید کرد .

2- استراحت و خواب کافی و تغذیه مناسب ضروری است.

در نظر گرفتن زمان‌هایی برای استراحت کوتاه در محلی که سر و صدای کمتری داشته و امکانات مناسب‌تری برای استراحت داشته باشد می‌تواند مفید باشد .

3- جلسات بازگویی روانشناختی و گفتگوهای ساده و غیر رسمی راجع به بلا یا با همکاران می‌تواند مفید باشد. البته برای انجام بازگویی روانشناختی باید آموزش دیده باشید یا تحت نظر تیم حمایت روانی – اجتماعی این کار را انجام دهید.

4- بخاطر داشته باشید که لازم نیست خودتان را بجای افراد آسیب دیده بگذارید فقط کافی است با آنان همدلی کنید. مثلاً در مواجهه با کسی که فرزندش را از دست داده است، مرگ فرزند خود را مجسم نکنید. چون اینکار تحمل شما را برای کمک رسانی کاهش می دهد .

5- در صورتی که با تمام این کارها نتوانستید تسلط کافی بر اعمال خود پیدا کنید و شرایط مساعدی برای ادامه کار ندارید یا شدت علائمتان به حدی است که رنج و عذاب فراوانی را تحمل می کنید، می توانید به تیم حمایت روانی اجتماعی مراجعه کرده مشکل خود را با آنان در میان بگذارید و از آنان کمک بگیرید.

منابع:

- حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه- دکتر محمدتقی یاسمی وهمکاران - زمستان 1383

تمرین نظری:

1- علایم فرسودگی شغلی را شرح دهید.

2- راههای رفع فرسودگی شغلی را توضیح دهید.

پیوست

آشنایی با بیماریهای کلیوی:

هر فرد در بدن خود دو کلیه به اندازه مشت فرد بزرگسال دارد که در دو طرف ستون مهره ها و در قسمت زیرین قفسه سینه در پشت قرار دارند، اگر چه کلیه ها کوچکند ولی وظایفی پیچیده و حیاتی را انجام می دهند که کل بدن را متعادل نگه می دارند.

برای مثال کلیه ها:

- در دفع مواد زاید و مایعات اضافی کمک می کنند.
- خون را تصفیه، برخی از مواد را حفظ و برخی را دفع می کنند.
- تولید گلبولهای قرمز را تحت نظارت قرار می دهند.
- ویتامین های موثر در رشد را می سازند.
- هورمون های موثر در تنظیم فشار خون را تولید می کنند.
- در تنظیم میزان مواد مغذی ویژه در بدن مانند کلسیم و پتاسیم کمک می کنند.

چگونگی انجام کار کلیه ها

- 1- خون از طریق یک سرخرگ از قلب به کلیه وارد می شود.
 - 2- خون با گذشتن از میلیون ها صافی کوچک، تمیز می شود.
 - 3- مواد دفعی از طریق میزنای (حالب) عبور کرده و به عنوان ادرار در مثانه جمع می گردد.
 - 4- خون تصفیه شده از طریق سیاهرگ ها به جریان خون بر می گردد.
 - 5- هنگامی که مثانه پر از ادرار می شود از طریق پیشابراه ادرار از بدن خارج می شود.
- کلیه ها هر 24 ساعت جمعاً حدود 200 لیتر از مایعات بدن را تصفیه و به جریان خون بازمی گردانند حدود 2 لیتر مایع به صورت ادرار از بدن دفع می شود در حالی که باقیمانده یعنی حدود 98 لیتر به بدن باز می گردد. ادراری که ما دفع می کنیم تقریباً ظرف مدت 1 تا 8 ساعت در مثانه ذخیره شده است.

بیماری کلیه :

اگر چه کلیه ها، عضوهای کوچکی هستند ، ولی وظایف حیاتی زیادی از جمله تصفیه نمودن مواد زاید و مایعات اضافی از خون را به عهده دارند که در حفظ سلامتی عمومی بدن موثر است. بیماری شدید کلیه، ممکن است منجر به نارسایی کامل آن شود، که نیازمند درمان با دیالیز یا پیوند کلیه برای جلوگیری از مرگ است . اگر چه درمانهای موثری برای بسیاری از بیماریهای کلیه وجود دارد ولی مردم هنوز نمی دانند که بیماریهای کلیه قابل پیشگیری اند.

نارسایی کلیه:

اگرچه فشار خون، عفونت طولانی کلیهها و بیماری گلومرولهای کلیه از علل این بیماری مهم هستند، ولی شایعترین و مهمترین علت نارسایی کلیهها در سالهای اخیر بیماری دیابت بوده است. نارسایی کلیه به معنای ناتوانی این عضو در دفع اوره و سایر سموم بدن است که منجر به تجمع این سمها در خون می شود.

متأسفانه تا مراحل انتهایی بیماری شخص علائمی ندارد و تنها راه تشخیص بیماری از طریق آزمایش خون و اندازه گیری اوره و

کراتینین است و اگر این آزمایشات انجام نشود، زمانی فرد دارای علائم و نشانه های بیماری می شود که درصد کارایی کلیهها به کمتر از 20 درصد رسیده باشد و در واقع بیمار فاصله چندانی با دیالیز ندارد.

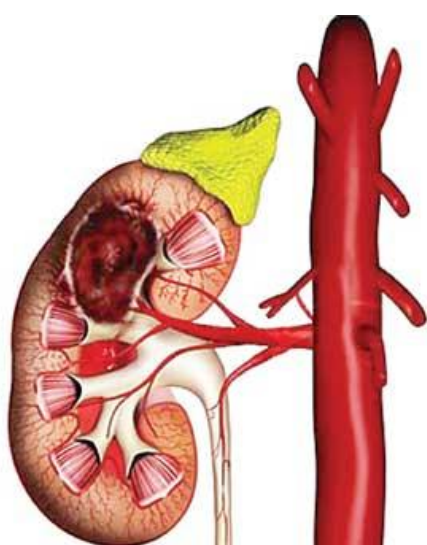
در سالهای اول شروع دیابت در درصد بالایی از بیماران، کلیهها شروع به دفع پروتئین می کنند که اولین نشانه بیمار شدن کلیههاست و می توان با

آزمایش ادرار به وجود آن پی برد. باید بدانیم که در مراحل اولیه یعنی زمانی که پروتئین در ادرار دفع می شود ولی عملکرد کلیهها طبیعی است، می توان

از پیشرفت بیماری پیشگیری کرد، اما در مرحله ای که نارسایی کلیهها

شروع می شود، نمی توان سیر پیشرونده آن را متوقف ساخت و باید به فکر درمان های جایگزین مثل پیوند کلیه باشیم.

اما آیا همه بیماران مبتلا به دیابت دچار نارسایی کلیه می شوند؟ خوشبختانه جواب منفی است، چون گروهی از بیماران به صورت ژنتیکی مستعد نارسایی کلیه ناشی از دیابت نیستند. در این بیماران پس از گذشت ده ها سال از دیابت، کلیهها به کار



خود ادامه می‌دهند، اما درصد بالایی از بیماران دیابتی استعداد ابتلا به نارسایی کلیه را دارند. در این گروه از دیابتی‌ها باید با تمهیداتی از این عارضه مهم پیشگیری کرد .

کنترل دقیق قند خون و نگه داشتن سطح قند خون در محدوده قابل قبول اگر به طور مداوم و پیگیر انجام شود عارضه کلیوی دیابت را سال‌ها به تاخیر می‌اندازد. فشار خون نیز از علت‌های اصلی نارسایی کلیه‌هاست و اگر بیمار دیابتی هم‌زمان دچار فشار خون نیز باشد احتمال بروز نارسایی کلیه در او چند برابر می‌شود؛ بدیهی است کنترل فشار خون در این بیماران اهمیت زیادی دارد و نارسایی کلیه را به تعویق می‌اندازد.

کنترل چربی خون نیز از اقدامات حمایتی برای کلیه‌هاست؛ البته همان‌گونه که در ابتدا گفته شد این تمهیدات در مراحل اول و قبل از شروع روند تخریب کلیه‌ها موثر است و حتما باید در سال‌های ابتدایی شروع بیماری دیابت کنترل دقیق قند خون و کنترل فشار خون را انجام داد تا کلیه‌ها دچار آسیب نشوند.

برخی از بیماری‌های دیگری که ممکن است بر کلیه اثر بگذارند شامل عفونت‌ها، سنگ‌های کلیوی و بیماری‌های ارثی، می‌باشند. استفاده بیش از اندازه قرص‌های ضد درد یا مصرف مواد مخدر مانند هروئین می‌تواند به کلیه‌ها صدمه بزند . مرحله نهایی بیماری کلیه زمانی رخ می‌دهد که حدود 90 درصد از عملکرد کلیه از بین برود. افراد مبتلا به نارسایی کلیه ممکن است دچار تهوع، استفراغ، ضعف، خستگی، گیجی، مشکل در تمرکز و از دست دادن اشتها شوند. نارسایی کلیوی با آزمایش خون و ادرار قابل پیشگیری است.

نشانه‌های هشدار دهنده بیماری‌های کلیوی و دستگاه ادراری :

1- فشار خون بالا

2- پیدایش خون یا پروتئین در ادرار

3- آزمایش کراتینین خون (کراتینین ماده دفعی است که توسط کلیه‌های سالم از خون خارج می‌شود.) در بیماری‌های کلیوی ، سطوح کراتینین در خون ممکن است افزایش یابد .

4- تکرر ادرار به ویژه در شب

5- مشکل در ادرار کردن یا ادرار درد آور

6- تورم در چشم‌ها، تورم دست‌ها و پاها به ویژه در کودکان

بیماری کلیوی معمولاً بی سر و صدا پیشرفت می کند و پیش از ایجاد هر گونه شکایت موجب تخریب قسمت عمده‌ای از فعالیت و عملکرد کلیه می گردد. بنابراین افراد در معرض خطر پیشرفت بیماری کلیوی باید بطور مرتب مورد ارزیابی قرار گیرند. افراد در معرض خطر کسانی هستند که مبتلا به بیماری قند - دیابت - پرفشاری خون، بیماری عروقی و وابستگان نزدیک افراد مبتلا به بیماریهای ارثی کلیه می باشند. گاهی اوقات افراد با بیماری شدید کلیوی نیز بدون علامت می باشند. این موضوع اهمیت آزمایش خون یا آزمایش ادرار را در بررسی مشکلات کلیوی روشن می کند. به هر حال شکایات و علائم زیر می توانند نشانگر بیماری کلیوی باشند که در صورت وجود، انجام آزمایشات و بررسی های بیشتر توصیه می شود. بعضی از علائمی که می تواند نشانگر بیماری کلیوی باشد عبارت اند از: * خستگی * پرفشاری خون * ورم چشم ها، دست یا پا * دفع ادرار خونی، تیره یا رنگ چای * شب ادراری (بیشتر از یک بار در موقع خواب) * کاهش اشتها (کاهش وزن) * خارش سراسری پایدار.

چگونه می توان از بیماریهای کلیوی پیشگیری کرد؟

- 1- کنترل منظم فشار خون
- 2- کنترل قند خون
- 3- پیشگیری از مصرف بی رویه مسکن ها
- 4- پیشگیری از تماس طولانی مدت با سموم ، آفت کش ها

سنگ های کلیوی:

سنگ های کلیوی رسوبات سختی هستند که در داخل کلیه ها و از نمک های اسیدی و املاح ساخته می شوند .
علل ایجاد سنگ های کلیوی متعدد اند، ولی شایع ترین علت، غلیظ شدن ادرار است که باعث کریستالی شدن و چسبیدن مواد معدنی به یکدیگر می گردد .
حرکت و عبور سنگ کلیه غالباً با درد همراه است. به طور معمول درد از ناحیه پهلو و یا کمر، دقیقاً در زیر دنده ها شروع می شود و به سمت تحتانی شکم و یا لگن حرکت می کند. زمانی که سنگ وارد مجاری ادراری می شود، شدت درد تغییر می یابد. معمولاً سنگ های کلیوی منجر به بروز آسیب جبران ناپذیر نمی شوند .
صرف نظر از داروهای مسکن و نوشیدن مقادیر زیادی مایعات، درمان های دیگر غیر ضروری اند، ولیکن به هر جهت درمان می تواند در پیشگیری از سنگ های مکرر در افراد مستعد کمک کننده باشد.

علائم

یک سنگ کلیه زمانی منجر به ظهور علائم می شود، که وارد میزنا می شود. میزنا یا حالب، لوله ارتباط دهنده کلیه و مثانه

است. در این زمان علائم و نشانه های زیر ظهور می کنند:

-درد شدید در ناحیه پهلو و کمر، درست در زیر دنده ها

-درد منتشرشونده به سمت تحتانی شکم و لگن

-درد در هنگام دفع ادرار

منابع:

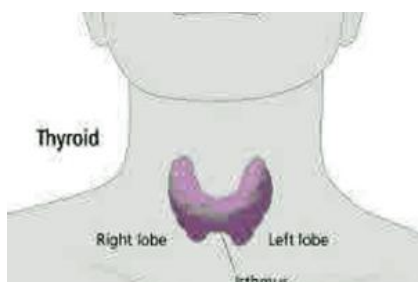
-۱ www.journal.blogfa.com

-۲ www.Farateb.com

-3 www.tebyan.net

بیماری گواتر :

گواتر یعنی بزرگ شدن غده تیروئید به هر علت از جمله کمبود ید. غده تیروئید در جلوی حنجره قرار دارد و کار آن تنظیم سوخت و ساز بدن می باشد. به نظر می رسد که علت اصلی بیماری گواتر کمبود ید در مواد غذایی باشد و بزرگ شدن تیروئید ، واکنش جبرانی بدن برای استفاده بیشتر از ید وارد شده به بدن است. در چند دهه اخیر، افزودن ید به نمک طعام سبب پیشگیری و شاید ریشه کن کردن این نوع گواتر در بسیاری از کشورهای اروپایی و آمریکا شده است. انسان ید را از مواد غذایی،



حیوانی و گیاهی دریافت می کند و آن را به راحتی از راه دستگاه گوارش جذب و توسط غده تیروئید می گیرد و مازاد آن را از راه ادرار دفع میکند. یافته های پزشکی نشان می دهد در مناطقی که خاک و آب آن دارای ید کافی نیست، میزان ید مواد غذایی برای صحت اعمال تیروئید کفایت نمی کند.

پزشکان معتقدند نیاز مطلوب روزانه به ید بین 100 تا 300 میکروگرم است که اگر مصرف ید روزانه به کمتر از 100 میکروگرم برسد، ممکن است گواتر بروز کند و در صورتی که به کمتر از 50 میکروگرم برسد به بروز اختلالات دیگر ناشی از کمبود ید منجر خواهد شد.

اکثراً تنها تظاهر کمبود ید گواتر است و علائم بالینی کم کاری تیروئید موجود نیست. کارشناسان در این زمینه، اندازه گیری ید ادرار را یک شاخص اساسی و مهم برای تشخیص کمبود ید می دانند.

جهت بررسی کمبود ید در یک منطقه، بهترین شاخص تعیین میزان دفع شده در نمونه ادرار صبحگاهی دانش آموزان مدارس آن منطقه است.

متداولترین روش پیشگیری از بروز این بیماری، استفاده از نمک ید دار است که در همه سنین استفاده می شود و بجای نمک معمولی و به همان میزان مورد استفاده قرار می گیرد، هیچ منعی برای استفاده از آن در بارداری وجود ندارد و در بعضی مناطق دنیا به آب آشامیدنی و یا آرد نانوائی نیز ید اضافه می شود.

استفاده از نمک ید دار سبب پیشگیری از بروز گواتر و احتمالاً توقف رشد بسیاری از گواترهای کوچک می شود ، با این وجود تاثیری در کاهش اندازه گواترهای بزرگتر (آنها که بدون به عقب بردن سر از نزدیک یا دور دیده می شوند) نمی گردد. برای درمان این نوع گواترها، تجویز هورمونهای تیروئید توصیه می شود.

پزشکان بهترین فرآورده های تیروئیدی را قرصهای لووتیروکسین سدیم می دانند که با مقادیر 100 تا 200 میکروگرم (یک یا دو قرص) در روز سبب کاهش اندازه گواتر می شود.

مصرف این دارو در موارد حاملگی و شیردهی مانعی ندارد و درمان جراحی نیز ضروری نیست؛ مگر در مواردی که اندازه گواتر سبب بروز علائم انسدادی شده و یا موارد استثنایی دیگری وجود داشته باشد. درمان با لووتیروکسین در موارد زیر معمولاً توصیه نمی شود: سن بالا، بیماری زمینه‌ای به ویژه بیماری قلبی، زنان یائسه که درمان جایگزین هورمون دریافت نمی کنند. در این صورت بهتر است برای جلوگیری از عود گواتر ، بیمار تا پایان عمر از فرآورده های تیروئیدی استفاده کند.

بیماری گواتر، بیماری بسیار شایعی است که حدود 10 درصد از مردم جامعه را دچار می کند و زنان 10 برابر مردان به آن مبتلا می شوند.

علائم گواتر معمولاً در بیمارانی که از گواتر خود آگاه هستند شایعتر است و شامل احساس فشار و توده در گلو، احساس خفگی، سختی در بلع و تنگی نفس میشود.

مشخصاتی که می تواند فرد را به بدخیم بودن گواتر مشکوک کند عبارت از رشد سریع، علائم درد، احساس ناراحتی و تنگی نفس اخیر، وجود توده یا برجستگی خارجی تیروئیدی (لنفادنوپاتی)، گواتر بزرگ با قوام سخت هستند.

گاه گواتر به علت کم کاری غده تیروئید ایجاد می شود که موجب کوتولگی و عقب ماندگی ذهنی در کودکان می گردد. در بزرگسالان، ایجاد بیماری می کند که این بیماری بصورت خستگی، ضعف، عدم تحمل سرما، یبوست و گرفتگی صدا ظاهر می شود. در ظاهر این افراد دارای صورت پفکرده، سرد و زرد رنگ و ابروهای کم مو، زبان کلفت و ناراحتی های قلبی میباشند. گاهی گواتر در اثر پرکاری تیروئید ایجاد می شود که همراه با علائمی مانند ضعف عمومی، عرق فراوان، لاغری، عصبانیت، اسهال، عدم تحمل گرما و خیرگی چشم می باشد.

در دوران حاملگی کمبود ید می تواند به جنین آسیب برساند و منجر به کوتولگی و عقب ماندگی ذهنی نوزاد گردد که در صورت معالجه سریع میتوان از میزان آسیب کاست .

مهمترین منابع ید: نمک ید دار، ماهی های آب شور، میگو دارای مقدار زیادی ید می باشند. بعضی مواد غذایی مانند گل کلم، کلم دلمه ای، شلغم، بادام زمینی ضد جذب ید هستند و موجب کمبود ید در بدن می شوند.

منابع:

www.seemorgh.com/health -1

www.sums.ac.ir -2

کم خونی :

کم خونی یک مشکل مهم بهداشتی در بسیاری از کشور ها، بخصوص در کشور های فقیر و در حال توسعه می باشد. کم خونی انواع مختلفی دارد ولی همه مبتلایان از ناراحتی های مشترکی رنج می برند. این ناراحتی نتیجه کاهش نیروی اکسیژن رسانی خون به بافت ها می باشد. شدت ناراحتی ها بستگی به میزان کم خونی و سرعت پیشرفت آن دارد. افراد کم خون زود خسته می شوند. تنگی نفس، تپش قلب، سرگیجه، سردرد، احساس وزوز در گوش، پریدگی رنگ و بی اشتهاپی و سوء هضم و تهوع از علائم دیگر کم خونی می باشند .

مهمترین کم خونی ها عبارتند از :

- کم خونی هایی که در اثر کمبود بعضی مواد مورد نیاز در خون سازی می باشد مثل آهن، ویتامین های b12 و C و اسیدفولیک .

- کم خونی هایی که در اثر از بین رفتن گلبولهای قرمز خون ایجاد می شود مانند کودکانی که از مادران Rh منفی بدنیا می آیند و یا از بین رفتن گلبولهای قرمز در اثر سم های میکروبی، انگل ها، سم مار، خوردن بعضی مواد شیمیایی مثل نفتالین و مواد غذایی از قبیل باقلا ممکن است ایجاد کم خونی کند .

بنابر این با خوردن مواد غذایی مورد نیاز بدن یعنی استفاده از مواد غذایی حاوی آهن مانند گوشت، جگر، زرده تخم مرغ، سبزیجات برگ سبز، حبوبات و از میوه ها انگور، هلو، زرد آلو و انواع ویتامین ها و شناسایی افراد حساس به باقلا، رعایت بهداشت فردی برای جلوگیری از ایجاد سم های میکروبی و انگلی، می توان از انواع کم خونی ها پیش گیری نمود. برای جلوگیری از کم خونی نوزادان متولد شده از مادران «RH منفی» باید مادر در دوران بارداری تحت مراقبت باشد و نیز نوزاد او باید تحت مراقبت کامل قرار گیرد.

منبع : - www.sums.ac.ir

بیماری آسم:

آسم یک بیماری ریوی است که علائم اصلی آن سرفه، خس خس و تنگی نفس است. آسم یک بیماری التهابی مزمن راههای هوایی تنفسی است که در افرادی که زمینه حساسیت به بعضی از عوامل محیطی را دارند تشدید می شود.

این پدیده التهابی موجب انسداد راههای هوایی تنفسی می شود و علائم خاص بیماری را ایجاد می کند و با درمان مناسب زندگی راحتی برای فرد به ارمغان می آورد.

عواملی که باعث بروز بیماری می شوند عبارتند از:

1- آلودگی هوا (دوده های ناشی از ماشینهای دودزا)

2- عفونتهای ویروسی دستگاه تنفسی فوقانی

3- دود سیگار در کودکانی که پدر و مادر سیگاری دارند یا بزرگسالانی که خود آنها سیگار می کشند.

4- گرد و غبار محیطهای شغلی مثل گرد چوب و یا دود و بخار ناشی از لهیم و جوشکاری

5- بند پایان بسیار ریزی که "مایت" نامیده می شوند و در بستر خواب، مبلمان پارچه ای، قالی و موکت وجود دارند.

6- آلودگی محیط خانه (دود سیگار، سوخت فسیلی، گرد و غبار، وجود حشرات و حیوانات خانگی)

7- در فصول خاصی از سال به علت تراکم زیاد گرده های گیاهان

8- با شیوع کمتر، مواد غذایی خاص بخصوص در کودکان زیر 2 سال این مواد: حبوبات، شیر گاو، دانه های جو و گندم

9- یک سری از داروها مانند آسپرین، ایندومتاسین و بعضی از داروهای قلبی می توانند باعث ایجاد آسم در فرد مستعد شوند.

10- از عوامل دیگر که باعث ایجاد آسم می شود، استرس های روحی می باشد و باید گفت که هر هیجان روحی و استرسی می تواند باعث شروع حمله یا بیماری آسم شود.

علائم بیماری آسم کدام است؟

مهم ترین علامت های آسم، سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس است. البته لازم نیست که بیمار هر سه علامت را با هم داشته باشد و ممکن است بیمار فقط یکی از انواع علامت ها را داشته باشد. هم چنین بیمار ممکن است علائم دیگری مانند افزایش خلط، حساس بودن به بوها مانند بوی غذا، بوی عطر و بوی بعضی از گل های تند را داشته باشند. معمولاً در افراد آسمی حملات آسم و تنگی نفس و حملات سرفه در شب ها باعث می شود که این بیماران از خواب بیدار شوند. لازم به ذکر است که معمولاً افراد بالغ مبتلا به آسم، در کودکی نیز دچار خس خس سینه بوده اند و والدین اظهار می دارند که این بیماران در زمان کودکی دچار سرماخوردگی های طولانی مدت می شده اند و سرفه های طولانی داشته اند.

راه های تشخیص بیماری آسم کدام است؟



مهم ترین راه تشخیص، شرح حال و معاینه بیمار می باشد که توسط پزشک انجام می گیرد و در صورت صلاحدید پزشک اسپرومتری (آزمایشی بدون درد است که با آن می توان تنفس (حجم تنفسی) یک فرد را اندازه گیری نمود) انجام می گیرد. چنان چه بیمار آسم داشته باشد در این تست مشخص می شود. بدین صورت که در این تست حجم های ریوی کاهش پیدا می کند. در طی این آزمایش به مریض اسپری داده

می شود و آزمایش، قبل و بعد از مصرف اسپری تکرار می شود، بعد از مصرف اسپری آن حجم که قبل از مصرف اسپری کاهش پیدا کرده بود، بعد از مصرف اسپری معمولاً درصدی افزایش حجم پیدا می کند. انجام تست قبل و بعد از مصرف اسپری جهت تشخیص کمک کننده است، چون بیمارانی هستند که اسپرومتری طبیعی دارند و نشانی از کاهش حجم نشان نمی دهند و فقط به صورت دوره ای دچار مشکل می شوند. حتی ممکن است این دوره ها به حدود چندین سال هم بکشد. در کل این بیماری می تواند حمله ای یا متناوب باشد و حتی ممکن است بیمار در صبح خوب باشد و در شب حالش بد شود و یا ممکن است بیمار فقط در شب ها حالش بد باشد و در نتیجه تست تنفسی هم می تواند تابعی از این قانون باشد. در این گونه موارد پزشک می تواند از تست های تحریکی استفاده کند تا متوجه شود که بیمار آسم دارد یا نه.

راههای پیشگیری:

چون این بیماری از شایعترین بیماریهای دستگاه تنفسی است و علل بوجود آورنده آن نیز فراوان می باشد لازم است که نکات زیر رعایت شود:

1-نکشیدن سیگار

2-در معرض دود سیگار قرار نگرفتن

3- دوری جستن از محیطهایی که گرد و غبار و یا آلودگیهای دیگر هوا در آنها وجود داشته باشد

4- اجتناب از تماس با حیوانات اهلی خانگی مثل گربه و سگ

5- مراقبت از کودکان به منظور پیشگیری از ابتلای آنان به عفونتهای ویروسی ، چون این عفونتها ممکن است باعث شروع آسم شوند.

6- تشخیص به موقع حساسیتهای غذایی در کودکان

درمان:

کنترل آسم زیاد آسان نیست بلکه احتیاج مداوم به درمان صحیح دارد که ممکن است سال ها طول بکشد و حتی در برخی از موارد تمام عمر به درازا می کشد.

برای این بیماری درمان‌هایی وجود دارد که با وجود این که علاج بخش قطعی نیستند ، باعث می شوند در اغلب موارد بیماری تحت کنترل درآید و بیمار از یک زندگی عادی برخوردار شود.

در این میان مسئله چگونگی استفاده صحیح از داروهای مختلف برای آسم مهم است. موفقیت درمان آسم رابطه مستقیم با پذیرش دارو و عمل صحیح به توصیه‌های پزشک دارد. پس بنابراین هرچه دارو صحیح تر مصرف شود اثر آن بیشتر است و نیاز مریض به پزشک و درمان آن کمتر می شود.

داروهای ضد آسم بسیار و گوناگون هستند و برای استفاده از هر کدام آنها باید کارکرد آنها را شناخت. برخی از بیماران باید از دو دارو یا بیشتر استفاده کنند و ممکن است دستگاه‌ها با هم فرق کنند و این ممکن است بیمار را کمی سردرگم کند؛ به علاوه این که این داروها باید در طول روز به طور مرتب مصرف شوند.

منابع:

www.IRTEB.COM-

www.sums.ac.ir-

فنیل کتونوری:

PKU یک بیماری متابولیک است که به دلیل کمبود یا فقدان آنزیم فنیل آلانین هیدروکسیلاز ایجاد می شود. (فنیل آلانین یک اسید آمینه ضروری است. چنانچه از فنیل آلانین مواد غذایی در بدن برای ساخت پروتئین استفاده نشود، این ماده بطور طبیعی تجزیه می گردد. کمبود آنزیم فنیل آلانین هیدروکسیلاز یا کوفاکتور آن یعنی ترا هیدرو بیوپترین موجب تجمع فنیل آلانین در مایعات بدن می

شود). فنیل آلانین اضافی به فنیل پیروویک اسید و فنیل اتیلین آمین تبدیل می شود. این متابولیت ها و سایر متابولیت های بعدی همراه با فنیل آلانین اضافی متابولیزم طبیعی را مختل نموده و موجب صدمه مغزی می گردند. کودک مبتلا در ابتدای تولد طبیعی است و عقب ماندگی ذهنی بتدریج پیشرفت می کند و طی چند ماه آشکار می شود. کودک در صورتی که تحت درمان قرار نگیرد، به ازا هر ماه 4 نمره از IQ او کاسته خواهد شد و تا پایان سال اول 50 نمره از IQ را از دست خواهد داد. عقب ماندگی مغزی در این بیماری شدید است اغلب بیماران به حدی دچار عقب ماندگی می شوند که نیاز به مراقبت 24 ساعته یا نگهداری تمام وقت در آسایشگاه دارند، کودک مبتلا پرفعالیتی همراه با حرکات بی هدف پیدا می کند. بوی مخصوص و نامطبوع این کودکان مربوط به متابولیت اسیدلاکتیک است. در معاینه عصبی، علائم یکنواختی را نمی توان یافت. اغلب بیماران هیپرتونیک هستند و $\frac{1}{4}$ این بیماران تشنج نیز دارند. در کشورهایی که غربالگری نوزادان در حال انجام است و کودکان مبتلا به موقع شناسایی و درمان می شوند بندرت می توان تظاهرات این بیماری را دید. تشخیص این بیماری در بدو تولد با اندازه گیری فنیل آلانین خون انجام می شود. توصیه می شود. خون نوزاد بعد از گذشت 48 تا 72 ساعت از تولد و ترجیحاً بعد از تغذیه پروتئینی گرفته شود.

تمام اختلالاتی که منجر به PKU می شوند از نوع اتوزوم مغلوب است. این الگوی ارثی تحت تاثیر ازدواج فامیلی قرار دارد و شانس بروز اختلال را تا 2 برابر افزایش می دهد. سن متوسط تشخیص بیماری در شرایط عدم غربالگری 2 سالگی است که در این سن صدمات مغزی کامل شده و درمان فقط از شدت هیپراکتیویتی می کاهد و صدمات مغزی غیر قابل برگشت است. با غربالگری امکان درمان گرچه آسان نیست وجود دارد و به خوبی در کشورهای مختلف انجام شده و بدون استثناء در حفظ IQ افراد مبتلا در محدوده نرمال موفق بوده است. اقدامات درمانی این بیماری متمرکز بر کاهش فنیل آلانین و متابولیت های آن در خون است و هدف آن ممانعت یا کاهش صدمه مغزی است. فنیل آلانین رژیم این بیماران باید محدود شود. این رژیم باید تحت نظر یک متخصص تغذیه تنظیم گردد و با آزمایشات مکرر خون از سطح مناسب فنیل آلانین خون اطمینان حاصل شود. سطح سرمی مورد نظر بین 2-6 mg/dl است. گر چه بعد از 6 سال از عمر کودک شدت کنترل رژیم غذایی کاهش می یابد لیکن

این موضوع که تا چه سالی از عمر، رژیم مخصوص غذایی ادامه یابد همچنان مورد بحث است.

منابع: www.sums.ac.ir-

گالاکتوزومی (galactosemia) :

یک ناتوانی متابولیک تبدیل گالاکتوز به گلوکز است که ناشی از فقدان آنزیم پی گالاکتوز - پوریدیل - ترانسفراز می باشد. این ناهنجاری ارثی و بصورت مغلوب منتقل می شود شیر خوران مبتلا اوایل سالم بنظر میرسند اما پس از چند روز غذا خوردن استفراغ شروع شده و با اسهال، زردی، بزرگی کبد و ادم همراه است تشخیص با آزمایش ادرار و خون انجام می گیرد. برای درمان باید شیر و فراورده های آنرا از رژیم غذایی حذف کرد که با این عمل علائم از بین خواهد رفت و به عنوان غذا باید از میوه ، سبزیجات ویتامینها ، املاح و چربیهای گیاهی استفاده نمود و از تمام ترکیباتی که حاوی لاکتوز یا گالاکتوز باشد بشدت اجتناب کرد.

غربالگری شنوایی نوزادان

کم شنوایی در نوزادان وضعیتی پنهان است و در صورت اجرا نشدن غربالگری شنوایی ممکن است کم شنوایی تا 18 ماهگی پنهان بماند. کاهش شنوایی شایعترین نقص مادرزادی است و میزان شیوع اختلال در شنوایی (کم شنوایی) در زمان تولد بیش از 2 برابر مجموع اختلالات قابل ارزیابی در نوزادان است. افت شنوایی باعث آسیبهای جدی در رشد طبیعی گفتار و زبان، یادگیری و رشد فردی و اجتماعی نوزاد می شود.

آزمونهای شنوایی سنج بسیار دقیق و حساسند و می توانند افت های شنوایی ضعیفی که با روشهای معمولی و عامیانه و نامناسب قابل تشخیص نمی باشند را کشف و مشخص نماید. چنانچه تشخیص زود هنگام افت شنوایی صورت نگیرد کسب مهارتهای زبانی، اجتماعی و شناختی که زیر بنای آینده تحصیلی و موفقیت های آتی ایشان در جامعه است سخت و غیر ممکن خواهد بود.

بر اساس دستور العمل سازمان بهداشت جهانی تمامی نوزادان باید قبل از ترخیص از بیمارستان تحت آزمایش های غربالگری شنوایی قرار گیرند در صورت تشخیص زود هنگام افت شنوایی تکامل طبیعی کلامی، شناختی و اجتماعی کودک 1 الی 2 سال از همسالان مشابه خود که بعد از 6 ماهگی تحت تشخیص و مداخله قرار گرفته اند جلوتر خواهد بود. طرح غربالگری شنوایی نوزادان و شیرخواران با هدف شناسایی زود هنگام شنوایی و ارائه خدمات لازم و مداخله به هنگام جهت جلوگیری از عوارض کم شنوایی حداکثر تا سن یک ماهگی نوزاد اجرا می شود و توسط سازمان بهزیستی اجرا می گردد. این طرح در سه مرحله غربالگری، ارزیابی و مداخله اجرا می شود. در مرحله اول غربالگری تمام نوزادان در بیمارستان مورد سنجش قرار می گیرند نوزادانی که به هر دلیل در مرحله اول رد شده اند در مرحله دوم مجددا مورد ارزیابی دقیق تر قرار می گیرند و در نهایت نوزادانی که کم شنوایی آنها مشخص و قطعی شود در مرحله مداخله قرار می گیرند که شامل ارجاع به پزشک مربوطه و در نهایت اقدامات توانبخشی می باشد.