
بسم الله الرحمن الرحیم



مجموعه مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر
در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران
«ایراپن»

دستورالعمل اجرایی بهورز / مراقب سلامت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر
۱۳۹۶

عنوان و نام پدیدآور : مجموعـه مداخلات اسـاسی بیماری‌های غیـر واگیر در نظام مراقـبت‌های بهداشـتی اولیه ایران (ایراپن):
دستورالعمل اجـرایی بهورز/مراقبت سلامت/نویسندگان احمد کوشا... [و دیگران]؛ زیر نظر علی‌اکبر سـیاری؛
به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر مدیریت بیماریهای غیر واگیر.
مشخصات نشر : تهران: نشر مجسمه، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری : ۷۰ ص.: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).؛ ۲۲×۲۹ س‌م.
شابک : ۹-۱-۹۶۲۵۸-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
یادداشت : نویسندگان احـمد کوشا، مهدی نجـمی، علیرضا مهدوی هزاوه، علیرضا مغیثی، علی قنبـری مطلق، شهین یاراحـمدی، محبوبه دینی، زهرا عبداللهی، احمد حاجبی، خسرو صادق‌نیت، علیه حجت‌زاده، عهدیه ملکی، علی اسدی، پریسا ترابی، محمد مرادی، امین عیسی‌نژاد، بهزاد ولی‌زاده، عباس پریانی، معصومه ارجمندپور، الهام یوسفی.
موضوع : بیماری‌های مزمن -- ایراپن -- پیشگیری -- دستنامه‌ها
موضوع : Chronic diseases -- Iran -- Prevention -- Handbooks, manuals, etc.
موضوع : بیماری‌های مزمن -- ایران -- تشخیص -- دستنامه‌ها
موضوع : Chronic diseases -- Diagnosis -- Iran -- Handbooks, manuals, etc.
شناسه افزوده : کوشا، احمد، ۱۳۳۹-
شناسه افزوده : سیاری، علی‌اکبر، ۱۳۳۰-
شناسه افزوده : ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر مدیریت بیماری‌های غیر واگیر
رده بندی کنگره : ۱۳۹۶ ۳م۹الف/RA۶۴۴/۸
رده بندی دیویی : ۳۶۲/۱۹۶۰۴۴۰۰۹۵۵
شماره کتابشناسی ملی : ۴۷۴۳۰۰۰

نشر مجسمه

مجموعه مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران «ایراپن»

دستورالعمل اجرایی بهورز/ مراقبت سلامت

نویسندگان: دکتر احمد کوشا، دکتر مهدی نجمی، دکتر علیرضا مهدوی هزاوه، دکتر علیرضا مغیثی، دکتر علی قنبری مطلق، دکتر شهین یاراحمدی، دکتر محبوبه دینی، دکتر زهرا عبداللهی، دکتر احمد حاجبی، دکتر خسرو صادق‌نیت، علیه حجت‌زاده، دکتر عهدیه ملکی، علی اسدی، دکتر پریسا ترابی، دکتر محمد مرادی، دکتر امین عیسی‌نژاد، مهندس بهزاد ولی‌زاده، عباس پریانی، معصومه ارجمندپور، الهام یوسفی.

زیر نظر: دکتر علی‌اکبر سیاری

به سفارش: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- معاونت بهداشت- دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر

ناشر: مجسمه

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۶

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

چاپ و صحافی: طرفه

ناظر چاپ: آرش رحیم‌طایفه

شابک: ۹-۱-۹۶۲۵۸-۶۰۰-۹۷۸

نشانی: تهران - خ انقلاب - خ دوازده فروردین - خ نظری غربی - شماره ۹۹ - واحد ۱۰
تلفن: ۵۱ ۲۷ ۹۷ ۶۶ فکس: ۵۰ ۲۷ ۹۷ ۶۶

همکاران تالیف و تکوین برنامه

دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر:

دکتر احمد کوشا: معاون فنی معاونت بهداشت و مدیر کل دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر
دکتر علیرضا مغیثی: معاون فنی و رییس گروه نظام مراقبت عوامل خطر
دکتر علیرضا مهدوی هزاوه: معاون اجرایی و رئیس اداره پیشگیری از بیماری‌های قلب و عروق
دکتر شهین یاراحمدی: رئیس گروه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غدد و متابولیک
دکتر علی قنبری مطلق: رئیس اداره سرطان
دکتر مهدی نجمی: رئیس اداره پیشگیری از بیماری‌های مزمن تنفسی
دکتر طاهره سموات: کارشناس مسئول گروه پیشگیری از بیماری‌های قلب و عروق
دکتر محبوبه دینی: مدیر برنامه پیشگیری و کنترل پوکی استخوان و استخوانی ـ مفصلی
علیه حجت‌زاده: کارشناس مسئول گروه پیشگیری از بیماری‌های قلب و عروق
دکتر محمد مرادی: مسئول برنامه فعالیت بدنی
دکتر امین عیسی‌نژاد: مشاور برنامه فعالیت بدنی
عباس پریانی: رئیس گروه عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر
دکتر عهدیه ملکی: کارشناس اداره پیشگیری از سرطان
معصومه ارجمندپور: کارشناس اداره پیشگیری از بیماری‌های مزمن تنفسی
مهندس الهام یوسفی: مدیر پورتال دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر

دفتر سلامت محیط و کار:

دکتر خسرو صادق نیت: رئیس مرکز سلامت محیط و کار
مهندس بهزاد ولی‌زاده: مسئول دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات
دکتر حسن آذری پور ماسوله: عضو کارگروه تخصصی ستاد کشوری کنترل دخانیات

دفتر بهبود تغذیه جامعه:

دکتر زهرا عبداللهی: مدیر کل دفتر بهبود تغذیه جامعه
دکتر پریسا ترابی: کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه

دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد:

دکتر احمد حاجبی: مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
علی اسدی: معاون دفتر پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد
دکتر علیرضا نوروزی: مشاور دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

معاونین بهداشت، مدیر و کارشناسان گروه بیماری‌های غیرواگیر دانشگاه‌های علوم پزشکی اصفهان، کرمان، آذربایجان غربی و مراغه و همکاران شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌های شهرضا، بافت، نقده و مراغه

سایر همکارانی که در تهیه این مجموعه ما را یاری نمودند:

دکتر سید فرزاد محمدی، دکتر سعید محمودیان، دکتر نسرین آژنگ، دکتر محمود ابراهیمی، دکتر منصوره سادات عبداللهی، آزیتا پیشگو، سپهر هاشمیان، مریم مهرابی، خدیجه محصلی، فرزانه فرشاد، سارا غلامی، معصومه افسری، پریسا رضانژاداصل، محبوبه درمان، شهناز باشتی، سیده مونا فاضلی، مریم روحانی، الهام پرتوی‌پور، مهندس محمدحسین پناهی، فرشته صلواتی، کتایون کاتب صابر، طاهره معراجی‌پور، شیرین امیر جباری، منیژه مومنی، فاطمه ذوالقدری، اکبر سلطان‌آبادی

در پایان از همکاری اعضای کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، همکاران مرکز مدیریت شبکه، معاونت اجرایی معاونت بهداشت، مرکز سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، آزمایشگاه مرجع سلامت و دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران تشکر و قدردانی می‌گردد.

فهرست مطالب

پیشگفتار ۱
مقدمه ۳
برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر منتسب در PHC (ایراپنIraPEN) ۶
دستورالعمل ارایه خدمات ۷
ارزیابی میزان خطر ده ساله سکته‌های قلبی و مغزی کشنده یا غیرکشنده ۸
فراخوان و غربالگری گروه هدف ۸
نحوه محاسبه میزان خطر ده ساله سکته‌های قلبی و مغزی کشنده یا غیرکشنده با استفاده از نمودار ۹
گروه‌بندی افراد پس از ارزیابی میزان خطر ده ساله سکته‌های قلبی و مغزی و اقدامات مورد نیاز ۱۱
پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر ۱۲
پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ ۱۵
ارزیابی ۱۵
تصمیم‌گیری و اقدام ۱۵
پیگیری و مراقبت بیماران ۱۵
پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان ۱۸
ارزیابی ۱۸
تصمیم‌گیری و اقدام ۱۸
پیگیری و مراقبت بیماران ۱۸
پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان دهانه رحم ۱۹
ارزیابی ۱۹
تصمیم‌گیری و اقدام ۱۹
پیگیری و مراقبت بیماران ۲۰
ثبت افراد مبتلا به سرطان ۲۳
ارزیابی ۲۳
تصمیم‌گیری و اقدام ۲۳
راهنمای بررسی عوامل خطر ۴ گانه (تغذیه نا مناسب، کم تحرکی، مصرف دخانیات و الکل) ۲۵
بررسی از نظر وضعیت تغذیه ۲۶
سوالات ارزیابی الگوی تغذیه (توسط بهورز/ مراقب سلامت) ۲۶
بررسی سطح فعالیت بدنی ۲۹
پرسشنامه ۴ سوالی فعالیت بدنی ۲۹
ارزیابی آمادگی شروع فعالیت بدنی (**پرسشنامه PAR-Q**) ۳۱
تحلیل وضعیت آمادگی شروع فعالیت ورزشی ۳۱
آزمون‌های وضعیت آمادگی جسمانی (انعطاف‌پذیری، قدرت عضلانی، استقامت عضلانی) ۳۱
پیگیری و مراقبت ۳۱
بررسی از نظر مصرف دخانیات ۳۳
بررسی از نظر مصرف الکل ۳۵
پرسشنامه غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد ۳۶
کارت پاسخ غربالگری اولیه ۳۸
دستورالعمل اجرا ۳۹
مراقبت و پیگیری ۴۰
دستورالعمل تکمیل کارت خطر سنجی، آزمایشات و اندازه‌گیری‌ها ۴۳
دستورالعمل تکمیل کارت خطرسنجی ۴۴
دستورالعمل آزمایش‌ها و اندازه‌گیری‌ها ۴۸
دستگاه اندازه‌گیری قند و چربی خون ۵۰
دستور العمل آزمایش FIT (خون مخفی در مدفوع به روش ایمونوشیمی) ۵۴
اندازه‌گیری فشارخون ۵۹
اندازه‌گیری دور کمر ۶۰
اندازه‌گیری قد بیمار ۶۱
اندازه‌گیری وزن بیمار ۶۱

پیشگفتار

پدیده‌های شهرنشینی و صنعتی شدن جوامع که با تغییرات وسیع در سبک زندگی همراه است، در کنار بهبود شاخص‌های بهداشتی که سبب افزایش میزان امید به زندگی شده است، مهم‌ترین عوامل افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر بوده‌اند. بیماری‌های غیرواگیر، مسوول بیش از ۵۳٪ بار بیماری‌ها در سراسر جهان هستند و بیش از ۷۶٪ کل بار بیماری‌ها در ایران به بیماری‌های غیرواگیر اختصاص دارد. پایه پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، شناسایی عوامل خطر اولیه و پیشگیری و کنترل این عوامل است.

شش میلیون از کل ۳۸ میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در سنین کمتر از ۷۰ سال رخ می‌دهد و بیش از ۸۰٪ این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد. افزایش شیوع بیماری‌های غیرواگیر و ماهیت مزمن، پیشرونده و ناتوان‌کننده آن‌ها باعث بوجود آمدن مشکلات عدیده‌ای می‌شوند و متاسفانه نیروی مولد جوامع را به‌طور مستقیم در معرض خطر مرگ و میر، معلولیت و ناتوانی‌ها قرار می‌دهند. به دلیل هزینه‌های درمانی طولانی‌مدت و هزینه‌های بالای از جیب مردم، بیماری‌های غیرواگیر می‌توانند منجر به هزینه‌های کمرشکن سلامت و فقر شوند. لذا بیماری‌های غیرواگیر از مهم‌ترین موانع توسعه کشورها هستند و هزینه‌های سرسام آور ناشی از این بیماری‌ها هر نظام بهداشتی و درمانی را با چالش‌های عدیده‌ای روبرو می‌نماید.

چهار بیماری دیابت، فشارخون بالا، سرطان و بیماری‌های مزمن تنفسی به همراه چهار عامل خطر کم تحرکی، تغذیه ناسالم، مصرف الکل و دخانیات مهم‌ترین علل مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر هستند که احتمال مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر را افزایش می‌دهند. به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت کنترل این بیماری‌ها و عوامل زمینه‌ساز آن‌ها را به عنوان هدف اصلی برای کاهش ۲۵٪ مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵ تعیین کرده است.

معاونت بهداشت از سال‌های دور تجارب ارزنده‌ای در اجرای برنامه‌های موفقیت‌آمیز برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های دیابت و فشارخون بالا داشته است و بر مبنای این تجارب و دستورالعمل‌های جدید سازمان جهانی بهداشت و "سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴"، همکاران عزیزم در دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر با همکاری سایر دفاتر و مراکز معاونت بهداشت، بسته خدمت پیشگیری و کنترل چهار بیماری و چهار عامل خطر منتسب به آن‌ها را تهیه نمودند تا پس از اجرای مرحله یک و تعیین میزان قابلیت اجراء آن، در بسته خدمات سطح یک ادغام شود و در سراسر کشور مطابق با روند تحول سلامت در حوزه بهداشت به اجراء درآید.

امیدوارم به یاری خداوند و همت کلیه همکاران محترم در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور طی دهه آینده، گامی بلند و استوار در راستای حفظ و ارتقای سلامت هموطنان عزیزمان در حیطه کاهش مرگ زودهنگام ناشی از چهار بیماری غیرواگیر و چهار عامل خطر منتسب به آن‌ها برداریم.

و من الله توفیق

دکتر علی اکبر سیاری

معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزشی

شماره ۵۰/۶۱۶۰
تاریخ ۱۳۹۵/۱۲/۲۶
پیوست

جناب آقای دکتر هاشمی
وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سلام علیکم

احتراما با عنایت به اهمیت و پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر درکاهش میزان مرگ و میر زودرس و ناتوانی در کشور و در راستای تحقق اهداف **سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴** به استحضار می رساند، فاز اول طرح ایراپن که به تائید کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر رسیده است، در چهار شهرستان بافت، نقده، شهرضا و مراغه به انجام رسید و طی آن خطرسنجی بیماری های غیرواگیر در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ایران صورت پذیرفت.

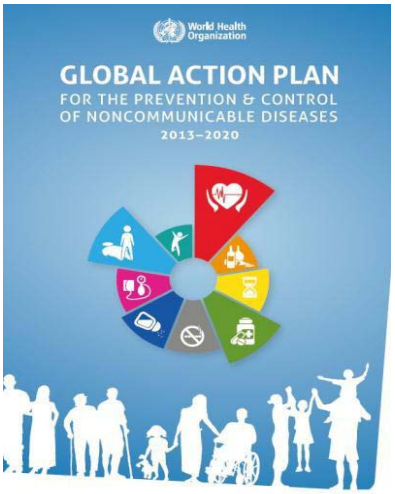
احتراماً، همانگونه که مستحضرید، انجام مداخلات مؤثر در این راستا فرصتی ارزشمند برای نظام سلامت کشور است، که زمینه ارتقائ سلامت مردم و پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر آن را فراهم خواهد آورد. **لذا با عنایت به تصویب اجرایی شدن این طرح در یک منطقه تعریف شده از دانشگاههای علوم پزشکی کشور در کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر**، در صورت صلاحدید حضرتعالی کمیته های دانشگاهی بیماریهای غیرواگیر با حضور تمامی اعضاء و همچنین ذی نفعان برون بخشی، **اجرایی شدن طرح ایراپن در کلیه مناطق آمایشی و دانشگاههای علوم پزشکی کشور در یک منطقه تعریف شده**، بر اساس دستورالعمل های تدوین شده مصوب کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر وزارت بهداشت عملیاتی نموده و گزارش آن را به معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر ارسال نمایند.

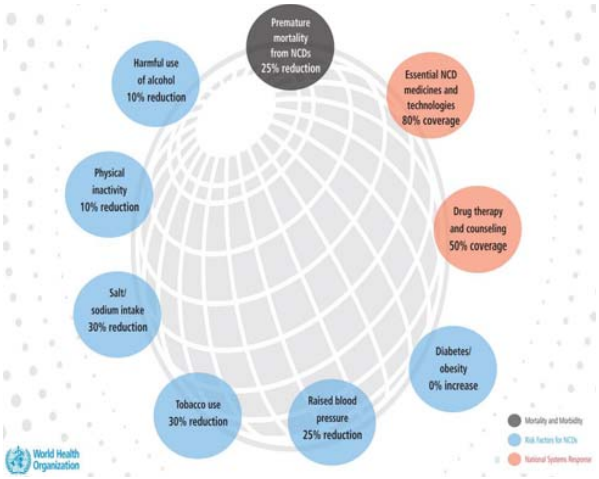
امید است با عنایات حضرت ولی عصر (ع) و در سایه توجهات و حمایت های حضرتعالی شاهد کاهش آلام مردم جامعه و اعتلای نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران باشیم.

دکتر باقر لاریجانی
معاون آموزشی و
نائب رییس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر

مقدمه

در طی چند دهه اخیر علیرغم پیشرفت‌های بسیار در امور تشخیصی و درمانی، بیماری‌های غیر واگیر در کل جهان توسعه روزافزونی داشته است. به همین سبب سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳ برنامه اقدام جهانی ۲۰۲۰-۲۰۱۳ را مشتمل بر ۹ هدف و ۲۵ شاخص برای کنترل ۴ بیماری عمده غیرواگیر بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، سرطان‌ها و بیماری‌های تنفسی و همچنین کاهش عوامل خطر چهار گانه دخانیات، کمی فعالیت بدنی، تغذیه نامناسب و الکل در اختیار جهانیان قرار داد و پس از آن اقدامات عملی را که می‌تواند کشورهای مختلف دنیا را برای نیل به این اهداف رهنمون شود به آنان پیشنهاد نمود.





کلیدی‌ترین توصیه این سازمان این بود که برای پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها می‌بایستی از نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی بهره برد (PHC Now More Than Ever) و برای موفقیت در این مسیر توصیه نمود نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی به سمت این بیماری‌ها جهت داده شده (Reorientation of PHC) به نحو شایسته‌ای تقویت شود.

در کنار این توصیه‌ها این سازمان اقدام در چهار حیطه، حاکمیت (Governance)، کاهش مواجهه با عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر (Reduce exposure to riskfactors for NCDs)، توانمندسازی سیستم بهداشتی برای پاسخگوئی (Enable health systems to respond) و نهایتاً دیده‌بانی منظم روند اپیدمیولوژیک این بیماری‌ها (Measure results) را از راهبردهای اساسی نیل به اهداف فوق دانسته برای هر کدام اقدامات عملی ملموسی را پیشنهاد نمود.



متعاقب پیشرفت‌های مهم در کنترل بیماری‌های واگیر، در کشور ما نیز از سالیان گذشته اقدامات خوبی (از جمله اقدامات آموزش همگانی، ادغام بیماریابی دیابت و فشارخون بالا در نظام شبکه و ...) در جهت کنترل بیماری‌های غیرواگیر انجام گردید اما علیرغم تلاش‌های فراوان، همانند سایر کشورها ما نیز شاهد افزایش روزافزون این بیماری‌ها در کشورمان بودیم لذا لازم بود که در راستای تعهدات ملی و جهانی خود و با بومی‌سازی و اجرای پیشنهادات سازمان جهانی بهداشت اقدامات شایسته‌ای را در این راستا انجام دهیم. به همین دلیل در راستای اجرای استراتژی‌های چهارگانه پیشنهادی این سازمان، در حیطه حاکمیتی (Governance) از سال ۱۳۹۲ کار تدوین سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن در معاونت بهداشت وزارت بهداشت شروع گردید و سپس با اقدام بسیار شایسته تشکیل کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر با ریاست وزیر محترم بهداشت و همت اعضا آن و مشارکت معاونت‌های وزارت بهداشت این سند تکمیل گردیده به تصویب شورای عالی سلامت کشور رسید. در این سند با لحاظ اهداف جهانی ۹ گانه متناسب با اولویت‌های ملی با تغییراتی اهداف ۱۳ گانه نظام سلامت کشورمان تعیین گردید.





این سند همزمان به امضا ریاست محترم مجلس شورای اسلامی، مدیر کل سازمان جهانی بهداشت و همچنین مدیر دفتر منطقه مدیترانه شرقی سازمان فوق و نهایتاً ریاست محترم جمهور رسید. در راستای اجرای این سند، تفاهم‌نامه‌های همکاری وزارت بهداشت و وزارتین مرتبط با سلامت آماده گردیدند تا اقدامات ضروری در جهت ایجاد محیط‌های سالم و فراهمی امکانات لازم برای تسهیل رفتارهای سالم و کاهش مواجهه مردم با عوامل خطر (Reduce exposures to risk factors for NCDs) انجام گردد. در زمینه دیده‌بانی روند اپیدمیولوژیک این بیماری‌ها (Surveilance یا Measure results) نیز هفتمین دور طرح بررسی STEPs از دی ماه سال گذشته آغاز گردید و در حال حاضر گزارش نهایی طرح در دست تهیه می‌باشد.

در زمینه جهت‌دهی و تقویت و ارتقای پاسخگویی مراقبت‌های بهداشتی (Enable health systems to respond) در ادامه برنامه تحول ساختاری در نظام بهداشتی، برنامه ایراپن طراحی و در ۴ شهرستان نقده از استان آذربایجان غربی، مراغه از استان آذربایجان شرقی، شهرضا از استان اصفهان و بافت از استان کرمان به صورت آزمایشی اجرا گردید. در این برنامه در خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت میزان احتمال خطر ۱۰ ساله بروز سکته‌های قلبی و مغزی کشنده و غیرکشنده جمعیت هدف برنامه حتی در زمانی که علامت‌دار و بیمار نیستند تعیین می‌گردد و متناسب با میزان احتمال به دست آمده اقداماتی برای پیشگیری از بروز بیماری یا عوارض آن صورت می‌پذیرد.

علاوه برآن در زمینه بیماری‌های سرطانی (روده بزرگ، پستان و دهانه رحم) و آسم نیز اقداماتی در جهت تشخیص و مداخلات زودهنگام انجام می‌گردد.



تفاوتی که این برنامه‌ها با اقدامات قبل نظام بهداشتی دارد این است که این‌بار افراد را قبل از بیمار شدن یا در ابتدای بیماری تشخیص داده، اقدامات لازم را اعم از اقدامات آموزشی و مشاوره‌ای تا داروئی به موقع در مورد وی به اجرا می‌گذارد تا مانع از بروز یا پیشرفت بیماری گردد. با توجه به موارد فوق به‌نظر می‌رسد که فعالیت‌های لازم در ۴ حیطه پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی گردیده است.

اکنون بعد از اجرای آزمایشی برنامه ایراپن و بازدید نمایندگان سازمان جهانی بهداشت و براساس پیشنهادات ایشان، توسعه تدریجی برنامه در سطح کشور آغاز شده است. در همین راستا مجموعه حاضر که حاصل ویرایش و بازنگری متون قبلی است، با بهره‌گیری از نظرات کارشناسان حوزه‌های مختلف و تجارب حاصل از اجرای آزمایشی برنامه تهیه گردیده و در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی و مجریان برنامه قرار می‌گیرد. امید است که با فراهم شدن کلیه امکانات مورد نیاز، در آینده نزدیک، سراسر کشور تحت پوشش کامل برنامه قرار گیرد.

در پایان لازم است از تمامی عزیزانی که در طراحی و تدوین برنامه و همچنین پشتیبانی آن سهیم بودند تشکر نمایم. مشارکت در اقداماتی اینچنین ارزشمند که اثرات آن مستقیماً موجب ارتقای سلامت مردم عزیزمان خواهد شد توفیق بزرگی است که از طرف خداوند متعال نصیب خادمین این عرصه گردیده است و شکرانه آن همدلی، هماهنگی، سخت‌کوشی و ثبات قدم هر چه بیشتر در این راه است. امید که در نهایت همگان سربلند، سرفراز و روسفید در محضر الهی باشیم.

خدایا چنان کن سرانجام کار تو خشنود باشی و ما رستگار

دکتر احمد کوشا
مدیرکل دفتر مدیریت بیماری‌های غیر واگیر

برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر منتسب در PHC (ایراپن IraPEN)

نتایج بررسی‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که چهار بیماری غیرواگیر مهم شامل بیماری قلبی و سکته، سرطان، بیماری مزمن تنفسی و دیابت، سالانه مسئول ۲۸ میلیون مرگ هستند. بیماری‌های فوق بزرگ‌ترین سهم را در بار بیماری‌های غیرواگیر در کشورهای با درآمد کم و متوسط دارند سازمان جهانی بهداشت (WHO) پیش‌بینی می‌کند در طول ۱۰ سال آینده، بیشترین افزایش در مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی (CVD)، سرطان، بیماری‌های تنفسی و دیابت، در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد.

چهار بیماری فوق، به ویژه بیماری قلبی عروقی، همراه چهار عامل خطر رفتاری شامل کم تحرکی، تغذیه ناسالم، مصرف الکل و دخانیات مهم‌ترین علل مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر هستند. به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت کنترل این بیماری‌ها و عوامل خطر زمینه‌ساز آنها را به عنوان هدف اصلی برای کاهش ۲۵٪ مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵ تعیین کرده است.

بسته «مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر سازمان جهانی بهداشت (WHO-PEN) در مراقبت‌های اولیه بهداشتی»، یک گروه اولویت‌بندی شده از مداخلات موثری است که می‌تواند با کیفیت قابل قبولی ارایه گردد و به تقویت نظام سلامت منجر شود. در حال حاضر، برنامه‌هایی که در مراقبت‌های اولیه بهداشتی ادغام شده‌اند، فقط بر یک عامل خطر مانند فشار خون بالا یا دیابت تمرکز دارند ولی نگاه ادغام یافته به عوامل خطر و بیماری‌ها و پیشگیری و درمان ادغام یافته آنها سبب دستیابی به اهداف با هزینه کمتر و اثربخشی بیشتر می‌گردد.

انتخاب این گروه از بیماری‌های غیرواگیر بر مبنای معیارهای زیر بوده است:

- این بیماری‌ها از مسائل اصلی بهداشت عمومی هستند که بیشترین سهم را در بار جهانی بیماری‌های غیرواگیر دارند.
- مداخلات مبتنی بر شواهدی برای پرداختن به این بیماری‌ها وجود دارند.
- این بیماری‌ها دارای عوامل خطر رفتاری مشترک هستند: مصرف دخانیات و الکل، کم تحرکی و رژیم غذایی ناسالم از عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر مهم هستند. این عوامل باعث افزایش فشارخون (بیماری فشار خون بالا)، افزایش قند خون (دیابت)، افزایش یا اختلال چربی‌های خون و چاقی می‌شوند.
- این بیماری‌ها کانون توجه برنامه عملیاتی جهانی بیماری‌های غیرواگیر هستند.

رویکردهای مؤثر برای کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر، شامل ترکیبی از مداخلات در سطح جامعه و مداخلات فردی هستند. چنین مداخلاتی با هزینه کم و اثر بخشی زیاد در حال حاضر در دسترس بوده و شامل شناسایی و تشخیص زودهنگام بیماری‌های غیرواگیر با استفاده از فن‌آوری‌های ارزان، روش‌های غیردارویی و دارویی برای اصلاح عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر و داروهای قابل تهیه برای پیشگیری و درمان حملات قلبی و سکته مغزی، دیابت، سرطان و آسم هستند. اگر این مداخلات با فن‌آوری ارزان به طور مؤثر ارایه شوند، به شکلی که مدیریت آنها در مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) قابل انجام باشد، می‌توانند هزینه‌های پزشکی را کاهش داده و به بهبود کیفیت زندگی و بهره وری افراد منجر شوند.

در این راهنمای آموزشی دستورالعمل پیشگیری از سکته‌های قلبی و مغزی از طریق مراقبت ادغام‌یافته دیابت و فشارخون بالا، پیشگیری و مراقبت سرطان‌های روده بزرگ، دهانه رحم و پستان در اولین سطح ارائه خدمت (بهورز/ مراقب سلامت) توضیح داده شده است. در تمامی فعالیت‌های نظام سلامت بهورز/ مراقب سلامت به عنوان پیگیر سلامت افراد جامعه تحت پوشش، محور خدمات سلامتی به جامعه هدف می‌باشد. بدین ترتیب که بهورز/ مراقب سلامت ضمن ارایه خدمات اولیه به تمام جمعیت تحت پوشش، اقدامات و مراقبت‌های مربوط به هر فرد در سایر سطوح (در صورت ارجاع) را نیز ثبت و پیگیری می‌نماید.

دستورالعمل ارایه خدمات

ارزیابی میزان خطر ده ساله سکته‌های قلبی و مغزی کشنده یا غیرکشنده

گروه هدف در این برنامه افراد با سن ۳۰ سال و بالاتر هستند که دارای یکی از عوامل خطر زیر می‌باشند:

- ابتلا به دیابت
- ابتلا به فشارخون بالا
- افراد با دور کمر مساوی یا بیش از ۹۰ سانتی‌متر (در زنان و مردان)
- مصرف دخانیات
- مصرف الکل
- سابقه دیابت در افراد درجه یک خانواده
- سابقه حوادث قلبی عروقی زودرس (در زنان کم‌تر از ۶۵ سال و در مردان کم‌تر از ۵۵ سال) در افراد درجه یک خانواده
- سابقه نارسایی کلیه در افراد درجه یک خانواده
- سن ۴۰ سال و بیشتر

خلاصه اقدامات برای پیشگیری از سکته‌های قلبی و مغزی از طریق مراقبت ادغام یافته دیابت و فشارخون بالا و اختلالات چربی‌های خون عبارتند از:

۱) غربالگری گروه هدف
۲) ارزیابی و مدیریت احتمال خطر ۱۰ ساله بروز سکته‌های قلبی و مغزی با استفاده از داده‌های فشارخون، دیابت، کلسترول خون و مصرف دخانیات
۳) شناسایی و ارجاع افراد مشکوک به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت و کلسترول خون بالا به پزشک
۴) پیگیری و مراقبت مبتلایان به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت و کلسترول خون بالا بر اساس دستورالعمل‌های کشوری
۵) آموزش

فراخوان و غربالگری گروه هدف

در ابتدا برای مراجعه افراد ۳۰ ساله و بالاتر به خانه بهداشت/ پایگاه سلامت اطلاع رسانی گردیده و فراخوان داده شود. شرایط ناشتا بودن برای اندازه‌گیری قند خون اطلاع رسانی گردد. (برای اندازه‌گیری کلسترول خون ناشتا بودن الزامی نیست) پس از مراجعه فرد، مشخصات وی در فرم شماره ۱ (فرم ثبت بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر در برنامه ایراپن) یا در نرم‌افزار ثبت شود و سوالات زیر از مراجعه‌کننده پرسیده شود:

۱) آیا فرد بیماری‌های قلبی عروقی تایید شده توسط پزشک یا سابقه سکته قلبی یا سکته مغزی دارد؟

اگر فرد دارای سابقه بیماری قلبی عروقی باشد به عنوان فرد دارای خطر قلبی عروقی ۳۰٪ و بیش‌تر در نظر گرفته شده و به پزشک ارجاع غیرفوری داده می‌شود. برای این افراد فقط سوالات سرطان پرسیده می‌شود، اما ارزیابی خطر انجام نمی‌شود.

۱) آیا دخانیات (سیگار/ قلیان/ چپق/ ...) مصرف می‌کند؟ (اگر کمتر از یک سال است که دخانیات را ترک نموده، کماکان به عنوان مصرف کننده دخانیات محسوب می‌شود.)

آیا الکل مصرف می‌کند؟ (به هر میزان و حتی یک بار) طی ۳ ماه گذشته

۲) آیا در بستگان درجه یک خانواده (مادر، پدر، خواهر و برادر) کسی به بیماری قلبی عروقی زودرس، دیابت و یا

نارسایی کلیه (سابقه انجام دیالیز) مبتلا است؟
۳) آیا مبتلا به دیابت و یا فشارخون بالا است؟
۴) آیا اندازه دور کمر فرد مساوی یا بیش از ۹۰ سانتیمتر است؟ (دور کمر اندازه‌گیری شود)
۵) آیا سن فرد ۴۰ سال یا بیشتر است؟

- اگر پاسخ به همه سوالات فوق **منفی** باشد (یعنی در افراد ۴۰-۳۰ سال فاقد علائم فوق):

۱) از خانم‌ها در خصوص سابقه دیابت بارداری در حاملگی‌های قبلی، سابقه سقط بیش از دو بار و مرده زایی و تولد نوزاد بالای ۴ کیلوگرم سوال شود. در صورت پاسخ مثبت به یکی از موارد فوق، فرد در معرض خطر ابتلا به دیابت است.
۲) فشار خون مردان و زنان بر اساس استاندارد ذکر شده در ذیل، اندازه‌گیری شود. در صورتی که میزان متوسط فشار خون مساوی ۱۴۰/۹۰ و بالاتر باشد، ممکن است فرد مبتلا به فشار خون بالا باشد.
۳) در صورت وجود شرایط بند ۱ و بند ۲، آزمایشات قند (ناشتا) و کلسترول برای فرد انجام می‌شود و بر اساس نتیجه در صورت نیاز، به پزشک ارجاع می‌گردد.
۴) بر اساس **پروتکل آموزشی** به فرد آموزش داده شود.
۵) توصیه گردد **۳ سال دیگر** برای ارزیابی سلامتی مراجعه کند.

- اگر پاسخ حداقل یکی از سوالات فوق **مثبت** بود، اقدامات زیر انجام شود:

۱) با رعایت شرایط اندازه گیری فشارخون، فشارخون در حالت نشسته و از دست راست اندازه‌گیری شده و ثبت گردد. نوبت دوم با فاصله ۲ دقیقه اندازه‌گیری شده و میانگین دو نوبت فشارخون محاسبه شود. برای خطر سنجی تنها از میانگین فشار خون سیستولیک استفاده می‌شود. (جمع دو فشارخون سیستول تقسیم بر ۲)
۲) با استفاده از دستگاه سنجش و نوار آزمایش طبق دستورالعمل قند خون ناشتا و کلسترول خون اندازه‌گیری شده و مقدار آن‌ها در فرم/ نرم‌افزار ثبت گردد. (در صورت نبود دستگاه اندازه‌گیری قند و کلسترول خون در خانه بهداشت/ پایگاه بهداشتی، مراجعه کننده برای انجام این آزمایشات به آزمایشگاه ارجاع می‌گردد.)
۳) خطر ۱۰ ساله بروز سکته‌های قلبی و مغزی کشنده و غیرکشنده با استفاده از چارت ارزیابی خطر (چارت ۱)، ارزیابی و ثبت گردیده و طبق دستورالعمل اقدام شود.
۴) میزان قد، وزن و نمایه توده بدنی (BMI) برای تعیین خطر سکته‌های قلبی و مغزی مورد نیاز نیست، اما اضافه وزن و چاقی یکی از عوامل خطر بیماری‌های دیابت، فشارخون و چربی خون بالا است و در پیگیری و مراقبت بیماری‌های مذکور نیز مورد استفاده است. لذا اندازه‌گیری قد و وزن و ثبت آن در فرم/ نرم‌افزار لازم است.

نکته: افراد مبتلا به چاقی ($BMI \geq 30$) و کسانی که اندازه دور کمر مساوی یا بیش از ۹۰ سانتیمتر دارند باید جهت ارزیابی بیشتر به پزشک ارجاع شوند.

نحوه محاسبه میزان خطر ده ساله سکته‌های قلبی و مغزی کشنده یا غیرکشنده با استفاده از نمودار

تعیین میزان خطر با استفاده از اطلاعات زیر انجام می‌گردد:

- ابتلاء یا عدم ابتلاء به دیابت
- جنس
- مصرف یا عدم مصرف دخانیات
- سن
- مقدار فشارخون سیستولیک بر حسب میلی‌متر جیوه
- مقدار کلسترول تام خون بر حسب میلی‌گرم در دسی‌لیتر

با توجه به اطلاعات فوق و با استفاده از نمودار ارزیابی خطر، میزان خطر ۱۰ ساله سکته‌های قلبی و مغزی کشنده یا غیرکشنده، به صورت زیر محاسبه می‌شود:

گام ۱: اگر فرد مبتلا به دیابت است از جدول مربوط به دیابت استفاده می‌شود.

گام ۲: بر اساس جنسیت فرد، ستون مرد یا زن انتخاب می‌شود.

گام ۳: هر یک از ستون‌های مرد و زن شامل دو قسمت هستند، یکی برای افراد مصرف‌کننده دخانیات و دیگری برای افرادی که دخانیات مصرف نمی‌کنند، ستون مناسب انتخاب می‌شود.

گام ۴: روی محور عمودی گروه سنی انتخاب می‌شود (برای مثال اگر سن ۵۰ سال باشد، گروه سنی ۵۰ تا ۵۹ سال انتخاب می‌شود)

نکته: برای ارزیابی افراد ۳۰ تا ۴۰ سال از گروه سنی ۴۹-۴۰ سال استفاده می‌شود.

گام ۵: داخل گروه سنی انتخاب شده با استفاده از نتایج اندازه‌گیری کلسترول و فشارخون که در ارزیابی بدست آمده است، مربعی که فشارخون سیستولی(mmHg) و سطح کلسترول تام (mg/dl) یکدیگر را قطع می‌کنند را مشخص کرده، رنگ این مربع میزان خطر ۱۰ ساله قلبی عروقی را مشخص می‌کند. (رنگ سبز خطر کمتر از ۱۰ درصد، رنگ زرد خطر ۱۰ تا کمتر از ۲۰درصد، رنگ نارنجی خطر ۲۰ تا کمتر از ۳۰ درصد و رنگ قرمز خطر ۳۰ درصد و بالاتر است)

گام ۶: فعالیت‌های پیشنهاد شده به ازای هر میزان خطر، در مورد هر یک از گروه‌های خطر انجام شود.

توجه کنید:

- در نمودار ارزیابی خطر رنگ قرمز پررنگ (زرشکی)، معادل با خطر ۴۰ درصد و بالاتر است. از آنجا که اقدامات پیشنهاد شده برای خطر ۳۰ تا ۴۰ درصد و بیش از ۴۰ درصد یکسان است و به منظور سهولت کار این دو گروه ادغام شده و به عنوان گروه خطر ۳۰ درصد و بالاتر در نظر گرفته می‌شود.
- اگر فرد از ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری دیابت بی اطلاع باشد، مقدار قندخون بدست آمده در آزمایش با استفاده از نوار دستگاه سنجش قند خون ملاک تصمیم گیری در مورد استفاده از چارت دیابت جهت ارزیابی خطر خواهد بود. به عبارت دیگر اگر مقدار قند خون ناشتا مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر باشد، از جدول مربوط به دیابت استفاده شود.
- افرادی که بدون سابقه قبلی ابتلا به بیماری‌های دیابت، فشار خون بالا یا اختلال چربی خون هنگام ارزیابی میزان خطر ۱۰ ساله سکته‌های قلبی و مغزی، فشار خون، قند و کلسترول خون بیش از حد طبیعی دارند، لازم است که پس از ارزیابی خطر، جهت تائید ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری‌های دیابت، فشار خون بالا یا اختلال چربی خون به پزشک ارجاع شوند. به عبارت دیگر اگر قندخون ناشتا مساوی یا بیش از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر (قند خون ۱۲۶ میلی گرم در دسی‌لیتر و بالاتر ملاک دیابت است اما به دلیل امکان پیشگیری از این بیماری در مرحله پره دیابت، میزان قند مساوی و بیش از ۱۰۰ ارجاع داده می‌شوند) و یا فشارخون مساوی یا بالاتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و یا میزان کلسترول مساوی یا بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد برای تعیین وضعیت ابتلاء به بیماری دیابت (یا پره دیابتی بودن) و یا فشارخون بالا و یا کلسترول خون بالا، افراد باید به پزشک ارجاع داده شوند و پس از بررسی توسط پزشک و تشخیص قطعی ابتلا به فشارخون بالا و یا هیپرلیپیدمی (اختلال چربی‌های خون) و همچنین ابتلا به دیابت یا پره دیابتی بودن فرد، ضمن انجام اقدامات درمانی، ارزیابی مجدد بر اساس زمان تعیین شده در اولین ارزیابی خطر انجام خواهد شد.

نکات مهم

۱- اگر میانگین فشارخون ۱۸۰/۱۱۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد، فرد به پزشک ارجاع فوری داده شود.

۲- اگر فرد مبتلا به بیماری قلبی عروقی باشد یا سابقه سکته‌های قلبی یا مغزی را داشته باشد، ارزیابی خطر قلبی عروقی برای وی انجام نمی‌شود و باید به پزشک ارجاع شود. برای افرادی که سابقه سکته قلبی یا سکته مغزی ایسکمیک (غیر خون ریزی دهنده) دارند، توسط پزشک باید آسپیرین تجویز شود.

۳- ممکن است خطر قلبی عروقی بعضی از مبتلایان به بیماری دیابت، فشارخون بالا یا اختلال چربی‌های خون، با توجه به شرایط فردی و فعلی آنها، کمتر از ۱۰ ٪ باشد. گرچه این افراد از نظر احتمال خطر ۱۰ ساله بروز بیماری قلبی عروقی در محدوده خطر کم قرار دارند، باید همچنان طبق دستورالعمل تحت مراقبت بیماری دیابت، فشارخون بالا و اختلال چربی‌های خون قرار گیرند و خطر سنجی سکته‌های قلبی و مغزی آنها براساس میزان خطر انجام شود.

۴- اگر نتایج آزمایش قند یا کلسترول خون فردی با دستگاه سنجش چربی خون، بالاتر از حد طبیعی بود، به معنی ابتلاء قطعی فرد و یا تایید بیماری نیست، این وضعیت به مفهوم احتمال ابتلاء است و فرد مشکوک به بیماری باید به پزشک ارجاع و توسط وی تحت بررسی قرار گیرد. ممکن است بیماری دیابت یا کلسترول خون بالای افراد ارجاع شده توسط پزشک با بررسی‌های بیشتر تایید نشود. این موضوع باید حتماً برای افرادی که به دلیل قند یا کلسترول خون بالا ارجاع می‌شوند نیز توضیح داده شود تا موجب بی اعتمادی مراجعین نگردد.

۵- افرادی که میانگین فشارخون آنان بالای ۱۲۰/۸۰ تا ۱۳۹/۸۹ باشد به عنوان «پیش فشارخون بالا» درنظر گرفته می‌شوند و بهورز/ مراقب سلامت ضمن آموزش اصلاح شیوه زندگی، فرد را سالانه مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

گروه‌بندی افراد پس از ارزیابی میزان خطر ده ساله سکته‌های قلبی و مغزی و اقدامات مورد نیاز

افرادی که مورد ارزیابی میزان خطر سکته‌های قلبی و مغزی قرار گرفته اند، به چهار گروه تقسیم می‌شوند:

۱. خطر کمتر از ۱۰ ٪
۲. خطر ۱۰ تا کمتر از ۲۰٪
۳. خطر ۲۰ تا کمتر از ۳۰٪
۴. خطر ۳۰ ٪ و بالاتر

اقداماتی که برای هر گروه باید انجام گیرد، به شرح زیر است:

۱. هدف مهم پس از تعیین خطر ۱۰ ساله سکته‌های قلبی و مغزی سعی در کاهش میزان خطر است. این مهم با آموزش شیوه صحیح زندگی و درصورت لزوم تجویز دارو حاصل می‌شود.
۲. برای کلیه مراجعه‌کنندگان وزن و قد را اندازه‌گیری و نمایه توده بدنی محاسبه شود.
۳. برای کلیه افراد با هر میزان خطر سکته‌های قلبی و مغزی، ارزیابی الگوی تغذیه‌ای انجام شود و با توجه به نوع مشکل در الگوی غذایی، آموزش تغذیه در موارد مشکل دار به فرد ارائه شود و بر اساس سه شاخص نمایه توده بدنی و امتیاز کسب شده و دور کمر، به پزشک/ کارشناس تغذیه مطابق جدول مربوطه ارجاع شود.
۴. موارد مشاوره شده توسط کارشناس تغذیه که نیاز به مراجعه مجدد دارند، از طرق مختلف (پیگیری تلفنی، مراجعه به درب منزل، ...) پیگیری گردند.
۵. موارد ارجاع بیمار از پزشک به کارشناس تغذیه جهت دریافت مراقبت‌های تغذیه‌ای، پیگیری شوند.
۶. به کلیه افرادی که مورد ارزیابی میزان خطر قرار گرفته‌اند، فارغ از میزان خطر محاسبه شده، پروتکل آموزشی (شامل رژیم غذایی سالم، فعالیت بدنی کافی، عدم مصرف دخانیات و الکل) آموزش داده شود و کارت خطرسنجی، متناسب با میزان خطر ۱۰ ساله سکته‌های قلبی و مغزی برای بیمار تکمیل گردد. (مطابق دستورالعمل تکمیل کارت خطرسنجی)

تبصره: *باید توجه داشت برای افرادی که کمتر از ۱۰ درصد در معرض خطر ۱۰ ساله بروز سکته‌های قلبی و مغزی هستند و فاقد بیماری یا عامل خطر به استثنای عامل خطر سن (بالای ۴۰ سال) می‌باشند، کارت خطرسنجی تکمیل نمی‌گردد.*

۷. به افرادی که **کمتر از ۱۰ درصد** در معرض خطر ۱۰ ساله بروز سکته‌های قلبی و مغزی هستند، پس از آموزش پروتکل (شامل رژیم غذایی سالم و پیگیری مطابق با دستورالعمل تغذیه، فعالیت بدنی کافی، عدم مصرف دخانیات و الکل)، توصیه شود جهت ارزیابی مجدد خطر **یک سال** بعد مراجعه نمایند.

۸. افرادی که بین **۱۰ تا کمتر از ۲۰ درصد** در معرض خطر ۱۰ ساله بروز سکته‌های قلبی و مغزی هستند آموزش داده شوند و **هر ۹ ماه** پیگیری و ارزیابی خطر تکرار گردد.

۹. افرادی که بین **۲۰ تا کمتر از ۳۰ درصد** در معرض خطر ۱۰ ساله سکته‌های قلبی و مغزی هستند، علاوه بر آموزش، به پزشک **ارجاع غیر فوری** شده و **هر ۶ ماه** پیگیری و ارزیابی خطر تکرار گردد. پیگیری اجرای دستورات پزشک مورد تاکید است. این افراد از پزشک به کارشناس تغذیه نیز، برای مشاوره تغذیه ارجاع داده می‌شوند.

۱۰. افرادی که **۳۰ درصد یا بیشتر** در معرض خطر ۱۰ ساله سکته‌های قلبی و مغزی هستند، علاوه بر آموزش، به پزشک **ارجاع فوری** شده و **هر ۳ ماه** پیگیری و ارزیابی خطر تکرار گردد. اگر میزان خطر با اقدامات فوق و پیگیری دستورات پزشک پس از ۶ ماه کاهش نیافت، لازم است که فرد توسط پزشک به سطح ۲ ارجاع شود (این ارزیابی خطر شامل بیماران قلبی عروقی نمی‌شود). این گروه هم نیاز به مشاوره و تنظیم رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه دارند.

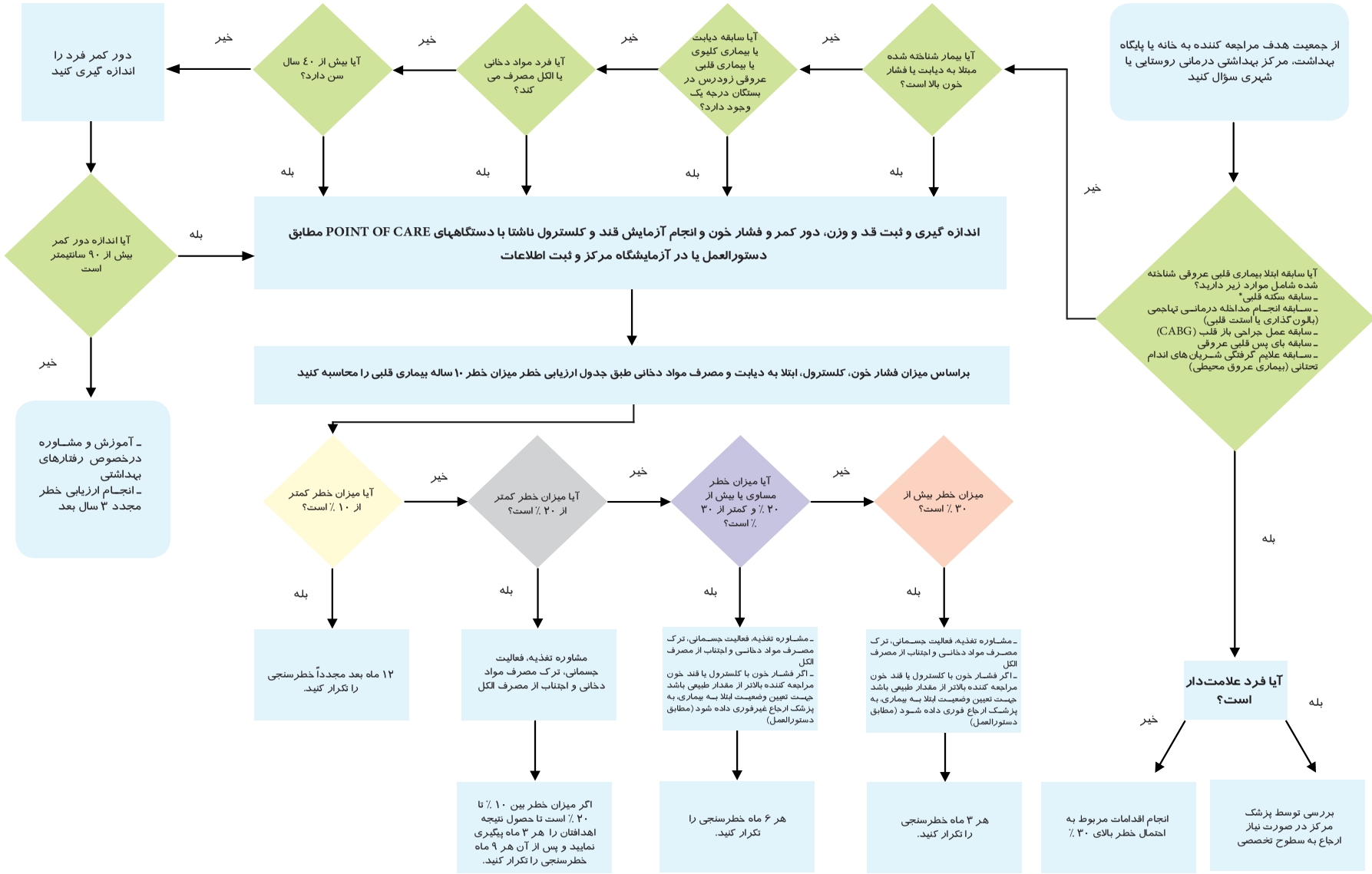
پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر

برای بیماران و افراد در معرض خطر فرم مراقبت بیماری و فرم پیگیری بیماران تشکیل شود یا در نرم‌افزار ثبت گردد و طبق برنامه زیر اقدام شود:

- پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی، فشارخون و دیابت هرماه توسط بهورز/ مراقب سلامت و هر ۳ ماه توسط پزشک انجام می‌گیرد.
- پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به اختلال چربی‌های خون و چاقی هر ۳ ماه توسط بهورز/ مراقب سلامت و هر ۶ ماه توسط پزشک انجام می‌گیرد.

نکته مهم: ارزیابی خطر ده ساله سکته‌های قلبی مغزی طبق جدول WHO/ISH منطقه B مدیترانه شرقی انجام می‌شود. براساس نتایج مطالعه پایلوت برنامه ایراپن و همچنین با استفاده از نتایج مطالعات کوهورت در کشور، جدول فوق به طور اختصاصی برای ایران تهیه شده است که به صورت آزمایشی در یک استان اجرا خواهد شد و پس از آن مدل بومی جایگزین جدول فعلی خواهد گردید. بدیهی است که مدل بومی نیز مشابه جدول فعلی تهیه شده و لذا تغییری در روند اجرایی برنامه پیش نخواهد آمد. امید است چاپ بعدی این مجموعه با جدول بومی تعیین میزان خطر ده ساله سکته‌های قلبی مغزی در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشورقرارگیرد.

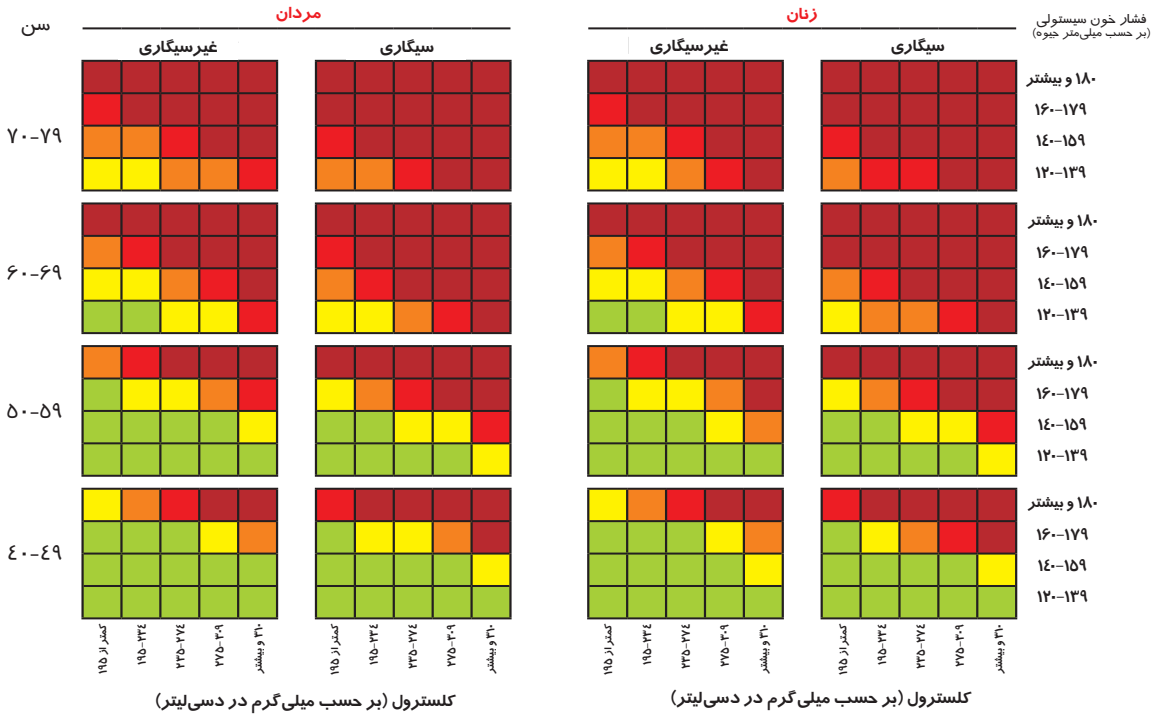
فرآیند ارزیابی خطر ده ساله بروز حوادث کشنده یا غیرکشنده قلبی و مغزی



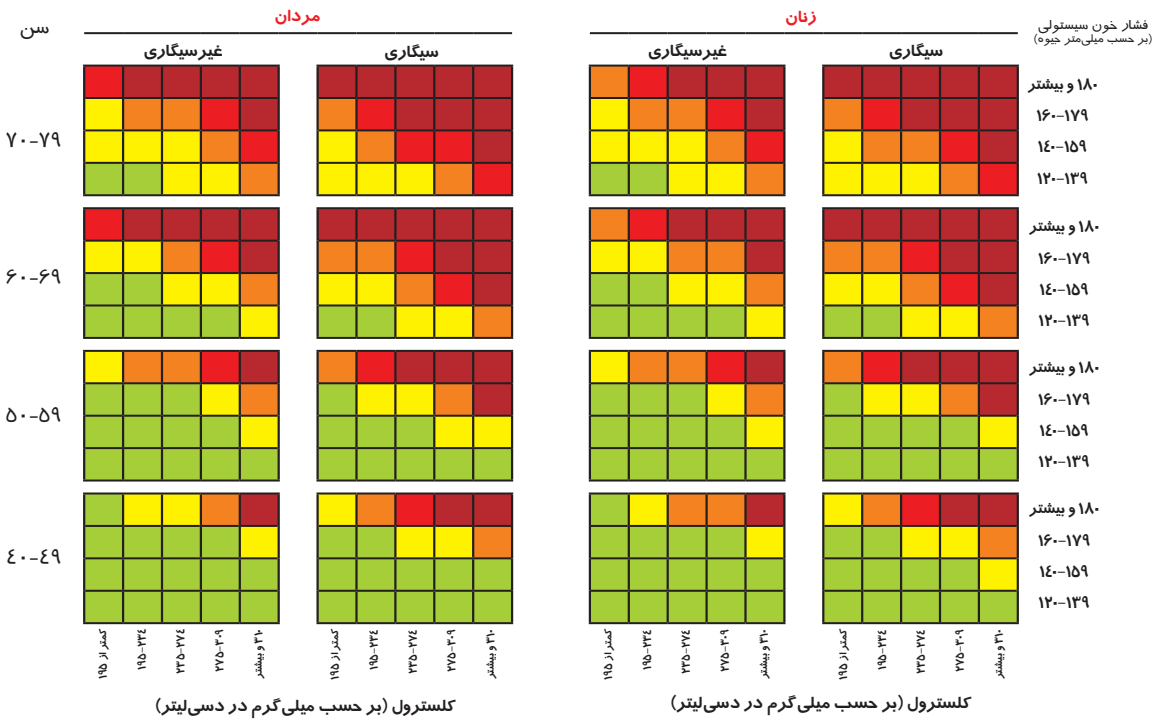
* سابقه ابتلا به بیماری عروق کرونر بر اساس شواهد متقن

نمودار میزان خطر سکته‌های قلبی و مغزی کشنده یا غیرکشنده طی ۱۰ سال آینده

نمودار افرادی که به بیماری دیابت مبتلا هستند:



نمودار افرادی که به بیماری دیابت مبتلا نیستند:



خطر رویداد قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده (٪)

- خطر کم: کمتر از ۱۰ ٪
- خطر متوسط: ۱۰-۱۹ ٪
- خطر نسبتاً زیاد: ۲۰-۲۹ ٪
- خطر زیاد: ۳۰-۳۹ ٪
- خطر بسیار زیاد: ۴۰ ٪ و بیشتر

پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان روده بزرگ و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است.

ارزیابی

- مشخصات تمامی افراد ۵۰ تا ۶۹ سال، که برای ارزیابی فراخوان شده‌اند، در سامانه (فرم ارزیابی اولیه) ثبت گردد.
- در صورتی که سن فردی زیر ۵۰ یا بالای ۶۹ سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل مشکلات گوارشی مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل زیر بررسی شود. در این افراد همه ارزیابی‌ها مطابق دستورالعمل انجام می‌شود.
- ارزیابی‌های زیر انجام شود و در سامانه (فرم ارزیابی اولیه) ثبت گردد:
  - خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر داشته‌اید؟
  - یبوست در طی یک ماه اخیر (با یا بدون اسهال در طی یک ماه اخیر، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج) داشته‌اید؟
  - کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه اخیر داشته‌اید؟
  - آیا سوابق خانوادگی زیر را دارید؟
    - ✓ سابقه سرطان یا آدنوم روده بزرگ در فامیل درجه یک را دارید؟ (پدر، مادر، برادر،خواهر یا فرزندان)
    - ✓ سابقه سرطان روده بزرگ در فامیل درجه دو که در سن زیر پنجاه سال بروز کرده باشد را دارید؟ (عمه، عمو، خاله، دایی، مادر بزرگ و پدربزرگ)
  - آیا سابقه فردی بیماری‌های زیر را دارید؟
    - ✓ سابقه سرطان روده بزرگ در گذشته
    - ✓ سابقه آدنوم روده بزرگ در گذشته
    - ✓ سابقه بیماری التهابی روده بزرگ (IBD) (بیماری کرون یا کولیت اولسروز)
  - برای فرد تست خون مخفی در مدفوع انجام شود.

تصمیم‌گیری و اقدام

- در صورتی که پاسخ هر یک از موارد بالا یا تست خون مخفی در مدفوع مثبت بود به پزشک ارجاع داده شود.
- در صورتی که همه موارد و نتیجه تست منفی باشد، توصیه می‌شود پس از دو سال جهت ارزیابی مجدد مراجعه کند.
- در همه موارد اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده می‌شود. (مطابق بسته آموزشی بهورز)

پیگیری و مراقبت بیماران

افرادی که به پزشک ارجاع و ارزیابی‌های کامل‌تری می‌شوند برای پیگیری‌های دوره‌ای باید مطابق شرایط به صورت دوره‌ای ارزیابی شوند.

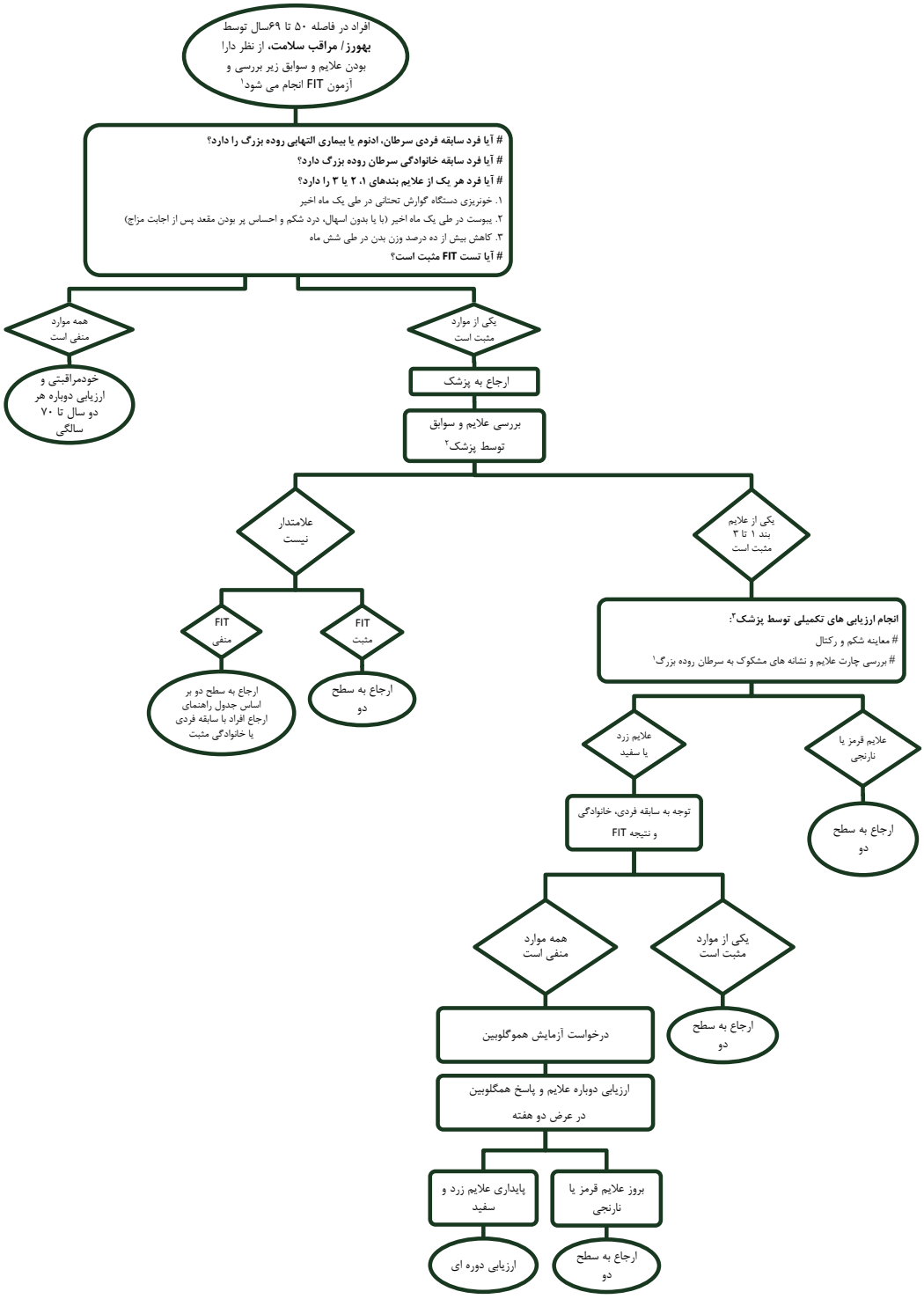
- در صورتی که فردی دارای سابقه فردی یا خانوادگی نبود، علامت دار نبود و تست FIT نیز منفی بود، زمان فراخوان بعدی دو سال بعد خواهد بود.
- اگر فرد صرفاً به دلیل تست FIT مثبت به پزشک ارجاع شده باشد، زمان ارجاع بعدی توسط سطح دو مشخص می‌شود.

- اگر فرد صرفاً به دلیل علایم مثبت به پزشک ارجاع شده باشد، زمان ارجاع بعدی توسط سطح دو و پزشک سطح یک مشخص می‌شود.

جدول راهنمای برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری روده بزرگ، بهورز یا مراقب سلامت

ارزیابی	طبقه‌بندی	تصمیم‌گیری
الف- شرح حال: • **بررسی علایم** ۱. خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طی یک ماه اخیر داشته‌اید؟ ۲. یبوست در طی یک ماه اخیر (با یا بدون اسهال در طی یک ماه اخیر، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج) داشته‌اید؟ ۳. کاهش بیش از ده درصد وزن بدن در طی شش ماه اخیر داشته اید؟ • **بررسی سابقه خانوادگی** ۱. سابقه خانوادگی سرطان یا آدنوم روده بزرگ در فامیل درجه یک دارید؟ (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزندان) ۲. سابقه سرطان روده بزرگ در فامیل درجه دو که در سن زیر پنجاه سال بروز کرده باشد دارید؟ (عمه، عمو خاله، دایی، مادر بزرگ و پدربزرگ) • **بررسی سابقه فردی** ۱. سابقه فردی آدنوم روده بزرگ در گذشته ۲. سابقه فردی آدنوم روده بزرگ در گذشته ۳. سابقه بیماری التهابی روده بزرگ (IBD) (بیماری کرون یا کولیت اولسروز) **ب- انجام تست خون مخفی در مدفوع (FIT)**	• دارا بودن همه موارد زیر: ○ بدون علامت ○ سابقه خانوادگی منفی ○ سابقه فردی منفی ○ تست خون مخفی در مدفوع (FIT) منفی	• اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود. • توصیه شود پس از دو سال جهت ارزیابی مجدد مراجعه کند. • توصیه شود درصورت داشتن مشکلات گوارشی در فواصل معاینات مراجعه کند
	• دارا بودن یکی از موارد زیر: ○ علامت‌دار ○ سابقه خانوادگی مثبت ○ سابقه فردی مثبت ○ تست خون مخفی در مدفوع (FIT) مثبت	• فرد به پزشک ارجاع داده شود • اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود.

فلوچارت تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ



۱. در صورتی که سن فردی زیر ۵۰ یا بالای ۶۹ سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل مشکلات گوارشی مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل بررسی شود.

۲. پزشک در صورت هر گونه تردید در خصوص نتیجه تست FIT که توسط بهورز/ مراقب سلامت انجام شده است، خود باید با کیت مشابه تست را تکرار کند و به آزمایشگاه ارجاع ندهد.

۳. اگر فردی آزمایش هموگلوبینی به همراه داشته باشد که در طی یک ماه اخیر انجام شده باشد، نیازی به تکرار آزمایش هموگلوبین نیست.

پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان پستان و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است.

ارزیابی

- تمامی زنان ۳۰ تا ۶۹ سال را که برای ارزیابی سرطان پستان فراخوان شده‌اند، پس از تکمیل فرم ارزیابی اولیه در نرم‌افزار به ماما یا مراقب سلامتی که دارای مدرک مامایی است، ارجاع غیرفوری داده و نتیجه بررسی در نرم‌افزار ثبت شود.
- در صورتی که سن فردی زیر ۳۰ یا بالای ۶۹ سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل علایم مرتبط با پستان مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل زیر بررسی شود.

تصمیم‌گیری و اقدام

- در همه موارد آموزش‌های خود مراقبتی لازم از جمله در خصوص عوامل زمینه ساز بروز سرطان پستان داده شود.

پیگیری و مراقبت بیماران

افرادی که به ماما ارجاع و ارزیابی‌های کامل تری می‌شوند برای پیگیری‌های دوره‌ای باید مطابق شرایط به صورت دوره‌ای ارزیابی شوند.

- اگر بنا به گزارش ماما، شرح حال و معاینه طبیعی بوده است، زمان ارجاع بعدی:
  - در زنان زیر ۴۰ سال، هر دو سال یک بار فراخوان شوند
  - در زنان بالای ۴۰ سال، سالی یک بار فراخوان شوند
- اگر بنا به گزارش ماما، شرح حال غیرطبیعی (سابقه فردی و یا خانوادگی، سابقه بیوپسی پستان و یا رادیوتراپی قفسه سینه) باشد، زمان مراجعه بعدی دست کم یک سال بعد خواهد بود.
- اگر بنا به گزارش ماما، معاینه غیرطبیعی باشد، زمان مراجعه بعدی توسط سطح دو و مامای سطح یک مشخص می‌شود.

پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان دهانه رحم

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان دهانه رحم و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است که توسط ماما یا مراقب سلامتی که دارای مدرک مامایی می‌باشد ارائه می‌شود.

ارزیابی

- مشخصات تمامی زنان ۳۰ تا ۵۹ سال که برای ارزیابی فراخوان شده‌اند در سامانه (فرم ارزیابی اولیه) ثبت شود.
- در صورتی که سن فردی زیر ۳۰ یا بالای ۵۹ سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل علایم مرتبط با دهانه رحم مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل زیر بررسی گردد.
- فرد از نظر دارا بودن علایم زیر بررسی و در سامانه (فرم ارزیابی اولیه) ثبت شود:
  - خونریزی غیر طبیعی واژینال (از جمله پس از نزدیکی جنسی، در فواصل دوره‌های قاعدگی و پس از یائسگی)
  - ترشحات بدبوی واژینال
  - درد هنگام نزدیکی جنسی
- چند سال از ازدواج (اولین تماس جنسی) گذشته است؟
- اگر فرد تست‌های غربالگری (پاپ اسمیر یا تست HPV یا هر دو) را انجام داده است چند سال از آن گذشته است؟

تصمیم‌گیری و اقدام

- در صورتی که زنی هر کدام از علایم سه گانه بالا را داشته باشد، برای اقدامات تشخیص زودهنگام به ماما ارجاع شود.
- در صورتی که زنی هیچ کدام از علایم سه گانه را نداشته باشد، حالت‌های زیر ممکن است اتفاق بیفتد:
  - کمتر از سه سال از اولین تماس جنسی گذشته است: آموزش خودمراقبتی و ارزیابی بعدی زمانی که سه سال از اولین تماس جنسی گذشته باشد.
  - بیش از سه سال از اولین تماس جنسی گذشته و حالت‌های زیر ممکن است وجود داشته باشد:
    - ✓ فرد تا کنون با هیچ روشی غربالگری نشده است؛ برای غربالگری به ماما ارجاع شود.
    - ✓ کمتر از یک سال از آخرین غربالگری پاپ اسمیر گذشته است: آموزش خودمراقبتی و ارزیابی بعدی زمانی که یک سال از غربالگری با پاپ اسمیر قبلی گذشته باشد.
    - ✓ بیش از یک سال از آخرین غربالگری پاپ اسمیر گذشته است: برای غربالگری به ماما ارجاع شود.
    - ✓ کمتر از ده سال از آخرین غربالگری با پاپ اسمیر و HPV گذشته است: آموزش خود مراقبتی و ارزیابی بعدی زمانی که پنج سال از ارزیابی کنونی گذشته باشد.
    - ✓ بیش از ده سال از آخرین غربالگری با پاپ اسمیر و HPV گذشته است: برای غربالگری به ماما ارجاع شود.
- در همه موارد آموزش‌های خود مراقبتی لازم از جمله در خصوص عوامل زمینه‌ساز بروز سرطان دهانه رحم داده شود.

پیگیری و مراقبت بیماران

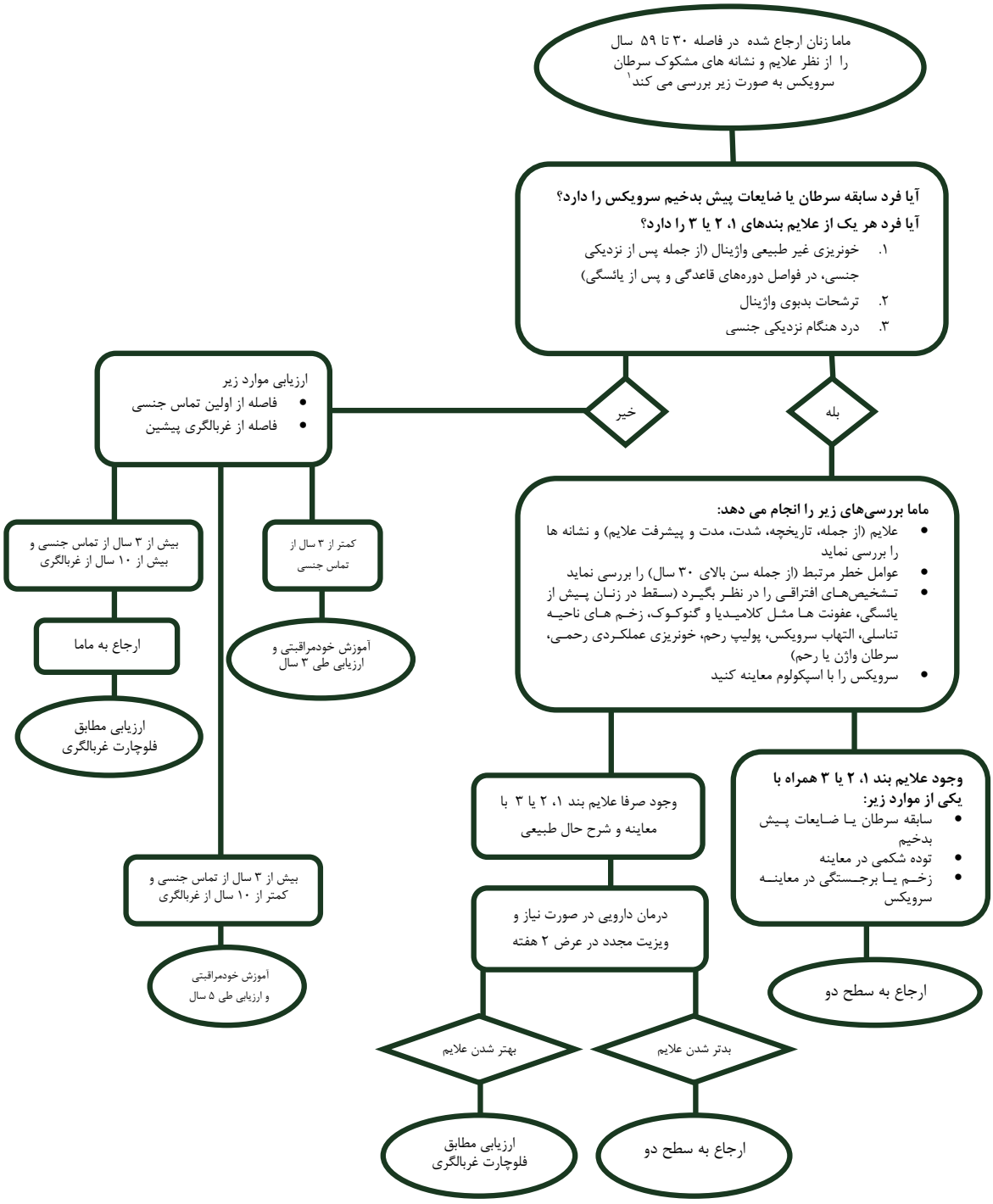
افرادی که به ماما ارجاع و ارزیابی‌های کامل‌تری می‌شوند برای پیگیری‌های دوره‌ای باید مطابق شرایط به صورت دوره‌ای ارزیابی شوند.

- درصورتی که فرد برای غربالگری به ماما ارجاع شده است:
  - اگر نتیجه تست پاپ اسمیر و HPV هر دو منفی باشد باید هر ۵ سال از نظر علایم سرطان دهانه رحم بررسی شود و به فاصله ده سال برای غربالگری به ماما ارجاع شود.
  - اگر نتیجه تست HPV از نظر ژنوتیپ ۱۶ یا ۱۸ مثبت باشد، زمان ارزیابی بعدی توسط سطح دو مشخص می‌شود.
  - اگر نتیجه تست HPV از نظر سایر ژنوتیپ‌ها بجز ۱۶ و ۱۸ مثبت یاشد و پاپ اسمیر پرخطر باشد، زمان ارزیابی بعدی توسط سطح دو مشخص می‌شود.
  - اگر نتیجه تست HPV از نظر سایر ژنوتیپ‌ها بجز ۱۶ و ۱۸ مثبت یاشد و پاپ اسمیر پرخطر نباشد، باید به فاصله یک سال برای غربالگری به ماما ارجاع شود.
- در صورتی که فرد به دلیل علایم مثبت و برای اقدامات تشخیص زودهنگام به ماما ارجاع شده است:
  - اگر فرد توسط ماما به سطح دو ارجاع نشده است، زمان ارزیابی بعدی توسط مامای سطح یک مشخص می‌شود.
  - اگر فرد توسط ماما به سطح دو ارجاع شده است، زمان ارزیابی بعدی توسط سطح دو مشخص می‌شود.

برنامه تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم، بهورز یا مراقب سلامت

ارزیابی	طبقه‌بندی	تصمیم‌گیری
الف- شرح حال • **بررسی علایم** ۱. خونریزی غیر طبیعی واژینال (از جمله پس از نزدیکی جنسی، در فواصل دوره‌های قاعدگی و پس از یائسگی) ۲. ترشحات بدبوی واژینال ۳. درد هنگام نزدیکی جنسی • **بررسی سوابق** ۱. زمان ازدواج (اولین تماس جنسی) ۲. سابقه انجام تست‌های پاپ اسمیر و HPV	• بدون علایم بند ۱ تا ۳ (نداشتن خونریزی غیرطبیعی واژینال، ترشحات بدبوی واژینال، درد هنگام نزدیکی جنسی) • کمتر از ۳ سال از اولین تماس جنسی گذشته باشد	• توصیه شود طی ۳ سال جهت ارزیابی مراجعه کند. • اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود. • توصیه شود درصورتی که در فواصل بین معاینات، علایم مشکوک سرطان دهانه رحم را داشته باشد، مراجعه کند.
	• بدون علایم بند ۱ تا ۳ (نداشتن خونریزی غیرطبیعی واژینال، ترشحات بدبوی واژینال، درد هنگام نزدیکی جنسی) و • ۳ سال از اولین تماس جنسی گذشته باشد و • کمتر از ۱ سال از غرابالگری با پاپ اسمیر یا کمتر از ۱۰ سال از غربالگری با مجموع پاپ اسمیر و HPV گذشته باشد	• توصیه شود طی ۵ سال جهت ارزیابی مراجعه کند. • اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود. • توصیه شود درصورتی که در فواصل بین معاینات، علایم مشکوک سرطان دهانه رحم را داشته باشد مراجعه کند.
	• بدون علایم بند ۱ تا ۳ (نداشتن خونریزی غیرطبیعی واژینال، ترشحات بدبوی واژینال، درد هنگام نزدیکی جنسی) و • ۳سال از اولین تماس جنسی گذشته باشد و • بیش از ۱ سال از غرابالگری با پاپ اسمیر یا بیش از ۱۰ سال از غربالگری با مجموع پاپ اسمیر و HPV گذشته باشد • سن فرد بین ۳۰ تا ۴۹ سال باشد.	• جهت انجام غربالگری سرطان دهانه رحم با تست پاپ اسمیر و HPV به ماما ارجاع شود. • اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود.
	• دارای علایم بند ۱ تا ۳ (نداشتن خونریزی غیرطبیعی واژینال، ترشحات بدبوی واژینال، درد هنگام نزدیکی جنسی)	• جهت انجام اقدامات تکمیلی تشخیص زودهنگام فرد به ماما ارجاع شود. • اصول خودمراقبتی به فرد آموزش داده شود.

فلوچارت تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم



۱. اگر سن فردی زیر ۳۰ یا بالای ۵۹ سال باشد یا در فواصل بین معاینات معمول با علایم مشکوک سرطان دهانه رحم مراجعه کند، مطابق همین فلوچارت، شرح حال بگیرید، معاینه کنید و تصمیم بگیرید.

ثبت افراد مبتلا به سرطان

در این برنامه، هدف شناسایی همه افراد مبتلا به سرطان و ضایعات پیش بدخیم در جمعیت تحت پوشش، گزارش آن به پزشک و ثبت آن در سامانه است به طوری که امکان پیگیری‌های بعدی و خدمت رسانی به این بیماران تسهیل گردد.

ارزیابی

به این منظور در همه فراخوان‌ها، از خانواده‌هایی که در آنها فرد مبتلا به سرطان یا ضایعات پیش سرطانی (پیش بدخیم) زندگی می‌کند خواسته می‌شود که همه گزارش‌های مربوط به تشخیص بیماری فرد را ارائه نمایند. این گزارش‌ها که حتی ممکن است مربوط به سال‌ها پیش باشند بر دو نوع هستند:

- گزارش‌های آسیب‌شناسی (یا پاتولوژی): گزارش‌های آسیب‌شناسی دارای بالاترین درجه اعتبار برای تشخیص سرطان یا ضایعات پیش سرطانی است و فرد مبتلا ممکن است یک یا چندین گزارش از این نوع را داشته باشد که مربوط به نمونه‌برداری و جراحی‌های مختلف است.
- گزارش‌های غیر آسیب‌شناسی: شامل گزارش‌هایی که نشان‌دهنده ابتلای فرد به سرطان یا ضایعات پیش سرطانی است مانند:
  - گزارش ارزیابی‌های بالینی (مانند سی تی اسکن، ام آر آی، اندوسکوپی، کولونوسکوپی آزمایش تومورمارکرهای سرطان و غیره)
  - گزارش درمان‌ها (مانند جراحی، رادیوتراپی یا پرتودرمانی، شیمی درمانی و غیره)

تصمیم‌گیری و اقدام

- یک نسخه از همه گزارش‌های آسیب‌شناسی و غیر آسیب‌شناسی فرد مبتلا آماده گردد (در صورت امکان کپی تهیه شود تا در پرونده خانوار فرد قرار گیرد و یا اگر امکان کپی کردن نیست، از او به طور موقت گرفته شود). فرد مبتلا ممکن است انواع گزارش‌های آسیب‌شناسی و غیرآسیب‌شناسی و از هر کدام چند مورد را داشته باشد.
- فرد به عنوان بیمار مبتلا به سرطان با مشخصات زیر در سامانه ثبت گردد:
  - **مشخصات فرد:** شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر، کد ملی، جنسیت (زن، مرد) و تاریخ تولد
  - **نشانی بیمار:** منظور از نشانی، محلی است که فرد بیشتر زمان‌ها در آن زندگی می‌کند و می‌خوابد شامل نام استان، نام شهرستان، نام شهر (یا روستا)، نام خیابان، نام کوچه، شماره (پلاک) خانه و غیره مطابق الگوی موجود در سامانه
  - **نوع بیماری:** مثلا سرطان مغز، سرطان مری، سرطان پستان، سرطان روده بزرگ و غیره
  - **تاریخ تشخیص:** اولین تاریخی که تشخیص بیماری برای وی مطرح شده است:
    - ✓ اگر فردی گزارش آسیب‌شناسی دارد، تاریخ تشخیص، قدیمی‌ترین تاریخی است که بر روی اولین گزارش آسیب‌شناسی فرد ثبت شده است. در بین تاریخ‌های درج شده در بالای گزارش آسیب شناسی، تاریخ پذیرش نمونه مبنا قرار گیرد.
    - ✓ اگر فردی گزارش آسیب‌شناسی ندارد، تاریخ تشخیص، تاریخ اولین پذیرش بیمار در بیمارستان یا تاریخ اولین جراحی، تصویربرداری، آزمایش و غیره است که بر روی سربرگ این گزارش‌ها وجود دارد.
- یک نسخه از همه مدارک بیمار به ترتیب زمانی در اختیار پزشک قرار داده و از او درخواست شود مطابق دستورالعمل ثبت سرطان برای پزشک، فرد را به صورت جداگانه در سامانه ثبت نماید. (اگر در خانه بهداشت یا پایگاه سلامت

مشغول خدمت هستید در بازدیدهای دوره‌ای در اختیار پزشک قرار داده و یا در اولین زمانی که فرد برای دریافت خدمت دیگری به مرکز خدمات جامع سلامت شهری یا روستایی می‌رود، مدارک آماده شده در اختیار او قرار داده شود تا به پزشک ارائه دهد)

- افراد مبتلا به سرطان باید دست کم سالی یک بار ارزیابی شوند:
  - اگر در طی ارزیابی‌های دوره‌ای فرد دچار **عود** بیماری شده باشد و مدارک جدیدی در اختیار وی است به ترتیبی که در بالا گفته شد از آنها نیز کپی بگیرید و در سامانه به عنوان رخداد جدید همراه با تاریخ آن ثبت کنید. همچنین برای تایید و ثبت در سامانه در اختیار پزشک نیز قرار دهید.
  - اگر در طی ارزیابی‌های دوره‌ای فرد **فوت** کرده باشد و گواهی فوت دال بر مرگ ناشی از سرطان دارد کپی تهیه و در سامانه همراه با تاریخ فوت (دست کم شامل ماه و سال) ثبت گردد. همچنین برای تایید و ثبت در سامانه در اختیار پزشک نیز قرار داده شود.

راهنمای بررسی عوامل خطر ۴ گانه

(تغذیه نامناسب، کم‌تحرکی، مصرف دخانیات و الکل)

در فرم ارزیابی اولیه دو عامل خطر مصرف دخانیات و مصرف الکل پرسیده می‌شود، و دو عامل خطر تغذیه نامناسب و کم تحرکی در مراقبت افراد به صورت دوره‌ای بررسی می‌گردد:

بررسی از نظر وضعیت تغذیه

- اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای در این طرح، بر عهده کارشناسان تغذیه است.
- افرادی که پس از ارزیابی اولیه در معرض خطر (افرادی که خطر قلبی عروقی مساوی و بالاتر از ۱۰٪ دارند) و بیمار (قلبی عروقی، اضافه وزن و چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی‌های خون، آسم و سرطان) شناخته می‌شوند، توسط بهورز/ مراقب سلامت به پزشک ارجاع خواهند شد. پزشکان ضمن انجام بررسی‌های لازم و تنظیم برنامه درمانی، به منظور دریافت مراقبت‌های تغذیه‌ای این بیماران را به کارشناسان تغذیه ارجاع خواهند کرد.
- اجراء مداخلات تغذیه‌ای توسط کارشناسان تغذیه صورت می‌گیرد.
- پیگیری مراجعه بعدی بیماران به کارشناس تغذیه توسط بهورز/ مراقب سلامت صورت می‌گیرد.

سوالات ارزیابی الگوی تغذیه (توسط بهورز / مراقب سلامت)

۱. **مصرف میوه روزانه شما معمولاً چقدر است؟**
   گزینه اول: بندرت/ هرگز
   گزینه دوم: کمتر از ۲ واحد
   گزینه سوم: ۲ واحد یا بیشتر
۲. **مصرف سبزی روزانه شما معمولاً چقدر است؟**
   گزینه اول: بندرت/ هرگز
   گزینه دوم: کمتر از ۳ واحد
   گزینه سوم: ۳ واحد یا بیشتر
۳. **مصرف شیر و لبنیات روزانه شما معمولاً چقدر است؟**
   گزینه اول: بندرت/ هرگز
   گزینه دوم: کمتر از ۲ واحد
   گزینه سوم: ۲ واحد یا بیشتر
۴. **آیا سر سفره از نمکدان استفاده می‌کنید؟**
   گزینه اول: همیشه
   گزینه دوم: گاهی
   گزینه سوم: بندرت/ هرگز
۵. **به طور معمول چقدر فست فود/ نوشابه‌های گازدار مصرف می‌کنید؟**
   گزینه اول: ماهیانه ۲ بار یا بیشتر
   گزینه دوم: ماهیانه ۱ الی ۲ بار
   گزینه سوم: بندرت/ هرگز
۶. **چه نوع روغنی معمولاً مصرف می‌کنید؟**
   گزینه اول: فقط روغن نیمه جامد یا فقط جامد یا فقط حیوانی

گزینه دوم: تلفیقی از انواع روغن‌های مایع، جامد و نیمه جامد

گزینه سوم: فقط گیاهی مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)

- نحوه **محاسبه امتیاز:**

گزینه اول =۰ امتیاز گزینه دوم = ۱ امتیاز گزینه سوم = ۲ امتیاز بیشترین امتیاز= ۱۲ امتیاز

جدول تصمیم‌گیری برای اجرای مراقبت تغذیه‌ای برای ۳۰ تا ۵۹ سال

۱. مگادوز ویتامین D به مراجعه‌کننده تحویل داده می‌شود.

به کلیه زنان و مردان ۳۰ تا ۵۹ سال مراجعه‌کننده به پایگاه سلامت، باید ماهیانه یک دوز مکمل خوراکی ویتامین D حاوی ۵۰۰۰۰ واحد ویتامین D (مگادوز)، جهت پیشگیری از کمبود ویتامین D ارائه شود.

۲. نحوه تصمیم‌گیری برای ارائه خدمت یا ارجاع: الف- امتیاز به دست آمده از سوالات ارزیابی ب- دور کمر ج- BMI

کلیه مبتلایان به بیماری‌های دیابت و پره دیابت، دیس لیپیدمی، پرفشاری خون، چاقی و لاغری پس از غربالگری توسط مراقب سلامت، ابتدا جهت انجام مراحل درمانی به پزشک ارجاع می‌شود. سپس از طرف پزشک جهت دریافت مراقبت تغذیه به کارشناس تغذیه ارجاع و پیگیری خواهند شد.

وضعیت BMI	دور کمر (cm)	امتیاز الگوی تغذیه (۰-۱۲)	شرح ارجاع / اقدام
کمتر از ۱۸,۵ (کم وزنی)	با هر دور کمر	با هر امتیاز الگوی تغذیه‌ای	• ارائه توصیه‌های کلی تغذیه توسط مراقب سلامت • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی • ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه • پی‌گیری فرد یک ماه بعد توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) • در صورت برطرف نشدن مشکل، ادامه مراقبت توسط کارشناس تغذیه سه ماه بعد با کنترل نمایه توده بدنی، امتیاز الگوی تغذیه و دور کمر • ادامه مراقبت‌ها مطابق بسته خدمت
۱۸,۵ تا ۲۹,۹ (طبیعی)	زیر ۹۰	۱۲	• تشویق برای ادامه الگوی تغذیه مناسب • ادامه مراقبت مطابق بسته خدمت
		۷ -۱۱	• آموزش تغذیه و پی گیری توسط مراقب سلامت مطابق با بسته خدمت • تشویق برای شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی کارشناس تغذیه
		۰ -۶	• آموزش تغذیه توسط مراقب • پی‌گیری برای ۲ دوره سه ماهه
	۹۰ و بالاتر	۷ -۱۲	• در صورت برطرف نشدن مشکل (الگوی تغذیه/ دورکمر) ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه • پی‌گیری فرد یک ماه بعد توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) • در صورت برطرف نشدن مشکل، ادامه مراقبت توسط کارشناس تغذیه سه ماه بعد با کنترل امتیاز الگوی تغذیه/ دور کمر • ادامه مراقبت‌ها مطابق بسته خدمت
		۰ -۶	• آموزش تغذیه توسط مراقب • پی‌گیری برای یک دوره سه ماهه • در صورت برطرف نشدن مشکل (الگوی تغذیه) ارجاع به کارشناس
۲۵ تا ۲۹,۹ (اضافه وزن)	زیر ۹۰	۰ -۶	

			تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه • پی‌گیری فرد یک ماه بعد توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) • در صورت برطرف نشدن مشکل، ادامه مراقبت توسط کارشناس تغذیه سه ماه بعد با کنترل نمایه توده بدنی و امتیاز الگوی تغذیه • ادامه مراقبت‌ها مطابق بسته خدمت
		۱۲- ۷	• آموزش تغذیه توسط مراقب • پی‌گیری برای ۲ دوره سه ماهه • در صورت برطرف نشدن مشکل (الگوی تغذیه و اضافه وزن) ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه • پی‌گیری فرد یک ماه بعد توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) • در صورت برطرف نشدن مشکل، ادامه مراقبت توسط کارشناس تغذیه سه ماه بعد با کنترل نمایه توده بدنی و امتیاز الگوی تغذیه • ادامه مراقبت‌ها مطابق بسته خدمت
	۹۰ و بالاتر	۱۲- ۷	• آموزش تغذیه توسط مراقب • پی‌گیری برای یک دوره سه ماهه • در صورت برطرف نشدن مشکل (الگوی تغذیه، دور کمر و اضافه وزن) ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه • پی‌گیری فرد یک ماه بعد توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) • در صورت برطرف نشدن مشکل، ادامه مراقبت توسط کارشناس تغذیه سه ماه بعد با کنترل نمایه توده بدنی، امتیاز الگوی تغذیه و دور کمر • ادامه مراقبت‌ها مطابق بسته خدمت
		۶- ۰	• ارائه توصیه‌های کلی تغذیه توسط مراقب سلامت • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی
بیشتر از ۳۰ (چاقی)	با هر دور کمر	با هر امتیاز الگوی تغذیه‌ای	• ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • ارائه مراقبت توسط کارشناس تغذیه • پی‌گیری فرد یک ماه بعد توسط مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) • در صورت برطرف نشدن مشکل، ادامه مراقبت توسط کارشناس تغذیه سه ماه بعد با کنترل نمایه توده بدنی، امتیاز الگوی تغذیه و دور کمر • ادامه مراقبت‌ها مطابق بسته خدمت

- ***موارد نیازمند مراجعه مجدد فرد به کارشناس تغذیه، توسط مراقب سلامت پیگیری می‌شوند. (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید)***
- **مراقبت‌های تغذیه‌ای توسط کارشناس تغذیه شامل: مشاوره، آموزش تغذیه و ارائه رژیم غذایی می‌باشد.**

بررسی سطح فعالیت بدنی

به منظور پیشنهاد فعالیت بدنی مناسب به مراجعین، ابتدا نیازمند ارزیابی سطح فعالیت بدنی افراد می‌باشیم. با وجود اینکه ابزارها و روش‌های متعددی برای ارزیابی سطح فعالیت بدنی وجود دارد اما با توجه به اهمیت زمان در بخش سلامت، استفاده از پرسشنامه ۴ سوالی، برای ارزیابی سطح فعالیت بدنی افراد توصیه می‌شود.

پرسشنامه ۴ سوالی فعالیت بدنی

با توجه به استاندارد توصیه شده فعالیت بدنی (۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در هفته یا ۷۵ دقیقه فعالیت بدنی شدید در هفته) با پرسش ۴ سوال زیر باید ابتدا رعایت دستورالعمل مذکور از سوی مراجعه‌کننده ارزیابی شود. باید توجه داشت فعالیت‌های بدنی مرتبط با رفت و آمد، شغل و فعالیت‌های ورزشی تفریحی باید پرسیده شود.

۱. حداقل چند روز در هفته فعالیت بدنی با شدت متوسط دارید؟
۲. به طور میانگین چند دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در طول روز دارید؟
۳. حداقل چند روز در هفته فعالیت بدنی شدید دارید؟
۴. به طور میانگین چند دقیقه فعالیت بدنی شدید در طول روز دارید؟

در صورتی که مجموع فعالیت بدنی فرد ۱۵۰ دقیقه در هفته فعالیت با شدت متوسط یا ۷۵ دقیقه فعالیت بدنی شدید برآورد شود، یعنی وی دستورالعمل فعالیت بدنی برای افراد بزرگسال را انجام می‌دهد و در غیر این صورت وی سطح لازم فعالیت بدنی را ندارد که باید به انجام فعالیت بدنی تشویق شود و در صورت لزوم برنامه فعالیت ورزشی را تجویز و به مراکز ورزشی تخصصی ارجاع داده شود. با این ۴ سوال، در هر ملاقات می‌توان روند تغییرات سطح فعالیت بدنی مراجعین را پیگیری نمود و در صورت نیاز تغییراتی را در برنامه آن‌ها ایجاد کرد.

توجه: اگر بخشی از فعالیت فرد با شدت متوسط و بخشی با شدت زیاد انجام شده است، مدت زمان فعالیت شدید را دو برابر کرده و با مدت زمان فعالیت متوسط جمع گردد. این مدت اگر کمتر از ۱۵۰ دقیقه باشد فرد تحرک کافی ندارد.

برای مثال اگر پاسخ سوال اول دو روز در هفته و پاسخ سوال دوم ۲۰ دقیقه فعالیت متوسط باشد در مجموع ۴۰ دقیقه فعالیت متوسط داشته است. و اگر پاسخ سوال سوم یک روز در هفته و پاسخ سوال چهارم ۳۰ دقیقه فعالیت شدید باشد در مجموع ۳۰ دقیقه فعالیت شدید داشته است.

$2\times20+2(1\times30)=100$ کل فعالیت فرد بر حسب شدت متوسط برابر با ۱۰۰ دقیقه است.

با استفاده از کارت‌های نمایشی زیر می‌توان مراجعین را در تعیین نوع فعالیت بدنی (متوسط و شدید) راهنمایی نمود:

فعالیت بدنی شدید در محیط کار



فعالیت بدنی با شدت متوسط در محیط کار



فعالیت بدنی شدید تفریحی



فعالیت بدنی با شدت متوسط تفریحی



افرادی که سطح فعالیت بدنی آنها نامطلوب بوده و یا آنهایی که سطح فعالیت بدنی مطلوب داشته اما قصد شروع یک برنامه فعالیت ورزشی با شدت متوسط به بالا را دارند، باید طبق مراحل زیر تحت مراقبت قرار گیرند.

ارزیابی آمادگی شروع فعالیت بدنی (پرسشنامه PAR-Q)

در صورتی که فرد قصد دارد یک برنامه فعالیت بدنی را آغاز نموده یا شدت آن را نسبت به قبل افزایش دهد، باید پرسشنامه آمادگی فعالیت بدنی برای وی تکمیل گردد.

۱. آیا تا کنون پزشک به شما گفته است که مشکل قلبی دارید و باید تنها فعالیت‌های بدنی توصیه شده توسط پزشک را انجام دهید؟ بلی خیر
۲. آیا هنگامی که فعالیت بدنی انجام می‌دهید در ناحیه سینه احساس درد می‌کنید؟ بلی خیر
۳. آیا در ماه گذشته هنگامی که فعالیت بدنی انجام نمی‌دادید در سینه خود درد داشته‌اید؟ بلی خیر
۴. آیا تعادل خود را به دلیل سرگیجه از دست می‌دهید یا تاکنون هشیاری خود را از دست داده‌اید؟ بلی خیر
۵. آیا مشکل استخوانی یا مفصلی داریدکه با تغییر میزان فعالیت بدنی تشدید شود؟ بلی خیر
۶. آیا در حال حاضر به دلیل مشکل قلبی یا فشار خون بالا یا دیابت برای شما دارو تجویز شده است؟ بلی خیر
۷. آیا محدودیت جسمانی دیگری برای عدم انجام فعالیت بدنی دارید؟ بلی خیر

تحلیل وضعیت آمادگی شروع فعالیت ورزشی

در صورتی که پاسخ فرد به یک یا بیش از یکی از سوالات بلی است، پیش از شروع انجام فعالیت بدنی بیشتر یا پیش از ارزیابی میزان آمادگی جسمانی باید با پزشک مشورت کند و چنانچه پاسخ فرد به کلیه سوالات خیر باشد، برای انجام فعالیت بدنی بیشتر نیازمند مشورت با پزشک نمی باشد. برای کلیه این افراد انجام فعالیت بدنی منظم با شدت متوسط به بالا همراه با فعالیت‌های تقویت عضلانی، توصیه می‌گردد. ارزیابی مجدد وضعیت فعالیت بدنی در افراد نیازمند به مشورت با پزشک، طبق نظر پزشک مرکز و در سایر افراد هم زمان با نوبت بعدی خطرسنجی انجام خواهد شد. لازم به ذکر است انجام فعالیت‌های بدنی سبک مانند پیاده روی آهسته، نیازمند مشورت با پزشک نمی باشد.

توجه: نتایج آزمون (PAR-Q)، یک سال اعتبار داشته و پس از گذشت این مدت، باید فرد مجدداً ارزیابی گردد.

آزمون‌های وضعیت آمادگی جسمانی (انعطاف‌پذیری، قدرت عضلانی، استقامت عضلانی)

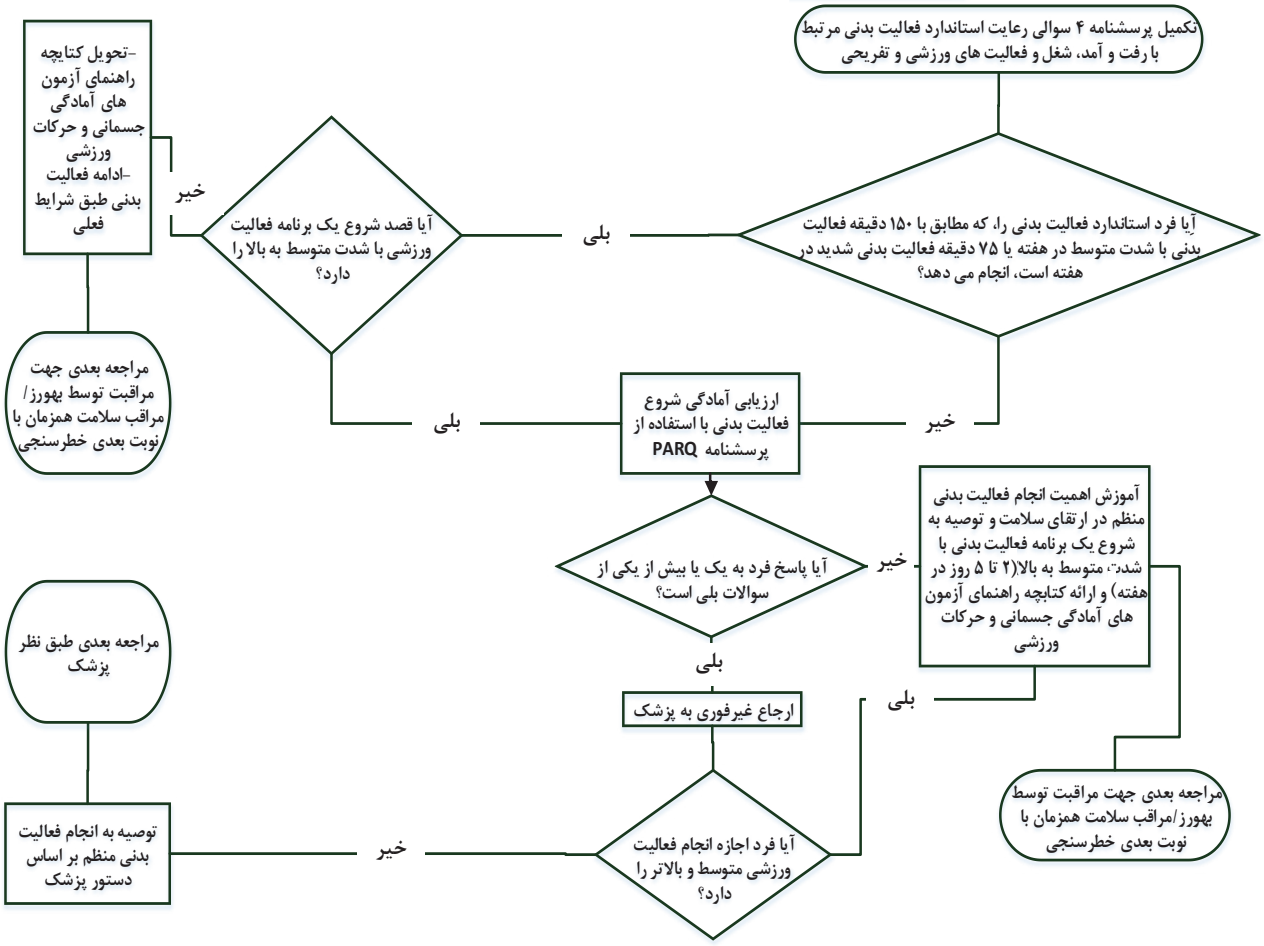
به منظور ارزیابی دقیق وضعیت آمادگی جسمانی، باید به مراجعین توصیه شود که براساس کتابچه «راهنمای فعالیت بدنی» ضمن انجام آزمون‌های وضعیت آمادگی جسمانی (انعطاف‌پذیری، قدرت عضلانی، استقامت عضلانی) هر فرد با توجه به وضعیت خود، فعالیت بدنی خویش را افزایش دهد. هدف اصلی انجام حداقل ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در هفته (در ۳ تا ۵ نوبت) است. در گروه سنی بالغین ارتقاء این میزان تا ۳۰۰ دقیقه در هفته با احتساب زمان لازم برای فعالیت‌های تقویت قدرت عضلانی و انعطاف‌پذیری توصیه می‌شود. راهنمای انجام فعالیت‌ها و حرکات ورزشی در قالب پمفلت یا کتابچه یا سی دی یا اپلیکیشن‌های موبایل در اختیار مراجعین قرار خواهد گرفت.

پیگیری و مراقبت

در هر نوبت مراجعه، باید اقدامات ذیل صورت گیرد:

۱. ارزیابی مجدد سطح فعالیت بدنی فرد
۲. پیگیری انجام فعالیت‌های بدنی هوازی و تقویت عضلانی (انعطاف‌پذیری، قدرت عضلانی، استقامت عضلانی) توسط فرد مطابق مطالب آموزشی ارائه شده
۳. پیگیری مراجعه افراد نیازمند به مشورت با پزشک براساس نتایج آزمون (PAR-Q)
۴. تعیین زمان مراجعه بعدی براساس میزان خطر قلبی عروقی یا نظر پزشک

فلوچارت ارزیابی و توصیه فعالیت بدنی توسط بهورز/ مراقب سلامت



بررسی از نظر مصرف دخانیات

ارزیابی مصرف مواد دخانی بر اساس پرسشنامه «غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد» به شرح ذیل صورت می‌گیرد. پرسش‌های ۱ و ۲ این پرسشنامه مصرف **انواع مواد دخانی** در طول عمر و سه ماه گذشته را ارزیابی می‌کند. منظور مصرف هر یک ازانواع **مواد دخانی دودزا** شامل سیگار، قلیان، چپق، پیپ و مواد **دخانی بدون دود** مثل ناس، مواد جویدنی و مکیدنی است.

۱- آیا در **طول عمر** یکی از انواع مواد دخانی را مصرف کرده‌اید؟

بله ☐ (برو به سؤال ۲) خیر ☐ (برو به سؤال ۴)

۲- آیا در **سه ماه گذشته** یکی از انواع مواد دخانی را مصرف کرده‌اید؟

بله ☐ (ادامه غربال‌گری اولیه و سپس سؤال ۳) خیر ☐ (برو به سؤال ۴)

سپس سؤالات مرتبط با مصرف الکل و مواد تکمیل می‌شود. بعد از تکمیل **غربال‌گری اولیه** در صورت پاسخ **مثبت** به مصرف انواع مواد دخانی در سه ماه اخیر، سؤالات زیر پرسیده می‌شود:

۳- در **ماه گذشته** انواع مواد دخانی زیر را چگونه مصرف کرده‌اید؟

نوع مواد	هر یک از انواع مواد دخانی را **چند وقت یک بار** مصرف می‌کرده‌اید؟				مقدار مصرف شما **در یک روز معمول** **مصرف** چقدر است؟	
	هرگز	ماهانه	هفتگی	روزانه	نخ	بار
سیگار						
قلیان						
پیپ/ چپق						
ناس/ تنباکوی جویدنی						

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

بله ☐ خیر ☐

- در صورت **پاسخ منفی** به **پرسش ۱** (فردی که در طول عمر هیچ گونه مصرف مواد دخانی نداشته است) بازخورد مثبت ارایه شده و فرد برای دریافت مراقبت‌های پیشگیری اولیه شامل شرکت در برنامه آموزش گروهی کارشناس سلامت روان (مهارت‌های خودمراقبتی، مهارت‌های فرزندپروری و مهارت‌های زندگی) اطلاع رسانی و تشویق می‌شود.
- در صورت **پاسخ مثبت** به **پرسش ۲** (مصرف هر یک از مواد دخانی در سه ماه گذشته) فرد دارای مشکل (در معرض خطر یا مورد وابسته به مواد دخانی) است. اگر بیش از یک سال از ترک گذشته فاقد مشکل در نظر گرفته شود. فرد شناسایی شده دارای مشکل، نیاز به اقدامات زیر دارد:
  - بازخورد شخصی داده شده و کارت بازخورد به فرد تحویل داده می‌شود.
  - فرد به ترک مصرف تشویق شود و از تلاش او برای ترک دخانیات حمایت گردد و طبق متن آموزشی از تکنیک توصیه مختصر و آموزش‌های تکنیک‌های مقابله با وسوسه اقدام شود.
  - توصیه به قطع مصرف ارایه و فرد جهت انجام غربال‌گری تکمیلی و سایر مراقبت‌ها مطابق فلوچارت به کارشناس سلامت روان **ارجاع** گردد.
  - پیگیری **در فواصل ۱ هفته، ۱، ۳، ۶ و ۱۲ ماه** از زمان شناسایی انجام شود.

- در صورت **پاسخ منفی** به **پرسش ۲** نیز بازخورد مثبت ارایه شده و فرد برای دریافت مراقبت‌های پیشگیری اولیه تشویق شود.
- متناسب با پاسخ فرد به **پرسش ۴** (مواجهه با دود دسته دوم دخانیات در ماه گذشته) آموزش درباره خطرات آن و توصیه‌های شخصی‌شده ارایه شود.
- در مورد مضرات استعمال دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی و در مورد این که مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن خطر ابتلاء به بیماری‌های قلبی عروقی، تنفسی، سرطان و دیابت را افزایش می‌دهد، برای تمام جمعیت تحت پوشش آموزش داده شود.
- کسی که در سه ماه اخیر مصرف مواد دخانی داشته است، یک فرد **در معرض خطر** (کسانی که مصرف گاهگاهی مواد دخانی دارند) یا **مشکوک** به وابستگی به مواد دخانی (کسانی که مصرف مستمر مواد دخانی داشته و احتمالاً به آن وابسته هستند) محسوب می‌شوند.
- هدف از ارجاع به کارشناس سلامت روان برای هر یک از گروه‌های بالا به شرح زیر است:
  - افراد در **معرض خطر:** ارایه آموزش‌های پیشگیری اولیه و کمک به قطع مصرف توسط کارشناس سلامت روان
  - افراد **مشکوک به وابستگی**: بیماریابی و کمک به قطع مصرف با مراقبت پیشگیری ثانویه (ارایه مداخلات درمانی و پیگیری)
- در مراقبت پیگیری اقدامات زیر مورد انتظار است:
  - ارزیابی از نظر موفقیت ترک یا عود
  - پیگیری از نظر مراجعه به کارشناس سلامت روان و در صورت عدم مراجعه بررسی علل آن
  - آموزش درباره خطرات تداوم مصرف و تشویق برای تداوم مراقبتها مطابق فلو چارت
  - تاریخ پیگیری‌ها در غربالگری بر اساس دستورالعمل استاندارد پیش بینی و اطلاع رسانی شود.

فلوچارت فرایندهای فوق در انتهای متن بررسی از نظر مصرف الکل قابل دسترسی و بهره برداری می‌باشد.

کارت بازخورد خطرات مصرف انواع مواد دخانی به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

	پیری زودرس، چین و چروک صورت
	سلامت پایین‌تر و دیر خوب شدن سرماخوردگی
	عفونت تنفسی و آسم
	فشار خون بالا، دیابت
	سقط، زایمان زودرس و کودکان با وزن کم هنگام تولد در زنان باردار
	بیماری کلیوی
	بیماری انسداد مزمن راه هوایی شامل آمفیزم
	بیماری قلبی، سکته، بیماری عروقی
	سرطان‌ها

بررسی از نظر مصرف الکل

از فرد در خصوص مصرف هر نوع الکل و به هر مقدار در طول عمر و طی ۳ ماه گذشته سوال شود:

- ارزیابی از نظر مصرف الکل با استفاده از پرسشنامه **"غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد"** انجام می‌گردد.
- اگر الکل مصرف نمی‌کند، فرد فاقد این مشکل است.
- اگر سابقه مصرف الکل طی ۳ ماه گذشته (به هر میزان و حداقل یک بار) داشته است، برای غربال‌گری تکمیلی فرد به کارشناس سلامت روان ارجاع داده شود.

غربالگری اولیه الکل با پرسشنامه "غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد[1]"

برای شناسایی اولیه سوء مصرف الکل از غربالگری اولیه مصرف الکل **در طول عمر و ۳ ماهه گذشته** به صورت ادغام یافته در کنار سایر مواد استفاده شود.

- پسخوراند لازم به فرد ارائه شود:
  - رفتارهای مثبت تشویق شود.
  - برای رفتارهای پرخطر به فرد آموزش و توصیه ارائه گردد.
- فرد برای **غربال‌گری تکمیلی** و **خدمات مورد نیاز** ارجاع شود.

- غربال‌گری اولیه با رعایت حریم خصوصی و از طریق مصاحبه با خود فرد تکمیل گردد.

علاوه بر غربال‌گری اولیه به صورت فراخوان، اجرای فرصت‌طلبانه غربال‌گری اولیه در افراد دارای علائم و نشانه‌های مرتبط با مصرف مواد توسط بهورز/ مراقب سلامت توصیه می‌گردد.

در صورتی که یکی از اعضای خانواده به مرکز مراجعه نموده و مشکل مصرف سیگار، الکل و مواد در یکی دیگر از اعضای خانواده را با بهورز/ مراقبت سلامت در میان بگذارد، از فرد خواسته شود تا عضو خانواده خود را برای مراجعه و دریافت مراقبت لازم تشویق نماید.

در صورتی که یکی از اعضای خانواده به بهورز/ مراقب سلامت مراجعه نموده و اظهار نماید یکی از اعضای خانواده او دچار مشکل مصرف سیگار، الکل یا مواد است اما از مراجعه و دریافت مراقبت امتناع می‌نماید، فرد مذکور برای دریافت آموزش‌های لازم به کارشناس سلامت روان ارجاع شود.

به منظور کاهش حسّاسیت نسبت به سؤالات در پرسش یک، ابتدا درخصوص "مصرف طول عمر" موارد زیر سوال شود:

- سیگار و محصولات تنباکو
- داروهای تجویزشده روان‌گردان که پتانسیل سوءمصرف داشته و منجر به مختل شدن سلامت فرد می‌شود (مصرف غیرپزشکی)
  - داروهای اُپیوئیدی مسکن و ضداسهال (دیفنوکسیلات، ترامادول، کدئین، ...)
  - داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور (دیازپام، کلونازپام، آلپرازولام، ...)
- الکل

منظور از **"مصرف غیرپزشکی"** مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی و یا با مقادیر یا طول مدت بیش از آن چه پزشک تجویز نموده، می‌باشد. در صورتی که مراجعه‌کننده هر یک از این داروها را به دستور

1. Alcohol, Smoking, Substance

پزشک و با دوز و طول مدت تجویزی مصرف می‌کند، غربال‌گری او منفی خواهد بود.
صرف نظر از پاسخ مراجعه‌کننده به این پرسش‌ها، بعد از پرسیدن سؤال یک، پرسش دو به صورت بازپاسخ درباره سایر مواد از فرد سؤال می‌گردد.
غربالگری اولیه مصرف سیگار، الکل و مواد با انجام پرسش‌گری در خصوص مواردی که فرد در طول عمر مصرف نموده و در سه ماه اخیر ادامه داشته است.

- براساس نمره حاصله از پرسش‌نامه "غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد":
  - در صورت کسب نمره صفر (پاسخ منفی به تمام موارد)، از مراجع تشکر نموده و بازخورد متناسب ارایه شود.
  - در صورت کسب نمره یک و بیشتر، به کارشناس سلامت روان ارجاع داده شود.
- کسی که در سه ماه اخیر مصرف الکل داشته است، یک فرد در معرض خطر یا مشکوک به اختلال مصرف الکل محسوب می‌شود.
- هدف از ارجاع به کارشناس سلامت روان برای هر یک از گروه‌های بالا به شرح زیر است:
  - افراد در **معرض خطر**: این گروه کسانی هستند که مصرف گاهگاهی الکل دارند. هدف از ارجاع در این افراد ارایه آموزش‌های پیشگیری اولیه توسط کارشناس سلامت روان است.
  - افراد **مشکوک**: این گروه کسانی هستند که مصرف مستمر الکل داشته و احتمالاً به آن وابسته هستند. هدف از ارجاع این گروه به کارشناس سلامت روان بیماریابی و مراقبت پیشگیری ثانویه (ارجاع جهت دریافت خدمات درمانی و پیگیری) است.

پرسش‌نامه غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد

نام و نام خانوادگی:..... شماره پرونده:..... تاریخ تکمیل فرم:.....

منبع شرح حال: خود فرد ☐ یکی از اعضای خانواده: ☐ (نسبت عضو خانواده را مشخص کنید:.....)

مقدمه (برای مراجعه‌کننده **بخوانید)** «در این بخش می‌خواهم چند سؤال درباره تجربه شما از مصرف سیگار، الکل و مواد در طول عمر و سه ماه گذشته بپرسم. این ارزیابی برای تمام مُراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد وضعیت سلامتی انجام می‌شود و هدف آن شناسایی به هنگام و ارتقای سلامتی افرادی است که سوءمصرف مواد دارند. این مواد را می‌توان به صورت تدخینی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد. (کارت پاسخ را به فرد بدهید). برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای مسکن یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم. امّا، اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید. به شما اطمینان می‌دهیم اطلاعاتی که در این مورد به ما می‌دهید، کاملاً محرمانه خواهد بود. پاسخ‌گویی باز و صادقانه به این پرسش‌ها در ارایه خدمات مورد نیاز به ما کمک می‌کند، اما در صورت عدم تمایل می‌توانید به پرسش‌ها پاسخ ندهید.»

جدول شماره ۱. پرسش نامه غربالگری سوء مصرف الکل، سیگار و مواد

پرسش ۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ **(فقط مصرف غیرپزشکی)**	**بله**	**خیر**	**عدم تمایل به پاسخ‌گویی**	**پرسش ۳**- در صورت پاسخ مثبت به هر یک: **در سه ماه اخیر** چطور؟	**خیر**	**بله**	**عدم تمایل به پاسخ‌گویی**
الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)							
ب- داروهای مسکن اُپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)							
ج- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)							
د- الکل (آبجو، شراب، عَرَق، غیره)							
پرسش ۲- مواد دیگر چطور؟ **(فقط مصرف غیرپزشکی)**	**بله**	**خیر**	**عدم تمایل به پاسخ‌گویی**				
الف- مواد اَفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کراک هروئین، غیره)							
ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)							
ج- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)							
د- سایر (مشخص کنید:)...							

کارت پاسخ غربالگری اولیه

جدول شماره ۲. کارت پاسخ

پرسش ۱
الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
ب- داروهای مسکن اُپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
ج- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)
د- الکل (آبجو، شراب، عَرَق، غیره)
پرسش ۲
الف- مواد اَفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کراک هروئین، غیره)
ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
ج- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
د- سایر (مشخص کنید:)...

کارت بازخورد خطرات مصرف الکل به‌ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

	خماری، رفتار تهاجمی و خشن، تصادفات و آسیب
	کاهش عملکرد جنسی، پیری زودرس
	مشکلات گوارشی، زخم معده، ورم لوزالمعده، فشار خون بالا
	اضطراب و افسردگی، دشواری‌های ارتباطی، مشکلات مالی و شغلی
	دشواری در به خاطر آوردن چیزها و حل مسائل
	ناهنجاری مادرزادی و آسیب مغزی در کودکان متولدشده از زنان باردار
	سکته، آسیب دایمی مغز، آسیب عصب و عضله
	سیروز کبدی، التهاب لوزالمعده
	مسمومیت با متانول (نابینایی، مرگ)، سرطان، خودکشی

دستورالعمل اجرا

- مقدمه غربال‌گری اولیه برای مراجعه‌کننده خوانده شود.
- به صورت خاص بر نکات زیر در مقدمه تأکید گردد:
  - پیش از شروع پرسش‌گری برای خدمت‌گیرنده توضیح داده شود که در این بخش پرسش‌هایی درباره مصرف سیگار، الکل و مواد پرسیده می‌شود.
  - به خدمت‌گیرنده یادآوری شود این خدمت به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.
  - برای خدمت‌گیرنده توضیح داده شود: «برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشند (مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای ضددرد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم. امّا اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید.»
  - در خصوص حفظ رازداری اطمینان داده شود.
  - به خدمت گیرنده توضیح داده شود، پاسخ‌گویی باز و صادقانه به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند، هر چند مراجعه‌کننده می‌تواند در صورت عدم تمایل به این پرسش‌ها پاسخ ندهد.

پرسش ۱

- پرسش ۱ برای تمام گروه‌های مواد پیش‌بینی شده ذیل آن پرسیده شود.
- در صورت پاسخ منفی به تمام مواد، بیشتر کاوش کنید: «حتی در دوره نوجوانی و جوانی؟»
- پاسخ مراجع در محل پیش‌بینی شده درج گردد.
- سپس، پرسش ۲ سوال شود.

پرسش ۲

- در صورت پاسخ مثبت، پاسخ برای سایر گروه‌های مواد پیش‌بینی شده ذیل پرسش ۲ تکمیل گردد.
- در صورت پاسخ منفی به پرسش ۲ بیشتر کاوش کنید: «حتی در دوره نوجوانی و جوانی؟»
- در صورتی که نام خیابانی مواد مورد مصرف در منطقه شما، با مثال‌های ارایه شده در جدول متفاوت باشد، می‌توان با هماهنگی با اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مثال‌های متناسب با منطقه به جدول اضافه گردد.

پرسش ۳

- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از گروه‌های مواد در پرسش ۱ و ۲، پرسش ۳ پرسیده شود.
- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد پرسش نامه الکل، از مراجعه‌کننده تشکر نموده، بازخورد شخصی‌شده ارایه داده، کارت بازخورد را به مراجع تحویل نموده و فرد برای غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع داده شود. در غربالگری تکمیلی علاوه بر تکمیل ASSIST، ارزیابی از نظر مصرف مخاطره‌آمیز الکل نیز انجام می‌شود.
- در صورت پاسخ منفی به تمام موارد، از مراجع تشکر نموده و بازخورد متناسب ارایه داده شود.

دستیابی به پاسخ‌های صحیح در غربالگری اولیه مصرف سیگار، الکل و مواد، نیاز به زمان و ایجاد ارتباط مؤثر و اعتماد بین جمعیت تحت پوشش و کارشناس مراقب سلامت دارد. برای آشنایی با مهارت‌های مشاوره پایه به کتابچه **راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد ویژه کارشناس مراقب سلامت** مراجعه شود.

هدف اولیه در شروع غربالگری اولیه سوء مصرف الکل، سیگار و مواد، دستیابی به پاسخ‌های صحیح و دقیق نبوده، بلکه انتقال این پیام به مراجعان است که مصرف مواد پیامدهای منفی جدی بر سلامت آنها داشته و نظام مراقبت‌های بهداشتی نسبت به آن حساس بوده و آمادگی دارد در این ارتباط به ایشان کمک نماید.

مراقبت و پیگیری

پیگیری و مراقبت افراد مصرف‌کننده الکل براساس جدول ذیل انجام می‌شود

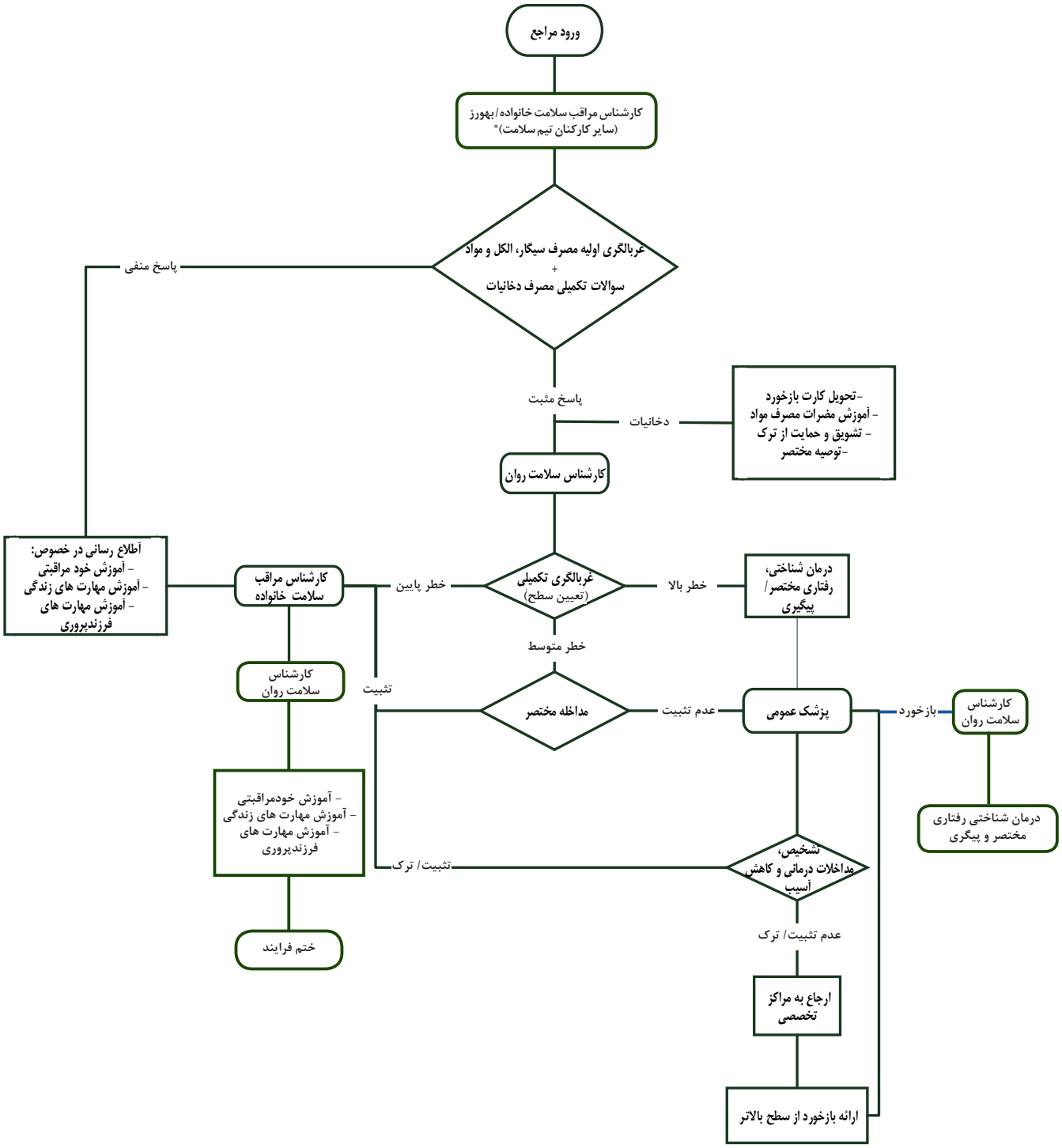
جدول مراقبت و پیگیری افراد مصرف کننده الکل

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
۱- **«غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد» (پرسش‌نامه سه سؤالی) را اجراء کنید.** ۲- **آیا نشانه‌ها و علائم مطرح‌کننده اورژانس‌های مرتبط با الکل وجود دارد؟** • **بوی الکل در تنفس فرد، تکلم جویده جویده، رفتارهای غیرعادی و خارج از کنترل؟** ۳- **آیا فرد در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف الکل یا در عرض چندین ساعت تا چند روز بعد از قطع مصرف الکل دچار یکی یا بیشتر از حالات زیر شده است؟** • **کاهش سطح هوشیاری یا اغماء** • **اختلال جهت‌یابی به صورت ناآگاهی از زمان، مکان یا اشخاص (توهم، هذیان گویی یا دلیریوم)** • **تشنج** • **قصد جدی آسیب به خود یا خودکشی** • **پرخاش‌گری یا قصد آسیب به دیگران** ۴- **آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف الکل تحت درمان هستید؟**	در صورت پاسخ مثبت به مصرف الکل **در سه ماه اخیر**	**در معرض خطر یا مبتلا به اختلال مصرف الکل**	**ارجاع غیر فوری به پزشک**
	پاسخ مثبت به سؤال ۲	**مسمومیت با اتانول یا متانول**	**ارجاع فوری* به پزشک**
	پاسخ مثبت به سؤال ۳	**اورژانس اختلالات القاءشده در اثر الکل**	**ارجاع فوری* به پزشک**
	پاسخ مثبت به سؤال ۴	**تشخیص قبلی اختلال مصرف الکل تحت درمان**	**ثبت در پرونده و پیگیری****
	در صورت پاسخ منفی تمام سؤالات	**عدم احتمال اختلال مصرف الکل**	**اطلاع‌رسانی در خصوص:** - آموزش مهارت‌های فرزندپروری - در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش‌ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع گردد.

* **موارد ارجاع فوری**: اختلالات ناشی از مصرف الکل، شامل مسمومیت با الکل، محرومیت از الکل و اختلالات اورژانسی ناشی از مصرف الکل **نظیر توهم و هذیان گویی(دلیریوم) و قصد جدی آسیب به خود یا دیگران نیاز به ارجاع فوری دارند.**

** پیگیری بیماران مبتلا به اختلال مصرف الکل که خارج از نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی خدمات دریافت می‌کنند، فقط به صورت **هر سه ماه یک بار** و جهت اطمینان از ادامه دریافت خدمات می‌باشد. در صورت مواجهه با عدم پیگیری درمان توسط بیمار، لازم است که آموزش‌های لازم درباره ضرورت پایبندی به برنامه درمانی ارایه و به پزشک نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی ارجاع شوند.

فلوچارت ارزیابی و مراقبت از اختلال مصرف دخانیات، مواد و الکل



* غربالگری اولیه اختلال مصرف مواد با توجه به اینکه به صورت فرصت طلبانه انجام می شود می تواند توسط کلیه پرسنل بهداشتی و درمانی مرکز شامل کارشناس مراقب سلامت خانواده، پزشک، دندانپزشک، ماما و ... در جریان فرایند های خدمت معمول انجام شود.

** در قسمت خطر بالا در صورت مصرف دخانیات بالای ۱۰ نخ بصورت روزانه و عدم موفقیت در ترک در خطر متوسط، علاوه بر توصیه های درمان شناختی، رفتاری مختصر نیاز به دارو درمانی توسط پزشک دارد.

پروتکل شماره ۲: بسته خدمات اساسی بیماری‌های غیر واگیر (PEN)
آموزش بهداشت و مشاوره درخصوص رفتارهای بهداشتی (ویژه آموزش عموم جامعه)

آموزش به بیمار در خصوص

- فعالیت بدنی منظم
- رژیم غذایی سالم
- ترک مصرف دخانیات و الکل
- رعایت دستورات و پیگیری منظم درمان

فعالیت بدنی منظم

- افزایش فعالیت بدنی به تدریج تا سطوح متوسط (مانند پیاده روی سریع) حداقل ۵ روز در هفته روزانه ۳۰ دقیقه
- کنترل وزن بدن و جلوگیری از اضافه وزن با کاهش مصرف مواد غذایی با کالری بالا و داشتن فعالیت بدنی کافی، داشتن یک رژیم غذایی سالم

رژیم غذایی سالم

نمک (سدیم کلراید)

- محدود کردن مصرف نمک به کمتر از ۵ گرم در روز (یک قاشق چایخوری)
- کاهش مصرف نمک هنگام پخت و پز، محدود کردن مصرف غذاهای فرآوری شده و فست فودها

میوه و سبزی

- مصرف پنج واحد (۴۰۰-۵۰۰ گرم) میوه و سبزی درروز
- یک واحد معادل یکعدد پرتقال، سیب، انبه، موز یا سه قاشق سوپخوری سبزیجات پخته

غذای چرب

- محدود کردن مصرف گوشت چرب، چربی لبنیات و روغن پخت و پز (کمتر از دو قاشق سوپخوری در روز)
- جایگزین کردن روغن پالم و روغن نارگیل با روغن زیتون، سویا، ذرت، کلزا
- جایگزین کردن گوشتهای دیگر با گوشت سفید (بدون پوست)

ماهی

- خوردن ماهی حداقل سه بار در هفته، ترجیحاً ماهی روغنی مانند ماهی تن، ماهی سالمون

ترک مصرف دخانیات و الکل

- تشویق همه غیرسیگاری ها به عدم شروع مصرف دخانیات
- توصیه قوی به همه سیگاری ها به ترک مصرف سیگار و حمایت از تلاش آنها در این امر
- توصیه به ترک به افرادی که اشکال دیگری از دخانیات را مصرف می کنند.
- توصیه به عدم مصرف الکل مخصوصاً هنگامی که احتمال خطرات افزوده وجود دارد، مانند:
  - رانندگی یا کار با ماشین آلات
  - بارداری یا شیردهی
  - مصرف داروهایی که با الکل اثر متقابل دارد.
  - داشتن شرایط پزشکی که الکل آن را وخیم تر می سازد.
  - عدم توانایی در کنترل میزان مصرف مشروبات الکلی

رعایت دستورات و پیگیری منظم درمان

- اگر دارویی برای بیمار تجویز شده است:
  - آموزش به بیمار در مورد چگونگی مصرف آن در منزل
  - توضیح دادن تفاوت بین داروهای کنترل بلند مدت (به عنوان مثال فشارخون) و داروهایی برای تسکین سریع (به عنوان مثال خس خس سینه)
  - بیان دلیل تجویز دارو/ داروها به بیمار
- نشان دادن مقدار (dose) مناسب دارو به بیمار
- توضیح دادن تعداد دفعات مصرف دارو در روز
- توضیح دادن در خصوص برچسب و بسته بندی قرص ها
- بررسی درک بیمار از مصرف داروی تجویز شده قبل از این که بیمار مرکز سلامت را ترک کند.
- توضیح اهمیت:
  - داشتن ذخیره کافی از داروها
  - توصیه و تاکید بر نیاز به مصرف داروها به طور منظم، حتی اگر هیچ علامتی ندارد

برای افراد زیر به منظور دریافت مراقبت های ممتد، « فرم مراقبت بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر آن» تشکیل دهید و «فرم پیگیری بیماری» را تکمیل کنید و از نظر عوامل خطر(تغذیه نا سالم، مصرف الکل و سیگار و کم تحرکی) و مراقبت بیماری ها مطابق با دستورالعمل برنامه های مربوطه اقدام کنید:

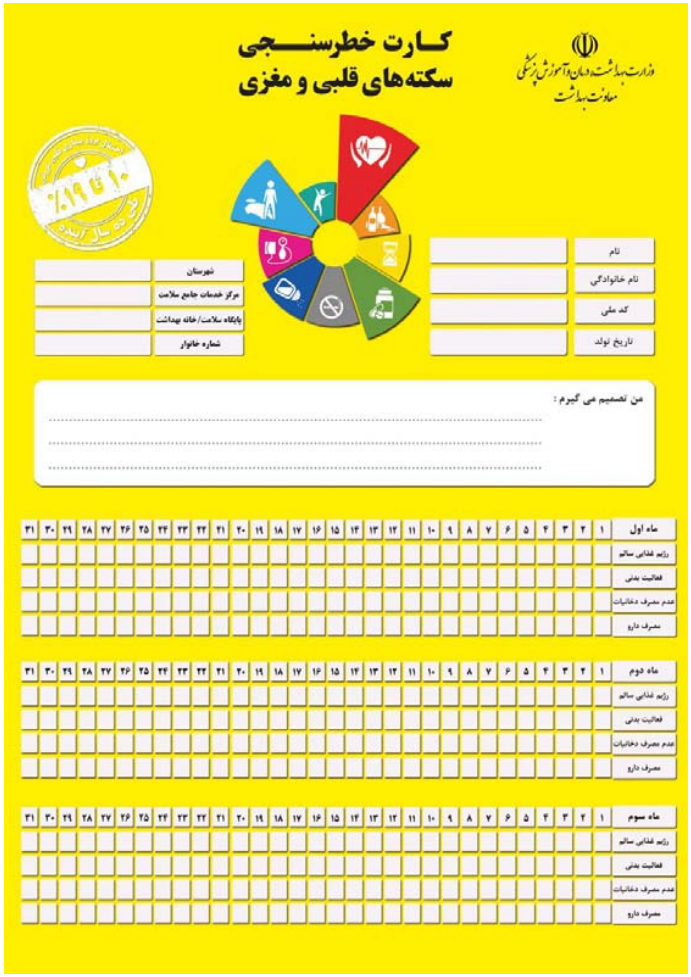
- مصرف مواد دخانی
- مصرف الکل
- افراد با میزان خطر بالاتر از ۱۰ ٪
- ابتلاء به یکی از بیماری های دیابت، فشار خون بالا، آسم، اختلال چربی های خون، سرطان های کولورکتال، پستان و دهانه رحم

دستورالعمل تکمیل کارت خطرسنجی، آزمایشات و اندازه‌گیری‌ها

دستورالعمل تکمیل کارت خطرسنجی

این کارت برای افراد ۳۰ سال و بالاتری صادر می‌گردد که بعد از ارزیابی اولیه، ارزیابی میزان خطر سکته‌های قلبی و مغزی برای آنها انجام شده است. بعد از ارزیابی میزان خطر ۱۰ ساله بروز سکته‌های قلبی و مغزی، افراد در ۴ گروه خطر قرار می‌گیرند. بر حسب میزان خطر تعیین شده کارت رنگی مورد نظر طبق شرایط زیر انتخاب گردد. این کارت‌ها در سه رنگ طراحی شده‌اند:

- برای خطر کمتر از ۱۰٪ (کم)، کارتی ارایه نمی گردد
- برای خطر ۱۰ تا ۲۰٪ (متوسط)، کارت زرد
- برای خطر ۲۰ تا ۳۰٪ (نسبتا زیاد)، کارت نارنجی
- برای خطر ۳۰٪ و بیشتر (زیاد)، کارت قرمز



نمونه کارت زرد خطرسنجی

پس از انتخاب کارت رنگی مورد نظر، کارت طبق شرایط زیر تکمیل و به فرد تحویل داده شود:

در ابتدا نام شهرستان، مرکز جامع سلامت، پایگاه بهداشتی و شماره خانوار فرد درسمت چپ بالای فرم یادداشت گردد.

سپس مشخصات نام، نام خانوادگی و کد ملی فرد و تاریخ تولد (روز، ماه، سال) در قسمت راست کارت ثبت شود.

پیگیری و ارزیابی میزان خطر بعدی بر حسب میزان خطر جدید محاسبه شده برای هر فرد، انجام خواهد شد:

- اگر میزان خطر قلبی عروقی فرد در این مراجعه تغییر نکرده باشد، در صورت پر شدن کارت قبلی، کارت جدید با همان رنگ قبلی تکمیل و تحویل داده شود.
- اگر میزان خطر تغییر کرده باشد، مطابق با میزان خطر، کارت رنگی جدید تکمیل و تحویل داده شود.
- بر حسب مورد، تاریخ مراجعه بعدی با توجه به میزان خطر قبلی یا جدید ثبت شود.

دو بخش زیر توسط بیمار تکمیل می‌شود، در خصوص نحوه تکمیل فرم به فرد آموزش داده شود.

۱- بخش زیر کارت در عنوان « من تصمیم می‌گیرم»:

این بخش توسط خود فرد مراجعه کننده تکمیل می‌گردد. در واقع این بخش اقدامات خود مراقبتی است که فرد پس از دریافت آموزش و مشاوره‌های لازم بر عهده می‌گیرد و به انجام آن متعهد می‌شود. این اقدامات را باید شخصاً در این بخش بنویسد.

۲- بخش پشت کارت «جدول پیگیری رعایت شیوه زندگی سالم»

فرد روزانه باید در خصوص رعایت مواردی که متعهد شده است بر حسب نوع اقدام در خانه‌های جدول پشت کارت «جدول پیگیری شیوه زندگی» خود را پایش کند و علامت بزند. این موارد شامل:

۱- مصرف دارو: مقصود مصرف داروهایی است که به علت بیماری یا در معرض خطر بودن فرد تجویز شده است. این داروها شامل موارد زیر هستند:

- برای افراد با میزان خطر ۳۰ ٪ و بالاتر:
  - داروی کاهنده چربی خون همچون استاتین
  - داروهای کاهنده فشارخون، مانند تیازیدها (در افرادی که فشارخون پایدار مساوی یا بیش از ۱۴۰/۹۰ دارند)
- برای افراد با سابقه سکته قلبی و سکته مغزی از نوع غیرخونریزی دهنده داروی آسپیرین تجویز می‌گردد.

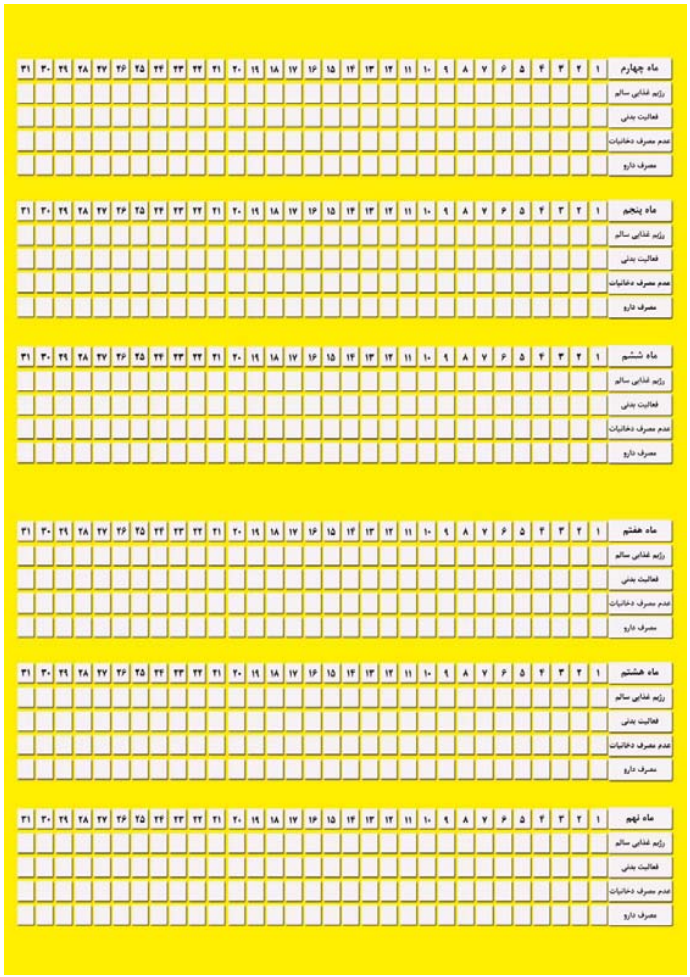
در صورتی که هر یک از این داروها برای فرد تجویز شده است، فرد باید در صورت مصرف دارو در انتهای هر روز در خانه سطر و ستون مربوطه در جدول پشت کارت، علامت بزند.

۲- رعایت رژیم غذایی: اگر فرد طبق تعهد خود رژیم غذایی خود را در تمام وعده‌های غذایی رعایت کرد، باید در انتهای هر روز در خانه سطر و ستون مربوطه در جدول پشت کارت، علامت بزند.

۳- فعالیت فیزیکی(بدنی): اگر فرد بر حسب میزان تعیین شده و تعهد خود، در طول روز فعالیت بدنی انجام داده باشد، باید در انتهای هر روز در خانه سطر و ستون مربوطه در جدول پشت کارت، علامت بزند.

۴- عدم مصرف دخانیات: اگر فرد هر یک از مواد دخانی را مصرف می‌کند و متعهد به ترک یا کاهش مصرف شده است، باید در صورت رعایت تعهدات خود، در انتهای هر روز در خانه سطر و ستون مربوطه در جدول پشت کارت، علامت بزند.

توجه: افراد بی سواد یا کم سواد می‌توانند برای نوشتن تصمیمات و ثبت موارد فوق، از افراد خانواده کمک بگیرند تا اعضای خانواده هم در تصمیم گیری‌های فرد مشارکت داشته و به وی کمک کنند.



نمونه پشت کارت خطرسنجی

نمونه‌ای از مواردی که در بخش «من تصمیم می‌گیرم»، توسط افراد می‌تواند ثبت گردد:

- فعالیت بدنی خود را افزایش می‌دهم و برای اینکار حد اقل ۳ روز در هفته پیاده روی می‌کنم و تعداد قدم‌های خود را تا ۳ ماه دیگر به ۱۰۰۰۰ قدم در روز می‌رسانم.
- فعالیت بدنی خود را افزایش می‌دهم و روزانه حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط انجام می‌دهم.
- فعالیت بدنی خود را افزایش می‌دهم و ۳ تا ۵ روز در هفته، روزانه حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت‌هایی را انجام می‌دهم که سبب افزایش ضربان قلب و تنفس من شود.
- فعالیت بدنی خود را افزایش می‌دهم و روزانه حداقل ۳۰ دقیقه یکی از فعالیت‌های بدنی مثل نرمش، پیاده روی و شنا را انجام می‌دهم.
- فعالیت بدنی خود را افزایش می‌دهم و روزانه ۳ بار و حداقل ۱۰ دقیقه فعالیت‌هایی انجام می‌دهم که سبب افزایش ضربان قلب و تنفس شده ولی خیلی شدید نباشد.
- برای خرید مایحتاج از وسیله نقلیه استفاده نمی کنم.
- برای رفتن به محل کار دو ایستگاه زودتر از ماشین پیاده می‌شوم.
- از فردا با اعضای خانواده هفته‌ای ۳ روز برای ورزش و پیاده روی به پارک می‌روم.
- به جای آسانسور یا پله برقی از پله استفاده می‌کنم.

- برای کم کردن وزن هر روز نیم ساعت فعالیت می‌کنم.
- مصرف سیگارم را از امروز روزانه یکی کم می‌کنم.
- مصرف سیگارم را روزانه ۵ نخ کم می‌کنم تا به طور کامل ترک کنم.
- مصرف سیگارم را کم می‌کنم و فقط عصرها مصرف می‌کنم.
- مصرف سیگارم را کم می‌کنم و فقط در بیرون از منزل و در محیط باز مصرف می‌کنم.
- مصرف قلیان را کم می‌کنم و فقط در میهمانی‌ها مصرف می‌کنم.
- مصرف سیگارم را از فردا ترک می‌کنم.
- از فردا غذاهای چرب را مصرف نمی کنم.
- مصرف غذاهای چرب را محدود می‌کنم، از کره و روغن‌های حیوانی استفاده نمی کنم.
- حتی اگر غذا کم نمک بود، از نمکدان استفاده نمی کنم.
- سر سفره از نمکدان استفاده نمی کنم.
- از مواد غذایی شور کمتر استفاده می‌کنم.
- مصرف شیرینی جات را کم می‌کنم.
- در چای از شکر یا قند استفاده نکرده یا تعداد مصرف قند را کم می‌کنم.
- از نوشیدنی‌های شیرین استفاده نمی کنم.
- سعی می‌کنم مواد غذایی را کمتر سرخ کنم.
- به جای روغن جامد از روغن مایع مخصوص سرخ کردنی استفاده می‌کنم.
- سعی می‌کنم روغن در غذا کمتر استفاده کنم.
- سعی می‌کنم بیشتر غذاهای آب پز درست کنم.
- مصرف نمک را کم می‌کنم و به جای نمک از چاشنی‌های دیگر برای طعم غذا استفاده می‌کنم.
- سعی می‌کنم کمتر از غذاهای بیرون استفاده کنم.
- سعی می‌کنم کمتر فست فود مصرف کنم.
- در رستوران‌ها به جای فست فود، غذاهای سالم را سفارش می‌دهم.
- مصرف برنج را کم می‌کنم. (مثلا ۵ قاشق در روز)
- مصرف نان را کم می‌کنم. (مثلا ۵ کف دست در روز)
- هر روز میوه و سبزی مصرف می‌کنم.
- هر روز حداقل ۵ سهم میوه یا سبزی مصرف می‌کنم.
- آبمیوه‌های مصنوعی و شیرین را مصرف نمی کنم. به جای آن دوغ کم نمک مصرف می‌کنم.
- غذاهای کنسروی را کمتر مصرف می‌کنم.
- در هفته در غذاهایم از حبوبات استفاده می‌کنم.
- داروهایم را به موقع مصرف می‌کنم.
- سعی می‌کنم داروهایم را سر ساعت بخورم و فراموش نکنم.
- حتماً داروهایی را که دکتر تجویز کرده مصرف می‌کنم.
- داروهایم را طبق دستور دکتر به اندازه و به موقع می‌خورم.

دستورالعمل آزمایش‌ها و اندازه‌گیری‌ها

برای به دست آوردن نتیجهٔ صحیح از این آزمایش، آماده سازی بیمار برای نمونه‌گیری و نگه داری مناسب نمونهٔ به دست آمده از اهمیت بسیار برخوردار است.

ناشتا یا غیر ناشتا بودن برای انجام آزمایشات قند و کلسترول امکان پذیر است. در این خصوص به موارد ذیل توجه گردد:

برای انجام آزمایش قند

برای انجام این آزمایش در صورت ناشتا بودن، باید از خوردن مواد غذایی و نوشیدن مایعات به جز آب برای ۸ ساعت پیش از آزمایش خودداری شود.

افرادی که قند خون ناشتای کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر دارند، متابولیسم گلوکز طبیعی دارند. افرادی که قند خون ناشتای مساوی ۱۰۰ تا ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر (یا اصطلاحاً اختلال قند ناشتا) دارند محتملاً «پره دیابتی» شناخته می‌شوند. برای افرادی که قند خون ناشتای ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر و یا بیشتر دارند، دوباره آزمایش قند خون ناشتا انجام می‌شود و در صورتی که مجدداً قند ناشتا ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر و یا بیشتر بود تشخیص دیابت داده می‌شود.

در موارد غیر ناشتا، نتیجه آزمایش قند خون بالاتر از ۲۰۰ میلی گرم بر دسی لیتر همراه با علائم بیماری احتمال ابتلای به دیابت را دارد.

برای انجام آزمایش کلسترول

از آنجا که بالا بودن کلسترول در خون علایمی ایجاد نمی‌کند، آزمایش خون تنها راه پی بردن به مقدار کلسترول است. کلسترول بالا باعث ایجاد پلاک در عروق و شریان‌ها و منجر به بیماری‌های قلبی می‌شود.

برای انجام این آزمایش در صورت ناشتا بودن، باید از خوردن مواد غذایی و نوشیدن مایعات به جز آب برای ۸ تا ۱۲ ساعت پیش از آزمایش خودداری شود.

انجام این آزمایش به صورت ناشتا و غیرناشتا امکان پذیر است و کلسترول تام مساوی یا بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر ملاک ارجاع می‌باشد.

شیوه انجام تست توسط دستگاه اندازه‌گیری قند و چربی خون



۱) قبل و بعد از نمونه‌گیری دست‌ها به روش صحیح شسته شود.

۲) کف دست مراجعه‌کننده را رو به بالا گرفته انگشتی را که کمترین مقدار زبری و پینه را دارد، انتخاب گردد.



۳) با فشار متناوب به نوک انگشت (بند انتهایی انگشت سوم و چهارم) جریان خون افزایش داده شود.

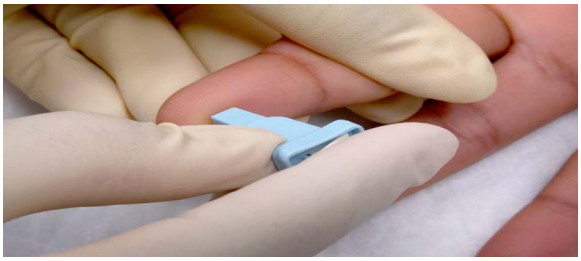
۴) نوک انگشت را با الکل (اتانول ۷۰ درجه)، با حرکت از مرکز به اطراف پاک کرده صبر شود تا خشک گردد.



۵) انگشت را در دست گرفته و لانست را محکم نزدیک به مرکز نوک انگشت نگهدارید.



۶) نوک انگشت را با لانست سوراخ نمایید. نگهداری انگشت در سطحی پایین‌تر از آرنج به جریان بهتر خون کمک می‌کند.



۷) اولین قطره خون را با کمک گاز یا پنبه استریل خشک کنید.



۸) خون را با استفاده از اپلیکاتور یا ابزار دیگری که در اختیار دارید، جمع‌آوری نمایید.



۹) گاز یا پنبه را در موضع خون‌گیری فشار دهید تا خون بند بیاید.



دستگاه اندازه‌گیری قند و چربی خون



از این دستگاه برای اندازه‌گیری چربی خون و گلوکز در نمونه خون تام استفاده می‌شود.

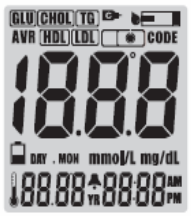
این دستگاه با دو نوع نوار کار می‌کند:

۱- نوار اندازه‌گیری میزان گلوکز (قند خون) به روش الکتروشیمیایی

۲- نوار اندازه‌گیری میزان چربی خون با استفاده از روش طیف سنجی

با توجه به اینکه در اجرای آزمایشی برنامه ایراپن از دستگاه ذیل به عنوان دستگاه سنجش قند و چربی خون استفاده شده است، به عنوان نمونه، روش کار با این دستگاه توضیح داده می‌شود.

نمایشگر دستگاه Lipid pro

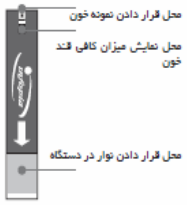


GLU	نمایشگر انجام تست قند خون
CHOL	نمایشگر انجام تستTC (توتال کلسترول)
TG	نمایشگر انجام تست TG (تری گلیسیرید)
HDL	نمایشگر انجام تست HDL
LDL	نمایشگر انجام تست LDL
	نمایشگر وارد نمودن نمونه خون به نوار تست
	نمایشگر وارد نمودن نمونه خون به نوار چربی
	نمونه خون
CODE	کد نوار تست
	نمایشگر کاهش قدرت باتری
	زنگ
mmol/L mg/dL	واحد اندازه گیری
	دما و تاریخ انجام ازمایش
	ساعت و تاریخ انجام ازمایش
AVR	میانگین نتیجه تست (فقط برای گلوکز)
	نمایشگر محلول کنترل
DAY . MON	روز و ماه.
YR	سال

مشخصات نوار تست Lipidpro(چربی– قند)

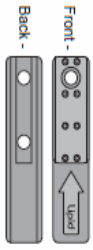
–فقط از نوار تست Lipidpro به همراه دستگاه LIpidpro استفاده کنید

نوار تست قند



نوار تست چربی

نوار تست کلسترول TC : رنگ این نوار تست قرمز است و کلسترول را اندازه گیری میکند



کد گذاری برای نوارتست قند خون:



نوار تست قند را از قسمت بالای دستگاه بصورت کامل از جهت مشخص شده وارد نمایید سپس دستگاه بصورت اتوماتیک روشن شده و کد نوارو درجه حرارت محیط و زمان روی صفحه نمایش داده می شود.



مطمئن شوید که کد روی جعبه نوار و کد نمایش داده شده روی دستگاه یکسان باشد کد نوار از روی برچسب رنگی پشت آن توسط دستگاه خوانده می شود

توجه،اگر کد بعداز ۳ ثانیه بر روی صفحه نمایش داده نشد نوار تست را خارج کرده دوباره نوار را وارد کنید
اگر کد نمایا ن شده بر روی صفحه با کد روی قوطی نوار همخوانی نداشت نواردیگری را امتحان نمایید اگر با تعویض نوار مشکل برطرف نشد با شرکت کامیاب طب مداوا تماس بگیرید
اگر دستگاه روشن نشد نوار تست را خارج کرده و مجددا داخل دستگاه کنید
جهت بدست آوردن نتیجه دقیقتر از تست گیری در زیر تابش مستقیم خورشید خودداری فرمایید
اگر نمونه خون را زودتر از موقع وارد کنید دستگاه پیغام خطا میدهد

ارزیابی کیفیت عملکرد دستگاه و نوارها

بدین منظور از نوار کنترل و همچنین محلول‌های ویژه، در موارد زیر، استفاده می‌شود:

- زمانی که دستگاه یا نوار تست به درستی عمل نمی‌کند.
- نتیجه با علائم بالینی هم خوانی ندارد و یا نتیجه صحیح به نظر نمی‌رسد.
- به دستگاه ضربه وارد شده و یا به زمین افتاده است.
- برای ارزیابی کیفیت معمول و برنامه‌ریزی شده دستگاه و نوار
- آموزش نحوه‌ی استفاده از دستگاه

سیستم را با محلول کنترل چک کنید

توجه:
-لطفا تاریخ انقضا، روی محلول را کنترل کنید
-نوار کلسترول TC میبایست توسط محلول های سطح ۱ و سطح ۲ بررسی شوند
نوار تست قند می بایست توسط محلول کنترل(پایین-بالا-نرمال) بررسی شود
توصیه میشود که محلول کنترل را در دمای اتاق قرار دهید و بعداز ان استفاده کنید

نحوه انجام تست توسط محلول کنترل:

۱ دکمه RFID برای ۳ ثانیه فشار دهید



۲ تگ RFID روی نوار را در محل مشخص شده روی دستگاه قرار دهید



۳کد روی دستگاه را با کد روی نوار تطبیق دهید



۴نوار تست را وارد کرده و دکمه(⏻)را فشار دهید کلید (▲)را فشار داده تا علامت محلول کنترل روی صفحه نمایان شود



۵ به مدت ۵ ثانیه علامت نمونه خون روی صفحه نمایشگر چشمک میزند



۶قطره اول را پاک کرده و قطره دوم از محلول را در جای تمیز و سطح خشک (برای مثال درب قوطی نوار تست) قرار دهید



۷با استفاده از نمونه گیر محلول را بردارید

۸محلول کنترل را به محدوده تست بر روی نوار نزدیک کنید



۹جواب تست بعداز حدود ۴ دقیقه نمایان میشود



توجه:
هرزمان که قوطی تست را تعویض میکنید،از تطبیق کد دستگاه با کد نوار مطمئن شوید
جواب بدست آمده را با توجه به نوع محلول بکار رفته (سطح ۱ و سطح ۲)با محدوده مشخص شده بر روی برچسب قوطی نوار مقایسه نمایید در صورتی که نتیجه در رنج مربوط بود دستگاه و نوار درست کار میکنند در غیر این صورت ازمایش را تکرار نمایید و اگر جواب بدست آمده در رنج مربوط نبود با شرکت کامیاب طب مداوا تماس بگیرید

سیستم را با محلول کنترل چک کنید
چک کردن نوار تست قند خون با محلول کنترل

۱ قبل از استفاده از محلول کنترل اندا تکان دهید



۲اولین قطره از محلول کنترل را دور بریزید



۳ یک قطره از محلول کنترل را روی سطح تمیز و خشک قرار دهید



۴یک عدد نوار قند خون را از قسمت بالای دستگاه وارد کنید سپس با فشار دادن دکمه (▲)علامت محلول روی دستگاه نمایان میشود



۵ نوار تست را به محلول کنترل نزدیک کنید



۶نتیجه ازمایش در ۳ ثانیه نمایان میشود عدد نمایش داده را باتوجه به نوع محلول بکار رفته شده (بالا-پایین-نرمال) با رنجی که روی قوطی نوار وجود دارد چک کنید عدد نمایان شده باید بین رنجی که روی قوطی درج شده باشد



چک کردن دستگاه توسط نوار کنترل

نکته:دقت نمایید انجام آزمایش در معرض نور مستقیم انجام نشود

۱ نوار کنترل(نوار پلاستیکی خاکستری رنگ موجود در کیف دستگاه) را از قسمت اندازه گیری ازمایش چربی وارد دستگاه نمایید

۲ همزمان دو کلید بالا(▲)و پایین(▼)را برای مدت ۳ ثانیه نگهدارید تا علامت CHE روی صفحه نمایش داده شود

۳ در صورتیکه دستگاه مشکلی نداشته باشد"□□□" روی صفحه نمایش داده میشود و در صورت وجود مشکل داخل دستگاه Err نمایش میدهد در این صورت باتریها را خارج و دوباره وارد نموده و تست را با نوار تست انجام دهید
در صورت مشاهده مجدد خطا با شرکت کامیاب طب مداوا تماس حاصل نمایید

چه زمان باید از نوارچک(کنترل) استفاده نمود:

۱ در صورتیکه از دستگاه برای بار اول استفاده میکنیم
۲ اگر دستگاه به زمین افتاده یا ضربه خورده باشد
۳ اگر از دستگاه برای مدت طولانی استفاده نشده باشد
۴ اگر احساس میکنید دستگاه تست درست کار نمیکند

توجه: محلول‌های کنترل حداقل در دو غلظت Level 1 و Level 2 در دسترس می‌باشند.

نحوه استفاده از دستگاه

● نحوه اندازه گیری کلسترول توسط دستگاه

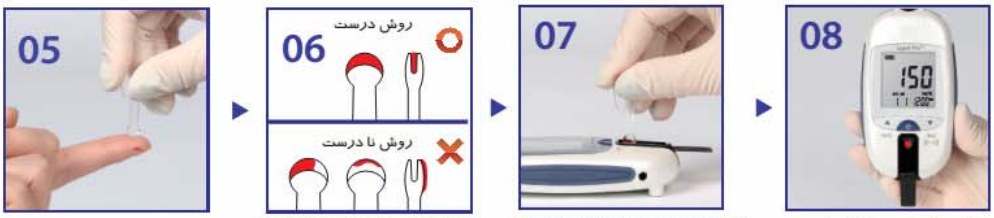


۰۱.کلید (▼) را به مدت ۳ ثانیه فشار دهید

۰۲.پس از نمایش علامت روی صفحه دستگاه برچسب روی نوار را در محل مشخص شده روی دستگاه که با علامت مشخص شده قرار دهید

۰۳.نوار تست را داخل دستگاه قرار داده و دکمه روشن /خاموش (⏻) را فشار دهید

۰٤.کد نمایش داده شده روی صفحه دستگاه را با کد جعبه نوار مطابقت دهید



۰۵.نمونه خون روی انگشت را توسط نمونه گیر پلاستیکی بردارید

۰۶.کاملا دقت نمایید که نمونه برداشته شده به اندازه کافی بوده و محل مشخص شده در نمونه پلاستیکی کاملا پر شده باشد

۰۷.نمونه گیری پلاستیکی را به محل تست روی نوار نزدیک کرده تا نمونه خون به نوار وارد شده و اندازه گیری توسط دستگاه شروع شود

۰۸ جواب تست کلسترول بر روی صفحه نمایش داده میشود

نکته مهم: در زمان انجام نمونه گیری دستها می بایست توسط آب گرم و صابون شسته و خشک شده باشد و از هیچگونه الکل و محلولی جهت تمیز کردن و ضدعفونی انگشت استفاده نشود

● نحوه اندازه گیری قند خون توسط دستگاه



۰۱نوار را از قسمت بالایی دستگاه وارد نمایید تا دستگاه به طور اتوماتیک روشن شود

۰۲سپس کد نمایش داده شده توسط دستگاه را با کد روی جعبه نوار تست قند تطبیق دهید

۰۳نمونه خون از نوک انگشت را توسط دستگاه لنست زن آماده نمایید

۰٤نمونه خون را به لبه نوار نزدیک نمایید



۰۵بعد از ۳ ثانیه جواب تست قند بر روی صفحه نمایش داده میشود

نکات مهم :
از ریختن نمونه خون روی نوار و فرو بردن نوار در نمونه خون خودداری نمایید
کانال روی نوار بعداز نزدیک شدن نمونه به لبه نوار بطور اتوماتیک پر خواهد شد. دقت نمایید در صورتیکه این کانال بطور کامل پرنشود نتیجه تست اشتباه خواهد بود در زمان انجام نمونه گیری بعد از زدن لنست به نوک انگشت از فشار دادن جهت خروج نمونه خون جدا خودداری نمایید لطفا قبل از نمونه گیری انگشت را به سمت پایین ماساژ دهید.

دستورالعمل آزمایش FIT (خون مخفی در مدفوع به روش ایمونوشیمی)

تست خون مخفی در مدفوع به روش ایمونوشیمی (FIT یا IFOBT) یک سنجش سریع یک مرحله‌ای جهت تشخیص کیفی خون پنهان در مدفوع انسانی به روش ایمونوشیمی است. در این تست از دو آنتی بادی در فرمت ساندویچی استفاده شده است که به صورت انتخابی، خون پنهان (هموگلوبین) در مدفوع را در غلظت حداقل 50 ng/ml (یا 6 µg/g) شناسایی می‌کند. مزیت مهم این روش آن است که نتایج بر خلاف روش‌های قدیمی اندازه‌گیری خون مخفی یا IFOBT تحت تأثیر رژیم غذایی بیمار قرار نمی‌گیرد.

محتویات و شرایط نگهداری

هر بسته کیت شامل ظرف جمع آوری مدفوع حاوی بافر استخراج، بسته کاست مورد استفاده برای انجام تست (حاوی یک عدد کاست و ماده جاذب رطوبت) و دستورالعمل استفاده از کیت است. تست‌های بسته‌بندی شده در دمای اتاق یا یخچال (۲ تا ۳۰ درجه سانتی‌گراد) قابل نگهداری هستند. تست‌ها تا تاریخ چاپ شده بر روی بسته‌بندی پایدار بوده و پس از آن قابل مصرف نیستند. توجه گردد که از یخ زدن تست‌ها باید جلوگیری شود.

نمونه‌گیری توسط بیمار (مراجعه‌کننده)

- بخش اول این آزمایش توسط خود فرد مراجعه کننده قابل انجام است، بنابراین باید برای به دست آمدن بهترین پاسخ، شیوه نمونه‌گیری توسط بهورز یا مراقب سلامت، به درستی به فرد آموزش داده شود.
- برای جمع‌آوری درست نمونه، بیمار باید از محل تجمع مدفوع نمونه برداری کند که می‌تواند از ظرف جمع‌آوری نمونه باشد (که توسط بهورز یا مراقب سلامت به بیمار ارائه می‌گردد) یا از داخل کاسه توالت. در صورت نمونه برداری از کاسه توالت، کف توالت باید کاملاً شسته و عاری از مواد شوینده و پاک‌کننده باشد. ترجیحاً بهتر است دو بار سیفون کشیده شود یا مقداری آب قبل از دفع مدفوع ریخته و کاسه توالت شسته شود.
- لوله جمع‌آوری نمونه را به صورت ایستاده نگه داشته و درپوش آن را باز نموده و قسمت میله متصل به درب ظرف (قاشقک درون آن) بیرون آورده شود.



نحوه بازکردن لوله جمع‌آوری نمونه

- قسمت میله متصل به درب ظرف (قاشقک جمع‌کننده نمونه) را مطابق شکل زیر دست کم در ۴ جای مختلف از نمونه مدفوع فرو کرده و به اندازه یک عدس از مدفوع را برداشته و به داخل لوله منتقل گردد.

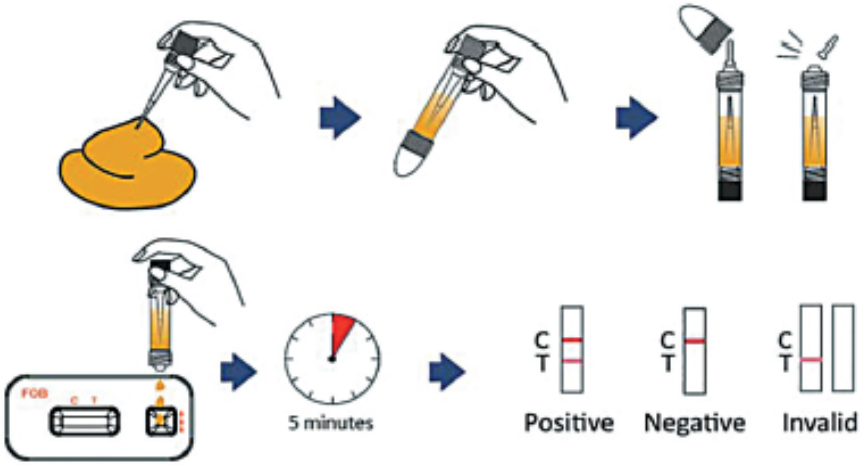


نحوه نمونه‌برداری از مدفوع

- سپس قسمت میله متصل به درب ظرف را دوباره به جای خود برگردانده و بر روی ظرف بسته شود.
- پس از آن ظرف چند بار تکان داده شود تا نمونه مدفوع با بافر استخراج موجود در لوله به خوبی مخلوط گردد.
- این ظرف توسط بهورز یا مراقب سلامت تحویل گرفته می‌شود.
- نمونه آماده شده را می‌توان تا ۶ ماه در دمای منفی ۲۰ درجه سانتی گراد نگهداری کرد.

شیوه انجام آزمایش توسط بهورز یا مراقب سلامت

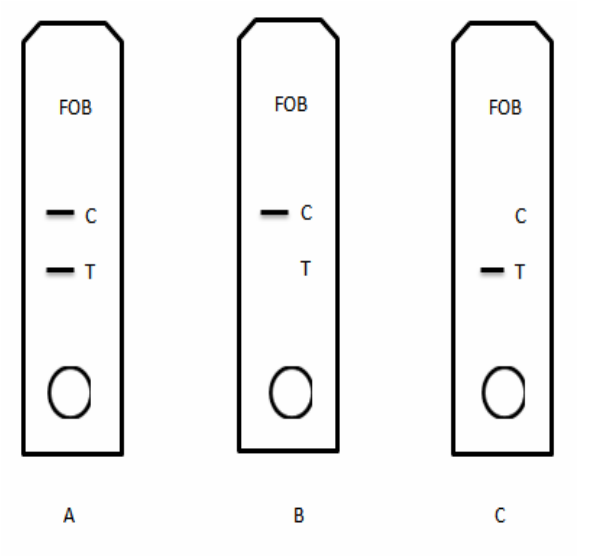
- قبل از انجام آزمایش لازم است دمای کاست تست (کیت)، لوله جمع‌کننده نمونه و نمونه مورد آزمایش و یا نمونه کنترل به دمای اتاق (۱۵ تا ۳۰ درجه سانتیگراد) برسد.
- نکته: بهترین نتایج زمانی حاصل می‌شود که سنجش تا ۶ ساعت بعد از نمونه‌گیری انجام شود.
- کاست تست (کیت) از بسته بندی خارج گردد.
- توسط بهورز یا مراقب سلامت، قسمت زائده سر ظرف پلاستیکی شکسته شده و از مایع داخل ظرف ۲ قطره (حدود ۹۰µl) بر روی چاهک کاست (کیت) چکانده شود.
- در این زمان، تایمر روشن شود. بعد از ۵ دقیقه باید کیت مورد نظر بررسی شود. در صورتی که کیت بعد از ۱۰ دقیقه بررسی شود، ارزشی نخواهد داشت.



مراحل انجام آزمایش خون مخفی در مدفوع

تفسیر نتایج آزمایش توسط بهورز یا مراقب سلامت

- نتایج کیت مورد نظر ممکن است یکی از ۳ حالت زیر را داشته باشد:
  - اگر علامت به صورت دو خط در کنار حروف C و T باشد (مانند قسمت A شکل زیر)، یعنی نتیجه تست مثبت است.
  - در صورتی که علامت به صورت یک خط در کنار حرف C باشد (مانند قسمت B شکل زیر)، یعنی نتیجه تست منفی است.
  - در صورتی که علامت به صورت یک خط در کنار حرف T باشد (مانند قسمت C شکل زیر)، یعنی نتیجه تست نامعتبر است و باید این تست مجدد انجام شود.





- شدت رنگ در ناحیه تست (T) با توجه به غلظت خون (هموگلوبین انسانی) موجود در نمونه متفاوت است، بنابراین **وجود هاله‌ای از رنگ نیز در این منطقه مثبت تلقی می‌شود.**

کنترل کیفیت

- ظهور خط رنگی در ناحیه (C) کنترل داخلی این تست است. تشکیل این خط رنگی نشان دهنده‌ی حجم مناسب نمونه، حرکت صحیح نمونه بر روی غشا و صحت انجام تست است.
- کنترل‌های استاندارد به همراه تست فراهم شده است. توصیه می‌شود جهت تایید تست و مراحل انجام آن به صورت ادواری از یک نمونه کنترل مثبت و یک نمونه کنترل منفی استفاده شود.
- نمونه کنترل می‌بایست در یخچال نگهداری شود و برای مدت یک ماه پایدار است.

موارد احتیاط

- پیش از تحویل لوله جمع‌آوری نمونه، بر چسب روی آن نام و نام خانوادگی مراجعه‌کننده و تاریخ تحویل ظرف را با استفاده از خودکار یا ماژیک درج نموده و به مراجعه‌کننده داده شود.
- به مراجعه‌کنندگان یادآوری شود که نمونه تهیه شده در کوتاه‌ترین زمان برای آزمایش تحویل گردد.
- به محض دریافت نمونه مشخصات بیمار در لیست ارائه شده در قالب این برنامه درج گردد.
- حداکثر زمان نگهداری نمونه جمع‌آوری شده در ظرف نمونه‌گیری ۴۸ ساعت در دمای اتاق است. لذا آزمون می‌بایست ظرف این مدت انجام شده باشد. در غیر اینصورت وجود خون (هموگلوبین) در مقادیر پایین ممکن است به درستی تشخیص داده نشود. بنابراین اگر به هرعلت انجام آزمایش به تأخیر بیفتد، لازم است نمونه‌ها در یخچال (دمای ۸-۲ درجه سانتیگراد) نگهداری شود. حداکثر مدت زمان نگهداری در یخچال تا ۴ روز است.
- از کیت بعد از گذشتن تاریخ مصرف مندرج در روی بسته بندی، استفاده نشود.
- کیت سنجش تا هنگام استفاده باید در بسته‌بندی نگهداری شود.
- ماده جاذب رطوبت بایستی در بسته‌بندی کاست وجود داشته باشد. در غیراین صورت از آن کاست برای انجام آزمایش استفاده نشود.
- تمام نمونه‌ها باید عفونی در نظر گرفته شود و کلیه اصول ایمنی جهت جابه جایی، استفاده و حذف آنها رعایت شود.

اصول ایمنی در انجام آزمایش‌های تشخیص سریع

از آنجا که تماس با خون، محصولات خونی، ادرار و سایر نمونه‌های جدا شده از انسان بالقوه خطرناک می‌باشد باید به رعایت اصول ایمنی به منظور حفظ ایمنی فرد انجام دهنده آزمایش و مراجعه‌کننده، محیط زیست و سایر افراد در هنگام انجام آزمایش توجه گردد.

به همین منظور انجام دهندگان آزمایش مسئول کلیه موارد زیر می‌باشند:

- تامین ایمنی خود، همکاران، خانواده و محیط زیست
- مطالعه تمامی دستورالعمل‌های لازم در زمینه اصول حفاظت و پیشگیری کارکنان
- شرکت دربرنامه‌های آموزشی مرتبط
- رعایت اصول ایمنی درحین کار
- استفاده از وسایل حفاظت فردی
- گزارش حوادث به مسئول مافوق و ثبت آن

توجه: به طور کلی و به عنوان احتیاط عمومی و استاندارد باید تمام نمونه‌ها را عفونی فرض کنید.

- نکات ایمنی باید در تمام مراحل قبل از انجام آزمایش (جمع‌آوری نمونه، آماده‌سازی و انتقال نمونه)، حین انجام آزمایش و همچنین بعد از انجام آزمایش (هنگام دور ریز باقیمانده نمونه و مواد و وسایل مصرفی) رعایت گردند.

عادات کاری ایمن

- قبل و بعد از انجام نمونه‌گیری از هر فرد، دست‌ها شسته شوند.
- از دستکش یکبار مصرف فقط یکبار استفاده شود. برای مراجعه‌کننده بعدی دستکش تعویض گردد.
- در صورت امکان روپوش یا گان پوشیده شود.
- مواد عفونی یا اشیا تیز و برنده بلافاصله طبق روش استاندارد دفع شوند.
- خوردن، آشامیدن و سیگار کشیدن در محل انجام آزمون اکیداً ممنوع است.

- مواد غذایی **نباید** در یخچال نگهداری نمونه‌ها یا محل انجام آزمون نگهداری شوند.
- فضای کار منظم و پاکیزه نگهداشته شود.
  - از بهم ریختگی پرهیز نموده و محیط پاکیزه نگهداشته شود.
  - هر روز سطوح کاری آلودگی زدایی شود.
  - از تردد غیر ضروری در زمان انجام آزمایش جلوگیری شود.
  - مواد، کیت‌ها و ابزار کار در محلی امن و ایمن نگهداری شوند.
- احتیاطات زیر برای جلوگیری از فرو رفتن تصادفی لانست/ سوزن به عمل آید.
  - اشیاء تیز و برنده استفاده شده، جهت دفع در ظروف ایمن Safety Box قرار گیرد.
  - لانست، سرنگ و سوزن مصرف شده بدون گذاشتن سرپوش باید در ظروف ایمن دفع گردد. از خم کردن یا شکستن آنها خودداری شود.
  - از تکان دادن ظروف حاوی اشیای برنده و تیز برای بدست آوردن فضای بیشتر خودداری شود.
  - هرگز سوزن، لانست و سایر اشیاء تیز و برنده در سطل زباله عادی محل کار انداخته نشوند.

قوانین کار با اشیاء تیز و برنده

- مصرف‌کننده/ انجام دهنده، مسئول دفع ایمن اشیاء تیز و برنده است.
- بلافاصله بعد از انجام هر آزمایش دفع ایمن صورت پذیرد.
- اشیاء تیز و برنده در ظروف مخصوص قرار داده شوند.
- اشیاء تیز و برنده روی سطوح محل کار یا در سطل زباله قرار نگیرند.
- ظروف دفع مخصوص اشیاء تیز نزدیک محل انجام آزمایش قرار داشته باشند.
- وقتی ¾ ظرفیت آن پرشد در آن را بسته و مطابق دستورالعمل دفع زباله‌های عفونی امحاء شوند.

آلودگی‌زدایی با استفاده از محلول‌های سفیدکننده خانگی

محلول توصیه شده برای آلودگی زدایی هیپوکلریت سدیم (وایتکس) می‌باشد لذا وجود محلول ٪۱۰ سفیدکننده خانگی در محل انجام آزمایش ضروری است.

باید به این نکته توجه داشت که در شرایط مختلف و بسته به اهداف آنها لازم است از رقت‌های مختلف آن استفاده نمود.

ضدعفونی در شرایط معمول	ریختن مایعات
1% **(1 part + 99 parts)**	**10%** **(1 part + 9 parts)**

ریختن یا پاشیدن مواد آلوده

- دستکش یکبار مصرف تمیز پوشیده شود.
- هر نوع آلودگی پوست با خون سریعا و به صورت کامل شسته شود.
- ریختن مایعات به مقدار زیاد- مقداری پنبه یا دستمال کاغذی روی مایع پخش شده قرار داده و محلول سفیدکننده خانگی به رقت ٪۱۰ روی آن ریخته شود.
- ریختن مایعات به حجم اندک- با دستمال یا پنبه آغشته به محلول سفیدکننده به رقت ٪۱۰ ضدعفونی شود.
- دستمال‌های آلوده در ظروف ایمن قرار گیرد.

در صورت بروز هر گونه رخداد باید به موارد زیر توجه گردد:

۱- چه نوع حادثه‌ای اتفاق افتاده است؟

الف ـ آسیب به انجام دهنده آزمایش: فرورفتن سوزن، ...

ب ـ آلودگی محیط: ریختن یا پاشیدن مایعات عفونی یا غیر عفونی

ج ـ آسیب به ابزارکار

۲- چه باید کرد؟

الف ـ به مقام مافوق (سوپروایزر یا پزشک مرکز) اطلاع داده شود.

ب ـ ارزیابی حادثه و واکنش مناسب انجام گردد.

ج ـ حادثه و واکنش انجام شده پس از آن، در فرم یا دفاتر مربوطه ثبت گردد.

د ـ پایش وضعیت انجام گیرد.

اندازه‌گیری فشارخون

در اندازه‌گیری فشارخون با دستگاه فشارسنج جیوه‌ای، باید موارد زیر را رعایت کرد:

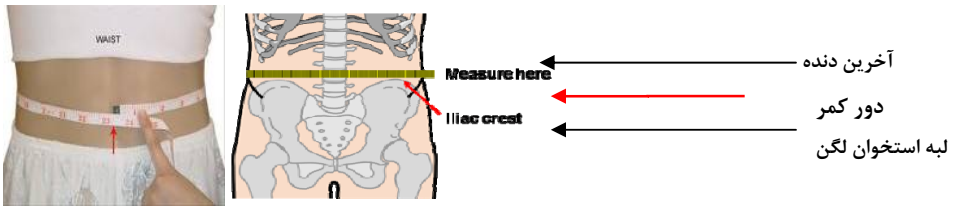
- مانومتر نباید بیشتر از ۱۰۰-۹۰ سانتی متر از اندازه گیرنده فشارخون فاصله داشته باشد، تا به راحتی بتوان اعداد را خواند.
- ستون جیوه باید عمودی و هم سطح چشم قرار گیرد.
- برای خواندن مقدار فشارخون باید بالاترین نقطه هلال جیوه در ستون یا لوله شیشه‌ای را در نظر گرفت.
- بهتر است فشارخون از دست راست و در وضعیت نشسته اندازه‌گیری شود.
- افراد معاینه شونده (افرادی که فشارخون آن‌ها اندازه‌گیری می‌شود) قبل از اندازه‌گیری فشارخون باید شرایط زیر را رعایت کنند:
- ۳۰ دقیقه قبل از اندازه‌گیری فشار خون از مصرف کافئین (قهوه و چای) و الکل و مصرف محصولات دخانی خودداری کنند و فعالیت بدنی شدید نداشته باشند، در غیر اینصورت فشار خون نباید اندازه‌گیری شود. همه این موارد روی مقاومت شریانچه‌ها اثر می‌گذارند و افزایش غیر واقعی فشارخون خواهیم داشت.
- نباید به مدت طولانی ناشتا باشند.
- قبل از اندازه‌گیری فشارخون مثانه آن‌ها خالی باشد.
- مدت ۵ دقیقه قبل از اندازه‌گیری فشارخون استراحت کنند و صحبت نکنند.
- برای اندازه‌گیری فشارخون لازم است پاهای فرد دارای تکیه گاه باشد لذا باید کف پا را روی زمین یا یک سطح محکم بگذارد، در یک وضعیت آرام و راحت بنشیند و پشت خود را تکیه دهد و دست‌ها و پاهایش را روی هم نگذارد.
- بازوی دست راست بیمار باید طوری قرار گیرد که تحت حمایت باشد (تکیه گاه داشته باشد) و به طور افقی و هم سطح قلب قرار گیرد. این سطح باید در وسط جناغ سینه باشد. بازوی فرد تا سطح قلب او بالا برده شده و به طور راحت روی میز گذاشته شود. دست فرد نباید خم باشد و مشت نکند. دست او نباید آویزان باشد. بازو چه در حالت اندازه‌گیری نشسته، چه ایستاده و چه دراز کشیده باید در سطح قلب باشد و تکیه گاه مناسب داشته باشد. در حالت دراز کشیده بهتر است یک بالش کوچک زیر دست قرار گیرد تا هم سطح قلب شود. در حالت ایستاده می‌توان با یک دست بازوی دست فرد معاینه شونده را گرفت تا برای او تکیه گاه ایجاد گردد. نباید از خود فرد برای ایجاد تکیه گاه دست او کمک گرفته شود. در استفاده از دستگاه‌های دیجیتالی مچی یا انگشتی نیز دست باید هم سطح قلب قرار گیرد.
- از گفتگوهای مهیج و شوخی با فرد معاینه شونده، باید خودداری شود.

- در حین اندازه‌گیری فرد باید آرام و بی حرکت بنشیند و ساکت باشد و گیرنده فشارخون نیز باید ساکت باشد.
- معمولاً فشارخون سیستول در دست راست ۱۰ میلی متر جیوه بیشتر از دست چپ است به همین دلیل غالباً از دست راست برای اندازه‌گیری فشارخون استفاده می‌شود. بازوئی که فشار خون در آن اندازه‌گیری می‌شود باید تا شانه لخت باشد و اگر آستین لباس بالا زده می‌شود بایستی نازک و به اندازه کافی گشاد باشد تا روی بازو فشار نیاورد و مانع جریان خون و نیز مانع قرارگرفتن صحیح بازوبند روی بازو نشود. اگر آستین لباس تنگ است بهتر است فرد لباس خود را در آورد. آستین تنگ باعث می‌شود مقدار فشارخون کمتر از مقدار واقعی خوانده شود.
- اگر بازوبند کوچک باشد باعث می‌شود مقدار فشارخون زیادتر از مقدار واقعی و اگر بازوبند بزرگ باشد مقدار فشارخون کمتر از مقدار واقعی نشان داده می‌شود.
- بعد از بستن بازوبند، در ابتدا فشارخون از طریق نبض شریان رادیال (شریان مچ دست) اندازه‌گیری شود. این مقدار برآورد تقریبی از فشارخون سیستول است.
- اگر لازم بود اندازه‌گیری از طریق نبض تکرار شود، حداقل ۱ تا ۲ دقیقه صبر نموده و مجدداً کاف باد شود.
- حدود یک دقیقه بعد از اندازه‌گیری فشارخون به روش لمس، اندازه‌گیری دقیق با استفاده از گوشی پزشکی و شنیدن صداهای کوروتکوف انجام گیرد.
- اگر لازم بود اندازه‌گیری با گوشی تکرار شود، یک دقیقه صبر نموده یا ۵ تا ۶ ثانیه دست فرد بالا نگهداشته شود و مجدداً اندازه‌گیری تکرار گردد.

به علت این که در اندازه‌گیری اتفاقی فشارخون در موقعیت‌های مختلف اعداد گوناگونی بدست می‌آید، تصمیم‌گیری بر اساس مقداری که فقط از یک بار اندازه‌گیری فشارخون بدست آمده است، منجر به تشخیص نادرست و مدیریت نامناسب بیماری می‌شود. با تکرار اندازه‌گیری می‌توان به مقادیر حاصل از اندازه‌گیری اعتماد بیشتری داشت.

اندازه‌گیری دور کمر

برای اندازه‌گیری دور کمر در ابتدا فرد باید بایستد و دو دست خود را در دو طرف بدن آزاد قرار دهد. محل تقاطع خط عمودی میانی (خط پهلو که از زیر بغل تا لبه بالایی استخوان لگن ادامه می‌یابد) در محل مربوط به آخرین دنده قفسه سینه و لبه فوقانی استخوان لگن خاصره (یعنی محل بالای کرست ایلیاک) سمت راست فرد را پیدا نموده و علامت زده شود و سپس دقیقاً وسط این دو نقطه با نوار اندازه‌گیری تعیین و علامت زده شود و نوار را روی آن قرار داده و به طور افقی به دور شکم حلقه گردد. قبل از خواندن اعداد نوار اندازه گیری، اطمینان حاصل شود که نوار تا خوردگی و چرخش نداشته باشد و به صورت مماس برروی پوست شکم قرار گرفته است و به آن فشار نمی‌آورد. این نوار باید موازی سطح زمین باشد. اندازه‌گیری دور کمر باید در انتهای یک بازدم طبیعی تنفس، انجام شود. به طور چشمی هم می‌توان به چربی شکمی یا دور کمر پی برد.





اندازه‌گیری قد بیمار

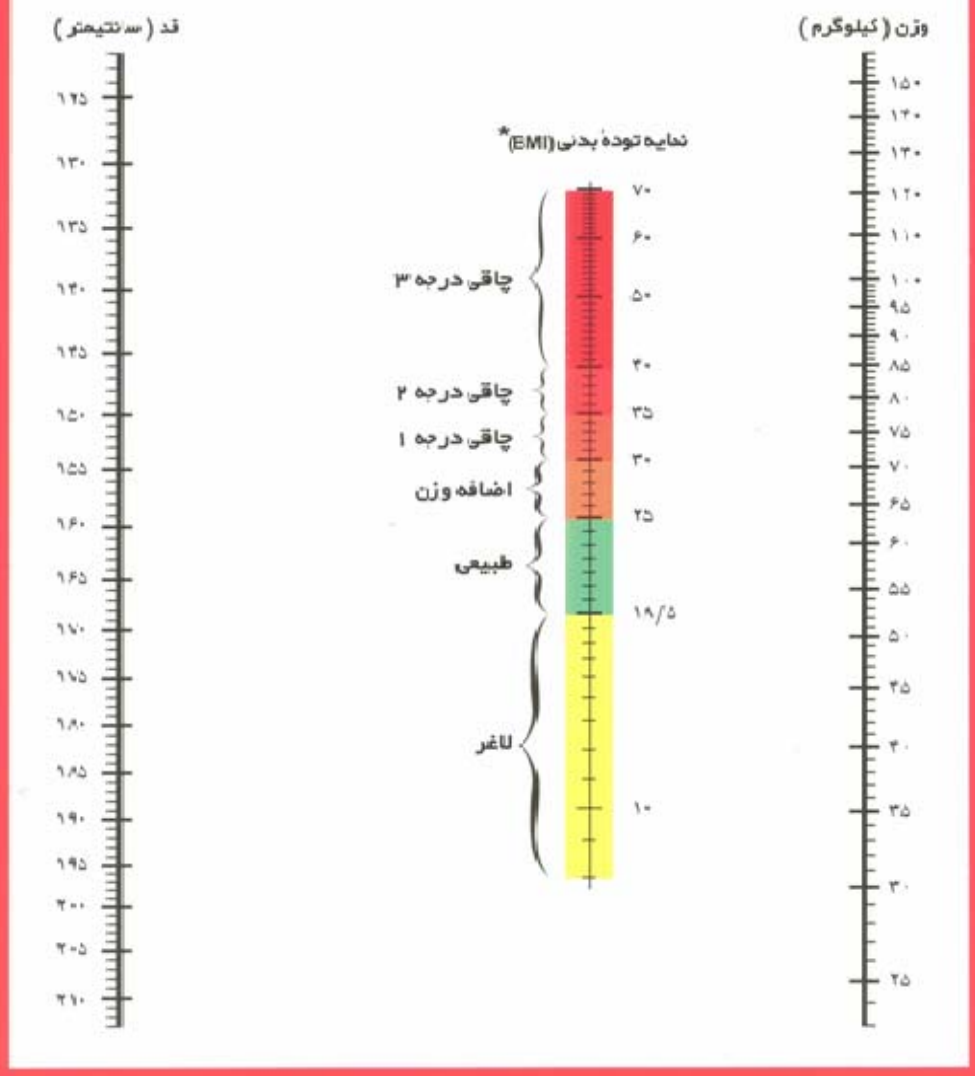
- فرد باید به طور عمودی بایستد. با یک خط کش بر روی سر، کنترل گردد.
- سطح زمین باید صاف و سفت باشد (سطح سیمانی، موزائیک) و نباید توسط فرش یا کفپوش‌های نرم پوشیده شده باشد. اگر اینطور باشد باید از یک تخته چوبی صاف برای زیر پا استفاده کرد.
- فرد باید کفش خود را درآورده و وسایل سنگین به همراه نداشته باشد.
- فرد باید پشتش را به قد سنج تکیه دهد. پشت سر، پشت تنه، باسن، ساق و پاشنه پاها باید به طور مستقیم به قد سنج تکیه داده شود. فرد باید سر را مستقیم به سمت جلو نگه دارد و به یک نقطه در مقابل نگاه کند.
- یک خط کش روی سر گذاشته تا برروی مو فشار آورد. سپس از محل تقاطع خط کش با دیوار تا پایین اندازه گیری شود. یا از خط کش قد سنج استفاده گردد.
- قد بر حسب سانتیمتر و با یک رقم اعشار نوشته شود.
- گفته خود فرد ملاک نیست فقط در مورد افرادی که قادر به حرکت نیستند می‌توان اندازه قد را از خود فرد سوال کرد و یادداشت نمود.



اندازه‌گیری وزن بیمار

- سطح زمین باید سفت و صاف باشد و مفروش نباشد.
- وزنه باید روی صفر تنظیم شود.
- فرد باید کفش و لباس‌های اضافی خود را در آورد و وسایل سنگین به همراه نداشته باشد.
- فرد باید مستقیم و در مرکز ثقل بایستد.
- اگر وزنه از نوع دیجیتالی است، پس از ثابت شدن عدد، خوانده شود.
- میزان وزن برحسب کیلوگرم و با یک رقم اعشار نوشته شود.
- گفته خود فرد ملاک نیست، فقط در مورد افرادی که قادر به حرکت نیستند می‌توان وزن را از خود فرد سوال کرد و یادداشت نمود.
- فرد نباید خودش میزان وزن را بخواند بلکه حتماً باید توسط پرسشگر خوانده شود.





$$\text{* BMI= BODY MASS INDEX} = \frac{\text{وزن (kg)}}{\text{قد (m)}^2}$$

زرد	لاغر	EMI <۱۸/۵
سبز	طبیعی	۱۸/۵ ≤ EMI < ۲۵
نارنجی	اضافه وزن	۲۵ ≤ EMI < ۳۰
قرمز روشن	چاقی درجه ۱	۳۰ ≤ EMI < ۳۵
قرمز	چاقی درجه ۲	۳۵ ≤ EMI < ۴۰
قرمز تیره	چاقی درجه ۳	EMI ≥ ۴۰

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر