

مراقبت های رده سنی ۱۸ تا ۲۹ سال

غیر پزشکی

اداره سلامت جوانان

دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس

معاونت بهداشت

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تهیه کنندگان: دکتر محمد اسماعیل مطلق، دکتر گلایل اردلان، نسرين کيانپور

با تشکر از همکاری :

دکتر غلامحسین صدری، دکتر سهیلا خوشبین، دکتر ناصر کلانتری، دکتر احمد کوشا، دکتر ناهید جعفری ، دکتر محمد مهدی گویا، دکتر زهرا عبدالهی ، دکتر احمد حاجبی، دکتر خسرو صادق نیت، دکتر امین صابری نیا، دکتر محمد اسلامی، دکتر تقی یمانی، دکتر مینو السادات محمود عربی ، دکتر مجذوبه طاهری، دکتر منوچهر زینلی، طاهره امینایی ، مرضیه دشتی، لیلا رجائی، دکتر سهیلا خزایی، دکتر طاهره سماوات ، عالیہ حجت زاده ، دکتر فروزان صالحی، مینا مینایی ، دکتر پریسا ترابی، خدیجه فریدون محصلی آریتا پیشگو، دکتر محسن زهرایی ، دکتر نسرین محمودی ، دکتر مهشید ناصحی، دکتر محمود نبوی ، دکتر عباس صداقت ، دکتر کیانوش کمالی ، دکتر حمیرا فلاحی ، دکتر مریم سرگلزایی ، دکتر کازرونی ، ماندانا تیرا ، دکتر حسین کاظمینی ، دکتر سیدعلیرضا مظہری ، دکتر محمد رضا رهبر ، دکتر شہرام رفیعی فر، دکتر پژمان عقدک ، شکوه اقتداری، سیدمرید جابری فرد، زهرا آبتین، نرگس جلیلی پور، مرجان مومنی بروجنی، دکتر رویا کلیشادی، فرشته فقیہی، مریم فراهانی، دکتر ماهرخ کشوری، دکتر شہین یارا احمدی، دکتر مهدی نجمی ، دکتر معصومه علیزاده، دکتر اشرف سماوات، دکتر محمود نبوی ، دکتر مهدی نجمی ، دکتر حسین معصومی اصل، دکتر مشیانه حدادی، دکتر حسن نوری ساری، مهندس آیتا رضایی، دکتر حسین خوشنویسان، ماندانا تیرا، دکتر نادره موسوی فاطمی، دکتر انوشه صفرچراتی، دکتر میترا حفاظی ، دکتر علیرضا نوروزی، علی اسدی، معصومه افسری ، سهیلا امیدنیا، و صدیقه خادم ، سمیه یزدانی، مریم مہرابی ، طاهره زیادلو، معصومه قاسم زاده و مہر و محمد صادقی کہ در تهیه و تدوین این مجموعه مارا یاری نمودند .

به نام خدا

مقدمه :

طبق مطالعات مختلف صورت گرفته تخمین زده می شود که **حدود ۳۰ درصد جمعیت جهان در سنین جوانی قرار دارند.**

نزدیک به ۸۵ درصد از جمعیت جوان دنیا در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند . ۶۰ درصد این جمعیت در آسیا ، ۱۵ درصد در آفریقا حدود ۱۰ درصد در آمریکای لاتین و حوزه کارائیب زندگی می کنند . ۱۵ درصد باقیمانده در کشورهای پیشرفته و سایر مناطق دنیا سکونت دارند . **جوانان تقریبا بیست درصد از جمعیت ایران را تشکیل می دهند .** بسیاری از جوانان در نقش نیروهای مولد ، مسئول و اثرگذار در جوامع مختلف زندگی می کنند جوانان امروز بهتر از گذشته آموزش دیده و دانش کسب می کنند . علاوه بر این ، این گروه سالمترین دسته از انسانهایی تلقی می شوند که روی زمین زندگی می کنند . جوانان در آستانه ورود به آینده هستند . آینده ای که در آن رهبری خانواده ، اقتصاد و اجتماع را به عهده خواهند گرفت . به موازات این برداشت خوش بینانه ، واقعیتی وجود دارد که زیاد خوشایند نیست . بسیاری از جوانان از فقر ، بی عدالتی ، عدم دسترسی مناسب به تحصیل و خدمات بهداشتی رنج می برند . برخورداری از سلامت یکی از نیازها و حقوق اساسی بشر و زیربنای توسعه پایدار جوامع تلقیمی شود .

برنامه سلامت جوانان گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال تمام را شامل می شود . این گروه در بعضی مکان ها در

دسترس ترند مثل سربازخانه ها ، دانشگاه ها ، کارخانه ها ، ادارات و سلامت در گروه سنی جوانان با گروه های سنی

دیگر متفاوت است. بطور مثال بحث رفتارهای مخاطره آمیز وسوانح وحوادث ، به طور ویژه در این گروه باید مورد توجه قرار گیرد. در این جزوه تلاش شده است تا مباحثی مانند شیوه زندگی سالم ، سلامت روان وپیشگیری ازرفتارهای مخاطره آمیز مورد توجه خاص قرار گیرد.

بسته خدمت شامل جداول ارزیابی ، طبقه بندی ، اقدام وپی گیری می باشد. که در هربخش توصیه های لازم برای نوع اختلال مطروح شده ،آمده است .

ارزیابی وضعیت تغذیه ای

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی

ارزیابی نمایه توده بدنی :

افرادی که بیماری تشخیص داده شده دارند پس از غربالگری تغذیه توسط مراقب سلامت ابتدا به پزشک جهت انجام مراحل درمانی و سپس از پزشک به کارشناس تغذیه مراجعه نمایند.

– طبقه بندی وزن با توجه به نشانه های نمایه توده بدنی را توضیح دهد.

پرسشنامه: در این پرسشنامه منظور از غربالگری؛ هرگونه ارزیابی اولیه، کلی و غیر تخصصی الگوی غذایی و فعالیت بدنی گروه های سنی به منظور تعیین وضعیت ارجاع به کارشناس تغذیه و خدمات قابل ارائه توسط مراقب سلامت می باشد. منظور از ارزیابی، تعیین تخصصی وضعیت تغذیه گروه های سنی ارجاع شده از سوی مراقب سلامت یا پزشک از لحاظ بالینی، بیوشیمیایی، دریافت غذایی و ... توسط کارشناس تغذیه می باشد.

۱. معیار الگوی تغذیه و فعالیت فیزیکی :

۵- چقدر فست فود و/ یا نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟

۰ = هفته ای ۲ بار یا بیشتر

۱ = ماهی ۱-۲ بار

۲ = بندرت/ هرگز

۶- از چه نوع روغنی بیشتر مصرف می کنید؟

۰ = فقط روغن نیمه جامد ، جامد یا حیوانی

۱ = تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد

۲ = فقط گیاهی مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)

۷- چه مقدار در هفته فعالیت بدنی دارید؟ (حداقل فعالیت

بدنی ۱۵۰ دقیقه در هفته معادل با ۳۰ دقیقه با تواتر ۵ بار

در هفته شامل ورزش های هوازی نظیر پیاده روی تند ،

دوچرخه سواری ، شنا و...)

۰ = بدون فعالیت بدنی هدفمند

۱ = کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته

۲ = ۱۵۰ دقیقه در هفته یا بیشتر

۱. مصرف میوه روزانه شما چقدر است؟

۰ = بندرت/ هرگز

۱ = کمتر از ۲ سهم

۲ = ۲ تا ۴ سهم یا بیشتر

۲. مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟

۰ = بندرت/ هرگز

۱ = کمتر از ۳ سهم

۲ = ۳ تا ۵ سهم

۳- واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟

۰ = بندرت/ هرگز

۱ = کمتر از ۲ سهم

۲ = ۲ سهم یا بیشتر

۴- آیا از نمکدان سر سفره استفاده می کند؟

۰ = همیشه

۱ = گاهی ۲- بندرت/ هرگز

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
۸ نحوه محاسبه امتیاز:			
گزینه اول = ۰ امتیاز	گزینه دوم = ۱ امتیاز	گزینه سوم = ۲ امتیاز	بیشترین امتیاز = ۱۴ امتیاز
۹ نحوه تصمیم گیری برای ارائه خدمت یا ارجاع: ۱-BMI - ۲- امتیاز بدست آمده از سوالات			
وزن گیری توده (BMI) محاسبه نما بدنی با اس مقایسه	BMI مطلوب و امتیاز کامل (۱۴ امتیاز) = تشویق	مراجعه کننده و ادامه الگوی تغذیه مناسب	
	BMI مطلوب + ۱۳ - ۷ امتیاز	عدم ارجاع به کارشناس تغذیه + آموزش در موارد مشکل دار توسط مراقب سلامت	
	BMI مطلوب + ۶ - ۰ امتیاز	آموزش در موارد مشکل دار توسط مراقب سلامت + ارجاع فرد برای شرکت در جلسات آموزش گروهی توسط کارشناس تغذیه + تعیین زمان مراجعه مجدد یک ماه بعد به مراقب سلامت جهت کنترل میزان پیروی از آموزش ها	
	BMI نا مطلوب (۲۵ تا ۲۹/۹) + با هر امتیاز	عدم ارجاع به کارشناس تغذیه + آموزش در موارد مشکل دار توسط مراقب سلامت و آموزش تغذیه مخصوص سوء	
	BMI نا مطلوب (۳۰ بالاتر و ۱۸/۵ و کمتر + با هر امتیاز	ارجاع به پزشک	
			ارجاع به پزشک
		طبیعی	توصیه های لازم برای شیوه زندگی سالم و غربالگری ۳ سال یکبار
		اضافه وزن	آموزش توسط مراقب سلامت و آموزش تغذیه طبق دستورالعمل
	BMI بین ۲۵ - ۲۹/۹		

کارشناس تغذیه جهت تنظیم رژیم غذایی مناسب (مراجعه و کنترل توسط مشاور تغذیه)	ارجاع به پزشک بعد از یک ماه	چاقی	۳۰ BMI وبالاتر	
--	--------------------------------	------	-------------------	--

دستور عمل کشوری مکمل یاری با مگادوز ویتامین "د" در جوانان

نتایج دومین بررسی ملی وضعیت ریزمغذی‌ها در ۱۱ اقلیم کشور در سال ۱۳۹۱، حاکی از شیوع بالای کمبود ویتامین "د" در گروه های سنی مختلف به خصوص جوانان می باشد. به نحوی که بیش از نیمی از زنان کشور با کمبود ویتامین "د" مواجه‌اند و در مردان نیز شیوع کمبود ویتامین "د" قابل توجه است. ویتامین "د" یک ویتامین محلول در چربی و دارای نقش های متعدد در بدن است.

این ویتامین علاوه بر نقشی که در جذب کلسیم، حفظ سلامت استخوان‌ها و پیشگیری از پوکی استخوان دارد، در پیشگیری از بسیاری از بیماری‌های غیرواگیر از جمله دیابت نوع ۲، بیماری‌های خودایمنی مثل بیماری مولتیپل اسکلروز (MS) و انواع سرطان نیز موثر است. لذا با توجه به محدود بودن منابع غذایی ویتامین "د"، لازم است برنامه مکمل یاری ویتامین "د" جهت تامین نیاز گروه سنی جوانان به روش زیر به مورد اجرا گذاشته شود:

۱- به کلیه جوانان ۱۸-۲۹ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و خانه‌های بهداشت، باید ماهیانه یک دوز مکمل خوراکی ویتامین "د" حاوی ۵۰۰۰۰ واحد ویتامین (مگادوز)، جهت پیشگیری از کمبود ویتامین "د" ارائه شود (۱۲ دوز در طول یک سال).

تبصره ۱- با توجه به این که کمبود ویتامین "د" در زنان ۱۸-۲۹ سال نسبت به مردان از شیوع بالاتری برخوردار است، برای دریافت مکمل، زنان این گروه سنی نسبت به مردان در اولویت قرار دارند. لذا چنانچه محدودیتی در تهیه مگادوز وجود دارد لازم است ابتدا زنان، تحت پوشش برنامه قرار گیرند.

تبصره ۲- برای پیشگیری از کمبود ویتامین "د" در زنان باردار، لازم است مطابق با دستورعمل مکمل یاری مادران باردار (تهیه شده در اداره سلامت مادران) اقدام شود.

۲- با توجه به شیوع بالای کمبود ویتامین "د" در جامعه، قبل از ارائه مگادوز با دوزپیشگیری (ماهی یک عدد مکمل ۵۰۰۰۰ واحدی)، لزومی به اندازه‌گیری سطح سرمی ویتامین "د" نیست.

۳- با توجه به این که نوع تزریقی ویتامین "د"، زیست دسترسی خوبی ندارد لذا برای پیشگیری از کمبود ویتامین "د" این شکل از دارو توصیه نمی‌شود.

۴- به همراه ارائه مگادوز لازم است کارکنان بهداشتی در نظام خدمات بهداشتی اولیه، به کلیه افراد توضیحاتی در خصوص چگونگی مصرف و عوارض احتمالی ناشی از مصرف بیش از اندازه را به شرح زیر ارائه دهند:

الف- بهتر است مکمل ویتامین "د" با وعده‌های اصلی غذا (ناهار یا شام) مصرف شود.

ب- دوز پیشگیری کننده فوق در کلیه افراد ۱۸-۲۹ سال بدون عارضه می باشد.

ج- در صورت بروز علائم مسمومیت شامل یبوست، ضعف، خستگی، خواب آلودگی، سردرد، کاهش اشتها، پرنوشی، خشکی دهان، طعم آهن در دهان، تهوع و استفراغ از ادامه مصرف مگادوز خودداری کرده و به مرکز بهداشتی درمانی / خانه بهداشت مراجعه نمایید.

د) لازم به ذکر است که مصرف داروهای مانند... از جذب کاسیم و ویتامین "د" جلوگیری میکند. لذا لازم است در این موارد مصرف ویتامین "د" و کلسیم طبق دستورالعمل با مراقبت بیشتری صورت پذیرد.

۵- لازم است قبل از تجویز مگادوز ویتامین "د"، از فرد جوان در خصوص تجویز آمپول ویتامین "د" و یا مصرف مکمل مگادوز مشابه سوال شود. در صورت مصرف یکی از این دو مورد باید در تجویز مجدد مگادوز احتیاط شود و فرد مورد نظر به پزشک برای تصمیم گیری نهایی از جهت مصرف مکمل ارجاع داده شود.

۶- در موارد زیر ارجاع به پزشک مرکز ضروری است:

الف- وجود علائم مسمومیت با ویتامین "د" : حداکثر میزان مجاز مصرف ویتامین D برای جوانان، ۲۰۰۰ واحد بینالمللی

(۵۰ میکروگرم) در روز می باشد و مصرف مقادیر بیشتر از ۱۰/۰۰۰ واحد در روز در طولانی مدت می تواند موجب

مسمومیت شود. آموزش کامل در خصوص نحوه مصرف مگادوز ویتامین "د" توسط کارکنان اهمیت دارد. در صورت مصرف

نادرست و بیش از حد مجاز به صورت اتفاقی یا بروز عوارضی مانند یبوست، ضعف، خستگی، خواب آلودگی، سردرد، کاهش

اشتها، پرنوشی، خشکی دهان، طعم آهن در دهان، تهوع و استفراغ ارجاع به پزشک ضرورت دارد.

ب وجود احتیاط یا منع مصرف: در افرادی که مبتلا به سارکوئیدوزیس، هیپرپاراتیروئیدیسم، بیماری های کلیوی و

هیستوپلاسمازیس هستند، مصرف مکمل ویتامین "د" با احتیاط و با نظر پزشک انجام شود.

ارزیابی قلبی عروقی

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام	پی گیری
شرح حال دقیق بگیرید و افرادی که عوامل خطر* فشارخون بالا دارند را مشخص کنید سپس فشارخون ایشان را اندازه گیری فرمایید :	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر:	پیش فشارخون بالا	اگر فشارخون سیستولیک بین ۱۲۰-۱۳۹ و دیاستولیک ۸۹-۸۰ باشد	در طول حداقل ۴ الی ۶ هفته چندین بار در شرایط مختلف فشارخون اندازه گیری شود تا نتیجه نهایی به دست آید
	سرردرد، تعریق، طپش قلب حمله‌ای و ضعف و کرامپ عضلانی به طور ناگهانی گیجی منگی	فشارخون بالای مرحله یک	۱- اگر فشارخون سیستولیک بین ۱۲۰-۱۳۹ و دیاستولیک ۸۹-۸۰ باشد (طبق ستون بالا اقدام شود). ۲- اگر میانگین فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد تا ۱۵۹ و دیاستول ۹۹-۹۰ باشد فشارخون بالا) مرحله یک است و ارجاع غیر فوری به پزشک جهت تایید تشخیص و بررسی بیش تر توصیه به اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم [رژیم غذایی مناسب، کنترل وزن (در صورت چاق بودن یا داشتن اضافه وزن)، توصیه به محدودیت مصرف نمک و انجام فعالیت بدنی و]	پی گیری دوماه بعد
		فشارخون بالای مرحله دو	اگر فشارخون سیستولیک ۱۶۰ و بالاتر باشد و دیاستولیک ۱۰ و بالاتر باشد ارجاع فوری به پزشک	ماهانه توسط کارمند بهداشتی مراقبت شود و هر ۳ ماه یک بار توسط پزشک ویزیت شود.

ارزیابی جوان از نظر ابتلا به فشارخون بالا

جوان را از نظر ابتلا به فشارخون بالا بشرح زیر ارزیابی کنید

چاقی یا اضافه وزن: محاسبه و رسم نمایه توده بدنی فرد

ابتلا حداقل یکی از والدین به بیماری عروق کرونر زودرس (مردها قبل از ۵۵سالگی و زن ها قبل از ۶۵ سالگی): والدین در خصوص ابتلا به بیماری عروق کرونر یعنی سکته قلبی و یا آنژین قلبی سوال کنید پاسخ بلی را یک نشانه محسوب کنید.

اختلالات چربی خون از جمله کلسترول ال دی ال حداقل در یکی از والدین: در صورتی که والدین جوان تا به حال کلسترول خون خود را اندازه گیری کرده اند در خصوص بالا بودن آن که با تشخیص پزشک بوده سؤال کنید. پاسخ مثبت یک نشانه تلقی می گردد.

سابقه مصرف دخانیات در فرد یک نشانه مثبت است

سابقه ناراحتی کلیوی مزمن در فرد یک نشانه است .

در ارزیابی این موارد را در نظر بگیرید : سابقه فشارخون بالا

سابقه مصرف داروهای ضد فشارخون و سؤال از عوارض جانبی این داروها

سابقه ابتلاء به بیماری عروق کرونر، نارسائی قلب، بیماری عروق مغز، بیماری عروق محیطی، بیماری کلیوی، دیابت، اختلالات چربی، نقرس، اختلالات جنسی

سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، فشارخون بالا، سکته‌های مغزی، دیابت، اختلالات چربی و بیماری کلیوی

بررسی علائم مربوط به علل فشارخون بالای ثانویه ، بررسی الگوی رژیم غذایی (الکل، نمک، چربی اشباع شده و کافئین)

تجزیه و تحلیل عوامل محیطی، اجتماعی، روانی مانند موقعیت خانوادگی و شغلی و سطح تحصیلات ، تغییر وزن، میزان فعالیت بدنی، مصرف دخانیات

تاریخچه مصرف داروهای گیاهی یا شیمیایی با نسخه یا بدون نسخه

بیماری ریوی غیرواگیر

مراقبت از نظر ابتلا به آسم

بیماری آسم (مراقب سلامت / بهورز)

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها	سوال
ارجاع به پزشک به منظور تایید یا رد بیماری و ارزیابی های تکمیلی	فرد مشکوک به بیماری آسم	مثبت بودن پاسخ فرد به هر یک از سوال ها	سابقه تشخیص آسم توسط پزشک تجویز اسپری استنشاق توسط پزشک طی یک سال گذشته وجود علائم تنفسی شامل سرفه بیش از ۴ هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) طی یک سال گذشته
دادن آموزش های لازم در خصوص عوامل زمینه ساز بروز آسم (به ویژه در افرادی که سابقه بیماری آسم در اعضاء درجه یک خانواده و یا سابقه فردی و یا خانوادگی بیماری های اتوپیک (رینیت، آلرژیک یا اگزما) دارند)	عدم ابتلای فرد به بیماری آسم	منفی بودن پاسخ فرد به کلیه سوالات	

ارزیابی ژنتیک:

ارزیابی ژنتیک ویژه غیر پزشک (ویژه مناطق مجری ژنتیک اجتماعی)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
آیا در خانواده بیماری شناخته شده ارثی وجود دارد؟ به عنوان مثال: هموفیلی، دوشن، تالاسمی ماژور، بیماری های متابولیک ارثی (فنیل کتونوری، گالاکتزومی و ...) ناشنوایی و نابینایی	در خانواده بیماری شناخته شده ارثی وجود دارد.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع غیر فوری پزشک جهت بررسی و تایید وجود عامل خطر ژنتیک
در بستگان درجه ۱ و ۲ خانواده فرد مبتلا به یکی از مشکلات احتمالی ارثی وجود داشته یا هم اکنون وجود دارد؟ فردی که از کودکی دارای مشکل انعقاد خون باشد. فردی که از کودکی نیازمند تزریق خون مکرر باشد. فردی که از زمان کودکی دارای ناتوانی ذهنی و یا ناتوانی حرکتی باشد. فردی که از زمان کودکی مبتلا به اختلال بینایی یا اختلال شنوایی باشد. کودکی که می بایست رژیم غذایی خاصی داشته باشد.	در بستگان درجه ۱ و ۲ خانواده فرد مبتلا به یکی از مشکلات احتمالی ارثی وجود داشته است.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع غیر فوری پزشک جهت بررسی و تایید وجود عامل خطر ژنتیک
آیا یک اختلال در خانواده تکرار شده است؟ در خانواده و یا بستگان درجه ۱ یا ۲ حداقل دو نفر که از زمان کودکی مبتلا به یک بیماری مشابه هستند وجود داشته یا هم اکنون وجود دارد.	اختلال تکرار شونده در خانواده وجود دارد.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع غیر فوری پزشک جهت بررسی و تایید وجود عامل خطر ژنتیک
آیا نسبت فامیلی نزدیک با همسر وجود دارد؟ (در صورت تاهل سوال شود) ازدواج فرزندان و یا نوه های عمو، عمه، خاله، دایی با یکدیگر	نسبت فامیلی نزدیک با همسر وجود دارد.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع غیر فوری پزشک جهت بررسی و تایید وجود عامل خطر ژنتیک
آیا در بستگان درجه ۱ یا ۲ خانواده، فردی مبتلا به سکته قلبی زودرس وجود داشته یا هم اکنون وجود دارد؟ سابقه سکته قلبی زیر ۴۵ سالگی در مردان و زیر ۵۵ سالگی در زنان	در بستگان درجه ۱ و ۲ خانواده، فردی مبتلا به سکته قلبی زودرس وجود دارد.	احتمال وجود عامل خطر ژنتیک	ارجاع غیر فوری پزشک جهت بررسی و تایید وجود عامل خطر ژنتیک

--	--	--	--

واکسیناسیون

مراقبت از نظر وضعیت واکسیناسیون

اقدام	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
- معرفی به مرکز بهداشتی درمانی جهت دریافت واکسن - پیگیری فعال ۱ ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون هر ۱۰ سال یکبار تکرار	- در دوره دبیرستان واکسن توام دریافت نکرده است یا نمی داند (واکسیناسیون ناقص است)	- آیا در دوره دبیرستان واکسن توام دریافت کرده است؟
- ادامه مراقبت ها	واکسیناسیون کامل است	

جدول ایمن‌سازی افراد ۷ تا ۱۸ ساله که در وقت مقرر مراجعه نکرده‌اند

اولین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان - فلج اطفال - هیپاتیت ب - MMR
یک‌ماه بعد از اولین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان - فلج اطفال - هیپاتیت ب - MMR
یک‌ماه بعد از دومین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان - فلج اطفال
۶ ماه تا یک‌سال بعد از سومین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان - فلج اطفال - هیپاتیت ب
۱۰ سال بعد از چهارمین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان و هر ده‌سال یک بار تکرار شود

ایمن‌سازی زنان سنین باروری (۴۹-۱۵ ساله) بدون سابقه ایمن‌سازی ، با واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان*			
نوبت	حداقل فاصله	درصد محافظت	طول دوره ایمنی
اول	-	۸۰	۰
دوم	یک ماه	۸۰	سه سال
سوم	شش ماه	۹۵	پنج سال
چهارم	یک سال	۹۹	ده سال**

* زنان سنین باروری دارای سابقه واکسیناسیون (سه گانه یا توام)، باید با احتساب واکسن‌های قبلی طبق این جدول واکسیناسیون را ادامه دهند.

** برای حفظ ایمنی کافی پس از نوبت چهارم ، واکسن دوگانه بزرگسالان باید هر ده سال یکبار تکرار شود.

ایمن‌سازی زنان باردار بدون سابقه ایمن‌سازی یا واکسیناسیون ناقص*

تاریخ مراجعه	نوع واکسن	دفعات
اولین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان	نوبت اول
یک ماه بعد	دوگانه ویژه بزرگسالان	نوبت دوم**

* کسانی که سابقه واکسیناسیون ناقص دارند باید واکسیناسیون آنها با توجه به سابقه قبلی و مطابق برنامه ایمن‌سازی زنان ۱۵ - ۴۹ سال تکمیل گردد.

** ادامه ایمن‌سازی طبق جدول ایمن‌سازی زنان ۱۵ - ۴۹ ساله توصیه شود.

ایمن سازی علیه دیفتیری و کزاز(واکسن دو گانه ویژه بزرگسالان) در افراد بالای ۱۸ سال بدون سابقه ایمن سازی

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

ایمن‌سازی علیه بیماری «هیپاتیت ب» برای گروه‌های پرخطر	
زمان تزریق	نوبت
در اولین مراجعه	اول
یک‌ماه بعد از نوبت اول	دوم
شش‌ماه بعد از نوبت اول	سوم

در افراد هموفیلی واکسن هیپاتیت ب باید زیر جلد تزریق شود.

واکسن هیپاتیت ب هیچگونه منع تلقیح ندارد حتی اگر فرد آنتی ژن مثبت باشد.

***گروه های پرخطر برای ایمن سازی هیپاتیت (ب) به شرح زیر می باشد:**

الف) کلیه پرسنل شناغل در مراکز درمانی بستری و سرپایی که با خون و ترشحات آغشته به خون به نحوی در تماس هستند شامل:

پزشکان، پرستاران، ماماها، بهیاران، کمک بهیاران، واکسیناتورها، دندانپزشکان، کمک دندانپزشکان، کارشناسان و تکنسین های آزمایشگاه های تشخیص طبی، دانش آموزان بهورزی، دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری و مامایی و...

ب) بیماران تحت درمان دیالیز وافرادی که به طور مکرر خون یا فراورده های خونی دریافت می کنند (تالاسمی ، هموفیلی و....)

ج) اعضا خانواده فرد HBSAg مثبت ساکن در یک واحد مسکونی

۵۳- در صورت نیاز به تزریق واکسن سرخجه در سنین باروری ، استفاده از واکسن MMR بجای واکسن سرخجه بلامانع است.

۵۴- خانم های سنین باروری بعد از تزریق واکسن سرخجه یا MMR حداقل تا یک ماه بایستی از باردار شدن پرهیز نمایند ولیکن تزریق این واکسن در هر شرایطی در دوره بارداری دلیلی برای سقط درمانی نمی باشد.

ارزیابی دهان و دندان

مراقبت از نظروضعیت دهان و دندان

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> - تجویز مسکن برای درد - اقدام مربوط به بیرون افتادن دندان طبق راهنما - ارجاع فوری به دندانپزشک 	مشکل دهان و دندان دارد	<ul style="list-style-type: none"> - دندان درد یا تورم و پارگی و خونریزی از بافت یا - آبسه دندان یا شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان 	ارزیابی سلامت دهان و دندان
<ul style="list-style-type: none"> - ارائه توصیه های بهداشتی دهان و دندان (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به جوان - ارجاع غیر فوری به دندانپزشک 	مشکل دهان و دندان دارد	<ul style="list-style-type: none"> - تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای - لثه پر خون و قرمز و متورم - بوی بد دهان - جرم دندانی - زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان 	
<ul style="list-style-type: none"> - توصیه بهداشتی دهان و دندان (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به جوان - تشویق به مراجعه به دندانپزشک ۶ ماه بعد و مراقبت بعدی یک سال بعد 	مشکل دهان و دندان ندارد	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد	

بیماریهای عفونی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
از جوانیا همراه وی عوامل خطر و نشانه زیر را سؤال کنید: • سرفه طول کشیده (بیش از دو هفته) • عامل خطر: سابقه تماس با فرد مبتلا به سل	- دارای نشانه یا بدون نشانه (سرفه مساوی یا کم تر از ۲ هفته) به همراه عامل خطر	مشکل (احتمال سل)	- اولین نمونه خلط را بگیرید. - به جوان و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری و گرفتن نمونه های خلط آموزش دهید. تهیه ۳ نمونه از خلط* - جوان را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
	- بدون نشانه (فاقد سرفه) و با عامل خطر	در معرض خطر ابتلا به سل	- به جوان و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. - جوان را یک ماه دیگر پیگیری کنید.
	- بدون نشانه و بدون عامل خطر	فاقد مشکل	- جوان را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.

مراقبت از نظر شک به سل

هیپاتیت :

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
	- بروز زردی/ پررنگ شدن ادرار و کم رنگ شدن مدفوع	- هیپاتیت ویروسی یا - هیپاتیت دارویی یا - بیماری های متابولیک و عفونی همراه با ایکتر (نظیر لپتوسپیروز)	ارجاع به پزشک گزارش موارد مثبت هیپاتیت C, B و D به معاونت بهداشتی دانشگاه آموزش نحوه پیشگیری از سرایت هیپاتیت B, C و D / مشاوره خانواده بر اساس راهنما

• ارزیابی بیماریهای منتقله از راه جنسی :

ایدز:

اقدام	طبقه بندی	نشانه	ارزیابی		
ارجاع به پزشک	امکان ابتلا به بیماریهای منتقله از راه جنسی	<p>در صورتیکه سومصرف مواد یا رفتار جنسی مخاطره آمیز داشت ترشح از مجرا سوزش یا خارش واژن زخم تناسلی درد زیر شکم</p>	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه ارتباط جنسی محافظت نشده و بدون کاندوم • ابتلای شریک جنسی /همسر به ایدز یا بیماری های آمیزشی • سابقه مصرف مواد مخدر ، محرک قبل از ارتباط جنسی • سابقه ارتباط جنسی با شرکای جنسی متعدد • سابقه ارتباط جنسی با تن فروش • سابقه رفتارهای جنسی پرخطر در شریک جنسی/همسر • وجود رفتارهای جنسی پرخطر در اعضای خانواده و دوستان 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود فرد معتاد به مواد مخدر ، محرک در خانواده و دوستان • وجود فرد مصرف کننده تفننی مواد مخدر ، محرک در خانواده و دوستان • خرید مواد مخدر و یا محرک و الکل، برای دیگری • حضور در مهمانی های با امکان مصرف موادمخدر، محرک و الکل • سابقه مصرف مواد مخدرمحرکدرشریکجنسی/همسر 	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه/ سوء مصرف مواد مخدر، محرک • سابقه یا وجود ارتباط جنسی خارج از چارچوب خانواده • سابقه زندان در فرد، شریک جنسی/ همسر • سابقه انجام خالوبی، تاتو و حجامت

ارزیابی سلامت روان و سوء مصرف مواد

غربالگری سلامت روان

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

- (۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد

۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟

- (۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد

۳- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟

- (۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد

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

- (۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد

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

- (۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد

۶- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟

- (۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد

الف - پرسشنامه ۶ سوالی

غربال مثبت (ورود) به مسیر غربالگری رفتارهای خودکشی

کسب امتیاز $10 \leq$ و یا عدم پاسخ به ۳ سوال
و ارجاع به پزشک در صورت غربال منفی خودکشی)



غربالگری خودکشی

۱. آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟
۲. آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟

چنانچه پاسخ به هر یک از پرسش‌ها مثبت است، این علامت را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک داده می شود در این شرایط مسیر برای ادامه غربالگری قطع شده و جز امکان ارجاع فوری به عنوان اورژانس روانپزشکی ارجاع خواهد شد در صورت پاسخ منفی امکان ارجاع به پزشک با عنوان غربال مثبت انجام خواهد پذیرفت

در صورت «غربال منفی» در پرسشنامه ۶ سوالی ارزیابی دیسترس روانشناختی سوال ذیل پرسش خواهد شد.

پس از مسیر غربال منفی پرسشنامه ۶ سوالی

«آیا شما هیچ مشکل اعصاب و روان دارید که نیازمند مشاوره یا درمان باشد»

بلی (ارجاع به پزشک) خیر (ارجاع برای آموزش گروهی)

موارد «غربال منفی» در صورت تمایل، مراجع ثبت نام در کلاس‌های آموزش گروهی مهارت‌ها ثبت نام خواهد شد.

در این قسمت دو آیتم گنجانده می شود:

۱ آیا مایل به شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی می باشید؟

بلی (پرسش دوم) خیر

۲ با توجه به شرایط مراجع در کدام لیست ثبت نام می شود؟

- داوطلب ثبت نام در جلسات آموزش گروهی مهارت فرزند پروری (برای گروه هدف تا ۴۵ سال)

- داوطلب ثبت نام در جلسات آموزش گروهی مهارت زندگی

نکته مهم: موارد فوق بر اساس آخرین مصوبات جلسات فنی - مشورتی مشترک در تمام موارد غربالگری

منفی پرسشنامه ۶ سوالی در گروه های سنی ۱۵ تا ۵۹ سال قرار خواهد گرفت.

ب - غربالگری صرع در گروه سنی جوانان

۱. آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاز خون آلود) خارج می‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد.

بلی خیر

۲. در کودکان سنین مدرسه سؤال می‌شود که آیا گاهی اوقات مات زده شده به گونه‌ای که چند لحظه‌ای به جایی خیره می‌شود، لب‌ها یا زبانش را به حالت غیرارادی حرکت داده یا می‌لیسد.

بلی خیر

در صورت پاسخ بلی به هر کدام از موارد فوق فرد توسط کارشناس مراقب سلامت برای بررسی‌های بیشتر به پزشک ارجاع داده می‌شود.

نکته مهم: پاسخ به پرسش‌های ۱ و ۲ غربال مثبت ارزیابی خواهد شد.

ج - سؤالات غربالگری معلولیت ذهنی*

۱. در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد.

بلی خیر

۲. قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالی رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد.

بلی خیر

۳. نمی تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند.

بلی خیر

۴. توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد.

بلی خیر

۵. بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است.

بلی خیر

* در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد فوق فرد غربال مثبت شناخته شده و برای بررسی معلولیت ذهنی، به پزشک ارجاع شود.

د - ثبت سابقه اختلالات

«آیا تا به حال تشخیص مشکلات اعصاب و روان داشته اید؟»

بلی خیر

«آیا در حال حاضر دارو مصرف می کنید؟»

بلی خیر

غربالگری معلولیت ذهنی

- ۷- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد. بلی خیر
- ۸- قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالیت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. بلی خیر
- ۹- نمی‌تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند. بلی خیر
- ۱۰- توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد. بلی خیر
- ۱۱- بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است. بلی خیر

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد فوق برای بررسی معلولیت ذهنی، به پزشک ارجاع شود.

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
۱ - بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان، ۶ سوال غربالگری را از فرد بپرسید و امتیازدهی کنید.	امتیاز ۱۰ یا بالاتر در پرسشنامه غربالگری ۶ سوالی پاسخ مثبت فقط به بخش اول سوال ۲ و یا پاسخ مثبت به سوال ۴	احتمال وجود اختلال در حوزه سلامت روان	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
۲- از فردی که در سوال قبلی احتمال وجود مشکل روانپزشکی دارد، راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود سوال کنید.	پاسخ مثبت به بخش دوم سوال ۲	احتمال اورژانس روانپزشکی	ارجاع فوری** به پزشک مرکز
- آیا هیچ گاه شده است از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟ - آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟	پاسخ مثبت به سوال ۳	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	ثبت در پرونده و پیگیری***
۲ - آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال روانپزشکی تحت درمان می‌باشید؟ ۳ - آیا شما هیچ مشکل اعصاب و روانی دارید، که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟	امتیاز پایین تر از ۱۰ در پرسشنامه غربالگری ۶ سوالی و پاسخ منفی به هر دو بخش سوال ۲ و پاسخ منفی به سوالات ۳ و ۴	عدم احتمال اختلال در حوزه سلامت روان	اطلاع رسانی در خصوص: - آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش مهارت‌های فرزندپروری - در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش‌ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.
۴ - آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد یا از دهانش کف (گاز خون آلود) خارج می‌شود و یا بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد؟	پاسخ مثبت به سوال ۵	احتمال ابتلا به صرع	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
	خوداظهاری خود فرد، والدین و یا اطرافیان در مورد ابتلا به بیماری صرع	تشخیص قبلی بیماری صرع توسط پزشک معالج	ثبت در پرونده و پیگیری***

ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز	احتمال تشخیص معلولیت ذهنی	در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات ۶ تا ۹ (توسط خانواده یا افراد همراه)	<p>۵- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد</p> <p>۶- قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد.</p> <p>۷- نمی‌تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند.</p> <p>۸- توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد.</p> <p>۹- بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است.</p>
-----------------------------	---------------------------	---	---

**** موارد ارجاع فوری: خشونت و پرخاشگری به گونه ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض**

شدید داروهای روانپزشک

**** پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی که خارج از نظام مراقبت های بهداشتی اولیه خدمات دریافت می کنند، فقط به صورت هر سه ماه یکبار و**

جهت اطمینان از ادامه دریافت خدمات می باشد. در صورت مواجهه با عدم پیگیری درمان توسط بیمار لازم است که

عدم تمایل به پاسخ- کویی	بله	خیر	پرسش ۲- در صورت پاسخ	عدم تمایل به پاسخ- کویی	خیر	بله	پرسش ۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)	
								الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
								ب- داروهای مسکن اپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
								ج- داروهای آرام بخش یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام،

						فنوباربیتال، غیره)
						د- الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)
			عدم تمایل به پاسخ- گویی	خ یر	بله	پرسش ۲- مواد دیگر چطور؟ (فقط مصرف غیر پزشکی)
						الف- مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، 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

کارت پاسخ

پرسش ۱
الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
ب- داروهای مسکن اپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
ج- داروهای آرامبخش یا خواب‌آور (دiazepam، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)
د- الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)
پرسش ۲
الف- مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
ج- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)
د- سایر- مشخص کنید: ...



اقدامات	تشخیص احتمالی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربالگری تکمیلی	اختلال مصرف مواد	در صورت پاسخ مثبت به سؤال ۳ برای هر یک از مواد/گروه-های مواد/داروها	۲ - غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد را اجرا کنید. ۱۰ آیا نشانه‌های و علائم مطرح کننده اورژانس‌های مرتبط با مواد وجود دارد؟ • آیا فرد در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف مواد یا در عرض چندین ساعت تا چند روز بعد از قطع مصرف مواد دچار یکی یا بیشتر از حالات زیر شده است؟ ○ کاهش سطح هوشیاری یا اغماء ○ اختلال جهت‌یابی به صورت ناآگاهی از زمان، مکان یا اشخاص (سرسام یا دلیریوم) ○ تشنج ○ قصد جدی آسیب به خود یا خودکشی ○ پرخاش‌گری یا قصد آسیب به دیگران
ارجاع فوری** به پزشک مرکز	اورژانس اختلالات القاءشده در اثر مواد	پاسخ مثبت به سؤال ۲	
ثبت در پرونده و پیگیری***	تشخیص قبلی اختلال مصرف مواد تحت درمان	پاسخ مثبت به سؤال ۳	
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.	عدم احتمال اختلال مصرف مواد	پاسخمنفیبهسؤال ۳ برایتماممواد/گروه-هایمواد/داروها	۱۱ آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان هستید؟

****موارد ارجاع فوری:** اختلالات القاءشده توسط مواد شامل مسمومیت با مواد محرومیت از مواد و اورژانس‌های روان‌پزشکی القاءشده توسط مواد نظیر سرسام (دلیریوم) و قصد جدی آسیب به خود یا دیگران نیاز به ارجاع فوری دارند.

***** پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی که خارج از نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خدمات دریافت می‌کنند، فقط به صورت هر سه ماه یک بار و جهت اطمینان از ادامه دریافت خدمات می‌باشد. در صورت مواجهه با عدم پیگیری درمان توسط بیمار لازم است که به پزشک نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارجاع شوند.**

سلامت اجتماعی :

غیر پزشک - گروه سنی جوانان (۲۹-۱۸ سالگی)

اقدامات	مشکل احتمالی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> • به فرد اطمینان دهید که حریم خصوصی وی رعایت می گردد. • به فرد اطمینان دهید که قربانی همسر آزاری است نه مسئول رخ دادن آن • از وی سوال کنید که آیا مایل به دریافت کمک می باشد، در صورت پاسخ مثبت به کارشناس سلامت روان ارجاع داده شود 	خشونت خانگی (همسر آزاری)	امتیاز بالاتر از ۱۰	<p>از زنان متأهل سوال شود*:</p> <p>زن ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می شود. آیا تاکنون همسر شما:</p> <p>هیچ وقت به ندرت گاهی</p> <p>اغلب همیشه</p> <p>۱. شما را کتک زده است □□□□□</p> <p>۲. به شما توهین کرده است □□□□□</p> <p>۳. شما را به آسیب تهدید کرده است □□□□□</p> <p>۴. سر شما فریاد زده است □□□□□</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت برخورد با مواردی از قبیل خونریزی غیرقابل کنترل، در رفتگی احتمالی یک مفصل و یا شکستگی احتمالی یک استخوان، عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیرطبیعی، قبل ارجاع به کارشناس سلامت روان، جهت غربالگری تلمیلی و یا مداخلات روانشناختی، ارجاع فوری به پزشک صورت گیرد. 			
<ul style="list-style-type: none"> • از مراجع سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هست؟ • در صورت کسب اجازه ارجاع به کارشناس سلامت روان 	طلاق / جدایی / فوت	پاسخ مثبت	<p>از مراجعین زن که سابقه متأهل بودن دارند، سوال شود؟</p> <p>آیا در یکسال اخیر تجربه طلاق (یا در معرض طلاق)، جدایی یا فوت همسر داشته است؟</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به کارشناس سلامت روان 	بیکاری**	پاسخ منفی	<p>از مراجعین سرپرست خانوار سوال شود :</p> <p>آیا شاغل است؟</p>

<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به کارشناس سلامت روان 	<p>خانواده آسیب پذیر</p>	<p>پاسخ مثبت به یکی از مشکلات مذکور</p>	<p>از همه مراجعین سوال شود که آیا در خانواده آنها موارد ذیل وجود دارد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • فرد دارای معلولیت جسمی، روانی*** • فرد مبتلا به بیماری خاص**** • فرد مبتلا به اعتیاد***** • فرد زندانی • فقر*****

ارزیابی مصرف دخانیات

مراقبت های رده سنی ۱۸ تا ۲۹ سال (ویژه غیر پزشک)

مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن:

ارزیابی	نتیجه بررسی اولیه	طبقه بندی	اقدام
<p>سوال کنید:</p> <p>- آیا فرد سیگار، قلیان، پیپ یا مواد دخانی بدون دود شامل مواد دخانی جویدنی، انفیه ای و مکیدنی مصرف می کند؟</p> <p>ایا در ماه اخیر مصرف دخانیات داشته است؟</p> <p>ایا در حال حاضر هر نوع ماده دخانی(دودزا و بدون دود) مصرف میکنند؟(به صورت روزانه و غیر روزانه)</p> <p>- آیا هیچکدام از افراد خانواده یا خویشاوندان در حضور آنها اقدام به مصرف دخانیات می کنند؟</p>	<p>فرد سیگار، قلیان، پیپ و یا سایر مواد دخانی دودزا و بدون دود مصرف می کند.</p>	<p>فرد در معرض خطر ابتلا به بیماری های ناشی از مصرف قرار دارد.</p>	<p>آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی ✓</p> <p>توصیه و ایجاد انگیزه برای ترک دخانیات ✓</p> <p>ارایه آموزش های مختصر برای ترک دخانیات ✓</p> <p>ارجاع به پزشک برای ترک دخانیات ✓</p>
	<p>- فرد در معرض دود سیگار، قلیان، چپق، پیپ و سایر مواد دخانی در منزل و یا اماکن عمومی قرار دارد ولی دخانیات مصرف نمی کند.</p>	<p>فرد در معرض خطر شروع مصرف دخانیات و خطر ابتلا به بیماری های ناشی از مواجهه با دود دخانیات قرار دارد</p>	<p>آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات ✓</p> <p>آموزش در مورد زیان های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی ✓</p> <p>آموزش به قرار نگرفتن در معرض دود دخانیات سایرین و حضور در اماکن عمومی عاری از دخانیات ✓</p> <p>آموزش مهارتهای فردی در جهت امتناع از پذیرش تعارف سیگار یا قلیان توسط همسالان ✓</p>

✓ آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی جهت پیشگیری از استعمال دخانیات ✓ توصیه به حضور در اماکن عمومی عاری از دخانیات	عدم استعمال دخانیات	پاسخ همه سوالات منفی است
---	----------------------------	--------------------------

تست فاگشتروم جهت ارزیابی میزان وابستگی در راهنما می باشد.

مراقبت ممتد مورد نیاز: بررسی و ثبت دوره ای (یک، سه، شش و دوازده ماهه) وضعیت ترک سیگار اعم از موفقیت یا عود مصرف

تعیین میزان وابستگی به نیکوتین:

تعیین میزان وابستگی به نیکوتین نقش مهمی در ارزیابی نیاز به استفاده از داروهای جایگزین نیکوتین در طول دوره اقدام به ترک دارد. بدیهی است در صورت وابستگی شدید به نیکوتین احتمال عدم موفقیت در ترک سیگار در صورت عدم استفاده از جایگزین‌های نیکوتین بالا می‌رود. جایگزین‌های نیکوتین (در صفحات بعدی در مورد این مواد و نحوه مصرف آنها بطور مفصل توضیح داده می‌شود) با کاهش هوس‌های شدید سیگار، مانع از عود سیگار کشیدن در فرد می‌شوند. به منظور تعیین میزان وابستگی به نیکوتین از آزمون فاگراشتروم استفاده می‌شود، پس پرسشنامه زیر را تکمیل کنید.

آزمون تعیین میزان وابستگی به نیکوتین (فاگراشتروم)

- ۱ - چه مدت پس از برخاستن از خواب اولین سیگار خود را روشن می‌کنید؟.....
 ط ۶دقیقه (امتیاز ۳) ۳۰-۶ دقیقه (۲) بعد از ۳۰ دقیقه (۱)
- ۲ - آیا خودداری از سیگار کشیدن در مکان‌های ممنوع نظیر مسجد، کتابخانه، سینما و مکان‌های مشابه برای شما مشکل است؟.....

بلی (۱) خیر (۰)

۳ - صرفنظر از کدام سیگار در طی روز بیش از همه شما را آزار می‌دهد؟.....

اولین سیگار صبح (۱) سایر سیگارهای طول روز (۰)

۴ - چه تعداد سیگار در روز می‌کشید؟.....

۱۰ نخ و کمتر (۰) ۱۱ تا ۲۰ نخ (۱) ۲۱-۳۰ نخ (۲) ۳۱ نخ یا بیشتر (۳)

۵ - آیا در ساعات اولیه صبح بیشتر از سایر مواقع سیگار می‌کشید؟.....

بلی (۱) خیر (۰)

۶ - آیا هنگامی که آنقدر بیمارید که بیشتر روز را در بستر به سر می‌برید، بازهم سیگار می‌کشید؟.....

بلی (۱) خیر (۰)

امتیاز مورد نظر را در جلوی سوال ثبت کنید.

در صورتی که نمره فرد ۵ و بیشتر باشد، نشانه وابستگی شدید به نیکوتین است و نیازمند طی کردن مراحل درمانی ترک توسط پزشک می‌باشد فرد را به پزشک ارجاع دهید.

در صورتی که امتیاز کمتر از ۵ باشد، اطلاعات مربوط به مضرات مصرف دخانیات را در اختیارش قرار داده و حمایت از ترک دخانیات کرده و حداقل دو نوبت فرد را طی یک ماه برای تشویق به ترک آموزش دهد. در صورت عدم ترک به پزشک ارجاع دهید.

در صورتی که مصرف کننده مواد دخانی قلیان و یا مواد دخانی بدون دود مصرف کند (با توجه به عواقب و عوارض شدید مصرف این محصولات) تست فاگراشتروم پاسخگوی میزان وابستگی به نیکوتین در فرد مصرف کننده نبوده و بهورز می‌باید اطلاعات مربوط به مضرات مصرف دخانیات را

در اختیارش قرار داده و حمایت از ترک دخانیات کرده و حداقل دو نوبت فرد را طی یک ماه برای تشویق به ترک آموزش دهد. در صورت عدم ترک به پزشک ارجاع دهید

دستورالعمل تکمیل فرم مراقبت کنترل مصرف دخانیات

در ابتدا نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، مرکز بهداشت شهرستان و مرکز سلامت جامعه، خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی درمانی و سال گزارش دهی را در بالای فرم بنویسید. این فرم توسط بهورز یا مراقب سلامت جهت کلیه مراجعین به صورت روزانه تکمیل می گردد.

- (ستون ۱): شماره پرونده خانوار فرد را در این ستون یادداشت کنید.
- (ستون ۲): تاریخی که فرد مراجعه کرده در این ستون درج گردد.
- (ستون ۳ و ۴): نام و نام خانوادگی درج گردد.
- (ستون ۵): تلفن تماس در این ستون درج گردد.
- (ستون ۶، ۷ و ۸): تاریخ تولد، جنسیت و تحصیلات فرد درج گردد.
- (ستون ۹): از فرد در مورد وضعیت مصرف دخانیات فعلی سوال کنید، در صورتیکه دخانیات (سیگار، قلیان، چپق، محصولات دخانی بدون دود (جویدنی، مکیدنی مانند ناس) و...) مصرف می کند، وضعیت وی را بر حسب عدم تمایل به ترک و علاقمند به ترک ثبت کنید.
- (ستون ۱۰): با توجه به تست فاگراشتروم میزان وابستگی به نیکوتین فرد تعیین می شود. در صورتیکه فرد دخانیات مصرف می کند، وابستگی به نیکوتین وی را با استفاده از پرسشنامه زیر تکمیل و میزان آن را تعیین کنید.

- (ستون ۱۱): افراد را برحسب شرایط آموزش دهید. برای افراد غیر سیگاری توصیه به ادامه مراقبت و آموزش مختصر و کمک به افراد سیگاری جهت ترک، برای افراد سیگاری این آموزشها در مراجعه اول شامل آموزش مضرات مصرف دخانیات و توصیه های مختصر مهارتها و روشهای امتناع از مصرف سیگار، فواید ترک و... تعیین روز ترک و تاریخ آن در ستون مربوطه درج گردد.
- (ستون ۱۲): در مراجعه یا پیگیری دوم که ۷-۱۰ روز پس از مراجعه اول است، آموزش تکنیکهای هوس و... داده میشود و تاریخ آن درج میگردد.
- (ستون ۱۳): در مراجعه یا پیگیری سوم که یک هفته بعد صورت می گیرد وضعیت ترک را از نظر عود یا ترک یا ناموفق بررسی و ثبت کنید. آموزش های لازم در خصوص نگهداری ترک، پیشگیری از عود، بهبود اعتماد به نفس و... داده میشود.

ردیف	شماره	تاریخ	وضعیت کنونی مصرف دخانیات	نتیجه تست فاگراشتروم	مراجعه اول
------	-------	-------	--------------------------	----------------------	------------

- (ستون ۱۴): در مراجعه یا پیگیری سوم که یک هفته پس از مراجعه دوم است، آموزش ها و پیگیری های لازم انجام میشود.
- (ستون ۱۵): در هفته چهارم باقی ماندن در ترک بررسی و ثبت میگردد و در صورت ناموفق بودن به پزشک ارجاع می گردد.
- (ستون ۱۶): تاریخ و نتیجه پیگیری باقی ماندن در ترک طی دوره ۳، ۶، و ۱۲ ماهه ثبت می گردد.
- (ستون ۱۷): در صورت ناموفق بودن در ترک، تاریخ ارجاع به پزشک درج میگردد.

				مصرف میکند		مصرف نمی کند											
تاریخ روز ترک	آموزش مختصر	آموزش عمومی	۵ و بیشتر از ۵	کمتر از ۵	تمایل به ترک		عدم تمایل										
																	۱
																	۲
																	۳
																	۴

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی کشور

مرکز سلامت محیط و کار

دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات

خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهرستان

روستا

فرم مراقبت کنترل مصرف دخانیات

دستورالعمل تکمیل فرم مراقبت کنترل مصرف دخانیات

توضیحات	تاریخ ارجاع به پزشک	نتیجه پیگیری باقی ماندن در ترک			مراجعه چهارم		مراجعه سوم			مراجعه دوم	
		۱۲ ماه	۶ ماه	۳ ماه	نا موفق	باقی ماندن در ترک	آموزش تکنیکهای هوس	بررسی وضعیت ترک	تاریخ	آموزش تکنیکهای هوس	تاریخ

در ابتدا نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، مرکز بهداشت شهرستان و مرکز بهداشتی و درمانی /مرکز سلامت جامعه، خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی درمانی و سال گزارش دهی را در بالای فرم بنویسید . این فرم توسط بهورز یا مراقب سلامت جهت کلیه مراجعین به صورت روزانه تکمیل می گردد.

- (ستون ۱): شماره پرونده خانوار فرد را در این ستون یادداشت کنید.
- (ستون ۲): تاریخی که فرد مراجعه کرده در این ستون درج گردد.

- (ستون ۳ و ۴): نام و نام خانوادگی درج گردد.
- (ستون ۵): تلفن تماس در این ستون درج گردد.
- (ستون ۶ و ۷): تاریخ تولد، جنسیت و تحصیلات فرد درج گردد.
- (ستون ۹): از فرد در مورد وضعیت مصرف دخانیات فعلی سوال کنید، در صورتیکه دخانیات (سیگار، قلیان، چپق، محصولات دخانی بدون دود (جویدنی، مکیدنی مانند ناس) و...) مصرف می کند، وضعیت وی را بر حسب عدم تمایل به ترک و علاقمند به ترک ثبت کنید.
- (ستون ۱۰): با توجه به تست فاگراشتروم میزان وابستگی به نیکوتین فرد تعیین می شود. در صورتیکه فرد دخانیات مصرف می کند، وابستگی به نیکوتین وی را با استفاده از پرسشنامه زیر تکمیل و میزان آن را تعیین کنید.
- (ستون ۱۱): افراد را بر حسب شرایط آموزش دهید. برای افراد غیر سیگاری توصیه به ادامه مراقبت و آموزش مختصر و کمک به افراد سیگاری جهت ترک، برای افراد سیگاری این آموزشها در مراجعه اول شامل آموزش مضرات مصرف دخانیات و توصیه های مختصر مهارتها و روشهای امتناع از مصرف سیگار، فواید ترک و... تعیین روز ترک و تاریخ آن در ستون مربوطه درج گردد.
- (ستون ۱۲): در مراجعه یا پیگیری دوم که ۷-۱۰ روز پس از مراجعه اول است، آموزش تکنیکهای هوس و... داده میشود و تاریخ آن درج میگردد.
- (ستون ۱۳): در مراجعه یا پیگیری سوم که یک هفته بعد صورت می گیرد وضعیت ترک را از نظر عود یا ترک یا ناموفق بررسی و ثبت کنید. آموزش های لازم در خصوص نگهداری ترک، پیشگیری از عود، بهبود اعتماد به نفس و... داده میشود.
- (ستون ۱۴): در مراجعه یا پیگیری سوم که یک هفته پس از مراجعه دوم است، آموزش ها و پیگیری های لازم انجام میشود.
- (ستون ۱۵): در هفته چهارم باقی ماندن در ترک بررسی و ثبت میگردد و در صورت ناموفق بودن به پزشک ارجاع می گردد.
- (ستون ۱۶): تاریخ و نتیجه پیگیری باقی ماندن در ترک طی دوره ۳، ۶، و ۱۲ ماهه ثبت می گردد.

(ستون ۱۷): در صورت ناموفق بودن در ترک، تاریخ ارجاع به پزشک درج میگردد. ➤