



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

مرکز بهداشت استان

مرکز آموزش بهورزی

مجموعه آموزشی تربیت بهورز

بیماری های غیر واگیر

تهیه و تدوین:

نبی اله مهدوی پور

مری مرکز آموزش بهورزی قم

فهرست مطالب



صفحه	عنوان
۳	مقدمه
۵	دیابت
۳۴	فشارخون
۷۴	کم خونی
۷۹	هموفیلی
۸۲	فاویسم
۸۳	تالاسمی
۸۸	PKU
۹۱	مشاوره ی ژنتیک
۹۴	کلیات بیماری های قلب و عروق
۱۰۲	اختلالات چربی خون
۱۰۵	سکته ی قلبی
۱۰۹	سکته ی مغزی
۱۱۲	نارسایی قلبی
۱۱۵	چاقی
۱۲۳	روماتیسم
۱۲۹	پوکی استخوان
۱۳۴	سرطان
۱۴۹	بهداشت روان
۱۶۷	سوء مصرف مواد
۱۸۱	سوانح و حوادث خانگی
۱۹۲	بیماری های شایع چشم
۱۹۹	آسم
۲۰۸	کم کاری مادرزادی تیروئید
۲۰۴	اختلالات ناشی از کمبود ید
۲۱۸	CBR
۲۲۰	مهارت های زندگی
۲۲۶	آفت دهان
۲۲۸	نظام مراقبت عوامل خطر غیر واگیر
۲۳۱	میگرن
۲۳۴	آلزایمر
۲۳۶	MS
۲۳۷	مسمومیت ها



مقدمه

برابر تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۵۷، بیماری غیر واگیر عبارتست از: (کاهش در ساختار یا اعمال بدن که ضرورتاً سبب تغییر در زندگی عادی بیمار گردد و در طی یک دوره ی زمانی طولانی ادامه یافته و پایدار باشد) .

ویژگی های بیماری های مزمن عبارتند از: الف) دائمی باشند. ب) پس از آنها ناتوانی بر جای بماند. ج) به سبب تغییرات بیماری، شناختی بازگشت ناپذیر ایجاد شده باشند. د) باز توانی بیمار آموزش های ویژه لازم داشته باشند. ه) مدت زیادی سرپرستی، مشاهده یا مراقبت لازم داشته باشند.

خلاصه آن که تعریف بین المللی درباره مدت وجود ندارد که معلوم نماید چه مدت را باید طولانی محسوب نمود، با وجود این به نظر بسیاری از مؤلفان بیماری مزمن بیماری است که حداقل مدت آن سه ماه باشد. باید تعریف های ویژه ای تعیین شود که مناسب بیماری ها در جامعه باشد. بیماری های غیر واگیر شامل بیماری های قلبی عروقی، کلیوی، عصبی و روانی، گواتر، تالاسمی، فشار خون بالا، بیماری های مزمن و غیر اختصاصی تنفسی (مانند آسم)، پی آمدهای دائمی سوانح، پیری، کوری، سرطان، دیابت و انواع گوناگونی دیگر بیماری های متابولیک، بیماری های استحال ای و پی آمدهای مزمن بیماری های واگیر دار می باشند. بیشتر بیماری های با علت ناشناخته و پیشرونده را بیماری استحال ای (Degenerative) می نامند.

به نظر می آید که بیماری های مزمن و غیر واگیر هم در کشورهای پیشرفته و هم در کشورهای روبه پیشرفت، در بین بزرگسالان اهمیت بیشتری می یابند. هم اکنون بیماری های قلبی - عروقی و سرطان ها در رأس علل مرگ در کشورهای پیشرفته (یعنی اروپا و آمریکای شمالی) قرار دارند و ۷۰ تا ۷۵ درصد همه ی مرگ ها را شامل می شوند. در بسیاری از کشورها بیماری های مزمن روند صعودی دارند و به دلایل چندی این روند افزایش هم خواهد یافت، یک دلیل آن افزایش طول عمر در بسیاری از کشورها است که در نتیجه ی آن شمار کسانی که به سنین بالاتر می رسند و در معرض خطر بیش تر از نظر ابتلا به انواع بیماری های مزمن هستند، بیش تر می شود. دلیل دیگر آن است که الگوهای زندگی و رفتاری مردم به سرعت دگرگون می شود و این دگرگونی شروع بیماری های مزمن را مساعد می کند. دلیل سوم آن که با مراقبتهای پزشکی نوین بسیاری از مبتلایان به بیماری های مزمن می توانند زنده بمانند. تأثیر بیماری مزمن بر زندگی مردم هنگامی که از نظر کاستن عمر، ناتوانی، دشواری های خانوادگی، فقر و از دست رفتن اقتصاد کشور در نظر گرفته شوند، جدی تر می باشند. اکنون کشورهای رو به پیشرفت متوجه شده اند که باید اقداماتی نمایند تا از (همه گیری) بیماری های غیر واگیر که احتمال می رود همراه با پیشرفت اقتصادی و بهداشتی به وجود آید، پرهیز شود.

عوامل خطر مربوط به بیماری های غیر واگیر

بیشتر اپیدمیولوژیست ها می پذیرند که شش مجموعه ی کلیدی (عوامل خطر) در ابتلا و میرایی زودرس از بیماری های غیر واگیر در بزرگ سالان سهیم هستند، عبارتند از:

۱ - کشیدن سیگار و سایر اشکال دخانیات

۲ - اعتیاد به مشروبات الکلی

۳ - نارسایی یا ناتوانی در دسترسی به خدمات بهداشتی برای پیشگیری (مانند مراقبت از پرفشاری خون، تشخیص به موقع سرطان

و درمان بیماری قند)

۴ - دگرگونی های سبک زندگی (مانند الگوی غذایی و فعالیت بدنی)

۵ - عوامل خطر زیست محیطی مانند خطرات شغلی، آلودگی آب و هوا و اثرات سلاح های نابود کننده

۶ - عوامل مربوط به استرس

وجود خلاء دانش بشری در سیر طبیعی بیماری های مزمن و غیر واگیر

در دانش ما درباره سیر طبیعی بیماری های مزمن وجود دارد که موجب دشواری های سبب شناختی، پژوهشی و کاوشی در مورد بیماری های مزمن می شوند. این کمبودها عبارتند از:

الف) نبودن یک عامل بیماری زای معلوم



در حالی که برخی از بیماری های مزمن منبع معلوم دارند (مانند سیلیسیوم در بیماری سیلیکوز و پنبه ی نسوز در مزوتلیوما) عامل سببی بسیار دیگری از بیماری های مزمن ناشناخته است. ناشناخته بودن عامل سببی هم تشخیص و هم پیشگیری اختصاصی از این بیماری ها را دشوار می نماید.

ب) چند عاملی بودن علت بیماری های مزمن

بسیاری از بیماری های مزمن علل متعدد دارند و به ندرت رابطه ی یک به یک ساده در مورد علت اثر وجود دارد. با توجه به ناشناخته بودن عامل بیماریزا اصطلاح (عامل (های) خطر) برای بیان عوامل معینی که در سابقه ی شخصی یا به علت سبک زندگی احتمال بروز بیماری مزمن را بیش تر می کنند، به کار می رود. گذشته از این به نظر می رسد که بیماری های مزمن در نتیجه اثرات تجمعی عوامل خطر باشند. عوامل خطر می توانند زیست محیطی و یا آن که مربوط به رفتار یا سرشتی باشند. اپیدمیولوژی در شناسایی عوامل خطر بیماری های مزمن سهم بسیار داشته و بسیاری از عوامل خطر بیماری های مزمن دیگر هم هنوز باید شناسایی و ارزشیابی شوند.

ج) دوره ی پنهانی طولانی

یک مانع دیگر در شناخت سیر طبیعی بیماری مزمن، وجود دوره ی پنهانی (یا کمون) طولانی بین نخستین مواجهه با (عامل سببی مشکوک) و بروز نهایی بیماری (مثلاً سرطان گردن رحم) است، که پیوند دادن عامل سببی مشکوک (وقایع قبلی) با پی آمد مانند رابطه ی احتمالی بین مصرف قرص های خوراکی جلوگیری از بارداری و بروز سرطان گردن رحم را دشوار می نماید. برای غلبه بر این دشواری برای یافتن ضایعات پیش ساز به عنوان مثال در ایجاد سرطان گردن رحم، سرطان دهان و سرطان معده، پژوهش هایی به عمل آمده است ولی این کار در همه ی بیماری های مزمن مقدور نیست. با وجود این اکنون به طور روز افزونی آشکار می شود که عوامل مساعد کننده ی بروز بیماری مزمن بیش تر اوقات از اوایل زندگی و سال ها قبل از آشکار شدن بیماری مزمن وجود دارند، مانند پرفشاری خون، دیابت، سکتی مغزی و ...

د) شروع نامشخص

شروع و پیشرفت بسیاری از بیماری های مزمن نامعلوم است و مرز بین وضعیت بیماری و غیر بیماری را به دشواری می توان اثبات کرد (مانند دیابت و پرفشاری خون). در بسیاری از بیماری های مزمن (مانند سرطان) فرآیند بیماری شناختی مربوطه مدت ها پیش از تظاهرات خود بیماری برقرار شده و هنگامی که بیمار در جستجوی مشاورات پزشکی بر می آید ممکن است ضایعه ی حاصله بازگشت ناپذیر و یا درمان آن دشوار باشد.

پیشگیری از بیماری های مزمن

پیشگیری از بیماری های مزمن بر پایه آگاهی از چند عاملی بودن علت آنها و بنابراین مستلزم مجموعه ای از مداخلات است. پیش از این به نظر می رسید که پیشگیری نوع سوم تنها راه احتمالی جلوگیری از بروز نقص عضو بعدی یا بروز مرگ زودرس است ولی اکنون با شناخت عوامل خطر، فعالیت های ارتقای بهداشت با هدف پیشگیری اولیه، بیش از پیش در مبارزه با بیماری های مزمن به کار می روند (مانند حذف یا کاهش عوامل خطر و تغییر در الگوی سبک زندگی)

دانش کنونی نشان می دهد که بیماران مزمن به طیف گسترده ای از خدمات نیاز دارند. مانند بیماریابی از طریق غربالگری و معاینات بهداشتی، کاربرد روش های دقیق تشخیصی، درمانی و بازتوانی، مبارزه با آلودگی آب، هوا و مواد خوراکی، کاستن از آسیب ها، اثر گذاشتن بر الگوهای رفتاری و سبک زندگی انسان از طریق آموزش فشرده و بالا بردن استاندارد موسسات مراقبت پزشکی و ایجاد و به کار گیری روش های بهتر مراقبت های جامع پزشکی از جمله خدمات بهداشتی اولیه. در مواردی مانند مبارزه با مصرف دخانیات، مبارزه با مصرف مشروبات الکلی و اعتیاد دارویی به جنبه های سیاسی هم نیاز هست و برای این کار باید مجموعه ی نیازهای پزشکی و اجتماعی بیماران مزمن به عنوان یک کلیت و همواره در رابطه با خانواده و جامعه در نظر گرفته شوند.



دیابت

مقدمه

بیماری دیابت یکی از بیماری های شایع، قابل کنترل و مزمن است. این بیماری در صورت عدم کنترل مطلوب منجر به عوارض زودرس و دیررس مهمی می شود.

بیمار دیابتی با خود مراقبتی می تواند نقش بسیار مهمی در کنترل بیماری دیابت و پیشگیری از بروز عوارض آن ایفا نماید. خود مراقبتی بیماران دیابتی موجب ارتقا کیفیت زندگی و کاهش هزینه های ناشی از ابتلا به این بیماری می شود.

خودمراقبتی در دیابت یعنی این که بیمار توانمندی داشته باشد و مسئول باشد که رفتارهای سالمی در زندگی روزمره داشته باشد. ایجاد این توانمندی در بیمار از وظایف کارشناس خودمراقبتی و یا پرستار آموزش دیابت به شمار می رود.

مطالعات نشان داده اند که ۷ رفتار در بیماران دیابتی می تواند منجر به بهبود پیامدهای بیماری شده و زندگی سالم و بهتری را برای آنان به ارمغان آورد. آن رفتارها عبارتند از: داشتن تغذیه سالم، فعالیت بدنی کافی، اندازه گیری مستمر ساختاریافته قند خون، مصرف درست داروهای تجویز شده، مهارت حل مشکلات و مدیریت استرس و مهارت در کاهش خطر بروز عوارض دیابتی.

اهداف تالیف این برنامه

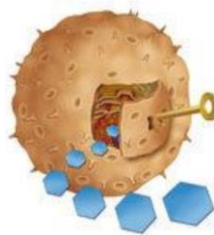
- ✓ با بیماری دیابت، انواع آن و عوارض ناشی از آن آشنا می شود.
- ✓ عوارض زودرس و دیررس بیماری را می آموزد.
- ✓ راه های پیشگیری و کنترل از هیپوگلیسمی (افت قندخون) را فرا می گیرد.
- ✓ راه های پیشگیری و کنترل از هیپرگلیسمی (افزایش قندخون) را می آموزد.
- ✓ با انواع درمان های دیابت آشنا می شود.
- ✓ اصول تغذیه سالم را یاد می گیرد.
- ✓ اهمیت نقش فعالیت بدنی کافی در کنترل دیابت را درک می کنند.
- ✓ مراقبت از پاها و پیشگیری از مشکلات آن را یاد می گیرند.
- ✓ اندازه گیری قندخون ساختار یافته را می آموزند.
- ✓ مراقبت از خود در روزهای ناخوشی را یاد می گیرند.
- ✓ به اهمیت ترک سیگار پی می برند.
- ✓ نحوه مصرف داروها را می آموزند.
- ✓ به اهمیت بهداشت دهان و دندان پی می برند.



تعریف و طبقه بندی بیماری دیابت

بیماری دیابت چیست؟

بیماری دیابت، بیماری شایع، قابل کنترل و مزمن می باشد. مواد غذایی بعد از مصرف در بدن به صورت قند (گلوکز) درمی آید و از این قند برای تولید انرژی استفاده می شود. انسولین هورمونی است که در بدن از غده لوزالمعده (پانکراس) ترشح شده و موجب ورود قند به سلول و استفاده از آن می شود. (انسولین مثل کلید برای سلول عمل می کند) اگر انسولین کم باشد و یا نتواند خوب کار کند، قند وارد سلول نشده و سلول گرسنه می ماند و در نتیجه کار بدن دچار اشکال می شود، از طرفی قند خون بالا رفته و قند خون بالا میتواند مانند سم عمل کرده و به سلولها و بافتهای بدن آسیب برساند.



تصویر ۱: انسولین همچون کلید در سلول را باز کرده و اجازه می دهد که قند وارد آن شده و مورد استفاده سلول قرار گیرد.

انواع دیابت کدامند؟

۳ نوع عمده دیابت وجود دارد:

۱. دیابت نوع ۱
۲. دیابت نوع ۲
۳. دیابت بارداری

دیابت نوع ۱

در این نوع بیماری، بدن نمی تواند انسولین تولید کند و یا بسیار کم تولید می کند، به همین دلیل در این نوع دیابت، حتما باید انسولین تزریق شود تا نیاز بدن تامین گردد. لازم به ذکر است که انسولین از هورمون های حیاتی بدن است.

دیابت نوع ۲

در این نوع بیماری، بدن به مقدار کم انسولین تولید می کند و یا بدن می تواند به طور کامل از انسولین تولید شده استفاده کند (مقاومت به انسولین). در اغلب این بیماران نیاز به مصرف قرص های پایین آورنده ی قندخون و در تعدادی از آنها نیز نیاز به مصرف انسولین وجود دارد.

دیابت بارداری

دیابت بارداری به شرایطی گفته می شود که افزایش قند خون برای اولین بار، در طی دوران بارداری دیده شود.



دیابت بارداری، تقریباً در ۴ درصد از بارداری ها بروز می کند.

دیابت، به طور کلی، می تواند روی رشد و نمو جنین در طی بارداری اثر داشته باشد. در اوایل بارداری، دیابت مادر می تواند منجر به بروز نقص های مادرزادی و افزایش خطر سقط جنین گردد. ناهنجاری های مادرزادی، در قلب شایع است. در طی سه ماهه دوم و سوم بارداری، دیابت مادر می تواند منجر به تغذیه و رشد زیاد از حد کودک گردد. داشتن نوزاد بزرگ و با وزن بالا، خطر زایمان های سخت را افزایش می دهد؛ مثلاً نوزادهای بزرگ اغلب برای تولد نیاز به عمل سزارین دارند و اگر به طور طبیعی متولد شوند، خطر آسیب به ناحیه شانه آنها وجود دارد و وزن بالای نوزاد همچنین باعث تاخیر در زمان زایمان و خطرات کمبود اکسیژن برای مغز نوزاد می شود.

به علاوه وقتی جنین بیش از حد تغذیه گردد و در نتیجه به دنبال آن سطح انسولین خونش افزایش یابد، پس از زایمان، احتمال افت شدید قند خون در نوزاد وجود دارد، زیرا دیگر آن مقادیر بالای قند را از خون مادر دریافت نخواهد کرد و نوزاد نیاز به درمان اورژانسی دارد.

عوامل خطر بروز دیابت نوع ۲



چاقی و فعالیت بدنی ناکافی از عوامل خطر مهم بروز دیابت نوع ۲ هستند.

- اضافه وزن و چاقی
- فشارخون بالا
- اختلال چربی های خون
- زندگی کم تحرک (فعالیت بدنی ناکافی)
- مصرف دخانیات
- سن

عوامل خطر بروز دیابت بارداری

بسیاری از زنانی که دیابت بارداری در آنها بروز می کند، هیچ یک از عوامل خطر شناخته شده ابتلا به دیابت بارداری را ندارند.

- سن بالای ۲۵ سال
 - داشتن اضافه وزن قبل از بارداری
 - سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت (اگر مادر و پدر یا برادر و خواهر شما دیابت داشته باشند)
 - سابقه تولد نوزاد بیش از ۴ کیلوگرم در گذشته
 - سابقه تولد نوزاد مرده در گذشته
 - سابقه ابتلا به دیابت بارداری در بارداری قبلی میزان خطر دیابت بارداری را در دفعه بعد ۲ تا ۳ برابر می نماید
 - وجود قند در ادرار
 - اختلال تحمل گلوکز و اختلال در گلوکز ناشتا (در این شرایط قند خون بالا است، ولی به حدی بالا نیست که بتوان آن را دیابت در نظر گرفت. به این حالت مرحله پیش از دیابت گفته می شود)
- در صورت کنترل مطلوب بیماری دیابت، بیمار می تواند زندگی طبیعی داشته و دچار عوارض دیابت نشود. کنترل مطلوب بیماری دیابت با رعایت موارد زیر به دست می آید:

۱. تغذیه سالم و مناسب
۲. فعالیت بدنی کافی
۳. داشتن وزن مناسب



۴. نگهداری قندخون در حد مطلوب

۵. اندازه گیری قندخون ساختاریافته

۶. مصرف داروهای تجویز شده به درستی

در صورت عدم کنترل مناسب بیماری دیابت عوارض متعددی برای بیمار ایجاد خواهد شد.

عوارض بیماری دیابت کدامند؟

عوارض دیابت را می توان به دو نوع "عوارض زودرس" و "عوارض دیررس" تقسیم نمود.

عوارض زودرس

عوارض زودرس دیابت شامل موارد زیر هستند:

هیپوگلیسمی (کاهش قند خون به ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر و کمتر)

هیپوگلیسمی ممکن است به علت مصرف زیاد انسولین یا قرص های پایین آورنده قند خون، کم خوردن یا حذف یک وعده غذای اصلی و یا میان وعده و فعالیت بدنی زیاد ایجاد شود.

علائم هیپوگلیسمی شامل احساس ضعف یا گرسنگی، رنگ پریدگی، عرق سرد، تپش قلب، سرگیجه، گیجی، خواب آلودگی و در موارد شدید بیهوشی است.

اقدام لازم:

❖ اگر بیمار بیهوش نشده باشد باید به وی چند حبه قند یا یک ماده غذایی شیرین بدهید.

❖ اگر بیمار بیهوش باشد، باید وی را در وضعیتی قرار دهید که راه تنفسی او باز باشد. در حالت بیهوشی هیچ ماده غذایی نباید از طریق دهان داده شود و بلافاصله او را به اورژانس انتقال داده و یا از مرکز اورژانس کمک بخواهید.

هیپرگلیسمی (افزایش قند خون بیش از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر در قبل از ناشتا و بیش از ۱۸۰ میلی گرم،

۲ ساعت بعد از غذا خوردن)

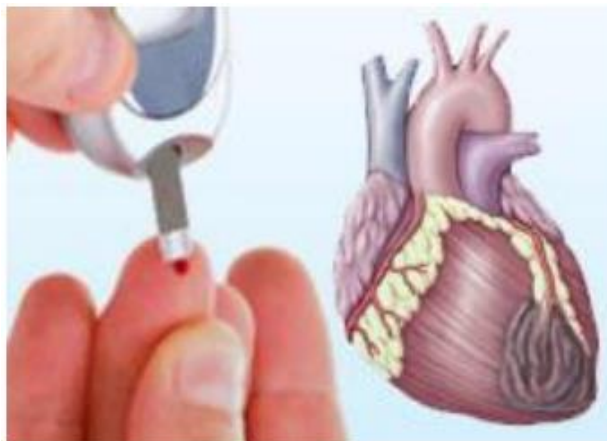
به دلیل پرخوری و یا مصرف ناکافی داروهای پایین آورنده قند خون ایجاد می شود.

عوارض دیررس

عوارض دیررس دیابت بتدریج و در صورت عدم کنترل قند خون بالا بوجود می آیند. مهم ترین عوارض به شرح زیر است:

عوارض قلبی عروقی

عوارض قلبی عروقی شامل افزایش فشارخون و افزایش احتمال سکته های قلبی و مغزی است.



با کنترل مطلوب قند خون می توان از بروز مشکلات قلبی - عروقی پیشگیری کرد.



عوارض عصبی

عوارض عصبی از عارضه های طولانی مدت دیابت است که معمولاً نیمی از افراد دیابتی از این عارضه رنج می برند. این عوارض به صورت های مختلف بروز می کنند از جمله:

- مورمور شدن، درد، بیحسی یا ضعف در دست و پاها
- مشکلات گوارشی مانند احساس پری شکم، تهوع، استفراغ، اسهال و یبوست
- مشکلات ادراری
- مشکلات جنسی مانند بی میلی جنسی
- سرگیجه و غش کردن
- از دست رفتن حس درد به طوری که حتی در حملات قلبی فرد ممکن است درد را حس نکند.
- افزایش یا کاهش تعریق
- دوبینی و یا فلج یک طرف صورت

عوارض کلیوی

در سیر بیماری دیابت و عدم کنترل مطلوب آن، احتمال آسیب به کلیه ها زیاد است به طوری که قادر به تصفیه کامل خون نبوده و مواد زاید در بدن تجمع پیدا می کنند و در صورت عدم درمان مناسب، کلیه ها به سمت نارسایی پیش می روند و حتی ممکن است نیاز به دیالیز و پیوند کلیه ایجاد شود.

میزان قند خون، ژنتیک و فشارخون در بروز این عارضه موثر هستند. بنابراین هرچه کنترل قند و فشارخون بهتر باشد، احتمال بروز این عارضه کمتر می شود. نشانه ها و علائم این عارضه خیلی دیر خود را نشان می دهند و گاه خیلی هم اختصاصی نیستند؛ مانند ورم کردن پاها و زیر چشم ها، اختلال شدید خواب، کم اشتها، احساس ناراحتی در معده و ضعف و اختلال تمرکز.

مشکلات چشمی

همان طور که گفته شد، دیابت به عروق صدمه می زند و عروق چشمی هم از این قاعده مستثنا نیستند. بنابراین ممکن است آب سیاه (گلوکوم)، کدورت عدسی (آب مروارید) و اختلالات عروقی شبکیه (رتینوپاتی)، خونریزی در شبکیه چشم و حتی کم بینایی و نابینایی بروز کند.

مشکلات اندام تحتانی

مشکلات و عوارض ایجاد شده در پا به وسیله دیابت به حدی است که از این عارضه به عنوان پای دیابتی یاد می شود. این عارضه معمولاً وقتی ایجاد می شود که مشکلات عصبی در پا رخ داده باشد که به کاهش حس در پا منجر می شود، در واقع در اثر کاهش حس، فرد دیابتی متوجه بروز زخم ها و ضربات وارده بر پاهای خود نمی شود و در صورت غفلت این زخم گسترش می یابد. از طرفی آسیب عصبی موجب تغییر در ظاهر پاها و انگشتان فرد دیابتی می شود که این امر به افزایش در معرض آسیب قرار گرفتن پاها می انجامد. از طرفی دیابت موجب خشک شدن و ترک خوردگی پوست پا می شود. اگر زخمی در پا ایجاد شود دیرتر از زخم پای افراد سالم خوب می شود و دلیل آن هم کاهش و کندی جریان خون در افراد دیابتی است که بهبود زخم را به تاخیر می اندازد.



ایجاد زخم در پای بیماران دیابتی یکی از عوارض جدی و خطرناک عدم کنترل مطلوب دیابت است.

مدیریت بیماری دیابت

مدیریت انواع بیماری دیابت بر چند محور استوار است. اصلاح روش زندگی و درمان های دارویی. در مدیریت بیماری دیابت، حداقل، یک تیم متشکل از پزشک، پرستار، مراقب سلامت، کارشناس تغذیه و خود بیمار فعالیت می کنند. خودمراقبتی یکی از محورهای مهم کنترل و پیشگیری از عوارض بیماری دیابت است.

مدیریت دیابت بارداری

در مرحله اول باید به زن مبتلا به دیابت بارداری رژیم غذایی مناسب داده شود و در ارتباط با رعایت آن باید تاکید شود.

- ❖ فعالیت بدنی مناسب یکی دیگر از اصول درمانی است و با توجه به شرایط زن باردار طراحی می شود. بهترین فعالیت بدنی برای زن باردار پیاده روی است که باید حدود ۳۰ دقیقه در روز باشد. شنا کردن و انجام نرمش های سبک هم مناسب هستند.
- ❖ در صورتی که به هر علتی زن باردار نباید راه برود و یا قادر به راه رفتن نیست، می تواند از ورزش بالاتنه (تکان دادن ریتمیک دست ها) حداقل ۵۰۰ بار در روز، سود برد.
- ❖ بسیاری از زنان مبتلا به دیابت بارداری نیازی به دارو درمانی ندارند. اما اگر با رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی مناسب، قند خون ها به حد مطلوب نرسید از انسولین درمانی کمک گرفته می شود.
- ❖ اندازه گیری قند خون در منزل با گلوکومتر بر اساس دستور پزشک ضروری است و نتایج باید به کارشناس مراقب سلامت و یا پزشک اطلاع داده شود تا بر اساس آن اقدامات لازم انجام پذیرد.
- ❖ معمولاً اندازه گیری قند خون در زمان های قبل از صبحانه و ۲ ساعت بعد از مصرف غذا در وعده های اصلی توصیه می شود. در بعضی از موارد قبل از خواب نیز چک می گردد.
- ❖ سلامت جنین باید بطور منظم بررسی شود.
- ❖ زن مبتلا به دیابت بارداری شانس بیشتری برای ابتلا به فشارخون بالا دارد. در نتیجه اندازه گیری فشارخون در هر ویزیت ضروری است.
- ❖ زن مبتلا به دیابت بارداری در موارد زیر باید به طور اورژانس ویزیت شود:
 - کم شدن تحرک و یا عدم تحرک جنین
 - اختلال دید
 - تشنگی بیش از حد
 - تهوع و استفراغ
 - هرگونه آب ریزش، لکه بینی و خونریزی واژینال
- ❖ این بیماران باید ۶ هفته پس از زایمان (درآمدن از چله) از نظر قند خون و ابتلا به دیابت مورد بررسی قرار گیرند.



❖ زنان با سابقه ابتلا به دیابت بارداری شانس بالایی برای ابتلا به دیابت آشکار در سال های بعد از زایمان دارند. برای پیشگیری از بروز دیابت باید رژیم غذایی سالم را رعایت کنند، وزن ایده آل داشته باشند و فعالیت بدنی کافی انجام دهند.



فعالیت بدنی

انجام فعالیت بدنی هر چند کم بهتر از عدم انجام آن است و می تواند به سوختن کالری بیشتر کمک کند و موجب بهبود در وضعیت جسمانی شود. باید انجام فعالیت بدنی بخشی از زندگی روزمره باشد.

نکات ایمنی هنگام ورزش

- حتما از کفش و لباس مناسب استفاده شود.
- حتما مقادیر کافی آب و مایعات بدون قند نوشیده شود.
- قند خون پیش و پس از ورزش اندازه گیری شود.
- ۱۰-۵ دقیقه در ابتدا و انتهای هر جلسه ورزش به "گرم کردن" و "سرد کردن" بدن اختصاص داده شود.
- اگر قند خون پیش از ورزش کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بود، حتما یک واحد کربوهیدرات میل شود.
- اگر قند خون بیش از ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بود نباید ورزش کرد.
- حتما مواد قندی با خود داشته باشد که در صورت افت قند خون مصرف شود.
- هیچ گاه در حال گرسنگی به ورزش پرداخته نشود.
- پس از ورزش، پاها و بین انگشتان از نظر قرمزی و تاول بررسی شوند.

اصول برنامه ورزشی

در برنامه ورزشی باید به ۴ اصل توجه کرد:

۱. **دفعات:** حداقل ۵ بار در هفته باید ورزش کرد.
۲. **شدت:** شدت ورزش باید طوری باشد که به راحتی بتوان صحبت کرد.
۳. **زمان:** در افراد مبتدی باید ۱۰-۵ دقیقه در هر جلسه شروع و بتدریج زمان را افزایش داد.
۴. **نوع ورزش:** ورزشی باید انتخاب شود که برای انجام دهنده لذت بخش باشد.



پیاده روی یکی از بهترین ورزش ها برای افراد دیابتی است.

**مصرف داروهای تجویز شده**

انواع مختلفی از داروها برای بیماران دیابتی تجویز می شود (انسولین، قرص های پایین آورنده قند خون، آسپرین، داروهای تنظیم کننده فشارخون بالا و چربی های خون و....)

باید به بیماران نام داروهای مصرفی، مقدار مصرف، علت مصرف، زمان مصرف، عوارض جانبی احتمالی اقدام لازم در صورت فراموشی دارو و هر گونه توصیه مربوط به دارو را آموزش داد.

بعضی از داروها با داروهای دیگر تداخل دارند. به بیمار توصیه کنید که اگر به پزشک دیگری مراجعه می کند، حتما لیست داروهای مصرفی خود را به وی نشان دهد تا از تجویز داروهایی که با هم تداخل دارند اجتناب شود.

مصرف قرص های خوراکی پایین آورنده قند خون

قرص های خوراکی پایین آورنده قند خون را می توان به ۴ گروه اصلی تقسیم کرد:

۱. داروهایی که موجب افزایش ترشح انسولین از لوزالمعده می شوند.
 ۲. داروهایی که موجب کاهش تولید قند در کبد می شوند.
 ۳. داروهایی که موجب کاهش جذب قند از روده ها می گردد و به این ترتیب نقش مهمی در کاهش قند خون بعد از غذا دارند.
 ۴. داروهایی که باعث کاهش مقاومت بدن به انسولین می شوند.
- پزشک بر اساس شرایط بیمار از این داروها استفاده می کند.

دانستنی هایی در ارتباط با قرص های خوراکی پایین آورنده قند خون

- ✓ قرص های خوراکی پایین آورنده قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ استفاده می شوند.
- ✓ بیمار باید نام داروها، روش استفاده (پیش و یا پس از غذا میل شدن دارو) و عوارض احتمالی داروهای مصرفی را یاد بگیرد.
- ✓ هیچ گاه نباید سرخود دوز دارو را کم، زیاد و یا قطع کرد.
- ✓ بعلاوه باید به بیمار تذکر داد که همراه داشتن لیست داروهای مصرفی در هر ویزیت پزشک ضروری است.
- ✓ بهترین نتیجه درمانی از مصرف قرص های خوراکی پایین آورنده قند خون تنها هنگام انجام هم زمان فعالیت بدنی منظم، رعایت برنامه غذایی صحیح و در صورت لزوم کاهش وزن به دست می آید.
- ✓ مصرف قرص های خوراکی به معنی ترک انجام فعالیت بدنی منظم و عدم رعایت برنامه غذایی صحیح نیست چرا که در این صورت، استفاده از این قرص ها به تنهایی کمک کننده نخواهد بود.



- ✓ هنگام مراجعه به هر پزشکی، بیمار باید ابتلا به دیابت و نیز نام داروهایی که مصرف می کند را به پزشک بگوید. زیرا بسیاری از داروها ممکن است اثرات نامطلوبی بر روی کنترل دیابت داشته باشند و یا اثرات قرص های مصرفی را کم یا زیاد کنند. (بهتر است لیستی از داروهای مصرفی بیمار و مقدار مصرف آنها تهیه و در ویزیت ها همراه وی باشد).

**مصرف انسولین**

امروزه روش های گوناگون و متعددی برای تزریق انسولین وجود دارد، مانند سرنگ، قلم و پمپ انسولین. در میان روش های ذکر شده در بالا، عملکرد پمپ انسولین بیش از سایرین قادر به شبیه سازی عمل لوزالمعده بوده و برای برخی از دیابتی های نوع ۱ مناسب است. این دستگاه الکترونیکی به یک لوله باریک و سوزنی در انتهای آن متصل است. انسولین داخل دستگاه از مسیر لوله و توسط سوزن باریکی که در زیر پوست شکم قرار دارد، به درون بدن تزریق می شود. آنچه که پمپ انسولین را بسیار شبیه به لوزالمعده می کند آن است که این دستگاه همواره مقدار مشخصی از انسولین را، به طور مداوم و آهسته، به عنوان دوز پایه در زیر پوست تزریق می کند. پیش از مصرف هر وعده غذایی، استفاده کننده پمپ می تواند دستگاه را برای تزریق مقدار مشخصی انسولین سریع الاثر تنظیم کرده و از بالا رفتن قند خون بعد از غذای خود جلوگیری کند. میزان انسولین تزریقی پمپ در طول روز، بر حسب نیاز مصرف کننده، قابل تنظیم و تغییر می باشد.

تفاوتی ندارد که از چه روشی برای تزریق انسولین استفاده می کنید، فقط باید مطمئن باشید که تزریق خود را در محل انجام می دهید که میزان مناسبی از چربی در زیر پوست قرار دارد. تزریق انسولین به صورت زیر جلدی (زیر پوستی) و اغلب بدون هیچ گونه درد و یا سوزشی انجام می شود.

سرعت جذب انسولین، به محل تزریق بستگی دارد. به طور مثال جذب انسولین تزریق شده بر روی ران ها کندتر از ناحیه شکم صورت می گیرد. توصیه می شود از تزریق انسولین در یک ناحیه ثابت که موجب ایجاد توده های چربی در زیر پوست و مانع از جذب به موقع انسولین می گردد، خودداری کنید و محل تزریق را به صورت گردشی عوض نمایید.

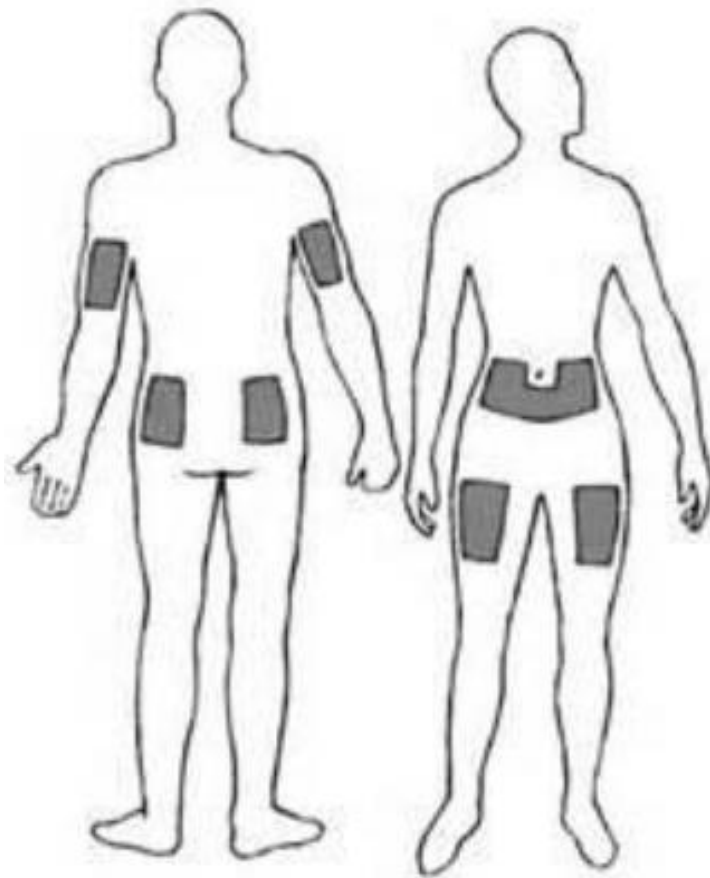
**شرایط نگهداری انسولین**

- همیشه باید انسولین را طبق آنچه که در بروشور داخل جعبه ذکر شده است، نگهداری کرد.
- حرارت بسیار بالا می تواند از تأثیر انسولین بکاهد، به همین دلیل، نباید ویال ها در معرض نور مستقیم خورشید قرار گیرند.
- پس از باز شدن درب ویال ها، حتماً در یخچال نگهداری شوند.
- باید از یخ زدگی انسولین جلوگیری شده و هرگز نباید در سردخانه یخچال و یا فریزر قرار داده شوند.
- در زمان مسافرت (در هوای گرم و یا سرد)، ویال های انسولین تان را باید در جایی، به طور مثال در داخل کیف دستی و در شرایطی متعادل نگهداری نمود تا در معرض تغییرات دمایی شدید نباشند.
- چنانچه از انسولین NPH استفاده می شود، پیش از تزریق ویال آن را در کف دستتان به آرامی غلطانیده شود و به هیچ وجه محکم تکان داده نشود. تکان های شدید، ساختار انسولین را از بین برده، آن را لخته لخته کرده و از تأثیرات آن می کاهد.
- اگر در ویال انسولین رگولار توده های کریستالی و یا کدورتی مشاهده کردید از مصرف آن خودداری شود. انسولین رگولار تنها در شرایطی قابل استفاده است که کاملاً شفاف باشد.
- به تاریخ انقضا درج شده بر روی انسولین دقت شود. انسولین های تاریخ گذشته بی اثر بوده و قند خون را پایین نمی آورند.
- اگر انسولین به نظر سالم می رسد، اما قندخون را پایین نمی آورد، باید آن را دور انداخته و انسولین جدیدتری را جایگزین آن کرد.



انسولین را با سرنگ و قلم می توان تزریق نمود.

محل تزریق انسولین



محل های مناسب برای تزریق انسولین



کاهش خطر بروز عوارض دیابتی

نکات مهم در مراقبت از پاها در بیماران دیابتی

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

- بی حسی و کرختی پا
 - عفونت و دیر بهبود یافتن زخم و جراحتهای پا
- بنابراین رعایت نکته‌های ذیل در حفظ بهداشت پای افراد مبتلا به دیابت بسیار مهم است:
- ✓ هر روز پاهای خود را با آب ولرم و صابون بشویند و بین انگشتان خود را با حوله نرم خشک کنند.
 - ✓ ناخن‌های پا را کوتاه نگه دارند و باید ناخن را به طور مستقیم گرفته و کنار ناخن را نگیرند. ناخن نباید از ته گرفته شود و در صورتی که دید بیمار مشکل داشته باشد، شخص دیگری ناخن‌هایش را بگیرد.
 - ✓ جوراب خود را روزانه عوض کرده و از جوراب نخی و ضخیم استفاده کند.
 - ✓ از کفش راحت، پاشنه کوتاه و پنجه پهن استفاده کند.
 - ✓ در خانه از کفش راحتی و دمپایی استفاده کنند و برای جلوگیری از جراحتهای احتمالی پا، با پای برهنه در منزل راه نروند.
 - ✓ پاهای خود را روزانه از نظر وجود قرمزی، تورم، تغییر رنگ، زخم، ترک‌خوردگی و ترشح اطراف ناخن بررسی کنند و برای این منظور و مشاهده کف پا می‌توانند از آینه استفاده نمایند.



- ✓ از نزدیک کردن پای خود به آتش، بخاری، شوفاژ و هر وسیله گرمایی دیگر خودداری کنند.
- ✓ داخل کفش قبل از پوشیدن چک شود.
- ✓ هنگام ورزش از کفش مناسب استفاده شود.
- ✓ پوشیدن دمپایی بندی و یا کفش پشت باز می‌تواند مشکل آفرین باشد.
- ✓ همیشه عصر و شب برای خریدن کفش اقدام شود. زیرا در این زمان پا در بزرگ‌ترین حالت خود است و فرد می‌تواند کفش مناسب پای خود را خریداری کند.
- ✓ کفش جلو پهن انتخاب شود تا انگشتان فضای کافی داشته باشند.
- ✓ کف کفش باید کلفت و راحت باشد که ضربه را از زمین به پا منتقل نکند.
- ✓ پاشنه کفش نباید خیلی کوتاه و یا بلند باشد. (پاشنه ۱/۵ تا ۳ سانت مناسب است).



کنترل مطلوب چربی های خون

بیماران دیابتی شانس بیشتری برای ابتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی های خون دارند. حداقل سالی یک بار باید چربی های خون بیماران دیابتی اندازه گیری شود و در صورت نیاز تحت درمان های غیردارویی (تغذیه مناسب، فعالیت بدنی کافی، قطع مصرف دخانیات و الکل) و در صورت نیاز دارویی قرار گیرد.



قطع مصرف دخانیات در پیشگیری از عوارض دیررس دیابت نقش مهمی دارد.

کنترل مطلوب فشارخون

فشارخون بیماران دیابتی باید در هر ویزیت پزشک اندازه گیری شود. در صورت غیرطبیعی بودن، باید بیمار تحت درمان های غیردارویی و اگر نیاز بود دارویی قرار گیرد و مراقبت های لازم در این خصوص اعمال شود. در بیماران دیابتی که فشارخون بالا دارند بهتر است آموزش داده شده و در منزل نیز فشارخون خود را اندازه گیری کرده و در دفترچه ای ثبت و به کارشناس مراقب سلامت خانواده و یا پزشک اطلاع دهند.



اندازه گیری فشارخون در هر ویزیت ضروری است.

معاینات چشمی

مراجعه در فواصل زمانی مناسب برای معاینه چشمها. مراجعه به پزشک معالج در صورت تاری دید، دوبینی، کاهش بینایی، افتادگی پلک و دیگر مشکلات چشمی. حداقل سالی یک بار باید معاینات کامل چشم در بیماران دیابتی انجام شود و در صورت عدم کنترل مطلوب قند خون امکان بروز آب مروارید، خونریزی در شبکیه و آب سیاه بالاست. خونریزی در شبکیه می تواند منجر به کاهش بینایی و یا نابینایی شود.



عدم کنترل مطلوب قندخون می تواند منجر به خونریزی در شبکیه چشم شود.



بهداشت و مشکلات دهان و دندان در دیابت

افراد دیابتی مستعد ابتلا به بیماری دهان، دندان و لثه هستند. وجود قند بالا در بزاق بیماران دیابتی و اختلال در پاسخهای سلولهای دفاعی بدن، زمینه برای ابتلا به عفونتهای مختلف از جمله قارچی فراهم است و میزان مشکلات دهان و دندان در این بیماران بیشتر است.

علائم مشکلات دهان و دندان در بیماران دیابتی می تواند به شرح زیر باشد:

- ترک گوشه لبها در اثر کاهش ترشح بزاق و خشکی دهان
- قرمزی شدید مخاط دهان، احساس درد و سوزش زبان و مخاط دهان
- تغییر حس چشایی
- وجود ضایعات قارچی شکل زبان
- کنگره کنگره شدن جای دندانها در کنار زبان
- بزرگی زبان، ضخیم و شیاردار شدن آنها
- خونریزی لثه
- قرمزی شدید و تورم لثهها
- افزایش حساسیت دندانها به ضربه، به ویژه در ناحیه اتصال لثه به دندان
- لق شدن دندان
- بوی بد دهان
- ضربان دار شدن لثه
- درد دندانی بدون وجود پوسیدگی
- تخریب مینای دندان و افزایش پوسیدگی دندانها
- زخم در حفره دهانی

توصیه های لازم در بهداشت دهان و دندان برای بیماران دیابتی

- ❖ رعایت رژیم غذایی مناسب و مصرف وعده های اصلی و میان وعده ها طبق توصیه کارشناس تغذیه
- ❖ شستشوی مستمر دهان و دندانها و استفاده استاندارد از مسواک و نخ دندان
- ❖ آموختن مسواک زدن و نخ دندان کشیدن
- ❖ عدم مصرف سیگار و دیگر دخانیات
- ❖ مصرف آب کافی
- ❖ مصرف دهان شویه ها به طور مرتب
- ❖ مراجعه فوری به کارشناس دهان و دندان و یا دندانپزشک در صورت بروز هر کدام از علای بالا
- ❖ رعایت توصیه ها و انجام پیگیری های لازم دندانپزشکی تا بهبود کامل عارضه
- ❖ مراجعه به مرکز دندانپزشکی و معاینه از نظر سلامتی دهان و دندان (سالانه دو بار)



رعایت بهداشت دهان و دندان در حفظ سلامتی بسیار موثر است

مهارت حل مشکلات بیماری

روزهای ناخوشی

هنگامی که بیمار ناخوش است قند خون می تواند بالا برود و شرایط بیمار را بدتر کند. در این شرایط نباید خودسرانه مصرف داروهای تجویز شده کم و یا قطع شود، مگر این که پزشک دستور بدهد.

در دوران ناخوشی (مثلا ابتلای بیمار به سرما خوردگی، اسهال و استفراغ و ..) باید اقدامات زیر انجام شود:

- ❖ خودسرانه، مصرف داروهای تجویز شده کم و یا قطع نشود.
- ❖ قند خون حداقل ۴ بار در روز اندازه گیری شود.
- ❖ مقدار زیادی آب، چای کم رنگ و یا سایر نوشیدنی های بدون قند نوشیده شود.
- ❖ اگر بیمار در غذا خوردن معمولی مشکل دارد، هر ساعت ۱۵ گرم کربوهیدرات میل شود و یا هر ۳-۴ ساعت ۴۵-۵۰ گرم کربوهیدرات میل شود.
- ❖ مصرف داروی جدید حتما به دستور پزشک انجام شود. مثلا بعضی از شربت های ضد سرفه قند زیادی دارند. داروها باید مناسب افراد دیابتی انتخاب شوند.
- ❖ حتما بیمار توسط پزشک معاینه شود. بخصوص اگر:
 - ناخوشی بیش از ۲ روز طول کشید.
 - اسهال و استفراغ بیش از ۶ ساعت ادامه داشت.
 - اگر دو بار قند خون های چک شده از ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بالاتر و یا از ۷۰ کمتر بودند.
 - گیجی و عدم تعادل در ایستادن وجود داشت.



اندازه گیری مستمر و در زمان های مناسب در کنترل دیابت نقش موثری دارد.



بطور کلی، زندگی با بیماری های مزمن همچون دیابت می تواند بر جسم و روح و روان مبتلایان تاثیر بگذارد و آنان را دچار اندوه، بی حوصلگی، استرس و حتی افسردگی کند.

مبتلایان به دیابت در زمان ها و روزهای مختلف می توانند دچار تغییرات روحیه شده که کاملاً قابل انتظار است. مثلاً بعضی از روزها از مصرف داروها، کنترل مرتب قند خون، تزریق انسولین، رعایت رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی خسته و ناراضی باشند. باید بیمار را آگاه کرد که بروز این احساسات در آنان طبیعی است اما باید همچنان به کنترل بیماری شان ادامه دهند و نتیجه انجام آن کارها به سود خودشان خواهد بود.

احساسات منفی در رابطه با بیماری را می توان با انجام ورزش در پارک و یا در باشگاه های ورزشی، شرکت در مراسم مذهبی و اجتماعی، عضو شدن در گروه ها و انجمن های مربوط به بیماری، شرکت در کارهای عام المنفعه، پرداختن به سرگرمی های شادی آفرین و کارهای هنری، گردش و تفریح با اعضای خانواده و دوستان، انجام یوگا و ... کاهش داد و یا از بین برد.

شرکت در کلاس های آموزشی دیابت و دانستن بیشتر در ارتباط با این بیماری می تواند بیمار را در درک و کنترل بیماری توانمندتر کرده و از استرس وی بکاهد.

اگر علائم زیر در بیمار وجود دارد باید به مشاور و یا روانپزشک معرفی شود:

- ✓ بی رغبتی و نداشتن شوق برای انجام کارهای روزانه
 - ✓ اختلال خواب شبانه و خوابیدن بیش از حد در روز
 - ✓ عدم تمایل به خودمراقبتی و عدم همکاری با تیم درمانی
 - ✓ احساس شکست و ناتوانی در برابر بیماری دیابت
 - ✓ پنهان نگه داشتن ابتلا به بیماری دیابت از خانواده و دوستان
- باید قدرت "مثبت اندیشی" را به بیمار القا نمود و هر پیشرفتی، حتی بسیار کوچک، را به بیمار خاطر نشان کرد تا انگیزه خودمراقبتی در وی تقویت شود.



بیماری دیابت، شایع ترین بیماری ناشی از اختلال های متابولیک و چهارمین علت مرگ و میر در جوامع غربی است. بیماری زایی این عارضه، چه از نظر هزینه های درمان و چه به دلیل از کارافتادگی، بسیار بالا و یکی از عمده ترین مسایل بهداشتی - درمانی انسان ها است که با گسترش شهرنشینی و تغییر شیوهی زندگی به سوی بی تحرکی و تغذیه نامناسب، اهمیت بیشتری خواهد یافت.

طبقه بندی دیابت قندی - دیابت به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می شود:

۱- دیابت اولیه: به سه نوع زیر تقسیم می شود:

الف- دیابت نوع ۱

ب- دیابت نوع ۲

ج- دیابت بارداری

۲- دیابت ثانویه: مصرف داروها یا همراه با برخی بیماری ها و در شرایط خاص مثل اعمال جراحی، بیماری آکرومگالی، کوشینگ، اختلالات ژنتیک و ...

علائم و عوارض بیماری

علائم بیماری قند، ناشی از غلظت قند خون بالاتر از ۱۸۰ میلی گرم در دسی لیتر است که سبب ورود گلوکز به ادرار و دیورز اسموتیک می شود. افزایش حجم و دفعات ادرار، تشنگی، ضعف و خستگی، گرسنگی و ولع غذا خوردن، تاری دید و خارش پوست و واژن از شایع ترین علائم اولیهی بیماری قند هستند.

عوارض مزمن بیماری قند شامل سه دسته است:

- عوارض رگ های بزرگ (ماکروواسکولار): به صورت آترواسکلروز عروق کرونر قلب، بیماری عروق مغز و ابتلای رگ های محیطی دیده می شود.
- عوارض رگ های بسیار کوچک (میکروآنژیوپاتی): شامل نفروپاتی و رتینوپاتی دیابتی که شایع ترین و عمده ترین عوارض دیررس بیماری قند می باشند.
- عوارض مربوط به اعصاب: عوارض عصبی - عضلانی دیابت بیشتر به صورت منونوروپاتی یک یا چند تنه ی عصبی، پلی نوروپاتی متقارن محیطی، پلی نوروپاتی محیطی، نوروپاتی دیابتی اعصاب خودکار و آمیوتروپی دیابتی بروز می کند.

تشخیص بیماری

تشخیص دیابت نوع ۲ به سه طریق انجام می شود:

۱- غلظت قند پلاسمای سیاه رگی دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز مساوی یا بالاتر از ۲۰۰mg/dl



۲- غلظت قند پلاسمای سیاه‌رگی در یک نمونه‌ی اتفاقی (رندوم) مساوی یا بالاتر از 200 mg/dl همراه با علائم واضح دیابت

۳- غلظت قند پلاسمای سیاه‌رگی در دونوبت ناشتا مساوی یا بالاتر از 126 mg/dl

انجمن دیابت آمریکا^۲ مقادیر ناشتای قند خون (روش سوم) را به عنوان معیار تشخیصی توصیه می‌کند، زیرا عملی‌تر و مناسب‌تر است و قابلیت تکرار دارد. ضمن این‌که ارتباط آن را با افزایش خطر عوارض قلبی - عروقی بیشتر از سایر شاخص‌ها می‌داند.

سایر تعاریف در تشخیص دیابت:

- در صورتی که غلظت قند پلاسمای ناشتا بین 110 و 125 mg/dl باشد به آن «اختلال قند ناشتا^۳» می‌گویند.

- اگر غلظت قند دو ساعت پس از مصرف گلوکز بین 140 و 200 mg/dl باشد؛ «اختلال تحمل گلوکز^۴» نامیده می‌شود. در این گروه، زمینه ابتلا به دیابت بیشتر است، گرچه ممکن است دو سوم آنان هیچ‌گاه علائم دیابت را نشان ندهند. در این افراد شانس بروز عوارض قلبی عروقی نیز بیشتر است. اصلاح عادات‌های غذایی و ورزش می‌تواند احتمال ابتلا این گروه به دیابت نوع ۲ را کاهش دهد، مصرف برخی داروها نیز ممکن است همین اثر را داشته باشند.

افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت نوع ۲

(۱) همه‌ی افراد بالای ۳۰ سال که دارای یکی از شرایط زیر باشند:

(الف) اضافه وزن یا چاقی (نمایه توده بدن $\text{BMI}^{۵}$ مساوی یا بیش از ۲۵)

(ب) فشار خون بالاتر از $140/90 \text{ mmHg}$

(ج) سابقه خانوادگی دیابت در افراد خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر)

(د) دیس لیپیدمی: $\text{HDL} \leq 50$ - $\text{LDL} \geq 150$ - $\text{Chol} \geq 200$ - $\text{TG} \geq 200$

(۲) همه‌ی خانم‌های در سن باروری که دارای یکی از شرایط زیر باشند:

(الف) سابقه تولد نوزاد بالای ۴ کیلوگرم

(ب) سابقه دوبار سقط بدون علت

(ج) سابقه دیابت بارداری

(۳) همه‌ی خانم‌های باردار

تاریخچه برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت در ایران

در تابستان سال ۱۳۷۵ کمیته کشوری بیماری دیابت تشکیل و مقرر شد تا برنامه کشوری دیابت با توجه به پیش‌نویس تهیه شده توسط اداره کل پیشگیری و مراقبت بیماری‌ها (مرکز مدیریت بیماری‌ها) آماده شود و الگوهای آموزشی نیز برای عموم مردم، بهورزان، رابطان، کاردان‌ها، پزشکان عمومی و متخصصان فراهم شود. جلسه‌های کمیته کشوری به‌طور منظم برگزار و طی این جلسه‌ها، طرحی با هدف کلی پیشگیری از بیماری و کنترل عوارض دیابت ارائه شد. پس از برگزاری ۴ کارگاه و جمع‌بندی نظرات و پیشنهادهای و انتقادات معاونین بهداشتی و درمانی کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی، در بهمن ماه ۱۳۷۷ اجرای آزمایشی طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت نوع ۲ در ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی آغاز و تا سال ۱۳۸۱ برای افراد بالای ۳۰ سال و زنان باردار به‌اجرا درآمد.

در سال ۱۳۸۱ به منظور تعیین نقاط ضعف و قوت طرح و آماده‌سازی آن در قالب برنامه کشوری، ارزشیابی طرح در شش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، شهیدبهشتی، زنجان، کرمان، گلستان و آذربایجان غربی به‌اجرا درآمد. نتایج حاصل از ارزشیابی طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت نوع ۲ منجر به بازنگری طرح شد و مقدمات تبدیل آن به برنامه کشوری را فراهم نمود.

براساس نتایج حاصل از ارزشیابی، روند اجرایی برنامه و شرح وظایف مجریان در مناطق شهری تغییراتی یافت و طی سال ۱۳۸۲، جهت اجرای ماده‌ی ۱۹۲ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت «بسته‌ی خدمتی بیماری دیابت» تهیه شد تا غربالگری و بیماریابی دیابت در شهرهای بزرگ به بخش خصوصی واگذار شود. به‌همین منظور «آیین‌نامه تاسیس کلینیک‌های دیابت، فشارخون، چربی خون بالا و چاقی (سندرم متابولیک)» نیز تدوین و تصویب شد.

با استفاده از نتایج حاصل از ارزشیابی اجرای آزمایشی طرح، بازنگری‌های لازم در ساختار اجرایی آن انجام شد و اجرای برنامه در مناطق روستایی به صورت «فعال» و در مناطق شهری به صورت «غیرفعال» با اندکی تفاوت در نحوه‌ی اجرا و با دستورالعمل‌های علمی یکسان نهایی شد و در نهایت «برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت» در مهر ماه سال ۱۳۸۳ با امضای رییس مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت و رییس مرکز مدیریت بیماری‌ها در سیستم سلامت کشور ادغام شد.

در اولین دوره غربالگری و بیماریابی در روستاها و شهرهای کوچک، حدود ۵/۱۱ میلیون نفر از افراد بالای ۳۰ سال در مناطق روستایی کشور غربالگری شدند. بیش از یک میلیون و هشتصد هزار نفر دارای علائم خطر شناسایی و آزمایش قند خون ناشتا برای آن‌ها انجام شد. بیش از ۱۵۵,۰۰۰ بیمار دیابتی (قدیمی و جدید) تحت مراقبت قرار گرفتند. ۴۱,۰۰۰ نفر دچار اختلال قند ناشتا نیز شناسایی و طی ارزیابی سالانه بررسی شدند. شیوع بیماری دیابت در جمعیت بالای ۳۰ سال ساکن روستاها بیش از ۳٪ محاسبه شد.

در ادامه برنامه به‌منظور توسعه اجرای آن به مناطق شهری ۴ طرح توسط اداره غدد و متابولیک طراحی و

پیشنهاد شد:

- ادغام برنامه دیابت در شهرهای با جمعیت کمتر از ۱۰۰ هزار نفر
- ادغام برنامه دیابت در شهرهای با جمعیت ۱۰۰ هزار تا یک میلیون نفر
- ادغام برنامه دیابت در شهرهای با جمعیت بیش از یک میلیون نفر
- طرح تاسیس ۵۴۸ واحد دیابت در شهرهای با جمعیت بیش از یکصد هزار نفر



ارایه خدمات

سطح اول ارایه خدمات

غربالگری، بیماریابی، آموزش افراد واجد شرایط غربالگری و مراقبت و درمان بیماران و افراد پرده‌دیابتی شناسایی شده در سطح اول ارایه خدمات انجام خواهد شد. به‌نحوی که اغلب خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز بیماران دیابتی در این سطح انجام می‌شود.

خدمات مراقبتی به عهده تیم سلامت بوده، در جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده براساس شناسایی افراد در معرض خطر، انجام آزمایش‌های غربالگری مورد نیاز و مراقبت و درمان بیماران انجام می‌شود. خدمات اصلی غربالگری و بیماریابی و مراقبت به عهده تیم اصلی است و مشاوره تغذیه با همکاری کارشناس تغذیه واحد دیابت یا مستقر در دفتر کار پروانه‌دار (همکار پزشک خانواده) ارایه می‌شود.

۱. غربالگری

توصیه می‌شود افراد بالای ۳۰ سال هر سه سال یک بار غربالگری شوند. تیم سلامت باید برای افراد بالای ۳۰ سال و خانم‌های باردار تحت پوشش اقدامات زیر را انجام دهد:

- ۱.۱. مسئول پذیرش تیم سلامت در قسمت نوبت‌دهی نرم‌افزار دیابت، نام و نام خانوادگی و کد ملی افراد واجد شرایط غربالگری را وارد کرده، وی را به مسئول غربالگری (پرستار سطح اول) ارجاع می‌دهد. در این حالت وی در لیست انتظار مسئول غربالگری قرار می‌گیرد.
- ۱.۲. مسئول غربالگری (پرستار سطح اول) با مراجعه به لیست انتظار روزانه خود، اطلاعات اولیه و شرح حال افراد واجد شرایط غربالگری را دریافت و ثبت نموده، نسبت به اندازه‌گیری و ثبت قد و وزن (و یا دورکمر) و فشارخون وی اقدام می‌نماید و پس از اطمینان از ثبت کلیه اطلاعات وی را از لیست انتظار خود خارج می‌نماید. براساس نتایج ثبت شده وی در یکی از حالت‌های زیر قرار می‌گیرد:
 - «سالم» یعنی از نظر عوامل خطر دیابت و فشار خون مشکلی ندارد و می‌تواند ۳ سال بعد مجدداً غربالگری شود.
 - «درمعرض خطر» فردی است که دارای عوامل خطر بوده، باید برای بیماریابی (انجام آزمایشات اولیه) به آزمایشگاه ارجاع داده شود.
 - «بیمار قبلی» فردی است که براساس شرح حال یا معاینات فشار خون جزء بیماران دیابتی یا فشار خون بالا قرار می‌گیرد و برای مراقبت و درمان باید توسط پزشک خانواده ویزیت شود.



۲. بیماریابی

کلیه افراد در معرض خطر باید از نظر قند و چربی و کراتینین سرم بررسی شوند. لذا مطابق فرم معرفی به آزمایشگاه (پیوست شماره ۳) برای انجام آزمایش‌های اولیه شامل FBS-TG-Chol-Cr-U/A به آزمایشگاه همکار سطح اول ارایه خدمات ارجاع داده می‌شوند. تشخیص دیابت براساس نتایج آزمایش‌ها مطابق جدول پیوست شماره ۱ انجام می‌شود و افراد به سه گروه سالم، پرده دیابتی و دیابتی تقسیم می‌شوند:

۲.۱. «سالم» درحال حاضر قند خون ناشتای طبیعی (کمتر از 100 mg/dl) دارد و می‌تواند ۳ سال بعد مجدداً بررسی شود.

۲.۲. «پرده دیابتی» درحال حاضر قند خون ناشتای $100-125 \text{ mg/dl}$ دارد و باید ضمن آموزش و مراقبت تغذیه و تحرک بدنی، یک سال بعد مجدداً مورد آزمایش قرار داده شود.

۲.۳. «بیمار جدید» فردی است که قند خون ناشتای وی در دو بار اندازه‌گیری بالای 126 mg/dl بوده، علاوه بر ارجاع به پزشک خانواده، باید برای بررسی عوارض مزمن به سطح دوم ارایه خدمات (مرکز دیابت) نیز ارجاع داده شود.

۳. مراقبت

۳.۱. مراقبت در سطح اول ارایه خدمات توسط پرستار، پزشک خانواده و مشاور تغذیه انجام می‌شود. فواصل مراقبت برای بیماران دیابتی حداقل هر سه ماه یک بار (در صورت کنترل مناسب قند خون) و برای افراد پرده دیابتی حداقل هر شش ماه یک بار است.

۳.۲. پرستار سطح اول می‌بایست ضمن اندازه‌گیری فشار خون و وزن بیمار در هر مراجعه، آموزش اقدامات خودمراقبتی (نحوه کنترل قند خون، استفاده صحیح از گلوکومتر، نحوه اندازه‌گیری فشار خون، تزریق صحیح انسولین و مراقبت از پاها) و پیشگیری از عوارض را برای بیمار ارایه دهد. تذکر- پرستار تیم سلامت باید بیمار را برای انجام واکسیناسیون پنوموکوک (یک بار) واکسیناسیون آنفلوآنزا (سالانه یک بار در پاییز) و معاینات دهان و دندان توسط دندان‌پزشک (هر شش ماه) راهنمایی و اقدامات انجام‌شده را در نرم‌افزار مراقبتی برنامه ثبت نماید. لازم به ذکر است انجام این بخش از اقدامات به عهده تیم سلامت نیست و فقط به بیمار توصیه می‌شود برای این مراقبت‌ها اقدام کند.



۳,۳. پزشک عمومی دوره دیده یا پزشک خانواده می‌بایست ضمن بررسی میزان کفایت قند و چربی خون بیمار، نسبت به درمان مناسب و تصحیح الگوی درمانی وی در هر بار مراجعه اطمینان حاصل کند و نتایج اقدامات انجام شده را براساس لیست انتظار بیماران ارجاعی در نرم‌افزار ثبت نماید. مشخصات بیمار را پس از معاینه کامل و ثبت اقدامات از لیست انتظار نرم‌افزار خود خارج نماید و نوبت دهی بعدی را براساس نتایج بررسی‌ها مشخص کند. ارجاع بیماران به سطوح تخصصی براساس اندیکاسیون‌های ارجاع پیوست شماره ۲ توسط پزشک انجام می‌شود.

۳,۴. مشاور تغذیه تیم سلامت یا مستقر در دفتر کار پروانه‌دار (همکار پزشک خانواده) باید نسبت به پذیرش و مشاوره تغذیه بیماران دیابتی، پره دیابتی یا فشار خون و دیس‌لیپیدمی اقدام و ضمن توصیه رژیم غذایی مناسب بیمار، نوبت مراجعه بعدی را براساس نتایج بررسی‌های تغذیه‌ای وی تنظیم نماید.

تذکر- در صورت دسترسی کارشناس تغذیه به نرم‌افزار ثبت اطلاعات دیابت، باید ارزیابی‌ها و توصیه‌های تغذیه‌ای بیمار را شخصاً در نرم‌افزار ثبت کند. در غیر این صورت، اقدامات انجام شده این بخش هم توسط مسؤول پذیرش سطح اول، در نرم‌افزار وارد می‌شود.

۳,۵. پیگیری مراقبت بیمارانی که در زمان مقرر مراجعه ننموده‌اند، به‌عهده مسؤول پذیرش سطح اول بوده، می‌بایست با تماس تلفنی یا از طریق رابطان بهداشتی نسبت به فراخوان آنان اقدام نماید.

تذکر- در صورت مهاجرت بیمار، انتقال اطلاعات وی از نرم‌افزار به مرکز بهداشتی درمانی محدوده محل سکونت جدید برحسب شهرستان یا استان با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان یا استان یا مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر انجام خواهد شد.

۴. ارجاع

۴,۱. هر تیم سطح اول ارایه خدمات باید از مشخصات سطح دوم (مرکز دیابت: بیمارستان‌های ارایه خدمات تخصصی) محدوده شهرستان و روز و ساعات پذیرش بیماران اطلاع داشته و این اطلاعات را در محل قابل رؤیت مراجعان نصب نماید.

۴,۲. ارجاع بیماران به سطوح تخصصی براساس الزامات ارجاع پیوست شماره ۲ توسط پزشک عمومی دوره دیده یا پزشک خانواده تیم سلامت و به شرح زیر انجام می‌شود:

الف- غیرفوری^{۲۳}:

- کلیه بیماران دیابتی تازه تشخیص داده شده
- ارزیابی عوارض مزمن بیماران دیابتی (یک بار در سال)^{۲۴}
- کنترل نامناسب قند خون در بیمار دیابتی
- دیابت بارداری یا بیمار دیابتی باردار
- بیمار مبتلا به هایپرتانسیون یا دیس‌لیپیدمی مقاوم به درمان
- بیمارانی که قبلاً ارجاع شده‌اند و با نظر پزشک متخصص سطح دوم یا سوم برای مراجعه مجدد نوبت‌دهی شده‌اند.

ب- فوری^{۲۵}:

- کاهش سطح هشیاری در بیمار دیابتی
- بیمار دچار عارضه قلبی عروقی
- بروز عارضه کلیوی در بیمار دیابتی
- بروز عارضه چشمی در بیمار دیابتی
- وجود عارضه نوروپاتی در بیمار دیابتی
- ترمیم پای دیابتی

۴,۳. پیگیری بیماران ارجاعی به‌عهده مسؤول پذیرش تیم سلامت می‌باشد. در صورتی که از ارجاع غیرفوری بیش از سه ماه بگذرد و بیمار به سطح دوم مراجعه نکرده باشد؛ مسؤول پذیرش باید علت عدم مراجعه بیمار را پیگیری کند و بیمار مجدداً ارجاع داده شود.

یادآوری- مراجعه مجدد بیمار به سطح دوم در صورت نوبت‌دهی مجدد پزشک متخصص، قبل از ۳ ماه بدون ارجاع مجدد از سطح اول امکان پذیر می‌باشد و در صورت گذشت بیش از ۳ ماه از آخرین ویزیت سطح دوم، می‌بایست مجدداً توسط سطح اول ارجاع داده شود.

۴,۴. در صورت اتصال بیمارستان سطح دوم به نرم‌افزار ثبت اطلاعات دیابت، ارجاع از طریق نرم‌افزار انجام می‌شود و می‌توان یک پرینت از برگه ارجاع نیز به بیمار تحویل داد. در این حالت ثبت پس‌خوراند خدمات تخصصی نیز از طریق نرم‌افزار انجام می‌شود.



۴.۵. در صورتی که مرکز سطح دوم به نرم افزار ثبت اطلاعات برنامه دسترسی نداشته باشد، بیمار از طریق فرم ارجاع (پیوست شماره ۳) پذیرش می شود و پس خوراند نیز در برگه ارجاع ثبت می شود. در این شرایط، ورود اطلاعات خدمات تخصصی به پرونده الکترونیک بیمار باید توسط مسؤل پذیرش سطح اول انجام شود. این اطلاعات از موارد درج شده در برگه ارجاع بیمار استخراج می شود.

۵. ثبت و گزارش دهی

۵.۱. ثبت اطلاعات غربالگری، بیماریابی و مراقبت بیماران در سطح اول ارایه خدمات، از طریق نرم افزار برنامه دیابت انجام می شود.

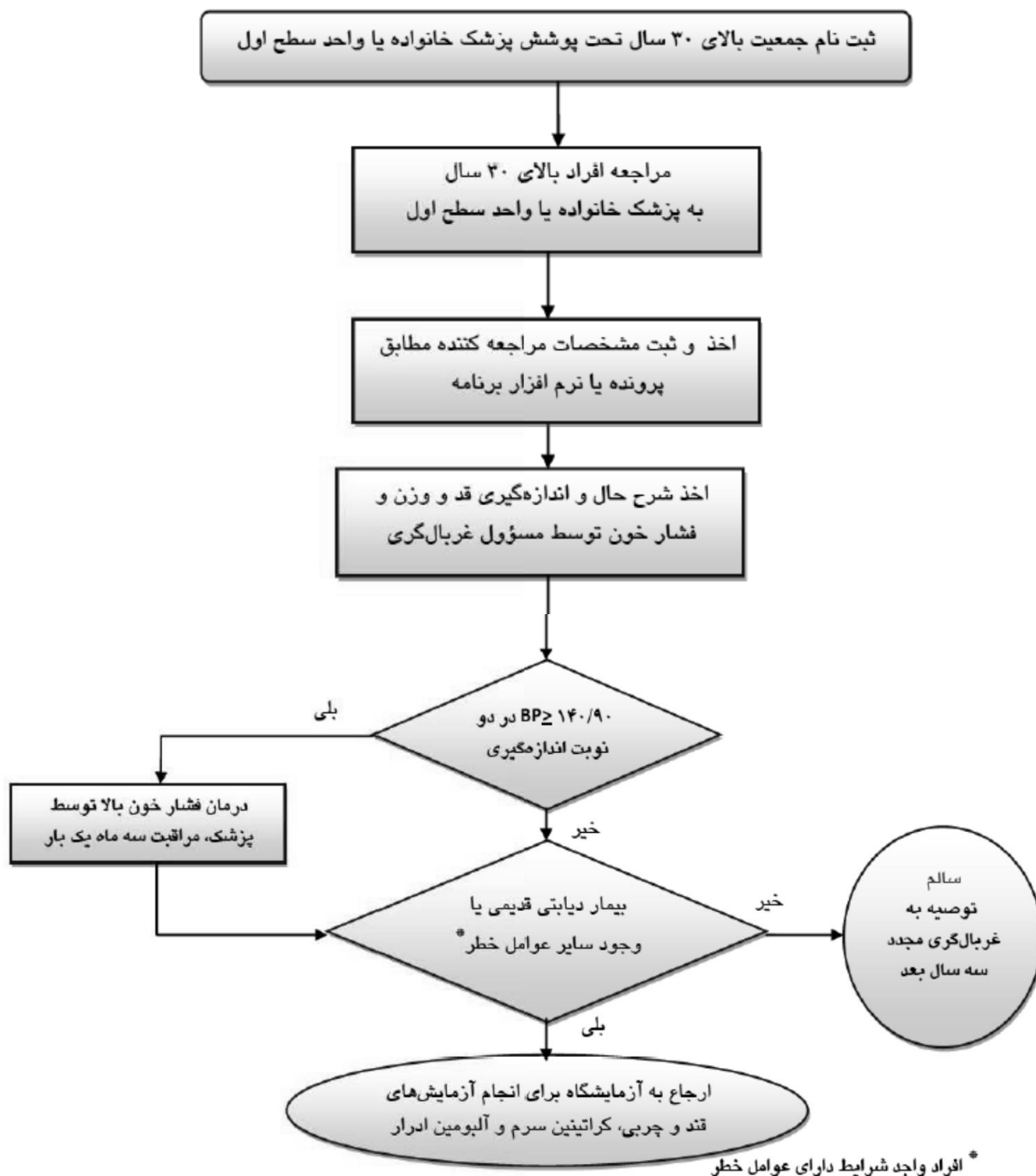
۵.۲. گزارش گیری مراکز سطح اول از نرم افزار به صورت ماهانه مطابق فرم شماره ۱ گزارش دهی برنامه دیابت می باشد. کلیه واحدهای سطح اول موظف هستند این فرم را تا پنجم ماه بعد به صورت ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال نمایند.

۵.۳. مرکز بهداشت شهرستان باید گزارش عملکرد تایید شده را به صورت سه ماهه تا روز دهم اولین ماه فصل بعد به معاونت بهداشتی (مرکز بهداشت استان) ارسال نماید.

۵.۴. گزارش عملکرد دانشگاه باید به صورت سه ماهه حداکثر تا روز پانزدهم ماه اول فصل بعد مطابق فرم شماره ۲ گزارش برنامه به مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر ارسال شود.



نمودار جریان فرآیند ارایه خدمات سطح اول برنامه جامع پیشگیری و کنترل دیابت
الف- شناسایی افراد واجد شرایط غربالگری

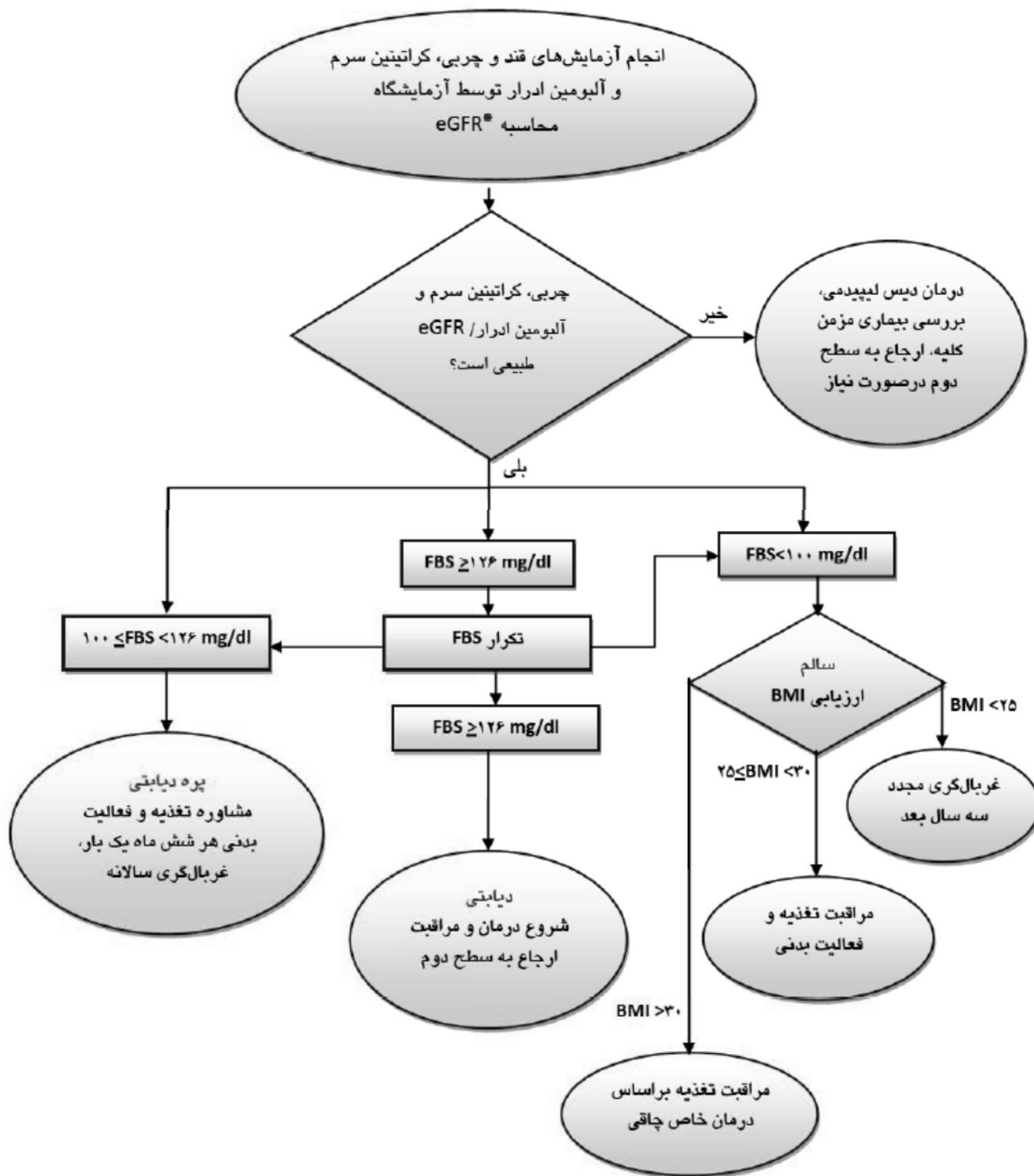


* افراد واجد شرایط دارای عوامل خطر

۱. همه افراد بالای ۳۰ سال که دارای یکی از شرایط زیر باشند: الف) اضافه وزن یا چاقی با $BMI \geq 25$ ب) فشار خون بالاتر از $140/90$ mmHg ج) سابقه خانوادگی دیابت در افراد خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) د) دیس لیپیدمی: $TG \geq 200$ - $Chol \geq 200$ - $LDL \geq 150$ - $HDL \leq 50$
۲. همه خانم‌های در سن باروری که دارای یکی از شرایط زیر باشند: الف) سابقه تولد نوزاد بالای ۴ کیلوگرم ب) سابقه دوبار سقط بدون علت ج) سابقه دیابت بارداری
۳. همه خانم‌های باردار



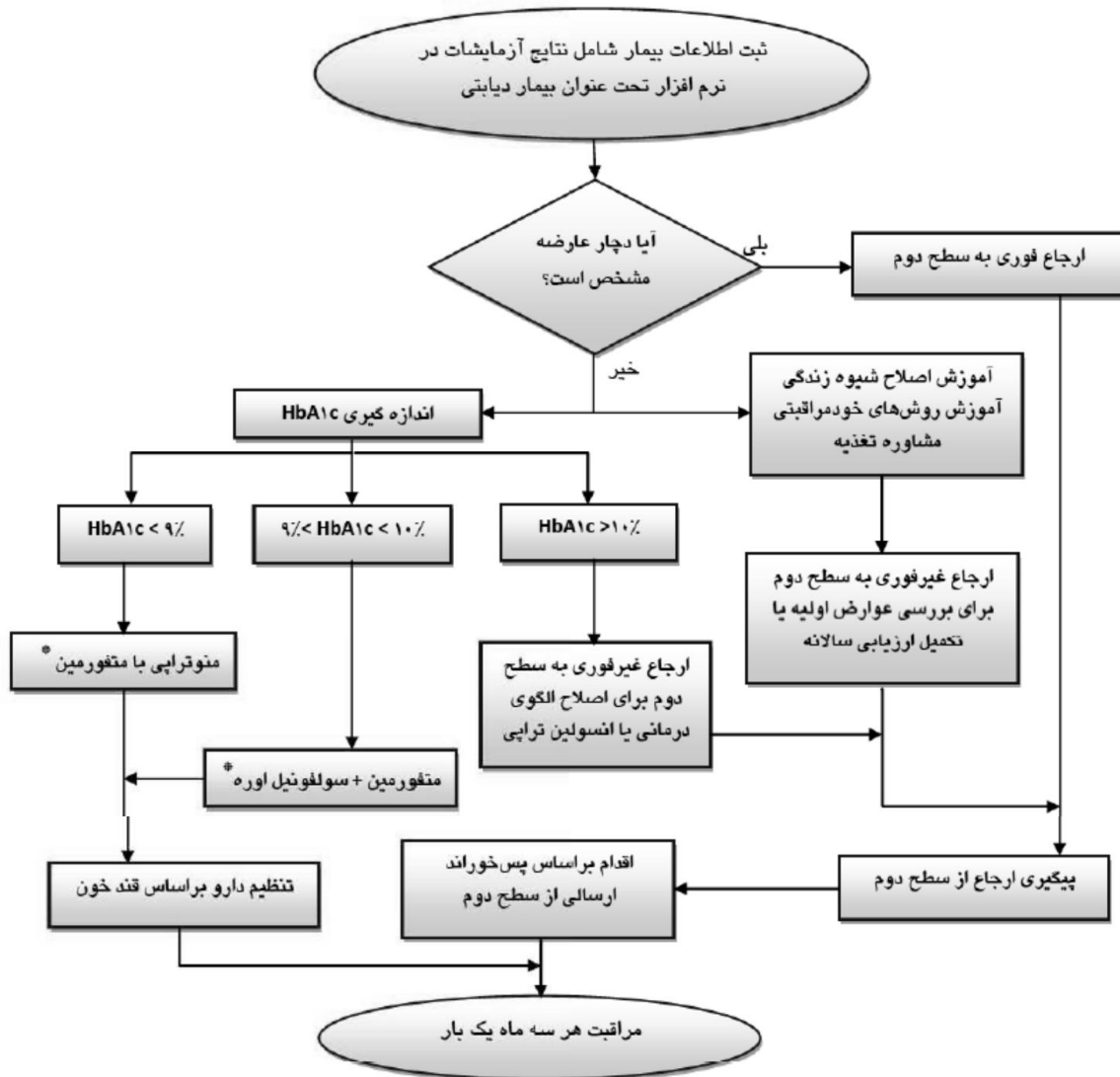
نمودار جریان فرآیند ارائه خدمات سطح اول برنامه جامع پیشگیری و کنترل دیابت
ب- بیماریابی



* به پیوست شماره ۲ مراجعه شود.



نمودار جریان فرآیند ارائه خدمات سطح اول برنامه جامع پیشگیری و کنترل دیابت
ج- درمان و مراقبت بیمار دیابتی



* انتخاب داروها و نژ درمانی آنها با توجه به شرایط فردی بیمار، نتایج قند خون در ارزیابی های دوره ای، در نظر گرفتن منع مصرف دارویی و براساس راهنماهای بالینی انجام می شود. برخی توضیحات کلی در پیوست شماره ۱ این دستورالعمل ذکر شده است، ولی جایگزین راهنماهای بالینی نمی باشد.

توصیه های تشخیصی و طبقه بندی دیابت^{۲۱}

الف- معیارهای انجام آزمایش در افراد بدون علامت تشخیص داده نشده:

- همه افراد بالای ۳۰ سال که دارای یکی از شرایط زیر باشند:
 - افزایش وزن یا چاقی با $BMI \geq 25$
 - فشار خون بالاتر از ۱۴۰/۹۰ mmHg
 - سابقه خانوادگی دیابت در افراد خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر)
 - دیس لیپیدمی: $TG \geq 200$ - $Chol \geq 200$ - $LDL \geq 150$ - $HDL \leq 50$ در خانمها و $HDL \leq 40$ در آقایان
- همه خانم های در سن باروری که دارای یکی از شرایط زیر باشند:
 - افزایش سابقه تولد نوزاد بالای ۴ کیلوگرم
 - سابقه دوبار سقط بدون علت
 - سابقه دیابت بارداری
- همه خانم های باردار

در صورت نرمال بودن آزمایشات، فواصل تکرار آزمایش مشروط به ثابت ماندن شرایط جسمی، هر سه سال یک بار است.

ب- معیارهای تشخیص دیابت

آزمایش		تشخیص
OGTT test vs gr	قند خون غیر ناشتا	قند خون ناشتا (قرجیحا)
$\gamma hPG < 140$ mg/dl	-	$FPG < 100$ mg/dl
Impaired Glucose Tolerance (IGT) = $\gamma hPG \geq 140$ and < 200 mg/dl	-	Impaired Fasting Glucose (IFG) = $FPG \geq 100$ and < 126 mg/dl
Two-hour plasma glucose (γhPG) ≥ 200 mg/dl	Random plasma glucose ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) plus symptoms	$FPG \geq 126$ mg/dl (7.0 mmol/l)

ج- دیابت بارداری

تفسیر آزمون غربالگری	معیارهای آزمون غربالگری (میلی گرم/دسی لیتر)			شیوه آزمون غربالگری	زمان غربالگری	گروه هدف غربالگری
	۲ ساعت	۱ ساعت	ناشتا			
چنانچه یک نمونه از گلوکز پلاسمای وریدی خانم باردار بیشتر از مقادیر ذکر شده باشد، با تشخیص GDM به پزشک متخصص ارجاع شود.	≥ 153	≥ 180	≥ 92	OGTT با ۷۵ گرم گلوکز	هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	همه خانم های باردار

- توضیحات:
- برای کلیه خانم های باردار (اعم از کم خطر و پرخطر) که در اولین ملاقات وضعیت آنها از نظر ابتلا به بیماری دیابت طی سه ماه قبل از بارداری نامشخص است، باید آزمایش قند خون ناشتا درخواست شود. تفسیر نتایج آزمایشات آن ها براساس بند ب جدول فوق است یعنی در صورتی که قند خون ناشتا بالای ۱۲۶ mg/dl باشد آزمایش تکرار می شود و اگر مجدداً بیش از ۱۲۶ mg/dl باشد به عنوان دیابت آشکار تحت درمان قرار می گیرند.
- غیر طبیعی بودن نتایج آزمایش های قند ناشتا در خانم های باردار کم خطر و پر خطر در ماه های اول بارداری یا اولین مراجعه، به عنوان دیابت آشکار (OVERT) تلقی می شود و تشخیص GDM برای خانم های باردار در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری صورت می گیرد.
- برای خانم های باردار پرخطر (High risk): آزمایش OGTT با مصرف ۷۵ گرم گلوکز نیز درخواست می شود.
- مشخصات خانم های باردار پرخطر: سن بالای ۲۵ سال، نمایه توده بدنی بیش از بارداری مساوی یا بالاتر از ۳۰، سابقه مرده زایی یا ۲ بار سقط خودبخود یا تولد نوزاد با وزن ۴ کیلوگرم یا بیشتر، سابقه اختلال تحمل گلوکز، سابقه دیابت در بستگان درجه یک
- خانم های مبتلا به دیابت بارداری در هفته های ۶ تا ۱۲ پس از زایمان، مجدداً باید تحت آزمایش OGTT با مصرف ۷۵ گرم گلوکز قرار گیرند.

خلاصه راهنمای مراقبت دیابت در بالغین^{۳۰}CLINICAL PRIORITIES **ABC'S** ■ A1C ■ Blood Pressure ■ Cholesterol ■ Smoking Status

سطح خدمات	اهداف مراقبتی	فواصل مراقبت	آزمایش
سطح اول	کمتر از ۱۳۰/۸۰ با توجه به شرایط خاص فردی	هر بار ویزیت	فشار خون
سطح اول	$BMI < 25$ یا 18.5	هر بار ویزیت	وزن و BMI
سطح اول	معاینه پاها از نظر وجود علائم فشار یا خراش برای پیشگیری از زخم و عفونت؛ آموزش خود مراقبتی به بیمار	هر بار ویزیت	مشاهده پاها
سطح دوم	معاینه حسی، حرکتی و عروقی بدون کفش و جوراب، در صورت کاهش حس آموزش مراقبت پیشرفته به بیمار داده شود.	سالانه	معاینه دقیق پاها تست منوفیلان یا دیپاپازون
سطح دوم	تشخیص رتینوپاتی و ارجاع در صورت نیاز	سالانه ^{۳۱}	معاینه رتین
توصیه توسط سطح اول	ارزیابی دندان و لثهها، آموزش مراقبت دهان و دندان، ارجاع به دندانپزشک در صورت نیاز	هر شش ماه	معاینه دهان و دندان
سطح اول	کمتر از ۷٪ و براساس شرایط فردی بیمار	۲-۴ بار در سال	HbA1c
سطح اول	$HDL \geq 50$ - $LDL < 100$ - $Chol < 100$ - $TG < 150$ mg/dl در بیماران دچار عارضه بیماری قلبی عروقی $LDL Cholesterol < 70$ mg/dl	حداقل دو بار در سال	لیپید پروفایل ناشتا
سطح اول/دوم	نسبت آلبومین به کراتینین تین ادرار کمتر از ۳۰ mg/gr	بدو تشخیص و سپس سالانه	نسبت آلبومین به کراتینین ادرار در نمونه اتفاقی
سطح اول/دوم	eGFR بیشتر از ۶۰	براساس مراحل بیماری مزمن کلیه	محاسبه eGFR همزمان با اندازهگیری کراتینین سرم
توصیه توسط سطح اول	یک بار در فصل پاییز	سالانه	واکسیناسیون آنفلوآنزا
	نزد یادآور برای بیماران بالای ۶۴ سال یا افرادی که اولین نذر خود را زیر ۶۵ سالگی بیش از ۵ سال قبل دریافت کردهاند، توصیه می شود.	یک بار	واکسیناسیون پنوموکوک
	براساس دستورالعمل ترک دخانیات	سالانه/مستمر	مصرف دخانیات
سطح اول/دوم	حمایت های مشاوره/گروه درمانی و ارجاع در صورت نیاز	سالانه/مستمر	ارزیابی روانی
سطح دوم	شرح حال و معاینه عملکرد و ارجاع در صورت نیاز	سالانه/مستمر	عملکرد جنسی
سطح اول/دوم	$HbA1c < 7\%$ در حد امکان قبل از اقدام به بارداری، بررسی داروها و نحوه استفاده آنها قبل و حین بارداری	بدو تشخیص/مستمر	مشاوره قبل از بارداری
سطح اول/دوم	$HbA1c < 6\%$ با مراقبت از نظر هایپوگلیسمی، ارزیابی داروها، معاینه چشم در تریمستر اول	بدو تشخیص/مستمر	مراقبت حین بارداری
سطح اول/دوم	در بیماران سابقه CVD به عنوان پیشگیری با نذر ۷۵-۱۶۲ mg/daily	مستمر	آسپرین تراپی
سطح اول/دوم	تجویز در بیماران غیرباردار دچار ابتلا همزمان به فشار خون، درمان میکرو یا ماکرو آلبومیناوری ACE Inhibitor/ARB	مستمر	ACE Inhibitor/ARB
سطح اول	ارزیابی اهداف درمانی و توجه به بیمار/ تغییر شیوه زندگی	بدو تشخیص/مستمر	ارتباط بیمار/پزشک
سطح اول	ارزیابی فعالیت بدنی و تصحیح آن	بدو تشخیص/مستمر	فعالیت بدنی
سطح اول	در صورت $BMI > 25$ مشاوره تغذیه و رژیم غذایی	بدو تشخیص/مستمر	تغذیه
سطح اول	اطمینان از مصرف صحیح و تصحیح نذر دارویی براساس ارزیابی بیمار	بدو تشخیص/مستمر	ارزیابی داروها
سطح اول	اطمینان از انجام صحیح به منظور پیشگیری از هایپر و هایپرگلیسمی	بدو تشخیص/مستمر	SMBG ^{۳۲} (خودارزیابی)
سایر اقدامات: نوار قلبی (بدو تشخیص/ سپس بر اساس نیاز: بیمار بالای ۴۰ سال یا بیش از ۱۰ سال سابقه ابتلا به دیابت) - ارزیابی تیروئید (دیابت بارداری/ بدو تشخیص/ براساس معاینات و عملکرد) تست عملکرد کبدی - تست قند خون و U/A در صورت نیاز			

^{۳۰} Developed by the New York Diabetes Coalition in collaboration with the New York State Dept. of Health, Diabetes Prevention & Control Program. Based on the American Diabetes Association Clinical Practice Recommendations and reviewed yearly.

^{۳۱} در صورتی که از شروع دیابت بیش از ۱۰ سال گذشته باشد، همراهی آلبومینووری، دیالیز، پیوند کلیه، قطع اندام تحتانی ناشی از دیابت، نوروپاتی و هایپر تانسینون فواصل معاینه چشم پزشکی ۶ ماه یک بار است.



نوع ارجاع	اندیکاسیون‌های ارجاع از سطح اول	معیارهای تشخیص / ارجاع	متخصص سطح دوم	اقدامات مورد انتظار
غیر فوری زمان مراجعه از یک هفته تا یک ماه (حداکثر ۳ ماه)	کلیه بیماران دیابتی تازه تشخیص داده شده	بر اساس معیارهای تشخیصی	متخصص داخلی	تصحیح یا انتخاب الگوی درمانی مناسب ارزیابی عوارض مزمن قلبی عروقی، نوروپاتی، نفروپاتی دیابتی ارجاع به فوق تخصص مطابق جدول شماره ۲
		بیماران دیابتی شناخته شده بیماران دیابتی دچار عارضه مزمن کلیوی برصورت: - پروتئین‌وری آشکار یا $Urin A1C > 2.0 \text{ mg/g}$ - eGFR بین ۳۰ تا ۴۵ - eGFR بین ۶۰ تا ۶۹ سال یا دچار آلبومین‌اوری باشد	متخصص داخلی متخصص چشم پزشکی ۳۳	تصحیح یا انتخاب الگوی درمانی مناسب ارزیابی عوارض مزمن قلبی عروقی، نوروپاتی، نفروپاتی دیابتی ارجاع به فوق تخصص مطابق جدول شماره ۲ ارزیابی رتینوپاتی و ارجاع به فوق تخصص رتین مطابق جدول ۲
بیمار مبتلا به دیس‌لیپیدمی	کنترل نامناسب قند خون در بیمار دیابتی	بیمار دیابتی قلبی در دوران بارداری بیمار مبتلا به GDM بر اساس معیارهای غربالگری	متخصص داخلی	تصحیح یا انتخاب الگوی درمانی مناسب ارزیابی عملکرد تیروئید برای موارد دیابت بارداری GDM ارزیابی و درمان نفروپاتی مطابق جدول شماره ۳
		فشار خون مقاوم به درمان با وجود مصرف نژ کامل سه داروی فشار خون شامل دیورتیک عوارض دارویی همراهی فشار خون بالا با سندرم متابولیک	متخصص زنان متخصص داخلی	برنامه‌ریزی بارداری و زایمان ارزیابی و تصحیح الگوی درمانی ارزیابی عوارض مزمن قلبی عروقی ارزیابی معیارهای خطر بروز بیماری‌های قلبی عروقی
بیمار مبتلا به دیس‌لیپیدمی	دیس‌لیپیدمی مقاوم به درمان		متخصص داخلی	ارزیابی و تصحیح الگوی درمانی



نوع ارجاع	اندیکاسیون‌های ارجاع از سطح اول	معیارهای تشخیص / ارجاع	متخصص سطح دوم	اقدامات مورد انتظار
فوری زمان مراجعه تا یک هفته	بیمار دچار عارضه قلبی عروقی	بیمار دچار علائم واضح آنژین صدری (درد قفسه سینه، تعریق و بر اثر وختگی) - بیمار دیابتی دارای تغییرات ECG یا آریتمی پر فشاری خون بدخیم: بالای 180/110 mmHg همراه با علائم ادم پایی یا بدون خونریزی رتین پر فشاری خون اورژانسی: فشار خون بالا همراه با سردرد، سرگیجه، تهوع، تاری دید، تنگی نفس	متخصص قلب و عروقی	درمان بیماری و بستری در صورت لزوم ثبت اقدامات انجام شده در پرونده بیمار ارایه پس‌خوراند درمانی و مراقبتی به پزشک سطح اول
	بیماری مزمن کلیه در بیمار دیابتی	eGFR کمتر از 15 - 30 eGFR - 24 - 45 نارسایی حاد کلیه - پروتئیناوری شدید یا آلبومین سرم پاپین (سپتوم نفروژنیک) پر فشاری خون بدخیم شک به درگیری کلیه از یک بیماری جسمی (سیستیک)	متخصص داخلی در صورتی که یک بار ارجاع و توصیه به مراجعه مستمر فوق‌متخصص نفروژنیک شده باشد، مطابق نوبت تعیین شده، از سطح اول به سوم ارجاع می‌شود.	درخواست آزمایشات تکمیلی یا سونوگرافی در صورت نیاز شروع یا تصحیح الگوی درمانی درمان بیماری مزمن کلیوی ثبت اقدامات انجام شده در پرونده بیمار ارایه پس‌خوراند درمانی و مراقبتی به پزشک سطح اول
عارضه رتینوپاتی در بیمار دیابتی	اختلال دید ناگهانی	متخصص چشم پزشکی	ارجاع به نفروژنیست در صورت لزوم	
عارضه نوروپاتی در بیمار دیابتی	علائم گسترده پارزی، بی‌حس و اسهال، آنزال برگشتی یا اختلال ناتوانی جنسی ارگانیک، عفونت راجعه مثانه (بیش از 2 بار در مردان و بیش از 3 بار در زنان)	متخصص داخلی نورولوژیست، اورولوژیست		
زخم پای دیابتی	-	متخصص عفونی		
کاهش سطح ششیری در بیمار دیابتی	-	نورولوژیست، ارتوپد متخصص داخلی، اورژانس		

**برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فشار خون بالا** (متن آموزشی بهورز)**تعریف فشار خون :**

خون بعلت داشتن نیرو (فشار) در شریان های اعضاء بدن جاری می شود و مواد غذایی و اکسیژن را به قسمت های مختلف بدن می رساند و هم چنین مواد زاید را از بافت ها دور می کند. این نیرو که توسط ضربان قلب و در اثر برخورد خون به جدار شریان بوجود می آید **فشار خون** نامیده می شود. فشار خون در دو سطح اندازه گیری می شود، یکی در زمانی که قلب منقبض می شود و خون وارد سرخرگ ها می شود و در این حالت فشار خون به حداکثر مقدار خود میرسد که به آن **فشار حداکثر یا سیستول یا ماکزیمم** می گویند، و دیگری در زمانی که قلب در حالت استراحت است و در این حالت فشار خون به حداقل مقدار خود می رسد که به آن **فشار حداقل یا دیاستول یا می نیمم** می گویند. واحد اندازه گیری فشارخون میلی متر جیوه است. متوسط فشار ماکزیمم در حد طبیعی کمتر از ۱۲۰ میلیمتر جیوه و متوسط فشار می نیمم در حد طبیعی کمتر از ۸۰ میلیمتر جیوه است. این دو سطح فشار خون به صورت یک کسر مانند ۱۲۰/۸۰ نشان داده می شود که عدد فشارخون ماکزیمم در بالای کسر و عدد فشارخون می نیمم در پایین کسر قرار می گیرد.

انواع فشار خون بالا:

علت ۹۰ الی ۹۵ درصد فشار خون بالا در افراد مبتلا ناشناخته است که به این نوع **فشار خون بالای اولیه** گفته می شود. اگر علت فشار خون بالا شناخته شده باشد، مثلا به علت بیماری های کلیه، بیماری غده فوق کلیوی یا مصرف قرص های ضد بارداری و.... باشد آنرا **فشار خون بالای ثانویه** می نامند. این نوع حدود ۵ الی ۱۰ درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالا را شامل می شود.

عوامل خطرزمینه ساز(مستعد کننده) فشار خون بالا:

همان طور که ذکر شد بیماری فشار خون بالای اولیه علت مشخصی ندارد ولی عوامل زیر احتمال ابتلاء به این بیماری را افزایش می دهند :

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

۲-**جنس :** شیوع فشار خون بالا در مردان جوان و میان سال بیشتر از زنان جوان و میان سال (تا ۵۰ سال) است اما در سنین بالاتر این اختلاف کم می شود.

۳-**سن :** با افزایش سن شیوع فشار خون بالا نیز افزایش می یابد.

۴- افزایش چربی خون**۵- مصرف سیگار و سایر دخانیات**

چربی خون بالا و مصرف دخانیات اگر چه بطور مستقیم موجب افزایش فشار خون نمی شوند اما در دراز مدت بعلت ایجاد بیماری تصلب شرائین (سختی جدار رگ ها) باعث تشدید فشار خون بالا می گردند.

۶- **چاقی :** احتمال ابتلا به بیماری فشار خون بالا در افرادی که چاق هستند بیشتر است.

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

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

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



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

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

علائم بیماری فشار خون بالا:

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

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

عوارض بیماری فشار خون بالا:

فشار خون بالا سبب آسیب به کلیه (نارسائی کلیه)، چشم (اختلال بینائی)، قلب (سکته قلبی) و مغز (سکته مغزی) می شود و به همین دلیل فشار خون بالا بیماری خطرناکی به حساب می آید.

درمان بیماری فشار خون بالا:

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

شیوه های درمان فشار خون بالای اولیه عبارت است از :

درمان غیر دارویی : مراقبت های غیر دارویی شامل تغییر شیوه های زندگی است. اگرچاقی وجود دارد می توان با انتخاب رژیم غذایی و فعالیت بدنی مناسب وزن را کاهش داد. با کاهش وزن، فشار خون نیز به مقدار قابل ملاحظه ای کاهش می یابد. محدودیت مصرف نمک، فشارخون را تا حدودی پائین می آورد، بنا بر این باید از خوردن غذاهای شور پرهیز نمود. ترک سیگار و ورزش منظم روزانه در کنترل فشار خون بالا موثر است.

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

توجه داشته باشید که :

۱- عوارض جانبی داروها به معنی عوارضی است که فقط ناشی از مصرف داروست و باید اولاً فرد قبلاً این علائم را نداشته باشد و ثانیاً عوارض آن بیش از یک بار ظاهر شود.

۲- مصرف دارو طبق نظر پزشک به مدت طولانی برای بیماران ضروری است.

وظایف بهورز در برنامه پیشگیری و کنترل فشار خون بالا:

۱- غربالگری ۲- ارجاع ۳- پیگیری و مراقبت ۴- آموزش ۵- ثبت اطلاعات



غربالگری :

برای تشخیص به موقع فشار خون بالا باید یک برنامه غربالگری جمعی برای جمعیت تحت پوشش اجرا گردد. در ابتدا لازم است اسامی و مشخصات کلیه افراد ۳۰ ساله و بالاتر (این گروه سنی بیشتر در معرض ابتلا به فشارخون بالا هستند) را از پوشه خانوار استخراج نموده و در فرم **غربالگری فشار خون بالا** ثبت نمایید. قبل از اجرای برنامه غربالگری و هم چنین در حین برنامه بایستی آموزش همگانی در خصوص بیماری فشارخون بالا، اهمیت این بیماری و عوارض ناشی از آن، تشخیص و درمان بموقع و مراقبت از بیماری، ع وامل و رفتارهای خطر را اجراء کنید. این کار قطعاً تاثیر مثبت در مراجعه افراد واجد شرایط خواهد داشت. سپس باید طبق برنامه ریزی انجام شده توسط کاردان مرکز، روزانه (بر حسب تعداد تعیین شده) از افراد واجد شرایط برای انجام غربالگری دعوت بعمل آورید. ضمناً بایستی مواردی که لازم است قبل از اندازه گیری فشارخون رعایت شود (به نکات مورد توجه در اندازه گیری فشارخون مراجعه شود)، قبل از مراجعه به تمام افراد واجد شرایط آموزش دهید. پس از مراجعه فرد واجد شرایط به خانه بهداشت، می بایست با رعایت تمام شرایط قبل و حین اندازه گیری فشارخون نسبت به اندازه گیری فشارخون اقدام و در فرم غربالگری فشارخون ثبت نمایید (به صفحه ۱۵ مراجعه کنید). این فعالیت ها حتی الامکان باید در خانه بهداشت انجام شود.

◀ **توجه: مدت غربالگری ۶ ماه در نظر گرفته شده است.**

افرادی که پس از تکمیل فرم غربالگری فشار خون بالا، بعنوان فرد سالم شناخته شده اند، می بایست هر سه سال **یکبار** به همراه سایر افرادی که به سن ۳۰ سالگی می رسند، طبق دستورالعمل مجدداً در غربالگری بعدی شرکت داده شوند و فرم غربالگری فشار خون بالا برای آنها تکمیل شود.

ارجاع به پزشک

۱- بعد از تکمیل فرم غربالگری برای هر فرد، اگر فرد دارای میانگین فشار خون ماکزیمم ۱۴۰ میلیمتر جیوه و بیشتر و یا فشار خون می نیمم ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد، او را بمنظور تا "بیدبیماری فشارخون بالا به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

۲- بعد از پایان مدت غربالگری، لازم است فشارخون افراد ۳۰ ساله و بالاتر سالم در هر مراجعه به خانه بهداشت با رعایت ۵ دقیقه استراحت کامل اندازه گیری شود (در صورتی که فاصله مراجعات بیشتر از ۳ ماه باشد). اگر فشار خون ماکزیمم ۱۴۰ میلیمتر جیوه و بیشتر و یا فشارخون می نیمم ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد، مجدداً بعد از ۵ دقیقه استراحت فرد، فشارخون رادریک نوبت دیگر اندازه گیری کنید و در دفتر ثبت نام بیماران یادداشت نمائید و بعد بر اساس نتیجه میانگین فشار خون، برای **ارجاع غیر فوری** به پزشک تصمیم بگیرید.

۳- در زمان غربالگری و یا در هر مراجعه به خانه بهداشت، اگر میانگین فشارخون ماکزیمم ۱۷۰ میلی متر جیوه و یا بیشتر باشد، فرد را **ارجاع فوری** دهید.

۴- اگر فردی با یکی از علائم سردرد شدید، سرگیجه، گیجی، خواب آلودگی، تاری و یا اختلال دید، تنگی نفس ناگهانی و درد قفسه سینه مراجعه کند، فشارخون او را اندازه بگیرید، اگر فشارخون ماکزیمم ۱۴۰ میلی متر جیوه و یا بیشتر و یا فشارخون می نیمم ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر بود او را به **پزشک ارجاع فوری** دهید.

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

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

۷- فشار خون بیماران تحت درمان باید کنترل شده باشد (فشارخون هدف، فشارخون کمتر از ۱۴۰ بر روی ۹۰ میلیمتر جیوه است، مگر در موارد خاص که ممکن است طبق دستور پزشک فشارخون هدف برای بیمار کمتر از مقدار تعیین شده باشد). اگر در زمان مراقبت بیماران فشار خون ماکزیمم ۱۴۰ میلیمتر جیوه و بیشتر و یا فشار خون می نیمم ۹۰



میلیمترجیوه و بی شتر با شد، بیمار را به پز شک ارجاع غیر فوری دهید. در بیماران یک بار اندازه گیری فشار خون برای ارجاع به پز شک کافی است .

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

پیگیری و مراقبت بیماران

مشخصات بیماران مبتلا به فشارخون بالای شناخته شده قبلی و بیمارانی که پس از تکمیل فرم غربالگری فشار خون بالا، شناسایی و به پز شک ارجاع داده شده اند و بیماری آنان مورد تائید قرار گرفته است را در فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشار خون بالا و فرم پیگیری بیماران وارد نمائید و یک دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا برای هر بیمار تنظیم کنید.

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

توجه : در هر بار مراقبت بیماران، لازم است فشار خون و وزن را اندازه بگیرید، در زمینه مصرف به موقع دارو و مراقبت های غیر دارویی آموزش دهید و در صورت نیاز، بیمار را به پز شک ارجاع دهید. در صورتیکه افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند .

آموزش

آموزش در مورد بیماری فشارخون بالا در چهار مرحله صورت می گیرد:

- آموزش توجیهی قبل از غربالگری برای عموم مردم
- آموزش حین غربالگری برای مراجعه کنندگان به خانه بهداشت
- آموزش در مراقبت ها و بازدید ها برای بیماران و خانواده آنها
- آموزش مستمر برای عموم مردم

از مهم ترین اقدامات برای پیشگیری از فشار خون بالا، آموزش همگانی و تشویق مردم به اجرای موارد زیر می باشد :

- ۱- از مصرف نمک زیاد پرهیز شود .
- ۲- از پر خوری و مصرف غذاهای پر چربی خود داری و در نتیجه از چاقی پیشگیری شود.
- ۳- از مصرف دخانیات پرهیز شود و در صورت مصرف دخانیات هرچه سریع تر برای ترک برنامه ریزی گردد .
- ۴- فعالیت بدنی و ورزش مداوم و منظم افزایش یابد .
- ۵- افراد سالم حداکثر هر سه سال یکبار حتماً فشار خونشان را اندازه گیری نمایند .

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

۱- راهنمای تغذیه

- خوردن سه وعده غذا به مقدار متعادل بهتر از خوردن یک وعده غذا اما به مقدار زیاد است . ولی باید به یاد داشته باشید که نوع غذا خیلی مهمتر از مقدار آن است و بطور کلی غذاهای مصرفی باید متنوع و شامل انواع گوناگون مواد غذایی باشند.
- از مصرف زیاد نمک خوداری کرده و از گذاشتن نمکدان سر سفره پرهیز کنید .
- غذاهای کم چربی را انتخاب کنید و غذا را بیشتر به صورت آب پز ، بخار پز یا کبابی تهیه کنید و حتی المقدور از خوردن غذاهای سرخ کرده خود داری کنید .
- سعی کنید لبنیات کم چربی ، گوشت کم چربی و مرغ بدون پوست مصرف کنید .



- از سبزیجات ، سالاد و میوه جات به مقدار زیاد مصرف کنید .
- غذاهای نشاسته ای مثل نان، ماکارونی ، دانه های غلات با پوست و سیب زمینی به مقدار متعادل مصرف کنید .
- از مصرف نوشابه های گازدار شیرین اجتناب کنید .
- مصرف شکر، شیرینی، شکلات، کیک و بیسکویت را شدیداً کاهش دهید .
- به جای کره ، روغن های جامد و یا دنبه از روغن های مایع استفاده کنید .
- گوشت، امعاء و احشاء (جگر ، مغز ، دل ، قلوه) و کله و پاچه را کمتر مصرف کنید .
- مصرف زرده تخم مرغ را محدود کنید (حداکثر ۳ عدد در هفته) .
- حبوبات مثل عدس، لپه و لوبیا را بیشتر مصرف کنید .
- حتی الامکان نان تهیه شده از آرد سبوس دار مصرف کنید .

۲- راهنمای ترک سیگار

برای کمک به فرد سیگاری به او بگوئید :

- ترک ، کار دشواری نیست .
- علائم ترک ۱-۲ هفته باقی میماند که ممکن است آزار دهنده باشد.
- اکثر افرادی که مصرف سیگار را ترک کرده اند در همان هفته اول و ما بقی در طول سه ماهه اول به مصرف مجدد سیگار رو می آورند که ممکن است به دلایل شرایط پیش بینی نشده یا فشار های روانی شدید باشد .
- بخاطر داشته باشید سیگار کشیدن یک عادت است ، عادتی که میتوان آن را کنار گذاشت .
- به یاد داشته باشید اکثر افراد سیگاری پس از چندین بار تلاش ، موفق به ترک می شوند.

ترک سیگار دارای مراحل زیر است :

۱. برای ترک تصمیم بگیرید.
۲. هر شب قبل از خواب به یکی از دلایل ترک خود فکر کنید(مثلاً“ برای بهبود سلامتی ، برای بهتر شدن ظاهر ،...).
۳. یک برنامه نرمشی - ورزشی را آغاز کنید ، مایعات بیشتری مصرف کنید ، استراحت کنید ، از خستگی بپرهیزید.
۴. هیچوقت به این فکر نکنید که هرگز سیگار مصرف نخواهید کرد . فقط به فکر تعیین یک روز برای ترک کردن باشید.
۵. از ی - سی - کی از دوستانتان که او هم سیگار مصرف می کند ب - - خواهش کنید که با هم برای ترک مصرف سیگار برنامه ریزی کنید و پول سیگار روزانه تان را پس انداز کنید.
۶. یک تاریخی برای ترک انتخاب کنید و روز ترک را به کلیه افراد خانواده، دوستان و اطرافیان اطلاع دهید .
۷. در روز ترک به خودتان بگوئید امروز سیگار مصرف نمی کنم و اینکار را انجام دهید.
۸. لباسهای خود را تمیز کنید تا از بوی بد سیگار خلاص شوید .
۹. عادت تغذیه ای خود را تغییر دهید تا به کاهش تعداد مصرف سیگار کمک کند، برای مثال شیر بنوشید.
۱۰. در موقع میل به مصرف سیگار بجای آن یک لیوان آب بنوشید یا میوه میل کنید.
۱۱. در طول روز خود را مشغول کنید .
۱۲. از افراد خانواده کمک بخواهید.

۳- راهنمای ورزش

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



- باید به خاطر داشت که ورزش نکردن و فعالیت بدنی کم یکی از عوامل موثر در ابتلاء به بیماری قلبی است.
- سعی کنید فعالیت بدنی جزئی از زندگی روزانه باشد.
- باید به یادداشت که ورزش به آرامی شروع شود و بتدریج افزایش یابد.
- به اندازه ای ورزش کنید که احساس خستگی مطبوعی در شما بوجود آید، نه به اندازه ای که از پا بیافتید.
- سطح مطلوب ورزش یعنی اینکه درحین ورزش ضمن نفس نفس زدن بتوان صحبت کرد.
- همیشه قبل از شروع ورزش، خود را با حرکات ورزشی ملایم و نرمش گرم کنید.
- برای خاتمه ورزش، بطور ناگهانی ورزش را تمام نکنید. سعی کنید برای چند دقیقه با حرکات ملایم تر به ورزش ادامه دهید.
- تا یک ساعت بعد از صرف غذا ورزش را شروع نکنید.
- درد عضلات در حین ورزش را نادیده نگیرید. در واقع " بدن " می گوید " ورزش کافی است! " .
- بهتر است حداقل هفته ای ۳ روز و روزانه ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی انجام شود. در صورتیکه نتوانید یکجا ۳۰ دقیقه فعالیت کنید می توان فعالیت بدنی را در طول روز به ۳ نوبت ۱۰ دقیقه ای تقسیم کرد.

نکات مورد توجه در اندازه گیری فشار خون

برای اندازه گیری فشار خون از دستگاهی بنام فشار سنج استفاده می شود که فنری یا جیوه ای است. برای سهولت حمل و نقل و سهولت کار بیشتر از نوع فنری استفاده می شود. فشار سنج از یک بازو بند، یک پمپ و یک ستون درجه بندی شده که جیوه در آن حرکت می کند و یا صفحه مدرج که با فنر کار می کند تشکیل شده است.

نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشار خون شخص باید از مصرف چای و غذا، سیگار کشیدن و فعالیت خودداری کرده و در صورتیکه مثانه وی پر باشد باید آن را خالی نماید. شخص باید ۵ دقیقه قبل از اندازه گیری فشار خون استراحت کامل نماید و بدون اضطراب، هیجان و درد باشد. محل اندازه گیری فشار خون باید به حد کافی آرام و دارای هوای مطلوب باشد.

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

دستگاه فشار سنج را نزدیک بازویی که می خواهید فشار خون را اندازه بگیرید قرار دهید. فاصله گیرنده فشار خون با دستگاه نباید بیش از یک متر باشد. بازو بند را دو تا سه انگشت بالای آرنج به بازو بسته و وسط کیسه لاستیکی داخل بازو بند را حتماً روی سرخرگ بازویی قرار دهید. اگر هوایی درون کیسه لاستیکی بازو بند باشد بوسیله پیچ تنظیم هوای دستگاه، این هوا را تخلیه کنید. سپس نبض دست راست (دستی که فشار آن را اندازه می گیرید) فرد را با یک دست حس کرده با فشارهای متوالی که با دست دیگر به پمپ وارد می کنید کیسه لاستیکی درون بازو بند را آنقدر باد کنید تا حدی که دیگر نبض احساس نگردد و سپس پمپ کردن را به اندازه ۳۰ میلی متر جیوه بعد از قطع نبض ادامه دهید. به صفحه مدرج دستگاه نگاه کرده و به آرامی با پیچاندن پیچ تنظیم هوای دستگاه، هوا را از کیسه لاستیکی خارج کنید بطوری که جیوه در لوله مدرج فشار سنج (در دستگاه جیوه ای) یا عقربه (در دستگاه عقربه ای) بطور آهسته پایین بیاید. البته در تمام این مدت نبض باید کنترل شود. عدد اولین احساس دوباره نبض را بخاطر سپرده و در اولین فرصت یادداشت نمایید. به این عدد فشار سیستول یا ماکزیمم (حداکثر) می گویند.

برای اندازه گیری دقیق تر فشار خون، اندازه فشار خون دیاستول یا می نیمم (حداقل) نیز گرفته می شود که در این مورد باید از گوشی استفاده شود. بعد از رعایت شرایط اندازه گیری و بستن بازو بند پس از لمس نبض در گودی بین بازو و ساعد، صفحه گوشی را در آن محل گذاشته و گوشی را در گوش قرار دهید و عمل اندازه گیری را تکرار نمایید. بطوریکه دستگاه را



تا ۳۰ میلیمتر جیوه پس از قطع نبض باد کنید و بتدریج پیچ تنظیم هوا را باز کنید و به صفحه مدرج دستگاه نگاه کنید، اولین صدای نبض که با گوشی به گوش می رسد فشار خون ماکزیمم (حداکثر) است، عدد آن را بخاطر بسپارید، دیگر پیچ دستگاه را دست نزنید احساس می کنید که در یک لحظه صدا قطع می شود و دیگر شنیده نمی شود، در همین موقع به صفحه مدرج دستگاه نگاه نموده و درجه را ببینید این عدد فشار خون می نیمم (حداقل) را نشان می دهد. گاهی قطع صدا در بعضی از افراد بطور کامل وجود نداشته در اینگونه موارد از تغییر و کاهش صدا فشار خون حداقل را تخمین می زنند. توجه کنید در ابتدای اندازه گیری پیچ دستگاه را به هیچ وجه یکباره باز نکنید فقط در صورتیکه صدایی شنیده نشد، هوای داخل بازوبند را تماما خالی کرده و بعد از ۱۵ ثانیه دوباره پمپ کنید.

بعد از اتمام اندازه گیری فشار خون، بازوبند را باز نموده و مقدار فشار خون خوانده شده را در اولین فرصت یادداشت نمائید

توجه:

در افراد سالم تفاوت عمده ای بین فشار خون در حالت خوابیده (طاق باز)، نشسته و ایستاده وجود ندارد، ولی در افرادی که داروی پایین آورنده فشار خون مصرف می کنند چون اختلاف قابل توجهی در فشارخون خوابیده، نشسته و ایستاده ایجاد می شود، لذا می بایست فشار خون را در حالت خوابیده و یا ایستاده اندازه گیری کرد. بطور طبیعی بین فشارخون دست راست و چپ ۱۰ تا ۲۰ میلی متر جیوه اختلاف وجود دارد (معمولا) دست راست فشارخون بالاتری دارد) اما اختلاف بیشتر از این مقدار، غیر طبیعی است.

راهنمای فرم غربالگری فشار خون بالا

این فرم بصورت یک دفترچه است و برای افراد ۳۰ ساله و بالاتر تکمیل می شود. غربالگری باید در طی ۶ ماه انجام و خاتمه یابد.

دستورالعمل تکمیل فرم غربالگری

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

(ستون ۱) ردیف: شماره ردیف را به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ بنویسید.

(ستون ۲) نام و نام خانوادگی: اسامی افراد ۳۰ ساله و بالاتر خانوار را به ترتیب شماره خانوار از پرونده خانوار بر حسب

سن از بزرگ تا کوچک استخراج و پشت سر هم در این ستون بنویسید.

(ستون ۳) جنس: جنس افراد را بر حسب مرد یا زن یادداشت کنید.

(ستون ۴) تاریخ تولد: تاریخ تولد را بر حسب سال و ماه یادداشت کنید.

(ستون ۵) شماره خانوار: شماره پرونده خانوار فرد را در این ستون یادداشت کنید.

(ستون ۶) تاریخ مراجعه: تاریخ روزی که فرد برای غربالگری مراجعه کرده است را در این ستون یادداشت کنید.

(ستون ۷) سابقه بیماری فشار خون بالا: از فرد سؤال کنید آیا بیماری فشار خون بالا دارد؟ در صورت جواب مثبت،

اگر بیمار تحت نظر پزشک است (تحت درمان غیر داروئی و یا درمان داروئی) در این ستون علامت ضربدر بگذارید. در این مورد بهورزان می توانند بر حسب شناختی که از اهالی روستا دارند و با توجه به شواهد موجود تصمیم گیری کنند. برای این فرد ستونهای ۹ و ۱۰ را خالی بگذارید. اگر فرد سابقه بیماری فشارخون بالا نداشت در ستون ۷ علامت منفی بگذارید.

(ستون ۸) نوبت اول: در اولین مراجعه فرد پس از رعایت شرایط اندازه گیری فشارخون، فشارخون فرد را اندازه گرفته و

مقدار فشارخون بدست آمده را بعنوان میزان فشار خون نوبت اول محسوب کنید و در این ستون بصورت کسر یادداشت کنید. در صورتیکه هم فشار خون ماکزیمم فرد کمتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه و هم فشار خون می نیمم کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه باشد، چون فشارخون طبیعی است نیاز به اندازه گیری مجدد نمی باشد. بنابراین برای این فرد ستونهای ۹ و ۱۰ خالی می ماند.



(ستون ۹) نوبت دوم : بعد از ثبت فشار خون نوبت اول در ستون ۸ در صورتیکه فشار خون ماکزیمم ۱۴۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشار خون می نیمم ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد ۵ دقیقه بعد از استراحت فرد، مجدداً فشار خون را از همان دست اندازه گیری کنید و مقدار آن را در این ستون بنویسید .

(ستون ۱۰) میانگین : مقدار فشار خون ماکزیمم بدست آمده از دو نوبت را با هم جمع کنید و بر ۲ تقسیم کنید تا میانگین فشار خون ماکزیمم بدست آید . میانگین فشار خون می نیمم را هم به همان ترتیب بدست آورید، نتیجه را بصورت کسر در این ستون یادداشت کنید .

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

۲

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

۲

(ستون ۱۱) تاریخ ارجاع به پزشک : تاریخی که فرد مشکوک به بیماری فشارخون بالا یعنی فردی که یا میانگین فشار خون ماکزیمم او ۱۴۰ میلی م - - - تر جیوه و بیشتر و یا م - میانگین فشار خون می نیمم او ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد را به پزشک ارجاع می دهید، با مداد در این ستون ثبت کنید و پس از معاینه توسط پزشک ، تاریخ را با خودکار در این ستون یادداشت کنید .

نتیجه غربالگری :

(ستون ۱۲) سالم : اگر فرد سابقه ابتلاء به بیماری فشارخون بالا نداشته باشد و در نوبت اول فشار خون طبیعی داشته باشد، در این ستون علامت ضربدر بگذارید .

در صورتیکه فرد سابقه بیماری فشار خون بالا داشته است و بیماری وی قبلاً توسط پزشک تأیید شده است ، به عنوان بیمار شناخته شده قبلی در ستون ۱۳ (شناخته شده قبلی) علامت ضربدر بگذارید . (یعنی در ستون ۷ علامت ضربدر وجود دارد) .

اگر پس از ارجاع فرد مشکوک به فشارخون بالا به پزشک، بیماری او تأیید شود، به عنوان بیمار شناخته شده جدید در ستون ۱۴ (شناخته شده جدید) علامت ضربدر بگذارید.

◀ توجه داشته باشید افرادی که سابقه بیماری فشارخون بالا دارند، حتی اگر فشارخون نوبت اول آنها کمتر از ۱۴۰/۹۰ باشد، جزء بیمار شناخته شده قبلی محسوب می شوند.

(ستون ۱۵) ملاحظات : هر اطلاعات خاص دیگر که ذکر آن ضروری است ، در این ستون یادداشت کنید. مانند سابقه بیماری خاص، مصرف دارو ، نحوه اندازه گیری فشارخون (طاق باز، ایستاده)، علت عدم غربالگری (دان شجو ، سرباز ، کارگر فصلی ، مسافرت ، بارداری) و غیره

◀ در صورت عدم مراجعه فرد واجد شرایط ، لازم است در طی دوره غربالگری چندین بار پیگیری انجام شود و در خاتمه مدت غربالگری اگر مراجعه صورت نگیرد، علت عدم غربالگری نوشته شود.

نکات مورد توجه در تکمیل فرم غربالگری فشار خون بالا

- ۱- منظور از افراد ۳۰ ساله و بالاتر افرادی هستند که ۲۹ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز را پشت سر گذاشته اند.
- ۲- حتی الامکان از گرد کردن اعداد بدست آمده از اندازه گیری فشار خون خودداری کنید و اعداد را بر حسب میلیمتر جیوه یادداشت کنید مانند ۱۴۲/۸۱ .
- ۳- این فرم فقط برای افراد ۳۰ ساله و بالاتری تکمیل می شود که در طول دوره شش ماه غربالگری مراجعه نموده اند ، یعنی برای افرادی که بعد از شروع دوره غربالگری به سن ۳۰ سالگی میرسند و افراد واجد شرایطی که بعد از خاتمه دوره غربالگری در دسترس قرار می گیرند، مانند دانشجویان ، سربازان ، زنان باردار و ... این فرم تکمیل نخواهد شد .



- ۴- فرم غربالگری برای زنان باردار بایستی یکماه پس از زایمان (در صورتی که مدت غربالگری به پایان نرسیده باشد) تکمیل شود و کنترل فشار خون در دوران بارداری طبق دستورالعمل مربوط به زنان باردار انجام شود.
- ۵- افرادی که در زمان غربالگری میانگین فشارخون ماکزیمم آنها ۱۷۰ میلی متر جیوه و بیشتر است به پزشک ارجاع فوری دهید.
- ۶- فرم غربالگری برای بیماران با فشار خون بالای شناخته شده قبلی هم باید تکمیل شود. در بیمارانی که تحت درمان و کنترل باشند نیازی به اندازه گیری فشار خون نوبت دوم نیست. در صورتیکه در نوبت اول فشار خون ماکزیمم ۱۴۰ میلی متر جیوه و بیشتر یا فشار خون می نیمم ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد بیمار را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید .
- ۷- مشخصات افراد بیمار (شناخته شده جدید و قبلی) را پس از شناسایی به فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشار خون بالا و فرم پیگیری بیماری منتقل کنید .
- ۸- اگر غربالگری در منزل انجام شود دور تاریخ مراجعه دایره قرمز بکشید.

غربالگری فشارخون بالا

مرکز بهداشتی درمانی روستائی..... خانه بهداشت : سال : روستا : اصلی قمر

ردیف	نام و نام خانوادگی	جنس	تاریخ تولد	شماره خانوار	تاریخ مراجعه	سابقه بیماری فشارخون بالا	فشارخون بر حسب میلی متر جیوه			نتیجه غربالگری			
							نوبت اول	نوبت دوم	میانگین	تاریخ ارجاع به پزشک	سلام	بیمار	
												شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید

راهنمای فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشار خون بالا

پس از شناسایی بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا ، مشخصات و اطلاعات آنها را از فرم غربالگری استخراج و به ترتیب در فرم مراقبت مربوط به بیماران مبتلا به فشار خون بالا وارد نمایید .این فرم در دو صفحه پشت و روبرو منظورثبت مراقبت های انجام شده برای هر بیمارتهیه شده است. برای هر بیمار یک فرم تنظیم کنید .این فرم ها را باید در پرونده خانوار هر فرد نگهداری نمود.

دستورالعمل تکمیل فرم مراقبت بیماران با فشار خون بالا

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

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

(ستون ۱) تاریخ مراقبت : تاریخی را که بیمار جهت مراقبت مراجعه کرده است در این ستون یادداشت کنید . اگر مراقبت در منزل بیمار انجام شود دور تاریخ دایره قرمز بکشید . تاریخ مراقبت بعدی را در این ستون بامداد یادداشت کنید و پس از انجام مراقبت، تاریخ را با خودکار بنویسید .

**(ستون ۲) مراقبت کننده**

فردی که مراقبت را انجام می دهد مثل بهورز، پزشک مرکز و یا سایر پزشکان (پزشک دیگری غیر از پزشک مرکز، در این ستون بنویسید. بهورزان ماهی یک بار و پزشکان حداکثر سه ماه یک بار لازم است بیمار را مراقبت نمایند.

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

خدمات ارائه شده

(ستون ۳) مقدار فشار خون بر حسب میلی متر جیوه: پس از اندازه گیری فشارخون بیمار (با توجه به رعایت شرایط اندازه گیری فشار خون)، مقدار آن را بر حسب میلی مترجیوه و بصورت کسر در این ستون یادداشت کنید.

(ستون ۴) مقدار وزن بر حسب کیلوگرم: پس از اندازه گیری وزن بیمار، مقدار آن را در این ستون بر حسب کیلو گرم یادداشت کنید.

(ستون ۵) مقدار نمایه توده بدنی: با استفاده از نمودار نمایه توده بدنی و قد و وزن بدست آمده وضعیت نمایه توده بدنی بیمار را تعیین و در این ستون مقدار آن را بنویسید. برای افرادی که چاق هستند یعنی نمایه توده بدنی آنها ۳۰ و بیشتر است تا رسیدن به وزن مطلوب، وزن بیمار باید هر ماه در هر مراقبت کنترل شود. در مورد بیمارانی که نمایه توده بدنی آنها کمتر از ۳۰ است، ۳ ماه یک بار وزن را اندازه گیری کنید.

(ستون ۶) بررسی مصرف دخانیات: در صورتیکه بیمار دخانیات مصرف می کند، اگر چپق یا قلیان مصرف می کند از او سؤال کنید بطور متوسط چند بار در روز مصرف می کند؟ و جواب را در این ستون یادداشت کنید. اگر بیمار سیگار مصرف می کند از او سؤال کنید بطور متوسط چند نخ سیگار در روز مصرف می کند؟ و جواب را در این ستون یادداشت کنید.

(ستون ۷) آموزش: عناوین آموزش هائی که بصورت چهره به چهره به بیمار می دهید، در این ستون یادداشت کنید.

(ستون ۸) سایر: اگر غیر از خدمت ارائه شده در ستونهای ۳ الی ۷ مراقبت دیگری انجام شود، در این ستون یادداشت کنید.

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

(ستون ۹) عوارض فشار خون بالا: اگر در طی مراقبت های معمولی بیمار که توسط پزشک انجام می شود، پزشک متوجه عارضه ای ناشی از فشارخون بالا در بیمار شود و آن را تأیید کند و یا پس از ارجاع به سطح بالاتر عارضه بیمار بررسی و به تأیید پزشک متخصص برسد، پس از دریافت پس خوراند از سطح بالاتر، پزشک مرکز می بایست محل و نوع عارضه را در محل مربوطه بنویسد.

(ستون ۱۰) دستورات پزشک و نتیجه آزمایشات انجام شده: نوع داروی مصرفی، مقدار و زمان مصرف دارو، زمان پیگیری و مراقبت بعدی، مراقبت خاص و ... می بایست توسط پزشک مرکز در این قسمت یادداشت گردد.

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

(ستون ۱۱) دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه: اگر بیمار به دلایل فوت، مهاجرت به روستای دیگری شهر، عدم تمایل به همکاری و یا دلایل دیگر به خانه بهداشت مراجعه نمی کند، در این ستون علت آن را بنویسید.



(ستون ۱۲) ارجاع به: اگر بیمار توسط بهورز به پزشک مرکز ارجاع (فوری یا غیر فوری) شود، در این ستون کلمه پزشک مرکز را بنویسید.

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

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

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

(ستون ۱۳) ملاحظات: هر موضوع و اطلاعات مهم دیگر در ارتباط با بیماران را در این ستون بنویسید (مانند سابقه بیماری خاص و ...)

نکات مورد توجه در تکمیل فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشار خون بالا

- ۱- مشخصات تمام بیماران مبتلا به فشار خون بالا را علاوه بر این فرم به ترتیب در فرم پیگیری بیماران نیز ثبت کنید.
- ۲- برای هر بیمار یک دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به فشار خون بالا را با کمک کاردان و پزشک مرکز تنظیم و تکمیل کنید و به بیمار تحویل دهید تا در هر بار مراجعه به پزشک به همراه خود داشته باشد.
- ۳- اگر فردی برای معاینات بهداشتی، درمانی مراجعه نماید و پس از اندازه گیری فشار خون، مقدار آن بالا باشد (فشار خون ماکزیمم ۱۴۰ میلی متر جیوه و بیشتر یا فشار خون مینیمم ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر)، باید طبق دستورالعمل در یک نوبت دیگر به فاصله ۵ دقیقه (روی هم دو نوبت) فشار خون را اندازه گیری و در دفتر ثبت نام بیماران ثبت کنید و سپس بر حسب میانگین اعداد بدست آمده قضاوت کنید. اگر در صورت لزوم به پزشک ارجاع داده شود (فشار خون ماکزیمم ۱۴۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشار خون می نیمم ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر) و بیماری فشار خون بالا مورد تأیید قرار گیرد، مشخصات بیمار را در فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشار خون بالا و فرم پیگیری بیماران وارد کنید و دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به فشار خون بالا را تکمیل و به بیمار تحویل دهید.
- ۴- برای بیمارانی که تحت نظر پزشک مرکز نیستند نیز می بایست این فرم و فرم پیگیری بیماران و دفترچه مراقبت بیماران تنظیم گردد و مراقبت ماهانه توسط بهورزان انجام گیرد. همچنین می بایست با پرسش از بیمار و بررسی دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به بیماری فشار خون بالا، وضعیت درمانی بیمار با کمک کاردان یا پزشک مرکز بررسی و در فرم یادداشت گردد.

نمای فرم پیگیری بیماران

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

دستورالعمل تکمیل فرم پیگیری بیماران

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

(ستون ۱) ردیف: شماره ردیف را به ترتیب ۱، ۲، بنویسید و همین شماره ردیف را در قسمت ملاحظات فرم غربالگری فشار خون بالا و فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشار خون بالا که مختص همان بیمار است نیز ثبت کنید.



اطلاعات مربوط به ستون ۲ الی ۵ را از فرم غربالگری فشار خون بالای فرد بیمار استخراج و به ترتیب در این فرم یادداشت نمایید .

(ستون ۲) نام و نام خانوادگی: اسامی تمام افراد بیمار مبتلا به فشارخون بالا که در طول غربالگری شناسایی شده و یا قبلاً مبتلا به بیماری بوده اندرا در این ستون ثبت کنید .

(ستون ۳) سال تولد: تاریخ تولد را بر اساس سال یادداشت کنید مثل ۱۳۴۵ .

(ستون ۴) شماره پرونده خانوار: شماره پرونده خانوار فرد را در این ستون ثبت کنید .

(ستون ۵) تاریخ اولین مراجعه: تاریخ اولین روز مراجعه ای که فرم غربالگری برای فرد تکمیل شده است در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۶) اولین تاریخ تشخیص بیماری: اولین تاریخ تشخیص بیماری فرد را بر حسب ماه و سال در این ستون بنویسید. (از فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا استخراج کنید)

(ستون ۷ الی ۳۰) تاریخ خدمات انجام شده: این قسمت از ستونه ای مربوط به ماههای سال تشکیل شده است . تاریخ روزی که بایستی شخص بیمار برای مراقبت به خانه بهداشت مراجعه کند را در ستون مربوطه بر حسب مراقبت بهورزی یا پزشک با مداد بنویسید . در صورت مراجعه پس از انجام مراقبتهای لازم تاریخ آن را با خودکار بنویسید و دور آن رادایره بکشید و به همین ترتیب تا پایان ستونها ادامه دهید . در صورت عدم مراجعه پیگیری کنید . اگر مراقبت در منزل انجام شود دور تاریخ دایره قرمز بکشید .

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

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

(ستون ۳۱) ملاحظات: هر موضوع و اطلاعات مهم دیگر در ارتباط با بیماران را در این ستون بنویسید (مانند علت عدم مراجعه و تاریخ قطع مراقبت و پیگیری و.....)

نکات مورد توجه در تکمیل فرم پیگیری بیماران

- ۱- اسامی افرادی که بعد از پایان غربالگری و در معاینات بهداشتی و درمانی، بیمار مبتلا به فشار خون بالا تشخیص داده شوند، بایستی در فرم پیگیری بیماران ثبت شود و تحت مراقبت قرار گیرند.
- ۲- در صورت مراقبت بیمار بیش از یکبار در ماه، می توان این ستون را به قسمت های افقی تقسیم نمود و تاریخ هر مراقبت را در قسمت مربوطه یادداشت کرد .
- ۳- حداقل مراقبت بهورزی ماهانه و حداقل مراقبت پزشک سه ماه یکبار است . مگر در مواردی که با نظر پزشک ، مراقبت با فاصله کمتر ضرورت داشته باشد .

راهنمای استفاده از نمودار نمایه توده بدنی (BMI)

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

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



راهنمای تکمیل دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا

برای هر بیمار مبتلا به بیماری فشارخون بالا، بایستی یک دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالاتنظیم کنید، حتی اگر بیمار تحت مراقبت پزشک مرکز بهداشتی درمانی نباشد. بیماران باید توجیه شوند تا هر بار که برای مراقبت بیماری فشارخون بالا به پزشک مراجعه می کنند (غیر از پزشک مرکز بهداشتی درمانی مربوط به خانه بهداشت روستائی که بیمار در آنجا زندگی می کند)، از پزشک مربوطه درخواست کنند تا قسمت های مرتبط با نوع خدماتی را که انجام داده است، در این دفترچه تکمیل نماید. این دفترچه شامل ۹ قسمت است:

- ۱- مشخصات منطقه ای: این قسمت توسط بهورز تکمیل می شود.
- ۲- اطلاعات عمومی: این قسمت توسط بهورز تکمیل می شود.
- ۳- سوابق بیماری ها: این قسمت توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی تکمیل می شود.
- ۴- فهرست داروهای پایین آورنده فشارخون که بیمار در حال حاضر یا در گذشته مصرف کرده است: این قسمت توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مربوطه تکمیل می شود.
- ۵- فرم معاینه (صفحه ۱ و ۲): هر بار که بیمار برای مراقبت بیماری فشارخون بالا به پزشک مراجعه می کند و تحت معاینه و یا آزمایشات لازم قرار میگیرد، باید نتایج آن، توسط اودریک ردیف از این فرم در قسمت مربوطه نوشته شود.
- ۶- فرم دستورات دارویی: در صورتیکه پزشک مربوطه دارو تجویز نماید نام داروها باید توسط وی در این قسمت نوشته شود.
- ۷- فرم شماره ۱ و ۲ آزمایشگاه: اگر بیمار برای بیماری فشارخون بالا آزمایش خون یا ادرار داده باشد، نتایج آن باید توسط پزشک مربوطه در یک ردیف از این فرم یادداشت گردد.
- ۸- فرم بستری: اگر بیمار برای بیماری فشارخون بالا در بیمارستان بستری شده باشد، نتایج آن باید توسط پزشک مربوطه و یا پزشک مستقر در بیمارستان در یک ردیف از این فرم یادداشت گردد.
- ۹- راهنمای تکمیل دفترچه مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا: این قسمت در مورد نحوه تکمیل فرم توسط پزشک، توضیح می دهد.

اپیدمیولوژی فشارخون بالا

گذر اپیدمیولوژیک بیماری ها به سبب افزایش میانه سنی جمعیت، تغییر الگوی مصرف، شیوع رفتارهای خطر زا و رشد سریع شهرنشینی و کوچک شدن جوامع و جهانی شدن عوامل خطر و انتقال سریع این عوامل به جوامع سراسر دنیا اتفاق افتاده است. هم اکنون بیماری های غیر واگیر به عنوان معضل عمده بهداشتی مطرح می باشند.

با توجه به گذر اپیدمیولوژیک که در کشورهای در حال توسعه رخ داده است بیماری های مزمن و عوامل خطر مرتبط با آنها از جمله مشکلات عمده بهداشتی این کشورها شده است. ارمغان آن بار بیماری ها و ناتوانی ها و مرگ بیش از موعد برای میلیون ها نفر انسانی است که غالباً در همین کشورها زندگی می کنند و قسمت زیادی از بودجه های این کشورهای کم درآمد را به خود اختصاص می دهند.

یافته های شگفت انگیز و هشداردهنده نشان می دهد تحول عظیمی در رفتارهای انسانی رخ داده است و به تغییراتی شگرف در الگوهای زندگی در جوامع در حال توسعه منجر شده است که بین افراد ثروتمند و فقیر چه فاصله ای باورنکردنی ایجاد کرده است.

مصرف بیش از اندازه غذا یا مصرف نامناسب غذا به چاقی که زمینه ساز افزایش CVD، فشارخون بالا، انواع سرطان ها، دیابت و است منجر می شود. یک میلیارد نفر مردم دنیا اضافه وزن دارند که از این تعداد ۳۰۰ میلیون نفر چاق هستند (نمایه توده بدنی آنها بیش از ۳۰ کیلوگرم / متر مربع است).

۶۰٪ مردم دنیا فعالیت بدنی مناسب ندارند و افراد کم تحرک ۱/۵ برابر بیشتر از افراد فعال در معرض بیماری عروق کرونر هستند. ۱/۹ میلیون نفر مرگ در سال در دنیا به دنبال کم تحرکی رخ می دهد. کم تحرکی نیز موجب ۱/۹ میلیون مرگ در



دنیا شده و عامل ۲۲٪ بیماری های ایسکمیک قلبی است. استفاده از تلویزیون و کامپیوتر تنیز زندگی کم تحرک را رواج میدهد و زندگی کم تحرک زمینه اساسی برای چاقی است.

۱۸٪ از حوادث عروق مغزی و ۵۹٪ از کل بیماری های قلبی منتسب به سطح کلسترول تام بالاتر از ۳/۲ میلی مول / لیتر است و ۴/۴ میلیون مرگ (۷/۹ درصد از کل مرگها) و ۲/۸٪ از کل بار بیماری ها را تشکیل می دهد.

دخانیات و الکل امروز به یاری دیگر اهریمنان سلامت از جمله غذاهای چرب و شیرین و شور، فشارخون بالا، کم تحرکی، اختلال چربی خون به مقابله با اهورای سلامت آمده اند و هر روز بر تعداد بیماران قلبی، سکتته های مغزی سرطان ها می افزایند. فشارخون بالا سبب ۷/۱ میلیون مرگ است (۱۳٪ کل مرگهای دنیا) و ۶۰۰ میلیون نفر مبتلا به فشار خون بالا در دنیا زندگی می کنند. مصرف پایین انواع میوه و سبزیها ۲/۷ میلیون مرگ بهمراه دارد.

مرگ های مربوط به مصرف دخانیات ۴/۹ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ بوده است. الکل عامل ۱/۸ میلیون مورد مرگ در دنیا است. مصرف دخانیات هر روزه رو به افزایش است جوانان و نوجوانان طعمه کمپانی های تولید دخانیات هستند و مصرف دخانیات سالانه ۵ میلیون انسان را به کام مرگ میبرد از ۴ میلیون مرد و یک میلیون زنی که به علت مصرف سیگار فوت می کنند ، ۲ میلیون از مرگ مرد ها و سیصد و هشتاد هزار از مرگ زن ها در کشورهای درحال توسعه اتفاق می افتد. ۱/۳ مرگها در دنیا علل قلبی عروقی دارند و دامنه این بلایا هر روز گسترده تر می شود . هم اکنون ۴۸/۶ درصد کل مرگ های دنیا به علت بیماری های غیرواگیر است که ۸۰٪ آن در کشورهای درحال توسعه رخ میدهد. حمله قلبی و بیماری های عروق مغز سالانه ۱۲ میلیون نفر را به کام مرگ می برد.

بیماری های قلبی عروقی و سکتته مغزی علت اصلی مرگ در سراسر جهان هستند که هر ساله ۱۷ میلیون نفر را به کام مرگ میبرند(یک مرگ از سه مرگ) واگر تا سال ۲۰۲۰ اقدام پیشگیرانه خاصی انجام نگیرد این تعداد مرگ به ۲۴/۸ میلیون نفر بالغ خواهد شد، حال آنکه می توان از بیماری های قلبی عروقی و سکتته مغزی به مقدار قابل توجهی پیشگیری کرد یا شروع آنها را به تعویق انداخت و از شیوع آنها کاست.

۲۵ سال پیش در کنفرانس آلماتا تنها به ۸ اولویت برای پیشگیری اولیه پرداخته شد و در آنها به مواردی چون بیماری قلبی عروقی و سکتته های مغزی بدنبال بیماری های عروق مغز هیچ اشاره ای نشد. در آن زمان بیماری های قلبی عروقی و بیماری های عروق مغزی بیماری های کشورهای صنعتی به شمار میرفت و به بیماری های غرب شهرت داشتند زیرا زندگی در آفریقا و آسیا و بسیاری دیگر از کشورهای در حال توسعه متفاوت بود.

اما باید یاد آور شد که با تغییر در شیوه های زندگی (مصرف غذا های مناسب و سالم ، افزایش فعالیت بدنی و مصرف نکردن دخانیات، کنترل وزن و فشارخون بالا) می توان حداقل ۸۰٪ بیماری های قلبی عروقی ، ۸۰٪ دیابت نوع II و ۱/۳ سرطان ها را کاهش داد.

کشورهای درحال توسعه زیان دیدگان عمده بیماری ها غیر واگیر هستند در حالیکه هنوز بیماری های واگیر گریبانگیر آنهاست ونظام بهداشتی این کشورها برای مراقبت حاد طراحی شده است ، و همزمان باید با بیماری های مزمن که نیاز به مراقبت طولانی دارد مبارزه کنند و می توان گفت این کشورها بار هر دو نوع بیماری ها را بدوش می کشند (Double Burden) بیماری های مزمن هزینه های سرسام آور مستقیم و غیر مستقیم را بر سیستم بهداشت تحمیل می کنند.

باتوجه به رواج جهانی عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی و سایر بیماری های غیر واگیر، کشور ایران نیز از این همه گیری مستثنی نبوده است، پس بایستی در پی یک برنامه جامع برای تغییر شیوه زندگی بود.

با توجه به آمار و اطلاعات فوق باید با برنامه های جامع مداخله ای مبتنی بر جامعه با این بیماری ها مقابله شود (چنانچه در بسیاری از کشورهای صنعتی نظیر فنلاند، آمریکا و کانادا با استفاده از همین برنامه ها تا ۵۰٪ بیماری های قلبی عروقی خود را کاهش داده اند) یقیناً در آینده ای نزدیک نه تنها عمده توان بهداشتی کشور صرف این بیماری ها خواهد شد بلکه هزینه های مستقیم و غیر مستقیم آنها بودجه جاری کشور را نیز تحت تأثیر قرار خواهد داد.



آینده میزان بروز بالای بیماری های قلبی عروقی با نگاهی به پرو فایل عوامل خطر زمینه ساز آنها به خوبی قابل پیش بینی است. با توجه به حقایق و تهدید های فوق الذکر ونیز براساس آنچه که از مرور برنامه ها و دیدگاههای بین المللی در خصوص تلاش برای معکوس کردن سیر گسترش بیماری های غیرواگیر و بخصوص بیماری های قلبی - عروقی حاصل می آید، مناسب ترین اقدامات نظام های سلامت در برنامه هایی تجلی می یابند که درکنار تمهید و تأمین خدمات بهداشتی سطح دوم و سوم به وضوح و با تمام توان موجود در راستای « تغییر رفتارهای خطر ساز » و « اصلاح شیوه های زندگی » گام بر میدارند. بدین ترتیب راهبردهای مواجهه با این بزرگترین معضل سلامتی را می توان در پیشگیری و کنترل عوامل خطر ساز بیماری قلبی عروقی خلاصه کرد.

وضعیت بیماری قلبی عروقی در ایران

فشار خون بالا یکی از مهم ترین و شایع ترین بیماری های قلبی - عروقی است و تعداد قابل توجهی از جمعیت دنیا به آن مبتلا هستند. در کشور ایران نیز حدود ۱۹٪ از جمعیت بالغین ۱۵ سال به بالا مبتلا به فشار خون بالا هستند.

تغییرات اجتماعی که در کشور ایران و بسیاری از کشورهای منطقه طی دهه های اخیر رخ داده است وضعیت سلامتی را نیز دستخوش تغییر کرده است. شیوه های زندگی جدید، رسومات و سنتهای جدیدی وارد فرهنگ بومی شده است و تغییر در الگوهای غذایی و رفتاری منتج گردیده است که خود این تغییرات افزایش شیوع چاقی، افزایش تعداد موارد سیگاری و کاهش فعالیت بدنی و در نتیجه افزایش شیوع بیماری های غیرواگیر را بهمراه داشته است. بیماری های قلبی، سکته های مغزی، انواع سرطان ها، فشارخون بالا و دیابت در حقیقت نمودی از این تغییرات هستند و درحال حاضر از مهم ترین علل مرگ و میر در منطقه emro (مدیترانه شرقی) سازمان جهانی بهداشت و از جمله ایران می باشند.

با توجه به اینکه شیوع فشار خون بالا با سبک و روش زندگی ارتباط تنگاتنگ دارد، جایگزین نمودن شیوه های زندگی نا صحیح با روش های مناسب می تواند تا حد قابل توجهی از گسترش این بیماری و عوارض ناتوان کننده آن نظیر سکته های قلبی و مغزی، نارسایی کلیه و اختلالات بینایی پیشگیری نماید. لذا برای کلیه کارکنان بهداشتی ضرورت دارد تا به اهمیت پیشگیری از مشکل فوق توجه داشته باشند و برای حل آن تلاش مستمر نمایند.

با توجه به موارد فوق اصلاح شیوه های زندگی اساس و بنیاد پیشگیری از بیماری های غیرواگیر و عوارض آنهاست.

لذا هر کشوری می بایست براساس شرایط خود به منظور مقابله با بیماری های غیرواگیر برنامه مداخله ای در نظر بگیرد. بیش از ۸۰٪ مرگ ها و ناتوانی های ناشی از بیماری های قلبی و سکته مغزی است که با مجموعه ای از تلاش های ساده، صرف هزینه کم و منطقی و اقدامات فردی می توان عوامل خطری چون فشارخون بالا، کلسترول خون بالا، چاقی و مصرف دخانیات را که زمینه ساز سکته مغزی و بیماری های قلبی عروقی هستند کاهش داد و در نتیجه از مرگ و ناتوانی ناشی از این بیماری ها تا حد زیادی کاست.

سازمان جهانی بهداشت می گوید اگر هیچ اقدامی برای بهبود سلامت قلبی عروقی صورت نگیرد و روند فعلی ادامه یابد، ۲۵٪ سال های زندگی سالم تا سال ۲۰۲۰ به علت بیماری های قلبی عروقی از دست خواهد رفت. یکی از یافته های مهم گزارش بار بیماری های قلبی عروقی این است که فشارخون بالا به تنهایی سبب ۵۰٪ بیماری قلبی عروقی در سراسر دنیا می شود. اگر فرد دارای چند عامل خطر باشد این خطر بسیار بیشتر می گردد.

حدود ۹ میلیون مرگ و بیش از ۷۵ میلیون سال از دست رفته عمر در سال به مقادیر نامطلوب فشارخون و کلسترول خون نسبت داده می شود.

۱۰ تا ۳۰٪ بالغین تقریباً در تمام کشورها از فشار خون بالا رنج میبرند، اما ۵۰ تا ۶۰٪ دیگر هم اگر فشارخون پایین تری می داشتند در وضعیت سلامتی بهتری قرار می گرفتند. حتی یک کاهش مختصر در فشار خون این افراد خطر حمله قلبی و سکته مغزی را به شدت کاهش می دهد. همین الگو در مورد کلسترول نیز مصداق دارد.



مدیر کل سازمان جهانی بهداشت می گوید بار بیماری جهانی به علت فشارخون ۲ برابر بیشتر از مقداری است که سابقاً تصور می شد. بنابراین گروه بزرگی از بزرگ سالان دنیا گرفتار فشارخون بالا و کلسترول خون بالا هستند که سلامتی آنها را به شدت تهدید می کند و این دلیل روشنی است برای حمایت دولت های مختلف که توان برخورد ریشه ای با عوامل خطر فوق را دارند و می توانند درمان های مقرون به صرفه مؤثر را در دسترس افراد جامعه قرار دهند.

یکی از راهبردهای برجسته برای بسیاری از کشورها تخصیص منابع بیشتر برای اقدامات وسیع تری است که کل جمعیت می توانند از آن سود ببرند.

همانطور که قبلاً نیز اشاره شد، مداخلات مبتنی بر جامعه هزینه اثر بخش ترین روش های کاهش خطر بیماری های قلبی عروقی در کل جامعه است و باید در تمام شرایط بعنوان اولین راهبرد مد نظر قرار گیرند.

از دیگر رویکردهای مبارزه با بیماری های غیرواگیر تمرکز بر روی افراد در معرض خطر است. گزارش سازمان جهانی بهداشت آستانه رایج برای فشارخون بالا را مورد سؤال قرار داده است. در این گزارش نشان داده است که خطرات بیماری های قلبی عروقی محدود به بالای این حد آستانه قرار دادی نیست. در اکثریت وسیعی از افراد مقادیر کمتر فشار خون موجب کاهش خطرات مداوم می شود و در حقیقت برای حفظ سلامت و ارتقاء آن، متوسط اندازه کلسترول و فشار خون باید کمتر در نظر گرفته شود.

از آنجا که خطر بیماری فشارخون بالا به شکل یک منحنی زنگوله ای شکل است، اکثریت و سیعی از جمعیت در معرض خطر بیماری های قلبی عروقی در زیر این منحنی قرار دارند و تعداد کمی از افراد با خطر بسیار بالا یا خطر بسیار پایین درمانه های این منحنی قرار می گیرند

لذا از اهداف کاهش بیماری فشارخون در یک کشور حرکت کل جمعیت به ناحیه با خطر کمتر است که این امر از طریق آموزش عمومی و با کمک و حمایت دولت امکان پذیر است. این مسئله بطور خاص در کشورهای فقیر مصداق دارد که در پرداخت هزینه های درمان و داروی گسترده مشکل بیشتری دارند و کنترل کمی بر روی عوامل خطر مهم دارند.

در ژاپن، بسیج های آموزشی با حمایت دولت در زمینه فشارخون بالا انجام گرفت و افزایش درمان فشارخون بالا منجر به کاهش گسترده فشارخون در جمعیت شد و سکنه های مغزی بیش از ۷۰٪ تقلیل یافت.

طبق بررسی سلامت و بیماری در کشور در سال ۷۹ در افراد بالای ۱۵ سال شیوع فشارخون بالا ۱۱/۵٪ بوده است. در اولین دور بررسی های نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر در سال ۸۳ در افراد بالای ۱۵ سال شیوع فشارخون بالا ۱۹٪ بوده است. با توجه به نتایج بررسی های اخیر در کشور، بیماری فشارخون بالا در ایران نیز یک مشکل مهم بهداشتی است که بار بیماری زیادی را به جامعه تحمیل خواهد کرد. از آنجا که این بیماری با اصلاح شیوه های زندگی نامناسب به مقدار قابل توجهی قابل پیشگیری است، لذا ضرورت دارد در این زمینه برنامه ریزی مناسبی صورت گیرد.

اداره قلب و عروق در سال ۷۰ "برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا" را تهیه و در سال ۷۱ پس از تصویب کمیته علمی کشوری قلب و عروق بصورت آزمایشی در ۶ منطقه روستایی اجراء نمود که در سال ۷۳ پس از ارزشیابی در شبکه خدمات بهداشتی درمانی روستایی کشور ادغام گردید. این برنامه در سال ۸۰ مجدداً بازنگری شد و از سال ۸۱ در کل مناطق روستایی کشور به اجراء در آمد.

تغییرات در اهداف، استراتژی ها و فعالیت ها بر اساس نتایج پایلوت

- جدا سازی برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا از برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت نوع ۲ (به علت مشکلات اجرایی در طرح دیابت (گران بودن استفاده از نوار قند خون توسط بهورز برای شناسایی افراد مشکوک و ارجاع به پزشک در جمعیت ۱۵ سال به بالا)

- تغییر گروه سنی هدف از ۱۵ سال به ۳۰ سال (به علت پایین بودن میزان شیوع بیماری فشارخون بالا در گروه سنی ۱۵ تا ۳۰ سال و هماهنگی با برنامه دیابت نوع ۲)

- تغییر فاصله غربالگری از یک سال به سه سال یکبار (به علت اضافه شدن حجم زیادی از کار بر دوش بهورزان در هر سال



و عدم تغییر قابل توجه در بروز فشارخون بالا در هر سال)

- تغییر شیوه غربالگری از سه بار اندازه گیری فشارخون به دو بار اندازه گیری و محاسبه میانگین فشارخون و تصمیم گیری برای ارجاع به پزشک (چون افراد مشکوک به فشارخون بالا پس از ارجاع مجدداً توسط پزشک مورد معاینه و اندازه گیری فشارخون قرار می گیرند لذا لزومی برای اندازه گیری نوبت سوم فشارخون نبود و علاوه بر آن حجم کار بهورزان با توجه به حجم بالای جمعیت ۳۰ سال به بالا نیز زیاد بود)

- حذف غربالگری عوامل خطر (سابقه خانوادگی فشارخون بالا در اقوام درجه یک، چاقی و مصرف دخانیات) از برنامه (به علت اینکه افراد شناسایی شده در معرض خطر می بایست ۶ ماه یکبار مورد مراقبت قرار می گرفتند و بهورزان عملاً" جز آموزش جزیی و ساده کار خاصی انجام نمی دادند ضمن اینکه با توجه به شیوع بالای افراد در معرض خطر مراقبت این افراد حجم کار بهورزان را افزایش می داد و عملاً" اکثر مراقبت ها انجام نمی گرفت. ضمن اینکه با آموزش همگانی می توان این افراد را پوشش داد)

- تغییر متن آموزشی پزشک و تغییر پروتکل درمان (به علت پیشرفت در درمان بیماری و کشف نسل جدیدی از داروها)



طبقه بندی فشارخون

در این طبقه بندی آستانه فشارخون بدون در نظر گرفتن سایر عوامل خطر و بیماری های همراه برای افراد بزرگسال ۱۸ سال و بالاتر تعیین شده است. (جدول ۱)

فشارخون طبیعی در یک فرد سالم در حال استراحت کمتر از ۱۲۰/۸۰ میلی متر جیوه است. یعنی فشار سیستول کمتر از ۱۲۰ و دیاستول کمتر از ۸۰ میلی متر جیوه است.

پیش فشارخون بالا بین ۹۰ - ۱۳۹/۸۰ - ۱۲۰ میلی متر جیوه است. یعنی فشار سیستول بین ۱۲۰ و ۱۳۹ و یا فشار دیاستول بین ۸۰ و ۹۰ میلی متر جیوه است. منظور مقدار فشارخونی است که ما بین مقدار طبیعی و مقدار فشارخون بالا است.

فشارخون بالای مرحله یک بین ۹۹ - ۱۵۹/۹۰ - ۱۴۰ میلی متر جیوه است. یعنی فشار سیستول بین ۱۴۰ و ۱۵۹ و یا فشار دیاستول بین ۹۰ و ۹۹ میلی متر جیوه است. اگر فقط فشار سیستول یا فقط فشار دیاستول در این حد باشد، باز هم فشارخون بالای مرحله یک محسوب می شوند.

فشارخون بالای مرحله دو $\geq 160/100$ میلی متر جیوه است. یعنی فشار سیستول ≥ 160 میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشار دیاستول ≥ 100 میلی متر جیوه و بیشتر است. اگر فقط فشار سیستول یا فقط فشار دیاستول در این حد باشد، باز هم فشارخون بالای مرحله دو محسوب می شوند.

در بعضی افراد ممکن است فقط فشارخون سیستولی بالاتر از حد طبیعی باشد (۱۴۰ میلی متر جیوه یا بیشتر) مانند فشارخون ۱۴۸/۸۲ میلی متر جیوه که به آن **فشارخون بالای سیستولی تنها** می گویند، فشارخون بالای سیستولی بیشتر در افراد سالمند دیده می شود.

در بعضی افراد ممکن است فقط فشارخون دیاستولی بالاتر از حد طبیعی باشد (۹۰ میلی متر جیوه یا بیشتر) مانند فشارخون ۱۳۴/۹۶ میلی متر جیوه که به آن **فشارخون بالای دیاستولی تنها** می گویند. افرادی که فشارخون آنها در محدوده پیش فشارخون بالاست، در معرض خطر افزایش فشارخون هستند. در این افراد احتمال ابتلاء به فشارخون بالا زیاد است. هم چنین اگر فشارخون در افراد مبتلا به بیماری قلبی، کلیوی، سکتة مغزی و دیابت در این محدوده باشد به عنوان فشارخون بالا محسوب می شود و باید تحت درمان قرار گیرند. در این افراد فشارخون طبیعی کمتر از مقداری است که برای سایر افراد در نظر گرفته شده است.

فشارخون باید بر اساس چند اندازه گیری که در موقعیت های جداگانه و در طول یک دوره اندازه گیری شده است، تشخیص داده شود. در زمان اندازه گیری فشارخون در هر شرایطی مانند مطب، بیمارستان، داخل آمبولانس و خانه باید عوامل تاثیرگذار بر فشارخون به دقت مورد توجه قرار گیرد.



فقط پزشک می تواند تایید کند فرد به بیماری فشارخون بالا مبتلا است. اغلب پزشکان قبل از این که در مورد بالا بودن فشارخون تصمیم بگیرند، چندین بار در روزهای مختلف فشارخون فرد را کنترل می کنند. اگر فرد فشارخون بالا داشته باشد، لازم است بطور منظم فشارخون خود را اندازه گیری کند و زیر نظر پزشک تحت درمان قرارگیرد.

جدول ۱: طبقه بندی فشارخون در افراد بزرگسال

دیاستول (mmHg)		سیستول (mmHg)	
کمتر از ۶۰	و	کمتر از ۹۰	فشارخون پایین
کمتر از ۸۰ (۶۰-۷۹)	یا	کمتر از ۱۲۰ (۹۰-۱۱۹)	فشارخون طبیعی یا مطلوب
۸۰-۸۹	یا	۱۲۰-۱۳۹	پیش فشارخون بالا
۹۰-۹۹	یا	۱۴۰-۱۵۹	فشارخون بالا مرحله ۱
۱۰۰ یا بیشتر	یا	۱۶۰ یا بیشتر	فشارخون بالا مرحله ۲
کمتر از ۹۰	و	۱۴۰ یا بیشتر	فشارخون سیستولی ایزوله (تنها)
۹۰ یا بیشتر	و	کمتر از ۱۴۰	فشارخون دیاستولی ایزوله (تنها)

فشارخون پائین زمانی رخ می دهد که فشار سیستول کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه باشد و فشار دیاستول هم پایین تر از ۶۰ میلی متر جیوه باشد یا ۲۵ میلی متر جیوه کمتر از مقدار فشارخون طبیعی هر فرد باشد.

فشارخون پایین گاهی نشانه ای از موارد جدی مثل شوک است که یک وضعیت تهدید کننده زندگی است. اگر فرد سر گیجه دارد یا احساس ضعف و بیحالی دارد و فشارخون وی هم کمتر از حد طبیعی است، فوراً باید با پزشک خود تماس بگیرد.

اگر فشارخون از حد طبیعی بالاتر رود عوارض مهمی بدنبال دارد. فشارخون بالا یکی از عوامل خطر ساز بیماری های عروق کرونر قلب (عروقی که به قلب خون می رسانند) است و علاوه بر قلب (سکته قلبی و نارسایی قلبی) به اعضای حیاتی مهم دیگری مثل مغز (سکته مغزی)، کلیه (نارسایی مزمن کلیوی) و چشم (اختلال دید به علت خونریزی شبکیه) نیز آسیب جدی می رساند (شکل ۳).

اگر فشارخون بالا بموقع شناخته شود و بموقع درمان و کنترل شود، می توان بسیاری از عوارض فشارخون بالا را پیشگیری کرد. همانطور که قبلاً اشاره شد فشارخون بالا معمولاً بدون علامت است و به آن قاتل بی صدا (خاموش) می گویند و به علت عوارض جانبی جدی آن، تنها راه پی بردن به آن، اندازه گیری منظم فشارخون در هر فرد است.

در زمانی که نیاز به ارزیابی سلامت قلبی عروقی، غربالگری و شناسایی بیماری فشارخون بالا و پایش اثر بخشی درمان در بیماران مبتلا به فشارخون بالا وجود دارد، فشارخون اندازه گیری می شود.



مزایا و معایب دستگاه‌های با نمایشگرهای دیجیتالی (الکترونیک)

- چون دستگاه‌های جیوه‌ای بعلت خطر جیوه از دور خارج خواهند شد، وسایل اندازه‌گیری فشارخون الکترونیکی در آینده رواج می‌یابند.
 - اغلب این وسایل برای استفاده بالینی معمول، بقدر کافی دقیق هستند. در این نوع دستگاه‌های خودکار بسیاری از خطاهای مربوط به اندازه‌گیری فشارخون که می‌تواند توسط انسان (گیرنده فشارخون) ایجاد شود، حذف می‌گردد.
 - دستگاه‌های اندازه‌گیری خودکار، عمومی ترین وسیله اندازه‌گیری فشارخون هستند. از همه مهمتر برای خود پایشی و اندازه‌گیری توسط خود فرد، استفاده از این دستگاه‌ها بسیار راحت تر است.
 - به علت این که مقادیر فشارخون روی نمایشگر نشان داده می‌شود، خواندن مقدار فشارخون راحت است. بعضی از نمایشگرهای الکترونیک یک نسخه چاپی کاغذی هم دارند.
 - نمایشگر الکترونیک برای بیماران دارای نقص شنوایی خوب است و استفاده از آن راحت‌تر از انواع دیگر است، چون نیاز به گوشی ندارد.
 - یکی از معایب نمایشگر الکترونیکی این است که با حرکت بدن یا ضربان قلب نامنظم، دقت آن تغییر می‌کند.
 - نمایشگر نیاز به باتری دارد.
 - بعضی از مدل‌های دیجیتالی فقط برای استفاده در بازوی چپ طراحی شده اند. این مسئله ممکن است در بعضی بیماران که اندازه‌گیری فشارخون در بازوی چپ امکان ندارد و فشارخون باید از بازوی راست اندازه‌گیری شود، مشکل ایجاد کند. (شکل ۱۲)
 - بعضی از نمایشگرهای الکترونیکی گران هستند.
- اندازه‌گیری فشارخون با دستگاه‌های جیوه‌ای یا عقربه‌ای**
- برای قضاوت در مورد وضعیت فشارخون هر فردی باید هر دو مقدار فشارخون سیستول و دیاستول اندازه‌گیری شود. فشارخون برحسب میلی متر جیوه (mmHg) اندازه‌گیری می‌شود. مراحل اندازه‌گیری دقیق فشارخون با دستگاه‌های دارای مانومتر عقربه‌ای یا جیوه‌ای یکسان است.

نکات مورد توجه قبل از اندازه‌گیری فشارخون

- ۱- آماده سازی قبل از اندازه‌گیری فشارخون
 - اطاق معاینه باید ساکت و دارای حرارت مناسب باشد.
 - مانومتر باید هم سطح چشم‌گیرنده فشارخون قرارگیرد. دستگاه فشارسنج را نزدیک بازویی که می‌خواهید فشارخون را اندازه بگیرید، قرار دهید. فاصله معاینه شونده باگیرنده فشارخون نباید بیش از یک متر باشد.



- فشارخون را می توان در حالت نشسته، ایستاده و دراز کشیده اندازه گیری کرد. در اندازه گیری فشارخون بین دست راست و چپ ممکن است اختلافی حدود ۲۰-۱۰ میلی متر جیوه وجود داشته باشد و باید فشارخونی که بالاتر است در نظر بگیرید. بهتر است فشارخون از دست راست و در وضعیت نشسته اندازه گیری شود.

- وضعیت معاینه شونده

افراد معاینه شونده (افرادی که فشارخون آنها اندازه گیری می شود) قبل از اندازه گیری فشارخون باید شرایط زیر را رعایت کنند:

- ۳۰ دقیقه قبل از اندازه گیری فشارخون از مصرف کافئین (قهوه و چای) و الکل و مصرف محصولات دخانی خودداری کنند و فعالیت بدنی شدید نداشته باشند، در غیراینصورت فشارخون نباید اندازه گیری شود. همه این موارد روی مقاومت شریانچه ها اثر می گذارند و افزایش غیر واقعی فشارخون خواهیم داشت.

- نباید ناشتا باشند.

- قبل از اندازه گیری فشارخون مثانه آنها خالی باشد.

- به مدت ۵ دقیقه قبل از اندازه گیری فشارخون استراحت کنند و صحبت نکنند.

- برای اندازه گیری 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 بنشینند و پشت خود را تکیه دهد و دستها و پاهایش را روی هم نگذارد. در غیراین صورت انقباض ایزومتریک عضلات سبب افزایش فشارخون فرد می شود. اگر تکیه گاه نداشته باشد فشارخون دیاستول تا ۶ میلی متر جیوه و اگر پاها روی هم گذاشته شود فشارخون سیستول بین ۲ تا ۸ میلی متر جیوه بالا می رود.

- بازوی دست بیمار باید طوری قرارگیرد که تحت حمایت باشد (تکیه گاه داشته باشد) و بطور افقی و هم سطح قلب قرارگیرد (شکل ۱۳). این سطح باید در وسط جناغ سینه و محاذات چهارمین فضای بین دنده ایی باشد. بازوی فرد را تا سطح قلب او بالا ببرید و بطور راحت روی میز بگذارید. دست فرد نباید خم باشد و مشت نکند. دست او نباید آویزان باشد چون باعث سفتی و انقباض عضلات دست و تغییر فشار هیدروستاتیک شده و فشارخون بطور کاذب بیشتر (گاهی تا ۱۰ میلی متر جیوه در فشار سیستول و دیاستول) و اگر بالاتر از سطح قلب باشد فشارخون کمتر از مقدار واقعی (گاهی تا ۱۰ میلی متر جیوه در فشار سیستول و دیاستول) و دیاستول یا ۲ میلی متر جیوه به ازای هر ۲/۵ سانتیمتر) نشان داده می شود. حتی اگر فرد روی تخت معاینه دراز بکشد و دست در سطح قلب نباشد گاهی تا ۵ میلی متر جیوه در فشار دیاستول تفاوت ایجاد می کند. بازو چه در حالت اندازه گیری 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 قرارگیرد تا هم سطح قلب شود. در حالت ایستاده می توان با یک دست بازوی دست فرد معاینه شونده را گرفت تا برای او تکیه گاه ایجاد کنید. نباید از خود فرد برای ایجاد تکیه گاه دست او کمک بگیرید. در استفاده از دستگاه های دیجیتالی مچی یا انگشتی نیز دست باید هم سطح قلب قرارگیرد.

- از گفتگوهای مهیج و شوخی با فرد معاینه شونده، باید خودداری شود.
- در حین اندازه گیری فرد باید آرام و بی حرکت بنشیند و ساکت باشد و گیرنده فشارخون نیز باید ساکت باشد. در غیراین صورت در اثر استرس و هیجان ناشی از این شرایط، ممکن است فشارخون فرد افزایش یابد.
- معمولاً فشارخون سیستول در دست راست ۱۰ میلی متر جیوه بیشتر از دست چپ است به همین دلیل غالباً از دست راست برای اندازه گیری فشارخون استفاده می شود. بازویی که فشارخون در آن اندازه گیری می شود باید تا شانه لخت باشد و اگر آستین لباس بالا زده می شود بایستی نازک و به اندازه کافی گشاد باشد تا روی بازو فشار نیابد و مانع جریان خون و نیز مانع قرار گرفتن صحیح بازوبند روی بازو نشود (شکل ۱۴). اگر آستین لباس تنگ است بهتر است فرد لباس خود را در آورد. آستین تنگ باعث می شود مقدار فشارخون کمتر از مقدار واقعی خوانده شود.
- افرادی که از داروی های کاهش دهنده فشارخون استفاده می کنند، بهتر است برای تعیین فشارخون وضعیتی اورتوستاتیک یا پوسچورال (orthostatic or postural) فشارخون آن ها در حالت ایستاده یا دراز کشیده نیز اندازه گیری شود. (در فشارخون وضعیتی در غالب موارد در حالت ایستاده فشارخون سیستول حداقل ۲۰ میلی متر جیوه و دیاستول حداقل ۱۰ میلی متر جیوه طی ۳ دقیقه ایستادن افت می کند که باید از فشارخون ناشی از اختلالات عصبی افتراق داده شود)

۲- بستن بازوبند

- اندازه گیری بازو

- یک خطای مهم در اندازه گیری فشارخون استفاده از بازوبند نامتناسب است. اگر بازوبند کوچک باشد باعث می شود مقدار فشارخون زیادتر از مقدار واقعی (از $\frac{3/2}{2/4}$ تا $\frac{12}{8}$ میلی متر جیوه) و اگر بازوبند بزرگ باشد مقدار فشارخون کمتر از مقدار واقعی (۱۰ تا ۳۰ میلی متر جیوه) نشان داده شود.
- انتخاب یک بازوبند با اندازه مناسب نیاز به تعیین اندازه دور بازو در وسط بازوی فرد دارد. برای تعیین مقدار دور بازو، باید وسط طول بازو یعنی فاصله بین استخوان شانه و سر استخوان آرنج را در نظر گرفت و سپس دور بازو را در آن محل اندازه گرفت. (شکل ۱۵)



شکل ۱۵: اندازه گیری بازو برای تعیین محل دور بازو

تصور می شود اگر قادر باشیم بازوبند را دور بازو ببندیم پس اندازه بازوبند مناسب است در صورتی که این تصور اشتباه است. اندازه مناسب و صحیح بازوبند اساساً بر حسب درازا و پهنای بازوبندی که خالی از هوا باشد، تعیین می شود. قاعده معمول این است که اگر دور بازو از ۳۳ سانتیمتر بیشتر باشد باید از بازوبند بزرگ تر بجای استاندارد استفاده کرد. اندازه بازوبند باید مطابق و متناسب با دور بازو باشد (جدول ۲).

کیسه هوای لاستیکی بازوبند باید ابعاد صحیح داشته باشد و بطور مطلوب طول آن ۸۰٪ دور بازو را بپوشاند و عرض آن حدود ۴۰٪ دور بازو باشد و یا دو سوم طول بازو را شامل شود. البته در بازوبندهای استاندارد این شرایط ممکن است اما در بازوبندهای بزرگتر امکان پذیر نیست، چون احتمال دارد فردی که چاق است طول بازوی او کوتاه باشد، در نتیجه پهنای بازوبند بزرگتر با طول بازوی فرد متناسب نمی شود و مقدار فشارخون نادرست برآورد می گردد. در این شرایط باید بجای بازو از ساعد فرد و بجای نبض بازویی از نبض مچ دست (رادپال) استفاده و فشارخون را اندازه گیری کرد هر چند ممکن فشارخون بیشتر از مقدار واقعی برآورد شود. البته می توان از دستگاه های دیجیتالی مچ دست نیز استفاده کرد. تعیین عرض کیسه هوا از روی بازوبند راحت تر از طول آن است که در بازوبند پنهان است. عرض کیسه هوا با عرض بازوبند با کمی اختلاف تقریباً یک اندازه است.

اگر کیسه هوا کاملاً (۸۰٪) دور بازو را نپوشاند، قسمت وسط کیسه هوا را روی سطح داخلی بازو (محل شریان بازویی) قرار دهید. متوسط اندازه پهنای (عرض) بازوبند ۱۲ سانتیمتر است اما اگر بازوی فرد خیلی چاق باشد بایستی از بازوبند پهن تر استفاده شود. (جدول ۲) اما دقت کنید در استفاده از بازوبند بزرگتر پهنای بازوبند با طول بازو متناسب باشد. لذا بهتر است به جای نوع بازوبند (مثلاً بازوبند بزرگسال درشت) به اندازه ابعاد کیسه هوای بازوبند توجه کرد.

بهتر است به افراد چاق یا افرادی که بازوی خیلی بزرگ دارند، توصیه شود برای خود دستگاه فشارسنج با کاف بزرگ و مناسب با دور بازوی خویش تهیه کنند، چون در همه مراکز بهداشتی درمانی امکان تهیه انواع این دستگاه ها وجود ندارد.

چاقی بر صحت مقدار فشارخون در کودکان، جوانان، سالمندان و زنان باردار تاثیر می گذارد.

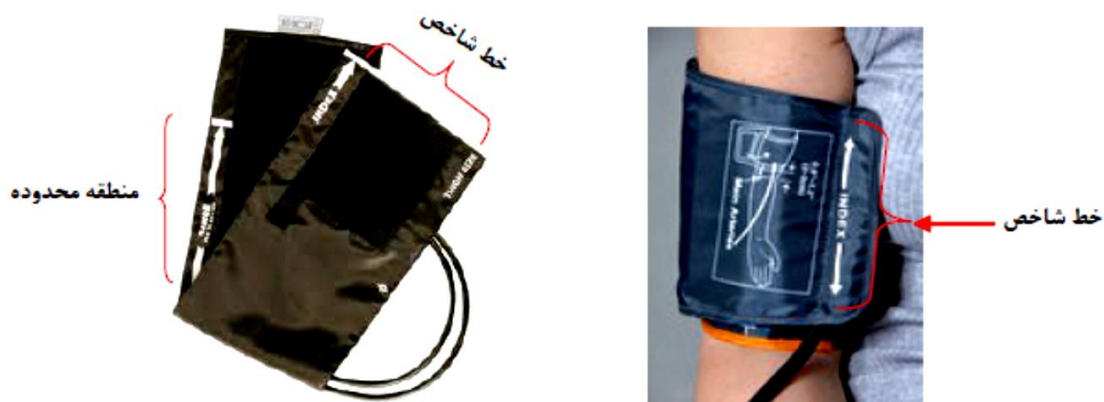
جدول ۲: انواع بازوبند دستگاه فشارخون

دور بازو (cm)	ابعاد کیسه هوا (cm)	اندازه (نوع) بازوبند (cm)
۲۲ - ۲۶	۱۰ × ۲۴	بازوی بزرگسال کوچک
۲۷ - ۳۴	۱۳ × ۳۰	بازوی بزرگسال استاندارد
۳۵ - ۴۴	۱۶ × ۳۸	بازوی بزرگسال درشت
۴۵ - ۵۲	۲۰ × ۴۲	ران بزرگسال (افراد خیلی چاق)

- محل قرار گرفتن بازوبند

اگر از قبل هوایی درون بازوبند باشد، با باز کردن پیچ تنظیم هوای پمپ دستگاه، هوا را خالی کنید. لبه پایینی بازوبند باید ۲-۳ سانتیمتر بالاتر از نقطه ضربان شریان بازویی (گودی یا چین آرنج) باشد. بازوبند را باید روی بازوی لخت فرد حدود ۲ تا ۳ سانتیمتر بالاتر از چین آرنج (گودی بین ساعد و بازو) طوری بپیچید که فضای کافی برای اینکه بتوانید یک انگشت زیر بازوبند قرار دهید، داشته باشد.

بر روی بعضی از بازوبندها یک خط شاخص عرضی (شکل ۱۶) به شکل عمود در انتهای طول بازوبند با علامت \updownarrow قرار دارد که بطور عرضی با طول بازوبند به دور بازو میچرخد. زمانی که بازوبند دور بازو میچرخد، وسط کیسه هوا که گاهی با یک علامت مشخص شده است باید روی شریان بازویی و دو لوله لاستیکی آن در کنار شریان بازویی و بر روی چین آرنج قرار گیرد.



شکل ۱۶: محل خط شاخص

لوله‌ها نباید گره یا پیچ بخورند یا در زیر بازوبند گیر کنند و خط شاخص باید بر روی وسط یا حداکثر در انتهای منطقه محدوده‌ای که در انتهای کیسه هوا با علامت \leftrightarrow روی بازوبند مشخص شده است (شکل ۱۷)، قرار گیرد.

علاوه بر خط شاخص و منطقه محدوده، در بعضی بازوبندها نوع بازوبند (مثل بزرگسال یا بزرگسال درشت) در بالای منطقه محدوده نشان داده شده است (شکل ۱۵). نوع بازوبند باید مطابق و متناسب با دور بازو باشد (جدول ۲).



شکل ۱۷: محل منطقه محدوده



لوله های لاستیکی که از کیسه هوای لاستیکی خارج می شوند، معمولاً باید به سمت پایین دست قرار گیرند، اما می توان بازوبند را طوری بست که لوله های لاستیکی در بالای بازوبند قرار گیرد یا در صورتی که اندازه کیسه هوای لاستیکی مناسب دور بازو باشد، کاملاً با چرخش کیسه لاستیکی لوله ها در پشت بازو قرار گیرند، در نتیجه گذاشتن گوشی در گودی آرنج راحت تر انجام می شود. (شکل ۱۸)



شکل ۱۸: بستن بازوبند

۳- برآورد مقدار فشارخون از طریق نبض

باد کردن بی رویه کیسه هوای بازوبند و در نتیجه وارد آوردن فشار زیاد به بازوی فرد معاینه شونده، هم موجب ناراحتی فرد و هم سبب برآورد کم تر از مقدار واقعی فشارخون سیستول می شود. برای جلوگیری از پمپ کردن بی رویه کیسه هوا و تخمین اولیه میزان فشاری که برای باد کردن بازوبند نیاز است و جلوگیری

از اندازه گیری ناصحیح فشارخون سیستولی، در ابتدا تعیین فشارخون سیستولی از طریق نبض و سپس با استفاده از گوشی انجام می شود. این روش در دستگاه های عقربه ای و جیوه ای کاربرد دارد.

اندازه گیری فشارخون با استفاده از ناپدید شدن نبض:

۱- بعد از بستن بازوبند، در ابتدا نبض شریان رادیال (شریان مچ دست) دست راست فرد (یا همان دستی که فشارخون آن اندازه گیری می شود) را با لمس توسط انگشتان اشاره و میانه پیدا کنید و در همان وضعیت نگه دارید. این نبض در بالای مفصل مچ دست درون شیار در امتداد انگشت شصت حس می شود. (شکل ۱۹). هرگز از انگشت شصت برای پیدا کردن نبض استفاده نکنید.



شکل ۱۹: محل نبض مچ دست (رادیال)



۲- پیچ فلزی تنظیم هوا را ببندید و به صورت متوالی و سریع در حالی که نبض رادیال را حس می کنید با فشار بر روی پوار لاستیکی، بازوبند را باد کنید. سپس هوا وارد بازوبند شده و فشار را افزایش می دهد و فرد معاینه شونده روی بازوی خود فشار احساس می کند. به سرعت بازوبند را باد کنید تا فشار مانومتر تقریباً به ۸۰ میلیمتر جیوه برسد در این حالت همچنان نبض را لمس کنید، سپس سرعت باد کردن را کاهش دهید تا به ازای هر ۲ تا ۳ ثانیه ۱۰ میلیمتر جیوه افزایش یابد و به جایی برسد که دیگر نبض مچ دست را حس نکنید، به محض ناپدید شدن نبض، عددی که همان لحظه عقربه روی آن قرار گرفت (در مانومتر عقربه‌ای) یا عددی که سطح جیوه در ستون جیوه‌ای در کنار آن قرار گرفت (در مانومتر جیوه‌ای) را در ذهن بسپارید (مقدار فشارخون سیستول تخمینی با تقریب ۲ میلی متر جیوه) و اجازه دهید افزایش فشار مانومتر تا حدود ۳۰ میلیمتر جیوه بالای ناپدید شدن نبض ادامه یابد.

۳- سپس باید باد بازوبند به تدریج تخلیه شود. کمی پیچ هوای پوار لاستیکی را شل کنید و اجازه دهید کم کم هوا با سرعت ۲-۳ میلیمتر جیوه در ثانیه از بازوبند خارج شود (اگر ضربان نبض آرام است در هر ضربه نبض حدود یک تا دو علامت نشانه مدرج در ستون جیوه‌ای یا در صفحه عقربه‌ای پایین آید). با کاهش فشار بازوبند، نبض مجدداً ظاهر و لمس می شود. باید به دقت به مقدار فشاری که در آن نبض ظاهر می شود، توجه کنید. این مقدار برآورد تقریبی از فشارخون سیستول است. این مقدار با مقدار فشاری که در زمان ناپدید شدن نبض بدست آورید یکسان خواهد بود و آن را تایید می کند. سپس با باز کردن کامل پیچ پمپ، هوای بازوبند را بطور کامل تخلیه کنید.

۴- مقدار فشارخون سیستولی که به ذهن سپردید و دستی که فشارخون آن اندازه‌گیری شده است را بلافاصله یادداشت کنید. در این شرایط به عنوان مثال اگر فشارخون سیستول ۱۴۶ میلی‌متر جیوه باشد، فشارخون به شکل ۱۴۶/p دست راست ثبت می شود. حرف p ابتدای کلمه pulse یعنی نبض است و مفهوم آن این است که فشارخون از طریق نبض اندازه‌گیری شده است.

نکات مورد توجه در اندازه‌گیری فشارخون از طریق نبض

- ۱- فشارخون سیستول را می توان با نبض مچ دست تخمین زد، اما فشارخون دیاستول را نمی توان با نبض بدست آورد. لذا برای بدست آوردن مقدار فشارخون دیاستول و به خصوص مقدار دقیق فشارخون سیستول، باید از گوشی استفاده کرد.
- ۲- معمولاً شریان مچ برای برآورد فشارخون سیستول از طریق نبض و شریان بازویی برای اندازه‌گیری فشارخون سیستول و دیاستول با گوشی استفاده می شود.
- ۳- روش اندازه‌گیری فشارخون از طریق لمس نبض در بیمارانی که ممکن است قضاوت صحیح در مورد نقطه انتهایی فاصله سمع (auscultatory gap) در آنها مشکل باشد، مفید است، مثلاً در زنان باردار، بیماران در وضعیت شوک یا افرادی که ورزش می کنند.
- ۴- اگر می خواهید اندازه‌گیری از طریق نبض را تکرار کنید، حداقل ۱ تا ۲ دقیقه صبر کنید و مجدداً کاف را باد کنید.



۵- کیسه هوا را سریع پمپ کنید و آرام تخلیه کنید. در غیر اینصورت فشارخون نادرست برآورد می شود. تخلیه سریع هوای بازوبند سبب تخمین کمتر فشار سیستول و تخمین بیشتر فشار دیاستول می شود.

صداهای کورتکوف (Korotkof)

اگر یک گوشی روی شریان بازویی یک فرد طبیعی قرار دهید، هیچ صدایی شنیده نمی شود. نبضها که مانند ضربانهای قلبی از طریق جریان خون در سراسر شریانها منتقل می شوند نیز هیچ صدایی تولید نمی کنند. اگر بازوبند فشارسنج را دور بازوی بیمار بسته و تا بالای مقدار فشارخون سیستول باد کنید، هیچ صدایی شنیده نمی شود زیرا آنقدر فشار بازوبند بالاست که جریان خون را بطور کامل مسدود می کند. اگر فشار داخل بازوبند تا آن جا پایین بیاید که برابر با مقدار فشارخون سیستول فرد شود، اولین صدای کورتکوف شنیده می شود. در این حالت مقداری خون در شریان بازویی جاری می شود. این جریان خون با برتری یافتن فشار داخل شریان بر فشار داخل بازوبند به صورت جهشی در می آید و چون هنوز فشار بازوبند وجود دارد (شریان کاملاً باز نشده و هنوز بطور نسبی فشرده شده) به صورت جریان گردابی در می آید و صداهای قابل سماع ایجاد می کند. این دو فرآیند موجب پیدایش صداهای کورتکوف می شوند. با پایین آمدن فشار بازوبند، تا زمانی که فشار داخل بازوبند بین فشار سیستول و دیاستول قرار گیرد صداهای ضربه‌ای (تپ تپ) ادامه می یابد و با کاهش بیشتر فشار در داخل بازوبند کیفیت صداها تغییر می کند و سرانجام خاموش و تمام صداها ناپدید می شوند. این پدیده به این علت است که فشار بازوبند از فشار دیاستول کمتر شده است و هیچ فشاری از طرف بازوبند روی شریان نیست و جریان گردابی وجود ندارد و در نتیجه هیچ صدایی ایجاد نمی شود.

صداهایی که در طول اندازه‌گیری فشارخون با گوشی پزشکی شنیده می شوند همانند صداهای قلب نیستند. این صداها را صداهای کورتکوف می گویند. بعد از باد کردن بازوبند ۳۰ میلی‌متر جیوه بالاتر از مقدار تقریبی فشارخون سیستول و به محض کاهش فشار بازوبند، صداهای کورتکوف با گوشی در ۵ مرحله شنیده می شوند که به شرح زیر می باشند:

مرحله ۱- اولین مرحله، ظهور صداهای ضربه‌ای آهسته و ضعیف و تکرار شونده است که واضح نیستند و بتدریج شدت آنها برای حداقل دو ضربه متوالی افزایش می یابد و قویتر می گردند. ظهور اولین صدا از صداهای مرحله ۱ مساوی با فشارخون سیستولی است. این مرحله هم زمان با ظهور مجدد نبض و لمس آن است.

فاصله در سماع - یکی از موارد دیگری که موجب برآورد نادرست فشارخون می شود، فاصله‌ای است که در سماع اولین صدای کورتکوف که نشان دهنده فشار سیستولی واقعی است، ایجاد می شود. این صداها به محض کاهش بیشتر فشار بازوبند و کاهش فشار روی شریان ظاهر اما دیرتر از زمان واقعی شنیده می شوند، لذا مقدار فشارخون سیستول کمتر از مقدار واقعی برآورد می شود. این فاصله را فاصله سماع می گویند. این پدیده بیشتر در سالمندان اتفاق می افتد. برای غلبه بر این پدیده می توان از لمس نبض رادیال (مچ دست) برای تعیین فشارخون سیستول در این افراد استفاده کرد.



مرحله ۲- این مرحله یک دوره کوتاه است که کم کم صداها ضعیف می شوند و صداهایی آهسته هم چون زمزمه یا هم همه با وضعیت ضربه ای شنیده می شوند.

مرحله ۳- در این مرحله دوباره صداها به شکل موجی واضح و مشخص می شوند و دوباره به شدت مرحله ۱ می رسند یا حتی از آن تجاوز می کنند. از صداهای مرحله دوم و سوم در اندازه گیری فشارخون استفاده نمی شود.

مرحله ۴- در این مرحله مجدداً صداها بطور ناگهانی و مشخص کم و آهسته می شوند و کیفیت آن مثل وزیدن و صدای ملایم جریان هواست. همچنان که فشار بازوبند کم می شود، صداها نیز با صداهای ضربه ای آهسته کم تر می شوند و فشارخون به سمت مقدار فشار دیاستولی می رود (این مرحله معمولاً حدود ۱۰ میلی متر جیوه بالاتر از فشار دیاستولی واقعی است).

مرحله ۵- این مرحله واقعاً یک صدا نیست، نقطه ای است که در آن تمام صداها نهایتاً بطور کامل از بین می رود. این مرحله برابر با فشارخون دیاستول است. برای اطمینان از این که به فشار واقعی دیاستول رسیده اید، اجازه دهید فشار بازوبند همچنان تا ۱۰ میلی متر جیوه دیگر بعد از حد مرحله ۵، نیز کاهش یابد.

بطور خلاصه اولین صدایی که شنیده می شود نشانه فشارخون سیستول و آخرین صدا نشانه فشارخون دیاستول است.

اگر در اندازه گیری فشارخون اختلاف زیادی بین مرحله ۴ و ۵ صداهای کورتکوف پیدا شد، هر دو مقدار باید در نظر گرفته شود.

۴- اندازه گیری فشارخون سیستول و دیاستول با گوشی و با استفاده از دستگاه های فشارسنج جیوه ای یا عقربه ای

۱- در ابتدا بازوبند دستگاه را دور بازو بپیچید (طبق شرایط ذکر شده در بند بستن بازوبند). معمولاً از دست راست برای اندازه گیری فشارخون استفاده می شود. دست فرد را بر روی یک سطح طوری تکیه دهید که هم سطح قلب قرار گیرد. (شکل ۲۰)

۲- حداکثر میزان فشاری که برای باد کردن بازوبند نیاز است را از طریق نبض دست تعیین کنید. (همانگونه که در بخش اندازه گیری و برآورد فشارخون با نبض توضیح داده شده است)

۳- هنگامی که فشار ناپدید شدن نبض را تعیین کردید، سپس باید فشارخون را با گوشی اندازه گیری کنید. یک دقیقه صبر کنید یا ۵ تا ۶ ثانیه دست فرد را بالا نگهدارید و این بار از گوشی استفاده کنید. لبه های انتهایی دو طرف گوشی را به شکل مورب و به سمت جلو در گوش قرار دهید.

۴- صفحه دیافراگم یا صفحه بل را بطور ملایم روی شریان بازویی در محل داخلی گودی یا چین آرنج قرار دهید (شکل ۲۱) و در حدی روی صفحه فشار آورید که بتوانید انتقال صدا از رگ را بشنوید. قسمت بل گوشی صداها را بهتر منتقل می کند، اما استفاده از دیافراگم صداها را از سطح وسیعتری دریافت می کند و نگهداری گوشی روی گودی آرنج با انگشتان دست راحت تر است. گوشی باید ثابت و صاف بدون فشار اضافی روی گودی آرنج نگه داشته شود، فشار زیاد ممکن است شریان را جا به جا و خمیده کند و صداها زودتر از مرحله ۵ کورتکوف قطع شود و فشار واقعی دیاستول را نتوان تخمین



زد. لبه گوشی نباید با لباس، بازوبند یا لوله های لاستیکی تماس یابد، در غیر اینصورت صداهایی که در اثر اصطکاک ایجاد می شود، در شنیدن صداهای کورتکوف اختلال ایجاد می کند. از ایجاد ضربه های خارجی و نابجا به گوشی در حین تخلیه هوای بازوبند بپرهیزید. در تمام مراحل اندازه گیری فشارخون باید به ستون جیوه یا نمایشگر عقربه ای نگاه کنید.

* افرادی که میخواهند خودشان فشارخون خود را اندازه گیری کنند برای نگهداری گوشی بر روی شریان بازویی باید گوشی را زیر بازوبند قرار دهند.



شکل ۲۱: نحوه قرار دادن گوشی روی شریان بازویی (براکیال)

۵- پیچ پمپ را ببندید و به سرعت بازوبند را تا ۳۰ میلی متر جیوه بالاتر از مقدار فشارخون سیستولی که با نبض بدست آمده است، باد کنید. (اگر بازوبند را به تدریج و آهسته باد کنید، سبب خواندن یک عدد کاذب می شود).

۶- کمی پیچ هوای پوار لاستیکی را شل کنید و اجازه دهید کمی هوا از کاف خارج شود. باد کاف را با سرعت ۲-۳ میلی متر جیوه در ثانیه خالی کنید (در هر ضربه نبض حدود یک تا دو علامت نشانه مدرج در ستون جیوه ای یا در صفحه عقربه ای پایین آید) تا طی آن صداهای ضربه ای کورتکوف براحتی شنیده شود. دیگر پیچ تنظیم هوا را تغییر ندهید. اگر پیچ را زیاد شل کنید، چون تغییر فشار سریع انجام می شود، قادر نخواهید بود صداها را به راحتی تشخیص دهید و فشارخون را تعیین کنید.

۷- همانطور که هوا از کاف خارج می شود و سطح جیوه یا عقربه بتدریج پایین می آید، کم کم صداهای کورتکوف را می شنوید. بدقت به اولین صدا گوش دهید با نگاه به نشانگر عقربه در نمایشگر مانومترهای عقربه ای یا ستون جیوه در مانومترهای جیوه ای، مقدار فشارخون را مشخص کنید و در ذهن بسپارید. این عدد همان مقدار فشارخون سیستول خواهد بود.

۸- به پیچ تنظیم هوا دست نزنید و اجازه دهید کاف به تخلیه هوا ادامه دهد. به صدای کورتکوف گوش کنید. زمانی می رسد که دیگر صدای واضحی شنیده نمی شود یا صدا خفیف و کم کم در یک نقطه کاملاً قطع می شود. در این نقطه مقدار فشارخون را از روی مانومتر یا نمایشگر تعیین کنید و در ذهن



بسپارید. این عدد همان مقدار فشارخون دیاستول است.

۹- وقتی تمام صداها قطع شد، هوای بازوبند باید به سرعت و کاملاً قبل از تکرار اندازه گیری با باز کردن کامل پیچ پوار تخلیه شود تا از احتقان ورید در بازوی فرد جلوگیری کند. اگر نیازی به اندازه گیری مجدد نیست، بازوبند دستگاه را باز کنید و در محل خود قرار دهید.

۱۰- مقدار فشارخون و دستی که فشارخون از آن اندازه گیری شده است را یادداشت کنید. فشارخون سیستولی را قبل از فشارخون دیاستولی به شکل کسر بنویسید (مثل ۱۲۰/۸۰ در دست راست)

۱۱- اگر می خواهید اندازه گیری را تکرار کنید، ۱ دقیقه صبر کنید و مجدداً از بند ۵ تا ۱۰ این قسمت را تکرار کنید.

توجه: حداقل ۲ بار فشارخون را با گوشی اندازه گیری کنید. بین دو اندازه گیری حداقل ۱ دقیقه فاصله ایجاد کنید یا ۵ تا ۶ ثانیه دست فرد را بالا نگهدارید و سپس اندازه گیری بعدی را انجام دهید. متوسط مقادیر دو بار اندازه گیری را به عنوان مقدار فشارخون یادداشت کنید. یعنی میانگین دو فشار سیستول را به عنوان فشار سیستول و میانگین دو فشار دیاستول را به عنوان فشار دیاستول در نظر بگیرید. اگر اختلاف اندازه گیری اول و دوم بیش از ۵ میلی متر جیوه بود، اندازه گیری بیشتری را با رعایت فاصله زمانی تکرار کنید و میانگین چند نوبت را محاسبه کنید.

خطاهای اندازه گیری فشارخون از طریق گوشی

اندازه گیری فشارخون توسط شیوه قدیمی Riva- Rocci (ریوا روکی) یا Korotkoff (کورتکوف) به انتقال دقیق علامت (صدا) از فردی که فشارخون او اندازه گیری می شود به یک وسیله که همان فشارسنج است و به فردگیرنده فشارخون (دریافت صدا از طریق گوشی) و تفسیر این علامت وابسته است.

خطاهای اندازه گیری فشارخون می تواند در هر یک از مراحل موثر بر یکدیگر رخ دهد و شامل خطاهایی است که به علت عدم رعایت شرایط اندازه گیری توسط معاینه شونده و معاینه کننده، نوع بازوبند و دستگاه فشارسنج ایجاد می شود. مهمترین اشتباه توسط گیرنده فشارخون رخ می دهد.

طبقه بندی خطاهای اندازه گیرنده فشارخون

در سال ۱۹۶۴، جفری رز و همکارانش خطاهای گیرنده فشارخون را به چهار دسته تقسیم کردند:

۱- خطاهای سیستماتیک (منظم)

۲- ارجحیت رقم نهایی

۳- قضاوت یا خطای اندازه گیرنده فشارخون

۴- خطای زاویه شکست نور (انطباق)



۱- خطاهای منظم

این مسئله هم به خطای درونی و هم خطای بیرونی فردگیرنده فشارخون اشاره دارد. این مشکل می تواند به علت عدم تمرکز، شنوایی ضعیف یا گیج شدن در اثر عدم هماهنگی و تطابق بین نشانه های دیداری (دیدن صفحه نمایشگر و اعداد درجه بندی شده) و شنیداری (شنیدن صداهای کورتکوف از طریق گوشی پزشکی) رخ دهد. مهمترین مشکل در تفسیر دقیق صدای کورتکوف، تعیین فشارخون دیاستول است.

۲- ارجحیت رقم نهایی (گرد کردن اعداد فشارخون خوانده شده)

این مسئله به پدیده ای اشاره دارد که فردگیرنده فشارخون، عدد فشارخون انداه گیری شده را به انتخاب خودش و اغلب به صفر یا ۵ گرد می کند. مثلاً اگر فشارخون سیستول ۱۲۴ باشد آن را ۱۲۰ در نظر می گیرد. درجه بندی مانومتر معمولاً برحسب ۲ میلیمتر جیوه افزایش درجه بندی شده است، در نتیجه رقم نهایی ۵ را نمی توان خواند و رقم نهایی صفر فقط باید در ۲۰٪ موارد رخ دهد. معمولاً استفاده از یک میزان تخلیه هوا با فشار مناسب ۲ تا ۳ میلی متر جیوه در هر ثانیه و ثبت دقیق ظهور و ناپدید شدن صداهای کورتکوف، سبب اندازه گیری دقیق می شود. پزشکان ممکن است به علت گرد کردن مقدار فشارخون به سمت رقم صفر نهایی ۱۲ برابر بیشتر خطا داشته باشند.

این مسئله نشان می دهد که برای تصمیم گیری در مورد تشخیص و درمان فشارخون بالا احتمال خطر وجود دارد. اگر عددی که گرد می شود کمتر از مقدار مرزی فشارخون بالا (۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه) باشد، در نتیجه فرد سالم محسوب می شود و اگر گرد کردن عدد بیشتر از مقدار مرزی باشد، در گروه افرادی که فشارخون بالا دارند، دسته بندی می شود. گرچه بزرگترین اثر این خطاها در مطالعات اپیدمیولوژیکی و تحقیقاتی است و می تواند منحنی توزیع فراوانی بیماری در جامعه را تغییر دهد و قدرت آزمون های آماری را کم کند. در بررسی های بالینی چون اندازه گیری فشارخون تکرار می شود، دقت افزایش می یابد.

۳- قضاوت یا خطای اندازه گیرنده فشارخون

در این نوع خطا، گیرنده فشارخون به سادگی فشارخون فرد را بر حسب تصویری که دارد، در نظر می گیرد. این مسئله معمولاً وقتی اتفاق می افتد که در اندازه گیری های قبلی فشارخون معاینه شونده کمتر از حد طبیعی بوده است و گیرنده فشارخون تمایلی برای تشخیص فشارخون بالا در این فرد ندارد. این موضوع احتمال دارد زمانی رخ دهد که یک عدد اختیاری بین فشارخون طبیعی و فشارخون بالا بکار برده می شود، برای مثال مقدار ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه که مرز پیش فشارخون بالا و فشارخون بالاست. مثلاً گیرنده فشارخون ممکن است تمایل داشته باشد مقدار فشارخون فرد سالمی را که افزایش فشارخون در حد عدد مرزی دارد را در حد مطلوب نظر بگیرد و تصورش این باشد که فشارخون این فرد نمی تواند بالا باشد، در حالی که ممکن است همان مقدار فشارخون را در یک فرد با سن متوسط و چاق، به تصور این



که احتمال بالا بودن فشارخون در این افراد بیشتر است، بالاتر در نظر بگیرد. علاوه گاهی در طرح‌های تحقیقاتی، مثل کارآزمایی‌های دارویی، ممکن است گیرنده فشارخون برای تسهیل و تسریع در رسیدن به تعداد نمونه بیمار مورد نیاز، تمایل داشته باشد مقدار فشارخون افراد مورد بررسی را بیشتر در نظر گیرد. قضاوت فردگیرنده فشارخون یک منبع جدی بی دقتی است، که معمولاً این خطا قابل مشاهده نیست و نمی‌توان آن را نشان داد.

۴- خطای زاویه شکست نور (انطباق)

این خطا در زمانی رخ می‌دهد که از مانومترهای جیوه‌ای استفاده می‌شود و چشم مشاهده کننده هم سطح ستون جیوه قرار ندارد. اختلاف در هم سطحی محور بین چشم و هلال جیوه ممکن است سبب شود این هلال یا بالاتر یا پایین تر از مقدار واقعی خوانده شود.

رفع خطا با آموزش فردگیرنده فشارخون

شیوه اندازه‌گیری فشارخون با گوشی شیوه مشکلی است. آموزش دانشجویان پزشکی و پرستاران همیشه به اندازه کافی جامع نبوده است و اخیراً شایستگی این افراد در اندازه‌گیری فشارخون مورد ارزیابی قرار گرفته است. این خطاها، در تحقیقات غیر قابل قبول هستند.

با آموزش مستقیم از طریق دو گوشی مشترک (شکل ۲۲) و استفاده از جزوات، کتابچه‌ها و روش‌های آموزشی با نوارهای صوتی و فیلم‌های ویدئویی و لوح‌های فشرده (CD) می‌توان این خطاها را کاهش داد. آموزش دقیق فردگیرنده فشارخون، این منبع خطا را کاهش می‌دهد اما از بین نمی‌برد، بعضی از این خطاها به راحتی قابل مشاهده نیست.



شکل ۲۲: دو گوشی پزشکی دارای یک صفحه گوشی مشترک

رفع خطای وسایل

چون دقت اندازه‌گیری به خصوص در تحقیق مهم است، تلاش‌هایی برای اختراع وسایلی که خطای گیرنده فشارخون را به حداقل برساند یا از بین ببرد، صورت گرفته است. استفاده از دستگاه‌های



دیجیتالی تا حدود زیادی این خطاها را کاهش داده است.

راهنمای کلی در اندازه گیری فشارخون

راهنمای مربوط به شرایط فرد معاینه شونده

- ۱- قبل از اندازه گیری فشارخون، فرد معاینه شونده باید در یک وضعیت راحت و آرام قرارگیرد، چون اگر عجله کند، منجر به تخمین کمتر فشار سیستول و تخمین بیشتر فشار دیاستول می شود.
- ۲- معمولاً اولین اندازه گیری به علت اضطراب فرد معاینه شونده بالاست، که ممکن است با ضربان نبض بالا نشان داده شود. دومین اندازه گیری به فشارخون فرد بیشتر نزدیک است.
- ۳- در افراد پیر فشارخون باید در هر دو دست اندازه گیری شود. اگر فشارخون در هر دو بازو متفاوت بود، مقدار فشارخونی که بالاتر است در نظر بگیرید. گاهی در این افراد ممکن است با تخلیه هوای بازوبند با سرعت ۲ تا ۳ میلی متر جیوه، سطح جیوه یا عقربه پایین نیاید و خواندن فشارخون مشکل شود، در این مورد پیچ تنظیم هوا را بیشتر باز کنید تا هوای بازوبند بیشتر تخلیه شود تا سطح جیوه یا عقربه به آرامی پایین آید.
- ۴- در خانم های باردار فشارخون را در حالت نشسته اندازه گیری کنید. در زنان باردار همان مرحله ۵ کورتکوف دیاستول محسوب می شود. اما در بعضی از زنان که صدای دیاستول تا عدد صفر نیز شنیده می شود مرحله آرام تر یا کرشدن صدا (مرحله ۴ کورتکوف) به عنوان فشار دیاستول در نظر گرفته می شود. اگر حداقل در دو نوبت اندازه گیری فشارخون با فاصله ۶ ساعت یا بیشتر، فشارخون سیستول ۳۰ میلی متر جیوه نسبت به فشارخون قبل و زمان قبل از بارداری افزایش یافته باشد و یا فشارخون سیستول ۱۴۰ میلی متر جیوه و یا فشارخون دیاستول ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد، نشانه بالا بودن فشارخون است و در این حالت زن باردار حتماً باید به پزشک مراجعه کند. بهتر است برای زنان باردار از فشارسنج دیجیتالی استفاده نشود.
- ۵- در بعضی شرایط خاص بالینی ممکن است اندازه گیری فشارخون یا تفسیر آن مشکل شود. در مواردی که آریتمی (نامنظمی ضربان قلب) وجود دارد، در زمان بندی صداهای کورتکوف (مثلاً ضربان نابجای بطنی یا دهلیزی) اختلال ایجاد می شود و می تواند دقت اندازه گیری را کاهش دهد. لذا در افرادی که ضربان قلب نامنظم دارند و فشارخون آن ها از ضربانی به ضربان دیگر تغییر می کند، برای رفع این نقص اگر سرعت تخلیه هوای بازوبند را کاهش دهید و از متوسط چند اندازه گیری استفاده کنید، دقت افزایش می یابد. بهتر است برای این افراد از فشارسنج دیجیتالی استفاده نشود.
- ۶- فشارخون طبیعی در طول ۲۴ ساعت متغیر است. در بعضی شرایط ممکن است لازم باشد فشارخون را در زمان های مختلف روز اندازه گیری کنیم، خصوصاً وقتی فشارخون بالا تشخیص داده می شود یا



فرد تحت پایش است. همچنین باید زمان و نوع داروهای پایین آورنده فشارخون در زمان تغییر مقادیر فشارخون در بیماران مبتلا به فشارخون بالا در نظر گرفته شود.

۷- در بیمارانی که داروهای پایین آورنده فشارخون مصرف می کنند زمان مطلوب برای اندازه گیری و کنترل فشارخون بستگی به زمان بندی مصرف داروها دارد. وقتی اثر داروهای پایین آورنده فشارخون را ارزیابی می کنید، باید به زمان مصرف دارو در ارتباط با زمان اندازه گیری اشاره شود.

۸- اندازه گیری فشارخون در شریان بازویی معمولاً روش بی خطری است. با اینحال در بعضی شرایط امکان اندازه گیری فشارخون از یک بازوی خاص وجود ندارد. در شرایطی مثل ارتباط بین ورید و شریان (مانند افرادی که دیالیز می شوند و فیستول شریان ورید دارند)، جراحی اخیر غده های لنفاوی زیر بغل (در بیمارانی که سرطان سینه دارند و غدد لنفاوی زیر بغل تخلیه شده است)، یا هر تغییر شکل یا سابقه جراحی که دسترسی به جریان خون بازو را مختل می کند، فشارخون باید در بازوی دیگر اندازه گیری شود.

۹- ممکن است شرایطی دقت و یا تفسیر نتایج فشارخون اندازه گیری شده را تحت تاثیر قرار دهد، مانند کوراکتاسیون آئورت، ناهنجاری شریانی- وریدی، بیماری انسدادی شریان، یا وجود بروئیت انتکوبیتال. اگر امکان اندازه گیری فشارخون از هیچ بازویی نباشد، می توان فشارخون را از پا اندازه گیری کرد.

۱۰- فردی که قطر بازوی او بزرگ است نیاز به بازوبندی دارد که بقدر کافی بازو را پوشش دهد، در غیراینصورت فشار کافی روی شریان بازویی وارد نمی شود. اگر بازوبند متناسب با دور بازوی فرد در دسترس نبود، بهتر است بازوبند را روی ساعد و گوشی را روی شریان میج قرار دهید. باید مراقب باشید که ساعد هم سطح قلب باشد. اگر ساعد پایین تر از سطح قلب باشد، با توجه به افزایش نیروی هیدروستاتیک یک افزایش کاذب در فشارخون رخ می دهد. اگر در افراد چاق از بازوبندهای کوچک استفاده شود، باید به اندازه کیسه هوا توجه داشت اگر کیسه هوا کوچک باشد، فشارخون بطور کاذب بالاتر نشان داده می شود. کیسه هوای بازوبند باید حداقل دو سوم یا ۸۰٪ دور بازو را بپوشاند. اگر بازوبند بزرگ در دسترس نیست، قسمت وسط کیسه هوا را روی سطح داخلی بازو قرار دهید (محل شریان بازویی). اگر بازوبند متناسب با دور بازوی فرد نیست، بهتر است اندازه کیسه هوای بازوبند را همراه با مقادیر فشارخون ذکر کنید، چون اگر مقدار فشارخون تحت تاثیر کاف باشد در تصمیم گیری برای تشخیص و درمان تاثیر می گذارد.

۱۱- مقدار فشارخون دیاستول بایستی بر حسب مقداری که در مرحله ۵ صداهای کورتکوف بدست می آید، ثبت شود. یعنی در افراد عادی لحظه قطع صدا (مرحله ۵) به عنوان فشارخون دیاستول در نظر گرفته می شود. اما گاهی در بعضی از افراد صداهای مرحله ۴ قبل از کاهش و قطع صدا مدت زیادی ادامه می یابند و در این وضعیت می مانند، در نتیجه در این افراد باید مقدار مرحله ۴ صداهای کورتکوف



یادداشت گردد و به این مسئله نیز اشاره شود.

۱۲- در بعضی از بیماری ها مانند پرکاری تیروئید یا نارسایی آنورت، افراد سالمند و زنان باردار نیز حتی وقتی هوای بازوبند تا فشار صفر میلیمتر جیوه تخلیه شده است، هم چنان صداهای کورتکوف قابل شنیدن (مرحله ۴ کورتکوف طولانی یا مرحله ۵) است. به این وضعیت سیستول دائمی می گویند. در این شرایط، فشار دیاستول باید بر حسب صدای مرحله ۴ کورتکوف تخمین زده شود.

راهنمای مربوط به فرد گیرنده فشارخون

۱۳- اگر بین اندازه گیری و یادداشت مقدار فشارخون فاصله زمانی ایجاد شود، اندازه دقیق ممکن است فراموش شود و یک عدد تقریبی بیان شود، در نتیجه همیشه باید به محض اندازه گیری فشارخون، مقدار آن ثبت شود.

۱۴- مقادیر فشارخون سیستول و دیاستول را با کمترین تقریب بنویسید. معمولاً تمایلی به ختم یا گرد کردن اعداد آخر به صفر یا ۵ میلیمتر جیوه، وجود دارد. مثلاً اگر فشارخون ۱۶۸ میلی متر جیوه باشد ۱۷۰ یادداشت می گردد.

۱۵- بهتر است بازویی که فشارخون آن اندازه گیری می شود (بازوی راست یا بازوی چپ) و وضعیتی که فرد در حالت اندازه گیری دارد (نشسته، ایستاده، دراز کشیده) را ذکر کنید. اگر بیمار مضطرب، خسته، یا اندوهگین است باید علاوه بر ثبت مقدار فشارخون، این وضعیت در نظر گرفته شود. فشارخون دیاستول در وضعیت نشسته حدود ۵ میلی متر جیوه بیشتر از حالت دراز کشیده است اما در مورد سیستول توافق وجود ندارد.

۱۶- در اولین مراجعه باید فشارخون از هر دو دست اندازه گیری و فشارخون دستی که بالاتر است ثبت شود. در دفعات بعد نیز همان دستی که فشارخون بالاتر داشت اندازه گیری شود. اگر اختلاف فشار سیستول دست راست و چپ بیش از ۲۰ میلی متر جیوه و فشار دیاستول بیش از ۱۰ میلی متر جیوه باشد، فرد معاینه شونده باید برای بررسی بیشتر به پزشک مراجعه کند.

۱۷- اگر در اولین اندازه گیری فشارخون صدایی شنیده نشد، پیچ پمپ را به سرعت و کامل باز و هوای بازوبند را تخلیه کنید و پس از حداقل ۱ دقیقه دوباره اندازه گیری را انجام دهید. اگر در حین اندازه گیری پیچ پوار را یکبار باز کنید بازوبند سریع تخلیه می شود و موجب اشتباه در خواندن مقدار فشارخون می شود. این مسئله بخصوص در افرادی که تعداد ضربان قلب کم و یا ضربان قلب نامنظم دارند، بوجود می آید.

۱۸- از باد کردن مکرر بازوبند خودداری کنید، زیرا موجب احتقان وریدی های بازویی فرد شده و بر روی مقدار فشارخون او تاثیر می گذارد و بطور کاذب فشارخون دیاستولی را بالاتر و فشار سیستولی را کمتر نشان می دهد.



۱۹- در تحقیقات مربوط به فشارخون بالا باید هر دو مرحله ۴ و ۵ صداهای کورتکوف ثبت شود.

۲۰- در صورت وجود "فاصله سمع" همیشه باید به آن اشاره شود.

۲۱- بررسی منظم و کالیبره کردن (تنظیم) تجهیزات معمولاً هر ۶ ماه یک بار برای اطمینان از عملکرد درست آن‌ها، مهم است. توصیه می‌شود برای اندازه‌گیری صحیح فشارخون، برای کالیبراسیون هر دستگاه، آن را با یک دستگاه دقیق و سالم دیگر تنظیم کنید و در صورت اشکال توسط متخصص تعمیر گردد.

اندازه‌گیری فشارخون با استفاده از دستگاه الکترونیکی (دیجیتالی)

۱- بازوبند را در قسمت بالا و دور بازو قرار دهید و ببندید و دستگاه را با دکمه power یا start روشن کنید. نیاز به استفاده از گوشی نیست.

۲- با فشار دکمه مخصوص، دستگاه بطور خودکار باد می‌شود. (در مدل‌های نیمه خودکار بازوبند باید بطور دستی و با فشار بر روی پوار لاستیکی باد و تخلیه شود). بعد از اینکه بازوبند به قدر کافی باد شد، بطور خودکار بتدریج فشار بازوبند کاهش می‌یابد.

۳- به صفحه نمایشگر دستگاه نگاه کنید تا اعداد فشارخون را ببینید. این دستگاه با کاهش فشار بازوبند اعداد سیستول و دیاستول را روی صفحه نمایشگر نشان خواهد داد تا جایی که بر روی این دو عدد ثابت می‌شود. اعداد فشارخون سیستول و دیاستول را بصورت یک کسر و دستی که فشارخون اندازه‌گیری شده است، را یادداشت کنید.

۴- دکمه exhaust (تخلیه هوا) را فشار دهید تا هوای بازوبند کاملاً خارج شود.

۵- اگر میخواهید اندازه‌گیری را تکرار کنید. یک دقیقه قبل از باد کردن مجدد بازوبند، منتظر بمانید.

تکرار اندازه‌گیری فشارخون

به علت اینکه 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. ممکن است مقدار فشارخونی که در اندازه‌گیری اول بدست می‌آید و در حد هشدار دهنده باشد (یعنی مقدار فشارخون بالاتر از حد طبیعی باشد)، در طی ملاقات‌های بعدی با پزشک، همچنان بالا باقی بماند یا کاهش یافته باشد. بنابراین برای تایید فشارخون بالا در فرد، لازم است اندازه‌گیری فشارخون در طول چند هفته یا چند ماه و در موقعیت‌های جداگانه و شرایط مختلف چندین بار تکرار شود (حداقل ۳ بار) و اگر همچنان مقدار فشارخون بالاتر از حد طبیعی بود، در مورد تایید بیماری فشارخون بالا و مدیریت بیماری تصمیم‌گیری شود.



توجه: در نهایت پزشک باید تایید کند فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا است. اگر فردی مبتلا به بیماری فشارخون بالا باشد در هر ملاقات با پزشک یک بار اندازه گیری دقیق کافی است و نیاز به اندازه گیری مجدد نیست، مگر در مورد مقدار فشارخون شک و شبهه ای وجود داشته باشد.

اندازه گیری فشارخون در منزل

گاهی فشارخون فرد در مطب بطور کاذب افزایش می یابد که به آن فشارخون بالای "کت سفید" می گویند. در واقع بیمار با دیدن فرد گیرنده فشارخون که روپوش سفید بر تن دارد (پزشک یا کارکنان بهداشتی) دچار اضطراب می شود و فشارخون او بالا می رود. برای مقابله با این مشکل می توان فشارخون را در منزل اندازه گیری کرد (شکل ۲۳).

بعضی از افراد گاهی اوقات فشارخون خود را در منزل اندازه گیری می کنند. این کار یک روش ساده و بدون درد است و اطلاعات مفیدی درباره فشارخون می دهد. افرادی که در منزل فشارخون خود را اندازه می گیرند اگر فشارخون بالاتر از حد طبیعی داشتند، باید به پزشک مراجعه کنند. گاهی فشارخون فقط در شرایط خاص افزایش می یابد و این افزایش دائمی نیست. برای اینکه تشخیص داده شود یک نفر مبتلا به بیماری فشارخون بالا است نیاز به بررسی های بیشتری دارد.

در ابتدای بیماری فشارخون بالا که فشارخون فرد بیمار هنوز کنترل نشده است، اندازه گیری فشارخون بیمار در خانه و در موقعیت های مختلف و یادداشت این مقادیر نشان می دهد فشارخون او در طول روز چقدر تغییر می کند. پزشک می تواند از این مقادیر برای تعیین تاثیر داروهای تجویز شده در کنترل فشارخون بیمار، استفاده کند. از طرفی دیگر اندازه گیری فشارخون توسط بیمار، یک راه خوب برای مشارکت او در مدیریت سلامتی خویش است.

افرادی که ضربان قلب نامنظم دارند به علت احتمال برآورد نادرست فشارخون نباید در خانه فشارخون خود را اندازه گیری و پایش کنند.

افرادی که دستگاه اندازه گیری فشارخون در منزل دارند باید هر چند وقت یک بار دستگاه خود را به مطب پزشک خود ببرند تا پزشک صحت عملکرد دستگاه را تایید کند.





اقدامات و پیگیری بر حسب طبقه بندی فشارخون در افراد بزرگسال

۱- افرادی که فشارخون طبیعی دارند (کمتر از ۱۲۰/۸۰ میلی متر جیوه) لازم است حداکثر هر دو سال یک بار فشارخون آن‌ها اندازه گیری شود.

۲- افرادی که فشارخون بالاتر از حد طبیعی یا پیش فشارخون بالا دارند (۸۹- ۱۳۹/۸۰ - ۱۲۰ میلی متر جیوه) لازم است در طول حداقل ۴ الی ۶ هفته چندین بار در شرایط مختلف فشارخون آن‌ها اندازه گیری شود و متوسط فشارخون‌های اندازه گیری شده بدست آید و در صورتی که فشارخون سیستول ۱۴۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون دیاستول ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر بود به پزشک مراجعه کنند.

۳- افرادی که فشارخون سیستول ۱۴۰ میلی متر جیوه و یا فشارخون دیاستول ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر دارند باید تحت نظر پزشک قرارگیرند. (جدول ۳)

جدول ۳: اقدامات و پیگیری بر حسب طبقه بندی فشارخون در افراد بزرگسال

اقدام	
فشارخون طبیعی یا مطلوب	اندازه گیری مجدد هر ۲ سال یک بار
پیش فشارخون بالا	- در طول حداقل ۴ الی ۶ هفته چندین بار در شرایط مختلف فشارخون اندازه گیری شود تا نتیجه نهایی بدست آید - در صورتی که فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه است، اندازه گیری مجدد ۱ سال بعد
فشارخون بالا مرحله ۱ *	- تایید فشارخون بالا طی ۲ ماه بعد
فشارخون بالا مرحله ۲	- ارجاع به پزشک طی ۱ ماه بعد - در صورتی که فشارخون بیشتر از ۱۸۰/۱۱۰ میلی متر جیوه است، بر حسب وضعیت بالینی و عوارض، ارزیابی و درمان سریع یا درمان طی ۱ هفته بعد توسط پزشک



کالیبراسیون (تنظیم کردن) تجهیزات اندازه‌گیری فشارخون Calibration

یکی دیگر از خطاهای اندازه‌گیری فشارخون مربوط به تجهیزات اندازه‌گیری فشارخون است. دستگاه اندازه‌گیری فشارخون و گوشی ممکن است به علل زیر دچار مشکل شوند، لذا باید برای موارد زیر مورد بررسی قرار گیرند:

- نشت هوا در حین پمپ کردن
- تخلیه سریع هوا از بازوبند
- کنترل پیچ پمپ هوا و تخلیه هوای کیسه هوا
- وضعیت پمپ، لوله‌ها، کیسه هوا و محل‌های اتصال
- وضوح درجه‌بندی مانومتر
- آلودگی لوله شیشه‌ای یا جیوه در مانومتر جیوه‌ای
- امنیت مخزن جیوه

دستگاه‌های اندازه‌گیری فشارخون باید با فواصل منظم تنظیم و یا کالیبره شوند. تنظیم این دستگاه‌ها باید در آزمایشگاه انجام شود، اما می‌توان توصیه‌هایی را برای استفاده از روش‌های تنظیم مانومتر و افزایش دقت اندازه‌گیری در منزل یا مراکز بهداشتی درمانی بکار برد.

از یک لوله لاستیکی رابط به شکل Y استفاده کنید. انتهای لوله را به پمپ و یک سر دو شاخه را به مانومتر دستگاهی که آن را ارزیابی می‌کنید و یک سر لوله را به مانومتر مرجع که به عنوان مقایسه با آن می‌سنجید وصل کنید. (شکل ۲۶)

دستگاه مرجع ترجیحاً باید الکترونیکی با کیفیت و کاملاً سالم باشد و بطور معمول برای اندازه‌گیری فشارخون روزانه استفاده نشود. در این روش فشار مانومترها در صفر و ۱۰۰ میلی‌متر جیوه با یکدیگر مقایسه می‌شوند. با پمپ کردن هوا در هر دو مانومتر، فشار مانومترها تغییر می‌کند. به دستگاه مرجع نگاه کنید در حالی که پیچ تنظیم هوا در هر دو دستگاه باز است و کیسه‌های هوا خالی است، مانومتر دستگاه مرجع باید روی صفر باشد. فشار دستگاه دیگر را هم یادداشت کنید.

سپس به دستگاه مرجع نگاه کنید و تا ۲۰۰ میلی‌متر جیوه سریع پمپ کنید و بعد پیچ پمپ را باز کنید تا با سرعت کم کاهش یابد و وقتی مانومتر مرجع به ۱۰۰ میلی‌متر جیوه رسید، پیچ را ببندید. در همان لحظه به دستگاه دیگر نگاه کنید و فشار آن را یادداشت کنید. پیچ پمپ را باز کنید تا با فشار ۲-۳ میلی‌متر جیوه در ثانیه در مانومتر کاهش یابد. در همین حین به سهولت حرکت عقربه یا جیوه در لوله نگاه کنید تا مجدداً فشار مانومتر مرجع به صفر برسد. فشار دستگاه دیگر را یادداشت کنید. دستگاه مرجع را جمع کنید و فقط برای کالیبراسیون نگهداری کنید.

فشارهای ثبت شده را با هم مقایسه کنید اگر بین دو مانومتر ۳ میلی‌متر جیوه و بیشتر اختلاف (کمتر یا بیشتر) بود، دستگاه نیاز به تعمیر و تنظیم یا جایگزینی با دستگاه جدید دارد. اگر اختلاف با دستگاه مرجع کمتر از ۳ میلی‌متر جیوه بود، اگر دستگاه مانومتر جیوه‌ای یا عقربه‌ای داشته باشد، دستگاه قابل تطبیق است و می‌توان در زمان اندازه‌گیری فشارخون افراد، مقدار اختلاف را به فشارخون بدست آمده



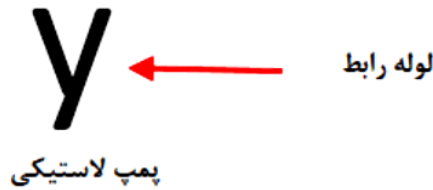
اضافه (در صورتی که اختلاف از دستگاه مرجع بیشتر باشد) یا کم (در صورتی که اختلاف از دستگاه مرجع کمتر باشد) کرد و تصحیح انجام داد. اما اگر دستگاه الکترونیکی یا دیجیتالی باشد باید توسط تعمیرکار درست شود. البته اختلاف ۳ میلی متر جیوه ممکن است سبب تخمین نادرست فشارخون و افزایش یا کاهش تشخیص بیماران دارای فشارخون بالا شود.

لذا توصیه می شود در صورت امکان، خطای شاخص فشار دستگاه، در حد اختلاف ۱ میلی متر جیوه یا کمتر باشد. دستگاه های خوب باید حداکثر در این حد خطا داشته باشند. هر ۶ ماه باید دستگاه های فشارسنج تنظیم گردند. دستگاه مرجع نیز باید هر سال در آزمایشگاه تنظیم و تایید شود. فواصل زمانی کالیبراسیون علاوه بر زمان های توصیه شده بستگی به شرایط استفاده از دستگاه و هزینه آن دارد (جدول ۹).

نتایج ثبت شده را باید برای مقایسه در دفعات بعد نگهداری کنید. گوشه پزشکی نیز باید بطور مداوم کنترل شود. کلاهک های گوشه باید مورب باشند و طوری در گوش قرار گیرند که از ورود صداهاى خارجی جلوگیری کنند. لوله های لاستیکی باید ضخیم و سالم و بیشتر از ۳۷ سانتیمتر نباشند.

فشارسنج مورد آزمایش

فشارسنج مرجع



شکل ۲۶: کالیبراسیون (Calibration)

جدول ۹: توصیه هایی برای بررسی و کالیبراسیون دستگاه های فشارسنج جیوه ای، عقربه ای و دیجیتالی

فاصله بررسی (ماه)	فاصله کالیبراسیون (ماه)	نوع دستگاه
۶	۳۶	جیوه ای ثابت (نصب شده)
۶	۱۲	جیوه ای متحرک و قابل حمل
۱	۶	عقربه ای که فقط در یک محل ثابت استفاده می شود
۰/۵	۶	عقربه ای که روزانه جابجا می شود
۶	۱۲	دیجیتالی دستی



کم خونی

تعریف:

کم خونی اختلال خونی شایعی است که در آن گلبول های قرمز سالم، به تعداد کافی، برای حمل اکسیژن به بافت های بدن وجود ندارد و موجب می شود که علائمی ایجاد شود.

کم خونی زمانی بروز می کند که تعداد گلبول های قرمز خون کم شده یا اندازه آنها کوچک شود و یا مقدار هموگلوبین موجود در گلبول قرمز کاهش یابد که در هر صورت انتقال گازهای تنفسی (اکسیژن و دی اکسید کربن) در خون با مشکل مواجه می شود. مهم ترین وظیفه ی خون اکسیژن رسانی به بافت ها است که این کار توسط هموگلوبین موجود در گلبول قرمز انجام می شود. (هموگلوبین قادر به ایجاد ترکیب سست و برگشت پذیر با مولکول اکسیژن است) هر مولکول هموگلوبین ۴ اتم آهن دارد که هر اتم آهن می تواند به یک مولکول اکسیژن متصل شده و آن را حمل نموده و در بافت ها آزاد نماید. کم خونی در واقع به معنی کمبود هموگلوبین است که به دلیل کمبود تعداد گلبول های قرمز یا میزان کم هموگلوبین در داخل گلبول هاست.

علائم کم خونی:

مهم ترین علامت کم خونی احساس خستگی زودرس و فرسودگی است. علائم دیگر شامل این موارد است:

- ضعف

- رنگ پریدگی پوست

- ضربان نا منظم یا تند قلب

- کوتاهی نفس

- درد قفسه ی سینه

- احساس سبکی در سر و یا سرگیجه خفیف

- مشکلات شناختی

- بی حسی، کرختی یا سردی انتهای اندام ها

- سردرد

ممکن است در ابتدا کم خونی آنقدر خفیف باشد که متوجه علائم آن نشوید. اما شدت علائم با پیشرفت کم خونی افزایش می یابند.

علل کم خونی

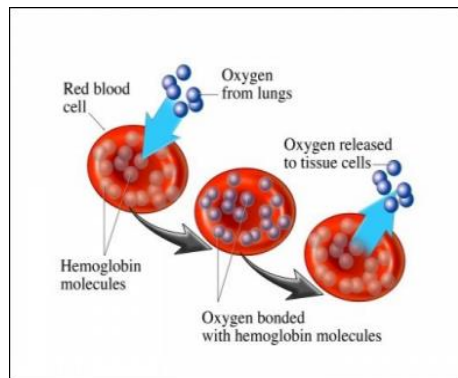
- خونریزی حاد یا مزمن

- عفونت ها بویژه انگل ها

- دریافت ناکافی مواد مغذی مثل: ویتامین های C ، B6 ، B12 ، اسید فولیک، پروتئین، آهن، مس

- اختلال در سنتز گلبول قرمز در مراکز خونساز

کم خونی می تواند به دلیل کمبود مواد مغذی مختلف مثل آهن، اسید فولیک، یا ویتامین B12 ، خونریزی (مثلاً قاعدگی در دختران و یا خونریزی های پس از زایمان) ، ناهنجاری های ژنتیکی (مثل تالاسمی)، برخی بیماری های مزمن (مثل عفونت و یا الودگی های انگلی) و یا مسمومیت های دارویی به وجود می آید که از این میان ، کمبود دریافت آهن شایع ترین علت بروز کم خونی است و کم خونی ناشی از فقر آهن یک معضل بهداشتی به حساب می آید.



تشخیص آزمایشگاهی کم خونی:

اندازه گیری شاخص های خونی ، HB-HCT ، MCV ، MCH ، MCHC ، شمارش رتیکولوسیت ... وقتی علت کم خونی مشخص نباشد، پزشک معالج آزمایش های دیگری را در خواست می کند مانند: سرعت ته نشینی گلبول های قرمز (ESR) ، اندازه گیری فریتین، میزان آهن سرم، ترانسفرین، میزان فولات سرم، میزان ویتامین B12 سرم ، الکتروفوروز هموگلوبین، آزمایش عملکرد کلیه (همانند اندازه گیری کراتینین سرم). چنانچه تشخیص دشوار باشد، آسپیراسیون مغز استخوان و آزمایش روی آن ، وضعت سلول های بنیادی مولد

کمبود آهن و کم خونی فقر آهن چیست ؟

چنانچه برای ساختن گلبول های قرمز خون ، آهن به مقدار کافی در دسترس بدن نباشد ابتدا فرد از ذخائر آهن بدن خود استفاده می کند، سپس در صورت ادامه کمبود، ذخائر آهن بدن کاهش می یابد. زمانی که کمبود آهن ادامه یابد، ذخائر آهن بدن تخلیه می شود و کم خونی فقر آهن بروز می کند .

چه عواملی موجب کمبود آهن و کم خونی فقر آهن می شود؟

- کمبود آهن در رژیم غذایی روزانه
 - پایین بودن جذب آهن رژیم غذایی (آهن موجود در غذاهای گیاهی مثل حبوبات و سبزیجات به مقدار کم جذب می شود)
 - افزایش نیاز بدن به آهن (در بارداری ، رشد مانند کودکی و نوجوانی)
 - دفع زیاد آهن به دلیل خونریزی شدید در دوران قاعدگی و یا بیماری های دستگاه گوارش مثل زخم معده ، زخم اثنی عشر، بواسیر و خونریزی مکرر بینی در کودکان
 - ابتلا به آلودگی های انگلی مثل ابتلا به کرم قلابدار و ژیاودیا
 - ابتلا مکرر به بیماری های عفونی مثل اسهال و عفونتهای تنفسی که به علت بی اشتهاپی و کم شدن جذب ، موجب کمبود آهن می شود .
 - شروع نکردن به موقع تغذیه تکمیلی ویا نامناسب بودن آن
 - عادات و الگوهای نامناسب غذایی مانند مصرف چای همراه با غذا و یا بلافاصله پس از مصرف غذا که جذب آهن را به مقدار زیادی کاهش می دهد و یا استفاده از نان هایی که با خمیر ورنیامده تهیه شده اند .
 - تخلیه ذخائر آهن در بدن زنان بعلت بارداری های مکرر و با فاصله کمتر از ۳ سال
- کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن شایع ترین کمبود تغذیه ای در جهان است .بیش از ۲ میلیارد نفر از مردم جهان دچار کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن هستند . کم خونی فقر آهن به دلیل کاهش ظرفیت کاری و قدرت تولید ، پیامدهای نامطلوب بهداشتی ، اجتماعی و اقتصادی به دنبال دارد .

چه افرادی در معرض خطر کمبود آهن و کم خونی قرار دارند ؟

۱. زنان سنین باروری به ویژه زنان باردار



در دوران بارداری به علت رشد جفت ، جنین و افزایش حجم خون مادر ، نیاز به آهن افزایش می یابد .بارداری های مکرر به خصوص با فاصله کم موجب تخلیه ذخائر آهن بدن مادر می شود .

۲. کودکان خردسال

کودکانی که با شیر مادر تغذیه نمی شوند بیشتر در معرض خطر کم خونی فقر آهن قرار دارند چون آهن شیر مادر بهتر از سایر شیر ها جذب می شود .

نوزادان کم وزن (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) از دو تا سه ماهگی ممکن است دچار کمبود آهن شوند .

کودکانی که تغذیه تکمیلی برای آنها بموقع (پایان ماه ششم یا ۱۸۰ روزگی) شروع نمی شود و یا اینکه در غذای کمکی آنها منابع غذایی حاوی آهن به مقدار کافی وجود ندارد دچار کمبود آهن می شوند .

کودکان دو تا پنج سال به علت ابتلا به عفونت های شایع دوران کودکی (اسهال و عفونت های تنفسی) و آلودگی های انگلی در معرض کمبود آهن قرار دارند .

کم خونی فقر آهن در دو سال اول زندگی ، اثرات غیر قابل جبرانی بر رشد و تکامل مغزی کودک دارد .

۳. نوجوانان

• دختران و پسران نوجوان به علت جهش رشد نوجوانی به آهن بیشتری نیاز دارند ، اما دختران نوجوان به علت شروع عوارض بهداشتی ، اقتصادی ، اجتماعی کم خونی فقر آهن

کم خونی فقر آهن در دوران شیر خوارگی و اوایل کودکی موجب کاهش ضریب هوشی می شود

۱- در شیر خواران و کودکان ۶ ماهه تا ۹ ساله

- اختلال در تکامل و هماهنگی سیستم اعصاب حرکتی
- اختلال در تکامل گفتاری
- کاهش قدرت یادگیری و افت تحصیلی
- تغییرات رفتاری (بی تفاوتی ، خستگی ، بی حسی و بی حوصلگی
- کاهش مقاومت بدن در برابر عفونت ها
- کمبود آهن در دوران تحصیل موجب کاهش قدرت یادگیری و افت تحصیلی می شود
- عادت ماهیانه ، خونریزی و از دست دادن آهن بیشتر در معرض خطر کم خونی قرار دارند .

۲- در زنان باردار

- ضعف و خستگی
- افزایش خطر مرگ و میر مادر به هنگام زایمان
- افزایش خطر تولد نوزاد کم وزن ، نارس و سقط جنین

۳- در بزرگسالان (هر دو جنس)

- کاهش قدرت یادگیری
- کاهش ظرفیت یادگیری و تمرکز حواس
- خستگی زودرس

علائم ابتلا به کم خونی فقر آهن

علائم بروز کم خونی به میزان و شدت تخلیه ذخائر آهن در بدن بستگی دارد این علائم عبارتند از :
رنگ پریدگی دائمی زبان و مخاط داخل لب و پلک چشم ، خستگی زود رس ، سیاهی رفتن چشم ، بی تفاوتی ، سرگیجه ، سردرد ، بی اشتهاپی ، حالت تهوع ، خواب رفتن و سوزن سوزن شدن دست و پاها و در مراحل پیشرفته تر کم خونی ، تنگی نفس همراه با تپش قلب و تورم قوزک پا مشاهده می شود .

چگونه افراد مبتلا به کمبود آهن و کم خونی فقر آهن را شناسایی کنیم ؟



- در افراد کم خون زبان و مخاط داخل لب و پلک چشم کم رنگ تر از حد طبیعی است و در مراحل پیشرفته ناخن ها گود (اصطلاحاً " ناخن قاشقی) می شود . در مواردی که فرد دچار کمبود آهن است و ذخائر آهن بدنش کاهش یافته است احساس خستگی و نداشتن تمرکز حواس قبل از کم رنگ شدن زبان و مخاط داخل لب ها و پلک چشم بروز می کند .
- برای تشخیص فقر آهن و تعیین شدت آن باید آزمایش هایی صورت گیرد (مثل تعیین فریتین سرم)
- با اندازه گیری میزان هموگلوبین خون ، کم خونی فقر آهن (یعنی آخرین مرحله کمبود آهن) را می توان تشخیص داد ، در حقیقت افرادی که هموگلوبین آنها کاهش پیدا می کند کلیه ذخائر آهن خود را از دست داده اند و دچار کم خونی فقر آهن شده اند و نیاز به اقدامات درمانی سریع دارند . بنابراین اقدامات پیشگیری بایستی قبل از رسیدن فرد به این مرحله صورت گیرد .
- میزان هموگلوبین کمتر از مقادیر زیر نشان دهنده کم خونی فقر آهن است :

هموگلوبین گرم در دسی لیتر

۱ - کودکان ۶ ماهه تا ۵ ساله	کمتر از ۱۱
۲ - کودکان ۶-۱۴ ساله	کمتر از ۱۲
۳ - مردان بزرگسال	کمتر از ۱۳
۴ - زنان بزرگسال غیر باردار	کمتر از ۱۲
۵ - زنان باردار	کمتر از ۱۱

توجه :

- ممکن است فردی دچار کمبود آهن باشد اما هنوز میزان هموگلوبین خون او کاهش نیافته باشد . بنابراین اگر فردی دائماً احساس خستگی و ضعف می کند ممکن است دچار کمبود آن باشد و باید به پزشک ارجاع داده شود .

خانواده ها باید بدانند :

- در برنامه غذایی روزانه خود از مواد غذایی آهن دار مثل گوشت قرمز - مرغ - ماهی - تخم مرغ - سبزیجات مثل جعفری و اسفناج و حبوبات مثل عدس و لوبیا استفاده کنند .
- همراه با غذا سالاد ، شامل گوجه فرنگی - کاهو - کلم - فلفل سبز دلمه ای و یا سبزیجات تازه (سبزی خوردن) و بعد از غذا میوه بخصوص مرکبات که حاوی ویتامین ث میباشد استفاده کنند . ویتامین ث جذب آهن را افزایش می دهد .
- اگر حتی مقدار کمی گوشت به غذاهای گیاهی اضافه کنند جذب آهن غذا افزایش پیدا می کند
- کودکان و نوجوانان در برنامه غذایی خود از انواع خشکبار مثل توت خشک - برگه آلو - زرد آلو - انجیر خشک - کشمش و خرما ... که منابع آهن می باشند به عنوان میان وعده استفاده کنند .
- هنگام استفاده از سویا ، مقدار کمی گوشت به آن اضافه کنند تا آهن غذا بهتر جذب شود .
- از نوشیدن چای یک ساعت قبل از غذا و یک تا دو ساعت بعد از صرف غذا خودداری کنند .
- برای جلوگیری از ابتلا به آلودگی های انگلی اصول بهداشت فردی به خصوص شستن کامل دست ها با آب و صابون قبل از تهیه و مصرف و پس از ه بار اجابت مزاج را رعایت کنند .
- از توالت های بهداشتی و آب آشامیدنی سالم استفاده کنند .
- هنگام مصرف سبزی آنها را کاملاً شسته و ضد عفونی کنند
- باغچه خانگی سبزیجات را محصور کنند تا باغچه و سبزی ها بوسیله حیوانات به تخم انگل آلوده نشود .
- با جمع آوری و دفع بهداشتی زباله ها از بیماری های عفونی روده ای که توسط مگس و حشرات مودی و موش منتقل می شوند جلوگیری نمایند .
- در برنامه غذایی خود از غلات و حبوبات جوانه زده استفاده کنند . جوانه زدن غلات و حبوبات باعث افزایش جذب آهن به میزان تقریباً ۲ برابر می شود .



- به نانوایان و خانواده ها آموزش دهید برای تهیه نان از خمیر ورآمده استفاده کنند . نانی که از خمیر ور نیامده وبا جوش شیرین تهیه شده باشد جذب آهن را کاهش می دهد . اگر در خانه نان تهیه می کنند از خمیر ترش استفاده نمایند .

راههای اساسی برای پیشگیری از کمبود آهن و کم خونی فقر آهن :

✓ زنان باردار باید بدانند :

- روزانه یک قرص آهن از پایان ماه چهارم بارداری تا ۳ ماه پس از زایمان مصرف کنند .
- برای کاهش عوارض احتمالی ناشی از مصرف قرص آهن در زنان باردار مانند : تهوع ، درد معده ، اسهال و یبوست توصیه کنید قرص آهن را بعد از غذا و یا شب قبل از خواب مصرف کنند .
- یاد آور شوید هیچگاه مصرف قرص آهن را به دلیل وجود عوارض احتمالی قطع نکنند چون این عوارض معمولاً پس از چند روز بهبود می یابد .

✓ مادران باید بدانند :

- بلافاصله پس از زایمان کودک خود را با شیر خود تغذیه کنند زیرا به کاهش خونریزی آنها کمک کرده و آهن مورد نیاز نوزاد نیز تامین می شود .
- به کودکان تا پایان ۶ ماهگی منحصراً " شیر خود را بدهند .
- تغذیه تکمیلی شیرخوار خود رابه مقع شروع کرده و از غذاهای آهن دار مناسب سن کودک استفاده کنند و همراه تغذیه تکمیلی ، تغذیه با شیر مادر را تا ۲ سالگی ادامه دهند .
- به شیرخوار خود از ۶ ماهگی تا پایان ۲ سالگی (یعنی همزمان با شروع تغذیه تکمیلی) قطره آهن (به میزان ۱۵-۱۰ قطره در روز) بدهند .
- قطره آهن را بین دو وعده شیر مادر به شیر مادر به شیرخوار خود بدهند . برای جلوگیری از تغییر رنگ دندان ها قطره آهن را با یک قاشق چایخوری به کودک داده و سپس مقداری آب به او بدهند . بعد از هر بار قطره دادن دندانهای کودک را با یک پارچه نرم تمیز کنید .
- اگر وزن هنگام تولد کودک کمتر از ۲۵۰۰ گرم است هر زمان که وزن او به دو برابر رسید باید قطره آهن به میزان ۱۵-۱۰ قطره در روز به وی داده شود .

✓ دختران باید بدانند :

- دختران در سنین بلوغ باید در برنامه غذایی روزانه خود از مواد غذایی حاوی آهن بیشتر استفاده کنند و در میان وعده ها به جای استفاده از تنقلات غذایی کم ارزش (مثل پفک و چیپس) از انواع میوه ها ، خشکبار و انواع مغزها استفاده نمایند .
- بهتر است دختران در سنین بلوغ ، هر هفته یک عدد قرص آهن (سولفات فرو) به مدت ۱۶ تا ۲۰ هفته در طول یک سال مصرف کنند . مصرف قرص آهن در این دوران علاوه بر پیشگیری از کم خونی فقر آهن ، پیشرفت تحصیلی آنان را بهبود می بخشد .
- برای کاهش عوارض جانبی ناشی از مصرف قرص آهن توصیه می شود قرص را پس از غذا میل نمایند .
- مصرف قرص آهن با معده خالی توصیه نمی شود بهتر است پس از غذا و یا شب قبل از خواب مصرف شود



هموفیلی

هموفیلی چیست؟

هموفیلی نوعی بیماری ارثی خونریزی دهنده و نوعی اختلال در انعقاد خون است. در کودکان مبتلا به هموفیلی به دلیل کمبود فاکتورهای انعقادی خون و یا فقدان کامل این فاکتورها، توانایی بند آمدن خونریزی وجود ندارد. فاکتورهای انعقادی، پروتئین های خاصی هستند که وجود آنها برای لخته شدن خون ضروری است. لخته شدن درست و به موقع خون، از خونریزی شدید جلوگیری می کند.

انواع هموفیلی

هموفیلی A و B اختلالات انعقادی وابسته به کروموزوم جنسی هستند که به ترتیب بر اثر جهش هایی در ژنهای CAF و ۹F ایجاد می شوند. جهش های CAF موجب کمبود یا اختلال عملکرد عامل انعقادی ۸ (فاکتور هشت) و جهش های ژن ۹F باعث کمبود یا اختلال عملکرد عامل انعقادی ۱۱ می شوند. هموفیلی نوعی اختلال در تمام نژادها و بدون ترجیح نژادی است. میزان شیوع هموفیلی A از هموفیلی B بیشتر است. هموفیلی نوع C یک نوع اختلال ژنتیکی اتوزومال است که به علت کمبود فاکتور یازده خونی می باشد. فاکتورهای زیادی در خون وجود دارند که در ایجاد لخته و توقف خونریزی نقش دارند. کودک مبتلا به هموفیلی فاقد یکی از فاکتورهای مورد لزوم برای لخته شدن خون است یا مقدار کمی از آن را دارا می باشد. از جمله فاکتورهای موثر در انعقاد خون، فاکتورهای هشت و نه هستند. هموفیلی بر اساس شدت نیز دسته بندی می شود. هموفیلی می تواند با توجه به سطح فاکتورهای انعقادی خون، ملایم، متوسط یا شدید باشد.

سه نوع اصلی هموفیلی شامل موارد زیر است:

هموفیلی نوع A: به دلیل فقدان فاکتور هشت ایجاد می شود. تقریباً ۸۵ درصد مبتلایان به هموفیلی، به هموفیلی نوع A مبتلا هستند.

هموفیلی نوع B: به دلیل کمبود فاکتور نه ایجاد می شود.

بیماری فون ویلبراند: سطح خونی بخشی از فاکتور هفت به نام فاکتور "فون ویلبراند" یا "کوفاکتور ریستوستین"، کاهش یافته است. فاکتور فون ویلبراند به پلاکت ها (سلول های خونی کنترل کننده خونریزی) کمک می کند که به دیواره سیاهرگ یا سرخرگ بچسبند. در غیاب این فاکتور، زمان خونریزی افزایش می یابد، زیرا پلاکت ها نمی توانند به دیواره رگ بچسبند و برای توقف خونریزی، تشکیل لخته دهند.

علت هموفیلی

هموفیلی نوع A و B از طریق زنی که روی کروموزوم X است، به ارث می رسند. دختران، دو کروموزوم X دارند، در حالی که پسرها دارای یک کروموزوم X و یک کروموزوم Y هستند. زن ناقل هموفیلی، فقط یک ژن هموفیلی بر روی یکی از کروموزوم های X خود دارد و در صورت باردار شدن، یک احتمال پنجاه درصدی برای انتقال ژن به جنین وجود دارد. در صورتی که جنین، پسر باشد، ابتلای وی به هموفیلی قطعی خواهد بود. حال آن که انتقال ژن مادر ناقل به فرزند دختر، وی را ناقل بیماری خواهد کرد. اگر پدر مبتلا به هموفیلی باشد، اما مادر ناقل ژن نباشد، هیچ یک از پسران دچار این بیماری نخواهند شد، ولی همه دختران ناقل می شوند.

تقریباً در میان یک سوم کودکان مبتلا به هموفیلی، سابقه خانوادگی ابتلا به این بیماری وجود ندارد. اعتقاد بر این است که در این موارد، بیماری می تواند با یک ژن جهش یافته مرتبط باشد.

شیوه های آزمایشگاهی جهت بررسی ناقلین احتمالی وجود دارد که تعیین می کند که آیا آنها در واقع ناقل ژن غیرطبیعی هستند یا خیر.

سطح خونی فاکتورهای انعقادی در ناقلین هموفیلی معمولاً طبیعی است، اما ممکن است این افراد مستعد کبودشدگی باشند و در زمان جراحی و کارهای دندانپزشکی بیشتر خونریزی کنند، و یا از خونریزی های مکرر بینی یا خونریزی شدید قاعدگی



شاکه باشند. در بیماری فون ویلبراند، ژن مسئول کمبود پروتئین (فاکتور فون ویلبراند) بر روی کروموزوم جنسی قرار ندارد، بلکه جایگاه آن یک کروموزوم غیرجنسی است. بنابراین دختران و پسران به یک نسبت به بیماری مبتلا می شوند. ژن عامل بیماری، "توزومی مغلوب" است. این بدان معناست که اگر یکی از والدین، آن را دارا باشد، احتمال انتقال آن به هر یک از فرزندان، پنجاه درصد خواهد بود. کودکان مبتلا به فون ویلبراند می توانند این بیماری را از والدین به ارث برده باشند، اما داروهای خاص، اختلالات خودایمنی، اشکالات کلیوی و برخی سرطان ها نیز می توانند این بیماری را ایجاد کنند.

علائم هموفیلی

این بیماری از طریق مادر به پسرانش منتقل شده و مردان نمی توانند بیماری را به پسرانشان منتقل کنند. هموفیلی در ۸۵ درصد موارد ناشی از کمبود فاکتور انعقاد خون شماره ۸ است و این نوع هموفیلی موسوم به هموفیلی A یا هموفیلی کلاسیک است. در ۱۵ درصد دیگر بیماران هموفیلیک، تمایل به خونریزی بر اثر کمبود فاکتور انعقادی ۱۱ بوجود می آید. هر دوی این فاکتورها بطور ژنتیکی از طریق کروموزوم X به صورت یک خاصیت مغلوب انتقال می یابند. بنابراین تقریباً هیچگاه یک زن مبتلا به هموفیلی وجود نخواهد داشت زیرا لااقل یکی از کروموزومهای جنسی او دارای ژنهای سالم خواهند بود. اگر یکی از کروموزومهای جنسی زن معیوب باشد وی یک ناقل هموفیلی خواهد بود و این بیماری را به نیمی از فرزندان پسر خود منتقل خواهد کرد و حالت ناقل بیماری بودن را به نیمی از دختران خود انتقال خواهد داد. این بیماران معمولاً به التهاب مفاصل روبرو هستند به همین دلیل در هنگام بروز درد و التهاب از راه رفتن عاجز میشوند.

از آنجایی که هموفیلی، بیماری انعقاد خون است، شایع ترین علائم آن، خونریزی زیاد و غیر قابل کنترل است. خونریزی در مبتلایان به هموفیلی نسبت به افراد سالم با سرعت بیشتری اتفاق نمی افتد، بلکه زمان آن طولانی تر است. شدت هموفیلی با مقدار فاکتورهای انعقادی خون مشخص می شود. بیمارانی که سطح خونی فاکتورهای انعقادی در خون آنها، در حدود ده درصد باشد (در افراد سالم میانگین سطح خونی فاکتورها صد درصد است) تنها در جراحی های بزرگ یا در زمان کشیدن دندان، دچار خونریزی می شوند. حتی ممکن است در این افراد، قبل از وقوع عوارض جراحی، هموفیلی تشخیص داده نشده باشد. زمانی که سطح خونی فاکتور هشت یا نه کمتر از یک درصد باشد، شدت هموفیلی بالا خواهد بود. در این افراد، با کمترین فعالیت روزمره، خونریزی اتفاق می افتد و همچنین ممکن است جراحی خونریزی دهنده نامشخص باشد. خونریزی غالباً در مفاصل و سر اتفاق می افتد.

تمایل به خونریزی: احتمال خونریزی با ضربه های کوچک به بینی، دهان و لثه ها وجود دارد. همچنین مسواک زدن، و یا کارهای دندانپزشکی، سبب خونریزی زیادی می شود.

خونریزی مفصلی: همارتروز (خونریزی درون مفصل) می تواند درد، خشکی و بی حرکتی مفصل و در نهایت بد شکل شدن مفصل را در صورت عدم درمان مناسب و به موقع، سبب شود. مفصل زانو شایع ترین محل عوارض ناشی از خونریزی هموفیلی است. خونریزی های مفصلی مکرر می تواند منجر به آرتريت مزمن دردناک، بدشکل شدن مفصل و لنگیدن شود.

خونریزی عضلانی: خونریزی درون عضلات می تواند ورم، درد، و قرمزی را سبب شود. خونریزی زیاد در این محل ها می تواند با افزایش فشار بر روی بافت ها و اعصاب منطقه، آسیب و بدشکل شدن دائمی را به همراه داشته باشد.

خونریزی مغزی: خونریزی درون مغز می تواند با ضربه به سر و یا به طور خود به خودی اتفاق افتد که شایع ترین علت مرگ در کودکان مبتلا به هموفیلی و جدی ترین عارضه این بیماری است. خونریزی مغزی می تواند حتی با یک ضربه کوچک به سر و یا بر اثر زمین خوردن کودک روی دهد. خونریزی های کوچک در مغز می تواند باعث کوری، عقب افتادگی ذهنی و انواع نقایص عصبی و در صورت عدم تشخیص و درمان فوری، منجر به مرگ شود.

کبودشدگی: کبودشدگی و کوفتگی می تواند با تصادفات و ضربه های کوچک روی دهد و می تواند هماتوم های (خون مردگی یا تجمع خون در زیر پوست که تولید ورم می کند) بزرگ ایجاد کند. به همین دلیل در بیشتر موارد، تشخیص بیماری در سنین دوازده تا هجده ماهگی انجام می شود، یعنی زمانی که فعالیت کودک افزایش یافته است.

خونریزی از سایر نقاط بدن: وجود خون در ادرار و مدفوع کودک نیز می تواند علامت هموفیلی باشد.



علائم هموفیلی می تواند با سایر اختلالات و اشکالات خونی مشابه باشند. لذا همیشه برای تشخیص بیماری با پزشک کودک مشورت کنید.

تشخیص هموفیلی: پزشک کودک شما ممکن است علاوه بر گرفتن یک شرح حال کامل و انجام معاینات بالینی، آزمایش های خونی متعددی را شامل اندازه گیری مقدار فاکتورهای انعقادی خون، شمارش کامل سلول های خونی (CBC)، اندازه گیری زمان خونریزی، و یا تست DNA تجویز نماید. همچنین ممکن است جزئیاتی را در مورد سابقه خانوادگی کودکتان سؤال نماید.

درمان هموفیلی: درمان خاص هموفیلی توسط پزشک و بر اساس موارد زیر تعیین می شود:

- سن کودک، سلامت عمومی و تاریخچه پزشکی وی
- گستردگی، نوع و شدت بیماری
- تحمل کودک نسبت به داروها، درمان ها و روش های خاص
- انتظارات درباره سیر بیماری
- دیدگاه و یا انتخاب شما

هدف از درمان هموفیلی، پیشگیری از عوارض بیماری و در وهله اول عوارضی است که در مفاصل و مغز ایجاد می کند. درمان می تواند شامل موارد زیر باشد:

- می توان از والدین خواست که اسباب بازی های نرم با گوشه های گرد برای کودکان کم سن خریداری کنند .
- در مورد کودکانی که تازه راه رفتن را یاد گرفته اند و یا فعال تر شده اند می توان از کلاه ایمنی و لباس های پنبه دوزی شده استفاده کرد .
- امکان انجام ورزش هایی که احتمال برخورد و تصادم در آنها زیاد است، در دوران مدرسه، باید به دقت ارزیابی شود .
- در زمان واکسیناسیون می توان از تزریق زیرجلدی به جای تزریق عضلانی استفاده کرد تا از خونریزی عمیق عضلانی جلوگیری شود .
- خونریزی های مفصلی ممکن است به جراحی و یا بی حرکت نگه داشتن مفصل نیاز پیدا کند. بازتوانی مفصل آسیب دیده می تواند شامل درمان فیزیکی و ورزش جهت تقویت عضلات اطراف مفصل باشد .
- قبل از جراحی و کارهای دندانپزشکی، ممکن است پزشک کودک شما تزریق داخل وریدی فاکتورها را تجویز نماید تا سطح خونی فاکتورهای انعقادی خون افزایش یابد. همچنین ممکن است تزریق فاکتورهای خاصی را در حین جراحی یا پس از آن انجام دهند تا فاکتورهای انعقادی در سطح مطلوب باقی بمانند و از خونریزی پس از جراحی پیشگیری گردد و به بهبود زخم کمک شود .
- همچنین ممکن است پزشک کودک شما، قطع آسپیرین یا داروهای حاوی آسپیرین را قبل از جراحی توصیه کند، زیرا این فرآورده ها احتمال خونریزی را تشدید می کنند .
- در صورت از دست دادن خون به مقدار زیاد، ممکن است نیاز به انتقال خون باشد .
- رعایت بهداشت دهان و دندان یک عامل پیشگیری کننده از بروز خونریزی است.

چشم انداز بلند مدت

هموفیلی یک بیماری مادام العمر و همیشگی است. با پیشرفت هایی که در زمینه ساخت فاکتورهای انعقادی خون انجام شده است، پیشگیری و درمان خونریزی رو به بهبود است .

با درمان مناسب، اتخاذ تصمیمات آگاهانه و تشخیص به موقع عوارض، بسیاری از کودکان مبتلا به هموفیلی از طول عمر طبیعی و زندگی نسبتاً سالمی بهره مند خواهند شد.

فاویسم

یک بیماری ارثی خونی است که به علت کمبود یکی از آنزیم های گلبول قرمز ایجاد می شود. این بیماری وابسته به جنس بوده و بیشتر در مردان دیده می شود و اغلب در نواحی شمالی و جنوبی ایران (سواحل دریا) شیوع بیشتری دارد و تا ۴ درصد جمعیت عمومی نیز گزارش شده است. اگر آنزیم گلوکز-۶- فسفات دهیدروژناز که در تمام سلول های بدن موجود است، در بدن افراد دچار نقص و یا کمبود شود، فرد دچار کم خونی می شود زیرا گلبول های قرمز خون همولیز و یا تخریب می شوند. بنابراین نقص این آنزیم، گلبول های قرمز خون را به مواد اکسیدان حساس کرده و گلبول های قرمز به سمت تخریب شدن پیش می روند زیرا اکسیداسیون موجب پاره شدن غشاء سلول شده و محتویات آن بیرون می ریزد. فعالیت طبیعی آنزیم گلوکز-۶- فسفات دهیدروژناز موجب خنثی کردن اکسیدان ها پیش از رسیدن و تماس با گلبول های قرمز می شود.

علائم بالینی در فاویسم : بعد از خوردن ماده اکسیدان (۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد) علائم ناشی از همولیز دیده میشود. زردی / ادرار تیره رنگ به علت دفع بیلی روبین و هموگلوبین از ادرار به علاوه احتمال دل درد و تهوع و بی اشتها بی از شایع ترین نشانه های بیماری فاویسم است.

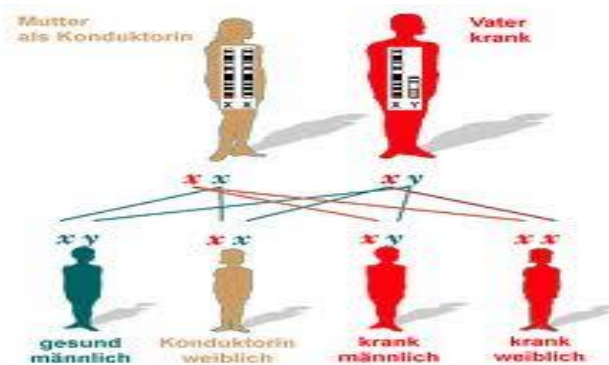
لیست عواملی که در مبتلایان به کمبود آنزیم G6PD همولیز ایجاد می کند :

باقلا به هر شکل موجود، داروهای ضد مالاریا مثل کلروکین / پریماکین / کینین، سولفونامیدها مثل کوتریموکسازول، نالیدیکسیک اسید، ترکیبات نیترو فوران مثل فورازولیدون، نیتروفورازون، داروهای متفرقه مثل استیل سالیسیلیک اسید، نفتالین، ایزونیاژید، آسپرین، استامینوفن، باقلا از جمله مواد غذایی است که دارای موادی به نام "ویسین" و "کوویسین" است که در لوله گوارش و در ضمن فرآیندهای شیمیایی عمل هضم، به "دی ویسین" و "ایزورامیل" تبدیل می شوند این مواد از اکسیدان های قوی محسوب می شوند، بنابراین به محض تماس با غشاء گلبول قرمز در افرادی که کمبود آنزیم گلوکز - ۶ - فسفات دهیدروژناز را دارند، آن را منهدم نموده و گلبول قرمز از بین می رود و شخص به فاویسم مبتلا می شود

درمان : مایع درمانی، یکی از خطرات همولیز در بیماری فاویسم نارسایی کلیه است. بنابراین باید بیمار را هیدراته کرد تا از این عارضه پیشگیری شود. مایعات به صورت وریدی و اگر بیمار تحمل داشت به صورت خوراکی توصیه میشود تا رنگدانه ها از کلیه ها دفع شوند. ترانسفیوژن خون در صورت افت واضح هموگلوبین و هماتوکریت تزریق خون لازم است و سایر اقدامات درمانی این بیماری در پسرها شایع تر است، چون پسرها فقط دارای یک کروموزوم X و دختران دارای دو تا از این کروموزوم هستند. بنابراین اگر زن آنزیم نام برده شده نقص داشته باشد، پسران را بیشتر گرفتار می کند. اگر دو کروموزوم X دختران، گرفتار نقص این ژن باشد، یا اگر کروموزوم X سالم شان نتواند دختر را در مقابل X معیوب، سالم نگه دارد، دختران هم مبتلا به این بیماری می شوند، ولی تعداد مبتلایان پسر خیلی بیشتر است.

*پیشگیری و آموزش به والدین:

والدین باید کاملا با نام داروهای که ممکن است باعث همولیز خون شوند آگاه شوند برای این کار توصیه میشود لیست داروها به طور کتبی به آنها داده شود و در صورت مراجعه به پزشک دیگر یادآور شوند که فرزندشان به فاویسم مبتلا است. باقلا در هر نوع آن مصرف نشود و سعی شود کودک از ابتلا به بیماری عفونی حفظ شود زیرا بیماری باعث تشدید لیز گلبولی میشود



بتا تالاسمی ماژور

پراکندگی تالاسمی در جهان

بیماری تالاسمی در سراسر جهان و در همه ی نژادها دیده می شود، ولی شیوع آن در نواحی مدیترانه (ایتالیا، یونان، قبرس و جزیره ی سیسیل)، خاورمیانه (ایران، ترکیه و سوریه)، آسیا (هندوستان و پاکستان و ناحیه جنوب شرقی) بیشتر بوده و از جنوب غربی اروپا تا خاور دور امتداد یافته و در نواحی وسیعی از آفریقای مرکزی نیز دیده می شود. دلیل این شکل توزیع، بیماری مالاریا بوده که به شکل بومی و برای قرون متمادی در این نواحی شیوع داشته است. انگل مالاریا از راه نیش پشه ی آنوفل وارد خون شده و در داخل گلبول های قرمز تکثیر می یابد. این انگل در گلبول های قرمز ناقلین ژن تالاسمی که عمر کوتاه تری دارند نمی تواند به رشد و تکثیر خود ادامه دهد، در نتیجه بیماری متوقف می شود و بیمار از مالاریا نجات خواهد یافت. بنابراین مالاریا در افراد سالم بیش از افراد سالم ناقل (مینور) می باشد و در نتیجه مرگ و میر آنان بیشتر است. بنابراین افرادی که یک ژن هموگلوبین طبیعی و یک ژن تالاسمی داشته اند (افراد سالم ناقل) در مقابل بیماری مالاریا مقاومت کرده و ژن تالاسمی را به نسل بعد منتقل کرده اند.

پراکندگی تالاسمی در ایران

این بیماری در تمام کشور پراکنده است، اما در نواحی حاشیه ی دریای خزر (استان های گیلان، مازندران و گلستان)، نواحی حاشیه ی خلیج فارس و دریای عمان (بوشهر، هرمزگان، سیستان و بلوچستان)، خوزستان، فارس و جنوب کرمان شیوع بیشتری دارد.

تعریف و تاریخچه

تالاسمی یکی از شایع ترین اختلال ها و بیماری های خونی است که به صورت ژنتیک از نسلی به نسل دیگر منتقل می شود. تالاسمی یک واژه ی یونانی و مرکب از دو واژه ی تالاسا به معنی دریا و امیا به معنی خون است. اولین بار در سال ۱۹۲۵ میلادی کولی و لی نوعی کم خونی را گزارش کردند که با اسپلنومگالی و تغییرات استخوانی همراه بود و به دلیل شیوع زیاد این بیماری در اطراف دریای مدیترانه، تالاسمی نامگذاری شد. البته کولی در حقیقت شکل هموزیگوت بیماری را شرح داده بود که امروزه بتا تالاسمی ماژور نامیده می شود.

اساس توارث در بروز بتا تالاسمی ماژور

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



(شکل شماری ۱)

انواع مهم بتا تالاسمی

- ۱- بتا تالاسمی مینور (سالم ناقل)
- ۲- بتا تالاسمی ماژور (بیماری تالاسمی)

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



بتا تالاسمی ماژور (بیماری تالاسمی)

اگر پدر و مادر هر دو سالم ناقل باشند ، در هر بارداری یک چهارم یا % ۲۵ احتمال وجود دارد که هر دو ژن ناسالم به کودک به ارث برسد و فرزند آنها مبتلا به بیماری تالاسمی (ماژور) شود .به همین دلیل لازم است در هر بارداری ابتلای کودک به بیماری بررسی شود و تولد یک یا چند فرزند بیمار، دلیلی بر به دنیا آمدن کودک سالم در حاملگی های بعدی نیست.

علائم

کودکان مبتلا به بیماری تالاسمی بعد از تولد هیچ فرقی با سایر کودکان ندارند، ولی از حدود ۶ ماهگی تا ۲ سالگی علائم کم خونی را از خود نشان می دهند و زرد و رنگ پریده می شوند. شب ها به راحتی نمی خوابند، درست غذا نمی خورند و ممکن است استفراغ کنند. از علائم دیگر این بیماری ضعف و بی حالی است.

تشخیص

به وسیله ی آزمایش خون انجام می شود. با بزرگتر شدن کودک سایر علائم بیماری به شرح زیر ظاهر می شود: تغییر چهره و بزرگی سر، این علامت به راحتی قابل تشخیص و رؤیت است. بزرگ شدن قلب، اختلال در کار غدد و بزرگ شدن طحال، تشخیص این علائم با تشخیص پزشک و انجام آزمایش ها ممکن است.

بیماران تالاسمی (ماژور) نیاز به معاینه ها و مراقبت های خاص زیر دارند:

- تزریق مرتب و مداوم خون حداقل ماهی یک بار به منظور جبران کم خونی؛
- تزریق روزانه داروی دفع کننده آهن به منظور پیشگیری از تجمع آهن در بدن؛
- انجام معاینه ها، آزمایش ها و مراقبت های تخصصی (چشم پزشکی ، غدد، دندانپزشکی، قلب، گوش، حلق و بینی و...)
- انجام واکسیناسیون هیپاتیت

صفت تالاسمی چگونه از والدین به کودکان منتقل می شود؟

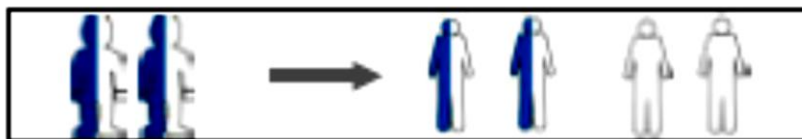
باید سه نوع زوج را مد نظر داشته باشیم:

- ۱- اگر هیچ کدام از والدین حامل ژن تالاسمی نباشند، امکان انتقال صفت تالاسمی مینور و ماژور را به کودکان خود ندارند و تمام فرزندان خون طبیعی خواهند داشت



(شکل شماره ۱)

- ۲- اگر یکی از والدین سالم ناقل باشد و دیگری ناقل این ژن نباشد، نیمی از فرزندان (50%) سالم ناقل و نیمی دیگر سالم غیر ناقل خواهند بود. نکته ی مهم این است که هیچ یک از فرزندان بتا تالاسمی ماژور نخواهند داشت



(شکل شماره ۲)

- ۳- اگر هر دو والد سالم ناقل باشند ، ممکن است فرزندان آنها سالم ناقل، بیمار و یا سالم غیر ناقل باشند.



(شکل شماره ۳)

چرا باید از بروز بتا تالاسمی ماژور پیشگیری شود؟

مدیریت بهداشت ممکن است نتواند تمام بیماری های ماژور بتا تالاسمی را کنترل کند و یا مشکلات سلامت را حل کند، اما با توجه به بعضی از عوارض و شرایط می تواند اولویت ها را مشخص نماید و نسبت به حل مشکلات مهم اقدام نماید. بعضی از دلایلی که پیشگیری از تالاسمی را توجیه می کند به شرح ذیل است:

- ۱- متوسط شیوع ژن بتا تالاسمی در کشور حدود ۵٪ تخمین زده می شود. به ویژه این بیماری در بعضی از استان ها شیوع بالایی دارد. همچنین وجود حدود ۱۵۰۰۰ بیمار تالاسمی ماژور در کشور، شیوع بالای بیماری را نشان می دهد. این شیوع بالا لزوم مداخله ی مناسب را توجیه می کند.
- ۲- بیماری بتا تالاسمی ماژور یک بیماری قابل پیشگیری است. همان طور که می دانید لازمه ی تولد یک کودک بتا تالاسمی ماژور وجود صفت تالاسمی مینور در هر دو والد (پدر و مادر) است بنابراین یا باید دو سالم ناقل با هم ازدواج نکنند یا اگر ازدواج کردند اقدام های لازم (PND) را انجام دهند. به هر حال این بیماری قابل پیشگیری است.
- ۳- بیماری تالاسمی ماژور یک کم خونی کشنده است. اگرچه در حال حاضر روش های درمانی و یژه ای مثل پیوند مغز استخوان برای درمان بیماران تالاسمی ماژور وجود دارد، ولی به دلیل گرانی مشکلات تکنیکی و... هنوز کاربرد آن رایج نیست.
- ۴- این بیماران در طول عمر خود با عوارض جسمی بیماری مواجه هستند، علاوه بر وجود این مشکلات، عوارض روحی نیز این بیماران را رنج می دهد.
- ۵- هزینه ی نگهداری بیماران بسیار گران است ۱۰۰۰۰۰ دلار (برای ۱۵ سال زندگی هر بیمار). این هزینه ها مربوط به تزریق مکرر خون و تزریق دسفرال برای بیماران تالاسمی ماژور می باشد.
- ۶- روش غربالگری آسان است. روش کنونی غربالگری در برنامه ی کشوری پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور که با استفاده از دستگاه سل کانتر انجام می گیرد، آسان است اندازه گیری و ارزان MCV و MCH این مسئله هزینه اثر بخشی برنامه را توجیه می کند (هزینه ی غربالگری برای هر فرد ۵ دلار است)
- ۷- اجباری شدن آزمایش های تالاسمی قبل از ازدواج، زمینه ی مناسب جهت اجرای برنامه را فراهم نموده است.
- ۸- شبکه ی گسترده ی آزمایشگاه های ژنتیک و تشخیص قبل از تولد وجود دارد. دسترسی زوج های ناقل به این خدمات به کنترل تولد کودک مبتلا به بتا تالاسمی ماژور کمک می کند.
- ۹- استفاده از خدمات بیمه ای برای تمام زوج های ناقل، دسترسی به امکانات تخصصی و پیشرفته را ممکن ساخته است.
- ۱۰- وجود شبکه های گسترده ی بهداشتی درمانی در کشور، امکان مراقبت از زوج های ناقل و خانواده ی بیماران را فراهم ساخته است.
- ۱۱- حمایت و پشتیبانی ی سیاستی برای اجرای هر چه بهتر برنامه وجود دارد.

چرا غربالگری به صورت کلی در جامعه انجام نمی شود؟

اگرچه شناسایی موارد ناقل تالاسمی در جامعه و برای همه ی گروه ها میسر است، ولی وجود گلوگاه های مناسب، مانند متقاضیان ازدواج، والدین بیماران و مزدوجین قبل از سال ۱۳۷۶ سبب شده تا فعالیت های مربوط به پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور برای گروه های هدف فوق انجام شود.

راه های پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور



امروزه زوج های ناقلی که خطر داشتن فرزند مبتلا به بیماری بتا تالاسمی ماژور آنها را تهدید می کند، راه های متعددی در پیش رو دارند:

۱- ازدواج نکردن دو فرد سالم ناقل با یکدیگر.

• چنانچه دو فرد سالم ناقل با هم ازدواج کنند: خودداری از بچه دار شدن، انتخاب فرزند خوانده، استفاده از خدمات تشخیص قبل از تولد.

تشخیص قبل از تولد

خدمات تشخیص قبل از تولد این امکان را برای زوج ها فراهم کرده تا از سلامت یا بیماری فرزند خود در دوره ی جنینی مطلع شوند. اساس تشخیص قبل از تولد پیگیری انجام دو مرحله ی مقدم اتی و تکمیلی است:

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

مرحله تکمیلی: بررسی وضعیت ژنتیک جنین و تشخیص قطعی ابتلا یا سالم بودن آن است. برای تشخیص قطعی در انجام آزمایش های تشخیص قبل از تولد، گاهی لازم است تعداد زیادی از خویشاوندان (والدین، برادران، خواهران، عمه، خاله، عمو و دایی) بررسی شوند که مستلزم صرف وقت و صبر و حوصله ی کافی و بضاعت مالی است بهترین زمان برای انجام آزمایش های مرحله ی مقدماتی قبل از بارداری است؛ زیرا در این صورت وقت کافی جهت بررسی وجود خواهد داشت و آزمایش های مرحله ی تکمیلی بعد از بارداری، در هفته ی ۱۰ بارداری با نمونه برداری از جنین انجام می شود. در نمونه برداری، خطر از دست دادن جنین به میزان اندک و خطرات نادری برای مادر وجود دارد. بعد از حصول نتیجه، در صورت ابتلای جنین به بیماری، چنانچه از نظر شرعی و قانونی سن جنین از تاریخ معین نگذشته باشد (حداکثر هفته ی ۱۶ بارداری) مجوز ختم بارداری توسط پزشکی قانونی صادر می شود. بدیهی است برای هر بار بارداری انجام آزمایش های مرحله ی تکمیلی بررسی وضعیت ژنتیک جنین ضروری است.

آشنایی با برنامه ی کشوری پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور

استراتژی ها

- ۱- بررسی تمام متقاضیان ازدواج جهت شناسایی زوج های ناقل تالاسمی و انجام مراقبت براساس فلوچارت مراقبت.
- ۲- بررسی والدین بیماران تالاسمی جهت شناسایی زوج های ناقل واجد شرایط بارداری و انجام مراقبت براساس فلوچارت.
- ۳- بررسی و شناسایی زوج های ناقلی که قبل از سال ۱۳۷۶ ازدواج کرده اند (تمام زنان شوهردار کمتر از ۴۰ سال، واجد شرایط بارداری که تا میل به بارداری داشته و یا درحال حاضر در هفته های اول بارداری هستند) و انجام مراقبت براساس فلوچارت

محورهای عملیاتی

- ۱- آزمایش های غربالگری شناسایی زوج های ناقل تالاسمی (براساس الگوریتم کشوری آزمایش های تالاسمی) و شبکه ی آزمایش های تشخیص ژنتیک و تشخیص پیش از تولد. ۲- مشاوره ی ژنتیک ۳- مراقبت براساس فلوچارت ۴- آموزش کارکنان بهداشتی و گروه های هدف در برنامه ۵- تحقیقات

نکته های مهم:

۱- درحال حاضر تعداد کمی از مراکز خصوصی و دولتی در زمینه ی انجام آزمایش های تشخیص پیش از تولد در کشور فعالیت می کنند. هزینه ی انجام این آزمایش ها گران است. این امر حائز اهمیت است که شما درک صحیحی از کل وضعیت داشته باشید و به نحوی تصمیم بگیرید که همسر، فرزندان شما و جامعه کم ترین صدمه را متحمل شود.

۲- آزادی در انتخاب همسر حق مسلم همه است، ولی پیشگیری از تولد فرزند مبتلا به بیماری تالاسمی (ماژور) یک وظیفه ی انسانی و همگانی است.



۳- بدیهی است افزایش تعداد بیماران تالاسمی در هر جامعه، به معنی صرف هزینه ی فراوان و تحمل صدمه های جبران ناپذیر روحی و روانی خانواده و جامعه است.

۴- با مراجعه ی به موقع به مرکز بهداشتی درمانی و یژه ی مشاوره ی تالاسمی و درک صحیح از وضعیت خود با صبر و تحمل در انجام آزمایش ها، ما را در ارائه ی خدمات یاری کنید.

۵- با ارتباط مستمر و همکاری با مرکز بهداشتی درمانی و یژه مشاوره تالاسمی و مرکز بهداشتی درمانی محل سکونت خود، می توانید ضمن استفاده از خدمات تنظیم خانواده به طور رایگان، از آخرین راه های پیشگیری و مراکز تشخیص قبل از تولد مطلع شوید

متن پوستر آموزشی ۱۰ پرسش و پاسخ درباره ی بیماری بتا تالاسمی ماژور و راه های پیشگیری

- ۱- بیماری تالاسمی شدید (ماژور) چیست؟ بیماری تالاسمی شدید (ماژور) نوعی کم خونی ارثی است که از طریق ازدواج پدر و مادر سالم ناقل (مینور) به نسل بعد منتقل می شود.
- ۲- ژن چیست؟ ژن ها عامل به ارث رسیدن صفت هایی مانند رنگ چشم، مو، قد و چاقی هستند. برای انتقال برخی صفت ها، دو ژن لازم است که یکی از پدر و دیگری از مادر به ارث می رسد، اگر در این شرایط یک ژن ناسالم باشد، فرد، ناقل بیماری است و اگر دو ژن ناسالم باشد فرد بیمار است.
- ۳- به چه کسی سالم ناقل می گویند؟ به کسی که برای ساخت گلبول قرمز، ژن ناسالم را از یکی از والدین و ژن سالم را از دیگری دریافت کند، سالم ناقل (مینور) می گویند.
- ۴- به چه کسی بیمار مبتلا به تالاسمی شدید می گویند؟ کسی که برای ساخت گلبول قرمز، برحسب تصادف ژن ناسالم پدر و ژن ناسالم مادر را دریافت کند، به بیماری تالاسمی شدید مبتلا خواهد شد.
- ۵- علائم تالاسمی شدید چیست؟ کودک مبتلا به تالاسمی شدید تا حدود ۶ ماهگی سالم به نظر می رسد؛ ولی اگر درمان نشود، به تدریج علائم کم خونی، رنگ پریدگی، ضعف، اختلال رشد، بزرگ شدن استخوان های سر و صورت، بزرگی کبد، طحال و ... در بدن او ظاهر می شود.
- ۶- سالم ناقل چگونه شناسایی می شود؟ با آزمایش ساده ی خون.
- ۷- مهم ترین اقدام در هنگام ازدواج چیست؟ انجام به موقع آزمایش های تالاسمی و انجام مشاوره با تیم مشاوره ی ویژه ی تالاسمی (مستقر در یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهری)
- ۸- چه موقع و کجا باید آزمایش خون را انجام داد؟ پیش از اعلان هر ازدواج در بین افراد فامیل و یا برگزاری مراسم نامزدی و عقد، آزمایش های خون را باید در آزمایشگاه های ویژه ی آزمایش های تالاسمی انجام داد، زیرا:
 - انجام آزمایش خون هنگام ازدواج اجباری است.
 - نتیجه ی آزمایش ممکن است بیش از سه روز و تا سه ماه طول بکشد .
 - مشاوره با زوج های ناقل تالاسمی ممکن است طولانی شود .
- ۹- راه های پیشگیری از تولد کودک مبتلا به بیماری تالاسمی شدید چیست؟
 - ازدواج نکردن دو سالم ناقل با یکدیگر .
 - ازدواج کردن دو سالم ناقل با یکدیگر و بچه دار نشدن .
 - ازدواج کردن دو سالم ناقل با یکدیگر و انجام به موقع * آزمایش های جنین در هر حاملگی
- ۱۰- زوج سالم ناقل برای داشتن فرزند سالم چه اقدام هایی را باید انجام دهند؟
 - انجام به موقع آزمایش های جنین (تشخیص قبل از تولد در زنان حامله).
 - استفاده از برنامه های تنظیم خانواده.



فنیل کتونوری

فنیل کتونوری

فنیل آلانین یک اسید آمینه ضروری است. چنانچه از فنیل آلانین مواد غذایی در بدن برای ساخت پروتئین استفاده نشود، این ماده بطور طبیعی تجزیه می گردد. کمبود آنزیم فنیل آلانین هیدروکسیلاز یا کوفاکتور آن یعنی تترا هیدروبیوپترین موجب تجمع فنیل آلانین در مایعات بدن می شود. فرم های مختلف بالینی و بیوشیمیایی افزایش فنیل آلانین در بدن وجود دارد.

فنیل کتونوری (PKU) نوع کلاسیک:

این نوع بیماری بدلیل کمبود یا فقدان آنزیم فنیل آلانین هیدروکسیلاز ایجاد می شود. فنیل آلانین اضافی به فنیل پیرویک اسید و فنیل اتیلین آمین تبدیل می شود. این متابولیت ها و سایر متابولیت های بعدی همراه با فنیل آلانین اضافی متابولیسم طبیعی را مختل نموده و موجب صدمه مغزی می گردند.

کودک مبتلا در ابتدای تولد طبیعی است و عقب ماندگی ذهنی بتدریج پیشرفت می کند و طی چند ماه آشکار می شود. کودک در صورتی که تحت درمان قرار نگیرد، به ازاء هر ماه ۴ نمره از IQ او کاسته خواهد شد و تا پایان سال اول ۵۰ نمره از IQ را از دست خواهد داد. عقب ماندگی مغزی در این بیماری شدید است و کودک مبتلا پرفعالیتی همراه با حرکات بی هدف پیدا می کند. اغلب بیماران مبتلا، نیاز به مراقبت مخصوص دارند. بوی مخصوص و نامطبوع این کودکان مربوط به متابولیت اسیدلاکتیک است. در معاینه عصبی، علائم یکنواختی را نمی توان یافت. اغلب بیماران هیپرتونیک هستند و ۱/۴ این بیماران تشنج نیز دارند.

در کشورهایی که غربالگری نوزادان در حال انجام است و کودکان مبتلا به موقع شناسایی و درمان می شوند بندرت می توان تظاهرات این بیماری را یافت.

این بیماری در بدو تولد با اندازه گیری فنیل آلانین خون قابل تشخیص است. کافی است چند قطره خون مویرگی بر روی کاغذ فیلتر گرفته شود و به آزمایشگاه منتخب ارسال، تا آزمایش لازم انجام گردد. توصیه می شود خون نوزاد بعد از گذشت ۷۲ ساعت از تولد وی و بعد از شروع تغذیه با شیر گرفته شود. این موجب می شود تا نتایج منفی کاذب کاهش یابد. در صورتی که این تست مقدماتی افزایش فنیل آلانین را نشان دهد، فنیل آلانین و تیروزین سرم (با روش HPLC) باید اندازه گیری شود. در صورتی که فنیل آلانین خون بیش از ۲۰ mg/dl و تیروزین خون طبیعی باشد و همچنین متابولیت های فنیل آلانین در ادرار افزایش یافته باشد و اختلال مربوط به تتراهیدروبیوپترین (کوفاکتور فنیل آلانین هیدروکسیلاز) رد شود، تشخیص PKU کلاسیک تائید می شود.



اقدامات درمانی این بیماری متمرکز بر کاهش فنیل آلانین و متابولیت های آن در خون است و هدف آن ممانعت یا کاهش صدمه مغزی است. فنیل آلانین رژیم این بیماران باید محدود شود. این رژیم باید تحت نظر یک متخصص تغذیه تنظیم گردد و با آزمایشات مکرر خون از سطح مناسب فنیل آلانین خون اطمینان حاصل شود. سطح سرمی فنیل آلانین کنترل شده در بیماران بین ۲ mg/dl تا ۶ در کودکان زیر ۱۲ سال و ۲ mg/dl تا ۱۰ برای کودکان بزرگتر از ۱۲ سال است.

گرچه بعد از ۶ سال از عمر کودک شدت کنترل رژیم غذایی کاهش می یابد لیکن ، رژیم مخصوص غذایی تا پایان عمر ادامه یابد.

PKU غیر کلاسیک یا بدخیم (کمبود کوفاکتور BH4):

حداقل در ۲٪ کودکانی که افزایش فنیل آلانین خون دارند نقص در آنزیم هایی است که ایجاد یا تجدید BH4 را موجب می شوند. در این کودکان حتی در صورتی که فنیل آلانین خون کنترل شود پیشرفت صدمه مغزی ادامه می یابد. BH4 کوفاکتور آنزیم فنیل آلانین هیدروکسیلاز ، تیروزین هیدروکسیلاز و تریپتوفان هیدروکسیلاز است و هیدروکسیلازهای تیروزین و تریپتوفان برای ساخت نوروترانسمیترهای دوپامین و سروتونین ضروری است. چهار اختلال آنزیمی که منجر به کمبود این کوفاکتور می شوند، شناخته شده اند. بیش از ۵۰٪ اختلال مربوط به کمبود آنزیم ۶- پیروویل تراهایدریوپترین سنتتاز (6-PTS) و کمبود DHPR است.

از نقطه نظر بالینی علائم این بیماری شبیه بیماران فنیل کتونوری کلاسیک است ولی علی رغم رژیم درمانی مناسب، علائم شان بعد از ۳ ماهگی ادامه می یابد (به استثنای کمبود یا فقدان آنزیم کاربونیلامین دهیدراتاز که علائم بالینی ندارد و این دلیل آن است که دهیدراتاسیون میتواند بطور غیر آنزیماتیک و به آهستگی انجام شود و BH2 ایجاد گردد). یکی از راه های تشخیص این بیماری تجویز BH4 است که به loading test معروف است. در این روش BH4 خوراکی داده می شود یا داخل ورید تجویز می شود و در بیماران مبتلا به این کمبود، فنیل آلانین خون طی ۴ تا ۶ ساعت طبیعی می گردد. تست در حالی انجام می شود که رژیم غذایی کودک حاوی فنیل آلانین باشد. برخی بیماران مبتلا به نقص آنزیمی دی هیدروپتیدین ردوکتاز (DHPR) به این تست جواب نمی دهند. این گروه اخیر را می توان از طریق بررسی آنزیمی تشخیص داد. این نقص همچنین می تواند از طریق مطالعه ژن مربوطه نیز شناسایی شود.

درمان به روش های مختلف انجام می شود و اثرات طولانی مدت درمان همچنان نامعلوم است، از جمله روش های درمانی در این بیماری رژیم محدود در فنیل آلانین و همچنین تجویز پیش سازهای نوروترانسمیترها (۵- hydroxytryptophan, L-dopa) است. روش دیگر درمان، رژیم محدود در فنیل آلانین و تجویز خوراکی BH4 است. دوز کم روزانه این ماده، فنیل آلانین خون را کاهش می دهد و در صورتی که با دوز بالا (۲۰-۴۰ mg/kg/۲۴h) تجویز شود این ماده از سد خونی مغزی نیز عبور نموده و پیشرفت صدمات مغزی را مانع می گردد.



افزایش فنیل آلانین خون در تیروزینمی گذرا نوزادان رخ می دهد. وقتی توانایی نوزادان برای اکسیده کردن تیروزین تکامل یابد، سطح فنیل آلانین خون طبیعی خواهد شد. فنیل آلانین ترانس آمیناز نیز اگر وجود نداشته باشد یا به حد کافی تکامل نیافته باشد، می تواند این مشکل را در صورتی که نوزاد محتوای پروتئینی شیرش بالا باشد، ایجاد نماید. این نوزادان حتی وقتی سطح فنیل آلانین خونشان به 30 mg/dl می رسد فنیل کتونوری ندارند و مبتلا به فنیل آلانینمی گذرا هستند و اگر شیر آنها محتوای پروتئینی شیر انسان را داشته باشد وضعیت طبیعی پیدا می کنند.

PKU در ایران:

بروز این بیماری همراه با افزایش مداوم فنیل آلانین خون بین ۱ در ۳۰۰۰ تا ۶۰/۰۰۰ بر حسب کشور متفاوت است. در ایران بر اساس نتایج برنامه غربالگری نوزادان از سال ۱۳۷۶ تا سال ۱۳۸۹، ۱ در ۸۰۰۰ است. بیماری اتوزوم مغلوب است و شیوع آن در صورتی که از دواج های خویشاوندی شایع باشد افزایش می یابد.

وظایف خانه بهداشت

۱- ارجاع فوری بیماران جدید (اعلام شده از سوی مرکز بهداشت) به بیمارستان منتخب مرکز استان برای شروع برنامه درمانی

۲- پیگیری موارد غیبت از درمان بیمار براساس وعده های تعیین شده به بیمارستان منتخب

۳- جمع آوری، ثبت و ارسال اطلاعات به سطوح بالاتر بر اساس دستورالعمل کشوری و آیین نامه های مربوطه، در فرم های مرتبط و زمان تعیین شده

۴- شرکت در برنامه های آموزشی تعیین شده توسط سطوح بالاتر

۵- آموزش مادران باردار در راستای دستیابی به اهداف برنامه، براساس متون آموزشی و دستورالعمل کشوری و آیین نامه های مربوطه

۶- مراقبت از مادران بیماران PKU مطابق فرم اعلام وضعیت مراقبت ژنتیک

۷- آرشيو منظم و قابل دسترس متون آموزشی مرتبط، دستورالعمل ها و آیین نامه های مربوط به برنامه و به روزرسانی آنها



مشاوره ژنتیک

مشاوره ژنتیک گامی مؤثر در کم کردن معلولیت هاست. پیشگیری از اختلالات ژنتیک و مادرزادی جنبه های مختلفی را در بر می گیرد که مشاوره ی ژنتیک هسته ی اصلی و بخش مهم این خدمات را تشکیل می دهد. مشاوره ژنتیک با بالا بردن سطح اطلاعات و آگاهی مردم، نقش مؤثری را در پیشگیری از بروز معلولیت های ژنتیکی و مادرزادی به عهده دارد.

مشاوره ژنتیک شاخه ای از ژنتیک پزشکی است که به بررسی احتمال بروز بیماری های ژنتیکی در افراد می پردازد و یک فرایند ارتباطی است که به بررسی مشکلات انسانی ناشی از رخ دادن یا احتمال رخ دادن یک بیماری ژنتیکی در خانواده می پردازد. این فرایند شامل تلاش فرد یا افراد آموزش دیده در جهات زیر است:

- ۱) تفهیم واقعیت های پزشکی شامل تشخیص، سیر بیماری و درمان های در دسترس.
- ۲) تعیین نقش توارث در ایجاد بیماری و تعیین احتمال بروز مجدد آن.
- ۳) فهم راه های مختلف برخورد با احتمال بروز بیماری.
- ۴) اخذ تصمیم مناسب با در نظر گرفتن احتمال بروز بیماری، ارزشها و معیارهای اخلاقی خانواده.
- ۵) کمک به تطابق با مسأله در اعضای خانواده درگیر بیماری یا تحت خطر

کاربرد مشاوره ژنتیک

کلیه افرادی که قصد ازدواج فامیلی دارند و در خانواده آنان افراد مبتلا به بیماری های ارثی وجود دارند و نیز کسانی که در انتظار فرزنداند و یا نگران تکرار یک بیماری ارثی در خانواده هستند لازم است به مشاور ژنتیک مراجعه کنند. بعلاوه از آنجا که آزمایش های ژنتیک در بسیاری موارد گران هستند و یا اطلاعات پرسنل پزشکی در این زمینه کافی نیست بهتر است به مراکز تخصصی مشاوره مراجعه کنند.

زمان مشاوره ژنتیک:

بهترین زمان انجام مشاوره ی ژنتیک قبل از ازدواج است، ولی قبل از بارداری، در دوران بارداری و پس از تولد اولین فرزند ناهنجار هم می توان برای انجام مشاوره ی ژنتیک مراجعه کرد. زمانی که شما برای انجام مشاوره ی ژنتیک مراجعه می کنید، درباره ی تمام نگرانی های خود و بیماری های ارثی - ژنتیکی که در شجره نامه شما وجود دارد، بحث می کنید. این موارد شامل خطر تکرار بیماری ژنتیک در فرد، حاملگی، فرزندان یا سایر افراد خانواده می شود.

مشاوره ژنتیک قبل ازدواج

این مشاوره که بیشتر در ایران رایج است و به افرادی ارائه می شود که قصد ازدواج دارند و در عین حال نگران ابتلای فرزند آینده خود به بیماری ژنتیکی هستند. به علاوه این مشاوره ها به افرادی توصیه می شود که در غربالگری قبل از ازدواج تالاسمی ناقل تشخیص داده می شوند و یا به هر دلیل از سوی مراکز بهداشتی درمانی در خطر ابتلای نسل بعد به بیماری های ژنتیک هستند.

مشاوره ژنتیک قبل از بارداری

به خانواده هایی ارائه می شود که دارای فرزندی مبتلا به بیماری ژنتیکی هستند، نگران ابتلای فرزند خود به بیماری ژنتیکی هستند و یا یکی از والدین به یک بیماری ژنتیک یا یک بیماری سیستمیک مبتلاست. به علاوه زوجینی که مبتلا به سقط مکرر یا ناباروری هستند نیز توصیه می شود قبل از اقدام به بارداری بعدی به متخصص ژنتیک مراجعه کنند.

مرکز مشاوره ی ژنتیک:

مرکزی است که در آن خدمات مشاوره ی ژنتیک با حضور پزشک متخصص یا پزشک عمومی که دوره ی آموزشی مشاوره ی ژنتیک را گذرانیده است، ارائه می شود و در صورت نیاز به انجام دادن آزمایش های تخصصی مراجعین را به آزمایشگاه های معتبر معرفی می کنند تا پس از آماده شدن جواب آزمایش های درخواستی توصیه های لازم و نهایی توسط مشاور ژنتیک مرکز به مراجعین ارائه شود.



چه کسانی نیاز به انجام مشاوره ی ژنتیک دارند؟ در این موارد، افراد، زوجین یا خانواده ها از مشاوره ی ژنتیک استفاده می کنند:

- ۱- نگرانی از خطر بروز مکرر یک بیماری فامیلی
- ۲- ازدواج فامیلی
- ۳- سابقه ی عقب ماندگی ذهنی در خانواده یا بستگان نزدیک
- ۴- نقص های متعدد مادرزادی
- ۵- کوتولگی و اختلال رشد
- ۶- سابقه ی اختلالات سوخت و ساز مواد در افراد خانواده، مانند بیماری فنیل کتونوری
- ۷- شکل و قیافه ی غیرطبیعی
- ۸- ناشنوایی
- ۹- ابهام تناسلی، اختلال در بلوغ
- ۱۰- نازایی، سقط های مکرر، مرده زایی
- ۱۱- حاملگی در سنین بیش از ۳۵ سال
- ۱۲- رویارویی با عوامل محیطی ناهنجاری زا در دوران بارداری، مانند اشعه، دارو، مواد شیمیایی و عوامل عفونی
- ۱۳- اختلالات عصبی- عضلانی و بیماری های عصبی مزمن و پیشرونده
- ۱۴- سرطان، دیابت، بیماری های قلبی و ...
- ۱۵- کسب اطمینان از ناقل نبودن یک بیماری ژنتیکی شایع در جمعیت (مثل تالاسمی، هموفیلی، کم خونی داسی شکل و..)
- ۱۶- زنان بارداری که نتیجه ی سونوگرافی یا غربالگری و آزمایش قبل از تولد در آنان افزایش خطر نقص ها یا عوارض را نشان می دهد.
- ۱۷- تشخیص، تقاضا و احساس نیاز فرد برای انجام مشاوره.

بطور مشخص یک جلسه مشاوره ژنتیک شامل:

- ۱- بحث در مورد علت مراجعه جهت انجام مشاوره ی ژنتیک
- ۲- بحث در مورد تاریخچه ی پزشکی، بارداری و خانوادگی افراد مراجعه کننده
- ۳- توضیح خطرهای مشخص شده در روند انجام دادن مشاوره ی ژنتیک
- ۴- بحث درباره روش های بررسی ژنتیکی موجود، مزایا، محدودیت ها و خطرهای این روش ها و مشخص نمودن اینکه چه روش بررسی و یا آزمایشگاهی ممکن است، برای فرد مراجعه کننده مناسب باشد.
- ۵- هماهنگی برای انجام بررسی لازم و پی گیری جواب بررسی های انجام شده.
- ۶- در اختیار قرار دادن آموزش های لازم، معرفی جهت اقدامات حمایتی مورد نیاز یا معرفی به سایر پزشکان متخصص جهت درمان های مورد نیاز چگونه باید برای انجام دادن مشاوره ی ژنتیک آماده شد؟

قبل از اقدام برای رفتن به مراکز مشاوره ژنتیک باید:

- ۱- گرفتن وقت قبلی از مراکز مشاوره ی ژنتیک، بدلیل آن که جلسه ی مشاوره ی طولانی است.
- ۲- جمع آوری اطلاعات در مورد سلامت اعضای فامیل شامل، جزئیات آن در مورد بیماری های خانواده های مادر و پدر.
- ۳- جمع آوری اطلاعات در مورد ازدواج های فامیلی انجام شده در خانواده های پدر و مادر و سایر اعضای فامیل.
- ۴- سؤال از اعضای خانواده در مورد بیماری های احتمالی موجود در خانواده و فامیل از جمله موارد مبتلا به عقب ماندگی ذهنی، نقص های هنگام تولد، ناتوانی ها، سقط های مکرر، مرده زایی، بیماری های شدید دوران کودکی یا سرطان



۵- به همراه بردن کپی مدارک پزشکی، نتایج آزمایشگاهی یا بررسی های ژنتیکی انجام شده ی قبلی بر روی هر یک از اعضای خانواده یا فامیل با یک بیماری شناخته شده ی ژنتیکی که می تواند در زمان مراجعه جهت انجام مشاوره ی ژنتیک کمک کننده باشد.

۶- لیستی از کلیه سؤال ها در مورد نگرانی های فرد.

تشخیص پیش از تولد

هدف از تشخیص پیش تولد، صرفاً شناسایی اختلالات در دوره جنینی و اجازه ختم بارداری در صورت یافتن نقصی در جنین نیست. بلکه اهداف تشخیص پیش از تولد را می توان به این صورت بیان کرد. تشخیص پیش از تولد محدوده ای از انتخابهای آگاهانه برای زوجهای در معرض خطر به دنیا آوردن کودکی با نوعی اختلال را فراهم می کند. اطمینان دادن و کاستن اضطراب خصوصاً در بین گروههای پرخطر، اجازه آغاز بارداری برای زوجهای در معرض خطر داشتن کودکی مبتلا به نوع خاصی از نقص مادرزادی که در غیر این صورت ممکن است از بچه دار شدن منصرف شوند، با علم به اینکه وجود یا فقدان اختلال در جنین را می توان با آزمایش تأیید کرد. اجازه به زوجین جهت اداره مناسب تولد در شرف وقوع کودکی مبتلا به نوعی اختلال ژنتیکی، از نظر آمادگی و روانی، اداره بارداری و زایمان و مراقبت پس از تولد و مقدر ساختن درمان جنینهای مبتلا پس از تولد یکی دیگر از اهداف تشخیص پیش از تولد است. این امر، امروزه برای تعداد بسیار کم، اما در حال افزایشی از اختلالات مادرزادی امکان پذیر است.

تاریخچه

تشخیص پیش از تولد از سال ۱۹۶۶ آغاز شد که Breg و Steel نشان دادند ساختمان کروموزومی یک جنین را می توان با تجزیه و تحلیل سلول های کشت داده شده از مایع آمنیوتیک تعیین کرد. از آنجا که ارتباط بین سن بالای مادر و افزایش خطر سندرم داون از پیش بخوبی مشخص بود، گزارش آنها مستقیماً به پیدایش تشخیص پیش از تولد به عنوان یکی از خدمات پزشکی، منجر شد.

کاربردهای اصلی تشخیص پیش از تولد با آزمایشهای تهاجمی (آمینوسنتز و کوردوسنتز)

- سن بالای مادر : در سن ۳۵ سالگی خطر وجود اختلال کروموزومی در جنین، برابر خطر سقط مرتبط با آمینوسنتز است.
- فرزند قبلی دچار نوعی اختلال کروموزومی باشد و احتمال این اختلال در فرزندان بعدی نیز باشد.
- وجود اختلال ساختمانی کروموزومی در یکی از والدین.
- سابقه خانوادگی یک اختلال ژنتیکی
- سابقه خانوادگی نوعی اختلال وابسته به جنس
- خطر نقص لوله عصبی

سونوگرافی: سونوگرافی اهمیت روز افزونی در تشخیص پیش از تولد برای ارزیابی جنین و شناسایی ناهنجاری های ظاهری دارد. این روش تعیین دقیق سن جنین را مقدور می سازد، بارداری های چند قلو را شناسایی می کند و قابلیت حیات جنین را تأیید می نماید. حتی می توان از آن در سه ماهه دوم، برای شناسایی جنس جنین با دقت زیاد استفاده کرد. سونوگرافی از راه شکم که شیوه مرسوم می باشد، امروزه با فراوانی زیادی با سونوگرافی از راه واژن تکمیل می شود تا قابلیت حیات جنین و سن بارداری ارزیابی گردد. ارزیابی های پیگیری کننده دراز مدت، نتوانسته اند مدرکی دال بر مضر بودن سونوگرافی برای جنین یا مادر ارائه دهند.

سونوگرافی پیش از تولد برای اختلالات تک ژنی: وقتی جنین در معرض خطر نوعی اختلال تک ژنی است که ضایعه

ژنتیکی آن ناشناخته می باشد، سونوگرافی ممکن است گاهی تنها شیوه مقدور تشخیص پیش از تولد باشد. به عنوان مثال، سندرم مکل - گرابر در حال حاضر صرفاً با سونوگرافی قابل تشخیص است. در برخی مواردی که آزمایش DNA امکان پذیر است، اما نمونه خونی یا بافتی برای مطالعات DNA یا پروتئین در دسترس نیست، سونوگرافی تشخیصی می تواند مناسب باشد.

کلیات بیماری های قلبی عروقی

بیماری های قلب در راس علل مرگ هر دو گروه مردان و زنان قرار دارد. و حمله قلبی عبارت است از مرگ سلول های عضلانی قلب در اثر کاهش یا توقف جریان خون سرخرگ های قلب. گرچه این موضوع غالباً در افراد بالای ۴۰ سال رخ می دهد. اما می تواند در هر گروه سنی دیده شود. این بیماری در مردان شایع تر است، اما میزان بروز آن در خانم ها نیز رو به افزایش گذاشته است.

مهم ترین علائمی که در ارتباط با بیماری های قلب و عروق می باشند شامل موارد زیر است :

۱- احساس ناراحتی در قفسه سینه :

اگر چه یکی از مهم ترین علائم تنگی سرخرگی عروق قلب احساس ناراحتی در قفسه سینه می باشد اما هرگونه ناراحتی در قفسه سینه الزاماً ناشی از مسائل قلبی نیست. ناراحتی قفسه سینه در صورتی که ناشی از تنگی سرخرگ های قلب باشد، اصطلاحاً « آنژین قفسه صدری » نام داشته و مشخصات آن این است :

- در اغلب موارد بصورت فشارنده و در ناحیه پشت جناغ می باشد.

- با فعالیت افزایش و با استراحت تخفیف می یابد.

- ممکن است به بازو دست چپ و گاهی به گردن و فک انتشار یابد.

- با مصرف قرص های زیربانی نیتروگلیسیرین در طی ۳ الی ۵ دقیقه قطع می شود.

- معمولاً ارتباطی با وضعیت بدن (خوابیدن یا نشستن) ندارد. در صورتی که درد شدید قفسه سینه همراه با علائمی نظیر تعریق سرد، تهوع و استفراغ باشد و یا به مدت طولانی (بیشتر از ۳۰ دقیقه) طول بکشد با توجه به احتمال حمله قلبی مراجعه سریع به اورژانس الزامی است. در صورتی که درد آنژینی بصورت متناوب و در حالت استراحت ایجاد می شود احتمال بروز حمله های قلبی زیاد بوده و مراجعه فوری به اورژانس توصیه می شود.

دردهای غیر آنژینی قفسه سینه: در صورتی که درد قفسه سینه ارتباطی با فعالیت نداشته باشد، با قرص زیربانی

نیتروگلیسیرین تغییری نکند و با تنفس و سرفه و یا تغییر وضعیت تشدید شود در اینصورت احتمال قلبی بودن درد بیمار کم می باشد و عامل غیر قلبی نظیر اسپاسم عضلانی و مسائل استخوانی مطرح می باشد. درد سوزشی پشت جناغ که بعد از مصرف غذا ایجاد شده و با خوابیدن و خم شدن تشدید شده و با تغییر مزه دهان بصورت ترش و با مصرف شربت های ضداسیدی و یا قرص هایی نظیر رانیتیدین کاهش می یابد مطرح کننده برگشت محتویات معده به مری (رفلاکس) می باشد. درد قفسه سینه که با تنفس تشدید شده و همراه تنگی نفس سرگیجه و... می باشد مخصوصاً در صورتی که با خوابیدن تشدید می یابد ممکن است ناشی از علل مهمی از قبیل آمبولی ریه و یا التهاب پرده های قلب بوده و در این موارد مراجعه به پزشک متخصص حتماً توصیه می شود.

۲- ضعف و خستگی پذیری زودرس : یکی از علائم شایع در بسیاری از بیماری های قلبی و غیر قلبی نظیر بیماری های

غددی و متابولیسمی، ریوی و مسائل روانی می باشد. نارسایی قلب، برادیکاردی (ضربان پایین قلب) و مشکلات دریچه ای قلب با ضعف و خستگی پذیری زودرس همراه می باشند. وجود علائم همراه از قبیل تنگی نفس، سرفه، کندی نبض (ضربان کمتر از ۶۰ بار در دقیقه)، حملات غش (سنکوپ) تعریق سرد و سرگیجه در تشخیص مسائل قلبی کمک کننده است. معاینه دقیق توسط پزشک و در صورت لزوم الکتروگرام قلبی، اکوکاردیوگرافی، عکس قفسه سینه و آزمایش خون معمولاً منجر به تشخیص سریع مسائل قلبی می شود.

۳- تنگی نفس: احساس دشواری در تنفس می تواند ناشی از علل قلبی ویا غیر قلبی باشد. در صورتی که تنگی نفس با

فعالیت تشدید شده در حالت خوابیده نسبت به حالت نشسته افزایش یابد و مخصوصاً در صورتی که همراه تورم پاها و همراه با حملات تنگی نفس شبانه باشد، علل قلبی نظیر نارسایی قلب و مشکلات دریچه ای مطرح بوده و با اکوکاردیوگرافی براحتی قابل تشخیص است. آسم و بیماری های انسدادی ریوی از علل شایع تنگی نفس می باشند. در این موارد سرفه و خلط فراوان و



احساس خس خس سینه بصورت شایع دیده می شود. شرح حال مصرف طولانی مدت دخانیات با احتمال آمفیزم و برونشیت مزمن همراه است. تنگی نفس ناگهانی ممکن است ناشی از علل خطرناک از قبیل آمبولی ریه باشد؛ در صورتی که فرد به مدت طولانی بی حرکت بوده و یا در بیمارستان بستری بوده باشد آمبولی ریه مطرح بوده و باید مورد بررسی قرار گیرند. آریتمی های قلبی بصورت برادیکاردی و یا تاکی کاردی های حمله ای نیز منجر به تنگی نفس می شود. که با گرفتن نبض توسط همراهان بیمار قابل تشخیص می باشد. نارسایی کلیوی مسائل روانی و بیماری های متابولیک نیز می توانند با تنگی نفس شدید همراه باشند. گاهی در سالمندان و افراد دیابتی حمله قلبی با درد خفیف یا بدون درد بوده و تنگی نفس ناگهانی تنها علامت می باشد. بنابراین ارجاع فوری این بیماران به اورژانس الزامی است.

۴- سرگیجه : سرگیجه یکی از علائم شایع در افراد جامعه است که می تواند ناشی از علل قلبی، عصبی، متابولیک و یا مسائل روانی باشد. احساس سبکی سر، تاری دید و عدم تعادل مخصوصاً اگر همراه با تعریق سرد باشد می تواند ناشی از آریتمی قلبی، ضربان پایین قلب و یا افت فشار خون باشد. در صورتی که فرد هنگام تغییر وضعیت از حالت نشسته به ایستاده دچار سرگیجه شود افت فشارخون اتواستاتیک ناشی از داروهای فشارخون، کم آبی و یا اختلال اتونوم در سالمندان مطرح بوده و با اندازه گیری فشارخون در حالت خوابیده و ایستاده بررسی می شود. حملات سرگیجه به صورت کوتاه مدت مخصوصاً در صورت همراهی با تعریق و یا طپش قلب مطرح کننده آریتمی های قلبی می باشد. در صورتی که سرگیجه بصورت احساس چرخش در محیط و یا حرکت اطراف می باشد مخصوصاً در صورت همراهی با علائمی نظیر تهوع و استفراغ و وز وز گوش مطرح کننده علل عصبی بوده و مراجعه به متخصص اعصاب توصیه می شود. در صورتی که بیمار مبتلا به دیابت که تحت درمان با انسولین و یا قرص های پایین آورنده قندخون می باشد، دچار سرگیجه، کاهش سطح هوشیاری و یا تعریق شود احتمال کاهش قندخون مطرح بوده و مراجعه به اورژانس توصیه می شود. در این موارد توصیه می شود تا قبل از رسیدن به اورژانس مواد قندی از قبیل عسل و یا قند مصرف شود.

۵- طپش قلب: احساس طپش قلب ممکن است بعلت آریتمی قلبی باشد و یا ناشی از اضطراب و فعالیت باشد. در صورتی که فرد با فعالیت کم دچار طپش قلب شود مراجعه به پزشک و معاینه قلبی و در صورت لزوم بررسی های قلبی توصیه می شود. در صورتی که فرد در حالت استراحت بصورت ناگهانی دچار طپش قلب شده و پس از چند دقیقه طپش قلب بصورت خود بخود و دفعتاً قطع شود احتمالاً آریتمی قلبی وجود داشته است. در این موارد گرفتن نبض و شمارش ضربان قلب در تشخیص علت طپش قلب بسیار کمک کننده است. در صورتی که امکان مراجعه فوری به مرکز پزشکی و ثبت الکتروگرام قلب در هنگام طپش وجود داشته باشد تشخیص آریتمی قلبی بسیار آسان می شود. ممکن است فرد گاهی دچار احساس ریزی داخل قفسه سینه و یا احساس یک ضربان قوی نماید. در این موارد ممکن است یک ضربان نابجای قلبی وجود داشته باشد. این ضربان های نابجا براحتی توسط الکتروگرام قلبی (در صورت وجود در هنگام ثبت نوار) قابل تشخیص می باشند. حملات طپش قلب در مبتلایان به اختلالات قلبی نظیر نارسایی قلب و یا مشکلات دریچه ای مطرح کننده آریتمی های قلبی است و با توجه به عوارض مهم این آریتمی ها بررسی دقیق و درمان مناسب الزامی است.

گاهاً فرد در هنگام احساس طپش قلب هیچگونه آریتمی (تایید شده توسط معاینه و یا الکتروگرام) ندارد در این موارد اطمینان بخشی به بیمار کافی است. در صورتی که در هنگام حملات طپش قلب امکان معاینه و یا ثبت الکتروگرام قلبی نباشد یکی از روش های تشخیص هولتر مونیتورینگ قلب می باشد؛ توسط این روش امکان ثبت نوار قلب برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت وجود داشته و در صورتی که حملات طپش قلب فراوان باشد (مثلاً روزی یک بار) امکان ثبت الکتروگرام در هنگام طپش قلب وجود دارد.

۶- تعریق : تعریق سرد یکی از علائم شایع حملات قلبی، آریتمی ها، برادیکاردی و نارسایی قلب می باشد که البته در اغلب موارد همراه سایر علائم دیده می شود. در صورتی که تعریق سرد همراه درد آئزینی قفسه سینه باشد احتمال حمله های قلبی مطرح است. در صورتی که تعریق سرد همراه طپش قلب سرگیجه ضعف و بیحالی باشد، احتمال آریتمی های قلبی مطرح است. در نارسایی شدید قلبی تعریق سرد همراه تنگی نفس و احساس خستگی ایجاد می شود. ممکن است تعریق سرد ناشی از کاهش



قندخون در افراد دیابتی تحت درمان باشد که در این موارد معمولاً کاهش سطح هوشیاری و گیجی از علائم همراه باشد. در موارد نادر ممکن است حملات تعریق سرد به تنهایی ناشی از حمله قلبی باشد که این مسئله مخصوصاً در سالمندان و مبتلایان به دیابت دیده می شود و لزوم توجه ویژه به این نشانه در این افراد را خاطر نشان می سازد. برای کنترل بیماری های قلبی عروقی ابتدا باید عوامل خطر را شناخت و سپس مشخص کرد که کدامیک از عوامل را می توان تغییر داد و از میان عوامل قابل تغییر کدامیک را باید در اولویت قرار داد.

عوامل خطر غیر قابل تغییر

افزایش سن : حدود ۸۳ درصد از کسانی که در اثر بیماری های عروقی قلب می میرند در سنین بالای ۶۵ سال قرار دارند. در سنین بالاتر زنانی که دچار حملات قلبی می شوند بیش از مردان در خطر مرگ در هفته های اول بعد از حمله قلبی قرار دارند.

جنسیت (مرد بودن) : مردان بیش از زنان و در سنین پایین تری دچار حملات قلبی می شوند. حتی بعد از یائسگی، با وجودی که میزان مرگ ناشی از حملات قلبی در زنان زیادتر می شود، به حد مردان نمی رسد.

توارث (ازجمله نژاد) : کودکان والدین بیمار قلبی بیش از دیگر کودکان در خطر بروز بیماری قلبی عروقی قرار دارند.

عوامل خطر قابل تعدیل

مصرف دخانیات: شانس بروز بیماری عروق قلبی در سیگاری ها ۲ تا ۴ برابر غیر سیگاری ها است. مصرف سیگار یک عامل خطر مستقل جدی برای مرگ ناگهانی در بیماری عروق کرونر است (۲ برابر غیرسیگاری ها).

بالا بودن کلسترول خون: هر چه میزان کلسترول خون بالاتر رود میزان بروز بیماری کرونر قلب افزایش می یابد. اگر عامل خطر دیگر همچون مصرف دخانیات و پرفشاری خون نیز وجود داشته باشد، این خطر بیشتر افزایش می یابد. کلسترول خون افراد به سن، جنس، وراثت و نژاد نیز بستگی دارد.

پرفشاری خون: فشار خون بالا میزان بار قلب را افزایش و از این طریق موجب ضخیم شدن و سخت شدن قلب می شود. علاوه بر این شانس سکته مغزی، حمله قلبی، نارسایی کلیه و نارسایی احتقانی قلب را افزایش می دهد. با وجود عوامل خطر دیگر شانس حمله قلبی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون چندین برابر خواهد شد.

کم تحرکی: زندگی بدون فعالیت یک عامل خطر برای بروز بیماری عروق کرونر است. فعالیت جسمانی متوسط تا شدید بصورت منظم از بیماری عروق خونی و قلب جلوگیری می کند.

چاقی و اضافه وزن: کسانی که چربی اضافه بخصوص در ناحیه شکمی دارند بیش از دیگران به بیماری های قلبی دچار می شوند. افزایش وزن منجر به بالا رفتن بار قلب، افزایش کلسترول خون و بالا رفتن فشار خون از یک طرف و کاهش HDL از طرف دیگر می شود. این عامل خطر بروز دیابت را نیز در افراد افزایش می دهد. با کاهش حتی ۱۰ پوند میزان خطر حمله قلبی در افراد چاق کاهش می یابد.

دیابت: دیابت بطور جدی شانس بروز بیماری های قلبی عروقی را افزایش می دهد. حتی با وجود کمتر قند خون، دیابت شانس بیماری قلبی را افزایش می دهد ولی در صورت عدم کنترل این خطر به مراتب بالاتر خواهد رفت.

دیگر عوامل خطر

پاسخ افراد به استرس های روزمره نیز می تواند در ایجاد بیماری قلبی سهم داشته باشد. بطور مثال بعضی از افراد در اثر استرس های روزمره به مصرف دخانیات روی آورده یا بیش از حد غذا می خورند و بدین صورت خود را در معرض عوامل خطر ثابت شده بیماری های قلبی عروقی قرار می دهند.

مصرف الکل: نوشیدن نوشابه های الکلی منجر به افزایش فشار خون و بروز بیماری نارسایی احتقانی قلب می شود.



در دسترسی به امکانات در اقشار مختلف مردم نابرابری وجود دارد. در نواحی محروم میزان بیماری قلبی بیشتر است ، در عوض درمان و مراقبت در نواحی ثروتمند بیشتر است . باید با علل ریشه ای تهدید کننده سلامت از جمله فقر مبارزه کرد. باید برای افراد کار با دستمزد مناسب فراهم شود. برای کسانی که می خواهند سیگار را ترک کنند ، امکانات درمانی فراهم شود.

کیفیت درد قلبی

معمولاً درد قلبی در افراد به صورت درد مبهم یا احساس فشار ، سنگینی ، سفتی ، فشردگی یا خفگی بیان می شود تا درد واضح و اغلب بصورت احساس ناراحتی است تا درد. و در صورت شدید بودن بیمار درد را بصورت خرد کننده ، فشارنده و له کننده توصیف می کند که نفس فرد را تنگ کرده و او را از ادامه فعالیت باز می دارد. کیفیت این درد بیشتر فشارنده است تا سوزشی یا تیز. بنابراین در کسانی که دچار دردهای سوزشی قلب می شوند (بویژه وقتی اندازه محل درد از حد یک سکه تجاوز نمی کند) باید به فکر علل دیگری برای درد بود.

البته اینگونه دردها نیز ممکن است منشا قلبی داشته باشند ولی نشانه ایسکمی (کاهش خونرسانی بافت قلب) نمی باشند. معمولاً دردهای قلبی با فعالیت بدنی و یا تغییر حالات روحی و روانی (از جمله استرس های ناگهانی) ، سرما ، غذا یا ترکیبی از این عوامل تسریع و تشدید می شود و با استراحت تسکین می یابد. البته بسیاری از حملات با این الگوها هماهنگی ندارد. مدت این دردها نیز از ۵ دقیقه تا ۳۰ دقیقه متغیر است. در صورتیکه درد قلبی از نیم ساعت بیشتر به طول بینجامد احتمال سکته قلبی در فرد مبتلا به شدت افزایش می یابد.

محل درد قلبی

معمولاً این درد در ناحیه جناغ سینه (قسمت پایینی آن) یا سمت چپ قفسه سینه احساس می شود اما درد سایر قسمت های سینه نیز ممکن است مربوط به قلب باشد. ولی ممکن است به سایر قسمت ها نیز انتشار داشته باشد. گاه این درد به بالای شکم راه می یابد و فرد تصور می کند دچار سوء هاضمه شده است و گاه به آرواره یا زیر چانه، گردن، پشت و بین دو کتف یا بازوها (بویژه دست چپ) نیز تیر می کشد. مورد اخیر (انتشار به دست چپ) حالتی نسبتاً اختصاصی بوده و باید فرد را نسبت به قلبی بودن منشا درد آگاه سازد.

علائم شایع همراه درد قلبی

معمولاً حمله قلبی با علائمی مانند احساس نزدیکی مرگ ، تعریق سرد ، تهوع و استفراغ ، احساس خفگی ، تنگی نفس ، ضعف و منگی همراه است.

علل درد قلبی

علت درد قلبی در درجه اول کاهش خون رسانی به بافت عضلانی قلب می باشد. به طوری که عروق قلب نتوانند جواب گوی نیاز قلب به اکسیژن و مواد غذایی باشند. این امر در چند حالت ایجاد می شود اما شاید دو سه مورد آن از بقیه مهم تر باشند که بسته شدن نسبی یا کامل سرخرگ های قلب توسط لخته خون ، گرفتگی یا انقباض عروقی و اختلال شدید در ضربان قلب از آن جمله اند.

گاهی عروق قلبی بتدریج دچار گرفتگی می شوند و حالتی ایجاد می شود که گویی رسوبات خاصی رگ را مسدود می سازند. اگر این انسداد تدریجی از مرز ۷۰٪ بگذرد، رگهای در حالت فعالیت نمی توانند تکافوی نیاز قلب را بدهند و فرد دچار درد می شود. به این نوع درد قلبی آنژین پایدار یا دردی که ناشی از مقدار خاصی فعالیت است، می گویند. این افراد دچار تنگی مشخصی از یک ، دو یا سه رگ قلبی هستند و وضعیتشان در طول ماه ها و سال ها تشبیه شده است.

رسوبات داخلی رگها که باعث تنگی آنها می شود (و به آنها پلاکهای آترواسکروتیک نیز می گویند) در برخی موارد موجب تشکیل لخته شده و انسداد ناگهانی و کامل سرخرگ قلبی اتفاق می افتد. حال بسته به اینکه این لخته به سرعت رفع شود یا پابرجا بماند فرد را دچار آنژین ناپایدار (که مردم به آن سکته ناقص می گویند) و یا سکته قلبی می کند. در این حالت فرد به طور ناگهان دچار درد قلبی می شود و این درد چندان با استفاده از قرصهای زیر زبانی بهبود نمی یابد. در حالت دیگر رگهای قلبی فرد دچار انقباض می شود و درد قلبی خاصی در حالت استراحت یا حتی در خواب برای فرد ایجاد می نماید .



عوامل خطر آفرین قلب

هر کسی ممکن است دچار درد قلبی بشود ولی دردی که توصیف آن بیان شد، بیشتر در کسانی که ریسک فاکتورها یا عوامل خطر ساز تنگی ها و انسداد عروق قلبی را داشته باشند بروز پیدا می کند.

این عوامل به طور خلاصه عبارتند از: جنس مذکر، چاقی و وزن بالا، فشار خون بالا، چربی خون بالا (بالا بودن سطح کلسترول بد خون، یا پایین بودن سطح کلسترول خوب خون)، دیابت، استرس و فشارهای روحی و روانی، داشتن سابقه خانوادگی بیماری سرخرگ های قلب و سکت قلبی، رژیم غذایی پر از چربی های اشباع شده، نداشتن فعالیت بدنی کافی (بی تحرکی آفت قلب است) و کشیدن سیگار. در گذشته ای نه چندان دور سکت قلبی و دردهای مربوط به قلب بیشتر در افراد مسن و نهایتاً میان سال بروز پیدا می کرد اما امروزه سن بروز چنین دردهایی بسیار پایین آمده و متأسفانه برخی افراد در سنین جوانی درد قلبی و گاه سکت قلبی را تجربه می کنند.

تشخیص

در اورژانس در وهله اول یک نوار قلب از بیمار گرفته می شود. اگر نوار قلب تغییراتی به نفع کاهش خون رسانی قلب داشت، معمولاً فرد در بخش مراقبت های ویژه قلبی (سی سی یو) بستری می شود. در غیر این صورت، پزشک با توجه به معاینات و شرح حال بیمار تصمیم خواهد گرفت که فرد نیاز به بستری شدن دارد یا خیر.

به هنگام بستری شدن در بیمارستان، بررسی های تشخیصی ممکن است شامل نوار قلب، اسکن قلب، آنژیوگرافی (عکس برداری از رگ ها با اشعه ایکس به کمک تزریق ماده حاجب درون آنها) و اندازه گیری آنزیم هایی که از عضله قلب آسیب دیده به درون خون آزاد می شود، باشد.

اقدامات درمانی اولیه

اگر کسی به طور ناگهانی دچار درد قلبی بشود، در هر صورت بهتر است دراز بکشد و فعالیت خود را قطع کند و استراحت مطلق داشته باشد. اگر درد ادامه پیدا کند و منشاء گوارشی یا تنفسی نتوان برای آن در نظر گرفت، بهتر است در صورت داشتن قرص زیر زبانی نیتروگلیسرین یک یا چند عدد از آن تا زمان قطع درد استفاده شود و بیمار به سرعت به اورژانس قلب ارجاع داده شود. اگر هرگونه علامتی از حمله قلبی را دارید، فوراً کمک پزشکی بخواهید.

توجه داشته باشید که داروهای حل کننده لخته تنها در ساعات اولیه حمله مؤثر خواهند بود. اگر فردی که دچار حمله قلبی شده است بی هوش است یا دچار ایست قلبی شده و نفس نمی کشد، فوراً تنفس دهان به دهان را شروع کنید. اگر ضربان قلب وجود ندارد، ماساژ قلبی بدهید. تا زمانی که کمک نرسیده باشد عملیات احیا را ادامه دهید.

در مواردی که دردهای قلبی به صورت مزمن در آمده باشد، بیمار با وضعیت خود آشنایی کافی دارد و داروهای لازم را برای کنترل چنین دردهایی در اختیار دارد. و معمولاً نیز چنین دردهایی آنقدر ادامه پیدا نمی کنند که فرد را از ادامه کار بازدارند. فقط لازم است فرد رعایت حال خود را بکند و در صورت بروز درد داروهای اورژانسی خود را استفاده نماید. البته باید به کیفیت یا کمیت درد خود توجه کند و شاید بهتر باشد که به پزشک مراجعه نماید.

علل غیر قلبی درد سینه

دردهای دیگری که ممکن است با درد قلبی اشتباه شوند شامل دردهای ناشی از دستگاه تنفسی، دستگاه گوارشی، دستگاه عضلانی اسکلتی و حتی پوست هستند. دردهای ریوی با سرفه کردن و تنفس کردن تشدید پیدا می کنند و در صورت پرسش، فرد سابقه عفونت مجاری تنفسی و ترشح بیش از اندازه مجاری تنفسی را ذکر می کند.

کسانی که دچار ترشح بیش از اندازه اسید معده هستند با مشکل خود آشنایی دارند و می دانند که درد آنها بیشتر بعد از مصرف غذاهای تحریک کننده یا نفاخ ایجاد می شود.

از سوی دیگر مصرف آنتی اسید و سایر داروهای مشابه درد آنها را تخفیف می دهد. دردهای عضلانی اسکلتی نیز با آسیب های این اندام ها یا سرما خوردن عضلات بین دنده ای همراه است. زونا نیز از بیماری های نسبتاً شایعی است که اگر بر اثر آن درد قفسه سینه بروز پیدا کند، ممکن است پزشک را به اشتباه به سوی دردهای قلبی گمراه کند.

**علل کم اهمیت درد سینه**

در زنان جوان به ندرت دردهای قلبی منشا ایسکمیک (کاهش خونرسانی) دارند. در این موارد معمولاً معاینه و نوار قلب چیز خاصی را نشان نمی‌دهد. این موارد بیشتر در اثر آشفتگی های روانی و وجود بیماری خفیف دریچه‌ای به نام پرولاپس دریچه میترال ممکن است ایجاد شده باشد و تجویز آرامبخش یا داروی ایندرال بهترین کمک را به بیمار خواهد کرد. البته اطمینان دادن به بیمار و همراهان او نیز در تخفیف درد ایشان بسیار موثر خواهد بود.

علل اورژانسی درد سینه

حالت های بسیار خطرناکی نیز گاه موجب درد قلبی می‌شوند که باید با دقت فراوان آنها را مد نظر داشت. یکی از این حالت ها پاره شدن حاد آئورت است که درد سینه و تند شدن تعداد تنفس و نبض را موجب می‌شود و در صورتی که اقدام فوری به عمل نیاید، بیمار فوت خواهد شد. از علل جدی دیگر غیر از سکته قلبی، پنوموتوراکس، پریکاردیت حاد و ... است.

اثرات ورزش بر بیماری های قلبی

یکی از علل اصلی و مهم مرگ و میر در جهان (خصوصاً در کشورهای جهان سوم و از جمله ایران) بیماری های قلبی و سکته قلبی است. سکته قلبی در اثر تنگی شدید و انسداد عروق تغذیه کننده عضله قلب (عروق کرونر) به وجود می‌آید. علت اصلی و مهم تنگی و انسداد عروق کرونر قلب، سفت و سخت شدن جدار عروق کرونر یا تصلب شرائین است و عوامل موثر و مساعدکننده بیماری های عروق کرونر عبارتند از: افزایش چربی های مضر خون (LDL-VLDL) افزایش فشار خون، مصرف سیگار، عدم تحرک، بیماری قند، چاقی، فشارهای روانی و ارت. تحقیقات و مطالعات نشان داده اند که فعالیت های بدنی و ورزش مناسب و طولانی مدت در پیشگیری از بیماری های قلبی دخالت دارد و میزان مرگ و میر در اثر سکته قلبی در میان ورزشکاران ۲۵ درصد کمتر از افراد غیر ورزشکار و عادی می باشد.

اثرات ورزش در کاهش بیماری های قلبی و عروقی:

- ۱- ورزش منظم و مداوم باعث افزایش قطر عروق کرونر قلب می شود.
- ۲- ورزش باعث می شود عضله قلب قوی شده و پمپاژ آن افزایش یابد.
- ۳- میزان چربی های مضر خون کاهش می یابد.
- ۴- در صورت تنگی در عروق کرونر اصلی قلب، عروق فرعی افزایش می یابد.
- ۵- فشار خون در افراد مبتلا به افزایش فشار خون (Hypertension) کاهش می یابد.
- ۶- تعداد ضربان قلب در حالت استراحت کاهش می یابد.

نکات بسیار مهم ورزشی در بیماران قلبی:

- ۱- بهترین ورزش پیاده روی است. ابتدا با ۲ تا ۵ دقیقه شروع کرده و سپس روزانه یک تا ۲ دقیقه به آن اضافه کنید تا به ۳۰ تا ۴۵ دقیقه برسد.
- ۲- شدت ورزش به حدی باشد که دچار احساس تنگی نفس، خستگی شدید، سرگیجه و درد سینه نشوید.
- ۳- از ورزش در آب و هوای بسیار گرم و مرطوب پرهیز شود.
- ۴- همیشه بیماران قلبی نیتروگلیسرین زیرزبانی همراه داشته باشند و در صورت بروز مشکل قلبی زیر زبان قرار دهند.
- ۵- از انجام فعالیت های قدرتی (مانند وزنه برداری، هل دادن ماشین، شنا رفتن، دمبل زدن و...) جدا خودداری شود.
- ۶- در صورت بروز سرگیجه، تنگی نفس، درد سینه در هنگام ورزش یا بعد از آن بلا فاصله به پزشک مراجعه شود.
- ۷- از خوردن غذاهای چرب و سنگین و قهوه و کاکائو پرهیز شود.
- ۸- از شرکت در ورزش های مسابقه ای که فشار روحی و فیزیکی زیادی دارند اکیدا خودداری شود.
- ۹- در صورت ابتلا به بیماری های شایع نظیر سرماخوردگی و غیره از انجام فعالیت های ورزشی تا بهبودی خودداری شود.



۱۰ - از دوش گرفتن یا شنا کردن در آب سرد و گرم خودداری شود.

۱۱ - بیمارانی که از داروهای ضد انعقادی (مانند وارفاین، کومادین، آسپرین) استفاده می کنند باید از انجام فعالیت

ورزشی که خطر خونریزی وجود دارد خودداری نمایند.

آیا استرس می تواند حمله قلبی را موجب شود؟

استرس می تواند موجب هیجان، افزایش فشارخون، خستگی، افسردگی، سر درد میگرنی، اختلالات تنفسی و عضلانی، مسایل جنسی، اشکال در خواب و ضایعات جلدی بشود. ضمناً افراد دچار استرس فاقد زندگی توام با شادی و خوشحالی هستند. مطالعات زیادی نشان داده است که استرس علاوه بر افزایش توسعه عوارض AMI (آنفارکتوس میو کارد) به ۲ تا ۳ برابر، طول مدت بستری شدن و درمان این بیماران را در بخش های مراقبت ویژه نیز بیشتر می کند ولی هنوز پزشکان به فاکتورهای روانی در تشخیص و درمان این بیماران توجه خاصی مبذول نمی دارند.

بسیاری از محققین و متخصصین بیماری های قلب و عروق شرح داده اند که استرس یک عامل خطرناک برای بیماری های عروق کرونر از راه ایجاد آترواسکلروز می باشد. علاوه بر این استرس می تواند از راه اسپاسم عروق کرونر و فعال کردن سیستم آدرنرژیک توسعه AMI را به ۲ برابر افزایش دهد که این عمل استرس به عنوان یک فاکتور مستقل به حساب می آید. بسیاری از کلینسین ها به این موضوع توجه ندارند که فاکتورهای روانی و استرس در تشخیص و درمان بیماری AMI دخالت دارند و حتی نسبت استرس یا اختلالات روانی مانند هیجان، افسردگی یا مجموعه آن دو بیماری AMI بسیار بالا بوده و حتی تا ۸۵ درصد می رسد.

رژیم غذایی در بیماران قلبی باید چگونه باشد:

۲۵ میلیگرم افزایش در کلسترول رژیم غذایی کلسترول خون را ۱ واحد بالا می برد و افزایش کلسترول خون منجر به بروز بیماری های قلبی عروقی می شود. مواد غذایی حاوی کلسترول بالا، کلسترول خون و LDL را بالا می برند، اما به مقدار کمتر از چربی اشباع. بطوری که غذاهای پر از چربی اشباع ۴ برابر غذاهای پر از کلسترول، چربی خون را بالا می برند. بعضی افراد به کلسترول رژیم زیاد پاسخ می دهند (HYPERRESPONDER) یعنی با خوردن غذاهای پر کلسترول، کلسترول خون شان بالا می رود ولی بعضی افراد کم پاسخ می دهند (HYPORESPONDER)، یعنی بعد از خوردن غذاهای پر کلسترول، کلسترول خون شان تغییری نمی کند. حذف کامل کلسترول از رژیم غذایی خطرناک است؛ از جمله باعث کاهش کولین و اختلال کار کبد می شود. با این حال توصیه می شود روزانه کمتر از ۳۰۰ میلیگرم کلسترول دریافت شود.

منابع غذایی کلسترول:

زرده تخم مرغ: زرده تخم مرغ غنی از کلسترول است و در افرادی که ریسک فاکتورهای بیماری های قلبی را دارند باید به ۳ تا در هفته محدود شود. ضمن اینکه حاوی لسیتین است که چربی خون را پایین می آورد. سفیده تخم مرغ غنی از پروتئین (با امتیاز ۱۰۰) است و نباید محدود شود.

کره: کره حیوانی چربی اشباع است و حاوی کلسترول هم هست و دو فاکتور خطر دارد.

کره گیاهی (مارگارین) چربی اشباع است و کلسترول ندارد، ولی حاوی اسیدهای چرب ترانس است که فاکتور خطر بیماری های قلبی و سرطان است. در کل کره های گیاهی نرم که کمترین اسیدهای چرب ترانس را دارا هستند نسبت به کره های حیوانی ارجحیت دارند.

روغن حیوانی: این نوع روغن هم چربی اشباع و هم کلسترول بالایی دارد و در بیماران قلبی توصیه نمیشود.

گوشت و امعاء و احشاء:

جگر: پروتئین آن بالاتر ولی چربی آن پایین تر از گوشت قرمز است ۳ برابر گوشت قرمز آهن دارد و غنی از VIT A و VIT B₁₂ است. کلسترول آن بالاتر از گوشت است.



دل و قلوبه (قلب و کلیه): پروتئین و چربی شبیه به گوشت دارد، کلسترول قلوبه بالاتر از دل و گوشت و شبیه به جگر است. آهن آن بیشتر از گوشت است.

سیرابی و شیردان: چربی آن در مقایسه با گوشت قرمز به ویژه گوشت گوسفند کمتر و مشابه گوشت کم چرب است. پروتئین آن برابر با گوشت قرمز و سفید است. کلسترول آن از دل و قلوبه و جگر پایین تر است. مصرف آن ۳-۴ بار در ماه همراه با نان یا برنج اشکال ندارد. در افرادی که هایپرلیپیدمی دارند مصرف جگر و امعا و احشا به یک بار در ماه محدود می شود. روغن های اشباع شده، روغن جامد حیوانی، کره، روغن جامد نباتی و چربی های همراه با گوشت، خطرناک ترین عامل برای بیماران قلبی هستند. چربی های اشباع شده به علت رسوب در دیواره عروق باعث تشدید بیماری های قلبی می شوند. افراد مبتلا به بیماری قلبی از خوردن سوسیس و کالباس، شیرینی های پرچرب، سس ها و کباب های کوبیده پرچربی پرهیز کنند.

مصرف لبنیات کم چرب و نان سبوس دار که حاوی مقادیر زیادی ویتامین B بوده و باعث کاهش چربی خون این بیماران می شود بهترین روغن برای مصرف به خصوص در افراد مبتلا به بیماری های قلب و عروق، روغن مایع ذرت و آفتابگردان است. مهم ترین علت مصرف زیاد روغن جامد نا آگاهی مصرف کنندگان از مضرات آن، اقتصادی بودن و بهره مندی روغن های نباتی و جامد از یارانه های دولتی می باشد. علت عمده جامد کردن و هیدروژنه کردن روغن های مایع، گرایش مصرف کنندگان به استفاده از روغن جامد، پایداری این نوع روغن در مقابل عوامل محیطی و سهولت در حمل و نقل آن می باشد. در سالهای اخیر تمام کارخانه های تولیدکننده مواد غذایی موظف شده اند مواد تشکیل دهنده و میزان انرژی و کالری هر ماده را بر روی آن حک کنند تا افرادی که دچار مشکل چربی خون یا بیماری قلبی هستند، از ترکیبات آن آگاه باشند:

در فرایند جامد کردن روغن، اسیدهای چرب با هیدروژن اشباع می شود که این اسیدها برای سلامتی مضر بوده و همچنین در این فرایند ترکیب های غیرعادی دیگری به نام اسیدهای چرب ترانس بوجود می آید که آن هم مضرات چربی ترانس موجود در روغن جامد باعث افزایش چربی بد خون و کاهش چربی خوب خون شده و کلسترول خون را بالا می برد که افزایش آن برای قلب بسیار مضر است.

در عوض باید روغن های کلزا (کانولا)، سویا، زیتون، بادام و آفتابگردان جایگزین آنها شوند. روغن مایع به دلیل اینکه حاوی اسیدهای چرب غیراشباع فراوان و فاقد کلسترول است بر روغن جامد برتری دارد چرا که روغن جامد هیدروژنه که میزان اسیدهای چرب اشباع آن بیش از قلبی و ۲۵ درصد و اسیدهای چرب ترانس آن بیش از ده درصد باشد، خطر ابتلا به امراض عروقی را افزایش می دهد.

مصرف ماهی، زیتون و مغز گردو، بادام، حاوی روغن با کیفیت مطلوب هستند و روغن ماهی به دلیل دارا بودن اسیدهای چرب امگا (LDL) به دلیل دارا بودن اسید اولئیک فراوان باعث کاهش کلسترول بد و روغن زیتون و روغن دانه انگور و گردو ۳ خون می شود و برای سلامت قلب و عروق مفید است. حتی الامکان از مصرف غذاهای سرخ کرده خودداری شود و در صورت لزوم از روغن مخصوص سرخ کردن استفاده گردد.

روغن مایع مخصوص سرخ کردنی در مقابل حرارت پایدار است، این موضوع به آن معنی نیست که از این نوع روغن چندین بار می توان برای سرخ کردن استفاده کرد، یکی از راه های نهادینه کردن مصرف روغن مایع بین آحاد مردم توزیع روغن مایع یارانه ای به جای روغن جامد است. مصرف کنندگان باید تا حد امکان از روغن مایع که فاقد اسیدهای چرب اشباع شده و ایزومر ترانس است استفاده کنند. غذاهایی مانند سیب زمینی سرخ شده و مرغ سوخاری که متأسفانه در بین مردم بیشترین تقاضا را دارد، سرشار از چربی های ترانس بوده و برای سلامتی بدن بسیار مضر است.

هنگام سرخ کردن مواد غذایی با روغن مایع یا سایر روغن ها، حرارت نباید از ۱۷۰ درجه سانتی گراد تجاوز کند، زیرا حرارت زیاد موجب دود کردن و سوختن روغن و تغییر ترکیب شیمیایی و در نتیجه سرطان زایی آن می شود.

نصب برچسب میزان ترانس روی بسته روغن های جامد می تواند به منزله هشدار جهت کنترل مصرف این نوع روغن ها به شمار رود این طرز تفکر که روغن جامد و به ویژه حیوانی هیچ ضرری برای سلامتی بدن ندارد کاملاً اشتباه است و در دراز مدت باعث بروز سکتته های مغزی و قلبی می شو.



اختلال چربی خون

اختلال چربی های خون یعنی بالا بودن کلسترول بد، بالا بودن تری گلیسیرید و پایین بودن کلسترول خوب
انواع چربی خون: چند نوع چربی در خون وجود دارد که سه نوع آن ها از همه مهمتر است:

کلسترول: کلسترول یک ماده مومی سبک و چربی ماندنی است که بطور طبیعی در بدن ساخته می شود و در تمامی سلول های بدن یافت می شود. بدن برای ساختن هورمون ها، دیواره سلولی، بافت های ضروری، ویتامین ها و سایر مواد شیمیایی حیاتی از آن ها استفاده می کند. کلسترول خون از دو راه بوجود می آید. این ماده اکثراً در کبد ساخته می شود، همچنین از طریق مصرف مواد غذایی حیوانی نیز وارد بدن می شود. بدن تمامی کلسترول مورد نیاز خود را می سازد و لازم نیست از طریق غذا بدست آید. اگر کلسترول بیش از حد در بدن ساخته شود یا میزان آن در غذا زیاد باشد در نتیجه مقدار این ماده در خون زیاد می شود. کلسترول بوسیله گردش خون از سلول های بدن عبور می نماید. کلسترول و سایر چربی ها نمی توانند در خون حل گردند، بدین جهت برای انتقال به سلول ها نیاز به حمل کننده های خاصی (به آن ها لیپوپروتئین می گویند) دارند که انواع گوناگونی دارند ولی دو نوع آن ها از بقیه بیشتر مد نظر هستند. یک نوع آن کلسترول بد یا LDL و یک نوع کلسترول خوب یا HDL نامیده می شود. کلسترول بد همراه مواد دیگر در خون به تدریج بر روی دیواره عروق تغذیه کننده قلب رسوب می کند و یک ساختمان مومی شکل به نام پلاک تشکیل می دهد، اما کلسترول خوب مانع رسوب کلسترول در دیواره رگ می شود و بیشتر تمایل دارد که کلسترول را از شریان ها و سیستم گردش خون به کبد برگرداند تا از بدن دفع گردد. ضمن اینکه پزشکان معتقد هستند این نوع کلسترول خوب همچنین می تواند کلسترول اضافی را از پلاک های عروق مبتلا به تصلب یا سختی شرایین نیز برداشته و به کبد منتقل کند و رشد پلاک ها را به تاخیر اندازد. هنگامی که مقدار کلسترول در خون زیاد باشد موجب تصلب سرخرگ ها و کاهش جریان خون می شود. این مسئله باعث می شود فشارخون افزایش یابد، سکتة قلبی و یا مغزی رخ دهد. میزان کلسترول بالا در خون رابطه زیادی با احتمال ابتلا به بیماری قلبی دارد. هرچه میزان کلسترول خون بیشتر باشد خطر ابتلا به بیماری قلبی یا دچار شدن به حمله قلبی بیشتر است.

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

اسید چرب ترانس نوع دیگری از چربی غذایی است که می تواند مقدار کلسترول در خون را بالا ببرد.

کلسترول غذایی

در مواد غذایی روزانه سه نوع چربی وجود دارد: چربی های اشباع شده، چربی های اشباع نشده و کلسترول که دو نوع اول را اسید چرب می نامند. اسید های چرب اشباع شده هم می توانند منبع حیوانی وهم منبع گیاهی داشته باشند. مانند کره، شیر، ماست، چربی گوشت، روغن نارگیل و خرما. اسیدهای چرب اشباع نشده هم منبع حیوانی وهم منبع گیاهی دارند، اما بیشتر در منابع گیاهی یافت می شوند. مانند روغن دانه های گیاهی آفتاب گردان، سویا، ذرت، زیتون، گردو، فندق، روغن ماهی. کلسترول فقط در مواد غذایی حیوانی مانند گوشت قرمز، لبنیات، زرده تخم مرغ و چربی های حیوانی یافت می شود. غذاهای مذکور که منابع غنی کلسترول هستند، دارای مقدار زیادی چربی می باشند. محصولات گیاهی فاقد کلسترول هستند. علاوه بر کلسترول اسید های چرب اشباع شده هم سبب افزایش میزان کلسترول در خون می شوند و مهم ترین عامل اصلی افزایش کلسترول در خون هستند. اسید های چرب اشباع نشده در حقیقت میزان کلسترول خون را پایین می آورند. این چربی ها در دمای اطلاق به حالت مایع هستند. چربی های اشباع نشده را می توان به چربی های اشباع نشده یک ظرفیتی و چند ظرفیتی تقسیم کرد.

علت اختلال در چربی های خون

در برخی از بیماران عامل اختلال در چربی های خون وجود بیماری های دیگری مانند بیماری های گوارشی، اختلال در کار کبد یا کلیه، کم کاری غده تیروئید و بیماری دیابت است. در گروهی از بیماران مسائل ارثی و سابقه خانوادگی نقش دارد. در



بسیاری از بیماران نیز علت زمینه ای آن هنوز مشخص نشده است. اما علت زمینه ای هرچه باشد وجود عوامل زیر می تواند سبب اختلال در چربی های خون و تشدید بیماری شود:

- رژیم غذایی نامناسب و غلط، مصرف زیاد چربی ها

- پر خوری و چاقی

- مصرف سیگار

- استفاده از مشروبات تلکی

- کم تحرکی

علائم اختلال چربی خون

اختلال چربی های خون از جمله کلسترول بالای خون خود بخود نشانه های بیماری را سبب نمی شود از این رو بسیاری از افراد از بالا بودن کلسترول خون خود بی خبرند. در بعضی از بیماران وجود برجستگی های زرد رنگ بر روی پوست بخصوص روی پلک ها، آرنج و زانوها می تواند نشانه ای از بالا بودن چربی های خون باشد، اما برخلاف تصور بسیاری از افراد قبل از ایجاد عوارض وخیم مثل سکته قلبی یا مغزی هیچ علامتی ایجاد نمی کند. علائمی چون سرگیجه، احساس خستگی و غیره هیچ ارتباط مستقیمی با بالا بودن چربی های خون ندارد. بنابراین تنها راه تشخیص به موقع این عامل خطر مهم، اندازه گیری سطح چربی های خون از طریق آزمایش خون است. در سال های اخیر علاوه بر مقدار کلسترول تام و تری گلیسیرید، مقدار کلسترول خوب و بد را که ارزش بیشتری دارند نیز برای تعیین شدت خطر بروز بیماری قلبی عروقی اندازه گیری می کنند. سطح مطلوب یا مورد قبول چربی های خون بر حسب وجود عوامل مختلف از جمله سابقه بیماری قلبی عروقی متفاوت است و تعیین آن بر عهده پزشک است. در افراد سالم سطح مطلوب کلسترول تام کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر خون، کلسترول بد کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر خون و کلسترول خوب بیشتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر خون در زنان و بیشتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر خون در مردان است. در بیمارانی که بیماری عروق کرونر قلب یا دیابت دارند، سطح مورد قبول کلسترول بد کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر خون است که کمتر از افراد سالم است. سطح مطلوب تری گلیسیرید کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر خون است.

کاهش کلسترول بد و افزایش کلسترول خوب باید همزمان همراه با کنترل و اصلاح سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی مانند مصرف دخانیات، کنترل قند خون، فشارخون بالا، افزایش فعالیت بدنی و کاهش اضافه وزن باشد.

عوامل مؤثر بر مقدار کلسترول در خون

جیره غذایی: چربی اشباع شده و کلسترول در غذا سبب بالا رفتن کلسترول خون می شود. چربی اشباع شده سهم اصلی در افزایش کلسترول خون دارد، ولی کلسترول موجود در غذاها نیز حائز اهمیت است. کاستن از مقدار چربی اشباع شده و کلسترول در غذا به کاهش مقدار کلسترول در خون کمک می کند.

غذاهایی که حاوی چربی اشباع کم هستند شامل لبنیات بدون چربی یا ۱٪ چربی، گوشت کم چربی، ماهی، ماکیان پوست کنده، حبوبات دارای پوست، میوه و سبزی، روغن های مارگارین کم چرب (که چربی اشباع شده آن ها کم است و چربی ترانس یا ندارند یا بسیار کم است) هستند. غذاهای پر کلسترول شامل جگر، دل، قلوه، زرده تخم مرغ، لبنیات پرچرب هستند. فیبرهای غذایی سبب کاهش کلسترول خون می شوند. منابع خوب ناگواردنی (فیبر) های محلول عبارت از جو دو سر، برخی میوه مانند پرتقال و گلابی و سبزی ها (مانند کلم و هویج)، نخود و لوبیای خشک شده هستند.

روغن های گیاهی در حالت عادی و در دمای معمولی به شکل مایع هستند اما بعضی از روغن های گیاهی با روش های شیمیایی هیدروژن دار می شوند تا سفت و جامد گردند. در حقیقت این روغن ها بیشتر اشباع می شوند و خطر آن ها نیز بیشتر می گردد. لذا باید به ندرت از آن ها استفاده کرد. این روغن ها غالباً در شیرینی، بیسکویت، کیک و غذاهای آماده یافت می شوند. روغنهای اشباع نشده شامل روغن زیتون و بادام زمینی، روغن ذرت، آفتاب گردان، کنجد و سویا هستند. روغن نخل و نارگیل دارای چربی اشباع هستند و مفید نیستند. چربی های اشباع نشده سالمتر از چربی های اشباع شده هستند ولی باید



آنها را نیز به ندرت مصرف کرد چون دارای همان مقدار انرژی هستند و باعث افزایش وزن می گردند. هر یک گرم چربی ۹ کالری ایجاد می کند و هر یک گرم کربوهیدرات و یک گرم پروتئین ۴ کالری ایجاد می کنند. تولید انرژی با مصرف چربی بیش از دو برابر است و در ایجاد اضافه وزن نقش مهمی دارد.

وزن: چاقی عامل خطر ساز برای بیماری قلبی عروقی است و کلسترول خون را نیز بالا می برد. کم کردن وزن به کاستن از مقدرا کلسترول بد، کلسترول تام و تری گلیسیرید و نیز بالا بردن کلسترول خوب کمک می کند. حتی اگر سطح چربی های خون طبیعی باشد، مصرف زیاد مواد غذایی پرچرب احتمال بروز بیماری قلبی عروقی را افزایش می دهد. رعایت رژیم غذایی باید از سنین کودکی شروع شود چون پدیده تصلب شرایین از سنین پایین شروع می گردد، ضمن اینکه تغییر عادت غذایی در بزرگسالی امری مشکل است. توصیه می شود با استفاده از رژیم غذایی سالم و مناسب بعد از دو سالگی کودکان را به مصرف غذاهای مناسب عادت دهید.

فعالیت بدنی: کم تحرکی عامل خطر ساز بیماری قلبی عروقی است. فعالیت بدنی منظم می تواند به کم کردن کلسترول بد و بالا بردن کلسترول خوب کمک کند.

سن و جنس: در هر دو جنس با بالا رفتن سن میزان کلسترول در خون افزایش می یابد. پیش از یائسگی میزان کلسترول در زنان کمتر از مردان هم سن و سال است، ولی بعد از آن در زنان نیز افزایش می یابد.

وراثت: ژن ها تا اندازه ای معلوم می کنند که بدن چقدر کلسترول می سازد. کلسترول بالای خون از طریق ژن ها در خانواده منتقل می شود.

راه های کنترل و کاهش کلسترول خون

- ۱- چربی و کلسترول کمتری مصرف شود:
 - بخشی از وعده غذایی باید شامل غلات سیوس دار و سبزیجات باشد.
 - گوشت خالص و بدون چربی مصرف شود. پوست مرغ قبل از مصرف جدا شود. مصرف امعاء و احشاء حیوانات مانند دل، قلوه، جگر، و مغز، کله و پاچه به حداقل برسد.
 - ماهی بیشتر مصرف شود ماهی های چرب نظیر سالمون، ساردین، تن و قزل آلا را حداقل هفته ای دوبار مصرف شود.
 - زرده تخم مرغ کمتر مصرف شود و به جای آن از سفیده تخم مرغ استفاده شود.
 - از لبنیات کم چرب (۱٪ چربی) مانند شیر، ماست، پنیر یا بدون چربی (چربی گرفته) استفاده شود. سرشیر، خامه و رویه ماست جدا شود.
 - از مصرف زیاد شیرینی خامه ای، تنقلات مثل غذاهای فوری و آماده مانند ساندویچ سوسیسی و کالباس، چیپس اجتناب شود.

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

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

- حتی الامکان از سرخ کردن مواد غذایی پرهیز شود.

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

- از حبوبات و غلات سیوس دار (نان های سیوس دار) بیشتر استفاده شود.

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

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

۳- فعالیت بدنی روزانه و مداوم انجام شود.

۴- از مصرف سیگار پرهیز شود.



سکته و حمله قلبی

بیماری های قلبی عروقی با میزان ۴۶٪ کل مرگ ها، اولین علت مرگ در ایران هستند. عمده این مرگ ها ناشی از بیماری عروق کرونر قلب و عوارض ناشی از آن است به طوری که از ۴۶٪ کل، ۲۴٪ مربوط به سکته های قلبی و ۱۰٪ مربوط به سکته های مغزی و ۱۲٪ مربوط به سایر بیماری های قلبی عروقی است. هرروز قلب بیش از صد هزار بار می تپد و خون را به بافت ها و اعضای بدن از مغز تا نوک انگشتان می رساند. این یک وظیفه بسیار بزرگی است. داشتن یک قلب سالم بسیار حیاتی است. قلب بدون توقف برای سال های طولانی کار می کند تا از زندگی کامل تر و طولانی تر لذت ببریم. میلیون ها نفر دارای بیماری قلبی هستند با این وجود یاد گرفته اند زندگی کامل و مولدی داشته باشند. ما در هر سن و جنسی می توانیم در معرض خطر بیماری های قلبی عروقی باشیم اما می توانیم با یک سری اقدامات به موقع و ساده یعنی با دانستن در مورد نحوه تغییرات شیوه زندگی نامناسب و آگاهی از شرایط بروز بیماری های قلبی عروقی، خطر آن را کاهش دهیم.

قلب

قلب یک پمپ عضلانی است که برای رساندن خون به تمام قسمت های بدن طراحی شده است. قلب از دو حفره در پایین بنام بطن و دو حفره در بالا بنام دهلیز تشکیل شده است که این حفره ها به سرخرگ ها (شریان ها) و سیاهرگ های اصلی بدن مرتبط هستند. قلب با انقباض خود خون را به تمام عضلات و بافت های بدن (اندام ها، بافت ها، مغز، دست ها و پا ها و...) برای تامین غذا و اکسیژن پمپ می کند. قلب در روز بیش از صد هزار بار می تپد و این یک وظیفه بسیار بزرگ و مهمی است.

یک قلب طبیعی: در حدود اندازه یک مشت بسته انسان است. در زمان استراحت ۶-۴ لیتر خون در هر دقیقه پمپ می کند و در زمان فعالیت این مقدار بیشتر می شود. خون را به تمام قسمت های بدن پمپ می کند.

سکته قلبی

خون حاوی غذا و اکسیژن است و از طریق شریان ها در دسترس و مورد استفاده سلول های اعضای بدن قرار می گیرد. برای خون رسانی به اعضاء بدن خود عضله قلب هم دائماً نیاز به ذخیره اکسیژن دارد. در سطح قلب دو شریان اصلی تغذیه کننده عضله قلب به نام **عروق کرونر راست و چپ** قرار دارند که عضله قلب اکسیژن و مواد مغذی خود را از طریق انشعابات این دو شریان بدست می آورد. اگر کلسترول و سایر مواد چربی موجود در خون به تدریج در دیواره داخلی شریان های بدن رسوب کنند، ایجاد پلاک هایی در شریان می کنند که سبب می شوند جدار شریان در آن منطقه سفت و سخت شود. به این شرایط **آترواسکلروز یا تصلب شرایین** می گویند. بطور طبیعی رسوب چربی در شریان از کودکی آغاز می شود. البته ممکن است همه شریان ها دچار تصلب شوند اما از همه مهمتر شریان های کرونر قلب و شریان های مغزی هستند. اگر مواد چربی در عروق کرونر قلب رسوب کنند در طول زمان به تدریج پلاک هایی که ایجاد می کنند ضخیم تر شده و داخل شریان ها را تنگ و باریک می کنند و در نتیجه آن جریان خون به عضله قلب را کم یا در نهایت متوقف می کنند. به حالتی که خون ناکافی به عضله قلب می رسد **کم خونی عضله قلب یا ایسکمی** می گویند. این وضعیت سبب ایجاد **درد قلبی** می شود. اگر سطح پلاک های چربی در دیواره شریان ترک بخورد یا زخمی شود، به علت عبور خون در رگ کم کم روی آن سطح، لخته خون تشکیل می گردد. اگر یک لخته خون در شریان باریک شده بطور کامل مسیر جریان خون را مسدود کند، چون عضله قلب از اکسیژن محروم می شود، آسیب می بیند و بخشی از بافت عضله قلب که توسط آن شریان تغذیه می شود، می میرد. پزشکان به این وضعیت **حمله قلبی** یا در اصطلاح پزشکی به علت آسیب دائمی عضله قلب، **سکته قلبی** (انفارکتوس میوکارد) می گویند.

علائم بروز حمله قلبی

احساس پری، احساس فشار آزار دهنده، سنگینی، ناراحتی یا درد در وسط قفسه سینه که معمولاً بطور ناگهانی رخ دهد و به مدت طولانی برای بیش از چند دقیقه (۲ دقیقه) ادامه یابد از علائم بروز حمله قلبی هستند، خصوصاً اگر درد به شانه ها، گردن یا بازوها، گلو و فک پایین منتشر شود. گاهی افرادی که دچار درد قلبی می شوند این درد و ناراحتی را بصورت احساس فشار ناشی از ایستادن فردی بر روی قفسه سینه یا احساس فشار ناشی از پیچیدن طناب بدور قفسه سینه شرح می دهند. سایر



نشانه ها شامل احساس سبکی سر، سرگیجه شدید بدون علت، غش، تنگی نفس (در حال استراحت یا در حال فعالیت)، عرق کردن و ناراحتی معده هستند و ممکن است همراه با درد سینه یا تنگی نفس حالت تهوع نیز رخ دهد. باید بخاطر داشت همیشه در حمله قلبی تمام این علائم با هم رخ نمی دهد و ممکن است در هر فرد نشانه های مختلفی وجود داشته باشد. بطور معمول درد و ناراحتی بسیار شدید است، اما در بعضی موارد ممکن است شدت درد معمولی باشد و گاهی نیز بیمار بعلت خفیف بودن نشانه ها از درخواست کمک خودداری کند. ممکن است در بعضی از بیماران درد سینه وجود نداشته باشد و فقط نشانه هایی از درد در بازو یا گلو داشته باشند.

معمولاً دردهای تیر کشنده جزء علائم قلبی نیستند. درد ناگهانی یا ناراحتی سینه نه تنها برای خود بیمار ترسناک است بلکه برای اطرافیان فرد نیز نگران کننده است. اغلب اوقات وقتی مردم دارای نشانه های حمله قلبی هستند، بطور طبیعی منکر این اتفاق می شوند و امیدوار هستند که این وضعیت مربوط به شرایط دیگری مانند مشکل سوء هاضمه یا کشیدگی عضلانی سینه باشد، در نتیجه در رفتن به بیمارستان تاخیر می کنند. این کار می تواند مرگ آور باشد، زمان در این واقعه بسیار حیاتی است و هر دقیقه برای رسیدن به بیمارستان یا برای دریافت کمک پزشکی ارزش دارد. هر چه درمان زودتر انجام شود، عضله قلب کمتر آسیب می بیند و احتمال بقاء افزایش می یابد. اگر هر یک از علائم هشدار دهنده حمله قلبی وجود داشته باشد، دقایق حیاتی نباید تلف شود، باید سریع تر اقدام کرد.

اقدامات لازم در مواقع بروز علائم قلبی

اگر این نشانه ها در فردی رخ دهد و بیش از چند دقیقه ناراحتی ادامه یابد، باید بیمار مستقیماً به بیمارستان برده شود، پس فوراً اورژانس (فوریت ها) را خبر کنید. اگر اورژانس به دلایلی در دسترس نباشد، هر چه زودتر بیمار را به بیمارستانی که دارای خدمات فوریت های قلبی است، برسانید. در این شرایط بیمار باید استراحت کند و نباید هیچ فعالیتی انجام دهد تا با برانکارد یا صندلی چرخدار به مرکز درمانی حمل شود. فعالیت بیمار نیاز به خون و اکسیژن بدن و عضله قلب را افزایش می دهد و سبب می شود بخش بیشتری از بافت قلب دچار کم خونی شود و آسیب ببیند. اگر کسی در دسترس نباشد خود بیمار باید برای مراجعه به بیمارستان یا تماس با فوریت ها، اقدام نماید.

اغلب بیمارانی که به سرعت تحت مراقبت پزشکی لازم قرار می گیرند، بدون این که عوارض مهمی بوجود آید، بهبود می یابند. با این حال، کیفیت زندگی بعد از بروز حمله قلبی بستگی به مقدار آسیب عضله قلب دارد. هر چه آسیب کمتر باشد، کیفیت زندگی فرد بهتر می شود. خوشبختانه دارو هایی در حال حاضر موجود هستند که می توانند لخته خونی را که شریان قلب را مسدود کرده است، حل کنند و از بین ببرند. اگر شریان مسدود بعد از حمله قلبی سریعاً باز شود، خصوصاً در یک تا دو ساعت اول بعد از حمله، مقدار آسیب عضله قلب به مقدار زیادی کاهش می یابد و شانس بقاء و زندگی زیاد می شود. به همین دلیل بیمار باید فوری به بیمارستان مراجعه کند. دلیل مهم دیگر این است که حمله های قلبی می توانند سبب اختلال جدی ضربان قلب و سبب توقف ناگهانی جریان خون به بدن شوند که به آن **ایست قلبی** می گویند. ایست قلبی ممکن است دارای علائم معمولی یک حمله قلبی باشد یا ممکن است بدون اخطار قبلی سبب افتادن ناگهانی بیمار شود، در این حالت بیمار به ظاهر مرده بنظر میرسد. ایست قلبی باید هر چه سریع تر به وضعیت طبیعی ضربان قلب برگردد، در غیر این صورت بیمار فوت می کند. فقط آمبولانس های مجهز خاص و بیمارستان ها تجهیزات مورد نیاز برای برگرداندن ایست قلبی دارند.

اقدامات لازم در مواقع بروز ایست قلبی

ایست قلبی زمانی تشخیص داده می شود که بیمار بطور ناگهانی بی هوش می شود و نبض ندارد و غالباً تنفس هم وجود ندارد. اگر یک ایست قلبی در بیمارستان یا آمبولانس رخ دهد، پزشکان یا کارکنان آمبولانس فوراً یک شوک الکتریکی با استفاده از دستگاه مخصوص به بیمار می دهند. این شوک باعث شروع کار دوباره قلب می شود و سپس قلب می تواند مجدداً بطور مؤثر کار خود را انجام دهد. اگر ایست قلبی در خانه یا خیابان رخ دهد، بیمار زنده نمی ماند، مگر جریان خون و اکسیژن در مدت کوتاهی مجدداً در بدن برقرار شود. این بدین مهنی است که اگر کسی باید سریعاً **احیای قلبی عروقی** را شروع کند، که ترکیبی از ماساژ خارجی قلبی و تنفس دهان به دهان است. احیای قلبی عروقی می تواند سبب زنده ماندن بیمار تا رسیدن آمبولانس



مجهز شود. هر فرد بزرگسال و نوجوان باید روش احیای قلبی عروقی را یاد بگیرد.

آنژین (درد قلبی)

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

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

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

اقدامات لازم در مواقع بروز درد قلبی توسط بیمار

اگر درد قلبی در حین فعالیت ایجاد شود، بیمار باید فوراً فعالیت خود را متوقف و استراحت کند. این کار اغلب ناراحتی را کاهش می دهد. افرادی که بیماری عروق کرونر قلب دارند و احتمال بروز درد یا حمله قلبی در آنها بیشتر است می بایست همیشه همراه خود داروی سریع الاثر نیترو گلیسرین داشته باشند. این دارو ها دیواره عروق کرونر را گشاد می کنند و جریان خون را به عضلات قلب بیشتر می کنند و نیاز به اکسیژن را کاهش می دهند. هر زمان که احساس شود درد قلبی در حال رخ دادن است، بیمار یکی از این دارو ها را زیر زبان بگذارد و اجازه دهد تا حل شود. بهتر است در ابتدا از نصف قرص (اگر به صورت دانه تسبیح نباشد) شروع کند. اگر همراه با استراحت، درد کاهش نیافت تا سه قرص را می تواند مرحله به مرحله زیر زبان بگذارد. نباید برای تسکین درد از مقادیر بیشتر دارو های زیر زبانی، استفاده کرد.

اگر هر یک از علائم زیر در بیمار وجود داشته باشد، سریعاً باید با پزشک یا مرکز فوریت ها تماس گرفت:

- درد قلبی بیش از ۱۰-۱۵ دقیقه ادامه یابد.
- درد قلبی که شدیدتر از حالت طبیعی باشد.
- بعد از گذاشتن سه قرص زیر زبانی درد ساکت نشود.
- درد قلبی بدون دلیل واضح، بطور مکرر رخ دهد.
- برای اولین بار درد قلبی در حالت استراحت رخ دهد.
- نشانه های جدیدی مثل تعریق و تنگی نفس ایجاد شود.

بیماران هرگز نباید بیش از ۵ دقیقه برای دریافت کمک صبر کنند.

بهبودی و بازتوانی: اغلب افرادی که به علت حمله قلبی بستری شده اند، افسرده و مضطرب می شوند. این افراد در باره



توانائی انجام فعالیت های جسمی، اجتماعی، حرفه ای و جنسی خود نگران هستند. معمولاً به جزء درموردی که حمله قلبی بسیار شدید و عضله قلب خیلی ضعیف شده است و فعالیت بیمار باید محدود شود، دلیلی برای نگرانی وجود ندارد. اکثر افرادی که دچار حمله قلبی شده اند اگر به موقع و صحیح مراقبت شوند، می توانند همانند قبل کار هایشان را انجام دهند.

توانبخشی در بیماران بعد از حمله قلبی یا جراحی قلب: بعد از حوادث قلبی عروقی یا جراحی قلب، لازم است اثرات بی تحرکی ناشی از دوران بستری را کاهش داد. معمولاً بیمار به علت این که تحمل فعالیت و ورزش را ندارد و از بروز درد قلبی می ترسد، تمایل به حرکت ندارد و در نتیجه در بستر می ماند و حرکت نمی کند. هدف از بازتوانی بیماران قلبی، برگرداندن فرد به جامعه است، اما مراحل اولیه باید در بیمارستان انجام شود. در این محل می توان مهارت های حرکتی را تمرین کرد. بیماری که سکت قلبی کرده یا جراحی قلب داشته است نیاز به برنامه فعالیت بدنی دارد که به تدریج پیشرفت کند و محدودیت های حرکتی او را کاهش و تحمل فعالیت او را افزایش دهد. در این برنامه بیماران یاد می گیرند که علائم ناخواسته ای را که ممکن است طی فعالیت رخ دهد بشناسند. به تدریج با پایدار شدن وضعیت بیمار، فعالیت بدنی نیز افزایش می یابد. فعالیت های اولیه باید تحت نظارت انجام شود.

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

عوامل خطر آفرین غیر اکتسابی (ارثی یا ژنتیکی) : بعضی از افراد با این عوامل به دنیا می آیند در نتیجه این عوامل قابل تغییر نیستند، اما می توان با تغییر شیوه زندگی و مراقبت پزشکی تاثیر این عوامل را کم کرد:

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

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

- افراد سیگاری
- افراد دارای اضافه وزن
- افراد مبتلا به فشارخون بالا (که سابقه بیماری فشارخون بالا در افراد درجه یک خانواده ندارند)
- افراد دارای اختلال چربی های خون (کلسترول بالا، کلسترول LDL بالا، کلسترول HDL پایین، تری گلیسیرید بالا) که سابقه بیماری اختلال چربی خون در افراد درجه یک خانواده ندارند)
- افراد تحت فشارهای عصبی و روانی
- افرادی که شیوه زندگی کم تحرک دارند (فعالیت بدنی کمی دارند)

اگر از عوامل خطر آفرین ارثی و اکتسابی چند عامل با هم در یک فرد وجود داشته باشند، اثر یکدیگر را تشدید می کنند. اگر فردی یک یا چند مورد از این عوامل را دارد، بهتر است با مراجعه به پزشک و کنترل آن ها، خطرات این عوامل را کم کرده و از احتمال بروز حمله قلبی در آینده جلوگیری کند.



سکته مغزی

سلول های مغز باید بطور مداوم و وسیع یک ذخیره خون غنی از اکسیژن داشته باشند. اگر سلول های مغز این ماده حیاتی را از خون دریافت نکنند، از بین می روند و سکته مغزی رخ می دهد. سکته مغزی به دو علت مختلف ایجاد می گردد:

۱- انسداد مغزی:

به ندرت در یک شریان سالم لخته های خون تشکیل می شوند. با این حال زمانی که دیواره داخلی شریان ها با پلاک چربی پر می شوند، شریان ها باریک شده و جریان خون آهسته و در نتیجه احتمال ایجاد لخته بیشتر می گردد. یکی از مهم ترین دلایل شایع سکته مغزی، ایجاد لخته خون در شریان مغز و مسدود شدن آن است. بعضی اوقات وقتی یک لخته خون یا سایر انواع ذرات در خون در یکی از رگ های بدن دور از مغز (معمولاً در عروق قلب) تشکیل می شود، توسط جریان خون سرگردان می شود و در عروق حرکت می کند تا اینکه بالاخره در یک شریان جا بگیرد. اگر این لخته خون در شریان مغز جا بگیرد، جریان خون را مسدود می کند این وضعیت به سکته مغزی منجر می شود.

۲- خونریزی مغزی :

زمانی که یک شریان بیمار (آسیب دیده) در مغز پاره می شود و خون به داخل بافت اطراف منتشر می شود، نیز سکته مغزی رخ می دهد و به آن خونریزی مغزی می گویند. وقتی یک شریان پاره می شود، سلول هایی که توسط این شریان تغذیه می شوند از خون محروم شده و به علت فشاری که در اثر تجمع خون در فضای بین مغز و جمجمه ایجاد می شود، تحت فشار قرار می گیرند. به علت نرسیدن خون به بافت مغز، سلول های آن قسمت از مغز از بین می روند و در عملکرد مغز یعنی در همان قسمتی که بافت آن آسیب دیده است، تداخل ایجاد می شود. این تداخل سبب ناتوانی جسمی در فرد می شود. خونریزی های مغزی به دلایل گوناگونی ایجاد میشوند. معهذاً اگرهم تصلب شرائین و هم فشار خون بالا وجود داشته باشد، احتمال بروز آن بیشتر است. ضربات مغزی نیز می توانند سبب خونریزی از شریان مغز شوند. سلول های مغزی آسیب دیده نمی توانند بهبود یابند یا اینکه سلول های جدید ایجاد کنند، بنابراین پیشگیری از سکته مغزی با اصلاح عوامل خطر آفرین، بسیار مهم است. در این برنامه فقط سکته های مغزی ناشی از مشکلات عروقی مد نظر می باشد نه ضربات و خونریزی مغزی.

علائم بروز سکته مغزی :

احساس ضعف یا بی حسی و کرخی ناگهانی در صورت، بازو و یا پا در یک طرف بدن (فلج اندام ها بصورت یک طرفه) از علائم بروز سکته مغزی هستند. سایر نشانه ها شامل اختلال بینایی (دوبینی، تاری دید شدید یا کاهش بینایی بخصوص در یک چشم، بینایی نصفه، دیدن لکه های سیاه در جلوی چشم)، اختلال تکلم (از دست دادن توانایی صحبت کردن، لکنت زبان، سنگین شدن زبان، پاسخ های بی مورد و بی جا)، سردرد ناگهانی شدید و بدون علت، گیجی ناگهانی و بدون علت، اختلال در تعادل بدن (تلو تلو خوردن یا افتادن ناگهانی) و سرگیجه بسیار شدید هستند. این نشانه ها خصوصاً "همراه با هریک از نشانه هائی که قبلاً" گفته شد، رخ می دهند. بسیاری از سکته های مغزی با تشخیص و کنترل سکته قلبی قابل پیشگیری است، چون سکته قلبی یک عامل هدایت کننده سکته مغزی است. بعضی وقت ها حمله های مغزی گذرا رخ می دهد که قبل از سکته های مغزی بروز می کنند. این سکته های مغزی کوچک و خفیف، نشانه هائی مثل سکته مغزی بزرگ و شدید ایجاد می کنند ولی برای مدت کوتاهی رخ می دهند و عوارضی هم بجا نمی گذارند. حمله های مغزی گذرا می توانند چند روز، چند هفته یا چند ماه قبل از یک سکته مغزی شدید رخ دهند، در نتیجه باید بعنوان علائم هشدار دهنده مورد توجه قرار گیرند. توجه پزشکی یا جراحی سریع در مورد این نشانه ها از بروز سکته مغزی بزرگ جلوگیری می کند. در هنگام بروز این نشانه ها همانند سکته قلبی باید فوراً "به پزشک مراجعه کرد یا با فوریت ها تماس گرفت. در این شرایط بیمار نباید حرکت



کند و فعالیتی داشته باشد. لازم است تا رسیدن کمک پزشکی بی حرکت بماند یا با برانکارد یا صندلی چرخ دار به مرکز درمانی منتقل شود. وقتی یک سکته مغزی رخ می دهد، سلول های عصبی در قسمت بافت آسیب دیده مغز به علت نرسیدن خون کافی نمی توانند عمل کنند. این بدین معنی است که قسمتی از بدن هم که تحت کنترل این سلول های عصبی هستند و از آن ها فرمان می گیرند نیز نمی توانند کار کنند. نتیجه معمولی یک سکته مغزی فلج یک طرف از بدن، کاهش توانایی در صحبت کردن یا درک صحبت دیگران و از دست دادن حافظه است. زمانی که یک سکته مغزی به مغز آسیب می رساند، اثرات آن ممکن است جزئی یا شدید و نیز موقتی یا دائمی باشد. این وضعیت بستگی به وسعت آسیب مغز و نوع سلول های مغزی دارد که آسیب دیده اند و این که چگونه بدن مجدداً "جریان خون قسمت آسیب دیده مغز را برقرار می کند، بستگی دارد. تشخیص و پاسخ درست و فوری به نشانه های سکته مغزی می تواند زندگی فرد را نجات دهد.

بازتوانی بعد از حمله مغزی:

بعد از بهبودی از سکته مغزی، باز توانی در کمک به فرد و برگشت به زندگی مستقل بسیار مهم و حیاتی است. اثراتی که سکته مغزی بجا می گذارد ممکن است سبب شود در فعالیت های زندگی روزانه تغییراتی داده شود، لذا بیمار نیاز به آموزش برای زندگی با شرایط جدید دارد. برنامه بازتوانی لزوماً آسیب ایجاد شده به وسیله حمله مغزی را بر نمی گرداند. بازتوانی برای باز سازی قدرت، ظرفیت و اعتماد به نفس بیمار انجام می شود، لذا علیرغم تاثیرات و عوارض بجا مانده از سکته مغزی، فعالیت های روزانه می تواند ادامه یابد. برنامه بازتوانی معمولاً در جهت سوق دادن بیمار به سمت استقلال طراحی می شود و بستگی به نیازهای بیمار دارد. بازتوانی بعد از تثبیت و پایدار شدن وضعیت بیمار بعد از حمله مغزی و آمادگی و توانایی او برای انجام بازتوانی، شروع می شود.

اقدامات لازم برای کاهش خطر بیماری قلبی و عروقی، حمله قلبی و سکته مغزی

افرادی که دارای سابقه سکته قلبی، بیماری قلبی و حمله مغزی گذرا هستند و دخانیات مصرف می کنند، بیشتر احتمال دارد دچار سکته مغزی شوند. کلسترول خون بالا هم خطر سکته مغزی را افزایش می دهد، چون سبب افزایش گلوبول قرمز خون می شود. در افراد مبتلا به دیابت نیز خطر سکته مغزی بیشتر است. کم تحرکی و چاقی بطور غیر مستقیم به علت بالا بردن خطر بیماری قلبی عروقی در ایجاد خطر سکته مغزی نقش دارند. حمله قلبی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب رخ می دهد. عوامل خطری وجود دارد که احتمال بروز بیماری عروق کرونر و حمله قلبی را افزایش می دهند. در مورد بعضی از این عوامل خطر آفرین کاری نمی توان انجام داد. برای مثال بیماری عروق کرونر قلب با افزایش سن شایع تر می شود. این بیماری در مردان بیش از زنان است و در افرادی که دارای سابقه خانوادگی حمله های قلبی یا دیابت هستند شایعتر است. گرچه نمی توان سن، جنسیت و یا زمینه ارثی را کنترل کرد یا تغییر داد، اما می توان در ابتدای شروع زودرس بیماری عروق کرونر قلب، کارهایی را برای کاهش عوامل خطر مهم دیگر که شامل مصرف دخانیات، کلسترول خون بالا، فشارخون بالا، کم تحرکی بدنی و اضافه وزن است، انجام داد. اگر بیش از یکی از این عوامل خطر آفرین وجود داشته باشد، خطر بیماری عروق کرونر قلب چند برابر می شود. اگر این عوامل خطر کاهش یابند و کنترل شوند، خطر بروز اولین حمله قلبی کاهش می یابد. چندین راه برای کاهش خطر بیماری قلبی عروقی وجود دارد. عموم مردم باید به راهنمایی های زیر توجه کنند و آن را پیگیری نمایند. این کار زندگی آن ها را نجات خواهد داد:

- اندازه گیری فشار خون بطور منظم:

فشارخون بالا یک عامل خطر مهم در بروز بیماری قلبی عروقی، حمله قلبی و سکته مغزی است. اگر فشارخون سیستول یا حداکثر کمتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه و یا فشارخون دیاستول یا حداقل شما کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه باشد، لازم است هر سه سال یکبار آن را کنترل کرد. اگر بیشتر باشد باید طبق دستور پزشک درمان و کنترل شود.

- عدم مصرف دخانیات:



مصرف دخانیات خطر بروز بیماری قلبی عروقی، حمله قلبی و سکته مغزی را افزایش می دهد. در صورت مصرف باید ترک گردد.

- مصرف غذاهای مغذی به مقدار متعادل :

باید از یک رژیم غذایی متعادل که دارای کلسترول کم و چربی های اشباع کم و مقدار متعادل سدیم (نمک) است، استفاده شود. غذاهای چرب در ایجاد تصلب شرائین که مهم ترین عامل در ایجاد حمله قلبی و سکته مغزی است، نقش دارند. مصرف زیاد سدیم در بعضی از افراد، سبب ایجاد فشارخون بالا می شود. باید از مصرف غذاهای شور و پر چرب و شیرین پرهیز کرد.

- حفظ وزن در حد مطلوب

- فعالیت بدنی یا ورزش بطور منظم (روزانه نیم ساعت پیاده روی تند)

- معاینات پزشکی منظم

لازم است فرد از نظر عوامل خطر مهم مثل مصرف دخانیات، کلسترول خون بالا، فشارخون بالا، قند خون بالا، افزایش وزن و چاقی و کم تحرکی، بطور منظم بررسی شود.

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



نارسایی قلبی

نارسایی قلبی که بعنوان نارسایی احتقانی قلب شناخته می شود یعنی عضله قلب ضعیف تر از حد طبیعی است و به راحتی خسته می شود. نارسایی قلبی می تواند سبب نشانه های گوناگونی شود و انجام فعالیت های روزانه طبیعی را مشکل سازد.

دیواره های قلب از عضله ساخته شده است. اگر عضله قلب در اثر بیماری ضعیف شود نمی تواند خون را بخوبی پمپ کند و به مقدار کافی در اختیار اعضاء بدن قرار دهد. اگر قلب نتواند نیاز بدن به خون (اکسیژن و غذا) را تامین کند، می گویند فرد دچار نارسایی قلبی شده است. بعد از ایجاد نارسایی قلبی تغییراتی در قلب رخ میدهد تا به این قلب ضعیف شده کمک کند خون را به سراسر بدن پمپ کند:

در ابتدا قلب بزرگتر می شود تا خون بیشتری داخل حفره بطنی شود و اینکار سبب می شود که در هر انقباض (ضربان قلب) نیز خون بیشتری از قلب خارج شود. در این مرحله ممکن است بیمار هیچ نشانه ای از بیماری نداشته باشید. در طول زمان عضله قلب خسته می شود و این تغییرات برای اینکه نیازهای بدن را بخصوص در طی فعالیت های بدنی و ورزش تامین کنند، کافی نیستند. در این مرحله است که ممکن است فرد متوجه نشانه هایی در اثر نارسایی قلب شود. البته قلب هم چنان به پمپاژ خود ادامه میدهد ولی با قدرت و کارایی کمتر. سپس ضربان قلب سریع تر می شود تا خون بیشتری را در هر دقیقه از قلب خارج کند.

نشانه های نارسایی قلبی

در ابتدا بسته به اینکه قلب چقدر ضعیف است و نارسایی قلبی تا چه حد خوب کنترل شده است، ممکن است بیمار هیچ نشانه ای نداشته باشد یا اینکه دارای نشانه های خفیف یا شدید باشد. این نشانه ها بعلت پمپاژ ضعیف قلب بوجود می آید. قلب مدت زیادی نمی تواند خون را بطور موثر و کار آ پمپ کند و در نتیجه آن بیمار در ابتدا احساس می کند:

- **گیجی و ضعف (خصوصاً وقتی به سرعت از جا بلند می شود) :** که بعلت نرسیدن خون کافی به مغز ایجاد می شود.

- **خستگی :** که خصوصاً در زمان فعالیت بعلت رسیدن خون کمتر به اعضای مهم و عضلات ایجاد می شود. فرد کمتر قادر به انجام فعالیت بدنی است و بالا رفتن از پله ها یا پیاده روی او را خسته می کند و سبب ضعف و تنگی نفس می شود.

- **احساس ضربان قلب:** که بعلت ضربان قلب سریع تر برای رساندن مقدار کافی خون به بدن ایجاد می شود. قلب بیمار می کوپد یا ضربان سریع تر یا نامنظم تری دارد.

- **تنگی نفس :** بعلت پس زدن مایع از مویرگ ها به ریه ها و تجمع مایع در ریه (احتقان یا ادم ریوی) ایجاد می شود و اختلال در انتقال اکسیژن از ریه ها به خون به تنگی نفس منجر می شود. تنگی نفس حتی در حالت استراحت یا زمانی که بیمار دراز کشیده (ارتوپنه) ایجاد می شود و ممکن است بیمار برای اینکه در شب راحت تنفس کند به ۲ یا ۳ بالش نیاز داشته باشد. سپس، به علت ضعف پمپاژ قلب، در بافت های بدن بیمار مایع ایجاد می شود :

- **ورم (ادم یا تجمع مایع) روی پا، شکم و افزایش وزن سریع و بدون دلیل:** که هم بعلت نرسیدن خون کافی به کلیه ها ایجاد می شود و سبب احتباس آب و نمک می شود و هم خود احتقان قلب به احتقان کبد و در نهایت ورم اندام ها و شکم منجر می شود.

- **تجمع مایع در شکم سبب کاهش اشتها و ورم و بزرگی شکم (آسیت) می شود.** شکم همچنین حساس یا دردناک می شود و ممکن است بیمار مقداری حالت تهوع داشته باشد.

➤ بخاطر داشته باشید، به ازای تجمع یک لیتر مایع در بدن، ۱ کیلوگرم به وزن بدن بیمار اضافه می شود.

ممکن است همه این نشانه ها با هم وجود داشته باشد. با این وجود بسیار اهمیت دارد که بدانید بسیاری از این نشانه ها می توانند در سایر شرایط و به عللی دیگر نیز رخ دهند و همیشه به علت نارسایی قلبی نیست. بنابر این تشخیص نارسایی قلبی همیشه باید توسط یک پزشک صورت گیرد.



دلایل نارسائی قلبی

نارسائی قلبی بعلت شرایطی ایجاد می شود که یا به عضله قلب آسیب میزند یا باعث کار بیشتر از حد آن می شود. هر بیماری یا مواد سمی که به قلب آسیب بزند ممکن است سبب نارسائی قلبی شود.

۱- شرایط شایعی که به عضله قلب آسیب میرسانند، شامل موارد زیر است:

- بیماری عروق کرونر (عروقی که به عضله قلب خون می رسانند و آن را تغذیه می کنند): شایع ترین علت نارسائی قلبی، حمله قلبی یا سکته قلبی (انفارکتوس میو کارد) است. اگر حمله قلبی وسیع باشد یا بطور مکرر رخ دهد بطور خاص سبب نارسائی قلبی می شود.

- کاردیومیوپاتی (آسیب عضله قلب): بیماری است که مستقیماً بر روی عضله قلب اثر می گذارد و سبب می شود قلب کم کم ضعیف شود و نتواند به خوبی پمپ کند. آسبب عضله قلب می تواند بدلیل بعضی عفونت ها و ویروسها، اعتیاد به مصرف الکل، بعضی داروها یا اختلالات ژنتیکی ایجاد شود.

۲- سایر شرایطی که سبب افزایش کار عضله قلب می شوند. شامل موارد زیر هستند:

- دریچه های قلب که به شدت تنگ یا نارسا باشند (خوب بسته نشوند)
 - فشارخون بالایی که به مدت طولانی کنترل نشده
 - بعضی از نقایص مادرزادی قلبی
 - بیماری عروق کرونر بدون حمله قلبی که درد قلبی یا ناراحتی در ریتم ضربان قلب ایجاد کند
- توجه: در بعضی موارد ممکن است علت نارسائی قلبی قابل تشخیص نباشد.

درمان نارسائی قلبی

هدف از درمان پیشگیری از پیشرفت مشکلات قلبی، حفظ یا بهبود کیفیت زندگی و کمک برای زندگی طولانی تر است. نارسائی قلبی بوسیله موارد زیر درمان می شود:

- تغییر در شیوه زندگی
- درمان دارویی
- مراجعه منظم به پزشک
- جراحی در صورت لزوم

تغییر در شیوه زندگی

الف- تغییر در شیوه زندگی - رژیم غذایی

غذای سالم و مناسب مصرف شود (حتی از مواد مغذی و ویتامین ها)

۱- مقدار نمک کمتری مصرف شود:

اکثر افراد بیشتر از نیاز خود نمک مصرف می کنند. مصرف خیلی زیاد سدیم یا نمک سبب می شود مایعات بیشتری مصرف شود و این مایعات احتباس گردد، لذا قلب باید برای پمپ کردن مایع اضافی که سبب افزایش حجم خون شده است سخت تر کار کند، در نتیجه نشانه های بیماری را بدتر خواهد کرد. احتباس مایع سبب افزایش فشار خون نیز می شود. افرادی که مبتلا به نارسائی قلبی هستند، باید از انواع غذاهای کم نمک استفاده کنند و مصرف سدیم خود را به کمتر از ۲۰۰۰ میلی گرم در روز (یک قاشق چای خوری نمک برابر با ۲ گرم یا ۲۰۰۰ میلی گرم سدیم است) محدود کنند.

۲- مصرف چربی محدود شود:

ما در روز به مقدار کمی چربی نیاز داریم اما بیشتر افراد بیشتر از نیاز خود چربی می خورند. مصرف زیاد چربی بسیار مهم است، چون علاوه برافزایش وزن سبب بالا رفتن کلسترول خون و در نهایت بیماری عروق کرونر می شود که به علت نرسیدن خون کافی به عضله قلب، قلب مجبوراً سخت تر کار کند و این وضعیت برای افراد مبتلا به نارسائی قلبی خوب نیست. مصرف دوبار یا بیشتر ماهی در هفته برای کمک به کاهش میزان کلسترول، تری گلسیرید و پیشگیری از ایجاد لخته خون



مفید است. کاهش مقدار کل مصرف چربی در رژیم غذایی به کاهش وزن (در صورت نیاز) نیز کمک میکند.

۳- غذاهای حاوی فیبر بیشتر مصرف شود:

مواد غذایی مثل جو سبوس دار، آرد گندم سبوس دار، حبوبات و سبزیجات مملو از فیبر محلول در آب هستند. این مواد غذایی می توانند به کاهش کلسترول خون کمک کنند. فیبر غذایی محلول بیشتر مصرف شود.

۴- از مصرف الکل خودداری شود:

الکل بعلت آسیب بیشتر به عضله قلب در ایجاد نارسائی قلبی نقش دارد. لذا توصیه می شود اصلاً الکل مصرف نگردد.

۵- به مصرف مایعات توجه گردند:

در مواردی که نارسائی قلبی شدید است، لازم است مصرف مایعات در طول روز محدود شود. بیمار باید توجه کند در غذاهایی که می خورد چه مقدار مایعات وجود دارد (سوپ، ژله، میوه، تکه های یخ، نوشابه، چای، غذا). پزشک به بیمار می گوید مجاز است چه مقدار مایعات مصرف کند. اگر بیمار بعضی از انواع قرص های مدر (ادرار آور) را مصرف می کند، لازم است غذا های غنی از پتاسیم و منیزیم مصرف کند. این غذاها شامل میوه های تازه (موز و توت فرنگی) میوه خشک (کشمش) و سبزیجات تازه (اسفناج) هستند.

۶- هر روز صبح بیمار خود را وزن کند:

بیمار باید سعی کند به مقدار وزن مطلوب برسد و آن را حفظ کند. برای اندازه گیری روزانه وزن به یک ترازو نیاز است. هر روز صبح بعد از ادرار و قبل از خوردن غذا بیمار باید خود را بر روی ترازو وزن کند و در یک دفتر یادداشت کند و در ملاقات پزشک با خود همراه داشته باشد. اگر ظرف ۲ روز ۱ کیلوگرم یا در یک هفته ۲/۵ کیلو گرم اضافه وزن پیدا کرد با پزشک خود تماس بگیرد. این اضافه وزن مربوط به افزایش مایع است که با مصرف دارو های مدر (ادرار آور) و مصرف کم آب کاهش می یابد و ربطی به رژیم غذایی ندارد. کارشناس تغذیه یا رژیم نویس می تواند کمک کند تا یک برنامه غذایی تهیه شود که متناسب با مقدار انرژی لازم و مورد نیاز برای وزن و اندازه بدن بیمار باشد.

ب- تغییر در شیوه زندگی - ترک مصرف دخانیات

مصرف دخانیات سبب ضربان قلب نامنظم (غیر طبیعی)، حمله قلبی، بیماری قلبی و عفونت ریه می شود. اگر بیمار دخانیات مصرف می کند باید آن را ترک کند.

ج- تغییر در شیوه زندگی - فعالیت بدنی و ورزش

در نارسائی قلبی عضلات خصوصاً در پاها بعلت کاهش جریان خون و نیز کاهش فعالیت، ضعیف می شوند. یک برنامه ورزشی یا تمرینی سازماندهی شده بطور مشخصی ظرفیت فعالیت و تمرین بیمار را افزایش می دهد. بیمار باید فعالیت بدنی خود را افزایش دهد. به کمک برنامه های باز توانی قلب (توانبخشی قلب)، میزان خطر بیماری مشخص می شود و بر مبنای آن برای بیمار برنامه ریزی می گردد. هم چنین در باز توانی قلبی، کارکنان بهداشتی به بیمار کمک می کنند تحت نظارت آنها مطالبی درباره نارسائی قلبی، تغییرات شیوه زندگی و دستور العمل های مناسب فعالیت بدنی یاد بگیرند.



چاقی

تعریف چاقی

به تجمع غیر طبیعی چربی در بدن چاقی گفته می شود. زمانی که دریافت انرژی از مصرف یا سوخت انرژی در بدن تجاوز کند، بدن انرژی اضافه را در سلول های چربی که در بافت چربی وجود دارند، ذخیره می کند. این سلول های چربی به عنوان ذخیره انرژی عمل می کنند و بسته به این که فرد چگونه این انرژی را مصرف می کند، بزرگ می شوند یا کوچک می شوند. اگر فرد بین دریافت و مصرف انرژی توسط عادات خوردن و ورزش منظم تعادل برقرار نکند، چربی ساخته می شود و فرد دچار اضافه وزن می شود.

افراد چاق از نظر مقدار و نحوه توزیع چربی در بدن متفاوت هستند. خطرانی که با چاقی همراه هستند و نوع بیماری هایی که از چاقی ناشی می شوند، تحت تاثیر نحوه توزیع چربی در بدن هستند. زمانی که قسمت عمده چربی در شکم تجمع می یابد خطر عوارض چاقی، بالاخص بیماری قلبی عروقی بیشتر است. در برخی از خانواده ها احتمال ابتلا به چاقی بیش از سایر خانواده هاست. در واقع زمینه ژنتیکی فرد را مستعد می کند تا در صورت دریافت بیش از حد انرژی یا فعالیت ناکافی، دچار اضافه وزن شود.

عوامل مؤثر بر چاقی

عوامل ژنتیکی و عوامل محیطی در تعیین وزن افراد نقش دارند اما میتوان با یک سری اقدامات به موقع و ساده احتمال بروز چاقی را کاهش داد. عادات غذایی نامناسب، مصرف بعضی از داروها، کم تحرکی و بعضی از بیماری ها از عوامل مؤثر در افزایش وزن هستند.

عوامل ژنتیکی: در خانواده هایی که افراد چاق دارند احتمال بروز چاقی در سایر افراد خانواده بیشتر است.

عوامل محیطی:

الف- عادات غذایی نامناسب مثل مصرف بی رویه غذاهای چرب و شیرین

ب- کم تحرکی

پ- بعضی از بیماری ها مثل کم کاری تیروئید

ت- مصرف بعضی از داروها

ارزیابی و برآورد خطر اضافه وزن و چاقی

نمایه توده بدنی (BMI): تعیین نمایه توده بدنی ساده ترین و رایج ترین راه تعیین اضافه وزن و چاقی است که می تواند شیوع چاقی در جامعه و خطرات همراه و مرتبط با چاقی مانند بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت را تعیین کند. نمایه توده بدنی یک شاخص ساده نسبت وزن به ازای قد بدون توجه به جنس است و ارتباط قوی با میزان چربی بدن دارد. نمایه توده بدنی بر اساس تقسیم وزن بدن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر محاسبه می شود (kg/m^2). مثلاً اگر فردی دارای قد ۱۸۰ سانتی متر و وزن ۸۵ کیلوگرم باشد، نمایه توده بدنی او (kg/m^2) $26/23$ می شود. $26,23 = 85 \div (1,8 \times 1,8)$ برآی ساده کردن محاسبات، جدول و یا نموداری تهیه شده است که پس از اندازه گیری وزن و قد، با استفاده از آن می توان راحتی نمایه توده بدنی فرد را تعیین نمود. در مجموع هر چه مقدار نمایه توده بدنی بیشتر باشد، خطری که به افزایش وزن مربوط می شود، بیشتر است. اگر نمایه توده بدنی بالا باشد و بالاخص اگر سایر عوامل خطر مرتبط با اضافه وزن و چاقی نیز وجود داشته باشد، کم کردن وزن بسیار سودمند است. البته باید توجه داشت که در سالمندان (افراد ۶۰ سال و بیشتر) افزایش BMI تا حدودی می تواند به دلیل کوتاه شدن قد ناشی از پوکی استخوان باشد.

نمایه توده بدنی (kg/m^2) ۲۵ و بالاتر در بزرگسالان را اضافه وزن می نامند. از این نقطه خطر بیماری های همراه و مرتبط با چاقی با افزایش وزن زیاد می شود.

نمایه توده بدنی ۳۰ و بالاتر را چاقی می نامند. نمایه توده بدنی ۳۰-۳۴/۹ به چاقی درجه یک، ۳۵-۳۹/۹ به



چاقی درجه ۲ و ۴۰ و بالاتر به چاقی درجه ۳ تقسیم بندی می شود.

اندازه دور کمر: یکی دیگر از راه های ارزیابی خطر بروز بیماری های ناشی از چاقی، اندازه گیری دور کمر است. اندازه دور کمر بیش از ۸۸ سانتیمتر در زنان و بیش از ۱۰۲ سانتیمتر در مردان تجمع چربی شکمی زیاد محسوب می گردد.

عوامل خطر یا بیماری های همراه با چاقی

بعضی از بیماری ها یا عوامل خطر همراه با چاقی، سلامت بیماران چاق را در معرض خطر جدی قرار می دهند. توجه به درمان و مراقبت این افراد ضروری است. این بیماری ها شامل بیماری عروق کرونر قلب، سایر بیماری هایی که ایجاد تصلب شرایین می کنند، دیابت نوع ۲ و وقفه تنفسی در خواب، اختلالات زنانگی مثل قطع قاعدگی و خونریزی، مشکلات استخوانی مفصلی، سنگ کیسه صفرا و عوارض آن ها و استرس هستند.

عوامل خطر آفرین شامل مصرف دخانیات، فشارخون بالا، اختلال چربی خون، اختلال گلوکز ناشتا، سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس (سکته قلبی یا مرگ ناگهانی در مردان درجه یک خانواده در سن ۵۵ سالگی یا قبل از آن، یا در زنان درجه یک خانواده در سن ۶۵ سالگی یا قبل از آن)، مردان ۴۵ سال و بیشتر یا زنان ۵۵ سال و بیشتر (یا بعد از یائسگی)، کم تحرکی، تری گلیسیرید خون بالا هستند.

تاثیر اضافه وزن و چاقی بر سلامتی

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

فواید کاهش وزن در افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی

کاهش وزن قند خون، فشارخون و چربی خون را در سطح مطلوب کنترل می کند. کاهش وزن در حد متوسط سبب بهبودی عملکرد ریه ها و تنگی نفس می شود، تعداد وقوع وقفه تنفسی در خواب را کم می کند، کیفیت خواب را بهبود می دهد، خواب آلودگی در طول روز، درد استخوانی مفصلی و نیز درد کمر را کم می کند. البته حفظ وزن کاهش یافته در بهبودی مؤثر است. پیروی از رژیم های غذایی نامناسب برای کاهش وزن سبب کمبود بعضی از مواد مغذی و بروز برخی بیماری ها (مانند اختلال گوارشی) در فرد می شود. کاهش و افزایش وزن مکرر اثرات منفی بر سلامتی دارد و موفقیت در برنامه های کاهش وزن را مشکل می سازد.

هدف از کاهش وزن و مراقبت آن شامل کاهش وزن، حفظ وزن کاهش یافته به مدت طولانی و پیشگیری از

اضافه وزن بیشتر است.

درمان اضافه وزن و چاقی

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

ارزیابی شامل تعیین درجه چاقی و وضعیت کلی سلامتی است. **مراقبت** نه تنها شامل کاهش و حفظ وزن بدن است بلکه شامل انجام اقدامات لازم برای کنترل سایر عوامل خطر آفرین اوست. چاقی یک بیماری مزمن است و بیمار و کارکنان بهداشتی باید بدانند که درمان نیاز به تلاش دراز مدت در طول زندگی دارد. انواع مختلف درمان های مؤثر برای کنترل وزن وجود دارد، که شامل درمان با رژیم غذایی، فعالیت بدنی، درمان رفتاری (تغییر شیوه زندگی)، درمان دارویی، درمان ترکیبی و جراحی است.

رژیم غذایی

رژیم غذایی یعنی تنظیم یک برنامه غذایی مناسب بر اساس شرایط فرد (از نظر سن، جنس، فعالیت بدنی، سلامتی، عادات غذایی،...) برای دست یابی به سلامتی، یکی از راه های مهم برای اصلاح رژیم غذایی، آموزش افراد در مورد اصول تغذیه مناسب، گروه های غذایی، عادات غذایی مناسب و تهیه و طبخ صحیح مواد غذایی است. در طی رژیم غذایی افراد باید از نظر پیروی صحیح از برنامه و توصیه های غذایی تحت مراقبت قرار گیرند.



توصیه های غذایی برای کاهش وزن

- از مصرف غذا های پر انرژی حاوی مقادیر زیاد چربی و کربوهیدرات اجتناب شود.
 - حجم غذای مصرفی در هر وعده کاهش یابد.
 - آب به مقدار کافی مصرف شود.
 - رژیم غذایی بایدطوری برنامه ریزی شود که در ترکیبات آن مصرف چربی و نمک در حدی باشد که سایر عوامل خطرزای بیماری قلبی عروقی (مانند فشارخون بالا، کلسترول خون بالا...) را کاهش دهد و اصلاح کند.
 - بعداز کاهش وزن حفظ آن مهم است. برای حفظ وزن، هر فرد باید در روز به تعادل مقدار انرژی که دریافت می کند و مقدار انرژی که از طریق فعالیت می سوزاند توجه کند تا قادر به حفظ وزن مطلوب خود باشد.
 - کاهش وزن نباید اولین هدف برای سلامتی باشد. موفقیت در کاهش وزن را نباید براساس مقدار وزن از دست داده ارزشیابی کرد بلکه باید بر اساس میزان بهبودی در عوامل خطرزای بیماری های مزمن همراه با چاقی یا نشانه های آن و پذیرش شیوه زندگی مناسب، ارزشیابی کرد.
- هدف از رژیم غذایی تنها کاهش وزن نیست بلکه یکی از اهداف مهم، کنترل سایر عوامل خطر ساز بیماری های غیر واگیر همراه با چاقی است.

فعالیت بدنی

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

فعالیت بدنی مناسب فعالیت بدنی با شدت متوسط است که به مدت ۳۰ الی ۶۰ دقیقه در روز و در بیشتر روزهای هفته یا ترجیحاً تمام روزها انجام گیرد. به عنوان مثال پیاده روی تند، دویدن آرام، دوچرخه سواری و شنا بر اساس شرایط جسمانی فرد از ورزش های مناسب و تاثیر گذار بر آمادگی قلب و ریه در این مورد هستند. فعالیت بدنی یک عامل کلیدی برای حفظ وزن کاهش یافته است.

رفتار درمانی

این نوع درمان شامل تغییر رفتار هایی است که در کاهش وزن مؤثر هستند از جمله تغییر در الگوهای رژیم غذایی و فعالیت بدنی و رفتار هایی است که در کاهش وزن مؤثر هستند. اصلاح عادات غذایی و میزان فعالیت بدنی به منظور کاهش و کنترل وزن نیاز به زمان دارد.

درمان دارویی

درمان دارویی در صورت نیاز باید تحت نظر پزشک تجویز شود. بیماران تحت درمان باید بطور منظم برای تعیین تاثیر دارو و تداوم درمان، تحت پایش و مراقبت قرار گیرند.

جراحی

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

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

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



برنامه شود.

هشدار در مورد رژیم های غذایی خیلی سخت

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

اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان

علاوه بر سایر مزایای شیردهی، هم شروع و هم مدت شیردهی خطر اضافه وزن و چاقی را در سال های بعد در کودک افزایش می دهد. حداقل ۶ ماه شیردهی توصیه می شود. در کودکان نوپا اوایل دوران کودکی زمان رشد سریع و تکامل است. اگر پیشگیری از چاقی از دوران کودکی آغاز شود می توان جلوی تغییرات سوخت و سازی و فیزیولوژی بدن را گرفت. تعیین خطر اضافه وزن قبل از نوجوانی می تواند تغییر عادات مضر را تسهیل کند. درمان اضافه وزن در واقع باید قبل از ۲ سالگی شروع شود اما به علت رشد و تکامل سریع که در این سال ها رخ می دهد نمی توان بر کاهش وزن تاکید کرد.

با توجه به اینکه در کودکان یا نوجوانان هنوز قد در حال افزایش و ترکیب بدن در حال تغییر است و سن شروع بلوغ نیز متفاوت است، طبقه بندی چاقی با سایر گروه های سنی اختلاف دارد. در گروه سنی ۱۸-۲ سال طبقه بندی وزن براساس مقدار نمایه توده بدنی مخصوص کودکان و نوجوانان صورت می گیرد. (پیوست شماره ...)

در کودکان سنین قبل از مدرسه افزایش وزن ۱ کیلوگرم به ازای ۲ سانتیمتر افزایش قد یک افزایش منطقی است و از ۳ سالگی تا ۹ سالگی کاربرد دارد. افزایش بیش از این مقدار نیاز به توجه و مراقبت از افزایش وزن دارد. در مان مشابه درمان در بزرگسالان و شامل رژیم غذایی و افزایش فعالیت بدنی است اما در کودکان باید سن، شدت چاقی و وجود سایر عوامل خطر آفرین در کودک را نیز مد نظر قرار داد. نقش والدین و مربیان کودکان در حمایت از برنامه های کاهش وزن و یا جلوگیری از افزایش وزن بسیار مهم است.

ارزیابی اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان

ارزیابی اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان بر حسب صدک های نمایه توده بدنی و با توجه به سن انجام می گیرد. - کودکانی که نمایه توده بدنی کمتر از ۸۵٪ دارند دارای وزن طبیعی به ازای قد خود هستند. در این افراد باید وزن حفظ شود چون با افزایش قد مقدار نمایه توده بدنی مطلوب تر می گردد. این افراد هر سال باید از نظر قد و وزن و نمایه توده بدنی بررسی شوند.

- کودکانی که نمایه توده بدنی ۸۵٪ تا ۹۵٪ دارند در معرض خطر اضافه وزن هستند. در این افراد باید همین مقدار نمایه توده بدنی با افزایش سن حفظ شود چون با افزایش سن مقدار نمایه توده بدنی مطلوب تر می گردد و باید به کمتر از ۸۵٪ برسد.

در این افراد باید کاهش وزن تدریجی انجام گیرد.

- افرادی که نمایه توده بدنی ۹۵٪ و بیشتر دارند دارای اضافه وزن هستند. در کودکان جوان تر باید همین مقدار نمایه توده بدنی با افزایش سن حفظ شود. در نوجوانان باید کاهش وزن تدریجی تا رسیدن به نمایه توده بدنی کمتر از ۸۵٪ انجام گیرد.

- افرادی که نمایه توده بدنی ۹۵٪ و بیشتر همراه با سایر عوامل خطر آفرین دارند باید کاهش وزن ۱ تا ۲ کیلو در ماه برای کاهش نمایه توده بدنی انجام گیرد و درمان سایر عوامل خطر آفرین انجام شود.

- افرادی که نمایه توده بدنی ۳۰ و بیشتر همراه با سایر عوامل خطر آفرین دارند باید کاهش وزن ۱ تا ۲ کیلو در ماه برای کاهش نمایه توده بدنی انجام گیرد و درمان سایر عوامل خطر آفرین انجام شود.

به چند دلیل در کودکان کاهش وزن تدریجی توصیه می شود:



۱- چون هدف کاهش وزن به مقدار لازم در مدت طولانی تری است، هم دستیابی به آن مقدار وزن راحت تر است و هم در کودکانی که اعتماد به نفس کمتری دارند سبب افزایش اعتماد به نفس می شود.

۲- کاهش وزن تدریجی مقدار انرژی مورد نیاز برای کودکانی که هنوز در حال رشد هستند را تامین می کند. در نوجوانان بزرگ تر مشابه از نمودار نمایه توده بدنی افراد بزرگ سال استفاده می شود و مقدار نمایه توده بدنی ۲۵ و بیشتر به عنوان اضافه وزن و یا چاقی مد نظر قرار می گیرد. گاهی کودکانی که از تناسب جسمی خوبی برخوردار هستند دارای نمایه توده بدنی بیشتری هستند که به علت افزایش بافت چربی در بدن آن ها نیست بلکه به علت افزایش توده عضلانی است و این افراد نیاز به کاهش وزن ندارند.

وجود سایر عوامل خطرآفرین و یا بیماری های ناشی از چاقی در تصمیم گیری برای کاهش وزن نقش مهمی دارند. اصلاح رژیم غذایی اختصاصی بر حسب سن فرد پایه درمان است. اهداف اصلی رژیم غذایی، دریافت انرژی مناسب و تغذیه مطلوب برای حفظ سلامتی و رشد طبیعی و کمک به کودک برای ایجاد و حفظ عادات غذایی و فعالیت بدنی مفید است. نیازهای طبیعی کودکان ممکن است برای کودکان هم سن به علت اختلاف طبیعی در اندازه آن ها متفاوت باشد.

هدف های تغییر رفتار برای کاهش وزن در کودکان و نوجوانان شامل موارد زیر است:

- افزایش مصرف میوه و سبزی بیش از ۵ بار در روز
- مصرف فیبرهای غذایی به مقدار کافی و محدودیت مصرف نمک و قند و شکر
- افزایش مصرف شیر و لبنیات بیش از ۳ بار در روز و افزایش مصرف لبنیات بدون چربی بعد از ۲ سالگی
- افزایش مصرف غلات بیش از ۶ بار در روز
- آماده کردن غذا در منزل و کاهش مصرف غذاهای بیرون از خانه، برنامه ریزی برای تنقلات سالم، ارائه غذاهای کم انرژی مثل میوه و سبزی
- افزایش فعالیت بدنی روزانه به ۱ ساعت در روز
- محدود کردن تماشای تلویزیون به کمتر از ۲ ساعت در روز
- درگیر کردن کودکان در برنامه ریزی وعده های غذایی، خرید مواد غذایی، آماده کردن غذا و انتخاب غذاهای سالم تر
- انجام فعالیت بدنی روزانه منظم (در حد عرق کردن که نشان می دهد شدت فعالیت مناسب است و تلاش کافی صورت گرفته است). این توصیه برای همه کودکان کاربرد دارد.
- کاهش تماشای تلویزیون و بازی های کامپیوتری به کمتر از ۲ ساعت در روز
- توصیه به ورزش و فعالیت بدنی که لذت بخش و مطابق با شرایط و شیوه زندگی خانواده باشد. فعالیت هایی مانند پیاده روی، دوچرخه سواری، اسکیت، پیاده روی، طناب بازی، کوه پیمایی، وزنه برداری برای بهبود قدرت عضلانی و باغبانی را راحت تر می توان در زندگی روزانه انجام داد.
- اغلب رژیم های غذایی برای کاهش وزن بر مصرف متعادل، متنوع و مقدار کافی طبق الگوی غذایی کلی مصرف تاکید دارد. مراقبت و درمان چاقی و اضافه وزن یک مراقبت دراز مدت است و بهتر است خود مراقبتی توسط کودکان و نوجوانان تشویق شود.

فعالیت بدنی

تعریف فعالیت بدنی:

فعالیت بدنی به حرکت های بدنی یا فیزیکی گفته می شود که بوسیله عضلات اسکلتی ایجاد می شود و نیاز به مصرف انرژی دارد. ورزش نوعی فعالیت بدنی است که سازماندهی شده است و با هدف دسترسی به تناسب بدنی به صورت منظم و مکرر انجام می شود. تناسب بدنی مجموعه ای از خصوصیات است که قابلیت و توانایی انجام فعالیت های بدنی لازم و مورد نیاز روزانه را با قدرت، هوشیاری، نشاط و شادابی بدون مواجهه با خستگی بی مورد، به فردمی بخشد. تناسب بدنی معمولاً بر اساس تناسب قلبی-تنفسی، تناسب عضلانی و ترکیب بدن محاسبه می گردد. بیشترین حد فواید قلبی عروقی با فعالیت



بدنی با شدت متوسط و منظم حاصل می شود.

فعالیت بدنی برای بیمار مبتلا به نارسایی قلبی خوب است اما نباید با شدت زیاد انجام دهد. پیاده روی از فعالیت های بسیار مناسب است. ورزش منظم عضلات را سالم نگه میدارد. باید بیاد داشت بیماران و افراد بالای ۴۰ سال باید قبل از شروع هر فعالیت مهمی با پزشک مشورت کنند حتی اگر با انجام آن دچار مشکلی نشوید. میزان مناسب فعالیت بدنی روزانه هر فرد که بطور معمول انجام می دهد باید توسط پزشک او برآورده شود. برای هر فرد باید متناسب با توانایی هایش و نیاز سلامتی او برنامه ورزشی تجویز نمود.

فعالیت بدنی منظم شامل حداقل ۴ تا ۶ بار ورزش با شدت متوسط (معادل حالتی که در راه رفتن سریع بدست می آید) در هفته و هر بار به مدت ۳۰ الی ۶۰ دقیقه است که این مدت می تواند به دفعات حداقل ۱۰ دقیقه ای تقسیم شود و در ۳ الی ۶ نوبت در روز انجام شود. برنامه های ورزشی یا فعالیت بدنی باید شامل ورزش های هوازی و نیز ورزش های مقاومتی و قدرتی برای ارتقاء و تقویت سلامتی ساختمان اسکلتی -عضلانی باشند و ۲ تا ۳ بار در هفته گنجانده شوند. نرمش قبل و بعد از انجام فعالیت ورزشی به منظور گرم کردن و سرد کردن تدریجی بدن ضروری است.

فعالیت های هوازی یا ورزش آئروبیک تمرینی است که توانائی عملکرد و تناسب قلبی عروقی را بهبود می بخشد. فعالیت های هوازی فعالیت های با شدت متوسط و مدت نسبتاً طولانی هستند که گروه های عضلات بزرگ بدن را فعال می کنند و اجرای آن ها به حضور و مصرف اکسیژن توسط عضلات بدن وابسته است، زیرا انرژی مورد نیاز برای این نوع فعالیت ها، عمدتاً از طریق سیستم هوازی تامین می شود. نمونه های فعالیت های هوازی شامل دویدن، طناب زدن، پیاده روی تند، شنا، دو آرام و دوچرخه سواری با سرعت کم و متوسط هستند.

شدت این گروه از فعالیت های هوازی در حدی است که می توان آن ها را به مدت نسبتاً طولانی انجام داد و در عین حال سرعت ضربان قلب را به نحو بارزی افزایش می دهند. فعالیت های همگانی یا شیوه زندگی که شدت متوسطی دارند مثل پیاده روی بجای رانندگی یا استفاده از ماشین، بالا رفتن از پله ها بجای آسانسور و یا مقداری از راه را تا محل کار پیاده رفتن اگرچه از نوع فعالیت های هوازی هستند ولی چون شدت آن ها کم است، ورزش های هوازی فعال تلقی نمی شوند. فعالیت های شدید تر مانند طناب زدن، دویدن آهسته یا دوچرخه سواری از نوع هوازی فعال هستند و برای تناسب قلبی عروقی در افراد سالم بسیار مفیدتر هستند. اما توجه کنید که در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نباید شدت فعالیت ها زیاد باشد و فعالیت هایی مثل پیاده روی تند، شنا، دو آرام و دوچرخه سواری آرام مناسب این افراد هستند.

فعالیت های غیر هوازی فعالیت هایی هستند که با تمام سرعت در مدت کوتاه انجام می شوند (چند ثانیه تا حداکثر ۳ دقیقه) مانند انواع پرتاب ها (مثل دیسک، نیزه، وزنه)، پرشها، کشتی و وزنه برداری، به مصرف اکسیژن وابسته نیستند. این نوع فعالیت ها برای بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی خصوصاً "نارسایی قلبی مناسب نیستند."

برای اینکه فعالیت بدنی و ورزش خطرایجاد نکند، بیماران باید نکات زیر را پیگیری کنند:

- ۱- بدانند چه نوع و چه مقدار ورزشی برای آنها خوب است .
- ۲- در سطح صاف پیاده روی کنند و از بالا رفتن از سر بالائی خودداری کنند.
- ۳- سعی کنند حداقل ۵ روز در هفته تمرین کنند.
- ۴- تمرین خود را به تدریج از روزی ۱۰ دقیقه تا ۳۰ الی ۶۰ دقیقه در روز افزایش دهند. این کار ممکن است ۸-۱۲ هفته طول بکشد تا به آن مدت دست یابند .
- ۵- اگر به مقدار مناسب و درست فعالیت کنند، نباید آن ها را خسته کند. در هنگام فعالیت باید بتوانند بدون اینکه مشکل تنفسی داشته باشند، صحبت کنند.
- ۶- لباس و کفش مناسب بپوشند. از لباس های سبک و جاذب عرق (نخی یا کتان) که پوست بتواند براحتی تنفس کند استفاده کنند. در سرما از چند لایه لباس نازک بجای یک لباس کلفت استفاده کنند.
- ۷- در هوای سرد کمتر از ۵ درجه و هوای گرم بالای ۳۰ درجه یا در زمان غذا خوردن از تمرین خودداری کنند.



- ۸- اگر پیاده روی جزء تمرین است : دورتا دور ساختمان یا دور جاده به شکل دایره پیاده روی کنند . پیاده روی در یک جهت مستقیم باعث می شود از نقطه ای که شروع کردند دور شوند. سعی کنید بطور مداوم قدم بزنند.
- ۹- از فعالیت های خیلی زیاد پرهیز کنند. اشیاء سنگینی را که زود آن ها را خسته می کند، هل ندهند ، نکشند، بلند نکنند یا فشار ندهند .
- ۱۰- بهتر است فعالیت ورزشی خود را در پارک ها ی نزدیک خانه و حتی المقدور در ساعات اولیه روز انجام دهند.
- ۱۱- در ساعات شلوغی خیابان ها نباید به فعالیت بدنی بپردازند.
- ۱۲- توصیه می شود مشخصات فردی شامل نام و نام خانوادگی و تلفن خود و یا یکی از آشنایان را در جیب خود قرار دهند تا در صورت بروز حادثه خاص، امکان تماس با نزدیکان آن ها فراهم شود.

علائم فعالیت بدنی نامناسب و خیلی سخت

- تنگی نفس زیاد
 - تپش قلب
 - سرگیجه و تهوع
 - ناراحتی و درد سینه
 - خستگی (از پا افتادن) بعد از تمرین
- اگر در حین فعالیت این نشانه ها رخ دهد، فعالیت را قطع و استراحت کنند. در صورتی که این نشانه ها بیش از ۲۰ دقیقه طول بکشد یا اگر بطور نامنظم رخ دهد با پزشک خود تماس بگیرند .

تنظیم برنامه روزانه توسط بیماران قلبی عروقی

- ۱- اگر فعالیت های روزانه خیلی خسته کننده است نیاز به ذخیره انرژی دارند. ممکن است نیاز باشد بعضی از فعالیت ها را قطع کنند یا از وسایل یا روش هایی استفاده کنند که انجام آن انرژی کمتری نیاز دارد و آن را ذخیره می کند. (مثل استفاده از جارو برقی، ماشین لباسشویی ..)
- ۲- بیماران هم روز خوب و هم روز بد خواهند داشت . سعی کنند این تغییرات را با تنظیم فعالیتها به حداقل برسانند.
- ۳- طوری برنامه ریزی نکنند که کارهای زیادی را در یک روز انجام دهند. زمان کافی در نظر بگیرند تا نیازی به عجله کردن نباشد.
- ۴- قبل و بعد از فعالیت ها استراحت کنند. وقتی احساس میکنند خیلی خسته هستند چند بار استراحت کوتاه موثر تر از استراحت طولانی است
- ۶- اگر در حین فعالیت خسته شدند ، توقف کنند و استراحت کنند.
- ۵- بعد از غذا فوراً فعالیت انجام ندهند.

توانبخشی در بیماران بعد از حمله قلبی یا جراحی قلب

فعالیت های اولیه باید تحت نظارت انجام شود. در ابتدا توصیه می شود با مقدار کمی فعالیت مثل نشستن روی صندلی به مدت چند ساعت در روز شروع شود و سپس فعالیت سبک بصورت پیاده روی روزانه با سرعت آهسته و فاصله کم انجام شود و به تدریج در طول دو هفته تا ۱۰ دقیقه پیاده روی مداوم در هر روز، افزایش یابد. در این مدت پیاده روی باید همراه با تمرینات و حرکات غیر مقاومتی (کششی و نرمشی) دست ها ، پاها و تنه انجام شود. اگر فعالیت برای چند روز قطع شود، باید با شدت کمتر از سر گرفته شود و به تدریج افزایش یابد. در فاصله ۲ تا ۶ هفته بعد از حادثه قلبی در صورت پایدار بودن وضعیت بیمار یک سری آزمایش از جمله آزمایش ورزش برای بیمار انجام می شود و یک برنامه ورزشی برای آماده سازی بیمار به اجراء در می آید که شامل ورزش عضلات بزرگ است و حداقل ۲۰ تا ۳۰ دقیقه در هر جلسه و ۳ تا ۴ بار در هفته باید انجام شود. در حین فعالیت نباید مشکلی پیش آید، بیمار باید در صورت بروز درد یا احساس ناراحتی در سینه، تپش قلب، تهوع، احساس غش و تنگی نفس فعالیت خود را قطع کند و با پزشک خود مشورت نماید. در بیمارانی که کم خطر هستند می توان شدت



فعالیت را بیشتر کرد. وقتی شدت فعالیت ورزشی برای بیمار بی ضرر بود هر هفته می توان به زمان فعالیت ۵ دقیقه اضافه کرد. بیمار به تدریج قادر می شود یک فعالیت مشخص را با توانایی و افزایش کمتر ضربان قلب انجام دهد. سپس می توان شدت فعالیت را تا حد ورزش های قدرتی مثل بلند کردن وزنه های مناسب افزایش داد.

بیمارانی که در منزل ناچار به استفاده از پله هستند باید قبل از مرخص شدن از بیمارستان در آن جا تمرین کنند. یعنی می توانند یک روز یک طبقه از پله ها پایین بروند و با آسانسور برگردند و روز بعد یک طبقه از پله ها بالا بروند و پایین بیایند. این کار کمک می کند بیمار و خانواده او در منزل کمتر مضطرب باشند.

توصیه هایی برای فعالیت بدنی در کودکان و نوجوانان

کودکان کمتر از ۲ سال : فراهم کردن محیط بازی امن ، جلوگیری از تماشای تلویزیون ، اجازه به بازی در محیط بیرون از خانه تحت نظارت والدین مانند پیاده روی در پارک

۱۰-۱۲ سال: بازی با خانواده و دوستان، انجام فعالیت هایی که مهارت بیشتری نیاز دارند مانند فوتبال، بسکتبال

کودکان ۴-۶ سال : توصیه به بازی های آزاد و فعالیت هایی مثل شنا، دویدن، پیاده روی با والدین

نوجوانان: این گروه بیشتر به تناسبات جسمی خود توجه دارند ، پیاده روی ، دوچرخه سواری، کاردر خانه ، ورزش های رقابتی و غیر رقابتی از ورزش های مناسب است.

بطور کلی توصیه می شود افراد بزرگسال در روز معادل ۱۰۰۰۰ قدم (۱۱۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ قدم در روز برای دختران و ۱۳۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰ قدم در روز برای پسران) فعالیت کنند تا به سطح مطلوب فعالیت و شیوه زندگی سالم برسند.



روماتیسم

معنی لغوی روماتیسم چیست؟

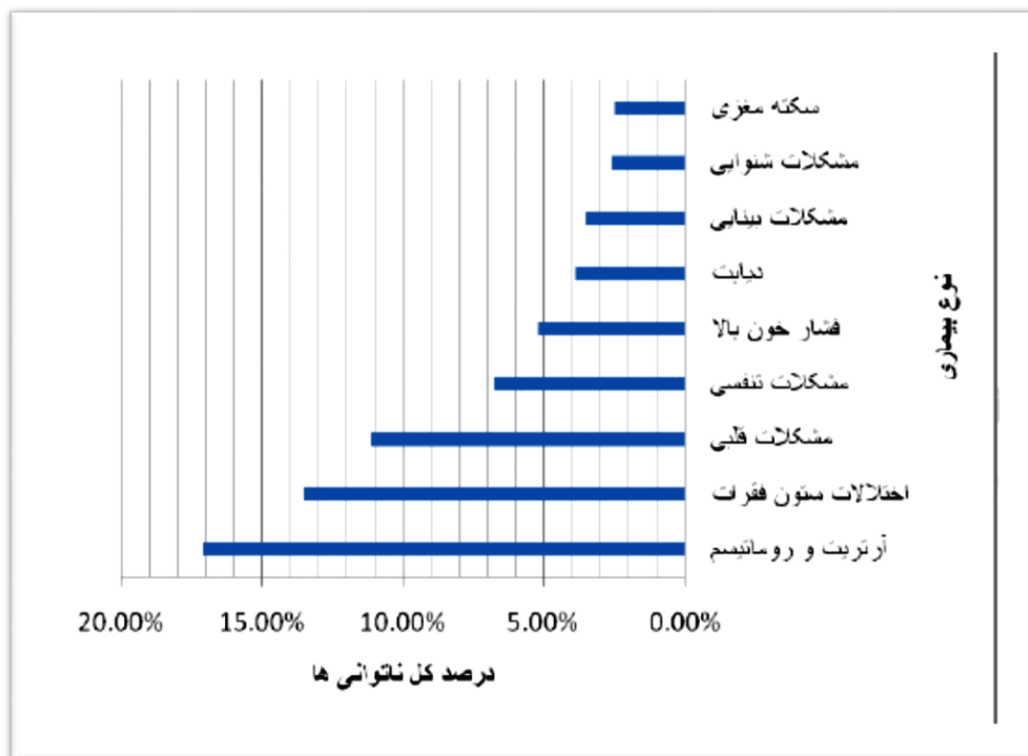
کلمه روماتیسم گرفته شده از یک کلمه یونانی به نام روما (Rheuma) است، روما به معنی ماده جاری است، در طب یونانی معتقد بودند ماده ای از مغز منشا گرفته، در خون جریان یافته و در مفاصل جایگزین میگردد که رسوب این ماده در مفاصل باعث تورم و درد مفاصل می گردد لذا به بیماری های مفصلی روماتیسم اطلاق شد.

روماتیسم چیست؟

روماتیسم به مجموعه ای از بیماری ها گفته میشود که وجه مشترک آنها ابتلا سیستم حرکتی (مفاصل، عضلات، رباط ها، و استخوان ها) است البته تعداد زیادی از بیماری های روماتیسمی، بیماری های منتشره هستند که غیر از مفاصل، اعضا دیگر را نیز می توانند مبتلا کنند، درگیری اعضا بدن در بیماری های روماتیسمی مختلف، متفاوت است.

آیا بیماری های روماتیسمی بیماری های شایعی هستند؟

- بیماری های روماتیسمی از شایع ترین بیماری های مزمن هستند .
- بیماری های مفصلی از شایع ترین علت ناتوانی هستند. (در نمودار زیر علل مهم ناتوانی نشان داده شده است همانطور که در نمودار دیده می شود شایع ترین علت ناتوانی بیماری های روماتیسمی هستند)
- ۲۵٪ مردم به نوعی روماتیسم مبتلایند .
- شایع ترین بیماری های مزمن، بیماری های روماتیسمی هستند .
- شایع ترین علت درد مزمن این بیماری ها هستند .
- علت ۱۷٪ مراجعات پزشکی را بیماری های روماتیسمی تشکیل میدهند .
- این بیماری ها هزینه های اقتصادی زیادی را به جوامع تحمیل می کنند .
- بیماری های روماتیسمی شامل بیش از ۱۲۰ بیماری می باشند .



چند نوع روماتیسم وجود دارد؟ مهم ترین انواع کدام هستند؟

بیماری های روماتیسمی شامل بیش از ۱۲۰ بیماری هستند البته شیوع و اهمیت همه این بیماری ها یکسان نیست، بعضی از شایع ترین و مهم ترین بیماری های روماتیسمی عبارتند از :



- آرتروز
- آرتريت روماتوئيد
- لوپوس
- اسکلرودرمی
- درماتومیوزیت و پلی میوزیت
- بیماری بهجت
- واسکولیتها
- اسپوندیلیت انکیلوزان
- نفرس و نفرس کاذب
- استئوپروز یا پوکی استخوان
- کمردرد و....

علل ایجاد روماتیسم چیست؟

علت اصلی اکثر بیماری های روماتیسمی هنوز مشخص نیست، اکثر بیماری های روماتیسمی بیماری های خودایمنی هستند یعنی سیستم ایمنی بر علیه بافت های بدن شخص واکنش نشان داده و باعث آسیب این بافت ها می گردد، ولی به هر حال عوامل زیر در ایجاد روماتیسم نقش دارند :

ارث و ژنتیک: در بعضی روماتیسم ها عوامل ارثی دخالت دارند مثل آرتريت روماتوئيد، لوپوس، اسپوندیلیت انکیلوزان، بیماری بهجت، البته در صورتی که مبتلا به یکی از این روماتیسم ها هستید نگران ابتلا بستگان درجه یک خود نباشید چون احتمال ابتلا آنان از چند درصد تجاوز نمی کند .

• **عفونتها :** بعضی از انواع بیماری های روماتیسمی بدنبال برخی عفونت ها ایجاد می شوند مثلا :

. آرتريت واکنشی بدنبال عفونتهای گوارشی و ادراری - تناسلی

. تب روماتیسمی بدنبال گلودرد استرپتوکوکی

• **فشارهای عصبی و روان :** این فشارها در کسی مستعد ابتلا به بیماری های روماتیسمی باشد می توانند باعث شروع

بیماری شده و درکسی که مبتلا به یک بیماری روماتیسمی باشد باعث تشدید و شعله ور شدن بیماری گردند .

• **عوامل محیطی :** مثل مواد شیمیایی

• **جنس :** بعضی بیماری های روماتیسمی در خانم ها و برخی در آقایان شایع ترند .

• **داروها :** مثل هیدرالازین و پروکائین آمید

• رژیم غذایی

آیا رطوبت و آب در ایجاد روماتیسم نقشی دارد؟ تماس با آب و زندگی در محل مرطوب هیچ ارتباطی با ابتلا به

بیماری های روماتیسمی ندارد. لذا بیماران مبتلا به روماتیسمی هیچ منعی از نظر تماس با آب، شستشو، حمام کردن و ... ندارند. البته بیمارانی که پدیده رینود دارند در تماس با آب سرد ممکن دچار حمله شوند .

پدیده رینود : حالتی که بیمار در مواجه با سرما یا استرس در انتهاها (انگشتان دست و پا) به ترتیب دچار رنگ

پریدگی، کبودی و قرمزی می شود. در جامعه ما این تصور اشتباه وجود دارد که تماس با آب و زندگی در محل مرطوب نقش مهمی در ایجاد روماتیسم دارد .

آیا فشارهای عصبی در ایجاد روماتیسم دخیل هستند؟ بلی چون استرس روی عملکرد سیستم ایمنی تاثیر دارد

و بیماری های روماتیسمی بیماری های خودایمنی هستند لذا استرس در ایجاد و تشدید بیماری های روماتیسمی نقش دارد .

▪ در کسی که زمینه مساعد برای ابتلاء به روماتیسم داشته باشد فشارهای عصبی می توانند باعث شروع بیماری های روماتیسمی گردند .



- در کسی که مبتلا به یک بیماری روماتیسمی باشد فشارهای عصبی می تواند باعث شعله ور شدن بیماری گردد .
- همه ما در زندگی روزانه خود با وقایع استرس زای زیادی مواجه هستیم مثل شرکت در امتحانات و... لذا نحوه کنار آمدن با این استرس ها را باید بیاموزیم .

علائم روماتیسم چیست؟ همانطور که قبلا گفته شد بیماری های روماتیسمی شامل دسته وسیعی از بیماری ها هستند که می توانند اعضا مختلف را مبتلا کرده و در نتیجه علائم مختلفی را ایجاد نمایند در اکثر بیماری های روماتیسمی مفاصل نیز مبتلا می شوند، علائم ابتلا مفاصل در اکثر بیماری های روماتیسمی عبارت است از :

۱. **درد مفصل :** درد مفصلی در اکثر بیماری های روماتیسمی دارای خصوصیات زیر است :
 - با فعالیت بتدریج کاهش می یابد
 - با استراحت تشدید می یابد
 - نیمه های شب بیمار را از خواب بیدار می کند
 - صبح موقع بیدار شدن از خواب درد شدیدتر است و بیمار احساس خشکی در مفاصل می کند این خشکی معمولا بیشتر از یک ساعت طول میکشد .

در آرتروز خصوصیات درد عبارت است از :

- با استراحت بهتر می شود
- با فعالیت تشدید می شود
- خشکی صبحگاهی کوتاه مدت است (کمتر از نیم ساعت)

۲. تورم مفصل

۳. قرمزی سطح مفصل، البته فقط در بعضی روماتیسم ها ایجاد می شود.

۴. کاهش دامنه حرکات مفصل

باید توجه داشته باشید که در تعداد قابل توجهی از بیماران در صورتی که درمان مناسب (بخصوص در مراحل اولیه بیماری) صورت نگیرد ممکن است مفاصل مبتلا دچار آسیب دائمی گردند .

آیا در بیماری های روماتیسمی غیر از مفاصل بقیه اعضا بدن ممکن است مبتلا شوند؟ اکثر بیماری های روماتیسمی می توانند غیر از مفاصل بعضی از اعضا دیگر را نیز مبتلا کنند. البته احتمال ابتلا اعضا مختلف در بیماری های روماتیسمی مختلف متفاوت است :

آرتریت روماتوئید : پوست، چشم، ریه (آرتریت در واقع به بیش از ۱۰۰ نوع مشکل روماتیکی اطلاق می شود که مفاصل، ماهیچه ها، تاندون ها و حتی پوست و اعضای داخلی خاصی را تحت تاثیر قرار می دهد. تشخیص آرتریت بر اساس تست های خون و رادیولوژی صورت می گیرد. این در حالی است که آرتروز عمدتاً ناشی از افزایش سن است و اساساً غضروف ها را دچار می سازد.)

لوپوس : تمام اعضا

بیماری بهجت : آفت دهان، آفت تناسلی، پوست، چشم، سیستم عصبی، عروق

اسکلرودرمی : پوست، سیستم گوارشی، ریه، کلیه

پلی میوزیت : عضله، ریه،

واسکولیت ها : تمام اعضا (به گروه وسیعی از بیماری های التهابی رگهای خونی (سرخ رگ ها، سیاه رگ ها و مویرگ ها) اطلاق می شود.)

اسپوندیلیت انکیلوزان : چشم، ریه

آرتریت واکنشی : چشم، پوست، مجرای تناسلی

آرتریت پسوریاتیک : پوست، چشم



آیا تمام بیماران مبتلا به یک نوع روماتیسم دارای علائم کاملاً مشابهی هستند؟ خیر، اگر چه بیماران مبتلا به یک نوع روماتیسم از نظر علائم بیماری از خیلی از جهات به هم شبیه هستند ولی تفاوت هایی نیز با هم دارند و در واقع هیچ دو بیماری را نمی توان یافت که از نظر مشکلات کاملاً شبیه به هم باشند بیماران مبتلا به یک نوع بیماری روماتیسمی ممکن است از جهات زیر با هم متفاوت باشند :

- سن شروع بیماری اگر چه هر بیماری روماتیسمی در سنین خاصی شایع تر است ولی اکثر بیماری های روماتیسمی در هر سنی ممکن است شروع شوند .

- نحوه شروع

- شدت علائم

- درگیری اعضا مختلف

- سیر بیماری

- پاسخ به درمان

آیا روماتیسم قابل درمان است؟ پاسخ به درمان در انواع مختلف بیماری های روماتیسمی متفاوت است ، بطور کلی

می توان گفت:

- بعضی روماتیسم ها بعد از مدتی ممکن است خودبخود خاموش شوند (مثل آرتریت واکنشی)

- بعضی از روماتیسم ها معمولاً مادام العمر بوده و حتی با درمان قابل ریشه کنی نیستند و فقط قابل کنترل هستند لذا شخص مبتلا باید همیشه تحت درمان قرار داشته باشند: مثل آرتریت روماتوئید، لوپوس

- بعضی از روماتیسم ها دوره درمان محدودی داشته و در صورتی که درمان موفقیت آمیز باشد پس از طی دوره درمانی ممکن است بتوان داروهای بیمار را قطع کرد (مثل پلی میالژیا روماتیکا)

- اکثر بیماری های روماتیسمی در سیر خود گاهی تشدید و گاهی تخفیف می یابند .

آیا تزریق پنی سیلین ماهانه در درمان روماتیسم موثر است؟ تزریق پنی سیلین ماهانه فقط در پیشگیری از ابتلاء

و عود تب روماتیسمی موثر است. لذا مصرف پنی سیلین در بقیه روماتیسمی تاثیری ندارد .

آیا باید بیمار مبتلا به روماتیسم حتماً دارو مصرف کند؟ جواب این سوال در اکثر موارد مثبت است. البته نوع

دارو، دوز دارو و مدت مصرف در انواع مختلف روماتیسم و حتی در یک نوع روماتیسم از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است .

مدت زمان مصرف داروهای ضد روماتیسم چقدر است؟ بستگی به نوع روماتیسم و پاسخ به درمان دارد. در بعضی

از بیماری های روماتیسمی (مثل آرتریت روماتوئید و لوپوس) معمولاً نیاز بیمار به دارو طولانی مدت و گاهی مادام العمر است .

البته بسته به نیاز پزشک معالج در طول زمان نوع و دوز داروهای بیمار را تغییر می دهد .

آیا فیزیوتراپی در درمان بیماری های روماتیسمی نقشی دارد؟ اگر چه فیزیوتراپی از برنامه های اصلی در درمان

بیماری های روماتیسمی نیست ولی بهر حال در روند درمان این بیماری ها و کاهش عوارض بیماری بدون تاثیر نیست . یک

فیزیوتراپ آگاه به شما، ورزش های لازم را می آموزد و به شما یاد می دهد که دامنه حرکتی مفاصل را بیشتر کنید . بسیار

مهم است که عضلات شما قوی باشند در اثر بی حرکتی عضلات ضعیف می شوند و قوی کردن مجدد آنها مشکل و وقت

گیراست .

آیا در بیماری های روماتیسمی نیاز به جراحی وجود دارد؟ در سال های ابتدائی بیماری معمولاً عمل جراحی

نقشی در درمان بیماری های روماتیسمی ندارد ولی در تعدادی از بیماران سال ها بعد از شروع بیماری ممکن است نیاز به

تعویض مفصل وجود داشته باشد با توجه به اینکه بیماری های روماتیسمی می توانند اعضاء مختلف را مبتلا کنند گاهی

ممکن است در جریان ابتلاء این اعضاء نیاز به عمل جراحی باشد .



آیا فرد مبتلا به روماتیسم می تواند زندگی خوب و شادی داشته باشد؟ سلامتی نسبی است و تعداد زیادی از افراد جامعه حداقل از یک نوع بیماری رنج می برند. لذا شما تنها کسی نیستید که مبتلا به یک بیماری هستید (حدود ۱۷٪ مردم مبتلا به بیماری های روماتیسمی هستند (برخورد افراد با مشکلات) از جمله ابتلاء به بیماری ها (متفاوت بوده بعضی واقعیت را پذیرفته، به پیشنهاد های پزشک معالج عمل کرده و در عین حال به زندگی عادی خود ادامه داده و از زندگی خود لذت می برند و در مقابل افرادی هستند که بعد از ابتلاء به بیماری خود را قربانی سرنوشت پنداشته، فکر می کنند که به آخر دنیا رسیده و زندگی را برای خود و خانواده تلخ می کنند.

■ احساس شادی و خوشبختی یک احساس درونی است و به تفسیر و برداشت شما از وقایع مختلف بیرونی بستگی دارد. در واقع هیچ اتفاقی نمی تواند شما را غمگین کند مگر خود شما بخواهید. یک اتفاق واحد ممکن است باعث دو احساس متضاد در دو فرد شود این دو احساس متفاوت ناشی از دو برداشت و دو تفسیر متفاوت است. یکی این واقعه را به عنوان یک فرصت برای رشد و تکامل تلقی می کند و دیگری آن را یک فاجعه می پندارد.

■ شما نیز اگر بیماری خود را پذیرفته، در پی درمان مناسب آن باشید و در عین حال آن را یک فرصت برای رشد و تکامل و نزدیکی بیشتر به خدا تلقی کنید نه تنها می توانید زندگی خوبی داشته باشید بلکه روند درمانی شما با موفقیت بیشتری همراه خواهد بود.

آیا شخص مبتلا به روماتیسم می تواند ازدواج کند؟ ازدواج در تمام بیمار ان روماتیسمی بلامانع است ولی برای بچه دار شدن حتما با پزشک خود مشورت کنید. با توجه به اینکه باید با همسر آینده خود کاملا صادق بوده و زندگی مشترک خود را بر راستی و پاکی بنا کنید پیشنهاد من به شما این است که همسر آینده خود را در جریان بیماری خود قرار دهید.

چه عواملی می توانند باعث تشدید علائم در بیماری های روماتیسمی گردند؟

۱ - کاهش یا قطع داروهایی که بیمار در حال استفاده آنهاست، قطع داروهای ضد التهاب و کورتیکواستروئید معمولا بلافاصله منجر به تشدید علائم می شوند در صورتی که قطع بقیه داروها (کلروکین، هیدروکسی کلروکین، سولفاسالازین، متوترکسات و...) بعد از چند هفته ممکن است بیمار را دچار تشدید علائم کند.

۲ - هر گونه استرس فیزیکی و روحی .

۳ - عفونت ها .

۴ - مصرف بعضی از داروها بخصوص در لوپوس .

۵ - تماس با آفتاب باعث تشدید علائم بخصوص علائم پوستی در مبتلایان به لوپوس می گردد .

۶ - گاهی بیماری های روماتیسمی خود به خود شعله ور می شوند .

نقش ورزش در درمان بیماری های روماتیسمی چیست؟

به هر بیمار با توجه به بیماری وی و مفاصل مبتلا باید توصیه های مفید در این ارتباط داده شود. باید توجه داشت در بیماران روماتیسمی ، ورزش درمانی باید از اصول زیر پیروی کند:

- هر آنچه را می توانید انجام دهید تا فعالیت فیزیکی خود را حفظ کنید و در عین حال مواظب مفاصل هایتان نیز باشید .
- هنگام ورزش نباید درد شدید برای بیمار ایجاد شود .
- ورزش نباید باعث افزایش التهاب و درد در روز بعد از ورزش شود لذا اگر این حالات اتفاق افتاد یعنی ورزش صحیح صورت نمی گیرد و باید در نحوه ورزش تجدید نظر کرد.
- ورزش هایی که باعث تقویت عضلات می شوند، ورزش های کششی، ورزش های عمومی و یوگا در اکثر بیماری مفصلی باعث کاهش علائم می گردند .
- ورزش های آبی روی مفاصل فشار کمتری می آورند و در عوض باعث تقویت عضلات می گردند لذا این نوع ورزش در بیماری های مفصلی مفید هستند .



- ورزش در سنین بالا باعث کاهش در افت عملکرد سیستم حرکتی می شود و در ضمن باعث امکان واکنش بهتر در برا بر اتفاقات و حوادث شده، لذا از میزان صدمات فرد می کاهند .
- پیاده روی باعث حفظ و بهبود توده استخوانی می شود لذا در پیشگیری از پوکی استخوان موثر است .
- ورزشهای سنگین و حرکات جهشی و پرشی در کسانی که بیماری مفصلی دارند می تواند باعث تشدید آسیب مفصلی گردند .

آیا بیماری های روماتیسمی قابل پیشگیری هستند؟

از این نظر بیماری های روماتیسمی مهم را به چند دسته می توان تقسیم کرد :

- ۱- روماتیسم هایی که بدنبال عفونت ایجاد می شوند (تب روماتیسمی، آرتریت واکنشی) در این گروه با جلوگیری از ابتلاء به عفونت، و درمان زود هنگام عفونت بعد از ابتلاء، می توان تا حد زیادی میزان بروز این بیماری ها را کاهش داد .
- ۲- بیماری های روماتیسمی که علت دقیق آنها مشخص نبوده و لی به هر عوامل متعددی می توانند احتمال بروز آنها را کاهش یا افزایش دهند. اگر چه تمهیدات زیر ممکن است باعث کاهش قابل توجه این دسته از بیماری ها نشوند ولی بهر حال بدون تاثیر نیز نیستند :

پرهیز از استرس های بی مورد و حفظ آرامش و فراهم آوردن زندگی شاد و با نشاط و بدون دغدغه

رژیم غذایی مناسب : پرهیز از مصرف کالری بیش از نیاز، پرهیز از مصرف زیاد چربی های حیوانی و چربی های اشباع

شده، مصرف غذاهای دریایی، مصرف میوه جات و سبزیجات تازه، ورزش مناسب



استئوپروز (پوکی استخوان یا بیماری خاموش)

بیماری است که در آن چگالی و توده ی استخوانی کاهش می یابد و به زبان ساده تر استخوان توخالی تر می شود. با ضعیف شدن استخوان ها خطر شکستگی آن ها افزایش می یابد.

علائم:

کاهش چگالی و توده ی استخوان آرام و تدریجی رخ می دهد و اغلب علائم آن تا وقتی که اولین شکستگی رخ دهد دیده نمی شود. بیشترین شکستگی های مربوط به پوکی استخوان در ران ، ستون مهره ها و مچ دست رخ می دهند. این شکستگی ها بویژه در ران و ستون مهره ها با افزایش سن شایع تر می شود. از دست دادن استخوان ها معمولاً بدون علامت است و اولین علامت میتواند شکستگی استخوان باشد. یک حرکت ناچور می تواند با شکستگی همراه باشد. شکستگی های ستون های مهره ها عواقبی همچون کاهش قد، پشت درد های شدید و شکل بد قامت دارد. شکستگی ران اغلب نیاز به جراحی دارد و احتمالاً منجر به از دست رفتن زندگی مستقل می شود.

اپیدمیولوژی

سن ابتلا به این بیماری در بین زنان ایرانی به شدت کاهش یافته و به ۳۵ سالگی رسیده است در حالیکه میانگین سن ابتلا به این بیماری در جهان ۷۵ سالگی می باشد. سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که حدود ۴۰ درصد از زنان و ۱۰ درصد از مردان در طول زندگی خود با خطر ابتلا به پوکی استخوان مواجه اند. آماري اخیراً از سوی وزارت بهداشت اعلام شد که با توجه به آن حدود ۴۷ درصد از زنان و ۴۴ درصد از مردان بالای ۵۰ سال در ایران دچار کمبود تراکم استخوان می باشند و حدود ۵ درصد از افراد ۲۰ تا ۷۰ سال به پوکی استخوان مبتلا می باشند. اطلاعات دیگری حاکی از آن است که نیمی از زنان بالای ۴۵ سال و ۹۰ درصد از زنان بالای ۷۵ سال در ایران به پوکی استخوان مبتلا هستند. اخبار خوب برای این بیماران این است که پوکی استخوان اکنون دارای درمان های خوبی می باشد و با ترکیبی از تغییرات سبک زندگی و درمان های پزشکی مناسب می توان از شکستگی ها دوری کرد. در بدن موجود زنده استخوان ها بسیار حیاتی می باشند. آنها دارای اعصاب و رگ های خونی می باشند. سلول های استخوانی دارای عمر محدودی می باشند و با پیر شدن این سلول ها ، سلول های جدیدتری جایگزین این سلول ها می شوند.

عارضه مهم پوکی استخوان، شکستگی های استخوانی است. مهم ترین شکستگی ناشی از پوکی استخوان ، شکستگی استخوان ران است که در قسمت بالای این استخوان و نزدیک مفصل ران اتفاق می افتد. این شکستگی احتیاج به بستری شدن در بیمارستان و عمل جراحی دارد عوارض این نوع شکستگی زیاد است . علاوه بر معلولیت و وابسته شدن به دیگران ، میزان مرگ و میر بعد از شکستگی ران در طی یک سال بعد از شکستگی به حدود ۲۰ درصد می رسد. شکستگی های شایع دیگر مربوط به ناحیه مچ دست و مهره های ستون فقرات می باشند. شکستگی های مهره ها، نیز منجر به معلولیت، کمردردهای مزمن و افزایش مرگ و میر در سنین بالا می شود.

درمورد شیوع پوکی استخوان در کشورهای در حال توسعه ، اطلاعات محدود است و یا آمار دقیقی وجود ندارد. در ایران ، مطالعات محدودی که تا کنون انجام شده ، نشان می دهد که مقدار متوسط تراکم استخوان افراد سالم در ایران ، از ژاپنی ها بیشتر و از آمریکائی ها کمتر است. هم چنین در یک مطالعه که در چند استان کشور انجام شده ، نشان داده است که ۴۷ درصد زنان و ۴۴ درصد مردان مسن تر از ۵۰ سال دچار کمبود تراکم استخوان هستند. بطور کلی در دنیا ، بعد از سن ۵۰ سالگی از هر ۳ زن یک نفر و از هر ۵ مرد یک نفر دچار پوکی استخوان هستند.

با توجه به اینکه در اکثر جوامع ، اکنون افراد تا سنین بالاتری زنده می مانند، تعداد بیماران مبتلا به پوکی استخوان نیز زیادتر خواهد شد. از طرف دیگر چون در کشورهای پیشرفته روش های پیشگیری از پوکی استخوان را از سنین جوانی شروع می کنند، انتظار می رود در آینده ، پوکی استخوان در کشورهای پیشرفته کمتر و در کشورهای در حال توسعه زیادتر شود.

فیزیولوژی استخوان



برای اینکه بفهمیم در بیماری پوکی استخوان چه روی می دهد، به فیزیولوژی استخوان اشاره ای می کنیم. استخوان یک بافت زنده و دائما در حال تغییر است. ساختمان استخوان شبیه لانه زنبور عسل (خانه - خانه) می باشد. بافت استخوان از فیبرهای پروتئینی محکم با خاصیت الاستیکی بنام کلاژن و کریستال های فسفات کلسیم و مواد معدنی دیگر تشکیل شده است. ترکیب کلاژن و فسفات کلسیم باعث می شود که استخوان، ساختمان محکم و در عین حال قابل انعطاف در برابر ضربات داشته باشد.

در بافتهای استخوانی سه نوع سلول وجود دارد:

استئوبلاست (OSTEOBLAST) ابتدا کلاژن می سازد سپس مواد معدنی را روی آن رسوب می دهد و این عمل را آنقدر ادامه می دهند تا خود درون کیسول (Lacuna) محصورگشته، استخوان سازی متوقف گردد، از این پس این سلول را استئوسیت می نامند.

استئوسیت (Osteocyte) این سلول ها درون کیسول قرار دارند و توسط زایده های سیتوپلاسمی خود، با سلول های دیگر ارتباط برقرار می نمایند، این زایده ها در نقل و انتقال یونها، مواد غذایی و هورمونها نقش اساسی دارند.

استئوکلست (OSTEOCLAST) سلول های استخوان خوار هستند که کار خود را در مرحله برداشت مواد معدنی و تجزیه مواد آلی به انجام می رسانند.

مهم ترین عواملی که در استخوان سازی نقش دارند:

پروتئین، کلسیم و فسفر، ویتامین A در توزیع و فعالیت استئوکلستها و استئوبلاستها دخالت داشته و از این طریق تعادلی بین تهیه استخوان و جذب استخوان ایجاد می کند. در کمبود ویتامین A سلول های استخوانی توانائی تولید نرمال ماده زمینه ای استخوان را از دست می دهند. افزایش ویتامین A موجب آسیب به رشد استخوانها می شود.

کمبود ویتامین C باعث کاهش ماده بنیادی و اختلال در تشکیل رشته کلاژن می شود. ویتامین D باعث ۱- جذب کلسیم از روده را تسهیل می کند. ۲- مستقیما روی استخوان سازی تاثیر دارد. مقادیر زیاد این ویتامین اثر سمی داشته باعث جذب و تحلیل مجدد استخوان خواهد شد

عوامل خطر ساز ایجاد پوکی استخوان

عواملی را که در ایجاد پوکی استخوان در یک فرد دخیل می باشند، عوامل خطر (risk factors) می نامند. بسیاری از بیمارانی که مبتلا به پوکی استخوان هستند، چند عامل خطر برای ایجاد بیماری دارند، اما در بعضی بیماران، هیچ عامل خطر شناخته شده ای وجود ندارد. عوامل خطر ایجاد پوکی استخوان را به دو دسته تقسیم می کنند: عوامل خطری که نمی توان آن ها را تغییر داد، و عوامل خطری که می توان آن ها را تغییر داد.

عوامل که قابل تغییر نیستند:

جنسیت: احتمال بروز پوکی استخوان در زنان بیشتر از مردان است. حداکثر توده استخوانی در زنان کمتر از مردان است و اندازه استخوان های آنها کوچکتر است. بعد از یائسگی بعلت کاهش مقدار استروژن، زنان با سرعت بیشتری از مردان، توده استخوانی خود را از دست می دهند.

سن: هرچه سن بالاتر رود، خطر بروز پوکی استخوان بیشتر می شود. از دست رفتن استخوان در طول زمان، اتفاق می افتد، و با بالا رفتن سن، استخوان ها ضعیف تر می شوند.

اندازه جثه: در زنانی که لاغر اندام بوده و جثه کوچکی دارند و زنان قد بلند- با کمال تعجب -خطر بروز پوکی استخوان زیاد است.

نژاد: در زنان سفید پوست (نژاد قفقازی) و آسیائی (شرق آسیا) خطر ابتلا به پوکی استخوان زیاد است. این خطر در زنان سیاه پوست و اسپانیائی تبار ها کمتر است. در مردان، خطر پوکی استخوان در نژاد سفید پوست بیشتر از سایر نژادها می باشد.



سابقه فامیلی : استعداد ابتلا به پوکی استخوان و شکستگی استخوان تا اندازه ای به توارث ارتباط دارد. افرادی که والدین آن ها سابقه شکستگی ناشی از پوکی استخوان را دارند کمبود توده استخوانی دارند و خطر شکستگی استخوان در آن ها زیاد است.

عوامل خطری که قابل تغییر می باشند:

- کمبود هورمون ها: هورمون های جنسی، هورمون رشد.
- تغذیه نامناسب و کلسیم ناکافی در رژیم غذایی.
- بیماری ها ، مثل : پرکاری تیروئید، هیپاتیت ، بعضی سرطان ها، آرتروز و..
- دارو ها مثل کورتون، داروهای ضد صرع، شیمی درمانی .
- بی تحرکی و بستری طولانی.
- مصرف مشروبات الکلی و سیگار کشیدن.
- مسمومیت با بعضی عناصر.

کلسیم

در بدن اشخاص بالغ یک تا دو کیلوگرم کلسیم وجود دارد. این ماده به صورت املاح گوناگون با غذا وارد بدن می شود و در حضور ویتامین D پنجاه در صد آن در روده جذب به خون وارد و بقیه توسط مدفوع دفع خواهد شد. با افزایش سن بدن کم ظرفیت طبیعی خود راجهت جذب کلسیم از دست می دهد و فرد باید دستگاه گوارش و سیستم های بدن خود را با استفاده از مکمل های کلسیم و ویتامین D حمایت کند.

عوامل موثر در تنظیم کلسیم خون

ویتامین D، هورمون پاراتورمون (ترشح از غده پاراتیروئید)، کالسی تونین (ترشح از غده تیروئید)، جذب روده ای کلسیم تحت تاثیر رژیم غذایی، سن، و اختلالات طبی است با افزایش سن، جذب کلسیم کم می شود روزانه ۱۰۰ تا ۳۰۰ میلی گرم کلسیم از طریق ادرار دفع می شود. ترشح کلسیم در شیره معدی باعث دفع اجباری ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی گرم در روز از راه مدفوع می گردد.

جدول زیر مقادیر لازم کلسیم و ویتامین د را در سنین مختلف نشان می دهد *

سن	کلسیم (میلی گرم)	ویتامین د (واحد بین المللی)
از تولد تا 6 ماهگی	210	200
از 6 ماهگی تا 1 سالگی	270	200
از 1 سالگی تا 3 سالگی	500	200
از 4 سالگی تا 8 سالگی	800	200
از 9 سالگی تا 18 سالگی	1300	200
از 19 سالگی تا 50 سالگی	1000	200
از 51 سالگی تا 70 سالگی	1200	400
بالتر از 70 سالگی	1200	600
زنان حامله و شیرده :		
زنان حامله (زیر 18 سال)	1300	200
زنان حامله (بعد از 18 سال)	1000	200

نقش ورزش در پیشگیری از پوکی استخوان

افزایش جریان خون موجب می شود که کلسیژن و مواد غذایی بیشتر به سلول های استخوان ساز برسد. افزایش هورمون هایی که ترشح آنها با ورزش تحریک می شود و استخوان سازی و متابولیسم سلول های استخوانی را افزایش می دهد. فعالیت بدنی بر ساختار اسکلتی در دوران قبل و بعد از بلوغ موثر است و در بزرگسالی این تاثیرات کمتر هستند، به طوری که با تمرینات ورزشی سبک حدود ۱-۲ درصد به توده استخوان اضافه می شود. تئوری که نقش استخوان ساز ورزش را توجیه می کند بدین ترتیب است که با انجام فعالیت ورزشی شکستگی خیلی ریزی در استخوان رخ می دهد که موجب تحریک سلول های



استئوکلست شده و با فعالیت این سلول ها و در پی آن سلول های استخوان ساز استئوبلاست توده تراکم تری از استخوان ایجاد می شود، به طوری که در برابر فشار پایدار تر باشد.

تشخیص پوکی استخوان

تشخیص بر مبنای کلینیکی (شرح حال بیمار) و پاراکلینیکی (آزمایش و تصویربرداری) صورت می گیرد. برای تشخیص پوکی استخوان گرفتن شرح حال و سوابق پزشکی، معاینه، آزمایشات خون و ادرار و سنجش تراکم استخوان لازم می باشند. در شرح حال و سوابق پزشکی، سئوالاتی پرسیده می شود که وجود عوامل خطر برای پوکی و شکستگی استخوان را مشخص کنند. سابقه شکستگی استخوان، نوع تغذیه، مصرف داروها، سابقه فامیلی پوکی استخوان و شکستگی استخوان و وضعیت قاعدگی از جمله این سئوالات می باشند. در موقع معاینه، پزشک به کوتاه شدن قد، تغییرات ستون فقرات و حفظ تعادل در موقع راه رفتن دقت می کند.

در چه کسانی باید سنجش تراکم استخوان و بررسی های تکمیلی انجام گیرد؟

- مردان یا زنان مسن تر از ۴۵ سال یا زنان یائسه با سابقه شکستگی استخوان
- زنان مسن تر از ۶۵ سال و مردان مسن تر از ۷۰ سال
- کسانی که قد آن ها کوتاه شده و یا قوز پیدا کرده اند یا بدون علت خاصی دچار کمردرد شدید و ناگهانی شده اند
- کسانی که بیشتر از دو ماه کورتون مصرف کرده اند و یا داروهائی مصرف می کنند که تراکم استخوان را کاهش می دهند
- کسانی که دچار بیماری های مزمنی هستند که تراکم استخوان را کاهش می دهند
- کسانی که مبتلا به بی اشتهائی روانی هستند
- زنانی که در سنین قبل از یائسگی هستند ولی قاعدگی آن ها قطع شده و یا نامرتب است و یا هیچوقت قاعده نشده اند

عوامل خطر شکستگی استخوان:

- | | |
|------------------------------------|--|
| - سن بالاتر از ۶۵ سال | - سابقه شکستگی استخوان بعد از ۴۵ سالگی |
| - سابقه شکستگی استخوان در مادر شخص | - استعمال دخانیات |
| - وزن کمتر از ۵۰ کیلوگرم | - شروع یائسگی قبل از سن ۴۵ سال |
| - قطع قاعدگی | - مصرف کم کلسیم در طول زندگی |
| - مصرف زیاد مشروبات الکلی | - کمی دید چشم (حتی با استفاده از عینک) |
| - افتادن به زمین | - عدم انجام ورزش های تحمل کننده وزن بدن (مثل راه رفتن) |
| - بیماری ها | - پرکاری تیروئید |
| - بیماری های مزمن ریه | - آندومتریوز |
| - سرطان ها | - بیماری های مزمن کبد یا کلیه |
| - پرکاری غده هیپوپاراتیروئید | - کمبود ویتامین د |
| - بیماری کوشینگ | - مصرف داروها |
| - کورتون | - مصرف زیاد قرص تیروئید |
| - داروهای ضد صرع | - داروهای کاهش دهنده هورمون های جنسی |
| - داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی | |

درمان پوکی استخوان

هدف اصلی در درمان کسانی که مبتلا به پوکی استخوان هستند، پیشگیری از شکستگی های استخوان است. برنامه درمانی جامع به جز دارو شامل تغذیه مناسب، ورزش و جلوگیری از افتادن به زمین می باشد. برای درمان پوکی استخوان از یک یا چند داروی ضد پوکی استخوان استفاده می شود. داروهای ضد پوکی استخوان سرعت از دست رفتن استخوان را کاهش می دهند و یا باعث ساخته شدن استخوان می گردند و بدین ترتیب با افزایش تراکم استخوان، خطر شکستگی استخوان را کاهش می دهند.



علاوه بر مصرف داروهای ضد پوکی استخوان، مصرف مقادیر توصیه شده کلسیم و ویتامین D نیز ضروری است. ورزش و فعالیت و رعایت اصول روش زندگی سالم هم در درمان پوکی استخوان اهمیت دارند.

در مورد پوکی استخوان ثانویه به علل دیگر، بهترین راه درمان، تشخیص و برطرف کردن آن علت می باشد. بطور مثال اگر دارویی مصرف می شود که بر تراکم استخوان اثر دارد، پزشک معالج ممکن است مقدار دارو را کم کرده و یا آن را قطع کرده و داروی دیگری تجویز کند. اگر بعلت یک بیماری مانند آرتريت روماتوئید یا لوپوس، احتیاج به مصرف طولانی مدت داروهای کورتونی باشد، از بعضی داروهائی که برای پیشگیری از پوکی استخوان هم مناسبند استفاده می شود. در این موارد نیز فعال بودن تاحد امکان، تغذیه مناسب، مصرف کافی کلسیم و ویتامین ها، اجتناب از سیگار کشیدن و عدم مصرف زیاد مشروبات الکلی اهمیت دارند.

نکاتی برای پیشگیری از افتادن به زمین در خارج از خانه :

- برای حفظ تعادل بیشتر از عصا یا واکر استفاده کنید.
- کفش های محکم بدون پاشنه و با کف معمولی بپوشید. از پوشیدن دمپائی و کفش های ورزشی با کف ضخیم و آج دار، خود داری کنید.
- از راه رفتن بر روی پیاده روها و سطوحی که لغزنده، یا خیس و یا ناهموار هستند، خودداری کنید.
- در موقع بالا و پائین رفتن از روی جدول پیاده روها و پله ها، ارتفاع آن ها را در نظر بگیرید.
- نکاتی برای پیشگیری از افتادن به زمین در خانه.
- از گذاشتن اشیای زیاد در اتاق ها بویژه در کف اتاق ها خودداری کنید.
- کف پوش های خانه را از جنس صاف ولی غیرلغزنده انتخاب کنید.
- کفش های مناسب، با کف نازک و غیر لغزنده بپوشید.
- مطمئن شوید که قالیچه یا گلیم ها زیر پا نلغزند و حرکت نکنند.
- برای پله ها نور کافی در نظر بگیرید و درکنار آنها نرده محکم نصب کنید.
- بر روی دیوار توالت و حمام (نزدیک وان و دوش) دستگیره یا نرده نصب کنید.
- در وان حمام یا زیر دوش آب، از کفی های ضد لغزش و یا صندلی استفاده کنید.
- نور کافی برای قسمت های مختلف خانه در نظر بگیرید. شب ها می توانید از چراغ خواب یا چراغ قوه استفاده کنید.
- بهتر است کلید چراغ ها در نزدیک در اتاق ها یا حمام و توالت قرار داشته باشند
- از تلفن های بی سیم استفاده کنید تا مجبور نشوید برای جواب دادن به تلفن به سرعت حرکت کنید و درموقع احتیاج به کمک بتوانید به آسانی به آن دسترسی داشته باشید. سیم های برق و تلفن را از محل عبور خود دور نگاه دارید.



سرطان

تعریف سرطان

رشد بی رویه و خارج از کنترل تعدادی از سلول ها موجب بیماری سرطان می شود که حدود ۲۰۰ نوع مختلف دارد. سرطان بر اساس منشاء و شکل ظاهری در زیر میکروسکوپ طبقه بندی می شود.

انواع مختلف سرطان از نظر سرعت رشد؛ راه های گسترش و پاسخ به انواع مختلف درمان با هم تفاوت دارند. به همین دلیل، افراد به درمان هایی نیاز دارند که ویژه نوع خاص آن سرطان باشد.

برای آگاهی بیشتر از سرطان باید سلول را شناخت. سلول کوچک ترین واحد زنده بدن است و بدن انسان از میلیاردها سلول ساخته شده است. به طور معمول این سلول ها تا جایی تقسیم می شوند و همانند سازی می کنند که بدن به آنها نیاز دارد. این تقسیم سلولی برای ترمیم سلول های آسیب دیده و جایگزینی سلول های جدید به جای سلول های فرسوده است که تحت کنترل بدن بوده و سلامت انسان را تأمین می کند. در تمام سرطان ها، سلول های قسمتی از بدن خارج از روال معمول شروع به رشد و تکثیر می کنند و به طور غیر عادی زیاد می شوند. وقتی تعداد زیادی از سلول ها در قسمتی از بدن رشد و تکثیر می یابند، توده ای به نام تومور به وجود می آورند. تومور بر دو نوع است:

تومور خوش خیم: توموری است که به قسمت های دیگر بدن انتشار نمی یابد و فقط در محل اولیه رشد می کند.

تومور بدخیم: در این تومور که سرطان نامیده می شود، سلول ها توانایی انتشار به قسمت های دیگر بدن را دارند که در صورت عدم تشخیص به موقع ممکن است سبب تهاجم و تخریب بافت های اطراف شوند.

وقتی سلول ها به محل جدید راه می یابند، به رشد خود ادامه می دهند و تومور جدیدی به وجود می آورند که به آن تومور ثانویه یا متاستاز گفته می شود. وقتی سرطان دوباره در یک فرد درمان شده مشاهده می شود، بیماری او عود کرده است.

علائم هشداردهنده سرطان

سرطان ها علائم متفاوتی دارند که به محل ضایعه مربوط است. به طور کل، در مواردی که با علائم هشدار دهنده زیر در یک فرد رو به رو می شوید، به وجود سرطان مشکوک شوید و فرد را برای بررسی بیشتر به پزشک ارجاع دهید.

- کاهش وزن توجیه ناپذیر: کاهش بیش از ۱۰٪ وزن بدن طی شش ماه، مثلاً یک فرد ۶۰ کیلویی طی ۶ ماه بیش از ۶ کیلو گرم وزن از دست بدهد و وزن او کمتر از ۵۴ کیلوگرم برسد.
- تب توجیه ناپذیر: افزایش دمای بدن بیش از ۳۸,۳ سانتی گراد طول بکشد و بررسی های معمول وجود عفونت یا دلایل دیگر را نشان ندهند.
- تغییر طولانی مدت اجات مزاج (بیش از ۳ هفته): وجود این تغییر در افراد مسن و یا وجود خون مخفی در مدفوع خطرناک است.
- خون ریزی و ترشح غیر طبیعی از مهبل (به غیر از خون ریزی ماهیانه): باید به خون ریزی از مهبل در زنان خصوصاً پس از چهل سالگی و یائسگی توجه شود.
- خون ریزی یا فرو رفتگی نوک پستان: فرو رفتگی نوک پستان یا وجود توده در پستان که در حال رشد باشد یا طی دو دوره عادت ماهیانه متوالی ثابت بماند. یا هر نوع ترشح و خون ریزی از نوک پستان اهمیت دارد.
- وجود غده های زیر پوست بدون درد و در حال رشد (بیش از ۲ هفته): (این عوامل ممکن است نشان های از لنفوم) سرطان غدد لنفاوی باشند.
- زخم بهبود نیافته (طی سه ماه): به ویژه وجود این زخم ها در نواحی در معرض نور خورشید یا در محل عفونت های طولانی مدت یا سوختگی قدیمی حائز اهمیت است.
- هر گونه تغییر در اندازه، شکل، رنگ و... خال های پوستی باید همواره مورد توجه باشد.
- سرفه های طولانی مدت با یا بدون خلط خونی: به خصوص وقتی این نشانه ها با کاهش وزن همراه باشد.



۱۰. به سیری زودرس و کاهش اشتها به همراه کاهش وزن نیز باید توجه شود.

۱۱. ناهنجاری بی دلیل در صدا نیز مهم است. مثل گرفتگی صدا

نکته: اگر سرطان ها در مراحل اولیه وزود هنگام تشخیص داده شوند، در ۱/۳ موارد قابل معالجه و درمان هستند .

راه های پیشگیری از سرطان

۱. بخش بزرگی از علل سرطان ها ناشناخته اند، ولی با رعایت چند نکته می توان از بروز حداقل ۱/۳ آن ها جلوگیری نمود

۲. خودداری از مصرف دخانیات و الکل

۳. برنامه غذایی مناسب

• مصرف روزانه میوه و سبزی به مقدار کافی

• استفاده کم از غذاهای چرب با منشاء حیوانی

• خودداری از مصرف مواد غذایی دارای نگهدارنده نیتريت مثل سوسیس و کالباس

• خودداری از مصرف مواد غذایی کپک زده، شور، دود اندود و نمک سود (مثل مصرف ترشی ها)

۴. متناسب نگهداشتن وزن

۵. ورزش منظم: ورزش ۳۰ دقیقه در روز و ۵ روز در هفته مثل پیاده روی

۶. احتراز از عوامل شغلی خطر زا

۷. جلوگیری از مواجهه طولانی با نور خورشید

۸. رعایت بهداشت جنسی و پیشگیری از بیماری های مقاربتی

عوامل پیشگیری از سرطان در مواد غذایی

در اثر آسیب های متعدد به سلول در طولانی مدت سرطان ایجاد می شود که امکاناتی وجود دارد که از ایجاد سلول های سرطانی جلوگیری شود یکی از این امکانات تغییر در برنامه غذایی است بسیاری از خوراکی های طبیعی از جمله میوه ها و سبزی ها و حبوبات حاوی مولکول هایی هستند که می توانند از سرطان پیشگیری کنند این ترکیبات شامل ویتامین ها، مواد معدنی و آنتی اکسیدان ها هستند.

سبزی ها و میوه ها به علل زیر اثر ضد سرطان زایی دارند:

۱. دارای فیبر هستند که باعث افزایش حجم مدفوع و تسریع حرکت مواد غذایی در روده بزرگ می شود که این امر موجب کاهش تماس مواد سرطان زا با دیواره روده می شود و نیز مواد سرطان زا با فیبرها ترکیب و بدون جذب شدن از بدن خارج می شوند.

۲. حاوی آنتی اکسیدان ها هستند که از سلول های روده محافظت می کنند. مواد سرطان زای تولید شده در بدن را از بین می برند و تکثیر سلول های سرطانی را کاهش می دهند.

چاقی با افزایش خطر سرطان همراه است بنابراین برنامه غذایی حاوی مقادیر کم چربی (به خصوص چربی های حیوانی) و فعالیت بدنی مناسب در برنامه روزانه توصیه می شود تأثیر مصرف چربی در بروز سرطان هم به نوع و هم به مقدار چربی مصرفی بستگی دارد. بهتر است بیشتر از نوع گیاهی مثل روغن زیتون استفاده شود.

برنامه غذایی غنی از غلات و حبوبات کامل (با پوست) در پیشگیری از سرطان موثر است.

ویتامین ها

در بررسی های متعدد اثر حفاظتی ویتامین های A-E-C-D در پیشگیری از سرطان به اثبات رسیده است.

ویتامین A: ویتامین آ و مشتقات آن از عوامل پیشگیری کننده سرطان هستند. منابع غذایی حاوی ویتامین آ عبارتند

از جگر، هویج، اسفناج، کدو، زردآلو، شیر، زرده تخم مرغ، پنیر، کره، پرتقال، سیب، مارگارین



ویتامین E: یک آنتی اکسیدان قوی است. منابع غذایی آن عبارتند از: روغن، جوانه گندم، روغن بادام، روغن ذرت، روغن آفتابگردان

ویتامین C: منابع غذایی حاوی این ویتامین عبارتند از: کلم بروکلی، مرکبات، توت فرنگی، کیوی، گوجه فرنگی، کلم، فلفل

ویتامین D: منابع غذایی این ویتامین عبارتند از: روغن کبد ماهی، کره، خامه، زرده تخم مرغ، جگر، ماهی

چند توصیه غذایی را جدی بگیرید:

- غذاها را به شکل سالم تهیه و نگهداری نمایید. روش تهیه مواد غذایی اهمیت زیادی دارد به دلیل اینکه می تواند باعث ورود عوامل سرطان زا به غذا شود این عوامل به خصوص در هنگام سرخ کردن غذا و یا دودی کردن گوشت و یا استفاده از زغال ایجاد می شود.
- غذاهای فاسد شدنی را در یخچال نگهداری نمایید.
- غذاهای نیم سوخته و سوخته مصرف نکنید (کباب سوخته، جوجه کباب سوخته، نان سوخته، ته دیگ سوخته، سیب زمینی سرخ کرده سوخته، حلوی سوخته)
- تا حد امکان از مصرف غذای پخته که به مدت زیاد مانده خودداری کنید.
- میوه ها و سبزی ها را برای حفظ خواص ویتامینی در یخچال نگهداری نمایید.
- انواع گوشت را به طور کامل مغز پخت یا بخارپز نمایید.
- از روش های صحیح پخت مانند بخارپز، پختن ملایم به جای سرخ کردن استفاده کنید.
- از مصرف چای و سایر نوشیدنی های بسیار داغ پرهیز کنید.
- انواع غذاهای گیاهی را در برنامه غذایی روزانه خود جای دهید.
- انواع میوه، آب میوه و سبزی تازه را در برنامه غذایی روزانه خود بگنجانید .
- از مغزها و حبوبات بیشتر استفاده کنید .
- غذاهای کم چربی و کم نمک میل کنید
- از انواع لبنیات کم چرب و کم نمک استفاده نمایید .
- مصرف گوشت قرمز را به کمتر از ۸۰ گرم در روز محدود و مصرف گوشت سفید مثل مرغ و ماهی را جایگزین آن کنید.
- چربی های گیاهی مثل روغن زیتون، کانولا، بادام زمینی را به جای چربی های جامد استفاده نمایید .
- مصرف روغن های گیاهی را محدود و کنترل کنید .
- مصرف غذاهای پر نمک و نمک سفره را کاهش دهید در عوض از انواع چاشنی برای طع مدار کردن غذا استفاده کنید.
- مصرف غذاهای صنعتی و فرآوری شده را کاهش دهید.
- مصرف قند و شکر تصفیه شده را کاهش دهید و به جای آن از کشمش، خرما و توت خشک استفاده کنید.
- از مصرف زیاد شیرین کننده های رژیمی مصنوعی پرهیز کنید .
- مصرف غذاهای آماده و کنسرو شده را کاهش دهید .
- وزن خود را ثابت نگه دارید و فعالیت بدنی منظم داشته باشید.
- یک ساعت پیاده روی سبک در روز در پیشگیری از سرطان موثر است .
- از اضافه وزن و لاغری مفرط پرهیز کنید .



سرطان پوست

تعریف پوست

پوست وسیع ترین عضو بدن است که اعضای داخلی را پوشش می دهد و مانند یک سد در برابر برخی عوامل مانند باکتری ها عمل می کند و نیز مانع از دست دادن مقدار زیاد آب و مایعات بدن می شود. ملانوما بدخیم ترین نوع سرطان پوست است و بیشترین مرگ ناشی از سرطان پوست را به خود اختصاص می دهد. نور مستقیم و مستمر خورشید در ایجاد آن مؤثر است.

عوامل افزایش خطر ابتلا به ملانوما

۱. سابقه ابتلا به ملانوما در فرد و خانواده ضعف سیستم ایمنی به دلیل ابتلا به برخی بیماری ها مانند ایدز و مصرف بعضی داروها (داروهایی که برای پیوند عضو داده می شود).
۲. تعداد زیادی خال های معمولی (بیش از ۵۰ عدد) و خال های غیر طبیعی. این خال ها به تعداد اندک در اکثر افراد وجود داشته و احتمال ملانوما در این گروه خال ها بیشتر است.
۳. اشعه ماورای بنفش و تاول های شدید ناشی از آفتاب سوختگی
۴. رنگ پوست روشن : زیرا این افراد به راحتی دچار کک و مک یا سوختگی می شوند.

تعریف ملانومای بدخیم

این ملانوما خطرناک ترین شکل سرطانی پوست است ممکن است ملانوما از یک خال یا ماه گرفتگی و یا از پوست کک و مکی یا طبیعی شروع شود. ملانوماها به رنگ های سیاه، قهوه ای و حتی قرمز یا آبی دیده می شود. سطح آن ممکن است پوسته پوسته شود و همراه با خون ریزی باشد. چنان چه درمان نشود ممکن است منجر به مرگ شود.

عوامل افزایش خطر

۱. مواجهه زیاد از حد و حفاظت نکردن پوست در مقابل اشعه ماورای بنفش
۲. شغل : رویارویی با برخی ترکیبات مانند آرسنیک یا رادیوم
۳. وراثت
۴. وجود خال های متعدد یا غیر معمول
۵. آفتاب سوختگی های شدید در دوران کودکی

علائم بالینی بیماری

- الف (پوسته پوسته شدن، ترشح، خون ریزی یا تغییر در ظاهر یک توده یا ندول
ب (انتشار رنگدانه از محل تیره پوست مثل رنگ نقره ایی که از لبه خال فراتر رفته
ج (تغییر در محل خارش و درد
د (زخم مزمن یا خال با ویژگی های زیر:

۱. وجود هر تغییر در پوست، اندازه یا رنگ خال یا هر جوش یا محل تیره در پوست
۲. یکنواخت نبودن رنگ خال
۳. نامنظم بودن حاشیه خال
۴. قرینه نبودن

۵. اندازه خال بیشتر از ۳/۵ سانتی متر (بسیاری از ملانوماها کوچکتر از این اندازه اند بنابر این هر تغییر غیر عادی در خال های از پیش موجود را به پزشک نشان دهید)

خودآزمایی پوست

به توصیه پزشک پوست خود را به طور مرتب معاینه کنید بهترین زمان معاینه پس از استحمام است پوست خود را زیر نور مناسب اتاق و با استفاده از دو آینه قدی و دستی معاینه کنید ابتدا از مناطقی شروع کنید که خال ها و لکه های مادرزادی



وجود دارند آنها را ببینید و تغییرات جدید به ویژه تغییر در اندازه، شکل، نوع بافت، رنگ خاص و یا وجود زخمی که بهبود نیافته را بررسی کنید:

- روبه روی آینه بایستید و صورت، گوش ها، گردن و شکم خود را معاینه کنید.
- به پهلوی چپ و راست بچرخانید و پهلوها را به دقت نگاه کنید.
- آرنج خود را خم کنید و دست را بالا ببرید و به دقت ناحیه زیر بغل، کف دست، ساعد و بازوها را ببینید.
- در حالت نشسته، به دقت پاهای خود را از ناخن های انگشتان پا و فضای بین انگشتان تا ساق پا، زانو و ران نگاه کنید.
- در حالت نشسته، با استفاده از یک آئینه دستی پشت، ران و ساق هر دو پا را نگاه کنید.
- در حالت ایستاده، با یک آئینه دستی، پشت بدن، باسن و پشت گردن را نگاه کنید.
- استفاده از یک آئینه قدی برای مشاهده پشت بدن به کمک یک آئینه دستی مفید خواهد بود.

راه های پیشگیری

۱. از رویارویی با نور خورشید بین ساعت های ۱۱ صبح تا ۴ بعد از ظهر خودداری کنید.
۲. در میان روز، حتماً در سایه باشید. زیرا اشعه های آفتاب بسیار قوی هستند. زمانی که سایه شما از خودتان کوتاه تر است اشعه های آفتاب در قوی ترین و مخرب ترین وضعیت قرار دارند.
۳. با پوشیدن لباس های پوشیده و آستین بلند، حتی المقدور از پوست خود محافظت کنید.
۴. با استفاده از کرم های ضد آفتاب از پوست خود محافظت کنید. حتی در روزهای مه آلود و ابری نیز از ضد آفتاب استفاده کنید.
۵. برای محافظت صورت، گوش ها و گردن در برابر نور خورشید از کلاه استفاده کنید.
۶. برای محافظت از چشم ها و اطراف چشم ها از عینک آفتابی با قدرت جذب ۹۹٪ تا ۱۰۰٪ اشعه ماورای بنفش استفاده کنید.
۷. کاهش چربی برنامه غذایی به کاهش سرطان های پوستی منجر می شود.

سرطان معده

معده قسمتی از دستگاه گوارش است که به شکل حرف و از سه لایه تشکیل می شود

۱. لایه مخاطی یا پوشاننده (داخلی ترین لایه)
 ۲. لایه عضلانی (لایه وسطی)
 ۳. لایه خارجی
- سرطان معده از سلول های لایه پوشاننده منشا می گیرد و با گسترش به لایه های خارجی تر پیشروی می کند.

عوامل ایجاد کننده و یا افزایش خطر

کمبود ویتامین ها در برنامه غذایی به ویژه A, C

- ۱) برنامه غذایی خاص مشتمل بر غذاهای دودی، گوشت و ماهی نمک سود و ترشیجات
- ۲) نیتريت و نیترات در گوشت خام، آب آشامیدنی بعضی مناطق و گیاهان خاص
- ۳) مصرف دخانیات و الکل
- ۴) اضافه وزن
- ۵) جنس مذکر
- ۶) افزایش سن
- ۷) وراثت
- ۸) گروه خونی A



۹) سابقه جراحی معده مثلاً به علت زخم معده

۱۰) التهاب مزمن معده

علائم بیماری

به علت علائم مهم و غیر اختصاصی اغلب بیماران در مراحل پیشرفته تشخیص داده می شوند بیماری های دیگر هم ممکن است چنین علائمی را ایجاد کنند.

علائم اولیه

سوء هاضمه، احساس نفخ و باد کردن معده پس از غذا، تهوع خفیف، کاهش اشتها، کاهش وزن، ضعف و خستگی، درد معده، سوزش سر دل

علائم پیشرفته

خون در مدفوع، استفراغ، کاهش وزن بدون علت توجیه پذیر، درد معده، سختی در بلع، زردی، زرد شدن چشم ها و پوست، تجمع مایع در شکم (آسیت)

راه های پیشگیری

- حفظ وزن مناسب با ورزش حداقل ۳۰ دقیقه در ۵ روز هفته
- خودداری از مصرف دخانیات و الکل
- استفاده از حداقل ۵ وعده انواع میوه و سبزی در روز (مصرف روزانه این دو ماده خطر سرطان راتا ۵۰٪ کاهش می دهد)
- محدودیت مصرف گوشت قرمز یا گوشت های فرآوری شده
- استفاده از غلات کامل

سرطان روده بزرگ

پس از آن که غذا جویده و بلعیده شود به سمت معده میرود و در آنجا به طور نسبی تجزیه و به روده کوچک فرستاده می شود که حدود ۶ متر طول دارد. روده کوچک به روده بزرگ متصل است. روده بزرگ یک لوله عضلانی حدود ۱,۵ متر است که آب و مواد مغذی از این منطقه جذب می شود و این محل به عنوان انباری برای حضور مواد زائد است. این مواد زائد از روده بزرگ به سمت راست روده (رکتوم) می روند و از آنجا طی حرکات روده مواد زائد از مقعد خارج می شود.

نحوه ابتلا به سرطان روده بزرگ

سرطان روده بزرگ سرطانی است که در روده بزرگ یا راست روده شروع می شود به این ترتیب که از داخلی ترین لایه شروع و در بعضی یا همه لایه ها گسترش می یابد (متاستاز) میزان گسترش تا حد زیادی به این بستگی دارد که کدام لایه را تحت تأثیر قرار دهد. سرطان روده بزرگ یا راست روده با سرعت بسیار کم در طول سال های متعدد ظاهر می شود. بیشتر این سرطان ها به صورت پولیپ شروع می شود.

عوامل افزایش خطر

۱. افزایش سن: شانس ابتلا به سرطان پس از ۵۰ سالگی افزایش می یابد.
۲. سابقه داشتن سرطان روده بزرگ: چنان چه سرطان روده بزرگ کاملاً برداشته شود ممکن است سرطان جدید در سایر قسمت های روده بزرگ و رکتوم مجدداً ایجاد شود.
۳. سابقه داشتن پولیپ: بعضی از انواع پولیپ خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ را افزایش می دهد به ویژه اگر پولیپ ها بزرگ یا تعداد آن ها زیاد باشد.



۴. سابقه داشتن بیماری های روده : دو بیماری مهم به نام های کولیت اولسر و کرون خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ را افزایش می دهد. در صورت وجود بیماری باید از همان جوانی آزمایش های لازم برای پیشگیری از بروز سرطان مکرر انجام شود.

۵. وراثت : اگر اقوام نزدیک شما به این سرطان مبتلا باشند خطر ابتلای شما افزایش می یابد به ویژه اگر کمتر از ۶۰ سال داشته باشند افرادی با چنین سابقه فامیلی باید برای آزمایش غربال گری با پزشک مشورت کنند.

۶. وجود سندرم های فامیلی خاص : سندرم به مجموع های از علائم می گویند برای مثال بعضی از اعضای خانواده ها به نوعی سندرم مبتلا هستند و در روده بزرگ پولیپ دارند که در این موارد باید با تشخیص پزشک آزمون های تشخیصی سرطان روده بزرگ انجام شود.

۷. برنامه غذایی : برنامه غذایی پر چرب به خصوص چربی حیوانی خطر ابتلا به سرطان را افزایش می دهد.

۸. کم تحرکی و اضافه وزن : افراد با فعالیت بدنی کم و چاقی خطر بالاتری برای ابتلا به سرطان دارند.

۹. مصرف دخانیات و الکل

علاوه بر عوامل فوق ذکر عواملی مانند:

۱- نژاد،

۲- ابتلا به بیماری های مزمن مانند دیابت،

۳- کار در شیفت شب و سرطان های دیگر و درمان های آن ها به نوعی در ابتلا به این بیماری مؤثرند.

علائم بالینی

۱. تغییر در عادات رود هایی مثل یبوست و اسهال، یبوست یا کاهش قطر مدفوع که بیش از چند روز طول بکشد.

۲. احساس دفع که با انجام آن بر طرف نشود

۳. خونریزی از رکتوم یا وجود خون در مدفوع

۴. درد شکم ممتد یا متناوب

۵. ضعف و خستگی وجود این علائم به طور قطع دلیل بر ابتلا به سرطان روده بزرگ نیست و گاه فرد بدون هیچ

علامتی به این بیماری مبتلا می باشد.

راه های پیشگیری

۱. انجام آزمونهای غربالگری : به خصوص در کسانی که سابقه فامیلی سرطان روده بزرگ یا بیماری های ژنتیکی را دارند.

۲. رژیم غذایی و ورزش : بهتراست که عمده مواد غذایی موجود در هر وعده از منابع گیاهی باشد و هر روز حداقل ۵ وعده میوه و سبزی مصرف شود و در ضمن از خوردن غذاهای پرچربی خودداری شود. ورزش هم مفید است حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی برای ۵ روز یا بیشتر در هفته توصیه می شود.

۳. مصرف آسپرین : از رشد پولیپ ها جلوگیری می کند ولی به علت عوارض جانبی مصرف آن برای همه توصیه نمی شود

سرطان پستان

پستان عضوی است که از ۱۵ تا ۲۰ قسمت به نام لوب که توسط مجاری به هم ارتباط دارند تشکیل شده است. هم چنین هر پستان عروق خونی و لنفاوی دارد. عروق لنفاوی، لنف را حمل می کنند و به گره های لنفاوی می رسانند.

در ایران سرطان پستان شایع ترین سرطان در بین جمعیت زنان کشور است شایع ترین نوع سرطان پستان، سرطان مجاری است که در سلول های مجاری شروع می شود. تشخیص زود هنگام و درمان مؤثر، مرگ ناشی از سرطان پستان را کاهش می دهد.



علائم افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان

۱. سن بالا
۲. سفید پوست بودن
۳. سن پایین بلوغ
۴. اولین زایمان در سن بالا، عدم حاملگی و زایمان
۵. سابقه سرطان پستان یا بیماری خوش خیم پستان
۶. ابتلا مادر یا خواهر فرد به سرطان پستان
۷. اشعه یا اشعه درمانی در ناحیه پستان
۸. وجود نسج متراکم پستان در ماموگرافی
۹. مصرف هورمون های استروژن و پروژسترون
۱۰. مصرف نوشیدنی های الکلی
۱۱. سابقه خانوادگی و ژنتیک

نحوه شناسایی تومور

توده بدون درد شایع ترین علامت سرطان پستان است که در حدود ۷۰٪ موارد توسط بیمار به طور اتفاقی یا در معاینه کشف می شود. این توده هم در بیماری های خوش خیم و هم بیماری های بدخیم پستان دیده می شود که بهتر است در صورت لمس هر توده در پستان به پزشک مراجعه شود.

ویژگی های توده های لمسی مشکوک به سرطان

۱. اغلب منفرد و بدون درد
۲. دارای قوام سفت و سخت
۳. غیر متحرک و دارای چسبندگی به بافت اطراف

علائم مشکوک که نیاز به ارجاع و بررسی بیشتر توسط پزشک دارد

الف (ترشحات نوک پستان : ترشح نوک معمولاً به دنبال بیماری های خوش خیم پستان ایجاد می شود . با این وجود، این ترشحات در اغلب موارد با سرطان پستان همراه نمی باشد. مطالعات نشان داده است که ترشحات خونی در ۵ تا ۲۰ درصد موارد ممکن است به دلیل سرطان باشد و در بقیه موارد نشانی از وجود یک یا چند ضایعه کوچک خوش خیم است. لذا هرگونه ترشح خونی یا آبی، خود به خودی و بدون فشار، از یک پستان و از یک مجرا، همراه با توده، پس از یائسگی باید مشکوک به سرطان تلقی شود.

ب (تغییرات پوست پستان : تغییرات به دنبال کشیدگی پوست یا فرورفتگی آن می تواند ناشی از سرطان باشد. هم چنین تغییر شکل هاله اطراف نوک پستان می تواند دلیل وجود بافت سرطانی در زیر آن باشد. در موارد پیشرفته، کشیدگی و متراکم شدن پستان به سمت بالا ایجاد می شود .وجود ضایعات پوستی متعدد ناشی از تهاجم سرطان، نشانه مرحله پیشرفته بیماری است. تورم همراه با قرمزی، گرمی و درد شدید ممکن است به علت سرطان التهابی پستان باشد.

ج (تغییرات نوک پستان : درگیری نوک پستان بیشتر در تومورها در فاصله ۲/۵ سانتی متر از نوک پستان و یا اندازه بیش از ۲ سانتی متر مشاهده می شود.

علائم بالینی دو نوع است:

۱. فرورفتگی نوک پستان که می تواند پس از شیردهی یا دوران بلوغ و بدون نشانه خاصی ایجاد شود که برگشت پذیر است.



۲. نوعی سرطان نوک پستان وجود دارد که در آن تغییرات پوستی نوک پستان به صورت ضایعات اگزمایی مرطوب یا خشک، همراه با ضخامت، قرمزی و خارش هایی در نوک پستان دیده می شود. علائم آن خارش، سوزش، قرمزی، سفتی و پوسته پوسته شدن نوک پستان می باشد.

د) بزرگی غدد لنفاوی زیر بغل : غدد لنفاوی زیر بغل شایع ترین محل تهاجم سرطان های پستان است. بزرگی غدد لنفاوی زیر بغل ممکن است فقط نشانه یک سرطان باشد. در این موارد انجام ماموگرافی برای تشخیص کمک کننده است.

ه) تغییر اندازه پستان : گاهی به علت بزرگی بیش از حد تومور در پستان، پستان ها از حالت تقارن خارج و به طور واضح یک پستان از دیگری بزرگتر می شود. گاهی توده های خوش خیم و کیست های بزرگ نیز باعث این بی تقارنی می شوند.

و) تورم یک طرفه بازو و اندام فوقانی : به علت تهاجم سلول های سرطانی به عروق لنفاوی زیر بغل و انسداد مسیر لنف بقیه مایع لنف به اندام فوقانی در یک طرف مختل و باعث تورم آن اندام می شود که ممکن است دردناک یا بدون درد باشد.

ز) تهاجم به اعضای دیگر (متاستاز) : گاهی سرطان پستان بدون علامت خاصی در پستان، علائمی در اعضای دیگر نشان می دهد که ممکن است به صورت درد استخوانی در یک محل خاص، علائم تنفسی به دنبال درگیری ریه، زردی و سایر علائم ناشی از بزرگی کبد، بزرگی غدد لنفاوی شکم و علائم عصبی ناشی از وجود توده در مغز و ... باشد.

پیشگیری از سرطان پستان

- ورزش: در زنان جوان باعث کاهش سطح هورمون و در نتیجه کاهش خطر ابتلا به سرطان پستان می شود.
- شیردهی: شیردادن به نوزاد خطر ابتلا به سرطان پستان را کاهش می دهد.
- قطع مصرف الکل
- کاهش وزن: افزایش وزن بعد از یائسگی به خصوص اگر یائسگی به طور طبیعی یا بعد از ۶۰ سالگی باشد خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می دهد.
- کاهش مصرف چربی
- مصرف سویا و سایر مواد غذایی گیاهی

سرطان پستان در مردان

سرطان پستان ممکن است در مردان نیز ایجاد شود ممکن است مردان در هر سنی به سرطان پستان مبتلا شوند ولی معمولاً این بیماری در مردان بین سن ۶۰ تا ۷۰ سالگی یافت می شود.

عوامل افزایش خطر سرطان پستان در مردان

رویاریبی با اشعه، ابتلا به بیماری هایی مثل سیروز کبدی، داشتن زنان متعدد در فامیل که به سرطان پستان مبتلا بوده اند و گاهی سرطان پستان در مردان توسط ژن های جهش یافته به ارث می رسد.

علائم بالینی

۱. هرگونه حالت غیر طبیعی پستان با توجه به شکل و اندازه و ارتباط آن با پوست و عضلات قفسه سینه
۲. بررسی اعضای دیگر از نظر انتشار سرطان پستان برای ارزیابی وضعیت سلامتی
۳. هرگونه تغییر در نوک و پوست پستان
۴. ترشحات نوک پستان
۵. وجود توده در پستان
۶. بزرگی و کاهش نرمی گره های لنفی



سرطان مری

مری لوله ای عضلانی است که دهان را به معده وصل و غذا را به معده هدایت می کند . دیواره مری چند لایه دارد که سرطان مری از داخلی ترین لایه شروع می شود و به لایه های خارجی تر گسترش می یابد. در بالاترین نقطه مری عضله خاصی به نام اسفنکتر برای عبور غذا و مایعات وجود دارد؛ همچنین در پایین ترین قسمت مری اسفنکتر دیگری برای ورود غذا از مری به معده و ممانعت از برگشت اسید و مایعات به داخل مری وجود دارد . زمانی که مایعات معده به مری می رسد، احساس سوزش سر دل خواهیم داشت که به آن ریفلاکس گفته می شود. ریفلاکس طولانی مدت اسید معده به داخل مری باعث تغییر سلول های انتهایی مری می شود که این سلول های تغییر یافته مستعد تبدیل به سلول های سرطانی هستند.

عوامل افزایش خطر

علت دقیق ابتلا به سرطان مری مشخص نمی باشد ولی بعضی عوامل خطر وجود دارند که احتمال ابتلا به این بیماری را افزایش می دهند:

الف (عوامل خطر قابل کنترل:

۱. مصرف دخانیات
۲. مصرف الکل
۳. اضافه وزن
۴. مواد شیمیایی : کاربرد مواد شیمیایی در خشکشویی احتمال ابتلا به این سرطان را بسیار بالا می برد.
۵. مواد قلیایی : این مواد در شوینده های بسیار قوی وجود دارد که ممکن است سلول ها را بسوزاند و تخریب کند.
۶. عادات غذایی نامناسب (پرخوری، نوشیدنی های بسیار داغ، آلودگی برخی مواد غذایی، مثل ذرت آلوده به قارچ و مصرف غذاهای دودی و..)

ب (عوامل خطر غیر قابل کنترل: سن، جنس مذکر، نژاد

علائم بالینی

- اختلال بلع : شایع ترین علامت سرطان مری است و بیمار احساس می کند که غذا در قفسه سین هی او گیر کرده است.
 - درد : درد میانه قفسه سینه، احساس فشار یا سوزش و درد موقع بلع
 - کاهش وزن : به علت اختلال در بلع و کاهش اشتها ایجاد می شود.
 - ناهنجاری در صدا، سکسکه و پنومونی
- راه های پیشگیری: در حال حاضر هیچ روش مطمئنی برای پیشگیری از سرطان مری وجود ندارد و با اجتناب از عوامل خطر قابل کنترل می توان خطر ابتلا به آن را کاهش داد.

سرطان پروستات

پروستات غده ای است که فقط در مردان وجود دارد . این غده دقیقاً زیر مثانه و جلوی راست روده است. لوله ی عبور ادرار (میزنای) از میان پروستات می گذرد. پروستات سلول هایی دارد که مقداری از مایع منی را می سازد با رشد و بلوغ، پروستات هم رشد می کند و اگر میزان هورمون مردانه کم باشد به اندازه ی کافی رشد نخواهد کرد.

عوامل افزایش خطر

دقیقاً معلوم نیست که چه عواملی منجر به سرطان پروستات می شوند، ولی بعضی عوامل خطر، احتمال ابتلا به این بیماری را افزایش می دهند:

۱. افزایش سن : بیشتر در مردان بالای ۶۵ سال دیده می شود



۲. نژاد : مصرف دخانیات

۳. وراثت

۴. عادات غذایی نامناسب

علائم بالینی

در مرحله ی اولیه (زودرس) : بیمار اغلب هیچ علامتی نداشته و از طریق معاینه داخل مقعدی پی به وجود آن برده می شود.

در مرحله ی پیشرفته بیماری : بیمار دارای اختلال جنسی (ناتوانی جنسی) ، خون در ادرار، درد ستون فقرات، لگن، دنده و استخوان های دیگر، ضعف، خستگی و بی حسی پاها و کف پاها، کاهش کنترل ادرار و مدفوع، اختلال در جریان ادرار مانند تأخیر در شروع ادرار، تخلیه ناکامل و کاهش جریان ادرار. البته بیماری های دیگر هم می توانند چنین علائمی ایجاد کنند و این علائم مختص سرطان پروستات نیست.

راه های پیشگیری

یک عامل خطر تغییرپذیر برنامه غذایی است. با خوردن کمتر گوشت و چربی و مصرف بیشتر انواع سبزی و میوه (گوجه فرنگی، گریپ فروت، هندوانه) و دانه ها می توان خطر سرطان پروستات را کاهش داد

سرطان مثانه

مثانه یک عضو توخالی در پایین شکم است که ادرار و مواد زایدی که از تصفیه خون در کلیه ها تولید می شود در آن جمع می شود. این ادرار از طریق دو کلیه و دو لوله به نام میزنای به مثانه وارد و توسط لوله دیگری به نام پیشابراه از مثانه خارج می شود.

نحوه ابتلا به سرطان مثانه

سرطانی که محدود به لایه داخلی مثانه است سرطان سطحی نامیده می شود در مواردی که سلول های سرطانی از طریق لایه داخلی مثانه گسترش یافته و به دیواره عضلانی مثانه هجوم می برند سرطان مهاجم نامیده می شوند. سرطان مهاجم ممکن است از دیواره مثانه رشد کند و به اعضای نزدیک مانند گره های لنفاوی منتشر شود.

عوامل افزایش خطر

۱. مصرف دخانیات : عامل اصلی ابتلا به این بیماری است.
۲. تماس های شغلی : کارگران بعضی مشاغل به علت قرارگرفتن در مجاورت مواد سرطان زا امکان زیادی برای ابتلا به سرطان مثانه دارند. خطر ابتلا در کارگران صنایع چرم، ماشین سازی، لاستیک سازی، نساجی، چاپگرها، نقاشان، شیمی، رانندگان کامیون و آرایشگران بیشتر دیده می شود. علاوه بر آن عواملی مانند افزایش سن، نقایص مادرزادی مثانه، عفونت های مزمن مثانه، وراثت، مصرف کم مایعات، شیمی درمانی و رادیوتراپی و مقادیر بالای آرسنیک در آب آشامیدنی نیز از عوامل مؤثر هستند.

علائم بالینی

۱. وجود خون در ادرار (اندکی کهنه و به رنگ قرمز تیره)
۲. درد هنگام ادرار کردن
۳. تکرار ادرار یا احساس دفع ادرار بدون ادرار کردن وجود این علائم به معنی حتمی سرطان نیست و بیماری های دیگر هم ممکن است این علائم را ایجاد نمایند.

پیشگیری

لازم به یادآوری است که پژوهشگران در جستجوی کشف عامل سرطان مثانه هستند و در حال حاضر راه پیشگیری برای آن مشخص نشده است.



سرطان دستگاه لنفاوی

دستگاه لنفاوی قسمت اصلی سیستم ایمنی است که از چند نوع متفاوت سلول که با عفونت ها مقابله می کنند، تشکیل می شوند. نوع اصلی سلول موجود در بافت لنفاوی، نوعی گلبول سفید به نام لنفوسیت هستند که دو نوع لنفوسیت **T** و **B** داریم که بیشتر لنفوم ها (سرطان دستگاه لنفاوی) از سلول های **B** می باشد

اعضای تشکیل دهنده ی بافت لنفاوی

۱. گره های لنفاوی: این اعضای لوبیایی شکل درون بدن هستند، اغلب از لنفوسیت ها تشکیل می شوند و با تعدادی رگ پوشیده شده اند که شبیه سیاه رگ ولی به جای خون، لنف درون آن ها وجود دارند. عمل این گره ها حذف ناخالصی و باکتری های موجود در لنف می باشد.

۲. طحال

۳. غده تیموس

۴. مغز استخوان

۵. لوزه ها

۶. بافت لنفاوی موجود در مجرای گوارشی

انواع لنفوم

۱. **لنفوم هوچکین**: یک نوع خاص از لنفوم با رشد غیر طبیعی سلو لها در دستگاه لنفاوی است. این بیماری در تمام سنین دیده می شود ولی شایع ترین سن ۲۰ تا ۵۰ سالگی است. بیماری هوچکین در یک منطقه دستگاه لنفاوی و معمولاً در گره لنفی ایجاد می شود. اگر بیماری به موقع کشف و درمان نشود در تمام دستگاه لنفاوی پخش می گردد. هوچکین باعث درگیری ریه، اعضای داخلی شکم و استخوان ها می شود و با گسترش بیماری گلبول های سفید را کاهش داده و بدن را آماده ابتلا به عفونت های گوناگون می کند.

۲. **لنفوم غیر هوچکین**: این سرطان در بافت لنفاوی آغاز می شود و زمانی که عفونت به وجود می آید گره های لنفاوی بزرگتر می شوند. یک گره لنفاوی بزرگ و متورم معمولاً دلیل نگرانی نیست. اما شایع ترین علامت لنفوم، گره های لنفاوی بزرگ و متورم است.

عوامل مستعد کننده و خطر ساز

۱. افزایش سن

۲. قرار گرفتن در معرض بعضی مواد شیمیایی مثل بنزن، سموم آفت کش و حشره کش ها

۳. برخی داروهای شیمی درمانی

۴. قرار گرفتن در معرض تابش پرتو (رادیو اکتیو)

۵. شرایط سیستم ایمنی ضعیف مثل ایدز

علائم بالینی

الف) علائم در لنفوم هوچکین:

۱. تب طولانی مدت و بدون علت مشخص

۲. عرق شبانه توجیه ناپذیر که بیمار مجبور به تعویض ملافه می شود.

۳. خارش بدن

۴. کاهش وزن غیر طبیعی

۵. دردهای غیر طبیعی پشت و شکم

ب) علائم در لنفوم غیر هوچکین:



بروز علائم مختلف به محل درگیری بستگی دارد و گاهی تا هنگام بزرگ شدن گره لنفاوی علامتی دیده نمی شود . معمولاً اولین علامت پیدا شدن یک غده لنفاوی بزرگ و بدون درد در گردن، زیر بغل یا کشاله ران است که معمولاً در هنگام استحمام یا اصلاح صورت و بدن کشف می شود . غده لنفاوی که بیش از یک ماه بزرگ بماند چه دردناک باشد یا بدون درد باید توسط پزشک معاینه شود.

- تهوع و استفراغ
- کاهش اشتها
- در صورت درگیری شکم :شکم دردناک، حساس و متورم می شود.
- در صورت درگیری سینه :سرفه یا تنگی نفس
- در صورت درگیری مغز :سردرد، اختلال تفکر، اختلال حرکت بخشی از بدن، تغییر شخصیت، تشنج
- در صورت درگیری پوست :خارش پوست، قرمز یا ارغوانی شدن پوست، گره های زیر پوستی

راه های پیشگیری

- جلوگیری از چاقی
- پیشگیری از ابتلا به HIV/ AIDS
- جلوگیری از قرار گرفتن در معرض پرتوتابی
- افزایش مصرف انواع میوه، سبزی حداقل ۵ وعده میوه و سبزی در روز
- ورزش منظم
- محدود کردن مصرف گوشت پرچربی، خودداری از مصرف گوشت های فرآوری شده مثل سوسیس، کالباس
- خودداری از مصرف دخانیات و الکل

سرطان ریه

تعریف ریه

ریه اعضای اسفنجی شکل درون قفسه سینه هستند. ریه راست از ریه چپ بزرگ تر است (به خاطر فضای اشغال شده توسط قلب در سمت چپ) ریه ها هوا را به داخل و خارج بدن هدایت میکنند . به این صورت که اکسیژن را جذب و دی اکسیدکربن را به عنوان ماده ی زائد دفع می کنند.

چگونگی ابتلا به سرطان ریه

برای ظهور سرطان ریه نیاز به سال های زیادی است، ابتدا مکان هایی با تغییرات پیش سرطانی ایجاد می شود که این تغییرات توده یا تومور نیست و در رادیوگرافی قفسه سینه نیز دیده نمی شود . این مکان های پیش سرطانی تا تبدیل به سرطان واقعی پیش می روند و مواد شیمیایی از خود تولید می کنند که به تشکیل عروق خونی جدید در آن اطراف منجر می شوند . این عروق مسئول تغذیه سلول های سرطانی و شکل گیری سرطان می شوند. کم کم تومور به حدی بزرگ می شود که در رادیوگرافی قابل دیدن است و زمانی سرطان ریه اتفاق می افتد که سلول های سرطانی به سایر نقاط بدن پخش شده اند (متاستاز)

عوامل ایجاد کننده سرطان ریه

۱. مصرف دخانیات : سیگار کشیدن اصلی ترین عامل خطر و علت ۸ تا ۱۰ نوع سرطان ریه است . هرچه تعداد نخ سیگار و مدت زمان کشیدن آن بیشتر باشد خطر ابتلا بیشتر است اگر فردی پیش از ظهور سرطان ریه اقدام به ترک نماید بافت ریه به آهستگی طبیعی خواهد شد. ترک سیگار در هر سنی خطر ابتلا به سرطان ریه را کاهش می دهد.
۲. آلودگی هوا :در بعضی شهرها آلودگی هوا خطر سرطان ریه را افزایش می دهد ولی خطر آن از سیگار کشیدن کمتر است.



۳. آرسنیک
۴. آزیستوز
۵. رادون: (نوعی اشعه رادیو اکتیو)
۶. ماری جوانا
۷. اشعه درمانی ریه
۸. وراثت
۹. برنامه غذایی نامطلوب

علائم بالینی

۱. سرفه های مزمن
۲. تنگی نفس
۳. ناهنجاری در صدا
۴. کاهش وزن
۵. کاهش اشتها
۶. خلط خونی یا خاکستری
۷. درد قفسه سینه که بانفس عمیق، سرفه یاخنده بیشتر می شود.
۸. عفونت هایی مثل برونشیت راجعه و پنومونی مکرر

راه های پیشگیری

- بهترین راه پیشگیری ترک سیگار است.
- از قرار گرفتن افراد در هوای آلوده به دود سیگار خودداری شود.
- برنامه غذایی حاوی میوه زیاد و سبزی به پیشگیری کمک می کند.

سرطان خون

تعریف مغز استخوان و خون و بافت لنفاوی

مغز استخوان : قسمت داخلی نرم بعضی از استخوان ها مانند جمجمه، شانه، دنده ها، لگن و استخوان های پشت است که از سلول های تشکیل دهنده خون، چربی و بافت های حمایتی تشکیل می شود. سلول های اصلی خونساز (هماتوپوئیتیک) در مغز استخوان وجود دارد که به طور مرتب سلول های جدید ایجاد می کنند سلول های خونی ۳ دسته هستند : سلول های قرمز خون سلول های سفید خون و پلاکت ها.

الف) سلول های قرمز خون حاوی هموگلوبین هستند که اکسیژن را از ریه ها به بافت های دیگر بدن و دی اکسید کربن را از بافت ها به ریه ها برمی گردانند.

ب) پلاکت ها : پلاکت ها تکه هایی از نوعی سلول مغز استخوان هستند که در ترمیم نواحی آسیب دیده رگهای خونی به علت بریدگی یا کبودی اهمیت دارند.

ج) سلول های سفید خون : سلول های سفید خونی دفاع بدن در مقابل ویروس و باکتر یها را به عهده دارند.

لنفوسیت ها و گرانولوسیت ها دو نوع اصلی سلول های سفید هستند چند نوع متفاوت سلول در گرانولوسیت ها وجود دارند که وظیفه اصلی گرانولوسیت ها انهدام باکتری ها است . گرانولوسیت ها در دوره تکامل چند تغییر را می گذرانند که آن ها را از سلول های نابالغ به سلول های بالغ مهاجم در برابر عفونت تبدیل می کند.



بافت لنفوئیدی : قسمت اصلی سیستم ایمنی است که از چند نوع متفاوت سلولی که با عفونت ها مقابله می کنند، تشکیل می شوند این بافت در گره های لنفاوی، تیموس، طحال، لوزه ها، مغز استخوان و به صورت پراکنده در دستگاه گوارش و تنفس وجود دارد سلول های اصلی بافت لنفاوی لنفوسیت های **B** و **T** هستند.

هر سلول لنفوئید یا هماتوپوئیتیک که در مغز استخوان تشکیل می شود، می تواند به سلول سرطانی تبدیل شود اگر این اتفاق روی دهد اولین سلول سرطانی تقسیم می شود و تعداد زیادی سلول سرطانی ایجاد می کند و سرانجام این سلول ها سراسر مغز استخوان را می پوشانند و به داخل گردش خون نفوذ می کنند و در اعضای دیگر بدن مانند گره های لنفاوی، کبد، طحال، سیستم عصبی مرکزی و بیضه ها گسترش می یابند.

عوامل افزایش خطر لوسمی ها

در بیشتر مواد عامل خطر شناخته شده ای ندارد. تماس با اشعه یونینران ، مصرف دخانیات، تماس های شغلی به خصوص با ترکیبات بنزین

علائم بالینی لوسمی

- ضعف و خستگی (بیش از ۴ ماه)
 - کبودی و خونریزی که به آسانی ایجاد می شود.
 - تب
 - کاهش وزن
 - درد استخوانی
 - رنگ پریدگی - بزرگی کبد و طحال - بزرگی غدد لنفاوی - عفونت های مکرر (به ویژه پنومونی)
- پیشگیری: روش قطعی برای پیشگیری از لوسمی وجود ندارد



بهداشت روان

۱- تعریف بهداشت روان

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

۲- پیشگیری در بهداشت روان

پیشگیری از بیماری های عصبی و روانی سه نوع است:

- ۱-۲- **پیشگیری اولیه:** تمام کارهایی است که برای پیشگیری از بروز بیماری های عصبی و روانی صورت می گیرد. پیشگیری از ضربه و عفونتهای مغزی، پیشگیری از جنگ و جدل و درگیری ها، سازگاری بهتر با دیگران و لذت بردن از آنچه در اطراف ما هست، همگی نوعی پیشگیری اولیه است.
- ۲-۲- **پیشگیری ثانویه:** کارهایی است که برای درمان به موقع و مناسب بیماری ها صورت می گیرد. شناسایی و درمان سریع بیماران، کمک به برگشت به کار و فعالیت روزمره، و خودداری از بستری های غیرلازم و طولانی، همگی پیشگیری نوع دوم است، زیرا که مانع خسارت و معلولیت های بیشتری می شود.
- ۳-۲- **پیشگیری نوع سوم:** فعالیت هایی است که باعث توانبخشی روانی معلولین روانی عصبی می گردد. **معلول روانی** کسی است که کارایی فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی خود را برای همیشه از دست داده باشد. یک عقب مانده ذهنی و یک بیمار روانی شدید مزمن در بیشتر این موارد ناتوان و معلول است و شما می توانید با توانبخشی روانی و آموزش او و خانواده اش، وی را تا حدی کارا و فعال نمایید. آموزش بهداشت روان به مردم که اصلی ترین وظیفه شما در بهداشت روان است می تواند در تمام انواع پیشگیری شما را یاری نماید. با فراگیری درس بهداشت روان شما قادر خواهید بود که در هر سه نوع پیشگیری به مردم کمک کنید.

۳- بیماریابی

- ۱-۳- باید بیماران عصبی و روانی را شناسایی کنید
- ۲-۳- بیمار را به مراکز بهداشتی و درمانی ارجاع دهید.
- ۳-۳- توصیه ها و درمان های داده شده را پیگیری کنید.
- ۴-۳- بیماران، خانواده ها و اجتماع را آموزش دهید.
- ۵-۳- کارهای انجام شده را یادداشت و ماهانه گزارش کنید.

۴- انواع اختلالات روانی و عصبی

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

- صرع
- عقب ماندگی ذهنی
- اختلالات شدید روانی
- اختلالات خفیف روانی
- سایر مشکلات بهداشت روان



۵- صرع

صرع یک حالت تکراری حمله تشنج است که مردم به آن حمله یا غش نیز می گویند . صرع بدلیل اختلال در کار سلول های مغزی بروز می کند و اگر حملات تشنجی درمان نشود ممکن است با هر حمله سلول های بیشتری در مغز از بین برود و صرع تا پایان عمر ادامه داشته باشد .

در هنگام تشنج بزرگ صرعی بیمار به زمین می افتد، بیهوش می شود، حرکات تشنجی تکراری و غیر ارادی در دست ها و پاها پیدا می کند، گاه بی اختیاری ادرار پیدا می کند، کف در دهانش جمع شده و صورتش کبود می شود . حمله تشنج بزرگ حدود ۵ دقیقه طول می کشد، به دنبال آن بیمار به تدریج به هوش می آید، حالت خواب آلودگی، گیجی و کوفتگی پیدا می کند و گاه زبان و بدنش خراشیده و زخمی می شود . عارضه خطرناک تر حملات صرعی بزرگ سقوط از ارتفاع و در گودال، خفگی در آب، سوختن با آتش و مواد سوزاننده و تصادف با وسایل نقلیه است .

۵-۱- انواع صرع

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

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

ب- صرع کوچک، فقط چند ثانیه دوام دارد، در کودکان دیده می شود، کودک چند لحظه دچار خیرگی، مات زدگی، افتادن گردن یا حرکات غیرارادی لب و دهان می شود و چیزی به خاطر نمی آورد .

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

د- صرع مداوم، یکی از سه نوع صرع فوق است که به جای یک حمله، حملات مداوم و مکرر دیده می شود و ممکن است بیمار بین دو حمله بیهوش نیاید . صرع مداوم بزرگ بسیار خطرناک است و نیاز به ارجاع فوری به پزشک دارد . تشنجی که به هنگام تب بالا کودکان را می گیرد تشنج تب نام دارد و نباید با صرع اشتباه شود . اما باید شناسایی شده و به پزشک ارجاع شود . کودکانی که تشنج تب دارند باید با اولین نشانه های بیماری تب دار بلافاصله تحت مراقبت قرار گرفته و با دستورالعمل کنترل تب و داروهای تجویز شده درمان شوند .

۵-۲- بیماریابی، ارجاع، پیگیری

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

فرم بیماریابی بیماران صرعی و تشنج تب

۱- فردی (کودک یا بزرگسال) که هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب دچار حمله تشنج یا غش می شود، بیهوش شده و دست و پا می زند، زبانش را گاز می گیرد و از دهانش کف (گاه خون آلود) خارج می شود . این حالات چند دقیقه ای طول می کشد و بعد از مدتی به حال عادی باز می گردد و چیزی به خاطر نمی آورد .

۲- کودکی که در سن مدرسه گاهی مات زده شده و چند لحظه ای به جایی خیره می شود، لب ها یا زبانش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می لیسد .

۳- کودکی که به دنبال تب شدید دچار تشنج می شود (۶ ماهگی تا ۶ سالگی) به دنبال شناسایی این بیماران آنان را ارجاع غیر فوری دهید . به بیمار و خانواده او توصیه کنید کلیه داروها یا مدارک پزشکی خود را همراه داشته و به پزشک نشان دهند . بیماران صرعی نیاز به پی گیری ماهانه دارند .

اگر صرع مداوم باشد تا زمان تکرار حملات مداوم پی گیری هر ۳ تا ۶ روز و سپس پی گیری ماهانه است . پی گیری بیماران صرعی ۳ الی ۵ سال طول خواهد کشید و تنها زمانی پی گیری قطع می شود که پزشک اعلام نماید بیمار بهبود



یافته است. بسیاری از بیماران نیاز به مراقبت و درمان در تمام عمر دارند. هنگام پی گیری در مورد مراجعه دوباره به خانه بهداشت، اجرای دستورات دارویی و غیردارویی پزشک، بررسی بروز عوارض خفیف یا شدید دارویی و آموزش بهداشت روان اقدام نمایید و موارد را در ستون مربوطه در برگ پی گیری یادداشت نمایید.

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

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

عوارض دارویی دو نوع است: عوارض خفیف و عوارض شدید

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

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

۵-۳- آموزش بهداشت روان در صرع

بهترین روش آموزش بهداشت روان به بیماران و اطرافیان آنان، دادن پاسخ روشن به پرسش های آنان است. پاسخ های زیر را به یاد داشته باشید تا به موقع در برابر پرسش های بیماران و اطرافیان آنان ارایه دهید. لازم است در طول اولین سال اجرای برنامه بهداشت روان یک نفر از افراد خانوارهای روستا و نیز معتمدین، روحانیون و آموزگاران آموزش ببینند. برای این کار بهتر است در خانه بهداشت، مدرسه یا خانه آنان پرسش های زیر از آنان شده، سپس پاسخ درست داده شود. در سال های بعد هم لازم است این آموزش ها علاوه بر افراد فوق در مورد خود بیماران و خانواده آنان اجرا شود.

پرسش ۱- علت صرع چیست؟

پاسخ - ضربه و ضایعات مغزی، بعضی سم ها و مسمومیت های دارویی، عفونت های مغزی و سکتة یا غده های مغزی علت بیشتر تشنج ها می باشد. گروهی از صرع ها علت مشخصی ندارند.

پرسش ۲- آیا صرع قابل پیشگیری است؟

پاسخ - بله، بسیاری از صرع ها را می توان با رعایت بهداشت جسمی پیشگیری نمود. رعایت بهداشت بارداری، داشتن زایمان بهداشتی، مراقبت بهداشتی کودکان برای پیشگیری از صرع مفید است.

پرسش ۳- آیا صرع درمان دارد؟

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

پرسش ۴- آیا برای درمان صرع فقط باید به پزشک متخصص مراجعه کرد؟

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

پرسش ۵- برای بیماری که در حال تشنج است چه کار باید کرد؟



پاسخ - خونسرد باشید، بیمار را به پهلو روی زمین بخوابانید، سر او را به یک طرف بچرخانید تا کف و ترشحات حلق، باعث خفگی او نشود. اطراف او را خلوت و ایمن کنید تا موقع دست و پا زدن مجروح نشود. به زور دهان او را باز نکنید، آب در دهانش نریزید، او را بلند نکنید و دست و پای او را نگیرید. اگر تشنج بیش از ۵ دقیقه به درازا کشید، احتمال صرع مداوم می رود، بدون درنگ پزشک را خبر کنید.

پرسش ۶- آیا بیمار صرعی می تواند کار، ورزش و تحصیل کند؟

پاسخ - بله، این افراد را از کار، ورزش و تحصیل محروم نکنید. روحیه از دست رفته آنان را به آنها برگردانید. فقط مواظب باشید تا زمانی که حمله درمان نشده کارهای خطرناک مثل کار با لوازم تیز و برنده و کار در کنار کوره و آتش نکنند. از سوار شدن بر روی چهارپایان و نیز از رانندگی تا حد امکان پرهیز کنند. ورزش هایی مثل شنا در استخر عمیق و دریا که احتمال سقوط و خطر زیاد دارد تا قبل از بهبود کامل صلاح نیست.

پرسش ۷- رژیم غذایی این بیماران چیست؟

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

پرسش ۸- آیا بیمار صرعی می تواند ازدواج کند و بچه دار شود؟

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

۶- عقب ماندگی ذهنی

عقب ماندگی ذهنی یک بیماری مغزی است که سن عقلی روانی فرد از سن زمانی او عقب مانده و کمتر است. در این بیماری ممکن است کودکی ۱۰ سال داشته باشد، یعنی سن زمانی او ۱۰ سال باشد، ولی از نظر عقلی و روانی مانند کودکان ۵ ساله باشد. بنابراین این کودک ۵ سال عقب ماندگی ذهنی دارد. می توان گفت هوش این کودک به اندازه هوش کودکان ۵ ساله است. این بیماری از ابتدا و پس از کودکی شروع می شود و علت آن آسیب رسیدن به مغز کودک در دوران بارداری، حین زایمان و یا پس از تولد و در دوران کودکی است.

آسیب رسیدن به مغز گاه باعث فلج و گاه باعث کندی رشد روانی و حرکتی کودک می شود. هم چنانکه فلج مغزی کودکان قابل دیدن است، کندی رشد روانی- حرکتی را نیز می توان مشاهده کرد و از طریق جاده رشد روانی - حرکتی و آزمایش هوش اندازه گیری نمود. آزمایش هوش توسط روانشناسان صورت می گیرد. اما بهورز به راحتی می تواند با بدست آوردن جاده رشد روانی- حرکتی، هوش و عقب ماندگی کودک را برآورد نماید. شما می توانید کودکان را از بدو تولد در مراقبت های ماهانه از نظر رشد روانی- حرکتی معاینه کنید. زمان گردن گرفتن، نشستن، راه رفتن، تکلم و کنترل دفع ادرار و مدفوع کودک را با مصاحبه با مادر نیز می توان بدست آورد.

۶-۱- بیماریابی، ارجاع، پی گیری

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

فرم بیماریابی عقب ماندگی ذهنی

۱- کودک ۴ تا ۵ ماهه ای که گردن نگرفته، ۱۰ تا ۱۲ ماهه ای که ننشسته، ۱ تا ۱/۵ ساله ای که راه نیفتاده، ۲ تا ۳ ساله ای که حرف نمی زند، و ۳ تا ۴ ساله ای که شب ها خودش را خیس می کند.

۲- دانش آموزی که از نظر درسی از همه ضعیف تر است، مرتب مردود می شود و یا از مدرسه اخراج شده است، مشکلات بند ۱ را هم داشته است.



۳- فرد جوان یا بزرگ سالی که رفتار کودکانه دارد، عقل و هوشی کمتر از دیگران دارد، شغلی ندارد و قادر به یادگیری کار جدیدی نیست. این مشکلات و مشکلات بند ۱ و ۲ را از کودکی داشته است. پس از شناسایی فرد، بدون اینکه نگرانی مادر و اطرافیان را باعث شوید و نام عقب ماندگی را به آنان بگوئید، به این دلیل که بهتر است در مورد رشد وی با پزشک مشورت شود او را ارجاع غیرفوری بدهید. پی گیری عقب مانده ذهنی ماهانه است. هنگام پی گیری به دستورات دارویی و غیردارویی پزشک، بهتر یا بدتر شدن کودک و آموزش بهداشت روان توجه کنید.

۲-۶- آموزش بهداشت روان

آموزش و تربیت تدریجی این کودکان مهم ترین آموزش در عقب ماندگی ذهنی است. این کار ابتدا وظیفه والدین به ویژه مادر است. بعداً می توان از سایر فرزندان، از آموزگاران، و از مراکز و مربیان آموزش کودکان عقب مانده ذهنی استفاده نمود. روش آموزش بهداشت روان در عقب ماندگی ذهنی مانند صرع است. توصیه ها و پرسش و پاسخ های زیر را به خاطر داشته باشید.

- به مادران توصیه کنید از داشتن چنین کودکی احساس ناراحتی نکرده و خجالت نکشند، این ناراحتی با توجه به آموزش ها و دستورات شما و پزشک بهتر خواهد شد.
- با او به مهربانی و آرامی رفتار کنند.
- کودک را تحقیر و تنبیه نکنند و اجازه ندهند دیگران رفتار تمسخرآمیز یا آزار دهنده داشته باشند، این کارها باعث گوشه گیری، لج بازی، شیطنت و پرخاشگری کودک می شود.
- به تغذیه، واکسیناسیون و بهداشت عمومی کودک مانند سایر کودکان توجه کنند.
- به مادران بگوئید که این کودکان نیز جگر گوشه های شما و امانت های الهی هستند، در آموزش و تربیت آنان بیش از پیش کوشا باشند.
- تشنج، بی خوابی، پرتحرکی، پرخاشگری و سایر مشکلات روانی این بیماران باید با برخورد بهتر و دارو درمان شود، در این موارد مادران را آموزش داده به پزشک ارجاع دهید.

پرسش ۱- آیا عقب ماندگی ذهنی ارثی است؟

پاسخ - بعضی از انواع عقب ماندگی ذهنی، ارثی است. بنابراین صلاح است تا زمانی که متخصص اجازه نداده است این خانواده ها ازدواج فامیلی نکنند و فاصله گذاری بین فرزندان را کاملاً رعایت کنند.

پرسش ۲- برای پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی چه کار کنیم؟

پاسخ - بهداشت مادر و کودک را رعایت کنید. مثلاً مادران قبل از ۲۰ سالگی و پس از ۳۵ سالگی باردار نشوند، مادران باردار مواظب باشند به شکم آنان ضربه وارد نشود، الکل، سیگار و مواد مخدر مصرف نکنند، رادیوگرافی نکنند، به بیماران عفونی (تب دار) نزدیک نشوند، فشارخونشان کنترل شود، تحت شرایط بهداشتی زایمان نمایند و نیز پس از زایمان مراقبت سلامتی کودک خود باشند. تشنج، یرقان شدید (زردی)، ضربه و عفونت مغزی کودک را به عقب ماندگی ذهنی و صرع مبتلا می کند. مراقبت دقیق و همیشگی از کودک نقش زیادی در تامین سلامت عصبی او دارد.

پرسش ۳- آیا این کودکان درمان می شوند؟

پاسخ - بسیاری از این کودکان آموزش پذیر و تربیت پذیرند، و بسیاری از حالات روانی مزاحم آنان مانند بی خوابی، پرتحرکی و پرخاشگری نیز درمان می شود. توقع اضافی از آنان نداشته و آموزش تدریجی و صبر را همیشه به خاطر داشته باشید.

پرسش ۴- با جوانان و بزرگسالان عقب مانده ذهنی چکار کنیم؟



پاسخ - آنان را مورد تمسخر و اذیت قرار ندهید، کمک کنید تا جایی که ممکن است در مدرسه یا شغلی که دارند باقی بمانند و اخراج نشوند، مداوم مطالبی یا کاری را به آنان یاد دهید و سعی کنید به کار ساده ای مشغول شوند، سعی کنید این افراد ازدواج نکنند و باردار نشوند.

پرسش ۵- بردن کودک به شهر و بستری کردن او چه اثری دارد؟

پاسخ - هزینه های بی مورد، مراجعه به پزشکان مختلف، داروهای مقوی مغز و بستری کردن و گذاشتن کودکان در مراکز نگهداری کودکان عقب مانده ذهنی تاثیری در درمان عقب ماندگی ندارد و موجب بدتر شدن وضع مالی خانواده و وضع روانی کودک می شود.

۷- اختلالات شدید روانی

اختلالات شدید روانی حالت غیر طبیعی در رفتار و گفتار و ظاهر بیمار است که گروهی از مردم به آن جنون می گویند. اختلال شدید روانی بیشتر در افراد بالای ۱۵ سال دیده می شود، گاه تدریجی و گاه ناگهانی شروع می شود و دلیل آن بیماری و اختلال در کار مغزی است. اکثر این بیماران نمی دانند که بیمارند، بنابراین به پزشک مراجعه نمی کنند و توصیه های درمانی را هم نمی پذیرند.

۱-۷- بیماریابی، ارجاع، پی گیری

فرم بیماریابی اختلالات شدید روانی راهنمای خوبی برای شناسایی بیماران است. شما به خوبی می توانید با مشاهده حالات و رفتار دیگران و یا پرسش از خانواده ها این بیماران را شناسایی نمایید.

فرم بیماریابی اختلالات شدید روانی

۱- فردی که توهم، هذیان و گفتار غیرمنطقی دارد مثلاً می گوید صدایی می شنوم یا تصویری می بینم که به من می گوید تو امام هستی، سوء ظن شدید دارد و معتقد است که کسی می خواهد او را بکشد، یا معتقد است همسرش به او خیانت کرده است، گاه رفتارهای عجیب و غریب دارد، شکلک در می آورد، به در و دیوار خیره می شود و یا با خودش حرف می زند و می خندد.

۲- فردی که خیلی غمگین و بی حوصله و در خودش است، تنهایی را دوست دارد و گریه می کند، دائماً فکر می کند، بی خواب است، بی اشتها است و به تدریج لاغر می شود، گاه نمی تواند به کارهای خانه و خانواده اش برسد، افت درسی داشته و به مدرسه و کار خود نمی رسد و غیبت می کند. در موارد شدید نومییدی از زندگی، احساس گناه کاری و افکار خودکشی پیدا می کند. اقدام به خودکشی در بسیاری از افسردگی های شدید دیده می شود.

۳- کسی که بدون دلیل خوشحال، پرحرف و پرتحرک است، بی خوابی شدید دارد و کارهای زیاد بی هدفی می کند و هیچ وقت از این بی خوابی و پرکاری خسته نمی شود. او خود را مهم می داند، مداوم آواز و شعر می خواند و خیلی زود عصبانی، خندان یا گریان می شود، به دنبال بیماریابی لازم است بیمار به پزشک ارجاع شود، اما قبل از ارجاع و در همه مواردی که با این گونه بیماران برخورد می نمایند لازم است نکات مهم زیر را به منظور ارتباط بهتر و موفقیت در ارجاع، پی گیری و درمان به کار گیرید:

- سعی کنید همیشه با اینگونه بیماران با صداقت و صمیمیت برخورد کنید. با علاقمندی به درد دل و مشکل آنان و خانواده شان گوش کنید و سعی کنید اعتماد آنان را جلب و راضی نمایید که برای مشاوره به پزشک مراجعه کنند.
- بیمار و همراهانشان را مورد حمایت، محبت، احترام و راهنمایی قرار دهید، مواظب باشید به بیمار توهین نشده چیزی به دروغ به او گفته نشود، مثلاً او را کتک نزنند، مسخره نکنند و از کار یا مدرسه اخراج نکنند.
- اگر حالت بیمار شدید است او را ارجاع فوری و اگر نه ارجاع غیرفوری دهید.
- اگر بیمار یا خانواده او به تنهایی قادر به مراجعه به پزشک نیستند از دیگران کمک بگیرید.



- گاه خانواده ها بدون رضایت پزشک اصرار به بستری نمودن بیمار خود دارند، به آنان بگویید درمان سرپایی خیلی مفیدتر از درمان بستری است .

- در مواردی که بیمار پرخاشگری و تحریکات عصبی دارد و احتمال دارد به خود یا به دیگران صدمه بزند می توان برای انتقال او از مامورین انتظامی، افراد نیرومند و نیز وسیله نقلیه و آمبولانس کمک گرفت . اختلال شدید روانی در حالت شدید ۳ تا ۶ روز پس از ارجاع به پی گیری نیاز دارد، اما پس از کنترل بیماری و در حالات کنترل بیماری تنها ماهی یکبار لازم است پی گیری شود . پی گیری این بیماران بسته به نظر پزشک حداقل یک سال و گاه تا سال های طولانی ادامه دارد .

- هنگام پی گیری مطالبی که در مورد پی گیری صرع گفته شد به کار گرفته شود، و آموزش بهداشت روان داده شود .

داروهایی که برای کنترل و درمان اختلالات شدید روانی داده می شود عبارتند از: قرص پرفنازین ۸، تری فلورپازین ۵ و کلرپرومازین ۱۰۰ برای عوارض عضلانی این داروها تری هگزی فنیدیل و بی پریدین نیز داده می شود که هیچ اثر درمانی برای بیماری ندارد .

۲-۷- آموزش بهداشت روان

مطالبی را که در بند ۷-۱ در برخورد با این بیماران و برای ایجاد رابطه با آنان یاد گرفته اید به اطرافیان بیمار ، بیمار و خانواده آنان یاد دهید . همچنین یاد گرفته های بند ۳-۵ در صرع در خیلی از مواقع در اختلالات شدید روانی نیز مفید است . این بیماران نیاز به محبت و حمایت دارند . نباید مورد توهین و تنبیه قرار گیرند، داروهایشان نباید قطع شود، داروها برایشان خطر ندارند و آنان را معتاد نمی کند . گرچه این بیماری ها آنقدر اثری نیستند که به فرزندان منتقل شود اما تا مدتهای طولانی نباید این بیماران ازدواج کنند، و اگر متاهل هستند، جلوگیری از بارداری را تا اجازه پزشک باید رعایت کنند . این بیماری به دیگران سرایت نمی کند، اگر در درون خانواده و اجتماع درمان شوند زودتر از درمان در بیمارستان روانی خوب می شوند و بیماریشان دیرتر بر می گردد . کار و کاردردمانی توصیه همیشگی پزشکان به این بیماران است و باید این بیماران به زودی به کار و مسئولیت و تحصیل قبلی خود برگردند . اعتقاد زیادی در مردم وجود دارد که جادو و جنبل و دعایی شدن عامل ایجاد این بیماری است و باید برای آنان دعا و شفا گرفت و خیلی کارهای دیگر کرد . در چنین مواقعی خانواده ها را آموزش دهید که این حالت یک بیماری است و با درمان خوب می شود . وقت و اموال خود را در این راه تلف نکنند، فقط مواظب باشید که اگر چنین اعتقادی قوی است با آنان درگیر نشوید و مانع نشوید که در کنار دارو، آنرا ادامه دهند . به خاطر داشته باشید مصرف الکل، حشیش، تریاک و دیگر مواد محرک اعصاب باعث تشدید اختلالات روانی می شوند، مراقب مصرف آن در بیماران و مردم باشید .

۸- اختلالات خفیف روانی

اختلالات خفیف روانی اختلالاتی است که به زبان مردم عادی ناراحتی عصبی یا ناراحتی اعصاب گفته می شود . این بیماران نشانه هایی مانند اضطراب، بیقراری، بی اشتها، افسردگی، وسواس، عصبانیت، پرخاشگری، و دردهای پراکنده بدنی بدون وجود بیماری جسمی دارند . این نشانه ها ماهها و سالها ادامه داشته گاه با کاهش یا افزایش مشکلات روزمره و فشارهای خانوادگی و اجتماعی کاهش یا افزایش می یابند .

۸-۱- بیماریابی، ارجاع، پی گیری

فرم بیماریابی خفیف روانی راهنمای خوبی برای شناسایی این بیماران است . آن را به خاطر بسپارید شما میتوانید با برقراری ارتباط مناسب، با مشاهده حالات و رفتار بیمار و یا پرسش از خانواده ها این بیماران را شناسایی کنید . بدنبال بیماریابی و یا بهنگام مراجعه بیماری که از شکایات و نشانه های این بیماری در رنج بود می توانید وی را مدتی آموزش بهداشت روان



داده و اگر بهبودی پیدا نکرد به پزشک ارجاع غیرفوری دهید. اگر فردی اقدام به خودکشی کرد چه افسردگی خفیف و چه افسردگی شدید داشته باشد باید ارجاع فوری شده و پی گیری ماهیانه شود. این بیماران را نیز ماهانه پی گیری کنید و اما به هنگام مراجعه به خانه بهداشت و نیز به اطرافیان آنان آموزش های بهداشت روان زیر را بدهید.

۸-۲- آموزش بهداشت روان

کوشش کنید با آرامش و احترام به خوبی به درد دل آنها گوش کنید، حتی اگر مشکلات آنان ارتباطی به شما ندارد و یا راه حلی به نظر شما نمی رسد. از این راه هم ناراحتی عصبی بیمار کم می شود و هم شما می توانید عواملی که در خانواده یا اجتماع ناراحتی وی را ایجاد یا تشدید کرده اند پیدا کنید. راه حل های مختلف حل مشکلات را با هم به بحث و مشاوره بگذارید. اگر اجازه دادند با بزرگترها و دیگران نیز به مشاوره بنشینید، زیرا که با مشورت بسیاری از مشکلات حل می شود، اما از پنهان کردن هیچ مشکلی حل نمی شود. به آنان اطمینان و آرامش دهید، بگوئید که این ناراحتی چندان نگران کننده نیست، خیلی ها چنین مشکلاتی دارند. گذشت زمان، صبر و سرگرم شدن با کار و زندگی روزمره گشایش در کارها و راحتی به دنبال دارد.

دادن ارزش و معنویت به زندگی، تقویت اعتقاد و ایمان، افزایش عبادات و جلسات مذهبی، عمل به دستورات دینی و اخلاقی، پناه بردن به خداوند، توکل، توسل، دعا و ذکر، همگی بهره وری از زندگی را افزایش، فشارهای زندگی را کاهش و آرامش بیشتری به انسان می دهد. فعالیت و گرایش بیماران را در این جهت تقویت کنید.

عشق ورزیدن، محبت کردن و دوست داشتن، با همه کس و همه چیز، یعنی دوست داشتن خانواده، همسایگان، کودکان و دوست داشتن گل و گیاه، کار و محیط زندگی، می تواند فشارها و نگرانی ها را دور کرده، آرامش مداوم به فرد دهد. نفرت، عصبانیت، پرخاشگری، زورگویی، ایرادگیری، ایرادناپذیری، زودرنجی و کش دادن حرف ها، همگی باعث تشدید بیماری عصبی و روانی می شود. این موارد را شناسایی و در رفع آنها بکوشید.

به خاطر داشته باشید که همه افراد با ظاهری عاقلانه، همراه خود شخصیتی کودکانه و بزرگانه (زورگو) نیز دارند، گاه کودکانه برخورد می کنند مثلاً قهر می کنند، بهانه می آورند، آه و ناله سر می دهند و گاه بزرگانه بکن نکن می کنند مثلاً دستور می دهند، باید نباید راه می اندازند، سعی کنید با برخوردی عاقلانه و آرام با آنها درگیر نشوید، آموزش بهداشت روان در اختلالات شدید روانی و صرع را نیز بکار گیرید.

برای اختلالات خفیف روانی بویژه برای اضطراب، افسردگی، وسواس و حالات عصبی ناشی از موج انفجار، داروهای خوبی وجود دارد. اگر پزشکان چنین داروهای تجویز نمودند کلیه توصیه های دارویی تجویز شده را رعایت کنید.

اوگزازپام، دیازپام، کلردیازپوکساید، پرفنازین 2، ایمی پرامین، آ می تری پتیلین از داروهای اختلالات خفیف روانی می باشند.

سایر مشکلات بهداشت روان بسیار است. کافی است کاردanan بهداشتی و بهورزان با نام یا نوع آن آشنا باشند تا بتوانند شناسایی کرده و به پزشک ارجاع دهند.

۹- اختلالات رفتاری

۹-۱- شب اداری بی اختیاری ادرار در روز یا شب است. بیشتر در کودکان بالای پنج سال دیده می شود. درمان های دارویی و غیردارویی و آموزشی گوناگونی دارد. کاهش مصرف مایعات در عصر و شب و خودداری از تنبیه یا توهین به کودک دو توصیه مهم است.

۹-۲- پرتحرکی، شیطنت، لجبازی و خرابکاری در تعدادی از کودکان دیده می شود که عوامل عصبی مانند اضطراب، تنبیه و درگیری های خانوادگی موجب بروز یا شدت آن می شود. درمان دارویی و آموزش خانواده در بهبود این کودکان موثر است.



۳-۹- مصرف سیگار، حشیش، الکل، تریاک، هروئین و سایر مواد، همگی ناشی از فشارها و مشکلات روانی و شخصیتی است. مصرف این مواد هیچ کدام از مشکلات روانی و جسمی را حل نمی کند و موجب پیچیدگی مشکل و اختلالات و خطرات جدیدی هم می شود. این موارد را شناسایی کرده، رابطه صمیمی با آنها برقرار نموده با دادن سایر آموزش های بهداشت روانی موافقت آنها را همراه با راز داری کامل برای ارجاع به پزشک جلب نمایید. به خاطر داشته باشید که ادامه مصرف مواد ممکن است فرد را به نوع تزریقی (هروئین (بکشاند، و خطرناک ترین عارضه تزریق مشترک (چند نفر با یک سرنگ) و تزریق با وسایل غیر استریل ابتلا به هپاتیت وایدز است. همچنین به مصرف کنندگان دپازپام، کدئین دی فنوکسیلات و مرفین هشدار دهید که این داروها اعتیادآور است.

۴-۹- اقدام به خودکشی، دگرکشی یا آسیب زدن به دیگران، همسرآزاری و کودک آزاری همگی نشانه های جود آسیب ها و فشارهای روانی است. این موارد را به پزشک اطلاع دهید. بسیاری از این موارد ناشی از بیماری روانی یکی و یا هر دو است. در اقدام به خودکشی، فرد از افسردگی رنج می برد، و در دگرکشی و آسیب یا آزار دیگران، اضطراب و بیماری روانی شدید وجود دارد. درمان بیماری و رعایت توصیه های بهداشت روانی در این موارد کمک بسیاری می کند.

۵-۹- سکته قلبی، افزایش فشار خون، آسم، ورم معده و روده (کولیت عصبی)، کهیر، دردهای مزمن و پراکنده مفاصل و اندام ها و بیماری های بسیار دیگری هستند که ریشه عصبی و روانی هم دارند. پس از اینکه پزشک تایید کرد که ریشه بیماری این افراد عصبی است، کلیه توصیه های بهداشت روانی را در مورد آنها بکار بسته، توصیه نمایید اگر پزشک اجازه می دهد به جای افزایش مصرف دارو از این توصیه ها استفاده نمایند.

۱ - دستور عمل تکمیل فرم شرح حال

۲ - فرم ثبت مراجعات بیمار

۳ - فرم شرح حال روانپزشکی

وظایف کاردانها و کارشنا سهای بهداشتی

کاردانهای بهداشتی چه خدماتی در باره بهداشت روان جامعه می توانند انجام دهند؟

تا اینجا دیدیم که تعداد زیادی بیمار و معلول روانی در جامعه وجود دارد که بدون درمان رها شده اند و حتی گروه زیادی از آنها و خانواده هایشان نمی دانند که برای این گونه بیماری ها درمانی وجود دارد. کارکنان، داوطلبان و کاردانهای بهداشتی در کار روزمره بهداشتی خود با این گونه بیماران روبرو می شوند و لذا با داشتن اطلاعات و مهارتهای بدست آمده می توانند کمک بزرگی به آنها نمایند.

کارشناس ها و کاردانها در جریان کار روزمره بهداشتی خود می توانند خدمات بهداشت روانی زیر را به جامعه رادئه

دهند:

۱- شناسایی کلیه بیماران روانی، صرعی و در صورت لزوم معتاد در محدوده جمعیتی محل کار خود (بیماریابی)

۲- انجام کمکهای اولیه در فوریتهای روانپزشکی (کمکهای اولیه)

۳- ارجاع بیماران به پزشکان مراکز بهداشتی و مراکز تخصصی (ارجاع)

۴- پیگیری مداوم این بیماران (پیگیری)

۵- آموزش خانواده بیمار و جامعه در جهت پیشگیری و نیز مراقبت وزش بهداشت روان و حمایت از بیماران (آموزش

بهداشت روان)

۶- ثبت و گزارش فعالیت های بهداشت روان (آمار)

۷- سرپرستی و نظارت بر کار بهورزان در روستاها و داوطلبان بهداشتی در شهرها

شناسایی بیماران در جامعه



شما در هر محیطی که هستید تعدادی بیمار مبتلا به معمولاً اعتیاد، ناراحتی روانی یا صرع را می شناسید اما وقتی مسئولیت یک جمعیت مشخص و کار در یک واحد بهداشتی به شما محول گردید، لازم است بصورتی فعال و به روش زیر اقدام به شناسایی کلیه بیماران نمائید:

الف - وقتی شما برای کار روزمره و یا بیماریابی وارد روستا یا منطقه ای که در محدوده کاری شما واقع است می شوید، بهتر است با افراد مهم یا معتمد و یا یک نفر از افراد هر خانوار بشرح زیر وارد پرسش و بررسی شوید:

- ۱- چه کسی رفتار یا صحبت‌های غیر طبیعی و عجیب و غریب دارد (پسیکوز)؟
- ۲- چه کسی خیلی آرام و در خود فرو رفته است و با دیگران رفت و آمد نمی کند یا حرف نمی زند؟
- ۳- چه کسی چیزهایی می شنود یا می بیند که دیگران نمی شنوند و نمی بینند (توهم)؟
- ۴- چه کسی بدون دلیل قبلی به دیگران بدبین است، سوء ظن دارد و می گوید آنها می خواهند بلایی بر سر او بیاورند یا ادعای الهام، پیغمبری یا امام زمانی دارد (هذیان)؟
- ۵- چه کسی بی دلیل و بیش از حد سرحال و خوشحال است، شوخی می کند، حرف زیادی می زند، خودش را از همه برتر می داند، در حالیکه همه این حالات افراطی و گاه غیر معمول است (مانیا)؟
- ۶- چه کسی بیش از اندازه غمگین است و بدون دلیل گریه می کند (افسردگی)؟
- ۷- چه کسی تابحال راجع به خودکشی صحبت کرده و یا دست به این کار زده است (اقدام به خودکشی)؟
- ۸- چه کسی معتاد است یا تمایل دارد سیگار، الکل، حشیش یا مواد مخدر مصرفی را ترک کند.
- ۹- چه کسی غش می کند، می افتد و یا بیهوش می شود (صرع)؟
- ۱۰- چه کسی کند ذهن و عقب مانده است و از نظر روانی و رفتار به اندازه افراد هم سن و سال خود رشد نکرده است؟ پس از این سئوالات به آنها بگوئید که این افراد بیمار هستند و امکانات پزشکی شما در مرکز بهداشتی درمانی قادر به کمک به آنها و بهتر کردن آنهاست. آدرس و مشخصات آنها را ثبت نمائید و بخواهید که به شما و یا مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایند و بعداً نیز آنها را پیگیری نمائید.

ب - در مدرسه از معلمین و دانش آموزان در مورد وجود غش و اشکال رفتاری یا یادگیری سوال نمائید. پس از شناسائی شرح لازم را داده و به پزشک معرفی نمائید.

ج - به هنگام واکسیناسیون و سایر معاینات بهداشتی از مادران راجع به رفتار و رشد روانی کودکان بررسی نمائید. به این وسیله خیلی زود می توان کودکان عقب مانده ذهنی را تشخیص داد.

د - در مراجعات بیماران به مرکز بهداشتی درمانی چه برای درمان و چه جهت سایر خدمات بهداشتی نظیر فاصله گذاری بین فرزندان، راجع به وجود افسردگی، شکایات فراوان جسمی، اختلال خواب و وجود اضطراب سوال نمائید. با شرح فوق و با استفاده از بهورزان و داوطلبان بهداشتی می توان بیماران روانی را که مبتلا به مشکلات جدی هستند و نیاز به درمان دارند شناسایی نمود. پس از شناسایی بیمار قدم بعدی تکمیل اطلاعات بشرح زیر است.

۱- صحبت با بیمار و خانواده او برای کسب شرح بیشتر در مورد نشانه های بیماری، طول مدت و شدت بیماری. همچنین تعیین اینکه این اختلال تا چه حدی بر روابط فردی، خانوادگی و اجتماعی وی تاثیر گذاشته است.

۲- تعیین زمان شروع بیماری که تدریجی بوده است یا ناگهانی؟ علت واضحی باعث آن بوده یا بدون علت شروع شده است؟ بهبودی داشته یا بتدریج بدتر شده است؟

۳- آیا بیمار نشانه های زیر را داشته است؟ هر کدام از چه زمانی شروع شده و درحال حاضر وجود دراد یا خیر؟

- اختلال خواب، اشتها، خلق.
- بی اشتهایی یا بی نظمی در خوردن غذا.
- بیکاری، ولگردی، رفتارهای غیراخلاقی و ضد اجتماعی.
- بی توجهی به وضع ظاهری و سلامت و بهداشت فردی.



- درگیری و بهم خوردن رابطه با خانواده و دیگران، رفتار بچه گانه .
- رفتارهای عجیب و غریب و از نظر اجتماعی غیر قابل قبول مثل لخت شدن در نزد دیگران، زباله جمع کردن،
- فرار یا ترک خانه .
- تشنج ، بیهوشی .

تشخیص فوریت در مراقبت بهداشت روان

بیمارانی با داشتن خصوصیات زیر از فوریت های روانپزشکی است و باید به فوریت به پزشک ارجاع شود :

- ۱- بیمار پر سرو صدا و تحریکاتی و منشاء خطر برای خود و دیگران .
- ۲- بیمار در خود فرو رفته و بدون ارتباط .
- ۳- بیمار دارای بدبینی شدید (پارانوئید)
- ۴- بیمار دچار گم گشتگی (کانفیوژن) و اختلال هوشیاری .
- ۵- بیمار دارای ضایعه مغزی جدی مثل صرع مداوم یا ضربه و عفونت مغزی .
- ۶- بیمار با فکر یا اقدام خودکشی .

بیمار تحریکاتی

بیمار تحریکاتی بیماری است که قرار و آرام ندارد، بدون دلیل با دیگران پرخاشگری و گاه حمله و کتک کاری می کند و براحتی با شما و دیگران ارتباط برقرار نکرده، همکاری ندارد .

- ۱- به دیگران توصیه کنید با احترام و به شکلی با او رفتار و صحبت کنند که باعث عصبانیت و تحریک بیشتر وی نشوند . کسانی را که بیمار از آنها خوشش نمی آید از او دور کنید . خودتان هم با فاصله با او صحبت کنید .
- ۲- با بیمار مقابله نکنید (جرو بحث، مخالفت، خشم و بی توجهی) و باعث تحریک او نشوید .
- ۳- کوشش کنید اعتماد او را با رفتار خونسردانه و صمیمی به خود جلب نمائید ، گفتن جملات چه کسی باعث ناراحتی شما شده است؟ مسئله شما چیست؟ مشکل شما چیست؟ چرا اینقدر عصبانی هستید؟ من برای کمک به شما اینجا هستم و ...

- ۴- وقتی آرام شد، سعی کنید با اجازه او مقداری مایعات یا خوراکی به وی بدهید .
- ۵- سعی کنید بدون اصرار و با اشاره به مشکل او، به او بقبولانید که احتیاج به درمان یا مشاوره دارد و بهتر است با پزشک ملاقات کند یا بهتر است با پزشک هم مشورت کند .
- ۶- در صورتی که این اقدامات نتیجه نداشت و بیمار در معرض آسیب به خود و دیگران است با کمک گرفتن از اطرافیان و نیروهای انتظامی با اجبار اما با رعایت ۳ بند اول او را به پزشک برسانید .

بیمار در خود فرو رفته

این بیمار فردی است که مدتهای طولانی حرف نمی زند، کاری نمی کند، به سر و وضع و نیازهای روزمره خود نمی رسد و گاه حتی غذا نمی خورد .

- ۱- وقت کافی برای صحبت کردن با بیماری اختصاص دهید .
- ۲- ابتدا با جلب اعتماد و تشویق و اگر موفق نشدید با اجبار چیزی به او بخورانید .
- ۳- او و یا همراهانش را متقاعد کنید که به پزشک مراجعه و تحت درمان قرار گیرد .

بیمار دارای سوء ظن و بدبینی

با این گونه بیماران که بدبینی و سوء ظن بیش از اندازه و بی دلیل به دیگران و همه دارند باید خیلی با احترام، دقیق و محتاط رفتار کرد .



- ۱- با او مهربان و صادق باشید، به او دروغ نگوئید و حقایق را پنهان نکنید .
- ۲- باورها و سوء ظن هایش را زیر سؤال نبرید . به او نگوئید که باورهایش نادرست و اشتباهی است یا حقیقت ندارد .
- ۳- بخواهید که راجع به سوء ظن هایش بیشتر صحبت کند . اطلاعات بیشتری جمع کنید، اما هرگز اظهار نظر و قضاوت نکنید .
- ۴- توجه بیمار را به سمت سایر مشکلاتش نظیر بی خوابی، مشکلات خانوادگی، کاهش اشتها و بیقراری هدایت کنید تا بتوانید او را متقاعد کنید که باید با دکتر هم مشورت کرده و دارو بگیرد .
- ۵- اگر با این روش موفق نشدید، با مشورت با نزدیکان و معتمدین محل اقدام به ارجاع اجباری وی به پزشک توسط آنان نمائید .

بیمار دچار کاهش هوشیاری

- بیماری که دچار گم گشتگی روانی و اختلال هوشیاری است اغلب دیگران را نمی شناسد، از نظر درک زمان و مکان دچار اشکال است، متوجه نیست که چه زمانی است و در کجاست و حافظه، هوشیاری و قدرت محاسبه مختلفی دارد .
- ۱- ببینید آیا تشنج یا حرکات پرشی اندامها که همگی نشانه ای از صرع است دارا می باشد . در این صورت مشکل بیمار صرع است .
 - ۲- سابقه دیابت یا افزایش فشار خون بررسی شود . شاید مشکل قند یا حمله فشار خون دارد .
 - ۳- بررسی نمائید اخیراً دچار ضربه مغزی یا مسمومیت دارویی، الکل، حشیش و ماده مخدر نشده است .
 - ۴- آیا بیمار تب شدید ندارد و عفونت مغزی پیدا نکرده . تمام بیمارانی که دچار اختلال هوشیاری هستند باید بلافاصله به پزشک ارجاع شوند و بهتر است چیزی به آنها خورانیده نشود .

به یاد داشته باشید :

- به بیمار و همراهانش بیش از اندازه قول ندهید .
- به بیمار و خانواده اش نگوئید که شما برایشان هر کاری را می توانید انجام دهید و تصمیم ها را هم با مشورت و موافقت بیمار و خانواده او انجام دهید .
- دقت نمائید که تصمیم گیری های مهم توسط خانواده صورت گیرد .
- دقت کنید مصاحبه با جنس مخالف و مواردی را که در فوریت گفته شد در تنهایی انجام ندهند .
- سعی کنید اعتماد بنفس و توانائی خانواده بیمار را افزایش دهید، مردم را وابسته به خودتان نکنید .
- به آنها اطمینان بدهید که هر کاری که از دستتان برمی آید می کنید . طوری عمل نکنید که فکر کنند شما فرد فوق العاده ای هستید .
- کار را نیمه کاره رها نکنید . کوشش خود را در جهت حل مشکل بیمار و خانواده اش تا پایان ادامه دهید، بدون تردید نتیجه خوبی بدست خواهد آمد .

کمکهای اولیه در فوریتهای روانپزشکی

وقتی پزشک در دسترس نباشد و لازم باشد که به بیمار کمک فوری صورت گیرد بشرح زیر می توانید عمل کنید :

بیماران تهاجمی و تحریکی

- ۱- از بیمار فاصله بگیرید به شکلی که خود او متوجه این احتیاط شما نشود، بعد سعی کنید دلیل این خشم و ناراحتی او را پیدا کنید .
- ۲- سعی کنید از فردی کمک بگیرید که بیمار به او اعتماد دارد .
- ۳- اگر بیمار در موقعیتی است که حرفهای شما را نمی فهمد و با شما همکاری نمی کند و تحریکات و تهاجم دارد، با کمک دیگران پتویی را به رویش انداخته و او را نگهدارید .



۴- تهدید، طناب و زنجیر در بستن بیمار بکار نگیرید. اگر ضروری بود از محلفه، تسمه پارچه ای یا لباسهای بلند کلفت استفاده کنید.

اقدام به خودکشی

هرگاه با بیماری رو برو شدید که از خودکشی حرف زد، این موضوع را جدی بگیرید و سعی کنید تازمانی که او را به پزشک معرفی می کنید کسی مواظبش باشد.

- ۱- سعی کنید سریعاً مشکلی را که باعث شده است او چنین تصمیمی بگیرد پیدا کنید.
- ۲- در اولین فرصت قرار ملاقات و مصاحبه با او گذاشته، به او اطمینان دهید که در جهت حل مشکل او هر کمکی از دستتان برمی آید خواهید کرد. بپرسید که آیا افسردگی موجب این تصمیم نشده است.
- ۳- بطور کامل و با علاقمندی و دلسوزی به حرفهای او و به مشکل اصلی وی توجه کنید.
- ۴- به او بگویید که هر مشکلی دهها راه حل دارد اجازه بدهد با هم فکر کنید که چه راههای دیگری وجود دارد، خودکشی راه حل مناسبی نیست.
- ۵- بیمار را بلافاصله خودتان و یا با یک نفر از نزدیکانش به پزشک ارجاع دهید.
- ۶- به همراهان او بگویید که از او غافل نشوند، او را تنها نگذارند و همیشه چشم در چشم او مراقب باشند.

صرع مداوم

گاه بیماران و به خصوص اطفال دچار صرع مداوم شده و حملات صرعی پشت سرهم بیمار را گرفته در بین حملات بیمار بیهوش باقی می ماند. صرع مداوم یک فوریت روانپزشکی است و اگر صرع سریعاً کنترل نشود ضایعه جبران ناپذیر مغزی و یا مرگ ایجاد می شود. بنابراین اگر حمله صرع چند دقیقه بیشتر طول کشید و یا حمله ای بدنبال حمله دیگر بوجود آمد بلافاصله بیمار را به پزشک برسانید.

ارجاع

بدنبال شناسایی بیمار و انجام کمک های اولیه لازم است بیمار در اولین فرصت به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع شود. برای ارجاع فوری که برای بیماران بدحال صورت می گیرد باید اول سرپرست یا فرد بزرگتری از خانواده تعیین و مسئولیت رسانیدن بیمار را به او محول کنید. بدیهی است برای بیمار بدحال لازم است در صورتیکه امکان پذیر باشد از آمبولانس استفاده شود و شما نیز بیمار را همراهی نمایید. فرستادن برگ معرفی یا ارجاع و نوشتن مشخصات بیمار و مشروح نشانه های بیماری و رفتار غیر طبیعی بیمار ضروری است. دادن آدرس محل ارجاع، ساعت کار آن مرکز و مشخصات فرد یا پزشکی که باید با او تماس گرفته شود کمک بزرگی به بیمار و همراهان وی می کند. مدتی (3 تا 6 روز) پس از ارجاع فوری لازم است از خانواده بیمار، اقدامات انجام شده پیگیری شود که آیا به پزشک مراجعه شده است یا خیر و اگر مراجعه نگردیده دلیل آن مشخص و خانواده تشویق به مراجعه به پزشک شوند. در ارجاع غیرفوری گاه پیگیری ماهیانه لازم و گاه پیگیری غیر لازم است.

در موارد زیر بیمار سریعاً به پزشک ارجاع داده شود (ارجاع فوری):

- ۱- بیمار بدحال است، تحریکاتی است و قابل کنترل در منزل نیست.
- ۲- به تازگی دچار ضربه مغزی شده است.
- ۳- بیمار اقدام به خودکشی کرده و باز هم ممکن است تکرار کند.
- ۴- بیمار به دفعات دچار تشنج می شود (بیش از سه بار در روز یا صرع مداوم)
- ۵- تب همراه با تشنج یا سردرد شدید و استفراغ دارد.
- ۶- آشفتهگی رفتاری بدنبال زایمان وجود دارد.
- ۷- آشفتهگی رفتاری برای اولین بار و پس از سن ۴۰ سالگی ایجاد گردیده است.



- ۸- آشفتگی رفتاری در بیماری با سابقه دیابت و افزایش فشار خون دیده شده است .
- ۹- بیمار مدتهاست از مصرف غذا خودداری کرده است .
- ۱۰- بیمار دچار بدبینی شدید به خصوص نسبت به نزدیکان خود است .

پیگیری

در برنامه اداره بیمار توسط کارداناتان بهداشتی معاینه پزشک، تشخیص بیماری، نوع درمان و شروع درمان جزئی از برنامه اداره بیمار محسوب می شود . بنابراین در اولین فرصت این برنامه باید پیگیری شده و از پیشرفت صحیح کار درمان که با زحمت کارشناس ها و کارداناتان بهداشتی، خانواده بیمار و پزشک صورت گرفته است اطمینان حاصل شود . در برنامه پیگیری نکات زیر باید با خانواده مصرف می کند؟

۱- آیا بیمار طبق دستور پزشک بطور مرتب داروهای خود را مصرف می کند؟

۲- بیمار چه مقدار بهتر شده است؟

۳- آیا عوارضی از مصرف داروها دارد؟

۴- آیا بیمار مجددا شروع به کار کرده است؟

۵- آیا بیمار برای ادامه درمان به موقع به پزشک مراجعه کرده است ؟

عوارض دارویی در مصرف انواع داروهای روانی شایع است . این عوارض را باید شناخت و در مواردی که عوارض دارویی شدید است و یا نیاز به تغییر مقدار دارو دارد به پزشک اطلاع داد . در برخورد با عوارض دارویی خفیف، دادن اطمینان و آرامش به بیمار و خانواده او و گفتن اینکه ابتدا عوارض دارو ظاهر می شود بعد اثر آن، کار اصلی است .

عوارض دارویی خفیف عبارتست از : خشکی دهان، تاری دید، یبوست، سستی و خواب آلودگی، این عوارض با ادامه

مصرف دارو و پس از چندین روز تا چند هفته بتدریج کاهش یافته و از بین می رود .

عوارض دارویی شدید عبارتست از : عدم دفع ادرار و مدفوع، بیقراری، سفتی اندامها، لرزش و پیچش عضلات زبان، دهان،

سر و گردن و اندامها، اشکال در صحبت و آبریزش از دهان، خواب آلودگی شدید و منگی و گیجی . همه عوارض خفیف و

بسیاری از عوارض شدید دارو با کاهش مقدار مصرف روزانه آن بهبود می یابد، اما بهتر است اینکار را پزشک انجام دهد . یکی

از خصوصیات داروهای روانی تاثیر کند و تدریجی آنها بر ناراحتی بیمار و ضرورت ادامه درمان حتی پس از بهبود بیماری

است . در پیگیری، آموزش این دو نکته یعنی ادامه مصرف دارو به منظور بروز علائم بهبودی و ادامه آن حتی پس از بهبودی

ضروری است . به بیماران و خانواده آنان یادآور شوید که این داروها اعتیادآور نیست، معده یا کبد را خراب نمی کند و

موجب عقیمی نمی شود . به یاد داشته باشید:

• به بیمار و خانواده او توصیه کنید داروها طبق توصیه پزشک مصرف شود .

• تغییری در مقدار دارو و بدون نظر پزشک ندهند .

• اگر مشکل یا شک و تردیدی در مصرف دارو وجود دارد با پزشک مشورت نمایند .

• داروها نه تنها اعتیاد نمی دهند، بلکه اثرات مفید بسیاری دارند .

اگر به هنگام پیگیری ملاحظه کردید که بیمار بد حال است و قادر به اداره خودش نیست، یکی از افراد خانواده یا

همسایگان را انتخاب و مسئولیت دادن دارو و کمک به بیمار را به وی محول کنید .

اگر خانواده تمایل زیادی به ادامه درمان ندارند و مایل به درمانهای سنتی و محلی هستند، آنها را تشویق به مصرف داروها

نموده و اگر در نظریه خود اصرار دارند بدون مقابله و جرو بحث به آنها توصیه کنید هر دو نوع درمان را برای بیمار اجرا کنند .

دوری راه، مشکلات مالی و نبودن کسی که بیمار را همراهی نماید از عوامل شایع دیگری هستند که باعث می شود بیمار

درمان خود را قطع نماید . این وظیفه شماست که با بکار گرفتن همه امکانات فردی، دولتی و خیریه ای از جمله گرفتن کمک

از سایر بیماران، گاه رسانیدن دارو به دست بیمار در خانه یا محل کار او همچنین معرفی او به افراد خیر، داوطلبان بهداشتی،



مددکاران اجتماعی، بهیستی و کمیته امداد مانع قطع درمان شوید. بالاخره همه کارهای انجام شده در پیگیری را در دفتر مخصوص پیگیری ثبت نمائید.

آموزش بهداشت روان

آموزش بیمار، خانواده او، اطرافیان و همسایگان بویژه هنگامی که بیمار رو به بهبودی می گذارد امری ضروری و مهم است. اگر مردم چیزی راجع به بهداشت روانی ندانند، نه تنها کمکی به پیشرفت درمان نمی کنند، بلکه بر سر راه مراقبتهای صحیح بهداشت روانی مشکل ایجاد می کنند. مهم ترین نکاتی که باید در زمان پیگیری آموزش داده شود عبارتست از :

علل بیماری، چگونگی اداره بیمار، پیشگیری از ابتلاء به بیماری، عود بیماری و توانبخشی بیمار.

آموزشهای اصلی عبارتند از :

- ۱- باورها و نگرشهای آنان را درباره بیمار و بیماری اصلاح کنید. با علاقه به حرفها، شک و تردیدها و ترسهای آنان توجه کرده و پرسشها را با زبان ساده پاسخ دهید. اگر چیزی نمی دانید از پزشک سؤال کنید.
 - ۲- چگونگی مراقبت صحیح از بیمار را به آنان یاد دهید. با او راه آمدن، به حرفهایش گوش کردن و دارو را به موقع به او دادن.
 - ۳- توجه آنان را به عوارض داروئی جلب و نگرانی و بی اعتمادی ایجاد شده در اثر این عوارض را رفع کنید. آموزش و آوردن مثالهایی از داروهای جسمی و گفتن اینکه، آسپرین و شربت سینه هم عارضه دارند و درد معدی و خواب آلودگی می دهند، باعث ادامه مصرف داروی روانی می شود. به مردم بگوئید که چاقوی جراحی اگر در دست جراح باشد شفا می دهد ولی اگر درست بکار گرفته نشود خطر دارد.
 - ۴- بدون عصبانیت، جر و بحث، مخالفت و تمسخر نقطه نظرات خرافی یا غلطی که در مورد علل بیماری های روانی یا روش درمان آنها دارند اصلاح کنید. دعا، طلب شفا، توکل به خدا و توسل به ائمه اطهار را همزمان با مصرف دارو با استناد به اعتقادات خودشان توصیه و تشویق کنید. همچنین به آنان بگوئید که حفظ نفس واجب است و همه علمای بزرگ مذهبی هم به هنگام بیماری به پزشک و دارو مراجعه می کنند و دستورات پزشک را انجام می دهند.
 - ۵- بسیاری از بیماران با بهبود علائم بیماری دارو را به گان اینکه بیماری هم بهبود یافته قطع می کنند. به آنان آموزش دهید که بیماری در درون آنها پنهان است و با قطع دارو آشکار می شود، تا پزشک اجازه نداده است دارو را قطع نکنید.
 - ۶- در شروع کار فقط تعدادی از بیماران به حرفها و دستورات شما توجه می کنند. هر کاری که از دستتان جهت بهبودی آنها برمی آید انجام دهید. پس از اینکه علائم بهبودی در آنها ظاهر شد آن وقت در هر جا و با هر کسی راجع به همکاری آن چند بیمار و بهبودی آنها صحبت کنید. موفقیت آموزشی در این روش خیلی زیاد است و موجب می شود با افزایش اعتقاد مردم به شما و به درمان همکاری بیشتری نمایند. شرایطی ایجاد نمائید که مردم شروع به بحث و گفتگو راجع به بهبودی بیماران کنند و امید به بهبودی در بیماران روانی در همه جا منتشر شود. تمام روش های آموزشی زیر را در گسترش و آگاهی مردم در زمینه بهداشت روانی همزمان با سایر فعالیت های بهداشتی به کار ببرند : سخنرانی، مجالس و عظ و خطابه، بحث های چند نفره و گروهی، نصب چارت و پوستر در اماکن عمومی، تدارک برنامه های شعر و آواز، نمایشنامه و نمایشگاه. زنان خانه دار و دانش آموزان مدارس مهره های خوبی برای انتشار اطلاعات و اخبار نوبهداشتی هستند.
- تعداد دیگری از برنامه های آموزش بهداشت روانی را که می توانید همزمان با سایر برنامه های بهداشتی اجرا نمائید عبارتست از :

الف - هنگامی که برای بازید مدرسه می روید :

- ۱ - چند پوستر دست نویس راجع به صرع و عقب ماندگی ذهنی به همراه ببرید و یا موضوعی بدهید و از آنها بخواهید پوستر و بروشور و نقاشی در آن مورد تهیه کنند.



۲ - صحبتی راجع به یک موضوع بهداشت روانی بکنید و بخواهید که بچه ها افراد بیمار را به مرکز بهداشتی درمانی معرفی کنند .

۳ - راجع به موضوعات بهداشت روانی و مشکلات درسی بعد از آن با آموزگاران صحبت کنید . اراده، انگیزه، مطالعه، یادگیری، حافظه، امتحان و نمرات امتحان همگی بدنبال افسردگی و اضطراب و فشار روانی مختل می شوند .

۴ - سوانح و حوادث شایع در محل که منجر به ضربه و ضایعه مغزی می شود شناسایی و تدابیر پیشگیری آن را آموزش دهید .

۵ - افت درسی و تمرکز، ناسازگاری و شیطنت در مدرسه، رفتارهای خلاف و غیراخلاقی و مشکلات بسیار دیگری در مدرسه وجود دارد که می تواند ناشی از افسردگی، اضطراب و فشارهای روانی باشد . به این موضوعات در آموزش توجه کنید .

ب - هنگامی که برنامه مراقبت کودکان و مادران را انجام می دهید .

۱. راجع به اهمیت محرکات حسی در رشد کودکان توضیح دهید .

۲. راجع به بهبود تغذیه و اثر آن در جلوگیری از عقب ماندگی ذهنی صحبت کنید .

۳. در مورد تب بالا و تشنج ناشی از آن و روش پیشگیری از تشنج تب راهنمایی کنید .

۴. اهمیت واکسیناسیون در جلوگیری از بیماری های واگیردار و لذا پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی را بازگو نمایید .

۵. از نقش محبت و گذشت در ارتباط با همسر و فرزند صحبت کنید و ضرورت آرام نگه داشتن محیط خانه .

ج - همراه با مراقبت مادران باردار نکات زیر را آموزش دهید :

۱- بهبود تغذیه مادران در طی دوران بارداری و شیردهی و خودداری از مصرف هر دارویی بدون تجویز پزشک .

۲- ایمن در محیط بهداشتی باشد بویژه در مواردی که زایمان قبلی با اشکال صورت گرفته زایمان حتماً در محیط بیمارستان باشد .

۳- خودداری از بارداری قبل از 18 و پس از 35 سالگی و خودداری از بارداریهای با فاصله بسیار کم .

۴- خودداری از عصبیت و پرخاشگری، آرام نگهداشتن خود با عبادت و دعا و مطالعه و هنر، و سرگرم کردن خود با کارخانه، آماده کردن لباس نوزاد و روش های سالم دیگر .

۵ - در مراسم مذهبی و محلی شرکت کنید و آنچه را که از مردم می شنوید و می آموزید و می تواند به بهداشت روانی

جامعه کمک کند، از زبان خودشان به آنها بیاموزید .

نمونه از چند توصیه بهداشتی در بهداشت روان

- بیائید به شخصیت همه و بویژه بیماران احترام بگذاریم .

- بیماری روانی قابل درمان است .

- اختلالات مغزی و محیط ناسالم از علل بیماری های روانی محسوب می شوند .

- بیمار روانی نیازمند دارو، محبت و حمایت است .

- بیماری که کار می کند زودتر خوب می شود .

- یک بیمار عقب مانده ذهنی با آموزش و تربیت بهتر می شود اما به آهستگی .

- شما قرص را بگیری بیماری صرع خودش فرار می کند .

- همیشه به کودک خود غذای خوب؛ عشق و محبت، آموزش و مراقبت از رشد هدیه کنید .

- خانه شاد = کودک سالم

- بی اشتها، بی خوابی، غمگینی و نومیدی یعنی افسردگی، بهتر است با پزشک مشورت کنید .

- از دیگران انتقاد نکنید و با انتقاد دیگران با روی باز برخورد کنید .

- همسر خود را در برابر فشارهای کاری، خانوادگی و اجتماعی یاری کنید .

- همه چیز را دوست داشته باشید و به دیگران عشق بورزید تا سالم بمانید .



- حفظ آرامش و صمیمت را در فضای خانه، محیط کار و اجتماعی تقویت کنید.
- یکبار تجربه تفریحی ماده مخدر خطر یک عمر اعتیاد را در پیش دارد.
- ماده مخدر برای قلب مفید نیست، ترک تدریجی ماده مخدر نیز برای قلب مضر نیست
- به کودکان مهارت‌های زندگی سالم، ارتباط درست و روش گفتن نه را بیاموزید.
- هم‌رنگ جماعت شدن و نه نگفتن به دوستان، آماده سازی برای اعتیاد است.
- سیگار و الکل شاهره ورود به اعتیاد است.
- برای ترک اعتیاد با روانپزشکان، پزشکان دیگر و یا روانشناسان مشورت کنید.
- آسیب مغزی موجب آسیب روانی است، با بستن کمر بند ایمنی در رانندگی ایمنی مغز و روان را تامین کنید
- خشم و پرخاشگری در خانه، محیط کار و جامعه موجب آسیب روانی می شود.
- اعتیاد و اعتیاد ترریقی دروازه رسیدن به ایدز است.
- مذهب، عبادت و عرفان سلامت روان روا تقویت می کند.
- خانه سالم بدون سیاره سالم معنی ندارد. محیط زمین را حفظ کنیم.
- زندگی سالم حق همه است. با حفظ طبیعت سلامت جسم و روان را به همه فرزندانمان هدیه کنیم.
- آگاهی زنان نقش کلیدی برای حفظ سلامت محیط زیست، سلامت اجتماع و سلامت خانواده دارد.
- آرامش روان و آهنگ زیبای زندگی را با زمین سالم حفظ کنیم.
- اعتیاد ترریقی شایع ترین راه ابتلا به دو بیماری هپاتیت و ایدز است.
- به رابطه جنسی خارج از ازدواج نیندیشیم.
- رابطه جنسی ایمن سیر ایمن در برابر ایدز است.
- مهارت‌های خوب زیستن، حل مشکل و کنترل استرس را بیاموزیم.

شب اداری

شب اداری به دفع غیر ارادی و تکراری ادرار در روز و یا شب می گویند که بعد از ۵ سالگی ادامه یابد. شب اداری اگر به علت عفونت و بیماری مجاری ادراری نباشد، ناشی از مشکلات عصبی و روانی، کشمکش های خانوادگی، ترس، اضطراب و تنبیه می باشد.

آموزش بهداشت روان

- در برخورد با این موارد برای خانواده ها توضیح دهید که شب اداری یک نوع بیماری است و کودک کنترلی برای آن ندارد. به آنها اطمینان دهید با رعایت توصیه های زیر، این مشکل بتدریج حل می شود.
- از تنبیه و تحقیر کردن کودک خودداری کنند.
 - تشویق و جایزه دادن برای هر یک شبی که کودک ادرار نمی کند مفید است.
 - جای کودک گرم باشد و از دادن مایعات در شب جلوگیری شود.
 - باید از کودک بخواهند که قبل از خواب ادرار بکنند.
 - یکساعت پس از خوابیدن کودک یا در اواسط شب او را برای ادرار بیدار کنند.

لکنت زبان



اشکال در حرف زدن بصورت مکث و تکرار کلمات را که به مدت طولانی ادامه پیدا کند لکنت زبان می گویند. لکنت زبان در سنین کودکی شایع تر است و معمولاً علت آن مسایلی مانند ترس یا مشکلات خانوادگی، تنبیه بدنی در مدرسه و خانه می باشد.

آموزش بهداشت روان

- در برخورد با این مشکل به خانواده کودک توصیه کنید.
- از کودک بخواهند آهسته صحبت نماید.
- با کودک با حوصله و محبت رفتار کنند.
- از تحقیر و تمسخر و تنبیه بدنی کودک در خانه و مدرسه خودداری کنند.
- عواملی که اضطراب و ترس را در کودک بوجود می آورد رفع کنند.
- کودک را تشویق کنند و او را مطمئن سازند که مشکلیش بزودی حل خواهد شد.

ناخن جویدن و شست مکیدن

ناخن جویدن و شست مکیدن رفتارهای غیرطبیعی می باشند که کم کم بصورت عادت در می آیند و نشان دهنده وجود اضطراب در کودک می باشد.

آموزش بهداشت روان

- در برخورد با این مساله موارد زیر را به خانواده ها توصیه کنید.
- نسبت به این عادت بی تفاوت باشند و از تنبیه و تحقیر کودک خودداری کنند.
- به کودک محبت کنند.
- کودک را به خاطر بلند شدن ناخنها یا کوتاه کردن ناخنهایش تشویق کنند.
- در اوقات فراغت کودک را به کارهای دستی مثل نقاشی و کاردستی مشغول کنند.
- ناخن و انگشت کودک را تمیز کنند تا از بروز بیماری های انگلی و عفونی در او جلوگیری شود.

میزان مورد انتظار بیماریابی اختلالات روانپزشکی به تفکیک نوع اختلال در هزار نفر

نوع اختلال	عالی	خوب	متوسط	ضعیف
اختلالات شدید روانی	۱۱-۱۵	۷-۱۰	۳-۶	کمتر از ۳
اختلالات خفیف روانی	۲۱-۲۵	۱۶-۲۰	۱۱-۱۵	۵-۱۰
صرع	۵	۳-۴	۲	کمتر از ۲
عقب ماندگی ذهنی	۱۱-۱۵	۶-۱۰	۳-۵	کمتر از ۳

پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد برای بهورزان

سوء مصرف مواد به عنوان یک مشکل بهداشتی، همواره مورد توجه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت بوده است. برای اولین بار در سال ۱۳۶۵، در برنامه کشوری بهداشت روان به این مشکل توجه شده و وابستگی به تریاک و هروئین به عنوان یکی از مسائل اساسی کشور مطرح شده است. اولین پیش نویس طرح عملیاتی برنامه ملی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، در سال ۱۳۷۴ با استفاده از الگوی برنامه کشوری بهداشت روان تهیه گردید. این برنامه توسط متخصصان صاحب نظر چندین بار مورد تجدید نظر قرار گرفت و طی جلسات متعدد با کارشناسان ارشد ستاد گسترش شبکه وزارت بهداشت، ششمین پیش نویس آن در سال ۱۳۷۹ تدوین و آماده اجرا شد. هدف کلی برنامه ملی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد "کاهش میزان سوء مصرف و وابستگی به مواد و آسیبهای ناشی از آن با استفاده از امکانات شبکه بهداشتی درمانی کشور است" تا با استفاده از نتایج آزمایشی آن، الگوی مناسب پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد برای تمام کشور فراهم آید. امید است با آموزش این متن بهورزان گرامی، مربیان دلسوز آنان و پزشکان مجری طرح ادغام برنامه ملی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در برنامه مراقبتهای بهداشتی اولیه کشور، پیشنهادات و کاستیهای مربوط به متن را برای نویسندگان پرتلاش آن یا انستیتو روانپزشکی تهران ارسال دارند.

سوء مصرف مواد به عنوان یکی از مشکل های بهداشتی، درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد معتاد می شود بلکه آسیب های اجتماعی مانند افزایش طلاق، بزهکاری و بیکاری را نیز دنبال دارد. مصرف مواد مخدر به خصوص تریاک در ایران، سابقه ای چهارصد ساله دارد. همجواری کشور ما با دو کشور اصلی تولید کننده مواد مخدر یعنی افغانستان و پاکستان موجب شده است تا خاک ایران راه عبور این مواد به کشورهای اروپایی باشد و در این نقل و انتقال ها است، مقداری از این مواد نیز در ایران توزیع شود. طبق آمارهای منتشر شده از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر، تعداد تقریبی معتادان کشور حدود یک میلیون و دویست هزار نفر است. علاوه بر آن تعداد بسیار زیادی نیز به صورت تفننی از مواد استفاده می کنند. در صورتی که هر معتاد، بطور متوسط عضوی از یک خانواده ایرانی ۵ نفره باشد حداقل ۱۰ میلیون نفر از مردم کشور ما بنوعی با مشکل اعتیاد و پیامدهای روانی و اجتماعی آن درگیرند. در سال های اخیر، استفاده از سرنگ آلوده توسط معتادان تزریقی و همچنین افزایش بیماری ایدز و دیگر مشکل های اجتماعی ناشی از اعتیاد، موجب گردید تا ضرورت توجه به برنامه های پیشگیری از اعتیاد بیش از پیش احساس شود و در شرایط جدید که معتادان در حال ترک، بیمار محسوب می شوند نسبت به اجرای طرح ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در شبکه اقدام کند.

بهورزان عزیز، امید است با مطالعه دقیق این جزوه آموزشی و دنبال کردن توصیه های مربیان خود، ما را در دستیابی به هدف کلی برنامه که همانا کاهش میزان سوء مصرف و وابستگی به مواد در جامعه است یاری دهید.

تعریف واژه ها

“مواد”، شامل همه ترکیباتی است که مصرف آنها موجب تغییر در رفتار (مانند عصبانیت)، اختلال در خلق و خوی (افسردگی) و اختلال در قضاوت و شعور فرد (فراموشی و بی توجهی) می شود.

“سوء مصرف مواد” به مواردی گفته می شود که فرد بدون نیاز و بدون مجوز پزشکی اقدام به مصرف مواد می کند ولی شدت مصرف به حدی نیست که وابسته و معتاد تلقی شود. این افراد با وجود دردها و مشکل هایی که برای خود و یا خانواده به وجود می آورند همچنان مصرف مواد را ادامه می دهند مثل مصرف گاهگاهی یا تفریحی تریاک و حشیش.

“اعتیاد”، وابستگی به مصرف هر ماده مخدر و ناتوانی در ترک آن را گویند.

“وابستگی”، میل شدید به مصرف هر ماده و تمایل به ادامه مصرف آن است، تا جایی که در بسیاری از موارد وابستگی به مصرف مواد برای فرد، مهم ترین مسئله زندگی می شود. به طور معمول، کسی که به ماده ای وابستگی دارد، مجبور می



شود مقدار ماده مصرفی خود را به تدریج افزایش دهد، ثانیاً در صورت عدم مصرف و یا کاهش مقدار ماده مصرفی، دچار علائم ناخوشایندی می شود که به آن "علائم ترک" گویند.

"علائم ترک" تریاک و هرویین را در جامعه با عنوان "حالت خماری" می شناسند. علائم خماری این مواد معمولاً ۶ تا ۸ ساعت پس از آخرین نوبت مصرف ظاهر می شود و تا حدود ۱۰ روز باقی می ماند. دردهای استخوانی و عضلانی، دل پیچه و اسهال، آبریزش از چشم و بینی، بی خوابی، بی قراری، عصبانیت، خمیازه های فراوان و حتی تب از شایع ترین علائم آن است. "عود"، یعنی بازگشت مجدد به مصرف مواد مخدر، اینکه فرد پس از درمان (ترک مواد)، دوباره شروع به مصرف مواد قبلی و یا مصرف مواد جدید نماید.

"پیشگیری از اعتیاد"، بکارگیری اقداماتی که مانع از مبتلا شدن افراد به مصرف مواد مخدر شود.

"کاهش آسیب"، هر اقدامی است که موجب تغییر و یا اصلاح رفتار فرد معتاد می شود و خطر و ضرر فردی، خانوادگی و اجتماعی را کمتر می کند مانند تبدیل تزریق مواد به مصرف خوراکی آن ها که موجب کاهش آسیب اجتماعی و مبتلا نشدن به ایدز می گردد.

شایع ترین مواد مورد مصرف در ایران

- تریاک و مشتقات آن، که از گیاه خشخاش به دست می آیند و شامل تریاک، شیره و سوخته تریاک، هروئین، مرفین و کدئین می شود.

- حشیش، از گیاه شاهدانه بدست می آید و به نام های ماری جوانا، بنگ و علف نیز معروف است. حشیش سبب وابستگی جسمی و روانی و احساس ولع شدید به مصرف می شود.

- الکل، از جمله موادی است که نوشیدن (خوردن) آن موجب اعتیاد، رفتارهای نامناسب، اختلال در تعادل، بی ربط حرف زدن و اختلال در توجه و حافظه می شود. داروهایی مانند اکسپکتورانت کدیین نیز مقدار کمی از مشتقات تریاک را دارند و اعتیادآورند لذا لازم است مصرف آنها با تجویز پزشک باشد.

ویژگی مواد مخدری که در ایران مصرف می شوند و شیوه مصرف آنها

نام ماده	رنگ	روش مصرف
تریاک و مشتقات	قهوه ای روشن یا تیره	کشیدن (دود کردن)، خوردن و تزریق
سوخته تریاک	قهوه ای سوخته و براق	کشیدن (دود کردن)، خوردن و تزریق
شیره تریاک	قهوه ای مایل به سیاه	کشیدن (دود کردن)، خوردن و تزریق
هروئین	پودر سفید	کشیدن (دود کردن)، تزریق و در بینی کشیدن
مرفین	پودر بلوری به رنگ سفید یا قهوه ای روشن	تزریق
کدئین (داروهای کدئین دار)	ماده سفید رنگ بصورت شربت سینه و یا قرص های مسکن	خوردن
حشیش (بنگ یا علف)	سبز مایل به خاکستری یا قهوه ای مایل به سیاه	کشیدن (دود کردن) و خوردن
الکل	مایع	نوشیدن

علائم و نشانه های مصرف مواد مخدر

در ابتدای شروع مصرف، نمی توان از روی مشخصات ظاهری به اعتیاد افراد پی برد، ولی با ادامه مصرف مواد، رفتارهایی در فرد ایجاد می شود که ممکن است ما را به اعتیاد او مشکوک کند. دانستن این نشانه ها، خانواده ها را در شناسایی اعتیاد اطرافیان یاری می دهد. هیچ گاه نباید با یک علامت، برچسب اعتیاد به افراد زد، بلکه بهتر است خانواده ها مراقبت بیشتری از فرد به عمل آورند و پس از دیدن چند مورد از رفتارهای زیر، موضوع را با پزشک مرکز بهداشتی درمانی در میان بگذارند.



رفتارها و نشانه های مصرف تریاک و مشتقات آن

الف: نشانه های جسمانی

- ۱- اثر سوختگی در انگشتان، اثر تزریق بر دست ها و مشاهده و سایلی در اتاق شخص که برای مصرف مواد از آنها استفاده می شود مانند تیغ، سرنگ، زورق آلوده و شیشه مربا (با در سوراخ شده).
- ۲- بی اشتهاپی و بی نظمی در غذا.
- ۳- استشمام بوی تریاک و مشتقات آن از شخص.
- ۴- حالت خواب آلودگی و خواب دیر هنگام.
- ۵- شکایت های فراوان جسمی، یبوست و شکایت از ناتوانی جنسی.

ب: نشانه های رفتاری

- ۱- تغییر رفتار فرد مثل قفل کردن در اتاق به هنگام خروج از خانه و غیبت یا ترک کردن بی دلیل خانه و محیط.
- ۲- درخواست مکرر پول از افراد به بهانه و دروغ های مختلف.
- ۳- خرج کردن پول زیاد در مدت کوتاه و گم شدن پول، طلا و وسایل منزل.
- ۴- طولانی شدن مدت ماندن در دستشویی.
- ۵- کم توجهی و بی توجهی به وضع ظاهری تا حد آشفته بودن سر و وضع.
- ۶- تمایل به کناره گیری از بستگان و ایجاد رابطه با دوستان ناباب.
- ۷- کاهش احساس مسئولیت، وقت شناسی و غیبت از محل کار یا تحصیل وهم چنین کاهش کارآیی در خانه، مدرسه و محل کار.
- ۸- افزایش استفاده سرخود از داروهای آرام بخش و درخواست بی رویه داروهای مسکن.

مصرف زیاد تریاک و مشتقات آن، موجب مسمومیت می شود که ممکن است کم شدن تعداد تنفس، بیهوشی و بالاخره مرگ را به همراه داشته باشد.

علائم و نشانه های مصرف حشیش

علائم شایع: قرمزی چشم ها، افزایش ضربان قلب و نبض، افزایش اشتها و عدم تعادل هنگام راه رفتن. علائم مصرف بیش از حد: حالت وحشت، بی قراری، گیجی و منگی و دیدن اشیا یا شنیدن صداها به شکل غیر واقعی (توهم). این نوعی جنون مسمومیت باحشیش است که در افراد مستعد، ممکن است به جنون واقعی (بیماری شدید روانی) تبدیل شود. با دیدن یک یا چند نشانه از علائم یاد شده، می توان به مصرف حشیش در افراد شک کرد ولی از زدن انگ و برچسب اعتیاد به افراد باید خودداری کرد.

علل ایجاد اعتیاد و سوء مصرف مواد

- ۱- نداشتن آگاهی: آگاهی نداشتن فرد، خانواده و جامعه از عوارض مصرف مواد مخدر و الکل.
- ۲- باورهای غلط



- این تصور غلط که برای کاهش درد و درمان بیماری ها می توان از مواد مخدر استفاده کرد. مردم فکر می کنند تریاک فشار خون یا دیابت را کنترل و ناتوانی جنسی را درمان می کند حال آنکه ممکن است این گرفتاری ها را شدیدتر سازد.
- این تصور غلط که مصرف تفریحی مواد باعث اعتیاد نمی شود و فرد هرگاه بخواهد می تواند مواد را مصرف نکند.
- این تصور غلط که می توان با افراد معتاد دوستی کرد و معتاد نشد.
- این تصور غلط، که اعتیاد درمان پذیر نیست.

۳- مشکلات فردی، خانوادگی و محیطی

الف- مشکلات فردی

- بیماری های جسمی مزمن مانند دیابت و کمردرد.
- بیماری های روانی مانند افسردگی و بیماری شدید روانی.
- خود کم بینی و کمبود اعتماد بنفس، ناتوانی در دادن جواب رد به درخواست دوستان معتاد برای مصرف مواد و گاه خودنمایی و جلب توجه دیگران.
- مشکل های شغلی و تحصیلی مانند بیکاری و اخراج شدن از مدرسه .
- باور غلط در باره مواد مثل این باور که مصرف مواد نشانه بزرگی و احترام است.
- عدم پایبندی فرد به مسایل اخلاقی، معنوی و دینی، بی بند و باری و بی توجهی به ارزش ها و قوانین اجتماعی.

ب- مشکلات خانوادگی

- داشتن والدین و یا بستگان معتاد.
- وجود درگیری و طلاق در خانواده .
- وجود والدین سختگیر و یا سهل انگار در تربیت فرزندان.
- پایبند نبودن خانواده به مسایل اخلاقی، معنوی و دینی .

ج- مشکلات محیطی

- دسترسی آسان به مواد در جامعه.
- فقر و مشکلات اقتصادی در جامعه .
- تغییرهای محیط زندگی مانند مهاجرت از روستا به شهر.
- داشتن محیط آلوده و دوستان مصرف کننده مواد.
- کمبود مراکز تفریحی سالم برای گذراندن اوقات فراغت.

پیامدها و عارضه های اعتیاد و سوء مصرف مواد

مصرف مکرر مواد مخدر آسیب ها، عارضه های و خطرات بسیاری را بر سلامت فرد، خانواده و جامعه وارد می نماید. این عارضه ها عبارتند از:

الف) عارضه های فردی

- ۱) **مشکلات جسمی** : اعتیاد به مواد مخدر ممکن است سبب بیماری های قلبی و ریوی، ناتوانی جنسی، عقیم شدن، سوءتغذیه و کاهش وزن شود. اگر اعتیاد از نوع تزریقی باشد ممکن است فرد را به بیماری های عفونی هم چون ایدز و هپاتیت دچار کند.
- ۲) **مشکلات روانی**: اعتیاد ممکن است موجب اختلال در خواب، افسردگی، مشکل در تصمیم گیری، اختلال های روانی خفیف و شدید و اختلال شخصیت شود.

ب) عارضه های خانوادگی



اعتیاد ممکن است موجب بروز مشکلات اقتصادی، کاهش درآمد خانواده و افزایش هزینه، نابسامانی و ازهم پاشیدگی خانواده، طلاق، خشه - -ونت در خانواده (خشونت علیه همسر و آزار کودکان) و همچنین محدود شدن معاشرت سالم خانواده با دیگران شود و تربیت فرزندان دچار اشکال گردد.

ج) عارضه های اجتماعی

اعتیاد ممکن است موجب طرد شدن فرد از جامعه، بیکاری، غیبت از کار، کاهش میزان کارایی، اخراج از کار و بروز حوادث حین کار و رانندگی شود. شیوع ایدز، هیپاتیت، بیماری های مقاربتی، فقر، بی کاری، افزایش بروز جرم در جامعه همچون دزدی، فحشا و قتل از جمله عارضه های اجتماعی اعتیاد به شمار می آیند. این عارضه ها را در برنامه های آموزشی خود با خانواده ها به گفتگو بگذارید و بپرسید کدام یک از این عارضه ها را در افراد معتاد دیده و یا تجربه کرده اند.

خطرات و پیامدهای مصرف الکل

مصرف الکل ممکن است باعث اختلال رفتاری، اختلال خواب، نارسایی کبد، افزایش فشار خون، سوء تغذیه، ناتوانی جنسی، رفتارهای غیر اخلاقی و ابتلا به فراموشی در فرد شود. مسمومیت با الکل ممکن است موجب کاهش سطح هوشیاری، اغماء و مرگ شود. مصرف الکل ممکن است فرد را به طرف مصرف سیگار، حشیش و مواد مخدر بکشاند. این خطرات و پیامدها را به خاطر بسپارید، نمونه های این عارضه ها را در خانواده ها و افراد محل شناسایی کنید و بکوشید در آموزش جوانان و افراد جامعه از این نمونه ها به کار برید.

آموزش جامعه

از جمله	وظایف بهورزان در برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد
	۱- آموزش جامعه، جوانان و نوجوانان و خانواده آنها در باره خطرات و عارضه های اعتیاد به منظور پیشگیری از آن.
	۲- بالا بردن توانایی افراد برای مقابله سالم با مشکلات زندگی.
	۳- تشویق خانواده ها به این که اگر معتادی در خانه دارند یا به وجود آن شک دارند با پزشک مرکز بهداشتی درمانی مشورت نمایند.
	۴- ارجاع معتادان داوطلب درمان (ترک اعتیاد) به مراکز بهداشتی درمانی و پیگیری درمان آن ها.
	۵- گزارش فعالیت های انجام شده در برنامه به مراکز بهداشتی درمانی.

وظایف بهورزان در برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، آموزش جمعیت تحت پوشش به منظور پیشگیری از ابتلای آن ها به اعتیاد می باشد. این آموزش ها عبارتند از:

- الف - آموزش جوانان و نوجوانان:** آموزش جوانان و نوجوانان، به عنوان گروه های در معرض خطر می باید به شیوه غیر مستقیم، بدون سرزنش و طرد و به صورت انفرادی (چهره به چهره) و یا گروهی داده شود. این آموزش ها عبارتند از:
- ۱- خطرات و پیامدهای سوء مصرف مواد و الکل را به آن ها آموزش دهید (مطالب صفحه ۹ و ۱۰).
 - ۲- آنان را به دوری گزیدن از موقعیت هایی که امکان مصرف مواد در آن وجود دارد توصیه کنید مثل نرفتن به میهمانی و محلی که در آنجا الکل و تریاک مصرف می شود.
 - ۳- آنان را به مصرف نکردن مواد مخدر و الکل حتی برای درمان دردها و مشکلات جسمی و روانی تشویق کنید.
 - ۴- آنان را تشویق کنید که مواد را بر خود حرام کنند و از مصرف آنها حتی برای یک بار و یا برای تفریح خودداری ورزند.



۵- آنان را به شرکت در تفریحات سالم و ورزش روزانه، عبادت، توجه به معنویت و شرکت در مراسم دینی تشویق کنید.

ب - آموزش خانواده ها: به منظور آموزش افراد خانواده، کافی است این آموزش ها به صورت فردی و یا گروهی به والدین و یا یکی از افراد ۱۵ ساله و بالاتر خانواده داده شود. این آموزش ها عبارتند از:

۱- خطرات و پیامدهای مصرف مواد و الکل را به آنها آموزش دهید.

۲- آن ها را با نشانه های اعتیاد به مواد مخدر آشنا کنید.

۳- به والدین آموزش دهید که:

- فرزندان آن ها در سنین نوجوانی و جوانی، نیازمند رسیدگی و مراقبت بیشتری هستند.

- از درگیری و تنشج در محیط خانواده پرهیز کنند.

- در صورتی که عضوی از خانواده، اعتیاد به مواد مخدر دارد لازم است برای درمان اعتیاد خود اقدام کند تا الگوی سالمی برای سایر افراد خانواده باشد.

- با مراجعه به پزشک مرکز بهداشتی درمانی امکان درمان اعتیاد وجود دارد.

۴- پس از شروع درمان، خانواده باید همچنان توجه و همکاری خود با فرد معتاد را حفظ کند و در پیدا کردن شغل مناسب، کمکش کنند.

۵- داروهایی مثل اکسپکتورانت کدیین، دیازپام، اکسازپام و موارد مشابه را باید فقط با تجویز پزشک مصرف کرد و بطور جدی باید از مصرف خودسرانه داروها پرهیز کرد.

فرد معتاد تا شش ماه حالت های کسلی و احتمال عود بیماری را دارد از این رو هیچ گاه نباید در این دوران بدون درمان فرد را به حال خود رها کرد و یا توقع فعالیت زیادی از او داشت.

ج - بالا بردن توانائی افراد برای مقابله سالم با مشکلات زندگی

یکی از نشانه های سلامت روان، داشتن مهارت های زندگی سالم به ویژه داشتن مهارت های اجتماعی است. مهارت های اجتماعی در زندگی، یعنی قابلیت ها و توانایی هایی که فرد را برای برخورد مناسب و درست با مسائل و موقعیت های زندگی یاری می دهند. این مهارتها باعث می شوند تا انسان رابطه ای صمیمی و موثر با دیگر انسان ها داشته باشد و در زمان روبرو شدن با فشارهای روانی، اثرات زیانبار آن را به حداقل برساند. نداشتن مهارت های اجتماعی ممکن است فرد را به سمت اعتیاد بکشاند.

انواع مهارت های اجتماعی

۱- **مهارت قاطعیت:** مهارت قاطعیت یعنی ایستادگی بر نظرات شخصی. شخصی که قاطع است نظر و اعتقاد درست خود را به سادگی تغییر نمی دهد، تسلیم دیگران نمی شود و بدون توهین به دیگران مخالفت یا نظر خود را ابراز می کند.

انواع مهارت قاطعیت:

الف- رد قاطعانه: در این رفتار فرد درخواست های غیر منطقی فرد مقابل را رد می کند مثلاً "اگر دوستی او را برای کشیدن سیگار و مصرف مواد دعوت کرد می گوید: "خیر، من موافق نیستم و درخواست تو را قبول نمی کنم".

ب- بیان قاطعانه: اینکه فرد احساسات مثبت خود را نسبت به دیگران بیان دارد یا از دیگران در جای مناسب قدردانی کند مانند "چه اراده قوی ای دارید"، "چه خوب این خطرها را فهمیدید"، و بتواند احساسات منفی خود را در صورت لزوم در قالب جملات مودبانه و بدون ابراز خشم به فرد دیگر منتقل کند مثلاً "این کار درست نیست و یا این کار خلاف و حرام است".



ج- در خواست قاطعانه : توانایی بیان و مطرح کردن درخواست هایی از دیگران یا کمک خواستن از دیگران است مانند " امروز با مشکل جدی روبرو هستم می خواهم مشکلم را با تو در میان بگذارم تا بتوانی کمکم کنی " , " از تو می خواهم این موضوع را سریع به پدرت بگویی ."

۲- مهارت حل مسئله

از دیگر مهارت های مهم در پیشگیری از اعتیاد " مهارت حل مسئله" است . افراد باید بدانند وقتی در زندگی با مشکلی روبرو می شوند باید با روش منطقی آن را حل کنند .

مراحل حل مسئله

۱- مسئله را خوب بشناسند, ۲- به راه حل های مختلف و فواید و ضررهای هر راه حل فکر کنند, ۳- با دیگران مشورت کنند, ۴- از بین راه حل ها, راه حل مناسب را انتخاب کنند, ۵- برای اجرای آن زمان و فرصت کافی بگذارند, ۶- اگر با اجرای راه حل اول نتیجه حاصل نشد نومید نشوند راه بعدی را شروع کنند . بسیاری از افراد معتاد , به ج--ای حل مشکل و مسئله, می خواهند با مصرف مواد از مشکل خود فرار کنند .

در برنامه های آموزشی خود با خانواده ها, از آنها بخواهید مهارت های رد قاطعانه, بیان قاطعانه, درخواست قاطعانه و مهارت حل مسئله را تمرین کنند.

تشویق خانواده ها برای شناسایی افراد در معرض خطر

در زمینه شناسایی افراد در معرض خطر آموزش ها و اقدامات زیر را انجام دهید:

- ۱- با آموزش نشانه های مصرف مواد مخدر و عوامل خطرزا به خانواده ها, آن ها را در شناسایی افراد در معرض خطر یاری دهید.
- ۲- خانواده ها را تشویق کنید در صورت وجود اعتیاد در یکی از افراد خانواده, هر چه سریع تر برای درمان به پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایند.
- ۳- هیچ گاه به طور مستقیم با افراد معتاد اگر مایل نیستند در مورد اعتیادشان صحبت نکنید بلکه در آموزش های گروهی خود در مورد عوارض و خطرات مصرف مواد مخدر صحبت کنید و به آن ها اطمینان دهید اعتیاد قابل درمان است.
- ۴- در صورت مراجعه فرد معتاد, اقدامات زیر را انجام دهید:
 - به او اطمینان دهید هیچ کس دیگری از علت مراجعه او مطلع نخواهد شد.
 - با او بدون حضور دیگران صحبت کنید و همه اصول مربوط به ارتباط با بیمار را رعایت کنید.
 - مکرر بر رازداری خود و محرمانه ماندن گفت و گو تاکید داشته باشید و به این تاکید عمل کنید.
 - بسیار محترمانه فرصت بیان نگرانی ها و احساسات را به او بدهید.
 - او را از ضررها و پیامدهای مصرف مواد آگاه کنید.
 - او را به درمان و مراجعه به پزشک مرکز تشویق کنید.
- ۵- در صورتی که فرد پس از درمان , دوباره شروع به مصرف مواد کرد او را برای درمان مجدد به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید و از خود طرد نکنید.

ارجاع و پیگیری

در صورت مراجعه داوطلبانه فرد معتاد , او را به پزشک مرکز ارجاع دهید. ارجاع مواردی که اعتیاد تریقی دارند و یا به دلیل مصرف یا عدم مصرف مواد وضع جسمی و روانی وخیمی دارند فوری و بقیه غیرفوری است. اقدامات و فعالیت های انجام شده در پیگیری را در فرم پیگیری بیماری ها در پرونده خانوار بیمار ثبت نمائید.



در بدو شروع درمان، ضمن رعایت اصول رازداری، وضعیت درمان بیمار را طبق برنامه زیر پیگیری کنید:

الف: ماه اول، هفته ای یک بار

ب: تا ۶ ماه، هر دو هفته یک بار

ج: از ۶ ماه تا پایان دو سال، ماهی یک بار

توصیه هایی جهت پیشگیری از عود

- ۱- همه توصیه های مربوط به پیگیری در بهداشت روان بویژه مصرف دارو و عوارض آنها را به خانواده ها انجام دهید.
- ۲- بیمار را تشویق کنید تا از دوستان معتاد و موقعیت هایی که موجب عود اعتیاد در وی می شوند دوری کند.
- ۳- افراد خانواده و اطرافیان را به حمایت از مصرف منظم داروها توسط بیمار تشویق کنید.
- ۴- به بیمار اطمینان دهید حال که درمان را آغاز کرده است دوستان بیشتر و با محبت تری خواهد داشت.
- ۵- بیمار را تشویق کنید در طول مدت ترک، فعالیتها و سرگرمیهای خود همچون رفتن به تفریح با دوستان سالم یا سایر افراد خانواده را افزایش دهد.
- ۶- هر چند بار که بیمار برای درمان اعتیاد مراجعه کند او را بپذیرید و به صرف اینکه قبلا درمان شده و دوباره رو به مواد آورده او را از خود نرانید.

در مورد معتادان تزریقی، اقدامات زیر را به فوریت انجام دهید:

- ۱- اگر علاقمند به درمان است، بیمار و خانواده وی را تشویق کنید موضوع را با پزشک مرکز در میان گذارند.
- ۲- اگر علاقمند به درمان نیست، بیمار را از خطرات هپاتیت و ایدز آگاه کرده او را تشویق کنید به جای استفاده از تزریق از سایر روش های مصرف مواد استفاده کند.
- ۳- در صورتی که مایل به کنار گذاشتن تزریق نیست، ضررهای استفاده از سرنگ مشترک همچون ابتلا به بیماری هپاتیت و ایدز را به بیمار یادآور شوید و از او بخواهید تا جای ممکن از سرنگ یک بار مصرف تمیز استفاده کند.
- ۴- بیمار و خانواده او را با مشورت و موافقت پزشک مرکز بهداشتی درمانی تشویق کنید برای دریافت خدمات مشاوره تخصصی به مراکز مشاوره رفتاری موجود در شهرستان و یا استان مراجعه کنند (پیوست شماره ۲).
- ۵- در صورتی که قبلا رابطه جنسی مشکوک داشته و یا از سرنگ مشترک استفاده کرده است او را برای آزمایش های ضروری به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید چرا که ممکنست به هپاتیت یا ایدز مبتلا شده باشد.
- ۶- به همسر این افراد و کلیه کسانی که در معرض خطر قرار دارند توصیه کنید در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده کنند. در این رابطه مسئولیت توصیه به معتادان تزریقی و مردان در معرض خطر به عهده بهورز مرد خانه بهداشت خواهد بود.

طبقه بندی مواد اعتیاد آور

نام	مثال
الکل ها	شراب، آبجو، مشروبات الکلی قوی، آبجوی خانگی، بعضی شربت ها و داروهای تقویت (مثل شربت سرماخوردگی)
نیکوتین ها	سیگار، سیگار برگ، پپ، تنباکوی جویدنی، انقیه
کانابیس ها	حشیش، بنگ، ماری جوانا
مخدرها (مواد افیونی)	کدئین، هروئین، مرفین، تریاک، بوپرنورفین، متادون، پتیدین
مواد آرام بخش	قرصهای خواب آورده، بنز و دیازوپین، باربیتوراتها
توهم زاها	ال - اس - دی، مسکالین، فن سیکلیدین
محرک ها	آمفتامین، کوکائین (کراک)، متآمفتامین، اکستازی، کافین
استنشاقی ها	انواع چسب، بنزین، اتر، گاز فندک، انواع اسپری ها، برخی رنگها

**علائم مصرف الکل**

آثار مصرف الکل حدود ۳۰ تا ۹۰ دقیقه پس از مصرف ظاهر می شود، پرحرفی یا کم حرفی، بی ربط حرف زدن، گوشه گیری یا معاشرتی شدن زیاد، حرف زدن مستانه و گاهی اوقات پرخاشگری، بهم خوردن تعادل و عدم کنترل حرکات، تغییر خلق و خوی و خواب آلودگی، اختلال در توجه و به خاطر سپاری وقایع، اختلال در کار و فعالیت های اجتماعی.

عوارض مصرف الکل

مصرف مداوم و اعتیاد، اختلال خواب، فراموشی پایدار و آسیب به مغز، توهم های شنوایی پایدار، نارسایی کبد، زخم معده، التهاب مری و واریس مری و، خونریزی های شدید و بیماری های لوزالمعده، توهم

کانابیس ها**حشیش**

حشیش نام یکی از ترکیباتی است که از گیاهی، شبیه به گزنه به نام شاهدانه هندی به دست می آید. سایر مواد مشابه آن (که همگی از همین گیاه تهیه می شوند) در کشور ما نام هایی نظیر ماری جوانا، گراس، علف، روغن حشیش، بنگ، چرس و... دارند، حشیش صمغ چسبنده گیاه شاهدانه هندی است، که معمولاً به شکل لواشک و یا به صورت قالبی، و در اندازه های مختلف وجود دارد. رنگ آن سبز خاکستری و گاهی قهوه ای مایل، به سبز است و قوامی سفت دارد. حشیش معمولاً از طریق دود کردن مصرف می شود. بدین صورت که تکه ای از آن را حرارت می دهند تا گرم شود و به صورت پودر درآید. سپس آن را با توتون سیگار مخلوط می کنند و درون کاغذ سیگار ریخته و می کشند. گاهی نیز از پیپ برای مصرف آن استفاده می شود. معمولاً برای استفاده از حشیش از این روش ها کمتر استفاده می شود. برای مصرف خوراکی، حشیش را در غذا یا شیرینی می ریزند و آنرا می خورند. در مصرف نوشیدنی، حشیش را در نوشابه حل می کنند و می نوشند

علائم مصرف حشیش

در صورت دود کردن اثرات آن به سرعت ظاهر می شود و ۳ تا ۴ ساعت هم باقی می ماند اما اگر به صورت خوراکی مصرف شود اثراتش دیرتر ظاهر شده و تا ۲۴ ساعت باقی می ماند. مهم ترین علائم آن عبارت است از:

- قرمزی چشم ها
- تغییر در رفتار و حالت های روانی شخص، مثل خنده خود به خود و سرخوشی و گاهی نیز اضطراب و افسردگی
- تغییر در درک رنگ و صدا و موسیقی که همه این ها را قوی تر از آن چیزی که هستند درک می کنند
- اختلال حافظه، گیجی و بی توجهی به اطراف
- افزایش اشتها و تند شدن ضربان قلب
- بهم خوردن تعادل حرکتی
- علائم شبیه جنون مثل شنیدن صداهای غیر واقعی و صحبت های نامربوط احساس کند شدن گذر زمان

عوارض مصرف حشیش

- حشیش باعث وابستگی جسمی و روانی و همینطور احساس نیاز شدید برای مصرف می شود
- از بین رفتن سلول های مغزی، پوک شدن مغز و تشنج
- گرایش به سوی مواد خطرناک تر مثل هرویین و کوکائین
- اختلال در حافظه
- نازایی در زنان و اختلال در قاعدگی
- ایجاد بیماری های مادرزادی در جنینی که مادرش حشیش مصرف می کرده است
- عقیمی در مردان به علت کم شدن تعداد و فعالیت اسپرم ها
- کم شدن علاقه و انگیزه نسبت به زندگی، شغل، روابط اجتماعی و خانوادگی
- بیمار های روانی شدید و دائمی



▪ بیماری های تنفسی و ریوی و در نهایت سرطان ریه

علائم ترک حشیش

- تحریک پذیری - بی قراری و اضطراب
- اختلال خواب و بی اشتها
- تعریق و لرزش
- اسهال ، تهوع و استفراغ
- دردهای عضلانی
- افزایش درجه حرارت بدن

کانابیس ها (ماری جوانا)

به این شکل از گیاه شاهدانه هندی علف یا گراس نیز می گویند . این ماده از برگ ، ساقه یا گل های خشک شده گیاه مزبور به دست می آید و شبیه توتون یا سبزی خشک شده و به رنگ سبز یا قهوه ای و گاهی خاکستری است. این ماده را معمولا در کاغذ سیگاری که قبلا توتون آن خالی شده می ریزند و دود می کنند . گاهی نیز آن را با توتون سیگار مخلوط کرده در کاغذ سیگار ریخته و می کشند. بعضی افراد نیز آنرا بوسیله پیپ مصرف می کنند .

مخدر ها (مواد افیونی) تریاک

تریاک، شیره خشک شده گیاهی به نام خشخاش است که از آن مواد اعتیادآور گوناگونی مانند سوخته ، شیره ، کدئین، مرفین ، پتیدین ، هروئین ، متادون ، دیفنوکسیلات ، بوبره نورفین ... به دست می آید. تریاک معمولا به رنگ قهوه ای سیر، خمیر مانند و بویی خاص دارد. بسته بندی آن معمولا به شکل لول و یا حبه (شبیه حبه قند) است . گاهی نیز به شکل قرص های قهوه ای رنگ تهیه می شود . **سوخته تریاک** از مصرف تدخینی (دود کردن) تریاک، ماده ای به رنگ قهوه ای سوخته و براق به دست می آید که به آن سوخته تریاک می گویند . بعضی از افراد، سوخته را در آب حل می کنند و شربت بنفش رنگی را که به دست می آید می نوشند. **شیره تریاک** از سوخته تریاک به دست می آید. شیره ماده ای خمیری ، سفت و غلیظ به رنگ قهوه ای است.

هروئین

هروئین از مرفین ساخته می شود و در صورتی که خالص باشد به شکل پودری بسیار نرم ، بدون بو و سفیدرنگ است اما هروئینی که معمولا توسط فروشندگان این ماده فروخته می شود، ناخالصی بسیار زیادی داشته و از مخلوط کردن با مواد مختلفی چون خاکستر، شیرخشک و ... به دست می آید و رنگ آن مایل به قهوه ای است. هروئین معمولا در تکه های کوچک پلاستیک مخروطی شکل و یا تکه های کاغذ یا پلاستیک به شکل مربع و یا مستطیل در اندازه های مختلف بسته بندی می شود.

روش های کلی مصرف مواد: خوردن ، تدخین ، انفیه بینی ، تزریق

علائم مصرف مواد افیونی

- تغییرات رفتاری یا روانی (ابتدا سرخوشی و سپس بی تفاوتی ، کج خلقی و پرخاشگری
- بی قراری یا کندی و اختلال قضاوت)
- تهوع و استفراغ
- کاهش احساس درد
- احساس گرما ، گر گرفتن و خارش بینی
- سنگینی دست و پا و رخوت
- خشکی دهان



- کاهش فشار خون
- انقباض مردمک
- افت عملکرد شغلی و اجتماعی

علائم ترک مواد افیونی

- بی قراری ، تحریک پذیری ، افسردگی و بی خوابی
- آبریزش از بینی و اشک ریزش
- دل پیچه و اسهال
- دردهای عضلانی - استخوانی
- سیخ شدن موهای بدن
- خمیازه و عطسه مکرر
- احساس سرما
- تعریق
- تمایل شدید به مصرف مجدد

مواد آرامبخش

داروهایی هستند که در پزشکی، برای رفع اضطراب، ایجاد حالت تسکین و خواب به کار می روند . مواد آرامبخش به دو گروه عمده تقسیم می شوند. گروه اول یعنی بنزودیازپین ها (مثل دیازپام، لورازپام، اکسازپام) شایع ترین داروهای آرام بخشی هستند که برای رفع اضطراب و بی خوابی تجویز می شوند این داروها معمولا به شکل قرص یا کپسول هایی به رنگ ها و اندازه های مختلف و نیز آمپول تهیه می شوند. معتادان به این داروها، معمولا به شیوه تزریق وریدی و گاه خوراکی این داروها را مورد سوءمصرف قرار می دهند . گروه دوم مواد آرامبخش، باربیتورات ها هستند که با نام های مختلف مانند فنوباریتال، سکوباریتال، پنتوباریتال و ... عرضه می گردند و به اشکال مختلف مثل قرص ها و کپسول هایی با اندازه و رنگ های متفاوت ، آمپول ، شیاف و محلول یافت می شوند . این داروها از طریق خوراکی ، مقعدی و یا تزریق عضلانی یا وریدی قابل مصرف هستند. معتادان به این دارو ها معمولا "از شیوه تزریقی یا خوراکی استفاده میکنند.

توهم زا ها

ال - اس - دی

ال اس دی قویترین ماده توهم زا است و از نوعی ماده استخراج شده از قارچی انگلی که بر روی گیاه چاودار زندگی می کند، تهیه می شود ال اس دی به اشکال مختلف مثل قرص های بسیار کوچک (معمولا به رنگ نقره ای خاکستری)، کپسول، پودر سفید رنگ، مربع های ژلاتینی نازک و مایع صاف بدون رنگ و بو وجود دارد. یکی دیگر از اشکال رایج ال اس دی به صورت کاغذهای مربع شکل آغشته به ال اس دی محلول در الکل است که معمولا به ابعاد ۶-۷ میلی متر و گاه تا ۱۲ میلی متر و دارای تصاویر جالب (مثل کبوتر ، توت فرنگی، ستاره و...) با رنگ های روشن و جذاب مشاهده می شوند. معمولا تعداد زیادی از کاغذهایی با مشخصات فوق به هم متصل هستند و از طریق خط های برش که بر روی کاغذ ایجاد شده، قابل جدا کردن از یکدیگر می باشند. ال اس دی به صورت خوراکی مصرف می شود. بعضی از افراد قرص یا پودر این ماده را بر روی حبه ای قند گذاشته و پس از اضافه کردن چند قطره آب و حل شدن ال اس دی، حبه قند را می خورند بعضی نیز حبه قند را به مایع ال اس دی آغشته کرده ، مصرف می کنند. قرص ها و کپسول های ال اس دی نیز بصورت خوراکی قابل مصرف هستند. برخی از افراد کاغذ های آغشته به ال اس دی را از روی خط های برش جدا کرده و در دهان می گذارند

محرک ها ها

آمفتامین ها



امفتامین ها گروهی از مواد صنعتی هستند که در بدن متابولیت های حاصله از آن سریعا وارد سیستم عصبی مرکزی شده و باعث آزاد شدن هورمون دوپامین از مغز می شود. تولید دوپامین نیز تحریک سلول های مغزی، افزایش خلق و خو، ایجاد حالت تهاجمی و غیر قابل کنترل و افزایش حرکات بدنی را به دنبال خواهد داشت. برخی از انواع امفتامین ها دارای مصارف طبی هستند و برای درمان بعضی از بیماری ها استفاده می شود امفتامین ها معمولا به شکل پودر سفیدرنگ و گاه سفید مایل به قهوه ای روشن (یا سفید چرک) مشاهده می گردند. برخی از انواع این مواد به شکل قرص ها و کپسول هایی به رنگ ها و اندازه های مختلف وحتى محلول های قابل تزریق نیز یافت می شوند. امفتامین ها اغلب برای بهبود کارایی، کاهش خواب و ایجاد حالت سرخوشی و معمولا توسط دانش آموزان، دانشجویان، ورزش کاران و گاه رانندگان مورد سوء مصرف قرار می گیرد.

روش های مصرف امفتامین ها

امفتامین ها معمولا به صورت خوراکی و گاه به صورت تزریقی مصرف می شوند. برخی از افراد نیز شکل پودری این مواد را به روش انفیه و از طریق کشیدن به داخل بینی مصرف می کنند شکل تزریقی این مواد نسبت به سایر انواع آن اعتیاد شدید تری ایجاد می کند. سوء مصرف امفتامین ها، به خصوص بعضی از انواع آن که با نام های مختلف خارجی مثل آیس یا شیشه یا کریستال، اسپید، اکستاسی، میتسی بوشی و ... نامیده می شوند، اخیرا در کشور ما رواج بیشتری پیدا کرده است .

کریستال یا شیشه

شیشه ماده ای است که اخیرا توسط جوانان مورد سوء مصرف قرار می گیرد. این ماده از نظر شیمیایی از گروه امفتامین ها می باشد. این ماده مصنوعی بوده و به صورت پودر کریستالی سفید، بی بو با مزه گس است که به آسانی در آب، نوشابه یا الکل حل می شود. شکل ظاهری این ماده شبیه شیشه ای که خرد شده باشد و یا تکه های ریز یخ و یا خرده های ریز نبات است.

اکستازی

اکس یا اکستازی اولین و مهم ترین موادی است که از امفتامین ها بدست آمد و در سطح وسیع مورد مصرف قرار گرفت. اکستازی را به عنوان ماده انرژی زا در مهمانی ها استفاده می کنند و مصرف کنندگان آن می توانند ساعت ها بدون استراحت بیدار بمانند. در حالیکه از اکس به عنوان قرص شادی استفاده می کنند این ماده هیچگونه انرژی و شادی ندارد و از انرژی و شادی ذخیره شده در بدن استفاده می کند و بعد از اتمام آن مصرف کننده به شدت احساس خستگی می کند و همین مسئله موجب می شود دوباره مصرف نماید.

علائم مصرف امفتامین ها

آثار مصرف امفتامین ها معمولا یک تا دو روز طول می کشد . این آثار عبارتند از:

- تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی ، اضطراب و بی قراری ، عصبانیت ، اختلال قضاوت)
- تپش قلب
- گشاد شدن مردمک چشم
- تهوع و استفراغ و لرز
- افزایش شدید فشار خون که ممکن است باعث خونریزی مغزی شود
- کاهش شدید فشار خون که ممکن است باعث شوک بشود.
- اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی

عوارض و خطرات مصرف طولانی مدت امفتامین ها

- بروز اختلال روانی بسیار شدید (توهم ، عدم تشخیص موقعیت و...)
- ایعات پوستی مزمن
- بالا رفتن فشار خون و سکته مغزی



- بهم خوردن ریتم قلب و سکنه قلبی
- تشنج
- احتمال حالت اغماء و مرگ

کوکابین

این ماده از برگهای گیاهی به نام کوکا که عمدتاً در کشورهای پرو و بولیوی می روید بدست می آید. کوکائین معمولاً به شکل پودر سفید یا ماده بلوری سفید رنگ مشاهده می گردد. خاصیت نشئه کنندگی کوکائین به حدی شدید است که ممکن است حتی پس از یک بار مصرف، منجر به اعتیاد شود. شکلی از کوکائین که معمولاً به روش تدخین مورد سوء مصرف قرار می گیرد **کراک (crack)** نام دارد و به وسیله پیپ های دست ساز ساخته شده با قوطی های نوشابه، کاغذ آلومینیومی نازک یا کاغذ سیگار مورد استفاده واقع می شود. کراکی که در ایران استفاده می شود بر خلاف کشور های دیگر جزء محرک ها نیست و از هروئین با در صد خلوص بالاتر و تغییر شکل یافته، ساخته می شود. یکی از روش های مصرف کوکائین، انفیبه این ماده به داخل بینی است. پودر کوکائین را مستقیماً و یا به وسیله یک تکه کاغذ یا مقوا یا اسکناس لوله شده و یا به وسیله نی وارد بینی می کنند. استفاده از این روش در دراز مدت باعث التهاب و پر خونی بینی و در نتیجه گرفتگی و آبریزش از بینی می شود. برخی از افراد کوکائین را به روش تزریق و به صورت وریدی مصرف می کنند. در صورت استفاده از وسایل تزریق مشترک. استفاده از این روش، می تواند منجر به انتقال بیماری های خطرناکی مثل هپاتیت و ایدز، از فردی به فرد دیگر شود.

مواد استنشاقی

مواد استنشاقی مثل انواع چسبها (چسب موکت و ...) بنزین، اتر، تینر، گاز فندک، مایع خشکشویی، گاز مایع، انواع اسپری ها (اسپری موی سر، خوشبو کننده های بدن و هوا) برخی رنگها، لاک غلط گیری و ... را شامل می شود سوء مصرف این مواد، با توجه به سهولت دسترسی، بخصوص در نوجوانان و افراد طبقات اقتصادی پایین تر، شایع تر است. وجود ضایعات پوستی در اطراف دهان و بینی، بوی غیرمعمول تنفس، وجود بقایای ماده مصرفی روی صورت و لباس ها و علائم تحریک مکرر گلو و بینی، از علائم مصرف این دسته از مواد هستند.

روش های مصرف مواد استنشاقی

بعضی از انواع این مواد مستقیماً از درون ظرف محتوی ماده مورد استنشاق قرار می گیرند. فرد، بینی خود را روی ظرف گرفته و با تنفس عمیق، گازهای متصاعد شده از ماده را وارد ریه های خود می کند. مواد مایع مثل اتر معمولاً روی تکه ای پارچه ریخته میشوند و جلوی بینی قرار می گیرند و استنشاق میشوند. انواع چسب ها نیز از این طریق قابل سوء مصرف هستند، اما معمولاً درون یک کیسه پلاستیکی ریخته می شوند و با قرار دادن کیسه در مقابل دهان و بینی، استنشاق می شوند.

استروئیدها

برخی افراد از قرص های استروئید آنابولیک استفاده می کنند یا آن را به صورت تزریقی به بدنشان وارد می کنند تا بر سرعت رشد عضلاتشان افزوده شود. آنابولیک به معنی پرورش دادن یا ساختن است. استروئیدهای آنابولیک از انواع یک نوع هورمون به نام تستسترون هستند که در بدن همه ما وجود دارد. تستسترون نه تنها باعث بروز ویژگی های مردانه می شود بلکه علاوه بر آن در رشد عضلات نیز تاثیر دارد. استروئیدها باعث ایجاد تغییراتی در مغز و بدن می شوند که خطر ابتلا به بیماری ها را افزایش می دهند و برخلق و خوی افراد تاثیر می گذارند. قوی شدن از بیرون و ضعیف شدن از درون: بعضی از ورزشکاران از استروئیدهای آنابولیک به منظور رسیدن به اندازه و قدرت بدنی بیشتر استفاده می کنند. ولی ولی در همان حال که استروئیدهای آنابولیک باعث می شوند فردی از دید خارجی قوی تر به نظر برسد ممکن است باعث ضعیف تر شدن همان فرد از درون هم بشوند زیرا موجب:

- تضعیف سیستم ایمنی بدن و نیروی دفاعی در برابر بیماری ها
- صدمه دیده کبد یا سرطان در افراد جوان
- توقف رشد استخوان ها در نوجوانان می شود.



تاثیر استروئیدهای آنابولیک بر مغز: قسمت هایی از مغز که خلق و خوی را تحت تاثیر قرار می دهند و در حافظه و یادگیری دخالت دارند به سیستم های لیمبیک شهرت دارند. استروئیدهای آنابولیک روی سیستم های لیمبیک تاثیر می گذارند. در حیوانات نشان داده شده است که این هورمون ها به کیفیت یادگیری و حافظه آسیب می رسانند. آن ها همچنین می توانند به احساس افسردگی و عصبانیت منجر شوند. مصرف کنندگان استروئیدهای آنابولیک ممکن است با افرادی که به طور عادی با آنها مهربان هستند، مانند اعضای خانواده و دوستان با بدخواهی برخورد کنند.

سوانح و حوادث خانگی

مقدمه

سوانح و حوادث در طول تاریخ به عنوان یکی از عوامل تهدید کننده زندگی انسان ها بوده که به علت وجود بیماری های واگیر در اولویت قرار نداشت، با پیدایش انقلاب صنعتی و ورود صنعت و تکنولوژی به زندگی انسان، گسترش ارتباطات، توسعه شهرنشینی، پیشرفت علوم بهداشتی و پزشکی، الگوها و شیوه های زیستی انسان دچار تحول و دگرگونی عظیمی شده است. این پدیده از یک سو موجب کنترل بیماری های واگیر و بالا رفتن سطح امید به زندگی شده و از سوی دیگر باعث شیوع و افزایش بیماری های غیر واگیر که نتیجه مستقیم و غیر مستقیم این تحولات می باشد، گشته است. در این گروه بیماری ها یکی از مهم ترین معضلات بهداشتی اجتماعی سوانح و حوادث است. سوانح و حوادث از بزرگ ترین مشکلات دنیای امروز به شمار می آید که عمدتاً سومین علت مرگ و میر در کلیه سنین و اولین علت مرگ و میر در سنین زیر ۴۰ سال در جهان می باشد و به عنوان یکی از علل مهم مرگ و میر و معلولیت به حساب می آید که هزینه های زیادی را برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بردارد. سوانح و حوادث علل مشخص و متفاوتی دارد و پیشگیری از آن مستلزم توجه به شبکه علیتی آن می باشد. با یک نگاه کلی به سادگی مشخص می گردد که مجموع سال های فعال از دست رفته عمر به علت سوانح و حوادث بیش از سایر علل مرگ و میر است به طوریکه در کشور آمریکا این میزان ۴/۱ میلیون سال بوده که از مجموع سال های از دست رفته عمر بعلت بیماری های قلبی و عروقی و سرطان (۳/۸ میلیون سال) بیشتر می باشد. سوانح و حوادث اولین علت مرگ در سنین بین یک تا ۳۴ سالگی در کشورهای اروپائی می باشد. در انگلستان ۱۰٪ از کودکان هر ساله به علت حوادث نیاز به خدمات درمانی پیدا می کنند و در فرانسه ۲/۹ درصد از جمعیت (بیش از ۱/۵ میلیون نفر) با یک ناتوانی بعلت حوادث زندگی می کنند. خسارت مالی و عوارض اقتصادی حوادث نیز قابل توجه است. در دانمارک ۱۱ درصد از کل تخت روزهای بستری در بیمارستان ها در اثر حوادث می باشد که اگر هزینه های جانبی مانند کاهش تولید یا هزینه های سرباری و عوارض روانی را اضافه نمایم برآورد عددی آن به سادگی ممکن نخواهد بود. در آمریکا از نظر میزان خسارت مادی رقم ۵۰۰ میلیارد دلار برای یک سال به غیر از هزینه های سرباری و عوارض روانی و خسارت کاهش تولید بیان گردیده است.

بر اساس گزارشی از سازمان جهانی بهداشت بیش از نیمی از مرگ های سنین جوانی به علت صدمات ناشی از حوادث بوده که باعث از دست رفتن سال های فعال زندگی می گردد.

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ روزانه بیش از ۱۶۰۰۰ نفر و سالانه بیش از ۵۰۰۰۰۰۰ نفر جان خود را بعلت سوانح و حوادث از دست می دهند یعنی بیش از مجموع تمامی بیماری های واگیر این رقم در سال ۲۰۲۰ به ۸/۴ میلیون نفر بالغ خواهد گردید.

سوانح و حوادث در کشور ما نیز یکی از مسائل بهداشتی اجتماعی می باشد، بطوری که طی تحقیق که در سال ۶۹ صورت گرفته دومین علت مرگ و میر محسوب گردیده که ۱۳/۵ درصد از علل مرگ و میر را به خود اختصاص می دهد. تحقیق دیگری نشان می دهد که بیش از ۱۷ درصد از مرگ های مردان در جمعیت روستائی کشور بعلت سوانح و حوادث بوده که البته بعلت این موضوع ۷۴ درصد مرگهای گروه سنی ۳۰ - ۱۵ سال بعلت سوانح و حوادث بوده که البته بعلت این موضوع در گروههای سنی مجاور نیز به کمتر از ۵۰ درصد نمی رسد. در اکثر تحقیقات صورت گرفته در کشورمان حوادث ترافیکی از نظر فراوانی در صدر قرار دارند. در صورتیکه وقتی به گروههای سنی و محل زندگی توجه شود، اولویت پیشگیری تفاوت خواهد کرد. بطور مثال مهم ترین سانحه در جمعیت روستائی کشور در گروه سنی زیر ۵ سال سوختگی می باشد. بهر حال بررسی اپیدمیولوژیک در مناطق مختلف و بصورت ناحیه ای می تواند اولویت ها را تعیین نماید و روش های پیگیری را بنابر امکانات موجود مشخص کند. همچنانکه طبق بررسی اطلاعات کشوری حوادث خانگی در سال ۷۹، ۱۴۸۰۰۰ مورد مصدوم ناشی از سوانح خانگی گزارش شده است که از این تعداد ۴۱٪ مربوط به سوختگی بعنوان اولویت اول می باشد. دو گروه سنی ۱۴ - ۵ سال و ۳۹ - ۲۰ سال مجموعاً بیش از نیمی از موارد مصدومین را تشکیل می دهند. طبق آمار وزارت کشور در سال ۸۰ موارد حریق در کل کشور بالغ بر



۴۳۰۰۰ بوده که منجر به مرگ ۹۷۰ نفر گردیده است و همچنین مطابق با آمار سازمان جهانی بهداشت مرگ و میر ناشی از سوختگی در سراسر جهان در سال ۹۸ به ۲۸۲۰۰۰ مورد بالغ گردید .

انواع حوادث: الف : حوادث خانگی ب : حوادث ناشی از کار ج : حوادث ناشی از وسائط نقلیه د : حوادث در مجامع عمومی ه : حوادث ناشی از آسیب های اجتماعی

عوامل موثر در ایجاد حادثه :

حادثه یک واقعه پیش بینی نشده توسط فرد است که نتیجه اش ضرر و زیان قابل تشخیص می باشد. به عبارت دیگر حادثه واقعه ای است غیر منتظره که بوسیله عوامل خارجی بوجود می آید و نتیجه آن ایجاد آسیب قابل تشخیص می باشد. گاهی نیز به مرگ منتهی می شود .

بطور کلی در بروز حادثه سه فاکتور مهم دخالت می کند : ۱ - عامل حادثه ۲ - میزبان ۳ - محیط

عامل حادثه وسیله ای است که حادثه را می آفریند و ممکن است این عامل فیزیکی (مثل ضربه ، وسیله نقلیه ، حرارت و نور) شیمیایی (مثل سموم ، داروها ، مواد شیمیایی)، میزبان یا مصدوم کسی است که حادثه بر او واقع می شود عواملی که در ارتباط با میزبان در بروز حادثه نقش دارند عبارتند از سن، جنس، شغل، سواد، محل سکونت، آداب و رسوم و ... محیط، آنچه که در اطراف ما وجود دارد مثل جاده، مدرسه، خانه، مزرعه، کارگاهها و ...

کنترل و پیشگیری از بروز حادثه :

برای پیشگیری از سوانح و حوادث خانگی بخصوص در اطفال و مادران آموزش به خانواده ها در مورد خطرات انواع اتفاقات و نحوه پیشگیری از آنها نقش بسیار مهمی در حفظ و سلامت گروههای آسیب پذیر خواهد داشت. علل بروز حوادث در کودکان بسیار متعدد می باشند و این بخاطر شرایط جسمانی، روانی و محیطی کودک می باشد. با توجه به دلایل ذکر شده، به ویژه عوامل در ارتباط با میزبان، وقوع حوادث در کودکان اجتناب ناپذیر می باشد و حاصل آن منجر به مرگ، ناتوانیها و همچنین هزینه های هنگفت و سرسام آوری است که هدر می رود. با توجه به مطالب فوق اهمیت پیشگیری از وقوع حوادث و عوارض حاصل از آن بخصوص در میان خانواده ها به منظور پرورش نسلی سالم و پر بار از مسائل اساسی و جدی هر جامعه می باشد به همین دلیل طرح ادغام پیشگیری از سوانح و حوادث خانگی در نظام شبکه های بهداشتی درمانی مطرح و به مورد اجرا گذاشته خواهد شد. و در این میان باز نقش بهورزان عزیز بسیار مهم و با ارزش می باشد که در ذیل به وظایف بهورز و نهایتاً راهنمای آموزشی که می توانند از آن استفاده نمایند اشاره می شود .

وظایف بهورز :

۱. بازدید از منازل ۲. آموزش ۳. پی گیری ۴. ارجاع ۵. ارسال گزارش

بازدید از منزل :

به منظور کنترل و پیشگیری از وقوع سوانح و حوادث بهورز می بایستی ابتدا طبق فرم شماره ۱ و دستورالعمل اجرایی آن تمام منازل را در هنگام سرشماری بازدید نماید و پس از بررسی از خانه ها اگر در هر یک از موارد نقصی مشاهده نمود می بایستی شماره خانه را در فرم پی گیری ثبت نموده و سپس خانواده ها را آموزش دهد تا معایب را برطرف نموده و شرایط خانه جهت زندگی امن آماده شود و در بازدید بعد بررسی نماید که آیا مورد ذکر شده توسط صاحبخانه اصلاح شده است یا نه ؟

آموزش : به منظور تشویق و ترغیب و جلب مشارکت خانواده ها می بایستی بهورز آنان را از خطراتی که ممکن است در شرایط ناامنی خانه آنها را تهدید نماید آگاه نموده و سپس با راه حل مناسب جهت بهبود و اصلاح عوامل خطر ساز آنها را به همکاری در جهت رفع نقایص منازل خویش نماید .

پی گیری : بهورز خانه ای را که طبق فرم و دستورالعمل آن دارای نقص بوده در دفتر پی گیری ثبت می نماید . بعد از آموزش خانواده مجدداً در بازدید بعد پیگیری خواهد شد که آیا در مورد خاص اصلاح یا بهبود صورت گرفته است .

ارجاع : در صورت بروز حادثه در منزل کمکهای اولیه طبق دستورالعمل اجرایی را برای فرد مصدوم انجام داده و سپس در صورت نیاز آن را به مرکز بهداشتی درمانی (طبق فرم ارجاع) ارجاع نماید .



ارسال گزارش: فرم گزارش ماهیانه پیشگیری از سوانح و حوادث خانگی را بر اساس دستورالعمل تکمیل و به مرکز بهداشتی درمانی روستایی ارسال نماید .

اهمیت حوادث خانگی و پیشگیری از آن

بسیاری از مردم در پاسخ به این سؤال که ایمن ترین مکان بنظر شما کجاست، خانه را مطرح می کنند اما بسیاری از منازل بدلائل زیر فاقد ایمنی قابل توجه هستند .

الف : مردم غالباً در خانه خود دقت و حفاظت را مد نظر قرار نمی دهند و به اصطلاح با خیال آسوده زمان را می گذرانند .

ب : خانه یک محل یا جای شغلی و حرفه ای نیست و اقشار مختلف مردم با میزان تحصیلات متفاوت در خانه ها زندگی می کنند .

ج : وجود گروه کودکان و نوزادان و گروه سالمندان بعنوان گروه هایی که توانایی کمتری دارند و به اصطلاح آسیب پذیرند. مطرح می شود از طرف دیگر بسیاری از مردم بدلیل نداشتن مطالعات کافی و ندیدن آموزش های لازم حتی با دیدن موقعیت خطرناک متوجه نشده و به آسانی از کنار آن می گذرند اینگونه افراد حتی با داشتن توانایی لازم هیچگونه اقدامی به عمل نمی آورند. در یک بررسی در کشور آمریکا در سال ۱۹۹۳ مشخص می شود که مرگ و میر ناشی از حوادث خانگی ۴ برابر حوادث محیط کار است در حالیکه خسارات ناشی از حوادث مزبور در یک سال میلادی در محیط کار ۱۱۱/۹ میلیارد دلار و برای حوادث خانگی ۸۶/۵ میلیارد دلار بوده است . محیط منزل، تمامی قسمت های دارای سقف و بدون سقف یک خانه را شامل می شود .

اهداف برنامه :

هدف کلی : پیشگیری از سوانح و حوادث خانگی و بهبود شرایط ایمنی منزل

اهداف اختصاصی : ۱ . کاهش موارد وقوع حادثه ۲ . کاهش موارد مرگ و میر ناشی از حوادث ۳ . کاهش معلولیت های

ناشی از حوادث ۴ . تغییر نگرش جامعه نسبت به ایمنی در منازل

راهکارها :

۱ . شناسایی عوامل خطر زا و حادثه ساز در منازل ۲ . ثبت دقیق آمار حوادث خانگی و ایجاد سیستم گزارش دهی

مناسب ۳ . توجه مسئولین شهرستان جهت ایجاد هماهنگی بین بخشی و آموزش عمومی ۴ . آموزش عمومی جهت بهبود یا اصلاح عوامل حادثه ساز

وظایف و فعالیت های خانه بهداشت

۱ . بازدید از منازل و تعیین عوامل خطر زا و آموزش جهت بهبود یا اصلاح نقایص بر طبق دستورالعمل اجرایی طرح

پیشگیری از حوادث خانگی

۲ . پیگیری ۶ ماه یکبار در جهت برطرف نمودن نقایص و توضیحات لازم بر طبق متن آموزشی

۳ . توجیه نمودن دهدار و روحانی روستا و جلب مشارکت آنان جهت آموزش مردم و بیان اهداف موضوع

۴ . ثبت و تکمیل فرمهای آماری و ارسال گزارش ها و اطلاعات به مرکز بهداشتی درمانی روستایی

۵ . تشکیل کلاس های آموزشی در مدارس و مساجد و محل های عمومی و آموزش مردم با هماهنگی مرکز بهداشتی

درمانی روستایی

۶ . پذیرش مصدومین و ارائه کمک های اولیه و ارجاع در صورت نیاز بطور معمول صورت پذیرد ولی حتماً ثبت طبق فرم

انجام گردد .

راهنمای آموزش فرم بررسی ایمنی در منزل توسط بهورزان :

بررسی چگونگی حفاظ ها :

به منظور جلوگیری از سوانحی نظیر پرت شدن از ارتفاعاتی مثل پشت بام ، پله و یا هر جا که از سطح زمین بلندتر باشد

می بایستی این قبیل محلها را مجهز به نرده نمود .



حداکثر ارتفاع پله ها را حدود ۱۸ سانتی متر و حداقل عرض آنها را ۳۰ سانتی متر انتخاب کرد. برای اطاق هایی که در طبقات بالا قرار دارند بهتر است پنجره ها را حداقل حدود ۱۲۰ - ۱۰۰ سانتی متر از کف اطاق بالاتر ساخت تا از پرت شدن کودکان جلوگیری شود. باید توجه داشت برای جلوگیری از ریزش و خرابی خانه و تعمیر و مرمت آن با استفاده از مصالح محلی به موقع صورت گیرد تا حوادث ناگواری بوجود نیاید. راه پله بایستی کاملاً تمیز و در سر راه وسایل دست و پا گیر نباشد. لزوم نرده برای پله ها ضروری است تا در مواقع ضروری از پرت شدن جلوگیری نماید. لبه پله بایستی تیز و زاویه دار باشند، این امر باعث می شود تا در صورت لغزش و یا سقوط بر روی پله ها صدمات کمتری به فرد وارد آید. لبه پله ها بایستی خیلی زبر باشد و یا از نوارهای فلزی مخصوص پله استفاده کرد. در منازلی که دارای حوض و منبع آب، استخر، برکه و غیره که نسبتاً عمیق هستند حتماً می بایست ضمن مراقبت دائم از کودکان از نرده، حفاظ یا قرار دادن پوشش بر روی سطح آب یا قرار دادن موانع جهت عدم دسترسی کودک به آن محلها استفاده نمود.

بررسی چگونگی نگهداری سموم و داروها:

بطور کلی هر ماده یا دارویی که بیش از حد کافی به بدن وارد شده و باعث بهم خوردن سلامتی و ایجاد مرگ بشود سم یا زهر نامیده می شود. در زندگی روزانه مواد مختلفی وجود دارند نظیر داروها، حشره کش ها، پودرها و مواد پاک کننده، ضدعفونی کننده ها، مواد اسیدی و قلیایی، گازهای سمی، مواد سوختی مانند نفت، بعضی گیاهان و غیره این گونه مواد اگر به مقدار کافی و اندازه و به طرز صحیح از آن ها استفاده نشود. موجب مسمومیت و بهم خوردن سلامتی شخص شده که در نتیجه بیماری و یا مرگ خواهد شد. مسمومیت ها معمولاً بطور تصادفی یا در نتیجه بی احتیاطی و عدم آگاهی و اطلاع (بخصوص در مورد کودکان) و در موارد عمدی به قصد خودکشی و یا قتل اتفاق می افتد. به همین دلیل بایستی اینگونه موارد دور از دسترس کودکان باشد. داروها و قرص بایستی در جعبه دارویی و در ارتفاع بالا روی دیوار نصب باشد. سایر مواد دیگر چون رنگ ها، نفت سفید، مواد شوینده و پاک کننده، از قبیل پودر لباسشویی و مایع ظرفشویی، سفید کننده ها و زمین شورها و مواد ضدعفونی کننده بایستی در کمد های دربسته و قفل دار و یا در محل هایی که کودک به هیچ عنوان نمی تواند به آن دسترسی پیدا کند نگهداری شود.

چگونگی بررسی استفاده از وسایل گرمایی و روشنایی:

سوختگی ضایعه ایست که در اثر تماس بدن با عوامل مختلفی از قبیل آب جوش، غذای داغ، شعله آتش، آتش منقل و تنور، انفجار مواد منفجره، جریان برق، مواد شیمیایی و گازهای گوناگون ایجاد می گردد. برای جلوگیری از این مسئله به خانواده آموزش دهید که در انتخاب بخاری همیشه دقت کنند که طراحی آن بگونه ای باشد که جدار بیرونی از حرارت کمتری برخوردار بوده و حرارت از سطح بالایی آن خارج شود و در صورت استفاده از علاء الدین و یا شبیه آن بایستی مراقب کودکانی که تازه به راه افتاده اند و خطرات ناشی از آن را نمی دانند باشند تا از سوختگی ناشی از آنها جلوگیری به عمل آید و در صورت اجبار استفاده از آنها هیچگاه کتری یا ظرف آب روی آن قرار ندهید چون کودک در صورت برخورد یا دستکاری آن دچار سوختگی شدید می گردد. وسایل آتش زا چون فندک و کبریت را به هیچ عنوان در اختیار کودکان قرار ندهید که باعث سوختگی کودک و آتش سوزی خانه می گردد.

اتو از وسایل خطرناک برای کودک بوده و می بایستی در هنگام استفاده مراقب کودکان بوده و پس از استفاده جمع آوری و به محل مطمئن و دور از دسترس کودکان قرار دهید. در مورد وسایلی که جهت روشن نمودن منزل نیز استفاده می شود مثل روشنایی پیک نیک، چراغهای نفتی گرد سوز و غیره نیز می بایستی مراقب باشند که دور از دسترس اطفال بوده تا مانع از سوختگی گردند. هنگام استفاده از کرسی دقت کافی صورت پذیرد که اطراف منقل حفاظی قرار داده شود که مانع از سوختگی و یا آتش سوزی گردد.

بررسی چگونه آشپزخانه:

یکی از مهم ترین نکاتی که مورد بازدید بهورز قرار می گیرد آشپزخانه می باشد هر خانه روستایی باید دارای اتاقی به عنوان آشپزخانه که به منظور پخت و پز و تهیه غذا از آن استفاده می شود، باشد. استفاده از اتاق مسکونی برای کارهای آشپزی سبب می شود که کودکان هنگام بازی و رفت و آمد بر اثر یک غفلت به چراغ خوراک پزی، کتری پر از آب جوش و غیره برخورد کرده



و حوادث ناگواری نظیر سوختن با آتش یا آب جوش پیش آید. برای پخت و پز بهتر است سکویی از آجر یا خشت به طول ۲ متر و عرض ۱ متر و ارتفاع ۱ متر در آشپزخانه ساخته شود و چراغ خوراک پزی روی آن قرار گیرد. به این ترتیب کار آشپزی راحت تر، سالم تر انجام گرفته و مانع خستگی زیاد خواهد شد و علاوه بر آن کودکان هم به چراغ خوراک پزی، کارد و سایر اشیای خطرناک دسترسی نخواهند داشت.

در آشپزخانه می بایستی به نکات ذیل توجه گردد :

- ۱- وسایل برقی چون، آسیاب، چرخ گوشت، آب میوه گیری، سماور برقی بایستی در محل مناسب و با اتکا کافی قرار داده شده از سقوط آن ها جلوگیری و از دسترس کودکان به دور باشد .
- ۲- کودکان در آشپزخانه در معرض شدید ترین خطرات می باشد ، در یخچال بایستی محکم و حتی الامکان قفل باشد . هنگام استفاده از وسایل برقی مثل چرخ گوشت و آب میوه گیری کودک را از محل دور نگهدارید و در صورتی که به عللی مجبور به ترک آشپزخانه شدید آنها را از پریز خارج نمایید. به علت بازیگوشی کودکان احتمال روشن شدن اتفاقی و دست بردن کودک به داخل چرخ های گوشت و آبمیوه گیری وجود دارد که نهایتاً جراحات شدید کودک را در بر خواهد داشت .
- ۳- اشیاء خطرناک چون انواع چاقو آلات تیز و برنده، کارد، چنگال، میخ و غیره را از دسترس کودکان دور نگهدارید و در صورت برداشتن آنها توسط کودک با خونسردی و ملایمت و احتیاط کامل آنها را پس بگیرید .
- ۴- از قرار دادن وسایل گاز سوز در برابر جریان باد و کوران خودداری شود تا در اثر جریان هوا شعله را ببندید و کنترل فیوز برق را خاموش کرده و از روشن کردن شعله (مثل کبریت ، فندک ، ...) خودداری و پنجره ها را باز نموده و با تکان دادن حوله خیس هوای آلوده را خارج نمائید .
- ۵- از گاز پیک نیک همان طور که از نامش پیداست بهتر است در محیط باز استفاده شود و حتی المقدور در آشپزخانه استفاده نشود زیرا خطر نشت گاز و انفجار این چراغ ها در محیط بسته همیشه وجود دارد کما اینکه سوختگی و انفجار ناشی از آنها بسیار متعدد می باشد .
- ۶- وسایل گاز سوز (اجاق و بخاری یا آبگرمکن) بایستی بدون نشت ، استاندارد باشند و بوسیله افراد صلاحیت دار تعمیر و سرویس گردند .
- ۷- از لبه آستین لباس بجای دستگیره برای برداشتن قابلمه و دیگ استفاده نشود .
- ۸- هیچگاه در زمان استفاده از چرخ گوشت از انگشتان خود برای وارد کردن قطعات گوشت به داخل ماشین استفاده نشود و حتماً از میله مخصوص دستگاه استفاده شود .
- ۹- اجاق گاز در منزل بایستی بر روی پایه محکم و محل مطمئن دور از دسترس کودک قرار گیرد و همیشه شیر سیلندر گاز را بعد از اتمام کار ببندید تا در صورت بازی کودک با شیر گار خطر نشت و پراکندگی گاز بوجود نیاید .
- ۱۰- وسایلی که در آن مایعات جوشان مانند سماور، کتری و قابلمه وجود دارد بایستی دور از دسترس کودک باشد. بهتر است سماور را در روی کابینت و انتهای پشتی سطح اجاق گاز قرار گیرد.
- ۱۱- هنگام طبخ غذا در مراسم عروسی ها، عزا و سایر مراسم توجه داشته باشید که در محل هیچ کودکی حضور نداشته باشد.
- ۱۲- دیگ های زودپز بسیار خطرناک می باشد و در صورتی که نتواند بخار را از خود خارج نمایند مثل یک بمب منفجر می شود به همین خاطر بایستی حلقه لاستیکی دیگ سالم بوده تا با سر رفتن غذا باعث خاموش شدن گاز نگردد و در آن جای خود محکم شود و سوپاپ آن کاملاً تمیز و قابل استفاده باشد .
- ۱۳- طبقات قفسه های مورد استفاده در خانه بایستی در جای محکم بوده و حتی الامکان سعی گردد وسایل و قوطی های سنگین در طبقات پایین و نزدیک زمین چیده شود. قرار دادن وسایل سبک تر در طبقات بالا و سقوط احتمالی آنان را



کمتر خواهد کرد. نهایتاً آشپزخانه بایستی مرتب و کلیه وسایل آن در جای خود باشد و کف آن نیز تمیز بوده و لغزنده نباشد.

چگونگی بررسی سیم کشی ساختمان و نصب کلید و پریزها :

برق گرفتگی معمولاً در اثر بی احتیاطی با وسایل برقی ایجاد می شود برق گرفتگی ممکن است باعث توقف کار قلب و توقف عمل تنفسی، سوختگی عمیق و و شکستگی استخوان ها در اثر پرت شدن بیمار گردد. در مورد سیم کشی ساختمان و کلید و پریزهای منزل می بایستی نکات ذیل مورد بازدید قرار گیرد تا خطر برق گرفتگی وجود نداشته باشد.

- ۱- کلید و پریزها در خانه بایستی دارای روکش سالم و بدون شکستگی و از نوع استاندارد باشند.
- ۲- سیم کشی برق حمام باید توکار بوده و از گذاشتن کلید و پریز در داخل حمام خودداری شود و لامپ و روشنایی حتماً دارای حباب باشد. از آویزان کردن لامپ معمولی خودداری نمایند.
- ۳- از دست زدن به سیم های برق و اتصالات بدون عایق خودداری و مواظب باشید هیچ وقت با لباس و بدن مرطوب به وسایل برقی دست نزنید.
- ۴- محل کنتور فیوزهای منزل بایستی کاملاً مشخص و به راحتی قابل دسترس باشد.
- ۵- پریزهای برق خانه تا حد ممکن در سطح بالایی دیوار قرار داشته باشد و اگر پریزهای برق در پایین دیوار قرار دارد می بایستی سوراخهای آن نیز با در پوش های مخصوص پلاستیکی که در فروشگاههای لوازم برقی وجود دارد بپوشانیم. حادثه در زمان فرو کردن اشیایی چون میخ، سیم یا مفتول آهنی در داخل پریز بوجود می آید و کودک دچار برق گرفتگی می شود.
- ۶- هنگام استفاده از پنکه می بایستی آن را در محلی دور از دسترس کودک قرار گیرد و روکش پنکه طور باشد که کودک نتواند انگشت خود را به درون آن فرو برد.

دستورالعمل اجرائی طرح پیشگیری از سوانح و حوادث خانگی

هدف از اجرای طرح عبارتند از :

۱. آموزش عموم مردم : بویژه چهره به چهره بمنظور تغییر و اصلاح سبک زندگی ۲. آگاهی از وضعیت سیستم ایمنی در منزل ۳. آگاهی از وضعیت مصدومین در منزل
- برای رسیدن به اهداف فوق به دو روش اقدام به اجرای طرح پیشگیری از سوانح، حوادث در منزل نموده اند.
- الف. سیستم گزارش ایمنی در منزل ب. سیستم گزارش دهی مصدومین در منزل

الف. سیستم گزارش دهی ایمنی در منزل

بدین منظور فرم های ذیل در سیستم گزارش دهی مورد استفاده قرار گرفته است.

چک لیست بازدید از منزل : بازدید از منزل فعلاً هر شش ماه یکبار توسط بهورزان صورت می گیرد و بعد از تکمیل در پوشه پرونده خانوار در صفحه ماقبل آخر (قبل از فرم بهداشت محیط) قرار گرفته، ضمن مراجعه به درب منازل با مشاهده و سئوالات اقدام به آموزش می نمایند که دارای سه ستون می باشد :

۱. ستون سئوالات ۲. ستون سال ۳. ستون شش ماهه اول و دوم که دو قسمت می باشد.
- ستون بلی و ستون خیر که ستون بلی نشان دهنده وضعیت ایمنی (عدم وجود خطر) و ستون خیر نشانه خطر ساز بودن (ایجاد خطر) محیط می باشد و هدف از ستون بلی به کلیه مواردی که ایجاد حادثه نمی نمایند.
- در صورتیکه با توجه به سئوالات موردی، در منزل وجود نداشت (مثلاً آیا اطراف تنور زمینی حفاظ دارد) تنور در منزل وجود نداشت بلی محسوب می شود زیرا ایجاد حادثه (خطر) نمی نماید. از طرفی باید توجه داشت بعضی از سئوالات چک لیست دارای دو آیتم می باشد در صورتیکه یک آیتم آن اصلاح نشده باشد خیر محسوب می گردد و بطور کلی (یک آیتم موجود



نباشد) آیتم دیگر آن اصلاح شده باشد و خطر ساز نباشد باید بلی محسوب نمود. مثلاً آیا پشت بام و بالکان نرده و حصار مناسب دارد. بلی 0 خیر 0

در نهایت پس از بازدید و تکمیل نمودن چک لیست مجموعه بلی را در هر قسمت جمع نموده و یادداشت می گردد لازم به توضیح است برنامه بازدید در منازل باید در طول شش ماهه برنامه ریزی گردد و بهتر است با برنامه های بازدید در منازل بمنظور پیگیری بیماری ها، بهداشت محیط پیگیری مراقبتهای بهداشت خانواده و ... ادغام گردد تا بار کاری بهورز کاهش یابد. اطلاعات چک لیست (مجموعه بلی) باید وارد فرم شماره یک شده فرم شماره یک در خانه های بهداشت بایگان می گردد و از فرم شماره یک وارد فرم شماره ۲ (گزارشی از خانه بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی مربوطه ارسال شود کاردان اطلاعات را از فرم شماره ۲ رسیده از خانه های بهداشت وارد فرم شماره ۳ (گزارش از مرکز بهداشتی درمانی به مرکز بهداشت شهرستان) نموده و ارسال می نماید.

ب - سیستم گزارش دهی مصدومین در منزل :

گزارش مصدومین در منزل از ۲ طریق می گیرد.

۱. از طریق مرکز بهداشتی و درمانی ۲. از طریق خانه های بهداشت

۱ - در مرکز بهداشتی و درمانی : پزشک مرکز موظف به گزارش بصورت ماهانه در پایان هر ماه می باشد که این اطلاعات بر اساس موارد مصدومین که بصورت مستقیم و بدون مراجعه به خانه بهداشت (بدون فرم ارجاع) به مرکز مراجعه نموده و از دفتر ثبت نام بیماران مرکز ثبت شده است استخراج می گردد لذا باید دفتر ثبت نام بیماران بصورت دقیق بر اساس راهنمای مصدومین در منزل (که قبلاً ارسال شده) تکمیل شود تا در پایان هر ماه جهت استخراج آمار با مشکل مواجه نباشد. در زمانی که مرکز بدون پزشک باشد مسئولیت فوق به عهده کارشناس یا کاردان مستقر در مرکز بهداشتی و درمانی می باشد.

۲ - از خانه های بهداشت : همکاران بهورز در خانه های بهداشت موارد مراجعه کننده در منزل که منجر به مصدومیت شده در طول هر ماه در دفتر ثبت نام بیماران ثبت کرده و در پایان هر ماه از دفتر مربوط (ثبت نام بیماران) استخراج می گردد لذا باید دفتر ثبت نام بیماران بصورت دقیق بر اساس راهنمای مصدومین در منزل (که قبلاً ارسال شد) تکمیل شود تا در پایان هر ماه با مشکل مواجه نباشند. بعد از تکمیل فرم مصدومین به مرکز بهداشتی و درمانی مربوطه ارسال نموده کاردان مبارزه با بیماری ها و در صورتیکه مرکز فاقد کاردان مبارزه با بیماری ها می باشد هر کاردانی که وظایف مبارزه با بیماری ها به وی محول گردیده (بهداشت خانواده - محیط و ...) بعد از بررسی و تصحیح آنها (بدون یک کاسه نمودن) آنها ضمن پراف فرم به مرکز بهداشت شهرستان حداکثر تا هشتم ماه (جلسه کاردانان) تحویل واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری ها نمایند. ضمناً قبلاً فرم های مربوطه راهنمایی مصدومین و سایر موارد (مورد نیاز به مراکز بهداشتی و درمانی ارسال شده است.)

چک لیست ایمنی منزل:

دستورالعمل تکمیل چک لیست ایمنی منزل

این چک لیست به منظور بررسی وضعیت ایمنی منازل روستایی توسط بهورزان مورد استفاده قرار می گیرد و جهت تکمیل و امتیازگذاری و رتبه بندی آن باید نکات ذیل در نظر گرفته شود:

۱- در مورد هر یک از بخش های منزل یک سری موضوعات ایمنی در نظر گرفته شده است که به صورت جملات خبری مثبت است نه به صورت سئوال. (به عنوان مثال برای آشپزخانه ۱۵ موضوع ایمنی ذکر شده است) هر موضوع ایمنی که پاسخ آن منفی است (یعنی در منزل رعایت نشده است) امتیاز صفر می گیرد.

۲- امتیازات باید در مقابل هر موضوع حین انجام بازدید منزل ثبت شود در پایان موضوعات ایمنی هر یک از بخش های منزل مجموع امتیازهای آن بخش از منزل باید ثبت شود و براساس رتبه بندی وضعیت ایمنی که در



- خاتمه موضوعات هر بخش از منزل نوشته شده است وضعیت ایمنی آن بخش به صورت ضعیف، متوسط و خوب رتبه بندی شود و در ستون خاص خود در چک لیست درج شود.
- ۳- در پایان چک لیست نیز امتیاز کل برای منزل وجود دارد که از مجموع امتیازات تمام بخش های منزل (یعنی مجموع امتیازات آشپزخانه - اتاق - حمام - راه پله و نردبان - بالکن و پشت بام و حیاط و پارکینگ) تشکیل می شود. همچنین یک رتبه بندی کل برای چک لیست وجود دارد که براساس امتیاز کل چک لیست این رتبه بندی صورت می گیرد.
- ۴- لوازمی که اصلاً در منزل وجود ندارد و قابل بررسی نمی باشد به عنوان رعایت اصول ایمنی در نظر گرفته می شود و امتیاز ۱ می گیرد به عنوان مثال اگر در یک منزل اصلاً چاه وجود ندارد در مقابل جمله مربوط به چاه امتیاز ۱ ثبت می شود. اما در مورد وسیله ای که وجود آن در منزل برای ایجاد ایمنی لازم و ضروری است (مثل حفاظ) اگر در منزل وجود نداشته باشد به عنوان عدم رعایت اصول ایمنی محسوب شده و امتیاز صفر می گیرد.
- ۵- در این چک لیست منظور از حفاظ، حفاظ ایمنی است که مانع از سقوط افراد از ارتفاع یا سقوط به درون استخر می شود.
- ۶- در مورد موضوعات ایمنی که از هر یک از آنها چند مورد در منزل وجود دارد چنانچه تنها یک مورد از آن ایمن نباشد آن موضوع ایمنی امتیاز صفر می گیرد. به عنوان مثال اگر در یک منزل پنج پریز برق وجود دارد باید تمام این پریزها شرایط ایمنی ذکر شده در چک لیست را داشته باشند و اگر تنها یکی از پریزها ایمن نباشد، جمله مربوط به پریز برق در چک لیست امتیاز ۱ نمی گیرد و امتیاز آن صفر می شود.
- ۷- بهورز باید یک بار در سال بازدید منازل را با استفاده از این چک لیست انجام دهد. (ارزشیابی عملکرد بهورز می تواند براساس امتیازاتی که در چک لیست به صورت مثبت ارتقاء یافته است صورت گیرد)
- ۸- در پایان هر سال نتایج رتبه بندی چک لیست باید در فرم ثبت ایمنی منزل درج گردد.

دستورالعمل تکمیل فرم ثبت ایمنی منزل در خانه بهداشت

- ۱- در پایان هر سال باید نتایج بازدید از چک لیست ایمنی منزل استخراج و در این فرم ثبت گردد و در سال یک بار به مرکز بهداشتی، درمانی روستایی ارسال شود.
- ۲- هر ردیف از این فرم مربوط به یک منزل (یک خانوار) است.
- ۳- ستون آخر فرم (ستون منزل) مربوط به رتبه بندی نهایی منزل است که از امتیاز نهایی چک لیست منتج می شود.
- ۴- هر ستون این فرم مربوط به یکی از بخشهای منزل است که دقیقاً با تقسیم بندی بخشهای منزل در چک لیست ایمنی منزل مطابقت دارد.
- ۵- در فرم ثبت ایمنی منزل در خانه بهداشت، در هر ستون فرم باید رتبه بندی وضعیت ایمنی بر اساس ضعیف، متوسط، و مطلوب فقط علامت زده شود (علامت ✓ یا ×) و امتیاز نوشته نشود.
- ۶- در پایان تکمیل فرم باید برای هر ستون - مجموع تعداد ضعیف، متوسط و مطلوب محاسبه و در ردیف آخر فرم (در ردیف مجموع تعداد خانوارها) ثبت گردد.



چک لیست ایمنی در منزل

خانه بهداشت شمار خانوار		دانشگاه علوم پزشکی شهرستان	
امتیاز	آشپزخانه ایمن		ردیف
	وسایل تیز و برنده (مانند چاقو، رنده و چرخ گوشت) دور از دسترس کودکان قرار دارد.		۱
	آشپزخانه یک مکان مجزا از بقیه بخشهای منزل است.		۲
	اجاق گاز سالم و بدون نقص فنی است.		۳
	اجاق گاز در معرض جریان باد (در مجاورت پنجره) قرار ندارد.		۴
	اجاق گاز دور از پردهها قرار دارد.		۵
	مواد شیمیایی، داروها و سموم دور از دسترس کودکان در قفسه مناسب قرار دارند.		۶
	مواد شیمیایی، داروها و سموم بر چسب مشخص کننده نام دارند.		۷
	وسایل آتشزا مانند کبریت و فندک دور از دسترس کودکان قرار دارد.		۸
	نفت و سایر مواد قابل اشتعال در کنار اجاق گاز قرار ندارد.		۹
	آبگرمکن سالم و بدون نقص فنی است.		۱۰
	آبگرمکن دودکش مناسب دارد.		۱۱
	پریزهای برق دور از دسترس کودکان یا دارای درپوش هستند.		۱۲
	کتری یا سماور داغ دور از دسترس کودکان قرار دارد.		۱۳
	ظروف محتوی غذاهای داغ دور از دسترس کودکان قرار دارد.		۱۴
	پنجره دارای حفاظ است.		۱۵
مجموع امتیاز آشپزخانه			
رتبه بندی ایمنی آشپزخانه:			
	مطلوب ۱۰-۱۵	متوسط ۵-۹	ضعیف ۱-۴
امتیاز	راه پله و نردبان ایمن		ردیف
	راه پله نور کافی دارد.		۱
	راه پله حفاظ دارد.		۲
	پلهها سالم هستند و شکستگی و پستی و بلندی ندارد و مسطح هستند.		۳
	در مسیر پلهها و پاگردها هیچ وسیلهای که مانع تردد باشد وجود ندارد.		۴
	نردبان سالم و دارای پلههای محکمی است و سطح اتکای آن با زمین، صاف و محکم است.		۵
مجموع امتیاز راه پله و نردبان			
رتبه بندی ایمنی راه پله و نردبان:			
	مطلوب ۴-۵	متوسط ۳	ضعیف ۱-۲
امتیاز	حمام ایمن		ردیف
	سیمهای برق حمام توکار است.		۱
	در داخل حمام پریز و کلید برق وجود ندارد.		۲
	چراغ داخل حمام حباب دار است.		۳
	در کنار دوش روی دیوار دستگیره جهت ایمنی سالمندان نصب شده است.		۴
	وسيله گرمایی داخل حمام ایمن و سالم است.		۵
	حین حمام کردن هیچ وسیله گرمایی نفتی یا گازی یا برقی در حمام روشن نیست.		۶
	حمام دارای تهویه مناسب است.		۷
مجموع امتیاز حمام			
رتبه بندی ایمنی حمام:			
	مطلوب ۵-۷	متوسط ۳-۴	ضعیف ۱-۲



امتیاز	اتاق ایمن			ردیف
	پریزهای برق دور از دسترس کودکان یا دارای درپوش است.			۸
	وسایل خطرناک (نظیر سوزن، اتو، قیچی) دور از دسترس کودکان قرار دارد.			۹
	در اسباب بازیهای کودکان قطعات تیز و برنده و خطرناک وجود ندارد.			۱۰
	پنجره‌ها دارای حفاظ است.			۱۱
	بخاری (وسیله گرمایی) سالم و بدون نقص است.			۱۲
	بخاری (وسیله گرمایی) دارای دودکش مناسب است.			۱۳
	بخاری (وسیله گرمایی) در وسط اتاق و در مسیر تردد ساکنین منزل قرار ندارد.			۱۴
	وسایل قابل اشتعال نظیر پرده، میل، رختخواب و مخزن نفت در کنار بخاری قرار ندارد.			۱۵
مجموع امتیاز اتاق				
رتبه بندی ایمنی اتاق:				
	مطلوب ۶-۸	متوسط ۳-۵	ضعیف ۱-۲	
امتیاز	بالکن، حیاط، پارکینگ و پشت بام ایمن			ردیف
	حیاط، پارکینگ و پشت بام نور کافی دارد.			۱
	حوض یا استخر حفاظ دارد.			۲
	تنور دارای درپوش است.			۳
	چاه دارای درپوش است.			۴
	محل پارک کردن خودرو در مسیر تردد و بازی کودکان قرار ندارد.			۵
	سطح کف حیاط مسطح و بدون پستی و بلندی است.			۶
	مخزن نگهداری نفت درو از دسترس کودکان قرار داد و نفت داخل آن قابل دستیابی برای کودکان نیست.			۷
	پشت بام دارای حفاظ است.			۸
	بالکن دارای حفاظ است.			۹
مجموع امتیاز بالکن، حیاط، پارکینگ و پشت بام ایمن				
رتبه بندی ایمنی بالکن، حیاط، پارکینگ و پشت بام:				
	مطلوب ۷-۹	متوسط ۴-۶	ضعیف ۱-۳	
مجموع امتیاز نهایی چک لیست				
رتبه بندی نهایی چک لیست				
	مطلوب ۳۰-۴۳	متوسط ۱۵-۲۹	ضعیف ۱۰-۱۴	



بیماری های شایع چشم

تنبلی چشم

تنبلی چشم یا آمبلیوپی (Amblyopia) که در حدود ۳٪ از افراد دیده می شود زمانی رخ می دهد که چشم در دوره کودکی دید طبیعی نداشته باشد. این اختلال که معمولاً در یک چشم دیده می شود بدلیل اختلال دید چشم تنبلی بر اثر عوامل مختلف نظیر عیوب انکساری (دوربینی، نزدیک بینی، یا آستیگماتیسم)، انحراف چشم (لوچی یا استرابیسم)، و یا عدم شفافیت مسیر بینایی (ناشی از عواملی نظیر آب مروارید، کدورت قرنیه، و یا افتادگی پلک) رخ می دهد. عدم وضوح تصویر در چشم بیمار و بهتر بودن تصویر ایجاد شده در چشم سالم سبب می شود تا مغز تا مغز بین دو چشم، چشم سالم را برای دیدن انتخاب کند و در واقع مسیر ارسال تصویر از چشم بیمار به مغز را مسدود و یا اصطلاحاً دید چشم بیمار را «خاموش» کند.

علائم تنبلی چشم

تنبلی چشم معمولاً در سنین زیر ۶ سال ایجاد شده و اغلب توسط والدین کشف می شود. در سنینی که کودک قادر به بیان مشکلات خود می باشد ممکن است از ضعف بینایی، خستگی چشم و یا سردرد شکایت داشته باشد. اما در اغلب موارد کودک شکایتی ندارد. ممکن است علائم بیماری های مسبب تنبلی چشم نظیر انحراف چشم و آب مروارید منجر به تشخیص شوند. ولی زمانی که تنبلی چشم ناشی از عیوب انکساری باشد تشخیص آن مشکل است زیرا کودکان به راحتی توسط چشم دیگر می بینند و کمبود دید در چشم بیمار را جبران می کنند.

درمان تنبلی چشم

خوشبختانه تنبلی چشم در صورتیکه در زمان مناسب تشخیص داده شود ب راحتی قابل درمان است. درمان تنبلی چشم معمولاً بصورت بستن چشم سالم و وادار کردن مغز به دیدن با چشم تنبلی است. این درمان ممکن است هفته ها و یا حتی ماه ها طول بکشد که البته چشم سالم باید به تناوب باز شود. در مواردی که تنبلی ناشی از عیوب انکساری است تجویز عینک یا لنز سبب وضوح تصویر در چشم معیوب و درمان تنبلی خواهد شد. مواردی نیز که تنبلی ناشی از انحراف چشم است با جراحی و اصلاح انحراف قابل درمان است. تکامل سیستم بینایی تا سنین ۸ تا ۱۰ سالگی صورت می گیرد و درمان تنبلی چشم بعد از این سنین بسیار بعید است. بنابراین در صورتیکه چشم تنبلی در سنین پایین درمان نشود بعد از سن ۱۰ سالگی در اکثر موارد هیچ درمانی نخواهد داشت و ممکن است منجر به از دست رفتن شدید دید در یک چشم شود. برای جلوگیری از تنبلی چشم، کودک باید بعد از تولد در زایشگاه توسط متخصص کودکان و در سنین ۳ تا ۴ ماهگی و ۲ تا ۳ سالگی توسط چشم پزشک معاینه شود.

انحراف چشم

هرگونه انحراف از هم راستایی صحیح چشم ها را لوچی یا استرابیسم (Strabismus) می گویند. انحراف چشم عبارت است از عدم هماهنگی حرکت عضلات چشم یا عدم توانایی تمرکز بین دو چشم که باعث می شود چشم ها در جهات متفاوتی قرار بگیرند. این بیماری یکی از مشکلات شایع چشم پزشکی است و در ۴٪ موارد در گروه سنی اطفال و بزرگسالان دیده می شود.

انواع استرابیسم

ممکن است یک یا هر دو چشم به داخل (چشم های ضربدری) یا خارج (چشم نهنگ) بچرخند. به ندرت انحراف چشم ها به صورت بالا و پایین است. نوعی از انحراف چشم بصورت مخفی است و با حذف دید دو چشمی (بستن یک چشم) مشخص می شود که به استرابیسم مخفی یا هتروفوریا (Heterophoria) معروف است. استرابیسم آشکار را هتروتروپی یا heterotropia یا تروپی می گویند. ایزوتروپی شایع ترین نوع استرابیسم است.

در دید دو چشمی طبیعی، هر دو چشم به یک نقطه نگاه می کنند. بخش بینایی مغز، دو تصویر رسیده را به صورت یک تصویر سه بعدی ترکیب می کند. در استرابیسم وقتی یکی از چشم ها منحرف می شود، دو تصویر متفاوت به مغز ارسال می گردد.



در یک کودک خردسال، مغز یاد می‌گیرد که تصویر چشم منحرف شده را نادیده گرفته و تنها تصویر چشم مستقیم یا چشم با دید بهتر را بپذیرد. این امر سبب از بین رفتن درک عمق و دید دو چشمی می‌شود. بالغینی که دچار استرابیسم می‌شوند چون مغز توانایی پذیرش یا دریافت تصویر هر دو چشم را دارد، دوبینی پیدا می‌کنند. استرابیسم در کودکان (دید تک چشمی) در صورت عدم درمان در نیمی از موارد منجر به آمبلیوپی (تنبلی چشم) می‌گردد.

هم راستایی چشم‌ها در بدو تولد کاملاً تکامل نیافته است. تکامل حقیقی چشم در ۳-۴ ماهگی خود را نشان می‌دهد ولی ممکن است در کودکی یا دیرتر رخ دهد لذا بررسی استرابیسم بعد از این سن قابل انجام است.

علائم شایع

ناهماهنگی حرکات چشم‌ها (در بعضی موارد تنها در موقع نگاه کردن به جهت‌های خاصی، قابل مشاهده است)، دوبینی (گاهی)، دید با تنها یک چشم همراه با فقدان درک عمقی، خستگی چشم.

علل استرابیسم

حرکت چشم به اطراف توسط شش عضله اطراف چشم و به دستور مغز کنترل می‌شود. عدم هماهنگی حرکتی از موارد زیر ناشی می‌گردد:

۱. عدم توازن عضلات دور چشم
۲. فقدان توانایی تمرکز یکسان در چشم‌ها. مغز نمی‌تواند تصاویر دارای تمرکز متفاوت را بپذیرد لذا پیام‌های حاصل از یک چشم را در نظر نمی‌گیرد. سرانجام چشم ضعیف‌تر بلااستفاده می‌شود و یک چشم «تنبل» یا آمبلیوپ ایجاد می‌گردد. (تنبلی چشم)
۳. آسیب مغزی یا آسیب به سر مثلاً در تصادفات (نادر)
۴. بروز ارثی انحراف چشم، MS، نشانگان داون، بیماری تیروئید (پرکاری گریوز)، تومور چشم و یا مغز، سکته مغزی، فشار خون، دیابت، آسیب مغزی جنین مانند فلج مغزی، آسیب زایمانی، عوارض جراحی چشم مانند آب مروارید ممکن است موجب انحراف چشم شوند.

عوارض استرابیسم

بدون درمان فوری ممکن است کاهش بینایی در یک چشم دائمی شود. از دست رفتن دید طبیعی در یک چشم و مسایل ناشی از زیبایی ظاهری از عواقب بیماری درمان نشده است. بسیاری افراد با دید یک چشمی سازگار می‌شوند و تمامی فعالیت‌های خود را با یک چشم انجام دهند. در اینگونه موارد برای ورزش و سایر فعالیت‌ها از جمله جوشکاری که خطر آسیب چشمی دارند، از عینک محافظ استفاده کنید. تشخیص با توجه به شرح حال طبی و معاینه فیزیکی است و ممکن است شامل آزمون‌های تیزبینی، معاینه شبکیه، معاینه کامل عصبی و آزمون‌های عضلانی باشد.

درمان

درمان استرابیسم مشابه درمان آمبلیوپی (تنبلی چشم) بوده و هدف از درمان، بهبود دید و به دست آوردن بهترین دید ممکن، زیبایی ظاهری و ایجاد بهترین جهت برای چشم‌ها و رسیدن به دید دوچشمی می‌باشد. درمان شامل تجویز عینک تک دید و در بعضی موارد دو دید، بستن چشم قوی‌تر برای تصحیح عدم توزان تمرکز (باعث می‌شوند چشم ضعیف‌تر به کار بیفتد)، تجویز منشور، بینایی درمانی، تمرینات مربوط به عضلات چشم، سم بوتولینیوم (تنها در بزرگسالان) یا جراحی برای تصحیح وضعیت عضلات چشم باشد. در هنگام جراحی، میزان نیروی عضلات در یک یا دو چشم تنظیم می‌شود. مثلاً در جراحی ایزوتروپی، ممکن است عضله داخلی محکم‌تر را از چشم جدا نموده و مقداری عقب‌تر مجدداً به چشم وصل نمایند. این کار اثر کشنده عضله را تضعیف نموده و امکان چرخش چشم به سمت خارج را فراهم می‌سازد. بعضی اوقات نیز می‌توان برای تسهیل حرکت چشم به سمت خارج، عضله خارجی را کوتاه‌تر نموده و بدین ترتیب نیروی کشنده آن را افزایش داد. در صورت نیاز نوزاد، توصیه می‌شود جراحی اصلاحی استرابیسم هر چه سریعتر صورت گیرد. در بزرگسالان درمان جراحی فقط برای زیبایی ظاهری مناسب



است، مگر آنکه پس از بینایی درمانی صورت گیرد. تزریق سم بوتولیسم به عضلات چشم (به داخل عضله منقبض شده) در برخی موارد کارساز می باشد.

نیستاگموس (دودوئک)

حرکات منظم و نوسانی و مکرر چشم ها در یک یا چند منطقه بینایی که بطور غیر ارادی رخ می دهد و بطور فیزیولوژیک و هم بطور پاتولوژیک می تواند رخ دهد را دودوئک یا نیستاگموس (Nystagmus) گویند. حرکات غیر ارادی و ضرب آهنگی و سریع چشم ها بر اثر دودوئک ممکن است افقی یا عمودی یا چرخشی یا ترکیبی از آنها باشد. دودوئک می تواند افقی، عمودی یا چرخشی باشد. گاه بررسی دودوئک در مواردی مانند تشخیص علت سرگیجه یا محل ضایعه مغزی مفید است. نیستاگموس ممکن است باعث مشکلات بینایی شود.

افتادگی پلک (پتوز)

به افتادگی پلک فوقانی پتوز (Ptosis) گفته می شود. این افتادگی ممکن است خفیف بوده و یا تمامی مردمک را بپوشاند. در برخی موارد پتوز می تواند دید طبیعی را محدود و یا حتی به طور کامل مسدود نماید. پتوز می تواند یک یا هر دو چشم را درگیر کند، وراثتی باشد، در بدو تولد بروز کند و یا در سنین بالاتر اتفاق بیفتد. پتوز مادرزادی به معنای وجود پتوز در بدو تولد می باشد. کودکی با پتوز متوسط تا شدید گاه برای تکامل بینایی نیازمند درمان فوری می باشد. پتوز مادرزادی اغلب در اثر نقص در تکامل عضله بالابرنده پلک فوقانی که عضله لواتور نام دارد، اتفاق می افتد. اگرچه معمولاً یک اختلال مجزا می باشد، ولی ممکن است همراه با اختلالات زیر باشد: اختلال حرکات چشمی، بیماری های عضلانی، تومورهای پلک یا سایر تومورها، اختلالات عصبی، عیوب انکساری. پتوز مادرزادی معمولاً با گذشت زمان بهبود نمی یابد.

علائم و نشانه های پتوز

شایع ترین علامت آشکار پتوز در کودکان، افتادگی پلک می باشد. در پتوز مادرزادی، اغلب عدم تقارن چین پلک فوقانی وجود دارد. کودکان مبتلا به پتوز ممکن است برای دیدن مجبور شوند گردن خود را به عقب خم کنند یا ابروها را به سمت بالا بکشند تا از هر دو چشم استفاده نمایند.

مشکلات ناشی از پتوز در کودکان

شایع ترین اختلال ناشی از پتوز دوران کودکی، آمبلیوپی (تنبلی چشم) می باشد. به دو علت پتوز می تواند ایجاد تنبلی چشم کند:

۱. انسداد مسیر بینایی در موارد پتوز شدید
 ۲. ایجاد آستیگماتیسم و تاری دید ناشی از آن
- بعلاوه پتوز ممکن است در صورت وجود انحراف چشم آن را مخفی نماید و این مورد نیز می تواند منجر به تنبلی چشم شود. پتوز در بالغین و کودکان با انجام جراحی قابل درمان است و این درمان علاوه بر اصلاح وضعیت ظاهری می تواند باعث بهبود بینایی نیز شود.

آب مروارید

آب مروارید یا cataract نوعی بیماری چشم با دلایل گوناگون است که با تار شدن عدسی چشم آغاز شده و با افزایش تیرگی و کدر شدن عدسی، بینایی چشم مختل می شود. خوشبختانه بیماری چشمی آب مروارید در مواردی که به آن " زمان رسیدن " می گویند با جراحی ساده ای برطرف می شود.

ریشه های بیماری



- این بیماری به دلایل زیر بروز می کند:
- کهولت سن (شایع ترین علت)
- ضربه به سر که موجب اختلال در تغذیه عدسی می شود
- اشعه های یونیزه (اشعه X)، اشعه گامای ناشی از تلویزیون های قدیمی
- تماس طولانی با نور آفتاب (پرتو فرابنفش)
- دیابت
- ضربه به چشم و عدسی
- نقصان های مادرزادی
- سوء تغذیه
- مصرف طولانی مدت بعضی از داروها مثل کورتون ها

عقاید اشتباه درباره آب مروارید

عقاید غلطی درباره آب مروارید رایج است، اما باید گفت که آب مروارید:

۱. پرده ای روی چشم نیست؛
۲. بر اثر استفاده بیش از حد از چشم به وجود نمی آید؛
۳. سرطان نیست؛
۴. از یک چشم به چشم دیگر سرایت نمی کند؛
۵. سبب کوری قابل برگشت نمی شود.

روش های درمان

در گذشته جراح چشم عدسی را وقتی کاملاً کدر شده بود از چشم خارج می کرد و دید را با عینک اصلاح می نمود. اما امروزه متخصصان می گویند بهتر است قبل از اینکه عدسی کاملاً سفت شود عمل جراحی انجام گیرد در روشی جدیدتر موسوم به اکسترنال از لنزی که از جنس کریستال و گونه ای پلاستیک است استفاده می شود و هنوز نیز کاربرد دارد. در این روش لنز مصنوعی جایگزین عدسی چشم می شود. تازه ترین روش درمان آب مروارید عمل فیکو است. این روش هم بر مبنای جایگزینی لنز به جای عدسی است، اما لنز مورد نیاز از جنس پلاستیک شفاف و قابل انعطاف یا به اصطلاح تاشو (foldable) است که آن را توسط ابزار ویژه ای لوله کرده و از سوراخی در قرنیه به اندازه ۳ میلیمتر وارد کپسول عدسی قبلی که اکنون از چشم خارج شده است می کنند و لنز درون کپسول باز می شود و به حالت مطلوب درمی آید.

آب سیاه

آب سیاه یا گلوکوما (glaucoma) نوعی بیماری چشم است که در آن به علت افزایش شدید فشار مایع درون چشم، دید از بین می رود. به طور کلی اشکال در خروج این مایع از منافذ بسیار کوچکی در پیرامون عنبیه (دایره رنگی چشم) است. در برخی موارد بطور مادرزادی منافذ تنگ هستند. در موارد دیگر جلو آمدن عنبیه یا مسدود شدن این منافذ با رنگدانه های عنبیه یا یاخته های خون پس از خونریزی داخل چشم مسیر تخلیه مایع داخل چشم تقریباً مسدود می شود. زیادی فشار داخل چشم منجر به تحلیل عصب بینایی و در پی آن کاهش بینایی می شود. این بیماری دارای انواع زیر است: نوع زاویه بسته، نوع زاویه باز

علائم شایع



میدان دید در یک فرد سالم



میدان دید در یک فرد مبتلا به گولم پیشرفته

مراحل اولیه:

- از دست رفتن دید محیطی در نواحی کوچک از میدان دید
- تاری دیدی در یک طرف در سمت بینی میدان دید

مراحل پیشرفته:

- بزرگ تر شدن نواحی از دست رفتن دید، معمولاً در هر دو چشم
- سفت شدن کره چشم
- وجود نقاط کور در میدان دید
- نامناسب بودن دید در شب

علل

علائم در اثر تجمع مایع و افزایش فشار درون چشم و در نتیجه آسیب رسیدن به رشته‌های عصب چشمی به وجود می‌آیند. وقتی علائم زیر در فرد وجود داشته باشند امکان دارد شک به وجود بیماری آب سیاه مزمن چشم برانگیخته شود: عوض کردن مداوم عدسی عینک، سردرد خفیف یا اختلالات مبهم بینایی یا عدم توانایی در تطبیق بینایی از روشنایی به تاریکی.

عوامل افزایش دهنده خطر

- سن بالای ۶۰ سال
- سابقه خانوادگی آب سیاه حاد یا مزمن چشم
- دیابت
- بسیاری از داروها فشار داخل چشم را بالا می‌برند و موجب بدتر شدن بیماری می‌شوند مانند قرص‌های سرماخوردگی و آلرژی، آنتی هیستامینها، آرام‌بخشها، داروهای کورتیکواستروئیدی و برخی داروهای معده و روده.

پیشگیری

از چشم پزشک خود بخواهید در هر بار معاینه چشم، فشار چشم شما را نیز اندازه بگیرد. توجه داشته باشید که پس از ۴۰ سالگی باید حداقل سالی یک بار معاینه چشم انجام شود. در صورت بروز هرگونه تغییر در بینایی به پزشک مراجعه کنید. معاینات چشم از جمله تونومتری یا فشارسنجی (اندازه‌گیری فشار درون کره چشم) و افتالموسکوپ (مشاهده پشت چشم).

عواقب مورد انتظار

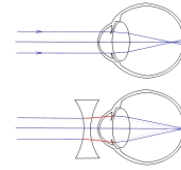
درمان آب سیاه چشم تا آخر عمر باید ادامه یابد. اگر آب سیاه به موقع تحت درمان قرار گیرد، اشکال دائمی در بینایی به وجود نمی‌آید. توجه داشته باشید که در این بیماری دید مرکزی تا مرحله آخر بیماری وجود خواهد داشت و هیچ‌گونه اختلالی در دید مرکزی ایجاد نخواهد شد.

درمان

این بیماری را نمی‌توان درمان قطعی کرد، اما علائم آن را می‌توان کنترل نمود. در اکثر اوقات می‌توان فشار چشم را با دارو تا حدی پایین آورد که از آسیب به عصب چشمی و از دست دادن احتمالی بینایی در آینده جلوگیری شود. مهارکننده‌های آنزیم

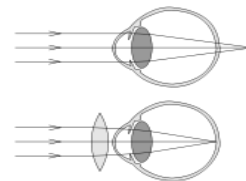


کربنیک آنهیدراز مانند دوزولامید به تنهایی یا به همراه داروهای مسدود کننده گیرنده بتاآدرنرژیک برای کاهش فشار داخل چشم به کار می‌روند. داروهای ادرارآور (دیورتیک) برای کاهش تولید و در نتیجه کاهش تجمع مایع در چشم استفاده می‌شوند. در صورتی که با قطره‌های چشمی نتوان بیماری را کنترل نمود، می‌تواند از جراحی با لیزر کمک گرفت.



نزدیک بینی

نزدیک بینی (Myopia) یکی از عیوب انکساری چشم به معنی این است که چشم بیمار نوشته‌ها و علامتها را در فاصله نزدیک تشخیص می‌دهد ولی در فاصله دور (نسبت به افراد سالم) نمی‌تواند تشخیص دهد. آسیایی‌ها و زنان بیشتر دچار نزدیک بینی می‌شوند. بیش از ۳۰٪ افراد جهان دچار درجاتی از نزدیک بینی هستند. نزدیک بینی اغلب به دلیل زیاد بودن تحدب قرنیه چشم و بزرگتر بودن طول کره چشم نسبت به حالت عادی بوده که نقطه کانونی عدسی روی شبکیه قرار نمی‌گیرد و در جلوی آن تشکیل می‌شود. افراد نزدیک بین فقط وقتی تصویر جسمی را واضح می‌بینند که جسم به چشم آن‌ها نزدیک باشد. آن‌ها باید از عدسی واگرا (مقعر) در عینک خود استفاده کنند. این بیماری ارثی است ولی به عوامل دیگری بجز ژن نیز بستگی دارد. معمولاً در دوران کودکی ظاهر می‌شود و پس از ایجاد با رشد بدن و چشم منجر به افزایش طول چشم می‌شود، شدت آن افزایش یافته و شماره عینک بالاتر می‌رود. اصلاح دید با عدسی مقعر یا واگرا است. گاه از لنز تماسی نیز استفاده می‌شود. درمان توسط جراحی با لیزر است. عینک افراد نزدیک بین شماره منفی دارد و هرچه چشم ضعیف‌تر باشد شماره بالاتر خواهد بود.



دوربینی

دوربینی به دلیل کم بودن تحدب قرنیه چشم بوده که نقطه کانونی عدسی روی شبکیه قرار نمی‌گیرد؛ اصلاح دید با عدسی محدب یا همگرا است. **دوربینی (Hyperopia)** یکی از عیوب انکساری چشم و به معنی این است که چشم بیمار در دیدن اشیای نزدیک دچار اشکال باشد. حدود ۲۵٪ افراد جامعه دچار این مشکل می‌شوند و این افراد اشیاء دور را بهتر از اشیا نزدیک می‌بینند. دوربینی اغلب به دلیل کم بودن تحدب قرنیه چشم یا کوچکتر بودن کره چشم این افراد نسل به حالت عادی بوده که نقطه کانونی عدسی روی شبکیه قرار نمی‌گیرد و در پشت آن تشکیل می‌شود و فرد مجبور است سرش را از اجسام دور کرده تا تصویر روی شبکیه بیفتد شیوع دوربینی از نزدیک‌بینی کمتر است. دوربینی در اغلب موارد ارثی است. در دوران سالمندی ما بیماری پیرچشمی را داریم که در بعضی موارد با دوربینی اشتباه گرفته می‌شود ولی پیرچشمی هم توانایی دید نزدیک و هم دید دور مختل می‌شود. پیرچشمی به علت کاهش دامنه تطابق در نتیجه تغییرات ناشی از پیری در عدسی چشم رخ می‌دهد. بسیاری از بچه‌ها با دوربینی متولد می‌شوند و بعضی آن را مدتی پس از تولد دچار می‌شوند

اصلاح دید

اصلاح دید با بکاربردن عینک با عدسی محدب یا همگرا است. گاه از لنز تماسی مثبت نیز استفاده می‌شود. درمان جدیدتر جراحی قرنیه با لیزر است. شماره عینک افراد دوربین مثبت است و هرچه چشم ضعیف‌تر باشد شماره بالاتر خواهد بود.

آستیگماتیسم



آستیگماتیسم یکی از شایع ترین مشکلات اپتیکی چشم است، و معمولاً علت آن نامنظمی شکل و انحنای قرنیه است. گاهی نیز علت آن نامنظمی شکل و انحنای لنز که در پشت عنبیه قرار دارد است. آستیگماتیسم حالتی است که چند تا از دیوپترهای چشم کروییت خود را از دست داده است.

اگر چشم را به عنوان یک عدسی کروی در نظر بگیریم. هرگاه این عدسی از حالت کروی خارج شود و به سمت حالت بیضوی برود (شبه خربزه). در این صورت دارای دو کانون خطی به جای یک کانون نقطه‌ای خواهد بود. در نتیجه تصاویر بدلیل انکسار نامساوی در قسمت‌های مختلف قرنیه کاملاً بر روی شبکیه متمرکز نمی‌شوند و تصاویر چه دور و چه نزدیک تار می‌شوند. بنابراین افرادی که دچار درجات بالایی از آستیگماتیسم هستند نه تنها همانند افراد نزدیک‌بین اشیای دور را تار می‌بینند، بلکه اشیای نزدیک را هم تار می‌بینند.

پیرچشمی

پیر چشمی (Presbyopia) دوربینی و اختلال دید بر اثر بالا رفتن سن است که در آن با از دست رفتن تدریجی خاصیت ارتجاعی عدسی چشم، قدرت تطابق کم می‌شود.

بخشی از روند طبیعی افزایش سن می‌باشد و در هنگامی که عدسی چشم قابلیت انعطاف خود را بتدریج از دست می‌دهد، اتفاق می‌افتد. معمولاً این حالت در حدود سن ۴۵-۴۰ سالگی شروع می‌شود. در نتیجه افراد با دید طبیعی (بدون ضعف چشم) احتیاج به عینک مطالعه پیدا می‌کنند و افراد نزدیک‌بین یا دوربین احتیاج به دو عینک یکی برای دور و یکی برای نزدیک یا عینک دو دید پیدا می‌کنند. یک مزیت نزدیک‌بینی کمتر از ۳ دیوپتر این است که این افراد بعد از شروع پیرچشمی می‌توانند عینک دور خود را بردارند و قادر به خواندن بدون عینک باشند. بعد از انجام لیزر برای اصلاح نزدیک‌بینی، این توانایی از دست خواهد رفت زیرا این افراد همانند سایر افراد طبیعی نیاز به عینک مطالعه خواهند داشت. اما افراد با نزدیک‌بینی متوسط و شدید پس از شروع پیرچشمی علاوه بر عینک دور نیاز به عینک مطالعه هم خواهند داشت و در واقع مزیتی نسبت به افراد طبیعی ندارند. لیزر تاثیر بر روی قدرت متمرکز کننده عدسی چشم نداشته و بنابراین نمی‌تواند پیرچشمی را درمان کند.

درمان پیرچشمی

پیشرفت فناوری، هم در بخش لیزرهای چشم پزشکی و هم در تولید بیومتریال‌های دقیق و کاملاً سازگار با بدن، به همراه نیاز مبرم به ارائه روش درمانی کامل تر در پیرچشمی، به تولد تکنیک و محصولی به نام کما انجامید. کما یک درون‌کاشت (inlay) موثر و ایمن است که کمتر از یک دهه پیش به عرصه چشم پزشکی وارد شد و پس از نتایج مثبت و سر بلند بیرون آمدن از آزمون‌های مختلف، هم اکنون در اتحادیه اروپا شمالی (CE) و شرق آسیا و برخی کشورهای آمریکای وارد مراحل درمانی شد.



آسم

مقدمه :

آسم یک مسئله بهداشتی برای کلیه جوامع اعم از توسعه یافته و در حال توسعه به شمار می رود. برطبق آمار سازمان بهداشت جهانی بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر دنیا از بیماری آسم رنج می برند. همچنین ، سالانه حدود ۲۵۰ هزار نفر به علت این بیماری می میرند و اگر اقدام فوری صورت نگیرد، در طی ۱۰ سال آینده این میزان حدود ۲۰٪ افزایش می یابد. متأسفانه سهم زیادی از مراجعات بیماران و بویژه کودکان به درمانگاه ها، بیمارستانها و مراکز فوریتهای پزشکی ، غیبت از حضور فعالانه در محیط کار و تحصیل و کاهش فعالیت های اجتماعی ، به این بیماری اختصاص دارد. آسم شایع ترین بیماری مزمن دوران کودکی و شایع ترین علت بستری در بیمارستان، شناخته شده است. در برخی از مناطق دنیا مثل خاورمیانه آسم کمتر تشخیص داده شده و حتی بیماران با علائم آسم نمی دانند که به این بیماری مبتلا هستند. بیماران آسمی که به موقع و بطور صحیح بیماری آنها تشخیص داده نشده و یا درمان ناقص برای آنها صورت گیرد، بار مالی زیادی بر دوش فرد و خانواده گذاشته و خسارات جبران ناپذیری برای تمام عمر برای وی و جامعه به ارمغان خواهد داشت. تحقیقات نشان می دهند که علاوه بر استعداد ژنتیکی، تغییرات ایجاد شده در محیط زندگی فرد و رویکرد به الگوی زندگی شهرنشینی، شامل: آلودگی های زیست محیطی، تغییر عادات رژیم غذایی و از همه مهم تر دود سیگار و سایر دخیانیات در افزایش شیوع آسم موثر بوده اند. از آنجائیکه شناسایی به موقع بیماران، درمان فوری بیماری در شرایط حمله، آموزش بیماران از جهت دوری از عوامل تشدید کننده و خطر زای بیماری، مصرف صحیح دارو و استفاده درست از وسایل کمک درمانی بیماری آسم، نقش بسیار مهمی در کنترل و درمان آسم و بخصوص پیشگیری از مرگ و میر آن ایفا می کند، مراقبین بهداشتی و بهورزها بعنوان نیروهای خط مقدم در این زمینه مسئولیت مهمی را برعهده دارند. بنابراین آگاهی داشتن در مورد این بیماری و به روز شدن اطلاعات در مورد پیشگیری، تشخیص و درمان آسم بسیار مهم است.

آسم چیست ؟

آسم یک بیماری جدی ، مزمن و غیرواگیر ریه است که با التهاب مجاری هوایی همراه می باشد. مزمن به این معنا است که بیماری همیشه وجود دارد. حتی زمانی که بیمار احساس ناخوشی ندارد. در این بیماری سه واقعه در راههای هوایی رخ می دهد.

۱- پوشش داخلی راههای هوایی متورم و ملتهب می گردد.

۲- موکوس به میزان زیاد ترشح شده و می تواند راههای هوایی را مسدود سازد.

۳- عضلات اطراف راههای هوایی منقبض شده و مسیر راه هوایی را تنگ تر می سازند.

در بیماری آسم به دنبال واکنش راههای هوایی به عوامل محرک و حساسیت زا (آلرژیک)، این سه عامل سبب انسداد راههای هوایی می شود و در نتیجه هوای کمتری از آنها عبور کرده و عمل تنفس سخت تر می شود. در این شرایط علائم آسم بصورت سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس بروز می کند.

علت آسم چیست ؟

علت دقیق و اصلی آسم هنوز نا مشخص است. ولی آنچه که تاکنون روشن شده، نشان می دهد که اگر افراد خانواده سابقه انواع بیماری های آلرژیک (اگزما، آلرژی بینی، آلرژی غذایی و آسم) را داشته باشند. احتمال بروز آسم در سایر افراد آن خانواده بیشتر می شود. همچنین تماس با عواملی چون دود سیگار عوامل عفونی و ویروسی و بعضی مواد حساسیت زا ممکن است سبب افزایش احتمال ابتلا به آسم گردند. همچنین بیماری آسم ممکن است در افراد بدون سابقه آلرژی نیز رخ دهد. برخی افراد (مثل نانوایان) در اثر تماس های شغلی، دچار آسم می گردند. از بین عوامل محیطی که سبب بروز یا بدتر شدن آسم (حملات بیماری) می گردند موارد شایع عبارتند از :



- ۱- مواد حساسیت زا یا آلرژن : عوامل حساسیت زای حیوانات (پر ، مو یا پوست) ، گرده ها و قارچ ها ، هیپره موجود در گرد و خاک خانه ها، سوسک
 - ۲- مواد محرک : دود سیگار و سایر دخانیات (قلیان ، پیپ و ...) ، آلودگی هوا ، تغییرات آب و هوایی ، بخصوص هوای سرد و خشک ، بوهای تند ، تغییرات هیجانی شدید (گریه کردن ، خندیدن شدید ، استرس)
 - ۳- عفونتهای ویروسی (سرماخوردگی ، آنفلوانزا و)
 - ۴- فعالیت فیزیکی
 - ۵- عوامل دیگر مانند : داروها ، مواد افزودنی در غذاها و آلرژی های غذایی بویژه در کودکان ، چاقی
- بیماری آسم در چه گروههای سنی بیشتر دیده می شود؟**

اگر چه آسم همه گروههای سنی را درگیر می کند. اما شروع آسم در اغلب موارد از دوران کودکی است. شیوع این بیماری در سنین ۱۲ تا ۱۷ سالگی به حداکثر خود می رسد و پس از آن بتدریج پایین می آید. بطوریکه پس از ۶۰ سالگی احتمال این بیماری بسیار کمتر می گردد. از نظر جنسی نیز در سنین کودکی آسم در پسرها شیوع بیشتری دارد ولی پس از سن بلوغ این نسبت برعکس می گردد.

سیر بیماری

اغلب کودکان با افزایش سن علائم کمتری خواهند داشت. اگر چه در بعضی از آنها ممکن است شدت علائم ثابت بماند و یا حتی بیشتر شود. ولی پیش بینی این امر بطور قطعی ممکن نیست. آسم یک بیماری دراز مدت است که می تواند البته قابل کنترل باشد. از عواملی که باعث پایدار شدن آسم در کودکان می گردد می توان به وجود شرح حال مثبت انواع بیماری های آلرژی بخصوص آسم در والدین ، جنس مذکر ، بچه های در معرض دود سیگار ، کودکانی که مادران آن ها در دوران حاملگی سیگار کشیده یا در معرض دود سیگار باشند ، تغذیه با شیرخشک در ۶ ماه اول زندگی و چاقی اشاره کرد.

علائم : شایع ترین علائم آسم عبارتند از :

- ۱- **سرفه :** سرفه بیماران آسمی اغلب در شب و اوایل صبح بدتر می شود و مانع خواب می گردد. ممکن است تک تک یا حمله ای باشد ولی اکثراً طولانی مدت ادامه می یابد. اگر سرفه بیش از ۳ هفته طول بکشد. باید بیمار برای بررسی از جهت آسم ارجاع گردد.
 - ۲- **خس خس :** نوعی صدای زیر است که هنگام تنفس و اغلب در بازدم شنیده می شود. خس خس عود کننده نیز از علائمی است که باید در صورت مشاهده به آسم مشکوک شد و بیمار را ارجاع داد.
 - ۳- **تنگی نفس :** در تنفس طبیعی عمل دم و بازدم ب راحتی و بدون احساس فشار یا کمبود هوا صورت می گیرد اگر بیمار دچار اختلال در تنفس بصورت تنگی نفس گردد، باید بعنوان یکی از علائم آسم بیمار توسط پزشک معاینه و بررسی کامل تری صورت گیرد.
- البته همه بیماران علائم فوق را بطور کامل ندارند و شدت و میزان علائم نیز درحالت های مختلف بیماری و در حمله آسم متفاوت است. بطوری که علائم ممکن است از چند دقیقه تا چند روز طول بکشد یا اینکه هر چند ماه یک بار بروز کنند علائم فوق در شب و نیز در پی عفونت های تنفسی، فعالیت و ورزش، استنشاق مواد حساسیت زا (آلرژن) و محرک، (دود سیگار)، بدتر می گردند. از آنجائی که در بعضی افراد ممکن است بیماری آسم بطور همزمان با سایر اختلالات آلرژیک دیده شود. لذا باید به علائم این بیماری ها در حال و یا گذشته وی توجه کرد. بطور مثال وجود ضایعات پوستی بصورت پلاک خارش دار (اگزما)، و بخصوص علائم آلرژی بینی (عطسه مکرر، خارش، گرفتگی و آبریزش بینی). بطور کلی هر بیمار با تشخیص آسم باید از جهت آلرژی بینی بررسی شود و برعکس از هر فرد دچار آلرژی بینی باید علائم آسم سؤال گردد. همانطور که گفته شد علائم آسم در افراد مختلف شدت های متفاوتی دارد که بر اساس آن برنامه درمانی اختصاصی آنها نیز تفاوت می کند.



براساس علایم بیماری شدت آسم به ۴ دسته تقسیم می گردد.

۱- آسم خفیف متناوب : در این سطح از بیماری بروز علایم و حملات آسم کمتر از یکبار در هفته است . در شب نیز بیماران در ماه ، کمتر از ۲ بار دچار مشکل می گردند. بعلاوه در بین حملات ، بیمار علامتی نداشته و تست های عملکرد ریوی نیز طبیعی است.

۲- آسم پایدار خفیف: در این سطح، علائم در روز بیشتر از یک بار در هفته و در شب بیشتر از ۲ بار در ماه است. حملات آسم بر فعالیت روزانه بیمار تاثیر می گذارد.

۳- آسم پایدار متوسط : در این سطح بروز علائم آسم هر روز می باشد و بیشتر از یک شب در هفته نیز بیمار را ناراحت میکند. حملات آسم بر فعالیت روزانه بیمار تاثیر منفی می گذارد.

۴- آسم پایدار شدید : در این سطح بروز علائم بیماری هر روز و اغلب شب ها نیز می باشد. در آسم شدید فعالیت بیمار بسیار محدود می گردد.

*باید توجه داشت هر بیمار آسمی در هر سطحی از شدت بیماری ، می تواند دچار حمله شدید و ناگهانی گردد.

چگونه آسم تشخیص داده می شود ؟

گرفتن شرح حال کامل بیماران بطور معمول پایه اصلی در مسیر تشخیص بیماری است. لذا بروز سرفه های طولانی و مکرر بیش از ۳ هفته، خس خس سینه عود کننده و تنگی نفس باید در بیماران جستجو شده و افراد دارای هر یک از علائم فوق به پزشک ارجاع گردند. در بعضی موارد شغل افراد زمینه ساز بروز یا بدترشدن بیماری آسم می گردد. (مثل نانوایان، کارگران کارخانه چوب بری و ...) بنا بر این در شرح حال پرسیدن شغل وی الزامی است . همچنین در شرح حال باید از وجود سابقه فامیلی بیماری های مرتبط با این بیماری، کسب اطلاع نمود. پرسش در مورد وجود پلاک خارش دار پوستی (اگزما)، آبریزش، گرفتگی و خارش بینی (آلرژی بینی) و سرفه، خس خس، تنگی نفس (آسم) و آلرژی غذایی (بروز بثورات پوستی مثل کهیر و یا علائم تنفسی بدنبال مصرف بعضی غذاها) در افراد خانواده بسیار کمک کننده است .

بعلاوه در شرح حال باید موارد زیر پرسیده و مثبت گردد:

- بررسی مصرف سیگار، قلیان یا هر گونه دخانیات در بیمار یا طرفیان
- در مورد کودکان و شیرخواران، سابقه مصرف سیگار در دوران بارداری توسط مادر یا اطرفیان مادر

- بررسی وضعیت رختخواب بیمار از نظر وجود مواد حساسیت زا (پر ، پشم ، کرک و ...)
- بررسی محیط خواب بیمار (وجود فرش دستباف و کف پوش با منشاء حیوان، مبلمان قدیمی و ...)

- سؤال از نحوه نظافت منزل (جاروبرقی یا دستی)
- سؤال از نوع شیر مصرفی شیرخواران (شیر مادر یا شیر خشک یا هر دو ، بخصوص قبل از ۶ ماهگی)

- سؤال از نظر وجود حیوانات خانگی (پرندگان ، پستانداران) در محیط منزل
- سؤال از نظر نوع وسیله گرمایشی در منزل (شومینه ، بخاری نفتی ، چوبی و گازی)

- سؤال از نظر استفاده مواد سفید کننده مثل وایتکس و جوهر نمک.

در تشخیص بیماری علاوه بر شرح حال و معاینه بالینی از روش های سنجش عملکرد ریوی نیز کمک گرفته می شود. یکی از ساده ترین و ارزان ترین وسایلی که در این زمینه کاربرد دارد، دستگاه پیک فلومتر یا نفس سنج است. (همانند دستگاه سنجش فشارخون که در بیماران دچار افزایش فشارخون کاربرد دارد) این وسیله برای تشخیص بیماری و نیز تعیین شدت بیماری، پایش بیماران قبل و بعد از درمان و بخصوص پیش بینی وقوع حملات آسم کاربرد دارد. بعلاوه با تعیین میزان شدت بیماری که به کمک این دستگاه انجام می شود انتخاب نوع درمان دارویی صحیح تری صورت می گیرد. بنابراین آموزش نحوه



استفاده از این دستگاه بطور صحیح و نیز توصیه به استفاده منظم آن به بیماران ، بسیار مهم می باشد . بالغین و کودکان بالای ۶ سال می توانند به شکل مطمئن از نفس سنج استفاده کنند.



طرز کار نفس سنج :

نفس سنج یا دستگاه پیک فلومتر وسیله ای مدرج است که اعداد روی آن میزان جریان هوای بازدمی افراد را نشان می دهد. نشانگری در کنار اعداد وجود دارد که بر حسب میزان سرعت هوای خروجی افراد حرکت می کند و عدد خاصی را نشان می دهد. برای استفاده از این دستگاه به ترتیب زیر عمل کنید :

- ۱- نشانگر کوچک را حرکت دهید و آن را روی نقطه صفر قرار دهید. ۲- در وضعیت ایستاده، نفس سنج را در دست بگیرید مراقب باشید انگشتان مانع دیدن شماره ها و یا نشانگر نباشد. ۳- یک دم عمیق با دهان باز انجام داده و سریعاً قطعه دهانی دستگاه را داخل دهان گذاشته و لب های خود را اطراف آن غنچه کنید ولی زبان خود را درون مجرای آن قرار ندهید. ۴- با حداکثر سرعت و شدت درون نفس سنج فوت کنید. ۵- نشانگر به جلو حرکت کرده و می ایستد. به نشانگر دست نزدیک و عدد مقابل آن را بخوانید. ۶- دوبار دیگر، این عمل را بطور مشابه تکرار کنید. ۷- از سه عدد بدست آمده بیشترین مقدار را روی کاغذ یا نمودار مخصوص یادداشت نمایید.

این عدد میزان سرعت خروج هوا از راه های هوایی ریه را نشان می دهد. هر چه شدت بیماری آسم بیشتر باشد. راه های هوایی تنگ تر می شود و سرعت خروج هوا که توسط نفس سنج اندازه گیری می شود نیز کاهش می یابد. برای تعیین میزان طبیعی هر فرد (بیشترین مقدار برای هر نفر) باید هر روز صبح و عصر برای چند هفته، این روش را انجام داد تا بیماری وی کنترل گردد. بالاترین عددی که در طی این مدت زمانی بدست می آید، میزان طبیعی برای آن فرد است. حالا فرد می تواند اندازه گیری بعدی خود را با این عدد مقایسه کند. این عدد به وی نشان می دهد که بیماری وی چقدر کنترل شده است. شدن این عدد به کمتر از نصف میزان طبیعی، نشانگر وخامت بیماری وی است.

آیا آسم ریشه کن می شود ؟

تا کنون راه حلی برای ریشه کن کردن آسم پیدا نشده است، ولی این بیماری را می توان به شکلی درمان و کنترل کرد که علائم و حملات آن پیشگیری شوند. زندگی با آسم در بیشتر موارد بدون درد سر است .

درمان و کنترل

آسم یک بیماری مزمن است. معمولاً بیمار نیاز به مراقبت پزشکی پیوسته و منظم دارد. بطور کلی برای رسیدن به کنترل کامل بیماری آسم باید اهداف درمانی را شناخت. اهداف درمان موفق آسم عبارتند از :
الف: علائم بیمار در روز یا شب کاملاً از بین برود یا حداقل باشد.
ب: حمله و تشدید علائم نداشته یا حداقل باشد.
ج: نیاز به داروهای تسکین بخش درمان آسم وجود نداشته یا حداقل باشد. د : خواب راحت داشته باشد و سایر فعالیت های طبیعی زندگی را بدون بروز علایم انجام دهند. هـ : عوارض جانبی مربوط به درمان در حداقل باشد.

برای رسیدن به اهداف فوق باید کارهای زیر انجام شود :

الف : آموزش بیمار در زمینه های پیشگیری و پرهیز از عواملی که باعث بروز یا بدتر شدن آسم می گردند (عوامل آغازگر) و نحوه مقابله با این عوامل، نحوه استفاده صحیح از داروها و وسایل کمک درمانی. ب : درمان دارویی آسم ج : تعیین برنامه درمانی برای مواقع حمله حاد بیماری

الف (آموزش بیمار



آموزش بیماران کلید ایجاد یک ارتباط موفق بین بیمار و مسئول مراقب بهداشتی او است . باید دانست که داروها تنها راه کنترل آسم نیستند. بلکه پرهیز از عوامل محرک و مزاحمی که سبب التهاب مجاری هوایی و بدتر شدن بیماری آسم می شوند نیز بسیار مهم است. این عوامل آغازگر آسم نامیده می شوند. هر بیمار باید راههای اجتناب از عوامل آغازگر بیماری خود را بداند و به آن عمل کند.

آغازگرهای آسم و روش های پرهیز و کنترل این عوامل :

- * **هیره موجود در گرد و خاک خانه ها :** هیره ها بندپایانی میکروسکوپی هستند (حدوداً ۰/۳ میلی متر) که با چشم غیر مسلح دیده نمی شوند این موجودات از ذرات پوسته های انسان تغذیه می کنند. استنشاق اجزاء این حیوانات بخصوص هنگام جارو کردن سبب تحریک علائم آسم می گردند. لذا با استفاده از روش های زیر باید با آن ها مقابله کرد :
 - بالش ها و تشک ها را در پوشش هایی غیر قابل نفوذ (مثلا پلاستیکی) بپوشید.
 - کلیه ملحفه ها را هفته ای یکبار در آب داغ (۶۰ درجه سانتی گراد) بشویید و آن ها را در آفتاب خشک کنید.
 - در صورت امکان از قالی به عنوان کف پوش استفاده نکنید.
 - وسایل فراوان (اسباب بازی - کتاب ،مبلمان و) در داخل اتاق کودک نگهداری نکنید.
 - سطح رطوبت خانه را کاهش دهید.

* عوامل حساسیت زای حیوانات :

- به هیچ وجه اجازه ورود حیوانات دست آموز را به رختخواب ندهید.
- حیوانات دست آموز را از خانه بیرون ببرید. (گربه ،سگ و....)
- از به کار بردن بالش یا تشک حاوی پر ، پشم و کرک اجتناب کنید.
- سوسک از عوامل حساسیت زا است با روش های مناسب در رفع این حیوان تلاش کنید.

* دود سیگار

- دود سیگار و سایر دخانیات (قلیان ، پیپ و) از بهترین عوامل افزایش آسم بخصوص در کودکان می باشند. حدود ۴۰۰۰ ماده سهمی در دود سیگار شناخته شده است. بنابر این توصیه می شود :
 - در صورت ابتلا به آسم به هیچ وجه سیگار نکشید.
 - اجازه سیگار کشیدن در خانه را به هیچ کس ندهید.
 - اگر کسی در منزل هست که نمی تواند سیگار را ترک کند باید همواره خارج از منزل (نه جلوی پنجره و شومینه و) سیگار بکشد.

* تغذیه با شیر خشک

تغذیه انحصاری با شیرمادر بخصوص در ۶ ماه اول زندگی خطر بروز آلرژی و آسم را کاهش می دهد. توصیه عدم استفاده از شیر خشک بخصوص در افرادی که زمینه آلرژی در خانواده دارند برای پیشگیری از آسم را باید جدی گرفت.

* آلودگی هوا

هوای آلوده حاوی مواد متعددی است که موجب رو به و خامت گذاردن آسم می گردد. بیماران مبتلا به آسم باید در مواقعی که علائم هشدار دهنده دال بر آلودگی هوا هستند از بیرون ماندن زیاد و خصوصاً ورزش در بیرون از منزل اجتناب کنند. استفاده از وسایل گرمایشی دود زا (بخاری نفتی یا چوبی ، وجود تنور در منزل و.....) نیز از عوامل بدتر کننده آسم به شمار می روند و استفاده از وسایل گرمایشی غیردود زا در خانواده دارای بیمار مبتلا به آسم توصیه می گردد.

* بوهای تند

بعضی از بیماران مبتلا به آسم به بوهای تند مثل بوی رنگ و اسپری مو ، سفید کننده ها ، جوهر نمک و واکنش می دهند و باید از این عوامل محرک اجتناب کنند.



* گرده های گیاهان و قارچ ها

گیاهان، گرده ها موجود در فضا، اغلب سبب آسم و آلرژی های فصلی می شوند. درختانی مثل نارون، کاج، سپیدار، علوفه های هرز در فصول مختلف مشکل ساز هستند. در فصل های گرده افشانی بابتن درب و پنجره ها می تواند از نفوذ گرده ما به اتاق جلوگیری کرد. اگر فرزندان به علف حساسیت دارد، نباید به چمن زار برود. رطوبت و گرما سبب رشد قارچ ها و کپک ها می گردند، کپک ها و قارچ ها از عوامل آلرژی در فضاهای بسته به شمار می روند. لذا باید از منابع تکثیر قارچ مثل جاهای مرطوب اجتناب کرده و محل های مرطوب (حمام، زیر زمین) مکرراً خشک و تمیز شوند.

وسایل کمک درمانی و تکنیک های استنشاقی

در بیماری های مختلف هدف ایده آل یک درمان دارویی، رساندن دارو به عضو بیمار در کوتاه ترین زمان و داشتن کمترین عارضه جانبی است. در بیماری آسم، ریه عضو مبتلا می باشد و بهترین روش ارائه دارو به آن استفاده از اسپری های (افشانه ها) استنشاقی است. اسپری هایی که در این بیماری بکار می روند. در کمترین زمان ممکن با حداقل دوز، موثرترین مقدار دارویی را به ریه می رسانند. بنابراین تاکید بر اهمیت استفاده از این شکل دارویی به بیماران بسیار مهم است. نکته مهم دیگر یادآوری این مطالب است که این روش دارویی ایجاد وابستگی و اعتیاد نمی کنند، بلکه این فکر، باور غلطی است که در بین بعضی از مردم رواج دارد.

البته استفاده غلط از اسپری های استنشاقی شکست در درمان را موجب می گردد. بنابر این آموزش استفاده داروهای استنشاقی الزامی است.

- اصول استفاده از اسپری (افشانه) یا MDI

- ۱- سرپوش اسپری را بردارید و مخزن اسپری را به خوبی تکان دهید.
- ۲- به آرامی و به طرز یکنواختی نفس خود را بیرون دهید.
- ۳- اسپری را درفاصله ۳ سانتی متری جلوی دهان باز بگیرید.
- ۴- در حالی که شروع به تنفس آرام و عمیق می کنید مخزن فلزی را فشار داده تا دارو آزاد شود و تا حد امکان عمل دم ادامه یابد.
- ۵- برای حدود ۱۰ ثانیه نفس خود را حبس کنید.
- ۶- نفس خود را به آرامی خارج سازید.

- اصول استفاده از محفظه مخصوص Spacer

برای افرادی که امکان انجام دستورات فوق را بطور صحیح ندارند. مثل کودکان، افراد مسن و نیز در شرایط حمله آسم، استفاده از یک محفظه مخصوص همراه با اسپری ها کمک زیادی می کند. این دستگاه علاوه بر کمک به ارایه بیشتر داروها به ریه از رسوب دارو در دهان و نهایتاً رشد قارچ جلوگیری می کند.

* روش استفاده از محفظه مخصوص

- ۱- اسپری را خوب تکان دهید.
- ۲- اسپری را به محفظه متصل کنید.
- ۳- قسمت دهانی محفظه را داخل دهان قرار دهید. در صورت استفاده از ماسک به جای قسمت دهانی، ماسک را روی دهان و بینی بیمار قرار دهید. (برای کودکان کمتر از پنج سال که مستقیماً نمی توانند از محفظه استفاده کنند از محفظه همراه با ماسک، استفاده می گردد.)
- ۴- مخزن افشانه را به پایین فشار دهید تا دارو داخل محفظه آزاد گردد. محفظه (با یا بدون ماسک) را حدود ۱۰ ثانیه داخل دهان (روی صورت) نگه دارید.



۵- اگر بیمار نیازمند بیش از یک دارو است بهتر است تا پاف بعدی مدت کوتاهی صبر شود.

ب : چه داروهایی برای درمان آسم استفاده می شود؟

دو دسته اصلی دارویی برای درمان آسم استفاده می شوند :

۱- داروهای تسکین دهنده

این داروها با شل کردن انقباض عضلات راههای هوایی، سبب گشاد کردن برونش و در نتیجه کاهش یا رفع علائم آسم می شوند. زمان شروع اثر این داروها چند دقیقه است، بنابراین به نام داروهای تسکین فوری نامیده می شوند و در هنگام بروز اولین علائم تشدید بیماری باید بکار روند. معروف ترین دارو از این گروه سالبوتامول می باشد.

۲- داروهای کنترل کننده یا نگهدارنده

خاصیت مشترک این دسته دارویی، اثرات ضد التهابی آنهاست . و از این راه علائم آسم را کاهش می دهند. این دسته دارویی بطور طولانی مدت بکار می روند و استفاده آن باید روزانه و بطور منظم باشد. این داروها نقش مهمی در پیشگیری از بروز علائم و حملات آسم دارند. اشکال مختلف آسم پایدار به این گروه دارویی نیاز دارند. موثرترین داروی این دسته استروئید (کورتن) های استنشاقی هستند. معروفترین آن ها فلوتیکازون و بکلومتازون می باشند. در بعضی از موارد شدید از اشکال خوراکی استروئیدها (پردنیزولون) یا تزریقی استفاده می گردد. چون بیشتر داروهای آسم از نوع استنشاقی هستند. تکنیک استفاده از آنها بسیار مهم می باشد. (به بحث آموزش مراجعه شود) نکته عملی در استفاده از استروئیدهای استنشاقی این است که پس از استفاده از آنها، باید برای پیشگیری از عفونت قارچی دهان ، شستشوی دهان و قرقره با آب صورت گیرد.

ج : حمله حاد آسم چیست ؟ چه علائمی دارد و اقدامات مناسب کدامند ؟

وقتی علائم آسم از حد معمول بدتر شوند به آن حمله آسم گفته می شود. در طی حملات آسم عضلات اطراف راههای هوایی منقبض شده و راههای هوایی باریکتر می گردند، بطوریکه هوای بسیار کمتری قابل عبور از راههای هوایی است. بعلاوه التهاب و تورم راههای هوایی نیز بیشتر می گردد و سلول های راههای هوایی موکوس زیادتری ترشح می کنند. مجموع این عوامل سبب اشکال شدید در تنفس می گردند.

همه حملات آسم مشابه نیستند و شدت های متفاوتی دارند. بعضی از آنها می توانند آنقدر شدید باشند که سبب مرگ گردند. بنابر این حمله آسم از اورژانس های پزشکی است . با کنترل روزانه آسم و پیگیری های منظم و دوری از عوامل محرک می توان از حملات حاد جلوگیری کرد.

یکی از وظایف مهم مسئول مراقبت بهداشتی و بهورز در ارتباط با بیماران آسمی، آموزش **علائم هشدار** دهنده بیماری آسم است. این علائم عبارتند از :

۱- بدتر شدن پیش رونده سرفه ، خس خس سینه ، تنگی نفس ، و یا احساس فشردگی قفسه سینه

۲- هر گونه سختی در نفس کشیدن در حین راه رفتن و صحبت کردن

۳- غیبت از محل کار یا مدرسه به خاطر تشدید علائم بیماری

۴- نیاز به استفاده زیاد از داروی تسکین دهنده (سالبوتامول) در روز یا شب یا مصرف بیشتر از یک افشانه در ماه

۵- کاهش در عدد ثبت شده توسط نفس سنج به کمتر از $\frac{2}{3}$ مقدار طبیعی بیمار

در این موارد باید ضمن تاکید بر آموزش پرهیز از عوامل محرک و نحوه صحیح مصرف داروها بیمار با بطور غیر فوری ارجاع داد. همچنین علائم یک حمله آسم شدید را باید سریعاً شناسایی کرد و درمان اورژانس توسط بهورز انجام گیرد.

علائم حمله آسم شدید :



۱- تنگی نفس شدید، تنفس سریع ۲- خس خس پیشرونده ۳- استفاده از عضلات فرعی تنفس بصورت داخل کشیده شدن پوست و عضلات بین دنده ای ۴- ناتوانی در بیان حتی یک جمله ۵- افت سطح هوشیاری ۶- کاهش در عدد ثبت شده توسط نفس سنج به کمتر از $\frac{1}{4}$ مقدار طبیعی بیمار

در صورت برخورد با هر یک از موارد فوق باید اقدامات زیر صورت گیرد:

- ۱- وصل اکسیژن مرطوب با ماسک و فشار ۳-۴ لیتر در دقیقه
- ۲- استفاده ۲ پاف سالبوتامول استنشاقی هر ۲۰ دقیقه به کمک محفظه مخصوص و ارجاع فوری به سطوح بالاتر * در صورت ارجاع فوری همچنان هر ۲۰ دقیقه ۲ پاف سالبوتامول در بین راه داده شود.
- ۳- در صورت عدم امکان ارجاع فوری هر ۲۰ دقیقه ۲ تا ۴ پاف سالبوتامول داده شود. و در اولین فرصت ارجاع گردد. در این حالت اگر با دادن سالبوتامول هر ۲۰ دقیقه وضع بیمار بهتر شود می توان فواصل را یک ساعته کرد.

زمان بندی و نوع خدمات ارائه شده توسط بهورز پس از ارجاع اولیه به پزشک به چه صورت است ؟

پس از ارجاع اولیه بیمار مشکوک به آسم و ویزیت آن توسط پزشک، در صورت تأیید تشخیص و شروع درمان باید در مدت ۲-۴ هفته بعد بیمار از نظر بهبود علائم بیماری و بررسی از نظر استفاده صحیح از داروها و وسایل کمک درمانی توسط بهورز ارزیابی شود و به پزشک نیز معرفی گردد. همچنین افراد غیربیمار بخصوص با سابقه آسم و سایر بیماری های آلرژی در خود یا خانواده، حداقل سالی یکبار باید از نظر علائم آسم (سرفه طولانی، خس خس سینه عود کننده و تنگی نفس) مورد ارزیابی قرار بگیرد و در صورت مشکوک بودن به این بیماری به پزشک ارجاع شوند.

بیماری مزمن انسدادی ریه (Chronic obstructive pulmonary disease) چیست؟

بیماری انسدادی مزمن ریوی COPD در واقع تنگی مجاری هوایی است که اغلب پیشرونده و برگشت ناپذیر و با پاسخ التهابی ریه ها به مواد خارجی و زیان آور همراه است. واژه COPD در اغلب موارد به دو بیماری برونشیت مزمن و آمفیزم اشاره میکند. ممکن است فرد به طور جداگانه به هر یک از این اختلالات مبتلا شود اما بیشتر افراد مبتلا به COPD هر دوی این ها را با هم دارند. گاهی اوقات سایر اختلالات شدید ریوی مثل فیروز کیستیک، التهاب نایژکی، اتساع نایژه ای و به خصوص آسم نیز جزو COPD دسته بندی می شوند زیرا همه آن ها خصوصیات مشابه و مشترک دارند. آسم در واقع تنگی برگشت پذیر مجاری هوایی است در حالی که COPD تنگی راه های هوایی است که اغلب برگشت ناپذیر است

COPD چه طور ایجاد می شود؟

COPD به تدریج ایجاد می شود و در مراحل اولیه، علائم کمی تولید می کند. از آن جا که مردم معمولاً وقتی پیرتر می شوند فعالیت شان نیز کاهش می یابد لذا آسان تر این است که علائم COPD را به سن بالا یا عدم تناسب اندام خود نسبت دهند. در یک بیمار ممکن است علائم به علت افزایش ترشح موکوس بروز کند (برونشیت مزمن)، در حالی که در بیمار دیگر فقدان خاصیت ارتجاعی و سطح تبادل گازها مشکل ساز شده باشد (آمفیزم)

برونشیت مزمن چه علائمی دارد؟

برونشیت مزمن، التهاب و ضخیم شدگی مزمن پوشش داخلی نایژه ها است. این اختلال، مجاری هوا را بسیار باریک می کند. به حدی که با عمل تنفس تداخل کرده و باعث القای حملات سرفه می شود. این التهاب همچنین باعث می شود غدد موجود در نایژه ها، مقادیر زیادی خلط تولید کرده و احتقان ریه را افزایش دهند و باعث اختلال تنفسی شوند. این بیماری مزمن و عود کننده است اما ممکن است پایدار و کشنده نیز بشود. برونشیت مزمن به این صورت تعریف می شود: وجود سرفه و خلط در بیشتر روزها به مدت حداقل سه ماه و حداقل در دو سال متوالی. با تشدید بیماری دفعات عود بیشتر و شدیدتر می شود. تنگی نفس در مراحل انتهایی بیماری ایجاد می شود، به خصوص اگر مصرف سیگار موجب آسیب جدی ریه شده باشد.

آمفیزم چیست؟



بله؛ ریه ها در حالت طبیعی حاوی ۳۰۰ میلیون کیسه هوایی ارتجاعی (حبابچه) هستند. جایی که اکسیژن به خون افزوده شده و دی اکسید کربن در آن خارج می شود. التهاب ناشی از آمفیزم به دیواره حبابچه ها صدمه می زند و باعث می شود خاصیت ارتجاعی خود را از دست داده و بیش از حد کش آمده و پاره شوند. چند حبابچه مجاور هم پاره می شوند و به جای تعداد زیادی فضاهای کوچک، یک فضای بزرگ تر را خلق می کنند. این فضاهای بزرگ نیز می توانند با هم ترکیب شده و یک حفره ی باز هم بزرگ تر را به وجود آورند که به آن حباب هوا گفته می شود. آسیب حبابچه ها به این معنی است که از این پس، تعداد کیسه های کمتر با خاصیت ارتجاعی کمتری، به بیرون راندن هوا از ریه ها کمک می کنند و همچنین به این معنی است که فشار داخل مجاری کوچک هوا (نایژک ها) که متصل به حبابچه ها هستند نیز کاهش می یابد. بنابر این این مجاری هوایی روی هم خوابیده و جریان خروج هوا را مسدود خواهند کرد. به این ترتیب هوایی که شما باید پیش از دم، از طریق بازدم از ریه ها به بیرون بفرستید، قادر به خروج نیست و در ریه ها به دام می افتد و شما احساس تنگی نفس می کنید. تلاشی که حین بازدم صرف بیرون راندن هوا از ریه ها می شود شما را خسته و ناتوان می کند، به علاوه آسیب وارده به دیوار حبابچه ها می تواند در انتقال اکسیژن و دی اکسید کربن اختلال ایجاد کند.

آمفیزم چه زمانی علامت دار می شود؟

آمفیزم معمولاً تا هنگامی که بیماری کاملاً پیشرفت نکند علامتی ایجاد نمی کند. در این زمان، تنگی نفس همراه با کاهش توانایی فعالیت رخ می دهد. معمولاً تنگی نفس ناشی از آمفیزم به علت انتقال ضعیف اکسیژن و دی اکسید کربن در ریه ها نیست بلکه به دلیل کاهش کارایی تنفس و متعاقب آن افزایش تلاشی است که برای انجام عمل تنفس به کار می رود. این قضیه روشن می سازد که چرا در این بیماری اکسیژن در درمان تنگی نفس نه ضروری و نه مفید است، مگر آن که میزان اکسیژن خون تان بسیار پایین باشد.

چه عواملی باعث بروز COPD می شود؟

در صورت مصرف سیگار، احتمال ابتلا به COPD در شما یک در چهار تا یک در شش است. دود تنباکوی استنشاق شده، مو یا مژه های بسیار ظریف پوشاننده نایژه ها را فلج می کند. در نتیجه مواد محرک و میکروب ها که در ترشحات تنفسی گیر افتاده اند، در نایژه ها باقی می مانند زیرا مژه ها قادر نیستند آن ها را به سمت بیرون جارو کنند. به دنبال آن غشاهای نایژه ای ملتهب شده و در نهایت انسداد مزمن ایجاد می شود. استنشاق دود سیگار سایر افراد، اگر با دیگر عوامل خطرزا از قبیل سابقه مصرف سیگار یا تماس مداوم با هوای آلوده همراه باشد به ایجاد COPD کمک خواهد کرد. گر چه مصرف سیگار شایع ترین علت COPD است اما تماس شغلی با بخارات شیمیایی یا گرد و غبار پنبه، چوب، زغال سنگ یا سایر مواد نیز شما را در معرض خطر قرار می دهد. علاوه بر این آلودگی هوا و گازهای سمی موجود در محیط از قبیل مه غلیظی که از آلودگی هوا ناشی می شود، در ایجاد COPD در افراد سیگاری نقش دارند.



کم کاری مادرزادی تیروئید

مقدمه :

کم کاری مادرزادی تیروئید یکی از علل مهم قابل پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی در نوزادان است در صورت وجود کم کاری تیروئید در جنین اختلالاتی در ارگان ها، از جمله سیستم عصبی مرکزی و اسکلتی ایجاد میشود. اما اغلب نوزادان در بدو تولد کاملاً طبیعی هستند. دلیل این امر آن است که حدود یک سوم تیروکسین مادری از طریق بند ناف به جنین انتقال یافته و از بروز علائم بالینی در جنین جلوگیری میکند. در ایران بر اساس آمارهای موجود به ازای هر ۱۰۰۰ تولد یک مورد کم کاری تیروئید گزارش شده است. کم کاری تیروئید بصورت گذرا و یا دائمی در نوزادان ممکن است مشاهده شود ۱۰ روز اول تولد به عنوان فرصت طلایی برای پیشگیری از کم کاری تیروئید نوزادان است. این بیماری در بدو تولد هیچ علامتی ندارد اما عوارض جبران ناپذیر مغزی و مادام العمر ممکن است برای فرد ایجاد کند که در این حالت نه تنها فرد مبتلا بلکه جمع کثیری گرفتار بار سنگین یک بیماری لاعلاج و ناتوان کننده، با بار مالی بسیار زیاد برای خانواده و مسئولان کشوری، میگردند. اما این وضعیت قابل کنترل و پیشگیری است و با تشخیص درمان به موقع بیماری میتوان از بروز این بیماری و عواقب آن کاست. لذا در این فصل به شرح علت بروز، عوارض، راههای تشخیص، پیشگیری و درمان و مراقبت به اختصار می پردازیم.

علت بیماری کم کاری مادر زادی تیروئید:

علت اصلی بروز بیماری ناشناخته است اما ازدواج های فامیلی و کمبود ید از عوامل موثر به شمار میروند. بهرحال به هر علتی هورمون تیروکسین در بدن نوزاد کم بوده و یا عملکرد طبیعی نداشته باشد، بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید بوجود می آید. هورمون تیروکسین از غده تیروئید ترشح میشود و اثرات مهمی در سوخت و ساز سلول های مختلف و رشد و نمو بدن دارد. اثرات هورمون تیروکسین در رشد و تکامل مغز بسیار مهم و ضروری است در صورتی که به هر دلیلی این هورمون در بدن تولید نشود، یا تولید آن کم یا به شکل غیر طبیعی باشد، عوارض مختلفی در بدن پدیدار میگردد. این عوارض در سنین مختلف متفاوت هستند. تولید بیش از حد طبیعی هورمون در بدن نیز سبب بیماری میشود.

علائم کم کاری مادر زادی تیروئید:

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

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

- تولد بعد از هفته ۴۲ حاملگی - کبودی در انگشتان دست و پا - یرقان (زردی) طول کشیده - مشکلات و زجر تنفسی - ادم در نوزادان - وزن نگرفتن - مک زدن ضعیف - کاهش دفعات دفع مدفوع
 - شیر نخوردن به مقدار کافی - بیبوست - کاهش حرارت بدن - کاهش فعالیت های نوزاد (بیش از حد آرام)
 - بزرگی شکم - فتق نافی - زبان بزرگ و صدای گریه خشن - پوست خشک
- این علائم در روزهای اول تولد بسیار کم و غیراختصاصی هستند. فقط ۰.۵٪ نوزادان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید در هفته اول بر اساس علائم بیماری قابل تشخیص هستند.

عوارض کم کاری مادرزادی تیروئید:

رشد و تکامل مغز تا حدود ۳ سالگی ادامه دارد. به همین دلیل کم کاری مادرزادی تیروئید باعث عوارض جبران ناپذیری بر رشد و تکامل مغز و اعصاب مرکزی میشود. رشد طولی و قد نوزاد نیز تحت تاثیر این بیماری قرار گرفته و کند خواهد شد. در نتیجه این بیماری با عوارضی نظیر عقب ماندگی ذهنی، کوتاهی قد و کاهش شنوایی همراه است. با توجه به اینکه این عوارض در صورت عدم تشخیص زودرس و عدم شروع درمان به موقع جبران ناپذیر هستند، غربالگری نوزادان در سنین



۳ تا ۴ روز بعد از تولد از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. درمان به موقع و صحیح از بروز عوارض این بیماری جلوگیری میکند. آنها در بدو تولد بالا بوده و در هفته دوم یا پس از آن بدون درمان یا پس از قطع شدن دارو طبیعی TSH نوزادانی که هورمون نامیده می شوند TSH. میگردد، مبتلایان به افزایش گذرای برای جلوگیری از بروز عوارض کم کاری مادرزادی تیروئید در نوزادان، باید تشخیص در همان روزهای اول تولد داده شده و درمان در اسرع وقت برای نوزاد آغاز گردد. تشخیص دیررس و دیر شروع کردن درمان) بعد ۲۸ روز تولد (موجب بروز عوارضی مانند عقب ماندگی ذهنی میشود. به همین دلیل باید تمام نوزادان در روزهای ۳ تا ۵ بعد از تولد غربالگری شوند تا اگر به این بیماری مبتلا هستند، با شروع درمان به موقع از عقب ماندگی ذهنی آنها پیشگیری شود

توجه:

- تاکنون هیچ ارتباطی بین روش زندگی والدین با بروز بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید در نوزادان مبتلا شناخته نشده است.
- عدم وجود سابقه بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید در خانواده دلیلی برای انجام ندادن غربالگری در نوزاد نیست و نباید هیچ نوزادی را از غربالگری محروم کرد.
- انجام غربالگری از پاشنه پا هیچ گونه خطری برای نوزاد ندارد و کاملاً بیضرر است.
- اگر نوزاد قبلاً واکسنی دریافت کرده یا مختصری تب و سرماخوردگی داشته باشد مانع انجام غربالگری او نمی شود در مورد نوزادانی که در بیمارستان بستری هستند و یا سابقه بستری شدن در بیمارستان را دارند باید طبق دستور عمل اقدام شود.
- هنگام نمونه گیری از پاشنه پا برای غربالگری نوزاد نیازی به ناشتا بودن نوزاد نمی باشد.
- بعد از نمونه گیری خون از پاشنه پای نوزاد باید روی محل نمونه گیری گاز تمیز قرار داده و مختصری فشار وارد نمایند. گاز را به مدت ۵ دقیقه در محل نگه داشته سپس آنرا بردارند. مراقبت خاص دیگری نیاز نمی باشد.
- مثبت شدن آزمایش غربالگری نشان میدهد که ممکن است این نوزاد مبتلا به بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید باشد که نیاز به انجام آزمایش تکمیلی برای تشخیص قطعی دارد. این آزمایش باید بدون اتلاف وقت در آزمایشگاه انجام شود زیرا بسیار مهم و ضروری است.
- درمان به موقع (قبل از ۲۸ روزگی نوزاد) از بروز عقب ماندگی ذهنی در نوزاد مبتلا به بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید جلوگیری می کند مصرف دارو باید طبق دستور پزشک بوده و تمام توصیه ها در هنگام مصرف قرص رعایت شوند (نباید به توصیه اطرافیان مقدار قرص را تغییر داد). مصرف به موقع و درست قرص لووتیروکسین علاوه بر جلوگیری از عقب ماندگی ذهنی از کوتاهی قد و عوارض دیگر این بیماری جلوگیری میکند.

نحوه مصرف داروی لووتیروکسین :

داروی لووتیروکسین بصورت قرص وجود دارد و مقدار مصرف آن را پزشک معالج تعیین میکند. مقدار قرص تجویز شده باید با رعایت دقیق دستورات مصرف شود. روش مصرف: مقدار قرص تجویز شده، در شیر مادر و یا آب حل شده و به نوزاد خورانده میشود. بهتر است نوزاد از یک ساعت قبل از مصرف قرص چیزی نخورد. قطره های آهن و مولتی ویتامین نباید به همراه قرص لووتیروکسین به نوزاد داده شود (حداقل ۱۲ ساعت بین مصرف این مکمل ها با لووتیروکسین فاصله باشد) مصرف همزمان شیرهای دارای ترکیبات سویا (مثل ایزومیل) با قرص لووتیروکسین میتواند باعث اختلال در جذب لووتیروکسین شود. به همین دلیل فاصله حداقل یک ساعت قبل و بعد از مصرف را باید رعایت نمایند.

چگونگی انجام آزمایش هورمون های تیروئید:



کودک مبتلا به کم کاری تیروئید باید طبق دستور عمل زیر مورد آزمایش قرار گیرد: ۲ و ۴ هفته بعد از شروع درمان، هر ۱ ماه در طول ۶ ماه اول زندگی، هر ۲ ماه در طول ۶ ماه دوم زندگی، هر ۳ ماه بین سنین ۱۲ تا ۳۶ ماهگی، هر ۶ ماه بعد از ۳۶ ماهگی (در صورت ابتلا کودک به کم کاری مادرزادی تیروئید دائمی)

انجام این آزمایش ها برای اطلاع از کافی بودن مقدار قرص لووتیروکسین لازم است و با توجه به نتایج آزمایش ها، مقدار قرص لووتیروکسین مصرفی توسط پزشک تعیین میشود. مصرف قرص لووتیروکسین فقط به دستور پزشک کم ، زیاد و یا قطع میشود و معمولاً باید تا ۳ سالگی کودک ادامه یابد. سپس پزشک دارو را قطع کرده و پس از ۴ هفته آزمایش هورمونی تیروئید انجام میشود با توجه به جواب این آزمایش پزشک تشخیص می دهد که کودک دیگر نیازی به دارو ندارد یا باید تا پایان عمر قرص لووتیروکسین مصرف نماید.

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

الف - شرح وظایف بهورزی که فقط وظیفه خاص بهورز در برنامه را انجام میدهد:

شناسایی و آموزش زنان باردار در مورد بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید و عوارض آن و تاکید بر لزوم انجام غربالگری نوزاد در سنین ۳ تا ۵ روز بعد از تولد، آموزش مادران باردار در خصوص اهمیت انجام غربالگری از پاشنه پا طی روزهای ۳ تا ۵ بعد از تولد نوزاد و ایجاد نگرش مثبت در این افراد برای افزایش پوشش غربالگری و ثبت آن در پرونده خانوار، آموزش اهمیت سلامت نوزادان (به روش چهره به چهره و گروهی) به مادران در طی دوران بارداری و بویژه در ماههای آخر بارداری، آموزش عموم مردم، به ویژه اشخاص ذی نفوذ برای آگاه سازی مردم، درباره بیماری کم کاری تیروئید و عوارض آن، ثبت و گزارش اطلاعات و ارسال به موقع به مرکز بهداشتی درمانی مربوطه،

پیگیری مستمر بیماران مبتلا به CH: نوزادان مبتلا طبق برنامه زمانی مراقبت از اطفال زیر ۳۶ ماهگی بر اساس دستورعمل باید پیگیری و ارجاع شوند و فرمهای پیگیری بیماری ها (فرم شماره ۱۵ و ۱۶) برای آنها تکمیل گردد. پس از ۳۶ ماهگی نیز در صورت نیاز بنا به دستور پزشک مراقبت و پیگیری بیماران دائمی انجام خواهد گرفت.

ب - شرح وظایف بهورزی که علاوه بر وظایف خاص بهورز در برنامه، نمونه گیری از پاشنه پای نوزادان را نیز

انجام می دهد به شرح ذیل است:

شناسایی و آموزش زنان باردار در مورد بیماری کم کاری تیروئید و عوارض آن و تاکید بر لزوم انجام غربالگری نوزاد در سنین ۳ تا ۵ روز بعد از تولد، آموزش عموم مردم درباره بیماری کم کاری تیروئید و عوارض آن، غربالگری نوزادان در روز ۳ تا ۵ بعد از تولد شامل: تکمیل فرم اطلاعات کاغذ فیلتر (فرم شماره ۱)، نمونه گیری از پاشنه پا، خشک کردن نمونه اخذ شده در دمای اتاق در مدت ۳ ساعت و در پاکت مخصوص گذاشتن نمونه، ارسال نمونه ها به آزمایشگاه غربالگری استان از طریق پست پیشتاز، دریافت نتیجه غربالگری، فراخوان، ارجاع و پیگیری نوزادان مشکوک (با آزمایش غربالگری مثبت) در اسرع وقت بر اساس دستور عمل، ثبت و گزارش اطلاعات، پیگیری مستمر بیماران مبتلا به CH

دستور عمل:

۱- شناسایی و آموزش زنان باردار در مورد بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید و عوارض آن و نحوه انجام غربالگری از پاشنه پای نوزاد و تاکید بر لزوم انجام غربالگری در سنین ۳ تا ۵ روز بعد از تولد نوزاد ۲- ثبت عناوین آموزشهای داده شده به مردم در پرونده خانوار زن باردار ۳- آموزش عموم مردم در مورد بیماری کم کاری تیروئید و عوارض آن ۴- غربالگری نوزادان در روز ۳ تا ۵ بعد از تولد

تذکر مهم:

محل نمونه گیری میتواند خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی و یا هر محل دیگری که به عنوان محل انجام نمونه گیری از طرف مسوول برنامه اعلام شده است باشد. برای تشخیص به موقع بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید و پیشگیری از عوارض جبران ناپذیر آن، بهورز باید از تمام مادران بخواهد که نوزادان را خود طی روزهای ۳ تا ۵ بعد از تولد جهت



نمونه‌گیری به خانه بهداشت بیاورند. در صورتی که نمونه‌گیری در محلی غیر از خانه بهداشت انجام میگیرد بهورز موظف است فرم ارجاع و آدرس محل نمونه‌گیری برای غربالگری رادر اختیار والدین نوزاد بگذارد. باتوجه به اهمیت انجام غربالگری در همه نوزادان، بهورز این امر را باید بسیار مهم دانسته و برای تحقق آن، تمام سعی و کوشش خود را اعمال نماید. پس از آوردن نوزاد برای نمونه‌گیری به خانه بهداشت، بهورز موظف است بر اساس دستور عمل نمونه‌گیری از پاشنه پای نوزاد، قدم به قدم عمل نماید. چنانچه والدین نوزاد را حتی بعد از ۲ بار پیگیری در موعد مقرر جهت نمونه‌گیری از پاشنه پا نیاوردند، بهورزان باید در اسرع وقت به منزل نوزاد مراجعه و نمونه از پاشنه پا را در منزل تهیه نمایند.

۵- ارسال نمونه‌ها به آزمایشگاه غربالگری استان از طریق پست پیشتاز پس از اتمام مراحل نمونه‌گیری، پاکت حاوی نمونه را به دفتر پست محل تحویل داده و رسید پست پیشتاز را دریافت نمایید (هزینه ای پرداخت نشود) ۶- دریافت نتیجه غربالگری

الف - در صورت مشکوک بودن جواب آزمایش غربالگری، نتیجه به صورت فوری و از طریق مرکز بهداشت شهرستان به اطلاع نمونه‌گیر رسانیده میشود.

ب - در صورت طبیعی بودن جواب آزمایش غربالگری، نتیجه باید بصورت کتبی حداکثر ظرف مدت ۲ هفته به دست نمونه‌گیر برسد. در صورت عدم دریافت جواب آزمایشات نمونه‌گیر موظف است که بصورت تلفنی از آزمایشگاه غربالگری استان و یا مرکز بهداشت شهرستان پیگیری نماید.

۷- فراخوان، ارجاع و پیگیری نوزادان مشکوک (با آزمایش غربالگری مثبت در اسرع وقت بر اساس دستور عمل) پس از دریافت نتیجه غربالگری از آزمایشگاه غربالگری استان، چنانچه نتیجه چه سریعتر نوزاد را به مرکز بهداشت شهرستان (مسوول برنامه) و یا به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید و تا حصول نتیجه، نوزاد را پیگیری نمائید.

۸- ثبت و گزارش اطلاعات: فرم آمار ماهیانه باید با دقت و همه ماهه طبق برنامه زمانبندی سایر آمارهای ماهیانه، به

مرکز بهداشتی درمانی ارسال شود. ۹- پیگیری مستمر بیماران مبتلابه CH

با توجه به اهمیت درمان در نوزادان مبتلا به کم کاری مادرزادی تیروئید و عوارض جبران ناپذیر این بیماری، نوزاد مبتلا باید طبق برنامه زمانی مراقبت از اطفال (زیر ۳۶ ماهگی بر اساس دستورعمل) پیگیری و ارجاع شود و فرم شماره ۱۵ و ۱۶ پیگیری بیماریها برای آنها تکمیل شود. لازم به ذکر است که پس از ۳۶ ماهگی و در صورت تائید کم کاری مادرزادی دائمی، بیمار باید تا پایان عمر طبق دستور پزشک مراقبت و پیگیری شود.

برای انجام غربالگری از پاشنه پای نوزاد نمونه‌گیری بدین شرح انجام میگیرد:

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

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

- مهم ترین نکته در نمونه‌گیری زمان و استفاده صحیح از کاغذ فیلتر است.

- نوزادانی که دارای شرایط ذیل باشند علاوه بر نمونه‌گیری در روزهای ۳ تا ۵ یک هفته بعد یعنی در روزهای ۱۰ تا

۱۵ بعد از تولد نیز مجدداً از آنها نمونه‌گیری بعمل خواهد آمد :

نوزادان نارس، نوزادان کم وزن (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) نوزادانی که سابقه دریافت و یا تعویض خون داشته‌اند، نوزادانی که داروهای خاص مصرف میکنند مثل دوپامین، نوزادانی که سابقه بستری در بیمارستان دارند، نوزادان دوقلو یا چند قلو. محل خون‌گیری از پاشنه پای راست یا چپ (قسمت خارجی پاشنه پا) می باشد اما اگر به هر دلیل امکان خون‌گیری از پاشنه پا وجود نداشته باشد، از نرمه کناری دست خون‌گیری انجام خواهد شد.

توجه :

تزریق واکسن یا ابتلای نوزاد به سرما خوردگی مختصر مانع از انجام غربالگری نمی‌شود. و نمونه‌گیری از پاشنه پا نیازی به ناشتا بودن نوزاد ندارد. بعد از انجام نمونه‌گیری از پاشنه پا باید روی محل نمونه‌گیری گاز تمیز قرار داده و مختصری



فشار وارد نموده و پس از ۵ دقیقه گاز را از روی آن محل بردارند. مراقبت خاص دیگری نیاز نمیباشد. مثبت بودن جواب آزمایش غربالگری، نشان میدهد که ممکن است این نوزاد مبتلا به بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید باشد و نیاز به انجام آزمایش تکمیلی تشخیصی (با استفاده از خون وریدی) می باشد که بایستی این آزمایش در اسرع وقت در آزمایشگاه انجام گیرد.

روند انجام نمونه گیری:

۱- پر کردن فرم نمونه گیری: - اهمیت فرم در چگونگی تکمیل و نحوه انتقال آن است. مشخصات نوزاد را دقیق و خوانا روی فرم مخصوص با خودکار تکمیل نمایید (فرم شماره یک)، فرم نمونه گیری را روی سطح صاف تکمیل کنید. هرگز به کاغذ فیلتر دست نزنید و یا آن را لمس نکنید، زیرا چربی پوست دست باعث آلودگی کاغذ میشود. آب، الکل، مواد شیمیایی، کرم و پودر دستکش باعث آلودگی کاغذ نمونه گیری می شود. قبل از شروع نمونه گیری شماره های پرسشنامه و کارت خونی را تطبیق داده و از یکسان بودن آنها مطمئن شوید. اطمینان از یکسان بودن شماره ها بسیار مهم است.

۲- آماده کردن بیمار

نوزاد را در تخت نمونه گیری قرار دهید. برای جلوگیری از آلودگی محیط و سرما خوردگی کودک فقط پای نوزاد را لخت نمایید. محل خون گیری (پاشنه پا) باید از سطح قلب پایینتر باشد. نوزاد با شیب ۱۰ درجه خوابانده شود. تخت نمونه گیری مخصوص دارای شیب مناسب بوده و نیازی به تنظیم شیب نمی باشد. پاشنه پا را با یک گاز یا حوله ولرم گرم کنید تا جریان خون در محل افزایش یابد (حرارت حدود ۴۲ درجه سانتیگراد باعث افزایش جریان خون در موضع میشود) دست هایتان را خوب شسته و دستکش دست کنید. پاشنه پا را با الکل ایزوپروپانول ۷۰٪ تمیز و الکل اضافی را با گاز پاک کنید (الکل باقی مانده روی پوست، نمونه را تحت تاثیر قرار داده و بر نتایج آزمایش اثر منفی میگذارد. الکل باعث همولیز میشود و در اطراف نمونه حلقه سرمی ظاهر میگردد) و صبر کنید تا در جریان هوا خشک شود.

۳- سوراخ کردن پوست

محل ضربه لانست: حاشیه کناری پاشنه پا مطمئن ترین محل است، به بخش عقبی پاشنه پا ضربه نزنید زیرا استخوان خیلی به پوست نزدیک است. باکمک لانست یک بار مصرف ضربه یکنواخت و آرامی به موضع خون گیری وارد نمایید. از قطره اول خون نباید در کارت خونگیری استفاده شود. این قطره باید دور ریخته شود. در صورت تمایل میتوان از حاشیه کارت خون گیری به غیر از مراکز ۴ گانه دایره به عنوان محل قراردادن قطره اول خون استفاده کرد. کارت هایی که از قطره اول در مراکز ۴ گانه دایره استفاده نشده اند قابل قبول میباشند. قرار دادن خون روی کاغذ فیلتر: قطره اول را با گاز استریل و تمیزی پاک کرده (چون حاوی مایعات داخل نسجی است) و سپس با فشارهای متناوب و مختصری که به پاشنه پا وارد میشود قطره بزرگی شکل میگردد. به موضع زخم فشار وارد نکنید. کارت نمونه گیری را به قطره خون نزدیک کرده تا خود به خود جذب کاغذ شده و پشت و روی آنرا بپوشاند و آن را اشباع کند.

در صورتی که نمونه گیری در محل انجام نشد، از زدن لانست مجدد در همان محل به شدت خودداری و محل مناسب دیگری جهت خون گیری انتخاب شود و باید از یک ست جدید شامل: لانست استریل، پنبه الکل و گاز استریل استفاده گردد.

۴- مراقبت از زخم:

بعد از نمونه گیری پا را بالای سطح بدن نگه دارید. به مدت ۵ دقیقه گاز استریل روی محل خونگیری گذاشته شده و بادرست فشار داده شود، از زدن چسب در محل خونگیری، بدلیل احتمال بروز حساسیت پوستی خودداری گردد (مگر این که چسب ضد حساسیت در اختیار باشد)

۵- لانست و تمام وسایل استفاده شده، به شکل بهداشتی معدوم شوند.

توجه: نکات مهم درنمونه گیری:



جهت نمونه گیری نیاز به ناشتا بودن نوزاد نمی باشد (هیچ گونه آمادگی خاصی برای انجام آزمایش لازم نیست) مشخصات نوزاد روی کارت نمونه گیری (کاغذ فیلتر) فقط باید توسط خودکار نوشته شود. استفاده از روان نویس، خود نویس، مداد و ... ممنوع است. از پذیرش نمونه های تهیه شده خارج از سیستم برنامه غربالگری، خودداری شود. کارت نمونه گیری به هیچ عنوان آغشته به مواد خارجی نگردد. از تماس دست با دایره نمونه خون، جدا خودداری شود.

ویژگی های نمونه مناسب:

شکل نمونه باید دایره باشد، قطر لکه خون بیش از ۵ میلی متر باشد، لکه خون از دو طرف همسان دیده شود، دو لکه روی هم نباشد. در یک دایره بیش از یک لکه نباشد، کارت آغشته به مواد خارجی نباشد، لکه های خون بدون اثر انگشت باشند سه لکه خون روی کارت نمونه گیری کافی میباشد.

شرایط نگهداری نمونه:

- نمونه تهیه شده (کاغذ فیلتر) رابه صورت افقی روی پایه مسطح (راک) قرار دهید به طوری که لکه های خون با جایی تماس پیدا نکنند.
- حداقل ۳ ساعت وقت لازم است تا این کارت ها در دمای ۱۵ تا ۲۵ درجه سانتیگراد اطاق کاملا خشک شود.
- در زمان خشک شدن، از قرار دادن کاغذهای فیلتر در جریان هوای آلوده به دود و گرد و غبار و همچنین از گذاشتن در معرض حرارت و تابش مستقیم خورشید جدا خودداری کنید.
- نمونه ها پس از خشک شدن در پاکت های مخصوص پست (غیر قابل نفوذ رطوبت) گذاشته شوند.
- نمونه های اخذ شده در اسرع وقت به آزمایشگاه غربالگری واقع در مرکز استان ارسال شوند.
- در صورت عدم امکان ارسال سریع نمونه، آن را در یخچال نگهداری کنید و در اولین فرصت ارسال نمایید.

شرایط ارسال نمونه:

نمونه های تهیه شده در مراکز نمونه گیری ، با رعایت شرایط ارسال (دوری از نور و گرمای شدید و رطوبت و بدون ایجاد چروک در کارت نمونه گیری) در اسرع وقت به پست پیشتاز تحویل داده شود. مقصد کلیه نمونه ها، آزمایشگاه غربالگری واقع در مرکز استان است. نمونه های خشک شده باید در اسرع وقت ارسال شوند. برای این کار از قبل هماهنگی کنید. پیشنهاد میگردد به منظور جلوگیری از چروک شدن کارتها ، کارت تهیه شده در پاکت مخصوص گذاشته شده و با چسب نواری لبه آن ثابت شود.

توجه : زمان بندی در ارسال نمونه ها بسیار حائز اهمیت است تاخیر در این امر یعنی تاخیر در تشخیص و در درمان. دفترداری صحیح مهم ترین مسئله در غربالگری نوزادان است، سعی کنید تمام نتایج آزمایشگاهی را با سیستم زمان بندی شده دریافت کنید به خصوص از نوزادانی که به صورت تکراری نمونه گیری میکنند. چنانچه نتیجه برگشت داده نشده باشد، با آزمایشگاه غربالگری تماس بگیرید. اگر آزمایشگاه نمونه مجدد درخواست کرد باید به سرعت نمونه جدید تهیه و ارسال گردد. نگهداری فرمها در بسته های اصلی خود و قرار دادن آنها به صورت یک پهلو ضامن صحت کار آنها به مدت حداقل ۲ سال است.



ید و پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبود آن

هورمون های تیروئید پس از آن که در تیروئید ساخته شدند با جریان خون در سراسر بدن حرکت کرده و بسیاری از فعل و انفعالات شیمیایی قسمت های مختلف بدن را کنترل می نمایند، این هورمون ها برای تکامل و عملکرد طبیعی بدن، مغز و دستگاه عصبی، برای حفظ گرمای بدن و انرژی ضروری هستند.

عوارض کمبود ید

وقتی ید به اندازه کافی به بدن نرسد، تیروئید نمی تواند به اندازه کافی هورمون بسازد. این کمبود پی آمدهای بهداشتی مهمی دارد که مجموعه آنها را "اختلالات ناشی از فقر ید یا Iodine Deficiency Disorders و یا به اختصار IDD" می نامند. این پی آمدها شامل گواتر، هیپوتیروئیدیسم، کرتی نیسم، بی کفایتی تولید مثل، مرگ و میر کودکان و نهایتاً به مخاطره افتادن توسعه اجتماعی و اقتصادی جوامع می باشند.

گواتر آندمیک

گواتر شایع ترین عارضه ناشی از کمبود ید است. در مناطقی که خاک و در نتیجه محصولات زراعی دچار فقر ید هستند کمبود ید در انسان و حیوان رخ می دهد. گواتر در یک منطقه بارزترین نشانه کمبود ید است که از سنین کودکی ظاهر می شود و با افزایش سن، بزرگ تر شده و پس از بیست سالگی معمولاً به صورت گواترهای گره دار در می آید. در سنین پایین شیوع در دختران و پسران یکسان است ولی پس از بلوغ شیوع در پسران کاهش می یابد. گاهی در مناطق کمبود ید زنان تا ۶ برابر بیشتر در معرض عوارض قرار می گیرند. در بیشتر کسانی که در مناطق کمبود ید زندگی می کنند تنها عارضه ای که دیده می شود یک گواتر درستکار (Euthyroid) است که ترشح هورمونهای تیروئید و TSH و غلظت آنها در سرم طبیعی می ماند. اگر در منطقه ای شیوع گواتر به بیش از ۱۰ درصد برسد منطقه آندمیک و چنانچه بیش از ۴۰ درصد پسران و متجاوز از ۵۰ درصد دختران مبتلا به گواتر باشند منطقه را هیپراندمیک می گویند. معاینه بالینی تیروئید در تشخیص گواتر حائز اهمیت فراوان است و باید با دقت و مهارت کامل انجام شود.

اختلالات ناشی از کمبود ید در مراحل مختلف زندگی

مرحله کمبود	عوارض و اختلال ها
دوران جنینی	سقط؛ تولد جنین مرده؛ نابهنجاریهای مادرزادی؛ افزایش مرگ و میر نوزادان؛ اختلالهای حرکتی، روانی و ذهنی؛ کم کاری تیروئید؛ کرتینیسم عصبی و میکزدمی؛ دیپلژی اسپاتیک؛ عقب ماندگی روانی و ذهنی
دوران کودکی و نوجوانی	گواتر، کم کاری تیروئید، عقب افتادگی رشد روانی و جسمی
بالغین	گواتر، کم کاری تیروئید، اختلال در اعمال روانی

آزمایش لمس گواتر یا معاینه بالینی:

برای لمس تیروئید دانستن وضعیت تشریحی ناحیه پایین گردن لازم است. برای انجام این عمل ابتدا غضروف حلقه ای شکل (غضروف کریکوئید) لمس می شود چون این غضروف برای تعیین محل تیروئید نشانه خوبی است. لبه تحتانی غضروف حلقه ای، کمی بالاتر از تنگه یا رابط دو قطعه تیروئید قرار گرفته است. لمس تیروئید ممکن است از جلو یا عقب صورت گیرد. برای لمس بهتر تیروئید لازم است که معاینه کننده در پشت بیمار که نشسته است، قرار گیرد و با نوک انگشتان هر دو دست از دو طرف گردن به معاینه تیروئید بپردازد. در صورتی که معاینه از جلوی گردن انجام شود باید انگشتان یک دست پشت ماهیچه "جناغی-چنبری - پستانی" قرار گیرد و با نوک انگشتان دست دیگر و یا انگشت شست دست دیگر لوب مربوط به آن طرف لمس شود.



برای لمس طرف مقابل، این عمل با تغییر دستها صورت می گیرد. معاینه تیروئید از طریق لمس روش ساده و سریعی است و لیکن احتمال خطا در تشخیص درجات گواتر در این روش وجود دارد. بنابراین معاینه کنندگان باید آموزش و مهارت لازم را پیدا کنند و تحت نظر افراد با تجربه دیگر برای دستیابی به نتیجه های یکنواخت سرپرستی شوند.

طبقه بندی گواتر

درجه	شرح
درجه صفر	گواتر غیر قابل لمس و غیر قابل رویت است
درجه ۱	توده ای در جلوی گردن، قابل لمس است اما در وضعیت طبیعی گردن دیده نمی شود، اگر سر به طرف بالا گرفته شود با انجام عمل بلغ توده قابل رویت است و حرکت می کند
درجه ۲	توده قابل رویت در جلوی گردن است که در وضعیت طبیعی گردن نیز دیده می شود و نمایانگر بزرگی تیروئید است و در هنگام لمس احساس می شود

روش های پیشگیری از کمبود ید:

معمولا "از چند روش برای رساندن ید به بدن استفاده می شود:

۱- مکمل یاری: استفاده از قرص های یدات پتاسیم، محلول لوگل، روغن یده (تزریقی یا خوراکی)

۲- غنی سازی: افزودن ید به نان، نمک، شیر، آب، غذای کودک.

۳- تغییر در عادات غذایی: مصرف بیشتر غذاهای دریایی، جلبک ها و مصرف کمتر مواد گواترزا.

۴- فعالیت های بهداشت عمومی: افزایش دسترسی به مراقبت های بهداشتی اولیه.

بجز روش های فوق می توان از کودهای شیمیایی حاوی ید و غذای دامی ید دار نیز بعنوان روشی برای تامین ید مورد نیاز انسان استفاده کرد. البته هر یک از روش ها منافع و معایب خاصی دارند.

استفاده از نمک یددار در جهان:

اکنون رایج ترین روش در سراسر دنیا برای تامین ید مورد نیاز بدن استفاده از نمک یددار است. کشورهای زیادی در دهه های گذشته با تدوین قوانینی فروش و توزیع نمک غیر ید دار را در مناطق خاص یا کل کشورشان ممنوع کرده اند.

چرا نمک یددار می شود؟ به دلایل زیر نمک بعنوان بهترین حامل برای ید انتخاب شده است :

۱- میزان مصرف روزانه نمک معمولا "ثابت است.

۲- مصرف نمک وابسته به وضعیت اقتصادی خانوار نیست.

۳- نظارت و پایش مصرف آن به راحتی قابل انجام است.

۴- افزودن ید به نمک تاثیری بر بو، رنگ یا مزه نمک ندارد.

۵- افزودن ید به نمک اثر سوء بر مصرف کننده نمی گذارد.

۶- هزینه های افزودن ید به نمک بسیار ناچیز است.

۷- روش مطمئن و ایمنی است.

۸- اثرات مثبت این روش در کشورهای دیگر دیده شده است.

پایش و نظارت برنامه پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبود ید:

پایش و نظارت از برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید به منظور حصول اطمینان از میزان ید دریافتی توسط مردم و کیفیت ارائه خدمات در مناطق شهری و روستایی کشور به شکل گسترده ای در سطح تولید، توزیع خانوار و همچنین کلیه مراکز تولید طبخ غذا بطور روتین انجام می گیرد.



پایش در سطح تولید:

کارشناسان اداره نظارت بر مواد غذایی در هنگام بازدید از واحدهای تولید کننده نمک یددار مقداری از نمک یددار خط تولید را نمونه برداری نموده و با ارسال نمونه به آزمایشگاه مواد غذایی استان و آزمایش نمک در فرم مخصوص کارخانه هایی را که میزان ید آنها کم است شناسایی می نمایند و توصیه های لازم را برای حل مشکل ارائه می دهند و اگر مشکل ادامه داشت خط تولید تا زمان تصحیح تعطیل می گردد.

پایش در سطح توزیع:

نمونه برداری از نمک های یددار در مراکز توزیع مناطق شهری طبق یک دستورالعمل مدون توسط کارکنان بهداشت محیط صورت می گیرد و نمونه های نمک در فواصل زمانی مناسب به آزمایشگاه های کنترل غذا در استانها ارسال می شود. میزان ید این نمک ها اندازه گیری و در فرم مخصوص ثبت و به دفتر بهبود تغذیه جامعه ارسال می گردد. بنابراین سالیانه از کل کشور بیش از هزار نمونه مورد آزمون قرار می گیرد.

پایش در سطح خانوار:

برای اطمینان از پوشش مصرف نمک یددار در خانوارهای شهری و روستایی کشور سعی شده است در بررسی هایی که توسط بخش بهداشت برای اهداف دیگر طراحی و اجرا می شوند نمک خانواده ها مورد آزمایش قرار گیرد. قطره یدسنج که بدین منظور مورد استفاده قرار می گیرد در داخل کشور تولید می شود و با چکانیدن یک قطره از این محلول روی نمک در صورتیکه نمک تغییر رنگ داد (بنفش یا آبی) ید دار بودن آن تائید می گردد. براساس آخرین آمار انجام گرفته در سال ۱۳۷۹ پوشش مصرف نمک یددار کل کشور به میزان ۹۴ درصد می رسد.

پایش نمک های مصرفی اماکن عمومی و مراکز عرضه مواد غذایی:

طبق یک دستورالعمل مدون کارکنان بهداشت محیط با مراجعه به اماکن عمومی و مراکز عرضه مواد غذایی از قبیل بیمارستانها، رستورانها، اغذیه فروشی ها، کارگاهها یا کارخانه ها، مهد کودک ها، سربازخانه ها، مدارس (ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان) ید دار بودن نمکهای مصرفی این واحدها را با استفاده از محلول ید سنج مورد آزمایش قرار می دهند و نتیجه را در فرم مخصوص ثبت می نمایند. این اطلاعات درصد ید دار بودن نمکهای مصرفی اماکن عمومی و مراکز عرضه مواد غذایی را نشان می دهد.

پایش میزان ید ادرار در کشور

مطلوب ترین روش پایش برنامه اطمینان از کفایت دریافت ید از طریق رژیم غذایی، اندازه گیری ید ادرار نمونه قابل قبولی از جمعیت یک منطقه می باشد که می تواند مدیر برنامه را از کفایت دریافت ید آن منطقه مطمئن سازد. بررسی اپیدمیولوژیک اندازه گیری ید ادرار سالانه در کلیه دانشگاههای علوم پزشکی کشور انجام می شود. بدین منظور ۲۴۰ دانش آموز ۸-۱۰ ساله (کلاسهای دوم، سوم و چهارم دبستان) با توجه به نسبت جمعیت شهری و روستایی بطور تصادفی در مدارس شهری و روستایی تحت پوشش آن دانشگاه مطابق با دستورالعمل مربوطه انتخاب می شوند و نمونه های ادرار به آزمایشگاه منتخب ارسال می گردد. بر اساس توصیه سازمان جهانی بهداشت (WHO)، وضعیت کمبود ید هر منطقه بر اساس میانه ید ادرار دانش آموزان آن منطقه تعیین می گردد.



وضعیت کمبود ید هر منطقه بر اساس میانه ید ادرار

وضعیت تغذیه ای ید	میزان دریافت ید	میانه ید ادرار (میکروگرم در دسی لیتر)
کمبود شدید ید	ناکافی	کمتر از ۲
کمبود متوسط ید	ناکافی	۲-۴/۹
کمبود خفیف ید	ناکافی	۵-۹/۹
مناسب	کافی	۱۰-۱۹/۹
در معرض خطر پرکاری تیروئید	بیش از نیاز	۲۰-۲۹/۹
ایجاد پرکاری تیروئید و بیماری های خود ایمنی تیروئید	بسیار زیاد	بالاتر از ۳۰

پایش در مناطق روستایی:

پایش نمک های یددار در روستاها توسط بهورز انجام می شود و اقداماتی که بهورزان باید انجام دهند بشرح زیر می باشد:

۱- بهورزان موظفند ماهانه یک بار به مغازه های روستا مراجعه نموده چنانچه نمک یددار عرضه شود، مغازه دار را تشویق نمایند در غیر این صورت به او تذکر دهند که تنها مجاز به توزیع نمک یددار است و نباید نمک غیر یددار در مغازه موجود باشد همچنین طرز نگهداری و انبار کردن نمک یددار را به مغازه دار متذکر گردد و توصیه نماید که برای حیوانات اهلی نیز از نمک یددار استفاده شود، اگر در ماه های بعد هنوز در مغازه نمک غیر یددار موجود بود مراتب را از طریق ناظر خانه بهداشت به کمیته فرعی آموزش و تولید و توزیع نمک یددار استان یا کمیته شهرستان اطلاع دهند.

۲- بهورز باید هر سال یک بار برای ارائه آموزش های لازم به مدرسه مراجعه نموده و قبلاً از دانش آموزان بخواهد یک قاشق چایخوری از نمک مصرفی خانواده خود را در یک کاغذ کوچک پیچیده و آن را به مدرسه بیاورند و نمک ها را با قطره یدسنج آزمایش کند.

اگر نمک ها یددار نبودند برنامه آموزش را پیگیری نماید و نتیجه آزمایش را در دفتر مدرسه یادداشت کند تا بتواند آنرا با نتیجه آزمایش های قبلی مقایسه نماید. در جریان این دیدار بهورز باید آموزش های بهداشتی لازم را در زمینه لزوم مصرف نمک یددار با تاکید بر استفاده از نمکهای یددار تصفیه و شستشو و مزایای مصرف آن و سایر برنامه های بهداشتی به دانش آموزان ارائه نماید.

۳- طبق برنامه های جاری بهورز هر سال در زمان سرشماری خانوار (اول سال) به خانه ها مراجعه و اطلاعاتی را از خانوار گرفته و در برگه وضعیت محل سکونت از نظر بهداشت محیط که بعداً در پرونده خانوار نگهداری می شود درج می کند، بنابراین بهورز نمک مصرفی خانواده را با محلول یدسنج آزمایش می کند و نتیجه را در بند ۱۵ برگه فوق الذکر ثبت می نماید، بعد از سرشماری تعداد کل خانواده هایی را که از نمک یددار مصرف می کنند حساب نموده و در جدول نمک یددار که بر روی زیج حیاتی به چاپ رسیده است منتقل می نماید



توانبخشی مبتنی بر جامعه یا CBR

(Community Based Rehabilitation)

در جهان چند صد میلیون نفر بر اثر نقص های حرکتی، شنوایی، بینایی و ذهنی ناتوانی هایی دارند که همیشه با آنها خواهد ماند، اگر چه تعداد این افراد مشخص نیست ولی بدون هیچ تردیدی روشن است که خدمات موجود برای بر طرف کردن مشکلات آنها کافی نمی باشد. کشورهای در حال توسعه ممکن است حتی مقدماتی ترین خدمات و تجهیزات را برای این افراد در اختیار نداشته باشند. در کشورهای توسعه یافته در حالی که افراد دارای ناتوانی از خدمات پزشکی و آموزشی بهره مند می گردند ولی از فرصت های کافی برای اشتغال به کار و پیوستن به زندگی اجتماعی محرومند.

در کنفرانس بین المللی آلماتا در سال ۱۹۷۸ که در مورد مراقبت های اولیه بهداشتی برگزار گردید، کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی تصمیم گرفتند که برنامه های توانبخشی را جزء تفکیک ناپذیر خدمات PHC (مراقبتهای بهداشتی اولیه یا خانه های بهداشت) قرار دهند. بعد از این کنفرانس کشورهای عضو در صدد یافتن راه حلی برآمدند که به وسیله آن بتوان عده بیشتری از افراد دارای ناتوانی را تحت پوشش خدمات توانبخشی قرار داد. این تصمیمات منجر به پایه ریزی طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه شد. CBR راهبردی است در درون برنامه توسعه جامعه برای اجرای توانبخشی، عدالت اجتماعی و پیوستن تمام افرادی که به نوعی ناتوانی دارند، خانواده های آنان، افراد جامعه و خدمات ویژه مناسب بهداشتی، آموزشی، حرفه ای و اجتماعی تحقق می یابد.

CBR در ایران با ارائه خدمات شش گانه به معلولین که شامل: آموزش در خانواده، آموزش در جامعه، استفاده از سیستم ارجاع، ارائه وسایل کمک توانبخشی، اشتغال و کاریابی معلولین و خدمات حمایت اجتماعی معلولین می باشد دنبال تغییر نگرش منفی نسبت به معلولین و ورود آنان به صحنه اجتماعی از طریق تقویت توانمندی هایشان می باشد تا بتواند به اصول پنجگانه خود تحت عنوان اصل مساوات، اصل عدالت اجتماعی، اصل همبستگی، اصل تلفیق عموم و اصل کرامت و عزت نفس جامعه عمل پیوشاند.

دفتر مرکزی ستاد گسترش توانبخشی مبتنی بر جامعه مستقر در سازمان بهزیستی کشور و زیر مجموعه معاونت امور توانبخشی می باشد که این دفتر متشکل از گروهی کارشناسان توانبخشی و اجتماعی بوده و مبادرت به امر برنامه ریزی، سیاستگزاری، نظارت و کنترل بر حسن اجرای برنامه در کل کشور، تهیه و ترجمه متون و مقالات علمی مرتبط می باشند.

طرح CBR یا توانبخشی مبتنی بر جامعه از طرحهایی است که در راستای شناسایی معلولان و ارائه خدمات هر چه بیشتر به آنها اجرا می شود. کشور ما در بسیاری از حوزهها در استفاده از امکانات و روشها متفاوت است ولی طرح CBR طرحی برگرفته از دانش جهانی است که در بسیاری از کشورها تجربه شده و لازم است اجرای این طرح منطبق با فرهنگمان شود. برای موفقیت طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه چند عامل تاثیر دارد که یکی از موارد بومی بودن است، از اینرو باید نقش جامعه را فعال کنیم و جامعه را بیش از پیش درگیر این امر کنیم که متأسفانه در کشور ما رفع تمام مسائل را از دولت توقع دارند. با اجرای طرح CBR خدمات به روستاها برده می شود و دیگر لازم نیست روستاییان برای بهره‌مندی از خدمات به شهرها بیایند. در اکثر روستاها فرد نمی‌تواند خدمات را به موقع دریافت کند و همین امر سبب می شود تا مشکل فرد معلول دو چندان شود و دیگر



نتوان فرد معلول را توانمند کرد و به نوعی فرصت‌ها به تهدید تبدیل شوند که با طرح CBR این معضلات حل شود. این طرح علاوه بر اینکه به فرد معلول آموزش‌هایی ارائه می‌دهد به خانواده وی نیز آموزش‌هایی را می‌دهد و این آموزش‌ها بسترسازی برای حضور فرد معلول در جامعه است. با این طرح خدمات در محل سکونت فرد معلول ارائه می‌شود و فرد معلول با مشکلات رفت و آمد مواجه نیست.

۱/۹ درصد از روستاییان دچار معلولیت هستند با اجرای این طرح (CBR) در روستاها و مناطق محروم، کسانی که به نوعی امکان دسترسی به مراکز خدماتی را ندارند می‌توانند از حقوق خود بهره‌مند شوند. چگونگی رفتار و خدمت رسانی به معلول در خانواده و خارج از محیط آن، مراجعه به موقع به متخصص، استفاده صحیح و به موقع از وسایل کمک آموزشی، اشتغال و کارایی و خدمات حمایتی عمده خدمات CBR هستند که با مشارکت مردمی و وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی و با حمایت دولت در سطح کشور قابل اجرا است. توانبخشی مبتنی بر جامعه CBR با سه اصل کرامت انسان، حقوق برابر و عدالت اجتماعی بهترین استراتژی است که با مشارکت معلول، خانواده - جامعه و کلیه سازمان‌های مربوطه می‌تواند خدمات توانبخشی را گسترش دهد.



مهارت های زندگی

بسیاری از افراد در رویارویی با مسایل زندگی فاقد توانایی لازم هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مشکلات و مسایل روزمره زندگی ناتوان و آسیب پذیر ساخته است و بسیاری از این مشکلات و اختلالات ریشه های روانی - اجتماعی دارند. انسان ها برای مقابله سازگارانه با موقعیت های تنش زا و کشمکش های زندگی، نیاز به آموختن برخی از مهارت ها را دارند، یکی از موثرترین برنامه هایی که به افراد کمک می کند تا زندگی بهتر و سالم تری داشته باشند، برنامه آموزش مهارت های زندگی است. آموزش مهارت های زندگی در ایران از سال ۱۳۷۷ شروع شده است. هدف از آموزش این مهارت ها، کمک به افراد در جهت شناخت هر چه بهتر خود، کنترل هیجانات و استرس ها و حل کردن هر چه بهتر مسایل و مشکلات است. در سایه تامین چنین اهدافی، توانایی های روانی - اجتماعی افراد افزایش پیدا می کند و باعث می شود که آنان مسئولیت های مربوط به نقش های اجتماعی خود را پذیرفته و بدون صدمه زدن به خود و دیگران با چالش ها و مشکلات زندگی روبرو شوند، انتخاب ها و رفتارهای سالمی در سراسر زندگی داشته باشند. ده مهارت اصلی و پایه که به توصیه سازمان جهانی بهداشت مورد آموزش قرار می گیرد عبارت است از: مهارت خود آگاهی و مهارت همدلی، مهارت برقراری رابطه موثر و مهارت روابط بین فردی سازگارانه، مهارت تصمیم گیری و مهارت حل مساله، مهارت تفکر انتقادی و مهارت تفکر خلاق، مهارت مقابله با هیجان و مهارت مقابله با استرس.

مهارت اول: خود آگاهی

ارزنده ترین خرد ورزی، خود آگاهی است. حضرت امام رضا (ع) تحف العقول

آیا تا به حال از خود پرسیده اید که من کیستم؟ به نظر دیگران، من چگونه فردی هستم؟ لازمه پاسخ دادن به این سوالات داشتن خود آگاهی است. خود آگاهی به این معناست که چگونه به خود نگاه کرده و براساس این نگاه چه احساسی پیدا می کنیم. نوع خود آگاهی پیش بینی کننده احساس رضایت و یا نارضایتی ما از خودمان و زندگی است. ویژگی های جسمانی و بدنی، توانایی ها و مهارت ها، ویژگی های منفی و نقاط ضعف، افکار، احساسات، باورها، ارزش ها و اهداف هر شخص از جمله اجزای خود آگاهی هستند که باید مورد بررسی و شناسایی قرار گیرند.

خود آگاهی شامل ۵ جزء است:

۱- شناخت ویژگی ها و صفات خودمان و یا به عبارتی خودپنداره

۲- شناخت توانایی ها، استعدادها و پیشرفت هایمان

۳- تصویر واقع بینانه از خودمان

۴- شناخت افکار، باورها و ارزش هایمان

۵- احساس رضایتمندی و نارضایتمندی از خودم و زندگی خودم

همانگونه که گفته شد یکی از اجزای خود آگاهی عزت نفس است. عزت نفس و احساس ارزشمندی از جمله مواردی است که کاملاً مرتبط با خود آگاهی است. عزت نفس قوی مانع از بروز بسیاری از مشکلات و اختلالات رفتاری در افراد می شود.

مهارت دوم: همدلی

سه خصلت دوستی را جلب می کند: انصاف، همراهی و همدلی در هنگام سختی و ناملایمات، پاکی دل و خیرخواهی نسبت به دیگران. از حضرت امام جواد (ع)، مسند الامام الجواد، ص ۲۴۸

همدلی از همزبانی خوشتر است. "همدلی" یعنی این که فرد بتواند زندگی را حتی زمانی که در آن شرایط قرار ندارد، درک کند تا بتواند انسان های دیگر را حتی وقتی با او نیز بسیار متفاوت هستند، بپذیرد و به آنها احترام گذارد. بسیاری از رفتارهای خشن در سطح جامعه ناشی از عدم همدلی می باشد. برای بیان همدلی توجه به اصول زیر ضروری می باشد



- ۱- به صحبت های دیگران خوب گوش کنید.
 - ۲- به احساسات و هیجانهای فرد مقابل توجه کنید.
 - ۳- سعی کنید خود را به جای فرد مقابل بگذارید و از دیدگاه او به موضوع نگاه کنید.
 - ۴- از تکنیک انعکاس احساس استفاده کنید.
 - ۵- سعی کنید با احساس و عاطفه طرف مقابل تان هماهنگ شوید.
 - ۶- خلاصه ای از احساسات و هیجانات طرف مقابل را به او گوشزد کنید.
- روانشناسان عقیده دارند بالاترین سطح همدلی در کودکان در سنین مدرسه شکل می گیرد. در این سنین کودک می تواند ناراحتی و اضطراب دیگران را درک کند و دلش به حال آنها بسوزد و احساس ترحم کند. توجه به احساسات و عواطف دیگران و نگاه کردن به مسایل از زاویه فکری و احساسی آنان، سبب تحکیم و تقویت توانایی همدلی در افراد می شود.

مهارت سوم: مهارت برقراری رابطه ی موثر: اساس عقل پس از ایمان به خدا دوستی با مردم است. حضرت رسول اکرم (ص) این مهارت به فرد کمک می کند تا بتواند نظرات، عقاید، خواسته ها، نیازها، و هیجان های خود را ابراز و به هنگام نیاز، از دیگران درخواست کمک و راهنمایی نماید. مهارت های تقاضای کمک و راهنمایی از دیگران در مواقع ضروری، از عوامل مهم یک رابطه ی سالم است. روانشناسان شیوه های ارتباطی انسان ها را به سه سبک طبقه بندی می کنند: *سبک ارتباطی منفعلانه*، *سبک ارتباطی جرات مندانه* و *سبک ارتباطی پرخاشگرانه*.

هدف اصلی افراد راضی نگه داشتن دیگران به هر قیمت ممکن است. این افراد برای جلب رضایت و تائید دیگران به هر کاری تن می دهند و خود را به رنج می اندازند. هدف اصلی در ارتباط پرخاشگرانه، برنده شدن بدون رعایت حقوق دیگران است و هدف اصلی شیوه ی ارتباطی جرات مندانه رعایت عدالت، ترویج احترام متقابل و جلوگیری از بهره کشی و سوء استفاده از خود و دیگران است. **مهارت نه گفتن:** همه ما بارها در موقعیت هایی قرار گرفته ایم که گفتن کلمه نه برای مان دشوار است. ناتوانی در نپذیرفتن درخواست های غیر منطقی دیگران می تواند در موقعیت های مختلف مشکلاتی برای ما ایجاد کند. تحقیقات روان شناسان نشان می دهد بسیاری از افراد که دچار مشکلات مختلف مانند مصرف مواد مخدر یا فرار از خانه می شوند در نه گفتن مشکل دارند.

مهارت چهارم: مهارت روابط بین فردی

یکی از نشانه های سلامت روانی، وجود روابط سالم بین فردی است. روابط گرم و صمیمی با انسان های دیگر منبع اعتماد، راحتی و آسایش هر کدام از ماست. حمایت اجتماعی در واقع پیوندهای میان افراد است که باعث ایجاد امنیت، آرامش، اهمیت و احترام در افراد می شود. برای بهره گیری از این شبکه ی ارتباطی باید برخی از مهارت ها را آموخت. مهارت هایی که به ایجاد روابط بهتر با دیگران کمک می کند بر سه دسته اند:

۱- مهارت های اصلی ارتباط با دیگران (کلامی - غیر کلامی)

۲- مهارت های سازگاری با دیگران

۳- مهارت های سازگاری با دیگران

مهارت پنجم مهارت تصمیم گیری: زندگی در درون خود مسایل و مشکلاتی به همراه دارد که مستلزم وجود رقابت و کشمکش است. هریک از ما طی روز با مشکلاتی متعددی مواجه می شویم که نیاز به تصمیم گیری مناسب دارد. برای رسیدن به اهداف خود باید بهترین تصمیمات را بگیریم. در واقع همگی ما تجاربی از تصمیم گیری غلط داریم که به پیامدهای ناخوشایندی منتهی شده است. برخی از تصمیمات غلط درباره موضوعات کم اهمیت هستند که پیامد آن چندان جدی نبوده یا زیاد طول نمی کشد ولی تصمیمات مهمی در زندگی وجود دارند که اگر غلط انجام شوند پیامد بد آن تا آخر عمر باقی خواهد بود. به



همین جهت باید سعی کنیم از تصمیم گیری های تکانه ای و احساسی، اجتناب و رزیم و حتی امکان پیرو تصمیم گیرهای منطقی باشیم . در یک تصمیم گیری منطقی مراحل زیر وجود دارد :

- ۱- مواجه شدن با تصمیم
- ۲- خلق انتخاب ها و جمع آوری اطلاعات
- ۳- ارزیابی پیامدهای پیش بینی شده
- ۴- متعهد کردن خود به یک تصمیم
- ۵- طرح ریزی برای چگونگی اجرای تصمیم
- ۶- اجرای تصمیم
- ۷- ارزیابی پیامدهای واقعی اجرای تصمیم

عوامل شخصی موثر در تصمیم گیری : عوامل فردی زیادی وجود دارند که بر تصمیم گیری های ما تاثیر می گذارند ،

مهم ترین این عوامل عبارتند از :

- اعتماد به نفس ، استقلال فکری و انعطاف پذیری.
- عدم ترس از خطرات .
- درک درست موقعیت و مشکل
- دانش و اطلاعات درباره مشکل یا موقعیت
- آمادگی برای مشورت با دیگران
- آمادگی برای پذیرش مسئولیت تصمیم های اتخاذ شده.

مهارت ششم مهارت حل مساله : همه انسان ها در زندگی فردی و اجتماعی خود با مسایل و مشکلات متعددی مواجه

می شوند. در واقع زندگی چیزی جز روند پیاپی مواجه شدن با مسایل و مشکلات و تلاش برای حل و فصل آن ها نیست. وجود مشکل در زندگی ما امری عادی است و ما خواه ناخواه با مشکلات متعددی در زندگی خود روبرو می شویم . بنابراین به جای این که منفعلانه عمل کرده و آرزو کنیم ای کاش هیچ مشکلی در زندگی ما پیش نیاید ، بهتر است یاد بگیریم که چگونه مشکلات خود را حل کنیم . اگر از توانایی لازم برای حل موفقیت آمیز مسایل برخوردار باشیم اعتماد به نفس بالاتر و احساس ارزشمندی بیشتری پیدا می کنیم ، ولی اگر فاقد مهارت های لازم برای حل مشکل باشیم یا از روش های نامناسب و معیوب برای حل مسایل خود استفاده نماییم در سازگاری با محیط دچار مشکل شده و بهداشت روانی ما تهدید خواهد شد. حل مساله مستلزم چند فعالیت است: ابتدا باید مشکل را به دقت تعریف کنید ، سپس راه حل های متفاوت حل مشکل را مطرح کرده مورد بررسی قرار دهید و در نهایت مناسب ترین و موثرترین راه حل را انتخاب و اجرا کنید.

مهارت هفتم مهارت تفکر خلاق: بندگی خدا به زیادی عبادت نیست بلکه به بسیاری تفکر در امر آفرینش است. حضرت

امام رضا(ع) یکی دیگر از مهارت های زندگی، تفکر خلاق است. منظور از تفکر خلاق، توانایی تولید و خلق افکار، فرآیندها، تجارب و اهداف است. به عبارت دیگر مهارت خلاقیت ، توانایی تصور و تولید چیزی جدید می باشد. تفکر خلاق باعث می شود فرد برای مشکلات زندگی خود راه حل های متعدد و متنوع به دست آورد و مانع از تبحر ذهن و یا دیدگاه تونلی می شود. نکته مهم و اساسی آن است که هر فردی می تواند خلاق باشد. همچنین برخلاف تصور رایج، همه انسان ها دارای خلاقیت هستند، نمونه آن کودکان می باشند که خلاقیت بسیار بالایی از خود نشان می دهند ولی از آن جایی که این استعداد فرصت پرورش نمی یابد معمولاً رشد زیادی نمی کند. به همین دلیل ضروری است در مدارس شرایطی ایجاد شود تا این توانایی و استعداد رشد و پرورش بیشتری بیابد

مهارت هشتم : مهارت مقابله با هیجان: نیرومندترین شما کسی است که به هنگام غضب بر خود تسلط داشته باشد.

پیامبر اکرم (ص) این توانایی فرد را قادر می سازد تا هیجان ها را در خود و دیگران تشخیص داده، نحوه ی تاثیر هیجان بر رفتار



را بداند و بتواند واکنش مناسبی به هیجان های مختلف نشان دهد. چهار نوع هیجان اصلی داریم. ترس، غم، شادی و خشم. احساسات دیگر ترکیبی از این چهار نوع هستند. احساسات ما از زمان تولد شکل می گیرند و نقش مهمی در زندگی مان ایفا می کنند. تجارب و ارتباطات اجتماعی ما برگرفته از احساسات و هیجانات ماست. اگر با حالات هیجانی مثل غم، خشم یا اضطراب درست برخورد نشود این هیجانات تاثیر منفی بر سلامت جسمی و روانی داشته و پیامدهای منفی ایجاد می کنند.

مهارت نهم و آخر : مهارت مقابله با استرس: استرس می تواند یک فرد را بشکند ، فرد دیگری را به مبارزه وا دارد، به فردی دیگر درس جدیدی بدهد. هر تغییری در زندگی یک استرس است. این تغییرات سازگاری جدیدی را می طلبند. بنابر این هر تغییری که نظم زندگی معمول را برهم می زند و ما را مجبور به سازگاری با شرایط جدید می کند، استرس ایجاد می کند. خواه استرس کوچکی مثل شلوغی صف اتوبوس باشد خواه استرس بزرگی مثل طلاق. استرس چه شدید و یا چه ضعیف، مسلماً واکنش عاطفی متنوعی را در فرد بر می انگیزد و باعث احساساتی همچون اضطراب، خشم، ترس و... می شود. استرس ها هم فرد و هم محیط را تحت تاثیر قرار می دهند جالب است بدانید استرس تنها شامل موضوعات منفی نمی شود ، بلکه وقایع مثبت هم ممکن است استرس زا باشد. مثل ازدواج، بچه دار شدن، کار جدید و... با آموزش برخی مهارت های مقابله ای می توان فشارهای روانی موجود را کنترل کرده و از ایجاد برخی فشارها جلوگیری نماییم.

سه عامل مهم در مقابله با استرس وجود دارد:

- ۱- ویژگی های محرک تنش زا و میزان کنترل مابریک رویداد
- ۲- ویژگی های شخصی مثل توانمندی و اعتماد به نفس بالا
- ۳- راهبردهای مقابله ای شامل راهبردهای شناختی و راهبردهای رفتاری

خلاصه

خودآگاهی: خودآگاهی ، توانایی شناخت و آگاهی از خصوصیات، نقاط ضعف و قدرت، خواسته ها، ترس و انزجار است. رشد خودآگاهی به فرد کمک می کند تا دریابد تحت استرس قرار دارد یا نه و این معمولاً پیش شرط ضروری روابط اجتماعی و روابط بین فردی مؤثر و همدلانه است.

همدلی: همدلی یعنی اینکه فرد بتواند زندگی دیگران را حتی زمانی که در آن شرایط قرار ندارد درک کند. همدلی به فرد کمک می کند تا بتواند انسان های دیگر را حتی وقتی با آنها متفاوت است بپذیرد و به آنها احترام گذارد. همدلی روابط اجتماعی را بهبود می بخشد و به ایجار رفتارهای حمایت کننده و پذیرنده، نسبت به انسان های دیگر منجر می شود.

ارتباط مؤثر: این توانایی به فرد کمک می کند تا بتواند کلامی و غیر کلامی و مناسب با فرهنگ، جامعه و موقعیت، خود را بیان کند بدین معنی که فرد بتواند نظرها، عقاید، خواسته ها، نیازها و هیجان های خود را ابراز و به هنگام نیاز بتواند از دیگران درخواست کمک و راهنمایی نماید. مهارت تقاضای کمک و راهنمایی از دیگران در مواقع ضروری، از عوامل مهم یک رابطه سالم است.

روابط بین فردی: این توانایی به ایجاد روابط بین فردی مثبت و مؤثر فرد با انسان های دیگر کمک می کند. یکی از این موارد، توانایی ایجاد روابط دوستانه است. که در سلامت روانی و اجتماعی، روابط گرم خانوادگی، به عنوان یک منبع مهم روابط اجتماعی ناسالم نقش بسیار مهمی دارد.

تصمیم گیری: این توانایی به فرد کمک می کند تا به نحو مؤثرتری در مورد مسائل تصمیم گیری نماید. اگر کودکان و جوانان بتوانند فعالانه در مورد اعمالشان تصمیم گیری کنند، جوانب مختلف انتخاب را بررسی و پیامد هر انتخاب را ارزیابی کنند، مسلماً در سطوح بالاتر بهداشت روانی قرار خواهند گرفت.

حل مسئله: این توانایی فرد را قادر می سازد تا به طور مؤثرتری مسائل زندگی را حل نماید. مسائل مهم زندگی چنانچه حل نشده باقی بمانند، استرس روانی ایجاد می کنند که به فشار جسمی منجر می شود.



تفکر خلاق: این نوع تفکر هم به مسأله و هم به تصمیم گیری های مناسب کمک می کند. با استفاده از این نوع تفکر، راه حل های مختلف مسأله و پیامدهای هر یک از آنها بررسی می شوند. این مهارت، فرد را قادر می سازد تا مسائل را از ورای تجارب مستقیم خود دریابد و حتی زمانی که مشکلی وجود ندارد و تصمیم گیری خاصی مطرح نیست، با سازگاری و انعطاف بیشتر به زندگی روزمره بپردازد.

تفکر انتقادی: تفکر انتقادی، توانایی تحلیل اطلاعات و تجارب است. آموزش این مهارت ها، نوجوانان را قادر می سازد تا در برخورد با ارزش ها، فشار گروه و رسانه های گروهی مقاومت کنند و از آسیب های ناشی از آن در امان بمانند.

توانایی حل مسأله: این توانایی فرد را قادر می سازد تا هیجان ها را در خود و دیگران تشخیص دهد، نحوه تأثیر هیجان ها بر رفتار را بداند و بتواند واکنش مناسبی به هیجان های مختلف نشان دهد. اگر با حالات هیجانی، مثل غم و خشم یا اضطراب درست برخورد نشود این هیجان تأثیر منفی بر سلامت جسمی و روانی خواهد گذاشت و برای سلامت پیامدهای منفی به دنبال خواهند داشت.

توانایی مقابله با استرس: این توانایی شامل شناخت استرس های مختلف زندگی و تأثیر آنها بر فرد است. شناسایی منابع استرس و نحوه تأثیر آن بر انسان، فرد را قادر می سازد تا با اعمال و موضع گیری های خود فشار و استرس را کاهش دهد.

اجزای مهارت های ده گانه زندگی

خودآگاهی

- آگاهی از نقاط قوت
- آگاهی از نقاط ضعف
- تصویر خود واقع بینانه
- آگاهی از حقوق و مسئولیت ها
- توضیح ارزشها
- انگیزش برای شناخت

مهارت های ارتباطی

- ارتباط کلامی و غیر کلامی موثر
- ابراز وجود
- مذاکره
- امتناع
- غلبه بر خجالت
- گوش دادن

همدلی

- علاقه داشتن به دیگران
- تحمل افراد مختلف
- رفتار بین فردی همراه با پرخاشگری کمتر
- دوست داشتنی تر شدن (دوستیابی)
- احترام قائل شدن برای دیگران

مهارت های بین فردی

- همکاری و مشارکت



- اعتماد به گروه
- تشخیص مرزهای بین فردی مناسب
- دوستیابی
- شروع و خاتمه ارتباطات

مهارت های حل مسأله

- تشخیص مشکلات علل و ارزیابی دقیق
- درخواست کمک
- مصالحه (برای حل تعارض)
- آشنایی با مراکزی برای حل مشکلات
- تشخیص راه حل های مشترک برای جامعه

مهارت های تفکر خلاق

- تفکر مثبت
- یادگیری فعال (جستجوی اطلاعات جدید)
- ابراز خود
- تشخیص حق انتخاب های دیگر (برای تصمیم گیری)
- تشخیص راه حل های جدید برای مشکلات

مهارت های مقابله با هیجانات

- شناخت هیجان های خود و دیگران
- ارتباط هیجان ها با احساسات ، تفکر و رفتار
- مقابله با ناکامی ، خشم ، بی حوصلگی ، ترس و اضطراب
- مقابله با هیجان های شدید دیگران

مهارت های تصمیم گیری

- تصمیم گیری فعالانه بر مبنای آگاهی از حقایق کارهایی که می توان انجام داد که انتخاب را تحت تأثیر قرار دهد.
- تصمیم گیری بر مبنای ارزیابی دقیق موقعیت ها
- تعیین اهداف واقع بینانه
- برنامه ریزی و پذیرش مسئولیت اعمال خود
- آمادگی برای تغییر دادن تصمیم ها برای انطباق با موقعیت های جدید

مهارت های تفکر انتقادی

- ادراک تأثیرات اجتماعی و فرهنگی بر ارزشها ، نگرشها و رفتار
- آگاهی از نابرابری ، پیشداوری ها و بی عدالتی ها
- واقف شدن به این مسئله که دیگران همیشه درست نمی گویند
- آگاهی از نقش یک شهروند مسئول

مهارت های مقابله با استرس

- مقابله با موقعیت هایی که قابل تغییر نیستند
- استراتژی های مقابله ای برای موقعیت های دشوار (فقدان ، طرد ، انتقاد)
- مقابله با مشکلات بدون توسل به سوء مصرف مواد



- آرام ماندن در شرایط فشار و- تنظیم وقت
-

آفت دهان (canker sores)

آفت دهان عبارت است از زخم های دردناکی که در مخاط دهان به وجود می آیند. آفت دهان سرطانی نیست. آفت دهان ممکن است با عفونت هرپسی (ناشی از ویروس تبخال) اشتباه گرفته شود. این نوع زخم می تواند در هر دو جنس رخ دهد، اما در زنان شایع تر است.

علائم شایع زخم در دهان با خصوصیات زیر:

کوچک، بسیار دردناک، و کم عمق هستند و توسط یک غشای خاکستری پوشیده شده اند. حاشیه آنها توسط یک هاله قرمز پر رنگ احاطه شده است. این زخم ها می توانند روی لب ها، لثه ها، داخل گونه ها، زبان، کام و گلو ظاهر شوند. به هنگام حمله آفت معمولاً ۲-۳ زخم به وجود می آیند، اما ظهور یک باره ۱۵-۱۰ زخم با هم دیگر خیلی بعید نیست. زخم ها ممکن است در ۲-۳ روز اول بسیار دردناک باشند به نحوی که فرد موقع خوردن یا صحبت کردن دچار ناراحتی می شوند. گاهی قبل از بروز زخم، برای ۲۴ ساعت احساس مور مور یا سوزش وجود دارد.

علل :

علت دقیق آن ناشناخته است اما علل زیر محتمل تر به نظر می رسند: استرس عاطفی یا جسمانی، اضطراب، یا ناراحتی و عصبی بودن پیش از عادت ماهانه، آسیب به مخاط دهان در اثر خشن بودن دندان های مصنوعی، غذای داغ، مسواک زدن، یا کار دندان پزشکی، آزدگی و تحریک ناشی از غذاهایی مثل شکلات، غذاهای ترش و اسیدی (سرکه، غذاهای دودی)، آجیل ها یا چیس های نمک زده شده، عفونت های ویروسی، عوامل افزایش دهنده خطر، کار دندان پزشکی اخیر.

پیشگیری :

دندان های خود را روزانه حداقل دو بار مسواک بزنید و مرتباً از نخ دندان استفاده کنید تا تمیزی و سلامتی دهان و دندان ها حفظ شود. حتی المقدور سعی کنید استرس نداشته باشید. از تماس نزدیک با افراد دچار عفونت خودداری کنید. دقت کنید که آفت، بیشتر بعد از خوردن چه نوع غذایی رخ می دهد. از خوردن غذاهایی که به نظر باعث آغاز حمله می شوند خودداری کنید.

عواقب مورد انتظار:

اکثر زخم های آفتی بدون برجای گذاشتن جوشگاه در عرض ۲ هفته خوب می شوند. حملات مکرر آفت شایع هستند. آفت ممکن است به صورت یک زخم حداکثر ۲-۳ بار در سال تا بروز بدون وقفه چندین زخم در سال رخ دهد.

عوارض احتمالی:

در موارد شدید که خوردن و آشامیدن سخت می شود امکان دارد بدن کم آب شود.

درمان :

امکان دارد توصیه به کشت زخم شود تا بتوان آفت را از زخم هرپسی افتراق داد، یا احياناً اگر عفونت باکتریایی ثانویه وجود داشته باشد آن را تشخیص داد. دهان را روزانه ۳ بار یا بیشتر با محلول نمک (نصف قاشق چایخوری نمک در حدود یک لیوان آب حل شود) شستشو دهید، البته به شرط این که خیلی دردناک نباشد. زخم ها را مرتباً با کمک گوش پاک کن یا چیزی شبیه آن که آغشته به پراکسید هیدروژن ۲٪ باشد پاک کنید.

اگر آفت در اثر خشن بودن دندان، بریس یا دندان مصنوعی ایجاد شده باشد، به دندانپزشک مراجعه کنید. تا زمانی که این نوع مشکلات برطرف نشود آفت دهان خوب نمی شود.



داروها :

بی حس کننده های موضعی برای تخفیف درد، خمیر حاوی یک مشتق استروئید به همراه تریام سینولون استوناید. اگر به محض شروع زخم مالیده شود، می تواند از بروز درد جلوگیری کند. دارویی که برای حمله قبلی آفت تجویز شده است را نگاه دارید. در صورت بروز مجدد آفت، بلافاصله آن را مصرف کنید. درمان هر چقدر زودتر آغاز شود، آفت خفیف تر خواهد بود.

رژیم غذایی :

محدودیتی برای آن وجود ندارد، مگر پرهیز از غذاهایی که آفت را بدتر می کنند. به هنگام بهبود آفت، هر چقدر می توانید مایعات زیادتر بنوشید و یک رژیم غذایی متعادل داشته باشید. برای کم کردن درد، مایعات را با نی بنوشید. مواد غذایی که کمتر باعث درد می شوند عبارتند از: شیر، ژلاتین مایع، ماست و بستنی.

در این شرایط بیمار را به پزشک ارجاع نمایید :

- اگر درجه حرارت بدن به $38/9$ درجه سانتیگراد یا بالاتر برسد.

- اگر علی رغم درمان، آفت در عرض ۳ روز رو به بهبود نگذارد.

- اگر درد غیر قابل تحمل باشد و با درمان تخفیف نیابد.

- اگر کودکی که دهانش آفت می زند وزن کم کند



نظام مراقبت عوامل خطر غیر واگیر

کلیات

بیماری ها را می توان بر حسب قابلیت انتقال به دو گروه واگیر و غیر واگیر تقسیم نمود. بیماری های غیر واگیر، که گاه از مهم ترین آنها با عنوان بیماری های مزمن نیز یاد می شود، هم اینک در حدود ۴۳ درصد بار بیماری ها را در بر می گیرند و با روندی فزاینده در حال اشغال جایگاه نخست در فهرست بار بیماری ها هستند. این رقم سوای بار ناشی از سوانح و حوادث که پیامدهای غیر واگیر دارند می باشد. بدین لحاظ برنامه های کنترل و پیشگیری بیماری های غیر واگیر به سرعت جایگاه مهم خود در برنامه های ملی سلامت را اشغال می کنند. مهم ترین رویکرد توصیه شده برای مواجهه با این گونه بیماری ها، رویکرد ادغام یافته می باشد که متمرکز بر اجرای برنامه های جامعه نگر و با اولویت اصلاح عوامل خطر قابل اصلاح بیماری های غیر واگیر است. این عوامل خطر عبارتند از:

الف - عوامل خطر فردی، شامل:

- عوامل خطر زمینه ای: مثل سن، جنس، سطح آموزش و ترکیب ژنتیکی
- عوامل خطر رفتاری: مثل مصرف دخانیات، رژیم غذایی نامناسب و کم تحرکی
- عوامل خطر بینابینی: مثل مقادیر بالای کلسترول خون، دیابت، فشارخون بالا و چاقی

ب - عوامل خطر اجتماعی، شامل:

- شرایط اجتماعی و اقتصادی: مثل فقر، شغل، ترکیب خانوادگی
- محیط: مثل آب و هوا، آلودگی هوا
- شهرنشینی: که بر روی مسکن، دسترسی به محصولات و تولیدات و خدمات تاثیر می گذارد
- فرهنگی: مثل رفتارها، هنجارها و ارزشها

هر چند که ممکن است اطلاعات مربوط به بار برخی از بیماری های مزمن در دسترس باشد، ولی وضعیت و توزیع عوامل خطر آنها در جامعه، اطلاعی است ضروری که برای طراحی برنامه های پیشگیری و کنترل کشورها مورد نیاز آنهاست. این اطلاعات، آینده بار بیماری ها را پیش بینی می کنند و لازم است به شیوه ای تولید شوند و انتشار یابند که تصویب سیاستهای مرتبط را در سطوح مختلف تسهیل و هدایت کنند.

رویکرد گام به گام به مراقبت عوامل خطر بیماری های مزمن غیر واگیر برای یاری کشورها در جهت دستیابی به نمایی از این عوامل خطر ایجاد است. این ابتکار بر گرد آوری مستمر مقادیر اندک از اطلاعات دارای کیفیت تمرکز دارد که سه گام آن در بر گیرنده پرسشگری با پرسشنامه (گام اول) و تکمیل اطلاعات با سنجش های جسمی (گام دوم) و نهایت آزمایشگاهی (گام سوم) می باشد.

۱. برنامه مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر جمهوری اسلامی ایران پس از قریب به دو سال مطالعه و آزمون، ظرفیت سازی و جلب حمایت همه جانبه در سال ۱۳۸۳ و با همت دانشگاهها/دانشکده های علوم پزشکی کشور شکل اجرایی بخود گرفت. در این برنامه ضمن استفاده از رویکرد گام به گام سازمان جهانی بهداشت به مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر، الزامات، دانش و شرایط بومی و ملی نیز لحاظ شد. این نظام در برگیرنده پایگاههای مراقبت در سطح استان و کشور است. بدین ترتیب عوامل خطر هدف برای هر استان و نیز در کل کشور مراقبت می شوند. اهداف کلی این نظام در میان مدت عبارتند از:

۱. استقرار راهبرد کشوری نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر در نظام سلامت کشور
۲. ایجاد شبکه های استانی نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر



۳. تدوین طرحهای عملیاتی استانی برای نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر در کلیه دانشگاههای/دانشکده های علوم پزشکی
۴. افزایش ظرفیت سطح ملی و دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی برای توسعه نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر
۵. جمع آوری استاندارد داده ها و اطلاعات درمورد عوامل خطر بیماری های غیر واگیر در سطوح ملی و استانی
۶. تدارک نظام تضمین کیفیت مراقبت در سطح کشوری

بر اساس اصول حاکم بر نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر، اطلاعات مربوط به این عوامل باید به شیوه ای تولید و انتشار یابد که سیاست گذاری های سطح ملی را به تمهید اقداماتی عینی ترغیب کند. سیاست گذاران در سطوح تصمیم ساز باید از روند تغییرات عوامل خطر، مشکلات موجود و ظهور یافته در کشور و نیز وجود اقدامات مداخله ای هزینه-اثر بخش پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر آگاه شوند. شیوه های ارتباطی برای تاثیر بر سیاستگذاران از طریق چنین اطلاعاتی شامل استفاده از رسانه ها (که بر دیدگاههای عمومی، رای دهندگان و یا بطور مستقیم بر سیاستگذاران تاثیر می گذارند)، شناسایی و درگیر ساختن رهبران جامعه و نیز سایر اعضای صاحب نفوذ در اجتماع که می توانند پیام ها را در اجتماعات مختلف پخش کنند و یا برگزاری جلسات رو در رو با سیاستگذاران می گردد. این پایگاه اطلاع رسانی برای تضمین انتشار به موقع و دسترسی کلیه کاربران نظام مذکور به داده ها و اطلاعات عوامل خطر و نیز توسعه کیفی ارتباطات اجزای نظام تشکیل و مستقر گردیده است.

ماموریت :

تقویت اطلاعات مستند پایه و روند تغییرات عوامل خطر بیماری های غیر واگیر برای توسعه، اجرا و ارزشیابی برنامه های ادغام یافته پیشگیری و کنترل بیماری های مذکور در سطح ملی و استانی

اهداف :

- افزایش ظرفیت دانشگاه های علوم پزشکی برای اجرای نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر به منظور :
۱. ترسیم نقشه اپیدمی عوامل خطر بیماری های غیر واگیر از جمله عوامل تعیین کننده اقتصادی، رفتاری و جمعیتی آنها
۲. هدایت اقدامات سیاسی در جهت توسعه محیط حمایتی برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر
۳. ارزشیابی اثرات برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر
۴. استقرار یک پایگاه ملی اطلاعات عوامل خطر بیماری های غیر واگیر مبتنی بر شبکه و با گستره اطلاعات استانی و کشوری
۵. ارتباط با پایگاه اطلاعات جهانی سازمان جهانی بهداشت در خصوص عوامل خطر بیماری های غیر واگیر

سبک شناسی و روش کار بررسی سال ۸۳ :

نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر در جمهوری اسلامی ایران، با بهره گیری از مستندات رویکرد مراقبت گام به گام عوامل خطر بیماری های غیر واگیر طراحی شده است که توسط سازمان جهانی بهداشت برای حصول به داده های معتبر و قابل مقایسه در سطوح کشوری و بین المللی در خصوص عوامل خطر این بیماری ها توصیه می گردد. در این نظام، داده ها توسط پیمایش مقطعی با استفاده از پرسشنامه و سنجش های جسمانی و آزمایشگاهی انجام می گیرد. در هر استان کلیه دانشگاهها/دانشکده های علوم پزشکی تابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درگیر پرسشگری و ورود داده های پرسشنامه ها به رایانه بودند، ولی تنها دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی مستقر در مرکز استان (در سه استان خراسان جنوبی، رضوی و



شمالی تنها دانشگاه علوم پزشکی مشهد و در استان تهران دانشگاه علوم پزشکی ایران (متولی انجام مراحل تحلیل داده ها گردید .

در این بررسی ها ، داده ها از طریق مصاحبه حضوری و سنجش های جسمانی درب منزل و نمونه گیری آزمایشگاهی در آزمایشگاههای مورد تایید گردآوری می شوند. نمونه انتخاب شده در اولین دور از بررسی های نظام مراقبت در سال ۱۳۸۳ بالغ بر ۸۹۴۰۴ نفر بوده است که برای اولین بار در کشور با استفاده از اطلاعات موجود در پایگاه اطلاعاتی اداره کل جغرافیایی و کد گذاری پستی شرکت پست جمهوری اسلامی ایران ، با رویکرد سیستماتیک و با شیوه نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از کل استانها انتخاب شده اند . تناسب پراکنش سرخوشه های انتخاب شده با پراکندگی تعداد خانوار در نواحی مختلف پستی استان و نسبت جمعیتی شهر و روستا از مشخصات شیوه نمونه گیری بکار رفته ، می باشد. حد اقل تعداد نمونه در کم جمعیت ترین استان کشور ۲۵۰۰ نفر بوده است که معادل حد اقل نمونه توصیه شده در توصیه فنی سازمان جهانی بهداشت می باشد و بیشترین تعداد نمونه مربوط به استان تهران و بالغ بر ۱۰۰۲۰ نفر بوده است. در این نمونه گیری در پنج گروه سنی ۱۵،۳۴-۲۴-۲۵،۴۴-۳۵،۵۴-۴۵-۶۴-۵۵ سال، به تعداد مساوی زن و مرد برای شرکت در بررسی انتخاب شدند. بدین ترتیب در هر گروه سنی ۵۰۰ نفر ، شامل ۲۵۰ نفر مرد و ۲۵۰ نفر زن حضور دارند . مصاحبه ها و سنجش های جسمانی از مورخ ۸۳/۱۰/۱ تا ۸۳/۱۱/۱۲ توسط مصاحبه کنندگان دوره دیده که همگی از کارکنان دانشگاهها/دانشکده های علوم پزشکی زیر مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند انجام گرفته است. پرسشنامه این نظام ترجمه و اقتباس شده از پرسشنامه اصلی و تکمیلی رویکرد گام به گام سازمان جهانی بهداشت بود که با برخی سوالات انتخابی کامل و در یک بررسی پایلوت آزمون شد. برای ورود داده ها یک نرم افزار در برنامه Epi Info ویرایش ششم طراحی گردید و داده ها از این طریق در سطح استانها وارد رایانه شد. داده های نهایی در هر استان و در سطح کشوری پالایش گردید و توسط برنامه نرم افزاری SPSS ، پس اعمال وزن جمعیتی و برآورد استانی و کشوری وضعیت متغیر های مورد بررسی، داده ها تحلیل و آماده گزارش دهی شد.



میگرن

میگرن، شایع ترین علت سردردهای مکرر است که بیشتر در زنان دیده می شود، این بیماری از سن بلوغ شروع شده و در سن بالای ۵۰ سال از بین می رود. دردهای میگرنی از کلمه Hemicrania (به معنی یک طرف سر) گرفته شده که غالباً سردردها، یک طرف سر را فرا گرفته و از چهار ساعت تا ۷۲ ساعت طول کشیده و گاهی هم با تهوع و استفراغ همراه است. علت اصلی ایجاد میگرن تنگ شدن گذرای عروق مغزی است که با باز شدن جبرانی بیش از حد عروق دنبال می شود. در مرحله انقباض عروق مغزی، علائم چشمی بروز کرده و در مرحله گشاد شدن عروق، سردرد ضربان دار ایجاد می شود. اکثر مبتلایان به میگرن در طول حملات، کاملاً بیمار می شوند و قادر به انجام کارهای روزمره نیستند. عده ای نیز تمایل پیدا می کنند در یک اتاق ساکت و تاریک استراحت کنند تا حمله میگرنی پایان یابد. گاهی اوقات این حملات با یک استفراغ تمام می شود اما در اکثر موارد، سردرد بعد از یک خواب خوب به تدریج تسکین می یابد. البته میگرن در همه افراد به یک صورت تظاهر نمی کند بلکه انواع مختلفی از میگرن وجود دارد که آنها را بررسی می کنیم.

میگرن کلاسیک: بعضی از حملات میگرنی، با یک مرحله پیش در آمد شروع می شوند. این پیش درآمدها شامل علائم چشمی مشخصی است که مهم ترین آن لکه سیاهی است که در سمت رو به روی فرد (وسط میدان بینایی) به وجود می آید و به تدریج بزرگ شده و به سمت پهلوی فرد (حاشیه میدان بینایی) کشیده می شود که غالباً با جرقه های نوری و به صورت خطوط زیگزاگ براق رنگی لرزان احاطه شده است. از دیگر نشانه های این نوع میگرن، تاریک شدن یک سمت میدان بینایی و تارشدن سمت چپ و راست بیمار است. این علائم ۱۰ تا ۲۰ دقیقه طول کشیده و با بر طرف شدن آنها سردردها آغاز می شود که با تهوع، ترس از نور و صدا همراه است.

میگرن معمولی: جزء شایع ترین انواع میگرن است. سردردها الزاماً یک طرفه نیست و در تمام سر احساس می شود و ظرف چند ساعت یا چند روز بهبود می یابد.

میگرن چشمی: بیشتر در افراد مسن دیده می شود. فرد بیشتر علائم چشمی میگرن را داراست و ممکن است حتی دچار سردرد هم نشود. علائم بصری این نوع میگرن دوبینی گذرا، تنگ شدن تدریجی میدان بینایی است به طوری که فرد احساس می کند جهان خارج را از یک سوراخ کوچک تماشا می کند و با تاریک شدن یک سمت میدان بینایی و ظهور لکه سیاه رنگ با خطوط زیگزاگ براق لرزان رنگی است. این علائم حداکثر بعد از یک ساعت کاملاً بر طرف خواهد شد. اما در صورتی که به طور کامل بهبود پیدا نکند، لازم است برای مشخص شدن علت آن بررسی کاملی انجام شود زیرا گاهی اوقات، در بیماری های جدی، مانند ناهنجاری های عروق مغزی، علائمی مثل علائم چشمی میگرن ایجاد می شود اما به طور کامل بهبود پیدا نمی کند.

میگرن شبکیه: این نوع میگرن جزء نادرترین انواع این بیماری است که در اثر انقباض موقت سرخرگ های شبکیه یک اختلال بینایی گذرا ایجاد می کند که به صورت سیاه شدن بخشی از میدان بینایی در یک چشم یا حتی کوری کامل یک چشم تظاهر می کند. این اختلال کمتر از یک ساعت بعد بهبود یافته و ممکن است با سردرد همراه باشد یا نباشد. در صورت بروز این علائم لازم است که فرد حتماً از مبتلا نبودن به سایر بیماری ها اطمینان کافی داشته باشد تا بعد از مشخص شدن عدم ابتلا به سایر بیماری ها برای او این تشخیص گذاشته شود زیرا در بیماری های جدی عروقی نیز علائم مشابه این علائم دیده می شود.



تعداد حملات میگرن در افراد مختلف و حتی در یک فرد در زمان های مختلف، متفاوت است. حملات می توانند ماهی یک تا دو بار و در بعضی افراد ممکن است پشت سر هم، هفته ای یک یا دو بار اتفاق بیفتد. به طور کلی بعد از ۵۵ سالگی از شدت و تعداد حملات به طور بسیار زیاد کاسته می شود. تشخیص میگرن بر اساس شرح حال و معاینه فیزیکی بیمار صورت می گیرد و هیچ آزمایش خاصی برای تشخیص این بیماری وجود ندارد. ام آر آی و سی تی اسکن تنها برای اینکه اطمینان حاصل شود که هیچ علت وخیمی باعث ایجاد سردردها نشده، به بیمار توصیه می شود. بنابر این تشخیص میگرن کمی مشکل است. نمی توان تمام حملات میگرن را پیشگیری کرد ولی می توان با شناخت عوامل تحریک کننده و پرهیز از آنها، از تعداد حملات و شدت آنها کاست.

شایع ترین عوامل تحریک کننده میگرن

کافئین (هم مصرف زیاد آن و هم قطع آن بعد از مدت طولانی مصرف)، غذاها و نوشیدنی هایی که حاوی اسید آمینه تیرامین هستند مانند پنیر (خصوصاً پنیر مانده)، غذاهای کنسرو شده، مشروبات الکلی، قهوه، شکلات، میوه های ترش، فلفل، سوسیس و کالباس، فشار عصبی و استرس و گاهی هم رهایی از استرس (گاهی حملات بعد از پایان یافتن استرس بروز می کنند مانند پایان گرفتن امتحانات یا بعد از یک قرار ملاقات مهم)، سفر یا تغییر آب و هوا، کمبود خواب و تغییر الگوی خواب، هورمون ها (مصرف قرص های جلوگیری از بارداری یا در هنگام قاعدگی یا زمان بارداری)، مصرف بیش از حد مسکن ها و درمان های ضد درد. تمرینات سخت ورزشی به خصوص اگر بدن به اندازه کافی ورزیده نباشد. نخوردن غذاهای کافی و رژیم های سخت غذایی، مشکلات دندان ها (به خصوص دندان های عقل) و مفاصل فک، صدای بلند، نورهای شدید و درخشان و بوهای تند (مانند بوی سیگار و بوی عطر) همانطور که گفته شدند حتی اگر از تمام عوامل تحریک کننده میگرن اجتناب شود، باز هم گاهی حملات بروز می کنند. عده ای از افراد برای کاهش حملات از روش هایی مثل یوگا، طب سوزنی، ماساژ، ورزش منظم و حجامت استفاده می کنند. سردرد میگرنی در بعضی خانواده ها شایع تر است. معمولاً مادرانی که دچار میگرن هستند، دختران شان نیز به این بیماری گرفتار می شوند.

درمان ها

خمیازه کشیدن، احساس خستگی، انجام کارها با بی دقتی، زودرنجی، احساس تشنگی، گرفتگی عضلات گردن و حساسیت زیاد به نور و صدا از شایع ترین علائم شروع میگرن هستند. با شناسایی این نشانه ها می توان از بروز حملات جلوگیری کرد. همراه داشتن چند قرص استامینوفن یا آسپرین و مصرف هرچه سریع تر آنها، زمانی که احساس می کنید حملات شروع خواهد شد، می تواند مانع از شروع یک حمله شود. هنگامی که حملات آغاز می شوند، فعالیت معده کاهش پیدا کرده و این داروها به خوبی جذب نمی شوند. پس اهمیت زیادی دارد که قرص ها هرچه زودتر قبل از شروع سردردها خورده شوند. علاوه بر این داروها، داروهای اختصاصی تری برای درمان میگرن وجود دارد مثل سوماتریپتان از گروه تریپتان ها و ارگوتامین زیر زبانی یا آمپول دی هیدرو ارگوتامین یا قرص های ارگوتامین سی از گروه داروهای ارگوتامینی. بیمارانی که همراه با سردرد دچار حالت تهوع یا استفراغ می شوند استفاده از قرص یا شیاف های ضد تهوع در آنها اجباری خواهد شد. اگر هنگام ابتلا به سردرد میگرنی علائم خطرناکی که در زیر به آنها می پردازیم، مشاهده شود مشورت با پزشک ضروری خواهد بود:

- سردردهای میگرنی در کسی که سابقه خانوادگی اختلالات عروقی و گشاد شدن عروق مغزی دارد.



- سردردهایی که پس از صدمه به سر شروع شده.
- سردردهایی که با ورزش، سرفه، عطسه و آمیزش جنسی بیشتر شود
- سردردهایی که ناگهانی شروع شده و در عرض مدت کمی به اوج می رسد و به سردردهای صاعقه ای معروف است
- شروع سردردها پس از ۴۰ سالگی
- سردردهایی که در طول زمان به شدت آن افزوده شود
- یا سرددی که از لحاظ شدت فرد را از پا درآورده و در فعالیت های روزمره فرد اختلال ایجاد کند.



آلزایمر

آلزایمر در واقع یک بیماری گسترده است که در اصطلاح عام به آن فراموشی و زوال عقل می گویند؛ بیماری ابتدا با فراموشی ساده شروع می شود، مثل از دست دادن حافظه کوتاه مدت، فراموش کردن اسم ها و آدرس ها اما کم کم کار به جایی می رسد که فرد حتی راه بازگشت به خانه خود را نیز گم می کند.

مکانیسم بیماری

میلیون ها سلول عصبی در مغز وجود دارند که هر دسته از آنها با هم بخشی را تشکیل می دهند که کار هر بخش متفاوت است، مانند قوه بینایی، قوه شنوایی، لامسه و... سلول های عصبی مانند یک مدار الکتریکی با یکدیگر برای انتقال داده ها و بررسی آنها در ارتباطند. بین سلول ها فضای خالی کوچکی وجود دارد که از ماده شیمیایی به نام سروتونین پر شده، این ماده جریان الکتریکی بین سلولی را سریع تر می کند. با بالا رفتن سن و پیر شدن سلول ها، ترشح این ماده کاهش پیدا می کند و باعث اختلال در انتقال و بررسی داده های مغزی می شود. این اختلال بیشتر در بخش یادآوری خاطرات و حافظه خود را نشان می دهد. بیماری آلزایمر درمانی ندارد، اما می توان از پیشروی آن جلوگیری کرد. با داشتن یک زندگی فعال و اجتماعی، گوش دادن اخبار و یاد گرفتن یک چیز جدید، مانند یک زبان جدید، می توان مغز را فعال نگه داشت. وقوع این بیماری در ۹۵ درصد موارد بعد از ۶۰ سالگی رخ می دهد.

علائم

تحقیقات نشان می دهد خیلی از علائم می تواند قبل از بروز بیماری ظاهر شود مانند از دست رفتن حس بویایی به دلیل آسیب عصب ناحیه بویایی مغز قبل از آسیب حافظه، اختلال فضای بینایی به دلیل اشکال در اطلاعات بینایی به علت نرسیدن خون کافی و آسیب عصبی در ناحیه بینایی مغز. تقریباً ۴۹ تا ۵۲ درصد بیماران قبل از بروز آلزایمر به کاهش شنوایی دچار می شوند. البته وجود این علائم تنها راهنمایی است برای در نظر گرفتن احتمالات زوال عقلی، خصوصاً در سنین بالا تا با مراقبت دقیق از پیشرفت و عوارض جدی آن جلوگیری شود.

آلزایمر با از دست دادن قدرت تکلم، قدرت تشخیص زمان، افسردگی، گوشه گیری و در انتها با مرگ بر اثر مشکلات تنفسی به پایان می رسد. مرگ بعد از ۵ تا ۱۰ سال از شروع علائم اتفاق می افتد، اما بیماری حدود ۲۰ سال قبل از ظهور علائم آغاز شده است. آلزایمر دو تا پنج درصد اشخاص مسن را در بر می گیرد. دانشمندان اخیراً به پروتئینی به نام بتا آمیلوئید دست یافته اند که باعث تخریب سلول های مغزی در بیماری آلزایمر شده و به این ترتیب امیدواری برای درمان آن افزایش یافته است. فرد در این بیماری ابتدا دچار فراموشی ساده می شود، گاهی حتی گم شدن در خانه خود نیز امکان دارد. به تدریج جهت یابی خود را به شدت از دست می دهد و حتی اعضای خانواده خود را نیز نمی شناسد، دچار هیجان های کودکانه شده و از عهده نظافت و لباس پوشیدن خود برنمی آید.

پیشگیری

متأسفانه درمانی برای این بیماری وجود ندارد اما می توان با توجه به نکاتی پیشرفت و شدت آن را کاهش داد. اگر در خانواده یکی از اعضا با چنین مشکلی روبرو باشد هرگز نباید با او با خشونت رفتار کرد بلکه باید محیط خانه را طوری تغییر داد که فرد دچار آسیب بدنی نشود و احساس آرامش کند. برای بیمارانی که مشکل حافظه دارند یادآوری مکرر می تواند مفید واقع شود و گاهی یک گفت و گوی مختصر و دوستانه بیمار مضطرب و آشفته را آرام می کند. پیاده روی و قدم زدن با بیمار می تواند ذهن



فرد را منحرف کند. فعالیت های فکری از مهم ترین راه های پیشگیری از بیماری آلزایمر است. به گفته پزشکان، مغز نیز مانند دیگر اعضای بدن به ورزش و فعالیت نیاز دارد و این تقویت حافظه با خواندن کتاب، فکر کردن و حتی معاشرت با دیگران، مسافرت، آموختن زبانی جدید، حفظ شعر و آموختن موسیقی و... می تواند موثر واقع شود. داشتن یک زندگی ساکت و بدون فعالیت جسمی و فکری باعث کم کاری و ناسالم ماندن مغز می شود و در افرادی که ریسک مبتلا شدن به آلزایمر در آنها بالاتر است، بروز بیماری را سرعت می بخشد.

رژیم غذایی

مصرف غذاهایی مانند ماهی قزل آلا و ماهی ساردین به دلیل وجود امگا ۳ و اسیدچرب ریسک ابتلا به آلزایمر را کاهش می دهد. به توصیه کلیوبالارد مدیر تحقیقاتی انجمن آلزایمر انگلیس مصرف غذاهای فوق به همراه استفاده از رژیم غذایی مدیترانه ای که از آن به عنوان تغذیه ای سالم یاد می شود و سرشار از میوه، سبزیجات، غلات، مقداری ماهی، مقدار کمی لبنیات و گوشت است می تواند میزان خطر ابتلا به آلزایمر را تا ۴۰ درصد کاهش دهد. همچنین داشتن کنترل مرتب فشار خون و کلسترول خون، ورزش و جلوگیری از بالا رفتن وزن، همگی در کاهش خطر زوال عقل در سنین بالا موثرند. میزان سلامت فیزیکی و روابط بین فردی بیماران آلزایمری، با میزان مصرف هورمون جنسی تستسترون به طور چشمگیری تغییر می کند. با توجه به اینکه فرآیند سالخوردگی با کاهش این هورمون همراه است فقدان این هورمون می تواند در مهم ترین دلایل بروز مشکلات دوران سالمندی باشد که آلزایمر نیز جزء آنهاست.

مراقبت از بیمار

مراقبت از بیمار به موقعیت و شدت بیماری او بستگی دارد. در بعضی موارد تنها نظارت بر رفتارها و کنترل شرایط محیط برای مراقبت از او کافی است اما در مراحل نهایی و پیشرفته که بیمار کنترل امور از دستش خارج می شود، مراقبت های دقیق و اصولی لازم است. فراموشی اغلب باعث بروز مشکلات جدی می شود، فراموشی هنگام آشپزی ممکن است منجر به آتش سوزی و سوختگی شود. فراموشی در پیدا کردن آدرس، گم شدن فرد را در پی دارد، مراقبت از این بیمار گاهی با مشکلات فراوانی همراه است. در مجامع پیشرفته حمایت های مالی و اجتماعی برای مراقبت وجود دارند که نیازهای اقتصادی و اجتماعی فرد، به خصوص بیمارانی که نان آور خانه باشند را برطرف می کنند، ضمن اینکه آگاهی و آموزش لازم را جهت مراقبت و نوع رفتار با فرد بیمار در اختیار اعضای خانواده وی قرار می دهند.



اسکلروز متعدد (ام.اس)

بیماری ام اس یک بیماری خود ایمنی است که در آن تخریب غلاف چربی اعصاب باعث اختلال کارکرد آنها و بروز علائم گوناگون می شود. بیماران مبتلا به اسکلروز متعدد یا (MS) ممکن است دچار انواع گوناگونی از ناتوانی ها شوند، در حالیکه بیماری پایانه های عصبی در مغز، نخاع و حتی چشم ها را هدف قرار می دهد، علائم متفاوتی بروز می کند. پزشکان اطمینان ندارند که علت دقیق ام اس چیست یا چه عواملی یک فرد را بیشتر از دیگری در معرض این بیماری قرار می دهد. اما علائم ام اس فراوان و متفاوت است و به این بستگی دارد که کدام قسمت دستگاه عصبی مورد حمله بیماری قرار گیرد. یک بیمار ام اس ممکن است در راه رفتن کمی دچار اشکال شود، در حالیکه دیگری ممکن است کاملاً به صندلی چرخدار وابسته شود. یک بیمار ممکن است دچار ضعف شدید بدنی شود، در حالیکه دیگری ممکن است دچار محو شدن بینایی یا دوبینی شود. و بیمار دیگر ممکن است اشکال در سخن گفتن، سفتی عضلات، لرزش و اختلال در کنترل مثانه پیدا کند. بسیاری از این علائم شکایات فرد هستند که دیگران نمی توانند ببینند، از درد و ضعف شدید گرفته تا اشکالات حافظه.

رشته های عصبی در دستگاه عصبی مرکزی با بافت چربی به نام میلین احاطه و حفاظت می شوند، که به هدایت تکانه های الکتریکی پیام رسان کمک می کند. در مبتلایان به ام اس میلین در نواحی متعددی تخریب می شود، و بافت جوشگاهی که به جای ماندن را اسکلروز می نامند. گاهی خود رشته عصبی نیز آسیب می بیند. هنگامی میلین یا رشته عصبی آسیب می بیند یا تخریب می شود، توانایی اعصاب در هدایت تکانه های الکتریکی از اندام به سوی مغز و بالعکس مختل می شود و به این ترتیب است که علائم ام اس بروز می کند. اغلب افراد مبتلا به ام اس در بین سنین ۲۰ تا ۵۰ تشخیص داده می شوند، و این بیماری زنان را دو برابر بیش از مردان گرفتار می کند. تعداد مبتلایان به ام اس در سراسر جهان حدود ۲،۵ میلیون نفر تخمین زده می شود. علت دقیق ام اس نامعلوم است، اما دانشمندان تصور می کنند ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی در آن دخیل می باشد.

استعدادی ژنتیکی برای این بیماری در فرد وجود دارد و بعد عاملی محیطی به آن اضافه می شود. مثلاً فرد در معرض ماده خاصی قرار می گیرد، که دستگاه ایمنی را تحریک می کند، اما دستگاه ایمنی به اشتباه به جای مهاجم خارجی به خود اجزای بدن حمله می کند. اخیراً کشف ژن دومی که با ام اس ارتباط دارد (که پیشرفتی عمده شمرده شد) این امید را برای پژوهشگران ایجاد کرده است که به درمان هایی مفید و نهایتاً راه علاجی برای این بیماری دست یابند. دانشمندان سال گذشته، در کشفی که مهم ترین پیشرفت ژنتیکی در پژوهش ها در مورد ام اس در سه دهه گذشته خوانده شد، اعلام کردند که ژنی را یافته اند که خطر ابتلا به این بیماری را تا ۳۰ درصد افزایش می دهد. کارشناسان می گویند که با کشف ژن هایی این چنین، نقاط نشانه گیری عالی هستند که پژوهشگران با هدف قرار دادن آنها می توانند به درمان ها یا علاج هایی برای ام اس دست یابند. با کشف این ژن جدید دانشمندان می دانند که بخش دیگری از دستگاه ایمنی نیز در این بیماری دخیل است و قضایا پیچیده تر از آن است که می پنداشتند. اما کشف این ژن تنها پیشرفتی نبوده است که در مورد ام اس به دست آمده است. در یک پژوهش تازه دیگر دانشمندان توانسته اند به طور موفقیت آمیزی از سلول های بنیادی برای کمک به جایگزینی میلین از بین رفته در مغز موش ها استفاده کنند. بنابراین این احتمال مطرح شده است که زمانی بتوان از سلول های بنیادی برای درمان ام اس در انسان ها استفاده کرد. همچنین پژوهشگران ثابت کردند که یک واکسن تجربی حاوی DNA برای مقابله با ام اس بی خطر و به احتمال زیاد موثر است. این واکسن با مهار کردن حمله دستگاه ایمنی به غلاف میلین محافظ رشته های عصبی عمل می کند.

تشخیص بهتر و سریع تر بیماری به یمن پیشرفت ها در تکنولوژی تصویربرداری در سال های اخیر میسر شده است. امروزه با استفاده از MRI می توان پلاک های بیماری که محل جوشگاه حاصل از تخریب میلین هستند، را در دستگاه عصبی مرکزی شناسایی کرد. پیشرفته ها در زمینه ساخت داروهایی که فروانی و شدت علائم بیماری را کاهش می دهند و از تجمع ضایعات در مغز و نخاع جلوگیری می کنند. برنامه های شدیدتر توانبخشی که به طور خاص برای بیماران مبتلا به ام اس طراحی شده است.



مسمومیتها

مقدمه

شیوه جدید زندگی ماشینی و دسترسی آسان ما به انواع مواد شیمیایی، داروها، سموم و ... بدون داشتن اطلاعات کافی از نحوه نگهداری، مصرف، عوارض، خطرات و هشدارهای مربوطه، شیوع مسمومیت های اتفاقی و تعمدی را در جامعه به میزان زیادی افزایش داده است. وقوع مسمومیت های حرفه ای حاد و مزمن در کارگران شاغل در کارخانجات صنایع شیمیایی و نظامی و از سوی دیگر استفاده از وسایل گازسوز و مواد شیمیایی و شوینده در منازل و فقدان آگاهی های کافی در اغلب خانواده ها، خطرات جدی را متوجه آنان خصوصاً کودکان می نماید. همچنین جوان بودن جمعیت کشور و سایر مسایل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مرتبط با آن و شیوع سوء مصرف مواد مخدر، تعداد مسمومیت های عمدی از جمله خودکشی را نیز افزایش داده است؛ به طوری که بسیاری از افراد بدون توجه به باورهای مذهبی و سایر عواقب اجتماعی و خانوادگی اقدام به خودکشی می نمایند. اگر چه بسیاری از این مسمومیت ها توسط کادر پزشکی کنترل شده و به مرگ منتهی نمی شود ولیکن خسارات جبران ناپذیری را به پیکره اقتصاد، سلامت و بهداشت جسمی و روانی جامعه و خانواده وارد خواهد نمود.

مسمومیت های شغلی

آیا می دانید مواد زیادی در محیط کار مضر و مسمومیت زا میباشند؟ فلزات و عناصری که در محل کار ما هستند مثل سرب، کادمیوم، کلر و ... میتوانند مسمومیت های حاد و مزمن ایجاد کنند.

مسمومیت ناشی از سرب : سرب پرمصرف ترین فلزات در صنایع مختلف است. سرب به عنوان یک سم بالقوه است و وقتی به مقدار کم وارد بدن شود مشکلی ایجاد نمیکند، اما در مقادیر بالا پیامدهای ناگواری دارد. سرب از طریق آب، غذا و هوای آلوده، رنگ های دیوار منازل که در ساختمان آنها سرب وجود دارد، در صنایعی مانند باتری سازی، صنایع چوب، رنگسازی، سرامیک و لاستیک سازی، صنایع حشره کشها، سوخت اتمی و ... وارد بدن انسان میشود. کم خونی، پوکی استخوان، اختلال در تمرکز، کاهش بهره هوشی، اختلال در یادگیری و حافظه از عوارض دیررس ناشی از مسمومیت سرب است.

نکته: در کودکان به دلیل اینکه سد خونی - مغزی تکامل پیدا نکرده است، مقادیر بیشتری سرب وارد دستگاه عصبی مرکزی آنها میگردد و عوارض عصبی بیشتری به بدن آنها وارد میکند و مسمومیت مغزی ناشی از سرب در آنها شایع تر است. **مسمومیت شدید ناشی از سرب چیست؟** احساس طعم فلزی در دهان، کرامپ های شدید شکم و سفتی آن.

چگونه میتوان از بروز مسمومیت با سرب جلوگیری کرد؟ استفاده از ماسک در مکان هایی که احتمال وجود سرب هست، مثل مراکز شهرها، پمپ بنزین و... تعویض لباس های کلیه مشاغل درگیر با سرب قبل از مراجعه به منزل و دوش گرفتن قبل از ترک محیط کارشستن دست های کودکان قبل از غذاخوردن قطع منابع آلودگی در محیط کار و زندگی مصرف کمتر از غذاهای آماده و کنسرو شده مشخص کردن سطح سرمی سرب در زنان بارداری که در مناطق آلوده زندگی میکنند

آیا منواکسیدکربن مسمومیت شدید بوجود میآورد؟ چون منواکسید کربن گاز بی رنگ، بی بو و بی مزه است، مسمومیت از آن به راحتی اتفاق میافتد. مشاغلی مثل مکانیک ها در گاراژ، جوشکاران اتیلن و معدن چیان در معرض خطر مواجهه با این گاز هستند و در صورت استنشاق دچار سردرد، گیجی، خوابآلودگی و در غلظت های بالاتر دچار تهوع، استفراغ، غش، کما و مرگ میشوند.

چه افرادی در معرض خطر بیشتری قرار دارند؟

۱- جوشکارها

۲- مکانیک ها



۳- آتش نشانها

۴- افرادی که با مواد آلی شیمیایی کار میکنند

۵- افراد شاغل در صنعت سفیدکننده های فلزی

۶- افراد شاغل در ترمینال های اتوبوس

۷- افسران پلیس

۸- رانندگان تاکسی

۹- تمام کارگرانی که در محیط های بسته از چراغ های نفتی جهت گرم کردن محیط کار استفاده میکنند.

۱۰- تمام خانواده هایی که برای گرم کردن منزل از بخاری های بدون دودکش غیراستاندارد و چراغ های نفتی استفاده میکنند.

چنانچه مشکوک به مسمومیت مونواکسید کربن هستیم چه کنیم؟ با انجام اقدامات زیر می توانیم جان مصدومین را نجات دهیم:

- مصدوم را سریعاً به هوای آزاد انتقال دهیم .
- سریعاً به اورژانس تلفن بزنیم و کمک بخواهیم .
- برای بیمار بیهوش سریعاً باید استفاده از اکسیژن % ۱۰۰ را شروع کرد .
- اگر بیمار دچار قطع تنفس شده سریعاً باید عملیات احیاء قلبی عروقی شروع شود .

همیشه باید این نکته را مدنظر داشته باشیم که کمک کننده ها خود نباید در معرض گاز مونواکسید بصورت طولانی مدت باقی بمانند زیرا خودشان مصدوم خواهند شد و دیگر نمیتوانند کمک کنند.

چه کنیم تا احتمال مسمومیت با مونواکسید کربن را به حداقل برسانیم؟

۱- در محیط کار هرگونه وضعیتی که می تواند منجر به مسمومیت با مونواکسید کربن شود را به کارفرما اطلاع دهید.

۲- همیشه نسبت به وضعیت تهویه محیط کار و منزل هشیار باشید مخصوصاً اگر از وسیله گرمای احتراقی استفاده میکنید.

۳- چنانچه حالت تهوع، سرگیجه و خواب آلودگی داشتید سریعاً بقیه را در جریان بگذارید و اگر مشکوک به مسمومیت با مونواکسید کربن هستید سریعاً محیط را ترک کنید.

۴- چنانچه به دکتر مراجعه کردید حتماً به پزشک اطلاع دهید که احتمالاً در محیط آلوده به مونواکسید کربن بودهاید.

۵- هرگز در محیط های در بسته از وسایل احتراقی غیراستاندارد استفاده نکنید.

چه زمانی نیاز به پزشک داریم؟ هرشخصی که در تماس با گاز CO بوده و دارای علائم ملایم تا متوسط است باید فوراً

توسط پزشک معاینه شود. -نوزادان و پیرها چنانچه با این گاز در تماس باشند حتی در صورت نداشتن علامت حتماً باید توسط پزشک معاینه شوند. حتماً باید - افرادی که دارای ناراحتیهای قلبی عروقی هستند در صورت مواجهه با گاز CO توسط پزشک معاینه شوند. همچنین زنان حامله باید فوراً معاینه گردند زیرا ممکن است جنین آسیب دیده باشد در حالی که علائمی در مادر مشاهده نگردد.

مسمومیت با کلر : گاز کلر به عنوان ضد عفونی کننده در تصفیه آب، سفیدکننده در استخر شنا، پلاستیک سازی کاربرد دارد. کلر با آب مخاط دستگاه تنفس واکنش داده و تولید اسیدکلریدریک می کند که سبب آسیب سلول های مجاری تنفسی و تحریک راه های هوایی، تحریک چشم و اشک ریزش میشود. علائم مسمومیت به شکل درد، سوزش در پشت جناق سینه، سفتی قفسه سینه، تنگی نفس، سرفه و ادم ریوی میشود.

پیشگیری از بروز مسمومیت های حرفهای -صنعتی و آلاینده های محیط زیست



۱- رعایت اصول ایمنی در محیط کار در پیشگیری از بروز مسمومیتها مؤثر باشد. ۲- در کارخانجات تولیدی مواد شیمیایی اصول ایمنی ارائه شده توسط مسئولین فنی باید کاملاً رعایت شود. ۳- استفاده از وسایل ایمنی مانند ماسک، دستکش و کفش ایمنی یکی از ساده ترین و در عین حال مهم ترین راه های پیشگیری از بروز مسمومیت صنعتی میباشد. ۴- در صنایع شیمیایی در صورت بروز هر حادثه ای، مسئولین را آگاه سازید. ۵- در هنگام کار با مواد شیمیایی، از خوردن آشامیدن و استعمال دخانیات پرهیز کنید. ۶- رعایت بهداشت فردی و استحمام پس از کار با مواد شیمیایی، از انتقال آلودگی به محیط خانه جلوگیری میکند. ۷- آیا میدانید راه تنفسی و پوستی مهم ترین راه های ورود سموم به بدن در محیط های صنعتی میباشد؟ ۸- آلودگی روزافزون هوا، آب و خاک با آلاینده های شیمیایی و به دست انسان، امروزه به معضلی جبران ناپذیر مبدل شده است. ۹- کارخانجات و صنایع شیمیایی، اتومبیلها و سوخت های فسیلی مانند نفت و گاز سبب آلودگی هوا و مسمومیت انسان میشوند. ۱۰- استفاده بی رویه و غیراصولی سموم شیمیایی در کشاورزی میتواند سبب آلودگی آب و خاک گردد. ۱۱- ورود سموم و پسمانده ای صنایع به آبهای جاری مانند رودخانه ها سبب مسمومیت آبزیان و انسان میشود. ۱۲- تعویض روغن اتومبیل و رها ساختن روغن مستعمل بر روی خاک سبب آلودگی برگشت ناپذیر محیط زیست میشود. ۱۳- وجود باقیمانده سموم دفع آفات در فرآورده های کشاورزی میتواند سبب بروز انواع سرطان در انسان گردد. ۱۴- آیا میدانید سر ریز شدن بنزین از مخزن سوخت اتومبیل در هنگام سوخت گیری و بخار شدن آن میتواند سبب آلودگی هوا شود؟ ۱۵- وجود ذرات معلق ناشی از آلودگی هوا، علاوه بر کاهش میدان دید میتواند منجر به بروز بیماری های مزمن و حاد تنفسی مانند آسم، برونشیت و سرطان ریه شود. ۱۶- کارگران شاغل در برخی از صنایع مانند صنایع باتری سازی، رنگسازی، پلاستیک سازی، صنعت چاپ و پالایش نفت و معادن، در معرض خطر مسمومیت با فلزات سنگین مانند سرب، آرسنیک و کادمیوم میباشد. ۱۷- احتراق ناقص سوخت های فسیلی مانند نفت، گازوئیل، بنزین و گاز طبیعی میتواند سبب تولید گاز سمی منوکسید کربن شود. ۱۸- آیا میدانید استنشاق ذرات حاصل از پنبه نسوز (آزبست) سبب بروز سرطان ریه میشود. ۱۹- استفاده از متانول نه تنها سبب ضدعفونی شدن پوست نمیکردد بلکه جذب پوستی آن میتواند خصوصاً در کودکان خطرناک باشد. ۲۰- مسمومیت ناشی از گاز سولفید هیدروژن میتواند در کارگرانی که در عمق زمین مانند چاه و قنات مشغول به کار هستند ایجاد خفگی و مرگ نماید. ۲۱- عدم استفاده از وسایل حفاظتی مانند ماسک، لباس نفوذ ناپذیر و دستکش در کشاورزان در هنگام سمپاشی مزارع و باغات، میتواند سبب بروز مسمومیت گردد.

سوء مصرف داروها و مواد و مسمومیت با آنها

امروزه سوء مصرف داروها در دنیا به صورت معضل پیچیده ای در آمده است و گرچه هر روز راهکارهای جدیدی برای اجتناب از آن اتخاذ میگردد، متأسفانه فراورده های مضرتری به وجود می آیند که خوشایند مصرف کنندگان میگرددند استفاده نابجا از داروها به دو صورت است.

۱- سوء مصرف داروها در ورزش که با اهداف مختلفی اعم از بالا بردن کارایی، کسب مقام قهرمانی، برآورده کردن نیازهای مادی و ... میباشد. همان طور که میدانیم ورزش و فعالیت فیزیکی از نشانه های مهم سلامتی است، اما در این صورت فقط رسیدن به اهداف بالا مد نظر فرد است. هم اکنون بیشتر از داروهای محرک به عنوان دوپینگ استفاده میکنند که دارای عوارض مزمن و حاد مانند خونریزی های مغزی، بیقراری، لرزش اندامها، برافروختگی است و در صورت مسمومیت شدید با این گروه از داروها، سکنه مغزی ناشی از خونریزی مغزی و بی نظمی های قلبی و متعاقب آن مرگ میتواند اتفاق بیفتد. هم‌اکنون اکثر کشورهای دنیا نظارت شدیدی روی این گروه از داروها دارند. مرگ های بسیاری ناشی از سوء استفاده از این داروها در بین ورزشکاران اتفاق افتاده است. اما در ایران استفاده از استروئیدهای آنابولیزان بسیار شایع است. چون عوارض اینگونه داروها در درازمدت به وجود می‌آید، افراد متوجه نمی شوند و متأسفانه مسمومیت ناشی از آنها را زمانی دریافت خواهند کرد که کاری نمیتوان کرد، عوارضی مانند سرطان کبد، عوارض قلبی عروقی، بالا رفتن کلسترول، بالا رفتن فشارخون، اختلالات جنسی در زنان و مردان ... و بسیاری از عوارض حاد و مزمن دیگر، برای جلوگیری از این خطر بالقوه که تمامی ورزشکاران اعم



از پیر و جوان را تهدید میکند، باید راهکارهای اساسی مانند مدیریت سلامت در باشگاه ها و همچنین بالا بردن آگاهی مردم از مسمومیت ناشی از مصرف دارو به منظور بالا بردن کارایی، انجام داد.

۲- سوء مصرف داروهای روان گردان و مخدر به منظور ایجاد شادی لحظه ای، آرامش کوتاه مدت و..

استفاده از داروهای روانگردان و مخدر از دغدغه های بزرگ جامعه جهانی است و افراد سودجو به منظور کسب درآمد انواع آن را به صورت قاچاق وارد بازار کرده اند، بعضی از آنها غیرقانونی است مثل اکستازی که از گروه آمفتامین ها است. ابتدا از کشور آمریکا وارد انگلیس شده است و هم اکنون مانند طاعون در جهان همه گیر شده است و در دنیای پزشکی هیچ جایگاهی ندارد. مسمومیت مزمن ناشی از این دارو بسیار مهلک و وحشتناک است. عوارضی مانند از دست داده حافظه (به علت عملکرد خاصی که دارد و برگشت ناپذیر است)، کاهش آب بدن مخصوصاً اگر با الکل مصرف شود که منجر به مرگ میگردد. مرگهای ناشی از آن با علائم قفل شدن دندانها، تاری دید، آسیب مغزی، افسردگی، توهم، لرز و آسیب کبدی، خونریزی داخل جمجمه ناشی از بالا رفتن فشار خون همراه است.

مسمومیت در کودکان میتواند بسیار خطرناک باشد.

کودکان ۱ تا ۳ ساله، پرخطرترین گروه سنی از نظر بروز مسمومیت هستند. کودکان خردسال ممکن است هرچیزی را به دهان ببرند. این عمل بخشی از آموزش و درک این گروه سنی از محیط اطرافشان است. بسیاری از محصولات خانگی میتوانند در صورت بلعیده شدن و تماس با پوست و چشم و یا در صورت تنفس، سمی باشند.

داروها: ویتامینها و ماد معدنی، داروهای سرماخوردگی، داروهای ضد حساسیت و آسم، بروفن، استامینوفن و داروهای بدون نسخه.

محصولات خانگی: نفتالین، مواد جلا دهنده، لوله بازکن، علف کش، سموم حشره کش و جونده کش (مرگ موش)، جوهر نمک، تینر، مواد شوینده، مواد سفیدکننده و لک بر، ضد یخ، محلول شیشه پاک کن، بنزین، نفت و چسبها.

پیشگیری از بروز مسمومیت ها در اطفال

- ۱- کودکان زیر ۵ سال، پرخطرترین گروه سنی از نظر بروز مسمومیت هستند.
- ۲- کودکان خردسال ممکن است هرچیزی را به دهان ببرند. این عمل بخشی از آموزش و درک این گروه سنی از محیط اطرافشان است و این عمل زمینه ساز بروز مسمومیت است.
- ۳- در هنگام بیماری کودکان مراقبت باشید تا دوز تکراری دارو به وی ندهید.
- ۴- کیف دستی، ساک خرید و کیسه های نایلونی را دور از دسترس کودکان قرار دهید. ممکن است داخل آنها وسایلی باشد که توسط کودک بلعیده شود و یا کودک ضمن بازی آنها را روی سر خود کشیده و سبب خفگی وی شود.
- ۵- گل ها و گیاهان آپارتمانی را دور از دسترس کودکان قرار دهید و هنگام بازی کودکان در فضای باز مراقب آنها باشید تا توسط گل ها و گیاهان سمی، مسموم نشوند.
- ۶- نام گیاهان خانگی را به خاطر بسپارید و آن را روی برچسبی کنار آنها بنویسید. بسیاری از گیاهان و گل های آپارتمانی مانند خرزهره و دیفن باخیا، سمی هستند و تماس پوست با آنها و یا به دهان بردن آنها منجر به مسمومیت میشود.
- ۷- مواد شیمیایی، شوینده و سفیدکننده را در منزل در کمد های دارای قفل و دور از دید و دسترس کودکان قرار دهید.
- ۸- درب کمد هایی که در آن مواد شیمیایی خطرناک را نگه میدارید با قفل یا طناب محکم نمایید.
- ۹- داروهای مصرفی افراد خانواده را دور از دسترس کودکان نگهدارید.
- ۱۰- از قرار دادن دارو در کیف دستی پرهیز کنید تا مانع خورده شدن دارو توسط کودکان شود.
- ۱۱- در هنگام بروز مسائل و مشکلات خانوادگی، بیشتر مراقبت کودکان باشید. در این شرایط کودکان در برابر حوادث و مسمومیت اتفاقی آسیب پذیرترند.



- ۱۲- همیشه پس از استفاده از مواد شیمیایی سریعاً درب آن را ببندید، ولی بدانید هیچ ظرف در بسته‌های از دسترسی کودکان در امان نیست.
- ۱۳- هیچگاه الکل و ضد یخ را در دسترس کودکان قرار ندهید.
- ۱۴- در صورتی که کودک شما ماده‌های غیرخوراکی را بلعید، با مرکز اورژانس و یا مرکز کنترل مسمومیت ها با شماره تلفن ۸۶۴۶، تماس بگیرید.
- ۱۵- شماره تلفنهای زیر را در دسترس و یا در کنار تلفن نصب نمایید: شماره تلفن پزشک، کودک، شماره تلفن مرکز کنترل مسمومیت ۹۶۴۶، شماره تلفن اورژانس ۱۱۵:
- ۱۶- محصولات شیمیایی و شوینده، نفت و بنزین را همیشه در ظرف اصلی آن نگهداری کنید. هیچگاه این فرآورده ها را در ظرف مواد خوراکی (مانند بطری نوشابه) نگهداری نکنید. این عمل سبب خورده شدن اتفاقی این مواد توسط کودکان میشود.
- ۱۷- به کودکان بیاموزید هیچ چیزی ننوشند و یا نخورند مگر اینکه با اجازه بزرگسالان باشد.
- ۱۸- داروهای خود را در مقابل چشم کودکان نخورید، چرا که کودکان از رفتار بزرگسالان تقلید میکنند و ممکن است دور از چشم والدین داروها را به دهان ببرند.
- ۱۹- زمانی که شما در منزل نیستید و کودک را به فرد دیگری می سپارید، کودکان در معرض بیشترین خطر مسمومیت قرار میگیرند.
- ۲۰- اگر به کودک خود دارو بدهید به او تفهیم کنید که این دارو است و از کلماتی مثل آبنبات، شکلات و یا خوراکی استفاده نکنید.
- ۲۱- در هنگام استفاده از محصولات شیمیایی و پاک کننده چنانچه مجبور شدید به زنگ درب ورودی و یا تلفن جواب دهید، هرگز از کودک خود چشم بر ندارید.
- ۲۲- عمده ترین موارد مسمومیت در کودکان در اثر خوردن داروها، مواد شیمیایی و محصولات خانگی مانند، مواد آرایشی بهداشتی، فرآورده های شوینده، سفیدکننده و لوله بازکن، لاک پاک کن (استون) و گیاهان آپارتمانی سمی بوده است.
- ۲۳- مسمومیت اتفاقی در اثر بلع نفت در کودکان بسیار خطرناک میباشد. در صورت بلع نفت توسط کودک هرچه سریعتر او را به نزدیک ترین مرکز درمانی منتقل نمایید.
- ۲۴- بلع باطری ساعت در کودک میتواند با عوارض جدی همراه باشد. در این موارد کودک را در اسرع وقت به یک مرکز درمانی منتقل کنید.

آیا میدانید سموم خانگی چیست؟

بسیاری از مواد شیمیایی که امروزه در خانه ها مصرف میشوند اعم از شوینده ها، پاک کننده ها، سفیدکننده ها و ... موادی هستند که میتوانند تهدیدی برای سلامت اعضای خانواده علی الخصوص فرزندان ما باشند. نه تنها با بلع این مواد ایجاد مسمومیت حاد میشود، بلکه استنشاق بخارات حاصله از آن میتواند مسمومیت مزمن ایجاد کند. در اغلب خانه های امروزی مواد شیمیایی یافت میشوند که بیشتر از مواد شیمیایی موجود در یک آزمایشگاه شیمی معمولی است، سری به آشپزخانه و حمام خود بزنید و زیر سینکها را نگاه کنید، جایی که مواد پاک کننده و محصولات بهداشتی شخصی را نگه میدارید، چه پیدا میکنید؟ شیشه پاک کننده، سفیدکننده، مایع ظرفشویی، شامپو، خمیردندان و ... آیا برچسب خمیر دندان را خوانده اید؟ خمیر را قورت ندهید!!!

اقدامات اولیه در خصوص فرد مسموم

چنین فرد مسمومی را نباید هیچگاه وادار به استفراغ کرد مگر آنکه دستور تیم پزشکی باشد، بهتر است به چنین فردی آب یا شیر خوراند البته اگر فرد علائمی مثل استفراغ، تشنج یا کاهش سطح هوشیاری نداشته باشد. بهتر است فرد مسموم را



سریعتر به بیمارستان منتقل کنید. دانستن مواردی چون سن، وزن و شرایط بیمار، نام ماده مسموم کننده، زمان و مقدار بلع شده به تیم درمانی کمک بسیاری میکند.

پیشگیری از بروز مسمومیت در منازل

۱- در هنگام مصرف دارو و یا استفاده از فرآورده های شیمیایی حتماً در نور کافی برچسب روی بسته بندی را مطالعه نموده سپس مصرف نمایید. استفاده از داروها و مواد شیمیایی در تاریکی میتواند خطرناک باشد.

۲- در هنگام استفاده از مواد شیمیایی و فرآورده های شوینده و پاک کننده پنجره ها را باز کنید تا هوا به خوبی در محیط جریان داشته باشد.

۳- از اختلاط مواد شیمیایی مانند جوهر نمک با فرآورده های سفیدکننده جداً خودداری کنید. بخارات و گازهای ناشی از این اختلاط بسیار سمی و خفه کننده میباشد.

۴- پس از مصرف مواد شوینده، سفیدکننده، جرم بر و لوله بازکن در محیط های در بسته و کوچک مانند دستشویی و حمام به هیچ عنوان در این مکانها توقف نکنید چرا که گازهای تولید شده در این محیط بدون تهویه مناسب خفه کننده و سمی میباشد.

۵- ضمن استفاده از مواد شیمیایی حتماً از وسایل محافظت کننده مانند دستکش بلند، کفش نفوذ ناپذیر، لباس آستین بلند، شلوار بلند و جوراب استفاده نمایید.

۶- علایم تماس طولانی با منوکسید کربن، سردرد، گیجی و خوابالودگی میباشد. در ادامه تماس CO ، فرد مسموم دچار تهوع، استفراغ و تپش قلب میشود. تماس با مقادیر بالای میتواند سبب کاهش هوشیاری و مرگ شود.

۷- در هنگام استفاده از بخاریهای نفتی و گازی، جهت پیشگیری از مسمومیت با گاز منوکسید کربن، اطمینان از نصب صحیح و کارکرد مناسب دودکش ها الزامی است.

۸- منوکسید کربن گازی بی رنگ، بی بو، بی مزه و غیر محرک است که در اثر سوختن ناقص سوخته های فسیلی مانند نفت، گاز، بنزین، گازوئیل و ذغال چوب حاصل میشود.

۹- مسمومیت با منوکسید کربن از مرگ بارترین انواع مسمومیت هاست. برای پیشگیری از بروز آن توصیه های ایمنی در مورد استفاده از وسایل حرارتی را رعایت نمایید.

۱۰- آیا میدانید علایم و نشانه های مسمومیت با گاز منوکسید کربن میتواند به صورت بسیار متفاوت در افراد ظاهر شود؟

۱۱- آیا میدانید در برخی موارد علایم و نشانه های مسمومیت با گاز منوکسید کربن به صورت اختلالات گوارشی مانند تهوع و استفراغ در فرد ظاهر میشوند؟

۱۲- آیا میدانید تماس طولانی مدت با مقادیر کم گاز منوکسید کربن میتواند فرد را به بیماریهای قلبی - عروقی مبتلا سازد؟

۱۳- تماس طولانی مدت با گاز منوکسید کربن بویژه در کودکان، میتواند با بروز اختلالات رفتاری و کاهش حافظه و ضریب هوشی همراه باشد.

۱۴- آیا میدانید در دود سیگار مقادیری از گاز منوکسید کربن موجود است و این گاز میتواند در اثر مصرف طولانی مدت سیگار سبب بروز مسمومیت مزمن در افراد سیگاری گردد؟

۱۵- آیا میدانید مواردی از مسمومیت های کشنده با منوکسید کربن در رانندگانی گزارش شده است که برای گرم کردن خودروی خود در فصول سرد سال از گاز پیک نیکی استفاده نموده اند.

۱۶- استفاده از بخاری های بدون دودکش تنها در محیط هایی که دارای تهویه و جریان مناسب هوا میباشد مجاز است. از بکار بردن این وسایل در محیط های بسته و فاقد جریان هوا خودداری نمایید.



۱۷- آیا میدانید حضور در گاراژهای در بسته که در آن اتومبیل با موتور روشن وجود دارد خطر بروز مسمومیت با منوکسید کربن را به همراه دارد؟

مسمومیت با سموم دفع آفات و آلاینده های محیط زیست

آلاینده های محیط زیست بسیار متعدددند مانند بخارات حاصل از فعالیت کارخانجات صنعتی و یا پساب های کارخانجات که وارد محیط زیست میگردند، وسایل نقلیه، خوشبوکننده ها و آلودگی ناشی از مواد شوینده و پاک کننده و...

انواع سموم دفع آفات:

سموم دفع آفات یا آفت کشها یک نام کلی برای ماده و یا مخلوطی از مواد است که برای از بین بردن حیوانات، گیاهان و یا میکروارگانیسم های مضر و یا آزار دهنده به کار میروند. گروهی از این آفت کشها، حشره کشها هستند که بر روی سیستم اعصاب تاثیر میگذارند. اگرچه مواد به کار رفته در این محصولات گوناگون باشند. گروه دیگری از این مواد ترکیبات هیدروکربنی کلردار مانند **DDT** است که بر روی سیستم اعصاب مرکزی، کبد و اندام های تولید مثل تاثیرات سوء دارند و ارگانوفسفره ها نوع دیگری هستند که آنها هم بر روی سیستم اعصاب مرکزی تاثیرات نامطلوبی دارند.

چه کسانی در معرض مسمومیت با آفت کش ها قرار دارند؟

افرادی که در تماس مستقیم با چنین مواد شیمیایی همان کارگرانی هستند که در بخش کشاورزی در معرض سموم آفتکشها میباشند و یا افرادی که در کارخانجات تولید این سموم کار میکنند، کارگرانی که سموم دفع آفات را مخلوط، حمل و یا در مزرعه به کار میگیرند در تماس شدید با آفت کشها قرار دارند.

علائم مسمومیت: سم ممکن است در تماس با پوست بدن ایجاد درماتیت (حساسیت پوستی) نماید اما در صورت جذب در بدن ممکن است علائمی از قبیل سوزش چشم، مشکلات تنفسی، سردرد، تهوع و در حالات شدیدتر کما، تشنج و حتی مرگ بدنبال داشته باشد. شدت علائم بستگی به مدت قرار گرفتن در معرض سم و مقدار سم دارد.

راه های پیشگیری از مسمومیت با آفت کش ها:

- ۱- تمامی آفت کشهای شیمیایی باید با احتیاط به کار برده شوند.
- ۲- همیشه قبل از استفاده از مواد شیمیایی برچسب آن را بدقت خوانده و طبق دستورالعمل آن را استفاده کنید.
- ۳- آفت کشها را به دور از دسترس کودکان نگهداشته و در ظروف سرپسته برچسب دار نگهداری نمایید.
- ۴- از کشیدن سیگار در زمان سمپاشی خودداری کنید، چون اکثر مواد شیمیایی قابل اشتعال هستند.
- ۵- از لباس های محافظت کننده و ماسک استفاده نمایید، آستین ها را کاملاً تا پایین بکشید و یقه لباس کاملاً بسته باشد. از دستکش مناسب استفاده شود و در صورت تماس سم با پوست بدن، فوراً آن ناحیه را با آب فراوان و صابون بشوئید.
- ۶- دستان تان را بعد از سمپاشی و قبل از غذا خوردن یا سیگار کشیدن کاملاً بشویید و لباستان را تعویض کنید.
- ۷- هرگز سموم دفع آفات را در ظروف مشابه مواد خوراکی و آشامیدنی (مانند بطری نوشابه نگهداری نکنید.
- ۸- استفاده بی رویه از سموم دفع آفات نه تنها باعث بروز مقاومت در آفات میشود بلکه میتواند از طریق ایجاد باقیمانده در محصولات و آلودگی محیط زیست برای انسان مضر محسوب گردد.

۹- آیا میدانید در کشور ما مسمومیت با سموم کشاورزی یکی از علل مهم ایجاد مسمومیت ها است؟

۱۰- از بکار بردن مقادیر بیش از حد توصیه شده سموم برای مقاصد کشاورزی خودداری کنید. در صورت تماس سموم دفع آفات با پوست، ناحیه آلوده را با مقادیر فراوان آب و صابون شستشو دهید.

۱۱- هرگونه مصرف خوراکی با سموم دفع آفات را جدی بگیرید و بیمار را برای درمان در اسرع وقت به نزدیک ترین مرکز درمانی منتقل کنید.

۱۲- آیا میدانید علائم و نشانه های مسمومیت با برخی از سموم موش کش میتواند به صورت تأخیری ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از مصرف ظاهر شوند؟



۱۳- علائم و نشانه های مسمومیت با گروه مهمی از حشره کش ها (موسوم به ترکیبات ارگانوفسفره) با تهوع، استفراغ، دردهای شکمی، اسهال، اشک ریزش، آبریزش بینی، تعریق، تنگی نفس، افت فشارخون، تنگی مردمک چشم، اختلالات قلبی و عصبی همراه است.

مسمومیت های غذایی

مسمومیت غذایی یک بیماری شایع و معمولاً خفیف، اما گاهاً کشنده است. طبق بررسی های مرکز کنترل و پیشگیری بیماری ها تنها در ایالات متحده آمریکا، مسمومیت غذایی سالانه سبب ۷۶ میلیون مورد بیماری، ۳۲۵ هزار مورد بستری شدن در بیمارستان و بیش از ۵ هزار مورد مرگ میشود.

علائم مسمومیت

علائم شایع عبارتند از: تهوع و استفراغ، دردهای شکمی و اسهال که معمولاً طی ۴۸ ساعت اول پس از مصرف فراورده آلوده ایجاد میشوند. بسته به منبع ایجاد کننده مسمومیت، تب و لرز، مدفوع خونی، دهیدراتاسیون (از دست دادن آب بدن) و آسیب سیستم عصبی نیز ممکن است اتفاق بیفتد. علائم ممکن است در یک شخص یا گروهی که ماده غذایی مشابهی را مصرف کرده اند بروز کند.

عوامل ایجاد کننده مسمومیت غذایی

عوامل ایجاد مسمومیت غذایی به دو دسته عوامل عفونت زا و سموم تقسیم میشوند:

-عوامل عفونت زا شامل ویروس ها، باکتری ها و انگل ها هستند که مسمومیت های خفیف تا شدید و گاهاً کشنده ای ایجاد میکنند. این عوامل عمدتاً در اثر مصرف آب و سبزیجات آلوده به مدفوع حیوانات یا انسان، مواد غذایی با پخت ناقص مثل تخم مرغ، گوشت سفید خام، لبنیات خام و غیر پاستوریزه، غذاهای دریایی، شیرینی های خامه دار و سالادها) در صورت نگهداری نامناسب (ایجاد میشوند و از شخصی به شخص دیگر نیز قابل انتقال هستند) تماس با مدفوع و با آب آلوده به مدفوع شخص مبتلا.

-سموم شامل قارچهای سمی، غذاهای وارداتی و آفت کشهای باقیمانده در میوهها و سبزیجات هستند. این گروه نیز عامل مسمومیت های متنوع بسته به منبع آلودگی هستند و در اثر مصرف قارچ های سمی، غذاهای دریایی، ماهی تن و میوه و سبزیجات نشسته آغشته به آفت کش ها ایجاد میشوند.

عوامل عفونت زا از طریق آلوده شدن توسط دستان آلوده، طرز نگهداری نامناسب، پخت نا مناسب و...موجب مسمومیت میشوند. مواد افزودنی مانند نیتريتها و نیتراتها، رنگ های سالم، اسانس های غیرمجاز، نگهدارنده های ضد میکروبی و ... برای پایداری فراورده و یا مقبولیت بیشتر توسط مصرف کننده به فراورده های غذایی اضافه میشوند. اما مصرف آنها باید تحت کنترل باشد. نیتريتها و نیتراتها در گوشت سبب ایجاد ترکیبات نیتروزآمین میشوند که سرطان زا بوده و در ایجاد مسمومیت نیز دخالت دارند. باید سعی کنیم حداقل امکان از اینگونه مواد غذایی (سوسیس و کالباس) به میزان محدود استفاده کنیم و حتماً از منابع تهیه آنها مطمئن باشیم.

آیا غذاهای کنسرو شده در قوطی های فلزی می توانند ایجاد مسمومیت بکنند؟

قوطی های فلزی که به منظور نگهداری اغذیه بکار میروند، اغلب به وسیله یک ورق قلع پوشیده شده اند که در کنسروسازی فلز قوطی به وسیله پوشش لعابی (ترکیبات پلی اتیلن) حفاظت میگردند، اما در دراز مدت به تدریج این لایه از بین رفته و غذا با سطح فلز مجاور و بین غذا و فلز واکنش ایجاد میگردد. غذاهای گوگردی و اسیدی مانند گوشت و ماهی با قوطی واکنش میدهند و همچنین کنسروهای میوه نیز از این قاعده مستثنی نیستند. باید بدانیم اگر غذاها در شرایط نامناسب نگهداری شوند، بسیار مسموم کننده و خطرناکند. وجود رطوبت و گرمای مناسب، رشد و تکثیر سریع قارچ ها را سبب میگردد و سموم ترشح شده از قارچ ها در انسان ایجاد عوارض مسمومیت مزمن (سیروز و یا سرطان کبد) می نماید.

شرایط نگهداری در مورد خشکبار بسیار مهم است



خشکبار اگر در جای خشک و خنک قرار گیرند، آلودگی قارچی در آنها کمتر خواهد بود.

سرخ کردن را جدی بگیرید!!!!

در حین سرخ شدن واکنش های شیمیایی (هیدرولیز، اکسیداسیون، پیرولیز) در روغن رخ میدهد که همه اینها سبب واکنش هایی میشود که قابل اهمیت ترین آن تغییر رنگ می باشد. این ترکیبات برای سلامتی انسان بسیار مضر هستند و سبب از بین رفتن ویتامین ها و مهار آنزیمی می شوند که نهایتاً سبب تحریک دستگاه گوارش میشود. به علاوه نوع روغن بکار رفته برای سرخ کردن غذا بایستی حتماً روغن مخصوص سرخ کردن بوده و نیز وجود میزان اسید چرب ترانس پایین در روغن های مصرفی ما ضروری است.

شیر و فراورده های لبنی که ما استفاده می کنیم!!!!

شیر و لبنیاتی که ما هر روز استفاده میکنیم ممکن است حاوی تتراسیکلین (از خانواده آنتی بیوتیکها) باشد که در این صورت مانع جذب کلسیم میگردد و موجب اثرات نامطلوب (بروز آلرژی و گسترش مقاومت میکروبی) میگردد و ارزش غذایی شیر را بسیار پایین میآورد.

چگونه تتراسیکلین وارد شیر و فرآورده لبنی میشود؟

در دامداری ها برای پیشگیری از ایجاد عفونت به علوفه و آب و مواد غذایی احشام تتراسیکلین اضافه میگردد که این آنتی بیوتیک در شیر گاو به مقدار زیاد تجمع می یابد. چه باید کرد؟ با معاینات روده دامها توسط دامپزشکان و بالا بردن جدی سطح بهداشت در دامداریها نیاز به افزودن تتراسیکلین به علوفه به این میزان نخواهد بود.

چه زمانی به مراقبتهای پزشکی نیاز است؟

هرگاه هر یک از علائم زیر را داشتید به پزشک مراجعه کنید:

- تهوع، استفراغ یا اسهال بیش از ۲ روز .
- شخص بیمار کمتر از ۳ سال دارد .
- بیمار خانم باردار یا شیرده است .
- علائم گوارشی با تب خفیف همراه است .
- علائم پس از سفر اخیر خارجی ایجاد شده است .
- بیش از یک نفر با مصرف هم زمان همان ماده غذایی بیمار شده است .
- بیمار قادر به مصرف مایعات نیست .
- پس از گذشت ۲ روز و مصرف مقادیر زیاد مایعات هنوز بهبود نیافته است .
- شما مبتلا به بیماری هستید که سیستم ایمنی شما را تضعیف کرده است (به طور مثال نارسایی کلیوی، ایدز یا سرطان یا تحت شیمی درمانی هستید)
- به دلیل استفراغ قادر به مصرف داروهای تجویز شده نیستید .
- هرگونه علائم سیستم عصبی مثل اختلال در گفتار، ضعف عضلانی، دوبینی و یا مشکل در بلع دارید.
- به دلیل سرگیجه یا مشکلات بینایی، تعادل خود را از دست داده یا دچار عدم هوشیاری شده اید.
- دردهای شدید و کرامپ شکمی که بیش از ۱۵ - ۱۰ دقیقه ادامه مییابد .
- معده یا شکم شما بزرگ شده است .
- پوست یا چشم ها زرد شده است .
- استفراغ یا اسهال خونی دارید .
- دچار توقف یا کاهش جریان ادرار شده اید یا ادرار تیره رنگ دارید .
- یک یا چند مفصل شما دچار تورم شده و یا التهابی روی پوست ایجاد شده است .



درمان

مراقبت در منزل

- از بیماران با اسهال و استفراغ خفیف که کمتر از ۲۴ ساعت ادامه دارد معمولاً میتوان در منزل مراقبت کرد.
- در مدتی که حالت تهوع یا استفراغ دارید، غذاهای جامد نخورید اما به مقدار کافی مایعات^[۱] مصرف کنید.
- جرعه های کوچک اما کافی از مایعات زلال بهترین راه جبران آب از دست رفته بدن است .
- در صورت امکان از نوشیدنیهای حاوی الکل، کافئین و شکر استفاده نکنید .
- برای اطفال از فرآورده های موجود در داروخانه که بدون نسخه قابل تهیه است مثل پودر ORS با مشورت داروساز استفاده کنید .
- نوشیدنی های ورزشی برای بزرگسالان مفید است اما به دلیل اینکه شکر زیاد ممکن است سبب بدتر شدن اسهال شود باید با آب رقیق شوند.
- پس از تحمل مایعات و قطع تهوع و استفراغ، تغذیه باید به تدریج شروع شود . غذاهای ساده که هضم راحتی دارند مثل برنج، گندم، نان، سیب زمینی و غذاهای رقیق کم شکر، گوشت کم چرب و جوجه سرخ نشده با مقدار کم، مصرف شیر بجز در افرادی که عدم تحمل لاکتوز دارند بلامانع است.
- در صورت لزوم میتوانید با پزشک یا داروساز مشورت کنید یا با مرکز اطلاع رسانی دارو و سموم به شماره ۰۹۶۴۶ تماس بگیرید.

درمان دارویی

درمان اصلی مسمومیت غذایی، جبران آب از دست رفته از طریق وریدی یا خوراکی است . ممکن است درمان هایی برای کنترل تهوع و اسهال و تب توسط پزشک انجام شود . گاهی به درمان آنتی بیوتیکی هم نیاز است . در همه موارد مسمومیت با قارچهای سمی و یا آفت کشها ممکن است نیاز به شستشوی معده و تخلیه محتویات آن و یا مصرف داروهای آنتی دوت باشد . این موارد مسمومیت بسیار جدی هستند و ممکن است به مراقبت های ویژه در بیمارستان نیاز داشته باشند .

نگهداری غذا

- دمای یخچال را در ۸ درجه سانتیگراد و یا کمتر و فریزر را در - ۲۰ درجه سانتیگراد و یا کمتر تنظیم نمایید.
- گوشت، مرغ و فرآوردههای لبنی را بلافاصله پس از خرید و رسیدن به منزل در یخچال قرار دهید.
- اگر تا چند روز از گوشتها استفاده نمیکنید، آنها را در کیسه نایلونی جداگانه و در فریزر قرار دهید.
- گوشت تازه و یا از حالت انجماد خارج شده (ذوب شده) را در اسرع وقت مصرف کنید.

آماده سازی غذا

- یخ غذا را در یخچال ذوب کنید و اگر عجله دارید آنها را در کیسه پلاستیکی محکمی قرار داده و داخل ظرف آب خنک بگذارید . هرگز غذاهای بدون پوشش را روی پیشخوان آشپزخانه و در دمای اتاق قرار ندهید و بلافاصله بعد از آب شدن یخ، آنها را بپزید.
- ظروف، تختههای برش و ظرفشویی آشپزخانه را همواره تمیز نگهدارید . زیرا باکتریها براحتی توسط سطوح آلوده منتشر میشوند.
- تخته های برش را با یک محلول سفیدکننده رقیق شده تمیز کنید و سپس آنها را با آب خنک بشویید . بهترین نوع تخته ها برای برش گوشتها، تختههای پلاستیکی میباشند و هرگز برای برش گوشت و نان از تخته مشترک استفاده نکنید.
- همیشه قبل، در حین و بعد از تهیه غذا، دستهای خود را با آب و صابون به خوبی بشویید.



- غذاهای آماده را روی همان سطحی که گوشت و مرغ خام را قرار داده‌اید، نگذارید و سطوح و ظروفی را که در تماس با گوشت و مرغ هستند، قبل از استفاده برای تهیه سایر غذاها، به خوبی بشویید.
- گوشت، مرغ و ماهی را کاملاً بپزید.

مصرف غذا

- هرگز غذاهای پخته شده را بیش از ۲ ساعت (اگر هوای اتاق گرم می‌باشد، بیش از یک ساعت) در دمای اتاق رها نکنید.
- باقیمانده غذاها را بلافاصله در یخچال قرار دهید و منتظر خنک شدن غذاها نشوید.
- برای دوباره گرم کردن غذاهای باقیمانده آنها را تا ۷۴ درجه سانتیگراد گرما دهید و همچنین غذاهایی که بیش از ۳-۴ روز باقیمانده اند را مصرف نکنید .

پختن غذا و خوردن آن در همان روز « دستور طلایی پیشگیری از مسمومیت غذایی »

راه های پیشگیری از مسمومیت های ناشی از مواد غذایی و گیاهان سمی

۱. مسمومیت با مواد غذایی میتواند در اثر آلودگی غذا در جریان تولید فرآوردههای غذایی، تهیه و نگهداری مواد غذایی ایجاد شود.
۲. از مصرف کنسروهایی که در قوطی آنها آثار نشت، برآمدگی و فرورفتگی و زنگ زدگی مشاهده میشود، خودداری کنید.
۳. آیا میدانید نوعی از مسمومیت غذایی موسوم به بوتولیسم از کشنده ترین انواع مسمومیت ها بشمار میرود؟
۴. بوتولیسم در اثر مصرف مواد غذایی مانند سوسیس، کالباس، کنسرو ماهی، کنسرو ذرت، کنسرو لوبیا، کشک خام و عسل طبیعی که در شرایط نامناسب و غیر بهداشتی تهیه و نگهداری شده اند ایجاد میشود.
۵. علائم و نشانه های بوتولیسم به صورت تاخیری ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد از مصرف غذای آلوده به باکتری و به صورت تاری دید، دوبینی، افتادگی پلک، عدم توانایی حرکتی، سختی دربلع، اختلال تکلم و یبوست ظاهر میشود.
۶. مسمومیت با گیاهان یکی از شایع ترین علل بروز مسمومیتهای اتفاقی در کودکان در جهان بشمار میآید.
۷. مصرف یک گیاه توسط حیوانات اهلی و وحشی، دلیل بر غیرسمی بودن آن برای انسان نیست.
۸. برخی از گیاهان تزئینی موجود در آپارتمانها و باغچه ها میتوانند سبب بروز مسمومیت در انسان شوند.
۹. در صورت بلعیدن قسمت های مختلف یک گیاه مانند میوه، دانه و برگ آن توسط کودکان حتماً با مرکز اطلاع رسانی داروها و سموم با شماره ۰۹۶۴۶ تماس حاصل نمایید.
۱۰. سعی کنید نام گیاهان موجود در محیط کار و زندگی خود را بدانید، تا در موارد بروز مسمومیت به گروه پزشکی اطلاع دهید.
۱۱. مسمومیت با گیاهانی مانند خرزهره، دیفن باخیا و کرچک میتواند کشنده باشد. در صورت وقوع مسمومیت با این گیاهان بیمار را در اسرع وقت به نزدیکترین مرکز درمانی منتقل کنید.
۱۲. مسمومیت با قارچهای سمی یکی از عنوان مسمومیتهای کشنده محسوب میشود. از مصرف قارچهایی که نوع آنها را نمی شناسید جداً خودداری کنید.
۱۳. آیا میدانید برخی از قارچهای سمی در صورت مصرف خوراکی میتوانند باعث نارسایی حاد کبدی و مرگ شوند؟
۱۴. آیا میدانید تشخیص قارچهای سمی از انواع غیر سمی از روی شکل ظاهری آنها کاری دشوار بوده و نیاز به تجربه و تبحر دارد؟
۱۵. در منزل خود از نگهداری گیاهان تزئینی که دارای میوه ها و ظاهر جذاب برای کودکان میباشند خودداری نمایید.