

راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت

برای ارائه خدمات رده سنی 6 تا 25 سال

(ویژه سطح اول ارائه خدمات)

غیر پزشکی

معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس

به نام خداوند بخشنده مهربان

راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت

برای ارائه خدمات رده سنی 6 تا 25 سال

تالیف و تدوین:

دکتر محمد اسماعیل مطلق

دکتر مجذوبه طاهری

دکتر گلایل اردلان

دکتر حسن ضیاءالدینی

دکتر محمد چینیان

زیر نظر: دکتر علیرضا مصداقی نیا

دکتر محمد شریعتی

تقدیم به:

نوجوانان و جوانان عزیز کشور جمهوری اسلامی ایران

و

استاد و همکارانی که ما را در این راه رهنمون بودند

صفحه	عنوان	صفحه	عنوان
7	تهیه کنندگان مجموعه	27	مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی
9	پیشگفتار	28	مراقبت از نظر بینایی
10	مقدمه	28	راهنمای سنجش بینایی با چارت اسنلن
12	آشنایی با مجموعه	29	مراقبت از نظر شنوایی
مراقبت های رده سنی 6 تا 10 سال		29	راهنمای سنجش شنوایی با آزمایش نجوا
14	مراقبت از نظر واکسیناسیون	30	مراقبت از نظر پوست و مو
15	مراقبت از نظر وضعیت قد	31	مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان
15	جدول تبدیل z-scores به صدک ها	32	مراقبت از نظر شک به سل
15	مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی	33	مراقبت از نظر ابتلاء به آسم
16	مراقبت از نظر پوست و مو	34	ارزیابی از نظر اختلالات روانپزشکی
17	مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان	35	ارزیابی از نظر رفتارهای پر خطر
18	مراقبت از نظر شک به سل	36	مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون
19	مراقبت از نظر ابتلاء به آسم	37	ارزیابی از نظر ابتلاء به سندروم مارفان
20	ارزیابی از نظر اختلالات روانپزشکی	مراقبت های رده سنی 18 تا 25 سال	
21	ارزیابی از نظر رفتارهای پرخطر	39	مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی
22	مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون	39	مراقبت از نظر وضعیت واکسیناسیون
23	مراقبت از نظر بینایی	40	مراقبت از نظر بینایی
24	راهنمای سنجش بینایی با چارت اسنلن	40	راهنمای سنجش بینایی با چارت اسنلن
24	مراقبت از نظر روند شنوایی	41	مراقبت از نظر روند شنوایی
24	راهنمای سنجش شنوایی با آزمایش نجوا	41	راهنمای سنجش شنوایی با آزمایش نجوا
25	ارزیابی از نظر ابتلاء به سندروم مارفان	42	مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان
مراقبت های رده سنی 11 تا 17 سال		43	مراقبت از نظر شک به سل
27	مراقبت از نظر دریافت واکسن توام (اول متوسطه)	44	مراقبت از نظر ابتلاء به آسم
27	مراقبت از نظر وضعیت قد	45	مراقبت از نظر پوست و مو

صفحه	عنوان
85	 توصیه های ایمنی بیماری های آمیزشی
86	 احیای قلبی ریوی
ضمائم	
90	 جداول مقادیر فشارخون بر حسب جنس، سن و صدک قد
96	 نمودار استاندارد قد به سن دختران
97	 نمودار استاندارد نمایه توده بدنی (BMI) دختران
98	 نمودار استاندارد قد به سن پسران
99	 نمودار استاندارد نمایه توده بدنی (BMI) پسران

صفحه	عنوان
46	 مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون
47	 ارزیابی از نظر اختلالات روانپزشکی
48	 ارزیابی از نظر رفتارهای پر خطر
49	 فوریت ها
راهنماها و توصیه ها	
53	 راهنمای اقدام پیش از ارجاع دهان و دندان
54	 بررسی از نظر سل ریوی
56	 راهنمای آسم
64	 توصیه های فعالیت بدنی
67	 توصیه های تغذیه ای
68	 هیپاتیت B و C
70	 توصیه های ایمنی در منزل و محل کار
74	 راهنمای پیشگیری از حوادث ترافیکی
75	 توصیه های اختلالات روانپزشکی
77	 راهنما و توصیه های بهداشتی دوران بلوغ
83	 مراقبت از کودک مبتلا یا در معرض خطر بیماری های ژنتیک و مادرزادی
84	 راهنمای ارزیابی سندروم مارفان

مسئول طراحی و اجرای برنامه:

اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تالیف و تدوین: دکتر محمد اسماعیل مطلق، دکتر مجذوبه طاهری، دکتر گلایل اردلان، دکتر حسن ضیاءالدینی، شهرزاد والا فر
با همکاری: طاهره امینایی، مرضیه دشتی، دکتر مینوسادات محمود عربی، نسرين کیانپور، دکتر حسین کاظمینی، دکتر محمدرضا رهبر، دکتر سید علیرضا مظهری، دکتر رویا
کلیشادی، دکتر ناهید جعفری، دکتر محمد جواد کبیر، فرشته فقیهی، فرح بابایی، مهناز تسلیمی، دکتر عباس حیصمی، مریم ریحانی، دکتر محمد مهدی ریاضی، صدیقه وزیری،
دکتر محمد امیر امیرخانی، دکتر فخرالسادات امامی، دکتر جلیل دوروزی، الهه جهاننیده، زهرا آقامیری، دکتر رزیتا بخشی زاده، دکتر کامبیز نعمتی، دکتر حاجیلو، پروین خواجهات،
وهاب اصل رحیمی، مرادحاصل درویشی

زیر نظر: دکتر علیرضا مصداقی نیا، دکتر محمد شریعتی

مشاورین علمی ادارات فنی وزارت بهداشت:

- رئیس محترم مرکز مدیریت بیماری های واگیر: دکتر محمد مهدی گویا
- همکار محترم اداره آسم و آلرژی: دکتر مهدی نجمی
- همکاران محترم اداره بهبود تغذیه جامعه: دکتر پریسا ترابی، دکتر فروزان صالحی مازندرانی
- همکار محترم اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن: دکتر سید محسن زهرایی
- همکار محترم اداره بیماری های منتقله از آب و مواد غذایی: دکتر حسین معصومی اصل
- رئیس محترم مرکز فوریت ها و پیشگیری از حوادث: دکتر غلامرضا معصومی
- همکاران محترم اداره پیشگیری از حوادث و فوریت ها: دکتر مشیانه حدادی، دکتر ریحانه ابوالقاسمی، مرجان مستشار نظامی
- همکاران محترم اداره ژنتیک: دکتر اشرف سماوات، طاهره زیادلو
- همکار محترم اداره سلامت دهان و دندان: دکتر محمد حسین خوشنویسان، دکتر حمید صمد زاده، دکتر نادره موسوی فاطمی، دکتر حسین حصاری
- مدیرکل محترم دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد: دکتر عباسعلی ناصحی
- همکاران محترم اداره سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد: دکتر احمد حاجبی، دکتر محمد علی ادیب فر، معصومه افسری، دکتر انوشه صفرچراتی، دکتر میترا حفاظی
- همکاران محترم اداره غدد و متابولیک: دکتر شهین یاراحمدی، دکتر معصومه علیزاده
- همکار محترم اداره قلب و عروق: دکتر طاهره سماوات
- همکاران محترم اداره مبارزه با سل و جذام: دکتر مهشید ناصحی، مریم فراهانی

- همکار محترم اداره هیأتیت: دکتر حسن نوری
- همکاران محترم اداره بیماری های مزمن ریوی: دکتر مرجان قطبی، دکتر رویا دستجردی
- اداره پیشگیری از ایدز: دکتر مجتبی صداقت، دکتر کیانوش کمالی

اعضاء هیئت علمی اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس (به ترتیب الفبا):

- ✓ دکتر محمودرضا اشرفی: فوق تخصص اعصاب اطفال، معاون آموزشی مرکز طبی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ✓ دکتر شهره بهاصدری: متخصص زنان و زایمان، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ✓ دکتر فرزانه ترکان: متخصص طب فیزیکی و توان بخشی مدیر مرکز طب فیزیکی بیمارستان میلاد
- ✓ دکتر مهران حیدری سراج: متخصص پوست، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهد
- ✓ دکتر غلامرضا خاتمی: فوق تخصص گوارش کودکان، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ✓ دکتر صفیه شهریاری افشار: متخصص و جراح زنان و زایمان، عضو هیئت علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ✓ دکتر الهام طلاچیان: فوق تخصص گوارش کودکان، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ✓ دکتر رویا کلیشادی: متخصص کودکان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
- ✓ دکتر محمدرضا محمدی: فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، رئیس مرکز تحقیقات روانپزشکی
- ✓ دکتر سید ضیاءالدین مظهری: دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و واحد علوم و تحقیقات
- ✓ دکتر محمود معتمدی: متخصص ارتوپدی، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ✓ دکتر ستاره ممیشی: فوق تخصص عفونی کودکان، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ✓ دکتر بابک مهشیدفر: متخصص طب اورژانس، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

پیشگفتار

امروزه سرمایه گذاری بر روی سلامت نوجوانان و جوانان در محیط های آموزشی به عنوان یکی از مهم ترین مداخلات نظام های سلامت مطرح بوده به طوری که توسط سازمان جهانی بهداشت نیز این مهم در قالب یک برنامه فراگیر به نام "مدارس مروج سلامت" در حوزه ارتقای سلامت نوجوانان و جوانان توصیه شده است. بررسی شاخص های ارتقای سلامت در مدارس ابزار بسیار مناسبی برای سنجش اثربخشی مداخلات سلامت در حوزه سلامت نوجوانان و جوانان در کشور محسوب شده و می توان قبل از تشدید مشکلات سلامتی در این گروه سنی، ابزارهای پیشگیری از آن ها را طراحی و با سرمایه گذاری لازم موجبات کاهش بار بیماری ها را فراهم نمود. ابتدا در سال 2001 سازمان جهانی بهداشت در تعاملی چند جانبه با دست اندرکاران بین المللی ذینفع، برنامه مراقبت مدرسه محور را آغاز نمود. هدف عمده این نظام مراقبت، روزآمد نمودن اطلاعات سلامت در دانش آموزان مدرسه، والدین و پرسنل مدارس بود. یکی از مهم ترین ابعادی که مورد بحث قرار می گیرد، آموزش سلامت در مدارس می باشد، چرا که یکی از شاخص های مهم مداخلات سلامت در محیط های آموزشی بوده و از آنجایی که مدارس تاثیر بسیار زیادی در رشد و تکامل کودکان دارند و بسیاری از رفتارهای خطر آفرین نیز در سنین مدرسه شکل می گیرد. بسیاری از متخصصین علوم رفتاری توصیه می نمایند بر اساس دیدگاه " تربیت از سنین کودکی" (Early child development) آموزش را باید از سنین پیش از مدرسه و مدرسه آغاز کرد. این مقوله در راستای کاهش بار بیماری ها در سنین میانسالی و سالمندی از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

در تمامی کشورهای دنیا بیماری های مزمن غیرواگیر به ویژه بیماری های قلبی عروقی رتبه اول در مرگ و میر در تمامی سنین را به خود اختصاص داده اند این بیماری ها عوامل خطر شناخته شده قابل تغییری دارند که پیشگیری از آن ها نیاز به فرهنگ خاص و آموزش هایی در رابطه با شیوه سالم زندگی را می طلبد که باید از سنین کودکی و نوجوانی در نظر گرفته شوند بنابراین تغییر در عوامل خطر آن از جمله مصرف دخانیات، رفتارهای تغذیه ای نامطلوب و بی تحرکی از مهم ترین اقدامات در پیشگیری اولیه در این رده سنی می باشد که در بسته خدمات سلامت نوجوانان و جوانان به آن پرداخته شده است و خدمات در دو سطح پزشک و غیر پزشک همراه با راهنمایی های آموزشی تدوین شده است. در این راستا و با تشکر از تمام اساتیدی که ما را در این مسیر یاری نمودند بسته خدمات سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس برای حضور در عرصه انجام مراقبت های تعریف شده تقدیم می گردد. به امید ارتقای سلامت در تمام گروه های سنی به ویژه نوجوانان و جوانان که آینده سازان میهن عزیزمان ایران می باشند.

دکتر علیرضا مصداقی نیا

معاون بهداشتی

مقدمه

امروزه رویکرد ارتقای سلامت و عوامل اجتماعی تأثیر گذار بر سلامت رویکرد غالب در امر سلامت است که در این رویکرد، مشارکت محوریت اصلی آن را تشکیل می دهد. عوامل تأثیر گذار بر سلامت بسیار متعدد و متنوع هستند. ناآگاهی، فقر، ناهمگونی و بی عدالتی از عوامل بسیار مهم و تأثیر گذار بر سلامت هستند. به عبارت دیگر عدالت اجتماعی پیش نیازی مهم برای ارتقای سلامت است و برای دستیابی به عدالت منجمله عدالت در سلامت، مشارکت آحاد جامعه راه کار اساسی به شمار می آید. رویکرد عوامل اجتماعی جایگزینی است برای رویکردهای درمان گرا و پزشک محور. در رویکرد عوامل اجتماعی تأکید بر توانمندسازی جوامع برای تأثیرگذاری بر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است. فراهم آوردن فرصت ها و زمینه مشارکت در فرآیندهای برنامه ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی خدمات سلامت که برای خود آن ها طراحی شده است. مشارکت مردم از مهم ترین راه کارهای توانمندسازی است تا عوامل تأثیر گذار بر سلامت خود را شناسایی نموده و برای آن ها برنامه های مداخله ای طراحی نموده و برای اجرای آن کوشش نمایند.

از طرف دیگر در تعاریفی که از «کیفیت زندگی» ارائه می شود، چگونگی احساس عمومی و رضایت از وضع زندگی و محیط اطراف، از علل مهم کیفیت زندگی به شمار می آیند. مشارکت در امور اجتماعی به دلیل احساس کنترل فرد بر امور فردی و اجتماعی خود، عامل مهمی است که در احساس رضایتمندی و نهایتاً افزایش کیفیت زندگی تأثیر به سزایی دارد. مطابق قانون اساسی سازمان جهانی بهداشت، مشارکت فعال و اظهار نظرهای توأم با آگاهی جامعه، در ارتقای سلامت مردم بسیار مهم است.

با در نظر گرفتن تعریف سلامت در می یابیم که سلامت فقط نقطه مقابل بیماری نیست و در تعاریف و مفاهیم بهداشتی واژه ای وجود دارد به نام "سلامتی بیمارگونه ill health effects" که نشان می دهد فقدان سلامت علاوه بر این که تبعاتی مانند مرگ و میر، درد و ناراحتی، ناتوانی و اثرات اقتصادی برای فرد دارد و موجب اختلال در فعالیت های اجتماعی و تعاملات بین فردی نیز می شود. به عبارت دیگر سلامتی و مشارکت اجتماعی اثرات متقابلی بر هم دارند. موضوع مشارکت مسئله ای است که هم در کنفرانس آلمان آتا، که از اصول مراقبت های اولیه است و هم در کنفرانس اوتاوا مورد تأکید قرار گرفت. باید اذعان نمود که یکی از دلایل این که جهان نتوانست به شعار Health for all یا «بهداشت برای همه تا سال 2000» آنگونه که انتظار می رفت دست یابد، همین موضوع است. چرا که این شعار متکی بر سه اصل رفع نابرابری، گسترش همکاری های بین بخشی و سرانجام ارتقای مشارکت همگانی بود.

نظام ارائه خدمات سلامت دارای اجزایی است که مردم یا گیرندگان خدمت مهم ترین جزء آن به شمار می آیند. زیرا خدمات برای آنان طراحی شده و آنان هستند که باید این خدمات را دریافت نمایند و به کار بندند. و در مورد کمیت و کیفیت آن اظهار نظر نموده و آن را ارزشیابی نمایند. اما نباید فراموش نمود که دریافت کنندگان خدمات سلامت دارای نیازها، اولویت ها و دغدغه های گوناگونی هستند که غفلت از آن ها می تواند موجب بی استفاده ماندن از خدمات شود. ممکن است برای دریافت و دسترسی به خدمات موانعی وجود داشته باشد و یا این که برای استفاده از خدمات، نیاز به آگاهی و مهارت هایی داشته باشند که مشارکت آنان می تواند این گونه موانع را بر طرف نماید و از به هدر رفتن منابع جلوگیری نموده و به استفاده حداکثر از منابع کمک کند. و دستاوردهای دیگری وجود دارد که همه مستلزم مشارکت مردم است.

اما جلب مشارکت در خلا بوجود نمی آید، نیاز به فرهنگ دارد، نیاز به انگیزه و بستر دارد. ما باید از کودکی آن را بیاموزیم، آن را تمرین کنیم و در باورمان بنشیند و به صورت ملکه و عادت در آید. اگر دست اندرکاران خواهان کارمندان، مدیران و برنامه ریزانی مشارکت جو هستند باید نظام تربیتی و پرورشی ما، در خانواده و مدرسه نیز محیطی مشارکتی باشد. باید

این دور باطل را در جایی قطع نمود. چاره کار در این است که برنامه های مشارکت جویانه در مدارس طراحی و اجرا شوند و دانش آموزان عملاً یاد بگیرند که در امور مربوط به خود سهیم باشند، و چه امری مهم تر از سلامتی شان. باید به دانش آموزان انگیزه داد و فرصت را برایشان فراهم ساخت تا در حل مشکلات و مسایل مؤثر بر سلامت خود مداخله نمایند.

زمینه مشارکت دانش آموزان چه در زمینه سلامت و چه در سایر زمینه ها از سالیان دور در قالب برنامه های مختلف فراهم آمده، اما کافی نبوده است و اینک احساس می شود باید برنامه های مشارکتی به ویژه در موضوعات سلامت پر رنگ تر و گسترده تر و با یاری بیشتر سازمان های مرتبط مورد باز نگری قرار گیرد. و با توجه به گذر اپیدمیولوژیک و تغییر چهره بیماری ها از بیماری های واگیر به بیماری های غیر واگیر که نظام سلامت را از ارائه مراقبت های بهداشتی مؤثر باز داشته، چرا که بیماری های غیر واگیر در حقیقت بیماری های رفتاری هستند و تنها با ارائه مراقبت های سلامت قابل کنترل نیستند و مداخله برای کاهش آن ها نیازمند مشارکت همه افراد و نهادهای اجتماعی می باشد. دانش آموزان می توانند با مشارکت خود و با آموزش همتایان خود **peer education** به ارتقای سلامت دانش آموزان که حدود 25 درصد جمعیت کشور را شامل می شوند، کمک نمایند.

در دیدگاه های ارتقای سلامت که از حدود دو دهه پیش تا کنون در حال گسترش می باشد، طراحی و ارائه برنامه ها و مداخلات سلامت جمعیت تحت پوشش، در چهار محیط توصیه می گردد. محیط های ارائه خدمات بهداشتی درمانی، محیط های آموزشی، محیط های کار و محیط های عمومی، چهار محیط اصلی است که به نوعی دسترسی به تمامی گروه های جامعه را فراهم می کند و در این میان محیط های آموزشی که غالباً گروه هدف نوجوانان و جوانان را در خود جای داده است مهم ترین محل اجرای مداخلات ارتقای سلامت می باشد. از طرفی مدارس محل مناسبی برای سنجیدن اثربخشی برنامه های آموزش سلامت محسوب می شود. در این راستا می توان قبل از تشدید مشکلات سلامتی در گروه سنی نوجوانان و جوانان، ابزارهایی برای پیشگیری از آن ها یافت و عملاً سلامت این گروه را مدیریت نمود. **سلامت کودکان و نوجوانان و جوانان راه دستیابی به توسعه پایدار است.**

مدارس مروج سلامت در راستای دستیابی به این هدف راه تازه ای برای اندیشیدن است که خود منجر به یافتن فرصت ها، سیاست ها و ساختارهای جدید می شود. برای انتقال ایده ها و اطلاعات می توان بروشورهایی تهیه کرد و از سایر وسایل ارتباط جمعی مثل رادیو، تلویزیون و پوستر کمک گرفت.

اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس با همکاری مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت، مرکز مدیریت بیماری های واگیر و غیر واگیر، اداره پیشگیری از حوادث مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی، مرکز سلامت محیط و کار، دفتر ارتباطات و آموزش سلامت، اداره بهبود تغذیه جامعه دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و کرمانشاه اقدام به تدوین متن بلوک آموزش بهورزی سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس نموده است. به امید پویایی و سلامت گروه سنی نوجوانان و جوانان در تمامی ابعاد در راستای اعتلای سیاسی، فرهنگی و اجتماعی جمهوری اسلامی ایران.

دکتر محمد اسماعیل مطلق

مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

آشنایی با مجموعه

این مجموعه شامل 3 قسمت کلی است:

بخش مراقبت و غربالگری: مشتمل بر خدمات 3 رده سنی: کودک 6 تا 10 سال، نوجوان 11 تا 17 سال و جوان 18 تا 25 سال به طور مجزا می باشد. و در انتهای این قسمت فوریت ها آورده شده است.

بخش راهنما: با توجه به نوع خدمت، آموزش ها، توصیه ها و یا نحوه سنجش خدمت در این قسمت متذکر شده است.

بخش ضمایم: شامل جداول فشار خون و نمودارهای پایش رشد می باشد.

آ نحوه استفاده از چارت

۵ چارت از سمت راست و بالای صفحه شامل موارد زیر است:

خانه شماره 1- **نحوه ارزیابی** را مشخص می کند.

خانه شماره 2- با توجه به نتیجه ارزیابی، **علائم و نشانه ها** گروه بندی می شود.

خانه شماره 3- با توجه به علائم و نشانه ها، **طبقه بندی** می شود.

خانه شماره 4- با توجه به تشخیص، **اقدام** می شود.

آ مفهوم رنگ ها

در چارت های بخش درمان از چهار رنگ قرمز، زرد، سبز و سفید استفاده شده است.

الف - **رنگ قرمز** نشان دهنده نیاز به ارجاع فوری بیمار به پزشک یا مراکز بالاتر است.

ب - **رنگ زرد** نشان دهنده نیاز به ارجاع غیر فوری بیمار به پزشک یا مراکز بالاتر طی 24 ساعت است.

پ - **رنگ سبز** نشان دهنده امکان ارایه کامل خدمت بدون نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر و یا پزشک است.

ت - رنگ سفید نشان دهنده مواردی است که نیاز به ارجاع ندارند و بهورز بر اساس دستورالعمل اقداماتی انجام می دهد.

آ اصول کلی

توالی ارائه خدمات در حال حاضر، یک بار مراقبت در بدو ورود به دبستان، یک بار در بدو ورود به مقطع راهنمایی و یک بار در بدو ورود به مقطع متوسطه می باشد.

مراقبت های رده سنی 6 تا 10 سال

مراقبت از نظروضعیت واکسیناسیون

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
- وضعیت واکسیناسیون دانش آموز را با جدول واکسیناسیون در پروتکل کشوری مقایسه کنید. - بررسی سوابق دانش آموز از نظر ابتلاء به بیماری هایی که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی باید تحت نظارت مستقیم پزشک ایمن سازی انجام شود.	واکسیناسیون ناقص[*] است و فرد مبتلا به بیماری که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی، واکسیناسیون او باید تحت نظارت مستقیم پزشک انجام شود، نمی باشد.	- معرفی به مرکز بهداشتی درمانی جهت دریافت واکسن طبق پروتکل کشوری واکسیناسیون - پیگیری فعال 3 ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون
	واکسیناسیون ناقص[*] است و مبتلا به بیماری که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی، واکسیناسیون او باید تحت نظارت مستقیم پزشک انجام شود، می باشد.	- ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جهت دریافت واکسن - پیگیری فعال 3 ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون
	واکسیناسیون کامل است	- ادامه مراقبت ها

* واکسیناسیون ناقص: حداقل یک نوبت از یک نوع واکسن یا بیش تر را دریافت نکرده باشد.

توجه:

در یافت واکسن های زیر در هنگام ثبت نام نوآموز ملاک کامل بودن واکسیناسیون می باشد

در غیر این صورت واکسیناسیون بایستی ناقص تلقی گردد:

واکسن ب.ث.ژ 1 نوبت

واکسن پولیو 6 نوبت

واکسن سه گانه و یا توام خردسال 5 نوبت

واکسن هپاتیت 3 نوبت

واکسن ام ام ار 2 نوبت

مراقبت از نظر وضعیت قد

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
- قد را اندازه گیری کنید - قد را در منحنی مربوطه رسم کنید و با استانداردها مقایسه کنید.	- نمودار قد زیر z-score -3	کوتاه قدی شدید	ارجاع غیر فوری به پزشک
	- نمودار قد بالای z-score +3	خیلی بلند قد	ارجاع غیر فوری به پزشک
	- نمودار قد بین z-score -2 و z-score -3	کوتاه قدی	ارجاع غیر فوری به پزشک
	- نمودار قد بین z-score -2 و z-score +3	رشد قدی مطلوب	- ارائه توصیه های تغذیه ای بر اساس راهنما - ادامه مراقبت ها

توجه: در تفسیر تمام منحنی ها اگر نقطه ی مورد نظر دقیقاً روی یک خط z-score باشد در گروه کم تر خطیر قرار می گیرد. مثلاً اگر روی خط -3 باشد به جای شدیداً کم وزن در گروه کم وزن قرار می گیرد.

جدول تبدیل z-scores به صدک ها

z-scores	+3	+2	+1	۰	-1	-2	-3
به صدک ها	۹۹/۹	۹۷/۷	۸۴	۵۰	۱۵/۹	۲/۳	۰/۱۳

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
- وزن و نمایه توده بدنی (BMI) را اندازه گیری کنید. - نمایه توده بدنی (BMI) را در منحنی مربوطه رسم کنید و با استانداردها مقایسه کنید.	BMI زیر z-score -3	لاغری شدید	ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI بین z-score -2 و z-score -3	لاغری	ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI بین z-score 1 و z-score 2	احتمال خطر اضافه وزن	ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI بین z-score 2 و z-score 3	افزایش وزن	ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI بالای z-score 3	چاق	ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI بین z-score -2 و z-score 1	وزن متناسب	- ارائه توصیه های تغذیه ای بر اساس راهنما - ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر پوست و مو

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
پوست و مو را از نظر وجود زواید سفید رنگ چسبیده به ساقه موها که به سختی می شوند، بررسی کنید	زواید سفید رنگ چسبیده به ساقه موها که به سختی می شوند، وجود دارد	ابتلاء به رشک و شپش	- ارائه آموزش های بهداشت فردی و توصیه های بهداشتی: • شستشوی موها با شامپو یا کرم و تکرار شستشو یک هفته تا 10 روز بعد • آغشته نمودن موها با سرکه و شانه کردن موی سر با شانه دندانه ریز (طبق دستورالعمل) • کوتاه نمودن موها برای تسهیل در شانه کردن و رشک زدایی • شستن لباس ها و ملحفه فرد مبتلا در حرارت 55 درجه سانتی گراد و اتو کردن آن ها • خودداری فرد از استفاده مشترک از هدفون، کلاه ایمنی، حوله و روسری و • تا زمان درمان کامل، فرد مبتلا به مدرسه یا محیط جمعی برنگردد • سایر افراد خانواده هم از یک نوبت شامپو استفاده کنند • در صورت ابتلاء به شپش عانه، موهای آن زدوده شده و سپس درمان انجام شود: - مالیدن کرم یا لوسیون لیندان 1 درصد در ناحیه آلوده و نواحی مو دار اطراف آن و شستشو پس از 8 ساعت و استفاده از شامپوی لیندان 1 درصد به عنوان جایگزین و شستشو بعد از 4 دقیقه. یا - مالیدن پرمترین به علاوه پیپرونیل بوتوکسید در ناحیه آلوده و نواحی مو دار اطراف و شستشو پس از 10 دقیقه، اگر بعد از 7 روز شپش یا تخم های آن در محل اتصال مو و پوست دیده شود، درمان مجدد ضروری است. لباس یا وسایل خواب بیمار را طی 2 روز قبل از شروع درمان باید کاملاً شستشو و به خوبی حرارت داده یا خشکشویی نمود. یا - پرمترین 1 درصد مطابق روش مذکور • شپش چشم ها را باید با استفاده از یک پماد چشمی در مرز میان پلک ها روزانه به مدت 10 روز درمان کرد. این پماد باعث خفه شدن شپش و لارو آن می شود. پماد نباید در چشم ها نفوذ کند. و - ارائه آموزش های بهداشت فردی
	زواید سفید رنگ چسبیده به ساقه موها که به سختی می شوند، وجود ندارد	رشک و شپش ندارد	- ارائه آموزش های بهداشت فردی - ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
معاینه دهان و دندان	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - دندان درد - تورم و پارگی و خونریزی از بافت - آیبسه دندان - شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان	مشکل دهان و دندان دارد	- تجویز مسکن برای درد - اقدام مربوط به بیرون افتادن دندان طبق راهنما - ارجاع فوری به دندانپزشک
	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای - تاخیر رویش دندان ها - لثه پر خون و قرمز و متورم - بوی بد دهان - جرم دندانی - زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان - وجود مال اکلوژن و ناهنجاری های فکی - دهانی - عادات غلط دهانی	مشکل دهان و دندان دارد	- ارائه توصیه های بهداشتی دهان و دندان (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به نوجوان و والدین - ارجاع غیر فوری به دندانپزشک
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	مشکل دهان و دندان ندارد	- توصیه بهداشتی دهان و دندان (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به نوجوان و والدین - تشویق به مراجعه به دندانپزشک 6 ماه بعد و مراقبت بعدی یک سال بعد

مراقبت از نظر شک به سل

از دانش آموز یا همراه وی عوامل خطر و نشانه زیر را سؤال کنید: • سرفه طول کشیده (بیش از دو هفته) • عامل خطر: سابقه تماس با فرد مبتلا به سل	اقدام و بررسی کنید • تهیه 3 نمونه از خلط*، در صورت وجود خلط												
	طبقه بندی کنید												
	<table><tr><th>نشانه ها</th><th>طبقه بندی</th><th>اقدام</th></tr><tr><td> • دارای نشانه یا بدون نشانه (سرفه مساوی یا کم تر از 2 هفته) به همراه عامل خطر </td><td>مشکل (احتمال سل)</td><td> • اولین نمونه خلط را بگیرید. • به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری و گرفتن نمونه های خلط آموزش دهید. • دانش آموز را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید. </td></tr><tr><td> • بدون نشانه (فاقد سرفه) و با عامل خطر </td><td>درمعرض خطر ابتلا به سل</td><td> • به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. • دانش آموز را یک ماه دیگر پیگیری کنید. </td></tr><tr><td> • بدون نشانه و بدون عامل خطر </td><td>فاقد مشکل</td><td> • دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مبتلا به سل تشویق کنید. </td></tr></table>	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام	• دارای نشانه یا بدون نشانه (سرفه مساوی یا کم تر از 2 هفته) به همراه عامل خطر	مشکل (احتمال سل)	• اولین نمونه خلط را بگیرید. • به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری و گرفتن نمونه های خلط آموزش دهید. • دانش آموز را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.	• بدون نشانه (فاقد سرفه) و با عامل خطر	درمعرض خطر ابتلا به سل	• به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. • دانش آموز را یک ماه دیگر پیگیری کنید.	• بدون نشانه و بدون عامل خطر	فاقد مشکل	• دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.
	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام										
• دارای نشانه یا بدون نشانه (سرفه مساوی یا کم تر از 2 هفته) به همراه عامل خطر	مشکل (احتمال سل)	• اولین نمونه خلط را بگیرید. • به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری و گرفتن نمونه های خلط آموزش دهید. • دانش آموز را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.											
• بدون نشانه (فاقد سرفه) و با عامل خطر	درمعرض خطر ابتلا به سل	• به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. • دانش آموز را یک ماه دیگر پیگیری کنید.											
• بدون نشانه و بدون عامل خطر	فاقد مشکل	• دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.											

* به راهنمای "روش تهیه نمونه خلط در افراد مشکوک به سل" در راهنما مراجعه کنید.

مراقبت از نظر ابتلاء به آسم

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: 1- طی یک سال گذشته شما (فرزندتان) علائم تنفسی شامل سرفه بیش از 4 هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته است. یا 2- آیا تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای وی مطرح کرده است. یا 3- تا کنون پزشک برای وی اسپری استنشاقی تجویز کرده است.	- طی یک سال گذشته علائم تنفسی شامل سرفه بیش از 4 هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته است. یا - تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای وی مطرح کرده است. یا - تا کنون پزشک برای وی اسپری استنشاقی تجویز کرده است.	احتمال ابتلاء به آسم	- ارجاع غیر فوری به پزشک - پیگیری
داشته اید؟ 2- آیا تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای شما (فرزندتان) مطرح کرده است؟ 3- آیا تا کنون پزشک برای شما (فرزندتان) اسپری استنشاقی تجویز کرده است؟	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد.	عدم ابتلاء به آسم	- غربالگری و ارزیابی مجدد سه سال بعد - ادامه مراقبت ها

ارزیابی از نظر اختلالات روانپزشکی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
بررسی نشانه ها بر اساس فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی	- رفتارهای عجیب و غریب، دیدن چیزهای غیر واقعی که دیگران آن ها را نمی بینند، شنیدن صداهای غیر واقعی که دیگران آن ها را نمی شنوند، بدبینی و سوء ظن - غمگینی، نا امیدی، بی حوصلگی، گوشه گیری، بی خوابی یا پر خوابی، بی اشتها یا کم اشتها، از دست دادن علاقه به چیزهایی که قبلاً مورد علاقه بوده است، احساس گناه - خوشحالی یا سرخوشی بیش از حد و بی دلیل، پر حرفی، زود عصبانی شدن، پرخاشگری	اختلال شدید روانی	* در صورت وجود: 1- پرخاشگری 2- احتمال آسیب رساندن به خود یا دیگران 3- افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی ارجاع فوری به پزشک عمومی مرکز
			در صورت عدم وجود 3 نشانه فوق: ارجاع غیر فوری به پزشک عمومی مرکز و پیگیری هر 3 تا 6 روز یک بار در ماه اول و سپس پیگیری ماهی یک بار - آموزش به بیمار و خانواده او بر اساس راهنما
	- اضطراب، دلهره، نگرانی و ترس از آینده، درد و ورم معده، تنگی نفس، تپش قلب، عرق کردن، سرگیجه - شکایات جسمانی متعدد - افکار و رفتارهای وسواسی و تکرار شونده - وحشت، ترس های بیمار گونه و غیر منطقی، هراس از مدرسه	اختلال خفیف روانی	- ارجاع غیر فوری به پزشک عمومی مرکز - آموزش به بیمار و خانواده او بر اساس راهنما
	- حالت بهت زدگی و خیره ماندن به یک نقطه همراه با از دست دادن هوشیاری برای چند لحظه (صرع کوچک) - حمله تشنج همراه با بیهوشی و بیرون آمدن کف از دهان	صرع	- ارجاع غیر فوری به پزشک عمومی مرکز - پیگیری برای صرع مداوم هر 3 تا 6 روز یک بار صورت می گیرد و برای صرع کنترل شده این پیگیری ماهی یک بار است. - آموزش به بیمار و خانواده او بر اساس راهنما * اگر بیمار دچار صرع مداوم باشد، باید به پزشک ارجاع فوری داده شود.
	- خرابکاری، خشونت، نافرمانی، آتش افروزی، دروغ گویی، کتک کاری، زورگویی، فرار از مدرسه یا منزل، دزدی - بیش فعالی و پر تحرکی، کمبود توجه و تمرکز - تیک، ناخن جویدن، لکنت زبان - اختلالات دفعی (بی اختیاری کنترل ادرار و مدفوع)	سایر اختلالات روانپزشکی	- در صورت وجود پرخاشگری و احتمال آسیب رساندن به دیگران باید به پزشک ارجاع فوری داده شود. - ارجاع غیر فوری به پزشک - پیگیری به صورت ماهیانه - آموزش به بیمار و خانواده او بر اساس راهنما
	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد	اختلال ندارد	- ادامه مراقبت ها

ارزیابی از نظر رفتارهای پر خطر

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: - از رژیم غذایی دانش آموز سوال کنید.	- دانش آموز از رژیم غذایی صحیح برخوردار نیست.	رفتار پرخطر دارد	آموزش طبق راهنمای توصیه های تغذیه ای
- آیا دانش آموز در معرض دود سیگار، قلیان، پیپ، چپق، انفیه (در منزل و یا اماکن عمومی) قرار دارد (سیگاری تحمیلی)؟ - آیا دانش آموز را برای خرید سیگار، تنباکو و یا سایر مواد دخانی می فرستند؟ - آیا در خانواده و یا اقوام دانش آموز، فردی که مواد دخانی (سیگار، قلیان، پیپ، چپق، انفیه و یا سایر مواد دخانی) مصرف می کند، وجود دارد؟	- دانش آموز در معرض دود سیگار، (قلیان، پیپ، چپق، انفیه در منزل و یا اماکن عمومی) قرار دارد. - دانش آموز را برای خرید سیگار، تنباکو و یا سایر مواد دخانی می فرستند - در خانواده و یا اقوام دانش آموز، فردی که مواد دخانی (سیگار، قلیان، پیپ، چپق، انفیه و یا سایر مواد دخانی) مصرف می کند، وجود دارد.	رفتار پرخطر دارد	آموزش طبق راهنمای توصیه های مرتبط با استعمال دخانیات - آموزش نحوه ایجاد محیط عاری از دخانیات مطابق متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات بهورز
- از میزان فعالیت بدنی دانش آموز در روز و هفته سوال کنید.	- میزان فعالیت بدنی کم تر از 6 METS در روز و یا کم تر از 30 دقیقه در روز و کم تر از 3 روز در هفته می باشد.	رفتار پرخطر دارد (کم تحرکی)	آموزش طبق راهنمای توصیه های فعالیت بدنی
فعالیت بدنی به میزان حداقل 30 دقیقه در روز و 3 روز در هفته می باشد.	تحرک مناسب	تشویق به ادامه فعالیت بدنی	
هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد.	رفتار پر خطر ندارد	ادامه مراقبت ها	

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
شرح حال دقیق بگیرید و افرادی که عوامل خطر* فشارخون بالا دارند را مشخص کنید:	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - چاق یا دارای اضافه وزن است - سابقه وزن کم هنگام تولد (low birth weight) دارد - سابقه وقفه تنفسی هنگام خواب (obstructive sleep apnea) دارد - والدین مبتلا به فشار خون بالا هستند - والدین بیماری عروق کرونر زودرس دارند - والدین سابقه بیماری کلیوی یا غددی (تیروئید،) دارند	در خطر ابتلاء به افزایش فشار خون	- اندازه گیری فشارخون و تعیین صدک با استفاده از جداول میزان فشارخون در بخش ضمیمه ها: در صورتی که صدک فشارخون بالای 90 درصد باشد پس از 5 دقیقه مجدداً فشار خون اندازه گیری شود: - اگر فشارخون در اندازه گیری مجدد همچنان بالای 90 درصد باشد: - ارجاع غیر فوری به پزشک جهت تایید تشخیص و بررسی بیش تر - اگر فشارخون در اندازه گیری مجدد طبیعی باشد: - اقدامات مشابه خانه سبز انجام شود
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	عوامل خطر ابتلاء به افزایش فشار خون را ندارد	- ارائه توصیه های مرتبط با شیوه زندگی سالم - ادامه مراقبت ها

* این عوامل خطر عبارتند از: 1- دانش آموزانی که اضافه وزن دارند یا چاق هستند. 2- دانش آموزانی که آینه (وقفه تنفس) موقع خواب دارند. 3- دانش آموزانی که والدین آن ها فشارخون بالا دارند. 4- دانش آموزانی که والدین آن ها بیماری عروق قلبی زودرس دارند (در مردها قبل از ۶۵ سالگی و در زن ها قبل از ۵۵ سالگی)

مراقبت از نظر بینایی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سنجش بینایی را توسط چارت اسنلن، طبق راهنمای "سنجش بینایی با چارت اسنلن" انجام دهید.	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - کاهش دید هر یک از چشم ها کم تر از 9/10 - تفاوت دید چشم ها بیش از 1/10 - دید هر دو چشم با هم کم تر از 10/10	اختلال دید دارد	- ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جهت معاینه و بررسی بیش تر
	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد	اختلال دید ندارد	- ادامه مراقبت ها

راهنمای سنجش بینایی با چارت اسنلن

تابلو دید (E) را در جای مناسب نصب کرده (متناسب با قد دانش آموز) به نحوی که نور کافی به آن بتابد. (بهتر است تابلو رو به روی پنجره باشد و دانش آموز مورد معاینه پشت به پنجره قرار گیرد) دانش آموز با چشم پوش یا کف دست یکی از چشم هایش را به طوری که فشار بر آن وارد نشود، ببوشاند. حروفی را از بالا به پایین انتخاب کرده و جهت قرار گرفتن دندانه E سوال شود. به همین ترتیب چشم دیگر و بعد هر دو چشم معاینه شوند. به نکات زیر توجه کنید: - در هنگام آزمایش چشم، به حرکات دانش آموز مانند جلو آوردن سر، تنگ کردن چشم، ریزش اشک یا پلک زدن های پی در پی توجه کنید. این علائم نشان دهنده ضعف بینایی است. - اگر دانش آموز با دست چشمش را فشار دهد یا پلک را بمالد، تعیین دید چشم تقریباً تا یک دقیقه و کمی بیش تر از آن صحیح نیست و باید صبر کرد تا چشم به وضع عادی برگردد. - اکثر دانش آموزانی که یک چشمشان ضعیف تر از چشم دیگر است، نمی دانند که دید رضایت بخش آن ها مربوط به چشم سالم است و تصور می کنند هر دو چشم آن ها خوب می بیند. برای کشف چنین مواردی دقت کنید. - صورت دانش آموز در هنگام معاینه کاملاً مقابل تابلو قرار گیرد و مستقیماً به روبه رو نگاه کند. گرداندن سر با چشم به یک طرف ممکن است دلیل اختلالی در دید و یا ساختمان درونی چشم باشد که باید در نظر گرفته شود. - تابلوی دید دارای 10 ردیف از $(\frac{2}{10})$ تا $(\frac{10}{10})$ است و بایستی در معاینه از حروف در جهات مختلف استفاده شود.
--

مراقبت از نظر شنوایی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سنجش شنوایی توسط تست نجوا بر طبق راهنمای "آزمایش شنوایی با آزمایش نجوا"	- فرد صدا را نمی شنود و - کلمات دو سیلابی را تکرار نمی کند	اختلال شنوایی دارد	- ارجاع غیر فوری به پزشک جهت معاینه و بررسی بیش تر
	هیچ یک از علائم فوق را ندارد	اختلال شنوایی ندارد	- ادامه مراقبت ها

راهنمای سنجش شنوایی با آزمایش نجوا

یکی از بهترین روش های غربالگری کم شنوایی، آزمایش نجوا است. فرد را در یک اتاق خلوت نشانده و در فاصله 60 سانتی متری قرار بگیرید و از او بخواهید که یک گوش خود را با دست ببندد، سپس پشت سر یا پهلوی نوجوان به نحوی قرار بگیرید که وی نتواند لب خوانی کند. سپس با گفتن کلمات دو سیلابی مثل ماشین، کتاب، کودک و غیره به صورتی که کلمات با استفاده از بازدم گفته شود و صدایی تولید نشود، ادا گردد. اگر بتواند کلمات را تکرار کند، شنوایی قابل قبولی دارد و در غیر این صورت دچار اختلال شنوایی است.
--

ارزیابی از نظر ابتلاء به سندروم مارفان*

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: - نزدیک بینی (میوپی) - سابقه فتق مکرر یا عود کننده - سابقه سندرم مارفان در بستگان درجه یک (بستگان درجه یک شامل پدر، مادر، خواهر و برادر) - معاینه و بررسی کنید از نظر: - قد به سن - طول نیمه تحتانی بدن: از پوبیس تا کف زمین (پا) - طول کل دو اندام فوقانی در حالت باز - قفسه سینه فرو رفته یا برآمده (کبوتری) - اسکولیوز - کف پای صاف - استریاهای پوستی	وجود هر یک از موارد زیر: 1. قد بلندتر از معمول (بالای $+3$ z-score) 2. طول نیمه تحتانی بدن (از پوبیس تا کف پا) بیش تر از 0/58 قد فرد 3. طول کل دو اندام فوقانی در حالت باز بیشتر از قد فرد 4. قفسه سینه فرو رفته یا برآمده (کبوتری) 5. اسکولیوز 6. کف پای صاف 7. استریاهای پوستی 8. نزدیک بینی	مشکوک به ابتلاء به سندروم مارفان	ارجاع غیر فوری به پزشک عمومی مرکز
- اسکولیوز - کف پای صاف - استریاهای پوستی	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد.		ادامه مراقبت ها

* به راهنمای ارزیابی از نظر ابتلاء به سندروم مارفان مراجعه کنید.

مراقبت های رده سنی 11 تا 17 سال

مراقبت از نظر دریافت واکسن توام (اول متوسطه)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
- آیا دانش آموز واکسن توام را دریافت کرده است؟	دانش آموز واکسن توام را دریافت نکرده است (واکسیناسیون ناقص)	- معرفی به مرکز بهداشتی درمانی جهت دریافت واکسن - پیگیری فعال 3 ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون
	دانش آموز واکسن توام را دریافت کرده است (واکسیناسیون کامل)	- ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر وضعیت قد

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
- قد را اندازه گیری کنید. - قد را در منحنی مربوطه رسم کنید و با استانداردها مقایسه کنید.	- نمودار قد زیر -3 z-score	کوتاه قدی شدید	ارجاع غیر فوری به پزشک
	- نمودار قد بالای $+3 \text{ z-score}$	خیلی بلند قد	ارجاع غیر فوری به پزشک
	- نمودار قد بین -2 z-score و -3 z-score	کوتاه قدی	ارجاع غیر فوری به پزشک
	- نمودار قد بین -2 z-score و $+3 \text{ z-score}$	رشد قدی مطلوب	- ارائه توصیه های تغذیه ای بر اساس راهنما - ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
- وزن و نمایه توده بدنی (BMI) را اندازه گیری کنید. - نمایه توده بدنی (BMI) را در منحنی مربوطه رسم کنید و با استانداردها مقایسه کنید.	BMI زیر -3 z-score	لاغری شدید	ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI بین -2 z-score و -3 z-score	لاغری	ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI بین 1 z-score و 2 z-score	احتمال خطر اضافه وزن	ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI بین 2 z-score و 3 z-score	افزایش وزن	ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI بالای 3 z-score	چاق	ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI بین -2 z-score و 1 z-score	وزن متناسب	- ارائه توصیه های تغذیه ای بر اساس راهنما - ادامه مراقبت ها

توجه: در تفسیر تمام منحنی ها اگر نقطه ی مورد نظر دقیقاً روی یک خط z-score باشد در گروه کم تر خطیر قرار می گیرد. مثلاً رگر روی خط 3- باشد به جای شدیداً کم وزن در گروه کم وزن قرار می گیرد.

مراقبت از نظر بینایی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سنجش بینایی را توسط چارت اسنلن، طبق راهنمای "سنجش بینایی با چارت اسنلن" انجام دهید.	کاهش دید هر یک از چشم ها کم تر از 9/10 یا تفاوت دید چشم ها بیش از 1/10 یا دید هر دو چشم با هم کم تر از 10/10	اختلال دید دارد	- ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جهت معاینه و بررسی بیش تر
	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد	اختلال دید ندارد	- ادامه مراقبت ها

راهنمای سنجش بینایی با چارت اسنلن

تابلو دید (E) را در جای مناسب نصب کرده (متناسب با قد دانش آموز) به نحوی که نور کافی به آن بتابد. (بهتر است تابلو رو به روی پنجره باشد و دانش آموز مورد معاینه پشت به پنجره قرار گیرد) دانش آموز با چشم پوش یا کف دست یکی از چشم هایش را به طوری که فشار بر آن وارد نشود، بیوشاند. حروفی را از بالا به پایین انتخاب کرده و جهت قرار گرفتن دندانه E سوال شود. به همین ترتیب چشم دیگر و بعد هر دو چشم معاینه شوند.

به نکات زیر توجه کنید:

- در هنگام آزمایش چشم، به حرکات دانش آموز مانند جلو آوردن سر، تنگ کردن چشم، ریزش اشک یا پلک زدن های پی در پی توجه کنید. این علائم نشان دهنده ضعف بینایی است.
- اگر دانش آموز با دست چشمش را فشار دهد یا پلک را بمالد، تعیین دید چشم تقریباً تا یک دقیقه و کمی بیش تر از آن صحیح نیست و باید صبر کرد تا چشم به وضع عادی برگردد.
- اکثر دانش آموزانی که یک چشمشان ضعیف تر از چشم دیگر است، نمی دانند که دید رضایت بخش آن ها مربوط به چشم سالم است و تصور می کنند هر دو چشم آن ها خوب می بیند. برای کشف چنین مواردی دقت کنید.
- صورت دانش آموز در هنگام معاینه کاملاً مقابل تابلو قرار گیرد و مستقیماً به روبه رو نگاه کند. گرداندن سر با چشم به یک طرف ممکن است دلیل اختلالی در دید و یا ساختمان درونی چشم باشد که باید در نظر گرفته شود.
- تابلوی دید دارای 10 ردیف از (دو دهم تا یازدهم) است و بایستی در معاینه از حروف در جهات مختلف استفاده شود.

مراقبت از نظر شنوایی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سنجش شنوایی توسط تست نجوا بر طبق راهنمای "آزمایش شنوایی با آزمایش نجوا"	- فرد صدا را نمی شنود و - کلمات دو سیلابی را تکرار نمی کند	اختلال شنوایی دارد	- ارجاع غیر فوری به پزشک جهت معاینه و بررسی بیش تر
	هیچ یک از علائم فوق را ندارد	اختلال شنوایی ندارد	- ادامه مراقبت ها

راهنمای سنجش شنوایی با آزمایش نجوا

یکی از بهترین روش های غربالگری کم شنوایی، آزمایش نجوا است. فرد را در یک اتاق خلوت نشانده و در فاصله 60 سانتی متری قرار بگیرید و از او بخواهید که یک گوش خود را با دست ببندد، سپس پشت سر یا پهلوی نوجوان به نحوی قرار بگیرید که وی نتواند لب خوانی کند. سپس با گفتن کلمات دو سیلابی مثل ماشین، کتاب، کودک و غیره به صورتی که کلمات با استفاده از بازدم گفته شود و صدایی تولید نشود، ادا گردد. اگر بتواند کلمات را تکرار کند، شنوایی قابل قبولی دارد و در غیر این صورت دچار اختلال شنوایی است.
--

مراقبت از نظر پوست و مو

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
پوست و مو را از نظر وجود زواید سفید رنگ چسبیده به ساقه موها که به سختی کنده می شوند، وجود دارد	زواید سفید رنگ چسبیده به ساقه موها که به سختی کنده می شوند، وجود دارد	ابتلاء به رشک و شپش	- ارائه آموزش های بهداشت فردی و توصیه های بهداشتی: • شستشوی موها با شامپو یا کرم و تکرار شستشو یک هفته تا 10 روز بعد • آغشته نمودن موها با سرکه و شانه کردن موی سر با شانه دندان ریز (طبق دستورالعمل) • کوتاه نمودن موها برای تسهیل در شانه کردن و رشک زدایی • شستن لباس ها و ملحفه فرد مبتلا در حرارت 55 درجه سانتی گراد و اتو کردن آن ها • خودداری فرد از استفاده مشترک از هدفون، کلاه ایمنی، حوله و روسری و • تا زمان درمان کامل، فرد مبتلا به مدرسه یا محیط جمعی برنگردد • سایر افراد خانواده هم از یک نوبت شامپو استفاده کنند • در صورت ابتلاء به شپش عانه، موهای آن زدوده شده و سپس درمان انجام شود: - مالیدن کرم یا لوسیون لیندان 1 درصد در ناحیه آلوده و نواحی مو دار اطراف آن و شستشو پس از 8 ساعت و استفاده از شامپوی لیندان 1 درصد به عنوان جایگزین و شستشو بعد از 4 دقیقه. یا - مالیدن پرمترین به علاوه پيپرونیل بوتوکسید در ناحیه آلوده و نواحی مو دار اطراف و شستشو پس از 10 دقیقه، اگر بعد از 7 روز شپش یا تخم های آن در محل اتصال مو و پوست دیده شود، درمان مجدد ضروری است. لباس یا وسایل خواب بیمار را طی 2 روز قبل از شروع درمان باید کاملاً شستشو و به خوبی حرارت داده یا خشکشویی نمود. - پرمترین 1 درصد مطابق روش مذکور • شپش چشم ها را باید با استفاده از یک پماد چشمی در مرز میان پلک ها روزانه به مدت 10 روز درمان کرد. این پماد باعث خفه شدن شپش و لارو آن می شود. پماد نباید در چشم ها نفوذ کند. و - ارائه آموزش های بهداشت فردی
زواید سفید رنگ چسبیده به ساقه موها که به سختی کنده می شوند، وجود ندارد	زواید سفید رنگ چسبیده به ساقه موها که به سختی کنده می شوند، وجود ندارد	رشک و شپش ندارد	- ارائه آموزش های بهداشت فردی - ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
معاینه دهان و دندان	- دندان درد یا - تورم و پارگی و خونریزی از بافت یا - آبسه دندان یا - شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان	مشکل دهان و دندان دارد	- تجویز مسکن برای درد - اقدام مربوط به بیرون افتادن دندان طبق راهنما - ارجاع فوری به دندانپزشک
	- تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای - تاخیر رویش دندان ها - لثه پر خون و قرمز و متورم - بوی بد دهان - جرم دندانی - زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان - وجود مال اکلوژن و ناهنجاری های فکی - دهانی - عادات غلط دهانی	مشکل دهان و دندان دارد	- ارائه توصیه های بهداشتی دهان و دندان (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به نوجوان و والدین - ارجاع غیر فوری به دندانپزشک
	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد	مشکل دهان و دندان ندارد	- توصیه بهداشتی دهان و دندان (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به نوجوان و والدین - تشویق به مراجعه به دندانپزشک 6 ماه بعد و مراقبت بعدی یک سال بعد

مراقبت از نظر شک به سل

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	اقدام و بررسی کنید	از دانش آموز یا همراه وی
• اولین نمونه خلط را بگیرید. • به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری و گرفتن نمونه های خلط آموزش دهید. • دانش آموز را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.	مشکل (احتمال سل)	• دارای نشانه یا • بدون نشانه (سرفه مساوی یا کم تر از 2 هفته) به همراه عامل خطر	• تهیه 3 نمونه از خلط*، در صورت وجود خلط	عوامل خطر و نشانه زیر را سؤال کنید: • سرفه طول کشیده (بیش از دو هفته) • عامل خطر: • سابقه تماس با فرد مبتلا به سل
• به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. • دانش آموز را یک ماه دیگر پیگیری کنید.	در معرض خطر ابتلا به سل	• بدون نشانه (فاقد سرفه) و • با عامل خطر		
• دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.	فاقد مشکل	• بدون نشانه و • بدون عامل خطر		

طبقه بندی کنید

* به راهنمای "روش تهیه نمونه خلط در افراد مشکوک به سل" در راهنما مراجعه کنید.

مراقبت از نظر ابتلاء به آسم

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: 4- طی یک سال گذشته شما (فرزندتان) علائم تنفسی شامل سرفه بیش از 4 هفته، خس و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته است. یا 5- آیا تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای شما (فرزندتان) مطرح کرده است؟ 6- آیا تا کنون پزشک برای شما (فرزندتان) اسپری استنشاقی تجویز کرده است؟	- طی یک سال گذشته علائم تنفسی شامل سرفه بیش از 4 هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته است. یا - تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای وی مطرح کرده است. یا - تا کنون پزشک برای وی اسپری استنشاقی تجویز کرده است. هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد.	احتمال ابتلاء به آسم	- ارجاع غیر فوری به پزشک - پیگیری
		عدم ابتلاء به آسم	- غربالگری و ارزیابی مجدد سه سال بعد - ادامه مراقبت ها

ارزیابی از نظر اختلالات روانپزشکی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
بررسی نشانه ها بر اساس فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی	- رفتارهای عجیب و غریب، دیدن چیزهای غیر واقعی که دیگران آن ها را نمی بینند، شنیدن صداهای غیر واقعی که دیگران آن ها را نمی شنوند، بدبینی و سوء ظن یا غمگینی، نا امیدی، بی حوصلگی، گوشه گیری، بی خوابی یا پر خوابی، بی اشتها یا کم اشتها، از دست دادن علاقه به چیزهایی که قبلاً مورد علاقه بوده است، احساس گناه، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی - خوشحالی یا سرخوشی بیش از حد و بی دلیل، پر حرفی، زود عصبانی شدن، پرخاشگری	اختلال شدید روانی	* در صورت وجود: 1- پرخاشگری 2- احتمال آسیب رساندن به خود یا دیگران 3- افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی ارجاع فوری به پزشک عمومی مرکز
	- اضطراب، دلهره، نگرانی و ترس از آینده، درد و ورم معده، تنگی نفس، تپش قلب، عرق کردن، سرگیجه - شکایات جسمانی متعدد - افکار و رفتارهای وسواسی و تکرار شونده - وحشت، ترس های بیمار گونه و غیر منطقی، هراس از مدرسه	اختلال خفیف روانی	- ارجاع غیر فوری به پزشک عمومی مرکز - آموزش به بیمار و خانواده او بر اساس راهنما
	- حالت بهت زدگی و خیره ماندن به یک نقطه همراه با از دست دادن هوشیاری برای چند لحظه (صرع کوچک) - حمله تشنج همراه با بیهوشی و بیرون آمدن کف از دهان	صرع	- ارجاع غیر فوری به پزشک عمومی مرکز - پیگیری برای صرع مداوم هر 3 تا 6 روز یک بار صورت می گیرد و برای صرع کنترل شده این پیگیری ماهی یک بار است. - آموزش به بیمار و خانواده او بر اساس راهنما * اگر بیمار دچار صرع مداوم باشد، باید به پزشک ارجاع فوری داده شود.
	- خرابکاری، خشونت، نافرمانی، آتش افروزی، دروغ گویی، کتک کاری، زورگویی، فرار از مدرسه یا منزل، دزدی - بیش فعالی و پر تحرکی، کمیود توجه و تمرکز - تیک، ناخن جویدن، لکنت زبان - اختلالات دفعی (بی اختیاری کنترل ادرار و مدفوع)	سایر اختلالات روانپزشکی	- در صورت وجود پرخاشگری و احتمال آسیب رساندن به دیگران باید ارجاع فوری به پزشک داده شود. - ارجاع غیر فوری به پزشک - پیگیری به صورت ماهیانه - آموزش به بیمار و خانواده او بر اساس راهنما
	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد	اختلال ندارد	- ادامه مراقبت ها

ارزیابی از نظر رفتارهای پر خطر

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید:	دانش آموز از رژیم غذایی صحیح برخوردار نیست.	رفتار پرخطر دارد	آموزش طبق راهنمای توصیه های تغذیه ای
- آیا دانش آموز از رژیم غذایی صحیح برخوردار است؟ - آیا دانش آموز در معرض دود سیگار، قلیان، چپق، پیپ و سایر مواد دخانی در منزل و یا اماکن عمومی قرار دارد ولی سیگار نمی کشد. - دانش آموز را برای خرید سیگار، تنباکو و یا سایر مواد دخانی می فرستند. - در خانواده و یا اقوام دانش آموز، فردی که مواد دخانی (سیگار، قلیان، پیپ، انفیه و یا سایر مواد دخانی) مصرف می کند، وجود دارد.	رفتار پرخطر دارد	آموزش طبق راهنمای توصیه های مرتبط با استعمال دخانیات - آموزش نحوه ایجاد محیط عاری از دخانیات مطابق متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات بهورز	
سایر مواد دخانی می فرستند؟ - آیا در خانواده و یا اقوام دانش آموز، فردی که مواد دخانی (سیگار، قلیان، پیپ، انفیه و یا سایر مواد دخانی) مصرف می کند، وجود دارد؟ - آیا سوء مصرف مواد دارد. - در خانواده دانش آموز، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفنی آن وجود دارد	رفتار پرخطر دارد	ارجاع غیر فوری به پزشک	
- آیا در خانواده دانش آموز، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفنی آن وجود دارد؟ - آیا سوء مصرف مواد دارد؟ - آیا در خانواده دانش آموز، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفنی آن وجود دارد؟ - آیا در خانواده دانش آموز، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفنی آن وجود دارد؟	رفتار پرخطر دارد	ارجاع غیر فوری به پزشک	
- آیا در خانواده دانش آموز، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفنی آن وجود دارد؟ - آیا در خانواده دانش آموز، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفنی آن وجود دارد؟ - آیا در خانواده دانش آموز، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفنی آن وجود دارد؟ - آیا در خانواده دانش آموز، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفنی آن وجود دارد؟	رفتار پرخطر دارد (کم تحرکی)	آموزش طبق راهنمای توصیه های فعالیت بدنی	
- آیا در خانواده دانش آموز، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفنی آن وجود دارد؟ - آیا در خانواده دانش آموز، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفنی آن وجود دارد؟ - آیا در خانواده دانش آموز، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفنی آن وجود دارد؟ - آیا در خانواده دانش آموز، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفنی آن وجود دارد؟	رفتار پرخطر دارد	اقدام بر اساس راهنمای مراقبت اختلالات روانپزشکی	
- آیا سابقه اقدام به خودکشی دارد؟ هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد.	رفتار پر خطر ندارد	ادامه مراقبت ها	

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
شرح حال دقیق بگیرید و افرادی که عوامل خطر* فشارخون بالا دارند را مشخص کنید:	- چاق یا دارای اضافه وزن است یا - سابقه وزن کم هنگام تولد (low birth weight) دارد یا - سابقه وقفه تنفسی هنگام خواب (obstructive sleep apnea) دارد یا - والدین مبتلا به فشار خون بالا هستند یا - والدین بیماری عروق کرونر زودرس دارند یا - والدین سابقه بیماری کلیوی یا غددی(تیروئید،) دارند	در خطر ابتلاء به افزایش فشار خون	- اندازه گیری فشارخون و تعیین صدک با استفاده از جداول میزان فشارخون در بخش ضمیمه ها : در صورتی که صدک فشارخون بالای 90 درصد باشد پس از 5 دقیقه مجدداً فشار خون اندازه گیری شود: - اگر فشارخون در اندازه گیری مجدد همچنان بالای 90 درصد باشد: - ارجاع غیر فوری به پزشک جهت تایید تشخیص و بررسی بیش تر - اگر فشارخون در اندازه گیری مجدد طبیعی باشد: - اقدامات مشابه خانه سبز انجام شود
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	عوامل خطر ابتلاء به افزایش فشار خون را ندارد	- ارائه توصیه های مرتبط با شیوه زندگی سالم - ادامه مراقبت ها

* این عوامل خطر عبارتند از: 1- دانش آموزانی که اضافه وزن دارند یا چاق هستند. 2- دانش آموزانی که آبنه (وقفه تنفس) موقع خواب دارند. 3- دانش آموزانی که والدین آن ها فشارخون بالا دارند. 4- بچه هایی که والدین آن ها بیماری عروق قلبی زودرس دارند (در مردها قبل از 65 سالگی و در زن ها قبل از 55 سالگی)

ارزیابی از نظر ابتلاء به سندروم مارفان *

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: - نزدیک بینی (میوپی) - سابقه فتق مکرر یا عود کننده - سابقه سندرم مارفان در بستگان درجه یک (بستگان درجه یک شامل پدر، مادر، خواهر و برادر) - معاینه و بررسی کنید از نظر: - قد به سن - طول نیمه تحتانی بدن: از پوبیس تا کف زمین (پا) - طول کل دو اندام فوقانی در حالت باز - قفسه سینه فرو رفته یا برآمده (کبوتری) - اسکولیوز - کف پای صاف - استریاهای پوستی	وجود هر یک از موارد زیر: 9. قد بلندتر از معمول (بالای $+3$ z-score) 10. طول نیمه تحتانی بدن (از پوبیس تا کف پا) بیش تر از 0/58 قد فرد 11. طول کل دو اندام فوقانی در حالت باز بیشتر از قد فرد 12. قفسه سینه فرو رفته یا برآمده (کبوتری) 13. اسکولیوز 14. کف پای صاف 15. استریاهای پوستی 16. نزدیک بینی	مشکوک به ابتلاء به سندروم مارفان	ارجاع غیر فوری به پزشک عمومی مرکز
- اسکولیوز - کف پای صاف - استریاهای پوستی	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد.		ادامه مراقبت ها

* به راهنمای ارزیابی از نظر ابتلاء به سندروم مارفان مراجعه کنید.

مراقبت های رده سنی 18 تا 25 سال

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI)

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
- وزن را اندازه گیری و نمایه توده بدنی (BMI) را محاسبه کنید. - نمایه توده بدنی (BMI) را با استانداردها مقایسه کنید.	BMI کم تر 18/5	لاغر	ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI بین 25 - 29/9	اضافه وزن	ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI بالای 30	چاق	ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI بین 18/5 - 24/9	وزن متناسب	- ارائه توصیه های تغذیه ای بر اساس راهنما - ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر وضعیت واکسیناسیون

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
- آیا واکسن هیپاتیت ب دریافت کرده است؟ - آیا در واکسیناسیون همگانی سرخک و سرخچه در پاییز 1382 واکس دریافت کرده است؟ - آیا در دوره دبیرستان واکسن توام دریافت کرده است؟	- واکسن هیپاتیت ب دریافت نکرده است یا نمی داند یا - در واکسیناسیون همگانی سرخک و سرخچه در پاییز 1382 واکس دریافت نکرده است یا نمی داند یا - در دوره دبیرستان واکسن توام دریافت نکرده است یا نمی داند (واکسیناسیون ناقص است)	- معرفی به مرکز بهداشتی درمانی جهت دریافت واکسن طبق پروتکل کشوری واکسیناسیون - پیگیری فعال 1 ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون
	واکسیناسیون کامل است	- ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر بینایی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سنجش بینایی را توسط چارت اسنلن، طبق راهنمای "سنجش بینایی با چارت اسنلن" انجام دهید.	کاهش دید هر یک از چشم ها کم تر از 9/10 یا تفاوت دید چشم ها بیش از 1/10 یا دید هر دو چشم با هم کم تر از 10/10	اختلال دید دارد	- ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جهت معاینه و بررسی بیش تر
	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد	اختلال دید ندارد	- ادامه مراقبت ها

راهنمای سنجش بینایی با چارت اسنلن

- تابلو دید (E) را در جای مناسب نصب کرده (متناسب با قد دانش آموز) به نحوی که نور کافی به آن بتابد. (بهتر است تابلو رو به روی پنجره باشد و دانش آموز مورد معاینه پشت به پنجره قرار گیرد)
- دانش آموز با چشم پوش یا کف دست یکی از چشم هایش را به طوری که فشار بر آن وارد نشود، ببوشاند. حروفی را از بالا به پایین انتخاب کرده و جهت قرار گرفتن دندانه E سوال شود. به همین ترتیب چشم دیگر و بعد هر دو چشم معاینه شوند.
- به نکات زیر توجه کنید:
- در هنگام آزمایش چشم، به حرکات دانش آموز مانند جلو آوردن سر، تنگ کردن چشم، ریزش اشک یا پلک زدن های پی در پی توجه کنید. این علائم نشان دهنده ضعف بینایی است.
 - اگر دانش آموز با دست چشمش را فشار دهد یا پلک را بمالد، تعیین دید چشم تقریباً تا یک دقیقه و کمی بیش تر از آن صحیح نیست و باید صبر کرد تا چشم به وضع عادی برگردد.
 - اکثر دانش آموزانی که یک چشمشان ضعیف تر از چشم دیگر است، نمی دانند که دید رضایت بخش آن ها مربوط به چشم سالم است و تصور می کنند هر دو چشم آن ها خوب می بیند. برای کشف چنین مواردی دقت کنید.
 - صورت دانش آموز در هنگام معاینه کاملاً مقابل تابلو قرار گیرد و مستقیماً به روبه رو نگاه کند. گرداندن سر با چشم به یک طرف ممکن است دلیل اختلالی در دید و یا ساختمان درونی چشم باشد که باید در نظر گرفته شود.
 - تابلوی دید دارای 10 ردیف از (دو دهم تا یازدهم) است و بایستی در معاینه از حروف در جهات مختلف استفاده شود.

مراقبت از نظر شنوایی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سنجش شنوایی توسط تست نجوا بر طبق راهنمای "آزمایش شنوایی با آزمایش نجوا"	- فرد صدا را نمی شنود و - کلمات دو سیلابی را تکرار نمی کند	اختلال شنوایی دارد	- ارجاع غیر فوری به پزشک جهت معاینه و بررسی بیش تر
	هیچ یک از علائم فوق را ندارد	اختلال شنوایی ندارد	- ادامه مراقبت ها

راهنمای سنجش شنوایی با آزمایش نجوا

یکی از بهترین روش های غربالگری کم شنوایی، آزمایش نجوا است. فرد را در یک اتاق خلوت نشانده و در فاصله 60 سانتی متری قرار بگیرید و از او بخواهید که یک گوش خود را با دست ببندد، سپس پشت سر یا پهلوی نوجوان به نحوی قرار بگیرید که وی نتواند لب خوانی کند. سپس با گفتن کلمات دو سیلابی مثل ماشین، کتاب، کودک و غیره به صورتی که کلمات با استفاده از بازدم گفته شود و صدایی تولید نشود، ادا گردد. اگر بتواند کلمات را تکرار کند، شنوایی قابل قبولی دارد و در غیر این صورت دچار اختلال شنوایی است.
--

مراقبت از نظروضعیت دهان و دندان

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
معاینه دهان و دندان	- دندان درد - تورم و پارگی و خونریزی از بافت - آبسه دندان - شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان	مشکل دهان و دندان دارد	- تجویز مسکن برای درد - اقدام مربوط به بیرون افتادن دندان طبق راهنما - ارجاع فوری به دندانپزشک
	- تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای - تاخیر رویش دندان ها - لثه پر خون و قرمز و متورم - بوی بد دهان - جرم دندانی - زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان - وجود مال اکلوزن و ناهنجاری های فکی - دهانی - عادات غلط دهانی	مشکل دهان و دندان دارد	- ارائه توصیه های بهداشتی دهان و دندان (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به نوجوان و والدین - ارجاع غیر فوری به دندانپزشک
	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد	مشکل دهان و دندان ندارد	- توصیه بهداشتی دهان و دندان (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به نوجوان و والدین - تشویق به مراجعه به دندانپزشک 6 ماه بعد و مراقبت بعدی یک سال بعد

مراقبت از نظر شک به سل

اقدام	طبقه بندی	نشانه ها	از دانش آموز یا همراه وی عوامل خطر و نشانه زیر را سؤال کنید:	اقدام و بررسی کنید
- اولین نمونه خلط را بگیرید. - به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری و گرفتن نمونه های خلط آموزش دهید. - دانش آموز را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.	مشکل (احتمال سل)	- دارای نشانه یا - بدون نشانه (سرفه مساوی یا کم تر از 2 هفته) به همراه عامل خطر	تهیه 3 نمونه از خلط*، در صورت وجود خلط	- سرفه طول کشیده (بیش از دو هفته) - عامل خطر: سابقه تماس با فرد مبتلا به سل
- به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. - دانش آموز را یک ماه دیگر پیگیری کنید.	در معرض خطر ابتلا به سل	- بدون نشانه (فاقد سرفه) و - با عامل خطر		
دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.	فاقد مشکل	- بدون نشانه و - بدون عامل خطر		



* به راهنمای "روش تهیه نمونه خلط در افراد مشکوک به سل" در راهنما مراجعه کنید.

مراقبت از نظر ابتلاء به آسم

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: 7- طی یک سال گذشته شما (فرزندتان) علائم تنفسی شامل سرفه بیش از 4 هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته است. یا - تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای وی مطرح کرده است. یا - تا کنون پزشک برای وی اسپری استنشاقی تجویز کرده است.	- طی یک سال گذشته علائم تنفسی شامل سرفه بیش از 4 هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) داشته است. یا - تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای وی مطرح کرده است. یا - تا کنون پزشک برای وی اسپری استنشاقی تجویز کرده است.	احتمال ابتلاء به آسم	- ارجاع غیر فوری به پزشک - پیگیری
داشته اید؟ 8- آیا تا کنون پزشک تشخیص آسم را برای شما (فرزندتان) مطرح کرده است؟ 9- آیا تا کنون پزشک برای شما (فرزندتان) اسپری استنشاقی تجویز کرده است؟	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد.	عدم ابتلاء به آسم	- غربالگری و ارزیابی مجدد سه سال بعد - ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر پوست و مو

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
پوست و مو را از نظر وجود زواید سفید رنگ چسبیده به ساقه موها که به سختی کنده می شوند، بررسی کنید	زواید سفید رنگ چسبیده به ساقه موها که به سختی کنده می شوند، وجود دارد	ابتلاء به رشک و شپش	- ارائه آموزش های بهداشت فردی و توصیه های بهداشتی: • شستشوی موها با شامپو یا کرم و تکرار شستشو یک هفته تا 10 روز بعد • آغشته نمودن موها با سرکه و شانه کردن موی سر با شانه دندانه ریز (طبق دستورالعمل) • کوتاه نمودن موها برای تسهیل در شانه کردن و رشک زدایی • شستن لباس ها و ملحفه فرد مبتلا در حرارت 55 درجه سانتی گراد و اتو کردن آن ها • خودداری فرد از استفاده مشترک از هدفون، کلاه ایمنی، حوله و روسری و • تا زمان درمان کامل، فرد مبتلا به مدرسه یا محیط جمعی برنگردد • سایر افراد خانواده هم از یک نوبت شامپو استفاده کنند • در صورت ابتلاء به شپش عانه، موهای آن زدوده شده و سپس درمان انجام شود: - مالیدن کرم یا لوسیون لیندان 1 درصد در ناحیه آلوده و نواحی مو دار اطراف آن و شستشو پس از 8 ساعت و استفاده از شامپوی لیندان 1 درصد به عنوان جایگزین و شستشو بعد از 4 دقیقه. یا - مالیدن پرمترین به علاوه پیپر ونیل بوتوکسید در ناحیه آلوده و نواحی مو دار اطراف و شستشو پس از 10 دقیقه، اگر بعد از 7 روز شپش یا تخم های آن در محل اتصال مو و پوست دیده شود، درمان مجدد ضروری است. لباس یا وسایل خواب بیمار را طی 2 روز قبل از شروع درمان باید کاملاً شستشو و به خوبی حرارت داده یا خشکشویی نمود. یا - پرمترین 1 درصد مطابق روش مذکور • شپش چشم ها را باید با استفاده از یک پماد چشمی در مرز میان پلک ها روزانه به مدت 10 روز درمان کرد. این پماد باعث خفه شدن شپش و لارو آن می شود. پماد نباید در چشم ها نفوذ کند. و - ارائه آموزش های بهداشت فردی
	زواید سفید رنگ چسبیده به ساقه موها که به سختی کنده می شوند، وجود ندارد	رشک و شپش ندارد	- ارائه آموزش های بهداشت فردی - ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
شرح حال دقیق بگیرید و افرادی که عوامل خطر* فشارخون بالا دارند را مشخص کنید:	- چاق یا دارای اضافه وزن است یا - سابقه وزن کم هنگام تولد (low birth weight) دارد یا - سابقه وقفه تنفسی هنگام خواب (obstructive sleep apnea) دارد یا - والدین مبتلا به فشار خون بالا هستند یا - والدین بیماری عروق کرونر زودرس دارند یا - والدین سابقه بیماری کلیوی یا غددی(تیروئید،) دارند	در خطر ابتلاء به افزایش فشار خون	- اندازه گیری فشارخون و تعیین صدک با استفاده از جداول میزان فشارخون در بخش ضمیمه ها : در صورتی که صدک فشارخون بالای 90 درصد باشد پس از 5 دقیقه مجدداً فشار خون اندازه گیری شود: - اگر فشارخون در اندازه گیری مجدد همچنان بالای 90 درصد باشد: - ارجاع غیر فوری به پزشک جهت تایید تشخیص و بررسی بیش تر - اگر فشارخون در اندازه گیری مجدد طبیعی باشد: - اقدامات مشابه خانه سبز انجام شود
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	عوامل خطر ابتلاء به افزایش فشار خون را ندارد	- ارائه توصیه های مرتبط با شیوه زندگی سالم - ادامه مراقبت ها

* این عوامل خطر عبارتند از: 1- دانش آموزانی که اضافه وزن دارند یا چاق هستند، 2- دانش آموزانی که آینه (وقفه تنفس) موقع خواب دارند، 3- دانش آموزانی که والدین آن ها فشارخون بالا دارند، 4- بچه هایی که والدین آن ها بیماری عروق قلبی زودرس دارند (در مردها قبل از ۶۵ سالگی و در زن ها قبل از ۵۵ سالگی)

ارزیابی از نظر اختلالات روانپزشکی

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
بررسی نشانه ها بر اساس فرم غربالگری اختلالات روانپزشکی	- رفتارهای عجیب و غریب، دیدن چیزهای غیر واقعی که دیگران آن ها را نمی بینند، شنیدن صداهای غیر واقعی که دیگران آن ها را نمی شنوند، بدبینی و سوء ظن - غمگینی، نا امیدی، بی حوصلگی، گوشه گیری، بی خوابی یا پر خوابی، بی اشتتهایی یا کم اشتتهایی، از دست دادن علاقه به چیزهایی که قبلاً مورد علاقه بوده است، احساس گناه، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی - خوشحالی یا سرخوشی بیش از حد و بی دلیل، پر حرفی، زود عصبانی شدن، پرخاشگری	اختلال شدید روانی	*در صورت وجود: 1- پرخاشگری 2- احتمال آسیب رساندن به خود یا دیگران 3- افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی ارجاع فوری به پزشک عمومی مرکز
	- اضطراب، دلهره، نگرانی و ترس از آینده، درد و ورم معده، تنگی نفس، تپش قلب، عرق کردن، سرگیجه - شکایات جسمانی متعدد - افکار و رفتارهای وسواسی و تکرار شونده - وحشت، ترس های بیمار گونه و غیر منطقی، هراس از مدرسه	اختلال خفیف روانی	ارجاع غیر فوری به پزشک عمومی مرکز - آموزش به بیمار و خانواده او
	- حالت بهت زدگی و خیره ماندن به یک نقطه همراه با از دست دادن هوشیاری برای چند لحظه (صرع کوچک) - حمله تشنج همراه با بیهوشی و بیرون آمدن کف از دهان	صرع	ارجاع غیر فوری به پزشک عمومی مرکز - پیگیری برای صرع مداوم هر 3 تا 6 روز یک بار صورت می گیرد و برای صرع کنترل شده این پیگیری ماهی یک بار است. - آموزش به بیمار و خانواده او بر اساس راهنما * اگر بیمار دچار صرع مداوم باشد، باید به پزشک ارجاع فوری داده شود.
	- خرابکاری، خشونت، نافرمانی، آتش افروزی، دروغ گویی، کتک کاری، رعایت نکردن حقوق دیگران، زورگویی، فرار از مدرسه یا منزل، دزدی - بیش فعالی و پر تحرکی، کمبود توجه و تمرکز، برانگیختگی و بی قراری - تیک، اختلالات دفعی (نا توانی در کنترل ادرار و مدفوع)، ناخن جویدن، لکنت زبان	سایر اختلالات روانپزشکی	ارجاع غیر فوری به پزشک - پیگیری به صورت ماهیانه - آموزش به بیمار و خانواده او
	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد	اختلال ندارد	- ادامه مراقبت ها

ارزیابی از نظر رفتارهای پر خطر

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: - آیا دانش آموز از رژیم غذایی صحیح برخوردار است؟ - آیا دانش آموز در معرض دود سیگار، قلیان، چپق، پیپ و سایر مواد دخانی در منزل و یا اماکن عمومی قرار دارد (سیگاری تحمیلی)؟ - آیا دانش آموز سیگار، قلیان، پیپ و یا سایر مواد دخانی مصرف می کند؟ - آیا دانش آموز را برای خرید سیگار، تنباکو و یا سایر مواد دخانی می فرستند؟ - آیا در خانواده و یا اقوام دانش آموز، فردی که مواد دخانی (سیگار، قلیان، پیپ، انقیه و یا سایر مواد دخانی) مصرف می کند، وجود دارد؟ - آیا سوء مصرف مواد دارد؟ - آیا در خانواده دانش آموز، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفننی آن وجود دارد؟ - آیا دانش آموز فعالیت بدنی مناسب دارد؟ - آیا دانش آموز سابقه آسیب رساندن به دیگران، آسیب رساندن به خود، یا اقدام به خودکشی دارد؟	دانش آموز از رژیم غذایی صحیح برخوردار نیست. - دانش آموز در معرض دود سیگار، قلیان، چپق، پیپ و سایر مواد دخانی در منزل و یا اماکن عمومی قرار دارد ولی سیگار نمی کشد. - دانش آموز را برای خرید سیگار، تنباکو و یا سایر مواد دخانی می فرستند. - در خانواده و یا اقوام دانش آموز، فردی که مواد دخانی (سیگار، قلیان، پیپ، انقیه و یا سایر مواد دخانی) مصرف می کند، وجود دارد. دانش آموز سیگار، قلیان، پیپ و یا سایر مواد دخانی مصرف می کند. - سوء مصرف مواد دارد. - در خانواده دانش آموز، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفننی آن وجود دارد.	رفتار پرخطر دارد رفتار پرخطر دارد رفتار پرخطر دارد رفتار پرخطر دارد رفتار پرخطر دارد هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد.	آموزش طبق راهنمای توصیه های تغذیه ای آموزش طبق راهنمای توصیه های مرتبط با استعمال دخانیات - آموزش نحوه ایجاد محیط عاری از دخانیات مطابق متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات بهورز ارجاع غیر فوری به پزشک ارجاع غیر فوری به پزشک آموزش طبق راهنمای توصیه های فعالیت بدنی - اقدام بر اساس راهنمای مراقبت اختلالات روانپزشکی ادامه مراقبت ها

فوریت ها

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدام
در حالت نیمه هوشیار مصدوم به طور مبهم و به کندی به سئوالات پاسخ می دهد. باید درخواست خود را با فریاد بیان کنید، تا پاسخی دریافت کنید. در حالت غیرهوشیار مصدوم نسبت به تکان یا فریاد پاسخی نمی دهد.	اختلال هوشیاری	تمیز کردن راه هوایی کنترل علائم حیاتی و کنترل نبض هر دو دقیقه یک بار خوابانیدن بیمار به پهلو عدم تجویز مواد خوراکی انجام احیای قلبی ریوی طبق دستورالعمل. ارجاع فوری
مشاهده اثر یا نشانه های حاصل از دندان، نیش و درد و سوزش محل گزش، تخریب موضعی نسج، قرمزی پوست و بروز تاول، گانگرن، خون مردگی، لخته خون عروق سطحی و ورم عضو آسیب دیده.	گزش مار	ضمن دادن آرامش به مصدوم و حفظ خونسردی، مصدوم را روی زمین بخوابانید و ایشان را در حالت استراحت مطلق نکه دارید. محل گزیدگی را با آب و صابون بشویید. اشیاء زینتی و کفش عضو آسیب دیده را درآورید. از تکنیک بی حرکت سازی استفاده کنید و عضو را همسطح قلب نکه دارید. (از یک باند پهن برای بانداز فشاری روی محل گزش استفاده نمایید). اندام را بی حرکت کنید، می توانید در گزیدگی پا، یک اندام را به اندام دیگر ببندید. هرگز بالای محل گزش را نبندید. هرگز محل گزش را نشویید، مک نزنید و برش ندهید. به مصدوم غذا ندهید. در صورت ورود سم به چشم باید آن را با آب ساده یا شیر شست. می توان برای تسکین درد از مسکن های ساده مانند استامینوفن استفاده کرد. از سرمادرمانی یا کمپرس آب سرد در محل گزش خودداری شود. ارجاع فوری دهید.
درد و احساس گزگز در محل گزیدگی، حرکات غیر طبیعی چشم، آبریزش دهان، تهوع و استفراغ، افزایش ضربان قلب، اختلال تنفسی، خونریزی، تغییر رنگ ادرار، حرکات تشنجی و حتی مرگ	گزش عقرب	ضمن دادن آرامش به مصدوم و حفظ خونسردی، مصدوم را روی زمین بخوابانید و ایشان را در حالت استراحت مطلق نکه دارید. از تکنیک بی حرکت سازی عضو آسیب دیده استفاده کنید. تا حد امکان باید از دستکاری محل گزش خودداری شود. به فرد آسیب دیده مایعات زیاد دهید و متوجه تغییر رنگ احتمالی ادرار باشید. از درمان های سنتی خودداری شود. در صورت امکان و بدون اتلاف وقت عقرب زنده یا مرده در قوطی درب دار برای تشخیص گونه و نوع سم و انتخاب روش درمانی همراه فرد آسیب دیده ارسال شود. ارجاع فوری دهید.

مشاهده سوراخ یا نیش در محل گزش، خارش، درد، سوزش، قرمزی یا تورم محل گزش، علائم مسمومیت (کهیر، ورم ناحیه گلو و دهان، تهوع و استفراغ، درد قفسه سینه، کاهش فشار خون، تنفس مشکل و صدادر، اضطراب، در موارد شدید کاهش سطح هوشیاری، تنفس بسیار مشکل یا مرگ در اثر شوک حساسیتی)	گزش زنبور	توصیه می‌شود، نیش حشره را با موچین، پنس یا ناخن از محل گزش بیرون آورید. پوست محل گزش را با آب و صابون بشویید و کمپرس سرد کنید. گذاشتن خمیر درست شده از جوش شیرین و آب در محل گزش به کاهش درد کمک می‌کند. به دلیل احتمال کاهش سطح هوشیاری، رانندگی فرد آسیب دیده برای مراجعه به مرکز درمانی مجاز نیست. بیمار را ارجاع فوری دهید.
درد، حساسیت در محل آسیب، تورم و تغییر شکل، کاهش فعالیت عضو، علائم و نشانه های شوک در آسیب‌های لگن و ران	شکستگی های بسته	تا زمانی که واقعاً نیاز نیست، مصدوم را حرکت ندهید. از فشار آوردن مستقیم روی محل شکستگی بپرهیزید. اندام شکسته را صاف نکنید. در شکستگی پا: پای آسیب دیده را به پای سالم مقابل ببندید. در شکستگی دست: آن را به گردن آویزان کنید. در محل‌های تماس پوست با پوست، از پنبه یا باند استفاده کنید. مصدوم را در وضعیت راحتی قرار دهید. به مصدوم غذا یا نوشیدنی ندهید و او را ارجاع فوری دهید.
علائم شکستگی بسته همراه با وجود زخم در محل شکستگی استخوان به طوریکه شکستگی به سطح پوست راه پیدا کند	شکستگی های باز	علاوه بر رعایت اصول بی‌حرکت سازی، استفاده از گاز استریل بر روی زخم به منظور جلوگیری از خونریزی و عفونت ضروری است. مصدوم را در وضعیت راحتی قرار دهید. به مصدوم غذا یا نوشیدنی ندهید و او را ارجاع فوری دهید.
کاهش هوشیاری، خواب آلودگی نسبی یا کوتاه مدت، تهوع و استفراغ، تاری دید، کاهش حافظه و تعادل، نابرابری اندازه مردمک ها یا اتساع آن ها، خونریزی از بینی و گوش، سردرد شدید منتشر و تشنج	صدمات سر	راه هوایی را تمیز کنید. علائم حیاتی را کنترل کنید. بیمار را به پهلو بخوابانید تا خون و ترشحات خارج شود. از چرخاندن سر به تنهایی بپرهیزید، هنگام هر حرکتی سر و گردن را محافظت کنید زیرا خطر آسیب نخاع وجود دارد. بیمار را ارجاع فوری دهید.
استفراغ یا عق زدن، درد معده، اسهال، تشنج و هذیان، مشکلات تنفسی، عدم هوشیاری، احساس بوی مواد شیمیایی، سردرد، احساس سوزش و درد در دهان و گلو و معده	مسمومیت	پرسش از مصدوم در مورد نوع و زمان و مقدار ماده خورده شده و اقدام به صورت زیر: الف) در صورت ناشناخته بودن ماده مصرفی و یا مصرف مواد سوزاننده یا نفتی: از ایجاد استفراغ خودداری کنید. ب) اگر مصدوم ماده سوزاننده خورده است: در حد تحمل و تا جایی که استفراغ نمی‌کند، به او کمی شیر یا آب بخورانید. ج) اگر مصدوم غذای آلوده، قارچ سمی و مواد غیرسوزاننده و غیر نفتی خورده است: با استفاده از شربت اپیکا یا تحریک ته حلق ایجاد استفراغ کنید. د) ارجاع فوری دهید.
پارگی ناحیه سطحی پوست، قرمزی، تاول، کنده شدن پوست،	سوختگی	محل سوختگی را زیر جریان آب تمیز و خنک تا زمان برطرف شدن درد قرار دهید. لباس های تنگ و سوخته و زیور آلات را از تن

احساس سوزش و درد و آسیب لایه های زیرین پوست در موارد شدید		مصدوم خارج کنید. از یک پانسمان تمیز غیر چسبنده یا یک پارچه کتان بدون پرز، بدون مالیدن دارو استفاده کنید. اندامی را که دچار سوختگی شده بی حرکت کرده، از سطح بدن بالاتر نگه دارید. الف) اگر مصدوم هوشیار است به او جرعه جرعه آب سرد بخورانید. ب) اگر مصدوم هوشیار نیست طبق دستور مربوطه اقدام کنید.
آسیب سرمایی به اندامها در اثر تماس طولانی مدت با سرمای خشک یا مرطوب به صورت قرمزی، تورم، کبودی و حتی زخم و تاول اغلب در انگشتان دست و پا، لاله گوش و بینی	سرمازدگی و یخ زدگی	مصدوم را از محیط سرد دور کنید. لباس، جوراب و کفش های خیس را هرچه سریع تر خارج نمایید. عضو سرمازده را به ملایمت خشک کنید. آن را بالاتر از سطح بدن قرار دهید. از حرارت مستقیم برای گرم کردن عضو استفاده نکنید. هرگز تاولها را تخلیه نکنید. برای گرم کردن عضو آسیب دیده در موارد خفیف، دور آن پتو بپیچید و در موارد یخ زده، آن را در آب حدود 40 درجه غوطه ور کنید. از پماد یا داروی موضعی استفاده نکنید. اجازه راه رفتن روی پای یخ زده را به مصدوم ندهید. از مالیدن برف روی ناحیه یخ زده جداً خودداری کنید. موارد شدید را ارجاع فوری دهید
علائم گرم ازدگی از آسیب های خفیف مانند تورم اندام تحتانی، عرق سوز، گرفتگی های عضلانی تا یک تظاهرات شدید و حاد به صورت از دست دادن شدید مایعات بدن، تحریک پذیری، گیجی، پرخاشگری، تشنج و کاهش سطح هوشیاری بروز می کند.	گرم ازدگی	مصدوم را به محیط خنک و دور از تابش مستقیم آفتاب منتقل کنید. در نواحی عرق سوز از پودر بچه، تالک و ... استفاده نکنید. موارد شدید را ارجاع فوری دهید
	غرق شدگی	در اولین فرصت ممکن، عملیات احیا را آغاز کنید. همه مصدومان حتی موارد بی علامت را به بیمارستان ارجاع کنید. در حین انتقال مصدوم را گرم نگه دارید.
از دست دادن هوشیاری، توقف ضربان قلب، سوختگی های عمیق	برق گرفتگی و صاعقه زدگی	جریان برق را قطع کنید، بروی یک جسم عایق بایستید و بدن مصدوم را در قسمت بدون لباس لمس نکنید . اگر عامل برق گرفتگی، سقوط کابل فشارقوی بروی زمین است، باید حداقل 9 متر از آن دور شوید. توجه داشته باشید، چوب و وسایل پلاستیکی، در برابر جریان های فشار قوی عایق نیستند. در موارد صاعقه زدگی، مصدوم را از مکان مرتفع و مجاورت با درخت، ماشین، کنار دریا و دریاچه دور نمایید. در صورت لزوم در اولین فرصت عملیات احیا را آغاز کنید. در موارد سوختگی، مطابق دستور العمل مربوطه رفتار کنید.

راهنماها و توصیه ها

راهنمای اقدام پیش از ارجاع دهان و دندان

در صورت بیرون افتادن دندان از دهان

الف) در مورد دندان دائمی:

1. دندان بیرون افتاده را پیدا کرده و از سمت تاج آن را نگهدارید.
 2. دندان را زیر فشار ملایم آب خنک یا آب جوشیده سرد شده بگیرید. در این حالت نباید دندان و به خصوص ریشه آن با پارچه یا دست پاک شود.
 3. در صورتی که نیروی ارایه دهنده خدمت و یا والدین آموزش های لازم را دیده باشند، بایستی سریعاً دندان را به درستی (سطح بیرونی دندان به سمت خودشان و سطح داخلی دندان به سمت داخل دهان بیمار) در حفره دندانی مربوطه قرار دهند.
 4. یک تکه گاز یا پارچه نم دار را روی دندان قرار داده و از بیمار خواسته شود که با فشار دست یا با فشار دندان های خود آن را نگه داشته و سپس بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.
- نکته 1- در صورتی که نیروی ارائه دهنده خدمت و والدین آموزش های لازم را ندیده باشند، یا مهارت لازم را نداشته باشند. پس از انجام اقدامات بند اول فوق الذکر، ابتدا دندان را در یک محیط مرطوب مثل سرم شستشو، شیر، بزاق یا آب جوشیده سرد شده قرار داده و بلافاصله در حداقل زمان ممکن، بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.
- نکته 2- اگر ضربه باعث شکستگی تاج دندان شده است، در صورت امکان تکه جدا شده دندان نیز نزد دندانپزشک برده شود.

ب) در مورد دندان شیری:

- 0 به دلیل آسیبی که ممکن است به دندان دائمی زیرین برسد، نبایستی تلاشی در جهت گذاشتن دندان شیری در محل حفره دندانی مربوطه اش نمود، ولی بایستی بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

- در صورتی که بیمار قبلاً به طور کامل واکسینه نشده باشد و زخم آلوده باشد، بایستی یک نوبت واکسن کزاز به بیمار تزریق شود.

بررسی از نظر سل ریوی

دانش آموز را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر ارزیابی کنید:

سرفه طول کشیده: چنانچه دانش آموز بیش از 2 هفته سرفه می کند آن را به عنوان یک نشانه محسوب کنید. دقت کنید سرفه می تواند به همراه خلط (خونی یا بدون خون) یا بدون خلط باشد.

سابقه تماس با فرد مبتلا به سل: از دانش آموز در خصوص افراد مبتلا به سل در خانواده، اقوام و دوستان سؤال کنید. در صورت پاسخ بلی، چنانچه مطمئن شدید که دانش آموز با فرد مبتلا در جمع دوستان یا اقوام تماس داشته است آن را به عنوان یک عامل خطر محسوب کنید.

از دانش آموز با سرفه خلط دار طول کشیده یا با سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه خلط دار 2 هفته یا کم تر، در همان مراجعه بار اول با نظارت کارمند بهداشتی مربوطه یک نمونه خلط تهیه شود. از دانش آموز بخواهید که فردا صبح قبل از بلند شدن از رختخواب یک نمونه از خلط خود بگیرد و به کارمند بهداشتی مربوطه تحویل دهد و در زمان تحویل، سومین نمونه از خلط دانش آموز در واحد بهداشتی، تحت نظارت همان کارمند بهداشتی تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود.

دانش آموز را از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی طبقه بندی کنید.

دانش آموز را با توجه به نشانه و عامل خطر از نظر احتمال ابتلا به سل ریوی به شرح زیر طبقه بندی کنید:

- دانش آموز دارای یک نشانه (سرفه بیش از 2 هفته) یا با سرفه مساوی یا کم تر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در طبقه بندی "مشکل (احتمال ابتلا به سل)" قرار می گیرد. به دانش آموز و همراه وی در زمینه تغذیه و راه های کنترل انتقال بیماری به سایرین آموزش دهید. دانش آموز را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
 - دانش آموز بدون سرفه به همراه عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل، در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به سل" قرار می گیرد. به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. دانش آموز را یک ماه بعد پیگیری کنید.
 - چنانچه دانش آموز بدون نشانه و بدون عامل خطر است، در طبقه بندی "فاقد مشکل" قرار می گیرد. دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.
- دقت کنید** نتایج اسمیر برداری برای پزشک جهت طبقه بندی کاربرد دارد.

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیماری سل

توصیه های کلی

- برخورداری از تهویه و نور کافی (تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق بیمار)
- کنترل راه های انتقال بیماری
- تغذیه مناسب

پیگیری: دانش آموز در تماس با فرد مبتلا به سل اسمیر مثبت و بدون سرفه را پس از یک ماه به شرح زیر پیگیری کنید.

از دانش آموز در مورد نشانه های بیماری سؤال کنید:

- در صورتی که دانش آموز دارای نشانه است، از دانش آموز یک نمونه خلط تهیه شود. مطابق متن دو نمونه دیگر از خلط وی نیز تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود. از دانش آموز در خصوص عمل به توصیه ها سؤال کنید چنانچه دانش آموز عملکرد صحیحی داشته است، دانش آموز را به ادامه عمل تشویق کنید. در غیر این صورت دانش آموز و همراه وی را مجدداً آموزش دهید. دانش آموز را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- در صورتی که دانش آموز فاقد نشانه است وی را 6 ماه بعد پیگیری کنید. از دانش آموز در خصوص عمل به توصیه سؤال کنید. اگر دانش آموز عملکرد صحیحی داشته است، دانش آموز را به ادامه عمل تشویق کنید و در غیر این صورت، دانش آموز و همراه وی را مجدداً آموزش دهید. دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.

دارو	مقدار روزانه mg/kg	شکل دارویی
ایزونیازید	5(4-6)	قرص 100 و 300 میلی گرمی
ریفامپین	10(8-12)	کپسول 150 و 300 میلی گرمی و قطره
پیرازینامید	25 (20-30)	قرص 500 میلی گرمی
اتامبوتول*	15(15-20)	قرص 400 میلی گرمی
استرپتومایسین	15(12-18)	ویال (آمپول) 1000 میلی گرمی

* مصرف استرپتومایسین در دوران بارداری ممنوع است. * اتامبوتول در کودکان به مقدار 15 میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن تجویز می شود.

روش تهیه نمونه خلط در افراد مشکوک به سل

§ نمونه اول را از بیمار در اولین مراجعه به خانه بهداشت یا هر واحد بهداشتی درمانی دیگر در فضای آزاد و زیر نظر کارمند بهداشتی تهیه نمایید.

§ نمونه دوم را بیمار صبح روز بعد، قبل از برخاستن از بستر تهیه نماید. در همان روز اول یک ظرف جمع آوری خلط به بیمار داده می شود تا صبح زود روز بعد خلط صبحگاهی خود را در آن جمع آوری کرده و به واحد بهداشتی بیاورد.

§ نمونه سوم را از بیمار همزمان با تحویل نمونه دوم و با همان روش نمونه اول در واحد بهداشتی درمانی تهیه نمایید.

در صورتی که بیمار بستری باشد هر 3 نمونه از خلط صبحگاهی تهیه شود.

§ حجم هر نمونه خلط باید 3 تا 5 میلی لیتر باشد.

راهنمای آسم

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 راه های هوایی رخ می دهد.

1- پوشش داخلی راه های هوایی متورم و ملتهب می گردد.

2- موکوس به میزان زیاد ترشح شده و می تواند راه های هوایی را مسدود سازد.

3- عضلات اطراف راه های هوایی منقبض شده و مسیر راه هوایی را تنگ تر می سازند.

در بیماری آسم به دنبال واکنش راه های هوایی به عوامل محرک و حساسیت زا (آلرژیک)، این سه عامل سبب انسداد راه های هوایی می شود و در نتیجه هوای کم تری از آن ها عبور کرده و عمل تنفس سخت تر می گردد. در این شرایط علائم آسم به صورت سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس بروز می کند.

علت آسم چیست؟

علت دقیق و اصلی آسم هنوز نامشخص است. ولی آنچه تاکنون روشن شده، نشان می دهد که اگر افراد خانواده سابقه انواع بیماری های آلرژیک (اکزما، 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 ویروسی و بعضی از مواد حساسیت زا ممکن است سبب افزایش احتمال بروز 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.

موارد شایع محیطی که سبب بروز یا بدتر شدن آسم (حمله آسم) می گردند عبارتند از:

1- مواد حساسیت زا یا آلرژن ها:

- عوامل حساسیت زای حیوان (پر، مو یا پوست)
- گرده ها و قارچ ها (مانند گردهای حاصل از مصرف گچ در کلاس درس)
- هیره موجود در گرد و خاک خانه ها و محیط مدرسه
- سوسک ها

2- عوامل محرک زا

- دود سیگار و سایر دخانیات (قلیان، پپ و ...)
- آلودگی هوا (مانند دود حاصل از دودکش بخاری ها و آگزوز خودروها)
- تغییرات آب و هوایی، بخصوص هوای سرد و خشک
- بوهای تند (مانند بوی متصاعد از برخی موادشیمیایی در آزمایشگاه های مدارس و یا مازیک وایت برد کلاس درس و یا عطر و ادکلن و ...)
- تغییرات هیجانی شدید (گریه کردن، خندیدن شدید، استرس و اضطراب)
- 3- عفونت های ویروسی (سرماخوردگی، آنفلوانزا و ...)

4- فعالیت فیزیکی

5- سایر عوامل

- داروها
- مواد افزودنی در غذاها و آلرژی های غذایی (بویژه در کودکان و در مدارس)
- چاقی

بیماری آسم در چه گروه های سنی بیشتر دیده می شود؟

اگر چه آسم همه گروه های سنی را درگیر می کند. اما شروع آسم در اغلب موارد از دوران کودکی است. شیوع این بیماری در سنین 12 تا 17 سالگی به حداکثر خود می رسد و پس از آن به تدریج پایین می آید. به طوری که پس از 60 سالگی احتمال بروز این بیماری بسیار کم تر می گردد. از نظر جنسی نیز در سنین کودکی آسم در پسران شیوع بیشتری دارد ولی پس از بلوغ این نسبت بر عکس می گردد.

سیر بیماری آسم چگونه است؟

اغلب کودکان با افزایش سن علائم کم تری خواهند داشت. اگر چه در بعضی از آن ها ممکن است شد علائم ثابت بماند و یا حتی بیشتر شود. آسم یک بیماری دراز مدت است که البته قابل کنترل است. از عواملی که باعث پایداری آسم در کودکان می گردد می توان به وجود شرح حال مثبت انواع بیماری های آلرژی بخصوص وجود آسم در والدین، جنس مذکر، در معرض دود سیگار بودن، کودکانی که مادران آن ها در دوران حاملگی سیگار کشیده یا در معرض دود سیگار باشند، تغذیه با شیر خشک در 6 ماه اول زندگی و چاقی اشاره کرد.

علائم آسم کدامند؟

شایع ترین علائم آسم عبارتند از:

1- سرفه:

سرفه بیماران آسمی ممکن است تک تک یا حمله ای باشد و در شرح حال بیمار، سرفه اغلب در شب و اوایل صبح بدتر می شود و مانع خواب می گردد. (اگر سرفه بیش از 3 هفته طول بکشد. باید بیمار برای بررسی از جهت آسم ارجاع گردد)

2- خس خس سینه:

نوع صدای زیر است که هنگام تنفس و اغلب در بازدم شنیده می شود.

3- تنگی نفس:

یعنی فرد نمی تواند به راحتی عمل دم و بازدم را انجام دهد و احساس فشار و سختی در تنفس کند. البته همه بیماران علائم فوق را به طور کامل ندارد و شدت و میزان علائم نیز در حالت های مختلف بیماری و در حمله آسم متفاوت است. علائم ممکن است از چند دقیقه تا چند روز طول بکشند یا این که هر چند ماه یک بار بروز کنند. علایم 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.

انواع آسم (از لحاظ شدت بروز علائم):

1- آسم خفیف متناوب

در این سطح از بیماری بروز علایم و حملات آسم کم تر از یک بار در هفته است.

2- آسم پایدار خفیف

در این سطح، عائم در روز بیشتر از یک بار در هفته و در شب بیش تر از 2 بار در ماه است. حملات آسم بر فعالیت روزانه بیمار تاثیر می گذارد.

3- آسم پایدار متوسط

در این سطح بروز علائم آسم هر روز می باشد و بیشتر از یک شب در هفته نیز بیمار را ناراحت می کند. حملات آسم بر فعالیت روزانه بیمار تاثیر منفی می گذارد.

4- 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."

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 شکل درمان و کنترل کرد که علائم و حملات آن پیشگیری شوند. زندگی با آسم در بیشتر موارد بدون دردسر است.

آسم چگونه درمان و کنترل می شود؟

آسم یک بیماری مزمن است. معمولاً بیمار نیاز به مراقبت پیوسته و منظم دارد.

برای رسیدن به اهداف مراقبتی صحیح باید:

1- به بیمار در زمینه های پیشگیری و پرهیز از عوامل 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 آموزش داده شود و از او خواسته شود که درمان دارویی آسم (بویژه در مواقع حمله حاد) را طبق دستور پزشک انجام دهد.

2- مدیران و مراقبین سلامت و معلمان مدارس با علائم حمله حاد آسم و نیز آلرژن هایی که احتمال مشتعل کردن حمله حاد آسم را برای دانش آموزان آسمی مهیا می کند آشنا بوده و به وظایف امدادی خاص این قبیل دانش آموزان آشنا باشند.

آغازگرهای بیماری آسم و راه های پرهیز و کنترل آن ها:

پرهیز از عوامل محرک و مزاحمی که سبب التهاب مجاری هوایی و بدتر شدن بیماری آسم می شوند بسیار مهم است. این عوامل آغازگر آسم نامیده می شوند. هر بیمار باید راه های اجتناب از عوامل آغازگر بیماری خود را بداند و به آن عمل کند.

هیره موجود در گرد و خاک خانه ها و محیط مدارس:

هیره ها بندپایانی میکروسکوپی هستند (حدوداً 0/3 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 علایم آسم می گردند. لذا به دانش آموز بیمار آموزش داده شود که با استفاده از روش های زیر باید با آن ها مقابله کند:

1- در منزل بالش ها و تشک ها را در پوشش هایی غیر قابل نفوذ (مثلاً پلاستیکی) بپوشاند و کلیه ملحفه ها را هفته ای یک بار در آب داغ (60 درجه سانتی گراد) بشویند و آن ها را در آفتاب خشک کنند.

2- در صورت امکان در منزل از قالی به عنوان کف پوش استفاده نکنند و در مدرسه نیز در محل ها که به وسیله قالی یا موکت هایی پرزدار فرش شده اند (مانند سالن های اجتماعات) حاضر نشوند.

3- وسایل فراوان (اسباب بازی - کتاب، مبلمان و ابزار کارگاه ها و وسایل آزمایشگاهی) در منزل در داخل اتاق کودک و یا در مدرسه در محل کار او نگهداری نشود.

4- میزان رطوبت خانه و کلاس کم باشد.

*عوامل حساسیت زای جاندار (مانند حیوانات) در محل زندگی و کار او نباشد (از قبیل حیوانات آزمایشگاهی در محیط های آموزش) و به دانش آموز یادآوری شود که:

1- به هیچ وجه ارتباطی با حیوانات دست آموز نداشته باشد و تأکید شود که حیوانات دست آموز از خانه چنین دانش آموزانی بیرون برده شود.

2- از به کار بردن بالش یا تشک حاوی پر، پشم و کرک اجتناب کند.

3- سوسک از عوامل حساسیت زا است و به دانش آموز آموزش داده شود که باروش های مناسب در برطرف کردن این مشکل تلاش کند.

دود سیگار

دود سیگار و سایر دخانیات (قلیان، پیپ و...) از بیشترین عوامل افزایش آسم بخصوص در کودکان به حساب می آید. لذا به دانش آموزان آسمی تاکید شود که به هیچ وجه در مواجهه با دود سیگار قرار نگیرند.

تذکر: بدیهی است که کشیدن سیگار در مدرسه برای احدى جایز نیست.

آلودگی هوا

هوای آلوده حاوی مواد متعددی است که موجب رو به وخامت گذاردن آسم می گردد لذا:

1- بیماران مبتلا به آسم باید در مواقعی که علائم هشداردهنده دال بر آلودگی هوا است از بیرون ماندن زیاد و خصوصاً ورزش در بیرون از منزل اجتناب کنند و از طی کردن مسافت خانه تا مدرسه به وسیله دوچرخه یا موتورسیکلت خودداری نمایند.

2- استفاده از وسایل گرمایشی دود زا (مانند بخاری نفتی یا چوبی، وجود تنور در منزل و مدرسه) نیز از عوامل بدتر کننده آسم به شمار می روند و استفاده از وسایل گرمایشی غیردودزا در خانواده و کلاس های 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، عطر و ادکلن، سفید کننده ها، جوهر نمک و... واکنش نشان می دهند و باید از این عوامل محرک را اجتناب کنند. لذا آموزگاران و دبیران محترم کلاس هایی که دارای دانش آموز آسمی هستند ضروری است از به کار بردن عطر و خوشبو کننده های تند و محرک اجتناب نمایند و از به کار بردن مایژیک های وایت برد با بوی تند و یا مواد شیمیایی با بوی تند در آزمایشگاه و در سر کلاس درس خودداری فرمایند.

گرده های گیاهان و قارچ ها

گیاهان و گرده های موجود در فضا، اغلب سبب آسم و آلرژی های فصلی می شوند.

1- درختانی مثل نارونف، کاج، سپیدار، علوفه های هرز در فصول مختلف مشکل ساز هستند. لذا چنانچه مدرسه از فضای سبز و درختکاری برخوردار است، به دانش آموزان آسمی توصیه می شود از نزدیک شدن به آن ها در فصل گرده افشانی خودداری کنند و با بستن درب و پنجره ها می توان از نفوذ گرده ها به کلاس جلوگیری کرد.

2- اگر دانش آموز به علف حساسیت دارند، نباید به چمن زار برود.

3- رطوبت و گرما سبب رشد قارچ و کپک ها می گردند، کپک ها و قارچ ها از عوامل آلرژی در فضاهای بسته به شمار می روند لذا منابع تکثیر قارچ مثل جاهای مرطوب و محل های مرطوب (حمام در شبانه روزی ها، زیر زمین و...) باید مکرراً خشک و تمیز شوند.

چه داروهایی برای درمان آسم استفاده می شود؟

دو دسته اصلی دارویی برای درمان آسم استفاده می شوند:

1- داروهای تسکین دهنده

این داروها با شل کردن انقباض عضلات راه های هوایی، سبب گشاده کردن برونش و در نتیجه کاهش یا رفع علائم آسم می شوند. زمانی شروع اثر این داروها چند دقیقه است. بنابراین به نام داروهای تسکین فوری نامیده می شوند و در هنگام بروز اولین علایم تشدید بیماری باید به کار روند. معروف ترین دارو از این گروه سالبوتامول می باشد.

2- داروهای کنترل کننده یا نگهدارنده

خاصیت مشترک این دسته دارویی، اثرات ضدالتهاب آن ها است. و از این راه علائم آسم را کاهش می دهند. این دسته دارویی به طور طولانی مدت به کار می روند و استفاده آن باید روزانه و به طور 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 های (کورتن) استنشاقی هستند. معروف ترین آن ها فلوتیکازون و بکلومتازون می باشند. در بعضی از موارد شدید از اشکال خوراکی استروئید ها (پردنیزولون) یا تزریقی استفاده می گردد. چون بیشتر داروهای آسم از نوع استنشاقی هستند تکنیک استفاده از آن ها بسیار مهم می باشد. نکته عملی در استفاده از استروئیدهای استنشاقی این است که پس از استفاده از آن ها، باید برای پیشگیری از عفونت قارچی دهان، شستشوی دهان و قرقره با آب صورت گیرد. غالباً استفاده غلط از اسپری های استنشاقی شکست در درمان را موجب می گردد. بنابراین آموزش استفاده داروهای استنشاقی به دانش آموز آسمی و اولیای مدرسه الزامی است.

اصول استفاده از اسپری (افشانه) یا MDI:

1- سرپوش اسپری را برداشته و مخزن اسپری را به خوبی تکان دهید.

2- فرد آسمی به آرامی و به طرز یکنواختی نفس خود را بیرون دهد.

3- اسپری را در فاصله 3 سانتی متری جلوی دهان باز بگیرند.

4- در حالی که شروع به تنفس آرام و عمیق می کنند مخزن فلزی را فشار داده تا دارو آزاد شود و تا حد امکان عمل دم ادامه یابد.

5- برای حدود 10 ثانیه نفس خود را حبس کند.

6- نفس خود را به آرامی خارج سازند.

اصول استفاده از محفظه مخصوص Spacer:

برای افرادی که امکان انجام دستورات فوق را به طور صحیح ندارد. مثل کودکان در مهد کودک ها و پیش دبستانی ها، 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:

1- اسپری را خوب تکان دهید.

2- اسپری را به محفظه متصل کنید.

3- 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 کم تر از پنج سال که مستقیماً نمی توانند از محفظه کنند از محفظه همراه با ماسک، استفاده می گردد).

4- مخزن افشانه را به پایین فشار دهید تا دارو داخل محفظه آزاد گردد. محفظه (با یا بدون ماسک) را حدود 10 ثانیه داخل دهان (روی صورت) نگه دارید.

5- اگر بیمار نیازمند بیش از یک دارو است بهتر است تا پاف بعدی مدت کوتاهی صبر شود.

حمله حاد آسم چیست؟ چه علائمی دارد و اقدامات مناسب کدامند؟

وقتی علائم آسم از حد معمول بدتر شوند به آن حمله آسم گفته می‌شوند. در طی حملات آسم عضلات اطراف راه‌های هوایی منقبض شده و راه‌های هوایی باریک‌تر می‌گردند، به طوری که هوای بسیار کم‌تری از راه‌های هوایی قابل عبور است. به علاوه التهاب و تورم راه‌های هوایی نیز بیش‌تر می‌گردد و سلول‌های راه‌های هوایی موکوس زیادی ترشح می‌کنند. مجموع این عوامل سبب اشکال شدید در تنفس می‌گردند.

همه حملات آسم مشابه نیستند و شدت‌های متفاوتی دارند. بعضی از آن‌ها می‌توانند آنقدر شدید باشد که سبب مرگ گردند.

بنابراین **حمله آسم از اورژانس‌های پزشکی است.**

با کنترل روزانه آسم و پیگیری‌های منظم و دوری از عوامل محرک می‌توان از حملات حاد جلوگیری کرد.

علائم هشدار در بیماران آسمی:

یکی از وظایف مهم مسئول مراقبت سلامت و بهورزان در ارتباط با بیماران آسمی، آموزش علائم هشدار دهنده بیماری آسم به دانش‌آموزان آسمی و معلمان و اولیای مدرسه است. این علائم عبارتند از:

- 1- بدتر شدن پیش‌رونده سرفه، خس‌خس سینه، تنگی نفس، و یا احساس فشردگی قفسه سینه
 - 2- هر گونه سختی در نفس کشیدن در حین راه رفتن و صحبت کردن
 - 3- غیبت از محل کار یا مدرسه به خاطر تشدید علائم بیماری
 - 4- نیاز به استفاده زیاد از داروی تسکین دهنده (سالبوتامول) در روز یا شب یا مصرف بیشتر از یک افشانه در ماه
 - 5- کاهش در عدد ثبت شده توسط نفس‌سنج به کم‌تر از $\frac{2}{3}$ مقدار طبیعی بیمار
- در این موارد باید ضمن تأکید بر آموزش پرهیز از عوامل محرک و نحوه صحیح مصرف داروها، بیمار را به طور غیر فوری ارجاع داد. همچنین علائم یک حمله آسم شدید را باید سریعاً شناسایی کرد و درمان اورژانس انجام گیرد.

علائم حمله آسم شدید:

- 1- تنگی نفس شدید، تنفس سریع
 - 2- خس‌خس پیش‌رونده
 - 3- استفاده از عضلات فرعی تنفس به صورت داخل کشیده شدن پوست و عضلات بین دنده‌ای
 - 4- ناتوانی در بیان حتی یک جمله
 - 5- افت سطح هوشیاری
 - 6- کاهش در عدد ثبت شده توسط نفس‌سنج به کم‌تر از $\frac{1}{2}$ مقدار طبیعی بیمار
- در صورت برخورد با هریک از موارد فوق باید اقدامات زیر صورت گیرد:
- 1- وصل اکسیژن مرطوب با ماسک و فشار 3-4 لیتر در دقیقه
 - 2- استفاده 2 پاف سالبوتامول استنشاقی هر 20 دقیقه به کمک محفظه مخصوص و ارجاع فوری به سطوح بالاتر

توجه: در صورت ارجاع فوری، هر 20 دقیقه 2 پاف سالبوتامول در بین راه داده شود.

3- در صورت عدم امکان ارجاع فوری هر 20 دقیقه 2 تا 4 پاف سالبوتامول داده شود و در اولین فرصت ارجاع گردد. در این حالت اگر با دادن سالبوتامول هر 20 دقیقه وضع بیمار بهتر شود می توان فواصل را یک ساعته کرد.

زمانبندی و نوع خدمات ارائه شده توسط بهورز و مراقبت سلامت 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 4- 2 هفته بعد بیمار از نظر بهبود علایم بیماری و بررسی از نظر استفاده صحیح از داروها و وسایل کمک درمانی توسط بهورز و مراقب سلامت ارزیابی شود و به پزشک نیز معرفی گردد.

نکات مورد توجه در مدرسه:

1- در آغاز سال تحصیلی دانش آموزان آسمی شناسایی و مورد مشاوره قرار گیرند و از شدت بیماری آن ها و داروهای مصرفی اطلاع حاصل شود.

2- اولیاء این دانش آموزان مورد مشاوره قرار گیرند و عوامل تحریک کننده محیطی بیماری (بویژه در حد فاصل خانه تا مدرسه) را به آنان یادآوری و از آن ها برای انتقال سالم و ایمن دانش آموز به مدرسه کمک خواسته شود از جمله این که:

الف) در روزهایی که وضعیت آلودگی هوا در مرز خطر اعلام شود حداقل امکان از بیرون رفتن فرزند خود جلوگیری نماید و مدرسه را در جریان قرار دهد.

ب) از طی مسافت بین خانه و مدرسه با دوچرخه و موتورسیکلت (بویژه در روزهای آلودگی هوا) خودداری شود.

ج) اگر دانش آموز از سرویس خصوصی برای مدرسه استفاده می کند راننده سرویس نباید از سیگار و یا عطر و ادکلن و مواد دیگر معطر و تحریک کننده استفاده نماید.

د) هنگام ابتلا به سرماخوردگی سریعاً نسبت به درمان وی اقدام شود و سهل انگاری نگردد.

هـ) دانش آموز داروهای ضروری (بویژه برای زمان حمله آسم) را همیشه همراه خود داشته باشد.

و) در صورت تغییر در بیماری (از جمله زمان شدت یافتن بیماری) مدرسه (مدیر و مراقبت سلامت) را در جریان قرار دهد.

3- لازم است معلم (یا دبیران) دانش آموز آسمی در جریان بیماری دانش آموز قرار گیرند و با حداقل آموزش های لازم برای کمک به ایشان در هنگام حمله آسم آشنا باشند.

4- تأکید شود که آموزگاران و دبیران محترم از اجبار دانش آموز آسمی جهت آمدن به پای تخته سیاه (یا سفید) به علت احتمال تأثیر تحریکی گرده های گچ و یا بوی تند شیمیایی متصاعد از وایت برد به کار رفته، خودداری نمایند و تکالیف را از این قبیل دانش آموزان به شیوه های دیگری مطالبه نمایند و صندلی این دانش آموزان با فاصله مناسب از تخته کلاس قرار داشته باشد.

5- تأکید شود که همکاران محترمی که در تعامل نزدیک (از جمله در کلاس درس) با دانش آموز آسمی هستند از استفاده از عطر، ادکلن و سایر معطرهای تند و تحریک کننده خودداری کنند.

6- از ایجاد استرس و اضطراب روحی برای دانش آموزان آسمی، بویژه در زمان برگزاری آزمون ها، جداً خودداری شود و در هنگام آزمون، با مشاوره های پیوسته و بازدیدهای آرام بخش با دانش آموز آسمی در طول آزمون از بروز استرس و اضطراب که احتمال حمله آسمی را افزایش می هد، جلوگیری شود.

7- چنانچه در کنار کلاس درس درخت و فضای سبزی وجود دارد که در فصل گرده افشانی، گرده به داخل کلاس وارد می شوند، حتی الامکان پنجره های کلاس را مسدود نگه داشته و میز و نیمکت دانش آموز آسمی با فاصله مناسب از پنجره قرار گیرد.

8- در هنگام برگزاری اردو از دانش آموزان آسمی در مواجه با فضای سبز، گرده گیاهان، استفاده از خوراکی های تند محرک، هوای آلوده، یا استفاده از بالش، پتو و ملحفه های محرک مراقبت جدی شود.

9- در بوفه مدرسی که دانش آموز آسمی دارند، مواد خوراکی با بوی تند یا مزه تند (اصطلاحاً فلغلی) عرضه نشود.

10- لازم است معلم (دبیر) ورزش از شرایط بیمای دانش آموزان آسمی اطلاعات کافی داشته باشد تا در فعالیت های ورزشی از آن ها مراقبت نمایند.

- 11- در هنگام ورزش به هیچ وجه دانش آموز آسمی نباید در شرایط فعالیت های سنگین یا استرس زای رقابت های ورزشی قرار گیرند.
- 12- در شرایط هوای با رطوبت بالا نباید دانش آموز آسمی در معرض فعالیت های ورزشی سنگین قرار گیرد.
- 13- در صورتی که دانش آموز آسمی در حین ورزش دچار حمل آسمی شود، بلافاصله فعالیت ورزشی وی قطع و به کمک داروهای همراه دانش آموز به وی کمک رسانی گردد. (مطابق موارد مذکور در درمانی بیماری که در صفحات قبل ذکر شد) و بلافاصله به اولین و نزدیک ترین بیمارستان منتقل و خانواده دانش آموز (در حین انتقال) در جریان قرار گیرند.
- 14- توصیه می شود در مدرسی که دارای دانش آموز آسمی هستند حداقل یک کپسول اکسیژن کوچک به همراه ماسک مربوطه و دستورالعمل استفاده از آن در محل اتاق بهداشت مدرسه موجود باشد.

آلرژی و ورزش:

با داشتن توصیه های کتبی پزشک و میزان مصرف داروها، معلمان ورزش می توانند در انجام فعالیت فیزیکی به کودکان آسمی کمک کنند. به طور کلی وقتی بیماری آسم تحت کنترل باشد باید دانش آموز را به ورزش تشویق نمود حتی تعدادی از قهرمانان مسابقه المپیک به آسم مبتلا هستند ولی چون بیماری آن ها به خوبی درمان شده است می توانند در رقابت ها شرکت نمایند. خطر عمده در هنگام ورزش فعالیت بدنی بروز حمله آسم است. مسایل دیگری هم مانند کهیر و آنافیلاکسی به علت فعالیت بدنی ممکن است بروز کند که در هر مورد باید آن ها را مداوا نمود. ورزش جهت رشد کودکان و رشد عصبی و روانی آن ها ضروری است و کودکان نباید به علت ابتلا به آسم از انجام ورزش منع شوند بلکه باید با درمان صحیح بیماری آن ها را کنترل کرده تا بتوانند به ورزش بپردازند.

به کودکان مبتلا به آسم خاطر نشان کنید.

- داروهایشان را فراموش نکنند.
- محدودیت های خودشان را بدانند.
- بدانند که چه زمانی باید فعالیت را قطع کنند.
- همیشه قبل از ورزش خودشان را گرم کنند و یکباره به فعالیت های سنگین ورزشی نپردازند.

توصیه های فعالیت بدنی

متناسب با رده سنی، نکات آموزشی را در ملاقات های دوره ای ارائه دهید:

- بزرگسالان حداقل روزی 30 دقیقه و کودکان 60 دقیقه بدون تا فعالیت بدنی متوسط داشته باشند، برای آنان که می خواهند اضافه وزنشان را کاهش دهند یا از اضافه شدن وزنشان جلوگیری کنند فعالیت بدنی بیش تری توصیه می شود.
- خانواده باید برای فعالیت بدنی برنامه ای لذت بخش و قابل اجرا داشته باشند و مدت زمان فعالیت فعلی را نیز دست کم 30 دقیقه و تا 60 دقیقه در چند دوره 5 تا 10 دقیقه ای افزایش دهد. فعالیت های افزایش یافته باید از نوع فعالیت با شدت متوسط مانند راه رفتن، اسکیت، دوچرخه سواری، شنا، بازی گروهی و یا فعالیت شدید مانند دو یا فوتبال باشد.
- خانواده باید محیط امن برای فرزندان و دوستانشان فراهم کنند تا بتوانند با خیال راحت بازی کنند. بازی های دسته جمعی، شنا، دوچرخه سواری و اسکیت توصیه می شود.
- خانواده باید بر فعالیت های نشسته فرزندان نظارت کند. دیدن تلویزیون و بازی های کامپیوتری را محدود کند، تماشای تلویزیون را به روزانه کم تر از 2 ساعت محدود کند و مدت زمان آن را دست کم 30 دقیقه در شبانه روز کاهش دهد.
- کودکان را باید تشویق نمود تا در حد توان در فعالیت های مختلف شرکت کنند و تا قبل از نوجوانی، خود را در یک رشته ورزشی محدود نکنند و دنبال ورزش حرفه ای نباشند.
- والدین و مربیان باید مراقب پیشگیری از آسیب های ناشی از فعالیت شدید باشند و در صورت بروز هر نوع آسیب استراحت کافی برای کودک پیش بینی کنند. همچنین باید چگونگی پیشگیری و درمان گرمزدگی را بدانند.
- کودکان ورزشکار باید تحت نظر متخصص اطفال بوده و از نظر معیارهای رشد و بلوغ و ساختار بدنی و تنش های عصبی به طور دوره ای بررسی شوند. نیازهای تغذیه ای، میزان کالری، آهن و کلسیم و تعادل و تنوع غذایی کودک و نوجوان ورزشکار باید به طور دقیق تعیین شود.
- مرحله شروع ورزش در کودک و نوجوان از سن 6 تا 10 سالگی، مرحله شکل گیری ورزش از سن 11 تا 14 سالگی، مرحله تخصصی شدن از سن 15 تا 18 سالگی، مرحله درجات عالی مهارت و اوج عملکرد سن 19 سال به بالا است.
- همیشه باید در نظر داشت که فعالیت جسمی جزئی از زندگی روزمره است و نیاز به لباس خاص و یا شرکت در کلاس ویژه ندارد.
- در جوانان و نوجوانان فعالیت فیزیکی به مدت 60- 30 دقیقه (که می تواند به سه نوبت 20- 10 دقیقه ای تقسیم شود) با شدت متوسط تا شدید، هر روز و دست کم 5 بار در هفته توصیه می شود، همچنین فعالیت جسمی روزانه، تند راه رفتن، دوچرخه سواری، آهسته دویدن و ورزش های کششی بازوها، شانه ها، قفسه سینه، تنه، پشت لگن و ساق پاها هر کدام 15- 10 بار برای 3- 2 بار در هفته توصیه می شود.
- مجموع فعالیت جسمی با شدت کافی (متوسط تا شدید) در کودکان سنین دبستان باید 60- 30 دقیقه در روز و یا دست کم در بیش تر روزهای هفته حداقل 5 روز باشد.
- کودکان سنین دبستان باید دوره های 15- 10 دقیقه ای فعالیت با شدت زیاد داشته باشند.
- کودکان و نوجوانان نبایستی به مدت طولانی (هر بار بیش از یک ساعت در طول روز) بی حرکت باشند.
- نوجوانان به 60- 30 دقیقه فعالیت شدید جسمی در روز یا دست کم 5 روز در هفته نیاز دارند.
- کودکان و نوجوانان باید در فعالیت های متنوع و مورد علاقه خود شرکت نمایند.

- سن شروع برخی فعالیت های ورزشی به شرح زیر است:

* ژیمناستیک در دختران 6 تا 8 سالگی و در پسران 8 تا 9 سالگی

* اسکی و تنیس در سنین 7 تا 8 سالگی

* جودو در سنین 8 تا 10 سالگی

* کشتی در سنین 11 تا 13 سالگی

* دو استقامت در سنین 14 تا 16 سالگی

* شنا در سنین 6 تا 8 سالگی

* تنیس روی میز در سنین 8 تا 9 سالگی

* فوتبال، بدمینتون، بسکتبال، والیبال، دو سرعت در سنین 10 تا 12 سالگی

* وزنه برداری در سنین 14 تا 15 سالگی

* دوچرخه سواری در سنین 12 تا 15 سالگی

کودکان ورزشکار باید از نظر معیارهای رشد، وزن، ساختار بدنی، مراحل بلوغ و تنش های عصبی تحت نظر متخصص اطفال باشند.

مربیان بهداشت و معلمان تربیت بدنی مدارس

با گسترش شهرنشینی و رفتارهای ویژه آن، کم تحرکی در بین بچه ها نیز رواج یافته است. بسیاری از بچه های کشور ما فعالیت بدنی مناسب برای رشد توام با سلامتی را ندارند و به همین دلیل باید کودکان در مورد فعالیت بدنی و ارتباط آن با سلامتی آموزش داده شوند و مربیان ورزشی و معلمان باید به کودکان کمک کنند تا اهمیت فعالیت بدنی و تاثیر آن بر بدنشان و سلامتی را بفهمند و به فعالیت بدنی فکر کنند و رفتارشان را تغییر دهند. معلمان و مربیان باید کودکان را نسبت به نیاز به فعالیت بدنی آگاه کنند.

برای این که کودکان به کمک مربیان بتوانند فعالیت بدنی را که موجب:

* استحکام استخوان ها و تقویت عضلات بدن

* انعطاف پذیری

* کنترل وزن بدن

* تناسب اندام

* تقویت قلب

* رشد و توسعه مهارت های فردی

* افزایش اعتماد به نفس

* افزایش آرامش

* افزایش رشد توام با سلامتی

یافتن دوستان جدید و کمک به اجتماعی شدن آن ها می شوند را در ساختار زندگی خود بگنجانند، باید فعالیت بدنی به صورت تعدادی از موضوعات درسی تقسیم شود و از این طریق اطلاعات مرتب تکرار شود. به ویژه روی بعضی از دروس که مهم تر است تکیه شود.

مربیان می توانند بر اساس 5 استراتژی زیر به تغییر رفتار کودکان در زمینه فعالیت بدنی کمک کنند:

- بسط آگاهی و دانش کودکان در زمینه فعالیت بدنی. برای این کار مشارکت کودکان در این که بدانند چه مقدار فعالیت بدنی برای حفظ سلامتی خود باید انجام دهند و چه مقدار و چگونه از وضعیت کم تحرکی خود (مانند زمانی که از بازی های کامپیوتری استفاده می کنند یا تلویزیون تماشا می کنند) کاهش دهند، ضروری است. آن ها باید بدانند فعالیت بدنی نباید رقابتی باشد و باید از آن لذت ببرند و شاد شوند.

- آن ها باید بدانند برای فعال بودن ضروری نیست در یک رشته ورزشی شرکت کنند بلکه پیاده روی از منزل تا مدرسه، دوچرخه سواری و حتی کمک به انجام کارهای منزل جزء فعالیت های بدنی است و برای حفظ سلامتی مفید است.

- برای این که به فعالیت بدنی علاقمند شوند باید فعالیت های بدنی متنوعی که از نظر آن ها جالب است، انتخاب کنید.

- علاوه بر انجام فعالیت های بدنی متوسط، باید فعالیت های بدنی شدید نیز انجام دهند تا قلب با سرعت بیش تری بتپد و نفس ها تندتر و عمیق تر شود. مانند ورزش فوتبال، دو و میدانی و شنا.
 - کمک به افزایش آگاهی دانش آموزان و مشارکت آن ها در انتخاب راه های مناسب. برای این کار به دانش آموزان کمک شود تا لیستی از فعالیت های بدنی که انجام می دهند تهیه شود و نام خود را کنار فعالیت هایی که انجام می دهند یادداشت کنند. جلسه دوم معلم این برگه ها را به صورت یک نمودار در بیاورد و در کلاس هر دانش آموز فعالیت های مورد علاقه اش را لیست کند و سپس فعالیت هایی را که دوست ندارد انجام دهد، لیست کند. جلسه سوم معلم در مورد اهمیت فعالیت بدنی برای سلامت و اثرات کم تحرکی توضیح می دهد و از بچه ها می خواهد که هر روز 30 دقیقه فعالیت بدنی داشته باشند و 30 دقیقه از ورزش های کامپیوتری خود بکاهند. به هر کودک یک نسخه از نمودار فعالیت بدنی داده می شود. معلم نیز یک نمودار بزرگ در کلاس نصب می کند. جلسه بعد معلم فعالیت بدنی نسبتاً شدید را معرفی می کند و از آن ها می خواهد بعضی از این فعالیت ها مانند لی لی را به مدت 10 دقیقه انجام دهد. بعد از اتمام فعالیت بدنی احساس آن ها را می پرسد و به کلاس بر می گردند و با اشاره به نمودار از بچه ها سوال می کند کدامیک از فعالیت های روی نمودار همان احساس را به آن ها می دهد. معلم کنار فعالیت های بدنی شدید ستاره قرمز می گذارد و به بچه ها گوشزد می کند که آن ها نیاز به انجام این گونه فعالیت ها حداقل به مدت 10 دقیقه در روز دارند. هر روز بچه ها بر حسب فعالیتی که حداقل 10 دقیقه انجام داده اند یک برچسب بر روی نمودار نصب شده در کلاس می چسبانند. از روی این نمودار مقدار پیشرفت بچه ها مشخص می شود. معلم مدت 10 دقیقه به بچه های کلاس اجازه می دهد که به حرکات ورزشی بپردازند. هر روز قبل از این که بچه ها به منزل بروند به آن ها گوشزد می کند فعالیت هایی را که عصر انجام می دهند در دفترچه یادداشت ثبت کنند و فردای آن روز روی نمودار بیاورند. معلم یک هفته بعد میزان فعالیت بدنی دانش آموزان را ارزیابی کند.
 - به دانش آموزان یاد بدهند که هدف مشخصی را تعیین نمایند. هدف گذاری به بچه ها کمک می کند تا پیشرفت کاری خود را بسنجند. مثلاً ماه اول حداقل 20 دقیقه فعالیت متوسط، 10 دقیقه فعالیت شدید داشته باشند و 30 دقیقه از زمان کم تحرکی و بی حرکتی خود بکاهند. ماه دوم 30 دقیقه فعالیت متوسط، 15 دقیقه فعالیت شدید (45 دقیقه فعالیت بدنی) داشته باشند و 45 دقیقه از زمان کم تحرکی و بی تحرکی خود بکاهند و ماه سوم
 - از کودکان خود بازخورد بگیرید و آن ها را تشویق کنید. در مورد فعالیت هایی که انجام داده اند گفتگو و بحث کنید و آن ها را تشویق کنید و حتی جایزه بدهید.
 - با تمام دانش آموزان کلاس در مورد اهداف فعالیت بدنی گفتگو کنید تا به انجام فعالیت هایی که مایلند انجام دهند تشویق شوند.
 - رفتارهای جدید را تقویت کنید و موفقیت ها را از طریق شناخت آن ها و جایزه به آن ها جشن بگیرید.
- با توجه به این که فعالیت بدنی روی عضلات، استخوان ها و سایر اندام های انسان تاثیر می گذارد یک پوستر از بدن انسان روی دیوار نصب شود. به دانش آموزان یاد داده شود که فعالیت بدنی چه تاثیری روی هر قسمت بدن دارد و بعد از پایان هر درس از دانش آموزان سوال شود چه فعالیت هایی انجام داده اید که قلب و عضلاتتان فعالیت کرده اند و سپس روی این اعضاء بر روی پوستر علامت بگذارند. با این کار به دانش آموزان پیام داده می شود که فعالیت بدنی موجب بهبود عملکرد اعضای بدن می شود. هر روز از بچه ها بخواهید فعالیت هایی را انجام دهند که بر روی اعضاء بدن موثر است و باعث بهتر کار کردن آن ها می شود. معلم یک پرسشنامه تهیه کند که در آن از دانش آموزان سوال شود کدام یک از فعالیت هایی که آن ها انجام می دهند ضربان قلب را سریع تر می کند.
- مثال: تمام فعالیت هایی را که فکر می کنید ضربان قلب شما را سریع تر می کند علامت بگذارید:
- دویدن ○ اسکیت کردن ○ بالا و پایین پریدن ○ بازی های کامپیوتری ○ تند راه رفتن ○ بازی ویدئویی ○ تماشای تلویزیون ○
- معلم سه نوع از فعالیت هایی که روی سلامت قلب موثر است را توضیح دهد.
- فعالیت های استقامتی فعالیت هایی هستند که در آن عضلات بزرگ بدن فعالیت موزون (ریتمیک) برای یک دوره مشخص دارند و این دسته از فعالیت ها مانند دو، پیاده روی تند، شنا و دوچرخه سواری موجب بهبود قابلیت های قلبی ریوی می شوند.
- فعالیت های انعطاف پذیری فعالیت های بدنی هستند که در سطح مفاصل انجام می شود و سبب حرکت مفاصل دامنه وسیع می شوند مثل ژیمناستیک و یوگا.
- فعالیت های قدرتی فعالیت هایی هستند که قدرت عضلات و توده عضلانی را افزایش می دهند مانند حمل بارهای مختصر سنگین، هل دادن و کشیدن و وزنه برداری با وزنه های کوچک.

توصیه های تغذیه ای

- رژیم غذایی باید از لحاظ مواد غذایی لازم برای رشد، کامل و مطمئن یعنی سرشار از ویتامین ها، پروتئین ها و مواد معدنی باشد.

- رژیم متنوع از همه گوه های غذایی باید روزانه به جای مواد پر کالری مانند اسنک های پر نمک، بستنی، غذاهای سرخ شدنی، شیرینی و نوشابه های شیرین به شرح زیر تهیه شود:

گروه غلات و مواد نشاسته ای: محصولات تهیه شده از غلات (گندم، جو و غیره) باید روزانه به میزان 6 واحد مصرف شود که به عنوان مثال هر واحد برابر است با: یک قطعه نان به اندازه تقریبی 10 در 10 سانتی متر یا نصف لیوان برنج پخته یا نصف لیوان غلات پخته.

گروه سبزیجات: بایستی 3 واحد در روز خورده شود که هر واحد برابر است با نصف لیوان سبزیجات خرد شده خام یا پخته، یا یک لیوان سبزیجات برگ دار خام به خصوص سبزیجات دارای رنگ زرد مایل به نارنجی. گروه میوه جات: بایستی به میزان 2 واحد در روز خورده شود که هر واحد آن برابر است با یک میوه به اندازه متوسط یا یک قاچ هندوانه یا میوه های مشابه، یا یک چهارم لیوان میوه خشک (برگه زردآلو یا هلو، انجیر خشک یا کشمش) یا سه چهارم لیوان آب میوه که ترجیحاً طبیعی باشد.

گروه شیر و لبنیات: مصرف آن 2 واحد در روز می باشد که هر واحد شامل یک لیوان شیر یا ماست یا 60 گرم پنیر (معادل 2 قوطی کبریت) است.

گروه گوشت و جایگزین های آن: مصرف روزانه 2 واحد از این گروه غذایی توصیه می شود که هر واحد برابر است با 60 یا 90 گرم گوشت کم چربی یا مرغ یا ماهی یا نصف لیوان لوبیا و یا سویای خام یا یک عدد تخم مرغ به جای 30 گرم گوشت کم چربی و یا دو قاشق غذاخوری کره بادام زمینی به جای 30 گرم گوشت.

گروه مواد چرب و شیرین: باید سعی شود از این مواد محدود مصرف شود.

- اصلی ترین وعده غذا برای سنین نوجوانی صبحانه است.

- مصرف فرآورده های تهیه شده از آرد سبوس دار می تواند در سلامتی فرد بسیار موثر باشد.

- مقدار چربی و کالری مصرفی به دقت بررسی شود و نوع روغن مصرفی نباید از انواع هیدروژنه باشد.

- مصرف سبزیجات و میوه جات باید به کودکان و نوجوانان یادآوری شود.

- به چاشنت یا میان وعده دقت شود و جلوی مصرف میان وعده های غذایی نامطلوب باید گرفته شود.

- کودکان و نوجوانان باید به مصرف مکرر ماهی (دست کم دو بار در طول هفته) تشویق شوند.

- شیر و لبنیات از اجزای اساسی غذای کودکان و نوجوانان هستند.

- کودکان را باید آموزش داد به هنگام گرسنه شدن غذا را به آهستگی بخورند.

- افراد خانواده سعی کنند با هم غذا بخورند.

- هیچگاه برای کودکان برنامه غذایی اجباری تعیین نشود و از اجبار کردن به خوردن یک غذای خاص پرهیز شود.

- از غذا و خوردنی ها به عنوان پاداش یا تنبیه برای کودکان استفاده نشود.

- کودکان باید تشویق به خوردن آب و شیر شوند، بهتر است از مصرف سایر نوشیدنی ها به دلیل مواد افزودنی پرهیز شود.

- از آنجا که کودکان در حال متعادل شدن رشد هستند، نیاز به کاهش وزن ندارند، برنامه کاهش وزن کودکان حتماً باید زیر نظر پزشک باشد.

هپاتیت B و C

بیماری ویروسی هپاتیت که به نام های زردی و یرقان در گذشته های دور شناخته شده بود، در چند دهه اخیر به دلیل پیشرفت در تشخیص و راه های پیشگیری و درمان آن اهمیت بیش تری یافته است. البته انواع دیگری از هپاتیت (التهاب یا ورم کبد) نیز وجود دارند که ناشی از مصرف داروها و مشروبات الکلی و همچنین برخی بیماری های ارثی هستند که در اینجا به آن ها نمی پردازیم.

کبد عضوی است از بدن که در سمت راست بالای شکم قرار داشته و در بسیاری از فعالیت های حیاتی بدن مانند رویارویی با عفونت ها، توقف خونریزی، پاک کردن خون از سموم و ذخیره انرژی در بدن نقش مهمی بازی می کند. هپاتیت با شدت های مختلف دیده می شود، از بهبودی کامل گرفته تا ناقل بودن همیشگی و حتی مرگ برق آسا و یا ابتلاء به عوارض کشنده های چون سرطان و سیروز.

نشانه ها، گونه ها، همه گیر شناسی

ابتلاء به هپاتیت گاه تنها آلودگی به ویروس بوده و هیچگونه نشانه بالینی ندارد. اما این افراد می توانند ویروس بیماری را به دیگران انتقال دهند.

هپاتیت حاد: در این حالت بیمار با نشانه هایی چون تب، علائم شبیه سرما خوردگی، بی اشتها، تهوع، استفراغ، درد شکم، درد مفاصل و ادرار تیره به زردی دچار می شود، در پوست و چشم ها این زردی بارزتر است. این بیماری در بیش تر موارد خودبه خود بهبود یافته و طی 6 ماه خون از ویروس پاک می شود ولی در برخی موارد، بیماری مزمن می گردد. (در گونه B، 1% ولی در گونه C تا 80% موارد مزمن می شوند)

هپاتیت مزمن: شایع ترین نشانه، ضعف و خستگی طولانی است. نارسایی کبد و سرطان ممکن است از عوارض پیشرفت بیماری باشند. به ندرت زردی خفیف یا خارش در بیماران وجود داشته و تشخیص آن تنها با آزمایش خون ممکن است.

گونه های A و E هپاتیت از راه آب و غذا منتقل گشته و گونه های B، C و D از راه انتقال خون و تماس جنسی.

گونه های مختلف هپاتیت: گونه های A تا E هم اکنون کاملاً شناخته شده اند. گونه های A و E از راه آب و غذا منتقل گشته و گونه های B، C و D از راه انتقال خون و تماس جنسی. در این جزوه بیش تر به گونه های B و C خواهیم پرداخت که برای ما از نظر اهمیت در پیشگیری، درمان و بار بیماری اولویت بیش تری دارند. هپاتیت D نیز، اگرچه راه انتقال آن شبیه B و C است، از آنجا که تقریباً همواره همراه با هپاتیت B دیده شده و شیوع کم تری دارد، نیاز به بحث جداگانه ندارد.

هپاتیت B) تنها گونه بیماری است که با واکسن قابل پیشگیری می باشد، در نزدیک به 5% مردم جهان به شکل ناقل مزمن وجود دارد که این رقم در ایران 3% برآورد می شود. میزان کشندگی آن 1% و در افراد مسن خطرناک تر است. خوشبختانه در کشور ما افراد زیر 18 سال و کسانی که به دلایل شغلی در معرض این بیماری قرار دارند، به ندرت واکسینه نشده اند. تعداد ناقلین بدون علامت بیماری در ایران حدود 2 میلیون نفر و تعداد بیماران حدود 300 هزار نفر تخمین زده می شوند. دوره پنهانی بیماری (فاصله زمانی بین ورود عفونت به بدن تا ظهور علائم) بین 6 هفته تا 6 ماه متغیر است.

هپاتیت C) ابتلاء به هپاتیت پس از تزریق خون در 90% موارد ناشی از ویروس هپاتیت C است. نسبت به هپاتیت B تعداد بیش تری به فاز مزمن بیماری می روند و پاسخ به درمان بدتری نیز دارد. 80% از مبتلایان به ویروس هپاتیت C، مزمن شده و در نهایت 20% دچار نارسایی کبد (سیروز) می شوند. بیش تر مبتلایان از نظر ظاهری سالم بوده و به همین دلیل، پیشگیری نقش بسیار مهمی در گسترش نیافتن بیماری دارد.

راه های انتقال و پیشگیری

هپاتیت های C و D از راه خون و مایعات بدن، از مادر به نوزاد و با تماس جنسی منتقل می شوند. هپاتیت C و B عموماً از راه خون منتقل گردیده اما از آن طریق سایر مایعات بدن نیز می تواند انتقال یابد (ادرار، اشک، بزاق و). همچنین بریدگی، خراش و استفاده از وسایل شخصی یکدیگر نظیر تیغ و مسواک می توانند ویروس هپاتیت را به فرد دیگری انتقال دهند. استفاده از سرنگ مشترک در معتادان بسیار خطرناک است. هر گونه استفاده از تیغ یا سوزن های غیر استریل چه در خالکوبی (تاتو)، دندانپزشکی، طب سوزنی و حجامت و چه در آرایشگاه می تواند منجر به انتقال عفونت گردد. راه های انتقال هپاتیت C و B یکسان است اما خوشبختانه علیه هپاتیت B واکسن وجود دارد که به کلیه نوزادان و افرادی که مشاغل پر خطر دارند نظیر کادر درمانی، تزریق شده (3 نوبت در طول 6 ماه) و در 95% موارد ایجاد ایمنی می کند.

از طریق تماس جنسی حفاظت نشده (استفاده نکردن از کاندوم) نیز هپاتیت می تواند منتقل شود. پرهیز از رفتارهای جنسی مخاطره آمیز به عنوان مثال ارتباط جنسی خارج از ازدواج، با افرادی که به درستی نمی شناسیم، با معتادان تزریقی و همچنین افرادی که چند شریک جنسی دارند، همگی در پیشگیری از ابتلاء به این بیماری بسیار موثرند. اگرچه بیش تر بیماران به ویژه در هپاتیت B خودبه خود بهبود می یابند، اما درصد بالایی نیز دچار هپاتیت مزمن شده (80% در هپاتیت C) و از آن میان گروهی در نهایت دچار سیروز کبد می شوند (20%). ابتلاء به سرطان کبد نیز گاه از عوارض بلند مدت هپاتیت مزمن بوده و هپاتیت حاد حتی به گونه ای برق آسا می تواند در مدت کوتاهی بیمار را به کام مرگ کشد.

اغمای کبدی، نارسایی کلیوی، آسیت (آب آوردن شکم) و خونریزی گوارشی ناشی از افزایش فشار ورید پورت از دیگر عوارض هپاتیت مزمن هستند.

درمان بیماران در فاز حاد و مزمن متفاوت بوده و مراجعه به پزشک و ادامه درمان زیر نظر او ضروری است. اگر رخدادی باعث نگرانی شما از ابتلاء به هپاتیت گشته است، مراجعه فوری شما به پزشک این امکان را می دهد که خطر مبتلا شدن به هپاتیت را تا حد زیادی کاهش یابد. داروهایی که در درمان هپاتیت به کار می روند بیش تر برای مرحله فاز مزمن بیماری کاربرد داشته و در فاز حاد بسته به نشانه هایی که بیمار از خود بروز می دهد، نوع درمان حمایتی بوده و داروی قطعی برای کنترل فاز حاد بیماری وجود ندارد.

توصیه های ایمنی در منزل و مکان کار

توصیه های ایمنی در مورد نحوه نگهداری وسایل در منزل :

- (1) وسایل آتش زا مانند کبریت و فندک باید دور از دسترس کودکان قرار گیرد.
- (2) کتری و سماور داغ و ظروف محتوی غذا یا مایعات داغ باید دور از دسترس کودکان قرار گیرد.
- (3) دقت کنید مواد شیمیایی و سموم، بر چسب مشخص کننده نام و هشدار داشته باشند و دور از دسترس کودکان قرار گیرند.
- (4) مواد پاک کننده در یک کمد در بسته و قفل دار نگه داری شوند.
- (5) باید از نگهداری داروی زیاد به ویژه قرص های رنگی و جالب توجه کودکان در یخچال پرهیز گردد.
- (6) از نگهداری داروها و مواد غذایی تاریخ گذشته در منزل خودداری شود و داروهایی که مورد نیاز نیست دور ریخته شود.
- (7) دارو بدون تجویز پزشک مصرف نشود و باید از وجود برچسب داروها مطمئن شد.
- (8) مخازن نگهداری نفت و گازوئیل باید دور از دسترس کودکان قرار داده شود و محتوای داخل آن برای کودکان قابل دستیابی نباشد.
- (9) نباید هرگز اتوی داغ و روشن را به حال خود رها نمود.
- (10) همیشه در هنگام خروج از منزل، از خاموش نمودن گاز، سماور یا سایر وسایل خوراک پزی اطمینان حاصل کنید.
- (11) بخاری ها باید سالم و بدون نقص بوده و هر کدام دارای دودکش مستقل و مجهز به کلاhek مناسب باشد، درست سوختن شعله و رنگ آبی آن مهم است.
- (12) حتی الامکان از قرار دادن بخاری، والور و سایر وسایل آتش زا در وسط اتاق و در مسیر تردد خودداری شود.
- (13) از قرار دادن وسایل قابل اشتعال نظیر پرده، مب، رختخواب و مخزن نفت در کنار بخاری خودداری شود.
- (14) هرگز نباید از وسایل گرمای سوختی بدون دودکش در اتاق در بسته یا بدون پنجره، بخصوص در زمان خواب استفاده گردد.
- (15) باید نصب هرگونه وسیله گرمازا و حرارتی را به متخصصان مربوطه واگذار نمود.
- (16) باید در وسایل گازسوز از شلنگ های استاندارد استفاده نمود و نباید آن ها را از زیر فرش یا جایی که احتمال پیچ خوردن و سوراخ شدن آن وجود دارد، عبور داد. بهترین روش برای آزمایش نشت گاز استفاده از اسفنج یا پارچه آغشته به کف صابون می باشد.
- (17) وجود کپسول اطفای حریق در منزل الزامی است.
- (18) کپسول اطفاء حریق در نزدیکی اجاق نباشد.
- (19) وسایل تیز و برنده مانند چاقو، مداد، چنگال، میخ، باید دور از دسترس کودکان قرار گیرد و در صورت برداشتن آن ها توسط کودک، با رعایت احتیاط کامل آن ها را از کودک بگیرید.
- (20) برای جلوگیری از سقوط قابلمه، کتری، قوری و سماور نباید آن ها را در سطح جلو کابینت و یا اجاق گاز گذاشت.

توصیه های ایمنی در مورد سیستم برق رسانی در منزل:

- (1) پریزهای برق (حتی تمام پریز های بی استفاده مثلا در زیر زمین) باید درپوش دار و مخفی بوده و برای کودکان قابل دسترس نباشد.
- (2) در سیستم برق خانه یک دستگاه محافظ برق یا کلید ایمنی نصب گردد.
- (3) از پریزهای برق بیش از حد خروجی گرفته نشود.
- (4) با دست مرطوب به کلیدها و پریزهای برق دست زده نشود.
- (5) حتی الامکان باید از سیمهای رابط برق کوتاه استفاده و هرگز نباید سیمهای رابط بلند برق را از زیر فرش یا موکت عبور داد.
- (6) از دست زدن به سیم های برق و اتصالات بدون عایق خودداری نمایید.
- (7) تلویزیون و لوازم صوتی را طوری قرار دهید که هوا در اطراف آن جریان داشته باشد و از داغ شدن آن ها جلوگیری کند. اگر تلویزیون به خوبی کار نمی کند ممکن است موجب آتش سوزی شود. بررسی آن را به یک متخصص بسپارید.
- (8) مراقب پریزهای برق با دوشاخه های نامناسب باشید. اگر دو شاخه ای در پریز لق باشد موجب داغ شدن اتصال و آتش سوزی خواهد شد. هرگز دوشاخه ای بزرگ تر را به زور داخل پریز جا ندهید. پریزهای شکسته یا قدیمی را عوض کنید.
- (9) سیم های لوازم برقی را چک کنید و از سالم بودن آن ها مطمئن شوید. توجه کنید که سیم ها را هرگز به دیوار، کف یا هر سطح دیگری میخ یا پرچ نکنید. سیم ها را از زیر فرش یا قالی عبور ندهید و اسباب خانه را روی آن ها نگذارید.
- (10) از گرفتن خروجی بیش از حد از یک پریز بپرهیزید.
- (11) از به کار بردن لامپ هایی با میزان وات قوی و نامناسب با میزان تحمل نوع سیم کشی و سرپیچ، خودداری کنید. هم چنین از مناسب بودن سرپیچ آن مطمئن شوید. لامپ ها را همواره با دقت ببندید. شل بودن یا کج بودن لامپ در سرپیچ موجب اتصالی و آتش سوزی می شود.
- (12) از فیوزها و کلیدهای مناسب در جعبه فیوز استفاده کنید و همیشه هر فیوز سوخته یا خراب را با یک فیوز مشابه جایگزین کنید.
- (13) وسایل برقی را در معرض ترشح آب قرار ندهید. اگر وسیله برقی داخل آب افتاد هرگز برای بیرون آوردن آن دست خود را داخل آب نبرید حتی اگر وسیله خاموش باشد. ابتدا کلید اصلی برق را قطع کنید. سپس دوشاخه وسیله برقی را از پریز خارج کرده و آن را از آب خارج کنید. اگر وسیله برقی به هر دلیل خیس شد ابتدا توسط متخصص از سالم بودن آن مطمئن شوید سپس از آن استفاده نمایید.
- (14) کامپیوتر و سایر لوازم صوتی تصویری خود را چک کنید و از صحت عمل آن ها مطمئن شوید. مراقب خراش ها یا صدمات مشابه بر روی سیم ها و بخش های الکتریکی آن باشید. برای چنین لوازمی از یک دستگاه کنترل کننده جریان برق یا حداقل ترانسفورماتور استفاده کنید.
- (15) سیم کشی برق حمام باید توکار بوده و حتی الامکان از گذاشتن کلید و پریز داخل حمام خودداری نمایید.
- (16) لامپ روشنایی داخل سرویس های بهداشتی و حمام باید دارای حباب باشد.
- (17) محل کنتور و فیوزهای برق بایستی کاملاً مشخص و به راحتی قابل دسترسی باشد.
- (18) هنگام کوبیدن میخ به دیوار مواظب مسیر سیم های برق داخل دیوار باشید.
- (19) در حین برق کاری حتماً از زیرپایی عایق مثل چوب و پلاستیک استفاده کنید و قبل از شروع کار کلید کنتور برق را قطع نمایید.

توصیه های ایمنی در مورد ساخت و ساز بنا:

- (1) حتی الامکان از پله های مارپیچی استفاده نشود.
- (2) از به کار بردن کف پوش های ناهموار و دارای پوشش سست خودداری شود.
- (3) شیشه ها باید محکم و چند لایه باشند.
- (4) درب ها باید از دو سمت قابل باز کردن باشند.
- (5) در منازل روستایی که از تنور استفاده می کنند بایستی حتما تنور دارای حفاظ و درپوش مناسب باشد تا مانع از دسترسی و سقوط کودکان گردد.
- (6) به منظور جلوگیری از سوانحی نظیر پرت شدن از ارتفاعات مثل پشت بام، راه پله، پله، پنجره، بالکن و یا هر جایی که از سطح زمین بلند یا پست تر باشد و یا محل هایی مثل حوض، آب انبار، برکه، استخر و چاه باید این گونه مکان ها با حفاظ مناسب یا نرده محصور شوند تا امکان سقوط و یا خفگی در آن ها وجود نداشته باشد.
- (7) کف آشپزخانه و حمام نباید لغزنده باشد تا از زمین خوردن پیشگیری شود.
- (8) مراقب تهویه کافی جریان هوا در درون منزل باشید.
- (9) برای جلوگیری از زمین خوردن، راه پله ها و راهروها را با نور مناسب روشن نگه دارید و از زیرفرشی های ثابت نگه دارنده فرش استفاده کنید.
- (10) به غیر از پنجره هایی که به پلکان اضطراری منتهی می شوند، بر روی تمام پنجره ها شبکه محافظ نصب کنید.
- (11) محل پخت و پز غذا باید حتی الامکان از اتاق نشیمن یا راهرو جدا باشد زیرا کودک ممکن است در هنگام بازی با یک حرکت اشتباه روی چراغ خوراک پزی و قابلمه و کتری آب جوش افتاده و باعث حادثه ناگوار و سوختگی شدید گردد.
- (12) لبه پله ها تیز و زاویه دار نباشد تا در صورت لغزش یا سقوط بر روی پله ها صدمات کم تری به فرد وارد شود.
- (13) راه پله ها کاملا تمیز بوده و در مسیر آن وسایل دست و پاگیر گذاشته نشود و از روشنایی کافی برخوردار باشد.
- (14) حفر چاه یک کار فنی – تخصصی است و مردم باید توجه داشته باشند که حفر چاه ها را به افراد مجرب و فنی بسپارند.
- (15) دیوارها بدون دزر و شکستگی باشد.
- (16) ارتفاع پنجره ها از کف اتاق 100-120 سانتی متر باشد و طوری طراحی گردد که زیاد باز نشوند (رعایت این امر بخصوص در طبقات بالای ساختمان ضروری است). می توان شیشه های پایینی در و پنجره را در آورد و به جای آن از تخته چوبی استفاده کرد.
- (17) شیشه های در معرض تردد را با نوار چسب های رنگی مشخص کنید تا در هنگام تردد با آن ها برخورد نشود.
- (18) در مجاورت پنجره ها بالش، صندلی یا میز تحریر قرار ندهید زیرا احتمال دارد که کودکان به کمک آن ها از پنجره بالا روند.
- (19) کنتور آب نباید در محل تردد باشد تا از خطر زمین خوردن جلوگیری شود.

توصیه های ایمنی در مورد رفتارها در منزل:

- (1) از پوشیدن لباس های قابل اشتعال در هنگام کار با اجاق گاز بپرهیزید.
- (2) هرگز جهت تمیز کردن لکه های لباس از مواد قابل اشتعال مثل بنزین و تینر به خصوص در فضاهای بسته حمام استفاده نکنید.
- (3) هرگز در محیطی که بوی گاز استشمام می گردد کبریت یا برق روشن نکنید و ابتدا با باز نمودن درب و پنجره ها تهویه کافی را برقرار کنید.
- (4) از روشن کردن وسائل گرمای بدون دودکش نظیر علاءالدین در فضای بسته مانند حمام خودداری شود، چون به دلیل تولید گازهای سمی، احتمال خفگی زیاد است.
- (5) اگر سیگار می کشید، از کشیدن سیگار در داخل خانه و در اطراف کودکان خودداری کنید.
- (6) هرگز سیگار را به صورت روشن یا نیمه خاموش رها نکنید و حتما آن را به دقت خاموش کنید. مراقب باشید هیچگاه در رختخواب سیگار نکشید.
- (7) کیسه های نایلونی را از دسترس کودکان دور نگهدارید. به سر کشیدن کیسه توسط کودک و ناتوانی در بیرون آوردن آن موجب مشکل در نفس کشیدن و نهایتاً خفگی کودک می گردد.
- (8) تا آنجا که ممکن است از تماس مستقیم دست ها با انواع شوینده ها و پاک کننده ها خودداری کنید و از دستکش استفاده نمایید.
- (9) هنگام استفاده از نردبان یا چهارپایه باید از سطح اتکای آن با زمین کاملاً مطمئن شوید و از نوع استاندارد و دوطرفه نردبان استفاده کنید.
- (10) موقع پاک کردن شیشه ها و پنجره های منزل، از رفتن روی نرده ها یا قرنیزهای آن خودداری نمایید.
- (11) برق وسیله برقی را قطع و سپس آن را تمیز کنید.
- (12) موقع استفاده از وسایل گازسوز، ابتدا کبریت را روشن و بعد شیر گاز را باز کنید.
- (13) از قرار دادن اشیاء، البسه و مواد قابل اشتعال در مجاورت وسایل گرمازا پرهیز کنید.
- (14) از سر رفتن غذا بر روی اجاق گاز جلوگیری کنید.
- (15) از قرار دادن وسایل گرمایی و بخاری در مسیر رفت و آمد خودداری نمایید.
- (16) وسایل آتش زا مثل کبریت و فندک را به هیچ وجه در اختیار کودکان قرار ندهید.
- (17) در هنگام خروج از منزل شیر اصلی گاز را ببندید.
- (18) از سوزاندن چوب یا ذغال درون خانه، چادر و محیط سرپسته خودداری کنید.
- (۹) فهرستی از شماره تلفن های اضطراری، پزشک خانوادگی و قسمت اورژانس نزدیک ترین بیمارستان (جدید ترین شماره و کد) را در کنار تمام دستگاه های تلفن منزل قرار دهید.

راهنمای پیشگیری از حوادث ترافیکی

نکات زیر می‌تواند در کاهش مرگ و میر ناشی از سوانح ترافیکی موثر باشد:

- Ø آشنایی و رعایت دقیق قوانین رانندگی و اصول ایمنی در رانندگی
- Ø استفاده از کلاه ایمنی برای موتورسواران و دوچرخه سواران
- Ø استفاده از کمربند ایمنی برای کلیه سرنشینان خودرو
- Ø استفاده از صندلی مخصوص کودکان بر حسب سن کودک
- Ø نشان دادن کودکان در صندلی عقب خودرو
- Ø رعایت دقیق سرعت مجاز و مطمئننه
- Ø رعایت فاصله مجاز تا وسیله نقلیه جلویی
- Ø رعایت حق تقدم و احترام به قوانین راهنمایی و رانندگی
- Ø مجهز نمودن وسیله نقلیه به تجهیزات ایمنی (Airbag, ترمز ABS, کپسول اطفای حریق، زنجیر چرخ و سایر تجهیزات متناسب با فصل)
- Ø پرهیز از رانندگی طولانی مدت، رانندگی درحین خستگی
- Ø پرهیز از رانندگی در زمان مصرف داروهای خواب آور، الکل و مواد مخدر
- Ø پرهیز از بازی کردن در کوچه و خیابان
- Ø استفاده از پل‌های عابر یا مکان‌های خط کشی برای عبور از عرض بزرگراه‌ها و خیابان
- Ø استفاده از پیاده رو برای عبور از طول بزرگراه‌ها و خیابان
- Ø استفاده از پوشش رنگ روشن برای عبور از خیابان در هنگام تاریکی و غروب
- Ø دانستن نحوه برخورد با مصدوم
- Ø انجام سالیانه معاینه فنی خودرو و آشنایی با خرابی‌ها و نقایص فنی که می‌تواند حادثه ساز باشد.

توصیه های اختلالات روانپزشکی

توصیه های اختلالات شدید و خفیف روانی

هرچند که اختلالات شدید روانی علائم رنج آور و ناخوشایندی برای بیمار و خانواده او دارند و در برخی مواقع فرد بیمار ممکن است به خود یا دیگران آسیب بزند اما این اختلالات قابل درمان هستند و اگر به موقع شناسایی و درمان شوند تحت کنترل قرار می گیرند و از عوارض آن ها کاسته می شود.

به بیمار و خانواده او آموزش داده شود که داروهای تجویز شده توسط پزشک، باید به موقع و مرتب مصرف شوند. هرچند که داروهای روانپزشکی در ابتدای مصرف عوارض جانبی دارند اما با ادامه مصرف این عوارض برطرف شده یا قابل تحمل می شود.

اینکه بیمار در کنار خانواده اش باشد و از سوی خانواده مورد مراقبت، احترام و حمایت قرار گیرد به بهبودی او کمک می کند.

بیمار هرگز نباید داروها را خودسرانه و بدون نظر پزشک قطع کند چون این کار موجب عود مجدد بیماری می گردد.

مدتی پس از شروع دارو درمانی و کنترل علائم بیمار، بیمار می تواند به محیط کار و اشتغال خود بازگردد، که این امر نیز به بهبودی سریع تر بیمار کمک می کند.

به افراد خانواده بیمار آموزش داده شود که بیمار را طرد نکنند و او را مورد تمسخر و استهزاء قرار ندهند.

توصیه های صرع

بهورز باید در هنگام وقوع حمله صرع، کمک های اولیه لازم را برای کسی که دچار حمله صرع شده انجام دهد.

کمک های اولیه در حمله صرع:

فضای دورو بر بیمار را خلوت کنید و اشیاء خطرناک را از او دور کنید و اگر بیمار حین حمله در محیط خطرناکی قرار دارد او را به یک محل امن ببرید. سر بیمار را به پهلو بچرخانید تا آب و کف دهانش موجب خفگی او نگردد. به حالت های چشم و صورت و بدن بیمار حین حمله توجه کنید تا بتوانید نوع حمله را برای پزشک توضیح دهید.

هرگز اشیاء سفت را بین دندان های بیمار قرار ندهید زیرا موجب شکسته شدن دندان ها و آسیب به لثه او می شود. فک بیمار را به زور باز نکنید. دست و پای بیمار را سفت نگیرید زیرا ممکن است دست و پایش بشکند. چیزی به بیمار نخورانید زیرا بیمار خفه می شود.

خونسرد باشید پس از چند دقیقه حمله صرع پایان می گیرد.

موارد ذیل را به بیمار و خانواده او آموزش دهید:

بیمار صرعی که درمان نشده است نباید شغل های خطرناک داشته باشد و باید از قرار گرفتن در معرض اشیاء و مکان های خطرناک و ناایمن خودداری کند. این بیمار نباید به آب و آتش و ارتفاع نزدیک شود و از رانندگی نیز باید پرهیز نماید زیرا در هریک از حالتهای فوق ممکن است دچار حمله صرع شده و جان خود و اطرافیانش را به خطر بیندازد.

بیمار صرعی تحت درمان می تواند به اشتغال یا تحصیل روزمره خود ادامه دهد.

حین حمله صرع فقط باید کمک های اولیه و مراقبت های لازم برای بیمار انجام شود و در آن لحظه هیچ گونه اقدام درمانی لازم نیست.

بیمار باید داروهایش را به طور مداوم و مرتب مصرف کند و بدون نظر پزشک داروهایش را قطع یا کم نکند زیرا این کار موجب وخامت بیماری او می گردد.

توصیه های سایر اختلالات روانپزشکی

والدین باید رفتار محبت آمیز توأم با پذیرش و احترام با فرزند خود داشته باشند و در تقویت اعتماد به نفس او تلاش کنند. اما در عین حال باید در مقابل نافرمانی های فرزندشان و در مواردی که رفتارهای نامناسب و ناشایستی از وی سر می زند در مقابل او رفتار قاطعانه از خود نشان دهند. اما قاطعیت به معنی سرکوب کردن خواسته ها و نیازهای فرزندشان و اعمال خشونت، تحقیر کردن و کتک زدن او نیست. بلکه رفتار قاطعانه به این معنی است که والدین اشتباه فرزندشان را به طور جدی و واضح به او گوشزد کنند و خواسته ای که از او دارند مطرح نمایند.

آموزش مهارت های فرزند پروری به والدین در پیشگیری از بروز اختلالات کودکان و نوجوانان بسیار مؤثر است و منجر به تربیت فرزندان لایق، شایسته و با کفایت می شود.

اگر در خانواده ها فرزندان دچار اختلال روانپزشکی هستند والدین باید از آن ها مراقبت نمایند و با آن ها رفتار محترمانه و محبت آمیز داشته باشند و نسبت به درمان آن ها توسط پزشک اقدام نمایند. همچنین باید مراقب باشند که فرزند آن ها داروهای تجویز شده را به موقع و مداوم مصرف نماید و بدون تجوی پزشک داروها را قطع یا کم نکنند. اگر توصیه های غیردارویی هم توسط پزشک داده شده است، فرزندشان را در انجام آن توصیه ها یاری دهند.

نکته:

پیگیری و مراقبت اختلالات روانپزشکی توسط بهورز به علل ذیل انجام می گیرد:

- 1- مراجعه بیمار به پزشک در موعد تعیین شده توسط پزشک
- 2- مصرف مرتب و صحیح داروها طبق تجویز پزشک
- 3- قطع نکردن و کاهش ندان مصرف داروها بدون تجویز پزشک
- 4- مراقبت از عود بیماری برای بیمارانی که بهبود یافته اند.

راهنما و توصیه های بهداشتی دوران بلوغ

توصیه های بلوغ

بلوغ انتقال از مرحله کودکی به بزرگسالی و زمان کسب قدرت باروری است. بلوغ از نظر لغوی به معنی رسیدن به سن رشد مرد یا زن شدن، پختگی و به حد کمال رسیدن می باشد. بلوغ یکی از حیاتی ترین مراحل زندگی انسان است که در این مرحله تغییرات سریع رشد و نمو و اجتماعی به وجود می آید. در روند این تغییرات، نوجوانان تمایل دارند با والدین خود به عنوان یک منبع اطلاعاتی ارتباط برقرار کنند. بسیاری از مشکلات مختلف جسمی، روانی و اجتماعی مانند بیماری های عفونی، ازدواج ناموفق، حاملگی زودرس و پر خطر، بیماری قلبی و عروقی، بیماری های مزمن و مرگ و میر مادر و کودک ریشه در بلوغ دارد. به دلیل ناگهانی بودن شروع علائم بلوغ، نوجوان با موارد ناآشنایی روبرو می شود که گاهی احساس خوشحالی و گاهی نگرانی در او ایجاد می شود. شروع بلوغ با ظهور علائم رشد جسمانی است که ازدیاد فعالیت، مسئولیت پذیری، آزادی طلبی و تغییرات خلق و خو را به دنبال دارد.

تغییرات مهم بلوغ جسمی در پسران

تغییر در اندازه اندام های بدن: افزایش سریع قد در مراحل اولیه بلوغ است که ابتدا از دست ها و پاها شروع شده و سپس ساق پاها و ران ها رشد می کند. رشد تنه، سینه و پهن شدن شانه ها در آخر اتفاق می افتد. در این دوره اندازه قلب، ظرفیت ریه و حجم خون افزایش می یابد. رشد اندام ها ابتدا بسیار ناموزون ولی در نهایت حالت موزون و مردانه پیدا می کند.

صفات اولیه جنسی: به فعالیت بیضه ها و آلت تناسلی مربوط است. اولین علامت بزرگ شدن بیضه هاست که اغلب در 9/5 سالگی اتفاق می افتد و در حدود 20 سالگی به طور کامل رشد می کند. کمی بعد از رشد بیضه ها، رشد آلت تناسلی نمایان می شود که در افراد مختلف متفاوت بوده و ممکن است موجب نگرانی برخی از پسران شود ولی با توضیح در مورد فعالیت اعضای تناسلی هنگام تحریک جنسی می توان این نگرانی را رفع کرد. معمولاً در این دوران پسرها احتلام (انزال یا خروج مایع منی که مایع لزج حاوی نطفه یا اسپرم است) در خواب را تجربه می کنند. این امر یکی از معیارهای بلوغ است.

صفات ثانویه جنسی: این صفات به طور مستقیم با تولیدمثل ارتباط ندارد و شامل:

✓ **رویش موهای شرمگاهی** که حدود یک سال بعد از بزرگ شدن بیضه ها و آلت تناسلی ظاهر می شود. در ابتدا موها کم، نازک و ظریف بوده و به تدریج تیره، زبر و مختصری مجعد و پیچ دار می شود.

✓ **رویش موی زیربغل و افزایش موهای بدن** که پس از تکمیل موهای زهار اتفاق می افتد.

✓ **ریش و سبیل** که از 14 تا 18 سالگی شروع به روییدن می کند.

✓ **تغییرات پوست بدن** که پوست زبر شده و منافذ آن بازتر می شود. در اثر تحریکات هورمون مردانه، فعالیت غدد چربی افزایش یافته و جوش هایی روی صورت و بدن (آکنه) ظاهر می شود. در این دوران تعریق بخصوص در ناحیه زیربغل افزایش می یابد که ممکن است کمی بوی ناراحت کننده تولید کند.

✓ **تغییر صدا** که ناشی از رشد طناب های صوتی است. ابتدا صدا خشن و سپس بم و آهنگ آن مطلوب تر می شود.

✓ **رشد عضلات** بخصوص در عضلات سینه، ساق ها، بازوان و شانه ها اتفاق می افتد.

تغییرات مهم بلوغ جسمی در دختران

جهش رشدی: افزایش سریع قد در دختران حداقل 2 سال زودتر از پسران اتفاق می افتد به طوری که در مدت یک سال قد دختران حدود 6 تا 11 سانتی متر بیشتر می شود. جهش رشد معمولاً دو سال پس از جوانه زدن پستان ها و یک سال قبل از شروع عادت ماهانه رخ می دهد. هورمون های جنسی موجب کند شدن رشد استخوان ها می شود، به همین دلیل بعد از قاعدگی سرعت رشد قد کندتر شده و بیش از 6 سانتی متر قد دخترها افزایش نمی یابد.

تغییرات سایر اعضا: علاوه بر رشد قد، جذب چربی در بدن و توزیع آن به شکل زنانه در ران ها و پستان ها و سایر قسمت های بدن اتفاق می افتد. لگن پهن شده، موهای زیر بغل شکل زنانه پیدا می کند و اندام ها از قبیل قلب، کبد، کلیه ها و دستگاه گوارش بزرگ می شود. فعالیت غدد چربی و عرق زیاد می شود و در برخی از دختران جوش صورت ظاهر می شود.

رشد پستان ها: معمولاً در سنین 7/5 تا 12/5 سالگی و به طور متوسط 9/5 سالگی روی می دهد. جوانه زدن پستان ها از نوک شروع و به طور معمول دردناک و حساس شده و دو طرفه می باشد. در پایان دوره بلوغ، رشد پستان کامل می شود.

رشد موهای شرمگاهی: متعاقب رشد پستان ها و به طور متوسط در سن 10/5 سالگی، موهای شرمگاهی در حاشیه داخلی لب های فرج و ناحیه زیر بغل ظاهر می شود.

قاعدگی: آخرین مرحله بلوغ است که در سن 9 تا 16 سالگی و به طور متوسط 13 سالگی اتفاق می افتد. رحم، واژن و اعضای تناسلی زن به اندازه کافی رشد می کند. قاعدگی به خروج خون و قطعات ریزش یافته لایه پوششی رحم اطلاق می شود که پس از یک تخمک گذاری طبیعی و در صورتی که حاملگی صورت نگیرد، اتفاق می افتد. اولین روز یک دوره خونریزی تا اولین روز خونریزی بعدی را یک دوره عادت ماهانه گویند که معمولاً بین 21 تا 39 روز است. میزان خون خارج شده در هر نوبت 30 تا 80 سی سی است که طی 3 تا 7 روز خارج می شود.

اولین قاعدگی در سن 11 تا 13 سالگی اتفاق می افتد. قاعدگی های اول بدون تخمک گذاری بوده و از نظر فواصل زمانی مقدار خون و مدت زمان خونریزی نامنظم و غیر قابل پیشگیری است. طی 2 تا 2/5 سال پس از شروع قاعدگی به صورت خود به خود منظم می شود.

علائم جنسی و روانی قبل از عادت ماهانه: در چند روز قبل از شروع عادت ماهانه، علائم جنسی و روانی در برخی خانم ها ایجاد می شود که با شروع خونریزی و یا در روزهای خونریزی از بین می رود.

علائم جسمی: افزایش وزن، احساس سنگینی در شکم و کل بدن، تورم دست ها و صورت، بزرگ شدن یا دردناک شدن پستانها، سردرد، تهوع و استفراغ، اسهال، بی اشتها و یا تمایل به برخی از غذاها، خستگی، تکرر ادرار، کمردرد و درد زیربغل. دل درد ممکن است چند ساعت قبل و یا هم زمان با خونریزی شروع شود که معمولاً بیش از 2 یا 3 روز اول ادامه نمی یابد.

علائم روانی: تغییرات خلق، نگرانی، افسردگی، ناامیدی، تحریک پذیری، کاهش قدرت تمرکز، منفی گرایی و تغییر تمایلات جنسی همراه با دل درد در تمامی افراد کمابیش دیده می شود.

توصیه های بهداشتی:

- حمام کردن و شستن تمام بدن با آب گرم و صابون بهترین وسیله نظافت پوست بوده و بوی بد بدن را از بین می برد.

- جوش را نباید دست کاری کرد. چندین بار در روز باید پوست را با آب و صابون شستشو داد. احتیاجات پوست را هر روز حداقل یک ساعت با هوای تازه تأمین کرد.

- تحرک و ورزش فراموش نشود.

- رعایت نکات بهداشتی در دوران عادت ماهانه:

1- در این دوران از نوار بهداشتی استفاده و نوارها را با فاصله کم و حداقل 3 تا 5 بار عوض شود. در صورتی که نوار بهداشتی در دسترس نیست، از پارچه نخی استفاده نموده و مرتب آن را تعویض کرده و پس

از شستشوی با آب و مواد شوینده، آن ها را با اتو کشیدن یا در معرض آفتاب گذاشتن خشک کرد.

2- از لباس های زیر نخی استفاده شده و آن را مرتب تعویض کرده و پس از شستشو با اتو یا در آفتاب خشک شود.

3- استحمام روزانه با آب گرم و به صورت ایستاده منعی ندارد.

4- قاعدگی را باید نشانه صحت و سلامت بدن دانست.

5- استفاده از دوش یا کیسه آب گرم و ماساژ کمر موجب تسکین دردهای عادت ماهانه می شود. در صورت نیاز، مصرف برخی داروها مانند استامینوفن یا مفنامیک اسید یا ایبوبروفن توصیه می شود.

نیازهای تغذیه ای و تغذیه مناسب دوران بلوغ

دوران نوجوانی یکی از حساس ترین دوره های تکامل انسان است. رشد نسبتاً یکنواخت دوران کودکی به یک دوران جهش رشد سریع تبدیل می شود که نیازهای ویژه غذایی را ایجاد می کند. تغذیه نوجوانان به سه دلیل عمده آسیب پذیر است:

■ به دلیل روند سریع رشد جسمی و تکامل، میزان نیاز به مواد مغذی افزایش می یابد.

تغییر در شیوه زندگی و عادات غذایی نوجوانان میزان دریافت مواد مغذی ایشان را تحت تاثیر قرار می دهد.

شرایطی از قبیل فعالیت های شدید ورزشی یا بی حرکتی طولانی و دیگر شرایط ویژه که ممکن است در این دوران اتفاق باعث تغییر میزان نیاز ایشان به مواد مغذی می شود.

انرژی

نیاز به انرژی در نوجوانان به دلیل متفاوت بودن سرعت رشد و میزان فعالیت جسمی متفاوت است. نیاز به انرژی در پسران نوجوان زیاده است زیرا افزایش سرعت رشد پسران بیشتر بوده و عضلات آنان بیشتر از دختران است. توصیه می شود در برنامه غذایی روزانه نوجوانان مواد نشاسته ای (نان، برنج، ماکارونی و ...) به مقدار کافی گنجانده شود. بخش عمده انرژی مورد نیاز آن ها از طریق مصرف این مواد باید تامین گردد.

پروتئین

در دوران بلوغ سرعت رشد بدن بیشتر می شود و چون بدن برای رشد به پروتئین نیاز دارد نوجوانان باید در برنامه غذایی روزانه خود از منابع پروتئین حیوانی (گوشت، تخم مرغ، شیر و ...) و پروتئین گیاهی (حبوبات و غلات) بیشتر استفاده نمایند. برای افزایش ارزش غذایی بهتر است پروتئین های حیوانی و گیاهی همراه هم (مثلاً نان و تخم مرغ، نان و شیر، شیر برنج، ماکارونی با پنیر، نان و پنیر، نان و ماست) و یا دو نوع پروتئین گیاهی با هم (مثلاً عدس پلو، لوبیا پلو، عدسی با نان، لوبیا با نان) مصرف گردند.

ویتامین ها و املاح

نوجوانان باید با مصرف روزانه چهار گروه اصلی غذایی (شیر و لبنیات، نان و غلات، گوشت و تخم مرغ و حبوبات و مغزها، میوه ها و سبزی ها) ویتامین ها و املاح مورد نیاز خود را تامین نمایند.

کمبود برخی ویتامین ها و املاح از جمله ویتامین C، A، آهن، روی و کلسیم در نوجوانان به ویژه دختران نوجوان شایع تر است.

*** ویتامین A**

نوجوانان چون در حال رشد هستند باید در برنامه غذایی روزانه خود از مواد غذایی دارای ویتامین A مانند کره، جگر، شیر، زرده تخم مرغ، انواع سبزی های برگ سبز نظیر اسفناج و سبزی های زرد و نارنجی مانند هویج، کدو حلوائی و میوه هایی نظیر هلو، آلو، زردآلو، خرمالو، طالبی و سایر میوه های زرد و نارنجی رنگ بیشتر استفاده نمایند.

*** ویتامین D**

جگر، زرده تخم مرغ، پنیر و ماست که از منابع خوب ویتامین D هستند باید در برنامه غذایی روزانه نوجوانان گنجانده شوند. زیرا ویتامین D برای رشد اسکلت بدن لازم است. ویتامین D با افزایش جذب کلسیم و فسفر از روده باریک به استحکام استخوان ها کمک می کند، در اثر تماس مستقیم نور آفتاب با پوست بدن، (نه از پشت شیشه) ماده ای به نام دهیدرو کلسترول که در زیر پوست وجود دارد به ویتامین D تبدیل می گردد. بنابراین مهم ترین منبع تامین کننده ویتامین D بدن انسان، نور خورشید می باشد.

*** ویتامین های گروه B**

در دوران بلوغ به دلیل افزایش نیاز به انرژی، نیاز به ویتامین های گروه B افزایش می یابد. این ویتامین ها برای آزاد شدن انرژی از کربوهیدرات ها لازم هستند بنابراین ویتامین های گروه B مانند: B1، B2، B6، B12 و ... باید در دوران بلوغ بیشتر مصرف شوند. این گروه ویتامین ها در گوشت قرمز، ماهی، جگر، دل، قلوه، تخم مرغ، شیر و لبنیات وجود دارد.

*** ویتامین C**

نوجوانان باید هر روز از منابع غذایی غنی از ویتامین C مانند انواع مرکبات، گوجه فرنگی، انواع فلفل سبز، کلم، گل کلم، سیب زمینی، شلغم، ترب، پیاز، طالبی، کاهو و انواع سبزی های تازه مصرف نمایند. نوجوانانی که میوه و سبزی تازه در برنامه غذایی روزانه خود مصرف نمی کنند اغلب با کمبود ویتامین C مواجه می شوند. ویتامین C برای مقاومت بدن در مقابل بیماری ها ضروری است. بنابراین باید نوجوانان را تشویق نمود که هر روز میوه و سبزی تازه و خام مصرف کنند. سبزی های پخته و میوه هایی که به شکل کمپوت درآمده اند ویتامین C کافی ندارند چون این ویتامین در اثر حرارت از بین می رود.

در طول سال های رشد سریع، میزان نیاز به املاحی از قبیل کلسیم، آهن، روی، منیزیم تا دو برابر افزایش می یابد.

* آهن

نیاز آهن در دوران بلوغ بیشتر می شود. در دختران، در زمان جهش رشد نیاز به آهن به حداکثر می رسد ولی پس از آن نیز به دلیل از دست دادن خون قاعدگی کماکان این نیاز در حد بالا باقی می ماند. نوجوانان باید در برنامه غذایی روزانه شان از غذاهای حاوی آهن مانند گوشت، مرغ، ماهی، جگر، حبوبات و سبزیجات برگ سبز استفاده نموده و با مصرف مواد غذایی حاوی ویتامین C همراه با غذا (مرکبات، گوجه فرنگی و سبزی های تازه) به جذب آهن غذا کمک کنند زیرا ویتامین C موجب می شود که آهن غذا بهتر جذب شود.

* کلسیم

به دلیل رشد سریع استخوان های بدن نیاز به کلسیم در دوران بلوغ افزایش می یابد. اگر نوجوانان هر روز از شیر و فرآورده های شیری (ماست، پنیر، کشک، بستنی) به مقدار کافی استفاده نمایند نیاز به کلسیم در آنان تامین می شود. مصرف روزانه سه واحد از گروه شیر و لبنیات برای نوجوانان توصیه می شود. هر واحد معادل یک لیوان شیر و یا یک لیوان ماست و یا 60 گرم پنیر (به اندازه دو قوطی کبریت) می باشد. دختران و پسران نوجوان اغلب تمایل زیادی به مصرف انواع نوشابه های گازدار دارند. این نوشابه ها حاوی مقادیر زیادی فسفر هستند و می توانند موجب عدم تعادل کلسیم و فسفر در بدن بشوند. بنابراین در صورت مصرف مداوم نوشابه ها احتمال کمبود کلسیم افزایش می یابد. کمبود کلسیم در طولانی مدت موجب بروز پوکی استخوان در بزرگسالی می شود. به منظور افزایش دریافت کلسیم به جای نوشابه از دوغ کم نمک استفاده کنید.

* روی

در دوران بلوغ به دلیل افزایش سرعت بدن نیاز به پروتئین ها افزایش می یابد و چون روی برای ساختن پروتئین مورد نیاز است بنابراین نیاز به روی در دوران بلوغ بیشتر می گردد و باید در برنامه غذایی روزانه نوجوانان منابع غذایی حاوی روی یعنی گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزها گنجانده شود.

* ید

ید ماده اصلی ساختمان غده تیروئید است و نقش مهمی در رشد و نمو بدن دارد. غذاهای دریایی مانند میگوی آب شور غنی ترین منابع غذای ید می باشند. مقدار ید لبنیات و تخم مرغ متغیر است و بستگی به فصل سال و میزان ید خاکی که حیوان در آن پرورش یافته است دارد. از آنجایی که آب و خاک کشور ما میزان ید کافی ندارد جهت پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید، مصرف نمک ید دار الزامی است.

برنامه غذایی روزانه نوجوانان

مصرف روزانه 3 واحد گروه شیر و لبنیات، 2 تا 3 واحد گوشت و حبوبات، 3 تا 5 واحد گروه سبزی ها و میوه ها و 6 تا 11 واحد گروه نان و غلات برای نوجوانان توصیه می شود. مقدار هر واحد در قسمت گروه های غذایی ذکر شده است. نوجوانان باید هر روز از سه وعده غذای اصلی و دو میان وعده استفاده کنند. قسمتی از انرژی روزانه نوجوان باید از طریق مصرف میان وعده ها تامین شود. بنابراین نوجوانان باید از میان وعده هایی استفاده نمایند که هم انرژی را باشند و هم موادی که برای رشد و سلامت بدن آن ها لازم است را تامین نمایند. میان وعده های مناسب عبارتند از میوه های تازه و خشک، کشمش، خرما، انجیر، پسته، بادام، گردو، توت خشک، نان کشمش، عدسی، شیر و کلوچه، ساندویچ های کوکو، مرغ، تخم مرغ و

به دانش آموزان توصیه شود در وعده صبحانه، نان به عنوان منبع تامین انرژی، پنیر یا تخم مرغ به عنوان یک منبع پروتئین و شیر برای تامین کلسیم گنجانده شود. کره همراه با مربا یا عسل یا خرما بخشی از انرژی مورد نیاز رژانه را تامین می کند. علاوه بر آن گروه منبع خوبی از ویتامین های محلول در چربی مانند ویتامین A و D می باشد.

اهمیت تغذیه دختران

دختران امروز مادران فردا و کلید سلامتی نسل کنونی و آینده می باشند. تمام مطالعات انجام شده نشان داده است که بسیاری از مشکلات دوران بارداری و تولد نوزادان نارس ارتباط مستقیم با وضع تغذیه مادر در زمان قبل از بارداری و سنین قبل از ازدواج دارد.

به طور کلی، دخترانی که زندگی خود را با تغذیه ناکافی در دوران کودکی همراه با بیماری شروع کرده و به دوره نوجوانی پا می‌گذارند، از یک طرف به علت کمبودهای تغذیه‌ای با کاهش قدرت یادگیری، افت تحصیلی، افزایش ابتلاء به بیماری‌ها و کاهش توانمندی ذهنی و جسمی مواجه هستند و از سوی دیگر، پس از ازدواج نمی‌توانند دوران بارداری و شیردهی ذخایر بدنی مادر مصرف می‌شود و سوء تغذیه او تشدید یافته و سوء تغذیه علاوه بر مادر گریبانگیر فرزندش نیز می‌شود.

به طور کلی مطالعات انجام شده نشان داده است که در دخترانی که از زمان تولد تا بلوغ غذای متعادل و کافی مصرف کرده‌اند در هنگام بارداری و زایمان با مشکلات کم‌تری روبه‌رو هستند. اندازه لگن بستگی به قد دارد و لگن در دخترانی که خوب تغذیه شده‌اند به شکلی است که وضع حمل آسان‌تر انجام می‌شود. در زنانی که در دوران کودکی به علت کمبود ویتامین D مبتلا به راشی تیسم شده‌اند، لگن تغییر شکل داده و زایمان آن‌ها اغلب با سزارین همراه است.

به علت کمبود آهن و کم‌خونی ناشی از آن ذخایر آهن بدن آن‌ها تخلیه می‌شود. این دختران اغلب پس از ازدواج و در دوران بارداری از کمبود آهن شدید رنج می‌برند و در این مادران نه تنها خطر مرگ و میر به علت خونریزی هنگام زایمان افزایش می‌یابد بلکه نوزادانی که به دنیا می‌آورند کم‌وزن یا نارس بوده و ذخایر آهن کافی ندارند. کم‌خونی فقر آهن در دوران بارداری و 2 سال اول زندگی اثرات جبران‌ناپذیری بر رشد و تکامل مغزی کودکان دارد و موجب کاهش بهره‌هوشی به میزان 5 تا 10 امتیاز می‌شود.

مثال هایی از یک صبحانه مناسب برای دانش آموزان و نوجوانان

نان و پنیر و گردو، نان و پنیر و گوجه‌فرنگی، نان و پنیر و خیار، نان و تخم‌مرغ و گوجه‌فرنگی، نان و کره و مربا، نان و کره و خرما، نان و پنیر و خرما است. مصرف یک لیوان شیر همراه با صبحانه توصیه می‌شود.

انواع غذاهای سنتی مانند عدسی با نان، خوراک لوبیا با نان و انواع آش‌های محلی از غذاهای مفید و با ارزش بالای غذایی به شمار می‌روند که در برخی از مناطق به عنوان صبحانه مصرف می‌شوند. معلمان و مراقبین بهداشت مدارس در آموزش تغذیه به دانش‌آموزان، باید مصرف آن‌ها را ترویج و تشویق کنند.

عوارض رژیم‌های غذایی برای کاهش وزن در دوره بلوغ

عوارض زیانبار کاهش وزن بر سلامتی ممکن است در افرادی که اضافه‌وزن ندارند اما دریافت کالری خود را به شدت محدود می‌کنند بیشتر می‌باشد. در این افراد کاهش توده عضلانی بیشتر از توده چربی است. رژیم غذایی که با محدود کردن وعده‌های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می‌شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است. اثرات زیانبار رژیم‌های غذایی کاهش وزن در دوره بلوغ علاوه بر اختلال رشد شامل کمبودهای تغذیه‌ای، اختلالات قاعدگی، ضعف، خستگی، گیجی، افسردگی، تحریک‌پذیری، بی‌بوست، نداشتن تمرکز حواس و اشکال در خوابیدن می‌باشد. تنفس بدبو، ریزش مو و خشکی پوست از عوارض رژیم‌های غذایی با محدودیت شدید کالری است. افزایش خطر ابتلاء به سنگ صفرا نیز از عوارض جدی‌تر این گونه رژیم‌های غذایی است. متأسفانه تأخیر رشد و تأخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه‌قدی غیر قابل جبران در اثر کمبود مواد غذایی مغذی به ویژه ریز مغذی‌ها گزارش شده است. 39% این موارد با اختلالات غذا خوردن همراه بوده است و اصلاح آن منجر به جبران رشد از دست رفته نشده است.

بنابراین دانش‌آموزان در سنین بلوغ به ویژه دختران باید بدانند که رژیم‌های کاهش وزن در این دوره ممکن است منجر به کوتاه ماندن قد شود و علاوه بر آن به علت بروز انواع کمبودهای تغذیه‌ای سلامت آنان به خطر افتاده و با مشکلات متعددی مواجه خواهند شد.

فعالیت بدنی دوران بلوغ

همه کودکان و نوجوانان باید روزانه دست‌کم 30 تا 60 دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط تا زیاد داشته باشند. همچنین کودکان و نوجوانان باید تشویق شوند تا در فعالیت‌های گوناگون ورزشی شرکت کنند تا به مهارت‌های مختلفی دستیابی پیدا کنند. ورزش موجب بهبود کار دستگاه‌های مختلف بدن می‌شود، فشارهای عصبی و روانی را کاهش می‌دهد، در افزایش ظرفیت شخصیتی نوجوان و تقویت خودباوری، احساس لیاقت و توانایی و گسترده شدن روابط اجتماعی نقش دارد. ورزش مناسب سبب می‌شود نوجوان در برابر مشکلات زندگی صبر و تحمل بیشتری داشته باشد و اگر به ورزش کردن عادت کند، گرفتار بسیاری از

بیماری ها در سنین میانسالی نخواهد شد.

ویژگی های روانی و رفتاری دوران بلوغ

نوجوان طی دوره بلوغ علاوه بر تغییرات جسمی، دستخوش یک سری تغییرات و علائم روانی نیز می شود که شناخت آن برای برخورد صحیح کمک بسیار می کند.

برخی ویژگی های روانی و رفتاری بلوغ دختران 10 تا 14 سال: میل به گوشه گیری، حساسیت بسیار به انتقاد دیگران، بی قراری، بی ثباتی، تحریک پذیری، نوسان در خلق و خو، مخالفت با خانواده و دوستان، در رویا فرو رفتن، شرم و حیای مربوط به تغییرات بلوغ، تنبلی و سستی، نافرمانی از بزرگ ترها، خیره سری و خودرایی، نداشتن احساس امنیت و اعتماد به نفس، مقاومت در برابر پند و اندرز والدین، تمایل شدید به ارتباط با دوستان و گفتگوی پنهانی، حساسیت به آراستگی ظاهر خود و صرف وقت جلوی آینه و پوشیدن لباس به گونه متفاوت با معیارهای خانواده.

برخی ویژگی های روانی و رفتاری بلوغ پسران 14 تا 19 سال: اختلال در توجه، مخالفت با والدین و دیگر بزرگسالان، اختلال در خلق و خوی و سلوک و رفتار، اضطراب و نگرانی، اختلال در خواب، بی اشتها یا پر اشتها، افسردگی و پرخاشگری، کنجکاوی و تمایل به جنس مخالف، تمایل به خود ارضایی.

برخی ویژگی های روانی و رفتاری بلوغ دختران 15 تا 19 سال: اکثر نوجوانان در این سن بالغ شده اند و تعدادی از آن ها رشد جنسی را که بهترین تغییر این دوره است خوشایند و برخی موجب ناراحتی و دستپاچگی خود می دانند. معیارهای رفتار و لباس پوشیدن توسط همسالان تعیین می شود، کنجکاوی رو به افزایش نسبت به جنس مخالف دارند، در رویاهای عاشقانه فرو می روند، تفکر انتزاعی دارند و جهت گیری آینده و اندیشیدن درباره تحصیل و اشتغال و ازدواج بخش مهمی از رویاهای آن ها را تشکیل می دهد.

چند توصیه برای والدین

- برای بروز اختلاف نظرها آمادگی داشته باشند،
- آماده باشند که مورد محک قرار گیرند،
- انعطاف پذیر باشند،
- همه چیز را جدی نگیرند،
- حس شوخ طبعی خود را حفظ کنند،
- بیش از حد تحت تأثیر نوجوان قرار نگیرند،
- از دانش و آگاهی برخوردار باشند،
- به نوجوان در کسب مهارت های اجتماعی و زندگی کمک کنند،
- حس مسئولیت پذیری و اعتماد به نفس را تقویت کنند،
- با تغییرات بلوغ آشنا کنند،
- عزت نفس نوجوانان را با برخورد احترام آمیز افزایش دهند،
- با ایجاد رابطه صمیمانه و احترام آمیز در شرایط وی، تعارضات اجتماعی و رفتاری را کاهش دهند،
- با رفع تبعیض، ریشه حسادت را بخشکانند،
- عملکرد جنسی را آموزش دهند،
- مشاور خوب و قابل اعتمادی برای نوجوان باشند.

مراقبت از کودک مبتلا یا در معرض خطر بیماری های ژنتیک و مادرزادی

الف) در برنامه کشوری PKU:

- 1- ملاحظات تغذیه (شیر و غذای مخصوص) مطابق با بسته آموزشی کاردان و کارشناس و والدین بیماران انجام شود.
- 2- انجام دستورات اختصاصی بیمارستان منتخب PKU (دستورات ویژه بالینی به هر دانش آموز بیمار) پیگیری، بررسی و مراقبت از انجام آن در طول حضور بیمار در مدرسه صورت گیرد.
- 3- مشاوره ژنتیک (در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک شهرستان محل سکونت) به والدین توصیه و ایشان برای انجام امر ترغیب گردند.

ب) در برنامه کشوری G6PD

- 1- مراقبت برای پرهیز از محرک های لیز گلبولی (شامل مواد غذایی نظیر باقالا، داردها، تب) مطابق با بسته آموزشی کاردان و کارشناس صورت گیرد.
- 2- در صورت بروز علائم لیز گلبولی (رنگ پریدگی، تغییر رنگ ادرار) دانش آموز به اورژانس بیمارستان انتقال یابد.
- 3- نظارت مجدد بر نصب برگه اطلاعات دارویی در دفترچه بیمه دانش آموز

ج) مراقبت در برنامه هموفیلی:

- 1- ملاحظات تغذیه ای : ندارد
- 2- ملاحظات دارویی: از مصرف آسپرین خودداری شود.
- 3- دستورات اختصاصی بیمارستان منتخب هموفیلی کودکان (در تهران، بیمارستان مفید)
- 4- پیگیری و مراقبت از انجام دستورات ویژه بالینی در طول حضور بیمار در مدرسه:
 - عدم شرکت در ورزش های همراه با ضربه مانند دومیدانی
 - توصیه به آموزگار مربوطه در خصوص همکاری با بیمار
- 5- انجام مراقبت های اولیه در صورت بروز خونریزی و تماس با والدین بیمار
- 6- توصیه و ترغیب والدین به انجام مشاوره ژنتیک در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک شهرستان محل سکونت

د) مراقبت در برنامه تالاسمی:

- 1- ملاحظات تغذیه ای: عدم مصرف زیاد غذا یا داروهای افزایش دهنده آهن خون
- 2- دستورات اختصاصی بیمارستان منتخب تالاسمی
- 3- پیگیری و مراقبت از انجام دستورات ویژه بالینی در طول حضور بیمار در مدرسه :
 - تماس با والدین در صورت بروز علائم کم خونی
 - توصیه به آموزگار مربوطه در خصوص همکاری با بیمار در صورت نیاز به تزریق خون
- 4- توصیه و ترغیب والدین به انجام مشاوره ژنتیک در مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک

راهنمای ارزیابی سندروم مارفان

ارجاع به پزشک عمومی مربوطه در صورت وجود هر کدام از موارد زیر:

- 1- قد بلندتر از معمول (بالای $+3$ z-score)
- 2- طول نیمه تحتانی بدن (از سمفیز پوییس تا کف پا) بیشتر از 58% قد فرد
- 3- طول کل دو اندام فوقانی در حالت باز بیشتر از قد فرد است. (شکل 1)
در یک فرد ایستاده که هر دو اندام فوقانی به طور کامل از دو طرف به حالت باز نگه داشته شده، نسبت فاصله نوک دو انگشت وسط به کل قد محاسبه می شود.



شکل شماره 1



شکل شماره 2



شکل شماره 3



شکل شماره 4

- 4- قفسه سینه فرو رفته یا برآمده (کیبوتری) (شکل 2)
- 5- اسکولیوز (بایستی به طور کامل به بهورز/ مربی بهداشت نشان داده شود) (شکل 3)
- 6- کف پای صاف
- 7- استریاهای پوستی (شکل شماره 4)
- 8- نزدیک بینی (میوپی)
- 9- سابقه فتق مکرر یا عود کننده
- 10- سابقه سندرم مارفان در بستگان درجه یک (بستگان درجه یک شامل پدر، مادر، خواهر و برادر)

توصیه های ایمنی بیماری های آمیزشی

علائم بیماری های آمیزشی

- ترشحات مجاری ادراری
- زخم های تناسلی و ترشحات مهبل (افزایش مقدار، تغییر بو، رنگ و قوام همراه با سوزش، خارش و درد در زمان تماس جنسی)
- بیماری التهابی لگن (درد زیر شکم)
- بزرگی غدد کشاله ران
- تورم پوست بیضه
- راه های انتقال بیماری های آمیزشی
- تماس جنسی با فرد آلوده
- اشتراک در سوزن تزریقی آلوده در معتادان تزریقی و خالکوبی
- از مادر آلوده به جنین و نوزاد
- به ندرت از طریق انتقال خون
- راه های ورود عامل بیماری، اندام های تناسلی، مجاری ادراری، مخاط دهان، چشم، مقعد و خون هستند

راه های انتقال بیماری های آمیزشی

- 1- خویشتن داری در دوران تجرد (عزت نفس)
- 2- وفاداری به همسر
- 3- استفاده از کاندوم به منظور کاهش احتمال خطر
- 4- جایگزینی رفتار کم خطر به جای پر خطر
- 5- اقدام برای درمان خود و شریک جنسی به منظور پیشگیری از عفونت مجدد

احیاء قلبی - ریوی

ارزیابی اولیه

در ارزیابی اولیه با بررسی وضعیت بیمار وضعیت هوشیاری وی را تعیین می کنیم . ستون فقرات را در صورت احتمال آسیب ثابت و بی حرکت کنید توجه خاص به راه هوایی و تنفس بیمار داشته باشید. در صورت قطع تنفس ارزیابی بیمار را براساس اصول ABC آغاز نمائید.

تنفس بیمار را از طریق شنیدن
صدای آن و دیدن حرکات قفسه
سینه کنترل می کنیم.



1. راه هوایی Air way :

با نزدیک کردن صورت خود به دهان و بینی بیمار، تنفس بیمار را از طریق شنیدن صدای آن و لمس بازدم بیمار روی گونه خود و دیدن حرکات تنفسی قفسه سینه برای 10 ثانیه بررسی کنید. در صورت غیر طبیعی بودن تنفس، دهان وی را از نظر وجود غذا، مواد استفراغ شده، دندان جدا شده از فک، دندان مصنوعی و یا هر شیء خارجی دیگر بررسی نموده و در صورت وجود آن ها را خارج کنید.

2. تنفس Breathing:

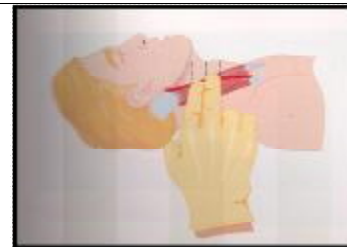
اگر بیمار تنفس نداشت سریعاً تنفس
دهان به دهان را آغاز کنید.



3. گردش خون Circulation:

از طریق بررسی نبض شریان کاروتید، گردش خون بیمار را ارزیابی نمائید. بدین منظور با دو انگشت میانی و نشانه خود برجستگی غضروف تیروئید را در گردن بیمار لمس کنید، سپس انگشتان خود را آهسته به طرف گوش بیمار بلغزانید تا در شکاف باریکی نبض شریان کاروتید را پیدا کنید. اگر طی 10 ثانیه موفق به یافتن آن نشدید لازم است که احیای قلبی- ریوی را آغاز کنید.

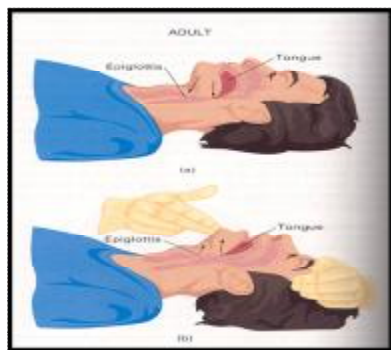
برای بررسی گردش خون مصدوم
نبض کاروتید را پیدا کنید.



4. احیای قلبی-ریوی Cardio pulmonary resuscitation:

باز کردن راه هوایی:

چنانچه احتمال آسیب مهره های گردنی مطرح نمی باشد در حالی که بیمار به پشت خوابیده با کف یک دست پیشانی را عقب بکشید و همزمان با انگشتان دست دیگر که زیر چانه بیمار است چانه را بالا بکشید. اگر بیمار بیهوش و در حال استفراغ است و آسیب مهره های گردنی مطرح نمی باشد او را به یک طرف برگردانده، دهانش را باز و ترشحاتش را پاک نمائید. حتی در صورت احتمال وجود آسیب مهره های گردنی در صورتی که انجام مانور مذکور مشکل و یا غیر ممکن باشد می توان این مانور را بدون حرکت دادن سر فقط با بالا کشیدن چانه انجام داد.



مانور "سر عقب-چانه بالا"
جهت باز نمودن راه
هوایی فرد مصدوم انجام
می شود.

تنفس مصنوعی:

برای انجام تنفس دهان به دهان، سر بیمار را به عقب خم نمائید به طوری که دهان او کمی باز شود، با انگشتان دستی که روی سر بیمار است سوراخ های بینی را مسدود کرده و بعد از انجام یک دم عمیق دهانتان را بر روی دهان بیمار قرار داده به طوری که لب های شما دور تا دور لب های بیمار را بگیرد و با نیروی ولی به صورت آهسته برای مدت 1 الی 1/5 ثانیه هوا را داخل ریه های بیمار بدمید و بعد از مشاهده بالا آمدن قفسه سینه سرتان را کنار کشیده، سوراخ های بینی را باز کنید تا هوای دمیده شده خارج شود.

ماساژ قلبی:

چنانچه بیمار علاوه بر ایست تنفسی نبض نیز ندارد باید ماساژ قلبی را شروع کنید. لازم است بیمار روی یک سطح سفت و در حالت خوابیده به پشت باشد. ابتدا لباس را از روی قفسه سینه بیمار کنار می زنیم محل مناسب برای ماساژ نیمه تحتانی جناغ سینه بالاتر از زائده خنجری استخوان جناغ سینه می باشد، کف دست بایستی عمود بر جناغ و در کم ترین تماس با دنده ها باشد با دست های خود به طوری که شانه ها مستقیماً بالای نقطه فشار باشد با استفاده از تمامی سنگینی بدن (در بالغین قفسه سینه حدود 4-5 سانتی متر) فشار وارد نمائید. ماساژ را با حرکات روان و آرام انجام دهید و از حرکات جهشی به علت احتمال ایجاد آسیب به دنده ها، خود داری نمائید. این عمل را به نحوی که در ازای 30 ماساژ قلبی 2 تنفس مصنوعی می دهید، ادامه داده و هر چند دقیقه نبض کاروتید را به مدت 10 ثانیه بررسی نمائید و به محض تشخیص آن ماساژ قلبی را قطع نمائید.



در هر ماساژ قفسه سینه باید 4-5
سانتی متر فشرده شود.

تا زمانی که بیمار نفس کشیده و نبض پیدا کند یا تیم احیای پیشرفته برسد یا CPR را به یک امدادگر دیگر واگذار کنید یا بر اثر خستگی قادر به ادامه کار نباشید، باید CPR را ادامه بدهید.
باز کردن راه هوایی کودک:

- در صورتی که علائم تنفس را مشاهده نکردید دهان خود را روی بینی و دهان او قرار داده و دو تنفس بدهید. یک ثانیه صبر کنید. دقت کنید که قفسه سینه بالا و سپس پایین برود مجدد به وی تنفس بدهید.
 - در صورتی که قفسه سینه حرکت می کند، نبض وی را چک کنید. در صورت عدم حرکت قفسه سینه، مجدداً تنفس بدهید.
 - اندازه گیری و بررسی نبض: دو انگشت خود را روی گردن کودک در نزدیکی حنجره قرار دهید (در اطفال قسمت داخلی بازو بین آرنج و شانه را لمس نمایید). 5 ثانیه صبر نمایید. در صورتی که نبض وجود دارد هر سه ثانیه یک تنفس به کودک بدهید. (بسیار تنفس در دقیقه) هر دقیقه نبض را چک کنید. تنفس دادن را تا وقتی که کودک توانایی نفس کشیدن پیدا نکرده، ادامه دهید.
 - در صورتی که نبض را پیدا نکردید:
- شیرخواران زیر یک سال: یک خط فرضی افقی بین دو نوک سینه بکشید. دو انگشت خود را در مرکز این خط بگذارید تا عمق یک سانتی متر انگشتان را فشار دهید.
- کودکان یک ساله و یا بزرگ تر: انتهای کف یک دستتان (از جوانان و بزرگسالان هر دو دست) را در همان جا قرار داده و به عمق دو سانتی متر بدهید.
- سپس بینی کودک را با دست گرفته، دهانتان را روی دهانش گذاشته و دو تنفس بدهید. این سیکل را تا وقتی که نبض کودک را حس کرده و یا نیروی کمکی برسد ادامه دهید.

نسبت فشردن قفسه سینه به انجام تنفس مصنوعی در گروه های سنی مختلف

- برای بزرگسالان: 30 به 2
- برای کودکان و شیرخواران: در احیاء یک نفری افراد حرفه ای: 30 به 2
- برای نوزاد تازه متولد شده: 3 به 1

ضمائم

جدول سطح فشارخون پسران 6 تا 9 سال بر حسب سن و صدک قد

فشارخون دیاستولیک میلی متر جیوه							فشارخون سیستولیک میلی متر جیوه							سن فشارخون صدک	
صدک قد							صدک قد								
95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5		
57	57	56	55	54	53	53	100	99	98	96	94	92	91	50	6
72	72	71	70	69	68	68	113	113	111	110	108	106	105	90	
76	76	75	74	73	72	72	117	117	115	114	112	110	109	95	
84	84	83	82	81	80	80	125	124	123	121	119	117	116	99	
59	59	58	57	56	55	55	101	100	99	97	95	94	92	50	7
74	74	73	72	71	70	70	115	114	113	111	109	107	106	90	
78	78	77	76	75	74	74	119	118	117	115	113	111	110	95	
86	86	85	84	83	82	82	126	125	124	122	120	118	117	99	
61	60	60	59	58	57	56	102	102	100	99	97	95	94	50	8
76	75	74	73	72	72	71	116	115	114	112	110	109	107	90	
80	79	79	78	77	76	75	120	119	118	116	114	112	111	95	
88	87	87	86	85	84	83	127	127	125	123	122	120	119	99	
62	61	61	60	59	58	57	104	103	102	100	98	96	95	50	9
77	76	76	75	74	73	72	118	117	115	114	112	110	109	90	
81	81	80	79	78	77	76	121	121	119	118	116	114	113	95	
89	88	88	87	86	85	84	129	128	127	125	123	121	120	99	

ادامه جدول سطح فشارخون پسران 10 تا 13 سال بر حسب سن و صدک قد

فشارخون دیاستولیک میلی متر جیوه							فشارخون سیستولیک میلی متر جیوه							سن فشارخون	
صدک قد							صدک قد								
95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5		
63	62	61	61	60	59	58	106	105	103	102	100	98	97	50	10
78	77	76	75	74	73	73	119	119	117	115	114	112	111	90	
82	81	81	80	79	78	77	123	122	121	119	117	116	113	95	
90	89	88	88	86	86	85	130	130	128	127	125	123	122	99	
63	63	62	61	60	59	59	107	107	105	104	102	100	99	50	11
78	78	77	76	75	74	74	121	120	119	117	115	114	113	90	
82	82	81	80	79	78	78	125	124	123	121	119	118	117	95	
90	90	89	88	87	86	86	132	132	130	129	127	125	124	99	
64	63	63	62	61	60	59	110	109	108	106	104	102	101	50	12
79	78	77	76	75	75	74	123	123	121	120	118	116	115	90	
83	82	82	81	80	79	78	127	127	125	123	122	120	119	95	
91	90	90	89	88	87	86	135	134	133	131	129	127	126	99	
64	64	63	62	61	60	60	112	111	110	108	106	105	104	50	13
79	79	78	77	76	75	75	126	125	124	122	120	118	117	90	
83	83	82	81	80	79	79	130	129	128	126	124	122	121	95	
91	91	90	89	88	87	87	137	136	135	133	131	130	128	99	

ادامه جدول سطح فشارخون پسران 14 تا 17 سال بر حسب سن و صدک قد

فشارخون دیاستولیک میلی متر جیوه							فشارخون سیستولیک میلی متر جیوه							سن	صدک فشارخون
صدک قد							صدک قد								
95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5		
65	65	64	63	62	61	60	115	114	113	111	109	107	106	50	14
80	79	79	78	77	76	75	128	128	126	125	123	121	120	90	
84	84	83	82	81	80	80	132	132	130	128	127	125	124	95	
92	92	91	90	89	88	87	140	139	138	136	134	132	131	99	
66	66	65	64	63	62	61	117	117	115	113	112	110	109	50	15
81	80	80	79	78	77	76	131	130	129	127	125	124	122	90	
85	85	84	83	82	81	81	135	134	133	131	129	127	126	95	
93	93	92	91	90	89	88	142	142	140	138	136	135	134	99	
67	67	66	65	64	63	63	120	119	118	116	114	112	111	50	16
82	82	81	80	79	78	78	134	133	131	130	128	126	125	90	
87	86	85	84	83	83	82	137	137	135	134	132	130	129	95	
94	94	93	92	91	90	90	145	144	143	141	139	137	136	99	
70	69	68	67	66	66	65	122	121	120	118	116	115	114	50	17
84	84	83	82	81	80	80	136	135	134	132	130	128	127	90	
89	88	87	87	86	85	84	140	139	138	136	134	132	131	95	
97	96	95	94	93	93	92	147	146	145	143	141	140	139	99	

جدول سطح فشارخون دختران 6 تا 9 سال بر حسب سن و صدک قد

فشارخون دیاستولیک میلی متر جیوه							فشارخون سیستولیک میلی متر جیوه							سن فشارخون صدک	
صدک قد							صدک قد								
95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5		
58	57	56	56	55	54	54	98	97	96	94	93	92	91	50	6
72	71	70	70	69	68	68	111	110	109	108	106	105	104	90	
76	75	74	74	73	72	72	115	114	113	111	110	109	108	95	
83	83	82	81	80	80	80	122	121	120	119	117	116	115	99	
59	58	58	57	56	56	55	99	99	97	96	95	93	93	50	7
73	72	72	71	70	70	69	113	112	111	109	108	107	106	90	
77	76	76	75	74	74	73	116	116	115	113	112	111	110	95	
84	84	83	82	82	81	81	124	123	122	120	119	118	117	99	
60	60	59	58	57	57	57	101	100	99	98	96	95	95	50	8
74	74	73	72	71	71	71	114	114	113	111	110	109	108	90	
78	78	77	76	75	75	75	118	118	116	115	114	112	112	95	
86	85	84	83	83	82	82	125	125	123	122	121	120	119	99	
61	61	60	59	58	58	58	103	102	101	100	98	97	96	50	9
75	75	74	73	72	72	72	116	116	114	113	112	110	110	90	
79	79	78	77	76	76	76	120	119	118	117	115	114	114	95	
87	86	85	84	84	83	83	127	127	125	124	123	121	121	99	

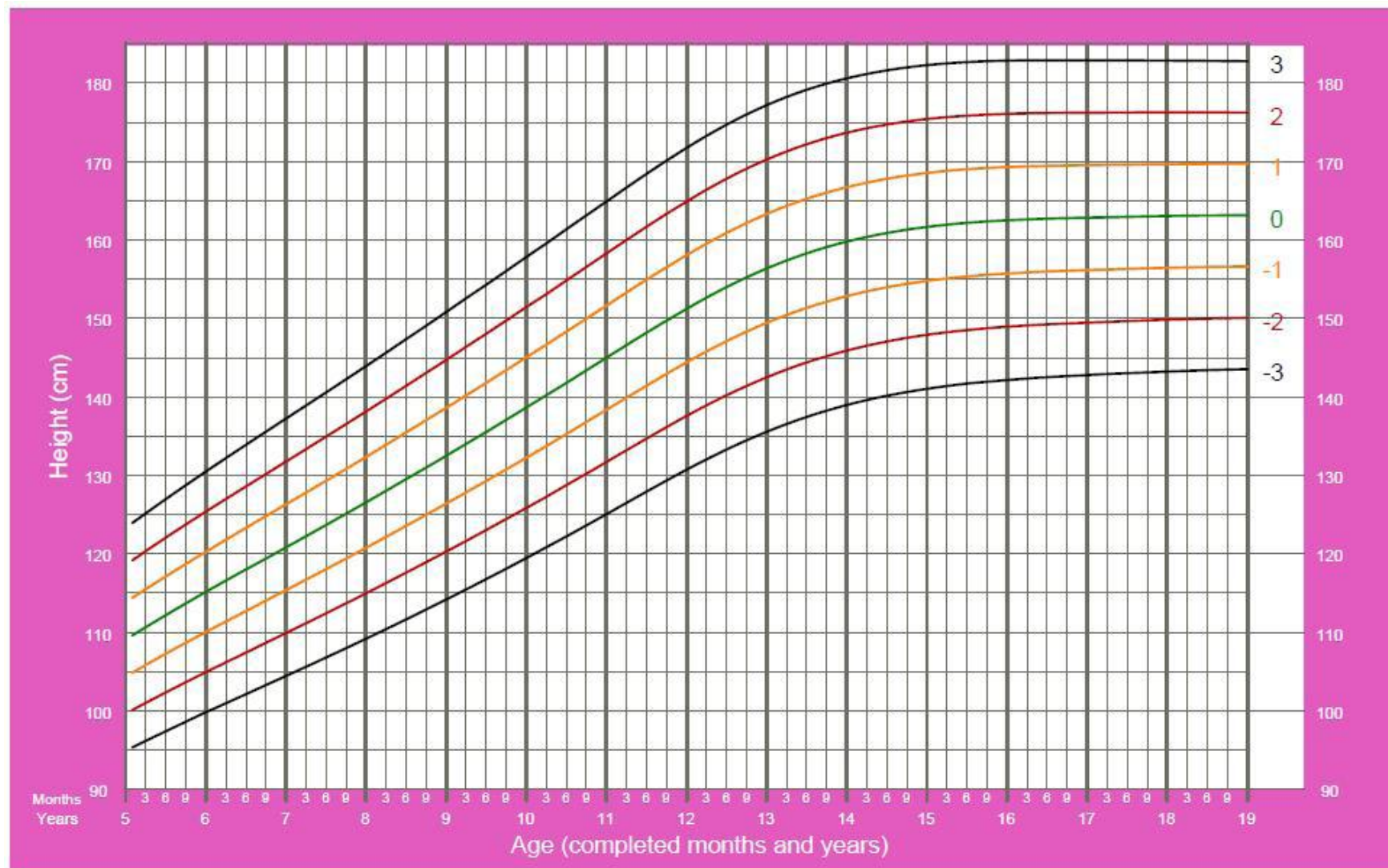
ادامه جدول سطح فشارخون دختران 10 تا 13 سال بر حسب سن و صدک قد

فشارخون دیاستولیک میلی متر جیوه							فشارخون سیستولیک میلی متر جیوه							سن صدک فشارخون	
صدک قد							صدک قد								
95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5		
62	62	61	60	59	59	59	105	104	103	102	100	99	98	50	10
76	76	75	74	73	73	73	118	118	116	115	114	112	112	90	
80	80	79	78	77	77	77	122	121	120	119	117	116	116	95	
88	87	86	86	85	84	84	129	129	127	126	125	123	123	99	
63	63	62	61	60	60	60	107	106	105	103	102	101	100	50	11
77	77	76	75	74	74	74	120	119	118	117	116	114	114	90	
81	81	80	79	78	78	78	124	123	122	121	119	118	118	95	
89	88	87	87	86	85	85	131	130	129	128	126	125	125	99	
64	64	63	62	61	61	61	109	108	107	105	104	103	102	50	12
78	78	77	76	75	75	75	122	121	120	119	117	116	116	90	
82	82	81	80	79	79	79	126	125	124	123	121	120	119	95	
90	89	88	88	87	86	86	133	132	131	130	128	127	127	99	
65	65	64	63	62	62	62	110	110	109	107	106	105	104	50	13
79	79	78	77	76	76	76	124	123	122	121	119	118	117	90	
83	83	82	81	80	80	80	128	127	126	124	123	122	121	95	
91	90	89	89	88	87	87	135	134	133	132	130	129	128	99	

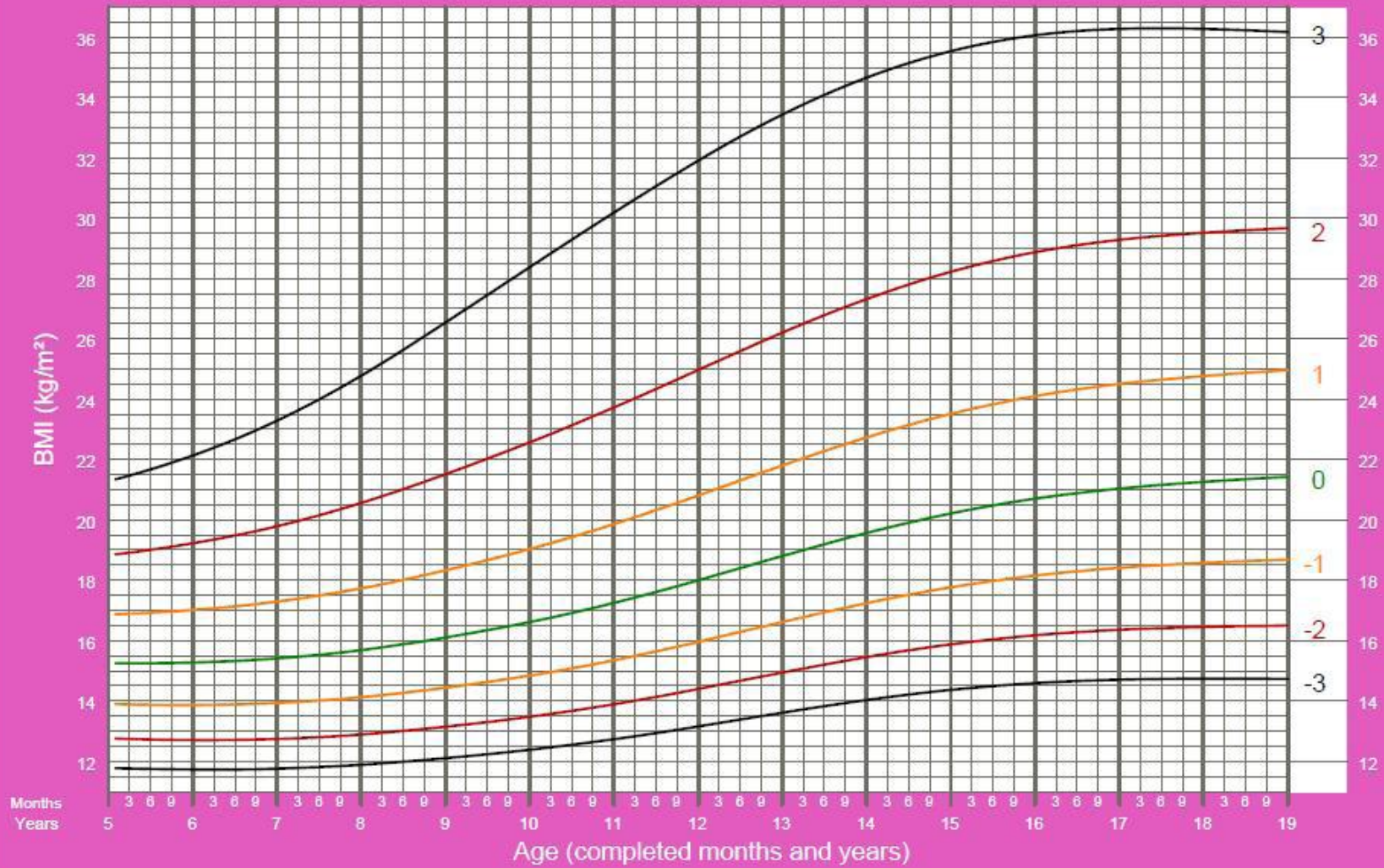
ادامه جدول سطح فشارخون دختران 14 تا 17 سال بر حسب سن و صدک قد

فشارخون دیاستولیک میلی متر جیوه							فشارخون سیستولیک میلی متر جیوه							سن صدک فشارخون	
صدک قد							صدک قد								
95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5		
66	66	65	64	63	63	63	112	111	110	109	107	106	106	50	14
80	80	79	78	77	77	77	125	125	124	122	121	120	119	90	
84	84	83	82	81	81	81	129	129	127	126	125	123	123	95	
92	91	90	90	89	88	88	136	136	135	133	132	131	130	99	
67	67	66	65	64	64	64	113	113	111	110	109	108	107	50	15
81	81	80	79	78	78	78	127	126	125	123	122	121	120	90	
85	85	84	83	82	82	82	131	130	129	127	126	125	125	95	
93	92	91	91	90	89	89	138	137	136	134	133	132	131	99	
68	67	66	66	65	64	64	114	114	112	111	110	108	108	50	16
82	81	81	80	79	78	78	128	127	126	124	123	122	121	90	
86	85	85	84	83	82	82	132	131	130	128	127	126	125	95	
93	93	92	91	90	90	90	139	138	137	135	134	133	132	99	
68	67	67	66	65	65	64	115	114	113	111	110	109	108	50	17
82	81	81	80	79	79	78	128	127	126	125	123	122	122	90	
86	85	85	84	83	83	82	132	131	130	129	127	126	125	95	
93	93	92	91	91	90	90	139	138	137	136	134	133	133	99	

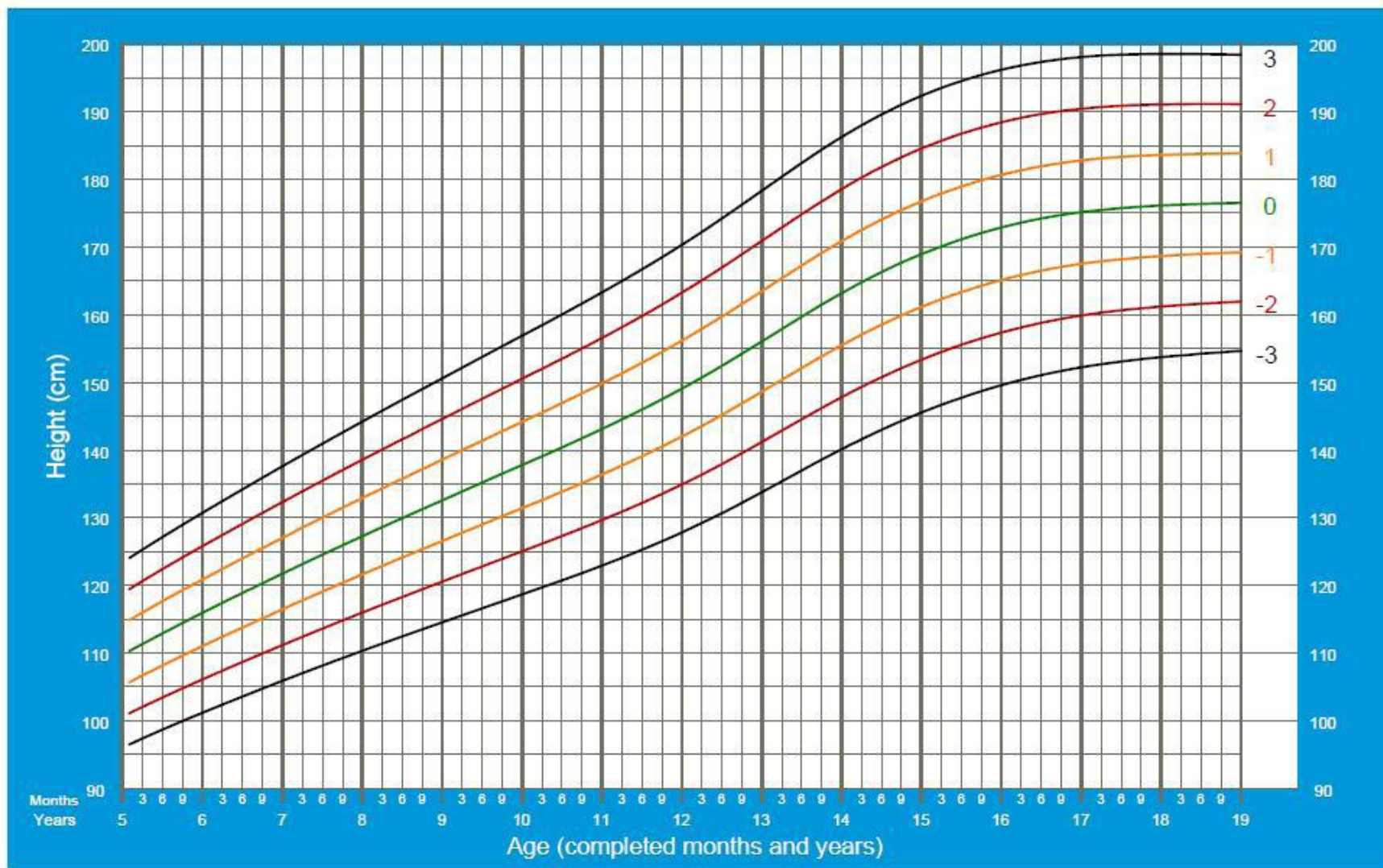
قد به سن - دختران (5 - 19 سال)



نمایه توده بدنی - دختران (5 - 19 سال)



قد به سن-پسران (5 - 19 سال)



نمایه توده بدنی - پسران (5 - 19 سال)

