

گزارش کار کارآموزی دانشجویان بهداشت عمومی



پاییز و زمستان 1403

دانشگاه علوم پزشکی البرز

مراکز بهداشت حصارک بالا و طباطبایی

فهرست مطالب

2	مقدمه
5	فرزندآوری و نعمت پدر و مادر شدن
8	مادر و کودک
9	غربالگری نوزادان
14	مراقبت های نوزادان و کودکان
24	آموزش شیردهی
28	زردی
32	واکسیناسیون
51	بارداری
62	مراقبت سالمندان
64	بیماری ها
101	بهداشت مدارس
107	بهداشت روان
112	سامانه سیب

مقدمه

شبکه بهداشتی درمانی کشور از سال 1364 با هدف تضمین دسترسی عادلانه به مراقبت‌های اولیه بهداشتی، به ویژه در مناطق روستایی و محروم، راه‌اندازی شده است. کوچک‌ترین واحد مستقل در این نظام شهرستان است و پس از تعیین سیاست‌ها، نیاز به تدوین برنامه‌هایی برای اجرای نظام در شهرستان‌ها احساس شد. هر خانه بهداشت به طور متوسط خدمات خود را به 1500 نفر جمعیت ارائه می‌دهد و در برخی موارد چند روستا تحت پوشش یک خانه بهداشت قرار می‌گیرند.

خانه بهداشت، اصلی‌ترین واحد ارائه خدمات در این نظام است و هر 5 خانه بهداشت تحت نظارت یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی قرار دارد. فاصله خانه بهداشت از مرکز باید حداکثر 40 کیلومتر باشد. وظایف خانه بهداشت شامل سرشماری سالانه جمعیت و ثبت اطلاعات مربوط به خانوارها، مانند تعداد افراد، سن، جنس، شغل و وضعیت سلامت است.

بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده، مراقبت‌های اولیه شامل خدمات مختلفی چون مراقبت از کودکان زیر 6 سال، مراقبت از دانش‌آموزان، بهداشت زنان باردار، تنظیم خانواده، آموزش تغذیه، بهداشت دهان و دندان، ایمن‌سازی و نظارت بر موازین بهداشت محیط انجام می‌شود.

خانه بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی در نظام بهداشت و درمان کشور به عنوان واحدهای اصلی ارائه خدمات بهداشتی عمل می‌کنند. خانه بهداشت، با هدف ارائه خدمات به جمعیت تحت پوشش خود، وظایفی چون بیماریابی، درمان بیماری‌ها بر اساس پروتکل، ارائه کمک‌های اولیه، تزریقات، پانسمان و بازتوانی را بر عهده دارد. پرسنل خانه بهداشت از میان جمعیت محلی انتخاب می‌شوند و پس از گذراندن آموزش‌های لازم در محل مستقر می‌شوند.

مراکز بهداشتی درمانی روستایی نیز به عنوان واحدهای پزشکی دولتی در مناطق روستایی فعالیت می‌کنند و نظارت بر خانه‌های بهداشت و ارتباط با بیمارستان‌های شهرستان را بر عهده دارند. این مراکز وظایف متعددی شامل جمع‌آوری و کنترل اطلاعات، پذیرش بیماران، همکاری با گروه‌های اعزامی، انجام آزمایش‌های پاراکلینیکی، و اجرای برنامه‌های آموزشی بهداشت را انجام می‌دهند.

به‌طور کلی، این نظام بهداشتی با هدف ارتقاء سلامت جامعه، پیشگیری از بیماری‌ها، و ارائه خدمات بهداشتی مناسب در مناطق روستایی طراحی شده است.

در نظام بهداشت و درمان کشور، خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری وظایف ارائه خدمات بهداشتی را در مناطق روستایی و شهری بر عهده دارند. پرسنل خانه‌های بهداشت مسئول اجرای برنامه‌ها، نظارت بر قوانین بهداشتی، و مدیریت بهداشت عمومی هستند. در مناطق شهری، پایگاه‌های بهداشتی خدمات مشابهی را ارائه می‌دهند، اما وظایف بهداشت محیط توسط مراکز بهداشتی درمانی شهری انجام می‌شود.

مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان قرار دارند و وظایف مراکز روستایی را نیز انجام می‌دهند، با این تفاوت که بیماران می‌توانند مستقیماً به این مراکز مراجعه کنند.

مرکز بهداشت شهرستان مسئول کنترل و هدایت شبکه بهداشت شهرستان است و بیمارستان شهرستان به عنوان واحد تخصصی پزشکی شامل بخش‌های بستری، تشخیصی، داروخانه و اورژانس می‌باشد. بیمارستان باید حداقل چهار بخش بستری و دو بخش تشخیصی داشته باشد و تنها پزشکان متخصص در آن فعالیت کنند.

بیمارستان‌ها پس از تشخیص و درمان بیماران، نتایج را به مرکز ارجاع‌کننده اطلاع می‌دهند و توصیه‌های لازم برای ادامه درمان را ارائه می‌کنند. مرکز بهداشت شهرستان نیز به عنوان اولین سطح تخصصی خدمات بهداشتی عمل می‌کند.

وظایف مرکز بهداشت شهرستان شامل موارد زیر است:

1. جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات: جمع‌آوری، طبقه‌بندی و تجزیه و تحلیل اطلاعات بهداشتی و آماری برای تدوین برنامه‌های محلی و تهیه گزارش.
2. شناسایی مسائل بهداشتی: شناخت و دسته‌بندی مشکلات بهداشتی منطقه و تنگناهای فنی و اجرایی.

3. بررسی اپیدمیولوژیک: بررسی بیماری‌های بومی و اپیدمی‌ها.
 4. تهیه دستورالعمل‌ها: تهیه و ابلاغ دستورالعمل‌های اجرایی برای برنامه‌های کشوری.
 5. برنامه‌ریزی محلی: تدوین برنامه‌های بهداشتی متناسب با شرایط محلی.
 6. گسترش واحدهای بهداشتی: برنامه‌ریزی برای گسترش و تغییرات واحدهای بهداشتی بر اساس تغییرات جمعیتی.
 7. پشتیبانی از مراکز بهداشتی: تدارک و پشتیبانی فنی، اداری و مالی از مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت.
 8. اجرای پژوهش‌های کاربردی: تدوین و اجرای پژوهش‌ها در زمینه مسائل بهداشتی.
 9. نظارت بر آزمایشگاه‌ها: نظارت بر فعالیت‌های آزمایشگاهی و کنترل کیفیت آن‌ها.
 10. آموزش کارکنان: تدوین و اجرای برنامه‌های آموزش بدو خدمت و حین خدمت کارکنان بهداشتی.
 11. برآورد اعتبارات: برآورد اعتبارات مورد نیاز و تدوین بودجه سالانه.
- مدیریت شبکه شهرستان، نماینده وزارت بهداشت در سطح شهرستان است و نظارت بر فعالیت‌های بهداشتی و درمانی را بر عهده دارد. تمامی فعالیت‌های سطح دوم تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی استان و معاونت‌های مربوطه قرار دارد.

فرزندآوری و نعمت پدر و مادر شدن

پدر و مادر شدن هر فرد به رشد روحی و بهتر شدن عملکرد ذهنی او نیز کمک میکند. باعث افزایش امید به زندگی اعتماد به نفس و خلاقیت و مسئولیت پذیری و شناخت و مدیریت احساسات و بهبود حافظ و کاهش افسردگی میشود.

از فواید پزشکی بارداری و شیردهی

کاهش ابتلا به سرطان سینه رحم و تخمدان
کاهش خطر ابتلا به فیبروم رحمی
کاهش خطر ابتلا به آندومتریوز و کمک به درمان آن
کاهش احتمال ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی
کاهش احتمال ابتلا به بیماری هایی مثل فشارخون قند خون و چربی خون
جلوگیری از یایسگی زودرس و عوارض آن

مراقبت پیش از بارداری

مجموعه ای از بررسی ها و آزمایشات است که قبل از بارداری انجام میشود تا عوامل خطر موثر بر بارداری شناسایی گردد.

طی این مراقبتها وسلامت جسمانی و روانی مادران آینده مورد ارزیابی قرار گرفته و آموزشهای لازم به خانواده ها ارایه گردد و همچنین راهکارهایی جهت حذف یا کاهش عوامل خطر پیشنهاد میشود.

بیماری ها و شرایط تاثیر گذار بر بارداری و نیازمند توجه ویژه

بیمای های قلبی بیماری قند و فشارخون بالا

کم خونی و تالاسمی مینور

اختلالات روانی و صرع

سل تحت درمان بیماری تیروئید

اضافه وزن و یا کمبود وزن

عفونت های علامت دار واژینال و تخمدان پلی کیستیک

مصرف کننده الکل یا دخانیات و مواد مخدر

آرتریت روماتوئید و لوپوس

سن زیر 18 یا بالای 35 سال

فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از 2 سال

بارداری پنجم یا بیشتر

سابقه سقط مکرر یا مرده زایی و زایمان زودرس

اختلال ژنتیکی در یکی از والدین یا بستگان درجه یک

خدمات مراقبت های قبل از بارداری

بررسی سابقه بیماری های خاص و مشکلات ژنتیکی خود فرد یا اقوام

بررسی مصرف الکل و دخانیات

بررسی مشکلات بارداری قبلی

معاینات دهان و دندان و تیروئید و قلب و ریه و پستانها و شکم و اندام ها

اندازه گیری فشارخون و نبض و وزن و قد

درخواست آزمایشات قبلی از قبیل

آزمایش خون و ادرار جهت تشخیص کم خونی و دیابت و عفونتهای ادراری
آزمایش هپاتیت و ایدز و سرخجه در صورت نیاز
معرفی به رادیولوژی جهت انجام سونوگرافی
انجام نمونه برداری پاپ اسمیر

و ارایه آموزش های لازم مانند

بهداشت فردی و دهان و دندان و بهداشت روانی و جنسی و رعایت رژیم غذایی مناسب
استفاده از اسیدفولیک به مدت سه ماه قبل بارداری و انجام واکسیناسیون .



مادر و کودک

استاندارد تکامل کودک

منظور از رشد و نمو کودکان، تغییراتی است که در رشد فیزیکی، مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، رفتارهای عاطفی و قدرت تفکر و ذهن کودک ایجاد می‌شود. تمام موارد ذکر شده با یکدیگر مرتبط بوده و رشد در هر حیطه باید به موازات سایر حیطه‌ها باشد به طوریکه تاخیر در رشد هر کدام از مهارت‌ها ممکن است بر مهارت دیگر تاثیرگذار باشد.

در 5 سال اول تجربیاتی که کودک در زندگی دارد منجر به ایجاد میلیون‌ها ارتباط در مغز می‌شود. براساس تحقیقات در 5 سال اول زندگی، مغز کودک بیشتر و سریعتر از هر زمان دیگری ارتباط برقرار می‌نماید، در همین زمان پایه‌های یادگیری، سلامت روانی و رفتاری نیز در زندگی کودک بنا می‌شود.

نوزادان با آمادگی جهت یادگیری به دنیا می‌آیند و مغز آنها با واکنش به هرگونه محرک محیطی راه‌هایی برای یادگیری، رشد و تمرین آموخته‌هایشان را آموزش می‌بیند.

رشد و نمو جسمانی کودکان به طور کلی به 4 دوره تقسیم می‌شود

- دوران شیرخوارگی

- سال‌های پیش از دبستان

- دوران دبستان

- بلوغ

هر نوزاد پس از تولد حدود 5 تا 10 درصد وزن بدن خود را از دست می‌دهد و پس از 2 هفته‌گی افزایش وزن او شروع می‌شود.

در 4 تا 6 ماهگی وزن کودک به 2 برابر وزن زمان تولد می‌رسد.

در 6 ماهه‌ی دوم پس از تولد میزان افزایش وزن سریع نمی‌باشد اما در سنین 1 تا 2 سالگی حدود 2 تا 2.5 کیلوگرم افزایش وزن خواهد داشت و این افزایش وزن تا سن 5 سالگی به صورت سالیانه ادامه خواهد داشت.

در سنین 2 تا 10 سالگی میزان افزایش وزن و رشد کودک رشد ثابتی خواهد داشت اما جهش نهایی در ابتدای سن بلوغ و در سنین 9 تا 15 سالگی آغاز خواهد شد.

غربالگری نوزادان

غربالگری نوزادان فعالیتی پیشگیرانه است که منجر به تشخیص بیماری‌های قابل درمان اندوکراین، متابولیک، ژنتیک، هماتولوژیک و عفونی می‌شود. از جمله مهم‌ترین این بیماری‌ها کم‌کاری تیروئید، فنیل کتونوری و فاویسم می‌باشد.

این عمل موجب تشخیص زودرس بیماران، درمان به موقع و مناسب آنها و پیشگیری از بروز عقب‌ماندگی ذهنی و دیگر عوارض بیماری‌های مورد غربالگری می‌شود.

کم‌کاری تیروئید

بیماری کم‌کاری تیروئید نوزادان به وضعیتی گفته می‌شود که به هر علتی هورمون‌های تیروئید در جریان خون نوزاد کم باشد که این بیماری یکی از شایعترین علل قابل پیشگیری عقب‌ماندگی ذهنی محسوب می‌شود. در اکثر موارد بیماری معمولاً علامت اختصاصی وجود ندارد که علت آن عبور هورمون تیروئیدی مادری از جفت و رسیدن آن به جنین است. در ابتدای نوزادی تظاهرات بیماری به صورت زردی طول کشیده، اختلال در شیر خوردن، پف آلودگی صورت و بدن، مدت حاملگی بیشتر از 42 هفته، وزن تولد بیشتر از 4 کیلوگرم، بزرگی زبان، رنگ پریدگی، هیپوترمی (زیر 35 درجه)، کم‌حرکی و حرکات آهسته، یبوست و خواب آلودگی می‌باشد.

نمونه گیری

بهترین زمان انجام غربالگری 3 تا 5 روزگی نوزاد است و باید دقت شود که حتما 72 ساعت از تولد نوزاد گذشته باشد، غربالگری با استفاده از نمونه خون خشک شده بر کاغذ فیلتر صورت می گیرد. انجام نمونه گیری از پاشنه پا و استفاده از نمونه به این صورت عملی ترین روش در اجرای برنامه غربالگری است. امکان نمونه گیری از بندناف هم وجود دارد اما به دلیل مشکلات روحی روانی برای والدین در موارد غربالگری مجدد و میزان بالای موارد مثبت و منفی کاذب و... صورت نمی گیرد.

نحوه نمونه گیری خون مویرگی از پاشنه پای نوزادان برای آزمایشات غربالگری

قبل از انجام فرایند غربالگری باید دقت شود که نوزاد به تازگی شیر خورده باشد یا اگر نخورده است حدود 30 دقیقه در جای گرم شیر بخورد و در این حین مادر پای چپ او را ماساژ دهد و در دست نگه دارد در غیر این صورت نمی توان نمونه مناسبی تهیه کرد. اگر نوزاد واکسن زده یا تب خفیف و سرماخوردگی داشته باشد، می توان نمونه گیری بلامانع است.

1) نوزاد در آغوش مادر یا فردی که وی را برای غربالگری آورده است به صورت عمودی قرار گیرد.

2) فقط پای نوزاد را لخت نمایید.

3) پاشنه ی پا را گرم کنید تا جریان خون ر محل افزایش یابد.

4) اتاق نمونه گیری را خصوصا در فصل سرما گرم کنید.

5) دست هایتان را خوب شسته و دستکش دست کنید.

6) پاشنه پا را با الکل 70 درصد تمیز کرده الکل اضافی را با گاز پاک کنید و صبر کنید تا باقیمانده الکل خشک شود چراکه باقیمانده الکل روی نمونه خون خشک شده روی کاغذ فیلتر و در نهایت روی نتیجه آن اثر منفی می گذارد و گاهی به صورت حلقه سرمی اطراف نمونه ظاهر می شود.



محل ضربه

حاشیه کناری پا مطمئن ترین محل برای ضربه است. اگر به هر علتی امکان نمونه گیری از پاشنه پا وجود نداشت می توان از نرمه دست در امتداد انگشت کوچک نوزاد نمونه گیری کرد.

آرام از قسمت نزدیک انگشتان به طرف پاشنه پا مالش دهیم تا خون هدایت شده و به صورت قطره خارج شود. به دلیل اینکه قطره اول حاوی مایعات داخل نسجی است، آن را با گاز استریل تمیز پاک می کنیم.

سپس با ماساژ آرام قطره بزرگتری ایجاد کنید.

به موضع زخم نباید فشار وارد کرد.

در نهایت کاغذ فیلتر را به قطره خون نزدیک می کنیم تا خون جذب کاغذ شود و پشت و روی آن را اشباع کند.

بعد از نمونه گیری پا را بالای سطح بدن نگه دارید و به مدت 5 دقیقه گاز استریل را روی محل خونگیری بگذارید یا اینکه از چسب ضد حساسیت استفاده کنید.

نمونه های اخذ شده باید حداقل 3 ساعت در هوای اتاق خشک شوند و حداکثر ظرف 24 ساعت به آزمایشگاه غربالگری نوزادان ارسال شوند.



نمونه گیری مجدد

از موارد نام برده ی زیر نمونه گیری مجدد کمتر از 42 ساعت پس از فراخوان تکرار می شود:

- 1) نوزادان بستری در بیمارستان
- 2) نوزادان نارس
- 3) نوزادان کم وزن (<2500)
- 4) نوزادان بسیار کم وزن (<1500)
- 5) نوزادان با وزن بیشتر از 4000 گرم
- 6) دو و چندقلو ها
- 7) نوزادان با سابقه دریافت یا تعویض خون
- 8) نوزادانی که داروهایی خاص مثل دوپامین یا ترکیبات کورتونی و... دریافت می کنند.
- 9) نوزادانی که نمونه آن ها نمونه نامناسبی باشد.
- 10) نوزادانی که نتیجه غربالگری آنها (نتایج آزمون اولیه TSH) بین 5_9/9 باشد.

در مورد نوزادان بستری در بیمارستان باید دقت زیادی اعمال شود زیرا احتمال فراموش شدن غربالگری و همچنین مثبت یا منفی کاذب بودن این نوزادان بسیار بالا است. نمونه گیری از این نوزادان در دو نوبت انجام می شود غربالگری نوبت اول این نوزادان در 3 تا 5 روزگی و غربالگری نوبت دوم در روز 2 الی 14 روزگی او انجام می شود.

نمونه گیری از نوزادان نارس در 4 نوبت صورت می گیرد شامل

۳ تا ۵ روزگی

۱۴ روزگی

۴۲ روزگی

۷۰ روزگی

ویژگی های نمونه مناسب از پاشنه پا بر کاغذ فیلتر:

- 1) در یک دایره بیش از یک لکه قرار نگیرد.
- 2) دو لکه روی هم قرار نگیرند.
- 3) قطر لکه بیش از 5 میلی متر باشد.
- 4) لکه خون از دو طرف همسان دیده شود.
- 5) خشک کردن اصولی کاغذ فیلتر بسیار حائز اهمیت است اگر زودتر کاغذ را داخل پاکت بگذاریم لکه ها قرمز باقی مانده و اصولی خشک نمی شوند.
- 6) لکه های خونی باید محیط مرتب و مدور داشته باشند.
- 7) نباید چند لایه خون روی هم گذاشته بشه یا خون اضافه شود.

مراقبت های نوزادان و کودکان

انجام مراقبت های روتین و اندازه گیری و کنترل قد و وزن و دورسر

یکی از هدف های اصلی تشکیل پرونده نوزاد در مرکز بهداشت این است که روند تکامل و وضعیت واکسیناسیون نوزاد به درستی و در زمان های پیگیری شود. در مرکز بهداشت نوزادان انواع مشاوره های مورد نیاز والدین به آنها ارائه خواهد شد. همچنین اگر غربالگری شنوایی سنجی بدو تولد برای نوزاد انجام نشده باشد، در این مورد به والدین راهنمایی خواهد شد.

نوزاد که متولد میشود در ابتدا در این بخش پرونده ی الکترونیکی سامانه ی سیب برای او تشکیل داده میشود و در فاصله ی زمانی معین جهت پایش رشد کد از جمله قد و وزن و دور سر اقدام میشود. قد، وزن و دور سر نوزاد باید طبق منحنی پیش بره و حالت صعودی مطابق منحنی داشته باشد که صحت نوزاد اطمینان حاصل کنیم در صورت افت، ثابت بودن یا عمودی بودن (در 3 دوره به صورت تیز بالا رود) نمودار قد، وزن و یا دور سر نوزاد باید جهت انجام اقدامات لازم ارجاع داده شود.

موازی بودن نمودار رشد کودک با نمودارها، بیانگر رشد طبیعی اوست و این روند در صورتی خطرناک است که نمودار به طور ناگهانی دچار تغییر شود. در این شرایط وضعیت کودک باید بررسی شده و اقدامات لازم انجام شود.

نمودار قد کودک نمیتواند نزولی باشد زیرا قد تحت هیچ شرایطی کاهش پیدا نمیکند. پس در صورت برخورد با چنین موردی، به احتمال زیاد در اندازه گیری قبلی خطا وجود داشته است.

زمان های مراجعه نوزاد و کودک به این بخش به طور کلی به شرح زیر است

- مراجعه به مرکز بهداشت در 3 تا 5 روزگی نوزاد
- مراجعه به مرکز بهداشت در 14 تا 15 روزگی نوزاد
- مراجعه به مرکز بهداشت در 30 تا 45 روزگی
- مراجعه به مرکز بهداشت در 2 ماهگی
- مراجعه به مرکز بهداشت در 4 ماهگی
- مراجعه به مرکز بهداشت در 6 ماهگی
- مراجعه به مرکز بهداشت در 7 ماهگی
- مراجعه به مرکز بهداشت در 9 ماهگی
- مراجعه به مرکز بهداشت در 12 ماهگی
- مراجعه به مرکز بهداشت در 15 ماهگی
- مراجعه به مرکز بهداشت در 18 ماهگی
- مراجعه به مرکز بهداشت بعد از 2 سالگی و بعد از آن هر سال

اندازه گیری وزن کودک

توصیه می شود وزن کودکان با استفاده از ابزاری با خصوصیات زیر اندازه گیری شود :

- محکم و بادوام
- الکترونیکی (دیجیتالی)
- دارای دقت اندازه گیری در حد 0.1 کیلو گرم (100 گرم)

چگونگی اندازه گیری وزن کودک

- ابزار اندازه گیری وزن محکم و بادوام، الکترونیکی (دیجیتالی) دارای دقت اندازه گیری در حدود 0.1 کیلوگرم (۱۰۰ گرم)
- در آوردن تمام لباس های کودک بجز زیرپوش (پوشك خیس، كفش، شلوار جین می تواند وزن کودک را ۰.۵ کیلوگرم اضافه کند) در کودکان بزرگتر تمام لباس ها بجز لباس زیر درآورده شود.
- اتاق گرم باشد.
- سرعت و دقت در کار برای پیشگیری از گریه کودک
- برای توزین کودک زیر 2 سال از ترازوی کفه ای استفاده شود. شیرخوار بزرگتر از 7-8 ماه می تواند روی ترازو بنشیند. روی ترازو پارچه گرم بیندازید.
- توزین کودک بالای 2 سال بصورت ایستاده روی ترازوی دیجیتالی
- ثبت وزن کودک روی کارت مراقبت کودک در حضور مادر و توضیح روند رشد کودک برای مادر

ارزیابی کودک از نظر وزن برای سن

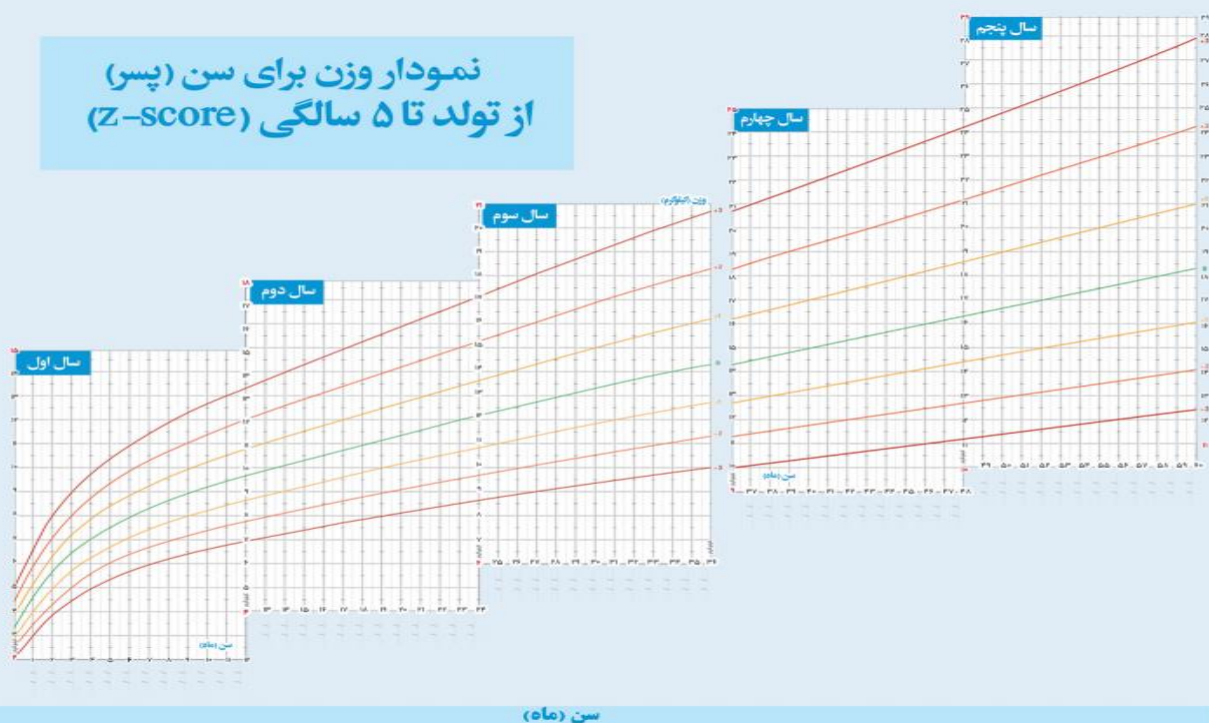
تاریخ تولد کودک:..... وزن هنگام تولد:..... قد هنگام تولد:..... دور سر هنگام تولد:..... هفته بارداری هنگام تولد:.....

وزن کودک را اندازه بگیرید. منحنی وزن کودک را رسم کنید.

برای تفسیر کامل وضعیت رشد کودک لازم است هر ۳ منحنی رشد کودک (وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد) رسم شود و بررسی گردد.

منحنی وزن برای سن	طبقه بندی	توصیه ها/ اقدام
• پایین تر از $-3z$ -score	کم وزنی شدید	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه کم وزنی اقدام شود
• مساوی $-3z$ -score تا پایین تر از $-2z$ -score	کم وزنی	• منحنی قد برای سن بررسی شود. • منحنی وزن برای قد بررسی شود. • مشاوره و ارائه توصیه های تغذیه ای • مراجعه بعدی برای ارزیابی تغذیه کودک زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد و بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد و مراجعه بعدی برای ارزیابی رشد کودک: - زیر ۲ ماه: ۱۰ روز بعد - ۲ ماهه تا یکسال: ۲ هفته بعد - بالای یک سال: ۱ ماه بعد - بعد از ۲ پیگیری در صورتی که وزن کودک اضافه نشده باشد یا منحنی وزن برای سن روند نزولی داشته باشد، به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید. در صورت وزن گیری مطلوب، توصیه های تغذیه ای ادامه یافته و براساس سن کودک پیگیری شود.
• بالاتر از $+1z$ -score	احتمال اضافه وزن	• منحنی قد برای سن بررسی شود. • منحنی وزن برای قد بررسی شود.
• مساوی $-2z$ -score تا مساوی $+2z$ -score و • روند رشد نامعلوم یا • روند افزایش وزن متوقف شده یا • کاهش وزن کودک	نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن	• منحنی قد برای سن بررسی شود. • منحنی وزن برای قد بررسی شود. • توصیه های تغذیه ای متناسب را ارائه دهید. • مراجعه بعدی برای ارزیابی تغذیه کودک زیر ۲ ماه ۲۴ ساعت بعد و بالای ۲ ماه ۱ هفته بعد و مراجعه بعدی برای ارزیابی وزن کودک: - زیر ۲ ماه: ۱۰ روز بعد - ۲ ماهه تا یکسال: ۲ هفته بعد - بالای یک سال: ۱ ماه بعد - بعد از ۲ پیگیری در صورتی که وزن کودک اضافه نشده باشد، به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید.
• مساوی $-2z$ -score تا مساوی $+2z$ -score	طبیعی	• منحنی قد برای سن بررسی شود. • منحنی وزن برای قد بررسی شود. • ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

نمودار وزن برای سن (پسر) از تولد تا ۵ سالگی (Z-score)



سن (ماه)

نمودار وزن برای سن (دختر) از تولد تا ۵ سالگی (Z-score)



سن (ماه)

نحوه اندازه‌گیری قد

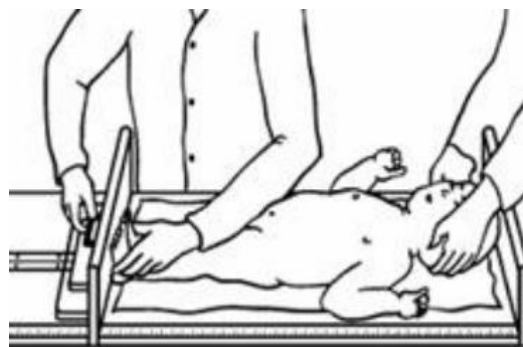
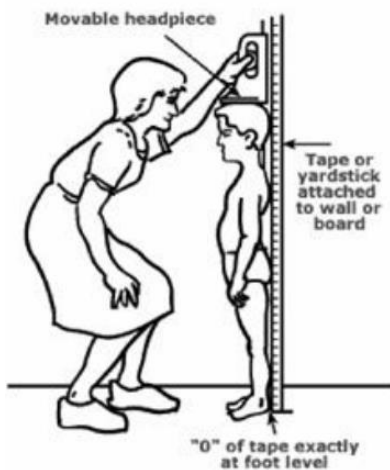
- تا 2 سالگی اندازه‌گیری به صورت خوابیده (Length)
- بعد از 2 سالگی به صورت ایستاده (Height)
- قد کودکان بلندتر از 85 سانتیمتر به صورت ایستاده
- کودکان کوتاه‌تر از 85 سانتیمتر به صورت خوابیده
- قد ایستاده ۰.۷ سانتی متر کمتر از قد خوابیده است
- قسمت متحرک در تخت قد سنج خوابیده مربوط به قسمت پا
- قسمت متحرک در قد سنج ایستاده مربوط به قسمت سر
- کفش، جوراب و زینت آلات موی سر کودک در آورده شود.

اندازه‌گیری قد به صورت خوابیده

- روش کار را به مادر یا همراه کودک توضیح دهید.
- تخت قد سنج برای اندازه‌گیری قد خوابیده، روی سطح صاف و محکم قرار گیرد.
- سر کودک مماس با تخته یا دیوار باشد و با گذاشتن دست‌ها روی زانوی کودک، قد او را به دقت خوانده و ثبت می‌کنیم.
- کفش‌های کودک و هر چیزی را که ممکن است روی سرش باشد، در بیاورید.
- کودک را به آرامی و به پشت روی تخته قرار دهید، در حالی که سرش در طرف قسمت ثابت عمودی و کف پاهایش نزدیک بخش متحرک باشد.
- کودک باید درست در وسط تخته، با نگاه مستقیم به بالا، دراز بکشد.
- شخص مسئول اندازه‌گیری يك دست خود را روی زانو‌ها (برای صاف نگهداشتن پاها) و با دست دیگر پاهای کودک را صاف در برابر بخش متحرک قرار دهد و آن را محکم اما به نرمی و آرامی روی پاها فشار می‌دهد.
- مسئول اندازه‌گیری طول قد را با تقریب يك دهم سانتیمتر می‌خواند و اعلام می‌کند.
- این عدد را با صدای بلند تکرار و روی صفحه داده‌ها ثبت می‌کند.

اندازه گیری قد به صورت ایستاده

- ایستادن صحیح کودک (پشت سر، شانه ها، برآمدگی باسن، ماهیچه های ساق پا و پاشنه ها به صفحه ی عمودی مماس باشد، مادر زانو ها و قوزک پای کودک را نگه دارد تا صاف بایستد و ساق پا و پاشنه هایش بر صفحه ی عمودی پشتی مماس باشد)
- سر کودک در موقعیت صحیح (يك خط افقی از مجرای گوش به حاشیه ی پایینی گودی چشم موازی صفحه اصلی باشد، سر به طرف روبرو) برای نگه داشتن سر در این وضعیت با فضای میان انگشت شست و چهار انگشت دیگر به طور ثابت نگه دارید.
- مماس کردن صفحه متحرک فوقانی با سر کودک



نحوه اندازه گیری دور سر

- باید از متر غیر قابل ارتجاع استفاده شود.
- متر را روی برجسته ترین نقطه‌ی پس سر، در عقب قرار داده و در جلو در بالای ابرو قرار دهید بدین ترتیب بزرگ ترین محیط پس سری پیشانی اندازه گیری شود.
- اندازه‌ی دور سر را به درستی خوانده و برحسب سانتی متر و با دقت ۰.۱ سانتی متر و برحسب سن کودک بر روی منحنی دور سر برای سن و جنس با دقت ثبت کنید.

ارزیابی کودک از نظر دور سر (تا ۲ سالگی)

دور سر کودک را اندازه بگیرید. منحنی دور سر کودک را رسم کنید، سپس طبق جدول زیر ارزیابی و طبقه بندی کنید و توصیه های لازم را ارائه دهید.

دور سر برای سن	طبقه بندی	توصیه ها/ اقدام
• پایین تر از $-3z$ -score	دور سر کوچک (میکروسفالی)	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • یک هفته بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر اقدام شود.
• بالاتر از $+3z$ -score	دور سر بزرگ (ماکروسفالی)	• ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت • ۱ هفته بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر اقدام شود.
• مساوی $-3z$ -score تا مساوی $+3z$ -score و - روند افزایش دور سر نامعلوم یا - روند افزایش دور سر متوقف شده یا - روند افزایش دور سر دور از میانه	نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر	پیگیری: • زیر ۶ ماه: ۲ هفته بعد • بالای ۶ ماه: ۱ ماه بعد در صورت اصلاح نشدن منحنی دور سر بعد از ۲ بار پیگیری به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع شود.
• مساوی $-3z$ -score تا مساوی $+3z$ -score	دور سر طبیعی	• ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید

بررسی علائم و نشانه های خطر در کودک کمتر از ۲ ماه و ۲ تا ۶ ماه

ارزیابی شیرخوار کمتر از ۲ ماه از نظر علائم و نشانه های خطر

در صورت داشتن هر یک از علائم و نشانه های خطر سریعاً کودک را خارج از نوبت به پزشک ارجاع دهید. در صورت عدم وجود این علائم مراقبت های ادغام یافته کودک سالم را شروع کنید.

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• کاهش قدرت مکیدن • استفراغ مکرر • تشنج • تنفس تند • توکشیده شدن شدید قفسه سینه • پرش پره های بینی • ناله کردن • برآمدگی ملاج • ترشحات چرکی ناف همراه با قرمزی و انتشار آن به اطراف • جوش چرکی پوستی • کاهش سطح هوشیاری • نداشتن هیچگونه حرکت یا داشتن حرکت فقط وقتی که تحریک می شود • درجه حرارت زیر بغلی مساوی یا بالاتر از ۳۷٫۵ • درجه سانتی گراد • درجه حرارت زیر بغلی کمتر از ۳۶٫۵ درجه سانتی گراد	احتمال بیماری خیلی شدید	• به بولکت مانا مراجعه شود. • ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود.
• زردی	زردی	• ارزیابی طبق بولکت مانا انجام شود.
• هیچکدام از نشانه های فوق را ندارد.	علائم و نشانه های خطر ندارد	• ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

طبقه بندی کنید

سوال کنید	مشاهده کنید	حال عمومی
• آیا کاهش قدرت مکیدن دارد؟ • آیا به طور مکرر استفراغ می کند؟ • آیا تشنج (حرکات غیرعادی) داشته است؟	• تعداد تنفس شیرخوار را در یک دقیقه بشمارید (شیرخوار باید آرام باشد) • تنفس تند (۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) اگر یک نوبت بیش از ۶۰ بار در دقیقه بود، بار دیگر بشمارید. • توکشیده شدن شدید قفسه سینه • پرش پره های بینی • ناله کردن • برآمدگی ملاج • زردی • ترشحات چرکی ناف همراه با قرمزی و انتشار آن به اطراف • جوش چرکی پوستی	• کاهش سطح هوشیاری • نداشتن هیچگونه حرکت یا داشتن حرکت فقط وقتی که تحریک می شود • درجه حرارت زیر بغلی را اندازه بگیرید: - درجه حرارت زیر بغلی مساوی یا بالاتر از ۳۷٫۵ درجه سانتی گراد - درجه حرارت زیر بغلی کمتر از ۳۶٫۵ درجه سانتی گراد

ارزیابی کودک ۲ ماه تا ۶۰ ماه از نظر علائم و نشانه های خطر

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• در صورت وجود هر یک از علائم و نشانه های خطر: - قادر به نوشیدن یا شیر خوردن نیست. - استفراغ های مکرر دارد. - تشنج داشته است. - خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری دارد.	بیماری خیلی شدید	• به بولکت مانا مراجعه شود. • ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود.
• هیچکدام از نشانه های فوق را نداشته باشد.	علائم و نشانه های خطر ندارد	• ارزیابی کودک را طبق صفحات بعدی ادامه دهید.

طبقه بندی کنید

سوال کنید	نگاه کنید
• آیا قادر به نوشیدن یا شیر خوردن می باشد؟ • آیا هر چیزی را که می خورد استفراغ می کند؟ • آیا کودک در جریان این بیماری تشنج داشته است؟	• آیا کودک بی حالی یا خواب آلودگی غیرعادی دارد؟

توصیه تغذیه ای برای کودک

تا یک سالگی اول شیر مادر بعد غذای کمکی ولی بعد از یک سالگی اولویت با غذای اصلی است ولی در کنارش حتما باید شیر مادر تا ۲ سالگی ادامه داشته باشد. شروع غذای کمکی باید از ۴الی ۶ ماهگی شروع شود ولی در نوزادانی که نارس به دنیا آمدند یعنی وزن تولد آن ها زیر ۲۵۰۰ باشد باید هر وقت که وزن کودک دوبرابر شد قطره آهن و غذای کمکی شروع شود. و روز اول به اندازه یک قاشق غذاخوری و از فرنی شروع میشود و در اخر هفته به ۸ قاشق میرسد.

هر ماده ی غذایی که به رژیم غذایی نوزاد اضافه میشود باید 24 ساعت صبر شود تا اگر حساسیت بروز بده سریع تر تشخیص داده شود. جهت تشویق کودک برای غذا خوردن بهتر است کودک خودش غذاشو بخورد نه به زور و اجبار. کودکانی به هر دلیلی شیرخشک مصرف میکنند به دلیل ترکیبات موجود در آن بیشتر در معرض اضافه وزن هستند. از شش ماهگی که تغذیه کودک آغاز میشود، باید بعد مصرف هر ماده ی جدید، دو سه روز زمان داده شود تا در صورت بروز حساسیت در کودک مصرف آن کنار گذاشته شود.

یکی از مهمترین دلایلی که نوزادان در ابتدای تولد خوب وزن گیری نمی کنند، طرز غلط شیردهی مادر است. برای شیردهی درست با نوک سینه ی مادر به همراه هاله ی اطراف آن در دهان کودک قرار بگیره و حواس مادر جمع باشد که راه تنفس نوزاد با چسبیدن بینیش به سینه مادر مسدود نشود.

توصیه هایی که به مادران مراجعه کننده به این بخش میشود

شیردهی به نوزاد تا جای ممکن نباید قطع بشه زیرا با قطع مکیدن نوزاد تولید شیر متوقف خواهد شد.

معمولاً بچه هایی که شیر خشک میخورند نفخ بیشتری دارند اگر تعداد دفعات زیاد بود باید به پزشک مراجعه کنند.

بد غذا بودن یا بد خواب بودن به مدت یک هفته طبیعی می باشد و از روند تکاملی کودک است.

آهن و کلسیم نباید باهم تداخل داشته باشد بخاطر همین آهن باید 1 و نیم ساعت بعد از شیر خوردن به نوزاد داده شود.

از 3 تا 5 روزگی باید ویتامین D/A به نوزاد تا 6 ماهگی داده شود.

مولتی ویتامین و قطره ی آهن باید از 6 ماهگی تا 2 سالگی به نوزاد داده شود. برای دادن قطره آهن دقت شود که مراقبت ها از دندان کودک، (با گاز استریل مرطوب تمیز یا مسواک انگشتی بد دادن قطره دندان هایش تمیز شود و بعد قطره آب بنوشد). درست انجام شود تا دندان هایش سیاه نشود.

زردی نباید بیشتر از 14 روز طول بکشد بعدش باید به پزشک مراجعه شود.

تغذیه تکمیلی

تغذیه با شیر مادر برحسب میل و تقاضای شیرخوار به طور کلی در شب و روز انجام شود. بعد از تغذیه شیرخوار با شیر مادر، غذای کمکی به او داده شود.

از یک نوع ماده غذایی ساده شروع نموده و کم کم به مخلوطی از چندین ماده غذایی افزایش یابد.

بین اضافه کردن مواد غذایی جدید 3-5 روز فاصله گذاشته شود تا آلرژی شیرخوار یا تحمل نداشتن به آن ماده غذایی مشخص شود.

در صورتی که شیرخوار به خوردن غذایی بی میلی نشان داد، مادر یا مراقب کودک پافشاری نکند، بلکه برای 2-3 روز آن غذا را حذف و سپس دوباره شروع کند. میتوان تا 10 بار مجدداً این کار را تکرار کرد تا شیرخوار آن را بپذیرد (به دلیل انتقال طعم های متنوع از طریق رژیم غذایی به شیر مادر، پذیرش مواد غذایی در کودکانی که شیر مادر میخورند بیشتر است).

غلظت و قوام غذای کمکی باید متناسب با سن شیرخوار باشد. به طوری که غلظت اولین غذای کمکی مانند فرنی شبیه ماست معمولی بوده اما به تدریج برحسب سن شیرخوار باید غلظت غذا را افزایش داد.

بعد از این ها می توان کم کم پوره هایی مثل پوره سیب زمینی و سوپ (شامل یک قاشق برنج، یک هویج خیلی کوچک پخته شده یا سیب زمینی پخته شده) و همینطور تخم مرغ کامل را از 2 ماهگی شروع کرد ولی برای دادن تخم مرغ اول باید تست کنیم تا حساسیت نداشته باشد. برای مقوی و مغزی کردن غذای کودک میتوان از کمی شکر و کره استفاده کرد. حبوبات باید از 9 ماهگی شروع شود. از عسل و ذرت زیر دو سالگی ترجیحاً نباید استفاده شود. گوجه نیز زیر یک سال و همینطور تمام ادویه ها حتی نمک زیر یک سال ممنوع است. (از کمی زردچوبه میتوان استفاده کرد.) زیر یکسال شیر گاو یا پاستوریزه نیز توصیه نمیشود.

مکمل یاری آهن بر اساس دستور عمل وزارت بهداشت

برای شیرخوارانی که با وزن طبیعی متولد میشوند (اعم از شیر مادر خوار و یا شیر مصنوعی خوار) از پایان ماه ششم (180 روزگی) و همزمان با تغذیه تکمیلی علاوه بر ارائه مکمل های ویتامین A و ویتامین دی (۴۰۰ واحد بین الملل ویتامین D و 1500 واحد بین الملل ویتامین A معادل یک سیسی قطره آ+ د یامولتی ویتامین در روز)، باید مکمل آهن به میزان یک میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن به صورت روزانه 15 میلی گرم آهن المنتال (معادل 15 قطره آهن) تا پایان 24 ماهگی داده شود. در صورتی که به دلیل اختلال رشد کودک، تغذیه تکمیلی بین 6-4 ماهگی شروع شود، قطره آهن همزمان با شروع غذای کمکی به میزان 15 قطره در روز باید داده شود. در مورد کودکان نارس و شیرخوارانی که با وزن تولد کمتر از 2500 گرم متولد میشوند (اعم از شیر مادر خوار و یا شیر مصنوعی خوار) از زمانی که وزن آنها به دو برابر وزن هنگام تولد میرسد، باید مکمل آهن به میزان دو میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن یا روزانه 2 قطره آهن به ازای هر کیلوگرم وزن بدن شیرخوار و تا پایان 24 ماهگی داده شود.

آموزش شیردهی

شیر مادر سرشار از مواد مغذی و آنتی بادی هایی است که از کودک در برابر عفونت ها محافظت می کند. نوزادانی که از شیر مادر تغذیه می کنند، کمتر به آلرژی، آسم، دیابت و اضافه وزن مبتلا می شوند.

همچنین با تغذیه ی کودک از شیر مادر محبت و انس بیشتری بین مادر و بچه شکل می گیرد و نوزاد سرشار از حس آرامش و امنیت می شود.

همچنین شیردهی برای مادر چه در دوران مراقبت بعد از زایمان و چه بعد از آن، فواید زیادی دارد این کار به رحم شما کمک می کند، باعث جمع شدن ب حالت عادی برگشتن رحم می شود.

وسایل شیردهی

خرید وسایل موردنیاز شیردهی، قبل از زایمان خیلی در این مسیر کمک‌کننده است. این وسایل شامل موارد زیر است:

یک بالش ت یو شکل

لباس های مخصوص شیردهی

شیردوش

مادر باردار باید قبل از هر بار شیردهی، دست‌های خود را بشوید.

شستن نوک پستان برای هر بار شیر دادن لازم نیست چون ممکن است باعث خشک شدن نوک پستان و خونریزی آن شود، صبح ها موقع دوش گرفتن کفایت می‌کند، یعنی یکبار در روز.

مادر باید کودک خود را در پوزیشن مناسب شیردهی قرار دهد.

شست دست‌آزاد خود را بالای سینه و انگشت‌های دیگر را زیر سینه قرار دهید.

لب‌های کودک را به نوک پستان خود بزنید تا زمانی که کودک دهانش را کاملاً باز کند.

نوک پستان خود را تا انتها در دهان کودک قرار دهید و او را به خود نزدیک‌تر کنید. این کار به فک کودک اجازه می‌دهد تا مجاری شیر را در (نوک پستان) فشار دهد.

زمانی که نوزاد متولد می‌شود، شیر شروع به ترشح می‌کند. روز های ابتدایی شیر مادر به صورت آغوز است به رنگ زرد و غلیظ است و جریان آهسته‌تری دارد، نادر در این روز ها ممکن است از کم بودن شیر خود گله مند باشد ،

باید به مادر یادآوری کنیم که جای نگرانی نیست و بچه با همین مقدار شیر سیر می‌شود و معده نوزاد تازه‌متولدشده، فقط به‌اندازه یک انگور بزرگ است. و فقط با ۴ قطره شیر احساس سیری میکند .

3 تا 4 روز اول شیردهی، آغوز ترشح می‌شود. همچنین، در صورت امکان پس از تولد از شیشه شیر یا پستانک استفاده نکنید چون ممکن است در روز های آینده بچه توانایی مکیدن به خوبی را نداشته باشد و این باعث کم شدن شیر مادر شود ،

از روز های ۵ به بعد شیر مادر زیاد میشود
و باید در هر بار شیردهی هر دو سینه ی خود را تخلیه کند
حتی اگر نوزاد با یک پستان سیر شود ،شیر پستان مقابل باید دوشیده شود تا در ساعاتی
دیگر شیر آماده برای بچه وجود داشته باشد .
معمولا پس از اتمام شیردهی از یک سینه و قبل از اینکه نوزاد بخواهد از سینه دیگر شیر
بخورد، باید آروغ بزند
نوزادان در 6 ماه اول به طور انحصاری با شیر مادر (بدون شیر خشک، آب، آب میوه،
شیر غیر مادر یا غذا) تغذیه شوند. همچنین برای مادر و کودک بهتر است که به مدت ۲
سال، به شیردهی ادامه دهد.
در خانم هایی ک نوک سینه ی فرو رفته یا صاف دارند ماساژ نوک سینه به صورت دورانی
در اطراف هاله ی سینه شان می تواند باعث بیرون کشیده شدن نوک سینه شود .
در افرادی که شکایت دارند شیرشان بعد از ۵ روز اول ،بازهم کم ترشح می شود،
پیشنهاد می دهیم یک حوله ی نرم را روی بخاری و یا شوفاژ قرار دهند در این هنگام که
حوله در حال گرم شدن است ،مادر باید یک لقمه ی مقوی دریافت کند
سپس حوله را دور گردن و روی شانه قرار داده و به آرامی سینه را ماساژ دهد طبق
آموزشی که دریافت کرده است .

مزایای تغذیه انحصاری با شیر مادر

- 1 سالم ترین شیر در بین شیر مصنوعی و شیر گاو است
- 2 در دسترس و بدون هزینه است
- 3 حاوی آنتی بادی است و از بیمار شدن نوزاد جلوگیری میکند
- 4 شیردهی برای کاهش وزن بعد از زایمان مادر و جمع شدن رحم کمک میکند و در
سالهای آینده خطر ابتلا به سرطان سینه را کاهش میدهد.
- 5 از کم خونی بعد از زایمان جلوگیری میکند
- 6 باعث افزایش وزن مطلوب نوزاد میشود

عوامل زیر در حفظ و تداوم شیر مادر اثر گذار است

1 رعایت وضعیت صحیح تغذیه با شیر مادر

2 تکرر شیردهی

3 شیردهی در شب

4 تخلیه پستان ها

5 هم اتاقی نوزاد با مادر

6 عدم شروع زود تغذیه تکمیلی

7 رژیم مادر شیرده

8 جلوگیری از استرس و نگرانی



زردی

زردی نوزادان یا هایپر بیلی روبینمی نوزادی یا ایکتر نوزادی به معنی زرد شدن رنگ پوست نوزادان است. تمام نوزادانی که به دنیا می آیند، دچار بالا رفتن سطح بیلی روبین خون می شوند اما تنها نیمی از نوزادان ترم زردی قابل مشاهده پیدا می کنند که در سطح بالای 5 میلی گرم بر دسی لیتر قابل مشاهده است.

دو دسته اصلی از زردی در نوزادان وجود دارد که هایپر بیلیروبینمی غیرمستقیم و هایپر بیلیروبینمی مستقیم نامیده میشوند، از دلیل بالا رفتن بیلیروبین غیرمستقیم، میتوان به زردی فیزیولوژیک، سندرم کریگلر نجار، سندروم ژیلبرت، زردی شیر مادر و فاویسم اشاره نمود.

بالا رفتن هایپر بیلیروبینمی غیرمستقیم (غیر کونژوگه) برای مغز، سمی و آسیبزا است و امکان دارد به کرنایکتروس منجر شود که آسیبی ماندگار و شدید به دستگاه عصبی نوزاد است. برای درمان هایپر بیلیروبینمی غیرمستقیم ممکن است نیاز به درمانهایی همچون فوتوتراپی یا تعویض خون وجود داشته باشد.

زردی فیزیولوژیک

زردی فیزیولوژیک نوزادان یا یرقان فیزیولوژیک نوزادان، نوعی از افزایش بیلیروبین غیرکونژوگه در خون نوزادان و نارسایی و است که در نتیجه افزایش تولید بیلیروبین، افزایش توده گلبولهای قرمز، عمر کوتاه گلبول های قرمز نارسایی گلوکورونیل ترانسفراز است. زردی فیزیولوژیک از روز دوم یا سوم زندگی شروع میشود و حدوداً در روز چهارم یا پنجم به حداکثر میرسد. زردی فیزیولوژیک بسیار شایع، و معمولاً بی آزار است و همراه با هیچ بیماریای نمیباشد حداکثر بیلی روبین در روز پنجم می باشد و پس از آن روند نزولی پیدا می کند. فراوانی زردی فیزیولوژیک در نوزادانی که شیر مادر می خورند بالاتر است اما دلیل بر قطع شیر مادر نیست چراکه زردی شیر مادر بیشتر از میلی لیتر بر گرم 10 نمی شود و حتی اگر هم قطع شود بیتر از 42 ساعت به طول نمی انجامد.

- زردی فیزیولوژیک هیچگاه در روز اول تولد نیست. هرگونه زردی که در این روز وجود داشته باشد، نشان میدهد که یک بیماری آن را ایجاد نموده‌است و نه روندی فیزیولوژیک
- در نوزادان ترم بیلیروبین غیرمستقیم حداکثر 12 میلی‌گرم بر دسی لیتر و در نوزادان زودرس حداکثر 15 است.
- حال عمومی نوزادان خوب است.
- سرعت افزایش بیلیروبین در زردی فیزیولوژیک از روزی 5 میلی‌گرم بر دسیلیتر بالاتر نیست.
- همانطور که زردی روز اول همیشه نشانه بیماری است، زردی که پس از هفته دوم شروع بشود هم همیشه پاتولوژیک (همراه با بیماری) است.

زردی پاتولوژیک

نوعی از زردی که در 24 ساعت اول تولد نوزاد ظاهر می‌شود و میزان بیلی روبین در خون نوزاد نیز در این نوع زردی بالاتر از حد انتظار است. در زردی پاتولوژیک نیاز است که نوزاد حتما در بیمارستان بستری شود و درمان به موقع و مناسب روی وی انجام شود. در غیر این صورت ممکن است مشکلات حاد و وخیمی برای سیستم عصبی نوزاد به وجود آید.

احتمال بروز زردی پاتولوژیک در نوزادان نارس زیر 35 هفته بارداری و یا نوزادانی که با وزن کمتر از 2.5 کیلوگرم متولد می‌شوند بسیار بیشتر از سایر نوزادان است. همچنین در صورتی که ناسازگاری خونی میان مادر و پدر نوزاد وجود داشته باشد احتمال زردی پاتولوژیک در نوزاد آنها بیشتر می‌شود.

تشخیص افتراقی

بالا رفتن بیلی روبین غیرکونژوگه :

بیلی روبین غیر کونژوگه به دلیل آنکه در آب حل نمیشود، دفع دشواری دارد. از جفت و سد مغزی نخاعی عبور میکند. هر یک گرم هموگلوبین، 35 میلی‌گرم بیلی روبین تولید میکند. بیلی روبین غیر کونژوگه به آلبومین می‌چسبد که این چسبیدن مانع رسوب آن در مغز است. به طور طبیعی بیلی روبین غیر کونژوگه پس از جدا شدن از آلبومین باید به لیگاندین در سلولهای کبدی بچسبد تا کونژوگه شده و در آب (یعنی ادرار یا صفرا) حل و دفع شود.

همولیز نوزادی یکی از علل معمول زردی نوزادان محسوب میشود، البته ممکن است نوزاد در ظاهر، علامتی دال بر همولیز نداشته باشد، اما به علت پا نگرفتن سازوکار دفعی بیلی روبین، باز هم دچار زردی بشود.

بالا رفتن بیلی روبین کونژوگه:

بیلی روبین کونژوگه برای مغز سمیت ندارد، اما بالا رفتن این نوع بیلی روبین خبر از وجود یک بیماری مهم در کبد نوزاد یا مجرای صفراوی او میدهد. هرگاه میزان بیلی روبین مستقیم بالای 2 میلیگرم بر دسیلیتر باشد، بیلی روبینمی مستقیم محسوب میشود. معمولاً زردی که به علت بیلی روبین کونژوگه باشد، پس از هفته دوم زندگی بروز میکند. والدین نوزاد باید دقت کنند که اگر نوزادی مدفوع کمرنگ شبیه گچ دفع کند، نشانه مهمی از زردی انسدادی (با بیلیروبین کونژوگه) است، در درمان بیلی روبینمی مستقیم، نه نوردرمانی و نه تعویض خون هیچ کاربردی ندارند.

دفع سریعتر مدفوع نوزاد باعث پایین آمدن سطح بیلی روبین میشود. باکتریهای روده نوزاد نسبت به بزرگسالان کمتر است که علت روشنتر بودن رنگ مدفوع نوزادان نسبت به بزرگسالان محسوب میشود. طول عمر گلبولهای قرمز نوزادان، از افراد بزرگسال کوتاهتر است و غلظت هموگلوبین نوزادان از افراد بزرگسال بالاتر در نتیجه بار تحمل شده به کبد نوزاد برای دفع، بیش از افراد بزرگسال میشود. در ضمن آنزیمهای کبدی لیگاندین و گلوکورونیل ترانسفراز هم نسبت به بزرگسالان سطح پایینتری دارند و همگی این عوامل باعث میشود که سطح بیلی روبین نوزاد بالاتر از افراد بزرگسال باشد.

تشخیص

معاینه ی نوزاد باید در نور روز انجام گیرد و نوزاد باید برهنه باشد. می توان با انگشت شست روی پوست نوزاد فشار آورد تا سرخی پوست بی رنگ گردد و بی درنگ پس از برداشتن انگشت به رنگ پوست نوزاد زیر انگشت توجه نمود که آیا زرد است یا خیر. اولین جایی که زردی قابل مشاهده است زیرزبان و صلبیه چشم است. زردی از سوی صورت نمایان می شود و با بالا رفتن بیشتر بیلی روبین به سمت پاها پیشروی می کند. یعنی اگر فقط صورت زرد باشد، بیلی روبین بین 5 تا 5 است، بالای سینه تا ناف حدود 10 ، تا پایین شکم 15 و تا نوک پا 20 میلی گرم بر دسی لیتر است. اگر کف پای نوزاد زرد دیده شود زردی او 25 تلقی شده و تعویض خون صورت می گیرد.

فوتوتراپی

با تاباندن نور به پوست نوزادانی که دچار بالا رفتن بیلی روبین غیرمستقیم شده اند، فوتوایزومرهای به وجود می آیند که قابلیت دفع بیشتری دارند و باعث پایین آمدن سطح بیلی روبین میشوند. اشعه درمانی 1 الی 2 روز به طول می انجامد و در این عمل بیلی روبین غیر کونژوگ به بیلی روبین کونژوگه تبدیل می شود در این حین فواصل شیردهی کاهش می یابد و نوزاد هر 30 دقیقه یکبار شیر می خورد چراکه آب بدن نوزاد کاهش پیدا می کند و بلافاصله پس از شیردهی مجدد زیر اشعه قرار می گیرد.

پیشگیری و درمان

برای اینکه نوزاد دچار زردی نشود و در صورت ابتال، سریعتر بهبود یابد، برای نوزادانی که شیر مادر می خورند توصیه می شود که تعداد دفعات شیر دادن بین 2 تا 12 بار در روز های اول پس از تولد باشد، نوزادانی که ناچار به استفاده از شیر خشک هستند هر 2 تا 3 ساعت، حدود سی تا شصت سی سی شیر بخورند. یکی از داروهایی که برای نوزادان استفاده می شود قطره بیلی ناستر نام دارد که به درمان زردی کمک میکند و کاهش دهنده بیلی روبین خون است، قطره بیلی ناستر از عصاره آبی شیر خشک تهیه شده و اثر سویی برای نوزاد ندارد و تنها در بعضی از نوزادان موجب اسهال می شود که آن هم در اثر مکانیسم دارو است.

واکسیناسیون

ثبت برنامه واکسیناسیون در سامانه سیب:

واکسیناسیون

ثبت واکسن

با کلیک بر روی گزینه ثبت واکسن، صفحه زیر که مربوط به ثبت واکسن برای خدمت گیرنده انتخاب شده است، باز می شود. پس از ورود اطلاعات خواسته شده و کلیک بر روی دکمه ثبت، واکسن ثبت شده در فهرست پایین صفحه قرار می گیرد.

کارت واکسیناسیون

با کلیک بر روی گزینه کارت واکسیناسیون، اطلاعات تمام واکسن هایی که در پرونده خدمت گیرنده ثبت شده است به کاربر نمایش داده می شود.

نوعیت	نوعیت معیار	بار اول	بار دوم	بار سوم	بار اول 2	بار اول 10 ساله
پیشگیری از مسمومیت با آب و هوا	100007620	1396-07-30	1396-09-22	1396-11-22	1396-11-22	1396-11-22
پیشگیری از تبخال						
پیشگیری از سرخک						
پیشگیری از سرخک و سرخک دوگانه						
پیشگیری از سرخک و سرخک دوگانه و سرخک سه گانه						
پیشگیری از سرخک و سرخک دوگانه و سرخک سه گانه و سرخک چهار گانه						
پیشگیری از سرخک و سرخک دوگانه و سرخک سه گانه و سرخک چهار گانه و سرخک پنج گانه						
پیشگیری از سرخک و سرخک دوگانه و سرخک سه گانه و سرخک چهار گانه و سرخک پنج گانه و سرخک شش گانه						
پیشگیری از سرخک و سرخک دوگانه و سرخک سه گانه و سرخک چهار گانه و سرخک پنج گانه و سرخک شش گانه و سرخک هفت گانه						
پیشگیری از سرخک و سرخک دوگانه و سرخک سه گانه و سرخک چهار گانه و سرخک پنج گانه و سرخک شش گانه و سرخک هفت گانه و سرخک هشت گانه						
پیشگیری از سرخک و سرخک دوگانه و سرخک سه گانه و سرخک چهار گانه و سرخک پنج گانه و سرخک شش گانه و سرخک هفت گانه و سرخک هشت گانه و سرخک نه گانه						
پیشگیری از سرخک و سرخک دوگانه و سرخک سه گانه و سرخک چهار گانه و سرخک پنج گانه و سرخک شش گانه و سرخک هفت گانه و سرخک هشت گانه و سرخک نه گانه و سرخک ده گانه						



برنامه واکسیناسیون روتین کودکان را براساس جدیدترین دستورالعمل وزارتخانه:

سن	نوع واکسن
بدو تولد	ب ث ژ - پولیو خوراکی - هپاتیت ب
۲ ماهگی	پولیو خوراکی - پنجگانه* - روتاویروس - پنوموکوک
۴ ماهگی	پولیو خوراکی - پنجگانه - پولیو تزریقی - روتاویروس - پنوموکوک
۶ ماهگی	پولیو خوراکی - پنجگانه - پولیو تزریقی - روتاویروس - سرخک**
۱۲ ماهگی	پنوموکوک - MMR
۱۸ ماهگی	سه گانه - پولیو خوراکی - MMR
۶ سالگی	سه گانه*** - پولیو خوراکی
توضیحات: * واکسن پنجگانه شامل: دیفتی، کزاز، سیاه سرفه، هپاتیت ب، هموفیلوس آنفلوانزا تیپ ب واکسن سه گانه شامل: دیفتی، کزاز و سیاه سرفه / دوگانه شامل: دیفتی، کزاز ** این واکسن در حال حاضر در بعضی استانها طبق ابلاغ مرکز مدیریت بیماریهای وبدا در ۶ ماهگی تزریق می شود. *** پس از آخرین نوبت واکسن سه گانه، هر ۱۰ سال یک بار واکسن دوگانه بزرگسالان باید تزریق شود.	

برنامه واکسیناسیون گروه های در معرض خطر

گروه های پرخطر نیازمند تزریق واکسن مننگوکوک شامل افراد دچار کمبود کمپلمان، افراد دارای نقص آناتومیک یا عملکردی طحال، افراد دچار AIDS/HIV، حجاج عمره و تمتع و مسافری به کشورهای بومی یا اپیدمیک بیماری مننگوکوک هستند.

لازم است کلیه مشمولان خدمت وظیفه نیروهای مسلح (سربازان) و کارکنان پایور (کادر) جدیدالورود واحدهای آموزشی - نظامی سپاه، ارتش و نیروی انتظامی و ساکنین اردوگاه ها، واکسن دوظرفیتی را دریافت نمایند. برنامه واکسیناسیون این افراد شامل تزریق یک دز نیم میلی لیتر واکسن پلی ساکاریدی در زیر جلد است

گروه های پرخطر نیازمند دریافت واکسن فصلی ویروس غیر زنده آنفلوانزا

خانم های باردار (در تمام طول بارداری می توانند واکسن را دریافت کنند)

افراد بالای 60 سال

کارکنان بخش های بهداشت و درمان به ویژه افراد در تماس مستقیم با بیماران مبتال به آنفلوانزا

افراد دچار سرکوب سیستم ایمنی شامل مبتلایان به ایدز و اچ ای وی

مبتلایان به ضایعات نخاعی و بیماری های عصبی عضلانی

مبتلایان به بیماری های مزمن ریوی (از قبیل آسم و بیماری های مزمن انسدادی ریوی) ، بیماری های مزمن قلبی عروقی (بجز بیمارانی که صرفاً دچار پرفشاری خون هستند)

مبتلایان به بیماری های مزمن کلیوی، کبدی، عصبی، خونی و اختلالات متابولیک (شامل دیابت قندی)

افراد با چاقی مرضی

افراد 6 ماهه تا 18 ساله که تحت درمان طولانی مدت با آسپرین قرار دارند.

ساکنین و کارکنان آسایشگاه ها

کارکنان شاغل در مرغداری ها و پرورش دهندگان طیور و پرسنل

سازمان دامپزشکی و سازمان حفاظت محیط زیست که در قسمت های مرتبط با پرندگان فعالیت می نمایند.

مراقبین و سایر افراد در تماس نزدیکو خانگی با بیمارانی که جزء گروه های پر خطر محسوب می شوند.

توجه: گروه های دارای اولویت برای دریافت واکسن آنفلوانزای فصلی، سالیانه توسط وزارت بهداشت تعیین و به دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ می شوند.

زنان باردار و شیرده

به خانم هایی که در فصل شیوع آنفلوآنزا باردار هستند، توصیه می شود واکسن غیر فعال آنفلوآنزای فصلی را دریافت نمایند.

به علت خطر ابتلا به سرخجه در دوران بارداری و سندرم سرخجه مادرزادی، توصیه می شود در خانم هایی که قصد باردار شدن دارند و سابقه دریافت واکسن سرخجه، MMR و یا MR را ذکر نمی کنند، عیار آنتی بادی ضد سرخجه ارزیابی شود و در صورت پایین بودن، واکسن سرخجه تجویز شود.

از تزریق واکسن تب زرد به زنان شیرده باید خودداری شود ولی در صورت لزوم مسافرت خانم های شیرده به مناطقی که تب زرد در آنها بومی می باشد، تزریق واکسن بلامانع است.

واکسیناسیون پرسنل بهداشتی و درمانی

توصیه می شود پرسنل شاغل در مراکز درمانی بستری و سرپایی شامل پزشکان، پرستاران، ماماها، بهیاران، کمک بهیاران، واکسیناتورها، دندانپزشکان و کمک دندانپزشکان، کارشناسان و تکنسین های آزمایشگاه های تشخیص طبی، نظافت چیان واحدهای بهداشتی درمانی و آزمایشگاه های تشخیصی، دانش آموزان بهورزی، دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری و مامایی، مراقبین بهداشتی در مدارس، مراقبین خانه های سالمندان و پرسنل اورژانس. برای جلوگیری از ابتلا به بیماری های قابل پیشگیری با واکسن ، واکسن های آنفلوآنزای فصلی و و هیاتیت ب را دریافت نمایند.

افراد و گروه های پرخطر باید سه نوبت واکسن هیاتیت ب را دریافت نمایند.

دز اول واکسن در اولین مراجعه، دز دوم یک ماه پس از مراجعه اول و دز سوم شش ماه پس از نوبت اول تجویز می شود.

بیماران تحت درمان با دیالیز باید قبل از انجام واکسیناسیون از نظر HBSAb و HBSAg بررسی شوند.

در بزرگسالان تحت درمان با دیالیز و بزرگسالان مبتلا به اچ ای وی و سایر نقایص سیستم دز واکسن هیاتیت ب دو برابر مقدار معمول است. ایمنی این افراد در صورت نیاز به واکسیناسیون مجدد نیز باید با دز دو برابر معمول واکسینه شوند.

توصیه می شود گروه های پرخطر زیر علیه هپاتیت ب واکسینه شوند

بیماران تحت درمان با دیالیز و بیماران نیازمند به تزریق مکرر خون و فرآورده های خونی

HIV مبتلایان به C مبتلایان به هپاتیت

مشترک مثبت ساکن در زیر یک سقف مسکونی Ag HBS افراد خانواده بیمار

افرادی که باید تحت درمان سرکوب گر سیستم ایمنی قرار گیرند.

بیماران مبتلا به بیماری مزمن کبدی

بیماران مبتلا به دیابت

کودکانی که در مراکز اصلاح و تربیت نگهداری می شوند.

کودکان عقب مانده ذهنی و پرسنل مؤسسات نگهداری این کودکان

و خانه سالمندان و معلمان مدارس استثنایی

کارشناسان آزمایشگاه های تحقیقات جنایی و صحنه جرم و پزشکی قانونی

افراد دارای رفتار پرخطر جنسی و اعتیاد تزریقی

رفتگران شهرداری

کلیه زندانیان

ساکنین گرم خانه ها و مراکز نگهداری افراد بی خانمان

افرادی که در تماس شغلی با اجساد می باشند مانند غسل ها . آتش نشان ها، امدادگران اورژانس، زندان بانان.

ممنوعیت دریافت واکسن ها

به طور کلی در صورت بروز واکنش حساسیت شدید (مانند آنافیالکسی) در نوبت قبلی واکسن، تجویز دزهای بعدی واکسن ممنوع است.

ممنوعیت دریافت واکسن آبله مرغان

حساسیت شدید (مانند آنافیالکسی) به واکسن یا اجزای آن
ابتلا به بیماری های خونی مثل سرطانهای بدخیم شامل لوسمی و لنفوم که سبب سرکوب سیستم ایمنی شود.

استفاده از داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی شامل کورتیکوستروئید با دز بالا
نقایص ایمنی اولیه یا ثانویه (مگر با نظر پزشک معالج)
سابقه خانوادگی نقص ایمنی
ابتلا به سل فعال درمان نشده
تب بالای ۳۸.۵ درجه سانتیگراد
بارداری (تا یک تا سه ماه پس از واکسیناسیون، باید از بارداری اجتناب شود. در هر صورت رعایت دستورالعمل کارخانه سازنده واکسن ضروری است).

واکسن سل

تلقیح واکسن ب.ث.ژ در موارد نقایص ارثی یا اکتسابی سیستم ایمنی ممنوع است.
در صورت سابقه نقایص سیستم ایمنی و ابتلا به عفونت منتشر ب.ث.ژ در فرزندان قبلی خانواده، لازم است تجویز واکسن های زنده بدو تولد از جمله واکسن ب.ث.ژ تا زمان بررسی شیرخوار و رد نقایص سیستم ایمنی به تعویق افتد
تلقیح ب.ث.ژ و هم چنین دریافت واکسن خوراکی فلج اطفال در دریافت کنندگان پیوند مغز استخوان ممنوع است.

واکسن های دوگانه، سه گانه و پنج گانه

تجویز واکسن های ترکیبی حاوی واکسن سیاه سرفه (سه گانه و پنج گانه) در کودکانی که سابقه کما و کاهش سطح هشیاری طی ۷ روز پس از دریافت دز قبلی این واکسن ها را ذکر می کنند (در صورتی که علت مشخص دیگری برای آن یافت نشود)، ممنوع است. در این کودکان واکسن دوگانه و هپاتیت ب و هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب بایستی طبق برنامه کشوری تزریق گردد.

کزاز

تزریق واکسن کزاز در شرایط خاصی مانند ابتلا به یک بیماری خاص مانند صرع یا قرار داشتن در دوران بارداری و شیردهی لازم است پس از مشورت با یک متخصص انجام شود تا از هرگونه خطر احتمالی پیشگیری شود داروهایی که سیستم ایمنی را تضعیف می‌کنند از جمله سیکلوسپورین ، تاکرولیموس، داروهای شیمی درمانی و کورتیکواستروئیدها مانند پردنیزون ممکن است با واکسن کزاز تداخل داشته باشند و باعث علائمی چون درد قرمزی یا تورم در محل تزریق، تب، خفیف ، سردرد، احساس خستگی، معده درد ، اسهال ، حالت تهوع و استفراغ شود.

واکسن فلج اطفال

در صورت استفراغ در کمتر از 30 دقیقه پس از دریافت قطره فلج اطفال، باید تجویز قطره تکرار شود.

اگر کودکی مبتلا به اسهال شدید باشد و هم زمان قطره فلج اطفال به او تجویز شود، باید یک نوبت اضافی واکسن با فاصله حداقل یک ماه دریافت نماید. تجویز واکسن خوراکی فلج اطفال در کودکان مبتلا به عفونت HIV فاقد عالمت بالمانع است ولی در کودکان مبتلا به عفونت HIV با علامت یا نقص ایمنی شدید (CD4 پایین) (ممنوع بوده و باید IPV تجویز شود).

کودکان تحت درمان با اشعه و مبتلایان به لوسمی، لنفوم و سایر سرطان ها ، استفاده از واکسن خوراکی فلج اطفال ممنوع بوده و به جای آن باید IPV تجویز شود. در صورت سابقه نقایص سیستم ایمنی در فرزندان قبلی خانواده، لازم است تجویز واکسن های زنده بدو تولد (از جمله فلج اطفال خوراکی) تا زمان بررسی شیرخوار و رد نقایص سیستم ایمنی به تعویق افتد

تجویز واکسن خوراکی فلج اطفال در صورت حضور فردی با نقص اولیه یا اکتسابی سیستم ایمنی در منزل، ممنوع است و باید از IPV استفاده کرد.

در صورت تجویز نابجای واکسن خوراکی فلج اطفال، رعایت بهداشت دست ها و اجتناب از تماس نزدیک از جمله تعویض پوشک کودک واکسینه برای 4-6 هفته توصیه می شود.

در بیماران دچار آترزی مری که دارای گاستروستومی می باشند، بهتر است به جای واکسن خوراکی، از واکسن تزریقی فلج اطفال استفاده کرد.

واکسن MMR

تزریق این واکسن در بیماران مبتلا به نقص ایمنی و افراد با سابقه واکنش حساسیتی شدید مانند آنافیالکسی بعد از دز قبلی این واکسن، ممنوع است

با توجه به فقدان اجزای تخم مرغ در فرآیند تولید واکسن MMR، افراد با سابقه آلرژی به تخم مرغ با در نظر گرفتن احتیاطات الزم می توانند این واکسن را دریافت نمایند.

خانم های سنین باروری بعد از تزریق واکسن سرخجه ، MMR یا MR حداقل تا یک ماه باید از بارداری شدن پرهیز نمایند ولی تزریق این واکسن در هر شرایطی در دوره بارداری دلیلی برای سقط درمانی نمی باشد.

در کودکان مبتلا به نقایص سیستم ایمنی مانند کودکان مبتلا به بدخیمی، دریافت کنندگان پیوند و مبتلایان به بیماری های خود ایمنی، دریافت واکسن های باکتریال زنده (ب.ث.ژ و واکسن های ویروسی زنده MMR، فلج اطفال خوراکی و تب زرد) ممنوع است.

واکنش های حساسیتی پس از ایمن سازی

واکنش های از دیاد حساسیت به دنبال تزریق واکسن ممکن است به ندرت رخ دهد. با این وجود تمام مراکز ارایه دهنده خدمات واکسیناسیون باید آمادگی لازم جهت برخورد مناسب با واکنش های حساسیتی شدید (مانند آنافیالکسی) را داشته باشند.

این واکنش ها که ناشی از حساسیت بیش از حد بیمار به خود واکسن یا سایر اجزاء واکسن می باشد، شامل موارد زیر است:

واکنش حساسیتی شدید (مانند آنافیالکسی)

واکنش آنافیالکسی نسبت به آنتی ژن های واکسن و ترکیبات موجود در آن مانند آنتی ژن های تخم مرغ یا نئوماپسین و یا سرم حیوانی در افراد حساس ایجاد می شود. تظاهرات آنافیالکسی شامل کهیر، خارش، تنگی نفس، تب، ورم صورت و یا کل بدن، افت فشار خون یا شوک و گاهی مرگ است.

این واکنش معمولاً حدود نیم ساعت پس از تزریق مشاهده می شود سابقه آنافیالکسی به یک واکسن یا اجزاء آن، از موارد قطعی منع مصرف واکسن است.

واکنش آنافیالاکسی جزو اورژانس های پزشکی است. در این موارد باید ابتدا اقدامات اولیه احیا مانند قرار دادن بیمار در حالت خوابیده و بالاتر قرار دادن پاها از سطح شکم، اطمینان از باز بودن راه هوایی و برقراری اکسیژن 6-8 لیتر در دقیقه از طریق ماسک انجام گیرد و در اولین فرصت ممکن بیمار به نزدیک ترین مرکز درمانی ارجاع شود.

واکنش موضعی آرتوس

این واکنش به صورت ورم، درد و حساسیت در محل تزریق، سفتی عضله محل تزریق و حتی تخریب بافتی در محل تزریق تظاهر می کند. علت این واکنش ایجاد ترکیب غیر محلول آنتی ژن با آنتی بادی در ناحیه تزریق می باشد.

بیماری سرم

بیماری سرم در افرادی که برای ایمن سازی غیر فعال، سرم دامی دریافت می کنند، ممکن است 6 تا 10 روز بعد از دریافت سرم دامی مشاهده شود. در این بیماری تب، کهیر و خارش، تورم تاندون ها و مفاصل و بزرگی غدد لنفاوی و طحال مشاهده می شود. شدت بیماری به مقدار سرم تزریق شده بستگی دارد. این علائم معمولاً پس از یک هفته با دفع تدریجی سرم تزریق شده از بدن، خودبخود بهبود می یابد.

برای جلوگیری از خطاهای برنامه

به طور کلی به منظور جلوگیری از خطاهای برنامه، رعایت زنجیره سرما و توجه به ایمنی تزریق، دارای اهمیت ویژه ای است. رعایت نکات ذیل در جلوگیری از خطای برنامه، مؤثر است:

1. واکسن باید فقط به وسیله حلال مخصوص هر کارخانه آماده سازی شود.
2. ویالهای واکسن های آماده شده باید در پایان هر جلسه ایمن سازی و حداکثر 6 ساعت پس از آماده سازی، دور ریخته شوند و هرگز دوباره مورد استفاده قرار نگیرند.
3. تاریخ انقضاء واکسن کنترل شود.
4. ویال واکسنی که مشمول نگهداری تا تاریخ انقضاء هستند (ثلاث، پولیو، توام بزرگسال، خردسال و هپاتیت ب) پس از باز شدن بیش از یکماه مورد استفاده قرار نگیرد.
5. هیچگونه دارو یا ماده ای غیر از واکسن نباید در یخچال نگهداری واکسن، نباشد.
6. کارکنان ایمن سازی باید به صورت دوره ای آموزش تزریق صحیح انواع واکسن ها را دریافت نموده و برای اطمینان از انجام صحیح مراحل مختلف کار نظارت کافی به عمل آید.
7. بررسی های دقیق اپیدمیولوژیکی هر عارضه باید پس از ایمن سازی انجام گردد تا پس از پی بردن به علت عارضه، نسبت به تصحیح آن اقدام شود.

برنامه واکسیناسیون کودکانی که غیر از موعد مقرر مراجعه کرده‌اند

در صورت مراجعه تاخیری کودک پس از ۴ ماهگی واکسن تزریقی فلج اطفال در اولین مراجعه به همراه قطره خوراکی تجویز می‌شود.

در هنگام تزریق اولین نوبت واکسن MMR کودک باید حداقل ۱۲ ماهه باشد و سپس دوز یادآور آن با حداقل فاصله یک ماه تزریق شود.

تزریق واکسن ب‌ت‌ژ از بدو تولد تا ۱۲ ماهگی انجام می‌شود بعد از دوازده ماهگی تزریق ب‌ت‌ژ ضرورتی ندارد.

از ۵ سالگی ۶۰ ماهگی به بعد در اولین مراجعه به جای واکسن پنجگانه واکسن سه گانه و هپاتیت ب تزریق می‌گردد.

بعد از ۶ سال تمام (۶ سال و ۱۱ ماه و ۲۹) روز تزریق واکسن سه گانه ممنوع است و باید از واکسن دوگانه بزرگسال‌ها استفاده شود.

در صورتی که سن کودک هنگام تجویز یادآور اول سه گانه و فلج اطفال ۴ سال یا بیشتر باشد یادآور دوم لزومی ندارد.

ایمن سازی کودکانی که در موعد مقرر مراجعه نکردند و اولین مراجعه آنها از ۳ تا ۱۲ ماهگی است.

زمان مراجعه	واکسن
اولین مراجعه	ب‌ت‌ژ ، پنجگانه ،فلج اطفال خوراکی و تزریقی
یک ماه بعد از اولین مراجعه	پنجگانه ، فلج اطفال خوراکی
سه ماه بعد از دومین مراجعه	پنجگانه ،فلج اطفال خوراکی
۶ ماه تا ۱ سال بعد از سومین مراجعه	سه گانه،فلج اطفال خوراکی
۶ سالگی	سه گانه(حداقل یکسال فاصله با یادآور اول)،فلج اطفال خوراکی

ایمن سازی کودکانی که در موعد مقرر مراجعه نکردند و اولین مراجعه آنها از ۱۳ ماهگی تا ۶ سالگی است.

زمان مراجعه	واکسن
اولین مراجعه	پنجگانه (تا ۵۹ ماهگی) یا هپاتیت ب و سه گانه (از ۶۰ ماهگی به بعد)، فلج اطفال خوراکی و تزریقی MMR ،
یک ماه بعد از اولین مراجعه	سه گانه ،فلج اطفال خوراکی، هپاتیت ب، MMR
یک ماه بعد از دومین مراجعه	سه گانه ،فلج اطفال خوراکی
۶ ماه تا یکسال بعد از سومین مراجعه	سه گانه ،فلج اطفال خوراکی، هپاتیت ب
۶ سالگی	سه گانه (حداقل یکسال فاصله با نوبت قبلی)، فلج اطفال خوراکی

ایمن سازی افرادی که در موعد مقرر مراجعه نکردند و اولین مراجعه آنها از ۷ تا ۱۸ سالگی است.

واکسن خوراکی فلج اطفال یا opv شامل ویروس

زمان مراجعه	واکسن
اولین مراجعه	دوگانه بزرگسالان ،فلج اطفال خوراکی و تزریقی ، هپاتیت ب ، MMR
یک ماه بعد از اولین مراجعه	دوگانه بزرگسالان ،فلج اطفال خوراکی ، هپاتیت ب ، MMR
یکماه بعد از دومین مراجعه	دوگانه بزرگسالان، فلج اطفال خوراکی
۶ ماه تا ۱ سال بعد از سومین مراجعه	دوگانه بزرگسالان، فلج اطفال خوراکی، هپاتیت ب

ایمن سازی افراد بالای ۱۸ سال فاقد سابقه ایمن سازی

زمان مراجعه	واکسن
اولین مراجعه	دوگانه بزرگسالان، هپاتیت ب، MMR
یک ماه بعد از اولین مراجعه	دوگانه بزرگسالان ، هپاتیت ب
۶ ماه بعد از دومین مراجعه	دوگانه بزرگسالان، هپاتیت ب

حداقل سن مجاز دریافت واکسن‌ها

نام واکسن	حداقل سن دریافت واکسن
هپاتیت ب ، ب ث ژ ، فلج اطفال خوراکی	بدون تولد
دوگانه ، سه گانه ، پنجگانه ، هموفیلوس آنفولانزای تیپ ب ، فلج اطفال تزریقی ، پنوموکوک کنژوگه ۱۳ ظرفیتی	۶ هفته
مننگوکوک کنژوگه	۲ ماه
آنفلانزا	۶ ماه
MMR ، ابله مرغان	۱۲ ماه
پنوموکوک پلی ساکارییدی ، مننگوکوک پلی ساکارییدی	۲ سال

چه عوارضی باید گزارش شوند؟

- کلیه شوک‌هایی که در مدت ۲۴ ساعت پس از واکسیناسیون بروز نمایند
- کلیه آبسه‌های محل تزریق واکسن که در مدت ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون به وجود آیند
- لنفادیت‌های ناشی از واکسن ب‌ت‌ث که در هر زمان پس از تزریق واکسن ایجاد شوند باید با ذکر مدت زمان پس از واکسیناسیون گزارش شوند
- عارضه موضعی شدید که در مدت ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون به وجود آید
- تب بالاتر از ۳۸ و نیم درجه زیر بغلی که در مدت ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون بروز نماید
- فلجی که در مدت یک ماه پس از دریافت هر نوع واکسن به ویژه واکسن فلج اطفال ایجاد شود
- تشنج
- درد مفصل که متعاقب واکسیناسیون به وجود آید
- جیغ زدن مداوم یا بی‌قراری که بیش از سه ساعت به طول انجامد
- استفراغ مکرر
- کلیه موارد مرگ که در فاصله ۴ هفته پس از واکسیناسیون اتفاق افتد و هیچ بیماری خاص یا دلیل قابل قبول دیگری برای آن وجود نداشته باشد
- سایر رویدادهای غیر معمول در مدت ۴ هفته پس از واکسیناسیون که تصور می‌شود مربوط به واکسیناسیون باشد
- سایر عوارض واکسن‌ها از قبیل حساسیت‌های پوستی کاهش سطح هوشیاری تنگی نفس بی‌قراری تورم غدد بناگوشی که بعد از انجام واکسیناسیون بروز نماید.

عوارض زیر عوارض فوری تلقی می‌شوند و باید بلافاصله و حداکثر در مدت ۲۴ ساعت پس از اطلاع گزارش شوند:

1. کلیه موارد مرگ ناشی از واکسیناسیون
2. کلیه موارد بستری شدن در بیمارستان به علت عارضه ناشی از واکسیناسیون
3. کلیه آبسه‌های محل تزریق
4. هرگونه عارضه که به صورت خوشه بروز نمایند

تلقیح واکسن ب ث ژ

این واکسن باید فقط به صورت داخل پوستی اینترادرمال تزریق گردد تزریق عمیق تر و زیر پوستی خطر ایجاد آبسه و ادنیت را افزایش میدهد. دز تزریقی برای کودکان زیر یکسال معادل ۰/۰۵ میلی لیتر از واکسن و برای سایرین معادل ۰/۱ میلی لیتر می باشد. تزریق باید در داخل پوست نیمه پایینی عضله دلتوئید بازو انجام شود ماده ضد عفونی کننده قبل از تزریق باید کاملاً از سطح پوست تبخیر شود. واکسن رقیق شده و نگهداری شده در یخچال حداکثر تا ۴ ساعت قابل مصرف می باشد.

دادن واکسن فلج اطفال خوراکی

های زنده ضعیف شده پلیواست این واکسن از طریق قطره ای در دهان کودک به او ارائه میشود ایجاد ایمنی قوی در روده که باعث قطع انتقال ویروس می شود، استفاده اسان و از طریق دهان و قابلیت ایجاد ایمنی جمعی از جمله مزایای این نوع واکسن است. البته خطر بسیار نادر بازگشت ویردس به شکل وحشی و ایجاد فلج از معایب آن است.

نکته‌های مربوط به تزریق واکسن

- اگر لازم باشد در یک جلسه واکسیناسیون بیش از یک نوع واکسن رقیق شود باید در محل‌های جداگانه حداقل به فاصله دو و نیم سانتی‌متر و یا در دو اندام مقابل انجام شود.
- محل تزریق واکسن‌های ب ث ژ پنجگانه، دوگانه خردسالان، دوگانه بزرگسالان و سه گانه در سمت چپ و محل تزریق واکسن‌های هموفیلوس آنفولانزا تیپ ب، فلج اطفال تزریقی، هپاتیت ب MMR، آر سمت راست است.
- واکسن‌های دوگانه سه گانه پنجگانه را باید حتماً به شکل داخل عضلانی و عمیق تزریق گردد زیرا تزریق این نوع واکسن‌ها در زیر یا داخل جلد می‌تواند موجب تحریک موضعی نکروز بافتی و بروز آبسه شود
- در کودکان ۲۵ ماه و بالاتر نیز چنانچه حجم عضله دلتوئید کم باشد باید تزریق در ناحیه قدامی خارجی ران صورت گیرد
- تزریقات داخل عضلانی
- ۱ تا ۲۴ ماه داخل عضلانی در ناحیه قدامی خارجی ران
- ۲۵ ماه و بالاتر داخل عضلانی در ناحیه دلتوئید
- تزریقات زیر جلدی
- ۰ تا ۱۱ ماه زیرجلدی در ناحیه قدامی خارجی ران

- ۱۲ ماه بالاتر زیر جلدی در ناحیه دلتوئید
- تزریقات داخل جلدی
کودکان و بزرگسالان داخل جلدی در ناحیه دلتوئید

انواع واکسن‌های زنده و راه تجویز و مقدار تجویز آنها

نام واکسن	ماهیت واکسن	راه تجویز	مقدار تجویز
ب ب ث ژ	باسیل زنده ضعیف شده	داخل جلدی	۰/۰۵ میلی لیتر
فلج اطفال خوراکی	ویروس زنده ضعیف شده	خوراکی	۲ قطره
تب زرد	ویروس زنده ضعیف شده	زیر جلدی	۰/۵ میلی لیتر
MMR	ویروس زنده ضعیف شده	زیر جلدی	۰/۵ میلی لیتر
ابله مرغان	ویروس زنده ضعیف شده	زیر جلدی یا عضلانی	۰/۵ میلی لیتر

واکسن‌های زنده باکتریایی و ویروسی در طبقه فوقانی یخچال و دمای ۲ تا ۸ درجه نگهداری می‌شوند.

واکسن‌های غیر زنده باکتریایی و ویروسی در طبقه میانی یا پایینی یخچال و در دمای ۲ تا ۸ درجه نگهداری می‌شود.

انواع واکسن‌های غیر فعال و راه تجویز و مقدار تجویز آنها

نام واکسن	ماهیت واکسن	راه تجویز	مقدار تجویز
پنج‌گانه	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتری، باکتری کشته شده سیاه سرفه، آنتیژن سطحی ویروس هپاتیت ب، پروتئین کنژوگه با پلی ساکارید کپسول هموفیلوس آنفلانزا تیپ ب	عضلانی	۰/۵ میلی لیتر
سه گانه	توکسوئید کزاز توکسوئید دیفتری باکتری کشته شده سیاه سرفه	عضلانی	۰/۵ میلی لیتر
دوگانه	توکسوئید کزاز توکسوئید دیفتری	عضلانی	//
هموفیلوس آنفلانزا تیپ ب	پروتئین کنژوگه با پلی ساکارید کپسول باکتری	عضلانی	//
توکسوئید کزاز	توکسوئید کزاز	عضلانی	//
فلج اطفال تزریقی	ویروس غیر فعال	زیر جلدی یا عضلانی	//
هپاتیت ب	آنتیژن سطحی ویروس	عضلانی	کمتر از ده سال: ۰/۵ میلی لیتر بالای ده سال: ۱ میلی لیتر

توصیه های پس از تزریق واکسن

1. پس از واکسیناسیون برخی واکنش ها مانند تب، درد ، تورم در محل تزریق و بی قراری کودک شایع بوده و یادآوری این مطلب به والدین از نگرانی شان می کاهد.
2. در مواردی که در محل تزریق واکسن تورم و قرمزی وجود داشته باشد قرار دادن پارچه سرد و مرطوب تمیز در محل می تواند در کاهش درد موثر باشد
3. توصیه می شود بعد از تزریق واکسن پنجگانه و یا سه گانه ر صورت بروز تب درد بی قراری استامینوفن با دوز مناسب تجویز شود
4. پس از واکسیناسیون باید از پوشاندن لباس تنگ به کودک که موجب وارد آمدن فشار به محل تزریق می شود اجتناب کرد
5. شستن محل تزریق واکسن و استحمام کودک پس از واکسیناسیون منعی ندارد

واکسن های MMR و ب.ث.ژ در مقابل نور حساس هستند و باید از قرار گرفتن بیش از 30 دقیقه در معرض نور خورشید و نورفلوئورسنت (نئون) محافظت شوند.

حساس ترین واکسن در مقابل حرارت، OPV است و پس از آن به ترتیب واکسن های سرخک، MMR ، تب زرد و ب.ث.ژ به حرارت حساس هستند و از قرار گرفتن این واکسن ها در دمای محیط باید اجتناب شود.

شاخص ویال واکسن (VVM)

VVM برچسبی است بصورت يك دایره تیره رنگ که يك مربع سفید رنگ وسط آن قرار دارد، هنگامیکه ویال واکسن در معرض گرما در مدت معین قرار گیرد مربع آن تغییر رنگ میدهد.

کارخانه های سازنده واکسن، این شاخص را به درب ویال واکسن یا روی آن میچسبانند تا قبل از باز کردن درب ویال واکسن وضعیت VVM بررسی شود.

مشخصات VVM

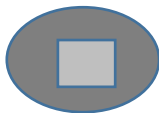
- تغییرات رنگ آن تدریجی و غیرقابل برگشت است.
- چون روی ویال واکسن قرار دارد بهترین ابزار برای کنترل سلامت واکسن است.

- اینشاخص تا زمان مصرف واکسن در دسترس است.
- اینشاخص نمیتواند شاخص واکسنهایی باشد که به سرما حساس هستند.

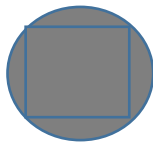
چگونگی استفاده واکسن با توجه به تغییر رنگ VVM :



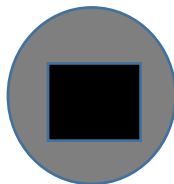
رنگ مربع روشنتر از دایره است.
چنانچه تاریخ انقضاء آن نگذشته است، از واکسن استفاده کنید.



رنگ مربع تیره‌تر شده، اما هنوز روشنتر از دایره اطراف آن است
چنانچه تاریخ انقضاء آن نگذشته است، از واکسن استفاده کنید.
توجه: این واکسنها را قبل از واکسنهایی که هنوز مربع آن تغییر رنگ نداده استفاده نمائید.



رنگ مربع و دایره اطراف آن هم رنگشده‌اند.
واکسن را استفاده نکنید به مقام بالاتر گزارش کنید.



رنگ مربع تیره‌تر از دایره اطراف آن شده است.
واکسن را استفاده نکنید به مقام بالاتر گزارش کنید.





بارداری

تعاریف بارداری

زایمان

تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از ۲۱ هفته و ۶ روز.

زایمان زودرس

تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته ی کامل بارداری بصورت مرده یا زنده یعنی قبل از ۳۶ هفته و ۶ روز.

زایمان دیررس

تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته ی کامل بارداری بصورت مرده یا زنده یعنی پس از ۴۱ هفته و ۶ روز.

سقط جنین

خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته ی ۲۲ بارداری یا تا ۲۱ هفته و ۶ روز.

مرده زایی

مرگ جنین بعد از شروع هفته ی ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جدا شدن از مادر نفس نکشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان ندهد.

مرگ نوزاد

مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا ۲۸ روز پس از تولد.

تعیین EDC و LMP

LMP: به اولین روز آخرین قاعدگی گفته می شود.

EDC: تاریخ احتمالی زایمان است که برحسب تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی محاسبه می شود بر این اساس که به روز آخرین قاعدگی ۷ روز اضافه می شود از ماه ۳ ماه کم می شود و به سال ۱ سال اضافه می شود .

مراقبت های معمول بارداری

مراقبت های معمول بارداری طی ۸ بار ملاقات در دو نیمه ی اول و دوم بارداری صورت میگیرد که ۲ ملاقات در نیمه ی اول و ۶ ملاقات در نیمه ی دوم به مادر ارائه میگردد.

اقداماتی که در این ملاقات ها در صورت نبود علائم خطر فوری انجام می شود شامل: بررسی عوارض بارداری، بررسی نحوه ی تغذیه مادر، اندازه گیری علائم حیاتی، ارتفاع رحم و صدای قلب جنین، معاینه ی اعضای بدن و تجویز مکمل ها، درخواست آزمایش یا سونوگرافی و ارائه ی آموزش های لازم است.

زمان ملاقات ها عبارت است از:

هفته ی ۶ تا ۱۰

هفته ی ۱۶ تا ۲۰

هفته ی ۲۴ تا ۳۰

هفته ی ۳۱ تا ۳۴

هفته ی ۳۵ تا ۳۷

هفته ی ۳۸

هفته ی ۳۹ و هفته ۴۰

ایمن سازی در بارداری

واکسن دوگانه بزرگسالان

بهترین زمان برای تزریق این واکسن برای مادر بارداری که ایمن سازی کامل ندارد از هفته ۲۷ تا ۳۶ بارداری (۴ هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان) است . اگر به هر دلیل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت ها به تاخیر افتاد بهتر است تزریق واکسن حداقل دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان باشد. در صورت وقوع سقط غیر بهداشتی:

1- در صورتی که وضعیت ایمن سازی مادر با واکسن دوگانه کامل نیست و حداقل ۵ سال یا بیشتر از زمان تزریق گذشته است حتما یک دوز واکسن بلافاصله پس از سقط غیرایمن تزریق شود.

2- در صورتی که وضعیت ایمن سازی مشخص نیست این واکسن به علاوه ۲۵۰-۵۰۰ واحد تتابولین همزمان در دو اندام جداگانه تزریق می شود .

انفلوانزا

به خانمهایی که در فصل شیوع انفلوانزا باردار هستند توصیه میشود واکسن غیر فعال انفلوانزای فصلی دریافت کنند تزریق در طول بارداری منعی ندارد .

هپاتیت ب

در مادری که نتیجه آزمایش HbsA منفی دارند ولی رفتار پرخطر دارند و قبلا واکسن هپاتیت دریافت نکرده اند باید واکسن هپاتیت تزریق شود .

ایمونوگلوبولین انتی دی از هفته ۲۸ تا ۳۶ بارداری (در صورت نیاز)

در صورت پاسخ منفی آزمایشهای کومبس غیر مستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی) مادر ارهاس منفی با همسر ارهاس مثبت ، ۳۰۰ میکروگرم ایمونوگلوبولین انتی دی تزریق می شود.

دیابت بارداری

نوعی از دیابت می باشد که در زمان حاملگی بصورت افزایش قندخون تشخیص داده می شود علت آن هورمون های ترشح شده از جفت هستند که اثرات ضدانسولینی دارند که با ترشح انسولین توسط سلول های لوزالمعده مادر اثر این هورمون ها خنثی می شود.

در تمام زنان باردار بین هفته های ۲۴ تا ۲۸ قندخون اندازه گیری می شود. در صورت FSB بیشتر از ۱۲۶ و OGTT (دوساعته) بیشتر از ۲۰۰

تاثیرات دیابت بر بارداری

افزایش احتمال پره اکلامپسی، ناهنجاری های مادرزادی، زایمان زودرس، زایمان سخت، مرگ جنین، پلی هیدرآمنیوس، عفونت، ماکروزومی و سقط .

نمایه توده ی بدنی

با استفاده از میزان قد و وزن نمایه توده ی بدنی را از روی نمودار نوموگرام محاسبه می کنیم. وزن (کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (سانتیمتر) .

افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته افزایش وزن ناگهانی است.

در هر ملاقات وزن مادر اندازه گیری و با وزن قبلی مقایسه می شود . در صورت نداشتن وزن پیش از بارداری مادر میتوان از وزن ۱۲ هفته اول استفاده کرد . زیرا در ۱۲ هفته اول افزایش وزن زیادی نداریم.

BMI	وضعیت تغذیه	محدوده مجاز افزایش وزن در بارداری
کمتر از ۱۸/۵	کم وزن	۱۸ - ۱۲/۵
۱۸/۵ - ۲۴/۹	طبیعی	۱۶ - ۱۱/۵
۲۵ - ۲۹/۹	اضافه وزن	۷ - ۱۱/۵
بیشتر و مساوی ۳۰	چاق	۵ - ۹

نمایه توده ی بدنی غیر طبیعی (کمتر از ۱۸/۵ یا ۲۵ و بالاتر)

افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش رشد جنین، دیابت بارداری، سزارین، پره اکلامپسی، جنین درشت و ترومبوآمبولی.

خطرات مادر چاق در بارداری

فشارخون، پره اکلامپسی، دیابت بارداری، نقایص مادرزادی، ماکروزومی (جنین بزرگتر از حد طبیعی)، زایمان زودرس، مرده زایی.

مانور های لنوپولد

مانور اول

در این مانور در کنار تخت بایستید به گونه ای که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد و با ملایمت قله ی رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس کنید ته جنین بصورت یک جسم بزرگ که اجزا کوچکی دارد و سر به صورت سفت و گرد و قابل حرکت لمس می شود.

مانور دوم

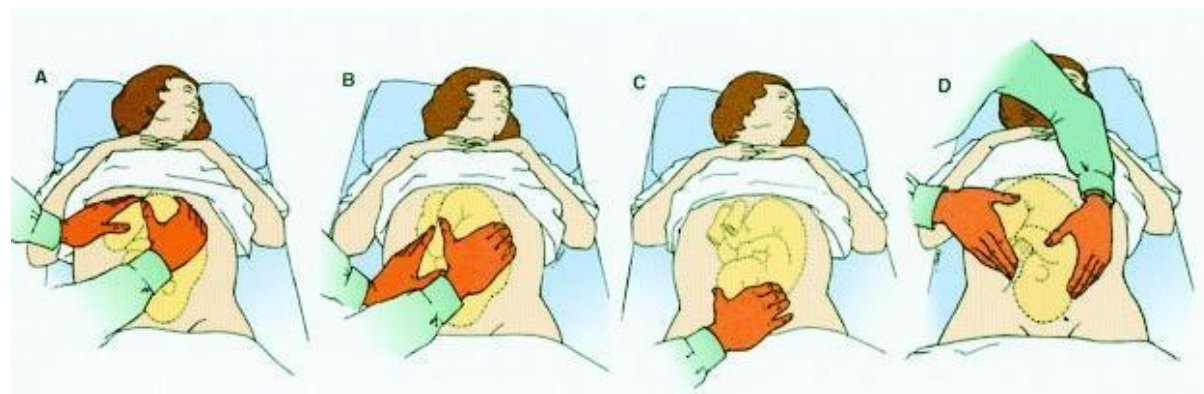
مطابق مانور اول در کنار مادر بایستید و کف هر دو دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار دهید و با ملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست دیگر فشار وارد کنید در یک طرف شکم، ساختمان سخت و مقاومی لمس می شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم، برجستگی هایی لمس می شود که دست و پا و جلوی بدن جنین است.

مانور سوم

در این مانور هم مطابق قبل در کنار مادر بایستید و انگشت شست و چهار انگشت دیگر را در قسمت تحتانی شکم مادر درست در بالای سمفیز پوبیس قرار دهید چنانچه سر جنین در داخل لگن قرار نگرفته باشد یک جسم قابل حرکت ک همان سر جنین است لمس می شود.

مانور چهارم

در این مانور طوری قرار بگیرید که نگاه شما به طرف پاهای مادر باشد سپس با نوک سه انگشت اول هر دست فشار عمیقی در جهت محور قسمت فوقانی لگن وارد کنید چنانچه سر جنین در پایین قرار داشته باشد انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به یک جسم گرد برخورد می‌کند درحالی که دست دیگر کاملاً وارد لگن می‌شود. با این مانور میزان ورود سر به داخل لگن مشخص می‌شود.



کنترل FHR

با انجام مانورهای لئوپولد محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید. از هفته ی ۲۸ بارداری به بعد در هر ملاقات به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است قبل از هفته ی ۲۸ بارداری شنیده شدن صدای قلب جنین کفایت می‌کند.

فشار خون در بارداری

فشار خون 14 به روی 9 تا بالاتر

الف) افزایش فشارخون قبل از هفته ۲۰ بارداری:

علل آن میتواند چند قلوبی و یافشار خون مزمن مادر باشد

ب) افزایش فشار خون بعد از هفته ۲۰ بارداری:

میتواند در تعریف پره اکلامپسی یا فشار خون بارداری باشد.

پره اکلامپسی

1) فشار خون بالای 16 به روی 11

2) فشارخون کمتر از 16 به روی 11 همراه با علایم پرتیینوری (دفع پروتیین از ادرار) یا سر درد تازی دید باشد.

3) شروع یا افزایش پرتیینوری در مادر مبتلا به فشار خون مزمن

که در صورت وقوع موارد بالا ارجاع فوری به پزشک داده شود.

اکلامپسی

اگر پره اکلامپسی درمان نشود میتواند منجر به تشنج مادرودچار آسیب کلیه کبدو غیره گردد که به آن اکلامپسی گفته میشود .

و در اینصورت ختم فوری بارداری انجام میگردد.

مکمل های دارویی در بارداری

اسید فولیک :از 3 ماه قبل بارداری تا پایان بارداری روزانه 400 میکروگرم مصرف شود.

آهن: از هفته 16 تا پایان بارداری روزانه 30 میلی گرم مصرف شود.

مولتی ویتامین: از هفته 16 تا پایان بارداری مصرف شود.

معاینه دهان دندان در بارداری

دهان و دندان خانم بارداری را از نظر وجود جرم پوسیدگی التهاب لثه عفونت دندانی معاینه شود.

که درمان این موارد در بارداری منعی ندارد.

تفسیر آزمایش ها در بارداری

Cbc

هموگلوبین کمتر از ۱۱ + فریتین کمتر از ۱۰ = کم خونی
پلاکت کمتر از ۱۵۰ هزار احتمال وجود پره اکلامپسی = تکرار آزمایش
Rh آنتی ژن آر هاش

اگر مادر از نظر آنتی ژن منفی باشد و نوزاد مثبت باشد یا پدر مثبت باشد و به ار هاج جنین دسترسی نداشته باشیم تزریق رگام در هفته 28 ضرورت میابد.

Fbs قند خون

- 1) در ملاقات اول بالای 126 دیابت آشکار
- 2) در هفته 24 تا 28 غربالگری مجدد انجام میشود اگر قندخون ناشتا بالای 92 باشد دیابت بارداری مطرح میشود.

آزمون گلوکز خوراکی

به مادر بارداری 75 گرم گلوکز خوراکی داده میشود و قند خون مادر را بعد از یک ساعت و دوساعت بعد از مصرف اندازه گیری میکنیم اگر بعد از یک ساعت بیشتر از 180 و بعد از دوساعت بیشتر از 153 باشد در تعریف دیابت بارداری قرار میگیرد.

آزمایش ادرار

۱) کشت ادرار مثبت یا وجود ۵ گلبول سفید در ادرار = عفونت ادراری و درمان آن و از عوارض آن میتوان به زایمان زودرس اشاره کرد.

۲) کشت ادرار منفی و وجود گلبول سفید در ادرار = عفونت واژینال

Bun,cr

اوره غیر طبیعی یا کراتین بیشتر از 0/9 ارجاع به متخصص داخلی

Vdrl

در صورت مثبت بودن

انجام تست fta-abs

جهت تایید تشخیص سفلیس

Hbs ag

آزمایش هیپاتیت ب

Tsh

در سه ماهه اول به صورت نرمال باید بین ۰/۲ تا ۳/۹ باشد

در سه ماهه دوم به صورت نرمال بین ۰/۵ تا ۴/۱ باشد

در غیر این صورت اختلال تیرویدی مطرح بوده و ارجاع به متخصص داخلی

غربالگری ناهنجاری

1) سه ماهه اول (بین هفته ۱۱ تا ۱۳): دو آزمایش

Free bhcg, papp-a

و سونو گرافی جنین از نظر اندازه گیری

Nt

2) سه ماهه دوم: چهار آزمایش خون

Free bhcg, afp, ue3, inhibin a

اختلال روان در بارداری

عوارض استرس در بارداری

ماه‌های اول بارداری (سه ماهه اول) آسیب‌پذیری نسبت به استرس بیشتر است. زنان بارداری که در اوایل بارداری زلزله را تجربه می‌کنند، نسبت به زنانی که در ماه‌های آخر بارداری هستند و در شرایط یکسانی قرار دارند، عوارض بیشتری را نشان می‌دهند. وجود همزمان سایر عوامل خطر نظیر عفونت، کمبود ریز مغذی‌ها در مادر و ... موجب تشدید اثرات منفی استرس روی مادر و جنین می‌شود. مطالعات و بررسی‌های متعدد روی زنان باردار نشان دهنده این فرضیه است که سطح بالای استرس‌های روانی-اجتماعی در طول دوران بارداری، خطر زایمان زودرس و در نتیجه تولد نوزاد با وزن کمتر از میزان طبیعی را افزایش می‌دهد. استرس‌های دوران بارداری علاوه بر ایجاد عوارض در دوران بارداری به ویژه در اوایل بارداری و حوالی زایمان، روی فرآیند رشد و تکامل ذهنی، روانی جنین اثر سوء دارد و موجب اختلال‌های رفتاری در دوران کودکی می‌شود. استرس در بارداری می‌تواند با ایجاد نشانه‌های اختلال (کم توجهی- بیش‌فعالی) به ویژه در پسران همراه باشد. هم‌چنین سطح بالای اضطراب مادر در بارداری خطر بیماری (سرشت دشوار) را در شیرخوار افزایش می‌دهد. درواقع کودکانی که سرشت دشوار دارند، معمولاً الگوی خواب و تغذیه آشفته‌ای دارند و نیازمند توجه و مراقبت بیشتر هستند.

اختلال‌های روانی شایع دوران بارداری

ترس و نگرانی بعلت تغییرات جسمی و مشکلات مربوط به نقش مادری (به‌خصوص در حاملگی اول) وجود دارد مثل:

ترس از درد زایمان

ترس از مرگ

ترس از پیامدهای اقتصادی بارداری

ترس از بی‌کفایتی در اجرای وظیفه مادری

ترس از فقدان استقلال و جذابیت و ترس از نوزاد آینده بعنوان رقیب در عشق و عاطفه شوهر
افسردگی دوران بارداری

افسردگی دوران بارداری یا پس از زایمان، یکی از مشکلات در میان زنان باردار است که متأسفانه در اغلب موارد تشخیص داده نمیشود. افسردگی دوران بارداری گاه از همان روزهای ابتدایی بارداری آغاز می‌شود، اما گاهی هم از ماه سوم به بعد بروز می‌کند.

نشانه‌های افسردگی ممکن است همزمان با هم و یا به تدریج بروز کنند. شدت و ضعف آن‌ها بستگی به میزان افسردگی و برخورد اطرافیان به ویژه همسر دارد که تحقیقات نشان میدهد حمایت اجتماعی و خانوادگی هرچه بالاتر باشد از مادر باردار مشکلات روحی مانند افسردگی کاهش می‌یابد.



مراقبت سالمندان

شخص سالمند

سالمندی در جهان به مقطع بالای ۶۵ سال اشاره دارد و بنابراین بخش پایانی چرخه حیات انسان است سازمان بهداشت جهانی سالمندی را به این صورت تعریف می کند: *سالمند جوان 60 تا 74 سال سالمند 74 تا 90 سال و سالمند پیر 90 سال به بالا*. افراد سالمند توانایی تجدید قوای محدودی دارند و بیش از دیگر بزرگسالان در معرض بیماری سندرومها و کسالت هستند .

بیماری های سالمندی

آلزایمر و پارکینسون از جمله مهمترین بیماریهای سیستم عصبی دوره سالمندی است که به گفته متخصصان با توجه به سیر افزایش جمعیت سالمند در ایران در صورت نبود اقدامات پیشگیرانه لازم در سالهای آتی شیوع بالایی می یابد.

فشارخون

سالمندی که مراجعه می کند ابتدا ده دقیقه نشسته بعد از ده دقیقه از دست راست فشار گرفته شود اگر بالای ۱۴۰/۹۰ باشد دوباره ۵ دقیقه ی بعد از همان دست فشارخون را اندازه گرفته و میانگین این دو عدد ثبت می شود.

فشارخون وضعیتی

برای بررسی فشارخون وضعیتی پس اینکه سالمند ۲ الی ۵ دقیقه ایستاد سپس در همان حالت ایستاده فشارخون گرفته شود.

*کف پای سالمند باید روی زمین باشد، نیم ساعت قبل چای ،قهوه، سیگار و دخانیات مصرف نکرده باشد، مثانه باید خالی باشد.

BMI

اگر کمتر از ۲۱ باشد لاغر است، بین ۲۱ تا ۲۶/۹ نرمال و ۲۷ تا ۲۹/۹ اضافه وزن و ۳۰ به بالا چاق است.

دیابت

اگر آزمایش قندخون بیشتر از ۱۰۰ باید پره دیابت است و اگر آزمایش بیشتر از ۱۲۶ باشد دیابت است.

افت قندخون

ضعف شدید، بی حالی، لرزش و تعریق

در صورتی که این علائم دیده شد ۳ حبه قند در یک لیوان یا ۲ قاشق مرباخوری شکر، یک قاشق عسل و یا ۳/۴ لیوان آبمیوه و یک ساعت بعد غذا بخورد.

آموزش

غذای آب پز، گوشت سفید (ماهی، مرغ) مصرف نماید.

در روز ۸ لیوان آب، سبزیجات، کربوهیدرات کمتر و بیشتر سوپ استفاده شود.

در هفته ۳ روز تخم مرغ مصرف کند.

بیشتر از روغن مایع استفاده کند.

سقوط

بسیاری از سالمندان با بالا رفتن سن و تحلیل استخوان ها دچار سانحه ی سقوط می شوند از این رو باید از عصا، واکر یا صندلی چرخدار استفاده کنند.

افسردگی

افسردگی سالمندان را در یک هفته ی اخیر می پرسیم و بررسی می کنیم در صورت همسر آزاری، خشونت خانگی و اعتیاد ارجاع مستقیم به روان داده می شود.

بیماری ها

تب دنگی

اهمیت بیماری دنگ

بیماری دنگ در سال ۲۰۱۲ به عنوان مهم‌ترین بیماری ویروسی که از طریق بندپایان انتقال می‌یابد محسوب شده و تبدیل به یکی از عمده‌ترین مشکلات بهداشتی در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری جهان شده است.

انتشار هر چهار گونه ویروس دنگ از آسیا تا آمریکا آفریقا و مدیترانه شرقی آن را به یک تهدید سلامت جهانی تبدیل کرده است هنوز هم بار کامل بیماری در سراسر جهان به طور کامل مشخص نشده است، اما الگوی انتشار بیماری در جهان هم برای سلامت عمومی و هم از نظر اقتصادی به حد هشدار رسیده است.

تغییرات آب و هوایی مهم‌ترین عامل در حرکت ویروس از مناطق نیمه گرمسیری به مناطق معتدل جهان می‌باشد اثرات مستقیم این بیماری برای مسائل اقتصادی اجتماعی در کشورهای که بیماری به حالت بومی درآمده است اثر مستقیم قابل توجه داشته و بار ناشی از آن روی موضوعات دیگری هم تاثیر گذار است .

برای مثال نیاز به انتقال خون در این بیماران موجب کاهش چشمگیر موجودی خون در بانک‌های خون می‌گردد متأسفانه مبارزه علیه این بیماری در سراسر جهان با قدرت انجام نمی‌شود و اهمیت آن برای همه کشورها آشکار نشده و به طور قابل توجهی موارد واقعی گزارش نمی‌شوند.

علل اپیدمیولوژی افزایش بیماری دنگ

مهم‌ترین عامل شناخته شده در افزایش بیماری دنگ افزایش جمعیت شهرنشین جهان است که از ۷/۱ نفر به ۵/۳ میلیارد نفر رسیده.

و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ به ۴.۹ میلیارد هم برسد و اکثریت این افزایش به قاره آسیا مربوط می‌شود عامل دوم افزایش مسافرت‌ها به خصوص مسافرت‌های بین‌المللی است که تعداد قابل توجهی از مسافرین عازم مناطق بومی مبتلا می‌شوند.

مطالعات مولکولی بین المللی در کوبا و برزیل نشان داده است که انواع ویروس‌های با قدرت بیماری گسترش وسیع‌تری پیدا کرده‌اند.

عامل انتقال بر نحوه سرایت بیماری و دوره کمون

پشه آئدس عامل اصلی انتقال این ویروس به انسان است با گزش انسان توسط پشه ماده آلوده می‌شود این پشه بر خلاف مالاریا در طول روز انسان را می‌گزد و به خصوص اوایل صبح و نزدیک غروب قبل از تاریک شدن هوا.

پشه آلوده در تمام طول عمر خود عامل بیماری را انتقال می‌دهد.

بیماری تب دنگ ۴ نوع سروتایپ دارد (دنگ ۱_ دنگ ۲_ دنگ ۳_ دنگ ۴)

ویروس در بدن انسان تکثیر می‌یابد و انسان آلوده منبع اصلی انتقال ویروس به پشه‌هایی است که هنوز آلوده نشده‌اند.

فرد آلوده به ویروس ۴ الی ۵ روز حداکثر ۱۲ روز بعد از شروع علائم می‌تواند ویروس را به پشه انتقال دهد.

پشه آئدس در منازل مناطق شهری و عمدتاً در خانه‌های فقیرنشین و حاشیه‌نشین شهر رشد و تکثیر می‌یابد.

یک نوع دیگر از پشه به نام آئدس آلبوپیکتوس ناقل دوم تب دنگ در آسیا بوده این پشه عمدتاً از طریق مسافرت و تجارت‌های بین‌المللی و همچنین بعضی گیاهان مانند لاکی بامبو این بیماری را منتقل می‌کند.

این پشه بسیار بهتر خود را با محیط اطرافش هماهنگ می‌کند و در هوای معتدل رو به سرد حتی اگر دمای هوا نزدیک به صفر هم برسد در هوای زمستانی هم زنده می‌ماند و تکثیر پیدا می‌کند.

علائم بالینی مراحل بیماری و تظاهرات عصبی

دوره نهفتگی بیماری ۴ الی ۱۰ روز است بیماری دنگ ممکن است به صورت طیف گسترده‌ای از آلودگی بی‌علامت تا بیماری عفونی علامت‌دار و وضعیت بدون تب تا شرایط وخیم شامل خونریزی و شکر بروز نماید در شکل کلاسیک بیماری وقتی ویروس واست

گزش پشه وارد بدن انسان گردید ویرمی اولیه ایجاد کرده و بعد از دوره کمون علائم بیماری در طی سه مرحله بروز می‌کند:

۱_ مرحله ی بروز تب ۲_ مرحله ی بحرانی ۳_ دوره ی نقاهت

بیماری تنگ در تقسیم بندی جدید بر اساس شدت بیماری به سه گروه تقسیم بندی شده است:

۱_ دنگ بدون علائم هشدار دهنده

۲_ دنگ با علائم هشدار دهنده

۳_ دنگ شدید بر اساس علائم بالینی یا بدون یافته‌های آزمایشگاه

مرحله ی بروز تب (روز اول تا پنجم)

در این مرحله که بین دو تا ۷ روز طول می‌کشد به طور ناگهانی دچار تب شدید ۳۹ الی ۴۰ درجه می‌شود معمولاً تب بالای ۴۰ درجه در مناطق بومی اگر همراه با دو علامت زیر دیده شود شک به ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهد: سرد شدید+درد پشت حلقه چشم.

مرحله بحرانی (روز پنجم تا هفتم)

وضعیت این بیماران در زمان از بین رفتن تب وخیم گشته درجه حرارت یکباره پایین آمده و فشار خون افت می‌کند علائم هشدار دهنده شامل استفراغ مداوم و درد شدید شکم به عنوان اولین معیارهای نشئت پلاسما بوده و با پیشرفت شرایط بیمار به سمت شوک بر شدت آنها افزوده می‌شود.

بیماری دنگ شدید فردی است که مشکوک به بیماری بوده و دارای یک یا چند علامت از موارد زیر باشد

۱_ نشئت شدید پلاسما که منجر به شوک گردد

۲_ خونریزی شدید

۳_ اختلال شدید اعضای بدن

مرحله ی سوم (نقاقت)

پس از فاز بحرانی به تدریج مایع خارج عروقی در طی ۴۸ الی ۷۲ ساعت جذب می‌گردد شرایط عمومی بهبود یافته اشتهای بیمار بازگشته و علائم معده و روده برطرف شده و حجم ادرار افزایش پیدا می‌کند.

روش های کنترل

با توجه به اینکه علیه اکثر ویروس‌های منتقل از طریق پشه‌ها واکسن موثر و مورد تایید و همچنین داروی ضد ویروسی وجود ندارد، در حال حاضر بهترین روش پیشگیری و کنترل این دسته از بیماری‌ها کنترل ناقلین آنها می‌باشد کنترل شیمیایی، بیولوژیک و ژنتیک.

هدف از مدیریت محیط زیست کاهش جمعیت پشه‌ها و همچنین کاهش مواجهه انسان با پشه با از بین بردن، تغییر یا جابجایی مکان‌های پرورش پشه می‌باشد. این تغییرات می‌تواند شامل تغییر در سیستم سنتی مثل لوله کشی کردن ذخیره آب تخلیه مکرر آب ظروف مثل گلدان‌ها مدیریت زباله و استفاده از توری در مقابل درب‌ها و پنجره‌ها باشد.

درمان

درمان موثر ضد ویروسی بر علیه دین وجود ندارد و و درمان حمایتی تنها رویکرد برای مدیریت بیمار ان می باشد .

بر اساس راهنمای سازمان جهانی بهداشت بررسی اولیه شامل تاریخچه بیماری شمارش سلول‌های خونی برای مشخص نمودن مرحله بیماری و تعیین وجود علائم هشدار دهنده باید انجام شود.

بیماران باید به صورت روزانه پایش شوند تا خطر ورود به فاز بحرانی رفع گردد.

درمان بیماران بدون عوارض جدی شامل درمان حمایتی از جمله استراحت تجویز مایعات تب بر و مسکن می‌باشد.

درمان در بیمارانی که دارای علائم هشدار دهنده هستند و آنها که بیماری زمینه‌ای دارند متفاوت می‌باشد این گروه باید بستری شده و مدیریت مایعات برای آنها صورت گیرد.

بیمارانی که دارای علائم نشت پلاسما خونریزی آسیب ارگان هستند باید به صورت اورژانسی تحت درمان قرار گیرند.

اپیدمیولوژی بیماری لیشمانیوز

لیشمانیوز یکی از بیماریهای انگلی شایع در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری جهان بوده و تهدیدی برای سلامت عمومی محسوب می شود. انواع این بیماری بصورت ضایعات پوستی (سالک) و احشایی (کالآزار) بروز می کند. نوع جلدی به دو شکل اصلی خشک (شهری) و مرطوب (روستایی) مشاهده می شود. سازمان جهانی بهداشت بیماری لیشمانیوز را در ردیف شش بیماری مهم انگلی مناطق گرمسیری دنیا معرفی کرده است.

سالک یکی از مهمترین بیماری های پوستی مشترک بین انسان و حیوان است که توسط گزش پشه خاکی به انسان منتقل می شود. این بیماری به دلیل شیوع فراوان و انتشار و پراکندگی در نقاط مختلف کشور (نوع جلدی) و به دلیل وجود مرگ و میر بالا در صورت عدم درمان به موقع (نوع احشایی) دارای اهمیت فراوان می باشد.

عامل مولد بیماری

عامل بیماری انگل لیشمانیا و ناقل آن پشه خاکی است. در نواحی اندمیک، بیماری بیشتر در کودکان دیده می شود.

قابل انتقال بین انسان و تعدادی از حیوانات از جمله جوندگان و سگ است که توسط پشه خاکی از فرد بیمار، به دیگران انتقال می یابد.

انواع لیشمانیوز

1. لیشمانیوز جلدی
2. لیشمانیوز احشایی
3. لیشمانیوز جلدی-مخاطی

لیشمانیوز جلدی در ایران با نام سالک شناخته می شود.

لیشمانیوز جلدی-مخاطی نیز در ایران گزارش نشده است.

لیشمانیوز جلدی (سالک)

این بیماری به ویژه در فصول گرم سال و در مناطق گرمسیر کشور، بیشتر مشاهده می شود. و به یکی از اشکال زیر تظاهر می نماید:

فرم خشک (شهری)

در نوع شهری که عامل آن **لیشمانیا تروپیکا** می باشد، ضایعات آهسته تر رشد می کنند و دیرتر زخمی می شوند و زمان بهبودی آنها نیز طولانی تر است (به طور متوسط يك سال). در این نوع، مخزن بیماری انسان است ولی سگ هم بطور اتفاقی به بیماری مبتلا می شود.

فرم مرطوب (روستایی)

نوع روستایی که عامل آن **لیشمانیا ماژور** می باشد، در طی چند ماه، پاپول اولیه، تبدیل به ندول می شود که این ندول زخمی شده و دلمه می بندد و در طی چند ماه نیز اسکار به جا می گذارد (حدود 6 ماه).

راه های انتقال

1) انسان به انسان

2) حیوان به حیوان

3) حیوان به انسان و بالعکس

راه های دیگر انتقال ممکن است تماس جنسی ، انتقال خون ، مادرزادی از طریق جفت و یا آلودگی مخاط چشم و یا زخمهای باز با مواد آلوده مانند ترشح زخم یا مخاط بینی انسان و یا حیوان مبتلا به لیشمانیوز احشایی باشد. حیوانات گوشتخوار ممکن است با خوردن لاشه حیوان آلوده مبتلا شوند .

دوره کمون (نهفتگی)

دوره کمون در لیشمانیوز بسته به نوع بیماری متفاوت است . در لیشمانیوز جلدی نوع مرطوب (روستایی) دوره کمون کوتاه تر 4-1 هفته ولی در لیشمانیوز جلدی نوع خشک (شهری) این دوره طولانی تر و بطور معمول 2 تا 8 ماه (گاهی 1 تا 2 سال) می باشد.

دوره کمون لیشمانیوز احشایی (کالآزار) نیز از چند هفته تا چند ماه و گاهی تا یکسال می باشد.

علائم بالینی لیشمانیوز احشایی

استقرار بیماری معمولاً مخفیانه و بدون علائم مشخصی صورت می گیرد و به کبدی پیشرفت می کند . تظاهرات آن با تب نامنظم و موج تا 40 درجه سانتیگراد و بیقراری ، درد ناحیه طحال ، سرفه و کم شدن وزن بدن ، بزرگی طحال و کبد و در نتیجه بزرگ شدن شکم بیمار ، کم خونی و کم شدن تعداد عناصر سلولهای خونی (گلبولهای قرمز ، سفید و پلاکت ها)، ورم صورت و دست ها و پاها دیده می شود.

راه های پیشگیری و کنترل بیماری

- حذف عوامل مساعد کننده
- درمان به موقع بیماران
- درمان سگهای خانگی آلوده و اتلاف سگهای ولگرد و مبارزه با جوندگان صحرایی
- محافظت های شخصی با استفاده از پشه بند و توری های ریز بافت و پوشیدن لباسهای آستین بلند و یا شلوارهای بلند
- بهسازی محیط و جمع آوری زباله ها و بخصوص مصالح ساختمانی که محل های مناسب برای استراحت پشه خاکی ها هستند.

اپیدمیولوژی بیماری هاری

هاری یکی از بیماری های حاد ویروسی حیوانات خونگرم است که ممکن است به طور اتفاقی در اثر گزش یا گاز گرفتگی حیوانات، استنشاق هوای حاوی ویروس و پیوند قرنیه و سایر بافت های آلوده به انسان نیز منتقل شود و لذا جزو بیماری های مشترک انسان و حیوانات (زئونوز)، به حساب می آید.

میکروارگانیزم مولد هاری

عامل سببی هاری ویروس هاری است که نوعی رابدوویروس از جنس لیزاویروس می باشد.

مراحل بیماری هاری

هاری معمولاً دارای چهار مرحله است :

1) دوره نهفتگی که حدود 90-20 روز به طول می‌انجامد.

2) دوره مقدماتی که حدود 10-2 روز به طول می‌انجامد.

3) دوره عصبی حاد که 7-2 روز به طول می‌انجامد.

4) دوره اغماء که 14-0 روز به طول می‌انجامد.

دوره مقدماتی

شخص هارگزیده، دچار کسالت، تب، سردرد، خستگی و بی‌اشتهایی می‌گردد و در 80%-50 موارد، پارسیزی و درد محل گزیدگی، نیز وجود دارد این درد ممکن است موضعی، یا انتشاری و همراه با سوزش یا خارش موضعی باشد. حالت ترس، اضطراب، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، عصبانیت، بی‌خوابی و افسردگی، نیز ممکن است عارض گردد.

دوره عصبی حاد

در این مرحله، افزایش فعالیت (هیپراکتیویته)، توهم و هذیان‌گویی، اختلال جهت‌یابی زمانی — مکانی، حرکات غیرمعقول، صرع، سختی‌گردن و یا فلج، و هیدروفوبی (ترس از آب) و ترس از نور تظاهر می‌نماید.

دوره بهبودی

مراقبت‌های شدید پزشکی در مرحله اغماء ممکن است بتواند باعث نجات جان بیماران بشود و تاکنون حداقل سه نفر توانسته‌اند از هاری، جان سالم به در ببرند و حتی دو نفر آنها بدون باقی‌ماندن هیچگونه عارضه‌ای از بهبودی کامل، برخوردار شده‌اند. البته در هر سه مورد فوق، اقدامات پیشگیرنده قبل یا بعد از تماس، صورت گرفته بوده است.

پاتولوژی جغرافیایی هاری

- این بیماری، انتشار جهانی دارد.
- بیماری هاری در کشور ایران هنوز یکی از معضلات بهداشتی - اقتصادی می‌باشد و تقریباً همه استان‌ها کم و بیش به این بیماری آلوده هستند. بیشترین موارد بیماری در حاشیه دریای خزر، نواحی شمال شرقی و جنوب غربی کشور، مشاهده می‌گردد.
- روباه در اپیدمیولوژی هاری در ایران جایگاه خاصی دارد.
- در بعضی از مناطق حاره در فصل پاییز و زمستان به دنبال شیوع هاری سگ‌سانان، موارد هاری انسانی هم از شیوع بیشتری برخوردار می‌گردد.
- قریب دو سوم تا سه چهارم موارد هاری، در جنس مذکر و بیشترین موارد بیماری، در سنین کمتر از 20 سالگی بروز می‌نماید.

- تمامی پستانداران اهلی و وحشی به درجات مختلفی نسبت به ابتلاء به هاری، حساسند.
- در مناطق جغرافیایی مختلف، حیوانات وحشی متفاوتی مخزن هاری هستند. مثلاً در آمریکا، اسکونک ها (در غرب)، روباه ها (در شرق) و راکون ها (در فلوریدا) مخزن بیماری به شمار می‌روند و در بسیاری از مناطق آفریقا و آسیا و از جمله، ایران؛ گرگ، شغال و سایر حیوانات گوشتخوار کوچک، مخزن هاری می‌باشند.
- انسان ندرتاً به وسیله پستانداران وحشی، آلوده می‌گردد و سگ و گربه در بیش از 90% موارد، مسئول هاری انسان هستند.
- در ایران گرگ ها مخازن اصلی هاری به شمار می‌روند ولی بیماری، بیشتر در اثر گزش سگ، گربه و روباه، به انسان منتقل می‌گردد.
- دوره قابلیت سرایت، در سگ و گربه از 3 تا 10 روز قبل از ظهور علائم بالینی، (به ندرت بیشتر از 4 روز) آغاز شده و در سراسر دوران بیماری ادامه دارد.

پیشگیری از هاری

1. **ارزیابی** شامل گرفتن شرح حال (نوع مواجهه، سابقه ایمنسازی و وضعیت ایمنی فرد) + وضعیت بالینی (معاینه و شناسایی همه زخم ها و تعیین نیاز به ارجاع به بیمارستان)
2. **طبقه بندی شامل :**

گروه 1: لمس یا لیسیدن پوست سالم توسط پستاندار مشکوک.
گروه 2: گازگرفتگی، خراشیدگی و ساییدگی (توسط دندان یا ناخن حیوان) بدون خونریزی.

گروه 3: گزش و خراشیدگی عمیق (همراه با مشاهده خون در زخم)، سوراخ شدگی، کنده شدگی، له شدگی، لیسیدن پوست آسیب دیده، آلودگی مخاط چشم، بینی و دهان با بزاق، هرگونه مواجهه با خفاش، گزش نقاط حساس بدن (سر و گردن، دستها از انگشتان تا مچ و ناحیه تناسلی) و افراد مبتلا به نقص سیستم ایمنی شدید و گزش توسط حیوان مبتلا به هاری.

*معیارهای ارجاع به بیمارستان

خونریزی غیرقابل مهار، افت فشارخون، کاهش هوشیاری، شکستگی استخوان، پارگی عصب، عضله یا زردپی، آسیب به چشم یا صدمه شدید به صورت، سینه یا شکم، حساسیت به دوزهای قبلی واکسن، عفونت محل زخم و

3. **درمان** در گروه 1، شست و شوی محل زخم در گروه 2 و 3 بررسی سابقه ایمنسازی و در صورت نداشتن سابقه واکسیناسیون، در گروه 2، درمان موضعی به همراه واکسیناسیون ضدهاری انجام می گیرد؛ در گروه 3، درمان موضعی به همراه واکسیناسیون و استفاده از سرم ضدهاری انجام می شود.

در صورت داشتن سابقه ایمنسازی ضدهاری، اگر کمتر از 3 ماه از آخرین دوز واکسن می گذرد، نیاز به واکسیناسیون مجدد نمی باشد و فقط درمان موضعی انجام می شود.

در صورتی که بیش از 3 ماه از آخرین دوز واکسن گذشته باشد و یا پیشگیری ناکامل در مواجهه قبلی صورت گرفته باشد، علاوه بر درمان موضعی، واکسن ضدهاری به صورت عضلانی یا زیرجلدی تزریق می گردد.

➤ تزریق واکسن ضدهاری در سه نوبت انجام می گیرد؛ نوبت اول در روز صفر (اولین مراجعه)، نوبت دوم 3 روز بعد از اولین مراجعه و نوبت سوم 7 روز پس از اولین مراجعه.

➤ درمان موضعی نیز شامل شست و شوی محل زخم به مدت 15-20 دقیقه با آب و صابون، سپس ضد عفونی محل زخم با پوئیدین آیودین (بتادین 10%) و یا الکل 70% است.

➤ جهت پیشگیری از عفونت محل زخم تجویز آنتی بیوتیک (کوآموکسی کلاو و یا داکسی سایکلین) توصیه می گردد.



هپاتیت

هپاتیت A

هپاتیت A یک عفونت ویروسی حاد است که باعث التهاب کبد می‌شود و ناشی از ویروس هپاتیت (HAV) A است. عوارض: عموماً عوارض جدی ندارد و خود محدود شونده است اما در موارد نادر می‌تواند منجر به نارسایی کبد شود.

روش انتقال

- عمدتاً از طریق مصرف آب یا غذای آلوده به مدفوع افراد مبتلا.
- تماس نزدیک با فرد مبتلا.

عوامل خطر

- سفر به مناطق با بهداشت ضعیف.
- مصرف غذاهای دریایی خام یا نیم‌پخته.
- زندگی در محیط‌های شلوغ یا پرجمعیت.

حساسیت و مقاومت

- همه افراد حساس هستند، اما بعد از عفونت، ایمنی طولانی‌مدتی ایجاد می‌شود.
- واکسن موجود است که ایمنی را فراهم می‌کند.

اپیدمیولوژی

- در کشورهای در حال توسعه شایع‌تر است.
- شیوع در مناطق با بهداشت ضعیف و سیستم‌های آبرسانی ناکافی بیشتر است.

پیشگیری

- واکسیناسیون.
- رعایت بهداشت شخصی (شستن دست‌ها).
- مصرف آب و غذای سالم.

هپاتیت B

هپاتیت B یک عفونت ویروسی مزمن یا حاد است که ناشی از ویروس هپاتیت (HBV) B می‌باشد و می‌تواند منجر به آسیب کبدی جدی شود. عوارض: عفونت مزمن HBV می‌تواند منجر به سیروز، نارسایی کبد و سرطان کبد شود.

روش انتقال

- از طریق تماس با مایعات بدن مانند خون، اسپرم و ترشحات واژینال.
- انتقال از مادر به نوزاد در حین زایمان.
- استفاده از سوزن‌های مشترک.

عوامل خطر

- افرادی که در تماس نزدیک با افراد مبتلا هستند.
- افرادی که از سوزن‌های آلوده استفاده می‌کنند (مثل معتادان).
- افراد با روابط جنسی پرخطر.

حساسیت و مقاومت

- همه افراد حساس هستند، اما واکسن موجود می‌تواند ایمنی ایجاد کند.
- عفونت مزمن ممکن است منجر به سیروز یا سرطان کبد شود.

اپیدمیولوژی

- شیوع جهانی دارد، به ویژه در آسیا و آفریقا.
- حدود ۲۵۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به عفونت مزمن HBV هستند.

پیشگیری

- واکسیناسیون.
- استفاده از وسایل محافظتی در روابط جنسی.
- عدم استفاده از سوزن‌های مشترک.

هپاتیت C

هپاتیت C یک عفونت ویروسی است که ناشی از ویروس هپاتیت (HCV) می‌باشد و می‌تواند به عفونت مزمن و آسیب کبدی منجر شود. عوارض: عفونت مزمن HCV می‌تواند منجر به سیروز و سرطان کبد شود.

روش انتقال

- عمدتاً از طریق خون (استفاده از سوزن‌های آلوده).
- انتقال جنسی کمتر شایع است، اما ممکن است اتفاق بیفتد.

عوامل خطر

- استفاده از سوزن‌های مشترک (معتادان).
- دریافت خون یا محصولات خونی آلوده قبل از سال ۱۹۹۲.
- داشتن چندین شریک جنسی.

حساسیت و مقاومت

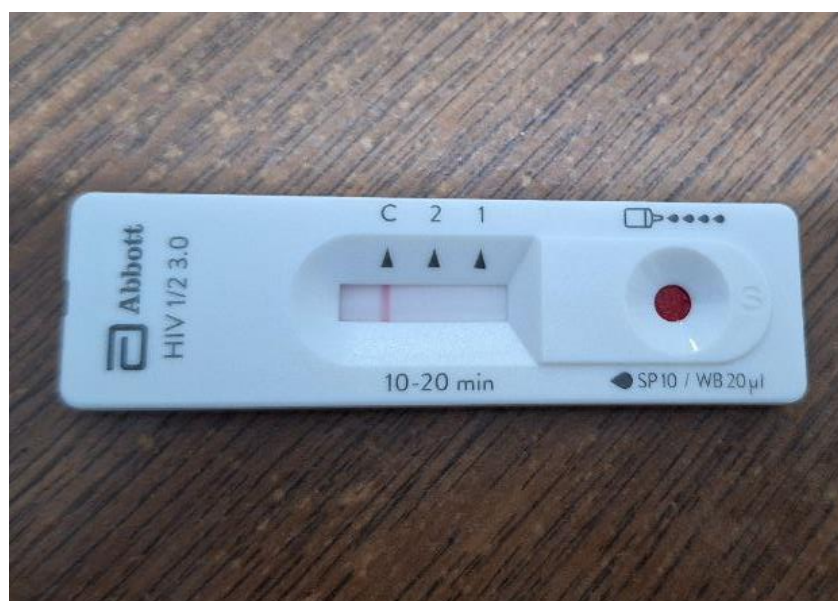
- بیشتر افراد حساس هستند.
- در صورت عفونت، ممکن است بدن قادر به پاکسازی ویروس نباشد و عفونت مزمن ایجاد شود.

اپیدمیولوژی

- حدود ۷۰-۸۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به عفونت مزمن HCV هستند.
- شیوع آن در کشورهای در حال توسعه و در میان گروه‌های پرخطر بیشتر است.

پیشگیری

- عدم استفاده از سوزن‌های مشترک.
- آموزش درباره روابط جنسی ایمن.
- تاکنون واکسنی برای هپاتیت C وجود ندارد، اما درمان‌های مؤثری برای عفونت مزمن وجود دارد.



عفونت اچ آی وی/ایدز

عفونت اچ آی وی (HIV) به معنای "ویروس نقص ایمنی انسانی" است که سیستم ایمنی بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند منجر به ایدز (AIDS) شود، که مرحله نهایی عفونت اچ آی وی است و با نارسایی شدید سیستم ایمنی مشخص می‌شود.

مراحل بیماری

1. عفونت حاد :

- 2 تا 4 هفته پس از عفونت، علائم شبیه آنفلوانزا مانند تب، خستگی و گلودرد بروز می‌کند.

2. فاز بی‌علامت:

- ممکن است سال‌ها طول بکشد. در این مرحله، ویروس در بدن فعال است اما علائم خاصی ندارد.

3. فاز مزمن (عفونت بدون علامت):

- در این مرحله، ویروس به آرامی کبد را تخریب می‌کند. ممکن است فرد هیچ علامتی نداشته باشد، اما ویروس در حال تکثیر است.

4. ایدز:

- زمانی که سیستم ایمنی بدن به شدت ضعیف شده و فرد به عفونت‌های فرصت‌طلب یا سرطان‌ها مبتلا می‌شود.

جمعیت‌های در معرض خطر

- مردان همجنس‌گرا.
- افرادی که از سوزن‌های مشترک استفاده می‌کنند (مانند معتادان به مواد مخدر).
- افرادی که در روابط جنسی پرخطر قرار دارند.

- افرادی که دارای سابقه عفونت‌های مقاربتی هستند.
- نوزادان متولد شده از مادران مبتلا به اچ آی وی.

عوامل خطر

- روابط جنسی بدون حفاظت.
- استفاده از سوزن‌های مشترک.
- انتقال از مادر به فرزند در دوران بارداری یا زایمان.
- عدم دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی.

حساسیت و مقاومت

- افراد غیر واکسینه شده نسبت به اچ آی وی حساس هستند.
- هیچ واکسنی برای اچ آی وی وجود ندارد، اما درمان‌های ضدویروسی می‌توانند بار ویروسی را کاهش دهند و از پیشرفت بیماری جلوگیری کنند.

گسترش جغرافیایی

- اچ آی وی/ایدز به صورت جهانی گسترش یافته است، اما بیشترین شیوع در کشورهای آفریقایی زیر صحرا و برخی مناطق آسیایی و شرقی وجود دارد.

برنامه ۹۰-۹۰-۹۰

- این برنامه توسط UNAIDS برای کنترل اپیدمی اچ آی وی طراحی شده است:
- 90% از افراد مبتلا به اچ آی وی باید شناسایی شوند.
- 90% از افراد شناسایی شده باید تحت درمان ضدویروسی قرار گیرند.
- 90% از افرادی که تحت درمان هستند باید بار ویروسی غیرقابل شناسایی داشته باشند.
- این اهداف به منظور کاهش انتقال ویروس و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا طراحی شده‌اند.

پیشگیری

- آموزش و آگاهی: اطلاع رسانی درباره روش های انتقال و پیشگیری.
- استفاده از کاندوم: کاهش خطر انتقال از طریق روابط جنسی.
- استفاده از سوزن های تمیز: برای جلوگیری از انتقال از طریق خون.
- پیشگیری قبل از تماس (PrEP): داروهایی که به افراد پرخطر کمک می کند تا از عفونت جلوگیری کنند.
- تشخیص زودهنگام: آزمایش منظم برای شناسایی زودهنگام اچ آی وی.

اپیدمیولوژی بیماری سل

سل، بیماری عفونی نکرóz دهنده حاد یا مزمنی است که باعث گرفتاری ارگان های مختلف بدن و مخصوصاً ریه ها می شود. در بررسی معضلات بهداشتی سل، باید هم به عفونت سلی و هم بیماری سل توجه شود.

عفونت سلی حالتی است که باسیل های سل، بدون ایجاد علائم بالینی و آزمایشگاهی قابل کشفی در بدن شخص آلوده، حضور داشته و تنها باعث مثبت شدن تست توبرکولین او میشوند. در چنین مواردی باسیل ها معمولاً در قلّه ریه ها، کلیه ها، جسم مهره ها، استخوان های طویل، لوله فالوپ و بعضی از عقده های لنفاوی، به حالت نهفته به سر می برند.

عفونت سلی، معمولاً به خودی خود خطری ندارد ولی از آنجا که در حدود 5-15% موارد، در عرض پنج سال می تواند به بیماری سل، تبدیل شده و علائم و عوارض خطیری ایجاد کند لذا بایستی مورد توجه قرار گیرد. در حال حاضر عفونت سلی را تنها از طریق انجام تست توبرکولین، می توان تشخیص داد.

بیماری سل به حالتی اطلاق می شود که باسیل ها موجب گرفتاری يك یا چند عضو بدن شده و باعث ایجاد تغییرات بالینی، رادیوگرافیک و باکتریولوژیک گردیده باشند.

تظاهرات بالینی سل

(1) ریوی

(2) غیر ریوی

در 85% موارد به صورت ریوی و 15% موارد علائم غیر ریوی است .
در نوع غیر ریوی تقریباً تمام ارگانها درگیر می شوند، ولی شایعترین نقاط درگیر عبارتند از غدد لنفاوی، دستگاه ادراری تناسلی، استخوان، روده و مننژ شایعترین محل درگیر در نوع ریوی :قله ریه است .
کشنده ترین و شایعترین نوع سل :سل ارزنی و مننژیت سلی شایع ترین محل درگیری در سل ریوی

میکروارگانیزم مولد سل

عوامل مولد بیماری، شامل مجموعه مایکوباکتریوم توبرکولوزیس، مایکوباکتریوم بویس و مایکوباکتریوم آفریکانوم، می باشد . مایکوباکتریوم توبرکولوزیس، باسیل گرم مثبت مقاوم به اسیدی است که رشد آهسته ای داشته و داخل فاگوسیت های بدن قادر به تکثیر است .
*دوز آلوده کننده با مایکوباکتریوم توبرکولوزیس، 1 تا 3 باکتری است .

سیر طبیعی و دوره کمون سل

دوره نهفتگی سل در حدود 4-6 هفته است .
عفونت اولیه سلی در 95% موارد، فاقد علائم بالینی است .
احتمال تبدیل عفونت سلی به بیماری سل را 15-5 درصد برای سال های بعد از آن برآورد کرده اند .
احتمال تبدیل عفونت سلی به بیماری سل، در دوران شیرخوارگی، 25 - 15 سالگی و سنین پیری از هر زمان دیگری بیشتر و در سنین 15-5 سالگی از سایر سنین، کمتر گزارش شده است .

بر اساس آمارهای به جا مانده از دوران قبل از کشف داروهای ضد سل، قریب 50% بیماران مبتلا به سل ریوی ثانویه، در عرض 2 سال جان خود را از دست می داد، 25% خود به خود بهبود می یافت و 25% باقیمانده، سیر مزمنی را طی کرده به مدت چندین سال باسیل ها را به طور متناوب در محیط اطراف خود، منتشر می نموده اند .
توبرکولوز، به عنوان شایعترین عامل پاتوژن منفرد منجر به مرگ، در بین تمامی عوامل عفونی، به حساب می آید .

سل مهمترین عامل مرگ زنان دنیا به حساب می آید و حتی میزان مرگ و میر بیشتری نسبت به عوامل مربوط به بارداری و زایمان به دنبال داشته است .

مخازن عفونت انسانی

- 1) افراد آلوده به بیماری سل و مخصوصاً سل ریوی فعال .
- 2) گاو های آلوده که هنوز در مناطقی که سل گاوی، ریشه کن نشده است جزو مخازن عفونت، به حساب می آیند .
- 3) بعضی از حیوانات دیگر و پرندگان.

راه های انتقال سل

- 1) از طریق هوا اصلی ترین راه انتقال
- 2) از طریق وسایل و لوازم آلوده
- 3) از طریق دستگاه گوارش
- 4) از طریق پوست و مخاطات
- 5) از طریق مقاربت جنسی
- 6) از طریق تماس با حیوانات و مصرف لبنیات .

سل در درجه اول بوسیله ذرات مایع حاوی باسیل کخ، به دیگران منتقل می شود؛ منشاء این باسیل ها معمولاً دستگاه تنفس افرادی است که مبتلا به سل بوده و در موقع صحبت کردن، عطسه کردن، خندیدن، سرفه کردن و خوانندگی، این ذرات را در فضای اطراف خود منتشر می نمایند. ولی وقتی این ذرات به سطح زمین یا سایر سطوح فرود آیند عفونت زایی خود را از دست می دهند و لذا بر خلاف تصور قبلی نیازی به ضد عفونی کردن البسه و ظروف غذا خوری مسلولین، نمی باشد

علائم بالینی سل

- کاشکسی
- سرفه مزمن
- خلط خونی
- خستگی
- بی اشتها
- کم خونی و سوء تغذیه

- تعریق شبانه
- کاهش وزن

افراد حساس در برابر ابتلا به سل

- خانم های باردار
- شیرخواران دارای مادر مبتلا
- سالمندان
- استعداد ژنتیکی
- اعضای خانواده فرد مبتلا
- خانواده های پرجمعیت و کم درآمد
- فقر- سوء تغذیه
- مسکن نامناسب
- مهاجرت و آوارگی
- لاغری
- مبتلایان به دیابت
- مبتلایان به نقص سیستم ایمنی (ایدز)
- مبتلایان به نارسایی کلیوی
- مبتلایان به سیلیکوزیس
- مبتلایان به لوسمی و سایر سرطان ها
- مبتلایان به اعتیاد تزریقی
- مصرف کنندگان داروهای کورتیکواستروئید

پیشگیری اولیه

پیشگیری اولیه به منظور حفظ افراد سالم

کلید اصلی کنترل سل، شامل يك برنامه کنترل ملي توبرکولوز (NTP) موثر است که دو هدف دارد:

1 (تشخیص 70% موارد جدید اسمیر خلط مثبت

2 (درمان موفق 85% آنها

به موازات اقداماتی که در راستای بیماریابی، صورت می‌گیرد بایستی به منظور ریشه کنی منابع عفونت و قطع زنجیره انتقال باکتری از افرادی که سل فعال دارند به افراد حساس، بلافاصله اقدام به درمان بیماران نموده تا پایان درمان، در امر اجرای آن نظارت نمود، همان شیوه ای که امروزه تحت عنوان درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم، (DOTS) نامیده شده و یکی از موفق ترین برنامه های کنترل سل، تشخیص داده شده است.

یافتن افراد مبتلا به عفونت سلی

*واکسیناسیون

واکسن BCG نوعی واکسن زنده ضعیف شده سوش گاوی باسیل سل است.

در حال حاضر واکسن BCG در کشورهای که بیماری سل، از شیوع زیادی برخوردار است در سطح وسیعی به مصرف میرسد. این واکسن بایستی در دوران شیرخوارگی و یا اوائل طفولیت و در واقع قبل از اینکه فرد، مبتلا به عفونت سلی بشود تلقیح گردد.

واکسیناسیون BCG جزو برنامه گسترش ایمنسازی کشوری است. مطالعات متعدد نشان داده است که با واکسیناسیون نوزادان می‌توان از بروز موارد خطیر و مرگ زای بیماری یعنی سل ارزنی و مننژیت سلی جلوگیری به عمل آورد.

بر اساس دستورالعمل کشوری، لازم است واکسن ب ت ث در بدو تولد به طور داخل جلدی در قسمت فوقانی بازوی راست و به مقدار 0.5/ میلی لیتر تلقیح شود. این میزان برای کودکان تا سن یک سالگی کفایت می‌کند ولی برای کودکان بیش از یکسال به مقدار 1/ میلی لیتر توصیه می‌شود.

اگر کودکی تا سن سه سالگی واکسن BCG را دریافت نکرده باشد ابتدا باید برای او تست توبرکولین را انجام داده در صورتی که نتیجه تست کمتر از 6 میلی متر باشد واکسن BCG تلقیح گردد

محلول یا پودر واکسن باید در دمای صفر تا هشت درجه سانتی گراد یعنی در طبقه فوقانی یخچال نگهداری شود و ویال های باز شده باید در پایان عملیات واکسیناسیون روزانه دور ریخته شود.

مهمترین عامل خطر برای تبدیل عفونت سل به بیماری سل عفونت ناشی از HIV می باشد.

بیماران مبتلا به عفونت ناشی از HIV باید با تست PPD مورد بررسی قرار گیرند و در صورت مثبت بودن این تست تحت پوشش کمپروویفیلاکسی (پیشگیری دارویی)، قرار گیرند. همچنین افرادی که دچار بیماری سل یا عفونت سل هستند باید از نظر عفونت ناشی از HIV بررسی گردند.

تلقیح واکسن BCG در مبتلایان به AIDS ممنوع است ولی در افراد مبتلا به عفونت ناشی از HIV ممنوعیتی ندارد.

داروهای مورد استفاده در افراد مبتلا به سل

ریفامپین- ایزونیازید- پیرازینامید- اتامبوتول و ویتامین B6

*ایزولاسیون فرد مبتلا تا دو هفته بعد از درمان صحیح باید انجام شود.

ویروس پاپیلوم انسانی یا زگیل تناسلی HPV

ویروس پاپیلومای انسانی HPV به گروهی از ویروس‌ها گفته می‌شود که بر روی پوست و غشاهای مخاطی مانند گلو، دهان، دهانه رحم و مقعد تاثیر می‌گذارند. ویروس پاپیلومای انسانی، انواع مختلفی دارد و بعضی از آنها نسبت به انواع دیگر، خطر بیشتری دارند.

راه انتقال

برای ابتلا به این بیماری جنسی، الزاماً نیازی به رابطه جنسی نیست و حتی تماس پوست با پوست برای شیوع آن کافی است.

انتشار جغرافیایی

زگیل تناسلی بسیار شایع بوده، به طوری که حدود ۷۹ میلیون نفر در ایالات متحده به این بیماری مبتلا هستند. هر فردی که از نظر جنسی فعال باشد در دوره‌ای از زندگی خود به ویروس HPV مبتلا خواهد شد، مگر اینکه برای جلوگیری از آن واکسن دریافت کند. واکسیناسیون می‌تواند از شما در برابر خطرناکترین انواع HPV نیز محافظت کند.

علائم

بسیاری از افراد مبتلا به ویروس پاپیلومای انسانی، هیچ علامتی را تجربه نمی‌کنند، اما در برخی افراد، این ویروس باعث ایجاد علائمی مانند زگیل‌هایی به رنگ صورتی یا گوشتی که برجسته، صاف یا شبیه گل کلم هستند، می‌شود.

ابتلا به HPV می‌تواند خطر سرطان دهانه رحم و سرطان گلو را افزایش دهد.

برخی از انواع HPV که باعث ایجاد زگیل تناسلی می‌شود، کم‌خطر هستند.

تشخیص

معاینه‌ی ضایعات پوستی روی آلت تناسلی مردان

نمونه‌گیری از پوست آلت تناسلی، مجرای ادراری، ترشحات و مایع منی
استفاده از پاپ اسمیر و آزمایش HPV در زنان

واکسن

واکسن HPV برای همه نوجوانان (پسران و دختران) در سن ۱۱ یا ۱۲ سالگی توصیه می‌شود، هرچند می‌توانیم از سن ۹ سالگی نیز این واکسن را تزریق کنیم.

تعداد دوز واکسن HPV بستگی به سن و وضعیت سلامت سیستم ایمنی ما دارد

سن کمتر از ۱۵ سال و با عملکرد طبیعی سیستم ایمنی: باید دو تزریق با فاصله حداقل شش ماه انجام شود.

سن ۱۵ سال یا بیشتر و با عملکرد طبیعی سیستم ایمنی: باید سه دوز واکسن تزریق شود. دوز دوم یک تا دو ماه بعد از نوبت اول و دوز سوم شش ماه بعد از دوز اول تزریق می‌شود.

افراد مبتلا به HIV یا نقص سیستم ایمنی (مثلاً در مبتلایان به بیماری‌های دیگری که سیستم ایمنی را تضعیف می‌کنند)، بدون توجه به سن شروع واکسیناسیون، باید سه دوز واکسن تزریق نمایند.

سفلیس

عامل : باکتری تریپونما پالیدوم

سفلیس یک عفونت جدی است و لازم است در اسرع وقت درمان شود تا از آسیب دائمی و عوارض طولانی مدت مانند فلج، کوری و مرگ جلوگیری شود. سفلیس می‌تواند در دوران بارداری به نوزاد منتقل شود.

این بیماری معمولاً ۴ مرحله دارد

در مرحله‌ی اول :

فرد ممکن است در اطراف دستگاه تناسلی، مقعد، راست روده یا دهان یک زخم گرد و سفت و بدون درد را مشاهده کند. این زخم ممکن است قابل مشاهده نباشد، زیرا بدون درد است و ممکن است در واژن پنهان باشد. این مرحله ۳ تا ۶ هفته طول می‌کشد.

در مرحله‌ی دوم :

سفلیس، ممکن است علائم زیر وجود داشته‌باشند:

بثورات بدون خارش قهوه‌ای یا قرمز در کف دست یا کف پا

ضایعات در غشاهای مخاطی مانند دهان، واژن یا مقعد

تورم غدد لنفاوی

ریزش مو

سر درد

کاهش وزن

دردهای عضلانی

خستگی

تب

در مرحله‌ی نهفته، علائم از بین می‌روند اما باکتری در بدن باقی می‌ماند و می‌تواند باعث بیماری‌زایی شود.

در مرحله‌ی سوم سفلیس، عوارض تهدیدکننده‌ی زندگی می‌تواند بر مغز، سیستم عصبی، چشم، گوش، قلب و اندام‌های دیگر تاثیر بگذارد. علائم در این مرحله، بستگی به این دارد که سفلیس بر کدام قسمت از بدن تاثیر گذاشته‌است.

افراد زیر در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سفلیس هستند

1. جوانان: به ویژه افرادی که بین 15 تا 24 سال سن دارند.
2. افراد با چندین شریک جنسی: افرادی که روابط جنسی متعدد دارند.
3. افراد مبتلا به دیگر عفونت‌های مقاربتی: وجود عفونت‌های دیگر می‌تواند خطر ابتلا به سفلیس را افزایش دهد.
4. مردان همجنس‌گرا: این گروه بیشتر در معرض خطر ابتلا به سفلیس و دیگر عفونت‌های مقاربتی هستند.
5. افراد بدون دسترسی به خدمات بهداشتی: عدم دسترسی به خدمات پزشکی و آزمایش‌های منظم.

عوامل خطر

1. عدم استفاده از کاندوم: عدم استفاده از وسایل محافظتی در هنگام رابطه جنسی.
2. چند شریک جنسی: داشتن شرکای جنسی متعدد بدون انجام تست‌های منظم.
3. مصرف مواد مخدر: مصرف مواد مخدر می‌تواند به رفتارهای پرخطر منجر شود.
4. عدم آگاهی: عدم آگاهی از عفونت‌ها و روش‌های پیشگیری.
5. سابقه‌ی عفونت‌های مقاربتی: افرادی که قبلاً دچار عفونت‌های مقاربتی شده‌اند.

پیشگیری

1. استفاده از کاندوم: استفاده صحیح و مداوم از کاندوم در هر نوع رابطه جنسی.
2. آزمایش منظم: انجام آزمایش‌های منظم برای عفونت‌های مقاربتی به ویژه برای گروه‌های پرخطر.

3. آموزش و آگاهی: افزایش آگاهی در مورد سفلیس و دیگر عفونت‌های مقاربتی.
4. کاهش شرکای جنسی: کاهش تعداد شرکای جنسی و انتخاب شرکای ثابت و سالم.
5. مشاوره و درمان: مشاوره با پزشک و درمان سریع عفونت‌ها.

سوزاک

عامل: باکتری نایسریا گونوره

این بیماری می‌تواند منجر به بیماری التهابی لگن در زنان و التهاب اپیدیدیم (لوله‌هایی که اسپرم را ذخیره می‌کنند) در مردان شود. در نتیجه اگر سوزاک درمان نشود می‌تواند منجر به عوارض تهدید کننده‌ی زندگی و ناباروری شود. سوزاک با آنتی‌بیوتیک قابل‌درمان است. اگر فرد، ناحیه‌ای از بدن را که آلوده است، لمس کند و سپس دست خود را با چشم‌ها تماس دهد، سوزاک می‌تواند در چشم نیز ایجاد شود. این عفونت می‌تواند در هنگام زایمان به نوزاد نیز منتقل شود.

سوزاک اغلب علامتی ایجاد نمی‌کند، اما در صورت بروز، علائم آن ممکن است شامل موارد زیر باشد

درد در هنگام ادرار کردن
 ترشحات غیرطبیعی از دستگاه تناسلی
 تورم دستگاه تناسلی
 لکه‌بینی (خونریزی بین دوره‌های پریودی)
 خارش مقعدی
 درد هنگام دفع مدفوع
 ترشحات غیرطبیعی از مقعد
 سوزش و درد در گلو
 تورم غدد لنفاوی

روش‌های انتقال

سوزاک عمدتاً از طریق تماس جنسی منتقل می‌شود، از جمله:

- مقعدی: از طریق مقاربت مقعدی.
- واژنی: از طریق مقاربت واژنی.
- دهانی: از طریق رابطه جنسی دهانی.
- انتقال از مادر به نوزاد: در حین زایمان ممکن است نوزاد مبتلا شود.

عوامل خطر

1. عدم استفاده از کاندوم: عدم استفاده از وسایل محافظتی در هنگام رابطه جنسی.
2. چند شریک جنسی: داشتن شرکای جنسی متعدد بدون انجام تست‌های منظم.
3. مصرف مواد مخدر: مصرف مواد مخدر می‌تواند به رفتارهای پرخطر منجر شود.
4. عدم آگاهی: عدم آگاهی از عفونت‌ها و روش‌های پیشگیری.

پیشگیری

1. استفاده از کاندوم: استفاده صحیح و مداوم از کاندوم در هر نوع رابطه جنسی.
2. آزمایش منظم: انجام آزمایش‌های منظم برای عفونت‌های مقاربتی به ویژه برای گروه‌های پرخطر.
3. آموزش و آگاهی: افزایش آگاهی در مورد سوزاک و دیگر عفونت‌های مقاربتی.
4. کاهش شرکای جنسی: کاهش تعداد شرکای جنسی و انتخاب شرکای ثابت و سالم.
5. مشاوره و درمان: مشاوره با پزشک و درمان سریع عفونت‌ها.

هموفیلی

هموفیلی یک اختلال نادر خونی است که در آن خون به‌طور طبیعی لخته نمی‌شود. این به دلیل کمبود یا عدم وجود فاکتورهای لخته شدن خون، که پروتئین‌های ضروری برای فرآیند لخته شدن خون هستند، رخ می‌دهد.

انواع هموفیلی

هموفیلی نوع A

این نوع شایع‌ترین نوع هموفیلی است و به دلیل کمبود فاکتور هشت (VIII) رخ می‌دهد. و به نسبت یک در 10000 تولد رخ می‌دهد

هموفیلی نوع B

این نوع نادرتر است و به دلیل کمبود فاکتور نه (IX) اتفاق می‌افتد. گاهی اوقات به آن "بیماری کریسمس" هم می‌گویند. و به نسبت 1 در 30000 تولد رخ می‌دهد

علائم و عوارض

- خونریزی طولانی و شدید: افراد مبتلا به هموفیلی ممکن است بعد از کوچک‌ترین بریدگی‌ها دچار خونریزی طولانی شوند.
- کبودی‌های بزرگ و عمیق: حتی بعد از ضربات کوچک، کبودی‌های بزرگ و دردناکی ممکن است ظاهر شوند.
- خونریزی‌های داخلی: ممکن است خونریزی‌های داخلی در مفاصل (مثل زانو، آرنج، مچ) و عضلات رخ دهد، که می‌تواند منجر به آسیب‌های شدید و دائمی شود.

عوامل ریسک و ژنتیک

هموفیلی یک بیماری ژنتیکی است که معمولاً از طریق ژن معیوبی که بر روی کروموزوم X قرار دارد، به ارث می‌رسد. به همین دلیل، مردان بیشتر در معرض ابتلا به این بیماری

هستند، در حالی که زنان می‌توانند ناقل این بیماری باشند. افرادی که خانواده‌هایشان دارای این بیماری هستند، بیشتر در معرض خطر هستند.

خطر توارث

اگر مادری حامل باشد هر یک از پسرانش به احتمال ۵۰ درصد ژن‌های جهش یافته را به ارث خواهند برد. اگر مادری دارای پسری مبتلا به هموفیلی باشد اما هیچ خویشاوند مبتلای دیگری نداشته باشد احتمال حامل بودن او ۲ در ۳ است.

تشخیص

تشخیص هموفیلی از طریق آزمایش خون انجام می‌شود که شامل اندازه‌گیری سطح فاکتورهای لخته شدن خون و آزمایشات ژنتیکی می‌باشد.

درمان و مدیریت

- تزریق فاکتورهای لخته شدن: این شامل تزریق منظم فاکتورهای لخته شدن خون به منظور جلوگیری از خونریزی‌های جدی است.
- داروهای جدیدتر: امروزه برخی داروهای ژنتیکی و درمان‌های جایگزینی توسعه یافته‌اند که می‌توانند به افراد مبتلا به هموفیلی کمک کنند.
- مراقبت‌های ویژه: افراد مبتلا باید از فعالیت‌هایی که ممکن است منجر به آسیب یا خونریزی شوند، اجتناب کنند و در مواقع لزوم از فیزیوتراپی برای بهبود عملکرد مفاصل استفاده کنند.

پیشگیری و آموزش

اگرچه هموفیلی قابل پیشگیری نیست، اما با تشخیص زودهنگام و مدیریت مناسب، می‌توان کیفیت زندگی افراد مبتلا را بهبود بخشید. آموزش به خانواده‌ها و بیماران در مورد چگونگی مدیریت بیماری و مراقبت‌های لازم می‌تواند کمک شایانی به جلوگیری از عوارض جدی داشته باشد.

تالاسمی

تالاسمی یک اختلال خونی ارثی است که بر تولید هموگلوبین تأثیر می‌گذارد. هموگلوبین پروتئینی است که در سلول‌های قرمز خون وجود دارد و وظیفه حمل اکسیژن به بافت‌های بدن را بر عهده دارد. تالاسمی باعث کاهش سطح هموگلوبین و در نتیجه کم‌خونی می‌شود.

انواع تالاسمی

تالاسمی به دو نوع اصلی تقسیم می‌شود:

1. تالاسمی آلفا

- تعریف: در این نوع، تولید زنجیره‌های آلفای هموگلوبین مختل می‌شود.
- علائم: بستگی به تعداد ژن‌های معیوب دارد. در موارد شدید، می‌تواند منجر به بیماری هیدروپس جنینی شود.
- درجه شدت:
 - نورمال (حامل): یک ژن معیوب، عموماً بدون علائم.
 - میانه: دو ژن معیوب، علائم خفیف.
 - شدید: سه یا چهار ژن معیوب، علائم شدید و نیاز به درمان.

2. تالاسمی بتا

- تعریف: در این نوع، تولید زنجیره‌های بتای هموگلوبین مختل می‌شود.
- علائم: شامل خستگی، ضعف، رنگ‌پریدگی و بزرگ شدن طحال.
- درجه شدت:
 - حامل (بتا تالاسمی مینور): یک ژن معیوب، معمولاً بدون علائم.

- بتا تالاسمی متوسط: دو ژن معیوب، علائم متوسط و نیاز به مراقبت‌های پزشکی.
- بتا تالاسمی ماژور (کم‌خونی خفیف): دو ژن معیوب، علائم شدید و نیاز به درمان منظم.

علل تالاسمی

تالاسمی یک بیماری ژنتیکی است که به‌وسیله جهش در ژن‌های مربوط به تولید هموگلوبین به وجود می‌آید. معمولاً در مناطق جغرافیایی خاصی مانند مدیترانه، خاورمیانه و جنوب شرق آسیا بیشتر شایع است.

تالاسمی مینور

علائم

بسیاری از افراد با تالاسمی مینور هیچ علامتی ندارند، اما ممکن است برخی از علائم خفیف شامل:

- خستگی
- ضعف
- رنگ‌پریدگی
- تنگی نفس در فعالیت‌های بدنی

تشخیص

تشخیص تالاسمی مینور معمولاً از طریق آزمایش خون انجام می‌شود. آزمایش‌های معمول شامل:

- شمارش کامل خون (CBC)
- الکتروفورز هموگلوبین

درمان

در بیشتر موارد، تالاسمی مینور نیاز به درمان خاصی ندارد. افراد مبتلا به این اختلال معمولاً می‌توانند زندگی عادی داشته باشند. در موارد خاص، ممکن است نیاز به:

- مکمل‌های آهن (در صورت کمبود)

- مشاوره ژنتیکی برای خانواده‌ها

پیشگیری

پیشگیری از تالاسمی مینور به دلیل ارثی بودن آن به طور کامل ممکن نیست، اما مشاوره ژنتیکی می‌تواند برای زوج‌های در معرض خطر مفید باشد.

تالاسمی ماژور

تالاسمی ماژور یک اختلال خونی جدی و ارثی است که به دلیل نقص جدی در تولید زنجیره‌های هموگلوبین ایجاد می‌شود. این بیماری معمولاً در دوران کودکی تشخیص داده می‌شود و می‌تواند عواقب جدی برای سلامت فرد داشته باشد.

علل

تالاسمی ماژور به دلیل جهش‌های ژنتیکی در ژن‌های تولیدکننده هموگلوبین ایجاد می‌شود. این اختلال به طور اتوزومال مغلوب به ارث می‌رسد؛ بنابراین، فرد باید یک نسخه معیوب از هر والدین دریافت کند تا دچار این بیماری شود.

علائم

علائم تالاسمی ماژور معمولاً در اوایل زندگی بروز می‌کند و می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- کم‌خونی شدید
- خستگی و ضعف
- رنگ‌پریدگی
- تنگی نفس
- بزرگ شدن طحال و کبد
- تغییر شکل استخوان‌ها، به ویژه در صورت و جمجمه

تشخیص

تشخیص تالاسمی ماژور معمولاً از طریق آزمایش‌های خونی انجام می‌شود. این آزمایش‌ها شامل:

- شمارش کامل خون (CBC)
- الکتروفورز هموگلوبین
- تست‌های ژنتیکی

درمان

- تالاسمی ماژور نیاز به درمان مداوم و خاصی دارد. روش‌های درمانی شامل:
- انتقال خون: برای جبران کمبود هموگلوبین و افزایش سطح آن در خون.
 - درمان آهن: برای جلوگیری از تجمع آهن ناشی از انتقال خون‌های مکرر.
 - پیوند مغز استخوان: در برخی موارد می‌تواند به عنوان یک درمان قطعی در نظر گرفته شود، به ویژه در کودکان.
 - داروهای کاهش‌دهنده آهن: مانند دفسیرکس برای کنترل سطح آهن در بدن.

پیشگیری

پیشگیری از تالاسمی ماژور به دلیل ارثی بودن آن به طور کامل ممکن نیست، اما مشاوره ژنتیکی می‌تواند برای زوج‌های در معرض خطر مفید باشد. آزمایش‌های غربالگری قبل از ازدواج و در دوران بارداری نیز می‌توانند به شناسایی افراد در معرض خطر کمک کنند.

جمع بندی

تالاسمی مینور و ماژور هر دو اختلالات خونی ارثی هستند، اما شدت، علائم، نیاز به درمان و روش‌های تشخیص آن‌ها متفاوت است. در حالی که تالاسمی مینور معمولاً خفیف و بدون نیاز به درمان است، تالاسمی ماژور یک بیماری جدی و نیازمند مراقبت‌های پزشکی مداوم است.

کم‌خونی داسی شکل

مقدمه

کم‌خونی داسی شکل (Sickle Cell Anemia) یک اختلال خونی ارثی است که به دلیل جهش در ژن هموگلوبین ایجاد می‌شود. این بیماری به دلیل تغییر شکل گلبول‌های قرمز به فرم داسی، مشکلات جدی در حمل و نقل اکسیژن و ایجاد عوارض مختلف به همراه دارد.

تعریف و علت

هموگلوبین پروتئینی است که در گلبول‌های قرمز وجود دارد و مسئول حمل اکسیژن به بافت‌های بدن است. در افراد مبتلا به کم‌خونی داسی شکل، هموگلوبین S (HbS) جایگزین هموگلوبین A (HbA) می‌شود. این تغییر سبب می‌شود که گلبول‌های قرمز در شرایط خاص، به شکل داسی یا نیم‌دایره‌ای درآیند.

علت اصلی این بیماری، جهش در ژن HBB است که مسئول تولید زنجیره بتا هموگلوبین می‌باشد. این بیماری به صورت اتوزوم مغلوب به ارث می‌رسد، به این معنی که برای بروز بیماری، فرد باید دو نسخه از ژن معیوب را از والدین خود به ارث ببرد.

علائم

کم‌خونی داسی شکل می‌تواند علائم و عوارض مختلفی را ایجاد کند، از جمله:

- دردهای شدید: که به بحران درد معروف است و ممکن است به طور ناگهانی رخ دهد. این درد معمولاً در نواحی قفسه سینه، شکم و مفاصل احساس می‌شود.
- خستگی و ضعف: ناشی از کاهش تعداد گلبول‌های قرمز و اکسیژن‌رسانی ناکافی به بافت‌ها.
- زردی: زرد شدن پوست و چشم‌ها به دلیل تجزیه سریع گلبول‌های قرمز.
- عفونت‌های مکرر: به دلیل آسیب به طحال که نقش مهمی در سیستم ایمنی بدن دارد.
- مشکلات رشد: در کودکان مبتلا به کم‌خونی داسی شکل، ممکن است رشد و توسعه کندتر از حد معمول باشد.

تشخیص

تشخیص کم‌خونی داسی شکل معمولاً از طریق آزمایش‌های خون انجام می‌شود. این آزمایش‌ها شامل:

- آزمایش هموگلوبین الکتروفورز: برای شناسایی نوع هموگلوبین موجود در خون.
- شمارش کامل خون (CBC): برای بررسی تعداد گلبول‌های قرمز و سطح هموگلوبین.
- آزمایش DNA: برای شناسایی جهش‌های ژنتیکی خاص.

عوارض

کم‌خونی داسی شکل می‌تواند عوارض جدی ایجاد کند، از جمله:

- سندرم درد حاد سینه: که می‌تواند به دلیل انسداد رگ‌های خونی در ریه‌ها ایجاد شود.
- نارسایی کلیوی: به دلیل آسیب به عروق خونی در کلیه‌ها.
- سکنه مغزی: به دلیل انسداد عروق خونی در مغز.
- مشکلات بینایی: به دلیل آسیب به عروق خونی در شبکیه چشم.

درمان

درمان کم‌خونی داسی شکل شامل چندین روش است:

- مدیریت درد: شامل استفاده از مسکن‌ها و درمان‌های حمایتی.
- انتقال خون: در موارد شدید برای افزایش تعداد گلبول‌های قرمز و کاهش علائم.
- داروها:
- هیدروکسی اوره: برای افزایش تولید هموگلوبین نوع F که کمتر دچار تغییر شکل می‌شود.
- آنتی‌بیوتیک‌ها: برای پیشگیری از عفونت‌های مکرر.
- پیوند مغز استخوان: در موارد شدید و در افراد جوان‌تر، این روش می‌تواند به درمان بیماری کمک کند.

پیشگیری و مشاوره ژنتیکی

مشاوره ژنتیکی می‌تواند به خانواده‌هایی که در معرض خطر هستند، کمک کند تا درباره احتمال انتقال بیماری اطلاعات کسب کنند. شناسایی ناقلین می‌تواند به کاهش میزان شیوع بیماری کمک کند.

بهداشت مدارس

ارائه ی خدمات بهداشتی درمانی به دانش آموزان

یکی از عوامل موثر در پیشرفت تحصیلی دانش آموزان در هر دوره ی تحصیلی ، سلامت جسمانی روانی آنان و نیز محیطی که در آن آموزش میبینند است .

بنابراین در کنار توجه به مسائل آموزشی و کنترل عوامل افت تحصیلی ، دانش آموزان باید از نظر سلامت جسمی و روانی مورد ارزیابی قرار گیرند

خدمات بهداشتی درمانی دانش آموزان در قالب شناسنامه سلامت دانش آموز و پرونده سلامت مدرسه ارائه میگردد.

شناسنامه سلامت دانش آموز

این شناسنامه برای دانش آموزان گروه سنی 6 الی 18 سال در دوره های (ابتدایی _ متوسطه اول _ متوسطه دوم) برای دختران و پسران تنظیم شده است .

و شامل موارد ذیل میباشد : 1-رضایتنامه ی ولی دانش آموز 2- خلاصه ی وضعیت سلامت و عوامل موثر بر سلامت دانش آموز 3-اطلاعات عمومی دانش آموز که شامل مشخصات فردی،مشخصات خانواده ، بررسی سوابق بهداشتی ،مشخصات مرکز بهداشتی درمانی که خانواده و مدرسه تحت پوشش آنند 4- نمودار های استاندارد قد به سن و نمایه توده بدن 5- ارزیابی مقدماتی 6-ارزیابی وضعیت پزشکی شامل سابقه ی بیماری 7-معاینه ی عمومی پزشک 8-ارزیابی نهایی پزشک عمومی 9-نتایج معاینات پزشک متخصص 10-نتایج ارزیابی دندان پزشکی و سلامت دهان و دندان 11- آزمونهای تربیت بدنی و آمادگی جسمانی 12- جدول پیگیری ارجاعات و توصیه ها 13-جدول اختلالات و بیماریها

انجام معاینات غربالگری

انجام معاینات غربالگری توسط کارکنان بهداشتی و مراقبین سلامت به منظور جست و جو و شناسایی برخی اطلاعات و بیماریها به وسیله ی آزمونهای عمومی و سریع، معاینه و یا روش های دیگر در افرادی است که ظاهرا سالم به نظر میرسند .

در حال حاضر این ارزیابی ها جهت نوآموزان ورودی پایه اول ابتدایی و دانش آموزان پایه های اول (متوسطه ی اول و دوم) تنظیم شده است .

معاینات غربالگری شامل ارزیابی از نظر :

1-قد به سن 2- نمایه توده ی بدنی به سن 3-بینایی سنجی 4- شنوایی سنجی 5- اختلالات پوست و مو (کچل و شپش) 6-وضعیت دهان و دندان 7-اختلال ریوی 8- اختلال روانپزشکی 9-رفتار پرخطر 10-فشارخون 11-اختلال بینایی 12-اختلال شنوایی 13- اختلال گفتاری 14- آمادگی تحصیلی 15- اوتیسم

نکته: ارزیابی اختلال بینایی ، شنوایی ، گفتاری ، آمادگی تحصیلی ، اوتیسم فقط برای پایه ی اول ابتدایی در پایگاه های طرح سنجش بر اساس دستورالعمل مربوطه انجام میگیرد ، در سایر پایه ها این ارزیابی ها حذف شده است .

نکته : مبحثی جهت ارزیابی دانش آموزان از نظر ابتلا به سندروم مارفان وجود دارد که در شناسنامه و ارزیابی ردیفی برای آن در نظر گرفته نشده است ؛ لذا از کارکنان بهداشتی تقاضا میشود دانش آموزان را مطابق دستورالعمل در هر سه پایه اول ابتدایی ، راهنمایی و متوسطه ارزیابی نموده و در صورتی که نتیجه از نظر شک به ابتلا به این بیماری مثبت باشد ، به صورت کد (ام اف اس) به پزشک ارجاع داده میشود .

اندازه گیری قد و وزن دانش آموزان

در دوران کودکی سرعت رشد بدن نسبتا ثابت است ؛اما با شروع دوره ی نوجوانی به طور ناگهانی افزایش میابد ، سرعت رشد بدن دختران از سن 10 تا 11 سالگی افزایش میابد و در 12 سالگی به حد اکثر خود میرسد .سرعت رشد بدنی پسران نیز 12 تا 13 سالگی بیشتر شده و در 14 به حداکثر خود میرسد .

بهترین روش برای اندازه گیری و تعیین رشد طبیعی دانش آموزان ؛ اندازه گیری قد و وزن آنهاست .

برای اندازه گیری قد و وزن با دقت نکات ذیل را مورد توجه قرار دهید

- 1-ترازو را قبل از شروع اندازه گیری با وزنه شاهد کنترل کنید .
- 2-دانش آموز باید کاملاً در وسط ترازو و بدون حرکت ایستاده به روبرو نگاه کند ، بدون حداقل لباس ، بدون کفش و کلاه توزین شود .
- 3-توزین کننده با ایستادن در مقابل ترازو به طور دقیق عدد را بخواند .
- 4-قد دانش آموز در وضعیت ایستاده به طور صاف مستقیم بدون کفش و کلاه در حالیکه پشت سر باسن و پاشنه ها کاملاً با دیوار مدرج مماس باشد و دانش آموز به روبرو نگاه میکند ؛ اندازه گیری شود .

محاسبه ی شاخص توده ی بدنی

محاسبه ی شاخص توده ی بدنی ، متناسب با سن دانش آموز تعیین میگردد. برای محاسبه ی آن ، ابتدا باید قد ، وزن و سن دقیق آن دانش آموز به شرحی که توضیح داده شد تعیین گردد ، سپس برای تعیین شاخص توده ی بدن از طریق فرمول عمل میکنیم .

وزن بر حسب کیلوگرم که اندازه گیری شده صورت کسر و قد بر حسب متر را به توان دو رسانده و در مخرج کسر قرار میدهیم .

مثلاً برای پسر ده ساله ای که قد او 146 سانتی متر و وزن او 46 کیلوگرم است عدد 18.77 به دست می آید .

حال با استفاده از این عدد میزان اضافه وزن ، کمبود وزن یا قرار گرفتن وزن در محدوده ی طبیعی را میتوان تشخیص داد.

نحوه ی محاسبه ی دقیق سن دانش آموز

ابتدا تاریخ مراجعه ی دانش آموز را نوشته و سپس در زیر آن تاریخ تولد وی را مینویسیم و عمل تفریق انجام میدهیم ؛ حاصل این تفریق سن دانش آموز به صورت سال و ماه میباشد .

بینایی سنجی

تابلوی دید بینایی سنجی را در جای مناسب نصب کرده (متناسب با قد دانش آموز) به نحوی که نور کاغذی بر آن بتابد، بهتر است تابلو روبرو بینجره باشد و دانش آموز مورد معاینه پشت به پنجره قرار گیرد؛ دانش آموز در فاصله 4 یا 6 متری بر حسب نوع تابلو رو بروی آن قرار گیرد.

دانش آموز با چشم پوش یا کف دست یکی از چشمهایش را به طوریکه فشار بر آن وارد نشود بپوشاند.

چشم پوش هر فردی باید به طوری باشد که تمام زوایای اطراف چشم بسته باشد طوری که از لبه های چشم پوش نتواند ببیند.

حروفی را از بالا به پایین انتخاب کرده و جهت دندان در ردیف های مختلف از وی سوال شود، به همین ترتیب چشم دیگر و هر دو چشم معاینه شود.

سنجش شنوایی

توجه به شنوایی کودکان چه قبل از ورود به دبستان و چه ضمن تحصیل از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا شنوایی عامل مهم دیگری در تعلیم و تربیت و رشد دانش آموزان است.

بسیاری از کودکانی که در مدرسه شاگرد تنبل و کم استعداد معرفی میشوند کسانی هستند که به علت کمبود شنوایی قار به استفاده از کلاس نیستند در نتیجه دچار بی علاقه و فرار از کلاس میشوند علاوه بر آن عدم تشخیص به موقع باعث بروز حوادثی خواهد شد.

بررسی وضعیت شنوایی در دوران دبستان خصوصاً بعد از ابتلا به بعضی بیماریهای واگیردار مانند سرماخوردگی بسیار مهم است.

گوش ها باید توسط ادیومتر یا امتحان نجوا بررسی شوند در مواقعی که ادیومتر موجود نیست امتحان نجوا استفاده میکنیم.

روش امتحان نجوا: یکی از بهترین روش های غربالگری کم شنوایی، آزمایش نجوا است. دانش آموزان را تک تک در اتاق خلوت و بدون سر و صدا آورده و از آنها بخواهید در فاصله 60 سانتی متری آزمایش کننده ایستاده و گوش خود را با دست ببندد سپس آزمایش

کننده یک ورقه ی کاغذ یا یک کتاب جلوی دهان گرفته و یا اینکه پشت سر او قرار گیرد به طوری که دانش آموز حرکات لب او را نبیند ، دانش آموز باید حروف یا اعدادی که آزمایش کننده آهسته میگوید را تکرار نماید .

به این ترتیب مراقب سلامت موارد مشکوک بخصوص آنهایی که طی سال تحصیلی بی علاقه شناخته شده و احتمالاً نمره ی دیکته ی آنها کم بوده است را شناسایی کرده و برای معاینه ی دقیق تر و معالجه به پزشک ارجاع غیر فوری نماید .

به منظور آگاهی بیشتر خانواده از سلامت فرزندشان و شناسایی موارد مشکوک از ابتدا به موارد گفته شده لازم است تا به صورت دوره ای جلساتی برای والدین صورت گیرد تا علاوه بر آموزشهای لازم در زمینه ی سلامتی ، مهارتهای فرزند پروری و ایجاد یک فضای گرم و صمیمی در کانون خانواده به منظور ایجاد آرامش روحی و روانی دانش آموزان و حتی والدین آنها صورت گیرد .





بهداشت روان

تعریف

عدم درک از نحوه ی شروع و طولانی مدت بودن بیماری در نتیجه عدم اطلاع از بیماری ، درمان به موقع انجام نمیشود که همین امر موجب مزمن شدن بیماری گشته و بیماری غیر قابل علاج میشود .

عدم برنامه ی صحیح و اطلاع کافی از روشهای پیشگیری و درمانی که خود باعث انباشته شدن و ازدیاد این نوع بیماران میگردد .

برحسب برآورد سازمانی جهانی بهداشت امروزه 25 % مردم جهان دچار یکی از انواع اختلالات روانی ، عصبی رفتاری هستند .

میزان شیوع اختلالات روانی در ایران در مناطق مختلف از 9% تا 36% متغیر است طبق مطالعات 3% از بیماران روانی از لحاظ روانی به نحو شدیدی بیمار بوده و به درمان جدی روانپزشکی نیاز دارند .

انواع بیماریهای روانی

بیماری های عمده یا روان پریشی

- 1- اسکیزوفرنی (روان گسیختگی) : شکاف شخصیت و عدم احساس واقعیت .
- 2- افسردگی (مانیا) : افسردگی ژرف و هیجان شدید نوسان دار .
- 3- سوء ظن شدید و بی دلیل به هر چیز و زندگی در چارچوب توهم .

بیماریهای غیر عمده :

- 1- روان نژندی (نوروز): از دست رفتن توانایی واکنش هنجار در برابر موقعیتهای گوناگون زندگی
- 2- اختلالات شخصیتی : ناشی از تجربیات اسف انگیز دوران کودکی

علل بیماریهای روانی

بیماریهای عضوی : آرترواسکلروز عروق مغزی ، سرطان ها ، بیماریهای متابولیک ، برخی بیماریهای نرولوزیک ، بیماری غدد درون ریز ، بعضی بیماریهای مزمن ، صرع و ..

وراثت : در کودکی که پدر و مادرش هردو اسکیزوفرنی دارند ، احتمال ابتلا 40 برابر بیشتر از کودکانیست که پدر و مادر سالم دارند .

عوامل محیطی و اجتماعی

نگرانی ها ، تنش های عاطفی ، ازدواج های اجباری ، گسستگی خانواده ، فقر ، عدم امنیت اقتصادی ، طرد شدن و ...

حوادث و تصادفات : اعم از حوادث و بلای طبیعی و ساخته دست بشر

نقش مذهب : در سالهای اخیر مطالعات متعددی در رابطه با مذهب و اهمیت آن در تامین بهداشت روانی در جای جای دنیا صورت گرفته است .

طی مطالعه ای که در منطقه ی کارولینای شمالی آمریکا در گروه های مختلف مذهبی انجام شده است ، مشخص گردیده که گروهی از مسیحیان به نام پنتاکستان ها که ظاهراً رفتار های انزوا گرایانه اجتماعی دارند ، شیوع افسردگی اساسی بیشتر از گروه های دیگر جامعه است .

اولویت های بهداشتی بهداشت روان

پیشگیری و مبارزه با بیماریهای افسردگی و اسکیزوفرنی ، زوال عقل ، عقب ماندگی ذهنی ، مبارزه با خودکشی از اولویتهای بهداشت روانی میباشد؛ به همین دلیل به وضعیت این موارد در ایران اشاره میکنیم.

1- افسردگی : شیوع افسردگی در ایران حدود 7.7% از جمعیت 15 سال به بالا است . بنابراین در هر مقطعی از زمان حداقل حدود 5 میلیون نفر دچار این بیماری هستند .

2- اسکیزوفرنی : وخیم ترین بیماری روانی محسوب میشود به ویژه که این بیماری در سنین نوجوانی و جوانی آغاز میشود و در اکثر موارد سیبر مزمن و مادام العمری را طی میکند ، شیوع این بیماری حدود 1% است و بنابراین تعداد این بیماران در ایران بیش از نیم میلیون نفر میباشد .

3- زوال عقل (دمانس) : با بالا رفتن سطح بهداشت عمومی و افزایش ماینگیم سنی جامعه تعداد موارد زوال عقل به تدریج بالا تر خواهد رفت ؛ در یکی از این بررسی ها شیوع این اختلال در ایران 25% ذکر شده است .

4- عقب ماندگی ذهنی : شیوع آن حداقل 2% و تعداد مبتلایان 1200000 نفر است که حداقل 10% آنها دچار عقب ماندگی شدید میباشند .

5- خودکشی : امروزه خودکشی سومین علت مرگ در سنین 15 تا 30 سالگی را به خود اختصاص داده است و 95% افرادی که اقدام به خودکشی میکنند مبتلا به بیماریهای روانی از جمله افسردگی هستند .

اهداف بهداشت روان

به طور کلی بهداشت روان دارای 4 هدف کلی است :

1- خدماتی : ارائه خدماتی است در جهت تامین سلامت فکرو روان افراد جامعه ، پیشگیری از ابتلا به اختلالات روانی ، بیماریابی ، درمان سریع و پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات عصبی - روانی به صورت سرپایی و بستری ، کمک های مشاوره ای به افرادی که دچار مشکلات روانی اجتماعی و یا خانوادگی شده اند .

2- آموزشی : عبارت است از آموزش بهداشت روانی به افرادی که با بیماران روانی سر و کار دارند و همچنین آموزش بهداشت روانی همگانی و آشنا ساختن مردم جهت همکاری و استفاده از سرویس های موجود در صورت مواجه با استرس ها و مشکلات روانی ، ارائه مفاهیم و شناخت اختلالات روانی به دست اندرکاران امر بهداشت در سطوح مختلف است .

3- پژوهشی : شامل تحقیق در زمینه ی پیشگیری و نیز علل نحوه ی شروع و درمان اختلالات روانی ، عقب ماندگی ذهنی ، اعتیاد ، انواع انحرافات اجتماعی بوده که جایگاه این پژوهش ها میتوان در مدارس ، سرباز خانه ها ، مراکز قضایی ، انتظامی ، درمانگاه های عمومی ، مراکز بهداشتی درمانی و نظایر آن باشد .

4- طرح برنامه ریزی بهداشتی : شامل برنامه ریزی در مورد ایجاد و گسترش مراکز جامع روانپزشکی منطقه ای ، مراکز بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده ، مراکز کودکان استثنایی ، مراکز ارائه خدمات درمانی های روانپزشکی و ایجاد هماهنگی بین برنامه های خدماتی ، آموزشی و پژوهشی است .

برنامه کشوری بهداشت روان

اهداف این برنامه

فراهم آوردن خدمات بهداشت روان برای همه ی مردم با تاکید بر قشرهای آسیب پذیر و محروم ، ایجاد الگوی خدمات بهداشت روان سازگار با ساخت فرهنگی و اجتماعی و تشویق مشارکت جامعه در ارائه خدمات ، افزایش آگاهی و مهارت های بهداشت روان در مردم و تنظیم برنامه های مناسب ؛ که این برنامه شامل راهبرد های خدماتی ، اجرایی ، اداری ، و ارتقا بهداشت روان بوده است .

دستاوردهای سالهای اخیر در حیطه ی سلامت روان

- 1-جذب و به کارگیری بیش از 1636 نفر کارشناس سلامت روان در تیم سلامت و استقرار آنها در مراکز خدمات جامع سلامت .
- 2-گسترش برنامه ی سلامت روان در حاشیه ی شهر ها و شهر های بالای 50 هزار نفر .
- 3-غربالگری اختلالات سلامت روان ، مصرف مواد ، دخانیات ، خشونت های خانگی در مراکز خدمات جامع سلامت توسط کارشناس سلامت روان.
- 4-ارائه خدمات روانشناختی برای بیماران شناسایی شده در مراکز خدمات سلامت توسط کارشناس سلامت روان .
- 5-آموزش جمعیت عمومی با رویکرد مبتنی بر پیشگیری از اختلالات روانی و مصرف مواد با هدف توانمند سازی .
- 6-ارتقا و بازنگری برنامه های سلامت روان در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه .
- 7-ایجاد ساختار تشکیلاتی سلامت روانی ، اجتماعی و اعتیاد در دانشگاه های علوم پزشکی .
- 8-ایجاد ساختار مستقل سلامت روان معاونت بهداشت در قالب دفتر سلامت روانی _ اجتماعی _ اعتیاد ، در ستاد وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی .
- 9-تدوین سند سلامت روان و ابلاغ آن به دانشگاه های علوم پزشکی .

10- راه اندازی سامانه ثبت اطلاعات مربوط به رفتار های خودکشی قابل دسترس در دانشگاه ها در سال 87 و بازنگری آن در سال 97.

11- راه اندازی 12 مرکز سلامت روان جامعه نگر در 9 دانشگاه علوم پزشکی .

12- طراحی الگوی پیشگام سلامت روانی اجتماعی در سطح و اجرای آن در سه شهرستان دانشگاه علوم پزشکی تبریز ، مشهد ، کرمان .

نیاز های برآورده نشده در زمینه ی سلامت روان و پیشنهاد هایی برای آینده

1- هنوز در سطح مدیریت کلان سلامت روان نیاز به هماهنگی بیشتر درون بخشی و به ویژه برون بخشی وجود دارد ، تدبیر مسئل اقتصادی و اجتماعی به شکل مشارکتی و در سطحی فرا تر از وزارت بهداشت و درمان یک ضرورت است .

2- ارتقای پوشش بیمه ای ، خدمات سلامت روا توسط بیمه ها و به ویژه بیمه تکمیلی .

3- ارتقای سواد سلامت روان جمعیت عمومی ، کاهش انگ نسبت به بیماری های روانی برای سطوح تخصصی .

4- افزایش تعداد مراکز بهداشت روان جامعه نگر و استفاده بیشتر از خدمت مددکاران اجتماعی و روان پرستاران.

5- تخصیص سهم بالاتری از بودجه بهداشتی برای سلامت روان .

6- سازوکار های افزایش دانش و انگیزش در رده های مختلف نیروی انسانی در سلامت روان باید بیشتر مورد پژوهش قرار گیرد و مداخلات موثر روی آنها صورت گیرد .

7- تقویت ، گسترش کمی و کیفی برنامه های آموزش مهارت های زندگی ، مهارت های اجتماعی.

به منظور غربالگری سلامت روان در مراکز جامع سلامت و مدارس کارشناسان روان بخش مربوطه باید علاوه بر داشتن برنامه هایی برای افزایش سطح سلامت در دانش آموزان و بقیه موارد و قشر در معرض خطر موارد مشکوک و فوری را به پزشک ارجاع کنند ، این موارد شامل : خودکشی و یا افکار خودکشی ، همسر آزاری و کودک آزاری میباشد .

سامانه سیب

نحوه ثبت اطلاعات در سامانه سیب



راه اندازی سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) که در راستای ارائه خدمات بهداشتی درمانی در قالب برنامه ها و پروژه های تحول نظام سلامت اجرا میشود، تمام اطلاعات مربوط به خانوارها، نوع خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز در مراکز و پایگاه های سلامت جامعه و خانه های بهداشت در این سامانه وارد و ثبت میشود و تمامی پوشه های خانوار و دفاتر مربوط به خدمات و برنامه های بهداشتی درمانی جمع آوری می شود.

ورود به سامانه سیب

وقتی که آدرس سامانه را در مرورگر خود وارد میکنید، صفحه ی زیر به عنوان صفحه ی ورود به سامانه برای شما نمایش داده میشود. در صورتی که شما در

سامانه سیب ثبت نام شده باشید، کافی است با وارد کردن شماره ملی خود در محل مربوط به شماره ملی و همچنین در محل مربوط به کلمه عبور وارد سیستم شوید.

منوی کاربری سامانه

همانطور که در تصویر زیر مشاهده می کنید، بعد از اینکه وارد سامانه شدید با منوی کاربری زیر مواجه خواهید شد که برای آشنایی بیشتر، شرح مختصری در مورد هر یک از آنها ارائه خواهیم داد.



خانه

بوسیله این گزینه که با مشخص شده است به صفحه خانه منتقل خواهید شد، که بصورت پیش فرض فهرست پیام های دریافتی می باشد.

مدیریت سامانه

کاربران با نقش پزشک فقط به زیر منوهای ساخت گزارش و ساخت گزارش افراد تحت پوشش و تغییر کلمه عبور دسترسی دارند.

ثبت نام و سرشماری

دریافت خدمات از سامانه منوط به ثبت نام خدمت گیرنده در سامانه و ارائه شماره ملی ایشان می باشد. لیست خدمت گیرنده های سامانه، ثبت خدمت گیرنده جدید

،ثبت مدرسه و فهرست خانوار ها و مدارس و بیمه اعضا از دیگر امکانات این بخش می باشد.

ارائه خدمت

در این قسمت خدمات انجام شده و انجام نشده ، ویزیت و پیگیری های انجام شده در مورد خدمت گیرنده ارائه می شود.

ثبت وقایع

در این قسمت وقایعی از قبیل بیماری ها، حساسیت ها، داروهای مصرفی، مهاجرت و یا فوت خدمت گیرندگان را ثبت می کنیم.

آزمایش ها

ثبت آزمایش های خدمت گیرنده از این مسیر امکان پذیر است.

گزارش ها

کلیه گزارشات سیستم از این قسمت قابل دسترس است.

پیام ها

پیام های دریافتی ، ارسالی برای کاربر سامانه از این قسمت قابل دسترس است.

راهنمای سریع

برای سهولت کاربری و آشنایی با فرآیندهای سامانه به صفحه راهنمای سریع سامانه هدایت می شوید. با کلیک بر روی فلش سمت چپ در هر ردیف توضیح مربوطه نمایش داده می شود.پس از مطالعه این راهنمای سریع می توانید با

انتخاب گزینه مورد نظر از منوها یا با انتخاب علامت خانه در بخش سمت راست بالای صفحه وارد صفحه اصلی شوید.

انتخاب خدمت گیرنده تحت پوشش

به وسیله این دکمه کاربر میتواند یکی از خدمت گیرندگان تحت پوشش مرکز خود را بعنوان خدمت گیرنده انتخاب کرده و ارائه خدمت نماید.

انتخاب خدمت گیرنده مهمان

به وسیله این دکمه کاربر میتواند یکی از خدمت گیرندگانی که تحت پوشش مرکز خود نیست را بعنوان خدمت گیرنده انتخاب کرده و ارائه خدمت نماید.

کلید خروج

برای خروج از سیستم از این گزینه استفاده میکنیم. توصیه میشود هنگام ترک سیستم حتما با این گزینه از سامانه خارج شوید.

ثبت نام خدمت گیرنده

هنگامی که یک خدمت گیرنده به شما مراجعه می کند، دو حالت وجود دارد:

1. قبلا در سامانه ثبت شده است و سوابقی از او موجود است.

2. برای اولین بار است که مراجعه می کند و نیاز به ثبت نام در سامانه را دارد.

برای ثبت نام یک خدمت گیرنده جدید، در صورتی که آن شخص دارای ملیت ایرانی باشد نیاز به داشتن شماره ملی شخص است و در صورتی که شخص مراجعه کننده ایرانی نباشد نیازی به ثبت شماره ملی نیست.

ثبت نام و سرشماری خدمت گیرندگان

نام:

ملیت:

تاریخ تولد:

نام خانوادگی:

شماره ملی:

دریافت اطلاعات

ثبت نام و سرشماری خدمت گیرندگان

نام:

ملیت:

تاریخ تولد:

نام خانوادگی:

شماره ملی:

دریافت اطلاعات

اگر فردی از محل سکونت خود به هر جای کشور برود و به سیستم سلامت و بهداشت مراجعه کند، با وارد کردن کد ملی، پزشک می تواند خلاصه ای از پرونده سلامت فرد را مشاهده کند و فرد می تواند از سیستم بهداشتی مراقبت دریافت کند و پزشک آن مراقبت ها را ثبت کند.



پایان