

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان رضوی
مرکز بهداشت استان

جزوه ضمیمه مراقبت ادغام یافته سلامت جوانان

از مجموعه جزوات مراکز آموزش بهورزی

مرکز بهداشت استان خراسان رضوی
مدیریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت
واحد آموزش بهورزی

ویرایش تابستان ۱۴۰۱

گردآوردگان:

- ✓ زهره شکوری مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان کاشمر
- ✓ مینا سلطان زاده مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد ۱
- ✓ ام البنین صحرانورد مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان سرخس
- ✓ مهین عثمانی مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان خواف
- ✓ زهرا نبی پور مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان قوچان
- ✓ هما نصرت مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان تایباد
- ✓ علی منتظران مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان چناران
- ✓ لاله نقی پور کارشناس آموزش بهورزی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

با نظارت:

- ✓ دکتر حسن عبدالله زاده: مدیر آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان خراسان رضوی
- ✓ دکتر محمد حسن درخشان: مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

فهرست

۱-مقدمه

۲- نحوه اندازه گیری وزن و قد جوان

۳- عوارض فست فودها-نوشابه های گازدار-نمک و روغنهای مضر

۴- مضرات استفاده زیاد از گوشی موبایل،لپ تاپ و کامپیوتر

۵- دستورالعمل کشوری مکمل یاری با مگادوز ویتامین " د " در جوانان

۶- آموزشهای مورد نیاز برنامه های ژنتیک در هنگام ازدواج (ویژه کلیه مناطق)

۷- توصیه هایی برای ترک دخانیات

۸- شیوه ایجاد محیط عاری از مصرف دخانیات

۹- اختلالات و بیماری های گوش در جوانان آشنایی با بیماریهای واگیردار و غیر واگیردار شایع دوران جوانی

۱۰- آشنایی با بیماریهای واگیردار و غیر واگیردار شایع دوران جوانی

۱۱- پیشگیری از سوانح و حوادث در جوانان

۱۲- آشنایی با نحوه محاسبه شاخصهای مربوط به جوانان

مقدمه

طبق مطالعات مختلف صورت گرفته تخمین زده می شود که حدود ۳۰ درصد جمعیت جهان در سنین جوانی قرار دارند. نزدیک به ۸۵ درصد از جمعیت جوان دنیا در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند ۶۰ درصد این جمعیت در آسیا، 51 درصد در آفریقا، حدود 10 درصد در آمریکای لاتین و حوزه کارائیب زندگی می کنند ۱۵ درصد باقیمانده در کشورهای پیشرفته و سایر مناطق دنیا سکونت دارند

جوانان تقریباً بیست درصد از جمعیت ایران را تشکیل می دهند. بسیاری از جوانان در نقش نیروهای مولد، مسئول و اثرگذار در جوامع مختلف زندگی می کنند. جوانان امروز بهتر از گذشته آموزش دیده و دانش کسب می کنند. علاوه بر این، این گروه سالمترین دسته از انسانهایی تلقی می شوند که روی زمین زندگی می کنند جوانان در آستانه ورود به آینده هستند، آینده ای که در آن رهبری خانواده، اقتصاد و اجتماع را به عهده خواهند گرفت. به موازات این برداشت خوش بینانه، واقعیتی وجود دارد که زیاد خوشایند نیست. بسیاری از جوانان از فقر، بی عدالتی، عدم دسترسی مناسب به تحصیل و خدمات بهداشتی رنج می برند. برخورداری از سلامت یکی از نیازها و حقوق اساسی بشر و زیربنای توسعه پایدار جوامع تلقی می شود. برنامه سلامت جوانان گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال تمام را شامل می شود. این گروه در بعضی مکان ها در دسترس ترند مثل سربازخانه ها، دانشگاه ها، کارخانه ها، ادارات و...

سلامت در گروه سنی جوانان با گروه های سنی دیگر متفاوت است. بطور مثال بحث رفتارهای مخاطره آمیز و سوانح و حوادث، به طور ویژه در این گروه باید مورد توجه قرار گیرد. در این جزوه تلاش شده است تا مباحثی مانند شیوه زندگی سالم، سلامت روان و پیشگیری از رفتارهای مخاطره آمیز مورد توجه خاص قرار گیرد. بسته خدمت شامل جداول ارزیابی، طبقه بندی، اقدام و پی گیری می باشد. که در هربخش توصیه های لازم برای نوع اختلال مطرح شده، آمده است.

نحوه اندازه گیری وزن و قد جوان

اصول اندازه گیری قد

۱. صحیح بودن محل قرارگیری قدسنج بر روی سطح زمین

۲. خارج کردن کفش، جوراب و تزئینات موی سر

۳. ایستادن صحیح جوان بطوری که ۵ نقطه از پشت آن اعم

از پشت سر، شانه ها، برآمدگی باسن، ماهیچه ساق پا و پاشنه ها به صفحه ی عمودی قدسنج مماس باشند.

۴. قرارگیری سر در موقعیت صحیح (جوان مستقیم و

روبرو را نگاه کند) و با دست می توان صفحه ی متحرک فوقانی را برای مماس کردن

آن با سر جوان استفاده کرد.

۵. فشاراندک شکم به داخل در صورت لزوم

اصول اندازه گیری وزن

* اجتناب از قرار دادن ترازو بر روی موکت و یا قالی

* قرار دادن ترازو بر روی یک سطح صاف و هموار

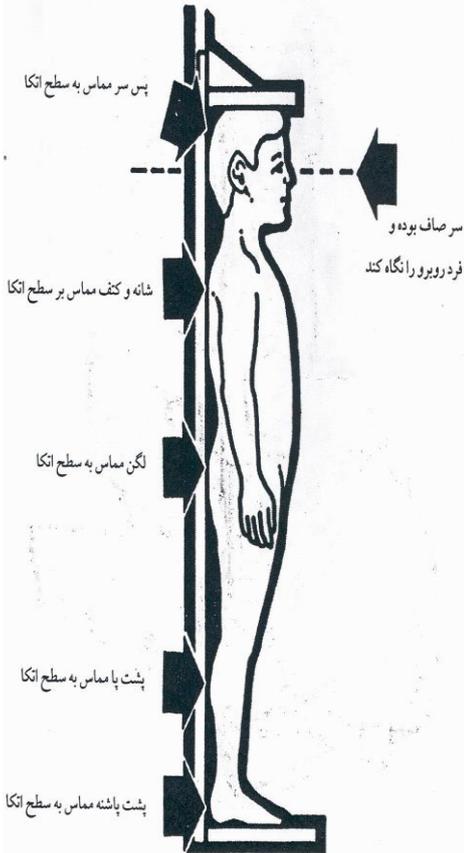
* چک کردن ترازو قبل از اندازه گیری وزن

* با حداقل پوشش و بدون کفش

* ایستادن فرد در وسط ترازو

* نگه داشتن سر و بدن در یک راستا

* ایستادن فرد ارائه دهنده خدمت در مقابل ترازو جهت مشاهده عدد نمایش داده شده



عوارض فست فودها-نوشابه های گازدار-نمک و روغنهای مضر

غذاهای آماده یا فست فودها، غذاهایی هستند که خیلی آسان و سریع تهیه می شوند، خوشمزه هستند و طرفداران بسیاری دارند ولی در مقابل بسیار مضر هستند.

فست فود یاغذای فوری یاغذای سریع عنوانی است برای غذاهایی که به سرعت طبخ و آماده می شوند. فست فودها غذاهایی هستند که معمولاً بدون چنگال و قاشق و بشقاب و عمدتاً به شکل ساندویچی سرو می شوند و غذاهای انگشتی به حساب می آیند.

انواع غذاهای آماده عبارتند از:

همبرگر، انواع ساندویچ های سوسیس و کالباس، هات داگ، سیب زمینی سرخ کرده، مرغ سوخاری، ناگت مرغ و انواع پیتزا...



ترکیب غذاهای آماده چیست؟

ترکیبات سوسیس و کالباس که شایعترین غذاهای آماده هستند عبارتند از:

- گوشت چرخ کرده (گاو-بره-گوسفند-مرغ و بوقلمون): ۴۰ تا ۹۰ درصد محتویات سوسیس و کالباس را تشکیل می دهند.
- نمک: به عنوان طعم دهنده، نگهدارنده و خاصیت ضدباکتریایی و پیونددهنده ذرات گوشت عمل می کند. جذب کلسیم و پروتئین در بدن بامصرف زیاد این غذاها به علت نمک بالای آنها کم شده و در نهایت منجر به پوکی استخوان می شود.
- ادویه جات، فلفل و دانه خردل، پیاز، سیر، رازیانه و زنجبیل برای ایجاد طعم های مختلف در انواع سوسیس و کالباس مورد استفاده قرار می گیرند.
- شیر خشک، آرد، نشاسته، پروتئین سویا، خرده های نان، پودر سیب زمینی و برنج، روغن مایع، آب و شکر در این مواد غذایی استفاده می شود.
- نیتریت ها و نیترات ها و فسفات ها: این ترکیبات جهت حفظ رنگ و طعم و نیز نگهداری در سوسیس و کالباس مورد استفاده قرار می گیرند.

متأسفانه این دوماه در بدن به یک ترکیب سرطان زا به نام نیتروزامین تبدیل می شوند. بسیاری از این مواد در ایجاد تومورهای بدخیم موثرند.

سرطان های معده و روده در سالهای اخیر عمده تابه علت استفاده بی رویه از غذاهای آماده و کنسرو شده به ویژه مواد غذایی که به روش غیر استاندارد تهیه می شوند در دنیا به شدت افزایش یافته است .

عوارض ناشی از مصرف غذاهای آماده:

- * این نوع غذاها هر چند ظاهر و طعم جذاب دارند اما عادات غذایی نادرستی همچون پر خوری، کم تحرکی و سریع خوردن را ایجاد می کنند.
- * برای تهیه این غذاها نیاز است که از مقدار زیادی روغن و سس های چرب، شکر، گوشت سرخ شده، چربی، نمک، پنیر و... استفاده شود و این موجب می شود که فست فود نسبت به غذاهای خانگی ناسالم تر باشد.
- * فست فود یک غذای رستورانی است و ممکن است باکتری های مضر داشته باشند و در تهیه آنها نکات بهداشتی رعایت نشود..
- * سرخ کردن مواد غذایی، باعث می شود مواد مغذی آن از بین برود.
- * در فست فودها از سبزیجات و میوه ها کمتر استفاده می شود.
- * مصرف این غذاها در طولانی مدت ممکن است مشکلاتی را برای دستگاه گوارش و سیستم ایمنی بدن به وجود آورد و سلامتی فرد را به خطر اندازد.
- * فست فودها سرشار از ادویه هستند. به همین خاطر کسانی که فست فود زیاد مصرف می کنند بیشتر در معرض بیماری هایی مانند نفخ، سوءهاضمه، رفلاکس و از همه مهم تر سرطان معده و روده بزرگ قرار می گیرند.
- * در غذاهای فست فودی نمک فراوانی به کار می برند که این هم می تواند مشکلات فشارخون را برای افراد به وجود آورد و با بالا رفتن فشارخون، خطر سکته مغزی را در آنها زیاد می کند.

* غذاهای فست فودی برخلاف ظاهر زیبایی که دارند، ارزش غذایی پایینی دارند و ویتامین و املاح موردنیاز بدن را تأمین نمی‌کنند

* مصرف مداوم آن‌ها باعث بروز اختلالات رشد در کودکان و نوجوانان به‌ویژه در سنین بلوغ می‌شود.
* برای تهیه غذای فست فودی از روغن‌های خیلی داغ و فراوان استفاده می‌کنند و مصرف مداوم این غذاها باعث می‌شود میزان کلسترول بد یا همان چربی خون را بشدت زیاد کند.

* کسانیکه از غذاهای فست فودی زیاد استفاده می‌کنند بیشتر در معرض بیماری کبد چرب هستند.
* مصرف بیش از حد این غذاها باعث چاقی افراد و ابتلا به بیماری‌های قلبی و دیابت می‌شود.
* متأسفانه امروزه حدود یک‌سوم از سرطانات ناشی از رژیم غذایی نامناسب است. می‌توان گفت که مصرف فست فود که ارتباط زیادی با چاقی نیز دارد یکی از عوامل ایجاد سرطان‌های روده و کلیه و مری نیز می‌باشد.

نکات قابل توجه:

هنگام خرید سوسیس و کالباس :

- لفاف خارجی محصول باید به‌طور کامل تمیز و عاری از هرگونه ترشحات داخلی باشد.

- رنگ سطح مقطع باید یکنواخت و در شرایط مطلوب صورتی روشن باشد.

- هرگونه لکه غیرعادی سفیدرنگ در سطح خارجی کالباس نشانه‌ی وجود میکروب‌های مری باشد.

- از کالباس و سوسیس‌های بدون بسته‌بندی و مشخصات هرگز خریداری نکنید.

- از قراردادن کالباس‌های برش داده شده در نایلون‌های مشکی خودداری کنید.

عوارض نوشابه‌های گازدار:

چاقی-دیابت-پوسیدگی دندان-افزایش چربی شکم-درد مفاصل-مشکلات کلیوی-مشکلات رفتاری-
بیماری‌های قلبی-عروقی-مشکلات گوارشی(نفخ-سوزش معده-زخم معده و...) -بی‌خوابی-سرطان-پوکی استخوان و...

عوارض جدی و خطرناک مصرف زیاد نمک

نمک خوراکی یک ترکیب ساخته شده از پیوند یونی بین سدیم و کلر است. نمک نیز مانند سایر مواد غذایی باید به اندازه مناسب مصرف شود چرا که مصرف به اندازه نمک برای سوخت و ساز مواد غذایی در بدن و کارکرد صحیح عضلات لازم و ضروری است اما مصرف بیش از حد نمک می‌تواند موجب بعضی از هشدارها و مشکلات سلامتی شود چه مقدار نمک بخوریم؟ مقدار مصرف روزانه نمک بر اساس توصیه سازمان بهداشت جهانی، پنج گرم است اما در کشور ما میزان مصرف نمک ۲ تا ۳ برابر این مقدار است.

عوارض جانبی نمک و زیاده روی در مصرف این مزه ی خطرناک

سدیم کلرید یا همان نمک طعام بیشتر عوارض جانبی بار منفی سدیم را داراست. مصرف بیش از حد آن می‌تواند موجب بعضی از هشدارها و مشکلات سلامتی شود که در ادامه بیان می‌کنیم:



افزایش بیماریهای قلبی - عروقی (فشار خون بالا، سکته های قلبی و مغزی) - ناراحتی های معده (افزایش سرطان معده) - افزایش پوکی استخوان - وخیم تر شدن وضعیت آسم در بیماران مبتلا به آسم - تشنگی زیاد - افزایش احتباس مایعات در بدن - ورم مچ پا - سردرد - کند تر شدن عملکرد کلیه ها



آیا مصرف روغن برای سلامتی مضر است؟

مصرف زیاد چربی ها در برنامه غذایی روزانه علاوه بر اینکه خطر بروز بیماریهای قلبی - عروقی را افزایش می دهند، چربی زیاد موجود در رژیم غذایی باعث بروز اضافه وزن و چاقی و بیماری دیابت می شود. مصرف زیاد مواد غذایی پرچرب بخصوص چربی های حیوانی خطر ابتلا به برخی از انواع سرطان ها از جمله سرطان سینه ، روده بزرگ و پروستات را نیز افزایش می دهد.

از چه نوع روغنی برای پخت و پز باید استفاده کنیم تا سلامت خانواده تامین شود؟

بهترین نوع روغن مصرفی روغن های مایع هستند. روغن های مایع فاقد اسید های چرب اشباع شده و اسید چرب ترانس هستند

اسید های چرب ترانس و اشباع شده چه خطراتی دارند ؟

اغلب روغن های نباتی به شکل طبیعی مایع هستند ، برای افزایش ماندگاری و شکل پذیری بیشتر در فرآیندی آنها را هیدروژنه و به اصطلاح جامد می کنند. در این فرآیند تبدیل روغن مایع به جامد اسید چرب ترانس تشکیل می شود. اسیدهای چرب ترانس، جذب اسید های چرب ضروری را در بدن مختل می کنند. اسیدهای چرب ترانس در مارگارین ، روغن های نباتی جامد، کره و شیرینی ها و غذاهای سرخ کرده و آماده وجود دارند. و این نوع اسید چرب باعث افزایش کلسترول بد یعنی LDL و کاهش کلسترول خوب یعنی HDL می گردد که در نهایت بیماری های قلبی و عروقی را بدنبال دارد. همچنین در افزایش انواع سرطان نیز نقش دارند.

اسید های چرب اشباع شده نیز می توانند موجب افزایش کلسترول بدن بشوند. هم چنین ، با رسوب در رگهای قلب تنگی ، انسداد عروق و بیماری های قلبی عروقی و سکته قلبی را بدنبال دارند.

روغن پالم چیست؟

روغن پالم یا نخل نوعی روغن گیاهی است که از مغز میوه نخل روغنی استخراج می شود. مثل همه چربی ها از اسیدهای چرب و گلیسرول تشکیل شده است. بر خلاف تمام چربی ها، اسیدهای چرب اشباع فراوانی دارند که در دمای اتاق جامد هستند. روغن پالم اسم خود را از اسید چرب اشباع پالمیتیک اسید گرفته است. به گفته سازمان بهداشت جهانی شواهد قانع کننده ای است که نشان می دهد مصرف پالمیتیک اسید احتمال ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی را افزایش می دهد.

مضرات استفاده زیاد از گوشی موبایل، لپ تاپ و کامپیوتر

وسایل الکترونیکی و ارتباطی جزو جدایی ناپذیرترین بخش های زندگی امروزی شده اند و بسیاری از کارهای روزمره و حتی سرگرمی های ما را پوشش می دهند یکی از محصولات که از سال ۲۰۰۳ میلادی به بعد بسیار استفاده از آن افزایش یافته، گوشی موبایل است. کمتر کسی را می توان یافت که در حال حاضر از تلفن هوشمند استفاده نکند. با اختراع تلفن همراه در سال ۱۹۷۳ نوع ارتباط تغییر کرد. در ابتدا فقط برای پیام دادن و تماس و... از گوشی همراه به جای روش های سنتی مانند استفاده از تلفن ثابت و نامه فرستادن استفاده می شد اما امروزه گوشی های هوشمند ، کامپیوترهای کوچکی هستند که در تمام طول روز کنار ما می باشند. همانطور که این وسایل مزایایی دارند و باعث راحت شدن کارهایمان شده اند، استفاده ی زیاد از آن ها صدماتی

را هرچند جبران ناپذیر برایمان ایجاد می‌کنند که برخلاف مزایای استفاده از آن، افراد کمتر از ضررهای استفاده از گوشی موبایل اطلاع دارند

این ضررها عبارتند از:

- احساس ازوا و تنهایی
- اتلاف وقت و کمتر تلاش کردن برای آینده
- اعتیاد به استفاده مداوم از این وسایل و ایجاد حواس پرتی و در نتیجه افزایش صدمات بدنی و تصادفات
- اختلال در خواب
- سندروم گردن پیامکی (از نشانه‌های آن افزایش درد هنگام خم کردن گردن، مشکلات تنفسی، سردردهای شدید و آزاردهنده، درد و گرفتگی شانه‌ها و دردهای مزمن و اسپاسم‌های عضلانی شدید در ناحیه کمر می‌باشد).
- سندروم تونل کارپال یا Text Claw (نوشتن زیاد با گوشی نگرانی برای مچ دست، انگشتان دست و حتی ساعد را افزایش می‌دهد).
- چاقی
- ضعیف کردن حافظه
- خطر بیشتر ابتلا به سرطان
- عوارض اسکلتی، کوتاهی عضلات و مشکلات و دردهای قسمت‌های مختلف بدن
- فشارز یادروی چشم و مشکلات بینایی

دستورالعمل کشوری مکمل یاری با مگادوز ویتامین "د" در جوانان

نتایج دومین بررسی ملی وضعیت ریزمغذی‌ها در ۱۱ اقلیم کشور در سال ۱۳۹۱، حاکی از شیوع بالای کمبود ویتامین "د" در گروه‌های سنی مختلف به خصوص جوانان می‌باشد. به نحوی که بیش از نیمی از زنان کشور با کمبود ویتامین "د" مواجه‌اند و در مردان نیز شیوع کمبود ویتامین "د" قابل توجه است. ویتامین "د" یک ویتامین محلول در چربی و دارای نقش‌های متعدد در بدن است. این ویتامین علاوه بر نقشی که در جذب کلسیم، حفظ سلامت استخوان‌ها و پیشگیری از پوکی استخوان دارد، در پیشگیری از بسیاری از بیماری‌های غیرواگیر از جمله دیابت نوع ۲، بیماری‌های خودایمنی مثل بیماری مولتیپل اسکلروز (MS) و انواع سرطان نیز موثر است. لذا با توجه به محدود بودن منابع غذایی ویتامین "د"، لازم است برنامه مکمل یاری ویتامین "د" جهت تامین نیاز گروه سنی جوانان به روش زیر به مورد اجرا گذاشته شود:

به کلیه جوانان ۱۸-۲۹ ساله مراجعه‌کننده به پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت، باید ماهیانه یک دوز مکمل خوراکی ویتامین "د" حاوی ۵۰۰۰ واحد ویتامین (مگادوز)، جهت پیشگیری از کمبود ویتامین "د" مورد نیاز ارائه شود. (۱۲ دوز در طول یک سال).

تبصره ۱. با توجه به این که کمبود ویتامین "د" در زنان ۱۸-۲۹ سال نسبت به مردان از شیوع بالاتری برخوردار است، برای دریافت مکمل، زنان این گروه سنی نسبت به مردان در اولویت قرار دارند. لذا چنانچه محدودیتی در تهیه مگادوز وجود دارد لازم است ابتدا زنان، تحت پوشش برنامه قرار گیرند. تبصره ۲. برای پیشگیری از کمبود ویتامین "د" در زنان باردار، لازم است مطابق با دستورالعمل کشوری، ماهانه یک عدد مکمل ۱۰۰۰ واحدی ویتامین "د" داده شود.

نکات قابل توجه:

۱- با توجه به شیوع بالای کمبود ویتامین "د" در جامعه و همچنین فاصله ایمن دوز ارائه شده با مرز مسمومیت، قبل از ارائه مگادوز با دوزپیشگیری (ماهی یک عدد مکمل ۵۰۰۰۰ واحدی)، لزومی به اندازه گیری سطح سرمی ویتامین "د" نیست.

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

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

الف -بهتر است مکمل ویتامین "د" بلافاصله بعد از وعده های اصلی غذا (ناهار یا شام) مصرف شود.

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

ج-در صورت بروز علائم مسمومیت شامل یبوست، ضعف، خستگی، خواب آلودگی، سردرد، کاهش اشتها،

پرنوشی، خشکی دهان، طعم آهن در دهان، تهوع و استفراغ از ادامه مصرف مگادوز خودداری کرده و به مرکز

بهداشتی درمانی /خانه بهداشت مراجعه نمایید.

د (لازم به ذکر است که مصرف داروهایی مانند تراسیکلین و سیپروفلوکساسین از جذب کلسیم و داروهای ضد

تشنج مانند فنوباریتال، فنی توئین و کاربامازپین از جذب ویتامین "د" جلوگیری می کنند. لذا لازم است در این موارد مصرف ویتامین "د" و کلسیم طبق دستورالعمل با مراقبت و طبق توصیه های پزشک صورت پذیرد.

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

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

الف -وجود علائم مسمومیت با ویتامین "د": "حداکثر میزان مجاز مصرف ویتامین D برای جوانان، ۲۰۰۰ واحد بین المللی (۵۰ میکروگرم) در روز می باشد و مصرف مقادیر بیشتر از ۱۰/۰۰۰ واحد در روز در طولانی مدت می تواند موجب مسمومیت شود. آموزش کامل در خصوص نحوه مصرف مگادوز ویتامین "د" توسط کارکنان اهمیت دارد. در صورت مصرف نادرست و بیش از حد مجاز به صورت اتفاقی یا بروز عوارضی مانند یبوست، ضعف، خستگی، خواب آلودگی، سردرد، کاهش اشتها، پرنوشی، خشکی دهان، طعم آهن در دهان، تهوع و استفراغ ارجاع به پزشک ضرورت دارد. ب-وجود احتیاط یا منع مصرف: در افرادی که مبتلا به سارکوئیدوزیس، هیپرپاراتیروئیدیسم، بیماری های کلیوی و هیستوپلاسموزیس هستند، مصرف مکمل ویتامین "د" با احتیاط و با نظر پزشک انجام شود.



آموزش‌های مورد نیاز برنامه های ژنتیک در هنگام ازدواج (ویژه کلیه مناطق)

مشاوره ژنتیک می تواند راهنمای زوج های جوان برای داشتن فرزندی سالم باشد. در آموزش های پیش از

ازدواج مراجعین را برای انجام مشاوره ژنتیک در شرایط زیر ترغیب می نمایم. اگر:

* در خانواده ایشان بیماری شناخته شده ارثی وجود دارد: برای مثال: هموفیلی، دوشن، تالاسمی ماژور،

سیکل سل، بیماری های متابولیک ارثی (فنیل کتونوری، گلاکتوزومی) و ناشنوایی و نابینایی،....

* در بستگان ایشان حداقل دو نفر که از زمان کودکی مبتلا به یک بیماری مشابه هستند وجود داشته یا هم اکنون وجود دارد.

* با یکدیگر نسبت فامیلی نزدیک دارند (ازدواج فرزندان و یا نوه های عمو، عمه، خاله، دایی با یکدیگر)

* در بستگان هر یک از ایشان و (یا هر دو) فردی مبتلا به یکی از مشکلات زیر وجود داشته یا هم اکنون وجود دارد

-فردی که از کودکی دارای مشکل انعقاد خون باشد.

-فردی که از کودکی نیازمند تزریق خون مکرر باشد.

-فردی که از زمان کودکی دارای ناتوانی ذهنی و یا ناتوانی حرکتی باشد.

-فردی که از زمان کودکی مبتلا به اختلال بینایی یا اختلال شنوایی باشد.

-کودکی که می بایست رژیم غذایی خاصی داشته باشد.

توصیه هایی برای ترک دخانیات

با توجه به تبعات سوء مواجهه با دود مواد دخانی و تماس با بقایای حاصل از مصرف دخانیات (دود دست سوم) ضرورت دارد برای حفاظت از سلامت افراد، توصیه به اجتناب نمودن از مواجهه با دود مواد دخانی بشود.

افرادی که در تکمیل اطلاعات اولیه، اعلام به قرار گرفتن در معرض مواجهه دو د حاصل از مصرف مواد دخانی در منزل و یا اماکن عمومی نموده اند، باید اطلاعات لازم در مورد خطرات مواجهه، دریافت نموده و توصیه به دوری از محیط های حاوی دود دخانی بشود. به نحوی که فرد غیرمصرف کننده مواد دخانی اقدامات لازم را برای محافظت خود و خانواده خود از مواجهه با دود مواد دخانی انجام دهد.

بسیاری از مصرف کنندگان دخانیات تا حدودی از خطرات استعمال دخانیات آگاه

بوده و مایل به ترک آن هستند. ممکن است تلاش های ناموفقی نیز برای ترک دخانیات انجام داده باشند. مشاوره و دارودرمانی میتواند میزان موفقیت ترک را در سیگاری هایی که اقدام به ترک می کنند تا دو برابر افزایش دهد.

برای موفقیت در ترک دخانیات (روش ترک)

لازم است کارشناس مراقب سلامت / بهورز کلیه کسانی را که در سه ماه گذشته مصرف دخانیات داشته اند، برای غربالگری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهد تا بر حسب سطح درگیری با مصرف، مداخله متناسب شامل مداخله مختصر و درمان شناختی، رفتاری مختصر و ارجاع به پزشک جهت درمان دارویی انجام پذیرد.

شیوه ایجاد محیط عاری از مصرف دخانیات

برای حفظ سلامتی خود در برابر آسیب های ناشی از دود سیگار و قلیان به مصرف کنندگان مواد دخانی آگاهی دهید.

۱. به عنوان یکی از راهکارهای پیشگیرانه موثر توصیه می شود. قانون منع مصرف سیگار و سایر مواد را در خانواده خود وضع و در مورد آن با فرزندان خود توافق نمایید. برای پایبندی اعضای خانواده به این قانون پیامدهای منفی بی توجهی به آن را نیز مشخص نمایید. بر اساس مطالعات خانواده هایی که این قانون را بطور روشن و صریح در خانواده اعلام می نمایند، مصرف دخانیات و مواد در آن ها کمتر است. برای اطلاع بیشتر می توانید از برنامه ی آموزشی مهارت های فرزند پروری در مرکز استفاد ه نمایید.

۲. پس از وضع قانون " ممنوعیت مصرف سیگار و سایر مواد دخانی مانند قلیان در محیط زندگی خانوادگی، کار، رستوران، فضای آموزشی و حتی وسیله نقلیه " آن را به عنوان یک حق انسانی و قانونی برای حفظ سلامتی، به همه اطلاع رسانی و مطالبه کنید.

۳. در محیط های کوچکی مانند وسایل نقلیه یا یک فروشگاه، ضمن رعایت اصل احترام و ادب، با جرات مندی و شهامت کامل از افراد سیگاری بخواهید، برای حفظ سلامتی خود و اطرافیان بویژه کودکان در محیط بسته اقدام به مصرف نکنند و در صورت عدم توجه، لازم است با یک تصمیم هوشیارانه، از آن محیط دوری کنید و یا از وسیله نقلیه پیاده شوید.

منع مصرف مواد توسط والدین در حضور فرزندان و یا استفاده از فرزندان برای تهیه آن ها

فرزندان از والدین رفتارهای خوب و بد را یاد می گیرند، مصرف دخانیات، الکل و مواد در برابر فرزندان باعث می شود آن ها فکر کنند این رفتار درست است و در آینده احتمال تکرار این رفتار در فرزندان زیاد است. به این دلیل تاکید داریم از مصرف این نوع مواد در برابر کودک پرهیز شود و به هیچ وجه برای تهیه و یا خرید آنها از کودک استفاده نشود. لازم است بدانید این کار از نظر قانونی نیز جرم است.

اختلالات و بیماری های گوش در جوانان

در حال حاضر ۴۶۶ میلیون نفر در سراسر جهان از کم شنوایی رنج می برند که حدود دو سوم آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. خوشبختانه بیش از ۵۰ درصد از انواع کم شنوایی و ناشنوایی بزرگسالان با اجرای برنامه های پیشگیری و مراقبتی در نظام سلامت قابل پیشگیری اولیه هستند همین امر در ارتقاء سلامت عمومی جامعه و کاهش هزینه های بهداشتی در کشور نقش عمده ای را ایفا می نماید. هدف این برنامه، شناسایی و ثبت بیماران مبتلا به اختلال شنوایی و ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی مراقبت و درمان اینگونه بیماران است.

افت شنوایی در جوانان

بسیاری از افراد، افت شنوایی را ناشی از افزایش سن می دانند و گمان می کنند با افزایش سن، احتمال بروز افت شنوایی شما افزایش می یابد. اما در حقیقت، افراد جوان نیز می توانند به دلیل مختلف دچار کم شنوایی شوند. جوانانی که افت شنوایی دارند ممکن است هنگام تحصیل در مدرسه و دانشگاه، قرارهای مالقات، محل کار و به طور کلی برقراری ارتباط با دیگران با چالش های منحصر به فردی روبرو شوند.

افت شنوایی در جوانان چقدر رایج است؟

آمارهای CDC نشان می دهد که حدود ۱۲ درصد از بزرگسالان ۱۸ تا ۳۹ ساله هنگام سر و صدا با مشکل درک گفتار مواجه می شوند و حدود ۶ درصد از آنها در گوش خود صدای سوت می شنوند که به وزوز معروف است. میزان افت شنوایی در گروه های سنی بالاتر افزایش می یابد. افت شنوایی بر کیفیت زندگی افراد تاثیر زیادی می گذارد و افرادی که مشکل شنوایی دارند از لحاظ امکانات رفاهی ممکن است در سطح پایین تری نسبت به افراد سالم دارند

چگونه کم شنوایی بر جوانان تأثیر می گذارد ؟

نه تنها عوامل اصلی کاهش شنوایی در افراد جوان متفاوت است ، بلکه در صورتی که افت شنوایی در افراد جوان تشخیص داده شود و سمعک تجویز شود ، استفاده از سمعک در سنین ۲۰، ۳۰ و ۴۰ سالگی می تواند تفاوت قابل توجهی با داشتن سمعک در سالهای بالاتر داشته باشد. این امر به این دلیل است که شرایط محیط کار ، خانواده ، برقراری ارتباط با دیگران و فعالیت های روزانه در سنین جوانی با سنین بالاتر تفاوت زیادی دارد. افراد در آن سنین در مرحله متفاوتی از زندگی شان نسبت به افراد مسن قرار دارند و بنابراین داشتن سمعک می تواند برای آن ها اهمیت زیادی داشته باشد.

علل شایع کم شنوایی شامل موارد زیر است :

- ✓ نقائص هنگام تولد
 - ✓ عفونت مزمن گوش میانی
 - ✓ بیماریهای ارثی مانند اتواسکلروز، در این بیماری رشد غیرطبیعی استخوانچه ها در گوش میانی اتفاق میدهد، به طوریکه مانع از عملکرد صحیح گوش میشود.
 - ✓ صدمه به گوش .بیماریهای گوش داخلی، مانند بیماری منییر یا بیماری خود ایمنی که گوش داخلی را تحت تاثیر قرار میدهد.
 - ✓ قرار گرفتن در معرض سر و صداهای بلند
 - ✓ پارگی پرده گوش
 - ✓ آسیب دیدن گوش یا قرار گرفتن در معرض صداهای بلند برای مدت طولانی میتواند باعث کم شنوایی شود.
- صداهای بلندتر از ۸۵ دسیبل، مانند آنچه در کنسرت پاپ یا راک میشنوید، میتواند بعد از چند ساعت باعث کم شنوایی شود.
- اگر به طور مرتب در معرض موسیقی با صدای بلند یا صداهای صنعتی قراردارید بهتر است از محافظهای شنوایی (earmuff یا earplug) استفاده کنید.
- کم شنوایی حسی عصبی هنگامی رخ میدهد که سلولهای موئی در حلزون به درستی کار نکنند. حلزون بخشی از گوش است که ارتعاشات صدا را به تکانه های(ایمپالسهای) عصبی تبدیل میکند تا به مغز ارسال شود. کم شنوایی حسی عصبی همچنین میتواند به دلیل آسیب به عصبی که اطلاعات صوتی را به مغز منتقل میکند یا آسیب به بخشی از مغز که این اطلاعات را پردازش میکند، رخ دهد. کم شنوایی حسی عصبی ممکن است ملایم، متوسط یا شدید باشد.
- این نوع کم شنوایی معمولا دائمی است.

مقدار و درجه کم شنوایی جوانان	
شنوایی در محیط پر سروصدا	طبقه آسیب شنوایی
جوان ممکن است دچار مشکلاتی باشند / در گفتگوها شرکت می کند.	کم شنوایی یک طرفه
جوان ممکن است دچار مشکلاتی باشد ، در گفتگوها شرکت می کند.	ملایم
جوان دچار مشکل شنوایی است ولی می تواند در مکالمات روزمره مشارکت داشته باشدم	متوسط
جوان مشکلات زیادی در شنیدن محاورات روزمره دارد.	متوسط تا شدید
مشکلات بسیار زیادی جوان در شنیدن محاورات روزمره دارد.	شدید
جوان نمی تواند هر نوع صدای گفتاری و یا محاوره را بشنود.	عمیق

این جدول رابطه بین طبقه آسیب شنوایی و وضعیت شنوایی در محیط پر سر و صدا را نشان می دهد.

آشنایی با بیماریهای واگیردار و غیر واگیردار شایع دوران جوانی



شرایط فعلی جهان نظام سلامت کشورها را همواره تهدید می کند ایران هم بعلاوه مجاورت با کشورهای کمتر توسعه یافته و مهاجرپذیری از آنها از این قاعده مستثنی نیست.

سه بیماری عفونی سل، هپاتیت و ایدز قابلیت انتقال بالایی دارند بطوری که پاندمی ایدز بزرگترین چالش قرن، پس از جنگ جهانی دوم می باشد. تقریباً یک سوم جهان به میکروب بیماری سل آلوده بوده و لذا در خطر ابتلا به بیماری فعال سل قرار دارند آلودگی همزمان به ویروس ایدز خطر ابتلا به بیماری سل را بطور معناداری افزایش داده است. هپاتیت رو به افزایش بوده و ایران جزو کشورهایی با شیوع متوسط هپاتیت است.

با اجرای برنامه های آموزشی، پیشگیری و مراقبتی در نظام سلامت این بیماریها قابل پیشگیری اولیه هستند. بنابراین انجام درست برنامه های مراقبتی تا حدود زیادی تضمین کننده سلامتی جوانان کشور است.

۱. سل

سل بیماری عفونی نکروز دهنده ایست که باعث گرفتاری اعضا مختلف بدن از جمله ریه ها می گردد. در ارزیابی سل ریوی جوان را از نظر عامل خطرو نشانه بررسی می کنیم سرفه طول کشیده (دو هفته یا بیشتر) یا سرفه کمتر از دو هفته در جوانان دارای ضعف سیستم ایمنی یک نشانه مثبت است.

- سابقه تماس با بیمار مسلول در ۲ تا ۵ سال اخیر یا ضعف سیستم ایمنی مانند دیالیز خونی یا عفونت HIV هر کدام یک نشانه مثبت است.

خطر تبدیل عفونت سلی به بیماری فعال سل، در ۲ سال اول بعد از مواجهه با میکروب در حداکثر مقدار خود قرار دارد. لذا چنانچه در ارزیابی اولیه، فرد در تماس علائم خاصی نداشته باشد و بررسی ها هم عفونت نهفته را رد کند، می بایست:

۱. ضمن آموزش علائم بیماری، به فرد یادآور شد که در صورت احساس ناراحتی مراجعه نماید.

۲. فرآیند بیماری سل فعال به ترتیب ۱، ۶، ۱۲، ۱۸ و ۲۴ ماه پس از بررسی اولیه تکرار شود.

وظایف پرسنل بهداشتی در جوانان مبتلا به سل ریوی

- ۱- مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از جوان مبتلا به سل ریوی (شامل توصیه های کلی پیرامون رعایت آداب سرفه و کنترل راههای انتقال بیماری، برخورداری از تهویه و نور کافی در اتاق بیمار، تغذیه مناسب و توصیه های اختصاصی نظیر اهمیت مصرف صحیح و مرتب دارو، طول مدت درمان و زمان مصرف دارو). لازم به ذکر است که خلاصه این توصیه ها در دو برگ ابتدایی نسخه کاغذی پرونده بیمار مسلول وجود دارد.

- ۲- نظارت مستقیم روزانه بر درمان جوانان مسلول همراه با بررسی بروز عوارض دارویی احتمالی

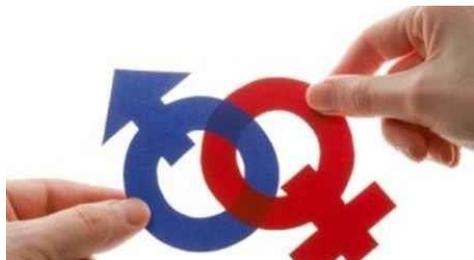
- ۳- همکاری در بررسی کودکان و بزرگسالان در تماس با بیماران شناسایی شده

- ۴- پایش حین درمان بیماران شامل توزین و تهیه نمونه خلط و ارجاع بیماران برای ویزیت های ادواری پزشک بر اساس زمانهای تعیین شده در دستورالعمل کشوری سل

۵ - پیگیری افراد مشکوک به سل دارای سه نمونه خلط منفی پس از دو هفته و ارجاع مواردی که علائمشان بهبود نیافته به پزشک

۲. عفونتهای آمیزشی

عفونتهای آمیزشی عفونتهایی هستند که از طریق ارتباط جنسی منتقل می‌شود. بیش از ۳۰ عامل بیماریزا شناخته شدند که می‌توانند از طریق تماس جنسی منتقل شوند. از بیماریهای شایع میتوان سوزاک، سفلیس، هرپس تناسلی، کلامیدیا، ویروس پاپیلوم انسانی، تریکوموناس، هپاتیت‌های C و B و HIV را نام برد.



عفونتهای آمیزشی عامل مهمی در انتقال HIV هستند که ۱۵ تا ۲۰ درصد خطر انتقال بیماری ایدز را افزایش می‌دهند.

راه تشخیص این بیماریها معاینه توسط پزشک، آزمایش ترشحات و در صورت لزوم آزمایش خون و ادرار است.

دوران جوانی، سن حداکثر فعالیت جنسی است. از این رو جوانان در

معرض خطر بیماری های آمیزشی هستند. این در حالی است که بسیاری از جوانان اطلاعات مناسبی در زمینه بیماریهای آمیزشی ندارند. فشار گروه های همسان از عوامل دیگری است که می تواند جوانان را به داشتن رفتارهای پرخطر ترغیب کند.

تعریف رفتارهای پرخطر

رفتارهای مخاطره آمیزی هستند که میتوانند در حال یا آینده سبب بروز مشکلات و بیماریهای جسمی روانی و آسیبهای اجتماعی در افراد شوند نظیر:

استعمال دخانیات، مصرف الکل، سوء مصرف مواد مخدر و داروهای غیر مجاز (داروهای نشا ط آور، آرام بخشها و داروهای نیروزا)، اعمال خشونت و رفتارهایی که سبب بروز آسیب و صدمه به خود و دیگران شوند، خودکشی، فرار از خانه و رفتارهای جنسی پرخطر (زود هنگام و حفاظت نشده)

لذا پیشگیری از این معضلات با آموزش صحیح و اطلاع رسانی بموقع، میتواند به عنوان عاملی نجاتبخش، سبب کاهش چشمگیر این مشکلات شود. در اینجا به دو بیماری مهم این دسته از عفونتها، ایدز و هپاتیت اشاره می کنیم.

۳. ایدز

سابقه مصرف یا سوء مصرف مواد مخدر / محرک / الکل، یا داشتن رفتارهای جنسی پر خطر در جوان، همسر / شریک جنسی او، در دوستان یا اعضای خانواده همگی می توانند تهدید کننده سلامتی جوان در جهت ابتلا به ایدز باشند.

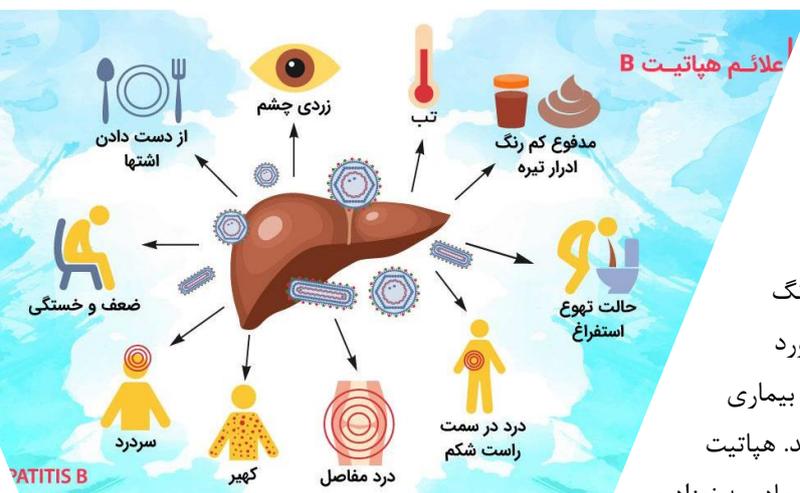
خرید مواد مخدر، محرک یا الکل برای دیگران و شرکت در مهمانی هایی با امکان وجود مواد فوق ریسک آلودگی جوان را افزایش می دهد . استفاده از وسایل غیر استریل برای انجام تاتو و خالکوبی، جوان را در معرض بیماری ایدز قرار می دهد .

بهترین راه پیشگیری از این بیماری ارایه آموزشهای لازم به جوانان است. در صورت امکان ابتلا به ایدز جوان باید به پزشک ارجاع شود.

۴. هپاتیت (التهاب یا ورم کبد)



بیماری ویروسی هپاتیت : که به نام های زردی و یرقان در گذشته های دور شناخته شده بود، در چند دهه اخیر به دلیل پیشرفت در تشخیص و راه های پیشگیری و درمان آن اهمیت بیشتری یافته است. البته انواع دیگری از هپاتیت (التهاب یا ورم کبد) نیز وجود دارند که ناشی از مصرف داروها و مشروبات الکلی و همچنین برخی بیماری های ارثی می باشد. کبد عضو است از بدن که در سمت راست بالای شکم قرار داشته و در بسیاری از فعالیت های حیاتی بدن مانند رویارویی با عفونت ها، توقف خونریزی، پاک کردن خون از سموم و ذخیره انرژی در بدن نقش مهمی بازی می کند. هپاتیت با شدت های مختلف دیده می شود، از بهبودی کامل گرفته تا ناقل بودن همیشگی و حتی مرگ برق آسا و یا ابتلاء به عوارض کشنده ای چون سرطان و سیروز.



گاهی ابتلا به هپاتیت تنها آلودگی به ویروس بوده و هیچگونه نشانه بالینی ندارد اما این افراد می توانند ویروس بیماری را به دیگران انتقال دهند. در ارزیابی هپاتیت، جوان از نظر وجود زردی در چشم و پوست، پررنگ شدن ادرار، کمرنگ شدن مدفوع، تهوع و استفراغ، درد شکم مورد ارزیابی قرار می گیرد. هپاتیت B تنها گونه بیماری است که با واکسن قابل پیشگیری می باشد. هپاتیت های B، C از طریق خون، مایعات بدن، از مادر به نوزاد و تماس جنسی منتقل می شوند. بنابراین راه پیشگیری از ابتلا به هپاتیت های ویروسی B، C رعایت بهداشت فردی، بهداشت جنسی و پرهیز از انجام اعمال مخاطره آمیز مانند خالکوبی می باشد.

نحوه پیشگیری از هپاتیت های ویروسی B، C

نحوه پیشگیری از هپاتیت های ویروسی B، C

- استفاده از وسایل بهداشتی شخصی مثل مسواک، تیغ اصلاح
- عدم انجام خالکوبی/ تاتو، طب سوزنی، حجامت
- مراجعه به دندانپزشکان مورد تأیید
- عدم استفاده از سرنگ مشترک در معتادان تزریقی
- پرهیز از رفتارهای جنسی مخاطره آمیز: داشتن ارتباط جنسی خارج از ازدواج با افرادی که بدرستی نمی شناسیم، با معتادان تزریقی یا افرادی که چند شریک جنسی دارند.
- واکسیناسیون کودکان و افراد در معرض خطر به ویژه پرسنل بهداشتی درمانی طبق دستورالعمل ایمن سازی کشوری. مهمترین روش پیشگیری ایجاد ایمنی فعال از طریق واکسن می باشد. خوشبختانه واکسن هپاتیت B از ابتدای سال ۱۳۷۲ در برنامه واکسیناسیون روتین کودکان در کشور ما مورد استفاده قرار می گیرد.



چهار عامل خطر رفتاری شامل کم تحرکی، تغذیه ناسالم، مصرف الکل و دخانیات مهم ترین علل مرگ و میر ناشی از بیماری های غیرواگیر هستند. به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت کنترل این بیماری ها و عوامل خطر زمینه ساز آنها را به عنوان هدف اصلی برای کاهش ۲۵٪ مرگ و میر ناشی از بیماری های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵ تعیین کرده است

در اغلب کشورها برنامه های پیشگیری مقدماتی برای حذف و یا کاهش عوامل خطر، که در ایجاد بیماریهای شایع غیرواگیر نقش دارند تنظیم می گردد. آموزش بهداشت برای گروههای خطر از جمله جوانان با تأکید بر ارزش های اجتماعی و رفتاری سالم ضروری است. چرا که بسیاری از رفتارها و سبک زندگی هر فرد در سنین نوجوانی و جوانی شکل می گیرد. بطور مثال پس از ۳۰ سالگی انگیزه ای برای مصرف دخانیات از جمله سیگار تقریباً وجود ندارد.

ارزیابی و کنترل عوامل خطر ساز بیماریهای قلبی و عروقی برای پیشگیری از سکنه های قلبی و مغزی، بهبود و ارتقای سلامت افراد بسیار مهم است. فشارخون بالا عامل مهم بیماری عروق کرونر قلب بوده و ارتباط مثبت و مستمر آن ثابت شده است. سازمان جهانی بهداشت برآورد کرده که در آینده، فشارخون بالا سبب یک مرگ از هر ۸ مرگ و در نهایت سومین عامل مرگ در دنیا خواهد شد. درمان فشارخون بالا و کاهش آن به کمتر از ۱۴۰ / ۹۰ میلی متر جیوه تأثیر مهمی در کنترل بیماری قلبی عروقی دارد. در یک مطالعه مروری به ازای هر سال افزایش سن بعد از بیست سالگی به میزان ۰.۵۴ درصد شیوع پرفشاری خون افزایش می یابد.

۱. فشار خون بالا

عوامل خطر فشارخون بالا در جوانان :

در صورت داشتن هر کدام از علائم زیر در جوان بایستی فشار خون وی اندازه گیری شود.

- ابتلا به چاقی یا اضافه وزن در جوان

- سابقه ابتلا حداقل یکی از والدین به بیماری عروق کرونر زودرس (مردها قبل از ۵۵ سالگی و زن ها قبل از ۶۵ سالگی) یا اختلالات چربی خون

- سابقه خانوادگی بیماری های فشارخون بالا، دیابت، و بیماری کلیوی

- وجود سابقه، علائم یا عوارض فشارخون بالا یا مصرف داروهای ضد فشارخون خون

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

- سابقه مصرف دخانیات یا ناراحتی کلیوی مزمن یا وجود مشکل درعوامل محیطی، اجتماعی، روانی یا الگوی رژیم غذایی جوان بعد از ارزیابی جوان طبق بوکلت طبقه بندی و بر اساس دستورالعمل کشوری پیگیری و مراقبت های لازم صورت می گیرد.

۲. آسم :



یک بیماری جدی، مزمن و غیرواگیر ریه است که با التهاب مجاری هوایی همراه می باشد. مزمن به این معناست که بیماری همیشه وجود دارد، حتی زمانی که بیمار احساس ناخوشی ندارد. در این بیماری سه واقعه در راه هوایی رخ می دهد.

۱ - پوشش داخلی راههای هوایی متورم و ملتهب می گردد .

۲ - ترشحات راه های هوایی (موکوس) زیاد شده و می تواند راه های هوایی را مسدود سازد .

۳ - عضلات اطراف راه های هوایی منقبض شده و مسیر راه هوایی را تنگتر می سازند .

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

علل آسم

علت دقیق و اصلی آسم هنوز نامشخص است . ولی آنچه تاکنون روشن شده، نشان می دهد که اگر افراد خانواده سابقه انواع بیماری های آلرژیک (اگزما، آلرژی بینی، آلرژی غذایی و آسم) را داشته باشند احتمال بروز آسم در سایر افراد آن خانواده بیشتر می شود . همچنین تماس با عواملی چون دود سیگار، عوامل عفونی و ویروسی و بعضی از مواد حساسیت زا ممکن است سبب افزایش احتمال بروز آسم گردند . همچنین بیماری آسم ممکن است در افراد بدون سابقه آلرژی نیز رخ دهد . برخی افراد (نظیر کارگران نانوايي، چوب بری، رنگسازي و...) در اثر تماس های شغلی، دچار آسم می گردند.

وظایف بهورز

آموزش، نظارت بر مصرف داروهای سریع الاثر و کنترل کننده آسم و همچنین آموزش وسایل کمک درمانی و تکنیکهای استنشاقی(افشانه، دمیار و ...) و پیگیری، مراقبت و پایش بیماران براساس سطح کنترل بیماری به جهت پیشگیری از بروز حمله آسم از وظایف بهورز بعد از شناسایی بیماران مبتلا به آسم می باشد. که البته آموزش جوانان در خصوص آشنایی با مواد حساسیت زا و محرک ها به منظور پیشگیری از ابتلا به آسم هم ضروریست

پیشگیری از سوانح و حوادث در جوانان

مرگ و معلولیت در اثر سوانح می رود تا به یکی از جدیدترین مشکلات سلامت عمومی در جامعه تبدیل شود. آمارها گرچه در کشورهای توسعه یافته جهان روبه افزایش است، اما آنها توانسته اند با بهره گیری از تمامی توان علمی و اجتماعی خود سوانح را تحت کنترل در آورند. برای پیشگیری و کاهش مشکلات ناشی از حوادث اولین گام آشنایی با مفاهیم و کلیات مربوط به آن است.

حادثه چیست؟

حادثه یک یک مفهوم کیفی است. تعریف حادثه از دیدگاه هاینریش در سال ۱۹۵۹ : حادثه را یک پیشامد ناخواسته و کنترل نشده دانسته که در آن کنش و واکنش یک شی، ماده، شخص یا اشعه به یک آسیب شخصی یا احتمالاً آسیب دیدگی منجر شود.

ساری در سال ۱۹۸۶ این تعریف را ارایه نمود:

حادثه یک فرآیند از پیشامدهای موازی و پی در پی است که به نتیجه ای خطرناک منتهی می گردد.

سازمان جهانی بهداشت حادثه (Accident) را این گونه تعریف نموده است:

حادثه یک رویداد غیرمنتظره است که باعث آسیب می شود، در این تعریف تاکید عمده ای بر روی ویژگی ناگهانی، غیرمنتظره و خارج از فرآیندهای برنامه ریزی شده، صورت گرفته است.

تقسیم بندی حوادث:



۱. حوادث غیر عمدی

مانند حوادث ترافیکی، سقوط، سوختگی، غرق شدگی، خفگی، مسمومیت، برق گرفتگی و حوادث ناشی از آتش بازی، حمله حیوانات و گزش جانوران زهری (عقرب)

میتوان حوادث غیر عمدی را براساس محل وقوع نیز دسته بندی نمود که عبارتند از:

حوادث ترافیکی (جاده ها و خیابان)

حوادث خانگی یا حوادث در منزل

حوادث محیط کار

حوادث اماکن عمومی

حوادث محیط ورزشی

۲. حوادث عمدی

مانند خودکشی، دیگرکشی، سوء رفتار و خشونت

۳. بلاای طبیعی:

مانند سیل، زلزله، آتشفشان، توفانها، بهمن و... هر حادثه تنها منجر به آسیب های جسمی نمی شود بلکه در اغلب موارد به آسیب روانی و خسارت های مالی نیز منجر می شود.

پیشگیری از حوادث

برای پیشگیری از هر آسیب فرصت های زیادی وجود دارد. در این فرصت ها با کاهش شدت عوامل خطر میتوان از وقوع آسیبهها جلوگیری نمود.

همچنین در این فرصت ها می توان با اتخاذ تدابیر مناسب برای زمان وقوع، شدت آسیب های به وجود آمده را نیز کاهش داد. در صورتی که آسیب (حادثه) به وقوع پیوسته باشد با نجات به هنگام، مراقبت های اولیه صحیح، انتقال و درمان درست، میتوان از شکل گیری و تشدید آسیب های همزمان و متعاقب نیز پیشگیری نمود. بنابراین برای هر آسیب سه مرحله وجود دارد که راهبردهای اصل پیشگیری بر این سه مرحله متمرکز است: مرحله پیش از وقوع، مرحله وقوع و مرحله پس از وقوع. ویلیام هادون عوامل بروز حادثه ها را به عنوان انرژی، نام گذاری نمود و هسته اصول پیشگیری از بروز حادثه را جلوگیری از تماس انرژی با فرد دانست و در این زمینه ۸ راهکار ارائه نمود که عبارتند از:

۱- پیشگیری از بوجود آمدن خطر

۲- کاهش میزان انرژی موجود

۳- تغییر در میزان و توزیع انرژی آزاد شده از منبع آن

۴- جداسازی زمانی و مکانی خطر از آنچه که باید محافظت شود

۵- تغییر کیفیت های مربوط به خط

۶- مقاومت کردن آنچه که باید محافظت گردد

۷- مقابله با صدمات بوجود آمده توسط خطرات محیطی

۸- استوارسازی، ترمیم و بازسازی آنچه که آسیب دیده است

نکته: بر پایه یافته های فوق میتوان انتظار داشت که پیشگیری از حوادث نیز همچون سایر اختلالات سلامت به سه گونه است:

پیشگیری اولیه از حوادث: تمرکز بر روی کاهش عوامل خطر حوادث

پیشگیری ثانویه از حوادث: آمادگی برای اتخاذ تدابیر مناسب در زمان وقوع حادثه به منظور کاهش شدت آن

پیشگیری ثالثیه از حوادث: جلوگیری از ناکارآمدی فرد آسیب دیده و تلاش برای توانبخشی وی

حوادث ترافیکی



بیشتر از ۸۵ درصد از مرگ و میرها و ۹۰ درصد از سال های از دست رفته عمر در اثر حوادث ترافیکی در کشورهای کم درآمد و یا با درآمد متوسط به وقوع می پیونددو عابرین پیاده ، دوچرخه سواران و مسافرین اتوبوس ها بیشترین بار حوادث ترافیکی را به خود اختصاص می دهند.

یکی از راه های کاهش حوادث ترافیکی ، تغییر رفتار افراد جامعه است .باید رفتارهایی را که از حوادث ترافیکی پیشگیری میکنند در جامعه ترویج نمود و برعکس رفتارهایی را که باعث حوادث ترافیکی می شوند ریشه کن نمود.

عوامل شکل دهنده حوادث ترافیکی عبارتند از :

- ✓ عابرین پیاده
- ✓ رانندگان وسایل نقلیه
- ✓ مهندسی جاده و معابر ترافیکی
- ✓ وسایل نقلیه
- ✓ تجهیزات ایمنی

طبقه بندی سوانح ترافیکی:

حوادث ترافیکی را بر حسب انواع کاربران راه ها می توان به انواع زیر طبقه بندی کرد:

۱- تصادف خودروسوار

۲- تصادف موتورسوارو دوچرخه سوار

۳- تصادف عابرپیاده

توصیه های خودمراقبتی در زمینه کاهش حوادث ترافیکی

کاهش سوانح جاده ای طراحی های ضعیف به همراه نگه داری غیراصولی راه ها سوانح و به تبع آن مرگ ومیر ها و معلولیت های بیشماری را سالیانه به وجود می آورد. نکات قابل توجه در کاهش بروز حوادث ترافیکی عبارتند از :

- ✓ آموزش عمومی در برخورد با مصدوم
- ✓ آشنا نمودن مردم با اصول ایمنی، به عنوان یک پیشگیری سطح اول در کاهش موارد سوانح ترافیکی و آسیب های ناشی از آن نقش دارد
- ✓ استفاده از تجهیزات ایمنی: نظیر کلاه ایمنی ، کمربند
- ✓ ایمنی و صندلی کودک
- ✓ رعایت دقیق سرعت مجاز
- ✓ خودداری از مصرف دارو، الکل و مواد حین و قبل رانندگی
- ✓ استراحت کافی قبل رانندگی طولانی
- ✓ خودداری از سبقت غیر مجاز
- ✓ احترام به قوانین راهنمایی و رانندگی
- ✓ استفاده از صندلی مخصوص اطفال
- ✓ عبور عابران از خطکشی و چل عابرپیاده
- ✓ استفاده از شب نما و لباس های روشن در شب توسط عابرین پیاده
- ✓ خودداری از خوردن و آشامیدن ، صحبت با سرنشینان خورو و صحبت با موبایل توسط راننده حین رانندگی

حوادث خانگی:

ایمنی را به صورت میزان فرار از خطر تعریف میکنند و خطر به معنی شرایطی که دارای پتانسیل رساندن آسیب به انسان، خسارت به تجهیزات و ساختمان ها ، از بین بردن مواد یا کاهش قدرت و کارایی در انجام یک عملکرد از قبل تعریف شده باشد. بسیاری از مردم خانه را ایمن ترین محل زندگی می دانند ، به نظر شما تا چه حد ایت تصور واقعی به نظر می رسد؟



آیا همیشه و در همه حال خانه ایمن ترین محل زندگی است؟ اگر کمی واقع بینانه بیندیشید به ایت نتیجه خوتهدید رسید که اینگونه نیست چرا که :

- ۱- مردم در خانه خود دقت و ایمنی را مد نظر قرار نمی دهند
 - ۲- خانه یک محل یا جای علمی و حرفه ای نیست و افراد با میزان تحصیلات متفاوت در خانه ها زندگی میکنند
 - ۳- وجود کودکان و سالمندان به عنوان گروه های آسیب پذیر احتمال بروز حوادث را در خانه افزایش میدهند
- سوانح غیر عمدی خانگی باعث بروز مرگ در سنین ۱ تا ۴۴ سال شده و در مجموع پنجمین علت مرگ در همه سنین محسوب می شود

انواع حوادث خانگی

به طور کلی حوادثی که در خانه رخ می دهند عبارتند از :

سقوط: یکی از شایعترین علل مرگ و میر کودکان در اثر حوادث خانگی است. بیشتر آسیب دیدگان آن کودکان ۸ تا ۱۰ سال هستند و شامل سقوط از ارتفاع یا سقوط مسطح (زمین خوردن) است.

مسمومیت: به صورت مصرف اشتباه دارو یا مواد ایجاد میگردد

سوختگی: انواع سوختگی عبارت است از آتش ، اسید، بخار آب ، مایعات و اجسام داغ، سوختگی زمانی رخ می دهد که لایه های پوست در اثر مایع داغ ، جسم داغ یا شعله آتش تخریب شود. سوختگی در اثر اشعه رادیواکتیو، اشعه ماوراءبنفش ، موادشیمیایی الکتریسیته و ... نیز رخ می دهد.

خفگی: انواع خفگی عبارت است از جسم خارجی در گلو، گیر افتادن سر در نایلون (در کودکان) و پیچیدن طناب دور گردن

برق گرفتگی:

گزش جانوران زهری:

عوامل موثر در حوادث خانگی:

- ۱- سن: بالا و پایین بودن سن ، افراد را مستعد آسیب می سازد. چون افراد در دو سر طیف سنی با مشکلات و اختلالاتی در زمینه تشخیص به ویژه تشخیص خطر مواجه هستند
- ۲- استرس: در مواقع هیجان و نگرانی انسان به آنچه انجام می دهد توجه کمتری دارد و این خود باعث افزایش احتمال وقوع حادثه می شود
- ۳- ماجراجویی و هیجان خواهی
- ۴- اعتیاد به سیگار و مواد مخدر
- ۵- عدم رعایت اصول ایمنی در منزل
- ۶- عدم رعایت استانداردهای ایمنی در ساخت خانه
- ۷- ناآگاهی افراد و آشنا نبودن به اصول ایمنی پیشگیری از حوادث

توصیه های خودمراقبتی در زمینه پیشگیری از سوانح خانگی

- ✓ نصب هشداردهنده دود در تمامی مکانهای ضروری و تست ماهانه
- ✓ نصب کپسول آتشنشانی در خانه

- ✓ توسعه یک برنامه فرار از آتش برای خانواده خود و تمرین آن حداقل ۲ بار در سال
- ✓ ماندن در آشپزخانه در هنگامی که غذا روی اجاق قرار دارد
- ✓ اطمینان از وجود نرده محافظ در تمامی بخش های راه پله نصب دستگیره در داخل حمام و وان و استفاده از سطوحی در حمام و وان که لغزنده نباشند.
- ✓ قرار دادن درپوش در پریزهای برق.
- ✓ چسباندن شماره تماس های ضروری نظیر فوریت های و آتش نشانی و نزدیک محل تلفن
- ✓ استفاده از قفل های مخصوص اطفال در کابینت های حاوی مواد مسموم کننده و خطرناک
- ✓ اگر در خانه استخر موجود است باید از نرده و درهای خودبه خود قفل شونده استفاده شود همچنین حتما از حفاظ های مناسب که حداقل ۱/۵ متر ارتفاع داشته باشد استفاده گردد.
- ✓ مواد شیمیایی و سمی از قبیل شوینده ها ، پاک کننده ها ، سموم و همچنین داروها را در ظروف مخصوص ریخته و دور از دسترس کودکان قرار داده شود.

آسیب های عمدی و خشونت خانگی

آسیب یک صدمه فیزیکی است که به دنبال برخورد ناگهانی بدن انسان با سطح غیر قابل تحملی از انرژی حاصل می شود این آسیب می تواند یک ضایعه بدنی باشد که ناشی از تماس حاد با مقدار زیاد انرژی فراتر از آستانه تحمل فیزیولوژی بدن بوده و یا می تواند اختلال عملکرد ناشی از فقدان یک یا چند عنصر حیاتی (هوا، آب یا گرما) در نتیجه غرق شدگی، خفگی یا یخ زدگی باشد. آسیب ها را میتوان به دوه دسته غیر عمدی (برای مثال تصادفات) و عمدی (برای مثال از روی عمد و قصد) طبقه بندی کرد

خشونت و انواع آن

خشونت عبارت است از یک الگوی رفتاری که از طریق توسل به ایجاد ترس ، تهدید ، رفتار زیان آور و آزاردهنده به منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می شود و شامل سوء رفتار جسمی، عاطفی، اقتصادی و تهدیدات لفظی و متارکه است. بنابراین استفاده عمدی از نیروی فیزیکی با قدرت ، با تهدید یا تمایل ، علیه خود و یا دیگری ، گروه یا جامعه که موجب بروز آسیب ، مرگ ، آسیب های روانی ، ضعف رشد و یا انواع محرومیت ها شود خشونت محسوب می شود و شامل سه دسته عمده است:

۱- خشونت فرد علیه خود

۲- خشونت بین فردی

۳- خشونت گروهی

روش های اعمال خشونت

✓ روش های اعمال خشونت در همه انواع آن به پنج حالت زیر اتنفاق می افتد:

✓ جسمی شامل ضرب و شتم

✓ جنسی به صورت تجاوز

✓ احساسی یا عاطفی ، تهدید و ارعاب

✓ اقتصادی و مالی

با توجه به گستردگی روش های اعمال خشونت بین افراد ، میتوان موارد فوق را در دو شاخه کلی تقسیم بندی کرد:

- ۱- خشونت های اجتماعی: که عبارت است از خشونت در محل کار ، جنگ، قتل و کشتار ، تجاوز ، خشونت علیه زنان و کودکان ، رسانه ها و سازمان های حقوقی ، قانون گذاری و اجرای قانون

۲- خشونت های خانگی: که عموماً سه گروه اصلی و آسیب پذیر را درگیر می نماید؛ زنان، کودکان و سالمندان

خشونت خانگی:

خشونت است که در محیط خصوصی به وقوع می پیوندد و عموماً در میان افرادی رخ می دهد که به سبب صمیمیت، ارتباط خونی یا قانونی به یکدیگر گره خورده اند و بیشترین میزان آن علیه زنان و کودکان اعمال می شود. خشونت خانگی به هر نوع عمل خشونت آمیزی که بر اختلاف جنسیت مبتنی باشد و به آسیب یا درد جسمی، جنسی و یا روانی بیانجامد گفته می شود.

خشونت های خانگی را به خشونت بدنی، جنسی، روانی، مالی دسته بندی کرد.

راهکارهای پیشگیری از خشونت خانگی

- ✓ شفافیت رابطه زوجین
- ✓ حل و فصل اختلافات با شیوه های متعارف
- ✓ آگاه ساختن خانواده ها با حقوق بشر، حریم خصوصی و حدود رابطه زناشویی
- ✓ توانمندسازی زوج ها از طریق آموزش مهارت های زندگی با تاکید بر آموزش مهارت های ارتباطی، حل مساله، خودآگاهی، همدلی، مدیریت استرس و مدیریت خشم
- ✓ آموزش تغییر سبک زندگی
- ✓ تصویب قانون منع و پیشگیری از خشونت علیه زنان
- ✓ یادآوری پیشینه فرهنگی کشورمان در سلامت جنسی شیوه مطلوبی برای اجتناب از روابط نامشروع و در نتیجه خشونت جنسی است
- ✓ باید زمینه هرگونه قاچاق، گردشگری و بهره کشی جنسی خشکانده شود
- ✓ ایمن تر کردن محیط های فیزیکی برای زنان
- ✓ ایمن کردن مدارس برای دختران
- ✓ تقویت نظام های حمایتی رسمی و غیر رسمی برای زنان در معرض خشونت
- ✓ حساس کردن نظام قضایی و قانونی به نیازهای خاص زنان قربانی خشونت
- ✓ حمایت از زنان بی سرپرست و بدسرپرست

توصیه های خود مراقبتی در پیشگیری از خشونت خانگی

- ۱- انواع روش های اعمال خشونت را بشناسید و بدانید چه رفتاری خشونت محسوب می شود.
- ۲- حقوق خود و دیگران را بشناسید
- ۳- علل ایجاد خشونت را شناسایی کنید و در رفع آن تلاش کنید
- ۴- با تکنیک ها و مهارت های مدیریت خشم و پرخاشگری آشنا شوید
- ۵- در مواقعی که در معرض خشونت قرار گرفتید سعی کنید آرام باشید و به خشونت دامن نزیند
- ۶- از قوانین و مجازات های اعمال خشونت آگاه باشید
- ۷- مراکزی که به افراد خشونت دیده خدمات ارایه می دهند را شناسایی کنید
- ۸- در مقابل خشونتی که به شما و اطرافیان شما اعمال می شود سکوت نکنید. در نظر داشته باشید که شمت مقصر نیستید و می توانید در مواقع ضروری به مراکز حمایتی و مراجع قانونی پناه ببرید
- ۹- می توانید از مشاور و روانشناس خانواده در این زمینه کمک بگیرید.

خودکشی

یکی از آسیب‌هایی که ممکن است در دوره نوجوانی و جوانی تحت تاثیر بیماری‌های روانپزشکی و یا سایر شرایط محیطی برای افراد رخ دهد خودکشی است. مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی، فکر و رفتار خودکشی فعلی و قبلی است. در صورتی که فرد یکبار اقدام به خودکشی کند حدود ۱۵ تا ۳۰ درصد احتمال دارد که طی یکسال بعدی مجدد به این عمل دست بزند و بیشترین خطر یک تا سه ماه بعد است. هرچه روش قبلی خودکشی، کشندگی بیشتر داشته باشد و فرد سعی کرده باشد که اقدام خود را از دیگران پنهان کند، میزان خطرناک‌تر بودن رفتار اقدام به خودکشی بیشتر است.

حدود یک سوم از افرادی که خودکشی می‌کنند، قصد جدی مردن دارند و مابقی فقط قصد دارند که از محیط آزاردهنده‌ای که در آن قرار دارند فرار کنند یا خشم خود را به سایرین نشان دهند و یا توجه اطرافیان را به دست آورند. از دیگر عوامل بسیار مهم که باعث ایجاد رفتار خودکشی می‌شود ابتلا به بیمارهای روانپزشکی است که افسردگی در راس آنها قرار دارد و اگر افسردگی با بی‌قراری و عصبانیت و احساس ناامیدی شدید همراه باشد میزان رفتار خودکشی بیشتر می‌شود. یکی دیگر از عوامل، اختلالات مصرف مواد است که در بین افراد با اختلال سلوک شایع‌تر است و احتمال رفتار خودکشی را افزایش می‌دهد. در صورتیکه فرد دچار علائم زیر شد حتماً به پزشک خانواده، متخصص روانپزشکی و یا روانشناس مراجعه کنید:

- ✓ انزوا از دیگران
- ✓ روحیه و خلق و خوی افسرده یا عصبانی و بی‌قرار
- ✓ خواب و خوراک آشفته (کم یا زیاد شدن خواب و خوراک یا بی‌نظمی آن)
- ✓ افزایش یا کاهش فعالیت غیر معمول
- ✓ رفتارهای مشکوک و پنهان کاری
- ✓ افت تحصیلی
- ✓ هرگونه شک به مصرف مواد
- ✓ مشکلات در روابط خانوادگی که طی آنها فرد در فشار روانی شدیدی قرار دارد

توصیه‌های خود مراقبتی در پیشگیری از خودکشی در جوانان

- ✓ هرگونه ابراز افکار آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی یا رفتارهای آسیب‌به‌خود را هرچند جزئی جدی بگیرید و به پزشک خانواده، روانپزشک یا روانشناس مراجعه کنید.
- ✓ در مواقعی که یکی از دوستان و همسالان رفتار آسیب‌به‌خود و یا خودکشی داشته است انکان تقلید این رفتار بیشتر می‌شود و لازم است والدین یا مسوولین بهداشت و سلامت به صورت فعال با فرد در معرض این اتفاق صحبت کنند و موارد پرخطر را شناسایی و با حمایت روانی و اجتماعی مناسب از احتمال خودکشی یا آسیب تقلیدی جلوگیری کنند.
- ✓ هرگونه تغییر رفتار و خلق و خوی، خواب و خوراک، افت تحصیلی یا گوشه‌گیری و انزوا را جدی بگیرید و از متخصصین و مشاوران کمک بگیرید.
- ✓ حمایت مناسب توسط همسالان با هدایت و کمک والدین و بزرگسالانی که مسوول تربیت و آموزش آنها در خانه، دانشگاه یا جامعه هستند
- ✓ از به کار بردن جملات و واژه‌هایی مبنی بر اینکه تو شهامتت را نداری، ترسو هستی و این کارها جرات می‌خواهد به شدت بپرهیزد

آشنایی با نحوه محاسبه شاخصهای مربوط به جوانان

شاخص های سلامت جوانان در پنل سیمای سلامت سامانه پرونده الکترونیک(سینا)

امروزه آماربه عنوان مهمترین ابزار برنامه ریزی برای آینده و ارزیابی عملکرد گذشته و عامل اصلی در تصمیم گیری و مدیریت بوده واز اهمیت ویژه ای برخوردار است

شاخص ها یکی از مهم ترین ابزار پایش و نظارت بر پیشرفت و نتایج برنامه ها و از طرف دیگر یکی از اصلی ترین ابزار برنامه ریزی علمی اطلاعات و شاخص های آن برنامه است.

شاخص ها و نسبت ها در مقاطع زمانی معین و یا دوره زمانی معین محاسبه می شود. بنابراین اطلاعات مندرج در صورت و مخرج کسر باید همزمان باشد.

جمعیت مورد نظر می تواند شامل جمعیت شهری / روستایی / حاشیه شهر / عشایر / مهاجران و... باشد.

جمعیت مورد نظر می تواند گاه به تفکیک جنسی / شغلی / سنی و... باشد.

نکته ۱: مراقبت فعال ، مراقبتی است که در بازه زمانی کمتر از سه سال از زمان گزارش گیری انجام شده باشد و ذکر لغت تجمیعی در داخل پرانتز به علت گزارش گیری از بیش از یکسال است.

۱- درصد مراقبت فعال جوانان ۱۸-۲۹ سال (تجمیعی) دوره: ماهانه

صورت کسر: تعداد جوانان مراقبت شده در سه سال اخیر که در زمان اجرای گزارش در سنین ۱۸-۲۹ سال بوده اند.

مخرج کسر: تعداد جوانان که در زمان اجرای گزارش در سنین ۱۸ تا ۲۹ سال باشند.

۲- درصد مراقبت تجمیعی جوانان دوره: ماهانه

صورت کسر: تعداد جوانان مراقبت شده از ابتدای بارگذاری فرم جوان در سامانه پرونده الکترونیک که در زمان اجرای گزارش در سنین ۱۸-۲۹ سال بوده اند.

مخرج کسر: تعداد جوانان که در زمان اجرای گزارش در سنین ۱۸ تا ۲۹ سال باشند.

۳- درصد مراقبت دوره ای جوانان دوره: ماهانه

صورت کسر: تعداد جوانانی که تا زمان اجرای گزارش حداقل سه سال از مراقبت دوره ای آنها گذشته و مراقبت جدید دریافت نموده اند.

مخرج کسر : تعداد جوانان که تا زمان اجرای گزارش حداقل سه سال از مراقبت دوره ای آنها گذشته باشد.

۴- درصد مراقبت جوانان ۱۸- ۲۹ سال دوره: سه ماهه (خرداد- شهریور- آذر - اسفند)

صورت کسر: تعداد جوانان مراقبت شده در طول سه ماه گزارش گیری که در در زمان اجرای گزارش (خرداد- شهریور- آذر - اسفند) در سنین ۱۷-۲۹ سال باشند.

مخرج کسر: تعداد جوانانی که در زمان اجرای گزارش (خرداد- شهریور- آذر - اسفند) در سنین ۱۸-۲۹ سال باشند.

۵- درصد مراقبت جوانان ۱۸- ۲۹ سال دوره: ۶ ماهه (شهریور- اسفند)

صورت کسر: تعداد جوانان مراقبت شده در طول شش ماه گزارش گیری که در زمان اجرای گزارش (شهریور- اسفند) در سنین ۱۸-۲۹ سال باشند.

مخرج کسر: تعداد جوانانی که در زمان اجرای گزارش (شهریور- اسفند) در سنین ۱۸-۲۹ سال باشند.

۶- درصد مراقبت جوانان ۱۸-۲۹ سال دوره : ۹ ماهه (آذر)

صورت کسر: تعداد جوانان مراقبت شده در طول نه ماه گزارش گیری که در زمان اجرای گزارش (آذر) در سنین ۱۸-۲۹ سال باشند.

مخرج کسر: تعداد جوانانی که در زمان اجرای گزارش (آذر) در سنین ۱۸-۲۹ سال باشند.

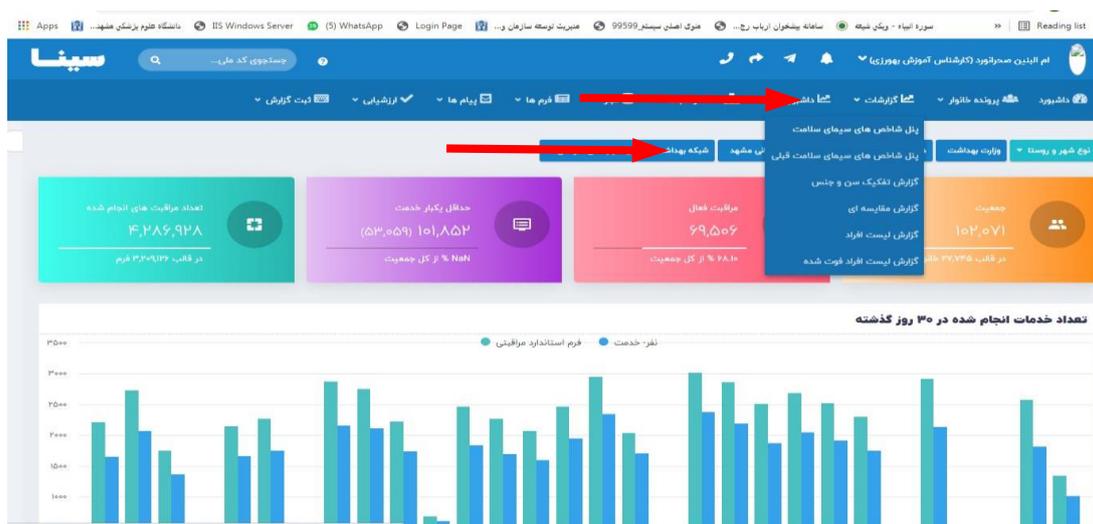
۷- درصد مراقبت جوانان ۱۸-۲۹ سال دوره : یک ساله (اسفند)

صورت کسر: تعداد جوانان مراقبت شده در طول یک سال گزارش گیری که در زمان اجرای گزارش (اسفند) در سنین ۱۸-۲۹ سال باشند.

مخرج کسر: تعداد جوانانی که در زمان اجرای گزارش (اسفند) در سنین ۱۸-۲۹ سال باشند.

مسیر دستیابی شاخص های پنل سیمای سلامت سامانه سینا

انتخاب پنل شاخص های سیمای سلامت از قسمت گزارشات سامانه سینا



انتخاب دانشگاه و شهرستان مورد نظر

سپنا جستجوی کد ملی...

ام البنین صندوقتود (کوشناس آموزش بهوزی) | داشبوردها | گزارشات | داشبوردها | ساختار شبکه | انبار | نرم ها | پیام ها | ارزشیابی | ثبت گزارش

HCT1, HCT2, HCT3, HCT4

All

Select all

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد

شهرت/روستایی

All

جنسیت

All

طیبت

All

دوره

ماهانه

سال، ماه

1401 (سال) + (ماه) 2

مخروج	صورت	مقدار شاخص	عنوان	ردیف	گروه
27,677	11,518	41.62	درصد خانوارهای تحت پوشش داوطلب		آموزش سلامت
101,852	69,531	68.27	مراقبت فعال	1	توسعه شبکه
101,852	69,531	68.27	مراقبت فعال	1	phcq داشبورد
101,852	101,766	99.92	حداقل یکبار مراقبت	9	توسعه شبکه
26,743	20,120	75.23	درصد مراقبت فعال نوجوانان 5-17 سال	23	ت، خانواده و مدارس
26,743	23,131	86.49	درصد مراقبت تجمیعی نوجوانان	24	ت، خانواده و مدارس
18,162	12,389	68.21	درصد مراقبت فعال جوانان 18-29 سال	29	ت، خانواده و مدارس
18,162	14,159	77.96	درصد مراقبت تجمیعی جوانان	30	ت، خانواده و مدارس
9,544	7,609	79.73	درصد مراقبت دوره ای جوانان	31	ت، خانواده و مدارس



انتخاب عنوان شاخص در صد مراقبت فعال

The screenshot shows the 'سپنا' (Sina) web application interface. The top navigation bar includes the logo and search bar. Below it, there are several menu items. The main content area displays a table with columns: 'مخروج' (Exit), 'صورت' (Form), 'مقدار شاخص' (Indicator Value), 'عنوان' (Title), 'ردیف' (Row), and 'گروه' (Group). The table shows one row with the title 'درصد مراقبت فعال جوانان 18-29 سال' and a value of 68.21. To the left of the table is a filter sidebar with various options. Two red arrows point to the 'عنوان شاخص' dropdown menu and the selected option 'درصد مراقبت فعال جوانان 18-29 سال'.

انتخاب درصد مراقبت تجمیعی

The screenshot shows the 'سپنا' (Sina) web application interface. The top navigation bar and menu items are the same as in the previous screenshot. The main content area displays a table with columns: 'مخروج' (Exit), 'صورت' (Form), 'مقدار شاخص' (Indicator Value), 'عنوان' (Title), 'ردیف' (Row), and 'گروه' (Group). The table shows one row with the title 'درصد مراقبت تجمیعی نوجوانان' and a value of 86.49. To the left of the table is a filter sidebar with various options. A red arrow points to the selected option 'درصد مراقبت تجمیعی نوجوانان' in the 'عنوان شاخص' dropdown menu.

انتخاب درصد مراقبت دوره ای

سپنا

ام البنین صحت‌تور (گرفتناس آموزش بهوزی)
🔍 جستجوی کد ملی...

📄 📧 📧 📧 📧 📧 📧 📧 📧 📧

	مخرج	صورت	مقدار شاخص	عنوان	ردیف	گروه
<div style="margin-bottom: 10px;"> HCT1, HCT2, HCT3, HCT4 All </div> <div> <p>عنوان شاخص</p> <p>درصد مراقبت دوره ای جوانان</p> <p>Search</p> <p><input type="checkbox"/> درصد مراقبت بهصورت بوجوانان</p> <p><input type="checkbox"/> درصد مراقبت دندان و دندان کودکان 3 تا 6 سال</p> <p><input type="checkbox"/> درصد مراقبت دندان و دندان کودکان 6 تا 14 سال</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> درصد مراقبت دوره ای جوانان</p> <p><input type="checkbox"/> درصد مراقبت دوره ای میانسالان</p> <p><input type="checkbox"/> درصد مراقبت دوره ای جوانان پاهات</p> <p><input type="checkbox"/> شناسایی فشارخون بالا</p> <p><input type="checkbox"/> شیوع کم وزنی شدید در کودکان زیر 5سال</p> <p><input type="checkbox"/> شیوع کم وزنی متوسط در کودکان زیر 5سال</p> <p><input type="checkbox"/> شیوع کوتاه قدگ شدید در کودکان زیر 5سال</p> </div> <div> <p>جنسیت</p> <p>All</p> </div> <div> <p>طبیت</p> <p>All</p> </div> <div> <p>دوره</p> <p>ماهانه</p> </div> <div> <p>سال، ماه</p> <p>1401 (سال) + (ماه) 2</p> </div>	9,544	7,609	79.73	درصد مراقبت دوره ای جوانان	31	معتد، خانواده و مدارس



انتخاب دوره و سال ماه

۱

جنسیت

All

طبیت

All

دوره

ماهانه

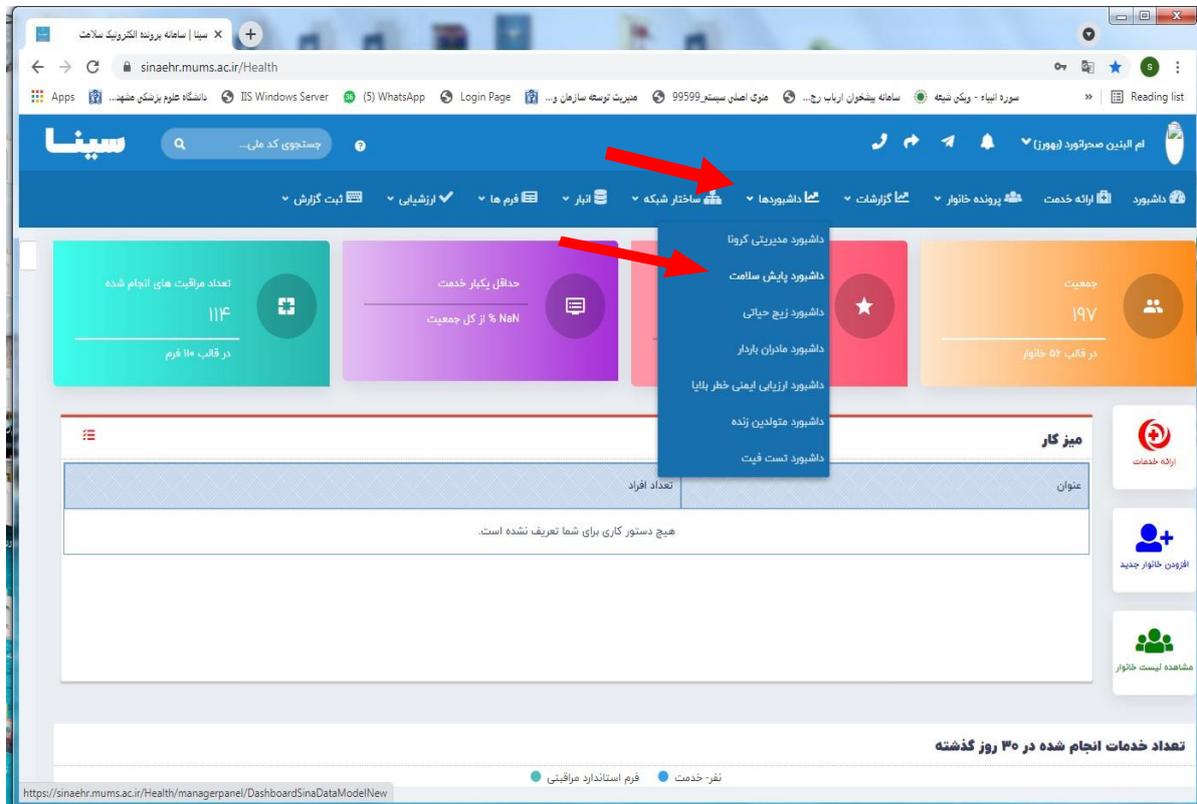
سال، ماه

1401 (سال) + (ماه) 2

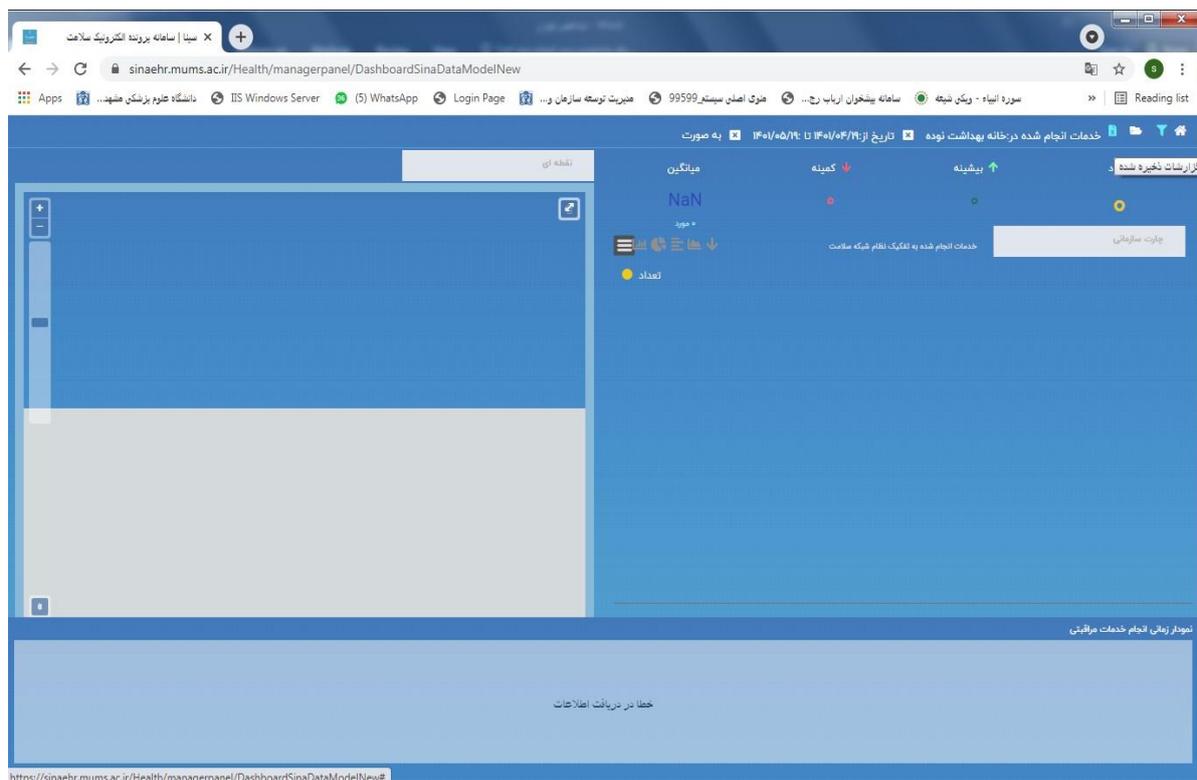


گزارشات داشبورد پایش سلامت

انتخاب داشبورد پایش سلامت

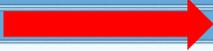


انتخاب گزارشات ذخیره شده



گزارش ذخیره شده	
کودکان	
تغذیه	
دهان و دندان	
بهداشت محیط حرفه ای	
سلامت روان	
سلامت دانش آموزان و مدارس	
سلامت جوانان	
کمپین فشارخون	
مادران	
طرح حاج قاسم سلیمانی	
سلامت اجتماعی	
سلامت زوجین	
پیشگیری از اختلالات مواد الکل و دخانیات	
دیابت	
هیپوتریوییدی	

//sinaehr.mums.ac.ir/Health/managerpanel/DashboardSinaDataModelNew#collapse-18

سلامت دانش آموزان و مدارس
<div style="text-align: center;">  </div> سلامت جوانان
تعداد ۱۸-۲۹ سال که فرم گروه سنی برایشان تکمیل شده است (صورت پوشش مراقبت جوانان)
تعداد جوانان دارای فعالیت فیزیکی نامطلوب (صورت شاخص درصد جوانان دارای فعالیت فیزیکی نامطلوب)
تعداد جوانان که از لحاظ فعالیت فیزیکی بررسی شده اند (مخرج شاخص درصد جوانان دارای فعالیت فیزیکی نامطلوب)
تعداد جوانان دارای bmi اضافه وزن و چاق (صورت شاخص درصد جوانان دارای bmi اضافه وزن و چاق)
تعداد جوانان که از لحاظ bmi بررسی شده اند (مخرج شاخص درصد جوانان دارای bmi اضافه وزن و چاق)
تعداد جوانان (زنان) تحت خشونت خانگی (صورت شاخص درصد زنان جوان که تحت خشونت خانگی قرار گرفته اند)
تعداد زنان جوان که از نظر خشونت خانگی بررسی شده اند (مخرج شاخص درصد زنان جوان که تحت خشونت خانگی قرار گرفته اند)
تعداد جوانان با الگوی تغذیه نامناسب (صورت شاخص درصد جوانان دارای تغذیه نامناسب)
تعداد جوانانی که از لحاظ الگوی تغذیه ای بررسی شده اند (مخرج شاخص درصد جوانان دارای تغذیه نامناسب)
تعداد مراقبت جوان توسط مراقب سلامت/بهورز (صورت شاخص درصد پوشش مراقبت جوانان توسط غیر پزشک)
تعداد جوانان مراقبت شده توسط پزشک (صورت شاخص درصد پوشش مراقبت جوانان توسط پزشک)
جوانان شناسایی شده با اختلال و بیماری (صورت شاخص درصد جوانان شناسایی شده با اختلال و بیماری)
جوانان دانشجو مبتلا به اختلال یا بیماری (صورت شاخص درصد جوانان دانشجو شناسایی شده با اختلال و بیماری)
تعداد جوانان مرد مراقبت شده توسط مراقب سلامت/بهورز
تعداد جوانان زن مراقبت شده توسط مراقب سلامت/بهورز

فهرست منابع

۱. اسلاپدهای وزارتخانه (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان)
۲. مراقبت های ادغام یافته سلامت جوانان (ویژه بهورز سال ۱۴۰۰) - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
۳. دفتر مدیریت کنترل بیماریهای غیرواگیر، مجموعه مداخلات اساسی بیماریهای غیرواگیر در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه ایران، دستورالعمل اجرایی و محتوای آموزشی پزشک، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تهران
۴. شورای نویسندگان به سرپرستی دکتر پروین یاوری - مرجع اپیدمیولوژی بیماریهای شایع ایران جلد ۱ بیماریهای واگیردار
۵. شورای نویسندگان به سرپرستی دکتر پروین یاوری - مرجع اپیدمیولوژی بیماریهای شایع ایران جلد ۲ بیماریهای غیر واگیر
۶. دکتر مسعود احمدزاد اصل و همکاران - راهنمای خودمراقبتی جوانان - ۱۳۹۵
۷. شاخص های سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس واحد سلامت جمعیت، خانواده و مدارس مرکز بهداشت استان خراسان رضوی
۸. غذای سالم - غذای ارگانیک - محمد دریایی
۹. فست فودها (سم فودها) - محمد دریایی
۱۰. شنوایی سنجی در جوانان ویکی پدیا
11. <https://samaksaee.com/au-diometry>
12. <https://www.samasamak.com/17/pure-tone-audiometry>