

مراقبت‌های رده سنی ۱۸ تا ۲۹ سال
غیر پزشک
بهمن ۹۴

اداره سلامت جوانان

دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس

معاونت بهداشت

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تهیه کنندگان : دکتر محمد اسماعیل مطلق، دکتر گلالیل اردلان، نسرین کیانپور

با تشکر از همکاری :

دکتر غلامحسین صدری، دکتر سهیلا خوشبین، دکتر ناصر کلانتری، دکتر احمد کوشا، دکتر ناهید جعفری، دکتر محمدمهدی گویا، دکتر زهرا عبدالهی، دکتر احمد حاجبی، دکتر خسرو صادق نیت، دکتر امین صابری نیا، دکتر محمد اسلامی، دکتر تقی یمانی، دکتر مینوالسادات محمود عربی، دکتر مجذوبه طاهری، دکتر منوچهر زینلی، طاهره امینایی، مرضیه دشتی، لیلا رجائی، دکتر سهیلا خزایی، دکتر طاهره سماوات، عالیہ حجت زاده، دکتر فروزان صالحی، مینا مینایی، دکتر پریسا ترابی، خدیجه فریدون محصلی، دکتر محسن زهرایی، دکتر نسرین محمودی، دکتر مهشید ناصحی، دکتر محمود نبوی، دکتر عباس صداقت، دکتر کیانوش کمالی، دکتر حمیرا فلاحی، دکتر حسین کاظمینی، دکتر سید علیرضا مظهری، دکتر محمدرضا رهبر، دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر پژمان عقدک، شکوه اقتداری، سید مرید جابری فرد، زهرا آبتین، نرگس جلیلی پور، مرجان مومنی بروجنی، دکتر رویا کلیشادی، فرشته فقیهی، مریم فراهانی، دکتر ماهرخ کشوری، دکتر شهین یاراحمدی، دکتر مهدی نجمی، دکتر معصومه علیزاده، دکتر اشرف سماوات، دکتر محمود نبوی، دکتر مهدی نجمی، دکتر حسین معصومی اصل، دکتر مشیانه حدادی، دکتر حسن نوری ساری، مهندس آنیتا رضایی، دکتر حسین خوشنویسان، ماندانا تیرا، دکتر نادره موسوی فاطمی، دکتر انوشه صفرچراتی، دکتر میترا حفاظی، دکتر علیرضا نوروزی، علی اسدی، معصومه افسری، سهیلا امیدنیا، صدیقه خادم، سمیه یزدانی، مریم مهربابی، طاهره زیادلو، معصومه قاسم زاده و مهر و محمد صادقی که در تهیه و تدوین این مجموعه ما را یاری نمودند.

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای.....	۵
BMI مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی.....	۶
ارزیابی قلبی عروقی.....	۱۱
مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون.....	۱۲
بیماری ریوی غیرواگیر.....	۱۴
مراقبت از نظر ابتلا به آسم.....	۱۵
ارزیابی ژنتیک.....	۱۶
بررسی عامل خطر/بیماری/ناهنجاری‌های ژنتیک.....	۱۷
واکسیناسیون.....	۱۸
مراقبت از نظر وضعیت واکسیناسیون.....	۱۹
ارزیابی دهان و دندان.....	۲۶
مراقبت از نظروضعیت دهان و دندان.....	۲۷
بیماری‌های عفونی.....	۲۸
سل ریوی.....	۲۹
هیپاتیت :.....	۳۲
ارزیابی بیماری‌های منتقله از راه جنسی :.....	۳۳

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
ارزیابی سلامت روان و سوء مصرف مواد.....	۳۴
سؤالات غربالگری در حوزه سلامت روان برای گروه هدف ۱۵ سال به بالا.....	۳۵
غربالگری صرع.....	۳۷
غربالگری معلولیت ذهنی.....	۳۷
غربالگری خودکشی.....	۳۷
اختلالات مصرف مواد جوانان :	۳۹
پرسشنامه غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد.....	۴۱
دستورالعمل اجرا.....	۴۳
سلامت اجتماعی :	۴۶
ارزیابی مصرف دخانیات.....	۴۸
راهنماها و توصیه‌ها.....	۵۰
مصرف دخانیات و مواجهه با دود.....	۵۱
تغذیه و فعالیت بدنی.....	۵۴
توصیه‌های آموزشی در هیپاتیت.....	۶۱
نکات آموزشی در آسم.....	۶۴
آموزش سلامت دهان و دندان.....	۶۶
مداخلات آموزشی سل.....	۷۵
راهنمای آموزش ازدواج سالم به جوانان.....	۷۸

ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای

BMI مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی

اهداف آموزشی و رفتاری

لازم است در پایان دوره آموزشی:

- شرکت کننده بتواند نشانه‌های وزن را براساس نمایه توده بدنی به درستی طبقه بندی کند.
- شرکت کننده بتواند براساس نتیجه طبقه بندی وزن، اقدام مناسب را انجام دهد.
- شرکت کننده بتواند نمایه توده بدنی را به درستی تعیین کند.
- شرکت کننده بتواند طبقه بندی وزن با توجه به نشانه‌های نمایه توده بدنی را توضیح دهد.

نحوه استفاده از جداول

مراحل استفاده از جداول را به ترتیب زیر آموزش دهید:

وضعیت وزن به شرح زیر ارزیابی می‌شود:

طبقه بندی	مقدار BMI
لاغر	کمتر از ۱۸/۵
طبیعی	۱۸/۵-۲۴/۹
اضافه وزن	۲۵/۰ - ۲۹/۹
چاقی	۳۰ وبالاتر

ارزیابی
- وزن و نمایه توده بدنی (BMI) را اندازه گیری کنید.
- نمایه توده بدنی (BMI) را با استانداردها مقایسه کنید.

برای اندازه گیری قد و وزن با دقت کامل این نکات را مورد توجه قرار دهید:

ترازو را قبل از شروع به اندازه گیری و یا وقتی که جا به جا می شود، با وزنه شاهد کنترل کنید. (کنترل ترازو با وزنه شاهد لااقل روزی یک بار ضروری است) جوان باید کاملاً در وسط ترازو و بدون حرکت بر روی دو پا ایستاده و به رو به رو نگاه کند و با حداقل لباس، بدون کفش و کلاه توزین انجام شود. توزین کننده با ایستادن در مقابل ترازو وزن دقیق را بخواند.

پس از اندازه گیری دقیق وزن، وزن جوان در جدول ثبت نتایج پایش رشد در شناسنامه سلامت جوان ثبت می گردد.

قد جوان در وضعیت ایستاده به طور صاف و مستقیم بدون کفش و کلاه در حالی که پشت سر، پشت، باسن و پاشنه پاها کاملاً با دیوار مدرج مماس بوده و به روبه رو نگاه کند اندازه گیری می شود. (به کمک گونیا یا خط کش که روی سر جوان گذاشته می شود به طوری که با دیوار مدرج زاویه ۹۰ درجه بسازد). سپس قد جوان از روی دیوار مدرج (یا صفحه مدرج یا متر نصب شده روی دیوار) خوانده می شود. اگر ترازو مجهز به قد سنج نیست یک متر اندازه گیری را روی دیوار طوری ثابت کنید که کاملاً بر سطح زمین عمود باشد. از جوان بخواهید که مقابل دیوار بایستد در شرایطی که پشت سر، سینه، باسن و پاشنه پای وی در تماس با دیوار باشد. برای اندازه گیری قد، خطکش یا یک برگ کاغذ را روی سرش بگذارید و محل تقاطع آن را با متر بخوانید. در این حالت، مطابق شکل باید به وضعیت سر، پاها و موی جوان و نیز طرز قرار گرفتن خط کش توجه داشت.

ارزیابی نمایه توده بدنی :

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

ارزیابی	نشانه ها	طبقه بندی	اقدام
- وزن را اندازه گیری و نمایه توده بدنی (BMI) را محاسبه کنید. - نمایه توده بدنی (BMI) را با استانداردها مقایسه کنید.	BMI کم تر ۱۸/۵	لاغر	ارجاع به پزشک
	۱۸/۵-۲۴/۹	طبیعی	توصیه های لازم برای شیوه زندگی سالم و غربالگری ۳ سال یکبار
	BMI بین ۲۵-۲۹/۹	اضافه وزن	آموزش توسط مراقب سلامت و آموزش تغذیه طبق دستورالعمل
	BMI ۳۰ و بالاتر	چاقی	ارجاع به پزشک ← کارشناس تغذیه جهت تنظیم رژیم غذایی مناسب (مراجعه و کنترل توسط مشاور تغذیه بعد از یک ماه)

پرسشنامه:

در این پرسشنامه منظور از غربالگری؛ هرگونه ارزیابی اولیه، کلی و غیر تخصصی الگوی غذایی و فعالیت بدنی گروه‌های سنی به منظور تعیین وضعیت ارجاع به کارشناس تغذیه و خدمات قابل ارائه توسط مراقب سلامت می‌باشد.

منظور از ارزیابی، تعیین تخصصی وضعیت تغذیه گروه‌های سنی ارجاع شده از سوی مراقب سلامت یا پزشک از لحاظ بالینی، بیوشیمیایی، دریافت غذایی و... توسط کارشناس تغذیه می‌باشد.

۱) معیار الگوی تغذیه و فعالیت فیزیکی :	
۵) چقدر فست فود و/ یا نوشابه‌های گازدار مصرف می‌کنید؟ ۰ = هفته ای ۲ بار یا بیشتر ۱ = ماهی ۱-۲ بار ۲ = بندرت / هرگز ۶) از چه نوع روغن بیشتر مصرف می‌کنید؟ ۰ = فقط روغن نیمه جامد، جامد یا حیوانی ۱ = تلفیقی از انواع روغن‌های مایع و نیمه جامد ۲ = فقط گیاهی مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی) ۷) چه مقدار در هفته فعالیت بدنی دارید؟ (حداقل فعالیت بدنی ۱۵۰ دقیقه در هفته معادل با ۳۰ دقیقه با تواتر ۵ بار در هفته شامل ورزش‌های هوازی نظیر پیاده روی تند، دوچرخه سواری، شنا و...) ۰ = بدون فعالیت بدنی هدفمند ۱ = کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته ۲ = ۱۵۰ دقیقه در هفته یا بیشتر	۱) مصرف میوه روزانه شما چقدر است؟ ۰ = بندرت / هرگز ۱ = کمتر از ۲ سهم ۲ = ۲ تا ۴ سهم یا بیشتر ۲) مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟ ۰ = بندرت / هرگز ۱ = کمتر از ۲ سهم ۲ = ۲ تا ۵ سهم ۳) واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟ ۰ = بندرت / هرگز ۱ = کمتر از ۲ سهم ۲ = ۲ سهم یا بیشتر ۴) آیا از نمکدان سر سفره استفاده می‌کند؟ ۰ = همیشه ۱ = گاهی ۲ = بندرت / هرگز
۲) نحوه محاسبه امتیاز:	
گزینه اول = ۰ امتیاز	گزینه دوم = ۱ امتیاز
گزینه سوم = ۲ امتیاز	بیشترین امتیاز = ۱۴ امتیاز

۳) نحوه تصمیم گیری برای ارائه خدمت یا ارجاع: ۱-BMI ۲- امتیاز بدست آمده از سوالات

BMI مطلوب و امتیاز کامل (۱۴ امتیاز) = تشویق مراجعه کننده و ادامه الگوی تغذیه مناسب

BMI مطلوب + ۱۳-۷ امتیاز ← عدم ارجاع به کارشناس تغذیه + آموزش در موارد مشکل دار توسط مراقب سلامت

BMI مطلوب + ۶-۰ امتیاز ← آموزش در موارد مشکل دار توسط مراقب سلامت + ارجاع فرد برای شرکت در جلسات آموزش گروهی توسط کارشناس تغذیه + تعیین زمان مراجعه مجدد یک ماه بعد به مراقب سلامت جهت کنترل میزان پیروی از آموزشها

BMI نا مطلوب (۲۵ تا ۲۹/۹) + با هر امتیاز ← عدم ارجاع به کارشناس تغذیه + آموزش در موارد مشکل دار توسط مراقب سلامت و آموزش تغذیه مخصوص سوء تغذیه از نوع اضافه وزن و چاقی

BMI نا مطلوب (۳۰ و بالاتر و ۱۸/۵ و کمتر + با هر امتیاز ← ارجاع به پزشک ← ارجاع به کارشناس تغذیه جهت تنظیم رژیم غذایی مناسب (مراجعه و کنترل مجدد توسط مشاور تغذیه بعد از یکماه)

کلیه افرادی که بیماری تشخیص داده شده دارند، پس از غربالگری تغذیه ای توسط مراقب سلامت، ابتدا به پزشک جهت انجام مراحل درمانی و سپس از پزشک به کارشناس تغذیه جهت دریافت رژیم غذایی ارجاع داده می شوند.

دستور عمل نحوه امتیازدهی و تعیین الگوی تغذیه:

این پرسشنامه حاوی ۷ سؤال است. گزینه اول هر یک از پرسشها دارای صفر امتیاز، گزینه دوم آنها دارای یک امتیاز و گزینه سوم آنها دارای دو امتیاز است.

۱) در پرسش ۱ که درباره مصرف روزانه میوه است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلا میوه مصرف نمی کند یا گاهی بندرت مصرف می کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۲ سهم میوه مصرف می کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند روزانه ۲ تا ۴ سهم یا بیشتر میوه مصرف می کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

۲) در پرسش ۲ که درباره مصرف روزانه سبزی است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلا سبزی مصرف نمی کند یا گاهی بندرت مصرف می کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۳ سهم سبزی مصرف می کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند روزانه ۳ تا ۵ سهم یا بیشتر سبزی مصرف می کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

تذکر: هر یک سهم میوه معادل یک عدد سیب متوسط یا همین مقدار از هر میوه دیگر است. هر یک سهم سبزی نیز معادل یک عدد سبزی غیربرگی متوسط مانند گوجه‌فرنگی، بادنجان یا هویج، و یا یک لیوان سبزی برگی نظیر سبزی خوردن یا کاهو است.

۳) در پریشی که درباره مصرف روزانه شیر و لبنیات است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلاً شیر و لبنیات مصرف نمی‌کند یا گاهی بندرت مصرف می‌کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از دو سهم شیر و لبنیات مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب می‌نماید و اگر عنوان کند که روزانه ۲ سهم یا بیشتر شیر و لبنیات مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

تذکر: هر یک سهم شیر و لبنیات معادل یک لیوان (۲۵۰-۲۰۰ میلی لیتر) شیر، یا یک لیوان (۲۵۰-۲۰۰ میلی لیتر) ماست، یا ۴۵ گرم (معادل ۱/۵ قوطی کبریت) پنیر است.

۴) در پریشی که درباره استفاده از نمکدان سر سفره است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که همیشه یا اکثر اوقات از نمکدان سر سفره استفاده می‌کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند که گاهی از نمکدان سر سفره استفاده می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند که هرگز از نمکدان سر سفره استفاده نمی‌کند یا در موارد معدود ممکن است استفاده کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

۵) در پریشی که درباره مصرف فست فود (انواع ساندویچ‌های آماده حاوی سوسیس یا کالباس یا سمبوسه یا پیتزاهای حاوی سوسیس، کالباس و پنیر پیتزای فراوان) و نوشابه‌های گازدار است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که در هفته دو بار یا بیشتر فست فود یا نوشابه‌های گازدار مصرف می‌کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند که در ماه حدود یک تا دو بار مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود و اگر عنوان کند که هرگز در طول یک ماه از فست فود یا نوشابه‌های گازدار استفاده نمی‌کند و یا در طول سال ممکن است چند نوبت محدود استفاده کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

۶) در پریشی که درباره روغن مصرفی است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که فقط از روغن‌های نیمه جامد، جامد یا حیوانی برای طبخ غذا استفاده می‌کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند که تلفیقی از روغن‌های گیاهی مایع و روغن‌های نیمه جامد را برای طبخ غذا مورد استفاده قرار می‌دهد، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند که فقط از روغن‌های گیاهی مایع معمولی و مخصوص سرخ کردنی برای طبخ غذا استفاده می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

۷) در پریشی که درباره میزان فعالیت بدنی در هفته است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که در هفته هیچ فعالیت بدنی هدفمندی انجام نمی‌دهد، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته به فعالیت بدنی می‌پردازد، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند در هفته مجموعاً ۱۵۰ دقیقه (پنج جلسه سی دقیقه‌ای) به فعالیت بدنی مانند پیاده روی تند، شنا یا دوچرخه سواری می‌پردازد، دو امتیاز کسب خواهد نمود. انجام فعالیت بدنی با مدت زمان مورد نظر طی کمتر از ۳ جلسه مطلوب نموده و امتیاز ۱ خواهد گرفت.

ارزیابی قلبی عروقی

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام
در صورت وجود هر یک از نشانه‌های زیر: - چاق یا دارای اضافه وزن است - والدین مبتلا به فشار خون بالا هستند - والدین بیماری عروق کرونر زودرس دارند - والدین سابقه بیماری کلیوی یا غددی (تیروئید،.....) دارند شرح حال دقیق بگیرید و افرادی که عوامل خطر* فشارخون بالا دارند را مشخص کنید سپس فشارخون ایشان را اندازه‌گیری فرمایید :	در خطر ابتلاء به افزایش فشار خون هستند	۱- اندازه گیری فشارخون با استفاده از جداول میزان فشارخون در بخش ضمیمه‌ها: ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد پس از ۵ دقیقه مجدداً فشار خون اندازه گیری شود: ۱- اگر میانگین فشارخون در دو نوبت بین صدک ۹۰ تا ۹۵ باشد (پیش فشارخون بالا) به عنوان فرد در معرض خطر، سالانه تحت مراقبت قرار گیرد: - توصیه به اصلاح شیوه زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم [رژیم غذایی مناسب، کنترل وزن (در صورت چاق بودن یا داشتن اضافه وزن)، توصیه به محدودیت مصرف نمک و انجام فعالیت بدنی و.....] - اندازه گیری فشارخون و قد و وزن و تعیین وضعیت چاقی ۲- اگر میانگین فشارخون ۱۴۰ / ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد فشارخون بالا (ارجاع غیر فوری به پزشک جهت تایید تشخیص و بررسی بیش تر - در صورت تایید بیماری فشارخون بالا توسط پزشک، فرد بیمار لازم است: ماهانه توسط کارمند بهداشتی مراقبت شود و هر ۳ ماه یک بار توسط پزشک ویزیت شود.	اقدام

ارزیابی جوان از نظر ابتلا به فشارخون بالا

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

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

ابتلا حداقل یکی از والدین به بیماری عروق کرونر زودرس (مردها قبل از ۶۵ سالگی و زن‌ها قبل از ۵۵ سالگی): در صورتی که سن پدر از ۶۵ سال و یا سن مادر از ۵۵ سال پایین تر است از والدین در خصوص ابتلا به بیماری عروق کرونر یعنی سکته قلبی و یا آنژین قلبی در مورد پدر قبل از ۶۵ سالگی و در مورد مادر قبل از ۵۵ سالگی سؤال کنید پاسخ بلی را یک نشانه محسوب کنید.

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

ابتلا حداقل یکی از والدین به بیماری کلیوی یا غددی (تیروئید،.....): ابتلا یکی از والدین به بیماری‌های کلیه یا اختلالات تیروئید که با تشخیص دکتر بوده نیز یک عامل خطر است

کسانی که در خواب آپنه دارند

توصیه‌های آموزشی

مشابه تغذیه مناسب و فعالیت بدنی مناسب در بخش تغذیه است.

بیماری ریوی غیر واگیر

مراقبت از نظر ابتلا به آسم

اهداف آموزشی و رفتاری

لازم است در پایان دوره آموزشی:

- شرکت کننده بتواند نشانه‌های آسم را به درستی طبقه بندی کند.
- شرکت کننده بتواند براساس نتیجه طبقه بندی آسم، اقدام مناسب را انجام دهد.
- شرکت کننده بتواند موارد ابتلا به آسم را به درستی شناسایی کند.

بیماری آسم (مراقب سلامت/بهورز)

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

ارزیابی ژنتیک

بررسی عامل خطر/بیماری/ناهنجاری‌های ژنتیک

ارزیابی (شناسایی مورد: غربالگری یا بیماریابی)	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام
بررسی سابقه خانوادگی بیماری‌های غیرواگیر	آیا در خود شما و بستگان درجه ۱ یا ۲ شما هیچ یک از این موارد وجود دارد؟ بیماری فشارخون ☐ اختلالات چربی خون ☐ دیابت ☐ بیماری‌های قلبی-عروقی ☐ سرطان ☐ نابینایی غیر اکتسابی ☐ ناشنوایی غیر اکتسابی ☐	عامل خطر فامیلی دارد	ارجاع غیرفوری به پزشک مرکز بهداشتی درمانی/ خانه بهداشت
		عامل خطر فامیلی ندارد -	
آموزش	استاندارد ارائه خدمت	طبقه بندی	توضیحات
آموزش جوانان (دانشجویان)	یک بار در سال	-	بر اساس محتوای آموزشی برنامه تالاسمی
آموزش افراد صاحب نفوذ در محله یا روستا	یک بار در سال	-	بر اساس محتوای آموزشی برنامه تالاسمی
آموزش عاقدان محلی به‌منظور جلب مشارکت آنها در راستای انجام عقد (دائم و یا موقت) پس از انجام مشاوره ژنتیک	یک بار در سال	-	بر اساس محتوای آموزشی برنامه تالاسمی

واکسیناسیون

مراقبت از نظر وضعیت واکسیناسیون

اهداف آموزشی و رفتاری

لازم است در پایان دوره آموزشی:

- شرکت کننده بتواند وضعیت ایمنسازی را به درستی طبقه بندی کند.
- شرکت کننده بتواند براساس نتیجه طبقه بندی، اقدام مناسب را انجام دهد.

براساس ارزیابی، وضعیت ایمنسازی نتیجه گیری می شود:

نتیجه ارزیابی
واکسیناسیون ناقص* است و مبتلا به بیماری که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی، واکسیناسیون او باید تحت نظارت مستقیم پزشک انجام شود، می باشد.
واکسیناسیون کامل است

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

با توجه به طبقه بندی، اقدام مناسب انجام می شود:

اقدام
- معرفی به مرکز بهداشتی درمانی جهت دریافت واکسن - پیگیری فعال یک ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون

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

جدول ایمن سازی افراد ۷ تا ۱۸ ساله که در وقت مقرر مراجعه نکرده اند	
نوبت مراجعه	نوع واکسن
اولین مراجعه	MMR- دوگانه ویژه بزرگسالان - فلج اطفال - هپاتیت ب -
یک ماه بعد از اولین مراجعه	MMR- دوگانه ویژه بزرگسالان - فلج اطفال - هپاتیت ب -
یک ماه بعد از دومین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان - فلج اطفال
۶ ماه تا یک سال بعد از سومین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان - فلج اطفال - هپاتیت ب
۱۰ سال بعد از چهارمین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان و هر ده سال یک بار تکرار شود

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

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

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

ایمن سازی زنان باردار بدون سابقه ایمن سازی یا واکسیناسیون ناقص *		
تاریخ مراجعه	نوع واکسن	دفعات
اولین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان	نوبت اول
یک ماه بعد	دوگانه ویژه بزرگسالان	نوبت دوم **

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

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

ایمن سازی علیه دیفتری و کزاز (واکسن دو گانه ویژه بزرگسالان) در افراد بالای ۱۸ سال بدون سابقه ایمن سازی	
تاریخ مراجعه	دفعات
اولین مراجعه	نوبت اول
یک ماه بعد از نوبت اول	نوبت دوم
شش ماه بعد از نوبت دوم	نوبت سوم*
* برای حفظ ایمنی کافی بهتر است هر ۱۰ سال یکبار تکرار شود.	

ایمن سازی علیه بیماری «هپاتیت ب» برای گروه های پرخطر	
زمان تزریق	نوبت
در اولین مراجعه	اول
یک ماه بعد از نوبت اول	دوم
شش ماه بعد از نوبت اول	سوم

نکات مهم:

- در صورتیکه واکسن‌های زنده ویروسی به طور همزمان مورد استفاده قرار نگیرند باید بین آنها حداقل یک ماه فاصله باشد. برنامه زمان بندی دریافت واکسن در افرادی که تزریق خون مکرر دارند مانند بیماران تالاسمی، تزریق واکسن مطابق جدول روتین می‌باشد.
- ملاک سابقه معتبر واکسیناسیون سند مکتوبی است که نشان دهنده واکسیناسیون فرد از قبیل کارت واکسیناسیون، ثبت در دفاتر مراکز بهداشتی درمانی، خانه‌های بهداشت، تیم‌های سیار و گواهی پزشک می‌باشد.
- در زنان باردار استفاده از واکسن‌های ویروسی زنده به جز تب زرد ممنوع است. جز در مواردی که خطر ابتلا به بیماری بر عوارض آن غالب باشد.
- اگر فاصله بین دوزهای واکسن بیش از میزان توصیه شده باشد نیازی به از سر گرفتن واکسیناسیون و یا افزایش دوز تجویز شده نیست و باید ادامه واکسیناسیون را با دوز تعیین شده ادامه داد.
- از تزریق واکسن در ناحیه سرین به علت آسیب به عصب سیاتیک و یا چربی زیاد ناحیه سرین باید خودداری کرد.
- برای حفظ ایمنی بعد از چهارنوبت تلقیح واکسن دوگانه یا سه گانه، واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان را هرده سال یک بار تکرار می‌کنیم.
- جهت بالا بردن سطح ایمنی بزرگسالان در برابر دیفتری بالاخص در زنان باردار و یا زنان درسین باروری توصیه می‌شود که هر وقت لازم شد واکسن کزاز تزریق شود واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان را تزریق نماییم.
- واکسن‌های سه گانه، دوگانه خردسالان و بزرگسالان را باید عمیق و عضلانی تزریق کنیم چون تزریق زیرجلد یا داخل جلد ایجاد آبسه، نکروز و گرانولوم بافتی می‌کند. در حال حاضر دوز یادآور هیپاتیت ب توصیه نمی‌شود.
- در صورتیکه دوزهای قبلی واکسن با یکی از موارد ترکیبی یا پلاسمایی باشد دوزهای بعدی واکسن با نوع بعدی بلامانع است.
- اگر در یک جلسه لازم بود دو دوز واکسن با هم تزریق شود لازم است حداقل دو و نیم سانتیمتر فاصله داشته باشد یا دردو سمت جداگانه باشد. تزریق زیر جلدی واکسن‌ها همان محل‌هایی است که تزریق عضلانی انجام می‌شود.

- واکسیناسیون هپاتیت ب برای افراد زیر توصیه می شود :

الف) کلیه پرسنل شاغل در مراکز درمانی بستری و سرپایی که با خون و ترشحات آغشته به خون به نحوی در تماس هستند شامل: پزشکان، پرستاران، ماماها، بهیاران، کمک بهیاران، واکسیناتورها، دندانپزشکان، کمک دندانپزشکان، کارشناسان و تکنسین های آزمایشگاه های تشخیص طبی، نظافت چیان واحدهای بهداشتی و درمانی و آزمایشگاه های تشخیص طبی، دانش آموزان بهورزی، دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری و مامایی....

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

ج) اعضاء خانواده، فرد **HBsAg**+ ساکن در یک واحد مسکونی

د) کودکانی که در کانون های اصلاح و تربیت نگهداری می شوند، کودکان عقب مانده ذهنی و پرسنل موسسات نگهداری این کودکان و خانه سالمندان و معلمان مدارس استثنایی

ه) آتش نشان ها، امداد گران اورژانس، زندانبانان، کارشناسان آزمایشگاه های تحقیقات جنایی و صحنه جرم

و) افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی و اعتیاد تزریقی که تحت پیگیری مداوم هستند.

ز) افراد آلوده به هپاتیت C، که حداقل یک تست تکمیلی مثبت دارند.

ح) زندانیانی که دارای رفتار پرخطر هستند و محکومیت آنها بیش از ۶ ماه است.

ط) رفتگران شهرداری

- برای تعیین نیاز به دوز یادآور در گروه های پزشکی مندرج در بند ۴۹ ردیف الف که سه نوبت واکسن دریافت نموده اند با توجه به تیتراژ آنتی بادی به شرح ذیل عمل گردد :

الف) چنانچه فردی از این گروه سه ماه پس از دریافت آخرین نوبت واکسن هپاتیت ب سطح آنتی بادی خود را بررسی و تیتراژ آنتی بادی وی بیش از ۱۰ واحد در میلی لیتر باشد نیاز ی به دُز بوستر ندارد و چنانچه میزان آنتی بادی کمتر از ده واحد در میلی لیتر باشد لازم است مجددا سه نوبت واکسن هپاتیت ب با دوز معمولی را دریافت نماید.

ب) چنانچه فردی در گذشته واکسن هپاتیت ب را دریافت نموده (بیش از سه ماه) پس از بررسی سطح آنتی بادی با توجه به نتایج به شرح ذیل، اقدام گردد

- چنانچه تیتراژ آنتی بادی بیش از ۱۰ واحد در میلی لیتر باشد، نیازی به دوز یاد آور ندارد.
- چنانچه تیتراژ آنتی بادی کمتر از ده واحد در میلی لیتر باشد، یک نوبت دوز یاد آور دریافت می نماید و حداقل دوهفته بعد سطح آنتی بادی مجدداً کنترل می شود و در صورتیکه تیتراژ کمتر از ده واحد در میلی لیتر باشد دو نوبت دیگر واکسن دریافت می نماید.
- در خصوص بیماران دیالیزی قبل از انجام واکسیناسیون از نظر **HBSAg** و **HBSAb** بررسی شوند. در صورت منفی بودن **HBSAg**، سه نوبت واکسن با دز دوبرابر دریافت نمایند و بعد از ۳ ماه از نظر سطح ایمنی چک شوند و در صورت پایین بودن سطح آنتی بادی مجدداً سه نوبت دیگر واکسن با همان دز اولیه دو برابر دریافت دارند. سالانه نیز سطح ایمنی بررسی گردد و در صورت پایین بودن مجدداً یک دز یادآور دو برابر تزریق گردد.
- اندازه گیری تیتراژ آنتی بادی گروه های مندرج در بند ۵۰ و ۵۱ جزء وظایف مراکز بهداشتی نبوده و فقط در صورت وجود شرایط فوق تامین واکسن هپاتیت B به عهده مراکز بهداشتی است
- در افراد مبتلا به هموفیلی، واکسن «هپاتیت ب» باید زیر جلد تزریق شود.
- واکسیناسیون «هپاتیت ب» هیچگونه مورد منع تلقیح ندارد. حتی اگر فرد **HBsAg** مثبت باشد.
- در صورت نیاز به تزریق واکسن سرخچه در سنین باروری، استفاده از واکسن **MMR** بجای واکسن سرخچه بلامانع است.
- خانم های سنین باروری بعد از تزریق واکسن سرخچه یا **MMR** حداقل تا یک ماه بایستی از بارداری شدن پرهیز نمایند و لیکن تزریق این واکسن در هر شرایطی در دوره بارداری دلیلی برای سقط درمانی نمی باشد.

ارزیابی دهان و دندان

مراقبت از نظروضعیت دهان و دندان

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام
ارزیابی سلامت دهان و دندان	- دندان درد یا - تورم و پارگی و خونریزی از بافت یا - آبرسه دندان یا - شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان	مشکل دهان و دندان دارد	- تجویز مسکن برای درد - اقدام مربوط به بیرون افتادن دندان طبق راهنما - ارجاع فوری به دندانپزشک
	- تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای - لثه پر خون و قرمز و متورم - بوی بد دهان - جرم دندانی - زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان	مشکل دهان و دندان دارد	- ارائه توصیه‌های بهداشتی دهان و دندان (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به جوان - ارجاع غیر فوری به دندانپزشک
	هیچ یک از علائم فوق وجود ندارد	مشکل دهان و دندان ندارد	- توصیه بهداشتی دهان و دندان (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از دهان شویه) به جوان - تشویق به مراجعه به دندانپزشک ۶ ماه بعد و مراقبت بعدی یک سال بعد

بیماری‌های عفونی

سل ریوی

اهداف آموزشی و رفتاری

لازم است در پایان دوره آموزشی:

- شرکت کننده بتواند نشانه‌های سل را به درستی طبقه بندی کند.
- شرکت کننده بتواند براساس نتیجه طبقه بندی سل، اقدام مناسب را انجام دهد.
- شرکت کننده بتواند موارد ابتلا به سل را به درستی شناسایی کند.
- شرکت کننده بتواند یک نمونه خلط را به درستی تهیه کند.

وضعیت ابتلا به سل به شرح زیر ارزیابی می‌شود:

جمع بندی و بررسی کنید
از عوامل خطر و نشانه زیر را سؤال کنید: سرفه طول کشیده (بیش از دو هفته) عامل خطر: سابقه تماس با فرد مبتلا به سل
اقدام کنید
تهیه ۳ نمونه از خلط*، در صورت وجود خلط
نشانه‌ها
- دارای نشانه یا - بدون نشانه (سرفه مساوی یا کم تر از ۲ هفته) به همراه عامل خطر
- بدون نشانه (فاقد سرفه) و - با عامل خطر
- بدون نشانه و - بدون عامل خطر

طبقه بندی
مشکل (احتمال سل)
در معرض خطر ابتلا به سل
فاقد مشکل

اقدام
- اولین نمونه خلط را بگیرید. (در صورت وجود و امکان ارائه خلط) - به جوان و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری و گرفتن نمونه های خلط آموزش دهید. - جوان را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- به جوان و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. - جوان را یک ماه دیگر پیگیری کنید.

مراقبت از نظر شک به سل

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

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

هپاتیت :

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

ارزیابی بیماری‌های منتقله از راه جنسی :

ایدز:

اقدام	طبقه بندی	نشانه	ارزیابی
ارجاع به پزشک	امکان ابتلا به بیماری‌های منتقله از راه جنسی	در صورتیکه سومصرف مواد یا رفتار جنسی مخاطره آمیز داشت ترشح از مجرا سوزش یا خارش واژن زخم تناسلی درد زیر شکم	• وجود فرد معتاد به مواد مخدر، محرک در خانواده و دوستان • وجود فرد مصرف کننده تفننی مواد مخدر، محرک در خانواده و دوستان • خرید مواد مخدر و یا محرک و الکلی، برای دیگری • حضور در مهمانی‌های با امکان مصرف مواد مخدر، محرک و الکلی • سابقه مصرف مواد مخدرمحرک در شریک جنسی/همسر • سابقه ارتباط جنسی محافظت نشده و بدون کاندوم • ابتلای شریک جنسی /همسر به ایدز یا بیماری‌های آمیزشی • سابقه مصرف مواد مخدر، محرک قبل از ارتباط جنسی • سابقه ارتباط جنسی با شرکای جنسی متعدد • سابقه ارتباط جنسی با افراد تن فروش • سابقه رفتارهای جنسی پرخطر در شریک جنسی/همسر • وجود رفتارهای جنسی پرخطر در اعضای خانواده و دوستان

ارزیابی سلامت روان و سوء مصرف مواد

سؤالات غربالگری در حوزه سلامت روان برای گروه هدف ۱۵ سال به بالا

- قبل از پرسشگری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که «در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روانشناختی و استرس‌های شما بپرسم.»
- برای خدمت گیرنده توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در مراجعین است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.»
- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می‌باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.»
- به خدمت گیرنده یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.»
- به خدمت گیرنده توضیح دهید: «پاسخگویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.»
- سپس به خدمت گیرنده بگویید: «سؤالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده‌اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.»

نمره گذاری:

- نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، اصلاً و بندرت به ترتیب اعداد ۴، ۳، ۲، ۱ و صفر تعلق می‌گیرد. مجموع امتیازات هر پرسشنامه می‌تواند از حداقل صفر تا حداکثر ۲۴ باشد.

همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	اصلاً
۴	۳	۲	۱	صفر

➤ افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان «غریبال مثبت» محسوب می‌گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد.

➤ در صورت پاسخ بیشتر از ۳ مورد به گزینه شماره ۹ (نمیداند/پاسخ نمی‌دهد) ارجاع به پزشک صورت گیرد.

پرسشگر گرامی: از آزمودنی سؤالات زیر را بپرسید. بر روی جملاتی که زیر آن خط کشیده شده و کلماتی که برجسته شده‌اند، تأکید کنید.

پاسخگوی گرامی: سؤالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.

غریبالگری سلامت روان

(۱) چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید، مضطرب و عصبی هستید؟

(۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد

(۲) چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟

(۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد

(۳) چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی‌قراری می‌کردید؟

(۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد

(۴) چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می‌کردید؟

(۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد

(۵) چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟

(۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد

(۶) چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی‌ارزشی می‌کردید؟

(۱) همیشه (۲) بیشتر اوقات (۳) گاهی اوقات (۴) بندرت (۵) اصلاً (۹) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد

غربالگری صرع

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

غربالگری معلولیت ذهنی

- ۱- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد. بلی ☐ خیر ☐
 - ۲- قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، تواله رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. بلی ☐ خیر ☐
 - ۳- نمی‌تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند. بلی ☐ خیر ☐
 - ۴- توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد. بلی ☐ خیر ☐
 - ۵- بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است. بلی ☐ خیر ☐
- در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد فوق برای بررسی معلولیت ذهنی، به پزشک ارجاع شود.

غربالگری خودکشی

- ۱- آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟
 - ۲- آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟
- چنانچه پاسخ مثبت است، این علامت را به عنوان یک اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را ارجاع فوری به پزشک دهید.

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
۱. بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان، ۶ سوال غربالگری را از فرد بپرسید و امتیازدهی کنید.	امتیاز ۱۰ یا بالاتر در پرسشنامه غربالگری ۶ سوالی	احتمال وجود اختلال در حوزه سلامت روان	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
۲. از فردی که در سوال قبلی احتمال وجود مشکل روانپزشکی دارد، راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود سوال کنید. آیا هیچ گاه شده است از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟ آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟	پاسخ مثبت به بخش دوم سوال ۲	احتمال اورژانس روانپزشکی	ارجاع فوری** به پزشک مرکز
۳. آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال روانپزشکی تحت درمان می‌باشید؟	پاسخ مثبت به سوال ۳	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	ثبت در پرونده و پیگیری***
۴. آیا شما هیچ مشکل اعصاب و روانی دارید، که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟	امتیاز پایین تر از ۱۰ در پرسشنامه غربالگری ۶ سوالی و پاسخ منفی به هر دو بخش سوال ۲ و پاسخ منفی به سوالات ۳ و ۴	عدم احتمال اختلال در حوزه سلامت روان	اطلاع رسانی در خصوص: - آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش مهارت‌های فرزندپروری - در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش‌ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.
۵. آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد یا از دهانش کف (گاز خون آلود) خارج می‌شود و یا بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد؟	پاسخ مثبت به سوال ۵	احتمال ابتلا به صرع	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
۶. در صورت شنوا بودن: متوجه صعبیت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد. ۷. قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالیت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. ۸. نمی‌تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند. ۹. توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد. ۱۰. بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است.	خوداظهاری خود فرد، والدین و یا اطرافیان در مورد ابتلا به بیماری صرع	تشخیص قبلی بیماری صرع توسط پزشک معالج	ثبت در پرونده و پیگیری***
	در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات ۶ تا ۹ (توسط خانواده یا افراد همراه)	احتمال تشخیص معلولیت ذهنی	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز

**** موارد ارجاع فوری:** خسوف و پر خاشگری به گونه ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض شدید داروهای روانپزشک

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

اختلالات مصرف موادجوانان :

غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد

- غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد فرصت منحصر به فردی فراهم می‌آورد تا

- درک بهتری از مشکلات سلامتی فرد به دست آورده و بهتر به او خدمات ارایه دهیم،

- به فرد بازخورد ارایه دهیم به این معنا که

- رفتارها مثبت را تشویق کنیم و

- برای رفتارهای پرخطر به فرد آموزش، توصیه و ارجاع ارایه کنیم

- فرد را برای غربالگری تکمیلی و خدمات مورد نیاز ارجاع دهیم.

غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد باید با رعایت حریم خصوصی و از طریق مصاحبه با خود فرد تکمیل گردد.

غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد در تمام اعضای بالای ۱۸ سال خانواده در زمان تکمیل پرونده سلامت باید انجام پذیرد.

علاوه بر این غربالگری اولیه در دوران بارداری و همچنین اجرای فرصت‌طلبانه غربالگری اولیه در افرادی واجد علائم و نشانه‌های مرتبط با مصرف مواد توسط کارکنان تیم سلامت همچون کارشناس مراقب سلامت خانواده، بهورز، ماما و کاردان بهداشت دهان و دندان مراکز بهداشتی، درمانی توصیه می‌گردد.

در صورتی که یکی از اعضای خانواده به مرکز مراجعه نموده و مشکل مصرف سیگار، الکل و مواد در یکی دیگر از اعضای خانواده را با کارشناس مراقبت سلامت در میان بگذارد، در آن صورت غربالگری اولیه بر اساس گزارش اولیه تکمیل شده و نتایج غربالگری اولیه به صورت مشکوک و با درج منبع شرح حال در پرونده فرد درج می‌گردد.

به منظور کاهش حساسیت نسبت به سؤالات در پرسش یک ابتدا درباره مصرف طول عمر درباره

- سیگار و محصولات تنباکو

- داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف

- داروهای اُپیوئیدی مسکن و ضداسهال (دیفنوکسیلات، ترامادول، کدئین و...)

- داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور (دیازپام، کلونازپام، آلپرازولام و...)

- الکل

پرسیده می‌شود.

منظور از مصرف طول عمر داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی و یا با مقادیر و طول مدت بیش از آن چه پزشک تجویز نموده، می باشد. در صورتی که مراجع هر یک از این داروهای را به دستور پزشک و با دوز و طول مدت تجویزی مصرف می کند، غربالگری او منفی خواهد بود.

صرف نظر از پاسخ مراجع به این پرسش ها، بعد از پرسیدن سؤال یک، پرسش دو به صورت بازپاسخ درباره سایر مواد از مراجع سؤال می کند. غربالگری اولیه مصرف سیگار، الکل و مواد با پرسش از مصرف کلیه مواردی که فرد در طول عمر مصرف نموده در سه ماه اخیر خاتمه می یابد.

پرسشنامه غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد

منبع شرح حال: خود فرد ☐ یکی از اعضای خانواده: ☐ (نسبت عضو خانواده را مشخص کنید:.....)

مقدمه (برای مراجع بخوانید) «در این بخش می‌خواهم چند سؤال درباره تجربه شما از مصرف سیگار، الکل و مواد در طول عمر و سه ماه گذشته بپرسم. این ارزیابی برای تمام مراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد وضعیت سلامتی انجام می‌شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است. این مواد را می‌توان به صورت تدخینی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد. (کارت پاسخ را به مراجع بدهید). برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای ضددرد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم. اما، اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید. به شما اطمینان می‌دهیم اطلاعاتی که در این مورد به ما می‌دهید، کاملاً محرمانه خواهد بود. پاسخگویی باز و صادقانه به این پرسش‌ها در ارائه خدمات مورد نیاز به ما کمک می‌کند، اما در صورت عدم تمایل می‌توانید به پرسش‌ها پاسخ ندهید.»

پرسش ۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)			بله	خیر	عدم تمایل به پاسخگویی
الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)					
ب- داروهای مسکن اُپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)					
ج- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)					
د- الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)					
پرسش ۲- مواد دیگر چگونه؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)			بله	خیر	عدم تمایل به پاسخگویی
الف- مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیر، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)					
ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)					
ج- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)					
د- سایر- مشخص کنید:...					

پرسش ۳- در صورت پاسخ مثبت به هر یک: در سه ماه اخیر چگونه؟			بله	خیر	عدم تمایل به پاسخگویی

کارت پاسخ غربالگری اولیه

کارت پاسخ

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

دستورالعمل اجرا

مقدمه

- مقدمه غربالگری اولیه را برای مراجع بخوانید.
- به صورت خاص بر نکات زیر در مقدمه تأکید فرمایید:
 - پیش از شروع پرسشگری برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید که در این بخش می‌خواهید پرسش‌های درباره مصرف سیگار، الکل و مواد بپرسید.
 - به خدمت‌گیرنده یادآور شوید این خدمت به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.
 - برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای ضددرد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم. اما، اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید.»
 - در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید.
 - به خدمت‌گیرنده توضیح دهید پاسخگویی باز و صادقانه به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند هر چند مراجعه کننده می‌تواند در صورت عدم تمایل به این پرسش‌ها پاسخ ندهد.

پرسش ۱

- پرسش ۱ را برای تمام گروه‌های مواد پیش‌بینی شده ذیل آن بپرسید.
- در صورت پاسخ منفی به تمام مواد، بیشتر کاوش کنید: «حتی در دوره نوجوانی و جوانی؟»
- پاسخ مراجع را در محل پیش‌بینی شده درج نمایید.
- سپس، پرسش ۲ را بپرسید.

پرسش ۲

- در صورت پاسخ مثبت، پاسخ را برای سایر گروه‌های مواد پیش‌بینی شده ذیل پرسش ۲ تکمیل کنید.
- در صورت پاسخ منفی به پرسش ۲ بیشتر کاوش کنید: «حتی در دوره نوجوانی و جوانی؟»
- در صورتی که نام خیابانی مواد مورد مصرف در منطقه شما با مثال‌های ارائه شده در جدول متفاوت باشد، شما می‌توانید با هماهنگی با اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مثال‌های متناسب با منطقه خود را به جدول اضافه فرمایید.

پرسش ۳

- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از گروه‌های مواد در پرسش ۱ و ۲، پرسش ۳ را بپرسید.
 - در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد، از مراجع تشکر نموده، بازخورد ارائه داده و او را برای غربالگری تکمیلی به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع دهید.
 - در صورت پاسخ منفی به تمام موارد، از مراجع تشکر نموده و بازخورد متناسب ارائه دهید.
- دستیابی به پاسخ‌ها صحیح در غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد نیاز به زمان و ایجاد ارتباط مؤثر و اعتماد بین جمعیت تحت پوشش و کارشناس مراقب سلامت دارد. برای آشنایی با مهارت‌های مشاوره پایه به کتابچه راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد ویژه کارشناس مراقب سلامت خانواده مراجعه فرمایید.
- هدف اولیه در شروع غربالگری اولیه درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد دستیابی به پاسخ‌های صحیح و دقیق نبوده، بلکه انتقال این پیام به مراجعان است که مصرف مواد پیامدهای منفی جدی بر سلامت آنها داشته و نظام مراقبت‌های بهداشتی نسبت به آن حساس بوده و آمادگی دارد در این ارتباط به ایشان کمک نماید.

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	تشخیص احتمالی	اقدامات
الف- آیا نشانه‌های و علائم ذیل که مطرح کننده اورژانس‌های مرتبط با مواد هستند وجود دارد؟ • آیا فرد در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف مواد یا در عرض چندین ساعت تا چند روز بعد از قطع مصرف مواد دچار یکی یا بیشتر از حالات زیر شده است؟ ○ کاهش سطح هوشیاری یا اغماء ○ اختلال جهت‌یابی به صورت ناآگاهی از زمان، مکان یا اشخاص (سرسام یا دلیریوم) ○ تشنج ○ قصد جدی آسیب به خود یا خودکشی ○ پرخاشگری یا قصد آسیب به دیگران	پاسخ مثبت به هر یک از علائم مطرح شده در سوال الف	اورژانس اختلالات القاء شده در اثر مواد	ارجاع فوری** به پزشک مرکز
ب- آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان هستید؟	پاسخ مثبت به سوال ب	تشخیص قبلی اختلال مصرف مواد تحت درمان	ثبت در پرونده و پیگیری***
ج- غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد را اجرا کنید.	در صورت پاسخ مثبت به سؤال ۳ برای هر یک از مواد/گروه‌های مواد/داروها	اختلال مصرف مواد	ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربالگری تکمیلی
	پاسخ منفی به سؤال ۳ برای هر یک از مواد/گروه‌های مواد/داروها	عدم وجود اختلال مصرف مواد فعال	اطلاع رسانی در خصوص: آموزش مهارت‌های فرزندپروری در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش‌ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع گردد.

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

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

سلامت اجتماعی :

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	مشکل احتمالی	اقدامات
از زنان متأهل سوال شود*: زن ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می شود. آیا تاکنون همسر شما: هیچ وقت به ندرت گاهی اغلب همیشه ۱. شما را کتک زده است ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ۲. به شما توهین کرده است ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ۳. شما را به آسیب تهدید کرده است ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ۴. سر شما فریاد زده است ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	امتیاز بالاتر از ۱۰	خشونت خانگی (همسر آزاری)	• به فرد اطمینان دهید که حریم خصوصی وی رعایت می گردد. • به فرد اطمینان دهید که قربانی همسر آزاری است نه مسئول رخ دادن آن • از وی سوال کنید که آیا مایل به دریافت کمک می باشد، در صورت پاسخ مثبت به کارشناس سلامت روان ارجاع داده شود • در صورت برخورد با مواردی از قبیل خونریزی غیرقابل کنترل، در رفتگی احتمالی یک مفصل و یا شکستگی احتمالی یک استخوان، عدم هوشیاری و علائم حیاتی غیرطبیعی، قبل ارجاع به کارشناس سلامت روان، جهت غربالگری تکمیلی و یا مداخلات روانشناختی، ارجاع فوری به پزشک صورت گیرد.
از مراجعین زن که سابقه متأهل بودن دارند، سوال شود؟ آیا در یکسال اخیر تجربه طلاق (یا در معرض طلاق)، جدایی یا فوت همسر داشته است؟	پاسخ مثبت	طلاق/ جدایی/ فوت	• از مراجع سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هست؟ در صورت کسب اجازه ارجاع به کارشناس سلامت روان
از مراجعین سرپرست خانوار سوال شود : آیا شاغل است؟	پاسخ منفی	بیکاری**	• ارجاع به کارشناس سلامت روان
از همه مراجعین سوال شود که آیا در خانواده آنها موارد ذیل وجود دارد؟ • فرد دارای معلولیت جسمی، روانی*** • فرد مبتلا به بیماری خاص**** • فرد مبتلا به اعتیاد***** • فرد زندانی • فقر*****	پاسخ مثبت به یکی از مشکلات مذکور	خانواده آسیب پذیر	• ارجاع به کارشناس سلامت روان

* توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسرآزاری:

در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیت از ۱ تا ۵ امتیاز می گیرد "هیچ وقت (۱) بندرت (۲) گاهی (۳) اغلب (۴) و همیشه (۵)". بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات ۴ و حداکثر آن ۲۰ می باشد. امتیاز بالا تر از ۱۰ به عنوان مثبت تلقی می شود.

**** شاغل:** تمام افرادی که در طول هفته قبل از غربالگری، حداقل یک ساعت کار کرده و یا بنا به دلایلی از قبیل مرخصی به طور موقت کار را ترک کرده باشند، شاغل محسوب می شوند.
شاغلان به طور عمده شامل دو گروه مزد و حقوق بگیران و خود اشتغالان می باشند.

بیکار: افرادی که ۷ روز پیش از غربالگری حداقل یک ساعت کار نکرده اند و دارای شغلی نیز نبوده اند در صورت داشتن دو شرط ذیل بیکار محسوب می شوند:

۱- در ۳۰ روز گذشته برای جستجوی کار، اقدامات مشخصی را نظیر ثبت نام یا پیگیری در موسسات کاریابی، پرس و جو از دوستان، تماس با کارفرمایان، مطالعه آگهی های استخدامی و... انجام داده باشند.

۲- آماده به کار باشند، یعنی طی یک دوره دو هفته ای شامل ۷ روز گذشته و ۷ روز آینده آمادگی شروع کار را داشته باشند، همچنین افراد ذیل بیکار محسوب شده اند:

- در انتظار شروع کار جدید هستند، یعنی برای آنان کاری مهیا شده و قرار است در آینده به آن کار مشغول شوند و نیز آماده به کار هستند.

- در انتظار بازگشت به شغل قبلی و نیز آماده به کار هستند. منظور از "در انتظار بازگشت به شغل قبلی" این است که فرد قبلاً دارای کار بوده و به دلایلی کار خود را از دست می دهد، پیوند رسمی شغلی ندارد ولی در انتظار بازگشت به شغل خود به سر می برد.

کسانی که محصل، دانشجو، سرباز و خانه دار هستند و فاقد معیارهای ذکر شده برای بیکاری می باشند، بیکار محسوب نمی شوند

دارای درآمد بدون کار: کسانی که درآمدهای مستمری مانند حقوق بازنشستگی، حقوق وظیفه، درآمد املاک و مستغلات، سود سهام و... دارند، دارای درآمد بدون کار محسوب می شوند.

***** معلولیت جسمی - روانی:** معلولیت عبارتست از محدودیت های دائمی در زمینه های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی - روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت جدی سازد. اشخاص معلول، افرادی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی های ذهنی و یا سلامتی روانی آنها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنهاست انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را بوجود می آورد.

****** بیماری های خاص به آن دسته از بیماری ها گفته می شوند که صعب العلاج بوده و قابل درمان نمی باشند و لازم است بیماران تا آخر عمر تحت مراقبت های خاص قرار گیرند و ضرورت دارد این بیماران به طور مستمر تحت درمان قرار داشته باشند.** بیماری هایی نظیر MS، دیالیز، هموفیلی، تالاسمی و نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری ها هستند.

******* اعتیاد:** عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر، محرک یا الکل پیدا می کنند. منظور از اعتیاد استفاده غیر طبی و مکرر دارو یا مواد است که به ضرر خود مصرف کننده با دیگران می باشد

******* تعریف فقر:** در اینجا منظور از فقر مواردی است که خانواده تحت پوشش سازمان های حمایتی از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد، نهادهای خیریه و... می باشند.

ارزیابی مصرف دخانیات

مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن:

ارزیابی	نشانه‌ها	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: - آیا فرد سیگار، قلیان، پیپ یا مواد دخانی دخانی بدون دود شامل مواد دخانی جویدنی مصرف می‌کند؟ - آیا هیچکدام از افراد خانواده یا خویشاوندان در حضور اقدام به مصرف دخانیات می‌کنند؟	فرد سیگار، قلیان، پیپ و یا سایر مواد دخانی مصرف می‌کند.	فرد در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های ناشی از مصرف قرار دارد.	✓ آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی ✓ توصیه و ایجاد انگیزه برای ترک دخانیات ✓ ارائه آموزش‌های مختصر برای ترک دخانیات ✓ ارجاع به پزشک برای ترک دخانیات
	- فرد در معرض دود سیگار، قلیان، چپق، پیپ و سایر مواد دخانی در منزل و یا اماکن عمومی قرار دارد ولی دخانیات مصرف نمی‌کند.	فرد در معرض خطر شروع مصرف دخانیات و خطر ابتلا به بیماری‌های ناشی از مواجهه با دود دخانیات قرار دارد	✓ آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات ✓ آموزش در مورد زیان‌های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی ✓ آموزش به قرار نگرفتن در معرض دود دخانیات سایرین و حضور در اماکن عمومی عاری از دخانیات ✓ آموزش مهارت‌های فردی در جهت امتناع از پذیرش تعارف سیگار یا قلیان توسط همسالان
	پاسخ همه سوالات منفی است		✓ آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی جهت پیشگیری از استعمال دخانیات ✓ توصیه به حضور در اماکن عمومی عاری از دخانیات

راهنماها و توصیه‌ها

مصرف دخانیات و مواجهه با دود

عوارض ناشی از مصرف دخانیات و مواجهه با دود محیطی (استنشاق دود دست دوم و تماس با دود دست سوم)

استعمال دخانیات عامل بروز یا تشدید بسیاری از بیماری‌های خطرناک از جمله سرطان‌ها بیماری‌های قلبی - عروقی، سکته مغزی، دیابت، کاتاراکت، ضایعات شنوایی و فساد دندان‌ها و... می‌باشد. فاصله زمانی نسبتاً طولانی (۲۰ - ۱۵ سال) بین شروع مصرف سیگار و ابتلا به بیماری‌های مذکور موجب کاهش حساسیت افراد نسبت به خطرات این ماده مهلک شده است. در حال حاضر ۶ میلیون نفر در سال جان خود را بر اثر ابتلا به بیماری‌های ناشی از مصرف دخانیات از دست می‌دهند که ۶۰۰ هزار نفر آن بدلیل مواجهه با دود دست دوم یا دود محیطی آن می‌باشد. تقریباً هر ۶ ثانیه ۱ نفر به علت استعمال دخانیات می‌میرد که مسئول یک مرگ از هر ۱۰ مرگ در جهان است. نهایتاً نیمی از مصرف کنندگان فعلی مواد دخانی به علت ابتلا به یک بیماری مرتبط با استعمال دخانیات خواهند مرد اگر الگوی موجود استعمال دخانیات با روند جاری ادامه یابد حدود یک میلیارد نفر در قرن بیست و یکم جان خود را از دست خواهند داد که ۸۰٪ این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد. اثرات استنشاق تحمیلی دود سیگار نیز کمتر از عوارض ناشی از استعمال دخانیات نمی‌باشد، با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت دود محیطی سیگار از نقطه نظر سلامت هیچ آستانه مجازی ندارد، چرا که نه دستگاه‌های تهویه و نه تمهید جداسازی مکان‌های استعمال دخانیات هیچکدام بطور کامل هوایی پاک و عاری از آلاینده را فراهم نمی‌آورند. بنابراین راه محافظت، قرار نگرفتن در معرض دود سیگار و دخانیات از طریق ایجاد اماکن عاری از دخانیات می‌باشد. از سوی دیگر طبق تحقیقات اخیر نشان داده شده که حدود ۹۰ درصد نیکوتین تنباکوی دود شده به دیوار، سطوح، وسایل نرم درون خانه مانند فرش و بالش و مبلمان و نیز لباس و مو و پوست افراد می‌چسبد. ذرات سمی ناشی از مصرف دخانیات که روی قسمت‌های مختلف منزل، خودرو، پوست، موی و لباس افراد می‌نشینند، تحت عنوان دود دست سوم شناخته شده است. با توجه به اینکه کودکان زمان بیشتری را در منزل سپری می‌کنند و با سطوح حاوی ذرات دود مواد دخانی در تماس هستند، امکان مبتلا شدن به بیماری و مسمومیت‌های ناشی از مواجهه با دود دخانیات در آنها بیشتر است. حتی سطوح کم ذرات دخانیات می‌تواند با مسمومیت در سیستم عصبی کودکان در آنها مشکلات شناختی ایجاد نماید.

توصیه‌های مختصر در مورد ترک دخانیات و اجتناب از مواجهه با دود مواد دخانی

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. در این خصوص افرادی که در تکمیل اطلاعات اولیه اعلام به قرار گرفتن در معرض مواجهه دود حاصل از مصرف مواد دخانی در منزل، محل کار و یا اماکن عمومی نموده اند، می‌بایست اطلاعات لازم در مورد خطرات مواجهه در اختیار فرد قرار گرفته و توصیه به دوری از محیط‌های حاوی دود دخانی بشود به نحوی که فرد غیر مصرف 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 که تا حدودی از خطرات استعمال دخانیات آگاهند مایل به ترک آن هستند و ممکن است تلاش‌های ناموفقی نیز برای ترک دخانیات انجام داده باشند. مشاوره و دارودرمانی می‌تواند میزان موفقیت ترک را در سیگاری‌هایی که اقدام به ترک می‌کنند تا دو برابر افزایش دهد. ترک سیگار نیاز به زمان دارد. ابتدا باید خواست، تا بعد توانست. در بهترین روش باید ابتدا به آن فکر کرد؛ تصمیم گرفت؛ اراده را تقویت نمود؛ ضررهای سیگار و فواید ترک سیگار را دانست؛ یک روز را برای ترک سیگار انتخاب کرد؛ نحوه سیگار کشیدن را تغییر داد؛ و از توصیه‌های بهداشتی،

روان درمانی و جایگزین نیکوتینی استفاده کرد. توصیه‌های رفتاری شامل تنفس عمیق، تاخیر، نوشیدن آب و انحراف فکر و یادآوری، گفتن به دیگری، پاداش دادن و امتناع از پذیرش تعارف سیگار می‌باشد.

علل تمایل نوجوانان و جوانان به مصرف دخانیات:

سه علت اصلی گرایش افراد به مصرف دخانیات در زیر آمده است:

۱- فعالیت‌های تبلیغاتی و بازاریابی شرکت‌های تولید کننده مواد دخانی، ۲- فقر سواد بهداشتی، ۳- استعمال دخانیات توسط دیگران در خانه و محیط کار

راه‌های پیشگیری از مصرف دخانیات با تاکید بر جلب مشارکت جوانان

بطور کلی بهترین راه‌های پیشگیری از استعمال دخانیات عبارتند از:

۱- آگاه کردن جامعه از خطرات و مضرات دخانیات

۲- تقویت فعالیت‌های جایگزین افراد در معرض خطر مانند فعالیت‌های فرهنگی، ورزشی و آموزشی

۳- افزایش مهارت‌های زندگی در افراد (مانند مهارت حل مشکل، مقابله با استرس و مقاومت در برابر مصرف سیگار و...)

از آنجا که عوامل مسبب مصرف سیگار متعدد می‌باشند، لذا نمی‌توان فقط با به کار گرفتن یک روش بر تمام این عوامل تاثیر گذاشت و باید به شیوه‌های مختلف از ابتلای افراد به استعمال دخانیات پیشگیری کرد که این اقدامات باید تمام گروه‌های مختلف مردم را شامل شود.

بنابراین برای موفقیت در امر پیشگیری، همکاری میان واحدهای مختلف مردمی و جامعه مانند خانواده‌ها، مدارس، مساجد، سربازخانه‌ها، دانشگاه‌ها، کارخانجات، رادیو و تلویزیون، روزنامه‌ها، ماموران انتظامی و... ضرورت دارد.

مسئولیت پیشگیری از مصرف سیگار، فقط به عهده یک فرد یا یک تیم متخصص بهداشتی نیست، بلکه همه افراد جامعه باید در آن مشارکت داشته باشند. یک نوجوان یا جوان مسئولیت پذیر و آگاه، می‌تواند روش‌های پیشگیری از مصرف دخانیات و مقابله با خطرات و مضرات مصرف دخانیات را به دقت فرا گرفته و به سایر افراد جامعه انتقال دهد. اگر همه نوجوانان و جوانان با تاثیر نامطلوب سیگار بر سلامت جسمی و روانی خود و خانواده اشان آشنا شوند و نیز از تاثیر نامطلوب سیگار بر طراوت و شادابی و زیبایی چهره اشان و روابط شان با دوستان و اطرافیان شان آگاه شوند، کمتر ممکن است به این کار دست بزنند. علاوه بر این اگر یک نوجوان، دانسته‌های خود را در مورد پیشگیری از مصرف سیگار به همسالانش منتقل کند، بسیار موثرتر از هر آموزش دهنده دیگری خواهد بود.

تغذیه و فعالیت بدنی

مداخلات آموزشی برای اصلاح تغذیه

راهنمای تغذیه جوان مبتلا به لاغری

- مصرف حداقل ۳ میان وعده غنی از پروتئین و انرژی مانند تخم مرغ آب پز سفت، نان، خرما، میوه‌های تازه، خشک و پخته، انواع مغزها مثل بادام، پسته، گردو، فندق، لبنیات مثل شیر، ماست پنیر، کشک و بستنی، حبوبات مثل عدس و... شیربرنج و فرنی؛
- استفاده از انواع طعم دهنده‌ها مثل ادویه، چاشنی، آبلیمو و...؛
- مصرف روغن‌های مایع نباتی مثل روغن زیتون همراه سالاد، سبزی و غذا؛
- استفاده بیشتر از گروه نان و غلات مثل انواع برنج و ماکارونی و سیب زمینی از گروه سبزیجات به همراه مواد پروتئینی؛
- توجه بیشتر به وعده صبحانه و استفاده از مواد مقوی و مغذی مثل گردو و پنیر در صبحانه؛
- استفاده از جوانه غلات و حبوبات به سالاد و آش و سوپ؛
- استفاده از انواع حبوبات در خورش، آش، خوراک و...؛
- استفاده از چهار گروه غذایی (گوشت و حبوبات و تخم مرغ و مغزها)، (شیر و لبنیات)، (میوه و سبزیجات) و (نان و غلات) در برنامه غذایی روزانه؛
- گروه غلات و مواد نشاسته‌ای: باید روزانه به میزان ۱۱-۶ سهم مصرف شود و هر سهم برابر است با ۴ قطعه نان لواش یا یک قطعه نان سنگک یا یک قطعه نان بربری به اندازه تقریبی هر قطعه ۱۰ در ۱۰ سانتی متر (کف دست بدون انگشتان) یا نصف لیوان برنج پخته یا نصف لیوان غلات پخته (گندم، جو و ذرت) یا نصف لیوان ماکارونی پخته.
- گروه سبزیجات: بایستی ۵-۳ سهم در روز خورده شود و هر سهم برابر است با یک لیوان سبزیجات خام یا نصف لیوان سبزیجات پخته یا نصف لیوان نخود سبز یا یک عدد سیب زمینی متوسط.

- گروه میوه جات: بایستی به میزان ۴-۲ سهم در روز خورده شود و هر سهم آن برابر است با یک میوه به اندازه متوسط مثل سیب و پرتقال یا میوه‌های مشابه یا ۳ عدد میوه به اندازه کوچک مثل زردآلو یا میوه‌های مشابه یا یک قاچ هندوانه یا میوه‌های مشابه یا نصف لیوان حبه‌های انگور یا نصف لیوان آب میوه طبیعی یا یک چهارم لیوان میوه خشک (برگه زردآلو یا هلو، انجیر خشک یا کشمش)،
- گروه شیر و لبنیات: مصرف آن ۳-۲ سهم در روز است و هر سهم شامل یک لیوان شیر یا یک لیوان ماست یا دو لیوان دوغ یا ۶۰ گرم پنیر (معادل ۲ قوطی کبریت) است.
- گروه گوشت و جایگزین‌های آن: مصرف روزانه ۳-۲ سهم از این گروه غذایی توصیه می‌شود و هر سهم برابر است با ۹۰ گرم گوشت کم چربی (۳ تکه گوشت خورشی) یا یک تکه مرغ (ساق ران) یا یک قطعه ماهی (یک برش عرضی کامل) یا نصف لیوان حبوبات و یا سویای خام یا پسته و مغزها یا دو عدد تخم مرغ،

اصلاح شیوه غذا خوردن

- کشیدن غذا در ظرف بزرگتر؛ میل کردن غذا در جمع دوستان، میل نکردن آب قبل از غذا؛ اجباری نکردن برنامه غذایی، افزایش تعداد وعده‌های غذایی.

راهنمای تغذیه جوان مبتلا به چاقی یا اضافه وزن

- صبحانه خوردن به عنوان یک وعده اصلی غذایی در هر روز با هدف کمتر غذا خوردن در وعده غذایی بعدی
- مصرف میوه و سبزیجات به عنوان میان وعده
- محدود کردن مصرف شیرینی و شکلات به عنوان میان وعده
- محدود کردن مصرف غذاهای چرب و پر انرژی از قبیل چیپس، بستنی، سس مایونز، شکلات، کیک‌های خامه ای و کره و غیره
- نوشیدن آب، ماست‌های کم نمک و آب میوه‌های طبیعی به جای نوشابه‌های شیرین گاز دار
- مصرف میوه‌های تازه به میزان ۴-۳ سهم به جای میوه‌های کنسروی و آب میوه‌های فرآوری شده
- مصرف میوه بجای آب میوه؛
- مصرف سبزیجات به میزان ۵-۳ سهم در روز
- مصرف غذاهای با فیبر زیاد مثل نان‌های سبوس دار (سنگک) و میوه‌های خشک شده و میوه و سبزیجات تازه
- مصرف مغزها و میوه‌های خشک به عنوان میان وعده به جای تنقلات

- کاهش مصرف فست فود و غذاهای پر کالری (رستوران و غذاهای آماده)
 - اصلاح عادات غذایی خانواده
 - آموزش اعضای خانواده برای بهبود عادات غذایی
 - مصرف غذاهای آب پز، بخار پز و تنوری بجای غذاهای سرخ شده و پر چرب؛
 - کاهش مواد غذایی کنسرو شده، همبرگر، سوسیس و کالباس؛
 - استفاده از نان و ترجیحا نان سبوس دار بجای برنج و ماکارونی؛
 - مصرف شیر و لبنیات کم چربی؛
 - استفاده از ماهی و مرغ بدون پوست
 - اجتناب از مصرف امعا واحشا (دل، قلوه، کله و پاچه و مغز)؛
 - مصرف انواع سالاد بدون سس مخلوط با روغن زیتون و سرکه قبل یا همراه غذا و مصرف سبزیجات به همراه غذا
 - توجه به تعداد وعده‌های غذایی (۳ وعده اصلی و ۲ میان وعده)
- یک سهم از گروه نان و غلات - نان بربری/سنگک/تافتون به اندازه کف دست - ۴ واحد نان لواش به اندازه کف دست - نصف لیوان برنج پخته - نصف لیوان غلات پخته - نصف لیوان ماکارونی پخته
- یک سهم از گروه سبزیجات - یک لیوان سبزیجات خام - نصف لیوان سبزیجات پخته برگ دار سبز - یک سیب زمینی متوسط - نصف لیوان نخود سبز پخته / هویج / سبزیجات به رنگ زرد یا نارنجی
- یک سهم از گروه میوه - یک پرتقال یا سیب متوسط - یک قاچ هندوانه یا میوه‌های مشابه - ۳ عدد زردآلو یا میوه‌های مشابه - نصف لیوان انگور دانه شده یا میوه‌های مشابه - نصف لیوان آب میوه طبیعی
- یک سهم از گروه گوشت و پروتئین - ۲ عدد تخم مرغ - یک ساق ران - ۳ تکه گوشت قرمز خورشی - نصف لیوان پسته یا مغزهای مشابه - نصف لیوان حبوبات خام - یک برش عرضی از ماهی
- یک سهم گروه شیر و لبنیات - یک لیوان شیر - یک لیوان ماست - ۲ قوطی کبریت یا ۶۰ گرم پنیر - ۲ لیوان دوغ - دو سوم لیوان کشک

تغییر سبک غذاخوردن

- صرف غذا با خانواده با هدف دستیابی به کیفیت بهتر غذا
- کشیدن غذا در ظرف کوچکتر؛
- کاهش سرعت غذا خوردن و افزایش مدت جویدن غذا؛
- خریداری نکردن مواد غذایی چاق کننده مثل چیپس، شیرینی و... و نوشابه‌های گاز دار شیرین؛
- نوشیدن حداقل یک لیوان آب قبل از غذا.
- پرهیز از خوردن تنقلات حین تماشای تلویزیون و یا کار با رایانه و تلفن همراه

توصیه‌های فعالیت بدنی

۱. انجام ورزش‌هایی از قبیل دوچرخه سواری، پرش، دو و شنا
 ۲. مشارکت در کارهای منزل و امور باغبانی
 ۳. تماشای برنامه‌های تلویزیونی و بازی‌های کامپیوتری به مدت حداکثر ۲ ساعت در روز
 ۴. بالا رفتن از پله به جای استفاده از آسانسور
 ۵. پیاده رفتن تا مقصد
 ۶. انجام ورزش‌هایی از قبیل فوتبال، والیبال، تنیس و بسکتبال
 ۷. انجام فعالیت‌های بیرون از منزل مثل پارک و پیک نیک
 ۸. انجام فعالیت بدنی از نوع فعالیت با شدت متوسط مانند راه رفتن، اسکیت، دوچرخه سواری، شنا، بازی گروهی و یا فعالیت شدید مانند دو یا فوتبال دست کم ۳۰ دقیقه و افزایش آن در چند دوره ۵ تا ۱۰ دقیقه ای به ۶۰ دقیقه.
- برای جوانان فعالیت فیزیکی مثل تند راه رفتن، دوچرخه سواری، آهسته دویدن و..... به مدت ۶۰-۳۰ دقیقه که می‌تواند به سه نوبت ۲۰-۱۰ دقیقه ای تقسیم شود با شدت متوسط تا شدید، هر روز و دست کم ۵ روز در هفته و ورزش‌های کششی بازوها، شانه‌ها، قفسه سینه، تنه، پشت لگن و ساق پاها هر کدام ۱۵-۱۰ بار برای ۳-۲ بار در هفته توصیه می‌شود. برای آنان که می‌خواهند وزنشان کم شود یا از اضافه شدن وزنشان جلوگیری شود فعالیت بدنی بیشتری توصیه می‌شود.

توصیه‌های فعالیت بدنی

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

بزرگسالان حداقل روزی ۳۰ دقیقه بدون تا فعالیت بدنی متوسط داشته باشند، برای آنان که می‌خواهند اضافه وزنشان را کاهش دهند یا از اضافه شدن وزنشان جلوگیری کنند فعالیت بدنی بیش تری توصیه می‌شود.

افراد باید برای فعالیت بدنی برنامه ای لذت بخش و قابل اجرا داشته باشند و مدت زمان فعالیت فعلی را نیز دست کم ۳۰ دقیقه و تا ۶۰ دقیقه در چند دوره ۵ تا ۱۰ دقیقه ای افزایش دهد. فعالیت‌های افزایش یافته باید از نوع فعالیت با شدت متوسط مانند راه رفتن، اسکیت، دوچرخه سواری، شنا، بازی گروهی و یا فعالیت شدید مانند دو یا فوتبال باشد.

جوان باید دیدن تلویزیون و بازی‌های کامپیوتری را محدود کند، تماشای تلویزیون را به روزانه کم تر از ۲ ساعت محدود کند و مدت زمان آن را دست کم ۳۰ دقیقه در شبانه روز کاهش دهد.

نیازهای تغذیه ای، میزان کالری، آهن و کلسیم و تعادل و تنوع غذایی جوان ورزشکار باید به طور دقیق تعیین شود.

همیشه باید در نظر داشت که فعالیت جسمی جزئی از زندگی روزمره است و نیاز به لباس خاص و یا شرکت در کلاس ویژه ندارد.

- در جوانان فعالیت فیزیکی به مدت ۶۰-۳۰ دقیقه (که می‌تواند به سه نوبت ۲۰-۱۰ دقیقه ای تقسیم شود) با شدت متوسط تا شدید، هر روز و دست کم ۵ بار در هفته توصیه می‌شود، همچنین فعالیت جسمی روزانه، تند راه رفتن، دوچرخه سواری، آهسته دویدن و ورزش‌های کششی بازوها، شانه‌ها، قفسه سینه، تنه، پشت لگن و ساق پاها هر کدام ۱۵-۱۰ بار برای ۳-۲ بار در هفته توصیه می‌شود.

متخصصین ورزش

با گسترش شهرنشینی و رفتارهای ویژه آن، کم تحرکی در بین جوانان نیز رواج یافته است. بسیاری از جوانان کشور ما فعالیت بدنی مناسب برای بالندگی توام با سلامتی را ندارند و به همین دلیل باید جوانان در مورد فعالیت بدنی و ارتباط آن با سلامتی آموزش داده شوند و مربیان ورزشی باید به جوانان کمک کنند تا اهمیت فعالیت بدنی و تاثیر آن بر بدنشان و سلامتی را بفهمند و به فعالیت بدنی فکر کنند و رفتارشان را تغییر دهند. برای این که جوانان به کمک مربیان بتوانند فعالیت بدنی را که موجب:

✱ استحکام استخوانها و تقویت عضلات بدن

- | | |
|-----------------|------------------------------|
| * انعطاف پذیری | * رشد و توسعه مهارت‌های فردی |
| * کنترل وزن بدن | * افزایش اعتماد به نفس |
| * تناسب اندام | * افزایش آرامش |
| * تقویت قلب | * افزایش رشد توام با سلامتی |

یافتن دوستان جدید و کمک به اجتماعی شدن آن‌ها می‌شوند را در ساختار زندگی خود بگنجانند، باید فعالیت بدنی به صورت تعدادی از موضوعات درسی تقسیم شود و از این طریق اطلاعات مرتب تکرار شود.

دست اندرکاران امور ورزش بخصوص مربیان می‌توانند بر اساس ۵ استراتژی زیر به تغییر رفتار جوانان در زمینه فعالیت بدنی کمک کنند:

بسط آگاهی و دانش جوانان در زمینه فعالیت بدنی. برای این کار مشارکت جوانان در این که بدانند چه مقدار فعالیت بدنی برای حفظ سلامتی خود باید انجام دهند و چه مقدار و چگونه از وضعیت کم تحرکی خود (مانند زمانی که از برنامه‌های کامپیوتری استفاده می‌کنند یا تلویزیون تماشا می‌کنند) کاهش دهند، ضروری است. آن‌ها باید بدانند برای فعال بودن ضروری نیست در یک رشته ورزشی شرکت کنند بلکه پیاده روی از منزل تا مقصد، دوچرخه سواری و حتی کمک به انجام کارهای منزل جزء فعالیت‌های بدنی است و برای حفظ سلامتی مفید است.

برای این که به فعالیت بدنی علاقمند شوند باید فعالیت‌های بدنی متنوعی که از نظر آن‌ها جالب است، انتخاب کنید.

علاوه بر انجام فعالیت‌های بدنی متوسط، باید فعالیت‌های بدنی شدید نیز انجام دهند تا قلب با سرعت بیش‌تری بتپد و نفس‌ها تندتر و عمیق‌تر شود. مانند ورزش فوتبال، دو و میدانی و شنا.

کمک به افزایش آگاهی جوانان و مشارکت آن‌ها در انتخاب راه‌های مناسب.

به جوانان یاد بدهند که هدف مشخصی را تعیین نمایند. هدف گذاری به جوانان کمک می‌کند تا پیشرفت کاری خود را بسنجند. مثلاً ماه اول حداقل ۲۰ دقیقه فعالیت متوسط، ۱۰ دقیقه فعالیت شدید داشته باشند و ۳۰ دقیقه از زمان کم تحرکی و بی حرکتی خود بکاهند. ماه دوم ۳۰ دقیقه فعالیت متوسط، ۱۵ دقیقه فعالیت شدید (۴۵ دقیقه فعالیت بدنی) داشته باشند و ۴۵ دقیقه از زمان کم تحرکی و بی حرکتی خود بکاهند و ماه سوم.....

با توجه به این که فعالیت بدنی روی عضلات، استخوان‌ها و سایر اندام‌های انسان تاثیر می‌گذارد یک پوستر از بدن انسان روی دیوار نصب شود. به جوانان آموزش داده شود که فعالیت بدنی چه تاثیری روی هر قسمت بدن دارد

توصیه‌های آموزشی در هپاتیت

هپاتیت B و C

بیماری ویروسی هپاتیت که به نام‌های زردی و یرقان در گذشته‌های دور شناخته شده بود، در چند دهه اخیر به دلیل پیشرفت در تشخیص و راه‌های 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 بیماری‌های ارثی هستند که در اینجا به آن‌ها نمی‌پردازیم.

کبد عضوی است از بدن که در سمت راست بالای شکم قرار داشته و در بسیاری از فعالیت‌های حیاتی بدن مانند رویارویی با عفونت‌ها، توقف خونریزی، پاک کردن خون از سموم و ذخیره انرژی در بدن نقش مهمی بازی می‌کند. هپاتیت با شدت‌های مختلف دیده می‌شود، از بهبودی کامل گرفته تا ناقل بودن همیشگی و حتی مرگ برق آسا و یا ابتلاء به عوارض کشنده‌های چون سرطان و سیروز.

نشانه‌ها، گونه‌ها، همه گیر شناسی

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

هپاتیت حاد: در این حالت بیمار با نشانه‌هایی چون تب، علائم شبیه سرما خوردگی، بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، درد شکم، درد مفاصل و ادرار تیره به زردی دچار می‌شود، در پوست و چشم‌ها این زردی بارزتر است. این بیماری در بیش‌تر موارد خودبه‌خود بهبود یافته و طی ۶ ماه خون از ویروس پاک می‌شود ولی در برخی موارد، بیماری مزمن می‌گردد. (در گونه B، ۱٪ ولی در گونه C تا ۸۰٪ موارد مزمن می‌شوند)

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

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

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

هپاتیت B) تنها گونه بیماری است که با واکسن قابل پیشگیری می‌باشد، در نزدیک به ۵٪ مردم جهان به شکل ناقل مزمن وجود دارد که این رقم در ایران ۳٪ برآورد می‌شود. میزان کشندگی آن ۱٪ و در افراد مسن خطرناک‌تر است. خوشبختانه در کشور ما افراد زیر ۱۸ سال و کسانی که به دلایل شغلی در معرض این بیماری قرار دارند، به ندرت واکسینه نشده اند. تعداد ناقلین بدون علامت بیماری در ایران حدود ۲ میلیون نفر و تعداد بیماران حدود ۳۰۰ هزار نفر تخمین زده می‌شوند. دوره پنهانی بیماری

(فاصله زمانی بین ورود عفونت به بدن تا ظهور علائم) بین ۶ هفته تا ۶ ماه متغیر است.

هپاتیت C) ابتلاء به هپاتیت پس از تزریق خون در ۹۰٪ موارد ناشی از ویروس هپاتیت C است. نسبت به هپاتیت B تعداد بیش تری به فاز مزمن بیماری می‌روند و پاسخ به درمان بدتری نیز دارد. ۸۰٪ از مبتلایان به ویروس هپاتیت C، مزمن شده و در نهایت ۲۰٪ دچار نارسایی کبد (سیروز) می‌شوند. بیش تر مبتلایان از نظر ظاهری سالم بوده و به همین دلیل، پیشگیری نقش بسیار مهمی در گسترش نیافتن بیماری دارد.

راه‌های انتقال و پیشگیری

هپاتیت‌های B، C و D از راه خون و مایعات بدن، از مادر به نوزاد و با تماس جنسی منتقل می‌شوند. هپاتیت C و B عموماً از راه خون منتقل گردیده اما از طریق سایر مایعات بدن نیز می‌تواند انتقال یابد (ادرار، اشک، بزاق و.....). همچنین بریدگی، خراش و استفاده از وسایل شخصی یکدیگر نظیر تیغ و مسواک می‌توانند ویروس هپاتیت را به فرد دیگری انتقال دهند. استفاده از سرنگ مشترک در معتادان بسیار خطرناک است.

هر گونه استفاده از تیغ یا سوزن‌های غیر استریل چه در خالکوبی (تاتو)، دندانپزشکی، طب سوزنی و حجامت و چه در آرایشگاه می‌تواند منجر به انتقال عفونت گردد. راه‌های انتقال هپاتیت C و B یکسان است اما خوشبختانه علیه هپاتیت B واکسن وجود دارد که به کلیه نوزادان و افرادی که مشاغل پر خطر دارند نظیر کادر درمانی، تزریق شده (۳ نوبت در طول ۶ ماه) و در ۹۵٪ موارد ایجاد ایمنی می‌کند.

از طریق تماس جنسی حفاظت نشده (استفاده نکردن از کاندوم) نیز هپاتیت می‌تواند منتقل شود. پرهیز از رفتارهای جنسی مخاطره آمیز به عنوان مثال ارتباط جنسی خارج از ازدواج، با افرادی که به درستی نمی‌شناسیم، با معتادان تزریقی و همچنین افرادی که چند شریک جنسی دارند، همگی در پیشگیری از ابتلاء به این بیماری بسیار موثرند. اگرچه بیش تر بیماران به ویژه در هپاتیت B خودبه خود بهبود می‌یابند، اما درصد بالایی نیز دچار هپاتیت مزمن شده (۸۰٪ در هپاتیت C) و از آن میان گروهی در نهایت دچار سیروز کبد می‌شوند (۲۰٪). ابتلاء به سرطان کبد نیز گاه از عوارض بلند مدت هپاتیت مزمن بوده و هپاتیت حاد حتی به گونه ای برق آسا می‌تواند در مدت کوتاهی بیمار را به کام مرگ کشد. اغمای کبدی، نارسایی کلیوی، آسیت (آب آوردن شکم) و خونریزی گوارشی ناشی از افزایش فشار ورید پورت از دیگر عوارض هپاتیت مزمن هستند.

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

نکات آموزشی در آسم

بیماریابی

شناسایی بیماران در این برنامه بر اساس بیماریابی فرصت طلبانه است. بدین صورت که در سن یک سالگی در مراجعه به خانه بهداشت جهت واکسیناسیون، در سنین مدرسه به هنگام تکمیل شناسنامه سلامت دانش آموز و در سن ۳۰ سالگی در زمان ارزیابی دوره ای فشار خون و قند خون این بررسی انجام می شود.

پیگیری و مراقبت بیماران:

اگر فرد مبتلا به بیماری آسم است، آموزش و پیگیری بیمار توسط مراقب سلامت/بهورز انجام می شود. پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا به آسم بر حسب سطح کنترل بیماری متفاوت است. پس از شروع درمان توسط پزشک، دو ماه بعد در ویزیت مجدد، پزشک سطح کنترل بیماری را تعیین می کند. چنانچه سطح کنترل بیماری کامل باشد بیمار ماهانه توسط بهورز/کارشناس مراقب سلامت و هر دو ماه یکبار توسط پزشک مراقبت می گردد. در موارد آسم کنترل نشده یا کنترل نسبی، بیمار هر دو هفته یکبار توسط بهورز/کارشناس مراقب سلامت پیگیری و مراقبت می شود تا زمانی که به سطح کنترل کامل برسد و پس از آن پیگیری و مراقبت بیمار ماهانه توسط بهورز/کارشناس مراقب سلامت و هر دو ماه یکبار توسط پزشک ادامه می یابد.

پیشگیری در آسم:

یکی از مهم ترین اصول اولیه کنترل آسم انجام اقدامات پیشگیرانه است، بنابر این لازم است آموزش های لازم در خصوص شناخت عوامل خطر ایجاد کننده بیماری آسم که موجب بروز و یا تشدید علایم بیماری می شوند و راه های پیشگیری و کنترل این عوامل به بیمار و خانواده وی داده شود. مهم ترین عوامل خطر بیماری آسم عبارتند از: هیره موجود در گرد و خاک خانه، عوامل حساسیت زای حیوانات مانند پر، پشم و موی حیوانات خانگی، دود سیگار و سایر دخانیات، دود و بخارات شیمیایی موجود در محیط کار، آلودگی هوا، بوهای تند نظیر بوی عطر و اسپری و شوینده ها، گرده های گیاهان و قارچ ها. باید به بیماران توصیه شود که از مصرف دخانیات و یا قرار گرفتن در معرض دود سیگار سایر افراد خودداری نمایند و به هنگام آلودگی هوا از منزل خارج نشوند و جهت جلوگیری از آلودگی هوای داخل منازل، از استفاده از سوخت های بیولوژیک مثل چوب، فضولات و زباله اجتناب نمایند. از نگهداری حیوانات خانگی در محیط داخل منزل خودداری نموده و سطح

رطوبت فضای منزل یا محل کار را به کمتر از ۵۰٪ کاهش دهند. همچنین باید در مورد علائم هشدار دهنده بروز حملات آسم و نحوه برخورد و اقدامات اولیه در صورت بروز حملات به بیمار و اطرافیان وی آموزش داده شود.

وسایل کمک درمانی و تکنیک‌های استنشاقی

با توجه به این که یکی از مهم ترین علل عدم کنترل بیماری استفاده نادرست از دارو می باشد، استفاده صحیح از وسایل کمک درمانی شامل محفظه مخصوص (spacer)، افشانه یا **Metered dose inhaler (MDI)** و دستگاه‌های استنشاقی پودر خشک **Dry Powder Inhaler (DPI)** بسیار مهم بوده و لازم است مراقب سلامت/بهبود نحوه استفاده صحیح از این وسایل را به طور عمومی به بیمار آموزش دهد.

پایش بیماری (Monitoring)

یکی از مهم ترین راه‌های کنترل بیماری آسم استفاده از ابزار پایش بیماری است که موجب آگاهی بیمار از وضعیت کنترل بیماری شده و حتی در مواردی وقوع حمله آسم را پیش بینی می نماید. در پایش بیماری آسم می توان از پرسشنامه‌های سنجش کیفیت زندگی استفاده کرد، یکی از معروفترین پرسشنامه‌ها (ACT) است که برای افراد ۱۲ سال و بالاتر مورد استفاده قرار می گیرد. یکی دیگر از انواع این پرسشنامه‌ها (C-ACT) برای کودکان ۵-۴ سال می توان استفاده کرد. یکی دیگر از ابزارهای مهمی که در پایش بیماری آسم مورد استفاده قرار می گیرد دستگاه نفس سنج پیک فلومتر است این وسیله حداکثر میزان جریان هوایی را که با قدرت می توان از ریه‌ها خارج ساخت اندازه می گیرد. (Peak Expiratory Flow: PEF) پیک فلومتر یا نفس سنج برای تشخیص بیماری، تعیین شدت بیماری، پایش بیماران قبل و بعد از درمان و به خصوص پیش بینی وقوع حملات آسم کاربرد دارد. به علت آنکه از دو تا سه روز قبل از بروز حمله آسم، نفس سنج افزایش نوسان PEF (بیش از ۲۰ درصد) بین صبح و عصر را نشان می دهد و نیز در ابتدای حمله آسم، حداکثر جریان بازدمی هوا کاهش می یابد، نفس سنج می تواند به تشخیص حمله آسم در مراحل ابتدایی کمک کند. کودکان بالای ۴ سال می توانند به شکل مطمئن از نفس سنج استفاده کنند

آموزش سلامت دهان و دندان

سلامت دهان و دندان را به شرح زیر بررسی کنید:

روش معاینه:

دست‌هایتان را با آب و صابون بشویید. معاینه شونده را روی یک صندلی بنشانید و در حالی که جلوی او ایستاده اید از او بخواهید که دهان خود را کاملاً باز کند تا با استفاده از چراغ قوه فضای دهان را روشن کنید. برای اینکه لثه و همه سطوح دندان‌ها را بتوانید به خوبی معاینه کنید، بایستی از یک طرف فک بالا شروع و به طور منظم با بررسی کلیه سطوح دندانی به سمت دیگر فک، معاینه را ادامه داده و سپس به همین ترتیب برای فک پایین عمل نمایید. برای معاینه لثه و سطح زبانی دندان‌های فک پایین، باید زبان و برای معاینه لثه و سطح لبی دندان‌های فک بالا و پایین، لازم است لب‌ها و گونه‌ها را با چوب زبان از سطح لثه دور نمایید. برای معاینه زبان، نوک آن را با گاز تمیز گرفته و به سمت خارج از دهان یعنی به طرف خود بکشید و تمام سطوح آن را به دقت نگاه کنید.

درد: از سؤال کنید که آیا در حال حاضر در دندان یا لثه احساس درد می‌کند در صورت پاسخ خیر مجدداً سؤال کنید که در صورت فشار دادن دندان‌ها روی هم و یا خوردن غذا یا نوشیدنی‌های سرد، گرم یا شیرین یا ترش، احساس ناراحتی و درد در دندان می‌کند در صورت پاسخ خیر مجدداً سؤال کنید آیا دردهای شدید، مداوم و خود به خود در دندان فقط در هنگام شب دارد پاسخ بلی به هریک از موارد فوق یک علامت اتلاق می‌گردد.

بیرون افتادن دندان از دهان: در این حالت بر اساس راهنمای اقدام پیش از ارجاع در مورد بیرون افتادن دندان از دهان اقدام لازم را انجام دهید.

خونریزی از لثه: چنانچه در زمان گاز زدن به سیب و یا مسواک زدن دندان‌ها دچار خونریزی از لثه می‌شود یک نشانه محسوب می‌شود.

بوی بد دهان: بوی بد تنفس نباید با بوی آزار دهنده زودگذری که ناشی از خوردن غذا (مثل سیر) یا سیگار کشیدن است اشتباه شود. دقت کنید تنفس بد صبحگاهی که حین بیدار شدن از خواب تجربه می‌شود، ناشی از کاهش جریان بزاق و افزایش تخمیر حین شب بوده و خود به خود پس از صرف صبحانه و یا استفاده از مسواک و نخ دندان برطرف می‌شود بنابراین چنانچه فرد به صورت دائم دچار بوی بد دهان و تنفس می‌باشد یک نشانه عنوان می‌گردد.

عادات غلط دهانی: در مورد گاز گرفتن لب، قرارگرفتن زبان بین دندان‌ها، جویدن ناخن، جویدن گونه، فشار دادن دندان‌ها روی هم (دندان قروچه)، سؤال کنید پاسخ بلی به هر یک از موارد فوق یک نشانه محسوب می‌شود.

شکستگی دندان: برای اینکه لثه و همه سطوح دندان‌ها را بتوانید به خوبی معاینه کنید، بایستی از یک طرف فک بالا شروع و به طور منظم با بررسی کلیه سطوح دندانی به سمت دیگر فک، معاینه را ادامه داده و سپس به همین ترتیب برای فک پایین عمل نمایید. مشاهده شکستگی دندان یک نشانه لحاظ می‌گردد.

تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای: همه سطوح مختلف دندان را در تک تک دندان‌ها بویژه سطوح بین دندانی، شیارهای سطح جونده و محل اتصال لثه به دندان (محل‌های شایع پوسیدگی دندان) دقیقاً مشاهده و معاینه کنید. چنانچه یک پلاک میکروبی، جرم، پوسیدگی دندان از یک لک کوچک قهوه‌ای یا سیاه رنگ گرفته تا سوراخ شدگی دندان را مشاهده می‌کنید، یک علامت محسوب می‌گردد.

لثه بیمار: چنانچه لثه در هنگام معاینه فاقد رنگ صورتی و یا لبه‌های کاملاً تیز چسبیده به دندان است و یا دارای لکه‌های قهوه ای رنگ است آن را یک علامت لحاظ کنید. دقت کنید در برخی افراد که دارای پوست تیره ای هستند، وجود لکه‌های قهوه ای رنگ روی لثه آنها دال بر بیماری لثه نمی‌باشد.

جرم دندان: اگر پلاک میکروبی مدت طولانی روی دندان باقی بماند و توسط مسواک و نخ دندان از سطح دندان‌ها تمیز نگردد به لایه‌ای سخت به رنگ زرد یا قهوه‌ای تبدیل شده که جرم دندان نامیده می‌شود.

پوسیدگی دندان: در صورت مشاهده تغییر رنگ در مینای دندان یا سوراخ شدن دندان و یا دریافت پاسخ بلی در خصوص پاره شدن نخ دندان در هنگام استفاده از آن را یک علامت به حساب آورید.

زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان: تمام قسمت‌های لثه، کف دهان (زیر زبان)، کام، داخل گونه‌ها و لب‌ها را به دقت معاینه کنید چنانچه تورم، زخم و یا هر چیز غیرطبیعی دیگر وجود دارد، آن را یک علامت عنوان کنید.

توصیه‌های آموزشی

نحوه استفاده از مسواک و خمیر دندان

امکان چسبیدن میکروب‌ها به سطوح دندانی که با مسواک تمیز شده‌اند کمتر خواهد بود. این نکته اهمیت زیادی دارد زیرا در بسیاری از مواقع فرد در ساعات پایانی شب که خسته و خواب‌آلوده هست دندان‌ها را مسواک می‌کند، در حالی که بهتر است دندان‌ها را پس از صرف وعده غذایی اصلی مسواک کنند.

ایده‌ال آن است که بعد از هر بار مصرف مواد غذایی دندان‌ها مسواک زده شوند. ولی در هر حال در دو زمان مسواک کردن دندان‌ها الزامی است:

۱- شب قبل از خواب به دلیل اینکه در زمان خواب، جریان بزاق و حرکات زبان و گونه جهت تمیز کردن محیط دهان کاهش می‌یابد و دندان‌ها مستعد پوسیدگی می‌شوند.

۲- صبح قبل و یا بعد از صبحانه

مشخصات یک مسواک خوب

- جنس: موهای مسواک از جنس نایلون نرم و سر موهای آن گرد باشد. لذا استفاده از مسواک با جنس موهای سخت به هیچ وجه توصیه نمی‌گردد.
- کیفیت: موهای مسواک منظم و مرتب باشد. معمولاً نمی‌توان بیش از ۳ الی ۴ ماه از یک مسواک استفاده نمود. چون موهای آن خمیده و نامنظم می‌شود یا رنگ موهای آن تغییر می‌کند که در این صورت حتماً مسواک را باید تعویض نمود. چنانچه پس از مدت کوتاهی شکل موهای مسواک تغییر کند نشانه این است که فرد نادرست و خشن مسواک می‌زند.
- اندازه مسواک: اندازه دسته آن باید به گونه‌ای باشد که به خوبی در دست‌های آنان قرار بگیرد و هنگام استفاده در دست آنها تلغزد.
- شکل مسواک: مشخصات دسته مسواک براساس سلیقه افراد می‌باشد. البته دسته مسواک کمی خمیده، سطوح دندان‌های خلفی را بهتر تمیز می‌کند

مسواک‌های برقی

این مسواک‌ها جهت برداشتن ساده‌تر پلاک در افراد استفاده می‌شود. در صورت تمایل می‌توانند از این مسواک‌ها استفاده کنند (نوع مسواک‌ها (مسواک برقی) جایگزین مناسبی برای مسواک دستی می‌باشد.

خمیر دندان

امروزه اکثر خمیر دندان‌ها حاوی فلوراید هستند که سبب مقاوم تر شدن دندان در برابر پوسیدگی می‌شود. خمیر دندان‌ها دارای موادی هستند که به از بین بردن پلاک، رنگدانه و کنترل رسوب کمک می‌کنند و علاوه بر خاصیت ضد پوسیدگی و ضد حساسیت، خوشبو و خوش طعم کننده دهان نیز می‌باشند.

نکات مهم:

- لازم است مسواک کردن حتماً با خمیر دندان انجام شود زیرا فلوراید داخل خمیر دندان به کنترل پوسیدگی‌های دندانی کمک می‌کند ولی در صورت عدم دسترسی به خمیر دندان با آب خالی هم می‌توان مسواک نمود. استفاده از نمک خشک، جوش شیرین یا سایر پودرها جهت مسواک کردن درست نیست، زیرا سبب ساییدگی مینای دندان و خراشیده شدن لثه می‌گردد. استفاده از آب نمک رقیق (نصف قاشق چایخوری در یک لیوان آب جوشیده سرد) به صورت دهانشویه جهت ضد عفونی کردن محیط دهان، کمک‌کننده است.

- زمان ایده‌آل برای مسواک زدن ۳ تا ۴ دقیقه می‌باشد.

- زمان‌های مناسب برای مسواک زدن: صبح‌ها (قبل و یا بعد از صبحانه)، ظهرها (بعد از ناهار)، شب‌ها (قبل از خواب).

- مسواک جزء وسایل شخصی می‌باشد و هیچ‌کس نباید از مسواک دیگری استفاده نماید.

روش درست مسواک زدن

ابتدا دهان را با آب بشویید، سپس به اندازه یک نخود خمیر دندان روی مسواک قرار داده و خمیر دندان را به داخل موهای مسواک ببرید.

خمیر دندان را باید به گونه‌ای بر روی مسواک قرار داد که به داخل موهای آن فرو رود.

دندان‌های بالا و پایین باید جداگانه مسواک شود. مسواک کردن از قسمت عقب یک سمت دهان شروع می‌شود و به ترتیب کلیه سطوح خارجی، داخلی و جونده کلیه دندان‌ها مسواک زده می‌شود به نحوی که سر مسواک دو تا سه دندان را در هر مرحله تمیز نماید.

هنگام مسواک کردن باید موهای مسواک با زاویه ۴۵ درجه نسبت به محور طولی دندان در محل اتصال لثه و دندان قرار گیرد. بعد از قرار دادن مسواک روی دندان و لثه، ابتدا حرکت لرزشی (حرکات سریع و کوتاه به سمت عقب و جلو بدون جابجایی مسواک) در محل باید صورت بگیرد و سپس با حرکت مچ دست، موهای مسواک روی سطح دندان از سمت لثه به طرف سطوح جونده چرخانده شود. این حرکت حدود ۱۵ تا ۲۰ بار برای هر دندان باید انجام گیرد.

تمیز کردن سطوح داخلی دندان‌ها هم مانند مسواک کردن سطوح خارجی آن صورت می‌گیرد ولی برای سطوح داخلی دندان‌های جلو، مسواک را باید به صورت عمود بر روی سطح داخلی دندان‌ها قرار داد و با حرکات بالا و پایین این سطوح را تمیز کرد. با عمودی گرفتن مسواک و بالا و پایین بردن آن سطح داخلی دندان‌های جلوی فک بالا و پایین را مسواک می‌کنیم.

اگر سر مسواک کوچک باشد می‌تواند به صورت افقی هم قرار گیرد.

برای مسواک کردن سطح جونده، موهای مسواک را در تماس با سطوح جونده قرار داده و کمی فشار دهید تا موهای مسواک به خوبی به داخل شیارهای سطح جونده وارد شود. سپس چند بار مسواک را به جلو و عقب بکشید تا به خوبی تمیز شود.

نکته: مسواک زدن به صورت افقی و با شدت زیاد می‌تواند منجر به تحلیل لثه و حساسیت در نواحی طوق دندان‌ها گردد.

چون خرده‌های مواد غذایی و میکروب‌ها روی سطح زبان جمع می‌شوند، بهتر است روی زبان را هم با مسواک تمیز نمود. برای اینکار مسواک در عقب زبان قرار می‌گیرد و به طرف جلو کشیده می‌شود. تمیز کردن زبان نقش مهمی در از بین بردن بوی بد دهان دارد. پس از مسواک کردن دندان‌ها و زبان، باید دهان چندین بار با آب شسته شود. وقتی مسواک کردن دندان‌ها تمام شد، مسواک را خوب بشویید و در جایی دور از آلودگی نگهداری کنید. توجه کنید که هیچگاه مسواک خیس را در جعبه سربسته نگذارید؛ چون رطوبت هوای داخل جعبه زیاد شده و رشد میکروب‌ها را تسریع می‌کند.

استفاده از نخ دندان

سطوح بین دندانی به هیچ وجه با استفاده از مسواک تمیز نمی‌شوند و تنها با استفاده از نخ دندان می‌توان این سطوح را تمیز کرد. نخ دندان، نخ نایلونی مخصوصی است که باید آن را از داروخانه تهیه نمود. نوع نخ دندان مورد استفاده فرد براساس سهولت استفاده و علاقه شخصی فرد می‌باشد. هدف اصلی از تمیز کردن نواحی بین دندانی، برداشتن پلاک میکروبی است.

برای استفاده درست از نخ دندان باید:

- قبل از استفاده دست‌ها را با آب و صابون خوب بشویید.
- حدود ۳۰ تا ۴۵ سانتیمتر از نخ دندان را ببرید و دو طرف نخ را که بریده‌اید در هر دو دست به دور انگشت وسط بپیچید
- نکته: برای راحتی استفاده از نخ دندان، می‌توان دو سر نخ دندان بریده شده را به هم گره زد. جهت نخ کشیدن دندان‌ها حداقل ۳۰ تا ۴۵ سانتیمتر از نخ دندان را جدا کنید. سه انگشت آخر را ببندید و دو دست را از هم دور کنید تا نخ محکم کشیده شود. به این ترتیب انگشت نشانه و شست هر دو دست آزاد می‌ماند و قدرت مانور بالایی به شما برای انجام موارد زیر می‌دهد
- طول نخ که بین انگشتان دست آزاد باقی می‌ماند، کافی است ۲ تا ۲/۵ سانتیمتر طول داشته باشد.
- برای وارد کردن نخ بین دندان‌های فک پایین از دو انگشت اشاره و بین دندان‌های فک بالا از دو انگشت شست یا یک شست و یک انگشت اشاره استفاده کنید.
- نخ را با حرکت شبیه اهر کشیدن به آرامی به فضای بین دندان‌ها وارد کنید مراقب باشد فشار نخ، لثه را زخمی نکند
- پس از اینکه نخ را وارد فضای بین دندانی کردید ابتدا نخ را به سطح کناری دندان جلویی تکیه داده و با ملایمت به زیر لبه لثه برده و آن را به دیواره دندان چسبانده و چند بار به طرف بالا و پایین حرکت دهید این عمل را به آرامی انجام دهید تا به لثه مجاور دندان آسیب نرسانید.
- سپس قسمت تمیز نخ را در همان محل به سطح کناری دندان پشتی بچسبانید و همین کار را تکرار کنید. بعد از آن نخ را از لای دندان‌ها خارج کنید. آن قسمت از نخ را که برای این دندان‌ها استفاده کرده‌اید جابجا کنید و نخ کشیدن دندان بعدی را شروع کنید. این کار را برای تمام سطوح بین دندان‌ها تکرار کنید.

توجه کنید:

- پشت آخرین دندان هر فک را نیز مثل دندان‌های دیگر نخ بکشید.
 - بهتر است روزی دو بار (شب‌ها قبل از خواب و صبح‌ها بعد از صبحانه) از نخ دندان استفاده کنید. در غیر اینصورت حداقل شب‌ها قبل از خواب ابتدا از نخ دندان استفاده کرده، سپس دندان‌ها را مسواک کنید.
 - اگر هنگام مسواک زدن و نخ کشیدن دندان‌ها، درد و خونریزی وجود داشت، جای نگرانی نیست. در اکثر مواقع با ادامه این کار و برطرف شدن التهاب لثه درد و خونریزی هم از بین می‌رود. اگر پس از یک هفته علائم برطرف نشد، باید به دندانپزشک مراجعه شود. • نخ دندان کشیدن کلیه دندان‌ها حدود ۳ الی ۴ دقیقه به طول می‌انجامد.
- نکته مهم: به جای نخ دندان برای تمیز کردن سطوح بین دندان‌ها از هیچ نوع نخ دیگر یا وسایل سخت و نوک تیز مثل سنجاق و چوب کبریت استفاده نکنید. در ضمن توجه داشته باشید که خلال دندان وسیله ایست که به آسانی به لثه آسیب می‌رساند و معمولاً استفاده از آن توصیه نمی‌شود.

عوامل مؤثر بر پوسیدگی

کربوهیدرات‌ها از عوامل مهم ایجادکننده پوسیدگی، کربوهیدرات‌های قابل تخمیر هستند (قندها یا نشاسته‌های پخته). قندهای موجود در مواد غذایی مختلف یا نوشیدنی‌ها دارای خاصیت پوسیدگی زایی متفاوتی می‌باشند.

الف: قندهای موجود در میوه‌ها و سبزیجات و غذاهای حاوی نشاسته پخته مثل برنج و سیب زمینی دارای خاصیت پوسیدگی زایی پایین می‌باشند.

ب: قندهای موجود در فرآورده‌های لبنی (شیر و مشتقات آن) غیرپوسیدگی زا هستند.

ج: قندهای موجود در مواد غذایی مثل عسل، آب میوه، شکر، شیرینی‌ها، نوشابه‌ها و بیسکویت‌ها بسیار پوسیدگی زا می‌باشند.

بطور کلی پوسیدگی زایی مواد غذایی تحت تاثیر عوامل زیر قرار می گیرد :

- ۱- شکل ماده غذایی: شکل ماده غذایی (بصورت جامد یا مایع بودن)، مدت زمان تماس دندان با ماده غذایی را مشخص می کند. مایعات در مقایسه با غذاهای جامد مانند بیسکویت و کیک ها به سرعت از محیط دهان پاک می شوند لذا خاصیت پوسیدگی زایی کمتری دارند. مواد قندی مثل آب نبات، خوشبوکننده های نعنائی دهان که به آهستگی در دهان حل می شوند دارای خاصیت پوسیدگی زایی بیشتری می باشند.
- ۲- قوام ماده غذایی: تنقلاتی که قدرت چسبندگی بیشتری بر سطح دندان ها دارند (مثل چیپس، گز، سوهان، شکلات) مدت زمان طولانی تری در تماس با دندان می باشند. بنابراین میزان پوسیدگی زایی آنها بیشتر خواهد بود.
- ۳- دفعات مصرف مواد غذایی: با هر بار مصرف مواد قندی، محیط پلاک میکروبی، اسیدی شده و منجر به پوسیدگی می شود. بنابراین هرچه دفعات مصرف این مواد کمتر باشد، احتمال ابتلا به پوسیدگی پایین تر می آید. از تکرار استفاده از خوردنی ها و تنقلات شیرین در فواصل وعده های اصلی غذایی باید خودداری شود.
- ۴- ترکیب و ترتیب غذاهای مصرفی: مصرف غذاها با هم می توانند اثرات پوسیدگی زایی را کاهش یا افزایش دهند. بطور مثال استفاده از نوشابه ها و غذاهای حاوی مواد قندی همراه با سایر مواد غذایی دیگر، فرصت مناسب برای تولید اسید را فراهم می کنند. در حالی که استفاده از غذاهای حاوی کلسیم (مثل ماست بدون چربی و پنیر) یا فلوراید (مثل اسفناج پخته شده، پنیر و ذرت کنسرو شده) و نیز غذای سفت و حاوی فیبر (مثل میوه و سبزیجات خام و مرکبات) همزمان با سایر مواد غذایی تاثیر مثبتی را در کاهش پوسیدگی زایی دارد.

توصیه های تغذیه ای در سلامت دهان و دندان

- بهتر است به عنوان میان وعده به جای شیرینی از میوه های تازه و سبزیجات، ماست ساده و مغزها (بادام، گردو و...) استفاده شود.
- مصرف مواد قندی محدود به وعده های اصلی غذایی (صبحانه، نهار، شام) گردد که پس از آنها مسواک زده شود.
- در صورت مصرف هر نوع ماده قندی، لازم است بلافاصله دندان ها را مسواک زد و در صورت عدم دسترسی چند مرتبه دهان و دندان را با آب شستشو داد.
- فست فود، نوشابه ها و تنقلات شیرین نبایستی به صورت روزمره وارد برنامه غذایی گردد.

- در صورت استفاده از شربت‌های دارویی و تقویتی شیرین بعد از هر بار مصرف جهت پاک شدن از سطح دندان‌ها میزان کافی آب خورده شود.
- استفاده از محصولات لبنی (مثل پنیر) در پایان وعده غذایی باعث کاهش میزان اسید در دهان می‌گردد. شاید اقدام به خوردن لقمه ای نان و پنیر در آخر هر وعده غذایی مانند گذشتگان عادت غذایی مناسب باشد.
- استفاده همزمان شیر به دلیل داشتن فسفر و کلسیم که یون‌های لازم را برای آهکی شدن مجدد مینا در اختیار دندان قرار می‌دهند با مصرف شیرینی توصیه می‌گردد.
- استفاده از مواد غذایی خام (سبزی) با غذاهای پخته (وعده اصلی غذایی) علاوه بر پاکسازی غذا از سطح دندان‌ها به افزایش جریان بزاق نیز کمک می‌کند.
- استفاده از آب بین وعده‌های اصلی غذایی توصیه می‌گردد.
- بهتر است پس از وعده غذایی شام و قبل از خوابیدن از میان وعده‌های حاوی کربوهیدرات استفاده نشود.
- در صورت تمایل به مصرف آدامس، استفاده از آدامس‌های بدون قند توصیه می‌گردد.
- بلافاصله پس از مصرف نوشیدنی‌های اسیدی مثل آب پرتقال نباید دندان‌ها را مسواک کرد. زیرا می‌تواند باعث سایش بر روی دندان‌ها گردد، پس باید مدتی پس از مصرف این نوشیدنی‌ها مسواک زد.

مداخلات آموزشی سل

مداخلات آموزشی مراقبت از بیماری سل

توصیه‌های کلی

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

پیگیری فرد از نظر ابتلا به سل

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

از در مورد نشانه‌های بیماری سؤال کنید:

- در صورتی که فرد دارای نشانه (سرفه طول کشیده) است، یک نمونه خلط از وی تهیه شود. مطابق متن دو نمونه دیگر از خلط وی نیز تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود. از در خصوص عمل به توصیه‌ها سؤال کنید چنانچه عملکرد صحیحی داشته است، وی را به ادامه عمل تشویق کنید. در غیر این صورت و همراه وی را مجدداً آموزش و به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- در صورتی که فرد فاقد نشانه است وی را ۶ ماه بعد پیگیری کنید. از در خصوص عمل به توصیه سؤال کنید. اگر عملکرد صحیحی داشته است، وی را به ادامه عمل تشویق کنید و در غیر این صورت، و همراه وی را مجدداً آموزش دهید. فرد را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشویق کنید

بررسی از نظر سل ریوی

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

سرفه طول کشیده: چنانچه فرد بیش از ۲ هفته سرفه می‌کند آن را به عنوان یک نشانه محسوب کنید. دقت کنید سرفه می‌تواند به همراه خلط (خونی یا بدون خون) یا بدون خلط باشد.

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

از فرد با سرفه خلط دار طول کشیده یا با سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه خلط دار ۲ هفته یا کم تر، در همان مراجعه بار اول با نظارت کارمند بهداشتی مربوطه یک نمونه خلط تهیه شود. از جوان بخواهید که فردا صبح قبل از بلند شدن از رختخواب یک نمونه از خلط خود بگیرد و به کارمند بهداشتی مربوطه تحویل دهد و در زمان تحویل، سومین نمونه از خلط جوان در واحد بهداشتی، تحت نظارت همان کارمند بهداشتی تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود.

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

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

- جوان دارای یک نشانه (سرفه بیش از ۲ هفته) یا با سرفه مساوی یا کم تر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در طبقه بندی "مشکل (احتمال ابتلا به سل)" قرار می گیرد. به فرد و همراه وی در زمینه تغذیه و راه های کنترل انتقال بیماری به سایرین آموزش دهید. جوان را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- فرد بدون سرفه به همراه عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل، در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به سل" قرار می گیرد. به جوان و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. جوان را یک ماه بعد پیگیری کنید.
- چنانچه فرد بدون نشانه و بدون عامل خطر است، در طبقه بندی "فاقد مشکل" قرار می گیرد. فرد را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.

دقت کنید نتایج اسمیر برداری برای پزشک جهت طبقه بندی کاربرد دارد.

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیماری سل

توصیه های کلی

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

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

از جوان در مورد نشانه های بیماری سؤال کنید:

- در صورتی که جوان دارای نشانه است، از وی یک نمونه خلط تهیه شود. مطابق متن دو نمونه دیگر از خلط وی نیز تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود. از جوان در خصوص عمل به توصیه‌ها سؤال کنید چنانچه وی عملکرد صحیحی داشته است، او را به ادامه عمل تشویق کنید. در غیر این صورت جوان و همراه وی را مجدداً آموزش دهید. جوان را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- در صورتی که جوان فاقد نشانه است وی را ۶ ماه بعد پیگیری کنید. از جوان در خصوص عمل به توصیه سؤال کنید. اگر عملکرد صحیحی داشته است، او را به ادامه عمل تشویق کنید و در غیر این صورت، او را مجدداً آموزش دهید. جوان را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس مجدد با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.

دارو	مقدار روزانه mg/kg	شکل دارویی
ایزونیازید	۵(۴-۶)	قرص ۱۰۰ و ۳۰۰ میلی گرمی
ریفامپین	۱۰(۸-۱۲)	کپسول ۱۵۰ و ۳۰۰ میلی گرمی و قطره
پیرازینامید	۲۵ (۲۰-۳۰)	قرص ۵۰۰ میلی گرمی
اتامبوتول*	۱۵(۱۵-۲۰)	قرص ۴۰۰ میلی گرمی
استرپتومایسین**	۱۵(۱۲-۱۸)	ویال (آمپول) ۱۰۰۰ میلی گرمی

روش تهیه نمونه خلط در افراد مشکوک به سل

- نمونه اول را از بیمار در اولین مراجعه به خانه بهداشت یا هر واحد بهداشتی درمانی دیگر در فضای آزاد و زیر نظر کارمند بهداشتی تهیه نمائید.
- نمونه دوم را بیمار صبح روز بعد، قبل از برخاستن از بستر تهیه نماید. در همان روز اول یک ظرف جمع آوری خلط به بیمار داده می‌شود تا صبح زود روز بعد خلط صبحگاهی خود را در آن جمع آوری کرده و به واحد بهداشتی بیاورد.
- نمونه سوم را از بیمار همزمان با تحویل نمونه دوم و با همان روش نمونه اول در واحد بهداشتی درمانی تهیه نمائید. در صورتی که بیمار بستری باشد هر ۳ نمونه از خلط صبحگاهی تهیه شود.
- حجم هر نمونه خلط باید ۳ تا ۵ میلی لیتر باشد.

راهنمای آموزش ازدواج سالم به جوانان



به نام خدا

هدف کلی :

ارتقاء توانمندی‌های جوانان گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال در زمینه ازدواج سالم

گروه هدف برنامه

جوانان گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال مجرد جزء گروه هدف آموزشی ما هستند و برون ده برنامه ارتقای آگاهی و نگرش جوانان در خصوص معیارهای همسرگزینی و ازدواج مناسب می‌باشد.

اهداف عمومی آموزش :

ارتقای آگاهی جوانان در زمینه معیارهای لازم برای همسرمناسب

ارتقای آگاهی جوانان در زمینه فواید ازدواج مناسب برای جوانان

ارتقای آگاهی جوانان در زمینه مضرات عدم ازدواج یا ازدواج دیر هنگام در جوانان

استراتژی‌های کلی آموزش:

استراتژی‌های کلی آموزشی شامل سیستم حضوری با تلفیقی از استاد و شاگرد محوری با ویژگی‌های ذیل می‌باشد:

- اجرای سمینار، پروژه و کنفرانس‌های مرتبط

- اجرای کارگاه آموزشی

- تقویت و توسعه سیستم اطلاع رسانی

- سیستم غیر حضوری، آموزش از راه دور از طریق سایت جوان سالم

اهداف ویژه:

آشنایی جوانان گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال تمام، با فلسفه ازدواج

مشکلات مجرد بودن، عوامل امتناع دختر و پسر از ازدواج، فواید و اهداف ازدواج، فواید تشکیل خانواده، تامین نیازهای عاطفی، رشد معنویت، پیشگیری از رفتارهای خطر، بقاء نسل، مسئولیت پذیری، شکوفایی استعدادها، ایجاد آرامش فلفسه، اهمیت و جایگاه ازدواج در اسلام، اهداف و ضرورت های ازدواج از نگاه دین، اصل کفویت، حمایت خانواده ها

مقدمه :

خالق هستی انسان را آفرید و جهان را برای او قرارداد و او را در دو راهی زیبایی و زشتی، حق و باطل، رستگاری و گمراهی قدرت انتخاب داد تا آزادانه و بدون هیچ اکراه و اجباری دست به انتخاب بزند و مسیر زندگی اش را مشخص کند.

ازدواج از فرآیندهای بسیار با اهمیت در تمام ادیان، به خصوص دین مبین اسلام محسوب می شود. مقوله جفت بودن و زوج بودن در تمام پدیده های آفرینش وجود دارد. در ازدواج، زوجین می پذیرند که در قبال زندگی خانوادگی مشترک تعهداتی را بپذیرند.

همه مکاتب و ادیان الهی به ویژه دین مبین اسلام، ازدواج و تشکیل خانواده را توصیه نموده اند. ازدواج به زن و مرد آرامش می بخشد و آنان را از انحراف و رفتارهای جنسی پرخطر و غیر خلاق باز می دارد.

انتخاب همسر از مهمترین تصمیمات فرد در زندگی است، زیرا می تواند آینده فرد را رقم بزند. تشکیل خانواده سالم، متعادل و پایدار مانند هر امر مهم دیگری به تفکر منطقی و تلاش و کوشش نیازمند است. جوان می بایستی بر اساس معیارهای اصولی، منطقی همسر آینده خود را شناسایی و انتخاب نماید و آنگاه به انجام پیوند زناشویی اقدام کند. بصورت کلی اصالت خانوادگی به عنوان اساسی ترین معیار انتخاب همسر شناخته می شود. ایمان، اخلاق نیکو و روان سالم، و تناسب زوجین در ویژگی های ظاهری، سنی، تحصیلی، فرهنگی، تربیتی و اعتقادی از موارد اساسی در انتخاب همسر است.

ازدواج فواید و فلسفه های متعددی دارد، که از جمله فواید این امر مقدس اجرای دستور الهی، انس و مودت، عفت و مصونیت از گناه، تولید و تکثیر و... می باشد. و از جمله فلسفه های آن می توان به تکمیل، تسکین و تولید مثل اشاره نمود. ازدواج باید در زمان مناسب انجام پذیرد. یعنی زمانی که فرد از نظر روانی، عقلی، فکری، اجتماعی و... به سن بلوغ رسیده باشد. جوان قبل از تصمیم گرفتن به ازدواج باید معیارهای انتخاب همسر از دیدگاه اسلام را مد نظر قرار داده و همچنین شناخت کافی از آداب و شرایط خواستگاری داشته باشد تا زندگی موفق داشته باشد. هر جوانی طبعاً به تشکیل خانواده و زندگی زناشویی علاقه دارد. اما متأسفانه مشکلاتی سر راه ازدواج جوانان امروز مشاهده می شود، که یا ساخته ی افکار و عقاید خود افراد است و یا حقیقی است. از موانعی که در سر راه ازدواج جوانان است، میتوان به خرج ها و تشریفات اضافی در مراسم عقد و عروسی، بالا رفتن مهریه ها، جهیزیه های مفصل و... اشاره نمود. توکل بر خداوند، اصلاح فرهنگ جامعه، و پرهیز از سخت گیری ها و کاهش توقعات بی جا از جمله راه حل های این مشکلات می باشد. ازدواج تنها راه مشروع و سالم تشکیل خانواده است.

انسان در زندگی مرتب با شرایط انتخاب روبروست. (مثل انتخاب محل زندگی، شغل، رشته دانشگاهی و...) بعضی انتخاب‌ها مهم، با اهمیت و سرنوشت ساز می‌باشند. بعضی انتخاب‌ها هزینه بر و غیر قابل جبران و یا به سختی قابل جبرانند. یکی از مهم ترین انتخاب‌های انسان در طول زندگی انتخاب همسر می‌باشد که تنها انتخابی است که در خلقت در مورد خویشاوندی به ما داده‌اند همچنین با توجه به اینکه ممکن است :

در زمان انتخاب ممکن است زوجین از اطلاعات و دانستنی‌های کافی برخوردار نباشند و یا از نظر سنی و اجتماعی از تجربه و پختگی برای چنین انتخاب بزرگی کافی برخوردار نباشند. انتخاب اگر مبتنی بر آگاهی و دور اندیشی نباشد می‌تواند مسیر زندگی زوجین را دچار چالش نماید.

لذا اصول و معیارهای انتخاب مناسب همسر بهتر است :

- ۱- با معیارهای حساب شده و منطقی باشد.
- ۲- شیوه شناسایی صحیح، دقیق و همه جانبه باشد.
- ۳- مبتنی بر عقل، شواهد و تجارب فردی، علمی، تخصصی و واقع بینی باشد.

اهداف برگزاری نشست‌های مشاورتی آموزشی :

- ۱- ترویج ازدواج سالم در جوانان به منظور ارتقاء شاخص‌های سلامتی در جوانان
- ۲- لزوم مداخلات هوشمندانه و برنامه محور
- الف) ایجاد فضای مثبت در مورد ازدواج
- ب) آموزش مهارت‌های زندگی به جوانان

جمعیت، سلامت باروری، چالش‌ها و پیشنهادهای براساس سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری :
مهمترین تغییر و تحول جمعیتی در چند دهه اخیر در کشورهای درحال توسعه کاهش چشمگیر باروری بوده است.

عوامل اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی زیادی رفتار باروری را تحت تاثیر قرار می‌دهند.

کاهش نرخ باروری کلی به کمتر از حد جایگزینی با توجه به هرم جمعیتی هر کشور در طول زمان، ابتدا صفر شدن شاخص رشد جمعیت، سپس منفی شدن شاخص رشد جمعیت و همزمان با منفی شدن این شاخص، کاهش جمعیت را به دنبال دارد.

بخشی از سیاست‌های کلی جمعیت رهبر معظم انقلاب اردیبهشت ۱۳۹۳

۱- ارتقاء پویایی، بالندگی و جوانی جمعیت با افزایش نرخ باروری به بیش از سطح جانشینی

۲. رفع موانع ازدواج، تسهیل و ترویج تشکیل خانواده و افزایش فرزند، کاهش سن ازدواج و حمایت از زوج‌های جوان و توانمندسازی آنان در تأمین هزینه‌های زندگی و تربیت نسل صالح و کارآمد

۳- اختصاص تسهیلات مناسب برای مادران بویژه در دوره بارداری و شیردهی و پوشش بیمه‌ای هزینه‌های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان و تقویت نهادها و مؤسسات حمایتی ذیربط.

۴. تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش مهارت‌های فرزند پروری و تاکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی - ایرانی و توسعه و تقویت نظام اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری

۵- ارتقاء امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، بویژه اعتیاد، سوانح، آلودگی‌های زیست محیطی و بیماری‌ها

تاثیر ازدواج بر سلامت :

در این جا به بعضی اثرات مثبت ازدواج بر سلامت اشاره می شود

افرادی که ازدواج مناسب دارند از طول عمر بیشتری برخوردارند.

از سلامت روان بهتری برخوردار هستند.

شادترند و ارتباطات اجتماعی مناسبتری برقرار می کنند.

از نظر جسمانی سالم ترند.

احساس امنیت می کنند

رشد اخلاقی و معنوی

رشد اجتماعی

رفع نیازهای دینی و فطری و معنوی و درونی

سلامت جسمی و روانی

مسئولیت پذیری

تعالی انسان

و در معرض رفتارهای مخاطره آمیز نیز کمتر قرار دارند. (مصرف الكل، رفتارهای جنسی مخاطره آمیز و.... درایشان کمتر است)

از مهمترین آثار ازدواج ایجاد مودت و رحمت بین زوجین است

وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ

و یکی از نشانه های خداوند این است که برای شما از جنس خودتان، جفتی آفرید تا ازدواج کنید و در کنار او آرامش یابید و میان شما دوستی و محبت قرار داد. به

یقین، در این [نعمت] نشانه هایی است برای مردمی که می اندیشند. سوره مبارکه روم، آیه ۲۱

ازدواج تنها راه مشروع و سالم تشکیل خانواده است. همه مکاتب و ادیان الهی به ویژه دین مبین اسلام، ازدواج و تشکیل خانواده را توصیه نموده اند. ازدواج به زن و مرد آرامش می بخشد و آنان را از انحراف و رفتارهای جنسی پرخطر و غیر اخلاقی باز می دارد. ولی برای یک ازدواج موفق، آمادگی زیستی، روانی، مادی و اجتماعی لازم است. انتخاب همسر از مهمترین تصمیمات فرد در زندگی است، زیرا می تواند آینده فرد را رقم بزند. تشکیل خانواده سالم، متعادل و پایدار مانند هر امر مهم

دیگری به تفکر منطقی و تلاش و کوشش نیازمند است. جوان می‌بایستی بر اساس معیارهای اصولی، منطقی همسر آینده خود را شناسایی و انتخاب نماید و آنگاه به انجام پیوند زناشویی اقدام کند. بصورت کلی اصالت خانوادگی به عنوان اساسی‌ترین معیار انتخاب همسر شناخته می‌شود. ایمان، اخلاق نیکو و روان سالم، و تناسب زوجین در ویژگی‌های ظاهری، سنی، تحصیلی، فرهنگی، تربیتی و اعتقادی از موارد اساسی در انتخاب همسر است.

همانگونه که کلام وحی فرموده: «و از نشانه‌های اوست که برایتان همسرانی از نوع خودتان آفرید تا بدان‌ها آرام گیرید و میان‌تان دوستی و رحمت نهاد...» بنابراین در انتخاب همسر، رعایت تناسب‌هایی که ضریب اطمینان را برای رسیدن به یک زندگی مشترک سالم و بدون تنش بالا می‌برد، ضروری است؛ بنابراین باید اصول اساسی انتخاب همسر را به خوبی بدانیم تا با انتخابی صحیح به زندگی مشترک موفق دست یابیم و به تمامی نیازهای زیستی و روانی نیز، پاسخ مناسبی دهیم.

تأثیرات مثبت ازدواج برای زوجین :

۱) آرامش

ازدواج، مایه‌ی آرامش فکری و روحی جوان و احساس شخصیت و اعتماد به نفس می‌شود و او را از بی‌عاری و بیکاری و بی‌برنامگی و ناامیدی می‌رهاند.

۲) تلاش معاش

ایجاد بستر مناسب و انگیزه‌ی قوی‌تر برای تامین معاش و درآمد، از آثار مثبت دیگر ازدواج است.

۳) احساس مسئولیت

با ازدواج، تعهد و احساس مسئولیت بیشتری در فرد شکل می‌گیرد

کارکردهای ازدواج :

خانواده گرایی یعنی اعتقاد به ارزشمندی خانواده گرایی به تشکیل خانواده و تلاش برای استواری روابط خانوادگی است. خانواده گرایی در بعد فردی مستلزم همسرگزینی و ازدواج، همسرمداری و فرزندآوری است و در عرصه اجتماعی مقتضی خانواده محوری. توسعه خود، تجربه همسرشدن و پس از آن پدر و مادرشدن نوعی کمال شخصیت محسوب می شود و فرد در این تجربه ها دیگران را بخشی از خود احساس می کند. بعد از ازدواج آن من تبدیل به ما می شود به طوری که انسان به سرنوشت خانواده علاقمندتر است تا به سرنوشت خود، رنج می برد تا آنها در آسایش باشند این یک درجه از خود است.

رشد عاطفی و افزایش حس مسئولیت افزایش انس و محبت در زندگی مشترک افزایش ایمان در زندگی مشترک پیامبر اکرم (ص): هر جوانی در جوانی ازدواج کند شیطان فریاد بر می آورد که ای وای دوسوم از دین خود را از دستبرد من در امان نگه داشت سپس این بنده باید در یک سوم باقی مانده تقوای الهی پیشه کند نیاز به استقلال و پاسخ ازدواج به این نیاز تجربه مدیریت جدید شکوفایی استعدادها در زندگی مشترک افزایش حمایت های خانواده بعد از ازدواج

تاخیر در ازدواج و رویکردهای آن :

سن مادر از شاخص های مهم باروری است و قدرت باروری با افزایش سن، بویژه بعد از ۳۵ سال کاهش می یابد. با افزایش سن علاوه بر کاهش باروری، مشکلاتی برای سلامت مادر و جنینی ایجاد می گردد. بعد از ۳۵ سالگی در خانم ها بیماری هایی نظیر فشارخون و دیابت ممکن است بیشتر یا شدیدتر شود که در دوران بارداری نیاز به کنترل منظم و آزمایش دارد.

رویکردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای ارتقای کمی و کیفی ازدواج :

- تهیه و تدوین محتوای آموزشی با تاکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و تدوین محتوای جدید بر اساس نیاز نوجوانان و جوانان در راستای خانواده، همسرگزینی

- ارتقای مشاوره‌های هنگام ازدواج و پس از ازدواج با تاکید بر مهارت‌های زوجین و سلامت جنسی با رعایت چارچوب‌های مذهبی، فرهنگی و اجتماعی

رویکردهای بخشی و بین بخشی :

- تلاش دستگاه‌های دخیل در امور فرهنگی برای تقویت نگرش جامعه، بویژه جوانان نسبت به ازدواج و تشکیل زندگی مشترک

- برنامه ریزی برای کاهش متوسط سن ازدواج

- تعهد دستگاه اجرایی کشور نسبت به تامین مقدمات لازم برای ازدواج (اشتغال، مسکن...)

- ایجاد و تقویت خدمات مشاوره‌ای پس از ازدواج با رویکرد حل مشکلات زوجین در ابتدای زندگی زناشویی و پس از آن در دستگاه‌های مرتبط

- تلاش دستگاه‌های دخیل در امور فرهنگی، قوه قضاییه، وزارت ورزش و جوانان... برای ضد ارزش دانستن طلاق در جامعه

بحثی در مورد ازدواج و انتخاب

* مشاوره ازدواج

ازدواج پاسخی است به نیازهای جسمی و جنسی افراد این نیازها شامل :

- نیاز به والد شدن و بقای نسل

- نیاز به آرامش و امنیت

- نیاز به عشق و صمیمیت

- نیاز به همدم و صاحب

- نیاز به حمایت و تکیه گاه

- نیاز به همراهی و تأیید
- نیاز به رشد، تکامل و خود شکوفایی
- نیاز به استقلال
- نیاز به پذیرش و مقبولیت اجتماعی می باشد.

* موضوعات شایع گفتگو بین دو جنس:

- سرگرمی ها و علایق
- باورها و ارزش های دینی
- باورها و اصول اخلاقی
- دوستان
- اهداف رشد و پیشرفت شخصی
- خویشاوندان
- رابطه صمیمانه با همسر
- خانواده خود
- خانواده همسر

* باورهای غلط در ازدواج :

- ازدواج می‌تواند راه حل بسیاری از مشکلات رفتاری افراد باشد
- ازدواج راهی برای فرار از مشکلات خانه پدری است
- ازدواج می‌تواند باعث مسئولیت پذیری در فرد گردد
- اساس ازدواج عشق است
- ازدواج راه کسب استقلال است
- به خاطر جلب رضایت پدر و مادر و اطرافیانم ازدواج می‌کنم
- به اصرار والدین و به خاطر فشار اطرافیانم ازدواج می‌کنم
- دوستی‌های قبل از ازدواج، لازمه یک ازدواج موفق است
- باید با کسی ازدواج کنم که از همه نظر کامل باشد بعد از ازدواج می‌توانم همسر را تغییر دهم
- برای ازدواج بایستی امکانات یک زندگی کامل فراهم باشد
- مهم این است که فرد ازدواج کند بقیه مسائل خود حل خواهد شد.
- یک ازدواج هر چند نا موفق بهتر از مجرد ماندن است
- ازدواج می‌کنم اگر بد بود طلاق می‌گیرم
- اگر تنها با فرد مورد نظر ازدواج کنم خوشبخت می‌شوم و لاغیر
- با ازدواج می‌توان اشخاص را تغییر داد
- پدر و مادرها نباید در تصمیم و انتخاب فرزندشان برای ازدواج دخالت کنند.
- زن و شوهر بایستی در همه مسائل اتفاق نظر داشته باشند

- ابتدا ازدواج می‌کنیم بعد عشق خودش بوجود می‌آید
- همسر ایده‌آل من تمام خواسته‌های مرا برآورده خواهد کرد
- اگر مجذوب و شیفته فردی باشیم، این به این معنی است که می‌توانیم زوج بی‌نظیری باشیم
- دختر و پسر هر چه بیشتر شبیه هم باشند بعداً کسالت آور می‌شوند

* ده اشتباه در فرآیند آشنایی قبل از ازدواج

۱- سؤالات کافی نمی‌پرسیم.

الف - پرسیدن سؤال جنبه‌های عاشقانه‌ی ارتباط را مخدوش می‌سازد.

ب - نمی‌خواهیم جواب سؤالهای خود را بدانیم.

ج - می‌ترسیم متقابلاً از ما نیز همان سؤالات پرسیده شود.

د - نمی‌دانیم درباره‌ی چه موضوعاتی باید سؤال کنیم.

۲- نشانه‌های هشدار دهنده‌ی مشکلات بالقوه را نادیده می‌گیریم.

الف - مسایل را کم‌اهمیت جلوه می‌دهیم.

- آن قدرها هم خشمگین نیست.

- آن قدرها هم مواد مصرف نمی‌کند.

ب - کارهای او را توجیه می‌کنیم.

- کودکی بدی داشته، به همین خاطر زود عصبانی می‌شود.

- چون استرس کاری زیادی دارد فعلاً کمی مواد مصرف میکند.

ج - کارهای او را منطقی جلوه می دهیم.

- او واقعاً باهوش است . حیف است که به کارهای نامناسب بپردازد. اگر کار نمی کند در عوض بسیار مطالعه می کند.

- او مرد است و مردها به طور طبیعی خیلی به زنهای دیگر نگاه می کنند.

د - مشکلات و مسایل را انکار می کنیم.

- هیچ کسی تا به حال همانند او مرا دوست نداشته است. چه کسی گفته که او خیلی عصبانی است؟

- او معتاد نیست فقط بعضی وقتها به طور تفریحی مواد مصرف میکند.

۳- عجولانه و زود هنگام، سازش می کنیم.

الف - چشم پوشی از باورها و ارزشهای خود

ب - دست برداشتن از علایق و فعالیتهای خود

ج - کناره گیری از خانواده و دوستان

۴- تسلیم نیاز جنسی می شویم

۵- تسلیم زرق و برق های مادی و ظاهری میشویم

۶- « تعهد » را مقدم بر « تفاهم » می دانیم.

قبل از این که متوجه شویم که با او تفاهم داریم و قبل از این که متوجه شویم که آیا او همسر مناسبی برای ما هست یا نه، متعهد به ازدواج با او می شویم و سریع قول ازدواج می دهیم.

۷- تردیدهای خود را نادیده می گیریم.

۸- « تفاهم » را بر « علاقه و محبت » مقدم می دانیم.

برخی از افراد به نظر می رسد که تفاهم بسیار زیادی باهم دارند و به دلیل همین تفاهم به آنها پیشنهاد می شود که باهم ازدواج کنند. اما علی رغم تفاهم زیادی که

باهم دارند، علاقه ای به یکدیگر ندارند؛ و یا بهتر است بگوییم برای یکدیگر جذاب نیستند. معمولاً به این افراد توصیه می شود که ازدواج کنند تا پس از ازدواج علاقه و محبت بین آنها ایجاد شود. لازم است که بدانیم در صورتی که علاقه و محبتی بین دو نفر به طور خاص وجود نداشته باشد، با ازدواج هم آن علاقه ایجاد نخواهد شد.

تفاهم در ازدواج لازم است، اما کافی نیست. ازدواج زمانی به سامانی موفق خواهد رسید که سه عنصر «تعهد»، «علاقه» و «تفاهم» باهم وجود داشته باشد.

۹- باور به این که او را تغییر خواهیم داد.

۱۰- باور به این که پس از ازدواج مشکلات کم می شود.

* بحران‌های اجتماعی ازدواج:

۱- بی انگیزه بودن جوانان به ازدواج به دلایل اقتصادی، اشتغال، رابطه‌های گذرا، لذت‌های گذرا، ترس از ازدواج، عدم مسئولیت پذیری

۲- مشکل همسر یابی - شهرنشینی - دور شدن از فامیل‌ها - جواب ندادن مکانیسم سنتی

۳- عدم وجود پروتکل علمی مشاوره قبل از ازدواج

۴- ساماندهی آموزش‌های بعد از ازدواج تا ۵ سال

۵- مشاوره صحیح بعد از ازدواج در هنگام بحران

* چالش‌های پیش روی ازدواج:

• اشتغال:

با توجه به نرخ رشد بیکاری در سال‌های اخیر، داده‌های آماری بخش عمده این بیکاران را نیروهای جوان جامعه نشان می‌دهد. نیروهایی که در طی سال‌های اخیر با توجه به رشد فزاینده دانشگاه‌ها در پذیرش دانشجو، از میان تحصیلکرده‌ها هستند (که البته در این بین نمی‌توان ضعف نظام آموزشی در کشور را در پرورش نیروها بی اهمیت دانست). عدم وجود سیستم اطلاع رسانی شغلی مناسب و دقیق نیز جهت آشنایی هر چه بیشتر جوان با نیازهای بازارکار و چگونگی راه اندازی مشاغل گوناگون و... این وضع را تشدید کرده است.

• مسکن:

افزایش قیمت‌ها و به تبع آن افزایش اجاره و یا خرید مسکن در شهرها (به ویژه شهرهای بزرگ مثل تهران) موجب شده است که تهیه مسکن و تأمین مخارج زندگی برای جوانان دشوار شود.

• مشکلات اقتصادی

براساس نظرات جوانان و اعتقاد صاحب نظران و کارشناسان امور اجتماعی، عمده ترین مانع بر سر ازدواج جوانان در کشور، بحث معضلات اقتصادی است. بنابراین اتخاذ سیاست‌هایی برای رفع و حل این نوع مشکلات مهم ترین قدم در جهت رفع موانع ازدواج به شمار می‌آید.

لذا پرداختن به این مسأله به دلیل گستردگی ابعاد گوناگون آن نیازمند عزم ملی است و مشارکت فعال نهادهای دولتی و غیر دولتی را می‌طلبد.

بسیاری از کارشناسان بر این باورند که ایجاد یک تحول اساسی در نظام مدیریت کشور و ایجاد اشتغال واقعی برای جوانان، بالا بردن وام ازدواج و کمک‌های حداقلی دولت، تنها به مثابه مسکنی بر این درد خواهد بود و درمان قطعی این مشکل نیست.

هرچند طی سال‌های اخیر اقدامات خوبی در جهت تسریع در روند ازدواج جوانان و ایجاد فرهنگ ازدواج آسان میان اقشار جوان انجام شده است اما با استناد به آمار موجود ناکافی بوده و به صورت محسوسی خود را نشان نداده است، از این رو باید اقدامات وسیع‌تر و پردامنه‌تری در این رابطه انجام پذیرد.

بدیهی است فرهنگ سازی رسانه‌های تصویری و مکتوب، هشدار به خانواده‌ها در کاهش توقعات، آسان‌گیری، تسهیل فرایند امور، تشویق جوانان به کار و ازدواج و تشکیل خانواده، اشتغال آفرینی و... همه از نیازهای ضروری جامعه ما محسوب شده و البته در این میان بانک‌ها نیز باید با آسان‌گیری و تسهیل قوانین و شیوه‌های اعطای وام و در صورت امکان افزایش مبالغ وام‌های ازدواج و... زمینه را برای ایجاد شادی و نشاط در جامعه و میان قشر جوان فراهم نمایند.

در مورد مادی شدن زندگی‌ها و بدست آوردن اولویت بالاتر مسائل مادی در زندگی هم خود شاهد قضایایی هستید شروع زندگی و تداوم و پیاپی شدن به گرایش‌های مادی در آمیخته و مانند گذشته نیست. زندگی‌های امروزی بعضاً مانند یک فرع از اصل مادی زندگی شده است بصورتی که بدون آن گرایش‌های مادی زندگی‌ها دوام و معنای زیادی نخواهد داشت.

*** نکات کلیدی در نتیجه‌گیری و تصمیم‌گیری**

بهترین تصمیم‌گیری زمانی است که شما دور از احساسات و اضطراب باشید تا تصمیم‌گیری در کنار تفکر و مشورت و آرامش و در مدت زمانی مناسب، انجام گیرد. بنابراین اصرار و عجله زیاد طرف مقابل یا خانواده‌ها نباید مانع از تحقیق، تفکر و ارزیابی شود. تصمیم‌گیری را جدی بگیرید و احساسی عمل نکنید. اما بیش از اندازه هم وسواس به خرج ندهید. نترسید و توکل کنید. پس، دقت آری اما وسواس نه.

در دوران خواستگاری و مخصوصاً در هنگام تصمیم‌گیری باید بین شما و شخص مقابل تفاهم باشد و بعد از آن توافق. اگر در این مدت میان شما انس و الفت ایجاد شده، این قضیه را ریشه‌یابی کنید تا یقین پیدا کنید این انس و الفت دلبستگی ظاهری و غیر منطقی مثلاً: به خاطر حس ترحم، زیبایی ظاهری، شباهت ظاهری (به یکی از افراد مورد علاقه) و یا موقعیت اجتماعی، مالی، و... شخص نباشد.

سعی کنید تصمیمتان با اعتقاد قلبی و قاطع باشد و به درستی آن یقین داشته باشید زیرا در این صورت در زندگی آینده به طرف مقابلتان بیشتر اطمینان می‌کنید و برداشت مثبت‌تری از زندگی خواهید داشت.

به یاد داشته باشید. که انتخاب یک تربیت خانوادگی، فرهنگ و آداب و رسوم، اعتقادات و باورهای او برای همیشه است. هرگز فکر نکنید که با انتخاب هر کس، می‌توانید از شرایط نامناسب موجود فرار کنید. در این صورت مطمئن باشید که با دست خود، خود را به دام انداخته اید. با در نظر گرفتن نظر خانواده تان ضمن اطمینان بیشتر از حمایت آنها برخوردار خواهید بود.

*** دلایل و نشانه‌های خانواده گرایی :**

استفاده از تجربه و علاقه والدین در فرآیند همسرگزینی

پاس‌داشت جایگاه و منزلت والدین

ایجاد زمینه‌های همدلی میان والدین دو طرف

رسمیت بخشیدن به رفت و آمدها

پیشگیری از تنش‌های محتمل

حمایت‌های اقتصادی، عاطفی و منزلتی

میانجیگری‌های متفاوت در راستای حل مشکلات محتمل

*** خطاهای شناختی افراد قبل از ازدواج :**

تفکر همه یا هیچ :

در این شیوه فرد تمایل دارد واقعیت‌ها را به صورت مطلق تعبیر کند در این حالت فرد به هیچ وجه تعبیرهای خاکستری را نمی‌پذیرد. افرادی که چنین تفکری دارند همه امور را به دو طبقه خوب یا بد، سیاه یا سفید، ممکن یا غیر ممکن تقسیم می‌کنند.

بزرگ انگاری یا کوچک انگاری :

به طور معمول در این خطای شناختی، وقتی شخصی خود، دیگری یا یک موقعیت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، وجوه منفی را بزرگ می‌کند و وجوه مثبت را کوچک می‌شمارد در این تحریف شناختی فرد بیشتر تمایل دارد به جنبه‌های منفی پردازد و جنبه‌های مثبت را نادیده بگیرد چنین تفکری به تدریج ناامیدی، غم و بی انگیزه بودن را بر فرد چیره می‌کند.

شخصی سازی:

منجر به احساس گناه، خجالت یا شایسته نبودن می‌شود. در این خطا فرد، خود را مسئول حادثه ای می‌داند که به هیچ وجه امکان کنترل آن را نداشته است. در این نوع از تحریف، فرد بدون هیچ دلیل و منطقی، حوادث ناخوشایند را به خود نسبت می‌دهد. در حالی که بسیاری از مسائل و امور از قدرت کنترل او خارج هستند. متأسفانه چنین تفکری در حوزه‌های مختلف مانند ازدواج سبب ناکامی‌های بعدی می‌گردد.

استدلال هیجانی:

در تحریف شناختی استدلال، افرادی هستند که با احساس ارزیابی می‌کنند و به نتیجه ای می‌رسند که ناسالم است. این نحوه تفکر، باعث می‌شود در بعضی مواقع اضطراب فرد بدون دلیل زیاد شود و در مواقعی دیگر شخص از تلاش برای مرتب کردن کارها و مسائل دست بردارد. در تصمیم گیری سالم مهم این است که شواهد را بدون پیش داوری بسنجیم تا بتوانیم موقعیت را به بهترین صورت ارزیابی کنیم.

برچسب زدن :

افراد غمگین و افسرده تمایل زیادی دارند که صفات‌ها و القاب منفی بسیاری را به خود نسبت دهند. آنان گاه خود را بی‌عرضه و کودن می‌دانند یا حادثه کوچکی را بدبختی به حساب می‌آورند. این خطای شناختی برچسب زدن نام دارد. برچسب زدن شکل افراطی تفکر همه یا هیچ است.

بایدها و اجبارها :

برخی افراد بایدها ونبایدهای بسیاری را برای خود و دیگران به کار می‌برند هرچند وجود این بایدها ونبایدها تا حدی ایجاد انگیزه می‌کند ولی نمی‌تواند چیزی را تضمین کند. این افراد انتظار دارند اوضاع دقیقا آن طور باشد که آنها می‌خواهند. این درحالی است که چنین انتظاراتی همیشه محقق نمی‌شوند.

گرایش به تجرد :

متأسفانه امکان برقراری روابط عاطفی وحتی جنسی درخارج از قالب ازدواج ودرچارچوب دوستی‌های پیش ازازدواج و صمیمیت‌های بی بنیان دوران نوجوانی و جوانی، میل به مجرد ماندن را در جوانان، افزایش می‌دهد.

تجمل گرایی افراطی:

از آنجاییکه داشتن مهریه و جهیزیه سنگین، خلاف سنت پیامبر است. بنابراین توصیه می‌شود که دو طرف و خانواده‌هایشان با ترویج ساده زیستی و دوری از تجمل، این مانع را تا حد امکان مرتفع کنند وازدواج را به تاخیر نیندازند.

سخت گیری بیش از حد والدین :

سخت گیری‌های بیش از حد والدین وبزرگ ترها درباره ازدواج ممکن است باعث محروم شدن جوانان از ازدواج وحتی بروز برخی مشکلات شود. ازدواج از نیازهای طبیعی و فطری است و خانواده از محبوب‌ترین نهادهای اجتماعی و اسلامی محسوب می‌شود. سخت گیری‌های والدین به ویژه زمانی که سلیقه‌ای باشد سبب به تاخیر افتادن ازدواج می‌شود.