

راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت

برای ارائه خدمات رده سنی 6 تا 18 سال

(ویژه غیر پزشک)

معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت نوجوانان و مدارس

به نام خداوند بخشنده مهربان

فهرست

صفحه	عنوان	صفحه	عنوان
4	 آشنایی با مجموعه	40	 راهنمای عوارض ناشی از مصرف دخانیات
	مراقبت های رده سنی 6 تا 18 سال	41	 ارزیابی اختلالات مصرف مواد
6	 مراقبت از نظر واکسیناسیون بدو تولد تا 6 سالگی و 14 تا 16 سالگی	42	 راهنمای ارزیابی اختلالات مصرف مواد
7	 مراقبت از نظر بینایی 6 تا 18 سال	45	 مراقبت از نظر فشار خون 6 تا 18 سال
8	 مراقبت از نظر شنوایی 6 تا 18 سال	46	 فوریت ها
9	 مراقبت از نظر وضعیت قد 6 تا 18 سالگی		راهنماها و توصیه ها
10	 مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی 6 تا 18 سالگی	51	 توصیه های تغذیه ای و تغذیه در دوران بلوغ
11	 سوالات غربالگری تغذیه ای و دستور عمل نحوه امتیازدهی الگوی تغذیه	66	 هیپاتیت B و C
13	 مراقبت از نظر پوست و مو (پدیكلوزیس) 6 تا 18 سال	68	 توصیه های فعالیت بدنی
14	 مراقبت از نظر پوست و مو (گال) 6 تا 18 سال	71	 راهنما و توصیه های بهداشتی دوران بلوغ
15	 مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان 6 تا 14 سال	75	 توصیه های ایمنی
16	 مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان از 15 تا 18 سال	79	 راهنمای پیشگیری از حوادث ترافیکی
17	 راهنمای دهان و دندان	80	 مراقبت از فرد مبتلا به بیماری های ژنتیک و مادرزادی
18	 مراقبت از نظر ابتلا به سل 6 تا 18 سال		ضمائم
19	 راهنمای بررسی از نظر سل ریوی	82	 نمودار استاندارد قد به سن دختران 5 تا 19 سال
21	 مراقبت از نظر ابتلاء به آسم 6 تا 18 سال	83	 نمودار استاندارد نمایه توده بدنی (BMI) دختران 5 تا 19 سال
22	 راهنمای آسم	84	 نمودار استاندارد قد به سن پسران 5 تا 19 سال
29	 مراقبت از نظر سلامت روانی 6 تا 15 سال	85	 نمودار استاندارد نمایه توده بدنی (BMI) پسران 5 تا 19 سال
31	 مراقبت از نظر سلامت روانی از 15 سال به بالا	86	 جدول طبقه بندی فشارخون در دختران 6 تا 18 سال
32	 سوالات غربالگری در حوزه سلامت روان 6 تا 15 سال	88	 جدول طبقه بندی فشارخون در پسران 6 تا 18 سال
34	 سوالات غربالگری در حوزه سلامت روان از 15 سال به بالا		
36	 مراقبت از نظر سلامت اجتماعی 6 تا 18 سال		
38	 ارزیابی رفتارهای پر خطر 6 تا 10 سال		
39	 ارزیابی رفتارهای پر خطر 11 تا 18 سال		

آشنایی با مجموعه

این مجموعه شامل 3 قسمت کلی است:

بخش مراقبت و غربالگری: مشتمل بر خدمات غربالگری و فوریت ها در رده سنی 6 سال و 11 ماه و 29 روز تا 17 سال و 11 ماه و 29 روز است.

بخش راهنما: نحوه سنجش خدمت، آموزش ها و توصیه ها در این قسمت ذکر شده است.

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

آ نحوه استفاده از چارت

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

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

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

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

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

آ مفهوم رنگ ها

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

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

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

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

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

آ توالی ارایه خدمات

6 سالگی (بدو ورور به دبستان)، 9 سالگی (پایه چهارم دوره ابتدایی)، 12 سالگی (پایه اول دوره متوسطه اول)، 15 سالگی (پایه اول دوره متوسطه دوم) و 18 سالگی.

مراقبت های رده سنی 6 تا 18 سال

مراقبت از نظروضعیت واکسیناسیون (بدو تولد تا 6 سالگی)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
- وضعیت واکسیناسیون فرد را با جدول واکسیناسیون در پروتکل کشوری مقایسه کنید. - بررسی سوابق فرد از نظر ابتلاء به بیماری هایی که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی باید تحت نظارت مستقیم پزشک ایمن سازی انجام شود.	1- حداقل یک نوبت از یک نوع واکسن یا بیش تر را دریافت نکرده 2- فرد مبتلا به بیماری که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی، واکسیناسیون او باید تحت نظارت مستقیم پزشک انجام شود، نمی باشد.	واکسیناسیون، ناقص و عدم نیاز به نظارت پزشک	- معرفی به مرکز بهداشتی درمانی جهت دریافت واکسن طبق پروتکل کشوری واکسیناسیون - پیگیری فعال 3 ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون
	1- حداقل یک نوبت از یک نوع واکسن یا بیش تر را دریافت نکرده 2- فرد مبتلا به بیماری است که طبق آخرین برنامه و راهنمای ایمن سازی، واکسیناسیون او باید تحت نظارت مستقیم پزشک انجام شود.	واکسیناسیون، ناقص و نیاز به نظارت پزشک	- ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جهت دریافت واکسن - پیگیری فعال 3 ماه بعد جهت اطمینان از تکمیل واکسیناسیون
	تمام واکسن ها را مطابق با پروتکل کشوری دریافت کرده است	واکسیناسیون کامل است	- ادامه مراقبت ها

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

توجه: دریافت واکسن های زیر در هنگام ثبت نام نوآموز ملاک کامل بودن واکسیناسیون می باشد، در غیر این صورت واکسیناسیون بایستی ناقص تلقی گردد:

واکسن ب.ث.ژ. 1 نوبت
 واکسن پولیو 6 نوبت
 واکسن سه گانه و یا پنج گانه و یا توام خردسال مجموعاً 5 نوبت
 واکسن هپاتیت 3 نوبت
 واکسن ام ام ار 2 نوبت

مراقبت از نظر دریافت واکسن توام (16 - 14 سالگی)

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

مراقبت از نظر بینایی (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
سنجش بینایی را توسط چارت اسنلن، طبق راهنمای "سنجش بینایی با چارت اسنلن" انجام دهید.	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - کاهش دید هر یک از چشم ها کم تر از 20/25 * یا کم تر از 9/10** - تفاوت دید چشم ها بیش از یک ردیف در تابلوی سنجش بینایی مورد استفاده - دید هر دو چشم با هم کم تر از 20/20 * یا کم تر از 10/10**	اختلال دید دارد	- ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جهت معاینه و بررسی بیش تر
	هیچ یک از علایم فوق وجود ندارد	اختلال دید ندارد	- ادامه مراقبت ها

* تابلوی سنجش بینایی (E) با معیار FOOT دارای ردیف های 20/20،، 20/200 می باشد.

** تابلوی سنجش بینایی (E) با معیار DECIMAL دارای ردیف های 10/10،، 1/10 می باشد.

راهنمای سنجش بینایی با چارت اسنلن

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

به نکات زیر توجه کنید:

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

مراقبت از نظر شنوایی (6 تا 18 سال)

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

راهنمای سنجش شنوایی با آزمایش نجوا

یکی از بهترین روش های غربالگری کم شنوایی، آزمایش نجوا است.

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

مراقبت از نظر وضعیت قد (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام*
1. اندازه گیری دقیق قد به صورت استاندارد 2. نقطه گذاری بر روی منحنی قد و مقایسه قد اندازه گیری شده با منحنی استاندارد 3. پرسش سوالات غربالگری تغذیه ای گروه سنی 6 تا 18 سال و امتیاز دهی مطابق با دستورالعمل.	زیر z-score -3 با هر امتیازی	کوتاه قدی شدید	ارجاع غیر فوری به پزشک
	حد فاصل "مساوی z-score -3 و زیر z-score -2" با هر امتیازی	کوتاه قدی	ارجاع غیر فوری به پزشک
	حد فاصل "مساوی z-score -2 و مساوی z-score +3" با امتیاز کامل (14) از سوالات	رشد قدی مطلوب + نبود مشکل در الگوی تغذیه ای	تشویق به ادامه الگوی تغذیه مناسب و آموزش تغذیه ویژه گروه سنی هدف و تاکید بر آن
	حد فاصل "مساوی z-score -2 و مساوی z-score +3" با امتیاز (7-13) از سوالات	رشد قدی مطلوب + وجود مشکل در الگوی تغذیه ای	آموزش موارد مشکل دار از سوالات پرسیده شده، بر اساس راهنمای آموزشی
	حد فاصل "مساوی z-score -2 و مساوی z-score +3" با امتیاز (6-0) از سوالات	رشد قدی مطلوب + تغذیه نامناسب	1- آموزش موارد مشکل دار از سوالات پرسیده شده، بر اساس راهنمای آموزشی 2- ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت دریافت آموزش در جلسات آموزشی گروهی 3- پیگیری بعد از 3 ماه جهت بررسی الگوی تغذیه ای فرد و میزان پیروی از آموزش ها
	بالای z-score +3 با هر امتیازی	بلند قدی شدید	ارجاع غیر فوری به پزشک

* مراجعه کنید به "بسته آموزشی تغذیه، ویژه مراقب سلامت در طرح نوین نظام تحول سلامت در حوزه بهداشت"

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

مراقبت از نظر وضعیت نمایه توده بدنی (BMI) (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام*
- اندازه گیری استاندارد وزن با ترازوی سالم - محاسبه، نقطه گذاری بر روی منحنی استاندارد و مقایسه نمایه توده بدنی محاسبه شده با استاندارد - پرسش های غربالگری تغذیه ای گروه سنی 6 تا 18 سال را سوال کنید و بر اساس پاسخ، امتیاز را محاسبه کنید.	BMI زیر z-score -3 با هر امتیازی	لاغری شدید	ارجاع فوری به پزشک
	BMI حد فاصل "مساوی z-score -3 و زیر z-score -2" با هر امتیازی	لاغر	ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI حد فاصل "مساوی z-score -2 و مساوی z-score +1" با امتیاز کامل (14) از سوالات	وزن متناسب + نبود مشکل در الگوی تغذیه ای	تشویق به ادامه الگوی تغذیه مناسب و آموزش تغذیه ویژه گروه سنی هدف و تاکید بر آن
	BMI حد فاصل "مساوی z-score -2 و مساوی z-score +1" با امتیاز (7-13) از سوالات	وزن متناسب + وجود مشکل در الگوی تغذیه ای	آموزش موارد مشکل دار از سوالات پرسیده شده، بر اساس راهنمای آموزشی
	BMI حد فاصل "مساوی z-score -2 و مساوی z-score +1" با امتیاز (6-0) از سوالات	وزن متناسب + تغذیه نامناسب	1- آموزش موارد مشکل دار از سوالات پرسیده شده، بر اساس راهنمای آموزشی 2- ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت دریافت آموزش در جلسات آموزشی گروهی 3- پیگیری بعد از یک ماه جهت بررسی الگوی تغذیه ای فرد و میزان پیروی از آموزش ها
	BMI حد فاصل بالای "z-score +1 و مساوی z-score +2" با هر امتیازی	اضافه وزن	1- آموزش الگوی تغذیه مناسب در گروه سنی هدف و آموزش موارد مشکل دار 2- پیگیری یک ماه بعد جهت پایش رشد و بررسی الگوی تغذیه ای فرد: - اگر پس از یک دوره پیگیری، بهبود مشاهده شد، توصیه ها و دستورات ادامه یافته و پیگیری تا رفع مشکل اضافه وزن (هر یک ماه) ادامه یابد. - در صورت بر طرف نشدن مشکل پس از 3 دوره پیگیری، ارجاع غیر فوری به پزشک
	BMI بالای z-score +2 با هر امتیازی	چاق	ارجاع غیر فوری به پزشک

* مراجعه کنید به "بسته آموزشی تغذیه، ویژه مراقب سلامت در طرح نوین نظام تحول سلامت در حوزه بهداشت"

سوالات غربالگری تغذیه ای

(1) مصرف میوه روزانه شما چقدر است؟ 0= به ندرت/ هرگز 1= کم تر از 2 سهم 2= 2 سهم یا بیشتر (2) مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟ 0= به ندرت/ هرگز 1= کم تر از 3 سهم 2= 3 سهم یا بیشتر (3) مصرف شیر و لبنیات روزانه شما چقدر است؟ 0= به ندرت/ هرگز 1= کم تر از 3 سهم 2= 3 سهم یا بیشتر (4) چقدر تنقلات کم ارزش یا بی ارزش (هله هوله شور و شیرین و چرب مانند چیپس، پفک، نوشابه، آب میوه صنعتی و ...) مصرف می کنید؟ 0= روزانه (تقریباً هر روز) 1= هفتگی (هفته ای یکی دوبار) 2= به ندرت/ هرگز (حداکثر یک یا دو بار در ماه)	(5) چند وعده غذایی در شبانه روز (شامل وعده اصلی و میان وعده) مصرف می کنید؟ 0= 2 وعده یا کم تر 1= 3-4 وعده 2= 5 وعده (6) چند ساعت در شبانه روز از تلویزیون، کامپیوتر یا بازی های الکترونیکی بدون تحرک استفاده می کنید؟ 0= بیشتر از دو ساعت 1= دو ساعت 2= کم تر از دو ساعت (7) در هفته چقدر فعالیت بدنی دارید؟ (حداقل فعالیت بدنی متوسط 420 دقیقه در هفته معادل با 60 دقیقه در روز با تواتر 7 روز در هفته شامل ورزش های هوازی نظیر پیاده روی تند، دوچرخه سواری، شنا و...) 0= تقریباً بدون فعالیت بدنی هدفمند 1= کم تر از 420 دقیقه در هفته 2= 420 دقیقه در هفته یا بیشتر
--	--

نحوه محاسبه امتیاز: گزینه اول: 0 امتیاز گزینه دوم: 1 امتیاز گزینه سوم: 2 امتیاز بیشترین امتیاز: 14 امتیاز

دستور عمل نحوه تعیین (امتیازدهی) الگوی تغذیه:

این پرسشنامه حاوی 7 سؤال است. گزینه اول هر یک از پرسشها دارای صفر امتیاز، گزینه دوم دارای یک امتیاز و گزینه سوم دارای دو امتیاز است.

- در پرسش 1 که درباره مصرف روزانه میوه است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلاً میوه مصرف نمی‌کند یا گاهی به ندرت مصرف می‌کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کم تر از 2 سهم میوه مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند روزانه 2 سهم یا بیشتر میوه مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.
- در پرسش 2 که درباره مصرف روزانه سبزی است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه اصلاً سبزی مصرف نمی‌کند یا گاهی به ندرت مصرف می‌کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کم تر از 3 سهم سبزی مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند روزانه 3 سهم یا بیشتر سبزی مصرف می‌کند، 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.

3. در پرسش 3 که درباره مصرف روزانه شیر و لبنیات است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که روزانه به هیچ میزان شیر و لبنیات مصرف نمی‌کند یا خیلی به ندرت ممکن است استفاده کند، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند که روزانه کم تر از 3 سهم شیر و لبنیات مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب می‌نماید و اگر عنوان کند که روزانه 3 سهم یا بیشتر مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

تذکر: هر یک واحد شیر و لبنیات معادل یک لیوان (250 - 200 میلی لیتر) شیر، یا یک لیوان (250-200 میلی لیتر) ماست، یا 45 گرم (معادل 1/5 قوطی کبریت) پنیر است.

4. در پرسش 4 که درباره مصرف تنقلاتی همچون هله هوله شور و شیرین و چرب مانند انواع چیپس، پفک، نوشابه‌های گازدار و آبمیوه‌های صنعتی است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که تقریباً هر روز از این موارد استفاده می‌کند، صفر امتیاز کسب می‌کند. اگر عنوان کند که هفته‌ای یک تا دو بار اینگونه اقلام را مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند که به ندرت (یعنی با تکراری کم تر از مقیاس هفتگی) از چنین اقلامی استفاده می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

5. در پرسش 5 که درباره تعداد وعده‌های غذایی در شبانه روز (اعم از وعده‌های اصلی و میان‌وعده) است، اگر فرد پاسخگو عنوان کند که دو وعده یا کم تر مصرف می‌نماید، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان نماید که سه تا چهار وعده مصرف می‌کند، یک امتیاز کسب خواهد کرد. و اگر عنوان کند که روزانه پنج وعده یا بیشتر مصرف می‌کند، دو امتیاز کسب خواهد کرد.

6. در پرسش 6 که درباره ساعات استفاده از تلویزیون و کامپیوتر و یا مبادرت به دیگر فعالیت‌های بی‌تحرك است، اگر فرد عنوان کند که روزانه بیش از دو ساعت به اینگونه فعالیت‌ها مبادرت می‌ورزد، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند که روزانه حدود دو ساعت به اینگونه فعالیت‌ها می‌پردازد، یک امتیاز کسب می‌نماید. و اگر عنوان کند که روزانه کم تر از دو ساعت به چنین فعالیت‌هایی می‌پردازد، دو امتیاز کسب خواهد نمود.

در پرسش 7 که درباره میزان فعالیت بدنی در هفته است، منظور از فعالیت بدنی، 60 دقیقه فعالیت بدنی متوسط و شدید در هر وعده و به طور منقسم در روزهای مختلف هفته می‌باشد. اگر فرد پاسخگو عنوان کند که در هفته هیچ فعالیت بدنی هدفمندی انجام نمی‌دهد، صفر امتیاز کسب خواهد نمود. اگر عنوان کند کم تر از 420 دقیقه در هفته به اینگونه فعالیت‌های بدنی می‌پردازد، یک امتیاز کسب خواهد نمود. و اگر عنوان کند در هفته مجموعاً 420 دقیقه (معادل شصت دقیقه در روز) یا بیشتر به فعالیت بدنی هوازی مانند پیاده روی تند، شنا یا دوچرخه سواری می‌پردازد، دو امتیاز کسب خواهد نمود. انجام فعالیت بدنی با مدت زمان مورد نظر طی کم تر از 3 جلسه مطلوب نبوده و امتیاز 1 خواهد گرفت.

مراقبت از نظر پوست و مو (پدیکلوزیس) (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
پوست و مو را از نظر وجود دانه های سفید رنگ، شفاف و تسبیح مانند چسبیده به ساقه موها بررسی کنید.	مشاهده تخم و خود حشره خونخوار (شپش) در سر یا بدن، خارش شدید، ایجاد خراش در پوست به دلیل خارش و ابتلا به عونت ثانویه و بروز زرد زخم و در مواردی، بزرگی غدد لنفاوی	پدیکلوزیس (آلودگی به شپش)	1- هدایت و ارجاع به پزشک برای تشخیص و درمان 2- آموزش، نظارت و پیگیری درمان های صحیح دارویی و فیزیکی بر اساس دستورالعمل مربوطه 3- آموزش اصول بهداشت فردی و محیط به دانش آموزان و خانواده های آنان در موارد ذیل: - استحمام مرتب و منظم، شانه کردن موهای سر در روز به دفعات مختلف، تمیز کردن و شستشوی منظم برس و شانه و لباس ها، روسری و کلاه و دیگر وسایل شخصی - شستشوی لباس و لوازم خواب در آب جوش به مدت 30 دقیقه و یا استفاده از ماشین لباسشویی با آب 55 درجه و اتو کردن منظم لباس و بویژه درزهای آن برای از بین بردن شپش و رشک - استفاده از جریان هوای آزاد و تازه (هوادهی) در محل زندگی خصوصا اتاق خواب ها و کلاس های درس، چون هوادهی برای از بین بردن شپش موثر است. - خودداری از استفاده از لوازم شخصی دیگران مانند کلاه و شانه و برس، روسری، مقنعه، کیسه و لیف حمام، لباس زیر - در هنگام ورزش و بازی و سایر فعالیت های افراد به علت گرمی و تعریق بدن، شپش تن لباس را ترک کرده و در نتیجه افراد و دانش آموزان همجوار را آلوده می سازد. - پاکیزه نگه داشتن اتاق ها خصوصا گوشه و کنار و زیر تخت خواب، فرش، راهروها و سایر مکان های زندگی 4- بازدید روزانه موی سر و در صورت لزوم بازدید لباس و بدن آن ها توسط معلمان و مربیان بهداشت مدارس و ارجاع سریع موارد آلوده به واحدهای بهداشتی درمانی برای درمان فرد آلوده به همراه خانواده و اطرافیان وی
	حشره خونخوار (شپش) و تخم آن در موها مشاهده نمی شود	پدیکلوزیس (آلودگی به شپش) وجود ندارد	- ارایه آموزش های بهداشت فردی - ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر پوست و مو (گال) (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
پوست را از نظر ضایعات و بثورات پوستی بررسی کنید.	خارش شدید که هنگام شب و در محیط گرم از شدت بیشتری برخوردار است. چند شکلی بودن ضایعات، به صورت خط مستقیم و یا مورب مانند هستند و به رنگ صورتی، سفید یا تیره و مختصری برآمده می باشد. اغلب در انتهای کانال، وزیکول به صورت یک نقطه تیره رنگ به چشم می خورد. ضایعات معمولاً روی مچ، کنار دست‌ها و پاها، فواصل بین انگشتان، سرین، دیده می شوند. ضایعات در کودکان در کف دست و پا مشاهده می شود.	مبتلا به بیماری گال	1- هدایت وارجاع به پزشک برای تشخیص و درمان 2- آموزش، نظارت و پیگیری درمان های صحیح دارویی بر اساس دستورالعمل مربوطه 3- گزارش به مراکز بهداشتی، درمانی به منظور درمان به موقع و کنترل بیماری جدا سازی افراد مبتلا به بیماری گال در 48 ساعت اولیه 4- درمان صحیح و کامل افراد مبتلا به بیماری گال، بررسی و درمان افرادی که با افراد مبتلا به گال در تماس و یا زندگی می کنند 5- آموزش های ذیل به دانش آموزان و خانواده آنان و اولیای مدارس: - خودداری از تماس پوستی مانند دست دادن، در آغوش گرفتن، ماساژ با افراد مبتلا به بیماری گال - استفاده نکردن از وسایل شخصی دیگران مانند کیسه و لیف حمام، صابون، حوله، لباس خصوصاً لباس زیر، روسری، شال گردن، ماشین و لوازم از بین بردن موهای زاید بدن، کیسه خواب - شستشوی مرتب لباس ها، لوازم خواب مانند پتوها، ملحفه ها، روبالشتی ها، رو تختی و پهن کردن آن ها در آفتاب پس از شستشو - تمیز کردن کامل اتاق ها، زیر و روی فرش ها، گوشه و کنار و زیر تخت خواب، راه پله، راهروها و حیاط و سایر مکان های زندگی لباس ها و وسایل شخصی افراد مبتلا به بیماری گال، که قابل شستشو نیستند بایستی به مدت حداقل پنج روز در داخل نایلکس قرار داده و سپس استفاده شود. پوشیدن دستکش در هنگام تماس با وسایل فرد بیمار مبتلا به گال ضروری است.
ضایعات پوستی وجود ندارد	مبتلا به گال نمی باشد	مبتلا به گال نمی باشد	- ارایه آموزش های بهداشت فردی - ادامه مراقبت ها

مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان (6 تا 14 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
معاینه دهان و دندان	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - دندان درد - تورم و پارگی و خونریزی از بافت - آبله دهان - شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان	مشکل شدید دهان و دندان دارد	- تجویز مسکن برای درد - اقدام مربوط به بیرون افتادن دندان طبق راهنما - ارجاع فوری به دندانپزشک
	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای - تاخیر رویش دندان ها - لثه پر خون و قرمز و متورم - بوی بد دهان - جرم دندانی - زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان - وجود ناهنجاری های فکی - دهانی از جمله نامرتبی دندان ها - عادات غلط دهانی	مشکل متوسط دهان و دندان دارد	- ارایه توصیه های بهداشتی دهان و دندان به نوجوان و والدین (مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از فلوراید) - ارایه خدمت وارنیش فلوراید به فرد - ارجاع غیر فوری به دندانپزشک - پیگیری 6 ماه بعد جهت مراجعه فرد برای وارنیش فلوراید مجدد.*
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	مشکل دهان و دندان ندارد	- توصیه بهداشتی دهان و دندان به نوجوان و والدین (مسواک، نخ دندان، تغذیه مناسب، استفاده از فلوراید) - ارایه خدمت وارنیش فلوراید به فرد - پیگیری 6 ماه بعد جهت مراجعه فرد برای وارنیش فلوراید مجدد.* - توصیه به مراجعه به دندانپزشک هر 6 ماه یک بار

*خدمت وارنیش فلوراید باید سالی 2 بار (هر 6 ماه) به فرد ارایه شود.

مراقبت از نظر وضعیت دهان و دندان (از 15 تا 18 سال)

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

راهنمای دهان و دندان

راهنمای اقدام پیش از ارجاع در صورت بیرون افتادن دندان از دهان

الف) در مورد دندان دایمی:

1. دندان بیرون افتاده را پیدا کرده و از سمت تاج آن را نگهدارید.
2. دندان را زیر فشار ملایم آب خنک یا آب جوشیده سرد شده بگیرید. در این حالت نباید دندان و به خصوص ریشه آن با پارچه یا دست پاک شود.
3. در صورتی که نیروی ارایه دهنده خدمت و یا والدین آموزش های لازم را دیده باشند، بایستی سریعاً دندان را به درستی (سطح بیرونی دندان به سمت خودشان و سطح داخلی دندان به سمت داخل دهان بیمار) در حفره دندانی مربوطه قرار دهند.
4. یک تکه گاز یا پارچه نم دار را روی دندان قرار داده و از بیمار خواسته شود که با فشار دست یا با فشار دندان های خود آن را نگه داشته و سپس بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

ن نکته 1- در صورتی که نیروی ارایه دهنده خدمت و والدین آموزش های لازم را ندیده باشند، یا مهارت لازم را نداشته باشند، پس از انجام اقدامات بند اول فوق الذکر، ابتدا دندان را در یک محیط مرطوب مثل سرم شستشو، شیر، بزاق یا آب جوشیده سرد شده قرار داده و بلافاصله در حداقل زمان ممکن، بیمار ارجاع فوری به دندانپزشک شود.

ن نکته 2- اگر ضربه باعث شکستگی تاج دندان شده است، در صورت امکان تکه جدا شده دندان نیز نزد دندانپزشک برده شود.

ب) در مورد دندان شیری:

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

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

مراقبت از نظر احتمال ابتلا به سل (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
از دانش آموز یا همراه وی عوامل خطر و نشانه زیر را سؤال کنید: • سرفه طول کشیده (بیش از دو هفته) • عامل خطر: سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در صورت مثبت بودن سوالات: - تهیه 3 نمونه از خلط*	- دارای نشانه یا - بدون نشانه (سرفه مساوی یا کم تر از 2 هفته) به همراه عامل خطر	احتمال ابتلا به سل	- اولین نمونه خلط (از 3 نمونه خلط) را بگیرید. (در صورت وجود و امکان ارایه خلط)** - به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری و گرفتن نمونه های خلط آموزش دهید. - دانش آموز را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
توجه: در سنین 6 تا 10 سال ممکن است ارایه خلط میسر نباشد، لذا در صورت وجود 3 معیار از 5 معیار تشخیصی سل اطفال: (1- علایم بالینی، 2- سابقه تماس با فرد مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت 3- نشانه های رادیوگرافی سل در ریه، 4- تست پوستی توبرکولین مثبت، 5- باکتریولوژی مثبت) فرد در طبقه بندی احتمال ابتلا به سل قرار می گیرد.	- بدون نشانه (فاقد سرفه) و - با عامل خطر	در معرض خطر ابتلا به سل	- به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. - دانش آموز را یک ماه دیگر پیگیری کنید.
	- بدون نشانه و - بدون عامل خطر	فاقد مشکل	- دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مبتلا به سل تشویق کنید.

* به روش تهیه نمونه خلط در افراد مشکوک به سل در راهنمای بررسی از نظر سل ریوی مراجعه کنید.

بررسی از نظر سل ریوی

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

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

سابقه تماس با فرد مبتلا به سل: از دانش آموز در خصوص افراد مبتلا به سل و یا دارای علائم مشابه در خانواده، اقوام و دوستان، در حال حاضر و یا گذشته (بویژه در 2 تا 5 سال اخیر) سوال کنید. در صورت پاسخ بلی، چنانچه مطمئن شدید که دانش آموز با فرد مبتلا در جمع دوستان یا اقوام تماس داشته است آن را به عنوان یک عامل خطر محسوب کنید.

§ از دانش آموز با سرفه خلط دار طول کشیده یا با سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه خلط دار 2 هفته یا کم تر، در همان مراجعه بار اول با نظارت کارمند بهداشتی مربوطه یک نمونه خلط تهیه شود و به دانش آموز یک ظرف جمع آوری خلط بدهید و از او بخواهید که فردا صبح قبل از بلند شدن از رختخواب یک نمونه از خلط را در آن جمع آوری بکند و به کارمند بهداشتی مربوطه تحویل دهد و در زمان تحویل نمونه دوم، سومین نمونه از خلط دانش آموز در واحد بهداشتی، تحت نظارت همان کارمند بهداشتی تهیه شود و به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه بر طبق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل ارسال شود. در صورتی که بیمار بستری باشد هر 3 نمونه از خلط صبحگاهی تهیه شود. حجم هر نمونه خلط باید 3 تا 5 میلی لیتر باشد.

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

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

دانش آموز دارای یک نشانه (سرفه بیش از 2 هفته) یا با سرفه مساوی یا کم تر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در طبقه بندی "مشکل (احتمال ابتلا به سل)" قرار می گیرد. به دانش آموز و همراه وی در زمینه تغذیه و راه های کنترل انتقال بیماری به سایرین آموزش دهید. از دانش آموز مطابق توضیحات قبلی، سه نمونه خلط با کیفیت تهیه و هر چه سریع تر همراه با فرم بیماریابی تکمیل شده به مرکز بهداشتی درمانی و یا آزمایشگاه (بر اساس برنامه کشوری پیشگیری و کنترل سل) ارسال نمایید. همچنین دانش آموز را همراه با نتیجه اسمیر خلط به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

- دانش آموز بدون سرفه به همراه عامل خطر (سابقه تماس با فرد مبتلا به سل، در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به سل" قرار می گیرد. به دانش آموز و همراه وی تغذیه مناسب، تهویه و تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق و کنترل راه های انتقال بیماری را آموزش دهید. دانش آموز را یک ماه بعد پیگیری کنید.

- چنانچه دانش آموز بدون نشانه و بدون عامل خطر است، در طبقه بندی "فاقد مشکل" قرار می گیرد. دانش آموز را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.

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

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیماری سل

توصیه های کلی

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

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

از دانش آموز در مورد نشانه های بیماری سؤال کنید:

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

مراقبت از نظر ابتلاء به آسم (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
از فرد یا در صورتی که وی توان پاسخ گویی ندارد، از همراهان شخص سوال کنید: 1. سابقه تشخیص آسم توسط پزشک 2. تجویز اسپری استنشاق توسط پزشک طی یک سال گذشته 3. وجود علائم تنفسی شامل سرفه بیش از 4 هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) طی یک سال گذشته	مثبت بودن پاسخ فرد به هر یک از سوال ها	احتمال ابتلا به بیماری آسم	- ارجاع به پزشک به منظور تایید یا رد بیماری و ارزیابی های تکمیلی - پیگیری و مراقبت بر اساس پسخوراند پزشک
	منفی بودن پاسخ فرد به کلیه سوالات	عدم ابتلای فرد به بیماری آسم	دادن آموزش های 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 بیماری های آتوپیک (رینیت، آلرژیک یا اگزما) دارند*

* به راهنمای آسم در بخش راهنماها و توصیه ها مراجعه کنید.

راهنمای آسم

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

- 1- پوشش داخلی راه های هوایی متورم و ملتهب می گردد.
 - 2- موکوس به میزان زیاد ترشح شده و می تواند راه های هوایی را مسدود سازد.
 - 3- عضلات اطراف راه های هوایی منقبض شده و مسیر راه هوایی را تنگ تر می سازند.
- در بیماری آسم به دنبال واکنش راه های هوایی به عوامل محرک و حساسیت زا (آلرژیک)، این سه عامل سبب انسداد راه های هوایی می شود و در نتیجه هوای کم تری از آن ها عبور کرده و عمل تنفس سخت تر می گردد. در این شرایط علائم آسم به صورت سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس بروز می کند.

علت آسم چیست؟

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

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

- 1- مواد حساسیت زا یا آلرژن ها:
 - عوامل حساسیت زای حیوان (پر، مو یا پوست)
 - گرده ها و قارچ ها (مانند گردهای حاصل از مصرف گچ در کلاس درس)
 - هیره موجود در گرد و خاک خانه ها و محیط مدرسه
 - سوسک ها
- 2- عوامل محرک زا
 - دود سیگار و سایر دخانیات (قلیان، پیپ و ...)
 - آلودگی هوا (مانند دود حاصل از دودکش بخاری ها و اگزوز خودروها)
 - تغییرات آب و هوایی، بخصوص هوای سرد و خشک
 - بوهای تند (مانند بوی متصاعد از برخی موادشیمیایی در آزمایشگاه های مدارس و یا مازیک وایت برد کلاس درس و یا عطر و ادکلن و ...)
 - تغییرات هیجانی شدید (گریه کردن، خندیدن شدید، استرس و اضطراب)
- 3- عفونت های ویروسی (سرماخوردگی، آنفلوآنزا و ...)
- 4- فعالیت فیزیکی

5- سایر عوامل

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

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

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

سیر بیماری آسم چگونه است؟

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

علایم آسم کدامند؟

شایع ترین علایم آسم عبارتند از:

1- سرفه:

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

2- خس خس سینه:

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

3- تنگی نفس:

یعنی فرد نمی تواند به راحتی عمل دم و بازدم را انجام دهد و احساس فشار و سختی در تنفس کند. البته همه بیماران علایم فوق را به طور کامل ندارد و شدت و میزان علایم نیز در حالت های مختلف بیماری و در حمله آسم متفاوت است. علایم ممکن است از چند دقیقه تا چند روز طول بکشند یا این که هر چند ماه یک بار بروز کنند. علایم فوق در شب و نیز در پی عفونت های تنفسی، فعالیت و ورزش، استنشاق مواد حساسیت زا (آلرژن) و محرک، (دود سیگار) بدتر می گردند.

انواع آسم (از لحاظ شدت بروز علایم):

1- آسم خفیف متناوب

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

2- آسم پایدار خفیف

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

3- آسم پایدار متوسط

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

4- آسم پایدار شدید

در این سطح بروز علایم بیماری هر روز (و اغلب شب ها نیز) می باشد. در آسم شدید فعالیت بیمار بسیار محدود می گردد.

"باید توجه داشت هر بیمار آسمی در هر سطحی از شدت بیماری، می تواند دچار حمله شدید و ناگهانی گردد."

آیا آسم ریشه کن می شود؟

تا کنون راه حلی برای ریشه کن کردن آسم پیدا نشده است، ولی این بیماری را می توان به شکل درمان و کنترل کرد که علایم و حملات آن پیشگیری شوند. زندگی با آسم در بیشتر موارد بدون دردسر است.

آسم چگونه درمان و کنترل می شود؟

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

برای رسیدن به اهداف مراقبتی صحیح باید:

1- به بیمار در زمینه های پیشگیری و پرهیز از عوامل که باعث بروز یا بدتر شدن آسم می گردند (عوامل آغازگر) و نحوه مقابله با این عوامل، نحوه استفاده صحیح از داروها و وسایل کمک درمانی آموزش داده شود و از او خواسته شود که درمان دارویی آسم (بویژه در مواقع حمله حاد) را طبق دستور پزشک انجام دهد.

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

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

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

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

هیره ها بندپایانی میکروسکوپی هستند (حدوداً 0/3 میلی متر) که با چشم غیر مسلح دیده نمی شوند این موجودات از ذرات پوسته های انسان تغذیه می کنند. اشتیاق اجزاء این حیوانات بخصوص هنگام جارو کردن، سبب تحریک علایم آسم می گردند. لذا به دانش آموز بیمار آموزش داده شود که با استفاده از روش های زیر باید با آن ها مقابله کند:

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

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

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

4- میزان رطوبت خانه و کلاس کم باشد.

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

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

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

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

• دود سیگار

دود سیگار و سایر دخانیات (قلیان، پپ و...) از بیشترین عوامل افزایش آسم بخصوص در کودکان به حساب می آید. لذا به دانش آموزان آسمی تاکید شود که به هیچ وجه در مواجهه با دود سیگار قرار نگیرند.
تذکر: بدیهی است که کشیدن سیگار در مدرسه برای احدی جایز نیست.

• آلودگی هوا

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

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

2- استفاده از وسایل گرمایشی دود را (مانند بخاری نفتی یا چوبی، وجود تنور در منزل و مدرسه) نیز از عوامل بدتر کننده آسم به شمار می روند و استفاده از وسایل گرمایشی غیردودزا در خانواده و کلاس های دارای بیمار مبتلا به آسم، توصیه می گردد.

• بوهای تند

بعضی از بیماران مبتلا به آسم به بوهای تند مثل بوی رنگ و اسپری مو، عطر و ادکلن، سفید کننده ها، جوهر نمک و... واکنش نشان می دهند و باید از این عوامل محرک را اجتناب کنند. لذا آموزگاران و دبیران محترم کلاس هایی که دارای دانش آموز آسمی هستند ضروری است از به کار بردن عطر و خوشبو کننده های تند و محرک اجتناب نمایند و از به کار بردن مژیک های وایت برد با بوی تند و یا مواد شیمیایی با بوی تند در آزمایشگاه و در سر کلاس درس خودداری فرمایند.

• گرده های گیاهان و قارچ ها

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

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

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

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

چه داروهایی برای درمان آسم استفاده می شود؟

دو دسته اصلی دارویی برای درمان آسم استفاده می شوند:

1- داروهای تسکین دهنده

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

2- داروهای کنترل کننده یا نگهدارنده

خاصیت مشترک این دسته دارویی، اثرات ضدالتهاب آن ها است. و از این راه علایم آسم را کاهش می دهند. این دسته دارویی به طور طولانی مدت به کار می روند و استفاده آن باید روزانه و به طور منظم باشد. این داروها نقش مهمی در پیشگیری از بروز علایم و حملات آسم دارند. اشکال مختلف آسم پایدار به این گروه دارویی نیاز دارند. موثرترین داروی این دسته استروئید های (کورتن) استنشاقی هستند. معروف ترین آن ها فلوتیکازون و بکلومتازون می باشند. در بعضی از موارد شدید از اشکال خوراکی استروئید ها (پروپنیزولون) یا تزریقی استفاده می گردد. چون بیشتر داروهای آسم از نوع استنشاقی هستند تکنیک استفاده از آن ها بسیار مهم می باشد. نکته عملی در استفاده از استروئیدهای استنشاقی این است که پس از استفاده از آن ها، باید برای پیشگیری از عفونت قارچی دهان، شستشوی دهان و قرقره با آب صورت گیرد.

غالباً استفاده غلط از اسپری های استنشاقی شکست در درمان را موجب می گردد. بنابراین آموزش استفاده داروهای استنشاقی به دانش آموز آسمی و اولیای مدرسه الزامی است.

اصول استفاده از اسپری (افشانه) یا MDI:

- 1- سرپوش اسپری را برداشته و مخزن اسپری را به خوبی تکان دهید.
- 2- فرد آسمی به آرامی و به طرز یکنواختی نفس خود را بیرون دهد.
- 3- اسپری را در فاصله 3 سانتی متری جلوی دهان باز بگیرند.
- 4- در حالی که شروع به تنفس آرام و عمیق می کنند مخزن فلزی را فشار داده تا دارو آزاد شود و تا حد امکان عمل دم ادامه یابد.
- 5- برای حدود 10 ثانیه نفس خود را حبس کند.
- 6- نفس خود را به آرامی خارج سازند.

اصول استفاده از محفظه مخصوص Spacer:

برای افرادی که امکان انجام دستورات فوق را به طور صحیح ندارد. مثل کودکان در مهد کودک ها و پیش دبستانی ها، افراد مسن و نیز در شرایط حمله آسم، استفاده از یک محفظه مخصوص همراه با اسپری ها کمک زیادی می کند. این دستگاه علاوه بر کمک به ارایه بیشتر داروها به ریه، از رسوب دارو در دهان و نهایتاً رشد قارچ جلوگیری می کند.

روش استفاده از محفظه مخصوص:

- 1- اسپری را خوب تکان دهید.
- 2- اسپری را به محفظه متصل کنید.
- 3- قسمت دهانی محفظه را داخل دهان قرار دهید. در صورت استفاده از ماسک به جای قسمت دهانی، ماسک را روی دهان و بینی بیمار قرار دهید (برای کودکان کم تر از پنج سال که مستقیماً نمی توانند از محفظه کنند از محفظه همراه با ماسک، استفاده می گردد).
- 4- مخزن افشانه را به پایین فشار دهید تا دارو داخل محفظه آزاد گردد. محفظه (با یا بدون ماسک) را حدود 10 ثانیه داخل دهان (روی صورت) نگه دارید.
- 5- اگر بیمار نیازمند بیش از یک دارو است بهتر است تا پاف بعدی مدت کوتاهی صبر شود.

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

وقتی علائم آسم از حد معمول بدتر شوند به آن حمله آسم گفته می شوند. در طی حملات آسم عضلات اطراف راه های هوایی منقبض شده و راه های هوایی باریک تر می گردند، به طوری که هوای بسیار کم تری از راه های هوایی قابل عبور است. به علاوه التهاب و تورم راه های هوایی نیز بیش تر می گردد و سلول های راه های هوایی موکوس زیادی ترشح می کنند. مجموع این عوامل سبب اشکال شدید در تنفس می گردند. همه حملات آسم مشابه نیستند و شدت های متفاوتی دارند. بعضی از آن ها می توانند آنقدر شدید باشد که سبب مرگ گردند.

بنابراین **حمله آسم از اورژانس های پزشکی است.**

با کنترل روزانه آسم و پیگیری های منظم و دوری از عوامل محرک می توان از حملات حاد جلوگیری کرد.

علائم هشدار در بیماران آسمی:

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

- 1- بدتر شدن پیش رونده سرفه، خس خس سینه، تنگی نفس، و یا احساس فشردگی قفسه سینه
- 2- هر گونه سختی در نفس کشیدن در حین راه رفتن و صحبت کردن

3- غیبت از محل کار یا مدرسه به خاطر تشدید علایم بیماری

4- نیاز به استفاده زیاد از داروی تسکین دهنده (سالبوتامول) در روز یا شب یا مصرف بیشتر از یک افشانه در ماه

5- کاهش در عدد ثبت شده توسط نفس سنج به کم تر از $\frac{2}{3}$ مقدار طبیعی بیمار

در این موارد باید ضمن تاکید بر آموزش پرهیز از عوامل محرک و نحوه صحیح مصرف داروها، بیمار را به طور غیر فوری ارجاع داد.

همچنین علایم یک حمله آسم شدید را باید سریعاً شناسایی کرد و درمان اورژانس انجام گیرد.

علایم حمله آسم شدید:

1- تنگی نفس شدید، تنفس سریع

2- خس خس پیشرونده

3- استفاده از عضلات فرعی تنفس به صورت داخل کشیده شدن پوست و عضلات بین دنده ای

4- ناتوانی در بیان حتی یک جمله

5- افت سطح هوشیاری

6- کاهش در عدد ثبت شده توسط نفس سنج به کم تر از $\frac{1}{2}$ مقدار طبیعی بیمار

در صورت برخورد با هریک از موارد فوق باید اقدامات زیر صورت گیرد:

1- وصل اکسیژن مرطوب با ماسک و فشار 3-4 لیتر در دقیقه

2- استفاده 2 پاف سالبوتامول استنشاقی هر 20 دقیقه به کمک محفظه مخصوص و ارجاع فوری به سطوح بالاتر

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

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

ساعته کرد.

زمانبندی و نوع خدمات ارایه شده توسط بهورز و مراقبت سلامت پس از ارجاع اولیه به پزشک به چه صورت است؟

پس از ارجاع اولیه بیمار مشکوک به آسم و ویزیت آن توسط پزشک، در صورت تائید تشخیص و شروع درمان باید در مدت 4- 2 هفته بعد بیمار از نظر بهبود علایم بیماری و بررسی از نظر استفاده صحیح از

داروها و وسایل کمک درمانی توسط بهورز و مراقب سلامت ارزیابی شود و به پزشک نیز معرفی گردد.

نکات مورد توجه در مدرسه:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11- در هنگام ورزش به هیچ وجه دانش آموز آسمی نباید در شرایط فعالیت های سنگین یا استرس زای رقابت های ورزشی قرار گیرند.

12- در شرایط هوای با رطوبت بالا نباید دانش آموز آسمی در معرض فعالیت های ورزشی سنگین قرار گیرد.

13- در صورتی که دانش آموز آسمی در حین ورزش دچار حمل آسمی شود، بلافاصله فعالیت ورزشی وی قطع و به کمک داروهای همراه دانش آموز به وی کمک رسانی گردد. (مطابق موارد مذکور در درمانی بیماری که در صفحات قبل ذکر شد) و بلافاصله به اولین و نزدیک ترین بیمارستان منتقل و خانواده دانش آموز (در حین انتقال) در جریان قرار گیرند.

14- توصیه می شود در مدرسی که دارای دانش آموز آسمی هستند حداقل یک کپسول اکسیژن کوچک به همراه ماسک مربوطه و دستورالعمل استفاده از آن در محل اتاق بهداشت مدرسه موجود باشد.

آلرژی و ورزش:

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

به کودکان مبتلا به آسم خاطر نشان کنید.

- داروهایشان را فراموش نکنند.

- محدودیت های خودشان را بدانند.

- بدانند که چه زمانی باید فعالیت را قطع کنند.

- همیشه قبل از ورزش خودشان را گرم کنند و یکباره به فعالیت های سنگین ورزشی نپردازند.

مراقبت از نظر سلامت روانی (6 تا 15 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
1- بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان، 17 سوال غربالگری را از والدین یا مراقب اصلی بپرسید و امتیازدهی کنید. 2- 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؟ 3- آیا کودک یا نوجوان شما هیچ مشکل رفتاری یا عصبی دارد، که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟	- برای سوالات 1 تا 5: جمع نمره 5 یا بالاتر از 5 - برای سوالات 6 تا 10: جمع نمره 7 یا بالاتر از 7 - برای سوالات 11 تا 17: جمع نمره 7 یا بالاتر از 7 - پاسخ مثبت فقط به بخش اول سوال 2 - پاسخ مثبت به سوال 3	مشکل در حوزه سلامت روان	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
	پاسخ مثبت به بخش دوم سوال 2	احتمال اورژانس روانپزشکی	ارجاع فوری** به پزشک مرکز
	در صورت پاسخ خیر به همه سوالات	عدم احتمال مشکلات 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.
4- 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؟ 5- در کودکان سنین مدرسه سوال می‌شود که آیا گاهی اوقات مات زده شده به گونه‌ای که چند لحظه‌ای به جایی خیره می‌شود، لب‌ها یا زبانش را به حالت غیر ارادی حرکت داده یا می‌لیسد.	- پاسخ مثبت به سوال 4 و 5 - خوداظهاری کودک و یا والدین در مورد ابتلا به بیماری	احتمال ابتلا به صرع	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
		تشخیص قبلی بیماری صرع توسط پزشک معالج	ثبت در پرونده و پیگیری***
6- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد.	- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات 6 تا 10 (توسط والدین یا اطرافیان)	احتمال تشخیص معلولیت ذهنی	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز

			7- قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. 8- نمی تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند. 9- توانایی یادگیری در حد همسالان خود را ندارد. 10- بیماری شناخته شده ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است.
--	--	--	--

**** موارد ارجاع فوری:** خشونت و پرخاشگری به گونه ای که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، تشنج پایدار، عوارض شدید داروهای روانپزشکی

***** پیگیری بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی که خارج از نظام مراقبت های بهداشتی اولیه خدمات دریافت می کنند، فقط به صورت هر سه ماه یکبار و جهت اطمینان از ادامه دریافت خدمات می باشد. در صورت**

مواجهه با عدم پیگیری درمان توسط بیمار لازم است که به پزشک نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ارجاع شود.

مراقبت از نظر سلامت روانی (از 15 سال به بالا)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
1- بر اساس دستورالعمل غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان، 6 سوال غربالگری را از فرد بپرسید و امتیازدهی کنید. 2- از فردی که در سوال قبلی احتمال وجود مشکل روانپزشکی دارد، راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود سوال کنید.	امتیاز 10 یا بالاتر در پرسشنامه غربالگری 6 سوالی پاسخ مثبت فقط به بخش اول سوال 2 و پاسخ مثبت به سوال 4 پاسخ مثبت به بخش دوم سوال 2	احتمال وجود اختلال در حوزه سلامت روان	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
3- آیا هیچ گاه شده است از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟ 4- آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟ 3- آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال روانپزشکی تحت درمان می باشید؟ 4- آیا شما هیچ مشکل اعصاب و روانی دارید، که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟	پاسخ مثبت به سوال 3 امتیاز پایین تر از 10 در پرسشنامه غربالگری 6 سوالی و پاسخ منفی به هر دو بخش سوال 2 و پاسخ منفی به سوالات 3 و 4	احتمال اورژانس روانپزشکی تحت درمان	ارجاع فوری ** به پزشک مرکز
5- آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می شود، بیهوش شده و دست و پا می زند، زبانش را گاز می گیرد یا از دهانش کف (گاز خون آلود) خارج می شود و یا بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی آورد؟ 6- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد 7- قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، تواللت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. 8- نمی تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود	پاسخ مثبت به سوال 5 خوداظهاری خود فرد، والدین و یا اطرافیان در مورد ابتلا به بیماری صرع	تشخیص قبلی اختلال روانپزشکی تحت درمان	ثبت در پرونده و پیگیری *** اطلاع رسانی در خصوص: - آموزش مهارت های زندگی، آموزش مهارت های فرزندپروری - در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.
احتمال ابتلا به صرع	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز	احتمال ابتلا به صرع	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز
تشخیص قبلی بیماری صرع توسط پزشک معالج	ثبت در پرونده و پیگیری ***	تشخیص قبلی بیماری صرع توسط پزشک معالج	ثبت در پرونده و پیگیری ***
احتمال تشخيص معلولیت ذهني	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز	احتمال تشخيص معلولیت ذهني	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز

			ارتباط برقرار کند. 9- توانایی یاد گیری در حد همسالان خود ندارد. 10- بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است.
--	--	--	---

**** موارد ارجاع فوری:** خشونت و پرخاشگری 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 مراقبت های 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 شود.**

مقدمه سؤالات غربالگری در حوزه سلامت روان برای گروه هدف 6 تا 15 سال

- ❖ قبل از پرسش‌گری در این بخش به والدین توضیح دهید که «در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی و استرس‌های فرزندان بپرسم.»
- ❖ برای پدر و مادر و یا مراقبین اصلی کودک و نوجوان توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در کودکان و نوجوانان 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 فرزندان می‌باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.»
- ❖ به والدین یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان (کودکان و نوجوانان) انجام می‌شود.»
- ❖ به والدین و یا مراقبین اصلی توضیح دهید: «پاسخ‌گویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز فرزندان کمک می‌کند.»
- ❖ سپس به والدین بگویید: «سؤالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که فرزندان (کودک و یا نوجوان) در طول 30 روز گذشته (در طول ماه گذشته) تجربه کرده اند. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید هرگز، گاهی، اغلب.»

نام فرزند:	تاریخ تولد:	تاریخ تکمیل پرسشنامه:
نام والد / مراقب:	نسبت تکمیل‌کننده پرسشنامه با فرزند:	
اغلب	گاهی اوقات	هرگز
1-	احساس غمگینی و غصه می‌کند.	
2-	احساس ناامیدی می‌کند.	
3-	از دست خودش عصبانی است.	
4-	خیلی نگران است.	
5-	به نظر می‌رسد که کمتر چیزی خوشحالش می‌کند.	
6-	وول می‌خورد و نمی‌تواند آرام بنشیند.	
7-	خیلی خیال‌بافی می‌کند.	
8-	به آسانی حواسش پرت می‌شود.	
9-	نمی‌تواند تمرکز کند.	
10-	طوری رفتار می‌کند که انگار موتورش روشن شده است.	
11-	با بقیه بچه‌ها دعوا می‌کند.	
12-	از قوانین پیروی نمی‌کند.	
13-	احساسات دیگران را نمی‌فهمد.	
14-	دیگران را دست می‌اندازد.	
15-	به‌خاطر مشکلات خودش، دیگران را سرزنش می‌کند.	
16-	نمی‌گذارد دیگران از وسایلش استفاده کنند.	
17-	چیزهایی را بر می‌دارد که مال او نیست.	

غربالگری سلامت روان 7 تا 15 سال

پدر و مادر عزیز

سوالات زیر درباره مسائلی است که ممکن است فرزند شما را در طول یک ماه گذشته آزار داده باشد. لطفاً در مورد هر سوال، در ستونی که به بهترین شکل شدت این آزار را نشان می‌دهد، علامت 1 بزنید. لطفاً به تمام موارد پاسخ دهید. نتایج این پرسشنامه محرمانه است و تنها به شما اطلاع داده می‌شود.

از والدین پرسیده شود:

- آیا کودک یا نوجوان شما هیچ مشکل رفتاری یا عصبی دارد، که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟
بله | خیر |

نمره گذاری:

نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های هرگز، گاهی اوقات و اغلب به ترتیب اعداد صفر، 1 و 2 تعلق می‌گیرد.

هرگز	گاهی	اغلب
صفر	1	2

سوال ها در چند گروه تقسیم شده اند و هر گروه جداگانه نمره گذاری و محاسبه می شود.

موارد ارجاع بر اساس امتیاز هر گروه نمره ها است

جمع نمره سوالات 1 تا 5 (اگر نمره 5 یا بالاتر از 5 بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)

جمع نمره سوالات 6 تا 10 (اگر نمره 7 یا بالاتر از 7 بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)

جمع نمره سوالات 11 تا 17 (اگر نمره 7 یا بالاتر از 7 بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)

جمع نمره کل سوالات 1 تا 17 (اگر نمره 15 یا بالاتر از 15 بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید)



مقدمه سؤالات غربالگری در حوزه سلامت روان برای گروه هدف 15 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 خدمت‌گیرنده 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 خدمت‌گیرنده 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 30 روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت یا اصلاً.»

نمره گذاری:

- ❖ نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ‌های همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، اصلاً و به ندرت به ترتیب اعداد 4، 3، 2، 1 و صفر تعلق می‌گیرد. مجموع امتیازات هر پرسشنامه می‌تواند از حداقل صفر تا حداکثر 24 باشد.

همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	اصلاً
4	3	2	1	صفر

- ❖ افرادی که نمره 10 یا بالاتر را کسب می‌کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می‌گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می‌گردد.
 - ❖ در صورت پاسخ بیشتر از 3 مورد به گزینه (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 30 روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت یا اصلاً.

غربالگری سلامت روان

- 1- چقدر در 30 روز گذشته احساس می‌کردید، مضطرب و عصبی هستید؟

(1) همیشه	(2) بیشتر اوقات	(3) گاهی اوقات	(4) بندرت	(5) اصلاً	(9) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد
-----------	-----------------	----------------	-----------	-----------	---------------------------
- 2- چقدر در 30 روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟

(1) همیشه	(2) بیشتر اوقات	(3) گاهی اوقات	(4) بندرت	(5) اصلاً	(9) نمی‌داند/پاسخ نمی‌دهد
-----------	-----------------	----------------	-----------	-----------	---------------------------
- 3- چقدر در 30 روز گذشته احساس ناآرامی و بی‌قراری می‌کردید؟

1) همیشه	2) بیشتر اوقات	3) گاهی اوقات	4) بندرت	5) اصلاً	9) نمی داند/پاسخ نمی دهد
4- چقدر در 30 روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟					
1) همیشه	2) بیشتر اوقات	3) گاهی اوقات	4) بندرت	5) اصلاً	9) نمی داند/پاسخ نمی دهد
5- چقدر در 30 روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟					
1) همیشه	2) بیشتر اوقات	3) گاهی اوقات	4) بندرت	5) اصلاً	9) نمی داند/پاسخ نمی دهد
6- چقدر در 30 روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟					
1) همیشه	2) بیشتر اوقات	3) گاهی اوقات	4) بندرت	5) اصلاً	9) نمی داند/پاسخ نمی دهد

غربالگری صرع

آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می شود، بیهوش شده و دست و پا می زند، زبانش را گاز می گیرد و از دهانش کف (گاز خون آلود) خارج می شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی آورد. بلی | خیر |

در صورت پاسخ بلی فرد به پزشک ارجاع داده می شود.

غربالگری معلولیت ذهنی

- 1- در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد. بلی | خیر |
- 2- قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالت رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد. بلی | خیر |
- 3- نمی تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند. بلی | خیر |
- 4- توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد. بلی | خیر |
- 5- بیماری شناخته شده ای 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

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

مراقبت از نظر سلامت اجتماعی (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
وجود علایم ذیل در کودکان و نوجوانان*: • علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار • کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن • خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن سایر علایم: • عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه با نوع علایم بدنی • وجود کبودی ها و علایمی که مدت ها از زمان آن ها گذشته باشد. کودکان و نوجوانانی که مادران آن ها قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده اند .	مثبت	کودک آزاری	• بعد از برقراری ارتباط با والدین یا سایر همراهان کودک، از والدین یا همراه کودک و یا نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هستند؟ در صورت کسب اجازه: ارجاع به کارشناس سلامت روان
	مثبت	کودکان شاهد خشونت خانگی	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.
بررسی شود که آیا در خانواده موارد ذیل وجود دارد؟ • فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی** • فرد مبتلا به بیماری خاص*** • فرد مبتلا به اعتیاد**** • فرد زندانی • فقر*****	پاسخ مثبت به یکی از مشکلات مذکور	خانواده آسیب پذیر	• از والدین یا مراقب کودک و نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هستند؟ - در صورت کسب اجازه والدین: ارجاع به کارشناس سلامت روان
سن مراجع و تعداد سال های تحصیلی وی پرسیده شود	در صورتی که سن و تحصیلات فرد با هم متناسب نباشد	بازمانده از تحصیل	• از والدین یا مراقب کودک و نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هستند؟ در صورت کسب اجازه والدین: ارجاع به کارشناس سلامت روان
* وجود علایم زیر می تواند نشان دهنده سوء رفتار جسمانی با کودک باشد: 1- وجود هرگونه خونمردگی و شکستگی در کودک زیر یک سال 2- وجود کبودی هایی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون 3- سوختگی هایی شبیه آتش سیگار 4- ضایعاتی شبیه سوختگی با آب جوش 5- علایم گاز گرفتن 6- تورم و دررفتگی مفاصل 7- وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها 8- آثار ضربات شلاق 9- پارگی لجام لب 10- کبودی چشمان 11- مشاهده صدمات متعدد در مراحل مختلف بهبود برای توضیح سایر علایم (** و ...) به صفحه بعد رجوع کنید.			

ادامه - مراقبت از نظر سلامت اجتماعی (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
از زنان نوجوان 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 1. شما را کتک زده است ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2. به شما توهین کرده است ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 3. شما را به آسیب تهدید کرده است ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 4. سر شما فریاد زده است ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	امتیاز بالاتر از 10	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
از نوجوانان 15 سال به بالا که سابقه متاهل بودن دارند، سوال شود: آیا در یک سال اخیر تجربه طلاق/ جدایی و فوت همسر را داشته است؟	پاسخ مثبت	طلاق/ جدایی/ فوت	از نوجوان سوال شود که آیا مایل به دریافت خدمت هست؟ در صورت کسب اجازه: ارجاع به کارشناس سلامت روان
** معلولیت جسمی – روانی: معلولیت عبارتست از محدودیت های دایمی 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 آن هاست 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 یا 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. ***** توضیحات مربوط به غربالگری (خشونت خانگی) همسر آزاری: در سوالات غربالگری همسر آزاری هر آیم از 1 تا 5 امتیاز می گیرد "هیچ وقت (1)، به ندرت (2)، گاهی (3)، اغلب (4)، و همیشه (5)". بنابراین حداقل امتیاز این مجموعه سوالات 4 و حداکثر آن 20 می باشد. امتیاز بالا تر از 10 به عنوان مثبت تلقی می شود.			

ارزیابی رفتارهای پر خطر (6 تا 10 سال)

ارزیابی مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن			
ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
سوال کنید: - آیا هیچکدام از افراد خانواده یا خویشاوندان در حضور کودک اقدام به مصرف دخانیات می کنند؟ - آیا کودک برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و یا سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده می شود؟ - آیا کودک در در اماکن حاوی دود مواد دخانی قرار گرفته می شود؟	- پاسخ سوالات مثبت است - کودک در معرض مواجهه با دود مواد دخانی (سیگار، قلیان، پیپ، چپق و یا سایر مواد دخانی) و یا دود دست سوم در منزل و یا اماکن عمومی قرار دارد.	فرد در معرض خطر آشنایی و شروع مصرف مواد دخانی و خطر ابتلا به بیماری های ناشی از مواجهه با دود دخانیات قرار دارد.	ü آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات ü آموزش در مورد زیان های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی ü آموزش به قرار نگرفتن در معرض دود دخانیات سایرین ü کمک به والدین برای ترک دخانیات و عدم استعمال دخانیات در حضور کودک ü آموزش نحوه ایجاد محیط عاری از دخانیات مطابق متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات بهورز
	منفی بودن پاسخ سؤالات	فرد در معرض خطر ابتلا به بیماری های ناشی از مصرف دخانیات قرار ندارد.	ü آموزش در مورد مضرات مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن ü جهت پیشگیری از استعمال دخانیات ایجاد اماکن عاری از دخانیات ü آموزش در مورد اهمیت رفتار مصرف دخانیات والدین بر تاثیر پذیری کودک نسبت به الگو برداری و انجام رفتار پرخطر مصرف دخانیات در سال های آتی ü ملاحظات والدین برای پیشگیری از آشنایی با روش های تهیه مواد دخانی انجام گیرد.

ارزیابی رفتارهای پر خطر (از 11 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
ارزیابی مصرف دخانیات و مواجهه با دود آن سوال کنید: - آیا هیچکدام از افراد خانواده یا خویشاوندان در حضور نوجوان اقدام به مصرف دخانیات می کنند؟ - آیا نوجوان سیگار، قلیان، پیپ یا مواد دخانی دخانی بدون دود شامل مواد دخانی جویدنی مصرف می کند؟ - آیا نوجوان برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و یا سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده می شود؟	نوجوان در معرض دود سیگار، قلیان، چپق، پیپ و سایر مواد دخانی در منزل و یا اماکن عمومی قرار دارد ولی دخانیات مصرف نمی کند.	فرد در معرض خطر شروع مصرف دخانیات و خطر ابتلا به بیماری های ناشی از مواجهه با دود دخانیات قرار دارد.	ü آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات* ü آموزش در مورد زیان های ناشی از مواجهه با دود مواد دخانی ü آموزش به قرار نگرفتن در معرض دود دخانیات سایرین ü آموزش نحوه ایجاد محیط عاری از دخانیات مطابق متن راهنمای کشوری کنترل دخانیات بهورز
- آیا نوجوان سیگار، قلیان، پیپ یا مواد دخانی دخانی بدون دود شامل مواد دخانی جویدنی مصرف می کند؟ - آیا نوجوان برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و یا سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده می شود؟	نوجوان سیگار، قلیان، پیپ و یا سایر مواد دخانی مصرف می کند.	فرد در معرض خطر ابتلا به بیماری های ناشی از مواجهه با دود دخانیات قرار دارد.	ü آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی ü توصیه و ایجاد انگیزه برای ترک دخانیات ü ارایه آموزش های مختصر برای ترک دخانیات ü ارجاع غیر فوری به پزشک برای ترک دخانیات
سوال کنید: - آیا سوء مصرف مواد دارد؟ - آیا سابقه مصرف تزریقی مواد دارد؟ - آیا رفتارهای جنسی نا ایمن (خارج از چارچوب و محافظت نشده) دارد؟	پاسخ همه سوالات منفی است	فرد در معرض خطر شروع مصرف دخانیات قرار ندارد.	ü آموزش در مورد مضرات استعمال دخانیات و مواجهه با دود مواد دخانی ü جهت پیشگیری از استعمال دخانیات ü توصیه به حضور در اماکن عمومی عاری از دخانیات ü آموزش مهارت های فردی در جهت امتناع از پذیرش تعارف سیگار یا قلیان توسط همسالان
سوال کنید: - آیا سوء مصرف مواد دارد؟ - آیا سابقه مصرف تزریقی مواد دارد؟ - آیا رفتارهای جنسی نا ایمن (خارج از چارچوب و محافظت نشده) دارد؟	- سوء مصرف مواد دارد. - سابقه مصرف تزریقی مواد دارد. - رفتارهای جنسی نا ایمن دارد.	رفتار پر خطر دارد	ü ارجاع غیر فوری به پزشک ü پیگیری و آموزش*
* به راهنمای آموزشی HIV/AIDS و بیماری های آمیزشی ویژه غیر پزشک مراجعه کنید.			

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 بیماری های خطرناک از جمله سرطانها بیماری های قلبی-عروقی، سکته مغزی، دیابت، کاتاراکت، ضایعات شنوایی و فساد دندان ها و ... می باشد. فاصله زمانی نسبتاً طولانی (20-15 سال) بین شروع مصرف سیگار و ابتلا به بیماری های مذکور موجب کاهش حساسیت افراد نسبت به خطرات این ماده مهلك شده است. در حال حاضر 6 میلیون نفر در سال جان خود را بر اثر ابتلا به بیماری های ناشی از مصرف دخانیات از دست می دهند که 600 هزار نفر آن به دلیل مواجهه با دود دست دوم یا دود محیطی آن می باشد. تقریباً هر 6 ثانیه 1 نفر به علت استعمال دخانیات می میرد که مسئول یک مرگ از هر 10 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 80% این مرگها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد. اثرات استنشاق تحمیلی دود سیگار نیز کمتر از عوارض ناشی از استعمال دخانیات نمی باشد، 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 به طور کامل هوایی پاک و عاری از آلاینده را فراهم نمی آورند. بنابراین راه محافظت، قرار نگرفتن در معرض دود سیگار و دخانیات از طریق ایجاد اماکن عاری از دخانیات می باشد. از سوی دیگر طبق تحقیقات اخیر نشان داده شده که حدود 90 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 می چسبد. ذرات سمی ناشی از مصرف دخانیات که روی قسمت های مختلف منزل، خودرو، پوست، موی و لباس افراد می نشیند، تحت عنوان دود دست سوم شناخته شده است. با توجه به اینکه کودکان زمان بیشتری را در منزل سپری می کنند و با سطوح حاوی ذرات دود مواد دخانی در تماس هستند، امکان مبتلا شدن به بیماری و مسمومیت های ناشی از مواجهه با دود دخانیات در آن ها بیشتر است. حتی سطوح کم ذرات دخانیات می تواند با مسمومیت در سیستم عصبی کودکان در آن ها مشکلات شناختی ایجاد نماید.

توصیه های 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، می بایست اطلاعات لازم در مورد خطرات مواجهه در اختیار فرد قرار گرفته و توصیه به دوری از محیط های 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 تلاش های ناموفقی نیز برای ترک دخانیات انجام داده باشند. مشاوره و دارودرمانی می تواند میزان موفقیت ترک را در سیگاری هایی که اقدام به ترک می کنند 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 توصیه های بهداشتی،

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

ارزیابی رفتارهای پر خطر (از 11 تا 18 سال)

ارزیابی اختلالات مصرف مواد

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدامات
1- غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد را اجرا کنید. 2- آیا نشانه‌های و علائم مطرح کننده اورژانس‌های مرتبط با مواد 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؟ 0 کاهش سطح هوشیاری یا اغماء 0 اختلال جهت‌یابی به صورت ناآگاهی از زمان، مکان یا اشخاص (سرسام یا دلیریوم) 0 تشنج 0 قصد جدی آسیب به خود یا خودکشی 0 پرخاشگری یا قصد آسیب به دیگران 3- آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان هستید؟	در صورت پاسخ مثبت به سؤال 3 برای هر یک از مواد/گروه‌های مواد/داروها	اختلال مصرف مواد	ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان و رفتار برای غربالگری تکمیلی
	پاسخ مثبت به سؤال 2	اورژانس اختلالات القاء شده در اثر مواد	ارجاع فوری ** به پزشک مرکز
	پاسخ مثبت به سؤال 3	تشخیص قبلی اختلال مصرف مواد تحت درمان	ثبت در پرونده و پیگیری ***
	پاسخ منفی به سؤال 3 برای تمام مواد/گروه‌های مواد/داروها	عدم احتمال اختلال مصرف مواد	اطلاع‌رسانی در خصوص: - آموزش مهارت‌های فرزند پروری - در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش‌ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع گردد.
- آیا در خانواده وی، فردی دارای اعتیاد به مواد مخدر و یا مصرف کننده تفننی آن وجود دارد؟	وجود فردی در خانواده که دارای اعتیاد به مواد مخدر بوده یا مصرف کننده تفننی آن است	در معرض خطر سوء مصرف مواد	اطلاع‌رسانی در خصوص: - آموزش مهارت‌های زندگی و فرزند پروری - در صورت تمایل فرد به دریافت آموزش‌ها و دارا بودن معیارهای دریافت آموزش، به کارشناس سلامت روان و رفتار ارجاع گردد

** موارد نیازمند 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

*** 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.

راهنمای ارزیابی اختلالات مصرف مواد

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 18 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 علایم 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 موارد زیر پرسیده می‌شود.

- سیگار و محصولات تنباکو
- داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف
- داروهای آپئوئیدی مسکن و ضداسهال (دیفنوکسیلات، ترامادول، کدئین و ...)
- داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور (دiazepam، کلونازپام، آلپرازولام و ...)
- الکل

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، می‌باشد. در صورتی که مراجع هر یک از این داروهای را به دستور پزشک و با دوز و طول مدت تجویزی مصرف می‌کند، غربال‌گری او منفی خواهد بود.

صرف نظر از پاسخ مراجع به این پرسش‌ها، بعد از پرسیدن سؤال یک، پرسش دو به صورت باز پاسخ درباره سایر مواد از مراجع سؤال می‌کند.

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 می‌یابد.

پرسشنامه غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد

نام و نام خانوادگی: شماره پرونده: تاریخ تکمیل فرم:

منبع شرح حال: خود فرد O یکی از اعضای خانواده: O (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 تدریجی، 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 ضد درد 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.»

کارت پاسخ غربالگری ولیه	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ‌گویی	پرسش 1- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تا کنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ‌گویی
الف - انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)							
ب - داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)							
ج - داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)							
د - الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)							
پرسش 2- مواد دیگر چطور؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)							
الف - مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیر، سوخته، هروئین، کراک هروئین، غیره)							
ب - حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)							
ج - محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)							
د - سایر - مشخص کنید: ...							

دستورالعمل اجرا

- مقدمه غربالگری اولیه را برای مراجع بخوانید. و به صورت خاص بر نکات زیر در مقدمه تأکید فرمایید:

- 0 پیش از شروع پرسشگری برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید که در این بخش می‌خواهید پرسش‌های درباره مصرف سیگار، الکل و مواد بپرسید.
- 0 به خدمت‌گیرنده یادآور شوید این خدمت به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.
- 0 برای خدمت‌گیرنده توضیح دهید: «برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای ضد درد 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.»
- 0 در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید.
- 0 به خدمت‌گیرنده توضیح دهید پاسخ‌گویی باز و صادقانه به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند هر چند مراجعه‌کننده می‌تواند در صورت عدم تمایل به این پرسش‌ها پاسخ ندهد.

پرسش 1:

- پرسش 1 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 2 را بپرسید.

پرسش 2

- در صورت پاسخ مثبت، پاسخ را برای سایر گروه‌های مواد پیش‌بینی شده ذیل پرسش 2 تکمیل کنید.
- در صورت پاسخ منفی به پرسش 2 بیشتر کاوش کنید: «حتی در دوره نوجوانی و جوانی؟»
- در صورتی که نام خیابانی مواد مورد مصرف در منطقه شما با مثال‌های ارایه 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 3

- در صورت پاسخ مثبت به هر یک از گروه‌های مواد در پرسش 1 و 2، پرسش 3 را بپرسید.
 - در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد، از مراجع تشکر نموده، بازخورد ارایه 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 ارایه 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.

مراقبت از نظر خطر ابتلاء به فشار خون (6 تا 18 سال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدامات
شرح حال دقیق بگیرید و افرادی که عوامل خطر* فشارخون بالا دارند را مشخص کنید:	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر: - چاق یا دارای اضافه وزن است - سابقه وزن کم هنگام تولد (low birth weight) دارد - سابقه وقفه تنفسی هنگام خواب (obstructive sleep apnea) دارد - والدین مبتلا به فشار خون بالا هستند - والدین بیماری عروق کرونر زودرس دارند - والدین سابقه بیماری کلیوی یا غددی(تیروئید،) دارند	در خطر ابتلاء به افزایش فشار خون	- اندازه گیری فشارخون و تعیین صدک با استفاده از جداول میزان فشارخون در بخش ضمیمه ها: در صورتی که صدک فشارخون (سیستول و یا دیاستول) صدک 90 و بیش تر باشد پس از 5 دقیقه مجدداً فشار خون اندازه گیری شود: 1- اگر میانگین فشارخون در دو نوبت بین صدک 90 تا 95 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 2- اگر میانگین فشارخون صدک 95 یا بالاتر 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 3 ماه یک بار به پزشک ارجاع شود.
	هیچ یک از نشانه های فوق وجود ندارد	عوامل خطر ابتلاء به افزایش فشار خون را ندارد	- ارایه توصیه های مرتبط با شیوه زندگی سالم - ادامه مراقبت ها

* این عوامل خطر عبارتند از: 1- دانش آموزانی که اضافه وزن دارند یا چاق هستند. 2- دانش آموزانی که آئینه (وقفه تنفس) موقع خواب دارند. 3- دانش آموزانی که والدین آن ها فشارخون بالا دارند. 4- دانش آموزانی که والدین آن ها بیماری قلبی عروقی (بیماری کرونر قلب) زودرس دارند (در مردها قبل از ۶۵ سالگی و در زن ها قبل از ۵۵ سالگی) 5- دانش آموزانی که والدین آن ها سابقه بیماری کلیوی یا غددی(تیروئید،) دارند. 6- دانش آموزانی که سابقه وزن کم هنگام تولد (low birth weight) دارند.

فوریت ها (6 تا 18 سال)

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدامات
در حالت نیمه هوشیار مصدوم به طور مبهم و به کندی به سئوالات پاسخ می‌دهد. باید درخواست خود را با صدای بلند بیان کنید، تا پاسخی دریافت کنید. در حالت غیرهوشیار مصدوم نسبت به تکان یا فریاد پاسخی نمی‌دهد.	اختلال هوشیاری	تمیز کردن راه هوایی و کنترل تنفس خوابانیدن بیمار به پهلو عدم تجویز مواد خوراکی انجام احیای قلبی ریوی طبق دستورالعمل. ارجاع فوری
مشاهده اثر یا نشانه های حاصل از دندان، نیش و درد و سوزش محل گزش، تخریب موضعی نسج، قرمزی پوست و بروز تاول، گانگرن، خون مردگی، لخته خون عروق سطحی و ورم عضو آسیب دیده.	مار گزیدگی	ضمن دادن آرامش به مصدوم و حفظ خونسردی، مصدوم را روی زمین بخوابانید و ایشان را در حالت استراحت مطلق نگه دارید. محل گزیدگی را با آب و صابون بدون اعمال فشار و انجام ماساژ بشویید. اشیاء زینتی و کفش عضو آسیب دیده را درآورید. از تکنیک بی حرکت سازی استفاده کنید و عضو را همسطح قلب نگه دارید. اندام را بی حرکت کنید (می‌توانید در گزیدگی پا، یک اندام را به اندام دیگر ببندید). به هیچ وجه و با هیچ وسیله ای اندام را نبندید. هرگز بالای محل گزش را نبندید. هرگز محل گزش را نشویند، داغ نزنید، نسوزانید، مک نزنید و برش ندهید. به مصدوم غذا ندهید. در صورت ورود سم به چشم باید آن را با آب ساده یا شیر شست. برای کنترل درد و سوزش می‌توانید یک قطره اپی نفرین یک در هزار، در چشم قربانی بچکانید. می‌توان برای تسکین درد از مسکن های ساده مانند استامینوفن استفاده کرد. از سرمادرمانی یا کمپرس آب سرد در محل گزش خودداری شود. ارجاع فوری دهید.
درد و احساس گزگز در محل گزیدگی، حرکات غیر طبیعی چشم، آبریزش دهان، تهوع و استفراغ، تغییر ضربان قلب یا نامنظمی / طپش قلب، اختلال تنفسی، خونریزی، تغییر رنگ ادرار، حرکات تشنجی و حتی مرگ	عقرب گزیدگی	ضمن دادن آرامش به مصدوم و حفظ خونسردی، مصدوم را روی زمین بخوابانید و ایشان را در حالت استراحت مطلق نگه دارید. از تکنیک بی حرکت سازی عضو آسیب دیده استفاده کنید. تا حد امکان باید از دستکاری محل گزش خودداری شود. به فرد آسیب دیده مایعات زیاد دهید (در صورتی که گزش عقرب گادیم یا عقرب دم باریک باشد) و متوجه تغییر رنگ احتمالی ادرار باشید. از درمان های سنتی خودداری شود. در صورت امکان و بدون اتلاف وقت عقرب زنده یا مرده در قوطی درب دار برای تشخیص گونه و نوع سم و انتخاب روش درمانی همراه فرد آسیب دیده ارسال شود. ارجاع فوری دهید.

مشاهده سوراخ یا نیش در محل گزش، خارش، درد، سوزش، قرمزی یا تورم محل گزش، علایم سیستمیک (کهیر، خارش یا بثورات جلدی ژنرالیزه، گر گرفتگی، ورم ناحیه گلو و دهان، تهوع و استفراغ، درد شکم، درد قفسه سینه، کاهش فشار خون، تنفس مشکل و صدادر، اضطراب، در موارد شدید کاهش سطح هوشیاری، تنفس بسیار مشکل یا مرگ در اثر شوک حساسیتی)	زنبور گزیدگی	توصیه می‌شود، نیش حشره بدون فشار روی کیسه زهر، از محل گزش بیرون آورده شود. عضو آسیب دیده را با آب فراوان و صابون، بدون اعمال فشار و انجام ماساژ، شستشو دهید و کمپرس سرد کنید. گذاشتن خمیر درست شده از جوش شیرین و آب در محل گزش به کاهش درد کمک می‌کند. به دلیل احتمال کاهش سطح هوشیاری، رانندگی فرد آسیب دیده برای مراجعه به مرکز درمانی مجاز نیست. بیمار را ارجاع فوری دهید.
درد، حساسیت در محل آسیب، تورم و تغییر شکل، کاهش فعالیت عضو، علایم و نشانه های شوک در آسیب‌های لکن و ران	شکستگی های بسته	تا زمانی که واقعاً نیاز نیست، مصدوم را حرکت ندهید. از فشار آوردن مستقیم روی محل شکستگی بپرهیزید. اندام شکسته را صاف نکنید. در شکستگی پا: پای آسیب دیده را به پای سالم مقابل ببندید. در شکستگی دست: آن را به گردن آویزان کنید. در محل‌های تماس پوست با پوست، از پنبه یا باند استفاده کنید. مصدوم را در وضعیت راحتی قرار دهید. به مصدوم غذا یا نوشیدنی ندهید و او را ارجاع فوری دهید.
علایم شکستگی بسته همراه با وجود زخم در محل شکستگی استخوان به طوریکه شکستگی به سطح پوست راه پیدا کند	شکستگی های باز	علاوه بر رعایت اصول بی‌حرکت سازی، استفاده از گاز استریل روی زخم به منظور جلوگیری از خونریزی و عفونت ضروریست. مصدوم را در وضعیت راحتی قرار دهید. خونریزی را با فشار ملایم لبه های زخم دور استخوان بیرون زده شده، بدون سعی در جا انداختن استخوان، کنترل کنید. به مصدوم غذا یا نوشیدنی ندهید و او را ارجاع فوری دهید.
کاهش هوشیاری، خواب آلودگی نسبی یا کوتاه مدت، تهوع و استفراغ، تاری دید، کاهش حافظه و تعادل، نابرابری اندازه مردمک ها یا اتساع آن ها، خونریزی از بینی و گوش، سردرد شدید منتشر و تشنج	صدمات سر	راه هوایی را تمیز کنید. علایم حیاتی را کنترل کنید. بیمار را به پهلو بخوابانید تا خون و ترشحات خارج شود. از چرخاندن سر به تنهایی بپرهیزید، هنگام هر حرکتی سر و گردن را محافظت کنید زیرا خطر آسیب نخاع وجود دارد. بیمار را ارجاع فوری دهید.
استفراغ یا اق زدن، درد معده، اسهال، تشنج و هذیان، مشکلات تنفسی، تغییر وضعیت هوشیاری، احساس بوی مواد شیمیایی، سردرد، احساس سوزش و درد در دهان و گلو و معده	مسمومیت	پرسش از مصدوم در مورد نوع و زمان و مقدار ماده خورده شده به هیچ وجه سعی در القاء استفراغ نکنید. توجه زیادی به محافظت از راه هوایی و وضعیت تنفس بیمار شود. در صورت کاهش هوشیاری، دستورات کاهش هوشیاری انجام شود. ارجاع فوری دهید.

پارگی ناحیه سطحی پوست، قرمزی، تاول، کنده شدن پوست، احساس سوزش و درد و آسیب لایه های زیرین پوست در موارد شدید	سوختگی	محل سوختگی را زیر جریان آب تمیز و خنک تا زمان برطرف شدن درد قرار دهید. لباس های تنگ و سوخته و زیور آلات را از تن مصدوم خارج کنید. در صورتی که لباس محل سوختگی چسبیده باشد، به جای سعی در کندن آن، اطراف آن را قیچی کنید. از یک پانسمان تمیز غیر چسبنده یا یک پارچه کتان بدون پرز، بدون مالیدن دارو استفاده کنید. اندامی را که دچار سوختگی شده بی- حرکت کرده، از سطح بدن بالاتر نگه دارید. به علت خطر مسمومیت با گازهای سمی، قربانی را در هوای آزاد قرار داده و به وضعیت تنفس وی توجه کنید. اگر مصدوم هوشیار است به او جرعه جرعه آب سرد بخورانید. اگر مصدوم هوشیار نیست طبق دستور مربوطه اقدام کنید. ارجاع فوری دهید
آسیب سرمایی به اندامها در اثر تماس طولانی مدت با سرمای خشک یا مرطوب به صورت قرمزی، تورم، کبودی و حتی زخم و تاول اغلب در انگشتان دست و پا، لاله گوش و بینی	سرمازدگی و یخ زدگی	مصدوم را از محیط سرد دور کنید. لباس، جوراب و کفش های خیس را هرچه سریع تر خارج نمایید. عضو سرمازده را به ملایمت خشک کنید. آن را بالاتر از سطح بدن قرار دهید. از حرارت مستقیم برای گرم کردن عضو استفاده نکنید. هرگز تاولها را تخلیه نکنید. برای گرم کردن عضو آسیب دیده در موارد خفیف، دور آن پتو بپیچید. از ذوب کردن اندام یخ زده پرهیز کنید. از پماد یا داروی موضعی استفاده نکنید. اجازه راه رفتن روی پای یخ زده را به مصدوم ندهید. از مالیدن برف یا ماساژ اندام یخ زده جداً خودداری کنید. موارد شدید را ارجاع فوری دهید.
علامه گرمزددگی از آسیب های خفیف مانند تورم اندام تحتانی، عرق سوز، گرفتگی های عضلانی تا یک تظاهرات شدید و حاد به صورت از دست دادن شدید مایعات بدن، تحریک پذیری، گیجی، پرخاشگری، تشنج و کاهش سطح هوشیاری بروز می کند.	گرمزددگی	مصدوم را از محیط گرم به خنک ترین جای ممکن و دور از تابش مستقیم آفتاب منتقل کنید. وی را در وضعیت نیم نشسته قرار دهید به طوری که پاهایش کمی بالاتر قرار گیرد. در صورت امکان، لباس های قربانی را در آورده و بر روی بدنش آب ولرم بپاشید یا اسپری کنید و سپس با باد زدن سعی در خنک کردن وی کنید. مراقب راه هوایی و تنفس فرد بوده و در صورت عدم وجود خطر و با احتیاط به وی مایعات خنک (دوغ یا آب میوه و نمک) بنوشانید. در نواحی عرق سوز از پودر بچه، تالک و ... استفاده نکنید. موارد شدید را ارجاع فوری دهید.

	غرق شدگی	در اولین فرصت ممکن، عملیات احیا را آغاز کنید. سعی در تخلیه آب وارد شده به معده یا ریه ها (مانند فشار روی شکم) نکنید. همه مصدومان حتی موارد بی علامت را به بیمارستان ارجاع دهید در حین انتقال مصدوم را گرم نگه دارید.
از دست دادن هوشیاری، توقف ضربان قلب، سوختگی های عمیق	برق گرفتگی و صاعقه زدگی	جریان برق را قطع کنید، بروی یک جسم عایق بایستید و بدن مصدوم را در قسمت بدون لباس لمس نکنید . اگر عامل برق گرفتگی، سقوط کابل فشارقوی بروی زمین است، باید حداقل 9 متر از آن دور شوید. توجه داشته باشید، چوب و وسایل پلاستیکی، در برابر جریان های فشار قوی عایق نیستند. در موارد صاعقه زدگی، مصدوم را از مکان مرتفع و مجاورت با درخت، ماشین، کنار دریا و دریاچه دور نمایید. در صورت لزوم در اولین فرصت عملیات احیا را آغاز کنید. در موارد سوختگی، مطابق دستورالعمل مربوطه رفتار کنید.

راهنماها و توصیه ها

توصیه های تغذیه ای

چگونه می توان تغذیه درست داشت؟

شرط اصلی سالم زیستن، داشتن تغذیه صحیح است.

تغذیه صحیح یعنی رعایت دو اصل تعادل و تنوع در برنامه غذایی روزانه. تعادل به معنی مصرف مقادیر کافی از مواد مورد نیاز برای حفظ سلامت بدن است و تنوع یعنی مصرف انواع مختلف مواد غذایی که در 5 گروه اصلی غذایی معرفی می شوند.

بهترین راه اطمینان از تعادل و تنوع در غذای روزانه استفاده از هر 5 گروه اصلی غذایی است.

5 گروه اصلی غذایی عبارتند از: گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات، گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزها.

مواد غذایی هر گروه، دارای ارزش غذایی تقریباً یکسان هستند و می توان از یکی به جای دیگری استفاده کرد.

مقایسه مقدار مصرف روزانه از گروه های غذایی را می توان با استفاده از شکل یک هرم نشان داد.

هرم غذایی چیست؟

هرم غذایی نشان دهنده گروه های غذایی و موادی است که در هر گروه جای می گیرند. قرار گرفتن مواد غذایی در بالای هرم که کم ترین حجم را در هرم اشغال می کند به این معنی است که افراد بزرگسال باید از این دسته از مواد غذایی کم تر مصرف کنند (مانند قندها و چربی ها). هر چه از بالای هرم به سمت پایین نزدیک می شویم حجمی که گروه های غذایی به خود اختصاص می دهند بیشتر می شود که به این معنی است که مقدار مصرف روزانه این دسته از مواد غذایی باید بیشتر باشد.

شناسایی گروه های غذایی به عنوان راهنمایی برای تغذیه کلیه گروه های سنی در جامعه ضروری است و پایه و اساس برنامه ریزی غذایی است که البته در گروه های سنی مختلف قابل انطباق با شرایط ویژه آن گروه می باشد.

معرفی گروه های غذایی:

یک برنامه غذایی سالم موجب سلامت جسم و روان می شود. هر فرد برای دستیابی به سلامت، نیاز به مصرف روزانه تمام گروه های غذایی دارد. مواد غذایی به 5 گروه اصلی غذایی تقسیم می شوند که عبارتند از:

- نان و غلات

- سبزی ها

- میوه ها

- شیر و فرآورده های آن

- گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه ها

نکته: چربی ها و شیرینی ها گروه متفرقه محسوب می شوند و باید به مقدار کم مصرف شوند.

گروه نان و غلات:

مواد غذایی این گروه، شامل انواع نان بخصوص نوع سبوس دار (سنگک، بربری، نان جو)، نان های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته ها، غلات صبحانه و فرآورده های آن ها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است.

گروه نان و غلات منبع کربوهیدرات های پیچیده و فیبر (مواد غیر قابل هضم گیاهی)، برخی ویتامین های گروه B، آهن، پروتئین و منیزیم می باشد.

میزان توصیه شده مصرف روزانه 11-6 واحد است.

هر واحد از این گروه برابر است با:

- 30 گرم نان یا یک کف دست بدون انگشتان یا یک برش 10 × 10 سانتی متری از نان بربری، سنگک و تافتون و برای نان لواش 4 کف دست، یا
- 30 گرم یا سه چهارم لیوان غلات صبحانه، یا
- نصف لیوان برنج یا ماکارونی پخته، یا
- 3 عدد بیسکویت ساده بخصوص نوع سبوس دار

گروه سبزی ها:

این گروه شامل انواع سبزی های برگ دار، انواع کلم، هویج، بادمجان، نخود سبز، لوبیا سبز، انواع کدو، فلفل، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز و سیب زمینی می باشد. این گروه دارای انواع ویتامین های A، B و C، مواد معدنی مانند پتاسیم، منیزیم و مقدار قابل توجهی فیبر است. میزان توصیه شده مصرف روزانه سبزی ها 3-5 واحد است.

هر واحد سبزی برابر است با:

- یک لیوان سبزی های خام برگ دار (اسفناج و کاهو)، یا
- نصف لیوان سبزی های پخته یا
- نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و هویج خرد شده، یا
- یک عدد گوجه فرنگی یا هویج یا خیار متوسط

گروه میوه ها:

این گروه شامل انواع میوه، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه ها و میوه های خشک (خشکبار) می باشد. مواد مغذی مهم این گروه شامل ویتامین A، C، فیبر و مواد معدنی است. میزان مورد نیاز مصرف روزانه میوه ها 4-2 واحد است.

هر واحد از این گروه برابر است با:

- یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی)، یا
- نصف گریپ فروت، یا
- نصف لیوان میوه های ریز مثل توت، انگور، انار، یا
- نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه، یا
- یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار، یا
- سه چهارم لیوان آب میوه تازه و طبیعی

گروه شیر و لبنیات:

این گروه شامل شیر و فرآورده های آن (ماست، پنیر، کشک، بستنی و دوغ) می باشد که توصیه می شود از انواع کم چرب آن استفاده شود. این گروه دارای کلسیم، پروتئین، فسفر، ویتامین B12 و B2 و سایر مواد مغذی می باشد و بهترین منبع تامین کننده کلسیم است.

میزان توصیه شده مصرف روزانه لبنیات 3-2 واحد است.

یک واحد از یک گروه برابر است با:

- یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (کم تر از 2.5 درصد)، یا
- 45 تا 60 گرم پنیر معمولی معادل یک و نیم قوطی کبریت، یا
- یک چهارم لیوان کشک، یا
- 2 لیوان دوغ، یا
- یک و نیم لیوان بستنی پاستوریزه

گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه ها:

این گروه شامل گوشت های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) (تخم مرغ، حبوبات(نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه) و مغز دانه ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و ...) است. این گروه حاوی پروتئین، آهن، روی و سایر مواد مغذی است.

میزان توصیه شده مصرف روزانه برابر با 3-2 واحد است .

هر واحد از این گروه برابر است با:

- 2 تکه (هر تکه 30 گرم) گوشت خورشتی پخته، یا
- نصف ران متوسط مرغ یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست)، یا
- یک تکه ماهی به اندازه کف دست (بدون انگشت) ، یا
- دو عدد تخم مرغ، یا
- یک لیوان حبوبات پخته، یا
- یک سوم لیوان مغز دانه ها (گردو، بادام، فندق، پسته)

گروه متفرقه:

این گروه شامل انواع مواد قندی و چربی ها است. توصیه می شود افراد بزرگسال در برنامه غذایی روزانه از این گروه کم تر مصرف کنند.

انواع مواد غذایی این گروه عبارتند از:

الف - چربی ها (روغن های جامد و روغن های مایع، پیه، دنبه، کره، خامه، سرشیر و سس های چرب مثل مایونز)

ب - شیرینی ها و مواد قندی (مثل انواع مربا، شربت، قند و شکر، انواع شیرینی های خشک و تر، انواع پیراشکی، آب نبات و شکلات)

پ - ترشی ها، شورها و چاشنی ها (انواع ترشی و شور، فلفل، نمک، زردچوبه، دارچین و غیره).

ت - نوشیدنی ها (نوشابه های گازدار، چای، قهوه، انواع آب میوه های صنعتی و پودرهای آماده مثل پودر پرتقال و غیره).

چند توصیه:

- از مصرف روغن جامد پرهیز شود و از روغن مایع معمولی (روغن نباتی) برای پخت و پز و از روغن مخصوص سرخ کردنی برای سرخ کردن مواد غذایی و یا تهیه غذا در حرارت بالا استفاده شود.
- از حرارت دادن روغن ها با شعله بالا و به مدت طولانی خودداری و برای سرخ کردن از روغن مایع مخصوص سرخ کردن استفاده شود.

- مصرف چربی ها، شیرینی ها و چاشنی ها بسیار محدود شود.
- مصرف نوشیدنی های ذکر شده در گروه متفرقه محدود شود و به جای آن ها نوشیدنی های سالم مثل آب، شیر، آب میوه تازه و دوغ کم نمک میل شود.
- برای رفع تشنگی، نوشیدن آب ساده بر هر آشامیدنی دیگری ترجیح دارد.
- مصرف چپیس به دلیل داشتن چربی و نمک زیاد باید محدود شود.
- نمک باید به میزان کم مصرف شود و از نوع نمک یددار تصفیه شده باشد.

نیازهای تغذیه‌ای در سنین مدرسه

نیازهای تغذیه‌ای

غذاها از مواد مغذی تشکیل شده‌اند و تغذیه صحیح یعنی خوردن غذای کافی و مناسب و دریافت مقدار لازم و کافی از هر یک از این مواد مغذی که برای حفظ سلامت به طور روزانه لازمند. این نیازها با توجه به شرایط جسمی، محیطی و فردی متفاوتند و براساس سن، جنس، شرایط فیزیولوژیک، اندازه بدن و میزان فعالیت فرد تعیین می‌شوند.

انرژی: دوران بلوغ شروع جهش رشد است. بنابراین، تأمین انرژی مورد نیاز بسیار ضروری است. میزان انرژی مورد نیاز دانش‌آموزان، به دلیل تفاوت در اندازه بدن، میزان تحرک و سرعت رشد آن ها متفاوت است و هر چه میزان تحرک و فعالیت بدنی دانش‌آموز بیشتر باشد به انرژی بیشتری نیاز دارد. کربوهیدرات‌ها که بیشتر در نان و غلات وجود دارند و همچنین چربی‌ها منابع تأمین کننده انرژی هستند.

پروتئین: پروتئین برای نگهداری و ترمیم بافت‌ها و ساختن سلول‌ها و بافت‌های جدید مورد نیاز است. ترکیبی از پروتئین حیوانی و گیاهی به شرط آنکه انرژی دریافتی دانش‌آموز کافی باشد می‌تواند نیاز بدن را برای رشد تأمین نماید. توصیه می‌شود حتی الامکان پروتئین حیوانی مانند پروتئین موجود در شیر، گوشت و تخم‌مرغ که پروتئین با کیفیت خوب محسوب می‌شوند در برنامه غذایی روزانه دانش‌آموز گنجانده شود.

در صورتی که در میان وعده نان و پنیر، نان و تخم‌مرغ، کتلت، انواع کوکوها مثل کوکوی سیب زمینی و یا کوکوی سبزی و یا شیر و کیک مصرف شود، بخشی از پروتئین مورد نیاز این سنین تأمین می‌شود. **ویتامین‌ها و املاح معدنی:** ویتامین‌ها و املاح معدنی از طریق پنج گروه غذایی اصلی در برنامه غذایی روزانه باید به بدن برسند. برخی از ویتامین‌ها و املاح معدنی در دوران رشد نقش اساسی دارند و کمبود آن ها موجب اختلال رشد دانش‌آموز می‌شود. شایع ترین کمبودهای ویتامینی در این دوران، کمبود ویتامین A و D و شایع ترین کمبودهای املاح، کمبود ید، آهن، روی و کلسیم است.

اهمیت صرف صبحانه

نخوردن صبحانه می‌تواند اثرات منفی بر یادگیری دانش‌آموزان داشته باشد. در شرایط ناشتایی کوتاه مدت معمولاً سطح گلوکز خون به نحوی تنظیم می‌شود که به عملکرد طبیعی مغز لطمه وارد نشود و اگر مدت زمان ناشتایی طولانی‌تر باشد، به دلیل افت قند خون، مغز قادر به فعالیت طبیعی خود نیست و در نتیجه یادگیری و تمرکز حواس مختل می‌شود. دانش‌آموزانی که صبحانه نمی‌خورند بیشتر در معرض اضافه‌وزن و چاقی قرار دارند. نخوردن صبحانه و ناشتایی طولانی مدت موجب افت قند خون شده و در نتیجه در وعده ناهار به علت گرسنگی و اشتیهای زیاد، غذای بیشتری خورده می‌شود که در نهایت اضافه‌وزن و چاقی را به دنبال دارد.

نکته: برای این که دانش‌آموزان اشتیهای کافی برای خوردن صبحانه داشته باشند باید شام را در ساعات ابتدای شب صرف کنند و حتی الامکان شب‌ها در ساعت معین بخوابند تا صبح‌ها بتوانند زودتر بیدار شوند و وقت کافی برای خوردن صبحانه داشته باشند. اگر والدین صبحانه را به عنوان یک وعده غذایی مهم تلقی کنند و هر روز دور سفره صبحانه بنشینند، خود مشوق دانش‌آموزان برای صرف صبحانه خواهند بود. والدین باید سحرخیزی، ورزش و نرمش صبحگاهی و خوردن صبحانه در محیط گرم خانواده را به کودکان خود بیاموزند. غذاهایی مثل فرنی، شیربرنج، حلیم و عدسی از ارزش غذایی بالایی برخوردارند. این غذاها را می‌توان در وعده صبحانه به دانش‌آموزان داد. غذاهایی از قبیل نان و پنیر و گردو، نان و تخم‌مرغ و گوجه فرنگی، نان و کره و مربا، نان و کره و عسل، نان و کره و خرما، همراه با یک لیوان شیر، یک صبحانه سالم و مغذی برای دانش‌آموزان به‌شمار می‌روند. یکی از دلایل نخوردن صبحانه در دانش‌آموزان تکراری و یکنواخت بودن آن است. تنوع در صبحانه، دانش‌آموزان را به خوردن صبحانه تشویق می‌کند.

میان وعده‌ها

دانش‌آموزان علاوه بر سه وعده غذایی اصلی به میان وعده نیز نیاز دارند. در این سنین دانش‌آموزان باید برای نگه‌داشتن غلظت قند خون در حد طبیعی، هر 4 تا 6 ساعت غذا بخورند تا فعالیت سیستم عصبی و

عملکرد مغز در حد مطلوب باقی بماند.

ارزش غذایی میان وعده‌ها باید در نظر گرفته شود. موادی چون چیپس، غلات حجیم شده ارزش غذایی کمی دارند. استفاده از انجیر خشک، توت خشک، بادام، پسته، گردو، برگه زردآلو و انواع میوه‌ها نظیر سیب، پرتقال، نارنگی، هلو، زردآلو، لیمو شیرین و... سبزیجاتی نظیر هویج، کاهو، خیار و ساندویچ‌هایی مانند نان و پنیر و سبزی، انواع کوکو و کتلت، نان و پنیر و خرما، می‌تواند به عنوان میان وعده در برنامه غذایی دانش‌آموزان قرار گیرد.

نکات ذیل را در تغذیه دانش‌آموزان به خاطر داشته باشید:

- ❖ انرژی و مواد مغذی مورد نیاز دانش‌آموزان در این سنین بستگی به اندازه بدن، سرعت رشد و میزان فعالیت آن‌ها دارد. بنابراین یک الگوی غذایی یکسان برای دانش‌آموزان نمی‌توان تعیین کرد.
- ❖ تشویق دانش‌آموزان به ورزش موجب سوختن کالری دریافتی روزانه، شادابی و جلوگیری از اضافه‌وزن و چاقی می‌شود.
- ❖ سرعت رشد دانش‌آموزان روز به روز در حال تغییر است بنابراین دریافت روزانه آن‌ها از نظر انرژی و موادمغذی و به طور کلی مقدار غذای مصرفی آن‌ها روز به روز تغییر می‌کند.
- ❖ سوء تغذیه در این دوران موجب کاهش سرعت رشد جسمی، کوتاه‌قدی و کاهش قدرت یادگیری می‌شود.
- ❖ استرس ناشی از رفتار اولیاء و مربیان یا استرس‌های مربوط به امتحانات می‌تواند روی اشتهای دانش‌آموزان اثر بگذارد. اگر این تأثیر موقت باشد مشکلی ایجاد نمی‌کند، ولی ادامه بی‌اشتهایی دانش‌آموزان می‌تواند مشکل آفرین باشد. در این صورت باید با شناسایی و رفع مشکل به دانش‌آموزان کمک شود. گاهی اوقات استرس موجب زیاده‌خواری دانش‌آموزان می‌شود. در مورد دانش‌آموزان چاق این مساله مهم و قابل توجه است. آموزش مناسب و مشاوره با دانش‌آموزان می‌تواند تا حدودی مشکل آنان را کم کند.
- ❖ دانش‌آموزان رفتارهای غذایی والدین را الگوی خود قرار می‌دهند. بنابراین امتناع والدین از خوردن برخی از غذاها موجب می‌شود که دانش‌آموزان نیز آن غذاها را هر چند که دارای ارزش غذایی بالایی باشند، نخورند.

مقایسه مواد غذایی مورد نیاز بر حسب گروه های غذایی در سنین مدرسه و بلوغ

منابع غذایی	معادل هر واحد	واحدهای مورد نیاز		گروه های غذایی
		۱۱-۶ سال	۱۸-۱۴ سال	
این گروه شامل انواع نان سبوس دار (سنگک، بربری، نان جو و...)، نان های سنتی سفید (لواش و تافتون)، نانهای فانتزی، برنج، انواع ماکارونی و رشته ها، غلات صبحانه و فرآورده های آنها است. بهتر است حداقل نیمی از نان و غلات مصرفی به دلیل تأمین فیبر مورد نیاز از نوع سبوس دار باشد.	یک کف دست بدون انگشت (معادل ۳۰ گرم) انواع نان ها مثل نان بربری و سنگک، یا ۴ کف دست نان لواش (معادل ۳۰ گرم) یا نصف لیوان برنج یا ماکارونی پخته یا ۳ عدد بیسکویت ساده، به ویژه سبوس دار	۹-۱۱ سال	۶-۱۱ سال	نان و غلات
این گروه شامل انواع سبزی های برگ دار، هویج، پادمان، نخود سبز، انواع کدو، فارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز، کرفس، ربواس و سبزیجات مشابه دیگر است.	یک لیوان سبزی های خام برگی یا نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده یا یک عدد گوجه فرنگی، پیاز، هویج یا خیار متوسط یا نصف لیوان آب هویج یا آب گوجه فرنگی یا نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و یا هویج خرد شده	۴-۵	۲-۴	سبزی ها
این گروه شامل انواع میوه مثل سیب، موز، پرتقال، خرم، انجیر تازه، انگور، برگه آلو، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه ها و میوه های خشک مثل انجیر خشک، کشمش، برگه آلو، می باشد.	یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی و...) یا نصف لیوان میوه های ریز مثل لوت، انگور، دانه های انار یا یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار یا نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی و در مورد میوه های شیرین مانند آب انگور یک سوم لیوان	۳-۴	۲-۳	میوه ها
مواد این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک است.	یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (کمتر از ۲/۵ درصد) یا ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر (یک ونیم قوطی کبریت پنیر) یا یک چهارم لیوان کشک مایع یا ۲ لیوان دوغ یا یک و نیم لیوان بستنی یا ستوریزه	۳	۲-۳	شیر و لبنیات
مواد این گروه شامل انواع گوشت های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) تخم مرغ، حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لیه و...) و سفر دانه ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و...) است.	۶۰ گرم گوشت (یا دو تکه خورشتی) تخم و بی چربی پخته اعم از گوشت قرمز یا سفید (به اندازه سبزه دو تکه گوجه کبابی یا دو قوطی کبریت کوچک) یا نصف ران متوسط یا نصف سینه متوسط مرغ (بدون پوست) یا ۶۰ گرم گوشت ماهی پخته شده (یک کف دست بدون انگشت) یا دو عدد تخم مرغ یا نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع سفرها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه)	۳	۲-۳	گوشت، حبوبات، تخم مرغ و سفر دانه ها

تغذیه در دوران بلوغ

اهمیت تغذیه دختران

دختران امروز مادران فردا و کلید سلامتی نسل کنونی و آینده می باشند. تمام مطالعات انجام شده نشان داده است که بسیاری از مشکلات دوران بارداری و تولد نوزادان نارس ارتباط مستقیم با وضع تغذیه مادر در زمان قبل از بارداری و سنین قبل از ازدواج دارد. دخترانی که زندگی خود را با تغذیه ناکافی در دوران کودکی همراه با بیماری شروع کرده و به دوره نوجوانی پا می گذارند، از یک طرف به علت کمبودهای تغذیه ای با کاهش قدرت یادگیری، افت تحصیلی، افزایش ابتلا به بیماری ها و کاهش توانمندی ذهنی و جسمی مواجه هستند و از سوی دیگر، پس از ازدواج نمی توانند دوران بارداری و شیردهی خوبی داشته باشند زیرا ذخایر بدنی مادر در دوران بارداری و شیردهی مصرف می شود و باعث تشدید سوء تغذیه او می گردد. در نتیجه، سوء تغذیه علاوه بر مادر گریبانگیر فرزندش نیز می شود.

به طور کلی مطالعات انجام شده نشان داده است که در دخترانی که از زمان تولد تا بلوغ غذای متعادل و کافی مصرف کرده اند در هنگام بارداری و زایمان با مشکلات کم تری روبه رو هستند. اندازه لگن بستگی به قد دارد و لگن در دخترانی که خوب تغذیه شده اند به شکلی است که وضع حمل آسان تر انجام می شود. در زنانی که در دوران کودکی به علت کمبود ویتامین D مبتلا به راشی تیسیم شده اند، لگن تغییر شکل داده و زایمان آن ها اغلب با سزارین همراه است.

به علت کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن ذخایر آهن بدن آن ها تخلیه می شود. این دختران اغلب پس از ازدواج و در دوران بارداری از کمبود آهن شدید رنج می برند و در این مادران نه تنها خطر مرگ و میر به علت خونریزی هنگام زایمان افزایش می یابد بلکه نوزادانی که به دنیا می آورند کم وزن یا نارس بوده و ذخایر آهن کافی ندارند. کم خونی فقر آهن در دوران بارداری و 2 سال اول زندگی اثرات جبران ناپذیری بر رشد و تکامل مغزی کودکان دارد و موجب کاهش بهره هوشی به میزان 5 تا 10 امتیاز می شود.

تغییرات فیزیولوژیک

بلوغ دوره ای از رشد و تکامل سریع می باشد که در آن دانش آموز از لحاظ فیزیکی بالغ شده و توانایی تولید مثل را پیدا می کند. به طور کلی دختران زودتر از پسران وارد مرحله بلوغ می شوند. منارک (شروع قاعدگی) اغلب به عنوان علامت بلوغ در دختران در نظر گرفته می شود. قاعدگی به طور متوسط در سن 12/5 سالگی اتفاق می افتد. با این حال شروع آن می تواند بین سنین 9 تا 17 سالگی باشد.

رشد قدی

در شروع دوره بلوغ (10 سالگی در دختران و 12 سالگی در پسران)، دختران و پسران در حدود 84% قد مورد انتظار خود را به دست آورده اند. پس از آن دختران در سن 13 سالگی و پسران در سن 15 سالگی به 95% قد مورد انتظار خود دست یافته اند. در طول دوران بلوغ میزان افزایش قد دخترها در حدود 15 سانتی متر است. در پسران حداکثر رشد قدی در حدود 14 سالگی اتفاق می افتد. در دوره بلوغ پسرها به طور متوسط 20 سانتی متر افزایش قد دارند.

رشد وزنی

میزان افزایش وزن در دوره بلوغ به موازات افزایش قد می باشد. از سن 10 تا 17 سالگی دخترها به طور متوسط 15 کیلوگرم افزایش وزن دارند که معادل 42 درصد وزن آن ها در بزرگسالی است. در همین مدت، پسرها به طور متوسط حدود 20 کیلوگرم افزایش وزن دارند که معادل 51 درصد وزن آن ها در بزرگسالی است.

ارزیابی وضعیت تغذیه در نوجوانی

بهترین و حساس ترین راه برای ارزیابی وضعیت تغذیه ای در دوره بلوغ، پایش رشد است. با اندازه گیری قد و محاسبه BMI و ثبت آن بر منحنی رشد استاندارد، به همان طریقی که در بخش پایش رشد گفته شد، می توان وضعیت تغذیه و رشد نوجوانان را ارزیابی نمود.

نیازهای تغذیه ای دوران بلوغ

انرژی

نیاز به انرژی در نوجوانان در سنین بلوغ به دلیل متفاوت بودن سرعت رشد و میزان فعالیت جسمی متفاوت است. نیاز به انرژی در پسران نوجوان زیاده است زیرا افزایش سرعت رشد پسران بیشتر بوده و عضلات آنان بیشتر از دختران است.

پروتئین

در دوران بلوغ بدن برای رشد به پروتئین نیاز دارد نوجوانان باید در برنامه غذایی روزانه خود از منابع پروتئین حیوانی [گوشت، تخم مرغ، شیر و لبنیات کم چرب (کم تر از 2/5% چربی)] و پروتئین گیاهی (حبوبات و غلات) بیشتر استفاده نمایند. برای افزایش ارزش غذایی بهتر است پروتئین های حیوانی و گیاهی همراه هم (مثلاً نان و تخم مرغ، نان و شیر، شیر برنج، ماکارونی با پنیر، نان و پنیر، نان و ماست) و یا دو نوع پروتئین گیاهی از منبع غلات و حبوبات با هم و هم زمان (مثلاً عدس پلو، لوبیا پلو، عدسی با نان، لوبیا با نان) مصرف گردند. انواع مغز دانه ها (از نوع کم نمک) نیز منبع خوبی از پروتئین هستند و به عنوان میان وعده، بخشی از پروتئین مورد نیاز را تأمین می کنند. البته مغز دانه ها علاوه بر پروتئین حاوی مقادیر زیادی چربی هم هستند و در مصرف آن ها باید اعتدال رعایت شود.

ویتامین ها و املاح

نوجوانان باید با مصرف روزانه پنج گروه اصلی غذایی ویتامین ها و املاح مورد نیاز خود را تأمین نمایند. کمبود برخی ویتامین ها و املاح از جمله ویتامین A و D، آهن، روی و کلسیم در نوجوانان بویژه دختران نوجوان شایع تر است.

اضافه وزن و چاقی

مقدمه

دوران بلوغ نه تنها با جهش رشد جسمی بلکه با تغییرات خلق و خو و تحولات عاطفی و روانی همراه است. در این مرحله نوجوانان شناخت هویت و کسب استقلال را تجربه می کنند. در این دوران توجه آن ها به حفظ ظاهر و تناسب اندام بیشتر جلب می شود و این عوامل، رفتارهای غذایی نوجوانان را به شدت تغییر می دهد. حذف بعضی از وعده های غذایی، مصرف تنقلات، غذا خوردن خارج از منزل و علاقه به مصرف غذاهای غیرخانگی از ویژگی های عادات غذایی دوران نوجوانی است که متأثر از خانواده، دوستان و رسانه های جمعی است.

اضافه وزن و چاقی در دانش آموزان یکی از مهم ترین عوامل خطر ساز برای فشار خون بالا، دیابت و چربی خون بالا در بزرگسالی است. عادات غذایی غلط از جمله مصرف بی رویه فست فودها (سوسیس، کالباس، همبرگر، پیتزا، سیب زمینی سرخ کرده) چپیس، غذاهای چرب و سرخ شده، نوشابه های گازدار (که حاوی مقدار زیادی قند هستند)، شیرینی و شکلات، مصرف کم سبزی ها و میوه ها، و بی تحرکی از دلایل مهم اضافه وزن و چاقی در دانش آموزان هستند.

توصیه های تغذیه ای برای دانش آموزان دارای اضافه وزن و چاقی

تغییر و اصلاح غذایی

— تأکید بر مصرف صبحانه: دانش آموزانی که صبحانه نمی خورند در وعده ناهار به دلیل افت قند خون، اشتها ی زیادی برای غذا خوردن دارند و در نتیجه با خوردن غذای اضافی دچار اضافه وزن و چاقی می شوند.

— مصرف روزانه حداقل دو میان وعده غذایی مناسب مانند: میوه، نان و پنیر، نان و خیار و گوجه فرنگی و ...

— صرف غذا به همراه خانواده و تشویق آن ها به کاهش مصرف غذاهای غیرخانگی

— مصرف بیشتر سبزی و سالاد در وعده غذایی

— خودداری از مصرف غذا یا تنقلات هنگام تماشای تلویزیون

— استفاده از چاشنی های سالم مانند آبلیمو، آب نارنج، روغن زیتون به جای سس مایونز که حاوی چربی زیادی است و یا استفاده از سس های رژیمی کم چرب به مقدار کم

— محدود کردن مصرف غذاهای چرب، سرخ شده و تنقلات پرکالری و پر چرب مانند سیب زمینی سرخ شده، غلات حجیم شده، شکلات، کیک های خامه ای و شکلاتی، بستنی، شیرکاکائو، آجیل و ...

— نوشیدن آب یا دوغ کم نمک و بدون گاز و یا آب میوه طبیعی و بدون قند به جای نوشابه. نوشابه های گازدار حاوی مقادیر زیادی قند هستند؛ یک بطری 300 میلی لیتری نوشابه حدود 28 گرم (دو قاشق غذاخوری) شکر دارد.

— مصرف شیر و لبنیات کم چرب (کم تر از 2/5% چربی)

— محدود کردن مصرف کره، سرشیر، خامه و سس مایونز که حاوی چربی زیادی هستند. به جای ماست پرچرب و ماست خامه‌ای از ماست کم چرب و به جای پنیر خامه‌ای از پنیر معمولی استفاده شود.

— مصرف میوه یا آبمیوه تازه و طبیعی به جای آبمیوه آماده و تجاری. به آبمیوه آماده و تجاری معمولاً مقداری قند اضافه شده است. به جای آن‌ها بهتر است از آب میوه تازه و طبیعی که در منزل تهیه می‌گردد استفاده شود.

به طور کلی مصرف میوه بهتر از آب آن است چون حاوی فیبر غذایی است که در پیشگیری از اضافه وزن و چاقی موثر است.

— در برنامه غذایی نوجوانان، روزانه از سبزی‌های تازه یا پخته و میوه تازه استفاده شود.

— مصرف غذاهای فیبر دار مانند نان سبوس‌دار (نان سنگک)، بیسکویت ساده و سبوس‌دار، خشکبار و میوه‌های خشک، میوه‌ها و سبزی‌های خام (مثل هویج، کاهو، کرفس، گل کلم و...). فیبر موجود در نان سبوس‌دار، سبزی و

میوه‌ها، جذب چربی و مواد قندی را در روده کاهش می‌دهند.

— محدود کردن غذا خوردن در رستوران. غذاهای رستورانی اغلب چرب و پر نمک هستند.

— محدود کردن مصرف فست‌فودها مثل سوسیس، کالباس و پیتزا که حاوی چربی زیادی هستند و افراط در مصرف آن‌ها موجب اضافه‌وزن و چاقی می‌شود.

تحرك و فعاليت بدنی

— تشویق نوجوانان برای انجام ورزش‌هایی مثل دو چرخه سواری، دویدن، دویدن تند، شنا کردن

— تشویق برای شرکت در کارهای منزل مثل تمیز کردن خانه، انجام کارهای باغچه، آب دادن به گل‌دان‌ها در منزل، مرتب کردن وسایل شخصی، نظافت اتاق و موارد مشابه.

— محدود کردن استفاده از بازی‌های رایانه‌ای، تماشای تلویزیون به کم تر از 2 ساعت در روز

— استفاده از پله به جای آسانسور، دانش‌آموزان را تشویق کنید که به جای آسانسور از پله استفاده کنند.

— تشویق برای پیاده روی تا مدرسه، امروزه خانواده‌ها بیشتر از سرویس نقلیه برای رفت و آمد دانش‌آموزان استفاده می‌کنند و به این دلیل تحرک و فعالیت بدنی دانش‌آموزان کاهش یافته است، تشویق آن‌ها به پیاده روی

در فرصت‌های مناسب مثلاً رفتن برای خرید، رفتن به مدرسه در صورت نزدیک بودن فاصله آن از منزل به افزایش تحرک بدنی دانش‌آموزان کمک می‌کند.

— تشویق برای بازی با همسالان در فضاهای مناسب مثل پارک‌ها، ورزشگاه‌ها و...

— تشویق برای انجام ورزش‌هایی که کالری بیشتری می‌سوزانند مثل فوتبال، والیبال، بسکتبال، شنا و تنیس

— تشویق برای فعالیت‌های بیرون از خانه مثل رفتن به پارک و...

— روزانه 60 دقیقه فعالیت ورزشی برای نوجوانان توصیه می‌شود. نوجوانانی که دارای اضافه وزن هستند یا چاق می‌باشند بهتر است بیشتر از 60 دقیقه در روز فعالیت بدنی داشته باشند و مدت فعالیت بدنی خود را به

تدریج افزایش دهند.

— والدین باید بدانند که بیشتر از 2 ساعت فعالیت نشسته مثل تماشای تلویزیون یا بازی‌های رایانه‌ای در دانش‌آموزان صحیح نیست.

— شدت ورزش باید به تدریج اضافه شود در صورتی که نوجوانان فعالیت ورزشی را شروع می‌کنند، باید از فعالیت‌های سبک تر و مدت زمان کوتاه تر شروع کرده و به تدریج مدت آن را افزایش دهند.

— بعد از خوردن غذا به مدت یک ساعت ورزش نکنند. به دلیل ای نکه ورزش کردن نیاز به انرژی دارد پس از غذا خوردن اگر ورزشی صورت بگیرد سو هاضمه ایجاد می‌شود.

— تشویق خانواده به آماده کردن وسایل لازم برای ورزش کردن

والدین باید فرصت‌های مناسب و حمایت‌های بیشتر برای فعال بودن نوجوانان مثل (پیاده روی، دوچرخه سواری، استفاده از پله و جست و خیز کردن) را فراهم نمایند و برای ورزش‌های منظم‌تر مانند فوتبال آن‌ها را

حمایت کنند.

— نوع فعالیت ورزشی باید با نظر نوجوانان و مناسب با سن و توانایی بدنی آن‌ها باشد.

— تشویق خانواده برای فعالیت بیشتر مثل پیاده روی، رفتن با دوچرخه برای خرید، پارک رفتن با خانواده، رفتارهای والدین و اعضای خانواده نقش مهمی در تحرک و فعالیت بدنی دانش‌آموزان دارد. اگر والدین برای رفتن به

جاهای نزدیک به جای استفاده از وسیله نقلیه پیاده روی کنند دانش‌آموزان نیز یاد می‌گیرند که این گونه رفتار کنند و فعالیت و تحرک بدنی را بخش مهمی از زندگی بدانند.

عوارض رژیم‌های غذایی کاهش وزن

رژیم غذایی که با حذف کردن وعده‌های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می‌شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است. در دوره بلوغ این گونه رژیم‌های غذایی غلط برای

کاهش وزن، علاوه بر اختلال رشد، کمبودهای تغذیه‌ای، اختلالات قاعدگی در دختران، ضعف و خستگی، گیجی، افسردگی، تحریک‌پذیری، یبوست، نداشتن تمرکز حواس و اشکال در خوابیدن را به دنبال دارد. تنفس بدبو،

ریزش مو و خشکی پوست از عوارض رژیم‌های غذایی با محدودیت شدید کالری است. افزایش خطر ابتلا به سنگ کیسه صفرا نیز از عوارض جدی‌تر این گونه رژیم‌های غذایی است.

متأسفانه تأخیر رشد و تأخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه قدی غیر قابل جبران نمود می‌یابد که در اثر کمبود مواد مغذی بویژه ریزمغذی‌ها ایجاد می‌شود.

ریز مغذی‌ها

آهن

آهن یک ماده مغذی مورد نیاز برای ادامه حیات است. کمبود آهن و کم‌خونی ناشی از آن شایع‌ترین کمبود تغذیه‌ای در جهان می‌باشد. افراد زیادی بدون این که علایم واضح کم‌خونی را داشته باشند از عوارض زیان بار

کمبود آهن رنج می‌برند.

عوارض ناشی از کم خونی فقر آهن در دانش‌آموزان

آهن کافی برای حفظ سلامت، رشد مطلوب و فراهم ساختن زمینه مناسب برای یادگیری در دوران تحصیلی ضروری است. دانش‌آموزانی که دچار کم‌خونی فقر آهن هستند، همیشه احساس خستگی و ضعف می‌کنند. این

دانش‌آموزان اغلب از ورزش و فعالیت‌های بدنی دوری می‌کنند و یا در هنگام ورزش خیلی زود خسته می‌شوند. در این افراد تغییرات رفتاری به صورت بی‌حوصلگی و بی تفاوتی مشاهده می‌شود. کم‌خونی فقر آهن به

علت تأثیر بر قدرت یادگیری و کاهش آن، افت تحصیلی دانش‌آموزان را باعث می‌شود.

پیشگیری و کنترل کم‌خونی فقر آهن

1) آموزش تغذیه و ایجاد تنوع غذایی

آهن در منابع غذایی حیوانی و گیاهی وجود دارد. جذب آهن از منابع غذایی حیوانی تنها اندکی تحت تأثیر غذا و ترشحات دستگاه گوارش قرار می‌گیرد و ممکن است به میزان 20 تا 30 درصد هم جذب شود، در حالی که

جذب آهن از منابع غذایی گیاهی تحت تأثیر مواد غذایی است و جذب آن حداکثر حدود 5 تا 8 درصد است. در صورتی که منابع غذایی آهن همراه با منابع غذایی حاوی ویتامین C مصرف شود جذب آن‌ها 2 تا 3 برابر

بیشتر می‌شود.

منابع غذایی آهن

= بهترین منبع غذایی آهن جگر و پس از آن گوشت قرمز (گاو و گوسفند)، مرغ و ماهیان و ماهی است.

= حبوبات، انواع مغز دانه ها (پسته، بادام، گردو، فندق و...) از منابع خوب آهن هستند.

= سبزیجات برگ سبز تیره مثل جعفری، برگ‌های تیره کاهو، برگ چغندر نیز از منابع خوب آهن هستند. جذب آهن موجود در اسفناج به دلیل وجود اکزالات در آن، کم است.

= انواع خشکبار مثل برگه هلو، آلو و زرد آلو، توت خشک، انجیر خشک، خرما، کشمش، میوه‌های خشک

= نان‌های غنی‌شده با آهن. در کشور ما انواع نان‌های تافتون، بربری و لواش با آهن و اسید فولیک غنی می‌شوند.

= زرده تخم‌مرغ حاوی مقداری آهن است اما آهن موجود در زرده تخم‌مرغ نیز از قابلیت جذب کمی برخوردار است.

(2) آهن یاری

بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت، با توجه به شیوع بالای کم‌خونی فقر آهن در دختران سنین بلوغ و برای پیشگیری و کنترل آن در این سنین لازم است کلیه دختران دبیرستانی در هر سال تحصیلی به مدت 16 هفته (4 ماه) هر هفته یک عدد قرص آهن (فروس سولفات یا فروس فومارات یا فر فولیک) به صورت منظم مصرف کنند.

تحقیقات انجام شده در کشور ما نشان داده است که با مصرف 16 عدد قرص آهن در مدت 4 ماه از هر سال تحصیلی شیوع و شدت کم‌خونی فقر آهن و عوارض ناشی از آن از جمله افت تحصیلی و کاهش قدرت یادگیری به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد. نکته مهم این است که مصرف قرص‌های آهن گفته شده (این تعداد و این دوز از قرص آهن) تنها برای پیشگیری از کم‌خونی فقر آهن است نه درمان آن و در صورت ابتلا به کم‌خونی فقر آهن مراجعه به پزشک ضروری است.

= به والدین توصیه شود برای پیشگیری از کم‌خونی فقر آهن به کودکان 7 تا 14 سال هم (چه دختر و چه پسر) طی یک دوره 3 ماهه در هر سال (12 هفته) به طور هفتگی یک عدد قرص آهن داده شود.

= پسران در سنین بلوغ (19-15 سال) هم مانند دختران، در معرض خطر کمبود آهن و کم‌خونی ناشی از آن قرار دارند. به والدین توصیه کنید برای پیشگیری و کنترل کم‌خونی فقر آهن در این گروه، آن‌ها را تشویق کنید که به طور هفتگی یک عدد قرص آهن به مدت 16 هفته در سال (4 ماه) و در طی سال‌های بلوغ مصرف کنند.

(3) کنترل بیماری‌های عفونی و انگلی

ابتلا به بیماری‌های عفونی موجب کاهش اشتها شده و در نتیجه دریافت مواد مغذی از جمله آهن کاهش می‌یابد. از سوی دیگر، بیماری‌های عفونی در جذب و استفاده بدن از مواد مغذی اختلال ایجاد می‌کند و درمان به موقع و مناسب می‌تواند دوره عفونت و شدت آن را کاهش دهد.

رعایت اصول بهداشت فردی از جمله شستن کامل دست‌ها با آب و صابون قبل از تهیه و مصرف غذا و پس از اجابت مزاج، همچنین شستن و ضدعفونی سبزی‌ها قبل از مصرف به منظور جلوگیری از ابتلا به آلودگی‌های انگلی، از دیگر اقداماتی است که در آموزش دانش‌آموزان باید مورد تأکید قرار گیرد.

(4) غنی سازی مواد غذایی

نان یکی از مواد غذایی است که کشورها از سالیان پیش اقدام به غنی سازی آن با آهن و سایر املاح و ویتامین‌ها نموده اند. برخی از کشورها مواد غذایی دیگری مانند بیسکویت، کیک، کلوچه و سایر مواد غذایی مصرفی دانش‌آموزان را نیز با آهن و مواد مغذی دیگر غنی کرده‌اند و در برنامه تغذیه مدارس از آن استفاده می‌کنند. در کشور ما غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک از سال 1387 به صورت ملی در کل کشور آغاز شده است و کلیه نان‌های تافتون، لواش و بربری با آهن و اسید فولیک غنی می‌شوند.

کلسیم

کلسیم فراوان‌ترین ماده معدنی در بدن است که نقش مهمی در ساختمان دندان‌ها و استخوان دارد.

منابع غذایی کلسیم

کلسیم در مواد غذایی زیادی وجود دارد. شیر و لبنیات (ماست، پنیر، کشک و بستنی) به خاطر کلسیم کافی و آسانی هضم از بهترین منابع کلسیم می‌باشند. نکته مهم این است که اگر شیر و لبنیات از رژیم غذایی حذف شود حجم غذاهای دیگر که بتوانند همان مقدار کلسیم را تأمین کنند بقدری زیاد است که استفاده از آن‌ها را مشکل می‌کند.

سبزی‌های برگ دار سبز تیره مثل کلم، کاهو و شلغم منابع خوب کلسیم با قابلیت جذب خوب هستند. حبوبات نیز کلسیم دارند. اما مقدار کلسیم جذب شده از منابع گیاهی به خاطر اسید فیتیک و فیبر آن‌ها کاهش می‌یابد. ماهی‌های با استخوان کنسرو شده مثل ماهی کیلکا و ساردین منابع خوب کلسیم هستند به شرط این که استخوان‌های آن‌ها نیز مصرف شود.

ویتامین D

ویتامین D به عنوان ویتامین آفتاب شناخته شده است. زیرا مقدار تماس معمولی با نور خورشید برای بیشتر مردم جهت تولید ویتامین D مورد نیاز آن‌ها با استفاده از نور ماوراء بنفش خورشید و کلسترول پوست کافی است. ویتامین D برای جذب کلسیم لازم است و در صورت کمبود ویتامین D، کمبود کلسیم نیز ایجاد می‌شود.

منابع ویتامین D

بیشتر افراد از طریق تابش نور خورشید بر پوست مقدار کافی ویتامین D به دست می‌آورند. لباس، دود، گرد و غبار، شیشه پنجره، هوای ابری، هوای آلوده و کرم‌های ضد آفتاب مانع رسیدن اشعه ماوراء بنفش به بدن و تبدیل پیش‌ساز به ویتامین D می‌شوند. در افراد تیره پوست در مقایسه با کسانی که پوست روشن دارند ویتامین D کم‌تری ساخته می‌شوند. افرادی که شب‌کار هستند و روزها می‌خوابند، کسانی که در آب و هوای سرد زندگی می‌کنند و مجبورند داخل منزل بمانند و اشخاصی که تمام بدن خود را با لباس می‌پوشانند بیشتر در معرض خطر کمبود ویتامین D قرار دارند. به طور طبیعی ویتامین D در محصولات حیوانی مثل زرده تخم‌مرغ، خامه، جگر و کره به مقدار کمی وجود دارد.

نکته: شیر یک غذای انتخابی مناسب برای غنی‌سازی با ویتامین D است. در صورتی که شیر غنی شده با ویتامین D در دسترس باشد با مصرف آن بخشی از ویتامین مورد نیاز بدن تأمین می‌شود.

نکته: در صورتی که صورت و دست‌ها به مدت 5 تا 10 دقیقه و به مدت 2 تا 3 بار در هفته در ماه‌های زمستان در معرض نور مستقیم آفتاب قرار گیرد، ویتامین D مورد نیاز بدن تأمین می‌شود. اما جهت اجتناب از اثرات زیان بار نورخورشید بخصوص در تابستان در ساعات نزدیک ظهر (11 صبح تا 16 عصر) از مواجهه با نور خورشید اجتناب شود.

ویتامین‌های گروه B

در دوران بلوغ به دلیل افزایش نیاز به انرژی، نیاز به ویتامین‌های گروه B افزایش می‌یابد. این ویتامین‌ها برای آزاد شدن انرژی از کربوهیدرات‌ها لازم هستند. بنابراین ویتامین‌های گروه B مانند: B1، B2، B6، B12 و.... باید در دوران بلوغ بیشتر مصرف شوند. این گروه ویتامین‌ها در گوشت قرمز، ماهی، جگر، دل، قلوه، تخم‌مرغ، شیر و لبنیات وجود دارد.

ویتامین C

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

در طول سال‌های رشد سریع، میزان نیاز به املاحی از قبیل کلسیم، آهن، روی، منیزیم تا دو برابر افزایش می‌یابد.

روی

روی برای ساخت پروتئین ضروری است. بنابراین در رشد و تکامل طبیعی، تولید مثل، بلوغ جنسی، حس چشایی، سلامت پوست و تقویت سیستم ایمنی بدن لازم است. کمبود روی باعث از دست دادن حس چشایی، بی‌اشتهایی و تأخیر در التیام زخم‌های پوستی می‌شود.

منابع غذایی روی

منابع خوب روی عبارتند از جگر، گوشت قرمز، مرغ، ماکیان و ماهی، شیر و لبنیات (ماست، دوغ، پنیر، کشک و بستنی)، دانه کامل غلات، حبوبات و مغزها (آجیل). به طور کلی قابلیت جذب روی از منابع غذایی حیوانی بیشتر است.

غلات سبوس‌دار، حبوبات و آجیل هم حاوی روی هستند، ولی در عین حال حاوی اسید فیتیک و فیبر و مواد دیگری هم که در جذب روی اختلال به وجود می‌آورند نیز هستند. میوه‌ها و سبزی‌ها حاوی روی کمی هستند. روی موجود در پروتئین گیاهی مانند سویا کم‌تر از پروتئین حیوانی جذب می‌شود.

ید و اهمیت آن

ید یک عنصر طبیعی مورد نیاز برای زندگی است که باید به طور روزانه مصرف شود. گواتر حداقل اختلالی است که در اثر کمبود ید بوجود می‌آید. بزرگی غده تیروئید را گواتر می‌نامند. فرد مبتلا به گواتر فعالیت کمتری نسبت به افراد طبیعی دارد. اختلالات مهم دیگری که در اثر کمبود ید بروز می‌کند، عقب ماندگی‌های جسمی و ذهنی، کاهش بهره هوشی، اختلالات عصبی و روانی، مرده‌زایی، لوچی چشم، کر و لالی مادرزادی، افت تحصیلی و کاهش مقاومت بدن در مقابل بیماری‌ها می‌باشد.

پیشگیری از کمبود ید

بهترین روش پیشگیری از عوارض ناشی از کمبود ید استفاده از نمک‌های یددار تصفیه شده است. طعم و بوی نمک یددار تصفیه شده مشابه نمک معمولی است و به همان طریق هم مصرف می‌شود. با مصرف روزانه نمک یددار می‌توان از گواتر و سایر اختلالات ناشی از کمبود ید جلوگیری کرد. هر فرد، جوان یا پیر، بیمار یا سالم به طور روزانه به ید نیاز دارد.

نمک یددار را نباید به مدت طولانی در معرض نور خورشید و یا رطوبت قرار داد چون ید آن از دست می‌رود. نمک یددار را باید در ظرف بدون منفذ نگهداری کرد. نگهداری نمک یددار در ظروف شیشه‌ای و بی رنگ نیز موجب کاهش ید آن می‌شود. بنابراین باید نمک یددار را در ظروف شیشه‌ای رنگی نگهداری کرد. باید توجه داشت که برای پیشگیری از فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی و عروقی باید نمک کم مصرف شود اما همان مقدار کم نیز باید یددار و تصفیه شده باشد.

ویتامین A

ویتامین A از ویتامین‌های محلول در چربی است که در منابع حیوانی و گیاهی یافت می‌شود. بتاکاروتن که پیش‌ساز ویتامین A است در تمام گیاهان زرد مثل زردک، هویج، فلفل زرد و قرمز، کدو تنبل، کدو حلوائی و میوه‌هایی مثل هلو، آلو، زردآلو، انبه، موز، طالبی، خرمالو، نارنگی وجود دارد. ویتامین A و بتاکاروتن برای جذب به چربی نیاز دارند. ویتامین A برای بینایی، قدرت دید در تاریکی، رشد، نمو و سلامت پوست لازم است و کمبود آن موجب شب‌کورگی، اختلال در رشد و کاهش مقاومت بدن در مقابل بیماری‌ها می‌شود.

منابع غذایی ویتامین A و پیش ساز آن

منابع حیوانی

- روغن کبد ماهی که غنی‌ترین منبع ویتامین A است و معمولاً به صورت مکمل مصرف می‌شود.
- جگر حیوانات مثل گاو، گوساله، گوسفند و مرغ منبع خوب ویتامین A محسوب می‌شوند.
- کره، پنیر، شیر، خامه و سرشیر و زرده تخم‌مرغ منبع خوب ویتامین A هستند.

منابع گیاهی

- سبزی‌های برگ‌ی شکل سبز تیره مثل اسفناج، چغندر، برگ‌های تیره رنگ کاهو، فلفل سبز
- سبزی‌های زرد و نارنجی مثل هویج، کدو حلوایی، فلفل قرمز، زرد و نارنجی
- میوه‌های زرد و نارنجی مثل طالبی، زردآلو، انبه، خرمالو، هلو، آلو، انگور، موز، خربزه، طالبی و نارنگی

خلاصه

Ø هر گروه غذایی از دسته‌ای از مواد غذایی تشکیل شده است که از نظر ارزش غذایی مشابه یکدیگر هستند و می‌توانند به جای هم مصرف شوند. گروه‌های غذایی در 5 دسته اصلی قرار می‌گیرند.

Ø گروه‌های غذایی اصلی باید هر روز به مقدار توصیه شده مصرف شوند.

Ø یک گروه متفرقه نیز وجود دارد که شامی مواد قندی و چربی‌ها ست و بر خلاف گروه‌های غذایی اصلی که باید هر روز به مقدار کافی مصرف شوند. از این گروه باید کم‌تر استفاده شود.

Ø دوران بلوغ شروع جهش رشد است. بنابراین، تأمین انرژی مورد نیاز بسیار ضروری است. میزان انرژی مورد نیاز دانش‌آموزان، به دلیل تفاوت در اندازه بدن، میزان تحرک و سرعت رشد آن‌ها متفاوت است.

Ø نخوردن صبحانه می‌تواند اثرات منفی بر یادگیری دانش‌آموزان داشته باشد. دانش‌آموزانی که صبحانه نمی‌خورند بیشتر در معرض اضافه‌وزن و چاقی قرار دارند

Ø دانش‌آموزان علاوه بر سه وعده غذایی اصلی به میان وعده نیز نیاز دارند. در این سنین دانش‌آموزان باید برای نگه‌داشتن غلظت قند خون در حد طبیعی، هر 4 تا 6 ساعت غذا بخورند تا فعالیت سیستم عصبی و عملکرد مغز در حد مطلوب باقی بماند.

Ø بلوغ دوره‌ای از رشد و تکامل سریع می‌باشد که در آن دانش‌آموز از لحاظ فیزیکی بالغ شده و توانایی تولید مثل را پیدا می‌کند.

Ø نیاز به انرژی در نوجوانان در سنین بلوغ به دلیل تفاوت بودن سرعت رشد و میزان فعالیت جسمی متفاوت است. نیاز به انرژی در پسران نوجوان زیاده‌تر است زیرا افزایش سرعت رشد پسران بیشتر بوده و عضلات آنان بیشتر از دختران است. توصیه می‌شود.

Ø بهترین روش و پایه ارزیابی رشد دانش‌آموز و وضعیت تغذیه‌ای او روش تن سنجی و اندازه‌گیری وزن و قد و محاسبه شاخص نمایه توده بدنی (BMI) و مقایسه آن با منحنی‌های استاندارد رشد می‌باشد.

Ø با اندازه‌گیری وزن و قد شاخص‌های مختلفی تعیین می‌گردد که مهم‌ترین آن‌ها نمایه توده بدنی است. هدف از ارزیابی این است که تعیین شود رشد دانش‌آموز طبیعی است یا در روند رشد وی مشکلاتی وجود دارد و آنچه که بسیار مهم است تشخیص علل اختلال رشد و انجام مداخلات لازم می‌باشد.

Ø رشد قدی تحت تأثیر عامل ارث و نحوه تغذیه می‌باشد. هر یک از دانش‌آموزان برای حداکثر رشد قدی که می‌توانند با تغذیه خوب و شرایط آب و هوایی مناسب به آن برسند، قابلیت ژنتیکی ویژه‌ای دارند.

Ø با اندازه‌گیری قد دانش‌آموز و ثبت آن بر منحنی قد برای سن، چگونگی رشد قدی دانش‌آموز تعیین می‌شود.

Ø معمولاً دانش‌آموزان نسبت به رشد قدی خود حساس هستند و کارکنان بهداشتی و مراقبین سلامت با توجه به این موضوع باید آن‌ها را از اهمیت تغذیه صحیح برای داشتن رشد قدی مطلوب آگاه نماید.

Ø هر دانش‌آموزی علاقه‌مند است بداند از نظر وضعیت جسمانی و رشد بدن در مقایسه با سایر همسالان چگونه است. برای این کار از شاخصی به نام "نمایه توده بدنی (BMI)" استفاده می‌شود.

Ø نمایه توده بدنی عددی است که با وزن و قد فرد ارتباط دارد. وقتی که BMI بر روی نموداری در مقابل سن دانش‌آموز ترسیم شود، ابزار سودمندی در پایش رشد دانش‌آموز می‌باشد.

Ø اضافه‌وزن و چاقی در دانش‌آموزان یکی از مهم‌ترین عوامل خطر ساز برای فشار خون بالا، دیابت و چربی خون بالا در بزرگسالی است.

Ø رژیم غذایی که با حذف کردن وعده‌های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می‌شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است.

Ø تأخیر رشد و تأخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه قدی غیر قابل جبران نمود می‌یابد که در اثر کمبود مواد مغذی بویژه ریزمغذی‌ها ایجاد می‌شود.

Ø تأکید بر مصرف صبحانه، دانش‌آموزانی که صبحانه نمی‌خورند در وعده ناهار به دلیل افت قند خون، اشتیهای زیادی برای غذا خوردن دارند و در نتیجه با خوردن غذای اضافی دچار اضافه‌وزن و چاقی می‌شوند.

Ø آهن یک ماده مغذی مورد نیاز برای ادامه حیات است. کمبود آهن و کم‌خونی ناشی از آن شایع‌ترین کمبود تغذیه‌ای در جهان می‌باشد. افراد زیادی بدون اینکه علایم واضح کم‌خونی را داشته باشند از عوارض زیان بار کمبود آهن رنج می‌برند.

- Ø آهن کافی برای حفظ سلامت، رشد مطلوب و فراهم ساختن زمینه مناسب برای یادگیری در دوران تحصیلی ضروری است.
- Ø دانش‌آموزانی که دچار کم‌خونی فقر آهن هستند، همیشه احساس خستگی و ضعف می‌کنند
- Ø آهن در منابع غذایی حیوانی و گیاهی وجود دارد. جذب آهن از منابع غذایی حیوانی تنها اندکی تحت تأثیر غذا و ترشحات دستگاه گوارش قرار می‌گیرد.
- Ø بهترین منبع غذایی آهن جگر و پس از آن گوشت قرمز (گاو و گوسفند)، مرغ و ماهیان و ماهی است.
- Ø نان یکی از مواد غذایی است که کشورها از سالیان پیش اقدام به غنی سازی آن با آهن و سایر املاح و ویتامین‌ها نموده اند.
- Ø کلسیم در مواد غذایی زیادی وجود دارد. شیر و لبنیات (ماست، پنیر، کشک و بستنی) به خاطر کلسیم کافی و آسانی هضم از بهترین منابع کلسیم می‌باشند.
- Ø ویتامین D به عنوان ویتامین آفتاب شناخته شده است. زیرا مقدار تماس معمولی با نور خورشید برای بیشتر مردم جهت تولید ویتامین D مورد نیاز آن‌ها با استفاده از نور ماوراءبنفش خورشید و کلسترول پوست کافی است.
- Ø روی برای ساخت پروتئین ضروری است. بنابراین در رشد و تکامل طبیعی، تولید مثل، بلوغ جنسی، حس چشایی، سلامت پوست و تقویت سیستم ایمنی بدن لازم است. کمبود روی باعث از دست دادن حس چشایی، بی‌اشتهایی و تأخیر در التیام زخم‌های پوستی می‌شود.
- Ø ید یک عنصر طبیعی مورد نیاز برای زندگی است که باید به طور روزانه مصرف شود. گواتر حادقل اختلالی است که در اثر کمبود ید به وجود می‌آید.
- Ø ویتامین A از ویتامین‌های محلول در چربی است که در منابع حیوانی و گیاهی یافت می‌شود.

هپاتیت B و C

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

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

نشانه ها، گونه ها، همه گیر شناسی

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

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

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

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

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

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

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

راه های انتقال و پیشگیری

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

هر گونه استفاده از تیغ یا سوزن های غیر استریل چه در خالکوبی (تاتو)، دندانپزشکی، طب سوزنی و حجامت و چه در آرایشگاه می تواند منجر به انتقال عفونت گردد. راه های انتقال هپاتیت C و B یکسان است اما

خوشبختانه علیه هپاتیت B واکسن وجود دارد که به کلیه نوزادان و افرادی که مشاغل پر خطر دارند نظیر کادر درمانی، تزریق شده (3 نوبت در طول 6 ماه) و در 95% موارد ایجاد ایمنی می کند.

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

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

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

توصیه های فعالیت بدنی

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

- بزرگسالان حداقل روزی 30 دقیقه و کودکان 60 دقیقه بدون تا فعالیت بدنی متوسط داشته باشند، برای آنان که می خواهند اضافه وزنشان را کاهش دهند یا از اضافه شدن وزنشان جلوگیری کنند فعالیت بدنی بیش تری توصیه می شود.
 - خانواده باید برای فعالیت بدنی برنامه ای لذت بخش و قابل اجرا داشته باشند و مدت زمان فعالیت فعلی را نیز دست کم 30 دقیقه تا 60 دقیقه در چند دوره 5 تا 10 دقیقه ای افزایش دهد. فعالیت های افزایش یافته باید از نوع فعالیت با شدت متوسط مانند راه رفتن، اسکیت، دوچرخه سواری، شنا، بازی گروهی و یا فعالیت شدید مانند دو یا فوتبال باشد.
 - خانواده باید محیط امن برای فرزندان و دوستانشان فراهم کنند تا بتوانند با خیال راحت بازی کنند. بازی های دسته جمعی، شنا، دوچرخه سواری و اسکیت توصیه می شود.
 - خانواده باید بر فعالیت های نشسته فرزندان نظارت کند، دیدن تلویزیون و بازی های کامپیوتری را محدود کند، تماشای تلویزیون را به روزانه کم تر از 2 ساعت محدود کند و مدت زمان آن را دست کم 30 دقیقه در شبانه روز کاهش دهد.
 - کودکان را باید تشویق نمود تا در حد توان در فعالیت های مختلف شرکت کنند و تا قبل از نوجوانی، خود را در یک رشته ورزشی محدود نکنند و دنبال ورزش حرفه ای نباشند.
 - والدین و مربیان باید مراقب پیشگیری از آسیب های ناشی از فعالیت شدید باشند و در صورت بروز هر نوع آسیب استراحت کافی برای کودک پیش بینی کنند. همچنین باید چگونگی پیشگیری و درمان گرمزدگی را بدانند.
 - کودکان ورزشکار باید تحت نظر متخصص اطفال بوده و از نظر معیارهای رشد و بلوغ و ساختار بدنی و تنش های عصبی به طور دوره ای بررسی شوند. نیازهای تغذیه ای، میزان کالری، آهن و کلسیم و تعادل و تنوع غذایی کودک و نوجوان ورزشکار باید به طور دقیق تعیین شود.
 - مرحله شروع ورزش در کودک و نوجوان از سن 6 تا 10 سالگی، مرحله شکل گیری ورزش از سن 11 تا 14 سالگی، مرحله تخصصی شدن از سن 15 تا 18 سالگی، مرحله درجات عالی مهارت و اوج عملکرد سن 19 سال به بالا است.
 - همیشه باید در نظر داشت که فعالیت جسمی جزئی از زندگی روزمره است و نیاز به لباس خاص و یا شرکت در کلاس ویژه ندارد.
 - در جوانان و نوجوانان فعالیت فیزیکی به مدت 60- 30 دقیقه (که می تواند به سه نوبت 20- 10 دقیقه ای تقسیم شود) با شدت متوسط تا شدید، هر روز و دست کم 5 بار در هفته توصیه می شود، همچنین فعالیت جسمی روزانه، تند راه رفتن، دوچرخه سواری، آهسته دویدن و ورزش های کششی بازوها، شانه ها، قفسه سینه، تنه، پشت لگن و ساق پاها هر کدام 15- 10 بار برای 3- 2 بار در هفته توصیه می شود.
 - مجموع فعالیت جسمی با شدت کافی (متوسط تا شدید) در کودکان سنین دبستان باید 60- 30 دقیقه در روز و یا دست کم در بیش تر روزهای هفته حداقل 5 روز باشد.
 - کودکان سنین دبستان باید دوره های 15- 10 دقیقه ای فعالیت با شدت زیاد داشته باشند.
 - کودکان و نوجوانان نوابسته به مدت طولانی (هر بار بیش از یک ساعت در طول روز) بی حرکت باشند.
 - نوجوانان به 60- 30 دقیقه فعالیت شدید جسمی در روز یا دست کم 5 روز در هفته نیاز دارند.
 - کودکان و نوجوانان باید در فعالیت های متنوع و مورد علاقه خود شرکت نمایند.
 - سن شروع برخی فعالیت های ورزشی به شرح زیر است:
- | | |
|--|--|
| * ژیمناستیک در دختران 6 تا 8 سالگی و در پسران 8 تا 9 سالگی | * شنا در سنین 6 تا 8 سالگی |
| * اسکی و تنیس در سنین 7 تا 8 سالگی | * تنیس روی میز در سنین 8 تا 9 سالگی |
| * جودو در سنین 8 تا 10 سالگی | * فوتبال، بدمینتون، بسکتبال، والیبال، دو سرعت در سنین 10 تا 12 سالگی |
| * کشتی در سنین 11 تا 13 سالگی | * وزنه برداری در سنین 14 تا 15 سالگی |

* دو استقامت در سنین 14 تا 16 سالگی

* دوچرخه سواری در سنین 12 تا 15 سالگی

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

مربیان بهداشت و معلمان تربیت بدنی مدارس

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

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

* استحکام استخوان ها و تقویت عضلات بدن

* انعطاف پذیری * رشد و توسعه مهارت های 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 آن ها می شوند را در ساختار زندگی خود بگنجانند، باید فعالیت بدنی به صورت تعدادی از موضوعات درسی تقسیم شود و از این طریق اطلاعات مرتب تکرار شود. به ویژه روی بعضی از دروس که مهم تر است تکیه شود.

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

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

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

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

- علاوه بر انجام فعالیت های بدنی متوسط، باید فعالیت های بدنی شدید نیز انجام دهند تا قلب با سرعت بیش تری بتپد و نفس ها تندتر و عمیق تر شود. مانند ورزش فوتبال، دو و میدانی و شنا.

- کمک به افزایش آگاهی دانش آموزان و مشارکت آن ها در انتخاب راه های مناسب. برای این کار به دانش آموزان کمک شود تا لیستی از فعالیت های بدنی که انجام می دهند تهیه شود و نام خود را کنار فعالیت هایی که انجام می دهند یادداشت کنند. جلسه دوم معلم این برگه ها را به صورت یک نمودار در بیاورد و در کلاس هر دانش آموز فعالیت های مورد علاقه اش را لیست کند و سپس فعالیت هایی که دوست ندارد انجام دهد، لیست کند. جلسه سوم معلم در مورد اهمیت فعالیت بدنی برای سلامت و اثرات کم تحرکی توضیح می دهد و از بچه ها می خواهد که هر روز 30 دقیقه فعالیت بدنی داشته باشند و 30 دقیقه از ورزش های کامپیوتری خود بکاهند. به هر کودک یک نسخه از نمودار فعالیت بدنی داده می شود. معلم نیز یک نمودار بزرگ در کلاس نصب می کند. جلسه بعد معلم فعالیت بدنی نسبتاً شدید را معرفی می کند و از آن ها می خواهد بعضی از این فعالیت ها مانند لی لی را به مدت 10 دقیقه انجام دهد. بعد از اتمام فعالیت بدنی احساس آن ها را می پرسد و به کلاس بر می گردند و با اشاره به نمودار از بچه ها سوال می کند کدامیک از فعالیت های روی نمودار همان احساس را به آن ها می دهد. معلم کنار فعالیت های بدنی شدید ستاره قرمز می گذارد و به بچه ها گوشزد می کند که آن ها نیاز به

انجام این گونه فعالیت ها حداقل به مدت 10 دقیقه در روز دارند. هر روز بچه ها بر حسب فعالیتی که حداقل 10 دقیقه انجام داده اند یک برچسب بر روی نمودار نصب شده در کلاس می چسبانند. از روی این نمودار مقدار پیشرفت بچه ها مشخص می شود. معلم مدت 10 دقیقه به بچه های کلاس اجازه می دهد که به حرکات ورزشی بپردازند. هر روز قبل از این که بچه ها به منزل بروند به آن ها گوشزد می کند فعالیت هایی را که عصر انجام می دهند در دفترچه یادداشت ثبت کنند و فردای آن روز روی نمودار بیاورند. معلم یک هفته بعد میزان فعالیت بدنی دانش آموزان را ارزیابی کند.

- به دانش آموزان یاد بدهند که هدف مشخصی را تعیین نمایند. هدف گذاری به بچه ها کمک می کند تا پیشرفت کاری خود را بسنجند. مثلاً ماه اول حداقل 20 دقیقه فعالیت متوسط، 10 دقیقه فعالیت شدید داشته باشند و 30 دقیقه از زمان کم تحرکی و بی حرکتی خود بکاهند. ماه دوم 30 دقیقه فعالیت متوسط، 15 دقیقه فعالیت شدید (45 دقیقه فعالیت بدنی) داشته باشند و 45 دقیقه از زمان کم تحرکی و بی تحرکی خود بکاهند و ماه سوم
 - از کودکان خود بازخورد بگیرید و آن ها را تشویق کنید. در مورد فعالیت هایی که انجام داده اند گفتگو و بحث کنید و آن ها را تشویق کنید و حتی جایزه بدهید.
 - با تمام دانش آموزان کلاس در مورد اهداف فعالیت بدنی گفتگو کنید تا به انجام فعالیت هایی که مایلند انجام دهند تشویق شوند.
 - رفتارهای جدید را تقویت کنید و موفقیت ها را از طریق شناخت آن ها و جایزه به آن ها جشن بگیرید.

با توجه به این که فعالیت بدنی روی عضلات، استخوان ها و سایر اندام های انسان تاثیر می گذارد یک پوستر از بدن انسان روی دیوار نصب شود. به دانش آموزان یاد داده شود که فعالیت بدنی چه تاثیری روی هر قسمت بدن دارد و بعد از پایان هر درس از دانش آموزان سوال شود چه فعالیت هایی انجام داده اید که قلب و عضلاتتان فعالیت کرده اند و سپس روی این اعضاء بر روی پوستر علامت بگذارند. با این کار به دانش آموزان پیام داده می شود که فعالیت بدنی موجب بهبود عملکرد اعضای بدن می شود. هر روز از بچه ها بخواهید فعالیت هایی را انجام دهند که بر روی اعضاء بدن موثر است و باعث بهتر کار کردن آن ها می شود. معلم یک پرسشنامه تهیه کند که در آن از دانش آموزان سوال شود کدام یک از فعالیت هایی که آن ها انجام می دهند ضربان قلب را سریع تر می کند.

مثال: تمام فعالیت هایی را که فکر می کنید ضربان قلب شما را سریع تر می کند علامت بگذارید:

دویدن ○ اسکیت کردن ○ بالا و پایین پریدن ○ بازی های کامپیوتری ○ تند راه رفتن ○ بازی ویدئویی ○ تماشای تلویزیون ○

معلم سه نوع از فعالیت هایی که روی سلامت قلب موثر است را توضیح دهد.

فعالیت های استقامتی فعالیت هایی هستند که در آن عضلات بزرگ بدن فعالیت موزون (ریتمیک) برای یک دوره مشخص دارند و این دسته از فعالیت ها مانند دو، پیاده روی تند، شنا و دوچرخه سواری موجب بهبود قابلیت های قلبی ریوی می شوند.

فعالیت های انعطاف پذیری فعالیت های بدنی هستند که در سطح مفاصل انجام می شود و سبب حرکت مفاصل دامنه وسیع می شوند مثل ژیمناستیک و یوگا.

فعالیت های قدرتی فعالیت هایی هستند که قدرت عضلات و توده عضلانی را افزایش می دهند مانند حمل بارهای مختصر سنگین، هل دادن و کشیدن و وزنه برداری با وزنه های کوچک.

راهنما و توصیه های بهداشتی دوران بلوغ

توصیه های بلوغ

بلوغ انتقال از مرحله کودکی به بزرگسالی و زمان کسب قدرت باروری است. بلوغ از نظر لغوی به معنی رسیدن به سن رشد مرد یا زن شدن، پختگی و به حد کمال رسیدن می باشد. بلوغ یکی از حیاتی ترین مراحل زندگی انسان است که در این مرحله تغییرات سریع رشد و نمو و اجتماعی به وجود می آید. در روند این تغییرات، نوجوانان تمایل دارند با والدین خود به عنوان یک منبع اطلاعاتی ارتباط برقرار کنند. بسیاری از مشکلات مختلف جسمی، روانی و اجتماعی مانند بیماری های عفونی، ازدواج ناموفق، حاملگی زودرس و پر خطر، بیماری قلبی و عروقی، بیماری های مزمن و مرگ و میر مادر و کودک ریشه در بلوغ دارد.

به دلیل ناگهانی بودن شروع علائم بلوغ، نوجوان با موارد ناآشنایی رو به رو می شود که گاهی احساس خوشحالی و گاهی نگرانی در او ایجاد می شود. شروع بلوغ با ظهور علائم رشد جسمانی است که ازدیاد فعالیت، مسئولیت پذیری، آزادی طلبی و تغییرات خلق و خو را به دنبال دارد.

تغییرات مهم بلوغ جسمی در پسران

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

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

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

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

۷ رویش موی زیر بغل و افزایش موهای بدن که پس از تکمیل موهای زهار اتفاق می افتد.

۷ ریش و سبیل که از 14 تا 18 سالگی شروع به روئیدن می کند.

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

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

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

تغییرات مهم بلوغ جسمی در دختران

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

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

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

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

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

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

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

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

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

توصیه های بهداشتی

- حمام کردن و شستن تمام بدن با آب گرم و صابون بهترین وسیله نظافت پوست بوده و بوی بد بدن را از بین می برد.
- جوش را نباید دست کاری کرد. چندین بار در روز باید پوست را با آب و صابون شستشو داد. احتیاجات پوست را هر روز حداقل یک ساعت با هوای تازه تأمین کرد.
- تحرک و ورزش فراموش نشود.
- رعایت نکات بهداشتی در دوران عادت ماهانه:
 - 1- در این دوران از نوار بهداشتی استفاده و نوارها را با فاصله کم و حداقل 3 تا 5 بار عوض شود. در صورتی که نوار بهداشتی در دسترس نیست، از پارچه نخی استفاده نموده و مرتب آن را تعویض کرده و پس از شستشوی با آب و مواد شوینده، آن ها را با اتو کشیدن یا در معرض آفتاب گذاشتن خشک کرد.
 - 2- از لباس های زیر نخی استفاده شده و آن را مرتب تعویض کرده و پس از شستشو با اتو یا در آفتاب خشک شود.
 - 3- استحمام روزانه با آب گرم و به صورت ایستاده منعی ندارد.
 - 4- قاعدگی را باید نشانه صحت و سلامت بدن دانست.
 - 5- استفاده از دوش یا کیسه آب گرم و ماساژ کمر موجب تسکین دردهای عادت ماهانه می شود. در صورت نیاز، مصرف برخی داروها مانند استامینوفن یا مفنامیک اسید یا ایبوپروفن توصیه می شود.

مثال هایی از یک صبحانه مناسب برای دانش آموزان و نوجوانان

نان و پنیر و گردو، نان و پنیر و گوجه فرنگی، نان و پنیر و خیار، نان و تخم مرغ و گوجه فرنگی، نان و کره و مربا، نان و کره و خرما، نان و پنیر و خرما است. مصرف یک لیوان شیر همراه با صبحانه توصیه می شود.

انواع غذاهای سنتی مانند عدسی با نان، خوراک لوبیا با نان و انواع آش های محلی از غذاهای مفید و با ارزش بالای غذایی به شمار می روند که در برخی از مناطق به عنوان صبحانه مصرف می شوند. معلمان و مراقبین بهداشت مدارس در آموزش تغذیه به دانش آموزان، باید مصرف آن ها را ترویج و تشویق کنند.

عوارض رژیم های غذایی برای کاهش وزن در دوره بلوغ

عوارض زیانبار کاهش وزن بر سلامتی ممکن است در افرادی که اضافه وزن ندارند اما دریافت کالری خود را به شدت محدود می کنند بیشتر می باشد. در این افراد کاهش توده عضلانی بیشتر از توده چربی است. رژیم غذایی که با محدود کردن وعده های غذایی و یا ناشتایی همراه باشد منجر به کاهش وزن سریع می شود که اساساً به علت کاهش آب بدن و توده عضلانی است. اثرات زیانبار رژیم های غذایی کاهش وزن در دوره بلوغ علاوه بر اختلال رشد شامل کمبودهای تغذیه ای، اختلالات قاعدگی، ضعف، خستگی، گیجی، افسردگی، تحریک پذیری، یبوست، نداشتن تمرکز حواس و اشکال در خوابیدن می باشد. تنفس بدبو، ریزش مو و خشکی پوست از عوارض رژیم های غذایی با محدودیت شدید کالری است. افزایش خطر ابتلاء به سنگ صفرا نیز از عوارض جدی تر این گونه رژیم های غذایی است. متأسفانه تاخیر رشد و تاخیر در بلوغ جنسی در اثر دریافت ناکافی غذا با کوتاه قدی غیر قابل جبران در اثر کمبود مواد غذایی مغذی به ویژه ریز مغذی ها گزارش شده است. 39% این موارد با اختلالات غذا خوردن همراه بوده است و اصلاح آن منجر به جبران رشد از دست رفته نشده است.

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

فعالیت بدنی دوران بلوغ

همه کودکان و نوجوانان باید روزانه دست کم 30 تا 60 دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط تا زیاد داشته باشند. همچنین کودکان و نوجوانان باید تشویق شوند تا در فعالیت های گوناگون ورزشی شرکت کنند تا به مهارت های مختلفی دستیابی پیدا کنند. ورزش موجب بهبود کار دستگاه های مختلف بدن می شود، فشارهای عصبی و روانی را کاهش می دهد، در افزایش ظرفیت شخصیتی نوجوان و تقویت خودباوری، احساس لیاقت و توانایی و گسترده شدن روابط اجتماعی نقش دارد. ورزش مناسب سبب می شود نوجوان در برابر مشکلات زندگی صبر و تحمل بیشتری داشته باشد و اگر به ورزش کردن عادت کند، گرفتار بسیاری از بیماری ها در سنین میانسالی نخواهد شد.

ویژگی های روانی و رفتاری دوران بلوغ

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

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

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

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

چند توصیه برای والدین

- برای بروز اختلاف نظرها آمادگی داشته باشند.

- آماده باشند که مورد محک قرار گیرند.

- انعطاف پذیر باشند.

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

توصیه های ایمنی در منزل و مکان کار

توصیه های ایمنی در مورد نحوه نگهداری وسایل در منزل:

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

توصیه های ایمنی در مورد سیستم برق رسانی در منزل:

- 1) پریزهای برق (حتی تمام پریز های بی استفاده مثلاً در زیر زمین) باید در پوش دار و مخفی بوده و برای کودکان قابل دسترس نباشد.
- 2) در سیستم برق خانه یک دستگاه محافظ برق یا کلید ایمنی نصب گردد.

- (3) نباید از پریزهای برق بیش از حد خروجی گرفته شود.
- (4) توجه فرمایید با دست مرطوب به کلیدها و پریزهای برق دست زده نشود.
- (5) حتی الامکان باید از سیم‌های رابط برق کوتاه استفاده و هرگز نباید سیم‌های رابط بلند برق را از زیر فرش یا موکت عبور داد.
- (6) از دست زدن به سیم‌های برق و اتصالات بدون عایق خودداری نمایید.
- (7) تلویزیون و لوازم صوتی را طوری قرار دهید که هوا در اطراف آن جریان داشته باشد و از داغ شدن آن‌ها جلوگیری کند. اگر تلویزیون به خوبی کار نمی‌کند ممکن است موجب آتش سوزی شود. لذا بررسی آن را به یک متخصص بسپارید.
- (8) مراقب پریزهای برق با دوشاخه‌های نامناسب باشید. اگر دو شاخه‌ای در پریز لق باشد موجب داغ شدن اتصال و آتش سوزی خواهد شد. هرگز دوشاخه‌ای بزرگ‌تر را به زور داخل پریز جا ندهید. پریزهای شکسته یا قدیمی را تعویض کنید.
- (9) سیم‌های لوازم برقی را چک کنید و از سالم بودن آن‌ها مطمئن شوید. توجه کنید که سیم‌ها را هرگز به دیوار، کف یا هر سطح دیگری میخ یا پرچ نکنید. سیم‌ها را از زیر فرش یا قالی عبور ندهید و اسباب‌خانه را روی آن‌ها نگذارید.
- (10) از گرفتن خروجی بیش از حد از یک پریز بپرهیزید.
- (11) از به کار بردن لامپ‌هایی با میزان وات قوی و نامناسب با میزان تحمل نوع سیم‌کشی و سرپیچ، خودداری کنید. هم‌چنین از مناسب بودن سرپیچ آن مطمئن شوید. لامپ‌ها را همواره با دقت ببندید. شل بودن یا کج بودن لامپ در سرپیچ موجب اتصالی و آتش سوزی می‌شود.
- (12) از فیوزها و کلیدهای مناسب در جعبه فیوز استفاده کنید و همیشه هر فیوز سوخته یا خراب را با یک فیوز مشابه جایگزین کنید.
- (13) وسایل برقی را در معرض ترشح آب قرار ندهید. اگر وسیله برقی داخل آب افتاد هرگز برای بیرون آوردن آن دست خود را داخل آب نبرید حتی اگر وسیله خاموش باشد. ابتدا کلید اصلی برق را قطع کنید. سپس دوشاخه وسیله برقی را از پریز خارج کرده و آن را از آب خارج کنید. اگر وسیله برقی به هر دلیل خیس شد ابتدا توسط متخصص از سالم بودن آن مطمئن شوید سپس از آن استفاده نمایید.
- (14) کامپیوتر و سایر لوازم صوتی تصویری خود را چک کنید و از صحت عمل آن‌ها مطمئن شوید. مراقب خراش‌ها یا صدمات مشابه بر روی سیم‌ها و بخش‌های الکتریکی آن باشید. برای چنین لوازمی از یک دستگاه کنترل‌کننده جریان برق یا حداقل ترانسفورماتور استفاده کنید.
- (15) سیم‌کشی برق حمام باید توکار بوده و حتی الامکان از گذاشتن کلید و پریز داخل حمام خودداری نمایید.
- (16) لامپ روشنایی داخل سرویس‌های بهداشتی و حمام باید دارای حباب باشد.
- (17) محل کنتور و فیوزهای برق بایستی کاملاً مشخص و به راحتی قابل دسترسی باشد.
- (18) هنگام کوبیدن میخ به دیوار مواظب مسیر سیم‌های برق داخل دیوار باشید.
- (19) در حین برق‌کاری حتماً از زیرپایی عایق مثل چوب و پلاستیک استفاده کنید و قبل از شروع کار کلید کنتور برق را قطع نمایید.

توصیه‌های ایمنی در مورد ساخت و ساز بنا:

- (1) حتی الامکان از پله‌های مارپیچی استفاده نشود.
- (2) از به کار بردن کف پوش‌های ناهموار و دارای پوشش سست خودداری شود.
- (3) شیشه‌ها باید محکم و چند لایه باشند.
- (4) درب‌ها باید از دو سمت قابل باز کردن باشند.
- (5) در منازل روستایی که از تنور استفاده می‌کنند بایستی حتماً تنور دارای حفاظ و درپوش مناسب باشد تا مانع از دسترسی و سقوط کودکان گردد.

- (6) به منظور جلوگیری از سوانحی نظیر پرت شدن از ارتفاعات مثل پشت بام، راه پله، پله، پنجره، بالکن و یا هر جایی که از سطح زمین بلند یا پست تر باشد و یا محل هایی مثل حوض، آب انبار، برکه، استخر و چاه باید این گونه مکان ها با حفاظ مناسب یا نرده محصور شوند تا امکان سقوط و یا خفگی در آن ها وجود نداشته باشد.
 - (7) کف آشپزخانه و حمام نباید لغزنده باشد تا از زمین خوردن پیشگیری شود.
 - (8) مراقب تهویه کافی جریان هوا در درون منزل باشید.
 - (9) برای جلوگیری از زمین خوردن، راه پله ها و راهروها را با نور مناسب روشن نگه دارید و از زیرفرشی های ثابت نگه دارنده فرش استفاده کنید.
 - (10) به غیر از پنجره هایی که به پلکان اضطراری منتهی می شوند، بر روی تمام پنجره ها شبکه محافظ نصب کنید.
 - (11) محل پخت و پز غذا باید حتی الامکان از اتاق نشیمن یا راهرو جدا باشد زیرا کودک ممکن است در هنگام بازی با یک حرکت اشتباه روی چراغ خوراک پزی و قابلمه و کتری آب جوش افتاده و باعث حادثه ناگوار و سوختگی شدید گردد.
 - (12) لبه پله ها تیز و زاویه دار نباشد تا در صورت لغزش یا سقوط بر روی پله ها صدمات کم تری به فرد وارد شود.
 - (13) راه پله ها کاملاً تمیز بوده و در مسیر آن وسایل دست و پاگیر گذاشته نشود و از روشنایی کافی برخوردار باشد.
 - (14) حفر چاه یک کار فنی – تخصصی است و مردم باید توجه داشته باشند که حفر چاه ها را به افراد مجرب و فنی بسپارند.
 - (15) دیوارها بدون دزر و شکستگی باشد.
 - (16) ارتفاع پنجره ها از کف اتاق 100-120 سانتی متر باشد و طوری طراحی گردد که زیاد باز نشوند (رعایت این امر بخصوص در طبقات بالای ساختمان ضروری است). می توان شیشه های پایینی در و پنجره را در آورد و به جای آن از تخته چوبی استفاده کرد.
 - (17) شیشه های در معرض تردد را با نوار چسب های رنگی مشخص کنید تا در هنگام تردد با آن ها برخورد نشود.
 - (18) در مجاورت پنجره ها بالش، صندلی یا میز تحریر قرار ندهید زیرا احتمال دارد که کودکان به کمک آن ها از پنجره بالا روند.
 - (19) کنتور آب نباید در محل تردد باشد تا از خطر زمین خوردن جلوگیری شود.
- توصیه های ایمنی در مورد رفتارها در منزل:**
- (1) از پوشیدن لباس های قابل اشتعال در هنگام کار با اجاق گاز بپرهیزید.
 - (2) هرگز جهت تمیز کردن لکه های لباس از مواد قابل اشتعال مثل بنزین و تینر به خصوص در فضاهای بسته حمام استفاده نکنید.
 - (3) هرگز در محیطی که بوی گاز استشمام می گردد کبریت یا برق روشن نکنید و ابتدا با باز نمودن درب و پنجره ها تهویه کافی را برقرار کنید.
 - (4) از روشن کردن وسایل گرمای بدون دودکش نظیر علاءالدین در فضای بسته مانند حمام خودداری شود، چون به دلیل تولید گازهای سمی، احتمال خفگی زیاد است.
 - (5) اگر سیگار می کشید، از کشیدن سیگار در داخل خانه و در اطراف کودکان خودداری کنید.
 - (6) هرگز سیگار را به صورت روشن یا نیمه خاموش رها نکنید و حتماً آن را به دقت خاموش کنید. مراقب باشید هیچگاه در رختخواب سیگار نکشید.
 - (7) کیسه های نایلونی را از دسترس کودکان دور نگهدارید. به سر کشیدن کیسه توسط کودک و ناتوانی در بیرون آوردن آن موجب مشکل در نفس کشیدن و نهایتاً خفگی کودک می گردد.
 - (8) تا آنجا که ممکن است از تماس مستقیم دست ها با انواع شوینده ها و پاک کننده ها خودداری کنید و از دستکش استفاده نمایید.
 - (9) هنگام استفاده از نردبان یا چهارپایه باید از سطح اتکای آن با زمین کاملاً مطمئن شوید و از نوع استاندارد و دوطرفه نردبان استفاده کنید.
 - (10) موقع پاک کردن شیشه ها و پنجره های منزل، از رفتن روی نرده ها یا قرنیزهای آن خودداری نمایید.
 - (11) برق وسیله برقی را قطع و سپس آن را تمیز کنید.

12) موقع استفاده از وسایل گازسوز، ابتدا کبریت را روشن و بعد شیر گاز را باز کنید.

13) از قرار دادن اشیاء، البسه و مواد قابل اشتعال در مجاورت وسایل گرمازا پرهیز کنید.

14) از سر رفتن غذا بر روی اجاق گاز جلوگیری کنید.

15) از قرار دادن وسایل گرمایی و بخاری در مسیر رفت و آمد خودداری نمایید.

16) وسایل آتش زا مثل کبریت و فندک را به هیچ وجه در اختیار کودکان قرار ندهید.

17) در هنگام خروج از منزل شیر اصلی گاز را ببندید.

18) از سوزاندن چوب یا ذغال درون خانه، چادر و محیط سربسته خودداری کنید.

19) اسباب بازی های متناسب با سن کودکان خریداری کنید و به هیچ عنوان اجازه بازی با وسیله ای که متناسب با سن کودک نیست را به او ندهید. گاهی وسایل بازی دارای تکه های ریزی است که در صورت بلع کودک احتمال خفگی او را بدنبال دارد.

20) هرگز پاک کننده ها و محصولات شیمیایی مختلف را در هنگام نظافت منزل با هم مخلوط نکنید.

21) برای نظافت درب و پنجره ها از نردبان مناسب استفاده کنید.

۲۲) فهرستی از شماره تلفن های اضطراری، پزشک خانوادگی و قسمت اورژانس نزدیک ترین بیمارستان (جدید ترین شماره و کد) را در کنار تمام دستگاه های تلفن منزل قرار دهید.

راهنمای پیشگیری از حوادث ترافیکی

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

- Ø آشنایی و رعایت دقیق قوانین رانندگی و اصول ایمنی در رانندگی
- Ø استفاده از کلاه ایمنی برای موتورسواران و دوچرخه سواران
- Ø استفاده از کمربند ایمنی برای کلیه سرنشینان خودرو
- Ø استفاده از صندلی مخصوص کودکان بر حسب سن کودک
- (صندلی مخصوص شیرخواران (Infant Seat) از بدو تولد تا 9-12 ماهگی یا وزن 13 kg، صندلی مخصوص اطفال (Child Seat) از 1 سالگی تا 4-5 سالگی یا وزن 9 تا 18 kg، صندلی مخصوص کودک (Booster Seat) از 4-5 سالگی تا 12 سالگی یا وزن 15-25 kg)
- Ø نشان دادن کودکان در صندلی عقب خودرو (تا 12 سالگی کودک اجازه نشستن روی صندلی جلوی خودرو را ندارد).
- Ø رعایت دقیق سرعت مجاز و مطمئن
- Ø رعایت فاصله مجاز تا وسیله نقلیه جلویی
- Ø رعایت حق تقدم و احترام به قوانین راهنمایی و رانندگی
- Ø مجهز نمودن وسیله نقلیه به تجهیزات ایمنی (Airbag، ترمز ABS، کپسول اطفای حریق، زنجیر چرخ و سایر تجهیزات متناسب با فصل)
- Ø پرهیز از رانندگی طولانی مدت، رانندگی درحین خستگی
- Ø پرهیز از رانندگی در زمان مصرف داروهای خواب آور، الکل و مواد مخدر
- Ø پرهیز از بازی کردن در کوچه و خیابان
- Ø استفاده از پل‌های عابر یا مکان‌های خط کشی برای عبور از عرض بزرگراه‌ها و خیابان
- Ø استفاده از پیاده رو برای عبور از طول بزرگراه‌ها و خیابان
- Ø استفاده از پوشش رنگ روشن برای عبور از خیابان در هنگام تاریکی و غروب
- Ø دانستن نحوه برخورد با مصدوم
- Ø انجام سالیانه معاینه فنی خودرو و آشنایی با خرابی‌ها و نقایص فنی که می‌تواند حادثه ساز باشد.

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

الف) در برنامه کشوری PKU:

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

ب) در برنامه کشوری G6PD

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

ج) مراقبت در برنامه هموفیلی:

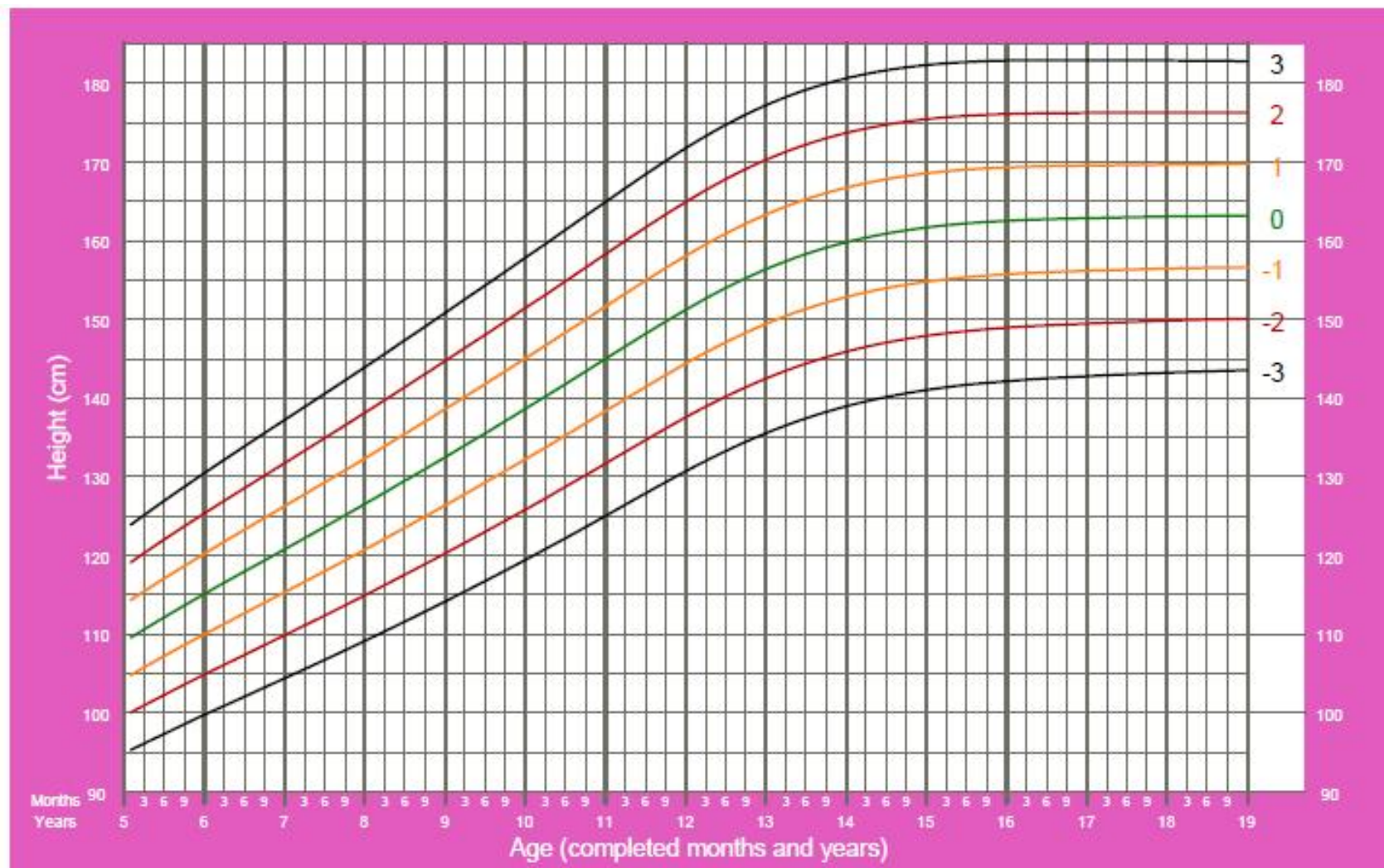
- 1- ملاحظات تغذیه ای : ندارد
- 2- ملاحظات دارویی: از مصرف آسپرین خودداری شود.
- 3- دستورات اختصاصی بیمارستان منتخب هموفیلی کودکان (در تهران، بیمارستان مفید)
- 4- پیگیری و مراقبت از انجام دستورات ویژه بالینی در طول حضور بیمار در مدرسه:
 - عدم شرکت در ورزش های همراه با ضربه مانند دو میدانی
 - توصیه به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

د) مراقبت در برنامه تالاسمی:

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

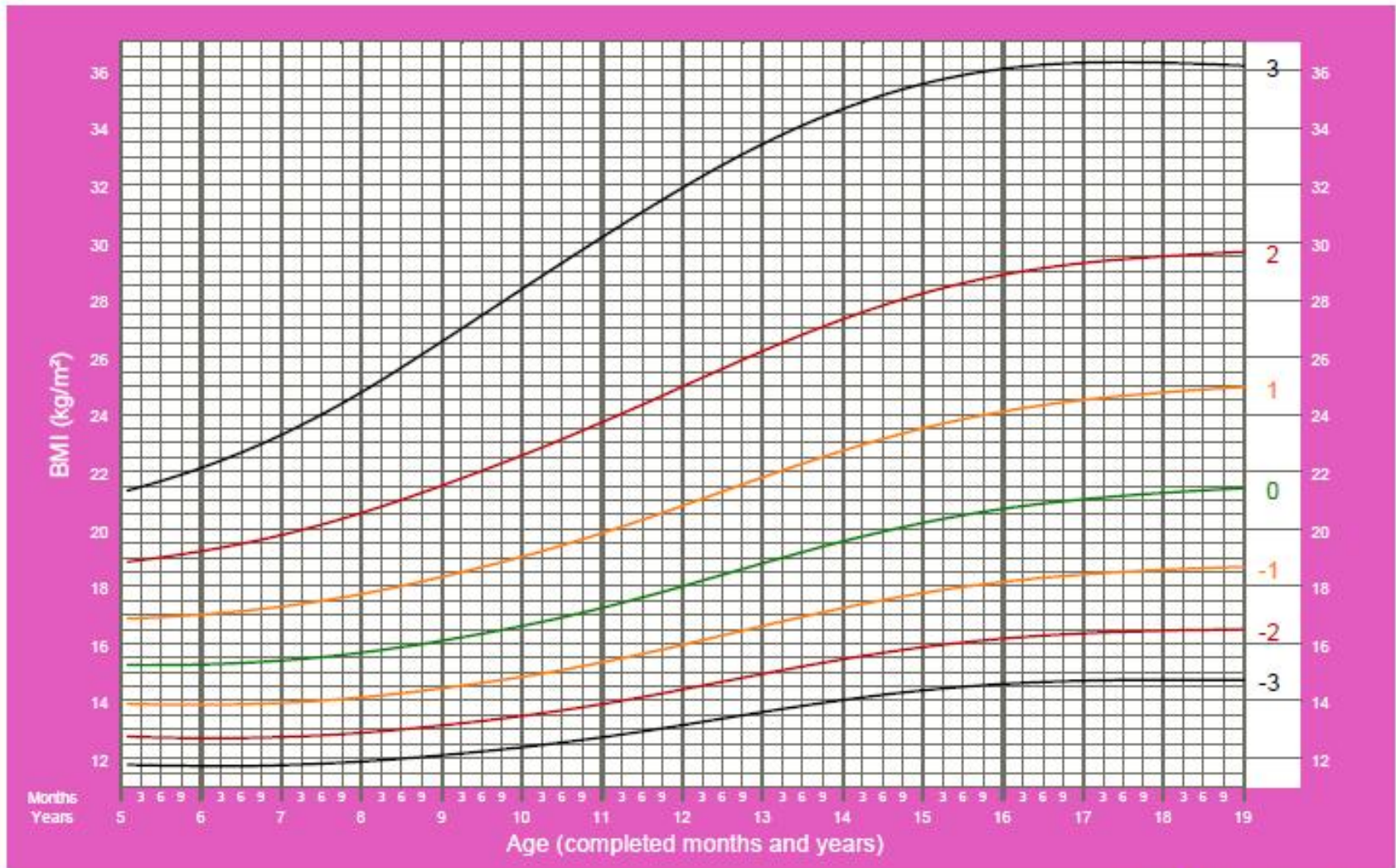
ضمائم

قد به سن- دختران (5 سال - 19 سال)



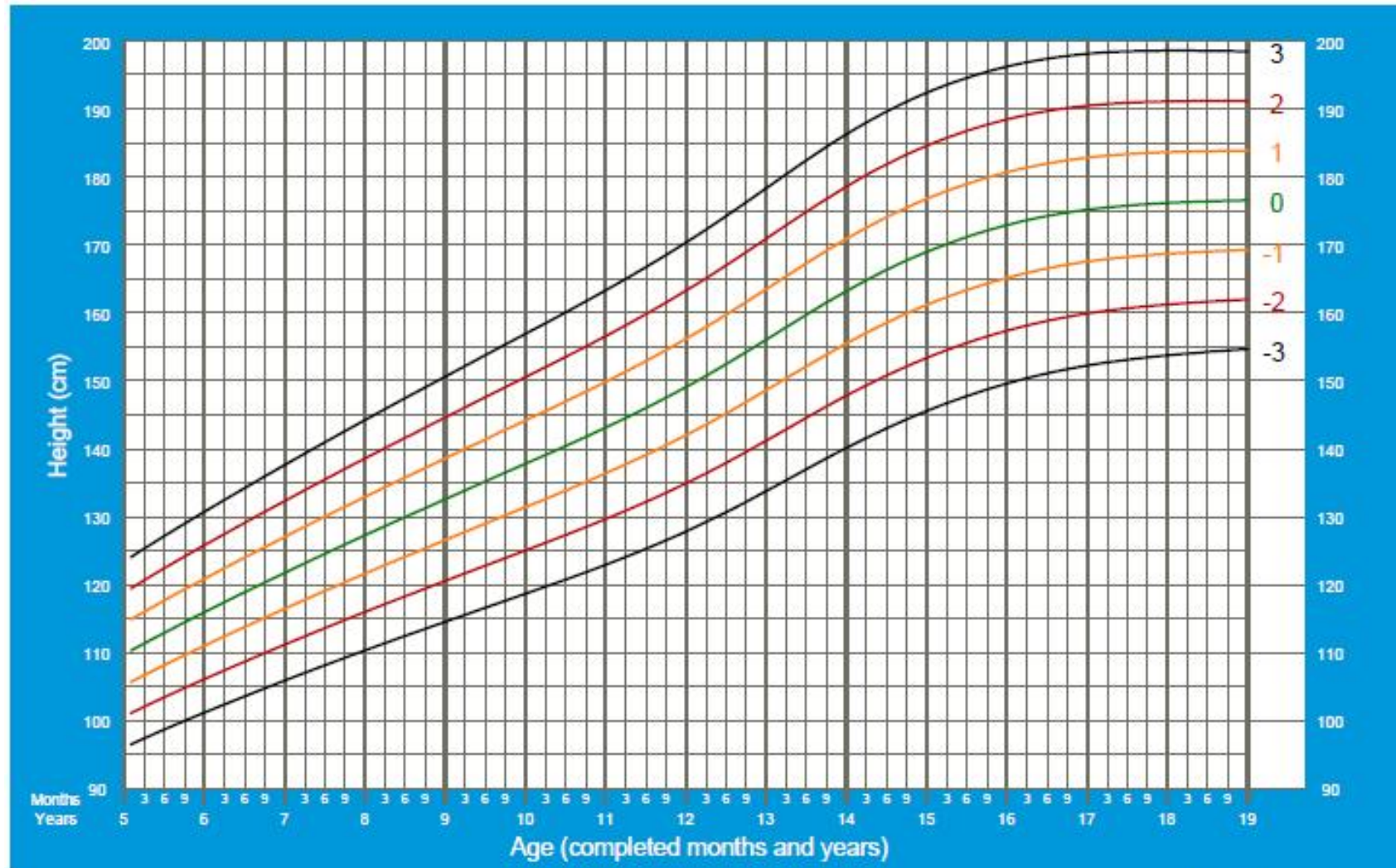
2007 WHO Reference

نمایه توده بدنی - دختران (5-19 سال)



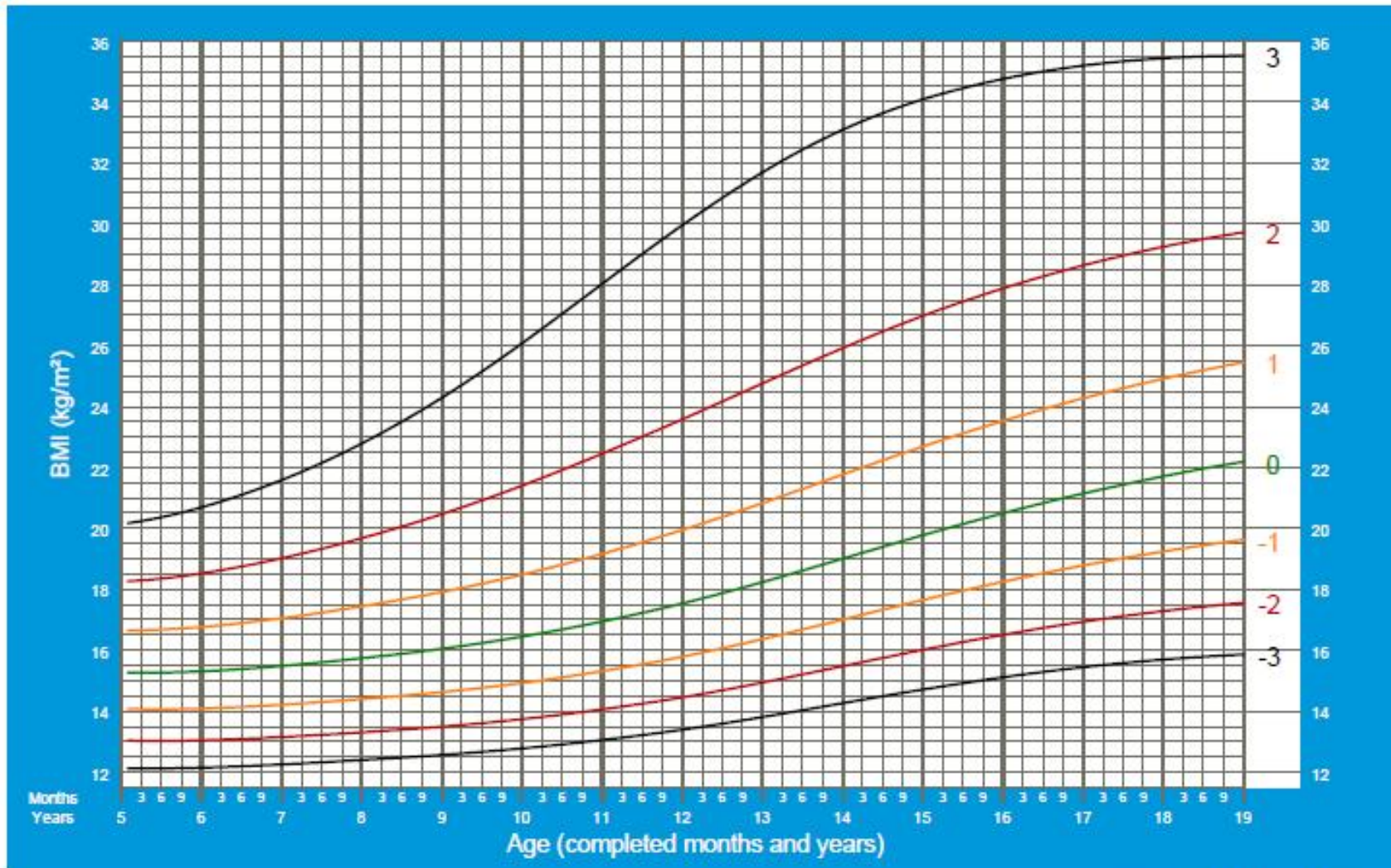
2007 WHO Reference

قد به سن-پسران (5 - 19 سال)



2007 WHO Reference

نمایه توده بدنی - پسران (5 - 19 سال)



2007 WHO Reference

جدول طبقه بندی فشار خون در دختران 6 تا 17 سال

سن (سال)	طبقه فشار خون	فشار خون سیستول بر حسب میلیمتر جیوه	طبقه فشار خون	فشار خون دیاستول بر حسب میلیمتر جیوه
6	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	104 تا 107	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	68 تا 71
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	108 تا 119	فشار خون بالا(صدک 95)	72 تا 84
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	120 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	85 و بیشتر
7	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	106 تا 109	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	69 تا 72
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	110 تا 121	فشار خون بالا(صدک 95)	73 تا 85
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	122 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	86 و بیشتر
8	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	108 تا 111	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	71 تا 74
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	112 تا 123	فشار خون بالا(صدک 95)	75 تا 86
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	124 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	87 و بیشتر
9	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	110 تا 113	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	72 تا 75
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	114 تا 125	فشار خون بالا(صدک 95)	76 تا 87
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	126 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	88 و بیشتر
10	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	112 تا 115	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	73 تا 76
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	116 تا 127	فشار خون بالا(صدک 95)	77 تا 88
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	128 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	89 و بیشتر
11	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	114 تا 117	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	74 تا 77
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	118 تا 129	فشار خون بالا(صدک 95)	78 تا 89
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	130 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	90 و بیشتر
12	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	116 تا 118	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	75 تا 78
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	119 تا 131	فشار خون بالا(صدک 95)	79 تا 90
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	132 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	91 و بیشتر

ادامه - جدول طبقه بندی فشارخون در دختران 6 تا 17 سال

سن (سال)	طبقه فشار خون	فشار خون سیستول بر حسب میلیمتر جیوه	طبقه فشار خون	فشار خون دیاستول بر حسب میلیمتر جیوه
13	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	117 تا 120	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	76 تا 79
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	121 تا 132	فشار خون بالا(صدک 95)	80 تا 91
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	133 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	92 و بیشتر
14	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	119 تا 122	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	77 تا 80
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	123 تا 134	فشار خون بالا(صدک 95)	81 تا 92
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	135 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	93 و بیشتر
15	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	120 تا 123	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	78 تا 81
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	124 تا 135	فشار خون بالا(صدک 95)	82 تا 93
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	136 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	94 و بیشتر
16	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	121 تا 124	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	78 تا 81
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	125 تا 136	فشار خون بالا(صدک 95)	82 تا 94
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	137 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	95 و بیشتر
17	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	122 تا 124	پیش فشار خون بالا(صدک 90)	78 تا 81
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	125 تا 137	فشار خون بالا(صدک 95)	82 تا 94
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	138 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99)	95 و بیشتر

جدول طبقه بندی فشار خون در پسران 6 تا 17 سال

سن (سال)	طبقه فشار خون	فشار خون سیستول بر حسب میلیمتر جیوه	طبقه فشار خون	فشار خون دیاستول بر حسب میلیمتر جیوه
6	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	105 تا 108	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	68 تا 71
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	109 تا 120	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	72 تا 84
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	121 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	85 و بیشتر
7	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	106 تا 109	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	70 تا 73
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	110 تا 121	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	74 تا 86
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	122 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	87 و بیشتر
8	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	107 تا 110	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	71 تا 74
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	111 تا 123	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	75 تا 87
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	124 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	88 و بیشتر
9	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	109 تا 112	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	72 تا 75
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	113 تا 124	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	76 تا 88
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	125 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	89 و بیشتر
10	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	111 تا 114	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	73 تا 76
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	115 تا 126	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	77 تا 89
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	127 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	90 و بیشتر
11	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	113 تا 116	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	74 تا 77
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	117 تا 128	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	78 تا 90
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	129 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	91 و بیشتر
12	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	115 تا 118	پیش فشار خون بالا(صدک 90 تا 95)	74 تا 77
	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	119 تا 130	فشار خون بالا(صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	78 تا 90
	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	131 و بیشتر	فشار خون بالا(صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	91 و بیشتر

ادامه - جدول طبقه بندی فشار خون در پسران 6 تا 17 سال

سن (سال)	طبقه فشار خون	فشار خون سیستول بر حسب میلیمتر جیوه	طبقه فشار خون	فشار خون دیاستول بر حسب میلیمتر جیوه
۱۳	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	117 تا 120	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	75 تا 78
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	121 تا 132	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	79 تا 91
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	133 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	92 و بیشتر
۱۴	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	120 تا 123	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	75 تا 79
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	124 تا 135	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	80 تا 91
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	136 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	92 و بیشتر
۱۵	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	122 تا 125	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	76 تا 80
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	126 تا 138	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	81 تا 92
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	139 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	93 و بیشتر
۱۶	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	125 تا 128	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	78 تا 81
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	129 تا 140	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	82 تا 94
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	141 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	95 و بیشتر
۱۷	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	127 تا 130	پیش فشار خون بالا (صدک 90 تا 95)	80 تا 83
	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	131 تا 143	فشار خون بالا (صدک 95 تا 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه)	84 تا 96
	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	144 و بیشتر	فشار خون بالا (صدک 99 به اضافه 5 میلیمتر جیوه و بیشتر)	97 و بیشتر

مرجع: US-CDC. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents.