



لاگ بوک ثبت فعالیت های کارآموزان در گروه پزشکی اجتماعی

نام کارآموز: سعید یعقوبی اول ریابی شماره دانشجویی: 9911151054

تاریخ کارآموزی: 1402 / 10 / 30 تا 1402 / 11 / 27

تاریخ تحویل دفترچه: 1402/12/20 ایمیل و شماره تماس کارآموز:

09153773214

f.sokhanvar1357@gmail.com

تاریخ: / /

ارزشیابی کننده: دکتر

نمره لاگ:

ذکر نقاط قوت و ضعف دانشجو:

فهرست مندرجات

- 1- اهداف دفترچه
- 2- راهنمای تکمیل دفترچه ثبت فعالیت ها
 - گزارش کارگاه های دوره کارآموزی
- 3- گزارش آموزش در عرصه (مرکز خدمات جامع سلامت روستایی)
- 4- گزارش آموزش در عرصه (مرکز خدمات جامع سلامت شهری)
- 5- گزارش آموزش در عرصه (مرکز بهداشت شهرستان)
- 6- گزارش آموزش در عرصه (مرکز بهداشت استان)
- 7- گزارش آموزش در عرصه (مرکز مشاوره رفتاری)
- 8- گزارش آموزش در عرصه (مرکز گذری بازتوانی اعتیاد (DIC))
- 9- گزارش آموزش در عرصه (بازدید بهداشت محیط)
- 10- گزارش آموزش در عرصه (بازدید بهداشت مدارس)
- 11- گزارش آموزش در عرصه (مرکز سنجش اختلال تکامل کودکان)
- 12- گزارش آموزش در عرصه (مرکز طب کار)
- 13- گزارش آموزش در عرصه (مرکز نگهداری سالمندان)

اهداف دفترچه ثبت فعالیت ها

دفترچه ثبت فعالیت ها، شناسنامه کاری دانشجو و گروه محسوب گردیده و با اهداف زیر تهیه گردیده است:

- 1- کمک به کارآموزان در جهت ثبت دقیق و کامل تجربیات عملی که منجر به مستند سازی تجربیات، تعیین نقاط ضعف و قوت کارآموز و گروه و تلاش در جهت رفع اشکالات می گردد.
- 2- کمک به اساتید در ارزیابی روند تحصیلی و آموزشی کارآموز و فراهم نمودن تجارب و آموزش های تکمیلی مورد نیاز در مواردی که کارآموز نیاز بیشتری دارد.
- 3- کمک به سیستم مدیریت جهت ارزیابی برنامه آموزشی، تعیین نقاط قوت، ضعف، منابع مورد نیاز و انجام مداخلات ضروری

راهنمای تکمیل دفترچه ثبت فعالیت ها

- تکمیل دفترچه از شروع دوره کارآموزی الزامی است.
- بهتر است در پایان هر فعالیت، زمان کوتاهی در همان محل انجام فعالیت به تکمیل تخصیص داده شود تا اطلاعات مورد نیاز به سهولت در دسترس باشد.
- دفترچه لاگ بوک بایستی **حداکثر تا یک هفته پس از پایان دوره کارآموزی پزشکی اجتماعی** به مسئول کارآموزی تحویل گردد.

- در تکمیل دفترچه حداکثر نظم و دقت را داشته باشید.
- پس از تحویل، یک کپی از دفترچه را جهت استفاده از آن در فیلد کاری آینده، نزد خود نگهدارید*

عنوان کارگاه های آموزشی کارآموزان

موضوع
نظام ارائه خدمات کشور و سیستم ارجاع اصلاحات اخیر در نظام ارائه خدمات کشور (PHC)
پیشگیری و غربالگری بیماری های غیرواکیر برنامه کشوری مراقبت های بهداشت روان
مراقبت بیماری های واکیر
برنامه های کشوری تالاسمی، هیپوتیروئیدی، آنمی کمبود آهن برنامه کشوری دیابت بارداری
اصول مصاحبه و معاینه سالمند و ارزیابی سلامت ارزیابی سلامت سالمندان اصول غربالگری در بیماری ها
رفتارهای مرتبط با سلامت و اصول مشاوره تغییر رفتارهای پر خطر
بیماری های شغلی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

اصول گسترش شبکه بهداشت و درمان – آشنایی با وظایف تیم سلامت
آشنایی با سامانه سینا (سامانه آنلاین پرونده الکترونیک سلامت)
سیستم جمع آوری اطلاعات در نظام شبکه بهداشت درمان
اپیدمیولوژی اعتیاد
(سلامت دهان و دندان جامعه نگر) موارد ارجاع پزشک عمومی و ارجاع به دندانپزشک

A - مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی شهید جعفرزاده (همت آباد):

زمان: سه شنبه - ۱۴۰۲/۱۱/۱۰



مکان: شهرستان مشهد ، مهدی آباد ، خیابان حجت آباد ، خیابان عباس آباد ۱۹ ، مهدی آباد ۱۴ ، خیابان شهید شیرنژاد

موارد مطرح شده:

اولین روز دوره کارآموزی پزشکی اجتماعی به بازدید از مرکز خدمات جامع سلامت شهری - روستایی شهید جعفرزاده (همت آباد) که اولین سطح از نظام سلامت طبق طرح تحول سلامت است، اختصاص داده شد. بازدید این مرکز با سرپرستی استاد نیرومند صورت پذیرفت. مهم ترین هدف از این بازدید، آشنایی و مدیریت با بیماری های شایع و بیماران سطح اول است و سپس باید با واحدهای مستقر در مرکز آشنا شویم. در این بازدید از واحد های مختلفی که در این مرکز بود بازدید به عمل آمد. این واحد ها شامل: واحد بهداشت حرفه ای و محیط، واحد روان، واحد تغذیه، واحد مراقبت سلامت، پزشک و آزمایشگاه بود(البته زمانی که به واحد آزمایشگاه مراجعه کردیم مراجعه کننده ای وجود نداشت و در این بخش صرفا توضیحات مختصری دریافت کردیم).

مهمترین نکات آموزشی:

واحد بهداشت حرفه ای و محیط:

وظیفه بهداشت محیط، بازدید و بازرسی دوره ای مغازه ها و واحدهای تولیدی جهت بررسی صلاحیت بهداشتی است. حدود ۲۰۰، ۳۰۰ واحد در ۵ روستای تحت پوشش این مرکز وجود دارد و از نظر بهداشت فردی، ساختمانی، مواد غذایی که عرضه می شود و... که بسته به حساسیت صنف، می تواند هر یک ماه یا سه ماه بررسی شود. این کار با توجه به چک لیستی که بر اساس ماده 13 بهداشت محیط(مصوب سال ۱۳۴۶ به روز شده در ۱۳۷۹) است پر می شود. چک لیستی دارای آیتم های مختلف وجود دارد(بالغ بر 200 عدد) که به بعضی از این موارد اشاره شد. از مهم ترین موارد آن می توان به گواهینامه اصناف، بررسی فضای فیزیکی مغازه، بررسی بهداشت محیط کسب و کار، بررسی افراد از نظر بهداشت فردی مثل بهداشت مو و ناخن، پروانه ساخت، آدرس و تلفن واحد مورد بازدید و داشتن کارت بهداشتی(مشاغلی که با مواد غذایی سروکار دارند مثل نانواها و شیرینی پزی ها هر ۶ ماه و اماکن عمومی مثل استخرها و آرایشگاه ها هر یک سال باید تجدید شود). در بین موارد ذکر شده بهداشت فردی و محیط فیزیکی از بقیه موارد مهم تر است و بیشتر مورد توجه کارشناس بهداشت قرار می گیرد.

نمونه برداری آب بر اساس جمعیت مشخص می شود. روزانه باید از منطقه بر حسب جمعیت کلرسنجی انجام شود، اما نمونه برداری آب ماهیانه است. در این مرکز ماهانه چیزی حدود ۸ تا ۱۰ نمونه از مناطقی که تحت شبکه لوله کشی هستند ماهیانه برداشته می شود.

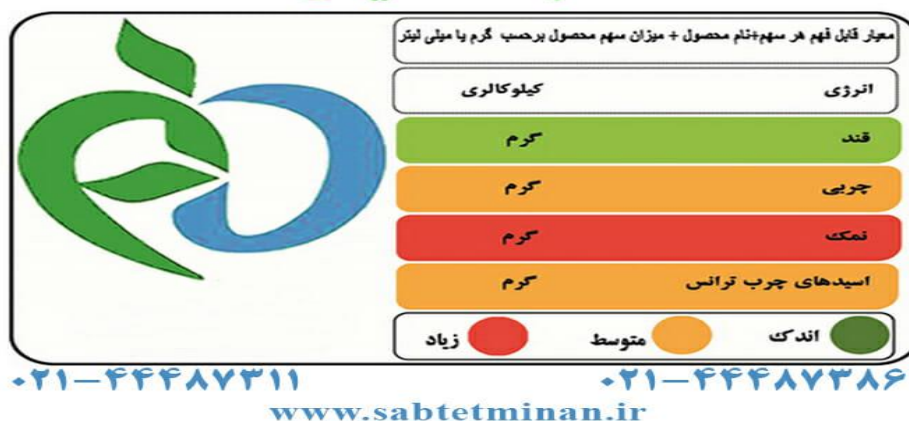


سامانه جامع سلامت الکترونیک محیط و حرفه‌ای



سامانه سامع: بازدیدها در همین سایت بایستی ثبت شوند. سیستم به گونه‌ای طراحی شده که در زمان مقرر بازرسی مجدد به کارشناس اطلاع داده می‌شود. همچنین به مجرد اینکه بازدید بارگذاری می‌شود برای متصدی یک پیام حاوی لینک می‌رود و نواقصی که ذکر شده برای فرد نمایش داده می‌شود تا در جریان آنها قرار گیرد. با توجه به تعداد تخلفات و عدم اصلاح آن واحد صنفی موظف به پرداخت جریمه مالی می‌باشد.

ثبت اطمینان



معیار قابل فهم هر سهم + نام محصول + میزان سهم محصول بر حسب گرم یا میلی لیتر

انرژی	کیلوکالری
قند	گرم
چربی	گرم
نمک	گرم
اسیدهای چرب ترانس	گرم

اندک متوسط زیاد

۰۲۱-۴۴۴۸۷۳۱۱ ۰۲۱-۴۴۴۸۷۳۸۶

www.sabetminan.ir

سیب سلامت: در بحث کنترل مواد غذایی یک سری از افراد خودشان تولید می‌کنند؛ مانند لبنیاتی‌ها و شیرینی‌پزی‌ها و یک سری هم مواد غذایی بسته‌بندی عرضه می‌کنند که اجناس بسته‌بندی باید مشخصات بهداشتی خاصی را روی آن بسته‌بندی داشته باشد. این در عامه مردم به نام سیب سلامت معروف است؛ اما به لحاظ بهداشتی دو اصطلاح شناسه بهداشت و پروانه ساخت وجود دارد:

❖ شناسه بهداشت: به کارگاه‌های سنتی (شیرینی و سوهان‌پزی و ...) داده می‌شود و موظف هستند که آن را بر روی محصولات خود درج کنند و چنانچه این کار را نکنند منجر به دریافت تذکر و جریمه می‌شود. فرمت آن به صورت یک عدد مشخص کننده کد دانشگاه (علوم پزشکی مشهد ۵۰ است)، یک ممیز و سپس یک عدد چهاررقمی

❖ پروانه ساخت: به کارخانه‌ها تعلق می‌گیرد. فرمت آن به صورت فرمت قبلی اما با عدد ۵ رقمی است.

در همه ی این حوزه ها باید سطح خطر مشخص شود که معمولاً با توجه به سابقه مریض و فرم های خاصی تعیین می شود

روان: بخش عمده مراجعه کنندگانی که در این حوزه قرار می گیرند از طریق غربالگری فرم های مراقب سلامت هستند که ارجاع به کارشناس سلامت روان داده می شوند. اینکه بیمار به کدام سطح ارجاع داده شود وابسته به نظر پزشک است اگر وی تشخیص دهد که خطر خیلی بالا نیست به روان پزشک ارجاع می دهد و در صورتی که در ارزیابی خود سطح خطر را بالا ارزیابی کند بیمار را به بیمارستان روان ارجاع می دهد. برای بیمارانی که به این واحد مراجعه می کنند معمولاً 4 جلسه مشاوره برگزار می شود و مراحل اولیه درمان برایشان صورت می گیرد. در گروه های خاص مانند مادران باردار که سابقه اقدام به خودکشی دارند یا افرادی که حداقل دو نوبت سابقه خودکشی دارند باید سه نوبت با آن ها تماس برقرار شود و چنانچه پاسخگو نبودند فوراً با 123 هماهنگی های لازم صورت گیرد.

سلامت اجتماعی: تمرکز اصلی آن بر روی همسر آزاری و کودک آزاری است. هدف اولیه آن هم جلوگیری از آسیب به خود فرد و فرزندان وی است

اعتیاد: بیشتر مراجعه کنندگان در این حوزه در ریسک خطر متوسط قرار دارند. معمولاً برای این افراد دو جلسه مشاوره برگزار می شود. هم چنین نیازمند به یک سری آموزش های دیگر هستند که به صورت گروهی در مراکزی خارج از این مرکز مثلاً مساجد انجام می شود.

واحد تغذیه:

این واحد در اختیار کارشناس تغذیه مرکز است. بیماران توسط پزشک، ماما و یا مراقب سلامت به این واحد ارجاع داده می شوند. از مهم ترین عللی که باعث ارجاع می شوند میتوان به چاقی، سوءتغذیه، وزن گیری نامتناسب نوزاد، کوتاهی قد نوزاد، وزن گیری نامتناسب (کم یا زیاد) مادر باردار، افزایش فشارخون، دیابت، افزایش چربی خون، مشکلات تیروئید، آنمی و ... با توجه به به شرایط فرد فرم مخصوص به آن باید در سامانه سینا برای وی تکمیل گردد. مثلاً نوزادان فرم مخصوص به خود را دارند یا مادران باردار همینطور

بیماران درگیر بیماری های واگیر و غیر واگیر که معمولاً به این مرکز مراجعه میکنند غالباً مشکل تغذیه ای دارند و برایشان مشاوره صورت میگیرد و در صورت صلاحدید برایشان رژیم غذایی تعیین می شود (به گفته کارشناس معمولاً برای بیمارانی که سطح سواد بالاتری دارند این رژیم غذایی توصیه میشود چون معمولاً بقیه رعایت چندانی نمی کنند) در این واحد سه فرم وجود دارد؛ فرم تخصصی، فرم مادر باردار و فرم کودک و نوجوان که با توجه به بیمار ارجاع داده شده، میتوان یکی از این فرم ها را پر کرد. در این فرم ها سوالاتی مانند قد، وزن، مصرف سبزیجات، میوه جات، لبنیات،

گوشت، نمک، فست فود، داروهای مصرفی، وعده های غذایی، میزان فعالیت در طول روز، سابقه خانوادگی و ... وجود دارد. چنان چه کارشناس تشخیص دهد که فرد به مکمل نیاز دارد برای وی مکمل هم تجویز می شود



مراقب سلامت:

در مورد خانم های باردار مراقبت از قبل از حاملگی تا بعد از زایمان صورت میگیرد همچنین مراقبت کودک، نوجوان، جوان، میانسال و سالمند انجام می شود که به جز مراقبت کودک بقیه مراقبت ها هر سه سال انجام می شود (فاصله مراقبت های کودک کمتر است) فرد سالمند در هر نوبت مراقبت به پزشک ارجاع داده می شود ولی افراد میانسال تنها در صورت وجود مشکل به پزشک ارجاع داده می شوند. در بخش بیماری های غیر واگیر، بخشی در سامانه برای خطر سنجی وجود دارد؛ بدین ترتیب که ریسک مرگ و میر و سکته قلبی و مغزی را در ۱۰ سال آینده با توجه به پارامترهایی مثل سن، جنس، کلسترول، قند خون، مصرف الکل و دخانیات و... برآورد می شود. افراد با سابقه یکبار سکته عدد ریسکشان بالای ۳۰ است. این افراد بایستی هر ماه کنترل شوند..

◀ مواردی که در ادامه آورده می شوند در بازدید توضیح داده نشدند و به دلیل اهمیت موضوع از منابع دیگر به آن ها اشاره می شود

واکسیناسیون

واکسن ها به دو گروه واکسن های زنده ضعیف شده و واکسن های غیر زنده (غیرفعال) تقسیم می شوند. واکسن های باکتریایی شامل واکسن های حاوی باکتری زنده ضعیف شده (مانند ب.ث.ژ)، باکتری کشته شده (مانند سیاه سرفه)، توکسوئید (مانند دیفتیری و کزاز) و واکسن های پلی ساکاریدی (مانند پنوموکوک پلی ساکاریدی و منگوکوک پلی ساکاریدی) هستند. واکسن های ویروسی شامل ویروس زنده ضعیف شده (مثل MMR، واکسن خوراکی فلج اطفال و تب زرد)، ویروس کامل غیرفعال (مانند واکسن تزریقی فلج اطفال و هاری) و بخشی از آنتی ژن سطحی ویروس (مانند هپاتیت ب و آنفلوانزا) هستند.

ممنوعیت مصرف واکسن ها

❖ **ممنوعیت در ایمن سازی:** به حالتی اطلاق می شود که تجویز یک واکسن با احتمال قوی با عوارض نامطلوب وخیم همراه باشد. به عنوان مثال، در صورتی که کودک پس از دریافت نوبت قبلی واکسن دچار واکنش حساسیتی شدید (مانند آنافیالکسی) شده باشد، نباید در دفعات بعدی واکسیناسیون، آن واکسن را دریافت کند. توضیح: ممنوعیت مصرف هر یک از واکسن ها به طور جداگانه در فصل "نکات کاربردی در خصوص واکسن ها" عنوان می شود.

❖ **احتیاط در ایمن سازی:** به حالتی اطلاق می شود که احتمال پیامد نامطلوب وخیم بعد از تجویز یک واکسن وجود داشته باشد. در آن صورت ایمن سازی باید به تعویق بیفتد و یا فواید و مضرات احتمالی آن سنجیده شده و سپس تصمیم گیری شود. به عنوان مثال، تزریق واکسن آنفلوانزا در صورت ابتا به سندرم گیلن باره طی 6 هفته پس از دریافت دز قبلی واکسن، جزو موارد احتیاط است و باید مضرات احتمالی درمقابل فواید آن در نظر گرفته شود

روش های کنترل عفونت و رعایت شرایط استریل

- ❖ فرد واکسیناتور قبل از تزریق باید دست های خود را با آب و صابون بشوید
- ❖ استفاده از دستکش فقط در صورت وجود زخم باز در دست های واکسیناتور و یا احتمال تماس با مایعات بالقوه آلوده بدن ضرورت دارد
- ❖ محل واکسیناسیون در صورت کثیف بودن باید با آب و صابون شسته شود
- ❖ محل تزریق باید با پنبه الکل 70 درصد به صورت دایره ای از مرکز به خارج ضدعفونی شود. برای تزریق واکسن باید تا زمان خشک شدن الکل صبر کرد
- ❖ نباید از پنبه الکل های از قبل آماده شده استفاده شود.

جدول ۱- واکسن های برنامه گسترش ایمن سازی کشوری

بیماری	نام واکسن	نام انگلیسی واکسن	علامت اختصاری
سل (توبرکلوزیس)	ب.ث.ژ	Bacille Calmette- Guerin	BCG
دیفتری - کزاز	دوگانه خردسالان	Diphtheria, Tetanus	DT
	دوگانه بزرگسالان	Tetanus, Reduced diphtheria	Td
کزاز	توکسوئید کزاز	Tetanus Toxoid	TT
فلج اطفال	فلج اطفال خوراکی	سه ظرفیتی	tOPV
		دو ظرفیتی	bOPV
	فلج اطفال تزریقی		IPV
سرخک - سرخچه - اوریون	سرخک - سرخچه - اوریون	Measles, Mumps, Rubella	MMR
هپاتیت ب	هپاتیت ب	Hepatitis B	HepB
دیفتری - کزاز - سیاه سرفه	سه گانه (ثلاث)	Diphtheria, Tetanus, Whole cell Pertussis	DTP
دیفتری - کزاز - سیاه سرفه - هپاتیت ب - هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ ب	پنج گانه	Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTP)+ Hepatitis B + Haemophilus Influenzae type b	Pentavalent (DTP + Hib+ HepB)
هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ ب	هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ ب	Haemophilus Influenzae type b	Hib

جدول ۶- برنامه ایمن سازی کودکان

سن	نوع واکسن
بدو تولد	ب.ث.ژ - هپاتیت ب - فلج اطفال خوراکی
۲ ماهگی	پنج گانه - فلج اطفال خوراکی
۴ ماهگی	پنج گانه - فلج اطفال خوراکی و فلج اطفال تزریقی
۶ ماهگی	پنج گانه - فلج اطفال خوراکی
۱۲ ماهگی	MMR
۱۸ ماهگی	سه گانه - فلج اطفال خوراکی - MMR
۶ سالگی	سه گانه - فلج اطفال خوراکی

منبع: <https://shc.sbm.ac.ir/uploads/oldfile/>

مراقبت مادر باردار

یکی از ارکان مهم خدمات بهداشتی ارائه خدمت مناسب به مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از آن می باشد. گروه سلامت مادران معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه؛ مسئولیت مراقبتهای بهداشتی مرتبط با بارداری است بطوریکه که هر مادری با هر وضعیتی و در هر سطحی از نیاز به خدمات به واحدهای ارائه دهنده خدمت مراجعه نماید، خدمت کار آمد و اثر بخش دریافت نماید. هدف از این مراقبت ها کاهش بار بیماریهای ناشی از حاملگی، زایمان و پس از زایمان در مادر (تا 42 روز پس از زایمان) در راستای تعهدات ملی و بین المللی و با توجه به ارزشهای سازمانی این برنامه می باشد.

گروه هدف این برنامه زنان خواهان بارداری، زنان باردار، زنان در حین زایمان و تا 42 روز بعد از زایمان می باشند



اهداف اختصاصی برنامه

- ❖ کاهش مرگ مادران به 19 در صد هزار تولد زنده
- ❖ افزایش پوشش مراقبت پیش از بارداری
- ❖ افزایش پوشش مراقبت بارداری
- ❖ افزایش پوشش مراقبت پس از زایمان
- ❖ ثبت 100 درصدی اطلاعات مادران نزدیک به مرگ
- ❖ افزایش درصد زایمان طبیعی
- ❖ ارتقاء پوشش کلاس های آمادگی برای زایمان

فعالیت های برنامه

- ❖ ارائه خدمات مراقبتی در دوران پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان در مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی، پایگاه های سلامت و خانه های بهداشتی مطابق پروتکل های استاندارد ارائه خدمات و پیگیری فعالانه مادران در معرض خطر و پرخطر
- ❖ نظارت بر واحد های تسهیلات زایمانی جهت تضمین و بهبود کیفیت خدمات بهداشتی
- ❖ پایش و نظارت بر خدمات ارائه شده توسط پزشک، مراقب سلامت، ماما و بهورز در مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی، پایگاه های سلامت و خانه های بهداشتی
- ❖ آموزش و بازآموزی کارکنان
- ❖ آموزش عمومی جامعه درباره مراقبت های پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان
- ❖ تعامل با بخش خصوصی در زمینه ارائه خدمت به مادران باردار
- ❖ نظارت بر تهیه و توزیع منابع، تجهیزات و مکمل های دارویی مورد نیاز گیرندگان
- ❖ نظارت بر کلاس های آمادگی برای زایمان
- ❖ تهیه برنامه عملیاتی دانشگاهی (معاونت بهداشت و درمان)
- ❖ پیگیری مادران پرخطر گزارش شده از سطوح تخصصی به ستاد استان و شهرستانها یا مراکز ارائه خدمت
- ❖ توانمند سازی مادران باردار در امر زایمان طبیعی با برگزاری کلاس های آمادگی برای زایمان
- ❖ اجرای نظام پایش و ارزشیابی در کلیه سطوح ارائه خدمت و پشتیبانی
- ❖ تهیه گزارش مرگ مادران فوت شده در اثر عوارض بارداری و زایمان و بررسی علل موثر بر مرگ مادر با تشکیل کمیته های استانی و دانشگاهی

منبع:

<https://vchealth.kums.ac.ir/fa/groups/familyhygienegroup/activitiesprograms/mothershealth>

تست توبرکولین

تست توبرکولین روشی استاندارد برای بررسی ابتلا به مایکوباکتریوم توبرکلوزیس است. افراد زیادی در جهان به این باکتری، که عامل بیماری سل است، مبتلا هستند. این بیماری باوجود دسترسی به واکسن و دارو، عامل مهم مرگ و میر در انسان‌ها، به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه به شمار می‌رود.

تست توبرکولین که با نام تست مانتو (Mantoux) نیز شناخته می‌شود، یک آزمایش پوستی کیفی برای غربالگری عفونت فعال یا عفونت قبلی مایکوباکتریوم توبرکلوزیس است. از این تست برای بررسی اثربخشی واکسیناسیون BCG نیز استفاده می‌شود. تست مانتو برای کودکان، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، افراد در معرض خطر بالای ابتلا و افرادی که مشکوک به ابتلا به سل هستند، کاربرد دارد.

هنگامی که یک آنتی ژن از باسیل‌های سل به صورت داخل جلدی به یک فرد تزریق می‌شود، انتظار می‌رود که پاسخ ایمنی فردی که در معرض باکتری قرار گرفته است طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت افزایش یابد و منجر به ایجاد سفتی در ناحیه تزریق شود.

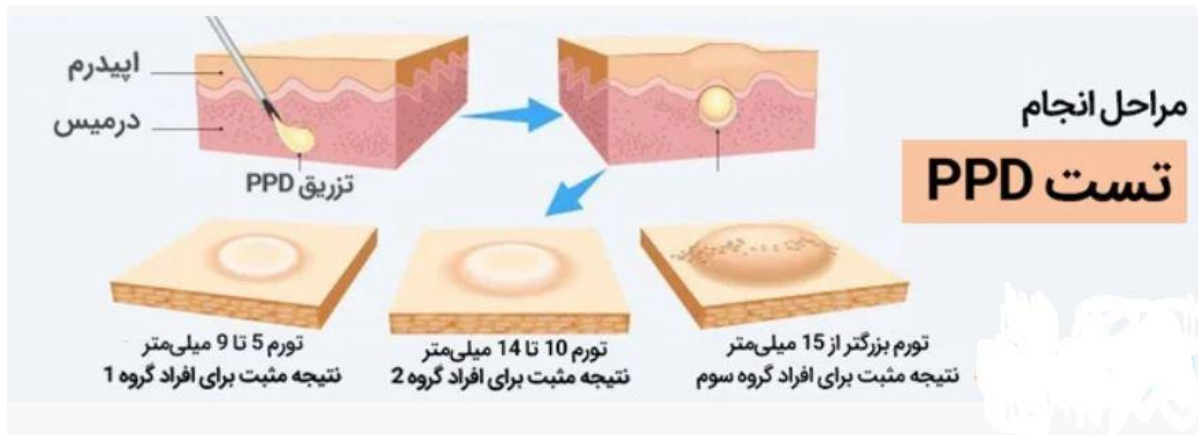
واکنش در پوست زمانی شروع می‌شود که سلول‌های ایمنی تخصصی به نام سلول‌های T، توسط سیستم ایمنی به سمت پوست جذب می‌شوند و در آنجا پیام‌رسان‌های شیمیایی به نام لنفوکین‌ها (lymphokines) را آزاد می‌کنند. این لنفوکین‌ها از طریق اتساع موضعی عروقی (گسترش قطر رگ‌های خونی) باعث ایجاد سفتی (ناحیه‌ای سخت و برجسته با حاشیه‌های مشخص در محل تزریق و اطراف آن) می‌شوند که منجر به رسوب مایع به نام ادم می‌شود. لازم به ذکر است که عفونت سل می‌تواند به دو صورت فعال و نهفته در بدن وجود داشته باشد. عفونت فعال سبب بروز علائم در فرد می‌شود. اما عفونت نهفته به این معنا است که عامل بیماری‌زا در بدن وجود دارد، اما هنوز فعال نشده است.

تست مانتو بین عفونت فعال و نهفته تمایز قائل نمی‌شود. همچنین تشخیص قطعی را ارائه نمی‌دهد. بنابراین در صورت بروز واکنش مثبت، آزمایش‌های اضافی مانند اسمیر خلط، کشت و اسکن قفسه برای تشخیص عفونت فعال سل ضروری است.

روش انجام

- ❖ به فرد مورد آزمایش اجازه دهید روی یک صندلی راحت بنشیند و دستانش را روی میز قرار دهد و قسمت داخلی ساعد را به سمت بالا بچرخاند.
- ❖ معرف PPD را به دمای اتاق برسانید.
- ❖ محل ترجیحی برای تزریق، سطح پشتی ساعد، حدود ۴ سانتی متر زیر مفصل آرنج است. ناحیه‌ای عاری از جای زخم را انتخاب کنید.
- ❖ محل تزریق را ضد عفونی کنید و بگذارید خشک شود.
- ❖ ناحیه تزریق را با نشانگر مشخص کنید.

- ❖ دوز استاندارد پنج واحد توبرکولین (۱/۰ میلی لیتر) را به صورت داخل پوستی با استفاده از سوزن ۲۸ یا ۲۶ یا سرنگ مخصوص توبرکولین تزریق کنید. کمی بیش از ۱/۰ میلی لیتر از محلول را به داخل سرنگ بکشید تا در صورت وجود هوا و خارج کردن مایع، حجم معرف تغییری نکند.
- ❖ تزریق مایع برجستگی کوچکی در زیر پوست ایجاد می کند.
- ❖ پس از گذشت ۴۸ الی ۷۲ ساعت، نتیجه آزمایش را بررسی کنید.
- ❖ اگر فرد طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت برای بررسی نتیجه مراجعه نکرد، لازم است آزمایش دوم در اسرع وقت انجام شود. هیچ منع مصرفی برای تکرار TST وجود ندارد، مگر اینکه تزریق قبلی با واکنش شدید همراه بوده باشد.



پزشک:

طبق صحبت های جانشین پزشک وظایف اصلی پزشک در مرکز شامل: ویزیت بیماران، بررسی شاخص های بیماران با کاردان منطقه، نظارت روی مراقب ها و بهورز ها، حضور در جلسات مربوط به سلامت منطقه و مداخله در آلودگی های ایجاد شده در منطقه است. افراد در سنین مراقبتی حتما باید تحت معاینه پزشک قرار بگیرند.

میزان مهاجرت در این منطقه بسیار زیاد است که درصد قابل توجهی حتی پرونده تشکیل نمیدهند. نکته دیگر هم که وجود دارد این است که اتباع شماره ملی ندارند و برایشان یک کد MID تعریف می شود. اکثر کیس های مشکوک به سل مهاجرین افغانستانی هستند. اگر فردی اثبات شود که به سل مبتلا است باید تمام اعضای خانواده وی مورد تست توبرکولین قرار بگیرند و در صورت مثبت شدن، به صورت پروفیلاکتیک دارو (ایزونیازید) دریافت میکنند. فرد مبتلا نیز باید تحت درمان ترکیبی 4 دارویی قرار بگیرد. این داروها روزانه درب منزل فرد تحویل داده میشوند تا از مصرف آن ها اطمینان حاصل کرد.

آزمایشگاه:

اکثر آزمایشاتی که در این مرکز صورت می گیرد به این گونه است که نمونه خون بیمار گرفته می شود، پلاسمای آن جدا شده و برای مرکز بهداشت 2 در خیابان وحدت ارسال می شود. معمولاً جواب آزمایشات هم در عرض یک هفته آماده می شود

یک سری از آزمایشات هم در خود این مرکز انجام می شوند که شامل: CBC, UA, STOOL EXAM می باشند.

مطالبی که در ادامه اشاره می شود مربوط به بازدید ما نمی شود اما با توجه به عدم ارائه اطلاعات کافی توسط مسئول آزمایشگاه به صورت مختصر توضیحاتی در مورد اقدامات آزمایشگاه ارائه می شود:

هنگامی که بیمار مراجعه می کند دو نوع نمونه ممکن است که گرفته شود: نمونه لخته و نمونه ای که می خواهیم لخته نشود. نمونه های لخته داخل ویالی گرفته می شود که از قبل ژلی در آن تعبیه شده است. ویال های با در سبز رنگ مال CBC هستند که خون لخته نشود و ویال های با در قرمز رنگ ویال هایی هستند که در آنها خون لخته می شود و رنگ در ها مهم است. رنگ بنفش مخصوص PT و PTT است که ضد انعقادش با بقیه فرق دارد؛ ضد انعقاد در CBC می شود EDTA اما در آزمایش PT و PTT محلول سیمون سیترات است. رنگ زرد برای آزمایش ESR به کار می رود. ضد انعقاد هر کدام متفاوت است.

نمونه ها در دستگاه روتاتور قرار داده می شوند که دائماً می چرخد تا نمونه ها رسوب نکنند. دستگاه دیگری وجود دارد که نام آن Cell counter است و نمونه را می مکد و اجزاء مختلف را به ما گزارش می کند. برای آزمایش های بیوشیمی از نمونه هایی استفاده می کنیم که نمونه در آنها لخته می شود. ژل سفید رنگی که در این لوله ها قرار دارد چگالی اش به گونه ای است که وقتی سانتریفیوژ می شود RBC سنگین تر است و پایین تر می رود و سرم مریض بالاتر می ماند.

سپس در مورد روش آماده سازی نمونه توضیح می دهند. به دستگاه برنامه می دهند که تست ها را به ترتیب انجام دهد. در بخش ادرار، متغیر های مختلفی از جمله رنگ، شفافیت، وزن مخصوص، پروتئین، خون و سایر موارد بررسی می شوند. ادرار هم در لوله های شبیه به آنهایی که برای خون استفاده می شدند قرار گرفته و سانتریفیوژ می شوند. ادرار بیمار در زیر میکروسکوپ گذاشته و مشاهده می شود. این موارد نهایتاً به پزشک داده می شوند تا تشخیص بیمار انجام شود.

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟
اهمیت موضوع: خیلی مهم
نحوه آموزش: خوب

تکلیف 1: جدول ثبت مهارت (مراقبت ها)

بیماری های غیرواگیر توسط مسئول مربوطه ارائه نشد

مدیریت مراقبت (کار آموز براساس دستور العمل های کشوری نسبت به تکمیل جدول ذیل اقدام نماید)						برنامه کشوری
ارزشیابی مربی	توصیه و اقدامات	علت مراجعه	سن مراجعه کننده	شماره خانوار	تاریخ مراقبت	
	-آموزش و توصیه های تغذیه ای به بیمار ارائه شد -برای یک ماه آینده آزمایش CBC برای وی درخواست شد -به بیمار علائم خطر بارداری و تاریخ مراجع بعدی (هفته ۱۶ بارداری) ارائه شد	کم خونی	۲۶ ساله	۱۱۹۸۰۲۰۱۹	۱۴۰۲/۱۱/۱۰	مراقبت مادر باردار و مامایی
	-انجام آزمایش های روتین بارداری -ارائه توصیه های تغذیه ای	تشکیل پرونده بارداری	۲۰ ساله	۱۳۷۲۹۲۸۹	۱۴۰۲/۱۱/۱۰	
	-بررسی از نظر علائم خطر، قد، وزن، تغذیه، تکامل و رشد کودک، بهداشت دهان و دندان و واکسیناسیون -دریافت مکمل آهن و ویتامین آ د	جهت ویزیت دوره ای	یک ساله	۱۳۶۶۸۹۶۸	۱۴۰۲/۱۱/۱۰	مراقبت کودک سالم
	-آزمایش کف پا	زردی	۴ روزه	۱۱۰۶۱۳۳۸	۱۴۰۲/۱۱/۱۰	مانا
	-معاینه صورت گرفت -هر سه ماه باید توسط پزشک ویزیت شود	فشار خون	۵۶ ساله	۱۰۱۳۳۳۳۸	۱۴۰۲/۱۱/۱۰	مراقبت بیماریها (غیرواگیر)
	-تنظیم دارو برای وی صورت گرفت -علائم حیاتی توسط مراقب کنترل گردید -آزمایش برای بیمار نوشته شد	فشار خون	۷۴ ساله	۱۳۴۹۱۱۸۲	۱۴۰۲/۱۱/۱۰	

مقیاس ارزشیابی: بیش از حد انتظار، در حد انتظار، متوسط، غیر قابل قبول

تکلیف 2: مشخصات مرکز خدمات جامع سلامت روستایی و خانه بهداشت

نام مرکز خدمات جامع سلامت روستایی	نام و تعداد روستاهای اصلی و قمر تحت پوشش	فاصله مرکز تا شهر	جمعیت تحت پوشش	پرسنل مرکز (ذکر حرفه و تعداد اعضای تیم سلامت)
همت آباد	شهرها: ضمیمه همت آباد، غیرضمیمه همت آباد روستاها: شهر آباد (قمر=جلالی) کریم آباد (قمر=حلوائی، تیم سیار= سنگبر و فیض آباد) دست گردان	۱۳ کیلومتر	29048	پزشک ۵ مراقب ناظر روستایی و خانواده ۱ مراقب ناظر بیماریها ۱ ماما ۳ (عباس آباد-دستگردان ۱، ضمیمه شهرآباد ۱، ضمیمه کریم آباد ۱) کارشناس بهداشت حرفه ای ۱ کارشناس بهداشت محیط ۱ سلامت روان ۱ کارشناس تغذیه ۱ کارشناس آزمایشگاه ۳ دندانپزشک ۱ مراقب دهان و دندان ۱ مراقب سلامت ۵ (ضمیمه ۳، عباس آباد۲) بهوز ۵ (دستگردان ۱، شهرآباد ۲، کریم آباد ۲) پذیرش ۱ خدمات ۱ سرایدار ۱

تکلیف 3: وضعیت پوشش مراقبت ها (مرکز خدمات جامع سلامت روستایی)

واکسیناسیون	درصد پوشش MMR1	%۸۷
مادران باردار	درصد پوشش پولیو 1 – پنتاوالان 1	%۹۳.۸ – %۸۷
	درصد پوشش پولیو 3 – پنتاوالان 3	%۴۱.۱ – %۷۰.۵۸
باروری سالم	درصد پوشش مراقبت بارداری (متناسب با سن بارداری)	%۸۴.۶
	درصد پوشش مادران مراقبت ویژه	-
کودکان	درصد مشاوره فرزندآوری در زنان 10-54 ساله همسر دار	%۱۵.۱
	درصد مراقبت پیش بارداری بدنبال مشاوره فرزندآوری	%۱.۹
	درصد پوشش مراقبت کودکان زیر 5 سال	%۵۴.۱

مشخصات خانه بهداشت (1)

نام روستا: شهرآباد تعداد بهورزان: 2 بهورز

روستا تحت پوشش کدام مرکز خدمات جامع سلامت می باشد؟

تعداد خانوار	جمعیت روستا		کمتر از 1 سال		1-5 سال		5-17 سال		18-29 سال		30-59 سال		بالای 60 سال		زنان 10 تا 54 سال	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	همسر دار	بدون همسر
944	1765	1730	30	35	127	157	547	476	317	335	667	633	77	94	752	نامشخص

مشخصات خانه بهداشت (2)

تعداد بهورزان: 2 بهورز

نام روستا: کریم آباد

روستا تحت پوشش کدام مرکز خدمات جامع سلامت می باشد؟

تعداد خانوار	جمعیت روستا		کمتر از 1 سال		1-5 سال		5-17 سال		18-29 سال		30-59 سال		بالای 60 سال		زن 10 تا 54 سال	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	همسر دار	بدون همسر
1243	2387	2357	73	51	250	243	735	731	403	458	818	761	108	113	942	—

تکلیف 4: فعالیت پژوهشی: (انجام این تکلیف مهم است)

پس از ارزیابی جامعه ، لیست مشکلات بهداشتی منطقه را تهیه و در مورد یکی از مشکلات، مرکز پیشنهاد و راهکار ارائه دهید.

یکی از اساسی ترین مشکلات منطقه که در بیشتر واحد ها به آن پرداخته شد وجود جمعیت زیادی از مهاجرین خصوصا افغان ها در این منطقه می باشد که عمده کیس هایی که درگیر بیماری سل هستند نیز مربوط به این افراد می باشد. رفع این گونه مشکلات واقعا در توان مرکز نیست و نیازمند به سیاست گذاری های مقامات بالا تر دارد ولی باز هم در سطح همین مراکز می توان مراکز جداگانه ای برای این افراد در نظر گرفت یا برای پیشگیری بیماری سل این بیماران را تشویق به درمان به موقع و اطلاع رسانی کامل به اعضای خانواده شان کرد.

نکته دیگری که در واحد بهداشت حرفه ای به آن اشاره شد تخلیه غیر استاندارد فاضلاب در مکان های نامناسب می باشد

نکته دیگری که پزشک و کارشناس تغذیه مرکز به آن اشاره داشتند تمکن مالی کم بیماران و عدم مراجعه های منظم و ادامه دار این بیماران است.

مورد بعدی آلودگی شپش سر می باشد(پدیکلوز) که به گفته پزشک معمولا در زمان آغاز مدرسه ها این آمار بالاتر می رود و نیازمند بررسی و گزارش مسئولین بهداشت مدارس می باشد

همچنین آمار بیماری های غیرواگیر مانند دیابت فشار خون و اختلالات پروفایل چربی در این منطقه بالاست

B- مرکز خدمات جامع سلامت شهری چهارده معصوم:



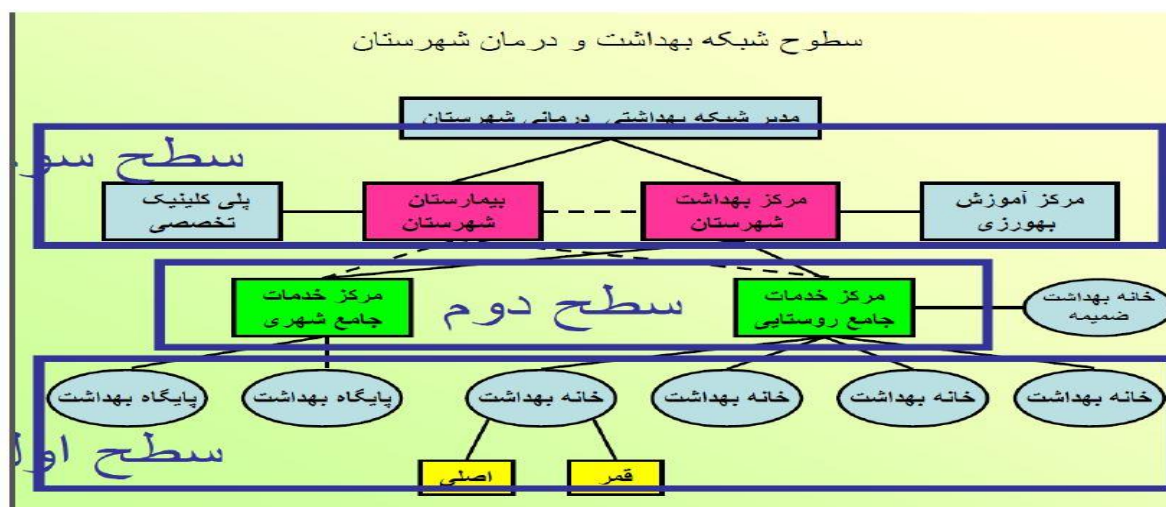
زمان: روز چهارشنبه-1402/11/11

مکان: محله شهید قربانی، بین شاهی 8 و 10

موارد مطرح شده:

توضیحات خانم دکتر ابراهیمی راجع به سیستم سلامت کشور

در ابتدای صحبت ها راجع به کارکرد ها و کاربرد های مختلف مرکز جامع خدمات سلامت صحبت شد که با توجه به بررسی واحد های مختلف در قسمت قبلی و توضیح خدمات ارائه دهنده توسط هر واحد از پرداختن دوباره به آن خودداری کردم



منبع عکس، اسلاید های دکتر موسوی

سیستم بهداشتی کشور خدمات را در سه سطح ارائه می دهد:

سطح یک: مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی + پایگاه ها و خانه های بهداشت

سطح دو: مراکز بهداشت شهرستان

سطح سه: مرکز بهداشت استان

سطح یک یا همان مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی سطحی ترین و محیطی ترین مرکز در ارتباط با مردم هستند.

در سطح یک، علاوه بر مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی، مراکزی تحت عنوان شهری-روستایی هم قرار می گیرند که هم جمعیت روستایی هم جمعیت شهری تحت پوشش خود دارند.

پایگاه های بهداشت هم به دو دسته کلی تقسیم می شوند

❖ ضمیمه

❖ غیرضمیمه

پایگاه ضمیمه خود مرکز مستقر است و غیرضمیمه خارج از مرکز. مثلاً خانه بهداشت کریم آباد به عنوان غیرضمیمه شهری روستایی همت آباد است.

پرسنلی که ممکن است در مراکز خدمات جامع سلامت کار کنند: پزشک عمومی، کارشناس تغذیه، کارشناس روان، ماما، مراقبین سلامت، بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، ناظر بیماری ها، دندانپزشک (در صورت عدم حضور مشکلی ندارد)

با توجه به اینکه در مناطق روستایی تنها راه ارتباطی مردم با نظام بهداشت، مراکز خدمات جامع سلامت و زیرمجموعه های مربوطه است، باید خدمات سعی شود با بالاترین کیفیت ارائه شود. در مناطق شهری مردم به مطب های خصوصی دسترسی دارند در نتیجه با توجه به سیاست عدالت هم این قضیه قابل توجیه است.

اولویت ارائه خدمات سرپایی نسبت به بستری

اولویت ارائه خدمات روستایی نسبت به شهری

اولویت اقدامات پیشگیری به درمانی

به عنوان مثال در مورد واکسن ها و توزیع آن و یا در کل موارد ارائه تسهیلات مناطق روستایی در اولویت هستند. اولویت ارائه خدمات روستایی به شهری در عین عدالت است به همین دلیل هم وزارت بهداشت توجه بیشتری به این مناطق دارد و اگر به عنوان پزشک در این مناطق مشغول به کار شدید باید جمعیت خود را به خوبی شناسایی کنید و بر پرسنل مرکز نظارت داشته باشید. در واقع برای برقراری عدالت لزوماً نباید مساوات و یکسان بودن برقرار شود بلکه باید Equity باید رعایت شود یعنی هر کس با توجه به نیازش خدمات دریافت کند به عنوان مثال اگر کمبود یه دارو در مناطق شهری وجود داشته باشد خیلی زود تر می توان این کمبود را برطرف کرد ولی در روستاها با توجه به دسترسی های مختلف این امکان وجود ندارد پس باید ذخیره دارویی روستا ها نسبت به مناطق شهری بیشتر باشد.

از جمله تفاوت هایی که میان مراکز شهری و روستایی وجود دارد واحد های تغذیه و سلامت روان است که در مراکز شهری وجود دارد و در روستایی نیست هم چنین با توجه به اولویت های ارائه خدمات کیفیت خدماتی که در روستا ارائه می شود باید بیشتر باشد و در عمل هم همین گونه است. (یکی از سیستم های موفق کشور بعد از انقلاب همین سیستم بهداشت کشور می باشد)

سیستم مراقبت: عملکرد این سیستم جمع آوری، ثبت و تجزیه و تحلیل اطلاعات برای سیاست گذاری های بهداشتی است. اطلاعات دریافتی در مرکز بهداشت استان آنالیز می شوند و نهایتاً به وزارتخانه فرستاده می شود تا ببینند که مشکل چیست و سیاست های لازم گذاشته شوند. بعد از آن، یک سری پروتکل ها طراحی می شوند؛ مثلاً برای مادران باردار، کودکان زیر ۵ سال و... . حسب دستور العمل وزارتخانه، در سامانه سینا به صورت سؤالاتی قرار داده می شوند. (رئیس دانشگاه علوم پزشکی در واقع قائم مقام وزیر در استان می باشد و معاون بهداشتی وی رئیس مرکز استان می باشد به لحاظ ساختاری)

فرایند انتخاب بهورزها: بهورزی که انتخاب می شود حتماً باید بومی منطقه باشد. دلیل این است که نزد افراد آن منطقه آشناست و بهتر می تواند معتمد باشد، همچنین وقتی خدمات را برای خانواده خودش انجام دهد بقیه افراد آن

منطقه هم بیشتر تشویق می‌شوند. از طرفی فرد بومی با فرهنگ آن منطقه آشنایی بهتری دارد و میتواند درک بهتری با توجه به مشکلات فرهنگی داشته باشد. مدرک تحصیلی بهروز در دوره‌های مختلف متفاوت بوده است؛ سابقاً با سواد ۶ کلاس ابتدایی هم به کار گرفته می‌شدند اما تدریجاً که سطح تحصیلات عمومی بالاتر رفته است، امروزه با مدرک لیسانس و فوق دیپلم می‌توانند فعالیت کنند. این افراد ۲ سال در آموزشگاه بهورزی تحصیل کرده و دروسی مانند مهارت‌های بالینی را می‌آموزند؛ خلاصه ای از آناتومی، پرستاری، مامایی و پرشکی، و این افراد بسیار توانمند می‌شوند.

+در ادامه گروه های دو نفره تشکیل دادیم و به چند تا از واحد ها رفته و به نوعی در انجام اقدامات مشارکت کردیم

مهمترین نکات آموزشی:

نحوه اندازه گیری قد، وزن و سر نوزاد:

(برای رعایت حریم خصوصی مراجعه کنندگان در این قسمت از تصاویر منتشر شده در اینترنت به جای تصاویر خود مراجعه کنندگان استفاده می شود)

یکی از زمانهای مراجعه به بهداشت برای نوزاد در 3 تا 5 روزگی است که تشکیل پرونده نوزاد در مرکز بهداشت انجام می‌شود (تمام کیس هایی که مشاهده کردیم در همین زمان مراجعه کرده بودند). در اولین مراجعه نوزاد به پزشک نشانه‌های خطر توسط وی بررسی می‌شود تا مطمئن شود نوزاد نیاز به مراقبت ویژه نداشته باشد. سپس وزن، قد و دور سر او را اندازه‌گیری می‌کند و او را از نظر زردی، بینایی و تغذیه مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مکمل **A+D** مکملی است که باید در این سن به نوزاد داده شود و اگر آن را دریافت نکرده باشید مرکز بهداشت آن را به مراجعه کنندگان خواهد داد.

دومین زمان بردن نوزاد به خانه بهداشت در 14 تا 15 روزگی اوست. در این هنگام مجدداً نشانه‌های خطر و وضعیت زردی نوزادی چک می‌شود. وزن، قد و دور سر نوزاد اندازه‌گیری و در پرونده او ثبت می‌شود. در مورد تغذیه نوزاد در این مدت از مادر سؤال پرسیده می‌شود و در صورت نیاز مشاورین خانه بهداشت نوزادان توصیه‌های لازم را به والدین خواهند کرد. بینایی نوزاد و وضعیت تکامل او نیز چک می‌شود. در صورتی که نوزاد نیاز به مکمل‌های دارویی داشته باشد توسط پزشک برای او تجویز خواهد شد. همچنین در 2 ماهگی، 4 ماهگی و 6 ماهگی هم باید مراجعه داشته باشند.



برای اندازه گیری قد نوزاد، نوزاد را بر روی تخت قد سنج مانند شکل بالا قرار می دهند. سر نوزاد در تماس با دیواره تخت قرار گرفت و سپس قد وی اندازه گیری می شود. همچنین تخت جا برای قرار دادن ترازو دارد که نوزاد را روی آن قرار می دهند و وزن وی را مشخص می کنند.

وزن متوسط نوزاد در زمان تولد 3.5 کیلوگرم ، در یک سالگی ۱۰ کیلوگرم ، در پنج سالگی ۲۰ کیلو گرم و در ده سالگی ۳۰ کیلوگرم می باشد . نوزاد در چند روز نخست تولد ، ۵ تا ۱۰ درصد از وزن هنگام تولد خود را از دست می دهد . در 7-10 روزگی ، دوباره به وزن هنگام تولد بر می گردد . در چهار الی پنج ماهگی ، وزن نوزاد دو برابر ، در یک سالگی سه برابر ، و در دو سالگی چهار برابر می شود . متوسط افزایش وزن ، در سه تا چهار ماه اول ، روزی ۲۰ تا ۳۰ گرم و در باقیمانده سال اول ، روزی ۱۵ تا ۲۰ گرم می باشد. همچنین قد نوزادان در بدو تولد 45-55 سانتی متر و به طور متوسط 50 سانتی متر می باشد و تا یک سالگی به حدود 1.5 برابر قد در هنگام تولد خواهد رسید و در حوالی 4 سالگی 2 برابر قد زمان تولد خواهد شد.



اندازه‌ی دور سر نوزاد، بسته به زمان تولد نوزاد متفاوت است، معمولاً نوزادان رسیده دارای اندازه دور سر ۳۵ سانتی متر و نوزادان نارس ۳۱ تا ۳۳ سانتی متر هستند. گفته می‌شود در سه ماه اول تولد ماهیانه ۲ سانتی متر به دور سر کودک افزوده می‌شود. معمولاً اندازه‌ی دور سر نوزاد به دوران بارداری بستگی دارد. در صورتی که نوزاد نارس به دنیا بیاید، اندازه‌ی دور سر او ۳۱ تا ۳۳ سانتی است ولی اگر نوزاد به موقع به دنیا بیاید اندازه دور سر او حدود ۳۵ سانتی متر است. در سه ماه اول تولد ماهی ۲ سانتی متر به دور سر کودک اضافه می‌شود. در سه ماهه دوم یک سانتی متر اضافه می‌شود و در شش ماهگی تا یک سالگی هر ماه حدود یک سانتی متر به دور سر کودک اضافه می‌شود

برای اندازه گیری دور سر کودکان، نوارهای مدرج پلاستیکی و فلزی بین موهای سر و ابروی کودک قرار می‌دهند و دور سر را در مقطع پیشانی و برجستگی اکسیپیتال اندازه می‌گیرند. سپس اندازه به دست آمده را روی نمودار رشد و منحنی‌های اندازه‌ی دور سر برده و با خط رشد نرمال مقایسه می‌کنند.

آزمایش پاشنه پای نوزادان:

آزمایش پاشنه پای نوزادان یک روش آسان است که در آن برخی بیماری‌ها شناسایی می‌شوند. با این شناسایی به موقع می‌توان جلوی بروز عوارض و پیامدهای منفی ذهنی و جسمی بیماری در کودکان را گرفت. در صورتی که در غربالگری نوزادان نتایج غیر طبیعی حاصل شود لزوماً به معنای وجود بیماری در نوزاد نیست و باید تست‌ها و آزمایش‌های تکمیلی انجام شود.

غربالگری نوزادان نهایتاً تا ۵ روز بعد از بدو تولد قابل انجام است. در این آزمایش ابتدا پای نوزاد را گرم و ضد عفونی می‌کنند و سپس سوزن مخصوصی به نام لانست را به پای نوزاد می‌زنند تا چند قطره از خون او روی کاغذی مخصوص بریزد. خون‌های ریخته شده روی کاغذ ۳ تا ۴ ساعت طول می‌کشد تا خشک شوند. در صورت اثبات بیماری زمان شروع روند درمانی از ۲ هفتگی تا قبل از ۲۸ روزگی است.

آزمایش پاشنه پای نوزادان شامل غربالگری شش بیماری است که عبارتند از:

- ❖ **کم‌کاری تیروئید بدو تولد:** کم‌کاری تیروئید مادرزادی سطح هورمون‌های تیروئید را کاهش می‌دهد و در نهایت به عقب ماندگی ذهنی و جسمی منجر می‌شود. تشخیص این بیماری در غربالگری نوزادان و کنترل و درمان آن با داروها از ایجاد مشکلات جلوگیری می‌کند و نوزاد به طور طبیعی رشد خواهد کرد.
- ❖ **بیماری فنیل کتونوری: (PKU)** فنیل کتونوری یکی دیگر از بیماری‌هایی است که در آزمایش غربالگری نوزادان بررسی می‌شود. فنیل آلانین نوعی از اسیدهای آمینه ضروری بدن محسوب می‌شود. در صورتی که در ژنتیک آنزیم‌های مصرف‌کننده فنیل آلانین مشکلی ایجاد شود؛ سطح این اسید آمینه بالا می‌رود و در ادرار ظاهر می‌شود. مراحل پیشرفته‌تر این بیماری می‌تواند به بافت مغز آسیب بزند و با عقب ماندگی ذهنی همراه شود. برای درمان نوزادان از رژیم غذایی مخصوصی استفاده می‌شود تا به رشد طبیعی خود ادامه دهند.
- ❖ **بزرگی و پرکاری غده فوق کلیوی:** بزرگی و پرکاری غده فوق کلیوی از دیگر بیماری‌هایی است که در غربالگری نوزادان بررسی می‌شود. این بیماری مادرزادی است و در این وضعیت بدن نمی‌تواند هورمون

کوئیزول را بسازد. از عوارض بزرگی و پرکاری غده فوق کلیوی می توان به عقب ماندگی جسمی و ذهنی و بروز صفات پسرانه در دختران اشاره کرد.

- ❖ **کمبود آنزیم G6PD:** آنزیم G6PD یکی از آنزیم های مهم گلبول های قرمز خون است. کاهش این آنزیم باعث می شود هر زمانی که فرد داروها و خوراکی های حاوی اکسیدان را مصرف می کند؛ گلبول های قرمز از بین بروند. وجود این بیماری در غربالگری نوزادان با عوارضی همچون خستگی، سستی و کم خونی شدید با شوک همراه است و در کودکان نیز باعث طولانی تر شدن دوره زردی می شود.
- ❖ **بیماری شربت افرا:** این بیماری به دلیل مشکل مادرزادی در جذب و استفاده از چند اسید آمینه به وجود می آید. با بالا رفتن میزان چند نوع اسید آمینه در خون ادرار فرد بوی درخت افرا یا شکر سوخته به خود می گیرد. تجمع این اسیدهای آمینه باعث عقب ماندگی ذهنی و مرگ می شود.
- ❖ **گالاکتوزمی:** احتمال وجود این بیماری در غربالگری نوزادان به این معنی است که کودک در مصرف گالاکتوز یا همان قند موجود در شیر دچار مشکل است. علت این امر اختلال در تولید برخی آنزیم های بدن است. بیماری گالاکتوزمی با استفراغ شروع می شود و در ادامه با آسیب دیدن کبد و آب مروارید همراه است. در صورت عدم درمان به موقع امکان بروز موارد خطرناک تر در کودک نیز وجود دارد.

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: خیلی مهم

نحوه آموزش: عالی

تکلیف 1: جدول ثبت مهارت (مراقبت ها)

مدیریت مراقبت (کار آموز براساس دستور العمل های کشوری نسبت به تکمیل جدول ذیل اقدام نماید)						برنامه کشوری
ارزشیابی مربی	توصیه و اقدامات	علت مراجعه	سن مراجعه کننده	شماره خانوار	تاریخ مراقبت	
	-اندازه گیری دور سر، قد و وزن -قطره AD -ارجاع جهت مشورت شیردهی -ارجاع جهت کنترل زردی -ارجاع جهت بررسی تیروئید	مراقبت ۳-۵ روزگی	۴ روزه	۹۵۵۷۵۳۰	۱۴۰۲/۱۱/۱۱	مراقبت کودک سالم
	-ارجاع به پزشک	زردی و یثورات منتشر پوستی	۳ ماهه	۰۹۶۲۸۶۸۳۵۳	۱۴۰۲/۱۱/۱۱	مانا
	-چک وزن، قد -دو نوبت اندازه گیری فشار خون -چک هایپوتشن ارتواستاتیک -تکمیل پرسشنامه -آموزش تغذیه -ارجاع به پزشک	خطرسنجی عوارض قلبی- عروقی (هایپرلیپیدمی، دیابت و فشار خون)	۶۳ ساله	۶۳۵۹۲۸۰۰۳۶	۱۴۰۲/۱۰/۳	مراقبت بیماریها (غیرواگیر)
	-چک وزن، قد -دو نوبت اندازه گیری فشار خون -چک هایپوتشن ارتواستاتیک -تکمیل پرسشنامه -آموزش تغذیه -ارجاع به پزشک	فشار خون	۷۵ ساله	۷۷۶۸۳۰۹	۱۴۰۲/۶/۶	
	-انجام اسمیر خلط CXR- رژیم DOTS -تست ایدز	سرفه، بی اشتها، خلط و کاهش وزن	۷۰ ساله	۱۱۴۲۱۹۷۶	۱۴۰۱/۹/۲۰	مراقبت بیماریها (واگیر)

	-فراخوان برای افراد نزدیک جهت غربالگری					
	-انجام اسمیر خلط CXR- -رژیم DOTS -چک عوارض دارویی -چک تغییر وزن در دوره درمان -فراخوان برای افراد نزدیک جهت غربالگری	سرفه، خلط و کاهش وزن	۲۴ ساله	۱۰۵۲۷۱۹۲	۱۴۰۲/۴/۲۸	
مراقبت مادر باردار و مامایی	ارجاع به پزشک ارجاع جهت مشورت تغذیه	عدم وزن گیری	۳۵ ساله	۱۳۷۷۸۹۱	۱۴۰۲/۱۱/۱۱	
	سونوگرافی و آزمایش ارجاع به متخصص زنان بخاطر پیچیدن بند ناف دور گردن جنین در سونوگرافی	مراقبت ۳۵ تا ۳۷ هفتگی- غربالگری کاردیومیوپاتی	۲۹ ساله	۱۲۸۰۳۶۹۹	۱۴۰۲/۱۱/۱۱	
	توضیح ویژگی های بیماری و خصوصیات رفتاری و روانی وجود آمده توضیح درمان و ایشن های درمانی(دارو یا روان درمانی) بیمار نیازمند به افزایش برقراری ارتباطات مثبت با دیگران است	تشخیص و ارجاع پزشک به علت افسردگی و اختلال وسواس	۳۴ ساله	-	۱۴۰۲/۱۱/۱۱	سایر مراقبت ها
-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	

مقیاس ارزشیابی: بیش از حد انتظار، در حد انتظار، متوسط، غیر قابل قبول

تکلیف 2: مشخصات مرکز خدمات جامع سلامت شهری و پایگاه سلامت

نام مرکز خدمات جامع سلامت شهری	نام پایگاه های سلامت تحت پوشش	جمعیت تحت پوشش	پرسنل مرکز (ذکر حرفه و تعداد اعضای تیم سلامت)
مرکز چهارده معصوم	ضمیمه دکتر خداشناس دکتر شیخ	28427	۲ پزشک ۱ بهداشت حرفه ای ۱ بهداشت محیط ۱ کارشناس تغذیه ۱ کارشناس روان ۱ پرستار ۳ آزمایشگاه ۱ دندان پزشک ۳ نیروی پذیرش ۹ ماما ۴ مراقب سلامت ۲ خدمات

مشخصات پایگاه سلامت

نام پایگاه	جمعیت تحت پوشش	کمتر از 1 سال	1-5 سال	5-17 سال	18-29 سال	30-59 سال	بالای 60 سال	زنان 10 تا 54 سال
ضمیمه	14933	313	1286	4071	2751	5809	703	3119
شیخ	6039	97	436	1487	1058	2528	423	1296
خداشناس	7465	126	570	1877	1267	3153	472	1643

تکلیف 3: وضعیت پوشش مراقبت ها (مرکز خدمات جامع سلامت شهری)

واکسیناسیون	درصد پوشش MMR1	%۹۹
	درصد پوشش پولیو 1 – پنتاوالان 1	%۹۸.۵
	درصد پوشش پولیو 3 – پنتاوالان 3	%۹۵.۸
مادران باردار	درصد پوشش مراقبت بارداری (متناسب با سن بارداری)	%۷۳.۲۵
	درصد پوشش مادران مراقبت ویژه	–
باروری سالم	درصد مشاوره فرزندآوری در زنان 10–54 ساله همسر دار	%۱۱.۸۵
	درصد مراقبت پیش بارداری بدنبال مشاوره فرزندآوری	%۹.۶۲
کودکان	درصد پوشش مراقبت کودکان زیر 5 سال	%۳۸.۵

– با توجه به بازدید از مرکز جامع خدمات سلامت شهری بافتی گزارشی از این مرکز نیز ارائه می شود

2-B-مرکز خدمات جامع سلامت شهری بافتی

زمان: روز یکشنبه ۱۵ بهمن ماه سال ۱۴۰۲

مکان: مرکز جامع خدمات سلامت شهری بافتی

آدرس: مشهد، گلشهر، فلکه دوم شهرک ثامن، بلوار کرامت، کرامت ۵ اولین تقاطع سمت چپ

در ابتدا توضیحاتی راجع به زنجیره سرد توسط خانم دکتر ابراهیمی ارائه شد:

زنجیره سرد:

مجموعه تجهیزات و امکاناتی که موجب می شود دمای واکسن از زمان تولید تا زمان مصرف حفظ شود و یا به عبارت دیگر به نظامی مرکب از افراد و تجهیزات که اطمینان می دهد واکسن موثر به مصرف کننده برسد

تجهیزات زنجیره سرما به دو قسمت ثابت که شامل سردخانه یخچال ژنراتور آلارم هشدار دهنده و فریزر می باشد و بخش سیار که شامل کلد باکس واکسن کریر اتومبیل سردخانه دار و آیس بگ می باشد یک سری استاندارد های باید در رابطه به موقعیت فیزیکی قرار گیری یخچال رعایت شود به عنوان مثال باید به فاصله استاندارد از دیوار داشته باشد همچنین باید از تجهیزات سرمایشی یا گرمایشی به دور باشد که موجب تغییرات دمایی یخچال نشود.

بر روی درب یخچال نمودار پایش دمای یخچال وجود دارد که روزانه دو نوبت چک می شود. دمای درون یخچال ها باید بین 2+ تا 8+ درجه حفظ شود (در یخچال ترموستات وظیفه ایجاد این دما را دارد) نوبت اول صبح و نوبت دوم در آخر شیفت کاری است. برای کنترل دما درون یخچال ترمومتری وجود دارد که دما را اندازه گیری می کند و چنانچه تغییر دما در یخچال رخ دهد به گوشی مسئول مربوطه **alarm** ارسال می شود. چینش واکسن ها در درون یخچال هم بسیار مهم است در ردیف بالای یخچال واکسن های حساس به گرما قرار داده می شود که مهم ترین آن واکسن **OPV** می باشد و هم چنین در ردیف پایین آن واکسن های حساس به سرما قرار می گیرد (حساس ترین آن ها واکسن هپاتیت می باشد)

داخل یخچال محلول آب و نمک قرار می گیرد که چنان چه یخچال خاموش شد یا هر گونه تغییر دمایی رخ داد این تغییر دما دیر تر صورت بگیرد و تعادل دمایی دیرتر صورت بگیرد

در فریزر یخچال هم آیس پک ها قرار می گیرند که دارای دو فررفتگی در جدار خود می باشند و محل قرار گیری ویال واکسن می باشد تا خارج از محیط یخچال هم دمای آن حفظ شود. به طور کلی هم آیس پک ها را می توان درون کلد باکس ها قرار داد تا در زمان هایی که از کلد باکس ها برای جا به جایی واکسن ها به مناطق دورتر استفاده می شود دما واکسن ها حفظ شود.



سپس به اتاق پزشک مرکز مراجعه کردیم و ایشان توضیحاتی در باره تجربیات خودشان و بررسی بیماران برای ما ارائه کردند

توضیحات خانم دکتر:

بهداشت شهری:

در بخش های اورژانسی که در بیمارستان ها و ... وجود دارد اقداماتی که صورت می گیرد به سرعت نتیجه شان مشخص است اما کار هایی که در سیستم بهداشت صورت می گیرد در طولانی مدت نتیجه خود را نشان می دهد. (مراکز

بهداشت شهری به ندرت مواجهه با موارد اورژانسی دارند اما در مراکز روستایی این قضیه متفاوت است و موارد اورژانسی به مراتب بیشتر است)

در شهرستان مشهد، 5 مرکز بهداشت شهرستان وجود دارد که مرکز خدمات جامع سلامت شهری بافتی زیرمجموعه مرکز بهداشت شماره 2 شهرستان مشهد میباشد. این مرکز، خود به سه پایگاه تقسیم میشود (ضمیمه، دادگر، صاحب الزمان). دلیل این تقسیم بندی ها هم این است که جمعیت تحت پوشش را به طور کامل و دقیق بررسی کنند. حدود 34000 نفر جمعیت تحت پوشش این مرکز هستند که هر کدام از پایگاه ها حدود 11000 نفر جمعیت تحت پوشش دارند. مراقب های سلامت هم هر کدام 3000-4000 نفر را تحت پوشش خود دارند. در سامانه سینا مراقبت های تمامی افراد مراجعه کننده ثبت میشود و برای بیمار دیابتی به عنوان مثال مراقبت های ماهیانه (توسط مراقب سلامت) و مراقبت های سه ماهه (توسط پزشک) وجود دارد. برای این مراقبت های دوره ای، یادآور برای بیمار پیامک میشود تا مراجعه به هنگام داشته باشد و در صورت عدم مراجعه، وظیفه مراقبین سلامت است تا علت را جویا شوند و بیمار را به ویزیت دوره ای تشویق کنند.

خدمات بهداشتی از نوزادی که به دنیا می آید تا سالمندان را شامل می شود. نوزادی که به دنیا می آید اولین ویزیتی که دارد ویزیت 3-5 روز است که توسط پزشک صورت می گیرد. بیشتر جهت بررسی زردی و بیماری هایی مثل فنیل کتونوری است (البته توجه داشته باشیم که هر نوزادی که به دنیا می آید قبل از ترخیص از بیمارستان توسط متخصص اطفال ویزیت می شود و از لحاظ ادرار و مدفوع داشتن و ... مورد بررسی قرار میگیرد).

همچنین خیلی اوقات مادر متوجه توصیه هایی که هنگام ترخیص از بیمارستان به وی شده نشده و یا آن ها را رعایت نمی کند که در ویزیت 3 تا 5 روزگی دوباره به مادر توصیه می شود.

ویزیت بعدی در 15 روزگی انجام می شود که در آن نوزاد از لحاظ زردی پاتولوژیک مورد بررسی قرار می گیرد

ویزیت بعدی در یک ماهگی است که از لحاظ قد و وزن و ... بررسی می شود

ویزیت بعدی دو ماهگی است که جهت شروع واکسیناسیون صورت می گیرد

ویزیت های بعدی در چهارماهگی، شش ماهگی، یکسالگی و 18 ماهگی خواهند بود که مطابق با سن واکسیناسیون مربوط به خود را خواهند داشت.

فرم های مهمی که در یک سالگی و 18 ماهگی وجود دارند فرم های **ASQ** هستند که البته در دوره اطفال بیشتر با آن آشنا خواهیم شد (فرم های **ASQ** در انتهای مطالب به پیوست قرار داده خواهند شد) در این فرم ها، کودکان در 5 حیطه مورد ارزیابی قرار میگیرند (تکلم و درکی و شناختی و ...) با پر کردن همین فرم، خیلی از اختلالات تکاملی مثل اوتیسم در سنین پایین تر شناسایی میشوند و کارهای درمانی بهتر پیش خواهند رفت.

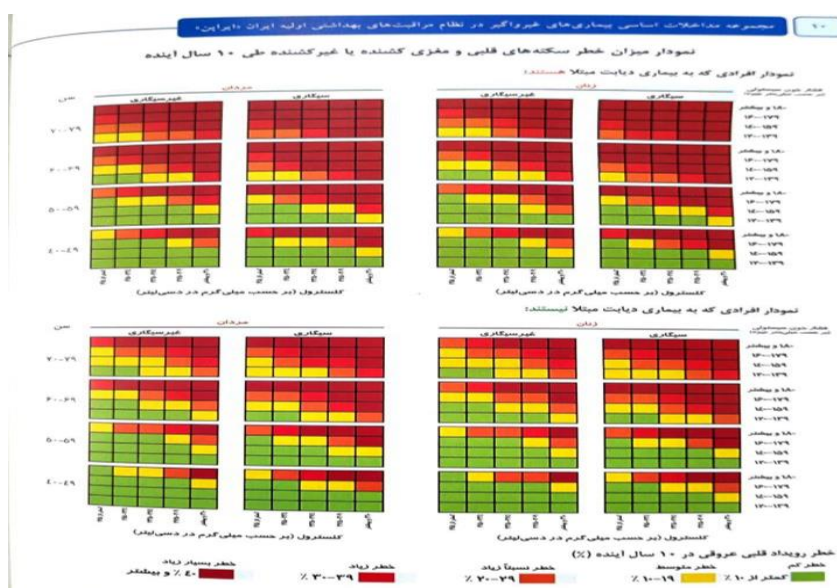
ویزیت بعدی در شش سالگی است که قبل رفتن بچه ها به مدرسه صورت میگیرد. این ویزیت در واقع اولین ویزیت نوجوانی تلقی می شود. چهار نوبت مراقبت در دوره نوجوانی مهم است. اولین ویزیت همین 6 سالگی بعدی در کلاس چهارم دبستان بعدی کلاس هفتم و آخرین هم کلاس دهم می باشد. اختلال های مهم روان به جز اضطراب معمولا در کلاس اول و چهارم خیلی وجود ندارند. اما متأسفانه در کلاس هفتم و دهم این اختلالات به شدت در حال افزایش است (حتی ممکن است خودکشی ها در این سن رخ بدهد)

در بازه سنی جوانان (18-30 سال) انتظار بیماری های مزمنی مثل دیابت و فشارخون را نداریم اما باز هم باید مورد بررسی قرار گیرند حتی باید از نظر سابقه خانوادگی هم مورد بررسی قرار گیرند. در این گروه ها پیشگیری مقدماتی انجام می شود یعنی کاری کنیم که ریسک فاکتور ها ایجاد نشوند.

گروه مهم مادران باردار در این بازه سنی قرار میگیرند. همچنین بیماری هایی مثل دیابت تیپ 1 نیز را داریم. مسئله مهم دیگر در این بازه سنی اعتیاد است. در زمینه اعتیاد مهم ترین کاری که از دست ما ساخته است، آموزش درست و آگاه سازی عوارض آن برای نرفتن به سمت این معضل است.

برای مادران باردار، دو غربالگری مهم داریم که پزشک در این موارد مادر را به متخصص زنان ارجاع میدهد. غربالگری 11-13 هفته که در آن اختلالات NT بررسی میشود که در سندروم هایی مثل ترنر و داون دیده میشود. غربالگری دوم در 16-18 هفته میباشد که 4 مارکر در خون (مثل AFP و ...) سنجیده میشوند و یک سونوگرافی برای بررسی آنومالی ها درخواست میشود. این غربالگری ها توسط متخصصین زنان باید درخواست شوند.

در بازه سنی میانسال (30-60) بیشترین میزان بروز بیماری های مزمن مثل فشارخون، اختلالات چربی، دیابت و ... را داریم. پس در این بازه سنی شناسایی زودهنگام و جلوگیری از ایجاد این بیماری ها اهمیت دارد. به همین دلیل، هم اکنون در سراسر کشور پویش ملی غربالگری دیابت و فشارخون در حال اجرا است. هدف از این پویش های رایگان کشوری، پیشگیری در سطوح پایین تر است تا هزینه های وارده به سیستم بهداشت و درمان کشور کاهش یابد. بررسی دارو ها هم در این گروه بسیار مهم است. بیشترین سرطان هم در همین گروه قرار دارند



کارت بهداشت اصناف

اصناف برای ما دو دسته هستند یک دسته در رابطه با مواد غذایی هستند و دسته دیگر آرایشگر ها هستند. گروهی که در ارتباط با مواد غذایی هستند باید **Stool Exam** و **Stool Culture** بدهند. برای آرایشگر ها هم **HbsAg** و **HbsAb** درخواست می شود.

سل

بیماری که با سرفه مزمن مراجعه می کند معمولاً آخرین تشخیصی که برایش بررسی می شود سل است در حالی که جزو مهم ترین تشخیص هاست. علائم اصلی سل سرفه مزمن، تب و کاهش وزن می باشد (سمع ریه هم خیلی مهم است). همه ی این علائم لزوماً با هم ظاهر نمی شوند حتی گاهی ممکن است بیمار هیچ علامتی نداشته باشد. حتی 10-15٪ ممکن است تظاهرات خارج ریوی داشته باشند.

گاهی به صورت خودجوش مراقبین به منازل مختلف می روند و علائم سل را از افراد می پرسند و چنانچه شک به سل بکنند از افراد در خواست انجام اسمیر و کشت خلط را میکنند.

بیماران سلی که در مرکز وجود دارند یا توسط بیمارستان ها و مرکز درمانی دیگر تشخیص داده شده اند یا در همین مرکز و توسط پزشک مرکز شناسایی می شوند. با هر روشی که شناسایی شده باشد ابتدا برایش پرونده تشکیل می شود که این پرونده شامل یک سری اطلاعات کلی از بیمار است از نکات مهمی که وجود دارد وزن بیمار است (دوز دارویی که در بیماران سلی تجویز می شود بر اساس وزن وی می باشد).

چنانچه بیماری تشخیص داده شد یک سری آزمایش ها برایشان در خواست می شود. اولین آزمایش، **LFT** می باشد. (عوارض دارویی)

در مرحله حمله ای که دو ماهه است بیمار هر دو هفته باید ویزیت شود و بعد آن چهار ماه نگهدارنده شروع می شود. بیماری که در دو ماه حمله ای هست نهایتاً دو هفته می تواند مرخصی از کار یا تحصیل بگیرد. نکته مهم در مورد این بازه آموزش های مناسب در جهت جلوگیری انتشار بیماری است. به عنوان مثال همیشه در محیط های بسته باید تهویه مناسب برقرار باشد مثلاً پنجره باز باشد یا درب اتاق را باز نگه دارند. چنانچه مرحله حمله ای را رد کنیم در مرحله نگهدارنده خیالمان راحت است که انتقال بیماری بسیار کم خواهد بود.

تمام افرادی که در دو هفته قبل از تشخیص با بیمار در ارتباط بوده مانند خانواده وی باید مورد بررسی قرار گیرند.

◀ با توجه به اهمیت غربالگری سرطان ها به صورت مختصر درباره این موضوع از منابع دیگر استفاده

شد:

کولورکتال:

سرطان روده یکی از شایع ترین سرطان ها در دنیا و ایران است. در واقع اگر سرطان پوست را در نظر نگیریم، سرطان روده بزرگ در مقام چهارم سرطان شایع در زنان و مردان در دنیا قرار می گیرد. این سرطان همچنین سومین علت مرگ و میر مربوط به سرطان در دنیاست. البته با روش هایی می توان از ابتلا به این سرطان جلوگیری کرد. همچنین این سرطان در مراحل کاملاً قابل درمان است. یکی از این راه ها غربالگری سرطان روده است

هدف از غربالگری سرطان روده در واقع غربالگری سرطان کولون یا همان کولونورکتال است. سرطان روده کوچک سرطان شایعی نیست و برای همین تست های زیادی برای غربالگری آن انجام نمی شود .

سرطان روده بزرگ معمولاً در افراد مسن ایجاد می شود و تقریباً از سن ۴۵-۵۰ سالگی به بعد باید نگران ابتلا به آن بود. این سرطان در بسیاری از موارد از پولیپ روده توسعه پیدا می کند. پولیپ روده توده ی خوش خیمی از سلول های روده است که در روده به خصوص روده بزرگ و رکتوم ایجاد می شود و ممکن است سرطانی شود. تقریباً ۹۵٪ از موارد سرطان روده در اثر پولیپ آدنوماتوز روده ایجاد می شوند. پولیپ هایی که تا چند سال بدون علامت می توانند در روده های شما وجود داشته باشند، اما اگر درمان نشوند در طی ۵ تا ۱۰ سال به تومور سرطانی تبدیل شوند .

علائم شایع:

❖ تغییر مداوم در عادات روده از جمله اسهال یا یبوست یا تغییر غلظت مدفوع

❖ خونریزی مقعدی یا وجود خون در مدفوع

❖ درد شکمی

❖ احساس خالی نشدن روده بعد از دفع مدفوع

❖ زردی پوست یا چشم

❖ حالت تهوع و استفراغ

❖ کاهش وزن ناگهانی و بدون دلیل

تست‌هایی که امروزه برای غربالگری سرطان روده استفاده می‌شوند در دو دسته کلی قرار می‌گیرند :

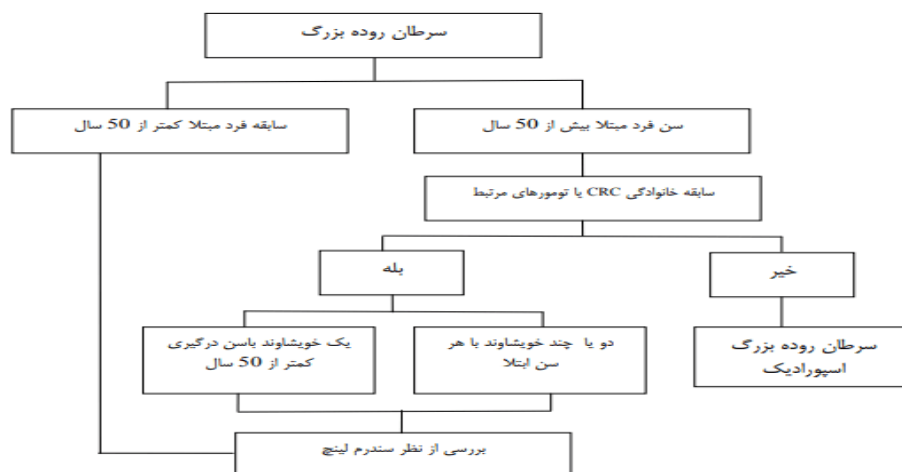
❖ تست‌های مبتنی بر مدفوع

❖ تست‌های بصری یا ساختاری

پولیپ‌ها و سرطان‌های کولورکتال هر دو می‌توانند خونریزی کنند و این خون هر چقدر کم هم باشد در آزمایش‌های مدفوع مشخص می‌شود. البته وجود خون در مدفوع ممکن است الزاما به معنای سرطان نیست، برای مثال هموروئید هم می‌تواند دلیل وجود خون در مدفوع باشد .

در حال حاضر، سه نوع آزمایش مدفوع توسط سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) برای غربالگری سرطان کولورکتال تأیید شده است. برای انجام این آزمایش‌ها، نمونه‌های مدفوع توسط بیمار با استفاده از کیت جمع‌آوری شده و نمونه‌ها برای پزشک یا آزمایشگاه فرستاده می‌شود. اگر نتیجه این آزمایش‌ها مثبت باشد، توصیه می‌شود که افراد برای انجام کولونوسکوپی اقدام کنند.

نوع تست	مزایا	معایب
آزمایش gFOBT	۱. غیرتهاجمی است ۲. نیازی به آماده‌سازی روده ندارد. ۳. نمونه‌برداری در منزل ۴. ارزان	۱. می‌تواند بسیاری از پولیپ‌ها و برخی سرطان‌ها را تشخیص ندهد. ۲. می‌تواند نتایج مثبت کاذب داشته باشد. ۳. هر سال باید انجام شود. ۴. در صورت غیرطبیعی بودن نتایج نیاز به کولونوسکوپی است. ۵. نیاز به رعایت رژیم غذایی و دارویی خاص قبل از انجام تست دارد.
آزمایش FIT	۱. غیرتهاجمی است ۲. نیازی به آماده‌سازی روده یا رژیم غذایی یا دارویی خاصی ندارد. ۳. نمونه‌برداری در منزل ۴. نسبتاً ارزان	۱. می‌تواند بسیاری از پولیپ‌ها و برخی سرطان‌ها را تشخیص ندهد. ۲. می‌تواند نتایج مثبت کاذب داشته باشد. ۳. هر سال باید انجام شود. ۴. در صورت غیرطبیعی بودن نتایج نیاز به کولونوسکوپی است.
آزمایش FIT-DNA	۱. غیرتهاجمی است ۲. نیازی به آماده‌سازی روده یا رژیم غذایی یا دارویی خاصی ندارد. ۳. نمونه‌برداری در منزل	۱. می‌تواند بسیاری از پولیپ‌ها و برخی سرطان‌ها را تشخیص ندهد. ۲. می‌تواند نتایج مثبت کاذب داشته باشد. ۳. هر سال باید انجام شود. ۴. در صورت غیرطبیعی بودن نتایج نیاز به کولونوسکوپی است. ۵. آزمایش نسبتاً جدیدی است.



نمونه ای از فرم ASQ:

۲ ماهگی
ماه و ۰ روز تا ۲ ماه و ۳۰ روز

ASQ-3

تاریخ تکمیل پرسشنامه: شماره تماس: کد ملی: تاریخ تولد:

نام و نام خانوادگی کودک: ترجیحاً قبل از پاسخ به هر سوال، آن فعالیت را با کودکان انجام دهید. تکمیل این پرسشنامه را به بازی جالبی برای خود و کودکان تبدیل کنید.

ارتباطات

بله	گاهی	هنوز نه	امتیاز
			۱. آیا کودکان گاهی صداهای شان و غون (صداهایی مثل غرغره کردن یا قل قل کردن از ته گلویش) در می آورد؟
			۲. آیا کودکان صداهایی مانند «اووو»، «آه»، «قه» و «گه» در می آورد؟
			۳. وقتی با کودکان حرف می زنید، آیا او در پاسخ صداهایی ایجاد می کند؟
			۴. آیا وقتی با کودکان حرف می زنید، لبخند می زند؟
			۵. آیا کودکان لبخند ملایمی می زند؟
			۶. بعد از اینکه مدتی در دیدرس کودکان نبوده اید، آیا او یا دیدن شما لبخند می زند یا هیجان زده می شود؟
نمره کل ارتباطات			

حرکات درشت

بله	گاهی	هنوز نه	امتیاز
			۱. وقتی کودکان به پشت خوابیده است، آیا بازوها و پاهایش را تکان می دهد و بیج و تاب و وول می خورد؟
			۲. وقتی کودکان روی شکم خوابیده، آیا سرش را به یک طرف می چرخاند؟
			۳. وقتی کودکان روی شکم خوابیده، آیا سرش را بیش از چند ثانیه بالا نگه می دارد؟
			۴. وقتی کودکان به پشت خوابیده، آیا با پاهایش لگد برانی می کند؟
			۵. وقتی کودکان به پشت خوابیده، آیا سرش را از یک طرف به طرف دیگر حرکت می دهد؟
			۶. وقتی کودکان روی شکم خوابیده، آیا بعد از این که سرش را بالا می گیرد، به جای این که سرش سقوط کند یا ناگهان پایین بیفتد، می تواند سر را دوباره به آرامی روی زمین بگذارد؟
نمره حرکات درشت			

حرکات ظریف

بله	گاهی	هنوز نه	امتیاز
			۱. وقتی کودکان بیدار است، آیا معمولاً دستش به صورت مشت شده و بسته است؟ (حتی اگر کودکان قبلاً این کار را انجام می داده ولی دیگر این کار را نمی کند، پاسخ «بله» را علامت بزنید.)
			۲. آیا اگر کف دست کودکان را لمس کنید، او انگشتان را در دستش می گیرد؟
			۳. وقتی یک اسباب بازی را در دست کودکان قرار می دهید، آیا برای مدت کوتاهی آن را در دستش نگه می دارد؟
			۴. آیا کودکان صورت خود را با دستانش لمس می کند؟
			۵. آیا وقتی کودکان بیدار است دست هایش را باز یا نیمه باز نگه می دارد؟ (برخلاف دوره نوزادی که دست هایش به حالت مشت بود.)
			۶. آیا کودکان به لباس های خود چنگ می زند یا آن را می خراشد؟
نمره حرکات ظریف			

توجه: اگر به سوال ۵ این بخش پاسخ بله داده شده است، پاسخ سوال ۱ را «بله» در نظر بگیرید.

کلیات

الدین یا سایر افراد تکمیل کننده پرسشنامه می‌توانند بعد از کشیدن دایره دور پاسخ بله یا خیر، از فضای جعبه‌های خالی زیر برای بیان نگرانشان یا
 نگرانی‌های تکمیلی استفاده کنند.

یا تست سنجش شنوایی نورادان برای کودک شما انجام شده است؟ اگر نه، توضیح دهید.

بله ☐ خیر ☐

آیا فرزند شما هر دو دست و هر دو پایش را به خوبی حرکت می‌دهد؟ اگر نه، توضیح دهید.

بله ☐ خیر ☐

آیا در خانواده والدین سابقه ناشنوایی یا کم شنوایی که از دوران کودکی شروع شده باشد، یا مشکلات بینایی وجود دارد؟ اگر بله، توضیح دهید.

بله ☐ خیر ☐

آیا فرزند شما تا کنون هر نوع بیماری (مشکل پزشکی)، جدی و مهمی داشته است؟ اگر بله، توضیح دهید.

بله ☐ خیر ☐

آیا درباره رفتارهای فرزندتان (مثلاً خوردن یا خوابیدن او) نگرانی خاصی دارید؟ اگر بله، توضیح دهید.

بله ☐ خیر ☐

آیا چیز دیگری درباره فرزندتان شما را نگران و دلباز کرده است؟ اگر بله، توضیح دهید.

بله ☐ خیر ☐

C- مرکز بهداشت شهرستان



زمان: شنبه-1402/11/21

مکان: مشهد، خیابان پنجره پایین، بلوار وحدت، جنب پارک وحدت، مرکز بهداشت شماره 2

موارد مطرح شده:

معرفی واحد توسعه شبکه

واحد گسترش و توسعه یکی از واحدهای مدیریتی است که سه وظیفه عمده اصلی دارد. این سه وظیفه عبارت اند از: تامین و توزیع نیروی انسانی، تامین فضای فیزیکی، برآورد تجهیزات فنی و غیر فنی و نیروی انسانی. بررسی تجهیزات به عهده نیروی کارشناس تجهیزات پزشکی که مدرکش مهندسی پزشکی است، می باشد.

مرکز بهداشت شماره 2 شهرستان مشهد زیر نظر معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد میباشد. در شهرستان مشهد، 5 مرکز بهداشت شهرستان داریم که هر مرکز بهداشت شهرستان، خود زیرمجموعه هایی دارد. این زیرمجموعه ها شامل ستاد مرکز بهداشت، مراکز خدمات جامع سلامت شهری (واقع در شهر با داشتن پایگاه های سلامت زیر مجموعه)، مراکز خدمات جامع سلامت روستایی (واقع در روستا با داشتن خانه های بهداشت زیرمجموعه)، مراکز

خدمات جامع سلامت شهری روستایی (واقع در شهر در حالی که جمعیت تحت پوشش آن هم شهری است و هم روستایی، با داشتن پایگاه سلامت و خانه بهداشت).

مراکز خدمات جامع سلامت شهری با روستایی تفاوت هایی دارند. این تفاوت ها شامل جمعیت تحت پوشش، نیروی انسانی، واحدهای آن و موقعیت جغرافیایی آن ها است

ناحیه مشهد ۲ حدود ۵۸۰ هزار نفر جمعیت دارد که ۸۰ هزار نفر آن جمعیت روستایی هستند. اکثر جمعیت این ناحیه حاشیه نشین هستند و در مناطق گلشهر، طبرسی شمالی، بلوار میامی و... هستند. از نکات شاخص دیگر این ناحیه، تعداد بالای اتباع آن است، خصوصاً افغان ها که نزدیک به ۱۰۰ و خورده ای هزار نفر هستند که کار ما را سخت تر می کند؛ چون هر ایرانی یک کد ملی مشخص دارد اما تبعه افغان اینگونه نیستند و چون معیاری برای شناسایی شان وجود ندارد، ممکن است هر جایی یک اسمی را بگویند و بتوانند به صورت غیر قانونی یک سری مسائل را پیش ببرند.

جمعیت فوق در قالب ۱۴ مرکز خدمات جامع سلامت شهری، ۱۱ مرکز روستایی و ۲ مرکز شهری- روستایی خدمت رسانی می شود. کارهای اجرایی اینها نیز در قالب پایگاه ها و خانه های بهداشت به انجام می رسد. در حال حاضر ۴۳ خانه بهداشت، ۱۷ پایگاه ضمیمه و ۳۳ پایگاه مستقل داریم. ساختار، تجهیز و تکمیل این پایگاه ها را واحد گسترش انجام می دهد.



تامین و توزیع نیروی انسانی:

بعد از ارسال ابلاغ از سوی وزارت خانه به مرکز منطقه مراجعه میکند مثلاً منطقه دو و حداقل یک هفته دوره توجیهی در واحدی که باید مشغول به کار شود را میگذرانند. مثلاً کسی که قرار است به عنوان کارشناس بهداشت محیط مشغول به کار شود یک بازدید کلی از همه واحدها خواهد داشت و سپس دوره توجیهی اصلی در همان واحد بهداشت محیط خواهد بود.

نحوه تخصیص نیروی انسانی (بهورز زن و مرد) به خانه بهداشت	
سمت	توضیحات
بهورز	جمعیت زیر ۵۰۰ نفر: خانه بهداشت در نظر گرفته نمی شود (مگر در شرایط خاص مثل فاصله بیش از ۱۵ دقیقه یا وسیله جاری منطقه بین محل سکونت مردم و اولین خانه بهداشت با تایید مرکز مدیریت شبکه یا مناطق محروم). درمورد ایجاد خانه بهداشت برای جمعیت ۵۰۰ تا کمتر از ۸۰۰ نفر، فقط با نظر مرکز مدیریت شبکه امکان پذیر است.
	جمعیت کمتر از ۸۰۰ نفر: یک بهورز زن و یک بهورز مرد مشترک با خانه بهداشت مجاور
	جمعیت بین ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر: یک بهورز زن و یک بهورز مرد
	جمعیت ۱۰۰۱ نفر تا ۲۰۰۰ نفر: دو بهورز زن و یک بهورز مرد
	جمعیت بیش از ۲۰۰۰ نفر: اگر وضعیت روستا طولی و یا طوری باشد که دسترسی مردم با یک ساعت پیاده روی برای آنان مشکل ایجاد کند بهتر است دو خانه بهداشت ایجاد و بهورز مرد مشترک بین دو خانه بهداشت باشد.
	در صورتیکه وضعیت روستا طولی نباشد خانه بهداشت دوم ایجاد نشده و به ازای هر ۸۰۰ نفر یک بهورز زن اضافه خواهد شد.
جمعیت مورد انتظار برای خانه بهداشت ۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر (به طور متوسط ۱۰۰۰ نفر)	

سمت	توضیحات
پزشک	به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه (جمعیت یکبار خدمت) یک پزشک هر مرکز خدمات جامع سلامت باید حداقل دو پزشک داشته باشد. تصویب پزشک سوم در طرح گسترش شبکه مستلزم اضافه شدن ۵۰ درصد جمعیت پایه به جمعیت تحت پوشش مرکز (حدود ۵۰۰۰ نفر) خواهد بود.
دندانپزشک	چنانچه بخش خصوصی فعال در منطقه حضور نداشته باشد، در هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری بازاری هر ۱۵ تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک دندانپزشک
مراقب سلامت	بازای هر ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر جمعیت ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه (جمعیت یکبار خدمت) یک نفر
کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای	بازای هر ۳۰۰ تا ۵۰۰ امکان قابل برسی توسط کارشناس بهداشت محیط یک کارشناس در نظر گرفته می شود و به ازای هر ۳۰۰ تا ۵۰۰ کارگاه یا کارخانه قابل برسی توسط کارشناس بهداشت حرفه ای در محدوده مرکز، یک کارشناس در نظر گرفته می شود.
روانشناس و کارشناس تغذیه	به ازای هر مرکز یک کارشناس یا کارشناس ارشد سلامت روان (با مدرک روانشناسی بالینی) و یک کارشناس یا کارشناس ارشد تغذیه درمانی، در صورتیکه جمعیت تحت پوشش مرکز کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر باشد، این نیرو بصورت مشترک با مرکز دیگر، تعیین می شود.

جمعیت مورد انتظار برای مرکز خدمات جامع سلامت شهری ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و در کلانشهرها تا ۸۰ هزار نفر جمعیت

نحوه تخصیص نیروی انسانی به مرکز خدمات جامع سلامت روستایی و شهری - روستایی
مجری برنامه پزشک خانواده (۱۰ مرکز روستایی و ۲ مرکز شهری - روستایی)

سمت	توضیحات
پزشک	به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال یک پزشک، به ازای ۴۰۰۰ نفر تا ۸۰۰۰ نفر دو پزشک، بیش از ۸۰۰۰ نفر تا ۱۲۰۰۰ نفر سه پزشک و...
دندانپزشک	به ازای حداکثر تا ۱۵۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال یک دندانپزشک
ماما	به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال یک ماما، بیش از ۷۰۰۰ نفر دو یا چند ماما و تقسیم بر اساس تعداد خانه بهداشت و پایگاه سلامت تحت پوشش
آزمایشگاه	به ازای حداکثر تا ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال (در یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت) یک کاردان یا کارشناس آزمایشگاه
سایر نیروها	به ازای هر ۱۵۰۰۰ تا ۲۵۰۰۰ نفر یک نفر روانشناس بالینی و یک نفر کارشناس تغذیه

متوسط جمعیت مورد انتظار برای مرکز خدمات جامع سلامت روستایی: ۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر

سپس با توجه به نیازسنجی افراد در مراکز پخش می شوند.

حقوق فرد شامل حقوق کارگزینی و کارانه است. ۸۰ درصد کارانه و حقوق، هر ماه پرداخت می شود. ۲۰ درصد کارانه هر سه ماه یکبار پرداخت می شود که با توجه به میزان فعالیت فرد در سامانه سینا و میزان مراقبت هایی که ثبت می کند خواهد بود. علاوه بر آن ضریب محرومیت منطقه، پراکندگی مراکز بهداشتی، فاصله از مرکز شهرستان و تعداد روزهای بیتوته در مرکز هم در تعیین حقوق و کارانه اثرگذار خواهند بود.

* یک سیاست جدید اتخاذ شده، می گویند مراکز را تجمیع کنیم و مثلاً چند پایگاه سلامت و یک مرکز جامع همه در یک محل باشند. اما این کار دسترسی مردم را محدود میکند. درست است فرد دیگر به همه کارشناس ها و پزشک دسترسی دارد اما بعد مسافت مشکل ساز خواهد بود.

* پایگاه سلامت حتماً مراقب سلامت و ماما دارد.

* اعضای ثابت مرکز شهری/روستایی/شهری روستایی: پزشک، ماما، مراقب سلامت ناظر، مراقب سلامت، بهداشت محیط. دندانپزشک، روانشناس، کارشناس تغذیه و آزمایشگاه بنا به شرایط مربوطه تعلق میگیرد.

* در سامانه سینا برای هر سه حوزه اصلی فعالیت نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی بخشی تعریف شده است و اطلاعات مربوط به آن به طور مرتب آپدیت می شود.

شروط احداث مرکز روستایی و خانه بهداشت

مرکز خدمات جامع سلامت روستایی
قرار داشتن در مسیر راه یا گلوگاه جاده اصلی روستاهای مجاور و فاصله بیش از ۵ کیلومتر با مرکز مجاور
روند افزایشی جمعیت ساکن یا داشتن بیشترین جمعیت
وجود واحد های اداری مانند بخشدار، دهیاری، پاسگاه نیروی انتظامی
رواج داد و ستد مانند وجود بازار های دائمی یا هفتگی
وجود مدرسه، دبیرستان و حمام و...
داشتن آب، برق، تلفن و گاز و ...

خانه بهداشت
در هیچ وضعیت اقلیمی جغرافیایی، فاصله دورترین مکان زندگی و کار مردم از اولین واحد ارائه خدمت نباید حداکثر از یک ساعت بساده روی بیشتر باشد.
خانه های بهداشت کمتر از ۵۰۰ نفر جمعیت: ۳۰۰ تا ۵۰۰ نفر سه روز در هفته فعال خواهد بود/کمتر از ۳۰۰ نفر به تدریج تعطیل خواهند شد.

کنترل بیماری های واگیر دار:

این بیماری ها قابلیت سرایت از شخصی به شخصی دیگر را دارند. در عین حال قابل پیشگیری هستند. برای برخی از این بیماری ها مانند پولیو، سرخک و هپاتیت واکسن وجود دارد. هدف اصلی ما در واحد پیشگیری از بیماری های واگیر، کاهش بار بیماری ها میباشد. در کنار این هدف غایی، اهداف اختصاصی مانند کنترل و ریشه کنی بیماری ها دنبال میشود. بیماری ها از این نظر در چند دسته قرار میگیرند. در سیستم بهداشت یکسری بیماری هایی به عنوان بیماری هدف معرفی شده اند که در صورت مشاهده آنها فقط باید بیمار را به مراکز بهداشتی ارجاع داد. این بیماری ها دارای ویژگی هایی از قبیل مرگ و میر بالا، واگیری بالا، هزینه درمان بالا، از کار افتادگی زیاد، انگ اجتماعی و روحی بیماری های واگیر شایع در مرکز شامل لشمانیوز، سل، تب مالت و حیوان گزیدگی ها هستند. لشمانیوز در کل کشور بعد از استان فارس، خراسان رضوی در مرتبه دوم قرار می گیرد و در کل دانشگاه مشهد، پارسال نزدیک به ۲۰ هزار مورد سالک داشتیم. در حیوان گزیدگی، خراسان رضوی در رتبه ۲ بعد از تهران قرار می گیرد.

الف) سل:

مناطقى كه در اطراف استان ما شايع هستند و به استان ما ارجاع داده مى شوند بيشتر از استان گلستان و سيستان و بلوچستان مى باشد. دوره درمان سل بسيار طولانى است و در صورت عدم درمان، فرد مبتلا مى تواند 10-15 نفر جديد را مبتلا كند(در محيطى بدون تهويه كه فرد آلوده ماسك نداشته باشد حدودا 15 دقيقه نياز است براى انتقال بيمارى)

تمامى افرادى كه بيش از 2 هفته سرفه داشته اند به عنوان سرفه مزمن تشخيص داده مى شوند و به مراكز بهداشت ارجاع داده مى شوند(همراه اين علائم تب و كاهش وزن مطرح است). در مراكز بهداشت با توجه به سطوح سلامت، خدمات اسمير خلط، ويزيت پزشك، گرافى سينه، CT و درمان به صورت رايجان ارائه مى شود. اكثر آزمايشات سل در بيمارستان شريعتى صورت مى گيرد. دو نوبت اسمير خلط براى تشخيص اوليه از فرد گرفته مى شود و چنانچه يكى از آنها مثبت بود بر حسب اينكه بار اول ابتلاى بيمار است و يا بار دوم، درمان سل آغاز مى شود. فردى كه دو هفته درمان بگيرد احتمال سرايت را چندين برابر پايين مى آورد.

همان طور كه گفته شد، دوره درمانى اصلى 6 ماهه است و 4 داروى اصلى ريفامپين، ايزونيازيد، اتامبوتول و پيرازيناميد استفاده مى شود. فرد بيمار در طرح داس قرار مى گيرد و روزانه پيگيرى مى شود تا دارو ها را مصرف كند. همچنين دارو ها به صورت هفتگى به فردى داده مى شود كه سواد كافى داشته باشد.

نحوه پيگيرى بيمار:

از فرد در طى دوره درمانى هر 2 ماه آمايش اسمير خلط مى گيرند و اگر پس از 6 ماه درمان، منفى شد كشت آنتى بيوگرام در خواست مى شود.

چنانچه كشت آنتى بيوگرام هم منفى شد يعنى فرد درمان شده است. ولى اگر كشت مثبت شد، يعنى فرد به درمان مقاوم شده است و بايستى به مدت 4 ماه بسترى شود و به مدت 20-24 ماه دارو دريافت كند.

سالك (ليشمانيوز):

دو نوع شایع لیشمانیا شامل انواع پوستی و احشایی می باشد که نوع احشایی در ایران بسیار کم است و موردی که به خصوص در استان ما بیشتر است لیشمانیوز پوستی می باشد (cutaneous leishmaniasis). خود سالک جلدی دو نوع روستایی و شهری دارد که نوع شهری در شهر مشهد بیشتر است. (کلا سالک در خراسان رضوی بعد از فارس بیشترین شیوع را دارد)

هر کدام از این عوامل مخزن مخصوص به خود را دارد. مخزن نوع شهری، انسان و سگ‌ها هستند. در نوع روستایی، مخزن موش‌های صحرایی هستند و انسان‌ها مخزن نیستند؛ با توجه به تفاوت‌هایی که در مخزن این دو عامل وجود دارد نحوه مدیریت آن‌ها هم با هم متفاوت خواهد بود مثلاً در نوع روستایی چون مخزن بیشتر جوندگان هستند، آنها را از بین می‌بریم و معدوم می‌کنیم؛ اما در نوع انسانی بایستی ناقل از بین برود که همان پشه خاکی است.

در برخی نواحی شهر مشهد احتمال ابتلای به لیشمانیوز بسیار بالاتر است؛ مانند طرقبه، شاندیز، هاشمیه، دلاوران.. علت آن هم وجود خندق، زباله‌ها، ساختمان‌سازی‌های بسیار در این مناطق می‌باشد. نکته مهمی که در انتقال وجود دارد این است که هر موقع مورد گزش قرار بگیریم لزوماً انتقال صورت می‌گیرد بلکه باید در دوره جنسی عامل انتقال باشد. معمولاً پشه ماده است که خونخواری می‌کند علت آن هم تخم‌ریزی توسط پشه ماده است.

امسال نسبت به سال گذشته فقط در مشهد ۲ مورد ابتلا ۳ برابر افزایش یافته‌اند و روند رو به افزایش است که از مهم‌ترین دلایل آن همین ساختمان‌سازی‌هاست. پشه بیشتر در بین غروب تا صبح نیش می‌زند و خون‌خواری می‌کند و فقط هم پشه ماده خون‌خواری می‌کند.

راه‌های محافظتی: جمع‌آوری سریع نخاله‌های ساختمانی، توری در و پنجره‌ها، استفاده از شب‌بند یا اینکه بیرون نروانند، نزدیک نشدن به مکان‌های مخروبه و حاوی نخاله‌های ساختمانی؛ قلم‌ها و اسپری‌های دافع حشرات را استفاده کنیم.

درمان آن هم گلوکانتیم است (به صورت تزریقی). بسته به اینکه زخم چقدر باشد، بین ۴ تا ۸ هفته و حتی ۱۵ هفته می‌توان تزریق کرد. تزریق هم موضعی و هم سیستمیک است؛ اما چون عوارض نوع سیستمیک بیشتر است، هر یک ماه بایستی LFT ها چک شوند. راه دیگری که برای درمان وجود دارد کرایوتراپی می‌باشد.

حیوان‌گزیدگی و هاری:

بیماری اندمیک دیگری که بسیار زیاد هم داریم حیوان‌گزیدگی است و در شش ماه ابتدای سال در کل دانشگاه مشهد حدود 20 هزار حیوان‌گزیدگی داشته‌است. نکته مهمی که درباره بیماری هاری وجود دارد این است که وقتی علائم برای فرد ایجاد شود عملاً کاری از دست ما بر نمی‌آید و احتمال 99 درصد فرد فوت می‌شود (تا به حال چند مورد نادر جان سالم به در برده‌اند). پس پیشگیری از بروز علائم مهم‌ترین اقدامی است که ما میتوانیم انجام دهیم و عملاً درمان خاصی نداریم. مهم‌ترین اقدام برای این مورد بدون توجه به نوع

حیوان دریافت واکسن هاری هست در ایران برخلاف کشور دیگر به هر مورد حیوان گزیدگی واکسن می دهند. واکسن هاری سه نوبت دانه و به صورت روز صفر ، 3 ، 7 (نوبت چهارم هم وجود دارد که در روز 14 است که نوبت چهارم در شرایط خاص هست)

دوره کمون بیماری به محل گزش ارتباط دارد و هر چه ناحیه گزش به سر بیمار نزدیک تر باشد دوره کمون کمتر خواهد بود

دولت برای هر فرد 15 تا 20 میلیون هزینه سرم و واکسن رو تامین می کند و واکسن از آلمان و هند وارد می شود.

بیماری که با علائم بدن درد، درد مفاصل، درد پاها، تب صبحگاهی تکرار شونده و... مراجعه می کند تشخیص افتراقی های مختلفی را در ذهن ما بوجود می آورد به عنوان مثال می تواند از یک آنفولانزای معمولی تا CCHF و تب مالت این علائم را برای ما بوجود بیاورد. به عنوان مثال در تب مالت در اینجا به علت دامداری های زیادی که در این منطقه وجود دارد این بیماری زیاد است. در چند سال اخیر اکثر افرادی که به تب مالت مبتلا شده بودند علتش ابتلا از جنین مرده دام بودند و کمتر مربوط به فرآورده های لبنی بوده است. درمان آن ریفامپین است که برای درمان سل هم استفاده می شود. متأسفانه این دارو در مراکز بهداشت و حتی اکثر داروخانه ها وجود ندارد.

تب دانگ (Dengue Fever) :

در ابتدا کیسی مطرح شد که بیماری با علائم تب و لرز و بدن درد و درد در حدقه چشم مراجعه کرده و سابقه سفر به سیستان و بلوچستان را داشته. در مورد این مدل کیس ها با این شرح حال حتما باید به تب دانگ فکر کنیم.

این بیماری با نام های دیگری همچون «تب دنگی» و «تب استخوان شکن» هم شناخته می شود و عامل انتشار آن پشه آئدس است. این بیماری معمولا در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری جهان رخ می دهد. پشه آئدس ناقل بیماری ها مثل تب زرد و زیکا نیز می باشد. این پشه در ایران موجود است. تاریکی و سیاهی و شهر را بیشتر دوست دارد در لاستیک های دست دو می تواند رشد پیدا کند و در مشهد هم به همین خاطر این بیماری وجود دارد.

از چهار مورد پشه آئدس فقط تب زرد واکسن دارد که آن هم در ایران نیست و درمانی هم ندارد.

تب دانگ خونریزی دهنده هست و 70 درصد موارد ابتلا به آن بدون علامت هست و در 30 درصد موارد علامت دار می شوند که 5 درصد از آنها شدید می شوند. علائم علاوه بر تب و لرز درد بدن و درد پشت حدقه چشم هم داریم.

سپس برای توضیحات بیشتر در مورد حیوان گزیدگی و هاری به بخش مربوطه رفتیم

به علت اهمیت این موضوع علاوه بر استفاده از صحبت های مسئول مربوطه مطالبی اضافه تر در این قسمت آورده شده:

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، سالانه تا ۵۹۰۰۰ نفر در سراسر جهان بر اثر هاری جان خود را از دست می دهند. ۹۹ درصد این افراد نیز معمولاً توسط سگ دچار گاز گرفتگی شده اند.

هاری توسط ویروسی ایجاد می شود که بر سیستم عصبی مرکزی تأثیر گذاشته و التهاب مغز یکی از عوارض اصلی آن است. سگ های خانگی، گربه ها و خرگوش ها و حیوانات وحشی مانند راسوها، راکون ها و خفاش ها می توانند این ویروس را از طریق گزش و خراش به انسان منتقل کنند. کلید مبارزه با ویروس پاسخ سریع است. باید دقت داشته باشیم که هر پستانداری که دو رو بر ما وجود دارد و احتمال گزش یا آسیب دیدگی توسط وی وجود دارد می تواند منتقل کننده هاری باشد و نباید با خیال اینکه سگ فقط عامل هاری است از واکسیناسیون حیوان های خانگی دیگر مخصوصاً گربه ها کوتاهی کنیم.

حیوانات مبتلا به هاری ویروس این بیماری را به دنبال گاز گرفتن یا ایجاد خراش از طریق بزاق به سایر حیوانات و انسان منتقل می کنند. با این حال، هر گونه تماس با غشای مخاطی یا زخم باز نیز می تواند سبب گسترش ویروس شود.

انتقال این ویروس به صورت انحصاری از حیوان به حیوان و حیوان به انسان در نظر گرفته می شود. هر چند انتقال ویروس از انسان به انسان بسیار نادر است، اما در موارد معدودی در پی پیوند قرنیه نیز این بیماری منتقل شده است. برای افرادی که به هاری مبتلا می شوند، گاز گرفتگی توسط سگ واکسینه نشده تا حد زیادی شایع ترین علت است. هاری سه علامت اصلی دارد که این علائم در حیوان و انسان مشترک است: ترس از نور، ترس از آب و ترس از دمیدن از دیگر علائم آن میتوان به تغییر خلق و خو، درد در ناحیه فک (گاز گرفتن چیزهای سفت)، روان شدن بزاق از دهان و ایجاد حالت کف مانند اشاره کرد.

هاری درمان ندارد. در نتیجه پیشگیری مهم ترین اقدام در رابطه با این بیماری کشنده می باشد.

حال نکته مهم نحوه مدیریت فردی است که با شکایت گزش توس حیوانات به ما مراجعه کرده است. در واقع یکسری اقدامات مشخص وجود دارد که باید آن ها را رعایت کنیم این موارد شامل:

اولین و مهم ترین اقدام شست و شوی محل با آب و صابون فراوان به مدت 15-20 دقیقه (چنانچه مراجعه کننده ای به مرکز مراجعه کند اتاق شست و شو وجود دارد و به او آموزش می دهند چگونه این کار را انجام دهد). این مرحله بسیار مهم است و گفته می شود تا حدود 70٪ سیر درمانی را شامل می شود. به این دلیل که با این کار ویروس توانایی انتقال خود به سیستم عصبی مرکزی را از دست می دهد.

مرحله بعدی تزریق واکسن می باشد

این واکسن به 2 صورت تزریق می شود.

- اگر واکسن کم باشد، به صورت 3 مرحله ای و داخل پوستی تزریق می شود.

- اگر واکسن زیاد باشد، به صورت 4 مرحله ای و داخل عضلانی تزریق می شود.

محل تزریق در عضله دلتوئید می باشد و پروتکل تزریق نیز عضلانی است. زمانی که از لحاظ منابع تامین واکسن مشکلی نداشته باشیم، واکسن را در 4 نوبت تزریق میکنیم. این نوبت ها به ترتیب باید در روز 0، 3، 7 و 14 تزریق شوند.

مرحله آخر تزریق سرم است که البته همیشه اندیکاسیون ندارد ولی در بعضی موارد حتما باید تزریق شود

1- زخم های عمیق (مشاهده خون در محل زخم)

2- محل گزش در سر و گردن، آلت تناسلی و دست ها تا مچ (به علت تجمع پایانه های عصبی)

میزان تزریق سرم، 20 واحد به ازای هر کیلوگرم وزن فرد می باشد.

نکته مهم اینکه محل تزریق سرم و واکسن نباید در یک عضله باشد؛ چرا که یکدیگر را بی اثر می کنند. اگر در این حالت، بازوی یک دست مورد گزش قرار گرفته بود؛ واکسن باید به دست مخالف تزریق شود. اگر محل های آسیب دیدگی متعدد باشد، به محلی واکسن را تزریق کنید که کمترین میزان سرم در آن تزریق شده است.

اگر فردی قبلا که قبلا دچار گزش شده و پروتکل تزریق واکسن و سرم را انجام داده؛ دوباره دچار گزش شود و فاصله گزش دوم کمتر از سه ماه باشد؛ نیازی به تزریق دوباره واکسن نیست. اگر هم بخواهیم واکسن بزنیم صرفا در دو نوبت روز 0 و 3 خواهد بود. برای تزریق سرم هم فاصله مهم نیست و از گاز گرفتگی دوم به بعد نیازی به تزریق آن نمی باشد. جای گاز گرفتگی هم مهم نیست.



منبع تصویر: <https://khc.kums.ac.ir/fa/home/monasebathaibehdashti/worldrabiesday>

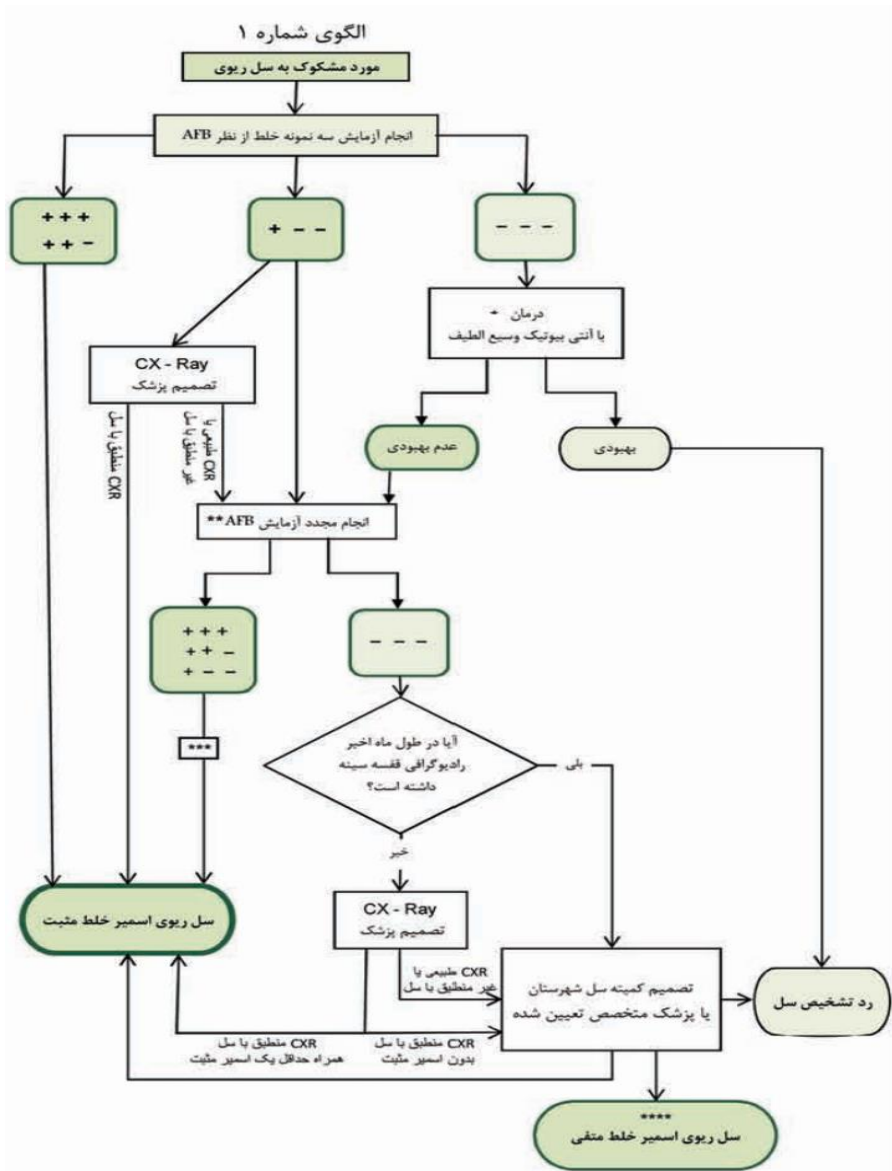
خلاصه ای از برنامه های واحدهای مختلف در مرکز بهداشت شهرستان را بنویسید.

برنامه	اهداف، فعالیت ها
تالاسمی	منبع: https://www.parsehlab.com/%D8%A7%D9%84%DA%AF%D9%88%D8%B1%DB%8C%D8%AA%D9%85-%D8%AA%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B3%D9%85%DB%8C <pre> graph TD Title[الگوریتم کشوری مراحل انجام آزمایش های تالاسمی (جیت شناسایی زوجین ناقل بنا تالاسمی)] --> Step1[1- انجام CBC در مرد] Step1 --> B1[MCH ≥ 27 و MCV ≥ 80] Step1 --> B2[MCH < 27 و/یا MCV < 80] B1 --> End1((عدم نیاز به پیگیری)) B2 --> Step2[2- انجام CBC در زن] Step2 --> B3[MCH ≥ 27 و MCV ≥ 80] Step2 --> B4[MCH < 27 و/یا MCV < 80] B3 --> End1 B4 --> Step3[3- انجام HbA2 برای زوج به روش کروماتوگرافی ستونی] Step3 --> B5[HbA2 ≤ 3.5 در یک یا هر دو نفر] Step3 --> B6[HbA2 > 3.5 در زوج] B5 --> Step4[4- انجام آزمایشات تکمیلی / درمان فقر آهن] B6 --> B7[زوج ناقل بنا تالاسمی] Step4 --> B8[بررسی مجدد وضعیت زوج] B8 --> B9[یک یا هر دو نفر سالم] B8 --> B10[نیاز به بررسی بر اساس جدول شناسایی زوج کم خطر و پرخطر] B8 --> B11[زوج پرخطر] B11 --> B12[زوج پرخطر] B12 --> End2((انجام مشاوره ژنتیک و ارجاع به تیم مراقبت)) B10 --> B13[زوج کم خطر] B13 --> End3((انجام مشاوره ویژه زوج کم خطر (عدم ارجاع به تیم مراقبت))) </pre>

در بالا توضیح داده شد

روش قبلی واکسیناسیون انجام شده		کمتر از ۳ ماه از آخرین واکسن تزریق شده گذشته است	بیشتر از ۳ ماه از آخرین واکسن تزریق شده گذشته است
درمان پیشگیری پس از تماس کامل انجام شده است	سه نوبت و چهار تزریق عضلانی (در روز صفر ۲ تزریق ، روز ۷ یک تزریق و روز ۲۱ یک تزریق)	شستشوی همه جراحات حداقل ۱۵ دقیقه برای هر ضایعه یک تزریق عضلانی واکسن در روزهای صفر و ۳ ، یا یک تزریق اینترادرمال در روز های صفر و ۳	شستشوی همه جراحات حداقل ۱۵ دقیقه برای هر ضایعه
	۴ نوبت عضلانی (یک تزریق در روزهای صفر، ۲، ۷ و ۱۴)		
	سه نوبت اینترادرمال (دو تزریق در روز های صفر ، ۳ و ۷)		
	۵ نوبت عضلانی (روش قدیم) (روزهای صفر، ۳، ۷، ۱۴ و ۲۸)		
درمان پیشگیری پس از تماس غیر کامل انجام شده است	۲ نوبت عضلانی (در روز صفر ۲ تزریق و روز ۷ یک تزریق)	شستشوی همه جراحات حداقل ۱۵ دقیقه برای هر ضایعه یک تزریق عضلانی واکسن در روزهای صفر و ۳ ، یا یک تزریق اینترادرمال در روز های صفر و ۳	شستشوی همه جراحات حداقل ۱۵ دقیقه برای هر ضایعه
	۳ نوبت عضلانی (یک تزریق در روز های صفر، ۳ و ۷)		
	۲ نوبت عضلانی (یک تزریق در روز صفر و یک تزریق در روز ۷)		
	۲ نوبت اینترادرمال شامل ۲ تزریق در روز صفر و ۲ تزریق در روز ۷)		
در صورت تاخیر در نوبت های واکسیناسیون ادامه واکسیناسیون طبق زمانبندی قبلی صورت می گیرد			
در افرادی که حد اقل دارای دو نوبت سابقه واکسیناسیون دارند سرم ضد هاری تزریق نمی شود.			

در بالا توضیح داده شد



اقدام	برنامه	آموزش هنگام ازدواج	آموزش مشاوره فرزندآوری	پیشگیری و تشخیص بهنگام باروری (در مرحله پاپلوت)	آموزش عوارض روشهای پیشگیری از بارداری
مضامیه و تشکیل پرونده یا بررسی مستندات	تشکیل پرونده و ارائه خدمات بر حسب گروه سنی	تشکیل پرونده تاریخ آخرین ازدواج شغل فرد و همسرش (حکم خانه دار و افا شغل یا هر دو شغل) تاریخچه قاعدگی هیستونومی توبیکتومی، پارکتومی پسکسی تعداد بارداری تعداد سقط نوع آخرین سقط نوع سقط خودبخودی قاعدگی مرد زایی تعداد زایمان نوع آخرین زایمان تعداد فرزندان زنده سن آخرین فرزند نتیجه آخرین بارداری مدت زمان اقدام برای بارداری سابقه ابتلا قاعدگی به بیماری سابقه جراحی سابقه استفاده از روش های کمک باروری سابقه استفاده از روش های پیشگیری از بارداری سن همسر مدت زمان اقدام به بارداری در بارداری های قبلی از زایی از نظر عوامل مستعد کننده باروری از زایی از نظر علل شایع باروری	تشکیل پرونده سن تاریخ آخرین ازدواج شغل فرد و همسرش (حکم خانه دار و افا شغل یا هر دو شغل) تاریخچه قاعدگی هیستونومی توبیکتومی، پارکتومی پسکسی تعداد بارداری تعداد سقط نوع آخرین سقط نوع سقط خودبخودی قاعدگی مرد زایی تعداد زایمان نوع آخرین زایمان تعداد فرزندان زنده سن آخرین فرزند نتیجه آخرین بارداری مدت زمان اقدام برای بارداری سابقه استفاده از روش های کمک باروری سابقه یوه اکلامیسی و زایمان زودرس در آخرین بارداری	- تشکیل پرونده سن تاریخ آخرین ازدواج و سوابق ازدواج های قبلی سوابق بارداری در ازدواج های قبلی تاریخچه قاعدگی تعداد بارداری تعداد سقط نوع آخرین سقط خودبخودی قاعدگی مرد زایی تعداد زایمان نوع آخرین زایمان تعداد فرزندان زنده سن آخرین فرزند نتیجه آخرین بارداری مدت زمان اقدام برای بارداری سابقه ابتلا قاعدگی به بیماری سابقه جراحی سابقه استفاده از روش های کمک باروری سابقه استفاده از روش های پیشگیری از بارداری سن همسر مدت زمان اقدام به بارداری در بارداری های قبلی از زایی از نظر عوامل مستعد کننده باروری از زایی از نظر علل شایع باروری	- روشهای هورمونی پیشگیری از بارداری آبویی کاندوم
معاینه بالینی				هیپوئیسوم (پروبی) و نمایه توده بینی و آکنه نسبت دور کمر به دور باسن، اندازه گیری فشارخون	اندازه گیری BMI اندازه گیری فشارخون معاینه پستان آزمایش باپ اسمیر در اولین بار مراجعه معاینه از نظر زردی اندازه گیری تری گلیسرید در صورت استفاده از قرص های هورمونی
اقدامات تکمیلی	- مراجعه به مرکز خدمات جامع سلامت محلی آموزش های هنگام ازدواج برای دریافت خدمات هنگام ازدواج و ثبت در سامانه سبب تکمیل پرونده و ارائه خدمات بر حسب گروه سنی پیشگیری زوجین عقد کرده توسط مراقبان سلامت جهت تکمیل خدمات بر اساس گروه سنی	- شک به بارداری، ارجاع برای درخواست آزمایش β -hCG در صورت داشتن آید و یا عدم تمایل به بارداری انجام آموزش و مشاوره فرزندآوری تمایل به فرزندآوری ارجاع برای دریافت مراقبت پیش از بارداری	- شک به عوامل مستعد کننده (از جمله آموزش) اقدام مناسب با نوع عامل مستعد کننده شک به نابری و یا داشتن علل شایع ارجاع فرد به دامامراقبت پزشک و توصیه به مراجعه با همسر	- در صورت بارداری همزمان استفاده از روش های هورمونی و آی بویی توصیه به مشورت با پزشک ارجاع به برنامه مادران آموزش علامت نیاز به مراقبت سریع در صورت صرف روش های هورمونی	
آموزش و مشاوره	- آموزش بر حسب بسته آموزشی آسانی از وزارت توسط مربیان دوره دیده صورت می گیرد.	- آموزش مشاوره فرزند آوری آموزش عوارض جانبی روش های مختلف پیشگیری از بارداری تعیین تاریخ مراجعه بعدی	- در صورت داشتن عامل مستعد پیشگیری شش ماه بعد در صورت شک به نابری یا علل شایع پیشگیری یک ماه بعد آموزش پیشگیری از نابری با تأکید بر اصلاح سبک زندگی و تغذیه	- آموزش عوارض جانبی روش های پیشگیری از بارداری آموزش علامت نیاز به مراقبت سریع در صورت صرف روش های هورمونی بررسی سالیانه قند، چربی و لیپوپروتئین در صورت استفاده از روش های هورمونی پیشگیری از بارداری	

زنجیره سرما

مجموعه تجهیزات و امکاناتی که موجب می شود دمای واکسن از زمان تولید تا زمان مصرف حفظ شود و یا به عبارت دیگر به نظامی مرکب از افراد و تجهیزات که اطمینانمی دهد واکسن موثر به مصرف کننده برسد

تجهیزات زنجیره سرما به دو قسمت ثابت که شامل سردخانه یخچال ژنراتور آلارم هشدار دهنده و فریزر می باشد و بخش سیار که شامل کلد باکس واکسن کریر اتومبیل سردخانه دار و آیس بگ می باشد

یک سری استاندارد های باید در رابطه به موقعیت فیزیکی قرار گیری یخچال رعایت شود به عنوان مثال باید

یه فاصله استاندارد از دیوار داشته باشد همچنین باید از تجهیزات سرمایشی یا گرمایشی به دور باشد که موجب تغییرات دمایی یخچال نشود.

بر روی درب یخچال نمودار پایش دمای یخچال وجود دارد که روزانه دو نوبت چک می شود. دمای درون یخچال ها باید بین 2°C تا 8°C درجه حفظ شود (در یخچال ترموستات وظیفه ایجاد این دما را دارد)

نوبت اول صبح و نوبت دوم در آخر شیفت کاری است. برای کنترل دما درون یخچال ترمومتری وجود دارد که دما را اندازه گیری می کند و چنانچه تغییر دما در یخچال رخ دهد به گوشی مسئول مربوطه **alarm** ارسال می شود.

چینش واکسن ها در درون یخچال هم بسیار مهم است در ردیف بالای یخچال واکسن های حساس به گرما قرار داده می شود که مهم ترین آن واکسن **OPV** می باشد و هم چنین در ردیف پایین آن واکسن های حساس به سرما قرار می گیرد (حساس ترین آن ها واکسن هپاتیت می باشد)

داخل یخچال محلول آب و نمک قرار می گیرد که چنان چه یخچال خاموش شد یا هر گونه تغییر دمایی رخ داد این تغییر دما دیر تر صورت بگیرد و تعادل دمایی دیرتر صورت بگیرد

در فریزر یخچال هم آیس پک ها قرار می گیرند که دارای دو فررفتگی در جدار خود می باشند و محل قرار گیری ویال واکسن می باشد تا خارج از محیط یخچال هم دمای آن حفظ شود. به طور کلی هم آیس پک ها را می توان درون کلد باکس ها قرار داد تا در زمان هایی که از کلد باکس ها برای جا به جایی واکسن ها به مناطق دورتر استفاده می شود دما واکسن ها حفظ شود.



رابطان بهداشت زنانی هستند که بطور داوطلبانه و با خیر اندیشی بدون چشم داشت پاداش مادی برای بهبود زندگی سالم و خدمت به هموعان خود با بخش بهداشت همکاری می نمایند.

داوطلبین
سلامت

شرایط رابط بهداشت:

- حداقل سواد خواندن و نوشتن
- علاقمند به شرکت در فعالیت های اجتماعی
- رازداری و صداقت

• رضایت همسر فعالیت‌های داوطلبان سلامت در محله: • تحت پوشش قرار دادن 20 تا 50 خانوار • شناسایی افراد نیازمند به مراقبت‌های بهداشتی در خانوارهای تحت پوشش • حضور مرتب داوطلبان سلامت در کلاسهای آموزش همگانی • شناسایی و پیگیری مشکلات سلامتی محله و انعکاس آن به مسئولین مرکز بهداشتی درمانی و پایگاه • انتقال پیام‌های آموزشی به خانوارهای تحت پوشش و سایر اعضاء جامعه • مشارکت گروهی در فعالیتهای هنری فرهنگی و اجتماعی رابطین سلامت شهری: برنامه رابطین بهداشت با هدف حل مشکلات بهداشتی در حاشیه شهرها توسط وزارت بهداشت و درمان به اجرا در آمد با توجه به اسکان مهاجران در حاشیه شهرها بالا بودن حجم جمعیت نسبت به امکانات موجود و تمرکز جمعیت شهری و مشکلات فرهنگی ناشی از شهرنشینی در این مناطق رسیدگی به وضعیت بهداشتی درمانی این قشر در اولویت برنامه‌های بهداشتی قرار دارد. رابطین سلامت روستایی: نبودن مداوم کادر بهداشتی (بهورز) در روستاهای قمر، عدم آگاهی از زمان وقوع واقعه حیاتی و شناخت بهنگام نیاز واقعی جامعه در روستای قمر و در بعضی اوقات موانع طبیعی دشواری دسترسی به روستای قمر و محدودتر شدن حضور بهورز در روستا باعث شد طرح رابط روستایی در جهت رفع این موانع و با هدف افزایش سطح آگاهی بهداشت جامعه و از بین بردن تفاوت‌های میزان و کیفیت پوشش خدمات بهداشتی در روستای قمر اصلی و پرکردن خلاء حضور مداوم بهورز در متن جامعه روستایی به اجرا در آید. آموزش رابطین روستایی از طریق بهورزان خانه بهداشت و در صورت نیاز از طریق کاردانان بهداشتی مرکز بهداشتی درمانی روستایی می‌باشد. رابطین سلامت تخصصی: امروزه مشکلات سلامت مانند گذشته به بیماری‌های واگیر ختم نمی‌شود بلکه علت اصلی مرگ و میر "ناشی از خود مردم" است و میزان بالای مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی و سوانح و حوادث ریشه در رفتار افراد جامعه دارد و حل مشکلات سلامت بدون در نظر گرفتن عوامل تغذیه، در آمد، مسکن، رفاه، قوانین و اشتغال قابل حل نمی باشد لذا با جلب مشارکت بین بخشی و استفاده از افراد متخصص بخش‌های توسعه تحت عنوان (داوطلبان متخصص) الگوی زندگی سالم به رابطان بهداشت انتقال داده خواهد شد و برنامه در قالب آموزشی، مهارتی و حمایتی با بهره گیری از توان تخصصی ارگان‌ها ادارات و نهادهای به اجرا گذاشته شد.	
-	سایر

مواردی که با رنگ آبی مشخص شده اند در مرکز ارائه نشده و صرفاً بر اساس مطالب موجود در اینترنت آورده شده است

D- مرکز بهداشت استان

زمان: بازدیدی صورت نگرفت

مکان: بازدیدی صورت نگرفت

موارد مطرح شده:

بازید از مرکز بهداشت استان صورت نپذیرفت

خلاصه ای از شرح وظایف واحدهای مختلف در مرکز بهداشت استان را بنویسید.

واحد	فعالیت ها، شرح وظایف و برنامه ها
پیشگیری و مبارزه با بیماریها	واحد مبارزه با بیماری ها از واحدهای تابعه مرکز بهداشت شهرستان است که اهم وظایف آن عبارتند از : 1- جمع آوری اطلاعات مربوط به سلامت و بیماری در شهرستان و تجزیه و تحلیل آنها بمنظور شناسایی بیماری ها ومشکلات بهداشتی شایع در شهرستان وبرنامه ریزی واجرای راهکارهای مناسب جهت مقابله با آنها (بیماری های واگیر و غیر واگیر) 2- بیماریابی ،اجرای موازین پیشگیری وپیگیری ودرمان بیماری هایی که باید تحت مراقبت باشند (واگیر و غیرواگیر) 3- داشتن توانایی لازم جهت مقابله با همه گیری بیماریهای مختلف (بیماری های واگیر و غیر واگیر) 4- آموزش کلیه کارکنان بهداشتی و آحاد مردم در رابطه بابیماری های مختلف وراه های درمان و پیشگیری از آنها (بیماری های واگیر و غیر واگیر) 5- ارائه خدمات مشاوره ای در زمینه بیماری های گوناگون به مراجعه کنندگان 6- تامین کلیه واکسن های مورد نیاز شهرستان ونگهداری آنها درشرایط و دمای مناسب (مدیریت زنجیره سرد) و توزیع آنها درسطح مراکز واکسیناسیون شهرستان

7- برنامه ریزی و اجرای واکسیناسیون مناطق و جمعیت های آسیب پذیر (عشایر، حاشیه شهر ها، اتباع بیگانه و مناطق فاقد دسترسی به تسهیلات بهداشتی)

8- برنامه ریزی و اجرای مراقبت از بیماری ها در اتباع بیگانه

9- انجام واکسیناسیون در گروه های خاص (مننژیت و کزاز در سربازان و هیپاتیت B در کارکنان بهداشتی و افراد در معرض خطر)

با توجه به تغییرات در روند اپیدمیولوژیک بیماری ها و توجه بیشتر متولیان بهداشت جهانی به همه گیری های خاموش بیماری های غیر واگیر مانند دیابت ، پرفشاری خون، بیماری های ایسکمیک قلب ، کم خونی ها و...

در دو دهه اخیر مدیریت مبارزه با بیماری ها در سطح وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و بتبع آن مدیریت مبارزه با بیماری ها در سطح استان و واحد مبارزه با بیماری ها در سطح شهرستان ها به دو قسمت مجزای مبارزه با بیماری های واگیر و غیر واگیر تقسیم شده که اهم برنامه های هر یک بشرح زیر است:

الف - بیماری های واگیر

1- آموزش بیماریهای واگیر جهت پرسنل بهداشتی و عموم مردم

2- مراقبت بیماریهای واگیر

3- گزارش دهی بیماریهای واگیر

4- جمع آوری، تجزیه و تحلیل و ارسال آمار بیماریهای واگیر به سطح استان

5- نظارت بر عملکرد مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت

6- طراحی، ارائه و اجرای برنامه عملیاتی بصورت سالانه

7- تشکیل کمیته ها و جلسات بخشی و بین بخشی

8- تامین و توزیع واکسن و داروهای مورد نیاز

9- آمادگی و ذخیره واکسن و دارو جهت مقابله با شرایط اضطراری در بلایای طبیعی و بروز اپیدمی ها

10- انجام واکسیناسیون سیاری ، بدو خدمت سربازی و هیپاتیت ب در گروههای در معرض خطر

11-انجام آزمایشات بیماریهای واگیر و پیگیری موارد مثبت

12- انجام مشاوره در زمینه بیماریهای رفتاری

13- اجرای برنامه های کنترل ناقلین بیماریهای واگیر

1- آموزش بیماریهای واگیر: در این زمینه واحد مبارزه با بیماریها اقدام به برگزاری سمینار، کارگاه و کلاسهای آموزشی در مورد دستورالعمل های جدید و همچنین اولویت های آموزشی بر حسب بیماریهای غالب و مشکلات موجود در شهرستان و بر حسب اولویت های زمانی بیماریها و برنامه های کشوری بصورت ماهیانه جهت پرسنل بهداشتی می نماید ، همچنین جهت عموم مردم وبا توجه به مشکلات بهداشتی هر منطقه، بطور جداگانه اهم فعالیتهای آموزشی برحسب همان مشکل توسط پرسنل بهداشتی برگزار می شود. 2- مراقبت بیماریهای واگیر: در حال حاضر واحد مبارزه با بیماریهای واگیر حدودا 30 بیماری را تحت مراقبت دارد	
✓ هدف کلی: ارتقای سطح بهداشت و سلامت جامعه ✓ اهداف اختصاصی و شرح وظایف و فعالیت ها: 1. بهداشت آب و فاضلاب 2. بهداشت هوا 3. بهداشت مواد غذایی 4. بهداشت سموم و مواد گندزدا 5. مبارزه با حشرات و جوندگان 6. اجرا و پایش برنامه حذف جوش شیرین 7. ارزشیابی و نظارت بر وضعیت بهداشت محیط مراکز آموزش عالی و واحد های تابعه 8. ارزشیابی و نظارت بر وضعیت بهداشت محیط پایانه های مسافری و باربری فرودگاه ها 9. ارزشیابی و نظارت بر وضعیت بهداشت محیط کشتارگاه ها 10. ارزشیابی و نظارت بر وضعیت بهداشت محیط بیمارستان ها 11. ارزشیابی و نظارت بر بهداشت محیط استخرهای شنا 12. ارزشیابی و نظارت بر بهداشت محیط مدارس 13. ارزشیابی و نظارت بر بهداشت محیط مساجد 14. ارزشیابی و نظارت بر بهداشت محیط اماکن پذیرایی بین راهی 15. نظارت و کنترل مراکز کاربرد پرتوهای یونساز در پزشکی 16. طرح روستای سالم 17. اجرای برنامه یدسنجی 18. رسیدگی به شکایات 19. برنامه مبارزه با استعمال دخانیات 20. برنامه کاهش اثرات بلایای طبیعی 21. نظارت بر وضعیت حمل و دفع صحیح زباله در مناطق روستایی و جلب مشارکتهای مردمی 22. نظارت بر وضعیت حمل و دفع صحیح زباله در مناطق شهری 23. اجرای طرح تشدید بهداشت محیط	بهداشت محیط و حرفه ای

24. انجام برنامه های آموزشی 25. اجرای ستاد فوریت های بهداشت محیط 26. ارزشیابی و نظارت بر مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی 27. همکاری برون بخشی در بهبود کیفیت نان در اداره غله و کمیسیون تشخیص و تعزیرات آرد و نان 28. سیاستگذاری، برنامه ریزی و نظارت فنی و اداری بر تشکیلات بهداشت حرفه ای تحت سرپرستی 29. نظارت فنی بر جذب کارکنان تازه استخدام شده، تغییر شغل، یا اشتغال به کار فرد پس از غیبت بیش از 3 روز برای اعمال ضوابط بهداشت حرفه ای در جایگزینی فرد در شغل مناسب با هماهنگی پزشک دوره دیده طب کار 30. ایجاد هماهنگی درون بخشی و برون بخشی برای جلب مشارکت فعال یا جلب همکاری عوامل موثر در ارتقاء اجرای برنامه های بهداشت حرفه ای در سطح واحد تولیدی 31. ایجاد ارتباط و هماهنگی و مشارکت فعال در برنامه ها با کارشناسان بهداشت حرفه ای مرکز بهداشت منطقه و واحد تولیدی برای همگامی و همسو نمودن فعالیت های بهداشت حرفه ای کارخانه با برنامه های ملی و منطقه ای و اجرای برنامه های جاری در سطح کارخانه برحسب مورد از قبیل خانه بهداشت کارگری، ایستگاه بهگر و ... 32. مطالعه، جمع آوری و بررسی و تجزیه و تحلیل اطلاعات اولیه مورد نیاز جهت سیاستگذاری 33. برنامه ریزی و اجرای برنامه های سالم سازی محیط کار 34. انجام مراقبت های بهداشتی درمانی شاغلین اعم از اطلاعات پرسنلی، اطلاعات فنی و تکنولوژیک 35. بازدید منظم مطابق با برنامه از قبل تدوین شده از واحدهای مختلف کارخانه و 36. ثبت گزارشات بازدید و انعکاس آنها به مدیریت کارخانه و کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار جهت اطلاع از وضعیت بهداشت حرفه ای و اتخاذ تصمیم نهایی برای رفع مشکلات موجود 37. شناسایی، نمونه برداری، اندازه گیری و ارزشیابی عوامل زیان آور محیط کار که به نحوی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی شاغلین را مورد تهدید قرار می دهد 38. بررسی عوامل ارگونومیک محیط کار و ارائه راه حل های مناسب جهت انجام صحیح کار یا تغییرات لازم در خط تولید یا فعالیت مورد نظر و ارائه پیشنهادات در خصوص مناسب نمودن ابزار کار و وسایل مورد استفاده و غیره با همکاری متخصصین و مهندسين مرتبط 39. برنامه ریزی و نظارت در جهت پایش، نمونه برداری، سنجش و ارزشیابی مستمر عوامل زیان آور به منظور اجرای حدود تماس شغلی مصوب وزارت بهداشت، درمان آموزش و پزشکی 40. ارائه راه حل های فنی و مهندسی، اداری در جهت کاهش مواجهه و تماس شاغلین واحد تولیدی با عوامل زیان آور موجود 41. برنامه ریزی و نظارت بر حسن اجرای کلیه ضوابط کمی و کیفی مندرج در آئین نامه تاسیسات کارگاه از نظر بهداشت	
--	--

42. بررسی و شناخت و اعلام نظر در خصوص مشاغل سخت و زیان آور قبل یا بعد از تصویب در کمیته کارهای سخت و زیان آور استان
43. درجه بندی هر یک از مشاغل موجود در واحد تولیدی جهت اولویت بندی و برنامه ریزی بهداشت حرفه ای و طب کار
44. برنامه ریزی و اجرای برنامه های آموزشی جهت شاغلین در سطح واحد/ واحدهای تولیدی به نحوی که علاوه بر ارتقا سطح آگاهی موجب تغییر نگرش-باورها و عملکرد و رفتارهای بهداشتی کارگران گردیده تا در اجرای موازین بهداشت و سالم سازی محیط کار مشارکت فعال جویند
45. تشکیل جلسات آموزشی-توجیهی جهت سرپرستان خط تولید و مسئول های مربوطه در زمینه اهداف و برنامه های بهداشت حرفه ای
46. تهیه و تدوین و تنظیم مواد و وسایل کمک آموزشی اعم از پوستر، پمفلت، مقاله، فیلم، اسلاید
47. همکاری و مشارکت فعال در برگزاری گردهمایی، سیمینارهای مختلف بهداشت حرفه ای در سطح منطقه ای و محلی
48. ارائه راه حل های مناسب در جهت رفع نواقص اعلام شده از طرف کارشناسان بهداشت حرفه ای مرکز بهداشت شهرستان منطقه در ظرف مهلت مقرر
49. شرکت فعال در جلسات کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار
50. برنامه ریزی نظارت و فراهم آوردن شرایط لازم برای دسترسی شاغلین به خدمات بهداشتی اولیه (PHC)
51. برنامه ریزی، نظارت، پایش و ارزشیابی در جهت نیل به حسن اجرای معاینات کارگری شاغلین واحد تولیدی
52. نظارت بر سطح صحیح و دقیق اطلاعات شغلی مورد نیاز در فرمهای معاینات کارگری مصوب و هماهنگی با پزشک دوره دیده طب کار در جهت تشخیص به هنگام بیماری یا عارضه ناشی از کار در بین شاغلین
53. مشاوره با پزشک دوره دیده طب کار در خصوص ادامه به کار فرد و بحث و بررسی و اعلام نتیجه نهایی
54. ثبت صحیح اطلاعات، جمع آوری، تجزیه و تحلیل آماری و حداقل تهیه جداول و نمودارهای مربوط به بیماریهای ناشی از کار و اطلاعات مربوط به شرایط بهداشت کار، کارگر و محیط کار و خدمات بهداشتی ارائه شده و اعلام آن به مدیریت واحد تولیدی و مراجع مربوطه
55. اعلام موارد بیماری ناشی از کار ثبت شده به مراکز بهداشت ذیربط مطابق با فرمهای ابلاغ شده از سوی این مراکز مطابق با آئین نامه
56. برنامه ریزی، هماهنگی و همکاری در جهت حفاظ گذاری و دستگاههای حادثه آفرین و نظارت مستمر در جهت استفاده صحیح از حفاظ های مذکور
57. بازدید منظم و ثبت اطلاعات، جمع آوری، تجزیه و تحلیل آماری و حداقل تهیه جداول و نمودارهای مربوط به حوادث و تعیین علل حوادث و غیبت های ناشی از حوادث و اعلام آن به مدیریت واحد تولیدی و مراجع ذیصلاح
58. بررسی، برنامه ریزی و نظارت بر تهیه، توزیع و کاربرد صحیح وسایل حفاظت فردی
59. نظارت بهداشتی بر کارگران موقت (روزمزد) وابسته به واحد تولیدی

60. ارائه نظرات و پیشنهادات در جهت ارتقاء برنامه های بهداشت حرفه ای به مرکز بهداشت شهرستان ایجاد هماهنگی و همکاری بین مدیریت واحد تولیدی و مسئول بهداشت حرفه ای مرکز بهداشت شهرستان جهت اجرای طرحهای پژوهشی و اجرایی ملی و منطقه ای	
رسالت: حفظ و ارتقای سلامت خانواده مبتنی بر گروه های مختلف سنی و گروه های هدف ویژه در کشور مأموریت: دستیابی به جامعه ای سالم مبتنی بر اسناد بالا دستی، بطوریکه تمامی گروه های سنی و گروه های هدف ویژه در خانواده ها با بهره گیری از خدمات سلامت مطلوب و دسترسی عادلانه، کیفیت زندگی مناسبی را تجربه نمایند. هدف کلی: تامین، حفظ و ارتقاء سلامت گروه های آسیب پذیر جامعه تحت پوشش اهداف اختصاصی: 1- کاهش نسبت مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان به کمتر از 15 در یکصد هزار تولد زنده (منطبق بر اهداف ملی) 2- افزایش پوشش زایمان ایمن به میزان بیش از 98 درصد 3- افزایش پوشش مراقبت های پس از زایمان (حداقل 2 بار) به میزان بیش از 82 درصد 4- افزایش پوشش زایمان بدون درد دارویی و غیر دارویی به میزان 50 درصد کل زایمان های طبیعی 5- کاهش میزان سزارین به میزان 25 درصد 6- کاهش اختلالات شایع دوران سالمندی و عوارض ناشی از آنها به میزان 10 درصد 7- کاهش میزان بارداری های برنامه ریزی نشده به میزان 15 درصد 8- کاهش مرگ و میر کودکان 1 تا 59 ماهه در جامعه تحت پوشش به میزان کمتر از 10 به ازای هزار تولد زنده 9- کاهش میزان مرگ و میر نوزادان به کمتر از 15 در هزار تولد زنده 10- کاهش میزان مرگ کودکان زیر 5 سال به کمتر از 22 در هزار تولد زنده شرح وظایف گروه سلامت جمعیت خانواده و مدارس	سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

گروه سلامت خانواده و جمعیت در حیطه های آموزشی، اجرایی، هماهنگی، آموزشی، پژوهشی و برنامه ریزی به صورت زیر فعالیت می کنند:

- تهیه برنامه اجرایی عملیاتی و بررسی پیشرفت برنامه
- برنامه ریزی آموزشی برای کلیه پرسنل بهداشتی و جامعه
- تهیه و توزیع پمفلت ها و جزوات آموزشی
- انجام هماهنگی با مراکز آموزشی و سایر ادارات و ارگان ها
- هماهنگی درون بخشی و برون بخشی در ارتباط با اجرای کلیه برنامه ها
- اطلاع رسانی از طریق رسانه های گروهی
- انجام مطالعات پژوهشی
- کسب اطلاعات، آمار و تجزیه و تحلیل آنها

این گروه موظف به ارائه خدمات مورد نیاز به جمعیت هدف در راستای حفظ و ارتقای سلامت آحاد مردم جامعه از طریق اجرای برنامه مراقبت ادغام یافته سلامت مادران است: این برنامه شامل ارائه خدمات مربوط به مراقبتهای پیش از بارداری، دوران بارداری و پس از زایمان به منظور ارتقاء سلامت مادر و کودک و پیشگیری از مرگهای قابل اجتناب آنان می باشد

اجرای برنامه باروری سالم: این برنامه شامل آموزش به خانوارها و زوجین در شرف ازدواج در راستای فرزندآوری سالم از طریق مشاوره های بهداشتی، مشاوره ازدواج و مشاوره مهارتهای ارتباطی زندگی می باشد.

اجرای برنامه سلامت کودکان شامل:

الف- مراقبت ادغام یافته سلامت کودکان تا 8 سال

ب- مراقبت ادغام یافته ناخوشیهای اطفال زیر 5 سال

ج- ترویج تغذیه با شیر مادر

د- گزارش و ثبت مرگ کودکان 59 ماهه

اجرای برنامه سلامت میانسالان:

شامل آموزش شیوه زندگی سالم، بررسی مسایل مربوط به بهداشت باروری و بررسی مشکلات جسمی و روانی در افراد 45-60 ساله خانم (برنامه سبا) در مراکز بهداشتی درمانی به منظور پیش گیری از ابتلا به

بیماریها، همچنین شناسایی زنان فاقد مشکل و انجام مراقبتهای دوره ای 3 ساله آنها، و درمان افراد دارای مشکل و در صورت لزوم ارجاع آنان به سطوح بالاتر می باشد

اجرای برنامه سالمندان:

الف - آموزش شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی به افراد بالای 60 سال در مراکز بهداشتی درمانی کلیه شهرستانهای تابعه به منظور پیش گیری از ابتلا به بیماریهای مرتبط با تغذیه در سالمندان

ب- اجرای مراقبت ادغام یافته سلامت سالمندان به منظور شناسایی سالمندان فاقد مشکل و انجام مراقبتهای دوره ای 3 ساله آنها، و درمان سالمندان دارای مشکل و در صورت لزوم ارجاع آنان به سطوح بالاتر

اجرای برنامه سلامت نوجوانان و مدارس

شامل برنامه مدارس مروج سلامت

- نظام الکترونیک سلامت نوجوانان و مدارس

- ارائه خدمات در مدارس

آموزش سلامت در مدارس

- خود مراقبتی

اجرای برنامه سلامت جوانان

- شامل معاینات دانشجویان جدیدالورود رشته های پزشکی و پیراپزشکی

- معاینات طلاب حوزه علمیه خواهران

- آموزش سلامت جوانان گروه سنی 18-30 سال خودمراقبتی می باشد.

واحد سلامت جمعیت، خانواده و مدارس یکی از واحدهای ستادی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی می باشد، ایجاد جامعه ای که نوجوانان و جوانانی توانمند و سالم در همه سطوح جسمی، روانی، اجتماعی دارد به صورتی که این جوانان از معیارهای شیوه زندگی سالم نه تنها در دوره جوانی بلکه در دوره میانسالی و سالمندی آگاهی داشته و با عمل به این موارد در تمام دوره عمر با نشاط و کارآ زندگی کنند از اهداف این واحد است

به طور کلی واحد سلامت نوجوانان و جوانان و مدارس با سه هدف زیر فعالیت می نماید

ارتقاء توانمندی های اطلاعاتی مورد نیاز گروه هدف در زمینه های مختلف سلامت برای اصلاح و بهبود شیوه های زندگی سال

افزایش دسترسی گروه هدف به خدمات بهداشتی درمانی در کلیه ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی فراهم آوردن زمینه ایجاد محیط ایمن و بهداشتی برای گروه هدف	
✓ شرح وظایف و فعالیت ها: 1. شناخت خصوصیات جغرافیایی، جمعیتی و توانایی های بالقوه منطقه و تهیه طرح های جدید متناسب با شرایط اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در راستای برنامه های توسعه کشور 2. تعیین خط مشی و اولویت های منطقه در خصوص واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی 3. بررسی، مطالعه و برآورد محل های استقرار واحد های بهداشتی 4. پیشنهاد ایجاد و راه اندازی واحدهای بهداشتی درمانی 5. مطالعه و بازنگری طرح های گسترش با توجه به تغییرات سیاسی، جغرافیایی و جمعیتی ایجاد شده در منطقه 6. بررسی و پیش بینی منابع و تجهیزات مورد نیاز جهت راه اندازی واحدهای بهداشتی درمانی 7. مشارکت و هماهنگی با سایر گروه های کارشناسی به منظور استفاده مناسب از فضا، تجهیزات و نیروی انسانی 8. نظارت بر نحوه توزیع اعتبارات شبکه های بهداشتی درمانی 9. برآورد، تامین و توزیع نیروی انسانی 10. آموزش و بازآموزی کارکنان شامل کارکنان بدو خدمت و حین خدمت 11. جلب مشارکت جامعه به منظور برنامه ریزی 12. تأمین منابع و استقرار واحدهای بهداشتی درمانی 13. تجهیز و راه اندازی مراکز آموزش بهورزی 14. نظارت بر مراکز آموزش بهورزی به منظور جذب و تربیت بهورزان کارآمد 15. بررسی و برآورد نیاز واحدها در زمینه بهبود استاندارد ساختمان، تجهیزات و نیروی انسانی 16. بررسی و تحلیل گزارش های واصله، تهیه و ارائه گزارشات ادواری حاوی اطلاعات، آمار و شاخص های خدمات بهداشتی جهت واحدها 17. هماهنگی درون و برون بخشی در زمینه رفع نیاز جامعه به واحدهای ارائه دهنده خدمات 18. طراحی و اجرای طرح های تحقیقاتی و مطالعاتی به منظور ارتقای کمیت و کیفیت ارائه خدمات در واحد بهداشتی درمانی برنامه ریزی، نظارت و مشارکت در آموزش و بازآموزی رابطین بهداشتی	گسترش شبکه و ارتقاء سلامت

سلامت روانی،	✓ شرح وظایف و فعالیت ها:
اجتماعی و اعتیاد	1. برگزاری کمیته دانشگاهی سلامت روان 2. پذیرش مسئولیت علمی-اجرایی برنامه های سلامت روان تحت نظارت معاون بهداشتی دانشگاه 3. برنامه ریزی آموزش پزشک عمومی به منظور تکمیل سطح سوم ارائه خدمات سلامت روان شهرستانها مطابق دستورالعمل 4. برنامه ریزی آموزش پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به منظور ارتقاء کیفیت علمی ارائه خدمات در برنامه سلامت روان مطابق با دستورالعمل 5. آموزش کارشناسان مرتبط با برنامه سلامت روان 6. نظارت علمی بر تهیه متون، پوستر، پمفلت و نشریات مرتبط با برنامه سلامت روان 7. نظارت بر سیستم ارجاع برنامه سلامت روان 8. برگزاری کلاس آمار و مروری بر نحوه دستورالعمل ها 9. آموزش نیروهای بدو خدمت 10. برگزاری کارگاه های آموزشی جهت معلمان و والدین مدارس مروج سلامت در استان 11. نظارت بر مدارس مروج سلامت 12. شرکت در جلسات بین بخشی 13. ارائه مشاوره به افراد جامعه جهت پیشگیری از بروز اختلالات روانپزشکی و ارتقاء سطح سلامت روان جامعه شامل مهارتهای زندگی، فرزند پروری، مشاوره تحصیلی، مشاوره خانوادگی و مشاوره قبل از ازدواج، پیشگیری از اعتیاد و الکل به صورت فردی و گروهی 14. تسهیل دسترسی به خدمات مددکاری اجتماعی برای بیماران 15. برگزاری کارگاه های آموزشی در جهت پیشگیری از اعتیاد و الکل در استان 16. نظارت بر مراکز ترک اعتیاد و همکاری با تیم بازرسی استان 17. نظارت بر مرکز گذری DIC و جمع آوری آمار ارسالی از این مرکز و ارسال به وزارت متبوع 18. نظارت بر کلینیک مثلثی و و جمع آوری آمار ارسالی از این مرکز و ارسال به وزارت متبوع 19. تدوین استانداردها و دستورالعملهای غربالگری، پیشگیری، مراقبت، درمان و بازتوانی در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد و الکل و پایش و ارزشیابی برنامه ها 20. تهیه و تدوین پروتکل های غربالگری، پیشگیری، مراقبت، درمان و بازتوانی بیماریهای روانی، اجتماعی و اعتیاد و الکل با همکاری مراکز آموزش عالی نهادها و انجمنهای صنفی، علمی، ملی 21. هدایت دانشگاه های استان در برنامه ریزی راهبردی عملیاتی و تفضیلی و کمک به انجام آن در حیطه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد و الکل 22. هماهنگی جهت اجرا، گسترش و ارتقاء برنامه ادغام سلامت روان 23. ثبت، جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات آمار اختلالات روانپزشکی و تهیه گزارشهای ماهانه و سالیانه 24. تهیه و تدوین متون آموزشی جهت ارتقاء آگاهی، دانش و مهارت پرسنل سلامت روان

25. ارتقاء آگاهی و دانش عموم جامعه و فرهنگ سازی از طریق تدوین و انتشار متون آموزشی یا از طریق رسانه ها 26. جمع آوری و ثبت آمار خودکشی و ارسال آن به وزارت متبوع 27. هماهنگی جهت جلب مشارکت و حمایت مسئولین و سیاست گذاران در اجرای برنامه های سلامت روان 28. هماهنگی جهت ارزشیابی برنامه ادغام سلامت روان و رفع نواقص موجود در اجرای برنامه 29. مشارکت درون بخشی و بین بخشی با سایر سازمانها جهت ارتقاء برنامه های سلامت روان 30. آموزش عموم جامعه در خصوص اصول و مفاهیم سلامت روان به منظور افزایش آگاهی و اطلاع نگرش نسبت به مشکلات روانی 31. آموزش به گروه های در معرض خطر و بیماران و خانواده آنها در خصوص اختلالات روانپزشکی و مراقبت بیماران 32. آموزش و بازآموزی بهورزان، کاردانان و رابطین بهداشتی 33. پایش و نظارت عملکرد بهورزان، کاردانان و رابطین بهداشتی 34. مشارکت در تهیه گزارش های آماری برای سطح بالاتر ارائه خدمات شناسایی و غربالگری اختلالات روانپزشکی و مشکلات رفتاری در جمعیت تحت پوشش تیم سلامت در گروههای سنی مختلف 35. ارجاع بیماران روانپزشکی به سطوح بالاتر 36. ارائه مشاوره و مداخلات روان شناختی در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی 37. ارائه مشاوره توان بخشی برای بیماران شدید 38. آموزش مهارت های اجتماعی و فعالیتهای روزمره زندگی برای بیماران شدید 39. تسهیل دسترسی بیماران شدید به خدمات مددکاری اجتماعی مانند بهزیستی و کمیته امداد ارائه مشاوره توان بخشی و حمایت های روان شناختی از خانواده بیماران شدید	
✓ شرح وظایف و فعالیت ها: 1. طراحی و توزیع مداخلات سلامت از طریق کانال رسانه های مختلف جمعی 2. توسعه محیط های حامی سلامت شامل آموزش و پرورش، بسیج، نیروی انتظامی و ... 3. ساماندهی فعالیتهای آموزشی شامل پایش و ارزشیابی انواع فعالیتهای آموزشی، انجام پیش آزمون و پس آزمون رسانه های تولیدی، طراحی، تکثیر و توزیع انواع رسانه های چاپی و دیجیتال، تیزر، انیمیشن و ... 4. استقرار رسانه های دیجیتال و برنامه ارزشیابی آن 5. نیازسنجی آموزشی سلامت و برنامه های مرتبط 6. برنامه های بزرگداشت هفته سلامت با توجه به شعار سال 7. مشارکت در طراحی و اجرای پژوهش های کاربردی 8. استقرار ۱۵ مهارت اساسی آموزش سلامت	آموزش و ارتقا سلامت

9. تجهیز مراکز محیطی به امکانات آموزشی شامل وایت برد، صندلی، پکیج آموزشی، فیلمهای آموزش سلامت، دستور العملهای واحد و ... همکاری با سایر واحدهای ستادی و عضویت در کمیته های مختلف درون بخشی و برون بخشی	
✓ شرح وظایف و فعالیت ها: 1. مدیریت تغذیه در بلایا 2. برنامه بهبود کیفیت غذا در مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی شامل برنامه ریزی و طراحی مداخلات موثر بر بهبود کیفیت غذا، نظارت و پایش ارزشیابی طبق تفاهم نامه مدیریت بهداشت محیط معاونت 3. اجرای طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت 4. برنامه ریزی بازآموزی و ارتقاء رتبه علمی کارشناسان تغذیه حوزه معاونت بهداشتی 5. برنامه ریزی ارتقاء سواد تغذیه ای جامعه 6. برنامه تغذیه کودکان زیر ۶ سال شامل آموزش، پژوهش، مداخلات حمایت تغذیه ای، نظارت و پایش و ارزشیابی 7. برنامه تغذیه مادران باردار شامل آموزش، پژوهش، مداخلات حمایت تغذیه ای، نظارت، پایش و ارزشیابی 8. برنامه تغذیه دانش آموزان شامل آموزش، پژوهش، طراحی مداخلات موثر، نظارت، پایش و ارزشیابی برنامه 9. برنامه IDD شامل آموزش، پژوهش، پایش و نظارت و ارزشیابی جمع بندی و آنالیز فرم های اختصاصی واحد و ارائه گزارش استانی	بهبود تغذیه جامعه
✓ شرح وظایف و فعالیت ها: 1. گردآوری اطلاعات جمعیتی شهرستانها، توزیع جغرافیایی واحدهای ارائه کننده خدمات اعم از خصوصی و دولتی، تحقیق در مورد روشهای زیستی و عاداتهای غذایی رایج در مناطق مختلف استان و آثار احتمالی در سلامت دهان و دندان مردم منطقه 2. تهیه فهرست پرسنل درگیر در بخش بهداشت دهان و دندان اعم از خصوصی و دولتی و برنامه ریزی جهت تامین نیروهای مورد نیاز بخش دولتی 3. تدوین برنامه عملیاتی بهداشت دهان و دندان و تنظیم بودجه اجرایی آن 4. پایش و ارزشیابی برنامه عملیاتی بهداشت دهان و دندان شبکه های بهداشت و درمان تابعه 5. تنظیم و اجرای برنامه بازآموزی پرسنل مرتبط 6. برآورد و درخواست به موقع مواد، تجهیزات و لوازم مورد نیاز و پیگیری جهت تامین آنها 7. کنترل منظم مواد و لوازم موجود در انبار از نظر کمی و کیفی 8. برنامه ریزی برای نگهداری و سرویس تجهیزات دندانپزشکی 9. مشارکت در اجرای طرحهای تحقیقاتی کشوری و استانی 10. مشارکت و پیگیری جهت تعیین میزان فلوراید آبهای آشامیدنی شهرستان	بهداشت دهان و دندان

11. تدوین برنامه عملیاتی بهداشت دهان و دندان 12. پایش و ارزشیابی برنامه عملیاتی بهداشت دهان و دندان شبکه های تابعه 13. برنامه ریزی و هماهنگی و نظارت بر اجرای طرح کشوری پیشگیری از پوسیدگی دندانی دانش آموزان ۶ ساله از طریق وارنیش فلوراید تراپی 14. برنامه ریزی و هماهنگی و نظارت بر اجرای طرح کشوری دهان و دندان عاری از پوسیدگی در دانش آموزان پایه ی ششم ابتدایی 15. تهیه محتوای آموزشی 16. دریافت و تحلیل گزارشات فعالیتها در شهرستانهای تابعه از سامانه سیب و ارسال پسخوراند 17. نظارت بر عملکرد دندانپزشکان، مراقبین سلامت و بهورزان در سامانه سیب 18. نظارت و بازدید از واحدهای دهان و دندان شبکه های تابعه و ارسال پسخوراند 19. تنظیم و اجرای برنامه باز آموزی پرسنل مرتبط برآورد و درخواست به موقع مواد و تجهیزات و لوازم مورد نیاز و پیگیری جهت تامین آنها 20. برنامه ریزی جهت نگهداری و سرویس تجهیزات دندانپزشکی 21. مشارکت در اجرای طرحهای تحقیقاتی کشوری و استانی	
---	--

E- مرکز مشاوره رفتاری:



زمان: دوشنبه-1402/11/16

مکان: خیابان پنجره، بلوار وحدت، بین وحدت 21 و 22

موارد مطرح شده:

توضیحات خانم دکتر ابراهیمی:

در ابتدا باید رفتار های پرخطر را بشناسیم و یک دید درست راجع به این رفتار های داشته باشیم. رفتار های پرخطر صرفا شامل رفتار های پرخطر جنسی نیستند و انواع گوناگونی از این رفتار ها وجود دارد. به عنوان مثال تزریق مواد مخدر از طریق وریدی، انتقال خون های آلوده (مانند کشور ترکمنستان)، عدم استفاده از protection هنگام سکس، مولتی پارتنر بودن، تنو زدن های غیر بهداشتی، نیدل استیک شدن در بخش های مختلف بیمارستانی، سقط های غیرقانونی، اتفاقاتی که در کلینیک های دندانپزشکی رخ می دهد و همه جزو رفتار های پرخطر به حسا می آیند و باید تحت کنترل های دقیق صورت گیرند تا کمترین آسیب رخ دهد. در تمام این موارد ارتباطی با خون فرد و یک منبع آلوده وجود دارد که باعث می شود چندین سد دفاعی کنار زده شده و مستقیما عامل آلوده با خون تماس داشته باشد.

در مشهد در هر یک از مراکز بهداشت مرکز مشاوره رفتاری وجود دارد. در این مجموعه یک تیم مشغول کار هستند که شامل روانشناس، پرستار، پزشک می باشد. در این مرکز بیماری های روان، HIV و هیپاتیت ها مورد بررسی و کنترل قرار می گیرد.

در مرکز مشاوره رفتاری، علاوه بر آموزش درست به گروه های مختلف، آزمایش رایگان HIV نیز انجام میشود. پس از بیماریابی HIV، به درمان فرد مبتلا پرداخته میشود.

نکته بسیار بسیار مهم در رابطه به این بیماری که متأسفانه حتی در بین کادر درمان هم وجود دارد دیدگاه نامناسبی است که نسبت به بیماران وجود دارد. عمده افراد این جامعه وقتی با کسی که درگیر ویروس HIV است در نگاه اول وی را به دید یک متهم نگاه می کنند که رابطه جنسی غیر اصولی داشته.

همچنین بهتر است از واژه ایدز کمتر استفاده کنیم و به جای آن درگیری به ویروس HIV را بیشتر به کار ببریم (به دلیل استیگمایی که در رابطه با ایدز وجود دارد).

یکی از دلایلی که دید بدی نسبت به ایدز وجود دارد به تاریخچه آن بر میگردد. در واقع این بیماری در ابتدا با عنوان بیماری هم جنس بازان مطرح و به جهان معرفی شد. تا سال 1970 بیماری ایدز ناشناخته بود و فقط مشخص می شد که افراد مبتلا دچار نقص ایمنی نامعینی می شدند و در نهایت پس از سال ها مرگ به سراغشان می آمد.

یکی از اقدامات نامناسب که برخی افراد به دلیل عدم آگاهی کافی انجام می دهند، حفظ فاصله حریم خصوصی بیش از حد معمول است؛ این در حالی است که اصلاً نیازی به این امر نمی باشد.

ایران در دهه هشتاد با یک موج گسترده شیوع ایدز مواجه شد. نکته اینجاست که علت این شیوع بالا در این زمان به شیوع ناگهانی در همان زمان بر نمیگردد بلکه این ویروس از سال ها قبل وارد ایران شده بود ولی با توجه به موارد شرعی و اخلاقی که در ایران وجود داشت این اتفاقات برای خیلی ها غیر قابل باور بود و در واقع به جای پاسخ درست به این ماجرا دست به انکار زده شد. اما بعد از شیوع بالا در دهه 80 نگرش ها تغییر کرد و با پذیرش سیستم از وجود بیماری اقدامات مناسبی صورت گرفت و جامعه تا حدودی راجع به این اتفاق آموزش داده شد.



در حال حاضر بیشترین انتقال HIV در ایران از طریق روابط جنسی محافظت نشده است. سابقاً بیشترین راه از طریق تزریق بود چون از همه مستقیم‌تر است. راه انتقال تزریقی مستقیم‌تر است اما امروزه راه انتقال جنسی شایع‌تر است. البته ریسک انتقال آن در موارد جنسی خیلی کمتر از تزریق است)

راه های انتقال گوناگونی برای این بیماری وجود دارد همانطور که گفته شد تزریق سرنگ آلوده و روابط جنسی پر خطر جزو شایع ترین راه های انتقال است. همچنین انتقال از طریق بزاق، اشک و ... صورت نمی پذیرد. (French kiss به علت آسیبی که به مخاط دهان میزند و باعث ارتباط خونی دو طرف می شود می تواند ویروس را منتقل کند)

روند HIV در کشورهای جهان اول دنیا در **مرحله کنترل** است. در ایران ما در **مرحله گسترش** هستیم در حالیکه کیس‌های موردنظر شناسایی نشده اند. وزارتخانه بر اساس یک سری فرمول‌های آماری شان اعلام می‌کند که تعداد شناسایی مورد انتظار در سال چقدر است. آماری که مشهود ارائه می‌کند یک دهم آماری است که پیش بینی شده است. مشکل دیگری که وجود دارد، اینست که شهرهای **مشهد و قم** علیرغم بیشترین آمارها، کمترین گزارش را دارند.

HIV یا دیابت؟ در نگاه اول شاید خیلی ها بیماری های مزمن مثل دیابت را انتخاب کنند ولی در حقیقت این گونه بیماری ها خیلی بدتر از ایدز هستند. این بیماری ها درمان قطعی ندارند و چندین عامل مختلف روی بروز بیماری موثرند همچنین عوارض جانبی جبران ناپذیری هم دارند در حالیکه این موارد برای ایدز مطرح نیست

سپس یکی از مسئولین مرکز توضیحاتی راجع به ایدز به ما دادند و در نهایت یکی از مبتلایان (آقا منوچهر) از تجربیات خود برای ما سخن گفت.

مهمترین نکات آموزشی:

صحت های مسئول مربوطه:

در مشهد پنج عدد مرکز مشاوره رفتاری وجود دارد که در نقاط مختلف مشهد وجود دارند.

درگیری با این بیماری مختص به قشر خاصی نمی شود و همه ی اقشار این جامعه درگیر با این قضیه می باشند ولی همه ی این افراد ناشناس هستند و کسی نباید نام آن ها را بداند. در واقع اولین اصل این است که این افراد گمنام بمانند. این افراد با کد خاص شناسایی می شوند که فقط کارشناسان این مرکز این کد ها را می دانند. نکته مهمی که درباره این گمنام بودن وجود دارد این است که بیمار باید میل به درمان داشته باشد. در واقع مهم تر از این که بیمار شناخته شود این است که در شرایطی قرار نگیرد که تمایلی به دریافت درمان نداشته باشد

از نظر WHO بهترین راه پیشگیری بیماری ایدز درمان موثر بیماران فعلی است تا از گسترش آن جلوگیری کنیم (Viral Load را پایین بیاوریم)

یکی از راه های شناسایی کیس های درگیر این است که به پارتنر های افراد درگیر مراجعه کنیم (گلوله برفی). همچنین بهتر است به جای اینکه ما به پارتنر شان بگوییم خود افراد این موضوع را با پارتنر خود مطرح کند.

یک مرکز مشاوره رفتاری شامل یک کارشناس مشاور، یک پزشک، ماما، پرستار، کارشناس روان می باشد که در انجام امور کمک می کنند (در حقیقت باید حدود 14 نفر در این زیر مجموعه باشند که بنا به دلایلی این مهم امکان پذیر نیست). تعداد بیماران ما بین 400 تا 500 عدد است اما آمار واقعی چیزی حدود 3 تا 4 هزار است. علت هم شناسایی ضعیف آن است. علت شناسایی ضعیف هم فرهنگ و برخی علل دیگر است که باعث می شود نتوانیم آموزش و آگاهی سازی را به درستی انجام دهیم

آزمایش هایی که برای این افراد انجام می شود (غیر از تست تاییدی اولیه است)، CD4 (هر سه ماه) و Viral load (هر سال) است. مقادیر نرمال CD4 بالای 300 هستند و بالای 500 عالی است و حتی تا 1000 هم داشته ایم. مقادیر زیر 200 مرحله AIDS به حساب می آید. Viral load مناسب باید زیر 1000 باشد که با مصرف دارو میسر می شود. و در این صورت بیماری ضعیف است و دیگر قابل انتقال نیست.

داروهای مختلفی با توجه به سن فرد و... تجویز می شوند که معروف ترین آنها یک داروی سه ترکیبی به نام ووناویر است. کسی که تمکین به درمان خوبی دارد، داروها هر دو ماه داده می شوند؛ اما کسی که پایبندی مناسبی ندارد یا داروها را به خوبی تحمل نمی کند، ماهانه تجویز می شود. اگر فرد سه روز دارو نخورد، سیر درمانی بهم می خورد. به دلیل اینکه اسین داروها سیستم ایمنی بدن را فعال می کنند، لذا عوارضی هم در فرد بوجود می آید که عبارتند از: گرگرفتگی، سردرد، داغ شدن پاها، سرگیجه و منگی (لذا شبها باید دارو را مصرف کند) که کم کم بهبود پیدا می کنند. اگر حس کنیم که بیمار نمی تواند ووناویر را تحمل کند آن جزئی که سبب این عوارض می شود را حذف می کنیم..

انجام مشاوره باید کاملاً محرمانه باشد. بیمار باید با میل شخصی تست را انجام دهد. پاسخ تست را در حضور خود شخص، به اطلاع فرد رسانده شود. پاسخ تست باید به درستی خوانده شود. در نهایت بیماران مثبت را باید به خوبی توجیه کرد و به سمت درمان سوق داد.

بنا به دلایلی توضیحات مناسبی درباره نحوه گرفتن تست ارائه نشد (حتی کیت هم باز نشد و تستی انجام نشد) به همین دلیل توضیحات راجع به نحوه تست گرفتن از سایر منابع استخراج شده است

انواع تست های موجود

❖ Rapid Test: دوره پنجره 3 ماهه

❖ ELISA: دوره پنجره 6 هفته

❖ HIV PCR: دوره پنجره 2 هفته

تست سریع ارزشی ندارد. منفی اش چیزی را رد نمی‌کند ام می‌تواند شدت استرس فرد را کمتر کند. در پایان سه ماه مجدداً تست می‌دهد تا ببینیم واقعاً مثبت است یا نه. اگر در این مرحله مثبت شد، باید تست ELISA بدهد که در آزمایشگاه شهید قدسی انجام می‌شود.

روش انجام تست سریع به این صورت است که (5Cs):

- ❖ باید فرد رضایت (Consent) و آگاهی (Confidentiality) داشته باشد
- ❖ در مورد تست به او توضیح دهیم (Counselling)
- ❖ جوابش را مستند و صحیح ارائه دهیم (Correct Test Result)
- ❖ وی را به مراحل درمانی متصل کنیم (Connection to HIV prevention)

نمونه را روی کاست می‌ریزیم و بافر را به آن اضافه می‌کنیم. به فرد می‌گوییم که بایستی ۱۵ تا ۲۰ دقیقه صبر کند. حالت‌های مختلف تست:

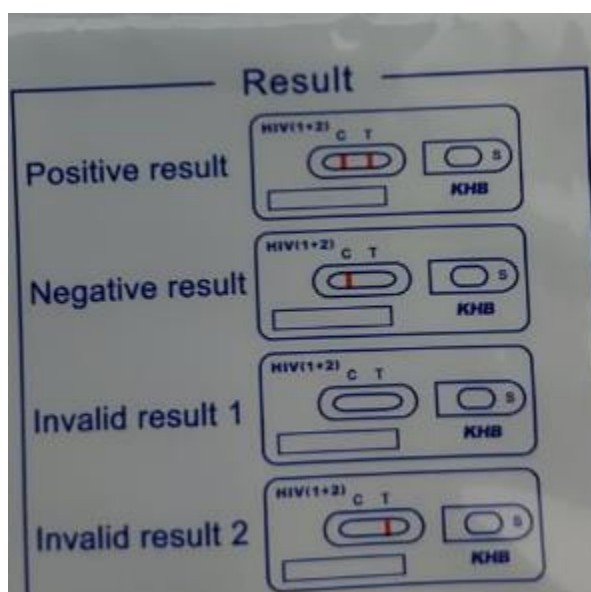
- ❖ فقط خط C روشن می‌شود: منفی
- ❖ خط C و T روشن می‌شود: مثبت
- ❖ خط T روشن شود/ هیچ کدام روشن نشود: تست باطل است

ممکن است تست اولیه مثبت و سپس تست تاییدی منفی باشد. علت احتمالی این است که هر تستی یک مدت زمان خاصی دارد که اگر نمونه بیشتر از آن بماند، مثبت کاذب می‌شود و لذا حتماً باید به کاتالوگ همان کیت دقت کرد.

کیتها معمولاً از کره، آمریکا و هلند وارد کشور می‌شوند. در برخی موارد ممکن است مثبت کاذب بدهد؛ مثل مصرف داروهای بیماری‌های روماتیسمال. موارد منفی کاذب هم وجود دارند که میتواند به علت قرار گرفتن در دوره پنجره باشد. بافر باید مستقیماً ریخته شود و به محل نمونه گیری نباید زده شود



منبع تصاویر: تصاویر گرفته شده توسط دانشجویان بازدید کننده قبلی



کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: خیلی مهم

نحوه آموزش: عالی

F - مرکز گذری باز توانی یا DIC :

زمان: چهارشنبه-1402/11/18

مکان: بلوار شهید بابا نظر، خیابان شهید شفیعی، نرسیده به شفیعی 42، دفتر جمعیت حمایت از بهبود یافتگان

موارد مطرح شده:

در ابتدای مراجعه به این مرکز خانم دکتر ابراهیمی توضیحاتی راجع به این گونه مراکز و نحوه مدیریت افراد معتاد به ما ارائه کردند سپس آقای سخنور کارشناس مربوطه توضیحاتی راجع به خود اعتیاد به ما دادند و در نهایت هم آقای مونسان که خودشان قبلاً درگیر اعتیاد بودند برای ما از تجربیات شخصی خود سخن گفتند

مهمترین نکات آموزشی:

اعتیاد: (آقای سخنور)

اگر بخواهیم تعریفی برای اعتیاد پیدا و ارائه کنیم با تعاریف مختلفی رو به رو می شویم ولی بر اساس DSM اعتیاد به صورت یک اختلال روانی مزمن، عود کننده و پیش رونده تعریف می شود که در آن فرد وقت و انرژی خود را به کار گرفته تا با تکیه بر این عوامل بیرونی بر آن فائق آید. معمولاً فردی که معتاد است در دیگر حیطه های روان نیز دچار مشکل است و یک رابطه دوسویه بین اعتیاد و مشکلات دیگر اون وجود دارد. مثلاً ممکن است شخصی دچار اعتیاد شود و سپس دچار اضطراب، افسردگی، مشکلات خواب و ... شود و یا بالعکس.

نشانه های اعتیاد:

- ❖ وابستگی
- ❖ مختل شدن عملکردهای زندگی
- ❖ مصرف مداوم به رغم پیامدهای منفی
- ❖ اشتغال فکری و ذهنی
- ❖ تحمل دارویی (Tolerance)
- ❖ مشکل در متوقف کردن یا کاهش مصرف مواد
- ❖ علائم سندرم محرومیت در صورت عدم مصرف (خماری، بی قراری و علائم جسمانی)

فردی که حداقل طی ۱۲ ماه، ۴ تا از نشانه های آن را داشته باشد مبتلا به اعتیاد سوء مصرف مواد است.

تا چندین دهه قبل شاید اعتیاد را فقط برای مواد مخدر به کار می بردند اما امروزه اینگونه نیست و هر چیزی می تواند در زمره اعتیاد قرار بگیرد من جمله: اینترنت و فضای مجازی، قمار، رابطه جنسی و... (بر همین اساس اعتیاد مثبت و منفی داریم).

شیوع اعتیاد طبق آمارها در سال ۱۴۰۰، ۱۲ میلیون نفر معتاد به مواد مخدر بوده است. ۴.۵ میلیون نفر از این ها مصرف کننده های دائمی، ۱۰٪ زنان و هزاران نفر از گروه سنی کودکان بوده اند. با توجه به تنوع مواد مخدر در ایران سن اعتیاد بین ۱۵ تا ۲۴ سال می باشد. مصرف در سنین پایین تر از گل و حشیش شروع می شود و بعد به سمت مواد مخدر (تریاک، شیشه، کریستال) و بعد به سمت مواد محرک و روانگردان مثل آمفتامین، شیشه، LSD و... می رود. (مخصوصاً در خانم ها)



انواع مواد:

- ❖ مواد مخدر: تریاک، شیره، هروئین، کریستال
- ❖ مواد محرک: شیشه (آمفتامین)، کوکائین، ریتالین
- ❖ مواد توهم زا: ماریجونا، LSD

❖ سایر مواد اعتیاد آور: خوراکی ها و نوشیدنی های دیگر

بحث بعدی که بسیار مورد توجه است عوارض اعتیاد می باشد و باید به طور کامل شناخته شود و به ابعاد مختلف این عوارض توجه نمود. این عوارض شامل:

❖ عوارض جسمانی: افزایش فشارخون، تنگی عروق، سکتة زودرس، تاخیر در التیام زخم ها، خرابی دندان ها، تخریب بافت

مغز (با اثر روی قشر پیشانی مخ)، مشکل در گوارش و مشکل تغذیه

❖ عوارض روانی: شایعترین عارضه افسردگی است اما سایر عوارض شامل پارانوئیا و سایکوز (توهم و هذیان)، پرخاشگری،

کاهش انرژی، مشکلات جنسی، رفتارهای تکراری، اختلال خواب می باشد

❖ عوارض رفتاری: بی مسئولیتی، بیکاری (البته افراد کمی نیز برای انرژی بیشتر و انجام کارها از مواد استفاده میکنند)، دزدی

شدت و نوع آن در افراد مختلف با توجه به میزان مصرف و استعداد ژنتیکی فرد متفاوت خواهد بود که ممکن است بعد از ترک بهبود پیدا کنند یا تا آخر همراه فرد بمانند.

اعتیاد یک بیماری مولتی فاکتوریال است و عوامل متعددی در شروع آن وجود دارد (زیستی، روانی، اجتماعی، خانوادگی). **شخصیت فرد** خیلی عامل مهمی است (شاید بتوان گفت مهم ترین عامل) و افراد کنجکاو و خطر پذیر بیشتر ممکن است معتاد شوند یکسری عوامل بیرونی وجود دارد؛ مثلاً یک خانواده در محله ساختمان بود که ۱۱ معتاد دارد! همچنین فشار گروه همسالان هم مهم است.

عوامل فرهنگی هم عامل دوم موثر می باشد. به عنوان مثال در بعضی خانواده ها مرسوم می باشد یا اعتقاد به درمان بعضی بیماری ها

عوامل محیطی، تربیتی، روانی و اجتماعی هم دخیل اند. مثلاً فرد اعتقاد دارد که راننده است و باید بیدار باشد. یا اینکه فکر می کنند اراده شان زیاد است، تفریحی مصرف می کنند. فرد تحت تاثیر قهرمان فیلم هایی قرار بگیرد که میبیند

وراثت هم نقش دارد و ممکن است برخی افراد خانوادگی مبتلا هستند. در واقع هیچ گاه نباید نقش ژنتیک را دست کم گرفت. خیلی از ویژگی و تصمیمات ما تابع ژنتیک ماست.

چه زمانی رفتار مصرف کننده تغییر می کند؟ معمولاً مصرف کننده تا زمانی که به مشکل نخورد و خسته نشود و به ته خط نرسد، هیچ انگیزه ای برای ترک، تغییر و درمان ندارد. یعنی فرد تا زمانی که در مرحله یک یعنی پیش تعاملی است. هیچ تعاملی نمی کنند مکانیزم های دفاعی انکار و فرافکنی و دلیل تراشی دارند.

مراحل تغییر طرز فکر یک معتاد نسبت به ترک:

درمان = قطع مصرف + تغییرات (اصلاح سبک زندگی)

۱- پرهیز مدار

بستری در کمپ، کلینیک اقامتی و بیمارستان روانپزشکی جهت سم زدایی

۲- کاهش آسیب

شامل دارو درمانی (متادون، بوپرنورفین، شربت تریاک، نالتروکسان)

- ❖ پیش تاملی: هنوز در لذت مصرف است و قصد ترک ندارد. مکانیزم های دفاعی مثل: انکار، فرافکنی و دلیل تراشی در او وجود دارد.
- ❖ تاملی: معتاد به فکر اعتیاد خود میفکند. اما صرفا در مرحله فکر باقی می ماند.
- ❖ آمادگی: فرد آمادگی ترک را دارد اما امروز و فردا میکند.
- ❖ عمل: فرد ترک می کند اما دوباره به اعتیاد باز میگردد. اینجاست که درخواست کمک میکند
- ❖ نگهداری: سعی در حفظ پاکی خود دارد.
- ❖ بازگشت

مصاحبه انگیزشی مربوط به روانشناسی است و سعی بر ترغیب به ترک و توضیح مضرات مصرف و فواید ترک و هزینه ها و خسارت های مصرف و به سد آوردن تناقض ها و لغزیدن بر مقابل مقاومت و تقویت حس کارامدی و انواع روش ها برای ترغیب افراد برای ترک و درمان است.

- ❖ کاهش آسیب: در صورتی که فرد مدت خیلی طولانی مصرف کرده است و نمی تواند آنرا ترک کند. به فرد می گوئیم ماده جایگزینی را مصرف کند که وقت و هزینه کمتری بدهد و عملکردهای زندگی اش مختل نشود. پزشکانی که مدرک MMT دارند، می توانند کمپ تاسیس کنند و صاحب امتیاز آن باشند؛ مراحمی دارد که باید از بهزیستی گرفته شود. در اینجا برای بیماران یکسری بیمه ها هم وجود دارد. داروهای اصلی ای که داده می شوند، متادون و بوپرنورفین اند. اینها نیمه عمر بالایی دارند و تا ۲۴ ساعت در خون می مانند و لازم نیست فرد روزانه مصرف زیادی داشته باشد. از این افراد هر چند ماه یکبار آزمایش های کبدی هم گرفته می شود تا نرمال باشند.
- ❖ پرهیز مداری: اصلا نباید مصرف کند حتی یک ذره. فرد را به کمپ، کلینیک های اقامتی و بیمارستان های روانپزشکی جهت سم زدایی ارجاع داده و دو، سه هفته لازم است که به بهبودی برسد و سم زدایی شود. چند جلسه NA، AA و... هم لازم است.

درمان اعتیاد همانند علل اعتیاد، چند عاملی می باشد و شامل ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و خانوادگی میشود. فرد معتاد باید در هر چهار بعد، درمان شود و بهبود یابد چراکه اگر هر کدام درمان نشود، امکان بازگشت فرد به دامان اعتیاد وجود دارد. آموزش خانواده در میان این بعدها، از اهمیت ویژه ای برخوردار است چرا که یکی از علل اصلی بازگشت فرد به اعتیاد است. خانواده باید از قضاوت بی مورد پرهیز کند و او را بپذیرد و به او کمک کنند تا به خوبی بتواند به جامعه بازگردد.

❖ **زیستی:** درمان بیماری های جسمی

❖ **روانی:** درمان بیماری های روانی

❖ **اجتماعی:** ارتباط با دوستان سالم، داشتن اشتغال

❖ **خانوادگی:** شناخت بیماری اعتیاد توسط خانواده و پذیرش بیمار

❖ **چرخه بهبودی:** ما نمیتوانیم یک نسخه برای همه بیماران بپیچیم. باید چرخه بهبودی هر شخص را متناسب با خود آن شخص تنظیم کنیم. به طور کلی چرخه بهبودی نیز از بخش های مختلفی تشکیل شده است.

مراحل بهبودی و ترک اعتیاد:

❖ **ترک و خماری:** معمولاً بین 2-3 هفته طول میکشد که فرد در چند روز ابتدایی به شدت تحت فشار

است و درد میکشد. از کارهایی که در این مرحله توصیه میشود، استحمام است.

❖ **ماه غسل:** معمولاً این دوره از 3 هفته شروع میشود و تا 1.5 ماه بعد. انرژی فرد بالا میرود و فرد

احساس سرحالی و سرزندگی میکند.

❖ **دیوار:** این دوره بین 1.5 ماه تا 3 ماه طول میکشد. بیشترین لغزش ها در همین مرحله روی

میدهد. اضطراب و افسردگی فرد بالا میرود و فرد به مشکلاتی که در گذشته درست کرده است؛ فکر میکند.

❖ **پذیرش و سازگاری:** پس از 4 ماه، فرد به این مرحله وارد میشود.

معمولاً وابستگی روانی مواد محرک، 6 ماه تا 2 سال طول می کشد. معمولاً پس از گذشت 2 سال بازگشت به ماده، بسیار کاهش پیدا میکند. شناسایی عوامل شروع، وسوسه زاء، عود کننده و احساسات منفی در مرحله دیوار، از دیگر کارهای مهمی است که باید به خوبی انجام شود تا فرد دوباره به سمت مصرف ماده نرود.

- ❖ **کمپ های بستری:** (ماده 15، تبصره 2 ماده 15، ماده 16). ماده 15 به صورت خود معرف است. یعنی خود بیمار با تمایل خویش به کمپ مراجعه میکند و بین 3 هفته تا 1 ماه بستری میشود و سم زدایی میشود. تبصره 2 ماده 15 به این صورت است که خانواده فرد شاکی میشود و فرد معتاد دستگیر شده و به کمپ برده میشود و مدت زمان بستری فرد بین 1-3 ماه است. ماده 16 شامل کارتن خواب ها و جهت ایمن سازی فضای شهرها توسط دولت انجام میشود. در این ماده بر خلاف دو مورد قبلی به افراد، دوز ثابتی از متادون داده میشود و افراد بین 3 ماه تا 1 سال بستری میشوند.
- ❖ **TC:** مراکزی هستند که فرد را به صورت طولانی مدت (حداقل 6 ماه) بستری میکنند. در این مراکز تیم کامل درمانی متشکل از پزشک، روانپزشک، روانشناس، مددیار، کاردرمانگر و ... حضور دارد. فرد پس از گذشت چند ماه میتواند مرخصی نیز بگیرد.
- ❖ **بیمارستان روانپزشکی:** معمولاً معتادین به الکل در بیمارستان های روانپزشکی بستری میشوند. چراکه این افراد در پروسه ترک، بسیار نیاز به مراقبت دارند و علائم سندروم محرومیت خطرناکی مانند تشنج دارد.
- ❖ **DIC:** همانند کلینیک های سرپایی میباشد که هزینه کمتری نیز دارد. رویکرد کاهش آسیب در این مراکز دنبال میشود. به عنوان مثال درمان نگهدارنده با متادون، توزیع کاندوم، توزیع سرنگ یک بار مصرف و ...
- ❖ **کلینیک های سرپایی (نگهدارنده و سم زدایی)**
- ❖ **گروه های خودیاری (AA، NA):** افرادی که به کمپ میروند، پس از پاک شدن، در گروه هایی تحت عنوان انجمن معتادین گمنام یا انجمن الکلی های گمنام عضو میشوند و در جلساتی جهت حفظ انگیزه و ادامه پاک بودن شرکت میکنند. این جلسات کاملاً رایگان است. این گروه ها بر پایه معنویت، تجربه و روانشناسی استوار هستند. اکثر افرادی که توانسته اند به صورت طولانی مدت پاک بمانند، معمولاً در این جلسات به صورت منظم شرکت میکنند.

توضیحات آقای مونسان (مسئول بخش پایش آسیب):

بخشی از صحبت های ایشان ارائه تجربیات خودشان درباره سابقه اعتیاد به هروئین و... بود که به علت حفظ حریم خصوصی از بازگو کردن این موارد اجتناب کردم

تمام بیماری های دنیا دو جنبه جسمی و فکری دارد و درگیری دو جانبه همیشه هست و تنها بیماری اعتیاد و الکلیسم که سه جنبه دارد. جنبه روحانی یعنی علاوه بر حالت چهره و تحلیل رفتن بدن و قوز کمر و زردی رنگ و درگیری فکری که از کجا تهیه کنم مواد و پول آن را، بعد روحانی آن پوچی است «ترک کنم که چی بشه» و هیچ آمیدی به آینده ندارد معتاد ها سه دسته میشوند.

- ❖ دسته اول، کسانی هستند که کنترل شده مصرف میکنند و خیلی دچار عوارض نمیشوند. مثلاً فردی که هر یک ماه با دوستان خود به پارتنی یا باغ میرود و ماده مصرف میکند.

❖ دسته دوم؛ کسانی هستند که مصرفشان بیش از اندازه است. به همین خاطر دچار عوارض ناشی از مصرف ماده میشوند. مثلاً ممکن است شغل خود را از دست دهند یا در زندگی زناشویی دچار مشکل شوند. این افراد با یک تلنجر، ممکن است مصرف ماده رو به طور کامل قطع کرده و نجات پیدا کنند. این تلنجر میتواند شروع یک رابطه عاطفی یا عشق باشد.

❖ دسته سوم، افرادی هستند که بی حد و مرز مصرف میکنند. آنها برای پر کردن خلا درونی خود به مصرف ماده رو آورده اند و هرچقدر که مصرف میکنند نیز کفایت نمیکند. آنها حد و مرزی ندارند و برایشان چیزی مهم نیست. این افراد نیاز به کمک دیگران برای ترک دارند.

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: خیلی مهم

نحوه آموزش: عالی

G - بازدید بهداشت محیط:

زمان: سه شنبه-1402/10/27

مکان: هتل مشهد- مشهد، خیابان امام رضا، بین امام رضا ۱ و ۳

موارد مطرح شده:

نکات مطرح شده در پایگاه ثامن:

به ازای هر 300 امکنه یک عدد بازرسی بهداشت در بخش بهداشت حرفه ای و محیط وجود دارد. این بازرسی باید مراکز حساس بهداشتی مانند استخر ها رستوران ها شیرینی پزی ها و .. را هر ماه یک نوبت مورد بازرسی قرار دهند ولی مراکز غیر حساس مانند عطاری ها پلاستیک فروشی ها و ... را هر سه ماه یک نوبت مورد بررسی قرار دهند. برای بررسی صلاحیت بهداشتی برای مراکزی که تازه قرار است تاسیس شوند ابتدا باید توسط صاحب امتیاز درواست ارسال شود و بعد بازرسی بهداشت محیط صلاحیت بهداشتی را بررسی کند و آن را تایید یا رد کند

در هر بازرسی اگر واحد تولیدی نقص یا ایرادی داشت در نوبت اول برای این واحد اخطار بهداشتی لحاظ می شود (3 الی 60 روز به واحد این فرصت را می دهند که مشکل را حل کند و چنانچه حل نکرد در این مدت به تعزیرات حکومتی ارجاع داده می شود و دوباره 1 الی 3 روز فرصت برای اصلاح خطا داده می شود ولی اگر باز هم اصلاح نکرد واحد مربوطه پلمپ می شود)

باید توجه داشت که بعضی از نواقص جزو نواقص بحرانی و بعضی ها غیر بحرانی هستند (مناسب نبودن دمای یخچال به عنوان مثال جزو نواقص بحرانی است) و با توجه به اینکه مرکز ثامن در مجاورت حرم مطهر رضوی است و در ایام عید و ایام زیارتی شلوغ و در معرض خطرات بهداشتی است چنانچه یه واحد تولیدی نواقص بحرانی داشت ممکن است بدون اخطار و بلافاصله پلمپ شود.

در چند سال گذشته بازرسی ها بیشتر شیوه سنتی داشته و بازرس ها به صورت دستی در بازرسی ها چک لیست هایی را کامل می کردند که خب پروسه زمان بری بود و باعث هدر رفت کاغذ و ... میشد که خوشبختانه امروزه همه ی این موارد در فضای سامانه سامح صورت می گیرد و عمده این اتفاقات به صورت الکترونیک صورت می گیرد.

تا چند سال گذشته وقتی بازررسین به واحد های مختلف سر می زدند مجبور بودند با تجربه خود و با توجه به ویژگی هایی که به چشمشان می آمد مشکلات را حدس بزنند و اخطار را به صاحب واحد مربوطه ذکر کنند که معمولا هم صاحبین این موارد را قبول نمی کردند و درخواست اثبات خطا را می کردند اما امروزه بازررسین مجهز به ابزار هایی هستند که می توان با آن ها بهداشت محیط را به صورت دقیق بررسی کرد و به واحد ها آن را ارائه کرد. این ابزار در اختیار تمام بازرسان قرار دارند.

به عنوان مثال دستگاه TPM که برای ارزیابی روغن های مورد استفاده در واحد ها مورد استفاده قرار می گیرد. (دستگاه را باید در روغن در حال جوشیدن قرار بدهیم)



هم چنین دستگاهی وجود دارد برای ارزیابی دمای محیط که مخصوصا برای شناسایی نواقص بحرانی کارآمد است و با آن دمای محیط های گوناگون علی الخصوص دمای یخچال می توان استفاده کرد.

دستگاه بعدی که توضیح داده شد برای ارزیابی آلودگی سطوح مورد استفاده قرار می گرفت. سطوح مختلف مثل میز، صندلی و حتی دست افراد را می توان با این دستگاه مورد بررسی قرار داد و آلودگی موجود را اندازه گیری کرد.



به این دستگاه لومینومتر می گویند. دارای یک کیت برای تماس دادن با سطح آلوده است. ابتدا سواپ کیت را چند ثانیه در تماس با محیط آلوده قرار می دهیم بعد از آن محلول معرفی که در سر کیت قرار دارد را آزاد می کنیم و چند ثانیه بعد کیت را درون دستگاه اندازه گیری قرار می دهیم و سطح آلودگی را مشخص می کنیم. اگر عدد بین صفر تا ده بود سطح تمیز است اگر بین 10 تا 30 بود سطح مشکوک و چنانچه بالای 30 بود سطح مورد نظر آلوده است.

مهمترین نکات آموزشی:

بازدید از هتل مشهد و توضیحات کارشناس مربوطه:

واحد بهداشت محیط واحدی بسیار گسترده در یک مرکز جامع خدمات سلامت است و مسئولین و بازرسان آن دائم در حال بازرسی از مکان های تحت نظارت خود هستند (برخلاف سایر واحد ها که عمده فعالیتشان در همان مرکز جامع خدمات سلامت است)

سپس توضیحاتی درباره وظایف این واحد ارائه کردند که با توجه به اینکه در قسمت های قبل توضیح داده شده بود از ذکر مجدد آن خودداری میکنم

نکته: آب هویج و آب کرفس با توجه به احتمال بالا جهت آلودگی باید شرکتی و در کارخانه ها تهیه شوند و آبمیوه فروشی ها و ... باید از کارخانه ها این موارد را تهیه کنند.

هر ماده ای که روی آن فراوری صورت گرفته شده باشد توسط این واحد مورد بررسی قرار می گیرند. باید توجه داشت که بررسی آلودگی مواد خام در حیطه وظایف بهداشت محیط قرار نمی گیرد.

بهداشت اتاق :

یک سری استاندارد ها جهت چینش اتاق و قرا گیری وسایل مختلف وجود دارد به عنوان مثال فاصله تخت ا باید رعایت شود یا تهویه مناسب در اتاق برقرار باشد که این مسائل فرای هتل داری و بعد گردشگری است و باید بر اساس استاندارد های بهداشتی باشد

مثلا در مهمان پذیر ها معمولا از یک نئوپان استفاده می کنند و تخت را روی آن قرار می دهند که استاندارد نیست. کلا بهتر است به جای نئوپان از موارد فلزی استفاده کنیم علت این امر هم موضوع مهم درگیری با ساس است. یکی از جاهایی که ساس به طور شایع در آن قرار میگیرد خلل و فرجی است که در چوب وجود دارد. معمولا ساس از جنوب کشور با قطار به این منطقه می آید. (اگر لکه خون کوچک برای تشک ها دیده شد حتما باید از لحاظ وجود ساس مورد ارزیابی قرار بگیرند). چنانچه وجود ساس تایید شود اتاق پلمپ می شود و در آن سم پاشی صورت می گیرد و تا چند روز اتاق بدون استفاده می شود. وسایل هم باید در یک کیسه مشکی قرار گیرند و در فضای آزاد زیر نور خورشید به مدت 7 روز نگهداری شوند.

از دیگر نکات مهمی که وجود دارد سفید بودن ملحفه هاست. زید تشک ملحفه هم باید محافظ تشک قرار بگیرد(به این علت که رطوبتی به قسمت خوش خواب نرسد).

هتل هایی که امکانات شست و شو دارند می توانند از فرش و موکت استفاده کنند اما مهمان پذیر ها که فاقد این امکان هستند حق ندارند از فرش و موکت استفاده کنند(صرفا کف پوش با سرامیک)

بهداشت سرویس بهداشتی هم باید مرتب چک شود.

تهویه مناسب هم بسیار مهم است. سالانه چندین مورد شکایت از مسمومیت ها و گاز گرفتگی ها گزارش می شود که در این رابطه علاوه بر رعایت استاندارد های بهداشتی حتما باید آگاه سازی عمومی هم صورت گیرد و به مراجعه کنندگان توضیح داد که در صورت بروز یکسری علائم فوراً به بخش های مربوطه گزارش دهند(سرگیجه، حالت تهوع و استفراغ و ...)

بررسی آشپزخانه:



طراحی فضای آشپزخانه توسط بازرس بهداشت محیط صورت میگیرد. قسمت های مختلفی در آشپزخانه وجود دارد.

سالن پخت، اتاق سبزیجات، اتاق گوشت، انبار و ... وجود دارند که همه بسته به فضا و شرایط واحد است. استانداردهای مختلفی وجود دارد مثلا اتاق سالاد باید نزدیک انبار نگهداری مواد غذایی باشد. اتاق گوشت حتما باید اسپیلر داشته باشد و هوای آن خشک باشد و رطوبت چندانی وجود نداشته باشد.

تمام تجهیزات باید زیر هود باشد و هوا کاملا باید مطبوع باشد. وسایل نباید چوبی باشد (تنها وسیله ای که می تواند چوبی باشد تخته کار است). روپوش کارکنان حتما باید سفید باشد و از کلاه استفاده کنند

تمام اجناسی که در آشپزخانه قرار دارند باید تاز باشند و برچسب تاریخ مصرف داشته باشند. هرگز نباید غذای مانده نگهداری شود و چنانچه غذای مانده وجود داشت باید آن ها را دور بریزند. آشپزخانه ها حق این را ندارند که دو ماده غذایی مختلف را با هم ترکیب کنند چون این ماده ها از نظر بار میکروبی با هم متفاوتند.

در یخچال کباب هم باید جوجه و کوبیده از هم جدا باشند. استفاده از رنگ های مصنوعی کاملا غیرقانونی است.

استفاده از نمک های سنگ به علت املاحی که دارد غیرمجاز است.

اتاق گوشت:



تخته کار ها همه چوبی است. سردخانه مجزا است. باید حتما اسپیلر در آن وجود داشته باشد. مرغ باید از گوشت قرمز جدا باشد. استفاده از شونه های تخم مرغ معمولی که مقوایی هستند غیرمجاز است. باید شونه های پلاستیکی مورد استفاده قرار گیرند.



ارتفاع این بخش برایمان مهم است و باید دمنده و مکنده داشته باشد. دمنده از بالا و مکنده از پایین. افرادی که در این قسمت کار میکنند حتما باید روزی یک لیوان شیر مصرف کنند. لباسشویی ها همه صنعتی هستند. معمولا ملحفه ها جدا و حوله ها جدا شست و شو می شوند. بعد از شستن و خشک کردن ملحفه ها را در غلطک میندازن تا سریع اتو شود و به علت حرارت بالا ضدعفونی میکند و پرزها را جدا میکند.

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: خیلی مهم

نحوه آموزش: عالی

H - بهداشت مدارس:

زمان: بازدید صورت نگرفت

مکان: بازدید صورت نگرفت

موارد مطرح شده: بازدید صورت نگرفت

<http://artiehe.blogfa.com/post/9>

<https://oshnavieh.umsu.ac.ir/index.aspx?pageid=5437>



مهمترین نکات آموزشی:

ارتقای سلامت که بر توانمند سازی مردم در تسلط بر سلامت خود و بهبود آن تاکید دارد، استفاده از جایگاههای خاص را برای گسترش سلامت مطرح می نماید. تمامی این موارد، مدارس را به عنوان یکی از مهمترین جایگاههای ارتقای سلامت دانش آموزان و، از این طریق کل جامعه، مطرح می سازند.

مدرسه، محل آموزش و زندگی افرادی است که آمادگی فراگیری هستند و آینده سازان جامعه میباشند. شکوفایی تمام و کمال استعدادها و دستیابی به بالاترین سطح فراگیری، نیازمند برخورداری فراگیران از سلامت و رفاه میباشد.

توجه همسان به امر تامین سلامت و آموزش در بیانیه حقوق کودک، و نیز تاکید مقامات آموزش و پرورش کشورهای جهان بر آموختن برای زیستن و با هم زیستن، در کنفرانس داکار در سال 2000 میلادی، جنبه های دیگری از توجه توأم به زندگی سالم و آموزش را منعکس می نماید.

تعریف بهداشت مدارس:

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت "WHO بهداشت مدارس عبارتست از: مجموعه اقداماتی که به منظور تشخیص، حفظ، ارتقا و تامین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی دانش آموزان و آن دسته از کارکنان که به نحوی با دانش آموزان در ارتباطند، به اجرا در میآید.

هدف کلی بهداشت مدارس:

آموزش و پرورش کودکانی متعادل و سالم است که دارای رشد و نمو طبیعی باشند و هیچ گونه اختلالی در آن از لحاظ فکری، جسمی و عاطفی مشاهده نگردد.

ارتقای سطح آگاهی و نگرش و رفتار های بهداشتی دانش آموزان	اهداف اختصاصی بهداشت مدارس
ارتقای سطح آگاهی و نگرش و عملکرد بهداشتی کارکنان مدارس و والدین و دانش آموزان	
ایجاد میل به سلامت در کودکان و نوجوانان	
آموزش و تمرین مهارتهای سالم زیستن	
بهبود وضعیت ایمنی و بهداشت محیط مدارس	

اجرای برنامه سلامت نوجوانان و مدارس:

شامل:

- برنامه مدارس مروج سلامت
- نظام الکترونیک سلامت نوجوانان و مدارس
- ارائه خدمات در مدارس
- آموزش سلامت در مدارس
- خود مراقبتی

معاینات غربالگری دانش آموزان:

هدف از معاینات غربالگری جستجوی بیماری یا نقص با استفاده از آزمونهای علمی عملی و معاینه در افرادی است که ظاهراً سالم به نظر میرسند این معاینات شامل دو بخش ارزیابی مقدماتی و معاینات پزشکی میباشد برخی از بیماریها و نقایصی مانند بیماریهای لثه و پوسیدگی دندان، غدد، قلب و عروق، شکم، اختلالات رفتاری، مشکلات بینایی و شنوایی و ... توسط این روش به صورت سالانه دنبال میشود.

زمان انجام معاینات غربالگری دانش آموزان در هر سال تحصیلی:

پایه اول ابتدایی از اول تیر لغایت اول مهر، پایه اول راهنمایی (پایه اول دوره متوسطه اول) و پایه اول متوسطه (پایه اول دوره متوسطه دوم) از اول مهر لغایت اول دی، طبق شناسنامه سلامت دانش آموز انجام می گیرد، نتیجه معاینات در شناسنامه سلامت ثبت شده و سپس پیگیری می شود.

ارزیابی مقدماتی شامل موارد ذیل است:

- ❖ اندازه گیری قد و وزن و شاخص توده بدنی
- ❖ سنجش بینایی
- ❖ سنجش شنوایی
- ❖ رشک و شپش
- ❖ اختلالات رفتاری و گفتاری
- ❖ آمادگی تحصیلی
- ❖ دهان و دندان
- ❖ بیماریهای نیازمند مراقبت ویژه (دیابت، قلبی، عروقی، صرع و آسم و ...)

معاینات پزشکی شامل موارد ذیل است:

آئمی	گوش، حلق و بینی	اندام	قفسه سینه و ریه	سایکولوژی و نورولوژی
گال و کچلی سر	چشم	بزرگی کبد و طحال	ابهام تناسلی و عدم نزول بیضه	روند بلوغ و رفشاری خون
بزرگی تیروئید	ستون فقرات	قلب و عروق	کلیوی	سایر اختلالات

برنامه مدارس مروج سلامت

یکی از مهمترین راه های ارتقاء سلامت و سلامت دانش آموزان، اجرای پروژه های مختلف آموزشی سلامت با تکیه بر مشارکت فعال آنها در فعالیتهای مختلف بهداشتی است. از سوی دیگر تحقق هدف های سلامت مدارس مستلزم دخالت، مشارکت و همسویی خانه، مدرسه، مراکز بهداشتی درمانی و جامعه است. بر همین اساس برنامه کشوری مدارس مروج سلامت از سال 88 و با بررسی های فنی و کارشناسی و ادغام برنامه های «استقرار و نگهداری سیستم مدیریت سلامت» (HSE) و رتبه بندی و اعطای ستاره به مدارس کشور و با انتخاب 72 مدرسه در 7 دانشگاه علوم پزشکی به شکل پایلوت آغاز گردید. در سال 1389 نیز متعاقب توافقنامه وزرای محترم آموزش و پرورش و بهداشت درمان و آموزش پزشکی در هفته سلامت همان سال مقرر گردید که در فاز اول گسترش مدارس مروج سلامت تعدادی از مدارس شهری و روستایی در مقاطع ابتدایی و یا راهنمایی در هر شهرستان تحت پوشش برنامه قرار گیرد که در حال حاضر 12500 مدرسه در سطح کشور تحت پوشش این برنامه می باشند. که از این تعداد 900 مدرسه مربوط به استان آذربایجان غربی می باشد. در مدارس مروج سلامت سعی شده تا با استفاده از مشارکت عمومی آموزگاران، اولیاء و تشکیل گروههای کاری و مشورتی در 8 محور ذیل فعالیت شود:

برنامه جامع آموزش سلامت در مدارس
ارائه خدمات بالینی در مدارس
سلامت محیط در مدارس
خدمات سلامت روان و مشاوره ای در مدارس
بهبود تغذیه در مدارس
ارتقاء سلامت کارکنان مدارس
تحرک فیزیکی و فعالیت بدنی
مشارکت والدین و جامعه در برنامه ریزی ارتقاء سلامت در مدارس و شبکه داوطلبان سلامت دانش آموزان

بهداشت محیط مدارس

ایمنی و بهداشت محیط مدرسه که در فصل چهارم آئین نامه اجرایی مدارس به آن توجه شده، از اصول اولیه بهداشت مدارس است. بدون شک یکی از مولفه هایی که در آموزش و پرورش کودکان تاثیر اجتناب ناپذیر دارد محیط مادی و فیزیکی حاکم بر مدرسه است. محیط مدارس باید به گونه ای باشد تا از هر لحاظ به نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی دانش آموزان پاسخ دهد. در آموزش و پرورش نوین فضای فیزیکی به عنوان یک عامل زنده و پویا در انجام فعالیتهای آموزشی و تربیتی دانش آموزان تلقی می گردد. چنانچه در مدرسه آب سالم، سرویسهای بهداشتی، فضای کافی، تجهیزات و وسایل مناسب و استاندارد، سیستم صحیح جمع آوری زباله و فاضلاب وجود نداشته باشد و به طور کلی آسایش محیطی فراهم نشود، به طور قطع تلاشهای آموزش و پرورش معلمان و مربیان بازدهی مطلوب را نخواهد داشت. از آن جایی که دانش آموزان آینده سازان و سرمایه های هر ملتی می باشند. لازم است تمامی ارگانهای مرتبط با این قشر عظیم در جامعه ایران برنامه ریزی های دقیقی را جهت افزایش بهره وری و داشتن زندگی سالم و مثمر ثمر در سالهای آتی انجام دهند تا در نهایت جامعه ای سالم و پویا داشته باشیم.

بوفه مدارس

یکی از راهکارهایی ارتقای سلامت تغذیه ای دانش آموزان و به منظور تامین بخشی از انرژی مورد نیاز دانش آموزان، ارائه مواد غذایی سالم و جلوگیری از عرضه مواد غذایی کم ارزش تغذیه ای به دانش آموزان احداث بوفه یا پایگاه تغذیه سالم در مدارس بوده که از سال 1384 و با تصویب هیات محترم وزیران در مدارس کشور اجرایی گردیده است. طبق تعریف پایگاه تغذیه سالم مکانی است در مدرسه که برابر با قوانین وزارت خانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

و آموزش و پرورش احداث و تجهیز شده و مواد خوراکی به عنوان میان وعده از طریق آن به دانش آموزان عرضه می گردد. طبق تعریف، میان وعده غذایی است که در دو نوبت صبح و بعدازظهر مصرف می شود.

اهمیت آموزش بهداشت در مدارس:

- ❖ توجه به آمادگی بیشتر دانش آموزان برای آموختن، پذیرفتن و حفظ کردن
- ❖ در دسترس بودن عوامل آموزشی به حد کافی
- ❖ در دسترس بودن دانش آموزان به صورت ثابت برای اجرای برنامه های آموزشی
- ❖ تعداد زیاد دانش آموزان ابعاد آموزشی را وسیع تر میکند
- ❖ حضور دانش آموز در بین اعضای خانواده موجب گسترش مسائل آموزشی میشود.
- ❖ آگاهی دانش آموز از راهنمایی های بهداشتی به حفظ و ارتقاء سلامت جسمی، روانی و هوشی وی کمک کرده و امکان یادگیری و دستیابی به هدف را برایش راحت تر میکند.
- ❖ تقویت باورهای سازندگان آینده کشور که همین کودکان هستند، جریان حرکت جامعه را سرعت می بخشد.

"آیین نامه بهداشت محیط مدارس"

ماده 1: محلی که برای احداث مدرسه در نظر گرفته می شود ، باید در فاصله و موقعیت مناسبی نسبت به مراکز جمعیتی و نواحی مسکونی و آموزشی بوده و در مالکیت آموزش و پرورش و داخل محدوده شهری یا روستا قرار داشته ، و امکان دسترسی به تاسیسات مانند آب، برق، تلفن و گاز داشته باشد . بر اساس مطالعات اقلیمی منطقه ، در هنگام احداث ساختمان مدرسه ، رعایت نکات زیر ضروری است :

با توجه به تعیین جهت وزش باد ، زمین انتخابی نباید در مسیر و مجاورت عوامل آلودگی زا مانند کارخانجات صنعتی ، شیمیایی ، محل های دفن زباله ، فاضلاب شهری ، دامداری ، مرغداری ، دباغ خانه ها ، کشتارگاهها ، کوره های آجرپزی ، محل انباشت کود و سایر مراکزی که به نحوی ممکن است ایجاد دود ، بو و گرد غبار نماید قرار داشته باشد .

باید دقت شود تا محل احداث مدرسه در جوار بیمارستان ، تیمارستان ، گورستان ، زندان ، خطوط راه آهن ، بزرگراهها قرار نداشته باشد و خارج از حریم های کابلهای فشار قوی برق (هوایی یا زمینی) خطوط اصلی و فرعی گاز رسانی ، پست های زمینی فشار قوی ، پمپ بنزین ، محل عرضه و فروش کپسول های گاز ، انبار های مواد محترقه ، منفجره ، ترکیبات شیمیایی مانند کاغذ ، پارچه ، لاستیک ، چوب ، الیاف و غیره و نیز در مسیر حوزه های آبریز فرعی و مصب رودخانه واقع نشود .

تبصره 1: در صورتیکه احداث مدرسه در نزدیک محیط های ذکر شده در ماده 1 اجتناب ناپذیر و اجباری باشد ، باید حداقل 500 متر با مراکز فوق فاصله داشته باشد

تبصره 2: در صورتیکه ابتدا مدرسه احداث شده باشد سایر مراکز باید فاصله مناسب (حداقل 500 متر) تا مدرسه را رعایت نمایند .

ماده 2: معیار محاسبه مساحت زمین مورد نیاز به منظور احداث مدرسه ، تعداد دانش آموزانی خواهد بود که در آن مدرسه به تحصیل اشتغال خواهند داشت و متناسب با دوره های ابتدایی

تبصره 1: برای احداث مدارس فنی و حرفه ای ، مدارس شبانه روزی و مدارس کار و دانش حسب مورد علاوه بر زمین اشاره شده در ماده 2 این آیین نامه باید زمین کافی جهت احداث کارگاه ، آزمایشگاه اختصاصی ، فضاهای ورزشی ، خوابگاه ، سالن غذا خوری ، آشپزخانه و انبار در نظر گرفته شود .

تبصره 2: تعداد طبقات مدارس برای دوره های ابتدایی و راهنمایی حتی الامکان دو طبقه و در صورت ضرورت حداکثر سه طبقه و برای دبیرستان های فنی و حرفه ای و کار و دانش حداکثر چهار طبقه مجاز است .

تبصره 3: ضوابط احداث خوابگاه ، سالن غذاخوری ، آشپزخانه ، انبار ، سردخانه ، بوفه ، حمام ، سرویس های بهداشتی و ضوابط و معیارهای طراحی فضاهای آموزشی و پرورشی سازمان نوسازی، توسعه و تجهیز مدارس کشور رعایت گردد .

تبصره 4: آیین کار مکان یابی و ساختمان ، تجهیزات و بهداشت بوفه مدارس می بایست با استاندارد 4072 مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران مطابقت داشته باشد

ماده 3: لازم است نقشه های ساختمانی مدارس و سایر فضاهای مرتبط در مقطع مختلف تحصیلی منطبق با معیارهای بهداشتی و بر اساس استانداردهای موجود در ضوابط طراحی فضاها (مربوط به سازمان نوسازی، توسعه و تجهیز مدارس کشور و بند 7 استاندارد ملی ایران ، شماره 2086 مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران) طراحی شود .

تبصره : هر گونه اصلاحات ، تعویض محل و توسعه ساختمان مشمول ماده 3 این آیین نامه خواهد بود .

ماده 4: دیوارهای کلاسها باید کاملاً خشک، بدون درز ، صاف و حداقل تا ارتفاع کف پنجره ها از سنگ مناسب استفاده شده و بقیه سطح دیوار مطابق با جدول رنگ فضاهای آموزشی و جدا ول نازک کاری رنگ آمیزی گردد و تمهیدات لازم جهت جلوگیری از انتقال صوت به کلاس مجاور انجام شود .

ماده 5: کف کلاسها، راهروها و پله ها باید مقاوم ، مسطح و قابل شستشو بوده و لغزنده نباشد .

ماده 6: سقف کلاسها باید صاف ، بدون درز و شکاف و به رنگ روشن باشد

ماده 7: تابلو کلاس درس باید در محلی مناسب که نور کافی به آن می رسد قرار داشته و در معرض دید کامل دانش آموزان و به رنگ سبز مناسب و غیر براق باشد ، تا از ایجاد خیرگی بر اثر بازتاب نور جلوگیری گردد . فاصله تابلو کلاس درس از اولین ردیف دانش آموزان نباید از 2/20 متر کمتر باشد .

ماده 8: برای هر نفر دانش آموز در کلاس حداقل باید 1/25 متر مربع سطح در نظر گرفته شود .

حداکثر ابعاد قابل قبول برای کلاس درس 8 متر طول و 7 متر عرض می باشد . ارتفاع سقف کلاس نباید از 3 متر کمتر باشد .

ماده 9: ضوابط ارگونومی (مناسبات فیزیکی بدن) برای دانش آموزان دوره های مختلف تحصیلی باید بر اساس معیارها و ضوابط طراحی سازمان نوسازی مدارس و مرکز سلامت محیط و کار و بند 6 استاندارد ملی ایران 2086 مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران، در ساخت تجهیزات، منطبق باشد.

ماده 10: پله های مشرف به پرتگاه در مدارس باید لغزنده نبوده و به نرده مناسب مجهز باشد.

ماده 11: حداکثر ارتفاع پله در مدرسه 18 سانتیمتر و حداقل عرض آن 30 سانتیمتر و طول آن حداکثر 1/30 متر باشد.

ماده 12: نقشه مدارس استثنایی، طبق ضوابط و استانداردهای موجود برای معلولین بوده و کلاسها در طبقه همکف در نظر گرفته شود.

ماده 14: در و پنجره های مشرف به فضای خارج، برای جلوگیری از ورود حشرات باید به توری سیمی مناسب مجهز باشند و پنجره های طبقات فوقانی مشرف به پرتگاه علاوه بر موارد فوق دارای نرده محافظ یا کتیبه ثابت باشد (از جا شیشه بزرگ استفاده نشود).

ماده 14: کلاس دانش آموزان خرد سال باید در طبقات پایین تر ساختمان قرار گیرد.

ماده 15: ایجاد هر گونه بالکن و تراس مرتبط با کلاس ممنوع است.

ماده 16: سالن اجتماعات، کارگاه، آموزشگاه، مکانهای ورزشی و اتاقهای عمومی در نقشه ساختمانی مدرسه طوری منظور شود، که مزاحمتی برای کلاسهای درس بوجود نیارد.

ماده 17: در مدارس شبانه روزی مساحت اتاق خواب باید مطابق استانداردهای طراحی فضای سازمان نوسازی، توسعه و تجهیز مدارس و مرکز سلامت محیط و کار، برای هر اتاق خواب حدود 40 متر مربع با 4 تخت دو طبقه به ظرفیت 8 نفر باشد (برای هر نفر 5 متر مربع سطح در نظر گرفته شود).

تبصره: حداکثر تعداد افراد در هر اتاق عمومی نبایستی بیش از 8 نفر باشد.

ماده 18: کف آزمایشگاه و سطح میزهای آن باید قابل شستشو و نسبت به حرارت و مواد شیمیایی و غیره مقاوم باشد.

ماده 19: آب مورد مصرف باید با استاندارد ملی 1053 و 1011 مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران مطابقت داشته باشد.

تبصره 1: در روستاهایی که آب لوله کشی دارند باید مدرسه به شبکه آب روستا متصل شود.

تبصره 2: در مدرسی که از آب لوله کشی برخوردار نیستند و یا با قطع آب شبکه مواجه می باشند لازم است با استفاده از منبع بهداشتی، ذخیره آب مورد نیاز شرب و سایر مصارف بهداشتی با رعایت ضوابط و برای هر دانش آموز حداقل 15 لیتر در روز تامین گردد. ضمناً برای مدارس شبانه روزی حداقل میزان آب مصرفی یکصد لیتر برای هر نفر در نظر گرفته شود.

تبصره 3: آبخوری عمومی آموزشگاه باید دارای شرایط زیر باشد:

الف) کف محوطه آبخوری قابل شستشو و دارای شیب کافی و مناسب به طرف مجرای فاضلاب باشد.

ب) دیوار لبه آبخوری بایستی از جنس قابل شستشو (نظیر کاشی) بوده و دارای شیب مناسب بطرف مجرای فاضلاب باشد.

ج) دیوار اطراف آبخوری از جنس قابل شستشو (نظیر کاشی، سرامیک، سنگ و ...) باشد.

د) آبخوری عمومی دانش آموزان باید با شیرهای مناسب یا آب سرد کن مجهز گردد و حداقل برای هر 45 نفر یک شیر آبخوری پیش بینی شود. ارتفاع شیر آن متناسب با سن دانش آموزان در دوره های مختلف تحصیلی (100-75 سانتیمتر) از سطح زمین باشد.

ه) آبخوری باید خارج از سرویس های بهداشتی و با رعایت شرایط بهداشتی و با فاصله حداقل 15 متر احداث گردد.
ماده 20: تعداد توالت ها در مدرسه به ازاء هر 40 نفر حداقل یک چشمه توالت و هر 60 نفر یک دستشویی در نظر گرفته شود.

تبصره 1: مشخصات بهداشتی توالتها و دستشوییها از نظر طراحی و اجرا مطابق با موارد مندرج در ماده 2 آیین نامه باشد.

تبصره 2: ارتفاع دستشویی ها متناسب با سن دانش آموزان در دوره های مختلف تحصیلی (75-60 سانتیمتر از سطح زمین) باشد.

تبصره 3: استفاده از صابون مایع در دستشویی ها ضروری بوده که بهتر است توسط مخزن ثابت صابون مایع و لوله کشی روی دستشویی ها انجام شود.

ماده 21: نحوه دفع فاضلاب بایستی بر اساس استاندارد های موجود از نظر بهداشتی، طراحی و اجرا شود.

تبصره 1: مناطقی که سیستم دفع فاضلاب (اگو) ندارند، دفع فاضلاب به چاههای جاذب و یا سپتیک تانک طبق اصول بهداشتی انجام گرفته و طرح آن بایستی طبق ضوابط و معیارهای طراحی فضای آموزشی و پرورشی سازمان نوسازی، توسعه و تجهیز مدارس کشور تهیه و اجرا گردد.

تبصره 2: حجم سپتیک تانک یا چاه فاضلاب بر اساس طراحی پروژه از نظر معماری با توجه به ظرفیت مدرسه محاسبه و تعیین گردد.

ماده 22: کلاسها باید حتی الامکان طوری ساخته شوند که از نور طبیعی استفاده نمایند، ترجیحا پنجره ها در سمت چپ دانش آموزان تعبیه شود و سطح آن حدود یک پنجم مساحت کلاس باشد.

تبصره 1: در مورد کلاسهای شبانه روزی و یا کلاسهایی که اجباراً از نور مصنوعی استفاده می نمایند شدت روشنایی بایستی برابر 300-500 لوکس بوده و نحوه تابش طوری باشد که ایجاد خیرگی دانش آموزان ننماید.
میزان نور راهروها بایستی برابر 100-150 لوکس و رختکن ها و دستشویی ها حداقل 100-500 لوکس در نظر گرفته شود.

تبصره 2: شدت روشنایی برای کارگاههای فنی و حرفه ای در مدارس و آزمایشگاهها مطابق با معیارهای بهداشت کار موضوع ماده 85 قانون کار جمهوری اسلامی ایران رعایت شود.

ماده 23: درجه حرارت مناسب جهت کلاسها بین 18-21 درجه سانتیگراد و رطوبت 50-60 درصد می باشد.

تبصره : در مورد تامین گرمای کلاسها باید ضوابط زیر رعایت شود :

وسایل گرمایشی بخصوص بخاریهای گازی مدارس باید استاندارد بوده و گازهای حاصل از سوخت دستگاههای مولد حرارت به خارج از کلاس هدایت شود تا حداقل اکسیژن را برای سوخت کامل مصرف کند . خطر آتش سوزی وجود نداشته باشد و فضای کلاس را بطور یکنواخت گرم نماید (نکات ایمنی بطور کامل رعایت گردد) .

ماده 23: کلیه مراکز آموزشی مشمول این آیین نامه باید مجهز به وسایل اعلام و اطفاء حریق بوده و از نظر طراحی بایستی پیش بینی های لازم جهت تامین راههای ورودی و خروجی اضطراری با توجه به ظرفیت مدرسه و تعداد طبقات به عمل آید . این راهها بایستی با علائم ویژه و با رنگ سبز مشخص گردد تا محل فرار اضطراری مشخص گردد. **تبصره 1:** حداقل دو راه برای مواقع اضطراری که از هر نقطه داخل ساختمان قابل رؤیت باشد لازم است . و بایستی امکان تخلیه ساکنین در کوتاه ترین زمان میسر گردد و اجزاء سازه ای مسیرهای فرار در مقابل حریق مقاوم باشند . **تبصره 2:** اصول طراحی سازه های ایمنی مدارس طبق استاندارد ملی 4571 مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران رعایت گردد .

ماده 25 : کلیه کلاسها ، راهروها ، قسمتهای اداری ، خوابگاه ، ناهارخوری ، آشپزخانه ، توالی و دستشویی ، محوطه سالن ورزشی، کارگاه و آزمایشگاه باید دارای زباله دان بهداشتی درب دار، ضد زنگ با ظرفیت و تعداد مناسب باشند و روزانه تخلیه و به موقع شستشو و تمیز گردند.

ماده 26 : وجود هر گونه حوض و حوضچه در محوطه مدارس ممنوع است .

ماده 27 : دیوارها و کف کارگاه و آزمایشگاه بایستی از جنس مقاوم و قابل شستشو (کاشی، سرامیک، موزاییک و ...) باشد و کف لغزنده نبوده و دارای شیب مناسب به طرف کف شوی باشد .

تبصره 1: آزمایشگاه و کارگاه بایستی مجهز به دستشویی و صابون مایع باشد .

تبصره 2: آزمایشگاه و کارگاه باید دارای دستگاه تهویه متناسب با حجم سالن جهت تهویه هوا باشد .

تبصره 3 : دستورالعمل ایمنی کار در آزمایشگاه باید دارای دستگاه تهویه متناسب با حجم سالن جهت تهویه هوا باشد.

تبصره 4 : دستورالعمل ایمنی کار در آزمایشگاه و کارگاه مطابق با ماده 85 و تبصره 1 ماده 96 قانون کار جمهوری اسلامی ایران و دستورالعمل ایمنی کار در آزمایشگاه و کارگاه حسب مورد تهیه و در محل مناسب و قابل رؤیت نصب گردد

ماده 28 : هر مدرس بایستی دارای اتاق خدمات بهداشتی مجهز به تجهیزات کامل جهت انجام فعالیتهای بهداشتی تغذیه ای (معاینات بهداشتی درمانی دانش آموزان شامل بیمار یابی ، بینایی سنجی ، شنوایی سنجی، و پایش رشد آموزش بهداشت و تغذیه به کارکنان و دانش آموزان ، کمکهای اولیه در موقع بروز حادثه و...) باشد .

ماده 29 : برای هر 15 مدرسه همجوار ، یک مدرسه که مرکزیت دارد بعنوان مدرسه پایگاه سلامت دانش آموز در نظر گرفته شود. در مدرسه پایگاه سلامت ، فضایی به مساحت حداقل 30متر مربع (شامل سه اتاق) جهت انجام معاینات تخصصی دانش آموزان با کلیه لوازم و تجهیزات مورد نیاز اختصاص داده شود .

تبصره : از درمانگاههای دانش آموزی یا فرهنگیان و مراکز بهداشتی درمانی نیز می توان به عنوان پایگاه های سلامت برای مدارس همجوار استفاده کرد .

ماده 30 : در هر درسه باید به ازاء هر دانش آموز 0/5 متر مربع فضای سبز در نظر گرفته شود .

ماده 31 : به منظور جلوگیری از ایجاد گرد و غبار در محیط مدرسه، محوطه مدرسه باید با آسفالت یا بتون کف و نظایر آن مفروش گردد .

ماده 32 : کلیه مراکز آموزشی اعم از پیش دبستان، دبستان، مدرسه راهنمایی، دبیرستان مراکز پیش دانشگاهی و مدارس فنی و حرفه ای و کار و دانش مرتبط با آموزش و پرورش و امثال آن مشمول این آیین نامه می باشند .

ماده 33 : اخذ صلاحیت بهداشتی جهت احداث و تاسیس مدرسه طبق قانون ماده 13 مواد خوردنی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی از سوی مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی لازم الاجرا است .

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: خیلی مهم

نحوه آموزش: —

ا- مرکز سنجش اختلال تکامل کودکان:



زمان: دوشنبه-1402/11/23

مکان: بلوار شهید کاوه، شهید کاوه 18، بیمارستان کودکان اکبر

موارد مطرح شده:

در بازدیدی که از بیمارستان کودکان اکبر داشتیم سه قسمت مهم را مورد بازدید قرار دادیم. ابتدا به بخش بررسی اختلا کودکان رفتیم سپس اطلاعاتی راجع به گفتار درمانی دریافت کردیم و در نهایت با واحد کاردرمانی آشنا شدیم

مهمترین نکات آموزشی:

تست بیلی (bayley) از معدود آزمون های تشخیصی معتبر جهانی است که علاوه بر جامعیت در تمامی حیطه های تکاملی از شاخص های روان سنجی بالایی نیز برخوردار است و جهت بررسی هوش تکاملی شیرخواران و کودکان طراحی شده است. نام این تست از نام پزشک آمریکایی، خانم دکتر نانسی بیلی گرفته شده است. بکودکانی که به این بخش ارجاع می شوند از همه لحاظ با هم سن و سال هایشان مقایسه می شود.

اگر بچه زیر یکسال است باید در ۵۰ دقیقه تست تمام شود و اگر بالای یکسال است باید یک ساعت و نیم طول بکشد و کمتر از آن ارزشی ندارد. تمامی وضعیت‌های آزمونگر نسبت به کودک و بالعکس تعریف شده اند. ابزار کارمان یکسری وسایل ساده است. مراجعه کنندگان به این بخش از مکان های مختلف و با اهداف مختلفی ارجاع داده می شوند مثلاً ممکن است از مراکز بهداشت ارجاع داده شوند یا از مراکز درمانی (مثلاً کودکانی که به صورت نارس به دنیا می آیند) همچنین کودکانی که دچار اختلال شدید شده اند (قبلاً سالم بوده اند) گاهی نیز صرفاً این مراجعه به علت نگرانی های پدر مادر صورت می گیرد و ارجاع خاصی صورت نگرفته. حال به هر هدفی که مراجعه کرده اند باید با توجه به تست ها ارزیابی شوند.

پرسش نامه هایی در اختیار مادران قرار می گیرد (بسته به شرایط کودک این پرسشنامه ها با هم متفاوت اند و آیتیم های مختلف آن ها امتیازات مختلفی می گیرند) و از آن ها خواسته می شود تا در مدت یک هفته این پرسشنامه را در ارتباط با کودک خود کامل کنند. در پرسش نامه در انتخاب گزینه ها بله (۱۰ امتیاز)، گاهی (۵ امتیاز) و خیر (۰ امتیاز) دارد. امتیازها توسط بهورز یا مراقب سلامت جمع بندی می شوند. باتوجه به امتیاز رفرنس بررسی می شوند. نکته مهم در این پرسشنامه این است که ابراز نگرانی مادر از رفتار های کودک خود، خود بالاترین ارزش را نسبت به تمامی سوالات دارد. مثلاً مادر مهارت های فرزند خود را هنگام شیر خوردن با فرزند قبلی خود مقایسه می کند و متوجه یک مشکل می شود و به همین دلیل مراجعه می کند.

یکی از مواردی که در ابتدا مورد ارزیابی قرار میگیرد بحث ارتباط است که شامل سه سطح است:

❖ ارتباط با خود: ساده ترین و ابتدایی ترین سطح ارتباط، ارتباط با خود است. به عنوان مثال شانه ای

در جلوی کودک قرار می دهیم و می خواهیم از آن استفاده کند. کودک باید مو های خود را شانه کند تا این قسمت تیک بخورد

❖ ارتباط با دیگری: مرحله دوم بعد از ارتباط با خود ارتباط با دیگران است به عنوان مثال همان شانه

قبلی را می گذاریم و علاوه بر آن یک عروسک هم میگذاریم و از کودک می خواهیم که مو های عروسک را شانه کند

❖ انجام رفتار نمادین: پیشرفته ترین سطح ارتباط است در واقع به کار بردن وسیله ای به عنوان یک

چیز دیگر. در واقع خلاقیت و تخیل کودک را می سنجد مثلاً یک مکعب تو خالی و یک عروسک به کودک بدهند و او از مکعب به عنوان صابون برای موهای عروسک استفاده کند

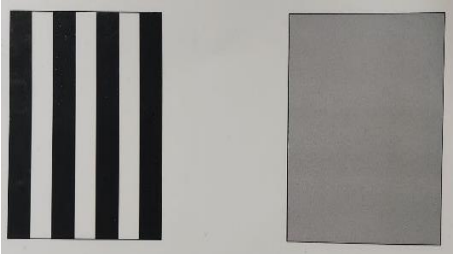
کودک از لحاظ آسیب های روحی هم مورد ارزیابی قرار می گیرد مثلاً کارشناس مثالی را توضیح داد که یک کودک بعد از دیدن یک صحنه تصادف و فوت چند نفر در شرایط مختلف این موضوع را به یاد می آورد و در رفتار خود آن را نشان می دهد مثلاً شال سفید روی عروسک می کشد و ...

قسمت دیگر مربوط به اختلالات تکاملی و تاخیر در تکامل است. یکی از مواردی که منجر به تاخیر در تکامل می شود تشنج است. البته بیشتری اختلالات تکاملی در کودکان در حیطه اختلالات بیان و تکلم قرار می گیرند.

نکته بسیار مهم: میزان وقتی که والدین برای بچه می گذارد در سیر تکاملی اش موثر است. این موارد به طور شایعی در مراجعاتی که وجود دارد قابل شناسایی است. کودکانی که والدین آن ها توجه زیادی دارند و مدت زمان بیشتری را با کودک خود می گذرانند به مراتب روند های تکاملی را زودتر و با کیفیت بهتری طی می کنند. (در روند تکامل تعداد سلول های مغزی ثابت است اما چیزی که متفاوت است تعداد سیناپس ها مغزی ایجاد شده است که این سیناپس ها زمانی زیاد می شوند که برای بچه کتاب بخوانیم، با او حرف بزنیم و ...)



حیطه هایی که کودک مورد ارزیابی قرار می گیرد:

شناختی: حافظه ، تولید اطلاعات ، دقت بینائی ، مقایسه اشکال و رنگ ها(مثلا کودکان صفحات خط دار را نسبت به صفحات صاف بیشتر نگاه می کنند یا توپ را نسبت به بادکنک بیشتر نگاه می کنند  	
درکی: تمایز صداها(مربوط به کودکان زیر 8 ماه) ، تشخیص اشیا ، اجرای دستورات ، تشخیص ضمائر، کاربرد اشیا، زمان افعال(مثلاً زنگوله را در فاصله ۳۵ سانتی متری گوش بچه تکان	

می‌دهیم و بچه برمیگردد. ادامه می‌دهیم تا عادت کند. بعد صدا را عوض می‌کنیم تا ببینیم تفاوت را می‌فهمد یا نه. یا در اجرای دستورات می‌گوییم قاشق را بردار، یا شانه را بردار و موهای عروسک را شانه کن. کودک سالم بلافاصله انجام می‌دهد. اگر کودکی در این تست ها مشکلی داشته باشد، ممکن است دچار اختلال تکاملی ای مانند اوتیسم باشد.



از دیگر کارها، تشخیص ضمایر است. معمولاً در خواست می‌شود که کودکان اسباب بازی های خودشان را به همراه داشته باشند و سپس از کودک می‌خواهیم که بگوید این اسباب بازی مال کیست و به چه کسی تعلق دارد. انتظار داریم خودش را اول شخص تصور کند (نه سوم شخص). یک کودک باید کاربرد درست اشیا را بداند. به درستی بتواند از ضمایر استفاده کند.

بیانی:

بیان آواها ، نام گذاری اشیا و اشکال ، زمان افعال ، بیان تصاویر (بچه ساکت بچه سالمی نیست. پایین ترین سطح تولید صدا و آواهای نامربوط است. مرحله بعدی تولید صدا با توجه به حالتی است که در آن قرار دارد مثلاً موقع ناراحتی گریه کند یا موقع خوشحالی بخندد. مرحله بعدی تلاش کودک جهت تولید صداها و کلمات نازال یا تو دماغی است و در 8 تا 12 ماهگی کودک اولین کلمات خود را به درستی ادا می‌کند. تا دو سالگی کودک باید بتواند جملات دو سه کلمه ای ادا کند. در 18 ماهگی باید بتواند 50 کلمه را بگوید

حرکات ظریف:

مهارت حرکات دست، مهارت دنبال کردن چشم ، مهارت گرفتن ، پاسخ به لمس (مربوط به حرکات دست است مثلاً مداد را به کودک بدهیم و بخواهیم نقاشی کند. مداد گرفتن در دست از کف دست شروع می‌شود و به تمام انگشتان می‌رسد و در نهایت کودک با سه انگشت مداد را در دست خود می‌گیرد. برای کودکان بالای 6 ماه، مکعبی نزد آنها می‌گذاریم و از آنها می‌خواهیم که مکعب را بردارند. در سنین پایین تر کودک، با تمام دست خود مکعب را برمی‌دارد اما به بزرگتر که میشود، حرکات ظریف تر میشود به گونه ای که با تمام انگشتانش سعی در برداشتن مکعب میکند و در نهایت با نوک دو یا سه انگشت مکعب را برمی‌دارد.

حرکات درشت:

وضعیت نشستن، ایستادن ، برخاستن، راه رفتن ، دویدن، تعادلی

گروه هدف ما برای بررسی اختلالات تکاملی از ۱۶ روزگی تا ۴۲ ماه و ۱۵ روزگی میباشد. شیوه نمره دهی نیز به این گونه است که اگر کودک از لحاظ تکاملی متناسب با سن تقویمی خود نباشد، یک گروه به عقب بر میگردیم تا نهایتاً به سن تکاملی اش برسیم. مثلاً ممکن است یک کودک ۴۰ ماهه از لحاظ تکاملی مثل کودک ۲۵ ماهه باشد. ما برای این کودک ابتدا فرم مربوط به سن تقویمی را پر میکنیم و اگر نمره لازم رو کسب نکرد، یک گروه به عقب برمیگردیم.

این کار را تا زمانی که کودک از نظر تکاملی بتواند حداقل امتیاز لازم در یک فرم را کسب کند؛ انجام میدهیم و این گونه سن تکاملی او را به دست می آوریم. بیشتر موارد زمانی است که کودکان میخواهند به مدرسه بروند و در تست سنجس تکامل رد می شوند و به این مرکز ارجاع داده می شوند. ابتدا برایشان Q پر می شود و هر چقدر که نتوانند به مرحله های قبلی باز میگردیم.

۱۶ روز - ۱ ماه و ۱۵ روز	A
۱ ماه و ۱۶ روز - ۲ ماه و ۱۵ روز	B
۲ ماه و ۱۶ روز - ۳ ماه و ۱۵ روز	C
۳ ماه و ۱۶ روز - ۴ ماه و ۱۵ روز	D
۴ ماه و ۱۶ روز - ۵ ماه و ۱۵ روز	E
۵ ماه و ۱۶ روز - ۶ ماه و ۱۵ روز	F
۶ ماه و ۱۶ روز - ۷ ماه و ۱۵ روز	G
۷ ماه و ۱۶ روز - ۸ ماه و ۱۵ روز	H
۸ ماه و ۱۶ روز - ۹ ماه و ۱۵ روز	I
۹ ماه و ۱۶ روز - ۱۰ ماه و ۱۵ روز	J
۱۰ ماه و ۱۶ روز - ۱۱ ماه و ۱۵ روز	K
۱۱ ماه و ۱۶ روز - ۱۲ ماه و ۱۵ روز	L
۱۲ ماه و ۱۶ روز - ۱۳ ماه و ۱۵ روز	M
۱۳ ماه و ۱۶ روز - ۱۴ ماه و ۱۵ روز	N
۱۴ ماه و ۱۶ روز - ۱۵ ماه و ۱۵ روز	O
۱۵ ماه و ۱۶ روز - ۱۶ ماه و ۱۵ روز	P
۱۶ ماه و ۱۶ روز - ۱۷ ماه و ۱۵ روز	Q

اگر کودک فقط در یک حوزه تکاملی اختلال داشته باشد، مثلاً فقط حرف نزنند، به همان مهارت مربوطه ارجاع می شوند و اگر چند مشکل با هم وجود داشته باشد، کمیسیونی از پزشکان تخصص های مختلف در موردش تصمیم میگیرد. که معمولاً این کمیسیون در آخر هر ماه تشکیل می شود و متخصصینی از رشته های مغز و اعصاب و غدد حضور دارند.

علائم اصلی اوتیسم در کودکان

- ❖ تکان دادن و مشت کردن دست
- ❖ راه رفتن روی انگشتان پا (به صورت صبح تا شب)
- ❖ کوبیدن مکرر سر به دیوار و اشیا
- ❖ بی قراری و بدخلقی در اماکن عمومی
- ❖ تکرار یک رفتار (متفاوت با حالات عادی مثلاً سر و ته کردن مکرر یک عروسک)
- ❖ رفتارهای پر خاشگرانه که باعث آسیب به خود یا دیگران شود.
- ❖ بی توجهی به صداف حروف و گفتار
- ❖ گفتار نامفهوم (تاخیر در رشد زبانی-گفتاری)
- ❖ عدم تماس چشمی

❖ مشکل در پذیرش مزه غذا و لمس و...

گفتار درمانی

تاخیر هایی که در رشد گفتار و زبان به وجود می آید ممکن است یک تاخیر ساده باشد یا همراه آن یک مشکل همراه وجود داشته باشد مثل

❖ مشکل شنوایی که کودک سمعک دریافت کرده و باید بعد از دریافت سمعک تمرینات شنیداری و گفتاری انجام دهند

❖ کودکان یا افراد بزرگتری که دچار لکنت زبان هستند به این مرکز مراجعه می کنند. حل این مشکل در زیر هفت سال بسیار ساده تر از بعد آن خواهد بود (بعد هفت سال هم درمان دارد ولی طولانی تر و سخت تر خواهد بود).

❖ مشکلاتی که در صوت وجود دارد می تواند ناشی از ندول یا پولیپ باشند که معمولا در افرادی که **abuse** یا **misuse** صوتی دارند دچار این مشکلات می شوند.

❖ بزرگسالانی که دچار آسیب های مغزی در اثر تروما یا چیز های دیگر می شوند نیز ممکن است قدرت بلع و تکلم خود را از دست دهند. (نه ماه اول بعد اتفاق که زمان طلایی از نظر گفتار درمانی است زمان مناسبی برای مداخله است تا بتوان این مشکلات را برطرف کرد یا اثرات آن کم شود)

❖ دیزارتری و آپراکسی هم جزو اختلالاتی هستند که کودکان با آن ها مراجعه می کنند در دیس آرتری به علت ضعف عضلات این اتفاق می افتد که ماساژ عضلاتی ممکن است این مشکل را حل کند. ولی در آپراکسی مشکل عضلانی وجود ندارد و مسیر حرکتی دچار مشکل است.

❖ **Baby talk** هم معضل بزرگی است به این صورت که افراد نسبت به سنشان صحبت نکرده و کودکانه صحبت می کنند



علم و هنر استفاده از فعالیت های هدفمند برای به استقلال رساندن فرد است. فعالیت هدفمند برای افراد مختلف متفاوت است برای یک نفر رانندگی است برای یک نفر ورزش و ...

در کار درمانی ابتدا یک ارزیابی جامع از مراجعه کننده صورت می گیرد (جسمی، ذهنی، روانی و...) در واقع یک رشته کل نگر می باشد و همه موارد را به صورت سیستمیک بررسی می کند.

با توجه به تعریفی که برای کاردرمانی ارائه شد لزوما نمی توان مراجعه کنندگان را به دسته بندی های مشخصی تقسیم کرد. طیف مراجعه کنندگان وسیع است ولی شایع ترین مراجعه کنندگان:

❖ در سنین کودکی معمولا کودکانی هستند که premature هستند (مثلا باید در 6 ماهگی بنشیند ولی این کار را انجام نمی دهد و ...)، بیشتر مراجعه کنندگان در دسته بندی اوتیسم و سندروم داون قرار می گیرند.

❖ در سنین نوجوانی بیشتر اختلالات یادگیری خصوصا در مدرسه مورد توجه است.

❖ در سنین بالاتر اختلالات نورولوژیک بیشتر مطرح می شوند مثلا فلج مغزی یا سکته مغزی یا حتی اختلالات ارتوپدی می توانند به این بخش مراجعه کنند

پس حیطه ها مختلف است بعضی ها برای کار های معمول زندگی خود نیاز به کاردرمانی پیدا می کنند بعضی ها برای اختلالات یادگیری بعضی ها برای اختلال در جنبه های تفریحی و ...

اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی هم نیازمند به کاردرمانی هستند

مدت زمانی هم که یک فرد نیاز به کار درمانی دارد اصلاً مشخص نیست و بسته به نیاز و شرایط فرد است. نهایت هدف رسیدن به استقلال فرد است و چنانچه این مهم اتفاق نیفتد فرد همچنان به کار درمانی نیاز دارد.

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: خیلی مهم

نحوه آموزش: عالی

۱- طب کار :

زمان: سه شنبه- 1402/11/17

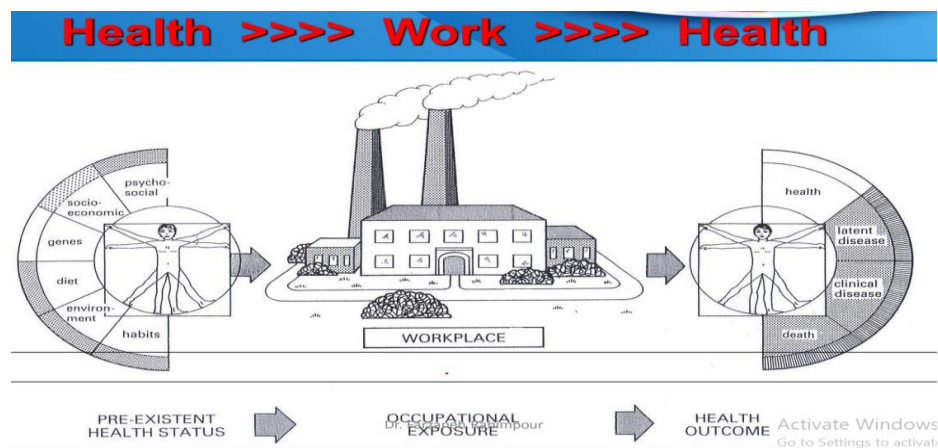
مکان: بزرگراه قوچان-مشهد، سه راه فردوسی، بیمارستان آیت الله طالقانی

موارد مطرح شده:

بازدید از طب کار بدون حضور اساتید صورت گرفت. در ابتدای بازدید خانم دکتر افشاری صالح توضیحاتی درباره طب کار و اهمیت این رشته در سلامت جامعه توضیحاتی ارائه دادند .

در انتها نیز به اتاق اسپرومتری رفتیم و با چگونگی کار با آن آشنا شدیم

مهمترین نکات آموزشی:



طب کار یکی از تخصص های پزشکی است که به بررسی بیماری های مرتبط با شغل و تاثیر آن بر سلامتی انسان می پردازد. عوامل مختلفی بر سلامتی انسان اثر می گذارند، عوامل اجتماعی-روانی، ژن، رژیم غذایی، محیط، عادات و موارد psychosocial بر شغل فرد و موارد مرتبط با آن تاثیر می گذارند. یکی دیگر از این عوامل work place است که رابطه دو سوپه ای با سلامت انسان دارد. شغل فرد و محیط شغلی او health outcome های مختلفی می تواند در پی داشته باشد؛ باعث ایجاد سلامتی، بیماری های پره کلینیکال، کلینیکال و حتی مرگ می شود. در نتیجه یک causality chain شکل می گیرد. شغل فرد و مسائل کار در مرکز این زنجیره قرار دارند چرا که سایر موارد به نوعی در ارتباط با شغل فرد می باشند

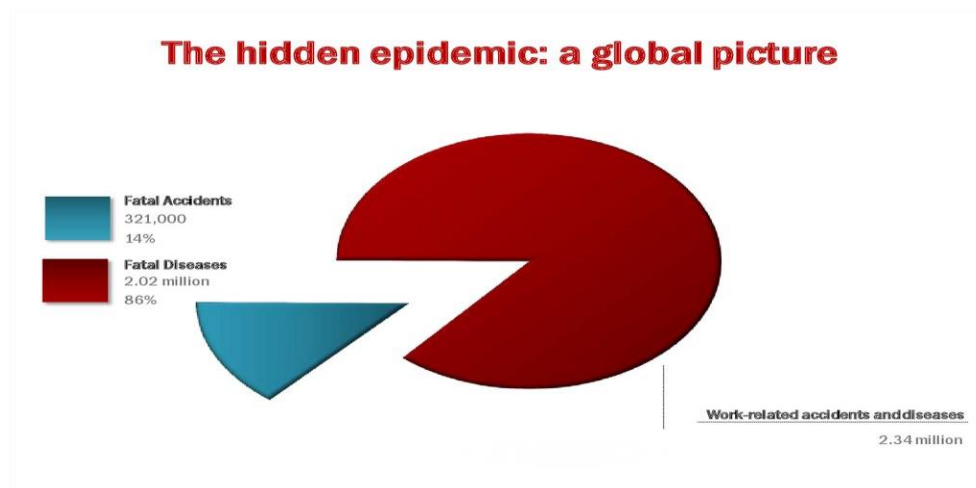
بنیان گذار طب کار، استاد تمام بیماری‌های داخلی دکتر رامازینی بود. برای اولین بار ramazzini در درمان برخی از بیمارانش، به تعداد موارد زیادی نابینایی برخورد که توجیه فصلی نداشتند. با توجه به همزمانی بروز اینگونه اختلالات با خود اینگونه فکر کرد که چرا در بعضی از ماه‌های سال، بعضی بیماری‌ها در افراد دیده می‌شوند که به فصل نمی‌توان آنها را ارتباط داد هرچه سعی کرد آنها به آب و هوا، فصل و منطقه جغرافیایی ربط دهد به نتیجه ای نمی‌رسید. پس از بررسی های فراوان در بیماران و بررسی اشتراکات آن‌ها متوجه شد که خیلی از این افراد از یک محله خاص هستند و تصمیم گرفت یک روز با یکی از آنها به محل کار برود. بعد بررسی ها متوجه شد که همه اینها کارگران فاضلاب اند و علت نابینایی، گازهای گوگرد دار آن محل بود که سبب کراتیت و نابینایی بعد از آن شده بود. بعد از این اتفاق دکتر رامازینی روی مسئله ارتباط بیماری های مختلف با شغل افراد تحقیقات بسیاری انجام داد و در نهایت کتابی با عنوان ریه معدن کاران منتشر شد. او در وصیت نامه اش ذکر کرد یکی از سوال های اساسی هر پزشک از بیمارش occupational history است.

بعدها در کشورهایی مثل آمریکا، کانادا و انگلیس ایده طراحی رشته فوق تخصصی ای مطرح شد که در آن پزشک باید بیماری‌های داخلی را کامل بشناسد و بطور مختصر صنعت را مطالعه کند: فیزیک، شیمی و خاصیت مواد. لذا رشته طب کار تاسیس شد که در عمده کشورها یک فوق تخصص از بیماری‌های داخلی محسوب می‌شود. در بعضی از کشورها مثل خاور میانه نیز بعنوان یک تخصص تعریف شده است و مشتمل بر روتیشن های مختلفی است که دانشجویان طب داخلی را نیز تقریباً یاد می‌گیرند. رشته طب کار در ایران یک دوره 3 ساله است که پزشک علاوه بر مطالعه تمام بیماری های داخلی با شیمی و فیزیک مواد نیز آشنا می‌شود.

عوامل محیطی اثرگذار بر سلامت شاغلین

- ❖ **عوامل فیزیکی:** گرما، سرما، نور، صدا، ارتعاش، اشعه ها، رطوبت
- ❖ **عوامل شیمیایی:** بنزن، کروم، آزبست، آرسنیک، فرمالدئید، اوزون و ... (بالغ بر ۴۵۰ ماده شیمیایی مختلف در صنعت وجود دارد که مهم اند. منظور از صنعت فقط کارخانجات نیستند و امورات بهداشتی هم Healthcare Industry نامیده می‌شوند و هر حرفه ای جزو صنعت به حساب می‌آید. حتی مواجهه با آب هم می‌تواند مشکلات پوستی بدهد).
- ❖ **عوامل بیولوژیک:** ویروس ها، باکتری ها، قارچ ها، انگل ها. در گذشته این عوامل خیلی مورد توجه قرار داشتند ولی بعد از مدتی بسیار کم ارزش شدند تا اینکه دوباره بعد از پاندمی کرونا مورد توجه قرار گرفتند. "... عوامل بیولوژیک همیشه قادر اند نوع بشر را سورپرایز کنند!..."
- ❖ **عوامل روحی روانی (شایع ترین):** بی حوصلگی، خستگی، استرس، اضطراب، عصبانیت و همچنین خستگی حاد یا سورمنژ هم می‌تواند در این حوزه رخ دهد. برآورد می‌شود که حدود 30٪ علل مرخصی از کار، عوامل روانی می‌باشد

- ❖ **عوامل ارگونومیک:** تلفیقی از علم زیست شناسی و علم مهندسی است. جابجایی و حمل بار، وضعیت نامطلوب حین کار (رفتار تجهیزات با انسان. به طور کلی به گونه ای از وسایل استفاده کنیم که یا برای آن ساخته نشده اند یا ما برای آن ساخته نشده ایم!)
- ❖ **عوامل مکانیکی:** سقوط، آتش سوزی و ... (باید بین عوامل فیزیکی و عوامل مکانیکی تفاوت قائل شد).



مشکلات ناشی از کار را می توان به دو دسته بیماری های شغلی (۷۰٪) و حوادث شغلی (۳۰٪) تقسیم بندی کرد که هر دو دسته می توانند کشنده باشند. بیشترین چیزی که در اطراف خود می شنویم حوادث شغلی هستند و کمترین پیش می آید که در مورد بیماری های شغلی چیزی بشنویم. اما با توجه به درصد ها علت این تناقض در چیست؟ زمان. زمان حوادث غیر قابل تحمل را قابل تحمل می کند. بیماری های شغلی عموماً مزمن هستند و فرد بعد از چندین سال حضور در محیط کاری دچار بیماری مربوطه می شود فرد با آن سازگار شده است و کسی آنرا به معدن ربط نمی دهد. اما حوادث اینگونه هستند که فرد تا دیروز سالم بوده و مثلاً ناگهانی سقوط می کند و خیلی سر و صدا می کند. اما در واقعیت، آنچه بیشتر افراد را می کشد بیماری های شغلی هستند. واقعیتی که در مورد این بیماری ها وجود دارد این است که زمانی که شروع شوند، دیگر معمولاً برگشت پذیر نیستند و تمام هنر ما در پیشگیری از شروع بیماری است.

بیماری های شغلی

انواع مختلفی از بیماری های شغلی وجود دارد که از این بین بیماری های اسکلتی عضلانی از همه شایع تر می باشند

بیماری های شغلی به ترتیب: اسکلتی عضلانی، hearing loss، آسم و COPD، حوادث، سرطان های شغلی مسئله ای که وجود دارد اینست که بسیاری از اوقات ارتباطات شغلی با بیماری ها نادیده گرفته می شود. در بین موارد COPD و آسم از هر 10 نفر مبتلا، 2 نفر در اثر بیماری های شغلی مبتلا هستند. به همین دلیل ارتباط زیادی بین طب کار و فوق تخصص ریه وجود دارد.

ارزیابی بیماری در طب کار

در بحث طب کار، علاوه بر سوال های روتین پزشکی، به سابقه شغلی فرد توجه ویژه داریم. باید از همه کارهای فرد پرسیده شود؛ مثلاً اگر در چاپخانه کار میکند، ممکن است هم زمان طولانی ای می ایستد و هم تمیزکردن دستگاه ها با اوست که در نتیجه مواجهات شیمیایی خواهد داشت.

نکته دیگر بحث timing علائم است. اگر بیماری شغلی باشد، نباید در کودکی وجود میداشته و به احتمال زیاد در صورت دوری از محل کار، علائم بهبود پیدا می کند. در واقع تا حدودی باید یک رابطه معنا دار و منطقی بین بیماری و محیط شغلی بیمار وجود داشته باشد

گرفتن شرح حال دقیق خیلی مهم است چرا که بیماری های شغلی در بالین و از لحاظ علائم بالینی تفاوتی با بیماری های غیرشغلی ندارند.

مراحل:

شرح حال بالینی

شرح حال شغلی و محیطی

- ❖ توصیف تمام شغل های بیماری (باید حواسمان به شغل های قبلی بیمار هم باشد)
- ❖ مواجهات شغلی: توسط همکار بهداشت حرفه ای
- ❖ مدت زمان شروع و همراهی علائم
- ❖ بررسی علائم بیماری در کارگر های دیگر

ROS و انجام معاینه فیزیکی: بیمار باید کاملاً expose شود و کوچک ترین علائم هم بایستی ثبت شوند

قسمت های مختلف مرکز طب کار شامل مرکز جامع خدمات سلامت شغلی، بینایی سنج، شنوایی سنج، روان شناس، پزشک عمومی، متخصص طب کار هستند که معایناتی که انجام می شود به شرح زیر است:

- ❖ معاینات بدو استخدام: ارزیابی میزان تطابق و توانایی فرد برای کار

❖ **معاینات دوره ای:** با توجه به محل کار فرد و مواجهات شغلی اش، ارگان های هدف ارزیابی می شوند.

مثلا د انجام اسپرومتری دوره ای یا چک آنزیم های کبدی فرد

❖ **معاینات تخصصی:** فرد به علت یک مشکل خاص به متخصص مراجعه می کند مثلا دچار آتریت

روماتوئید شده و حال می خواهد بداند آیا امکان ادامه شغلش وجود دارد و با چه وضعیتی

درخواست آزمایشات و تصویر برداری در صورت نیاز

*دقت داشته باشیم که گاهی اوقات لازم است خودمان به آن محل برویم و ببینیم چگونه است (Walk-through).

:Walk through

کارشناس بهداشت حرفه ای با استفاده از چک لیست های مخصوص، مواجهات شغلی در محل کار را بررسی میکند. مثلا میزان آلودگی صوتی یا نوری چقدر است و آیا در حد استاندارد است یا خیر. علاوه بر آن از کارفرما material safety data sheet را می گیرد تا مواجهات شیمیایی را نیز بررسی کند؛ البته علاوه بر آن خود کارشناس هم به بررسی محیط می پردازد. نهایتا تمامی این موارد در قالب یک گزارش در اختیار متخصص طب کار قرار می گیرد.

خصوصیات بیماری های شغلی:

❖ اکثرا غیر قابل درمان ولی قابل پیشگیری هستند: وقتی بیمار به دست متخصص طب کار رسیده، معمولاً

کاری دیگر از دستان بر نمی آید و impairment قابل درمان نیست.

❖ در شروع پیدایش علائمی ندارند. (دوره پره کلینیکال طولانی دارند)

❖ یافته پاتوگونومیک خاصی ندارند.

❖ برخی از افراد مستعد تر هستند(لزوما قرار نیست همه ی افراد حاضر در محیط کار دچار بیماری

شوند)

❖ قابل شکایت و دریافت غرامت هستند.

❖ علائم بالینی آنها مانند بیماری های غیر شغلی هست.

کلیه واحد های موضوع ماده 85 این قانون، که شاغلین در آنها به اقتضای نوع کار در معرض بروز بیماریهای ناشی از کار قرار دارند باید برای همه افراد مذکور پرونده پزشکی تشکیل دهند و حداقل سالی یکبار توسط مراکز بهداشتی درمانی از آنها معاینه و آزمایش های لازم را به عمل آورند و نتیجه را در پرونده مربوطه ضبط نمایند.

-سطوح پیشگیری در طب کار:

1. سطح اولیه: حذف مواجهه با ریسک فاکتور. بزرگترین معادن آزیست در کانادا هستند ولی یک گرم آزیست در خود کانادا پیدا نمی شود! چون همانجا بسته بندی می کنند و به چین می فرستند تا در آنجا پردازش شود. کار دیگری که می توان کرد این است که پست های افراد چرخشی باشد؛ نه اینکه یک نفر چندین سال پای دیگ اسید بایستد و فرد دیگری فقط پشت سیستم بنشیند. آخرین قدم وسایل حفاظت فردی هستند
2. سطح ثانویه: جلوگیری از ایجاد بیماری $\Leftarrow$ با انجام معاینات ادواری می توانیم بیماری های ساب کلینیکال را غربال کنیم و در صورت نیاز محیط شغل را تغییر دهیم
3. سطح ثالثیه: بازتوانی افراد آسیب دیده و پرداخت غرامت

سطوح ارائه خدمات سلامت کار بر اساس بعد کارگری:

- ❖ ایستگاه بهگر: کارگاه ها و صنایع دارای 20-49 نفر شاغل
- ❖ خانه بهداشت کارگری: کارگاه ها و صنایع دارای 50-499 نفر شاغل
- ❖ مرکز بهداشت کار: کارگاه ها و صنایع دارای بالای 500 نفر شاغل

با توجه به معرفی نامه از واحد تولیدی، کارشناس طب کار برایشان پرونده تشکیل می دهد. که با توجه به همین پرونده نوع آزمایشات و سایر اقدامات پاراکلینیک هم مشخص می شود.

- ❖ ثبت اطلاعات شخصی: مشاغل قبلی، مواجهات فیزیکی، شیمیایی، روحی-روانی، بیولوژیکی، ارگونومیک و مکانیکی، سابقه بیماری، آسیب های قبلی در حین کار
- ❖ شرح حال و معاینه فیزیکی کامل
- ❖ بینایی سنجی
- ❖ شنوایی سنجی
- ❖ اسپرومتری
- ❖ نوار قلب در افراد بالای 40 سال

 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشت - مرکز سلامت محیط و کار مدیریت بهداشت کار		
محل الصاق مکتب	شماره پرونده شماره استندارتی - شامل نوع معاینات تاریخ	*پنجاه و یکم *موردی پنجاه و یکم *موردی

1- مشخصات فردی شاغل:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنسیت: مرد زن وضعیت تأهل: متاهل مجرد تعداد فرزندان:
 سال تولد: کد ملی: وضعیت نظام وظیفه: خدمت کرده رسته خدمت: مقامات تر:
 سابقه معامات پزشکی: آدرس و تلفن محل کار: معامات پزشکی:

2- سوابق شغلی:				
عنوان سمت	وظیفه محوله	تاریخ اشتغال		علت تغییر شغل
		از	تا	
				مشاغل فعلی
				مشاغل قبلی

3- ارز یابی عوامل زیان آور شغلی:

[illegible][illegible]

امضا و اثر انگشت شاغل مینی پر تایید اظهارات فوق:

[illegible]

113

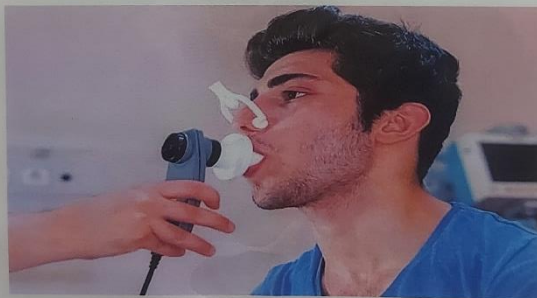
نحوه انجام تست اسپرومتری (تنفسی)

(۱) روی صندلی صاف بنشینید (سر و گردن صاف باشد)

(۲) گیره بینی را وصل کنید (پد ها روی پره های بینی و دسته بینی گیر بالا باشد)

(۳) دهانی اسپرومتری را تا نصف (۱/۲) داخل دهان و روی زبان قرار دهید (زبان سر راه دهانی قرار نگیرد) و لب ها محکم به دور آن احاطه شود طوری که هیچ هوایی خارج نشود (احاطه شدن ناکامل باعث نشت مقداری از هوا به خارج می شود)

(۴) چند نفس عادی (دم و بازدم) را انجام دهید، سپس یک دم عمیق، کامل و با انرژی انجام دهید و بدون مکث بازدم قوی و محکم و ادامه دار انجام شود. بازدم تا تمام شدن تمام هوای داخل ریه و مدت زمان ۶ ثانیه ادامه یابد.

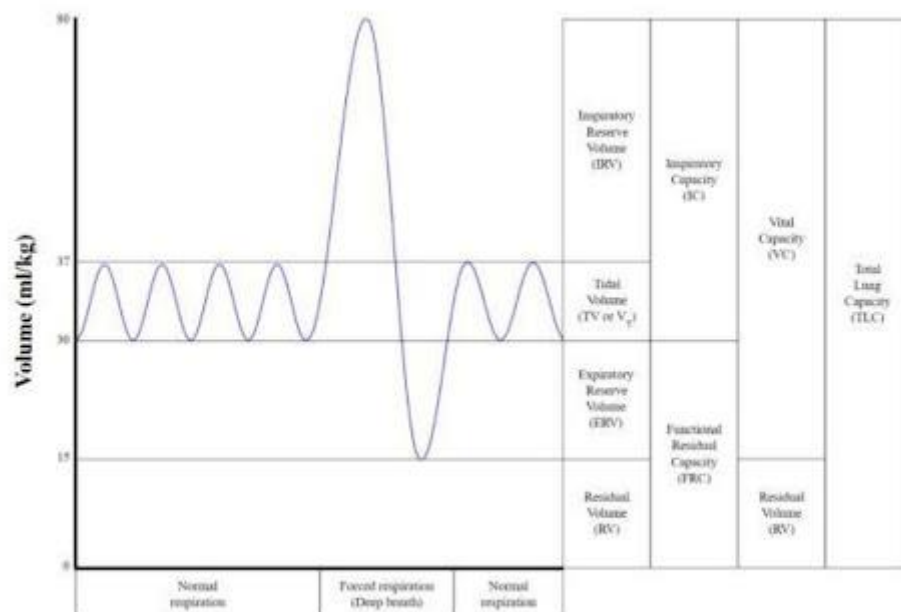


مرکز طب کار بیمارستان طالقانی

اسپرومتری یا نوار ریه، تستی است که برای تشخیص COPD (بیماری مزمن انسداد ریوی)، تشخیص آسم و بیماری های دیگری که بر عملکرد ریه تاثیر می گذارند، استفاده می شود. در واقع اسپرومتری دستگاهی است که حجم های دمی و بازدمی، یا به عبارتی جریان ورودی هوا به ریه ها و جریان خروجی از آن ها را اندازه می گیرد. سرعت این جریان را می توان با رسم نمودار حجم در برابر زمان محاسبه کرد.

اسپرومتر دستگاهی است که حجم های دمی و بازدمی را اندازه می گیرد. سرعت جریان را می توان با رسم نمودار حجم در برابر زمان محاسبه کرد. به طور معمول، ظرفیت حیاتی (VC) به صورت تفاوت یک دم کامل تا ظرفیت کل ریه (TLC) با یک بازدم کامل تا حجم باقی مانده (RV) اندازه گیری می شود. سرعت جریان پس از واداشتن بیمار به انجام یک بازدم قوی از TLC به RV اندازه گیری می شود. چنین مانور بازدمی قوی ما را قادر می سازد تا حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه (FEV1) و ظرفیت حیاتی با فشار (FVC) را اندازه گیری کنیم.

مقادیر ۸۰ تا ۱۲۰ درصد میزان تخمین زده شده برای PVC طبیعی تلقی می شود. به طور طبیعی، افراد می توانند بیش از ۷۵ تا ۸۰ درصد FVC را در ثانیه اول، و قسمت اعظم مابقی را در عرض ۳ ثانیه از ریه ها خارج کنند. نسبت این دو متغیر به طور طبیعی بیش از ۸/۰ می باشد.



کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: مهم

نحوه آموزش: خوب

K- مرکز نگهداری سالمندان :

زمان: بازدید صورت نگرفت

مکان: بازدید صورت نگرفت

موارد مطرح شده: بازدید صورت نگرفت

مهمترین نکات آموزشی:

سالمند:

سالمند به فردی اطلاق می گردد که دارای 60 سال و بالاتر باشد . از نظر سنی به سه گروه سالمند جوان (60-70 سال)، سالمند میانسال (71-80 سال) و سالمند پیر (81 به بالا) تقسیم می گردند و از نظر میزان وابستگی به 3 گروه سالمندان دارای حداقل وابستگی، وابستگی نسبی و حداکثر وابستگی تقسیم میشوند.

❖ **سالمند با حداقل وابستگی :** سالمندی است که در انجام فعالیت های روزمره زندگی حداقل نیاز به کمک و نظارت رداشته باشد و طبق مقیاس بارتل دارای نمره 75-99 می باشد

❖ **سالمند با وابستگی نسبی :** سالمندی است که در انجام بعضی و یا بخشی از فعالیت های روزمره زندگی خود نیاز به کمک دارد و طبق شاخص بارتل دارای نمره 50-74 می باشد

❖ **سالمند با حداکثر وابستگی :** سالمندی است که در انجام فعالیت های روزمره زندگی بیشترین میزان نیاز به کمک و نظارت رداشته باشد و طبق مقیاس بارتل دارای نمره 0-49 می باشد

❖ **سالمند دارای نیازهای خاص :** سالمندی است دارای حداکثر وابستگی که از لحاظ جسمی، حسی و شناختی دارای نیازهای ویژه ای از نظر مراقبت ، مداخلات درمانی و توانبخشی باشد.

مرکز غیردولتی روزانه آموزشی و توانبخشی سالمندان

به مرکزی گفته می شود که توسط اشخاص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی تأسیس گردیده و تحت نظارت آن، به سالمندان واجد شرایط، توسط تیم تخصصی توانبخشی، به صورت روزانه، خدمات آموزشی، توانبخشی پزشکی، توانبخشی اجتماعی و توانبخشی حرفه ای ارائه می گردد.

شرایط تخصصی متقاضی و مسئول فنی

دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی دکترای پزشکی عمومی و یا مدرک تحصیلی کارشناسی در رشته های توانبخشی، روانشناسی، مددکاری اجتماعی، پرستاری، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

ضوابط پذیرش و شرایط ترخیص

پذیرش	حداقل سن جهت پذیرش 60 سال می باشد
	سالمندان با حداقل وابستگی و یا سالمندان با وابستگی نسبی مجاز به پذیرش در مرکز روزانه می باشند.
	پذیرش آزاد سالمندان (بدون یارانه)، بدون تشکیل پرونده در اداره ی بهزیستی و صرفا با ارائه ی آمار مربوطه به بهزیستی شهرستان امکان پذیر است.
	سالمندان دارای بیماری عفونی و مسری، پس از طی دوره ی سرایت بخشی با نظر پزشک مرکز پذیرش خواهند شد
ترخیص	سالمندان معتاد پس از سم زدائی و ترک کامل اعتیاد مجاز به پذیرش می باشند.
	رسیدن به سطحی از توانمندی جهت زندگی مستقل در جامعه و خانواده
	ترخیص از مرکز توانبخشی سالمندان به تشخیص تیم توانبخشی مرکز و به سرپرستی و تائید مسئول فنی خواهد بود
	ترخیص هر یک از سالمندان از مرکز با رعایت ضوابط با هماهنگی اداره بهزیستی شهرستان و استان صورت می پذیرد

فرایند ارائه ی خدمات در مرکز

پس از طی مراحل پذیرش، فرایند ارائه ی خدمات در مرکز به ترتیب ذیل صورت می پذیرد :

- ❖ ارزیابی تخصصی اولیه توسط اعضای تیم تخصصی
- ❖ تشکیل پرونده ی تخصصی (درمانی- توانبخشی، آموزشی و حمایتی)
- ❖ تعیین اهداف توانبخشی فرد، به منظور قادرسازی، جبران مح دودیت های عملکردی و دستیابی وی به سطح بالاتری از مشارکت در زندگی فردی و اجتماعی و نهایتا افزایش کیفیت زندگی؛ در یک بازه ی زمانی مشخص – توسط تیم تخصصی -در جلسه ی گروهی
- ❖ تدوین و طراحی برنامه ی توانبخشی، منطبق با اهداف فوق و با مشخص شدن شرح وظایف هریک از اعضای تیم

- ❖ اجرای برنامه ی توانبخشی و ثبت کلیه ی اقدامات، نتایج حاصله و اقدامات پیگیری در پرونده ی تخصصی
- ❖ برگزاری جلسات Conference Case به صورت ماهیانه با حضور کلیه افراد تیم توانبخشیو بررسی نتایج ارزیابی های دوره ای، به منظور مشخص شدن وضعیت پیشرفت و یا پسرفت فرد در روند توانبخشی و باز تعریف برنامه ی فوق در صورت پسرفت فرد

خدمات آموزشی، توانبخشی

خدمات آموزشی

- ❖ آموزش شیوه زندگی سالم
- ❖ آموزش مهارت های زندگی
- ❖ کلاس های آموزشی مانند نجاری، خیاطی، صنایع دستی، بافندگی، قرآن، سوادآموزی، موسیقی- نقاشی- خطاطی -و.... (با توجه به نیاز و فرهنگ هر منطقه حداقل 2 کارگاه آموزشی)
- ❖ آموزش بهداشت و مراقبت فردی

خدمات توانبخشی

- ❖ ویزیت پزشک عمومی هفته ای یکبار
- ❖ فیزیوتراپی دو روز در هفته
- ❖ کاردرمانی دو روز در هفته
- ❖ خدمات مشاوره ای سالمند و خانواده یک روز در هفته

خدمات رفاهی تفریحی و هنری

- ❖ برگزاری اردوهای یک روزه و چند روزه، تفریحی، سیاحتی، زیارتی و علمی
- ❖ برگزاری برنامه های متناسب با مناسبت ها و ایام خاص
- ❖ کتاب خوانی، شعر خوانی و قصه گویی
- ❖ اجرای تئاترو موسیقی
- ❖ سرگرمیهای متناسب با سن (شطرنج - جدول و...)
- ❖ نمایش فیلم
- ❖ اجرای برنامه های تفریحی ورزشی

تبصره 1 : ساعت فعالیت در این مراکز ساعت 8 صبح الی 14 و روزهای پنجشنبه از ساعت 8 صبح الی 12 می باشد

تبصره 2 : این مراکز در صورت نیاز و با هماهنگی سازمان بهزیستی می توانند در شیفت بعدازظهر نیز ارائه ی خدمت نمایند. ساعت کار در شیفت بعداز ظهر 14 تا 17 می باشد

تبصره 3: در صورت وجود ظرفیت خالی یارانه ای در شیفت صبح، مرکز می تواند با رعایت کلیه ضوابط و مقررات و ساعات کاری حاکم بر شیفت صبح، حداکثر تا سقف 30 درصد ظرفیت، نسبت به پذیرش سالمند یارانه بگیر در شیفت بعدازظهر اقدام نماید

تبصره 4: سرو غذای گرم و میان وعده برای سالمندانی که بصورت تمام وقت از خدمات مرکز استفاده می نمایند الزامی می باشد.

نیروی انسانی

- ❖ مسئول فنی: به صورت تمام وقت
- ❖ پزشک عمومی: یک نفر یک روز در هفته
- ❖ کارشناس روان شناسی: یک نفر به صورت تمام وقت
- ❖ کارشناس مددکاری اجتماعی: یک نفر یک روز در هفته
- ❖ کارشناس فیزیوتراپی یا کاردرمانی: یک نفر سه روز در هفته
- ❖ کارشناس گفتار درمانی: در صورت نیاز سالمندان بصورت پاره وقت یک روز در هفته
- ❖ کارشناس پرستاری: یک نفر دو روز در هفته
- ❖ کارشناس تغذیه: یک نفر هر سه ماه یکبار
- ❖ مربی آموزشی، ورزشی و هنری: هفته ای 0 ساعت
- ❖ آشپز یک نفر (در صورت عقد قرارداد با شرکت های تهیه ی غذا، نیازی به بکارگیری آشپز وجود ندارد)
- ❖ خدمه یک نفر

فضای فیزیکی

- ❖ اتاق پزشک، پرستار، کارشناس تغذیه و مسئول فنی به صورت مشترک، به مساحت حداقل 16 مترمربع
- ❖ فضای توانبخشی با مساحت حداقل 10 متر مربع
- ❖ کالسهای آموزشی با مساحت حداقل 17 متر مربع، به طور میانگین به ازای هر 17 سالمند 1 کالس
- ❖ اتاق روان شناس و مددکار اجتماعی به مساحت حداقل 9 مترمربع
- ❖ اتاق استراحت سالمند حداقل به مساحت 16 مترمربع
- ❖ آشپزخانه
- ❖ حمام یک سرویس
- ❖ سرویس بهداشتی سه سرویس (معمولی و فرنگی)

تجهیزات و لوازم تخصصی

پزشکی

- ❖ درجه اندازه گیری حرارت
- ❖ فشارسنج
- ❖ گوشی پزشکی
- ❖ تخت معاینه
- ❖ پاراوان
- ❖ ترازوی پزشکی
- ❖ جعبه کمک های اولیه

فیزیوتراپی و کاردرمانی

- ❖ دستگاه اولتراسوند TNS
- ❖ مادون قرمز
- ❖ تحریک الکتریکی
- ❖ فریم و ضمائم
- ❖ پارالل و آینه
- ❖ چرخ شانه
- ❖ دوچرخه ثابت
- ❖ پولی و ضمائم و ست دست ورز
- ❖ انواع عصاهای واکر
- ❖ خمیردرمانی
- ❖ نردبان انگشتی
- ❖ ودج تقویت کوادریسپس
- ❖ تخت درمان کاردرمانی

آموزشی، تفریحی و ورزشی

- ❖ یک دستگاه تلویزیون
- ❖ یک دستگاه پخش صوتی - تصویری
- ❖ یک دستگاه رایانه با امکان دسترسی به اینترنت

❖ وسایل تفریحی و ورزشی متعارف مانند شطرنج، جداول مختلف و وسایل دیگر با توجه به عالقمندی سالمندان مرکز

اتاق استراحت سالمند

❖ مفروش به فرش و موکت همراه با پستی و یا مجهز به مبل راحتی

کارآموز گرامی از نظر آموزشی به این بازدید چه امتیازی می دهید؟

اهمیت موضوع: مهم

نحوه آموزش: —