

راهنمای جامع بالینی

ارائه خدمات در کلینیک پیشگیری و ارتقاء سلامت



تدوین، گردآوری و تنظیم:

دکتر مریم بیگلری ابهری

با راهنمایی:

دکتر مرضیه نجومی- دکتر جلیل کوهپایه زاده - دکتر مرزده رضانی

اردیبهشت ۱۴۰۰

باسمه تعالی

راهنمای بالینی

ارائه خدمات در کلینیک پیشگیری و ارتقاء سلامت

**Clinical guideline to provide services in the prevention
and health promotion clinics**

تدوین و گردآوری:

مریم بیگلری ابهری

با راهنمایی:

دکتر مرضیه نجومی

دکتر جلیل کوهپایه زاده

دکتر مژده رمضانی

اردیبهشت ۱۴۰۰

سرشناسنامه: بیگلری ابهری، مریم، ۱۳۵۴

عنوان و نام پدید آور: راهنمای بالینی ارائه خدمات در کلینیک پیشگیری و ارتقاء سلامت / مریم بیگلری ابهری،

ویراستار علمی: دکتر مژده رضانی، ۱۳۴۹

مشخصات نشر: تهران: رهپویان خرد، ۱۴۰۰.

مشخصات ظاهری: ۳۶۲ص: رنگی

شابک: ۷-۰۷-۹۷۸-۶۰۰-۷۷۱۹

موضوع: راهنمای بالینی ارائه خدمات در کلینیک پیشگیری و ارتقاء سلامت

سایت مولف: دکتر مریم بیگلری ابهری IranCPM.ir

ایمیل مولف: Dr.Maryam54@gmail.com



ناشر: انتشارات رهپویان خرد تلفن: ۸۸۱۷۲۴۵۴

نشانی انتشارات: سه‌روردی شمالی خیابان شهید زینالی غربی پلاک ۱۴۴ طبقه ۴ واحد ۱۴ www.Rahpou.com

تدوین راهنمای بالینی حاضر

○ گروه اساتید

اساتید راهنما: دکتر مرضیه نجومی، دکتر جلیل کوهپایه زاده، دکتر مژده رضانی

○ بازبینی علمی: دکتر مژده رضانی

○ تدوین و گردآوری: دکتر مریم بیگلری ابهری

با تشکر از دکتر فاطمه ملا رحیمی، دکتر زهرا سروش و خانم حمیده ثابت روحانی

○ ویراستاری نهایی و تنظیم: سرکار خانم حمیده ثابت روحانی

○ صفحه بندی: سرکار خانم زهرا عباسی

فهرست

۱	پیشگفتار ۱
۳	پیشگفتار ۲
۵	مقدمه
	کلیات
۱۱	ارائه خدمات و اخذ شرح حال در کلینیک پیشگیری و ارتقاء سلامت
۱۳	جداول ارزیابی خطر در گروه‌های سنی -جنسی مختلف
۱۳	جدول ارزیابی خطر گروه سنی ۱۳-۱۸ سال (دختران و پسران نوجوان)
۱۴	جدول ارزیابی خطر گروه سنی بالای ۱۸ سال (آقایان) - بسته خدمات عمومی
۱۵	جدول ارزیابی خطر گروه سنی بالای ۱۸ سال (بانوان) بسته خدمات عمومی
۱۶	جدول ارزیابی خطر گروه سنی ۴۰ تا ۴۴ سال (آقایان و بانوان)
۱۶	جدول ارزیابی خطر گروه سنی ۴۵ تا ۴۹ سال (آقایان و بانوان)
۱۷	جدول ارزیابی خطر گروه سنی ۵۰ تا ۶۴ سال (آقایان)
۱۷	جدول ارزیابی خطر گروه سنی ۵۰ تا ۶۴ سال (بانوان)
۱۸	جدول ارزیابی خطر گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر (آقایان و بانوان)
۱۹	جدول خلاصه مداخلات اختصاصی برای هر بیماری
	فصل اول:
	بسته خدمات اختصاصی نوجوانان در دوران بلوغ در کلینیک پیشگیری و ارتقاء سلامت A
۲۲	۱-۱-۱: بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن
۲۲	۲-۱-۱: بیماری‌های منتقله از راه دستگاه تناسلی، خون و ترشحات بدن
۲۲	۳-۱-۱: سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS)
۲۳	۲-۱: ارزیابی غذایی و خطرات مرتبط با تغذیه - آموزش تغذیه در نوجوانان
۲۴	شواهد پشتیبان / مزایای جانبی در ارزیابی وضعیت تغذیه در نوجوانان
۲۵	۳-۱: ارزیابی و آموزش فعالیت فیزیکی در نوجوانان

- ۲۶ شواهد پشتیبان / مزایای جانبی در ارزیابی فعالیت فیزیکی در نوجوانان
- ۲۷ ۴-۱: ارزیابی اختلالات خواب در نوجوانان
- ۲۸ شواهد پشتیبان / مزایای جانبی ارزیابی اختلالات خواب در نوجوانان
- ۲۹ ۵-۱: ارزیابی سلامت دهان و دندان در نوجوانان
- ۳۰ ۶-۱: کنترل فشارخون و ارزیابی خطر فشارخون بالا در نوجوانان
- ۳۱ شواهد مربوط به ارزیابی خطر فشار خون بالا در نوجوانان
- ۳۲ ۷-۱: ارزیابی چاقی و خطر وقوع سندرم متابولیک در نوجوانان
- ۳۳ شواهد پشتیبان و مزایای جانبی کنترل چاقی از دوران بلوغ
- ۳۵ ۸-۱: ارزیابی اختلال عملکرد تیروئید در نوجوانان
- ۳۵ شواهد درباره غربالگری اختلالات عملکرد تیروئید در دوران بلوغ
- ۳۷ ۹-۱: بهداشت و سلامت دوران بلوغ و باروری در نوجوانان
- ۳۸ ۱۰-۱: ارزیابی خطر سوء مصرف الکل در نوجوانان
- ۳۹ ۱۱-۱: ارزیابی خطر سوء مصرف مواد در نوجوانان
- ۴۰ شواهد پشتیبان و مزایای جانبی ارزیابی سوء مصرف مواد در نوجوانان
- ۴۱ ۱۲-۱: ارزیابی مصرف دخانیات در نوجوانان
- ۴۱ شواهد پشتیبان و مزایای جانبی ارزیابی مصرف دخانیات در نوجوانان
- ۴۲ ۱۳-۱: ارزیابی خطر و غربالگری افسردگی در نوجوانان
- ۴۳ شواهد پشتیبان و مزایای جانبی بررسی و غربالگری افسردگی در نوجوانان
- ۴۴ ۱۴-۱: ارزیابی خطر ناشی از وسایل نقلیه و موتور در نوجوانان
- ۴۵ ۱۵-۱: ارزیابی خطر وقوع خشونت خانگی در نوجوانان
- ۴۶ ۱۶-۱: تجویز مکمل ویتامین D در نوجوانان
- ۴۷ ۱۷-۱: تجویز مکمل آهن در نوجوانان

فصل دوم:

بسته خدمات عمومی گروه سنی بالای ۱۸ سال در کلینیک پیشگیری و ارتقاء سلامت

- ۵۰ ۲-۱: ارزیابی خطر و پیشگیری بیماری های واگیردار
- ۵۰ ۲-۱-۱: بیماری های قابل پیشگیری با واکسن
- ۵۱ ۲-۱-۲: بیماری های منتقله از راه دستگاه تناسلی، خون و ترشحات بدن
- ۵۲ ۲-۱-۳: سایر بیماری های واگیردار در زمان طغیان
- ۵۳ ۲-۲: ارزیابی و کنترل فشارخون (دربالغین ۱۹ تا ۴۴ ساله)
- ۵۳ شواهد پشتیبان درباره ارزیابی و کنترل فشار خون در بزرگسالان بالای ۱۸ سال
- ۵۴ ۲-۳: ارزیابی چاقی و خطر وقوع سندرم متابولیک
- ۵۶ ۲-۴: ارزیابی مصرف دخانیات
- ۵۸ ۲-۵: ارزیابی سوء مصرف الکل
- ۶۰ شواهد پشتیبان درباره ارزیابی سوء مصرف الکل در بزرگسالان بالای ۱۸ سال
- ۶۱ ۲-۶: ارزیابی سلامت دهان و دندان
- ۶۳ ۲-۷: ارزیابی غذایی و خطرات مرتبط با تغذیه
- ۶۵ ۲-۸: ارزیابی میزان و وضعیت فعالیت فیزیکی
- ۶۶ ۲-۹: ارزیابی سوء مصرف مواد
- ۶۶ شواهد پشتیبان و مزایای ارزیابی سوء مصرف مواد در گروه سنی بالای ۱۸ سال
- ۶۷ ۲-۱۰: ارزیابی خطر حوادث ترافیکی و رانندگی پرخطر
- ۶۸ ۲-۱۱: ارزیابی اختلال عملکرد تیروئید
- ۶۹ ۲-۱۲: ارزیابی وضعیت چربی های خون
- ۷۳ ۲-۱۳: ارزیابی خطر و پیشگیری از سرطان پوست
- ۷۷ شواهد در مورد ارزیابی خطر و پیشگیری از سرطان پوست در افراد بالای ۱۸ سال
- ۷۹ ۲-۱۴: بانوان: ارزیابی و پیشگیری کم خونی (بانوان در سنین باروری)

- ۸۰ ۱۵-۲- بانوان: ارزیابی خطر سرطان دهانه رحم (سرویکس)
- ۸۲ ۱۶-۲- بانوان: ارزیابی خطر سرطان های ارثی پستان
- ۸۵ شواهد پشتیبان برای ارزیابی خطر سرطان های ارثی پستان در بانوان بالای ۱۸ سال
- ۸۷ ۱۷-۲- بانوان: ارزیابی خطر سرطان تخمدان

فصل سوم:

بسته خدمات اختصاصی گروه سنی ۴۰ تا ۴۴ سال در کلینیک پیشگیری و ارتقاء سلامت

- ۸۹ ۱-۳: ارزیابی خطر دیابت نوع دوم
- ۹۳ شواهد پشتیبان در ارزیابی خطر دیابت نوع II و سندرم متابولیک
- ۹۴ ۲-۳: ارزیابی خطر بیماری های مزمن کلیوی
- ۹۵ شواهد پشتیبان برای غربالگری و پیشگیری از بیماری های مزمن کلیوی

فصل چهارم:

بسته خدمات اختصاصی گروه سنی ۴۵ تا ۴۹ سال در کلینیک پیشگیری و ارتقاء سلامت

- ۹۶ ۱-۴: ارزیابی و کنترل خطر بیماری های عروق کرونر و سکته قلبی
- ۱۰۱ غربالگری های اختصاصی پاراکلینیک برای بیماری عروق کرونر
- ۱۰۲ ۲-۴: ارزیابی خطر وقوع سکته مغزی
- ۱۰۳ ۳-۴: کنترل فشارخون بر مبنای میزان خطر ده ساله حوادث قلبی-عروقی

فصل پنجم:

بسته خدمات اختصاصی گروه سنی ۵۰ تا ۶۴ سال در کلینیک پیشگیری و ارتقاء سلامت

- ۱۰۷ ۱-۵: ارزیابی خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ
- ۱۱۰ شواهد پشتیبان برای غربالگری ابتلا به سرطان روده بزرگ
- ۱۱۱ ۲-۵: ارزیابی خطر پوکی استخوان و شکستگی ناشی از آن
- ۱۱۴ ۳-۵- بانوان: شروع غربالگری روتین سرطان پستان

فصل ششم :

بسته خدمات اختصاصی سالمندان (گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر) در کلینیک پیشگیری و ارتقاء سلامت

- ۱۱۷ ۱-۶: ارزیابی خطر سقوط- زمین خوردن در سالمندان
- ۱۱۹ شواهد پشتیبان برای ارزیابی خطر سقوط (زمین خوردن) در سالمندان
- ۱۲۰ ۲-۶: ارزیابی اختلالات شنوایی در سالمندان
- ۱۲۰ ۳-۶: ارزیابی اختلالات بینایی، آب مروارید و گلوکوم در سالمندان
- ۱۲۱ ۴-۶: ارزیابی اختلالات شناختی و افسردگی در سالمندان
- ۱۲۲ شواهد پشتیبان برای ارزیابی افسردگی در سالمندان
- ۱۲۲ ۵-۶: ارزیابی خطر وقوع خشونت خانگی درمورد سالمندان

پیوست

۱- الگوریتم های ارزیابی خطر خانم ها و آقایان

- ۱۲۵ الگوریتم ۱-۱: دستورالعمل کشوری واکسیناسیون
- ۱۲۹ الگوریتم ۳-۱: ارزیابی فعالیت فیزیکی
- ۱۳۰ الگوریتم ۴-۱: ارزیابی اختلالات خواب در نوجوانان
- ۱۳۱ الگوریتم ۶-۱: ارزیابی و کنترل فشار خون در نوجوانان
- ۱۳۲ الگوریتم ۷-۱: غربالگری اختلالات عملکرد تیروئید در دوران بلوغ
- ۱۳۵ الگوریتم ۱۳-۱: غربالگری افسردگی در نوجوانان
- ۱۳۶ الگوریتم ۲-۲: غربالگری و کنترل فشار خون در بزرگسالان بالای ۱۸ سال
- ۱۳۷ الگوریتم ۴-۲: ارزیابی و کنترل مصرف دخانیات
- ۱۳۸ الگوریتم ۷-۲: ارزیابی وضعیت تغذیه (Nutrition) در بزرگسالان بالای ۱۸ سال
- ۱۳۹ الگوریتم ۸-۲: ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی در بزرگسالان بالای ۱۸ سال
- ۱۴۰ الگوریتم ۱۱-۲: ارزیابی اختلال عملکرد تیروئید در بزرگسالان بالای ۱۸ سال
- ۱۴۱ الگوریتم ۱۳-۲: ارزیابی خطر و پیشگیری از سرطان پوست در بزرگسالان بالای ۱۸ سال
- ۱۴۲ الگوریتم ۱۵-۲: بانوان: ارزیابی خطر سرطان دهانه رحم (سرویکس) در بانوان بالای ۱۸ سال

- ۱۴۳ الگوریتم ۲-۱۶: ارزیابی خطر سرطان‌های ارثی - ژنتیکی پستان در بانوان بالای ۱۸ سال
- ۱۴۴ الگوریتم ۳-۱: ارزیابی خطر دیابت نوع II و سندرم متابولیک
- ۱۴۵ الگوریتم ۳-۲: ارزیابی خطر بیماری‌های مزمن کلیوی
- ۱۴۷ مقیاس ارزیابی خطر ده ساله بیماری عروق کرونری و سکته قلبی مرحله اول
- ۱۵۱ الگوریتم ۴-۱: ارزیابی خطر بیماری عروق کرونری و سکته قلبی مرحله دوم
- ۱۵۲ الگوریتم ۵-۱: ارزیابی خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ
- ۱۵۳ الگوریتم ۵-۲: ارزیابی خطر وقوع پوکی استخوان و شکستگی ناشی از آن
- ۱۵۵ الگوریتم ۵-۳: غربالگری‌های روتین برای سرطان پستان در بانوان
- ۱۵۶ الگوریتم ۶-۱: ارزیابی خطر سقوط (زمین خوردن) در سالمندان
- ۱۵۷ الگوریتم ۶-۴: ارزیابی افسردگی در سالمندان
- ۲-پمفلت‌ها و محتوای آموزشی
- ۱۵۹ پیوست ۱-۱: محتوای پمفلت‌های آموزشی بیماری‌های واگیر در نوجوانان
- ۱۵۹ بیماری‌هایی که از طریق دستگاه تناسلی منتقل می‌شوند
- ۱۵۹ بیماری‌هایی که از طریق خون و ترشحات بدن منتقل می‌شوند
- ۱۶۰ اچ آی وی/ایدز
- ۱۶۳ پمفلت آموزشی آنفلوآنزا
- ۱۶۴ پمفلت آموزشی کرونا
- ۱۶۵ پمفلت آموزشی راهنمای بهداشت دست‌ها
- ۱۶۶ پمفلت آموزشی بیماری وبا
- ۱۶۷ پمفلت آموزشی بیماری سل
- ۱۶۸ پیوست ۱-۲: پمفلت‌های آموزشی تغذیه
- ۱۷۲ پیوست ۱-۳: پمفلت‌های آموزشی ارزیابی فعالیت فیزیکی
- ۱۷۵ پیوست ۱-۴: پمفلت‌های آموزشی بهداشت خواب در نوجوانان

۱۷۶	پیوست ۵-۱: پمفلت های آموزشی سلامت دهان و دندان
۱۷۶	راهنمای مسواک زدن صحیح
۱۷۸	پیشگیری از پوسیدگی دندان
۱۸۲	پیوست ۶-۱: محتوای آموزشی کنترل فشار خون در نوجوانان
۱۸۳	پیوست ۷-۱: پمفلت های آموزشی چاقی برای نوجوانان
۱۸۶	پیوست ۸-۱: پمفلت آموزشی اختلالات عملکرد تیروئید
۱۸۷	پیوست ۱۰-۱: محتوای آموزشی مضرات مصرف الکل در نوجوانان
۱۸۹	پیوست ۱۱-۱: پمفلت های آموزشی پیشگیری از سوء مصرف مواد در نوجوانان
۱۹۲	پیوست ۱۲-۱: محتوای آموزشی مضرات مصرف دخانیات برای نوجوانان
۱۹۴	پیوست ۱۳-۱: محتوای آموزشی سلامت روان در نوجوانان
۲۰۱	پیوست ۱۴-۱: پمفلت های آموزشی پیشگیری از حوادث ترافیکی در نوجوانان
۲۰۵	پیوست ۱۵-۱: محتوای آموزشی درباره خشونت خانگی
۲۰۸	پیوست ۱۶-۱: محتوای آموزشی کم خونی و ویتامین-D
۲۱۴	پیوست ۱-۲: پمفلت آموزشی پیشگیری از بیماری های قابل انتقال از راه خون، تماس جنسی و ترشحات بدن
۲۱۵	پیوست ۲-۱-۲: محتوای آموزشی پیشگیری و کنترل سایر بیماری های عفونی در هنگام طغیان
۲۱۶	۲-۱-۲: ۱: پیشگیری و کنترل بیماری ابولا
۲۱۶	۲-۲-۱-۲: پیشگیری و کنترل بیماری آنفولانزا
۲۱۹	۳-۲-۱-۲: سندرم شدید حاد تنفسی SARS و سندرم تنفسی خاورمیانه MERS و Covid-19
۲۲۲	۴-۲-۱-۲: و با والتور
۲۲۴	پیوست ۲-۲: پمفلت های آموزشی درباره کنترل فشار خون در بزرگسالان بالای ۱۸ سال
۲۲۷	پیوست ۳-۲: پمفلت های آموزشی چاقی و سندرم متابولیک در بزرگسالان بالای ۱۸ سال
۲۳۱	پیوست ۴-۲: پمفلت های آموزشی درباره مصرف دخانیات در بزرگسالان بالای ۱۸ سال
۲۳۴	پیوست ۵-۲: محتوای پمفلت های آموزشی پیشگیری از سوء مصرف الکل در افراد بالای ۱۸ سال
۲۳۹	پیوست ۶-۲: پمفلت آموزشی سلامت دهان و دندان در بزرگسالان بالای ۱۸ سال

- پیوست ۲-۷: پمفلت های آموزشی تغذیه در بزرگسالان بالای ۱۸ سال ۲۴۴
- پیوست ۲-۸: محتوای پمفلت آموزشی فعالیت فیزیکی در بزرگسالان بالای ۱۸ سال ۲۵۳
- پیوست ۲-۹: پمفلت آموزشی پیشگیری از سوء مصرف مواد در گروه سنی بالای ۱۸ سال ۲۵۷
- پیوست ۲-۱۰: پمفلت های آموزشی پیشگیری از حوادث ترافیکی و رانندگی پرخطر ۲۵۹
- پیوست ۲-۱۱: پمفلت آموزشی اختلال عملکرد تیروئید در بزرگسالان بالای ۱۸ سال ۲۶۱
- پیوست ۲-۱۳: پمفلت های آموزشی مراقبت از پوست و پیشگیری از سرطان در افراد بالای ۱۸ سال ۲۶۲
- پیوست ۲-۱۴: بانوان: محتوای پمفلت آموزشی کم خونی در بانوان ۲۶۴
- پیوست ۲-۱۵: بانوان: پمفلت آموزشی سرطان دهانه رحم (سرویکس) در بانوان بالای ۱۸ سال ۲۶۸
- پیوست ۲-۱۶: محتوای پمفلت های آموزشی درباره سرطان پستان در بانوان ۲۷۱
- پیوست ۲-۱۷: بانوان: پمفلت آموزشی سرطان تخمدان ۲۷۳
- پیوست ۳-۱: پمفلت های آموزشی پیشگیری و کنترل دیابت نوع II و سندرم متابولیک ۲۷۴
- پیوست ۳-۲: محتوای پمفلت های آموزشی پیشگیری از بیماری های مزمن کلیوی ۲۷۷
- نارسایی حاد کلیه ۲۷۹
- کیست های کلیه ۲۸۳
- سنگ های کلیه ۲۸۶
- پیوست ۴-۱: پمفلت آموزشی پیشگیری از بیماری عروق کرونری و سکته قلبی و مغزی ۲۸۸
- سکته قلبی چیست؟ ۲۹۲
- پیوست ۵-۱: پمفلت آموزشی پیشگیری و تشخیص زود رس ابتلا به سرطان روده بزرگ ۲۹۵
- تشخیص زود هنگام سرطان روده ۲۹۶
- پیوست ۵-۲: پمفلت های آموزشی پیشگیری از پوکی استخوان و شکستگی ناشی از آن ۲۹۷
- پیوست ۵-۳: محتوای پمفلت های آموزشی درباره سرطان پستان در بانوان ۳۰۳
- پیوست ۶-۱: پمفلت آموزشی پیشگیری از سقوط (زمین خوردن) در سالمندان ۳۰۵
- پیوست ۶-۲: محتوای آموزشی درباره اختلالات بینایی و شنوایی برای سالمندان ۳۰۶
- پیوست ۶-۴-۱: پمفلت آموزشی درباره اختلالات شناختی در سالمندان: آلزایمر ۳۰۹

۳۱۲	پیوست ۶-۴-۲: پمفلت آموزشی درباره افسردگی در سالمندان و سایر بزرگسالان
۳۱۴	محتوای آموزشی خود مراقبتی برای تمام سنین
۳۱۵	پیوست ۱-۱ و ۲-۱ خودمراقبتی: محتوای آموزشی درباره سرطان ها
۳۱۸	پیوست ۱-۲: خودمراقبتی: محتوای آموزشی درباره خودمراقبتی
۳۱۹	پیوست ۲-۲: خودمراقبتی: محتوای آموزشی درباره خودمراقبتی
۳۲۰	پرسشنامه (چک لیست) بررسی تاریخچه خانوادگی بیماری ها (Family History Screening)
۳۲۱	۳-پیوست نهایی مقالات و مستندات
۳۳۲	۴- فهرست منابع و مآخذ

پیشگفتار (الف)

امروزه مؤلفه های تعیین کننده سلامت پا را از عوامل مستقیم ایجاد کننده بیماری، مانند عوامل عفونی و خصوصیات مربوط به میزبان فراتر نهاده و شامل عواملی می شوند که به ظاهر و در نگاه اول ارتباطی با سلامت ندارند. از بین این تعیین کننده های وضعیت سلامتی، عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی، قومیتی، باورها و رفتارها را می توان نام برد. این عوامل حتی می توانند در دراز مدت و تکرار، نقشی بیشتر از سایر عوامل شناخته شده فردی و یا مربوط به عامل مستقیم بیماری، روی سلامت داشته باشند. وقتی مؤلفه های موثر بر سلامت، دستخوش تغییر می گردند،

زمینه های مخاطره آمیز سلامت شکل گرفته و ابتلاء به بیماری، معلولیت و مرگ می تواند رخ بدهد. بیماری های غیرواگیر (NCD) که به عنوان بیماری های مزمن نیز شناخته میشوند، عموماً پیشرفت کندی دارند. در بین این بیماری ها، مشکلات قلبی - عروقی، سرطان ها، دیابت و بیماری های مزمن ریوی، تهدیدهای جدی تری برای سلامت همه افراد جامعه بوده و می توانند منجر به هزینه کرد منابع مالی و انسانی فراوان در سرتاسر جهان شوند. همه گروه های سنی و هر دو جنس در برابر عوامل خطری که باعث بروز بیماری های غیرواگیر میشوند آسیب پذیر هستند. این خطرات می تواند شامل رژیم غذایی ناسالم، نبود فعالیت بدنی، قرار گرفتن در معرض دود دخانیات و مصرف الکل باشند. از سوی دیگر عواملی مانند افزایش سن، توسعه سریع و برنامه ریزی نشده شهرنشینی و ترویج شیوه های زندگی ناسالم، زمینه ایجاد این بیماری ها را فراهم می کنند. این در حالی است که عفونت ها و عوامل زیست محیطی پیرامون نیز علاوه بر ایجاد خطرات مستقیم بر سلامت افراد، خطر بیماری های غیرواگیر را هم افزایش می دهند.

یک شیوه مهم برای کاهش بیماری های غیرواگیر، تمرکز بر کاهش عوامل خطر این بیماری ها است. راه حل های کم هزینه ای وجود دارند که برای کاهش عوامل خطر رفتاری قابل تغییر (مانند مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، نبود فعالیت بدنی و مصرف الکل) در تک تک افراد جامعه استفاده میشوند. کاربرد این شیوه ها در نهایت از بار بیماری های ناشی از آن ها در جامعه می کاهد.

راه حل دیگر برای کاهش بیماری های غیرواگیر، استفاده از مداخلات اساسی و موثر بر روی این بیماری ها است که میتوان آن ها را از طریق رویکرد مراقبت های بهداشتی اولیه ارائه داد تا بدین وسیله، تشخیص زودرس و درمان

به موقع بیماری ها تقویت شود. شواهد نشان می دهد که چنین مداخلاتی، همانند یک سرمایه گذاری اقتصادی بسیار

عالی عمل می کند، چرا که اگر این مداخلات، به سرعت برای بیماران اجرا شود، می تواند نیاز به درمان های پر هزینه تر را کاهش دهند.

خدمات پزشکی پیشگیری، روشی مطمئن و هزینه اثر بخش جهت اجرای مداخلات به منظور کاستن از بار بیماری ها در سطح فرد و جامعه است. کلینیک های پیشگیری، جایگاه ویژه ای در نظام های سلامت اغلب کشورها به خود اختصاص داده اند. در این مراکز خدمات پیشگیرانه در تمام سطوح برای افراد پر خطر و جمعیت عمومی ارائه می شود. این کلینیک ها ضمن پرداختن به غربالگری و ارجاع، وظیفه مشاوره و آموزش سلامت را نیز به عهده دارند.

مجموعه حاضر که با تلاش خانم دکتر مریم بیگلری ابهری فارغ التحصیل پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایران و جمعی از فارغ التحصیلان و همکاران ایشان گردآوری و تدوین گشته است، مجموعه ای کامل و روزآمد از فرآیند های ارزیابی خطر در قالب راهنمای بالینی ارائه خدمات پیشگیری است، که می تواند ضمن استفاده دانشجویان پزشکی و دستیاران پزشکی اجتماعی و سایر رشته ها، در کلینیک های پیشگیری و ارتقای سلامت کشور نیز مورد استفاده و بهره برداری قرار گیرد.

دکتر مرضیه نجومی

استاد پزشکی اجتماعی

پیشگفتار (ب)

ما در عصری زندگی میکنیم که مخاطرات گوناگونی، سلامتی افراد و جامعه را تهدید می نماید. تمامی پیشرفت ها در حوزه بهداشت عمومی مانند تامین آب آشامیدنی سالم، واکسیناسیون عمومی و ریشه کنی برخی از بیماری های عفونی مانند: فلج اطفال و آبله باعث کاهش یا حذف برخی از این مخاطرات شده اند، به طوری که با ساده اندیشی به نظر می رسد، جهان از نظر ابتلاء به بیماری ها، از بسیاری جهات ایمن تر شده است. حال آن که دیدگاه های نوین سلامت، چشم اندازی وسیع تر پیدا کرده و ضرورتاً به عوامل تعیین کننده اجتماعی سلامت توجه ویژه ای معطوف گشته است. چنانچه عوامل اجتماعی همچون فقر، بیکاری و اعتیاد، با عوامل و چالش های زیست محیطی مانند آلودگی هوا و عوامل رفتاری چون تغذیه نامناسب، عدم تحرک و رفتارهای پرخطر، تنیدگی انکارناپذیری را هم با یکدیگر هم با سلامت جامعه نشان می دهند.

گرچه تولید سلامت جامعه، بر عهده وزارت بهداشت می باشد ولی با توجه به بین بخشی بودن موضوع سلامت، چنانچه سایر شرکای متعدد و موثر در این بخش به وظایف خود واقف نبوده یا درست آن را اجرا ننمایند، شاخص های سلامت در جامعه تغییر محسوسی نخواهد کرد. مطالعات نشان داده است که تعداد مرگ و میر ناشی از خطرات نادر و غیر متداول سلامت بیش از حد معمول تخمین زده می شود، در حالیکه خطرات مرتبط با مداخلات سلامت، روند های بالینی و یا موارد شایعتر مانند پرفشاری خون، دیابت، مصرف نابجای آنتی بیوتیک ها، سزارین انتخابی و آلودگی هوا کمتر از حد واقعی حدس زده میشوند. این موضوع در همه گیری اخیر Covid-19 نیز به خوبی خود را نشان داد.

از آنجا که شناسایی عوامل خطر زا، عامل اصلی پیشگیری از بیماری ها و مرگ های زودرس و افزایش طول عمر بدون ناتوانی است، چه درمورد بیمارهای عفونی که رابطه یک به یک در مورد مواجهه با عامل خطر و ابتلاء به پیامد وجود دارد و چه درمورد بیمارهای مزمن و غیر واگیر که ممکن است یک عامل خطر موجب پیامدهای متعدد شود و یا یک پیامد ناشی از چند عامل خطر باشد، باید تلاشها در جهت افزایش درک جامعه از عوامل خطر مذکور و مدیریت این عوامل قبل از تاثیر گذاری بر سلامت جامعه سوق داده شود.

اگر رسالت دانشگاه علوم پزشکی ایران به عنوان یک دانشگاه نسل نو (نسل سوم یا چهارم) در ابعاد آموزشی، پژوهشی، کارآفرینی و ارائه خدمات سلامت خلاصه گردد، جهت گیری اصلی فعالیت همه این حیطه ها باید در

مسیر

شناسایی نیازهای سلامت جامعه، مواجهه با مشکلات و چالش‌های موجود، خلق ابتکارات ساده جامعه محور، توسعه محیط‌های حمایتی و در نهایت پاسخگویی اجتماعی به نیازها و انتظارات در حال تغییر پرشتاب جامعه باشد. یکی از اهداف گروه پزشکی اجتماعی و خانواده دانشگاه، توسعه برنامه‌های طب پیشگیری در قالب کلینیک‌های بیمارستانی و یا جنب مراکز خدمات جامع سلامت به منظور مدیریت عوامل خطرزای سلامت است. مجموعه راهنمای جامع بالینی ارائه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت، که با همت خانم دکتر بیگلری و تنی چند از فارغ التحصیلان پزشکی اجتماعی و همکاران گردآوری شده است، حاوی پروتکل‌های اصلی طب پیشگیری از منابع معتبر و روزآمد است و میتواند از سوی دانشجویان پزشکی، دستیاران و پزشکان شاغل در کلینیک‌های پیشگیری و ارتقای سلامت مورد استفاده قرار گیرد. ضمن آن که در راستای همسویی با توسعه فناوری اطلاعات، نسخه نرم افزاری این پروتکل‌ها نیز آماده و در حال اجرای پیش‌آزمون می‌باشد.

دکتر جلیل کوهپایه زاده

استاد پزشکی اجتماعی

در سپتامبر ۲۰۱۱، سازمان ملل متحد یک نشست جهانی با حضور کشورها و دیگر کارکنان ارشد دولت ها در مورد بیماریهای غیر واگیر (NCDs) برگزار کرد. تنها مناسبت قبلی سازمان ملل برای تشکیل جلسه ای مشابه، با موضوع مرتبط با بهداشت، واکنش جهانی هماهنگ به بیماری همه گیر HIV / AIDS در سال ۲۰۰۱ بود. از قطعنامه سیاسی مصوب در اجلاس ۲۰۱۱ مشخص شد که بیماریهای کودکان به عنوان تهدیدی جدی برای سلامتی و توسعه جهانی شناخته می شوند و باید اقدامات جهانی برای پیشگیری و کنترل آن تضمین شوند (مجمع عمومی سازمان ملل ۲۰۱۱).

بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵، در چارچوب اهداف توسعه جهانی، تبیین می گردد که چگونه نهایتاً بیماریهای غیر واگیر (NCDs) بر روی صفحه رادار اولویت های جهانی بهداشت ظاهر شده اند. اقدامات مربوط به NCDs، از جمله کنترل دخانیات، در اهداف توسعه هزاره وجود نداشت. این در حالی بود که NCDs در اواخر قرن بیستم عامل اصلی مرگ و میر در سطح جهان شده و به خاطر مصرف دخانیات حدود ۱۰۰ میلیون نفر جان خود را از دست داده بودند. بنابراین، همه گروههایی که در تهیه پیش نویس اهداف توسعه پایدار (SDG) پس از سال ۲۰۱۵ شرکت داشتند، لزوم تلفیق پیشگیری و کنترل بیماریهای مضر با اهداف درمانی را برای گنجاندن در مؤسسه بین المللی توسعه پایدار** تأیید کردند.

بیماریهای غیر واگیر

با وجود این همه توجه، اکثر مردم، بسیاری از سیاست گذاران و حتی برخی از متخصصان بهداشت نمی دانند اصطلاح "NCDs" به چه معنی است و چه مواردی را شامل می شود. سازمان بهداشت جهانی (WHO) پیشنهاد کرد در ابتدا این اصطلاح به چهار گروه عمده بیماری محدود گردد: **بیماری های قلبی عروقی** شامل سکته مغزی و سکته قلبی، **دیابت**، **سرطان ها** و **بیماری های مزمن تنفسی** (مانند آسم، آمفیزم و برونشیت مزمن). این چهار گروه از اختلالات علی رغم تفاوت فراوان در علائم و مشخصات بالینی، با چهار عامل خطر مشترک مرتبط است: دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم تحرک بدنی و مصرف الکل.

[*https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199661756.001.0001/med-9780199661756-chapter-237](https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199661756.001.0001/med-9780199661756-chapter-237)

** Sustainable Development Solutions Network Leadership Council 201

از نظر مشخصات بیماری های غیرواگیر، تفاوت های زیادی در سراسر جهان وجود دارد. در آفریقا، چین، ژاپن، جنوب شرقی آسیا و برخی از کشورهای آمریکای جنوبی، سکته مغزی شکل غالب بیماری های قلبی-عروقی است. در بعضی دیگر مانند ایالات متحده، انگلستان، اروپا و استرالیا، درگیری قلبی، شکل غالب CVD است. در برخی دیگر، هر دو شکل با هم شایع هستند. با حرکت جوامع به رژیم های غذایی پرچرب و افزایش میزان استعمال دخانیات، درگیری های قلبی و سکته مغزی ترومبوتیک برجسته می شوند همچنین در انواع سرطان هایی که شایع هستند، تغییرات جغرافیایی قابل توجه است. این تغییرات مربوط به تفاوت در الگوهای رژیم غذایی، مصرف دخانیات، مصرف الکل و قرار گرفتن در معرض ویروس های ایجاد کننده سرطان است.

بر اساس مدل های انتقال جمعیتی و رشدی که انتظار می رود طی دو دهه آینده رخ دهد، سازمان جهانی بهداشت تخمین می زند که در صورت عدم اقدام فوری برای تهدید این بیماری ها، تعداد مرگ های غیرمستقیم منتسب به بیماری های مزمن تا سال ۲۰۳۰ به ۵۵ میلیون نفر برسد. این میزان ۷۰ درصد از کل مرگ و میر جهانی در آن سال خواهد بود. اقدامات لازم نه تنها در تشخیص به موقع و معالجه بیماری آشکار، بلکه مهمتر از همه، در پیشگیری و کنترل عوامل خطر است.

عوامل خطر و عوامل تعیین کننده آن

از بین چندین عوامل خطر مرتبط با NCDs، سه دسته قابل شناسایی است: بیولوژیکی، رفتاری و اقتصادی-اجتماعی. از این میان، چهار عامل خطر رفتاری (رژیم غذایی ناسالم، عدم تحرک جسمی، مصرف دخانیات و استفاده مضر از الکل) که توسط WHO مشخص شده است در مرکز قرار دارند. آنها تحت تأثیر بالقوه عوامل اجتماعی اقتصادی مانند آموزش و درآمد هستند که در سطح فردی فعالیت می کنند و عوامل اجتماعی مانند سیاست های تجاری، طراحی و حمل و نقل شهری، رسانه ها و تأثیرات فرهنگی که در سطح جمعیت فعالیت می کنند. رفتارها به نوبه خود تأثیر بسزایی در عوامل خطرزای بیولوژیکی مانند فشار خون، وزن بدن، شکل بدن (چاقی مرکزی)، چربی خون و قند خون دارند که واسطه های پایین دستی خطر هستند.

در حالی که چهار عامل خطر رفتاری در واقع مهمترین عامل کمک به NCDs هستند و این امر به یک ارتباط مهم بین عوامل اجتماعی و دلایل بیولوژیکی تبدیل می شود، عوامل خطر دیگری نیز وجود دارند که به NCDs کمک می کنند. این عوامل متفاوت است و از ویروس های ایجاد کننده سرطان تا آلودگی هوای داخل و خارج

از منزل که باعث بیماری های تنفسی و CVD می شود را در بر می گیرد. تاریخچه خانواده نیز نقش دارد، اما تمرکز یک استراتژی بهداشت عمومی باید بر روی عوامل خطر اصلاح پذیر باشد.

GBD 2010 با آشکار ساختن این که چهار عامل اصلی خطر رفتاری و فشار خون بالا بیشترین تعداد مرگ و میر جهانی و ناتوانی را تشکیل می دهند، از این رویکرد پشتیبانی می کند (Lim et al. 2012). روندهای جهانی نشان می دهد که در حالی که مصرف دخانیات در HICs رو به کاهش است، اما در LMIC رو به افزایش است. به طور مشابه، میانگین جمعیت فشار خون سیستولیک در HIC ها کاهش یافته یا تثبیت شده است، اما در LMIC افزایش یافته است و اکنون در بالاترین حد است (دانایی و همکاران ۲۰۱۱). اضافه وزن و چاقی در همه مناطق جهان رو به افزایش است. دیابت نیز به عنوان یک بیماری همه گیر جهانی در حال افزایش است و LMIC ها در جدول کشورهای که بیشترین تعداد مبتلایان به دیابت وجود دارد، تثبیت می شوند (فدراسیون بین المللی دیابت ۲۰۱۲).

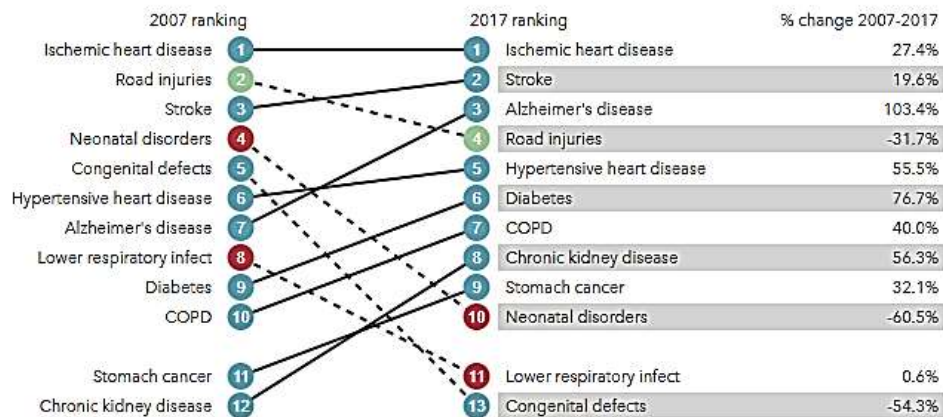
در کنار گذار جهانی، که در آن نرخ مرگ و میر NCD در HICs در حال تثبیت یا کاهش است اما در LMIC ها رو به افزایش است، همچنین شواهدی از وارونگی تدریجی گرادیان اجتماعی با بالغ شدن اپیدمی ها وجود دارد. در مراحل اولیه بیماری های همه گیر NCD، رفتارهای مضر بیشتر با درآمد سرشار ثروتمندان همراه است و آنها را در رده های پر خطر قرار می دهد. با این حال، با پیشرفت اپیدمی ها، واسطه های خطر، تولید انبوه برای مصرف انبوه و حضور همه جانبه تنباکو، الکل، غذاهای فرآوری شده، دستگاه های صرفه جویی در نیروی کار و سیستم های حمل و نقل موتوری، نسخه ای برای همه گیری های جمعی است. در مرحله بعد، بخش های مرفه و فرهیخته با توجه به دسترسی بیشتر به اطلاعات، خدمات بهداشتی، غذاهای سالم، ورزش و اوقات فراغت، از آن ها برای جلوگیری از خطر ابتلا به بیماری های NCD استفاده می کنند. از طرف دیگر، بخش های ضعیف و کم بهره از دانش کافی در مورد NCD و عوامل خطر آنها، نمی توانند خرید و مصرف منظم میوه، سبزیجات، روغنهای سالم و ماهی را که اغلب نسبت به غذاهای فرآوری نشده ناسالم گران هستند، در جیره غذایی خود قرار دهند. در سراسر جهان مراحل مختلف انتقال این بیماری ها بر اساس سطح توسعه اقتصادی و اجتماعی در مناطق مختلف مشهود است.^{*}

^{*}<https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199661756.001.0001/med-9780199661756-chapter-237>

مهم ترین عوامل مرگ و میر در سال ۲۰۱۷ در ایران ، در تصویر شماره ۱ قابل بررسی و مشاهده است:

تصویر- ۱- مهم ترین عوامل مرگ و میر در ایران در سال ۲۰۱۷ و مقایسه آن با سال ۲۰۰۷

What causes the most deaths?



Top 10 causes of death in 2017 and percent change, 2007-2017, all ages, number

<http://www.healthdata.org/iran>

با درک چگونگی عملکرد "خطر" حتی در تک تک افراد، با توجه به عوامل خطر مانند فشار خون یا کلسترول بالا، یا سیگار کشیدن، رویکرد استراتژیک بهترین راه حل است. شواهد فراوان، که از اپیدمیولوژی مشاهده ای و آزمایشات بالینی گردآوری شده است، به ما این امکان را می دهد تا اصول خطر برای بیماری های CVD را بیان کنیم. براین اساس می توان از اصول پیشگیری زیراستفاده کرد:

۱. کاهش اندک در سطوح ضریب ریسک، هنگامی که در کل جمعیت لحاظ شود، منجر به کاهش قابل توجه حوادث CVD می شود.

۲. مداخلات غیر دارویی از بروز خطر در کل جمعیت جلوگیری کرده و آن را در افرادی که قبلاً مشخصات پرخطر داشته اند، کاهش می دهد.

۳. داروهای درمان کاهش ریسک، در افرادی که در ۱۰ سال آینده در معرض خطر بالای عوارض جانبی هستند، مقرون به صرفه است.

۴. بهترین نتایج با ترکیبی از رویکردهای پیشگیری مبتنی بر جمعیت و رویکردهای مدیریت فردی در افراد پرخطر حاصل می شود.

هدف اصلی از تهیه این راهنما، ارائه بسته های خدماتی است که باید در کلینیک های پیشگیری و ارتقاء سلامت، به عنوان بخشی از سطح اول ارائه خدمات (Primary Health Care) اجرا گردد.

توصیه ها در دو سطح ارائه می شود:

- ۱- چه زمانی باید اقدامات پیشگیرانه آغاز شود: مبتنی بر سن و جنس (Life Cycle Chart)
 - ۲- در سطح دوم، جزئیات اقدامات پیشگیرانه برای هر گروه جمعیتی بیان می شود: مبتنی بر نتایج اولیه ارزیابی خطر که در کارت خطر ثبت می شود و فواصل تکرار مداخلات مشخص می گردد. همچنین اقدامات در دو قسمت غربالگری ها و مداخلات پیشگیرانه انجام خواهد شد.
- در ابتدای کتاب، جداول خلاصه اختصاصی سن و جنس، ارائه شده اند که با مطالعه آن ها، نیازهای هر فرد، مشخص شده و خواننده/کاربر می تواند با راهنمایی این جداول، مستقیماً به بخش و جداول مربوطه مراجعه نماید و نیازی به مرور تمام کتاب نیست، ضمناً احتمال سردرگمی در میان انبوه جداول و اتلاف وقت، به حداقل می رسد. بنابراین هنگام مراجعه بیمار، پس از تکمیل شرح حال، به این جداول مراجعه نموده و متناسب با سن و جنس فرد، طبق جداول اختصاصی فصول مربوطه، اقدامات لازم برای ارزیابی خطر را به صورت گام به گام اجرا نماید.
- در این مجموعه برای ارزیابی خطر در بیماری هایی که انباشتگی خانوادگی دارند (clustering)، راهکارهای اختصاصی و مبتنی بر شواهد ارائه شده اند. از سوی دیگر برای ارائه خدمات به اطفال و خانم های باردار، الزامی است که بر مبنای راهنماهای اختصاصی این گروه ها اقدام شود. در موارد تعیین شده در این بخش، افراد به همکاران متخصص این رشته ها، ارجاع می شوند. همچنین در تمام مواردی که نیاز به مداخلات درمانی یا تخصصی وجود دارد، افراد به همکاران متخصص در حیطه مربوطه ارجاع خواهند شد.
- در این راهنما، فقط راهکارهایی توصیه شده اند که بر مبنای شواهد قدرتمند، حمایت می شوند و هزینه اثربخشی آنها، به اثبات رسیده است. لذا از ذکر توصیه هایی که هزینه اثربخش نبوده یا از نظر شواهد علمی، تایید نشده اند، خودداری شده است.

دکتر مریم بیگلری ابهری

خدمات پزشکی پیشگیری، روشی مطمئن و هزینه اثر بخش جهت اجرای مداخلات به منظور کاستن از بار بیماری ها در سطح فرد و جامعه است. کلینیک های پیشگیری، جایگاه ویژه ای در نظام های سلامت اغلب کشورها به خود اختصاص داده اند.

اگر رسالت دانشگاه علوم پزشکی ایران به عنوان یک دانشگاه نسل نو (نسل سوم یا چهارم) در ابعاد آموزشی، پژوهشی، کارآفرینی و ارائه خدمات سلامت خلاصه گردد، جهت گیری اصلی فعالیت همه این حیطه ها باید در مسیر شناسایی نیازهای سلامت جامعه، مواجهه با مشکلات و چالش های موجود، خلق ابتکارات ساده جامعه محور، توسعه محیط های حمایتی و در نهایت پاسخگویی اجتماعی به نیازها و انتظارات در حال تغییر پرشتاب جامعه باشد.

دکتر مرضیه نجومی- دکتر جلیل کوهپایه زاده

PREVENTION

Clinical guideline to provide services in
the prevention and health promotion clinics



9789647147