

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر

برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

تهیه کنندگان:

دکتر طاهره سموات، علیه حجت زاده

زیر نظر:

دکتر کورش اعتماد

چاقی

اختلال چربی خون

فشار خون بالا

1900

بیماری های عروق کرونر قلب

اداره پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی

راهنمای اندازه گیری فشارخون	نام سند
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت سلامت دفتر مدیریت بیماریهای غیرواگیر اداره قلب و عروق	نگارش
۱۳۹۱	تاریخ صدور
راهنمای اندازه گیری فشارخون	نام کامل فایل
راهنمای اندازه گیری فشارخون	شرح سند
دکتر طاهره سماوات،علیه حجت زاده ، زیر نظر کوروش اعتماد	نویسنده/ مترجم



بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر

برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

تهیه کنندگان: دکتر طاهره سموات، علیه حجت زاده

زیر نظر: دکتر کورش اعتماد

اردیبهشت ۱۳۹۲

اداره پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۷	مقدمه
۱۰	برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر قلب)-۱۳۸۵
۱۴	دستورالعمل اجرایی برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی
۱۶	-مقدمه
۱۷	-سابقه
۲۱	-جنبه های کلی یک طرح جامع
۲۲	نحوه اجرای برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی
۲۲	۱-مرحله اول برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی
۲۳	۲-مرحله دوم برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی
۲۴	۳-مرحله سوم برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی
۲۷	-اقدامات اجرایی برنامه
۲۸	-خدمات بهداشتی درمانی در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی
۳۰	-تیم های اجرایی برنامه
۳۱	-تشکیلات و وظایف سطوح مختلف در برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن در دانشگاه علوم پزشکی
	-وظایف سطح شبکه /مرکز بهداشت دانشگاه
	-وظایف کمیته مشورتی استانی/دانشگاهی قلب و عروق در سطح دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
	- وظایف معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
	- وظایف سطح شبکه /مرکز بهداشت شهرستان
	۱- سطح خدمات تخصصی
	الف- مرکز ویژه قلب و عروق در سطح دانشگاه
	ب-مطب ها و درمانگاه های تخصصی قلب و عروق (در صورت عدم وجود مرکز ویژه قلب و عروق در شهر)
	ج-مرکز جامع دیابت در سطح دانشگاه
	۲-سطح خدمات غربالگری و مراقبت اولیه:
	الف-واحدهای دیابت در برنامه قلب و عروق شهری
	ب-خانه های بهداشت در روستاها
	ج- مراکز بهداشتی درمانی روستایی
۳۹	-نظام گزارش دهی برنامه
	-پرونده الکترونیکی سلامت بیماران
۴۰	-طراحی برنامه عملیاتی در سطح دانشگاه علوم پزشکی
۴۱	-طراحی برنامه عملیاتی در سطح ستادی واحد بیماری های غیرواگیر
۴۲	برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی

۴۳	نحوه اجرای برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی
۴۴	وظایف بهورز در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی
۴۶	- مرحله اول: وظایف بهورز در برنامه طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی
۴۶	- مرحله دوم: وظایف بهورز در برنامه شناسایی و مراقبت بیماری فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون
	۱- شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون
	۲- ارجاع به پزشک
	۳- پیگیری و مراقبت بیماران
	۴- آموزش
	۵- ثبت اطلاعات
	- نمودار فرآیند ثبت و مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون
۵۱	- مرحله سوم: وظایف بهورز در برنامه غربالگری و مراقبت عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر) در مناطق روستایی
	۱- غربالگری
	۲- ارجاع به پزشک
	۳- پیگیری و مراقبت بیماران
	۴- آموزش
	۵- ثبت اطلاعات
	- نمودار فرآیند غربالگری عوامل خطر و بیماری های قلبی عروقی در افراد ۳۰ سال و بالاتر
۵۷	- دستورات کلی در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی
۵۸	وظایف پزشک مرکز بهداشتی درمانی/پزشک خانواده در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی
۵۹	برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مناطق شهری
۶۰	نحوه اجرای برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مناطق شهری
۶۱	- تشکیلات و وظایف سطوح مختلف در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن در دانشگاه علوم پزشکی
۶۳	وظایف پرستار در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری
۶۴	مرحله اول: وظایف پرستار در برنامه طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مناطق شهری
۶۴	مرحله دوم: وظایف پرستار در برنامه شناسایی و مراقبت بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون در مناطق شهری در واحد دیابت/پایگاه تندرستی
	۱- شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون
	۲- ارجاع به پزشک
	۳- پیگیری و مراقبت بیماران
	۴- آموزش
	۵- ثبت اطلاعات
۶۷	مرحله سوم: وظایف پرستار در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر قلب) در واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری
	۱- غربالگری افراد ۳۰ سال و بالاتر

	۲-ارجاع به پزشک
	۳-پیگیری و مراقبت بیماران
	۴-آموزش
	۵- ثبت اطلاعات
۷۲	دستورات کلی در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی
۷۴	وظایف کاردان/کارشناس مبارزه با بیماری ها در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مرکز بهداشتی درمانی شهری
۷۵	- مرحله اول: وظایف کاردان/کارشناس مبارزه با بیماری ها در برنامه طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مناطق شهری
۷۵	- مرحله دوم: وظایف کاردان/کارشناس مبارزه با بیماری ها در برنامه شناسایی و مراقبت بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون در مرکز بهداشتی درمانی شهری
	۱-شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون
	۲-ارجاع به پزشک
	۳-پیگیری و مراقبت بیماران
	۴-آموزش
	۵- ثبت اطلاعات
۷۹	- مرحله سوم: وظایف کاردان/کارشناس مبارزه با بیماری ها در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی(عروق کرونر قلب) در مرکز بهداشتی درمانی شهری
	۱-غربالگری افراد ۳۰ سال و بالاتر
	۲-ارجاع به پزشک
	۳-پیگیری و مراقبت بیماران
	۴-آموزش
	۵- ثبت اطلاعات
۸۴	- دستورات کلی در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی
۸۶	وظایف ماما/پرستار/کاردان/کارشناس بهداشت خانواده در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی/شهری
۸۷	- مرحله اول: وظایف کاردان/کارشناس بهداشت خانواده در برنامه طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مناطق شهری
۸۷	- مرحله دوم: وظایف کاردان/کارشناس بهداشت خانواده در برنامه شناسایی و مراقبت بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون در مرکز بهداشتی درمانی شهری
۸۷	- مرحله سوم: وظایف کاردان/کارشناس بهداشت خانواده در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی(عروق کرونر قلب) در مرکز بهداشتی درمانی شهری
۸۸	وظایف پزشک در برنامه برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در واحد دیابت/پایگاه تندرستی/مرکز بهداشتی درمانی در مناطق شهری
۸۹	وظایف کارشناس تغذیه در برنامه مراقبت بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون در واحد دیابت/پایگاه تندرستی/مرکز بهداشتی درمانی در مناطق شهری
۹۰	فرآیند اجرائی بخش تربیت بدنی در واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری
۹۲	برنامه پایش و نظارت در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

۹۳	شاخص های پایش و ارزشیابی در برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی
۹۳	نظام های اطلاعات
۹۳	جدول برنامه تهیه شاخص ها در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی
۹۹	شاخص های مرحله اول
۱۰۰	شاخص های مرحله دوم
۱۰۱	شاخص های مرحله سوم
۱۰۴	شاخص های مشترک مرحله دوم و سوم
۱۱۱	-نظام محاسبه شاخص
۱۱۲	شرح وظایف ناظر(کارشناس تغذیه) دانشگاهی یا شهرستانی (واحد دیابت/ پایگاه تندرستی/مرکز بهداشتی درمانی) در مرحله اول، دوم و سوم
۱۱۳	شرح وظایف ناظر دانشگاهی یا شهرستانی (واحد دیابت/ پایگاه تندرستی/مرکز بهداشتی درمانی) در مرحله اول، دوم و سوم
۱۱۴	چک لیست نظارت بر برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی و عروقی، فشارخون بالا، اختلال چربی خون و چاقی در سطوح ستادی و اجرائی
۱۲۲	چک لیست ارزیابی تخصصی فعالیت بهورز در خانه بهداشت/کارشناس یا کاردان مبارزه با بیماری ها در واحد دیابت /پایگاه تندرستی / مرکز بهداشتی درمانی شهری در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا
۱۲۳	چک لیست ارزیابی تخصصی فعالیت پزشک مرکز بهداشتی درمانی (روستایی/شهری) در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا
۱۲۴	چک لیست ارزیابی تخصصی فعالیت بهورز خانه بهداشت/کارشناس یا کاردان مبارزه با بیماری ها در واحد دیابت /پایگاه تندرستی / مرکز بهداشتی درمانی شهری در برنامه پیشگیری و کنترل <u>اختلال چربی خون</u>
۱۲۵	چک لیست ارزیابی تخصصی فعالیت پزشک مرکز بهداشتی درمانی در برنامه پیشگیری و کنترل <u>اختلال چربی خون</u>
۱۲۶	دستورالعمل تکمیل چک لیست نظارتی مشاوره تغذیه در واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری
۱۲۷	چک لیست نظارتی مشاوره تغذیه در واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری
۱۲۹	چک لیست پایش کارشناس تربیت بدنی مرکز تربیت بدنی در مناطق شهری
۱۳۰	فرآیند گزارش دهی واحد دیابت/ پایگاه تندرستی/مرکز بهداشتی درمانی به دانشگاه علوم پزشکی مربوطه (۳ ماه یک بار) در مناطق شهری و روستایی
۱۳۱	پیوست ها
۱۳۲	پیوست شماره ۱: طرح جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی(بیماری عروق کرونر قلب)-۱۳۷۶
۱۶۵	پیوست شماره ۲: راه کارهای تشویق مردم برای مراجعه به واحد دیابت/پایگاه تندرستی/خانه بهداشت

۱۶۷	پیوست شماره ۳: متن آموزشی بهورز در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی
۱۹۱	فرم های مورد استفاده در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در واحد دیابت/پایگاه تندرستی/پایگاه بهداشتی/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان / دانشگاه در مناطق روستایی
۱۹۲	پیوست شماره ۴: راهنمای تکمیل فرم مراقبت افراد در معرض خطر (بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی
	فرم مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی
۱۹۹	پیوست شماره ۵: راهنمای تکمیل فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی
	فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی
۲۰۱	پیوست شماره ۶: راهنمای تکمیل فرم غربالگری عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی
	فرم غربالگری عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی (برای افراد ۳۰ سال و بیشتر)
۲۰۹	فرم های مورد استفاده در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در واحد دیابت/پایگاه تندرستی/پایگاه بهداشتی/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان /دانشگاه در مناطق شهری
۲۱۰	پیوست شماره ۷: راهنمای تکمیل پرونده ثبت، غربالگری و مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری
	پرونده ثبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون/پرونده غربالگری بیماری قلبی عروقی/ پرونده مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری
۲۳۰	پیوست شماره ۸: راهنمای تکمیل فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری
	فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مناطق شهری در واحد دیابت/پایگاه تندرستی
۲۳۲	پیوست شماره ۹: فرم ارزیابی عادات غذایی توسط پرستار در واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری
۲۳۳	پیوست شماره ۱۰: فرم ارزیابی تغذیه ای توسط کارشناس تغذیه در واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری
۲۴۰	پیوست شماره ۱۱: فرم ارزیابی فعالیت بدنی توسط پرستار در واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری
۲۴۳	پیوست شماره ۱۲: فرم ارجاع مراجعین به سطح بالاتر (مراکز تخصصی /مشاوره) در واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری
۲۴۴	پیوست شماره ۱۳: فرم ارجاع مراجعین به مرکز تربیت بدنی در واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری
۲۴۶	پیوست شماره ۱۴: راهنمای تکمیل فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی از سطح خانه بهداشت/واحد دیابت/ پایگاه تندرستی در مناطق شهری و روستایی
	فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن برای ثبت مراجعین جدید
	فرم گزارش دهی مراقبت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن
	فرم گزارش دهی آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن
	فرم گزارش دهی غربالگری بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن
۲۵۵	پیوست شماره ۱۵: متن آموزشی پزشکان در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

۳۸۲	پیوست شماره ۱۶: نحوه اجرای برنامه پیشگیری کنترل بیماری قلبی عروقی
۴۱۳	پیوست شماره ۱۷: نمونه ای از مداخلات کاهش عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی
۴۱۶	پیوست شماره ۱۸: مراحل طراحی یک مداخله تندرستی
۴۱۸	پیوست شماره ۱۹: راهنمای تکمیل شناسنامه مداخلات اصلاح شیوه های زندگی برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر(از جمله بیماری قلبی عروقی)
	شناسنامه مداخلات اصلاح شیوه های زندگی برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر(از جمله بیماری قلبی عروقی)
۴۳۱	پیوست شماره ۲۰: پوستر آموزشی تدوین برنامه ریزی عملیاتی برنامه های کنترل بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر در سطح ستاد استان/دانشگاه،شهرستان،مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی

امروزه بیماری های قلب و عروق از شایعترین و مهمترین بیماری های غیرواگیر و یکی از مهمترین علل ابتلاء و مرگ زودرس میباشند. پیش بینی علل عمده مرگ در سراسر جهان در تمام سنین در سال ۲۰۰۵ نشان می دهد، ۶۱٪ مرگ ها ناشی از بیماری های مزمن می باشد که ۳۰٪ ناشی از بیماری های قلبی عروقی است. هم چنین ۴۸٪ بار بیماری ها ناشی از بیماری های مزمن می باشد که ۱۰٪ به علت بیماری های قلبی عروقی است.

پیش بینی می شود تا سال ۲۰۱۵ در کل ۶۴ میلیون مرگ رخ خواهد داد که ۲۰ میلیون مرگ به علت بیماری های قلبی عروقی و عمدتاً ناشی از بیماری قلبی و سکته مغزی و اولین علت مرگ خواهد بود.

میزان مرگ ناشی از بیماری های قلبی عروقی در دنیا ۲۶۵ مرگ به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت است که از این میزان، ۱۱۲ مرگ ناشی از بیماری های ایسکمیک قلبی و ۸۹ مرگ ناشی از بیماری عروق مغزی است (۲۰۰۴). در منطقه مدیترانه شرقی این میزان ها به ترتیب ۲۲۴،۱۱۱ و ۴۹ مورد است (۲۰۰۴). در کشور ما ۱۷۱ مرگ در ۱۰۰۰۰۰ نفر ناشی از بیماری های قلبی عروقی است که از این میزان ۸۵ مورد ناشی از سکته های قلبی و ۴۰ مورد ناشی از سکته های مغزی است (مطالعه سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور در سال ۱۳۸۳)

در دنیا ۳۰٪ مرگ ها در همه سنین در سال ۲۰۰۵ ناشی از بیماری های قلبی عروقی بخصوص سکته های قلبی و مغزی بوده است. بیش از یک سوم مرگ ها (۳۹/۳٪) در کشور ما ناشی از بیماری های قلبی عروقی است که از این میان عمده مرگ ها به علت سکته های قلبی (حدود ۵۰٪)، سکته مغزی (حدود ۲۴٪) و فشارخون بالا (حدود ۸٪) رخ داده است (مطالعه سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور در سال ۱۳۸۳)

نسبت سال های از دست رفته عمر (YLL) ناشی از بیماری های قلبی عروقی حدود یک چهارم (۲۴٪) کل سال های از دست رفته عمر است و بعد از حوادث و سرطان سومین علت هستند. بیش از دو سوم سال های از دست رفته عمر به علت بیماری های قلبی عروقی ناشی از بروز سکته های قلبی و مغزی است. (مطالعه سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور - ۱۳۸۳) در دنیا ۱۰٪ بار جهانی بیماری (DALY) در تمام سنین در سال ۲۰۰۵ ناشی از بیماری های قلبی عروقی بوده است. در کشور ما نیز نسبت بار بیماری ناشی از بیماری های قلبی عروقی حدود ۱۰٪ کل بار بیماری ها است و بعد از حوادث و بیماری های روانی سومین علت بار بیماری هستند (مطالعه ملی بار بیماری ها و آسیب ها در ایران در ۶ استان - ۱۳۸۶). حدود ۸۰٪ بار قلبی عروقی ناشی از بیماری های ایسکمیک قلبی و بیماری های عروقی مغز است.

در کشور ما هم در سال های اخیر شیوع این بیماری ها افزایش یافته و هر روز منابع عظیم انسانی و مالی این مرز و بوم را به نابودی می کشاند.

در بررسی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در سال ۱۳۸۸ شیوع چاقی ۱۵٪، اضافه وزن ۲۹٪، کم تحرکی ۳۹٪، مصرف روغن جامد ۵۳٪، مصرف میوه و سبزی کمتر از ۵ وعده در روز ۸۸٪، مصرف دخانیات روزانه ۱۲٪، بوده است. در بررسی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در سال ۱۳۸۶ شیوع قندخون بالا ۱۰٪، کلسترول خون بالا ۳۳٪، تری گلیسیرید خون بالا ۱۹٪، فشارخون بالا ۱۶٪ بوده است.

شیوع عوامل خطر قلبی عروقی در کشور ما نیز زیاد است. در پنجمین دور بررسی نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در ایران در سال ۱۳۸۸، در هر دو جنس و در گروه سنی ۱۵-۴۴ سال فقط ۴٪ و در گروه سنی ۴۴-۶۴ سال فقط ۱٪ بدون عامل خطر بودند.

علاوه بر مشکلات بهداشتی ناشی از این بیماری ها، هزینه های درمانی و زیان های اقتصادی هنگفتی که برکشور

تحمیل می شود خود ضرر مضاعفی است که نیاز توجه بیشتر به این مسئله را دو چندان می سازد. خوشبختانه شواهدی وجود دارد که این مشکلات قابل حل میباشند. افزایش بروز موارد بیماری عروق کرونر همزمان با افزایش تأثیر پذیری از رفتارهای حاکم بر جوامع صنعتی است. البته اثر مستقیم این نوع جوامع موجب این بیماری نمی شود بلکه بعضی عوامل خاص که شیوه زندگی را متأثر می کند، دخیل هستند.

تردیدی وجود ندارد که عوامل مشخصی زمینه بروز این دسته از بیماری ها را بوجود می آورند که عمده ترین این عوامل شامل جنس مذکر سابقه خانوادگی دال بر وجود بیماری عروق کرونر، فشارخون شریانی سیستمیک بالا، استعمال دخانیات و وجود بیماری دیابت می باشند.

امروزه تمامی محققین و دست اندرکاران امور بهداشتی براین عقیده اند که پیشگیری بهترین راه کاهش شیوع بیماری عروق کرونر است و خوشبختانه با اتخاذ تدابیر صحیح برای کاهش و کنترل این عوامل خطر میتوان به این هدف دست یافت.

پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی در سطوح مختلف اعمال می شود. انجام مداخلات و فعالیت های پیشگیرانه منجر به ۲۰-۳۰٪ کاهش در وقوع بیماری های عروقی قلبی و سکتة مغزی و مرگ و میر و نیز افزایش کیفیت زندگی می شود.

برای پیشگیری از عوامل خطر مذکور و بیماری های قلبی عروقی (ارتقای سلامت جامعه) و کاهش بار بیماری ها باید راهبردهای مؤثر و قابل قبول بکارگرفته شود تا بتوان عوامل خطر اصلی و اساسی را کنترل نمود. مناسب ترین اقدامات در نظام های سلامت تأمین خدمات بهداشتی درمانی سطح اول در راستای « تغییر رفتارهای خطر ساز » و « اصلاح شیوه های زندگی » است .

بمنظور عملکردی هماهنگ جهت فائق شدن براین مشکل نیاز به برنامه ریزی دقیق و منظمی در سطح ملی احساس شد. معاونت بهداشت وزارت بهداشت با توجه به رسالت خود از طریق اداره پیشگیری و کنترل بیماری ها در حوزه معاونت غیرواگیر و اداره قلب و عروق با همکاری اعضاء هیئت علمی شاغل در این بخش و کارشناسان مربوطه از سال ۱۳۷۰ مبادرت به تهیه طرح کشوری برای پیشگیری از بیماری فشار خون بالا نمود که بعد از اجرای آزمایشی از سال ۱۳۷۳ در شبکه های خدمات بهداشتی درمانی روستایی کشور به مورد اجرا گذاشته شد و در حال حاضر علاوه بر مناطق روستایی در مناطق تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در شهرها نیز در حال اجراست.

از دیگر برنامه هایی که به دلیل شیوع بیماری های عروق کرونر تدوین گردید، طرح پیشگیری و کنترل بیماری های عروق کرونر است که در سال ۱۳۷۶ تهیه گردید. این طرح به علت مشکلات اجرایی در هماهنگی ها و سیاستگذاری های برون بخشی به مرحله اجراء گذاشته نشد و در سال ۱۳۸۱ مورد بازنگری قرار گرفت. سپس برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی بر مبنای برنامه راهبردی توسعه اقتصادی اجتماعی چهارم (۸۸-۱۳۸۴) در سال ۱۳۸۴ تهیه گردید. در این برنامه راهبردی تمرکز بر تهیه و اجرای برنامه های مداخلاتی در راستای اصلاح شیوه های زندگی در زمینه کم تحرکی ، تغذیه نامناسب و مصرف دخانیات بوده است.

بخش جلب حمایت همه جانبه و هماهنگی های برون بخشی و طراحی مداخلات مبتنی بر جامعه و هزینه اثر بخش این برنامه از سال ۱۳۸۵ در ۹ دانشگاه علوم پزشکی به صورت آزمایشی شروع و در حال حاضر در حال اجراء است. بخش شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی و مراقبت های بهداشتی که در حوزه وظایف وزارت بهداشت است در خدمات بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده ادغام شده است و در قالب فعالیت های تیم سلامت اجراء خواهد شد. در حال حاضر در مناطق روستایی که پوشش پزشک خانواده تقریباً کامل است، این برنامه قابلیت اجرایی دارد.

در یکی از جلسات پنجاه و سومین اجلاس منطقه ای وزرای بهداشت منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت که در سال ۱۳۸۵ در ایران برگزار شد، یک سند راهبردی منطقه ای توسط صاحب نظران منطقه امضاء گردید تا برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر را تقویت و جهت دهی کند تا به هدف جهانی کاهش ۲٪ مرگ های ناشی از بیماری های غیرواگیر تا سال ۲۰۱۵ در کشورهای عضو دست یابند. از طرف دیگر یک هدف نهایی در سند سیاسی بخش بهداشت از برنامه ملی چهارم و پنجم توسعه کشور وجود دارد که بر کاهش ۱۰٪ عوامل خطر بیماری های غیرواگیر تاکید دارد. این مصوبات مبنایی برای تهیه برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر است. برنامه جامع قلب و عروق همانطور که از عنوان آن استنباط می شود، برنامه ای پیشگیرانه در سطوح مختلف برای عوامل خطر قلب و عروق، نارسایی قلبی، بیماری های ایسکمیک قلب و سکته های مغزی است و امید است که با ادغام طرح مذکور در نظام سلامت و گسترش مداخلات در سطوح مختلف و عزم ملی و حمایت همه جانبه در بخش های مختلف و نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی بتوان تا ۵٪ از بیماری های ایسکمی قلبی را که برای برنامه پنجم توسعه (۹۴-۱۳۹۰) هدف گذاری شده است، کاهش داد و از سیر صعودی این بیماری پیشگیری کرد.

دکتر طاهره سموات

رئیس اداره پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی-فروردین ۱۳۹۲

برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر قلب) - ۱۳۸۵

مقدمات کار برای تهیه طرح ملی پیشگیری از بیماری عروق کرونر با تشکیل کمیته کشوری قلب و عروق (۱) متشکل از ۲۱ نفر با حکم مقام محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آغاز گردید و بدنبال مصوبه کمیته یک هیئت ۶ نفره (۲) در مرداد ماه سال ۱۳۷۵ پیش نویس طرح ملی پیشگیری از بیماری عروق کرونر با رویکرد کنترل عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (تغذیه ناسالم، مصرف دخانیات، کم تحرکی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی) را تهیه نمودند. جهت تعیین راهبرد ها و راه کارهای اجرائی و استفاده از نظرات صاحب نظران در امر تغذیه صحیح ، انجام فعالیت بدنی و منع مصرف دخانیات ۳ کارگاه مشورتی در بهمن و اسفند ماه همان سال تشکیل گردید. یک هیئت ۷ نفره در فروردین ماه سال ۱۳۷۶ با استفاده از نتایج و ماحصل کارگاه های فوق مبادرت به تهیه طرح نهائی پیشگیری از بیماری عروق کرونر نمودند و برنامه های اجرائی پیشگیری و کنترل مصرف دخانیات، فشارخون بالا، تغذیه نادرست و کم تحرکی به عنوان بخشی از طرح ملی پیشگیری و کنترل بیماری عروق کرونر تهیه شد و به تصویب رسید.

سپس برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی بر مبنای برنامه راهبردی توسعه اقتصادی اجتماعی چهارم (۸۸-۱۳۸۴) در سال ۱۳۸۴ تهیه گردید. در این برنامه راهبردی تمرکز بر تهیه و اجرای برنامه های مداخلاتی در راستای اصلاح شیوه های زندگی در زمینه کم تحرکی ، تغذیه نامناسب و مصرف دخانیات بوده است.

برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی و متون آموزشی بر اساس بازنگری طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری عروق کرونر قلب مصوبه سال ۱۳۷۶ (پیوست ۱) و برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی (۸۸-۱۳۸۴) در سال ۱۳۸۵ تهیه گردید. بخش جلب حمایت همه جانبه و هماهنگی های برون بخشی و طراحی مداخلات مبتنی بر جامعه و هزینه اثر بخش این برنامه با اهداف و راهبردهای زیر از سال ۱۳۸۵ در ۹ دانشگاه علوم پزشکی به صورت آزمایشی شروع و در حال حاضر در حال اجراء است.

هدف کلی

کاهش میزان بروز، شیوع و مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی (بیماری های عروق کرونر)

اهداف اختصاصی

کاهش میزان بروز و شیوع بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر ساز آن :

- کاهش میزان شیوع بیماری فشار خون بالا
- کاهش میانگین فشارخون
- کاهش میزان شیوع بیماری اختلال چربی خون
- کاهش میانگین کلسترول خون
- کاهش میزان شیوع مصرف دخانیات
- کاهش میزان شیوع کم تحرکی
- کاهش میزان شیوع بیماری دیابت

- کاهش میزان اضافه وزن و چاقی
- کاهش میزان تغذیه نامناسب
- افزایش میزان آگاهی در خصوص بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر ساز آن و راه های پیشگیری از آن ها
- کاهش میزان بروز بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر)
- کاهش میزان بروز عوارض و ناتوانی ناشی از بیماری قلبی عروقی

راهبردها

- سیاستگذاری به شکل قانون و آیین نامه در سطح هیئت دولت و شورای عالی انقلاب فرهنگی و آیین نامه داخلی برای پذیرش و حفظ شیوه های زندگی قلب سالم
- تقویت زیر ساخت های لازم برای برنامه (منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی، مدیریتی)،
- آموزش و اطلاع رسانی در مورد عوامل خطر ساز مهم و بیماری قلبی عروقی برای بهبود شیوه زندگی
- تقویت نظام بررسی و مراقبت اپیدمیولوژیک بیماری های غیر واگیر برای پایش و ارزشیابی روند بیماری های غیر واگیر
- تامین استانداردهای پیشگیری، تشخیص، درمان عوامل خطر ساز مهم و بیماری قلبی عروقی
- هدایت پژوهش های کاربردی در جهت تحقق اهداف برنامه

فعالیت ها

- تشکیل کمیته بیماری های غیر واگیر (زیر کمیته قلب و عروق) در دانشگاه های علوم پزشکی کشور
- جلب مشارکت بخش خصوصی و تشکل های غیر دولتی و مردمی مرتبط در اجرای برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلب و عروق برای آموزش و افزایش آگاهی جامعه
- تهیه تفاهم نامه های همکاری سازمان های دولتی و غیر دولتی در زمینه پیشگیری از بیماری قلبی عروقی
- هماهنگی بین برنامه های داخل بخشی مرتبط و مشترک با برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی (برنامه های مربوط به کودکان، زنان باردار، سالمندان، کارگران، میانسالان، مدارس، محیط و کار)
- جلب حمایت شورای عالی بیمه برای تصویب بیمه هزینه های غربالگری، تشخیصی و درمانی عوامل خطر ساز مهم و بیماری قلبی عروقی (آیین نامه)
- بازنگری محتوی برنامه درسی مربوط به سلامت قلب و عروق دانشجویان و دانش آموزان و ادغام در دروس عمومی
- هدفمند کردن یارانه ها در جهت غذاهای تامین کننده سلامت قلبی عروقی (قانون)
- پیشنهاد و حمایت از اعطای وام، تسهیلات لازم و مساعدت های فنی به کارخانه ها برای تولید وسایل ورزشی مناسب و صنایع غذایی برای تولید مواد غذایی سالم و مناسب قلب و عروق و تولید و تقویت صنایع غذایی رژیمی (مثل لبنیات کم چربی، نان بی نمک و سبوس دار، سس های رژیمی، محصولات با قند رژیمی، محصولات کم چربی و کم کلسترول، روغن های مایع مخصوص، کره مخصوص،.....)
- جلب مشارکت بخش های خصوصی و تعاونی های مرتبط برای تهیه و تولید مواد غذایی مناسب قلب و عروق به منظور دسترسی بیشتر جامعه

- تبادل منظم اطلاعات با سازمان های بین المللی (سازمان جهانی بهداشت، یونیسف، بانک جهانی، انجمن ها و اتحادیه های بین المللی قلب و عروق و عوامل خطر ساز آن،.....)
- بازنگری و تدوین استانداردهای مواد غذایی (خام و فرآوری شده) مورد نیاز مرتبط با بیماری قلبی عروقی برای کارخانه های تولید کننده مواد غذایی و اماکن تهیه و توزیع مواد غذایی (آیین نامه)
- حمایت از اجرای مصوبات قوانین مرتبط با عوامل خطر بیماری قلبی عروقی در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- استاندارد نمودن روش های پیشگیری، تشخیص و درمان عوامل خطر ساز مهم و بیماری قلبی عروقی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی (بالینی و آزمایشگاهی، فوریت ها)
- سطح بندی استانداردها و خدمات پیشگیری، تشخیص و درمان عوامل خطر ساز مهم و بیماری های زمینه ساز و بیماری قلبی عروقی در سطوح مختلف نظام سلامت
- بازنگری و اصلاح ساختار نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی و تقویت سیستم ارجاع و هماهنگی بین سطوح مختلف شبکه
- استاندارد نمودن خدمات بخش های پیش بیمارستانی و بیمارستانی (اورژانس بیمارستان ها و درمانگاه ها)
- تهیه محتوی و طراحی مدول های آموزشی برای آموزش گروه های هدف
- اطلاع رسانی و آموزش همگانی جامعه و گروه های هدف (بیماران، کارکنان بهداشتی درمانی و مسئولین و.....) در خصوص شناخت عوامل خطر ساز (اختلالات چربی خون، تغذیه نامناسب، مصرف دخانیات، دیابت، چاقی، فشار خون بالا، و...) و بیماری قلبی عروقی و راه های پیشگیری از آن
- طراحی و اجرای نظام مراقبت بیماری های غیر واگیر در خصوص بیماری قلب و عروق
- طراحی، اجرا و تقویت نظام ثبت و گزارش دهی جاری عوامل خطر ساز مهم و بیماری قلبی عروقی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی
- حمایت و تقویت نظام ثبت و گزارش دهی مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی عروقی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی
- بررسی روند شیوع عوامل خطر ساز مهم و بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی در جامعه (نظام مراقبت بیماری های غیر واگیر)
- تعیین بار بیماری قلبی عروقی در کشور
- تعیین میزان دستیابی به شاخص های عملکردی برنامه پیشگیری و کنترل قلبی عروقی به صورت سالانه
- تنظیم سیاست ها و مقررات / راهنماها برای اجرای برنامه
- تربیت کارکنان بهداشتی
- نظارت، پایش و ارزشیابی اجرای برنامه

مبارزه با بیماری قلبی عروقی در سه سطح زیر صورت می گیرد:

- پیشگیری اولیه (با جلب حمایت همه جانبه، اقدامات و هماهنگی های برون بخشی، پیش بینی و تصویب قوانین و مقررات، سیاست گذاری و تصمیم گیری های مرتبط، تامین محیط حمایت کننده)
- پیشگیری ثانویه (با تهیه و استاندارد سازی راهنماهای تشخیص، ارزیابی و درمان عوامل خطر و بیماری قلبی

عروقی و فوریت ها)

- پیشگیری ثالثیه (با تقویت خدمات بازتوانی و توانبخشی قلبی)

اقدامات مربوط به بخش سلامت برنامه کشوری جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر) به شکل ادغام یافته در برنامه پزشک خانواده اجراء می شود. در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی، بهورزان یا کارداناان مبارزه با بیماری ها /بهداشت خانواده (شاغل در اولین سطح ارائه خدمات بهداشتی درمانی اولیه) لازم است هر ۳ سال یک بار تمام افراد ۳ سال و بالاتر تحت پوشش خود را از نظر وجود عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی غربالگری کنند و افرادی را که مشکوک به دارا بودن عوامل خطر یا بیماری قلبی عروقی (آنژین صدری، سکته قلبی، سکته مغزی) هستند، شناسایی و به پزشک ارجاع دهند. پزشکان افراد ارجاع شده را بررسی و کسانی که دارای عوامل خطر و یا بیماری قلبی عروقی هستند را مورد بررسی و تایید قرار می دهند. بهورزان/کارداناان بهداشتی بیماران را پیگیری و طبق دستورالعمل ماهانه و یا طبق دستور پزشک با فواصل کمتر، تحت مراقبت قرار می دهند. در این مراقبت فشارخون و وزن بیمار اندازه گیری می شود و به بیمار در خصوص رعایت رژیم غذایی مناسب، حفظ وزن مطلوب و یا کاهش وزن، عدم مصرف یا ترک مصرف دخانیات، انجام فعالیت بدنی و نحوه مصرف داروها آموزش داده می شود. در صورت لزوم اگر بیمار دارای علائم و نشانه های مشکل باشد یا علائمی که نشانه بروز عوارض است را ذکر کند، حسب مورد و دستورالعمل به پزشک ارجاع فوری یا غیر فوری می دهند.

طبق دستورالعمل، مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی سه ماه یکبار انجام می گیرد و در صورت لزوم طبق دستور پزشک با فواصل کمتر انجام می شود. آزمایشات و بررسی عوارض بیماری طبق دستورالعمل و به صورت دوره ای انجام خواهد شد. در صورت لزوم بیماران حسب مورد به سطح تخصصی ارجاع خواهند شد. مراقبت بیمار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی در برنامه سیاری پزشک و در خانه بهداشت انجام می شود.

تا کنون دو راهنمای بالینی برای مدیریت مطلوب فشارخون بالا و اختلال چربی خون متناسب برای استفاده پزشکان مراقبت های اولیه بهداشتی تهیه گردیده است. این موارد راهنماهایی برای تشخیص فشارخون بالا و اختلال چربی خون، ارزیابی بالینی، درمان و مدیریت منطقی و کنترل خوب فشارخون بالا و اختلال چربی خون است و در آینده بقیه راهنماها تهیه و در اختیار پزشکان قرار خواهد گرفت.

آموزش های همگانی و چهره به چهره در سطوح مختلف خدمات بهداشتی درمانی برای عموم، افراد در معرض خطر و بیماران در خصوص بیماری قلبی عروقی و تشویق به تغییر شیوه زندگی مانند رژیم غذایی مناسب (کم نمک، پر فیبر، کم چربی)، حفظ وزن مطلوب، فعالیت بدنی با شدت متوسط و مدیریت استرس و علاوه بر آن مصرف صحیح و منظم داروهای مناسب انجام می شود. پیگیری مداوم و منظم و مراقبت صحیح توسط کارکنان بهداشتی درمانی به افراد بیمار کمک می کند که تغییرات لازمه را برای دستیابی به هدف کنترل عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی ایجاد کنند. امید است با توسعه این برنامه در سطح کشور، به هدف کاهش بار بیماری قلبی عروقی دست یابیم.

اداره پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی

مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر

دستورالعمل اجرایی برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

مقدمه

طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فشار خون بالا به عنوان اولین برنامه اداره پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، در سال ۱۳۷۰ تهیه شد و در سال ۱۳۷۱ در شبکه خدمات بهداشتی درمانی روستایی ۶ شهرستان کشور به صورت آزمایشی اجراء گردید و پس از ارزشیابی از سال ۱۳۷۳ در شبکه های بهداشتی درمانی روستایی کشور اجراء و سپس در سال ۱۳۸۱ بطور کامل در تمام شبکه های بهداشتی درمانی روستایی کشور ادغام شد. از سال ۱۳۸۳ به علت دارا بودن گروه هدف مشابه (افراد ۳۰ سال و بالاتر) فقط در مرحله غربالگری، با برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت بطور مشترک در حال اجراء است.

از دیگر برنامه هایی که به دلیل اهمیت بیماری های قلبی عروقی به عنوان اولین علت مرگ در سال ۱۳۷۶ تهیه شده است، طرح پیشگیری و کنترل بیماری های عروق کرونر با رویکرد کنترل عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (تغذیه ناسالم، مصرف دخانیات، کم تحرکی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی) تهیه شده است. برنامه های اجرائی پیشگیری و کنترل مصرف دخانیات، فشارخون بالا، تغذیه ناسالم، چاقی و کم تحرکی به عنوان بخشی از طرح ملی پیشگیری و کنترل بیماری عروق کرونر تهیه و به تصویب رسیده شد. این طرح به علت مشکلات اجرایی در هماهنگی ها و سیاستگذاری های برون بخشی به مرحله اجراء گذاشته نشد و در سال ۱۳۸۱ مورد بازنگری قرار گرفت. سپس برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی بر مبنای برنامه راهبردی توسعه اقتصادی اجتماعی چهارم (۸۸-۱۳۸۴) در سال ۱۳۸۴ تهیه گردید. در این برنامه راهبردی تمرکز بر تهیه و اجراء برنامه های مداخلاتی در راستای اصلاح شیوه های زندگی در زمینه کم تحرکی، تغذیه نامناسب و مصرف دخانیات بوده است. این برنامه از سال ۱۳۸۵ در ۹ دانشگاه علوم پزشکی به اجراء گذاشته شده است.

در پنجاه و سومین اجلاس منطقه ای وزرای بهداشت منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت که در سال ۱۳۸۵ در ایران برگزار شد، یک سند راهبردی منطقه ای توسط صاحب نظران منطقه برای تقویت و جهت دهی برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر به منظور دستیابی به هدف جهانی کاهش ۲٪ مرگ های ناشی از بیماری های غیرواگیر تا سال ۲۰۱۵ در کشورهای عضو، تنظیم گردید. از طرف دیگر در سند سیاسی بخش بهداشت از برنامه ملی چهارم و پنجم توسعه کشور به عنوان هدف نهایی بر کاهش ۱۰٪ عوامل خطر بیماری های غیرواگیر تاکید شد. این مصوبات مبنایی برای

تهیه برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر گردیده است.

برنامه جامع قلب و عروق (که در حال حاضر به علت شیوع بیماری های عروق کرونر فقط به این بیماری توجه شده است) همانطور که از عنوان آن استنباط می شود، برنامه ای پیشگیرانه در سطوح مختلف برای عوامل خطر قلب و عروق و بیماری های قلبی عروقی شامل نارسایی قلبی، بیماری های ایسکمیک قلب و سکته مغزی است و امید است که با ادغام طرح مذکور در نظام سلامت و گسترش مداخلات در سطوح مختلف و عزم ملی و حمایت همه جانبه در بخش های مختلف و نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی بتوان تا ۵٪ از بار ناشی از بیماری های ایسکمی قلبی را که برای برنامه پنجم توسعه (۹۴-۱۳۹۰) هدف گذاری شده است، کاهش داد و از سیر صعودی این بیماری پیشگیری کرد.

سابقه

بیماری های قلبی عروقی اولین علت مرگ در کشور ایران هستند که از این میان بیماری ایسکمیک قلبی دارای میزان مرگ و میر بیشتری در این گروه بیماری ها هستند. طبق اطلاعات موجود بروز سکتة حاد قلبی در جامعه با افزایش سن و پیر شدن جمعیت افزایش می یابد و هزینه های مستقیم و غیر مستقیم بیماری قلبی ایسکمیک افزایش می یابد. بیماری ایسکمیک قلب قابل پیشگیری است و حتی اثرات منفی آن بعد از وقوع هم قابل تعدیل است. پیشگیری از بیماری ایسکمیک قلب یک ارزش افزوده دارد و با خود پیشگیری از سایر آسیب ها و بیماری ها را به همراه دارد. بیماری قلبی عروقی منشا چند علتی دارد و این عوامل خطر یکدیگر را بطور بالقوه تقویت می کنند و غالباً همراه با یکدیگر رخ می دهند.

شیوع عوامل خطر در جمعیت کشور در میان افراد ۱۵ تا ۶۴ سال به شرح زیر است:

روند شیوع عوامل خطر از سال های ۱۳۸۳ لغایت ۱۳۹۰ در بررسی های نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر- در گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال

عامل خطر	۱۳۸۳	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۹۰
فشارخون بالا(۹۰/۱۴۰ میلی متر جیوه و بیشتر)	٪۱۸/۶	٪۱۷/۴	٪۱۷/۴	٪۱۶/۸	٪۱۶/۱	٪۱۷/۴۶
کلسترول خون بالا(۲۰۰ میلیگرم در دسی لیتر و بیشتر)-۶۴-۲۵ سال	٪۴۳/۷	-	٪۳۲/۹	-	-	٪۲۷/۱۴
کلسترول HDL خون بالا(کمتر از ۴۰ میلیگرم در دسی لیتر در مردان و ۵۰ در زنان)-۶۴-۲۵ سال	-	-	-	-	-	-
تری گلیسیرید خون بالا (۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر و بیشتر) - ۶۴-۲۵ سال	-	-	٪۱۹/۲	-	-	-
قند خون بالا-۶۴-۲۵ سال	٪۱۰/۳	-	٪۹/۷	-	-	-
کم تحرکی		٪۳۰/۸	٪۳۵/۲	٪۳۷/۸	٪۳۹	٪۴۰/۶۷
عدم فعالیت در حین کار		٪۴۶/۳	٪۳۹/۸	٪۵۳/۹	٪۶۱/۹	-
عدم فعالیت در رفت و آمد		٪۲۵	٪۴۳/۸	٪۲۸/۹	٪۲۸/۳	-
عدم فعالیت در اوقات فراغت	٪۶۷/۵	٪۵۹/۸	٪۱۶/۶	٪۶۴/۵	٪۸۶/۱	-
مصرف دخانیات	٪۱۴/۲	٪۱۲/۲ (٪۱۱ روزانه)	٪۱۲/۳ (٪۱۱/۴ روزانه)	٪۱۲ (روزانه)	٪۱۱/۸ (٪۱۰/۸ روزانه)	٪۸/۴۲ (روزانه)
اضافه وزن	٪۲۸/۶	٪۲۹/۲	٪۲۹/۳	٪۲۹/۲	٪۲۸/۸	٪۲۸/۴۰

چاقی	%۱۴/۲	%۱۵/۲	%۱۶/۷	%۱۴/۸	%۱۵/۲	%۱۴/۸۰
مصرف میوه و سبزی کمتر از ۵ سهم در روز	%۹۱/۳	%۸۸/۲	%۸۷/۰	%۸۸/۲	%۸۸/۲	-
مصرف روغن جامد	%۸۳/۵	%۷۳/۲	%۳۸/۵	%۵۰/۹	%۵۲/۷	-
حداقل یک عامل خطر(کم خطر)	%۹۶/۶	%۹۶/۲	%۹۶/۸	%۹۶/۷	%۹۵/۷	
بدون عامل خطر(۴۴-۱۵ سال)*	%۹۶/۹	%۹۵/۴	%۹۶/۴	%۹۶/۳	-	
بدون عامل خطر(۶۴-۴۵ سال)*	%۹۹/۲	%۹۹/۲	%۹۸/۸	%۹۸/۹	-	

* شامل عوامل خطر مصرف سیگار روزانه، مصرف میوه و سبزی کمتر از ۵ سهم در روز، کم تحرکی (کمتر از ۶۰۰ مت)، اضافه وزن و چاقی (نمایه توده بدنی ۲۵ و بیشتر)، فشارخون بالا (۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بیشتر) است.

مطالعه ملی بار بیماری ها و آسیب ها، در ایران-۱۳۸۶

بار متناسب به عوامل خطر (DALY) و بیماری هایی که به عنوان عامل خطر عمل می کنند

نسبت بار عامل خطر از کل بار همه بیماری ها	نسبت بار عامل خطر از کل بار عوامل خطر (هم به عنوان عامل خطر و هم به عنوان بیماری)	نسبت بار عامل خطر از کل بار عوامل خطر (فقط به عنوان عامل خطر - ۲۷ عامل خطر)	نسبت بار عامل خطر از کل بار عوامل خطر (فقط به عنوان عامل خطر - ۲۷ عامل خطر)
%۳/۰۶	%۱۳/۰۳	%۱۸/۷	چاقی و اضافه وزن
%۲/۴۳	%۱۰/۳۶	%۱۴/۸۵	فشارخون بالا
%۲/۰۸	%۸/۸۵	%۱۲/۷	عدم فعالیت بدنی و ناکافی
%۱/۸۴	%۷/۸۴	%۱۱/۲۴	کلسترول خون بالا
%۰/۳۵	%۶/۳۷ (به عنوان عامل خطر و بیماری)	%۲/۱۵	دیابت
%۰/۱۶	%۲/۵۱	%۳/۶	مصرف دخانیات
%۰/۱۵	%۰/۶۳	%۰/۹	مصرف ناکافی سبزی و میوه
%۸۹	%۵۰	%۳۵/۹	سایر عوامل خطر

مطالعه ملی بار بیماری ها و آسیب ها، در ایران-۱۳۸۶
نسبت بار بیماری ها (DALY) برای ۱۰ علت اول بر حسب طبقات ICD و سه علت اول در هر طبقه

بیماری	نسبت بار بیماری (DALY) از کل	نسبت درون هر طبقه
حوادث عمدی و غیر عمدی	۲۷/۶٪	-
بیماری های روانی و اختلالات رفتاری	۱۶٪	-
بیماری های قلبی عروقی	۱۰/۵٪	-
۱-بیماری های ایسکمیک	۶/۱٪	۵۸/۰۹٪
۲-بیماری های عروقی مغز	۲/۵٪	۲۳/۸٪
۳-سایر بیماری های قلبی و عروقی	۱/۷٪	۱۹/۰۵٪
بیماری های حول تولد	۷/۷٪	-

با توجه به موارد پیشگفت می توان گفت پیشگیری از بیماری ایسکمیک قلب، هسته اصلی پیشگیری است و مبارزه علیه این بیماری هزینه -اثر بخش است و ارتقاء سلامت قلبی عروقی حداکثر الویت را دارد. بررسی ها نشان داده است توزیع مرگ بیماری قلبی عروقی در جوامع با فراهمی منابع، کاربرد راهنماهای بالینی تشخیصی و درمانی، وضعیت اجتماعی اقتصادی بیماران، دریافت خدمات، مدت زمان دسترسی به بیمارستان و استفاده از اقدامات تشخیصی و درمانی در مناطق مختلف متفاوت است. این وضعیت غیرقابل توجه و تنوع مهم در اقدامات و مراقبت های بیماری ایسکمیک قلبی بین مناطق جغرافیایی نیاز به کاهش این شکاف ها و برقراری عدالت در سلامت دارد که با هماهنگی و همکاری صاحب نظران بهداشتی به عنوان هدفی برای تامین حقوق شهروندان برای حفاظت از سلامتی خود، با اهداف مشترک از تضمین عدالت، کیفیت و مشارکت اجتماعی در نظام سلامت ملی تامین می گردد.

جنبه های کلی یک طرح جامع

طرح های جامع بهداشتی متشکل از آماده سازی و معرفی استانداردها، اهداف و مدل های مراقبت در حیطه های ارتقاء، پیشگیری، مهارت های بالینی و بازتوانی اجتماعی، نظام های اطلاعات و پژوهش برای درمان ادغام یافته بیماری ها یا شرایط مرتبط با هدف دستیابی به یک نظریه همگن و مشابه در حیطه نظام سلامت ملی هستند. یک برنامه جامع باید مطابق با نیازها و مبنی بر رضایت، حداقل استانداردها و مدل های مراقبت اساسی و پایه برای پیشگیری، تشخیص بموقع، درمان و توانبخشی یک بیماری یا گروهی از بیماری ها با یک اثر نهایی مهم و الگوی های گوناگون و متمایز از بروز و مراقبت، تهیه، معرفی، ارزیابی و اصلاح شود.

طرح های جامع مبتنی بر سه رکن هستند:

- ۱- استانداردهای روشن و واضح خدمات،
 - ۲- پیش بینی مناسب
 - ۳- ارزیابی نتایج.
- اصول راهنمای این طرح ها کاهش بی عدالتی، افزایش مراقبت و اطلاعات است.

طرح های جامع به تمامی جنبه های بیماری که می توان و باید توسط نظام سلامت بر آن غلبه کرد، اشاره دارند. هدف این طرح ها تاثیر بر روی مرگ، بیماری، رنج و بار اقتصادی و اجتماعی ناشی از بیماری یا گروه بیماری ها است. اصول عدالت آن ها بدنبال به حداقل رساندن تمایز و گوناگونی غیرقابل توجه بروز، شیوع، مراقبت و درمان است. دلیل دیگر برای توصیه به تهیه طرح های جامع توجه به نظام سلامت غیر متمرکز است، که نتیجه نهایی آن انتقال خدمات بهداشتی به واحدهای محیطی تر است. در نظامی با این خصوصیات تهیه شاخص های مشترک، در مجموع به عنوان یک عنصر هماهنگی ضروری برای سیاست های بهداشتی این جوامع، ضرورت می یابد. از یک طرف تهیه طرح های جامع، ارزیابی مشترک شاخص ها را برای شرکت در نظریه ادغام یافته و کامل نظام ممکن می سازد. از طرف دیگر تهیه شاخص های مشترک ارزیابی واقعی و مقایسه ای سطح اجرای اهداف پیشنهادی را ممکن می سازد.

یک طرح جامع معیارهایی را در مسیر سازماندهی جامع خدمات برای آسیب شناسی و رفع آن در نظام سلامت ایجاد می کند و حداقل استانداردها و مدل های مراقبتی اساسی، مشخص کردن اقدامات مؤثر شناخته شده، ارزیابی ابزارها و شاخص های فعالیت هارا تعیین می کند.

خصوصیت اساسی یک طرح جامع این حقیقت است که با تمرکز بر مردم _ بطور بالقوه بیمار، افراد در معرض خطر یا افرادی که در شرف ابتلاء به بیماری هستند یا افرادی که هم اکنون بیمار هستند _ و تمرکز بر حقوق آن ها برای دستیابی به حداقل استانداردهای کیفیت، با سازماندهی خدمات و توزیع منابع مطابق با اهدافی که مسئولیت جوامع است، تهیه شود.

هدف از معیارهای پذیرفته شده در چارچوب برنامه عملیاتی، بطور کلی شامل هر فردی است: افراد سالم، بیماران، کارکنان حرفه ای بهداشتی، مدیران و سیاستمداران، خصوصاً افراد مسئول مؤسسات یا صاحبانظران در زمینه بیماری، و هر کسی که مسئولیتی در این زمینه دارد.

اقدامات مرتبط با حیطة پیشگیری از بیماری، جمعیت عمومی را هدف قرار می دهد: افراد، خانواده ها، کارکنان حرفه ای بهداشتی (اساساً کسانی که در زمینه مراقبت های اولیه بهداشتی کار می کنند)، مربیان، افراد مسئول تغذیه و رستوران دانش آموزان، مدارس، معلمان، صنایع (بالاخص صنایع غذایی) و رسانه های همگانی اقدامات مرتبط با عوامل خطر، اساساً کارکنان بهداشتی که در مراقبت های اولیه بهداشتی کار می کنند و افراد در معرض خطر را هدف قرار می دهد.

اقدامات مرتبط با مراقبت ها، شامل بازتوانی، کارکنان بهداشتی که هم در خدمات اورژانس بیمارستان ها و در مراقبت های اولیه بهداشتی، مراقبت های تخصصی و در بیمارستان کار می کنند، بیماران و افراد خانواده آن ها و بطور کلی مسئولین برنامه ریزی و مراقبت را هدف قرار می دهد.

اقدامات مرتبط با تحقیقات، اساساً کارکنان بهداشتی و محققین در این زمینه را با هدف پیشرفت به سمت تحقیقات هماهنگ تر و با کیفیت بیشتر با سطح مشارکت بیشتر به عنوان یک مسیر ضروری برای پیشرفت در بر می گیرد. چارچوب اقدامات مورد توافق در یک برنامه جامع بیماری ایسکمیک قلبی مرجعی برای جوامع ارائه میدهد که خدمات خود را مطابق با مدل آن که مبتنی بر نیازمندی ها و ویژگی های آن هاست، سازماندهی کنند.

محتوی و ساختار یک طرح جامع و راهنمای آن شامل شرحی از یک چارچوب برای اقدام و مراقبت استاندارد برای تضمین پیشگیری، مراقبت و پایش مناسب مراحل بیماری ایسکمیک قلبی است که دارای خدمات استاندارد با اهداف روشنی است که منجر به بعضی اقدامات طی فرآیندها ی قبل از شروع بیماری تا توانبخشی می شود.

یک طرح جامع بیماری ایسکمیک قلبی باید دارای حیطه های مداخله زیر باشد:

- ۱- پیشگیری از عوامل خطر بیماری کرونر قلب در جامعه عمومی و ارتقاء رفتارها و عادات بهداشتی
- ۲- شناسایی، تشخیص و درمان بیماران دارای عوامل خطر بیماری ایسکمیک قلبی
- ۳- مراقبت بیماران دارای بیماری ایسکمیک قلبی
- ۴- پیشگیری ثانویه و توانبخشی قلبی
- ۵- نظام اطلاعات مرتبط با بیماری ایسکمیک قلبی
- ۶- پژوهش های مرتبط با بیماری ایسکمیک قلبی

گرچه دو مورد آخر جزء طبیعت کار حیطه های اول تا چهارم هستند. حیطه مراقبت در سه بخش مختلف توسعه یافته است: مراقبت بیماران دارای بیماری سندروم کرونری حاد، مراقبت بیماران مزمن و بیماران دارای پیوند عروق کرونر و پیوند قلب. هر کدام به سهم خود دارای اهمیت توجه بالایی هستند.



برای هر یک از این حیطه ها مداخلات استاندارد، اهداف، اقدامات و شاخص هایی وجود دارد.

تعاریف مفاهیم کلی

استاندارد: سطحی از اجراء برای یک معیار مورد تقاضا و سطحی از مراقبتی که افراد باید دریافت کنند، را تامین می کند. این سطح، مراقبت از یک شرایط و آسیب را برای تمام افراد و بیماران درگیر بطور برابر تضمین می کند و از تبعیض میان جمعیت اجتناب می کند.

اهداف: اهداف مقاصدی برای دستیابی و رسیدن هستند و برای کل جمعیت به سمتی که هدایت شده اند کاربرد دارد. این اهداف از منابع علمی و نهادها و مؤسسات و افراد معتبر بدست آمده است. این اهداف تاثیر قابل توجهی بر روی کاهش مرگ و بیماری و ناتوانی دارند. اهداف یافته های موفق و پیروز هستند، نه آماده کردن ابزارها یا وسایل، بنابر این ما باید قادر به اندازه گیری، پایش، تعیین کمیت و کیفیت و اصلاح آن ها باشیم.

اقدامات: فعالیت های کلی هستند که برای اجراء از یک طریق یا طرق دیگر مطابق با معیارهای سازمانی مختلف از صاحب نظران مختلف هستند. این فعالیت ها برای تضمین اجرای اهداف لازم الاجراء هستند. ما باید مطمئن شویم که اقدام مطابق با پیشنهادات راهنماهای بالینی تهیه شده مختلف انجام می شود، مگر یک تناقض خاص وجود داشته باشد. اقدامات موضوعاتی برای تغییر ذاتی در تحول و تکامل و پیشرفت دانش هستند. بنابر این ما باید قادر به روز رسانی آن ها باشیم.

شاخص ها: شاخص ها اندازه های فرآیند یا نتایجی هستند که برای ارزیابی اثربخشی طرح ضروری هستند. شاخص ها اطلاعات روشن و سازگاری را که می تواند به روز شود فراهم می کنند.

راهبردهایی برای معرفی، ارزیابی و پایش برنامه

بیماری ایسکمیک قلب یک مشکل بهداشتی جدی است و این مشکل حل نخواهد شد مگر مکانیزم ها و اقدامات مورد نیاز برای اجرای برنامه و ارزیابی دوره ای آن فراهم شود. پیشرفت مثبت در بهبود مراقبت جامع این بیماری نتیجه پذیرش، معرفی و اجرای برنامه توسط مسئولین است. این موارد، مسئولیت افرادی با ظرفیت کافی برای اجرای این وظیفه در حد گسترده یا کوچکتر است.

نحوه اجرای برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در ۳ مرحله اجراء می گردد.

۱- مرحله اول برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر قلب)

برای طراحی و اجرای مداخلات نیاز به هماهنگی های درون و برون بخشی وجود دارد. نقش سایر سازمان ها در این مرحله بیشتر است. تغییرات محیطی حمایت کننده، قانونگذاری و سیاستگذاری ها و تعیین خط مشی ها از موارد مهم در این مرحله است. در این مرحله اقدامات در راستای پیشگیری مقدماتی و ابتدایی است و می تواند برای کل افراد جامعه صورت گیرد که به نوبه خود در سایر سطوح پیشگیری نیز مؤثر است.

برای اجرای این مرحله که شامل طراحی و اجرای مداخلات کاهش عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی است، نیاز به توانمند سازی کارشناسان و مسئولین دانشگاه های مرتبط با این برنامه بود. به همین منظور دو کارگاه آموزشی برای آشنایی کارشناسان قلب و عروق با طراحی مداخلات در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ برای دانشگاه های علوم پزشکی منتخب کشور برگزار شد. این مرحله از سال ۱۳۸۵ در ۹ دانشگاه علوم پزشکی منتخب در حال اجرا است.

به منظور توسعه برنامه مجدداً دو کارگاه آموزشی برای آشنایی کارشناسان قلب و عروق تمام دانشگاه های علوم پزشکی کشور با نحوه ارزیابی خطر بیماری قلبی عروقی و نحوه طراحی مداخلات کاهش عوامل خطر بیماری قلبی عروقی، در تیر ماه و شهریور ماه سال ۱۳۹۱ به مرحله اجراء گذاشته شد.

حیطه مداخله: پیشگیری از عوامل خطر بیماری کرونر قلب در جامعه عمومی و ارتقاء رفتارها و عادات بهداشتی مناسب

این بخش برای مبارزه با سه عامل خطر مهم خطر قلبی عروقی مرتبط با شیوه زندگی شامل مصرف دخانیات، تغذیه نا سالم و کم تحرکی بدنی است.

اثر بخشی مداخلات مبتنی بر جامعه

مجموعه ای از مداخلات مبتنی بر شواهد علمی که بطور بالقوه برای سلامت همگانی با توجه به اهداف تغذیه ای و فعالیت بدنی بسیار مفید هستند وجود دارد. سازمان جهانی بهداشت در گزارش سالانه ۲۰۰۲ خود نشان می دهد بیماری

های قلبی عروقی نه تنها بیماری کشورهای غربی بلکه بیماری کشورهای در حال توسعه هستند و پیشنهاد می کند کشورها به مداخلات مبتنی بر جامعه به عنوان هزینه اثربخش ترین راهبرد، مانند کاهش نمک در غلات، کاهش چربی در رژیم غذایی، ارتقاء فعالیت بدنی، ترویج مصرف میوه و سبزی و کاهش شیوع مصرف دخانیات الویت بخشند. این گزارش بیان می کند در کشورهای توسعه یافته ۷ مورد از ۱۰ عامل خطر اولویت دار که سبب بروز اکثر بیمای ها می شوند، شامل همان عوامل خطر بیماری قلبی عروقی هستند که در کشورهای در حال توسعه با میزان مرگ کم، ۶ مورد و در کشورهای در حال توسعه با میزان مرگ بالا، ۳ مورد از ۱۰ مورد می باشند.

نمونه هایی از مداخلات جمعیتی

مطالعه سه جامعه در استانفورد در امریکا بین سال های ۱۹۷۲ و ۱۹۷۵ در دو شهر در کالیفرنیا شمالی با جمعیتی حدود ۲۷۰۰۰ نفر از ساکنین در مقایسه با جامعه کنترل با ۱۵۰۰۰ ساکن انجام شد. این مداخله شامل بسیج چند عاملی برای مقابله با عوامل خطر قلبی عروقی بود که اساساً مبتنی بر رسانه های همگانی شامل تلویزیون، رادیو و مطالب چاپی بود که در میان جمعیت توزیع شده بود. نتایج این مطالعه کاهش مهم و معنی داری در عوامل خطر بیماری قلبی عروقی مانند چاقی، مصرف دخانیات، کلسترول خون و فشارخون بالا نشان داد.

مطالعه کارلیای شمالی در فنلاند از سال ۱۹۷۲ در دو منطقه شرق کشور که مرگ بالایی ناشی از بیماری کرونر قلب داشتند، شروع شد. کارلیای شمالی منطقه مداخله و کوپیو منطقه رفرانس و شاهد بود. برنامه های جمعیتی زیادی از طریق رسانه های همگانی در کارلیای شمالی با هدف کاهش کلسترول، فشارخون و مصرف سیگار در جمعیت انجام شد. هر ۵ سال مطالعه ای برای پایش عوامل خطر در هر دو جامعه از ۱۹۷۲ تا ۱۹۹۲ انجام شد. ارزیابی اثر مداخله در کارلیای شمالی با مجموعه ای از تغییرات مشاهده شده در کاهش عوامل خطر و میزان مرگ در کارلیای شمالی همراه بود. حقیقت این است که راهبرد ملی متشکل از پیشگیری، ارتقاء سلامت در سطح جامعه و دسترسی به درمان دارویی به ۶۰٪ کاهش مرگ طی سال های ۱۹۷۰-۱۹۹۲ منجر شد. این مطالعه به طراحی مدل های مداخلات جمعیتی منجر شد که در سایر کشورها بکار گرفته شد.

۲- مرحله دوم برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

شناسایی و مراقبت بیماری فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون

در این مرحله از برنامه قلب و عروق که در حوزه وظایف وزارت بهداشت است، هدف شناسایی و ثبت بیماران مبتلا به بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی (شامل فشارخون بالا و اختلال چربی خون) و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی مراقبت و درمان بیماران برای دستیابی به هدف کنترل بیماری های فشارخون بالا و اختلال چربی خون است.

در ابتدا گروه هدف که شامل بیماران تشخیص داده شده مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون هستند از طریق فراخوان برای مراجعه به مراکز تعیین شده (مرکز بهداشتی درمان / واحد دیابت، خانه های بهداشت) دعوت می گردند و پس از تایید بیماری تحت مراقبت قرار می گیرند.

شناسایی افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی (یعنی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و بیماران مبتلا به اختلال

چربی خون) در روستا و شهر به صورت **غیر فعال** انجام می شود. این مرحله مستقل از مرحله اول در تمام دانشگاه های علوم پزشکی اجراء خواهد شد و کلیه شهرها می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

طول مدت مرحله دوم

برای اجرای این مرحله **شش ماه** در نظر گرفته شده است.

حیطه مداخله: شناسایی، مراقبت و درمان بیماران مبتلا به فشارخون بالا یا اختلال چربی خون
با توجه به شیوع بالای بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن و این حقیقت که در ورود به نظام سلامت عمومی در کشور تشخیص، درمان و پایش ترجیحا" در سطح مراقبت های اولیه بهداشتی با توجه به دسترسی به آن، رخ می دهد، مؤثرترین راه شناسایی، ساماندهی، مراقبت و درمان بیماران مبتلا به بیماری های فشارخون بالا و اختلال چربی خون برای دستیابی به هدف کنترل بیماری در جمعیت، استفاده از یک راهبرد فرصت طلبانه، بر مبنای استفاده از مزیت های چندگانه ملاقات ها و مشاوره های فردی با افراد مراجعه کننده به خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی، است.

۳- مرحله سوم برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

غربالگری و مراقبت عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر)
در این مرحله از برنامه قلب و عروق نیز که در حوزه وظایف وزارت بهداشت است، شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی از طریق غربالگری و بیماریابی انجام می گیرد و مراقبت های بهداشتی که در خدمات بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده ادغام شده است، در قالب فعالیت های تیم سلامت اجراء خواهد شد.
با توجه به اجرای برنامه پزشک خانواده در روستاها و شهرها و تکمیل بسته خدمتی پزشک خانواده بر مبنای دستورالعمل اجرایی و علمی برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی، این برنامه با استفاده از تیم سلامت پزشک خانواده قابل اجراء خواهد بود. در حال حاضر در مناطق روستایی که پوشش پزشک خانواده تقریبا" کامل است، این برنامه قابلیت اجرایی دارد. بعد از گسترش برنامه پزشک خانواده به شهرهای بزرگتر، این برنامه در تمام شهرها نیز قابل اجراء خواهد بود. با پوشش کامل برنامه پزشک خانواده، غربالگری افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی در روستا و شهر به صورت **فعال** اجراء خواهد شد.
در شهرهایی که تحت پوشش پزشک خانواده نیستند، نحوه اجرای برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی با روشی که در مناطق روستایی انجام می شود تا حدودی متفاوت خواهد بود. غربالگری افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی در این شهرها به صورت **غیر فعال** انجام می شود.
از آنجا که گروه هدف در برنامه غربالگری بیماری دیابت افراد ۳۰ سال و بالاتر هستند، لذا غربالگری در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی نیز برای هماهنگی با این برنامه در گروه ۳۰ سال و بالاتر بطور همزمان اجراء خواهد شد و بیماران شناسایی شده مطابق با پروتکل ها و دستورالعمل های برنامه های مربوطه (قلب و عروق، فشارخون، اختلال چربی خون و دیابت) تحت مراقبت و درمان قرار خواهند گرفت.
بدیهی است این مرحله مستقل از مرحله اول و پس از اجرای مرحله دوم در تمام دانشگاه های علوم پزشکی اجراء خواهد شد.

طول مدت مرحله سوم

بعد از شناسایی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و بیماران مبتلا به اختلال چربی خون و ساماندهی مراقبت این بیماران، قدم بعدی شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران تشخیص داده نشده از طریق غربالگری و بیماریابی است. با توجه به غیرفعال بودن برنامه غربالگری در شهرها، مدت زمان محدودی برای غربالگری و بیماریابی عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی و بیماری دیابت نمی توان تعیین کرد، اما برای پایش برنامه و پوشش حداکثری جمعیت منطقه، مدت زمان مرحله غربالگری و بیماریابی در مناطق روستایی و در شهرها **یک سال** تعیین خواهد شد.

حیطه مداخله: شناسایی، تشخیص و درمان بیماران دارای عوامل خطر و یا مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی

عوامل خطر قلبی عروقی یک خصوصیت بیولوژیکی یا هدایت کننده ای است که احتمال ابتلاء یا مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی در افرادی که این عوامل در آن ها مشاهده می شود را افزایش می دهد. غیاب این عوامل خطر احتمال ابتلاء به بیماری قلبی عروقی را رد نمی کند، و حضور آن ها هم بروز این بیماری را تضمین نمی کند. گرچه راه های زیادی برای تقسیم بندی عوامل خطر وجود دارد، اخیراً " یک طبقه بندی برای موارد اصلی پیشنهاد شده است که بین عوامل علتی تفاوت قائل می شود که شامل عوامل شرطی و عوامل مستعد کننده هستند.

عوامل علیتی شامل فشارخون بالا، مصرف دخانیات، اختلال چربی خون و دیابت شیرین هستند. این ها اساساً مهمترین و مستقل ترین عوامل هستند و قویترین ارتباط را با بیماری قلبی عروقی دارند و به شدت در جامعه بطور مکرر یافت می شوند.

عوامل شرطی: عواملی هستند که با خطر بزرگتری از بیماری قلبی عروقی همراه هستند، اما برای نقش علتی آن ها اثبات قطعی وجود ندارد، چون پتانسیل آتروژن آن ها یا شیوع آن ها در جامعه کم است. در میان این عوامل هیپرتری گلیسیریدمی، ذرات ال دی ال LDL کوچک و متراکم، هیپرهوموسیستمی، LP(a) بالا، عوامل پروترومبوتیک (فیبری نوژن) و مارکرهای التهابی (CRP) هستند.

عوامل زمینه ساز یا مستعد کننده: به عنوان عوامل دور در زنجیره علیتی بیماری قلبی عروقی در نظر گرفته می شوند و عمل آن ها از طریق واسطه، عوامل علیتی یا شرطی انجام می شود. در میان آن ها چاقی (که توسط انجمن قلب امریکا به عنوان عامل خطر مهم در نظر گرفته شده است)، چاقی شکمی، کم تحرکی (که توسط انجمن قلب امریکا به عنوان عامل خطر مهم در نظر گرفته شده است)، سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس در افراد درجه یک، بعضی از خصوصیات قومیتی و عوامل روانی هستند.

هر چه خطر قلبی عروقی بیشتر باشد اثر و کارآمدی مداخلات مهمتر است و در نتیجه لازم است برای اقدام، الویت بندی انجام دهیم. محاسبه خطر قلبی عروقی علیرغم محدودیت آن مفیدترین ابزار موجود رایج در مطب ها برای تعیین الویت ها در پیشگیری اولیه و تصمیم گیری در مورد شدت مداخلات است. بنابر این محاسبه و طبقه بندی خطر قلبی عروقی عامل مفیدی در مراقبت بیمار دارای عوامل خطر قلبی عروقی است.

الویت های پیشگیری از بیماری قلبی عروقی در گروه های هدف به ترتیب اهمیت زیاد تا کم شامل زیر است:

۱- افراد دارای بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی)

۲- افراد بدون بیماری قلبی عروقی اما دارای خطر بالای ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده

۳- افراد بدون بیماری قلبی عروقی اما دارای خطر متوسط قلبی عروقی و حداقل یک عامل خطر

۴- افراد بدون بیماری قلبی عروقی اما دارای خطر کم قلبی عروقی و بدون عامل خطر

تشخیص، درمان و پایش ترجیحاً" در سطح مراقبت های اولیه بهداشتی انجام می شود. مؤثرترین راه شناسایی عوامل خطر در جمعیت، استفاده از یک راهبرد غربالگری از طرق مختلف از جمله فراخوان و یا فرصت طلبانه با استفاده از مراجعات افراد برای دریافت خدمات و مراقبت های بهداشتی و مشاوره های فردی در سطح مراقبت های اولیه بهداشتی است.

بیماران نیازمند خدمات تخصصی توسط پزشک یا پزشکان عمومی دوره دیده این واحد یا مراکز بهداشتی درمانی روستایی به سطح بالاتر که کلینیک های تخصصی (مرکز ویژه قلب و عروق) و بیمارستان ها هستند، ارجاع خواهند شد.

در شهرهایی که تحت پوشش پزشک خانواده نیستند، نحوه اجرای مرحله دوم و سوم برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی با روشی که در مناطق روستایی انجام می شود به علت ویژگی های ساختاری، دسترسی به افراد تحت پوشش، منطقه فیزیکی و دسترسی به بخش های خصوصی، تا حدودی متفاوت خواهد بود، اما اهداف برنامه در هر دو منطقه مشابه است.

روش ثبت مشخصات افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده در شهرها (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی /پایگاه تندرستی) جهت غربالگری، مراقبت و درمان بیماران و افراد ارائه دهنده خدمات، روش گزارش دهی و جمع آوری اطلاعات و محل ارائه خدمات با آنچه در مناطق روستایی اجرا می شود، متفاوت است. اما دستورالعمل های غربالگری، بیماریابی، مراقبت و راهنماهای ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون و سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی در دو منطقه مشابه خواهد بود.

در روستاها شناسایی، آموزش، مراقبت و درمان بیماران در خانه های بهداشت و توسط تیم سلامت انجام خواهد شد. در شهرها شناسایی، آموزش، مراقبت و درمان بیماران در مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده (واحدهای دیابت/پایگاه های تندرستی) و مراکز بهداشتی درمانی شهری و توسط تیم سلامت انجام خواهد شد و حسب ساختار و امکانات و تجهیزات تامین شده، اغلب خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز در این مکان ارائه خواهد شد.

بیماران نیازمند خدمات تخصصی توسط پزشک یا پزشکان عمومی دوره دیده این واحد یا مراکز بهداشتی درمانی روستایی به سطح بالاتر که کلینیک های تخصصی (مرکز ویژه قلب و عروق) و بیمارستان ها هستند، ارجاع خواهند شد.

همچنین نظام گزارش دهی در بعضی مناطق مبتنی بر کاغذ و در بعضی مناطق بر اساس نرم افزار ثبت طراحی شده خواهد بود.

اقدامات اجرایی برنامه در سطح دانشگاه های علوم پزشکی

- تشکیل کمیته علمی مشورتی استانی/دانشگاهی قلب و عروق و زیر کمیته های دخانیات، تغذیه و فعالیت بدنی
- تعیین مراکز بهداشتی درمانی شهری مجری برنامه غربالگری و ارائه خدمات قلبی عروقی (مشترک با برنامه دیابت)
- تعیین مراکز بهداشتی درمانی شهری مجری برنامه غربالگری و ارائه خدمات قلبی عروقی (مشترک با برنامه دیابت)
- به عنوان **واحدهای دیابت** (یا پایگاه های تندرستی) چه در بخش خصوصی و چه در بخش دولتی
- تامین نیروی انسانی مورد نیاز (کارشناس یا کاردان مبارزه با بیماری ها/بهداشت خانواده/پرستاری، پزشک

- عمومی/متخصص داخلی، کارشناس تغذیه،.....)
- تعیین و راه اندازی مرکز ویژه قلب و عروق در استان/دانشگاه
- تعیین مراکز تخصصی همکار برنامه(مطب ها یا درمانگاه های دولتی یا خصوصی تخصصی در زمینه قلب و عروق، چشم، کلیه و مجاری ادرار، داخلی مغز و اعصاب، غدد و.....)
- تامین تجهیزات مورد نیاز(گوشی پزشکی و دستگاه فشارسنج، ترازو، قد سنج، برنامه نرم افزاری، رایانه ، گلوکومتر، دستگاه سنجش چربی خون،.....)
- تامین دارو ها و وسایل تشخیصی مورد نیاز
- تعیین آزمایشگاه های منتخب برنامه در شهرها در صورتی که در مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده آزمایشگاه وجود نداشته باشد
- تجهیز آزمایشگاه ها برای انجام آزمایش های مورد نیاز در برنامه
- نظارت بر حسن اجرای برنامه در آزمایشگاه های منتخب
- آموزش کارشناسان مراکز بهداشت ، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و کارشناسان مراکز بهداشتی درمانی شهری
- مجری برنامه غربالگری و ارائه خدمات قلبی عروقی
- هماهنگی با معاونت های درمان، ادارات دارو و غذا در اجرای برنامه
- برگزاری دوره های آموزشی و بازآموزی
- همکاری در اجرای تحقیقات مورد نیاز در برنامه
- تهیه مطالب و برنامه های آموزشی
- طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر جامعه برای کاهش عوامل خطر قلبی عروقی با همکاری زیر کمیته های تخصصی
- ابلاغ شروع برنامه ثبت بیماران به مدت ۶ ماه(مرحله دوم) و سپس شروع برنامه غربالگری به مدت یک سال(مرحله سوم)
- نظارت و پایش اجرای برنامه
- گزارش گیری و بازخورد نتایج برنامه به سطح شهرستان
- گزارش دهی پیشرفت برنامه به کمیته علمی مشورتی دانشگاه و واحد بیماری های غیرواگیر

خدمات بهداشتی درمانی در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

- ۱-اطلاع رسانی عمومی و آموزش،
- ۲- غربالگری وجود عوامل خطر بروز بیماری قلبی عروقی،
- ۳-بیماریابی و تشخیص بیماری،
- ۴-درمان عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی
- ۵-پیگیری و مراقبت، و
- ۶-پایش و ارزشیابی

۱- اطلاع رسانی عمومی و آموزش

- اطلاع رسانی و توجیه در خصوص اهمیت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن و پیشگیری و کنترل آن برای سیاستگذاران

- اطلاع رسانی و آموزش عموم جامعه در ارتباط با شناخت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر و عوارض آن و مراجعه برای ثبت بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون (مرحله دوم)

- اطلاع رسانی و آموزش عموم جامعه در ارتباط با شناخت و پیشگیری از بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر و عوارض آن و مراجعه برای غربالگری (مرحله سوم)

- آموزش کارکنان بهداشتی درمانی و اجرایی در شهرها

- آموزش بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی و خانواده های آنان

- آموزش مبتلایان به عوامل خطر مهم بیماری قلبی عروقی (افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی)

۲- غربالگری وجود عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی

در مرحله دوم هدف از غربالگری تعیین سایر عوامل خطر در بیماران شناخته شده مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون است.

در مرحله سوم هدف از غربالگری شناسایی عوامل خطر و بیماری های زمینه ساز قلبی عروقی در کل افراد ۳۰ سال و بالاتر جامعه است.

موارد زیر در غربالگری شناسایی می شود:

- اضافه وزن و چاقی

- فشارخون بالا (۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر)

- اختلال چربی خون

- دیابت

- سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

- سابقه سکته قلبی و مغزی و بیماری عروقی کرونر

-انجام آزمون غربالگری بیوشیمیایی

- انجام آزمایش سرمی برای آزمون غربالگری قند خون بالا* و اختلال چربی خون**

*دیابت(قند خون ۱۲۶ میلیگرم در دسی لیتر و بیشتر در دو نوبت آزمایش قند خون ناشتا)

**اختلال چربی خون (مقادیر طبیعی چربی های خون : تری گلیسیرید(TG) کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر، کلسترول(Cholestrol) خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر، LDL کمتر از ۱۱۰ میلی گرم در دسی لیتر و HDL کمتر از ۴۵ میلی گرم در دسی لیتر در مردان و کمتر از ۵۰ در زنان است.

۳-بیماریابی و تشخیص بیماری

- تشخیص و تایید نهایی عوامل خطر /بیماری های زمینه ساز(فشارخون بالا،اختلال چربی خون،دیابت و چاقی)

- تشخیص و تایید نهایی بیماری قلبی عروقی (بیماری های عروق کرونر)

-ارجاع به سطوح تخصصی

۴- درمان عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی

- درمان عوامل خطر /بیماری های زمینه ساز(فشارخون بالا،اختلال چربی خون،دیابت و چاقی) بر اساس راهنماهای کشوری ارزیابی،تشخیص و درمان بیماری در برنامه
- درمان بیماری قلبی عروقی (بیماری های عروق کرونر)
- درمان بموقع و صحیح عوارض بیماری
- ارجاع به سطوح تخصصی در صورت لزوم

۵- پیگیری و مراقبت

- ویزیت های منظم براساس دستورالعمل کشوری برنامه جهت دستیابی به کنترل مطلوب و پیشگیری از عوارض زودرس و دیررس بیماری
- پیگیری های لازم بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه و مراقبت منظم
- مشاوره های تخصصی لازم
- آموزش و توصیه های مؤثر و مهم در اصلاح شیوه زندگی ناسالم
- ارجاع به سطوح بالاتر در صورت لزوم

۶-ارزشیابی

- پایش منظم عملکرد اجرایی برنامه
- ارزشیابی برنامه با تواتر منظم

منابع مورد نیاز

-منابع انسانی:

- سطح اول:** پزشک عمومی، کارکنان بهداشتی غیر پزشک (کاردان بیماری ها، کارشناس بیماری ها، کاردان /کارشناس بهداشت خانواده، پرستار، ماما، بهورز، کارشناس تغذیه) این افراد در تیم سلامت موجود هستند.
- سطح دوم:** پزشک متخصص داخلی /متخصص قلب و عروق، متخصص چشم، متخصص کلیه و مجاری ادرار، متخصص مغز و اعصاب، روانشناس بالینی، کارشناس تربیت بدنی، سایر تخصص ها حسب مورد، بیمارستان عمومی برای ارائه خدمات بستری و سرپایی (کلینیک های ویژه)
- سطح سوم:** پزشک متخصص قلب و عروق، فوق تخصص های مرتبط، متخصص چشم، متخصص کلیه و مجاری ادرار، متخصص مغز و اعصاب، روانشناس بالینی، کارشناس تربیت بدنی، سایر تخصص ها حسب مورد، بیمارستان تخصصی برای ارائه خدمات بستری و سرپایی (کلینیک های ویژه)

-تجهیزات:

- سطح اول:** دستگاه فشارسنج، گوشی، نوار اندازه گیری (متر)، ترازو، سخت افزار (رایانه، پرینتر در صورت امکان)، تست های آزمایشگاهی (قند، هموگلوبین گلیکوزیله، چربی های خون، کراتی نین، اوره، اسید اوریک، شمارش گلبولی خون، کامل

ادرار)

سطح دوم: سخت افزار (رایانه، پرینتر)، دستگاه فشارسنج، گوشی، نوار اندازه گیری، ترازو، الکتروکاردیوگرام، تست ورزش، اکو کاردیوگرافی، رادیولوژی، آنژیوگرافی، تست های آزمایشگاهی (تست های کبدی، تیروئید،.....)

سطح سوم: سخت افزار (رایانه، پرینتر)، دستگاه فشارسنج، گوشی، نوار اندازه گیری، ترازو، الکتروکاردیوگرام، تست ورزش، اکو مری، اکو ترانس توراسیک، استرس اکو، اسکن اسپکت، رادیولوژی، تست های آزمایشگاهی، اسکن اسپیرال، آنژیوگرافی کرونر، سی تی آنژیو کرونر، سی تی آنژیو سایر عروق، CXR

- داروها:

سطح اول (فارماکوپه دارویی مراکز بهداشتی درمانی): مدر های تیازیدی، بتا بلوکرها، آسپیرین، متفورمین، استاتین ها، بلوک کننده های کانال کلسیم، مهار کننده های آنژیوتانسین، بلوک کننده های آنژیوتانسین، نیترات ها،

سطح دوم و سوم (تخصصی): مدر های تیازیدی و غیر تیازیدی، بتا بلوکرها، آسپیرین، متفورمین، استاتین ها، بلوک کننده های کانال کلسیم، مهار کننده های آنژیوتانسین، بلوک کننده های آنژیوتانسین، نیترات ها، استرپتوکیناز

- سایر تسهیلات:

سطح اول: فرم های مربوطه برای ثبت و غربالگری و گزارش دهی و ارجاع، نرم افزار برنامه در صورت وجود تسهیلات رایانه ای

تسهیلات لازم برای انجام آزمایشات لازم خون و ادرار (کلسترول، اچ دی ال، تری گلیسیرید، کلسیم، سدیم، قندخون ناشتا، تحمل گلوکز، هموگلوبین گلیکوزیله، اسید اوریک، اوره، کامل ادرار، تسهیلات برای ارجاع به سطح بالاتر: وسیله نقلیه برای موارد اورژانس

سطح دوم: فرم های مربوطه برای گزارش دهی، ارجاع، ثبت موارد، نرم افزار برنامه (در صورت تهیه و موجود بودن)، تسهیلات لازم برای انجام آزمایشات لازم خون و ادرار (کلسترول، وی ال دی ال، اچ دی ال، تری گلیسیرید، کلسیم، سدیم، قندخون ناشتا و تحمل گلوکز، هموگلوبین گلیکوزیله، اسید اوریک، اوره، آلبومین و قند ادرار، کامل ادرار UA، پروتئین ادرار، پروتئین ۲۴ ساعته ادرار، CBC, LFT, TFT, P.S.A, CRP, ESR, PT, INR, UProt ,Ufor24Prot

بخش مراقبت های ویژه، بخش توانبخشی قلبی (در صورت امکان)

تسهیلات برای ارجاع به سطح بالاتر: آمبولانس

سطح سوم: فرم های مربوطه برای گزارش دهی، ارجاع، ثبت موارد، نرم افزار برنامه (در صورت تهیه و موجود بودن)، تسهیلات لازم برای انجام آزمایشات لازم خون و ادرار (کلسترول، وی ال دی ال، اچ دی ال، تری گلیسیرید، کلسیم، سدیم، قندخون ناشتا و تحمل گلوکز، هموگلوبین گلیکوزیله، اسید اوریک، اوره، آلبومین و قند ادرار، کامل ادرار UA، پروتئین ادرار، پروتئین ۲۴ ساعته ادرار، CBC, LFT, TFT, P.S.A, CRP, ESR, PT, INR, UProt ,Ufor24Prot

تسهیلات برای ارجاع به سطح بالاتر: آمبولانس

بخش مراقبت های ویژه، امکانات جراحی های قلب، امکان آنژیو پلاستی عروق، بخش توانبخشی قلبی (در صورت امکان)

تیم های اجرایی برنامه

تیم اجرایی دانشگاهی: رئیس دانشگاه، معاون بهداشتی، معاون درمان، کارشناسان قلب و عروق، آموزش سلامت، بهورزی، بهداشت خانواده در سطوح دانشگاهی و شهرستانی

تیم غربالگری و بیماریابی: بهورز، کاردان/کارشناس بیماری ها/بهداشت خانواده، پرستار، ماما

تیم درمان پزشکی: پزشکان عمومی و متخصص، پزشک عمومی دوره دیده، کارشناس تغذیه، دیگر مشاورین و گروه های تخصصی

تیم مراقبت های پزشکی: پزشکان عمومی و متخصص، پزشک عمومی دوره دیده، پرستار، ماما، کارشناس تغذیه، دیگر گروه های تخصصی، بهورز، کاردان/کارشناس بیماری ها/بهداشت خانواده، پرستار/ماما

تیم پیگیری: پرستار، منشی، بهورز، کاردان/کارشناس

تیم حمایتی و مددکاری: پرستار، مددکار، سازمان های دولتی و غیر دولتی و خیریه حمایتی، انجمن ها

تیم نظارتی دانشگاهی: رئیس دانشگاه، معاون بهداشتی، معاون درمان، کارشناس قلب و عروق، کارشناس بهداشت خانواده، کارشناس تغذیه و کارشناس بهورزی در سطوح دانشگاهی و شهرستانی، کاردان مبارزه با بیماری ها

تشکیلات و وظایف سطوح مختلف در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن در دانشگاه علوم پزشکی

وظایف سطح شبکه /مرکز بهداشت(معاونت بهداشتی) دانشگاه

- تشکیل کمیته علمی مشورتی قلب و عروق
- تشکیل زیر کمیته های دخانیات، تغذیه و فعالیت بدنی
- تعیین و همکاری در راه اندازی مرکز ویژه قلب و عروق در استان/دانشگاه (در مراکز تحقیقاتی قلب و عروق/بیمارستان ها) یا جلب همکاری درمانگاه های خصوصی تخصصی قلب
- تعیین و راه اندازی واحدهای دیابت، و تقویت مراکز بهداشتی درمانی برای ارائه خدمات ادغام یافته قلب و عروق(مشابه خدمات در پایگاه تندرستی) در شهرستان
- تجهیز و پشتیبانی واحدها و مراکز
- جمع آوری اطلاعات و گزارش دهی به سطح ستادی وزارت بهداشت(مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر)
- همکاری در برنامه ریزی و اجرای مداخلات کاهش عوامل خطر قلبی عروقی
- همکاری و هماهنگی با سایر سازمان های درگیر در طراحی و اجرای مداخلات
- نظارت بر اجرای مداخلات
- هماهنگی با معاونت درمان و اداره دارو و غذا،
- برگزاری دوره ها و برنامه های آموزشی و بازآموزی برای کارکنان بهداشتی درمانی مربوطه
- تهیه و اجرای برنامه های آموزشی برای جامعه
- همکاری در اجرای تحقیقات مورد نیاز در برنامه
- نظارت بر حسن اجرای برنامه در سطح دانشگاه

وظایف کمیته علمی مشورتی استانی/دانشگاهی قلب و عروق در سطح دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی درمانی

اعضای اصلی: رییس دانشگاه، معاون بهداشتی، معاون درمان، نماینده دارو و غذا، مدیر گروه مبارزه با بیماری ها، کارشناس مسئول مبارزه با بیماری های غیرواگیر، پزشک متخصص هماهنگ کننده علمی اجرایی برنامه قلب و عروق، کارشناس برنامه قلب و عروق، کارشناس برنامه دیابت، کارشناس مسئول گسترش شبکه،

اعضای کمیته حسب مورد: معاون پژوهشی، مدیر گروه پرستاری، مدیر گروه آموزش بهداشت، مدیر گروه جمعیت و سلامت خانواده، کارشناس مسئول بهورزی، مدیر گروه بهبود تغذیه جامعه، پزشک عمومی دوره دیده، کارشناس مسئول امور آزمایشگاه

وظایف:

- برنامه ریزی برای اجرای برنامه جامع قلب و عروق
- نظارت، پیگیری و ارزشیابی برنامه
- تهیه و تدوین برنامه های آموزشی و باز آموزی برای سطوح مختلف اجرایی
- برنامه ریزی برای تهیه و توزیع نیازهای دارویی، تجهیزات و آزمایشگاهی و نیروی انسانی توسط معاونت های درمان و دارو، غذا و پشتیبانی
- حمایت از تأمین حداقل استانداردهای بهداشتی درمانی
- هماهنگی های برون بخشی
- حمایت از فعالیت های آموزشی مرتبط با بیماری های قلبی عروقی
- حمایت از تحقیقات در راستای اهداف برنامه و ارزشیابی برنامه و الویت های تعیین شده
- حمایت از کنترل کیفی آزمایش ها توسط آزمایشگاه مرجع
- فعالیت برای ایمنی مواد غذایی و در دسترس بودن مواد غذایی سالم و رژیمی
- حمایت از تشکیل مرکز ویژه قلب و عروق در استان/دانشگاه و شهرستان و تلاش برای توسعه آن ها
- همکاری در برنامه ریزی و اجرای مداخلات کاهش عوامل خطر قلبی عروقی
- نظارت بر اجرای مداخلات
- نظارت بر زیر کمیته های دخانیات، تعذیه و فعالیت بدنی

وظایف معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

- همکاری با معاون بهداشتی دانشگاه
- شرکت در جلسه های کمیته مشورتی قلب و عروق دانشگاه
- تأمین دارو و وسایل تشخیصی مورد نیاز
- ایجاد و تدارک سطح تخصصی در بیمارستان ها /درمانگاه های شهرستان ها
- ابلاغ به متخصصین مربوطه (دولتی و خصوصی) برای همکاری در نظام ارجاع با استفاده از ابزارهای انگیزشی
- تعیین و راه اندازی مرکز ویژه قلب و عروق در استان/دانشگاه (در مراکز تحقیقاتی قلب و عروق/بیمارستان ها) یا جلب همکاری درمانگاه های خصوصی قلب

- تأمین نیروی انسانی مورد نیاز مرکز ویژه قلب و عروق (پرستار، کارشناس تغذیه، پزشک متخصص قلب و عروق/داخلی و پزشک عمومی دوره دیده)
- کمک به تأمین تجهیزات خود مراقبتی در شهرها و تسهیل دسترسی به داروها
- تجهیز آزمایشگاه ها برای انجام آزمایش های مورد نیاز در برنامه
- تعیین آزمایشگاه های منتخب برنامه در شهرها
- نظارت بر حسن اجرای برنامه در آزمایشگاه های منتخب
- هماهنگی با معاونت بهداشتی، مراکز بهداشتی درمانی، واحدهای دیابت، مرکز ویژه قلب و عروق و گروه بیماری های غیر واگیر در اجرای برنامه های آموزشی و بازآموزی
- همکاری در اجرای تحقیقات مورد نیاز در برنامه

وظایف سطح شبکه /مرکز بهداشت شهرستان

- اجرای برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در سطح شهرستان (مناطق روستایی و شهری)
- همکاری در برنامه ریزی و اجرای مداخلات کاهش عوامل خطر قلبی عروقی
- نظارت بر اجرای مداخلات
- همکاری با سایر سازمان های درگیر در طراحی و اجرای مداخلات
- برنامه ریزی اجرایی سطوح مجری غربالگری شهری از طریق برآورد تعداد مراکز غربالگری (واحدهای دیابت/پایگاه های تندرستی) مورد نیاز، بلوک بندی و تصمیم گیری درخصوص پوشش نقاط حاشیه ای با بهره گیری از خدمات بخش خصوصی
- تعیین و راه اندازی واحدهای دیابت در شهرستان
- فراخوان بخش خصوصی برای پوشش نقاط حاشیه ای
- همکاری در برگزاری دوره های آموزشی و بازآموزی برای کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و واحدهای دیابت/پایگاه های تندرستی در رابطه با برنامه
- عقد قرارداد با بخش خصوصی و پرداخت هزینه سرانه مراقبت و نظارت بر حسن انجام کار آن ها بر اساس اصول برنامه و استانداردهای ارائه خدمات
- فراخوان عمومی در سطح منطقه برای ثبت بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون در مرحله اول و فراخوان برای انجام غربالگری در مرحله دوم
- همکاری با سطوح اجرایی مراقبتی برای پیگیری و مراقبت درمانی بیماران شناسایی شده
- نظارت و پایش و ارزشیابی برنامه
- جمع آوری اطلاعات و گزارش دهی به سطح معاونت بهداشتی
- همکاری در اجرای تحقیقات کاربردی مورد نیاز در برنامه

۱- سطح خدمات تخصصی:

الف- مرکز ویژه قلب و عروق در سطح دانشگاه

مرکز ویژه قلب بعنوان مرکز ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی که می تواند هم در بخش خصوصی و هم در یک مرکز تحقیقات قلب و عروق و یا بخشی از بیمارستان آموزشی مستقر باشد. این مرکز برای ارائه خدمات تخصصی

و فوق تخصصی به بیماران قلبی عروقی پیش بینی شده است. در صورت نبود مرکز ویژه قلب و عروق در شهر می توان از مطب ها و درمانگاه های تخصصی قلب و عروق به عنوان سطح تخصصی ارجاع از مرکز بهداشتی درمانی / واحددیابت استفاده کرد. مسئولین این مراکز باید نسبت به برنامه توجیه شوند و مطابق با برنامه بیماران ارجاعی را بپذیرند و مطابق با پروتکل های درمانی تحت مراقبت و درمان قرار دهند.

بر حسب فراهمی شرایط و موجود بودن امکانات، این مرکز می تواند هم در سطح شهرستان و هم در سطح مرکز استان یا دانشگاه و در غیر اینصورت فقط در سطح مرکز استان یا دانشگاه مستقر شود.

۱- الف- این مرکز باید حداقل امکانات زیر را داشته باشد:

- تسهیلات و امکانات انجام تست ورزش، اکوکاردیوگرافی، اسکن قلب (در صورت امکان)
- تجهیزات کلاس درس (میز، صندلی، وایت برد)، ویدئو پروژکتور، رایانه، ماکت های آموزشی، تلویزیون و ویدئو

۲- الف- نیروی انسانی مورد نیاز مرکز ویژه قلب و عروق

- پزشک متخصص قلب و عروق (Focal Point) هماهنگ کننده علمی، اجرایی دانشگاه
- سایر کارکنان ارائه دهنده خدمت: پزشک عمومی دوره دیده، پرستار، کارشناس تغذیه و...
- متخصصین رشته های مختلف در ارتباط با عوارض بیماری قلبی عروقی (کلیه و مجاری ادرار، مغز و اعصاب، چشم، روانشناس بالینی،...)

۳- الف- وظایف مرکز ویژه قلب و عروق استان / دانشگاه

- پذیرش موارد ارجاع شده از واحد های دیابت/ مراکز بهداشتی درمانی/ پایگاه های تندرستی
- آموزش عموم مردم، بیماران و کارکنان سطوح مختلف بهداشتی درمانی
- درمان بیماری در سطح تخصصی تر
- تشخیص و درمان عوارض در سطح تخصصی تر
- جمع آوری اطلاعات و داده ها و گزارش به مرکز بهداشت شهرستان / دانشگاه علوم پزشکی حسب مورد
- ارائه پس خوراند به سطح پایین تر (واحدهای دیابت/ مراکز بهداشتی درمانی / پایگاه های تندرستی، و سایر واحدهای ارجاع دهنده بیماران)
- پژوهش

ب- مرکز جامع دیابت در سطح دانشگاه

مرکز جامع دیابت بعنوان مرکز ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی می تواند در یک مرکز تحقیقات دیابت و یا مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم و یا بخشی از بیمارستان آموزشی مستقر باشد. این مرکز برای ارائه خدمات به بیماران دیابتی و بیماران قلبی عروقی که مبتلا به دیابت (برای کنترل بیماری دیابت) هم هستند، پیش بینی شده است. این مرکز در سطح مرکز استان یا دانشگاه مستقر خواهد بود.

ج- بیمارستان های عمومی و تخصصی

بیمارستان های عمومی و تخصصی بعنوان مرکز ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی سرپایی و بسترسی می تواند

خدمت ارائه دهند. بیمارستان در سطح شهرستان و مرکز استان یا دانشگاه مستقر خواهد بود.

۲- سطح مراقبت های اولیه بهداشتی و خدمات غربالگری:

واحدهای دیابت در مناطق شهری بعنوان سطوح اول و دوم پیشگیری هستند. خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی در مناطق روستایی به عنوان سطح اول و واحدهای دیابت به عنوان سطح دوم برای مناطق روستایی محسوب می شوند.

الف- واحدهای دیابت در برنامه قلب و عروق شهری

در ابتدا واحدهای دیابت، فعالیت خود را با ارائه خدمات به بیماران دیابتی و پره دیابتی آغاز نموده اند و با ایجاد امکانات ارائه خدمت به دیگر بیماران مبتلا به بیماری های غیرواگیر، این واحدها به **واحدهای بیماری های غیرواگیر** تبدیل خواهند شد و واحد دیابت یکی از بخش های آن خواهد بود. درحقیقت اجرای برنامه پیشگیری و کنترل بیماری دیابت در شهرها بستری برای ارائه خدمات ادغام یافته در سطوح مختلف پیشگیری برای دیگر بیماری های غیرواگیر است.

واحدهای دیابت می توانند در بخش دولتی یا خصوصی تشکیل شده و ارائه خدمت نمایند. در این مرکز در کنار پزشک عمومی دوره دیده دیابت، یک پرستار و یک کارشناس تغذیه خدمت می کنند. مراکز بهداشتی درمانی هم برای اجرای برنامه در کنار پزشک عمومی دوره دیده دیابت، می توانند از نیروی پرستار و کارشناس تغذیه (اعضای تیم سلامت) استفاده کنند. غربالگری، بیماریابی، آموزش و درمان افراد واجد شرایط غربالگری و سپس بیماران دیابتی و افراد پره دیابتی و سایر افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی در این مرکز انجام خواهد شد و اغلب خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز این بیماران در این مکان ارائه خواهد شد. در این واحدها، بخشی از خدمات سطح سوم شامل درمان عوارض بیماری و خدمات توانبخشی می تواند انجام شود.

بدیهی است که بیماران نیازمند خدمات تخصصی و فوق تخصصی سرپایی و بستری، توسط پزشک یا پزشکان عمومی دوره دیده این مراکز به سطح بالاتر که شامل مرکز جامع دیابت و مرکز ویژه قلب و عروق و بیمارستان های آموزشی تحت پوشش این برنامه هستند، ارجاع خواهند شد.

این واحد در سطح شهرستان طبق آیین نامه تاسیس واحدهای دیابت راه اندازی و مستقر خواهد شد.

۱- الف-وظایف مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده (واحدهای دیابت) در برنامه قلب و عروق

پایگاه تندرستی یکی از مراکزی است که با هدف سلامت نگر فعالیت دارد و می توان در بعضی دانشگاه ها که این پایگاه فعال است، از این مراکز برای ارائه خدمات هم سطح مراکز بهداشتی درمانی یا واحد دیابت استفاده کرد.

- غربالگری و بیماریابی در جمعیت شهری مراجعه کننده (الویت با جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی است)

- آموزش به بیماران، عموم مردم و کارکنان بهداشتی درمانی

- پیگیری، درمان و مراقبت بیماران شناسایی شده قلبی عروقی و عوامل خطر آن

- تشخیص زودرس عوارض طبق دستورالعمل

- درمان و مراقبت عوارض طبق دستورالعمل و با کمک مشاوران تخصصی (دیالیز و لیزرتراپی و.....)

- پذیرش موارد ارجاع شده از سطح اول در مناطق روستایی (تیم دیابت) و یا مطب پزشکان و بیمارستان ها

- تکمیل پرونده الکترونیک بیماران

-جمع آوری اطلاعات و داده ها و گزارش به سطوح بالاتر

-ارائه پس خوراند به سطح پایین تر

-انجام پژوهش

توجه کنید:

اخذ شرح حال و اندازه گیری و ثبت قد، وزن، دور کمر و فشارخون در واحد دیابت به عهده کاردان، بهیار یا پرستار است. در صورت وجود تعداد زیاد متقاضیان غربالگری، لازم است که فرد یا افرادی جهت انجام این وظایف به کارکنان فعلی مرکز بهداشتی درمانی شهری تعیین شده/واحد دیابت افزوده شود. این موارد بطور موقت تا زمان اجرای برنامه پزشک خانواده در تهران و شهرهای بزرگ کشور می تواند در قالب تامین نیروی انسانی مورد نیاز با عقد قراردادهای خرید خدمت انجام شود.

حداقل استاندارد واحدهای دیابت و فضای فیزیکی مورد نیاز واحد دیابت و نیروی انسانی مورد نیاز واحدهای دیابت مطابق با شرایط ذکر شده در برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت است. وظایف این واحدها در برنامه قلب و عروق علاوه بر وظایف تعیین شده در برنامه دیابت است.

۲-الف-نیروی انسانی (کارکنان بهداشتی درمانی) مورد نیاز در مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده (واحدهای دیابت)

۱-پزشک عمومی دوره دیده دیابت

۲-پرستار تمام وقت

۳-کارشناس تغذیه

۴- در صورت امکان، یک مددکار اجتماعی که موانع موجود در بخش درمان و مراقبت در خانواده، محل کار و جامعه را بررسی کرده و در رفع آنها تلاش نماید.

۵- در صورت امکان، یک کارشناس تربیت بدنی

۶- در صورت امکان، یک روانشناس بالینی

لازم به ذکر است که کلیه افراد فوق باید در حد ICDL1 با کامپیوتر آشنایی داشته باشند.

۳-الف-قرارداد خرید خدمت

به دلیل اینکه واحدهای دیابت در حال حاضر به تعداد کافی در کشور وجود نداشته و از طرف دیگر بخش دولتی با کمبود نیروی انسانی برای راه اندازی این واحدها و تامین نیروی انسانی و تجهیزات این واحدها مواجه است و از طرف دیگر بخش خصوصی می تواند در این راستا نقش مهمی ایفا نماید و استفاده از امکانات این بخش در راستای اجرای برنامه عملی است، لذا واحد دیابت می تواند در بخش خصوصی و دولتی بوجود آمده و از طریق عقد قرارداد خرید خدمت برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت و بیماری قلبی عروقی را اجرا نماید.

۴-الف-وظایف متقابل بخش ارائه دهنده و خریدار خدمت

۱-۴-الف-وظایف بخش ارائه دهنده خدمت اعم از خصوصی و دولتی در برنامه جامع قلب و

عروق:

-نصب و نگهداری نرم افزار ثبت برنامه پیشگیری و کنترل دیابت و بیماری قلبی عروقی ارائه شده از ستاد
-برگزاری امکانات کارگاه آموزشی برای کاربران نرم افزار ثبت برنامه دیابت و بیماری قلبی عروقی
-تشکیل پرونده الکترونیکی و تکمیل دقیق و به موقع آن همزمان با ارائه خدمت (بر اساس دستورالعمل اجرایی
استفاده کاربران)

-غربالگری و بیماریابی افراد بالای ۳۰ سال و زنان باردار مراجعه کننده به واحد
-کنترل و مراقبت بیماران قلبی عروقی و افراد دارای عوامل خطر آن (فشارخون بالا، اختلال چربی خون، چاق)
-آموزش بیماران قلبی عروقی و خانواده های آنان
-آموزش افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی و خانواده های آنان
-انجام مشاوره های تخصصی برای بیماران بر حسب نیاز و بر اساس دستورالعمل های کشوری
-تکمیل فرم مشاوره توسط مشاوران و ارائه پس خوراند مناسب به سطوح پایین تر
-ارجاع بیماران به سطح بالاتر (مرکز جامع دیابت، مرکز ویژه قلب و عروق، مطب ها و درمانگاه های
تخصصی، مشاورین تخصصی و بیمارستان های آموزشی)
-ثبت پس خوراند سطوح بالاتر در پرونده الکترونیکی
-ثبت نتایج حاصل از مشاوره در پرونده الکترونیکی بیماران
-امکان پاسخگویی تلفنی به سوالات بیماران
-پیگیری بیماران در ارتباط با مراجعات به مشاورین تخصصی و همچنین مراجعه به واحد دیابت
-تکریم ارباب رجوع و تلاش برای کسب رضایتمندی مراجعین
- امکانات مددکاری
-دسترسی به اقدامات حمایتی

- عقد قرارداد با سازمان های بیمه گر در ارتباط با درمان بیماران
-همکاری کامل با مسؤلین دانشگاهی و ارائه اطلاعات درست، دقیق و کامل به کارشناسانی که بر حسن اجرای کار
نظارت دارند.

-ارائه اطلاعات بیماران به صورت پرونده الکترونیکی تکمیل و بروز شده بصورت مستمر
-امکان نظارت کامل کارشناس مسؤل برنامه به نرم افزار و چگونگی تکمیل آن جهت دستیابی به گزارش دهی
کامل و سریع از چگونگی بیماریابی و مراقبت بیماران
- نگهداری کلیه تجهیزات و انجام فرآیندهای عملکردی برنامه در حد استانداردهای برنامه
-همکاری کامل با گروه های پایش و ارزشیابی برنامه و فراهم کردن امکان دسترسی به کلیه مدارک
-همکاری در اجرای تحقیقات کاربردی
-گزارش عملکرد مستمر به مسؤلین اجرایی در دانشگاه
-ارائه خدمات غربالگری و مراقبت و درمان بیماری و عوامل خطر بر مبنای تعرفه های پزشکی استاندارد

۲-۴-الف-وظایف بخش خریدار خدمت (ستاد دانشگاه علوم پزشکی یا مرکز مدیریت بیماری

های غیرواگیر):

- ارائه دستورالعمل های علمی و اجرایی برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری دیابت و قلبی عروقی به ارائه دهندگان خدمت
- تامین و توزیع نرم افزار ثبت برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت و بیماری قلبی عروقی
- هماهنگی جهت آموزش کاربران نرم افزار
- پرداخت هزینه های ارائه خدمت بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه به صورت خرید خدمت بر اساس عملکرد
- اجرایی ارائه دهنده خدمت و پرداخت هزینه ها بر اساس سیستم پرداخت برنامه
- نظارت بر حسن اجرای انجام کار به صورت مستقیم (بازدید ستاد از محل ارائه خدمت) و غیر مستقیم توسط کارشناسان و مسؤولین دانشگاه علوم پزشکی و کارشناسان مراکز تحقیقات در قالب (External Evaluation)
- نظارت بر دقت و صحت داده های نرم افزاری
- تحلیل داده ها
- پایش و ارزشیابی مستمر مراکز ارائه دهنده خدمت

۵-۲-الف-نظام پرداخت هزینه ها

اعتبارات برنامه غربالگری و مراقبت بیماران دیابتی و قلبی عروقی و عوامل خطر آن در مناطق شهری بر اساس سرانه محاسبه شده برای غربالگری افراد در معرض خطر و بیماران و آموزش و مراقبت بیماران شناسایی شده پرداخت خواهد شد. اطمینان از عدم وجود موارد تکراری و حذف تشابهات اسمی یکی از مهمترین نکات در تخصیص اعتبار برنامه است که با استفاده از کد ملی در ثبت اطلاعات بیماران در نرم افزار حل شده است.

هزینه ارائه خدمات غربالگری (از جمله آزمایش خون) و مراقبت و درمان بیماری و عوامل خطر بر مبنای تعرفه های پزشکی استاندارد خواهد بود.

-پرداخت هزینه ها منوط بر ارائه خدمت بر اساس دستورالعمل های کشوری برنامه و تکمیل اطلاعات نرم افزاری است.

-هزینه سرانه شناسایی و ثبت بیمار مبتلا به فشارخون بالا /اختلال چربی خون در بخش دولتی، و خصوصی برابر با تعرفه های رسمی است.

-هزینه سرانه غربالگری یک فرد واجد شرایط در بخش دولتی برابر با ؟ ریال است .

-هزینه سرانه غربالگری یک فرد واجد شرایط در بخش خصوصی برابر با ؟ ریال است .

-هزینه سرانه آموزش و مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا /اختلال چربی خون در بخش دولتی برابر با ؟ ریال برآورد شده است .

-هزینه سرانه آموزش و مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا /اختلال چربی خون در بخش خصوصی برابر با ؟ ریال برآورد شده است.

-هزینه سرانه آموزش و مراقبت افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی در بخش های دولتی برابر با ؟ ریال تعیین شده است.

-هزینه سرانه آموزش و مراقبت افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی در بخش های خصوصی برابر با ؟ ریال تعیین شده است.

ب-خانه های بهداشت در روستاها

خانه های بهداشت اولین سطح ارائه خدمات در روستاها در برنامه قلب و عروق هستند. غربالگری، آموزش و مراقبت بیماران افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی در این خانه انجام خواهد شد. بیماران نیازمند خدمات تشخیصی برای بررسی و تشخیص و تایید عوامل خطر و بیماری به سطح بالاتر که شامل مرکز بهداشتی درمانی روستایی و دارای پزشک است، ارجاع خواهند شد.

۱-ب-وظایف خانه بهداشت در برنامه قلب و عروق

- همکاری در اجرای برنامه های مداخلاتی کاهش عوامل خطر بیماری قلبی عروقی
- غربالگری عوامل خطر بیماری قلبی عروقی در جمعیت روستایی تحت پوشش
- آموزش به بیماران و عموم مردم
- پیگیری و مراقبت بیماران شناسایی شده قلبی عروقی و عوامل خطر آن
- شناسایی زودرس عوارض طبق دستورالعمل
- مراقبت عوارض
- ارجاع موارد در صورت نیاز به سطح بالاتر
- تکمیل پرونده (کاغذی یا الکترونیک) بیماران
- جمع آوری اطلاعات و داده ها و گزارش به سطح بالاتر
- همکاری در انجام پژوهش ها

ج- مراکز بهداشتی درمانی روستایی

این مراکز مکمل خدمات سطح اول هستند. در برنامه پزشک خانواده در این مراکز در کنار پزشک عمومی (پزشک خانواده) یک پرستار و یک کارشناس تغذیه نیز خدمت می کنند که بخشی از وظایف واحدهای دیابت را می توانند انجام دهند. در مراکز بهداشتی درمانی روستایی که فاقد پرستار یا کارشناس تغذیه هستند، غربالگری، بیماریابی، آموزش و درمان افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی در این مرکز انجام خواهد شد و سایر خدمات مشاوره ای و تخصصی در سطح بالاتر (واحدهای دیابت) انجام می شود. اغلب خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز این بیماران در واحدهای دیابت ارائه خواهد شد.

بدیهی است که بیماران نیازمند خدمات تخصصی و فوق تخصصی سرپایی و بستری، توسط پزشک مراکز بهداشتی درمانی به سطح بالاتر که شامل واحد دیابت، مرکز جامع دیابت، مرکز ویژه قلب و عروق و بیمارستان های آموزشی تحت پوشش این برنامه هستند، ارجاع خواهند شد.

۱-ج-وظایف مراکز بهداشتی درمانی روستایی در برنامه قلب و عروق

- همکاری در اجرای برنامه های مداخلاتی کاهش عوامل خطر بیماری قلبی عروقی
- بیماریابی در جمعیت تحت پوشش
- آموزش به بیماران، عموم مردم و کارکنان بهداشتی درمانی
- پذیرش موارد ارجاع شده از سطح خانه های بهداشت در مناطق روستایی
- پیگیری، درمان و مراقبت بیماران شناسایی شده قلبی عروقی و عوامل خطر آن
- تشخیص زودرس عوارض طبق دستورالعمل

- درمان و مراقبت عوارض طبق دستورالعمل
- تکمیل پرونده(کاغذی / الکترونیک) بیماران
- جمع آوری اطلاعات و داده ها و گزارش به سطوح بالاتر
- ارائه پس خوراند به سطح پایین تر
- همکاری در انجام پژوهش ها
- نظارت بر حسن اجرای برنامه

نظام گزارش دهی برنامه

بانک اطلاعاتی نرم افزاری یا نظام ثبت اطلاعات بیماری های قلبی عروقی (Cardiovascular Registry System)

تعداد بسیار زیاد جمعیت هدف و محدودیت تعداد واحدهای دیابت/پایگاه های تندرستی در شهرها که وظیفه اصلی آنان غربالگری، آموزش، مراقبت، کنترل و پیگیری بیماران و غربالگری عوارض بیماری است و از طرفی محدودیت نیروی انسانی، و مهم تر از همه محدودیت منابع مالی و زمان سبب می شود ثبت مشخصات مراجعین، علائم خطر، شرح اقدامات انجام شده و گزارش ماهانه یا سه ماهه بصورت سنتی بر روی کاغذ و استفاده از فرم ها و جداول عملاً مشکل گردد و از صحت و دقت اطلاعات بکاهد. در چنین وضعیتی لزوم تهیه بانک اطلاعاتی نرم افزاری مناسب و تجهیز واحدهای دیابت/پایگاه های تندرستی و در صورت امکان سایر مراکز بهداشتی درمانی شهری و مراکز بهداشتی درمانی روستایی به امکانات رایانه ای مناسب و دسترسی به اینترنت برای اجرای موفق و درازمدت برنامه بسیار مهم و حیاتی است. نکته مهم و حیاتی دیگر امکان مرتبط ساختن کلیه واحدهای دیابت به یکدیگر است که به معنی به اشتراک گذاشتن اطلاعات در سراسر کشور و امکان ارائه خدمات بهداشتی درمانی به هر بیمار در سراسر کشور پهناورمان می باشد.

با توجه به مطالب فوق اجرای برنامه قلب و عروق در مرحله دوم با ایجاد نظام ثبت اطلاعات افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی همراه خواهد بود که خود قدم بزرگی در ارتقای کیفیت مراقبت و کنترل بیماری و ارتقای سلامت بیماران خواهد بود.

پرونده الکترونیکی سلامت بیماران

ثبت شرح حال و مراحل پیشرفت روند درمان در پرونده بیماران اهمیت حیاتی دارد و در صورت تنظیم دقیق و خوانا و سریع پرونده ها که با استفاده از سیستم های مکانیزه رایانه ای میسر است، پیگیری وضعیت بیمار و سیر بیماری قلب و عروق در کشور امکان پذیر خواهد شد که خود از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده و با استفاده از این نظام می توان برای ثبت و مراقبت سایر بیماری ها نیز اقدامات مفیدی انجام داد.

استفاده از یک چنین نرم افزاری در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلب و عروق و دیابت برای سیاستگذاران، مدیران برنامه های سلامت، محققین، پژوهشگران، پزشکان و دانشجویان رشته های پزشکی بستر ایده آلی برای تحقیقات ایجاد می کند که به کمک آن تعداد مبتلایان، نوع بیماری، شیوع عوارض، تعیین هزینه های مستقیم و حتی هزینه های غیرمستقیم بیماری، بار بیماری و روند آن را می توان محاسبه نمود و روند تغییرات اپیدمیولوژیک بیماری را پیوسته دنبال کرد.

یکی دیگر از مزایای بانک اطلاعاتی نرم افزاری فوق، امکان محاسبه و تقسیم دقیق بودجه برنامه قلب و عروق بین

واحدها و مراکز جامع دیابت/قلب و عروق در دانشگاه ها و بخش خصوصی است. مرتبط کردن واحدهای دیابت در ارتقاء مراقبت و کنترل بیماران دیابتی و قلبی عروقی نقش چشمگیری داشته و البته برای انجام تحقیقات نیز بستر بسیار مفیدی خواهد بود. با توجه به ارتباط بین عوامل خطر دیابت و بیماری های قلبی عروقی، استفاده از نرم افزار ثبت و گزارش دهی در این برنامه برای سایر بیماری های مهم غیرواگیر همچون چاقی، فشارخون بالا، هیپرلیپیدمی و سندرم متابولیک نیز می تواند مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این پیش بینی بخش تغذیه و رژیم درمانی در نرم افزار می تواند در تهیه و ارائه رژیم غذایی برای بیماران دیابتی و قلبی عروقی به کارشناسان تغذیه واحدهای دیابت/پایگاه تندرستی کمک شایانی بنماید و سبب صرفه جویی در زمان مشاوره های تغذیه و دقت بیشتر در تنظیم رژیم غذایی بیماران شود.

طراحی برنامه عملیاتی در سطح دانشگاه علوم پزشکی

- تهیه برنامه عملیاتی اجرای برنامه غربالگری دیابت و عوامل خطر بیماری قلبی عروقی
- برگزاری جلسات توجیهی با کارشناسان مبارزه با بیماری های غیرواگیر و مدیران گروه های مبارزه با بیماری ها
- برگزاری جلسات توجیهی با رؤسا، معاونین بهداشتی و درمانی دانشگاه های مجری
- تعیین هزینه های انجام برنامه
- تهیه و طراحی دستورالعمل اجرایی مالی
- خرید و نصب نرم افزار و پشتیبانی
- تاسیس واحدهای دیابت/پایگاه های تندرستی طبق آیین نامه
- تاسیس مراکز ویژه قلب و عروق و مراکز جامع دیابت
- عقد قرار داد خرید خدمت
- تدوین برنامه آموزشی برای عموم مردم و بیماران
- اطلاع رسانی عمومی
- آموزش کارکنان بهداشتی درمانی
- اجرای برنامه جامع قلب و عروق: در مرحله اول هماهنگی های برون بخشی و طراحی مداخلات، در مرحله دوم ثبت و مراقبت بیماران شناسایی شده مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون و در مرحله سوم شروع غربالگری و بیماریابی در افراد ۳۰ سال و بالاتر و تشخیص افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی
- طراحی و تدوین و اجرای برنامه پایش و نظارت
- تامین تجهیزات و منابع لازم
- نظارت و پایش و ارزشیابی برنامه

طراحی برنامه عملیاتی در سطح ستادی واحد بیماری های غیرواگیر

- تعیین استانداردها و فرآیندهای اجرای برنامه
- تدوین دستورالعمل های اجرایی و آموزشی برنامه
- تدوین نظام مالی و پرداخت
- تدوین برنامه ارزشیابی

**برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل
بیماری قلبی عروقی
در مناطق روستایی**

نحوه اجرای برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی

در روستاها شناسایی، آموزش، مراقبت و درمان بیماران در خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و توسط تیم سلامت انجام خواهد شد و حسب ساختار و امکانات و تجهیزات تامین شده، اغلب خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز در این مکان ارائه خواهد شد.

بیماران نیازمند خدمات تخصصی توسط پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی روستایی به سطح بالاتر که درمانگاه های تخصصی (مرکز ویژه قلب و عروق) و بیمارستان ها هستند، ارجاع خواهند شد.

همچنین نظام گزارش دهی در بعضی مناطق مبتنی بر کاغذ و در بعضی مناطق بر اساس نرم افزار ثبت طراحی شده خواهد بود.

۱- سطح خدمات تخصصی:

الف- مرکز ویژه قلب و عروق در سطح دانشگاه

بر حسب فراهمی شرایط و موجود بودن امکانات، این مرکز می تواند هم در سطح شهرستان و هم در سطح مرکز استان یا دانشگاه و در غیر اینصورت فقط در سطح مرکز استان یا دانشگاه مستقر شود.

در صورت نبود مرکز ویژه قلب و عروق در شهر می توان از مطب ها و درمانگاه های تخصصی قلب و عروق به عنوان سطح تخصصی ارجاع از واحدهای استفاده کرد. مسئولین این مراکز باید نسبت به برنامه توجیه شوند و مطابق با برنامه بیماران ارجاعی را بپذیرند و مطابق با پروتکل های درمانی تحت مراقبت و درمان قرار دهند.

ب- مرکز جامع دیابت در سطح دانشگاه

مرکز جامع دیابت بعنوان مرکز ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی بیماران ارجاع شده از مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا واحد دیابت را پذیرش می کند. این مرکز برای ارائه خدمات به بیماران دیابتی و بیماران قلبی عروقی که مبتلا به دیابت هم هستند پیش بینی شده است. این مرکز در سطح مرکز استان یا دانشگاه مستقر خواهد بود.

۲- سطح مراقبت های اولیه بهداشتی و خدمات غربالگری:

خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی در مناطق روستایی به عنوان سطح اول و واحدهای دیابت به عنوان سطح دوم برای مناطق روستایی محسوب می شوند.

الف- واحدهای دیابت در برنامه قلب و عروق

واحدهای دیابت می توانند بخشی از خدمات مشاوره ای و تخصصی مورد نیاز مراکز بهداشتی درمانی روستایی را ارائه نمایند. اغلب خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی در این مکان ارائه خواهد شد. در این واحدها، بخشی از خدمات سطح سوم شامل درمان عوارض بیماری و خدمات توانبخشی می تواند انجام شود.

بدیهی است که بیماران نیازمند خدمات تخصصی و فوق تخصصی سرپایی و بستری، توسط پزشک یا پزشکان عمومی دوره دیده این واحدها به سطح بالاتر که شامل مرکز جامع دیابت و مرکز ویژه قلب و عروق و بیمارستان های آموزشی تحت پوشش این برنامه هستند، ارجاع خواهند شد.

پایگاه تندرستی یکی از مراکزی است که با هدف سلامت نگر فعالیت دارد و می توان در بعضی دانشگاه ها که این پایگاه فعال است، از این مراکز برای ارائه خدمات هم سطح مراکز بهداشتی درمانی یا واحد دیابت استفاده کرد.

ب- خانه های بهداشت در روستاها

خانه های بهداشت اولین سطح ارائه خدمات در روستاها در برنامه قلب و عروق هستند. غربالگری، آموزش و مراقبت بیماران افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی در این خانه انجام خواهد شد. بیماران نیازمند خدمات تشخیصی برای بررسی و تشخیص و تایید عوامل خطر و بیماری به سطح بالاتر که شامل مرکز بهداشتی درمانی روستایی و دارای پزشک است، ارجاع خواهند شد.

ج- مراکز بهداشتی درمانی روستایی

این مراکز مکمل خدمات سطح اول هستند. در برنامه پزشک خانواده در این مراکز در کنار پزشک عمومی (پزشک خانواده) یک پرستار و یک کارشناس تغذیه نیز خدمت می کنند که بخشی از وظایف واحدهای دیابت را می توانند انجام دهند. در مراکز بهداشتی درمانی روستایی که فاقد پرستار یا کارشناس تغذیه هستند، غربالگری، بیماریابی، آموزش و درمان افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی در این مرکز انجام خواهد شد و سایر خدمات مشاوره ای و تخصصی در سطح بالاتر (واحدهای دیابت) انجام می شود. اغلب خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز این بیماران در واحدهای دیابت ارائه خواهد شد.

بدیهی است که بیماران نیازمند خدمات تخصصی و فوق تخصصی سرپایی و بستری، توسط پزشک مراکز بهداشتی درمانی به سطح بالاتر که شامل واحد دیابت، مرکز جامع دیابت، مرکز ویژه قلب و عروق و بیمارستان های آموزشی تحت پوشش این برنامه هستند، ارجاع خواهند شد.

(مرحله اول)

وظایف بهروز در برنامه طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

- ۱- هماهنگی برون بخشی با شورای سلامت روستا
- ۲- اجرای برنامه های مداخلاتی کاهش عوامل خطر بیماری قلبی عروقی طراحی شده توسط مرکز بهداشت شهرستان/دانشگاه

(مرحله دوم)

وظایف بهروز در برنامه شناسایی و مراقبت بیماری فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون

- ۱- شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون
- ۲- ارجاع به پزشک
- ۳- پیگیری و مراقبت بیماران
- ۴- آموزش
- ۵- ثبت اطلاعات

۱- شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون

- برای شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون ، لازم است موارد زیر اجراء شود:
- فراخوان برای مراجعه افراد مبتلا به بیماری فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون به خانه بهداشت
 - ثبت مشخصات افراد بیمار مراجعه کننده طبق راهنما در "فرم مراقبت افراد در معرض خطر (بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی"
 - اندازه گیری فشارخون، وزن و قد و تعیین نمایه توده بدنی (طبق نمودار و دستورالعمل پیوست یا فرمول)
 - بررسی وجود سایر عوامل خطرساز و بیماری های زمینه ساز در فرد مانند مصرف دخانیات، وضعیت تغذیه (الگوی رژیم غذایی)، فعالیت بدنی، چاقی، دیابت، بیماری قلبی عروقی
 - بررسی سابقه ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی، فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت
 - بررسی وجود عوامل خطرساز و بیماری های زمینه ساز در خانواده (سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، سکته قلبی و مغزی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی)
- توجه: ابتلاء به بیماری فشارخون بالا یا اختلال چربی خون باید به تایید پزشک رسیده باشد و یا بیمار تحت درمان باشد.

۲- ارجاع به پزشک

بیماری فشارخون بالا

الف- اگر فرد مبتلا به فشارخون بالا تحت درمان باشد :

- ۱- "فرم مراقبت افراد در معرض خطر (فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری

قلبی عروقی " باید برای وی تشکیل و مشخصات او در فرم یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم را با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

۲- اگر فشارخون بیمار کنترل شده باشد (کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه)، نیاز به ارجاع فرد نیست ولی به عنوان یک بیمار مبتلا به فشارخون بالا (و هم چنین **فرد در معرض خطر** بیماری قلبی عروقی) باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد.

۳- اگر فشارخون بیمار تحت کنترل نباشد (۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر)، باید برای بررسی و ارزیابی بیماری فشارخون بالا **به پزشک ارجاع غیرفوری** شود.

۴- اگر بیمار مبتلا به فشارخون بالا به بیماری اختلال چربی خون مبتلا نباشد و آخرین آزمایش چربی خون وی بیش تر از ۶ ماه گذشته باشد، باید برای بررسی و ارزیابی چربی های خون **به پزشک ارجاع غیرفوری** شود و نتیجه ارجاع به عنوان چربی خون طبیعی یا مبتلا به اختلال چربی خون، در فرم ثبت شود.

۵- اگر بیمار به بیماری اختلال چربی خون هم مبتلا باشد، باید طبق دستورالعمل تحت پیگیری و مراقبت قرار گیرد.

۶- اگر نتیجه نمایه توده بدنی بیمار 25 kg/m^2 و بیشتر یعنی اضافه وزن یا چاق بود، بیمار باید برای ارزیابی بیشتر و ارائه برنامه رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی **به پزشک ارجاع غیرفوری** شود.

ب- اگر فرد مبتلا به فشارخون بالا تحت درمان نباشد :

۱- بیمار باید برای بررسی و ارزیابی وضعیت بیماری فشارخون بالا و تجویز درمان **به پزشک ارجاع غیرفوری** شود.

۲- اگر بعد از ارجاع فرد به پزشک بیماری فشارخون بالا تایید گردد "**فرم مراقبت افراد در معرض خطر**) فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او در فرم یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم را با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

بیماری اختلال چربی خون

الف- اگر فرد مبتلا به اختلال چربی خون تحت درمان باشد:

۱- "**فرم مراقبت افراد در معرض خطر**) فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او در فرم یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم را با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

۲- اگر میانگین فشارخون بیمار بیشتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه باشد باید برای بررسی و تایید بیماری فشارخون بالا **به پزشک ارجاع غیرفوری** شود.

۳- اگر فشارخون وی کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه باشد، نیاز به ارجاع فرد نمی باشد ولی به عنوان یک بیمار مبتلا به اختلال چربی خون (و هم چنین **فرد در معرض خطر** بیماری قلبی عروقی) باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد.

۴- اگر نتیجه نمایه توده بدنی بیمار 25 kg/m^2 و بیشتر یعنی اضافه وزن یا چاق بود، بیمار باید برای ارزیابی بیشتر و ارائه برنامه رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی **به پزشک ارجاع غیرفوری** شود.

ب- اگر فرد مبتلا به اختلال چربی خون تحت درمان نباشد:

- ۱- فرد باید برای بررسی و ارزیابی وضعیت چربی های خون و تجویز درمان به پزشک ارجاع غیرفوری شود .
- ۲- اگر بعد از ارجاع فرد به پزشک بیماری اختلال چربی خون تایید گردد "فرم مراقبت افراد در معرض خطر(فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او در فرم یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم را با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

- **توجه:** ممکن است بیمار همزمان به چند عامل خطر یا بیماری مبتلا باشد(فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت، چاقی) در این صورت برای بیمار یک فرم مراقبت تشکیل می شود.
- **توجه:** فرم ارجاع در سطح روستا می بایست در دو برگ تهیه شود. در این مورد بیمار را توجیه کنید تا حتماً از پزشک بخواهد پس از پایان اقدامات، نتایج را در فرم ارجاع ثبت کند و برگه دوم فرم ارجاع، توسط بیمار به خانه بهداشت عودت داده شود.

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

- ۱- برای سهولت پیگیری و مراقبت بیماران مشخصات آن ها باید به شکل لیست خطی در "فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" ثبت شود و هر بار که بیمار تحت مراقبت بهورز/کاردان یا پزشک مرکز بهداشتی درمانی/سایر پزشکان عمومی یا متخصص قرار می گیرد، تاریخ آن در فرم ثبت شود.
- ۲- در ابتدا افراد بیمار مبتلا به چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون باید طبق دستور پزشک پیگیری و مراقبت شوند و بعد از این که وضعیت درمانی آن ها ثبات پیدا کرد، بطور معمول باید بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا دیابت حداقل ماهی یک بار توسط بهورز و ۳ ماه یک بار توسط پزشک و بیماران مبتلا به اختلال چربی خون و یا چاق حداکثر سه ماه یک بار توسط بهورز و سالی یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.
- ۳- بیماران مبتلا به دیابت باید طبق دستورالعمل برنامه کشوری تحت مراقبت و درمان قرار گیرند.
- ۴- در هر بار مراقبت بیماران، لازم است فشارخون و وزن آن ها اندازه گیری و نمایه توده بدنی تعیین شود. اگر نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ است باید هر سه ماه یکبار وزن اندازه گیری شود، در زمینه مصرف بموقع دارو و مراقبت های غیردارویی (رژیم غذایی مناسب، فعالیت بدنی و عدم مصرف یا ترک دخانیات) تحت آموزش قرار گیرد و در صورت نیاز، بیمار به پزشک ارجاع شود.
- ۵- در صورتی که افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند، بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند.

برنامه زمانی پیگیری و مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

وضعیت فرد	پیگیری و مراقبت توسط بهورز	ارجاع به پزشک و مراقبت توسط پزشک
مبتلا به بیماری اختلال چربی خون	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به بیماری فشارخون بالا	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
مبتلا به بیماری دیابت	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
مبتلا به بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر، سکنه قلبی و مغزی)	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
دارای اضافه وزن و چاق	۳ ماه یک بار	سالی یک بار

۴- آموزش

آموزش در سه مرحله صورت می گیرد:

- ۱- آموزش برای مراجعه کنندگان به خانه بهداشت
- ۲- آموزش در مراقبت ها و بازدید ها برای بیماران و خانواده آنها
- ۳- آموزش همگانی و مستمر برای عموم مردم

۵- ثبت و گزارش اطلاعات

دستورالعمل تکمیل اطلاعات بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

- **تعریف بیماران قدیمی (شناسایی شده):** بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا، اختلال چربی خون و دیابت که در طی سال های قبل، توسط پزشک تشخیص داده شده اند به عنوان موارد قدیمی بیماری محسوب می شوند .

- **تعریف بیماران (موارد) جدید:** بیماران مبتلا به بیماری که در طی سال جاری، توسط پزشک تشخیص داده شده اند به عنوان موارد جدید بیماری همان سال محسوب می شوند .

- **تعریف مراقبت شده :** اگر بیمار مبتلا به بیماری در هر فصل (۳ ماه) حداقل ۱ بار توسط بهورز و حداقل ۱ بار توسط پزشک مراقبت شده باشد به عنوان **مراقبت شده محسوب می گردد.** (در خصوص بیماران مبتلا به اختلال چربی خون سالی یکبار مراقبت توسط پزشک انجام می شود.)

تعریف تعداد کل بیماران (موارد): این تعداد شامل مجموع تعداد بیماران قدیمی (سال قبل) و بیماران جدید سال جاری می باشد. در اول سال جاری ، این تعداد از مجموع تعداد بیماران قدیمی و جدید سال قبل بدست می آید که برای سال جدید در مجموع بیمار قدیمی یا موجود محسوب می شود. در انتهای سال جاری، این تعداد از مجموع تعداد بیماران قدیمی (سال قبل) و جدید(همان سال جاری) بدست می آید.

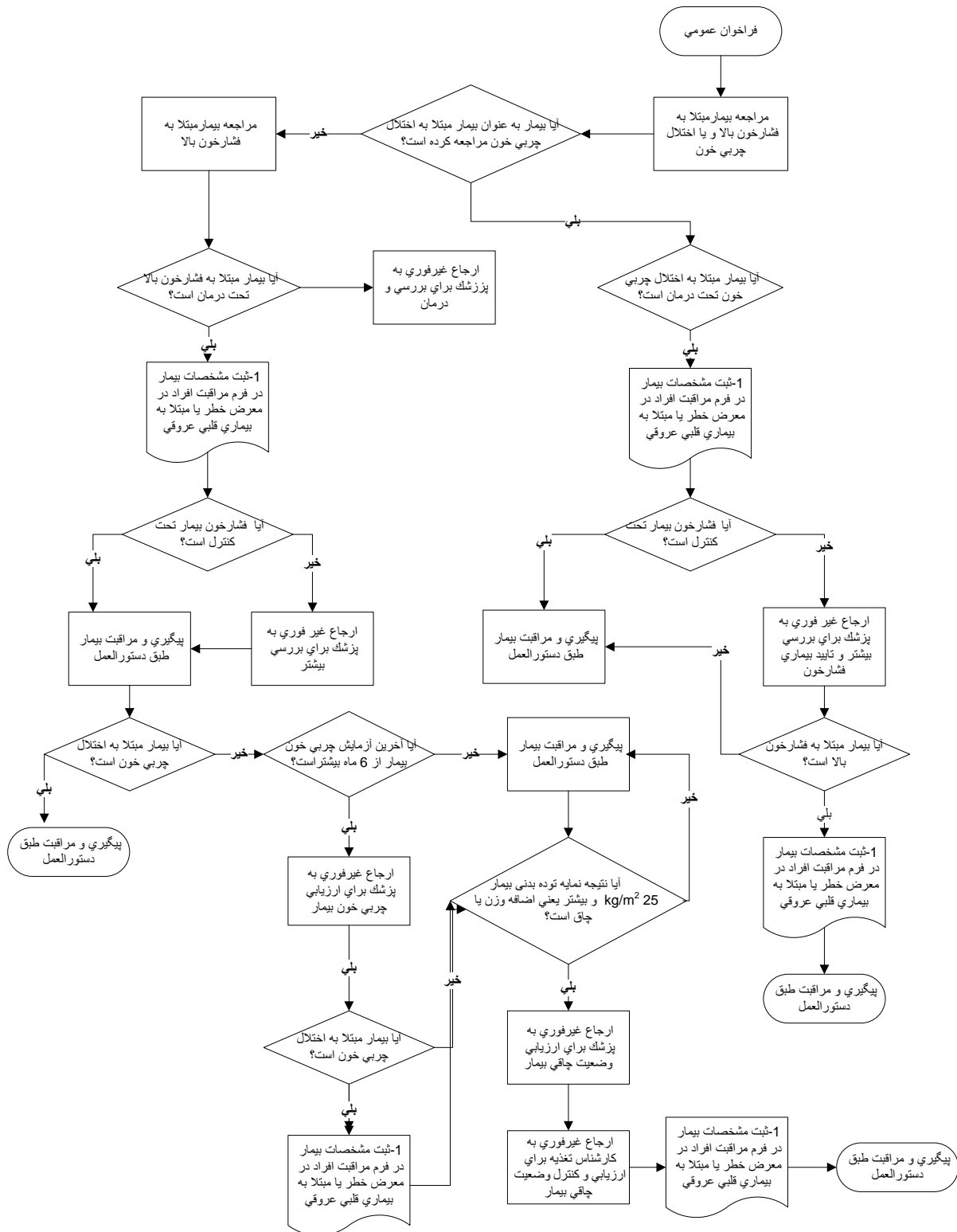
- نتیجه مراقبت بیماران هر ماه باید در **"فرم گزارش دهی مراقبت بیماران"** ثبت شود و به سطح بالاتر ارجاع شود. این اطلاعات تا سطحی که از فرم های رایانه ای استفاده نمی شود به صورت کاغذی و به صورت اطلاعات خطی ارسال می شود و در سطحی که رایانه موجود است (مثلاً سطح شهرستان) به صورت الکترونیکی ثبت و به سطح بالاتر ارسال می شود.

- این اطلاعات در سطحی که رایانه موجود است به صورت غیر بر خط (offline) ثبت و به صورت بر خط (online)

ارسال می گردد. هر سطح به اطلاعات سطح پایین تر دسترسی دارد.

-اطلاعات باید مبتنی بر داده های فردی باشد و نباید به صورت جمع بندی شده ارسال شود.

فرآیند ثبت و مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون



(مرحله سوم)

وظایف بهورز در برنامه غربالگری و مراقبت عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر) در مناطق روستایی

۱- غربالگری افراد ۳۰ سال و بالاتر

۲- ارجاع به پزشک

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۴- آموزش

۵- ثبت اطلاعات

۱- غربالگری

برای یافتن افراد در معرض خطر این بیماری، لازم است موارد زیر اجراء شود:

نحوه غربالگری

در ابتدا برای انجام غربالگری باید به افراد تحت پوشش خانه بهداشت اطلاع رسانی کرد و برای مراجعه به خانه بهداشت فراخوان داد. بعد از مراجعه افراد واجد شرایط سنی (۳۰ سال و بالاتر)، مشخصات آن ها باید طبق راهنما در "فرم غربالگری عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی" ثبت شود و فشارخون، وزن و قد آن ها اندازه گیری و نمایه توده بدنی (طبق نمودار و دستورالعمل پیوست) تعیین گردد. سپس در مورد وجود عوامل خطر ساز و بیماری های زمینه ساز در خانواده و فرد و سابقه بیمای و عوارض بیماری قلبی عروقی، مصرف دخانیات، وضعیت تغذیه (الگوی رژیم غذایی)، فعالیت بدنی از آن ها سؤال و در فرم ثبت و طبق دستورات زیر اقدام شود.

در این برنامه گروه هدف گروه سنی بالای ۳۰ سال هستند که شامل میانسالان و سالمندان می گردند و باید برای ارزیابی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن شامل چاقی، مصرف دخانیات، تغذیه ناسالم، کم تحرکی، سابقه خانوادگی (بیماری عروق کرونر زودرس، سکته قلبی و مغزی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی) و سابقه ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی، فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت، از طریق تکمیل پرسشنامه و هم چنین انجام آزمایش چربی های خون (اندازه گیری ناشتای چربی های خون شامل Cholesterol, TG-HDL, LDL)، قند خون و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد هر ۳ سال یک بار مورد غربالگری فعال قرار گیرند.

۲- ارجاع به پزشک

اگر پاسخ سؤالات مربوط به سابقه خانوادگی بیماری های چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، بیماری قلبی عروقی زودرس، سکته قلبی و یا سکته مغزی، فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت منفی بود و یا نتیجه نمایه توده بدنی کمتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع و نتیجه میانگین فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه بود و

دخانیات مصرف نمی کرد و یا وضعیت تغذیه و فعالیت بدنی نسبتاً مطلوب یا مطلوب بود، و در صورت لزوم بعد از ارجاع به پزشک، عامل خطر دیگری مانند اختلال چربی خون و قند خون بالا هم نداشت، این بدین معنی است که فرد هیچ یک از عوامل خطر تعیین شده در این فرم را ندارد و احتمال ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در این فرد کم است و به عنوان فرد سالم هر ۳ سال یک بار باید مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن غربالگری شود.

➤ توجه: در سالمندان (۶۰ سال و بیشتر) دارا بودن سابقه خانوادگی بیماری (مثبت بودن هر یک از ستون های ۷ تا ۱۲) و اضافه وزن جزء عوامل خطر محسوب نمی شود.

– اگر پاسخ هر یک از سؤالات مربوط به سابقه خانوادگی بیماری های چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون^۱، بیماری قلبی عروقی زودرس^۲، سکنه قلبی و یا سکنه مغزی مثبت بود و یا نتیجه نمایه توده بدنی ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع و بیشتر (یعنی اضافه وزن یا چاق بود) و یا نتیجه میانگین فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بیشتر بود و دخانیات مصرف می کرد و یا وضعیت تغذیه و فعالیت بدنی نامطلوب بود، و در صورت لزوم (گر قند و چربی خون آن ها در طی ۶ ماه اخیر اندازه گیری شده باشد نیاز به ارجاع نیست) بعد از ارجاع به پزشک، عامل خطر دیگری مانند اختلال چربی خون و قند خون بالا و یا فشارخون بالا هم نداشت، این بدین معنی است که فرد به علت داشتن حداقل یک مورد از عوامل خطر تعیین شده و یا ابتلاء به حداقل یکی از بیماری های زمینه ساز در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی است.

غیر از افرادی که دارای اضافه وزن، رژیم غذایی نامطلوب و فعالیت بدنی نامطلوب و سیگاری هستند، بقیه افراد (کسی که دارای بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی است) باید به پزشک ارجاع غیر فوری شوند.

– اگر فقط نتیجه پاسخ سؤالات مربوط به وضعیت تغذیه و وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب بود و پاسخ نمایه توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع بود، یعنی فرد فقط دارای اضافه وزن بود، نیاز به ارجاع فرد نمی باشد ولی به عنوان فرد در معرض خطر (غیر از افراد ۶۰ سال به بالا) باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد و هر ۳ سال یک بار مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن غربالگری شود.

– اگر فقط نتیجه وضعیت تغذیه و وضعیت فعالیت بدنی فرد نامطلوب بود نیاز به ارجاع فرد به پزشک نمی باشد ولی به عنوان فرد در معرض خطر باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد و هر ۳ سال یک بار مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی غربالگری شود.

– افراد افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی بالاخص دارای اضافه وزن و چاقی و وضعیت تغذیه نامطلوب باید به کارشناس تغذیه مستقر در واحد دیابت /مرکز بهداشتی درمانی ارجاع شوند.

– ارجاع افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی و با وضعیت تغذیه نامطلوب به کارشناس تغذیه واحد دیابت برای بررسی وضعیت تغذیه

– اگر پاسخ سؤال مربوط به سابقه بیماری در فرد مثبت بود یعنی فرد مبتلا به حداقل یکی از بیماری های فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت، بیماری قلبی عروقی زودرس^۲، سکنه قلبی و یا سکنه مغزی بود، اگر تحت درمان است نیاز به ارجاع نمی باشد. اگر تحت درمان نباشد لازم است برای بررسی بیشتر به پزشک ارجاع غیرفوری گردد.

– تمام افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی (دارای حداقل یک عامل خطر زمینه ساز شامل فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت و چاقی) باید بعد از غربالگری به پزشک ارجاع شوند و در اولین ویزیت توسط پزشک از نظر بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر) بررسی شوند:

-در صورتی که بیماری قلبی عروقی توسط پزشک تایید نشود ولی فرد دارای حداقل یکی از عوامل خطر یا بیماری های زمینه ساز باشد، جزء افراد در معرض خطر محسوب می شود و باید طبق دستورالعمل مربوطه تحت درمان و مراقبت قرار گیرد.

-اگر بیماری قلبی عروقی تایید شود، باید طبق راهنما تحت درمان و مراقبت قرار گیرند.

-اگر فرد دارای هیچ یک از عوامل خطر و بیماری های زمینه ساز نبود، جزء افراد سالم محسوب می شود و باید ۳ سال یک بار مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی غربالگری شود.

-تمام افراد باید بعد از غربالگری به پزشک ارجاع شوند و پس از مراجعه به پزشک لازم است در اولین ویزیت برای انجام آزمایش قند و چربی های خون و ادرار به آزمایشگاه ارجاع شوند (مگر این که قند و چربی خون آن ها در طی ۶ ماه اخیر اندازه گیری شده باشد). سپس بایستی بر حسب نتیجه آزمایش وضعیت فرد از نظر ابتلاء به دیابت یا اختلال چربی خون روشن شود. در صورتی که فرد مبتلا به دیابت یا اختلال چربی خون باشد، به عنوان فرد دارای بیماری زمینه ساز قلبی عروقی محسوب می شود.

بعد از مشخص شدن نتیجه آزمایش طبق موارد زیر اقدام شود:

-تکمیل فرم ارجاع توسط پزشک مرکز بهداشتی و ثبت نتیجه بیماریابی در فرم و تحویل یک نسخه به بیمار

-بررسی فرم ارجاع بیمار توسط بهورز و ثبت نتیجه بیماریابی در فرم غربالگری

-تصمیم گیری بهورز برای پیگیری و مراقبت بر اساس نتایج فرم غربالگری و دستورات پزشک در فرم ارجاع بیمار ارجاع شده

-ارجاع افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی و با وضعیت تغذیه نامطلوب به کارشناس تغذیه واحد دیابت برای بررسی وضعیت تغذیه

گروه بندی افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

افراد در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (دارای عوامل خطر)	افراد در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (دارای بیماری های زمینه ساز)	افراد بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی
افراد دارای سابقه خانوادگی چاقی، سابقه خانوادگی بیماری فشارخون بالا، سابقه خانوادگی بیماری دیابت، سابقه خانوادگی بیماری اختلال چربی خون، سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی و سکتة قلبی و مغزی زودرس در افراد درجه یک خانواده	افراد چاق	بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب
افراد دارای اضافه وزن	بیماران مبتلا به فشارخون بالا	بیماران دارای سابقه سکتة قلبی زودرس
افراد دارای وضعیت تغذیه نامطلوب	بیماران مبتلا به دیابت	بیماران دارای سابقه سکتة مغزی زودرس
افراد دارای وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب (کم تحرک)	بیماران مبتلا به اختلال چربی خون	-
افراد مصرف کننده دخانیات (سیگار، چپق، قلیان، پیپ،.....)	-	-

➤ **توجه:** بیماری هایی مانند فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی از یک طرف به عنوان یک بیماری محسوب می شوند که خود دارای عوامل خطر (از جمله کم تحرکی، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب، چاقی و.....) هستند و از طرفی دیگر برای بروز بیماری قلبی عروقی یک عامل خطر یا بیماری زمینه ساز، محسوب می شوند. در این برنامه این بیماری ها به عنوان عوامل خطر یا بیماری زمینه ساز بیماری قلبی عروقی محسوب می شوند.

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۱- مشخصات افراد در معرض خطر دارای بیماری های فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، دارای عوامل خطر سابقه خانوادگی، اضافه وزن، مصرف دخانیات، **تغذیه نامطلوب، فعالیت بدنی نامطلوب و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی** شناخته شده قلبی و جدید باید در "فرم مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" و "فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" ثبت شود.

۲- افراد در معرض خطر دارای عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (سابقه خانوادگی، اضافه وزن، مصرف دخانیات، **تغذیه نامطلوب، فعالیت بدنی نامطلوب**)، باید بطور معمول باید حداکثر سه ماه یک بار توسط بهورز و سالی یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی (پزشک خانواده) مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۳- افراد در معرض خطر دارای بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی (چاق، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون) در ابتدا باید طبق دستور پزشک پیگیری و مراقبت شوند و بعد از این که وضعیت درمانی آن ها ثبات پیدا کرد، بطور معمول باید بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا دیابت حداقل ماهی یک بار توسط بهورز و ۳ ماه یک بار توسط پزشک و بیماران چاق و مبتلا به اختلال چربی خون حداکثر سه ماه یک بار توسط بهورز و سالی یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۴- بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر، سکته قلبی و مغزی) باید طبق دستورالعمل تحت درمان و مراقبت قرار گیرند. بطور معمول باید حداقل ماهی یک بار توسط بهورز و ۳ ماه یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۵- در هر بار مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران، لازم است فشارخون و وزن فرد اندازه گیری شود و نمایه توده بدنی وی تعیین شود (اگر نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ است باید هر سه ماه یکبار وزن اندازه گیری شود)، در زمینه مصرف بموقع دارو و مراقبت های غیردارویی (رژیم غذایی مناسب، فعالیت بدنی و عدم مصرف یا ترک دخانیات) تحت آموزش قرار گیرند و در صورت نیاز، بیمار به پزشک ارجاع شود.

۶- در صورتی که افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند، بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند.

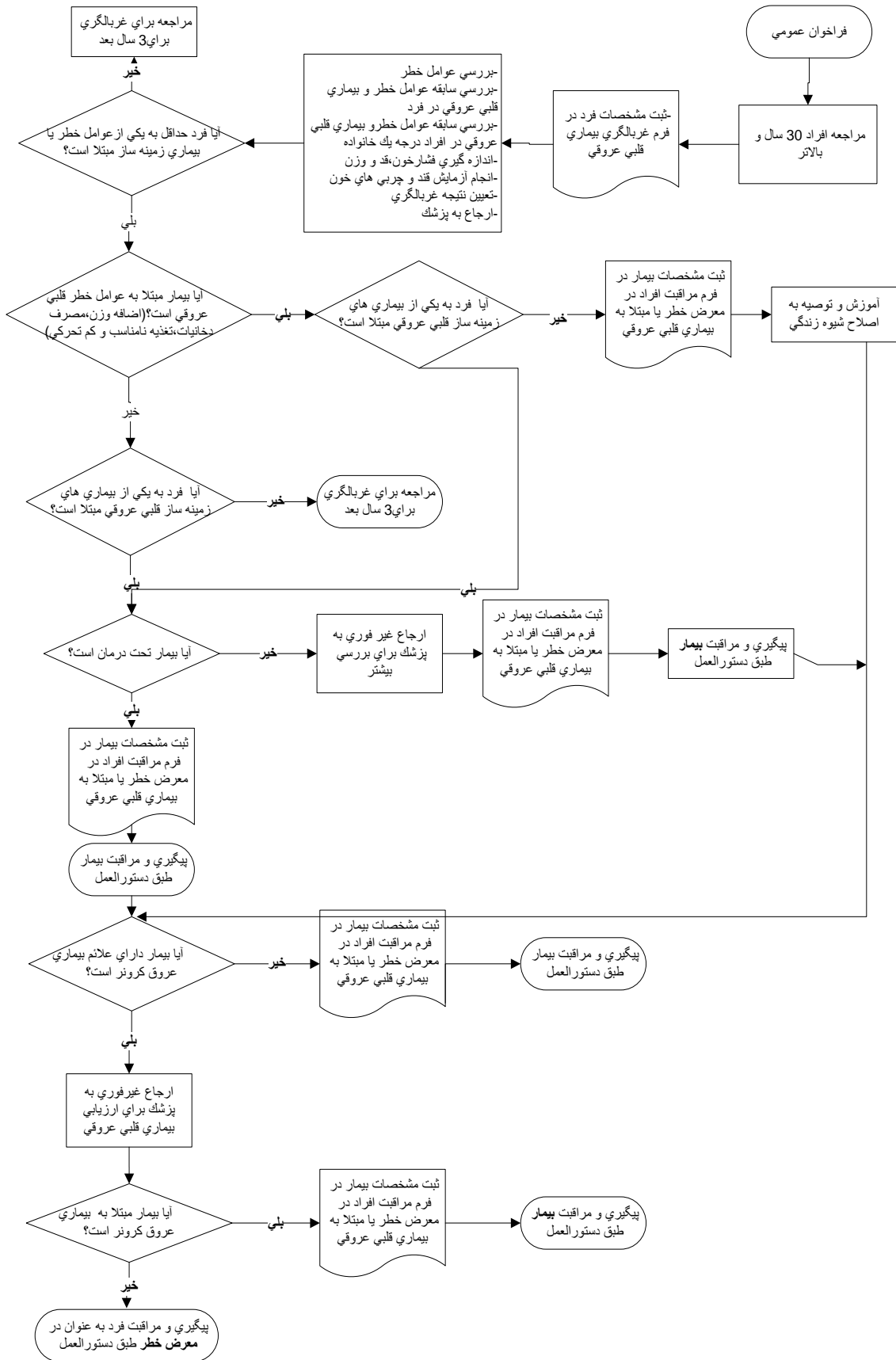
برنامه زمانی پیگیری و مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

وضعیت فرد	پیگیری و مراقبت توسط بهورز	ارجاع به پزشک و مراقبت توسط پزشک
سالم	۳ سال یک بار	-
دارای سابقه خانوادگی بیماری	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
دارای اضافه وزن	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
چاق	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به اختلال چربی خون	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به فشارخون بالا	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
مبتلا به دیابت	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
مبتلا به بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر، سکتة قلبی و مغزی)	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
دارای وضعیت تغذیه نامناسب	۳ ماه یک بار یا طبق دستور کارشناس تغذیه	سالی یک بار
دارای وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب (کم تحرکی)	۳ ماه یک بار یا طبق دستور مربی تربیت بدنی	سالی یک بار
مصرف کننده دخانیات	۳ ماه یک بار	سالی یک بار

۴-آموزش: مشابه مرحله دوم

۵- ثبت و گزارش اطلاعات: مشابه مرحله دوم

فرآیند غربالگری عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی در افراد 30 سال و بالاتر



دستورات کلی در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

- ۱- اگر پزشک دستور خاصی برای پیگیری **بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی** نداده باشد، لازم است طبق **جدول برنامه زمانی پیگیری و مراقبت** بیمار برای مراقبت به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۲- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی، فشارخون ماکزیمم ۱۴۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون مینیمم ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد:
- اگر فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا باشد، در صورتی که فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه باشد باید بیمار به پزشک ارجاع غیر فوری گردد.
- اگر فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا نباشد، به فاصله ۵ دقیقه دیگر مجدداً فشارخون اندازه گیری شود و پس از محاسبه میانگین در صورتی که فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه باشد، بیمار به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- اگر فشارخون ماکزیمم ۱۶۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون می نیمم ۱۰۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد، بیمار باید ارجاع فوری شود، حتی اگر بیمار مبتلا به بیماری فشارخون بالا باشد.
- ۳- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که دخانیات مصرف می کنند، دستورات و آموزش ها رعایت نشده بود، لازم است بیمار به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۴- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که اختلال چربی خون دارند، دستورات دارویی، رژیم غذایی و فعالیت بدنی رعایت نشده بود، بیمار باید به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۵- اگر در مراقبت **بیمارانی** که اختلال چربی خون یا فشارخون بالا دارند، بیمار دچار عوارض بیماری یا دارویی شده باشد، بیمار لازم است به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۶- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند، وزن آن ها در طی سه ماه به مقدار توصیه شده (حداقل ۲ کیلو در ماه در بزرگسالان) کاهش نیابد یا از وزن قبلی بیشتر شود، بیمار باید به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۷- اگر در مراقبت **بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند**، وزن در طی **یک ماه** به مقدار توصیه شده کاهش نیابد، بیمار را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- ۸- اگر در مراقبت **افرادی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند**، وزن آن ها در طی سه ماه به مقدار توصیه شده (حداقل ۲ کیلو در ماه در بزرگسالان) کاهش نیابد یا از وزن قبلی بیشتر شود، بیمار بایستی به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۹- وقتی وزن بیمار دارای اضافه وزن یا چاق به وزن طبیعی رسید، ۶ ماه بعد بیمار باید تحت مراقبت قرار گیرد: اگر وزن بیمار در حد طبیعی بود (اگر سایر عوامل خطرآفرین را نداشته باشد) دیگر نیاز به مراقبت خاص ندارد و مانند افراد دارای وزن طبیعی در غربالگری بعدی، مورد بررسی قرار می گیرد. اگر سایر عوامل خطرآفرین وجود داشته باشد، لازم است طبق برنامه های کشوری موجود (فشارخون بالا، دیابت، چاقی) یا طبق دستور پزشک، مراقبت بیمار ادامه یابد.

وظایف پزشک مرکز بهداشتی درمانی / پزشک خانواده در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی

بیماری هایی مانند فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی از یک طرف به عنوان یک بیماری محسوب می شوند که خود دارای عوامل خطر (از جمله کم تحرکی، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب، چاقی و.....) هستند و از طرفی دیگر برای بروز بیماری قلبی عروقی یک عامل خطر یا بیماری زمینه ساز، محسوب می شوند. در این برنامه این بیماری ها به عنوان عوامل خطر یا بیماری زمینه ساز بیماری قلبی عروقی محسوب می شوند.

وظایف پزشک در مرحله اول همکاری در اجرای برنامه های مداخلاتی است.

وظایف پزشک در مرحله دوم (مراقبت بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون) و مرحله سوم (غربالگری، بیماریابی و مراقبت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن) است.

بعد از شناسایی و ثبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون توسط بهورزان (مرحله دوم) و یا پس از غربالگری افراد ۳۰ سال و بالاتر و مشکوک شدن به ابتلاء به بیماری های فشارخون بالا و اختلال چربی خون، بیماری قلبی عروقی و شناسایی افراد دارای عوامل خطر (مرحله سوم) و ارجاع افراد به پزشک، پزشک وظایف زیر را بر

عهده دارد:

- پذیرش افراد ارجاع شده

- بررسی فشارخون و تایید بیماری با اندازه گیری فشارخون در چند موقعیت

- ارجاع تمام افراد برای انجام آزمایش قند خون و چربی های خون (اندازه گیری ناشتای قند و چربی های خون شامل Cholestrol, TG-HDL, LDL) و بررسی نتایج و تایید بیماری (در صورتی که فرد طی ۶ ماه قبیل آزمایش چربی و قند خون انجام داده باشد نیازی به آزمایش جدید نیست).

- ارجاع بیماران و افراد در معرض خطر قلبی عروقی به کارشناس تغذیه مستقر در همان مرکز یا مرکز بهداشتی درمانی تعیین شده یا واحد دیابت / پایگاه تندرستی تا طبق شرح وظایف و دستورالعمل تحت رژیم غذایی و مراقبت قرار گیرند.

- اعلام نتیجه بیماری افراد ارجاع شده پس از بررسی، به بهورز تا حسب مورد بیماران طبق دستور پزشک مورد پیگیری و مراقبت قرار گیرند. (اگر بیماری افراد ارجاع شده به پزشک پس از بررسی تایید نگردد، بدین معنی است که فرد بیماری تعیین شده در این ارزیابی را ندارد)

- درمان مناسب بیماران طبق دستورالعمل های کشوری

- بررسی عوارض بیماری در افراد مبتلا به بیماری فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون ارجاع شده به پزشک و در صورت لزوم ارجاع به سطح بالاتر (مرکز ویژه قلب و عروق) برای بررسی های تخصصی تر

- پذیرش و مراقبت بیماران طبق برنامه منظم

- آموزش بیماران در خصوص تغذیه سالم، عدم مصرف یا ترک دخانیات و فعالیت بدنی حسب بیماری یا عامل خطر

- آموزش افراد خانواده بیماران

- ثبت اطلاعات نتایج بررسی و ارزیابی بیمار در " فرم مراقبت افراد در معرض خطر (بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی "، " فرم غربالگری عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی "، و ثبت

کلیه اقدامات در فرم "ارجاع" حسب مورد

- ارائه پس خوراند به بهورز از طریق فرم ارجاع

برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل

بیماری قلبی عروقی

در مناطق شهری

نحوه اجرای برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مناطق شهری

در شهرهایی که تحت پوشش پزشک خانواده نیستند، نحوه اجرای مرحله دوم و سوم برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی با روشی که در مناطق روستایی انجام می شود به علت ویژگی های ساختاری، دسترسی به افراد تحت پوشش، منطقه فیزیکی و دسترسی به بخش های خصوصی، تا حدودی متفاوت خواهد بود، اما اهداف برنامه در هر دو منطقه مشابه است.

روش ثبت مشخصات افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده/واحد دیابت جهت غربالگری، مراقبت و درمان و افرادی که خدمات ارائه می دهند، روش گزارش دهی و جمع آوری اطلاعات و محل ارائه خدمات با آنچه در مناطق روستایی اجرا می شود، متفاوت است. اما دستورالعمل های غربالگری، بیماریابی، مراقبت و راهنماهای ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون در دو منطقه مشابه خواهد بود.

در شهرها شناسایی، آموزش، مراقبت و درمان بیماران در مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده (واحدهای دیابت/پایگاه های تندرستی) انجام خواهد شد و حسب ساختار و امکانات و تجهیزات تامین شده، اغلب خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز در این مکان ارائه خواهد شد.

بیماران نیازمند خدمات تخصصی توسط پزشک یا پزشکان عمومی دوره دیده این واحد به سطح بالاتر که درمانگاه های تخصصی (مرکز ویژه قلب و عروق، مرکز جامع دیابت) و بیمارستان ها هستند، ارجاع خواهند شد. همچنین نظام گزارش دهی حسب مورد بر اساس نرم افزار ثبت طراحی شده خواهد بود.

با توجه به آن که در شهرهای بزرگ، سطوح اول و دوم شبکه، مانند آنچه در مناطق روستایی دیده می شود، وجود ندارد و همچنین ساختار پزشک خانواده نیز تاکنون در مناطق شهری بطور کامل تکمیل نشده است، بهترین راه حل برای اجرای برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی استفاده از **مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده (پایگاه های تندرستی)**، واحدهای دیابت است که می توانند بصورت بخش خصوصی و یا دولتی انتخاب و بر اساس دستورالعمل های کشوری به ارائه خدمت بپردازند. طراحی به گونه ایست که با استقرار و پوشش کامل برنامه پزشک خانواده در شهرها می توان وظایف این مراکز (واحدهای دیابت/پایگاه های تندرستی) را به مراکز بهداشتی درمانی دارای پزشکان خانواده محول نمود.

باید توجه داشت واحدهای دیابت درمانگاه هایی ویژه برای بیماری دیابت نیست. با توجه به این که ارائه خدمات ادغام یافته به گیرندگان خدمات بهداشتی درمانی از سیاست های وزارت بهداشت است، لذا اجرای این برنامه ایجاد ساختار و بسترسازی برای ارائه خدمات ادغام یافته پیشگیری برای دیابت و هم چنین سایر بیماری های غیرواگیر از جمله بیماری های کلیوی، قلبی-عروقی، سرطان ها، پوکی استخوان و ... خواهد بود.

در ابتدا واحدهای دیابت، فعالیت خود را با ارائه خدمات به بیماران دیابتی و پره دیابتی آغاز نموده اند و با ایجاد امکانات ارائه خدمت به دیگر بیماران مبتلا به بیماری های غیرواگیر، این واحدها به **واحدهای بیماری های غیرواگیر** تبدیل خواهند شد و واحد دیابت یکی از واحدهای آن خواهد بود. درحقیقت اجرای برنامه پیشگیری و کنترل دیابت در شهرها بستری برای ارائه خدمات ادغام یافته در سطوح مختلف پیشگیری برای دیگر بیماری های غیرواگیر است.

از طرفی دیگر **پایگاه های تندرستی** که در بعضی از شهرها فعالیت دارند، نیز به عنوان یک واحد سلامت نگر با رویکرد به سه عامل خطر مهم و مشترک بیماری های غیرواگیر و تاکید بر اصلاح و بهبود شیوه زندگی به کلیه افراد

جامعه (۲ سال و بالاتر) اعم از افراد سالم، در معرض خطر و بیمار خدمت ارائه می دهند و می توان از این مراکز به عنوان مراکز غربالگری عوامل خطر بیماری های غیرواگیر و مراقبت بیماران از جمله بیماری قلبی عروقی و بیماری دیابت استفاده نمود.

الزامات اجرای برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در شهر تاحدودی با برنامه دیابت در شهر مشابه است و به همین منظور با ادغام برنامه قلب و عروق و برنامه دیابت و اجرای آن در شهرها از موازی کاری و دوباره کاری و اتلاف منابع جلوگیری خواهد شد.

بدلایل زیر اجرای این برنامه با برنامه غربالگری دیابت به صورت ادغام یافته در مناطق شهری انجام می شود:

- تقویت شبکه بهداشتی درمانی مناطق شهری کشور
- افزایش دسترسی ساکنین مناطق شهری کشور به خدمات بهداشتی درمانی اولیه و تخصصی پزشکی در روند اجرای برنامه
- صرفه جویی در منابع مالی کافی برای اجرای برنامه در کل کشور
- ساماندهی تشخیص و درمان و مراقبت بیماران
- اجرای این برنامه به صورت ادغام یافته با برنامه غربالگری دیابت در مناطق شهری

تشکیلات و وظایف سطوح مختلف در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن در مناطق شهری دانشگاه علوم پزشکی

۱- سطح خدمات تخصصی:

الف- مرکز ویژه قلب و عروق در سطح دانشگاه

مرکز ویژه قلب بعنوان مرکز ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی هم در سطح شهرستان و هم در سطح مرکز استان موظفند که بیماران ارجاعی از مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده (واحد دیابت) پذیرش کنند. در صورت عدم وجود مرکز ویژه قلب و عروق در شهر می توان از مطب ها و درمانگاه های تخصصی قلب و عروق به عنوان سطح تخصصی ارجاع از واحد دیابت/پایگاه تندرستی استفاده کرد.

۲- سطح خدمات غربالگری و مراقبت اولیه:

واحدهای دیابت/پایگاه های تندرستی در مناطق شهری بعنوان **سطوح اول تا سوم پیشگیری** هستند. و برای بیماران ارجاعی از مراکز بهداشتی درمانی روستایی به عنوان سطح دوم و سوم محسوب می شوند.

الف- واحدهای دیابت در برنامه قلب و عروق شهری

واحدهای دیابت می توانند در بخش دولتی یا خصوصی تشکیل شده و ارائه خدمت نمایند. در این مرکز در کنار پزشک عمومی دوره دیده دیابت، یک پرستار و یک کارشناس تغذیه خدمت می کنند. مراکز بهداشتی درمانی هم برای اجرای برنامه در کنار پزشک عمومی دوره دیده دیابت، موظف به جذب پرستار و کارشناس تغذیه خواهند بود.

غربالگری، بیماریابی، آموزش و درمان افراد واجد شرایط غربالگری و سپس بیماران دیابتی و افراد پره دیابتی و سایر افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی در این مرکز انجام خواهد شد و اغلب خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز این بیماران در این مکان ارائه خواهد شد. در واحدهای دیابت/پایگاه های تندرستی، بخشی از خدمات سطح سوم شامل درمان عوارض بیماری و خدمات توانبخشی می تواند انجام شود.

بدیهی است که بیماران نیازمند خدمات تخصصی و فوق تخصصی سرپایی و بستری، توسط پزشک یا پزشکان عمومی دوره دیده این مراکز به سطح بالاتر که شامل مرکز جامع دیابت و مرکز ویژه قلب و عروق و بیمارستان های آموزشی تحت پوشش این برنامه هستند، ارجاع خواهند شد.

این واحد در سطح شهرستان مستقر خواهد شد.

وظایف پرستار

در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری

قلبی عروقی

در واحد دیابت در مناطق شهری

(مرحله اول)

وظایف پرستار در برنامه طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در

مناطق شهری

۱- اجرای برنامه های مداخلاتی کاهش عوامل خطر بیماری قلبی عروقی طراحی شده توسط مرکز بهداشت شهرستان/دانشگاه

(مرحله دوم)

وظایف پرستار در برنامه شناسایی و مراقبت بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون در

واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری

۱- شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون

۲- ارجاع به پزشک

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۴- آموزش

۵- ثبت اطلاعات

۱- شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون

برای شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون ، لازم است موارد زیر اجراء شود:

- استفاده از اطلاعات نرم افزار ثبت نتایج آزمایشگاهی برای شناسایی بیماران مراجعه کننده به آزمایشگاه ها (آزمایشگاه لیست مشخصات افراد دارای اختلال چربی خون را به مرکز بهداشت ارسال کند)

- آزمایشگاه ها می توانند در زمینه اطلاع رسانی (بروشورهای حاوی اطلاعات واحد های دیابت منطقه/مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری) به افرادی که دارای قند خون بالا و یا اختلال چربی خون هستند همکاری نمایند و بیماران را به واحد های دیابت یا مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری منطقه ارجاع دهند.

- یکی دیگر از راه های شناسایی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون فراخوان و اطلاع رسانی همگانی در منطقه تحت پوشش واحد دیابت است. در این اطلاع رسانی از افرادی که از بیماری خود مطلع هستند دعوت می گردد به واحد دیابت مراجعه کنند و تحت مراقبت و قرار گیرند.

- ثبت مشخصات افراد بیمار طبق راهنما در " پرونده ثبت ، غربالگری و مراقبت افراد در معرض خطر یا

مبتلا به بیماری قلبی عروقی در واحد دیابت "

- اندازه گیری فشارخون ، وزن و قد و تعیین نمایه توده بدنی (طبق نمودار و دستورالعمل پیوست یا فرمول)

- بررسی وجود سایر عوامل خطر ساز و بیماری های زمینه ساز در فرد مانند مصرف دخانیات ، وضعیت تغذیه (الگوی رژیم غذایی) ، فعالیت بدنی ، چاقی ، دیابت ، بیماری قلبی عروقی

- بررسی سابقه ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی ، فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت

- بررسی وجود عوامل خطر ساز و بیماری های زمینه ساز در خانواده (سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، سکتة قلبی و مغزی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی)

➤ توجه: ابتلاء به بیماری فشارخون بالا یا اختلال چربی خون باید به تایید پزشک رسیده باشد و یا بیمار تحت درمان باشد.

۲- ارجاع به پزشک

بیماری فشارخون بالا

الف- اگر فرد مبتلا به فشارخون بالا تحت درمان باشد :

۱- "پرونده مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او در پرونده یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد. این پرونده به صورت یک برنامه نرم افزاری است.

۲- اگر فشارخون بیمار کنترل شده باشد (کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه)، نیاز به ارجاع فرد نیست ولی به عنوان یک بیمار مبتلا به فشارخون بالا (و هم چنین **فرد در معرض خطر** بیماری قلبی عروقی) باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد.

۳- اگر فرد مبتلا به **فشارخون بالا** و تحت درمان باشد، ولی فشارخون وی تحت کنترل نباشد (۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر)، باید برای بررسی و ارزیابی فشارخون به **پزشک ارجاع غیرفوری** شود.

۴- اگر بیمار مبتلا به فشارخون بالا به بیماری اختلال چربی خون مبتلا نباشد و آخرین آزمایش چربی خون وی بیش تر از ۶ ماه گذشته باشد، باید برای بررسی و ارزیابی چربی های خون به **پزشک ارجاع غیرفوری** شود و نتیجه ارجاع به عنوان چربی خون طبیعی یا مبتلا به اختلال چربی خون، در پرونده ثبت شود.

۵- اگر نتیجه نمایه توده بدنی 25 kg/m^2 و بیشتر یعنی اضافه وزن یا چاق بود بیمار باید برای ارزیابی بیشتر و ارائه برنامه رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی به **پزشک ارجاع غیرفوری** شود.

ب- اگر فرد مبتلا به فشارخون بالا تحت درمان نباشد :

۱- بیمار باید برای بررسی و ارزیابی وضعیت بیماری فشارخون و تجویز درمان به **پزشک ارجاع غیرفوری** شود.

۲- اگر بعد از ارجاع فرد به پزشک بیماری فشارخون بالا تایید گردد "فرم مراقبت افراد در معرض خطر) **فشارخون بالا و اختلال چربی خون** یا **مبتلا به بیماری قلبی عروقی**" باید برای وی تشکیل و مشخصات او در فرم یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم را با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

بیماری اختلال چربی خون

الف- اگر فرد مبتلا به اختلال چربی خون تحت درمان باشد:

۱- "پرونده مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او را در پرونده یادداشت شود و اطلاعات لازم در پرونده با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و

قد تکمیل گردد.

۲- اگر میانگین فشارخون بیمار بیشتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه باشد، باید برای بررسی و تایید بیماری فشارخون بالا به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۳- اگر فشارخون وی کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه باشد، نیاز به ارجاع فرد نمی باشد ولی به عنوان یک بیمار مبتلا به اختلال چربی خون (و هم چنین فرد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی) و هم چنین فرد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد.

۴- اگر نتیجه نمایه توده بدنی 25 kg/m^2 و بیشتر یعنی اضافه وزن یا چاق بود بیمار باید برای ارزیابی بیشتر و ارائه برنامه رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

ب- اگر فرد مبتلا به اختلال چربی خون اما تحت درمان نباشد:

- ۱- فرد باید برای بررسی و ارزیابی وضعیت چربی های خون و تجویز درمان به پزشک ارجاع غیرفوری شود.
- ۲- اگر بعد از ارجاع فرد به پزشک بیماری اختلال چربی خون تایید گردد "فرم مراقبت افراد در معرض خطر) فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او در فرم یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم را با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

- توجه: ممکن است بیمار همزمان به چند عامل خطر یا بیماری مبتلا باشد (فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت، چاقی) در اینصورت برای بیمار یک پرونده مراقبت تشکیل می شود.
- توجه: " فرم ارجاع مراجعین به سطح بالاتر (مراکز تخصصی/مشاوره در واحد دیابت)" و "فرم ارجاع مراجعین به مرکز تربیت بدنی در مناطق شهری در واحد دیابت" می بایست در دو برگ تهیه شود. در این مورد بیمار را توجیه کنید تا حتماً از پزشک بخواهد پس از پایان اقدامات، نتایج را در فرم ارجاع ثبت کند و برگه دوم فرم ارجاع، توسط بیمار به پرستار عودت داده شود.

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۱- برای سهولت پیگیری و مراقبت بیماران مشخصات آن ها باید به شکل لیست خطی در "فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در واحد دیابت" ثبت شود و هر بار که بیمار تحت مراقبت پرستار یا پزشک واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/سایر پزشکان عمومی یا متخصص قرار می گیرد، تاریخ آن را در فرم ثبت گردد.

۲- در ابتدا افراد بیمار مبتلا به چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون باید طبق دستور پزشک پیگیری و مراقبت شوند و بعد از این که وضعیت درمانی آن ها ثبات پیدا کرد، بطور معمول باید بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا دیابت حداقل ماهی یک بار توسط پرستار و ۳ ماه یک بار توسط پزشک و بیماران چاق و مبتلا به اختلال چربی خون حداکثر سه ماه یک بار توسط پرستار و سالی یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۳- بیماران مبتلا به دیابت باید طبق دستورالعمل برنامه کشوری تحت مراقبت و درمان قرار گیرند.

۴- در هر بار مراقبت بیماران، لازم است فشارخون و وزن آن ها اندازه گیری و نمایه توده بدنی تعیین شود. اگر نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ است باید هر سه ماه یکبار وزن اندازه گیری شود، در زمینه مصرف بموقع دارو و مراقبت های غیردارویی (رژیم غذایی مناسب، فعالیت بدنی و عدم مصرف یا ترک دخانیات) تحت آموزش قرار گیرد و در صورت نیاز، بیمار به پزشک ارجاع شود.

۵- در صورتی که افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند، بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند.

برنامه زمانی پیگیری و مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

وضعیت فرد	پیگیری و مراقبت توسط پرستار	ارجاع به پزشک و مراقبت توسط پزشک
مبتلا به بیماری اختلال چربی خون	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به بیماری فشارخون بالا	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
مبتلا به بیماری دیابت	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
چاق	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر، سکنه قلب و مغزی)	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار

۴- آموزش

آموزش در سه مرحله صورت می گیرد:

۱- آموزش برای مراجعه کنندگان به واحد دیابت

۲- آموزش در مراقبت ها و بازدید ها برای بیماران و خانواده آن ها

۳- آموزش همگانی و مستمر برای عموم مردم

۵- ثبت اطلاعات

دستورالعمل تکمیل اطلاعات بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

-تعریف بیماران قدیمی (شناسایی شده): بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که در طی سال های قبل، توسط پزشک تشخیص داده شده اند به عنوان موارد قدیمی بیماری محسوب می شوند.

-تعریف بیماران (موارد) جدید: بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که در طی سال جاری، توسط پزشک تشخیص داده شده اند به عنوان موارد جدید بیماری همان سال محسوب می شوند.

-تعریف مراقبت شده: اگر بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی در هر فصل (۳ ماه) حداقل ۱ بار توسط بهورز و حداقل ۱ بار توسط پزشک مراقبت شده باشد به عنوان مراقبت شده محسوب می گردد. (در خصوص بیماران مبتلا به اختلال چربی خون سالی یکبار مراقبت توسط پزشک انجام می شود).

تعریف تعداد کل بیماران (موارد): این تعداد شامل مجموع تعداد بیماران قدیمی (سال قبل) و بیماران جدید سال

جاری می باشد. در اول سال جاری ، این تعداد از مجموع تعداد بیماران قدیمی و جدید سال قبل بدست می آید. در انتهای سال جاری، این تعداد از مجموع تعداد بیماران قدیمی (سال قبل) و جدید همان سال جاری بدست می آید.

(مرحله سوم)

وظایف پرستار در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر قلب) در واحد دیابت در مناطق شهری

۱- غربالگری افراد ۳۰ سال و بالاتر

۲- ارجاع به پزشک

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۴- آموزش

۵- ثبت اطلاعات

۱- غربالگری

برای یافتن افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر) و افراد در معرض خطر این بیماری، لازم است موارد زیر اجراء شود:

نحوه غربالگری

در ابتدا برای انجام غربالگری باید به افراد تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی (واحد دیابت) اطلاع رسانی کرد و برای مراجعه به مرکز فراخوان داد. بعد از مراجعه افراد واجد شرایط سنی (۳۰ سال و بالاتر)، مشخصات آن ها را طبق راهنما در "پرونده ثبت ، غربالگری و مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در واحد دیابت" در نرم افزار مربوطه ثبت شود و فشارخون، وزن و قد آن ها اندازه گیری و نمایه توده بدنی تعیین گردد. سپس در مورد وجود عوامل خطر ساز، مصرف دخانیات، بیماری های زمینه ساز در خانواده و فرد و سابقه بیماری و عوارض بیماری قلبی عروقی از آن ها سؤال و در پرونده ثبت و پس از ارجاع به پزشک و ثبت نتایج نهایی، طبق دستورات اقدام شود.

در این برنامه گروه هدف گروه سنی بالای ۳۰ سال هستند که شامل میانسالان و سالمندان می گردند و باید برای ارزیابی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن شامل چاقی، مصرف دخانیات، تغذیه ناسالم، کم تحرکی، سابقه خانوادگی (بیماری عروق کرونر زودرس، سکته قلبی و مغزی، فشارخون بالا ، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی)، سابقه ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی، فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت، از طریق تکمیل پرسشنامه و هم چنین انجام آزمایش چربی های خون (اندازه گیری ناشتای چربی های خون شامل Cholestrol, TG-HDL, LDL)، قند خون و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد هر ۳ سال یک بار مورد غربالگری فعال قرار گیرند.

- فرم دیگری با عنوان "فرم ارزیابی عادات غذایی توسط پرستار در واحد دیابت" باید تکمیل شود و وضعیت تغذیه افراد تعیین گردد.

- فرم دیگری با عنوان "فرم ارزیابی فعالیت بدنی توسط پرستار در واحد دیابت" باید تکمیل شود و وضعیت فعالیت افراد تعیین گردد.

۲-ارجاع به پزشک واحد دیابت

-اگر پاسخ هر یک از سوالات مربوط به سابقه خانوادگی (بیماری عروق کرونر زودرس،سکته قلبی و مغزی،فشارخون بالا ، دیابت ،اختلال چربی خون و چاقی) در افراد درجه یک خانواده (مادر،پدر،خواهر و برادر) ،ابتلاء به بیماری قلبی عروقی(ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی،فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت منفی بود و یا نتیجه نمایه توده بدنی (کمتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع) و نتیجه میانگین فشارخون (کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه) بود و نتیجه وضعیت تغذیه و فعالیت بدنی نسبتاً مطلوب یا مطلوب بود،و دخانیات مصرف نمی کرد و بعد از ارجاع و آزمایش خون، بیماری قلبی عروقی و عامل خطر دیگری مانند اختلال چربی خون،دیابت هم نداشت، این بدین معنی است که فرد هیچ یک از عوامل خطر تعیین شده در این بررسی را ندارد و احتمال ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در این فرد کم است و به عنوان فرد سالم هر ۳ سال یک بار باید مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی و غربالگری شود.

➤ توجه : در سالمندان(۶۰ سال و بیشتر) دارا بودن سابقه خانوادگی بیماری (مثبت بودن هر یک از ستون های ۷ تا ۱۲) و اضافه وزن جزء عوامل خطر محسوب نمی شود.

- اگر پاسخ هر یک از سوالات مثبت بود و یا نتیجه نمایه توده بدنی (۲۵ و بیشتر) یعنی اضافه وزن یا چاق بود و یا نتیجه میانگین فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بیشتر و یا نتیجه پاسخ سوالات مربوط به وضعیت تغذیه و فعالیت بدنی نامطلوب بود ، و بعد از ارجاع عامل خطر دیگری مانند اختلال چربی خون،دیابت و یا فشارخون بالا هم نداشت ،این بدین معنی است که فرد به علت داشتن حداقل یک مورد از عوامل خطر تعیین شده و یا ابتلاء به حداقل یکی از بیماری های زمینه ساز در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی است.

-غیر از افرادی که دارای اضافه وزن و سیگاری هستند، بقیه افراد (کسی که دارای بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی است) لازم است به پزشک ارجاع غیر فوری شوند.

- اگر فقط نتیجه نمایه توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۰ بود، نیاز به ارجاع فرد به پزشک نمی باشد، ولی به عنوان فرد در معرض خطر باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد و هر ۳ سال یک بار مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی غربالگری شود.

- اگر فقط نتیجه وضعیت تغذیه و وضعیت فعالیت بدنی فرد نامطلوب بود نیاز به ارجاع فرد به پزشک نمی باشد، ولی به عنوان فرد در معرض خطر باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد و هر ۳ سال یک بار مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی غربالگری شود.

-افراد در معرض خطر و بالاخص دارای اضافه وزن و وضعیت تغذیه نامطلوب باید به کارشناس تغذیه مستقر در واحد دیابت /مرکز بهداشتی درمانی ارجاع شوند.

- اگر فرد مبتلا به بیماری قلبی عروقی یا فشارخون بالا، اختلال چربی خون و دیابت بود، اگر تحت درمان است نیاز به ارجاع بیمار نیست. اگر تحت درمان نباشد برای بررسی بیشتر باید به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

- تمام افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی (دارای حداقل یک عامل خطر زمینه ساز شامل فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت و چاقی) باید بعد از غربالگری به پزشک ارجاع شوند و در اولین ویزیت توسط پزشک از نظر بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر) بررسی شوند:

- در صورتی که بیماری قلبی عروقی توسط پزشک تایید نشود ولی فرد دارای حداقل یکی از عوامل خطر یا بیماری های زمینه ساز باشد، جزء افراد در معرض خطر محسوب می شود و باید طبق دستورالعمل مربوطه تحت درمان و مراقبت قرار گیرد.

- اگر بیماری قلبی عروقی تایید شود باید طبق راهنما تحت درمان و مراقبت قرار گیرند.

- اگر فرد دارای هیچ یک از عوامل خطر و بیماری های زمینه ساز نبود، جزء افراد سالم محسوب می شود و باید ۳ سال یک بار مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی غربالگری شود.

- تمام افراد باید بعد از غربالگری به پزشک ارجاع شوند و در اولین ویزیت توسط پزشک به برای انجام آزمایش قند و چربی های خون و ادرار به آزمایشگاه ارجاع شوند (مگر این که قند و چربی خون آن ها در طی ۶ ماه اخیر اندازه گیری شده باشد). سپس باید بر حسب نتیجه آزمایش، وضعیت فرد از نظر ابتلاء به دیابت یا اختلال چربی خون روشن شود. در صورتی که فرد مبتلا به دیابت یا اختلال چربی خون باشد، به عنوان فرد دارای بیماری زمینه ساز قلبی عروقی محسوب می شود.

بعد از مشخص شدن نتیجه آزمایش و معاینات و بررسی های تکمیلی، لازم است طبق موارد زیر اقدام شود:

- تکمیل پرونده بیمار توسط پزشک واحد دیابت و ثبت نتیجه بیماریابی

- بررسی پرونده بیمار توسط پرستار و ثبت نتیجه نهایی غربالگری و بیماریابی در پرونده وی

- تصمیم گیری پرستار برای پیگیری و مراقبت بر اساس نتایج پرونده بیمار و دستورات پزشک واحد دیابت

- ارجاع افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی و با وضعیت تغذیه نامطلوب به کارشناس تغذیه واحد دیابت برای بررسی وضعیت تغذیه

- ارجاع افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی با وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب و کم تحرک به واحد تربیت بدنی

گروه بندی افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی	افراد در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (دارای بیماری های زمینه ساز)	افراد در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (دارای عوامل خطر)
بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب	افراد چاق	افراد دارای سابقه خانوادگی چاقی، سابقه خانوادگی فشارخون بالا، سابقه خانوادگی بیماری دیابت، سابقه خانوادگی بیماری اختلال چربی خون، سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی و سکتة قلبی و مغزی زودرس در افراد درجه یک خانواده
بیماران دارای سسابقه سکتة قلبی زودرس	بیماران مبتلا به فشارخون بالا	افراد دارای اضافه وزن

افراد دارای وضعیت تغذیه نامطلوب	بیماران مبتلا به دیابت	بیماران دارای سابقه سکته مغزی زودرس
افراد دارای وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب (کم تحرک)	بیماران مبتلا به اختلال چربی خون	-
افراد مصرف کننده دخانیات (سیگار، چپق، قلیان، پیپ،.....)	-	-

➤ **توجه:** بیماری هایی مانند فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی از یک طرف به عنوان یک بیماری محسوب می شوند که خود دارای عوامل خطر (از جمله کم تحرکی، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب، چاقی و.....) هستند و از طرفی دیگر برای بروز بیماری قلبی عروقی یک عامل خطر **یا** بیماری زمینه ساز، محسوب می شوند. در این برنامه این بیماری ها به عنوان عوامل خطر **یا** بیماری زمینه ساز بیماری قلبی عروقی محسوب می شوند.

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۱- مشخصات افراد در معرض خطر دارای بیماری های فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، دارای عوامل خطر سابقه خانوادگی، اضافه وزن، مصرف دخانیات، **تغذیه نامطلوب، فعالیت بدنی نامطلوب** و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی شناخته شده قلبی و جدید بایستی در " پرونده ثبت، غربالگری و مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی و "فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" ثبت شود.

۲- افراد در معرض خطر دارای عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (سابقه خانوادگی، اضافه وزن، مصرف دخانیات، **تغذیه نامطلوب، فعالیت بدنی نامطلوب**)، باید بطور معمول حداکثر سه ماه یک بار توسط پرستار و سالی یک بار توسط پزشک واحد دیابت مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۳- افراد در معرض خطر دارای بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی (چاق، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون) در ابتدا باید طبق دستور پزشک پیگیری و مراقبت شوند و بعد از این که وضعیت درمانی آن ها ثبات پیدا کرد، بطور معمول باید بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا دیابت حداقل **یک ماهی یک بار توسط پرستار و ۳ ماه یک بار توسط پزشک** و بیماران چاق و مبتلا به اختلال چربی خون حداکثر سه ماه یک بار توسط پرستار و سالی یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۴- بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر، سکته قلبی و مغزی) باید طبق دستورالعمل تحت درمان و مراقبت قرار گیرند. بطور معمول باید حداقل **یک ماهی یک بار توسط پرستار و ۳ ماه یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراقبت شوند**. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۵- در هر بار مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران، لازم است فشارخون و وزن فرد اندازه گیری شود و نمایه توده بدنی وی تعیین شود (اگر نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ است هر سه ماه یکبار وزن را اندازه گیری کنید)، در زمینه

مصرف بموقع دارو و مراقبت های غیردارویی (رژیم غذایی مناسب، فعالیت بدنی وعدم مصرف یا ترک دخانیات) تحت آموزش قرار گیرند و در صورت نیاز، بیمار به پزشک ارجاع شود.

۶- در صورتی که افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند، بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند.

۷- بیماران و افراد در معرض خطر قلبی عروقی تحت نظر کارشناس تغذیه مستقر در واحد دیابت باید طبق شرح وظایف وی و دستورالعمل تحت رژیم غذایی و پیگیری و مراقبت قرار گیرند.

برنامه زمانی پیگیری و مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

وضعیت فرد	پیگیری و مراقبت توسط پرستار	ارجاع به پزشک و مراقبت توسط پزشک
سالم	۳ سال یک بار	-
دارای سابقه خانوادگی بیماری	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
دارای اضافه وزن	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
چاق	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به اختلال چربی خون	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به فشارخون بالا	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
مبتلا به دیابت	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
مبتلا به بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر، سکته قلبی و مغزی)	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
دارای وضعیت تغذیه نامناسب	۳ ماه یک بار یا طبق دستور کارشناس تغذیه	سالی یک بار
دارای وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب (کم تحرکی)	۳ ماه یک بار یا طبق دستور مربی تربیت بدنی	سالی یک بار
مصرف کننده دخانیات	۳ ماه یک بار	سالی یک بار

۴- آموزش: مشابه مرحله دوم

۵- ثبت اطلاعات: مشابه مرحله دوم

در واحد هایی که دارای نظام رایانه ای هستند، ثبت اطلاعات افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی به صورت الکترونیک در برنامه نرم افزاری مربوطه انجام می گیرد. در مراکزی که هنوز ثبت الکترونیک راه اندازی نشده است، ثبت اطلاعات افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی در پرونده های کاغذی مورد استفاده در مناطق شهری (که در واحد های دیابت بکار گرفته می شود) انجام می گیرد.

دستورات کلی در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

- ۱- اگر پزشک دستور خاصی برای پیگیری بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی نداده باشد، لازم است طبق جدول برنامه زمانی پیگیری و مراقبت به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۲- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی، فشارخون ماکزیمم ۱۴۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون مینیوم ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد:
 - اگر فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا باشد، در صورتی که فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه باشد باید بیمار به پزشک ارجاع غیر فوری گردد.
 - اگر فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا نباشد، به فاصله ۵ دقیقه دیگر مجدداً فشارخون اندازه گیری شود و پس از محاسبه میانگین در صورتی که فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه باشد، بیمار به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
 - اگر فشارخون ماکزیمم ۱۶۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون می نیمم ۱۰۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد، بیمار باید ارجاع فوری شود، حتی اگر بیمار مبتلا به بیماری فشارخون بالا باشد.
- ۳- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که دخانیات مصرف می کنند، دستورات و آموزش ها رعایت نشده بود، لازم است بیمار به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۴- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که اختلال چربی خون دارند، دستورات دارویی، رژیم غذایی و فعالیت بدنی رعایت نشده بود، بیمار را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- ۵- اگر در مراقبت بیماران که اختلال چربی خون یا فشارخون بالا دارند، بیمار دچار عوارض بیماری یا دارویی شده باشد، بیمار لازم است به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۶- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند، وزن آن ها در طی سه ماه به مقدار توصیه شده (حداقل ۲ کیلو در ماه در بزرگسالان) کاهش نیابد یا از وزن قبلی بیشتر شود، بیمار را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- ۷- اگر در مراقبت بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند، وزن در طی یک ماه به مقدار توصیه شده کاهش نیابد، بیمار را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- ۸- ~~اگر در مراقبت افرادی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند، وزن آن ها در طی سه ماه به مقدار توصیه شده (حداقل ۲ کیلو در ماه در بزرگسالان) کاهش نیابد یا از وزن قبلی بیشتر شود، بیمار بایستی به پزشک ارجاع غیر فوری شود.~~
- ۹- وقتی وزن بیمار دارای اضافه وزن یا چاق به وزن طبیعی رسید، ۶ ماه بعد بیمار را تحت مراقبت قرار دهید: اگر وزن بیمار در حد طبیعی بود (اگر سایر عوامل خطر آفرین را نداشته باشد) دیگر نیاز به مراقبت خاص ندارد و مانند افراد دارای وزن طبیعی در غربالگری بعدی، مورد بررسی ه های کشوری موجود (فشارخون بالا، دیابت، چاقی) یا طبق دستور قرار می گیرد. اگر سایر عوامل خطر آفرین وجود داشته باشد، لازم است طبق برنامه پزشک، مراقبت بیمار ادامه یابد.

وظایف کاردان / کارشناس مبارزه با بیماری ها
در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی
در مرکز بهداشتی درمانی شهری
(مجری برنامه پزشک خانواده)

(مرحله اول)

وظایف کاردان / کارشناس مبارزه با بیماری ها در برنامه طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری

و کنترل بیماری قلبی عروقی در مرکز بهداشتی درمانی شهری

۱- همکاری در اجرای برنامه های مداخلاتی کاهش عوامل خطر بیماری قلبی عروقی طراحی شده توسط مرکز بهداشت شهرستان / دانشگاه

(مرحله دوم)

در مراکز بهداشتی درمانی که تیم سلامت کامل است و دارای کارشناس پرستاری و تغذیه هستند، وظایف و ارائه خدمات مشابه واحد دیابت است. در مراکز بهداشتی درمانی که تیم سلامت کامل نیست، وظایف و ارائه خدمات با همکاری واحد دیابت صورت می گیرد.

وظایف کاردان / کارشناس مبارزه با بیماری ها در برنامه شناسایی و مراقبت بیماری فشارخون

بالا و اختلال چربی خون در مرکز بهداشتی درمانی شهری

۱- شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون

۲- ارجاع به پزشک

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۴- آموزش

۵- ثبت اطلاعات

۱- شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون

برای شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون، لازم است موارد زیر اجراء شود:

- استفاده از اطلاعات نرم افزار ثبت نتایج آزمایشگاهی برای شناسایی بیماران مراجعه کننده به آزمایشگاه ها

- آزمایشگاه ها می توانند در زمینه اطلاع رسانی (بروشورهای حاوی اطلاعات واحد های دیابت منطقه / مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری) به افرادی که دارای قند خون بالا و یا اختلال چربی خون هستند همکاری نمایند و بیماران را به واحد های دیابت یا مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری منطقه ارجاع دهند.

- یکی دیگر از راه های شناسایی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون فراخوان و اطلاع رسانی همگانی در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری است. در این اطلاع رسانی از افرادی که از بیماری خود مطلع هستند دعوت می گردد به مرکز بهداشتی درمانی شهری منطقه خود مراجعه کنند و تحت مراقبت قرار گیرند.

- ثبت مشخصات افراد بیمار طبق راهنما در "پرونده ثبت، غربالگری و مراقبت افراد در معرض

خطر (بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی"

- اندازه گیری فشارخون، وزن و قد و تعیین نمایه توده بدنی (طبق نمودار و دستورالعمل پیوست)

- بررسی وجود سایر عوامل خطر ساز و بیماری های زمینه ساز در فرد مانند مصرف دخانیات، وضعیت تغذیه (الگوی

رژیم غذایی)، فعالیت بدنی، چاقی، دیابت، بیماری قلبی عروقی
 - بررسی سابقه ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی، فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت
 - بررسی وجود عوامل خطر ساز و بیماری های زمینه ساز در خانواده (سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، سکته قلبی و مغزی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی)
 - در هر بار مراقبت بیماران، لازم است فشارخون و وزن آن ها اندازه گیری و نمایه توده بدنی تعیین شود. اگر نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ است باید هر سه ماه یکبار وزن اندازه گیری شود، در زمینه مصرف بموقع دارو و مراقبت های غیردارویی (رژیم غذایی مناسب، فعالیت بدنی و عدم مصرف یا ترک دخانیات) تحت آموزش قرار گیرد و در صورت نیاز، بیمار به پزشک ارجاع شود.
 - در صورتی که افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند، بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند.

➤ توجه: بیماری فشارخون بالا یا اختلال چربی خون باید به تایید پزشک رسیده باشد و یا بیمار تحت درمان باشد.

برنامه زمانی پیگیری و مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

وضعیت فرد	پیگیری و مراقبت توسط بهورز	ارجاع به پزشک و مراقبت توسط پزشک
مبتلا به بیماری اختلال چربی خون	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به بیماری فشارخون بالا	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
مبتلا به بیماری دیابت	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
چاقی	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر، سکته قلب و مغزی)	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار

۲- ارجاع به پزشک

بیماری فشارخون بالا

الف- اگر فرد مبتلا به فشارخون بالا و تحت درمان باشد :

۱- "پرونده مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او در پرونده یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد. این پرونده به صورت یک برنامه نرم افزاری است.

۲- اگر فشارخون بیمار کنترل شده باشد (کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه)، نیاز به ارجاع فرد نیست ولی به عنوان یک

بیمار مبتلا به فشارخون بالا (و هم چنین فرد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی) باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد.

۳- اگر فرد مبتلا به فشارخون بالا و تحت درمان باشد، ولی فشارخون وی تحت کنترل نباشد ($140/90$ میلی متر جیوه و بیشتر)، باید برای بررسی و ارزیابی فشارخون به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۴- اگر بیمار مبتلا به فشارخون بالا به بیماری اختلال چربی خون مبتلا نباشد و آخرین آزمایش چربی خون وی بیش تر از ۶ ماه گذشته باشد، باید برای بررسی و ارزیابی چربی های خون به پزشک ارجاع غیرفوری شود و نتیجه ارجاع به عنوان چربی خون طبیعی یا مبتلا به اختلال چربی خون، در پرونده ثبت شود.

ب- اگر فرد مبتلا به فشارخون بالا باشد اما تحت درمان نباشد:

۱- بیمار باید برای بررسی و ارزیابی وضعیت بیماری فشارخون و تجویز درمان به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۲- اگر بعد از ارجاع فرد به پزشک بیماری فشارخون بالا تایید گردد "فرم مراقبت افراد در معرض خطر) فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او در فرم یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم را با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

۳- اگر نتیجه نمایه توده بدنی 25 kg/m^2 و بیشتر یعنی اضافه وزن یا چاق بود بیمار باید برای ارزیابی بیشتر و ارائه برنامه رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

بیماری اختلال چربی خون

الف- اگر فرد مبتلا به اختلال چربی خون و تحت درمان باشد:

۱- "پرونده مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او را در پرونده یادداشت شود و اطلاعات لازم در پرونده با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

۲- اگر میانگین فشارخون بیمار بیشتر از $140/90$ میلی متر جیوه باشد، باید برای بررسی و تایید بیماری فشارخون بالا به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۳- اگر فشارخون وی کمتر از $140/90$ میلی متر جیوه باشد، نیاز به ارجاع فرد نمی باشد ولی به عنوان یک بیمار مبتلا به اختلال چربی خون (و هم چنین فرد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی) و هم چنین فرد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد.

۴- اگر نتیجه نمایه توده بدنی 25 kg/m^2 و بیشتر یعنی اضافه وزن یا چاق بود بیمار باید برای ارزیابی بیشتر و ارائه برنامه رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

ب- اگر فرد مبتلا به اختلال چربی خون اما تحت درمان نباشد:

۱- فرد باید برای بررسی و ارزیابی وضعیت چربی های خون و تجویز درمان به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۲- اگر بعد از ارجاع فرد به پزشک بیماری اختلال چربی خون تایید گردد "فرم مراقبت افراد در معرض خطر) فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات

او در فرم یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم را با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

➤ **توجه:** ممکن است بیمار همزمان به چند عامل خطر یا بیماری مبتلا باشد (فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت، چاقی) در اینصورت برای بیمار یک پرونده مراقبت تشکیل می شود.

➤ **توجه:** " فرم ارجاع به سطح بالاتر (مراکز تخصصی/مشاوره در واحد دیابت)" و "فرم

ارجاع مراجعین به مرکز تربیت بدنی در مناطق شهری در واحد دیابت" می بایست در دو برگ تهیه شود. در این مورد بیمار را توجیه کنید تا حتماً از پزشک بخواهد پس از پایان اقدامات، نتایج را در فرم ارجاع ثبت کند و برگه دوم فرم ارجاع، توسط بیمار به پرستار عودت داده شود.

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۱- برای سهولت پیگیری و مراقبت بیماران مشخصات آن ها باید به شکل لیست خطی در "فرم پیگیری بیماران" ثبت شود و هر بار که بیمار تحت مراقبت پرستار یا پزشک واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/سایر پزشکان عمومی یا متخصص قرار می گیرد، تاریخ آن را در فرم ثبت گردد.

۲- در ابتدا افراد بیمار مبتلا به چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون باید طبق دستور پزشک پیگیری و مراقبت شوند و بعد از این که وضعیت درمانی آن ها ثابت پیدا کرد، بطور معمول باید بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا دیابت حداقل ماهی یک بار توسط کاردان و ۳ ماه یک بار توسط پزشک و بیماران چاق و مبتلا به اختلال چربی خون حداکثر سه ماه یک بار توسط کاردان و سالی یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۳- بیماران مبتلا به دیابت باید طبق دستورالعمل برنامه کشوری تحت مراقبت و درمان قرار گیرند.

۴- در هر بار مراقبت بیماران، لازم است فشارخون و وزن آن ها اندازه گیری و نمایه توده بدنی تعیین شود. اگر نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ است باید هر سه ماه یکبار وزن اندازه گیری شود، در زمینه مصرف بموقع دارو و مراقبت های غیردارویی (رژیم غذایی مناسب، فعالیت بدنی و عدم مصرف یا ترک دخانیات) تحت آموزش قرار گیرد و در صورت نیاز، بیمار به پزشک ارجاع شود.

۵- در صورتی که افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند، بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند.

۶- بیماران و افراد در معرض خطر قلبی عروقی تحت نظر کارشناس تغذیه مستقر در واحد دیابت باید طبق دستورالعمل تحت پیگیری و مراقبت قرار گیرند.

برنامه زمانی پیگیری و مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

وضعیت فرد	پیگیری و مراقبت توسط کاردان/کارشناس	ارجاع به پزشک و مراقبت توسط پزشک
مبتلا به بیماری اختلال چربی خون	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به بیماری فشارخون بالا	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
مبتلا به بیماری دیابت	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار

چاق	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر، سکنه قلب و مغزی)	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار

۴- آموزش

آموزش در سه مرحله صورت می گیرد:

- ۱- آموزش برای مراجعه کنندگان به واحد دیابت
- ۲- آموزش در مراقبت ها و بازدید ها برای بیماران و خانواده آن ها
- ۳- آموزش همگانی و مستمر برای عموم مردم

۵- ثبت اطلاعات

دستورالعمل تکمیل اطلاعات بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

- تعریف بیماران قدیمی (شناسایی شده): بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که در طی سال های قبل، توسط پزشک تشخیص داده شده اند به عنوان موارد قدیمی بیماری محسوب می شوند .
- تعریف بیماران (موارد) جدید: بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که در طی سال جاری، توسط پزشک تشخیص داده شده اند به عنوان موارد جدید بیماری همان سال محسوب می شوند .
- تعریف مراقبت شده : اگر بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی در هر فصل (۳ ماه) حداقل ۱ بار توسط بهورز و حداقل ۱ بار توسط پزشک مراقبت شده باشد به عنوان مراقبت شده محسوب می گردد.
- تعریف تعداد کل بیماران (موارد): این تعداد شامل مجموع تعداد بیماران قدیمی (سال قبل) و بیماران جدید سال جاری می باشد. در اول سال جاری ، این تعداد از مجموع تعداد بیماران قدیمی و جدید سال قبل بدست می آید. در انتهای سال جاری، این تعداد از مجموع تعداد بیماران قدیمی (سال قبل) و جدید همان سال جاری بدست می آید.

(مرحله سوم)

وظایف کاردان / کارشناس مبارزه با بیماری ها در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی

عروقی (عروق کرونر قلب) در مرکز بهداشتی درمانی شهری

- ۱- غربالگری افراد ۳۰ سال و بالاتر
- ۲- ارجاع به پزشک
- ۳- پیگیری و مراقبت بیماران
- ۴- آموزش
- ۵- ثبت اطلاعات

۱- غربالگری

برای یافتن افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر) و افراد در معرض خطر این بیماری، لازم است موارد زیر اجراء شود:

نحوه غربالگری

در ابتدا برای انجام غربالگری باید به افراد تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت اطلاع رسانی کرد و برای مراجعه به مرکز فراخوان داد. بعد از مراجعه افراد واجد شرایط سنی (۳۰ سال و بالاتر)، مشخصات آن ها را طبق راهنما در "پرونده ثبت، غربالگری و مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در واحد دیابت" در نرم افزار مربوطه ثبت شود و فشارخون، وزن و قد آن ها اندازه گیری و نمایه توده بدنی تعیین گردد. سپس در مورد وجود عوامل خطر ساز و بیماری های زمینه ساز در خانواده و فرد، مصرف دخانیات و سابقه بیماری و عوارض بیماری قلب عروقی از آن ها سؤال و در پرونده ثبت و پس از ارجاع به پزشک و ثبت نتایج نهایی، طبق دستورات اقدام شود.

در این برنامه گروه هدف گروه سنی بالای ۳۰ سال هستند که شامل میانسالان و سالمندان می گردند و باید برای ارزیابی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن شامل چاقی، مصرف دخانیات، تنذیه ناسالم، کم تحرکی، سابقه خانوادگی (بیماری عروق کرونر زودرس، سکته قلبی و مغزی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی) سابقه ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی، فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت، از طریق تکمیل پرسشنامه و هم چنین انجام آزمایش چربی های خون (اندازه گیری ناشتای چربی های خون شامل Cholestrol, TG-HDL, LDL)، قند خون و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد هر ۳ سال یک بار مورد غربالگری فعال قرار گیرند.

- فرم دیگری با عنوان "فرم ارزیابی عادات غذایی توسط کاردان/کارشناس در واحد دیابت/مرکز بهداشتی" باید تکمیل شود و وضعیت تغذیه افراد تعیین گردد.

- فرم دیگری با عنوان "فرم ارزیابی فعالیت بدنی توسط کاردان/کارشناس در واحد دیابت/مرکز بهداشتی" باید تکمیل شود و وضعیت فعالیت افراد تعیین گردد.

۲- ارجاع به پزشک واحد دیابت

- اگر پاسخ هر یک از سؤالات مربوط به سابقه خانوادگی (بیماری عروق کرونر زودرس، سکته قلبی و مغزی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی) در افراد درجه یک خانواده (مادر، پدر، خواهر و برادر)، ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی، فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت منفی بود و یا نتیجه نمایه توده بدنی (کمتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع) و نتیجه میانگین فشارخون (کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه) بود و نتیجه وضعیت تغذیه و فعالیت بدنی نسبتاً مطلوب یا مطلوب بود، و دخانیات مصرف نمی کرد و بعد از ارجاع و آزمایش خون، بیماری قلبی عروقی و عامل خطر دیگری مانند اختلال چربی خون و دیابت هم نداشت، این بدین معنی است که فرد هیچ یک از عوامل خطر تعیین شده در این بررسی را ندارد و احتمال ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در این فرد کم است و به عنوان فرد سالم هر ۳ سال یک بار باید مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی و

غربالگری شود.

➤ **توجه :** در سالمندان (**۶۰ سال و بیشتر**) دارا بودن سابقه خانوادگی بیماری و اضافه وزن جزء عوامل خطر محسوب نمی شود.

- اگر پاسخ هر یک از سؤالات مثبت بود و یا نتیجه نمایه توده بدنی (۲۵ و بیشتر) یعنی اضافه وزن یا چاق بود و یا نتیجه میانگین فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بیشتر بود، و بعد از ارجاع عامل خطر دیگری مانند اختلال چربی خون، دیابت و یا فشارخون بالا هم داشت، این بدین معنی است که فرد به علت داشتن حداقل یک مورد از عوامل خطر تعیین شده و یا ابتلاء به حداقل یکی از بیماری های زمینه ساز **در معرض خطر** ابتلاء به بیماری قلبی عروقی است. - غیر از افرادی که دارای اضافه وزن و سیگاری هستند، بقیه افراد (کسی که دارای بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی است) لازم است به **پزشک ارجاع غیر فوری** شوند.

- اگر فقط نتیجه نمایه توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۰ بود، نیاز به ارجاع فرد به پزشک نمی باشد، ولی به عنوان **فرد در معرض خطر** باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد و هر **۳ سال یک بار** مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی غربالگری شود.

- اگر فقط نتیجه وضعیت تغذیه و وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب بود نیاز به ارجاع فرد به پزشک نمی باشد، ولی به عنوان **فرد در معرض خطر** باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد و هر **۳ سال یک بار** مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی غربالگری شود.

- افراد در معرض خطر بالاخص دارای اضافه وزن و وضعیت تغذیه نامطلوب باید به کارشناس تغذیه مستقر در واحد دیابت /مرکز بهداشتی درمانی ارجاع شوند.

- اگر فرد مبتلا به بیماری قلبی عروقی یا فشارخون بالا، اختلال چربی خون و دیابت بود، اگر تحت درمان است نیاز به ارجاع نمی باشد. اگر تحت درمان نباشد برای بررسی بیشتر باید به پزشک **ارجاع غیر فوری** شود.

- تمام افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی (دارای حداقل یک عامل خطرزمینه ساز) باید بعد از غربالگری به پزشک ارجاع شوند و در اولین ویزیت توسط پزشک از نظر بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر) بررسی شوند:

- در صورتی که بیماری قلبی عروقی توسط پزشک تایید نشود ولی فرد دارای حداقل یکی از عوامل خطر یا بیماری های زمینه ساز باشد، جزء **افراد در معرض خطر** محسوب می شود و باید طبق دستورالعمل مربوطه تحت درمان و مراقبت قرار گیرد.

- در صورتی که بیماری قلبی عروقی توسط پزشک تایید شود طبق راهنما باید مراقبت شود.

- اگر فرد دارای هیچ یک از عوامل خطر و بیماری های زمینه ساز نبود، جزء **افراد سالم** محسوب می شود و باید **۳ سال یک بار** مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی غربالگری شود.

- **تمام افراد** باید بعد از غربالگری به پزشک ارجاع شوند و در اولین ویزیت توسط پزشک به برای انجام آزمایش قند و چربی های خون و ادرار به آزمایشگاه ارجاع شوند (مگر این که قند و چربی خون آن ها در طی ۶ ماه اخیر اندازه گیری شده باشد). سپس باید بر حسب نتیجه آزمایش، وضعیت فرد از نظر ابتلاء به دیابت یا اختلال چربی خون روشن شود. در صورتی که فرد مبتلا به دیابت یا اختلال چربی خون باشد، به عنوان فرد دارای بیماری زمینه ساز قلبی عروقی محسوب می شود.

بعد از مشخص شدن نتیجه آزمایش لازم است طبق موارد زیر اقدام شود:

- تکمیل پرونده بیمار توسط پزشک و ثبت نتیجه بیماریابی
- بررسی پرونده بیمار توسط کاردان و ثبت نتیجه نهایی غربالگری و بیماریابی در پرونده وی
- تصمیم گیری کاردان برای پیگیری و مراقبت بر اساس پرونده بیمار و دستورات پزشک
- ارجاع افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی و با وضعیت تغذیه نامطلوب به کارشناس تغذیه واحد دیابت برای بررسی وضعیت تغذیه
- ارجاع افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی با وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب و کم تحرک به واحد تربیت بدنی

گروه بندی افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

افراد در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (دارای عوامل خطر)	افراد در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (دارای بیماری های زمینه ساز)	افراد بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی
افراد دارای سابقه خانوادگی چاقی، سابقه خانوادگی بیماری فشارخون بالا، سابقه خانوادگی بیماری دیابت، سابقه خانوادگی بیماری اختلال چربی خون، سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی و سکته قلبی و مغزی زودرس در افراد درجه یک خانواده	افراد چاق	بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب
افراد دارای اضافه وزن	بیماران مبتلا به فشارخون بالا	بیماران دارای سابقه سکته قلبی زودرس
افراد دارای وضعیت تغذیه نامطلوب	بیماران مبتلا به دیابت	بیماران دارای سابقه سکته مغزی زودرس
افراد دارای وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب (کم تحرک)	بیماران مبتلا به اختلال چربی خون	-
افراد مصرف کننده دخانیات (سیگار، چپق، قلیان، پیپ،.....)	-	-

➤ **توجه:** بیماری هایی مانند فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی از یک طرف به عنوان یک بیماری محسوب می شوند که خود دارای عوامل خطر (از جمله کم تحرکی، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب، چاقی و.....) هستند و از طرفی دیگر برای بروز بیماری قلبی عروقی یک عامل خطر یا بیماری زمینه ساز، محسوب می شوند. در این برنامه این بیماری ها به عنوان عوامل خطر یا بیماری زمینه ساز بیماری قلبی عروقی محسوب می شوند.

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۱- مشخصات افراد در معرض خطر دارای بیماری های فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، دارای عوامل خطر سابقه خانوادگی، اضافه وزن، مصرف دخانیات، تغذیه نامطلوب، فعالیت بدنی نامطلوب و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی شناخته شده قلبی و جدید بایستی در " پرونده ثبت، غربالگری و مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی و " فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی " ثبت شود.

۲- افراد در معرض خطر دارای عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (سابقه خانوادگی، اضافه وزن، مصرف دخانیات، **تغذیه نامطلوب، فعالیت بدنی نامطلوب**)، باید بطور معمول باید حداکثر سه ماه یک بار توسط **کاردان و سالی یک بار توسط پزشک** مرکز بهداشتی درمانی (پزشک خانواده) مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۳- افراد در معرض خطر دارای بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی (چاق، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون) در ابتدا باید طبق دستور پزشک پیگیری و مراقبت شوند و بعد از این که وضعیت درمانی آن ها ثبات پیدا کرد، بطور معمول باید بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا **دیابت** حداقل **ماهی یک بار توسط بهورز و ۳ ماه یک بار توسط پزشک** و بیماران چاق و مبتلا به اختلال چربی خون حداکثر سه ماه یک بار توسط بهورز و سالی یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۴- بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر، سکته قلبی و مغزی) باید طبق دستورالعمل تحت درمان و مراقبت قرار گیرند. **بطور معمول باید حداقل ماهی یک بار توسط بهورز و ۳ ماه یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراقبت شوند.** در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۵- در هر بار مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران، لازم است فشارخون و وزن فرد اندازه گیری شود و نمایه توده بدنی وی تعیین شود (اگر نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ است هر سه ماه یکبار وزن را اندازه گیری کنید) ، در زمینه مصرف بموقع دارو و مراقبت های غیردارویی (رژیم غذایی مناسب، فعالیت بدنی و عدم مصرف یا ترک دخانیات) تحت آموزش قرار گیرند و در صورت نیاز، بیمار به پزشک ارجاع شود .

۶- در صورتی که افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند، بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند .

۷- بیماران و افراد در معرض خطر قلبی عروقی تحت نظر کارشناس تغذیه باید طبق شرح وظایف وی و دستورالعمل تحت رژیم غذایی و پیگیری و مراقبت قرار گیرند.

برنامه زمانی پیگیری و مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

وضعیت فرد	پیگیری و مراقبت توسط کاردان/کارشناس	ارجاع به پزشک و مراقبت توسط پزشک
سالم	۳ سال یک بار	-
دارای سابقه خانوادگی بیماری	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
دارای اضافه وزن	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
چاق	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به اختلال چربی خون	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به فشارخون بالا	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
مبتلا به دیابت	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
مبتلا به بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر، سکته	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار

		قلبی و مغزی)
سالی یک بار	۳ ماه یک بار یا طبق دستور کارشناس تغذیه	دارای وضعیت تغذیه نامناسب
سالی یک بار	۳ ماه یک بار یا طبق دستور مربی تربیت بدنی	دارای وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب (کم تحرکی)
سالی یک بار	۳ ماه یک بار	مصرف کننده دخانیات

۴-آموزش: مشابه مرحله دوم

۵- ثبت اطلاعات: مشابه مرحله دوم

در مراکزی که دارای نظام رایانه ای هستند، ثبت اطلاعات افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی به صورت الکترونیکی در برنامه نرم افزاری مربوطه انجام می گیرد. در مراکزی که هنوز ثبت الکترونیکی راه اندازی نشده است، ثبت اطلاعات افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی در پرونده های کاغذی انجام می گیرد. ثبت اطلاعات در فرم ها و پرونده بیماران بر حسب شرایط و امکانات مراکز بهداشتی درمانی شهری یا با استفاده از پرونده کاغذی مورد استفاده در مناطق شهری (که در واحد های دیابت بکار گرفته می شود) یا با استفاده از فرم های کاغذی مورد استفاده در مناطق روستایی (که در خانه بهداشت بکار گرفته می شود) انجام می گیرد.

دستورات کلی در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

- ۱- اگر پزشک دستور خاصی برای پیگیری بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی نداده باشد، لازم است طبق جدول برنامه زمانی پیگیری و مراقبت به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۲- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی، فشارخون ماکزیمم ۱۴۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون مینیمم ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد:
 - اگر فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا باشد، در صورتی که فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه باشد باید بیمار به پزشک ارجاع غیر فوری گردد.
 - اگر فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا نباشد، به فاصله ۵ دقیقه دیگر مجدداً فشارخون اندازه گیری شود و پس از محاسبه میانگین در صورتی که فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه باشد، بیمار به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
 - اگر فشارخون ماکزیمم ۱۶۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون می نیمم ۱۰۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد، بیمار باید ارجاع فوری شود، حتی اگر بیمار مبتلا به بیماری فشارخون بالا باشد.
- ۳- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که دخانیات مصرف می کنند، دستورات و آموزش ها رعایت نشده بود، لازم است بیمار به پزشک ارجاع غیر فوری شود.

۴- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که اختلال چربی خون دارند، دستورات دارویی، رژیم غذایی و فعالیت بدنی رعایت نشده بود، بیمار را به پزشک ارجاع غیرفوری دهید.

۵- اگر در مراقبت بیمارانی که اختلال چربی خون یا فشارخون بالا دارند، بیمار دچار عوارض بیماری یا دارویی شده باشد، بیمار لازم است به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۶- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند، وزن آن‌ها در طی سه ماه به مقدار توصیه شده (حداقل ۲ کیلو در ماه در بزرگسالان) کاهش نیابد یا از وزن قبلی بیشتر شود، بیمار را به پزشک ارجاع غیرفوری دهید.

۷- اگر در مراقبت بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند، وزن در طی یک ماه به مقدار توصیه شده کاهش نیابد، بیمار را به پزشک ارجاع غیرفوری دهید.

~~۸- اگر در مراقبت افرادی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند، وزن آن‌ها در طی سه ماه به مقدار توصیه شده (حداقل ۲ کیلو در ماه در بزرگسالان) کاهش نیابد یا از وزن قبلی بیشتر شود، بیمار بایستی به پزشک ارجاع غیرفوری شود.~~

۹- وقتی وزن بیمار دارای اضافه وزن یا چاق به وزن طبیعی رسید، ۶ ماه بعد بیمار را تحت مراقبت قرار دهید: اگر وزن بیمار در حد طبیعی بود (اگر سایر عوامل خطرآفرین را نداشته باشد) دیگر نیاز به مراقبت خاص ندارد و مانند افراد دارای وزن طبیعی در غربالگری بعدی، مورد بررسی قرار می‌گیرد. اگر سایر عوامل خطرآفرین وجود داشته باشد، لازم است طبق برنامه‌های کشوری موجود (فشارخون بالا، دیابت، چاقی) یا طبق دستور پزشک، مراقبت بیمار ادامه یابد.

**–وظایف ماما/پرستار / کاردان / کارشناس بهداشت
خانواده**

**در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک
خانواده شهری**

–وظایف ماما/پرستار

در پایگاه مجری برنامه پزشک خانواده شهری

**در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل
بیماری قلبی عروقی**

(مرحله اول)

وظایف ماما/پرستار/کاردان/کارشناس بهداشت خانواده در برنامه طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مرکز بهداشتی درمانی/پایگاه مجری برنامه پزشک خانواده روستایی/شهری

۱- همکاری در اجرای برنامه های مداخلاتی کاهش عوامل خطر بیماری قلبی عروقی طراحی شده توسط مرکز بهداشت شهرستان/دانشگاه

(مرحله دوم)

وظایف ماما/پرستار/کاردان/کارشناس بهداشت خانواده در برنامه شناسایی و مراقبت بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون در مرکز بهداشتی درمانی/پایگاه مجری برنامه پزشک خانواده روستایی/شهری

لازم است در مراقبت های معمول زنان واجد شرایط تنظیم خانواده و زنان باردار ۳۰ سال و بالاتر در خصوص ابتلاء به فشارخون بالا و اختلال چربی خون از این افراد سؤال شود و در صورت ابتلاء به واحد بیماری های مرکز بهداشتی درمانی شهری برای بررسی، تایید، ثبت و مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون شناسایی شده ارجاع شوند.

کارشناسان بهداشت خانواده می توانند در برنامه مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون همکاری کنند.

(مرحله سوم)

وظایف ماما/پرستار/کاردان/کارشناس بهداشت خانواده در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر قلب) در مرکز بهداشتی درمانی/پایگاه مجری برنامه پزشک خانواده روستایی/شهری

-در این مرحله کارشناسان بهداشت خانواده باید زنان واجد شرایط سنی (۳۰ سال و بالاتر) را به واحد بیماری های مرکز بهداشتی درمانی شهری برای غربالگری و مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران ارجاع کنند.
-همکاری در برنامه مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران

وظایف پزشک در برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

در واحد دیابت / مرکز بهداشتی درمانی شهری در مناطق شهری

بیماری هایی مانند فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی از یک طرف به عنوان یک بیماری محسوب می شوند که خود دارای عوامل خطر (از جمله کم تحرکی، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب، چاقی و.....) هستند و از طرفی دیگر برای بروز بیماری قلبی عروقی یک عامل خطر یا بیماری زمینه ساز، محسوب می شوند. در این برنامه این بیماری ها به عنوان عوامل خطر یا بیماری زمینه ساز بیماری قلبی عروقی محسوب می شوند.

وظایف پزشک در مرحله اول همکاری در اجرای برنامه های مداخلاتی است.

وظایف پزشک در مرحله دوم (مراقبت بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون) و مرحله سوم (غربالگری، بیماریابی و مراقبت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن) است.

بعد از شناسایی و ثبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون توسط پرستار واحد دیابت یا کاردان مرکز بهداشتی درمانی (مرحله دوم) و یا پس از غربالگری افراد ۳۰ سال و بالاتر و مشکوک شدن به ابتلاء به بیماری های فشارخون بالا و اختلال چربی خون، بیماری قلبی عروقی و شناسایی افراد دارای عوامل خطر (مرحله سوم) و ارجاع به پزشک، پزشک وظایف زیر را بر عهده دارد:

- پذیرش افراد ارجاع شده

- بررسی فشارخون و تایید بیماری با اندازه گیری فشارخون در چند موقعیت

- ارجاع تمام افراد برای انجام آزمایش قند خون و چربی های خون (اندازه گیری ناشتای قند و چربی های خون شامل Cholesterol, TG-HDL, LDL) و بررسی نتایج و تایید بیماری (در صورتی که طی ۶ ماه گذشته آزمایش چربی خون و قند خون انجام شده باشد نیازی به آزمایش جدید نیست).

- ارجاع بیماران و افراد در معرض خطر قلبی عروقی به کارشناس تغذیه مستقر در مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت تا طبق شرح وظایف و دستورالعمل تحت رژیم غذایی و مراقبت قرار گیرند.

- اعلام نتیجه بیماری افراد ارجاع شده به پزشک پس از بررسی، به پرستار / کاردان / کارشناس تا حسب مورد بیماران طبق دستور پزشک مورد پیگیری و مراقبت قرار گیرند. (اگر بیماری افراد ارجاع شده به پزشک پس از بررسی تایید نگردد، بدین معنی است که فرد بیماری تعیین شده در این ارزیابی را ندارد)

- درمان مناسب بیماران طبق دستورالعمل های کشوری

- بررسی عوارض بیماری در افراد مبتلا به بیماری فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون ارجاع شده به پزشک و در صورت لزوم ارجاع به سطح بالاتر (مرکز ویژه قلب و عروق) برای بررسی های تخصصی تر

- پذیرش و مراقبت بیماران طبق برنامه منظم

- آموزش بیماران در خصوص تغذیه سالم و فعالیت بدنی حسب بیماری یا عامل خطر

- آموزش افراد خانواده بیماران

- ثبت اطلاعات نتایج بررسی و ارزیابی بیمار در " پرونده ثبت، غربالگری و فرم مراقبت افراد در معرض خطریا مبتلا به بیماری قلبی عروقی " و ثبت کلیه اقدامات در فرم " ارجاع " حسب مورد

- ارائه پس خوراند به بهروز از طریق فرم ارجاع

وظایف کارشناس تغذیه در برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در

واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی در مناطق شهری

- پذیرش افراد ارجاع شده از طرف پرستار یا پزشک واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی روستایی/شهری
 - مطالعه دقیق فرم های تکمیل شده و اطلاع از سوابق بیماری ، درمان، آزمایشگاهی و دلایل ارجاع به مشاوره تغذیه
 - تکمیل "فرم ارزیابی تغذیه ای توسط کارشناس تغذیه در واحد دیابت"
 - مراقبت منظم افراد در معرض خطر و بیماران
 - شناسایی باورها ، اعتقادات و نگرش های بومی ومنطقه ای
 - شرکت درجلسات آموزشی و بازآموزی
 - آشنایی کامل با کامپیوتر و نرم افزارهای تغذیه ای
 - ایجاد ارتباط مناسب و مؤثر با مراجعین
 - ایجاد ارتباط مناسب با سایر اعضاء واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی
 - اندازه گیری دقیق قد ، وزن و محاسبه صحیح دور باسن و دور کمر و بررسی نمایه توده بدنی
 - بررسی وضعیت رژیم غذایی و امتیازدهی رژیم غذایی با استفاده از هرم غذایی شامل
 - تهیه یادداشت غذایی (خوراک ۲۴ ساعته)
 - محاسبه و امتیاز دهی تنوع غذایی
 - تعیین وضعیت بیمار براساس قرار گرفتن در سه وضعیت خطرناک ، درمعرض خطر و سالم براساس نتایج فرم های تکمیل شده
 - محاسبه رژیم غذایی مناسب برای فرد و ارائه برنامه غذایی بر حسب نوع عامل خطر و بیماری و شرایط بیمار
 - مشاوره تغذیه در خصوص رژیم غذایی پیشنهادی
 - گروه بندی فرد و پیشنهاد برای شرکت در گروه های آموزشی خاص
 - در اختیار قراردادن انواع مطالب آموزشی ، با توجه به شرایط خاص هر فرد
 - برنامه ریزی آموزشی جهت تشکیل کلاس ها و یا کارگاه های اختصاصی
 - آموزش بیماران در خصوص تغذیه سالم حسب بیماری یا عامل خطر
 - آموزش افراد خانواده بیماران
 - پیگیری تا رسیدن شخص به شرایط مطلوب رفتار تغذیه ای و حفظ آن
 - ثبت داده ها در فرم ها و نرم افزار مربوطه
- * مشاوره برای اولین بار ۴۵ دقیقه، برای دومین بار ۳۰ دقیقه و دفعات بعدی ۲۰ دقیقه زمان نیاز دارد.

فرآیند اجرایی بخش تربیت بدنی در واحد دیابت در مناطق شهری

- ۱- مراجعه فرد به واحد دیابت/پایگاه تندرستی
- ۲- تکمیل "فرم ارزیابی فعالیت بدنی" مربوط به بخش فعالیت بدنی
- ۳- تکمیل سایر ارزیابی های مربوط به سلامت عمومی و کلی، سلامت تغذیه ای و دخانیات
- ۴- اعلام نظر کارشناسان سه بخش سلامت عمومی و تغذیه و پزشک درباره فعالیت بدنی فرد که آیا از نظر ایشان انجام فعالیت های بدنی جایز است یا به چه علت جایز نیست و اگر جایز است، توصیه خاصی وجود دارد یا ندارد.

توصیه بخش ارزیابی سلامت عمومی :

- ۱- مراجعه فرد به مرکز فعالیت بدنی
 - ۲- بررسی همه جانبه پرونده و توصیه های مربوط به فرد مراجعه کننده توسط کارشناسان مرکز و تعیین خط مشی (مرکز فعالیت بدنی می تواند در درون واحد بهداشتی مستقر باشد و یا نزدیکترین مجموعه ورزشی دارای شرایط لازم با این مرکز همکاری نزدیک داشته باشد و مربیان در دوره آموزشی قلب و تحرک* شرکت کرده باشند).
 - ۷- تعیین شرایط فعالیت فرد که آیا کم فعال، نسبتاً فعال، فعال یا بسیار فعال است.
- * دوره آموزشی قلب و تحرک توسط اداره قلب و عروق مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر برگزار می گردد.

الف : در صورتی که فرد در گروه کم فعال قرار گیرد:

- ۱) ارجاع به دوره آموزشی تئوری فعالیت های بدنی (این آموزش ها به تدریج ارائه خواهد شد)
- ۲) برنامه ریزی برای حضور فرد در فعالیت های منظم ورزشی از سطح نسبتاً فعال تا بسیار فعال در دوره زمانی ۶ ماه تا یکسال
- ۳) توزیع نشریات آموزشی مربوطه
- ۴) توصیه به انجام فعالیت های مناسب

ب : در صورتی که فرد در گروه نسبتاً فعال قرار گیرد :

- ۱) ارجاع به دوره آموزشی تئوری فعالیت های بدنی
- ۲) برنامه ریزی برای استمرار فعالیت های بدنی منظم تا سطح فعال و بسیار فعال
- ۳) توزیع نشریات آموزشی مربوطه
- ۴) توصیه به انجام فعالیت بیشتر و ادامه فعالیت های مناسب قبلی

ج : در صورتی که فرد در گروه فعال قرار گیرد :

- ۱) ارجاع به دوره آموزشی تئوری فعالیت های بدنی
- ۲) تشویق فرد برای ادامه فعالیت های بدنی
- ۳) توزیع نشریات آموزشی مربوطه

د: در صورتی که فرد در گروه بسیار فعال قرار گیرد:

- ۱) ارجاع به دوره آموزشی تئوری فعالیت های بدنی
 - ۲) تشویق فرد برای ادامه فعالیت های بدنی
 - ۳) توزیع نشریات آموزشی مربوطه
- ۸- پیگیری مستمر وضعیت بدنی فرد (حداقل دو ماه یکبار)

**برنامه پایش و نظارت
در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل
بیماری قلبی عروقی**

نظام های اطلاعات

سابقه

هدف از پایش برنامه، بررسی پیشرفت مربوط به کنترل بیماری قلب عروقی و عوامل خطر آن و نیز کیفیت فعالیت های مراقبت ها - هم پیشگیری و هم درمانی - است. طرح جامع بیماری قلبی عروقی مجموعه ای از شاخص های مرتبط را برای کمک به حرکت و توسعه برنامه و افزایش سطح پیشرفت به سمت اهداف چیده شده، تدوین کرده است. هم چنین انعکاس توسعه عملی طرح جامع با تمام مؤسسات و تیم های حرفه ای که آن را بکار می برند، باید از طریق نظام اطلاعات آن و تعیین عوامل تسهیل کننده و محدود کننده کارکرد صحیح، ترویج و ارتقاء یابد. شاخص های پیشنهاد شده بخشی از شاخص های پایش و ارزشیابی هستند که برای پایش کلی برنامه ضروری هستند. در حال حاضر اطلاعات مورد نیاز برای تهیه شاخص ها از آنالیز داده های با منابع بسیار متفاوت بدست می آید و متاسفانه بعضی از داده ها حداقل بر مبنای یک نظام منظم جمع آوری، موجود نیستند. به همین دلیل ضرورت دارد که از شاخص های یکسانی و با سطوح جمع آوری و تواتر مشخص در سطح برنامه استفاده و در کل کشور جمع آوری کنیم. ما ناچاریم بطور مداوم کیفیت اطلاعات را بهبود بخشیم و با سایر داده های لازم آن را تکمیل کنیم و زیر گروههایی برای ثبت و جمع آوری داده ها در سطوح جغرافیایی، مؤسساتی و کارکردی ایجاد کنیم. با پیشرفت فرآیند رایانه ای پذیرش بیماران و ثبت داده ها، این قابل پیش بینی است که جمعیت بزرگی از اطلاعات مورد نیاز در مدت زمان کمتری از سطوح مختلف نظام های اطلاعات خدمات بهداشتی فراهم باشد. در نهایت امکان داشتن نظام اطلاعات بر مبنای داده های فردی، از طریق یک کد شناسایی در نظام سلامت ملی همراه با توسعه نظام های اطلاعات در حیطه مراقبت های اولیه و مراقبت های تخصصی سرپایی، حداقل داده های اولیه ای را فراهم می کند که ضرورت دستیابی به این اطلاعات برای تولید دانش در مورد فرآیندهایی که بر سلامت جامعه تاثیر می گذارد را توجیه می کند.

استاندارد

روش ها و مقادیر مناسب برای پایش درجه کاربرد و دستیابی به اهداف طرح جامع تعریف و مستقر خواهد شد.

جدول برنامه تهیه شاخص ها در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

ردیف	شاخص	زمان محاسبه	تواتر ارسال گزارش	منابع داده ها
شاخص های مرحله اول				
۱	تعداد برنامه های مداخلاتی طراحی شده به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)	سالانه	۶ ماه یک بار	شناسنامه مداخلات
۲	درصد برنامه های مداخلاتی اجراء شده بر حسب نوع عامل خطر و نوع مداخله به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)	سالانه	//	//
۳	درصد برنامه های مداخلاتی اجراء شده بر حسب نوع عامل خطر و نوع مداخله به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)	سالانه	//	//
۴	درصد برنامه های مداخلاتی ارزشیابی شده بر حسب نوع عامل خطر و نوع مداخله به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)	سالانه	//	طرح های ارزشیابی
۵	درصد برنامه های مداخلاتی با نتایج موفق بر حسب نوع عامل خطر و نوع مداخله به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)	سالانه	//	//
شاخص های مرحله دوم				
۱	درصد بیماری فشارخون بالا، در بیماران مبتلا به اختلال چربی خون تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)	سالانه	۳ ماه یک بار	فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن برای مراجعین جدید
۲	درصد بیماری اختلال چربی خون، در بیماران مبتلا به فشارخون بالای تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)	//	//	//

ردیف	شاخص	زمان محاسبه	تواتر ارسال گزارش	منابع داده ها
	دانشگاه/کشور)			
۳	میزان شیوع چاقی، اضافه وزن، کم تحرکی، تغذیه نامناسب، مصرف دخانیات، در بیماران مبتلا به فشارخون بالای شناسایی شده تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک عامل خطر، سن، جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۴	میزان شیوع چاقی، اضافه وزن، کم تحرکی، تغذیه نامناسب، مصرف دخانیات، در بیماران مبتلا به اختلال چربی خون شناسایی شده تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک عامل خطر و بر حسب سن، جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
شاخص های مرحله سوم				
۱	درصد افراد ۳۰ سال و بالاتر غربالگری شده (برای فشارخون بالا، اختلال چربی خون، چاقی) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در طول یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی	سالانه	۳ ماه یک بار	فرم گزارش دهی غربالگری بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن
۲	درصد بیماران مشکوک (به ابتلاء به فشارخون بالا/اختلال چربی خون) شناسایی شده توسط بهورز/پرستار/کاردان /کارشناس تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در طول یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۳	درصد بیماران مشکوک (مبتلا به فشارخون بالا/اختلال چربی خون) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی ارجاع شده (به پزشک) در طول یک سال غربالگری به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۴	درصد بیماران مشکوک (به ابتلاء به فشارخون بالا/اختلال چربی خون) ارجاع شده ویزیت شده توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی در طول یک سال به تفکیک سن و جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۵	درصد بیماران شناسایی شده مبتلا به فشارخون بالا تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در طول یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۶	درصد بیماران شناسایی شده مبتلا به اختلال چربی خون تحت پوشش برنامه پیشگیری و	//	//	//

ردیف	شاخص	زمان محاسبه	تواتر ارسال گزارش	منابع داده ها
	کنترل بیماری قلبی عروقی در طول یک سال به تفکیک سن ، جنس و منطقه جغرافیایی			
۷	درصد بیماران شناسایی شده (مبتلا به فشارخون بالا /اختلال چربی خون/چاقی) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در طول یک سال به تفکیک بیماری ،سن ، جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
شاخص های مشترک مرحله دوم و سوم				
۱	درصد بیماران شناسایی شده (مبتلا به فشارخون بالا /اختلال چربی خون /چاقی) تحت مراقبت و درمان در یک سال در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی به تفکیک سن و جنس و منطقه جغرافیایی	سالانه	۳ ماه یک بار	فرم گزارش دهی مراقبت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن
۲	درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالا(حداقل ۱۲ بار) /اختلال چربی خون(حداقل ۴ بار) /چاقی (حداقل ۴ بار) مراقبت شده توسط بهورز/پرستار (حداقل ۱۲ بار)تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری ،سن و جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۳	درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالا(حداقل ۴ بار) /اختلال چربی خون(حداقل ۴ بار)/چاقی (حداقل ۱ بار)مراقبت شده توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک سن و جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۴	درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالا /اختلال چربی خون/چاقی مراقبت نشده تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی به تفکیک دلیل عدم مراقبت و بر حسب سن و جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۵	درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالای شناخته شده با فشارخون کنترل شده در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی به تفکیک سن و جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۶	درصد بیماران مبتلا به اختلال چربی خون شناخته شده با چربی خون کنترل شده در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی به تفکیک نوع اختلال ،سن ، جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۷	درصد بیماران مبتلا به چاقی شناخته شده با وزن کنترل شده در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی به تفکیک سن و جنس و منطقه	//	//	//

ردیف	شاخص	زمان محاسبه	تواتر ارسال گزارش	منابع داده ها
	جغرافیایی			
۸	درصد بیماران ارجاع شده به پزشک متخصص تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک سن و جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۹	درصد شیوع عوارض بیماری در یک سال در بیماران مبتلا به فشارخون بالا/اختلال چربی خون/چاقی تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی به تفکیک عارضه، سن، جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۱۰	درصد بروز بیماری شناخته شده جدید در طول یک سال در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا به تفکیک بیماری (اختلال چربی خون/قلبی عروقی/دیابت)، سن و جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۱۱	درصد بروز بیماری شناخته شده جدید در طول یک سال در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در بیماران مبتلا به اختلال چربی خون به تفکیک بیماری (فشارخون بالا، دیابت، قلبی عروقی)، سن و جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۱۲	درصد موارد بستری در بیمارستان ناشی از بیماری ها و عوارض آن در بیماران مبتلا به فشارخون بالا/اختلال چربی خون/چاقی تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۱۳	درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالا/اختلال چربی خون/چاقی آموزش دیده توسط بهورز/پرستار (حداقل ۲ بار در سال هر بار یک موضوع) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری، سن و جنس، مرکز بهداشتی درمانی و منطقه جغرافیایی	//		//
۱۴	تعداد کلاس های آموزشی مربوط به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا/اختلال چربی خون/چاقی برگزار شده برای بیماران/جامعه توسط بهورز/پرستار/کاردان/کارشناس تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری، کارکنان، مرکز بهداشتی درمانی و منطقه جغرافیایی	سالانه	سالانه	فرم گزارش دهی آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

ردیف	شاخص	زمان محاسبه	تواتر ارسال گزارش	منابع داده ها
۱۵	تعداد کلاس های آموزشی مربوط به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون/چاقی برگزار شده برای بیماران تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری، کارکنان، مرکز بهداشتی درمانی و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۱۶	تعداد کلاس های آموزشی مربوط به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون/چاقی برگزار شده برای جامعه تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری، کارکنان، مرکز بهداشتی درمانی و منطقه جغرافیایی	///	//	//
۱۷	تعداد کلاس های آموزشی مربوط به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون/چاقی برگزار شده برای کارندان/کارشناس (حداقل یک بار در سال هر بار یک موضوع) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری، کارکنان بهداشتی و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۱۸	تعداد کلاس های آموزشی مربوط به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون/چاقی برگزار شده برای پزشکان مراکز بهداشتی /واحد دیابت (حداقل دو بار در سال هر بار یک موضوع) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری، نوع مراکز و منطقه جغرافیایی	//	//	//
۱۹	درصد کارکنان بهداشتی آموزش دیده در خصوص بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون/چاقی (حداقل یک بار در سال هر بار یک موضوع) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری، نوع مراکز و منطقه جغرافیایی	//	//	//

شاخص های مرحله اول

شاخص های این مرحله در سطح دانشگاه های علوم پزشکی تعیین می شود.

شاخص شماره ۱:

تعداد برنامه های مداخلاتی طراحی شده به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)

شاخص شماره ۲:

درصد برنامه های مداخلاتی اجراء شده بر حسب نوع عامل خطر و نوع مداخله به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)

تعریف شاخص :

تعداد برنامه های مداخلاتی اجراء شده بر حسب نوع عامل خطر و نوع مداخله به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور) *۱۰۰

تعداد برنامه های مداخلاتی طراحی شده بر حسب نوع عامل خطر و نوع مداخله به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)

شاخص شماره ۳:

درصد برنامه های مداخلاتی ارزشیابی شده بر حسب نوع عامل خطر و نوع مداخله به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)

تعریف شاخص :

تعداد برنامه های مداخلاتی ارزشیابی شده بر حسب نوع عامل خطر و نوع مداخله به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور) *۱۰۰

تعداد برنامه های مداخلاتی اجراء شده بر حسب نوع عامل خطر و نوع مداخله به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)

شاخص شماره ۴:

درصد برنامه های مداخلاتی با نتایج موفق بر حسب نوع عامل خطر و نوع مداخله به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)

تعریف شاخص :

تعداد برنامه های مداخلاتی با نتایج موفق (هزینه اثر بخش) بر حسب نوع عامل خطر و نوع مداخله به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور) *۱۰۰

تعداد برنامه های مداخلتی ارزشیابی شده بر حسب نوع عامل خطر و نوع مداخله به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)

شاخص های مرحله دوم

شاخص های جمعیتی در برنامه مراقبت بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون در گروه سنی ۳۰ سال و بالاتر محاسبه می گردد .

شاخص شماره ۱:

درصد بیماری فشارخون بالا، در بیماران مبتلا به اختلال چربی خون تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)

تعریف شاخص :

تعداد موارد بیماری فشارخون بالا (شناخته شده جدید و قبلی) در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی
۱۰۰×

تعداد کل بیماران مبتلا به اختلال چربی خون شناسایی شده در همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار:

-کاهش میزان شیوع

شاخص شماره ۲:

درصد بیماری اختلال چربی خون، در بیماران مبتلا به فشارخون بالای تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی (واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه/کشور)

تعریف شاخص :

تعداد موارد موجود بیماران مبتلا به اختلال چربی خون (شناخته شده جدید و قبلی) در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی
۱۰۰×

تعداد کل بیماران مبتلا به فشارخون بالای شناسایی شده در همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار:

-کاهش میزان شیوع

شاخص شماره ۳:

میزان شیوع چاقی، اضافه وزن، کم تحرکی، تغذیه نامناسب، مصرف دخانیات، در بیماران مبتلا به فشارخون بالای شناسایی شده تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک عامل خطر، سن، جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص :

تعداد موارد موجود عامل خطر (شناخته شده جدید و قبلی) در بیماران مبتلا به فشارخون بالا در یک سال به تفکیک عامل خطر و بر حسب سن، جنس و منطقه جغرافیایی $100 \times$

تعداد کل بیماران مبتلا به فشارخون بالا در همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار:

- کاهش میزان شیوع (در ابتدای برنامه افزایش شیوع خواهیم داشت)

شاخص شماره ۴:

میزان شیوع چاقی، اضافه وزن، کم تحرکی، تغذیه نامناسب، مصرف دخانیات، در بیماران مبتلا به اختلال چربی خون شناسایی شده تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک عامل خطر و بر حسب سن، جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص :

تعداد موارد موجود عامل خطر (شناخته شده جدید و قبلی) در بیماران مبتلا به اختلال چربی خون در یک سال به تفکیک عامل خطر و بر حسب سن، جنس و منطقه جغرافیایی $100 \times$

تعداد کل بیماران مبتلا به اختلال چربی خون در همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار:

- کاهش میزان شیوع (در ابتدای برنامه افزایش شیوع خواهیم داشت)

شاخص های مرحله سوم

شاخص های جمعیتی در برنامه غربالگری بیماری قلبی عروقی در گروه سنی ۳۰ سال و بالاتر محاسبه می گردد .

شاخص های پایش و ارزشیابی غربالگری بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

شاخص شماره ۱:

درصد افراد ۳۰ سال و بالاتر غربالگری شده (برای فشارخون بالا، اختلال چربی خون، چاقی) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در طول یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد افراد ۳۰ سال و بالاتر غربالگری شده در طول یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی ۱۰۰×

تعداد کل افراد مراجعه کننده در طول همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار: ۱۰۰٪

- پوشش در هر ماه ۱۵٪ جمعیت تحت پوشش (برآورد) تا ۹ ماه و در ۳ ماه آخر لکه گیری (کل مدت غربالگری یک سال)

شاخص شماره ۲:

درصد بیماران مشکوک (به ابتلاء به فشارخون بالا/اختلال چربی خون) شناسایی شده توسط بهورز/پرستار/کاردان/کارشناس تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در طول یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد بیماران مشکوک (به ابتلاء به فشارخون بالا /اختلال چربی خون) در طول یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی ۱۰۰×

تعداد کل افراد مراجعه کننده به خانه بهداشت/واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی در طول همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار: -

شاخص شماره ۳:

درصد بیماران مشکوک (مبتلا به فشارخون بالا /اختلال چربی خون) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی ارجاع شده (به پزشک) در طول یک سال غربالگری به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد بیماران مشکوک (به ابتلاء به فشارخون بالا /اختلال چربی خون) ارجاع شده به پزشک مرکز بهداشتی درمانی در طول یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی ۱۰۰×

تعداد کل بیماران مشکوک (به ابتلاء به فشارخون بالا /اختلال چربی خون) در طول همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار: -

شاخص شماره ۴:

درصد بیماران مشکوک (به ابتلاء به فشارخون بالا / اختلال چربی خون) ارجاع شده ویزیت شده توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی در طول یک سال به تفکیک سن و جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد بیماران (به ابتلاء به فشارخون بالا / اختلال چربی خون) ارجاع شده و ویزیت شده توسط پزشک مرکز در طول یک سال به تفکیک سن ، جنس و منطقه جغرافیایی $\times 100$

تعداد کل بیماران مشکوک (مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون) ارجاع شده به پزشک مرکز در طول همان سال به تفکیک سن ، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار: پوشش ۱۰۰٪

شاخص شماره ۵:

درصد بیماران شناسایی شده مبتلا به فشارخون بالا تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در طول یک سال به تفکیک سن ، جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد بیماران شناسایی شده مبتلا به فشارخون بالا در طول یک سال به تفکیک سن ، جنس و منطقه جغرافیایی $\times 100$

تعداد کل بیماران مشکوک به ابتلاء به فشارخون بالا ارجاع شده و ویزیت شده توسط پزشک در طول همان سال به تفکیک سن ، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار: تایید هرچه بیشتر بیماران مشکوک ارجاع شده (ارزش اخباری مثبت) برای تایید حساسیت تست غربالگری

شاخص شماره ۶:

درصد بیماران شناسایی شده مبتلا به اختلال چربی خون تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در طول یک سال به تفکیک سن ، جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد بیماران شناسایی شده مبتلا به اختلال چربی خون در طول یک سال به تفکیک سن ، جنس و منطقه جغرافیایی $\times 100$

تعداد کل بیماران مشکوک به ابتلاء به اختلال چربی خون ارجاع شده و ویزیت شده توسط پزشک در طول همان سال به تفکیک سن ، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار: تایید هرچه بیشتر بیماران مشکوک ارجاع شده (**ارزش اخباری مثبت**) برای تایید حساسیت تست غربالگری

شاخص شماره ۷:

درصد بیماران شناسایی شده (مبتلا به فشارخون بالا /اختلال چربی خون/چاقی) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در طول یک سال به تفکیک بیماری، سن، جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد بیماران شناسایی شده (مبتلا به فشارخون بالا /اختلال چربی خون/چاقی) در طول یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی $\times 100$

تعداد کل مراجعین در طول همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار: -

شاخص های مشترک مرحله دوم و سوم

شاخص های پایش و ارزشیابی مراقبت بیماران قلبی عروقی و عوامل خطر آن

شاخص شماره ۱:

درصد بیماران شناسایی شده (مبتلا به فشارخون بالا /اختلال چربی خون/چاقی) **تحت مراقبت و درمان** در یک سال در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی به تفکیک سن و جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

بیمار تحت مراقبت و درمان، بیماری است که باید تحت مراقبت یک پزشک (پزشک مرکز بهداشتی درمانی یا پزشک دولتی خارج از مرکز یا پزشک خصوصی) باشد.

تعداد بیماران شناسایی شده (مبتلا به فشارخون بالا /اختلال چربی خون) موجود تحت مراقبت و درمان در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی $\times 100$

تعداد کل بیماران مبتلا به فشارخون بالا /اختلال چربی خون موجود شناسایی شده در همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار:

- 100% بیماران تحت مراقبت و درمان باشند.

شاخص شماره ۲:

درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالا (حداقل ۱۲ بار) / اختلال چربی خون (حداقل ۴ بار) / چاقی (حداقل ۴ بار) **مراقبت شده توسط بهورز/پرستار** (حداقل ۱۲ بار) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری، سن و جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی مراقبت شده توسط بهورز / پرستار در یک سال به تفکیک بیماری، سن، جنس و منطقه جغرافیایی $\times 100$

تعداد کل بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی موجود در همان سال به تفکیک بیماری، سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار:

– افزایش موارد مراقبت شده (۱۰۰٪)

شاخص شماره ۳:

درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالا (حداقل ۴ بار) / اختلال چربی خون (حداقل ۱۴ بار) / چاقی (حداقل ۱ بار) **مراقبت شده توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی** تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک سن و جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد در بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی مراقبت شده توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی $\times 100$

تعداد کل بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی موجود در همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار:

– افزایش موارد مراقبت شده (۱۰۰٪)

شاخص شماره ۴:

درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی **مراقبت نشده** تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی به تفکیک دلیل عدم مراقبت و بر حسب سن و جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

دلیل عدم مراقبت بر حسب فوت، عدم تمایل، مهاجرت و سایر دلایل تقسیم بندی شده است.

تعداد عدم مراجعه در بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی به تفکیک دلیل در طول یک سال و

تعداد کل بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی موجود در همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار:

- کاهش عدم مراقبت

شاخص شماره ۵:

درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالای شناخته شده با فشارخون کنترل شده در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی به تفکیک سن و جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

فشارخون کنترل شده یعنی فشارخون سیستول کمتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه و فشارخون دیاستول کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه (در بیماران دیابتی و کلیوی و قلبی عروقی کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه)

تعداد بیمار مبتلا به فشارخون بالای موجود دارای فشارخون کنترل شده در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی ۱۰۰×

تعداد کل بیمار مبتلا به فشارخون بالای موجود در همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار:

- ۱۰۰٪ بیماران فشارخون کنترل شده داشته باشند.

شاخص شماره ۶:

درصد بیماران مبتلا به اختلال چربی خون شناخته شده با چربی خون کنترل شده در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی به تفکیک نوع اختلال، سن، جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

مقادیر طبیعی چربی های خون در افراد سالم بدون فشارخون بالا و دیابت: تری گلیسیرید (TG) کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر، کلسترول (Cholestrol) خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر، LDL کمتر از ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر (در افراد دیابتی ۷۰ تا ۱۰۰ و در افراد فشارخونی کمتر از ۱۳۰) و HDL بیشتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر در مردان و بیشتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر در زنان است.

تعداد بیمار مبتلا به اختلال چربی خون دارای چربی خون کنترل شده در یک سال به تفکیک نوع اختلال، سن، جنس و منطقه جغرافیایی ۱۰۰×

تعداد کل بیمار مبتلا به اختلال چربی خون موجود در همان سال به تفکیک نوع اختلال، سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار:

- ۱۰۰٪ بیماران چربی خون کنترل شده داشته باشند.

شاخص شماره ۷:

درصد بیماران مبتلا به چاقی شناخته شده با **وزن کنترل شده** در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی به تفکیک سن و جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

وزن کنترل شده یعنی مقدار وزن هدف که برای هر بیمار با توجه به شرایط وی تعیین می شود.

تعداد بیمار مبتلا به چاقی دارای وزن کنترل شده در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی $\times 100$

تعداد کل بیمار مبتلا به چاقی موجود در همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار:

- ۱۰۰٪ بیماران وزن کنترل شده داشته باشند.

شاخص شماره ۸:

درصد بیماران **ارجاع شده به پزشک متخصص** تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک سن و جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی ارجاع شده به پزشک متخصص در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی $\times 100$

تعداد کل بیمار مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی مراقبت شده در همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار:

- کاهش موارد ارجاع به پزشک متخصص در صورت کنترل مناسب بیماری (حداکثر ۲۰٪ بیماران ارجاع می شوند)

شاخص شماره ۹:

میزان **شیوع عوارض** بیماری در یک سال در بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی به تفکیک عارضه، سن، جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

منظور از عوارض، عوارض چشمی، کلیوی، مغزی و قلبی عروقی است.

تعداد بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی دارای عوارض ناشی از بیماری در یک سال به تفکیک
عارضه بر حسب سن، جنس و منطقه جغرافیایی $\times 1000$
تعداد کل بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی موجود در همان سال به تفکیک سن، جنس و
منطقه جغرافیایی

معیار: کاهش بروز و شیوع عوارض

- کاهش شیوع نارسایی و سکتة قلبی ناشی از بیماری
- کاهش شیوع نارسایی کلیوی و دیالیز ناشی از بیماری
- کاهش شیوع اختلالات بینایی و کوری ناشی از بیماری
- کاهش شیوع سکتة مغزی ناشی از بیماری

شاخص شماره ۱۰:

درصد بروز بیماری شناخته شده جدید در طول یک سال در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در
بیماران مبتلا به فشارخون بالا به تفکیک بیماری (اختلال چربی خون / قلبی عروقی / دیابت)، سن و جنس و منطقه
جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد بیماری (اختلال چربی خون، دیابت، قلبی عروقی) شناخته شده جدید در بیماران مبتلا به فشارخون بالا در یک سال
به تفکیک بیماری، سن، جنس و منطقه جغرافیایی $\times 100$
تعداد کل بیماران مبتلا به فشارخون بالا در همان سال به تفکیک بیماری (اختلال چربی خون / قلبی عروقی / دیابت)، سن
، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار: کاهش بروز بیماری یا عوارض

- مثال: درصد بیماری اختلال چربی خون جدید در بیماران مبتلا به فشارخون بالا
- مثال: درصد بیماری دیابت جدید در بیماران مبتلا به فشارخون بالا
- مثال: درصد بیماری قلبی عروقی جدید در بیماران مبتلا به فشارخون بالا

شاخص شماره ۱۱:

میزان بروز بیماری شناخته شده جدید در طول یک سال در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در
بیماران مبتلا به اختلال چربی خون به تفکیک بیماری (فشارخون بالا، دیابت، قلبی عروقی)، سن و جنس و منطقه
جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد بیماری (فشارخون بالا، قلبی عروقی، دیابت) شناخته شده جدید در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی ۱۰۰×

تعداد کل بیمار مبتلا به اختلال چربی خون در همان سال به تفکیک بیماری (فشارخون بالا، دیابت، قلبی عروقی)، سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار: کاهش بروز بیماری یا عوارض

مثال: درصد بیماری فشارخون بالای جدید در بیماران مبتلا به اختلال چربی خون

مثال: درصد بیماری دیابت جدید در بیماران مبتلا به اختلال چربی خون

مثال: درصد بیماری قلبی عروقی جدید در بیماران مبتلا به اختلال چربی خون

شاخص شماره ۱۲:

درصد موارد بستری در بیمارستان ناشی از بیماری ها و عوارض آن در بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد موارد بستری در بیمارستان ناشی از بیماری ها و عوارض آن در بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی در یک سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی ۱۰۰×

تعداد کل بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی موجود در همان سال به تفکیک سن، جنس و منطقه جغرافیایی

معیار:

- کاهش درصد بستری در بیمارستان به علت بیماری ها و عوارض آن

شاخص شماره ۱۳:

درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی آموزش دیده توسط بهورز / پرستار (حداقل ۲ بار در سال هر بار یک موضوع) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری، سن و جنس، مرکز بهداشتی درمانی و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی آموزش دیده توسط بهورز / پرستار در یک سال به تفکیک بیماری، سن، جنس، مرکز بهداشتی و منطقه جغرافیایی ۱۰۰×

تعداد کل بیماران مبتلا به فشارخون بالا / اختلال چربی خون / چاقی موجود در همان سال به تفکیک بیماری، سن

معیار:

– ۱۰۰٪

شاخص شماره ۱۴:

تعداد کلاس های آموزشی مربوط به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون /چاقی برگزار شده برای بیماران /جامعه توسط بهورز/پرستار/کاردان/کارشناس تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری، کارکنان، مرکز بهداشتی درمانی و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد کلاس های آموزشی برگزار شده توسط بهورزان/پرستاران در خصوص بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون /چاقی در یک سال به تفکیک بیماری، کارکنان و منطقه جغرافیایی

معیار:

– یک بار در سال (هر بار یک موضوع) به ازای کارکنان به ازای هر شهرستان

شاخص شماره ۱۵:

تعداد کلاس های آموزشی مربوط به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون /چاقی برگزار شده برای بهورز/پرستار (حداقل ۲ بار در سال هر بار یک موضوع) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری، کارکنان، مرکز بهداشتی درمانی و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد کلاس های برگزار شده برای بهورزان/پرستاران/کاردان/کارشناس در خصوص بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون /چاقی در یک سال به تفکیک بیماری، کارکنان بهداشتی، مرکز بهداشتی و منطقه جغرافیایی

معیار:

– ۲ بار در سال (هر بار یک موضوع) به ازای کارکنان بهداشتی و هر شهرستان

شاخص شماره ۱۶:

تعداد کلاس های آموزشی مربوط به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون /چاقی برگزار شده برای کاردان/کارشناس (حداقل یک بار در سال هر بار یک موضوع) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری، کارکنان بهداشتی و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد کلاس های برگزار شده برای کاردان/کارشناس در خصوص بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون /چاقی در یک سال به تفکیک بیماری، کارکنان بهداشتی و منطقه جغرافیایی

معیار:

-یک بار در سال (هر بار یک موضوع) به ازای کارکنان بهداشتی و هر شهرستان

شاخص شماره ۱۷:

تعداد کلاس های آموزشی مربوط به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون /چاقی برگزار شده برای پزشکان مراکز بهداشتی /واحد دیابت (حداقل دو بار در سال هر بار یک موضوع) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری، نوع مراکز و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد کلاس های برگزار شده برای پزشکان مراکز بهداشتی درمانی در خصوص بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون /چاقی در یک سال به تفکیک بیماری، نوع مراکز و منطقه جغرافیایی

معیار:

-یک بار در سال (هر بار یک موضوع) به ازای کارکنان بهداشتی و هر شهرستان

شاخص شماره ۱۸:

درصد کارکنان بهداشتی آموزش دیده در خصوص بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون /چاقی (حداقل یک بار در سال هر بار یک موضوع) تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در یک سال به تفکیک بیماری، نوع مراکز و منطقه جغرافیایی

تعریف شاخص:

تعداد کارکنان بهداشتی آموزش دیده در خصوص بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا /اختلال چربی خون /چاقی در یک سال به تفکیک بیماری، نوع مراکز و منطقه جغرافیایی

تعداد کل کارکنان بهداشتی مرتبط با برنامه در یک سال به تفکیک بیماری، نوع مراکز و منطقه جغرافیایی

معیار: ۱۰۰٪

-یک بار در سال (هر بار یک موضوع) به ازای هر کارکنان بهداشتی و هر شهرستان

نظام محاسبه شاخص:

شیوه جمع آوری اطلاعات: از طریق بررسی و گزارش نظارت ها/نرم افزاری
سطح جمع آوری اطلاعات: از سطح خانه بهداشت /واحد دیابت /مرکز بهداشتی درمانی شهری به بالا
شیوه محاسبه شاخص: تعیین میزان با استفاده از برنامه نرم افزاری

با توجه به اهداف برنامه شاخص های زیر نیز باید در ارزیابی و ارزشیابی برنامه (در صورت امکان از طریق اجرای بررسی) مد نظر قرار گیرند و برآورد شوند.

در مرحله اول

مصرف دخانیات (در جمعیت ۳۰ سال و بالاتر)

- ۱- شیوع جمعیت مصرف کننده دخانیات که ترک کرده اند
- ۲- شیوع مصرف دخانیات در بین جمعیت کمتر از ۳۰ سال

چاقی (در جمعیت ۳۰ سال و بالاتر)

- ۱- شیوع جمعیتی که ۵ بار یا بیشتر در روز از میوه و سبزی در رژیم غذایی خود استفاده می کنند
 - ۲- نسبت مصرف انرژی ناشی از چربی (کمتر از ۱۰٪ از چربی های اشباع و کمتر از ۲٪ از چربی های ترانس)
 - ۳- میزان متوسط مصرف نمک (کمتر از ۶ گرم در روز)
 - ۴- شیوع اضافه وزن و چاقی
 - ۵- میانگین تعداد واحد مصرف میوه و سبزی در روز
 - ۶- شیوع جمعیت مصرف کننده حداقل ۵ واحد میوه و سبزی در روز
- اطلاعات پایه برای گروه سنی ۳۰ سال و بالاتر موجود نیست و اطلاعات نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در گروه سنی ۶۴-۱۵ سال در دسترس می باشد.

فعالیت بدنی (در جمعیت ۳۰ سال و بالاتر)

- ۱- متوسط سوخت انرژی در فعالیت بدنی (هدف ۱۹۰۰ کیلوکالری در هفته در جمعیت بین ۳۰ تا ۷۴ سال) و ۲۰۰۰ کالری در هفته در جمعیت بین ۱۰ تا ۳۰ سال)
- ۲- درصد جمعیت بین ۱۰ تا ۳۰ سال که فعالیت بدنی را به شکل ورزش در اوقات فراغت خود اجراء می کنند و در جمعیت بین ۳۰ و ۷۴ سال
- ۳- متوسط میزان فعالیت بدنی بر حسب مت MET
- ۴- شیوع جمعیت ۳۰ سال و بالاتر فعال (۶۰۰ مت و بیشتر به ازای دقیقه در هفته) در حین کار، رفت و آمد و اوقات فراغت

عوامل روانی اجتماعی

- ۱۳- کاهش مواجهه با عوامل روانی اجتماعی در محل کار

در این برنامه با توجه به اینکه برنامه های مداخلاتی عمدتاً از برنامه های ارتقایی هستند و کل جمعیت را پوشش خواهند داد، لذا بر تغییر شاخص ها در جمعیت زیر ۳۰ سال هم مؤثر هستند.

- ۱- متوسط سن شروع مصرف دخانیات (هدف رساندن به بالای ۱۴ سال است)
- ۲- شیوع مصرف دخانیات در بین نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۳۰ سال
- ۳- شیوع اضافه وزن و چاقی در بین نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۳۰ سال
- ۴- میانگین مدت فعالیت بدنی در بین نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۳۰ سال

شرح وظایف ناظر (کارشناس تغذیه) دانشگاهی یا شهرستانی (واحد دیابت / پایگاه تندرستی / مرکز بهداشتی درمانی) در مرحله اول، دوم و سوم

- ۱- شرکت در دوره های آموزشی و نظارتی
- ۲- شناسایی باورها ، اعتقادات و نگرش های بومی و منطقه ای
- ۳- هماهنگی و نظارت در طراحی و تهیه بسته های آموزشی مربوطه
- ۴- برنامه ریزی و ارائه آموزش های لازم به مشاورین تغذیه در مراکز بهداشتی درمانی/واحد دیابت (قبل و در طول انجام فعالیت)
- ۵- نظارت برحسب اجرای آموزش جهت گروه های هدف (کلاس و کارگاه ، نشست و)
- ۶- نظارت بر توزیع اطلاعات آموزشی در سطح منطقه تحت پوشش
- ۷- شناسایی نوآوری های مشاوره در زمینه تغذیه و تعمیم آن به سایر پایگاه های بومی یا منطقه ای
- ۸- شناسایی محیط های حامی (NGO ها و ارگان ها و) مناسب برای ارتقاء سلامت جامعه و برنامه ریزی برای بکارگیری نتایج در مداخلات اصلاح شیوه زندگی با همکاری اعضاء تیم نظارت
- ۹- نظارت برخدمات مشاوره تغذیه ، تکمیل چک لیست نظارت دفاتر مشاوره تغذیه واحد دیابت/پایگاه های تندرستی
- ۱۰- بررسی و ارزیابی دقیق شش پرونده و مصاحبه با دو نفر از مراجعین در هر بازدید
- ۱۱- تعیین نتایج ارزشیابی خدمات مشاوره تغذیه در واحد دیابت/پایگاه تندرستی
- ۱۲- ارسال گزارش و تهیه پس خوراند بازدید از بخش مشاوره تغذیه واحد دیابت/پایگاه تندرستی (به کارشناس مسئول بیماری های غیرواگیر یا قلب و عروق و تغذیه دانشگاه و زیرکمیته تغذیه کمیته غیرواگیر دانشگاه)
- ۱۳- پیگیری دوره ای تا رفع مشکلات احتمالی

شرح وظایف ناظر دانشگاهی یا شهرستانی (واحد دیابت / پایگاه تندرستی / مرکز بهداشتی درمانی) در مرحله اول، دوم و سوم

- ۱- شرکت در دوره های آموزشی و نظارتی
- ۲- شناسایی باورها ، اعتقادات و نگرش های بومی و منطقه ای
- ۳- هماهنگی و نظارت در طراحی و تهیه بسته های آموزشی مربوطه
- ۴- برنامه ریزی و ارائه آموزش های لازم به کارکنان در واحد دیابت/پایگاه تندرستی (قبل و در طول انجام فعالیت)
- ۵- نظارت بر حسن اجرای آموزش جهت گروه های هدف (کلاس و کارگاه ، نشست و)
- ۶- نظارت بر توزیع اطلاعات آموزشی در سطح منطقه تحت پوشش
- ۷- شناسایی محیط های حامی (NGO ها و ارگان ها و) مناسب برای ارتقاء سلامت جامعه و برنامه ریزی برای بکارگیری نتایج در مداخلات اصلاح شیوه زندگی با همکاری اعضاء تیم نظارت
- ۸- بررسی و ارزیابی دقیق شش پرونده و مصاحبه با دو نفر از مراجعین در هر بازدید
- ۹- پیگیری دوره ای تا رفع مشکلات احتمالی

چک لیست نظارت بر برنامه های پیشگیری و کنترل

بیماری های قلب و عروق، فشار خون بالا، اختلال چربی خون و چاقی در سطوح ستادی و اجرایی

دانشگاه / دانشکده : شهرستان : مرکز بهداشتی درمانی :
خانه بهداشت : تاریخ بازدید : نام و نام خانوادگی ناظر :
این چک لیست برای مشاهده عرضه خدمت در برنامه قلب و عروق توسط مسئولین و کارشناسان در معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده تهیه شده است. توصیه می شود این چک لیست به دقت مطالعه گردد تا در درک هیچ یک از ستون های آن ابهامی نماند و استفاده از آن معلوم باشد. در مشاهده عرضه خدمت اگر عرضه کننده کار مورد انتظار را انجام داد، جواب بلی را انتخاب کنید.

سطح دانشگاه/دانشکده:

- ۱- آیا اعضاء کمیته دانشگاهی بیماری های غیر واگیر مشخص شده است ؟ بلی خیر
- ۲- آیا کمیته دانشگاهی قلب و عروق تشکیل شده است (هرسه ماه یکبار)؟ بلی خیر
- ۳- آیا اعضا زیر کمیته بیماری قلب و عروق مشخص شده است؟ بلی خیر
- ۴- آیا برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلب و عروق در شورای سلامت استان طرح شده است؟ بلی خیر
- ۵- آیا ارتباط و تعاملی بین شورای سلامت استان و کمیته دانشگاهی و زیر کمیته ها هست؟ بلی خیر
- ۶- آیا برنامه عملیاتی موجود است؟ (آیا جدول گانت فعالیت های مربوط به برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلب و عروق در سال جاری تهیه شده است؟) بلی خیر
- ۷- آیا برنامه عملیاتی سال جدید دانشگاه بر طبق برنامه پیشنهادی اداره قلب و عروق تهیه شده است؟ بلی خیر
- ۸- آیا در جلسات زیر کمیته بیماری قلب و عروق که تابحال تشکیل شده مصوباتی داشته اند ؟ بلی خیر
- ۹- آیا مصوبات مورد پیگیری قرار گرفته است؟ بلی خیر
- ۱۰- کارشناس مسئول برنامه جامع قلب و عروق در سطح دانشگاه وجود دارد؟ بلی خیر
- ۱۱- کارشناس مسئول برنامه جامع قلب و عروق در سطح شهرستان وجود دارد؟ بلی خیر
- ۱۲- پزشک متخصص قلب و عروق هماهنگ کننده علمی ، اجرایی (فوکال پوینت) طرح در سطح دانشگاه تعیین شده است؟ بلی خیر
- ۱۳- آیا اعتبارات تخصیص داده شده (تا زمان بررسی) از برنامه قلب و عروق (۳۰۳۳۳) از ذیحسابی دانشگاه به عامل ذیحساب معاونت بهداشتی تماماً ارسال شده است ؟ بلی خیر
اگر خیر، چند درصد ارسال شده است؟
- ۱۴- آیا اعتبارات ارسالی در راستای برنامه هزینه شده است ؟ بلی خیر
- ۱۵- آیا عملکرد ریالی اعتبارات تخصیص داده شده (در سال قبل) به واحد بیماری های غیرواگیر اعلام شده است ؟ بلی خیر
- ۱۶- آیا برنامه عملیاتی شهرستان های تابعه موجود است ؟ بلی خیر
- ۱۷- آیا اعتبارات ارسالی مطابق برنامه عملیاتی به شهرستان ها تخصیص داده شده است ؟ بلی خیر
- ۱۸- آیا شهرستان ها عملکرد ریالی اعتبارات تخصیص داده شده (در سال قبل) را به ستاد دانشگاه اعلام کرده اند؟ بلی خیر

۱۹- آیا در شهرستان های تابعه واحدی برای پذیرش ارجاعات سطح مرکز بهداشتی درمانی (مطب پزشک متخصص یا درمانگاه بیمارستان/مرکز ویژه قلب و عروق) تعیین و فعال شده است؟ (با هماهنگی معاون و مدیر امور درمان)

بلی خیر

اگر بلی، درچه شهر ستان هائی دایر نشده است؟

۲۰- آیا برنامه مداخلاتی برای کاهش عوامل خطر ساز بیماری قلبی عروقی در سطح استان/دانشگاه طراحی و اجراء شده است؟

فشارخون بالا اختلال چربی خون چاقی مصرف دخانیات دیابت کم تحرکی تغذیه ناسالم

۲۱- آیا شناسنامه برنامه های مداخلاتی موجود است؟ بلی خیر

مستندات بررسی شود. نام مداخلات ر بنویسید:

۲۲- آیا هیچ یک از برنامه های مداخلاتی به مرحله ارزشیابی رسیده اند یا برنامه ارزشیابی مداخلات تهیه شده است؟

بلی خیر

۲۳- آیا این برنامه های مداخلاتی ارزشیابی شده اند؟ بلی خیر

اگر پاسخ بلی است، مستندات بررسی شود.

اگر پاسخ خیر است، علت ذکر شود:

۲۴- آیا از مشارکت سایر بخش های دولتی و من جمله بخش خصوصی، شرکت های دارویی، انجمن های خیریه و... در پیشبرد برنامه ها استفاده میشود؟ بلی خیر

۲۵- آیا مستند آموزشی برای سطوح مختلف تهیه شده است؟ بلی خیر

۲۶- آیا برای مناسبت های خاص مرتبط (روز جهانی فشارخون، روز جهانی قلب) برنامه هایی در نظر گرفته شده است؟

بلی خیر

۲۷- آیا برای پایش رده های محیطی (مراکز بهداشت شهرستان /مرکز ویژه قلب و عروق تحت پوشش) برنامه مشخصی وجود دارد؟ بلی خیر

۲۸- آیا در سال جاری طبق برنامه پایش انجام شده است؟ بلی خیر

۲۹- آیا پس خوراند به رده های محیطی ارسال شده است؟ (بر اساس بررسی مدارک) بلی خیر

۳۰- تاریخ آخرین برنامه های آموزشی برگزار شده:

فشارخون بالا..... اختلال چربی خون قلبی عروقی

۳۱- آیا گزارشات سطح پایین تر بموقع دریافت می شود؟ بلی خیر

۳۲- گزارشات فصلی به موقع به واحد بیماری های غیرواگیراداره قلب و عروق) ارسال شده است؟ بلی خیر

۳۳- تعداد بیماران شناسایی شده جدید: قلبی عروقی فشارخون بالا..... اختلال چربی خون

۳۴- درصد بیماران مراقبت شده (توسط پزشک و بهورز/پرستار):

قلبی عروقی: بهورز/پرستار..... پزشک.....

فشارخون بالا: بهورز/پرستار..... پزشک..... اختلال چربی خون: بهورز/پرستار..... پزشک.....

- ۳۵- درصد بیماران دارای بیماری کنترل شده: فشارخون بالا اختلال چربی خون
 ۳۶- آیا برنامه های آموزش سطوح پایین تر در سال جاری پیش بینی شده است؟ بلی خیر

موارد زیر برای تکمیل نظارت و گزارش توصیه می گردد:

- ۱- عناوین اعضای زیر کمیته دانشگاهی قلب و عروق
- ۲- تعداد جلسات، عناوین و پیوست مستندات مصوبات و تفاهم نامه زیر کمیته قلب و عروق
- ۳- تعداد کارشناسان و برنامه های محوله به هریک
- ۴- میزان اعتبارات تخصیص داده شده و میزان دریافت شده
- ۵- عناوین برنامه های مداخلاتی شناسنامه دار
- ۶- عناوین برنامه های مداخلاتی دارای ارزشیابی
- ۷- گزارش ارزشیابی برنامه های مداخلاتی
- ۸- عناوین مستندات آموزشی
- ۹- عناوین برنامه های مناسبیت های خاص مرتبط
- ۱۰- تعداد جلسات آموزشی پیش بینی شده و برگزار شده تاکنون

سطح شهرستان :

- ۱- آیا کمیته شهرستانی قلب و عروق تشکیل شده است ؟ بلی خیر
 - ۲- آیا در سطح شهرستان برنامه عملیاتی وجود دارد؟ بلی خیر
 - ۳- آیا اعتبارات ارسالی مطابق برنامه عملیاتی به شهرستان ها تخصیص داده شده است ؟ بلی خیر
 - ۴- آیا اعتبارات در راستای اجرای برنامه هزینه شده است ؟ بلی خیر
 - ۵- آیا شهرستان ها عملکرد ریالی اعتبارات تخصیص داده شده (در سال قبل) را به ستاد دانشگاه اعلام کرده اند؟ بلی خیر
 - ۶- آیا در این شهرستان واحدی (مرکز ویژه قلب و عروق/ واحد دیابت) برای پذیرش ارجاعات سطح واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی (مطب پزشک متخصص یا درمانگاه بیمارستان) تعیین و فعال شده است ؟ بلی خیر
- اگر بلی: مطب پزشک درمانگاه واحد دیابت درمانگاه بیمارستان مرکز ویژه قلب و عروق
 اگر خیر ، علت را بنویسید:
- ۷- پزشک شاغل در این سطح دارای چه تخصصی است ؟ پزشک عمومی دوره دیده داخلی قلب و عروق
 - ۸- زمان کاری : نیمه وقت تمام وقت
 - ۹- آیا برنامه مداخلاتی برای کاهش عوامل خطر ساز بیماری قلبی عروقی در سطح شهرستان طراحی و اجراء شده است؟
- فشارخون بالا اختلال چربی خون چاقی مصرف دخانیات دیابت کم تحرکی تغذیه ناسالم
 ۱۰- آیا شناسنامه برنامه های مداخلاتی موجود است ؟ بلی خیر

مستندات بررسی شود. نام مداخلات را بنویسید:

شود.

**بیمارانی که فشارخون کنترل شده دارند: در افرادی که بیماری دیابت، قلبی عروقی و یا کلیوی دارند کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه و در سایر بیماران کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه است.

***بیمارانی که چربی خون کنترل شده دارند: در افرادی که بیماری دیابت، قلبی عروقی و یا کلیوی دارند ال دی ال (LDL) کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و کلسترول کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و در سایر بیماران به ترتیب ۱۳۰ و ۲۰۰ است. تری گلیسیرید کنترل شده در تمام بیماران کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر است. بیمارانی که اضافه وزن یا چاقی کنترل شده دارند: بر حسب دستور پزشک باید به مقدار وزن توصیه شده برسند. بطور معمول نمایه توده بدنی در افراد باید کمتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع باشد.

۳ دانشگاه ها موظف هستند فرم هایی را برای پایش وضعیت برنامه طراحی و در سطوح مختلف تکمیل کنند. این فرم ها به صورت ماهانه یا سه ماه یک بار ارسال می گردند. بعضی از این گزارشات بر حسب فرم های یکسان که در برنامه پزشک خانواده طراحی شده است، باید تکمیل و ارسال شوند.

سطح مرکز بهداشتی درمانی (روستایی):

- ۱- آیا مرکز برنامه عملیاتی دارد؟ بلی خیر
- ۲- آیا پزشک مرکز در برنامه آموزشی قلب و عروق شرکت کرده است؟ بلی خیر
- ۳- آیا پزشک مرکز از اطلاعات مربوط به بیماران (تعداد بیمار، تحت مراقبت پزشک خانواده) منطقه مطلع است؟ بلی خیر
- ۴- تاریخ آخرین برنامه های آموزشی برگزار شده: قلبی عروقی فشارخون بالا اختلال چربی خون
- ۵- تعداد بیماران شناسایی شده جدید: قلبی عروقی فشارخون بالا اختلال چربی خون
- ۶- درصد بیماران مراقبت شده^۱: قلبی عروقی: فشارخون بالا: اختلال چربی خون:
- ۷- درصد بیماران دارای بیماری کنترل شده^۲: فشارخون بالا اختلال چربی خون:
- ۸- آیا گزارشات منظم از خانه های بهداشت تابعه بموقع دریافت می شود^۳؟ بلی خیر

۱ درصد بیماران مراقبت شده توسط پزشک = {تعداد بیماران ۳۰ سال و بالاتر تحت مراقبت (بیمارانی که طی ۳ ماه اخیر حداقل یک مراقبت توسط پزشک دریافت کرده اند} به تعداد کل همان بیماران ۳۰ سال و بالاتر) $100 \times$

درصد بیماران مراقبت شده توسط بهورز/پرستار = {تعداد بیماران ۳۰ سال و بالاتر تحت مراقبت (بیمارانی که طی ۳ ماه اخیر حداقل یک مراقبت توسط بهورز/پرستار دریافت کرده اند} به تعداد کل همان بیماران ۳۰ سال و بالاتر) $100 \times$

۲ درصد بیماران کنترل شده = {تعداد بیماران ۳۰ سال و بالاتر کنترل شده (طی ۳ ماه اخیر در آخرین مراقبت تحت کنترل بوده اند) به تعداد کل همان بیماران ۳۰ سال و بالاتر) $100 \times$

*درصد بیماران کنترل شده بر حسب تعداد پرونده هایی که بطور تصادفی انتخاب شده و بررسی شده اند تعیین می شود.

**بیمارانی که فشارخون کنترل شده دارند: در افرادی که بیماری دیابت، قلبی عروقی و یا کلیوی دارند کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه و در سایر بیماران کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه است.

*** بیماری که چربی خون کنترل شده دارند: در افرادی که بیماری دیابت، قلبی عروقی و یا کلیوی دارند ال دی ال (LDL) کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و کلسترول کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و در سایر بیماران به ترتیب ۱۳۰ و ۲۰۰ است. تری گلیسیرید کنترل شده در تمام بیماران کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر است. بیماری که اضافه وزن یا چاقی کنترل شده دارند: بر حسب دستور پزشک باید به مقدار وزن توصیه شده برسند. بطور معمول نمایه توده بدنی در افراد باید کمتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع باشد.

۳ دانشگاه ها موظف هستند فرم هایی را برای پایش وضعیت برنامه طراحی و در سطوح مختلف تکمیل کنند. این فرم ها به صورت ماهانه یا سه ماه یک بار ارسال می گردند. بعضی از این گزارشات بر حسب فرم های یکسان که در برنامه پزشک خانواده طراحی شده است، باید تکمیل و ارسال شوند.

سطح خانه بهداشت:

- ۱- آیا بهورز از اجرای برنامه فشارخون بالا و اختلال چربی خون مطلع است؟ بلی خیر
- ۲- آیا بهورز از اطلاعات بیماران (تعداد بیمار، تحت مراقبت) مبتلا در منطقه آگاهی دارد؟ بلی خیر
- ۳- تعداد بیماران شناسایی شده جدید: قلبی عروقی..... فشارخون بالا..... اختلال چربی خون
- ۴- درصد بیماران مراقبت شده (توسط پزشک و بهورز/پرستار)۱:
 قلبی عروقی: بهورز/پرستار..... پزشک.....
 فشارخون بالا: بهورز/پرستار..... پزشک.....
 اختلال چربی خون: بهورز/پرستار..... پزشک.....
- ۵- درصد بیماران دارای بیماری کنترل شده ۲:
 فشارخون بالا اختلال چربی خون
- ۶- آیا فرم های گزارشات منظم بموقع ارسال شده است ۳؟ بلی خیر

۱ درصد بیماران مراقبت شده توسط پزشک = {تعداد بیماران ۳۰ سال و بالاتر تحت مراقبت (بیمارانی که طی ۳ ماه اخیر حداقل یک مراقبت توسط پزشک دریافت کرده اند} به تعداد کل همان بیماران ۳۰ سال و بالاتر) $100 \times$

درصد بیماران مراقبت شده توسط بهورز/پرستار = {تعداد بیماران ۳۰ سال و بالاتر تحت مراقبت (بیمارانی که طی ۳ ماه اخیر حداقل یک مراقبت توسط بهورز/پرستار دریافت کرده اند} به تعداد کل همان بیماران ۳۰ سال و بالاتر) $100 \times$

۲ درصد بیماران کنترل شده = {تعداد بیماران ۳۰ سال و بالاتر کنترل شده (طی ۳ ماه اخیر در آخرین مراقبت تحت کنترل بوده اند) به تعداد کل همان بیماران ۳۰ سال و بالاتر) $100 \times$

*درصد بیماران کنترل شده بر حسب تعداد پرونده هایی که بطور تصادفی انتخاب شده و بررسی شده اند تعیین می شود.

***بیمارانی که فشارخون کنترل شده دارند: در افرادی که بیماری دیابت، قلبی عروقی و یا کلیوی دارند کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه و در سایر بیماران کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه است.

*** بیماری که چربی خون کنترل شده دارند: در افرادی که بیماری دیابت، قلبی عروقی و یا کلیوی دارند ال دی ال (LDL) کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و کلسترول کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و در سایر بیماران به ترتیب ۱۳۰ و ۲۰۰ است. تری گلیسیرید کنترل شده در تمام بیماران کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر است. بیماری که اضافه وزن یا چاقی کنترل شده دارند: بر حسب دستور پزشک باید به مقدار وزن توصیه شده برسند. بطور معمول نمایه توده بدنی در افراد باید کمتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع باشد.

۳ دانشگاه ها موظف هستند فرم هایی را برای پایش وضعیت برنامه طراحی و در سطوح مختلف تکمیل کنند. این فرم

ها به صورت ماهانه یا سه ماه یک بار ارسال می گردند. بعضی از این گزارشات بر حسب فرم های یکسان که در برنامه پزشک خانواده طراحی شده است ، باید تکمیل و ارسال شوند.

سطح مرکز بهداشتی درمانی (واحد دیابت)

پزشک مرکز

- ۱- آیا مرکز برنامه عملیاتی دارد ؟ بلی خیر
- ۲- آیا پزشک مرکز در برنامه آموزشی قلب و عروق شرکت کرده است ؟ بلی خیر
- ۳- تاریخ آخرین برنامه های آموزشی برگزار شده:
قلبی عروقی فشارخون بالا..... اختلال چربی خون
- ۴- آیا پزشک مرکز از اطلاعات مربوط به بیماران (تعداد بیمار، تحت مراقبت) منطقه مطلع است؟ بلی خیر
- ۵- درصد بیماران شناسایی شده جدید : قلبی عروقی..... فشارخون بالا..... اختلال چربی خون
- ۶- درصد بیماران مراقبت شده^۱:
قلبی عروقی فشارخون بالا..... اختلال چربی خون
- ۷- درصد بیماران دارای بیماری کنترل شده^۲: فشارخون بالا^۶..... اختلال چربی خون^۷.....

پرستار مرکز

- ۱- آیا پرستار مرکز در برنامه آموزشی قلب و عروق شرکت کرده است ؟ بلی خیر
- ۲- تاریخ آخرین برنامه های آموزشی برگزار شده:
قلبی عروقی فشارخون بالا..... اختلال چربی خون
- ۳- آیا پرستار مرکز از اطلاعات مربوط به بیماران (تعداد بیمار، تحت مراقبت) منطقه مطلع است؟ بلی خیر
- ۴- درصد بیماران شناسایی شده جدید : قلبی عروقی..... فشارخون بالا..... اختلال چربی خون
- ۵- درصد بیماران مراقبت شده^۱: قلبی عروقی..... فشارخون بالا..... اختلال چربی خون
- ۶- درصد بیماران دارای بیماری کنترل شده^۲: فشارخون بالا..... اختلال چربی خون

کارشناس تغذیه مرکز

- ۱- زمان کاری کارشناس : نیمه وقت تمام وقت
- ۲- آیا کارشناس مرکز در برنامه آموزشی قلب و عروق شرکت کرده است ؟ بلی خیر
- ۳- تاریخ آخرین برنامه های آموزشی برگزار شده:
قلبی عروقی فشارخون بالا..... اختلال چربی خون
- ۴- آیا کارشناس تغذیه مرکز از اطلاعات مربوط به بیماران (تعداد بیمار، تحت مراقبت) منطقه مطلع است؟
قلبی عروقی..... فشارخون بالا..... اختلال چربی خون
- ۵- درصد بیماران تحت برنامه رژیم غذایی : قلبی عروقی..... فشارخون بالا..... اختلال چربی خون
- ۶- درصد بیماران مراقبت شده^۱: فشارخون بالا..... اختلال چربی خون

۷- درصد بیماران دارای وزن کنترل شده: قلبی عروقی..... فشارخون بالا..... اختلال چربی خون.....

۸- درصد بیماران دارای چربی خون کنترل شده^۵: قلبی عروقی..... فشارخون بالا..... اختلال چربی خون.....

۱ درصد بیماران مراقبت شده توسط پزشک={تعداد بیماران ۳۰ سال و بالاتر تحت مراقبت (بیمارانی که طی ۳ ماه

اخیر حداقل یک مراقبت توسط پزشک دریافت کرده اند} به تعداد کل همان بیماران ۳۰ سال و بالاتر) $100 \times$

درصد بیماران مراقبت شده توسط بهورز/پرستار={تعداد بیماران ۳۰ سال و بالاتر تحت مراقبت (بیمارانی که طی ۳ ماه

اخیر حداقل یک مراقبت توسط بهورز/پرستار دریافت کرده اند} به تعداد کل همان بیماران ۳۰ سال و بالاتر) $100 \times$

۲ درصد بیماران کنترل شده={تعداد بیماران ۳۰ سال و بالاتر کنترل شده(طی ۳ ماه اخیر در آخرین مراقبت تحت

کنترل بوده اند) به تعداد کل همان بیماران ۳۰ سال و بالاتر) $100 \times$

*درصد بیماران کنترل شده بر حسب تعداد پرونده هایی که بطور تصادفی انتخاب شده و بررسی شده اند تعیین می شود.

**بیمارانی که فشارخون کنترل شده دارند: در افرادی که بیماری دیابت، قلبی عروقی و یا کلیوی دارند کمتر از $130/80$ میلی متر جیوه و در سایر بیماران کمتر از $140/90$ میلی متر جیوه است.

*** بیمارانی که چربی خون کنترل شده دارند: در افرادی که بیماری دیابت، قلبی عروقی و یا کلیوی دارند ال دی ال (LDL) کمتر از 100 میلی گرم در دسی لیتر و کلسترول کمتر از 200 میلی گرم در دسی لیتر و در سایر بیماران به ترتیب 130 و 200 است. تری گلیسیرید کنترل شده در تمام بیماران کمتر از 150 میلی گرم در دسی لیتر است.

۲ بیمارانی که اضافه وزن یا چاقی کنترل شده دارند: بر حسب دستور پزشک باید به مقدار وزن توصیه شده برسند. بطور معمول نمایه توده بدنی در افراد باید کمتر از 25 کیلوگرم بر متر مربع باشد.

۳ دانشگاه ها موظف هستند فرم هایی را برای پایش وضعیت برنامه طراحی و در سطوح مختلف تکمیل کنند. این فرم ها به صورت ماهانه یا سه ماه یک بار ارسال می گردند. بعضی از این گزارشات بر حسب فرم های یکسان که در برنامه پزشک خانواده طراحی شده است، باید تکمیل و ارسال شوند.

نام و نام خانوادگی کارشناس ناظر:

امضاء:

چک لیست ارزیابی تخصصی فعالیت بهورز در خانه بهداشت / کارشناس یا کاردان مبارزه با بیماری ها در واحد دیابت / پایگاه تندرستی / مرکز بهداشتی درمانی شهری در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا

این چک لیست توسط کارشناسان سطوح بالاتر برای ارزیابی خدمات در سطح اول تکمیل می گردد. بررسی های تخصصی از روی فرم های مراقبت و پیگیری بیماران انجام می شود.

۱- آیا فشارخون افرادی که در اندازه گیری نوبت اول فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر داشته اند، مجدداً اندازه گیری شده است؟ بلی خیر

۲- آیا موارد مشکوک به فشارخون بالا (افرادی که میانگین دو نوبت اندازه گیری فشارخون آن ها ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر بوده است) به پزشک ارجاع شده اند؟ بلی خیر

۳- آیا مراقبت ماهانه بیماران مبتلا به فشارخون بالا انجام شده است؟ بلی خیر

۴- آیا موارد فشارخون بالا (افرادی که میانگین دو نوبت اندازه گیری فشارخون آن ها ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بیشتر بوده است) به پزشک ارجاع فوری شده اند؟ بلی خیر

۵- آیا در مراقبت ماهانه بیماران که فشارخون کنترل شده نداشته اند (در افرادی که بیماری دیابت، قلبی عروقی و یا کلیوی دارند کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه و در سایر بیماران کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه) به پزشک ارجاع شده اند؟ بلی خیر

۶- آیا بیماران مبتلا به فشارخون بالا هر سه ماه یک بار برای مراقبت به پزشک ارجاع شده اند؟ بلی خیر

۷- آیا فرم مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا برای بیماران تشکیل و نتایج مراقبت ها در آن ثبت شده است؟ بلی خیر

۸- درصد بیماران شناسایی شده (قدیم و جدید): فشارخون بالا.....

۹- درصد بیماران مراقبت شده (توسط پزشک و بهورز): فشارخون بالا.....

۱۰- درصد بیماران دارای بیماری کنترل شده*: فشارخون بالا.....

۱۱- آیا بیماران که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند و وزن آن ها در طی سه ماه به مقدار توصیه شده (حداقل ۲ کیلو در ماه در بزرگسالان) کاهش نیافته است یا از وزن قبلی بیشتر شده است، به پزشک ارجاع شده اند؟ بلی خیر

* بیماران که فشارخون کنترل شده دارند: در افرادی که بیماری دیابت، قلبی عروقی و یا کلیوی دارند کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه و در سایر بیماران کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه است.

نام و نام خانوادگی کارشناس ناظر:

امضاء:

چک لیست ارزیابی تخصصی **فعالیت پزشک** مرکز بهداشتی درمانی (روستایی/شهری)

در برنامه پیشگیری و کنترل **بیماری فشارخون بالا**

بررسی موارد زیر بر اساس بررسی پرونده ۶ نمونه از بیماران انجام می شود. بررسی های تخصصی از روی فرم های مراقبت و پیگیری بیماران انجام می شود.

۱- آیا بررسی های آزمایشگاهی اولیه شامل FBS, Total cholesterol, LDL, HDL, TG, CBC, Na, K, Cr, Urine analysis, برای بیمار مبتلا به فشارخون بالای شناخته شده جدید، انجام شده است؟

بلی خیر

۲- آیا با توجه به شرایط بیمار، فشارخون آن ها به سطح مطلوب (فشارخون کنترل شده*) رسیده است؟ بلی خیر

۳- آیا حداقل هر سه ماه یکبار مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا توسط پزشک انجام شده است؟ بلی خیر

۴- آیا بیماران مبتلا به فشارخون بالا **برای بررسی عوارض بیماری طبق پروتکل*** به پزشکان متخصص ارجاع شده

اند؟ بلی خیر

۵- درصد بیماران شناسایی شده (قدیم و جدید): فشارخون بالا.....

۶- درصد بیماران مراقبت شده (توسط پزشک و بهورز): فشارخون بالا.....

۷- درصد بیماران دارای بیماری کنترل شده** : فشارخون بالا.....

* پروتکل درمانی که در کتاب ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری فشارخون بالا آمده است. ارجاع به پزشک متخصص قلب ۶ ماه یکبار، ارجاع به متخصص داخلی اعصاب/چشم/کلیه و مجاری ادرار سالی یکبار باید انجام شود. ارجاع به کارشناس تغذیه و سایر مشاورین تخصصی حسب مورد انجام می شود.

** بیمارانی که فشارخون کنترل شده دارند: در افرادی که بیماری دیابت، قلبی عروقی و یا کلیوی دارند کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه و در سایر بیماران کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه است.

نام و نام خانوادگی کارشناس ناظر:

امضاء:

**چک لیست ارزیابی تخصصی فعالیت بهورز خانه بهداشت / کارشناس یا کاردان مبارزه با بیماری ها در
واحد دیابت / پایگاه تندرستی / مرکز بهداشتی درمانی شهری در برنامه پیشگیری و کنترل اختلال چربی خون**

بررسی موارد زیر بر اساس بررسی پرونده ۶ نمونه از بیماران انجام می شود. بررسی های تخصصی از روی فرم های مراقبت و پیگیری بیماران انجام می شود.

- ۱- آیا افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی (سابقه فردی فشارخون بالا، دیابت، بیماری قلبی عروقی، اختلال چربی خون، مصرف دخانیات، سابقه خانوادگی چاقی) * برای تعیین وضعیت چربی خون به پزشک ارجاع شده اند؟
بلی خیر
- ۲- آیا پیگیری و مراقبت سه ماه یک بار بیماران مبتلا به اختلال چربی خون انجام شده است؟
بلی خیر
- ۳- آیا در مراقبت ماهانه وزن بیمارانی که چاق (نمایه توده بدنی ۳۰ و بیشتر) هستند اندازه گیری شده است؟
بلی خیر
- ۴- آیا بیماران مبتلا به اختلال چربی خون **سالی یک بار** برای مراقبت به پزشک ارجاع شده اند؟
بلی خیر
- ۵- آیا فرم مراقبت بیماران مبتلا به اختلال چربی خون برای بیماران تشکیل و نتایج مراقبت ها در آن ثبت شده است؟
بلی خیر
- ۶- درصد بیماران شناسایی شده جدید : اختلال چربی خون
- ۷- درصد بیماران شناسایی شده (قدیم و جدید) : اختلال چربی خون
- ۸- درصد بیماران مراقبت شده (توسط پزشک و پرستار) : اختلال چربی خون
- ۹- درصد بیماران دارای اختلال چربی خون کنترل شده : کلسترول تام، ال دی ال، تری گلیسیرید،
- ۱۰- آیا بیمارانی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند و وزن آن ها در طی سه ماه به مقدار توصیه شده (حداقل ۲ کیلو در ماه در بزرگسالان) کاهش نیافته است یا از وزن قبلی بیشتر شده است، به پزشک ارجاع شده اند؟
بلی خیر

نام و نام خانوادگی کارشناس ناظر:

امضاء:

**چک لیست ارزیابی تخصصی فعالیت پزشک مرکز بهداشتی درمانی در برنامه پیشگیری و کنترل
اختلال چربی خون**

بررسی موارد زیر بر اساس بررسی پرونده ۶ نمونه از بیماران انجام می شود. بررسی های تخصصی از روی فرم های مراقبت و پیگیری بیماران انجام می شود.

- ۱- سطح چربی خون چند درصد از بیمارانی که در گروه پرخطر (افراد دارای سابقه بیماری عروق کرونر قلب، بیماری های اترواسکلروتیک عروق محیطی، دیابت) قرار دارند به حد مطلوب رسیده است؟
LDL کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر کلسترول کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر.....
تری گلیسیرید کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر
- ۲- آیا تکرار آزمایشات چربی خون در بیماران پرخطر با فواصل ۶ هفته تا کنترل سطح مطلوب (LDL کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر، کلسترول کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر، تری گلیسیرید کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر) انجام شده است؟ بلی خیر
- ۳- آیا بیمارانی که در گروه پرخطر قرار داشته اند و علیرغم درمان دارویی به سطح مطلوب (LDL کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر، کلسترول کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر، تری گلیسیرید کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر) نرسیده اند، به پزشک متخصص غدد ارجاع شده اند؟ بلی خیر
- ۴- آیا برای بیماری که یکی از داروهای خانواده استاتین را مصرف می کند، اندازه گیری آنزیم های کبدی ۶ هفته پس از شروع درمان و سپس هر ۶ ماه صورت گرفته است؟ بلی خیر
- ۵- آیا بیماری که در گروه پرخطر قرار داشته و دارای سطح مطلوب (LDL کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر، کلسترول کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر، تری گلیسیرید کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر) است، آزمایش چربی خون یک سال بعد تکرار شده است؟ بلی خیر
- ۶- آیا حداقل سالی یکبار مراقبت بیماران دارای اختلال چربی خون، توسط پزشک انجام شده است؟ بلی خیر
- ۷- آیا برای افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی (سابقه فردی فشارخون بالا، دیابت، بیماری قلبی عروقی، اختلال چربی خون، مصرف دخانیات، سابقه خانوادگی چاقی) آزمایش چربی خون انجام شده است؟ بلی خیر

نام و نام خانوادگی کارشناس ناظر:

امضاء:

دستورالعمل تکمیل چک لیست نظارتی مشاوره تغذیه در واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری

۱) منظور اتاقی خصوصی است که امکان شنود توسط سایرین وجود نداشته باشد. ضمناً دارای نور کافی، تهویه مناسب، بدون آلودگیهای صوتی داخلی و خارجی پایگاه و با حداقل دو صندلی هم سطح جهت ارائه دهنده و ارائه گیرنده خدمت باشد.

۲) وجود یک دستگاه کامپیوتر و تجهیزات آن

۳) وجود فضای مناسب بهداشتی شامل: کف قابل شستشو، دیوارها تا ارتفاع ۱/۵ متر کاشی و دارای تهویه مناسب و تجهیزاتی از قبیل یخچال، اجاق گاز و تجهیزات پخت دیگر

۴) اندازه گیری قد باید بدون کفش به طوری که فرد در وضع ایستاده کامل باشد و دقیقاً زبانه قدسنج با سطح قدامی سر در تماس باشد. اندازه گیری وزن باید بدون کفش، با حداقل لباس و در مرکز ترازو انجام شود.

۵) جهت اندازه دور باسن بیشترین اندازه خوانده شده در قسمت قدامی باسن و برای اندازه گیری دور کمر (بالای ناف) کمترین اندازه خوانده شده، بعنوان اندازه دور باسن و دور کمر محسوب می شود.

۶) مشابه دفاتر ثبت اطلاعات آموزشی ضروری است.

۷) وجود فرم های ارزیابی تندرستی، فرم های مشاوره تغذیه و

* آیتم هایی که در روز بازدید امکان بررسی ندارد با علامت - مشخص گردد.

الف - فضای فیزیکی :

۱- آیا فضای فیزیکی مناسب و خصوصی جهت انجام مشاوره تغذیه وجود دارد؟ (۱) بلی خیر

ب - تجهیزات :

- ۲- تجهیزات کامپیوتری وجود دارد؟ (۲) بلی خیر
- ۳- نرم افزارهای ضروری برای محاسبات و تعیین برنامه ریزی تغذیه ای وجود دارد؟ بلی خیر
- ۴- فرم های تهیه یادداشتهای غذایی و ... به تعداد کافی موجود می باشد؟ بلی خیر
- ۵- لوازم التحریر ضروری شامل خودکار ، مداد ، پاک کن و کاغذ پوشه موجود می باشد؟ بلی خیر
- ۶- ماشین حساب برای محاسبات وجود دارد؟ بلی خیر
- ۷- فایل‌های کافی جهت نگهداری پرونده بیماران وجود دارد؟ بلی خیر
- ۸- قدسنج جهت اندازه گیری قد مراجعین وجود دارد؟(اطفال) و بزرگسالان: بلی خیر
- ۹- ترازوی توزین وزن مراجعین وجود دارد؟(اطفال)و بزرگسالان : بلی خیر
- ۱۰- وزنه شاهد جهت کالیبره کردن ترازو وجود دارد؟ بلی خیر
- ۱۱- متر نواری جهت اندازه گیری دور کمر و دور باسن و دور سر وجود دارد؟ بلی خیر
- ۱۲- وسایل کمک آموزشی (تلویزیون - ویدئو) وجود دارد؟ بلی خیر
- ۱۳- آیا تجهیزات لازم برای انجام عملی پخت غذای سالم دارند؟(۳) بلی خیر

ج - ارائه دهنده خدمت :

- ۱۴- رابطه مناسب و موثر جهت جلب اعتماد بیمار وجود دارد؟ بلی خیر
- ۱۵- اندازه گیری قد ووزن به درستی انجام شده است؟ (۴) بلی خیر
- ۱۶- اندازه گیری دور باسن و دور کمر به درستی انجام شده است؟ (۵) بلی خیر
- ۱۷- ارائه دهنده خدمت مطالب آموزشی رابه درستی منتقل می کند؟ بلی خیر
- ۱۸- آیا با طرح سوالاتی از انتقال مطالب آموزشی به مراجعه کننده اطمینان می یابد؟ بلی خیر

د - ارائه گیرنده خدمت : (در زمان حضور فرد مراجعه کننده)

مصاحبه با نفر اول :

- ۱۹- آیا مشاور وقت مناسب و کافی به شما اختصاص داده اند ؟ بلی خیر
- ۲۰- آیا مشاور به تمام سئوالات شما پاسخ کافی و کامل داده اند؟ بلی خیر
- ۲۱- آیا مشاور برخورد مناسب با شما دارد ؟ بلی خیر
- ۲۲- آیا شما تمایل به مراجعه مجدد به این مرکز دارید؟ بلی خیر
- ۲۳- آیا شما از زمان فعالیت این پایگاه رضایت دارید؟ بلی خیر

مصاحبه بانفردوم :

- ۲۴- آیا مشاور به تمام وقت مناسب و کافی به شما اختصاص داده است ؟ بلی خیر

- ۲۵- آیا مشاور به تمام سئوالات شما پاسخ کافی و کامل داده است؟ بلی خیر
- ۲۶- آیا مشاور برخورد مناسب با شما دارد؟ بلی خیر
- ۲۷- آیا شما تمایل به مراجعه مجدد به این مرکز دارید؟ بلی خیر
- ۲۸- آیا شما از زمان فعالیت این پایگاه رضایت دارید؟ بلی خیر

ه) فعالیت های آموزشی :

- ۲۹- پوستر هرم غذایی گروههای غذایی موجود می باشد ؟ بلی خیر
- ۳۰- پوستر آموزشی در جای مناسب نصب شده است ؟ بلی خیر
- ۳۱- مطالب آموزشی (پمفلت و...) به تعداد کافی موجود می باشد ؟ بلی خیر
- ۳۲- مطالب آموزشی (پمفلت و...) به درستی توزیع می گردد؟ بلی خیر
- ۳۳- گروه بندی افراد (خطرناک در معرض خطر و سالم) جهت آموزش بدرستی انجام شده است؟ بلی خیر
- ۳۴- برنامه ریزی آموزشی مطابق با برنامه تدوین شده اجرا شده است؟ بلی خیر
- ۳۵- برنامه ریزی آموزشی تهیه شده در معرض دید مراجعین (مکان مناسب) نصب شده است؟ بلی خیر
- ۳۶- برنامه ریزی آموزشی مطابق با برنامه تدوین شده اجرا شده است ؟ (۶) بلی خیر
- ۳۷- ارزشیابی از آموزشهای انجام شده صورت میگیرد؟ بلی خیر
- ۳۸- امکان انجام آموزش تغذیه صحیح (عملی) وجود دارد ؟ بلی خیر

و- فرم ها و دفاتر ثبت اطلاعات :

- ۳۹- فرم تهیه یادداشت خوراکی به درستی تکمیل شده است ؟ بلی خیر
- ۴۰- فرم محاسبه و امتیاز دهی تنوع غذایی به درستی تکمیل شده است؟ (۷) بلی خیر
- ۴۱- فرم تعیین وضعیت بیمار براساس قرار گرفتن در سه وضعیت خطرناک ، در معرض خطر و سالم به درستی تکمیل شده است؟ بلی خیر
- ۴۲- دفاتر ثبت اطلاعات بیمار به درستی تکمیل شده است ؟ بلی خیر
- ۴۳- پرونده بیمار کامل می باشد؟ بلی خیر
- ۴۴- اطلاعات مراجعین به تفکیک در کامپیوتر موجود می باشد؟ بلی خیر
- ۴۵- دسترسی سریع و آسان به پرونده مراجعین امکان پذیر است ؟ بلی خیر

نام و نام خانوادگی کارشناس ناظر:

امضاء:

چک لیست پایش کارشناس تربیت بدنی مرکز تربیت بدنی در مناطق شهری

تاریخ بازدید : ساعت : نام ناظر :
شماره پرونده :
نام و نام خانوادگی کارشناس تربیت بدنی : سن : جنسیت: مرد زن
تحصیلات : دیپلم فوق دیپلم لیسانس فوق لیسانس و بالاتر
دارای مدرک مربیگری درجه : ۱ ۲ ۳ در رشته :

- ۱- آیا با اهداف پایگاه در زمینه سلامت و تندرستی آشنایی دارد؟ بلی خیر
۲- آیا می تواند این اهداف را برای مراجعین تشریح و تبیین کند؟ بلی خیر
۳- آیا در برخورد با مراجعین برخورد مناسب دارد؟ بلی خیر
۴- سطح اطلاعات علمی و فنی قابل قبول است ؟ بلی خیر
۵- از آگاهی لازم در استفاده از دستگاه ها و تجهیزات ورزشی برخوردار است؟ بلی خیر
۶- آیا فرصت کافی برای هر یک از مراجعین صرف میکند؟ بلی خیر
۷- آیا راهنمایی در زمینه های مختلف به مراجعین ارائه می نماید؟ بلی خیر
۸- آیا برنامه تمرینی به مراجعین ارائه نموده است؟ بلی خیر
۹- آیا از الگوهای ارائه شده از سوی پایگاه تندرستی استفاده می نماید؟ بلی خیر
۱۰- آیا در تکمیل برگه های اطلاعات همکاری کامل دارد؟ بلی خیر
۱۱- در مجموع قابلیت های ایشان در حد انتظار است؟ بلی خیر
۱۲- سایر موارد (نظریه ناظر) :

.....
.....
.....

نام و نام خانوادگی کارشناس ناظر:
امضاء:

**فرآیند گزارش دهی واحد دیابت / پایگاه تندرستی / مرکز بهداشتی درمانی به دانشگاه علوم پزشکی
مربوطه (۳ ماه یک بار) در مناطق شهری و روستایی**

- ۱- بررسی پرونده ها و فرم های اطلاعاتی واحد دیابت / پایگاه تندرستی / مرکز بهداشتی درمانی توسط دستیار
- ۲- استخراج و تکمیل فرم گزارش آماری مربوطه (فرم های گزارش ثبت ،مراقبت ،غربالگری،آموزش)
- ۳- ارسال فرم آمار به مرکز بهداشت شهرستان مربوطه هر ۳ ماه یک بار
- ۴- بررسی فرم توسط کارشناس مربوطه
- ۵- ارائه پس خوراند به واحد دیابت / پایگاه تندرستی / مرکز بهداشتی درمانی
- ۶- ارسال فرم آمار به مرکز بهداشت دانشگاه مربوطه هر ۳ ماه یک بار
- ۷- تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده از شهرستان های مختلف در دانشگاه ها
- ۸- ارائه پس خوراند به مرکز بهداشت شهرستان
- ۹- پیشنهاد راه کارها و طرح های مداخله ای بر اساس نتایج بدست آمده
- ۱۰- ارسال فرم آمار به سطح ستادی وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر)

پیوست ها

**طرح جامع کشوری پیشگیری و
کنترل بیماری قلبی عروقی (بیماری
عروق کرونر قلب) - ۱۳۷۶**

طرح جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر قلب) - ۱۳۷۶

طرح جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی که در سال ۱۳۷۶ تهیه و تصویب شد در قالب ۵ طرح با تاکید بر عوامل خطر ساز این بیماری تهیه شده است:

- ۱- طرح کاهش میزان شیوع مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان، چپق) در جامعه
- ۲- طرح کنترل افراد دارای سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس در اقوام درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر)
- ۳- طرح کاهش میزان شیوع کم تحرکی بدنی در جامعه
- ۴- طرح کاهش میزان شیوع اختلال چربی های خون (دیس لیپیدمی) و تصحیح رژیم غذایی نادرست
- ۵- طرح کاهش میزان شیوع فشارخون بالا

هدف کلی: کاهش میزان بروز، شیوع و مرگ ناشی از بیماری عروق کرونر

اهداف اختصاصی:

- ۱- کاهش میزان شیوع بیماری فشار خون بالا در جامعه
- ۲- کاهش میزان شیوع بیماری اختلال چربی خون در جامعه
- ۳- کاهش میزان شیوع مصرف دخانیات در جامعه
- ۴- کاهش میزان شیوع کم تحرکی در جامعه
- ۵- کاهش میزان شیوع بیماری دیابت در جامعه

۱- طرح کاهش میزان شیوع مصرف دخانیات در جامعه

اهداف اختصاصی (ویژه):

- کاهش میزان بروز مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان، چپق) در جامعه
- افزایش تعداد موارد ترک مصرف دخانیات در جامعه
- کاهش میزان شیوع سیگاری های غیرفعال (Passive Smoker)
- افزایش آگاهی عمومی در ارتباط با مضرات مصرف دخانیات و مزایا و روش های ترک دخانیات

راهنماها

۱- تدوین قوانین و مقررات لازم بمنظور کاهش دسترسی به محصولات مواد دخانی

فعالیت ها:

- پیشنهاد طرح قانونی به مجلس برای جلوگیری از مصرف دخانیات در مجامع عمومی و مراکز دولتی بویژه مراکز بهداشتی، درمانی
- پیشنهاد طرح قانونی به مجلس برای صدور مجوز فروش دخانیات به عاملین فروش مجاز و ممنوعیت فروش سیگار در سایر اماکن (محصولات دخانی باید در محل های مخصوصی که به آنها جواز داده شده است فروخته شوند).
- پیشنهاد طرح قانونی ممنوعیت فروش محصولات دخانی به افراد کمتر از ۱۸ سال و نصب اخطار در اماکن فروش
- پیشنهاد طرح قانونی صدور مجوز فروش محصولات دخانی فقط برای افراد بالای ۱۸ سال (بدین معنی که افراد

زیر ۱۸ سال فروشنده سیگار و سایر محصولات دخانی نباشند)
-پیشنهاد طرح قانونی جلوگیری از تبلیغات محصولات دخانی
-استفاده از اختراهای بهداشتی جدی و قابل رویت بر روی محصولات دخانی
-پیشنهاد طرح قانونی تشدید مجازات قاچاقچیان محصولات دخانی
-پیشنهاد جلوگیری از توسعه سرمایه گذاری در صنایع مرتبط بادخانیات با توجیه سیاستگذاران و مسئولین
-تعیین مناطق خاص و مشخص در اماکن عمومی برای مصرف دخانیات توسط افراد سیگاری
-تأکید بر جلوگیری از تبلیغات غیر مستقیم در وسایل ارتباط جمعی
-پیشنهاد طرح قانونی افزایش مالیات محصولات دخانی
-در صورت ادامه تولید سیگار در کشور پیشنهاد باقی ماندن انحصار آن برای دولت بمنظور کم کردن واردات

۲- جلب همکاری های بین بخشی

فعالیت ها:

-جلب همکاری آموزش و پرورش برای منع مصرف دخانیات در مدارس
-همکاری و هماهنگی بین بخشی با مراکز آموزشی و مذهبی برای اجرای برنامه های آموزشی مبارزه با مصرف دخانیات
-همکاری با سازمان های بین المللی در مورد سیاست های مبارزه با مصرف دخانیات
-جلب مشارکت مردمی و سازمان های غیر دولتی فعال در امر مبارزه با مصرف دخانیات
-پیشنهاد ادغام برنامه های آموزشی مبارزه با مصرف دخانیات در مواد درسی مدارس و دانشگاه ها با همکاری کمیته فنی دخانیات، آموزش و پرورش، وزارت علوم و آموزش عالی و وزارت بهداشت
-تشکیل انجمن مبارزه با مصرف دخانیات در گروه های دانش آموزی و دانشجویی با همکاری دفتر بهداشت مدارس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اداره کل تغذیه و بهداشت مدارس وزارت آموزش و پرورش و وزارت فرهنگ و آموزش عالی

۳- حمایت از روش ها و سرمایه گذاری های مؤثر و مناسب در جهت ترک دخانیات

۴- پیشنهاد ایجاد کلینیک های مشاوره ترک دخانیات توسط بخش خصوصی

۵- ادغام فعالیت های مبارزه با مصرف دخانیات در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور.

فعالیت ها :

-ایجاد مهارت مشاوره در ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی برای جلوگیری از مصرف دخانیات یا ترک آن
۶- گسترش فعالیت ها و امکانات فرهنگی، هنری و ورزشی برای نوجوانان و جوانان (برای گرایش کمتر آنها به محصولات دخانی)
فعالیت ها :
-استفاده از امکانات فرهنگی، ورزشی و پرورشی نهادها، سازمان ها و وزارتخانه های مختلف در خارج از ساعات اداری و یا در روزهای تعطیل با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شهرداری ها، سازمان تربیت بدنی و سایر سازمان ها و نهادها.
-تأسیس مراکز جدید و تشویق بخش خصوصی به سرمایه گذاری در جهت ایجاد مراکز ورزشی، فرهنگی و هنری

۷- افزایش سطح آگاهی جامعه

فعالیت ها :

- مطالعه و تحقیق بیشتر برای یافتن زمینه های گرایش به سمت مصرف دخانیات در گروه های سنی و جنسی بصورت
- مطالعات KAP (آگاهی ، نگرش و عملکرد) و اصلاح برنامه ریزی ها براساس آن
- آموزش جامعه بالاخص نوجوانان، جوانان، والدین، معلمان، اساتید، کارکنان مدارس، روحانیون و مبلغین مذهبی در
مورد مضرات مصرف دخانیات

از طریق:

- جلسات بحث و گفتگو، سخنرانی، فیلم آموزشی، آموزش ضمن خدمت، نمایش و یا با استفاده از روش های علوم رفتاری
- رسانه های همگانی (صدا و سیما، جراید. مطبوعات ...) تهیه پوستر و پمفلت، فیلم های آموزشی
- گروه ها و مجامع داوطلب و رهبران اجتماعی
- انجمن اولیاء و مربیان
- روحانیون و مبلغین مذهبی

با همکاری :

- مراکز تربیت معلم ، اداره تغذیه و بهداشت مدارس آموزش و پرورش، دفتر بهداشت مدارس وزارت بهداشت، سازمان صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران ، کمیته کشوری مبارزه با مصرف دخانیات ، دفتر امام جمعه و امام جماعات، کمیته کشوری قلب و عروق وزارت بهداشت
- آموزش نیروهای انتظامی جهت نظارت و پیگیری برحسب اجرای قوانین و مقررات
- توصیه به پرهیز از مصرف مواد دخانی توسط الگوهای جامعه مثل کارکنان پزشکی و بهداشتی، فرهنگیان، اعضاء هیئت علمی ، روحانیون و مبلغین مذهبی

۸- شرکت در فعالیت های بین المللی ترک سیگار و تبادل نظر در این مورد با سازمان های مختلف بین المللی

۹- ادغام فعالیت های پیشگیری از مصرف دخانیات در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور

انتظارات از وزارت آموزش و پرورش

- ادغام دروس تئوری در مورد مصرف دخانیات در مقاطع مختلف تحصیلی
- حمایت از برنامه های مربوط به مبارزه با مصرف دخانیات مانند تشکیل انجمن های دانش آموزی

انتظارات از وزارت کشور

- دادن مجوز فروش محصولات دخانی به افراد بالای ۱۸ سال
- تعیین اماکن خاص مصرف دخانیات در اماکن عمومی و نظارت بر اجرای قوانین و مقررات مربوط به اماکن عمومی
- همکاری با سازمان های بین المللی در مورد سیاست های مبارزه با مصرف دخانیات

انتظارات از وزارت صنایع

-جلوگیری از توسعه سرمایه گذاری جهت تولید محصولات دخانی
-حمایت از نصب اظهارها و توصیه های بهداشتی قابل رویت بر روی پاکت های سیگار و محصولات دخانی

انتظارات از وزارت بازرگانی

-افزایش مالیات محصولات دخانی

انتظارات از سازمان گمرگ و بازرسی کشور

-همکاری بین المللی در زمینه مبارزه با استعمال دخانیات و جلوگیری از قاچاق

انتظارات از وزارت علوم و آموزش عالی

-ادغام دروس مربوط به دخانیات در دوسر دانشگاهی

انتظارات از قوه مقننه

-تصویب قانون ممنوعیت فروش مواد دخانی به افراد کمتر از ۱۸ سال و نصب اخطار در اماکن فروش
-تصویب قانون صدور مجوز فروش محصولات دخانی برای افراد بالای ۱۸ سال
-تصویب قانون صدور مجوز فروش محصولات دخانی برای عاملین فروش مجاز و ممنوعیت فروش مجاز و ممنوعیت فروش در سایر اماکن

انتظارات از سازمان تربیت بدنی و وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

-گسترش امکانات فرهنگی ، پرورشی و ورزشی

انتظارات از نیروی انتظامی

-نظارت و پیگیری برحسب اجرای قوانین و مقررات

انتظارات از سازمان صدا و سیما و مطبوعات

-همکاری با کمیته نظارت بر برنامه های آموزشی در ارتباط با دخانیات
-خودداری از تبلیغات مستقیم و غیر مستقیم در مورد مصرف دخانیات و نظارت بر برنامه ها

انتظارات از مراکز قضائی

-تشدید مجازات قاچاقچیان مواد دخانی
-نظارت دقیق بر اجرای قوانین و مقررات مربوط به دخانیات

انتظارات از وزارت بهداشت

-پیشنهاد قوانین و مقررات لازم برای منع استعمال دخانیات به هیئت دولت و مجلس

-توجیه روحانیون و مبلغین مذهبی و هماهنگی با مراجع مذهبی برای تخصیص درصدی از وجوهات برای آموزش جهت منع استعمال دخانیات
-هماهنگی با نیروی انتظامی جهت نظارت برحسب اجرای قوانین و مقررات تصویب شده

انتظارات از معاونت درمان و داروی وزارت بهداشت

-ایجاد هماهنگی برای پذیرش بیماران ارجاعی از سطوح پایین تر شبکه برای ارائه خدمات تخصصی
-هماهنگی برای ایجاد کلینیک های ترک دخانیات

انتظارات از معاونت آموزشی وزارت بهداشت

-هماهنگی جهت ادغام برنامه آموزشی مبارزه با دخانیات در دورس دانشگاهی
-ترغیب اعضای هیئت علمی برای آموزش عمومی جامعه با هماهنگی معاونت بهداشتی
-تدوین مطالب آموزشی مبارزه با دخانیات برای ادغام در دورس دانشگاهی با همکاری کمیته کشوری قلب و عروق و کمیته کشوری دخانیات وزارت بهداشت

انتظارات از معاونت پژوهشی وزارت بهداشت

-حمایت از طرح کاهش میزان شیوع مصرف دخانیات در جامعه در طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری عروق کرونر
-سوق دادن طرح های تحقیقاتی قلب و عروق در زمینه عوامل خطرزای آن بالاخص دخانیات
-تأمین اعتبارات لازم برای اجرای طرح مذکور
-تأمین اعتبارات لازم برای ارزشیابی طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری عروق کرونر
-حمایت از سیاست های تحقیقاتی قلب و عروق و عوامل خطرزای آن بالاخص دخانیات در کمیته ملی سیاستگذاری تحقیقات کشور

وظایف معاونت بهداشتی (اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری ها) وزارت بهداشت

-نظارت، پایش و ارزشیابی طرح کاهش میزان شیوع مصرف دخانیات در جامعه
برگزاری جلسات توجیهی برای مسئولین اجرائی دانشگاه های علوم پزشکی
۱- ایجاد هماهنگی بین قسمت های مختلف اجرائی طرح
-تهیه و تدوین دستورالعمل ها و فرم های مربوطه در طرح با همکاری مرکز توسعه شبکه و ارسال آن به معاونت بهداشتی دانشگاه ها
-تهیه متون آموزشی لازم در سطوح مختلف با همکاری مرکز توسعه شبکه و ارسال آن به معاونت بهداشتی دانشگاه ها
-برآورد و پیگیری منابع مورد نیاز اجرای طرح اعم از اعتباری و تدارکاتی
-جمع آوری اطلاعات و گزارشات از دانشگاه ها و انتشارات نتایج حاصل از آن و ارائه پس خوانند
-بازبینی طرح با توجه به نحوه پیشرفت کار و نیز با توجه به امکانات و نیاز جامعه با همکاری کمیته کشوری قلب و عروق
-ارزیابی و بررسی وضعیت موجود در کل کشور با همکاری کمیته کشوری قلب و عروق و دانشگاه های علوم پزشکی با

-حمایت مالی معاونت پژوهشی براساس شاخص ها و برنامه ارزشیابی KAP STUDY

-برگزاری جلسات کمیته کشوری قلب و عروق و زیر کمیته های قلب و عروق

-برگزاری دوره های بازآموزی برای مجریان طرح

-تهیه مواد آموزشی (نشریات آموزشی، فیلم های آموزشی....)

-اجرای برنامه های آموزشی برای افزایش آگاهی جامعه

وظایف ریاست دانشگاه علوم پزشکی

-ادغام در شبکه خدمات بهداشتی درمانی و پذیرفتن مسئولیت اجرای طرح مبارزه با دخانیات در محدوده جغرافیایی و جمعیتی خود

-نظارت برحسب اجرای طرح

-ایجاد هماهنگی درون و برون بخشی با سازمان های مربوطه

-دستور و حمایت از تشکیل کمیته مشورتی بیماری های غیرواگیر و زیر کمیته قلب و عروق شاخه دخانیات

کمیته دانشگاهی قلب و عروق شاخه دخانیات

متشکل از: امام جمعه، استاندار یا فرماندار، نماینده قوه قضائیه، نماینده نیروی انتظامی، نماینده وزارت بازرگانی،

نماینده وزارت ارشاد، نماینده سازمان تربیت بدنی، نماینده آموزش و پرورش، رئیس دانشگاه علوم پزشکی، معاون

بهداشتی، رئیس دانشگاه های آموزش عالی استان، متخصص قلب و عروق (فوکال پوینت)، نمایندگی انجمن های

محلی مربوطه مثل انجمن سرطان

وظایف

-مشاوره فنی و تائید دستورالعمل های اجرائی و متون آموزشی

-همکاری در بازبینی طرح

-همکاری در ارزیابی و بررسی وضعیت موجود

-همکاری در ارزشیابی طرح

-بررسی وضعیت دانشگاه از نظر میزان شیوع مصرف دخانیات و انواع آن به تفکیک گروه های سنی و جنسی

-بررسی وضعیت فروش محصولات دخانی و اماکن فروش و تعیین اماکن فروش خاص و صدور مجوز

-پیگیری و نظارت برحسب اجرای قوانین و مقررات تصویب شده

وظایف مرکز بهداشت دانشگاه

-تشکیل کمیته دانشگاهی بیماری های غیرواگیر و زیر کمیته قلب و عروق شاخه دخانیات

-اجراء، نظارت و پیگیری طرح دخانیات در سطح دانشگاه

-شناسائی افراد سیگاری

-همکاری در اجرای برنامه های آموزشی عمومی از طرق مختلف منجمله تهیه پوستر، پمفلت، فیلم

-برنامه ریزی جهت آموزش کادر بهداشتی در ارتباط با طرح دخانیات

-ایجاد هماهنگی درون و برون بخشی

-تقویت نظام ارجاع در راستای اهداف طرح

- فراهم نمودن تسهیلات و تدارکات لازم جهت پیشرفت کار و رفع موانع اجرایی
- دریافت و ثبت اطلاعات آماری مربوطه از شهرستان ها و بررسی و ارسال نتایج هر ۳ ماه یکبار به اداره کل پیشگیری
و مبارزه با بیماری ها

وظایف شبکه شهرستان

رئیس شبکه مسئول اجرای طرح در سطح شهرستان می باشد:
- نظارت بر حسن اجرای طرح و پیگیری آن
- ایجاد هماهنگی درون و برون بخشی
- تدارک و ایجاد سطح تخصصی قلب و عروق در سطح شهرستان

وظایف مرکز بهداشت شهرستان

- اجرای بخش بهداشتی طرح دخانیات در نظام سلامت شهرستان و نظارت و پیگیری آن در سطح شهرستان
- برگزاری دوره های آموزشی و کلاس های بازآموزی بهورزان و کاردانان، پزشکان مجری طرح با همکاری مرکز
بهداشت دانشگاه
- جمع آوری و ثبت آمار ماهانه از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی و ارسال نتایج بصورت ماهانه به مرکز
بهداشت دانشگاه و ارائه پس خوراند
- ارسال گزارش مربوط به پیشرفت و مشکلات طرح و ارائه پیشنهادات لازم به مرکز بهداشت دانشگاه
- تهیه جزوات، نشریات، پوستر و فیلم های آموزشی متناسب با شرایط و نیاز منطقه
- تشکیل کمیته شهرستانی قلب و عروق شاخه دخانیات

وظایف مرکز بهداشتی، درمانی شهری

- آموزش همگانی جامعه در مورد مضرات مصرف دخانیات بالاخص سیگار و روش های ترک سیگار به افراد سیگاری
بالاخص در مدارس، مساجد و کارگاه ها توسط کارکنان بهداشتی با تأکید بر رابطین بهداشتی
- آموزش افراد سیگاری بصورت چهره به چهره و تشویق آنان به ترک سیگار از طرق مختلف
- شناسائی و ثبت مشخصات مصرف کنندگان مواد دخانی طبق فرم مخصوص
- کمک و ارجاع افراد سیگاری علاقمند به ترک سیگار به مراکز ترک دخانیات
- ثبت تعداد مواردی که سیگار را ترک کرده اند
- آموزش و تأکید بر ممنوعیت مصرف سیگار
- نظارت بر اجرای قوانین و مقررات تصویب شده
- آموزش کارکنان بهداشتی پایگاه های بهداشتی و رابطین بهداشتی
- ارائه خدمات مشاوره در مورد ترک دخانیات

وظایف مرکز بهداشتی درمانی، روستائی

- آموزش همگانی در مورد مضرات مصرف دخانیات بالاخص سیگار و روش های ترک سیگار به افراد سیگاری
بالاخص در مدارس، مساجد و کارگاه ها

- آموزش مضرات سیگار و روش های ترک سیگار به بهورزان و کاردندان توسط پزشک مرکز
- آموزش و تأکید بر ممنوعیت مصرف سیگار در اماکن عمومی بویژه مراکز بهداشتی درمانی و مدارس
- نظارت بر اجرای قوانین و مقررات تصویب شده
- جمع آوری اطلاعات مربوط به دخانیات از خانه های بهداشت و ارائه گزارش ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان
- بالاصح گزارش موارد جدید
- ارائه خدمات مشاوره در مورد ترک دخانیات

وظایف خانه بهداشت

- شناسائی و ثبت مشخصات مصرف کنندگان مواد دخانی
- تشویق افراد مصرف کننده مواد دخانی به ترک همراه با ارائه روش های مناسب و در صورت لزوم ارجاع موارد خاص به مراکز ترک دخانیات
- ثبت موارد ترک دخانیات و موارد جدید
- آموزش همگانی در مورد عوارض مصرف دخانیات و آموزش از طریق چهره به چهره و گروهی
- پیگیری ممنوعیت مصرف سیگار در مجامع عمومی بویژه خانه بهداشت و مدارس
- تلاش در توجیه و جلب نظر شورای بهداشت روستا، مبلغین مذهبی و معتمدین محلی (رئیس شورای روستا، معلمین ...) در مورد عدم مصرف دخانیات در مجامع عمومی، در مراسم مذهبی، جشن ها و عزاداری ها
- تعیین مناطق مخصوص برای افراد سیگاری در اماکن عمومی (مثل قهوه خانه، رستوران ها...) با همکاری شورای بهداشت روستا

ارزشیابی

شاخص:

میزان شیوع مصرف دخانیات در افراد ۱۵ سال به بالا

معیار:

هر دو سال یکبار به میزان ۲۰٪ وضعیت قبل کاهش یابد.

۲- طرح کنترل افراد دارای سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس در اقوام درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر)

اهداف اختصاصی (ویژه)

- کاهش میزان بروز بیماری عروق کرونر در افراد دارای سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر و سکنه مغزی زودرس
- افزایش آگاهی افراد دارای سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر نسبت به عوامل خطرزا و نحوه برخورد با این عوامل

راهبردها

- ۱- افزایش سطح آگاهی در جامعه

فعالیت ها:

-آموزش افراد در معرض خطر :

- آموزش و تشویق کسانی که سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر و سکته مغزی زودرس دارند برای مراجعه منظم به پزشک بمنظور کنترل و بررسی سایر عوامل خطرزا
 - آموزش برای جلوگیری از کسب عادات یا ایجاد عامل خطر زای قابل کنترل مثل چاقی، مصرف دخانیات، کم تحرکی
 - آموزش عمومی در مورد عوامل خطرزای بیماری های قلبی، عروقی و جلوگیری از کسب عادات یا ایجاد عامل خطرزای قابل کنترل مثل چاقی، مصرف دخانیات، کم تحرکی ...
- ۲-غربالگری و شناسائی افراد دارای سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر و سکته مغزی زودرس طبق دستورالعمل
- ۳-معاینات دوره ای جهت تشخیص زودرس بیماری عروق کرونر طبق دستور العمل
ثبت و پیگیری افراد دارای سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر و سکته مغزی زودرس و کنترل سایر عوامل خطرزا
- ۴-ادغام فعالیت های کنترل سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر و سکته مغزی زودرس در نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور

وظایف مرکز بهداشتی، درمانی شهری

- غربالگری و شناسائی و ثبت و پیگیری افراد دارای سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر و سکته مغزی زودرس طبق فرم مخصوص و دستورالعمل
- ارجاع در صورت لزوم به پزشک مرکز بهداشتی درمانی یا سایر سطوح تخصصی
- بررسی و کنترل سایر عوامل خطرزا (چاقی ، فشار خون بالا، دیابت، مصرف دخانیات....) درافراد دارای سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس
- آموزش چهره به چهره افراد در معرض خطر توسط پزشک و کارشناسان مرکز
- آموزش همگانی در مورد عوامل خطرزای بیماری قلبی عروقی بالاخص در مدارس، مساجد و کارگاه ها
- جمع آوری اطلاعات مربوط به عوامل خطرزای بیماری قلبی عروقی و ارائه گزارش ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان بالاخص گزارش موارد جدید
- مشاوره در مورد بیماری قلبی عروقی و عوامل خطرزای آن

وظایف مرکز بهداشتی درمانی، روستائی

- آموزش همگانی در مورد عوامل خطرزای بیماری قلبی عروقی بالاخص در مدارس، مساجد و کارگاه ها
- آموزش عوامل خطر بیماری قلبی عروقی به بهورزان و کاردانان توسط پزشک مرکز
- جمع آوری اطلاعات مربوط به عوامل خطرزای بیماری قلبی عروقی از خانه های بهداشت و ارائه گزارش ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان بالاخص گزارش موارد جدید
- مشاوره در مورد بیماری قلبی عروقی و عوامل خطرزای آن
- ارجاع در صورت لزوم به پزشک سایر سطوح تخصصی

وظایف خانه بهداشت

- غربالگری و شناسایی افراد دارای سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر و سکتة مغزی زودرس طبق فرم مخصوص و دستورالعمل
- ثبت و پیگیری افراد دارای سابقه خانودگی
- ارجاع موارد در صوت لزوم به پزشک مرکز بهداشتی درمانی
- بررسی و کنترل سایر عوامل خطرزا (چاقی، فشارخون بالا، دیابت، مصرف دخانیات...) در افراد دارای سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس
- آموزش چهره به چهره افراد در معرض خطر
- آموزش همگانی در مورد عوامل خطرزای بیماری عروق کرونر

۳- طرح کاهش میزان شیوع کم تحرکی بدنی در جامعه

اهداف اختصاصی (ویژه)

- افزایش آگاهی جامعه نسبت به مزایای فعالیت بدنی و ورزش و انواع و سطوح فعالیت بدنی مناسب قلب و عروق
- افزایش شرکت در فعالیت های بدنی در جامعه (کاهش میزان کم تحرکی)
- افزایش نیروهای تربیت شده بعنوان مربی فعالیت های بدنی

راهبردها

- ۱- افزایش سطح آگاهی و نگرش و عملکرد

فعالیت ها :

- آموزش عمومی در مورد : نیازهای جسمانی و روانی - برنامه ریزی برای انجام مسئولیت های مختلف و فعالیت بدنی در کنار هم
- ترویج انجام ورزش های بدون وسیله مانند دویدن ، حرکات نرمشی و تشویق به انجام پیاده روی برای تهیه مایحتاج و رسیدن به محل کار در جامعه
- تلاش برای پذیرش ورزش و فعالیت بدنی بعنوان یک ارزش مثبت در جامعه
- نگرش مثبت نسبت به انجام ورزش و فعالیت بدنی در زمان بیماری و داشتن محدودیت های جسمی
- بها دادن به نقش ورزش در تامین سلامت خانواده
- انجام ورزش در هر شرایط و مکان (مانند مسافرت ...)
- اجرای برنامه های آموزشی خاص برای گروه های معین زنان و مردان (سالمندان ، کودکان ، نوجوانان ، معلولین ، زنان ...)
- ارائه برنامه های آموزشی برای شرایط خاص بانوان (دوران قبل از بلوغ ، قاعدگی ، بارداری ، بعداز زایمان ، یائسگی ، بیماری های زنان)

از طریق :

- تهیه فیلم های آموزشی ، پوستر ، پمفلت ، مقالات ، آموزش دانش آموزان ، پیام های بهداشتی

• با همکاری :

• کارکنان بهداشتی ، درمانی ، سازمان صدا و سیما ، وزارت آموزش و پرورش - شخصیت های مورد علاقه و محبوب (مانند روحانیون ، ورزشکاران ، هنرمندان ، پزشکان)

-آموزش مربیان ورزشی بمنظور ارائه برنامه های ورزشی مناسب در مقاطع سنی مختلف در مدارس ، دانشگاه ها ، و سالن های ورزشی و توصیه به انجام تست های آمادگی جسمانی قبل از شروع ورزش به ورزشکاران
-اضافه نمودن واحدهای درسی مربوط به ورزش یا طب ورزشی در مقاطع مختلف تحصیلات دانشگاهی
-قراردادن دروس نظری در مورد ورزش و فعالیت بدنی در مقاطع مختلف تحصیلات متوسطه (اضافه کردن فصل های در کتاب دانش آموزان)

-توزیع ساعات درسی ورزش مدارس و مراکز آموزشی در روزهای مختلف هفته
-توجیه سیاستگذاران و مسئولان مراکز آموزشی و کارگری و سایر سازمان های مربوطه در خصوص نقش ورزش و فعالیت بدنی در ارتقاء سطح سلامتی و بهای دادن به برنامه های ورزشی
-باز آموزی کارکنان بهداشتی برای آموزش جامعه

-تخصیص و اعلام روزها و هفته های خاص برای انجام فعالیت بدنی و ورزش (مانند بسیج ورزش جوانان ، سالمندان ، دانش آموزان) و بسیج ملی ورزش همگانی با انعکاس در رسانه های همگانی (با مقاطع زمانی ثابت و مشخص)
ارائه پیام ها و دستورالعمل های مربوط به فعالیت بدنی و ورزش بصورت یکسان برای جلوگیری از ایجاد دوگانگی در در ک افراد

-فراهم نمودن تسهیلات برای تولید وسایل و توسعه فضاهای ورزشی و افزایش دسترسی

فعالیت ها :

-کاهش هزینه های خرید و دسترسی به وسایل ورزشی عمومی و غیرلوکس از طریق واگذاری تسهیلات لازم (مثل وام های طویل المدت) به کارخانجات برای تولید انبوه و یا از طریق کاهش مالیات برای کارخانجات تولید ابزار ورزشی و توسعه فضاهای ورزشی

-تصویب استفاده از تسهیلات ورزشی بصورت رایگان در روزهای خاص
-توصیه به ایجاد تسهیلات برای افراد در معرض خطر بیماری های قلبی ، عروقی و خانواده آن ها در مراکز ورزشی مانند کارمندان پشت میز نشین

-پیگیری اختصاصی درصدی از جوهات شرعی و موقوفات مساجد و زیارتگاه ها به منظور ایجاد مراکز ورزشی همجوار رایگان بصورت محلی و با هماهنگی امام جمعه منطقه

-در اختیار قرار دادن وسایل ورزشی با تسهیلات یا قیمت مناسب از جمله دوچرخه از طرف کارخانجات موسسات و ادارات به کارکنان

-ایجاد و توسعه امکانات و فضاهای ورزشی بر حسب هر منطقه و محل شهرداری و منطبق با تراکم جمعیت با همکاری شهرداری

-جلب مشارکت سازمان های غیر دولتی در توسعه فضاهای ورزشی و تجهیز آن ها مثل بنیاد مستضعفان
-ایجاد مراکز ورزشی خاص بانوان و تخصیص بعضی از زمین های شهرداری (پارک محلی) برای انجام ورزش خصوصا برای بانوان

-هماهنگی با سایر سازمان ها برای استفاده عموم از امکانات ورزشی آن ها مثل شرکت نفت
-دراختیار قرار دادن فضاهای ورزش مدارس در ساعات و روزهای تعطیل به انجمن اولیاء و مربیان برای ورزش خانواده

ها به تفکیک زن و مرد

-احداث خطوط خاص دوچرخه سواری در حاشیه خیابان های بزرگ و راه های جدید الاحداث

-بهره گیری حداکثر از امکانات موجود ورزشی (مثلا افزایش نوبت کاری ورزشگاه ها)

۲-توصیه به ملزم نمودن دانش آموزان ، کارمندان ، برای ورزش صبحگاهی در مدارس و محل کار و یا تخصیص

ساعاتی از زمان کار به انجام فعالیت بدنی منطبق با شرایط و امکانات محلی

۳-الزامی کردن ورزش منظم و پیوسته در مراکز آموزش عالی در کنار واحد تربیت بدنی منطبق با شرایط و امکانات

محلی و ایجاد تسهیلات ورزشی برای واحد های فوق برنامه

۴-تشویق به تشکیل انجمن ها و اتحادیه های ورزشی برای گروه های سنی و جنسی مختلف (نوجوانان ، سالمندان ،

بانوان)

۵-تشویق برای ایجاد کلینیک های تعیین میزان آمادگی جسمانی و شدت و نوع ورزش(تجویز نسخه ورزشی مطابق

شرایط هر فرد) با ارائه مجوز از طرف معاونت درمان وزارت بهداشت

۶-ادغام فعالیت های پیشگیری از کم تحرکی در نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور

انتظارات از سازمان تربیت بدنی

-ایجاد کلینیک های آزمون آمادگی جسمانی

-آموزش مربیان ورزشی برای ارائه برنامه های ورزشی مناسب در مقاطع سنی مختلف و به تفکیک جنس و شرایط

خاص

-ایجاد رشته های طب ورزشی در مقاطع مختلف تحصیلی دانشگاهی با همکاری وزارت علوم و وزارت بهداشت یا

افزایش واحد های تربیت بدنی و طب ورزشی

-تعدیل تعرفه ها و هزینه ثبت نام کلاس های ورزشی

-ایجاد تسهیلات جهت استفاده از امکانات و فضاهای ورزشی بصورت رایگان در روزهای خاص

-تخفیف ویژه استفاده از امکانات ورزشی برای اقشار در معرض خطر

-ایجاد مراکز ورزشی خاص گروه های سنی مختلف (کودکان ، نوجوانان ، جوانان ، سالمندان) و بانوان

-تصویب انجام ورزش همگانی با مقاطع زمانی مشخص در طول سال با انعکاس در رسانه های همگانی با هماهنگی

کلیه سازمان ها (تخصیص و اعلام روز یا هفته های خاص برای انجام فعالیت بدنی ، بسیج جوانان ، سالمندان و دانش

آموزان)

انتظارات از وزارت آموزش و پرورش

-ادغام دروس تئوری در مورد ورزش و فعالیت بدنی در مقاطع مختلف تحصیلی

-توزیع ساعات درس ورزش در روزهای مختلف

-درگیر نمودن انجمن اولیا و مربیان

-اجباری نمودن ورزش صبحگاهی در مدارس

-همکاری در برگزاری روزهای بسیج ملی ورزش همگانی

انتظارات از وزارت کشور

- اختصاص زمین های بلا استفاده برای ایجاد فضاهای ورزشی
- ایجاد مسیرهای ویژه دوچرخه سواری در خیابان های شهر با هماهنگی وزارت مسکن و شهرسازی و شهرداری
- تجهیز پارک های محلی برای ورزش بانوان
- اختصاص پارک های محلی برای ورزش مدارس
- همکاری در برگزاری روزهای بسیج ملی ورزش همگانی

انتظارات از وزارت صنایع

- واگذاری تسهیلات برای تولید انبوه و ارزان قیمت وسایل ورزشی عمومی به کارخانجات تولید تجهیزات ورزشی

انتظارات از وزارت علوم و آموزش عالی

- ادغام دروس مربوط به فعالیت بدنی و طب ورزشی در دروس دانشگاهی
- الزامی نمودن ورزش منظم و پیوسته منطبق بر شرایط و امکانات در مراکز آموزشی در کنار واحد تربیت بدنی و ایجاد تسهیلات ورزشی برای واحد های فوق برنامه

انتظارات از مقام محترم وزارت بهداشت

- پیگیری و توجیه روحانیون و مبلغین مذهبی و هماهنگی با مراجع مذهبی جهت تخصیص درصدی از وجوهات شرعی برای ایجاد فضاهای ورزشی و تجهیز آن
- جلب مشارکت سازمان های غیر دولتی در توسعه و تجهیز فضاهای ورزشی
- پیشنهاد اجباری نمودن ورزش صبحگاهی در مدارس و محل کار و تخصیص ساعاتی از زمان کار به انجام فعالیت بدنی

انتظارات از معاونت آموزشی وزارت بهداشت

- هماهنگی جهت ادغام برنامه های آموزشی شیوه زندگی صحیح نظیر فعالیت بدنی در دروس دانشگاهی
- پیش بینی رشته های طب ورزشی در سطوح مختلف دانشگاهی با همکاری کمیته کشوری قلب و عروق
- هماهنگی با موسسات آموزش متوسطه و عالی برای اجباری نمودن فعالیت بدنی و ورزش منظم در طول دوران تحصیل

انتظارات از معاونت پژوهشی وزارت بهداشت

- حمایت از طرح کاهش میزان شیوع کم تحرکی بدنی در جامعه در طرح جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری عروق کرونر
- سوق دادن طرح های تحقیقاتی قلب و عروق در زمینه پیشگیری و کنترل در راستای اهداف طرح ملی بالاخص کم تحرکی
- تامین اعتبار لازم برای اجرای طرح های تحقیقاتی مربوط به فعالیت بدنی
- تامین اعتبارات لازم برای ارزشیابی طرح مذکور

- حمایت از سیاست های تحقیقاتی قلب و عروق و عوامل خطر زای آن بالاخص کم تحرکی در کمیته ملی سیاستگذاری تحقیقات کشور

وظایف معاونت بهداشتی وزارت بهداشت (اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری ها)

- نظارت پایش و ارزشیابی طرح کاهش میزان شیوع کم تحرکی در جامعه
- برگزاری جلسات توجیهی برای مسئولین اجرائی دانشگاه های علوم پزشکی
- ایجاد هماهنگی بین قسمت های مختلف اجرائی طرح
- تهیه و تدوین دستورالعمل ها و فرم های مربوطه در طرح با همکاری دبیرخانه مبارزه با دخانیات و ارسال آن به معاونت بهداشتی دانشگاه ها
- تهیه متون آموزشی لازم در سطوح مختلف با همکاری دبیرخانه مبارزه با دخانیات و ارسال آن به معاونت بهداشتی دانشگاه ها
- برآورد و پیگیری منابع مورد نیاز طرح اعم از اعتباری و تدارکاتی
- جمع آوری اطلاعات و گزارشات از دانشگاه ها و انتشار نتایج حاصل از آن و ارائه پس خوراند
- بازبینی طرح با توجه به نحوه پیشرفت کار و نیز با توجه به امکانات و نیاز جامعه با همکاری کمیته کشوری قلب و عروق
- ارزیابی و بررسی وضعیت موجود در کل کشور با همکاری کمیته کشوری قلب و عروق و دانشگاه های علوم پزشکی
- با - حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری براساس شاخص ها و برنامه ارزشیابی KAPSTUDY
- برگزاری جلسات کمیته کشوری قلب و عروق در زیر کمیته های قلب و عروق
- برگزاری دوره های باز آموزی برای مجریان طرح
- تهیه نشریات آموزشی فیلم های آموزشی

وظایف ریاست دانشگاه علوم پزشکی

- ادغام طرح در شبکه خدمات بهداشتی درمانی و پذیرفتن مسئولیت اجرای طرح کاهش میزان شیوع کم تحرکی در محدوده جغرافیایی و جمعیتی خود
- نظارت بر حسن اجرای طرح
- ایجاد هماهنگی درون و برون بخشی با سازمان های مربوطه
- دستور تشکیل کمیته مشورتی بیماری های غیرواگیر و زیر کمیته قلب و عروق شاخه فعالیت بدنی
- معرفی یک نفر متخصص قلب و عروق بعنوان مشاور طرح دانشگاهی در کمیته قلب و عروق
- تدارک و ایجاد سطح تخصصی قلب و عروق در سطح دانشگاه و هر شهرستان

کمیته دانشگاهی قلب و عروق شاخه فعالیت بدنی

متشکل از: اعضای کمیته دانشگاهی قلب و عروق نماینده سازمان تربیت بدنی ، شهرداری

وظایف :

- مشاوره فنی و تائید دستورالعمل های اجرائی و متون آموزشی
- همکاری در بازبینی طرح

- همکاری در ارزیابی و بررسی وضعیت موجود

- همکاری در ارزشیابی طرح

وظایف مرکز بهداشت دانشگاه

- تشکیل کمیته دانشگاهی بیماری های غیرواگیر و زیر کمیته قلب و عروق شاخه فعالیت بدنی با حضور مشاور قلب و عروق و حسب مورد کارشناسان ذیربط
- اجراء، نظارت و پیگیری طرح کاهش میزان کم تحرکی در سطح دانشگاه
- تقویت امکانات مورد نیاز تشخیصی و درمانی در حیطه دانشگاه
- همکاری در اجرای برنامه های آموزش عمومی از طرق مختلف منجمله تهیه پوستر ، پمفلت ، فیلم
- برنامه ریزی جهت آموزش کادر بهداشتی درارتباط با طرح کاهش میزان کم تحرکی
- ایجاد هماهنگی درون و برون بخشی
- تقویت نظام ارجاع در راستای اهداف طرح
- فراهم نمودن تسهیلات و تدارکات لازم جهت پیشرفت کار و رفع موانع اجرائی
- دریافت و ثبت اطلاعات آمار ی مربوطه از شهرستان ها و بررسی و ارسال نتایج هر ۳ ماه یکبار به مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر
- تدارک و ایجاد سطح تخصصی قلب و عروق در سطح دانشگاه

وظایف شبکه شهرستان

- رئیس شبکه مسئول اجرای طرح در سطح شهرستان می باشد :
- نظارت بر حسن اجرای طرح و پیگیری آن
- ایجاد هماهنگی درون و برون بخشی
- تدارک و ایجاد سطح تخصصی قلب و عروق در سطح شهرستان

وظایف مرکز بهداشت شهرستان

- اجرای بخش بهداشتی طرح کاهش میزان کم تحرکی در نظام سلامت شهرستان و نظارت پیگیری آن در سطح شهرستان
- برگزاری دوره های آموزشی و کلاس های باز آموزی بهروزان و کاردanan پزشکان مجری طرح با همکاری مرکز بهداشت دانشگاه
- جمع آوری و ثبت آمار ماهانه از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی و ارسال نتایج بصورت ماهانه به مرکز بهداشت دانشگاه و ارائه پس خوراند
- ارسال گزارش مربوط به پیشرفت و مشکلات طرح و ارائه پیشنهادات لازم به مرکز بهداشت دانشگاه
- تهیه جزوات، نشریات، پوستر و فیلم های آموزشی متناسب با شرایط و نیاز منطقه
- تشکیل کمیته شهرستانی قلب و عروق شاخه فعالیت بدنی

وظایف مرکز بهداشتی درمانی روستائی

- آموزش در مورد ورزش های مناسب بر حسب جنس و گروه سنی و شرایط جسمی توسط پزشک مرکز
- اجرای برنامه های آموزشی در مرکز و در سطح روستا مثل مدارس،مساجد و کارگاه ها توسط کاردان
- تشویق به توسعه فضاهای ورزشی توسط شورای روستا با جلب و هدایت کمک های مردمی
- کمک به برگزاری مسابقات ورزشی و روزهای بسیج ملی و ورزش همگانی در سطح روستا

وظایف مرکز بهداشتی درمانی شهری

- آموزش در مورد ورزش های مناسب بر حسب جنس و گروه سنی و شرایط جسمی توسط پزشک مرکز
- آموزش و تشویق افراد تحت پوشش به انجام فعالیت بدون نیاز به وسیله مثل پیاده روی و نرمش
- آموزش چهره به چهره به افراد مبتلا به دیابت، فشار خون بالا و اختلال چربی خون،چاقی و کم تحرک برای انجام فعالیت بدنی طبق متون آموزشی
- حمایت و کمک در برگزاری مسابقات ورزشی محلی و روزهای بسیج ملی و ورزش همگانی با همکاری تربیت بدنی
- تشویق به توسعه فضاهای ورزشی توسط شوراهای شهر با جلب و هدایت کمک های مردمی

وظایف خانه بهداشت

- آموزش و تشویق جامعه به انجام فعالیت بدنی بدون نیاز به وسیله و تحت هر شرایط و مکان و برنامه ریزی برای ورزش همگانی
- آموزش ورزش های مناسب بر حسب جنس، گروه سنی و شرایط جسمی با همکاری شورای بهداشت روستا طبق دستورالعمل
- آموزش چهره به چهره به افراد مبتلا به دیابت، فشار خون بالا، چربی خون بالا، چاق و کم تحرک جهت انجام فعالیت بدنی طبق متون آموزشی
- کمک در برگزاری مسابقات ورزشی محلی و بومی و روزهای بسیج ملی و ورزش همگانی با همکاری مرکز بهداشتی درمانی روستائی
- پیشنهاد به شورای بهداشت روستا برای ایجاد فضاهای ورزشی و تجهیز آن
- تشویق به تشکیل کمیته های ورزشی محلی با همکاری شورای بهداشت روستا

ارزشیابی

شاخص :

میزان شیوع کم تحرکی در افراد ۲۰ سال به بالا

معیار :

هر ۶ سال به میزان ۲۰٪ کاهش یابد.

۴- طرح کاهش میزان شیوع اختلال چربی های خون (دیس لیپیدمی) و تصحیح رژیم غذایی نادرست

اهداف اختصاصی(ویژه)

- کاهش میزان شیوع کلسترول خون بالا (۲۰۰ میلی گرم در درسی لیتر و بالاتر)
- کاهش میزان میانگین کلسترول خون در جامعه تا نزدیک به حد طبیعی
- افزایش آگاهی نسبت به عوامل خطر قلبی عروقی بالاخص تغذیه و فعالیت بدنی

راهبردها

۱- تدوین قوانین و مقررات لازم جهت کاهش میانگین کلسترول خون در جامعه

فعالیت ها :

- پیشنهاد تقویت نظارت و کنترل ایمنی مواد غذایی خام ، پخته و فراوری شده از طریق:
 - برخورد قانونی با تولیدات تاریخ مصرف گذشته و یا نزدیک به تاریخ انقضاء
 - استاندارد کردن بسته بندی ظروف مایع و جامد
 - ثبت اجباری شماره ثبت و شماره بهره برداری ، تاریخ تولید و انقضاء بر روی محصولات غذایی ، ثبت ترکیبات غذایی و ثبت اطلاعات مربوط به نحوه طبخ با روغن مایع بر روی ظروف روغن مایع
 - تدوین استاندارد کلیه مواد غذایی (خام و فراوری شده) از طریق :
 - ممنوعیت مصرف انواع چربی های حیوانی، امعاء و احشاء برای تهیه فراورده های گوشتی
 - تدوین استاندارد برای برخی از محصولات غذایی رستورانی و ابلاغ آن به صنوف مربوطه
 - بازنگری دراستاندارد فراورده های غذایی از نظر میزان درصد نمک ، چربی و قند در موادی مانند چیپس ، کنسرو ماهی ، غذاهای کنسرو شده ، پنیر، نان و....
 - حسن اجرای قوانین نظارت بر مواد غذایی و فراهم کردن امکانات لازم برای اجرای دقیق قوانین
 - تدوین مقررات در زمینه برچسب گذاری مواد غذایی
 - تصویب لایحه قانونی تشکیل شورای عالی غذا و تغذیه کشور با وظایف و اختیارات معین

۲- تولید و تقویت صنایع غذایی رژیمی

فعالیت ها:

- تشویق به تولید کره گیاهی (مارگارین) به جای کره حیوانی، نان بی نمک صنعتی و سنتی ، پنیر بی نمک ، سس های رژیمی ، محصولات غذایی با قند مصنوعی ، محصولات غذایی حاوی کلسترول کم، فراورده های لبنی کم چربی و بدون چربی (پنیر ، شیر، بستنی)، روغن های با اسیدچرب ترانس خیلی کم مناسب با تقاضا
- ۳- تقویت تولید روغن مایع بجای روغن جامد
- ۴- دراولویت قرار دادن صنایع مفید تولید مواد غذایی و اعطای تسهیلات اعتباری و هرگونه مساعدت های فنی جهت تشویق و ایجاد طرح های مفید صنایع غذایی (فهرست صنایع مفید در سازمان های بهداشتی تغذیه ای صنعت تعیین می شود)
- ۵- تاسیس مرکز تحقیقات مستقل روغن های خوراکی با توجه به اهمیت ویژه روغن های خوراکی در کنترل بیماری های قلبی و عروقی
- ۶- نظارت کامل بر کلیه مراحل تولید ، توزیع و مصرف نان و روغن های خوراکی توسط کلیه سازمان های ذیربط مانند وزارت بازرگانی، وزارت کشاورزی ، وزارت صنایع ، موسسه استاندارد

۷-مورد توجه قرار دادن راه کارهائی برای افزایش تولید میوه جات و سبزیجات (با توجه به اهمیت مصرف آنها در کاهش بیماری های قلبی عروقی) در سیاستگذاری کلان از طریق:

-روی آوردن به تولیدات خانگی

-شناخت فضاهای مناسب و تقویت خاک

۸-افزایش سطح آگاهی جامعه

فعالیت ها :

-آموزش همگانی :

-آموزش عمومی در مورد :

- اهمیت توجه به شماره ثبت و بهره برداری به هنگام خرید محصولات غذایی
- اهمیت توجه به تاریخ تولید و انقضاء
- اهمیت توجه به برچسب های غذایی حاوی ترکیبات
- آگاهی از میزان چربی خون (کلسترول و تری گلیسیرید) در هر فرد
- نحوه استفاده از روغن مایع ، آشنائی با انواع روغن ها
- استفاده بیشتر از روغن های با منابع گیاهی و منابع غذایی سالم
- آشپزی سالم
- آشنایی با منابع غذایی حاوی کلسترول و چربی و نمک آشکار و پنهان

از طریق:

- تهیه فیلم های آموزشی هشدار دهنده در مورد تهیه و تولید مواد غذایی غیربهداشتی و تغذیه صحیح
- تهیه فیلم آموزشی در مورد آشپزی سالم بصورت متمرکز با توجه به شرایط محلی
- تهیه جزوه آشپزی سالم با همکاری اداره کل تغذیه جامعه وزارت بهداشت
- آموزش کارکنان بهداشتی درمانی

با همکاری:

- سازمان صدا و سیما، کارکنان بهداشتی- درمانی، مطبوعات و جراید، وزارت آموزش و پرورش
- آموزش مسئولان و افراد درگیر:
- توجیه سیاستگذاران توسط مقام محترم وزارت
- مربیان مهدکودک توسط سازمان بهزیستی کشور
- اساتید توسط وزارت آموزش و پرورش، وزارت فرهنگ و آموزش عالی و وزارت بهداشت
- نیروهای مسلح توسط ستاد ارتش مشترک نیروهای مسلح و وزارت بهداشت
- اصناف توسط وزارت صنایع، اداره اماکن و وزارت بهداشت
- مبلغین مذهبی (حوزه های علمیه، جامعه روحانیت، سایر تشکیلات مذهبی) توسط وزارت بهداشت

از طریق:

- سخنرانی، سمینار، پوستر، پمفلت، جزوات آموزشی، مقالات آموزشی در مطبوعات و جراید، فیلم های آموزشی
- با همکاری: سازمان صدا و سیما، مطبوعات و جراید، انستیتو تغذیه، سازمان استاندارد، اداره کل تغذیه معاونت بهداشتی، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری ها

۹- کاهش میزان شیوع چاقی

فعالیت ها:

-تشویق جامعه به انجام فعالیت بدنی

-آموزش جامعه در مورد تغذیه صحیح

۱۰- کاهش میزان شیوع کم تحرکی (به طرح کاهش میزان شیوع کم تحرکی در جامعه رجوع شود)

فعالیت ها:

-تشویق جامعه به انجام فعالیت بدنی

-فراهم نمودن تسهیلات برای انجام فعالیت بدنی

-جلب همکاری های بین بخشی

۱۱- ادغام فعالیت های پیشگیری و کنترل اختلال چربی های خون در نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور

انتظارات از وزارت آموزش و پرورش

-ادغام درس تئوری در مورد تغذیه صحیح و چربی های خون در مقاطع مختلف تحصیلی

انتظارات از وزارت صنایع

-حمایت از قوانین و مقررات مربوط به برچسب گذاری محصولات غذایی (شماره ثبت، شماره بهره برداری، تاریخ تولید

و انقضاء ترکیبات غذایی) و نحوه طبخ با روغن مایع

-رعایت استانداردهای مواد غذایی و تغذیه ای

-ممنوع کردن استفاده از چربی های حیوانی و امعاء و احشاء در تهیه فرآورده های گوشتی

-حمایت از افزایش تولید روغن مایع با اسید چرب ترانس بسیار کم برحسب کاربردهای مختلف متناسب با تقاضا

-استفاده از روغن مایع در صنایع غذایی

-استاندارد کردن بسته بندی ظروف روغن مایع و جامد

-تولید کره نباتی

-تولید محصولات لبنی کم یا بدون چربی و پنیر بی نمک

-تولید محصولات رژیمی (با کلسترول کم، قند کم، نمک کم)

-اعطای تسهیلات و مساعدت های فنی جهت تشویق و ایجاد طرح های مفید صنایع غذایی

-تاسیس یک مرکز تحقیقات مستقل روغن های خوراکی

-حمایت کامل از طرح های تولید مواد و محصولات غذایی در داخل کشور

انتظارات از وزارت جهاد کشاورزی

-افزایش تولید انواع میوه ها و سبزی ها و کاهش قیمت آن ها

-افزایش تولید دانه های روغنی مفید برای تهیه روغن مایع

انتظارات از وزارت بازرگانی

- نظارت دقیق بر واردات محصولات غذایی طبق استانداردهای مواد غذایی و با توجه به تاریخ تولید و انقضاء

انتظارات از سازمان گمرک و بازرسی کشور

- جلوگیری از ورود مواد غذایی غیراستاندارد بهداشتی بالاخص روغن

انتظارات از وزارت علوم و آموزش عالی

- ادغام دروس مربوط به تغذیه صحیح و اختلال چربی خون در دروس دانشگاهی

انتظارات از سازمان صدا و سیما و مطبوعات

- نظارت بر برنامه های آموزشی بهداشتی در ارتباط با مسایل غذایی و تغذیه ای توسط شورای سیاستگذاری سلامت

صدا و سیما

- همکاری با وزارت بهداشت در تهیه برنامه های آموزشی بهداشتی در ارتباط با مسایل غذایی و تغذیه ای

انتظارات از مراکز قضایی

- نظارت دقیق بر اجرای قوانین و مقررات مربوط به محصولات غذایی

انتظارات از وزارت جهاد

- افزایش تولید ماهی و کاهش قیمت آنها (تولید غذاهای دریایی و سرمایه گذاری بیشتر در این راستا)

انتظارات از مقام محترم وزارت بهداشت

-ارایه لایحه قانون تشکیل شورایعالی غذا و تغذیه کشور با وظایف و اختیارات معین

-ارایه قوانین و مقررات لازم در زمینه اجباری نمودن برچسب گذاری محصولات غذایی و استانداردهای مواد غذایی

-جلب مشارکت سازمان های غیردولتی در توسعه و تجهیز و اجرای طرح های مفید صنایع غذایی

-هماهنگی با نیروهای انتظامی جهت نظارت بر حسن اجرای قوانین و مقررات تصویب شده

انتظارات از معاونت های درمان و غذا و داروی وزارت بهداشت

-تدوین قوانین و مقررات لازم جهت ارایه به هیئت دولت و مجلس در ارتباط با مواد و محصولات غذایی

-همکاری نزدیک با سازمان استاندارد برای تعیین استاندارد مواد غذایی و خام فرآوری شده

-نظارت دقیق بر اجرای قوانین و مقررات و استاندارد مواد و محصولات غذایی خام، پخته و فرآوری شده

-نظارت دقیق بر برچسب گذاری

-اصلاح قوانین و مقررات نظارت بر مواد غذایی

-هماهنگی جهت ایجاد کلینیک تغذیه در بیمارستان ها

انتظارات از معاونت آموزشی وزارت بهداشت

- هماهنگی جهت ادغام برنامه‌های آموزشی تغذیه سالم در دروس دانشگاهی
- تدوین مطالب آموزشی برای ادغام در دروس دانشگاهی با همکاری کمیته کشوری قلب و عروق
- هماهنگ نمودن سیاست‌ها و برنامه‌های آموزشی تغذیه منطبق با نیاز جامعه با هماهنگی شورای عالی غذا و تغذیه کشور (در حال حاضر به شکل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی است)

انتظارات از معاونت پژوهشی وزارت بهداشت

- حمایت از طرح کاهش میزان شیوع اختلال چربی‌های خون و تصحیح رژیم غذایی نادرست
- سوق دادن طرح‌های تحقیقاتی قلب و عروق در زمینه پیشگیری و کنترل در راستای اهداف طرح ملی بالاخص اختلال چربی‌های خون
- تأمین اعتبارات لازم برای اجرای طرح‌های مربوط به اختلال چربی‌های خون
- تأمین اعتبارات لازم برای ارزشیابی طرح مذکور
- حمایت از سیاست‌های تحقیقاتی قلب و عروق و عوامل خطرزای آن بالاخص اختلال چربی‌های خون در کمیته ملی سیاستگذاری تحقیقات کشور

وظایف معاونت بهداشتی (اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها)

- نظارت، پایش و ارزشیابی طرح کاهش میزان شیوع اختلال چربی‌های خون و تصحیح رژیم غذایی نادرست
- برگزاری جلسات توجیهی برای مسئولین اجرایی دانشگاه‌های علوم پزشکی
- ایجاد هماهنگی بین قسمت‌های مختلف اجرایی طرح
- تهیه و تدوین دستورالعمل‌ها و فرم‌های مربوط در طرح با همکاری مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت و ارسال آن به معاونت بهداشتی دانشگاه‌ها
- تهیه متون آموزشی لازم در سطوح مختلف با همکاری مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت و ارسال آن به معاونت بهداشتی دانشگاه‌ها
- برآورد و پیگیری منابع مورد نیاز طرح اعم از اعتباری و تدارکاتی
- جمع‌آوری اطلاعات و گزارشات از دانشگاه‌ها و انتشارات نتایج حاصل از آن و ارائه پس‌خوراند
- بازبینی طرح با توجه به نحوه پیشرفت کار و نیز با توجه به امکانات و نیاز جامعه با همکاری کمیته کشوری قلب و عروق
- ارزیابی و بررسی وضعیت موجود در کل کشور با همکاری کمیته کشوری قلب و عروق و دانشگاه‌های علوم پزشکی
- حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری براساس شاخص‌ها و برنامه ارزشیابی KAP STUDY
- برگزاری جلسات کمیته کشوری قلب و عروق و زیرکمیته‌های قلب و عروق
- برگزاری دوره‌های بازآموزی برای مجریان طرح
- تهیه نشریات آموزشی، فیلم‌های آموزشی ...

وظایف رئیس دانشگاه علوم پزشکی

- ادغام و پذیرفتن مسئولیت اجرای طرح کاهش اختلال چربی‌های خون در محدوده جغرافیایی و جمعیتی خود

- نظارت بر حسن اجرای طرح
- ایجاد هماهنگی درون و برون بخشی با سازمان های مربوطه
- دستور تشکیل کمیته مشورتی بیماری های غیرواگیر و زیر کمیته قلب و عروق شاخه اختلال چربی های خون

کمیته دانشگاهی قلب و عروق شاخه چربی خون

متشکل از:

اعضای کمیته دانشگاهی قلب و عروق و نمایندگان ادارات موسسه استاندارد، وزارت صنایع، وزارت کشاورزی، وزارت بازرگانی

وظایف

- مشاوره فنی و تائید دستورالعمل های اجرایی و متون آموزشی
- همکاری در بازبینی طرح
- همکاری در ارزیابی و بررسی وضعیت موجود
- همکاری در ارزشیابی طرح

وظایف مرکز بهداشت دانشگاه

- تشکیل کمیته دانشگاهی بیماری های غیرواگیر و زیر کمیته قلب و عروق شاخه اختلال چربی های خون با حضور مشاور قلب و عروق و حسب مورد کارشناسان ذیربط
- اجراء، نظارت و پیگیری اجرای طرح پیشگیری و کنترل اختلال چربی های خون در سطح دانشگاه
- تقویت امکانات مورد نیاز تشخیصی و درمانی در حیطه دانشگاه
- همکاری در اجرای برنامه های آموزشی عمومی از طرق مختلف منجمله تهیه پوستر، پمفلت، فیلم
- برنامه ریزی جهت آموزش کادر بهداشتی درارتباط با طرح کاهش میزان اختلال چربی های خون
- ایجاد هماهنگی درون و برون بخشی
- تقویت نظام ارجاع در راستای اهداف طرح
- فراهم نمودن تسهیلات و تدارکات لازم جهت پیشرفت کار و رفع موانع اجرایی
- دریافت و ثبت اطلاعات آماری مربوطه از شهرستان و بررسی و ارسال نتایج هر ۳ ماه یکبار به اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری ها

وظایف شبکه شهرستان

- رئیس شبکه مسئول اجرای طرح در سطح شهرستان می باشد:
- نظارت بر حسن اجرای طرح و پیگیری آن
- ایجاد هماهنگی درون و برون بخشی
- تدارک و ایجاد سطح تخصصی قلب و عروق در سطح شهرستان

وظایف مرکز بهداشت شهرستان

- اجرای بخش بهداشتی طرح ملی کاهش اختلال چربی های خون در نظام سلامت شهرستان و نظارت و پیگیری آن

در سطح شهرستان

- برگزاری دوره‌های آموزشی و کلاس‌های بازآموزی به‌روزان و کاردانا، پزشکان مجری طرح با همکاری مرکز بهداشت دانشگاه
- جمع‌آوری و ثبت آمار ماهانه از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و ارسال نتایج بصورت ماهانه به مرکز بهداشت دانشگاه و ارایه پس‌خوراند
- ارسال گزارش مربوط به پیشرفت و مشکلات طرح و ارائه پیشنهادات لازم به مرکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکی
- تهیه جزوات، نشریات، پوستر و فیلم‌های آموزشی متناسب با شرایط و نیاز منطقه
- تشکیل کمیته شهرستانی قلب و عروق شاخه اختلال چربی‌های خون

وظایف مرکز بهداشتی، درمانی شهری

- تشویق جهت اندازه‌گیری چربی خون در افراد بالای ۲۵ سال و هر ۳ سال یکبار
- آموزش در مورد تغذیه صحیح (استفاده بیشتر از منابع گیاهی، روغن مایع ...)
- آموزش و تشویق برای نگهداری وزن مناسب و کاهش وزن در افراد چاق طبق دستورالعمل و ثبت وزن
- آموزش در مورد آشپزی سالم براساس متن آموزشی تهیه شده و سایر امکانات آموزشی مثل فیلم به زنان
- آموزش در خصوص توجه به شماره ثبت، بهره‌برداری و تاریخ تولید و انقضاء محصولات غذایی
- انجام آزمایش چربی‌های خون برای افراد بالای ۲۵ سال و افراد دارای حداقل ۲ عامل خطرزا طبق دستورالعمل
- آموزش چهره به چهره افراد دارای اختلال چربی‌های خون توسط پزشک
- درمان افراد دارای اختلال چربی‌های خون طبق پروتکل
- ارجاع موارد در صورت لزوم به سطح بالا طبق دستورالعمل
- نظارت بر کیفیت مواد غذایی عرضه شده
- نظارت بر برچسب محصولات غذایی، شماره ثبت و بهره‌برداری، تاریخ تولید و انقضاء
- آموزش عمومی در مراکز تجمعی (مدارس، مساجد، کارگاه‌ها، کارخانجات ...)
- جمع‌آوری اطلاعات و ارسال گزارشات ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان

وظایف مرکز بهداشتی، درمانی روستایی

- اجرای برنامه‌های آموزشی عمومی در مرکز و در سطح روستا بالاخص برای زنان در مورد تغذیه صحیح
- پذیرش ارجاعات و انجام آزمایش چربی خون برای افراد بالای ۲۰ سال و افراد دارای حداقل دو عامل خطرزای قلبی عروقی طبق دستورالعمل
- آموزش چهره به چهره افراد دارای اختلال چربی‌های خون توسط پزشک
- درمان افراد دارای اختلال چربی‌های خون طبق پروتکل
- ارجاع موارد لازم به سطوح بالاتر طبق دستورالعمل
- نظارت بر کیفیت مواد غذایی عرضه شده
- نظارت بر برچسب محصولات غذایی، شماره ثبت و بهره‌برداری و تاریخ تولید و انقضاء
- جمع‌آوری اطلاعات و گزارش ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان
- نظارت بر حسن اجرای قوانین و مقررات مربوط به استاندارد و ترکیبات مواد غذایی در اماکن پخت و عرضه مواد

غذایی

- آموزش واحدهای تولید مواد لبنی برای تهیه محصولات لبنی کم یا بدون چربی و کم یا بی‌نمک
- آموزش برای تهیه نان بطریق صحیح و تولید نان رژیمی بی‌نمک

وظایف خانه بهداشت

- تشویق افراد بالای ۲۰ سال جهت اندازه‌گیری چربی‌های خون هر ۳ سال یکبار
- ارجاع افراد بالای ۲۰ سال دارای حداقل ۲ عامل خطرزا برای اندازه‌گیری چربی‌های خون طبق دستورالعمل
- آموزش در مورد آشپزی سالم براساس متن آموزشی تهیه شده و سایر امکانات آموزشی مثل فیلم به زنان روستایی منطبق با فرهنگ و شرایط محلی
- آموزش همگانی در مورد تغذیه صحیح (استفاده بیشتر از منابع گیاهی، روغن مایع و آشنایی با انواع روغن‌ها ...)
- آموزش و تشویق برای نگهداری وزن مناسب و کاهش وزن در افراد چاق طبق دستورالعمل و ثبت وزن
- آموزش در خصوص توجه به شماره ثبت و بهره‌برداری، تاریخ تولید و انقضاء و ترکیب محصولات غذایی
- تشویق برای مصرف سبزیجات و میوه‌جات

ارزشیابی

شاخص ۱:

میزان شیوع هیپرکلسترولمی در افراد ۲۰ سال به بالا

معیار:

هر دو سال یکبار به میزان ۱۰٪ وضعیت قبل کاهش یابد

شاخص ۲:

میانگین کلسترول خون در افراد ۲۰ سال به بالا

معیار:

هر دو سال یکبار به میزان ۱۰٪ وضعیت قبل کاهش یابد

۵- طرح کاهش میزان شیوع فشار خون بالا

اهداف اختصاصی (ویژه)

- کاهش میزان شیوع بیماری فشارخون بالا
- پیشگیری از عوارض بیماری
- کاهش میزان مرگ ناشی از عوارض فشارخون بالا
- افزایش سطح آگاهی جامعه نسبت به بیماری فشار خون بالا و عوارض آن

راهبردها

- ۱-اصلاح عادات غذایی نامناسب (در مبحث طرح کاهش میزان شیوع اختلالات چربی خون و تصحیح رژیم غذایی

نادرست آمده است)

فعالیت ها:

- کاهش میزان مصرف نمک
- کاهش میزان مصرف چربی

۲- اصلاح الگوهای رفتاری نامناسب (در مباحث طرح های کاهش میزان شیوع کم تحرکی و مصرف دخانیات و اختلالات چربی های خون آمده است)

فعالیت ها:

- کاهش میزان مصرف دخانیات
- کاهش میزان کم تحرکی
- کاهش میزان چاقی

۳- آموزش همگانی

-انجام بررسی دانش، نگرش، رفتار (KAP survey)

فعالیت ها:

- شناخت عوامل رفتاری ایجادکننده مشکل در افراد معرض خطر و بیماران و تعیین عوامل غیررفتاری و محیطی - ایجادکننده مشکل با توجه به شرایط محلی و منطقه‌ای
- برنامه‌ریزی آموزشی براساس نتایج بررسی
- آموزش عمومی در مورد:

- تغییر در عادات و شیوه زندگی نامناسب
- فشارخون بالا و عوارض آن

- آموزش مسئولان سازمان های درگیر بمنظور برخورد با عوامل خطرزا و کنترل مانند: وزارت صنایع، وزارت بازرگانی، وزارت کشاورزی، موسسه استاندارد - آموزش بیماران در مورد:

- رعایت مراقبت‌های غیردارویی
- تغییر عادات غذایی و رفتاری نامناسب
- رعایت درمان دارویی

از طریق:

- برگزاری کلاس آموزشی، دارویی، آموزش چهره به چهره، تهیه پمفلت، پوستر
- آموزش پزشکان و کارکنان بهداشتی درمانی در مورد بیماری و عوامل خطرزا، عوارض، درمان و پیشگیری
- از طریق: کلاس آموزشی، سمینار، جزوه آموزشی و...

۴- غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر بیماری فشار خون بالا

فعالیت ها:

- شناسایی افراد در معرض خطر شامل افراد دارای سابقه خانوادگی فشار خون بالا (در افراد خانواده درجه ۱)، افراد چاق،

- مصرف کنندگان قرص جلوگیری از بارداری، افراد بالای ۲۰ سال، افراد دارای فشارخون بینابینی (پیش فشارخون بالا)
- پیگیری منظم افراد در معرض خطر برای تشخیص بموقع و زودرس بیماری طبق دستورالعمل

۵- بیماریابی و تشخیص بموقع افراد مبتلا

فعالیت ها:

- اندازه گیری فشار خون افراد بالای ۲۰ سال بصورت دوره‌ای (غربالگری) طبق دستورالعمل
- ارایه خدمات درمانی مورد لزوم و کمک به تشخیص و درمان عوارض ناشی از فشارخون بالا
- پیگیری منظم بیماران

۶- تدوین قوانین و مقررات لازم برای کاهش شیوع فشار خون بالا

فعالیت ها:

- تدوین قوانین و مقررات مربوط به کاهش مصرف دخانیات در جامعه (در مبحث دخانیات آمده است)
- تدوین قوانین و مقررات مربوط به مواد غذایی (در مبحث اختلال چربی های خون آمده است)
- تدوین قوانین و مقررات مربوط به فعالیت بدنی (در مبحث کم تحرکی آمده است)

۷- جلب همکاری های درون و برون بخشی

فعالیت ها:

- جلب همکاری وزارت آموزش و پرورش جهت توسعه فعالیت بدنی و منع مصرف دخانیات
- همکاری و هماهنگی با مراکز آموزشی و مذهبی برای اجرای برنامه های آموزشی
- جلب مشارکت مردمی و سازمان های غیردولتی فعال
- پیشنهاد ادغام برنامه های آموزشی پیشگیری و کنترل فشارخون بالا در مواد درسی مدارس و دانشگاه ها با همکاری کمیته
- کشوری قلب و عروق، آموزش و پرورش، وزارت علوم و آموزش عالی و وزارت بهداشت

۸- ادغام فعالیت های پیشگیری و کنترل فشارخون بالا در نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور

انتظارات از وزارت آموزش و پرورش

- ادغام دروس تئوری در مورد فشارخون در مقاطع مختلف تحصیلی

انتظارات از وزارت صنایع

- حمایت از قوانین و مقررات مربوط به محصولات غذایی، فعالیت بدنی و مصرف دخانیات
- ممنوع کردن استفاده از نمک و سدیم زیاد در تهیه فرآورده های غذایی
- تولید محصولات غذایی کم و لبنیات کم نمک
- تولید محصولات غذایی رژیمی (با کلسترول کم، قند کم، بی نمک)
- اعطای تسهیلات و مساعدت های فنی جهت تشویق و ایجاد طرح های مفید صنایع غذایی
- حمایت کامل از طرح های تولید مواد و محصولات غذایی در داخل کشور

انتظارات از وزارت جهاد کشاورزی

-افزایش تولید انواع میوه ها و سبزی ها و کاهش قیمت آن ها
-افزایش پرورش و تولید ماهی و کاهش قیمت آن ها (تولید غذاهای دریایی و سرمایه‌گذاری بیشتر در این راستا)

انتظارات از وزارت بازرگانی

-نظارت دقیق بر واردات محصولات غذایی طبق استانداردهای مواد غذایی و با توجه به تاریخ تولید و انقضاء

انتظارات از سازمان گمرک و بازرسی کشور

-جلوگیری از ورود مواد غذایی غیراستاندارد بهداشتی

انتظارات از وزارت علوم و آموزش عالی

-ادغام دروس مربوط به تغذیه صحیح و فشارخون در دروس دانشگاهی

انتظارات از سازمان صدا و سیما و مطبوعات

-نظارت بر برنامه های آموزشی بهداشتی در ارتباط با مسایل غذایی و تغذیه‌ای توسط شورای سیاست‌گذاری سلامت
صدا و سیما

-همکاری با وزارت بهداشت در تهیه برنامه های آموزشی بهداشتی در ارتباط با مسایل غذایی و تغذیه‌ای

انتظارات از مراکز قضایی

-نظارت دقیق بر اجرای قوانین و مقررات مربوط به محصولات غذایی

انتظارات از مقام محترم وزارت بهداشت

-ارایه لایحه قانون تشکیل شورای عالی غذا و تغذیه کشور با وظایف و اختیارات معین (به صورت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل شده است)

-ارایه قوانین و مقررات لازم در زمینه اجباری نمودن برچسب گذاری محصولات غذایی و استانداردهای مواد غذایی

-جلب مشارکت سازمان های غیردولتی در توسعه و تجهیز و اجرای طرح های مفید صنایع غذایی

-هماهنگی با نیروهای انتظامی جهت نظارت بر حسن اجرای قوانین و مقررات تصویب شده

انتظارات از معاونت های درمان و سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت

-تدوین قوانین و مقررات لازم جهت ارایه به هیئت دولت و مجلس در ارتباط با مواد و محصولات غذایی

-همکاری نزدیک با سازمان استاندارد برای تعیین استاندارد مواد غذایی و خام فرآوری شده

-نظارت دقیق بر اجرای قوانین و مقررات و استاندارد مواد و محصولات غذایی خام، پخته و فرآوری شده

-نظارت دقیق بر برچسب گذاری

-اصلاح قوانین و مقررات نظارت بر مواد غذایی

-هماهنگی جهت ایجاد کلینیک تغذیه در بیمارستان ها

انتظارات از معاونت آموزشی وزارت بهداشت

-هماهنگی جهت ادغام برنامه‌های آموزشی بیماری فشارخون بالا در دروس دانشگاهی
-تدوین مطالب آموزشی برای ادغام در دروس دانشگاهی با همکاری کمیته کشوری قلب و عروق
-همه‌نگ نمودن سیاست ها و برنامه‌های آموزشی تغذیه منطبق با نیاز جامعه با هماهنگی شورای عالی غذا و تغذیه کشور

انتظارات از معاونت پژوهشی وزارت بهداشت

-حمایت از طرح کاهش میزان شیوع فشارخون بالا
-سوق دادن طرح های تحقیقاتی قلب و عروق در زمینه پیشگیری و کنترل در راستای اهداف طرح ملی بالاخص فشارخون بالا
-تأمین اعتبارات لازم برای اجرای طرح های مربوط به بیماری فشارخون بالا
-تأمین اعتبارات لازم برای ارزشیابی طرح مذکور
-حمایت از سیاست های تحقیقاتی قلب و عروق و عوامل خطرزای آن بالاخص بیمرای فشارخون بالا در کمیته ملی سیاستگذاری تحقیقات کشور

وظایف معاونت بهداشتی (مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر)

-نظارت، پایش و ارزشیابی طرح کاهش میزان شیوع فشارخون بالا
-برگزاری جلسات توجیهی برای مسئولین اجرایی دانشگاه های علوم پزشکی
-ایجاد هماهنگی بین قسمت های مختلف اجرایی طرح
-تهیه و تدوین دستورالعمل ها و فرم های مربوط در طرح با همکاری مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت و ارسال آن به معاونت بهداشتی دانشگاه ها
-تهیه متون آموزشی لازم در سطوح مختلف با همکاری مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت و ارسال آن به معاونت بهداشتی دانشگاه ها
-برآورد و پیگیری منابع مورد نیاز طرح اعم از اعتباری و تدارکاتی
-جمع آوری اطلاعات و گزارشات از دانشگاه ها و انتشارات نتایج حاصل از آن و ارائه پس‌خوراند
-بازبینی طرح با توجه به نحوه پیشرفت کار و نیز با توجه به امکانات و نیاز جامعه با همکاری کمیته کشوری قلب و عروق
-ارزیابی و بررسی وضعیت موجود در کل کشور با همکاری کمیته کشوری قلب و عروق و دانشگاه های علوم پزشکی
با -حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری براساس شاخص ها و برنامه ارزشیابی KAP STUDY
-برگزاری جلسات کمیته کشوری قلب و عروق و زیر کمیته‌های قلب و عروق
-برگزاری دوره‌های بازآموزی برای مجریان طرح
-تهیه نشریات آموزشی، فیلم های آموزشی ...

وظایف رئیس دانشگاه علوم پزشکی

- ادغام و پذیرفتن مسئولیت اجرای طرح کاهش فشارخون بالا در محدوده جغرافیایی و جمعیتی خود
- نظارت بر حسن اجرای طرح
- ایجاد هماهنگی درون و برون بخشی با سازمان های مربوطه
- دستور تشکیل کمیته مشورتی بیماری های غیرواگیر و زیر کمیته قلب و عروق شاخه بیماری فشارخون بالا

کمیته دانشگاهی قلب و عروق شاخه چربی خون

متشکل از:

اعضای کمیته دانشگاهی قلب و عروق و نمایندگان ادارات موسسه استاندارد، وزارت صنایع، وزارت کشاورزی، وزارت بازرگانی

وظایف

- مشاوره فنی و تائید دستورالعمل های اجرایی و متون آموزشی
- همکاری در بازبینی طرح
- همکاری در ارزیابی و بررسی وضعیت موجود
- همکاری در ارزشیابی طرح

وظایف مرکز بهداشت دانشگاه

- تشکیل کمیته دانشگاهی بیماری های غیرواگیر و زیر کمیته قلب و عروق شاخه بیماری فشارخون بالا با حضور مشاور قلب و عروق و حسب مورد کارشناسان ذیربط
- اجراء، نظارت و پیگیری اجرای طرح پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا در سطح دانشگاه
- تقویت امکانات مورد نیاز تشخیصی و درمانی در حیطه دانشگاه
- همکاری در اجرای برنامه های آموزشی عمومی از طرق مختلف منجمله تهیه پوستر، پمفلت، فیلم
- برنامه ریزی جهت آموزش کادر بهداشتی درارتباط با طرح کاهش میزان فشارخون بالا
- ایجاد هماهنگی درون و برون بخشی
- تقویت نظام ارجاع در راستای اهداف طرح
- فراهم نمودن تسهیلات و تدارکات لازم جهت پیشرفت کار و رفع موانع اجرایی
- دریافت و ثبت اطلاعات آماری مربوطه از شهرستان و بررسی و ارسال نتایج هر ۳ ماه یکبار به مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر

وظایف شبکه شهرستان

- رئیس شبکه مسئول اجرای طرح در سطح شهرستان می باشد:
- نظارت بر حسن اجرای طرح و پیگیری آن
- ایجاد هماهنگی درون و برون بخشی
- تدارک و ایجاد سطح تخصصی قلب و عروق در سطح شهرستان

وظایف مرکز بهداشت شهرستان

- اجرای بخش بهداشتی طرح ملی کاهش اختلال چربی های خون در نظام سلامت شهرستان و نظارت و پیگیری آن در سطح شهرستان
- برگزاری دوره های آموزشی و کلاس های بازآموزی بهورزان و کاردانان، پزشکان مجری طرح با همکاری مرکز بهداشت دانشگاه
- جمع آوری و ثبت آمار ماهانه از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و ارسال نتایج بصورت ماهانه به مرکز بهداشت دانشگاه و ارایه پس خوراند
- ارسال گزارش مربوط به پیشرفت و مشکلات طرح و ارائه پیشنهادات لازم به مرکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهیه جزوات، نشریات، پوستر و فیلم های آموزشی متناسب با شرایط و نیاز منطقه
- تشکیل کمیته شهرستانی قلب و عروق شاخه بیماری فشارخون بالا

وظایف مرکز بهداشتی، درمانی شهری

- تشویق جهت اندازه گیری فشارخون در افراد بالای ۳۰ سال و هر ۳ سال یکبار
- آموزش در مورد فعالیت بدنی و تغذیه صحیح (استفاده بیشتر از منابع گیاهی، روغن مایع ...)
- آموزش و تشویق برای نگهداری وزن مناسب و کاهش وزن در افراد چاق طبق دستورالعمل و ثبت وزن
- آموزش در مورد آشپزی سالم براساس متن آموزشی تهیه شده و سایر امکانات آموزشی مثل فیلم به زنان
- آموزش در خصوص توجه به شماره ثبت، بهره برداری و تاریخ تولید و انقضاء محصولات غذایی
- آموزش چهره به چهره افراد دارای بیماری فشارخون بالا توسط پزشک
- درمان افراد دارای بیماری فشارخون بالا طبق پروتکل
- ارجاع موارد در صورت لزوم به سطح بالا طبق دستورالعمل
- نظارت بر کیفیت مواد غذایی عرضه شده
- نظارت بر برچسب محصولات غذایی، شماره ثبت و بهره برداری، تاریخ تولید و انقضاء
- آموزش عمومی در مراکز تجمعی (مدارس، مساجد، کارگاه ها، کارخانجات ...)
- جمع آوری اطلاعات و ارسال گزارشات ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان

وظایف مرکز بهداشتی، درمانی روستایی

- اجرای برنامه های آموزشی عمومی در مرکز و در سطح روستا بالاخص برای زنان در مورد تغذیه صحیح
- پذیرش ارجاعات طبق دستورالعمل
- آموزش چهره به چهره افراد دارای بیماری فشارخون بالا توسط پزشک
- درمان افراد دارای بیماری فشارخون بالا طبق پروتکل
- ارجاع موارد لازم به سطوح بالاتر طبق دستورالعمل
- نظارت بر کیفیت مواد غذایی عرضه شده
- نظارت بر برچسب محصولات غذایی، شماره ثبت و بهره برداری و تاریخ تولید و انقضاء
- جمع آوری اطلاعات و گزارش ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان
- نظارت بر حسن اجرای قوانین و مقررات مربوط به استاندارد و ترکیبات مواد غذایی در اماکن پخت و عرضه مواد

غذایی

- آموزش واحدهای تولید مواد لبنی برای تهیه محصولات لبنی کم یا بدون چربی و کم یا بی‌نمک
- آموزش برای تهیه نان بطریق صحیح و تولید نان رژیمی بی‌نمک

وظایف خانه بهداشت

- تشویق افراد بالای ۳۰ سال جهت اندازه‌گیری فشارخون هر ۳ سال یکبار
- ارجاع افراد بالای ۳۰ سال طبق دستورالعمل
- آموزش در مورد آشپزی سالم براساس متن آموزشی تهیه شده و سایر امکانات آموزشی مثل فیلم به زنان روستایی منطبق با فرهنگ و شرایط محلی
- آموزش همگانی درمورد فقه‌الیت بدنی و تغذیه صحیح (استفاده بیشتر از منابع گیاهی، روغن مایع و آشنایی با انواع روغن ها ...)
- آموزش و تشویق برای نگهداری وزن مناسب و کاهش وزن در افراد چاق طبق دستورالعمل و ثبت وزن
- آموزش در خصوص توجه به شماره ثبت و بهره‌برداری، تاریخ تولید و انقضاء و ترکیب محصولات غذایی
- تشویق برای مصرف سبزیجات و میوه‌جات

ارزشیابی

شاخص ۱:

میزان شیوع بیماری فشارخون بالا در افراد ۳۰ سال به بالا

معیار:

هر دو سال یکبار به میزان ۱۰٪ وضعیت قبل کاهش یابد

شاخص ۲:

میانگین فشارخون در افراد ۳۰ سال به بالا

معیار:

هر دو سال یکبار به میزان ۱۰٪ وضعیت قبل کاهش یابد

ضمیمه (۱)

اسامی اعضاء کمیته کشوری قلب و عروق (۱۳۷۵):

آقای دکتر محمد اسماعیل اکبری، خانم دکتر مینا بهداد، آقای دکتر مسعود پورمقدس، آقای دکتر محمدمهدی پیغمبری، آقای دکتر سعید حقیقی، آقای دکتر منوچهر رادپور، خانم دکتر ربابه شیخ الاسلام، خانم دکتر اشرف السادات صانعی، خانم دکتر نضال صرافزادگان، خانم دکتر اقبال طاهری، آقای دکتر سید محمد قدسی، آقای دکتر مسعود کیمیگر، آقای دکتر سید اشرف الدین گوشه گیر، آقای دکتر محمد باقر لاریجانی، آقای دکتر محمدرضا محمدحسینی، آقای دکتر مجید ملکی، خانم پردخت نخستین داوری، آقای دکتر ابراهیم نعمتی پور، آقای دکتر فریدون نوحی، آقای دکتر محسن نقوی، آقای دکتر محمد هنجنی

اسامی هیئت ۶ نفره (۱۳۷۵):

آقای دکتر محمدرضا محمدحسینی، آقای دکتر محمدمهدی پیغمبری، خانم دکتر پردخت نخستین داوری، خانم دکتر نضال صرافزادگان، آقای دکتر محسن نقوی، خانم علییه حجت زاده

صاحب نظران شرکت کننده در کارگاه های مشورتی (۱۳۷۵):

معاونت امور بهداشتی، اداره کل پیشگیری و مراقبت بیماری ها، اعضای هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، ایران، شهید بهشتی، تربیت معلم و دانشکده تربیت بدنی، دفتر صنایع غذایی وزارت کشاورزی، مرکز گسترش شبکه و توسعه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دفتر هماهنگی پژوهشی معاونت پژوهشی، اداره کل آموزش بهداشت، اداره کل تغذیه و بهداشت مدارس وزارت آموزش و پرورش، اداره کل صنایع غذایی و دارویی و بهداشتی وزارت صنایع، اداره تغذیه معاونت بهداشتی، آزمایشگاه رفرانس، انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، موسسه استاندارد، سازمان تربیت بدنی، مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان، مشاور وزیر در امور بانوان، معاونت درمان و دارو، اعضای جمعیت ستاد مبارزه با استعمال دخانیات، نماینده شبکه ۱ و ۲ صدا و سیما، سازمان برنامه و بودجه، معاونت کشاورزی و پژوهشی شرکت دخانیات، سازمان حفاظت محیط زیست، کمیته کشوری مبارزه با استعمال دخانیات، سازمان بهزیستی کشور، مرکز تحقیقات سل و بیماری های ریوی

اسامی هیئت ۷ نفره (۱۳۷۵):

آقای دکتر فریدون نوحی، آقای دکتر محمدرضا محمدحسینی، خانم دکتر سونیا حبیبیان، آقای دکتر محسن نقوی، آقای دکتر محمد مهدی پیغمبری، خانم علییه حجت زاده، خانم همزاد حاج رسولی ها

راه کارهای تشویق مردم برای مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی/ واحد دیابت / خانه بهداشت

- ۱- تهیه و نصب پلاکارد ، راه اندازی واحد دیابت/ پایگاه تندرستی با مجوز شهرداری منطقه برای افتتاح مرکز
- ۲- تهیه و نصب تابلوی مخصوص واحد دیابت/ پایگاه تندرستی با مجوز وزات بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
- ۳- معرفی و تبلیغ در سایت کامپیوتری
- ۴- هماهنگی با ستاد ائمه جماعات مساجد برای اعلام از طریق مساجد محلی منطقه تحت پوشش
- ۵- هماهنگی با مرکز بهداشتی درمانی منطقه تحت پوشش :
 - برای معرفی افراد از طریق پزشک مراکز بهداشتی درمانی
 - برای استفاده از رابطین بهداشتی و کارکنان جهت اطلاع رسانی
 - برای تبلیغات با استفاده از رسانه های آموزشی
- ۶- هماهنگی با پزشکان منطقه تحت پوشش
 - برای معرفی افراد از طریق پزشک
 - برای استفاده از کارکنان جهت اطلاع رسانی
 - برای تبلیغات با استفاده از رسانه های آموزشی
 - برای ارجاع افراد به پزشکان متخصص
- ۷- هماهنگی با آزمایشگاه های منطقه
 - برای ارجاع بیماران دارای قند خون بالا و اختلال چربی خون
 - برای تبلیغات و تحویل بروشور اطلاع رسانی
- ۸- هماهنگی با بیمارستان منطقه تحت پوشش
 - برای معرفی افراد از طریق پزشک بیمارستان
 - برای استفاده از کارکنان جهت اطلاع رسانی
 - برای تبلیغات با استفاده از رسانه های آموزشی
- ۹- هماهنگی با مراکز درمانی منطقه
 - برای ارجاع بیماران دارای قند خون بالا و اختلال چربی خون
 - برای تبلیغات و تحویل بروشور اطلاع رسانی
- ۱۰- هماهنگی با آموزش و پرورش منطقه تحت پوشش
 - جهت جلب مشارکت و همکاری کارکنان و دانش آموزان
 - برای تبلیغات با استفاده از رسانه های آموزشی در مدارس منطقه تحت پوشش
- ۱۱- هماهنگی با بهزیستی منطقه تحت پوشش :
 - جهت جلب مشارکت و همکاری کارکنان
 - برای تبلیغات با استفاده از رسانه های آموزشی در مراکز منطقه تحت پوشش
- ۱۲- هماهنگی با کارشناسان تغذیه ، تربیت بدنی ، روانشناسی
 - برای ارجاع افراد به کارشناسان جهت مشاوره

۱۳- تهیه پمفلت ، بروشور و پوستر ، مجلات محلی جهت نصب و استفاده در مراکز بهداشتی درمانی ، فرهنگسراها ، مدارس ، شهرداری ، سینماها ، اماکن تجمعی

۱۴- استفاده از تلویزیون جهت اطلاع رسانی (زیرنویس ، مصاحبه)

* توجه : برای هماهنگی با مراکز مختلف باید از طریق هماهنگی بامركز بهداشت شهرستان/دانشگاه منطقه اقدام نمود.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
واحد بیماری های غیرواگیر

متن آموزشی بهورز
برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری
قلبی عروقی
در مناطق روستایی



صفحه	عنوان
	مقدمه
	قلب
	فشارخون
	تعریف فشارخون
	تقسیم بندی فشارخون
	انواع فشارخون بالا
	عوامل خطر ساز(مستعد کننده) ایجاد فشارخون بالا
	علائم بیماری فشارخون بالا
	عوارض بیماری فشارخون بالا
	درمان بیماری فشارخون بالا
	نکات مورد توجه در اندازه گیری فشارخون
	چربی های خون
	انواع چربی خون
	علت اختلال در چربی های خون
	علائم اختلال در چربی های خون
	عوامل مؤثر بر مقدار کلسترول خون
	راه های کنترل و کاهش کلسترول خون
	چاقی
	تعریف چاقی
	عوامل مؤثر بر چاقی
	ارزیابی و برآورد خطر اضافه وزن و چاقی
	-عوامل خطر یا بیماری های همراه با چاقی
	تاثیر اضافه وزن و چاقی بر سلامتی
	فواید کاهش وزن در افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی
	درمان اضافه وزن و چاقی
	اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان
	ارزیابی اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان
	هدف های تغییر رفتار برای کاهش وزن در کودکان و نوجوانان
	-هشدار در مورد رژیم های غذایی خیلی سخت
	فعالیت بدنی
	تعریف فعالیت بدنی
	علائم فعالیت بدنی نامناسب و خیلی سخت
	تنظیم برنامه روزانه توسط بیماران قلبی عروقی
	توانبخشی در بیماران بعد از حمله قلبی یا جراحی قلب
	توصیه هایی برای فعالیت بدنی در کودکان و نوجوانان
	برنامه آموزشی

	-توصیه های لازم به بیمار جهت اصلاح شیوه زندگی
	-مهمترین اقدامات برای پیشگیری از چاقی
	نکات قابل توجه برای بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون

بیماری های قلبی عروقی با میزان ۳/۳۹٪ کل مرگ ها، اولین علت مرگ در ایران در سال ۱۳۸۳ هستند. عمده این مرگ ها ناشی از بیماری عروق کرونر قلب و عوارض ناشی از آن است به طوری که از ۳/۳۹٪ کل، ۵/۱۹٪ مربوط به سکتته های قلبی و ۳/۹٪ مربوط به سکتته های مغزی، ۱/۳٪ ناشی از فشارخون بالا و ۹/۶٪ مربوط به سایر بیماری های قلبی عروقی است.

هر روز قلب بیش از صد هزار بار می تپد و خون را به بافت ها و اعضای بدن از مغز تا نوک انگشتان می رساند. این یک وظیفه بسیار بزرگی است. داشتن یک قلب سالم بسیار حیاتی است. قلب بدون توقف برای سال های طولانی کار می کند تا از زندگی کاملتر و طولانی تر لذت ببریم. میلیون ها نفر دارای بیماری قلبی هستند با این وجود یاد گرفته اند زندگی کامل و مولدی داشته باشند. ما در هر سن و جنسی می توانیم در معرض خطر بیماری های قلبی عروقی باشیم اما میتوانیم با یک سری اقدامات بموقع و ساده یعنی با دانستن در مورد نحوه تغییرات شیوه زندگی نامناسب و آگاهی از شرایط بروز بیماری های قلبی عروقی، خطر آن را کاهش دهیم.

قلب

قلب یک پمپ عضلانی است که برای رساندن خون به تمام قسمتهای بدن طراحی شده است. قلب از دو حفره در پایین بنام بطن و دو حفره در بالا بنام دهلیز تشکیل شده است که این حفره ها به شریان ها (شریان ها) و سیاهرگ های اصلی بدن مرتبط هستند. قلب با انقباض خودخون را به تمام عضلات و بافت های بدن (اندام ها، بافت ها، مغز، دست ها و پا ها و...) برای تامین غذا و اکسیژن پمپ می کند. قلب در روز بیش از صد هزار بار می تپد و این یک وظیفه بسیار بزرگ و مهمی است.

یک قلب طبیعی :

- در حدود اندازه یک مشت بسته انسان است .

- در زمان استراحت ۶-۴ لیتر خون در هر دقیقه پمپ می کند و در زمان فعالیت این مقدار بیشتر می شود.

- خون را به تمام قسمتهای بدن پمپ می کند.

فشار خون بالا

تعریف فشارخون

خون بعلت داشتن نیرو (فشار) در شریانهای اعضاء بدن جاری می شود و مواد غذایی و اکسیژن را به قسمتهای مختلف بدن میرساند و هم چنین مواد زاید را از بافتها دور می کند . این نیرو که توسط ضربان قلب و در اثر برخورد خون به جدار شریان بوجود می آید **فشار خون** نامیده می شود . فشار خون در دو سطح اندازه گیری میشود ، یکی در زمانی که قلب منقبض می شود و خون وارد شریان ها می شود و در این حالت فشار خون به حداکثر مقدار خود میرسد که به آن **فشار حداکثر یا سیستول یا ماکزیمم** می گویند ، و دیگری در زمانی که قلب در حالت استراحت است و در اینحالت فشار خون به حداقل مقدار خود میرسد که به آن **فشار حداقل یا دیاستول یا می نیمم** می گویند. واحد اندازه گیری فشارخون میلی متر جیوه است. متوسط فشارخون ماکزیمم در حد طبیعی ۱۲۰ میلیمتر جیوه و متوسط فشار

می نیمم در حد طبیعی ۸۰ میلیمتر جیوه است. این دو سطح فشار خون به صورت یک کسر مانند ۱۲۰/۸۰ نشان داده می شود که عدد فشارخون ماکزیمم در بالای کسر و عدد فشارخون می نیمم در پایین کسر قرار می گیرد. فشارخون طبیعی در کودکان ۶ تا ۱۸ سال کمتر از ۱۲۰/۸۰ میلی متر جیوه است و بالاتر از آن باید توسط پزشک مورد بررسی قرار گیرد.

تقسیم بندی فشارخون

فشار خون طبیعی برای افراد بالغ کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه است. یعنی هم فشار ماکزیمم باید کمتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه باشد و هم فشار می نیمم باید کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه باشد. فشارخون ماکزیمم مابین ۱۲۰ تا ۱۳۹ میلی متر جیوه و فشارخون می نیمم مابین ۸۰ تا ۸۹ میلی متر جیوه را پیش فشارخون بالا محسوب می شود. اگر فشار خون ماکزیمم ۱۴۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون می نیمم ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد، به عنوان **فشار خون بالا** محسوب می شود. در مواردی که فشارخون ماکزیمم در یک گروه و فشارخون می نیمم در گروه دیگر قرار می گیرد، فشارخون را در گروه بالاتر دسته بندی می کنیم. به عنوان مثال اگر فشارخون ماکزیمم ۱۴۵ میلی متر جیوه و می نیمم ۸۶ میلی متر جیوه باشد، فشارخون را در گروه فشارخون بالا قرار می دهیم. البته فشار خون باید در چند نوبت و در چند موقعیت اندازه گیری شود و سپس بر اساس میانگین اعداد بدست آمده قضاوت گردد.

انواع فشار خون بالا

علت ۹۰ الی ۹۵ درصد فشار خون بالا در افراد مبتلا ناشناخته است که به این نوع **فشار خون بالای اولیه** گفته می شود. اگر علت فشار خون بالا شناخته شده باشد، مثلا به علت بیماری های کلیه، بیماری غده فوق کلیوی یا مصرف قرص های ضد بارداری و... باشد آن را **فشار خون بالای ثانویه** می نامند. این نوع حدود ۵ الی ۱۰ درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالا را شامل می شود.

عوامل خطر مستعد کننده ایجاد فشار خون بالا

همانطور که ذکر شد بیماری فشار خون بالای اولیه علت مشخصی ندارد ولی عوامل زیر احتمال ابتلاء به این بیماری را افزایش می دهند:

- ۱- **ارث**: در برخی خانواده ها استعداد ابتلاء به بیماری فشار خون بالا وجود دارد. یعنی اگر والدین، خواهر و یا برادر مبتلا به فشار خون بالا باشند، احتمال ابتلاء به فشار خون بالا در فرد زیاد است.
 - ۲- **جنس**: شیوع فشار خون بالا در مردان جوان و میانسال بیشتر از زنان جوان و میانسال (تا ۵۰ سال) است اما در سنین بالاتر این اختلاف کم می شود.
 - ۳- **سن**: با افزایش سن شیوع فشار خون بالا نیز افزایش می یابد.
 - ۴- افزایش چربی خون
 - ۵- مصرف سیگار و سایر دخانیات
- چربی خون بالا و مصرف دخانیات اگر چه بطور مستقیم موجب افزایش فشار خون نمی شوند اما در دراز مدت بعلت ایجاد بیماری تصلب شرایین (سختی جدار رگها) باعث تشدید فشار خون بالا می گردند.
- ۶- **چاقی**: احتمال ابتلاء به بیماری فشار خون بالا در افرادی که چاق هستند بیشتر است.

- ۷- **بیماری قند (دیابت)** : در صورتی که مقدار قند موجود در خون بالاتر از حد طبیعی باشد، فرد مبتلا به بیماری دیابت است و از عوارض مهم آن بیماری قلبی - عروقی، فشار خون بالا، اختلال بینایی و آسیب کلیه می باشد.
- ۸- **کم تحرکی و نداشتن فعالیت جسمانی**: کم تحرکی از راه های مختلف می تواند زمینه ساز فشار خون بالا باشد، از جمله کم تحرکی می تواند منجر به چاقی شده و چاقی یک عامل خطر زمینه ساز فشار خون بالا است.
- ۹- **حساسیت به نمک**: در بعضی از افراد مصرف زیاد نمک (کلورسیدیم) همراه با افزایش فشارخون خواهد بود و کاهش مصرف نمک رژیم غذایی در تنظیم فشار خون تأثیر زیادی دارد.
- ۱۰- **فشارهای روحی و عصبی**: اگرچه تحقیقاتی وجود دارد که تا "تیرفشار های روحی و عصبی در افزایش فشارخون را نشان می دهد، اما شواهد مذکور برای تایید قطعی این رابطه کافی نیست.

توجه: افرادی که یکی از شرایط بالا را داشته باشند، جزء افراد در معرض خطر ابتلاء به بیماری فشارخون بالا محسوب می شوند.

علائم بیماری فشار خون بالا

افرادی که مبتلا به فشار خون بالای اولیه هستند، ممکن است سال ها بدون علامت باشند و از بیماری خود اطلاعی نداشته باشند و زمانی متوجه علائمی مثل سردرد، تاری و اختلال دید، درد قفسه سینه، سرگیجه و تنگی نفس به هنگام فعالیت می شوند که دچار عوارض فشار خون بالا شده اند. در واقع این علائم، علائم عوارض فشارخون بالاست. لذاتنها راهی که می توان به آن پی برد، اندازه گیری فشار خون بوسیله دستگاه فشار سنج است.

عوارض بیماری فشار خون بالا

فشار خون بالا سبب آسیب به کلیه (نارسائی کلیه)، چشم (اختلال بینائی)، قلب (سکته قلبی) و مغز (سکته مغزی) می شود. به همین دلیل فشار خون بالا بیماری خطرناکی به حساب می آید.

درمان بیماری فشار خون بالا

فشارخون بالای اولیه درمان قطعی ندارد و احتمال بهبودی کامل بسیار نادر است، اما اگر فشارخون بالا به موقع تشخیص داده و درمان شود و بیمار بطور مرتب تحت مراقبت باشد، قابل کنترل است و می توان از عوارض آن پیشگیری نمود. در فشارخون بالای ثانویه اگر علت و بیماری که سبب ایجاد فشارخون بالا شده است درمان شود، در اکثر موارد فشارخون به وضع طبیعی برمی گردد و بیمار بهبود می یابد.

شیوه های درمان فشار خون بالای اولیه عبارت است از :

درمان غیر دارویی: مراقبت های غیر دارویی شامل تغییر شیوه های زندگی است. اگر چاقی وجود دارد می توان با انتخاب رژیم غذایی و فعالیت بدنی مناسب وزن را کاهش داد. با کاهش وزن، فشارخون نیز به مقدار قابل ملاحظه ای کاهش می یابد. محدودیت مصرف نمک، فشارخون را تا حدودی پائین می آورد، بنا بر این باید از خوردن غذاهای شور پرهیز نمود. ترک سیگار و ورزش منظم روزانه در کنترل فشار خون بالا موثر است.

درمان دارویی: در بعضی از بیماران با وجود رعایت درمان غیر دارویی فشار خون تا حد مطلوب کاهش نمی یابد و لازم است برای تنظیم فشار خون بالا از دارونیز استفاده شود. دارو توسط پزشک تجویز می شود. **داروها ممکن است عوارضی مثل سرگیجه، خواب آلودگی، تنگی نفس شدید، طپش قلب، تهوع، استفراغ و حساسیت ایجاد کنند** که باید در سیر درمان بیمار به آنها توجه داشت و در صورت مشاهده عوارض نامبرده، بیمار را به موقع به پزشک ارجاع داد تا مقدار دارو را کاهش دهد و یا در صورت لزوم مصرف داروی مورد نظر را قطع کند و داروی جدیدی تجویز کند.

توجه داشته باشید که:

- ۱- عوارض جانبی داروها به معنی عوارضی است که فقط ناشی از مصرف داروست و باید اولاً "فرد قبلاً" این علائم را نداشته باشد و ثانياً "عوارض آن بیش از یک بار ظاهر شود".
- ۲- مصرف دارو طبق نظر پزشک به مدت طولانی برای بیماران ضروری است.

نکات مورد توجه در اندازه گیری فشار خون

برای اندازه گیری فشار خون از دستگاهی بنام فشار سنج و گوشی استفاده می شود که فشارسنج فنی (عقربه ای) یا جیوه ای است. برای سهولت حمل و نقل و سهولت کار بیشتر از نوع فنی استفاده می شود. فشار سنج از یک بازو بند، یک پمپ و یک ستون درجه بندی شده که جیوه در آن حرکت می کند و یا در نوع فنی صفحه مدرج که با فنر کار می کند تشکیل شده است.

نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشار خون شخص باید از مصرف چای و غذا، سیگار کشیدن و فعالیت خودداری کرده و در صورتیکه مثانه وی پر باشد باید آن را خالی نماید. شخص باید ۵ دقیقه قبل از اندازه گیری فشار خون استراحت کامل نماید و بدون اضطراب، هیجان و درد باشد. محل اندازه گیری فشار خون باید به حد کافی آرام و دارای هوای مطلوب باشد.

برای اندازه گرفتن فشار خون، فرد را روی تخت معاینه بخوابانید یا روی صندلی بنشانید. بازوی راست باید کاملاً "لخت باشد (معمولاً)" از دست راست فشارخون را اندازه می گیرند) بنابر این آستین لباس را تا بالای بازو بالا بزنید و اگر نمی توان آستین را بالا زد یا لباس فرد را درآورد بهتر است در صورتی که لباس نازک باشد زیر بازو بند بماند، تا این که لباس را طوری بالا بزنیم که بازو را تحت فشار قرار دهد. دست راست فرد را روی میز قرار دهید و به هیچ وجه نباید بازوی بیمار آویزان باشد. اگر فرد روی تخت خوابیده است دست وی باید کنار بدن قرار گیرد. سپس فشار خون او را به ترتیب زیر اندازه بگیرید:

دستگاه فشار سنج را نزدیک بازویی که می خواهید فشار خون را اندازه بگیرید قرار دهید. فاصله گیرنده فشار خون با دستگاه نباید بیش از یک متر باشد. بازو بند را دو تا سه انگشت بالای آرنج به بازو بسته و وسط کیسه لاستیکی داخل بازو بند را حتماً روی شریان بازویی قرار دهید و از بیمار بخواهید با دست چپ خود صفحه گوشی را در همان محل نگه دارد اما بر آن فشار نیاورد. اگر هوایی درون کیسه لاستیکی بازو بند باشد بوسیله پیچ تنظیم هوای دستگاه، این هوا را تخلیه کنید. سپس نبض دست راست (دستی که فشار آن را اندازه می گیرید) فرد را با یک دست حس کرده و نگهدارید و با فشارهای متوالی که با دست دیگر به پمپ وارد می کنید کیسه لاستیکی درون بازو بند را آنقدر باد کنید تا حدی که دیگر نبض احساس نگردد و سپس پمپ کردن را به اندازه ۳۰ میلی متر جیوه بعد از قطع نبض ادامه دهید.

به صفحه مدرج دستگاه نگاه کرده و به آرامی با پیچاندن پیچ تنظیم هوای دستگاه، هوا را از کیسه لاستیکی خارج کنید بطوری که جیوه در لوله مدرج فشار سنج (در دستگاه جیوه ای) یا عقربه (در دستگاه عقربه ای) بطور آهسته پایین بیاید ، اولین صدای نبض که با گوشی به گوش می رسد فشار خون ماکزیمم (حداکثر) است ، عدد آن را بخاطر بسپارید ، دیگر پیچ دستگاه را دست نزنید احساس می کنید که بعد از چند لحظه صدا قطع می شود و دیگر شنیده نمی شود ، در همین موقع به صفحه مدرج دستگاه نگاه نموده و درجه را ببینید این عدد فشار خون می نیمم (حداقل) را نشان می دهد . گاهی قطع صدا در بعضی از افراد بطور کامل وجود نداشته در این گونه موارد از تغییر و کاهش صدا فشار خون حداقل را تخمین می زنند . توجه کنید در ابتدای اندازه گیری پیچ دستگاه را به هیچ وجه یکباره باز نکنید فقط در صورتی که صدایی شنیده نشد ، هوای داخل بازوبند را تماما" خالی کرده و بعد از ۱۵ ثانیه دوباره پمپ کنید . بعد از اتمام اندازه گیری فشار خون ، بازوبند را باز نموده و مقدار فشار خون خوانده شده را در اولین فرصت یادداشت نمائید .

توجه: در افراد سالم تفاوت عمده ای بین فشار خون در حالت دراز کشیده (طاق باز) ، نشسته و ایستاده وجود ندارد ، ولی در افرادی که داروی پایین آورنده فشار خون مصرف می کنند چون اختلاف قابل توجهی در فشارخون خوابیده ، نشسته و ایستاده ایجاد می شود، لذا می بایست فشار خون را در حالت دراز کشیده و یا ایستاده اندازه گیری کرد.

بطور طبیعی بین فشارخون دست راست و چپ ۱۰ تا ۲۰ میلی متر جیوه اختلاف وجود دارد (معمولا" دست راست فشارخون بالاتری دارد) اما اختلاف بیشتر از این مقدار، غیر طبیعی است.

اختلال چربی خون

اختلال چربی های خون یعنی بالا بودن کلسترول تام ، بالا بودن کلسترول بد (LDL)، بالا بودن تری گلیسیرید و پایین بودن کلسترول خوب (HDL)

انواع چربی خون

چند نوع چربی در خون وجود دارد که سه نوع آن ها از همه مهمتر است:

۱- کلسترول یک ماده مومی سبک و چربی مانندی است که بطور طبیعی در بدن ساخته می شود و در تمامی سلول های بدن یافت می شود. بدن برای ساختن هورمون ها ، دیواره سلولی ، بافت های ضروری ، ویتامین ها و سایر مواد شیمیایی حیاتی از آن ها استفاده می کند. کلسترول خون از دوره بوجود می آید. این ماده اکثرا" در کبد ساخته می شود، همچنین از طریق مصرف مواد غذایی حیوانی نیز وارد بدن می شود. بدن تمامی کلسترول مورد نیاز خود را می سازد و لازم نیست از طریق غذا بدست آید.

اگر کلسترول بیش از حد در بدن ساخته شود یا میزان آن در غذا زیاد باشد در نتیجه مقدار این ماده در خون زیاد می شود. کلسترول بوسیله گردش خون از سلول های بدن عبور می نماید. کلسترول و سایر چربی ها نمی توانند در خون حل گردند، بدین جهت برای انتقال به سلول ها نیاز به حمل کننده های خاصی (که به آن ها **لیپوپروتئین** می گویند) دارند که انواع گوناگونی دارند ولی دو نوع آن ها از بقیه بیشتر مد نظر هستند. یک نوع آن **کلسترول بد یا LDL** و یک نوع **کلسترول خوب یا HDL** نامیده می شود. کلسترول بد همراه مواد دیگر در خون به تدریج بر روی دیواره

عروق تغذیه کننده قلب (عروق کرونر) رسوب می کند و یک ساختمان مومی شکل به نام پلاک تشکیل می دهد، اما کلسترول خوب مانع رسوب کلسترول در دیواره رگ می شود و بیشتر تمایل دارد که کلسترول را از شریان ها و سیستم گردش خون به کبد برگرداند تا از بدن دفع گردد. ضمن اینکه پزشکان معتقد هستند این نوع کلسترول خوب همچنین می تواند کلسترول اضافی را از پلاک های عروق مبتلا به تصلب یا سختی شرایین نیز برداشته و به کبد منتقل کند و رشد پلاک ها را به تاخیر اندازد.

هنگامی که مقدار کلسترول در خون زیاد باشد موجب تصلب شریان ها و کاهش جریان خون می شود. این مسئله باعث افزایش فشارخون و بروز سکته قلبی و یا سکته مغزی می شود.

میزان کلسترول بالا در خون رابطه زیادی با احتمال ابتلاء به بیماری قلبی دارد. هرچه میزان کلسترول خون بیشتر باشد خطر ابتلاء به بیماری قلبی یا دچار شدن به حمله قلبی بیشتر است.

۲- تری گلیسیرید شکل دیگری از چربی موجود در خون است که می تواند خطر بیماری قلبی عروقی را افزایش دهد. تری گلیسیرید ها در کبد و بافت چربی تشکیل می شوند. افزایش تری گلیسیرید ها اغلب همراه با افزایش کلسترول بد است.

۳- اسید چرب ترانس نوع دیگری از چربی غذایی است که می تواند مقدار کلسترول در خون را بالا ببرد.

کلسترول غذایی

در مواد غذایی روزانه سه نوع چربی وجود دارد: چربی های اشباع شده، چربی های اشباع نشده و کلسترول که دو نوع اول را اسید چرب می نامند.

اسید های چرب اشباع شده هم می توانند منبع حیوانی و هم منبع گیاهی داشته باشند. مانند کره، شیر، ماست، چربی گوشت، روغن نارگیل و خرما.

اسید های چرب اشباع نشده هم منبع حیوانی و هم منبع گیاهی دارند، اما بیشتر در منابع گیاهی یافت می شوند. مانند روغن دانه های گیاهی آفتاب گردان، سویا، ذرت، زیتون، گردو، فندق، روغن ماهی.

کلسترول فقط در مواد غذایی حیوانی مانند گوشت قرمز، لبنیات، زرده تخم مرغ و چربی های حیوانی یافت می شود. غذاهای مذکور که منابع غنی کلسترول هستند، دارای مقدار زیادی چربی می باشند. **محصولات گیاهی فاقد کلسترول هستند.**

علاوه بر کلسترول اسید های چرب اشباع شده هم سبب افزایش میزان کلسترول در خون می شوند و مهمترین عامل اصلی افزایش کلسترول در خون هستند.

اسید های چرب اشباع نشده در حقیقت میزان کلسترول خون را پایین می آورند. این چربی ها در دمای اطلاق به حالت مایع هستند. چربی های اشباع نشده را می توان به چربی های اشباع نشده یک ظرفیتی و چند ظرفیتی تقسیم کرد.

علت اختلال در چربی های خون

در برخی از بیماران عامل اختلال در چربی های خون، وجود بیماری های دیگری مانند بیماری های گوارشی، اختلال در کار کبد یا کلیه، کم کاری غده تیروئید و بیماری دیابت است. در گروهی از بیماران مسائل ارثی و سابقه خانوادگی نقش دارد. در بسیاری از بیماران نیز علت زمینه ای آن هنوز مشخص نشده است. اما علت زمینه ای هر چه باشد وجود عوامل زیر می تواند سبب اختلال در چربی های خون و تشدید بیماری شود:

- رژیم غذایی نامناسب و غلط، مصرف زیاد چربی ها

- پر خوری و چاقی

- مصرف سیگار

- استفاده از مشروبات الکلی

- کم تحرکی

علائم اختلال در چربی خون

اختلال چربی های خون از جمله کلسترول بالای خون علامتی ندارد از این رو بسیاری از افراد از بالا بودن کلسترول خون خود بی خبرند.

در بعضی از بیماران وجود برجستگی های زرد رنگ بر روی پوست بخصوص روی پلک ها، آرنج و زانوها می تواند نشانه ای از بالا بودن چربی های خون باشد، اما برخلاف تصور بسیاری از افراد قبل از ایجاد عوارض وخیم مثل سکتته قلبی یا مغزی هیچ علامتی ایجاد نمی کند. علائمی چون سرگیجه، احساس خستگی و غیره هیچ ارتباط مستقیمی با بالا بودن چربی های خون ندارد. بنا بر این تنها راه تشخیص بموقع این عامل خطر مهم، اندازه گیری سطح چربی های خون از طریق آزمایش خون است. در سال های اخیر علاوه بر مقدار کلسترول تام و تری گلیسیرید، مقدار کلسترول خوب و بد را که ارزش بیشتری دارند نیز برای تعیین شدت خطر بروز بیماری قلبی عروقی اندازه گیری می کنند. سطح مطلوب یا مورد قبول چربی های خون بر حسب وجود عوامل مختلف از جمله سابقه بیماری قلبی عروقی متفاوت است و تعیین آن بر عهده پزشک است. در افراد سالم سطح مطلوب کلسترول تام کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر خون، کلسترول بد (LDL) کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر خون و کلسترول خوب (HDL) بیشتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر خون در زنان و بیشتر از ۴۵ میلی گرم در دسی لیتر خون در مردان است. در بیمارانی که بیماری عروق کرونر قلب یا دیابت دارند، سطح مورد قبول کلسترول بد کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر خون است که کمتر از افراد سالم است. سطح مطلوب تری گلیسیرید خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر خون است.

کاهش کلسترول بد و افزایش کلسترول خوب باید همزمان همراه با کنترل و اصلاح سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی مانند مصرف دخانیات، کنترل قند خون، فشارخون بالا، افزایش فعالیت بدنی و کاهش اضافه وزن باشد.

عوامل مؤثر بر مقدار کلسترول خون

جیره غذایی: چربی اشباع شده و کلسترول در غذا سبب بالا رفتن کلسترول خون می شود. چربی اشباع شده سهم اصلی در افزایش کلسترول خون دارد، ولی کلسترول موجود در غذا ها نیز حائز اهمیت است. کاستن از مقدار چربی اشباع شده و کلسترول در غذا به کاهش مقدار کلسترول در خون کمک می کند.

غذاهایی که حاوی چربی اشباع کم هستند شامل لبنیات بدون چربی یا ۱٪ چربی، گوشت کم چربی، ماهی، ماکیان پوست کنده، حبوبات دارای پوست، میوه و سبزی، روغن های مارگارین کم چرب (که چربی اشباع شده آن ها کم است و چربی ترانس یا ندارند یا بسیار کم است) هستند.

غذاهای پر کلسترول شامل جگر، دل، قلوه، زرده تخم مرغ، لبنیات پرچرب هستند. فیبرهای غذایی سبب کاهش کلسترول خون می شوند. منابع خوب ناگواردنی (فیبر) های محلول عبارت از جو دوسر، برخی میوه ها مانند پرتقال و گلابی و سبزی ها (مانند کلم و هویج)، نخود و لوبیای خشک شده هستند.

روغن های گیاهی در حالت عادی و در دمای معمولی به شکل مایع هستند اما بعضی از روغن های گیاهی با روش

های شیمیایی هیدروژن دار می شوند تا سفت و جامد گردند. در حقیقت روغن های جامد بیشتر اشباع می شوند و خطر آن ها نیز بیشتر می گردد. لذا باید به ندرت از آن ها استفاده کرد. این روغن ها غالباً "در شیرینی، بیسکویت، کیک و غذاهای آماده یافت می شوند.

روغن های اشباع نشده شامل روغن زیتون و بادام زمینی، روغن ذرت، آفتاب گردان، کنجد و سویا هستند. روغن نخل و نارگیل دارای چربی اشباع هستند و مفید نیستند. چربی های اشباع نشده سالمتر از چربی های اشباع شده هستند ولی باید آنها را نیز به ندرت مصرف کرد چون دارای همان مقدار انرژی هستند و باعث افزایش وزن می گردند. هر یک گرم چربی ۹ کالری ایجاد می کند و هر یک گرم کربوهیدرات و یک گرم پروتئین ۴ کالری ایجاد می کنند. تولید انرژی با مصرف چربی بیش از دو برابر است و در ایجاد اضافه وزن نقش مهمی دارد.

وزن: چاقی عامل خطر ساز برای بیماری قلبی عروقی است و کلسترول خون را نیز بالا می برد. کم کردن وزن به کاستن از مقدار کلسترول بد، کلسترول تام و تری گلیسیرید و نیز بالا بردن کلسترول خوب کمک می کند. حتی اگر سطح چربی های خون طبیعی باشد، مصرف زیاد مواد غذایی پرچرب احتمال بروز بیماری قلبی عروقی را افزایش می دهد. رعایت رژیم غذایی باید از سنین کودکی شروع شود چون پدیده تصلب شرایین از سنین پایین شروع می گردد، ضمن این که تغییر عادت غذایی در بزرگسالی امری مشکل است. توصیه می شود با استفاده از رژیم غذایی سالم و مناسب بعد از دوسالگی کودکان را به مصرف غذاهای مناسب عادت دهید.

فعالیت بدنی: کم تحرکی عامل خطر ساز بیماری قلبی عروقی است. فعالیت بدنی منظم می تواند به کم کردن کلسترول بد و بالا بردن کلسترول خوب کمک کند.

سن و جنس: در هر دو جنس با بالا رفتن سن میزان کلسترول در خونشان افزایش می یابد. پیش از یائسگی میزان کلسترول در زنان کمتر از مردان هم سن و سال است، ولی بعد از آن در زنان نیز افزایش می یابد.

وراثت: ژن ها تا اندازه ای معلوم می کنند که بدن چقدر کلسترول می سازد. کلسترول بالای خون از طریق ژن ها در خانواده منتقل می شود.

راه های کنترل و کاهش کلسترول خون

- ۱- چربی و کلسترول کمتری مصرف شود:
 - بخشی از وعده غذایی باید شامل غلات سبوسدار و سبزیجات باشد.
 - گوشت خالص و بدون چربی مصرف شود. پوست مرغ قبل از مصرف جدا شود. مصرف امعاء و احشاء حیوانات مانند دل، قلوه، جگر، و مغز، کله و پاچه به حداقل برسد.
 - ماهی بیشتر مصرف شود. ماهی های چرب نظیر سالمون، ساردین، تن و قزل آلا را حداقل هفته ای دوبار مصرف شود.
 - زرده تخم مرغ کمتر مصرف شود و به جای آن از سفیده تخم مرغ استفاده شود.
 - از لبنیات کم چرب (۱٪ چربی) مانند شیر، ماست، پنیر یا بدون چربی (چربی گرفته) استفاده شود. سرشیر، خامه و رویه ماست جدا شود.
 - از مصرف زیاد شیرینی خامه ای، تنقلات مثل غذاهای فوری و آماده مانند ساندویچ سوسیس و کالباس، چیپس اجتناب شود.

- بجای سس مایونز یا سس سالاد از روغن زیتون یا آبلیمو یا سرکه و سبزیجات معطر و ادویه استفاده شود.
- غذاها بیشتر به شکل آب پز، بخارپز، تنوری یا کبابی استفاده شود.
- حتی الامکان از سرخ کردن مواد غذایی پرهیز شود.

- رویه چربی خورش ها و سوپ ها جدا گردد (این کار زمانی که غذا سرد شده است آسانتر است)
- از حبوبات و غلات سبوس دار (نان های سبوس دار) بیشتر استفاده شود.
- میوه و سبزی روزانه و به مقدار لازم استفاده شود.
- ۲- وزن در حد مطلوب نگهداشته شود و از افزایش وزن و چاقی جلوگیری شود.
- ۳- فعالیت بدنی روزانه و مداوم انجام شود.
- ۴- از مصرف سیگار پرهیز شود.

چاقی

تعریف چاقی

به تجمع غیر طبیعی چربی در بدن چاقی گفته می شود. زمانی که دریافت انرژی از مصرف یا سوخت انرژی در بدن تجاوز کند، بدن انرژی اضافه را در سلول های چربی که در بافت چربی وجود دارند، ذخیره می کند. این سلول های چربی به عنوان ذخیره انرژی عمل می کنند و بسته به این که فرد چگونه این انرژی را مصرف می کند، بزرگ می شوند یا کوچک می شوند. اگر فرد بین دریافت و مصرف انرژی توسط عادات خوردن و ورزش منظم تعادل برقرار نکند، چربی ساخته می شود و فرد دچار اضافه وزن می شود.

افراد چاق از نظر مقدار و نحوه توزیع چربی در بدن متفاوت هستند. خطراتی که با چاقی همراه هستند و نوع بیماری هایی که از چاقی ناشی می شوند، تحت تاثیر نحوه توزیع چربی در بدن هستند. زمانی که قسمت عمده چربی در شکم تجمع می یابد خطر عوارض چاقی، بالاخص بیماری قلبی عروقی بیشتر است. در برخی از خانواده ها احتمال ابتلاء به چاقی بیش از سایر خانواده ها است. در واقع زمینه ژنتیکی فرد را مستعد می کند تا در صورت دریافت بیش از حد انرژی یا فعالیت ناکافی، دچار اضافه وزن شود.

عوامل مؤثر بر چاقی

عوامل ژنتیکی و عوامل محیطی در تعیین وزن افراد نقش دارند اما می توان با یک سری اقدامات بموقع و ساده احتمال بروز چاقی را کاهش داد.

عادات غذایی نامناسب، مصرف بعضی از داروها، کم تحرکی و بعضی از بیماری ها از عوامل مؤثر در افزایش وزن هستند.

عوامل ژنتیکی:

در خانواده هایی که افراد چاق دارند احتمال بروز چاقی در سایر افراد خانواده بیشتر است.

عوامل محیطی:

الف- عادات غذایی نامناسب مثل مصرف بی رویه غذاهای چرب و شیرین

ب- کم تحرکی

پ- بعضی از بیماری ها مثل کم کاری تیروئید

ت- مصرف بعضی از داروها

ارزیابی و برآورد خطر اضافه وزن و چاقی

نمایه توده بدنی (BMI): تعیین نمایه توده بدنی ساده ترین و رایج ترین راه تعیین اضافه وزن و چاقی است که می تواند شیوع چاقی در جامعه و خطرات همراه و مرتبط با چاقی مانند بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت را تعیین کند. نمایه توده بدنی یک شاخص ساده نسبت وزن به ازای قد بدون توجه به جنس است و ارتباط قوی با میزان چربی بدن دارد. نمایه توده بدنی براساس تقسیم وزن بدن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد برحسب متر محاسبه می شود (kg/m²). مثلاً اگر فردی دارای قد ۱۸۰ سانتیمتر و وزن ۸۵ کیلوگرم باشد، نمایه توده بدنی او (kg/m²) ۲۶/۲۳ می شود. $۲۶/۲۳ = ۸۵ / (۱/۸ \times ۱/۸)$ برای ساده کردن محاسبات، جدول و یا نموداری تهیه شده است که پس از اندازه گیری وزن و قد، با استفاده از آن می توان براحتی نمایه توده بدنی فرد را تعیین نمود. در مجموع هر چه مقدار نمایه توده بدنی بیشتر باشد، خطری که به افزایش وزن مربوط می شود، بیشتر است. اگر نمایه توده بدنی بالا باشد و بالاخص اگر سایر عوامل خطر مرتبط با اضافه وزن و چاقی نیز وجود داشته باشد، کم کردن وزن بسیار سودمند است. البته باید توجه داشت که در سالمندان (افراد ۶۰ سال و بیشتر) افزایش BMI تا حدودی می تواند به دلیل کوتاه شدن قد ناشی از پوکی استخوان باشد.

نمایه توده بدنی ۲۵ (kg/m²) و بالاتر در بزرگسالان را **اضافه وزن** می نامند. از این نقطه خطر بیماری های همراه و مرتبط با چاقی با افزایش وزن زیاد می شود. نمایه توده بدنی ۳۰ و بالاتر را **چاقی** می نامند. نمایه توده بدنی ۳۰-۳۴/۹ به چاقی درجه یک، ۳۵-۳۹/۹ به چاقی درجه ۲ و ۴۰ و بالاتر به چاقی درجه ۳ تقسیم بندی می شود.

اندازه دور کمر: یکی دیگر از راه های ارزیابی خطر بروز بیماری های ناشی از چاقی، اندازه گیری دور کمر است. اندازه دور کمر بیش از ۸۸ سانتیمتر در زنان و بیش از ۱۰۲ سانتیمتر در مردان تجمع چربی شکمی زیاد محسوب می گردد. در کشور های آسیایی و منجمله ایران این اعداد در هر دو جنس ۹۰ سانتیمتر است.

عوامل خطر یا بیماری های همراه با چاقی

بعضی از بیماری ها یا عوامل خطر آفرین همراه با چاقی، سلامت بیماران چاق را در معرض خطر جدی قرار می دهند. توجه به درمان و مراقبت این افراد ضروری است.

این بیماری ها شامل بیماری عروق کرونر قلب، سایر بیماری هایی که ایجاد تصلب شرایین می کنند، دیابت نوع ۲، وقفه تنفسی در خواب، اختلالات زنانگی مثل قطع قاعدگی و خونریزی، مشکلات استخوانی مفصلی، سنگ کیسه صفرا و عوارض آن ها و استرس هستند.

عوامل خطر آفرین شامل مصرف دخانیات، فشارخون بالا، اختلال چربی خون، اختلال گلوکز ناشتا، سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس (سکته قلبی یا مرگ ناگهانی در مردان درجه یک خانواده در سن ۵۵ سالگی یا قبل از آن، یا در زنان درجه یک خانواده در سن ۶۵ سالگی یا قبل از آن)، مردان ۴۵ سال و بیشتر یا زنان ۵۵ سال و بیشتر (یا بعد از یائسگی)، کم تحرکی، تری گلیسیرید خون بالا هستند.

تاثیر اضافه وزن و چاقی بر سلامتی

عواقب بهداشتی اضافه وزن و چاقی بسیار متفاوت است و از افزایش خطر مرگ زودرس تا ناتوانی های ناشی از بیماری را شامل می شود. هر چه مدت ابتلاء به چاقی بیشتر باشد، خطر بیشتر است. چاقی یکی از عوامل خطر مهم برای بیماری

های غیر واگیر مانند دیابت، قلب و عروق و سرطان است. چاقی خود نیز یک بیماری مزمن است که با افزایش آن خطر مرگ نیز افزایش می یابد. چاقی در کودکی و نوجوانی زمینه ابتلاء به چاقی در بزرگسالی را افزایش می دهد.

فواید کاهش وزن در افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی

کاهش وزن می تواند قند خون، فشارخون و چربی خون را در سطح مطلوب کنترل کند. کاهش وزن در حد متوسط سبب بهبودی عملکرد ریه ها و تنگی نفس می شود، تعداد وقوع وقفه تنفسی در خواب را کم می کند، کیفیت خواب را بهبود می دهد، خواب آلودگی در طول روز، درد استخوانی مفصلی و نیز درد کمر را کم می کند. البته حفظ وزنی که کاهش یافته، در بهبودی مؤثر است. پیروی از رژیم های غذایی نامناسب برای کاهش وزن سبب کمبود بعضی از مواد مغذی و بروز برخی بیماری ها (مانند اختلال گوارشی) در فرد می شو. کاهش و افزایش وزن مکرر اثرات منفی بر سلامتی دارد و موفقیت در برنامه های کاهش وزن را مشکل می سازد. هدف از کاهش وزن و مراقبت آن شامل کاهش وزن، حفظ وزن کاهش یافته به مدت طولانی و پیشگیری از اضافه وزن بیشتر است.

درمان اضافه وزن و چاقی

درمان یک فرد دارای اضافه وزن و چاقی شامل دو مرحله است: ارزیابی و مراقبت. **ارزیابی** شامل تعیین درجه چاقی و وضعیت کلی سلامتی است. **مراقبت** نه تنها شامل کاهش و حفظ وزن بدن است بلکه شامل انجام اقدامات لازم برای کنترل سایر عوامل خطر آفرین او بیماری ها است. چاقی یک بیماری مزمن است و بیمار و کارکنان بهداشتی باید بدانند که درمان نیاز به تلاش دراز مدت در طول زندگی دارد. انواع مختلف درمان های مؤثر برای کنترل وزن وجود دارد، که شامل درمان با رژیم غذایی، فعالیت بدنی، درمان رفتاری (تغییر شیوه زندگی)، درمان دارویی، درمان ترکیبی و جراحی است.

رژیم غذایی

رژیم غذایی یعنی تنظیم یک برنامه غذایی مناسب بر اساس شرایط فرد (از نظر سن، جنس، فعالیت بدنی، سلامتی، عادات غذایی، ...) برای دست یابی به سلامتی - یکی از راه های مهم برای اصلاح رژیم غذایی، آموزش افراد در مورد اصول تغذیه مناسب، گروه های غذایی، عادات غذایی مناسب و تهیه و طبخ صحیح مواد غذایی است. - در طی رژیم غذایی افراد باید از نظر پیروی صحیح از برنامه و توصیه های غذایی تحت مراقبت قرار گیرند.

توصیه های غذایی برای کاهش وزن

- از مصرف غذا های پر انرژی حاوی مقادیر زیاد چربی و کربوهیدرات اجتناب شود.
- حجم غذای مصرفی در هر وعده کاهش یابد.
- آب به مقدار کافی مصرف شود.
- رژیم غذایی باید طوری برنامه ریزی شود که در ترکیبات آن مصرف چربی و نمک در حدی باشد که سایر عوامل خطر زای بیماری قلبی عروقی (مانند فشارخون بالا، کلسترول خون بالا...) را کاهش دهد و اصلاح کند.
- بعد از کاهش وزن حفظ آن مهم است. برای حفظ وزن، هر فرد باید در روز به تعادل مقدار انرژی که دریافت می کند و

مقدار انرژی که از طریق فعالیت می سوزاند توجه کند تا قادر به حفظ وزن مطلوب خود باشد.

- کاهش وزن نباید اولین هدف برای سلامتی باشد. موفقیت در کاهش وزن را نباید بر اساس مقدار وزن ازدست داده ارزشیابی کرد بلکه باید بر اساس میزان بهبودی در عوامل خطرزای بیماری های مزمن همراه با چاقی یا نشانه های آن و پذیرش شیوه زندگی مناسب ، ارزشیابی کرد.

هدف از رژیم غذایی تنها کاهش وزن نیست، بلکه یکی از اهداف مهم ، کنترل سایر عوامل خطر ساز بیماری های غیر واگیر همراه با چاقی است.

فعالیت بدنی

کاهش فعالیت روزانه در افزایش وزن دخالت دارد. فعالیت بدنی بصورت مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت تاثیر دارد. افزایش فعالیت بدنی با افزایش مصرف و سوخت انرژی در کاهش و حفظ وزن مؤثر است. انجام فعالیت بدنی همراه با رژیم غذایی نسبت به یک رژیم غذایی بدون فعالیت بدنی، بیشتر در کاهش خطر بیماری قلبی عروقی مؤثر است. فعالیت بدنی حجم چربی بدن را کم می کند و از کاهش توده عضلانی که غالباً "در طی کاهش وزن رخ می دهد، جلوگیری می کند.

- فعالیت بدنی مناسب فعالیت بدنی با شدت متوسط است که به مدت ۳۰ الی ۶۰ دقیقه در روز و در بیشتر روزهای هفته یا ترجیحاً "تمام روز ها انجام گیرد. به عنوان مثال پیاده روی تند، دویدن آرام، دوچرخه سواری و شنا بر اساس شرایط جسمانی فرد از ورزش های مناسب و تاثیر گذار برآمدگی قلب و ریه در این مورد هستند.

- فعالیت بدنی یک عامل کلیدی برای حفظ وزن کاهش یافته است.

رفتار درمانی

این نوع درمان شامل تغییر رفتار هایی است که در کاهش وزن مؤثر هستند از جمله تغییر در الگوهای رژیم غذایی و فعالیت بدنی و سایر رفتار هایی است که در کاهش وزن مؤثر هستند. اصلاح عادات غذایی و میزان فعالیت بدنی به منظور کاهش و کنترل وزن نیاز به زمان دارد.

درمان دارویی

درمان دارویی در صورت نیاز باید تحت نظر پزشک تجویز شود.

بیماران تحت درمان باید بطور منظم برای تعیین تاثیر دارو و تداوم درمان ، تحت پایش و مراقبت قرار گیرند.

جراحی

زمانی که راه های اولیه درمان چاقی شامل اصلاح رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی و یا دارو درمانی مؤثر نباشند، جراحی به عنوان یکی از راه های درمان چاقی توصیه می شود. در این روش جراحی بر روی معده یا روده به منظور کاهش حجم غذای دریافتی انجام می شود. باید توجه داشت حتی در صورت انجام عمل جراحی پیروی از رژیم غذایی مناسب و افزایش فعالیت بدنی ضروری است.

پیشنهاد های کلی درمان اضافه وزن در کسانی که تحت رژیم غذایی هستند

هدف از کاهش وزن رسیدن به وزن مطلوب برای حفظ سلامتی است. در برخی موارد در برنامه کاهش وزن در افراد چاق

به ویژه کسانی که وزن بسیار زیادی دارند ، شکست رخ می دهد اما این مسئله نباید موجب ناامیدی و نگرانی این افراد از ادامه برنامه شود.

هشدار در مورد رژیم های غذایی خیلی سخت

پیروی از رژیم های غذایی خیلی سخت عوارض نامطلوب بر سلامت فرد می گذارند و اغلب باعث پر خوری در مراحل بعد از قطع رژیم غذایی می شوند که خود باعث افزایش مجدد وزن می گردد. کاهش وزن اولیه که در اثر پیروی از رژیم های سخت اتفاق می افتد بیشتر به علت دفع مایعات بدن است. از عوارض جانبی نامطلوب این گونه رژیم ها می توان از تهوع، عدم تحمل سرما، ریزش مو، سنگ کیسه صفرا و نامنظمی قاعدگی نام برد.

اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان

علاوه بر سایر مزایای شیردهی ، هم شروع و هم مدت شیردهی خطر اضافه وزن و چاقی را در سال های بعد در کودک افزایش می دهد. حداقل ۶ ماه شیردهی توصیه می شود. در کودکان نوپا اوایل دوران کودکی زمان رشد سریع و تکامل است. اگر پیشگیری از چاقی از دوران کودکی آغاز شود می توان جلوی تغییرات سوخت و سازی و فیزیولوژی بدن را گرفت. تعیین خطر اضافه وزن قبل از نوجوانی می تواند تغییر عادات مضر را تسهیل کند. درمان اضافه وزن در واقع باید قبل از ۲ سالگی شروع شود اما به علت رشد و تکامل سریع که در این سال ها رخ می دهد نمی توان بر کاهش وزن تاکید کرد.

با توجه به این که در کودکان یا نوجوانان هنوز قد در حال افزایش و ترکیب بدن در حال تغییر است و سن شروع بلوغ نیز متفاوت است، طبقه بندی چاقی با سایر گروه های سنی اختلاف دارد.

در گروه سنی ۱۸-۲ سال طبقه بندی وزن بر اساس مقدار نمایه توده بدنی مخصوص کودکان و نوجوانان صورت می گیرد. (پیوست شماره)

در کودکان سنین قبل از مدرسه افزایش وزن ۱ کیلوگرم به ازای ۲ سانتیمتر افزایش قد یک افزایش منطقی است و از ۳ سالگی تا ۹ سالگی کاربرد دارد. افزایش بیش از این مقدار نیاز به توجه و مراقبت از افزایش وزن دارد. در مان مشابه درمان در بزرگسالان و شامل رژیم غذایی و افزایش فعالیت بدنی است، اما در کودکان باید سن ، شدت چاقی و وجود سایر عوامل خطر آفرین در کودک را نیز مد نظر قرار داد. نقش والدین و مربیان کودکان در حمایت از برنامه های کاهش وزن و یا جلوگیری از افزایش وزن بسیار مهم است.

ارزیابی اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان

ارزیابی اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان بر حسب صدک های نمایه توده بدنی و با توجه به سن انجام می گیرد.

- کودکانی که نمایه توده بدنی کمتر از ۸۵٪ دارند دارای وزن طبیعی به ازای قد خود هستند. در این افراد باید وزن حفظ شود چون با افزایش قد مقدار نمایه توده بدنی مطلوب تر می گردد. این افراد هر سال باید از نظر قد و وزن و نمایه توده بدنی بررسی شوند.

- کودکانی که نمایه توده بدنی ۸۵٪ تا ۹۵٪ دارند در معرض خطر اضافه وزن هستند. در این افراد باید همین مقدار نمایه توده بدنی با افزایش سن حفظ شود چون با افزایش سن مقدار نمایه توده بدنی مطلوب تر می گردد و باید به کمتر از ۸۵٪ برسد.

در این افراد باید کاهش وزن تدریجی انجام گیرد.

- افرادی که نمایه توده بدنی ۹۵٪ و بیشتر دارند دارای اضافه وزن هستند. در کودکان جوانتر باید همین مقدار نمایه توده بدنی با افزایش سن حفظ شود. در نوجوانان باید کاهش وزن تدریجی تا رسیدن به نمایه توده بدنی کمتر از ۸۵٪ انجام گیرد.

- افرادی که نمایه توده بدنی ۹۵٪ و بیشتر همراه با سایر عوامل خطر آفرین دارند باید کاهش وزن ۱ تا ۲ کیلو در ماه برای کاهش نمایه توده بدنی انجام گیرد و درمان سایر عوامل خطر آفرین انجام شود.

- افرادی که نمایه توده بدنی ۳۰ و بیشتر همراه با سایر عوامل خطر آفرین دارند باید کاهش وزن ۱ تا ۲ کیلو در ماه برای کاهش نمایه توده بدنی انجام گیرد و درمان سایر عوامل خطر آفرین انجام شود. به چند دلیل در کودکان کاهش وزن تدریجی توصیه می شود:

۱- چون هدف کاهش وزن به مقدار لازم در مدت طولانی تری است، هم دستیابی به آن مقدار وزن راحت تر است و هم در کودکانی که اعتماد به نفس کمتری دارند سبب افزایش اعتماد به نفس می شود.

۲- کاهش وزن تدریجی مقدار انرژی مورد نیاز برای کودکانی که هنوز در حال رشد هستند را تامین می کند. -در نوجوانان بزرگتر بطور مشابه از نمودار نمایه توده بدنی افراد بزرگسال استفاده می شود و مقدار نمایه توده بدنی ۲۵ و بیشتر به عنوان اضافه وزن و یا چاقی مد نظر قرار می گیرد. گاهی در کودکانی که از تناسب جسمی خوبی برخوردار هستند ولی دارای نمایه توده بدنی بالایی هستند این مسئله به علت افزایش بافت چربی در بدن آن ها نیست بلکه به علت افزایش توده عضلانی است و این افراد نیاز به کاهش وزن ندارند.

وجود سایر عوامل خطر آفرین و یا بیماری های ناشی از چاقی در تصمیم گیری برای کاهش وزن نقش مهمی دارند. اصلاح رژیم غذایی اختصاصی بر حسب سن فرد پایه درمان است. اهداف اصلی رژیم غذایی، در یافت انرژی مناسب و تغذیه مطلوب برای حفظ سلامتی و رشد طبیعی و کمک به کودک برای ایجاد و حفظ عادات غذایی و فعالیت بدنی مفید است.

نیازهای طبیعی کودکان ممکن است برای کودکان هم سن به علت اختلاف طبیعی در اندازه آن ها متفاوت باشد.

هدف های تغییر رفتار برای کاهش وزن در کودکان و نوجوانان شامل موارد زیر است:

- افزایش مصرف میوه و سبزی بیش از ۵ بار در روز
- مصرف فیبرهای غذایی به مقدار کافی و محدودیت مصرف نمک و قند و شکر
- افزایش مصرف شیر و لبنیات بیش از ۳ بار در روز و افزایش مصرف لبنیات بدون چربی بعد از ۲ سالگی
- افزایش مصرف غلات بیش از ۶ بار در روز
- آماده کردن غذا در منزل و کاهش مصرف غذاهای بیرون از خانه، برنامه ریزی برای تنقلات سالم، ارائه غذاهای کم انرژی مثل میوه و سبزی
- افزایش فعالیت بدنی روزانه به ۱ ساعت در روز
- درگیر کردن کودکان در برنامه ریزی وعده های غذایی، خرید مواد غذایی، آماده کردن غذا و انتخاب غذاهای سالمتر
- انجام فعالیت بدنی روزانه منظم (در حد عرق کردن که نشان می دهد شدت فعالیت مناسب است و تلاش کافی صورت گرفته است). این توصیه برای همه کودکان کاربرد دارد.
- محدود کردن و کاهش تماشای تلویزیون و بازی های کامپیوتری به کمتر از ۲ ساعت در روز
- توصیه به ورزش و فعالیت بدنی که لذت بخش و مطابق با شرایط و شیوه زندگی خانواده باشد. فعالیت هایی مانند پیاده

روی، دوچرخه سواری، اسکیت، پیاده روی، طناب بازی، کوه پیمایی، وزنه برداری برای بهبود قدرت عضلانی و باغبانی را راحت ترمی توان در زندگی روزانه انجام داد.

اغلب رژیم های غذایی برای کاهش وزن بر مصرف متعادل، متنوع و مقدار کافی طبق الگوی غذایی کلی مصرف تاکید دارد. مراقبت و درمان چاقی و اضافه وزن یک مراقبت دراز مدت است و بهتر است خود مراقبتی توسط کودکان و نوجوانان تشویق شود.

فعالیت بدنی

تعریف فعالیت بدنی

فعالیت بدنی به حرکت های بدنی یا فیزیکی گفته می شود که بوسیله عضلات اسکلتی ایجاد می شود و نیاز به مصرف انرژی دارد. ورزش نوعی فعالیت بدنی است که سازماندهی شده است و با هدف دسترسی به تناسب بدنی به صورت منظم و مکرر انجام می شود. تناسب بدنی مجموعه ای از خصوصیات است که قابلیت و توانایی انجام فعالیت های بدنی لازم و مورد نیاز روزانه را با قدرت، هوشیاری، نشاط و شادابی بدون مواجهه با خستگی بی مورد، به فرد می بخشد. تناسب بدنی معمولاً "بر اساس تناسب قلبی-تنفسی، تناسب عضلانی و ترکیب بدن محاسبه می گردد. بیشترین حد فواید قلبی عروقی با فعالیت بدنی با شدت متوسط و منظم حاصل می شود.

فعالیت بدنی برای بیمار مبتلا به نارسایی قلبی خوب است اما نباید با شدت زیاد انجام دهد. پیاده روی از فعالیت های بسیار مناسب است. ورزش منظم عضلات را سالم نگه میدارد. باید بیاد داشت بیماران و افراد بالای ۴۰ سال باید قبل از شروع هر فعالیت مهمی با پزشک مشورت کنند حتی اگر با انجام آن دچار مشکلی نشوند. میزان مناسب فعالیت بدنی روزانه هر فرد که بطور معمول انجام می دهد باید توسط پزشک او محاسبه شود. برای هر فرد باید متناسب با توانایی هایش و نیاز سلامتی او برنامه ورزشی تجویز نمود.

فعالیت بدنی منظم شامل حداقل ۴ تا ۶ بار ورزش با شدت متوسط (معادل حالتی که در راه رفتن سریع بدست می آید) در هفته و هر بار به مدت ۳۰ الی ۶۰ دقیقه است که این مدت می تواند به دفعات حداقل ۱۰ دقیقه ای تقسیم شود در ۳ الی ۶ نوبت در روز انجام شود. برنامه های ورزشی یا فعالیت بدنی باید شامل ورزش های هوازی و نیز ورزش های مقاومتی و قدرتی برای ارتقاء و تقویت سلامتی ساختمان اسکلتی-عضلانی باشند و حداقل ۵ بار در هفته گنجانده شوند. نرمش قبل و بعد از انجام فعالیت ورزشی به منظور گرم کردن و سرد کردن تدریجی بدن ضروری است.

فعالیت های هوازی یا ورزش آئروبیک تمرینی است که توانائی عملکرد و تناسب قلبی عروقی را بهبود می بخشد. فعالیت های هوازی فعالیت های با شدت متوسط و مدت نسبتاً طولانی هستند که گروه های عضلات بزرگ بدن را فعال می کنند و اجرای آن ها به حضور و مصرف اکسیژن توسط عضلات بدن وابسته است، زیرا انرژی مورد نیاز برای این نوع فعالیت ها، عمدتاً از طریق سیستم هوازی تامین می شود. نمونه های فعالیت های هوازی شامل دویدن، طناب زدن، پیاده روی تند، شنا، دو آرام و دوچرخه سواری با سرعت کم و متوسط هستند.

شدت این گروه از فعالیت های هوازی در حدی است که می توان آن ها را به مدت نسبتاً طولانی انجام داد و در عین حال سرعت ضربان قلب را به نحو بارزی افزایش می دهند. فعالیت های همگانی یا شیوه زندگی که شدت متوسطی دارند مثل پیاده روی بجای رانندگی یا استفاده از ماشین، بالارفتن از پله ها بجای آسانسور یا مقداری از راه را تا محل کار پیاده رفتن اگرچه از نوع فعالیت های هوازی هستند ولی چون شدت آن ها کم است، ورزش های هوازی فعال تلقی

نمی شوند. فعالیت های شدید تر مانند طناب زدن، دویدن آهسته یا دوچرخه سواری از نوع هوازی فعال هستند و برای تناسب قلبی عروقی در افراد سالم بسیار مفیدتر هستند. اما توجه کنید که در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نباید شدت فعالیت ها زیاد باشد و فعالیت هایی مثل پیاده روی تند، شنا، دو آرام و دوچرخه سواری آرام برای این افراد مناسب هستند.

فعالیت های غیر هوازی فعالیت هایی هستند که با تمام سرعت در مدت کوتاه انجام می شوند (چند ثانیه تا حداکثر ۳ دقیقه) مانند انواع پرتاب ها (مثل دیسک، نیزه، وزنه)، پرش ها، کشتی و وزنه برداری، و به مصرف اکسیژن وابسته نیستند. این نوع فعالیت ها برای بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی خصوصا "نارسایی قلبی مناسب نیستند".

برای این که فعالیت بدنی و ورزش خطرایجاد نکند، بیماران باید نکات زیر را پیگیری کنند:

- ۱- بدانند چه نوع و چه مقدار ورزشی برای آن ها خوب است.
- ۲- در سطح صاف پیاده روی کنند و از بالا رفتن از سر بالائی خودداری کنند.
- ۳- سعی کنند حداقل ۵ روز در هفته تمرین کنند.
- ۴- تمرین خود را بتدریج از روزی ۱۰ دقیقه تا ۳۰ الی ۶۰ دقیقه در روز افزایش دهند. این کار ممکن است ۸-۱۲ هفته طول بکشد تا به آن مدت دست یابند.
- ۵- اگر به مقدار مناسب و درست فعالیت کنند، نباید آن ها را خسته کند. در هنگام فعالیت باید بتوانند بدون این که مشکل تنفسی داشته باشند، صحبت کنند.
- ۶- لباس و کفش مناسب بپوشند. از لباس های سبک و جاذب عرق (نخی یا کتان) که پوست بتواند براحتی تنفس کند استفاده کنند. در سرما از چند لایه لباس نازک بجای یک لباس کلفت استفاده کنند.
- ۷- در هوای سرد کمتر از ۵ درجه و هوای گرم بالای ۳۰ درجه یا در زمان غذا خوردن از تمرین خودداری کنند.
- ۹- اگر پیاده روی جزء تمرین است: دورتا دور ساختمان یا دور جاده به شکل دایره پیاده روی کنند. پیاده روی در یک جهت مستقیم باعث می شود از نقطه ای که شروع کردند دور شوند. سعی کنید بطور مداوم قدم بزنند.
- ۱۰- از فعالیت های خیلی زیاد پرهیز کنند. اشیاء سنگینی را که زود آن ها را خسته می کند، هل ندهند، نکشند، بلند نکنند یا فشار ندهند.
- ۱۱- بهتر است فعالیت ورزشی خود را در پارک ها یا نزدیک خانه و حتی المقدور در ساعات اولیه روز انجام دهند.
- ۱۲- در ساعات شلوغی خیابان ها نباید به فعالیت بدنی پردازند.
- ۱۳- توصیه می شود مشخصات فردی شامل نام و نام خانوادگی و تلفن خود و یا یکی از آشنایان را در جیب خود قرار دهند تا در صورت بروز حادثه خاص، امکان تماس با نزدیکان آن ها فراهم شود.

علائم فعالیت بدنی نامناسب و خیلی سخت

- تنگی نفس زیاد
 - طپش قلب
 - سرگیجه و تهوع
 - ناراحتی و دردسینه
 - خستگی (از پا افتادن) بعد از تمرین
- اگر در حین فعالیت این نشانه ها رخ دهد، فعالیت را قطع و استراحت کنند. در صورتی که این نشانه ها بیش از ۲۰ دقیقه طول بکشد یا اگر بطور نامنظم رخ دهد با پزشک خود تماس بگیرند.

تنظیم برنامه روزانه توسط بیماران قلبی عروقی

- ۱- اگر فعالیت های روزانه خیلی خسته کننده است نیاز به ذخیره انرژی دارند. ممکن است نیاز باشد بعضی از فعالیت ها را قطع کنند یا از وسایل یا روش هایی استفاده کنند که انجام آن انرژی کمتری نیاز دارد و آن را ذخیره می کند. (مثل استفاده از جارو برقی، ماشین لباسشویی ..)
- ۲- بیماران هم روز خوب و هم روز بد خواهند داشت. سعی کنند این تغییرات را با تنظیم فعالیت ها به حداقل برسانند.
- ۳- طوری برنامه ریزی نکنند که کارهای زیادی را در یک روز انجام دهند. زمان کافی در نظر بگیرند تا نیازی به عجله کردن نباشد.
- ۴- قبل و بعد از فعالیت ها استراحت کنند. وقتی احساس می کنند خیلی خسته هستند چند بار استراحت کوتاه موثر تر از استراحت طولانی است
- ۵- اگر در حین فعالیت خسته شدند، توقف کنند و استراحت کنند.
- ۶- بعد از غذا فوراً "فعالیت انجام ندهند.

توانبخشی در بیماران بعد از حمله قلبی یا جراحی قلب

فعالیت های اولیه باید تحت نظارت انجام شود. در ابتدا توصیه می شود با مقدار کمی فعالیت مثل نشستن روی صندلی به مدت چند ساعت در روز شروع شود و سپس فعالیت سبک بصورت پیاده روی روزانه با سرعت آهسته و فاصله کم انجام شود و به تدریج در طول دو هفته تا ۱۰ دقیقه پیاده روی مداوم در هر روز، افزایش یابد. در این مدت پیاده روی باید همراه با تمرینات و حرکات غیر مقاومتی (کششی و نرمشی) دست ها، پاها و تنه انجام شود. اگر فعالیت برای چند روز قطع شود، باید با شدت کمتر از سر گرفته شود و بتدریج افزایش یابد. در فاصله ۲ تا ۶ هفته بعد از حادثه قلبی در صورت پایدار بودن وضعیت بیمار یک سری آزمایش از جمله آزمایش ورزش برای بیمار انجام می شود و یک برنامه ورزشی برای آماده سازی بیمار به اجراء در می آید که شامل ورزش عضلات بزرگ است و حداقل ۲۰ تا ۳۰ دقیقه در هر جلسه و ۳ تا ۴ بار در هفته باید انجام شود. در حین فعالیت نباید مشکلی پیش آید، بیمار باید در صورت بروز درد یا احساس ناراحتی در سینه، پشیم قلب، تهوع، احساس غش و تنگی نفس فعالیت خود را قطع کند و با پزشک خود مشورت نماید. در بیمارانی که کم خطر هستند می توان شدت فعالیت را بیشتر کرد. وقتی شدت فعالیت ورزشی برای بیمار بی ضرر بود هر هفته می توان به زمان فعالیت ۵ دقیقه اضافه کرد. بیمار به تدریج قادر می شود یک فعالیت مشخص را با توانایی و افزایش کمتر ضربان قلب انجام دهد. سپس می توان شدت فعالیت را تا حد ورزش های قدرتی مثل بلند کردن وزنه های مناسب افزایش داد.

بیمارانی که در منزل ناچار به استفاده از پله هستند باید قبل از مرخص شدن از بیمارستان در آن جا تمرین کنند. یعنی می توانند یک روز یک طبقه از پله های پایین بروند و با آسانسور برگردند و روز بعد یک طبقه از پله ها بالا بروند و پایین بیایند. این کار کمک می کند بیمار و خانواده او در منزل کمتر مضطرب باشند.

توصیه هایی برای فعالیت بدنی در کودکان و نوجوانان

کودکان کمتر از ۲ سال: فراهم کردن محیط بازی امن، جلوگیری از تماشای تلویزیون، اجازه به بازی در محیط بیرون از خانه تحت نظارت والدین مانند پیاده روی در پارک

۱۰-۱۲ سال: بازی با خانواده و دوستان، انجام فعالیت هایی که مهارت بیشتری نیاز دارند مانند فوتبال، بسکتبال

کودکان ۶-۴ سال: توصیه به بازی های آزاد و فعالیت هایی مثل شنا، دویدن، پیاده روی با والدین
نوجوانان: این گروه بیشتر به تناسب جسمی خود توجه دارند، پیاده روی، دوچرخه سواری، کار در خانه، ورزش های رقابتی و غیر رقابتی از ورزش های مناسب است.
بطور کلی توصیه می شود افراد بزرگسال در روز معادل ۱۰۰۰۰ قدم (۱۱۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ قدم در روز برای دختران و ۱۳۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰ قدم در روز برای پسران) فعالیت کنند تا به سطح مطلوب فعالیت و شیوه زندگی سالم برسند.

برنامه آموزشی

آموزش در سه مرحله صورت می گیرد:

- ۱-آموزش برای مراجعه کنندگان به خانه بهداشت
 - ۲-آموزش در مراقبت ها و بازدید ها برای بیماران و خانواده آن ها
 - ۳-آموزش همگانی و مستمر برای عموم مردم
- از مهمترین اقدامات برای پیشگیری از بیماری قلبی عروقی، آموزش همگانی و تشویق مردم به اجرای موارد زیر می باشد:**

- ۱-از مصرف نمک زیاد پرهیز شود .
 - ۲-از پرخوری و مصرف غذاهای پرچربی خود داری شود(در نتیجه از چاقی پیشگیری می شود).
 - ۳-از مصرف دخانیات پرهیز شود و در صورت مصرف دخانیات هرچه سریعتر برای ترک برنامه ریزی گردد .
 - ۴-فعالیت بدنی افزایش یابدوبرای ورزش مداوم و منظم برنامه ریزی شود .
 - ۵-افراد سالم حسب گروه سنی لازم است حداکثر هر سه سال یک باردر برنامه غربالگری شرکت نمایند .
- هر فردی که مبتلا به بیماری قلبی عروقی است، می بایست ازقبل شماره فوریت های پزشکی(اورژانس) محل زندگی خود و سریعترین مسیر رسیدن به بیمارستان یا مرکز بهداشتی درمانی از خانه یا محل کار خودرا بررسی کند و آن را یاد بگیرد وبا پزشک خود درمورد اقداماتی که می تواند قبل از رسیدن پزشک انجام دهد، صحبت کند.هم چنین اطلاعات اورژانسی (اطلاعات مربوط به شرایط خاص و بیماری هایی که دارد) را با خود در همه جا به همراه داشته باشد و این اطلاعات را به فردی که او را می شناسد و نزدیک اوست، نیز بدهد.
- توصیه های لازم به بیمار مبتلا به بیماری زمینه ساز یا بیماری قلبی عروقی جهت اصلاح شیوه زندگی (مصرف دخانیات ، کم تحرکی ، تغذیه نامناسب)

۱- راهنمای تغذیه

- خوردن سه وعده غذا به مقدار متعادل بهتر از خوردن یک وعده غذا اما به مقدار زیاد است . ولی باید به یاد داشته باشید که نوع غذا خیلی مهمتر از مقدار آن است و بطور کلی غذاهای مصرفی باید متنوع و شامل انواع گوناگون موادغذائی باشند.
- از مصرف زیاد نمک خوداری کرده و از گذاشتن نمکدان سر سفره پرهیز کنید .
- غذاهای کم چربی را انتخاب کنید وغذا را بیشتر به صورت آب پز ، بخار پز یا کبابی تهیه کنید وحتی المقدور از خوردن غذاهای سرخ کرده خود داری کنید .اگر تمایل داشتید مواد غذایی را سرخ کنید از روغن مایع مخصوص سرخ کردنی استفاده کنید.
- سعی کنید لبنیات کم چربی ، گوشت کم چربی و مرغ بدون پوست مصرف کنید .

- از سبزیجات ، سالاد و میوه جات به مقدار زیاد مصرف کنید .(۲تا۴ وعده میوه و ۳تا۵ وعده سبزی درروز و یا درمجموع ۴۰۰ گرم میوه و سبزی درروز)
- غذاهای نشاسته ای مثل نان ، ماکارونی ، دانه های غلات با پوست و سیب زمینی به مقدار متعادل مصرف کنید .
- از مصرف نوشابه های گازدار شیرین اجتناب کنید .
- مصرف شکر ، شیرینی ، شکلات ، کیک و بیسکویت را شدیداً کاهش دهید .
- بجای کره ، روغن های جامد و یا دنبه از روغن ای مایع استفاده کنید .
- گوشت، امعاء و احشاء (جگر ، مغز ، دل ، قلوه) و کله و پاچه را کمتر مصرف کنید .
- مصرف زرده تخم مرغ را محدود کنید (حداکثر ۳ عدد در هفته) .
- حبوبات مثل عدس ، لپه و لوبیا را بیشتر مصرف کنید .
- حتی الامکان نان تهیه شده از آرد سیوس دار مصرف کنید .

نکاتی برای کاهش مصرف نمک :

- نمکدان را از سر میز بردارید . برای طعم غذا می توانید بجای مصرف نمک از آب لیمو، سیر، سبزیجات خشک و ادویه جات استفاده کنید.
- درپخت غذا نمک کمتر مصرف کنید. نصف مقدار نمکی که همیشه مصرف می کردید، استفاده کنید . پرزهای چشائی زبان شما به تدریج به مزه جدید غذا ی کم نمک عادت خواهند کرد .
- از غذاهای فرآوری شده کمتر استفاده کنید . غذاهایی مثل غذاهای کنسروی و سوپ ها ی آماده ، غذاهای آماده ، آجیل شور و تنقلات مثل چیپس ، بیسکویت های نمکی و غیره همه دارای نمک زیادی هستند، از خوردن آن ها خودداری کنید.
- برچسب های داروئی معده ، سرماخوردگی و سردرد را بخوانید. چون بعضی از این ها حاوی سدیم زیادی است .
- برچسب غذائی را بخوانید و انواع کم نمک را انتخاب کنید. به کلمه سدیم و به ستون به ازای هر ۱۰۰ گرم توجه کنید . اگر سدیم این ماده غذائی کمتر از ۱۲۰ میلیگرم در ۱۰۰ گرم است آن را بخرید . (در بعضی کشورها به شکل ۱۲/۰ گرم به ازای ۱۰۰ گرم چاپ شده است)

۲- راهنمای ترک سیگار

- برای کمک به فرد سیگاری به او بگوئید :
- ترک ، کار دشواری نیست .
- علائم ترک ۲-۱ هفته باقی میماند که ممکن است آزار دهنده باشد. اگر مقاومت کنید این مدت زود سپری می شود.
- اکثر افرادی که مصرف سیگار را ترک کرده اند در همان هفته اول و ما بقی در طول سه ماهه اول به مصرف مجدد سیگار رو می آورند که ممکن است به دلایل شرایط پیش بینی نشده یا فشار های روانی شدید باشد ولی نباید ناامید شوندو باید مجدداً برای ترک اقدام کرد.
- بخاطر داشته باشید سیگار کشیدن یک عادت است ، عادتی که میتوان آن را کنار گذاشت .
- به یاد داشته باشید اکثر افراد سیگاری پس از چندین بار تلاش ، موفق به ترک می شوند.
- ترک سیگار دارای مراحل زیر است :

- ۱- برای ترک تصمیم بگیرید.
- ۲- هر شب قبل از خواب به یکی از دلایل ترک خود فکر کنید(مثلاً) برای بهبود سلامتی ، برای بهتر شدن ظاهر،خرج نکردن پول.....).
- ۳- یک برنامه نرمشی - ورزشی را آغاز کنید ، مایعات بیشتری مصرف کنید ، استراحت کنید ، از خستگی بپرهیزید.
- ۴- هیچوقت به این فکر نکنید که هرگز سیگار مصرف نخواهید کرد . فقط به فکر تعیین یک روز برای ترک کردن باشید.
- ۵- از یکی از دوستانتان که او هم سیگار مصرف می کند بخواهید که با هم برای ترک مصرف سیگار برنامه ریزی کنید و پول سیگار روزانه تان را پس انداز کنید.
- ۶- یک تاریخی برای ترک انتخاب کنید و روز ترک را به کلیه افراد خانواده ، دوستان و اطرافیان اطلاع دهید .
- ۷- در روز ترک به خودتان بگوئید امروز سیگار مصرف نمی کنم و اینکار را انجام دهید.
- ۸- لباس های خود را تمیز کنید تا از بوی بد سیگار خلاص شوید .
- ۹- عادت تغذیه ای خود را تغییر دهید تا به کاهش تعداد مصرف سیگار کمک کند،برای مثال شیر بنوشید.
- ۱۰- در موقع میل به مصرف سیگار بجای آن یک لیوان آب بنوشید یا میوه میل کنید.
- ۱۱- در طول روز خود را مشغول کنید .
- ۱۲- از افراد خانواده کمک بخواهید.

۳-راهنمای فعالیت بدنی

- تمام ورزش ها برای بدن مفید هستند ولی بهترین ورزش برای قلب ، ورزشی است که استقامت بدن را افزایش دهد . ورزش هایی استقامت بدن را زیاد می کنند که در آن ها حرکات بدنی بطور پیاپی برای مدتی ادامه داشته باشند، مثل راه رفتن سریع ، دویدن ، شنا ، دوچرخه سواری و حرکات موزون و ملایم .این ورزش ها بهترین نوع ورزش هستند، مانند دوچرخه سواری ، شنا ، راه پیمایی
- باید به خاطر داشت که ورزش نکردن و فعالیت بدنی کم یکی از عوامل موثر در ابتلاء به بیماری قلبی است .
- سعی کنید فعالیت بدنی جزئی از زندگی روزانه باشد .
- باید به یادداشت که ورزش به آرامی شروع شود و بتدریج افزایش یابد .
- به اندازه ای ورزش کنید که احساس خستگی مطبوعی در شما بوجود آید ، نه به اندازه ای که از پا بیافتید . سطح مطلوب ورزش یعنی این که درحین ورزش ضمن نفس زدن بتوان صحبت کرد . همیشه قبل از شروع ورزش ، خود را با حرکات ورزشی ملایم و نرمش گرم کنید.
- برای خاتمه ورزش، بطور ناگهانی ورزش را تمام نکنید .سعی کنید برای چند دقیقه با حرکات ملایم تر به ورزش ادامه دهید .
- تا یک ساعت بعد از صرف غذا ورزش را شروع نکنید .
- درد عضلات در حین ورزش را نادیده نگیرید . در واقع " بدن " می گوید " ورزش کافی است ! " . بهتر است حداقل هفته ای ۵ روز و روزانه ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی انجام شود.در صورتی که نتوانید یک جا ۳۰ دقیقه فعالیت کنید می توان فعالیت بدنی را در طول روز به ۳ نوبت ۱۰ دقیقه ای تقسیم کرد.

مهمترین اقدامات برای پیشگیری از چاقی

آموزش همگانی و تشویق مردم به اجرای موارد زیر می باشد :

- ۱- با داشتن رژیم غذایی و فعالیت بدنی مناسب، وزن مطلوب حفظ شود. حفظ وزن مطلوب نه تنها برای افرادی که اخیراً کاهش وزن داشته اند، بلکه برای همه افراد ضروری است، زیرا روند طبیعی نمایه توده بدنی با افزایش سن بتدریج زیاد می شود. حفظ وزن برای یک مدت طولانی بسیار مهم است.
- ۲- از مصرف دخانیات پرهیز شود و در صورت مصرف دخانیات هرچه سریعتر برای ترک برنامه ریزی گردد. مصرف سیگار و یا سایر دخانیات، انجام فعالیت بدنی یا ورزش را دشوار می سازد. وقتی مصرف سیگار ترک شود ممکن است وزن افزایش یابد. بطوری که در نیمی از افراد کمتر از ۲ کیلوگرم به وزن اضافه می شود، اما به خاطر داشته باشید همه آن هایی که سیگار را ترک می کنند، اضافه وزن پیدا نمی کنند.
- ۳- فعالیت بدنی و ورزش مداوم و منظم افزایش یابد.
- ۴- کاهش وزن تا رسیدن به وزن مطلوب ارتقاء یابد.
- ۵- در طول دوران بارداری و کودکی تغذیه سالم و مناسب صورت گیرد تا زمینه های بروز چاقی در آینده را کاهش دهد.
- ۶- مراقبت از سایر بیماری های همراه چاقی حتی اگر کاهش وزن در حد مطلوب نباشد، سلامتی را بهبود می بخشد.
- ۷- بر اساس برنامه غذایی توصیه شده توسط مشاور تغذیه و کتابچه راهنمای "چه غذایی بخوریم تا سالم زندگی کنیم" اقدام شود.

نکات قابل توجه برای بیماران

- ۱- همیشه یک فهرست از تمام داروها و مقدار آن ها همراه خود داشته باشید.
 - ۲- طبق تجویز پزشک دارو را مصرف کنید و بدون مشورت با پزشک خود مصرف دارو را قطع نکنید و آن ها را تغییر ندهید.
 - ۳- یک برنامه دارویی داشته باشید و هر روز در همان زمان داروهای خود را مصرف کنید.
 - ۴- اگر فراموش کردید یک نوبت از دارو را مصرف کنید فقط نوبت بعدی را مصرف کنید. دریک نوبت دوبرابر دارو مصرف نکنید.
 - ۵- ممکن است نگهداری مقداری از داروها در جعبه مخصوص دارو مفید باشد. مطمئن شوید که باقی داروهایتان را در محل درست خودش که نام آن، دفعات مصرف و تاریخ انقضاء آن مشخص است قرار داده اید.
 - ۶- قبل از مصرف هر داروی جدیدی اول با پزشک یا دارو ساز صحبت کنید. بعضی از این داروها ممکن است بر روی داروهای نارسائی قلبی تاثیر داشته باشند و سبب اثرات جانبی شوند.
 - ۷- داروهای خود را در ماشین نگذارید. ممکن است در معرض سرما یا گرمای خیلی زیاد قرار گیرند.
 - ۸- برای رسیدن به منافع کامل و کم کردن اثرات جانبی داروهای قلبی، از دستور پزشک پیروی کنید.
 - ۹- بعضی از افراد ممکن است احساس کنند با مصرف بعضی از دارو ها وضعیت بدتری پیدا کرده اند، اما اغلب برای این که بدن خودش را با اثرات داروها تطبیق دهد، به مقداری زمان گاهی تا چند هفته نیاز دارد. اما بعد از این مدت نشانه ها کم کم از بین می رود و احساس بهتری پیدا می کنند.
- توجه:** هدف از درمان کنترل نشانه ها و علائم شماست. اگر این نشانه ها عود کند، بدتر شود یا بطور مکرر ایجاد شود با پزشک خود تماس بگیرید.

وظایف بهورز

**در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی
عروقی در مناطق روستایی**

(مرحله اول)

وظایف بهورز در برنامه طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

- ۱- هماهنگی درون و برون بخشی با شورای سلامت روستا
- ۲- اجرای برنامه های مداخلاتی کاهش عوامل خطر بیماری قلبی عروقی طراحی شده توسط مرکز بهداشت شهرستان/دانشگاه

(مرحله دوم)

وظایف بهورز در برنامه شناسایی و مراقبت بیماری فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون

- ۱- شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون
- ۲- ارجاع به پزشک
- ۳- پیگیری و مراقبت بیماران
- ۴- آموزش
- ۵- ثبت اطلاعات

۱- شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون

- برای شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون ، لازم است موارد زیر اجراء شود:
- فراخوان برای مراجعه افراد مبتلا به بیماری فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون به خانه بهداشت
 - ثبت مشخصات افراد بیمار مراجعه کننده طبق راهنما در "فرم مراقبت افراد در معرض خطر (بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی"
 - اندازه گیری فشارخون، وزن و قد و تعیین نمایه توده بدنی (طبق نمودار و دستورالعمل پیوست یا فرمول)
 - بررسی وجود سایر عوامل خطر ساز و بیماری های زمینه ساز در فرد مانند مصرف دخانیات، وضعیت تغذیه (الگوی رژیم غذایی)، فعالیت بدنی، چاقی، دیابت، بیماری قلبی عروقی
 - بررسی سابقه ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس و سکتة قلبی یا مغزی، فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت
 - بررسی وجود عوامل خطر ساز و بیماری های زمینه ساز در خانواده (سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، سکتة قلبی و مغزی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی)
- توجه: ابتلاء به بیماری فشارخون بالا یا اختلال چربی خون باید به تایید پزشک رسیده باشد و یا بیمار تحت درمان باشد.

۲- ارجاع به پزشک

بیماری فشارخون بالا

الف- اگر فرد مبتلا به فشارخون بالا تحت درمان باشد :

- ۱- "فرم مراقبت افراد در معرض خطر (فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری

قلبی عروقی " باید برای وی تشکیل و مشخصات او در فرم یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم را با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

۲- اگر فشارخون بیمار کنترل شده باشد (کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه)، نیاز به ارجاع فرد نیست ولی به عنوان یک بیمار مبتلا به فشارخون بالا (و هم چنین **فرد در معرض خطر** بیماری قلبی عروقی) باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد.

۳- اگر فشارخون بیمار تحت کنترل نباشد (۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر)، باید برای بررسی و ارزیابی بیماری فشارخون بالا به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۴- اگر بیمار مبتلا به فشارخون بالا به بیماری اختلال چربی خون مبتلا نباشد و آخرین آزمایش چربی خون وی بیش تر از ۶ ماه گذشته باشد، باید برای بررسی و ارزیابی چربی های خون به پزشک ارجاع غیرفوری شود و نتیجه ارجاع به عنوان چربی خون طبیعی یا مبتلا به اختلال چربی خون، در فرم ثبت شود.

۵- اگر بیمار به بیماری اختلال چربی خون هم مبتلا باشد، باید طبق دستورالعمل تحت پیگیری و مراقبت قرار گیرد.

۶- اگر نتیجه نمایه توده بدنی بیمار 25 kg/m^2 و بیشتر یعنی اضافه وزن یا چاق بود، بیمار باید برای ارزیابی بیشتر و ارائه برنامه رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

ب- اگر فرد مبتلا به فشارخون بالا تحت درمان نباشد :

۱- بیمار باید برای بررسی و ارزیابی وضعیت بیماری فشارخون بالا و تجویز درمان به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۲- اگر بعد از ارجاع فرد به پزشک بیماری فشارخون بالا تایید گردد "**فرم مراقبت افراد در معرض خطر**) فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او در فرم یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم را با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

بیماری اختلال چربی خون

الف- اگر فرد مبتلا به اختلال چربی خون تحت درمان باشد:

۱- "**فرم مراقبت افراد در معرض خطر**) فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او در فرم یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم را با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

۲- اگر میانگین فشارخون بیمار بیشتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه باشد باید برای بررسی و تایید بیماری فشارخون بالا به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۳- اگر فشارخون وی کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه باشد، نیاز به ارجاع فرد نمی باشد ولی به عنوان یک بیمار مبتلا به اختلال چربی خون (و هم چنین **فرد در معرض خطر** بیماری قلبی عروقی) باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد.

۴- اگر نتیجه نمایه توده بدنی بیمار 25 kg/m^2 و بیشتر یعنی اضافه وزن یا چاق بود، بیمار باید برای ارزیابی بیشتر

و ارائه برنامه رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی به پزشک ارجاع غیرفوری شود .

ب- اگر فرد مبتلا به اختلال چربی خون تحت درمان نباشد:

- ۱- فرد باید برای بررسی و ارزیابی وضعیت چربی های خون و تجویز درمان به پزشک ارجاع غیرفوری شود .
- ۲- اگر بعد از ارجاع فرد به پزشک بیماری اختلال چربی خون تایید گردد "فرم مراقبت افراد در معرض خطر(فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او در فرم یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم را با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

- توجه: ممکن است بیمار همزمان به چند عامل خطر یا بیماری مبتلا باشد(فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت، چاقی) در این صورت برای بیمار یک فرم مراقبت تشکیل می شود.
- توجه: فرم ارجاع در سطح روستا می بایست در دو برگ تهیه شود. در این مورد بیمار را توجیه کنید تا حتماً از پزشک بخواهد پس از پایان اقدامات، نتایج را در فرم ارجاع ثبت کند و برگه دوم فرم ارجاع، توسط بیمار به خانه بهداشت عودت داده شود.

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

- ۱- برای سهولت پیگیری و مراقبت بیماران مشخصات آن ها باید به شکل لیست خطی در "فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" ثبت شود و هر بار که بیمار تحت مراقبت بهورز/کاردان یا پزشک مرکز بهداشتی درمانی/سایر پزشکان عمومی یا متخصص قرار می گیرد، تاریخ آن در فرم ثبت شود.
- ۲- در ابتدا افراد بیمار مبتلا به چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون باید طبق دستور پزشک پیگیری و مراقبت شوند و بعد از این که وضعیت درمانی آن ها ثبات پیدا کرد، بطور معمول باید بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا دیابت حداقل ماهی یک بار توسط بهورز و ۳ ماه یک بار توسط پزشک و بیماران مبتلا به اختلال چربی خون و یا چاق حداکثر سه ماه یک بار توسط بهورز و سالی یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.
- ۳- بیماران مبتلا به دیابت باید طبق دستورالعمل برنامه کشوری تحت مراقبت و درمان قرار گیرند.
- ۴- در هر بار مراقبت بیماران، لازم است فشارخون و وزن آن ها اندازه گیری و نمایه توده بدنی تعیین شود . اگر نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ است باید هر سه ماه یکبار وزن اندازه گیری شود ، در زمینه مصرف بموقع دارو و مراقبت های غیردارویی (رژیم غذایی مناسب، فعالیت بدنی و عدم مصرف یا ترک دخانیات) تحت آموزش قرار گیرد و در صورت نیاز، بیمار به پزشک ارجاع شود .
- ۵- در صورتی که افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند، بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند .

برنامه زمانی پیگیری و مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

وضعیت فرد	پیگیری و مراقبت توسط بهورز	ارجاع به پزشک و مراقبت توسط پزشک

سالی یک بار	۳ ماه یک بار	مبتلا به بیماری اختلال چربی خون
۳ ماه یک بار	ماهی یک بار	مبتلا به بیماری فشارخون بالا
۳ ماه یک بار	ماهی یک بار	مبتلا به بیماری دیابت
۳ ماه یک بار	ماهی یک بار	مبتلا به بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر، سکتة قلبی و مغزی)

➤ **یرند .**

۴- آموزش

آموزش در سه مرحله صورت می گیرد:

- ۱- آموزش برای مراجعه کنندگان به خانه بهداشت
- ۲- آموزش در مراقبت ها و بازدید ها برای بیماران و خانواده آنها
- ۳- آموزش همگانی و مستمر برای عموم مردم

۵- ثبت و گزارش اطلاعات

دستورالعمل تکمیل اطلاعات بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

- **تعریف بیماران قدیمی (شناسایی شده):** بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا، اختلال چربی خون و دیابت که در طی سال های قبل، توسط پزشک تشخیص داده شده اند به عنوان موارد قدیمی بیماری محسوب می شوند .

- **تعریف بیماران (موارد) جدید:** بیماران مبتلا به بیماری که در طی سال جاری، توسط پزشک تشخیص داده شده اند به عنوان موارد جدید بیماری همان سال محسوب می شوند .

- **تعریف مراقبت شده :** اگر بیمار مبتلا به بیماری در هر فصل (۳ ماه) حداقل ۱ بار توسط بهورز و حداقل ۱ بار توسط پزشک مراقبت شده باشد به عنوان مراقبت شده محسوب می گردد. (در خصوص بیماران مبتلا به اختلال چربی خون سالی یکبار مراقبت توسط پزشک انجام می شود.)

تعریف تعداد کل بیماران (موارد): این تعداد شامل مجموع تعداد بیماران قدیمی (سال قبل) و بیماران جدید سال جاری می باشد. در اول سال جاری ، این تعداد از مجموع تعداد بیماران قدیمی و جدید سال قبل بدست می آید که برای سال جدید در مجموع بیمار قدیمی یا موجود محسوب می شود. در انتهای سال جاری، این تعداد از مجموع تعداد بیماران قدیمی (سال قبل) و جدید (همان سال جاری) بدست می آید.

- نتیجه مراقبت بیماران هر ماه باید در **"فرم گزارش دهی مراقبت بیماران"** ثبت شود و به سطح بالاتر ارجاع شود. این اطلاعات تا سطحی که از فرم های رایانه ای استفاده نمی شود به صورت کاغذی و به صورت اطلاعات خطی ارسال می شود و در سطحی که رایانه موجود است (مثلا "سطح شهرستان) به صورت الکترونیکی ثبت و به سطح بالاتر ارسال می شود.

- این اطلاعات در سطحی که رایانه موجود است به صورت غیر بر خط (offline) ثبت و به صورت بر خط (online) ارسال می گردد. هر سطح به اطلاعات سطح پایین تر دسترسی دارد.

- اطلاعات باید مبتنی بر داده های فردی باشد و نباید به صورت جمع بندی شده ارسال شود.

فرآیند ثبت و مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون



مرحله سوم)

وظایف بهروز در برنامه غربالگری و مراقبت عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر) در مناطق روستایی

۱- غربالگری افراد ۳۰ سال و بالاتر

۲- ارجاع به پزشک

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۴- آموزش

۵- ثبت اطلاعات

۱- غربالگری

برای یافتن افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر) و افراد در معرض خطر این بیماری، لازم است موارد زیر اجراء شود:

نحوه غربالگری

در ابتدا برای انجام غربالگری باید به افراد تحت پوشش خانه بهداشت اطلاع رسانی کرد و برای مراجعه به خانه بهداشت فراخوان داد. بعد از مراجعه افراد واجد شرایط سنی (۳۰ سال و بالاتر)، مشخصات آن ها باید طبق راهنما در "فرم غربالگری عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی" ثبت شود و فشارخون، وزن و قد آن ها اندازه گیری و نمایه توده بدنی (طبق نمودار و دستورالعمل پیوست) تعیین گردد. سپس در مورد وجود عوامل خطر ساز و بیماری های زمینه ساز در خانواده و فرد و سابقه بیمای و عوارض، مصرف دخانیات، وضعیت تغذیه (الگوی رژیم غذایی)، فعالیت بدنی و علائم بیماری عروق کرونر از آن ها سؤال و در فرم ثبت و طبق دستورات زیر اقدام شود.

در این برنامه گروه هدف گروه سنی بالای ۳۰ سال هستند که شامل میانسالان و سالمندان می گردند و باید برای ارزیابی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن شامل چاقی، مصرف دخانیات، تغذیه ناسالم، کم تحرکی، سابقه خانوادگی (بیماری عروق کرونر زودرس، سکته قلبی و مغزی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی) سابقه ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی، فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت، از طریق تکمیل پرسشنامه و هم چنین انجام آزمایش چربی های خون (اندازه گیری ناشتای چربی های خون شامل Cholestrol, TG-HDL, LDL)، قند خون و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد هر ۳ سال یک بار مورد غربالگری فعال قرار گیرند.

۲- ارجاع به پزشک

اگر پاسخ سؤالات مربوط به سابقه خانوادگی بیماری های چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، بیماری قلبی عروقی زودرس، سکته قلبی و یا سکته مغزی، فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت منفی بود و یا نتیجه نمایه توده بدنی کمتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع و نتیجه میانگین فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه بود و دخانیات مصرف نمی کرد و یا وضعیت تغذیه و فعالیت بدنی نسبتاً مطلوب یا مطلوب بوده و در صورت لزوم بعد از

ارجاع به پزشک، عامل خطر دیگری مانند اختلال چربی خون و قند خون بالا هم نداشت. این بدین معنی است که فرد هیچ یک از عوامل خطر تعیین شده در این فرم را ندارد و احتمال ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در این فرد کم است و به عنوان **فرد سالم هر ۳ سال یک بار** باید مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن غربالگری شود.

➤ **توجه:** در سالمندان (**۶۰ سال و بیشتر**) دارا بودن سابقه خانوادگی بیماری (مثبت بودن هر یک از ستون های ۷ تا ۱۲) و اضافه وزن جزء عوامل خطر محسوب نمی شود.

– اگر پاسخ هر یک از سؤالات مربوط به سابقه خانوادگی بیماری های چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون^۱، بیماری قلبی عروقی زودرس^۲، سکته قلبی و یا سکته مغزی **مثبت بود** و یا نتیجه نمایه توده بدنی ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع و بیشتر (یعنی اضافه وزن یا چاق بود) و یا نتیجه میانگین فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بیشتر بود و دخانیات مصرف می کرد و یا وضعیت تغذیه و فعالیت بدنی نامطلوب بود، در صورت لزوم (گر قند و چربی خون آن ها در طی ۶ ماه اخیر اندازه گیری شده باشد نیاز به ارجاع نیست) بعد از ارجاع به پزشک، عامل خطر دیگری مانند اختلال چربی خون و قند خون بالا و یا فشارخون بالا هم نداشت، این بدین معنی است که فرد به علت داشتن حداقل یک مورد از عوامل خطر تعیین شده و یا ابتلاء به حداقل یکی از بیماری های زمینه ساز **در معرض خطر** ابتلاء به بیماری قلبی عروقی است.

غیر از افرادی که دارای اضافه وزن، رژیم غذایی نامطلوب و فعالیت بدنی نامطلوب و سیگاری هستند، بقیه افراد (کسی که دارای بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی است) باید به پزشک **ارجاع غیر فوری** شوند.

– اگر فقط نتیجه پاسخ سؤالات مربوط به وضعیت تغذیه و وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب بود و پاسخ نمایه توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع بود، یعنی فرد فقط دارای اضافه وزن بود، نیاز به ارجاع فرد نمی باشد ولی به عنوان **فرد در معرض خطر** (غیر از افراد ۶۰ سال به بالا) باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد و هر **۳ سال یک بار** مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن غربالگری شود.

– اگر فقط نتیجه وضعیت تغذیه و وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب بود نیاز به ارجاع فرد به پزشک نمی باشد، ولی به عنوان **فرد در معرض خطر** باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد و هر **۳ سال یک بار** مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی غربالگری شود.

– افراد دارای اضافه وزن و وضعیت تغذیه نامطلوب باید به کارشناس تغذیه مستقر در واحد دیابت / مرکز بهداشتی درمانی ارجاع شوند.

– اگر پاسخ سؤال مربوط به سابقه بیماری در فرد مثبت بود یعنی فرد مبتلا به حداقل یکی از بیماری های فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت، بیماری قلبی عروقی زودرس^۲، سکته قلبی و یا سکته مغزی بود، اگر تحت درمان است نیاز به ارجاع نمی باشد. اگر تحت درمان نباشد لازم است برای بررسی بیشتر به پزشک **ارجاع غیر فوری** گردد.

– تمام افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی (دارای حداقل یک عامل خطر زمینه ساز) باید بعد از غربالگری به پزشک ارجاع شوند و در اولین ویزیت توسط پزشک از نظر بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر) بررسی شوند:

– در صورتی که بیماری قلبی عروقی توسط پزشک تایید نشود ولی فرد دارای حداقل یکی از عوامل خطر یا بیماری های زمینه ساز باشد، جزء افراد در معرض خطر محسوب می شود و باید طبق دستورالعمل مربوطه تحت درمان و مراقبت قرار گیرد.

– اگر بیماری قلبی عروقی تایید شود باید طبق راهنما تحت درمان و مراقبت قرار گیرند.

- اگر فرد دارای هیچ یک از عوامل خطر و بیماری های زمینه ساز نبود، جزء **افراد سالم** محسوب می شود و باید **۳ سال یک بار** مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی غربالگری شود.

- **تمام افراد** باید بعد از غربالگری به پزشک ارجاع شوند و پس از مراجعه به پزشک لازم است در اولین ویزیت برای انجام آزمایش قند و چربی های خون و ادرار به آزمایشگاه ارجاع شوند (مگر این که قند و چربی خون آن ها در طی ۶ ماه اخیر اندازه گیری شده باشد). سپس بایستی بر حسب نتیجه آزمایش وضعیت فرد از نظر ابتلاء به دیابت یا اختلال چربی خون روشن شود. در صورتی که فرد مبتلا به دیابت یا اختلال چربی خون باشد، به عنوان فرد دارای بیماری زمینه ساز قلبی عروقی محسوب می شود.

بعد از مشخص شدن نتیجه آزمایش طبق موارد زیر اقدام شود:

- تکمیل فرم ارجاع توسط پزشک مرکز بهداشتی و ثبت نتیجه بیماریابی در فرم و تحویل یک نسخه به بیمار
- بررسی فرم ارجاع بیمار توسط بهورز و ثبت نتیجه بیماریابی در فرم غربالگری
- تصمیم گیری بهورز برای پیگیری و مراقبت بر اساس **نتایج** فرم غربالگری و دستورات پزشک در فرم ارجاع بیمار ارجاع شده
- ارجاع افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی و **با وضعیت تغذیه نامطلوب** به کارشناس تغذیه واحد دیابت برای بررسی وضعیت تغذیه

گروه بندی افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

افراد در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (دارای عوامل خطر)	افراد در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (دارای بیماری های زمینه ساز)	افراد بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی
افراد دارای سابقه خانوادگی چاقی، سابقه خانوادگی بیماری فشارخون بالا، سابقه خانوادگی بیماری دیابت، سابقه خانوادگی بیماری اختلال چربی خون، سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی و سکتة قلبی و مغزی زودرس در افراد درجه یک خانواده	افراد چاق	بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب
افراد دارای اضافه وزن	بیماران مبتلا به فشارخون بالا	بیماران دارای سابقه سکتة قلبی زودرس
افراد دارای وضعیت تغذیه نامطلوب	بیماران مبتلا به دیابت	بیماران دارای سابقه سکتة مغزی زودرس
افراد دارای وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب (کم تحرک)	بیماران مبتلا به اختلال چربی خون	-
افراد مصرف کننده دخانیات (سیگار، چپق، قلیان، پیپ،.....)	-	-

➤ **توجه:** بیماری هایی مانند فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی از یک طرف به عنوان یک بیماری محسوب می شوند که خود دارای عوامل خطر (از جمله کم تحرکی، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب، چاقی و.....) هستند و از طرفی دیگر برای بروز بیماری قلبی عروقی یک عامل خطر یا بیماری زمینه ساز، محسوب می شوند. در این برنامه این بیماری ها به عنوان عوامل خطر یا بیماری زمینه ساز بیماری قلبی عروقی محسوب می شوند.

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۱- مشخصات افراد در معرض خطر دارای بیماری های فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، دارای عوامل خطر سابقه خانوادگی، اضافه وزن، مصرف دخانیات، تغذیه نامطلوب، فعالیت بدنی نامطلوب و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی شناخته شده قبلی و جدید باید در "فرم مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" و "فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" ثبت شود.

۲- افراد در معرض خطر دارای عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (سابقه خانوادگی، اضافه وزن، مصرف دخانیات، تغذیه نامطلوب، فعالیت بدنی نامطلوب)، باید بطور معمول باید حداکثر سه ماه یک بار توسط بهورز و سالی یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی (پزشک خانواده) مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۳- افراد در معرض خطر دارای بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی (چاق، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون) در ابتدا باید طبق دستور پزشک پیگیری و مراقبت شوند و بعد از این که وضعیت درمانی آن ها ثبات پیدا کرد، بطور معمول باید بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا دیابت حداقل ماهی یک بار توسط بهورز و ۳ ماه یک بار توسط پزشک و بیماران چاق و مبتلا به اختلال چربی خون حداکثر سه ماه یک بار توسط بهورز و سالی یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۴- بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر، سکته قلبی و مغزی) باید طبق دستورالعمل تحت درمان و مراقبت قرار گیرند. بطور معمول باید حداقل ماهی یک بار توسط بهورز و ۳ ماه یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۵- در هر بار مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران، لازم است فشارخون و وزن فرد اندازه گیری شود و نمایه توده بدنی وی تعیین شود (اگر نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ است باید هر سه ماه یکبار وزن اندازه گیری شود)، در زمینه مصرف بموقع دارو و مراقبت های غیردارویی (رژیم غذایی مناسب، فعالیت بدنی و عدم مصرف یا ترک دخانیات) تحت آموزش قرار گیرند و در صورت نیاز، بیمار به پزشک ارجاع شود.

۶- در صورتی که افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند، بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند.

برنامه زمانی پیگیری و مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

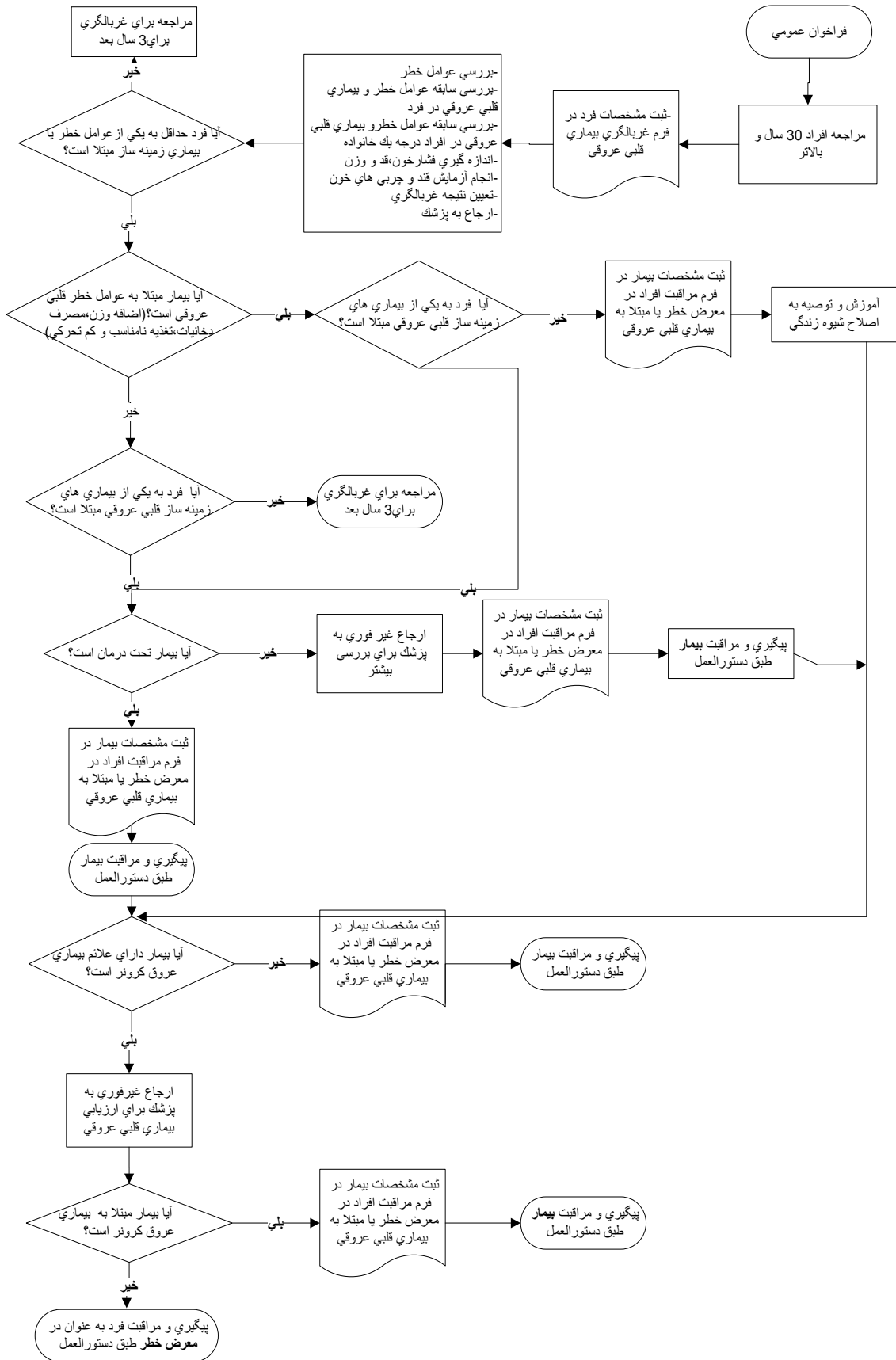
وضعیت فرد	پیگیری و مراقبت توسط بهورز	ارجاع به پزشک و مراقبت توسط پزشک
سالم	۳ سال یک بار	-
دارای سابقه خانوادگی بیماری	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
دارای اضافه وزن	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
چاق	۳ ماه یک بار	سالی یک بار

سالی یک بار	۳ ماه یک بار	مبتلا به اختلال چربی خون
۳ ماه یک بار	ما هی یک بار	مبتلا به فشارخون بالا
۳ ماه یک بار	ما هی یک بار	مبتلا به دیابت
۳ ماه یک بار	ما هی یک بار	مبتلا به بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر، سکتته قلبی و مغزی)
سالی یک بار	۳ ماه یک بار	دارای وضعیت تغذیه نا مناسب
سالی یک بار	۳ ماه یک بار	دارای وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب (کم تحرکی)
سالی یک بار	۳ ماه یک بار	مصرف کننده دخانیات

۴- آموزش: مشابه مرحله دوم

۵- ثبت و گزارش اطلاعات: مشابه مرحله دوم

فرآیند غربالگری عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی در افراد 30 سال و بالاتر



دستورات کلی در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

- ۱- اگر پزشک دستور خاصی برای پیگیری **بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی** نداده باشد، لازم است طبق **جدول برنامه زمانی پیگیری و مراقبت هر ۳ ماه یکبار** بیمار برای مراقبت به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۲- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی، فشارخون ماکزیمم ۱۴۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون مینیمم ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد:
- اگر فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا باشد، در صورتی که فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه باشد باید بیمار به پزشک ارجاع غیر فوری گردد.
- اگر فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا نباشد، به فاصله ۵ دقیقه دیگر مجدداً فشارخون اندازه گیری شود و پس از محاسبه میانگین در صورتی که فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه باشد، بیمار به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- اگر فشارخون ماکزیمم ۱۶۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون می نیمم ۱۰۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد، بیمار باید ارجاع فوری شود، حتی اگر بیمار مبتلا به بیماری فشارخون بالا باشد.
- ۳- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که دخانیات مصرف می کنند، دستورات و آموزش ها رعایت نشده بود، لازم است بیمار به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۴- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که اختلال چربی خون دارند، دستورات دارویی، رژیم غذایی و فعالیت بدنی رعایت نشده بود، بیمار باید به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۵- اگر در مراقبت **بیمارانی که اختلال چربی خون یا فشارخون بالا** دارند، بیمار دچار عوارض بیماری یا دارویی شده باشد، بیمار لازم است به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۶- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند، وزن آن ها در طی سه ماه به مقدار توصیه شده (حداقل ۲ کیلو در ماه در بزرگسالان) کاهش نیابد یا از وزن قبلی بیشتر شود، بیمار باید به پزشک ارجاع غیر فوری شود.
- ۷- اگر در مراقبت بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند، وزن در طی یک ماه به مقدار توصیه شده کاهش نیابد، بیمار را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- ۸- ~~اگر در مراقبت افرادی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند، وزن آن ها در طی سه ماه به مقدار توصیه شده (حداقل ۲ کیلو در ماه در بزرگسالان) کاهش نیابد یا از وزن قبلی بیشتر شود، بیمار بایستی به پزشک ارجاع غیر فوری شود.~~
- ۹- وقتی وزن بیمار دارای اضافه وزن یا چاق به وزن طبیعی رسید، ۶ ماه بعد بیمار باید تحت مراقبت قرار گیرد: اگر وزن بیمار در حد طبیعی بود (اگر سایر موارد بررسی قرار می گیرد، اگر سایر عوامل خطر آفرین وجود داشته باشد، لازم است طبق برنامه های کشوری موجود (فشارخون بالا، دیابت، چاقی) یا طبق دستور پزشک، مراقبت بیمار ادامه یابد.

راهنمای تکمیل فرم مراقبت افراد در معرض خطر (بیماران مبتلا به فشار خون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی

پس از شناسایی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون، اسامی و مشخصات آن‌ها را به ترتیب در فرم مراقبت مربوط به افراد بیمار وارد نمایید. این فرم در دو صفحه پشت و رو به منظور ثبت مراقبت‌های انجام شده برای بیمار تهیه شده است. برای هر فرد یک فرم تنظیم کنید. این فرم‌ها را باید در پرونده خانوار هر فرد نگهداری نمایید. این فرم توسط **بهورزان** تکمیل می‌گردد.

دستورالعمل تکمیل فرم مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی

در ابتدا نام دانشگاه علوم پزشکی و مرکز بهداشت شهرستان و نام خانه بهداشت، روستای تحت پوشش خانه بهداشت، مرکز بهداشتی، درمانی و سال تکمیل فرم را در بالای فرم بنویسید. سپس به ترتیب زیر اطلاعات مورد لزوم را تکمیل کنید:

در ابتداء شماره ملی و پرونده خانوار، نام و نام خانوادگی بیمار، جنس، تاریخ تولد (بر حسب سال و ماه) را در بالای فرم یادداشت کنید و سپس موارد زیر را سوال کنید:

قد بر حسب سانتیمتر: پس از رعایت شرایط اندازه‌گیری، قد فرد را اندازه گرفته و مقدار آن را در بالای فرم بر حسب سانتیمتر یادداشت کنید.

سابقه بیماری در فرد (فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، بیماری قلبی عروقی زودرس^۲، سکته قلبی و یا سکته مغزی)

به ترتیب از فرد-سؤال کنید آیا خود فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی است؟ در صورت جواب مثبت، اگر بیمار تحت نظر پزشک است (تحت درمان غیر دارویی و یا درمان دارویی) در بالای فرم علامت ضربدر بگذارید. در این موارد بهورزان می‌تواند بر حسب شناختی که از اهالی روستا دارند و با توجه به شواهد موجود در مورد صحت پاسخ فرد مراجعه کننده، تصمیم‌گیری کنند.

^۲ منظور از بیماری قلبی عروقی زودرس یعنی سابقه بروز بیماری قلبی عروقی در زنان کمتر از ۵۵ سال و در مردان کمتر از ۴۵ سال در خود فرد است.

و بعداً" در صورت **مصرف دخانیات** در مورد نوع دخانیات مصرفی (مانند سیگار، چپق و...) از بیمار سؤال کنید و در فرم بنویسید.

توجه داشته باشید اگر فرد قبلاً" سابقه بیماری‌های ذکر شده را داشته باشد، اولین تاریخ تشخیص بیماری را از زمانی که به تأیید پزشک مربوطه رسیده است در بالای فرم یادداشت کنید. در مورد بیماران شناخته شده جدید تاریخ تشخیص، زمانی است که بعد از ارجاع، به تأیید پزشک رسیده است.

سابقه خانوادگی (فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، چاقی، بیماری قلبی عروقی، سکته قلبی و یا سکته مغزی)

به ترتیب از فرد سؤال کنید، آیا کسی از افراد درجه یک خانواده وی (شامل والدین و خواهر و برادر) به یکی از بیماری‌های چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون^۱، بیماری قلبی عروقی زودرس^۲، سکته قلبی و یا سکته مغزی مبتلا است؟ در صورت جواب مثبت، در بالای فرم علامت ضربدر بگذارید. در این موارد بهورزان می‌تواند بر حسب شناختی

که از اهالی روستا دارند و با توجه به شواهد موجود در مورد صحت پاسخ فرد مراجعه کننده، تصمیم گیری کنند.
۱ منظور از اختلال چربی خون (کلسترول خون بالا، LDL خون بالا، HDL خون پایین و یا تری گلیسیرید خون بالا) است.

۲ منظور از سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی زودرس، یعنی سابقه بروز بیماری قلبی عروقی در زنان کمتر از ۶۵ سال و در مردان کمتر از ۵۵ سال در افراد درجه یک خانواده است.

وضعیت تغذیه: در مورد وضعیت تغذیه سوالات زیر را از فرد پرسش کنید و نتیجه را در بالای فرم بر حسب مطلوب یا نامطلوب در مربع مربوطه علامت ضربدر بزنید:

به ترتیب زیر از فرد سؤال کنید و نتیجه نهایی را در مربع مربوطه علامت بزنید:

- ۱- آیا روزانه حداقل ۲ لیوان شیر یا ماست مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۲- آیا برای سرخ کردن از روغن مایع مخصوص سرخ کردن استفاده می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۳- چند بار در هفته از غذای سرخ کرده استفاده می کنید؟ آیا کمتر از ۲ بار مصرف می کنید؟ (غیر از پیازداغ) ۱- بلی ۲- خیر
- ۴- آیا موقع غذا خوردن اول غذا را می چشیدو بعد در صورت نیاز به آن نمک اضافه می کنید؟ ۱- بلی ۲- خیر
- ۵- چند بار در هفته از غذای آماده بیرون از منزل استفاده می کنید؟ آیا در هفته کمتر از ۳ بار استفاده میکنید؟ ۱- بلی ۲- خیر
- ۶- آیا حداقل به مقدار ۲ واحد^۱ در روز میوه مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۷- آیا حداقل به مقدار ۲ واحد^۲ در روز سبزی مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۸- آیا حداقل در هفته ۳ وعده از حبوبات مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۹- آیا پوست مرغ را موقع طبخ جدا می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۱۰- آیا از نان های سبوس دار (مثل سنگگ، بربری، فانتزی سبوس دار) استفاده می کنید؟ ۱- بلی ۲- خیر

اگر مجموع امتیازات پاسخ های بلی بین ۸ تا ۱۰ باشد وضعیت تغذیه فرد **مطلوب**، اگر بین ۴ تا ۷ باشد وضعیت تغذیه فرد **نسبتاً مطلوب** و اگر بین ۱ تا ۳ باشد وضعیت تغذیه فرد **نا مطلوب** است.

۱) یک واحد میوه مقدار آن شامل یک پرتقال، لیمو شیرین، سیب، کیوی و یا نصف موز، نصف لیوان میوه های ریزمانند انگور، انار، آلبالو و یا یک چهارم طالبی و یا یک هشتم هندوانه متوسط است.

۲) یک واحد سبزی مثل سبزی های برگ سبز، انواع کلم، لوبیاسبز، کدو، نخود سبز، باقالی سبز است که مقدار آن شامل یک لیوان سبزی خام و یا نصف لیوان سبزی پخته است.

وضعیت فعالیت بدنی: به ترتیب زیر از فرد سؤال کنید و نتیجه نهایی را در مربع مربوطه یادداشت کنید :

۱- آیا در طول روز فعالیتی دارید که حداقل ۱۰ دقیقه طول بکشد؟ ۱- بلی ۲- خیر (به پرسش ادامه ندهید)

۲- اگر پاسخ بیشتر از ۱۰ دقیقه است، در مجموع کل مدت زمان فعالیت شما در روز (یا مجموع زمان چند دوره ۱۰ دقیقه ای یا بیشتر) چقدر می شود؟ ۱- کمتر از ۳۰ دقیقه (به پرسش ادامه ندهید) ۲- بیشتر از ۳۰ دقیقه

۳- در صورتی که بیش از ۳۰ دقیقه فعالیت می کنید، چند روز در هفته این فعالیت بدنی را انجام می دهید؟

۱- کمتر از ۳ روز (به پرسش ادامه ندهید) ۲- بیشتر از ۳ روز

۴- در صورتی که بیش از ۳ روز فعالیت می کنید، آیا شدت فعالیتی که انجام می دهید در حدی است که قادر به صحبت نباشید یا به نفس زدن بیافتید (مثل تغییر یا حالتی که در حین دویدن آرام در تعداد ضربان قلب یا تعداد تنفس ایجاد می شود)؟

۱- بلی ۲- خیر

اگر فرد فقط تا سؤال شماره ۲ پاسخ دهد وضعیت فعالیت فرد **نامطلوب**، اگر تا سؤال شماره ۳ پاسخ دهد، وضعیت فعالیت فرد **نسبتاً مطلوب** و اگر به هر ۴ سؤال پاسخ دهد، وضعیت فعالیت فرد **مطلوب** است.

(ستون ۱) **تاریخ مراقبت**: تاریخی را که بیمار جهت مراقبت مراجعه کرده است در این ستون یادداشت کنید. اگر مراقبت در منزل بیمار انجام شود دور تاریخ دایره قرمز بکشید. تاریخ مراقبت بعدی را در این ستون با مداد یادداشت کنید و پس از انجام مراقبت، تاریخ را با خودکار بنویسید.

(ستون ۲) **مراقبت کننده**

فردی که مراقبت را انجام می دهد مثل بهورز، پزشک مرکز بهداشتی و یا سایر پزشکان (پزشک دیگری غیر از پزشک مرکز)، رادر این ستون بنویسید.

توجه: چون گاهی افراد در معرض خطر یا بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی توسط پزشکان خصوصی یا دولتی در محلی غیر از مرکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت تحت مراقبت قرار می گیرند، لازم است در این مورد پیگیری نموده و نتیجه اقدامات انجام شده را در فرم ثبت کنید. در صورت ارجاع بیمار از مرکز بهداشتی درمانی به سطح بالاتر، حتماً بیمار را توجیه کنید که برگه دوم ارجاع را با تاکید بر ثبت اقدامات انجام شده توسط پزشک، به مرکز عودت دهد. **خدمات ارائه شده**

(ستون ۳) **مقدار فشار خون بر حسب میلی متر جیوه**: پس از اندازه گیری فشارخون بیمار (با توجه به رعایت شرایط اندازه گیری فشار خون)، مقدار آن را بر حسب میلی متر جیوه و بصورت کسر در این ستون یادداشت کنید. پس از رعایت شرایط اندازه گیری فشارخون، فشارخون فرد را اندازه بگیرید (نوبت اول) و در ستون ۳ بر حسب میلی متر جیوه یادداشت کنید.

در صورتی که فشارخون فرد ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر بود به فاصله ۲ تا ۵ دقیقه بعد از استراحت فرد، مجدداً فشارخون او را اندازه بگیرید (نوبت دوم) و سپس میانگین فشارخون ماکزیمم و میانگین فشار می نیمم را جداگانه حساب کنید و مقدار آن را در **ستون ۴** بر حسب میلی متر جیوه یادداشت کنید.

(ستون ۵) **مقدار وزن بر حسب کیلوگرم**: پس از اندازه گیری وزن بیمار، مقدار آن را در این ستون بر حسب کیلوگرم یادداشت کنید.

(ستون ۶) **مقدار نمایه توده بدنی**: با استفاده از نمودار نمایه توده بدنی و قد و وزن بدست آمده وضعیت نمایه توده بدنی بیمار را تعیین و در این ستون مقدار آن را بنویسید.

(ستون ۷) **بررسی مصرف دخانیات**: در صورتی که بیمار دخانیات مصرف می کند، اگر چپق یا قلیان مصرف می کند از او سؤال کنید بطور متوسط چند بار در روز مصرف می کند؟ و جواب را در این ستون یادداشت کنید. اگر بیمار

سیگار مصرف می کند در هر مراقبت از او سؤال کنید بطور متوسط چند نخ سیگار در روز مصرف می کند؟ و جواب را در این ستون یادداشت کنید.

(ستون ۸) آموزش : عناوین آموزش هائی که بصورت چهره به چهره به بیمار می دهید، در این ستون یادداشت کنید .

(ستون ۹) سایر: اگر غیر از خدمت ارائه شده در ستون های ۳ الی ۷ مراقبت دیگری انجام شود، در این ستون یادداشت کنید.

➤ توجه: قسمت عوارض بیماری ، دستورات پزشک و نتایج آزمایشات انجام شده فقط مربوط به پزشک مرکز است و باید توسط او تکمیل شود.

(ستون ۱۰) عوارض بیماری: اگر در طی مراقبت های معمولی بیمار که توسط پزشک انجام می شود ، پزشک متوجه عارضه ای ناشی از بیماری در بیمار شود و آن را تأیید کند و یا پس از ارجاع به سطح بالاتر عارضه بیمار بررسی و به تأیید پزشک متخصص برسد، پس از دریافت پس خوراند از سطح بالاتر، پزشک مرکز می بایست محل و نوع عارضه را در محل مربوطه بنویسد.

(ستون ۱۱) دستورات پزشک و نتیجه آزمایشات انجام شده : نوع داروی مصرفی ، مقدار و زمان مصرف دارو ، زمان پیگیری و مراقبت بعدی ، مراقبت خاص و ... می بایست توسط پزشک مرکز در این قسمت یادداشت گردد .

در صورتی که بیمار در ارتباط با عوامل خطر یا بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی آزمایش انجام داده است، نتیجه آزمایشات بایستی توسط پزشک مرکز در این ستون ثبت گردد .

(ستون ۱۲) دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه : اگر بیمار به دلایل فوت ، مهاجرت به روستای دیگریا شهر ، عدم تمایل به همکاری و یا دلایل دیگر به خانه بهداشت مراجعه نمی کند، در این ستون علت آن را بنویسید .

(ستون ۱۳) ارجاع به: اگر بیمار توسط بهورز به پزشک مرکز ارجاع (فوری یا غیر فوری) شود، در این ستون کلمه پزشک مرکز را بنویسید.

اگر بیمار در صورت لزوم برای تشخیص و درمان عوامل خطر یا بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی و عوارض آن توسط پزشک مرکز به پزشک متخصص ارجاع شود ، در این محل **نوع تخصص پزشک** را بنویسید .
اگر بیمار بعلت عوامل خطر قلبی عروقی و عوارض آن برای بستری در بیمارستان ارجاع شود ، در این ستون کلمه **بستری و تاریخ ارجاع** را بنویسید .

بعد از ارجاع ، نتایج اقدامات انجام شده می بایست با کمک کاردان و پزشک مرکز در سطر بعدی یادداشت گردد (با بررسی پس خوراند فرم ارجاع)

(ستون ۱۴) ملاحظات : هر موضوع و اطلاعات مهم دیگر در ارتباط با بیماران را در این ستون بنویسید (مانند سابقه بیماری خاص و ...)

نکات مورد توجه در تکمیل فرم مراقبت بیماران

- ۱- مشخصات تمام بیماران را علاوه بر این فرم به ترتیب در **فرم پیگیری بیماران** نیز ثبت کنید.
- ۲- برای افراد بیماری که تحت نظر پزشک مرکز (پزشک خانواده) نیستند نیز می بایست این فرم و فرم پیگیری بیماری تنظیم گردد و مراقبت توسط بهورزان انجام گیرد . همچنین باید با پرسش از بیمار ، وضعیت درمانی بیمار بررسی و در

فرم یادداشت گردد .

۳- بعد از شناسائی بیماران و تشکیل فرم مراقبت برای آن ها، اقدامات انجام شده در هر مراقبت باید در این فرم ثبت شود.

۴- نتایج آزمایش بیمار را در پرونده خانوار نگهداری کنید.

فرم مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی

دانشگاه علوم پزشکی: مرکز بهداشت شهرستان: مرکز بهداشتی درمانی: خانه بهداشت: روستا: سال:

شماره ملی: اولین تاریخ تشخیص بیماری/عامل خطر وضعیت تغذیه: مطلوب نسبتاً مطلوب نامطلوب

شماره پرونده خانوار: سابقه اختلال چربی خون: دارد ندارد وضعیت فعالیت بدنی: مطلوب نسبتاً مطلوب نامطلوب

نام و نام خانوادگی: سابقه بیماری فشارخون بالا: دارد ندارد سابقه مصرف دخانیات: دارد ندارد

تاریخ تولد: / / سابقه بیماری دیابت: دارد ندارد نوع دخانیات مصرفی:

جنس: مرد زن سابقه بیماری قلبی عروقی: دارد نا ندارد سابقه خانوادگی (۱): دارد ندارد

قد (بر حسب سانتیمتر): تحصیلات: ابتدایی/حوزوی راهنمایی دبیرستان دانشگاهی

ملاحظات	ارجاع به (۵)	دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه (۴)	دستورات پزشک و نتیجه آزمایشات انجام شده	عوارض بیماری (۳)	خدمات ارائه شده						مراقبت کننده (۲)	تاریخ مراقبت
					سایر	آموزش	بررسی مصرف دخانیات	مقدار نمایه توده بدنی	مقدار وزن بر حسب کیلوگرم	مقدار فشار خون بر حسب میلی متر جیوه		
۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱

(۱) سابقه خانوادگی: شامل بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، چاقی، بیماری قلبی عروقی، سکته قلبی و یا سکته مغزی (۲) مراقبت کننده: شامل بهورز، پزشک مرکز، سایر پزشکان (دولتی یا خصوصی (۳) عوارض بیماری: شامل عوارض چشمی، عصبی، مغزی، قلبی، (۴) دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه: شامل دلایل مهاجرت، مرگ، عدم تمایل به همکاری و..... (۵) ارجاع به: شامل پزشک مرکز، پزشک متخصص و برای بستری در بیمارستان

راهنمای تکمیل فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی

پس از شناسایی افراد بیمار، اسامی و مشخصات آنان را از " فرم مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی " استخراج و به ترتیب در " فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی " وارد کنید. این فرم ها را در پوشه جداگانه تحت عنوان پوشه فرم پیگیری بیماران نگهداری کنید.

این فرم توسط بهورزان تکمیل می گردد.

دستورالعمل تکمیل فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی

در ابتدا نام مرکز بهداشتی - درمانی روستائی، خانه بهداشت، آبادی یا روستای تحت پوشش خانه بهداشت را بر حسب قمر یا اصلی، سال تکمیل فرم و نام عامل خطر آفرین یا بیماری زمینه ساز و یا بیماری قلبی عروقی را در قسمت سمت چپ بالای فرم یادداشت کنید و به ترتیب زیر اطلاعات را تکمیل کنید:

(ستون ۱) ردیف: شماره ردیف را به ترتیب ۱، ۲، ... بنویسید و همین شماره ردیف را در قسمت ملاحظات فرم مراقبت بیماران مبتلا به سکته قلبی که مختص همان بیماراست نیز ثبت کنید.

اطلاعات مربوط به ستون ۲ الی ۵ را از پرونده خانوار فرد بیمار استخراج و به ترتیب در این فرم یادداشت نمایید.

(ستون ۲) نام و نام خانوادگی: اسامی تمام افراد در معرض خطر یا بیماری قلبی عروقی که در طول سال شناسایی شده و یا قبلاً "مبتلا به بیماری بوده اندرا در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۳) سال تولد: تاریخ تولد را بر اساس سال یادداشت کنید مثل ۱۳۴۵.

(ستون ۴) شماره پرونده خانوار: شماره پرونده خانوار فرد را در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۵) تاریخ اولین مراجعه: تاریخ اولین روزی که فرد برای غربالگری مراجعه کرده است را در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۶) اولین تاریخ تشخیص بیماری: اولین تاریخ تشخیص بیماری فرد را بر حسب ماه و سال در این ستون بنویسید. (از فرم مراقبت بیماران مبتلا به سکته قلبی و یا سکته مغزی استخراج کنید)

(ستون ۷ الی ۳۰) تاریخ خدمات انجام شده: این قسمت از ستون های مربوط به ماه های سال تشکیل شده است. تاریخ روزی که بایستی شخص بیمار برای مراقبت به خانه بهداشت مراجعه کند را بر حسب مراقبت بهورز یا پزشک با مداد در ستون مربوطه بنویسید. در صورت مراجعه پس از انجام مراقبت های لازم تاریخ آن را با خودکار بنویسید و دور آن را دایره بکشید و به همین ترتیب تا پایان ستون ها ادامه دهید. در صورت عدم مراجعه پیگیری کنید.

اگر مراقبت در منزل انجام شود دور تاریخ دایره قرمز بکشید.

در ستون هر ماه دو ستون بصورت ستاره * و دایره O مشخص شده است، ستون * مربوط به مراقبت بهورز و ستون O مربوط به مراقبت پزشک است. در صورت مراقبت بیمار بیش از یکبار در ماه، می توان این ستون را به قسمت های افقی تقسیم نمود و تاریخ هر مراقبت را در قسمت مربوطه یادداشت کرد.

اطلاعات این قسمت را از فرم مراقبت افراد در معرض خطر یا بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی استخراج کنید.

(ستون ۳۱) ملاحظات: هر موضوع و اطلاعات مهم دیگر در ارتباط با بیماران را در این ستون بنویسید (مانند علت عدم مراجعه و تاریخ قطع مراقبت و پیگیری و.....)

فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی

مرکز بهداشتی درمانی روستایی :

خانه بهداشت :

روستا : قمر اصلی

نام بیماری/عامل خطر ساز :

سال :

ملاحظات	تاریخ خدمات انجام شده																								اولین تاریخ تشخیص بیماری	تاریخ اولین مراجعه	شماره پرونده خانوار	سال تولد	نام و نام خانوادگی	ردیف	
	اسفند		بهمن		دی		آذر		آبان		مهر		شهریور		مرداد		تیر		خرداد		اردیبهشت		فروردین								
	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*							○
	۳۱	۳۰	۲۹	۲۸	۲۷	۲۶	۲۵	۲۴	۲۳	۲۲	۲۱	۲۰	۱۹	۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱

○ تاریخ مراقبتی که توسط پزشک انجام می گیرد در این ستون نوشته می شود

* تاریخ مراقبتی که توسط بهورز برای بیمار انجام می گیرد در این ستون نوشته می شود

راهنمای تکمیل فرم غربالگری عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی

این فرم بصورت یک دفترچه است و برای افراد ۳۰ سال و بالاتر تکمیل می شود. این فرم توسط بهورزان تکمیل می گردد.

دستورالعمل تکمیل فرم غربالگری

در ابتدا نام دانشگاه علوم پزشکی و مرکز بهداشت شهرستان و نام خانه بهداشت، روستای تحت پوشش خانه بهداشت، مرکز بهداشتی، درمانی و سال انجام غربالگری را در بالای فرم بنویسید. سپس به ترتیب زیر اطلاعات مورد لزوم را تکمیل کنید:

- (ستون ۱) ردیف: شماره ردیف را به ترتیب ۱، ۲، ... بنویسید.
- (ستون ۲) نام و نام خانوادگی: اسم افراد واجد شرایط ۶ ساله و بالاتر را در این ستون بنویسید.
- (ستون ۳) شماره خانوار: شماره پرونده خانوار فرد را در این ستون یادداشت کنید.
- (ستون ۴) جنس: جنس افراد را بر حسب مرد یا زن یادداشت کنید.
- (ستون ۵) تاریخ تولد: تاریخ تولد را بر حسب سال و ماه یادداشت کنید.
- (ستون ۶) تاریخ مراجعه: تاریخ روزی که فرد برای غربالگری مراجعه کرده است را در این ستون یادداشت کنید.

سابقه خانوادگی (فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، چاقی، بیماری قلبی عروقی، سکته قلبی و یا سکته مغزی)

(ستون ۷ الی ۱۲): به ترتیب از فرد سؤال کنید، آیا کسی از افراد درجه یک خانواده او (شامل والدین و خواهر و برادر) به یکی از بیماری های چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون^۱، بیماری قلبی عروقی زودرس^۲، سکته قلبی و یا سکته مغزی مبتلا است؟ در صورت جواب مثبت، در این ستون علامت ضربدر بگذارید. در این موارد بهورزان می توانند برحسب شناختی که از اهالی روستا دارند و با توجه به شواهد موجود در مورد صحت پاسخ فرد مراجعه کننده، تصمیم گیری کنند.

۱ منظور از اختلال چربی خون (کلسترول خون بالا، LDL خون بالا، HDL خون پایین و یا تری گلیسیرید خون بالا) است.

۲ منظور از سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی زودرس، یعنی سابقه بروز بیماری قلبی عروقی در زنان کمتر از ۶۵ سال و در مردان کمتر از ۵۵ سال در افراد درجه یک خانواده است.

ستون های سابقه بیماری در فرد (فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، بیماری قلبی عروقی زودرس^۲، سکته قلبی و یا سکته مغزی)

(ستون ۱۳ الی ۱۷): به ترتیب از فرد سؤال کنید آیا خود فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی است؟ در صورت جواب مثبت، اگر بیمار تحت نظر پزشک

است (تحت درمان غیر دارویی و یا درمان دارویی) در این ستون علامت ضربدر بگذارید. در این موارد بهورزان می توانند بر حسب شناختی که از اهالی روستا دارند و با توجه به شواهد موجود در مورد صحت پاسخ فرد مراجعه کننده، تصمیم گیری کنند.

^۲ منظور از بیماری قلبی عروقی زودرس یعنی سابقه بروز بیماری قلبی عروقی در زنان کمتر از ۵۵ سال و در مردان کمتر از ۴۵ سال در افراد درجه یک خانواده است.

ستون قد بر حسب سانتیمتر (ستون ۱۸): پس از رعایت شرایط اندازه گیری، قد فرد را اندازه گرفته و مقدار آن را در این ستون بر حسب سانتیمتر یادداشت کنید.

ستون وزن بر حسب کیلوگرم (ستون ۱۹): پس از رعایت شرایط اندازه گیری، وزن فرد را اندازه گرفته و مقدار آن را در این ستون بر حسب کیلوگرم یادداشت کنید.

ستون نمایه توده بدنی (ستون های ۲۰ الی ۲۲): بر حسب قد و وزن بدست آمده با استفاده از نمودار نمایه توده بدنی بزرگسالان (طبق دستورالعمل)، وضعیت نمایه توده بدنی را تعیین کنید و مقدار آن را در یکی از ستون های مربوطه بنویسید.

ستون فشارخون بر حسب میلی متر جیوه (ستون های ۲۳ و ۲۴): پس از رعایت شرایط اندازه گیری فشارخون، فشارخون فرد را اندازه بگیرید (نوبت اول) و در صورتی که فشارخون فرد از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه کمتر بود در ستون ۲۳ بر حسب میلی متر جیوه یادداشت کنید.

در صورتی که فشارخون فرد ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر بود به فاصله ۲ تا ۵ دقیقه بعد از استراحت فرد، مجدداً فشارخون او را اندازه بگیرید (نوبت دوم) و سپس میانگین فشارخون ماکزیمم و میانگین فشار می نیمم را جداگانه حساب کنید و مقدار آن را در ستون ۲۴ بر حسب میلی متر جیوه یادداشت کنید.

ستون مصرف دخانیات (ستون ۲۶): از فرد در مورد مصرف دخانیات سؤال کنید و در صورت جواب مثبت در این ستون علامت ضربدر بگذارید.

ستون وضعیت تغذیه (ستون ۲۷):

به ترتیب زیر از فرد سؤال کنید و نتیجه نهایی را در این ستون یادداشت کنید:

- ۱- آیا روزانه حداقل ۲ لیوان شیر یا ماست مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۲- آیا برای سرخ کردن از روغن مایع مخصوص سرخ کردن استفاده می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۳- چند بار در هفته از غذای سرخ کرده استفاده می کنید؟ آیا کمتر از ۲ بار مصرف می کنید؟ (غیر از پیازداغ)
۱- بلی ۲- خیر
- ۴- آیا موقع غذا خوردن اول غذا را می چشیدو بعد در صورت نیاز به آن نمک اضافه می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۵- چند بار در هفته از غذای آماده بیرون از منزل استفاده می کنید؟ آیا در هفته کمتر از ۳ بار استفاده میکنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۶- آیا حداقل به مقدار ۲ واحد^۱ در روز میوه مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۷- آیا حداقل به مقدار ۲ واحد^۲ در روز سبزی مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر

- ۸- آیا حداقل در هفته ۳ وعده از حبوبات مصرف می کنید؟
 ۱- بلی
 ۲- خیر
- ۹- آیا پوست مرغ را موقع طبخ جدا می کنید؟
 ۱- بلی
 ۲- خیر
- ۱۰- آیا از نان های سبوس دار (مثل سنگگ، بربری، فانتزی سبوس دار) استفاده می کنید؟
 ۱- بلی
 ۲- خیر

اگر مجموع امتیازات پاسخ های بلی بین ۸ تا ۱۰ باشد وضعیت تغذیه فرد **مطلوب**، اگر بین ۴ تا ۷ باشد وضعیت تغذیه فرد **نسبتاً مطلوب** و اگر بین ۱ تا ۳ باشد وضعیت تغذیه فرد **نا مطلوب** است.

۱) یک واحد میوه مقدار آن شامل یک پرتقال، لیمو شیرین، سیب، کیوی و یا نصف موز، نصف میوه های ریزمانند انگور، انار، آلبالو و یا یک چهارم طالبی و یا یک هشتم هندوانه متوسط است.
 ۲) یک واحد سبزی مثل سبزی های برگ سبز، انواع کلم، لوبیاسبز، کدو، نخود سبز، باقالی سبز است که مقدار آن شامل یک لیوان سبزی خام و یا نصف لیوان سبزی پخته است.

ستون وضعیت فعالیت بدنی (ستون ۲۸):

به ترتیب زیر از فرد سؤال کنید و نتیجه نهایی را در این ستون یادداشت کنید :

۱- آیا در طول روز فعالیتی دارید که حداقل ۱۰ دقیقه طول بکشد؟
 ۱- بلی
 ۲- خیر (به پرسش ادامه ندهید)

۲- اگر پاسخ بیشتر از ۱۰ دقیقه است، در مجموع کل مدت زمان فعالیت شما در روز (یا مجموع زمان چند دوره ۱۰ دقیقه ای یا بیشتر) چقدر می شود؟
 ۱- کمتر از ۳۰ دقیقه (به پرسش ادامه ندهید)
 ۲- بیشتر از ۳۰ دقیقه

۳- در صورتی که بیش از ۳۰ دقیقه فعالیت می کنید، چند روز در هفته این فعالیت بدنی را انجام می دهید؟

۱- کمتر از ۳ روز (به پرسش ادامه ندهید)
 ۲- بیشتر از ۳ روز

۴- در صورتی که بیش از ۳ روز فعالیت می کنید، آیا شدت فعالیتی که انجام می دهید در حدی است که قادر به صحبت نباشید یا به نفس زدن بیافتید (مثل تغییر یا حالتی که در حین دویدن آرام در تعداد ضربان قلب یا تعداد تنفس ایجاد می شود)؟

۱- بلی
 ۲- خیر

اگر فرد فقط تا سؤال شماره ۲ پاسخ دهد وضعیت فعالیت فرد **نامطلوب**، اگر تا سؤال شماره ۳ پاسخ دهد، وضعیت فعالیت فرد **نسبتاً مطلوب** و اگر به هر ۴ سؤال پاسخ دهد، وضعیت فعالیت فرد **مطلوب** است.

ستون های چربی خون (کلسترول، ال دی ال، اچ دی ال، تری گلیسیرید) (ستون های ۳۰ الی ۳۳)

اگر حسب مورد برای فرد آزمایش چربی خون انجام شود یا از قبل (حداکثر تا ۶ ماه قبل) انجام شده باشد، نتیجه را بر حسب نوع آزمایش در ستون های مربوطه یادداشت کنید.

ستون نتیجه غربالگری (ستون ۲۹):

۱- اگر پاسخ هر یک از سؤالات ستون های ۷ تا ۱۷ و ۲۵ و ۲۶ منفی بود (علامت ضریب نداشت) و نتیجه نمایه توده بدنی ستون ۲۰ (کمتر از ۲۵) و نتیجه میانگین فشارخون ستون ۲۳ (کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه) بود و نتیجه پاسخ

سؤالات مربوط به ستون های ۲۷ و ۲۸ نسبتاً مطلوب یا مطلوب بود به عنوان **فرد سالم** در نظر گرفته می شود.

➤ **توجه:** در سالمندان (۶۰ سال و بیشتر) دارا بودن سابقه خانوادگی بیماری (مثبت بودن هر یک از ستون های ۷

تا ۱۲) و اضافه وزن جزء عوامل خطر محسوب نمی شود.

➤ **توجه:** مقادیر طبیعی چربی های خون: تری گلیسیرید (TG) کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر، کلسترول (Cholestrol) خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر، در افراد بدون فشارخون بالا و دیابت LDL کمتر از ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر و در افراد دیابتی ۷۰ تا ۱۰۰ و در افراد فشارخونی کمتر از ۱۳۰ و HDL بیشتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر در مردان و بیشتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر در زنان است.

۲- اگر پاسخ حداقل یکی از سؤالات ستون های ۷ تا ۱۷ و ۲۵ مثبت بود (علامت ضربدر داشت) و یا نتیجه نمایه توده بدنی ستون ۲۱ (۲۵ تا ۲۹) اضافه وزن و یا نتیجه نمایه توده بدنی ستون ۲۲ (۳۰ و بیشتر) چاق بود و یا نتیجه میانگین فشارخون ستون ۲۴ (۹۰/۱۴۰ میلیمتر جیوه و بیشتر) و پس از ارجاع فرد به پزشک، نتیجه هر یک از آزمایش های قند و چربی های خون طبیعی نبود، به عنوان **فرد در معرض خطر (کسی که بیمار مبتلا به بیماری زمینه ساز بیماری قلبی عروقی است)** در نظر گرفته می شود و لازم است به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

۳- اگر فقط نتیجه پاسخ **سؤالات مربوط به یکی از ستون های ۲۷ (وضعیت تغذیه) و ۲۸ (وضعیت فعالیت بدنی) نامطلوب بود** و پاسخ (نمایه توده بدنی ستون ۲۱ (بین ۲۵ تا ۳۰) بود، نیاز به ارجاع فرد نمی باشد ولی به عنوان **فرد در معرض خطر** در نظر گرفته می شود.

۵- اگر پاسخ سؤال ستون های ۱۶ و ۱۷ مثبت بود به عنوان **بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی**، فرد را برای بررسی بیشتر به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

ستون تاریخ ارجاع به پزشک (ستون ۳۰): تاریخی که فرد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی یا مشکوک به بیماری عروق کرونر را به پزشک ارجاع می دهید، با مداد در این ستون ثبت کنید و پس از معاینه توسط پزشک، تاریخ را با خودکار در این ستون یادداشت کنید.

ستون نتیجه بیماریابی (ستون ۳۱):

➤ این قسمت فقط برای ثبت نتیجه بررسی افراد در معرض خطر و افراد مشکوک به بیماری قلبی عروقی ارجاع شده به پزشک تکمیل می گردد. در نهایت وضعیت فرد بر حسب در معرض خطر یا بیمار مشخص می شود.

-تمام افراد باید برای انجام آزمایش خون قند و چربی های خون به آزمایشگاه ارجاع شوند (مگر این که قند و چربی خون آن ها در طی ۶ ماه اخیر اندازه گیری شده باشد) و پس از آن بر حسب نتیجه آزمایش وضعیت فرد از نظر ابتلاء به دیابت یا اختلال چربی خون روشن شود. در صورتی که فرد مبتلا به دیابت یا اختلال چربی خون باشد، به عنوان فرد دارای بیماری زمینه ساز قلبی عروقی در این ستون کلمات **در معرض خطر** را بنویسید.

-اگر بیماری **قلبی عروقی** فرد ارجاع شده پس از بررسی توسط پزشک تایید نگردید و عامل خطر آفرین دیگری هم نداشت، در این ستون کلمه **سالم** را بنویسید.

-اگر بیماری **قلبی عروقی** فرد در معرض خطر ارجاع شده پس از بررسی توسط پزشک تایید نگردید اما حداقل یک عامل خطر ساز دیگر داشت، در این ستون کلمات **در معرض خطر** را بنویسید.

- اگر بیماری قلبی عروقی فرد در معرض خطر ارجاع شده پس از بررسی توسط پزشک تایید گردید، در این ستون **کلمه بیمار** را بنویسید.

اگر نتیجه غربالگری سالم باشد، لازم است :
- افراد ۳۰ سال و بیشتر هر ۳ سال یک بار برای تعیین وضعیت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن غربالگری شوند.

نکات مورد توجه در تکمیل فرم غربالگری بیماری قلبی عروقی

- ۱- حتی الامکان از گرد کردن اعداد بدست آمده از اندازه گیری قد، وزن و فشار خون خودداری کنید و اعداد فشارخون را بر حسب میلیمتر جیوه یادداشت کنید مانند ۱۴۲/۸۱ .
- ۲- در صورتی که فرد مراجعه کننده **باردار** باشد، بایستی یکماه پس از زایمان فرم غربالگری برای او تکمیل شود .
- ۳- مشخصات افراد در معرض خطر و افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی را پس از شناسایی به "فرم مراقبت افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی و بیماران قلبی عروقی" و "فرم پیگیری افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی و بیماران قلبی عروقی" ثبت کنید .
- ۴- فرم غربالگری برای بیماران شناخته شده قلبی هم باید تکمیل شود.
- ۵- اگر غربالگری در منزل انجام شود در فرم پیگیری دور تاریخ مراجعه دایره قرمز بکشید.

فرم غربالگری عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی (برای افراد ۳۰ سال و بیشتر)

خانه بهداشت: روستا: سال:

مرکز بهداشتی درمانی: مرکز بهداشت شهرستان:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره خانوار	جنس	تاریخ تولد	تاریخ مراجعه	سابقه خانوادگی (در افراد درجه یک خانواده)		سابقه بیماری در فرد		قد بر حسب سانتیمتر	وزن بر حسب کیلوگرم	نمایه توده بدنی (بر حسب کیلوگرم بر مجذور سانتیمتر)			میانگین فشارخون بر حسب میلی متر جیوه			علامت بیماری عروق کرونر (نقطه برای ۳۰ و بالاتر)	مصرف دخانیات	وضعیت تغذیه ۱	وضعیت فعالیت بدنی ۲	قند خون بر حسب میلی گرم در دسی لیتر	چربی خون (بر حسب میلی گرم در دسی لیتر)				نت تاریخ ارجاع به پزشک	نتیجه بیماری یابی ۴	
						سکته قلبی و یا مغزی	سکته قلبی و یا مغزی	اختلال چربی خون	دیابت			فشارخون بالا	فشارخون بالا	اختلال چربی خون	دیابت	اختلال چربی خون	اختلال چربی خون						اختلال چربی خون	اختلال چربی خون	تری گلیسیرید	آل دی ال			آل دی ال
۱																													
۲																													
۳																													
۴																													
۵																													
۶																													
۷																													
۸																													
۹																													
۱۰																													
۱۱																													
۱۲																													
۱۳																													
۱۴																													
۱۵																													
۱۶																													
۱۷																													
۱۸																													
۱۹																													
۲۰																													
۲۱																													
۲۲																													
۲۳																													
۲۴																													
۲۵																													
۲۶																													
۲۷																													
۲۸																													
۲۹																													
۳۰																													
۳۱																													
۳۲																													
۳۳																													
۳۴																													
۳۵																													
۳۶																													

۱ وضعیت تغذیه: نا مطلوب، نسبتاً مطلوب، مطلوب
 ۲ وضعیت فعالیت بدنی: نا مطلوب، نسبتاً مطلوب، مطلوب
 ۳ نتیجه غربالگری: سالم، در معرض خطر، بیمار
 ۴ نتیجه بیماریابی: سالم، در معرض خطر، بیمار

پس از شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی، اسامی و مشخصات آنان را از " فرم
مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی " استخراج و به ترتیب در " فرم پیگیری
افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی " وارد کنید. این فرم ها را در پوشه جداگانه تحت
عنوان پوشه فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی نگهداری کنید.

➤ توجه: برای سهولت در ثبت داده ها، کلیه فرم ها باید در کاغذ A3 چاپ شود.

راهنمای تکمیل فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی از سطح خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت در مناطق شهری و روستایی

این فرم در چهار صفحه به منظور ثبت وضعیت و مراقبت های انجام شده برای بیماران یا افراد در معرض خطر تهیه شده است. پس از شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی و تشکیل فرم مراقبت بیماران (فرم مراقبت بیماران در روستا / پرونده بیماران قلبی عروقی در شهر) و فرم پیگیری بیماران، مشخصات هر بیمار را به ترتیب از فرم های مربوط به افراد در معرض خطر و بیمار استخراج و در این فرم ها وارد نمائید. اطلاعات به ازای هر بیمار یا فرد در معرض خطر به صورت چوب خطی در این فرم ها وارد می شود.

این فرم ها بر حسب نوع واحد تکمیل کننده گزارش **توسط بهورزان / پرستاران / کاردان / کارشناسی** در سطوح مختلف تکمیل می گردد.

این فرم ها در هر سطح باید به صورت جمع بندی شده در **پایان هر فصل** به سطح بالاتر ارسال شود.

➤ برای سهولت در ثبت داده ها، این فرم ها باید در کاغذ A3 چاپ شود.

دستورالعمل تکمیل فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی

در ابتدا نام دانشگاه علوم پزشکی و مرکز بهداشت شهرستان و نام واحد ارائه خدمت را اگر در شهر است حسب مورد بر اساس نام واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری و اگر در روستا است بر طبق نام خانه بهداشت و مرکز بهداشتی، درمانی روستایی ثبت کنید. جمعیت تحت پوشش هر واحد ارائه خدمت را بر حسب سطح گزارش دهی و سال و ماه تکمیل فرم گزارش در هر صفحه گزارش در بالای فرم بنویسید. سپس به ترتیب زیر اطلاعات مورد لزوم را تکمیل کنید:

صفحه ۱: فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن برای ثبت بیماران

راهنمای تکمیل فرم گزارش دهی **ثبت** بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون پس از شناسایی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون و تشکیل فرم مراقبت بیماران و فرم پیگیری بیماران، مشخصات هر بیمار را به ترتیب از فرم های مربوط به افراد بیمار استخراج و در این فرم وارد نمائید. در ابتداء برحسب جنسیت و گروه سنی که بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون **مراجعه کننده جدید**، در آن قرار می گیرند، داه های مربوط به هر فرد مراجعه کننده را به صورت چوب خط در طول ۳ ماه ثبت و در پایان هر ۳ ماه در سطر های مربوطه به صورت عددی تکمیل کنید.

بیماران مراجعه کننده

تعداد مراجعین: به ازای هر بیمار جدید مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون (۳۰ سال و بالاتر) که در طی هر ۳ ماه یا هر فصل به واحد بهداشتی مراجعه می کند، در هر یک از گروه های سنی و جنسی مربوطه با چوب خط در خانه مربوطه ثبت کنید و سایر اطلاعات مربوط به این فرد را در سایر ستون ها و در سطر مربوطه یادداشت کنید. **دارای پرونده کامل:** تعداد مراجعینی که پرونده آن ها از نظر پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده است و وضعیت

آن‌ها از نظر سایر عوامل خطر و بیماری‌ها مشخص گردیده است، در این خانه یادداشت کنید.

بیماران دارای سایر عوامل خطر

اگر بیمار دارای سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (اضافه وزن، مصرف دخانیات، کم‌تحرك، تغذیه نامناسب) است در ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی یادداشت کنید.

چاق/فشارخون بالا/دیابت/اختلال چربی خون/بیماری قلبی عروقی

اگر سایر بیماری‌های زمینه‌ساز بیماری قلبی عروقی (چاق، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون) و یا بیماری قلبی عروقی در بیمار مراجعه‌کننده مبتلا به فشارخون بالا و یا بیمار مبتلا به اختلال چربی خون از قبل شناسایی شده باشد، در خانه سطر و ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی بر حسب بیمار شناخته شده قبلی ثبت کنید و اگر سایر بیماری‌ها در بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون بعد از مراجعه به این واحد بهداشتی و بررسی تشخیص داده و ثبت شده باشد، حسب مورد به عنوان بیماری جدید در ستون بیمار شناخته شده جدید، یادداشت کنید.

سابقه خانوادگی

اگر بیمار دارای سابقه خانوادگی بیماری‌های زمینه‌ساز قلبی عروقی است، در این ستون ثبت کنید.

ارجاع شده به مشاور تغذیه/روانشناسی/تربیت بدنی/ترک دخانیات/توانبخشی

اگر بیمار مراجعه‌کننده بعد از بررسی به یکی از مشاورین ارجاع شده است، در این ستون یادداشت کنید.

دریافت پس‌خوراند

در صورتی که طی ۳ ماه اخیر پس از ارجاع به مشاورین فرم ارجاع تکمیل و پس‌خوراند آن به بیمار تحویل داده شده است، در این ستون یادداشت کنید.

صفحه ۲: فرم گزارش دهی مراقبت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

اطلاعات این صفحه مربوط به مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون و دارای

عامل خطر طی سه ماه یا هر فصل است. قسمت بالای فرم مانند صفحه اول تکمیل می‌گردد.

جمعیت

تعداد مراجعین: به ازای هر بیمار مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون که در طی هر ۳ ماه یا هر فصل به برای انجام مراقبت به واحد بهداشتی مراجعه می‌کند، در هر یک از گروه‌های سنی و جنسی مربوطه با چوب خط در خانه مربوطه ثبت کنید و سایر اطلاعات مربوط به این فرد را در سایر ستون‌ها و در سطر مربوطه یادداشت کنید.

تحت مراقبت

اگر بیمار دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی طی ۳ ماه اخیر تحت مراقبت این واحد بهداشتی قرار دارد، حسب مورد در ستون‌های مربوطه یادداشت کنید.

ارجاع

ارجاع شده به مشاور تغذیه/روانشناسی/تربیت بدنی/ترک دخانیات/توانبخشی

اگر بیمار طی ۳ ماه اخیر برای مشاوره به یکی از مشاورین ارجاع شده باشد، در ستون مربوطه یادداشت کنید.

ارجاع شده به پزشک متخصص قلب و عروق/سایر متخصصان

اگر بیمار طی ۳ ماه اخیر برای مشاوره به یکی از پزشکان متخصص ارجاع شده باشد، در ستون مربوطه یادداشت کنید.

ارجاع برای بستری به علت بیماری قلبی عروقی یا زمینه ساز آن

اگر بیمار دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی را که تحت مراقبت این واحد بهداشتی قرار دارد و به علت بیماری قلبی عروقی یا زمینه ساز آن طی ۳ ماه اخیر برای بستری در بیمارستان ارجاع شده و بستری شده باشد، در این ستون یادداشت کنید.

بیماری کنترل شده

اگر بیمار دارای بیماری زمینه ساز و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی از نظر عامل خطر کنترل شده محسوب می شود، حسب مورد در ستون های مربوطه یادداشت کنید.

شرایط موارد کنترل شده:

-چاقی:وزن در طول سه ماه باید به میزان وزن هدف تعیین شده برای این سه ماه رسیده باشد.برای مثال هدف این است بیمار باید طی ۳ ماه ۶ کیلو وزن کم کند، اگر این به این مقدار وزن کاهش یافته باشد به معنی کنترل بیماری است.

-فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه یا در بیماران کلیوی و قلبی عروقی کمتر از ۱۳۰/۸۵ میلیمتر جیوه و در بیماران دیابتی کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلیمتر جیوه

-قندخون کمتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر

-چربی خون : کلسترول خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر،ال دی ال کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر و در بیماران مبتلا به دیابت،کلیوی و قلبی عروقی حسب مورد، اچ دی ال کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر،تری گلیسیرید کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر

-وزن :حفظ وزن به میزان وزن هدف تعیین شده برای هر بیمار به مدت ۳ ماه

عامل خطر کنترل شده

اگر عامل خطر فرد بیماری که دارای عامل خطر (اضافه وزن،مصرف دخانیات،کم تحرک،تغذیه نامناسب) است ،کنترل شده محسوب می شود یعنی طی ۳ ماه اخیر به وزن مطلوب،ترک دخانیات،پیروی از رژیم غذایی مناسب و سالم و فعالیت بدنی مناسب رسیده است، حسب مورد برای هر یک از عوامل خطر ،در ستون مربوطه یادداشت کنید.

عوارض بیماری

اگر بیمار دارای عامل خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی طی ۳ ماه اخیر دچار عوارض بیماری(قلبی عروقی،چشمی،مغزی،کلیوی ،عصبی) شده است ، حسب مورد در ستون مربوطه یادداشت کنید.

علت عدم مراجعه

اگر بیمار تحت مراقبت این واحد بهداشتی به هر علت(مهاجرت،فوت،سایر موارد) طی ۳ ماه اخیر از پوشش مراقبت خارج شده است و دیگر به این واحد مراجعه نمی کند ، حسب مورد در ستون مربوطه یادداشت کنید.

صفحه ۳: فرم گزارش دهی آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

اطلاعات این صفحه مربوط به برنامه های آموزشی در خصوص بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن طی سه ماه یا هر فصل است.قسمت بالای فرم مانند صفحه اول تکمیل می گردد.

بیماران

تحت مراقبت: تعداد بیماران دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی که طی ۳ ماه اخیر تحت

مراقبت این واحد بهداشتی قرار داشته اند، در این ستون یادداشت کنید.

بیماران تحت آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

تعداد بیماران دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی که طی ۳ ماه اخیر تحت آموزش چهره به چهره این واحد بهداشتی قرار گرفته اند را حسب موضوع به تفکیک گروه سنی و جنسیت در ستون های مربوطه یادداشت کنید.

کلاس های آموزشی برگزار شده برای بیماران مبتلا به قلبی عروقی و عوامل خطر آن

اگر برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن کلاس های آموزشی برای بیماران مبتلا به قلبی عروقی و عوامل خطر آن برگزار شده است، حسب موضوع در ستون مربوطه تعداد کلاس های برگزار شده را یادداشت کنید.

کلاس های آموزشی برگزار شده برای جامعه

اگر برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن کلاس های آموزشی برای افراد جامعه و عموم مردم برگزار شده است، تعداد کلاس های برگزار شده را حسب موضوع در ستون مربوطه یادداشت کنید.

کلاس های آموزشی برگزار شده برای کارکنان بهداشتی درمانی

اگر برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن کلاس های آموزشی برای کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط با برنامه قلب و عروق برگزار شده است، تعداد کلاس های برگزار شده را حسب نوع کارکنان در ستون مربوطه یادداشت کنید.

کارکنان آموزش دیده

تعداد کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط با برنامه قلب و عروق که برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن تحت آموزش قرار گرفته اند را حسب نوع موضوع در ستون مربوطه یادداشت کنید.

صفحه ۴: فرم گزارش دهی غربالگری بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

این فرم در یک صفحه به منظور ثبت وضعیت غربالگری انجام شده برای افراد ۳۰ سال و بالاتر تهیه شده است. پس از غربالگری و شناسایی بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن و تشکیل فرم مراقبت بیماران و فرم پیگیری بیماران، مشخصات هر بیمار را به ترتیب از فرم های مربوط به افراد بیمار استخراج و در این فرم وارد نمایید. اطلاعات به ازای هر بیمار یا فرد در معرض خطر به صورت چوب خطی در این فرم وارد می شود.

دستورالعمل تکمیل فرم گزارش دهی غربالگری بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

در ابتداء برحسب جنسیت و گروه سنی که افراد سالم، در معرض خطر و بیماران، در آن قرار می گیرند، داه های مربوط به هر فرد مراجعه کننده برای غربالگری را از "فرم غربالگری"/"پرونده بیماری قلبی عروقی استخراج و به صورت چوب خط در طول ۳ ماه ثبت و در پایان هر ۳ ماه در سطر های مربوطه به صورت عددی تکمیل کنید.

افراد مراجعه کننده

تعداد مراجعین: به ازای هر فرد جدید ۳۰ سال و بالاتر که در طی هر ۳ ماه یا هر فصل برای غربالگری به واحد بهداشتی مراجعه می کند، در هر یک از گروه های سنی و جنسی مربوطه با چوب خط در خانه مربوطه ثبت کنید و

سایر اطلاعات مربوط به این فرد را در سایر ستون ها و در سطر مربوطه یادداشت کنید.

دارای پرونده کامل: تعداد مراجعینی که پرونده آن ها از نظر پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده است و وضعیت آن ها از نظر وجود عوامل خطر و بیماری ها مشخص گردیده است، در این خانه یادداشت کنید.

بیماران دارای عوامل خطر (اضافه وزن، کم تحرک، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب)

اگر فرد دارای هر یک از عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (اضافه وزن، مصرف دخانیات، کم تحرک، تغذیه نامناسب) است در ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی یادداشت کنید.

بیماران دارای بیماری زمینه ساز (چاق/فشارخون بالا/دیابت/اختلال چربی خون/بیماری قلبی عروقی)

اگر فرد مبتلا به بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی (چاق، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون) و یا بیماری قلبی عروقی باشد، اگر از قبل شناسایی شده باشد، در خانه سطر و ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی بر حسب بیمار شناخته شده قبلی ثبت کنید و اگر بیماری وی بعد از مراجعه به این واحد بهداشتی و بررسی تشخیص داده و ثبت شده باشد، حسب مورد به عنوان بیماری جدید در ستون بیمار شناخته شده جدید، یادداشت کنید.

سابقه خانوادگی چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و بیماری قلبی عروقی

اگر فرد در افراد درجه یک خانواده خود دارای سابقه خانوادگی بیماری های زمینه ساز قلبی عروقی باشد، در این ستون ثبت کنید.

ارجاع شده به مشاور تغذیه/روانشناسی/تربیت بدنی/ترک دخانیات/توانبخشی

اگر فرد مراجعه کننده بعد از بررسی به یکی از مشاورین ارجاع شده است، در این ستون یادداشت کنید.

دریافت پس خوراند

در صورتی که طی ۳ ماه اخیر پس از ارجاع فرد به مشاورین فرم ارجاع تکمیل و پس خوراند آن به بیمار تحویل داده شده است، در این ستون یادداشت کنید.

دانشگاه علوم پزشکی :

مرکز بهداشت شهرستان :

مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی:

فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن برای ثبت بیماران

صفحه ۱

واحد دیابت: سال : ماه : شماره گزارش :

خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی:..... جمعیت تحت پوشش مرکز :

گروه سنی	بیماران مراجعه کننده جدید		بیماران دارای سایر عوامل خطر				چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون		بیماری قلبی عروقی		سابقه خانوادگی						
	جنس	تعداد مراجعین	دارای پرونده کامل	اضافه وزن	تغذیه نامناسب	مصرف دخانیات				کم تحرک	شناخته شده قلبی	شناخته شده جدید	شناخته شده قلبی	شناخته شده جدید	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	قلبی عروقی	
۳۰-۳۹	زن																			
	مرد																			
۴۰-۴۹	زن																			
	مرد																			
۵۰-۵۹	زن																			
	مرد																			
۶۰-۶۹	زن																			
	مرد																			
۷۰+	زن																			
	مرد																			
جمع	زن																			
	مرد																			
جمع کل																				

فرم گزارش دهی **مراقبت بیماری قلبی عروقی** و عوامل خطر آن

دانشگاه علوم پزشکی :

واحد دیابت: سال : ماه : شماره گزارش :

مرکز بهداشت شهرستان :

خانه بهداشت/ پایگاه بهداشتی: جمعیت تحت پوشش مرکز :

مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی:

علاقت عدم مراجعه		عوارض بیماری		عامل خطر کنترل شده		بیماری کنترل شده		ارجاع		تحت مراقبت		جمعیت		گروه سنی							
سایر موارد	فوت	مهاجرت	عصبی	کلیوی	مغزی	چشمی	قلبی عروقی	تغذیه نامناسب	کم تحرک	مصرف دخانیات	اضافه وزن	اضافه وزن و چاقی	اختلال چربی خون		دیابت	فشار خون بالا	چاقی	تحت مراقبت	تعداد مراجعین	جنس	
								ارجاع برای بستری به علت بیماری قلبی عروقی و زمینه ساز											زن	۳۹-۳۰	
								ارجاع شده به سایر متخصصان												مرد	۴۹-۴۰
								ارجاع شده به پزشک متخصص قلب و عروق												مرد	۴۹-۴۰
								ارجاع شده به مشاور توانبخشی												زن	۵۹-۵۰
								ارجاع شده به مشاور ترک دخانیات												مرد	۵۹-۵۰
								ارجاع شده به مشاور تربیت بدنی												زن	۶۹-۶۰
								ارجاع شده به مشاور روانشناسی												مرد	۶۹-۶۰
								ارجاع شده به مشاور تغذیه												زن	۷۰+
								تغذیه نامناسب												مرد	جمع
								کم تحرک												زن	جمع
								مصرف دخانیات												مرد	جمع
								سایر بیماری ها												زن	جمع
								قلبی عروقی												مرد	جمع
								اختلال چربی خون												زن	جمع
								دیابت												مرد	جمع
								فشار خون بالا												زن	جمع
								چاقی												مرد	جمع
								تحت مراقبت												زن	جمع
								تعداد مراجعین												مرد	جمع
								جنس												زن	جمع
								گروه سنی												مرد	جمع

فرم گزارش دهی **آموزش** بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

دانشگاه علوم پزشکی :.....

واحد دیابت: سال : ماه : شماره گزارش :

مرکز بهداشت شهرستان :

خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی:..... جمعیت تحت پوشش مرکز :

مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی.....

گروه سنی	بیماران		بیماران تحت آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر																کلاس های آموزشی برگزار شده برای بیماران				کلاس های آموزشی برگزار شده برای جامعه				کلاس های آموزشی برگزار شده برای کارکنان بهداشتی						
	جنس	تحت مراقبت	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	بیماری قلبی عروقی	سایر بیماری ها	مصرف دخانیات	کم تحرک	تغذیه نامناسب	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	بیماری قلبی عروقی	سایر بیماری ها	مصرف دخانیات	کم تحرک	تغذیه نامناسب	پهوروزان	پرستاران	کار دانان	کارشناسان	پزشکان	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	بیماری قلبی عروقی			
۳۰-۳۹	زن																																
	مرد																																
۴۰-۴۹	زن																																
	مرد																																
۵۰-۵۹	زن																																
	مرد																																
۶۰-۶۹	زن																																
	مرد																																
۷۰+	زن																																
	مرد																																
جمع	زن																																
	مرد																																
جمع کل																																	

فرم گزارش دهی غربالگری بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

دانشگاه علوم پزشکی :
 مرکز بهداشت شهرستان :
 مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی :
 واحد دیابت : سال : ماه : شماره گزارش :
 خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی : جمعیت تحت پوشش مرکز :

گروه سنی	افراد مراجعه کننده جدید			افراد دارای عوامل خطر				افراد دارای بیماری های زمینه ساز قلبی عروقی													
	جنس	تعداد مراجعین	دارای پرونده کامل	اضافه وزن	تغذیه نامناسب	مصروف دخانیات	کم تحرک	فشارخون بالا		دیابت		اختلال چربی خون		بیماری قلبی عروقی		چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	بیماری قلبی عروقی	
								شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی						
۳۰-۳۹	زن																				
	مرد																				
۴۰-۴۹	زن																				
	مرد																				
۵۰-۵۹	زن																				
	مرد																				
۶۰-۶۹	زن																				
	مرد																				
۷۰+	زن																				
	مرد																				
جمع	زن																				
	مرد																				
جمع کل																					

فرم های مورد استفاده در برنامه جامع پیشگیری و

کنترل بیماری قلبی عروقی

در خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی

روستایی / مرکز بهداشت شهرستان / دانشگاه

در مناطق روستایی

راهنمای تکمیل فرم مراقبت افراد در معرض خطر (بیماران مبتلا به فشار خون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی

پس از شناسایی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون، اسامی و مشخصات آن‌ها را به ترتیب در فرم مراقبت مربوط به افراد بیمار وارد نمایید. این فرم در دو صفحه پشت و رو به منظور ثبت مراقبت‌های انجام شده برای بیمار تهیه شده است. برای هر فرد یک فرم تنظیم کنید. این فرم‌ها را باید در پرونده خانوار هر فرد نگهداری نمایید.

این فرم توسط بهورزان تکمیل می‌گردد.

دستورالعمل تکمیل فرم مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی

در ابتدا نام دانشگاه علوم پزشکی و مرکز بهداشت شهرستان و نام خانه بهداشت، روستای تحت پوشش خانه بهداشت، مرکز بهداشتی، درمانی و سال تکمیل فرم را در بالای فرم بنویسید. سپس به ترتیب زیر اطلاعات مورد لزوم را تکمیل کنید:

در ابتداء شماره ملی و پرونده خانوار، نام و نام خانوادگی بیمار، جنس، تاریخ تولد (بر حسب سال و ماه) را در بالای فرم یادداشت کنید و سپس موارد زیر را سوال کنید:

قد بر حسب سانتیمتر: پس از رعایت شرایط اندازه‌گیری، قد فرد را اندازه گرفته و مقدار آن را در بالای فرم بر حسب سانتیمتر یادداشت کنید.

سابقه بیماری در فرد (فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، بیماری قلبی عروقی زودرس^۲، سکته قلبی و یا سکته مغزی)

به ترتیب از فرد سؤال کنید آیا خود فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی است؟ در صورت جواب مثبت، اگر بیمار تحت نظر پزشک است (تحت درمان غیر دارویی و یا درمان دارویی) در بالای فرم علامت ضربدر بگذارید. در این موارد بهورزان می‌توانند بر حسب شناختی که از اهالی روستا دارند و با توجه به شواهد موجود در مورد صحت پاسخ فرد مراجعه کننده، تصمیم‌گیری کنند.

^۲ منظور از بیماری قلبی عروقی زودرس یعنی سابقه بروز بیماری قلبی عروقی در زنان کمتر از ۵۵ سال و در مردان کمتر از ۴۵ سال در خود فرد است.

و بعداً^۳ در صورت مصرف دخانیات در مورد نوع دخانیات مصرفی (مانند سیگار، چپق و...) از بیمار سؤال کنید و در فرم بنویسید.

توجه داشته باشید اگر فرد قبلاً سابقه بیماری‌های ذکر شده را داشته باشد، اولین تاریخ تشخیص بیماری را از زمانی که به تأیید پزشک مربوطه رسیده است در بالای فرم یادداشت کنید. در مورد بیماران شناخته شده جدید تاریخ تشخیص، زمانی است که بعد از ارجاع، به تأیید پزشک رسیده است.

سابقه خانوادگی (فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، چاقی، بیماری قلبی عروقی، سکته قلبی و یا سکته مغزی)

به ترتیب از فرد سؤال کنید، آیا کسی از افراد درجه یک خانواده وی (شامل والدین و خواهر و برادر) به یکی از بیماری‌های چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون^۱، بیماری قلبی عروقی زودرس^۲، سکته قلبی و یا سکته مغزی مبتلا است؟ در صورت جواب مثبت، در بالای فرم علامت ضربدر بگذارید. در این موارد بهورزان می‌توانند بر حسب شناختی

که از اهالی روستا دارند و با توجه به شواهد موجود در مورد صحت پاسخ فرد مراجعه کننده، تصمیم گیری کنند.
۱ منظور از اختلال چربی خون (کلسترول خون بالا، LDL خون بالا، HDL خون پایین و یا تری گلیسیرید خون بالا) است.

۲ منظور از سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی زودرس، یعنی سابقه بروز بیماری قلبی عروقی در زنان کمتر از ۶۵ سال و در مردان کمتر از ۵۵ سال در افراد درجه یک خانواده است.

وضعیت تغذیه: در مورد وضعیت تغذیه سوالات زیر را از فرد پرسش کنید و نتیجه را در بالای فرم بر حسب مطلوب یا نامطلوب در مربع مربوطه علامت ضربدر بزنید:

به ترتیب زیر از فرد سؤال کنید و نتیجه نهایی را در مربع مربوطه علامت بزنید:

- ۱- آیا روزانه حداقل ۲ لیوان شیر یا ماست مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۲- آیا برای سرخ کردن از روغن مایع مخصوص سرخ کردن استفاده می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۳- چند بار در هفته از غذای سرخ کرده استفاده می کنید؟ آیا کمتر از ۲ بار مصرف می کنید؟ (غیر از پیازداغ) ۱- بلی ۲- خیر
- ۴- آیا موقع غذا خوردن اول غذا را می چشیدو بعد در صورت نیاز به آن نمک اضافه می کنید؟ ۱- بلی ۲- خیر
- ۵- چند بار در هفته از غذای آماده بیرون از منزل استفاده می کنید؟ آیا در هفته کمتر از ۳ بار استفاده میکنید؟ ۱- بلی ۲- خیر
- ۶- آیا حداقل به مقدار ۲ واحد^۱ در روز میوه مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۷- آیا حداقل به مقدار ۲ واحد^۲ در روز سبزی مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۸- آیا حداقل در هفته ۳ وعده از حبوبات مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۹- آیا پوست مرغ را موقع طبخ جدا می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۱۰- آیا از نان های سبوس دار (مثل سنگگ، بربری، فانتزی سبوس دار) استفاده می کنید؟ ۱- بلی ۲- خیر

اگر مجموع امتیازات پاسخ های بلی بین ۸ تا ۱۰ باشد وضعیت تغذیه فرد **مطلوب**، اگر بین ۴ تا ۷ باشد وضعیت تغذیه فرد **نسبتاً مطلوب** و اگر بین ۱ تا ۳ باشد وضعیت تغذیه فرد **نا مطلوب** است.

۱) یک واحد میوه مقدار آن شامل یک پرتقال، لیمو شیرین، سیب، کیوی و یا نصف موز، نصف لیوان میوه های ریزمانند انگور، انار، آلبالو و یا یک چهارم طالبی و یا یک هشتم هندوانه متوسط است.

۲) یک واحد سبزی مثل سبزی های برگ سبز، انواع کلم، لوبیاسبز، کدو، نخود سبز، باقالی سبز است که مقدار آن شامل یک لیوان سبزی خام و یا نصف لیوان سبزی پخته است.

وضعیت فعالیت بدنی: به ترتیب زیر از فرد سؤال کنید و نتیجه نهایی را در مربع مربوطه یادداشت کنید :

۱- آیا در طول روز فعالیتی دارید که حداقل ۱۰ دقیقه طول بکشد؟ ۱- بلی ۲- خیر (به پرسش ادامه ندهید)

۲- اگر پاسخ بیشتر از ۱۰ دقیقه است، در مجموع کل مدت زمان فعالیت شما در روز (یا مجموع زمان چند دوره ۱۰ دقیقه ای یا بیشتر) چقدر می شود؟ ۱- کمتر از ۳۰ دقیقه (به پرسش ادامه ندهید) ۲- بیشتر از ۳۰ دقیقه

۳- در صورتی که بیش از ۳۰ دقیقه فعالیت می کنید، چند روز در هفته این فعالیت بدنی را انجام می دهید؟

۱- کمتر از ۳ روز (به پرسش ادامه ندهید) ۲- بیشتر از ۳ روز

۴- در صورتی که بیش از ۳ روز فعالیت می کنید، آیا شدت فعالیتی که انجام می دهید در حدی است که قادر به صحبت نباشید یا به نفس زدن بیافتید (مثل تغییر یا حالتی که در حین دویدن آرام در تعداد ضربان قلب یا تعداد تنفس ایجاد می شود)؟

۱- بلی ۲- خیر

اگر فرد فقط تا سؤال شماره ۲ پاسخ دهد وضعیت فعالیت فرد **نامطلوب**، اگر تا سؤال شماره ۳ پاسخ دهد، وضعیت فعالیت فرد **نسبتاً مطلوب** و اگر به هر ۴ سؤال پاسخ دهد، وضعیت فعالیت فرد **مطلوب** است.

(ستون ۱) **تاریخ مراقبت**: تاریخی را که بیمار جهت مراقبت مراجعه کرده است در این ستون یادداشت کنید. اگر مراقبت در منزل بیمار انجام شود دور تاریخ دایره قرمز بکشید. تاریخ مراقبت بعدی را در این ستون با مداد یادداشت کنید و پس از انجام مراقبت، تاریخ را با خودکار بنویسید.

(ستون ۲) **مراقبت کننده**

فردی که مراقبت را انجام می دهد مثل بهورز، پزشک مرکز بهداشتی و یا سایر پزشکان (پزشک دیگری غیر از پزشک مرکز)، رادر این ستون بنویسید.

توجه: چون گاهی افراد در معرض خطر یا بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی توسط پزشکان خصوصی یا دولتی در محلی غیر از مرکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت تحت مراقبت قرار می گیرند، لازم است در این مورد پیگیری نموده و نتیجه اقدامات انجام شده را در فرم ثبت کنید. در صورت ارجاع بیمار از مرکز بهداشتی درمانی به سطح بالاتر، حتماً بیمار را توجیه کنید که برگه دوم ارجاع را با تاکید بر ثبت اقدامات انجام شده توسط پزشک، به مرکز عودت دهد.

خدمات ارائه شده

(ستون ۳) **مقدار فشار خون بر حسب میلی متر جیوه**: پس از اندازه گیری فشارخون بیمار (با توجه به رعایت شرایط اندازه گیری فشار خون)، مقدار آن را بر حسب میلی متر جیوه و بصورت کسر در این ستون یادداشت کنید. پس از رعایت شرایط اندازه گیری فشارخون، فشارخون فرد را اندازه بگیرید (نوبت اول) و در ستون ۳ بر حسب میلی متر جیوه یادداشت کنید.

در صورتی که فشارخون فرد ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر بود به فاصله ۲ تا ۵ دقیقه بعد از استراحت فرد، مجدداً فشارخون او را اندازه بگیرید (نوبت دوم) و سپس میانگین فشارخون ماکزیمم و میانگین فشار می نیمم را جداگانه حساب کنید و مقدار آن را در **ستون ۴** بر حسب میلی متر جیوه یادداشت کنید.

(ستون ۵) **مقدار وزن بر حسب کیلوگرم**: پس از اندازه گیری وزن بیمار، مقدار آن را در این ستون بر حسب کیلوگرم یادداشت کنید.

(ستون ۶) **مقدار نمایه توده بدنی**: با استفاده از نمودار نمایه توده بدنی و قد و وزن بدست آمده وضعیت نمایه توده بدنی بیمار را تعیین و در این ستون مقدار آن را بنویسید.

(ستون ۷) **بررسی مصرف دخانیات**: در صورتی که بیمار دخانیات مصرف می کند، اگر چپق یا قلیان مصرف می کند از او سؤال کنید بطور متوسط چند بار در روز مصرف می کند؟ و جواب را در این ستون یادداشت کنید. اگر بیمار

سیگار مصرف می کند در هر مراقبت از او سؤال کنید بطور متوسط چند نخ سیگار در روز مصرف می کند؟ و جواب را در این ستون یادداشت کنید.

(ستون ۸) آموزش : عناوین آموزش هائی که بصورت چهره به چهره به بیمار می دهید، در این ستون یادداشت کنید .

(ستون ۹) سایر: اگر غیر از خدمت ارائه شده در ستون های ۳ الی ۷ مراقبت دیگری انجام شود، در این ستون یادداشت کنید.

➤ توجه: قسمت عوارض بیماری ، دستورات پزشک و نتایج آزمایشات انجام شده فقط مربوط به پزشک مرکز است و باید توسط او تکمیل شود.

(ستون ۱۰) عوارض بیماری: اگر در طی مراقبت های معمولی بیمار که توسط پزشک انجام می شود ، پزشک متوجه عارضه ای ناشی از بیماری در بیمار شود و آن را تأیید کند و یا پس از ارجاع به سطح بالاتر عارضه بیمار بررسی و به تأیید پزشک متخصص برسد، پس از دریافت پس خوراند از سطح بالاتر، پزشک مرکز می بایست محل و نوع عارضه را در محل مربوطه بنویسد.

(ستون ۱۱) دستورات پزشک و نتیجه آزمایشات انجام شده : نوع داروی مصرفی ، مقدار و زمان مصرف دارو ، زمان پیگیری و مراقبت بعدی ، مراقبت خاص و ... می بایست توسط پزشک مرکز در این قسمت یادداشت گردد .

در صورتی که بیمار در ارتباط با عوامل خطر یا بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی آزمایش انجام داده است، نتیجه آزمایشات بایستی توسط پزشک مرکز در این ستون ثبت گردد .

(ستون ۱۲) دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه : اگر بیمار به دلایل فوت ، مهاجرت به روستای دیگریا شهر ، عدم تمایل به همکاری و یا دلایل دیگر به خانه بهداشت مراجعه نمی کند، در این ستون علت آن را بنویسید .

(ستون ۱۳) ارجاع به: اگر بیمار توسط بهورز به پزشک مرکز ارجاع (فوری یا غیر فوری) شود، در این ستون کلمه پزشک مرکز را بنویسید.

اگر بیمار در صورت لزوم برای تشخیص و درمان عوامل خطر یا بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی و عوارض آن توسط پزشک مرکز به پزشک متخصص ارجاع شود ، در این محل **نوع تخصص پزشک** را بنویسید .

اگر بیمار بعلت عوامل خطر قلبی عروقی و عوارض آن برای بستری در بیمارستان ارجاع شود ، در این ستون کلمه **بستری و تاریخ ارجاع** را بنویسید .

بعد از ارجاع ، نتایج اقدامات انجام شده می بایست با کمک کاردان و پزشک مرکز در سطر بعدی یادداشت گردد (با بررسی پس خوراند فرم ارجاع)

(ستون ۱۴) ملاحظات : هر موضوع و اطلاعات مهم دیگر در ارتباط با بیماران را در این ستون بنویسید (مانند سابقه بیماری خاص و ...)

نکات مورد توجه در تکمیل فرم مراقبت بیماران

- ۱- مشخصات تمام بیماران را علاوه بر این فرم به ترتیب در **فرم پیگیری بیماران** نیز ثبت کنید.
- ۲- برای افراد بیماری که تحت نظر پزشک مرکز (پزشک خانواده) نیستند نیز می بایست این فرم و فرم پیگیری بیماری تنظیم گردد و مراقبت توسط بهورزان انجام گیرد . همچنین باید با پرسش از بیمار ، وضعیت درمانی بیمار بررسی و در

فرم یادداشت گردد .

۳- بعد از شناسائی بیماران و تشکیل فرم مراقبت برای آن ها، اقدامات انجام شده در هر مراقبت باید در این فرم ثبت شود.

۴- نتایج آزمایش بیمار را در پرونده خانوار نگهداری کنید.

فرم مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی

دانشگاه علوم پزشکی: مرکز بهداشت شهرستان: مرکز بهداشتی درمانی: خانه بهداشت: روستا: سال:

شماره ملی: اولین تاریخ تشخیص بیماری/عامل خطر وضعیت تغذیه: مطلوب نسبتاً مطلوب نامطلوب

شماره پرونده خانوار: سابقه اختلال چربی خون: دارد ندارد وضعیت فعالیت بدنی: مطلوب نسبتاً مطلوب نامطلوب

نام و نام خانوادگی: سابقه بیماری فشارخون بالا: دارد ندارد سابقه مصرف دخانیات: دارد ندارد

تاریخ تولد: / / سابقه بیماری دیابت: دارد ندارد نوع دخانیات مصرفی:

جنس: مرد زن سابقه بیماری قلبی عروقی: دارد نا ندارد سابقه خانوادگی (۱): دارد ندارد

قد (بر حسب سانتیمتر): تحصیلات: ابتدایی/حوزوی راهنمایی دبیرستان دانشگاهی

ملاحظات	ارجاع به (۵)	دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه (۴)	دستوارت پزشک و نتیجه آزمایشات انجام شده	عوارض بیماری (۳)	خدمات ارائه شده						مراقبت کننده (۲)	تاریخ مراقبت
					سایر	آموزش	بررسی مصرف دخانیات	مقدار نمایه توده بدنی	مقدار وزن بر حسب کیلوگرم	مقدار فشار خون بر حسب میلی متر جیوه		
۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱

(۱) سابقه خانوادگی: شامل بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، چاقی، بیماری قلبی عروقی، سکته قلبی و یا سکته مغزی (۲) مراقبت کننده: شامل بهورز، پزشک مرکز، سایر پزشکان (دولتی یا خصوصی) (۳) عوارض بیماری: شامل عوارض چشمی، عصبی، مغزی، قلبی، (۴) دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه: شامل دلایل مهاجرت، مرگ، عدم تمایل به همکاری و (۵) ارجاع به: شامل پزشک مرکز، پزشک متخصص و برای بستری در بیمارستان

ملاحظات	ارجاع به (۵)	دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه (۴)	دستوارت پزشک و نتیجه آزمایشات انجام شده	عوارض بیماری (۳)	خدمات ارائه شده						مراقبت کننده (۲)	تاریخ مراقبت
					سایر	آموزش	بررسی مصرف دخانیات	مقدار نمایه توده بدنی	مقدار وزن بر حسب کیلوگرم	مقدار فشار خون بر حسب میلی متر جیوه		
۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱

(۱) سابقه خانوادگی: شامل بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، چاقی
(۲) مراقبت کننده: شامل بهورز، پزشک مرکز، سایر پزشکان (دولتی یا خصوصی)
(۳) عوارض بیماری: شامل عوارض چشمی، عصبی، مغزی، قلبی،
(۴) دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه: شامل دلایل مهاجرت، مرگ، عدم تمایل به همکاری و
(۵) ارجاع به: شامل پزشک مرکز، پزشک متخصص و برای بستری در بیمارستان

راهنمای تکمیل فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی

پس از شناسایی افراد بیمار، اسامی و مشخصات آنان را از " فرم مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی " استخراج و به ترتیب در " فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی " وارد کنید. این فرم ها را در پوشه جداگانه تحت عنوان پوشه فرم پیگیری بیماران نگهداری کنید.

این فرم توسط بهورزان تکمیل می گردد.

دستورالعمل تکمیل فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی

در ابتدا نام مرکز بهداشتی - درمانی روستائی، خانه بهداشت، آبادی یا روستای تحت پوشش خانه بهداشت را بر حسب قمر یا اصلی، سال تکمیل فرم و نام عامل خطر آفرین یا بیماری زمینه ساز و یا بیماری قلبی عروقی را در قسمت سمت چپ بالای فرم یادداشت کنید و به ترتیب زیر اطلاعات را تکمیل کنید:

(ستون ۱) ردیف: شماره ردیف را به ترتیب ۱، ۲، ... بنویسید و همین شماره ردیف را در قسمت ملاحظات فرم مراقبت بیماران مبتلا به سکته قلبی که مختص همان بیمار است نیز ثبت کنید.

اطلاعات مربوط به ستون ۲ الی ۵ را از پرونده خانوار فرد بیمار استخراج و به ترتیب در این فرم یادداشت نمایید.

(ستون ۲) نام و نام خانوادگی: اسامی تمام افراد در معرض خطر یا بیماری قلبی عروقی که در طول سال شناسایی شده و یا قبلاً "مبتلا به بیماری بوده اند را در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۳) سال تولد: تاریخ تولد را بر اساس سال یادداشت کنید مثل ۱۳۴۵.

(ستون ۴) شماره پرونده خانوار: شماره پرونده خانوار فرد را در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۵) تاریخ اولین مراجعه: تاریخ اولین روزی که فرد برای غربالگری مراجعه کرده است را در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۶) اولین تاریخ تشخیص بیماری: اولین تاریخ تشخیص بیماری فرد را بر حسب ماه و سال در این ستون بنویسید. (از فرم مراقبت بیماران مبتلا به سکته قلبی و یا سکته مغزی استخراج کنید)

(ستون ۷ الی ۳۰) تاریخ خدمات انجام شده: این قسمت از ستون های مربوط به ماه های سال تشکیل شده است. تاریخ روزی که بایستی شخص بیمار برای مراقبت به خانه بهداشت مراجعه کند را بر حسب مراقبت بهورز یا پزشک با مداد در ستون مربوطه بنویسید. در صورت مراجعه پس از انجام مراقبت های لازم تاریخ آن را با خودکار بنویسید و دور آن را دایره بکشید و به همین ترتیب تا پایان ستون ها ادامه دهید. در صورت عدم مراجعه پیگیری کنید.

اگر مراقبت در منزل انجام شود دور تاریخ دایره قرمز بکشید.

در ستون هر ماه دو ستون بصورت ستاره * و دایره O مشخص شده است، ستون * مربوط به مراقبت بهورز و ستون O مربوط به مراقبت پزشک است. در صورت مراقبت بیمار بیش از یکبار در ماه، می توان این ستون را به قسمت های افقی تقسیم نمود و تاریخ هر مراقبت را در قسمت مربوطه یادداشت کرد.

اطلاعات این قسمت را از فرم مراقبت افراد در معرض خطر یا بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی استخراج کنید.

(ستون ۳۱) ملاحظات: هر موضوع و اطلاعات مهم دیگر در ارتباط با بیماران را در این ستون بنویسید (مانند علت عدم مراجعه و تاریخ قطع مراقبت و پیگیری و.....)

فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی

مرکز بهداشتی درمانی روستایی :

خانه بهداشت :

روستا : قمر اصلی

نام بیماری/عامل خطر ساز :

سال :

ملاحظات	تاریخ خدمات انجام شده																								اولین تاریخ تشخیص بیماری	تاریخ اولین مراجعه	شماره پرونده خانوار	سال تولد	نام و نام خانوادگی	ردیف	
	اسفند		بهمن		دی		آذر		آبان		مهر		شهریور		مرداد		تیر		خرداد		اردیبهشت		فروردین								
	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*							○
	۳۱	۳۰	۲۹	۲۸	۲۷	۲۶	۲۵	۲۴	۲۳	۲۲	۲۱	۲۰	۱۹	۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱

○ تاریخ مراقبتی که توسط پزشک انجام می گیرد در این ستون نوشته می شود

* تاریخ مراقبتی که توسط بهورز برای بیمار انجام می گیرد در این ستون نوشته می شود

راهنمای تکمیل فرم غربالگری عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی

این فرم بصورت یک دفترچه است و برای افراد ۳۰ سال و بالاتر تکمیل می شود. این فرم توسط بهورزان تکمیل می گردد.

دستورالعمل تکمیل فرم غربالگری

در ابتدا نام دانشگاه علوم پزشکی و مرکز بهداشت شهرستان و نام خانه بهداشت، روستای تحت پوشش خانه بهداشت، مرکز بهداشتی، درمانی و سال انجام غربالگری را در بالای فرم بنویسید. سپس به ترتیب زیر اطلاعات مورد لزوم را تکمیل کنید:

(ستون ۱) ردیف: شماره ردیف را به ترتیب ۱، ۲، ... بنویسید.

(ستون ۲) نام و نام خانوادگی: اسم افراد واجد شرایط ۶ ساله و بالاتر را در این ستون بنویسید.

(ستون ۳) شماره خانوار: شماره پرونده خانوار فرد را در این ستون یادداشت کنید.

(ستون ۴) جنس: جنس افراد را بر حسب مرد یا زن یادداشت کنید.

(ستون ۵) تاریخ تولد: تاریخ تولد را بر حسب سال و ماه یادداشت کنید.

(ستون ۶) تاریخ مراجعه: تاریخ روزی که فرد برای غربالگری مراجعه کرده است را در این ستون یادداشت کنید.

سابقه خانوادگی (فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، چاقی، بیماری قلبی عروقی، سکته قلبی و یا سکته مغزی)

(ستون ۷ الی ۱۲): به ترتیب از فرد سؤال کنید، آیا کسی از افراد درجه یک خانواده او (شامل والدین و خواهر و برادر) به یکی از بیماری های چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون^۱، بیماری قلبی عروقی زودرس^۲، سکته قلبی و یا سکته مغزی مبتلا است؟ در صورت جواب مثبت، در این ستون علامت ضربدر بگذارید. در این موارد بهورزان می توانند برحسب شناختی که از اهالی روستا دارند و با توجه به شواهد موجود در مورد صحت پاسخ فرد مراجعه کننده، تصمیم گیری کنند.

۱ منظور از اختلال چربی خون (کلسترول خون بالا، LDL خون بالا، HDL خون پایین و یا تری گلیسیرید خون بالا) است.

۲ منظور از سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی زودرس، یعنی سابقه بروز بیماری قلبی عروقی در زنان کمتر از ۶۵ سال و در مردان کمتر از ۵۵ سال در افراد درجه یک خانواده است.

ستون های سابقه بیماری در فرد (فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، بیماری قلبی عروقی زودرس^۲، سکته قلبی و یا سکته مغزی)

(ستون ۱۳ الی ۱۷): به ترتیب از فرد سؤال کنید آیا خود فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی است؟ در صورت جواب مثبت، اگر بیمار تحت نظر پزشک

است (تحت درمان غیر دارویی و یا درمان دارویی) در این ستون علامت ضربدر بگذارید. در این موارد بهورزان می توانند بر حسب شناختی که از اهالی روستا دارند و با توجه به شواهد موجود در مورد صحت پاسخ فرد مراجعه کننده، تصمیم گیری کنند.

^۲ منظور از بیماری قلبی عروقی زودرس یعنی سابقه بروز بیماری قلبی عروقی در زنان کمتر از ۵۵ سال و در مردان کمتر از ۴۵ سال در افراد درجه یک خانواده است.

ستون قد بر حسب سانتیمتر (ستون ۱۸): پس از رعایت شرایط اندازه گیری، قد فرد را اندازه گرفته و مقدار آن را در این ستون بر حسب سانتیمتر یادداشت کنید.

ستون وزن بر حسب کیلوگرم (ستون ۱۹): پس از رعایت شرایط اندازه گیری، وزن فرد را اندازه گرفته و مقدار آن را در این ستون بر حسب کیلوگرم یادداشت کنید.

ستون نمایه توده بدنی (ستون های ۲۰ الی ۲۲): بر حسب قد و وزن بدست آمده با استفاده از نمودار نمایه توده بدنی بزرگسالان (طبق دستورالعمل)، وضعیت نمایه توده بدنی را تعیین کنید و مقدار آن را در یکی از ستون های مربوطه بنویسید.

ستون فشارخون بر حسب میلی متر جیوه (ستون های ۲۳ و ۲۴): پس از رعایت شرایط اندازه گیری فشارخون، فشارخون فرد را اندازه بگیرید (نوبت اول) و در صورتی که فشارخون فرد از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه کمتر بود در ستون ۲۳ بر حسب میلی متر جیوه یادداشت کنید.

در صورتی که فشارخون فرد ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر بود به فاصله ۲ تا ۵ دقیقه بعد از استراحت فرد، مجدداً فشارخون او را اندازه بگیرید (نوبت دوم) و سپس میانگین فشارخون ماکزیمم و میانگین فشار می نیمم را جداگانه حساب کنید و مقدار آن را در ستون ۲۴ بر حسب میلی متر جیوه یادداشت کنید.

ستون علائم بیماری عروق کرونر (ستون ۲۵): به ترتیب زیر از افراد ۳۰ سال و بالاتر سؤال کنید و نتیجه نهایی را در این ستون یادداشت کنید:

۱- آیا تاکنون هیچگاه در قفسه سینه خود احساس درد، گرفتگی، فشار یا ناراحتی کرده اید؟ ۱- بلی ۲- خیر (به پرسش ادامه ندهید و به سوال ستون بعدی مراجعه کنید)

۲- آیا هنگامی که از سربالایی بالا می روید یا با عجله راه می روید دچار درد سینه می شوید؟ ۱- بلی ۲- خیر (به پرسش ادامه ندهید و به سوال ستون بعدی مراجعه کنید)

۳- آیا هنگامی که با سرعت معمولی و در سطح صاف راه می روید، دچار درد سینه می شوید؟ ۱- بلی ۲- خیر (به پرسش ادامه ندهید و به سوال ستون بعدی مراجعه کنید)

۴- اگر در حال راه رفتن دچار احساس ناراحتی در قفسه صدی می شوید، چه کار می کنید؟

۱- می ایستم یا سرعتم را کم میکنم ۲- به راهم ادامه می دهم

۵- اگر بی حرکت بایستید، چه تغییری می کند؟

۱- ناراحتی در قفسه صدی برطرف میشود ۲- ناراحتی در قفسه صدی برطرف نمی شود

۶- در عرض چه مدت پس از ایستادن درد برطرف می شود؟

۱- ۱۰ دقیقه یا کمتر ۲- بیشتر از ۱۰ دقیقه

اگر فرد به تمام سؤالات شماره ۱ تا ۶، پاسخ شماره یک را بدهد، در ستون مربوطه علامت ضربدر بگذارید یعنی وی مشکوک به آنژین صدری و بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر) است. اگر فرد به کمتر از ۶ سؤال پاسخ شماره یک را بدهد به احتمال زیاد مشکل وی مربوط به بیماری قلبی عروقی نمی شود و نباید در این ستون علامت بگذارید.

ستون مصرف دخانیات (ستون ۲۶): از فرد در مورد مصرف دخانیات سؤال کنید و در صورت جواب مثبت در این ستون علامت ضربدر بگذارید.

ستون وضعیت تغذیه (ستون ۲۷):

به ترتیب زیر از فرد سؤال کنید و نتیجه نهایی را در این ستون یادداشت کنید:

- ۱- آیا روزانه حداقل ۲ لیوان شیر یا ماست مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۲- آیا برای سرخ کردن از روغن مایع مخصوص سرخ کردن استفاده می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۳- چند بار در هفته از غذای سرخ کرده استفاده می کنید؟ آیا کمتر از ۲ بار مصرف می کنید؟ (غیر از پیازداغ)
۱- بلی ۲- خیر
- ۴- آیا موقع غذا خوردن اول غذا را می چشیدو بعد در صورت نیاز به آن نمک اضافه می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۵- چند بار در هفته از غذای آماده بیرون از منزل استفاده می کنید؟ آیا در هفته کمتر از ۳ بار استفاده میکنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۶- آیا حداقل به مقدار ۲ واحد^۱ در روز میوه مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۷- آیا حداقل به مقدار ۲ واحد^۲ در روز سبزی مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۸- آیا حداقل در هفته ۳ وعده از حبوبات مصرف می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۹- آیا پوست مرغ را موقع طبخ جدا می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر
- ۱۰- آیا از نان های سبوس دار (مثل سنگگ، بربری، فانتزی سبوس دار) استفاده می کنید؟
۱- بلی ۲- خیر

اگر مجموع امتیازات پاسخ های بلی بین ۸ تا ۱۰ باشد وضعیت تغذیه فرد **مطلوب**، اگر بین ۴ تا ۷ باشد وضعیت تغذیه فرد **نسبتاً مطلوب** و اگر بین ۱ تا ۳ باشد وضعیت تغذیه فرد **نا مطلوب** است.

۱) یک واحد میوه مقدار آن شامل یک پرتقال، لیمو شیرین، سیب، کیوی و یا نصف موز، نصف میوه های ریزمانند انگور، انار، آلبالو و یا یک چهارم طالبی و یا یک هشتم هندوانه متوسط است.

۲) یک واحد سبزی مثل سبزی های برگ سبز، انواع کلم، لوبیاسبز، کدو، نخود سبز، باقالی سبز است که مقدار آن شامل یک لیوان سبزی خام و یا نصف لیوان سبزی پخته است.

ستون وضعیت فعالیت بدنی (ستون ۲۸):

به ترتیب زیر از فرد سؤال کنید و نتیجه نهایی را در این ستون یادداشت کنید:

- ۱- آیا در طول روز فعالیتی دارید که حداقل ۱۰ دقیقه طول بکشد؟
۱- بلی ۲- خیر (به پرسش ادامه ندهید)
- ۲- اگر پاسخ بیشتر از ۱۰ دقیقه است، در مجموع کل مدت زمان فعالیت شما در روز (یا مجموع زمان چند دوره ۱۰ دقیقه ای یا بیشتر) چقدر می شود؟
۱- کمتر از ۳۰ دقیقه (به پرسش ادامه ندهید) ۲- بیشتر از ۳۰ دقیقه

۳- در صورتی که بیش از ۳۰ دقیقه فعالیت می کنید، چند روز در هفته این فعالیت بدنی را انجام می دهید؟

۱- کمتر از ۳ روز (به پرسش ادامه ندهید) ۲- بیشتر از ۳ روز

۴- در صورتی که بیش از ۳ روز فعالیت می کنید، آیا شدت فعالیتی که انجام می دهید در حدی است که قادر به صحبت نباشید یا به نفس زدن بیافتید (مثل تغییر یا حالتی که در حین دویدن آرام در تعداد ضربان قلب یا تعداد تنفس ایجاد می شود)؟

۱- بلی ۲- خیر

اگر فرد فقط تا سؤال شماره ۲ پاسخ دهد وضعیت فعالیت فرد **نامطلوب**، اگر تا سؤال شماره ۳ پاسخ دهد، وضعیت فعالیت فرد **نسبتاً مطلوب** و اگر به هر ۴ سؤال پاسخ دهد، وضعیت فعالیت فرد **مطلوب** است.

ستون های چربی خون (کلسترول، ال دی ال، اچ دی ال، تری گلیسیرید) (ستون های ۳۰ الی ۳۳)

اگر حسب مورد برای فرد آزمایش چربی خون انجام شود یا از قبل (حداکثر تا ۶ ماه قبل) انجام شده باشد، نتیجه را بر حسب نوع آزمایش در ستون های مربوطه یادداشت کنید.

ستون نتیجه غربالگری (ستون ۲۹):

۱- اگر پاسخ هر یک از سؤالات ستون های ۷ تا ۱۷ و ۲۵ و ۲۶ منفی بود (علامت ضریب نداشت) و نتیجه نمایه توده بدنی ستون ۲۰ (کمتر از ۲۵) و نتیجه میانگین فشارخون ستون ۲۳ (کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه) بود و نتیجه پاسخ سؤالات مربوط به ستون های ۲۷ و ۲۸ نسبتاً مطلوب یا مطلوب بود به عنوان **فرد سالم** در نظر گرفته می شود.

➤ **توجه:** در سالمندان (۶۰ سال و بیشتر) دارا بودن سابقه خانوادگی بیماری (مثبت بودن هر یک از ستون های ۷ تا ۱۲) و اضافه وزن جزء عوامل خطر محسوب نمی شود.

➤ **توجه:** مقادیر طبیعی چربی های خون: تری گلیسیرید (TG) کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر، کلسترول (Cholesterol) خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر، در افراد بدون فشارخون بالا و دیابت LDL کمتر از ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر و در افراد دیابتی ۷۰ تا ۱۰۰ و در افراد فشارخونی کمتر از ۱۳۰ و HDL بیشتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر در مردان و بیشتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر در زنان است.

۲- اگر پاسخ حداقل یکی از سؤالات ستون های ۷ تا ۱۷ و ۲۵ مثبت بود (علامت ضریب داشت) و یا نتیجه نمایه توده بدنی ستون ۲۱ (۲۵ تا ۲۹) اضافه وزن و یا نتیجه نمایه توده بدنی ستون ۲۲ (۳۰ و بیشتر) چاق بود و یا نتیجه میانگین فشارخون ستون ۲۴ (۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بیشتر) و پس از ارجاع فرد به پزشک، نتیجه هر یک از آزمایش های قند و چربی های خون طبیعی نبود، به عنوان **فرد در معرض خطر (کسی که بیمار مبتلا به بیماری زمینه ساز بیماری قلبی عروقی است)** در نظر گرفته می شود و لازم است به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

۳- اگر فقط نتیجه پاسخ سؤالات مربوط به یکی از ستون های ۲۷ (وضعیت تغذیه) و ۲۸ (وضعیت فعالیت بدنی) نامطلوب بود و پاسخ سؤالات ستون ۲۱ (بین ۲۵ تا ۳۰) بود، نیاز به ارجاع فرد نمی باشد ولی به عنوان **فرد در معرض خطر** در نظر گرفته می شود.

۴- اگر پاسخ سؤال ستون های ۱۶ و ۱۷ مثبت بود به عنوان **بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی**، فرد را برای بررسی بیشتر به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

ستون تاریخ ارجاع به پزشک (ستون ۳۰): تاریخی که فرد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی یا مشکوک به بیماری عروق کرونر را به پزشک ارجاع می دهید، با مداد در این ستون ثبت کنید و پس از معاینه توسط پزشک، تاریخ را با خودکار در این ستون یادداشت کنید.

ستون نتیجه بیماریابی (ستون ۳۱):

➤ این قسمت فقط برای ثبت نتیجه بررسی افراد در معرض خطر و افراد مشکوک به بیماری قلبی عروقی ارجاع شده به پزشک تکمیل می گردد. در نهایت وضعیت فرد بر حسب در معرض خطر یا بیمار مشخص می شود.

- تمام افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی (دارای حداقل یک عامل خطر) باید برای انجام آزمایش خون قند و چربی های خون به آزمایشگاه ارجاع شوند (مگر این که قند و چربی خون آن ها در طی ۶ ماه اخیر اندازه گیری شده باشد) و پس از آن بر حسب نتیجه آزمایش وضعیت فرد از نظر ابتلاء به دیابت یا اختلال چربی خون روشن شود. در صورتی که فرد مبتلا به دیابت یا اختلال چربی خون باشد، به عنوان فرد دارای بیماری زمینه ساز قلبی عروقی در این ستون کلمات در معرض خطر را بنویسید.

- اگر بیماری قلبی عروقی فرد ارجاع شده پس از بررسی توسط پزشک تایید نگردید و عامل خطر آفرین دیگری هم نداشت، در این ستون کلمه سالم را بنویسید.

- اگر بیماری قلبی عروقی فرد در معرض خطر ارجاع شده پس از بررسی توسط پزشک تایید نگردید اما حداقل یک عامل خطر ساز دیگر داشت، در این ستون کلمات در معرض خطر را بنویسید.

- اگر بیماری قلبی عروقی فرد در معرض خطر ارجاع شده پس از بررسی توسط پزشک تایید نگردید، در این ستون کلمه بیمار را بنویسید.

اگر نتیجه غربالگری سالم باشد، لازم است:

- افراد ۳۰ سال و بیشتر هر ۳ سال یک بار برای تعیین وضعیت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن غربالگری شوند.

نکات مورد توجه در تکمیل فرم غربالگری بیماری قلبی عروقی

۱- حتی الامکان از گرد کردن اعداد بدست آمده از اندازه گیری قد، وزن و فشار خون خودداری کنید و اعداد فشارخون را بر حسب میلیمتر جیوه یادداشت کنید مانند ۱۴۲/۸۱.

۲- در صورتی که فرد مراجعه کننده باردار باشد، بایستی یکماه پس از زایمان فرم غربالگری برای او تکمیل شود.

۳- مشخصات افراد در معرض خطر و افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی را پس از شناسایی به "فرم مراقبت افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی و بیماران قلبی عروقی" و "فرم پیگیری افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی و بیماران قلبی عروقی" ثبت کنید.

۴- فرم غربالگری برای بیماران شناخته شده قبلی هم باید تکمیل شود.

۵- اگر غربالگری در منزل انجام شود در فرم پیگیری دور تاریخ مراجعه دایره قرمز بکشید.

فرم غربالگری عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی (برای افراد ۳۰ سال و بیشتر)

خانه بهداشت: روستا: سال:

مرکز بهداشتی درمانی: مرکز بهداشت شهرستان:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره خانوار	جنس	تاریخ تولد	تاریخ مراجعه	سابقه خانوادگی (در افراد درجه یک خانواده)		سابقه بیماری در فرد		قد بر حسب سانتیمتر	وزن بر حسب کیلوگرم	نمایه توده بدنی (بر حسب کیلوگرم بر مجذور سانتیمتر)				میانگین فشارخون بر حسب میلی متر جیوه		علامت بیماری عروق کرونر (فقط برای ۳۰ و بالاتر)	مصرف دخانیات	وضعیت تغذیه ۱	وضعیت فعالیت بدنی ۲	قند خون بر حسب میلی گرم در دسی لیتر	چربی خون (بر حسب میلی گرم در دسی لیتر)				نت تاریخ ارجاع به پزشک	نتیجه بیماری یابی ۴
						سکته قلبی و یا مغزی	سکته قلبی و یا مغزی	سکته قلبی و یا مغزی	سکته قلبی و یا مغزی			اختلال چربی خون	اختلال چربی خون	اختلال چربی خون	اختلال چربی خون	کمتر از ۲۵ (طبیعی)	۲۵ تا ۲۹ (اضافه وزن)						۳۰ و بیشتر (چاق)	کمتر از ۱۴۰/۹۰	۱۴۰/۹۰ و بیشتر	تری گلیسیرید		
۱																												
۲																												
۳																												
۴																												
۵																												
۶																												
۷																												
۸																												
۹																												
۱۰																												
۱۱																												
۱۲																												
۱۳																												
۱۴																												
۱۵																												
۱۶																												
۱۷																												
۱۸																												
۱۹																												
۲۰																												
۲۱																												
۲۲																												
۲۳																												
۲۴																												
۲۵																												
۲۶																												
۲۷																												
۲۸																												
۲۹																												
۳۰																												
۳۱																												
۳۲																												
۳۳																												
۳۴																												
۳۵																												
۳۶																												

۱ وضعیت تغذیه: نا مطلوب، نسبتاً مطلوب، مطلوب
 ۲ وضعیت فعالیت بدنی: نا مطلوب، نسبتاً مطلوب، مطلوب
 ۳ نتیجه غربالگری: سالم، در معرض خطر، بیمار
 ۴ نتیجه بیماریابی: سالم، در معرض خطر، بیمار

پس از شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی، اسامی و مشخصات آنان را از " فرم
مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی " استخراج و به ترتیب در " فرم پیگیری
افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی " وارد کنید. این فرم ها را در پوشه جداگانه تحت
عنوان پوشه فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی نگهداری کنید.

➤ توجه: برای سهولت در ثبت داده ها، کلیه فرم ها باید در کاغذ A3 چاپ شود.

راهنمای تکمیل فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی از سطح خانه بهداشت / مرکز بهداشتی

درمانی / واحد دیابت در مناطق شهری و روستایی

این فرم در چهار صفحه به منظور ثبت وضعیت و مراقبت های انجام شده برای بیماران یا افراد در معرض خطر تهیه شده است. پس از شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی و تشکیل فرم مراقبت بیماران (فرم مراقبت بیماران در روستا / پرونده بیماران قلبی عروقی در شهر) و فرم پیگیری بیماران، مشخصات هر بیمار را به ترتیب از فرم های مربوط به افراد در معرض خطر و بیمار استخراج و در این فرم ها وارد نمائید. اطلاعات به ازای هر بیمار یا فرد در معرض خطر به صورت چوب خطی در این فرم ها وارد می شود.

این فرم ها بر حسب نوع واحد تکمیل کننده گزارش **توسط بهورزان / پرستاران / کاردان / کارشناس** در سطوح مختلف تکمیل می گردد.

این فرم ها در هر سطح باید به صورت جمع بندی شده در **پایان هر فصل** به سطح بالاتر ارسال شود.

➤ برای سهولت در ثبت داده ها، این فرم ها باید در کاغذ A3 چاپ شود.

دستورالعمل تکمیل فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی

در ابتدا نام دانشگاه علوم پزشکی و مرکز بهداشت شهرستان و نام واحد ارائه خدمت را اگر در شهر است حسب مورد بر اساس نام واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری و اگر در روستا است بر طبق نام خانه بهداشت و مرکز بهداشتی، درمانی روستایی ثبت کنید. جمعیت تحت پوشش هر واحد ارائه خدمت را بر حسب سطح گزارش دهی و سال و ماه تکمیل فرم گزارش در هر صفحه گزارش در بالای فرم بنویسید.

سپس به ترتیب زیر اطلاعات مورد لزوم را تکمیل کنید :

صفحه ۱: فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن برای ثبت بیماران

راهنمای تکمیل فرم گزارش دهی **ثبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون** پس از شناسایی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون و تشکیل فرم مراقبت بیماران و فرم پیگیری بیماران، مشخصات هر بیمار را به ترتیب از فرم های مربوط به افراد بیمار استخراج و در این فرم وارد نمائید.

در ابتداء برحسب جنسیت و گروه سنی که بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون **مراجعه کننده جدید**، در آن قرار می گیرند، داه های مربوط به هر فرد مراجعه کننده را به صورت چوب خط در طول ۳ ماه ثبت و در پایان هر ۳ ماه در سطر های مربوطه به صورت عددی تکمیل کنید.

بیماران مراجعه کننده

تعداد مراجعین: به ازای هر بیمار جدید مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون (۳۰ سال و بالاتر) که در طی هر ۳ ماه یا هر فصل به واحد بهداشتی مراجعه می کند، در هر یک از گروه های سنی و جنسی مربوطه با چوب خط در خانه مربوطه ثبت کنید و سایر اطلاعات مربوط به این فرد را در سایر ستون ها و در سطر مربوطه یادداشت کنید.

دارای پرونده کامل: تعداد مراجعینی که پرونده آن ها از نظر پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده است و وضعیت

آن‌ها از نظر سایر عوامل خطر و بیماری‌ها مشخص گردیده است، در این خانه یادداشت کنید.

بیماران دارای سایر عوامل خطر

اگر بیمار دارای سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (اضافه وزن، مصرف دخانیات، کم‌تحرک، تغذیه نامناسب) است در ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی یادداشت کنید.

چاق/فشارخون بالا/دیابت/اختلال چربی خون/بیماری قلبی عروقی

اگر سایر بیماری‌های زمینه‌ساز بیماری قلبی عروقی (چاق، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون) و یا بیماری قلبی عروقی در بیمار مراجعه‌کننده مبتلا به فشارخون بالا و یا بیمار مبتلا به اختلال چربی خون از قبل شناسایی شده باشد، در خانه سطر و ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی بر حسب بیمار شناخته شده قبلی ثبت کنید و اگر سایر بیماری‌ها در بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون بعد از مراجعه به این واحد بهداشتی و بررسی تشخیص داده و ثبت شده باشد، حسب مورد به عنوان بیماری جدید در ستون بیمار شناخته شده جدید، یادداشت کنید.

سابقه خانوادگی

اگر بیمار دارای سابقه خانوادگی بیماری‌های زمینه‌ساز قلبی عروقی است، در این ستون ثبت کنید.

ارجاع شده به مشاور تغذیه/روانشناسی/تربیت بدنی/ترک دخانیات/توانبخشی

اگر بیمار مراجعه‌کننده بعد از بررسی به یکی از مشاورین ارجاع شده است، در این ستون یادداشت کنید.

دریافت پس‌خوراند

در صورتی که طی ۳ ماه اخیر پس از ارجاع به مشاورین فرم ارجاع تکمیل و پس‌خوراند آن به بیمار تحویل داده شده است، در این ستون یادداشت کنید.

صفحه ۲: فرم گزارش دهی مراقبت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

اطلاعات این صفحه مربوط به مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون و دارای

عامل خطر طی سه ماه یا هر فصل است. قسمت بالای فرم مانند صفحه اول تکمیل می‌گردد.

جمعیت

تعداد مراجعین: به ازای هر بیمار مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون که در طی هر ۳ ماه یا هر فصل به برای انجام مراقبت به واحد بهداشتی مراجعه می‌کند، در هر یک از گروه‌های سنی و جنسی مربوطه با چوب خط در خانه مربوطه ثبت کنید و سایر اطلاعات مربوط به این فرد را در سایر ستون‌ها و در سطر مربوطه یادداشت کنید.

تحت مراقبت

اگر بیمار دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی طی ۳ ماه اخیر تحت مراقبت این واحد بهداشتی قرار دارد، حسب مورد در ستون‌های مربوطه یادداشت کنید.

ارجاع

ارجاع شده به مشاور تغذیه/روانشناسی/تربیت بدنی/ترک دخانیات/توانبخشی

اگر بیمار طی ۳ ماه اخیر برای مشاوره به یکی از مشاورین ارجاع شده باشد، در ستون مربوطه یادداشت کنید.

ارجاع شده به پزشک متخصص قلب و عروق/سایر متخصصان

اگر بیمار طی ۳ ماه اخیر برای مشاوره به یکی از پزشکان متخصص ارجاع شده باشد، در ستون مربوطه یادداشت کنید.

ارجاع برای بستری به علت بیماری قلبی عروقی یا زمینه ساز آن

اگر بیمار دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی را که تحت مراقبت این واحد بهداشتی قرار دارد و به علت بیماری قلبی عروقی یا زمینه ساز آن طی ۳ ماه اخیر برای بستری در بیمارستان ارجاع شده و بستری شده باشد، در این ستون یادداشت کنید.

بیماری کنترل شده

اگر بیمار دارای بیماری زمینه ساز و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی از نظر عامل خطر کنترل شده محسوب می شود، حسب مورد در ستون های مربوطه یادداشت کنید.

شرایط موارد کنترل شده:

-چاقی:وزن در طول سه ماه باید به میزان وزن هدف تعیین شده برای این سه ماه رسیده باشد.برای مثال هدف این است بیمار باید طی ۳ ماه ۶ کیلو وزن کم کند، اگر این به این مقدار وزن کاهش یافته باشد به معنی کنترل بیماری است.

-فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه یا در بیماران کلیوی و قلبی عروقی کمتر از ۱۳۰/۸۵ میلیمتر جیوه و در بیماران دیابتی کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلیمتر جیوه

-قندخون کمتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر

-چربی خون : کلسترول خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر،ال دی ال کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر و در بیماران مبتلا به دیابت،کلیوی و قلبی عروقی حسب مورد، اچ دی ال کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر،تری گلیسیرید کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر

-وزن :حفظ وزن به میزان وزن هدف تعیین شده برای هر بیمار **به مدت ۳ ماه**

عامل خطر کنترل شده

اگر عامل خطر فرد بیماری که دارای عامل خطر (اضافه وزن،مصرف دخانیات،کم تحرک،تغذیه نامناسب) است ،کنترل شده محسوب می شود یعنی طی ۳ ماه اخیر به وزن مطلوب،ترک دخانیات،پیروی از رژیم غذایی مناسب و سالم و فعالیت بدنی مناسب رسیده است، حسب مورد برای هر یک از عوامل خطر ،در ستون مربوطه یادداشت کنید.

عوارض بیماری

اگر بیمار دارای عامل خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی طی ۳ ماه اخیر دچار عوارض بیماری(قلبی عروقی،چشمی،مغزی،کلیوی ،عصبی) شده است ، حسب مورد در ستون مربوطه یادداشت کنید.

علت عدم مراجعه

اگر بیمار تحت مراقبت این واحد بهداشتی به هر علت(مهاجرت،فوت،سایر موارد) طی ۳ ماه اخیر از پوشش مراقبت خارج شده است و دیگر به این واحد مراجعه نمی کند ، حسب مورد در ستون مربوطه یادداشت کنید.

صفحه ۳: فرم گزارش دهی آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

اطلاعات این صفحه مربوط به برنامه های آموزشی در خصوص بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن طی سه ماه یا هر فصل است.قسمت بالای فرم مانند صفحه اول تکمیل می گردد.

بیماران

تحت مراقبت: تعداد بیماران دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی که طی ۳ ماه اخیر تحت

مراقبت این واحد بهداشتی قرار داشته اند، در این ستون یادداشت کنید.

بیماران تحت آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

تعداد بیماران دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی که طی ۳ ماه اخیر تحت آموزش چهره به چهره این واحد بهداشتی قرار گرفته اند را حسب موضوع به تفکیک گروه سنی و جنسیت در ستون های مربوطه یادداشت کنید.

کلاس های آموزشی برگزار شده برای بیماران مبتلا به قلبی عروقی و عوامل خطر آن

اگر برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن کلاس های آموزشی برای بیماران مبتلا به قلبی عروقی و عوامل خطر آن برگزار شده است، حسب موضوع در ستون مربوطه تعداد کلاس های برگزار شده را یادداشت کنید.

کلاس های آموزشی برگزار شده برای جامعه

اگر برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن کلاس های آموزشی برای افراد جامعه و عموم مردم برگزار شده است، تعداد کلاس های برگزار شده را حسب موضوع در ستون مربوطه یادداشت کنید.

کلاس های آموزشی برگزار شده برای کارکنان بهداشتی درمانی

اگر برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن کلاس های آموزشی برای کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط با برنامه قلب و عروق برگزار شده است، تعداد کلاس های برگزار شده را حسب نوع کارکنان در ستون مربوطه یادداشت کنید.

کارکنان آموزش دیده

تعداد کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط با برنامه قلب و عروق که برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن تحت آموزش قرار گرفته اند را حسب نوع موضوع در ستون مربوطه یادداشت کنید.

صفحه ۴: فرم گزارش دهی غربالگری بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

این فرم در یک صفحه به منظور ثبت وضعیت غربالگری انجام شده برای افراد ۳۰ سال و بالاتر تهیه شده است. پس از غربالگری و شناسایی بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن و تشکیل فرم مراقبت بیماران و فرم پیگیری بیماران، مشخصات هر بیمار را به ترتیب از فرم های مربوط به افراد بیمار استخراج و در این فرم وارد نمایید. اطلاعات به ازای هر بیمار یا فرد در معرض خطر به صورت چوب خطی در این فرم وارد می شود.

دستورالعمل تکمیل فرم گزارش دهی غربالگری بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

در ابتداء برحسب جنسیت و گروه سنی که افراد سالم، در معرض خطر و بیماران، در آن قرار می گیرند، داه های مربوط به هر فرد مراجعه کننده برای غربالگری را از "فرم غربالگری"/"پرونده بیماری قلبی عروقی استخراج و به صورت چوب خط در طول ۳ ماه ثبت و در پایان هر ۳ ماه در سطر های مربوطه به صورت عددی تکمیل کنید.

افراد مراجعه کننده

تعداد مراجعین: به ازای هر فرد جدید ۳۰ سال و بالاتر که در طی هر ۳ ماه یا هر فصل برای غربالگری به واحد بهداشتی مراجعه می کند، در هر یک از گروه های سنی و جنسی مربوطه با چوب خط در خانه مربوطه ثبت کنید و

سایر اطلاعات مربوط به این فرد را در سایر ستون ها و در سطر مربوطه یادداشت کنید.

دارای پرونده کامل: تعداد مراجعینی که پرونده آن ها از نظر پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده است و وضعیت آن ها از نظر وجود عوامل خطر و بیماری ها مشخص گردیده است، در این خانه یادداشت کنید.

بیماران دارای عوامل خطر (اضافه وزن، کم تحرک، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب)

اگر فرد دارای هر یک از عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (اضافه وزن، مصرف دخانیات، کم تحرک، تغذیه نامناسب) است در ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی یادداشت کنید.

بیماران دارای بیماری زمینه ساز (چاق/فشارخون بالا/دیابت/اختلال چربی خون/بیماری قلبی عروقی)

اگر فرد مبتلا به بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی (چاق، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون) و یا بیماری قلبی عروقی باشد، اگر از قبل شناسایی شده باشد، در خانه سطر و ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی بر حسب بیمار شناخته شده قبلی ثبت کنید و اگر بیماری وی بعد از مراجعه به این واحد بهداشتی و بررسی تشخیص داده و ثبت شده باشد، حسب مورد به عنوان بیماری جدید در ستون بیمار شناخته شده جدید، یادداشت کنید.

سابقه خانوادگی چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و بیماری قلبی عروقی

اگر فرد در افراد درجه یک خانواده خود دارای سابقه خانوادگی بیماری های زمینه ساز قلبی عروقی باشد، در این ستون ثبت کنید.

ارجاع شده به مشاور تغذیه/روانشناسی/تربیت بدنی/ترک دخانیات/توانبخشی

اگر فرد مراجعه کننده بعد از بررسی به یکی از مشاورین ارجاع شده است، در این ستون یادداشت کنید.

دریافت پس خوراند

در صورتی که طی ۳ ماه اخیر پس از ارجاع فرد به مشاورین فرم ارجاع تکمیل و پس خوراند آن به بیمار تحویل داده شده است، در این ستون یادداشت کنید.

دانشگاه علوم پزشکی :

مرکز بهداشت شهرستان :

مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی.....

فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن برای ثبت بیماران

صفحه ۱

واحد دیابت: سال : ماه : شماره گزارش :

خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی:..... جمعیت تحت پوشش مرکز :

گروه سنی	بیماران مراجعه کننده جدید		بیماران دارای سایر عوامل خطر				چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون		بیماری قلبی عروقی		سابقه خانوادگی					
	جنس	تعداد مراجعین	دارای پرونده کامل	اضافه وزن	تغذیه نامناسب	مصرف دخانیات				کم تحرکی	شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	قلبی عروقی
۳۰-۳۹	زن																		
	مرد																		
۴۰-۴۹	زن																		
	مرد																		
۵۰-۵۹	زن																		
	مرد																		
۶۰-۶۹	زن																		
	مرد																		
۷۰+	زن																		
	مرد																		
جمع	زن																		
	مرد																		
جمع کل																			

فرم گزارش دهی **مراقبت بیماری قلبی عروقی** و عوامل خطر آن

دانشگاه علوم پزشکی :

واحد دیابت: سال : ماه : شماره گزارش :

مرکز بهداشت شهرستان :

خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی:..... جمعیت تحت پوشش مرکز :

مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی.....

علاقت عدم مراجعه		عوارض بیماری		عامل خطر کنترل شده		بیماری کنترل شده		ارجاع		تحت مراقبت		جمعیت		گروه سنی							
سایر موارد	فوت	مهاجرت	عصبی	کلیوی	مغزی	چشمی	قلبی عروقی	تغذیه نامناسب	کم تحرک	مصرف دخانیات	اضافه وزن	اضافه وزن و چاقی	اختلال چربی خون		دیابت	فشار خون بالا	چاقی	تحت مراقبت	تعداد مراجعین	جنس	
								ارجاع برای بستری به علت بیماری قلبی عروقی و زمینه ساز											زن	۳۹-۳۰	
								ارجاع شده به سایر متخصصان												مرد	۴۹-۴۰
								ارجاع شده به پزشک متخصص قلب و عروق												مرد	۴۹-۴۰
								ارجاع شده به مشاور توانبخشی												زن	۵۹-۵۰
								ارجاع شده به مشاور ترک دخانیات												مرد	۵۹-۵۰
								ارجاع شده به مشاور تربیت بدنی												زن	۶۹-۶۰
								ارجاع شده به مشاور روانشناسی												مرد	۶۹-۶۰
								ارجاع شده به مشاور تغذیه												زن	۷۰+
								تغذیه نامناسب												مرد	جمع
								کم تحرک												زن	جمع
								مصرف دخانیات												مرد	جمع
								سایر بیماری ها												زن	جمع
								قلبی عروقی												مرد	جمع
								اختلال چربی خون												زن	جمع
								دیابت												مرد	جمع
								فشار خون بالا												زن	جمع
								چاقی												مرد	جمع
								تحت مراقبت												زن	جمع
								تعداد مراجعین												مرد	جمع
								جنس												زن	جمع
								گروه سنی												مرد	جمع

فرم گزارش دهی غربالگری بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

دانشگاه علوم پزشکی :

واحد دیابت: سال : ماه : شماره گزارش :

مرکز بهداشت شهرستان :

خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی:..... جمعیت تحت پوشش مرکز :

مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی.....

گروه سنی	افراد مراجعه کننده جدید			افراد دارای عوامل خطر				افراد دارای بیماری های زمینه ساز قلبی عروقی													
	جنس	تعداد مراجعین	دارای پرونده کامل	اضافه وزن	تغذیه نامناسب	مصروف دخانیات	کم تحرک	فشارخون بالا		دیابت		اختلال چربی خون		بیماری قلبی عروقی		چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	بیماری قلبی عروقی	
								شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی						شناخته شده جدید
۳۰-۳۹	زن																				
	مرد																				
۴۰-۴۹	زن																				
	مرد																				
۵۰-۵۹	زن																				
	مرد																				
۶۰-۶۹	زن																				
	مرد																				
۷۰+	زن																				
	مرد																				
جمع	زن																				
	مرد																				
جمع کل																					



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
واحد بیماری های غیرواگیر

متن آموزشی پرستاران
برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری
قلبی عروقی



متن آموزشی پرستاران در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

مقدمه

بیماری های قلبی عروقی با میزان ۳/۳۹٪ کل مرگ ها، اولین علت مرگ در ایران در سال ۱۳۸۳ هستند. عمده این مرگ ها ناشی از بیماری عروق کرونر قلب و عوارض ناشی از آن است به طوری که از ۳/۳۹٪ کل، ۵/۱۹٪ مربوط به سکته های قلبی و ۳/۹٪ مربوط به سکته های مغزی، ۱/۳٪ ناشی از فشارخون بالا و ۹/۶٪ مربوط به سایر بیماری های قلبی عروقی است.

هر روز قلب بیش از صد هزار بار می تپد و خون را به بافت ها و اعضای بدن از مغز تا نوک انگشتان می رساند. این یک وظیفه بسیار بزرگی است. داشتن یک قلب سالم بسیار حیاتی است. قلب بدون توقف برای سال های طولانی کار می کند تا از زندگی کاملتر و طولانی تر لذت ببریم. میلیون ها نفر دارای بیماری قلبی هستند با این وجود یاد گرفته اند زندگی کامل و مولدی داشته باشند. ما در هر سن و جنسی می توانیم در معرض خطر بیماری های قلبی عروقی باشیم اما میتوانیم با یک سری اقدامات بموقع وساده یعنی با دانستن در مورد نحوه تغییرات شیوه زندگی نامناسب و آگاهی از شرایط بروز بیماری های قلبی عروقی، خطر آن را کاهش دهیم.

قلب

قلب یک پمپ عضلانی است که برای رساندن خون به تمام قسمتهای بدن طراحی شده است. قلب از دو حفره در پایین بنام بطن و دو حفره در بالا بنام دهلیز تشکیل شده است که این حفره ها به شریان ها (شریان ها) و سیاهرگ های اصلی بدن مرتبط هستند. قلب با انقباض خودخون را به تمام عضلات و بافت های بدن (اندام ها، بافت ها، مغز، دست ها و پا ها و...) برای تامین غذا و اکسیژن پمپ می کند. قلب در روز بیش از صد هزار بار می تپد و این یک وظیفه بسیار بزرگ و مهمی است.

یک قلب طبیعی :

- در حدود اندازه یک مشت بسته انسان است .

- در زمان استراحت ۶-۴ لیتر خون در هر دقیقه پمپ می کند و در زمان فعالیت این مقدار بیشتر می شود.

- خون را به تمام قسمتهای بدن پمپ می کند.

بیماری قلبی - عروقی اشاره به تعدادی از بیماری های قلب و عروق شامل بیماری رگ های کرونر قلب، سکته مغزی و بیماری شریان های خارج از قلب، دارد. این بیماری ها در دنیا به علت انتشار وسیع و لزوم اجرای برنامه های پیشگیری، از اهمیت خاصی برخوردار است.

پاتوفیزیولوژی بیماری قلبی عروقی

آترواسکلروز شریانی، که زمینه ساز ایجاد مهمترین نوع از بیماری‌های قلبی و عروقی است، به تدریج و در طول سال‌های عمر، در اثر ضخیم شدن، نامنظم شدن و سخت شدن لایه‌های داخلی دیواره شریان‌ها ایجاد می‌شود. این پدیده فرایند پیچیده‌ای دارد که در ایجاد آن عواملی شامل رسوب چربی و کلسترول در جدار داخلی رگ‌ها؛ التهاب؛ جابجایی و تکثیر سلول‌های عضلات صاف در این مناطق؛ و تشکیل برجستگی‌های فیبروزی که در نهایت آهکی می‌شوند، نقش دارند. پیشرفت آترواسکلروز شریان منجر به تنگی شریان شده و جریان عبور خون از آن به کندی صورت گرفته و کاهش پیدا می‌کند، در این حالت احتمال پارگی لایه انتیما که آغاز برای ایجاد لخته و ترومبوز و یا آمبولی است.

سکته قلبی، نارسایی قلبی ناشی از آن، سکته مغزی، بیماری شریان‌های محیطی، دارای عوامل خطر مشترکی هستند، ولی تاثیر این عوامل در ایجاد تمام آن‌ها، به خصوص سکته قلبی، یکسان نیست. کلسترول خون بالا نسبت به سایر عوامل خطری بیماری‌های قلبی عروقی نقش بیشتری در ایجاد آترواسکلروز عروق کرونر و سکته‌های قلبی دارد و در سکته‌های مغزی فشارخون بالا نقش عمده‌ای را ایفا می‌کند. بیماری دیابت و مصرف دخانیات رابطه زیادی با بیماری آترواسکلروز شریان‌های محیطی دارند.

بیماری کرونر قلب به کاهش عبور جریان خون در عضلات قلب می‌انجامد. مشکل رسیدن خون به عضلات قلب در بیشتر اوقات در اثر تنگ شدن شریان‌های کرونر قلب، به علت آترواسکلروز شریانی، اتفاق می‌افتد. آترواسکلروز شریانی در مراحل نخستین نشانه‌های بالینی مشخصی نداشته و اغلب به صورت تحت‌بالینی تظاهر دارد ولی با پیشرفت آسیب‌های رگی نخستین نشانه‌های بیماری با درد قفسه سینه، انفارکتوس عضله قلب و یا مرگ ناگهانی تظاهر می‌کند. در بررسی اپیدمیولوژی بیماری‌های قلبی، به صورت سنتی، این پایانه‌ها به عنوان سرنوشت محتوم بیمار، در نظر گرفته می‌شده است، ولی با پیشرفت فن‌آوری تشخیص و درمان بیماری‌های قلبی، به خصوص امکان تشخیص آن آترواسکلروز شریانی تحت‌بالینی، امکان تشخیص عوامل خطر این بیماری، در سطوح فردی و اجتماعی، فراهم شده و پیشگیری از رسیدن به پایانه آن، که سکته قلبی و مرگ است را، فراهم نموده است. در بررسی‌های اپیدمیولوژی با استفاده از امکانات فنی جدید علاوه بر پژوهش عوامل خطر این بیماری، نقش عوامل ژنتیکی در سطوح سلولی "عوامل عفونی"، تغذیه و فاکتورهای خونی، نیز مورد پژوهش قرار گرفته است.

شکل بالینی بیماری‌های قلبی عروقی معمولاً "در میانسالی یا بعد از آن تظاهر می‌یابد. احتمال آن که یک مرد ۴۰ ساله در بقیه عمر گرفتار این بیماری‌ها گردد در حدود ۶۶ درصد و زن‌های همگروه سنی آن‌ها ۵۰ درصد می‌باشد.^۱ در هر حال مقدمات تشکیل آترواسکلروز رگی در کودکی فراهم می‌شود و اعتبار این نکته که عوامل مرگ در اثر بیماری قلبی نیز در همان دوران فراهم می‌شود رو به افزایش است. عوامل خطر قابل‌اصلاحی که در ایجاد بیماری قلبی مؤثر هستند از طریق ایجاد آترواسکلروز رگی نقش دارند و این عوامل عبارتند از افزایش کلسترول خون، فشارخون بالا، مصرف سیگار، کم‌تحرکی و نداشتن فعالیت بدنی کافی، بیماری دیابت و چاقی می‌باشند. کنترل عوامل خطر قابل‌اصلاح در سطح فردی و اجتماعی کلید اصلی پیشگیری‌های سطح اول و دوم این بیماری‌ها است.

دلایلی که سبب کاهش میزان مرگ در اثر این بیماری‌ها در کشورهای توسعه یافته شده است، مشخص نیست ولی به

^۱. Lyoyd-Jones, D., AA. Adams, et al. Heart Disease and stroke statistics-2009 update: A report from the American Hear Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation (2009):119: 480-486

نظر می‌رسد که تغییر شیوه زندگی، کاهش میزان شیوع عوامل خطر و استفاده از شیوه های ارتقاء یافته مراقبتی و درمانی، مؤثر بوده است. پژوهش‌های اخیر نشان داده که تقریباً ۴۷ درصد از میزان کاهش اتفاق افتاده بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ در امریکا در اثر بهبود امکانات درمانی و مراقبت‌های پزشکی بوده است. در این زمینه، پیشگیری سطح دوم شامل، CABG (coronary artery bypass graph) بعد از بروز انفارکتوس عضله قلب (۱۱ درصد)، درمان مقدماتی انفارکتوس حاد عضله قلب یا آنژین قلبی (۱۰ درصد)، درمان نارسایی قلب (۹ درصد)، ترمیم رگ‌ها در آنژین مزمن (۵ درصد) و سایر روش‌های درمانی (۱۲ درصد)، در کاهش میزان مرگ در اثر این بیماری نقش داشته است. تقریباً ۴۴ درصد از میزان کاهش، در ارتباط با اصلاحات در عوامل خطر مهم، بوده است. در این زمینه می‌توان به کاهش مجموع کلسترول خون (۲۴ درصد)، فشار خون سیستولیک (۲۰ درصد)، میزان شیوع مصرف دخانیات (۱۲ درصد) و افزایش فعالیت بدنی (۵ درصد)، اشاره نمود. ولی باید توجه داشت که این مقدار از کاهش عوامل خطر در اثر افزایش عوامل خطر دیگر مثل چاقی و میزان شیوع بیماری قند، نقصان می‌یابد (به ترتیب ۸ و ۱۰ درصد)^۲.

عوامل خطر بیماری قلبی عروقی

عوامل خطر قلبی عروقی یک خصوصیت بیولوژیکی یا هدایت کننده ای است که احتمال ابتلاء یا مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی در افرادی که این عوامل در آن‌ها مشاهده می‌شود را افزایش می‌دهد. نبود این عوامل خطر احتمال ابتلاء به بیماری قلبی عروقی را رد نمی‌کند، و حضور آن‌ها هم بروز این بیماری را تضمین نمی‌کند. گرچه راه‌های زیادی برای تقسیم بندی عوامل خطر وجود دارد، اخیراً^۱ یک طبقه بندی برای موارد اصلی پیشنهاد شده است که بین عوامل علتی تفاوت قائل می‌شود که شامل عوامل شرطی و عوامل مستعد کننده هستند.

عوامل علیتی: شامل فشارخون بالا، مصرف دخانیات، اختلال چربی خون و دیابت هستند. این‌ها اساساً^۲ مهمترین و مستقل ترین عوامل هستند و قویترین ارتباط را با بیماری قلبی عروقی دارند. شیوع قابل ملاحظه ای در جامعه دارند.

عوامل شرطی: عواملی هستند که با خطر بزرگتری از بیماری قلبی عروقی همراه هستند، اما برای نقش علتی آن‌ها اثبات قطعی وجود ندارد، چون پتانسیل آتروژنز آن‌ها یا شیوع آن‌ها در جامعه کم است. در میان این عوامل هیپرتری گلیسیریدمی، ذرات ال دی ال با دانسیته کم LDL، هیپرموسیسستمی، Lp(a)، عوامل پروترومبوتیک (فیبرینوژن) و مارکرهای التهابی (CRP) هستند.

عوامل زمینه ساز یا مستعد کننده: به عنوان عوامل دور در زنجیره علیتی بیماری قلبی عروقی در نظر گرفته میشوند و عمل آن‌ها از طریق واسطه، عوامل علیتی یا شرطی انجام می‌شود. در میان آن‌ها چاقی (که توسط انجمن قلب امریکا به عنوان، عامل خطر مهم در نظر گرفته شده است)، چاقی شکمی، کم تحرکی (که توسط انجمن قلب امریکا به عنوان، عامل خطر مهم در نظر گرفته شده است)، سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس در افراد درجه یک خانواده، بعضی از خصوصیات قومیتی و عوامل روانی هستند.

^۲ . . Ford, E.S., U.A. Ajani, et al. Explaining the decrease in U.S. death fro coronary disease, 1980-2000. N Engl J Med(2007);356: 2388-2398

هر چه خطر قلبی عروقی بیشتر باشد اثر و کارآمدی مداخلات مهمتر است و در نتیجه لازم است برای اقدام، الویت بندی انجام دهیم. محاسبه خطر قلبی عروقی علیرغم محدودیت آن مفیدترین ابزار موجود رایج در مطب ها برای تعیین الویت ها در پیشگیری اولیه و تصمیم گیری در مورد شدت مداخلات است. بنابر این محاسبه و طبقه بندی خطر قلبی عروقی عنصر مفیدی در مراقبت بیمار دارای عوامل خطر قلبی عروقی است.

عوامل خطر حمله های قلبی را می توان به دو گروه قابل اصلاح و غیر قابل اصلاح تقسیم کرد. فشارخون بالا، افزایش کلسترول سرم، مصرف سیگار، کم تحرکی، قطر زیاد شکم (چاقی شکمی)، مصرف مقدار کم میوه و سبزی و داشتن بیماری دیابت، را می توان از مهمترین عوامل خطر قابل اصلاح این بیماری دانست. افزایش پروتئین های نوع فیبرینوژن، هموسیستئین و تنفس دود سیگار از محیط را می توان از جمله سایر عوامل خطر قابل اصلاح دانست. مصرف زیاد مشروبات الکلی و فشارهای روانی از دیگر عوامل خطر قابل اصلاح هستند. عوامل خطر غیر قابل اصلاح در بخش گروه های در معرض خطر مورد بحث قرار گرفته اند ولی باید توجه داشت که تمام آن عوامل غیر قابل اصلاح نبوده و به عنوان مثال می توان به عامل کمبود درآمد مالی و تحصیلات اشاره کرد که تغییر پذیری آن ها از طریق برنامه ریزی های اقتصادی و اجتماعی دولت ها و خانواده ها عملی است.

افزون بر این، شواهد روز افزون نشان می دهد که تنفس دود سیگار از محیط (که مصرف سیگار انفعالی و یا دود دست دوم نیز نامیده می شود) خطر ابتلاء به بیماری عروق کرونر قلب را افزایش می دهد. پیگیری جامعه بزرگی از زن هایی که هرگز سیگار نکشیده بودند، نشان داده که خطر ابتلاء به حمله های قلبی نزد کسانی که در محیط خانه و یا کار در مواجهه با دود سیگار بوده اند ۹۰ درصد بیشتر از زن هایی بوده است که چنین مواجهه هایی را نداشته اند.^۳

کلسترول به سه شکل با دانسیته کم یا کلسترول بد (**LDL**)؛ کلسترول با دانسیته بسیار کم (**VLDL**)؛ و کلسترول با دانسیته بالا یا کلسترول خوب (**HLD**)، در خون جریان دارد. در صورتی که مقدار کلسترول با دانسیته کم سرم زیاد باشد خطر ابتلاء به آترواسکلروز شریانی و بیماری عروق کرونر قلب وجود دارد. کلسترول با دانسیته بسیار سبک بیشتر از تری گلیسرید تشکیل شده و ۱۰ تا ۱۵ درصد مجموع کلسترول سرم را تشکیل می دهد. در سال های اخیر وجود رابطه بین بیماری عروق قلب و بالا بودن تری گلیسرید نیز نشان داده شده است.

مقدار لیپوپروتئین با دانسیته بالا یا خوب در خون رابطه معکوس با ابتلاء به بیماری رگ های کرونر دارد. هر اندازه مقدار این لیپوپروتئین کمتر باشد، به خصوص کمتر از ۳۵ میلی گرم در دسی لیتر، خطر ابتلاء به بیماری قلبی زیادتر خواهد بود. نسبت مجموع کلسترول سرم به کلسترول با دانسیته بالا، نیز از نشانگرهای خطر ابتلاء به بیماری قلبی است و گفته می شود که عدد مناسب برای این نسبت ۳۵ است. مقدار کلسترول با دانسیته بالا رابطه معکوسی با کلسترول با دانسیته کم، و تری گلیسرید دارد ولی همبندی مجموع این انواع کلسترول و پیچیدگی متابولیسم آن ها مانع از آن است که سهم هر یک، به طور جداگانه، در ایجاد بیماری عروق کرونر قلب مشخص شود. ممکن است که تمام کلسترول های مختلف در ایجاد بیماری نقش داشته باشند. یک فرضیه، امکان اهمیت بیشتر کلسترول با دانسیته کم در ایجاد مراحل اول آترواسکلروز و نقش کلسترول با دانسیته بالا و تری گلیسرید را در بروز شکل بالینی بیماری رگ های کرونر قلب، مطرح

^۳ . Kawachi I, Colditz GA, et all. A prospective study of passive smoking and coronary heart disease. Circulation.

1977;95:2374-23-79

کرده است.^۴

راکتیوهای پروتئین کراتینین نوعی از نشانگرهای بیولوژیکی بوده که رابطه بسیار مستحکمی با بیماری رگ‌های کرونر قلب، حالات التهابی و سندرم متابولیکی دارند. گرچه این آنزیم، که بیشتر آن در کبد ساخته می‌شود، در سال ۱۹۳۰ کشف شده است ولی نقش آن به عنوان یک نشانگر برای پیش‌بینی اسکروز رگی در سال‌های اخیر شناخته شده است.^۵ نتایج برنامه‌های پژوهشی منتشر شده اخیر نشان می‌دهد که حتی بالا بودن مقدار جزئی از میزان طبیعی کراتینین، نزد افراد سالم که هیچ نشانه بالینی ندارند، نشانه‌ای از پیش آمدن وقایع رگی آینده برای آن‌ها دارد.

فیبرینوژن نیز گلیکوپروتئینی است که مراحل آخر انعقاد خون را هنگام بروز بریدگی‌های رگی و بافتی سبب می‌گردد. داده‌های اپیدمیولوژیکی نشان دهند نقش مستقل افزایش سطح این پروتئین در خون و بیماری رگ‌های کرونر قلب است.

هموسیستئین یکی دیگر از ترکیبات موجود در پلاسما است که در حال حاضر نقش آن به عنوان عامل خطر قابل اصلاح در ایجاد شکل حاد بیماری کرونر مورد توجه قرار گرفته است. بررسی‌های اخیر نشان داده که مقدار هموسیستئین موجود در سرم خون رابطه مثبت با ایجاد بیماری رگ‌های کرونر قلب دارد.

اگرچه فرایند ارتباط بیماری دیابت و عروق کرونر قلب به خوبی شناخته نشده است ولی بیماری دیابت به عنوان یک عامل خطر مهم در ابتلاء به بیماری قلب در نظر گرفته می‌شود. بیماری دیابت یکی از مهمترین عوامل خطر ابتلاء بیماری عروق کرونر قلب و مرگ ناشی از آن است و میزان مرگ و ابتلاء به سبب این بیماری نزد مبتلایان به بیماری دیابت بیشتر از سایر افراد است.

"توده بدن" (Body mass) معیاری برای اندازه‌گیری وزن بوده که برابر است با حاصل تقسیم وزن بدن به توان دوم طول قد (kg/m^2). در صورتی که این رقم نزد فرد بالغی بیش از ۲۵ باشد اضافه وزن داشته و اگر بیش از ۳۰ باشد مبتلا به چاقی است. چاقی و اضافه وزن رابطه معنی داری با افزایش، فشارخون، مجموع کلسترول سرم و دیابت داشته و سب کاهش کلسترول با دانسیته کم نیز می‌شود. افزون بر این نقش چاقی، به عنوان یک عامل مستقل، در ایجاد بیماری رگ‌های کرونر قلب، به خوبی ثابت شده است.

پژوهش‌های اخیر نشان داده که

چگونگی **توزیع ذخیره چربی** در بدن نیز ممکن است نقشی در ابتلاء به بیماری‌های قلبی داشته باشد. به نظر می‌رسد که ذخیره چربی در قسمت‌های فوقانی بدن یا شکم ("چاقی مرکزی" یا "هیکل سیب مانند") نقش بیشتری در ابتلاء به بیماری قلبی نسبت به ذخیره این مواد در قسمت‌های پایینی بدن (هیکل گلابی مانند) داشته باشد. مردها و زن‌هایی که چربی در زیر پوست آنها، نواحی زیر فک و گردن، ذخیره شده و یا مردهایی که نسبت اندازه دور کمر آنها به ناحیه باسن بیشتر از یک و زن‌هایی که این نسبت نزد آنها بیشتر از ۰٫۸ است در خطر بیشتری برای مبتلا شدن به بیماری‌های قلبی هستند. ذخیره چربی در اطراف ناحیه شکم نیز خطر ابتلاء به بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهد.

^۴ . Sharett AL, Patsch W, et al. Associations of lipoprotein cholesterols, apolipoproteins A-I and B, and triglycerides with carotid atherosclerosis and coronary heart disease. *Atheroscler Thromb* 1944;14:1008-1014

^۵ . Pearson, T.A., G.A. Mensah, et al. Markers of inflammation and cardiovascular disease: Application to clinical and public health practice. A statement for health care professionals from Center for Disease Control and Prevention and American Heart Association. *Circulation* (2003);107: 499-511

نقش کم تحرکی، در افزایش خطر ابتلاء به بیماری رگ‌های کرونر قلب، در حال افزایش است. گفته می‌شود که بیش از ۶۰ درصد از ساکنان ایالات متحده آمریکا مقدار تحرکی را که برای حفظ سلامت توصیه شده است ندارند (ورزش سبک تا متوسط بیش از ۳۰ دقیقه در بیش از ۵ نوبت در هر هفته، و یا ورزش سنگین بیش از ۲۰ دقیقه برای ۳ نوبت در هر هفته). فعالیت‌های فیزیکی باعث کاهش وزن بدن و فشار خون شده و حساسیت به انسولین را بهبود می‌بخشد. شواهد موجود نشان می‌دهد که حتی فعالیت‌های ورزشی کم نیز می‌تواند به مقدار قابل توجهی خطر مرگ در اثر بیماری‌های قلبی را کاهش دهد. تغییر شیوه زندگی، از یک زندگی ساکن به یک زندگی که در حدی متوسط تحرک داشته باشد، بیشترین تاثیر را در کاهش خطر ابتلاء به این بیماری‌ها دارد.

مصرف نوشابه‌های الکلی، در حد متوسط و یا زیاد، عامل شناخته‌شده افزایش فشار خون و مرگ ناشی از ابتلاء به - بیماری‌های قلبی است.

نقش افسردگی و عوامل روانی در ایجاد بیماری‌های قلبی نیز بررسی شده است. بیشترین پژوهش در این زمینه نزد افرادی که به گروه **A** رفتاری مشهور هستند صورت گرفته است. افرادی که در این گروه دسته بندی شده‌اند در کارها به - شدت رقابت می‌کنند، خصومت ورز و کم حوصله بوده و خیلی سریع صحبت کرده و حرکات آن‌ها نیز سریع است. در مورد تاثیر بعضی از عوامل روانی خاص، و نقش آنها در ابتلاء به بیماری‌های قلبی، شامل عصبانیت، فشارهای ناشی از دست دادن شغل، هیجانات روحی و حمایت‌های اجتماعی، نیز پژوهش‌های زیادی صورت گرفته است. رابطه علیتی روشنی بین عوامل عصبی و روانی و ابتلاء به بیماری‌های قلبی مشخص نشده است ولی تاثیر داراز مدت این نوع عوامل خطر بر روی این بیماری‌ها، به خصوص طول عمر افراد مبتلا، مورد بررسی و تایید قرار گرفته است.^۶

و بالاخره باید توجه داشت که عوامل خطر بیماری عروق کرونر قلب به صورت تجمعی عمل کرده و به نظر می‌رسد که هر یک از مبتلایان به این بیماری‌ها دارای بیش از یک عامل خطر می‌باشند. هر اندازه که نقش یک عامل خطر در ایجاد بیماری‌های قلبی بیشتر باشد احتمال ابتلاء به این بیماری‌ها نیز بیشتر خواهد بود. علاوه بر این وقتی که عوامل خطر چندگانه به طور همزمان وارد عمل شوند احتمال مبتلا شدن به بیماری نیز بیشتر خواهد بود. نقش مشترک و همزمان عوامل خطری مثل فشار خون بالا، سیگار کشیدن و بالا بودن میزان کلسترول سرم، در ایجاد اشکال شدید بیماری‌های قلب و عروق تثبیت شده است (پژوهش‌های فرامینگهام).

پیشگیری و کنترل

پیشگیری

از آنجایی که عواملی چندگانه در ابتلاء به بیماری رگ‌های کرونر قلب نقش دارند تغییر جزئی در یک یا چند عامل خطر در جامعه می‌تواند تاثیر بسیار قابل توجهی در بهبود سلامتی افراد آن جامعه داشته باشد. پیشگیری مقدماتی بیماری قلبی با کنترل عوامل خطر قابل پیشگیری؛ مثل فشارخون بالا، بالا بودن کلسترول سرم، مصرف دخانیات، رژیم غذایی و عدم تحرک، عملی خواهد بود. سایر روش‌های مؤثر پیشگیری از این بیماری شامل کنترل بیماری قند، کنترل وزن و مصرف نوشابه‌های الکلی است.

^۶. Kawachi I, Sparrow D, et al. A prospective study of anger and coronary heart disease: the Normative Aging Study. *Circulation*. 1996;94:2090-2095

چند گانگی عوامل خطر بیماری رگ‌های کرونر قلب راهبردهای چندگانه ای را برای مداخله و پیشگیری از آن می‌طلبند. افزون بر اقداماتی نظیر، تشخیص شروع بیماری قبل از ظهور نشانه‌های بالینی آن و کنترل عوامل خطر نزد بزرگسالان، می‌توان از برنامه‌هایی مثل آموزش بهداشت در زمینه اهمیت انتخاب شیوه‌های زندگی و رفتارهای دوران جوانی از قبیل مصرف سیگار، رژیم غذای و فعالیت بدنی، به عنوان رویکردهایی برای پیشگیری از بیماری قلبی، استفاده نمود. برنامه های سلامت عمومی برای کنترل محیط زیست شامل، بهبود وضعیت تغذیه کودکان در محیط‌های آموزشی، نصب برچسب بر روی بسته بندی های غذاهای آماده که نشان دهنده ترکیبات و محتوی آن ها است، قوانین مربوط به فروش سیگار و جلوگیری از فروش آن در دستگاه های خودکار و منع مصرف سیگار در مجامع عمومی سرپوشیده، از سایر اقدامات عمومی برای پیشگیری از این بیماری می‌باشد.

در تنظیم راهبردهای پیشگیری از بیماری عروق کرونر قلب همواره باید به نکات اجتماعی و اقتصادی جامعه، مثل میزان درآمد و سطح تحصیلات افراد، نیز توجه نمود. تغییر مثبت در سلامتی افراد هر جامعه، در اغلب مواقع، قبل از آن که وابسته به تغییر در برنامه های سلامت عمومی باشد، مستلزم بهبود شرایط رفاهی و اقتصادی افراد آن جامعه نیز می‌باشد.

غربالگری

تشخیص و تعیین افراد مبتلا به فشارخون بالا و افزایش کلسترول سرم یا چربی های خون و همچنین سنجش عوامل خطر رفتاری مثل مصرف سیگار، نوع رژیم غذایی و تحرک‌های جسمی، روش های اساسی غربالگری برای تشخیص قبل از موقع بیماری عروق کرونر قلب، است.

استفاده از الکترو کاردیوگرام ممکن است برای غربالگری بیماری‌های قلبی، برای کسانی که در مواجهه با عوامل خطر این نوع بیماری‌ها قرار دارند، ضروری باشد. مردهای ۴۰ سال به بالا که دارای دو عامل خطر و یا بیشتر هستند، کسانی که در معرض خطر بوده و کم تحرک هستند و قصد شروع یک برنامه ورزشی را دارند و افرادی که ممکن است توقف ناگهانی قلب آن ها، سلامت دیگران را به مخاطره بیندازد، را می‌توان در برنامه الکتروکاردیوگرام برای غربالگری بیماری‌های قلبی قرار داد.^۷

درمان، باز توانی و بهبودی

پیشرفت‌هایی که در روش‌های تشخیص به‌موقع و درمان بیماران در سال‌های اخیر صورت گرفته، منجر به کاهش بسیار قابل توجه مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی، شده است. برنامه درمانی، بر مبنای، دلیل و شدت بیماری، برای هر مورد به طور جداگانه تنظیم می‌شود. مبنای کلی طرح برنامه های درمانی عبارتند از: (۱) انتخاب یک شیوه زندگی سالم، (۲) درمان دارویی، (۳) جراحی و یاروش‌های دیگر برطرف کردن تنگی عروق ناشی از آترواسکلروز (۴) درمان ژنتیکی. از مجموع این روش‌ها، انتخاب یک شیوه زندگی سالم، بهترین وسیله درمانی می‌باشد. استفاده از این شیوه به تنهایی و یا به همراه درمان دارویی، می‌تواند از ایجاد بیماری پیشگیری کرده و یا آن را تخفیف دهد. در صورتی که درمان دارویی و تغییر شیوه زندگی نشانه های بالینی بیماری را برطرف ننماید، ممکن است باز کردن عروق

^۷. Fisher M, Eckhart C, eds. Guide to clinical preventions. Report of the US Preventive Service Task Force.

Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1989

کرونر قلب و جراحی باز قلب علائم بیماری را بر طرف کند. از روش‌های مختلف عمل جراحی برای باز کردن عروق کرونری که بیش از ۵۰٪ تنگ شده اند، استفاده می‌شود. استفاده از آنژیوپلاستی و پیوند رگی یا "بای‌پس"، روش‌های مختلف جراحی است که بر حسب مورد صورت می‌گیرد.

درمان ژنتیکی تازه‌ترین روش درمانی آترواسکلروز عروق قلب است که تاثیر پذیری آن هنوز تحت بررسی است. در این روش یک ژن که دارای کُد رشد رگی است و می‌تواند سبب تحریک و تعمیر رگ‌های آسیب‌دیده شود، وارد قلب می‌شود^۹. بالاخره استفاده از رژیم غذایی سالم، تمرین‌های ورزشی، کنترل وزن، ترک سیگار، سبب کاهش میزان مرگ شده و به منظور بهبود توانایی‌ها و نوتوانی قلب بیماران که نشانه‌های بالینی بیماری را داشته‌اند، توصیه شده است. برای آشنایی با نحوه درمان بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون دو کتاب راهنما با عناوین "ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری فشارخون بالا" و "ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری اختلال چربی خون" برای پزشکان، توسط اداره قلب و عروق مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر تهیه گردیده است که در دسترس مراکز بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار گرفته است و از طریق این مراکز در سطح مراکز بهداشتی درمانی توزیع گردیده است.

اقدامات پیشگیرانه بیماری‌های قلبی و عروقی در مراقبت اولیه

مراحل ادغام

مرحله اول

تشخیص / ارزیابی

- ❖ سنجش سلامتی و خطر بیماری قلبی و عروقی
- ❖ تاریخچه فرد
- ❖ معاینه فیزیکی
- ❖ تست آزمایشگاهی (اگر لازم بود)
- ❖ درجه بندی ارزیابی خطر بیماری قلبی و عروقی
- ❖ الگوریتم‌ها
- ❖ جدول BMI (نمایه بدنی)

مرحله دوم

درمان / مداخله

^۸. Goldstein, L.B., R. Adams, et al. Primary prevention of ischemic stroke. Stroke (2006):37:1583-1633.

^۹. Myo foundation for Medical Education and Research. Coronary artery Disease treatment. Mayo Clinic: Arizona. Available at www.mayoclinic.org/coronary-artery-disease/treatmet.html. Accessed JUne 2009.

❖ اولویت بندی عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی

❖ ارزیابی خطر بیماری قلبی و عروقی

❖ راهنمای پزشکان

❖ تعیین مدیریت بالینی

❖ الگوریتم‌ها

توصیه برای تغییر رفتار به بیمار (استفاده از روش‌های آموزش بهداشت)

مرحله سوم

برنامه ریزی برای تغییر رفتار

اطلاعات عمومی در مورد عوامل خطر - اطلاعات در مورد عامل خطری که در فرد وجود دارد.

❖ مطالب آموزشی برای فرد مراجعه کننده که شامل دستورات شخصی غیر دارویی است.

❖ کمک کردن به مراجعین برای ایجاد و تقویت، درک موانع، برخورد با موانع و مشکلات

❖ حل مشکلات

مرحله چهارم

پایش / پیگیری

جدول پیگیری مراجعه بعدی بمنظور ارزیابی مجدد تغییرات رفتاری و خطر بیماری قلبی و عروقی بطور مرتب

❖ توصیه غیر دارویی

❖ درجه بندی ارزیابی

تغییر رفتارها بر اساس اولویت بندی آن‌ها

عوامل خطر قابل اصلاح بیماری قلبی و عروقی ریشه در رفتار افراد دارند. مصرف دخانیات، فعالیت بدنی کم، استفاده از رژیم غذایی پرچرب، نمک و الکل مهمترین عوامل در این زمینه می باشند. یک عامل خطر بیش از یک رفتار تاثیر می پذیرد، و گاهی لازم است چند رفتار مرتبط با عوامل خطر تغییر یابد. تعدد تغییرات ممکن است موانعی بر سر راه اصلاح شیوه های زندگی بوجود آورد و یا بر عکس انگیزه فرد را برای تغییر رفتار افزایش دهد. برای مثال افرادی که سیگار را ترک می کنند نسبت به اشخاصی که سیگار کشیدن را ادامه می دهند، برای پذیرش رفتارهای سالم بعدی مستعد هستند و می توانند بهتر کلسترول و فشارخون خود را پایین بیاورند. همچنین تغییرات رفتاری مانند افزایش فعالیت بدنی به مردم کمک می کند تا روشهای دیگر زندگی‌شان مانند مصرف سیگار و مقدار غذای مصرفی را نیز تغییر بدهند.

رویکرد و راهنمایی های عملی	راهکارهای مناسب
۱- ابتدا با تغییر یک رفتار شروع کنید بعد از کنترل رفتار اول تغییر، رفتار بعدی را آغاز کنید.	تغییر رفتاری شروع شود که بیمار بسیار مایل است تا آن را تغییردهد. موارد قابل تغییر را باید بررسی کنید (رویکرد روانی _ اجتماعی) رفتار خاصی را مشخص کنید که بطور قابل ملاحظه ای بر سلامت فرد تاثیر می گذارد اگر چه ممکن است فرد رفتار دیگری را تعیین نماید. (مثل : کشیدن ۴۰ سیگار در روز بجای ۱۰ کیلوگرم وزن اضافه). (رویکرد اپیدمیولوژیک) در مورد عامل خطری که ابتدا به آن می پردازید، با فرد به توافق برسید .
۲- بر یک رفتار متمرکز شوید : در همان زمان، تغییرات کوچکی در رفتارهای دیگر ایجاد کنید.	این مورد برای فردی استفاده می شود که در ضمن داشتن وزن بالا ، سیگار را باید ترک کند و درعین حال الگوی تغذیه خود را برای رسیدن به وزن مناسب باید تغییر دهد. امکان دارد فرد علاوه بر این که غذای مصرفی خود را کنترل می کند و تمرین های ورزشی را نیز انجام می دهد، سیگار را نیز ترک کند . اما تمرکز بر روی ترک سیگار باقی می ماند نه بر روی کاهش وزن .
۳- هم زمان بر روی تمام رفتارها کار شود.	این روش را تنها بر روی افرادی با انگیزه بالا انجام دهید که خود مایل به این کار هستند و از امکانات و حمایت خوبی برخوردارند.

چگونه از آموزش اطلاعات به فرد مراجعه کننده بهترین نتیجه را بگیریم؟

در اولویت بندی آموزش بیمار، به پزشکان پیشنهاد شده سعی شود الگوریتم ها روی سه عملکرد ضروری متمرکز باشد: **پرسشگری/ارزیابی، توصیه و کمک به فرد.** پرسشگری / ارزیابی به پزشک کمک می کند تا میزان **عوامل خطر** فرد را تخمین بزند و تمایل او را برای تغییر رفتارهای خاص مشخص کند، و عواملی را که امکان دارد در انتخاب درمان ها مؤثر باشد تعیین نماید. (برای مثال: مصرف اولین سیگار در ۳۰ دقیقه بعد از بیدار شدن نشانه اعتیاد است و نشانه نیاز بیشتر برای استفاده از داروی ترک سیگار است).

پزشک ضمن دادن اطلاعات، به فرد توصیه های مختصری نیز می کند و این ممکن است باعث تاثیر بر رفتار وی شود و به تغییر در دانش، طرز فکر و مهارت هایی که برای پیشرفت در سلامتی لازم است، بیانجامد. به این ترتیب زمینه تغییر فرهنگ محیطی فرد مراجعه کننده فراهم می شود. اگر می خواهید بیشترین تغییر در فرد مراجعه کننده به شما، اتفاق افتد لازم است که به محیط های فرهنگی و اجتماعی، میزان آمادگی فرد برای تغییر و ارتقاء شخصیتی او اهمیت داده شود.

- **برای فشارخون بالا، کلسترول خون بالا، چاقی/اضافه وزن، و دیابت،** نسخه غیردارویی شامل اندازه گیری عاداتی است که در پایین آوردن این عوامل خطر مؤثر می باشند. برای این که در یک زمان با توصیه های بسیار زیاد افراد مراجعه کننده را خسته نکنید، پیشنهاد می شود مهمترین تغییر یا تغییرات را مشخص کنید، در مورد آن تغییر با فرد صحبت کنید و به توافق برسید که ابتدا تلاش کند تا در رفتار مورد نظر تغییر(تغییراتی) بدهد.

- **برای سیگار کشیدن و سبک زندگی کم تحرک** نسخه غیردارویی با یک رویکرد مرحله بندی برای فرد بکار برده می شود. این رویکرد را می توان در تهیه الگوریتم مصرف سیگار و زندگی کم تحرک هم استفاده کرد.

مناسب ترین توصیه (توصیه ها) را، مطابق با آمادگی فرد برای تغییر او پیدا کنید .

اگر پمفلت هایی را در اختیار فرد قرار می دهید او را تشویق کنید بخش های مرتبط پمفلت را بخواند. هنگامی که به مرحله بعدی رفت، می توانید او را تشویق کنید تا بخش بعدی توصیه (توصیه های) مرتبط را در پمفلت بخواند. در توصیه افراد سیگاری پیشنهاد مبارزه با اعتیاد نیز می بایست مطرح شود.

نسخه غیردرویی می تواند بعنوان یک ابزار پیگیری برای ملاقات های بعدی باشد. شما می توانید بعنوان یک مشوق عمل کنید تا تغییرات یک رفتار به حد مطلوب برسد و بتوانید در زمان مناسب تغییر رفتار دیگری را در فرد ترغیب نمائید. از یک جدول مستند خوب غیر داروئی، برای پیگیری ها استفاده کنید.

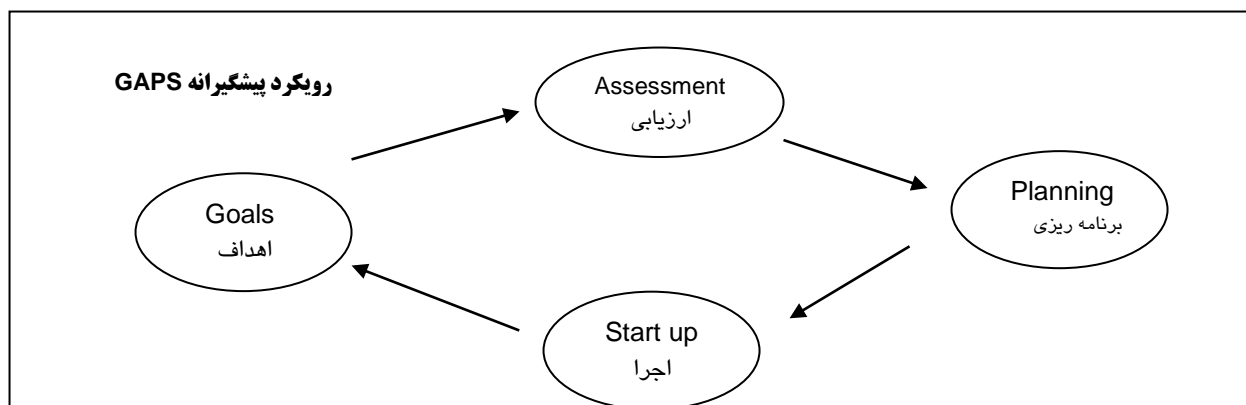
سازمان اجرایی مناسب پیگیری از بیماری قلبی و عروقی در مراقبت اولیه

در محل کار می توان اقدامات مؤثری برای پیگیری از رفتارهای پر خطر انجام داد و از جنبه های عملی سازماندهی، ادغام عملیات پیشگیرانه را آسان کرد. به طور مثال، در هر ملاقات ضمن شناسایی منظم نیازهای پیگیری افراد، می توانیم از برچسب ها یا اطلاع دهنده ها استفاده کنید و در نهایت عوامل خطر نهایی را به او نشان دهید. ضمن تذکر برای فرد مراجعه کننده از کارکنان بهداشتی نیز بخواهید تا برای پیگیری های لازم بعدی فرد را تشویق نمایند.

اگر می خواهید بر روی بیماری قلبی و عروقی مداخله بیشتری داشته باشید ، با انجام اعمال زیر استفاده از بسته قلب سالم را کامل کنید:

- به فرد مراجعه کننده نشان بدهید که تشخیص و کنترل عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی جزئی از قسمت های مهم برنامه روزانه و کارهای جاری شما در محل کار تان می باشد. در محل کارتان علامت های سیگار کشیدن ممنوع و یا پوستره های حاوی پیام های قلب سالم بچسبانید.
- از همکار مربوطه خود بخواهید وسایلی که برای تشخیص بیماری قلبی و عروقی لازم است تهیه کند و در دسترس قرار دهد مانند پمفلت ها، پوسترها، از او بخواهید که مسئول آموزش کامل به بیماران باشد.
- کارکنان بهداشتی را ملزم به پیگیری کنید. برای مثال اگر بیماری که فشارخون بالا یا اختلال چربی خون دارد و قرار ملاقاتش را از دست داد، برای قرار ملاقات بعدی با او تماس بگیرند. هنگامی که یک بیمار سیگارش را ترک کرده مستعد برای سیگار کشیدن مجدد است. بعد از ۳-۱ هفته به منظور حمایت و پیگیری با او تماس گرفته شود.
- پزشکانی که علاقمندند مداخله های خود را بر روی بیماری قلبی و عروقی افزایش دهند، می توانند از رویکرد پیشگیرانه GAPS استفاده کنند. این رویکرد شامل یک الگوی چرخه ای مشارکت، خود آزمایی، و اصلاح فعالیت های محل کار بطور مستمر است.

Goals assessment planning star up (Goals – Assessment – Planning- Start-up: GAPS)



۱- تعیین هدف با توجه به مراقبت پیشگیرانه (Goals)

اقدامات، منتج از هدف های مراقبت پیشگیرانه شفاف است. هدف های روشن به پزشک بالینی در مورد ارایه خدمات کمک می کند. این اهداف یک وسیله کمکی برای رسیدن به هدف های مراقبت پیشگیرانه هستند.

اقدامات لازم در راستای این اهداف عبارتند از:

- ۱) تمام سیگاری ها را شناسایی و سعی کنید به آن ها کمک کنید.
- ۲) قد و وزن تمام افراد را اندازه گیری کنید و BMI (نمایه بدنی) را مشخص نمایید.
- ۳) در تمام افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی ، دیابت و یا افراد دارای عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی، سطح چربی خون را مشخص کنید. پزشک، می بایست بوسیله انتقال این اهداف به کارکنان بهداشتی یک کار مشترک و گروهی بین افراد ایجاد کند.

۲- ارزیابی از مراقبت پیشگیرانه کنونی / دستیابی به اهداف (Assessment)

در یک زمان کوتاه، می توانید عملیات کنونی خود را ارزیابی کنید و در همان زمان تغییراتی در آن بدهید. از راه های مختلفی می توان عملکرد کنونی را مشخص کرد. برای مثال، می توان از طریق پرسش از تعدادی از افراد که تازه دیده شده اند و یا جدول هایی که بعنوان نمونه انتخاب می شوند، استفاده کرد. امکان دارد شیوه های مشاوره برای ثبت نقاط ضعف کمتر در دسترس باشند. بهتر است ارزیابی از طریق تعدادی از افراد حاضر که بوسیله پرستار یا دستیار پزشک راهنمایی می شوند، انجام شود. می توانید از تعدادی بیماران (یک نفر از هر سه نفر) که بمنظور معاینات دوره ای سلامتی بررسی می شوند، سؤال کنید در چه زمانی پزشک راجع به وضعیت فعالیت بدنی یا سیگار کشیدن آن ها صحبت کرده و یا بر روی کدام یک از خدمات عملیاتی انتخاب شده تاکید شده است. با ثبت منظم تر فعالیت های مشاوره ای، تغییرات در عادت بسیار سریع و واضح اتفاق می افتد.

۳- برنامه ریزی بمنظور اصلاح فعالیت های روزانه موجود که مراقبت پیشگیرانه را حمایت می کنند (Planning)

نظام کاری محل کار می تواند در تقویت رفتارهای مثبت افراد مراجعه کننده مؤثر باشد و از طریق مطالب آموزشی منتخب برای آن ها و نصب پوسترها در محل های مناسب در دفتر کار یعنی جایی که راحتی در دسترس افراد مراجعه کننده است به این هدف خود برسد و بسته های خدماتی قلب سالم نیز می تواند تاثیر قابل توجهی داشته باشد.

۴- شروع و ادامه بهبود نظام محل کار در مراقبت پیشگیرانه

علاوه بر این که کارگروهی در اجرای نظام محل کار و مراقبت پیشگیرانه بسیار مهم است، اما باید پزشک بر فعالیت دیگر کارکنان بهداشتی نظارت نموده و آن ها را در اجرای فرایند هدایت نماید.

➤ قابل توجه

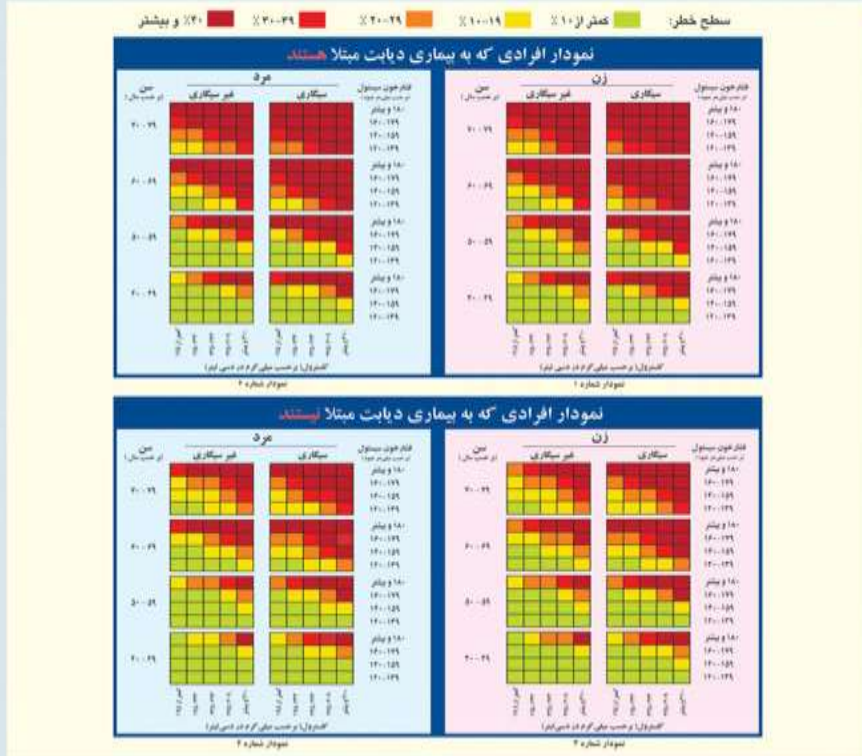
در این متن تنها بیانات رسمی، مکان ها و گزارش های عمومی که بعنوان راهنما برای رویکرد بالینی پیشنهاد شده است، بمنظور کنترل عوامل خطر هدف استفاده شده است و الگوریتم ها در بسته قلب سالم جای تشخیص بالینی پزشک را نمی گیرد.

برای پیش بینی خطر بروز بیماری قلبی عروقی نمودارهای زیادی وجود دارند. یکی از این نمودارها، نمودار زیر است که توسط سازمان جهانی بهداشت و برای مناطق آسیایی تهیه شده است که برای کشور ما نیز کاربرد دارد.

جدول تعیین احتمال خطر بروز بیماری قلبی عروقی در افراد به ظاهر سالم در ۱۰ سال آینده - برای منطقه آسیایی

چقدر در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی هستید؟

این نمودار برای تخمین احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده در افرادی که به بیماری قلبی، سکنه مغزی یا آرواسکلروز (صلب شرائین) مبتلا نیستند، تهیه شده است. در این نمودار احتمال خطر بروز حوادث غیرکشنده و غیرکشنده بیماری قلبی عروقی (شامل سکنه قلبی یا سکنه مغزی) در طی ۱۰ سال آینده بر حسب جنس، سن، میزان فشارخون، چربی خون، میزان کلسترول خون، مصرف دخانیات و ابتلاء به بیماری دیابت شیرین (میلنوس) تعیین می‌گردد.



۱- چاقی، خصوصاً چاقی شکمی) ۲- کم تحرکی ۳- سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی یا سکنه مغزی (و در سن کمتر از ۵۵ سال در مردان، در سن کمتر از ۶۵ سال در زنان) ۴- میزان تری‌گلیسرید خون بالا (بیشتر از ۱۸۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر) ۵- میزان HDL کلسترول خون پایین (کمتر از ۴۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر در مردان، کمتر از ۵۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر در زنان)

تفسیر نتیجه:

احتمال خطر کمتر از ۱۰٪: فرد در معرض **کمترین** خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده است. در این گروه اگر فرد هیچ یک از عوامل خطر (دیابت، فشارخون بالا، کلسترول خون بالا، مصرف دخانیات) را نداشته باشد، وضعیت وی در حد مطلوب و در غیر آن صورت در معرض **خطر کم** ابتلاء به بیماری قلبی عروقی است.

احتمال خطر ۱۰-۱۹٪: فرد در معرض **خطر متوسط** ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده است.

احتمال خطر ۲۰-۲۹٪: فرد در معرض **خطر زیاد** ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده است.

احتمال خطر ۳۰-۳۹٪: فرد در معرض **خطر بسیار زیاد** ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده است.

احتمال خطر ۴۰٪ و بیشتر: فرد در معرض **خطر بسیار زیاد** ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده است.

اقدامات مورد نیاز:

۱- از مصرف دخانیات پرهیز گردد. ۲- رژیم غذایی مناسب رعایت شود. (کم‌نمک، کم‌چربی، پر فیبر) ۳- روزانه نیم ساعت فعالیت بدنی بطور منظم یا شدت متوسط (افزایش آسانی در تعداد تپان قلب و نفس) انجام شود. ۴- از اضافه وزن و چاقی خودداری شود. ۵- فشارخون، قندخون و کلسترول خون زیر نظر پزشک تحت کنترل قرار گیرد. ۶- داروهای تجویز شده توسط پزشک به طور منظم مصرف شود.

نحوه استفاده از نمودار برای ارزیابی احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده:

- مرحله اول: در ابتدا بر حسب اینکه فرد به بیماری دیابت مبتلاست یا غیر نمودار مربوطه انتخاب شود.
- مرحله دوم: بر حسب اینکه فرد مرد است یا زن، نمودار مربوطه انتخاب شود.
- مرحله سوم: بر حسب اینکه فرد سیگار مصرف می‌کند یا خیر، نمودار مربوطه انتخاب شود.
- مرحله چهارم: بر اساس سن فرد، مربع مربوطه نمودار بر حسب انتخاب شود.
- مرحله پنجم: در میان این مربع، خانه‌ای از مربع کوچک‌تر که میزان فشارخون جداگانه یا سیستول (بر حسب میلی‌لیتر جیوه) و میزان کلسترول خون (بر حسب میلی‌گرم در دسی‌لیتر) فرد را در برمی‌گیرد، انتخاب کرد. رنگ این خانه (مربع کوچک) حاکیه با مربع بالای رنگی نمودار، میزان خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده را تعیین می‌کند.
- مربعی در میان این مربع، رنگی است، سیگار مصرف نمی‌کند، ۵۴ سال سن دارد، میزان فشارخون سیستول او ۱۴۵ میلی‌لیتر جیوه و میزان کلسترول خون او ۲۹۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر است.

برای تخمین احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در این فرد ابتدا در نمودار افراد مبتلا به دیابت، نمودار انتخاب و سپس در ستون افراد غیرسیگاری، مربع گروه سنی ۵۹-۶۰ سال انتخاب می‌شود. بر حسب میزان فشارخون این فرد، ردیف چهارم مربع از بالا و بر حسب میزان کلسترول خون، ستون چهارم مربع از سمت چپ انتخاب می‌گردد. خانه‌ای که این دو میزان را در برمی‌گیرد دارای رنگ سبز و به این مفهوم است که احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در این فرد در طی ۱۰ سال آینده کمتر از ۱۰٪ است.

نکات مورد توجه:

نحوه داشته باشید. احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در شرایط زیر بیشتر از درصد احتمالی است که از نمودار بدست می‌آید:

- ۱- ابتلاء به فشارخون بالا همراه با مصرف داروهای کاهشدهنده فشارخون
- ۲- پاستگی و دردهای

۱- فرد مبتلا به دیابت فردی است که در بین مردان دوقلو دارد و دو دوقلو همسر او نیز فرد مبتلا به دیابت خانوادگی و پدر او مبتلا به دیابت است. ۲- فرد مبتلا به دیابت خانوادگی که در بین زنان دوقلو دارد و دو دوقلو همسر او نیز فرد مبتلا به دیابت خانوادگی و مادر او مبتلا به دیابت است. ۳- فرد مبتلا به دیابت خانوادگی که در بین زنان دوقلو دارد و دو دوقلو همسر او نیز فرد مبتلا به دیابت خانوادگی و مادر او مبتلا به دیابت است. ۴- میزان فشارخون سیستول و دیابت خانوادگی که در بین زنان دوقلو دارد و دو دوقلو همسر او نیز فرد مبتلا به دیابت خانوادگی و مادر او مبتلا به دیابت است.

دستور استفاده از نمودار پیش بینی خطر سازمان جهانی بهداشت و انجمن بین المللی فشارخون بالا

این نمودار احتمال خطر ۱۰ ساله بروز حوادث قلبی عروقی مهم کشنده یا غیرکشنده (سکته قلبی یا مغزی)، را بر اساس سن، جنس، فشارخون، مصرف دخانیات، کلسترول خون بالا و حضور یا عدم حضور دیابت ملیتوس نشان می دهد. این نمودار تقریباً "خطر بیماری قلبی عروقی در افرادی که به بیماری عروق کرونر قلب، سکته مغزی یا سایر بیماری های آترواسکلروتیک مبتلا نیستند را تخمین می زند. این ابزار برای کمک به تعیین افراد در معرض خطر زیاد قلبی عروقی مفید است و بیماران را بالاخص برای تغییر رفتار و در صورت لزوم دریافت داروهای فشارخون و چربی خون و آسپیرین برمی انگیزد.

بعضی از افراد به علت این که به بیماری عروق کرونر قلب مبتلا هستند یا سطوح بالایی از عوامل خطر قلبی عروقی دارند، دارای خطر قلبی عروقی زیادی هستند. طبقه بندی خطر لزوماً برای تصمیم گیری برای درمان افراد در گروه خطر مربوطه نیست، همه این افراد نیاز به مداخلات شیوه زندگی و درمان دارویی مناسب دارند. این افراد شامل افراد زیر هستند:

- افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی
- افراد بدون بیماری قلبی عروقی که کلسترول تام ۸ میلی مول در لیتر و بیشتر (۳۲۰ میلی گرم در دسی لیتر) یا لیپوپروتئین با دانسیته کم (LDL) ۶ میلی مول در لیتر و بیشتر (۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر) یا نسبت کلسترول تام به HDL کلسترول بیش از ۸ میلی مول در لیتر دارند.
- افراد بدون بیماری قلبی عروقی که فشارخون بالای پایدار دارند (بیشتر از ۱۰۵-۱۶۰/۱۰۰-۱۷۰ میلی متر جیوه)
- افراد دارای دیابت نوع ۱ یا ۲، با نفروپاتی یا بیماری کلیوی مهم دیگر
- افراد مبتلا به نارسایی کلیوی یا آسیب کلیوی

پیشگفتار

امروزه، افزایش فشارخون یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی و رو به گسترش در سطح دنیا بالاخص در کشورهای در حال توسعه به علت شیوع بالای آن و ارتباط با بیماری قلبی عروقی می باشد. تخمین زده شد در سال ۲۰۰۰ در دنیا فشارخون بالا سبب ۷/۱ میلیون مرگ یعنی حدود ۱۳٪ کل مرگ ها گردیده است. این مرگ ها بالغ بر ۴/۴٪ از کل بار بیماری در دنیا بودند.

در جهان تا سال ۲۰۰۵ یک میلیارد نفر مبتلا به فشارخون بالا وجود داشت و ۴ میلیون نفر در سال در نتیجه مستقیم فشارخون بالا فوت کرده اند. پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۵ شیوع فشارخون بالا ۶۰٪ افزایش یابد و به ۱/۵۶ میلیارد نفر برسد. این داده ها ضرورت اولویت گذاری برای غربالگری، تشخیص زودرس و مدیریت فشارخون بالا از طریق برنامه های مبتنی بر جامعه را نشان می دهند.

در بررسی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در کشور در سال ۱۳۹۰، حدود ۱۷/۵٪ افراد ۱۵ تا ۶۴ سال دارای فشارخون بالا بودند.

فشارخون بالا علیرغم آن که به آسانی تشخیص داده می شود، غالباً بی علامت و بسیار شایع است و در صورتی که کنترل نشود منجر به عوارض مرگباری می شود. از آن جا که فشارخون بالا بدون علامت است، بهترین راه شناسایی آن اندازه گیری فشارخون است. در اندازه گیری فشارخون باید شرایطی مربوط به فرد گیرنده فشارخون، فرد معاینه شونده، محیط و تجهیزات رعایت گردد تا دقت و صحت اندازه گیری و میزان فشارخون مورد تایید باشد.

در اجرای طرح ملی غربالگری فشارخون بالا و تناسب وزن ایرانیان بالای ۳۰ سال با هدف شناسایی و درمان بیماران مبتلا به فشارخون بالا اساس کار بر پایه اندازه گیری و برآورد دقیق فشارخون هر فرد است و تشخیص فشارخون بالا به آن بستگی دارد. با برآورد نادرست مقادیر فشارخون، عده ای از بیماران مبتلا به فشارخون بالا در زمره افراد طبیعی و عده ای از افراد سالم به عنوان بیمار شناسایی و تحت درمان و عوارض ناشی از آن قرار می گیرند.

اندازه گیری فشار خون

تعریف فشارخون

برای این که خون در شریان های (artery) اعضای بدن جاری شود و مواد غذایی را به اعضای مختلف بدن برساند نیاز به نیرویی دارد که خون را به گردش درآورد. این نیرو **فشارخون** نامیده می شود و مولد آن قلب است. قلب به طور مداوم خون را به داخل شریانی به نام **آتورت (aorta)** و شاخه های آن که مسئول رساندن اکسیژن و مواد غذایی به تمام اعضای بدن هستند، پمپ می کند. فشارخون به دو عامل مهم بستگی دارد، یکی برون ده قلب یعنی مقدار خونی که در هر دقیقه به وسیله قلب به درون شریان آتورت پمپ می شود (حدود ۶-۵ لیتر) و عامل دیگر مقاومت رگ است، یعنی مقاومتی که بر سر راه خروج خون از قلب در رگ ها وجود دارد. با تغییر برون ده قلب یا مقاومت رگ، مقدار فشارخون تغییر می کند. از آنجا که پمپ کردن خون توسط قلب به داخل شریان ها نبض دار است، فشارخون بین دو سطح حداکثر و حداقل در نوسان است. در زمانی که قلب منقبض می شود، خون وارد شریان ها می شود و فشارخون به حداکثر مقدار خود می رسد که به آن **فشارخون سیستول** می گویند و در زمان استراحت قلب که خون وارد شریان

ها نمی شود، با خروج تدریجی خون، فشارخون به حداقل مقدار خود می رسد که به آن **فشارخون دیاستول** می گویند.

زمان بین انتهای یک انقباض قلبی تا انتهای انقباض بعدی، دوره قلبی یا "سیکل قلبی" (Cardiac cycle) نامیده می شود. سیکل قلبی از یک مرحله انقباض موسوم به "سیستول" و متعاقب آن یک مرحله استراحت موسوم به "دیاستول" تشکیل می شود که در نتیجه انقباض و انبساط بطن ها بوجود می آید.

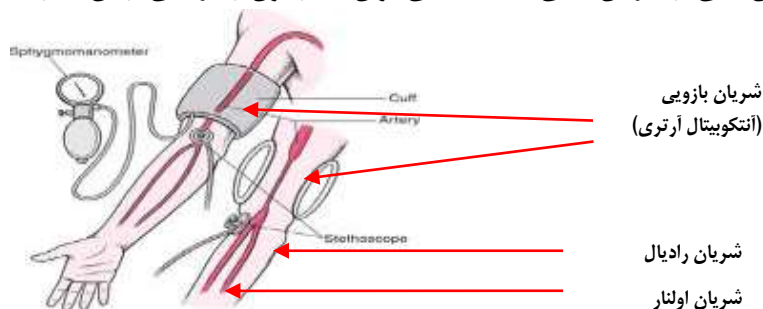
اگرچه فشار لازم برای تبادل مویرگی حدود ۳۵ میلیمتر جیوه است. اما با توجه به طول رگ و مقاومت عروقی و حجم مایع در گردش، بدن نیازمند تولید فشار شریانی بالاتری در قلب می باشد تا فشار مناسب در سطح مویرگی را فراهم کند. این فشار برای سیستم شریانی محیطی و سیستم گردش خون ریوی برای سنین مختلف، متفاوت است. هنگامی که شخص بزرگسالی در حال استراحت است، قلب باید بطور متوسط در هر دقیقه ۴ تا ۶ لیتر خون را پمپ کند.

فشارخون یک پدیده همودینامیک است که تحت تاثیر عوامل زیادی قرار دارد. تاثیر این عوامل و شرایط بر فشارخون مهم است و اغلب سبب افزایش فشارخون بیش از ۲۰ میلیمتر جیوه می شوند. فشارخون در طول روز تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله وضعیت بدن، فعالیت مغز، فعالیت گوارشی، فعالیت عضلانی، تحریکات عصبی، تحریکات دردناک، مثانه پر، عوامل محیطی مثل دمای هوا و میزان صدا، مصرف دخانیات، الکل، قهوه و دارو تغییر می کند.

فشارخون بالا در نتیجه افزایش بیش از حد طبیعی جریان خون بر دیواره شریان ها ایجاد می شود. فشارخون بالا به دو نوع فشارخون اولیه و فشارخون ثانویه تقسیم می شود. در نوع اولیه که ۹۰ تا ۹۵٪ موارد را شامل می شود، افزایش فشارخون علت کاملاً مشخصی ندارد ولی عوامل خطری مانند زمینه ارثی و خانوادگی فشارخون بالا، مصرف بی رویه نمک، چاقی و دیابت در آن نقش مهمی دارند. در نوع ثانویه تقریباً "علت تمام انواع فشارخون ثانویه تغییر در ترشح هورمون ها و یا کارکرد کلیه هاست و می تواند ناشی از یک بیماری زمینه ای مانند کم کاری و پرکاری تیروئید، فنوکروموسیتوم، تومورهای دیگر غدد فوق کلیوی، کوارکتاسیون آئورت و... باشد. در صورت درمان بموقع این بیماری ها معمولاً "فشارخون به مقدار طبیعی بر می گردد.

در حالی که داشتن یک فشار طبیعی برای برقراری شرب بافتی در سطح مویرگ ها برای زنده ماندن حیاتی است، فشار خون بالاتر از طبیعی (پرفشاری خون) خود موجب عوارض کشنده ای است.

به دلیل اینکه فشارخون بالا علامت ندارد، تنها راه برای پی بردن به مقدار فشارخون هر فرد، اندازه گیری فشارخون او است. مقدار فشارخون هر فرد یکی از مهمترین علائم حیاتی است و به نوعی به فشار شریانیچه ها (آرتریال) یا شریان های بزرگ (آرتری) اشاره دارد. برای این کار بایستی از دستگاه اندازه گیری فشارخون استفاده کرد. غالباً "فشارخون را در شریان بازویی (براکیال brachial) اندازه می گیرند. شریان بازویی یک رگ خونی است که مسیر آن از شانه ها تا زیر آرنج است و سپس در ساعد به دو شاخه رادیال (radial) و اولنار (ulnar) تقسیم می شود و ادامه پیدا می کند. این شریان یکی از شریان هایی است که می توان فشارخون را براحتی از آن اندازه گیری کرد



شریان بازویی

در هر فرد فشارخون را در دو سطح سیستول و دیاستول اندازه می گیرند. اعداد این دو سطح به صورت کسر بر حسب میلی متر جیوه (mmHg) نشان داده می شود. مقدار فشارخون سیستول یا عدد بزرگتر را در صورت و مقدار فشارخون دیاستول یا عدد کوچکتر را در مخرج کسر می نویسند.

مانند: $\frac{138}{88}$ میلی متر جیوه یا $\frac{138}{88}$ میلی متر جیوه

طبقه بندی فشارخون

در این طبقه بندی آستانه فشار خون بدون در نظر گرفتن سایر عوامل خطر و بیماری های همراه برای افراد بزرگسال ۱۸ سال و بالاتر تعیین شده است. (جدول ۱)

فشارخون طبیعی: در یک فرد سالم در حال استراحت فشارخون کمتر از $120/80$ میلی متر جیوه است. یعنی فشار سیستول کمتر از ۱۲۰ و دیاستول کمتر از ۸۰ میلی متر جیوه است.

پیش فشارخون بالا: یعنی فشار سیستول بین ۱۲۰ تا ۱۳۹ و یا فشار دیاستول بین ۸۰ تا ۹۰ میلی متر جیوه است. منظور مقدار فشارخونی است که ما بین مقدار طبیعی و مقدار فشارخون بالا است.

فشار خون بالای مرحله یک: یعنی فشار سیستول بین ۱۴۰ و ۱۵۹ و یا فشار دیاستول بین ۹۰ و ۹۹ میلی متر جیوه است. اگر فقط فشار سیستول یا فقط فشار دیاستول در این حد باشد، باز هم فشارخون بالای مرحله یک محسوب می شوند.

فشار خون بالای مرحله دو: یعنی فشار سیستول ۱۶۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشار دیاستول ۱۰۰ میلی متر جیوه و بیشتر است. اگر فقط فشار سیستول یا فقط فشار دیاستول در این حد باشد، باز هم فشارخون بالای مرحله دو محسوب می شوند.

فشارخون سیستول ۱۸۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشار دیاستول ۱۱۰ میلی متر جیوه و بیشتر به عنوان کریز فشارخون محسوب می شود و اقدام اورژانسی نیاز دارد.

در بعضی افراد ممکن است فقط فشارخون سیستولی بالاتر از حد طبیعی باشد (۱۴۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر) مانند فشارخون $148/82$ میلی متر جیوه که به آن **فشارخون بالای سیستولی تنها** می گویند. فشارخون بالای سیستولی بیشتر در افراد سالمند دیده می شود.

در بعضی افراد ممکن است فقط فشارخون دیاستولی بالاتر از حد طبیعی باشد (۹۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر) مانند فشارخون $134/96$ میلی متر جیوه که به آن **فشارخون بالای دیاستولی تنها** می گویند.

افرادی که فشارخون آنها در محدوده پیش فشارخون بالاست، در معرض خطر افزایش فشارخون هستند. در این افراد احتمال ابتلاء به فشارخون بالا زیاد است. هم چنین اگر فشارخون در افراد مبتلا به بیماری قلبی، کلیوی، سکنه مغزی و دیابت در این محدوده باشد به عنوان فشارخون بالا محسوب می شود و باید تحت درمان قرار گیرند. در این افراد فشارخون طبیعی کمتر از مقداری است که برای سایر افراد در نظر گرفته شده است.

فشارخون باید بر اساس چند اندازه گیری که در موقعیت های جداگانه و در طول یک دوره اندازه گیری شده است، تشخیص داده شود. در زمان اندازه گیری فشارخون در هر شرایطی مانند مطب، بیمارستان، داخل آمبولانس و خانه باید عوامل تاثیر گذار بر فشارخون به دقت مورد توجه قرار گیرد.

فقط پزشک می تواند تایید کند فرد به بیماری فشارخون بالا مبتلا است. اغلب پزشکان قبل از این که در مورد بالا بودن فشارخون تصمیم بگیرند، چندین بار در روزهای مختلف فشار خون فرد را کنترل می کنند. اگر فرد فشارخون بالا

داشته باشد ، لازم است بطور منظم فشارخون خود را اندازه گیری کند و زیر نظر پزشک تحت درمان قرار گیرد.

جدول ۱: طبقه بندی فشارخون در افراد بزرگسال

سیستول (mmHg)	دیاستول (mmHg)	
کمتر از ۹۰	و کمتر از ۶۰	فشارخون پایین
کمتر از ۱۲۰ (۹۰-۱۱۹)	یا کمتر از ۸۰ (۷۹-۶۰)	فشارخون طبیعی یا مطلوب
۱۲۰-۱۳۹	یا ۸۰-۸۹	پیش فشارخون بالا
۱۴۰-۱۵۹	یا ۹۰-۹۹	فشارخون بالا مرحله ۱
۱۶۰ یا بیشتر	یا ۱۰۰ یا بیشتر	فشارخون بالا مرحله ۲
۱۴۰ یا بیشتر	و کمتر از ۹۰	فشارخون سیستولی ایزوله (تنها)
کمتر از ۱۴۰	و ۹۰ یا بیشتر	فشارخون دیاستولی ایزوله (تنها)

فشارخون پائین زمانی رخ می دهد که فشار سیستول کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه باشد و فشار دیاستول هم پایین تر از ۶۰ میلی متر جیوه یا ۲۵ میلیمتر جیوه کمتر از مقدار فشارخون طبیعی هر فرد باشد. فشارخون پایین گاهی نشانه ای از موارد جدی مثل شوک است که یک وضعیت تهدید کننده زندگی است. اگر فرد سر گیجه دارد یا احساس ضعف و بیحالی دارد و فشارخون وی هم کمتر از حد طبیعی است، فوراً باید با پزشک خود تماس بگیرد.

اگر فشارخون از حد طبیعی بالاتر رود عوارض مهمی بدنبال دارد.فشارخون بالا یکی از عوامل خطر ساز بیماری های عروق کرونر قلب(عروقی که به قلب خون می رسانند) است و علاوه بر قلب(سکته قلبی و نارسایی قلبی) به اعضای حیاتی مهم دیگری مثل مغز(سکته مغزی)، کلیه(نارسایی مزمن کلیوی) و چشم (اختلال دید به علت خونریزی شبکیه) نیز آسیب جدی می رساند.

با ملاحظه جدول فوق معلوم می شود که کمی بی دقتی در اندازه گیری فشار ها می تواند در دسته بندی فشار تغییر ایجاد کند از آنجائی که بر خورد درمانی با پر فشاری خون بر حسب اینکه فشار بصورت خفیف یا متوسط و یا شدید و یا خیلی شدید باشد متفاوت است. جدول فوق به راحتی اهمیت اندازه گیری صحیح فشار سیستول و دیاستول را نشان می دهد. اما در همین حال یکی از نادرست ترین اندازه گیری ها در کلینیک ها اندازه گیری فشار خون است. اهمیت دیگر اندازه گیری صحیح فشار خون از آن جهت است که هر یک از فشار های سیستول و دیاستول اطلاعات بسیار مهمی از وضعیت بالینی بیمار بدست می دهند.

اگر فشارخون بالا بموقع شناخته شود و بموقع درمان و کنترل شود، می توان بسیاری از عوارض فشارخون بالا را پیشگیری کرد. همانطور که قبلاً اشاره شد فشارخون بالا معمولاً " بدون علامت است و به آن **قاتل بی صدا (خاموش)** می گویند و به علت عوارض جانبی جدی آن ، تنها راه پی بردن به آن، اندازه گیری منظم فشارخون در هر فرد است. در زمانی که نیاز به ارزیابی سلامت قلبی عروقی ، غربالگری و شناسایی بیماری فشارخون بالا و پایش اثر

بخشی درمان در بیماران مبتلا به فشار خون بالا وجود دارد، فشارخون اندازه گیری می شود.

انواع فشار خون بالا

علت ۹۰ الی ۹۵ درصد فشار خون بالا در افراد مبتلا ناشناخته است که به این نوع **فشار خون بالای اولیه** گفته می شود. اگر علت فشار خون بالا شناخته شده باشد، مثلاً به علت بیماری های کلیه، بیماری غده فوق کلیوی یا مصرف قرص های ضد بارداری و... باشد آن را **فشار خون بالای ثانویه** می نامند. این نوع حدود ۵ الی ۱۰ درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالا را شامل می شود.

عوامل خطر مستعد کننده ایجاد فشار خون بالا

همانطور که ذکر شد بیماری فشار خون بالای اولیه علت مشخصی ندارد ولی عوامل زیر احتمال ابتلاء به این بیماری را افزایش می دهند:

۱- **ارث**: در برخی خانواده ها استعداد ابتلاء به بیماری فشار خون بالا وجود دارد. یعنی اگر والدین، خواهر و یا برادر مبتلا به فشار خون بالا باشند، احتمال ابتلاء به فشار خون بالا در فرد زیاد است.

۲- **جنس**: شیوع فشار خون بالا در مردان جوان و میانسال بیشتر از زنان جوان و میانسال (تا ۵۰ سال) است اما در سنین بالاتر این اختلاف کم می شود.

۳- **سن**: با افزایش سن شیوع فشار خون بالا نیز افزایش می یابد.

۴- افزایش چربی خون

۵- مصرف سیگار و سایر دخانیات

چربی خون بالا و مصرف دخانیات اگر چه بطور مستقیم موجب افزایش فشار خون نمی شوند اما در دراز مدت باعث ایجاد بیماری تصلب شرایین (سختی جدار رگها) باعث تشدید فشار خون بالا می گردند.

۶- **چاقی**: احتمال ابتلاء به بیماری فشار خون بالا در افرادی که چاق هستند بیشتر است.

۷- **بیماری قند (دیابت)**: در صورتی که مقدار قند موجود در خون بالاتر از حد طبیعی باشد، فرد مبتلا به بیماری دیابت است و از عوارض مهم آن بیماری قلبی - عروقی، فشار خون بالا، اختلال بینایی و آسیب کلیه می باشد.

۸- **کم تحرکی و نداشتن فعالیت جسمانی**: کم تحرکی از راه های مختلف می تواند زمینه ساز فشار خون بالا باشد، از جمله کم تحرکی می تواند منجر به چاقی شده و چاقی یک عامل خطر زمینه ساز فشار خون بالا است.

۹- **حساسیت به نمک**: در بعضی از افراد مصرف زیاد نمک (کلورسدیم) همراه با افزایش فشارخون خواهد بود و کاهش مصرف نمک رژیم غذایی در تنظیم فشار خون تأثیر زیادی دارد.

۱۰- **فشارهای روحی و عصبی**: اگرچه تحقیقاتی وجود دارد که تا "تیرفشارهای روحی و عصبی در افزایش فشارخون را نشان می دهد، اما شواهد مذکور برای تایید قطعی این رابطه کافی نیست.

توجه: افرادی که یکی از شرایط بالا را داشته باشند، جزء افراد در معرض خطر ابتلاء به بیماری فشارخون بالا محسوب می شوند.

علائم بیماری فشار خون بالا

افرادی که مبتلا به فشار خون بالای اولیه هستند، ممکن است سال ها بدون علامت باشند و از بیماری خود اطلاعی نداشته باشند و زمانی متوجه علائمی مثل سردرد، تاری و اختلال دید، درد قفسه سینه، سرگیجه و تنگی نفس به هنگام فعالیت می شوند که دچار عوارض فشار خون بالا شده اند. در واقع این علائم، علائم عوارض فشار خون بالاست. لذاتنها راهی که می توان به آن پی برد، اندازه گیری فشار خون بوسیله دستگاه فشار سنج است.

عوارض بیماری فشار خون بالا

فشار خون بالا سبب آسیب به کلیه (نارسائی کلیه)، چشم (اختلال بینائی)، قلب (سکته قلبی) و مغز (سکته مغزی) می شود. به همین دلیل فشار خون بالا بیماری خطرناکی به حساب می آید.

درمان بیماری فشار خون بالا

فشار خون بالای اولیه درمان قطعی ندارد و احتمال بهبودی کامل بسیار نادر است، اما اگر فشار خون بالا به موقع تشخیص داده و درمان شود و بیمار بطور مرتب تحت مراقبت باشد، قابل کنترل است و می توان از عوارض آن پیشگیری نمود. در فشار خون بالای ثانویه اگر علت و بیماری که سبب ایجاد فشار خون بالا شده است درمان شود، در اکثر موارد فشار خون به وضع طبیعی برمی گردد و بیمار بهبود می یابد.

شیوه های درمان فشار خون بالای اولیه عبارت است از :

درمان غیر دارویی: مراقبت های غیر دارویی شامل تغییر شیوه های زندگی است. اگر چاقی وجود دارد می توان با انتخاب رژیم غذایی و فعالیت بدنی مناسب وزن را کاهش داد. با کاهش وزن، فشار خون نیز به مقدار قابل ملاحظه ای کاهش می یابد. محدودیت مصرف نمک، فشار خون را تا حدودی پائین می آورد، بنا بر این باید از خوردن غذاهای شور پرهیز نمود. ترک سیگار و ورزش منظم روزانه در کنترل فشار خون بالا موثر است.

درمان دارویی: در بعضی از بیماران با وجود رعایت درمان غیر دارویی فشار خون تا حد مطلوب کاهش نمی یابد و لازم است برای تنظیم فشار خون بالا از دارونیز استفاده شود. دارو توسط پزشک تجویز می شود. داروها ممکن است عوارضی مثل سرگیجه، خواب آلودگی، تنگی نفس شدید، طپش قلب، تهوع، استفراغ و حساسیت ایجاد کنند که باید در سیر درمان بیمار به آنها توجه داشت و در صورت مشاهده عوارض نامبرده، بیمار را به موقع به پزشک ارجاع داد تا مقدار دارو را کاهش دهد و یا در صورت لزوم مصرف داروی مورد نظر را قطع کند و داروی جدیدی تجویز کند.

توجه داشته باشید که :

- ۱- عوارض جانبی داروها به معنی عوارضی است که فقط ناشی از مصرف داروست و باید اولاً "فرد قبلاً" این علائم را نداشته باشد و ثانیاً "عوارض آن بیش از یک بار ظاهر شود".
- ۲- مصرف دارو طبق نظر پزشک به مدت طولانی برای بیماران ضروری است.

نکات مورد توجه در اندازه گیری فشار خون

برای اندازه گیری فشار خون از دستگاهی بنام فشار سنج و گوشی استفاده می شود که فشار سنج فنی (عقربه ای) یا جیوه ای است. برای سهولت حمل و نقل و سهولت کار بیشتر از نوع فنی استفاده می شود. فشار سنج از یک بازو

بند ، یک پمپ و یک ستون درجه بندی شده که جیوه در آن حرکت می کند و یا در نوع فنری صفحه مدرج که با فنر کار می کند تشکیل شده است .

نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشار خون شخص باید از مصرف چای و غذا، سیگار کشیدن و فعالیت خودداری کرده و در صورتیکه مثانه وی پر باشد باید آن را خالی نماید. شخص باید ۵ دقیقه قبل از اندازه گیری فشار خون استراحت کامل نماید و بدون اضطراب ، هیجان و درد باشد . محل اندازه گیری فشار خون باید به حد کافی آرام و دارای هوای مطلوب باشد .

برای اندازه گرفتن فشار خون ، فرد را روی تخت معاینه بخوابانید یا روی صندلی بنشانید . بازوی راست باید کاملاً "لخت باشد(معمولاً" از دست راست فشارخون را اندازه می گیرند) بنابر این آستین لباس را تا بالای بازو بالا بزنید و اگر نمی توان آستین را بالا زد یا لباس فرد را درآورد بهتر است در صورتی که لباس نازک باشد زیر بازو بماند ، تا این که لباس را طوری بالا بزنیم که بازو را تحت فشار قرار دهد . دست راست فرد را روی میز قرار دهید و به هیچ وجه نباید بازوی بیمار آویزان باشد. اگر فرد روی تخت خوابیده است دست وی باید کنار بدن قرار گیرد. سپس فشار خون او را به ترتیب زیر اندازه بگیرید :

دستگاه فشار سنج را نزدیک بازویی که می خواهید فشار خون را اندازه بگیرید قرار دهید . فاصله گیرنده فشار خون با دستگاه نباید بیش از یک متر باشد . بازو بند را دو تا سه انگشت بالای آرنج به بازو بسته و وسط کیسه لاستیکی داخل بازو بند را حتماً روی شریان بازویی قرار دهید و از بیمار بخواهید با دست چپ خود صفحه گوسی را در همان محل نگه دارد اما بر آن فشار نیاورد. اگر هوایی درون کیسه لاستیکی بازو بند باشد بوسیله پیچ تنظیم هوای دستگاه، این هوا را تخلیه کنید . سپس نبض دست راست(دستی که فشار آن را اندازه می گیرید) فرد را با یک دست حس کرده و نگهدارید و با فشارهای متوالی که با دست دیگر به پمپ وارد می کنید کیسه لاستیکی درون بازو بند را آنقدر باد کنید تا حدی که دیگر نبض احساس نگردد و سپس پمپ کردن را به اندازه ۳۰ میلی متر جیوه بعد از قطع نبض ادامه دهید . به صفحه مدرج دستگاه نگاه کرده و به آرامی با پیچاندن پیچ تنظیم هوای دستگاه، هوا را از کیسه لاستیکی خارج کنید بطوری که جیوه در لوله مدرج فشار سنج (در دستگاه جیوه ای) یا عقربه (در دستگاه عقربه ای) بطور آهسته پایین بیاید ، اولین صدای نبض که با گوسی به گوش می رسد فشار خون ماکزیمم(حداکثر) است ، عدد آن را بخاطر بسپارید ، دیگر پیچ دستگاه را دست نزنید احساس می کنید که بعد از چند لحظه صدا قطع می شود و دیگر شنیده نمی شود ، در همین موقع به صفحه مدرج دستگاه نگاه نموده و درجه را ببینید این عدد فشار خون می نیمم (حداقل) را نشان می دهد . گاهی قطع صدا در بعضی از افراد بطور کامل وجود نداشته در این گونه موارد از تغییر و کاهش صدا فشار خون حداقل را تخمین می زنند . توجه کنید در ابتدای اندازه گیری پیچ دستگاه را به هیچ وجه یکباره باز نکنید فقط در صورتی که صدایی شنیده نشد ، هوای داخل بازو بند را تماماً خالی کرده و بعد از ۱۵ ثانیه دوباره پمپ کنید . بعد از اتمام اندازه گیری فشار خون ، بازو بند را باز نموده و مقدار فشار خون خوانده شده را در اولین فرصت یادداشت نمایید .

توجه: در افراد سالم تفاوت عمده ای بین فشار خون در حالت درازکشیده(طاق باز) ، نشسته و ایستاده وجود ندارد ، ولی در افرادی که داروی پایین آورنده فشار خون مصرف می کنند چون اختلاف قابل توجهی در فشارخون خوابیده ، نشسته و ایستاده ایجاد می شود،لذا می بایست فشار خون را در حالت درازکشیده و یا ایستاده اندازه گیری کرد.

بطور طبیعی بین فشارخون دست راست و چپ ۱۰ تا ۲۰ میلی متر جیوه اختلاف وجود دارد(معمولاً" دست راست

فشارخون بالاتری دارد) اما اختلاف بیشتر از این مقدار، غیر طبیعی است.

اختلال چربی خون

اختلال چربی های خون یعنی بالا بودن کلسترول تام، بالا بودن کلسترول بد (LDL)، بالا بودن تری گلیسیرید و پایین بودن کلسترول خوب (HDL)

انواع چربی خون

چند نوع چربی در خون وجود دارد که سه نوع آن ها از همه مهمتر است:

۱- کلسترول یک ماده مومی سبک و چربی ماندنی است که بطور طبیعی در بدن ساخته می شود و در تمامی سلول های بدن یافت می شود. بدن برای ساختن هورمون ها، دیواره سلولی، بافت های ضروری، ویتامین ها و سایر مواد شیمیایی حیاتی از آن ها استفاده می کند. کلسترول خون از دوره بوجود می آید. این ماده اکثراً در کبد ساخته می شود، همچنین از طریق مصرف مواد غذایی حیوانی نیز وارد بدن می شود. بدن تمامی کلسترول مورد نیاز خود را می سازد و لازم نیست از طریق غذا بدست آید.

کلسترول به سه شکل با دانسیته کم یا کلسترول بد (LDL)؛ کلسترول با دانسیته بسیار کم (VLDL)؛ و کلسترول با دانسیته بالا یا کلسترول خوب (HDL)، در خون جریان دارد. در صورتی که مقدار کلسترول با دانسیته کم سرم زیاد باشد خطر ابتلاء به آترواسکلروز شریانی و بیماری عروق کرونر قلب وجود دارد. کلسترول با دانسیته بسیار سبک بیشتر از تری گلیسیرید تشکیل شده و ۱۰ تا ۱۵ درصد مجموع کلسترول سرم را تشکیل می دهد.

اگر کلسترول بیش از حد در بدن ساخته شود یا میزان آن در غذا زیاد باشد در نتیجه مقدار این ماده در خون زیاد می شود. کلسترول بوسیله گردش خون از سلول های بدن عبور می نماید. کلسترول و سایر چربی ها نمی توانند در خون حل گردند، بدین جهت برای انتقال به سلول ها نیاز به حمل کننده های خاصی (که به آن ها **لیپوپروتئین** می گویند) دارند که انواع گوناگونی دارند ولی دو نوع آن ها از بقیه بیشتر مد نظر هستند. یک نوع آن **کلسترول LDL** و یک نوع **کلسترول HDL** نامیده می شود. کلسترول بد با دانسیته کم همراه مواد دیگر در خون به تدریج بر روی دیواره عروق تغذیه کننده قلب (عروق کرونر) رسوب می کند و یک ساختمان مومی شکل به نام پلاک تشکیل می دهد، اما کلسترول خوب مانع رسوب کلسترول در دیواره رگ می شود و بیشتر تمایل دارد که کلسترول را از شریان ها و سیستم گردش خون به کبد برگرداند تا از بدن دفع گردد. ضمن اینکه پزشکان معتقد هستند این نوع کلسترول خوب همچنین می تواند کلسترول اضافی را از پلاک های عروق مبتلا به تصلب یا سختی شریانی نیز برداشته و به کبد منتقل کند و رشد پلاک ها را به تاخیر اندازد.

هنگامی که مقدار کلسترول در خون زیاد باشد موجب تصلب شریان ها و کاهش جریان خون می شود. این مسئله باعث افزایش فشارخون و بروز سکته قلبی و یا سکته مغزی می شود.

میزان کلسترول بالا در خون رابطه زیادی با احتمال ابتلاء به بیماری قلبی دارد. هرچه میزان کلسترول خون بیشتر باشد خطر ابتلاء به بیماری قلبی یا دچار شدن به حمله قلبی بیشتر است.

۲- تری گلیسیرید شکل دیگری از چربی موجود در خون است که می تواند خطر بیماری قلبی عروقی را افزایش دهد. تری گلیسیرید ها در کبد و بافت چربی تشکیل می شوند. افزایش تری گلیسیرید ها اغلب همراه با افزایش کلسترول بد است.

۳- اسید چرب ترانس نوع دیگری از چربی غذایی است که می تواند مقدار کلسترول در خون را بالا ببرد.

کلسترول غذایی

در مواد غذایی روزانه سه نوع چربی وجود دارد: چربی های اشباع شده ، چربی های اشباع نشده و کلسترول که دو نوع اول را اسید چرب می نامند.

اسید های چرب اشباع شده هم می توانند منبع حیوانی و هم منبع گیاهی داشته باشند. مانند کره، شیر، ماست، چربی گوشت، روغن نارگیل و خرما.

اسید های چرب اشباع نشده هم منبع حیوانی و هم منبع گیاهی دارند، اما بیشتر در منابع گیاهی یافت می شوند. مانند روغن دانه های گیاهی آفتاب گردان، سویا، ذرت، زیتون، گردو، فندق، روغن ماهی.

کلسترول فقط در مواد غذایی حیوانی مانند گوشت قرمز، لبنیات، زرده تخم مرغ و چربی های حیوانی یافت می شود. غذاهای مذکور که منابع غنی کلسترول هستند، دارای مقدار زیادی چربی می باشند. **محصولات گیاهی فاقد کلسترول هستند.**

علاوه بر کلسترول اسید های چرب اشباع شده هم سبب افزایش میزان کلسترول در خون می شوند و مهمترین عامل اصلی افزایش کلسترول در خون هستند.

اسید های چرب اشباع نشده در حقیقت میزان کلسترول خون را پایین می آورند. این چربی ها در دمای اطاق به حالت مایع هستند. چربی های اشباع نشده را می توان به چربی های اشباع نشده یک ظرفیتی و چند ظرفیتی تقسیم کرد.

علت اختلال در چربی های خون

در برخی از بیماران عامل اختلال در چربی های خون، وجود بیماری های دیگری مانند بیماری های گوارشی، اختلال در کار کبد یا کلیه، کم کاری غده تیروئید و بیماری دیابت است. در گروهی از بیماران مسائل ارثی و سابقه خانوادگی نقش دارد. در بسیاری از بیماران نیز علت زمینه ای آن هنوز مشخص نشده است. اما علت زمینه ای هر چه باشد وجود عوامل زیر می تواند سبب اختلال در چربی های خون و تشدید بیماری شود:

- رژیم غذایی نامناسب و غلط، مصرف زیاد چربی ها

- پر خوری و چاقی

- مصرف سیگار

- استفاده از مشروبات الکلی

- کم تحرکی

علائم اختلال در چربی خون

اختلال چربی های خون از جمله کلسترول بالای خون علامتی ندارد از این رو بسیاری از افراد از بالا بودن کلسترول خون خود بی خبرند.

در بعضی از بیماران وجود برجستگی های زرد رنگ بر روی پوست بخصوص روی پلک ها، آرنج و زانوها می تواند نشانه ای از بالا بودن چربی های خون باشد، اما برخلاف تصور بسیاری از افراد قبل از ایجاد عوارض وخیم مثل سکته قلبی یا مغزی هیچ علامتی ایجاد نمی کند. علائمی چون سرگیجه، احساس خستگی و غیره هیچ ارتباط مستقیمی با بالا بودن

چربی های خون ندارد. بنابر این تنها راه تشخیص بموقع این عامل خطر مهم، اندازه گیری سطح چربی های خون از طریق آزمایش خون است. در سال های اخیر علاوه بر مقدار کلسترول تام و تری گلیسیرید، مقدار کلسترول خوب و بد را که ارزش بیشتری دارند نیز برای تعیین شدت خطر بروز بیماری قلبی عروقی اندازه گیری می کنند. سطح مطلوب یا مورد قبول چربی های خون بر حسب وجود عوامل مختلف از جمله سابقه بیماری قلبی عروقی متفاوت است و تعیین آن بر عهده پزشک است. در افراد سالم سطح مطلوب کلسترول تام کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر خون، کلسترول بد (LDL) کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر خون و کلسترول خوب (HDL) بیشتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر خون در زنان و بیشتر از ۴۵ میلی گرم در دسی لیتر خون در مردان است. در بیمارانی که بیماری عروق کرونر قلب یا دیابت دارند، سطح مورد قبول کلسترول بد کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر خون است که کمتر از افراد سالم است. سطح مطلوب تری گلیسیرید خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر خون است. کاهش کلسترول بد و افزایش کلسترول خوب باید همزمان همراه با کنترل و اصلاح سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی مانند مصرف دخانیات، کنترل قند خون، فشارخون بالا، افزایش فعالیت بدنی و کاهش اضافه وزن باشد.

عوامل مؤثر بر مقدار کلسترول خون

جیره غذایی: چربی اشباع شده و کلسترول در غذا سبب بالا رفتن کلسترول خون می شود. چربی اشباع شده سهم اصلی در افزایش کلسترول خون دارد، ولی کلسترول موجود در غذاها نیز حائز اهمیت است. کاستن از مقدار چربی اشباع شده و کلسترول در غذا به کاهش مقدار کلسترول در خون کمک می کند.

غذاهایی که حاوی چربی اشباع کم هستند شامل لبنیات بدون چربی یا ۱٪ چربی، گوشت کم چربی، ماهی، ماکیان پوست کنده، حبوبات دارای پوست، میوه و سبزی، روغن های مارگارین کم چرب (که چربی اشباع شده آن ها کم است و چربی ترانس یا ندارند یا بسیار کم است) هستند.

غذاهای پر کلسترول شامل جگر، دل، قلوه، زرده تخم مرغ، لبنیات پرچرب هستند. فیبرهای غذایی سبب کاهش کلسترول خون می شوند. منابع خوب ناگواردنی (فیبر) های محلول عبارت از جو دوسر، برخی میوه ها مانند پرتقال و گلابی و سبزی ها (مانند کلم و هویج)، نخود و لوبیای خشک شده هستند.

روغن های گیاهی در حالت عادی و در دمای معمولی به شکل مایع هستند اما بعضی از روغن های گیاهی با روش های شیمیایی هیدروژن دار می شوند تا سفت و جامد گردند. در حقیقت روغن های جامد بیشتر اشباع می شوند و خطر آن ها نیز بیشتر می گردد. لذا باید به ندرت از آن ها استفاده کرد. این روغن ها غالباً "در شیرینی، بیسکویت، کیک و غذاهای آماده یافت می شوند.

روغن های اشباع نشده شامل روغن زیتون و بادام زمینی، روغن ذرت، آفتاب گردان، کنجد و سویا هستند. روغن نخل و نارگیل دارای چربی اشباع هستند و مفید نیستند. چربی های اشباع نشده سالمتر از چربی های اشباع شده هستند ولی باید آنها را نیز به ندرت مصرف کرد چون دارای همان مقدار انرژی هستند و باعث افزایش وزن می گردند. هر یک گرم چربی ۹ کالری ایجاد می کند و هر یک گرم کربوهیدرات و یک گرم پروتئین ۴ کالری ایجاد می کنند. تولید انرژی با مصرف چربی بیش از دو برابر است و در ایجاد اضافه وزن نقش مهمی دارد.

وزن: چاقی عامل خطر ساز برای بیماری قلبی عروقی است و کلسترول خون را نیز بالا می برد. کم کردن وزن به کاستن از مقدار کلسترول بد، کلسترول تام و تری گلیسیرید و نیز بالا بردن کلسترول خوب کمک می کند.

حتی اگر سطح چربی های خون طبیعی باشد، مصرف زیاد مواد غذایی پرچرب احتمال بروز بیماری قلبی عروقی را افزایش می دهد. رعایت رژیم غذایی باید از سنین کودکی شروع شود چون پدیده تصلب شرایین از سنین پایین شروع

می گردد، ضمن این که تغییر عادت غذایی در بزرگسالی امری مشکل است. توصیه می شود با استفاده از رژیم غذایی سالم و مناسب بعد از دوسالگی کودکان را به مصرف غذاهای مناسب عادت دهید.

فعالیت بدنی: کم تحرکی عامل خطر ساز بیماری قلبی عروقی است. فعالیت بدنی منظم می تواند به کم کردن کلسترول بد و بالا بردن کلسترول خوب کمک کند.

سن و جنس: در هر دو جنس با بالا رفتن سن میزان کلسترول در خونشان افزایش می یابد. پیش از یائسگی میزان کلسترول در زنان کمتر از مردان هم سن و سال است، ولی بعد از آن در زنان نیز افزایش می یابد.

وراثت: ژن ها تا اندازه ای معلوم می کنند که بدن چقدر کلسترول می سازد. کلسترول بالای خون از طریق ژن ها در خانواده منتقل می شود.

راه های کنترل و کاهش کلسترول خون

- ۱- چربی و کلسترول کمتری مصرف شود:
 - بخشی از وعده غذایی باید شامل غلات سبوسدار و سبزیجات باشد.
 - گوشت خالص و بدون چربی مصرف شود. پوست مرغ قبل از مصرف جدا شود. مصرف امعاء و احشاء حیوانات مانند دل، قلوه، جگر، و مغز، کله و پاچه به حداقل برسد.
 - ماهی بیشتر مصرف شود ماهی های چرب نظیر سالمون، ساردین، تن و قزل آلا را حداقل هفته ای دوبار مصرف شود.
 - زرده تخم مرغ کمتر مصرف شود و به جای آن از سفیده تخم مرغ استفاده شود.
 - از لبنیات کم چرب (۱٪ چربی) مانند شیر، ماست، پنیر یا بدون چربی (چربی گرفته) استفاده شود. سرشیر، خامه و رویه ماست جدا شود.
 - از مصرف زیاد شیرینی خامه ای، تنقلات مثل غذاهای فوری و آماده مانند ساندویچ سوسیس و کالباس، چیپس اجتناب شود.
 - بجای سس مایونز یا سس سالاد از روغن زیتون با آبلیمو یا سرکه و سبزیجات معطر و ادویه استفاده شود.
 - غذاها بیشتر به شکل آب پز، بخارپز، تنوری یا کبابی استفاده شود.
 - حتی الامکان از سرخ کردن مواد غذایی پرهیز شود.
 - رویه چربی خورش ها و سوپ ها جدا گردد (این کار زمانی که غذا سرد شده است آسانتر است)
 - از حبوبات و غلات سبوس دار (نان های سبوس دار) بیشتر استفاده شود.
 - میوه و سبزی روزانه و به مقدار لازم استفاده شود.
- ۲- وزن در حد مطلوب نگهداشته شود و از افزایش وزن و چاقی جلوگیری شود.
- ۳- فعالیت بدنی روزانه و مداوم انجام شود.
- ۴- از مصرف سیگار پرهیز شود.

چاقی

تعریف چاقی

به تجمع غیر طبیعی چربی در بدن چاقی گفته می شود. زمانی که دریافت انرژی از مصرف یا سوخت انرژی در بدن

تجاوز کند، بدن انرژی اضافه را در سلول های چربی که در بافت چربی وجود دارند، ذخیره می کند. این سلول های چربی به عنوان ذخیره انرژی عمل می کنند و بسته به این که فرد چگونه این انرژی را مصرف می کند، بزرگ می شوند یا کوچک می شوند. اگر فرد بین دریافت و مصرف انرژی توسط عادات خوردن و ورزش منظم تعادل برقرار نکند، چربی ساخته می شود و فرد دچار اضافه وزن می شود.

افراد چاق از نظر مقدار و نحوه توزیع چربی در بدن متفاوت هستند. خطراتی که با چاقی همراه هستند و نوع بیماری هایی که از چاقی ناشی می شوند، تحت تاثیر نحوه توزیع چربی در بدن هستند. زمانی که قسمت عمده چربی در شکم تجمع می یابد خطر عوارض چاقی، بالاخص بیماری قلبی عروقی بیشتر است. در برخی از خانواده ها احتمال ابتلاء به چاقی بیش از سایر خانواده ها است. در واقع زمینه ژنتیکی فرد را مستعد می کند تا در صورت دریافت بیش از حد انرژی یا فعالیت ناکافی، دچار اضافه وزن شود.

عوامل مؤثر بر چاقی

عوامل ژنتیکی و عوامل محیطی در تعیین وزن افراد نقش دارند اما می توان با یک سری اقدامات بموقع و ساده احتمال بروز چاقی را کاهش داد.

عادات غذایی نامناسب، مصرف بعضی از داروها، کم تحرکی و بعضی از بیماری ها از عوامل مؤثر در افزایش وزن هستند.

عوامل ژنتیکی:

در خانواده هایی که افراد چاق دارند احتمال بروز چاقی در سایر افراد خانواده بیشتر است.

عوامل محیطی:

الف- عادات غذایی نامناسب مثل مصرف بی رویه غذاهای چرب و شیرین

ب- کم تحرکی

پ- بعضی از بیماری ها مثل کم کاری تیروئید

ت- مصرف بعضی از داروها

ارزیابی و برآورد خطر اضافه وزن و چاقی

نمایه توده بدنی (BMI): تعیین نمایه توده بدنی ساده ترین و رایج ترین راه تعیین اضافه وزن و چاقی است که می تواند شیوع چاقی در جامعه و خطرات همراه و مرتبط با چاقی مانند بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت را تعیین کند. نمایه توده بدنی یک شاخص ساده نسبت وزن به ازای قد بدون توجه به جنس است و ارتباط قوی با میزان چربی بدن دارد. نمایه توده بدنی براساس تقسیم وزن بدن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد برحسب متر محاسبه می شود (kg/m^2). مثلاً اگر فردی دارای قد ۱۸۰ سانتیمتر و وزن ۸۵ کیلوگرم باشد، نمایه توده بدنی او (kg/m^2) $26/23$ می شود. $26/23 = 85 / (1/8 \times 1/8)$. برای ساده کردن محاسبات، جدول و یا نموداری تهیه شده است که پس از اندازه گیری وزن و قد، با استفاده از آن می توان براحتی نمایه توده بدنی فرد را تعیین نمود. در مجموع هر چه مقدار نمایه توده بدنی بیشتر باشد، خطری که به افزایش وزن مربوط می شود، بیشتر است. اگر نمایه توده بدنی بالا باشد و بالاخص اگر سایر عوامل خطر مرتبط با اضافه وزن و چاقی نیز وجود داشته باشد، کم کردن وزن بسیار سودمند است. البته باید توجه داشت که در سالمندان (افراد ۶۰ سال و بیشتر) افزایش BMI تا حدودی می تواند به دلیل کوتاه شدن قد ناشی از پوکی استخوان باشد.

نمایه توده بدنی $25 \text{ (kg/m}^2\text{)}$ و بالاتر در بزرگسالان را **اضافه وزن** می نامند. از این نقطه خطر بیماری های همراه و مرتبط با چاقی با افزایش وزن زیاد می شود.

نمایه توده بدنی 30 و بالاتر را **چاقی** می نامند. نمایه توده بدنی $30-34/9$ به چاقی درجه یک، $35-39/9$ به چاقی درجه 2 و 40 و بالاتر به چاقی درجه 3 تقسیم بندی می شود.

اندازه دور کمر: یکی دیگر از راه های ارزیابی خطر بروز بیماری های ناشی از چاقی، اندازه گیری دور کمر است. اندازه دور کمر بیش از 88 سانتیمتر در زنان و بیش از 102 سانتیمتر در مردان تجمع چربی شکمی زیاد محسوب می گردد. در کشور های آسیایی و منجمله ایران این اعداد در هر دو جنس 90 سانتیمتر است.

عوامل خطر یا بیماری های همراه با چاقی

بعضی از بیماری ها یا عوامل خطر آفرین همراه با چاقی، سلامت بیماران چاق را در معرض خطر جدی قرار می دهند. توجه به درمان و مراقبت این افراد ضروری است.

این بیماری ها شامل بیماری عروق کرونر قلب، سایر بیماری هایی که ایجاد تصلب شرایین می کنند، دیابت نوع 2 ، وقفه تنفسی در خواب، اختلالات زنانگی مثل قطع قاعدگی و خونریزی، مشکلات استخوانی مفصلی، سنگ کیسه صفرا و عوارض آن ها و استرس هستند.

عوامل خطر آفرین شامل مصرف دخانیات، فشارخون بالا، اختلال چربی خون، اختلال گلوکز ناشتا، سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس (سکته قلبی یا مرگ ناگهانی در مردان درجه یک خانواده در سن 55 سالگی یا قبل از آن، یا در زنان درجه یک خانواده در سن 65 سالگی یا قبل از آن)، مردان 45 سال و بیشتر یا زنان 55 سال و بیشتر (یا بعد از یائسگی)، کم تحرکی، تری گلیسیرید خون بالا هستند.

تاثیر اضافه وزن و چاقی بر سلامتی

عواقب بهداشتی اضافه وزن و چاقی بسیار متفاوت است و از افزایش خطر مرگ زودرس تا ناتوانی های ناشی از بیماری را شامل می شود. هر چه مدت ابتلاء به چاقی بیشتر باشد، خطر بیشتر است. چاقی یکی از عوامل خطر مهم برای بیماری های غیر واگیر مانند دیابت، قلب و عروق و سرطان است. چاقی خود نیز یک بیماری مزمن است که با افزایش آن خطر مرگ نیز افزایش می یابد. چاقی در کودکی و نوجوانی زمینه ابتلاء به چاقی در بزرگسالی را افزایش می دهد.

فواید کاهش وزن در افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی

کاهش وزن می تواند قند خون، فشارخون و چربی خون را در سطح مطلوب کنترل کند. کاهش وزن در حد متوسط سبب بهبودی عملکرد ریه ها و تنگی نفس می شود، تعداد وقوع وقفه تنفسی در خواب را کم می کند، کیفیت خواب را بهبود می دهد، خواب آلودگی در طول روز، درد استخوانی مفصلی و نیز درد کمر را کم می کند. البته حفظ وزنی که کاهش یافته، در بهبودی مؤثر است. پیروی از رژیم های غذایی نامناسب برای کاهش وزن سبب کمبود بعضی از مواد مغذی و بروز برخی بیماری ها (مانند اختلال گوارشی) در فرد می شود. کاهش و افزایش وزن مکرر اثرات منفی بر سلامتی دارد و موفقیت در برنامه های کاهش وزن را مشکل می سازد.

هدف از کاهش وزن و مراقبت آن شامل کاهش وزن، حفظ وزن، کاهش یافته به مدت طولانی و پیشگیری از اضافه وزن بیشتر است.

درمان اضافه وزن و چاقی

درمان یک فرد دارای اضافه وزن و چاقی شامل دو مرحله است: ارزیابی و مراقبت .

ارزیابی شامل تعیین درجه چاقی و وضعیت کلی سلامتی است. **مراقبت** نه تنها شامل کاهش و حفظ وزن بدن است بلکه شامل انجام اقدامات لازم برای کنترل سایر عوامل خطر آفرین او بیماری ها ست. چاقی یک بیماری مزمن است و بیمار و کارکنان بهداشتی باید بدانند که درمان نیاز به تلاش دراز مدت در طول زندگی دارد. انواع مختلف درمان های مؤثر برای کنترل وزن وجود دارد، که شامل درمان با رژیم غذایی، فعالیت بدنی، درمان رفتاری (تغییر شیوه زندگی)، درمان دارویی، درمان ترکیبی و جراحی است.

رژیم غذایی

رژیم غذایی یعنی تنظیم یک برنامه غذایی مناسب بر اساس شرایط فرد (از نظر سن، جنس، فعالیت بدنی، سلامتی، عادات غذایی، ...) برای دست یابی به سلامتی

- یکی از راه های مهم برای اصلاح رژیم غذایی، آموزش افراد در مورد اصول تغذیه مناسب، گروه های غذایی، عادات غذایی مناسب و تهیه و طبخ صحیح مواد غذایی است.

- در طی رژیم غذایی افراد باید از نظر پیروی صحیح از برنامه و توصیه های غذایی تحت مراقبت قرار گیرند.

توصیه های غذایی برای کاهش وزن

- از مصرف غذا های پر انرژی حاوی مقادیر زیاد چربی و کربوهیدرات اجتناب شود.

- حجم غذای مصرفی در هر وعده کاهش یابد.

- آب به مقدار کافی مصرف شود.

- رژیم غذایی باید طوری برنامه ریزی شود که در ترکیبات آن مصرف چربی و نمک در حدی باشد که سایر عوامل خطرزای بیماری قلبی عروقی (مانند فشارخون بالا، کلسترول خون بالا...) را کاهش دهد و اصلاح کند.

- بعد از کاهش وزن حفظ آن مهم است. برای حفظ وزن، هر فرد باید در روز به تعادل مقدار انرژی که دریافت می کند و مقدار انرژی که از طریق فعالیت می سوزاند توجه کند تا قادر به حفظ وزن مطلوب خود باشد.

- کاهش وزن نباید اولین هدف برای سلامتی باشد. موفقیت در کاهش وزن را نباید بر اساس مقدار وزن ازدست داده ارزشیابی کرد بلکه باید بر اساس میزان بهبودی در عوامل خطرزای بیماری های مزمن همراه با چاقی یا نشانه های آن و پذیرش شیوه زندگی مناسب، ارزشیابی کرد.

هدف از رژیم غذایی تنها کاهش وزن نیست، بلکه یکی از اهداف مهم، کنترل سایر عوامل خطر ساز بیماری های غیر واگیر همراه با چاقی است.

فعالیت بدنی

کاهش فعالیت روزانه در افزایش وزن دخالت دارد. فعالیت بدنی بصورت مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت تاثیر دارد. افزایش فعالیت بدنی با افزایش مصرف و سوخت انرژی در کاهش و حفظ وزن مؤثر است. انجام فعالیت بدنی همراه با رژیم غذایی نسبت به یک رژیم غذایی بدون فعالیت بدنی، بیشتر در کاهش خطر بیماری قلبی عروقی مؤثر است. فعالیت بدنی حجم چربی بدن را کم می کند و از کاهش توده عضلانی که غالباً "در طی کاهش وزن رخ می دهد، جلوگیری می کند.

فعالیت بدنی مناسب فعالیت بدنی با شدت متوسط است که به مدت ۳۰ الی ۶۰ دقیقه در روز و در بیشتر روزهای هفته یا ترجیحاً "تمام روز ها انجام گیرد. به عنوان مثال پیاده روی تند، دویدن آرام، دوچرخه سواری و شنا بر اساس شرایط

جسمانی فرد از ورزش های مناسب و تاثیر گذار بر آمادگی قلب و ریه در این مورد هستند. -فعالیت بدنی یک عامل کلیدی برای حفظ وزن کاهش یافته است.

رفتار درمانی

این نوع درمان شامل تغییر رفتار هایی است که در کاهش وزن مؤثر هستند از جمله تغییر در الگوهای رژیم غذایی و فعالیت بدنی و سایر رفتار هایی است که در کاهش وزن مؤثر هستند. اصلاح عادات غذایی و میزان فعالیت بدنی به منظور کاهش و کنترل وزن نیاز به زمان دارد.

درمان دارویی

درمان دارویی در صورت نیاز باید تحت نظر پزشک تجویز شود. بیماران تحت درمان باید بطور منظم برای تعیین تاثیر دارو و تداوم درمان، تحت پایش و مراقبت قرار گیرند.

جراحی

زمانی که راه های اولیه درمان چاقی شامل اصلاح رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی و یا دارو درمانی مؤثر نباشند، جراحی به عنوان یکی از راه های درمان چاقی توصیه می شود. در این روش جراحی بر روی معده یا روده به منظور کاهش حجم غذای دریافتی انجام می شود. باید توجه داشت حتی در صورت انجام عمل جراحی پیروی از رژیم غذایی مناسب و افزایش فعالیت بدنی ضروری است.

پیشنهاد های کلی درمان اضافه وزن در کسانی که تحت رژیم غذایی هستند

هدف از کاهش وزن رسیدن به وزن مطلوب برای حفظ سلامتی است. در برخی موارد در برنامه کاهش وزن در افراد چاق به ویژه کسانی که وزن بسیار زیادی دارند، شکست رخ می دهد اما این مسئله نباید موجب ناامیدی و نگرانی این افراد از ادامه برنامه شود.

هشدار در مورد رژیم های غذایی خیلی سخت

پیروی از رژیم های غذایی خیلی سخت عوارض نامطلوب بر سلامت فرد می گذارند و اغلب باعث پر خوری در مراحل بعد از قطع رژیم غذایی می شوند که خود باعث افزایش مجدد وزن می گردد. کاهش وزن اولیه که در اثر پیروی از رژیم های سخت اتفاق می افتد بیشتر به علت دفع مایعات بدن است. از عوارض جانبی نامطلوب این گونه رژیم ها می توان از تهوع، عدم تحمل سرما، ریزش مو، سنگ کیسه صفرا و نامنظمی قاعدگی نام برد.

برای مطالعه بیشتر

اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان

علاوه بر سایر مزایای شیردهی، هم شروع و هم مدت شیردهی خطر اضافه وزن و چاقی را در سال های بعد در کودک افزایش می دهد. حداقل ۶ ماه شیردهی توصیه می شود. در کودکان نوپا اوایل دوران کودکی زمان رشد سریع و تکامل است. اگر پیشگیری از چاقی از دوران کودکی آغاز شود می توان جلوی تغییرات سوخت و سازی و فیزیولوژی بدن را گرفت. تعیین خطر اضافه وزن قبل از نوجوانی می تواند تغییر عادات مضر را تسهیل کند. درمان اضافه وزن در واقع باید قبل از ۲ سالگی شروع شود اما به علت رشد و تکامل سریع که در این سال ها رخ می دهد نمی توان بر کاهش وزن تاکید کرد.

با توجه به این که در کودکان یا نوجوانان هنوز قد در حال افزایش و ترکیب بدن در حال تغییر است و سن شروع بلوغ نیز متفاوت است، طبقه بندی چاقی با سایر گروه های سنی اختلاف دارد. در گروه سنی ۱۸-۲ سال طبقه بندی وزن براساس مقدار نمایه توده بدنی مخصوص کودکان و نوجوانان صورت می گیرد. (پیوست شماره)

در کودکان سنین قبل از مدرسه افزایش وزن ۱ کیلوگرم به ازای ۲ سانتیمتر افزایش قد یک افزایش منطقی است و از ۳ سالگی تا ۹ سالگی کاربرد دارد. افزایش بیش از این مقدار نیاز به توجه و مراقبت از افزایش وزن دارد. در مان مشابه درمان در بزرگسالان و شامل رژیم غذایی و افزایش فعالیت بدنی است، اما در کودکان باید سن، شدت چاقی و وجود سایر عوامل خطر آفرین در کودک را نیز مد نظر قرار داد. نقش والدین و مربیان کودکان در حمایت از برنامه های کاهش وزن و یا جلوگیری از افزایش وزن بسیار مهم است.

ارزیابی اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان

ارزیابی اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان بر حسب صدک های نمایه توده بدنی و با توجه به سن انجام می گیرد.

- کودکانی که نمایه توده بدنی کمتر از ۸۵٪ دارند دارای وزن طبیعی به ازای قد خود هستند. در این افراد باید وزن حفظ شود چون با افزایش قد مقدار نمایه توده بدنی مطلوب تر می گردد. این افراد هر سال باید از نظر قد و وزن و نمایه توده بدنی بررسی شوند.

- کودکانی که نمایه توده بدنی ۸۵٪ تا ۹۵٪ دارند در معرض خطر اضافه وزن هستند. در این افراد باید همین مقدار نمایه توده بدنی با افزایش سن حفظ شود چون با افزایش سن مقدار نمایه توده بدنی مطلوب تر می گردد و باید به کمتر از ۸۵٪ برسد.

در این افراد باید کاهش وزن تدریجی انجام گیرد.

- افرادی که نمایه توده بدنی ۹۵٪ و بیشتر دارند دارای اضافه وزن هستند. در کودکان جوانتر باید همین مقدار نمایه توده بدنی با افزایش سن حفظ شود. در نوجوانان باید کاهش وزن تدریجی تا رسیدن به نمایه توده بدنی کمتر از ۸۵٪ انجام گیرد.

- افرادی که نمایه توده بدنی ۹۵٪ و بیشتر همراه با سایر عوامل خطر آفرین دارند باید کاهش وزن ۱ تا ۲ کیلو در ماه برای کاهش نمایه توده بدنی انجام گیرد و درمان سایر عوامل خطر آفرین انجام شود.

- افرادی که نمایه توده بدنی ۳۰ و بیشتر همراه با سایر عوامل خطر آفرین دارند باید کاهش وزن ۱ تا ۲ کیلو در ماه برای کاهش نمایه توده بدنی انجام گیرد و درمان سایر عوامل خطر آفرین انجام شود. به چند دلیل در کودکان کاهش وزن تدریجی توصیه می شود:

۱- چون هدف کاهش وزن به مقدار لازم در مدت طولانی تری است، هم دستیابی به آن مقدار وزن راحت تر است و هم در کودکانی که اعتماد به نفس کمتری دارند سبب افزایش اعتماد به نفس می شود.

۲- کاهش وزن تدریجی مقدار انرژی مورد نیاز برای کودکانی که هنوز در حال رشد هستند را تامین می کند.

- در نوجوانان بزرگتر بطور مشابه از نمودار نمایه توده بدنی افراد بزرگسال استفاده می شود و مقدار نمایه توده بدنی ۲۵ و بیشتر به عنوان اضافه وزن و یا چاقی مد نظر قرار می گیرد. گاهی در کودکانی که از تناسب جسمی خوبی برخوردار هستند ولی دارای نمایه توده بدنی بالایی هستند این مسئله به علت افزایش بافت چربی در بدن آن ها نیست بلکه به علت افزایش توده عضلانی است و این افراد نیاز به کاهش وزن ندارند.

وجود سایر عوامل خطرآفرین و یا بیماری های ناشی از چاقی در تصمیم گیری برای کاهش وزن نقش مهمی دارند. اصلاح رژیم غذایی اختصاصی بر حسب سن فرد پایه درمان است. اهداف اصلی رژیم غذایی، در یافت انرژی مناسب و تغذیه مطلوب برای حفظ سلامتی و رشد طبیعی و کمک به کودک برای ایجاد و حفظ عادات غذایی و فعالیت بدنی مفید است.

نیازهای طبیعی کودکان ممکن است برای کودکان هم سن به علت اختلاف طبیعی در اندازه آن ها متفاوت باشد.

هدف های تغییر رفتار برای کاهش وزن در کودکان و نوجوانان شامل موارد زیر است:

- افزایش مصرف میوه و سبزی بیش از ۵ بار در روز
- مصرف فیبرهای غذایی به مقدار کافی و محدودیت مصرف نمک و قند و شکر
- افزایش مصرف شیر و لبنیات بیش از ۳ بار در روز و افزایش مصرف لبنیات بدون چربی بعد از ۲ سالگی
- افزایش مصرف غلات بیش از ۶ بار در روز
- آماده کردن غذا در منزل و کاهش مصرف غذاهای بیرون از خانه، برنامه ریزی برای تنقلات سالم، ارائه غذاهای کم انرژی مثل میوه و سبزی
- افزایش فعالیت بدنی روزانه به ۱ ساعت در روز
- درگیر کردن کودکان در برنامه ریزی وعده های غذایی، خرید مواد غذایی، آماده کردن غذا و انتخاب غذاهای سالمتر
- انجام فعالیت بدنی روزانه منظم (در حد عرق کردن که نشان می دهد شدت فعالیت مناسب است و تلاش کافی صورت گرفته است). این توصیه برای همه کودکان کاربرد دارد.
- محدود کردن و کاهش تماشای تلویزیون و بازی های کامپیوتری به کمتر از ۲ ساعت در روز
- توصیه به ورزش و فعالیت بدنی که لذت بخش و مطابق با شرایط و شیوه زندگی خانواده باشد. فعالیت هایی مانند پیاده روی، دوچرخه سواری، اسکیت، پیاده روی، طناب بازی، کوه پیمایی، وزنه برداری برای بهبود قدرت عضلانی و باغبانی را راحت تری می توان در زندگی روزانه انجام داد.
- اغلب رژیم های غذایی برای کاهش وزن بر مصرف متعادل، متنوع و مقدار کافی طبق الگوی غذایی کلی مصرف تاکید دارد. مراقبت و درمان چاقی و اضافه وزن یک مراقبت دراز مدت است و بهتر است خود مراقبتی توسط کودکان و نوجوانان تشویق شود.

فعالیت بدنی

تعریف فعالیت بدنی

فعالیت بدنی به حرکت های بدنی یا فیزیکی گفته می شود که بوسیله عضلات اسکلتی ایجاد می شود و نیاز به مصرف انرژی دارد. ورزش نوعی فعالیت بدنی است که سازماندهی شده است و با هدف دسترسی به تناسب بدنی به صورت منظم و مکرر انجام می شود. تناسب بدنی مجموعه ای از خصوصیات است که قابلیت و توانایی انجام فعالیت های بدنی لازم و مورد نیاز روزانه را با قدرت، هوشیاری، نشاط و شادابی بدون مواجهه با خستگی بی مورد، به فرد می بخشد. تناسب بدنی معمولاً "بر اساس تناسب قلبی-تنفسی، تناسب عضلانی و ترکیب بدن محاسبه می گردد. بیشترین حد فواید قلبی عروقی با فعالیت بدنی با شدت متوسط و منظم حاصل می شود.

فعالیت بدنی برای بیمار مبتلا به نارسایی قلبی خوب است اما نباید با شدت زیاد انجام دهد. پیاده روی از فعالیت های

بسیار مناسب است. ورزش منظم عضلات را سالم نگه میدارد. باید بیاد داشت بیماران و افراد بالای ۴۰ سال باید قبل از شروع هر فعالیت مهمی با پزشک مشورت کنند حتی اگر با انجام آن دچار مشکلی نشوند. میزان مناسب فعالیت بدنی روزانه هر فرد که بطور معمول انجام می دهد باید توسط پزشک او محاسبه شود. برای هر فرد باید متناسب با توانایی هایش و نیاز سلامتی او برنامه ورزشی تجویز نمود.

فعالیت بدنی منظم شامل حداقل ۴ تا ۶ بار ورزش با شدت متوسط (معادل حالتی که در راه رفتن سریع بدست می آید) در هفته و هر بار به مدت ۳۰ الی ۶۰ دقیقه است که این مدت می تواند به دفعات حداقل ۱۰ دقیقه ای تقسیم شود و در ۳ الی ۶ نوبت در روز انجام شود. برنامه های ورزشی یا فعالیت بدنی باید شامل ورزش های هوازی و نیز ورزش های مقاومتی و قدرتی برای ارتقاء و تقویت سلامتی ساختمان اسکلتی - عضلانی باشند و حداقل ۵ بار در هفته گنجانده شوند. نرمش قبل و بعد از انجام فعالیت ورزشی به منظور گرم کردن و سرد کردن تدریجی بدن ضروری است.

فعالیت های هوازی یا ورزش آئروبیک تمرینی است که توانائی عملکرد و تناسب قلبی عروقی را بهبود می بخشد. فعالیت های هوازی فعالیت های با شدت متوسط و مدت نسبتاً طولانی هستند که گروه های عضلات بزرگ بدن را فعال می کنند و اجرای آن ها به حضور و مصرف اکسیژن توسط عضلات بدن وابسته است. زیرا انرژی مورد نیاز برای این نوع فعالیت ها، عمدتاً از طریق سیستم هوازی تامین می شود. نمونه های فعالیت های هوازی شامل دویدن، طناب زدن، پیاده روی تند، شنا، دو آرام و دوچرخه سواری با سرعت کم و متوسط هستند.

شدت این گروه از فعالیت های هوازی در حدی است که می توان آن ها را به مدت نسبتاً طولانی انجام داد و در عین حال سرعت ضربان قلب را به نحو بارزی افزایش می دهند. فعالیت های همگانی یا شیوه زندگی که شدت متوسطی دارند مثل پیاده روی بجای رانندگی یا استفاده از ماشین، بالا رفتن از پله ها بجای آسانسور یا مقداری از راه را تا محل کار پیاده رفتن اگرچه از نوع فعالیت های هوازی هستند ولی چون شدت آن ها کم است، ورزش های هوازی فعال تلقی نمی شوند. فعالیت های شدید تر مانند طناب زدن، دویدن آهسته یا دوچرخه سواری از نوع هوازی فعال هستند و برای تناسب قلبی عروقی در افراد سالم بسیار مفیدتر هستند. اما توجه کنید که در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نباید شدت فعالیت ها زیاد باشد و فعالیت هایی مثل پیاده روی تند، شنا، دو آرام و دوچرخه سواری آرام برای این افراد مناسب هستند.

فعالیت های غیر هوازی فعالیت هایی هستند که با تمام سرعت در مدت کوتاه انجام می شوند (چند ثانیه تا حداکثر ۳ دقیقه) مانند انواع پرتاب ها (مثل دیسک، نیزه، وزنه)، پرش ها، کشتی و وزنه برداری، و به مصرف اکسیژن وابسته نیستند. این نوع فعالیت ها برای بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی خصوصاً "نارسایی قلبی مناسب نیستند".

برای این که فعالیت بدنی و ورزش خطرایجاد نکند، بیماران باید نکات زیر را پیگیری کنند:

۱- بدانند چه نوع و چه مقدار ورزشی برای آن ها خوب است.

۲- در سطح صاف پیاده روی کنند و از بالا رفتن از سر بالائی خودداری کنند.

۳- سعی کنند حداقل ۵ روز در هفته تمرین کنند.

۴- تمرین خود را بتدریج از روزی ۱۰ دقیقه تا ۳۰ الی ۶۰ دقیقه در روز افزایش دهند. این کار ممکن است ۸-۱۲ هفته طول بکشد تا به آن مدت دست یابند.

۵- اگر به مقدار مناسب و درست فعالیت کنند، نباید آن ها را خسته کند. در هنگام فعالیت باید بتوانند بدون این که مشکل تنفسی داشته باشند، صحبت کنند.

- ۶- لباس و کفش مناسب بپوشند. از لباس های سبک و جاذب عرق (نخی یا کتان) که پوست بتواند بر راحتی تنفس کند استفاده کنند. در سرما از چند لایه لباس نازک بجای یک لباس کلفت استفاده کنند.
- ۷- در هوای سرد کمتر از ۵ درجه و هوای گرم بالای ۳۰ درجه یا در زمان غذا خوردن از تمرین خودداری کنند.
- ۹- اگر پیاده روی جزء تمرین است : دورتا دور ساختمان یا دور جاده به شکل دایره پیاده روی کنند . پیاده روی در یک جهت مستقیم باعث می شود از نقطه ای که شروع کردند دور شوند. سعی کنید بطور مداوم قدم بزنند.
- ۱۰- از فعالیت های خیلی زیاد پرهیز کنند. اشیاء سنگینی را که زود آن ها را خسته می کند، هل ندهند ، نکشند، بلند نکنند یا فشار ندهند .
- ۱۱- بهتر است فعالیت ورزشی خود را در پارک های نزدیک خانه و حتی المقدور در ساعات اولیه روز انجام دهند.
- ۱۲- در ساعات شلوغی خیابان ها نباید به فعالیت بدنی پردازند.
- ۱۳- توصیه می شود مشخصات فردی شامل نام و نام خانوادگی و تلفن خود و یا یکی از آشنایان را در جیب خود قرار دهند تا در صورت بروز حادثه خاص، امکان تماس با نزدیکان آن ها فراهم شود.

علائم فعالیت بدنی نامناسب و خیلی سخت

- تنگی نفس زیاد
 - تپش قلب
 - سرگیجه و تهوع
 - ناراحتی و دردسینه
 - خستگی (از پا افتادن) بعد از تمرین
- اگر در حین فعالیت این نشانه ها رخ دهد، فعالیت را قطع و استراحت کنند. در صورتی که این نشانه ها بیش از ۲۰ دقیقه طول بکشد یا اگر بطور نامنظم رخ دهد با پزشک خود تماس بگیرند .

تنظیم برنامه روزانه توسط بیماران قلبی عروقی

- ۱- اگر فعالیت های روزانه خیلی خسته کننده است نیاز به ذخیره انرژی دارند. ممکن است نیاز باشد بعضی از فعالیت ها را قطع کنند یا از وسایل یا روش هایی استفاده کنند که انجام آن انرژی کمتری نیاز دارد و آن را ذخیره می کند. (مثل استفاده از جارو برقی، ماشین لباسشویی ..)
- ۲- بیماران هم روز خوب و هم روز بد خواهند داشت . سعی کنند این تغییرات را با تنظیم فعالیت ها به حداقل برسانند.
- ۳- طوری برنامه ریزی نکنند که کارهای زیادی را در یک روز انجام دهند. زمان کافی در نظر بگیرند تا نیازی به عجله کردن نباشد.
- ۴- قبل و بعد از فعالیت ها استراحت کنند. وقتی احساس می کنند خیلی خسته هستند چند بار استراحت کوتاه موثر تر از استراحت طولانی است
- ۵- اگر در حین فعالیت خسته شدند ،توقف کنند واستراحت کنند.
- ۶- بعد از غذا فوراً " فعالیت انجام ندهند.

توانبخشی در بیماران بعد از حمله قلبی یا جراحی قلب

فعالیت های اولیه باید تحت نظارت انجام شود. در ابتدا توصیه می شود با مقدار کمی فعالیت مثل نشستن روی صندلی

به مدت چند ساعت در روز شروع شود و سپس فعالیت سبک بصورت پیاده روی روزانه با سرعت آهسته و فاصله کم انجام شود و به تدریج در طول دو هفته تا ۱۰ دقیقه پیاده روی مداوم در هر روز، افزایش یابد. در این مدت پیاده روی باید همراه با تمرینات و حرکات غیر مقاومتی (کششی و نرمشی) دست ها، پاها و تنه انجام شود. اگر فعالیت برای چند روز قطع شود، باید با شدت کمتر از سر گرفته شود و بتدریج افزایش یابد. در فاصله ۲ تا ۶ هفته بعد از حادثه قلبی در صورت پایدار بودن وضعیت بیمار یک سری آزمایش از جمله آزمایش ورزش برای بیمار انجام می شود و یک برنامه ورزشی برای آماده سازی بیمار به اجراء در می آید که شامل ورزش عضلات بزرگ است و حداقل ۲۰ تا ۳۰ دقیقه در هر جلسه و ۳ تا ۴ بار در هفته باید انجام شود. در حین فعالیت نباید مشکلی پیش آید، بیمار باید در صورت بروز درد یا احساس ناراحتی در سینه، طپش قلب، تهوع، احساس غش و تنگی نفس فعالیت خود را قطع کند و با پزشک خود مشورت نماید. در بیمارانی که کم خطر هستند می توان شدت فعالیت را بیشتر کرد. وقتی شدت فعالیت ورزشی برای بیمار بی ضرر بود هر هفته می توان به زمان فعالیت ۵ دقیقه اضافه کرد. بیمار به تدریج قادر می شود یک فعالیت مشخص را با توانایی و افزایش کمتر ضربان قلب انجام دهد. سپس می توان شدت فعالیت را تا حد ورزش های قدرتی مثل بلند کردن وزنه های مناسب افزایش داد.

بیمارانی که در منزل ناچار به استفاده از پله هستند باید قبل از مرخص شدن از بیمارستان در آن جا تمرین کنند. یعنی می توانند یک روز یک طبقه از پله ها پایین بروند و با آسانسور برگردند و روز بعد یک طبقه از پله ها بالا بروند و پایین بیایند. این کار کمک می کند بیمار و خانواده او در منزل کمتر مضطرب باشند.

برای مطالعه بیشتر

توصیه هایی برای فعالیت بدنی در کودکان و نوجوانان

کودکان کمتر از ۲ سال: فراهم کردن محیط بازی امن، جلوگیری از تماشای تلویزیون، اجازه به بازی در محیط بیرون از خانه تحت نظارت والدین مانند پیاده روی در پارک

۱۲-۱۰ سال: بازی با خانواده و دوستان، انجام فعالیت هایی که مهارت بیشتری نیاز دارند مانند فوتبال، بسکتبال

کودکان ۶-۴ سال: توصیه به بازی های آزاد و فعالیت هایی مثل شنا، دویدن، پیاده روی با والدین

نوجوانان: این گروه بیشتر به تناسب جسمی خود توجه دارند، پیاده روی، دوچرخه سواری، کار در خانه، ورزش های رقابتی و غیر رقابتی از ورزش های مناسب است.

بطور کلی توصیه می شود افراد بزرگسال در روز معادل ۱۰۰۰۰ قدم (۱۱۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ قدم در روز برای دختران و ۱۳۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰ قدم در روز برای پسران) فعالیت کنند تا به سطح مطلوب فعالیت و شیوه زندگی سالم برسند.

برنامه آموزشی

آموزش در سه مرحله صورت می گیرد:

۱- آموزش برای مراجعه کنندگان به خانه بهداشت

۲- آموزش در مراقبت ها و بازدید ها برای بیماران و خانواده آن ها

۳- آموزش همگانی و مستمر برای عموم مردم

از مهمترین اقدامات برای پیشگیری از بیماری قلبی عروقی، آموزش همگانی و تشویق مردم به اجرای موارد زیر می باشد:

- ۱- از مصرف نمک زیاد پرهیز شود .
 - ۲- از پر خوری و مصرف غذاهای پر چربی خود داری شود(در نتیجه از چاقی پیشگیری می شود).
 - ۳- از مصرف دخانیات پرهیز شود و در صورت مصرف دخانیات هرچه سریعتر برای ترک برنامه ریزی گردد .
 - ۴- فعالیت بدنی افزایش یابد برای ورزش مداوم و منظم برنامه ریزی شود .
 - ۵- افراد سالم حسب گروه سنی لازم است حداکثر هر سه سال یک بار در برنامه غربالگری شرکت نمایند .
- هر فردی که مبتلا به بیماری قلبی عروقی است ، می بایست از قبل شماره فوریت های پزشکی (اورژانس) محل زندگی خود و سریعترین مسیر رسیدن به بیمارستان یا مرکز بهداشتی درمانی از خانه یا محل کار خود را بررسی کند و آن را یاد بگیرد و با پزشک خود در مورد اقداماتی که می تواند قبل از رسیدن پزشک انجام دهد، صحبت کند. هم چنین اطلاعات اورژانسی (اطلاعات مربوط به شرایط خاص و بیماری هایی که دارد) را با خود در همه جا به همراه داشته باشد و این اطلاعات را به فردی که او را می شناسد و نزدیک اوست ، نیز بدهد.
- توصیه های لازم به بیمار مبتلا به بیماری زمینه ساز یا بیماری قلبی عروقی جهت اصلاح شیوه زندگی (مصرف دخانیات ، کم تحرکی ، تغذیه نامناسب)

۱- راهنمای تغذیه

- خوردن سه وعده غذا به مقدار متعادل بهتر از خوردن یک وعده غذا اما به مقدار زیاد است . ولی باید به یاد داشته باشید که نوع غذا خیلی مهمتر از مقدار آن است و بطور کلی غذاهای مصرفی باید متنوع و شامل انواع گوناگون موادغذائی باشند.
- از مصرف زیاد نمک خوراکی کرده و از گذاشتن نمکدان سر سفره پرهیز کنید .
- غذاهای کم چربی را انتخاب کنید و غذا را بیشتر به صورت آب پز ، بخار پز یا کبابی تهیه کنید و حتی المقدور از خوردن غذاهای سرخ کرده خود داری کنید . اگر تمایل داشتید مواد غذایی را سرخ کنید از روغن مایع مخصوص سرخ کردنی استفاده کنید.
- سعی کنید لبنیات کم چربی ، گوشت کم چربی و مرغ بدون پوست مصرف کنید .
- از سبزیجات ، سالاد و میوه جات به مقدار زیاد مصرف کنید . (۲ تا ۴ وعده میوه و ۳ تا ۵ وعده سبزی در روز و یا در مجموع ۴۰۰ گرم میوه و سبزی در روز)
- غذاهای نشاسته ای مثل نان ، ماکارونی ، دانه های غلات با پوست و سیب زمینی به مقدار متعادل مصرف کنید .
- از مصرف نوشابه های گازدار شیرین اجتناب کنید .
- مصرف شکر ، شیرینی ، شکلات ، کیک و بیسکویت را شدیداً کاهش دهید .
- بجای کره ، روغن های جامد و یا دنبه از روغن ای مایع استفاده کنید .
- گوشت، امعاء و احشاء (جگر ، مغز ، دل ، قلوه) و کله و پاچه را کمتر مصرف کنید .
- مصرف زرده تخم مرغ را محدود کنید (حداکثر ۳ عدد در هفته) .
- حبوبات مثل عدس ، لپه و لوبیا را بیشتر مصرف کنید .
- حتی الامکان نان تهیه شده از آرد سبوس دار مصرف کنید .

نکاتی برای کاهش مصرف نمک :

- نمکدان را از سر میز بردارید . برای طعم غذا می توانید بجای مصرف نمک از آب لیمو، سیر، سبزیجات خشک و ادویه

جات استفاده کنید.

-در پخت غذا نمک کمتر مصرف کنید. نصف مقدار نمکی که همیشه مصرف می کردید، استفاده کنید. پرزهای چشائی زبان شما به تدریج به مزه جدید غذا ی کم نمک عادت خواهند کرد .

-از غذاهای فرآوری شده کمتر استفاده کنید .غذاهایی مثل غذاهای کنسروی و سوپ ها ی آماده ،غذاهای آماده ،آجیل شور و تنقلات مثل چیپس ، بیسکوئیت های نمکی و غیره همه دارای نمک زیادی هستند،از خوردن آن ها خودداری کنید.

-برچسب های داروئی معده ، سرماخوردگی و سردرد را بخوانید. چون بعضی از این ها حاوی سدیم زیادی است .
-برچسب غذائی را بخوانید وانواع کم نمک را انتخاب کنید. به کلمه سدیم و به ستون به ازای هر ۱۰۰ گرم توجه کنید .اگر سدیم این ماده غذائی کمتر از ۱۲۰ میلیگرم در ۱۰۰ گرم است آن را بخرید . (در بعضی کشورها به شکل ۱۲/۰ گرم به ازای ۱۰۰ گرم چاپ شده است)

۲- راهنمای ترک سیگار

برای کمک به فرد سیگاری به او بگوئید :

- ترک ، کار دشواری نیست .

- علائم ترک ۱-۲ هفته باقی میماند که ممکن است آزار دهنده باشد. اگر مقاومت کنید این مدت زود سپری می شود.

- اکثر افرادی که مصرف سیگار را ترک کرده اند در همان هفته اول و ما بقی در طول سه ماهه اول به مصرف مجدد سیگار رو می آورند که ممکن است به دلایل شرایط پیش بینی نشده یا فشار های روانی شدید باشد ولی نباید ناامید شوندو باید مجدداً برای ترک اقدام کرد.

- بخاطر داشته باشید سیگار کشیدن یک عادت است ، عادتی که میتوان آن را کنار گذاشت .

- به یاد داشته باشید اکثر افراد سیگاری پس از چندین بار تلاش ، موفق به ترک می شوند.

- ترک سیگار دارای مراحل زیر است :

۱- برای ترک تصمیم بگیرید.

۲- هر شب قبل از خواب به یکی از دلایل ترک خود فکر کنید(مثلاً) برای بهبود سلامتی ، برای بهتر شدن ظاهر،خرج نکردن پول.....).

۳- یک برنامه نرمشی - ورزشی را آغاز کنید ، مایعات بیشتری مصرف کنید ، استراحت کنید ، از خستگی بپرهیزید.

۴- هیچوقت به این فکر نکنید که هرگز سیگار مصرف نخواهید کرد . فقط به فکر تعیین یک روز برای ترک کردن باشید.

۵- از یکی از دوستانتان که او هم سیگار مصرف می کند بخواهید که با هم برای ترک مصرف سیگار برنامه ریزی کنید و پول سیگار روزانه تان را پس انداز کنید.

۶- یک تاریخی برای ترک انتخاب کنید و روز ترک را به کلیه افراد خانواده ، دوستان و اطرافیان اطلاع دهید .

۷- در روز ترک به خودتان بگوئید امروز سیگار مصرف نمی کنم و اینکار را انجام دهید.

۸- لباس های خود را تمیز کنید تا از بوی بد سیگار خلاص شوید .

۹- عادت تغذیه ای خود را تغییر دهید تا به کاهش تعداد مصرف سیگار کمک کند،برای مثال شیر بنوشید.

۱۰- در موقع میل به مصرف سیگار بجای آن یک لیوان آب بنوشید یا میوه میل کنید.

۱۱- در طول روز خود را مشغول کنید .

۱۲- از افراد خانواده کمک بخواهید.

۳- راهنمای فعالیت بدنی

- تمام ورزش ها برای بدن مفید هستند ولی بهترین ورزش برای قلب ، ورزشی است که استقامت بدن را افزایش دهد . ورزش هایی استقامت بدن را زیاد می کنند که در آن ها حرکات بدنی بطور پیاپی برای مدتی ادامه داشته باشند، مثل راه رفتن سریع ، دویدن ، شنا ، دوچرخه سواری و حرکات موزون و ملایم . این ورزش ها بهترین نوع ورزش هستند، مانند دوچرخه سواری ، شنا ، راه پیمایی

- باید به خاطر داشت که ورزش نکردن و فعالیت بدنی کم یکی از عوامل موثر در ابتلاء به بیماری قلبی است .

- سعی کنید فعالیت بدنی جزئی از زندگی روزانه باشد .

- باید به یادداشت که ورزش به آرامی شروع شود و بتدریج افزایش یابد .

- به اندازه ای ورزش کنید که احساس خستگی مطبوعی در شما بوجود آید ، نه به اندازه ای که از پا بیافتید . سطح مطلوب ورزش یعنی این که درحین ورزش ضمن نفس زدن بتوان صحبت کرد .

همیشه قبل از شروع ورزش ، خود را با حرکات ورزشی ملایم و نرمش گرم کنید.

- برای خاتمه ورزش، بطور ناگهانی ورزش را تمام نکنید . سعی کنید برای چند دقیقه با حرکات ملایم تر به ورزش ادامه دهید .

- تا یک ساعت بعد از غذا ورزش را شروع نکنید .

- درد عضلات در حین ورزش را نادیده نگیرید . در واقع " بدن " می گوید " ورزش کافی است ! " .

بهتر است حداقل هفته ای ۵ روز و روزانه ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی انجام شود. در صورتی که نتوانید یک جا ۳۰ دقیقه فعالیت کنید می توان فعالیت بدنی را در طول روز به ۳ نوبت ۱۰ دقیقه ای تقسیم کرد.

مهمترین اقدامات برای پیشگیری از چاقی

آموزش همگانی و تشویق مردم به اجرای موارد زیر می باشد :

۱- با داشتن رژیم غذایی و فعالیت بدنی مناسب ، وزن مطلوب حفظ شود. حفظ وزن مطلوب نه تنها برای افراد ی که اخیراً "کاهش وزن داشته اند، بلکه برای همه افراد ضروری است ، زیرا روند طبیعی نمایه توده بدنی با افزایش سن بتدریج زیاد می شود. حفظ وزن برای یک مدت طولانی بسیار مهم است.

۲- از مصرف دخانیات پرهیز شود و در صورت مصرف دخانیات هرچه سریعتر برای ترک برنامه ریزی گردد. مصرف سیگار و یا سایر دخانیات ، انجام فعالیت بدنی یا ورزش را دشوار می سازد. وقتی مصرف سیگار ترک شود ممکن است وزن افزایش یابد. بطوری که در نیمی از افراد کمتر از ۲ کیلوگرم به وزن اضافه می شود، اما به خاطر داشته باشید همه آن هایی که سیگار را ترک می کنند ، اضافه وزن پیدا نمی کنند.

۳- فعالیت بدنی و ورزش مداوم و منظم افزایش یابد .

۴- کاهش وزن تا رسیدن به وزن مطلوب ارتقاء یابد.

۵- در طول دوران بارداری و کودکی تغذیه سالم و مناسب صورت گیرد تا زمینه های بروز چاقی در آینده را کاهش دهد.

۶- مراقبت از سایر بیماری های همراه چاقی حتی اگر کاهش وزن در حد مطلوب نباشد ، سلامتی را بهبود می بخشد .

۷- براساس برنامه غذایی توصیه شده توسط مشاور تغذیه و کتابچه راهنمای " چه غذایی بخوریم تا سالم زندگی کنیم

" اقدام شود.

نکات قابل توجه برای بیماران

- ۱- همیشه یک فهرست از تمام داروها و مقدار آن ها همراه خود داشته باشید.
 - ۲- طبق تجویز پزشک دارو را مصرف کنید و بدون مشورت با پزشک خود مصرف دارو را قطع نکنید و آن ها را تغییر ندهید.
 - ۳- یک برنامه دارویی داشته باشید و هر روز در همان زمان داروهای خود را مصرف کنید.
 - ۴- اگر فراموش کردید یک نوبت از دارو را مصرف کنید فقط نوبت بعدی را مصرف کنید. در یک نوبت دوبرابر دارو مصرف نکنید.
 - ۵- ممکن است نگهداری مقداری از داروها در جعبه مخصوص دارو مفید باشد. مطمئن شوید که باقی داروهایتان را در محل درست خودش که نام آن ، دفعات مصرف و تاریخ انقضاء آن مشخص است قرار داده اید.
 - ۶- قبل از مصرف هر داروی جدیدی اول با پزشک یا دارو ساز صحبت کنید. بعضی از این داروها ممکن است بر روی داروهای نارسائی قلبی تاثیر داشته باشند و سبب اثرات جانبی شوند.
 - ۷- داروهای خود را در ماشین نگذارید . ممکن است در معرض سرما یا گرمای خیلی زیاد قرار گیرند.
 - ۸- برای رسیدن به منافع کامل و کم کردن اثرات جانبی داروهای قلبی، از دستور پزشک پیروی کنید.
 - ۹- بعضی از افراد ممکن است احساس کنند با مصرف بعضی از دارو ها وضعیت بدتری پیدا کرده اند، اما اغلب برای این که بدن خودش را با اثرات داروها تطبیق دهد، به مقداری زمان گاهی تا چند هفته نیاز دارد. اما بعد از این مدت نشانه ها کم کم از بین می رود و احساس بهتری پیدا می کنند.
- توجه:** هدف از درمان کنترل نشانه ها و علائم شماست . اگر این نشانه ها عود کند ، بدتر شود یا بطور مکرر ایجاد شود با پزشک خود تماس بگیرید.

تمایل بیمار برای شروع درمان و ادامه آن

عدم تمایل بیمار برای استفاده از دارو و درمان زمانی بارز می شود که می بایست بیماران تغییرات مهمی در سبک زندگی خود بدهند یا مقدار زیادی دارو در روز مصرف کنند. در بسیاری از مطالعات، ارتباط بین پزشک و بیمار متغیری است که در تمایل برای پذیرش درمان تاثیر گذار است.

در هر ویزیت ، کارکنان بهداشتی بایستی تمایل بیماران را برای ادامه درمان با سؤالات مستقیم ارزیابی کنند.

در صورتی به ادامه درمان توسط بیمار مطمئن باشد که در مورد موارد زیر متقاعد شده باشد.

- درک کامل لزوم درمان در طولانی مدت با توجه به این که بیماری مزمن است
- فواید درمان در کاهش عوارض
- امکان فهم درست از ادامه درمان
- احتمال قوی در انجام موفق تغییرات لازم
- حمایت پزشک از تلاش بیمار برای تغییر شیوه زندگی

برای ایجاد تمایل در بیمار برای پذیرش درمان (دارویی - غیر دارویی) همکاری خانواده بیمار در امر مراقبت از بیمار و فراهم آوردن رعایت رژیم تجویز شده به بیمار مورد نیاز است.

هنگامی که بیمار مایل به ادامه درمان تجویز شده نیست، کارکنان بهداشتی دیمانی می تواند با توجه به موارد فوق علتی را که موجب بروز مشکل شده است بیابند و در نتیجه آموزش بیمار را بر اساس همین مشکلات شناسایی شده متمرکز کنند.

در صورت بروز مشکل برای بیمارانی که درمان کاهش فشار خون را پیگیری می کنند باید تلاش همه جانبه برای افزایش مشارکت بیمار در مراقبت از خود، انجام گیرد.

برخی راهکارها بمنظور افزایش تمایل بیمار به پذیرش دارو و درمان

- توصیه ها را هماهنگ کنید طوری که آن ها با وضعیت بیمار سازگار باشد.
 - بدانید که نقش بیمار در تصمیم گیری بسیار مهم است.
 - رژیم را ساده و قابل استفاده کنید.
 - پیگیری مناسب داشته باشید.
 - از دستورات نوشته شده و مطالب آموزشی برای بیمار استفاده کنید.
 - حمایت اجتماعی برای بیماران را در نظر بگیرید.
 - بمنظور حمایت از تغییر رفتار بیمار، او را به گروه های جمعی ارجاع دهید.
- اگر بتوانید از دارو هایی استفاده کنید که فقط یک دوز روزانه آن ها کافی است تمایل بیمار برای همکاری در درمان بیشتر می شود.

محدودیت سدیم

کاهش مصرف نمک (سدیم) باعث کاهش فشار خون می شود، بخصوص در بیماران بالای ۴۰ سال مبتلا به فشار خون بالا با استفاده از این رژیم مقدار مصرف داروی ضد فشار خون، دیورتیک هایی که باعث دفع پتاسیم می شوند را می توان کاهش داد و احتمال برگشت هیپرتروفی بطن چپ به سمت نرمال را زیاد می کند. کاهش ۳ گرم نمک مصرفی می تواند بعد از چند هفته بطور متوسط ۵ میلی متر جیوه فشار خون سیستولیک را پایین بیاورد. توجه کنید مقدار متوسط نمک مصرفی روزانه ۵ گرم است. مقدار مصرف سدیم در سنین ۵۰-۱۹ سال ۱۵۰۰ تا ۲۳۰۰ میلی گرم و در سن ۷۰-۵۱ سال ۲۳۰۰-۱۳۰۰ و بالای ۷۰ سال ۲۳۰۰-۱۲۰۰ میلی گرم در افراد با فشار خون بالا توصیه می شود. مقدرا ۲۳۰۰ میلی گرم سدیم مساوی با ۵/۸ گرم نمک (کلرور سدیم) و مساوی با یک قاشق چایخوری از نمک سر سفره است.

دوست داشتن مزه شور یک عادت اکتسابی است و چند ماه بعد از محدود کردن مقدار نمک مصرفی این عادت از بین می رود. بیمار می بایستی ۳-۶ ماه وقت صرف کند تا به آرامی مقدار نمک مصرفی خود را کاهش دهد. موارد زیر را به بیمار پیشنهاد دهید:

- از اضافه کردن نمک به غذای سرو شده پرهیزد.
- مقدار نمکی را که هنگام پخت به غذا اضافه می کند کاهش دهد.
- غذاهای تازه یا فریز شده بجای کنسروها و غذاهای فرآوری شده بخرد.
- به برجسب غذاها توجه کند، به مقدار سدیم در ترکیب اولیه غذاها دقت کند اگر محصول تولید شده ۳ یا بیش از ۳ منبع سدیم را داشته باشد، از خرید آن غذاها پرهیز کند.

اضافه وزن / رژیم کاهش وزن

مطالعات جهانی نشان داده که، در بین تمام مشخصات قابل اندازه گیری بجز سن، وزن بیشترین و دائمی ترین ارتباط را با فشار خون دارد. به ازاء هر کیلو گرم کاهش وزن بطور متوسط فشار خون سیستولیک ۲/۵ میلیمتر جیوه و فشار خون دیاستولیک ۱/۵ میلیمتر جیوه کاهش می یابد. مشخص شده در افرادی که فشار خون اولیه خود را با کاهش وزن معالجه می کنند، احتمال برگشت هیپرتروفی بطن چپ به وضعیت نرمال هم ممکن است و ضخامت دیواره بطن چپ کاهش می یابد. توجه کنید هنگام استفاده از بتا بلوکرها امکان دارد کاهش وزن و حفظ وزن فعلی بسیار سخت باشد.

محدود کردن مصرف الکل

مصرف الکل باعث می شود فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بالا برود و همچنین می تواند باعث مقاومت در برابر درمان داروی ضد فشار خون شود. پیشنهاد می شود که روزانه یا در مواقع خاص، بیش از دو بار الکل ننوشند، روی هم رفته اگر مصرف الکل را ترک کنند، بهتر است اگر بیمار در موقعیت های اجتماعی مانند مهمانی ها و ... قرار می گیرد می تواند موارد زیر را به جای الکل جایگزین نماید: آب معدنی کم سدیم، انواع آب میوه، و مشروبات غیر الکلی .

عدم تمایل برای رعایت قرارهای ملاقات

وقتی بیماری تمایل به رعایت قرارهای ملاقات را ندارد، پزشک می تواند:

- قبل از اینکه بیمار دفتر را ترک کند، قرار ملاقات بعدی را مشخص و بر آن تاکید کند.

- بر پیشرفت های مهم بیمار توجه خاص بنماید و آن را متذکر شود.
- در هر بار ملاقات اهمیت بیماری را گوشزد کند.
- با بیمارانی که سر موقع برای قرار ملاقاتشان حاضر نمی شوند تماس بگیرد.

بخصوص در مواردی که بیمار فشار خون بالای بدون علامت دارد، به موارد زیر باید توجه دقیق بشود: بیمار را نباید برای ساعت ها منتظر گذاشت. قرار ملاقات ها منظم باشد و به تاخیر و تعویق نیفتد و روابط خوبی باید با بیمار ایجاد شود، زیرا عامل مهمی برای پیگیری و رعایت قرارهای ملاقات است.

مایل نبودن به ادامه درمان دارویی

- راهکارهای زیر بمنظور الویت بندی ایجاد تمایل مصرف دارو توسط بسیاری از متخصصان پیشنهاد شده است:
- در هر ویزیت سطح فشا رخون هدف را به بیمار گوشزد کنید.
 - اهمیت درمان را تکرار کنید و به بیمار این حقیقت را بگویید که او نمی تواند پیش بینی کند که فشار خونش بالا رفته یا در حد طبیعی است.
 - رژیم درمانی را تا آن جا که می توانید ساده کنید.
 - پیشنهاد کنید که بیمار تمام قرص یک هفته را در اولین روز هفته در محل مخصوص قرص قرار دهد.
 - سفارش کنید که بیمار قبل از این که دارو تمام شود مجدداً نسخه را تکرار کند.
 - در هر ملاقات راجع به امکان عوارض جانبی دارو و مواردی که مورد توجه بیمار است بحث شود.
 - هزینه درمان را کاهش دهید.
 - نشان دهید که پیگیری درمان، در ملاقات بعدی ارزشیابی می شود.
 - در صورت ضرورت تعداد ملاقات ها را افزایش دهید.
 - اگر لازم است که بیمار نشسته مراقبت شود از ملاقات های غیرحضور (تلفن، اینترنت،.....) برای کاهش هزینه های بیمار استفاده شود.
 - بیماری های همراه در بیمار را شناسایی کنید. داروهای کاهنده فشارخون را با در نظر گرفتن بیماری های همراه تجویز کنید.

حل مشکلات بیمارانی که تحت درمان داروهای کاهنده کلسترول خون قرار دارند

تمایل بیمار برای دریافت بیمار

تنها هنگامی ممکن است که کلسترول بالای خون را کنترل کرد که بیمار درمان های تجویز شده را منظم مصرف کند. برای بهبود بخشیدن پذیرش بیمار برای دریافت دارو، قوانینی که در حل مشکلات فشارخون بالا پیشنهاد شده برای عموم درمان هایی که از طرف بیمار پذیرفته نمی شود، مورد توجه قرار دهید و در مورد بیماران با کلسترول خون بالا نیز بکار ببرید.

تمایل بیمار برای پذیرش رژیم غذایی

بیماران باید تشویق بشوند که کارهای زیر را انجام دهند :

- مقدار مناسب فیبر، ویتامین ها، مواد معدنی و آنتی اکسیدان ها با مصرف انواع مختلف سبزی ها، میوه ها ، غلات، بنشن ها، مغزها و دانه ها تأمین می شود. در طول توصیه های تغذیه ای برروی اجزای غذاها (مانند: پروتئین ها، اسید های چرب ضروری، کربوهیدراتها، ویتامین ها، مواد معدنی) تاکید کنید. بهتر است برای بدست آوردن این اجزاء از :
 - تمام غذاها که در معرض فرآوری کمتری قرار می گیرند استفاده شود.
 - ماهی، طیور بدون پوست، گوشت های قرمز بی چربی، یا غذاهای حاوی حبوبات یا بنشن و بدون گوشت را انتخاب کنید. طیور و گوشت قرمز بی چربی را به کمتر از ۱۸۰ گرم در روز محدود کنید.
 - مصرف شیرکم چربی ، پنیر با چربی ۱٪ و ماست با چربی کمتر از ۱٪ را افزایش دهید و میزان مصرف پنیر پر چرب و کره را کاهش دهید.
 - غذاها را کبابی یا آب پز کنید از فر می توان استفاده کرد تا جایی که امکان دارد از سرخ کردن غذا بپرهیزید.
 - برای تأمین کردن اسید های چرب مقدار کمی از مغزها ، دانه ها و دانه های روغنی استفاده کنید.
 - مصرف چربی های اشباع شده، برخی روغنهای گیاهی هیدروژنه، غذاهای سرخ شده ، غذاهای پرچرب دیگر، کربوهیدرات های تصفیه شده را محدود کنید و زرده تخم مرغ را هفته ای یک عدد تا دو عدد مصرف کنید.

مطمئن شوید که بیمار شما بین مقدار اسید های چرب امگا ۶ و امگا ۳ با استفاده از منابع رژیمی حاوی اسید های چرب امگا ۳ ماهی پرچرب آب های سرد (ماهی آزاد، ماهی خال مخالی و ساردین) دانه های کتان، سبزیجات با برگ های سبز ، دانه های سویا و گردو. تعادل برقرار کرده است.

فقدان حمایت خانواده و دوستان از بیمار

- برخی بیماران ممکن است که احساس کنند در برخورد با مشکلاتشان تنها هستند و فکر کنند که شانسشان برای موفقیت کم است. برای حمایت این افراد، آنها را تشویق کنید که کارهای زیر را انجام دهند:
- با دعوت همسر او در ملاقات بعدی، اعضاء خانواده درگیر شوند یا این که از آن ها خواسته شود مطالب آموزشی بیمار را بخوانند و به او کمک کنند.
 - طرز تهیه غذاهای جدید کم چرب به اعضاء خانواده آموزش داده شود.
 - سعی شود مشکلات بیمار با اعضاء خانواده و دوستان او مطرح شود و از طریق گفتگو آن ها را برای حمایت بیمار آماده کنند.
 - همه افراد خانواده با یکدیگر به ورزش بپردازند و سعی شود غذای همه افراد خانواده مشابه باشد تا بیمار

احساس نکند که به علت بیماری مجبور است غذای خاصی میل کند.

مصرف غذا بیرون از خانه

هنگامی که بیمار برای تفریح یا کار به بیرون از خانه دعوت می شود، ممکن است در معرض مصرف غذاهای چرب قرار گیرد. برای بیماران مهم است که راه هایی را برای برخورد با این موقعیت های سخت بالقوه پیش بینی کنند .

چند پیشنهاد برای این مواقع :

در رستوران

- بنا به درخواست او سس ها و سس سالاد جداگانه سرو شود.
- بجای غذاهایی که در روغن فراوان یا در ماهی تابه سرخ شده اند غذاهایی انتخاب شود که بصورت کبابی یا بخارپز یا آب پز باشند.
- بجای شیرینی ها و دسرهای کرمدار، میوه های تازه و نوشیدنی های بدون قند انتخاب شود.
- در نوشیدنی های گرم از شیر بدون چربی بجای خامه یا لبنیات غیر رژیمی استفاده شود.

در منزل دوستان و آشنایان

- از قبل وضعیت خود را به میزبان اطلاع دهد.
- از خوردن مواد اشتها آور قبل از غذا اجتناب کند.
- اندازه پروتئین را محدود کند.
- از میزبان درخواست شود سس ها و سس سالاد جداگانه سرو شود.

اشتها (میل)

اغلب بیماران به چربی ، بعنوان یک منبع انرژی توام با ایجاد احساس سیری نگاه می کنند. بعنوان یک قاعده غذاهایی با انرژی فراوان مانند غذاهایی که پر از چربی هستند لذیذ می باشند اما سیر نمی کنند. بعلاوه مصرف چربی بالا بر خلاف غذاهای سرشار از کربوهیدراتها و پروتئینها، باعث بروز علامت سیری موثر نمی شود. عوامل دیگری مانند رژیم غنی از فیبر، نشان داده شده که احساس سیری را افزایش می دهد. بیماران باید بدانند به این دلایل با عادت های غذایی جدید نباید احساس گرسنگی بیشتری بکنند، پس چربی ها را کاهش دهند و مقدار فیبر مصرفی را افزایش بدهند. بیماران بایستی تشویق بشوند که مقدار بیشتری سبزی، میوه، بنشن و غلات بخورند.

فقدان اعتقاد به رژیم غذایی

اغلب اوقات بیماران به اهمیت تاثیر تغییر و بهبود الگوهای رژیمی را در کنترل کلسترول خون خود قبول ندارند. اغلب آن ها شنیده اند یا خوانده اند که ۷۵-۸۰٪ کلسترول خون " ساخته بدن آن ها " (سنتز درون زا) است اگر چه ۲۰ - ۲۵٪ از کلسترول خون ما از موادی است که می خوریم (تاثیر مستقیم غذا بر روی کلسترول خون)، چربی های اشباع شده و کلسترول رژیم غذایی، موجب افزایش کلسترول تولید شده توسط بدن ما می شود و بهمین دلیل افرادی که کلسترول خونشان بالا است اگر چربی های اشباع شده، چربی های با منشأ حیوانی و منابع غذایی حاوی کلسترول

مصرف نمایند، سطح کلسترول خونشان افزایش می یابد. کارکنان بهداشتی می توانند مراحل درمان کاهش کلسترول را چندین بار توضیح دهند. در اغلب بیماران یک رژیم غذایی بدون دارو به مدت ۶ ماه توصیه می شود. اگر بعد از این دوره، کلسترول کل و LDL بالا باقی بماند، دارو درمانی همراه با ادامه رژیم غذایی شروع می شود برای بیماران با کلسترول خون بالا و سابقه فامیلی، همزمان با رژیم غذایی دارو تجویز می شود.

نسبت LDL / HDL در مقابل نسبت کلسترول تام به HDL کمتر اهمیت دارد. اما استفاده بالینی بهتری دارد اگر چه نسبت کلسترول تام به HDL بهترین پیش بینی کننده حوادث عروق کرونر در آینده است. متخصص تغذیه برای کنترل چربی خون بیماران نقش مهمی دارد، خصوصاً زمانی که رژیم غذایی سخت و فشرده برای بیمار ضروری است.

حل مشکلات مرتبط با کنترل وزن

ناکامی قبلی در کاهش وزن

افرادی که اضافه وزن دارند اغلب چندین بار برای کاهش وزن سعی می کنند. باتفاق بیماران - تلاش هایی که قبلاً برای کاهش وزن انجام شده است بررسی شود. اکثر این کوشش ها با رژیم هایی آغاز شده اند که بر تغییرات اساسی در غذای مصرفی تکیه می کنند. به بیماران توضیح داده شود که کنترل وزن فعلی به تغییرات طولانی در عادات غذایی آنها، مثل مصرف غذای سالمتر و تنظیم فعالیت بدنی منظم احتیاج دارد.

انتخاب هدف غیر قابل دستیابی برای کاهش وزن

بسیاری از افراد هدفی را برای کاهش وزن انتخاب می کنند که دستیافتنی نیست. در بررسی که باتفاق بیماران انجام می شود می توان گفت احساس می کنند هدف منطقی خواهد بود. BMI یا وزنی که می خواهید به آن برسید، در نظر گرفته و با این دو سوال آن را ارزیابی کنید.

۱- آیا این هدف واقعی است؟

۲- آیا این هدف بطور دائم می تواند باقی بماند؟

برای جواب دادن به این سئوالات، بیمار باید به موارد زیر توجه کند:

- آیا تاکنون در دوران بزرگسالی وزن من در حد این BMI که به عنوان هدف در نظر گرفته ام بوده است؟
- اگر بله چند سال پیش؟
- برای چه اکنون باید به آن برسم؟
- آیا می توانم این وزن هدف را برای دراز مدت حفظ کنم.

بسیاری از بیماران می بایستی که مقدار زیادی وزن از دست بدهند، اما کاهش یکباره وزن به مقدار زیاد معمولاً کار بسیار بزرگی است و ممکن است نتوان به آن دست یافت. هدف اولیه کاهش وزن در زمان کوتاه ۴/۵ - ۲ کیلو گرم (۱۰ پوند) است و همین مقدار کاهش وزن، تأثیرات مهمی در پایین آوردن فشار خون و چربی خون دارد. تأثیر کاهش وزن بیشتر، بر روی عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی است، بنابراین هدف بلند مدت کاهش وزن بیشتر در آینده است. بیماران که بایستی وزن خود را کاهش دهند و آن را حفظ کنند برای رسیدن به این هدف باید کاهش وزن به آرامی صورت گیرد یعنی کمتر از یک کیلوگرم در هفته.

عدم کاهش وزن علیرغم خوردن غذای سالم و مناسب و فعالیت بدنی منظم

قبل از شروع برنامه تغییر رفتار، به بیماران تأکید شود که اندازه گیری کاهش وزن بوسیله ترازو تنها مشخصه پیشرفت وضعیت سلامت نیست. شاخص های دیگر موفقیت مانند بهبود عادت های غذایی، کاهش اندازه دور کمر، گشاد شدن لباس، بهبود استقامت در طول فعالیت، احساس بهتر بودن، افزایش سطح انرژی، کاهش استرس، بهبود تحمل گلوکز، کاهش فشار خون و آرام شدن تپش قلب. به طور منظم به آن ها یاد آوری شود. علاوه بر این، به بیماران توضیح داده شود وقتی که آنها شروع به تغییر عادت های غذایی و فعالیتی خود می کنند، کاهش وزن به آرامی مشخص می شود. در بسیاری موارد، فعالیت بدنی منظم تغییراتی در ترکیب بدن ایجاد می کند- کاهش بافت چربی و افزایش بافت ماهیچه ای (سنگین تر از بافت چربی) - که گاهی اوقات بطور موقتی سبب عدم کاهش وزن واقعی می شود.

رسیدن به وضع ثابت

"رسیدن به وضع ثابت" جمله ای است که اغلب افرادی که سعی می کنند وزنشان را پایین بیاورند، استفاده می کنند. کاهش وزن بصورت یک الگوی منظم نزولی اتفاق نمی افتد. اغلب افراد ممکن است در چند هفته وزنشان کاهش یابد و بعد یک دوره دو تا سه هفته ای وزنشان ثابت بماند. فقدان کاهش وزن در این دوره موجب ناامیدی و یاس افراد می شود. آن ها باید بدانند که "رسیدن به وضع ثابت" یک اتفاق عادی و معمولی است و باید شاخصه های دیگر موفقیت یاد آوری شود. با فعالیت بدنی منظم و ادامه اجرای دستورالعمل ها دوباره کاهش وزن شروع خواهد شد. اندازه گیری وزن هفته ای یک یا دوبار انجام شود و نیازی به توزین روزانه نیست. "رسیدن به وضع ثابت" معمولاً در زنان پیش از قاعدگی و بدلائل احتباس مایع بدن دیده می شود.

خطاها

برای بیماران توضیح داده شود که خطا و اشتباه جزئی از سیر تغییر رفتار است. این رویدادها نباید شکست در نظر گرفته شوند و بعنوان بهانه ای برای به تأخیر انداختن شروع دوباره برنامه کاهش وزن مورد استفاده قرار گیرند. به بیان دیگر خطا و اشتباه فرصت هایی برای یادگیری هستند. به بیماران کمک شود که علل خطاها را بشناسند و از این تجربیات برای جلوگیری از خطاهای آینده استفاده کنند.

فقدان تمایل برای انجام فعالیت بدنی

به بیماران اطمینان داده شود برای پایین آوردن وزن لزومی به فعالیت بدنی سخت نیست حتی افزایش متوسط فعالیت بدنی باعث پایین آمدن وزن می شود. فعالیت های بدنی با شدت متوسط مانند پیاده روی، برای کاهش وزن و کاهش عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی مفید است. بیماران باید یک هدف واقعی برای فعالیت بدنی تنظیم کنند و توجه

داشته باشند که مقدار کل فعالیت بدنی آن‌ها تأثیر عمده‌ای بر میزان کاهش وزن خواهد داشت. افزایش مصرف انرژی ۴۰۰ تا ۶۰۰ کالری در هفته نقطه شروع خوبی است، که این مقدار با نیم ساعت پیاده روی با شدت متوسط ۳ بار در هفته بدست می‌آید. بیماران غذا و فعالیت خود را (مطالب بیمار را ببینید) ثبت کنند تا سیر فعالیت بدنی را پیگیری کنند. در هر ملاقات تأکید شود که افزایش فعالیت بدنی کلید کنترل وزن است و دفعات و مدت زمان فعالیت بیش از شدت فعالیت برای کاهش وزن اهمیت دارد.

فقدان حمایت خانواده و دوستان

کاهش وزن سیر سختی دارد و به آرامی انجام می‌شود. برای موفقیت، بیماران به حمایت خانواده، دوستان و دیگران (مانند همکاران) احتیاج دارند. بیماران، افراد حامی خود را معرفی کنند. افراد خانواده به همکاری تشویق شوند. بعلاوه برای حمایت از نظر احساسی، خانواده و دوستان می‌توانند در تمرینات با بیمار همراه باشند و یا هنگامی که بیمار در حال تمرین است بچه اش را نگه دارند. پذیرفتن خوردن غذای سالم و فعالیت بدنی منظم برای تمام افراد خانواده (بچه‌ها با پدر یا مادر چاق به احتمال ۴۰٪ در سن بزرگسالی چاق می‌شوند) مهم است و تغییر رفتار را آسانتر می‌کند. اگر حمایت از طرف خانواده و دوستان ممکن نبود، گروه‌های اجتماعی که ساختار حمایتی گسترده‌ای دارد و می‌تواند راهکارهای تغییر شیوه زندگی را ارائه دهند معرفی کنید با یادآوری اینکه آنها بهترین حامی برای خودشان هستند. به آن‌ها اعتماد به نفس بدهید به آن‌ها کمک کنید تا برای توانمندی خود برنامه ریزی کنند که شامل صحبت‌های ذهنی شادی آفرین، دید مثبت نسبت به رفتارهای جدید یا دستیابی به هدف و جوایز غیر غذایی برای تغییر رفتار یا کاهش وزن می‌تواند باشد.

توصیه به کاهش وزن در افرادی که اضافه وزن دارند قبل از این که چاق شوند و قبل از این که فشار خون بالا و اختلال چربی خون در آنها پیشرفت کند باید جزء استاندارد عملیات پزشکی باشد.

حل مشکلات در تشویق و تجویز فعالیت بدنی

افرادی موانع بالقوه برای یک سبک زندگی فعال از لحاظ جسمی

که از نظر بدنی فعال نیستند، آن‌هایی که بصورت نامنظم فعالیت می‌کنند و افرادی که فعالیت خود را مدتی قطع می‌کنند و مجدداً به فعالیت روی می‌آورند، ممکن است دلایل زیادی برای فعالیت نکردنشان بیابند. این دلایل بایستی جدی گرفته شود. نداشتن وقت، نداشتن انرژی و کمبود انگیزه و/یا علاقه، سه مورد از موانعی هستند که اغلب برای فعالیت بدنی گفته می‌شوند. که باید این افراد متقاعد شوند که بهانه‌ها نباید مانع فعالیت بدنی که برای سلامت آن‌ها ضروری است، بشود.

- برای افراد ۴۴-۲۵ ساله کمبود وقت می‌تواند یک مانع مهم و خاص باشد.
- برای مادران که بچه در منزل دارند، نگهداری از بچه نیز می‌تواند علت بازدارنده فعالیت بدنی باشد.
- برای زنان، نداشتن مهارت، علاقه، و ترس از آسیب می‌تواند بعنوان مانع عمل کند.
- افراد مسن‌تر به علت بیماری، یا ترس از آسیب، محدودیت فعالیت بدنی برای خودشان ایجاد می‌کنند.

برای گرفتن نتیجه مثبت از تغییر رفتار، به راهکارهایی برای غلبه بر این موانع احتیاج است. و باید تعداد زیادی از این راهکارها در حل مشکلات مورد استفاده قرار گیرد.

کمبود وقت

اولین و مهمترین قدم بررسی کردن تصور فرد راجع به فعالیت بدنی و تاثیر آن بر سلامتی است. اغلب فعالیت بدنی را حضور یافتن در کلاس های تمرین و استفاده از تجهیزات و وسایل خاص می دانند که مستلزم برنامه ریزی مجدد فعالیت های دیگر روزانه مانند یادگیری مهارت ها و دانش خاص ، صرف زمان و پول است. به افراد مراجعه کننده یادآوری شود که فایده های سلامت جسم و روان از هرگونه فعالیت در سطح متوسط، که بصورت منظم، برای ۳۰ دقیقه کامل (یا بیشتر) در اکثر روزها و ترجیحاً " تمام روزهای هفته انجام شود، نتیجه می شود. مانند پیاده روی در اطراف فروشگاه ها ، بالارفتن از پله ها بجای استفاده از آسانسور، باغبانی و بازی پر جنب و جوش با بچه ها ، آئروبیک ، کلاس های ژیمناستیک می توانند مفید باشند ، اما این برنامه ها ممکن است توسط بسیاری از افراد انتخاب نشود.

تاکید شود که لازم نیست تمام ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی روزانه در یک جلسه انجام شود بلکه می تواند در سه دوره کوتاه ۱۰ دقیقه ای در روز انجام شود .

به افراد پیشنهاد شود که اولویت های خود را تغییر دهند و فعالیت بدنی را نزدیک بالای لیستشان قرار دهند. به افراد پیشنهاد شود که به آرامی با ۱ یا ۲ جلسه ۱۰-۵ دقیقه ای در هفته آغاز کنند . بمنظور افزایش فایده های فعالیت بدنی، بیماران تعداد جلساتشان را به تدریج حداقل به ۵ بار در هفته افزایش دهند .

کمبود انرژی

افراد اغلب می گویند که احساس خستگی بسیار زیادی در زمان فعالیت بدنی می کنند. خسته شدن می تواند به استرس مرتبط باشد. به اطلاع افراد رسانده شود که فعالیت بدنی درحقیقت انرژی را افزایش می دهد و نیرو می بخشد و احساس خستگی را کاهش میدهد. فعالیت بدنی باعث میشود که افراد احساس آرامش بیشتر و استرس کمتری بکنند. بعلاوه افراد فعال اغلب احساس بهتری راجع به خودشان و توانایی هایشان در برابر نیازهای بدنی و نیازهای دیگر روزانه دارند. این افراد باید بدانند اگر تجربه سرگیجه، درد قفسه سینه، تنگی نفس یا تنفس سخت در طول فعالیت داشتند بلافاصله آن فعالیت را قطع کنند و برای ارزیابی های بیشتر مراجعه کنند.

کمبود علاقه و / یا انگیزه

نداشتن علاقه و / یا انگیزه اغلب با درک فعالیت بدنی بعنوان " کار " مرتبط است (دردناک ، ناراحت کننده ، همراه با عرق ، شدت بیش از اندازه وغیره) . این درک برای شروع و یا ادامه همکاری در فعالیت بدنی مناسب نیست . محققان نشان داده اند افرادی که دوست دارند در فعالیت بدنی شرکت کنند :

- آنرا لذت بخش می دانند.
- احساس می کنند که مهارت ها و توانایی های انجام آنرا دارند.
- از لحاظ مالی قابل پرداخت است.

- مناسب است، زمانبندی قابل تغییر دارد.

به افراد توصیه شود که فعالیت های مختلفی انجام دهند و امتحان کنند که کدام یک از آن ها می تواند برای آن ها مناسب و لذت بخش باشد. پیشنهاد شود که، هر کدام از فعالیت هایی را که دوست ندارند دنبال نکنند. به آن ها یادآوری شود که راه ها و فرصت های زیادی برای فعال بودن وجود دارد. تنوع، برای باقی ماندن انگیزه و علاقه در فعالیت بدنی بسیار مهم است.

کمبود مهارت

زنان و افراد مسن بیش از مردان و جوانان، نداشتن مهارت را به عنوان یک مانع بیان می کنند. برای افزایش مهارت های فعالیت بدنی و باور آن ها از توانایی خودشان، انجام فعالیت های بدنی مختلف می تواند ابزاری مؤثر برای کمک به آن ها باشد تا یک سبک زندگی فعال را ایجاد و حفظ کنند.

باید به مسائل مورد علاقه افراد گوش و به آن ها یادآوری کرد که فعالیت بدنی برای افزایش لذت، سلامتی و کیفیت زندگی آن ها ضروری است. افراد را به گروه های تخصصی مناسب مثل کارشناسان تغذیه و تربیت بدنی ارجاع شوند تا آن ها را در فعالیت هایی که انتخاب می کنند تمرین و / یا تعلیم بدهند. فعالیت های بدنی که لذت بخش هستند و برای سلامتی نیز مفید میباشند، و به دانش یا مهارت های تخصصی احتیاج ندارند (پیاده روی، توپ بازی با بچه ها / باغبانی ...) معرفی کنید

ترس از آسیب های بدنی

بیماران مسن تر اغلب به آسیب های احتمالی فعالیت بدنی توجه می کنند. ممکن است این افراد دچار بیماری عروق کرونر باشند که فعالیت های آن ها را محدود می کند. به بیماران احتمال خطرها را گوشزد و راه هایی که بتوان خطرهای بالقوه را کاهش داد و معرفی کنید بدین ترتیب مشارکت آن ها نیز افزایش می یابد. به بیماران یاد داده شود در طول فعالیت چگونه ضربان قلبشان را کنترل کنند یا چگونه از " تست صحبت کردن " استفاده کنند (بیماران باید مطمئن شوند که هنوز می توانند یک گفتگو را در حالی که تمرین می کنند ادامه دهند).

ایمنی شخصی

زنان و افراد مسن بیشتر از دیگر گروه ها بر پیشگیری از آسیب های بدنی حین فعالیت اهمیت می دهند. در مورد آسیب های احتمالی در حین ورزش و راه هایی که می تواند ایمنی را افزایش دهد با آن ها صحبت شود از جمله فعالیت های بدنی ایمن پیاده روی، دوچرخه سواری یا دوی آهسته با همراه است.

هزینه فعالیت بدنی

به افراد مراجعه کننده گفته شود. احتیاجی نیست که پولی برای فعالیت بدنی صرف شود. بسیاری از فعالیت ها نیازی به وسایل خاص ندارند. افراد می توانند فعالیت های کم هزینه را انتخاب کنند مثل دو همگانی که از طرف شهرداری ها نیز به اجرا گذاشته می شود. به آن ها پیشنهاد شود که با مراکز اجتماعی در همسایگی خود تماس بگیرند یا به راحتی با همسایه ها و دوستان برنامه های فعالیت بدنی مثل راهپیمایی ترتیب دهند و باتفاق به پیاده روی بروند.

حمایت ناکافی

تشویق و حمایت افرادی که می‌خواهند فعالیت بدنی داشته باشند، بخصوص زنان و افراد مسن بسیار مهم است. تأکید بر کارهایی که فرد می‌تواند انجام دهد و کارهایی که نباید انجام دهد، ضروری است. خانواده، دوستان و همسایه‌ها می‌توانند در طول فعالیت بدنی همراه یکدیگر باشند. پیاده روی های گروهی محلی، باغبانی میتوانند مؤثر باشند و به افراد کمک کنند که فعالیت بدنی را آغاز و ادامه دهند.

نداشتن اطلاعات در مورد منابع اجتماعی

مراکز اجتماعی، شهرداری ها و برنامه های تفریحی دانشگاه ها و / یا مراکز ورزشی، باشگاه های خصوصی، ورزش های همگانی تنها تعداد کمی از مثال های منابع در دسترس هستند.

افراد در هر سنی می‌توانند با انجام مقدار متوسط فعالیت بدنی در زندگی روزانه، سلامتی و کیفیت زندگی خود را بطور اساسی بهبود بخشند.

حل مشکلات در کنترل دیابت

چگونه می‌توان به بیشترین خود پایشی رسید؟

خود پایشی برای افراد با دیابت نوع ۱، تمام زنان باردار مبتلا به دیابت یا دیابت دوران بارداری و افراد با دیابت نوع ۲ که با انسولین درمان می‌شوند ضروری است. خود پایشی مبتلایان به دیابت نوع ۲ که از داروهای خوراکی، ویا تنها با رژیم غذایی برای کنترل بیماری خود استفاده می‌کنند نیز مفید است.

اگر چه انجام آزمایش بعد از صبحانه یا بعد از غذا در اغلب افراد قابل قبول است، اما موارد آزمایشات بر حسب شرایط فرد تعیین می‌شود در افرادی که انسولین دریافت می‌کنند، آزمایش های قبل از غذا و موقع خواب مفید تر خواهند بود، آزمایش های متناوب قبل از غذا برای تنظیم میزان مصرف انسولین انجام می‌شود.

برای کمک به بیمارتان که بیشترین خود پایشی قند خون را بدست بیاورند، می‌توانید:

- جدول زمانی و حدود قند خون هدف را تعیین کنید.
- در هر ویزیت آزمایش قند خون را با بیمار مرور کنید.
- از آزمایش قند خون به عنوان یک ابزار آموزشی برای ارزیابی کنترل قند خون استفاده کنید و رژیم غذایی، فعالیت بدنی، و دارو (داروها) را برای بدست آوردن و حفظ کنترل خوب قند خون تنظیم کنید
- از آزمایش قند خون برای شناختن الگوهای قند خون بالا، نرمال و پایین استفاده کنید.
- از خود پایشی قند خون برای شناختن مواقع اضطراری (قند خون بالا یا قند خون پایین) استفاده کنید

- صحت آزمایشاتی که فرد انجام می دهد سالانه با آزمایشگاه تایید کنید.

چگونه انگیزه پی گیری درمان را در فرد مبتلا به دیابت افزایش دهیم

یک فرد مبتلا به دیابت نقش مهمی در کنترل بیماری خود دارد. عوامل زیادی بر روی توانایی شخص برای رسیدن به سطوح هدف درمان تاثیر می گذارد و برای ارزیابی منظم مهم است. این عوامل شامل: حمایت خانواده و دوستان، مسایل مرتبط کاری، توانایی های مالی، بیمه درمانی، تاثیرات قومی و فرهنگی، سطح فعالیت بدنی، وجود بیماری های دیگر و تاثیر متقابل داروها.

برای افزایش تمایل بیمار برای ادامه درمان، شما می توانید:

- نیازهای بیمارستان و منابع در دسترس برای برآورده کردن نیازهایش را بشناسید.
- هدف ها را الویت بندی کنید، در یک زمان بر روی یک هدف تاکید کنید و با مهمترین آن ها شروع کنید. متناسب با آن پیشرفت را مشخص کنید.
- بیمارستان را برای یادگیری دانش و مهارت های رسیدن به هدف آموزش دهید .
- با در نظر گرفتن فعالیت های روزانه بیمار و الویت های شخصی او، برنامه فردی برای بیمار داشته باشید.
- هنگامی که بیمار به هدف مورد نظر رسید او را تقویت کنید و به او پاداش دهید.
- هنگامی که بیمار به هدف مورد نظر نرسید ، موانع را شناسایی و سعی کنید آنها را حل کنید.
- به بیمارستان برای مراقبت از خودش اجازه و اختیار بدهید.
- پایش منظم داشته باشید و از اطلاعات قبلی برای تقویت تمام رفتارهای مثبت و اصلاح تمام موارد منفی استفاده کنید .

نارسایی کنترل دیابت نوع ۲

پزشک بایستی به دلایل زیر توجه کند و سعی کند آن ها را اصلاح کند

- بی علافتگی در پیگیری رژیم غذایی
- بیماری های همراه مداخله کننده
- فعالیت بدنی نامنظم
- عوامل روحی روانی
- مصرف نکردن یا نامنظم مصرف کردن داروها و یا انسولین تجویز شده
- خوردن داروهایی که قند خون را افزایش می دهد (مانند : گلوکوکورتیکوئیدها و تیازیدها)
- رژیم های نامناسب انسولین
- تغییر در جذب مواد غذایی
- تغییر در جذب زیرپوستی انسولین که به محل های تزریق انسولین بستگی دارد
- مقاومت به انسولین

بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ که داروی خوراکی مصرف می کنند اگر قند خون کنترل نشود به انسولین احتیاج دارند .

کنترل بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ در روزهای بیماری

برخی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ احساس می کنند بدلیل خوردن غذا به انسولین احتیاج دارند پس هنگامی که مریض هستند، انسولین را حذف می کنند. این کار می تواند در افراد مبتلا به دیابت باعث بوجود آمدن کتواسیدوزیس شود. مهم است که آن ها بدانند در روزهای مریضی چه کاری انجام دهند:

- مقدار انسولین معمول را استفاده کنند و هر ۴ ساعت گلوکز خون را با مقدار انسولین تنظیم کنند.
- اگر اسهال یا استفراغ داشتند نگذارند آب بدنشان از دست برود. در هر ساعت ۱ لیوان مایعات بخورند. اگر قند خون پایین بود، از نوشیدنی شیرین استفاده کنند اگر پایین نبود مایعات معمولی بخورند.
- هر ۴ ساعت قند خون را تست کنند. برای نگهداری قند خون کمتر از ۲۲۵ میلی گرم در دسی لیتر ممکن است لازم باشد انسولین بیشتری نسبت به انسولین عادی خود استفاده کنند .
- کتون های ادرار را هر ۴ ساعت اندازه گیری کنند.
- اگر چنانچه میزان کتون ادراری بیشتر از میزان **trace** بود و استفراغ ادامه داشت، میزان قند خون بیشتر از ۲۵۲ میلی گرم در دسی لیتر و یا تب یا عفونتی ظاهر شده باشد به پزشک اطلاع دهند.
- به بیماران نشانه ها و علائم دیابت کتواسیدوزیس آموخته شود.

چگونه کاهش قند خون را می توان تشخیص داد و درمان کرد؟

علائم کاهش قند خون دونه هستند :

- آدرنرژیک : تعریق، تپش قلب (تاکی کاردی)، لرزش، ضعف، رنگ پریدگی، تهوع، سردرد.
- مغزی : بی حسی لبها یا زبان، تاری دید، تغییر درحالت یا رفتار، گیجی، کما.

هنگامی که کاهش قند خون اتفاق می افتد، در برخی از بیماران ممکن است علائم آدرنرژیک ناپدید شود و بیماران تنها علائم مغزی را تجربه کنند . کاهش قند خون شبانه ممکن است باعث ایجاد احساس ناخوشایند در صبح فردا بشود .

بیماران بایستی تشخیص و درمان واکنش های کاهش قند خون را آموزش ببینند

هنگامی که بیماران مشکوک به کاهش قند خون شدند، به آن ها آموزش داده شود قند خون را تست کنند و ۱۵-۱۰ گرم کربوهیدرات ساده بخورند (مانند: دانه های ژله ای یا مقداری آب میوه یا نوشیدنی های بدون الکل یا دو قاشق عسل، قند).

حل مشکلات در درمان نارسایی قلبی

الف) بیماران با نارسایی قلب اغلب تشنگی شدید دارند مقدار زیادی مایعات مصرف می کنند و با توجه به مصرف دیورتیک و مصرف مقدار زیاد آب هیپوناترمی تشدید می شود (**dilutational Hyponatraemia**) مقدار

مصرف مایع در این بیماران باید به حدود یک و نیم تا حداکثر دو لیتر در روز محدود شود. در هوای گرم، تب، اسهال، استفراغ محدودیت آب و یا دوز دیورتیک کم می شود.

ب) اگر نارسایی قلبی حاد یا نارسایی قلبی **Decompensated** باشد، استراحت نسبتاً مطلق قسمتی از درمان است.

در نارسایی قلبی مزمن و **Compensated** ورزش منظم روزانه با شدت متوسط توصیه می شود (پیاده روی، دوچرخه سواری، شنا، بولینگ، باغبانی)

ج)واکسیناسیون :

مبتلایان به نارسایی قلب مستعد ابتلا به عفونت های ریوی هستند و در صورت ابتلا به این نوع عفونت ها نارسایی قلب تشدید می شود و نیاز به بستری شدن افزایش می یابد. تزریق واکسن انفلوانزا و پنوموکوک در این بیماران توصیه می شود.

جدول مقایسه اهداف نهایی برای پیشگیری اولیه از عوامل خطر قلبی عروقی

متغیر	راهنمای ESC (انجمن قلب اروپا) در خصوص پیشگیری از بیماری قلبی عروقی در اقدامات بالینی	راهنمای AHA (انجمن قلب امریکا)
فشارخون (Blood pressure)	کمتر از ۱۴۰/۹۰ mmHg	- کمتر از ۱۴۰/۹۰ mmHg - کمتر از ۱۳۰/۸۵ mmHg در صورت وجود بیماری های نارسایی قلبی یا نارسایی کلیوی - کمتر از ۱۳۰/۸۰ mmHg در صورت وجود دیابت
کلسترول تام (Total cholesterol)	کمتر از ۵ mmol/l (حدود ۱۹۰ mg/dl)	کمتر از ۲۰۰ mg/dl
کلسترول ال دی ال (LDL-C)	کمتر از ۳ mmol/l (حدود ۱۱۵ mg/dl)	- کمتر از ۱۶۰ mg/dl - کمتر از ۱۳۰ mg/dl در صورتی که بیش از ۲ عامل خطر وجود داشته باشد و احتمال خطر بروز بیماری عروقی کرونر قلب (CHD) بیش از ۲۰٪ باشد
کلسترول اچ دی ال (HDL-C)	-	- بیشتر از ۴۰ mg/dl در مردان - بیشتر از ۵۰ mg/dl در زنان
تری گلیسیرید (Triglycerides)	-	کمتر از ۱۵۰ mg/dl
گلوکز ناشتا (fasting blood glucose)	کمتر از ۶ mmol/l (حدود ۱۱۰ mg/dl)	کمتر از ۱۱۰ mg/dl
هموگلوبین گلیکوزیله HbA _{1c}	-	کمتر از ۷٪
فعالیت بدنی	- بیشتر از ۳۰ دقیقه در روز - بیشتر از ۵ روز در هفته	بیشتر از ۳۰ دقیقه در روز در اکثر (تمام) روزهای هفته
نمایه توده بدنی (BMI)	کمتر از ۲۵ kg/m ²	کمتر از ۲۵ kg/m ²
تغذیه	- کل چربی کمتر از ۳۰٪ انرژی - چربی اشباع کمتر از ۳۳٪ کل انرژی - کاهش مصرف نمک	- چربی های اشباع کمتر از ۱۰٪ کالری - کلسترول کمتر از ۳۰۰ میلیگرم در ۲۴ ساعت - نمک کمتر از ۶ گرم در ۲۴ ساعت (کمتر از ۲/۳ گرم در ۲۴ ساعت در زنان) - الکل کمتر از ۲ واحد در ۲۴ ساعت در مردان و کمتر از ۱ واحد در ۲۴ ساعت در زنان* - به حداقل رساندن مصرف اسیدهای چرب ترانس

*در کشور ایران مصرف الکل ممنوع است و هیچ مقداری توصیه نمی شود.

جدول مقایسه اهداف نهایی در بیماران دارای سیمای با خطر بالا یا بیماری عروق کرونر

متغیر	راهنمای ESC (انجمن قلب اروپا)	راهنمای AHA (انجمن قلب امریکا)
فشارخون	کمتر از ۱۳۰/۸۰ mmHg*	کمتر از ۱۴۰/۹۰ mmHg - کمتر از ۱۳۰/۸۰ mmHg در صورت وجود دیابت یا بیماری مزمن کلیوی
کلسترول تام (Total cholesterol)	کمتر از ۴/۵ mmol/l (حدود ۱۷۵ mg/dl) - یا با اختیار کمتر از ۴ mmol/l (حدود ۱۵۵ mg/dl)*	کمتر از ۵ mmol/l (حدود ۲۰۰ mg/dl)
LDL-C	کمتر از ۲/۵ mmol/l (حدود ۱۰۰ mg/dl) - یا با اختیار کمتر از ۲ mmol/l (حدود ۸۰ mg/dl)*	کمتر از ۱۰۰ mg/dl - یا با اختیار کمتر از ۷۰ mg/dl
تری گلیسیرید (Triglycerides)		در صورتی که تری گلیسیرید بیشتر از ۲۰۰ باشد غیر HDL-C باید کمتر از ۱۳۰ mg/dl باشد
گلوکز ناشتا (fasting blood glucose)	کمتر از ۶ mmol/l (حدود ۱۱۰ mg/dl)	
هموگلوبین گلیکوزیله HbA _{1c}	کمتر از ۶/۵٪*	کمتر از ۷٪
فعالیت بدنی	- بیشتر از ۳۰ دقیقه در روز - بیشتر از ۵ روز در هفته	- بیشتر از ۳۰ دقیقه در روز - ۷-۵ روز در هفته
نمایه توده بدنی (BMI)	کمتر از ۲۵ kg/m ²	کمتر از ۲۵ kg/m ²

*در صورت امکان و عملی بودن

پیشنهاداتی برای **پیشگیری از بیماری قلبی عروقی** در افراد دارای عوامل خطر قلبی عروقی (طبق خطر کلی انفرادی)^۱

خطر ده ساله حوادث قلبی عروقی	
کمتر از ۱۰٪، ۱۰٪ تا کمتر از ۲۰٪، ۲۰٪ تا کمتر از ۳۰٪، ۳۰٪ و بیشتر	
زمانی که منابع محدود است، مشاوره فردی و پیش بینی مراقبت طبق میزان خطر قلبی عروقی الویت بندی می شود.	
خطر کمتر از ۱۰٪	افرادی که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر کمی هستند. خطر کم به معنی بی خطر نیست. مدیریت محتاطانه با تمرکز بر شیوه زندگی پیشنهاد می گردد. ^۲
خطر ۱۰٪ تا کمتر از ۲۰٪	افرادی که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر متوسط حوادث عروقی کشنده یا غیر کشنده هستند. هر ۶ الی ۱۲ ماه پایش پروفایل خطر انجام شود.
۲۰٪ تا کمتر از ۳۰٪	افرادی که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر بالای حوادث عروقی کشنده یا غیر کشنده هستند. هر ۳ الی ۶ ماه پایش پروفایل خطر انجام شود.
۳۰٪ و بیشتر	افرادی که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر خیلی بالای حوادث عروقی کشنده یا غیر کشنده هستند. هر ۳ الی ۶ ماه پایش پروفایل خطر انجام شود.

^۱ غیر از افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر، بیماری عروق مغزی و عروق محیطی

^۲ اقدامات سیاسی که محیط های هدایت کننده برای ترک دخانیات ایجاد کند، انجام فعالیت بدنی و مشاوره برای رژیم غذایی سالم برای ارتقاء تغییرات رفتاری ضروری است. همه افراد از این شرایط سود می برند. این اقدامات برای افراد در معرض خطر کم در مقایسه با مشاوره فردی و رویکردهای درمانی می توانند یک اثر سلامتی با هزینه کمتری بگذارند.

ترک دخانیات	
تمام افراد غیر سیگاری باید به پیشگیری از مصرف دخانیات تشویق شوند. تمام افراد سیگاری باید توسط کارکنان بهداشتی به ترک مصرف تشویق شوند و از تلاش آن ها حمایت شود. توصیه می گردد مصرف کنندگان سایر انواع مواد دخانی هم به ترک مصرف تشویق شوند.	
خطر ۲۰٪ تا کمتر از ۳۰٪	درمان با جایگزین نیکوتین و یا نورتریتیلین یا امفموتامور (بوپروپیون) باید با مشاوره به افراد سیگاری دارای انگیزه ترک که در ترک شکست خورده اند پیشنهاد شود.
خطر ۳۰٪ و بیشتر	درمان با جایگزین نیکوتین و یا نورتریتیلین یا امفموتامور (بوپروپیون) باید با مشاوره به افراد سیگاری دارای انگیزه ترک که در ترک شکست خورده اند پیشنهاد شود.

تغییرات غذایی
<p>تمام افراد به شدت باید برای کاهش مصرف کل چربی و چربی های اشباع تشویق شوند. مصرف کل چربی باید به کمتر از ۳۰۵ از کل کالری برسد. چربی های اشباع باید به کمتر از ۱۰٪ از کل کالری برسند. دریافت اسیدهای چرب ترانس باید به حداقل ممکن برسد یا حذف شود و اغلب چربی های غذایی باید از نوع چربی های غیر اشباع چند زنجیره ای (تا ۱۰٪ از کل کالری) یا از نوع غیر اشباع تک زنجیره ای باشند. (۱۰ تا ۱۵٪ کل چربی). تمام افراد به شدت باید برای کاهش مصرف نمک روزانه به حداقل یک سوم و در صورت امکان به کمتر از ۵ گرم در روز یا کمتر از ۹۰ میلی مول در روز تشویق شوند. تمام افراد باید به مصرف حداقل ۴۰۰ گرم در روز از میوه و سبزی و غلات کامل تشویق شوند.</p>
فعالیت بدنی
<p>تمام افراد به شدت باید به انجام حداقل ۳۰ دقیقه در روز فعالیت بدنی متوسط (مانند پیاده روی تند) در زمان اوقات فراغت، وظایف روزانه و زمان کار تشویق شوند.</p>
کنترل وزن
<p>تمام افرادی که دارای اضافه وزن یا چاق هستند باید به کاهش وزن از طریق کاهش مصرف انرژی رژیم غذایی (مشاوره غذایی) و افزایش فعالیت بدنی تشویق شوند.</p>
مصرف الکل
<p>افرادی که بیش از ۳ واحد الکل^۳ در روز مصرف می کنند، باید به کاهش مصرف تشویق شوند. ^۳ یک واحد الکل برابر با نصف پیمانه آبجو یا بیشتر برای (۵٪ الکل)، ۱۰۰ میلی لیتر شراب (۱۰٪ الکل)، ۲۵ میلی لیتر اسپیریت (۴۰٪ الکل) است.</p>

مدیریت افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر، عروق مغزی یا عروق محیطی تثبیت شده (پیشگیری ثانویه)

افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی تثبیت شده (آنژین پکتورس، بیماری عروق کرونر قلب، سکته قلبی (انفارکتوس میوکارد)، حمله های ایسکمیک گذرا، بیماری عروق مغزی (CeVD) یا بیماری عروق محیطی (PVD) یا بعد از پیوند عروق کرونر یا اندارترکتومی کاروتید) در معرض خطر زیاد توسعه عود حوادث قلبی عروقی هستند. نمودارهای پیش بینی خطر لزوماً " برای تصمیم گیری برای درمان بر اساس آن ها نیست.

هدف از کاربرد پیشنهادات زیر پیشگیری از عود حوادث قلبی عروقی با کاهش خطر قلبی عروقی آن هاست.

**راهنمای پیشگیری ثانویه برای بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و سایر بیماری عروقی
آترواسکلروزی (انجمن قلب آمریکا/جامعه قلب آمریکا: ۲۰۰۶)**

عامل خطر	پیشنهادات مداخله ای
مصرف دخانیات:	برای تمام بیماران:
<p>هدف:</p> <p>-ترک کامل مصرف دخانیات -عدم مواجهه با دود دخانیات محیطی</p>	<p>- در هر ملاقات در باره مصرف دخانیات سوال کنید. -افرادی که دخانیات مصرف می کنند را به ترک تشویق کنید. -تمایل و آمادگی برای ترک را در فرد ارزیابی کنید. -بامشاوره و تهیه یک برنامه ترک به وی کمک کنید. -برنامه ای برای پیگیری،ارجاع به برنامه های خاص، یا دارودرمانی(شامل درمان با جایگزین نیکوتین و بوپروپیون) را ترتیب دهید. -به اجتناب از مواجهه با دود دخانیات محیطی در محل کار و منزل اصرار ورزید .</p>
کنترل فشارخون:	برای تمام بیماران:
<p>هدف:</p> <p>-رسیدن فشارخون به کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه یا کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه در صورتی که بیمار مبتلا به دیابت یا بیماری مزمن کلیوی باشد</p>	<p>-اصلاح شیوه زندگی یا حفظ آن را شروع کنید که شامل کنترل وزن،افزایش فعالیت بدنی، کاهش مصرف الکل، کاهش مصرف سدیم،و تاکید بر افزایش مصرف میوه های تازه،سبزیجات ، و محصولات لبنی کم چربی هستند.</p>
چربی خون:	برای تمام بیماران :
<p>مدیریت:</p> <p>هدف:</p> <p>-کلسترول ال دی ال را به کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر برسانید. -اگر تری گلیسیرید ها ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر هستند ،کلسترول غیر اچ دی ال باید کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد .</p>	<p>-درمان تغذیه ای را شروع کنید.مصرف چربی های اشباع را کاهش دهید(به کمتر از ۷٪از کل کالری)،اسیدهای چرب ترانس ، و کلسترول (به کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در روز) را کاهش دهید. -افزودن استاتول/استرول های گیاهی (۲ گرم در روز) و فیبر محلول (بیشتر از ۱۰ گرم در روز) و کلسترول LDL را بیشتر پایین می آورد. -فعالیت بدنی روزانه و مدیریت وزن را ارتقاء و بهبود بخشید. -افزایش مصرف اسیدهای چرب امگا ۳ را در فرم غذایی مانند ماهی یا فرم کپسول(۱ گرم در روز) برای کاهش خطر تشویق کنید.</p>
فعالیت بدنی:	
<p>هدف:</p> <p>انجام ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی،۷ روز در هفته(حداقل ۵ روز در هفته)</p>	<p>-برای تمام بیماران ،میزان خطر را با سابقه فعالیت بدنی /یا تست ورزش ارزیابی کنید تا به تجویز کمک کند. -برای تمام بیماران ، ۳۰ تا ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی هوازی با شدت متوسط توصیه کنید ،مانند پیاده روی تند،در اغلب و ترجیحا" تمام روزهای هفته ،که با افزایش فعالیت های روزانه شیوه زندگی همراه باشد(مانند،راه رفتن در زمان استراحت در محل کار،باغبانی،خانه داری) -فعالیت های قدرتی یا مقاومتی را به ۲ روز در هفته افزایش دهید. -برنامه های تحت نظارت پزشک را برای بیماران پرخطر(مانند بیمارانی که اخیرا" سندروم کرونری حاد یا پیوند عروق ،نارسایی قلبی داشته اند) توصیه کنید.</p>
مدیریت وزن:	
	<p>- در هر ملاقات نمایه توده بدنی/یا دور کمر را ارزیابی کنید و دائما" به کاهش وزن/حفظ وزن مطلوب از طریق ایجاد یک تعادل مناسب بین فعالیت بدنی ،دریافت کالری،و برنامه های رفتاری رسمی در صورت لزوم برای حفظ/دستیابی به نمایه توده بدنی بین ۱۸/۵ و ۲۴/۹ کیلوگرم بر متر</p>

مربع، تشویق کنید. - اگر دور کمر (بطور افقی دور سر لگن خاصره (کمرست ایلیاک) اندازه گیری شده باشد) ۳۵ اینچ و بیشتر (۸۸ سانتی متر) در زنان و ۴۰ اینچ و بیشتر (۱۰۲ سانتی متر) در مردان باشد، تغییر شیوه زندگی را شروع کنید و راهبردهای درمانی برای سندروم متابولیک را در صورت لزوم، در نظر بگیرید. - هدف اولیه درمان کاهش وزن باید تقریباً "کاهش ۱۰٪ وزن بدن پایه باشد. در صورت موفقیت، اگر در ارزیابی های بعدی و بیشتر ضرورت برای کاهش وزن باشد، برای کاهش وزن بیشتر تلاش شود.	
دیابت:	
مدیریت: هدف: HbA1c < 7%	- اصلاح شیوه زندگی و درمان دارویی را برای دستیابی به مقدار در حد طبیعی هموگلوبین گلیکوزیله شروع کنید. اصلاح شدید سایر عوامل خطر (مانند فعالیت بدنی، مدیریت وزن، کنترل فشارخون و مدیریت کلسترول طبق پیشنهاد مذکور در فوق شروع کنید. - با پزشک مراقبت های اولیه یا متخصص غدد برای مراقبت دیابتی هماهنگی انجام دهید.
واکسن انفلوانزا	
بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی باید واکسن انفلوانزا دریافت کنند.	

- بیمارانی که تحت پوشش این راهنما قرار می گیرند شامل بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلب و سایر بیماری عروقی آترواسکلروزی، شامل بیماری عروق محیطی، بیماری آئورت آترواسکلروزی، و بیماری های شریان کاروتید هستند. درمان بیمارانی که تنها خطر قلبی عروقی آن ها بیماری دیابت است موضوع بیانیه علمی انجمن قلب امریکا است و از این راهنما جدا هستند.
- ACE: داروی آنزیم های مبدل آنژیوتانسین
- کلسترول غیر اچ دی ال: کلسترول تام منهای کلسترول اچ دی ال
- زنان باردار و شیرده باید مصرف ماهی را به علت خطرات جیوه موجود در آن به حداقل برسانند.
- زمانی که داروهای کاهش دهنده کلسترول ال دی ال LDL-C مصرف می شود، حداقل باید ۳۰ تا ۴۰٪ کاهش در سطوح کلسترول LDL-C بدست آید.

هدف از کاربرد پیشنهادات زیر پیشگیری از عود حوادث قلبی عروقی با کاهش خطر قلبی عروقی آن هاست.

پیشنهاداتی* برای پیشگیری از عود حوادث بیماری عروق کرونر (حمله های قلبی) و بیماری عروق مغزی (سکته های مغزی)

توصیه های شیوه زندگی	
راهنمایی های جدی در خصوص اصلاح شیوه زندگی باید همراه با درمان دارویی ارائه شود.	
خطر کمتر از ۱۰٪	افرادی که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر کمی هستند. خطر کم به معنی بی خطر نیست. مدیریت محتاطانه با تمرکز بر شیوه زندگی پیشنهاد می گردد. ^۲
خطر ۱۰٪ تا کمتر از ۲۰٪	افرادی که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر متوسط حوادث عروقی کشنده یا غیر کشنده

هستند. هر ۶ الی ۱۲ ماه پایش پروفایل خطر انجام شود.	
افرادى که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر بالای حوادث عروقی کشنده یا غیر کشنده هستند. هر ۳ الی ۶ ماه پایش پروفایل خطر انجام شود.	۲۰٪ تا کمتر از ۳۰٪
افرادى که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر خیلی بالای حوادث عروقی کشنده یا غیر کشنده هستند. هر ۳ الی ۶ ماه پایش پروفایل خطر انجام شود.	۳۰٪ و بیشتر

^۱ غیر از افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر، بیماری عروق مغزی و عروق محیطی
^۲ اقدامات سیاسی که محیط های هدایت کننده برای ترک دخانیات ایجاد کند، انجام فعالیت بدنی و مشاوره برای رژیم غذایی سالم برای ارتقاء تغییرات رفتاری ضروری است. همه افراد از این شرایط سود می برند. این اقدامات برای افراد در معرض خطر کم در مقایسه با مشاوره فردی و رویکردهای درمانی می توانند یک اثر سلامتی با هزینه کمتری بگذارند.

توصیه های شیوه زندگی	
راهنمایی های جدی در خصوص اصلاح شیوه زندگی باید همراه با درمان دارویی ارائه شود.	
ترک دخانیات	
تمام افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر و یا بیماری عروق مغزی باید توسط کارکنان بهداشتی به ترک مصرف تشویق شوند و از تلاش آن ها حمایت شود. توصیه می گردد مصرف کنندگان سایر انواع مواد دخانی هم به ترک مصرف، تشویق شوند.	
درمان با جایگزین نیکوتین باید به افرادی که به مصرف حداقل ۱۰ نخ سیگار در روز یا بیشتر ادامه می دهند، افرادی که بطور مشخص وابستگی به نیکوتین دارند، ارائه شود. مصرف ضد افسردگی ها برای ترک دخانیات بطور معمول برای افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر و یا بیماری عروق مغزی پیشنهاد نمی شود. افراد غیرسیگاری مبتلا به بیماری عروق کرونر و یا بیماری عروق مغزی حد الامکان باید از دود سیگار دست دوم و محیط های حاوی دود سیگار دوری کنند.	

تغییرات غذایی	
تمام افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر و یا بیماری عروق مغزی باید برای پذیرش یک الگوی رژیم غذایی که احتمالاً "خطر عود بیماری عروقی را کاهش می دهد تحت راهنمایی قرار گیرند. مصرف کل چربی باید به کمتر از ۳۰٪ از کل کالری برسد. چربی های اشباع باید به کمتر از ۱۰٪ از کل کالری برسند. دریافت اسیدهای چرب ترانس باید به حداقل ممکن برسد یا حذف شود و اغلب چربی های غذایی باید از نوع چربی های غیر اشباع چند زنجیره ای (تا ۱۰٪ از کل کالری) یا از نوع غیر اشباع تک زنجیره ای باشند. (۱۰ تا ۱۵٪ کل چربی). تمام افراد به شدت باید برای کاهش مصرف نمک روزانه به حداقل یک سوم و در صورت امکان به کمتر از ۵ گرم در روز یا کمتر از ۹۰ میلی مول در روز تشویق شوند. تمام افراد باید به مصرف حداقل ۴۰۰ گرم در روز از میوه و سبزی و غلات کامل تشویق شوند.	
فعالیت بدنی	
فعالیت بدنی منظم با شدت سبک تا متوسط برای تمام افرادی که در دوره نقاهت از حوادث عروق کرونر (از جمله پیوند عروق کرونر) پیشنهاد می شود. برنامه های تحت نظارت تمرینات باید در صورت امکان و عملی بودن برای تمام افرادی که در دوره نقاهت از حوادث عروق کرونر و عروق مغزی هستند، ارائه شود.	

کنترل وزن
در بیماران قلبی عروقی که اضافه وزن دراند یا چاق هستند باید از طریق کاهش مصرف انرژی رژیم غذایی (مشاوره غذایی) و افزایش فعالیت بدنی برای کاهش وزن راهنمایی شوند.
مصرف الکل
افرادى که بیش از ۳ واحد الکل ^۳ در روز مصرف می کنند، باید به کاهش مصرف تشویق شوند. ^۳ یک واحد الکل برابر با نصف پیمانه آبجو یا بیشتر برای (۵٪ الکل)، ۱۰۰ میلی لیتر شراب (۱۰٪ الکل)، ۲۵ میلی لیتر اسپیریت (۴۰٪ الکل) است.

سیمای بالینی فشارخون بالای بدخیم

علائم	سردرد، تاری دید، تهوع، استفراغ، لتارژی، درد قفسه سینه، تنگی نفس، سرگیجه، تغییرات خلقی و روانی، البگوری
نشانه های جسمی	افزایش ناگهانی فشارخون (فشارخون دیاستول غالباً "بیشتر از ۱۲۰ میلیمتر جیوه) معاینه چشم: ادم پایلوما، هموراژی رتین شعله ای شکل، اگزودای نرم نشانه های نارسایی احتقانی قلبی و ادم ریه نقص های عصبی

۱- مرحله اول برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

اجرای این مرحله شامل طراحی و اجرای مداخلات کاهش عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی است. **حیطه مداخله:** پیشگیری از عوامل خطر بیماری کرونر قلب در جامعه عمومی و ارتقاء رفتارها و عادات بهداشتی

این بخش برای مبارزه با عوامل خطر قلبی عروقی شامل مصرف دخانیات، چاقی، عوامل اجتماعی اقتصادی، و ارتقاء تغذیه سالم و فعالیت بدنی مناسب است.

اثر بخشی مداخلات مبتنی بر جامعه

مجموعه ای از مداخلات مبتنی بر شواهد علمی که بطور بالقوه برای سلامت همگانی با توجه به اهداف تغذیه ای و فعالیت بدنی بسیار مفید هستند وجود دارد. سازمان جهانی بهداشت در گزارش سالانه ۲۰۰۲ خود نشان می دهد بیماری های قلبی عروقی نه تنها بیماری کشورهای غربی بلکه بیماری کشورهای در حال توسعه هستند و پیشنهاد می کند کشورها به مداخلات مبتنی بر جامعه به عنوان هزینه اثربخش ترین راهبرد، مانند کاهش نمک در غلات، کاهش چربی در رژیم غذایی، ارتقاء فعالیت بدنی، ترویج مصرف میوه و سبزی و کاهش شیوع مصرف دخانیات الویت بخشند. این گزارش بیان می کند در کشورهای توسعه یافته ۷ مورد از ۱۰ عامل خطر اولویت دار که سبب بروز اکثر بیمای ها می شوند، شامل همان عوامل خطر بیماری قلبی عروقی هستند که در کشورهای در حال توسعه با میزان مرگ کم ۶ مورد و در کشورهای در حال توسعه با میزان مرگ بالا ۳ مورد از ۱۰ مورد می باشد.

نمونه هایی از مداخلات جمعیتی

مطالعه سه جامعه در استانفورد در امریکا بین سال های ۱۹۷۲ و ۱۹۷۵ در دو شهر در کالیفرنیا شمالی با جمعیتی حدود ۲۷۰۰۰ نفر از ساکنین در مقایسه با جامعه کنترل با ۱۵۰۰۰ ساکن انجام شد. این مداخله شامل بسیج چند عاملی برای مقابله با عوامل خطر قلبی عروقی بود که اساساً "مبتنی بر رسانه های همگانی شامل تلویزیون، رادیو و مطالب چاپی بود که در میان جمعیت توزیع شده بود. نتایج این مطالعه کاهش مهم و معنی داری در عوامل خطر بیماری قلبی عروقی مانند چاقی، مصرف دخانیات، کلسترول و فشارخون بالا نشان داد.

مطالعه کارلیای شمالی در فنلاند از سال ۱۹۷۲ در دو منطقه شرق کشور که مرگ بالایی ناشی از بیماری کرونر قلب داشتند، شروع شد. کارلیای شمالی منطقه مداخله و کوپو منطقه رفرانس و شاهد بود. برنامه های جمعیتی زیادی از طریق رسانه های همگانی در کارلیای شمالی با هدف کاهش کلسترول، فشارخون و مصرف سیگار در جمعیت اجراء شد. هر ۵ سال مطالعه ای برای پایش عوامل خطر در هر دو جامعه از ۱۹۷۲ تا ۱۹۹۲ اجراء شد. ارزیابی اثر مداخله در کارلیای شمالی با مجموعه ای از تغییرات مشاهده شده در کاهش عوامل خطر و میزان مرگ در کارلیای شمالی همراه بود. حقیقت این است که راهبرد ملی متشکل از پیشگیری، ارتقاء سلامت در سطح جامعه و دسترسی به درمان دارویی

به ۶۰٪ کاهش مرگ طی سال های ۱۹۷۰-۱۹۹۲ منجر شد. این مطالعه به طراحی مدل های مداخلات جمعیتی منجر شد که در سایر کشورها بکار گرفته شد.

استانداردها

۱- کاهش شیوع عوامل خطر و بروز بیماری عروق کرونر و ارتقاء شیوه زندگی سالم در جمعیت

اهداف

مصرف دخانیات

- ۱- تاخیر در متوسط سن شروع مصرف دخانیات به بالای ۱۴ سال در دوره ۵ ساله
- ۲- کاهش شیوع مصرف دخانیات در بین نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۵ سال به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۳- افزایش شیوع جمعیت مصرف کننده دخانیات که ترک کرده اند به بیش از ۱۰٪ افراد مصرف کننده دخانیات در یک دوره ۵ ساله
- ۴- کاهش شیوع مصرف دخانیات در بین جمعیت ۳۰ سال و بالاتر به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله (شامل کاهش شروع مصرف و افزایش ترک مصرف می شود)

چاقی

- ۱- افزایش شیوع جمعیتی که ۵ بار یا بیشتر در روز از میوه و سبزی در رژیم غذایی خود استفاده می کنند به بیش از ۵۰٪ وضعیت موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۲- کاهش مصرف انرژی ناشی از چربی (کمتر از ۱۰٪ از چربی های اشباع و کمتر از ۲٪ از چربی های ترانس) به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۳- کاهش مصرف نمک (کمتر از ۶ گرم در روز) به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۴- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۵- افزایش میانگین تعداد واحد مصرف میوه و سبزی در روز به بیشتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۶- افزایش شیوع جمعیت مصرف کننده حداقل ۵ واحد میوه و سبزی در روز به بیشتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله

فعالیت بدنی

- ۱- افزایش متوسط سوخت انرژی در فعالیت بدنی به ۱۹۰۰ کیلوکالری در جمعیت بین ۳۰ تا ۷۴ سال. (به ۲۰۰۰ کالری در هفته در جمعیت بین ۱۰ تا ۲۵ سال) در یک دوره ۵ ساله
- ۲- افزایش درصد جمعیت بین ۱۰ تا ۲۵ سال که فعالیت بدنی را به شکل ورزش در اوقات فراغت خود اجراء می کنند به ۵۰٪ و در جمعیت بین ۳۰ و ۷۴ سال به ۳۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۳- افزایش متوسط میزان فعالیت بدنی بر حسب مت MET به بیشتر از ۱۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۴- افزایش شیوع جمعیت ۳۰ سال و بالاتر فعال (۶۰۰ مت و بیشتر به ازای دقیقه در هفته) در حین کار، رفت و آمد و اوقات فراغت

به بیشتر از ۱۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله

عوامل روانی اجتماعی

۱- کاهش مواجهه با عوامل روانی اجتماعی در محل کار

➤ بعضی از اطلاعات مورد نیاز برای اهداف فوق در دسترس نیست و در برنامه ارزشیابی آینده باید پیش بینی گردد.

اقدامات

۱- پیشگیری از مصرف دخانیات: حمایت از طرح پیشگیری و کنترل مصرف دخانیات
-افزایش اطلاعات جمعیت در خصوص اثرات مصرف دخانیات بر سلامتی هم برای سیگاری ها و هم افراد در معرض دود دخانیات، ترویج بسیج های اطلاع رسانی ارتقاء دهنده مطابق با گروه های جمعیتی خاص و مطابق با سن، جنس و نقش

۲- پیشگیری از چاقی و حفظ و تشویق پیروی از الگوی مدیترانه ای سلامت قلب

-ارائه برنامه رژیم غذایی مناسب
-همکاری با کارشناسان تغذیه در تیم سلامت پزشک خانواده
-ارائه برنامه فعالیت بدنی مناسب

۳- پیشگیری از شیوه زندگی کم تحرک

-ترویج فعالیت بدنی در اوقات فراغت

پیشنهادات برای کاهش عوامل خطر

-مصرف کمتر از ۱۰٪ کالری در رژیم غذایی از چربی های اشباع و کمتر از ۲٪ کالری از اسیدهای چرب ترانس
-مصرف بیش از ۴۰۰ گرم در روز میوه و سبزی
-مصرف کمتر از ۶ گرم در روز نمک (در بیماران مبتلا به فشارخون بالا و بیماری قلبی عروقی کمتر از ۵ گرم توصیه می شود.)
-حفظ وزن و دستیابی به نمایه توده بدنی کمتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع
-سطح فعالیت بدنی که معادل ۳۰ دقیقه در روز فعالیت متوسط یا ۲۰ دقیقه در روز فعالیت شدید در اکثر روزهای هفته است، و مطابق با ظرفیت هر فرد می باشد.
اعتقاد بر این است که شیوه زندگی نادرست از خود بیماری یا زمینه ژنتیکی علت مهمتری است و مهمتر این که بیشتر قابل اصلاح است.

۲- مرحله دوم برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

شناسایی و مراقبت بیماری فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون

در این مرحله از برنامه قلب و عروق که در حوزه وظایف وزارت بهداشت است، هدف شناسایی و ثبت بیماران مبتلا به بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی (شامل فشارخون بالا و اختلال چربی خون) و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی مراقبت و درمان بیماران برای دستیابی به هدف کنترل بیماری های فشارخون بالا و اختلال چربی خون است.

در ابتدا گروه هدف که شامل بیماران تشخیص داده شده مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون هستند از طریق فراخوان برای مراجعه به مراکز تعیین شده (واحد دیابت/خانه های بهداشت) دعوت می گردند و پس از تایید بیماری تحت مراقبت قرار می گیرند.

شناسایی افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی (یعنی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و بیماران مبتلا به اختلال چربی خون) در روستا و شهر به صورت **غیر فعال** انجام می شود.

این مرحله مستقل از مرحله اول در تمام دانشگاه های علوم پزشکی اجراء خواهد شد و کلیه شهرها می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

طول مدت مرحله دوم

برای اجرای این مرحله **شش ماه** در نظر گرفته شده است.

حیطه مداخله: شناسایی، مراقبت و درمان بیماران مبتلا به فشارخون بالا یا اختلال چربی خون

با توجه به شیوع بالای بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن و این حقیقت که در ورود به نظام سلامت عمومی در کشور تشخیص، درمان و پایش ترجیحا" در سطح مراقبت های اولیه بهداشتی با توجه به دسترسی به آن، در آن سطح رخ می دهد، مؤثرترین راه شناسایی عوامل خطر در جمعیت، استفاده از یک راهبرد فرصت طلبانه، بر مبنای استفاده از مزیت های چندگانه ملاقات ها و مشاوره های فردی افراد مراجعه کننده به خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی است.

استاندارد ها

برای تمام افراد مبتلا به بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون، باید مراقبت و درمان استاندارد انجام شود.

اهداف

۱- بیمار مبتلا به بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون و دارای سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (مصرف دخانیات، دیابت و چاقی) باید بطور مناسب شناسایی و تعیین و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.

۲- تمام افراد باید سابقه بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی) بطور مناسب تعیین و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.

۳- **خطر قلبی عروقی فردی که عوامل خطر قلبی عروقی در او مشخص و تعیین شده است و فردی که هنوز علائمی را نشان نداده است، باید محاسبه و ارزیابی شود و بر حسب سطح خطر وی مداخلات کنترلی عوامل خطر و کاهش خطر قلبی عروقی لازم و ضروری به وی پیشنهاد و ارائه شود.**

۴- بیمار مبتلا به بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون و دارای سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (مصرف دخانیات، دیابت و چاقی) باید بطور مناسب تحت مراقبت و درمان قرار گیرد و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.

اقدامات

- الویت دادن به همه فعالیت های مرتبط با پیشگیری از بیماری قلبی عروقی و ثبت آن ها در مراکز بهداشتی درمانی و در تیم مراقبت های اولیه سلامت
- ادغام فعالیت هایی که هدف آن ها بیماران دارای خطر بالای قلبی عروقی است در پروفایل خدمات مراکز بهداشتی درمانی و در خدمات تیم مراقبت های اولیه سلامت

اقدامات برای هدف ۱

- یادآوری و ثبت بیماران شناخته شده قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی)، که از طریق گزارش بالینی مربوطه مستند شده است
- زمانی که نظام محاسبه خطر قلبی عروقی پذیرفته شد، یک بخش خاص در تاریخچه یا سابقه بیماری برای محاسبه خطر و ثبت میزان خطر در نظر گرفته خواهد شد.

اقدامات برای هدف ۲

- برای شناسایی و ثبت عوامل خطر راهبرد فرصت طلبانه پیشنهاد می شود، که بر اساس استفاده از فراخوان و اطلاع رسانی و مزیت ملاقات و دلایل چندگانه برای مشاوره افراد در خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی است و اساساً در خدمات بهداشتی اولیه قرار گرفته است.
- ثبت سابقه بیماری قلبی عروقی زودرس در افراد درجه یک خانواده (والدین، خواهر و برادر) قبل از ۵۵ سالگی در مردان و قبل از ۶۵ سالگی در زنان

- مصرف دخانیات:

- ثبت سابقه مصرف دخانیات هر دو سال یک بار در افراد بالای ۳۰ سال (در واقع ۱۲ سال به بالا)

- فشارخون بالا:

- ثبت سابقه فشارخون بالا در افراد درجه یک خانواده و در تاریخچه سلامتی خود فرد.
- تمام افرادی که داروی کاهش دهنده فشارخون مصرف می کنند، بدون توجه به میزان فشارخون در زمان خاص باید به عنوان بیمار فشارخونی در نظر گرفته شوند.
- تمام بیماران فشارخونی باید یک ارزیابی کامل از نظر اتیولوژی، شدت و مشکلات داخلی شوند.

- دیابت:

- باید بدون توجه به مقدار قند خون در شرایط حاضر و بر اساس تحت درمان دارویی بودن، تایید شود.

- اختلال چربی خون:

- سابقه بیماری اختلال چربی خون در افراد درجه یک خانواده باید ثبت شود.
- ابتلای فرد باید بدون توجه به مقادیر چربی خون در شرایط حاضر و بر اساس تحت درمان دارویی بودن، تایید شود.

-در غیاب سایر عوامل خطر (سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، مصرف دخانیات، فشارخون بالا، دیابت و چاقی) فقط چربی خون کلسترول تام ارزیابی و ثبت می شود.

-اگر سایر عوامل خطر قلبی عروقی شناسایی شوند، پروفایل چربی کامل باید اندازه گیری شود (کلسترول تام، تری گلیسیرید و ال دی ال) (در صورت تری گلیسیرید کمتر از **۴۰۰ میلی گرم** در دسی لیتر بر مبنای محاسبه با فرمول فریدوال)، اچ دی ال،).

-اگر فقط کلسترول تام در طی شناسایی ارزیابی شود و مقدار آن **۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر** و بیشتر باشد لازم است حتماً پروفایل کامل چربی خون ارزیابی شود. اگر پروفایل کامل چربی خون در طی شناسایی انجام شود، اگر مقدار **کلسترول تام ۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر** و بیشتر باشد، یا **کلسترول اچ دی ال کمتر از ۴۰ یا تری گلیسیرید ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر** و بیشتر باشد، باید تکرار شود. ارزیابی دوم باید بین یک هفته تا دو ماه بعد از اولین آزمایش انجام شود. میزان متوسط هر دو آزمایش باید در تاریخچه بیماری به عنوان مرجعی برای مداخلات درمانی ثبت شود.

-چاقی:

-قد و وزن باید در سوابق فرد ثبت شود و نمایه توده بدنی بر اساس فرمول $\text{قد}^2(\text{cm})/\text{وزن}(\text{kg})$ محاسبه شود. بیمار باید با پای برهنه و با شرایط استاندارد اندازه گیری شود.

-در بزرگسالان اگر نمایه توده بدنی ۲۵ تا ۲۹/۹ کیلوگرم بر متر مربع باشد، اضافه وزن و اگر ۳۰ و بیشتر باشد چاق محسوب میشود.

اقدامات برای هدف ۳

-**ارزیابی و طبقه بندی خطر قلبی عروقی در فرد:** این ارزیابی در افرادی انجام می شود که سابقه بیماری قلبی شناخته شده (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی) و حضور عوامل خطر قلبی عروقی (سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، مصرف دخانیات، فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت و چاقی) ندارند. از یک روش کمی برای محاسبه خطر قلبی عروقی استفاده می شود. این جدولی که استفاده می شود برگرفته از بررسی فرامینگهام و تطبیق داده شده برای کشورهای آسیایی است.

خطر قلبی عروقی برای یک فرد خاص به شکل زیر طبقه بندی می شود.

- **خطر قلبی عروقی بالا و خیلی بالا:** حضور عوامل خطر: این خطر به معنی احتمال ۲۰٪ و بیشتر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده است.
- **خطر قلبی عروقی متوسط:** حضور عوامل خطر: این خطر به معنی احتمال بین ۱۰٪ تا ۲۰٪ ابتلاء به بیماری قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده است.
- **خطر قلبی عروقی کم:** هیچ عامل خطری وجود ندارد (مصرف دخانیات، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی): این خطر به معنی احتمال کمتر از ۱۰٪ ابتلاء به بیماری قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده است.

اقدامات

الف- افراد با خطر قلبی عروقی متوسط و بالا: پیشنهادات پیشگیرانه یا درمانی برای اهداف هماهنگ، اهداف درمانی در زیر خلاصه شده است.

- ۱- **اگر بیمار دخانیات مصرف می کند:** درمان باید شامل جنبه های زیر باشد:
 - توضیح مفصل خطرات مصرف دخانیات و اطلاعات روشن در خصوص منافع ترک دخانیات.
 - توضیح مختصر در هر جلسه ملاقات در خصوص منع مصرف دخانیات از زمان شناسایی
 - حمایت روانی و درمان دارویی (بوپروپیون و درمان جایگزین با نیکوتین) در صورت مقتضی
- ۲- **اگر بیمار مبتلا به فشارخون بالا است:** راهنمایی و درمان شود تا به کنترل مناسب فشارخون در بیمار دست یابد و بعد آن را حفظ کند (کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه)
 - با توجه به درمان فشارخون (دارویی یا غیردارویی)، درمان فشارخون بالا یا باید شروع شود یا ادامه یابد تا به کنترل مناسب و کافی فشارخون در بیمار دست یافت.
 - درمان غیردارویی باید در تمام بیماران حفظ و تقویت شود، حتی اگر تحت درمان دارویی باشند.
 - درمان دارویی باید با توجه به بیماری های همراه برای هر فرد بطور مستقل تجویز شود.
 - بطور کلی هر گروه دارویی می تواند استفاده و تجویز شود، دیورتیک های تیازیدی کم دوز اولین مرحله از درمان کاهنده فشارخون هستند.
 - تمام بیماران باید بطور مناسب از عوارض جانبی احتمالی دارو ها و اهمیت پیگیری درمان بطور صحیح و نیز منافع کنترل فشارخون مطلع و آگاه شوند.
- ۳- **اگر بیمار مبتلا به اختلال چربی خون است:** اگر وجود اختلال چربی خون بررسی شود و فرد تحت درمان دارویی یا غیر دارویی باشد، درمان کاهش دهنده چربی خون یا باید شروع شود یا ادامه یابد تا به اهداف تعیین شده در بیمار دست یافت.
 - اقدامات غیردارویی (رژیم غذایی، کاهش وزن و فعالیت بدنی) باید در تمام بیماران دارای اختلال چربی خون حفظ و تقویت شود. چه تحت درمان باشند و چه تحت درمان نباشند.
 - بطور کلی گروه دارویی که بیشتر توصیه شده است استاتین ها هستند، گرچه رزین های یونی و فیبرات ها نیز مورد استفاده قرار می گیرد. توصیه های رژیم های غذایی، اصلاح شیوه زندگی و داروهای کاهش دهنده چربی خون برای دستیابی به هدف غلظت سرمی ال دی ال کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر در بیماران دارای خطر بالای بیماری قلبی عروقی و ال دی ال کمتر از ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر در بیماران دارای خطر متوسط بیماری قلبی عروقی می تواند تجویز شود.
- ۴- **اگر بیمار مبتلا به دیابت است:** کنترل سخت فشارخون (کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه)، قند خون (هموگلوبین گلیکوزیله کمتر از ۷٪)، کلسترول تام و ال دی ال توصیه می شود.
 - چهار جزء درمان (رژیم غذایی، فعالیت بدنی، دارو ها و خود ارزیابی) باید فردی سازی شود و با خصوصیات هر بیمار مطابقت داده شود. در صورت عدم دستیابی به اهداف درمانی باید درمان مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد.
- ۵- **اگر بیمار چاق است (نمایه توده بدنی ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع و بیشتر):** یک رویکرد درمانی جامع مطابق با خصوصیات بیمار در نظر گرفته می شود. این رویکرد شامل رژیم غذایی، تمرینات جسمی، و اصلاح رفتارهای تغذیه ای، و در صورت لزوم درمان دارویی و یا جراحی است.
 - مداخله در چاقی باید برای دست یابی به تعادل انرژی منفی انجام شود: کاهش مصرف و افزایش سوخت کالری.

یک رژیم غذایی کم کالری رکن اساسی درمان است. استفاده از داروها (اورلیستات یا سیپروتیرامین) در صورت عدم دستیابی به هدف در طی ۶ ماه در بیماران چاق یا دارای نمایه توده بدنی **۲۷ کیلوگرم بر متر مربع** همراه با بیماری های همراه مدنظر قرار می گیرد. در مورد چاقی شدید (نمایه توده بدنی **۳۵ کیلوگرم بر متر مربع و بیشتر**) کارکنان بهداشتی ممکن است ارجاع بیمار به یک متخصص را در نظر بگیرند.

۳- مرحله سوم برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

در شهرهایی که تحت پوشش پزشک خانواده نیستند، نحوه اجرای مرحله دوم و سوم برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی با روشی که در مناطق روستایی انجام می شود به علت ویژگی های ساختاری، دسترسی به افراد تحت پوشش، منطقه فیزیکی و دسترسی به بخش های خصوصی، تا حدودی متفاوت خواهد بود، اما اهداف برنامه در هر دو منطقه مشابه است.

روش ثبت مشخصات افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده در شهرها (واحد دیابت) جهت غربالگری، مراقبت و درمان بیماران و افراد ارائه دهنده خدمات، روش گزارش دهی و جمع آوری اطلاعات و محل ارائه خدمات با آنچه در مناطق روستایی اجرا می شود، متفاوت است. اما دستورالعمل های غربالگری، بیماریابی، مراقبت و راهنماهای ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون و بیماری قلبی عروقی در دو منطقه مشابه خواهد بود.

در روستاها شناسایی، آموزش، مراقبت و درمان بیماران در خانه های بهداشت و توسط تیم سلامت انجام خواهد شد. در شهرها شناسایی، آموزش، مراقبت و درمان بیماران در مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده (واحدهای دیابت/پایگاه های تندرستی) انجام خواهد شد و حسب ساختار و امکانات و تجهیزات تامین شده، اغلب خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز در این مکان ارائه خواهد شد.

بیماران نیازمند خدمات تخصصی توسط پزشک یا پزشکان عمومی دوره دیده این واحد یا مراکز بهداشتی درمانی روستایی به سطح بالاتر که کلینیک های تخصصی (مرکز ویژه قلب و عروق) و بیمارستان ها هستند، ارجاع خواهند شد.

همچنین نظام گزارش دهی در بعضی مناطق مبتنی بر کاغذ و در بعضی بر اساس نرم افزار ثبت طراحی شده خواهد بود.

غربالگری و مراقبت عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر)

در این مرحله از برنامه قلب و عروق نیز که در حوزه وظایف وزارت بهداشت است، شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی از طریق غربالگری و بیماریابی انجام می گیرد و مراقبت های بهداشتی که در خدمات بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده ادغام شده است، در قالب فعالیت های تیم سلامت اجراء خواهد شد.

با توجه به اجرای برنامه پزشک خانواده در روستاها و شهرها و تکمیل بسته خدمتی پزشک خانواده بر مبنای دستورالعمل اجرایی و علمی برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی، این برنامه با استفاده از تیم سلامت پزشک خانواده قابل اجراء خواهد بود. در حال حاضر در مناطق روستایی که پوشش پزشک خانواده تقریباً کامل است، این برنامه قابلیت اجرایی دارد. بعد از گسترش برنامه پزشک خانواده به شهرهای بزرگتر، این برنامه در تمام شهرها نیز قابل اجراء خواهد بود. با پوشش کامل برنامه پزشک خانواده، غربالگری افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی در روستا و شهر به صورت **فعال** اجراء خواهد شد.

در شهرهایی که تحت پوشش پزشک خانواده نیستند، نحوه اجرای برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی با روشی که در مناطق روستایی انجام می شود تا حدودی متفاوت خواهد بود. غربالگری افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی در این شهرها به صورت **غیر فعال** انجام می شود.

از آنجا که گروه هدف در برنامه غربالگری بیماری دیابت افراد ۳۰ سال و بالاتر هستند، لذا غربالگری در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی نیز برای هماهنگی با این برنامه در گروه ۳۰ سال و بالاتر بطور همزمان اجراء خواهد شد و بیماران شناسایی شده مطابق با پروتکل ها و دستورالعمل های برنامه های مربوطه (قلب و عروق، فشارخون، اختلال چربی خون، اضافه وزن، چاقی و دیابت) تحت مراقبت و درمان قرار خواهند گرفت. بدیهی است این مرحله مستقل از مرحله اول و پس از اجرای مرحله دوم در تمام دانشگاه های علوم پزشکی اجراء خواهد شد.

طول مدت مرحله سوم

بعد از شناسایی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و بیماران مبتلا به اختلال چربی خون و ساماندهی مراقبت این بیماران، قدم بعدی شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران تشخیص داده نشده از طریق غربالگری و بیماریابی است. با توجه به غیرفعال بودن برنامه غربالگری در شهرها، مدت زمان محدودی برای غربالگری و بیماریابی عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی و بیماری دیابت نمی توان تعیین کرد، اما برای پایش برنامه و پوشش حداکثری جمعیت منطقه، مدت زمان مرحله غربالگری و بیماریابی در مناطق روستایی و در شهرها **یک سال** تعیین خواهد شد.

حیطه مداخله: شناسایی، تشخیص و درمان بیماران دارای عوامل خطر بیماری ایسکمیک قلبی

الویت های پیشگیری از بیماری قلبی عروقی در گروه های هدف به ترتیب اهمیت زیاد تا کم شامل زیر است:

- ۱- افراد دارای بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی)
 - ۲- افراد بدون بیماری قلبی عروقی اما دارای خطر بالای ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده
 - ۳- افراد بدون بیماری قلبی عروقی اما دارای خطر متوسط قلبی عروقی و حداقل یک عامل خطر
 - ۴- افراد بدون بیماری قلبی عروقی اما دارای خطر کم قلبی عروقی و بدون عامل خطر
- با توجه به شیوع بالای بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن و این حقیقت که در ورود به نظام سلامت عمومی در کشور تشخیص، درمان و پایش ترجیحاً " در سطح مراقبت های اولیه بهداشتی با توجه به دسترسی به آن، در آن سطح رخ می دهد، مؤثرترین راه شناسایی عوامل خطر در جمعیت، استفاده از یک راهبرد فرصت طلبانه، بر مبنای استفاده از مزیت های چندگانه ملاقات ها و مشاوره های فردی افراد مراجعه کننده به خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی است.

استاندارد ها

- هر فرد باید از مقادیر عوامل خطر قلبی عروقی خود مطلع باشد .
- هر فرد ۳۰ سال و بالاتر باید از میزان احتمال خطر بروز بیماری قلبی عروقی خود که توسط کارکنان بهداشتی ارزیابی شده است، مطلع باشد.
- برای تمام افراد دارای خطر متوسط و بالای ابتلاء به بیماری قلبی عروقی، پیشگیری باید انجام شود.

اهداف

- ۱- در تمام افراد باید سابقه بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی) بطور مناسب تعیین و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.
- ۲- بیمار دارای عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (مصرف دخانیات، فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت و چاقی) باید بطور مناسب شناسایی و تعیین و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.
- ۳- خطر قلبی عروقی فردی که عوامل خطر قلبی عروقی در او مشخص و تعیین شده است و فردی که هنوز علائمی را نشان نداده است، باید محاسبه و ارزیابی شود و بر حسب سطح خطر وی مداخلات کنترلی عوامل خطر و کاهش خطر قلبی عروقی لازم و ضروری به وی پیشنهاد و ارائه شود

اقدامات

- الویت دادن به همه فعالیت های مرتبط با پیشگیری از بیماری قلبی عروقی و ثبت آن ها در مراکز بهداشتی درمانی و در تیم مراقبت های اولیه سلامت
- ادغام فعالیت هایی که هدف آن ها بیماران دارای خطر بالای قلبی عروقی است در پروفایل خدمات مراکز بهداشتی درمانی و در خدمات تیم مراقبت های اولیه سلامت

اقدامات برای هدف ۱

مشابه مرحله ۲

اقدامات برای هدف ۲

- برای شناسایی و ثبت عوامل خطر راهبرد فرصت طلبانه پیشنهاد می شود، که بر اساس استفاده از مزیت ملاقات و دلایل چندگانه برای مشاوره افراد در خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی است و اساساً " در خدمات بهداشتی اولیه قرار گرفته است.

- ثبت سابقه بیماری قلبی عروقی زودرس در افراد درجه یک خانواده (والدین، خواهر و برادر) قبل از ۵۵ سالگی در مردان و قبل از ۶۵ سالگی در زنان

- مصرف دخانیات:

مشابه مرحله ۲

- فشارخون بالا:

- ثبت سابقه فشارخون بالا در افراد درجه یک خانواده و در تاریخچه سلامتی خود فرد.
- تمام افرادی که داروی کاهش دهنده فشارخون مصرف می کنند، بدون توجه به میزان فشارخون در زمان خاص باید به عنوان بیمار فشارخونی در نظر گرفته شوند.

- اندازه گیری فشارخون باید حداقل یک بار قبل از ۱۴ سالگی، و بین ۱۴ تا ۴۰ سالگی هر ۵ سال و بعد از ۴۰ سالگی هر ۲ سال اندازه گیری شود. اما در این برنامه هر سه سال توصیه می شود.

- اگر فشارخون بین ۸۵-۱۳۹/۸۰-۱۳۰ باشد باید سالی یکبار اندازه گیری شود.
- اگر فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد فشارخون بالا باید در چندین موقعیت و روزهای مختلف اندازه گیری و تایید شود. متوسط فشارخون باید در نظر گرفته شود و اگر فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد

بیماری فشارخون بالا تایید می شود. در بعضی موارد لزوم فشارخون از طریق امبولاتوری (خود اندازه گیری و پایش فشارخون توسط فرد) انجام می شود. اگر کمتر از ۱۳۵/۸۵ باشد به عنوان طبیعی در نظر گرفته می شود.
- تمام بیماران فشارخونی باید یک ارزیابی کامل از نظر اتیولوژی، شدت و مشکلات داخلی شوند.

-دیابت:

مشابه مرحله ۲

- اختلال چربی خون :

مشابه مرحله ۲

-چاقی:

مشابه مرحله ۲

در بزرگسالان توصیه میشود اولین بار در سن ۲۰ سالگی نمایه توده بدنی ارزیابی شود و هر سال محاسبه آن تکرار شود.

اقدامات برای هدف ۳

مشابه مرحله ۲

وظایف پرستار

در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری

قلبی عروقی

در واحد دیابت در مناطق شهری

(مرحله اول)

وظایف پرستار در برنامه طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در

مناطق شهری

۱- اجرای برنامه های مداخلاتی کاهش عوامل خطر بیماری قلبی عروقی طراحی شده توسط مرکز بهداشت شهرستان/دانشگاه

(مرحله دوم)

وظایف پرستار در برنامه شناسایی و مراقبت بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون در

واحد دیابت/پایگاه تندرستی در مناطق شهری

۱- شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون

۲- ارجاع به پزشک

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۴- آموزش

۵- ثبت اطلاعات

۱- شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون

برای شناسایی افراد مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون ، لازم است موارد زیر اجراء شود:

- استفاده از اطلاعات نرم افزار ثبت نتایج آزمایشگاهی برای شناسایی بیماران مراجعه کننده به آزمایشگاه ها (آزمایشگاه لیست مشخصات افراد دارای اختلال چربی خون را به مرکز بهداشت ارسال کند)

- آزمایشگاه ها می توانند در زمینه اطلاع رسانی (بروشورهای حاوی اطلاعات واحد های دیابت منطقه/مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری) به افرادی که دارای قند خون بالا و یا اختلال چربی خون هستند همکاری نمایند و بیماران را به واحد های دیابت یا مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری منطقه ارجاع دهند.

- یکی دیگر از راه های شناسایی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون فراخوان و اطلاع رسانی همگانی در منطقه تحت پوشش واحد دیابت است. در این اطلاع رسانی از افرادی که از بیماری خود مطلع هستند دعوت می گردد به واحد دیابت مراجعه کنند و تحت مراقبت و قرار گیرند.

- ثبت مشخصات افراد بیمار طبق راهنما در " پرونده ثبت ، غربالگری و مراقبت افراد در معرض خطر یا

مبتلا به بیماری قلبی عروقی در واحد دیابت "

- اندازه گیری فشارخون ، وزن و قد و تعیین نمایه توده بدنی (طبق نمودار و دستورالعمل پیوست یا فرمول)

- بررسی وجود سایر عوامل خطر ساز و بیماری های زمینه ساز در فرد مانند مصرف دخانیات ، وضعیت تغذیه (الگوی رژیم غذایی) ، فعالیت بدنی ، چاقی ، دیابت ، بیماری قلبی عروقی

- بررسی سابقه ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی ، فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت

بررسی وجود عوامل خطر ساز و بیماری های زمینه ساز در خانواده (سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، سکتة قلبی و مغزی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی)

➤ توجه: ابتلاء به بیماری فشارخون بالا یا اختلال چربی خون باید به تایید پزشک رسیده باشد و یا بیمار تحت درمان باشد.

۲- ارجاع به پزشک

بیماری فشارخون بالا

الف- اگر فرد مبتلا به فشارخون بالا تحت درمان باشد :

۱- "پرونده مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او در پرونده یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد. این پرونده به صورت یک برنامه نرم افزاری است.

۲- اگر فشارخون بیمار کنترل شده باشد (کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه)، نیاز به ارجاع فرد نیست ولی به عنوان یک بیمار مبتلا به فشارخون بالا (و هم چنین فرد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی) باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد.

۳- اگر فرد مبتلا به فشارخون بالا و تحت درمان باشد، ولی فشارخون وی تحت کنترل نباشد (۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر)، باید برای بررسی و ارزیابی فشارخون به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۴- اگر بیمار مبتلا به فشارخون بالا به بیماری اختلال چربی خون مبتلا نباشد و آخرین آزمایش چربی خون وی بیش تر از ۶ ماه گذشته باشد، باید برای بررسی و ارزیابی چربی های خون به پزشک ارجاع غیرفوری شود و نتیجه ارجاع به عنوان چربی خون طبیعی یا مبتلا به اختلال چربی خون، در پرونده ثبت شود.

۵- اگر نتیجه نمایه توده بدنی 25 kg/m^2 و بیشتر یعنی اضافه وزن یا چاق بود بیمار باید برای ارزیابی بیشتر و ارائه برنامه رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

ب- اگر فرد مبتلا به فشارخون بالا تحت درمان نباشد :

۱- بیمار باید برای بررسی و ارزیابی وضعیت بیماری فشارخون و تجویز درمان به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۲- اگر بعد از ارجاع فرد به پزشک بیماری فشارخون بالا تایید گردد "فرم مراقبت افراد در معرض خطر) فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او در فرم یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم را با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

بیماری اختلال چربی خون

الف- اگر فرد مبتلا به اختلال چربی خون تحت درمان باشد:

۱- "پرونده مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او را در پرونده یادداشت شود و اطلاعات لازم در پرونده با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و

قد تکمیل گردد.

۲- اگر میانگین فشارخون بیمار بیشتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه باشد، باید برای بررسی و تایید بیماری فشارخون بالا به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۳- اگر فشارخون وی کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه باشد، نیاز به ارجاع فرد نمی باشد ولی به عنوان یک بیمار مبتلا به اختلال چربی خون (و هم چنین فرد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی) و هم چنین فرد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد.

۴- اگر نتیجه نمایه توده بدنی 25 kg/m^2 و بیشتر یعنی اضافه وزن یا چاق بود بیمار باید برای ارزیابی بیشتر و ارائه برنامه رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

ب- اگر فرد مبتلا به اختلال چربی خون اما تحت درمان نباشد:

- ۱- فرد باید برای بررسی و ارزیابی وضعیت چربی های خون و تجویز درمان به پزشک ارجاع غیرفوری شود.
- ۲- اگر بعد از ارجاع فرد به پزشک بیماری اختلال چربی خون تایید گردد "فرم مراقبت افراد در معرض خطر) فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" باید برای وی تشکیل و مشخصات او در فرم یادداشت شود و اطلاعات لازم در فرم را با پرسش سوالات و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد تکمیل گردد.

- توجه: ممکن است بیمار همزمان به چند عامل خطر یا بیماری مبتلا باشد (فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت، چاقی) در اینصورت برای بیمار یک پرونده مراقبت تشکیل می شود.
- توجه: " فرم ارجاع مراجعین به سطح بالاتر (مراکز تخصصی/مشاوره در واحد دیابت)" و "فرم ارجاع مراجعین به مرکز تربیت بدنی در مناطق شهری در واحد دیابت" می بایست در دو برگ تهیه شود. در این مورد بیمار را توجیه کنید تا حتماً از پزشک بخواهد پس از پایان اقدامات، نتایج را در فرم ارجاع ثبت کند و برگه دوم فرم ارجاع، توسط بیمار به پرستار عودت داده شود.

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۱- برای سهولت پیگیری و مراقبت بیماران مشخصات آن ها باید به شکل لیست خطی در "فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در واحد دیابت" ثبت شود و هر بار که بیمار تحت مراقبت پرستار یا پزشک واحد دیابت/مرکز بهداشتی درمانی/سایر پزشکان عمومی یا متخصص قرار می گیرد، تاریخ آن را در فرم ثبت گردد.

۲- در ابتدا افراد بیمار مبتلا به چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون باید طبق دستور پزشک پیگیری و مراقبت شوند و بعد از این که وضعیت درمانی آن ها ثبات پیدا کرد، بطور معمول باید بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا دیابت حداقل ماهی یک بار توسط پرستار و ۳ ماه یک بار توسط پزشک و بیماران چاق و مبتلا به اختلال چربی خون حداکثر سه ماه یک بار توسط پرستار و سالی یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۳- بیماران مبتلا به دیابت باید طبق دستورالعمل برنامه کشوری تحت مراقبت و درمان قرار گیرند.

۴- در هر بار مراقبت بیماران، لازم است فشارخون و وزن آن ها اندازه گیری و نمایه توده بدنی تعیین شود. اگر نمایه

توده بدنی کمتر از ۳۰ است باید هر سه ماه یکبار وزن اندازه گیری شود ، در زمینه مصرف بموقع دارو و مراقبت های غیردارویی (رژیم غذایی مناسب،فعالیت بدنی وعدم مصرف یا ترک دخانیات) تحت آموزش قرار گیرد و در صورت نیاز، بیمار به پزشک ارجاع شود .

۵-در صورتی که افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند ،بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند .

برنامه زمانی پیگیری و مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

وضعیت فرد	پیگیری و مراقبت توسط پرستار	ارجاع به پزشک و مراقبت توسط پزشک
مبتلا به بیماری اختلال چربی خون	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به بیماری فشارخون بالا	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
مبتلا به بیماری دیابت	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
چاق	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به بیماری قلبی عروقی(عروق کرونر،سکته قلب و مغزی)	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار

۴-آموزش

آموزش در سه مرحله صورت می گیرد:

- ۱-آموزش برای مراجعه کنندگان به واحد دیابت
- ۲-آموزش در مراقبت ها و بازدید ها برای بیماران و خانواده آن ها
- ۳-آموزش همگانی و مستمر برای عموم مردم

۵-ثبت اطلاعات

دستورالعمل تکمیل اطلاعات بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

-تعریف بیماران قدیمی(شناسایی شده):بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که در طی سال های قبل ،توسط پزشک تشخیص داده شده اند به عنوان موارد قدیمی بیماری محسوب می شوند .

-تعریف بیماران (موارد) جدید: بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که در طی سال جاری،توسط پزشک تشخیص داده شده اند به عنوان موارد جدید بیماری همان سال محسوب می شوند .

-تعریف مراقبت شده : اگر بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی در هر فصل (۳ ماه)حداقل ۱ بار توسط بهورز و حداقل ۱ بار توسط پزشک مراقبت شده باشد به عنوان مراقبت شده محسوب می گردد. (در خصوص بیماران مبتلا به اختلال چربی خون سالی یکبار مراقبت توسط پزشک انجام می شود).

تعریف تعداد کل بیماران(موارد): این تعداد شامل مجموع تعداد بیماران قدیمی (سال قبل) و بیماران جدید سال جاری می باشد. در اول سال جاری ، این تعداد از مجموع تعداد بیماران قدیمی و جدید سال قبل بدست می آید. در انتهای سال جاری،این تعداد از مجموع تعداد بیماران قدیمی (سال قبل) و جدید همان سال جاری بدست می آید.

مرحله سوم

وظایف پرستار در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر قلب) در واحد دیابت در مناطق شهری

۱- غربالگری افراد ۳۰ سال و بالاتر

۲- ارجاع به پزشک

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۴- آموزش

۵- ثبت اطلاعات

۱- غربالگری

برای یافتن افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر) و افراد در معرض خطر این بیماری، لازم است موارد زیر اجراء شود:

نحوه غربالگری

در ابتدا برای انجام غربالگری باید به افراد تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی (واحد دیابت) اطلاع رسانی کرد و برای مراجعه به مرکز فراخوان داد. بعد از مراجعه افراد واجد شرایط سنی (۳۰ سال و بالاتر)، مشخصات آن ها را طبق راهنما در "پرونده ثبت، غربالگری و مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در واحد دیابت" در نرم افزار مربوطه ثبت شود و فشارخون، وزن و قد آن ها اندازه گیری و نمایه توده بدنی تعیین گردد. سپس در مورد وجود عوامل خطر ساز، مصرف دخانیات، بیماری های زمینه ساز در خانواده و فرد و سابقه بیماری و عوارض بیماری قلبی عروقی از آن ها سؤال و در پرونده ثبت و پس از ارجاع به پزشک و ثبت نتایج نهایی، طبق دستورات اقدام شود.

در این برنامه گروه هدف گروه سنی بالای ۳۰ سال هستند که شامل میانسالان و سالمندان می گردند و باید برای ارزیابی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن شامل چاقی، مصرف دخانیات، تغذیه ناسالم، کم تحرکی، سابقه خانوادگی (بیماری عروق کرونر زودرس، سکته قلبی و مغزی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی) سابقه ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس و سکته قلبی یا مغزی، فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت، از طریق تکمیل پرسشنامه و هم چنین انجام آزمایش چربی های خون (اندازه گیری ناشتای چربی های خون شامل Cholesterol, TG-HDL, LDL)، قند خون و اندازه گیری فشارخون، وزن و قد هر ۳ سال یک بار مورد غربالگری فعال قرار گیرند.

- فرم دیگری با عنوان "فرم ارزیابی عادات غذایی توسط پرستار در واحد دیابت" باید تکمیل شود و وضعیت تغذیه افراد تعیین گردد.

- فرم دیگری با عنوان " فرم ارزیابی فعالیت بدنی توسط پرستار در واحد دیابت " باید تکمیل شود و وضعیت فعالیت افراد تعیین گردد.

۲- ارجاع به پزشک واحد دیابت

- اگر پاسخ هر یک از سؤالات مربوط به سابقه خانوادگی (بیماری عروق کرونر زودرس، سکتة قلبی و مغزی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی) در افراد درجه یک خانواده (مادر، پدر، خواهر و برادر)، ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (ابتلاء به بیماری قلبی عروقی زودرس و سکتة قلبی یا مغزی، فشارخون بالا) و اختلال چربی خون و دیابت منفی بود و یا نتیجه نمایه توده بدنی (کمتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع) و نتیجه میانگین فشارخون (کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه) بود و نتیجه وضعیت تغذیه و فعالیت بدنی نسبتاً مطلوب یا مطلوب بود، و دخانیات مصرف نمی کرد و بعد از ارجاع و آزمایش خون، بیماری قلبی عروقی و عامل خطر دیگری مانند اختلال چربی خون، دیابت هم نداشت، این بدین معنی است که فرد هیچ یک از عوامل خطر تعیین شده در این بررسی را ندارد و احتمال ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در این فرد کم است و به عنوان فرد سالم هر ۳ سال یک بار باید مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی و غربالگری شود.

➤ توجه : در سالمندان (۶۰ سال و بیشتر) دارا بودن سابقه خانوادگی بیماری (مثبت بودن هر یک از ستون

های ۷ تا ۱۲) و اضافه وزن جزء عوامل خطر محسوب نمی شود.

- اگر پاسخ هر یک از سؤالات مثبت بود و یا نتیجه نمایه توده بدنی (۲۵ و بیشتر) یعنی اضافه وزن یا چاق بود و یا نتیجه میانگین فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بیشتر و یا نتیجه پاسخ سؤالات مربوط به وضعیت تغذیه و فعالیت بدنی نامطلوب بود، و بعد از ارجاع عامل خطر دیگری مانند اختلال چربی خون، دیابت و یا فشارخون بالا هم داشت، این بدین معنی است که فرد به علت داشتن حداقل یک مورد از عوامل خطر تعیین شده و یا ابتلاء به حداقل یکی از بیماری های زمینه ساز در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی است.

- غیر از افرادی که دارای اضافه وزن و سیگاری هستند، بقیه افراد (کسی که دارای بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی است) لازم است به پزشک ارجاع غیر فوری شوند.

- اگر فقط نتیجه نمایه توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۰ بود، نیاز به ارجاع فرد به پزشک نمی باشد، ولی به عنوان فرد در معرض خطر باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد و هر ۳ سال یک بار مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی غربالگری شود.

- اگر فقط نتیجه وضعیت تغذیه و وضعیت فعالیت بدنی فرد نامطلوب بود نیاز به ارجاع فرد به پزشک نمی باشد، ولی به عنوان فرد در معرض خطر باید تحت مراقبت و آموزش اصلاح شیوه زندگی قرار گیرد و هر ۳ سال یک بار مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی غربالگری شود.

- افراد در معرض خطر و بالاخص دارای اضافه وزن و وضعیت تغذیه نامطلوب باید به کارشناس تغذیه مستقر در واحد دیابت / مرکز بهداشتی درمانی ارجاع شوند.

- اگر فرد مبتلا به بیماری قلبی عروقی یا فشارخون بالا، اختلال چربی خون و دیابت بود، اگر تحت درمان است نیاز به ارجاع بیمار نیست. اگر تحت درمان نباشد برای بررسی بیشتر باید به پزشک ارجاع غیر فوری شود.

-تمام افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی (دارای حداقل یک عامل خطر زمینه ساز شامل فشارخون بالا،اختلال چربی خون،دیابت و چاقی) باید بعد از غربالگری به پزشک ارجاع شوند و در اولین ویزیت توسط پزشک از نظر بیماری قلبی عروقی(عروق کرونر) بررسی شوند:

-در صورتی که بیماری قلبی عروقی توسط پزشک تایید نشود ولی فرد دارای حداقل یکی از عوامل خطر یا بیماری های زمینه ساز باشد، جزء **افراد در معرض خطر** محسوب می شود و باید طبق دستورالعمل مربوطه تحت درمان و مراقبت قرار گیرد.

-اگر بیماری قلبی عروقی تایید شود باید طبق راهنما تحت درمان و مراقبت قرار گیرند.

-اگر فرد دارای هیچ یک از عوامل خطر و بیماری های زمینه ساز نبود، جزء **افراد سالم** محسوب می شود و باید **۳ سال یک بار** مجدداً از نظر بیماری قلبی عروقی غربالگری شود.

-**تمام افراد** باید بعد از غربالگری به پزشک ارجاع شوند و در اولین ویزیت توسط پزشک به برای انجام آزمایش قند و چربی های خون و ادرار به آزمایشگاه ارجاع شوند (مگر این که قند و چربی خون آن ها در طی ۶ ماه اخیر اندازه گیری شده باشد).سپس باید بر حسب نتیجه آزمایش، وضعیت فرد از نظر ابتلاء به دیابت یا اختلال چربی خون روشن شود.در صورتی که فرد مبتلا به دیابت یا اختلال چربی خون باشد ، به عنوان فرد دارای بیماری زمینه ساز قلبی عروقی محسوب می شود.

بعد از مشخص شدن نتیجه آزمایش و معاینات و بررسی های تکمیلی ،لازم است طبق موارد زیر اقدام شود:

-تکمیل پرونده بیمار توسط پزشک واحد دیابت و ثبت نتیجه بیماریابی

-بررسی پرونده بیمار توسط پرستار و ثبت نتیجه نهایی غربالگری و بیماریابی در پرونده وی

-تصمیم گیری پرستار برای پیگیری و مراقبت بر اساس نتایج پرونده بیمار و دستورات پزشک واحد دیابت

-ارجاع افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی و **با وضعیت تغذیه نامطلوب** به کارشناس تغذیه واحد دیابت برای بررسی وضعیت تغذیه

-ارجاع افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی با وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب و کم تحرک به واحد تربیت بدنی

گروه بندی افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

افراد در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (دارای عوامل خطر)	افراد در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی (دارای بیماری های زمینه ساز)	افراد بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی
افراد دارای سابقه خانوادگی چاقی، سابقه خانوادگی بیماری فشارخون بالا، سابقه خانوادگی بیماری دیابت، سابقه خانوادگی بیماری اختلال چربی خون ، سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی و سکته قلبی و مغزی زودرس در افراد درجه یک خانواده	افراد چاق	بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب
افراد دارای اضافه وزن	بیماران مبتلا به فشارخون بالا	بیماران دارای سابقه سکته قلبی زودرس
افراد دارای وضعیت تغذیه نامطلوب	بیماران مبتلا به دیابت	بیماران دارای سابقه سکته مغزی زودرس
افراد دارای وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب (کم تحرک)	بیماران مبتلا به اختلال چربی خون	-

-	-	افراد مصرف کننده دخانیات (سیگار، چاق، قلیان، پپ،.....)
---	---	--

➤ **توجه:** بیماری هایی مانند فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی از یک طرف به عنوان یک بیماری محسوب می شوند که خود دارای عوامل خطر (از جمله کم تحرکی، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب، چاقی و.....) هستند و از طرفی دیگر برای بروز بیماری قلبی عروقی یک عامل خطر یا بیماری زمینه ساز، محسوب می شوند. در این برنامه این بیماری ها به عنوان عوامل خطر یا بیماری زمینه ساز بیماری قلبی عروقی محسوب می شوند.

۳- پیگیری و مراقبت بیماران

۱- مشخصات افراد در معرض خطر دارای بیماری های فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون، دارای عوامل خطر سابقه خانوادگی، اضافه وزن، مصرف دخانیات، **تغذیه نامطلوب، فعالیت بدنی نامطلوب** و **بیماران مبتلا** به بیماری قلبی عروقی شناخته شده قلبی و جدید بایستی در " پرونده ثبت، غربالگری و مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی و "فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" ثبت شود.

۲- افراد در معرض خطر دارای عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (سابقه خانوادگی، اضافه وزن، مصرف دخانیات، **تغذیه نامطلوب، فعالیت بدنی نامطلوب**)، باید بطور معمول حداکثر سه ماه یک بار توسط پرستار و سالی یک بار توسط پزشک واحد دیابت مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۳- افراد در معرض خطر دارای بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی (چاق، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون) در ابتدا باید طبق دستور پزشک پیگیری و مراقبت شوند و بعد از این که وضعیت درمانی آن ها ثبات پیدا کرد، بطور معمول باید بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا دیابت حداقل **ماهی یک بار توسط پرستار و ۳ ماه یک بار توسط پزشک** و بیماران چاق و مبتلا به اختلال چربی خون حداکثر سه ماه یک بار توسط پرستار و سالی یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی/واحد دیابت مراقبت شوند. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۴- **بیماران مبتلا** به بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر، سکته قلبی و مغزی) باید طبق دستورالعمل تحت درمان و مراقبت قرار گیرند. بطور معمول باید حداقل **ماهی یک بار توسط پرستار و ۳ ماه یک بار توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراقبت شوند**. در شرایط خاص ممکن است طبق دستور پزشک زمان پیگیری و مراقبت کوتاهتر شود.

۵- در هر بار مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران، لازم است فشارخون و وزن فرد اندازه گیری شود و نمایه توده بدنی وی تعیین شود (اگر نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ است هر سه ماه یکبار وزن را اندازه گیری کنید)، در زمینه مصرف بموقع دارو و مراقبت های غیردارویی (رژیم غذایی مناسب، فعالیت بدنی و عدم مصرف یا ترک دخانیات) تحت آموزش قرار گیرند و در صورت نیاز، بیمار به پزشک ارجاع شود.

۶- در صورتی که افراد بموقع برای مراقبت مراجعه نکنند، بعد از گذشت ۳ روز از تاریخ مقرر بایستی تحت پیگیری قرار گیرند.

۷- بیماران و افراد در معرض خطر قلبی عروقی تحت نظر کارشناس تغذیه مستقر در واحد دیابت باید طبق شرح وظایف وی و دستورالعمل تحت رژیم غذایی و پیگیری و مراقبت قرار گیرند.

برنامه زمانی پیگیری و مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

وضعیت فرد	پیگیری و مراقبت توسط پرستار	ارجاع به پزشک و مراقبت توسط پزشک
سالم	۳ سال یک بار	-
دارای سابقه خانوادگی بیماری	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
دارای اضافه وزن	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
چاق	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به اختلال چربی خون	۳ ماه یک بار	سالی یک بار
مبتلا به فشارخون بالا	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
مبتلا به دیابت	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
مبتلا به بیماری قلبی عروقی (عروق کرونر، سکته قلبی و مغزی)	ماهی یک بار	۳ ماه یک بار
دارای وضعیت تغذیه نامناسب	۳ ماه یک بار یا طبق دستور کارشناس تغذیه	سالی یک بار
دارای وضعیت فعالیت بدنی نامطلوب (کم تحرکی)	۳ ماه یک بار یا طبق دستور مربی تربیت بدنی	سالی یک بار
مصرف کننده دخانیات	۳ ماه یک بار	سالی یک بار

۴- آموزش: مشابه مرحله دوم

۵- ثبت اطلاعات: مشابه مرحله دوم

در واحد هایی که دارای نظام رایانه ای هستند، ثبت اطلاعات افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی به صورت الکترونیک در برنامه نرم افزاری مربوطه انجام می گیرد. در مراکزی که هنوز ثبت الکترونیک راه اندازی نشده است، ثبت اطلاعات افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی در پرونده های کاغذی مورد استفاده در مناطق شهری (که در واحد های دیابت بکار گرفته می شود) انجام می گیرد.

دستورات کلی در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی

۱- اگر پزشک دستور خاصی برای پیگیری بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی نداده باشد، لازم است طبق جدول برنامه زمانی پیگیری و مراقبت به پزشک ارجاع غیر فوری شود.

۲- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی، فشارخون ماکزیمم ۱۴۰ میلی متر جیوه و بیشتر و یا فشارخون مینیمم ۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد:

اگر فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا باشد، در صورتی که فشارخون $140/90$ میلی مترجیوه تا $160/100$ میلی مترجیوه باشد باید بیمار به پزشک ارجاع غیر فوری گردد.

اگر فرد مبتلا به بیماری فشارخون بالا نباشد، به فاصله ۵ دقیقه دیگر مجدداً فشارخون اندازه گیری شود و پس از محاسبه میانگین در صورتی که فشارخون $140/90$ میلی مترجیوه تا $160/100$ میلی مترجیوه باشد، بیمار به پزشک ارجاع غیر فوری شود.

اگر فشارخون ماکزیمم 160 میلی مترجیوه و بیشتر و یا فشارخون می نیمم 100 میلی مترجیوه و بیشتر باشد، بیمار باید ارجاع فوری شود، حتی اگر بیمار مبتلا به بیماری فشارخون بالا باشد.

۳- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که دخانیات مصرف می کنند، دستورات و آموزش ها رعایت نشده بود، لازم است بیمار به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۴- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که اختلال چربی خون دارند، دستورات دارویی، رژیم غذایی و فعالیت بدنی رعایت نشده بود، بیمار را به پزشک ارجاع غیرفوری دهید.

۵- اگر در مراقبت بیمارانی که اختلال چربی خون یا فشارخون بالا دارند، بیمار دچار عوارض بیماری یا دارویی شده باشد، بیمار لازم است به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۶- اگر در مراقبت افراد در معرض خطر که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند، وزن آن ها در طی سه ماه به مقدار توصیه شده (حداقل ۲ کیلو در ماه در بزرگسالان) کاهش نیابد یا از وزن قبلی بیشتر شود، بیمار را به پزشک ارجاع غیرفوری دهید.

۷- اگر در مراقبت بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند، وزن در طی یک ماه به مقدار توصیه شده کاهش نیابد، بیمار را به پزشک ارجاع غیرفوری دهید.

۸- اگر در مراقبت افرادی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند، وزن آن ها در طی سه ماه به مقدار توصیه شده (حداقل ۲ کیلو در ماه در بزرگسالان) کاهش نیابد یا از وزن قبلی بیشتر شود، بیمار بایستی به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

۹- وقتی وزن بیمار دارای اضافه وزن یا چاق به وزن طبیعی رسید، ۶ ماه بعد بیمار را تحت مراقبت قرار دهید: اگر وزن بیمار در حد طبیعی بود (اگر سایر عوامل خطرآفرین را نداشته باشد) دیگر نیاز به مراقبت خاص ندارد و مانند افراد دارای وزن طبیعی در غربالگری بعدی، مورد بررسی ه های کشوری موجود (فشارخون بالا، دیابت، چاقی) یا طبق دستور قرار می گیرد. اگر سایر عوامل خطرآفرین وجود داشته باشد، لازم است طبق برنامه پزشک، مراقبت بیمار ادامه یابد.

راهنمای تکمیل پرونده افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت در مناطق شهری

این پرونده برای بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن در مراحل ثبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون و مرحله غربالگری و مراقبت تکمیل می گردد.

بخش ۱: اطلاعات عمومی

این بخش توسط پرستار واحد دیابت / کارشناس مرکز بهداشتی درمانی تکمیل می شود.
در ابتدا کد محل ثبت بیمار، کد شهرستان، کد دانشگاه علوم پزشکی و شماره پرونده و نام دانشگاه، شهرستان، مرکز بهداشتی، درمانی شهری، بیمارستان، درمانگاه، مطب را در بخش اطلاعات عمومی ثبت کنید و تاریخ مراجعه برای ثبت بیماری یا انجام غربالگری را در بالای فرم بنویسید. سپس به ترتیب زیر اطلاعات مورد لزوم را در همین بخش تکمیل کنید:

کد ملی و کد پستی مراجعه کننده: شماره ملی بیمار یا فرد مراجعه کننده را در مربع های مربوطه ثبت کنید.
نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، جنسیت، شغل، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و آدرس را در محل مربوطه یادداشت کنید.

بخش ۲: غربالگری و بیمار یابی

این بخش توسط پرستار واحد دیابت / کارشناس مرکز بهداشتی درمانی تکمیل می شود.

غربالگری و بیماریابی فشار خون بالا

در این قسمت سابقه بیماری فشارخون بالا ی مراجعه کننده بررسی می شود. قبل از اندازه گیری فشارخون شرایط اندازه گیری باید توسط بیمار و فرد گیرنده رعایت شود. فشارخون فرد را در دو نوبت اندازه گیری کنید و میانگین دو نوبت را در محل مربوطه ثبت کنید. فشارخون باید به فاصله یک هفته بعد مجدداً در دو نوبت بررسی و اندازه گیری شود.
به فاصله ۲ تا ۵ دقیقه بعد از استراحت فرد، مجدداً فشارخون فرد را اندازه بگیرید (نوبت دوم) و سپس میانگین فشارخون ماکزیمم و میانگین فشار می نیمم را جداگانه حساب کنید و مقدار آن را در قسمت مربوطه برحسب میلی متر جیوه یادداشت کنید.

غربالگری و بیماریابی اختلال چربی خون

در این قسمت سابقه بیماری اختلال چربی خون مراجعه کننده بررسی می شود. در صورتی که طی ۶ ماه اخیر آزمایش چربی خون انجام شده باشد، مقادیر چربی خون را در جدول مربوطه ثبت شود. و چنانچه بیمار برای کاهش هر یک از انواع چربی خون دارو مصرف می کند نام دارو ها را یادداشت کنید.

غربالگری مصرف دخانیات

در این قسمت سابقه مصرف دخانیات مراجعه کننده بررسی می شود. در صورتی که فرد یکی از انواع دخانیات را مصرف

می کند بر حسب نوع دخانیات، مدت مصرف و دفعات یا تعداد مصرف یادداشت کنید.

غربالگری اضافه وزن و چاقی

در این قسمت وضعیت وزن مراجعه کننده بررسی می شود. در ابتدا قد و وزن، دور کمر و باسن را اندازه گیری کنید و سپس نمایه توده بدنی و نسبت دور کمر به باسن وی را تعیین کنید و با جداول مربوطه مقایسه کنید. پس از رعایت شرایط اندازه گیری، قد، دور کمر و دور باسن فرد را اندازه گرفته و مقدار آن را در این قسمت بر حسب سانتیمتر یادداشت کنید.

پس از رعایت شرایط اندازه گیری، وزن فرد را اندازه گرفته و مقدار آن را در این قسمت بر حسب کیلوگرم یادداشت کنید. بر حسب قد و وزن بدست آمده با استفاده از نمودار نمایه توده بدنی بزرگسالان (طبق دستورالعمل)، وضعیت نمایه توده بدنی را تعیین کنید و مقدار آن را در قسمت مربوطه بنویسید.

غربالگری و بیماریابی دیابت

در این قسمت سابقه بیماری دیابت مراجعه کننده بررسی می شود.

غربالگری سابقه خانوادگی بیماری

در این قسمت سابقه خانوادگی دیابت، فشارخون بالا، اختلال چربی خون، چاقی، بیماری قلبی عروقی زودرس، سکته قلبی و یا سکته مغزی، چاقی، بیماری تیروئید مراجعه کننده بررسی می شود. به ترتیب از فرد سؤال کنید، آیا کسی از افراد درجه یک خانواده او (شامل والدین و خواهر و برادر) به یکی از بیماری های چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون^۱، بیماری قلبی عروقی زودرس^۲، سکته قلبی و یا سکته مغزی..... مبتلا است؟ در صورت جواب مثبت، در این قسمت علامت ضریب بگذارید.

۱ منظور از اختلال چربی خون (کلسترول خون بالا، LDL خون بالا، HDL خون پایین و یا تری گلیسیرید خون بالا) است.

۲ منظور از سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی زودرس، یعنی سابقه بروز بیماری قلبی عروقی در زنان کمتر از ۶۵ سال و در مردان کمتر از ۵۵ سال در افراد درجه یک خانواده است.

سابقه بیماری و عوارض بیماری

در این قسمت سابقه بیماری و عوارض بیماری در فرد (رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی، پای دیابتی، سکته قلبی و یا سکته مغزی، نارسایی قلبی، اختلال و تاری دید، نارسای کلیه، بیماری تیروئید، بیماری قلبی عروقی زودرس* بررسی می شود. به ترتیب از فرد سؤال کنید آیا خود فرد مبتلا به بیماری های مذکور است؟ در صورت جواب مثبت، اگر بیمار تحت نظر پزشک است (تحت درمان غیر دارویی و یا درمان دارویی) در این ستون علامت ضریب بگذارید.

* منظور از بیماری قلبی عروقی زودرس یعنی سابقه بروز بیماری قلبی عروقی در زنان کمتر از ۵۵ سال و در مردان کمتر از ۴۵ سال در افراد درجه یک خانواده است.

نتایج تست های آزمایشگاهی

اگر حسب مورد برای فرد آزمایش خون انجام شود یا از قبل (حداکثر تا ۶ ماه قبل) انجام شده باشد، نتیجه را بر حسب نوع آزمایش در ستون های مربوطه یادداشت کنید.

نتیجه نهائی غربالگری و بیماریابی

این قسمت فقط برای ثبت نتیجه بررسی افراد در معرض خطر و افراد مشکوک به بیماری قلبی عروقی ارجاع شده به

پزشک تکمیل می گردد.

بعد از تکمیل پرونده و بخش غربالگری و مشخص شدن نتیجه آزمایش، نتیجه نهایی وضعیت سلامتی فرد را طبق جدول مشخص کنید.

➤ **توجه:** در سالمندان (۶۰ سال و بیشتر) دارا بودن سابقه خانوادگی بیماری (مثبت بودن هر یک از ستون های ۷ تا ۱۲) و اضافه وزن جزء عوامل خطر محسوب نمی شود.

➤ **توجه:** مقادیر طبیعی چربی های خون: تری گلیسیرید (TG) کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر، کلسترول (Cholestrol) خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر، در افراد بدون فشارخون بالا و دیابت LDL کمتر از ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر و در افراد دیابتی ۷۰ تا ۱۰۰ و در افراد فشارخونی کمتر از ۱۳۰ و HDL بیشتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر در مردان و بیشتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر در زنان است.

۱- بعضی از افراد حسب مورد برای انجام آزمایش خون قند و چربی های خون ارجاع می شوند و پس از آن وضعیت فرد از نظر سالم یا در معرض خطر (دارای بیماری زمینه ساز قلبی عروقی) مشخص می شود.

۲- اگر فرد به عنوان **فرد در معرض خطر (کسی که بیمار مبتلا به بیماری زمینه ساز بیماری قلبی عروقی است)** در نظر گرفته می شود، لازم است به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

۳- اگر فقط نتیجه نمایه توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۰ بود، نیاز به ارجاع فرد نمی باشد، ولی به عنوان **فرد در معرض خطر** در نظر گرفته می شود.

اگر نتیجه غربالگری سالم باشد، لازم است:

- افراد ۳۰ سال و بیشتر هر ۳ سال یک بار برای تعیین وضعیت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن غربالگری شوند.

نکات مورد توجه در تکمیل فرم غربالگری بیماری قلبی عروقی

۱- حتی الامکان از گرد کردن اعداد بدست آمده از اندازه گیری قد، وزن، دور کمر، باسن و فشار خون خودداری کنید و اعداد فشارخون را بر حسب میلیمتر جیوه یادداشت کنید، مانند ۱۴۲/۸۱.

۲- در صورتی که فرد مراجعه کننده **باردار** باشد، بایستی یکماه پس از زایمان فرم غربالگری برای او تکمیل شود.

۳- مشخصات افراد در معرض خطر یا بیماران قلبی عروقی را پس از شناسایی به "فرم مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" و "فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" ثبت کنید.

۵- بخش اطلاعات عمومی و بخش غربالگری و بخش پرونده پزشکی برای بیماران شناخته شده قبلی هم باید تکمیل شود.

بخش ۳- پرونده پزشکی مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی

این بخش توسط پرستار و پزشک واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری تکمیل می گردد.

در ابتدا شماره پرونده و مشخصات بیمار را در بالای فرم یادداشت کنید. سپس نتایج معاینات پزشکی را در قسمت های مربوطه ثبت کنید.

معاینات جسمی

این بخش توسط پزشک واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری تکمیل می گردد. بخش معاینات جسمی در هر ویزیت پزشک باید تکمیل و نتایج معاینات در جدول مربوطه یادداشت شود.

اندازه گیری های آنترپومتریک و بیولوژیک

این بخش توسط پرستار واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری تکمیل می گردد. بخش اندازه گیری های آنترپومتریک و بیولوژیک در هر ویزیت پزشک یا پرستار باید تکمیل و نتایج معاینات در جدول مربوطه یادداشت شود.

نتایج تست های آزمایشگاهی تخصصی

این بخش توسط پزشک واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری تکمیل می گردد. در صورتی که برای بیمار تست های آزمایشگاهی تجویز شود، نتایج آن باید در هر بار در یک ردیف از جدول مربوطه ثبت شود.

نتایج تصویر برداری

در صورتی که برای بیمار تصویربرداری از اندام ها حسب مورد تجویز شود، نتایج آن باید در هر بار در یک ردیف از جدول مربوطه ثبت شود.

مصرف داروها

این بخش توسط پرستار و پزشک واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری تکمیل می گردد. در صورتی که برای بیمار دارو تجویز شود، نام داروها باید در هر ویزیت در یک ردیف از جدول مربوطه ثبت شود.

اقدامات

این بخش توسط پرستار و پزشک واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری تکمیل می گردد. بخش آموزش توسط پرستار و بخش ارجاع به مشاور و متخصص توسط پزشک تکمیل می شود. در صورتی که برای بیمار اقداماتی و دستوراتی مانند آموزش و یا ارجاع به مشاورین و متخصصین صادر می گردد، حسب مورد نوع اقدام یا دستور در هر ویزیت در یک ردیف از جدول مربوطه ثبت شود.

تشخیص عوارض

این بخش توسط پزشک واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری تکمیل می گردد. در صورتی که برای بیمار عوارضی تشخیص داده می شود، در هر ویزیت نوع تشخیص در یک ردیف از جدول مربوطه ثبت شود.

دستورات کلی

۱- در مرحله دوم برنامه جامع قلب و عروق برای ثبت بیماران شناسایی شده مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون هر سه قسمت تکمیل می شود. بعد از مراجعه بیمار در ابتدا بخش اطلاعات عمومی و علیرغم مشخص بودن بیماری فرد سپس بخش غربالگری تکمیل می شود تا سایر عوامل خطر در بیمار شناسایی و تعیین شود و بعد از ارجاع

به پزشک بخش سوم و زیربخش های آن مانند معاینات جسمی و سایر زیر بخش های آن تکمیل می شود.

۲- در مرحله سوم یعنی مرحله غربالگری، کلیه افراد ۳۰ سال و بالاتر تحت غربالگری قرار گرفته و در ابتدا بخش اطلاعات عمومی و سپس بخش غربالگری برای آن ها تکمیل می شود و در صورتی که فرد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی باشد طبق دستورالعمل غربالگری و ارجاع ، به پزشک واحد دیابت ارجاع می شود و سپس زیر بخش معاینات و سایر و یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی باشد و بعد از ارجاع به پزشک بخش سوم و زیر بخش های آن مانند معاینات جسمی و سایر زیر بخش ها آن تکمیل می شود.

۳- برای تمام افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی بخش سوم یعنی پرونده پزشکی در زمان مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران حسب مورد و لزوم در هر ویزیت پزشک تکمیل می شود.

۴- در مناطق روستایی مراقبت بهورز در فرم مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی ثبت می شود و در مناطق شهری در پرونده پزشکی ثبت می شود.

پرونده ثبت، غربالگری و مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی
در مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت در مناطق شهری

بخش ۱-اطلاعات عمومی

شماره پرونده	کد دانشگاه	کد شهرستان	کد محل ثبت
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			تاریخ مراجعه
			<input type="text"/>

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:

مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری:

بیمارستان:درمانگاه (بخش خصوصی).....

مطب:

کد ملی مراجعه کننده

کد پستی مراجعه کننده

نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد:

جنسیت: مرد زن

شغل: دولتی آزاد هردو بیکار نوع:

تحصیلات: بی سواد زیردیپلم دیپلم فوق دیپلم لیسانس فوق لیسانس و بالاتر

وضعیت تأهل: مجرد متأهل همسر جدا شده بیوه

آدرس محل سکونت: استان: شهرستان: خیابان اصلی:

خیابان فرعی: کوچه: شماره: کد پستی ده رقمی:

تلفن: تلفن مواقع ضروری:

بخش ۲- غربالگری و بیماریابی

غربالگری و بیماریابی فشار خون بالا

۱. سابقه بیماری فشار خون بالا: بلی خیر
۲. اگر پاسخ بلی است، آیا داروی کاهنده فشار خون مصرف میکنند؟ بلی خیر
۳. اگر پاسخ بلی است، نام دارو (ها) ثبت شود:
 ۱- ۲- ۳-

۴. اندازه گیری فشار خون

فشارخون (بر حسب میلی متر جیوه) mmHg		دفعات اندازه گیری
اولین مراجعه	مراجعه بعدی	
		نوبت اول
		نوبت دوم
		میانگین

غربالگری و بیماریابی اختلال چربی خون

۱. سابقه بیماری اختلال چربی خون: بلی خیر
۲. اگر پاسخ بلی است، کدام نوع چربی خون اختلال دارد؟
 Chol LDL HDL TG

نوع چربی خون	کلسترول تام Chol	کلسترول LDL	کلسترول HDL	تری گلیسیرید TG
مقدار (میلی گرم در دسی لیتر) mg/dl				

۳. اگر پاسخ بلی است، آیا داروی کاهنده چربی خون مصرف میکنند؟ بلی خیر
۴. اگر پاسخ بلی است، نام دارو (ها) ثبت شود:
 ۱- ۲- ۳-

غربالگری مصرف دخانیات

۱. آیا دخانیات مصرف میکند؟ بلی خیر
۲. اگر پاسخ بلی است، لطفاً نوع آن را مشخص کنید: سیگار پیپ قلیان چپق
 سایر:
۳. مدت مصرف (سال): سن شروع:

۴. تعداد یا دفعات مصرف روزانه:
۵. اگر روزانه مصرف نمی کند:
- تعداد یا دفعات مصرف در هفته:
- تعداد یا دفعات مصرف در ماه:
۶. اگر ترک کرده است: مدت ترک (سال): (ماه)

غربالگری اضافه وزن و چاقی

اندازه های آنترپومتریک

۱. قد بر حسب سانتیمتر: cm
۲. وزن بر حسب کیلوگرم: Kg
۳. BMI بر حسب کیلوگرم بر متر مربع: (حداکثر با یک رقم اعشاری) kg/m^2
۴. دور کمر بر حسب سانتیمتر: cm
۵. دور باسن بر حسب سانتیمتر: cm
۶. نسبت دور کمر به دور باسن : (حداکثر با دو رقم اعشاری)

غربالگری و بیماریابی دیابت

۱. سابقه دیابت: بلی خیر
۲. سابقه دیابت در خانواده (بستگان درجه یک شامل: پدر- مادر- خواهر- برادر): بلی خیر
۳. سابقه سقط، مرده زایی و تولد نوزاد بیشتر از ۴kg: بلی خیر
۴. سابقه دیابت بارداری در حاملگی های قبلی: بلی خیر

غربالگری سابقه خانوادگی بیماری

آیا در افراد درجه یک خانواده مراجعه کننده کسی مبتلا به بیماری های زیر است؟

۱. دیابت: بلی خیر
۲. فشارخون بالا: بلی خیر
۳. بیماری قلبی عروقی زودرس: بلی خیر سکته قلبی آنژین صدری
۴. سکته مغزی: بلی خیر TIA CIA
۵. چاقی: بلی خیر
۶. سکته قلبی یا مغزی: بلی خیر
۷. اختلال چربی خون: بلی خیر
۸. بیماری تیروئید: بلی خیر هیپر تیروئیدی هیپو تیروئیدی

نتایج تست های آزمایشگاهی

*HbA _{1c}	UA	U ALB	Cr	LDL	HDL	CHOL	TG	GTT	GCT	FBS	
	نتایج پیوست گردد										نوبت اول
											نوبت دوم

* اولین مقدار HbA_{1c} جهت تعیین میزان موفقیت در کنترل دیابت در پرونده غربالگری ثبت شود(علاوه بر پرونده بیمار).

سابقه بیماری و عوارض بیماری

آیا فرد مبتلا به یکی از بیماری های زیر است؟

تاریخ تشخیص	✓	ردیف
		۱ رتینوپاتی
		۲ نفروپاتی
		۳ نوروپاتی
		۴ پای دیابتی
		۵ سکته مغزی
		۷ سکته قلبی
		۸ نارسایی قلبی
		۹ اختلال و تاری دید
		۱۰ نارسایی کلیه
		۱۱ بیماری تیروئید
		هیپر تیروئیدی هیپوتیروئیدی
		۱۲ بیماری قلبی عروقی زودرس

نتیجه نهائی غربالگری و بیماریابی

تاریخ تشخیص	✓			ردیف
		دیابتیک (از قبل شناسائی شده)		۱
		دیابتیک (جدید)		۲
		پره دیابتیک		۳
		فشارخون بالا (از قبل شناسائی شده)		۴
		فشارخون بالا (جدید)		۵
		Chol	اختلال چربی خون	۶
		LDL		
		HDL		
		VLDL		
		تری گلیسرید خون بالا TG		۷
		چاق یا دارای اضافه وزن		۱۰
		مصرف دخانیات		۱۱
		سابقه خانوادگی بیماری		۱۲

بخش ۳- پرونده پزشکی مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی

شماره پرونده:

--	--	--	--	--	--

نام: نام خانوادگی: نام پدر: سال تولد: جنسیت: مرد زن

معاینه جسمی

تاریخ مراجعه	سر و گردن	قلب	چشم ها	ریه ها	شکم	اندام ها	پوست	گوش، حلق، بینی
اولین مراجعه	<input type="checkbox"/> گواتر ساده <input type="checkbox"/> گواتر مولتی ندولر <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی <input type="checkbox"/> Bruit در گردن	<input type="checkbox"/> سوفل سیستول <input type="checkbox"/> سوفل دیاستول <input type="checkbox"/> صدای S3 <input type="checkbox"/> صدای S4	<input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> صداهای خشن <input type="checkbox"/> صداهای مبهم	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> کم شدن ضمام پوست <input type="checkbox"/> اختلال در نبض ها <input type="checkbox"/> تغییر رنگ	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی
توضیحات								
/ /	<input type="checkbox"/> گواتر ساده <input type="checkbox"/> گواتر مولتی ندولر <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی <input type="checkbox"/> Bruit در گردن	<input type="checkbox"/> سوفل سیستول <input type="checkbox"/> سوفل دیاستول <input type="checkbox"/> صدای S3 <input type="checkbox"/> صدای S4	<input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> صداهای خشن <input type="checkbox"/> صداهای مبهم	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> کم شدن ضمام پوست <input type="checkbox"/> اختلال در نبض ها <input type="checkbox"/> تغییر رنگ	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی
توضیحات								
/ /	<input type="checkbox"/> گواتر ساده <input type="checkbox"/> گواتر مولتی ندولر <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی <input type="checkbox"/> Bruit در گردن	<input type="checkbox"/> سوفل سیستول <input type="checkbox"/> سوفل دیاستول <input type="checkbox"/> صدای S3 <input type="checkbox"/> صدای S4	<input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> صداهای خشن <input type="checkbox"/> صداهای مبهم	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> کم شدن ضمام پوست <input type="checkbox"/> اختلال در نبض ها <input type="checkbox"/> تغییر رنگ	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی

								توضیحات
<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> کم شدن ضمامم پوست <input type="checkbox"/> اختلال در نبض ها <input type="checkbox"/> تغییر رنگ	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> صداهای خشن <input type="checkbox"/> صداهای مبهم	<input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> سوفل سیستول <input type="checkbox"/> سوفل دیاستول <input type="checkbox"/> صدای S3 <input type="checkbox"/> صدای S4	<input type="checkbox"/> گواتر ساده <input type="checkbox"/> گواتر مولتی ندولر <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی <input type="checkbox"/> Bruit در گردن	/ /
								توضیحات
<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> کم شدن ضمامم پوست <input type="checkbox"/> اختلال در نبض ها <input type="checkbox"/> تغییر رنگ	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> صداهای خشن <input type="checkbox"/> صداهای مبهم	<input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> سوفل سیستول <input type="checkbox"/> سوفل دیاستول <input type="checkbox"/> صدای S3 <input type="checkbox"/> صدای S4	<input type="checkbox"/> گواتر ساده <input type="checkbox"/> گواتر مولتی ندولر <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی <input type="checkbox"/> Bruit در گردن	/ /
								توضیحات
<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> کم شدن ضمامم پوست <input type="checkbox"/> اختلال در نبض ها <input type="checkbox"/> تغییر رنگ	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> صداهای خشن <input type="checkbox"/> صداهای مبهم	<input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> سوفل سیستول <input type="checkbox"/> سوفل دیاستول <input type="checkbox"/> صدای S3 <input type="checkbox"/> صدای S4	<input type="checkbox"/> گواتر ساده <input type="checkbox"/> گواتر مولتی ندولر <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی <input type="checkbox"/> Bruit در گردن	/ /
								توضیحات

اندازه گیری های آنترپومتریک و بیولوژیک

توضیحات	نسبت دور کمر به دور باسن cm	دور باسن cm	دور کمر cm	نمایه توده بدنی Kg/m ²	وزن Kg	فشار خون نوبت دوم mmHg	فشار خون نوبت اول mmHg	تاریخ
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /

نتایج تست های آزمایشگاهی تخصصی

توضیحات	U for ۲۴ Prot	UProt	UA	INR	PT	ESR	CRP	P.S.A	TFT	LFT	CBC	تاریخ
	□□□	Positive □+ □++	WBC□□ RBC□□ Bacteria:low□ Mod□ high□	□.□□	□□	□□□	□□	□.□□	T3□□□ T4□□□ TSH□□□	SGOT□□□ SGPT□□□ ALKh□□□	□□□	/ /
	□□□	Positive □+ □++	WBC□□ RBC□□ Bacteria:low□ Mod□ high□	□.□□	□□	□□□	□□	□.□□	T3□□□ T4□□□ TSH□□□	SGOT□□□ SGPT□□□ ALKh□□□	□□□	/ /
	□□□	Positive □+ □++	WBC□□ RBC□□ Bacteria:low□ Mod□ high□	□.□□	□□	□□□	□□	□.□□	T3□□□ T4□□□ TSH□□□	SGOT□□□ SGPT□□□ ALKh□□□	□□□	/ /
	□□□	Positive □+ □++	WBC□□ RBC□□ Bacteria:low□ Mod□ high□	□.□□	□□	□□□	□□	□.□□	T3□□□ T4□□□ TSH□□□	SGOT□□□ SGPT□□□ ALKh□□□	□□□	/ /
	□□□	Positive □+ □++	WBC□□ RBC□□ Bacteria:low□ Mod□ high□	□.□□	□□	□□□	□□	□.□□	T3□□□ T4□□□ TSH□□□	SGOT□□□ SGPT□□□ ALKh□□□	□□□	/ /

نتایج تصویر برداری

CXR	آنژیوگرافی عروق کرونر	CTAngio سایر عروق	CTAngio کرونر	اسکن اسپکت	استرس اکو	اکو ترانس توراسیک	اکومری	اسکن اسپیرال	Stress test تست ورزش	تاریخ
Cardiotorathic ratio: Natural <input type="checkbox"/> Increased <input type="checkbox"/> decreased <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	انسداد عروق کلیه ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف انسداد شریان ایلیاک ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف انسداد شریان فمورال ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف انسداد شریان های ساق پا ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> آنوریسم دیواره بین دو دهلیز <input type="checkbox"/> حرکات غیر طبیعی جدار های قلب <input type="checkbox"/> هیپر تروفی بطن چپ <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> PFO <input type="checkbox"/> A.S.D <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> other <input type="checkbox"/>	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>	/ /
توضیحات										
Cardiotorathic ratio: Natural <input type="checkbox"/> Increased <input type="checkbox"/> decreased <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	انسداد عروق کلیه ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف انسداد شریان ایلیاک ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف انسداد شریان فمورال ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف انسداد شریان های ساق پا ایسکمیک در	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> آنوریسم دیواره بین دو دهلیز <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> PFO <input type="checkbox"/> A.S.D <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/>	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>	/ /

		سطوح مختلف <input type="checkbox"/>				حرکات غیر طبیعی جدار های قلب <input type="checkbox"/> هیپر تروفی بطن چپ <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	other <input type="checkbox"/>			
										توضیحات
Cardiotorathic ratio: Natural <input type="checkbox"/> Increased <input type="checkbox"/> decreased <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	انسداد عروق کلیه ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداد شریان ایلیاک ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداد شریان فمورال ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداد شریان های ساق یا ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> آنوریسم دیواره بین دو دهلیز <input type="checkbox"/> حرکات غیر طبیعی جدار های قلب <input type="checkbox"/> هیپر تروفی بطن چپ <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> PFO <input type="checkbox"/> A.S.D <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> other <input type="checkbox"/>	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>	/ /
										توضیحات
Cardiotorathic ratio: Natural <input type="checkbox"/> Increased <input type="checkbox"/> decreased <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	انسداد عروق کلیه ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداد شریان ایلیاک ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداد شریان فمورال ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> PFO <input type="checkbox"/> A.S.D <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/>	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>	/ /

		<input type="checkbox"/> مختلف انسداده شریان های ساق پا ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>				آنوریسم دیواره بین دو دهلیز <input type="checkbox"/> حرکات غیر طبیعی جدار های قلب <input type="checkbox"/> هیپر تروفی بطن چپ <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> other <input type="checkbox"/>			
										توضیحات
Cardiotorathic ratio: Natural <input type="checkbox"/> Increased <input type="checkbox"/> decreased <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	انسداده عروق کلیه ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداده شریان ایلیاک ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداده شریان فمورال ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداده شریان های ساق پا ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> آنوریسم دیواره بین دو دهلیز <input type="checkbox"/> حرکات غیر طبیعی جدار های قلب <input type="checkbox"/> هیپر تروفی بطن چپ <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> PFO <input type="checkbox"/> A.S.D <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> other <input type="checkbox"/>	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>	/ /

مصرف داروها

تاریخ	بتا بلوکر ها	کلسیم چنل بلوکر	ACEI	ARB	استاتین	کاهنده قند خون	انسولین	آنتی پلاکت	آنتی کواگولان	آلفا بلوکر	داروهای تیروئید	فیبرات ها
/ /	<input type="checkbox"/> آنتولول <input type="checkbox"/> متوپرولول <input type="checkbox"/> پروپرانولول	<input type="checkbox"/> آمیلودی پین <input type="checkbox"/> نیفیدپین	<input type="checkbox"/> کاپتوپریل <input type="checkbox"/> انالاپریل	<input type="checkbox"/> لوزارتان <input type="checkbox"/> والسارتان	<input type="checkbox"/> آتورواستاتین <input type="checkbox"/> سیمواستاتین <input type="checkbox"/> لوواستاتین	گلی بنکلامید <input type="checkbox"/> متفورمین <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N.P.H <input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> آسپیرین <input type="checkbox"/> کلوییدوگرل <input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> پرازوسین	<input type="checkbox"/> لووتیروکسین	<input type="checkbox"/> فنوفیبرات <input type="checkbox"/> جم فیبروزیل
توضیحات												
/ /	<input type="checkbox"/> آنتولول <input type="checkbox"/> متوپرولول <input type="checkbox"/> پروپرانولول	<input type="checkbox"/> آمیلودی پین <input type="checkbox"/> نیفیدپین	<input type="checkbox"/> کاپتوپریل <input type="checkbox"/> انالاپریل	<input type="checkbox"/> لوزارتان <input type="checkbox"/> والسارتان	<input type="checkbox"/> آتورواستاتین <input type="checkbox"/> سیمواستاتین <input type="checkbox"/> لوواستاتین	گلی بنکلامید <input type="checkbox"/> متفورمین <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N.P.H <input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> آسپیرین <input type="checkbox"/> کلوییدوگرل <input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> پرازوسین	<input type="checkbox"/> لووتیروکسین	<input type="checkbox"/> فنوفیبرات <input type="checkbox"/> جم فیبروزیل
توضیحات												
/ /	<input type="checkbox"/> آنتولول <input type="checkbox"/> متوپرولول <input type="checkbox"/> پروپرانولول	<input type="checkbox"/> آمیلودی پین <input type="checkbox"/> نیفیدپین	<input type="checkbox"/> کاپتوپریل <input type="checkbox"/> انالاپریل	<input type="checkbox"/> لوزارتان <input type="checkbox"/> والسارتان	<input type="checkbox"/> آتورواستاتین <input type="checkbox"/> سیمواستاتین <input type="checkbox"/> لوواستاتین	گلی بنکلامید <input type="checkbox"/> متفورمین <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N.P.H <input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> آسپیرین <input type="checkbox"/> کلوییدوگرل <input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> پرازوسین	<input type="checkbox"/> لووتیروکسین	<input type="checkbox"/> فنوفیبرات <input type="checkbox"/> جم فیبروزیل
توضیحات												
/ /	<input type="checkbox"/> آنتولول <input type="checkbox"/> متوپرولول <input type="checkbox"/> پروپرانولول	<input type="checkbox"/> آمیلودی پین <input type="checkbox"/> نیفیدپین	<input type="checkbox"/> کاپتوپریل <input type="checkbox"/> انالاپریل	<input type="checkbox"/> لوزارتان <input type="checkbox"/> والسارتان	<input type="checkbox"/> آتورواستاتین <input type="checkbox"/> سیمواستاتین <input type="checkbox"/> لوواستاتین	گلی بنکلامید <input type="checkbox"/> متفورمین <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> N.P.H <input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> آسپیرین <input type="checkbox"/> کلوییدوگرل <input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> پرازوسین	<input type="checkbox"/> لووتیروکسین	<input type="checkbox"/> فنوفیبرات <input type="checkbox"/> جم فیبروزیل
توضیحات												

اقدامات

تاریخ	آموزش تغذیه سالم	آموزش فعالیت بدنی	آموزش ترک دخانیات	آموزش عوامل خطر بیماری های غیرواگیر	آموزش آشپزی سالم	ارجاع به مرکز مشاوره تغذیه	ارجاع به مرکز مشاوره فعالیت بدنی	ارجاع به مرکز مشاوره ترک سیگار	ارجاع به مرکز مشاوره زنتیک	ارجاع به مرکز مشاوره روانشناسی بالینی	ارجاع به پزشک متخصص
/ /	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	شرایط خاص <input type="checkbox"/> رژیم غذائی <input type="checkbox"/>	شرایط خاص <input type="checkbox"/> توانبخشی <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بررسی وضعیت تندرستی: ۱- ۳ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۲- ۶ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۳- سالی یکبار <input type="checkbox"/>
/ /						شرایط خاص <input type="checkbox"/> رژیم غذائی <input type="checkbox"/>	شرایط خاص <input type="checkbox"/> توانبخشی <input type="checkbox"/>				بررسی وضعیت تندرستی: ۱- ۳ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۲- ۶ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۳- سالی یکبار <input type="checkbox"/>
/ /						شرایط خاص <input type="checkbox"/> رژیم غذائی <input type="checkbox"/>	شرایط خاص <input type="checkbox"/> توانبخشی <input type="checkbox"/>				بررسی وضعیت تندرستی: ۱- ۳ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۲- ۶ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۳- سالی یکبار <input type="checkbox"/>
/ /						شرایط خاص <input type="checkbox"/> رژیم غذائی <input type="checkbox"/>	شرایط خاص <input type="checkbox"/> توانبخشی <input type="checkbox"/>				بررسی وضعیت تندرستی: ۱- ۳ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۲- ۶ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۳- سالی یکبار <input type="checkbox"/>
/ /						شرایط خاص <input type="checkbox"/> رژیم غذائی <input type="checkbox"/>	شرایط خاص <input type="checkbox"/> توانبخشی <input type="checkbox"/>				بررسی وضعیت تندرستی: ۱- ۳ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۲- ۶ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۳- سالی یکبار <input type="checkbox"/>

تشخیص عوارض

تاریخ	نارسایی قلبی	بیماری عروق کرونر قلب	بیماری عروق محیطی	اختلال در بینایی	اختلال در عملکرد کلیه	سکته مغزی ناشی از کریز	انفارکت های مغزی
/ /	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	پروتئینوری <input type="checkbox"/> کاهش GFR <input type="checkbox"/> نارسایی واضح کلیه <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
توضیحات							
/ /					پروتئینوری <input type="checkbox"/> کاهش GFR <input type="checkbox"/> نارسایی واضح کلیه <input type="checkbox"/>		
توضیحات							
/ /					پروتئینوری <input type="checkbox"/> کاهش GFR <input type="checkbox"/> نارسایی واضح کلیه <input type="checkbox"/>		
توضیحات							
/ /					پروتئینوری <input type="checkbox"/> کاهش GFR <input type="checkbox"/> نارسایی واضح کلیه <input type="checkbox"/>		
توضیحات							
/ /					پروتئینوری <input type="checkbox"/> کاهش GFR <input type="checkbox"/> نارسایی واضح کلیه <input type="checkbox"/>		
توضیحات							

راهنمای تکمیل فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت در مناطق شهری

این فرم در مناطق شهری برای پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی توسط پرستار تکمیل می‌گردد.

پس از شناسایی افراد بیمار، اسامی و مشخصات آنان را از "پرونده مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" استخراج و به ترتیب در "فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مناطق شهری" وارد کنید. این فرم‌ها را در پوشه جداگانه تحت عنوان پوشه فرم پیگیری بیماران نگهداری کنید.

دستورالعمل تکمیل فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی

در ابتدا نام واحد دیابت / مرکز بهداشتی درمانی شهری و سال تکمیل فرم را در قسمت راست و نام عامل خطر ساز یا بیماری زمینه ساز و یا بیماری قلبی عروقی را در قسمت سمت چپ بالای فرم یادداشت کنید و به ترتیب زیر اطلاعات را تکمیل کنید:

(ستون ۱) ردیف: شماره ردیف را به ترتیب ۱، ۲، ... بنویسید و همین شماره ردیف را در پرونده مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی که مختص همان بیمار است نیز ثبت کنید.

اطلاعات مربوط به ستون ۲ الی ۵ را از پرونده مراقبت فرد بیمار استخراج و به ترتیب در این فرم یادداشت نمایید.

(ستون ۲) نام و نام خانوادگی: اسامی تمام افراد در معرض خطر یا بیمار قلبی عروقی که در طول سال شناسایی شده و یا قبلاً "مبتلا به بیماری بوده اند را در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۳) شماره پرونده مراقبت بیمار: شماره پرونده بیمار را در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۴) شماره تماس: شماره تلفن منزل / محل کار و یا همراه بیمار را در این ستون یادداشت کنید.

(ستون ۵) تاریخ مراجعه: تاریخ روزی که فرد برای مراقبت باید مراجعه کند را در این ستون ثبت کنید.

(ستون ۶) دفعات پیگیری: در این قسمت دفعات پیگیری را در صورت عدم مراجعه ثبت کنید.

(ستون ۷) علت عدم مراجعه: علت عدم مراجعه بیمار پس از ۳ بار پیگیری را در این ستون بنویسید (مانند عدم

همکاری، تحت مراقبت سایر پزشکان، فوت، مهاجرت، مسافرت، ...)

فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مناطق شهری در مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت

واحد دیابت / مرکز بهداشتی درمانی : نام بیماری یا عامل خطر ساز : سال :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده مراقبت بیمار	شماره تماس	تاریخ مراجعه	دفعات پیگیری	علت عدم مراجعه

فرم ارزیابی عادات غذایی توسط پرستار در مرکز بهداشتی درمانی/واحد دیابت در مناطق

شهری

- ۱- آیا روزانه حداقل ۲ لیوان شیر یا ماست استفاده می کنید؟ ۱-بلی ۲-خیر
- ۲- آیا پوست مرغ را هنگام طبخ جدا می کنید؟ ۱-بلی ۲-خیر
- ۳- آیا برای سرخ کردن از روغن مایع مخصوص سرخ کردن استفاده می کنید؟ ۱-بلی ۲-خیر
- ۴- آیا حداقل به مقدار ۲ واحد سبزی (تازه ، خام ، بخارپز)^۱ در روز مصرف می کنید؟ ۱-بلی ۲-خیر
- ۵- آیا حداقل به مقدار ۲ واحد میوه^۲ در روز مصرف می کنید؟ ۱-بلی ۲-خیر
- ۶- آیا در هفته حداقل ۳ بار از حبوبات استفاده می کنید؟ ۱-بلی ۲-خیر
- ۷- آیا برنج را به صورت کته مصرف می کنید؟ ۱-بلی ۲-خیر
- ۸- آیا از نان های سبوس دار (سنگک ، بربری ، فانتزی سبوس دار) استفاده می کنید؟ ۱-بلی ۲-خیر
- ۹- آیا کمتر از ۲ بار در هفته از غذاهای سرخ شده استفاده می کنید؟ ۱-بلی ۲-خیر
- ۱۰- آیا کمتر از ۳ بار در هفته از غذاهای آماده محل کار یا بیرون از منزل استفاده می کنید؟ ۱-بلی ۲-خیر
- ۱۱- آیا در موقع غذا خوردن بعداز چشیدن غذا به آن نمک اضافه می کنید؟ ۱-بلی ۲-خیر

جمع امتیازات :

الف - ۹-۱۱ (مطلوب) ب - ۵-۸ (نسبتاً مطلوب) پ - کمتر از ۵ (نامطلوب)

کلید افرادی که در گروه نسبتاً مطلوب و نامطلوب قرار میگیرند لازم است به مشاور تغذیه ارجاع داده شوند. در مورد افرادی که در وضعیت مطلوب قرار دارند نیز در صورت تمایل فرد می توان آنها را به کارشناس تغذیه و یا کلاس های آموزش گروهی تغذیه سالم ارجاع داد. در غیراین صورت نیازی به ارجاع نیست.

۱) منظور از ۱ واحد سبزی ، یک لیوان سبزی های خام و یا نصف لیوان سبزی پخته شامل سبزیهای دارای برگ سبز ، انواع کلم ، لوبیا سبز ، کدو ، نخود فرنگی ، باقالی سبز ، بادمجان است.

۲) منظور از ۱ واحد میوه شامل یک عدد میوه متوسط مثل پرتقال ، لیمو شیرین ، سیب ، کیوی و یا نصف یک عدد موز یا نصف لیوان میوه های ریز مثل انگور ، انار ، آلبالو و یا یک چهارم طالبی و یا یک هشتم یک هندوانه متوسط است. منظور از حبوبات ، لپه باقالی ، نخود ، لوبیا ، لپه ، عدس ، سویا ، ماش ، است.

فرم ارزیابی فعالیت بدنی توسط پرستار در واحد دیابت در مناطق شهری

شماره پرونده:

تاریخ مراجعه: / /

تعریف فعالیت بدنی: «به فعالیت هایی گفته می شود که موجب تحرک عضلات بزرگ بدن، افزایش ضربان قلب، سریع و شدیدتر شدن تنفس و موجب تعریق در فرد می شوند»

سؤال ۱: آیا شما در طول شبانه روز به فعالیت بدنی می پردازید؟ بلی خیر

(از افرادی که به سؤال فوق پاسخ خیر می دهند، می توان سوالات قسمت ب را پرسش نمود.)

قسمت الف: سوالات مربوط به این قسمت از افرادی پرسش خواهد شد که به سوال یک پاسخ مثبت داده اند.

سؤال ۲:

۲-۱: چه نوع فعالیت بدنی انجام می دهید؟

فعالیت روزمره	فعالیت ورزشی
<input type="checkbox"/> باغبانی	<input type="checkbox"/> دوچرخه سواری
<input type="checkbox"/> بالا رفتن از پله	<input type="checkbox"/> شنا
<input type="checkbox"/> مشارکت در فعالیتهای معمول منزل	<input type="checkbox"/> والیبال
.....	<input type="checkbox"/> آمادگی
.....

۲-۲: مجموعاً در طول روز چه مدت زمان به فعالیت بدنی اشاره شده در سوال ۲-۱ می پردازید؟

<input type="checkbox"/> کمتر از ۱۰ دقیقه	<input type="checkbox"/> ۳۰-۴۴ دقیقه
<input type="checkbox"/> ۱۰-۱۹ دقیقه	<input type="checkbox"/> ۴۵-۵۹ دقیقه
<input type="checkbox"/> ۲۰-۲۹ دقیقه	<input type="checkbox"/> ۶۰ دقیقه و بیشتر

۲-۳: چند روز در هفته فعالیت بدنی انجام می دهید؟

<input type="checkbox"/> کمتر از یک روز	<input type="checkbox"/> سه تا چهار روز
<input type="checkbox"/> یک روز	<input type="checkbox"/> پنج تا هفت روز
<input type="checkbox"/> دو روز	

۲-۴: آیا هرگز در اوج فعالیت بدنی ضربان قلب خود را اندازه گرفته اید؟

بلی خیر

۲-۵: اگر پاسخ شما به سوال فوق مثبت است، لطفاً دامنه ضربان قلب خود را در حین فعالیت و شدت آن را مشخص نمایید:

(..... = تعداد ضربان قلب در حین فعالیت)

شدت فعالیت:

- ۱- افزایش شدید تعداد ضربان قلب و تنفس بطوری که در حین فعالیت قادر به صحبت کردن نباشید (تقریباً معادل شدت فعالیت بالاتر از ۷۰٪ حداکثر ضربان قلب)
- ۲- افزایش نسبتاً زیاد تعداد ضربان قلب و تنفس بطوری که در حین فعالیت قادر به صحبت کردن باشید (تقریباً معادل شدت فعالیت ۷۰٪- ۵۱٪ حداکثر ضربان قلب)
- ۳- عدم تغییر یا افزایش کم در تعداد ضربان قلب و تنفس (تقریباً معادل شدت فعالیت ۵۰٪ و کمتر از حداکثر ضربان قلب)
- ۴-۲: کدامیک از حالت‌های زیر در حین فعالیت بدنی یا پس از آن شما را آزار می‌دهد:

- | | | | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | سرگیجه | <input type="checkbox"/> | تهوع و استفراغ | <input type="checkbox"/> | طپش قلب |
| <input type="checkbox"/> | سیاهی رفتن چشم | <input type="checkbox"/> | درد مفاصل | <input type="checkbox"/> | درد ساق پا |
| <input type="checkbox"/> | احساس ضعف | <input type="checkbox"/> | درد عضلات | <input type="checkbox"/> | خشکی دهان |
| <input type="checkbox"/> | تنگی نفس | <input type="checkbox"/> | درد ناحیه شکمی | <input type="checkbox"/> | سایر موارد..... |

قسمت ب: سؤالات مربوط به این قسمت از هرد و گروه «دارای فعالیت بدنی مناسب» و گروه «بدون فعالیت بدنی مناسب» پرسش خواهد شد.

سؤال ۳:

۳-۱: آیا علاقمندید در یک دوره فعالیت بدنی شرکت کنید:

- بلی خیر

(افرادی که به سوال فوق پاسخ خیر می دهند، می توان آنها را جهت مشاوره و دریافت متون آموزشی ارجاع داد.)
در صورت مثبت بودن پاسخ سؤال ۳-۱:

۳-۲: چه زمانی از اوقات شبانه روز را برای شرکت در فعالیت بدنی مناسب میدانید؟

- صبح ها عصرها شبها

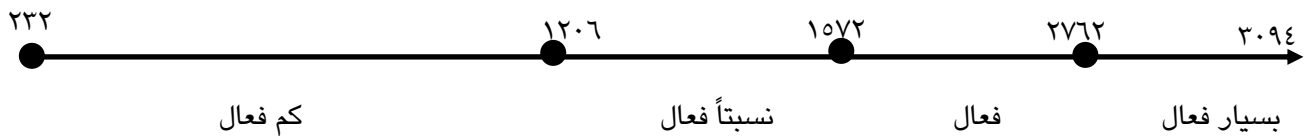
جدول تعیین شدت فعالیت بدنی بر حسب تعداد ضربان قلب

گروه سنی	حداکثر ضربان قلب	>۵۰٪	۷۰٪-۵۱٪	> ۷۰٪
۱۵-۱۸	۲۰۲-۲۰۵	<۱۰۱	۱۰۱-۱۴۳	> ۱۴۳
۱۹-۲۴	۱۹۶-۲۰۱	<۹۸	۹۸-۱۴۰	> ۱۴۰
۲۵-۲۹	۱۹۱-۱۹۵	<۹۶	۹۸-۱۳۶	> ۱۳۶
۳۰-۳۴	۱۸۶-۱۹۰	<۹۳	۹۳-۱۳۲	> ۱۳۲
۳۵-۳۹	۱۸۱-۱۸۵	<۹۱	۹۱-۱۲۹	> ۱۲۹
۴۰-۴۴	۱۷۶-۱۸۰	<۸۸	۸۸-۱۲۵	> ۱۲۵
۴۵-۴۹	۱۷۱-۱۷۵	<۸۶	۸۶-۱۲۲	> ۱۲۲
۵۰-۵۴	۱۶۶-۱۷۰	<۸۳	۸۳-۱۱۸	> ۱۱۸
۵۵-۶۴	۱۵۶-۱۶۵	<۷۸	۷۸-۱۱۳	> ۱۱۳

۶۵-۷۴	۱۴۶-۱۵۵	<۷۳	۷۳-۱۰۶	>۱۰۶
>=۷۵	<۱۴۶	<۷۳	۷۳-۱۰۲	>۱۰۲

جدول امتیاز بندی شاخص های فعالیت بدنی

مدت	امتیاز	تکرار	امتیاز	شدت	امتیاز
۶۰ دقیقه و بیشتر	۸۵۰	۵-۷ روز در هفته	۱۲۵۴	$\geq 70\%$	۹۹۰
۴۵-۵۹ دقیقه	۷۸۲	۳-۴ روز در هفته	۹۹۰	۶۱-۷۰%	۴۶۲
۳۰-۴۴ دقیقه	۷۱۴	۲ روز در هفته	۵۹۴	$\leq 50\%$	۶۶
۲۰-۲۹ دقیقه	۶۱۲	۱ روز در هفته	۳۳۰		
۱۰-۱۹ دقیقه	۴۰۸	کمتر از ۱	۱۳۲		
کمتر از ۱۰ دقیقه	۳۴				



امتیازات مربوط به مدت، تکرار و شدت را جمع کنید و محل آن را بر روی نمودار فعالیت بدنی مشخص کنید. محل امتیاز در هر قسمت از نمودار وضعیت فعالیت فرد را مشخص می کند.

فرم ارجاع مراجعین به سطح بالاتر (مراکز تخصصی یا مشاوره) در واحد دیابت

در مناطق شهری

خانم / آقای با مشخصات زیر:

شماره پرونده:..... جنس: مرد زن سن:..... (سال)

وضعیت بیماری: ۱- طبیعی ۲- در معرض خطر ۳- بیمار

قندخون mg/dl

فشارخون mg/dl.....

کلسترول خون mg/dl

تری گلیسرید خون mg/dl

سایر بیماری ها ۱- دارد ۲- ندارد

وضعیت عوامل خطرزا:

BMI ۱- مطلوب ۲- اضافه وزن (در محدوده خطر) ۳- چاق (در معرض خطر)

تغذیه ۱- مناسب ۲- نسبتاً مناسب (در محدوده خطر) ۳- نامناسب (در معرض خطر)

فعالیت بدنی ۱- پرتحرک ۲- تحرک متوسط ۳- کم تحرک (در محدوده خطر) ۴- بی تحرک (در معرض خطر)

مصرف دخانیات ۱- غیر سیگاری ۲- سیگاری غیر فعال (در محدوده خطر) ۳- سیگاری (در معرض خطر)

سابقه خانوادگی بیماری ۱- ندارد ۲- دارد (در معرض خطر).....

دور کمر ۱- مناسب ۲- نامناسب (در معرض خطر)

اقدامات:

۱- آموزش:

تغذیه سالم فعالیت بدنی دخانیات عوامل خطرزای بیماری های غیر واگیر آشنایی سالم

۲- مشاوره تغذیه: شرایط خاص، رژیم غذایی

۳- مشاوره فعالیت بدنی: شرایط خاص توانبخشی

۴- مشاوره ترک سیگار:

۵- ارجاع به پزشک متخصص:

۶- ارجاع به مراکز مشاوره: تغذیه فعالیت بدنی روانشناسی ترک سیگار

۷- بررسی وضعیت تندرستی: ۱- ۳ ماه یکبار ۲- ۶ ماه یکبار ۳- سالی یکبار

از واحد دیابت / مرکز بهداشتی درمانی :

به :

همکار ارجمند

باسلام

بیمار با مشخصات زیر :

نام و نام خانوادگی : جنس : سن : سال به شماره پرونده :

که به علت و با تشخیص اولیه مراجعه نموده است، جهت

بررسی اقدام لازم به حضور ارجاع می گردد. خواهشمند است پس از بررسی نتیجه کار، نیاز به اقدامات درمانی یا

پیگیری را در زیر این برگ مرقوم نموده و آن را عودت دهید.

مشخصات بالینی بیمار به پیوست است.

علت ارجاع :

نام و نام خانوادگی پزشک واحد دیابت :

تاریخ : امضاء :

از:

به واحد دیابت:

همکار ارجمند

باسلام

ضمن سپاس از معرفی بیمار(بامشخصات نام و نام خانوادگی:..... شماره پرونده:.....) نامبرده در

تاریخ / / در مرکز پذیرش و پس از معاینه با تشخیص..... تحت درمان قرار گرفت و لازم است به

شرح زیر مورد پیگیری قرار گیرد:

دستورات :

.....

.....

لازم است مجدداً" در تاریخ / / به این مرکز به واحد

خانم / آقای مراجعه نمایند.

نام و نام خانوادگی پزشک معالج / مشاور :

تاریخ : امضاء :

فرم ارجاع مراجعین به مرکز تربیت بدنی در مناطق شهری در واحد دیابت

شماره پرونده :

تاریخ :

مرکز تربیت بدنی

باسلام

بدینوسیله مراجع به این پایگاه با مشخصات و شرایط جسمانی زیر برای انجام فعالیتهای ورزشی مناسب به آن مرکز معرفی میشوند.

نام و نام خانوادگی : جنسیت : مرد زن سن : وزن : قد :

- ۱- وضعیت قلب : طبیعی غیرطبیعی و در این زمینه نیازمند توجه ویژه : نیست است
- ۲- وضعیت تنفس : طبیعی غیرطبیعی و در این زمینه نیازمند توجه ویژه : نیست است
- ۳- وضعیت عضلات و مفاصل : طبیعی غیرطبیعی و در این زمینه نیازمند توجه ویژه : نیست است
- ۴- وضعیت فشارخون : طبیعی غیرطبیعی و در این زمینه نیازمند توجه ویژه : نیست است
- ۵- وضعیت وزنی : طبیعی غیرطبیعی و در این زمینه نیازمند توجه ویژه : نیست است
- ۶- وضعیت ارگان های داخلی : طبیعی غیرطبیعی و در این زمینه نیازمند توجه ویژه : نیست است
- ۷- سایر موارد قابل توجه عبارت است از :

ابتلاء به بیماری های :

شرح :

.....

.....

توصیه پزشک :

.....

.....

لطفا پس از بررسی کامل وضعیت ایشان براساس برگ کارشناسی پیوست برنامه ورزشی مناسب ارائه نموده و پس از طی یک دوره تمرینی (۲ تا ۴ ماه) با ارائه کتبی برگ نتایج حاصلی را به این مرکز منعکس نمایید.

نام و نام خانوادگی پزشک معالج / مشاور :

تاریخ : امضاء :

پرسشنامه ارزیابی آگاهی در مورد مصرف دخانیات

بخش بهداشتی

- ۱- در دود سیگار چند ماده سمی وجود دارد؟
- ۲- در دود سیگار چند نوع ماده سرطانزا وجود دارد؟
- ۳- مواد سمی سیگار در بدن انسان چه اثری دارند؟
- ۴- نیکوتین سیگار در بدن انسان چه اثری دارد؟
- ۵- مصرف سیگار چه بیماری هایی را بوجود می آورد؟
- ۶- مصرف سیگار چه اثری بر اطرافیان غیر سیگاری دارد؟
- ۷- مصرف سیگار چه اثری بر زنان باردار و جنین آنها دارد؟
- ۸- مصرف هر نخ سیگار چقدر از عمر فرد می کاهد؟
- ۹- سالانه در ایران چند نفر به علت مصرف سیگار فوت می کنند؟
- ۱۰- سالانه در دنیا چند نفر به علت مصرف سیگار فوت می کنند؟
- ۱۱- ترک سیگار چه فایده ای برای خود دارد؟
- ۱۲- ترک سیگار چه فایده ای برای اطرافیان و دیگران دارد؟
- ۱۳- کسی که مدت زیادی است دخانیات مصرف میکند و تا کنون به بیماری خاص مرتبط با دخانیات مبتلا نشده است، احتمال دارد بعداً "به آن بیماری ها مبتلا شود؟

بخش اقتصادی

- ۱۳- روزانه در کشور چه هزینه ای صرف مصرف سیگار می شود؟
- ۱۴- ضررهای اقتصادی سیگار چیست؟

بخش اجتماعی

- ۱۵- ضررهای اجتماعی سیگار چیست؟
- ۱۶- مصرف سیگار در کشورهای پیشرفته چه روندی دارد؟
- ۱۷- تولید و توزیع سیگار در کشورهای پیشرفته چه روندی دارد؟

پرسشنامه ارزیابی نگرش در مورد مصرف دخانیات

براساس شماره گذاری از شماره ۱ تا ۱۰ نظر خود را در مورد گزینه زیر بنویسید:

موافق ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ مخالف

۱- به نظر من مصرف دخانیات برای سلامتی زیان آور است.

۲- فکرمی کنم عادت مصرف دخانیات من در ۵ سال آینده:

۱- مطمئناً هر روز سیگار می کشم ۲- مطمئناً سیگاری نخواهم بود

۳- احتمالاً هر روز سیگار می کشم ۴- احتمالاً سیگاری نخواهم بود

۵- نمی دانم

براساس شماره گذاری از شماره ۱ تا ۱۰ نظر خود را در مورد گزینه های زیر بنویسید:

موافق ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ مخالف

- ۳- متقاعد کردن مردم جهت ترک دخانیات از وظایف کارکنان بهداشتی است.
- ۴- اکثر سیگاری ها و مصرف کنندگان سایر محصولات دخانی در صورتی که بخواهند می توانند ترک کنند.
- ۵- غیر سیگاری که با سیگاری زندگی می کند خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان ریه دارد.
- ۶- مصرف دخانیات توسط والدین خطر ذات الریه (سینه پهلو) و سایر بیماری های تنفسی مثل آسم را در کودکان افزایش می دهد.
- ۷- والدین باید نمونه مناسبی از یک فرد غیر سیگاری باشند.
- ۸- اکثر مردم تا زمانی که پزشک به آنها نگوید، سیگار را ترک نمی کنند.
- ۹- باید یک هشدار بهداشتی روی بسته های سیگار وجود داشته باشد.
- ۱۰- باید ممنوعیت کامل در تبلیغات دخانیات اعمال گردد.
- ۱۱- مصرف دخانیات در مکان های عمومی سر بسته باید ممنوع گردد.
- ۱۲- قیمت محصولات دخانی باید شدیداً افزایش یابد.
- ۱۳- فروش دخانیات به کودکان باید کاملاً ممنوع شود.
- ۱۴- مصرف دخانیات در بیمارستان ها باید به ممنوع شود.
- ۱۵- بر اساس شماره گذاری از ۱ تا ۱۰، برای مصرف دخانیات چه جایگاهی قائلید:
- | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------------|
| خطرناک | ۱۰ | ۹ | ۸ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | -ایمن |
| غیر قابل کنترل | ۱۰ | ۹ | ۸ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | -ارادی |
| تحت تاثیر محیط | ۱۰ | ۹ | ۸ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | -بر اساس تصمیم شخصی |
| معمولاً لذت بخش | ۱۰ | ۹ | ۸ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | -معمولاً نامطبوع |
| کمکی نمی کند | ۱۰ | ۹ | ۸ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | -کمکی برای مقابله با مشکلات |
| آرامبخش | ۱۰ | ۹ | ۸ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | - محرک |
| باعث افزایش جذابیت | ۱۰ | ۹ | ۸ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | -باعث کاهش جذابیت |
| احمق بنظر رسیدن | ۱۰ | ۹ | ۸ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | -باهوش بنظر رسیدن |
| نشانه شکست | ۱۰ | ۹ | ۸ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | -نشانه موفقیت |

پرسشنامه ارزیابی مهارت

۱- در موارد زیر چه می کنید؟

(الف) اگر اشتباهی کردم:

۱- خود را سرزنش می کنم

۲- عمل خود را سرزنش می کنم

(ب) وقتی که در مورد اعمال خود فکر می کنم:

۱- جنبه های مثبت و منفی خود را توأم در نظر می گیرم اما به جنبه های مثبت خود، بیشتر توجه می کنم

۲- جنبه های مثبت و منفی خود را توأم در نظر می گیرم اما به جنبه های منفی خود بیشتر توجه می کنم

(ج) در محاسبه اعمال خود:

۱- می پذیرم که غیر از کارهای اشتباه قطعاً کارهای مثبتی هم انجام می دهم .

۲- کارهای خوبم را کوچک و بی ارزش و غیر قابل محاسبه می دانم

۳- کدامیک از حالات زیر علامت اعتماد بنفس در شماست :

۱- اینکه بتوانم کاری را بدون توقع و انتظار از دیگران آغاز نمایم اما برای اتمام آن منتظر کمک دیگران باشم

۲- اینکه بتوانم کاری را بدون توقع و انتظار از دیگران آغاز نمایم و بکوشم تا آن را به اتمام برسانم

۳- در موارد زیر چه می کنید؟

(الف) اگر نتوانم کاری را انجام دهم ، می گویم:

۱- نمی توانم

۲- سعی خواهم کرد

(ب) اگر نتوانم از عهده کاری برآیم، آنرا:

۱- یک شکست می دانم

۲- یک تجربه جدید میدانم

(ج) اگر منتظر اعلام نتیجه امتحان یا آزمونی باشم ، می گویم:

۱- فکر نمی کنم قبول شوم

۲- انشاء... قبول می شود

(د) اگر اشتباهی کردم ، می گویم:

۱- هرگز خود را بخاطر آن اشتباه نمی بخشم

۲- اشتباه خود را جبران می کنم

۴- کدامیک از کارهای زیر در افزایش اعتماد بنفس شما موثر است؟

(الف) بیان احساس واقعی ، بدون توجه به موافقت یا دیگران

(ب) کشیدن نفس عمیق برای رسیدن اکسیژن بیشتری به مغز

(ج) جدی نگرفتن صحبت های دیگران در مورد نقاط ضعفشان

(د) افزایش وابستگی به دیگران

(ه) همه موارد

و) هیچکدام

۵- در موارد زیر چه می کنید؟

الف) حرفهای خود را به دیگران:

۱- صریح، مستقیم و بدون واسطه می گویم

۲- از طعنه یا کنایه استفاده می کنم

ب) در ارتباط با دیگران:

۱- احساس خود را شناسایی و بخوبی توصیف می کنم

۲- احساس خود را مخفی واز بیان آن امتناع می کنم

ج) در روابط با دیگران:

- به آنها توهین کرده و برچسب می زنم

- از توهین به آنها و برچسب زدن خودداری می کنم

د) بعد از بیان نظراتم:

-از مخاطبم باز خورد می گیرم تا بدانم منظورم را درست فهمیده است یا نه

- برایم مهم نیست که مخاطبم، منظور مرا فهمیده باشد یا نه

۶- در برابر فشار گروه همسال خود چه می کنید؟

۱- بخاطر احساس خجالت یا ترس از تحقیر یا رانده شدن از جمع دوستان، هرچه گروه بخواهد، می پذیریم

۲- از حقوق خود حتی در گروه همسال دفاع می کنم و اجازه تجاوز به حقوقم را نمیدهم

۳- در جمع دوستان همسالم: برای افزایش رضایت گروه از من، اعمال واحساسات خود را توجیه می کنم

۴- در جمع دوستان همسالم: عقاید، ارزشها، باورها و عواطف خود را مخفی می کنم

۷- وقتی که با مشکلی عاطفی روبرو می شوید برای تامین آرامش روانی خود چه می کنید؟

۱- با دوستان، والدین، خواهر یا برادر، مشاور یا معلم، صحبت و درددل می کنم

۲- قرآن می خوانم، دعا می کنم، نماز می خوانم، به زیارت می روم

۳- فال می گیرم و آرزوی معجزه می کنم

۴- عصبانی می شوم، گریه وزاری می کنم، پرخاشگری می کنم

۵- از مواد مخدر یا داروهای آرامبخش یا سایر موارد استفاده می کنم

۸- برای مقابله عملی با مشکلی که برای شما پیش می آید، چه می کنید؟

۱- برنامه ریزی می کنم

۲- با افراد معتمد و آگاه مشورت می کنم

۳- از روش های غیر قانونی استفاده می کنم (تقلب، کارهای خلاف قانون)

۴- از روش های غیر اخلاقی استفاده می کنم (تهدید، زورگویی)

۹- در موارد زیر چه می کنید؟

الف) اگر کسی تقاضای بد یا خواسته نادرستی از من داشته باشد:

۱- بلافاصله مخالفت یا موافقت می کنم

۲- ابتدا کمی فکر کردم و پس از اطمینان از مواضع خود، می گویم بلی یا خیر

ب) اگر کسی از من تقاضا یا خواسته نادرستی داشته باشد و من مخالف باشم:
۱- می گویم : نه

۲- می گویم: خوب، من اینطور فکر نمی کنم،....

ج) اگر کسی از من تقاضا یا خواسته نادرستی داشته باشد و من مخالف باشم:

- مخالفت خود را بسیار کوتاه و موجز با او در میان می گذارم

- مخالفت خود را بطور مفصل و با توضیح کامل با او در میان می گذارم

د) اگر کسی با وجود مخالفت من، بارها تقاضا یا خواسته نادرست خود را تکرار کند:

- هر بار برایش توضیح جدیدی داده و درخواستش را رد می کنم

- فقط دلیل اصلی مخالفتم را برای او تکرار می کنم

۱۰- کدام یک از حالات زیر موجب تقویت «ابراز وجود» در شما می شود؟

الف) برقراری تماس چشمی مستقیم با مخاطبم

ب) انتخاب حالت چهره متناسب با صحبتی که با مخاطبم دارم

ج) انتخاب سطح و آهنگ مناسب صدا در هنگام صحبت با مخاطبم

د) همه موارد فوق **ه)** هیچکدام

۱۱- اگر دچار مشکلی شوید، برای حل مشکل چه می کنید؟ در عبارات زیر مراحل اقدام خود را شماره گذاری کنید.

(کدام کار را اول انجام می دهید الی آخر)

۱. احساسات و عواطف خود را مرور می کنم تا مشکل را تشخیص دهم.

۲. در مورد هدف تصمیم گیری می کنم.

۳. مدتی روی مشکل تمرکز می کنم تا ابعاد آن مشخص شود.

۴. در مورد نتایج احتمالی راه حل ها فکر می کنم.

۵. راه حل های واقعی و مطلوب را انتخاب می کنم.

۶. راه حل انتخاب شده، برنامه ریزی می کنم.

۷. در مورد راه حل های مختلف فکر می کنم.

پرسشنامه ارزیابی اقدام برای ترک سیگار

- ۱- در حال حاضر اهمیت ترک سیگار برای شما چقدر است؟
۱- خیلی زیاد ۲- زیاد ۳- تا حدودی ۴- کم (زیاد مهم نیست)
- ۲- در حال حاضر تصمیم شما برای ترک سیگار چقدر جدی است؟
۱- خیلی زیاد ۲- زیاد ۳- تا حدودی ۴- کم (زیاد مهم نیست)
- ۳- به چه علت می خواهید سیگار را ترک کنید؟
۱- بیماری ۲- سلامتی در آینده ۳- هزینه ها ۴- توصیه دیگران ۵- سلامتی خانواده ۶- سایر
- ۴- فکر می کنید موفقیت شما در ترک سیگار چقدر است؟
۱- کاملاً (صد در صد) ۲- خیلی زیاد ۳- زیاد ۴- تا حدودی ۵- کم ۶- خیلی کم
- ۵- آیا برای مقابله با فشارهای عصبی سیگار می کشید؟
۱- همیشه ۲- بیشتر اوقات ۳- گاهی ۴- بندرت ۵- هیچوقت
- ۶- آیا سیگار کشیدن به رفتار و شخصیت اجتماعی شما کمک می کند؟
۱- همیشه ۲- بیشتر اوقات ۳- گاهی ۴- بندرت ۵- هیچوقت
- ۷- آیا هنگامی که خسته و بی‌کار هستید، سیگار روشن می کنید؟
۱- همیشه ۲- بیشتر اوقات ۳- گاهی ۴- بندرت ۵- هیچوقت
- ۸- آیا سیگار کشیدن در شما تمرکز و هوشیاری بوجود می آورد؟
۱- همیشه ۲- بیشتر اوقات ۳- گاهی ۴- بندرت ۵- هیچوقت
- ۹- اگر سیگار مصرف نکنید دچار مشکل و احساس ناراحتی می شوید؟
۱- همیشه ۲- بیشتر اوقات ۳- گاهی ۴- بندرت ۵- هیچوقت
- ۱۰- آیا برای کنترل وزن سیگار می کشید؟
۱- همیشه ۲- بیشتر اوقات ۳- گاهی ۴- بندرت ۵- هیچوقت
- ۱۱- آیا از مصرف سیگار لذت می برید؟
۱- همیشه ۲- بیشتر اوقات ۳- گاهی ۴- بندرت ۵- هیچوقت

پرسشنامه پیگیری افراد ترک کرده

خواهشمنداست خود را در رابطه با موارد زیر از نظر اینکه در روزهای گذشته چه احساسی داشته اید، درجه بندی کنید؟

هرگز	بندرت	گاهی	بیشتر اوقات	همیشه	
۱	۲	۳	۴	۵	غم و اندوه
۱	۲	۳	۴	۵	اضطراب و دلشوره
۱	۲	۳	۴	۵	تحریک پذیری یا زود از کوره در رفتن
۱	۲	۳	۴	۵	پرانرژی و احساس توانائی زیاد
۱	۲	۳	۴	۵	عدم آرامش یا بیقراری
۱	۲	۳	۴	۵	گرسنگی
۱	۲	۳	۴	۵	نداشتن تمرکز فکری و حواس پرتی

- ۱- نکشیدن سیگار در هفته گذشته، برای شما چقدر دشوار بود؟
- ۰- اصلاً" دشوار نبود ۱- کمی دشوار بود
- ۳- دشوار بود ۴- بسیار دشوار بود
- ۲- آیا در هفته گذشته هوس کردید سیگار بکشید؟
- ۰- هرگز ۱- خیلی کم ۲- بعضی مواقع ۳- اکثر مواقع ۴- تقریباً" همیشه ۵- همه مواقع
- ۳- این هوس تا چه اندازه قوی بود؟
- ۰- هیچ ۱- کمی ۲- تا حدی ۳- قوی ۴- بسیار قوی ۵- فوق العاده قوی
- ۴- آیا در روزهای گذشته سیگار کشیدید؟
- ۰- هرگز ۱- چند پک ۲- بیشتر از یک سیگار (ساعت مصرف:.....)
- ۵- در حال حاضر چه نوع و چه مقدار داروی ترک سیگار مصرف می کنید؟
- ۶- آیا در مصرف داروها مشکلی داشته اید؟
- ۷- آیا نکات دیگری هست که بخواهید به آنها اشاره کنید؟ لطفاً" ذکر کنید.

راهنمای تکمیل فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی از سطح خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت در مناطق شهری و روستایی

این فرم در چهار صفحه به منظور ثبت وضعیت و مراقبت های انجام شده برای بیماران یا افراد در معرض خطر تهیه شده است. پس از شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی و تشکیل فرم مراقبت بیماران (فرم مراقبت بیماران در روستا / پرونده بیماران قلبی عروقی در شهر) و فرم پیگیری بیماران، مشخصات هر بیمار را به ترتیب از فرم های مربوط به افراد در معرض خطر و بیمار استخراج و در این فرم ها وارد نمائید. اطلاعات به ازای هر بیمار یا فرد در معرض خطر به صورت چوب خطی در این فرم ها وارد می شود.

این فرم ها بر حسب نوع واحد تکمیل کننده گزارش **توسط بهورزان / پرستاران / کاردان / کارشناسی** در سطوح مختلف تکمیل می گردد.

این فرم ها در هر سطح باید به صورت جمع بندی شده در **پایان هر فصل** به سطح بالاتر ارسال شود.

➤ برای سهولت در ثبت داده ها، این فرم ها باید در کاغذ A3 چاپ شود.

دستورالعمل تکمیل فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی

در ابتدا نام دانشگاه علوم پزشکی و مرکز بهداشت شهرستان و نام واحد ارائه خدمت را اگر در شهر است حسب مورد بر اساس نام واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری و اگر در روستا است بر طبق نام خانه بهداشت و مرکز بهداشتی، درمانی روستایی ثبت کنید. جمعیت تحت پوشش هر واحد ارائه خدمت را بر حسب سطح گزارش دهی و سال و ماه تکمیل فرم گزارش در هر صفحه گزارش در بالای فرم بنویسید. سپس به ترتیب زیر اطلاعات مورد لزوم را تکمیل کنید:

صفحه ۱: فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن برای ثبت بیماران

راهنمای تکمیل فرم گزارش دهی **ثبت** بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون پس از شناسایی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون و تشکیل فرم مراقبت بیماران و فرم پیگیری بیماران، مشخصات هر بیمار را به ترتیب از فرم های مربوط به افراد بیمار استخراج و در این فرم وارد نمائید. در ابتداء برحسب جنسیت و گروه سنی که بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون **مراجعه کننده جدید**، در آن قرار می گیرند، داه های مربوط به هر فرد مراجعه کننده را به صورت چوب خط در طول ۳ ماه ثبت و در پایان هر ۳ ماه در سطر های مربوطه به صورت عددی تکمیل کنید.

بیماران مراجعه کننده

تعداد مراجعین: به ازای هر بیمار جدید مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون (۳۰ سال و بالاتر) که در طی هر ۳ ماه یا هر فصل به واحد بهداشتی مراجعه می کند، در هر یک از گروه های سنی و جنسی مربوطه با چوب خط در خانه مربوطه ثبت کنید و سایر اطلاعات مربوط به این فرد را در سایر ستون ها و در سطر مربوطه یادداشت کنید. **دارای پرونده کامل:** تعداد مراجعینی که پرونده آن ها از نظر پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده است و وضعیت

آن‌ها از نظر سایر عوامل خطر و بیماری‌ها مشخص گردیده است، در این‌خانه یادداشت کنید.

بیماران دارای سایر عوامل خطر

اگر بیمار دارای سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (اضافه وزن، مصرف دخانیات، کم‌تحرك، تغذیه نامناسب) است در ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی یادداشت کنید.

چاق/فشارخون بالا/دیابت/اختلال چربی خون/بیماری قلبی عروقی

اگر سایر بیماری‌های زمینه‌ساز بیماری قلبی عروقی (چاق، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون) و یا بیماری قلبی عروقی در بیمار مراجعه‌کننده مبتلا به فشارخون بالا و یا بیمار مبتلا به اختلال چربی خون از قبل شناسایی شده باشد، در خانه سطر و ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی بر حسب بیمار شناخته شده قبلی ثبت کنید و اگر سایر بیماری‌ها در بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون بعد از مراجعه به این واحد بهداشتی و بررسی تشخیص داده و ثبت شده باشد، حسب مورد به عنوان بیماری جدید در ستون بیمار شناخته شده جدید، یادداشت کنید.

سابقه خانوادگی

اگر بیمار دارای سابقه خانوادگی بیماری‌های زمینه‌ساز قلبی عروقی است، در این ستون ثبت کنید.

ارجاع شده به مشاور تغذیه/روانشناسی/تربیت بدنی/ترک دخانیات/توانبخشی

اگر بیمار مراجعه‌کننده بعد از بررسی به یکی از مشاورین ارجاع شده است، در این ستون یادداشت کنید.

دریافت پس‌خوراند

در صورتی که طی ۳ ماه اخیر پس از ارجاع به مشاورین فرم ارجاع تکمیل و پس‌خوراند آن به بیمار تحویل داده شده است، در این ستون یادداشت کنید.

صفحه ۲: فرم گزارش دهی مراقبت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

اطلاعات این صفحه مربوط به مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون و دارای

عامل خطر طی سه ماه یا هر فصل است. قسمت بالای فرم مانند صفحه اول تکمیل می‌گردد.

جمعیت

تعداد مراجعین: به ازای هر بیمار مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون که در طی هر ۳ ماه یا هر فصل به برای انجام مراقبت به واحد بهداشتی مراجعه می‌کند، در هر یک از گروه‌های سنی و جنسی مربوطه با چوب خط در خانه مربوطه ثبت کنید و سایر اطلاعات مربوط به این فرد را در سایر ستون‌ها و در سطر مربوطه یادداشت کنید.

تحت مراقبت

اگر بیمار دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی طی ۳ ماه اخیر تحت مراقبت این واحد بهداشتی قرار دارد، حسب مورد در ستون‌های مربوطه یادداشت کنید.

ارجاع

ارجاع شده به مشاور تغذیه/روانشناسی/تربیت بدنی/ترک دخانیات/توانبخشی

اگر بیمار طی ۳ ماه اخیر برای مشاوره به یکی از مشاورین ارجاع شده باشد، در ستون مربوطه یادداشت کنید.

ارجاع شده به پزشک متخصص قلب و عروق/سایر متخصصان

اگر بیمار طی ۳ ماه اخیر برای مشاوره به یکی از پزشکان متخصص ارجاع شده باشد، در ستون مربوطه یادداشت کنید.

ارجاع برای بستری به علت بیماری قلبی عروقی یا زمینه ساز آن

اگر بیمار دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی را که تحت مراقبت این واحد بهداشتی قرار دارد و به علت بیماری قلبی عروقی یا زمینه ساز آن طی ۳ ماه اخیر برای بستری در بیمارستان ارجاع شده و بستری شده باشد، در این ستون یادداشت کنید.

بیماری کنترل شده

اگر بیمار دارای بیماری زمینه ساز و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی از نظر عامل خطر کنترل شده محسوب می شود، حسب مورد در ستون های مربوطه یادداشت کنید. شرایط موارد کنترل شده:

-چاقی: وزن در طول سه ماه باید به میزان وزن هدف تعیین شده برای این سه ماه رسیده باشد. برای مثال هدف این است بیمار باید طی ۳ ماه ۶ کیلو وزن کم کند، اگر این به این مقدار وزن کاهش یافته باشد به معنی کنترل بیماری است.

-فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه یا در بیماران کلیوی و قلبی عروقی کمتر از ۱۳۰/۸۵ میلیمتر جیوه و در بیماران دیابتی کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلیمتر جیوه

-قندخون کمتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر

-چربی خون : کلسترول خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر، ال دی ال کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر و در بیماران مبتلا به دیابت، کلیوی و قلبی عروقی حسب مورد، اچ دی ال کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر، تری گلیسیرید کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر

-وزن : حفظ وزن به میزان وزن هدف تعیین شده برای هر بیمار به مدت ۳ ماه

عامل خطر کنترل شده

اگر عامل خطر فرد بیماری که دارای عامل خطر (اضافه وزن، مصرف دخانیات، کم تحرک، تغذیه نامناسب) است، کنترل شده محسوب می شود یعنی طی ۳ ماه اخیر به وزن مطلوب، ترک دخانیات، پیروی از رژیم غذایی مناسب و سالم و فعالیت بدنی مناسب رسیده است، حسب مورد برای هر یک از عوامل خطر، در ستون مربوطه یادداشت کنید.

عوارض بیماری

اگر بیمار دارای عامل خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی طی ۳ ماه اخیر دچار عوارض بیماری (قلبی عروقی، چشمی، مغزی، کلیوی، عصبی) شده است، حسب مورد در ستون مربوطه یادداشت کنید.

علت عدم مراجعه

اگر بیمار تحت مراقبت این واحد بهداشتی به هر علت (مهاجرت، فوت، سایر موارد) طی ۳ ماه اخیر از پوشش مراقبت خارج شده است و دیگر به این واحد مراجعه نمی کند، حسب مورد در ستون مربوطه یادداشت کنید.

صفحه ۳: فرم گزارش دهی آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

اطلاعات این صفحه مربوط به برنامه های آموزشی در خصوص بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن طی سه ماه یا هر فصل است. قسمت بالای فرم مانند صفحه اول تکمیل می گردد.

بیماران

تحت مراقبت: تعداد بیماران دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی که طی ۳ ماه اخیر تحت

مراقبت این واحد بهداشتی قرار داشته اند، در این ستون یادداشت کنید.

بیماران تحت آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

تعداد بیماران دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی که طی ۳ ماه اخیر تحت آموزش چهره به چهره این واحد بهداشتی قرار گرفته اند را حسب موضوع به تفکیک گروه سنی و جنسیت در ستون های مربوطه یادداشت کنید.

کلاس های آموزشی برگزار شده برای بیماران مبتلا به قلبی عروقی و عوامل خطر آن

اگر برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن کلاس های آموزشی برای بیماران مبتلا به قلبی عروقی و عوامل خطر آن برگزار شده است، حسب موضوع در ستون مربوطه تعداد کلاس های برگزار شده را یادداشت کنید.

کلاس های آموزشی برگزار شده برای جامعه

اگر برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن کلاس های آموزشی برای افراد جامعه و عموم مردم برگزار شده است، تعداد کلاس های برگزار شده را حسب موضوع در ستون مربوطه یادداشت کنید.

کلاس های آموزشی برگزار شده برای کارکنان بهداشتی درمانی

اگر برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن کلاس های آموزشی برای کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط با برنامه قلب و عروق برگزار شده است، تعداد کلاس های برگزار شده را حسب نوع کارکنان در ستون مربوطه یادداشت کنید.

کارکنان آموزش دیده

تعداد کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط با برنامه قلب و عروق که برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن تحت آموزش قرار گرفته اند را حسب نوع موضوع در ستون مربوطه یادداشت کنید.

صفحه ۴: فرم گزارش دهی غربالگری بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

این فرم در یک صفحه به منظور ثبت وضعیت غربالگری انجام شده برای افراد ۳۰ سال و بالاتر تهیه شده است. پس از غربالگری و شناسایی بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن و تشکیل فرم مراقبت بیماران و فرم پیگیری بیماران، مشخصات هر بیمار را به ترتیب از فرم های مربوط به افراد بیمار استخراج و در این فرم وارد نمایید. اطلاعات به ازای هر بیمار یا فرد در معرض خطر به صورت چوب خطی در این فرم وارد می شود.

دستورالعمل تکمیل فرم گزارش دهی غربالگری بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

در ابتداء برحسب جنسیت و گروه سنی که افراد سالم، در معرض خطر و بیماران، در آن قرار می گیرند، داه های مربوط به هر فرد مراجعه کننده برای غربالگری را از "فرم غربالگری"/"پرونده بیماری قلبی عروقی استخراج و به صورت چوب خط در طول ۳ ماه ثبت و در پایان هر ۳ ماه در سطر های مربوطه به صورت عددی تکمیل کنید.

افراد مراجعه کننده

تعداد مراجعین: به ازای هر فرد جدید ۳۰ سال و بالاتر که در طی هر ۳ ماه یا هر فصل برای غربالگری به واحد بهداشتی مراجعه می کند، در هر یک از گروه های سنی و جنسی مربوطه با چوب خط در خانه مربوطه ثبت کنید و

سایر اطلاعات مربوط به این فرد را در سایر ستون ها و در سطر مربوطه یادداشت کنید.

دارای پرونده کامل: تعداد مراجعینی که پرونده آن ها از نظر پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده است و وضعیت آن ها از نظر وجود عوامل خطر و بیماری ها مشخص گردیده است، در این خانه یادداشت کنید.

بیماران دارای عوامل خطر (اضافه وزن، کم تحرک، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب)

اگر فرد دارای هر یک از عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (اضافه وزن، مصرف دخانیات، کم تحرک، تغذیه نامناسب) است در ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی یادداشت کنید.

بیماران دارای بیماری زمینه ساز (چاق/فشارخون بالا/دیابت/اختلال چربی خون/بیماری قلبی عروقی)

اگر فرد مبتلا به بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی (چاق، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون) و یا بیماری قلبی عروقی باشد، اگر از قبل شناسایی شده باشد، در خانه سطر و ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی بر حسب بیمار شناخته شده قبلی ثبت کنید و اگر بیماری وی بعد از مراجعه به این واحد بهداشتی و بررسی تشخیص داده و ثبت شده باشد، حسب مورد به عنوان بیماری جدید در ستون بیمار شناخته شده جدید، یادداشت کنید.

سابقه خانوادگی چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و بیماری قلبی عروقی)

اگر فرد در افراد درجه یک خانواده خود دارای سابقه خانوادگی بیماری های زمینه ساز قلبی عروقی باشد، در این ستون ثبت کنید.

ارجاع شده به مشاور تغذیه/روانشناسی/تربیت بدنی/ترک دخانیات/توانبخشی

اگر فرد مراجعه کننده بعد از بررسی به یکی از مشاورین ارجاع شده است، در این ستون یادداشت کنید.

دریافت پس خوراند

در صورتی که طی ۳ ماه اخیر پس از ارجاع فرد به مشاورین فرم ارجاع تکمیل و پس خوراند آن به بیمار تحویل داده شده است، در این ستون یادداشت کنید.

دانشگاه علوم پزشکی :.....

مرکز بهداشت شهرستان :

مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی.....

فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن برای ثبت بیماران

صفحه ۱

واحد دیابت: سال : ماه : شماره گزارش :

خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی:..... جمعیت تحت پوشش مرکز :

گروه سنی	بیماران مراجعه کننده جدید		بیماران دارای سایر عوامل خطر				چاقی	فشارخون بالا		دیابت		اختلال چربی خون		بیماری قلبی عروقی		سابقه خانوادگی					دریافت پسخوراند						
	جنس	تعداد مراجعین	دارای پرونده کامل	اضافه وزن	تغذیه نامناسب	مصرف دخانیات		کم تحرک	شناخته شده قلبی	شناخته شده جدید	شناخته شده قلبی	شناخته شده جدید	شناخته شده قلبی	شناخته شده جدید	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	قلبی عروقی	ارجاع شده به مشاور تغذیه		ارجاع شده به مشاور روانشناسی	ارجاع شده به مشاور پزشکی	ارجاع شده به مشاور تغذیه	ارجاع شده به مشاور توانبخشی	ارجاع شده به مشاور ترک دخانیات	ارجاع شده به مشاور
۳۰-۳۹	زن																										
	مرد																										
۴۰-۴۹	زن																										
	مرد																										
۵۰-۵۹	زن																										
	مرد																										
۶۰-۶۹	زن																										
	مرد																										
۷۰+	زن																										
	مرد																										
جمع	زن																										
	مرد																										
جمع کل																											

فرم گزارش دهی **مراقبت بیماری قلبی عروقی** و عوامل خطر آن

دانشگاه علوم پزشکی :

واحد دیابت: سال : ماه : شماره گزارش :

مرکز بهداشت شهرستان :

خانه بهداشت/ پایگاه بهداشتی:..... جمعیت تحت پوشش مرکز :

مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی.....

علاقت عدم مراجعه		عوارض بیماری		عامل خطر کنترل شده		بیماری کنترل شده		ارجاع		تحت مراقبت		جمعیت		گروه سنی							
سایر موارد	فوت	مهاجرت	عصبی	کلیوی	مغزی	چشمی	قلبی عروقی	تغذیه نامناسب	کم تحرک	مصرف دخانیات	اضافه وزن	اضافه وزن و چاقی	اختلال چربی خون		دیابت	فشار خون بالا	چاقی	تحت مراقبت	تعداد مراجعین	جنس	
								ارجاع برای بستری به علت بیماری قلبی عروقی و زمینه ساز											زن	۳۹-۳۰	
								ارجاع شده به سایر متخصصان												مرد	۴۹-۴۰
								ارجاع شده به پزشک متخصص قلب و عروق												مرد	۵۹-۴۰
								ارجاع شده به مشاور توانبخشی												زن	۵۹-۵۰
								ارجاع شده به مشاور ترک دخانیات												مرد	۶۹-۶۰
								ارجاع شده به مشاور تربیت بدنی												زن	۷۰+
								ارجاع شده به مشاور روانشناسی												مرد	جمع
								ارجاع شده به مشاور تغذیه												زن	جمع
								تغذیه نامناسب												مرد	جمع کل
								کم تحرک													
								مصرف دخانیات													
								سایر بیماری ها													
								قلبی عروقی													
								اختلال چربی خون													
								دیابت													
								فشار خون بالا													
								چاقی													
								تحت مراقبت													
								تعداد مراجعین													
								جنس													

فرم گزارش دهی آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

دانشگاه علوم پزشکی :

واحد دیابت: سال : ماه : شماره گزارش :

مرکز بهداشت شهرستان :

خانه بهداشت/ پایگاه بهداشتی:..... جمعیت تحت پوشش مرکز :

مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی.....

گروه سنی	بیماران		بیماران تحت آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر														کلاس های آموزشی برگزار شده برای بیماران														کلاس های آموزشی برگزار شده برای جامعه							کلاس های آموزشی برگزار شده برای کارکنان بهداشتی							تعداد کارکنان بهداشتی آموزش دیده	
	جنس	تحت مراقبت	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	بیماری قلبی عروقی	سایر بیماری ها	مصرف دخانیات	کم تحرک	تغذیه نامناسب	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	بیماری قلبی عروقی	سایر بیماری ها	مصرف دخانیات	کم تحرک	تغذیه نامناسب	پهوپروزان	پرستاران	کار دانان	کارشناسان	پرزشکان	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	بیماری قلبی عروقی	تعداد کارکنان بهداشتی آموزش دیده	بیماری قلبی عروقی														
۳۰-۳۹	زن																																													
	مرد																																													
۴۰-۴۹	زن																																													
	مرد																																													
۵۰-۵۹	زن																																													
	مرد																																													
۶۰-۶۹	زن																																													
	مرد																																													
+۷۰	زن																																													
	مرد																																													
جمع	زن																																													
	مرد																																													
جمع کل																																														

فرم گزارش دهی غربالگری بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

دانشگاه علوم پزشکی :

واحد دیابت: سال : ماه : شماره گزارش :

مرکز بهداشت شهرستان :

خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی:..... جمعیت تحت پوشش مرکز :

مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی.....

گروه سنی	افراد مراجعه کننده جدید			افراد دارای عوامل خطر				افراد دارای بیماری های زمینه ساز قلبی عروقی													
	جنس	تعداد مراجعین	دارای پرونده کامل	اضافه وزن	تغذیه نامناسب	مصروف دخانیات	کم تحرک	فشارخون بالا		دیابت		اختلال چربی خون		بیماری قلبی عروقی		چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	بیماری قلبی عروقی	
								شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی						شناخته شده جدید
۳۰-۳۹	زن																				
	مرد																				
۴۰-۴۹	زن																				
	مرد																				
۵۰-۵۹	زن																				
	مرد																				
۶۰-۶۹	زن																				
	مرد																				
۷۰+	زن																				
	مرد																				
جمع	زن																				
	مرد																				
جمع کل																					



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
واحد بیماری های غیرواگیر

متن آموزشی پزشکان
برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل
بیماری قلبی عروقی



فهرست

عنوان	صفحه
مقدمه	
پاتوفیزیولوژی بیماری قلبی عروقی	
عوامل خطر بیماری قلبی عروقی	
خطر متناسب به جمعیت	
پیشگیری و کنترل	
پیشگیری	
غربالگری	
درمان، باز توانی و بهبودی	
راهنمای پزشکان	
هدف	
به چه دلیل بر پیشگیری اولیه از بیماری قلبی و عروقی تاکید می شود؟	
بسته آموزشی قلب سالم چیست؟	
اقدامات شناسایی و پیشگیرانه بیماری های قلبی و عروقی در مراقبت اولیه	
تغییر رفتارها بر اساس اولویت بندی آن ها	
چگونه از آموزش اطلاعات به فرد مراجعه کننده بهترین نتیجه را بگیریم؟	
سازمان اجرایی مناسب پیشگیری از بیماری قلبی و عروقی در مراقبت اولیه	
۱- تعیین هدف با توجه به مراقبت پیشگیرانه (Goals)	
۲- ارزیابی از مراقبت پیشگیرانه کنونی / دستیابی به اهداف (Assessment)	
۳- برنامه ریزی بمنظور اصلاح فعالیت های روزانه موجود که مراقبت پیشگیرانه را حمایت می کنند (Planning)	
۴- شروع و ادامه بهبود نظام محل کار در مراقبت پیشگیرانه	
جدول پیش بینی عوامل خطر بیماری کرونر قلب	
رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور کنترل مصرف کنندگان سیگار	
پاورقی: مصرف سیگار	
رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل فشار خون بالا	
پاورقی: فشارخون بالا	
رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل کلسترول بالای خون	
پاورقی: کلسترول بالای خون	
رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل چاقی/اضافه وزن	
پاورقی: چاقی/اضافه وزن	
رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور کنترل افراد غیرفعال/کم تحرک	

	پا ورقی: سبک زندگی کم تحرک
	رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل دیابت شیرین
	پا ورقی: دیابت
	رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل نارسایی قلبی
	پا ورقی: درمان نارسایی قلبی
	رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل درد قفسه صدري
	پا ورقی: درد قفسه صدري
	رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل آنژین صدري
	پا ورقی: آنژین صدري
	رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور تشخیص و کنترل سکته مغزی
	پا ورقی: سکته مغزی
	جدول مقایسه اهداف نهایی برای پیشگیری اولیه از عوامل خطر قلبی عروقی
	جدول مقایسه اهداف نهایی در بیماران دارای سیمای با خطر بالا یا بیماری عروقی کرونر
	راهنمای پیشگیری ثانویه برای بیماران مبتلا به بیماری عروقی کرونر قلب و سایر بیماری عروقی آترواسکلروزی (انجمن قلب امریکا/جامعه قلب امریکا: ۲۰۰۶)
	جدول تعیین احتمال خطر بروز بیماری قلبی عروقی در افراد به ظاهر سالم در ۱۰ سال آینده - برای منطقه آسیایی
	چارچوب عملیاتی برای راهبرد جامع سلامت همگانی برای پیشگیری و کنترل بیماری قلبی و سکته مغزی

متن آموزشی پزشکان در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

مقدمه

بیماری قلبی - عروقی اشاره به تعدادی از بیماری های قلب و عروق شامل بیماری رگ های کرونر قلب، سکته مغزی و بیماری شریان های خارج از قلب، دارد. این بیماری ها در دنیا به علت انتشار وسیع و لزوم اجرای برنامه های پیشگیری، از اهمیت خاصی برخوردار است.

پاتوفیزیولوژی بیماری قلبی عروقی

آترواسکلروز شریانی، که زمینه ساز ایجاد مهمترین نوع از بیماری های قلبی و عروقی است، به تدریج و در طول سال های عمر، در اثر ضخیم شدن، نامنظم شدن و سخت شدن لایه های داخلی دیواره شریان ها ایجاد می شود. این پدیده فرایند پیچیده ای دارد که در ایجاد آن عواملی شامل رسوب چربی و کلسترول در جدار داخلی رگ ها؛ التهاب؛ جابجایی و تکثیر سلول های عضلات صاف در این مناطق؛ و تشکیل برجستگی های فیبروزی که در نهایت آهکی می شوند، نقش دارند. پیشرفت آترواسکلروز شریان منجر به تنگی شریان شده و جریان عبور خون از آن به کندی صورت گرفته و کاهش پیدا می کند، در این حالت احتمال پارگی لایه انتیما که آغاز برای ایجاد لخته و ترومبوز و یا آمبولی است.

سکته قلبی، نارسایی قلبی ناشی از آن، سکته مغزی، بیماری شریان های محیطی، دارای عوامل خطر مشترکی هستند، ولی تاثیر این عوامل در ایجاد تمام آن ها، به خصوص سکته قلبی، یکسان نیست. کلسترول خون بالا نسبت به سایر عوامل خطری بیماری های قلبی عروقی نقش بیشتری در ایجاد آترواسکلروز عروق کرونر و سکته های قلبی دارد و در سکته های مغزی فشارخون بالا نقش عمده ای را افاء می کند. بیماری دیابت و مصرف دخانیات رابطه زیادی با بیماری آترو اسکلروز شریان های محیطی دارند.

بیماری کرونر قلب به کاهش عبور جریان خون در عضلات قلب می انجامد. مشکل رسیدن خون به عضلات قلب در بیشتر اوقات در اثر تنگ شدن شریان های کرونر قلب، به علت آترواسکلروز شریانی، اتفاق می افتد. آترو اسکلروز شریانی در مراحل نخستین نشانه های بالینی مشخصی نداشته و اغلب به صورت تحت بالینی تظاهر دارد ولی با پیشرفت آسیب های رگی نخستین نشانه های بیماری با درد قفسه سینه، انفارکتوس عضله قلب و یا مرگ ناگهانی تظاهر می کند. در بررسی اپیدمیولوژی بیماری های قلبی، به صورت سنتی، این پایانه ها به عنوان سرنوشت محتوم بیمار، در نظر گرفته می شده است، ولی با پیشرفت فن آوری تشخیص و درمان بیماری های قلبی، به خصوص امکان تشخیص آن آترو اسکلروز شریانی تحت بالینی، امکان تشخیص عوامل خطر این بیماری، در سطوح فردی و اجتماعی، فراهم شده و پیشگیری از رسیدن به پایانه آن، که سکته قلبی و مرگ است راه، فراهم نموده است. در بررسی های اپیدمیولوژی با استفاده از امکانات فنی جدید علاوه بر پژوهش عوامل خطر این بیماری، نقش عوامل ژنتیکی در سطوح سلولی "عوامل عفونی"، تغذیه و فاکتورهای خونی، نیز مورد پژوهش قرار گرفته است.

شکل بالینی بیماری های قلبی عروقی معمولاً "در میانسالی یا بعد از آن تظاهر می یابد. احتمال آن که یک مرد ۴۰ ساله در

بقیه عمر گرفتار این بیماری‌ها گردد در حدود ۶۶ درصد و زن‌های همگروه سنی آن‌ها ۵۰ درصد می‌باشد.^{۱۰} در هر حال مقدمات تشکیل آترواسکلروز رگی در کودکی فراهم می‌شود و اعتبار این نکته که عوامل مرگ در اثر بیماری قلبی نیز در همان دوران فراهم می‌شود رو به افزایش است. عوامل خطر قابل اصلاحی که در ایجاد بیماری قلبی مؤثر هستند از طریق ایجاد آترواسکلروز رگی نقش دارند و این عوامل عبارتند از افزایش کلسترول خون، فشارخون بالا، مصرف سیگار، کم تحرکی و نداشتن فعالیت بدنی کافی، بیماری دیابت و چاقی می‌باشند. کنترل عوامل خطر قابل اصلاح در سطح فردی و اجتماعی کلید اصلی پیشگیری‌های سطح اول و دوم این بیماری‌ها است.

دلایلی که سبب کاهش میزان مرگ در اثر این بیماری‌ها در کشورهای توسعه یافته شده است، مشخص نیست ولی به نظر می‌رسد که تغییر شیوه زندگی، کاهش میزان شیوع عوامل خطر و استفاده از شیوه‌های ارتقاء یافته مراقبتی و درمانی، مؤثر بوده است. پژوهش‌های اخیر نشان داده که تقریباً ۴۷ درصد از میزان کاهش اتفاق افتاده بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ در امریکا در اثر بهبود امکانات درمانی و مراقبت‌های پزشکی بوده است. در این زمینه، پیشگیری سطح دوم شامل، CABG (coronary artery bypass graph) بعد از بروز انفارکتوس عضله قلب (۱۱ درصد)، درمان مقدماتی انفارکتوس حاد عضله قلب یا آنژین قلبی (۱۰ درصد)، درمان نارسایی قلب (۹ درصد)، ترمیم رگ‌ها در آنژین مزمن (۵ درصد) و سایر روش‌های درمانی (۱۲ درصد)، در کاهش میزان مرگ در اثر این بیماری نقش داشته است. تقریباً ۴۴ درصد از میزان کاهش، در ارتباط با اصلاحات در عوامل خطر مهم، بوده است. در این زمینه می‌توان به کاهش مجموع کلسترول خون (۲۴ درصد)، فشار خون سیستولیک (۲۰ درصد)، میزان شیوع مصرف دخانیات (۱۲ درصد) و افزایش فعالیت بدنی (۵ درصد)، اشاره نمود. ولی باید توجه داشت که این مقدار از کاهش عوامل خطر در اثر افزایش عوامل خطر دیگر مثل چاقی و میزان شیوع بیماری قند، نقصان می‌یابد (به ترتیب ۸ و ۱۰ درصد).^{۱۱}

عوامل خطر بیماری قلبی عروقی

عوامل خطر قلبی عروقی یک خصوصیت بیولوژیکی یا هدایت کننده ای است که احتمال ابتلاء یا مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی در افرادی که این عوامل در آن‌ها مشاهده می‌شود را افزایش می‌دهد. نبود این عوامل خطر احتمال ابتلاء به بیماری قلبی عروقی را رد نمی‌کند، و حضور آن‌ها هم بروز این بیماری را تضمین نمی‌کند. گرچه راه‌های زیادی برای تقسیم بندی عوامل خطر وجود دارد، اخیراً^{۱۱} یک طبقه بندی برای موارد اصلی پیشنهاد شده است که بین عوامل علتی تفاوت قائل می‌شود که شامل عوامل شرطی و عوامل مستعد کننده هستند.

عوامل علتی: شامل فشارخون بالا، مصرف دخانیات، اختلال چربی خون و دیابت هستند. این‌ها اساساً "مهمترین و مستقل ترین عوامل هستند و قویترین ارتباط را با بیماری قلبی عروقی دارند شیوع قابل ملاحظه ای در جامعه دارند.

عوامل شرطی: عواملی هستند که با خطر بزرگتری از بیماری قلبی عروقی همراه هستند، اما برای نقش علتی آن‌ها اثبات قطعی وجود ندارد، چون پتانسیل آتروژنز آن‌ها یا شیوع آن‌ها در جامعه کم است. در میان این عوامل هیپرتری

^{۱۰} . Lyoyd-Jones, D., AA. Adams, et al. Heart Disease and strok statistics-2009 update: A report from the American Hear Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation (2009):119: 480-486

^{۱۱} . . Ford, E.S., U.A. Ajani, et al. Explaining the decrease in U.S. death fro coronary disease, 1980-2000. N Engl J Med(2007):356: 2388-2398

گلیسیریدی، ذرات ال دی ال با دانسیته کم LDL، هیپروموسیسستمی، LpA بالا، عوامل پروترومبوتیک (فیبرینوژن) و مارکرهای التهابی (CRP) هستند.

عوامل زمینه ساز یا مستعد کننده: به عنوان عوامل دور در زنجیره علیتی بیماری قلبی عروقی در نظر گرفته میشوند و عمل آن ها از طریق واسطه، عوامل علیتی یا شرطی انجام می شود. در میان آن ها چاقی (که توسط انجمن قلب امریکا به عنوان، عامل خطر مهم در نظر گرفته شده است)، چاقی شکمی، کم تحرکی (که توسط انجمن قلب امریکا به عنوان، عامل خطر مهم در نظر گرفته شده است)، سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس در افراد درجه یک خانواده، بعضی از خصوصیات قومیتی و عوامل روانی هستند.

هر چه خطر قلبی عروقی بیشتر باشد اثر و کارآمدی مداخلات مهمتر است و در نتیجه لازم است برای اقدام، الویت بندی انجام دهیم. محاسبه خطر قلبی عروقی علیرغم محدودیت آن مفیدترین ابزار موجود رایج در مطب ها برای تعیین الویت ها در پیشگیری اولیه و تصمیم گیری در مورد شدت مداخلات است. بنابر این محاسبه و طبقه بندی خطر قلبی عروقی عنصر مفیدی در مراقبت بیمار دارای عوامل خطر قلبی عروقی است.

عوامل خطر حمله های قلبی را می توان به دو گروه قابل اصلاح و غیر قابل اصلاح تقسیم کرد. فشارخون بالا، افزایش کلسترول سرم، مصرف سیگار، کم تحرکی، قطر زیاد شکم (چاقی شکمی)، مصرف مقدار کم میوه و سبزی و داشتن بیماری دیابت، را می توان از مهمترین عوامل خطر قابل اصلاح این بیماری دانست. افزایش پروتئین های نوع فیبرینوژن، هموسیسستین و تنفس دود سیگار از محیط را می توان از جمله سایر عوامل خطر قابل اصلاح دانست. مصرف زیاد مشروبات الکلی و فشارهای روانی از دیگر عوامل خطر قابل اصلاح هستند. عوامل خطر غیر قابل اصلاح در بخش گروه های در معرض خطر مورد بحث قرار گرفته اند ولی باید توجه داشت که تمام آن عوامل غیر قابل اصلاح نبوده و به عنوان مثال می توان به عامل کمبود درآمد مالی و تحصیلات اشاره کرد که تغییر پذیری آن ها از طریق برنامه ریزی های اقتصادی و اجتماعی دولت ها و خانواده ها عملی است.

افزون براین، شواهد روز افزون نشان می دهد که تنفس دود سیگار از محیط (که مصرف سیگار انفعالی و یا دود دست دوم نیز نامیده می شود) خطر ابتلاء به بیماری عروق کرونر قلب را افزایش می دهد. پیگیری جامعه بزرگی از زن هایی که هرگز سیگار نکشیده بودند، نشان داده که خطر ابتلاء به حمله های قلبی نزد کسانی که در محیط خانه و یا کار در مواجهه با دود سیگار بوده اند ۹۰ درصد بیشتر از زن هایی بوده است که چنین مواجهه هایی را نداشته اند.^{۱۲}

کلسترول به سه شکل با دانسیته کم یا کلسترول بد (LDL)؛ کلسترول با دانسیته بسیار کم (VLDL)؛ و کلسترول با دانسیته بالا یا کلسترول خوب (HDL)، در خون جریان دارد. در صورتی که مقدار کلسترول با دانسیته کم سرم زیاد باشد خطر ابتلاء به آترواسکلروز شریانی و بیماری عروق کرونر قلب وجود دارد. کلسترول با دانسیته بسیار سبک بیشتر از تری گلیسرید تشکیل شده و ۱۰ تا ۱۵ درصد مجموع کلسترول سرم را تشکیل می دهد. در سال های اخیر وجود رابطه بین بیماری عروق قلب و بالا بودن تری گلیسرید نیز نشان داده شده است.

مقدار لیپوپروتئین با دانسیته بالا یا خوب در خون رابطه معکوس با ابتلاء به بیماری رگ های کرونر دارد. هر اندازه مقدار

^{۱۲}. Kawachi I, Colditz GA, et all. A prospective study of passive smoking and coronary heart disease. Circulation. 1977;95:2374-23-79

این لیپوپروتئین کمتر باشد، به خصوص کمتر از ۳۵ میلی گرم در دسی لیتر، خطر ابتلاء به بیماری قلبی زیادتر خواهد بود. نسبت مجموع کلسترول سرم به کلسترول با دانسیته بالا، نیز از نشانگرهای خطر ابتلاء به بیماری قلبی است و گفته می شود که عدد مناسب برای این نسبت ۳۵ است. مقدار کلسترول با دانسیته بالا رابطه معکوسی با کلسترول با دانسیته کم، و تری گلیسرید دارد ولی همبندی مجموع این انواع کلسترول و پیچیدگی متابولیسم آن ها مانع از آن است که سهم هر یک، به طور جداگانه، در ایجاد بیماری عروق کرونر قلب مشخص شود. ممکن است که تمام کلسترول های مختلف در ایجاد بیماری نقش داشته باشند. یک فرضیه، امکان اهمیت بیشتر کلسترول با دانسیته کم در ایجاد مراحل اول آترواسکلروز و نقش کلسترول با دانسیته بالا و تری گلیسرید را در بروز شکل بالینی بیماری رگ های کرونر قلب، مطرح کرده است.^{۱۳}

راکتیوهای پروتئین کراتینین نوعی از نشانگرهای بیولوژیکی بوده که رابطه بسیار مستحکمی با بیماری رگ های کرونر قلب، حالات التهابی و سندرم متابولیکی دارند. گرچه این آنزیم، که بیشتر آن در کبد ساخته می شود، در سال ۱۹۳۰ کشف شده است ولی نقش آن به عنوان یک نشانگر برای پیش بینی اسکروز رگی در سال های اخیر شناخته شده است.^{۱۴} نتایج برنامه های پژوهشی منتشر شده اخیر نشان می دهد که حتی بالا بودن مقدار جزئی از میزان طبیعی کراتینین، نزد افراد سالم که هیچ نشانه بالینی ندارند، نشانه ای از پیش آمدن وقایع رگی آینده برای آن ها دارد.

فیبری نوژن نیز گلیکوپروتئینی است که مراحل آخر انعقاد خون را هنگام بروز بریدگی های رگی و بافتی سبب می گردد. داده های اپیدمیولوژیکی نشان دهند نقش مستقل افزایش سطح این پروتئین در خون و بیماری رگ های کرونر قلب است.

هموسیستئین یکی دیگر از ترکیبات موجود در پلاسما است که در حال حاضر نقش آن به عنوان عامل خطر قابل اصلاح در ایجاد شکل حاد بیماری کرونر مورد توجه قرار گرفته است. بررسی های اخیر نشان داده که مقدار هموسیستین موجود در سرم خون رابطه مثبت با ایجاد بیماری رگ های کرونر قلب دارد.

اگرچه فرایند ارتباط بیماری دیابت و عروق کرونر قلب به خوبی شناخته نشده است ولی بیماری دیابت به عنوان یک عامل خطر مهم در ابتلاء به بیماری قلب در نظر گرفته می شود. بیماری دیابت یکی از مهمترین عوامل خطر ابتلاء بیماری عروق کرونر قلب و مرگ ناشی از آن است و میزان مرگ و ابتلاء به سبب این بیماری نزد مبتلایان به بیماری دیابت بیشتر از سایر افراد است.

"توده بدن" (Body mass) معیاری برای اندازه گیری وزن بوده که برابر است با حاصل تقسیم وزن بدن به توان دوم طول قد (kg/m^2). در صورتی که این رقم نزد فرد بالغی بیش از ۲۵ باشد اضافه وزن داشته و اگر بیش از ۳۰ باشد مبتلا به چاقی است. چاقی و اضافه وزن رابطه معنی داری با افزایش، فشارخون، مجموع کلسترول سرم و دیابت داشته و سبب کاهش کلسترول با دانسیته کم نیز می شود. افزون بر این نقش چاقی، به عنوان یک عامل مستقل، در ایجاد بیماری رگ های کرونر قلب، به خوبی ثابت شده است.

^{۱۳}. Sharett AL, Patsch W, et al. Associations of lipoprotein cholesterols, apolipoproteins A-I and B, and triglycerides with carotid atherosclerosis and coronary heart disease. *Atheroscler Thromb* 1994;14:1008-1014

^{۱۴}. Pearson, T.A., G.A. Mensah, et al. Markers of inflammation and cardiovascular disease: Application to clinical and public health practice. A statement for health care professionals from Center for Disease Control and Prevention and American Heart Association. *Circulation* (2003);107: 499-511

پژوهش های اخیر نشان داده که

چگونگی توزیع ذخیره چربی در بدن نیز ممکن است نقشی در ابتلا به بیماری های قلبی داشته باشد. به نظر می رسد که ذخیره چربی در قسمت های فوقانی بدن یا شکم ("چاقی مرکزی" یا "هیكل سیب مانند") نقش بیشتری در ابتلاء به بیماری قلبی نسبت به ذخیره این مواد در قسمت های پایینی بدن (هیكل گلابی مانند) داشته باشد. مردها و زنهایی که چربی در زیر پوست آنها، نواحی زیر فک و گردن، ذخیره شده و یا مردهایی که نسبت اندازه دور کمر آنها به ناحیه باسن بیشتر از یک و زنهایی که این نسبت نزد آنها بیشتر از ۰.۸ است در خطر بیشتری برای مبتلا شدن به بیماری های قلبی هستند. ذخیره چربی در اطراف ناحیه شکم نیز خطر ابتلاء به بیماری های قلبی را افزایش می دهد.

نقش کم تحرکی، در افزایش خطر ابتلاء به بیماری رگ های کرونر قلب، در حال افزایش است. گفته می شود که بیش از ۶۰ درصد از ساکنان ایالات متحده آمریکا مقدار تحرکی را که برای حفظ سلامت توصیه شده است ندارند (ورزش سبک تا متوسط بیش از ۳۰ دقیقه در بیش از ۵ نوبت در هر هفته، و یا ورزش سنگین بیش از ۲۰ دقیقه برای ۳ نوبت در هر هفته). فعالیت های فیزیکی باعث کاهش وزن بدن و فشار خون شده و حساسیت به انسولین را بهبود می بخشد. شواهد موجود نشان می دهد که حتی فعالیت های ورزشی کم نیز می تواند به مقدار قابل توجهی خطر مرگ در اثر بیماری های قلبی را کاهش دهد. تغییر شیوه زندگی، از یک زندگی ساکن به یک زندگی که در حدی متوسط تحرک داشته باشد، بیشترین تاثیر را در کاهش خطر ابتلاء به این بیماری ها دارد.

مصرف نوشابه های الکی، در حد متوسط و یا زیاد، عامل شناخته شده افزایش فشار خون و مرگ ناشی از ابتلاء به - بیماری های قلبی است.

نقش افسردگی و عوامل روانی در ایجاد بیماری های قلبی نیز بررسی شده است. بیشترین پژوهش در این زمینه نزد افرادی که به گروه **A** رفتاری مشهور هستند صورت گرفته است. افرادی که در این گروه دسته بندی شده اند در کارها به - شدت رقابت می کنند، خصومت ورز و کم حوصله بوده و خیلی سریع صحبت کرده و حرکات آن ها نیز سریع است. در مورد تاثیر بعضی از عوامل روانی خاص، و نقش آنها در ابتلاء به بیماری های قلبی، شامل عصبانیت، فشارهای ناشی از دست دادن شغل، هیجانان روحی و حمایت های اجتماعی، نیز پژوهش های زیادی صورت گرفته است. رابطه علیتی روشنی بین عوامل عصبی و روانی و ابتلاء به بیماری های قلبی مشخص نشده است ولی تاثیر داراز مدت این نوع عوامل خطر بر روی این بیماری ها، به خصوص طول عمر افراد مبتلا، مورد بررسی و تایید قرار گرفته است.^{۱۵}

و بالاخره باید توجه داشت که عوامل خطر بیماری عروق کرونر قلب به صورت تجمعی عمل کرده و به نظر می رسد که هر یک از مبتلایان به این بیماری ها دارای بیش از یک عامل خطر می باشند. هر اندازه که نقش یک عامل خطر در ایجاد بیماری های قلبی بیشتر باشد احتمال ابتلاء به این بیماری ها نیز بیشتر خواهد بود. علاوه بر این وقتی که عوامل خطر چندگانه به طور همزمان وارد عمل شوند احتمال مبتلا شدن به بیماری نیز بیشتر خواهد بود. نقش مشترک و همزمان عوامل خطری مثل فشار خون بالا، سیگار کشیدن و بالا بودن میزان کلسترول سرم، در ایجاد اشکال شدید بیماری های قلب و عروق تثبیت شده است (پژوهش های فرامینگهام).

^{۱۵} . Kawachi I, Sparrow D, et al. A prospective study of anger and coronary heart disease: the Normative Aging Study. Circulation. 1996;94:2090-2095

خطر متناسب به جمعیت

بیماری عروق کرونر قلب از بیماری‌هایی است که عوامل خطر چندگانه در ایجاد آن نقش دارند و به همین دلیل تعیین نقش و سهم دقیق هر یک از این عوامل خطر در ایجا بیماری مشکل است. با حذف یکی از عوامل خطر از جامعه و محاسبه درصد کاهش ابتلاء به بیماری که نشان دهنده خطر متناسب به جمعیت برای آن عامل خطر است، می‌توان تا حدودی تاثیر آن عامل را در ایجاد بیماری برآورد کرد. هنگام محاسبه خطر متناسب به جمعیت باید به چند نکته توجه داشت که مهمترین آن‌ها عبارتند از (۱) وقتی چند عامل در ایجاد یک بیماری نقش دارد، مانند آن چه که برای بیمار عروق کرونر قلب مطرح است، جمع درصدهای خطر متناسب به جمعیت برای تمام عوامل خطر، بیشتر از ۱۰۰ خواهد بود، (۲) وقتی عامل خطر در جوامع مختلف دارای قدر مطلق ثابتی نیست، مثل مقدار فشار خون یا کلسترول سرم، مقدار خطر متناسب به جمعیت این عوامل در ارتباط با حد انتهایی انتخاب شده برای آن‌ها خواهد بود. نسبت مرگ به سبب بیماری-های قلبی را در رابطه با عوامل خطری که در بالا مورد بحث قرار گرفت در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول عوامل خطر قابل تغییر در ابتلاء به بیماری عروق کرونر قلب

دامنه خطر	عوامل خطر	بهترین برآورد از خطر متناسب به جمعیت (%)
ممکن	ندارد	----
متوسط (خطر نسبی ۲-۴)	پرفشاری خون ($\leq 90/140$ mmHg) مصرف سیگار افزایش کلسترول (≤ 200 mm/dL) بیماری قند (مقدار قند خون، ناشتا ≤ 140 mm/dL)	۲۲ (۲۹-۲۰) ۲۲ (۲۵-۱۷) ۴۳ (۴۷-۳۹) ۸ (۱۵-۱)
بسیار زیاد (خطر نسبی ۴)	چاقی کم تحرکی مواجهه محیطی با دود سیگار افزایش کراتینین در پلاسما ($< 3,0$ mg/L) افزایش فیبرینوژن ($< 3,74$ g/L) افزایش هموسیستین پلاسما (< 15 μ mol/L)	۱۷ (۳۲-۷) ۳۵ (۴۶-۲۳) ۱۸ (۲۳-۸) ۱۹ (۲۵-۱۱) ۲۱ (۲۵-۲۷) ۵ (۹-۲)
کم (خطر نسبی > 2)	-عوامل روانی مشروبات الکلی افزایش هموسیستین پلاسما عفونت‌ها	---

پیشگیری و کنترل

پیشگیری

از آنجایی که عواملی چندگانه در ابتلاء به بیماری رگ‌های کرونر قلب نقش دارند تغییر جزئی در یک یا چند عامل خطر در جامعه می‌تواند تاثیر بسیار قابل توجهی در بهبود سلامتی افراد آن جامعه داشته باشد. پیشگیری مقدماتی بیماری قلبی با کنترل عوامل خطر قابل پیشگیری؛ مثل فشارخون بالا، بالا بودن کلسترول سرم، مصرف دخانیات، رژیم غذایی و عدم تحرک، عملی خواهد بود. سایر روش‌های مؤثر پیشگیری از این بیماری شامل کنترل بیماری قند، کنترل وزن و مصرف نوشابه‌های الکلی است.

چند گانگی عوامل خطر بیماری رگ‌های کرونر قلب راهبردهای چندگانه ای را برای مداخله و پیشگیری از آن می‌طلبند. افزون بر اقداماتی نظیر، تشخیص شروع بیماری قبل از ظهور نشانه‌های بالینی آن و کنترل عوامل خطر نزد بزرگسالان، می‌توان از برنامه‌هایی مثل آموزش بهداشت در زمینه اهمیت انتخاب شیوه‌های زندگی و رفتارهای دوران جوانی از قبیل مصرف سیگار، رژیم غذایی و فعالیت بدنی، به عنوان رویکردهایی برای پیشگیری از بیماری قلبی، استفاده نمود. برنامه‌های سلامت عمومی برای کنترل محیط زیست شامل، بهبود وضعیت تغذیه کودکان در محیط‌های آموزشی، نصب برچسب بر روی بسته بندی‌های غذاهای آماده که نشان دهنده ترکیبات و محتوی آن‌ها است، قوانین مربوط به فروش سیگار و جلوگیری از فروش آن در دستگاه‌های خودکار و منع مصرف سیگار در مجامع عمومی سرپوشیده، از سایر اقدامات عمومی برای پیشگیری از این بیماری می‌باشد.

در تنظیم راهبردهای پیشگیری از بیماری عروق کرونر قلب همواره باید به نکات اجتماعی و اقتصادی جامعه، مثل میزان درآمد و سطح تحصیلات افراد، نیز توجه نمود. تغییر مثبت در سلامتی افراد هر جامعه، در اغلب مواقع، قبل از آن که وابسته به تغییر در برنامه‌های سلامت عمومی باشد، مستلزم بهبود شرایط رفاهی و اقتصادی افراد آن جامعه نیز می‌باشد.

غربالگری

تشخیص و تعیین افراد مبتلا به فشارخون بالا و افزایش کلسترول سرم یا چربی‌های خون و همچنین سنجش عوامل خطر رفتاری مثل مصرف سیگار، نوع رژیم غذایی و تحرک‌های جسمی، روش‌های اساسی غربالگری برای تشخیص قبل از موقع بیماری عروق کرونر قلب، است.

استفاده از الکتروکاردیوگرام ممکن است برای غربالگری بیماری‌های قلبی، برای کسانی که در مواجهه با عوامل خطر این نوع بیماری‌ها قرار دارند، ضروری باشد. مردهای ۴۰ سال به بالا که دارای دو عامل خطر و یا بیشتر هستند، کسانی که در معرض خطر بوده و کم تحرک هستند و قصد شروع یک برنامه ورزشی را دارند و افرادی که ممکن است توقف ناگهانی قلب آن‌ها، سلامت دیگران را به مخاطره بیاندازد، را می‌توان در برنامه الکتروکاردیوگرام برای غربالگری بیماری‌های قلبی قرار داد^{۱۶}.

درمان، باز توانی و بهبودی

^{۱۶}. Fisher M, Eckhart C, eds. Guide to clinical preventions. Report of the US Preventive Service Task Force. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1989

پیشرفت‌هایی که در روش‌های تشخیص به‌موقع و درمان بیماران در سال‌های اخیر صورت گرفته، منجر به کاهش بسیار قابل توجه مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی، شده است. برنامه درمانی، برمبنای، دلیل و شدت بیماری، برای هر مورد به طور جداگانه تنظیم می‌شود. مبنای کلی طرح برنامه‌های درمانی عبارتند از: (۱) انتخاب یک شیوه زندگی سالم، (۲) درمان دارویی، (۳) جراحی و یاروش‌های دیگر برطرف کردن تنگی عروق ناشی از آترواسکلروز (۴) درمان ژنتیکی. از مجموع این روش‌ها، انتخاب یک شیوه زندگی سالم، بهترین وسیله درمانی می‌باشد. استفاده از این شیوه به تنهایی و یا به همراه درمان دارویی، می‌تواند از ایجاد بیماری پیشگیری کرده و یا آن را تخفیف دهد.

در صورتی که درمان دارویی و تغییر شیوه زندگی نشانه‌های بالینی بیماری را برطرف ننماید، ممکن است باز کردن عروق کرونر قلب و جراحی باز قلب علائم بیماری را بر طرف کند. از روش‌های مختلف عمل جراحی برای باز کردن عروق کرونری که بیش از ۵۰٪ تنگ شده اند، استفاده می‌شود. استفاده از آنژیوپلاستی و پیوند رگی یا "بای‌پس"، روش‌های مختلف جراحی است که بر حسب مورد صورت می‌گیرد.

درمان ژنتیکی تازه ترین روش درمانی آترواسکلروز عروق قلب است که تاثیر پذیری آن هنوز تحت بررسی است. در این روش یک ژن که دارای کُد رشد رگی است و می‌تواند سبب تحریک و تعمیر رگ‌های آسیب‌دیده شود، وارد قلب می‌شود^{۱۷، ۱۸}. بالاخره استفاده از رژیم غذایی سالم، تمرین‌های ورزشی، کنترل وزن، ترک سیگار، سبب کاهش میزان مرگ شده و به منظور بهبود توانایی‌ها و نوتوانی قلب بیمارانی که نشانه‌های بالینی بیماری را داشته‌اند، توصیه شده است. برای آشنایی با نحوه درمان بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون دو کتاب راهنما با عناوین "ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری فشارخون بالا" و "ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری اختلال چربی خون" برای پزشکان، توسط اداره قلب و عروق مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر تهیه گردیده است که در دسترس مراکز بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار گرفته است و از طریق این مراکز در سطح مراکز بهداشتی درمانی توزیع گردیده است.

راهنمای پزشکان در برنامه اصلاح شیوه زندگی نا سالم

هدف از این مجموعه گسترش پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی از طریق آموزش مراقبت اولیه به پزشکان است: این بسته خدمتی دارای دو بخش و بر پایه پیشگیری از عوامل خطر ساز بیماری‌های غیر واگیر (به خصوص بیماری قلب

^{۱۷} . Goldstein, L.B., R. Adams, et al. Primary prevention of ischemic stroke. Stroke (2006):37:1583-1633.

^{۱۸} . Myo foundation for Medical Education and Research. Coronary artery Disease treatment. Mayo Clinic: Arizona. Available at www.mayoclinic.org/coronary-artery-disease/treatment.html. Accessed JUNE 2009.

و عروق) و راهکارهای ارتقاء سلامت و نحوه برخورد با مبتلایان به بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی است.

به چه دلیل بر پیشگیری اولیه از بیماری قلبی و عروقی تاکید می شود؟

حداقل ۹۵٪ در کشور دارای یک عامل خطر بیماری های قلبی و عروقی مانند: مصرف دخانیات، فشار خون بالا، تغذیه ناسالم، کم تحرکی و اضافه وزن و چاقی هستند. بیش از یک سوم بالغین سبک زندگی کم تحرک دارند. و حدود نیمی از افراد دچار اضافه وزن یا چاقی هستند.

با پیشگیری اولیه می توان به میزان زیادی ابتلاء به بیماری قلبی و عروقی یا حتی دیگر بیماری های مزمن را کاهش داد. بسیاری از روش های زندگی اتخاذ شده کنونی سلامت قلب و عروق مردم را تهدید می کند و زمینه ابتلاء به سرطان و بیماری های مزمن ریوی را فراهم می سازد. در مراقبت اولیه، یک پزشک نقش مهمی در کمک به این دسته از بیماران دارد و می تواند تغییرات مؤثر و مثبتی در سبک زندگی افراد بوجود آورد و خطر ابتلاء به بیماری قلبی و عروقی را کاهش دهد. توصیه های پزشک محرک بسیار قوی برای ترک سیگار، کاهش وزن و افزایش فعالیت بدنی است.

بسته آموزشی قلب سالم چیست؟

بسته آموزشی قلب سالم که برای پزشکان شاغل در سطح مراقبت اولیه بهداشتی تهیه شده است یک مدیریت خطر به منظور پیشگیری از بیماری قلبی و عروقی، افزایش سلامت قلب و عروق و درمان افراد در معرض خطر و مبتلایان به بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی است. رویکرد این بسته در درجه اول بصورت درمان های غیردارویی است. این بسته راهنمای مراقبت اولیه از افرادی است که دارای یک یا بیش از یک عامل خطر بیماری قلبی و عروقی هستند و یا به بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی مبتلا هستند. عوامل خطر بیماری قلبی عروقی شامل موارد زیر هستند:

دیابت، کم تحرکی، اضافه وزن/چاقی، کلسترول خون بالا، فشارخون بالا، مصرف دخانیات

بسته آموزشی قلب سالم وسیله کاربردی است و می تواند فعالیت ادغام پیشگیری از بیماری قلبی و عروقی را در اقدامات پزشکی تسهیل کند، و شامل ابزارهایی برای ارزیابی و کنترل عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی است. در مدت کوتاهی با استفاده از این راهنما فرد می تواند با بسته آموزشی قلب سالم آشنا شود و از آن استفاده کند، ضمن این که مدت زمانی که صرف مراجعین می شود، کاهش می یابد. عملیات سازماندهی شده پیشگیری از بیماری قلبی و عروقی، وقتی بسیار موفق است که بصورت یک کار تیمی مشارکتی با پزشک، کارمندان بهداشتی و افراد مراجعه کننده انجام پذیرد. جداول زیر که به تفصیل در این بسته ارائه شده است، می تواند اهداف فوق را محقق گرداند.

جدول نمایه بدنی (BMI)

توده بدنی را مشخص می کند و کمک می کند تا بتوانید کاهش وزن ماهیانه را ارزشیابی کنید.

درجه بندی ارزیابی خطر بیماری قلبی و عروقی

شامل یک جدول پیش بینی عامل خطر بیماری قلبی و عروقی و یک جدول پیش بینی عوامل خطر سکتة مغزی است.

حل مشکلات

خطوط اصلی مشکلات و راه حل های مرتبط در کنترل بالینی عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی را نشان می دهد.

الگوریتم ها

پیشنهاد رویکرد بالینی برای کنترل فرد با در نظر گرفتن عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی و یا علائم بیماری های ایسکمیک قلبی عروقی است :

- ❖ دخانیات
- ❖ فشار خون
- ❖ اختلالات چربی خون
- ❖ چاقی / اضافه وزن
- ❖ سبک زندگی کم تحرک
- ❖ دیابت شیرین
- ❖ درد قفسه صدري
- ❖ علائم ایسکمی مغزی

اقدامات پیشگیرانه بیماری های قلبی و عروقی در مراقبت اولیه

مراحل ادغام

مرحله اول

تشخیص / ارزیابی

- ❖ سنجش سلامتی و خطر بیماری قلبی و عروقی
- ❖ تاریخچه فرد
- ❖ معاینه فیزیکی
- ❖ تست آزمایشگاهی (اگر لازم بود)
- ❖ درجه بندی ارزیابی خطر بیماری قلبی و عروقی
- ❖ الگوریتم ها
- ❖ جدول BMI (نمایه بدنی)

مرحله دوم

درمان / مداخله

- ❖ اولویت بندی عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی

- ❖ ارزیابی خطر بیماری قلبی و عروقی
- ❖ راهنمای پزشکان
- ❖ تعیین مدیریت بالینی
- ❖ الگوریتم ها

توصیه برای تغییر رفتار به بیمار (استفاده از روش های آموزش بهداشت)

مرحله سوم

برنامه ریزی برای تغییر رفتار

اطلاعات عمومی در مورد عوامل خطر - اطلاعات در مورد عامل خطری که در فرد وجود دارد.

- ❖ مطالب آموزشی برای فرد مراجعه کننده که شامل دستورات شخصی غیر دارویی است.
- ❖ کمک کردن به مراجعین برای ایجاد و تقویت، درک موانع، برخورد با موانع و مشکلات
- ❖ حل مشکلات

مرحله چهارم

پایش / پیگیری

جدول پیگیری مراجعه بعدی بمنظور ارزیابی مجدد تغییرات رفتاری و خطر بیماری قلبی و عروقی بطور مرتب

- ❖ توصیه غیر دارویی
- ❖ درجه بندی ارزیابی

تغییر رفتارها بر اساس اولویت بندی آن ها

عوامل خطر قابل اصلاح بیماری قلبی و عروقی ریشه در رفتار افراد دارند. مصرف دخانیات، فعالیت بدنی کم، استفاده از رژیم غذایی پرچرب، نمک و الکل مهمترین عوامل در این زمینه می باشند. یک عامل خطر بیش از یک رفتار تاثیر می پذیرد، و گاهی لازم است چند رفتار مرتبط با عوامل خطر تغییر یابد. تعدد تغییرات ممکن است موانعی بر سر راه اصلاح شیوه های زندگی بوجود آورد و یا بر عکس انگیزه فرد را برای تغییر رفتار افزایش دهد. برای مثال افرادی که سیگار را ترک می کنند نسبت به اشخاصی که سیگار کشیدن را ادامه می دهند، برای پذیرش رفتارهای سالم بعدی مستعد هستند و می توانند بهتر کلاسترول و فشارخون خود را پایین بیاورند. همچنین تغییرات رفتاری مانند افزایش فعالیت بدنی به مردم کمک می کند تا روشهای دیگر زندگیشان مانند مصرف سیگار و مقدار غذای مصرفی را نیز تغییر بدهند.

رویکرد و راهنمایی های عملی	راهکارهای مناسب
----------------------------	-----------------

<p>تغییر رفتاری شروع شود که بیمار بسیار مایل است تا آن را تغییردهد. / موارد قابل تغییر را باید بررسی کنید (رویکرد روانی _ اجتماعی) رفتار خاصی را مشخص کنید که بطور قابل ملاحظه ای بر سلامت فرد تاثیر می گذارد اگر چه ممکن است فرد رفتار دیگری را تعیین نماید. (مثل : کشیدن ۴۰ سیگار در روز بجای ۱۰ کیلوگرم وزن اضافه). (رویکرد اپیدمیولوژیک) در مورد عامل خطری که ابتدا به آن می پردازید، با فرد به توافق برسید .</p>	<p>۱- ابتدا با تغییر یک رفتار شروع کنید بعد از کنترل رفتار اول تغییر، رفتار بعدی را آغاز کنید.</p>
<p>این مورد برای فردی استفاده می شود که در ضمن داشتن وزن بالا ، سیگار را باید ترک کند و درعین حال الگوی تغذیه خود را برای رسیدن به وزن مناسب باید تغییر دهد. امکان دارد فرد علاوه بر این که غذای مصرفی خود را کنترل می کند و تمرین های ورزشی را نیز انجام می دهد، سیگار را نیز ترک کند . اما تمرکز بر روی ترک سیگار باقی می ماند نه بر روی کاهش وزن .</p>	<p>۲- بر یک رفتار متمرکز شوید : در همان زمان، تغییرات کوچکی در رفتارهای دیگر ایجاد کنید.</p>
<p>این روش را تنها بر روی افرادی با انگیزه بالا انجام دهید که خود مایل به این کار هستند و از امکانات و حمایت خوبی برخوردارند.</p>	<p>۳- هم زمان بر روی تمام رفتارها کار شود.</p>

چگونه از آموزش اطلاعات به فرد مراجعه کننده بهترین نتیجه را بگیریم؟

در اولویت بندی آموزش بیمار، به پزشکان پیشنهاد شده سعی شود الگوریتم ها روی سه عملکرد ضروری متمرکز باشد: **پرسشگری/ارزیابی، توصیه و کمک به فرد.** پرسشگری / ارزیابی به پزشک کمک می کند تا میزان **عوامل خطر** فرد را تخمین بزند و تمایل او را برای تغییر رفتارهای خاص مشخص کند، و عواملی را که امکان دارد در انتخاب درمان ها مؤثر باشد تعیین نماید. (برای مثال: مصرف اولین سیگار در ۳۰ دقیقه بعد از بیدار شدن نشانه اعتیاد است و نشانه نیاز بیشتر برای استفاده از داروی ترک سیگار است).

پزشک ضمن دادن اطلاعات، به فرد توصیه های مختصری نیز می کند و این ممکن است باعث تاثیر بر رفتار وی شود و به تغییر در دانش، طرز فکر و مهارت هایی که برای پیشرفت در سلامتی لازم است، بیانجامد. به این ترتیب زمینه تغییر فرهنگ محیطی فرد مراجعه کننده فراهم می شود. اگر می خواهید بیشترین تغییر در فرد مراجعه کننده به شما، اتفاق افتد لازم است که به محیط های فرهنگی و اجتماعی، میزان آمادگی فرد برای تغییر و ارتقاء شخصیتی او اهمیت داده شود.

- **برای فشارخون بالا، کلسترول خون بالا، چاقی/اضافه وزن، و دیابت،** نسخه غیردارویی شامل اندازه گیری عاداتی است که در پایین آوردن این عوامل خطر مؤثر می باشند. برای این که در یک زمان با توصیه های بسیار زیاد افراد مراجعه کننده را خسته نکنید، پیشنهاد می شود مهمترین تغییر یا تغییرات را مشخص کنید، در مورد آن تغییر با فرد صحبت کنید و به توافق برسید که ابتدا تلاش کند تا در رفتار مورد نظر تغییر(تغییراتی) بدهد.
- **برای سیگار کشیدن و سبک زندگی کم تحرک** نسخه غیردارویی با یک رویکرد مرحله بندی برای فرد بکار برده می شود. این رویکرد را می توان در تهیه الگوریتم مصرف سیگار و زندگی کم تحرک هم استفاده کرد. مناسب ترین توصیه (توصیه ها) را، مطابق با آمادگی فرد برای تغییر او پیدا کنید .

اگر پمفلت هایی را در اختیار فرد قرار می دهید او را تشویق کنید بخش های مرتبط پمفلت را بخواند. هنگامی که به مرحله بعدی رفت، می توانید او را تشویق کنید تا بخش بعدی توصیه (توصیه های) مرتبط را در پمفلت بخواند. در توصیه افراد سیگاری پیشنهاد مبارزه با اعتیاد نیز می بایست مطرح شود.

نسخه غیردرویی می تواند بعنوان یک ابزار پیگیری برای ملاقات های بعدی باشد. شما می توانید بعنوان یک مشوق عمل کنید تا تغییرات یک رفتار به حد مطلوب برسد و بتوانید در زمان مناسب تغییر رفتار دیگری را در فرد ترغیب نمایید. از یک جدول مستند خوب غیر داروئی، برای پیگیری ها استفاده کنید.

سازمان اجرایی مناسب پیگیری از بیماری قلبی و عروقی در مراقبت اولیه

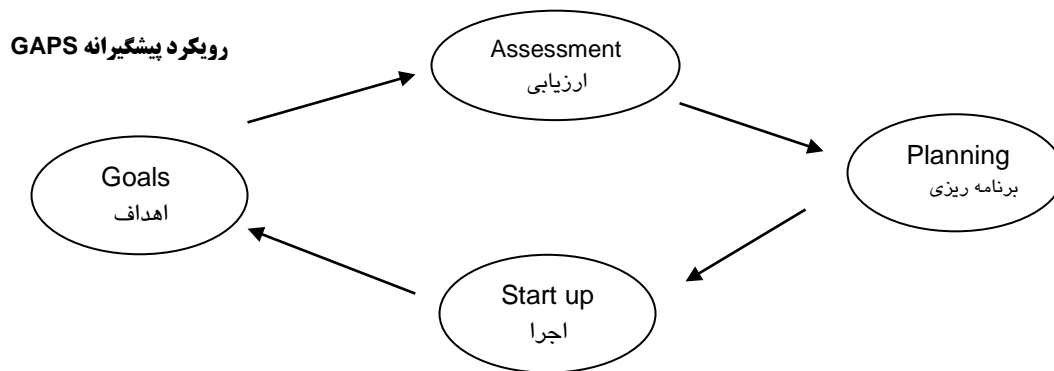
در محل کار می توان اقدامات مؤثری برای پیگیری از رفتارهای پر خطر انجام داد و از جنبه های عملی سازماندهی، ادغام عملیات پیشگیرانه را آسان کرد. به طور مثال، در هر ملاقات ضمن شناسایی منظم نیازهای پیگیری افراد، می توانیم از برجسب ها یا اطلاع دهنده ها استفاده کنید و در نهایت عوامل خطر نهایی را به او نشان دهید. ضمن تذکر برای فرد مراجعه کننده از کارکنان بهداشتی نیز بخواهید تا برای پیگیری های لازم بعدی فرد را تشویق نمایند.

اگر می خواهید بر روی بیماری قلبی و عروقی مداخله بیشتری داشته باشید ، با انجام اعمال زیر استفاده از بسته قلب سالم را کامل کنید:

- به فرد مراجعه کننده نشان بدهید که تشخیص و کنترل عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی جزئی از قسمت های مهم برنامه روزانه و کارهای جاری شما در محل کار تان می باشد. در محل کارتان علامت های سیگار کشیدن ممنوع و یا پوستره های حاوی پیام های قلب سالم بچسبانید.
- از همکار مربوطه خود بخواهید وسایلی که برای تشخیص بیماری قلبی و عروقی لازم است تهیه کند و در دسترس قرار دهد مانند پمفلت ها، پوسترها، از او بخواهید که مسئول آموزش کامل به بیماران باشد.
- کارکنان بهداشتی را ملزم به پیگیری کنید. برای مثال اگر بیماری که فشارخون بالا یا اختلال چربی خون دارد و قرار ملاقاتش را از دست داد، برای قرار ملاقات بعدی با او تماس بگیرند. هنگامی که یک بیمار سیگارش را ترک کرده مستعد برای سیگار کشیدن مجدد است. بعد از ۳-۱ هفته به منظور حمایت و پیگیری با او تماس گرفته شود.
- پزشکانی که علاقمندند مداخله های خود را بر روی بیماری قلبی و عروقی افزایش دهند، می توانند از رویکرد پیشگیرانه GAPS استفاده کنند. این رویکرد شامل یک الگوی چرخه ای مشارکت، خود آزمایی، و اصلاح فعالیت های محل کار بطور مستمر است.

Goals assessment planning star up
(Goals – Assessment – Planning- Start-up: GAPS)





۱- تعیین هدف با توجه به مراقبت پیشگیرانه (Goals)

اقدامات، منتج از هدف های مراقبت پیشگیرانه شفاف است. هدف های روشن به پزشک بالینی در مورد ارایه خدمات کمک می کند. این اهداف یک وسیله کمکی برای رسیدن به هدف های مراقبت پیشگیرانه هستند.

اقدامات لازم در راستای این اهداف عبارتند از:

- ۱) تمام سیگاری ها را شناسایی و سعی کنید به آن ها کمک کنید.
- ۲) قد و وزن تمام افراد را اندازه گیری کنید و BMI (نمایه بدنی) را مشخص نمایید.
- ۳) در تمام افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی، دیابت و یا افراد دارای عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی، سطح چربی خون را مشخص کنید. پزشک، می بایست بوسیله انتقال این اهداف به کارکنان بهداشتی یک کار مشترک و گروهی بین افراد ایجاد کند.

۲- ارزیابی از مراقبت پیشگیرانه کنونی / دستیابی به اهداف (Assessment)

در یک زمان کوتاه، می توانید عملیات کنونی خود را ارزیابی کنید و در همان زمان تغییراتی در آن بدهید. از راه های مختلفی می توان عملکرد کنونی را مشخص کرد. برای مثال، می توان از طریق پرسش از تعدادی از افراد که تازه دیده شده اند و یا جدول هایی که بعنوان نمونه انتخاب می شوند، استفاده کرد. امکان دارد شیوه های مشاوره برای ثبت نقاط ضعف کمتر در دسترس باشند. بهتر است ارزیابی از طریق تعدادی از افراد حاضر که بوسیله پرستار یا دستیار پزشک راهنمایی می شوند، انجام شود. می توانید از تعدادی بیماران (یک نفر از هر سه نفر) که بمنظور معاینات دوره ای سلامتی بررسی می شوند، سؤال کنید در چه زمانی پزشک راجع به وضعیت فعالیت بدنی یا سیگار کشیدن آن ها صحبت کرده و یا بر روی کدام یک از خدمات عملیاتی انتخاب شده تاکید شده است. با ثبت منظم تر فعالیت های مشاوره ای، تغییرات در عادت بسیار سریع و واضح اتفاق می افتد.

۳- برنامه ریزی بمنظور اصلاح فعالیت های روزانه موجود که مراقبت پیشگیرانه را حمایت می کنند (Planning)

نظام کاری محل کار می تواند در تقویت رفتارهای مثبت افراد مراجعه کننده مؤثر باشد و از طریق مطالب آموزشی منتخب

برای آن ها و نصب پوسترها در محل های مناسب در دفتر کار یعنی جایی که براحتی در دسترس افراد مراجعه کننده است به این هدف خود برسد و بسته های خدماتی قلب سالم نیز می تواند تاثیر قابل توجهی داشته باشد.

۴- شروع و ادامه بهبود نظام محل کار در مراقبت پیشگیرانه

علاوه بر این که کارگروهی در اجرای نظام محل کار و مراقبت پیشگیرانه بسیار مهم است، اما باید پزشک بر فعالیت دیگر کارکنان بهداشتی نظارت نموده و آن ها را در اجرای فرایند هدایت نماید.

➤ قابل توجه

در این متن تنها بیانات رسمی، مکان ها و گزارش های عمومی که بعنوان راهنما برای رویکرد بالینی پیشنهاد شده است، بمنظور کنترل عوامل خطر هدف استفاده شده است و الگوریتم ها در بسته قلب سالم جای تشخیص بالینی پزشک را نمی گیرد.

**جدول پیش بینی عوامل خطر
بیماری کرونر قلب**

برای پیش بینی خطر بروز بیماری قلبی عروقی نمودارهای زیادی وجود دارند. یکی از این نمودارها، نمودار زیر است که توسط سازمان جهانی بهداشت و برای مناطق آسیایی تهیه شده است که برای کشور ما نیز کاربرد دارد.

جدول تعیین احتمال خطر بروز بیماری قلبی عروقی در افراد به ظاهر سالم در ۱۰ سال آینده - برای منطقه آسیایی

چقدر در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی هستید؟

این نمودار برای تخمین احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده در افرادی که به بیماری قلبی، سکنه مغزی یا آرواسکلروز (صلب شرائین) مبتلا نیستند، تهیه شده است. در این نمودار احتمال خطر بروز حوادث کشنده و غیر کشنده بیماری قلبی عروقی (شامل سکنه قلبی یا سکنه مغزی) در طی ۱۰ سال آینده بر حسب جنس، سن، میزان فشارخون، میزان کلسترول خون، مصرف دخانیات و ابتلاء به بیماری دیابت شیرین (ملیتوس) تعیین می‌گردد.

سطح خطر: کمترین از ۱٪ تا ۱۹٪، ۲۰-۲۹٪، ۳۰-۳۹٪، ۴۰٪ و بیشتر

نمودار افرادی که به بیماری دیابت مبتلا هستند

فشارخون (میانگین در ۳ روز)	مرد		زن	
	غیر سیگاری	سیگاری	غیر سیگاری	سیگاری
۱۶۰ و بالاتر	۲۰-۲۹٪	۳۰-۳۹٪	۲۰-۲۹٪	۳۰-۳۹٪
۱۴۰-۱۵۹	۱۰-۱۹٪	۲۰-۲۹٪	۱۰-۱۹٪	۲۰-۲۹٪
۱۲۰-۱۳۹	۵-۹٪	۱۰-۱۹٪	۵-۹٪	۱۰-۱۹٪
۹۰-۱۱۹	۱-۴٪	۵-۹٪	۱-۴٪	۵-۹٪

نمودار شماره ۱

نمودار افرادی که به بیماری دیابت مبتلا نیستند

فشارخون (میانگین در ۳ روز)	مرد		زن	
	غیر سیگاری	سیگاری	غیر سیگاری	سیگاری
۱۶۰ و بالاتر	۲۰-۲۹٪	۳۰-۳۹٪	۲۰-۲۹٪	۳۰-۳۹٪
۱۴۰-۱۵۹	۱۰-۱۹٪	۲۰-۲۹٪	۱۰-۱۹٪	۲۰-۲۹٪
۱۲۰-۱۳۹	۵-۹٪	۱۰-۱۹٪	۵-۹٪	۱۰-۱۹٪
۹۰-۱۱۹	۱-۴٪	۵-۹٪	۱-۴٪	۵-۹٪

نمودار شماره ۲

نحوه استفاده از نمودار: برای ارزیابی احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده:

- مرحله اول: در ابتدا بر حسب اینکه فرد به بیماری دیابت مبتلاست یا غیر نمودار مربوطه انتخاب شود.
- مرحله دوم: بر حسب اینکه فرد مرد است یا زن، نمودار مربوطه انتخاب شود.
- مرحله سوم: بر حسب اینکه فرد سیگاری است یا خیر، نمودار مربوطه انتخاب شود.
- افراد که کمتر از یک سال است مصرف سیگار را ترک کرده‌اند، باید جزء افراد سیگاری محسوب شوند.
- مرحله چهارم: بر اساس سن فرد، مربع گروه سنی مربوطه انتخاب شود.
- برحسب نمودار در میان این مربع، خانه‌ای از مربع کوچک‌تر که میزان فشارخون جداگانه یا سیستول (بر حسب میلی‌لیتر جیوه) و میزان کلسترول خون (بر حسب میلی‌گرم در دسی‌لیتر) فرد را در برمی‌گیرد، انتخاب کرد. رنگ این خانه (مربع کوچک‌تر) نماینده با خطر قلبی رگزی بالای نمودار، میزان خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده را تعیین می‌کند.
- مثلاً: فردی مبتلا به بیماری دیابت است، سیگار مصرف نمی‌کند، ۵۴ سال سن دارد، میزان فشارخون سیستول او ۱۶۰ میلی‌لیتر جیوه و میزان کلسترول خون او ۲۹۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر است.

برای تخمین احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در این فرد ابتدا در نمودار افراد مبتلا به دیابت، نمودار شماره ۱ انتخاب و سپس در ستون افراد غیر سیگاری، مربع گروه سنی ۵۹-۵۵ سال انتخاب می‌شود. بر حسب میزان فشارخون این فرد، ردیف چهارم مربع از بالا و بر حسب میزان کلسترول خون، ستون چهارم مربع از سمت چپ انتخاب می‌گردد. خانه‌ای که این دو میزان را در برمی‌گیرد دارای رنگ سبز و به این مفهوم است که احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در این فرد در طی ۱۰ سال آینده کمتر از ۱۰٪ است.

نکات مورد توجه:

- نوعه داشته باشید، احتمال خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در شرایط زیر بیشتر از درصد احتمالی است که از نمودار بدست می‌آید:
- ۱- ابتلاء به فشارخون بالا همراه با مصرف داروهای کاهش‌دهنده فشارخون
- ۲- بانگنی رودرس

۱- فرد مبتلا به دیابت، فردی است که نسبت به فردی بدون دیابت در دو برابر احتمال دارد که دچار بیماری قلبی عروقی شود. چون با بیماری قلبی در بیمار ۲۲ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، با میزان فشارخون سیستول ۱۶۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و با ۲۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر کلسترول، خطر بروز بیماری قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده ۱۰٪ است.

۲- میزان فشارخون سیستول و کلسترول خون در دو برابر احتمال دارد که در ۱۰ سال آینده خطر بروز بیماری قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده ۱۰٪ است.

۳- میزان کلسترول خون در دو برابر احتمال دارد که در ۱۰ سال آینده خطر بروز بیماری قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده ۱۰٪ است.


تفسیر نتیجه:

- احتمال خطر کمتر از ۱۰٪: فرد در معرض **کمترین** خطر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده است. در این گروه اگر فرد هیچ یک از عوامل خطر (دیابت، فشارخون بالا، کلسترول خون بالا، مصرف دخانیات) نداشته باشد، وضعیت وی در حد مطلوب و در غیر اینصورت در معرض **خطر کم** ابتلاء به بیماری قلبی عروقی است.
- احتمال خطر ۱۰-۱۹٪: فرد در معرض **خطر کم** ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده است.
- احتمال خطر ۲۰-۲۹٪: فرد در معرض **خطر متوسط** ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده است.
- احتمال خطر ۳۰-۳۹٪: فرد در معرض **خطر زیاد** ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده است.
- احتمال خطر ۴۰٪ و بیشتر: فرد در معرض **خطر بسیار زیاد** ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در طی ۱۰ سال آینده است.

اقدامات مورد نیاز:

- از مصرف دخانیات پرهیز گردد.
- رژیم غذایی مناسب، رعایت شود. کم‌کم بلندگرم‌پوشی، پرفیور (روزانه نیم ساعت فعالیت بدنی بطور منظم یا شدت متوسط (افزایش آسانی در تعداد ضربان قلب و نفس) انجام شود.
- از اضافه وزن و چاقی خوداری شود.
- فشارخون، کلسترول و قندخون و کلسترول خون زیر نظر پزشک تحت کنترل قرار گیرد.
- داروهای تجویز شده توسط پزشک به‌طور منظم مصرف شود.

رعایت موارد فوق احتمال ابتلاء به بیماری قلبی عروقی کاهش خواهد یافت.



سازمان بهداشت و آموزش پزشکی
وزارت بهداشت و آموزش پزشکی
مرکز مشاوره بهداشت و آموزش پزشکی
تهران - خیابان ولیعصر

دستور استفاده از نمودار پیش بینی خطر سازمان جهانی بهداشت و انجمن بین المللی فشارخون بالا

این نمودار احتمال خطر ۱۰ ساله بروز حوادث قلبی عروقی مهم کشنده یا غیرکشنده (سکته قلبی یا مغزی)، را بر اساس سن، جنس، فشارخون، مصرف دخانیات، کلسترول خون بالا و حضور یا عدم حضور دیابت ملیتوس نشان می دهد.

این نمودار تقریباً "خطر بیماری قلبی عروقی در افرادی که به بیماری عروق کرونر قلب، سکته مغزی یا سایر بیماری های آترواسکلروتیک مبتلا نیستند را تخمین می زند. این ابزار برای کمک به تعیین افراد در معرض خطر زیاد قلبی عروقی مفید است و بیماران را بالاخص برای تغییر رفتار و در صورت لزوم دریافت داروهای فشارخون و چربی خون و آسپیرین برمی انگیزد.

بعضی از افراد به علت این که به بیماری عروق کرونر قلب مبتلا هستند یا سطوح بالایی از عوامل خطر قلبی عروقی دارند، دارای خطر قلبی عروقی زیادی هستند. طبقه بندی خطر لزوماً "برای تصمیم گیری برای درمان افراد در گروه خطر مربوطه نیست، همه این افراد نیاز به مداخلات شیوه زندگی و درمان دارویی مناسب دارند. این افراد شامل افراد زیر هستند:

- افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی

- افراد بدون بیماری قلبی عروقی که کلسترول تام ۸ میلی مول در لیتر و بیشتر (۳۲۰ میلی گرم در دسی لیتر) یا لیپوپروتئین با دانسیته کم (LDL) ۶ میلی مول در لیتر و بیشتر (۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر) یا نسبت کلسترول تام به HDL کلسترول بیش از ۸ میلی مول در لیتر دارند.

- افراد بدون بیماری قلبی عروقی که فشارخون بالای پایدار دارند (بیشتر از ۱۰۵-۱۶۰/۱۰۰-۱۷۰ میلی متر جیوه)

- افراد دارای دیابت نوع ۱ یا ۲، با نفروپاتی یا بیماری کلیوی مهم دیگر

- افراد مبتلا به نارسایی کلیوی یا آسیب کلیوی

بخش اول

ارزیابی و مدیریت خطر بیماری قلبی عروقی در افراد دارای عوامل خطری که هنوز از نظر بالینی بیماری قلبی عروقی در آن ها ظاهر نشده است (پیشگیری اولیه)

اهداف ارزیابی خطر:

- پیشگیری از بیماری عروق کرونر و حوادث عروق مغزی با کاهش خطر قلبی عروقی

- ترک مصرف دخانیات یا کاهش مصرف یا عدم شروع مصرف

- رژیم غذایی سالم

- فعالیت بدنی

- کاهش نمایه توده بدنی، نسبت دور کمر به دور باسن،

- کاهش فشارخون بالا

- کاهش کلسترول خون و ال دی ال

- کنترل قند خون

- مصرف ضد انعقاد در صورت لزوم

نمودار زیر بر اساس پروژه فرامینگهام تهیه شده است و برای کشور ما در صورت نبود نمودار مناسب می تواند مورد استفاده قرار گیرد. استفاده از این نمودار و اقدامات پیشگیرانه در بکارگیری نموداری که برای کشور ما کاربرد دارد، کمک کننده است.

جدول پیش بینی عوامل خطر بیماری کرونر قلب

امتیاز هر یک از عوامل خطر را مشخص کنید

		فشارخون سیستولیک		کلسترول تام		HDL - کلسترول		سن (برای مردان)		سن (برای زنان)	
امتیاز	موارد دیگر	امتیاز	فشارخون سیستولیک	امتیاز	کلسترول تام	امتیاز	HDL - کلسترول	سن	امتیاز	سن	امتیاز
۴	سیگار	-۲	۹۸-۱۰۴	-۳	۳/۶۰-۳/۹۲	۷	۰/۶۴-۰/۶۸	-۲	۳۰	-۱۲	۳۰
۳	دیابت مردان	-۱	۱۰۵-۱۱۲	-۲	۳/۹۳-۴/۳۱	۶	۰/۶۹-۰/۷۵	-۱	۳۱	-۱۱	۳۱
۶	دیابت زنان	۰	۱۱۳-۱۲۰	-۱	۴/۳۲-۴/۷۳	۵	۰/۷۶-۰/۸۳	۰	۳۲-۳۳	-۹	۳۲
		۱	۱۲۱-۱۲۹	۰	۴/۷۴-۵/۱۷	۴	۰/۸۴-۰/۹۱	۱	۳۴	-۸	۳۳
۹	هایپرتروفی بطن چپ در نمای الکترو کار دیوگرافی	۲	۱۳۰-۱۳۹	۱	۵/۱۸-۵/۶۸	۳	۰/۹۲-۰/۹۹	۲	۳۵-۳۶	-۶	۳۴
۰	اگر هر کدام منفی باشد	۳	۱۴۰-۱۴۹	۲	۵/۶۹-۶/۲۱	۲	۱/۰۰-۱/۰۹	۳	۳۷-۳۸	-۵	۳۵
		۴	۱۵۰-۱۶۰	۳	۶/۲۲-۶/۸۰	۱	۱/۱۰-۱/۲۰	۴	۳۹	-۴	۳۶
		۵	۱۶۱-۱۷۲	۴	۶/۸۱-۷/۴۸	۰	۱/۲۱-۱/۳۰	۵	۴۰-۴۱	-۳	۳۷
		۶	۱۷۳-۱۸۵	۵	۷/۴۹-۸/۱۸	-۱	۱/۳۱-۱/۴۳	۶	۴۲-۴۳	-۲	۳۸
				۶	۸/۱۹-۸/۵۸	-۲	۱/۴۴-۱/۵۶	۷	۴۴-۴۵	-۱	۳۹
						-۳	۱/۵۷-۱/۷۲	۸	۴۶-۴۷	۰	۴۰
						-۴	۱/۷۳-۱/۹۰	۹	۴۸-۴۹	۱	۴۱
						-۵	۱/۹۱-۲/۰۸	۱۰	۵۰-۵۱	۲	۴۲-۴۳
						-۶	۲/۰۹-۲/۲۶	۱۱	۵۲-۵۴	۳	۴۴
						-۷	۲/۲۷-۲/۵۰	۱۲	۵۵-۵۶	۴	۴۵-۴۶

		۳- خطر معادل بر اساس جمع امتیازات
		احتمالات

				۱۳	۷۹-۵۹	۵	۴۷-۴۸
				۱۴	۶۰-۶۱	۶	۴۹-۵۰
				۱۵	۶۲-۶۴	۷	۵۱-۵۲
				۱۶	۶۵-۶۷	۸	۵۳-۵۵
				۱۷	۶۸-۷۰	۹	۵۶-۶۰
				۱۸	۷۱-۷۳	۱۰	۶۱-۶۷
				۱۹	۷۴	۱۱	۶۸-۷۴

۲-۲- جمع امتیازات تمام عوامل خطر:

سن+کلسترول HDL+کلسترول تام+فشارخون سیستول+مصرف سیگار+دیابت+هیپرتروفی بطن چپ=جمع امتیازات

۱- این جدول لزوماً به پیشگیری اولیه می پردازد.

۲- امتیازات خطر که در این جدول نشان داده شده، در زمان وجود عوامل خطر شدید صدق نمی کند. بنابراین افرادی که به میزان زیاد سیگار می کشند، (Heavy smoker) فشارخون بالای بر جسته دارند و یا کلسترول خونشان بسیار بالاست، نسبت به درصد خطری که در جدول نشان داده شده برای ابتلاء به بیماری های قلبی عروقی در معرض خطر بسیار بالاتری هستند.

۳- چاقی و سبک زندگی کم تحرک از عواملی مهمی هستند که اگر آن ها را هم اضافه کنیم خطر برآورد شده بسیار بالا می رود. بهتر است این افراد به یک کلینیک تخصصی برای ارزیابی بیشتر و گسترده تر ارجاع شوند.

سن	زنان	مردان	۱۰ سال	۵ سال	امتیازات	۱۰ سال	۵ سال	امتیازات	۱۰ سال	۵ سال	امتیازات
			%۲۷	%۱۴	۲۵	%۸	%۳	۱۳	<%۲	<%۱	<۱
۳۹-۳۵	<%۱	%۵	%۲۹	%۱۶	۲۶	%۹	%۴	۱۴	%۲	%۱	۲
۴۴-۴۰	%۲	%۶	%۳۱	%۱۷	۲۷	%۱۰	%۵	۱۵	%۲	%۱	۳
۴۹-۴۵	%۵	%۱۰	%۳۳	%۱۹	۲۸	%۱۲	%۵	۱۶	%۲	%۱	۴
۵۴-۵۰	%۸	%۱۴	%۳۶	%۲۰	۲۹	%۱۳	%۶	۱۷	%۳	%۱	۵
۵۹-۵۵	%۱۲	%۱۶	%۳۸	%۲۲	۳۰	%۱۴	%۷	۱۸	%۴	%۱	۶
۶۴-۶۰	%۱۳	%۲۱	%۴۰	%۲۴	۳۱	%۱۶	%۸	۱۹	%۴	%۱	۷
۶۹-۶۵	%۹	%۳۰	%۴۲	%۲۵	۳۲	%۱۸	%۸	۲۰	%۴	%۲	۸
۷۴-۷۰	%۱۲	%۲۴				%۱۹	%۹	۲۱	%۵	%۲	۹
						%۲۱	%۱۱	۲۲	%۶	%۲	۱۰
						%۲۳	%۱۲	۲۳	%۶	%۳	۱۱
						%۲۵	%۱۳	۲۴	%۷	%۳	۱۲

**جدول پیش بینی عوامل خطر
سکته مغزی**

۱- امتیاز هر یک از عوامل خطر را مشخص کنید

مردان

مردان					امتیاز هر یک از عوامل خطر را مشخص کنید	
					سن	فشار خون سیستولیک
					۰ = ۵۴-۵۶	۰ = ۹۵-۱۰۵
					۱ = ۵۷-۵۹	۱ = ۱۰۶-۱۱۶
					۲ = ۶۰-۶۲	۲ = ۱۱۷-۱۲۶
					۳ = ۶۳-۶۵	۳ = ۱۲۷-۱۳۷
					۴ = ۶۶-۶۸	۴ = ۱۳۸-۱۴۸
					۵ = ۶۹-۷۱	۵ = ۱۴۹-۱۵۹
					۶ = ۷۲-۷۴	۶ = ۱۶۰-۱۷۰
					۷ = ۷۵-۷۷	۷ = ۱۷۱-۱۸۱
					۸ = ۷۸-۸۰	۸ = ۱۸۲-۱۹۱
					۹ = ۸۰-۸۳	۹ = ۱۹۲-۲۰۲
					۱۰ = ۸۴-۸۶	۱۰ = ۲۰۳-۲۱۳

ابتلاء به بیماری قلبی و عروقی خیر = ۰ بله = ۳	مصرف سیگار خیر = ۰ بله = ۳	ابتلاء به دیابت خیر = ۰ بله = ۲	استفاده از داروی ضد فشار خون خیر = ۰ بله = ۲	هایپرتروفی بطن چپ در نمای الکتروکاردیوگرافی خیر = ۰ بله = ۶	فیبریلاسیون دهلیزی خیر = ۰ بله = ۴
---	----------------------------------	---------------------------------------	--	---	--

زنان

زنان					امتیاز هر یک از عوامل خطر را مشخص کنید	
					سن	فشار خون سیستولیک
					۰ = ۵۴-۵۶	۰ = ۹۵-۱۰۴
					۱ = ۵۷-۵۹	۱ = ۱۰۵-۱۱۴
					۲ = ۶۰-۶۲	۲ = ۱۱۵-۱۲۴
					۳ = ۶۳-۶۵	۳ = ۱۲۵-۱۳۴

هایپرتروفی بطن چپ در نمای الکتروکاردیوگرافی خیر = ۰ بله = ۴	فیبریلاسیون دهلیزی خیر = ۰ بله = ۶	ابتلاء به بیمار قلبی و عروقی خیر = ۰ بله = ۲	ابتلاء به دیابت خیر = ۰ بله = ۳	استفاده از داروی ضد فشار خون خیر = ۰ اگر جواب مثبت است قسمت پایین را ببینید
---	--	--	---------------------------------------	---

	۴ = ۱۳۵-۱۴۴	۴ = ۶۶-۶۸
	۵ = ۱۴۵-۱۵۴	۵ = ۶۹-۷۱
	۶ = ۱۵۵-۱۶۴	۶ = ۷۲-۷۴
	۷ = ۱۶۵-۱۷۴	۷ = ۷۵-۷۷
	۸ = ۱۷۵-۱۸۴	۸ = ۷۸-۸۰
	۹ = ۱۸۵-۱۹۴	۹ = ۸۱-۸۳
	۱۰ = ۱۹۵-۲۰۴	۱۰ = ۸۴-۸۶

۳- خطر معادل بر اساس جمع امتیازات **۴- مقایسه میانگین خطر ۱۰ ساله**

اگر در حال حاضر داروی ضد فشار خون مصرف می کند امتیازات زیر را براساس سطح فشار خون سیستمیک اضافه کنید.

فشارخون سیستمیک	۹۵-۱۰۴	۱۰۵-۱۱۴	۱۱۵-۱۲۴	۱۲۵-۱۳۴	۱۳۵-۱۴۴	۱۴۵-۱۵۴
امتیاز	۶	۵	۵	۴	۳	۳
فشار خون سیستمیک	۱۵۵-۱۶۴	۱۶۵-۱۷۴	۱۷۵-۱۸۴	۱۸۵-۱۹۴	۱۹۵-۲۰۴	

۲- جمع امتیازات تمام عوامل خطر

$$\frac{\text{سن}}{\text{سن}} + \frac{\text{فشارخون سیستولیک}}{\text{فشارخون سیستولیک}} + \frac{\text{استفاده از داروی ضد فشارخون}}{\text{فشارخون}} + \frac{\text{دیابت}}{\text{دیابت}} + \frac{\text{مص ف سبگا}}{\text{مص ف سبگا}} + \frac{\text{بیماری قلبی و عروقی}}{\text{بیماری قلبی و عروقی}} + \frac{\text{فمیر نلاسو، دهلند،}}{\text{فمیر نلاسو، دهلند،}} + \frac{\text{هایپرتروفی بطن چپ}}{\text{هایپرتروفی بطن چپ}} = \frac{\text{جمع امتیازات}}{\text{جمع امتیازات}}$$

۳- خطر معادل بر اساس جمع امتیازات را ببینید											
زنان ۱۰ سال						مردان ۱۰ سال					
احتمال	امتیاز	احتمال	امتیاز	احتمال	امتیاز	احتمال	امتیاز	احتمال	امتیاز	احتمال	امتیاز
%۴۳/۴	۲۱	%۷/۶	۱۱	%۱/۱	۱	%۴۱/۷	۲۱	%۱۱/۲	۱۱	%۲/۶	۱
%۵۰/۰	۲۲	%۹/۲	۱۲	%۱/۳	۲	%۴۶/۶	۲۲	%۱۲/۹	۱۲	%۳/۰	۲
%۵۷/۰	۲۳	%۱۱/۱	۱۳	%۱/۶	۳	%۵۱/۸	۲۳	%۱۴/۸	۱۳	%۳/۵	۳
%۶۴/۲	۲۴	%۱۳/۳	۱۴	%۲/۰	۴	%۵۷/۳	۲۴	%۱۷/۰	۱۴	%۴/۰	۴
%۷۱/۴	۲۵	%۱۶/۰	۱۵	%۲/۴	۵	%۶۲/۸	۲۵	%۱۹/۵	۱۵	%۴/۷	۵
%۷۸/۲	۲۶	%۱۹/۱	۱۶	%۲/۹	۶	%۶۸/۴	۲۶	%۲۲/۴	۱۶	%۵/۴	۶
%۸۴/۴	۲۷	%۲۲/۸	۱۷	%۳/۵	۷	%۷۳/۸	۲۷	%۲۵/۵	۱۷	%۶/۳	۷
		%۲۷/۰	۱۸	%۴/۳	۸	%۷۹/۰	۲۸	%۲۹/۰	۱۸	%۷/۳	۸
		%۳۱/۹	۱۹	%۵/۲	۹	%۸۳/۷	۲۹	%۳۲/۹	۱۹	%۸/۴	۹
		%۳۷/۳	۲۰	%۶/۳	۱۰	%۸۷/۹	۳۰	%۳۷/۱	۲۰	%۹/۷	۱۰

۴- مقایسه میانگین خطر ۱۰ ساله		
میانگین ۱۰ ساله احتمال بر اساس سن		
سن	مردان	زنان
۵۵-۵۹	%۵/۹	%۳/۰
۶۰-۶۴	%۷/۸	%۴/۷

٤٥-٤٩	%١١/٠	%٧/٢
٧٠-٧٤	%١٣/٧	%١٠/٩
٧٥-٧٩	%١٨/٠	%١٥/٥
٧٤-٨٠	%٢٢/٣	%٢٣/٩

جدول
نمایه توده بدنی (BMI)

۱/۹۳	۱/۹۱	۱/۸۸	۱/۸۵	۱/۸۳	۱/۸۰	۱/۷۷	قد (متر)	۱/۷۰	۱/۶۸	۱/۶۵	۱/۶۳	۱۶۰	۱/۵۷	۱/۵۵	۱/۵۲		
۱۲	۱۲	۱۳	۱۳	۱۴	۱۴	۱۴	۱۵	۱۵	۱۶	۱۶	۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۱۹	۲۰	۴۵/۵
۱۳	۱۳	۱۳	۱۴	۱۴	۱۵	۱۵	۱۶	۱۶	۱۶	۱۷	۱۷	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۱	۴۷/۷
۱۳	۱۴	۱۴	۱۵	۱۵	۱۵	۱۶	۱۶	۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۱	۲۱	۵۰
۱۴	۱۴	۱۵	۱۵	۱۶	۱۶	۱۷	۱۷	۱۷	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۰	۲۱	۲۲	۲۲	۵۲/۳
۱۵	۱۵	۱۵	۱۶	۱۶	۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۳	۲۳	۵۴/۵
۱۵	۱۶	۱۶	۱۷	۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۱۹	۲۰	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۴	۵۶/۸
۱۶	۱۶	۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۵	۵۹/۱
۱۶	۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۶	۶۱/۴
۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۱۹	۲۰	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۲	۲۲	۲۴	۲۵	۲۶	۲۶	۲۷	۶۳/۶
۱۸	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۳	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۶۵/۹
۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۰	۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۶۸/۲
۱۹	۱۹	۲۰	۲۰	۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۷۰/۵
۱۹	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۲	۲۲	۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۷۲/۷
۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۷۵
۲۱	۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۷۷/۳۰
۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	۲۴	۲۴	۲۴	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۷۹/۵

		قد (متر)																	
		۱/۹۳	۱/۹۱	۱/۸۸	۱/۸۵	۱/۸۳	۱/۸۰	۱/۷۸	۱/۷۵	۱/۷۳	۱/۷۰	۱/۶۸	۱/۶۵	۱/۶۳	۱/۶۰	۱/۵۷	۱/۵۵	۱/۵۲	
۲۲	۲۲	۲۳	۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۸۱/۸
۲۳	۲۳	۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۸۴/۱
۲۳	۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۸۶/۴
۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۸۸/۶
۲۴	۲۵	۲۶	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۹۰/۹
۲۵	۲۶	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱	۹۳/۲
۲۶	۲۶	۲۷	۲۸	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱	۴۲	۹۵/۵
۲۶	۲۷	۲۸	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱	۴۲	۴۳	۹۷/۷۰۰
۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۲	۳۳	۳۴	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۲	۴۳	۴۴	۴۵	۱۰۰
۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۹	۴۰	۴۱	۴۳	۴۴	۴۵	۴۶	۱۰۲/۳
۲۸	۲۹	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۱	۴۲	۴۳	۴۴	۴۵	۴۶	۱۰۴/۵
۲۹	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۲	۴۳	۴۴	۴۵	۴۶	۱۰۶/۸
۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱	۴۳	۴۴	۴۵	۴۶	۴۷	۱۰۹/۱
۳۰	۳۱	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۴۰	۴۱	۴۲	۴۳	۴۵	۴۶	۴۷	۴۸	۴۹	۱۱۱/۴
۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۲	۴۳	۴۴	۴۶	۴۷	۴۸	۴۹	۵۰	۱۱۳/۶

این جدول برای افراد خاص نیست، BMI (نمایه بدنی) از طریق معادله وزن (به کیلوگرم) بر روی قد (به متر) به توان دو (kg/m^2) محاسبه شده است. از این جدول می‌توانید برای تعیین BMI و ارزیابی وزن اضافه استفاده کنید. برای مثال یک شخص با قد ۱/۷۰ متر و وزن ۷۷/۳ کیلوگرم دارای BMI ۲۷ می‌باشد، برای این که این شخص به BMI ۲۵ برسد باید ۴/۵ کیلوگرم وزن خود را کم کند. نمودار زیر نیز بر اساس محاسبه معادله وزن (به کیلوگرم) بر روی قد (به متر) به توان دو (kg/m^2) تهیه شده است که برای استفاده نیاز به یک خط کش دارد و می‌توان دو عدد وزن و قد هر فرد را بر روی ستون مربوطه پیدا کرد و با خط کش به هم وصل کرد و محل تقاطع خط کش با ستون وسط نشان دهنده نمایه بدنی فرد است..

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
کنترل مصرف کنندگان سیگار**

پرسشنامه ارزیابی مصرف دخانیات

- ۱- آیا تا کنون مصرف سیگار یا سایر مواد دخانی را تجربه کرده اید؟
 ۱- بلی (به سؤالات ارزیابی "در معرض دود سیگار قرار گرفتن" مراجعه کنید) ۲- خیر
- ۲- اگر جواب بلی است، در چه سنی اولین تجربه مصرف دخانیات را داشتید؟ سالگی
- ۳- آیا در طول زندگی خود تا کنون، حداقل ۱۰۰ نخ سیگار یا معادل آن از سایر انواع دخانیات مصرف کرده اید؟
 ۱- بلی ۲- خیر
- ۴- آیا در حال حاضر سیگار یا سایر مواد دخانی مصرف می کنید؟
 ۱- بلی ۲- خیر (به پرسشنامه بررسی سابقه ترک مراجعه شود)
- ۵- در چه سنی مصرف دخانیات را شروع کردید؟ (روزانه/گاه گاهی) سالگی
- ۶- در حال حاضر کدامیک از فرآورده های دخانی زیر را مصرف میکنید؟ عادت مصرف شما چگونه است؟ چه تعداد یا مقدار مصرف میکنید؟

تعداد/مقدار مصرف	عادت مصرف		نوع مواد دخانی
	۱- مصرف نمی کنم ۲- گاه گاهی ۳- همیشه		
..... در روز در هفته/در ماه	<input type="checkbox"/>		سیگار
..... در روز در هفته/در ماه	<input type="checkbox"/>		قلیان
..... در روز در هفته/در ماه	<input type="checkbox"/>		پیپ یا چپق
..... در روز در هفته/در ماه		سایر فرآورده های دخانی

ارزیابی سابقه ترک دخانیات (در افراد سیگاری و ترک کرده)

- ۷- تاکنون چند بار اقدام به ترک کرده اید؟
 ۱- ۰ بار ۲- ۱ بار ۳- ۲-۴ بار ۴- ۵ بار و بیشتر
- ۸- حداکثر مدتی که ترک کردید، چه مدت بوده است؟
 ۱- روز ۲- هفته ۳- ماه ۴- سال
- ۹- چه مدت از آخرین باری که ترک کردید، میگذرد؟
 ۱- روز ۲- هفته ۳- ماه ۴- سال

ارزیابی سطح وابستگی به نیکوتین سیگار (در افراد سیگاری)

- ۱۰- صبح ها بعد از بیدار شدن از خواب، اولین سیگار خود را در چه زمانی روشن می کنید؟
 ۱- تا ۵ دقیقه ۲- بین ۶ تا ۳۰ دقیقه ۳- بین ۳۱ تا ۶۰ دقیقه ۴- بعد از ۶۰ دقیقه
- ۱۱- آیا بهترین سیگاری که مصرف می کنید، اولین سیگار صبح است؟
 ۱- بلی ۲- خیر
- ۱۲- آیا در طول اولین ساعت بعد از بیدار شدن در روز به شکل پشت هم سیگار مصرف میکنید؟

۱-بلی ۲-خیبر

۱۳- آیا هنگامی که بیمار هستید نیز تمایل به مصرف سیگار دارید؟

۱-بلی ۲-خیبر

۱۴- آیا در محل هائی که مصرف سیگار ممنوع است با مشکل مواجه می شوید؟

۱-بلی ۲-خیبر

ارزیابی آمادگی برای ترک

۱۵- در مورد ترک سیگار چه نظری دارید؟

۱- نمی خواهم ترک کنم ۲- برای ترک مطمئن نیستم ۳- برای ترک آماده هستم

ارزیابی "در معرض دود سیگار قرار گرفتن" (سیگاری غیر فعال)

۱۶- آیا در مجاورت دود سیگار اطرافیان قرار دارید(در منزل و محل کار)؟

۱-بلی ۲-خیبر

۱۷- چند نفر (در منزل و محل کار) در مجاورت شما دخانیات مصرف می کنند؟

..... نفر

پرسشنامه ارزیابی آگاهی در مورد مصرف دخانیات

بخش بهداشتی

- ۱- در دود سیگار چند ماده سمی وجود دارد؟
- ۲- در دود سیگار چند نوع ماده سرطانزا وجود دارد؟
- ۳- مواد سمی سیگار در بدن انسان چه اثری دارند؟
- ۴- نیکوتین سیگار در بدن انسان چه اثری دارد؟
- ۵- مصرف سیگار چه بیماری هایی را بوجود می آورد؟
- ۶- مصرف سیگار چه اثری بر اطرافیان غیر سیگاری دارد؟
- ۷- مصرف سیگار چه اثری بر زنان باردار و جنین آنها دارد؟
- ۸- مصرف هر نخ سیگار چقدر از عمر فرد می کاهد؟
- ۹- سالانه در ایران چند نفر به علت مصرف سیگار فوت می کنند؟
- ۱۰- سالانه در دنیا چند نفر به علت مصرف سیگار فوت می کنند؟
- ۱۱- ترک سیگار چه فایده ای برای خود دارد؟
- ۱۲- ترک سیگار چه فایده ای برای اطرافیان و دیگران دارد؟
- ۱۳- کسی که مدت زیادی است دخانیات مصرف میکند و تا کنون به بیماری خاص مرتبط با دخانیات مبتلا نشده است، احتمال دارد بعداً به آن بیماری ها مبتلا شود؟

بخش اقتصادی

- ۱۳- روزانه در کشور چه هزینه ای صرف مصرف سیگار می شود؟
- ۱۴- ضررهای اقتصادی سیگار چیست؟

بخش اجتماعی

- ۱۵- ضررهای اجتماعی سیگار چیست؟
- ۱۶- مصرف سیگار در کشورهای پیشرفته چه روندی دارد؟
- ۱۷- تولید و توزیع سیگار در کشورهای پیشرفته چه روندی دارد؟

پرسشنامه ارزیابی نگرش در مورد مصرف دخانیات

بر اساس شماره گذاری از شماره ۱ تا ۱۰ نظر خود را در مورد گزینه زیر بنویسید:

موافق ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ مخالف

۱- به نظر من مصرف دخانیات برای سلامتی زیان آور است.

۲- فکرمی کنم عادت مصرف دخانیات من در ۵ سال آینده:

۱- مطمئناً هر روز سیگار می کشم ۲- مطمئناً سیگاری نخواهم بود

۳- احتمالاً هر روز سیگار می کشم ۴- احتمالاً سیگاری نخواهم بود

۵- نمی دانم

بر اساس شماره گذاری از شماره ۱ تا ۱۰ نظر خود را در مورد گزینه های زیر بنویسید:

موافق ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ مخالف

۳- متقاعد کردن مردم جهت ترک دخانیات از وظایف کارکنان بهداشتی است.

- ۴- اکثر سیگاری ها و مصرف کنندگان سایر محصولات دخانی در صورتی که بخواهند می توانند ترک کنند.
- ۵- غیر سیگاری که با سیگاری زندگی می کند خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان ریه دارد.
- ۶- مصرف دخانیات توسط والدین خطر ذات الریه (سینه پهلو) و سایر بیماری های تنفسی مثل آسم را در کودکان افزایش می دهد.

- ۷- والدین باید نمونه مناسبی از یک فرد غیر سیگاری باشند.
- ۸- اکثر مردم تا زمانی که پزشک به آنها نگوید، سیگار را ترک نمی کنند.
- ۹- باید یک هشدار بهداشتی روی بسته های سیگار وجود داشته باشد.
- ۱۰- باید ممنوعیت کامل در تبلیغات دخانیات اعمال گردد.
- ۱۱- مصرف دخانیات در مکان های عمومی سر بسته باید ممنوع گردد.
- ۱۲- قیمت محصولات دخانی باید شدیداً افزایش یابد.
- ۱۳- فروش دخانیات به کودکان باید کاملاً ممنوع شود.
- ۱۴- مصرف دخانیات در بیمارستان ها باید به ممنوع شود.
- ۱۵- بر اساس شماره گذاری از ۱ تا ۱۰، برای مصرف دخانیات چه جایگاهی قائلید:

خطرناک	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-ایمن
غیر قابل کنترل	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-ارادی
تحت تاثیر محیط	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-بر اساس تصمیم شخصی
معمولاً لذت بخش	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-معمولاً نامطبوع
کمکی نمی کند	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-کمکی برای مقابله با مشکلات
آرامبخش	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-محرک
باعث افزایش جذابیت	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-باعث کاهش جذابیت
احمق بنظر رسیدن	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-باهوش بنظر رسیدن
نشانه شکست	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-نشانه موفقیت

پرسشنامه ارزیابی مهارت

۱- در موارد زیر چه می کنید؟

(الف) اگر اشتباهی کردم:

۱- خود را سرزنش می کنم

۲- عمل خود را سرزنش می کنم

(ب) وقتی که در مورد اعمال خود فکر می کنم:

۱- جنبه های مثبت و منفی خود را توأم در نظر می گیرم اما به جنبه های مثبت خود، بیشتر توجه می کنم

۲- جنبه های مثبت و منفی خود را توأم در نظر می گیرم اما به جنبه های منفی خود بیشتر توجه می کنم

(ج) در محاسبه اعمال خود:

۱- می پذیرم که غیر از کارهای اشتباه قطعاً کارهای مثبتی هم انجام می دهم .

۲- کارهای خوبم را کوچک و بی ارزش و غیر قابل محاسبه می دانم

۳- کدامیک از حالات زیر علامت اعتماد بنفس در شماست :

۱- اینکه بتوانم کاری را بدون توقع و انتظار از دیگران آغاز نمایم اما برای اتمام آن منتظر کمک دیگران باشم

۲- اینکه بتوانم کاری را بدون توقع و انتظار از دیگران آغاز نمایم و بکوشم تا آن را به اتمام برسانم

۳- در موارد زیر چه می کنید؟

(الف) اگر نتوانم کاری را انجام دهم ، می گویم:

۱- نمی توانم

۲- سعی خواهم کرد

(ب) اگر نتوانم از عهده کاری برآیم، آنرا:

۱- یک شکست می دانم

۲- یک تجربه جدید میدانم

(ج) اگر منتظر اعلام نتیجه امتحان یا آزمونی باشم ، می گویم:

۱- فکر نمی کنم قبول شوم

۲- انشاء... قبول می شود

(د) اگر اشتباهی کردم ، می گویم:

۱- هرگز خود را بخاطر آن اشتباه نمی بخشم

۲- اشتباه خود را جبران می کنم

۴- کدامیک از کارهای زیر در افزایش اعتماد بنفس شما موثر است؟

(الف) بیان احساس واقعی، بدون توجه به موافقت یا دیگران

(ب) کشیدن نفس عمیق برای رسیدن اکسیژن بیشتری به مغز

(ج) جدی نگرفتن صحبت های دیگران در مورد نقاط ضعفشان

(د) افزایش وابستگی به دیگران

(ه) همه موارد

(و) هیچکدام

۵- در موارد زیر چه می کنید؟

(الف) حرفهای خود را به دیگران:

۱- صریح، مستقیم و بدون واسطه می گویم

۲- از طعنه یا کنایه استفاده می کنم

(ب) در ارتباط با دیگران:

۱- احساس خود را شناسایی و بخوبی توصیف می کنم

۲- احساس خود را مخفی واز بیان آن امتناع می کنم

(ج) در روابط با دیگران:

- به آنها توهین کرده و برچسب می زنم

- از توهین به آنها و برچسب زدن خودداری می کنم

(د) بعد از بیان نظراتم:

-از مخاطبم باز خورد می گیرم تا بدانم منظورم را درست فهمیده است یا نه

- برایم مهم نیست که مخاطبم، منظور مرا فهمیده باشد یا نه

۶- در برابر فشار گروه همسال خود چه می کنید؟

۱- بخاطر احساس خجالت یا ترس از تحقیر یا رانده شدن از جمع دوستان، هرچه گروه بخواهد، می پذیریم

۲- از حقوق خود حتی در گروه همسال دفاع می کنم و اجازه تجاوز به حقوقم را نمیدهم

۳- در جمع دوستان همسالم: برای افزایش رضایت گروه از من، اعمال واحساسات خود را توجیه می کنم

۴- در جمع دوستان همسالم: عقاید، ارزشها، باورها و عواطف خود را مخفی می کنم

۷- وقتی که با مشکلی عاطفی روبرو می شوید برای تامین آرامش روانی خود چه می کنید؟

۱- با دوستان، والدین، خواهر یا برادر، مشاور یا معلم، صحبت و درددل می کنم

۲- قرآن می خوانم، دعا می کنم، نماز می خوانم، به زیارت می روم

۳- فال می گیرم و آرزوی معجزه می کنم

۴- عصبانی می شوم، گریه وزاری می کنم، پرخاشگری می کنم

۵- از مواد مخدر یا داروهای آرامبخش یا سایر موارد استفاده می کنم

۸- برای مقابله عملی با مشکلی که برای شما پیش می آید، چه می کنید؟

۱- برنامه ریزی می کنم

۲- با افراد معتمد و آگاه مشورت می کنم

۳- از روش های غیر قانونی استفاده می کنم (تقلب، کارهای خلاف قانون)

۴- از روش های غیر اخلاقی استفاده می کنم (تهدید، زورگویی)

۹- در موارد زیر چه می کنید؟

(الف) اگر کسی تقاضای بد یا خواسته نادرستی از من داشته باشد:

۱- بلافاصله مخالفت یا موافقت می کنم

۲- ابتدا کمی فکر کردم و پس از اطمینان از مواضع خود، می گویم بلی یا خیر

(ب) اگر کسی از من تقاضا یا خواسته نادرستی داشته باشد و من مخالف باشم:

۱- می گویم: نه

۲- می گویم: خوب، من اینطور فکر نمی کنم،... ..

ج) اگر کسی از من تقاضا یا خواسته نادرستی داشته باشد و من مخالف باشم:

- مخالفت خود را بسیار کوتاه و موجز با اودر میان می گذارم

- مخالفت خود را بطور مفصل و با توضیح کامل با او در میان می گذارم

د) اگر کسی با وجود مخالفت من، بارها تقاضا یا خواسته نادرست خود را تکرار کند:

- هر بار برایش توضیح جدیدی داده و درخواستش را رد می کنم

- فقط دلیل اصلی مخالفتم را برای او تکرار می کنم

۱۰- کدام یک از حالات زیر موجب تقویت « ابراز وجود» در شما می شود؟

الف) برقراری تماس چشمی مستقیم با مخاطبم

ب) انتخاب حالت چهره متناسب با صحبتی که با مخاطبم دارم

ج) انتخاب سطح و آهنگ مناسب صدا در هنگام صحبت با مخاطبم

د) همه موارد فوق **ه)** هیچکدام

۱۱- اگر دچار مشکلی شوید، برای حل مشکل چه می کنید؟ در عبارات زیر مراحل اقدام خود را شماره گذاری کنید. (کدام کار را اول

انجام می دهید الی آخر)

۸. احساسات و عواطف خود را مرور می کنم تا مشکل را تشخیص دهم.

۹. در مورد هدف تصمیم گیری می کنم.

۱۰. مدتی روی مشکل تمرکز می کنم تا ابعاد آن مشخص شود.

۱۱. در مورد نتایج احتمالی راه حل ها فکر می کنم.

۱۲. راه حل های واقعی و مطلوب را انتخاب می کنم.

۱۳. راه حل انتخاب شده، برنامه ریزی می کنم.

۱۴. در مورد راه حل های مختلف فکر می کنم.

پرسشنامه ارزیابی اقدام برای ترک سیگار

- ۱- در حال حاضر اهمیت ترک سیگار برای شما چقدر است؟
 - ۱- خیلی زیاد
 - ۲- زیاد
 - ۳- تا حدودی
 - ۴- کم (زیاد مهم نیست)
- ۲- در حال حاضر تصمیم شما برای ترک سیگار چقدر جدی است؟
 - ۱- خیلی زیاد
 - ۲- زیاد
 - ۳- تا حدودی
 - ۴- کم (زیاد مهم نیست)
- ۳- به چه علت می خواهید سیگار را ترک کنید؟
 - ۱- بیماری
 - ۲- سلامتی در آینده
 - ۳- هزینه ها
 - ۴- توصیه دیگران
 - ۵- سلامتی خانواده
 - ۶- سایر
- ۴- فکر می کنید موفقیت شما در ترک سیگار چقدر است؟
 - ۱- کاملاً (صد در صد)
 - ۲- خیلی زیاد
 - ۳- زیاد
 - ۴- تا حدودی
 - ۵- کم
 - ۶- خیلی کم
- ۵- آیا برای مقابله با فشارهای عصبی سیگار می کشید؟
 - ۱- همیشه
 - ۲- بیشتر اوقات
 - ۳- گاهی
 - ۴- بندرت
 - ۵- هیچوقت
- ۶- آیا سیگار کشیدن به رفتار و شخصیت اجتماعی شما کمک می کند؟
 - ۱- همیشه
 - ۲- بیشتر اوقات
 - ۳- گاهی
 - ۴- بندرت
 - ۵- هیچوقت
- ۷- آیا هنگامی که خسته و بیکار هستید، سیگار روشن می کنید؟
 - ۱- همیشه
 - ۲- بیشتر اوقات
 - ۳- گاهی
 - ۴- بندرت
 - ۵- هیچوقت
- ۸- آیا سیگار کشیدن در شما تمرکز و هوشیاری بوجود می آورد؟
 - ۱- همیشه
 - ۲- بیشتر اوقات
 - ۳- گاهی
 - ۴- بندرت
 - ۵- هیچوقت
- ۹- اگر سیگار مصرف نکنید دچار مشکل و احساس ناراحتی می شوید؟
 - ۱- همیشه
 - ۲- بیشتر اوقات
 - ۳- گاهی
 - ۴- بندرت
 - ۵- هیچوقت
- ۱۰- آیا برای کنترل وزن سیگار می کشید؟
 - ۱- همیشه
 - ۲- بیشتر اوقات
 - ۳- گاهی
 - ۴- بندرت
 - ۵- هیچوقت
- ۱۱- آیا از مصرف سیگار لذت می برید؟
 - ۱- همیشه
 - ۲- بیشتر اوقات
 - ۳- گاهی
 - ۴- بندرت
 - ۵- هیچوقت

پرسشنامه پیگیری افراد ترک کرده

خواهشمنداست خود را در رابطه با موارد زیر از نظر اینکه در روزهای گذشته چه احساسی داشته اید، درجه بندی کنید؟

هرگز	بندرت	گاهی	بیشتر اوقات	همیشه	
۱	۲	۳	۴	۵	غم و اندوه
۱	۲	۳	۴	۵	اضطراب و دلشوره
۱	۲	۳	۴	۵	تحریک پذیری یا زود از کوره در رفتن
۱	۲	۳	۴	۵	پرانرژی و احساس توانائی زیاد
۱	۲	۳	۴	۵	عدم آرامش یا بیقراری
۱	۲	۳	۴	۵	گرسنگی
۱	۲	۳	۴	۵	نداشتن تمرکز فکری و حواس پرتی

۱- نکشیدن سیگار در هفته گذشته، برای شما چقدر دشوار بود؟

۰- اصلاً "دشوار نبود" ۱- کمی دشوار بود ۲- تا حدی دشوار بود

۳- دشوار بود ۴- بسیار دشوار بود ۵- خیلی زیاد دشوار بود

۲- آیا در هفته گذشته هوس کردید سیگار بکشید؟

۰- هرگز ۱- خیلی کم ۲- بعضی مواقع ۳- اکثر مواقع ۴- تقریباً همیشه ۵- همه مواقع

۳- این هوس تا چه اندازه قوی بود؟

۰- هیچ ۱- کمی ۲- تا حدی ۳- قوی ۴- بسیار قوی ۵- فوق العاده قوی

۴- آیا در روزهای گذشته سیگار کشیدید؟

۰- هرگز ۱- چند پک ۲- بیشتر از یک سیگار (ساعت مصرف:.....)

۵- در حال حاضر چه نوع و چه مقدار داروی ترک سیگار مصرف می کنید؟

۶- آیا در مصرف داروها مشکلی داشته اید؟

۷- آیا نکات دیگری هست که بخواهید به آنها اشاره کنید؟ لطفاً ذکر کنید.

الف) فواید نکشیدن سیگار: مدارک بسیار قوی وجود دارند که فایده های ترک سیگار را نشان می دهد، حتی برای افراد مسن و افرادی که در حال حاضر بیماری های مزمن مربوط به سیگار در آن ها پیشرفت کرده است.

افرادی که در روز دوبسته سیگار می کشند، اگر سیگار را ترک کنند، بطور متوسط میزان مرگشان از بیماری قلبی و عروقی و سرطان ریه ۴ سال به تعویق می افتد. یکسال پس از ترک، فراوانی خطر بیماری کرونر قلب (CHD)، ۵۰٪ کاهش می یابد.

ترک سیگار موجب:

- کاهش سریع سطح منوکسید کربن (CO) در خون
- کاهش تولید خلط، سرفه و تنگی نفس
- کاهش تحریک گلو
- و افزایش توانایی حس بویایی و چشایی فرد می شود.

برای برخی افراد، ترک سیگار یک راه مهم برای افزایش اعتماد به نفس است به خصوص در افراد سیگاری که اعتماد بنفس شان (SES) پایین است. ترک سیگار والدین می تواند تاثیر مثبتی بر روی فرزندان بگذارد (برای مثال: ترک سیگار والدین مثال خوبی برای فرزندان است که می خواهند کاری را انجام دهند که به نظر آسان نمی رسد و نقش پیشگیری در فرزندان را دارد که در معرض ابتلا به مصرف دخانیات هستند)

فایده های مهم دیگر برای فرد:

- چین و چروک صورت کمتر می شود
- تنفس بهتر می شود
- امکان یادگیری جدید برای پس انداز کردن پول فراهم می شود و ...

ب) اعتیاد: ثابت شده است که نیکوتین موجود در سیگار همانند دارویی است که اعتیاد آور است.

- میل شدید به سیگار کشیدن
- اشکال در تمرکز فکر
- رد
- سرگیجه
- تند خویی، اضطراب
- اختلال در خواب
- سوء هاضمه
- لرزش و عرق کردن

ج) ترک کردن: نشانه های ترک کردن موقتی هستند و زمانی اتفاق می افتند که نیکوتین خون پایین می آید بسته به فرد سیگاری نشانه های مختلفی وجود دارد:

علائم بارز نشان دهنده وابستگی:

- تعداد سیگاری که در هر روز کشیده میشود (بیش از ۱۰ سیگار در روز).
 - زمانی که اولین سیگار در صبح بعد از بیدار شدن کشیده میشود (کمتر از ۳۰ دقیقه بعد از بیدار شدن).
 - وجود علامت های ترک که، در طول تلاش برای ترک قبلی وجود داشته است.
- {اگر یکی از علائم وجود داشته باشد درمان دارویی باید بسیار مورد توجه قرار بگیرد بدلیل اینکه احتمال اعتیاد به نیکوتین وجود دارد و امکان بروز نشانه های ترک (سندرم Withdrawal) نیکوتین و بالا رفتن میزان عود وجود دارد}.

این علائم معمولاً " بعد از هفت روز سرعت کاهش می یابند، ولی گاهی هفته ها پس از ترک هنوز کاملاً" از بین نرفته اند. فرد سیگاری که تصمیم به ترک گرفته است باید به علائم ترک و راه های مقابله با آن آشنا باشد و بداند که دو هفته اول ترک بسیار مهم است. اگر چه فرد بعد از گذشت چند هفته نمی تواند ادعای موفقیت کند. ولی ممکن است میل سیگار کشیدن چند ماه بعد از ترک تکرار شود. افراد خصوصاً کسانی که برای ترک سیگار تحت درمان نیستند باید بدانند که این علائم عادی هستند و معمولاً " زمانشان محدود است و در واقع نشانه های حذف ماده مضر نیکوتین از بدن هستند، به این ترتیب افراد تشویق می شوند که این علائم را بهتر تحمل کنند.

د) درمان جایگزین نیکوتین (NRT): این روش مخصوصاً " در بیماران معتاد به نیکوتین بکار می رود. ولی نایستی در موارد زیر استفاده شود:

- بیمارانی که در ۴ هفته اول دوره بعد از انفارکتوس میوکارد هستند.
- آریتمی های بد خیم (تهدید کننده زندگی) دارند.
- افرادی که درد شدید قفسه صدری ناشی از ایسکمی میوکارد دارند.
- افرادی که در معرض بیماری عروق مغزی قرار دارند.

در افراد زیر نیز استفاده از نیکوتین پیشنهاد نمی شود:

- افرادی که اختلالات عمومی پوست یا حساسیت زیاد به نیکوتین دارند.
- در دوران بارداری یا در دوره مراقبت های بارداری و در کودکان.
- بیماران در دوره (NRT) بایستی از نظر علائم ترک نیکوتین، موارد مسمومیت نیکوتین، واکنش های متقابل با داروهای دیگر و وضعیت های پزشکی مورد بررسی قرار گیرند. (قسمت زیرنویس را برای کمک های جدید بدون نیکوتین و ترک سیگار ببینید).

توجه: میزان مصرف نیکوتینی که بوسیله سیگارهای مصرفی روزانه بدست می آید نسبت به زمانی که این ماده بمقدار کم از طریق پوست یا آدامس نیکوتین جذب می شود، اثرات قلبی و عروقی بارزتری دارد. آزمایش های بالینی (NRT) در افراد با CHD ثابت، مشخص می کند که نیکوتین خطر بیماری قلبی را افزایش نمی دهد.

دارو	مقدار مصرف	فایده ها	مضرات
آدامس نیکوتین (پولاکریلکس) نیکورت : ۲mg	بطور معمول : با ۱۰ تا ۱۲ قطعه در روز شروع می شود تا حداکثر به ۲۰ قطعه در روز برسد، بمدت ۱۲ هفته. سپس به یک قطعه در روز، هر هفته کم می کنیم. در طول این مدت علائم ترک نیکوتین در بیمار ظاهر میشود. روش صحیح استفاده: جویدن و نگه داشتن یک قطعه بمدت ۳۰ دقیقه.	عملکرد سریع. میزان دریافتی توسط بیمار کنترل میشود. میتواند با جدول زمانی بیمار تنظیم شود.	پذیرش بالایی احتیاج دارد. اغلب اوقات اشتباه مصرف می شود (جویده میشود اما نگهداری نمی شود). منجر به عوارض جانبی می شود مانند (سکسه، درد معده، سوزش گلو، تهوع) همچنین درد فک، بلعیدن مقدار زیاد هوا دادن، چسبیدن به دندان مصنوعی. تعداد کمی از افراد ممکن است به آن معتاد شوند.
آدامس نیکوتین (پولاکریلکس) نیکورت : ۴mg	بطور معمول با ۱۰ تا ۱۲ قطعه در روز شروع می شود تا حداکثر به ۲۰ قطعه در روز برسد، بمدت ۱۲ هفته سپس به یک قطعه در هر روز، هر هفته کم می شود. در طول این مدت علائم ترک نیکوتین در بیمار ظاهر می شود. روش صحیح استفاده: جویدن و نگه داشتن یک قطعه بمدت ۳۰ دقیقه.	یک محصول بسیار موثر نیکوتین برای بیمارانی که سیگار زیادی می کشند. به بیمارانی که ترک قبلی آنها با ۲ میلی گرم دچار مشکل شده و افرادی که می خواهند استفاده از آدامس را ادامه بدهند، پیشنهاد کنید ۲mg استفاده کنند.	تمام موارد بالا به میزان بیشتر، میزان اعتیاد و میزان عود افزایش می یابد.
برچسب نیکوتین (روی پوستی) هبیترویل ، نیکودرم ، نیکوترویل	مقدار پیشنهاد شده برای مصرف برچسب نیکوتین را ببینید.	استفاده راحت، قابل قبول تر افرادی که تصمیم به ترک دارند، دریافت نیکوتین دائم و احتمال اعتیاد کمتر	برای برخی بیماران سطح نیکوتین کافی را تأمین نمی کند عوارض جانبی مانند: تحریک پوست، خواب ناراحت خوابیدن میزان عود بالا

مقادیر پیشنهادی مصرف برچسب نیکوتین

هبترویل	نیکودرم	نیکوترویل
Mg ۲۴/۲۱ ساعت * ۴ هفته	Mg ۲۴/۲۱ ساعت * ۴ هفته	Mg ۱۵/۱۶ ساعت * ۴ هفته
Mg ۲۴/۱۴ ساعت * ۲ هفته	Mg ۲۴/۱۴ ساعت * ۲ هفته	Mg ۱۶/۱۰ ساعت * ۲ هفته
Mg ۲۴/۷ ساعت * ۲ هفته	Mg ۲۴/۷ ساعت * ۲ هفته	Mg ۱۶/۵ ساعت * ۲ هفته

مقادیر باید برای افراد زیر ۴۵ کیلوگرم و یا افرادی که بیماری قلبی و عروقی دارند و مصرف این داروها در آن ها قدغن نیست، تنظیم گردد. اگر بیمار در طول درمان با برچسب نیکوتین بیشتر از ۲ تا ۳ سیگار بکشد، درمان نباید ادامه پیدا کند و برای ۱۲-۶ ماه دیگر پیشنهاد شود. طول درمان برای هر فرد باید جداگانه در نظر گرفته شود و افراد می بایست جداگانه در مورد علائم ترک مورد بررسی قرار بگیرند.

شرایط مساعد کننده عود

برخی حوادث، فعالیت ها یا حالت های درونی هستند که باعث افزایش خطر روی آوردن به سیگار یا عود مصرف می شوند. این شرایط شامل: همنشینی با سیگاری ها، تحت فشار قرار گرفتن، جرو بحث کردن، تجربه مصرف سیگار در زمان های حساس یا حالت های روحی منفی، خوردن الکل یا قهوه. فرد می بایستی راجع به این عوامل خطر آموزش ببیند و مهارت های سازش با این شرایط را بیاموزد.

این مهارت ها شامل:

- پیش بینی شرایط خطر را بیاموزند و از آن ها اجتناب کنند.
- راهکارهایی را که شرایط روحی منفی را کاهش می دهد، بیاموزند.
- با تغییراتی در سبک زندگی استرس را کم کنند و کیفیت زندگی را با ایجاد لذت بالا ببرند. (مثل: فعالیت بدنی)
- فعالیت های رفتاری و شناختی که توجه آن ها را از میل سیگار کشیدن منحرف می کند بشناسند. (مثل: پیاده روی بجای قهوه خوردن در زمان های استراحت)

مشکلات ترک در حین حاملگی

سیگار کشیدن مادر با سقط های خود بخودی، عوارض در طول حاملگی مانند جفت سرراهی، بچه نارس و بچه با وزن تولد پایین ارتباط دارد. اگر مادر در سه ماهه اول بارداری سیگار را ترک کند خطر سلامتی جنین منتفی می شود. ترک در اواخر حاملگی (تا سی امین هفته حاملگی) خطر عوارض هنگام تولد را کاهش می دهد.

برآوردهای کنونی نشان می دهد که ۲۰٪ تا ۴۰٪ زنان حامله سعی می کنند در دروه حاملگی سیگار را ترک کنند. پزشکان می بایست زنان حامله سیگاری و همسرانشان را درمورد خطرهای سلامتی ناشی از مصرف سیگار در طول حاملگی و بعد از زایمان آگاهی دهند و راهکار ترک سیگار را به آنان پیشنهاد کنند. درمان اختصاصی در طول حاملگی میزان ترک را بالا می برد. درمان دارویی درطول حاملگی و شیردهی توصیه نمی شود.

ترس از شکست

کمتر از ۲۵٪ از افراد سیگاری موفق می شوند در اولین بار سیگار را ترک کنند. اغلب افراد می بایستی ۳ یا ۴ بار برای ترک کوشش کنند. ترک عادت سیگار کشیدن یک مهارت جدید است و مانند هر مهارت جدیدی یادگیری اش زمان می برد. به مراجعین بگویید که ترک کردن سیگار مانند سوار شدن دوچرخه است. چه تعداد از افراد در نخستین سعی خود می توانند دوچرخه سوار بشوند؟ ترک کردن سیگار نیز مانند یادگیری دوچرخه سواری است. افراد می بایستی مشاوره بشوند تا از نظر بدنی فعالیت زیادی داشته باشند زیرا مطالعات نشان داده که فعالیت بدنی می تواند به فرد در ترک سیگار کمک کند. اصرار پزشک و خوشبینی او در مورد موفقیت بعدی برای بالا بردن روحیه بیمار بسیار قابل استفاده است.

میل بسیار قوی به سیگار کشیدن

میل زیاد سیگار کشیدن حداکثر ۲۰ دقیقه و برای برخی از افراد کمتر از ۵ دقیقه طول می کشد، بنظر می رسد برخی از افراد به موقعیت خاصی مانند نوشیدن یک فنجان قهوه یا خوردن الکل وابسته هستند. به بیماران توصیه می شود که برای مشغول نگه داشتن خودشان برنامه ای داشته باشند تا میل به سیگار کشیدن از بین برود و موقعیت هایی را بوجود بیاورند که بنظر می رسد آن ها را از سیگار

کشیدن دورنگه می دارد.

سیگار کشیدن افراد دیگر خانواده

در حضور افراد سیگاری دیگر در منزل مخصوصاً "همسر، موفقیت ترک کمتر می شود. افراد باید برای ترک دلایل قوی برای خود مطرح کنند تا ترک را حتی با وجود افراد سیگاری در منزل آسان کند. پزشکان باید از وجود افراد سیگاری در خانواده مطلع باشند و پیشنهاد ترک را برای آنها نیز مطرح نمایند. افراد می توانند فردی را بعنوان یک حامی (مثل: همکار، دوست) معرفی کنند که آنها را بعد از ترک حمایت کند.

مشکل آدامس نیکوتین

آدامس نیکوتین، در طول ۱۲ ماه مصرف میزان ترک سیگار را حدود ۶۰٪ - ۴۰٪ ارتقاء می دهد. هر چند مشکلاتی هم مانند تمایل فرد به استفاده، مصرف راحت، پذیرش آن از طرف جامعه و طعم نامطبوع نیز وجود دارد اما درمان با برچسب نیکوتین از طرف بیمار قابل قبول تر است و همین باعث استفاده مؤثر و آسان آن شده است. **بنابراین برچسب برای استفاده معمول بالینی بهتر است**، هر چند استفاده از آدامس نیکوتین ممکن است در برخی افراد بدلائل زیر مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

- بدلیل اینکه خود فرد ترجیح می دهد، آدامس نیکوتین استفاده کند.
- شکست قبلی بیمار با برچسب نیکوتین
- مواردی که نباید از برچسب نیکوتین استفاده شود (مانند واکنش شدید پوست).

عوارض جانبی آدامس نسبتاً ملایم و گذرا است و بسیاری از افراد میتوانند بوسیله استفاده صحیح در تکنیک جویدن مشکل خود را حل کنند. آدامس را باید به آرامی بجوند تا زمانیکه یک طعم تند ظاهر شود سپس بین گونه نگهدارند تا جذب نیکوتین آدامس صورت بگیرد. آدامس باید به آرامی و متناوب در دوره ای حدود ۳۰ دقیقه جویده و نگهداری شود. جویدن آدامس در جدول زمانبندی از پیش تعیین شده (حداقل یک قطعه در هر ۱-۲ ساعت حداقل بمدت ۳ ماه) بسیار سودمندتر از استفاده آزادانه آدامس می باشد. هنگامی که فرد می خواهد آدامس را برای مدت زمان طولانی تر از زمان توصیه شده ادامه دهد، پزشک ضمن تشویق فرد به قطع مصرف نیکوتین باید به این موضوع توجه کند که ادامه استفاده از آدامس نیکوتین بسیار بهتر از برگشت به سیگار کشیدن میباشد.

مشکل برچسب نیکوتین

درمقایسه با یک دارو نما نیکوتین پوستی تقریباً در طول ۶-۱۲ ماه میزان ترک را دو برابر می کند. افراد بیشتر از آموزش های برچسب پیروی می کنند، تا ۵۰٪ افراد مصرف کننده برچسب های ممکن است واکنش پوستی موضعی داشته باشند. معمولاً واکنش های پوستی خفیف و محدود هستند اما امکان دارد در طول درمان شدیدتر بشوند. درمان موضعی با کرم هیدروکورتیزون (۵٪) یا کرم تریامسینولون (۵٪) و نوبتی کردن محل برچسب ها ممکن است واکنش ها را بهبود بخشد. فقط در کمتر از ۵٪ بیماران با این واکنش ها قطع درمان برچسب نیکوتین لازم است.

مشکل خواب

توصیه های زیر کمک می کند تا فرد بتواند بر مشکل خواب که علامت خاص ترک است غلبه کند. تنها زمانی که خسته است به رختخواب برود؛ در طول روز نخوابد؛ از خوردن کافئین در آخر روز خوداری کند؛ اگر در طول ۳۰ دقیقه نتوانست بخوابد از رختخواب خارج شود به مطالعه یا کار دیگری که او را برای خواب آماده می کند بپردازد در طول روز ورزش کند.

افزایش وزن (یا ترس از ...)

تنها ۱۰٪ از افرادی که وزن می گیرند آنرا حفظ می کنند. تعداد بسیار کمی از افرادی که قبلاً "سیگار می کشیدند بیش از ۲ تا ۴/۵ کیلو (۵ تا ۱۰ پوند) وزن اضافه کرده اند. زنان نسبت به مردان مایلند که وزن کمتری داشته باشند. بنظر می رسد افزایش غذای دریافتی و تغییر سوخت ساز بدن باعث افزایش وزن بعد از ترک می شود. افرادی که سیگار را ترک می کنند اگر کالری مصرفی خود را به همان میزان نگه دارند، و ورزش نکنند وزنشان افزایش می یابد. بسیاری از سیگاری ها (بخصوص زنان) به وزن خود یا ترس از افزایش وزن خود توجه می کنند، این موضوع برای ادامه دادن مصرف یا دوباره شروع کردن سیگار یک انگیزه قوی است. پزشک باتوصیه های زیر می تواند به فرد کمک کنند تا خطر افزایش وزن به حداقل برسد:

- غذای روزانه خود را بنویسند تا بدانند که چه چیز می خورند.
- از مصرف شکر و چربی تا آنجا که امکان دارد پرهیز کنند و اندازه پروتئین را کاهش دهند.
- اگر میل خوردن دارند از مواد زیر استفاده کنند:
- یک لیوان آب بخورند.
- آدامس کم شکر بجوند.
- یک غذای سبک از سبزیجات مانند هویج، قطعات کرفس و میوه ها بخورند.
- یک برنامه مناسب فعالیت بدنی را برای از بین بردن کالری اضافی شروع کنند.
- پزشکان باید بدانند که مطالعات اخیر نشان داده در جوامع جوان کنترل وزن از سیگار کشیدن مهم تر است.

تحقیقات نشان داده که **NRT**، افزایش وزن بعد از ترک سیگار را کاهش می دهد یا به تاخیر می اندازد.

مداخلات ترک سیگار بزرگترین فرصت برای پزشکان در جهت بهبود سلامت حال و آینده جامعه است .

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل فشار خون بالا**

الف) در اخذ شرح حال از فرد باید به نکات زیر توجه داشت :

- سابقه فشارخون بالا
- سابقه مصرف داروهای ضد فشارخون و سؤال از عوارض جانبی این داروها
- سابقه ابتلاء به بیماری عروق کرونر، نارسائی قلب، بیماری عروق مغز، بیماری عروق محیطی، بیماری کلیوی، دیابت، اختلالات چربی، نقرس، اختلالات جنسی
- سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، فشارخون بالا، سکته های مغزی، دیابت، اختلالات چربی و بیماری کلیوی
- بررسی علائم مربوط به علل فشارخون بالای ثانویه (سردرد، تعریق، طپش قلب حمله ای در فتوکروموسیتوم و ضعف و کرامپ عضلانی به طور ناگهانی در هیپرالڈوسترونیسم)
- بررسی تغییر وزن، میزان فعالیت بدنی، مصرف دخانیات
- تاریخچه مصرف داروهای گیاهی یا شیمیایی با نسخه یا بدون نسخه
- بررسی الگوی رژیم غذایی (الکل، نمک، چربی اشباع شده و کافئین)
- تجزیه و تحلیل عوامل محیطی، اجتماعی، روانی مانند موقعیت خانوادگی و شغلی و سطح تحصیلات

ب) معاینه فیزیکی فرد شامل موارد زیر می باشد :

- اندازه گیری فشارخون دوبار به فاصله دو دقیقه در حالت خوابیده یا نشسته و ایستاده از هر دو دست و مبنا قراردادن فشارخون بالاتر به عنوان فشارخون فرد و اندازه گیری فشارخون پا (جهت ردکوارکتاسیون آئورت)
- اندازه گیری BMI، نسبت دور کمر به دور باسن
- انجام فوندوسکوپي برای بررسی رتینوپاتی فشارخون
- بررسی ورید های ژوگولر از نظر اتساع آن ها و موج های غیرطبیعی
- بررسی نبض های کاروتید، فمورال و نبض های محیطی دیگر
- بررسی اندازه تیروئید و قوام آن
- معاینه قلب به منظور کشف ناهنجاری در rate، ریتم، وجود heave بطنی، click، سوفل، S3، S4
- معاینه ریه ها و بررسی وجود رال و برونکواسپاسم (ویز)
- معاینه شکم، بررسی وجود bruit در شکم و فلانکها، کلیه بزرگ، ضربان آئورت شکمی
- بررسی اندام ها و ضمائم پوستی اندام های تحتانی و وجود ادم
- بررسی نورولوژیکی وجود یا عدم وجود شواهدی دال بر بیماری نورولوژیکی مانند فلج اندام ها

در اندازه گیری فشارخون نکات زیر باید مورد توجه گیرد :

- آرامش کامل بیمار (بیمار حداقل ۵ دقیقه قبل از اندازه گیری فشارخون در یک اتاق آرام استراحت کرده باشد)
- انتخاب بازوبند متناسب با اندازه بازوی خود (حداقل طول و عرض کیسه لاستیکی درون بازوبند به ترتیب ۸۰ درصد و ۴۰ درصد قسمت میانی بازو باشد.)
- عدم مصرف قهوه، چای، یا هر نوع نوشیدنی انرژی زا، سیگار و غذا و عدم انجام فعالیت بدنی شدید و تخلیه کامل مثانه نیم

ساعت قبل از اندازه گیری فشارخون بیمار

- نشستن بر روی صندلی که دارای تکیه گاه باشد و پاهای بیمار آویزان یا روی هم نباشد و بر روی یک تکیه گاه یا سطح زمین قرار گیرد.
- در حین اندازه گیری دست هم سطح قلب و در محاذات دنده چهارم قفسه سینه قرار گیرد و کف دست به سمت بالا باشد.
- افراد سالخورده یا مبتلا به دیابت ممکن است کاهش فشارخون وضعیتی (ارتواستاتیک هیپوتانسیون) داشته باشند. وجود این حالت در انتخاب داروهای ضد فشارخون کمک کننده است. به طور طبیعی فشار دیاستول و سیستول افراد در حالت ایستاده به ترتیب افزایش و کاهش مختصری می یابد کاهش فشارخون سیستولیک به میزان بیش از ۲۰ میلی مترجیوه نشانگر ارتواستاتیک هیپوتانسیون است. این حالت معمولاً " در افراد مبتلا به دیابت یا سالمند که داروی فشارخون مصرف می کنند و یا بدلیل فشارخون بالا دچار آسیب های عضوی نظیر کاردیو مگالی، CHF و یا بیماری عروقی شده اند، بیشتر مشاهده می شود.

ج) بررسی های آزمایشگاهی مورد نیاز عبارتند از :

- U/A , TG ,HDL,LDL,Totalcholesterol,UricAcid,FBS,Cr,K,Na,CBC در صورت نیاز آزمایشات دیگر بر اساس تاریخچه بیمار ، معاینات بالینی و نتایج آزمایشات اولیه درخواست می گردد.

د) آسیب اعضاء حیاتی در موارد زیر مشخص می شود:

- هیپرتروفی بطن چپ (با الکتروکاردیوگرافی یا اکوکاردیوگرافی مشخص می شود) یا نارسائی قلبی
- تاریخچه یا علائم درد قفسه صدری
- تاریخچه یا مدرک الکتروکاردیوگرافی از انفارکتوس میوکارد
- تاریخچه یا علائم Claudicaticn (درد در عضلات اندام تحتانی بهنگام راه رفتن و بهبود درد با استراحت)
- بالا بودن کراتینین سرم خون
- علائم و نشانه های TIA (ایسکمی گذرای مغزی) یا CVA
- علائم و نشانه های آسیب چشم

ه) فشارخون بالا در افراد بالای ۱۸ سال عبارتست از فشارخون سیستولیک ۱۴۰ میلی متر جیوه و بالاتر و یا فشاردیاستولیک ۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر ، فشارخون سیستولیک ۱۳۹-۱۲۰ میلی متر جیوه و یا فشار دیاستولیک ۸۹-۸۰ میلی متر جیوه به عنوان فشارخون قبل از هیپرتانسیون **prehypertensive** شناخته می شود.

و) توصیه های غیرداروئی (اصلاح شیوه زندگی) شامل موارد زیر می باشد:

- کاهش وزن : اگر اضافه وزن وجود دارد (BMI > 25)
- ترک الکل مصرفی: اگر الکل مصرف می کند
- کاهش میزان نمک مصرفی رژیم غذایی به کمتر از ۵ گرم در روز
- افزایش میزان پتاسیم مصرفی رژیم غذایی (استفاده از سبزیجات و میوه های تازه و یخ زده)
- ترک دخانیات (در مورد مصرف): اگر دخانیات مصرف می کند

- فعالیت بدنی: به طور متوسط ۳۰-۴۵ دقیقه حداقل ۵ روز در هفته
- کنترل استرس: استرس نقش بسیار مهمی در افزایش فشار خون دارد. ابتدا به طور مقطعی فشارخون را بالا میبرد و اگر استرس دائمی باشد موجب افزایش دائمی فشارخون می شود.

ز) مدت زمان درمان غیر دارویی به تنهایی باید کوتاه باشد (۳ ماه) در صورت عدم کنترل فشار خون با این روش، باید درمان دارویی را علاوه بر توصیه های غیر دارویی برای بیمار آغاز نمود.

ح) درمان دارویی

- **اگر فشار خون اولیه همراه با بیماری های دیگر و یا آسیب عضو هدف نباشد:**
 ۱. درمان اولیه: با یکی از داروهای خط اول درمان (بتابلوکر، کلبوکرهای کانال کلسیم طولانی اثر، ACEI, ARB، تiazید شروع می کنیم (طبق راهنما).
 ۲. اگر پاسخ به دارو کافی نبود و فشارخون به میزان هدف نرسید یا دوز دارو را افزایش می دهیم و یا از داروهای دیگر خط اول استفاده می کنیم.

توجه: اگر مواردی وجود دارد که دیورتیک و بتا بلوکر نایستی استفاده شود یا این که این داروها تأثیرات نامطلوبی دارند، درمان با یکی از داروهای گروه دیگر را تجویز کنید.

 - ۱- اگر فشار خون هنوز کنترل نشده، ترکیب مقدار کم دیورتیک با یک مهار کننده ACE یا آنژیوتانسین II، آنتاگونیست کانال کلسیم، داروی آگونیست سمپاتیک مرکزی و یا یک آلفا بلوکر را تجویز کنید.
 - ۲- فشارخون بالای مقاوم ممکن است به ترکیب سه یا چند گروه دارویی احتیاج داشته باشد.
- **اگر فشار خون همراه با بیماری های دیگر آسیب عضو هدف بود:** بمنظور بدست آوردن بیشترین فایده و کمترین خطر، می بایستی درمان دارویی برحسب شرایط فرد مشخص شود. فایده و تأثیرات نامطلوب داروهای خاص وابسته به عوامل خطر نیز باید مورد توجه قرار بگیرد. برای مثال اگر فرد مبتلا به دیابت بود فشارخون هدف کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه است.
- **اگر فشار خون با سطح غیر طبیعی چربی های خون همراه باشد:** مقدار بالای مصرف دیورتیک تیازیدی و بتا بلوکرها بدون فعالیت محرک سمپاتیک داخلی ممکن است سطح چربی ها را بیشتر افزایش دهد. این عوامل برای این نوع بیماران توصیه نمی شود.

مدارک موثقی وجود دارد که نشان می دهد درمان ضد فشار خون برای بیماران تا سن ۸۰ سالگی که فقط فشار خون سیستولیک بالا دارند سودمند است. اما فشارخون هدف در افراد ۸۰ سال و بالاتر کمتر از ۱۵۰/۹۰ است.

نکاتی در مورد فشارخون کودکان و نوجوانان (۶-۱۸ سال)

فشارخون همه کودکان بالای ۶ سال باید اندازه گیری شود اندازه گیری در دو نوبت و به فاصله ۲ تا ۵ دقیقه انجام می گیرد در صورتی که اختلاف اندازه گیری شده در دونوبت بیش از ۵ میلیمتر جیوه باشد باید اندازه گیری فشارخون ادامه یابد تا به حد متعادل و به تفاوت کمتر از ۵ میلیمتر جیوه برسد میانگین دونوبت اندازه گیری به عنوان فشارخون ثبت می گردد.

اگر در دونوبت اندازه گیری فشارخون توسط بهورز و پزشک (که در نوبت دست کم دو بار فشارخون اندازه گیری شده باشد) میانگین فشارخون سیستولیک و یا دیاستولیک بالاتر از صدک ۹۵ برای سن و جنس و قد باشد میتوان گفت کودک مبتلا به فشارخون بالاست. بر اساس یک تعریف بسیار ساده در صورتی که فشارخون کودکان و نوجوانان از مقادیر زیر (فشار خون دیاستولیک / فشارخون سیستولیک) بالاتر باشد در معرض خطر ابتلا به بیماری فشارخون بالا خواهند بود.

۱۱۶/۷۶	۳ تا ۵ سالگی
۱۲۲/۷۸	۶ تا ۹ سالگی
۱۲۶/۸۲	۱۰ تا ۱۲ سالگی
۱۳۶/۸۶	۱۳ تا ۱۵ سالگی

اگر میانگین فشارخون سیستولیک یا دیاستولیک بین صدک ۹۵-۹۰ برای سن و جنس و قد باشد فشارخون فرد در مرحله پیش فشارخون بالا یا قبل از هیپرتانسیون (prehypertensive) است.

در یک قاعده کلی افرادی که در این سنین دارای فشارخون بیش از ۱۲۰/۸۰ میلیمتر جیوه باشند جهت رد علل هیپرتانسیون ثانویه به متخصص ارجاع می شوند.

نکاتی در مورد فشارخون افراد مسن (بالای ۶۰ سال)

- باتوجه به اینکه در افراد مسن کلیرانس کراتینین و فیلتراسیون گلومرولی کاهش می یابد باید دوز داروها در افراد مسن به گونه ای تنظیم گردد که مسمومیت دارویی رخ ندهد.

- تیازیدها به عنوان یکی از داروهای خط اول درمان فشارخون در افراد مسن توصیه می شوند ولی در افرادی که دارای علائم ادراری نظیر بی اختیاری ادرار، تکرر ادرار،..... می باشند (مثلا مردان مبتلا به هیپرتروفی خوش خیم پروستات) استفاده از دیورتیک ها به عنوان خط اول درمان توصیه نمی شود.

- باتوجه به شیوع هیپوتانسیون ارتوستاتیک در افراد مسن باید از تجویز داروهایی که این وضعیت را تشدید می کنند خودداری شود) نظیر داروهای آنتی سایکوتیک، ضد افسردگی های سه حلقه ای، داروهای ضد پارکینسون و بعضی از داروهای کاهنده فشارخون (هیپوتانسیون ارتوستاتیک عبارتست از: کاهش فشار خون سیستولیک به میزان بیش از ۲۰ میلی متر جیوه و یا ۲۰٪ فشارخون سیستولیک اولیه طی دو دقیقه ایستادن نسبت به وضعیت خوابیده یا نشسته).

- باتوجه به اینکه در افراد مسن فشارخون پس از صرف غذا کاهش می یابد و حدوداً "۳-۴ ساعت بعد از غذا به حد ناشتا بر می گردد ضروری است که فشارخون افراد مسن ۲ ساعت پس از صرف غذا اندازه گیری شود.
- در افراد مسن توجه به عوارض و تداخلات دارویی خصوصاً موارد زیر اهمیت دارد:
 - ۱- کاهش حجم داخل عروقی در موارد مصرف دیورتیک

- ۲- هیپرتانسی در موارد مصرف ACEInhibitor ، بلوک کننده های آنژیوتانسین II و آنتاگونیست های آلدوسترون نظیر اسپیرینولاکتون
- ۳- عملکرد کلیه

حل مشکلات در کنترل فشار خون بالا

تمایل بیمار برای شروع درمان و ادامه آن

عدم تمایل بیمار برای استفاده از دارو و درمان زمانی بارز می شود که می بایست بیماران تغییرات مهمی در سبک زندگی خود بدهند یا مقدار زیادی دارو در روز مصرف کنند. در بسیاری از مطالعات، ارتباط بین پزشک و بیمار متغیری است که در تمایل برای پذیرش درمان تاثیر گذار است.

در هر ویزیت ، پزشکان بایستی تمایل بیماران را برای ادامه درمان با سئوالات مستقیم ارزیابی کنند.
در صورتی به ادامه درمان توسط بیمار مطمئن باشد که در مورد موارد زیر متقاعد شده باشد.

- لزوم درمان در طولانی مدت را با توجه به این که بیماری مزمن است را کاملاً درک کرده باشد
- فواید درمان در کاهش عوارض
- امکان فهم درست از ادامه درمان
- احتمال قوی در انجام موفق تغییرات لازم
- حمایت پزشک از تلاش بیمار برای تغییر شیوه زندگی

برای ایجاد تمایل در بیمار برای پذیرش درمان (دارویی - غیر دارویی) همکاری خانواده بیمار در امر مراقبت از بیمار و فراهم آوردن رعایت رژیم تجویز شده به بیمار مورد نیاز است.

هنگامی که بیمار مایل به ادامه درمان تجویز شده نیست، پزشک می تواند با توجه به موارد فوق علتی را که موجب بروز مشکل شده است بیابد و در نتیجه آموزش بیمار را بر اساس همین مشکلات شناسایی شده متمرکز کند.

در صورت بروز مشکل برای بیمارانی که درمان کاهش فشار خون را پیگیری می کنند باید تلاش همه جانبه برای افزایش مشارکت بیمار در مراقبت از خود، انجام گیرد.

برخی راهکارها بمنظور افزایش تمایل بیمار به پذیرش دارو و درمان

- توصیه ها را هماهنگ کنید طوری که آنها با وضعیت بیمار سازگار باشد.
 - بدانید که نقش بیمار در تصمیم گیری بسیار مهم است.
 - رژیم را ساده و قابل استفاده کنید.
 - پیگیری مناسب داشته باشید.
 - از دستورات نوشته شده و مطالب آموزشی برای بیمار استفاده کنید.
 - حمایت اجتماعی برای بیماران را در نظر بگیرید.
 - بمنظور حمایت از تغییر رفتار بیمار، او را به گروه های جمعی ارجاع دهید.
- اگر بتوانید از دارو هایی استفاده کنید که فقط یک دوز روزانه آن ها کافی است تمایل بیمار برای همکاری در درمان بیشتر می شود.

محدودیت سدیم

کاهش مصرف نمک (سدیم) باعث کاهش فشار خون می شود، بخصوص در بیماران بالای ۴۰ سال مبتلا به فشار خون بالا با استفاده از این رژیم مقدار مصرف داروی ضد فشار خون، دیورتیک هایی که باعث دفع پتاسیم می شوند را می توان کاهش داد و احتمال برگشت هیپرتروفی بطن چپ به سمت نرمال را زیاد می کند. کاهش ۳ گرم نمک مصرفی می تواند بعد از چند هفته بطور متوسط ۵ میلی متر جیوه فشار خون سیستولیک را پایین بیاورد. توجه کنید مقدار متوسط نمک مصرفی روزانه ۵ گرم است. مقدار مصرف سدیم در سنین ۵۰-۱۹ سال ۱۵۰۰ تا ۲۳۰۰ میلی گرم و در سن ۷۰-۵۱ سال ۲۳۰۰-۱۳۰۰ و بالای ۷۰ سال ۲۳۰۰-۱۲۰۰ میلی گرم در افراد با فشار خون بالا توصیه می شود. مقدرا ۲۳۰۰ میلی گرم سدیم مساوی با ۵/۸ گرم نمک (کلرور سدیم) و مساوی با یک قاشق چایخوری از نمک سر سفره است.

دوست داشتن مزه شور یک عادت اکتسابی است و چند ماه بعد از محدود کردن مقدار نمک مصرفی این عادت از بین می رود. بیمار می بایستی ۳-۶ ماه وقت صرف کند تا به آرامی مقدار نمک مصرفی خود را کاهش دهد. موارد زیر را به بیمار پیشنهاد دهید:

- از اضافه کردن نمک به غذای سرو شده پرهیزد.
- مقدار نمکی را که هنگام پخت به غذا اضافه می کند کاهش دهد.
- غذاهای تازه یا فریز شده بجای کنسروها و غذاهای فرآوری شده بخرد.
- به برچسب غذاها توجه کند، به مقدار سدیم در ترکیب اولیه غذاها دقت کند اگر محصول تولید شده ۳ یا بیش از ۳ منبع سدیم را داشته باشد، از خرید آن غذاها پرهیز کند.

اضافه وزن / رژیم کاهش وزن

مطالعات جهانی نشان داده که، در بین تمام مشخصات قابل اندازه گیری بجز سن، وزن بیشترین و دائمی ترین ارتباط را با فشار خون دارد. به ازاء هر کیلو گرم کاهش وزن بطور متوسط فشار خون سیستولیک ۲/۵ میلیمتر جیوه و فشار خون دیاستولیک ۱/۵ میلیمتر جیوه کاهش می یابد. مشخص شده در افرادی که فشار خون اولیه خود را با کاهش وزن معالجه می کنند، احتمال برگشت هیپرتروفی بطن چپ به وضعیت نرمال هم ممکن است و ضخامت دیواره بطن چپ کاهش می یابد. توجه کنید هنگام استفاده از بتا بلوکرها امکان دارد کاهش وزن و حفظ وزن فعلی بسیار سخت باشد.

محدود کردن مصرف الکل

مصرف الکل باعث می شود فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بالا برود و همچنین می تواند باعث مقاومت در برابر درمان داروی ضد فشار خون شود. پیشنهاد می شود که روزانه یا در مواقع خاص، بیش از دو بار الکل ننوشند، روی هم رفته اگر مصرف الکل را ترک کنند، بهتر است اگر بیمار در موقعیت های اجتماعی مانند مهمانی ها و ... قرار می گیرد می تواند موارد زیر را به جای الکل جایگزین نماید: آب معدنی کم سدیم، انواع آب میوه، و مشروبات غیر الکلی .

عدم تمایل برای رعایت قرارهای ملاقات

وقتی بیماری تمایل به رعایت قرارهای ملاقات را ندارد، پزشک می تواند:

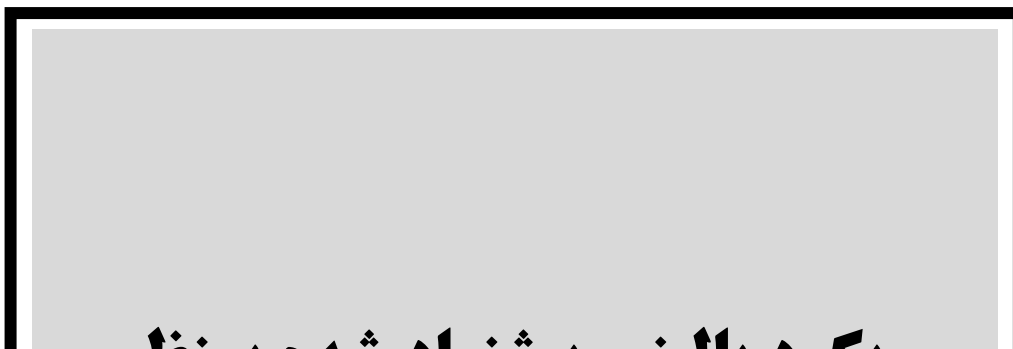
- قبل از اینکه بیمار دفتر را ترک کند، قرار ملاقات بعدی را مشخص و بر آن تاکید کند.
- بر پیشرفتهای مهم بیمار توجه خاص بنماید و آنرا متذکر شود.
- در هر بار ملاقات اهمیت بیماری را گوشزد کند.
- با بیمارانی که سر موقع برای قرار ملاقاتشان حاضر نمی شوند تماس بگیرد.

بخصوص در مواردی که بیمار فشار خون بالای بدون علامت دارد، به موارد زیر باید توجه دقیق بشود: بیمار را نباید برای ساعت ها منتظر گذاشت. قرار ملاقات ها منظم باشد و به تاخیر و تعویق نیفتد و روابط خوبی باید با بیمار ایجاد شود، زیرا عامل مهمی برای پیگیری و رعایت قرارهای ملاقات است.

مایل نبودن به ادامه درمان دارویی

راهکارهای زیر بمنظور الویت بندی ایجاد تمایل مصرف دارو توسط بسیاری از متخصصان پیشنهاد شده است:

- در هر ویزیت سطح فشا ر خون هدف را به بیمار گوشزد کنید.
- اهمیت درمان را تکرار کنید و به بیمار این حقیقت را بگویید که او نمی تواند پیش بینی کند که فشار خونس بالا رفته یا در حد طبیعی است.
- رژیم درمانی را تا آنجا که می توانید ساده کنید.
- پیشنهاد کنید که بیمار تمام قرص یک هفته را در اولین روز هفته در محل مخصوص قرص قرار دهد.
- سفارش کنید که بیمار قبل از اینکه دارو تمام شود مجدداً نسخه را تکرار کند.
- در هر ملاقات راجع به امکان عوارض جانبی دارو و مواردی که مورد توجه بیمار است بحث شود.
- هزینه درمان را کاهش دهید.
- نشان دهید که پیگیری درمان، در ملاقات بعدی ارزشیابی می شود.
- در صورت ضرورت تعداد ملاقات ها را افزایش بدهید.
- اگر لازم است که بیمار نشسته مراقبت شود از ملاقات های غیرحضور (تلفن، اینترنت،.....) برای کاهش هزینه های بیمار استفاده شود.
- بیماری های همراه در بیمار را شناسایی کنید. داروهای کاهنده فشارخون را با در نظر گرفتن بیماری های همراه تجویز کنید.



پاورقی : کلسترول بالای خون

الف) کنترل موفق کلسترول بالای خون، به یک ارزیابی بالینی وسیع قلبی و عروقی نیازمند است. الگوریتم، مراحل تصمیم گیری بالینی را آسان می کند. ارزیابی بالینی شامل تاریخچه ، معاینه فیزیکی و تست های آزمایشگاهی است و هدف، تشخیص اختلالات ثانویه و فامیلی لیپوپروتئین ها همراه با انجام یک ارزیابی کامل قلبی و عروقی است.

تاریخچه: شامل تاریخچه فردی بیماری قلبی و عروقی (سن شروع ابتلا مهم است، سابقه انفارکتوس و اختلال عملکرد قلبی

و CABG یا PTCA)، تاریخچه خانوادگی بیماری عروق کرونر یا دیگر موارد آترواسکلروز (به میزان نزدیکی خویشاوندان مبتلا و سن شروع بیماری در آن ها توجه شود)، تاریخچه دیابت در خانواده، مصرف سیگار (تعداد سیگارها و مدت زمان مصرف)، دیابت، فشار خون بالا، ارزیابی عادهای غذایی (مصرف چربی، فیبر و ویتامین ها)، ارزیابی عادت های ورزشی (مقدار، شدت، نوع و زمان)، یائسگی و استفاده از هورمون ها، و دارو.

معاینه بدنی: باید شامل اندازه گیری قد و وزن و ارزیابی چاقی شکمی، اندازه گیری فشار خون بر اساس پوتکل فشارخون بالا (بعد از گذشت ۵ دقیقه از نشستن)، معاینه و بررسی از نظر وجود گزانتمای تاندون یا دیگر گزانتماها، **Corneal arcus** وجود بیماری عروق کاروتید و عروق محیطی یا نارسایی قلبی.

تست های آزمایشگاهی: در صورت وجود عوامل خطرآزمایشات موردنیاز شامل اندازه گیری ناشتای چربی های خونی (به الگوریتم مراجعه شود) و گلوکز سرم است. اگر به بیماریهای غده تیروئید مشکوک بودید آزمایش **TFT (Thyroid function test)** کمک کننده است.

ب) آزمایش چربی در کلیه افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی یا افراد دارای یکی از عوامل خطر مرتبط شامل دیابت، فشارخون بالا، اختلال چربی خون، چاقی یا اضافه وزن، استعمال دخانیات و یا دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت و اختلالات چربی خون باید انجام گیرد. بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی و دیابتی ها در صورت کنترل چربی های خون، باید هر سال آزمایش چربی خون را تکرار کند.

ج) بیماری قلبی و عروقی (**CVD**) به معنای بیماری عروق کرونر قلب یا دیگر بیماری های آترواسکلروتیک (مثل بیماری شریان های محیطی) است.

د) برای تعیین سطح مطلوب **LDL** و **TG** باید احتمال ۱۰ ساله وقوع بیماری عروق کرونر بر اساس معادلات امتیاز دهی **فرامینگهام** (مطابق جدول زیر) محاسبه شود.

خطر	بالا	متوسط	پایین
احتمال ۱۰ ساله خطر CVS	$\geq 20\%$	۱۹-۱۰٪	< 10
تعداد عوامل خطر	> 2	۲	≤ 1

عوامل خطر زیر بایستی مورد بررسی قرار بگیرد:

- سن (مردان ≥ 45 سال، زنان ≥ 55 سال یا زنان یائسه ای که تحت درمان هورمون جایگزین **HRT** نیستند)
- سابقه فامیلی بیماری عروق کرونر (انفارکتوس میوکارد یا مرگ ناگهانی در فامیل درجه یک مذکر ≤ 55 سال و یا مونث ≤ 65 سال)
- مصرف سیگار در حال حاضر (≥ 1 سیگار در روز)
- فشار خون بالا: فشار خون $\geq 140/90$ میلیمتر جیوه (حداقل دو بار اندازه گیری شده) یا استفاده از داروی ضد فشار خون
- دیابت شیرین

با توجه به این که چاقی و سبک زندگی کم تحرک از عوامل خطر مهم زمینة ساز بیماریهای قلبی هستند اما اضافه کردن آنها به معادله بر آورد خطر موجب افزایش تخمین بر آورد خطر می شود پس باید فقط در بررسیهای بالینی شخص مورد توجه قرار بگیرد. تمام بیمارانی که بیماری عروق کرونر شناخته شده دارند و یا علائم بیماری عروقی محیطی را دارند، جزء افراد با خطر بالا قرار می گیرند.

ه) علت های ثانویه که موجب اختلال چربی های خون می شوند شامل: دیابت، کم کاری غده تیروئید، بعضی از انواع داروها (مثل دیورتیک ها و بتا بلوکرها) زیاد روی در مصرف الکل، بیماری کلیوی، چاقی شکمی و سبک زندگی کم تحرک بررسی شوند.

و) بجز در موارد پیشگیری ثانویه، رژیم غذایی باید بدون دارو برای اغلب بیماران بمدت ۳ ماه توصیه شود. اگر بعد از این دوره زمانی، علیرغم رژیم غذایی و فعالیت بدنی مناسب کلسترول تام و LDL بالا باقی بماند، درمان دارویی آغاز می شود. برای بیمارانی که سابقه فامیلی کلسترول بالای خون دارند، بلافاصله داروهمزمان با رژیم غذایی شروع می شود. در پیشگیری ثانویه، می تواند از همان ابتدا درمان دارویی را شروع کرد و یا رژیم غذایی به مدت ۶-۱۲ هفته به بیمار پیشنهاد کرد.

ز) براساس مطالعات جدید HRT در زنانی که بیماری عروق کرونر دارند و یا احتمال خطر بیماری عروق کرونر در آن ها بالاست نمی تواند مفید باشد. HRT در زنانی که هتروزایگوت FH هستند استفاده می شود. HRT، در افرادی که سابقه ترمبوز، سرطان پستان و یا یک سابقه قوی خانوادگی ابتلاء به سرطان پستان دارند کنترااندیکه است. بطور کلی هورمون تراپی در زنان به طور مستمر توصیه نمی شود مگر در مواقع درمان علامتی بطور موقت تجویز می گردد.

ح) انتخاب داروها

Lipid Profile				
HDL ↓ و TG ↑	TG ↑↑ و LDL ↑	TG ↑ و LDL ↑↑	LDL ↑↑	
فیبرات یا نیاسین	فیبرات یا نیاسین	استاتین ها	استاتین ها	اول
درمان ترکیبی	درمان ترکیبی	نیاسین یا فیبرات	رزین ها	دوم

- استاتین ها در پایین آوردن LDL بسیار موثرند و در پایین آوردن TG کمتر مؤثر هستند.
 - فیبرات ها در پایین آوردن TG و همچنین پایین آوردن LDL و بالا بردن HDL بسیار مؤثر هستند. این داروها در درمان سطح بسیار بالای TG و چربیهای ترکیبی بالا بسیار مفید هستند.
 - اسید نیکوتینیک (Nicotinic) در درمان سطح بسیار بالای کلسترول که توام با سطح پائین HDL کلسترول یا TG بالا است، بسیار مفید است. اما این دارو در افراد مبتلا به دیابت شیرین با احتیاط تجویز شود.
 - درمان ترکیبی معمولاً استاتین یا رزین با نیاسین یا فیبرات است.
- در طول درمان، آزمایش چربی را هر ۶-۱۲ ماه تکرار کنید هر چند تاثیرات یک داروی جدید زودتر از ۶ هفته می تواند ارزشیابی شود. درمان دارویی بمنظور کاهش LDL، نسبت TG/HDL و TG به پایینتر از میزان هدف بکار گرفته می شود. اگر درمان دارویی مؤثر نبود با پزشک متخصص در اختلالات چربیهای خون مشورت کنید.

حل مشکلات بیمارانی که تحت درمان داروهای کاهنده کلسترول خون قرار دارند

تمایل بیمار برای دریافت بیمار

تنها هنگامی ممکن است که کلسترول بالای خون را کنترل کرد که بیمار درمان های تجویز شده را منظم مصرف کند. برای بهبود بخشیدن پذیرش بیمار برای دریافت دارو، قوانینی که در حل مشکلات فشارخون بالا پیشنهاد شده برای عموم درمان هایی که از طرف بیمار پذیرفته نمی شود، مورد توجه قرار دهید و در مورد بیماران با کلسترول خون بالا نیز بکار ببرید.

تمایل بیمار برای پذیرش رژیم غذایی

بیماران باید تشویق بشوند که کارهای زیر را انجام دهند :

- مقدار مناسب فیبر، ویتامین ها، مواد معدنی و آنتی اکسیدان ها با مصرف انواع مختلف سبزی ها، میوه ها ، غلات، بنشن ها، مغزها و دانه ها تأمین می شود. در طول توصیه های تغذیه ای بر روی اجزای غذاها (مانند: پروتئین ها، اسید های چرب ضروری، کربوهیدراتها، ویتامین ها، مواد معدنی) تاکید کنید. بهتر است برای بدست آوردن این اجزاء از تمام غذاها که در معرض فرآوری کمتری قرار می گیرند استفاده شود.
- ماهی، طیور بدون پوست، گوشت های قرمز بی چربی، یا غذاهای حاوی بنشن و بدون گوشت را انتخاب کنید. طیور و گوشت قرمز بی چربی را به کمتر از ۱۸۰ گرم در روز محدود کنید.
- مصرف شیرکم چربی ، پنیر با چربی ۱٪ و ماست با چربی کمتر از ۱٪ افزایش دهید و میزان مصرف پنیر پر چرب و کره را کاهش دهید.
- غذاها را کبابی یا آب پز کنید از فر می توان استفاده کرد تا جایی که امکان دارد از سرخ کردن غذا بپرهیزید.
- برای تأمین کردن اسید های چرب مقدار کمی از مغزها ، دانه ها و دانه های روغنی استفاده کنید.
- مصرف چربی های اشباع شده، برخی روغنهای گیاهی هیدروژنه، غذاهای سرخ شده ، غذاهای پرچرب دیگر، کربوهیدرات های تصفیه شده را محدود کنید و زرده تخم مرغ را هفته ای یک عدد تا دو عدد مصرف کنید.

مطمئن شوید که بیمار شما بین مقدار اسید های چرب امگا ۶ و امگا ۳ با استفاده از منابع رژیمی حاوی اسید های چرب امگا ۳ ماهی پرچرب آب های سرد (ماهی آزاد، ماهی خال مخالی، و ساردین) دانه های کتان، سبزیجات با برگ های سبز ، دانه های سویا و گردو. تعادل برقرار کرده است.

فقدان حمایت خانواده و دوستان از بیمار

- برخی بیماران ممکن است که احساس کنند در برخورد با مشکلاتشان تنها هستند و فکر کنند که شانشان برای موفقیت کم است. برای حمایت این افراد، پزشک آنها را تشویق کند که کارهای زیر را انجام دهد:
- با دعوت همسر او در ملاقات بعدی، اعضاء خانواده درگیر شوند یا اینکه از آنها خواسته شود مطالب آموزشی بیمار را بخوانند و به او کمک کنند.
 - طرز تهیه غذاهای جدید کم چرب به اعضاء خانواده آموزش داده شود.
 - سعی شود مشکلات بیمار با اعضاء خانواده و دوستان او مطرح شود و از طریق گفتگو آنها را برای حمایت بیمار آماده کنند.
 - همه افراد خانواده با یکدیگر به ورزش بپردازند و سعی شود غذای همه افراد خانواده مشابه باشد تا بیمار احساس نکند که به

علت بیماری مجبور است غذای خاصی میل کند.

مصرف غذا بیرون از خانه

هنگامی که بیمار برای تفریح یا کار به بیرون از خانه دعوت می شود، ممکن است در معرض مصرف غذاهای چرب قرار گیرد. برای بیماران مهم است که راههایی را برای برخورد با این موقعیت های سخت بالقوه پیش بینی کنند.

چند پیشنهاد برای این مواقع :

در رستوران

- بنا به درخواست او سس ها و سس سالاد جداگانه سرو شود.
- بجای غذاهایی که در روغن فراوان یا در ماهی تابه سرخ شده اند غذاهایی را انتخاب شود که بصورت کبابی یا بخارپز یا آب پز باشند.
- بجای شیرینی ها و دسرهای کرمدار، میوه های تازه و نوشیدنی های بدون قند انتخاب شود.
- در نوشیدنی های گرم از شیر بدون چربی بجای خامه یا لبنیات غیر رژیمی استفاده شود.

در منزل دوستان و آشنایان

- از قبل وضعیت خود را به میزبان اطلاع دهد.
- از خوردن مواد اشتها آور قبل از غذا اجتناب کند.
- اندازه پروتئین را محدود کند.
- از میزبان درخواست شود سسها و سس سالاد جداگانه سرو شود.

اشتها (میل)

اغلب بیماران به چربی، بعنوان یک منبع انرژی توام با ایجاد احساس سیری نگاه می کنند. بعنوان یک قاعده غذاهایی با انرژی فراوان مانند غذاهایی که پر از چربی هستند لذیذ می باشند اما سیر نمی کنند. بعلاوه مصرف چربی بالا بر خلاف غذاهای سرشار از کربوهیدراتها و پروتئینها، باعث بروز علامت سیری موثر نمی شود. عوامل دیگری مانند رژیم غنی از فیبر، نشان داده شده که احساس سیری را افزایش می دهد. بیماران باید بدانند به این دلایل با عاداتهای غذایی جدید نباید احساس گرسنگی بیشتری بکنند، پس چربیها را کاهش دهند و مقدار فیبر مصرفی را افزایش بدهند. بیماران بایستی تشویق بشوند که مقدار بیشتری سبزی، میوه، بنشن و غلات بخورند.

فقدان اعتقاد به رژیم غذایی

اغلب اوقات بیماران به اهمیت تاثیر تغییر و بهبود الگوهای رژیمی را در کنترل کلسترول خون خود قبول ندارند. اغلب آنها شنیده اند یا خوانده اند که ۷۵-۸۰٪ کلسترول خون " ساخته بدن آنها " (سنتز درون زا) است اگر چه ۲۰ - ۲۵٪ از کلسترول خون ما از موادی است که می خوریم (تاثیر مستقیم غذا بر روی کلسترول خون)، چربیهای اشباع شده و کلسترول رژیم غذایی، موجب افزایش کلسترول تولید شده توسط بدن ما می شود و بهمین دلیل افرادی که کلسترول خونشان بالا است اگر چربی های اشباع شده، چربیهای با منشاء حیوانی و منابع غذایی حاوی کلسترول مصرف نمایند سطح کلسترول خونشان افزایش می یابد. پزشک می تواند مراحل درمان کاهش کلسترول را چندین بار توضیح دهد (الگوریتم را ببینید). در اغلب بیماران یک رژیم غذایی

بدون دارو به مدت ۶ ماه توصیه می شود (**زیرنویس 9 را ببینید**) اگر بعد از این دوره، کلسترول کل و LDL بالا باقی بماند، دارو درمانی همراه با ادامه رژیم غذایی شروع می شود برای بیماران با کلسترول خون بالا و سابقه فامیلی، همزمان با رژیم غذایی دارو تجویز می شود.

نسبت LDL / HDL در مقابل نسبت کلسترول تام به HDL کمتر اهمیت دارد. اما استفاده بالینی بهتری دارد اگر چه نسبت کلسترول تام به HDL بهترین پیش بینی کننده حوادث عروق کرونر در آینده است. متخصص تغذیه برای کنترل چربی خون بیماران نقش مهمی دارد، خصوصا " زمانی که رژیم غذایی سخت و فشرده برای بیمار ضروری است.

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل چاقی / اضافه وزن**

الف) BMI اندازه گیری غیر مستقیم چاقی بدن بر اساس قد و وزن است. BMI خطر نسبی سلامتی بیمار را نشان می دهد. برای تعیین BMI از جدول BMI استفاده کنید. جدول BMI بعنوان پایه برای ارزیابی درمان در موارد زیر نباید استفاده شود: کشتی گیران و افرادی که زیبایی اندام کار می کنند، زنانی که در دوران بارداری یا شیردهی هستند، و بیماران زیر ۱۸ سال و بالاتر از ۶۵ سال.

BMI ۲۵ تا ۲۹/۹ اضافه وزن، BMI ≥ 30 چاقی، BMI ≥ 40 چاقی شدید گفته می شود.

از BMI برای ارزیابی اضافه وزن و چاقی و پایش تغییرات در وزن بدن استفاده می شود.

ب) همراهی بسیاری از خطرات سلامتی با چاقی زمانی اتفاق می افتد که چربی در شکم بیش از سن تجمع بیابد. معمولاً ارزیابی بصری برای وجود چاقی شکمی کافی است.

دو روش دیگر برای ارزیابی توزیع چاقی وجود دارد:

- نسبت کمر به باسن (WHR) (اگر این نسبت در مردان بزرگتر از ۱/۰ و در زنان بزرگتر از ۰/۸ باشد).
- دور کمر (دور کمر در مردان ۴۰ ساله و بزرگتر مساوی یا بیشتر از ۱۰۲ سانتی متر و در زنان ۳۵ سال و بزرگتر مساوی یا بیشتر از ۸۸ سانتی متر). در جمعیت کشورهای آسیایی این عدد برای هر دو جنس ۹۰ سانتی متر است.

اندازه دور کمر معمولاً بصورت زیر انجام می شود: آخرین دنده را پیدا کنید و آنرا با یک ماژیک علامت بزنید. خط لگن خاصره را لمس کنید و علامت بزنید. یک نوار غیر استرچ (بدون کشش) بصورت افقی در میان دو علامت محکم ببندید. این نوار دور شکم - حدود سطح ناف باقی می ماند.

اندازه کمر در بیماران با BMI بزرگتر یا مساوی ۳۵ لازم نیست. زیرا اندازه دور کمر این افراد از نقطه مرزی تعیین شده بیشتر است.

پ) بیماری های زیر: فشار خون بالا، بیماری قلبی و عروقی، اختلالات چربی های خون، دیابت نوع ۲، آپنه و سندرم هیپرونتیلیسیون، استئو آرتروز، ناباروری یا دیگر حالاتی از قبیل کندی جریان خون در وریدهای اندام انتهایی، بیماری ریفلاکس، بی اختیاری استرسی ادرار و افزایش ایدیوپاتیک فشار داخل جمجمه ای در افراد چاق شایع است و باید در پی تشخیص آنها بود افراد چاق مبتلا به بیماری قلبی و عروقی، دیابت نوع دوم و آپنه هنگام خواب بیشتر در معرض خطر بروز عوارض و مرگ هستند. معمولاً هنگامیکه میزان چاقی افزایش پیدا می کند حالات فوق بیشتر دیده می شود و زمانیکه وزن کاهش می یابد این حالات نیز کمتر بوجود می آیند. وجود یکی یا بیش از یکی از این عوامل خطر همراه با BMI سلامتی را بیشتر به خطر می اندازد.

ت) عوامل دیگری که برای ارزیابی خطر سلامتی می بایست مورد توجه قرار بگیرند: افزایش پیشرونده وزن از سنین نوجوانی، تاریخچه چاقی فردی یا خانوادگی، پرخوری عصبی (Bulimia nervosa)، Binge eating disorder (شرابخواری)، افسردگی، اضطراب، استرس، شرایط پزشکی و جسمانی مرتبط مانند: سرطانهای پستان، کولون یا اندومتریال، یائسگی و ...، کیفیت زندگی، مصرف سیگار و کم تحرکی.

ج) BMI مرتبط با خطر سلامتی

خطرهای سازگار شده با وجود بیماری های همراه و یا دیگر عوامل خطر	خطر سلامتی بر اساس BMI	طبقه بندی BMI
پایین	حداقل	< ۲۵
متوسط	پایین	۲۵ - < ۲۷
بالا	متوسط	۲۷ - < ۳۰
خیلی بالا	بالا	۳۰ - < ۳۵
فوق العاده بالا	خیلی بالا	۳۵ - < ۴۰
فوق العاده بالا	فوق العاده بالا	≥ ۴۰

ح) در حاملگی، شیردهی، بیماری بی ثباتی روانی و بی ثباتی وضعیت دارویی درمان کاهش وزن انجام نمی شود. برخی شرایط مانند التهاب روده ای و یوکی استخوان ممکن است موانعی را بوجود بیاورند زیرا این بیماریها بوسیله کاهش وزن تشدید می شوند. در بیماری بی اشتهايي عصبی (anorexia nervosa) و بیماران محتضر کاهش وزن اصلاً توصیه نمی شود.

خ) بعضی از منابع هدف ابتدایی درمان را کاهش ۱۰٪ از وزن اولیه بدن عنوان کرده است یا پیشنهاد شده است که کاهش وزن بیماران دارای BMI=25-29.9 نیم کیلوگرم و برای بیماران دارای BMI ≥ 30 نیم تا یک کیلو گرم در هفته باشد. هنگامیکه این هدف بدست آمد، اگر در ارزیابی بعدی لازم بود که کاهش وزن ادامه یابد، میتوان برای کم کردن وزن اقدام کرد. برای اکثر بیماران زمان مناسب برای کاهش ۱۰٪ از وزن بدن، ۶ ماه از زمان شروع درمان است.

در برخی مواقع - در بیمارانی که مدت طولانی BMI مساوی و یا بیشتر از ۳۰ دارند کاهش وزن، بیش از ۱ تا ۲ واحد BMI، پایین تر از BMI معمول آنها نه واقعی و نه عملی خواهد بود. از نظر پزشکی کاهش وزن مفید بطور متوسط ۵٪ وزن اولیه بدن است. تعداد زیادی از بیماران با BMI مساوی و بیشتر از ۳۰ نباید پیش از ۱۰ تا ۱۲٪ وزن اولیه بدن خود را از دست بدهند.

د) کاهش وزن تنها بوسیله کاهش انرژی بر اساس محدودیت مصرف انرژی، افزایش صرف انرژی و یا هر دو اینها، امکانپذیر است. محدودیت مصرف انرژی با انتخاب غذاهای سالمتر آسان است (انتخاب غذاها کم چرب، افزایش مصرف سبزیجات و میوه ها، روش های پخت غذا با روغن کمتر) در دراز مدت کل کالری مصرفی نیز باید کاهش پیدا کند.

برای افزایش پذیرش طولانی مدت، کاهش مقدار متوسط انرژی (500 kcal) را می توان تثبیت کرد. (یک رژیم با کاهش انرژی متوسط برابر است با: ۱۵۰۰-۱۲۰۰ کیلوکالری در روز برای زنان و ۲۰۰۰-۱۴۰۰ کیلوکالری برای مردان در روز). در برخی مواقع، رژیم بسیار سخت لازم است (رژیم کم کالری: ۸۰۰-۱۲۰۰ کیلوکالری در روز یا رژیم بسیار کم کالری کمتر از ۸۰۰ کیلوکالری در روز) (بوسیله متخصصین تغذیه و رژیم درمانی نحوه دریافت مقدار کالری مشخص می شود)

اولین روش برای صرف انرژی، فعالیت بدنی است. بیمارانی که بسیار چاق هستند ممکن است در انجام دادن فعالیت های بدنی معمول مشکل داشته باشند اما می توانند فعالیت های مانند پیاده روی آرام و طولانی مدت، ورزش های آبرویک آبی، شنا، را انجام

دهند. برای اغلب بیماران چاق، تمرین باید به آرامی شروع شود و شدت آن بتدریج افزایش یابد.

ذ حمایت از راهکارهای تغییر سبک زندگی، مصرف غذا را کاهش می دهد و فعالیت بدنی را با استفاده از توصیه های کاهش انرژی افزایش می دهد. برنامه های رفتاری جاری با استفاده از آموزش تغذیه به تغییر راهکارهای سبک زندگی منجر می شود ۱- بیماران با خود پایشی مصرف غذا و فعالیت بدنی - بطور منظم مقدار غذا و فعالیت بدنی خود را یادداشت میکنند، ۲- کنترل استرس با روش هایی مانند ریلکسیشن و مدیتیشن، ۳- محرک های کنترلی به بیمار کمک می کند نشانه هایی را که همراه با کم تحرکی و غذاهای ناسالم است بشناسند، ۴- تقویت تغییرات مثبت با استفاده از نظام پاداش دهی یا حمایت اجتماعی. این راهکارها می توانند به بیماران کمک کنند تا کاهش وزن خود را بدنبال درمان کاهش انرژی نگه دارند.

ر پایش پیشرفت بیمار بصورت منظم، یکی از مهمترین ابزار درمان کاهش وزن بوده که شامل موارد زیر است:

- کوشش هایی که بیمار برای کنترل وزن انجام می دهد تشخیص داده و حمایت شود (مشخص شود کدام بیماران درست پیش می روند، مشکلات و درگیریهای بیماران چیست؟، و منابع حمایتی کدامند؟)
- پایش شرایط دارویی (مانند: تنظیم داروهای خاص برای کاهش وزن بدن).
- به مسائل و مشکلات اشاره شود با وجود نارضایتی از کاهش وزن می بایست حمایت و درک از وضعیت او نشان داده شود. آمادگی بیمار مجدداً ارزیابی و راه دیگر کاهش وزن بررسی شود، برای حل مشکلات اجتماعی یا روحی روانی فرد از حامیان بیشتری استفاده شود. بمنظور پیشگیری از افزایش وزن راهکارهایی مناسب بررسی شوند.

حل مشکلات مرتبط با کنترل وزن

ناکامی قبلی در کاهش وزن

افرادی که اضافه وزن دارند اغلب چندین بار برای کاهش وزن سعی می کنند. باتفاق بیماران - تلاش هایی که قبلاً برای کاهش وزن انجام شده است بررسی شود. اکثر این کوشش ها؛ با رژیمهایی آغاز شده اند که بر تغییرات اساسی در غذای مصرفی تکیه می کنند. به بیماران توضیح داده شود که کنترل وزن فعلی به تغییرات طولانی در عادات غذایی آنها، مثل مصرف غذای سالمتر، و تنظیم فعالیت بدنی منظم احتیاج دارد.

انتخاب هدف غیر قابل دستیابی برای کاهش وزن

بسیاری از افراد هدفی را برای کاهش وزن انتخاب می کنند که دستیافتنی نیست. در بررسی که باتفاق بیماران انجام می شود می توان گفت احساس می کنند هدف منطقی خواهد بود. BMI یا وزنی که می خواهید به آن برسید، در نظر گرفته و با این دو سوال آن را ارزیابی کنید.

۱- آیا این هدف واقعی است؟

۲- آیا این هدف بطور دائم می تواند باقی بماند؟

برای جواب دادن به این سؤالات، بیمار باید به موارد زیر توجه کند:

- آیا تاکنون در دوران بزرگسالی وزن من در حد این BMI که به عنوان هدف در نظر گرفته ام بوده است؟

- اگر بله چند سال پیش ؟
- برای چه اکنون باید به آن برسیم؟
- آیا می توانیم این وزن هدف را برای دراز مدت حفظ کنیم .

بسیاری از بیماران می بایستی که مقدار زیادی وزن از دست بدهند، اما کاهش یکباره وزن به مقدار زیاد معمولاً کار بسیار بزرگی است و ممکن است نتوان به آن دست یافت. هدف اولیه کاهش وزن در زمان کوتاه ۴/۵ - ۲ کیلو گرم (۱۰ پوند) است و همین مقدار کاهش وزن، تأثیرات مهمی در پایین آوردن فشار خون و چربی خون دارد. تاثیر کاهش وزن بیشتر، بر روی عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی است، بنابراین هدف بلند مدت کاهش وزن بیشتر در آینده است. بیماران که بایستی وزن خود را کاهش دهند و آنرا حفظ کنند برای رسیدن به این هدف باید کاهش وزن به آرامی صورت گیرد یعنی کمتر از یک کیلوگرم در هفته.

عدم کاهش وزن علیرغم خوردن غذای سالم و مناسب و فعالیت بدنی منظم

قبل از شروع برنامه تغییر رفتار، به بیماران تأکید شود که اندازه گیری کاهش وزن بوسیله ترازو تنها مشخصه پیشرفت وضعیت سلامت نیست. شاخص های دیگر موفقیت مانند بهبود عادت های غذایی، کاهش اندازه دور کمر، گشاد شدن لباس، بهبود استقامت در طول فعالیت، احساس بهتر بودن، افزایش سطح انرژی، کاهش استرس، بهبود تحمل گلوکز، کاهش فشار خون و آرام شدن تپش قلب. به طور منظم به آن ها یاد آوری شود. علاوه بر این، به بیماران توضیح داده شود وقتی که آن ها شروع به تغییر عادت های غذایی و فعالیتی خود می کنند، کاهش وزن به آرامی مشخص می شود. در بسیاری موارد، فعالیت بدنی منظم تغییراتی در ترکیب بدن ایجاد می کند. - کاهش بافت چربی و افزایش بافت ماهیچه ای (سنگین تر از بافت چربی) - که گاهی اوقات بطور موقتی سبب عدم کاهش وزن واقعی می شود.

رسیدن به وضع ثابت

"رسیدن به وضع ثابت" جمله ای است که اغلب افرادی که سعی می کنند وزنشان را پایین بیاورند، استفاده می کنند . کاهش وزن بصورت یک الگوی منظم نزولی اتفاق نمی افتد. اغلب افراد ممکن است در چند هفته وزنشان کاهش یابد و بعد یک دوره دو تا سه هفته ای وزنشان ثابت بماند. فقدان کاهش وزن در این دوره موجب ناامیدی و یاس افراد می شود. آن ها باید بدانند که "رسیدن به وضع ثابت" یک اتفاق عادی و معمولی است و باید شاخصه های دیگر موفقیت یاد آوری شود. با فعالیت بدنی منظم و ادامه اجرای دستورالعملها دوباره کاهش وزن شروع خواهد شد. اندازه گیری وزن هفته ای یک یا دوبار انجام شود و نیازی به توزین روزانه نیست. "رسیدن به وضع ثابت" معمولاً در زنان پیش از پرئود و بدلائیل احتباس مایع بدن دیده می شود.

خطاها

برای بیماران توضیح داده شود که خطا و اشتباه جزئی از سیر تغییر رفتار است. این رویدادها نباید شکست در نظر گرفته شوند و بعنوان بهانه ای برای به تأخیر انداختن شروع دوباره برنامه کاهش وزن مورد استفاده قرار گیرند. به بیان دیگر خطا و اشتباه فرصتهایی برای یادگیری هستند. به بیماران کمک شود که علل خطاها را بشناسند و از این تجربیات برای جلوگیری از خطاهای آینده استفاده کنند.

فقدان تمایل برای انجام فعالیت بدنی

به بیماران اطمینان داده شود برای پایین آوردن وزن لزومی به فعالیت بدنی سخت نیست حتی افزایش متوسط فعالیت بدنی باعث

پایین آمدن وزن می شود. فعالیت های بدنی با شدت متوسط مانند پیاده روی، برای کاهش وزن و کاهش عوامل خطر بیماری قلبی و عروقی مفید است. بیماران باید یک هدف واقعی برای فعالیت بدنی تنظیم کنند و توجه داشته باشند که مقدار کل فعالیت بدنی آنها تأثیر عمده ای بر میزان کاهش وزن خواهد داشت. افزایش مصرف انرژی ۴۰۰ تا ۶۰۰ کالری در هفته نقطه شروع خوبی است، که این مقدار با نیم ساعت پیاده روی با شدت متوسط ۳ بار در هفته بدست می آید. بیماران غذا و فعالیت خود را (مطالب بیمار را ببینید) ثبت کنند تا سیر فعالیت بدنی را پی گیری کنند. در هر ملاقات تاکید شود که افزایش فعالیت بدنی کلید کنترل وزن است و دفعات و مدت زمان فعالیت بیش از شدت فعالیت برای کاهش وزن اهمیت دارد.

فقدان حمایت خانواده و دوستان

کاهش وزن سیر سختی دارد و به آرامی انجام می شود. برای موفقیت، بیماران به حمایت خانواده، دوستان و دیگران (مانند همکاران) احتیاج دارند. بیماران، افراد حامی خود را معرفی کنند. افراد خانواده به همکاری تشویق شوند. علاوه برای حمایت از نظر احساسی، خانواده و دوستان می توانند در تمرینات با بیمار همراه باشند و یا هنگامی که بیمار در حال تمرین است بچه اش را نگه دارند. پذیرفتن خوردن غذای سالم و فعالیت بدنی منظم برای تمام افراد خانواده (بچه ها با پدر یا مادر چاق به احتمال ۴۰٪ در سن بزرگسالی چاق می شوند) مهم است و تغییر رفتار را آسانتر می کند.

اگر حمایت از طرف خانواده و دوستان ممکن نبود، گروه های اجتماعی که ساختار حمایتی گسترده ای دارد و می تواند راهکارهای تغییر شیوه زندگی را ارائه دهند معرفی کنید با یاد آوری اینکه آن ها بهترین حامی برای خودشان هستند. به آن ها اعتماد به نفس بدهید به آنها کمک کنید تا برای توانمندی خود برنامه ریزی کنند که شامل صحبت های ذهنی شادی آفرین، دید مثبت نسبت به رفتارهای جدید یا دستیابی به هدف و جوایز غیر غذایی برای تغییر رفتار یا کاهش وزن می تواند باشد.

توصیه به کاهش وزن در افرادی که اضافه وزن دارند قبل از اینکه چاق شوند و قبل از این که فشار خون بالا و اختلال چربی خون در آن ها پیشرفت کند باید جزء استاندارد عملیات پزشکی باشد.

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
کنترل افراد غیر فعال / کم تحرک**

پاورقی : سبک زندگی کم تحرک

الف) سبک زندگی کم تحرک به این مفهوم است که فرد در زندگی روزانه خود برنامه، فعالیت بدنی منظم ندارد. بر طبق بسیاری از نظرات جدید، هر فرد می بایست روزانه، ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط داشته باشد.

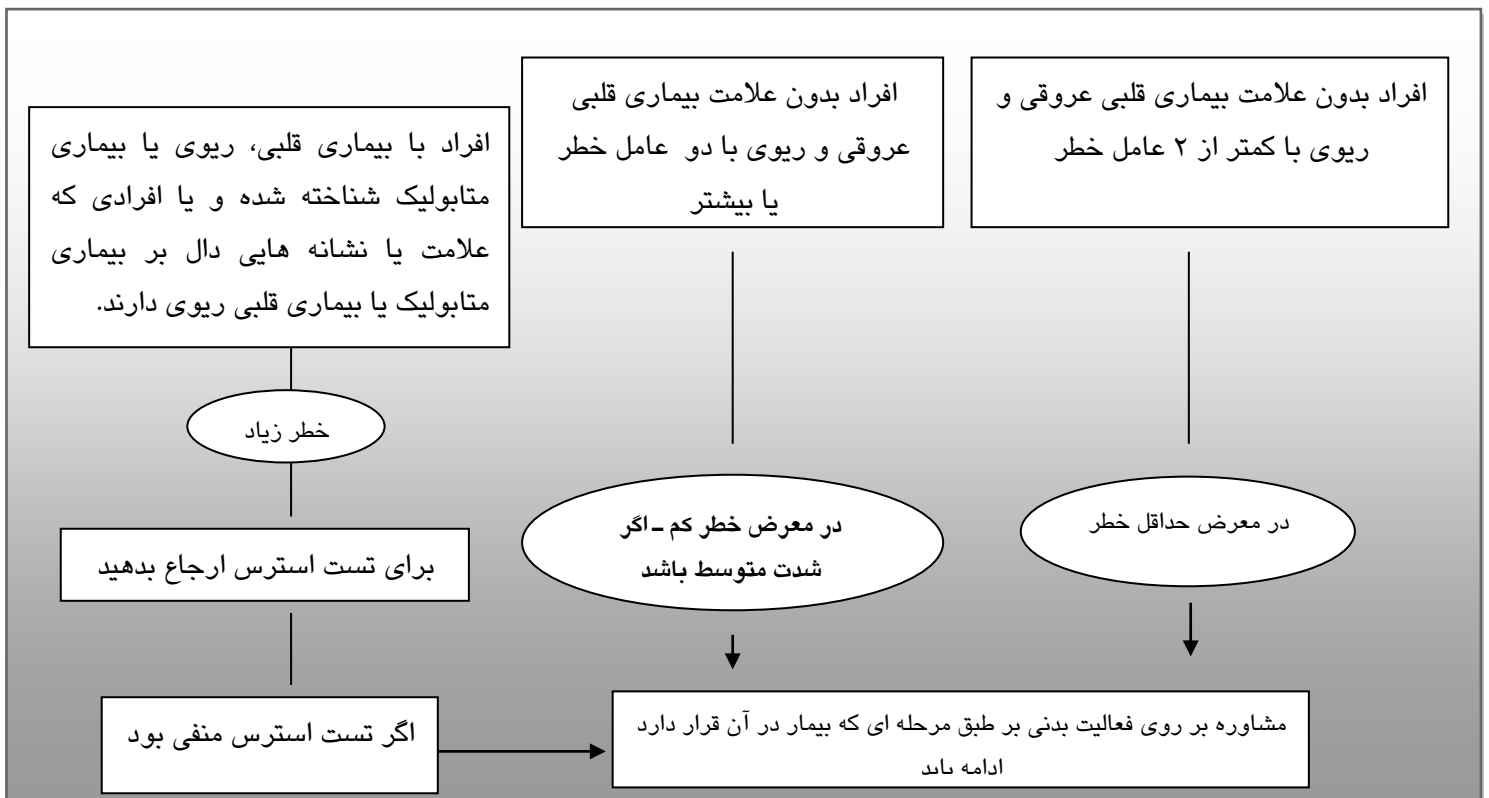
این نظریه بر فواید فعالیت بدنی ۳۰ دقیقه در روز با شدت متوسط که می توانند در دوره های ۱۰ دقیقه ای نیز انجام شوند تأکید می کند.

فعالیت هایی که در طول ۳۰ دقیقه انجام می شوند و می توانند مؤثر باشند شامل فعالیتهای روزانه (پیاده روی برای خرید، بالا رفتن از پله ها، باغبانی و ...) می شود.

ب) فعالیت بدنی منظم در اینجا فعالیت ۳ بار یا بیشتر در هفته، هر بار حداقل ۲۰ دقیقه تعریف شده است.

پ) فعالیت بدنی غیر منظم فعالیت های بدنی بدون سازماندهی و برنامه ریزی هستند.

ت) سطح خطر همراه با فعالیت بدنی با شدت متوسط



منظور از افراد بدون علامت، کسانی هستند که علامتی از بیماری فشار خون بالا، دیابت، ایسکمی قلبی و ... ندارند.

ج) شدت: فعالیت فیزیکی از لحاظ شدت به سه درجه تقسیم می شود: ۱- کم ۲- متوسط ۳- شدید

که این تقسیم بندی براساس واحد MET یا معادل متابولیکی می باشد MET واحدی است که برای تخمین خرج متابولیکی (مصرف اکسیژن) هر فعالیتی فیزیکی به کار برده می شود. یک MET برابر است با انرژی پایه در زمان استراحت برای مصرف ۳/۵ سی

سی اکسیژن به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در دقیقه

($3/5 \text{ ccO}_2/\text{kg}/\text{min}$) که بیانگر میزان تقریبی مصرف اکسیژن یک فرد بزرگسال در حالت نشسته است.

فعالیت جسمی با شدت کمتر از 3 METs از قبیل نشستن، تماشای تلویزیون، کار با رایانه، فعالیت با شدت کم گفته می شود.

فعالیت فیزیکی با شدت متوسط شامل فعالیتی است که شدت آن معادل 3-6 METs باشد. دوچرخه سواری تفریحی، شنا با

سرعت متوسط، پیاده روی کند، نظافت عمومی در خانه یا چمن زدن جزء فعالیتهای فیزیکی با شدت متوسط هستند.

فعالیت های شدید از قبیل دو، تمرین در کلاس ورزش، شدتی بیش از 6 METs دارد.

برای ارتقاء سلامتی نیازی به فعالیت بدنی شدید نیست فعالیت بدنی با شدت متوسط مطابق با رسیدن ضربان قلب به 70-50٪ حداکثر

ضربان قلب (با محاسبه از فرمول سن - 220 = حداکثر ضربان قلب) کافی است. در جدول زیر میزان هدف اختصاصی ضربان تعیین

شده است.

هدف میزان ضربان قلب با شدت متوسط					
سن	حداکثر میزان ضربان قلب	شدت متوسط (ضربان در هر دقیقه) از 70-50٪ حداکثر ضربان قلب	سن	حداکثر میزان ضربان قلب	شدت متوسط (ضربان در هر دقیقه) از 70-50٪ حداکثر ضربان قلب
30	190	95-133	50	170	85-119
35	185	93-129	55	165	83-115
40	180	90-126	60	160	80-112
45	175	88-122	65	155	78-108

فعالیت با شدت بسیار زیاد زمانیست که ضربان قلب از 70٪ حداکثر ضربان قلب بیشتر شود یا زمانی که فرد نتواند در حین فعالیت

صحبت کند. افراد بایستی شدت اینگونه فعالیتها را کاهش دهند تا بتوانند سطح خطر را پائین بیاورند.

اگر هدف از فعالیت بدنی بدست آوردن اندام مناسب است می توان فعالیتهای بدنی با شدت بسیار زیاد را تمرین کرد ولی افراد زیر قبل

از شروع تمرینات، می بایست تست ورزش انجام دهند:

- در افراد بدون علامت با دو یا بیش از دو عامل خطر بیماری قلبی و عروقی
- در مردان بزرگتر از 40 سال زنان بزرگتر از 50 سال که یک یا بیش از یک عامل خطر بیماریهای قلبی عروقی دارند.

(ج) **فایده های فعالیت بدنی**: فعالیت بدنی طول عمر را افزایش می دهد و در مقابل گسترش عمده بیماری های عروق کرونری،

فشار خون بالا، دیابت نوع 2، پوکی استخوان، سرطان کولون و شاید سرطان سینه انسان را محافظت می کند. همچنین در برخی از

مطالعات مشخص شده که نداشتن فعالیت بدنی خطر افسردگی بالینی را افزایش می دهد.

در قسمت پایین فایده های دیگر فعالیت بدنی را می بینید

- روحیه با نشاط
- مقاومت بهتر در حوادث، بیماری یا تصادف

- افزایش احساس استقلال
- بهبود کیفیت زندگی
- افزایش اعتماد به نفس

چ) عوامل خطر شامل

- سن مردان بالاتر از ۴۵ سال و زنان بالا تر از ۵۵ سال یا یائسگی زودرس بدون استفاده از HRT
- تاریخچه خانوادگی : MI یا مرگ ناگهانی در پدر یا مردان درجه یک خانواده در سن کمتر از ۵۵ سال یا در مادر یا زنان درجه یک خانواده در سن کمتر از ۶۵ سال.
- مصرف سیگار در حال حاضر
- فشارخون بالا : فشارخون بالاتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه (حداقل دوبار) یا تحت درمان با داروهای ضد فشار خون
- اختلالات چربی خون : کلسترول کل سرم بیشتر و مساوی ۵/۲ (یا مساوی یا بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر) (اگر سابقه لیپوپروتئین در دسترس نباشد) یا HDL کمتر از ۰/۹ mmol/L (یا کمتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر)
- دیابت شیرین : افراد با دیابت نوع یک بزرگتر از ۳۰ سال یا با بیش از ۱۵ سال ابتلاء و افراد با دیابت نوع ۲ بزرگتر از ۳۵ سال
- سبک زندگی کم تحرک / فعالیت بدنی کم
- توجه : اگر HDL بیشتر یا مساوی ۱/۶ mmol/L (بیشتر از ۴۵ میلی گرم / دسی لیتر) باشد. یک عامل خطر بیماریهای قلبی عروقی کم می شود.

ح) بیماری های متابولیک

- دیابت شیرین همانطور که در قسمت چ گفته شد .
- بیماری تیروئید
- بیماری هیپاتیت / کلیه
- بیمارهای دیگر متابولیک که خیلی شایع نیستند .

خ (نشانه های عمده و علائم دال بر بیماری های قلبی ریوی یا متابولیک *)

- درد یا ناراحتی در قفسه سینه ، گردن ، فک ، بازوها یا سایر قسمت هایی که می توانند درد ناشی از کاهش جریان خون قلب به عضله را نشان دهند.
- احساس تنگی نفس در هنگام استراحت و کار سبک
- خستگی غیرعادی یا تنگی نفس در کار عادی
- سرگیجه یا سنکوپ
- ارتوپنه یا حمله ناگهانی تنگی نفس شبانه
- ورم قوزک پا
- تپش قلب یا تاکیکاردی
- احساس درد در اندام تحتانی بهنگام راه رفتن و بهبود آن در استراحت به طوری که بیمار چند قدم راه برود احساس درد کند
(Intermittent claudication) بایستد درد برطرف شود مجدداً براه بیفتد
- سوفل های قلبی شناخته شده
- وجود آریتمی و تاکیکاردی
- اختلال در نبض های محیطی

* این علائم / نشانه ها باید در شرایط بالینی که اتفاق می افتند تفسیر شوند زیرا تمام آن ها مختص بیماریهای قلبی ریوی متابولیک نیستند.

نکاتی در مورد فعالیت فیزیکی اطفال

- در هفت سال اول زندگی ورزش باید جنبه بازی داشته باشد نه رقابتی . در این سنین ورزش های آماده سازی پیشنهاد می شوند که موارد زیر را در برمی گیرد :
 - تعادل و هماهنگی
 - شناخت محرک ها و موقعیت ها
 - درک فضایی
- بعد از شش سالگی کودک کم کم می تواند وارد بازی هایی مانند بازی های گروهی و بازی های هدف دار شود و می توان او را با قانون این بازی ها آشنا کرد.
- میزان فعالیت جسمی کودکان و نوجوانان باید از اصول زیر پیروی نماید :
 - پس از سن دوسالگی همه کودکان باید روزانه دست کم ۳۰ دقیقه فعالیت جسمی لذت بخش و با شدت متوسط داشته باشند.
 - همه نوجوانان باید هر روز دست کم ۵ روز در هفته و هر بار ۶۰ دقیقه فعالیت جسمی با شدت زیاد داشته باشند.
 - فعالیت جسمی روزانه را می توان به دو جلسه ۳۰ دقیقه ای تقسیم کرد تا کودکان و نوجوانان بتوانند در فعالیت های مناسب برای سن و جنس و مرحله تکامل جسمی و روحی خود شرکت نمایند.
 - حداکثر مدت زمان توصیه شده برای فعالیت های نشسته از قبیل تماشای تلویزیون و بازی های رایانه ای در کودکان ۲ تا ۶ ساله به مدت ۲ ساعت در شبانه روز است.
- چند راهکار ساده برای افزایش فعالیت جسمی کودکان و نوجوانان :
 - زمان اختصاص یافته به فعالیت های کم تحرک از قبیل تماشای تلویزیون ، ویدئو بازی های رایانه ای کاهش یابد.
 - فعالیت جسمی برای کودک و نوجوان باید سرگرم کننده باشد .

- والدین باید شیوه زندگی فعال داشته و الگوی مناسبی برای فرزندان خود باشند.

حل مشکلات در تشویق و تجویز فعالیت بدنی

افرادی موانع بالقوه برای یک سبک زندگی فعال از لحاظ جسمی

که از نظر بدنی فعال نیستند، آنهایی که بصورت نامنظم فعالیت می کنند و افرادی که فعالیت خود را مدتی قطع می کنند و مجدداً به فعالیت روی می آورند، ممکن است دلایل زیادی برای فعالیت نکردنشان بیاورند. این دلایل بایستی جدی گرفته شود. نداشتن وقت، نداشتن انرژی و کمبود انگیزه و/ یا علاقه، سه مورد از موانعی هستند که اغلب برای فعالیت بدنی گفته می شوند. که باید این افراد متقاعد شوند که بهانه ها نباید مانع فعالیت بدنی که برای سلامت آن ها ضروری است، بشود.

- برای افراد ۴۴- ۲۵ ساله کمبود وقت می تواند یک مانع مهم و خاص باشد.
- برای مادران که بچه در منزل دارند، نگهداری از بچه نیز می تواند علت بازدارنده فعالیت بدنی باشد.
- برای زنان، نداشتن مهارت، علاقه، و ترس از آسیب می تواند بعنوان مانع عمل کند.
- افراد مسن تر به علت بیماری، یا ترس از آسیب، محدودیت فعالیت بدنی برای خودشان ایجاد می کنند.

برای گرفتن نتیجه مثبت از تغییر رفتار، به راهکارهایی برای غلبه بر این موانع احتیاج است. و باید تعداد زیادی از این راهکارها در حل مشکلات مورد استفاده قرار گیرد.

کمبود وقت

اولین و مهمترین قدم بررسی کردن تصور فرد راجع به فعالیت بدنی و تاثیر آن بر سلامتی است. اغلب فعالیت بدنی را حضور یافتن در کلاس های تمرین و استفاده از تجهیزات و وسایل خاص می دانند که مستلزم برنامه ریزی مجدد فعالیت های دیگر روزانه مانند یادگیری مهارت ها و دانش خاص ، صرف زمان و پول است.

به افراد مراجعه کننده یادآوری شود که فایده های سلامت جسم و روان از هرگونه فعالیت در سطح متوسط، که بصورت منظم، برای ۳۰ دقیقه کامل (یا بیشتر) در اکثر روزها و ترجیحاً " تمام روزهای هفته انجام شود، نتیجه می شود. مانند پیاده روی در اطراف فروشگاه ها ، بالارفتن از پله ها بجای استفاده از آسانسور، باغبانی ، رقص و بازی پر جنب و جوش با بچه ها ، آئروبیک ، کلاس های ژیمناستیک می توانند مفید باشند ، اما این برنامه ها ممکن است توسط بسیاری از افراد انتخاب نشود. تاکید شود که لازم نیست تمام ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی روزانه در یک جلسه انجام شود بلکه می تواند در سه دوره کوتاه ۱۰ دقیقه ای در روز انجام شود .

به افراد پیشنهاد شود که اولویت های خود را تغییر دهند و فعالیت بدنی را نزدیک بالای لیستشان قرار دهند. به افراد پیشنهاد شود که به آرامی با ۱ یا ۲ جلسه ۱۰-۵ دقیقه ای در هفته آغاز کنند . بمنظور افزایش فایده های فعالیت بدنی، بیماران تعداد جلساتشان را به تدریج حداقل به ۵ بار در هفته افزایش دهند .

کمبود انرژی

افراد اغلب می گویند که احساس خستگی بسیار زیادی در زمان فعالیت بدنی می کنند. خسته شدن می تواند به استرس مرتبط باشد.

به اطلاع افراد رسانده شود که فعالیت بدنی درحقیقت انرژی را افزایش می دهد و نیرو می بخشد و احساس خستگی را کاهش میدهد. فعالیت بدنی باعث میشود که افراد احساس آرامش بیشتر و استرس کمتری بکنند. بعلاوه افراد فعال اغلب احساس بهتری راجع به خودشان و توانایی هایشان در برابر نیازهای بدنی و نیازهای دیگر روزانه دارند. این افراد باید بدانند اگر تجربه سرگیجه، درد قفسه سینه، تنگی نفس یا تنفس سخت در طول فعالیت داشتند بلافاصله آن فعالیت را قطع کنند و برای ارزیابی های بیشتر مراجعه کنند.

کمبود علاقه و / یا انگیزه

نداشتن علاقه و / یا انگیزه اغلب با درک فعالیت بدنی بعنوان " کار " مرتبط است (دردناک ، ناراحت کننده ، همراه با عرق ، شدت بیش از اندازه وغیره) . این درک برای شروع و یا ادامه همکاری در فعالیت بدنی مناسب نیست . محققان نشان داده اند افرادی که دوست دارند در فعالیت بدنی شرکت کنند :

- آنرا لذت بخش می دانند.
- احساس می کنند که مهارت ها و توانایی های انجام آنرا دارند.
- از لحاظ مالی قابل پرداخت است.
- مناسب است، زمانبندی قابل تغییر دارد.

به افراد توصیه شود که فعالیت های مختلفی انجام دهند و امتحان کنند که کدامیک از آن ها می تواند برای آن ها مناسب و لذت بخش باشد. پیشنهاد شود که، هر کدام از فعالیت هایی را که دوست ندارند دنبال نکنند. به آن ها یادآوری شود که راه ها و فرصت های زیادی برای فعال بودن وجود دارد . تنوع ، برای باقی ماندن انگیزه و علاقه در فعالیت بدنی بسیار مهم است .

کمبود مهارت

زنان و افراد مسن بیش از مردان و جوانان، نداشتن مهارت را بعنوان یک مانع بیان می کنند. برای افزایش مهارت های فعالیت بدنی و باور آن ها از توانایی خودشان، انجام فعالیت های بدنی مختلف می تواند ابزاری موثر برای کمک به آن ها باشد تا یک سبک زندگی فعال را ایجاد و حفظ کنند.

باید به مسائل مورد علاقه افراد گوش و به آن ها یادآوری کرد که فعالیت بدنی برای افزایش لذت ، سلامتی و کیفیت زندگی آن ها ضروری است. افراد را به گروه های تخصصی مناسب مثل کارشناسان تغذیه و تربیت بدنی ارجاع شوند تا آن ها را در فعالیت هایی که انتخاب می کنند تمرین و / یا تعلیم بدهند. فعالیت های بدنی که لذت بخش هستند و برای سلامتی نیز مفید میباشند، و به دانش یا مهارت های تخصصی احتیاج ندارند (پیاده روی ، توپ بازی با بچه ها / باغبانی ...) معرفی کنید

ترس از آسیب های بدنی

بیماران مسن تر اغلب به آسیب های احتمالی فعالیت بدنی توجه می کنند. ممکن است این افراد دچار بیماری عروق کرونر باشند که فعالیت های آن ها را محدود می کند. به بیماران احتمال خطرها را گوشزد و راه هایی که بتوان خطرهای بالقوه را کاهش داد و معرفی کنید بدین ترتیب مشارکت آن ها نیز افزایش می یابد.

به بیماران یاد داده شود در طول فعالیت چگونه ضربان قلبشان را کنترل کنند یا چگونه از " تست صحبت کردن " استفاده کنند (بیماران باید مطمئن شوند که هنوز می توانند یک گفتگو را در حالی که تمرین می کنند ادامه دهند).

ایمنی شخصی

زنان و افراد مسن بیشتر از دیگر گروه‌ها بر پیشگیری از آسیب‌های بدنی حین فعالیت اهمیت می‌دهند. در مورد آسیب‌های احتمالی در حین ورزش و راه‌هایی که می‌تواند ایمنی را افزایش دهد با آن‌ها صحبت شود از جمله فعالیت‌های بدنی ایمن پیاده‌روی، دوچرخه‌سواری یا دوی آهسته با همراه است.

هزینه فعالیت بدنی

به افراد مراجعه‌کننده گفته شود. احتیاجی نیست که پولی برای فعالیت بدنی صرف شود. بسیاری از فعالیت‌ها نیازی به وسایل خاص ندارند. افراد می‌توانند فعالیت‌های کم‌هزینه را انتخاب کنند مثل دو همگانی که از طرف شهرداری‌ها نیز به اجرا گذاشته می‌شود. به آنها پیشنهاد شود که با مراکز اجتماعی در همسایگی خود تماس بگیرند یا به راحتی با همسایه‌ها و دوستان برنامه‌های فعالیت بدنی مثل راهپیمایی ترتیب دهند و باتفاق به پیاده‌روی بروند.

حمایت ناکافی

تشویق و حمایت افرادی که می‌خواهند فعالیت بدنی داشته باشند، بخصوص زنان و افراد مسن بسیار مهم است. تأکید بر کارهایی که فرد می‌تواند انجام دهد و کارهایی که نباید انجام دهد، ضروری است. خانواده، دوستان و همسایه‌ها می‌توانند در طول فعالیت بدنی همراه یکدیگر باشند. پیاده‌روی‌های گروهی محلی، باغبانی می‌توانند مؤثر باشند و به افراد کمک کنند که فعالیت بدنی را آغاز و ادامه دهند.

نداشتن اطلاعات در مورد منابع اجتماعی

مراکز اجتماعی، شهرداریها و برنامه‌های تفریحی دانشگاه‌ها و / یا مراکز ورزشی، باشگاههای خصوصی، ورزش‌های همگانی تنها تعداد کمی از مثالهای منابع در دسترس هستند.

افراد در هر سنی می‌توانند با انجام مقدار متوسط فعالیت بدنی در زندگی روزانه، سلامتی و کیفیت زندگی خود را بطور اساسی بهبود بخشند.

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل دیابت شیرین**

الف) تشخیص دیابت بر پایه اندازه گیری های آزمایشگاهی از قند پلاسمای خون وریدی است. برای تأیید تشخیص در غیاب هیپرگلیسمی واضح همراه با وضعیت متابولیکی حاد تست تأکیدی در تمام موارد در روز دیگر انجام شود.

- علائم دیابت بعلاوه گلوکز پلاسمای اتفاقی مساوی یا بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر یا
- گلوکز پلاسمای ناشتا (FPG) مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر در دو نوبت اندازه گیری یا
- گلوکز پلاسمای مساوی و یا بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر در نمونه دو ساعته (2 hpg) از تست تحمل گلوکز خوراکی

ب) بیماران با عوامل خطر پیش بینی کننده DM : افرادی که فامیل درجه یک آنها دیابت داشته باشد، تاریخچه IGT یا IFG ، تاریخچه دیابت دوران بارداری ، سابقه دو بار سقط خود به خودی ، سابقه مرده زایی ، تولد بچه با وزن بیش از ۴ کیلو گرم ، وجود فشار خون بالا ، وجود بیماریهای عروق کرونر ، افراد چاق، افراد با سطح پایین HDL کلسترول کمتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر افراد با سطح بالای تری گلیسیرید ناشتا بیش از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر

پ) سطوح گلوکز برای تشخیص

طبقه	ناشتا (mg/DL)	PG دو ساعت بعد از خوردن ۷۵ گرم قند (mg/DL)
گلوکز ناشتا (IFG)	۱۰۰ - ۱۲۵	
تست تحمل گلوکز (IGT)		۱۴۰-۱۹۹
دیابت شیرین	≥۱۲۶	≥۲۰۰

ت) دیابت نوع یک معمولاً در بچه ها و افراد زیر ۳۰ سال دیده می شود اما امکان دارد در افراد بزرگسال نیز دیده شود. دیابت نوع یک همراه با فقدان کامل انسولین است و با شرایط متابولیکی حاد(کاهش وزن غیر عادی، کتوزیس) تظاهر مییابد. این گروه باید با انسولین درمان شوند و باید به مراکز ویژه برای دریافت سرویس های خاص مراجعه کنند.

ث) آموزش دیابت، اصلاح سبک زندگی و مهارتهایی برای افزایش طول عمر با کیفیت: مراقبت دیابت به مشارکت فرد مبتلا به دیابت برای کنترل بیماری ، انتخابهای سبک زندگی مناسب و درمان دارویی بستگی دارد. برای رسیدن به این موارد، حمایت یک تیم سلامت و متخصصان که در تمام مراقبتهای دیابت تجربه داشته باشند، لازم است. آموزش مقدماتی و مستمر فرد مبتلا به دیابت صرفاً یک موضوع فرعی و کمکی برای درمان نیست بلکه بخش لازم و مهم کنترل دیابت است. تمام افراد مبتلا به دیابت می بایستی توصیه های تغذیه ای فردی را از متخصص تغذیه در هر زمان که ممکن است دریافت کنند.

ممکن است پزشک قبل از شرکت بیمار در برنامه های آموزشی یا ملاقات با کارشناس تغذیه برخی آموزشهای مقدماتی را در اختیار بیمار قرار دهد. این اطلاعات شامل اطلاعات پایه تغذیه ای (محدود کردن کالری بصورت مناسب؛ اهمیت خوردن سه وعده غذا در روز؛ اجتناب از خوردن تنقلات و غذاهای چرب و نوشابه های گاز دار)، و سایر اطلاعات آموزشی است. بدلیل اینکه با فعالیت بدنی

کنترل قند خون بهتر انجام می‌گیرد و به کاهش وزن کمک می‌کند، بیماران می‌بایستی برای انجام فعالیتهای بدنی با شدت متوسط بمدت ۳۰ دقیقه یا بیشتر در روز تشویق بشوند. برای بیمارانی با بیماری انسدادی عروق (یا در بیماران پر خطر ساب کلینیکی)، پلی نوروپاتی حسی یا بیماری پیشرفته عروق کوچک، فعالیت بدنی بایستی با تعدیل برای بیمار تجویز شود. قبل از شروع برنامه شدید فعالیت بدنی در بیماران بالای ۳۵ سال، یک تست ورزش انجام شود. ترک سیگار باید جزء توصیه های پزشک باشد (بخش قبلی را برای دیگر عوامل خطر ببینید).

ج) پیگیری ویزیت های بالینی

مراقبت های بالینی روتین
<ul style="list-style-type: none"> • ویزیت روتین ۳ ماه یکبار با توجه به سابقه بیماری دیابت • مشاوره برای تغذیه و فعالیت بدنی • ترک سیگار • اندازه گیری دور کمر و وزن • پایش گلوکز خون توسط خود فرد • فشار خون : درمان فشار خون ۱۴۰/۹۰ یا بیشتر و کاهش فشار خون به کمتر از ۱۳۰/۸۵ • معاینه پا و چشم در هر ویزیت • ارزیابی پیشرفت در جهت کاهش خطرها • تنظیم برنامه درمان
کنترل قند خون
<ul style="list-style-type: none"> • بررسی HbA1C هر ۳ ماه • تست ناشتای قند خون در صورت نیاز
موارد روتین سالانه (مشکلات و ارزیابی خطر)
<ul style="list-style-type: none"> • اگر با دستگاه گلوکومتر هم قند خون اندازه گیری می شود سالی یکبار دستگاه را کالیبره کنید. • اگر سن فرد بالاتر از ۳۵ سال است تست ورزش و الکتروکاردیو گرام انجام شود. • آزمایش سالیانه کلسترول تام خون ، HDL ، LDL و تری گلیسیرید بصورت ناشتا • تجزیه ادرار از نظر بررسی وجود پروتئین در ادرار - اگر آزمایش فوق منفی بود غربالگری میکرو آلبو مینوری انجام می شود برای این کار به طور تصادفی نسبت آلبومین ادرار به کراتینین ادرار سالانه در بیماران دیابت نوع ۲ و ۵ سال بعد از بروز دیابت نوع یک اندازه گیری شود. - اگر مثبت باشد تجزیه ۲۴ ساعته ادرار برای تعیین کلیرانس کراتینین) و تعیین میکروآلبومین در ادرار هر ۶ تا ۱۲ ماه ▪ غربالگری نوروپاتی محیطی: بصورت ارزشیابی سالانه لمس سبک (g - ۱۰ مونوفیلانمنت) و ارتعاش حسی انگشت بزرگ پا و عکس العمل زانو ▪ غربالگری رتینوپاتی: بیماران زیر را به یک متخصص با تجربه ارجاع دهید: • بصورت سالانه در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ که ۵ سال از بروز بیماری آنها گذشته است. • در زمان تشخیص دیابت نوع دوم • پیگیری هر ۲-۴ سال بیماران بدون رتینوپاتی یا با حداقل آسیب به رتین

چ) سطوح کنترل قند خون

ایده آل	سطح قابل قبول	پایین تر از سطح قابل قبول
(نرمال بدون دیابت)	(هدف نهایی)	(اقدام لازم است)
هموگلوبین گلیکوزیله	≤ 115	116-140
HbA1C: (محدود حداکثر %)	(< 0.07)	($0.07 - 0.084$)
سطح گلوکز ناشتا	≤ 140	> 140
یا قبل از غذا (mg/DL)		
سطح گلوکز ۱-۲ ساعت	≤ 160	≥ 180
بعد از غذا (mg/DL)		

۱. افرادی که قند خون آنها در سطوح قابل قبول است در دراز مدت کمتر دچار عوارض دیابت می شوند اما مبتلایان به دیابت نوع یک کمتر به این سطوح مطلوب می رسند.
۲. سطوح پایین تر از سطح قابل قبول برای بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت دستیافتنی است اما برای پیشگیری از عوارض دیابت کافی نیست.
۳. سطوح نامناسب خطر عوارض دیابت را در طولانی مدت افزایش می دهد، برای درمان این افراد به یک ارزیابی و برنامه ریزی مجدد احتیاج است.

ح) داروهای خوراکی کاهنده (کاهش دهنده) قند خون (OHA) برای انتخاب داروی خوراکی برای یک فرد باید موارد زیر در نظر گرفته شود:

- برای قند خون بسیار بالا ($FPG > 180 \text{ mg/DL}$)، متفورمین یا سولفونیل اوره می تواند بعنوان اولین دارو انتخاب شود. (درمان تک دارویی افراد با $BMI \geq 30$ ترجیحا بامتفورمین و برای افراد با $BMI = 20-30$ با سولفونیل اوره آغاز می شود).
- متفورمین نسبت به سولفونیل اوره وزن و قند خون را کمتر پایین می آورد.
- در افراد مسن، دارو با مقدار کم شروع می شود و انتخاب دارو ممکن است نسبت به افراد کم سال تر متفاوت باشد.

حل مشکلات در کنترل دیابت

چگونه می توان به بیشترین خود پایشی رسید؟

خود پایشی برای افراد با دیابت نوع ۱، تمام زنان باردار مبتلا به دیابت یا دیابت دوران بارداری و افراد با دیابت نوع ۲ که با انسولین درمان می شوند ضروری است. خود پایشی مبتلایان به دیابت نوع ۲ که از داروهای خوراکی، ویا تنها با رژیم غذایی برای کنترل بیماری خود استفاده می کنند نیز مفید است.

اگر چه انجام آزمایش بعد از صبحانه یا بعد از غذا در اغلب افراد قابل قبول است، اما موارد آزمایشات بر حسب شرایط فرد تعیین می شود در افرادی که انسولین دریافت می کنند، آزمایش های قبل از غذا و موقع خواب مفید تر خواهند بود، آزمایش های متناوب قبل از غذا برای تنظیم میزان مصرف انسولین انجام می شود.

برای کمک به بیمارتان که بیشترین خود پایشی قند خون را بدست بیاورند، می توانید:

- جدول زمانی و حدود قند خون هدف را تعیین کنید.
- در هر ویزیت آزمایش قند خون را با بیمار مرور کنید.
- از آزمایش قند خون به عنوان یک ابزار آموزشی برای ارزیابی کنترل قند خون استفاده کنید و رژیم غذایی، فعالیت بدنی، و دارو (داروها) را برای بدست آوردن و حفظ کنترل خوب قند خون تنظیم کنید
- از آزمایش قند خون برای شناختن الگوهای قند خون بالا، نرمال و پایین استفاده کنید.
- از خود پایشی قند خون برای شناختن مواقع اضطراری (قند خون بالا یا قند خون پایین) استفاده کنید
- صحت آزمایشاتی که فرد انجام می دهد سالانه با آزمایشگاه تایید کنید.

چگونه انگیزه پی گیری درمان را در فرد مبتلا به دیابت افزایش دهیم

یک فرد مبتلا به دیابت نقش مهمی در کنترل بیماری خود دارد. عوامل زیادی بر روی توانایی شخص برای رسیدن به سطوح هدف درمان تاثیر می گذارد و برای ارزیابی منظم مهم است. این عوامل شامل: حمایت خانواده و دوستان، مسایل مرتبط کاری، توانایی های مالی، بیمه درمانی، تاثیرات قومی و فرهنگی، سطح فعالیت بدنی، وجود بیماری های دیگر و تاثیر متقابل داروها.

برای افزایش تمایل بیمار برای ادامه درمان، شما می توانید:

- نیازهای بیمارتان و منابع در دسترس برای برآورده کردن نیازهایش را بشناسید.
- هدفها را الویت بندی کنید، در یک زمان بر روی یک هدف تاکید کنید و با مهمترین آن ها شروع کنید. متناسب با آن پیشرفت را مشخص کنید.
- بیمارتان را برای یادگیری دانش و مهارت های رسیدن به هدف آموزش دهید.
- با در نظر گرفتن فعالیتهای روزانه بیمار و الویتهای شخصی او، برنامه فردی برای بیمار داشته باشید.
- هنگامیکه بیمار به هدف مورد نظر رسید او را تقویت کنید و به او پاداش دهید.
- هنگامی که بیمار به هدف مورد نظر نرسید، موانع را شناسایی و سعی کنید آنها را حل کنید.
- به بیمارتان برای مراقبت از خودش اجازه و اختیار بدهید.
- پایش منظم داشته باشید و از اطلاعات قبلی برای تقویت تمام رفتارهای مثبت و اصلاح تمام موارد منفی استفاده کنید.

نارسایی کنترل دیابت نوع ۲

پزشک بایستی به دلایل زیر توجه کند و سعی کند آنها را اصلاح کند

- بی علاقی در پیگیری رژیم غذایی

- بیماریهای همراه مداخله کننده
- فعالیت بدنی نامنظم
- عوامل روحی روانی
- مصرف نکردن یا نامنظم مصرف کردن داروها و یا انسولین تجویز شده
- خوردن داروهایی که قند خون را افزایش می دهد (مانند : گلوکوکورتیکوئیدها و تیازیدها)
- رژیمهای نامناسب انسولین
- تغییر در جذب مواد غذایی
- تغییر در جذب زیرپوستی انسولین که به محل‌های تزریق انسولین بستگی دارد
- مقاومت به انسولین

بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ که داروی خوراکی مصرف می کنند اگر قند خون کنترل نشود به انسولین احتیاج دارند

کنترل بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ در روزهای بیماری

برخی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ احساس می کنند بدلیل خوردن غذا به انسولین احتیاج دارند پس هنگامی که مریض هستند، انسولین را حذف می کنند. این کار می تواند در افراد مبتلا به دیابت باعث بوجود آمدن کتواسیدوزیس شود. مهم است که آن ها بدانند در روزهای مریضی چه کاری انجام دهند:

- مقدار انسولین معمول را استفاده کنند و هر ۴ ساعت گلوکز خون را با مقدار انسولین تنظیم کنند.
- اگر اسهال یا استفراغ داشتند نگذارند آب بدنشان از دست برود. در هر ساعت ۱ لیوان مایعات بخورند. اگر قند خون پایین بود، از نوشیدنی شیرین استفاده کنند اگر پایین نبود مایعات معمولی بخورند.
- هر ۴ ساعت قند خون را تست کنند. برای نگهداری قند خون کمتر از ۲۲۵ میلی گرم در دسی لیتر ممکن است لازم باشد انسولین بیشتری نسبت به انسولین عادی خود استفاده کنند .
- کتون های ادرار را هر ۴ ساعت اندازه گیری کنند.
- اگر چنانچه میزان کتون ادراری بیشتر از میزان **trace** بود و استفراغ ادامه داشت، میزان قند خون بیشتر از ۲۵۲ میلی گرم در دسی لیتر و یا تب یا عفونتی ظاهر شده باشد به پزشک اطلاع دهند.
- به بیماران نشانه ها و علائم دیابت کتواسیدوزیس آموخته شود.

چگونه کاهش قند خون را می توان تشخیص داد و درمان کرد؟

علائم کاهش قند خون دونوع هستند :

- آدرنرژیک : تعریق، تپش قلب (تاکی کاردی)، لرزش، ضعف، رنگ پریدگی، تهوع، سردرد.
- مغزی : بی حسی لب ها یا زبان، تاری دید، تغییر درحالت یا رفتار، گیجی، کما.

هنگامی که کاهش قند خون اتفاق می افتد، دربرخی از بیماران ممکن است علائم آدرنرژیک ناپدید شود و بیماران تنها علائم مغزی را تجربه کنند . کاهش قند خون شبانه ممکن است باعث ایجاد احساس ناخوشایند در صبح فردا بشود .

بیماران بایستی تشخیص و درمان واکنش های کاهش قند خون را آموزش ببینند

هنگامی که بیماران مشکوک به کاهش قند خون شدند، به آن ها آموزش داده شود قند خون را تست کنند و ۱۵-۱۰ گرم کربوهیدرات ساده بخورند (مانند: دانه های ژله ای یا مقداری آب میوه یا نوشیدنی های بدون الکل یا دوغاشق عسل، قند).

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل نارسائی قلب**

الف) هدف از بررسی نارسایی قلب

- ۱- تأیید تشخیص نارسایی قلب از طریق تعیین بیماری های زمینه ای قلبی که منجر به نارسایی قلب شده است نظیر:
 - اختلال فانکشن در سیستول بطن چپ (شایعترین علت نارسایی قلب)
 - اختلال فانکشن در دیاستول بطن چپ
 - بیماری های دریچه ای قلب
 - بیماری های مادرزادی قلب
 - بیماری های پریکارد
 - بیماری های اندوکارد
 - اختلال ریتم و اختلال در سیستم هدایت قلب
 - ابتلاء به فشارخون بالا
 - سابقه بیماری ایسکمی قلب یا بیماری عروق کرونر قلب
 - سابقه سکته قلبی
- ۲- تعیین درمان مطلوب با تعیین علت واضح نارسایی قلب
- ۳- تعیین پیش آگهی
- ۴- ارزیابی تاثیرات درمان

ب) آزمایش های خونی، آنمی، بیماری های تیروئید، هپاتیت و بیماری های کلیوی را مشخص می کند.
 ج) یافته های الکتروکاردیوگرافی در بیماران با نارسایی قلب:

نشان دهنده انفارکتوس قلبی قبلی، احتمال نارسایی سیستولیک بطن چپ	Poor Rwave, Qwave proration
ممکن است به علت هیپرتانسیون تنگی آئورت، کاردیو میوپاتی هیپرتروفیک یا dilated و یا ممکن است دیس فانکشن دیاستولیک یا سیستولیک بطن چپ باشد.	هیپرتروفی بطن چپ LVH
نشان دهنده یک بیماری در قلب است.	Left bundle branch block (LBBB)
این نوع بلوک ممکن است در افراد با قلب نرمال نیز دیده می شود. گاهی فرم ناکامل RBBB نشان دهنده A.SD است.	Right bundle branch block (RBBB)
گاهی در افراد مسن بدون هیچ علت زمینه وجود دارد. در تنگی متیرال، بیماری های انسدادی مزمن ریوی، پرکاری تیروئید و نارسایی قلب باشد. به خصوص اگر پاسخ بطنی خیلی تند باشد.	فیبریلاسیون دهلیزی
نارسایی قلب ممکن است به تعداد ضربان مرتبط باشد	برادی آریتمی
نارسایی قلب ممکن است به تعداد ضربان مرتبط باشد	بلوک دهلیزی بطنی
ممکن است به علت افیوژن یا کنستر یکشن پریکارد باشد.	Low voltage QPS Complexes

د) در Chest x-ray بیماران مبتلا به نارسایی قلب ممکن است موارد زیر مشاهده شود :

- Alveolar pulmonary edema
- Interstitial pulmonary edema
- Basal pleural effusion
- Cardio megaly (افزایش C/T ratio)

(ممکن است حتی با وجود دیس فانکشن قابل ملاحظه بطن چپ کاردیومگالی در CXR نداشته باشیم. مثلا در نارسایی دیاستولیک قلب)

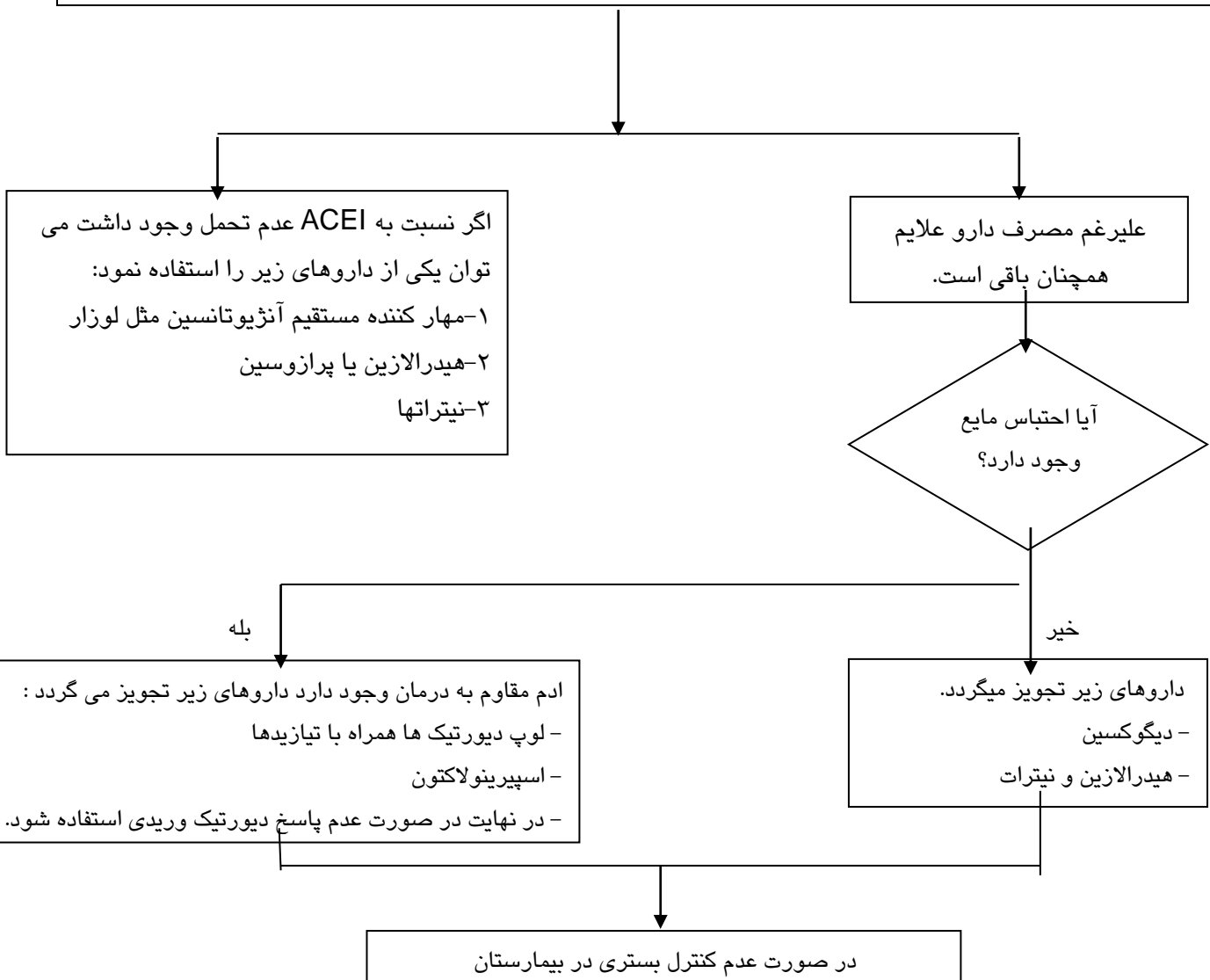
الگوریتم درمان نارسایی قلب

- درمان غیر دارویی

- رژیم کم نمک
- اجتناب از مصرف الکل
- اجتناب از مصرف سیگار
- فعالیت بدنی با شدت متوسط
- کاهش وزن اگر اضافه وزن دارد یا چاق است (با محدودیت دریافت انرژی و افزایش مصرف انرژی)

- درمان دارویی

- دیورتیک
- ACEI (مهار کننده آنزیمهای مبدل آنژیوتانسین II)
- دیگوکسین



الف) بیماران با نارسایی قلب اغلب تشنگی شدید دارند مقدار زیادی مایعات مصرف می کنند و با توجه به مصرف دیورتیک و مصرف مقدار زیاد آب هیپوناترمی تشدید می شود (dilutational Hyponatraemia) مقدار مصرف مایع در این بیماران باید به حدود یک و نیم تا حداکثر دو لیتر در روز محدود شود. در هوای گرم، تب، اسهال، استفراغ محدودیت آب و یا دوز دیورتیک کم می شود.

ت) اگر نارسایی قلبی حاد یا نارسایی قلبی **Decompensated** باشد استراحت نسبتاً مطلق قسمتی از درمان است. در نارسایی قلبی مزمن و **Compensated** ورزش منظم روزانه با شدت متوسط توصیه می شود (پیاده روی، دوچرخه سواری، شنا، بولینگ، باغبانی)

ج) واکسیناسیون :

مبتلایان به نارسایی قلب مستعد ابتلا به عفونت های ریوی هستند و در صورت ابتلا به این نوع عفونت ها نارسایی قلب تشدید می شود و نیاز به بستری شدن افزایش می یابد. تزریق واکسن انفلوانزا و پنوموکوک در این بیماران توصیه می شود.

د) چند نکته اساسی در درمان با دیورتیک :

- به مقدار متوسط از این دارو استفاده شود.
- از چند نوع مختلف دیورتیک که بین آن ها سیزژی ایجاد می شود استفاده کنید به خصوص در کسانی که نسبت به دیورتیک ها مقاوم هستند.
- بررسی بیوشیمی بیمار از نظر اورمی؛ هیپوکالمی و هیپوناترمی و افزایش اسید اوریک و ... ضروری است.
- با ACEI و دیگوکسین بکار برده شود (مگر اینکه برای بیمار قابل تحمل نباشد).

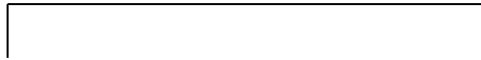
**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل درد قفسه صدري**

درد قفسه صدري :

درد و ناراحتی قفسه سینه یکی از شایعترین شکایات بیماران مراجعه کننده به مطب ها و واحدهای فوریت‌های پزشکی است. درد قفسه سینه ممکن است نشاندهنده یک اختلال جدی نظیر ایسکمی حاد میوکارد باشد. ولی در غالب موارد از اختلالات کوچکی نظیر کشیدگی عضلات یا سوء هاضمه ناشی می شود تقریباً در $\frac{1}{3}$ موارد درد قفسه سینه ناشی از بیماریهای ایسکمیک قلبی است. درد ناشی از ایسکمی میوکارد معمولاً به صورت احساس سنگینی، فشار یا گرفتگی و گاهی به صورت سوزش و درد مبهم در قسمت مرکزی قفسه سینه است. محل درد معمولاً در پشت جناغ سینه حس می شود و ممکن است به گردن، فک، دندانها، شانه ها و بازو ها انتشار یابد بعضی از بیماران از درد ناحیه اپی گاستر نیز شکایت دارند. وجود علائم همراه نظیر تهوع و تعریق، ضربان نامنظم قلب، افت هوشیاری و سبکی سر می تواند نشانه یک اختلال جدی قلبی و نیاز به یک اقدام اورژانسی داشته باشد. درد ایسکمیک قلبی بیش از ۲ دقیقه طول می کشد دردهای زودگذر (در حد چند ثانیه) به ندرت منشأ ایسکمیک دارد. برای افتراق علل درد قفسه سینه می توان از الگوریتم تشخیصی صفحه بعد استفاده نمود.

الگوریتم تشخیصی درد قفسه صدري

آيا بیمار درد را به صورت احساس سنگینی،
فشار یا گرفتگی توصیف می کند و یا درد به
گردن، فک، شانه یا بازوها انتشار می یابد؟



خیر

بله



- درد ناشی از آنژین صدری معمولاً بین ۲ تا ۱۰ دقیقه طول می کشد بیمار درد را به صورت احساس سنگینی، فشار، گرفتگی و سوزش توصیف می کند بعضی از بیماران فقط از تنگی نفس یا احساس اضطراب شکایت دارند محل درد معمولاً در پشت جناغ سینه و اغلب با انتشار به گردن، فک، شانه ها یا بازوها (بیشتر در سمت چپ) و یا به صورت جداگانه در محل های فوق الذکر می باشد بعضی از بیماران از درد ناحیه اپی گاستر شکایت دارند. درد معمولاً به دنبال فعالیت، تماس با سرما، فشار های روحی روانی و یا پس از مصرف غذای سنگین ایجاد می شود و با استراحت یا مصرف TNG زیر زبانی بر طرف می شود.
- بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار و انفارکتوس میوکارد دارای علائمی مشابه با آنژین صدری هستند فقط این علائم شدید تر و طولانی تر است درد به دنبال فعالیت مختصر و یا حتی در حین استراحت یا هنگام برخاستن از خواب ایجاد می شود و استراحت و مصرف TNG زیر زبانی معمولاً تأثیر چندانی بر درد ندارد این بیماران همراه درد علائمی نظیر تهوع، تنگی نفس، تعریق و سبکی سر دارند مدت درد در بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار معمولاً بین ۱۰ تا ۲۰ دقیقه و در انفارکتوس حاد میوکارد اغلب بیش از ۳۰ دقیقه می باشد.
- دیسکسیون آئورت به صورت درد شدید قفسه سینه با شروع ناگهانی تظاهر می یابد که بر خلاف درد ناشی از بیماریهای ایسکمیک سریعاً به اوج شدت خود می رسد بیمار برای توصیف درد از کلماتی چون پاره شدن (Tearing) یا شکاف خوردن (Ripping) استفاده می کند محل درد معمولاً در قسمت قدامی قفسه سینه با انتشار به پشت و بین دو کتف می باشد دیسکسیون آئورت ممکن است موجب از بین رفتن نبض های محیطی، سوفل نارسائی آئورت، تامپوناد و یا حتی CVA گردد بیماران مبتلا معمولاً دارای هیپرتانسیون یا بیماری زمینه ای بافت همبند نظیر سندرم مارفان یا اهلرزدانلوس هستند.
- آمبولی ریوی موجب درد پلورتیک قفسه سینه با شروع ناگهانی می گردد که معمولاً چند دقیقه تا چند ساعت طول می کشد علائم همراه شامل تنگی نفس، تاکی پنه، تاکیکاردی، هیپوتانسیون و گاهی هموپتزی است.
- پنومونی درد پلورتیک قفسه سینه که اغلب یک طرفه و لوکالیزه است ایجاد می کند و با علائمی چون تنگی نفس، سرفه تب، رال و گاهی Friction rub پلور همراه است.
- پنوموتوراکس با شروع ناگهانی درد پلورتیک قفسه سینه و دیسترس تنفسی تظاهر می یابد. در معاینه صداهای تنفسی در سمت پنوموتوراکس کاهش یافته است.
- رفلاکس گاستروازوفازیال موجب درد سوزشی در ناحیه اپی گاستروزیر جناغ می گردد و با مصرف الکل، آسپرین، بعضی از غذا ها تشدید می شود درد ناشی از رفلاکس با دراز کشیدن متعاقب مصرف غذا بد تر شده و با مصرف آنتی اسید بهبود می یابد.
- پپتیک اولسروبیوماری کیسه صفرا قادر به ایجاد درد در ناحیه اپی گاسترو زیر جناغ هستند بیمار معمولاً سابقه دردهای مشابه در گذشته را ذکر می کند درد پپتیک اولسر معمولاً به صورت یک درد سوزشی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه پس از مصرف غذا ایجاد می شود و با مصرف آنتی اسید بهبود می یابد.
- بیماریهای عضلانی اسکلتی نظیر کرامپ عضلات بین دنده ای و سندرم های کوستوکوندراال و کوندرواسترنال سبب ایجاد دردی مبهم در قسمت قدامی قفسه سینه می شوند گاهی علائم التهاب نظیر تورم، قرمزی و گرمی در ناحیه مبتلا وجود دارد درد بیمار با حرکت کردن، نفس کشیدن و اعمال فشار موضعی تشدید می شود.

- هرپس زوستر درد سوزشی با توزیع در ماتومی در ناحیه قفسه سینه ایجاد می کند ممکن است درد قبل از بروز بشورات و زیکولر در ناحیه گرفتار ایجاد گردد.
- پلوریت سبب ایجاد درد **Sharp** در قفسه سینه می گردد که اغلب یک طرفه و لوکالیزه بوده و با دم عمیق و سرفه کردن تشدید می شود.
- از دیگر علل ایجاد درد قفسه سینه پریکاردیت می باشد که معمولاً موجب درد **Sharp** در پشت جناغ شده و گاهی به شانه، گردن، شکم یا پشت انتشار می یابد و با سرفه، تنفس عمیق و یا در وضعیت خوابیده به پشت تشدید شده و با نشستن و خم شدن به جلو تسکین می یابد.

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل آنژین صدری**

رویکرد بالینی به آنژین صدری

- آیا بیمار درد را به صورت احساس سنگینی، فشار یا گرفتگی در ناحیه قفسه سینه که گاهاً به فک، دندانها، بازوها، شانه ها، بین دو کتف و اپی گاستر انتشار می یابد توصیف می کند؟
- آیا درد بیمار با فعالیت و هیجان، مصرف غذای سنگین و تماس با هوای سرد و یا خیلی گرم ایجاد و با استراحت یا مصرف TNG زیر زبانی بهبود می یابد؟
- آیا بیمار سابقه دردهای مشابه را در گذشته ذکر می نماید؟
- آیا مدت درد بیش از ۲ دقیقه و کمتر از ۱۰ دقیقه است؟

بله

بررسی پاراکلینیکی

معاینه فیزیکی

اخذ تاریخچه فردی و خانوادگی

ECG -

- آزمایش کامل ادرار
- آزمایش خون شامل چربیهای خون (TG و HDL و LDL و کلسترول تام)
- گلوکز، کراتینین، هماتوکریت

CXR -

- بررسی شواهد آترواسکلروز (آنوریسم
- آنورت شکمی، برویی شریان کاروتید، کاهش نبض شریانی در اندام تحتانی)
- وجود گزانتما و گزانتلازما
- معاینه ته چشم جهت بررسی تنگی ناحیه ای شریانی وریدی
- وجود آکینزی یا دیس کینزی بطن چپ
- سمع بروئی های شریانی، صدای سوم و

- وجود بیماری شریان محیطی (**intermittent claudication**)
- سکته مغزی یا حملات ایسکمی موقت
- وجود دیابت ملیتوس
- هیپرلیپیدمی
- هیپرتانسیون
- استعمال دخانیات
- سابقه خانوادگی IHD زودرس

ارجاع به متخصص به منظور تأیید تشخیص و تعیین علت آنژین صدری

- هدف از بررسی آنژین صدری عبارتست از :
 - شناسایی و درمان عوامل تشدید کننده
 - برنامه ریزی و تنظیم فعالیت جسمانی بیمار
 - بررسی و درمان عوامل خطر قابل درمان
 - درمان داروئی
- بعضی از عوامل سبب تشدید یا تسریع آنژین صدری در مبتلایان به IHD می شوند نظیر بیماری دریچه آئورت، کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک، چاقی، هیپرتانسیون، هیپرتیروئیدی، مصرف سیگار، آنمی
- در بیماران مبتلا به آنژین صدری به منظور پیشگیری از بروز حملات ایسکمی باید نیاز عضله قلب به اکسیژن متناسب با توانایی گردش خون در رفع این نیاز باشد. بدین منظور کافی است فعالیت هایی که ایجاد علائم آنژین صدری در بیمار می کند با سرعت کمتری انجام پذیرد. غذا با حجم کمتر و دفعات بیشتر صرف شود. از ایجاد تنش های روانی پرهیز گردد و در صورت نیاز به منظور پیشگیری از فشار جسمی یا روحی، نوع کار یا محل اقامت تغییر داده شود. همچنین انجام تمرینات ورزشی منظم روزانه تحت نظر پزشک می تواند توانایی فرد را در انجام فعالیت های روزمره افزایش دهد.
- عوامل خطر قابل درمان عبارتند از: چاقی، هیپرلیپیدمی، هیپرتانسیون و دیابت شیرین، استعمال دخانیات.

**رویکرد بالینی پیشنهاد شده بمنظور
تشخیص و کنترل سگته مغزی**

الف) قطع ناگهانی جریان خون مغز به علت پارگی یا انسداد شریان منجر به بروز ایسکمی مغزی و علائم نورولوژیکی می شود علائم ایسکمی مغزی شامل اختلالات حسی، اختلالات حرکتی، اختلالات بینایی، اختلال تکلم، اختلالات شناختی و سردرد شدید می باشد. چنانچه این علائم در مدت کمتر از ۲۴ ساعت برطرف شود ایسکمی گذرای مغزی (TIA) و در صورتی که بیش از ۲۴ ساعت ادامه یابد حمله مغزی (Stroke) نامیده می شود. سگته های مغزی به دو نوع ایسکمیک (۸۵٪ موارد) و هموراژیک (۱۵٪ موارد) تقسیم می شوند.

ب) باتوجه به اینکه نحوه برخورد با بیماران مبتلا به سگته های مغزی ایسکمیک و هموراژیک کاملاً متفاوت است و افتراق این دو برپایه علائم بالینی چندان قابل اعتماد نمی باشد. لازمست از کلیه بیماران مبتلا به حمله مغزی، CT - scan مغزی بدون کنتراست به عمل آید.

ج) در بیماران مبتلا به TIA معمولاً علائم بین ۵ تا ۱۵ دقیقه طول می کشد.

د) در خلال ایسکمی مغزی، جریان خون، عروق جانبی (Collateral) وابسته به فشارخون بیمار است و کاهش شدید فشارخون منجر به تشدید ایسکمی مغزی می شود. بنابراین باید از کاهش ناگهانی فشارخون بیمار اجتناب کرد و تنها در مواردی که فشارخون بیمار از 18/110 میلی متر جیوه بیشتر باشد می توان با استفاده از داروهای نظیر کاپتوپریل، هیدرالازین و یا فوروزماید وریدی فشارخون را حداکثر به میزان ۱۰ تا ۱۵ درصد کاهش داد (مصرف TNG زیر زبانی مورد بحث است)

ه) در سه ماهه اول پس از بروز TIA خطر ایجاد حمله مغزی حدوداً ۱۰٪ است که غالباً در ۲ روز اول پس از TIA رخ می دهد بنابراین بیماران مبتلا به TIA باید حتماً مورد ارزیابی و درمان قرار گیرند و عوامل خطر زمینه ساز TIA پیشگیری و کنترل شود.

و) در بیماران مبتلا به بیماریهای دریچه قلب نظیر تنگی میترال، بیماریهای عروق کرونر نظیر سگته های قلبی که منجر به اختلال در حرکت دیوارهای بطن و یا آنوریسم بطنی شده است. مبتلایان به بعضی آریتمی ها نظیر فیبریلاسیون دهلیزی یا سندروم گره سینوسی بیمار (SSS) و مبتلایان به دیابت و آترواسکلروز عروق محیطی پیشگیری اولیه از بروز حمله های مغزی اهمیت فوق العاده ای دارد.

ز) بیمارانی که از داروهای ضد انعقادی نظیر آسپرین، وارفارین، پلاویکس ... استفاده می کنند باید از نظر عارضه خونریزی های غیر طبیعی (نظیر خونریزی غیرطبیعی لثه، اکیموز، تپش، ...) کنترل شده و در صورت بروز چنین نشانه هایی دارو براساس آزمایشات مربوطه نظیر BT، CT، OPT تنظیم گردد.

جدول مقایسه اهداف نهایی برای پیشگیری اولیه از عوامل خطر قلبی عروقی

متغیر	راهنمای ESC (انجمن قلب اروپا) در خصوص پیشگیری از بیماری قلبی عروقی در اقدامات بالینی	راهنمای AHA (انجمن قلب امریکا)
فشارخون (Blood pressure)	کمتر از ۱۴۰/۹۰ mmHg	- کمتر از ۱۴۰/۹۰ mmHg - کمتر از ۱۳۰/۸۵ mmHg در صورت وجود بیماری های نارسایی قلبی یا نارسایی کلیوی - کمتر از ۱۳۰/۸۰ mmHg در صورت وجود دیابت
کلسترول تام (Total cholesterol)	کمتر از ۵ mmol/l (حدود ۱۹۰ mg/dl)	کمتر از ۲۰۰ mg/dl
کلسترول ال دی ال (LDL-C)	کمتر از ۳ mmol/l (حدود ۱۱۵ mg/dl)	- کمتر از ۱۶۰ mg/dl - کمتر از ۱۳۰ mg/dl در صورتی که بیش از ۲ عامل خطر وجود داشته باشد و احتمال خطر بروز بیماری عروق کرونر قلب (CHD) بیش از ۲۰٪ باشد
کلسترول اچ دی ال (HDL-C)	-	- بیشتر از ۴۰ mg/dl در مردان - بیشتر از ۵۰ mg/dl در زنان
تری گلیسیرید (Triglycerides)	-	کمتر از ۱۵۰ mg/dl
گلوکز ناشتا (fasting blood glucose)	کمتر از ۶ mmol/l (حدود ۱۱۰ mg/dl)	کمتر از ۱۱۰ mg/dl
هموگلوبین گلیکوزیله HbA _{1c}	-	کمتر از ۷٪
فعالیت بدنی	- بیشتر از ۳۰ دقیقه در روز - بیشتر از ۵ روز در هفته	بیشتر از ۳۰ دقیقه در روز در اکثر (تمام) روزهای هفته
نمایه توده بدنی (BMI)	کمتر از ۲۵ kg/m ²	کمتر از ۲۵ kg/m ²
تغذیه	- کل چربی کمتر از ۳۰٪ انرژی - چربی اشباع کمتر از ۳۳٪ کل انرژی - کاهش مصرف نمک	- چربی های اشباع کمتر از ۱۰٪ کالری - کلسترول کمتر از ۳۰۰ میلیگرم در ۲۴ ساعت - نمک کمتر از ۶ گرم در ۲۴ ساعت (کمتر از ۲/۳ گرم در ۲۴ ساعت در زنان) - الکل کمتر از ۲ واحد در ۲۴ ساعت در مردان و کمتر از ۱ واحد در ۲۴ ساعت در زنان* - به حداقل رساندن مصرف اسیدهای چرب ترانس

*در کشور ایران مصرف الکل ممنوع است و هیچ مقداری توصیه نمی شود.

جدول مقایسه اهداف نهایی در بیماران دارای سیمای با خطر بالا یا بیماری عروق کرونر

متغیر	راهنمای ESC (انجمن قلب اروپا)	راهنمای AHA (انجمن قلب امریکا)
فشارخون	کمتر از ۱۳۰/۸۰ mmHg*	کمتر از ۱۴۰/۹۰ mmHg - کمتر از ۱۳۰/۸۰ mmHg در صورت وجود دیابت یا بیماری مزمن کلیوی
کلسترول تام (Total cholesterol)	کمتر از ۴/۵ mmol/l (حدود ۱۷۵ mg/dl) - یا با اختیار کمتر از ۴ mmol/l (حدود ۱۵۵ mg/dl)*	کمتر از ۵ mmol/l (حدود ۲۰۰ mg/dl)
LDL-C	کمتر از ۲/۵ mmol/l (حدود ۱۰۰ mg/dl) - یا با اختیار کمتر از ۲ mmol/l (حدود ۸۰ mg/dl)*	کمتر از ۱۰۰ mg/dl - یا با اختیار کمتر از ۷۰ mg/dl
تری گلیسیرید (Triglycerides)		در صورتی که تری گلیسیرید بیشتر از ۲۰۰ باشد غیر HDL-C باید کمتر از ۱۳۰ mg/dl باشد
گلوکز ناشتا (fasting blood glucose)	کمتر از ۶ mmol/l (حدود ۱۱۰ mg/dl)	
هموگلوبین گلیکوزیله HbA _{1c}	کمتر از ۶/۵%*	کمتر از ۷%
فعالیت بدنی	- بیشتر از ۳۰ دقیقه در روز - بیشتر از ۵ روز در هفته	- بیشتر از ۳۰ دقیقه در روز - ۷-۵ روز در هفته
نمایه توده بدنی (BMI)	کمتر از ۲۵ kg/m ²	کمتر از ۲۵ kg/m ²

*در صورت امکان و عملی بودن

پیشنهاداتی برای پیشگیری از بیماری قلبی عروقی در افراد دارای عوامل خطر قلبی عروقی (طبق خطر کلی انفرادی)^۱

خطر ده ساله حوادث قلبی عروقی	
کمتر از ۱۰٪، ۱۰٪ تا کمتر از ۲۰٪، ۲۰٪ تا کمتر از ۳۰٪، ۳۰٪ و بیشتر	
زمانی که منابع محدود است، مشاوره فردی و پیش بینی مراقبت طبق میزان خطر قلبی عروقی الویت بندی می شود.	
خطر کمتر از ۱۰٪	افرادی که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر کمی هستند. خطر کم به معنی بی خطر نیست. مدیریت محتاطانه با تمرکز بر شیوه زندگی پیشنهاد می گردد. ^۲
خطر ۱۰٪ تا کمتر از ۲۰٪	افرادی که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر متوسط حوادث عروقی کشنده یا غیر کشنده هستند. هر ۶ الی ۱۲ ماه پایش پروفایل خطر انجام شود.
۲۰٪ تا کمتر از ۳۰٪	افرادی که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر بالای حوادث عروقی کشنده یا غیر کشنده هستند. هر ۳ الی ۶ ماه پایش پروفایل خطر انجام شود.
۳۰٪ و بیشتر	افرادی که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر خیلی بالای حوادث عروقی کشنده یا غیر کشنده هستند. هر ۳ الی ۶ ماه پایش پروفایل خطر انجام شود.

^۱ غیر از افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر، بیماری عروق مغزی و عروق محیطی

^۲ اقدامات سیاسی که محیط های هدایت کننده برای ترک دخانیات ایجاد کند، انجام فعالیت بدنی و مشاوره برای رژیم غذایی سالم برای ارتقاء تغییرات رفتاری ضروری است. همه افراد از این شرایط سود می برند. این اقدامات برای افراد در معرض خطر کم در مقایسه با مشاوره فردی و رویکردهای درمانی می توانند یک اثر سلامتی با هزینه کمتری بگذارند.

ترک دخانیات	
تمام افراد غیر سیگاری باید به پیشگیری از مصرف دخانیات تشویق شوند. تمام افراد سیگاری باید توسط کارکنان بهداشتی به ترک مصرف تشویق شوند و از تلاش آن ها حمایت شود. توصیه می گردد مصرف کنندگان سایر انواع مواد دخانی هم به ترک مصرف تشویق شوند.	
خطر ۲۰٪ تا کمتر از ۳۰٪	درمان با جایگزین نیکوتین و یا نورتریتیلین یا امفموتامور (بوپروپیون) باید با مشاوره به افراد سیگاری دارای انگیزه ترک که در ترک شکست خورده اند پیشنهاد شود.
خطر ۳۰٪ و بیشتر	درمان با جایگزین نیکوتین و یا نورتریتیلین یا امفموتامور (بوپروپیون) باید با مشاوره به افراد سیگاری دارای انگیزه ترک که در ترک شکست خورده اند پیشنهاد شود.

تغییرات غذایی
تمام افراد به شدت باید برای کاهش مصرف کل چربی و چربی های اشباع تشویق شوند. مصرف کل چربی باید به کمتر از ۳۰۵ از کل کالری برسد. چربی های اشباع باید به کمتر از ۱۰٪ از کل کالری برسند. دریافت اسیدهای چرب ترانس باید به حداقل ممکن برسد یا حذف شود و اغلب چربی های غذایی باید از نوع چربی های غیر اشباع چند زنجیره ای (تا ۱۰٪ از کل کالری) یا از نوع غیر اشباع تک زنجیره ای باشند. (۱۰ تا ۱۵٪ کل چربی). تمام افراد به شدت باید برای کاهش مصرف نمک روزانه به حداقل یک سوم و در صورت امکان به کمتر از ۵ گرم در روز یا کمتر از ۹۰ میلی مول در روز تشویق شوند. تمام افراد باید به مصرف حداقل ۴۰۰ گرم در روز از میوه و سبزی و غلات کامل تشویق شوند.
فعالیت بدنی
تمام افراد به شدت باید به انجام حداقل ۳۰ دقیقه در روز فعالیت بدنی متوسط (مانند پیاده روی تند) در زمان اوقات فراغت، وظایف روزانه و زمان کار تشویق شوند.
کنترل وزن
تمام افرادی که دارای اضافه وزن یا چاق هستند باید به کاهش وزن از طریق کاهش مصرف انرژی رژیم غذایی (مشاوره غذایی) و افزایش فعالیت بدنی تشویق شوند.
مصرف الکل
افرادی که بیش از ۳ واحد الکل ^۳ در روز مصرف می کنند، باید به کاهش مصرف تشویق شوند.

^۳ یک واحد الکل برابر با نصف پیمانه آبجو یا بیشتر برای (۵٪ الکل)، ۱۰۰ میلی لیتر شراب (۱۰٪ الکل)، ۲۵ میلی لیتر اسپیریت (۴۰٪ الکل) است.

داروهای کاهش دهنده فشارخون	
تمام افراد دارای فشارخون ۱۶۰/۱۰۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر یا درجات کمتری از فشارخون بالا اما با آسیب اعضای هدف، باید برای پایین آوردن فشارخون و خطر بیماری قلبی عروقی تحت درمان دارویی و توصیه هایی برای اصلاح شیوه زندگی نا مناسب قرار گیرند. تمام افراد دارای فشارخون کمتر از ۱۶۰/۱۰۰ میلیمتر جیوه یا بدون آسیب اعضای هدف، باید برای طبق خطر قلبی عروقی (خطر ۱۰ ساله حوادث قلبی عروقی کمتر از ۱۰٪، ۱۰٪ تا ۲۰٪، ۲۰٪ تا ۳۰٪) تحت مدیریت بیماری قرار گیرند.	
خطر کمتر از ۱۰٪	افراد دارای فشارخون پایدار ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه ^۴ و بیشتر باید به راهبردهای شیوه زندگی برای کاهش فشارخون ادامه دهند و هر ۲ تا ۵ سال فشارخون و خطر کلی قلبی عروقی خود را بسته به شرایط بالینی و در دسترس بودن منابع ارزیابی مجدد کنند.
خطر ۱۰٪ تا کمتر از ۲۰٪	افراد دارای فشارخون پایدار ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه ^۴ و بیشتر باید به راهبردهای شیوه زندگی برای کاهش فشارخون ادامه دهند و هر سالانه فشارخون و خطر کلی قلبی عروقی خود را بسته به شرایط بالینی و در دسترس بودن منابع ارزیابی مجدد کنند.
۲۰٪ تا کمتر از ۳۰٪	افراد دارای فشارخون پایدار ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه ^۴ و بیشتر که قادر به کاهش فشارخون خود از طریق راهبردهای شیوه زندگی با کمک های حرفه ای طی ۴ تا ۶ ماه نیستند، باید یکی از داروهای زیر برای آن ها در نظر گرفته شود تا فشارخون و خطر قلبی عروقی را کاهش دهد: دیورتیک های مشابه تیازید، مهارکننده های آنژیوتانسین، بلوک کننده های کانال کلسیم، بتا بلوکر ^۵ . دیورتیک های مشابه تیازید کم دوز، مهارکننده های آنژیوتانسین

یا بلوک کننده های کانال کلسیم به عنوان اولین خط درمان پیشنهاد می شوند.	
افراد دارای فشارخون پایدار ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه و بیشتر باید یکی از داروهای زیر برای آن ها در نظر گرفته شود تا فشارخون و خطر قلبی عروقی را کاهش دهد: دیورتیک های مشابه تیازید، مهار کننده های آنژیوتانسین، بلوک کننده های کانال کلسیم، بتا بلوکر ^۵ . دیورتیک های مشابه تیازید کم دوز، مهار کننده های آنژیوتانسین یا بلوک کننده های کانال کلسیم به عنوان اولین خط درمان پیشنهاد می شوند.	۳۰٪ و بیشتر

^۴ خطر قبل از درمان هرچه که باشد، کاهش فشارخون تا ۱۵-۸/۱۰-۵ میلی متر جیوه با درمان دارویی خطر مرگ و ناخوشی بیماری قلبی عروقی را باهم تا یک سوم کاهش می دهد. با این وجود بکار گیری این پیشنهادات سبب می شود نسبت بزرگی از جمعیت بزرگسال داروهای کاهنده فشارخون در یافت کنند. حتی در بعضی از جوامع با منابع زیاد، اقدام فعلی برای این گروه فقط در صورتی که فشارخون ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه یا بیشتر باشد، دارو ها را توصیه می کند.

^۵ شواهدی از دو متا آنالیز اخیر نشان می دهد برای درمان فشارخون بالا بتا بلوکرها نسبت به بلوک کننده های کانال کلسیم و مهار کننده های آنژیو تانسین در کاهش تعداد عوارض نهایی شدید ارجح هستند. به علاوه بتا بلوکرها نسبت به دیورتیک ها کمتر بخوبی تحمل می شوند. اکثر این شواهد از کارآزمایی های بالینی که آنتولول به عنوان بتابلوکر مصرف شده بدست آمده است.

داروهای کاهش دهنده کلسترول خون	
تمام افراد دارای کلسترول خون ۸ میلی مول در لیتر (۳۲۰ میلی گرم در دسی لیتر) باید برای پیروی از یک رژیم غذایی کاهش دهنده چربی خون و مصرف استاتین برای کاهش خطر قلبی عروقی تحت مشاوره و راهنمایی قرار گیرند.	
سایر افراد لازم است طبق خطر قلبی عروقی زیر مدیریت و کنترل شوند: (خطر ۱۰ ساله حوادث قلبی عروقی کمتر از ۱۰٪، ۱۰٪ تا ۲۰٪، ۲۰٪ تا ۳۰٪)	
خطر کمتر از ۱۰٪	باید برای پیروی از یک رژیم غذایی کاهش دهنده چربی خون تحت مشاوره و راهنمایی قرار گیرند. ^۶
خطر ۱۰٪ تا کمتر از ۲۰٪	باید برای پیروی از یک رژیم غذایی کاهش دهنده چربی خون تحت مشاوره و راهنمایی قرار گیرند. ^۶
۲۰٪ تا کمتر از ۳۰٪	افراد بزرگسال بالای ۴۰ سال با کلسترول خون بالای پایدار (بیشتر از ۵ میلی مول در لیتر) و یا کلسترول LDL بیش از ۳ میلی مول در لیتر، علیرغم رژیم غذایی کاهش دهنده چربی خون، باید استاتین مصرف کنند.
۳۰٪ و بیشتر	افراد در معرض خطر باید برای پیروی از یک رژیم غذایی کاهش دهنده چربی خون تحت مشاوره و راهنمایی قرار گیرند و استاتین مصرف کنند. کلسترول سرم باید به کمتر از ۵ میلی مول در لیتر (کلسترول LDL به کمتر از ۳ میلی مول در لیتر) یا تا ۲۵٪ (۳۰٪) برای کلسترول (LDL)، هر کدام که بزرگتر است کاهش یابد. ^۷
داروهای هیپو گلیسمی	
افراد دارای قند خون پایدار بیش از ۶ میلی مول در لیتر/علیرغم کنترل رژیم غذایی باید متفورمین دریافت کنند.	

^۶ خطر مطلق قبل از درمان هر چه که باشد، کاهش کلسترول تا ۲۰٪ (تقریباً^۱ ۱ میلی مول در لیتر) با درمان با استاتین انتظار می رود مرگ ناشی از بیماری عروقی کرونر ۳۰٪ کاهش یابد. با این وجود بکار گیری این مورد در جمعیت عمومی ممکن است هزینه - اثربخش نباشد. این سبب می شود نسبت بزرگتری

از جمعیت بزرگسال استاتین دریافت کنند. حتی در بعضی از جوامع با منابع زیاد، اقدام فعلی برای این گروه فقط در صورتی که کلسترول خون ۱۰۰ بالای ۸ میلی مول در لیتر (۳۲۰ میلی گرم در دسی لیتر) باشد، دارو ها را توصیه می کند.
 ۷ هیچ کارآزمایی بالینی که منافع مطلق و نسبی کاهش کلسترول خون به سطوح هدف مختلف کلسترول در رابطه با حوادث بالینی را ارزشیابی کرده باشد، وجود ندارد.

داروهای ضد انعقاد	
خطر کمتر از ۱۰٪	برای افراد در این گروه خطر، مضرات ناشی از درمان با آسپیرین بر منافع آن ارجح است. آسپیرین نباید به افراد در این گروه با خطر کم داده شود.
خطر ۱۰٪ تا کمتر از ۲۰٪	برای افراد در این گروه خطر، منافع ناشی از درمان با آسپیرین با مضرات آن یک اندازه است. آسپیرین نباید به افراد در این گروه داده شود.
۲۰٪ تا کمتر از ۳۰٪	برای افراد در این گروه خطر، تعادل بین منافع و مضرات ناشی از درمان با آسپیرین روشن نیست. ^۸ آسپیرین احتمالاً "ناباید به افراد در این گروه داده شود.
۳۰٪ و بیشتر	به افراد در این گروه خطر، باید آسپیرین با دوز کم داده شود.
داروهای که پیشنهاد نمی شوند	
	جایگزینی با هورمون ها، ویتامین B, C, E و اسید فولیک برای کاهش خطر قلبی عروقی پیشنهاد نمی شود.

^۸ آسپیرین را در مناطقی که میزان بیماری عروق کرونر قلب از میزان سکتته های قلبی بیشتر است در نظر بگیرید. نکات بهترین اقدام: به جزء موارد مصرف مشخص برای استفاده از دارو های خاص، ارزانتترین داروهای گروه های دارویی فوق را تهیه کنید. تهیه داروهای ژنریک با کیفیت خوبی که در فهرست داروهای اساسی سازمان جهانی بهداشت آمده است پیشنهاد می شود. هزینه اثربخش ترین درمان های پیشگیرانه شامل آسپیرین و درمان اولیه کاهش دهنده فشارخون (تیاژیدهای کم دوز) هستند. درمان های کاهش دهنده فشارخون شدید و درمان با استاتین ها کمتر هزینه اثر بخش هستند. در جوامع با منابع محدود یک راهبرد پیشگیری هزینه اثربخش ارائه آسپیرین و درمان اولیه کاهش دهنده فشارخون به تمام افراد در معرض خطر زیاد قبل از درمان های کاهش دهنده فشارخون شدید و استاتین ها است.

بخش دوم

مدیریت افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر، عروق مغزی یا عروق محیطی تثبیت شده (پیشگیری ثانویه)

افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی تثبیت شده (آنژین پکتوریس، بیماری عروق کرونر قلب، سکته قلبی (انفارکتوس میوکارد)، حمله های ایسکمیک گذرا، بیماری عروق مغزی (CeVD) یا بیماری عروق محیطی (PVD) یا بعد از پیوند عروق کرونر یا اندارترکتومی کاروتید) در معرض خطر زیاد توسعه عود حوادث قلبی عروقی هستند. نمودارهای پیش بینی خطر لزوماً " برای تصمیم گیری برای درمان بر اساس آن ها نیست.

هدف از کاربرد پیشنهادات زیر پیشگیری از عود حوادث قلبی عروقی با کاهش خطر قلبی عروقی آن هاست.

راهنمای پیشگیری ثانویه برای بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و سایر بیماری عروقی

آترواسکلروزی (انجمن قلب آمریکا/جامعه قلب آمریکا: ۲۰۰۶)

عامل خطر	پیشنهادات مداخله ای
مصرف دخانیات:	برای تمام بیماران:
هدف: - ترک کامل مصرف دخانیات - عدم مواجهه با دود دخانیات محیطی	- در هر ملاقات در باره مصرف دخانیات سوال کنید. - افرادی که دخانیات مصرف می کنند را به ترک تشویق کنید. - تمایل و آمادگی برای ترک را در فرد ارزیابی کنید. - با مشاوره و تهیه یک برنامه ترک به وی کمک کنید. - برنامه ای برای پیگیری، ارجاع به برنامه های خاص، یا دارودرمانی (شامل درمان با جایگزین نیکوتین و بوپروپیون) را ترتیب دهید. - به اجتناب از مواجهه با دود دخانیات محیطی در محل کار و منزل اصرار ورزید.
کنترل فشارخون:	برای تمام بیماران:
هدف: - رسیدن فشارخون به کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه یا کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه در صورتی که بیمار مبتلا به دیابت یا بیماری مزمن کلیوی باشد	- اصلاح شیوه زندگی یا حفظ آن را شروع کنید که شامل کنترل وزن، افزایش فعالیت بدنی، کاهش مصرف الکل، کاهش مصرف سدیم، و تاکید بر افزایش مصرف میوه های تازه، سبزیجات، و محصولات لبنی کم چربی هستند.
	برای بیماران دارای فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر (یا ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه و بیشتر برای افراد دارای بیماری کلیوی مزمن یا دیابت):
	- در حد تحمل داروی فشارخون را افزایش دهید، در ابتدا درمان را با بتا بلوکرها و/یا مهار کننده های میدل آنژیوتانسین ACE و افزایش سایر داروها مانند تiazیدها در صورت نیاز برای دستیابی به فشارخون هدف شروع کنید. (برای موارد کاربرد طبقه دارویی فردی در بیماری های عروقی خاص به هفتمین گزارش کمیته ملی مشترک در خصوص پیشگیری، تشخیص، ارزشیابی و درمان فشارخون بالا مراجعه کنید. JNC 7)
چربی خون:	برای تمام بیماران:
مدیریت:	- درمان تغذیه ای را شروع کنید. مصرف چربی های اشباع را کاهش دهید (به کمتر از ۷٪ از کل

<p>هدف:</p> <p>-کلسترول ال دی ال را به کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر برسانید.</p> <p>-اگر تری گلیسیرید ها ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر هستند، کلسترول غیر اچ دی ال باید کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد .</p>	<p>کالری)، اسیدهای چرب ترانس ، و کلسترول (به کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در روز) را کاهش دهید.</p> <p>-افزودن استانول/استرول های گیاهی (۲ گرم در روز) و فیبر محلول (بیشتر از ۱۰ گرم در روز) و کلسترول LDL را بیشتر پایین می آورد.</p> <p>-فعالیت بدنی روزانه و مدیریت وزن را ارتقاء و بهبود بخشید.</p> <p>-افزایش مصرف اسیدهای چرب امگا ۳ را در فرم غذایی مانند ماهی یا فرم کپسول(۱ گرم در روز) برای کاهش خطر تشویق کنید.</p>
<p>برای مدیریت چربی :</p>	
	<p>-پروفایل چربی خون ناشتا را در تمام بیماران و برای کسانی که حوادث قلبی حاد یا عروق کرونر در بیمارستان بستری شده اند در طول ۲۴ ساعت اول، ارزیابی کنید.</p> <p>-برای بیماران بستری داروهای کاهش چربی خون را طبق پیشنهادات و برنامه زیر قبل از ترخیص شروع کنید:</p> <p>-کلسترول LDL باید به کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر برسد و</p> <p>-کاهش بیشتر کلسترول LDL به کمتر از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر منطقی است.</p> <p>-اگر کلسترول LDL اولیه ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و بیشتر است، داروهای کاهش دهنده کلسترول LDL را شروع کنید.</p> <p>-اگر کلسترول LDL تحت درمان هنوز ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و بیشتر است، دارو ها را افزایش دهید (ممکن است نیاز به ترکیبی از داروهای کاهش دهنده LDL باشد).</p> <p>-اگر کلسترول LDL اولیه بین ۷۰ تا ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، ادامه درمان برای کاهش به کمتر از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر منطقی است.</p> <p>- اگر تری گلیسیرید بین ۲۰۰ تا ۴۹۹ میلی گرم در دسی لیتر باشد، کلسترول غیر HDL باید کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد.</p> <p>-کاهش بیشتر کلسترول غیر HDL به کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر منطقی است.</p> <p>-انتخاب های درمانی برای کاهش کلسترول غیر HDL شامل موارد زیر است:</p> <p>شدت بیشتر درمان کاهش کلسترول LDL، یا</p> <p>درمان با نیاسین(بعد از درمان کاهش کلسترول LDL)، یا</p> <p>درمان با فیبرات(بعد از درمان کاهش کلسترول LDL)</p> <p>-اگر تری گلیسیرید ۵۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و بیشتر هستند انتخاب های درمانی برای پیشگیری از پانکراتیت شامل فیبرات یا نیاسین قبل از درمان کاهش کلسترول LDL و درمان کلسترول LDL تا رسیدن به هدف بعد از درمان کاهش دهنده تری گلیسیرید هستند. در صورت امکان، کلسترول غیر HDL را به کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر برسانید.</p>
<p>فعالیت بدنی:</p>	
<p>هدف:</p> <p>انجام ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی، ۷ روز در هفته(حداقل ۵ روز در هفته)</p>	<p>-برای تمام بیماران، میزان خطر را با سابقه فعالیت بدنی /یا تست ورزش ارزیابی کنید تا به تجویز کمک کند.</p> <p>-برای تمام بیماران، ۳۰ تا ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی هوازی با شدت متوسط توصیه کنید، مانند پیاده روی تند، در اغلب و ترجیحاً تمام روزهای هفته، که با افزایش فعالیت های روزانه شیوه زندگی همراه باشد(مانند، راه رفتن در زمان استراحت در محل کار، باغبانی، خانه داری)</p> <p>-فعالیت های قدرتی یا مقاومتی را به ۲ روز در هفته افزایش دهید.</p> <p>-برنامه های تحت نظارت پزشک را برای بیماران پرخطر(مانند بیماران که اخیراً "سندروم کرونری حاد یا پیوند عروق، نارسایی قلبی داشته اند) توصیه کنید.</p>
<p>مدیریت وزن:</p>	

<p>- در هر ملاقات نمایه توده بدنی/یا دور کمر را ارزیابی کنید و دائماً" به کاهش وزن/حفظ وزن مطلوب از طریق ایجاد یک تعادل مناسب بین فعالیت بدنی، دریافت کالری، و برنامه های رفتاری رسمی در صورت لزوم برای حفظ/دستیابی به نمایه توده بدنی بین ۱۸/۵ و ۲۴/۹ کیلوگرم بر متر مربع، تشویق کنید.</p> <p>-اگر دور کمر (بطور افقی دور سر لگن خاصره (کرست ایلیاک) اندازه گیری شده باشد) ۳۵ اینچ و بیشتر(۸۸ سانتی متر) در زنان و ۴۰ اینچ و بیشتر(۱۰۲ سانتی متر)در مردان باشد، تغییر شیوه زندگی را شروع کنید و راهبردهای درمانی برای سندروم متابولیک را در صورت لزوم، در نظر بگیرید.</p> <p>-هدف اولیه درمان کاهش وزن باید تقریباً " کاهش ۱۰٪ وزن بدن پایه باشد.در صورت موفقیت، اگر در ارزیابی های بعدی و بیشتر ضرورت برای کاهش وزن باشد، برای کاهش وزن بیشتر تلاش شود.</p>	
	<p>دیابت:</p>
<p>-اصلاح شیوه زندگی و درمان دارویی را برای دستیابی به مقدار در حد طبیعی هموگلوبین گلیکوزیله شروع کنید.</p> <p>اصلاح شدید سایر عوامل خطر (مانند فعالیت بدنی، مدیریت وزن، کنترل فشارخون و مدیریت کلسترول طبق پیشنهاد مذکور در فوق شروع کنید.</p> <p>-با پزشک مراقبت های اولیه یا متخصص غدد برای مراقبت دیابتی هماهنگی انجام دهید.</p>	<p>مدیریت:</p> <p>هدف:</p> <p>HbA1c<7%</p>
	<p>عوامل ضد پلاکت/ضد انعقاد:</p> <p>Antiplatelet Agents/Anticoagulans</p>
<p>-مصرف آسپیرین به مقدار ۷۵ تا ۱۶۲ میلی گرم در روز را شروع کنید و در همه بیماران بطور نامحدود ادامه دهید، مگر منع مصرف وجود داشته باشد.</p> <p>برای بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر، آسپیرین باید ۴۸ ساعت بعد از جراحی شروع شود تا انسداد سیاهرگ سافنا پیوندی را کاهش دهد. بنظر می رسد دوز دارو از ۱۰۰ تا ۳۲۵ میلی گرم در روز مؤثر باشد.دوزهای بیشتر از ۱۶۲ میلی گرم در روز تا یک سال می تواند ادامه یابد.</p> <p>کلویدوگرل ۷۵ میلی گرم در روز را همراه با آسپیرین به مدت یک سال در بیماران بعد از عمل سندروم کرونری حاد یا مداخلات کرونری جلدی با جایگذاری استنت (یک سال و بیشتر برای استنت فلزی غیردارویی (bare metal stent)، ۳ ماه و بیشتر برای استنت دارویی) (sirolimus stent-eluting stent) و ۶ ماه و بیشتر برای استنت دارویی (paclitaxel –eluting stent) شروع کنید و ادامه دهید.</p> <p>-بیمارانی که با جایگذاری استنت تحت مداخله کرونری جلدی قرار گرفته اند، در ابتدا باید دوز بالاتری از آسپیرین ۳۲۵ میلی گرم در روز به مدت یک ماه برای استنت فلزی غیردارویی (bare metal stent)، ۳ ماه و بیشتر برای استنت دارویی (sirolimus stent-eluting stent)، ۳ ماه برای استنت دارویی (paclitaxel –eluting stent) دریافت کنند.</p> <p>-وارفارین را در سطح بین المللی طبیعی شده برای نسبت ۲ تا ۳ برای فیبریلاسیون یا فلوتر پاروکسیمال یا مزمن دهلیزی، و در بیماران بعد از سکت قلبی که از نظر بالینی مورد مصرف دارد(مانند فیبریلاسیون دهلیزی، ترومبوز بطن چپ)مدیریت کنید.</p> <p>-استفاده از وارفارین همراه با آسپیرین و /یا کلویدوگرل با افزایش خطر خونریزی همراه است و باید به دقت پایش شود.</p>	
<p>ACE inhibitors:(ACE) مهارکننده های آنژیوتانسین</p>	<p>مهار کننده های رنین - آنژیوتانسین-آلدوسترون</p>

	Renin-Angiotensin-Aldosterone System Blockers:
<p>- مهارکننده های ACE را در تمام بیماران دارای اجکشن فراکشن بطنی (ventricular ejection fraction) ۴۰٪ و کمتر و در بیماران مبتلا به فشارخون بالا، دیابت یا بیماری مزمن کلیوی، شروع کنید و ادامه دهید، مگر منع مصرف داشته باشد.</p> <p>- این دراو را برای همه بیماران دیگر در نظر بگیرید.</p> <p>- در بیماران با خطر کمتر با اجکشن فراکشن بطنی طبیعی در کسانی که عوامل خطر قلبی عروقی بخوبی کنترل می شود و بازسازی عروق (revascularization) انجام شده است، استفاده از مهار کننده های ACE اختیاری است.</p>	
<p>مسدود کننده های گیرنده آنژیوتانسین: Angiotensin receptor blockers</p>	
<p>- در بیمارانی که مهار کننده های ACE را تحمل نمی کنند و نارسایی قلبی دارند یا سابقه سکته قلبی داشته اند با اجکشن فراکشن بطنی ۴۰٪ و کمتر استفاده شود.</p> <p>- در سایر بیمارانی که مهار کننده های ACE را تحمل نمی کنند مد نظر قرار دهید.</p> <p>- استفاده ترکیبی با مهار کننده های ACE را در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با اختلال عملکرد سیستمی، در نظر بگیرید.</p>	
<p>بلوک کننده های آلدوسترون: Aldosteron blockade</p>	
<p>- در بیماران بعد از سکته قلبی بدون اختلال کلیوی مهم یا هیپرکالمی که دوزهای درمانی مهار کننده های ACE و بتا بلوکر ها را دریافت می کنند، اجکشن فراکشن بطنی ۴۰٪ و کمتر دارند و به دیابت یا نارسایی قلبی نیز مبتلا هستند، استفاده کنید.</p>	
<p>بتا بلوکرها β-blockers</p>	
<p>- این دارو را در همه بیمارانی که سابقه سکته قلبی، سندروم کرونری حاد، یا اختلال بطن چپ همراه یا بدون علائم نارسایی قلبی دارند، شروع کنید و ادامه دهید، مگر منع مصرف داشته باشد.</p>	
<p>واکسن انفلوانزا</p>	
<p>بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی باید واکسن انفلوانزا دریافت کنند.</p>	

- بیمارانی که تحت پوشش این راهنما قرار می گیرند شامل بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلب و سایر بیماری عروقی آترواسکلروزی، شامل بیماری عروق محیطی، بیماری آئورت آترواسکلروزی، و بیماری های شریان کاروتید هستند. درمان بیمارانی که تنها خطر قلبی عروقی آن ها بیماری دیابت است موضوع بیانیه علمی انجمن قلب امریکا است و از این راهنما جدا هستند.
- ACE: داروی آنزیم های مبدل آنژیوتانسین
- کلسترول غیر اچ دی ال: کلسترول تام منهای کلسترول اچ دی ال
- زنان باردار و شیرده باید مصرف ماهی را به علت خطرات جیوه موجود در آن به حداقل برسانند.
- زمانی که داروهای کاهش دهنده کلسترول ال دی ال LDL-C مصرف می شود، حداقل باید ۳۰ تا ۴۰٪ کاهش در سطوح کلسترول LDL-C بدست آید.
- اگر هدف رساندن میزان LDL-C به کمتر از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، باید تیتراژ کردن دارو برای دستیابی به حداقل عوارض دارویی و هزینه مد نظر قرار گیرد.
- زمانی که رساندن میزان LDL-C به کمتر از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر به علت سطح بالای LDL-C پایه مقدور نباشد، معمولاً "دستیابی به هدف کاهش ۵۰٪ در سطح LDL-C با مصرف داروهای استاتین ها یا ترکیبی از داروهای کاهش دهنده LDL-C ممکن است.
- دوز استاتین را با ezetimibe ، bile acid sequestrant مانند کلستیرامین، یا نیاسین استاندارد کنید.

- ترکیبی از بالاترین مقدار استاتین به اضافه فیبرات می تواند خطر میوپاتی شدید را افزایش دهد. دوزهای استاتین با این ترکیب باید در حد نسبتاً کم حفظ شود.
- مکمل های غذایی نیاسین نباید به عنوان جایگزین تجویز نیاسین استفاده شود.
- بیماران دارای تری گلیسیرید خیلی بالا نباید الکل مصرف کنند. در صورتی که تری گلیسیرید بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، استفاده از داروی bile acid sequestrant نسبتاً منع مصرف دارد.
- کراتینین باید کمتر از ۲/۵ میلی گرم در دسی لیتر در مردان و کمتر از ۲ میلی گرم در دسی لیتر در زنان باشد.
- پتاسیم هم باید کمتر از ۵ میلی اکی والان mEq/L در لیتر باشد.

هدف از کاربرد پیشنهادات زیر پیشگیری از عود حوادث قلبی عروقی با کاهش خطر قلبی عروقی آن هاست.

پیشنهاداتی* برای پیشگیری از عود حوادث بیماری عروق کرونر (حمله های قلبی) و بیماری عروق مغزی (سکته های مغزی)

توصیه های شیوه زندگی	
راهنمایی های جدی در خصوص اصلاح شیوه زندگی باید همراه با درمان دارویی ارائه شود.	
خطر کمتر از ۱۰٪	افرادی که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر کمی هستند. خطر کم به معنی بی خطر نیست. مدیریت محتاطانه با تمرکز بر شیوه زندگی پیشنهاد می گردد. ^۲
خطر ۱۰٪ تا کمتر از ۲۰٪	افرادی که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر متوسط حوادث عروقی کشنده یا غیر کشنده هستند. هر ۶ الی ۱۲ ماه پایش پروفایل خطر انجام شود.
۲۰٪ تا کمتر از ۳۰٪	افرادی که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر بالای حوادث عروقی کشنده یا غیر کشنده هستند. هر ۳ الی ۶ ماه پایش پروفایل خطر انجام شود.
۳۰٪ و بیشتر	افرادی که در این گروه قرار می گیرند در معرض خطر خیلی بالای حوادث عروقی کشنده یا غیر کشنده هستند. هر ۳ الی ۶ ماه پایش پروفایل خطر انجام شود.

^۱ غیر از افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر، بیماری عروق مغزی و عروق محیطی

^۲ اقدامات سیاسی که محیط های هدایت کننده برای ترک دخانیات ایجاد کند، انجام فعالیت بدنی و مشاوره برای رژیم غذایی سالم برای ارتقاء تغییرات رفتاری ضروری است. همه افراد از این شرایط سود می برند. این اقدامات برای افراد در معرض خطر کم در مقایسه با مشاوره فردی و رویکردهای درمانی می توانند یک اثر سلامتی با هزینه کمتری بگذارند.

توصیه های شیوه زندگی	
راهنمایی های جدی در خصوص اصلاح شیوه زندگی باید همراه با درمان دارویی ارائه شود.	
ترک دخانیات	
تمام افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر و یا بیماری عروق مغزی باید توسط کارکنان بهداشتی به ترک مصرف تشویق شوند و از تلاش آن ها حمایت شود. توصیه می گردد مصرف کنندگان سایر انواع مواد دخانی هم به ترک مصرف، تشویق شوند.	
درمان با جایگزین نیکوتین باید به افرادی که به مصرف حداقل ۱۰ نخ سیگار در روز یا بیشتر ادامه می دهند، افرادی که بطور مشخص وابستگی به نیکوتین دارند، ارائه شود. مصرف ضد افسردگی ها برای ترک دخانیات بطور معمول برای افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر و	

یا بیماری عروق مغزی پیشنهاد نمی شود. افراد غیرسیگاری مبتلا به بیماری عروق کرونر و یا بیماری عروق مغزی حد الامکان باید از دود سیگار دست دوم و محیط های حاوی دود سیگار دوری کنند.

تغییرات غذایی

تمام افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر و یا بیماری عروق مغزی باید برای پذیرش یک الگوی رژیم غذایی که احتمالاً "خطر عود بیماری عروقی را کاهش می دهد تحت راهنمایی قرار گیرند. مصرف کل چربی باید به کمتر از ۳۰٪ از کل کالری برسد. چربی های اشباع باید به کمتر از ۱۰٪ از کل کالری برسند. دریافت اسیدهای چرب ترانس باید به حداقل ممکن برسد یا حذف شود و اغلب چربی های غذایی باید از نوع چربی های غیر اشباع چند زنجیره ای (تا ۱۰٪ از کل کالری) یا از نوع غیر اشباع تک زنجیره ای باشند. (۱۰ تا ۱۵٪ کل چربی). تمام افراد به شدت باید برای کاهش مصرف نمک روزانه به حداقل یک سوم و در صورت امکان به کمتر از ۵ گرم در روز یا کمتر از ۹۰ میلی مول در روز تشویق شوند. تمام افراد باید به مصرف حداقل ۴۰ گرم در روز از میوه و سبزی و غلات کامل تشویق شوند.

فعالیت بدنی

فعالیت بدنی منظم با شدت سبک تا متوسط برای تمام افرادی که در دوره نقاهت از حوادث عروق کرونر (از جمله پیوند عروق کرونر) پیشنهاد می شود. برنامه های تحت نظارت تمرینات باید در صورت امکان و عملی بودن برای تمام افرادی که در دوره نقاهت از حوادث عروق کرونر و عروق مغزی هستند، ارائه شود.

کنترل وزن

در بیماران قلبی عروقی که اضافه وزن دراند یا چاق هستند باید از طریق کاهش مصرف انرژی رژیم غذایی (مشاوره غذایی) و افزایش فعالیت بدنی برای کاهش وزن راهنمایی شوند.

مصرف الکل

افرادی که بیش از ۳ واحد الکل^۳ در روز مصرف می کنند، باید به کاهش مصرف تشویق شوند.

^۳ یک واحد الکل برابر با نصف پیمانه آبجو یا بیشتر برای (۵٪ الکل)، ۱۰۰ میلی لیتر شراب (۱۰٪ الکل)، ۲۵ میلی لیتر اسپیریت (۴۰٪ الکل) است.

✓ داروهای کاهش دهنده فشارخون

در تمام بیماران دارای بیماری تثبیت شده عروق کرونر قلب، خصوصاً با فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر کاهش فشارخون باید در نظر گرفته شود. در ابتدا اصلاح عوامل شیوه زندگی (خصوصاً مصرف زیاد الکل) باید در نظر گرفته شود و در صورتی که فشارخون هم چنان بالا ی ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه باشد درمان دارویی کاربرد دارد. اگر نتوان بتا بلوکر ها و ACEI نتوان تجویز کرد یا فشارخون هم چنان بالا باشد، درمان با تiazیدهای مدر احتمالاً "خطر حوادث عروقی را کاهش می دهد. مقدار فشارخون هدف ۸۵-۱۳۰/۸۰ میلیمتر جیوه مناسب است. کاهش فشارخون باید در تمام بیماران با سابقه حمله مغزی گذرا یا سکته مغزی تا میزان هدف کمتر از ۸۵-۱۳۰/۸۰ میلیمتر جیوه در نظر گرفته شود.

✓ داروهای کاهش دهنده کلسترول خون

برای تمام افراد مبتلا به بیماری کرونر قلب ادرمان با استاتین ها پیشنهاد می گردد. درمان باید در درازمدت و احتمالاً "تمام عمر ادامه یابد. بیماران در معرض خطر پایه زیاد بطور خاص از این درمان سود می برند. در مان با استاتین ها باید برای تمام بیماران مبتلا به بیماری عروق مغزی تثبیت شده خصوصاً "اگر شواهدی از بیماری عروق کرونر قلب داشته باشند در نظر گرفته شود.

<p>پایش کلسترول خون اجباری نیست. کلسترول تام کمتر از ۴ میلی مول در لیتر (۱۵۲ میلی گرم در دسی لیتر) و ال دی ال کمتر از ۲ میلی مول در لیتر (۷۷ میلی گرم در دسی لیتر)، یا کاهش ۲۵٪ در کلسترول تام و ۳۰٪ در ال دی ال، هر کدام که بدست آید می تواند هدف مطلوبی باشد.</p> <p>سایر داروهای کاهش دهنده لیپیدها نه به عنوان جایگزین و نه به عنوان داروی اضافه شده به استاتین، پیشنهاد نمی شوند.</p>
<p>✓ داروهای هیپو گلیسمی</p> <p>پیشگیری ثانویه از بیماری عروق کرونر قلب، عروق مغزی و عروق محیطی در بیماران دیابتی، چه نوع یک و چه نوع دو مهم است. افراد دارای قند خون پایدار بیش از ۶ میلی مول در لیتر/علیرغم کنترل رژیم غذایی باید متفورمین و یا در صورت مقتضی انسولین دریافت کنند.</p>
<p>✓ داروهای ضد پلاکت</p> <p>تمام بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر باید با آسپیرین منظم در غیاب یا منع مصرف واضح تحت درمان قرار گیرند. تمام بیماران دارای سابقه حمله ایسکمیک گذرا یا سکته مغزی ناشی از ایسکمی مغزی یا انفارکتوس باید با آسپیرین دراز مدت (احتمالاً تمام عمر) در غیاب منع مصرف واضح تحت درمان قرار گیرند.</p>
<p>✓ بتابلوکر بدنبال سکته قلبی</p> <p>درمان با بتابلوکرها برای تمام بیماران دارای سابقه سکته قلبی و بیماران عروق کرونری که اختلال عملکرد پیشرفته بطن چپ منجر به نراسایی قلبی دارند پیشنهاد می گردد. درمان باید برای حداقل ۱ تا ۲ سال حتی تمام عمر بعد از سکته قلبی ادامه یابد مگر عوارض جانبی جدی رخ دهد. بتا بلوکرها احتمالاً در بیماران دارای آنژین سودمند هستند گرچه اطلاعات محکم در این مورد کم است.</p>
<p>✓ داروهای ضد انعقاد</p> <p>برای بیماران دارای سابقه سکته مغزی یا حمله مغزی گذرا که درای ریتم سینوسی هستند ضد انعقاد پیشنهاد نمی شود. برای بیماران دارای سابقه سکته مغزی یا حمله مغزی گذرا که درای فیبریلاسیون بطنی هستند، در معرض خطر کم خونریزی و در افرادی که درمان با ضد انعقادها بطور ایمن قابل پایش است درمان طولانی مدت با ضد انعقاد پیشنهاد می شود. در شرایطی که پایش ضد انعقادها ممکن نیست، یا اگر بیمار نمی تواند ضد انعقاد مصرف کند، درمان با آسپیرین باید توصیه شود.</p>
<p>پیوند عروق کرونر</p> <p>پیوند عروق کرونر باید به عنوان یک اقدام فرعی نسبت به درمان پزشکی مطلوب با آسپیرین، درمان با داروهای کاهنده لیپید، مهار کننده های ACE و بتابلوکرها در نظر گرفته شود. در بیمارانی که در معرض خطر متوسط یا زیاد هستند و کسانی که احتمالاً "استم بطن چپ یا بیماری عروق سه گانه دارند".</p>
<p>اندارکتومی کاروتید</p> <p>اندارکتومی کاروتید خطر عود سکته مغزی و مرگ در میان بیماران دارای سابقه حمله مغزی گذرا یا سکته مغزی بدون ناتوانی در بیماران دارای تنگی کاروتید ایسیلاترال (۷۰٪ تا ۹۹٪) و احتمالاً در بیماران دارای درجاتی از تنگی (۰٪ تا ۶۰٪) گرچه نه در تنگی های خفیفتر، را کاهش می دهد،</p>
<p>داروهایی که پیشنهاد نمی شوند</p> <p>بر اساس شواهد موجود، درمان با نوع ۱ ضد آریتمی ها، بلوک کننده های کانال کلسیم، ویتامین های آنتی اکسیدان، درمان جایگزین با هورمون ها و فولات برای بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب و عروق مغزی پیشنهاد نمی شود.</p>

✓ نکته هایی برای اقدام بهتر: بجز مواردی که موارد مصرف اجباری برای استفاده از داروهای خاص، کم هزینه ترین گرو های دارویی باید استفاده شود. تهیه و تدارک داروهای با کیفیت خوب ژنریک که در لیست داروهای اساسی سازمان جهانی بهداشت آمده است، پیشنهاد می گردد.

جدول ۲: دلایل و سیمای بالینی فشارخون بالای ثانویه

علت	سیمای بالینی
بیماری های کلیوی: نفروپاتی	تاریخچه وجود خون یا پروتئین در ادرار، عفونت ادراری، ورم بدن

تنگی شریان کلیوی	بیماری کلیوی در خانواده (بیماری پلی کیستیک کلیوی) معاینه جسمی: شکم یا پروتیت مفصل، کلیه های قابل لمس
فتو کروموسیتوم سندروم کوشینگ سندروم کان آکرومگالی	علائم حادثه ای : سردرد، گرگرفتگی، تعریق نوسان فشارخون بالا و شروع ناگهانی تظاهر عمومی تبییک: چاقی ناقص، مشخصه های کششی، ضعف، کرامپ، پلی اورئ استاتور بلند، صورت تبییک با فک پایین غالب، دست های اسپیدی شکل
کوآرکتاسیون آئورت	فشارخون بالا در اندام فوقانی اما نه در اندام تحتانی نبض تاخیری یا ضعیف فمو
داروها	داروهای ضد بارداری، داروهای ضد التهاب، استروئیدها، سمپاتومیمتیک ها، دکونژستان های بینی، مهار کننده های اشتها، سیکلوسپورین، اریتروپوئیتین، لیکوریث، ضد افسردگی ها

جدول ۳: سیمای بالینی فشارخون بالای بدخیم

علائم	سردرد، تاری دید، تهوع، استفراغ، لتارژی، درد قفسه سینه، تنگی نفس، سرگیجه، تغییرات خلقی و روانی، الیگوری
نشانه های جسمی	افزایش ناگهانی فشارخون (فشارخون دیاستول غالباً "بیشتر از ۱۲۰ میلیمتر جیوه) معاینه چشم: ادم پایلوما، هموراژی رتین شعله ای شکل، اگزودای نرم نشانه های نارسایی احتقانی قلبی و ادم ریه نقص های عصبی

جدول ۴: داروها و مقادیر روزانه

گروه دارویی	دارو	مقدار روزانه
ACEI (مهار کننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین)	- کاپتوپریل - انالاپریل	- دوز اولیه ۶/۲۵ تا ۱۲/۵ میلی گرم سه بار در روز، تا ۲۵-۵۰ میلی گرم دو بار در روز افزایش دهید. - دوز اولیه ۲/۵ تا ۵ میلی گرم سه بار در روز، تا ۱۰-۲۰ میلی گرم دو بار در روز افزایش دهید.
CCBs (مسدود کننده های کانال کلسیم)	- نیفیدپین (با فرمول رهاسازی پایدار)	با ۳۰ میلی گرم شروع کنید و تا ۱۲۰ میلی گرم یکبار در روز افزایش دهید.
دیورتیک های تیازیدی	- هیدرو کلروتیازید - بندروفلوآزید	- با ۱۲/۵ میلی گرم شروع کنید و تا ۲۵ میلی گرم یکبار در روز افزایش دهید. - ۲/۵ میلی گرم به عنوان یک دوز تنها
بتا بلوکرها	- پروپرانولول - آتنولول - متوپرولول	- ۸۰ میلی گرم دو بار در روز - با ۵۰ تا ۱۰۰ میلی گرم یک بار در روز شروع کنید - ۵۰ تا ۱۰۰ میلی گرم دوبار در روز
درمان کاهش دهنده لیپید	- سیمواستاتین	- دوز اولیه ۱۰ میلی گرم یک بار در شب، تا ۴۰ میلی گرم یک بار در شب افزایش دهید.
درمان ضد پلاکت	- آسپیرین	با ۷۵-۱۰۰ میلی گرم در روز شروع کنید.
داروهای هیپو گلیسمیک	- گلی بنکلامید - متفورمین	- با ۲/۵ میلی گرم شروع کنید و تا ۵ میلی گرم دو بار در روز قبل از غذا افزایش دهید. - با ۰/۵ گرم شروع کنید و تا ۱ گرم سه بار در روز افزایش دهید.

۱- مرحله اول برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

اجرای این مرحله شامل طراحی و اجرای مداخلات کاهش عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی است.

حیطه مداخله: پیشگیری از عوامل خطر بیماری کرونر قلب در جامعه عمومی و ارتقاء رفتارها و عادات بهداشتی
این بخش برای مبارزه با عوامل خطر قلبی عروقی شامل مصرف دخانیات، چاقی، عوامل اجتماعی اقتصادی، و ارتقاء تغذیه سالم و فعالیت بدنی مناسب است.

اثر بخشی مداخلات مبتنی بر جامعه

مجموعه ای از مداخلات مبتنی بر شواهد علمی که بطور بالقوه برای سلامت همگانی با توجه به اهداف تغذیه ای و فعالیت بدنی بسیار مفید هستند وجود دارد. سازمان جهانی بهداشت در گزارش سالانه ۲۰۰۲ خود نشان می دهد بیماری های قلبی عروقی نه تنها بیماری کشورهای غربی بلکه بیماری کشورهای در حال توسعه هستند و پیشنهاد می کند کشورها به مداخلات مبتنی بر جامعه به عنوان هزینه اثربخش ترین راهبرد، مانند کاهش نمک در غلات، کاهش چربی در رژیم غذایی، ارتقاء فعالیت بدنی، ترویج مصرف میوه و سبزی و کاهش شیوع مصرف دخانیات الویت بخشند. این گزارش بیان می کند در کشورهای توسعه یافته ۷ مورد از ۱۰ عامل خطر اولویت دار که سبب بروز اکثر بیمای ها می شوند، شامل همان عوامل خطر بیماری قلبی عروقی هستند که در کشورهای در حال توسعه با میزان مرگ کم ۶ مورد و در کشورهای در حال توسعه با میزان مرگ بالا ۳ مورد از ۱۰ مورد می باشد.

نمونه هایی از مداخلات جمعیتی

مطالعه سه جامعه در استانفورد در امریکا بین سال های ۱۹۷۲ و ۱۹۷۵ در دو شهر در کالیفرنیا شمالی با جمعیتی حدود ۲۷۰۰۰ نفر از ساکنین در مقایسه با جامعه کنترل با ۱۵۰۰۰ ساکن انجام شد. این مداخله شامل بسیج چند عاملی برای مقابله با عوامل خطر قلبی عروقی بود که اساساً "مبتنی بر رسانه های همگانی شامل تلویزیون، رادیو و مطالب چاپی بود که در میان جمعیت توزیع شده بود. نتایج این مطالعه کاهش مهم و معنی داری در عوامل خطر بیماری قلبی عروقی مانند چاقی، مصرف دخانیات، کلسترول و فشارخون بالا نشان داد.

مطالعه کارلیای شمالی در فنلاند از سال ۱۹۷۲ در دو منطقه شرق کشور که مرگ بالایی ناشی از بیماری کرونر قلب داشتند، شروع شد. کارلیای شمالی منطقه مداخله و کوپیو منطقه رفانس و شاهد بود. برنامه های جمعیتی زیادی از طریق رسانه های همگانی در کارلیای شمالی با هدف کاهش کلسترول، فشارخون و مصرف سیگار در جمعیت انجام شد. هر ۵ سال مطالعه ای برای پایش عوامل خطر در هر دو جامعه از ۱۹۷۲ تا ۱۹۹۲ انجام شد. ارزیابی اثر مداخله در کارلیای شمالی با مجموعه ای از تغییرات مشاهده شده در کاهش عوامل خطر و میزان مرگ در کارلیای شمالی همراه بود. حقیقت این است که راهبرد ملی متشکل از پیشگیری، ارتقاء سلامت در سطح جامعه و دسترسی به درمان دارویی به ۶۰٪ کاهش مرگ طی سال های ۱۹۷۰-۱۹۹۲ منجر شد. این مطالعه به طراحی مدل های مداخلات جمعیتی منجر شد که در سایر کشورها بکار گرفته شد.

استانداردها

۱- کاهش شیوع عوامل خطر و بروز بیماری عروق کرونر و ارتقاء شیوه زندگی سالم در جمعیت

اهداف

مصرف دخانیات

- ۱- تاخیر در متوسط سن شروع مصرف دخانیات به بالای ۱۴ سال در دوره ۵ ساله
- ۲- کاهش شیوع مصرف دخانیات در بین نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۵ سال به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۳- افزایش شیوع جمعیت مصرف کننده دخانیات که ترک کرده اند به بیش از ۱۰٪ افراد مصرف کننده دخانیات در یک دوره ۵ ساله
- ۴- کاهش شیوع مصرف دخانیات در بین جمعیت ۳۰ سال و بالاتر به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله (شامل کاهش شروع مصرف و افزایش ترک مصرف می شود)

چاقی

- ۱- افزایش شیوع جمعیتی که ۵ بار یا بیشتر در روز از میوه و سبزی در رژیم غذایی خود استفاده می کنند به بیش از ۵۰٪ وضعیت موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۲- کاهش مصرف انرژی ناشی از چربی (کمتر از ۱۰٪ از چربی های اشباع و کمتر از ۲٪ از چربی های ترانس) به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۳- کاهش مصرف نمک (کمتر از ۶ گرم در روز) به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۴- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۵- افزایش میانگین تعداد واحد مصرف میوه و سبزی در روز به بیشتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۶- افزایش شیوع جمعیت مصرف کننده حداقل ۵ واحد میوه و سبزی در روز به بیشتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله

فعالیت بدنی

- ۱- افزایش متوسط سوخت انرژی در فعالیت بدنی به ۱۹۰۰ کیلوکالری در جمعیت بین ۳۰ تا ۷۴ سال. (به ۲۰۰۰ کالری در هفته در جمعیت بین ۱۰ تا ۲۵ سال) در یک دوره ۵ ساله
- ۲- افزایش درصد جمعیت بین ۱۰ تا ۲۵ سال که فعالیت بدنی را به شکل ورزش در اوقات فراغت خود اجراء می کنند به ۵۰٪ و در جمعیت بین ۳۰ و ۷۴ سال به ۳۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۳- افزایش متوسط میزان فعالیت بدنی بر حسب مت MET به بیشتر از ۱۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۴- افزایش شیوع جمعیت ۳۰ سال و بالاتر فعال (۶۰۰ مت و بیشتر به ازای دقیقه در هفته) در حین کار، رفت و آمد و اوقات فراغت به بیشتر از ۱۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله

عوامل روانی اجتماعی

۱- کاهش مواجهه با عوامل روانی اجتماعی در محل کار

➤ بعضی از اطلاعات مورد نیاز برای اهداف فوق در دسترس نیست و در برنامه ارزشیابی آینده باید پیش بینی گردد.

اقدامات

۱- پیشگیری از مصرف دخانیات: حمایت از طرح پیشگیری و کنترل مصرف دخانیات

- افزایش اطلاعات جمعیت در خصوص اثرات مصرف دخانیات بر سلامتی هم برای سیگاری ها و هم افراد در معرض دود دخانیات، ترویج بسیج های اطلاع رسانی ارتقاء دهنده مطابق با گروه های جمعیتی خاص و مطابق با سن، جنس و نقش

۲- پیشگیری از چاقی و حفظ و تشویق پیروی از الگوی مدیترانه ای سلامت قلب

- ارائه برنامه رژیم غذایی مناسب

- همکاری با کارشناسان تغذیه در تیم سلامت پزشک خانواده

- ارائه برنامه فعالیت بدنی مناسب

۳- پیشگیری از شیوه زندگی کم تحرک

- ترویج فعالیت بدنی در اوقات فراغت

پیشنهادات برای کاهش عوامل خطر

- مصرف کمتر از ۱۰٪ کالری در رژیم غذایی از چربی های اشباع و کمتر از ۲٪ کالری از اسیدهای چرب ترانس

- مصرف بیش از ۴۰۰ گرم در روز میوه و سبزی

- مصرف کمتر از ۶ گرم در روز نمک (در بیماران مبتلا به فشارخون بالا و بیماری قلبی عروقی کمتر از ۵ گرم توصیه می شود).

- حفظ وزن و دستیابی به نمایه توده بدنی کمتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع

- سطح فعالیت بدنی که معادل ۳۰ دقیقه در روز فعالیت متوسط یا ۲۰ دقیقه در روز فعالیت شدید در اکثر روزهای هفته است، و مطابق با ظرفیت هر فرد می باشد.

- اعتقاد بر این است که شیوه زندگی نادرست از خود بیماری یا زمینه ژنتیکی علت مهمتری است و مهمتر این که بیشتر قابل اصلاح است.

۲- مرحله دوم برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

شناسایی و مراقبت بیماری فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون

در این مرحله از برنامه قلب و عروق که در حوزه وظایف وزارت بهداشت است، هدف شناسایی و ثبت بیماران مبتلا به بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی (شامل فشارخون بالا و اختلال چربی خون) و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی مراقبت و درمان بیماران برای دستیابی به هدف کنترل بیماری های فشارخون بالا و اختلال چربی خون است.

در ابتدا گروه هدف که شامل بیماران تشخیص داده شده مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون هستند از طریق فراخوان برای مراجعه به مراکز تعیین شده (واحد دیابت/خانه های بهداشت) دعوت می گردند و پس از تایید بیماری تحت مراقبت قرار می گیرند. شناسایی افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی (یعنی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و بیماران مبتلا به اختلال چربی خون) در

روستا و شهر به صورت **غیر فعال** انجام می شود.

این مرحله مستقل از مرحله اول در تمام دانشگاه های علوم پزشکی اجراء خواهد شد و کلیه شهرها می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

طول مدت مرحله دوم

برای اجرای این مرحله **شش ماه** در نظر گرفته شده است.

حیطه مداخله: شناسایی، مراقبت و درمان بیماران مبتلا به فشارخون بالا یا اختلال چربی خون

با توجه به شیوع بالای بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن و این حقیقت که در ورود به نظام سلامت عمومی در کشور تشخیص، درمان و پایش ترجیحا" در سطح مراقبت های اولیه بهداشتی با توجه به دسترسی به آن، در آن سطح رخ می دهد، مؤثرترین راه شناسایی عوامل خطر در جمعیت، استفاده از یک راهبرد فرصت طلبانه، بر مبنای استفاده از مزیت های چندگانه ملاقات ها و مشاوره های فردی افراد مراجعه کننده به خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی است.

استاندارد ها

برای تمام افراد مبتلا به بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون، باید مراقبت و درمان استاندارد انجام شود.

اهداف

۱- بیمار مبتلا به بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون و دارای سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (مصرف دخانیات، دیابت و چاقی) باید بطور مناسب شناسایی و تعیین و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.

۲- در تمام افراد باید سابقه بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی) بطور مناسب تعیین و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.

۳- **خطر قلبی عروقی فردی که عوامل خطر قلبی عروقی در او مشخص و تعیین شده است و فردی که هنوز علائمی را نشان نداده است، باید محاسبه و ارزیابی شود و بر حسب سطح خطر وی مداخلات کنترلی عوامل خطر و کاهش خطر قلبی عروقی لازم و ضروری به وی پیشنهاد و ارائه شود.**

۴- بیمار مبتلا به بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون و دارای سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (مصرف دخانیات، دیابت و چاقی) باید بطور مناسب تحت مراقبت و درمان قرار گیرد و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.

اقدامات

- الویت دادن به همه فعالیت های مرتبط با پیشگیری از بیماری قلبی عروقی و ثبت آن ها در مراکز بهداشتی درمانی و در تیم مراقبت های اولیه سلامت

- ادغام فعالیت هایی که هدف آن ها بیماران دارای خطر بالای قلبی عروقی است در پروفایل خدمات مراکز بهداشتی درمانی و در خدمات تیم مراقبت های اولیه سلامت

اقدامات برای هدف ۱

- یادآوری و ثبت بیماران شناخته شده قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی)، که از طریق گزارش بالینی مربوطه مستند شده است

- زمانی که نظام محاسبه خطر قلبی عروقی پذیرفته شد، یک بخش خاص در تاریخچه یا سابقه بیماری برای محاسبه خطر و ثبت میزان خطر در نظر گرفته خواهد شد.

اقدامات برای هدف ۲

- برای شناسایی و ثبت عوامل خطر راهبرد فرصت طلبانه پیشنهاد می شود، که بر اساس استفاده از فراخوان و اطلاع رسانی و مزیت ملاقات و دلایل چندگانه برای مشاوره افراد در خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی است و اساساً در خدمات بهداشتی اولیه قرار گرفته است.

- ثبت سابقه بیماری قلبی عروقی زودرس در افراد درجه یک خانواده (والدین، خواهر و برادر) **قبل از ۵۵ سالگی در مردان و قبل از ۶۵ سالگی در زنان**

- مصرف دخانیات:

- ثبت سابقه مصرف دخانیات هر دو سال یک بار در افراد بالای ۳۰ سال (در واقع ۱۲ سال به بالا)

- فشارخون بالا:

- ثبت سابقه فشارخون بالا در افراد درجه یک خانواده و در تاریخچه سلامتی خود فرد.

- تمام افرادی که داروی کاهش دهنده فشارخون مصرف می کنند، بدون توجه به میزان فشارخون در زمان خاص باید به عنوان بیمار فشارخونی در نظر گرفته شوند.

- تمام بیماران فشارخونی باید یک ارزیابی کامل از نظر اتیولوژی، شدت و مشکلات داخلی شوند.

- دیابت:

- باید بدون توجه به مقدار قند خون در شرایط حاضر و بر اساس تحت درمان دارویی بودن، تایید شود.

- اختلال چربی خون:

- سابقه بیماری اختلال چربی خون در افراد درجه یک خانواده باید ثبت شود.

- ابتلای فرد باید بدون توجه به مقادیر چربی خون در شرایط حاضر و بر اساس تحت درمان دارویی بودن، تایید شود.

- در غیاب سایر عوامل خطر (سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، مصرف دخانیات، فشارخون بالا، دیابت و چاقی) فقط چربی خون کلسترول تام ارزیابی و ثبت می شود.

- اگر سایر عوامل خطر قلبی عروقی شناسایی شوند، پروفایل چربی کامل باید اندازه گیری شود (کلسترول تام، تری گلیسیرید و ال دی ال (در صورت تری گلیسیرید کمتر از **۴۰۰ میلی گرم** در دسی لیتر بر مبنای محاسبه با فرمول فریدوال)، اچ دی ال).

- اگر فقط کلسترول تام در طی شناسایی ارزیابی شود و مقدار آن **۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر** و بیشتر باشد لازم است حتماً پروفایل

کامل چربی خون ارزیابی شود. اگر پروفایل کامل چربی خون در طی شناسایی انجام شود، اگر مقدار **کلسترول تام ۲۴۰ میلی گرم در**

دسی لیتر و بیشتر باشد، یا **کلسترول اچ دی ال کمتر از ۴۰ یا تری گلیسیرید ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر** و بیشتر باشد، باید تکرار

شود. ارزیابی دوم باید بین یک هفته تا دو ماه بعد از اولین آزمایش انجام شود. میزان متوسط هر دو آزمایش باید در تاریخچه بیماری به

عنوان مرجعی برای مداخلات درمانی ثبت شود.

- چاقی:

- قد و وزن باید در سوابق فرد ثبت شود و نمایه توده بدنی بر اساس فرمول $\text{قد}^2(\text{cm}) / \text{وزن}(\text{kg})$ محاسبه شود. بیمار باید با پای برهنه

و با شرایط استاندارد اندازه گیری شود.

- در بزرگسالان اگر نمایه توده بدنی ۲۵ تا ۲۹/۹ کیلوگرم بر متر مربع باشد، اضافه وزن و اگر ۳۰ و بیشتر باشد چاق محسوب میشود.

اقدامات برای هدف ۳

-ارزیابی و طبقه بندی خطر قلبی عروقی در فرد: این ارزیابی در افرادی انجام می شود که سابقه بیماری قلبی شناخته شده (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی) و حضور عوامل خطر قلبی عروقی (سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، مصرف دخانیات، فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت و چاقی) ندارند. از یک روش کمی برای محاسبه خطر قلبی عروقی استفاده می شود. این جدولی که استفاده می شود برگرفته از بررسی فرامینگهام و تطبیق داده شده برای کشورهای آسیایی است.

خطر قلبی عروقی برای یک فرد خاص به شکل زیر طبقه بندی می شود.

- **خطر قلبی عروقی بالا و خیلی بالا:** حضور عوامل خطر: این خطر به معنی احتمال ۲۰٪ و بیشتر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده است.
- **خطر قلبی عروقی متوسط:** حضور عوامل خطر: این خطر به معنی احتمال بین ۱۰٪ تا ۲۰٪ ابتلاء به بیماری قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده است.
- **خطر قلبی عروقی کم:** هیچ عامل خطری وجود ندارد (مصرف دخانیات، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی): این خطر به معنی احتمال کمتر از ۱۰٪ ابتلاء به بیماری قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده است.

اقدامات

الف- افراد با خطر قلبی عروقی متوسط و بالا: پیشنهادات پیشگیرانه یا درمانی. برای اهداف هماهنگ، اهداف درمانی در زیر خلاصه شده است.

- ۱- **اگر بیمار دخانیات مصرف می کند:** درمان باید شامل جنبه های زیر باشد:
 - توضیح مفصل خطرات مصرف دخانیات و اطلاعات روشن در خصوص منافع ترک دخانیات.
 - توضیح مختصر در هر جلسه ملاقات در خصوص منع مصرف دخانیات از زمان شناسایی
 - حمایت روانی و درمان دارویی (بوپروپیون و درمان جایگزین با نیکوتین) در صورت مقتضی
- ۲- **اگر بیمار مبتلا به فشارخون بالا است:** راهنمایی و درمان شود تا به کنترل مناسب فشارخون در بیمار دست یابد و بعد آن را حفظ کند (کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه)
 - با توجه به درمان فشارخون (دارویی یا غیردارویی)، درمان فشارخون بالا یا باید شروع شود یا ادامه یابد تا به کنترل مناسب و کافی فشارخون در بیمار دست یافت.
 - درمان غیردارویی باید در تمام بیماران حفظ و تقویت شود، حتی اگر تحت درمان دارویی باشند.
 - درمان دارویی باید با توجه به بیماری های همراه برای هر فرد بطور مستقل تجویز شود.
 - بطور کلی هر گروه دارویی می تواند استفاده و تجویز شود، دیورتیک های تیازیدی کم دوز اولین مرحله از درمان کاهنده فشارخون هستند.
 - تمام بیماران باید بطور مناسب از عوارض جانبی احتمالی دارو ها و اهمیت پیگیری درمان بطور صحیح و نیز منافع کنترل فشارخون مطلع و آگاه شوند.
- ۳- **اگر بیمار مبتلا به اختلال چربی خون است:** اگر وجود اختلال چربی خون بررسی شود و فرد تحت درمان دارویی یا غیر دارویی باشد، درمان کاهش دهنده چربی خون یا باید شروع شود یا ادامه یابد تا به اهداف تعیین شده در بیمار دست یافت.

-اقدامات غیردارویی (رژیم غذایی، کاهش وزن و فعالیت بدنی) باید در تمام بیماران دارای اختلال چربی خون حفظ و تقویت شود. چه تحت درمان باشند و چه تحت درمان نباشند.

-بطور کلی گروه دارویی که بیشتر توصیه شده است استاتین ها هستند، گرچه رزین های یونی و فیبرات ها نیز مورد استفاده قرار می گیرد. توصیه های رژیم های غذایی، اصلاح شیوه زندگی و داروهای کاهش دهنده چربی خون برای دستیابی به هدف غلظت سرمی ال دی ال کمتر از **۱۳۰ میلی گرم** در دسی لیتر در بیماران دارای خطر بالای بیماری قلبی **عروقی و ال دی ال کمتر از ۱۶۰ میلی گرم** در دسی لیتر در بیماران دارای خطر متوسط بیماری قلبی عروقی می تواند تجویز شود.

۴- اگر بیمار مبتلا به دیابت است: کنترل سخت فشارخون (**کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه**)، قند خون (**هموگلوبین گلیکوزیله کمتر از ۷٪**)، کلسترول تام و ال دی ال توصیه می شود.

چهار جزء درمان (رژیم غذایی، فعالیت بدنی، دارو ها و خود ارزیابی) باید فردی سازی شود و با خصوصیات هر بیمار مطابقت داده شود. در صورت عدم دستیابی به اهداف درمانی باید درمان موردبررسی و ارزیابی قرار گیرد.

۵- اگر بیمار چاق است (نمایه توده بدنی ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع و بیشتر): یک رویکرد درمانی جامع مطابق با خصوصیات بیمار در نظر گرفته می شود. این رویکرد شامل رژیم غذایی، تمرینات جسمی، و اصلاح رفتارهای تغذیه ای، و در صورت لزوم درمان دارویی و یا جراحی است.

-مداخله در چاقی باید برای دست یابی به تعادل انرژی منفی انجام شود: کاهش مصرف و افزایش سوخت کالری. یک رژیم غذایی کم کالری رکن اساسی درمان است. استفاده از داروها (اورلیستات یا سیبوتیرامین) در صورت عدم دستیابی به هدف در طی ۶ ماه در بیماران چاق یا دارای نمایه توده بدنی **۲۷ کیلوگرم بر متر مربع** همراه با بیماری های همراه مدنظر قرار می گیرد. در مورد چاقی شدید (نمایه توده بدنی **۳۵ کیلوگرم بر متر مربع و بیشتر**) کارکنان بهداشتی ممکن است ارجاع بیمار به یک متخصص را در نظر بگیرند.

۳- مرحله سوم بر نامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

در شهرهایی که تحت پوشش پزشک خانواده نیستند، نحوه اجرای مرحله دوم و سوم برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی با روشی که در مناطق روستایی انجام می شود به علت ویژگی های ساختاری، دسترسی به افراد تحت پوشش، منطقه فیزیکی و دسترسی به بخش های خصوصی، تا حدودی متفاوت خواهد بود، اما اهداف برنامه در هر دو منطقه مشابه است.

روش ثبت مشخصات افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده در شهر ها (واحد دیابت) جهت غربالگری، مراقبت و درمان بیماران و افراد ارائه دهنده خدمات، روش گزارش دهی و جمع آوری اطلاعات و محل ارائه خدمات با آنچه در مناطق روستایی اجرا می شود، متفاوت است. اما دستورالعمل های غربالگری، بیماریابی، مراقبت و راهنماهای ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون و بیماری قلبی عروقی در دو منطقه مشابه خواهد بود.

در روستاها شناسایی، آموزش، مراقبت و درمان بیماران در خانه های بهداشت و توسط تیم سلامت انجام خواهد شد. در شهرها شناسایی، آموزش، مراقبت و درمان بیماران در مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده (واحدهای دیابت/پایگاه های تندرستی) انجام خواهد شد و حسب ساختار و امکانات و تجهیزات تامین شده، اغلب خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز در این مکان ارائه خواهد شد.

بیماران نیازمند خدمات تخصصی توسط پزشک یا پزشکان عمومی دوره دیده این واحد یا مراکز بهداشتی درمانی روستایی به سطح بالاتر که کلینیک های تخصصی (مرکز ویژه قلب و عروق) و بیمارستان ها هستند، ارجاع خواهند شد.

همچنین نظام گزارش دهی در بعضی مناطق مبتنی بر کاغذ و در بعضی بر اساس نرم افزار ثبت طراحی شده خواهد بود.

غربالگری و مراقبت عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر)

در این مرحله از برنامه قلب و عروق نیز که در حوزه وظایف وزارت بهداشت است، شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی از طریق غربالگری و بیماریابی انجام می‌گیرد و مراقبت‌های بهداشتی که در خدمات بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده ادغام شده است، در قالب فعالیت‌های تیم سلامت اجراء خواهد شد.

با توجه به اجراء برنامه پزشک خانواده در روستاها و شهرها و تکمیل بسته خدمتی پزشک خانواده بر مبنای دستورالعمل اجرایی و علمی برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی، این برنامه با استفاده از تیم سلامت پزشک خانواده قابل اجراء خواهد بود. در حال حاضر در مناطق روستایی که پوشش پزشک خانواده تقریباً کامل است، این برنامه قابلیت اجرایی دارد. بعد از گسترش برنامه پزشک خانواده به شهرهای بزرگتر، این برنامه در تمام شهرها نیز قابل اجراء خواهد بود. با پوشش کامل برنامه پزشک خانواده، غربالگری افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی در روستا و شهر به صورت **فعال** اجراء خواهد شد.

در شهرهایی که تحت پوشش پزشک خانواده نیستند، نحوه اجراء برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی با روشی که در مناطق روستایی انجام می‌شود تا حدودی متفاوت خواهد بود. غربالگری افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی در این شهرها به صورت **غیر فعال** انجام می‌شود.

از آنجا که گروه هدف در برنامه غربالگری بیماری دیابت افراد ۳۰ سال و بالاتر هستند، لذا غربالگری در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی نیز برای هماهنگی با این برنامه در گروه ۳۰ سال و بالاتر بطور همزمان اجراء خواهد شد و بیماران شناسایی شده مطابق با پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های برنامه‌های مربوطه (قلب و عروق، فشارخون، اختلال چربی خون، اضافه وزن، چاقی و دیابت) تحت مراقبت و درمان قرار خواهند گرفت.

بدیهی است این مرحله مستقل از مرحله اول و پس از اجراء مرحله دوم در تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی اجراء خواهد شد.

طول مدت مرحله سوم

بعد از شناسایی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و بیماران مبتلا به اختلال چربی خون و ساماندهی مراقبت این بیماران، قدم بعدی شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران تشخیص داده نشده از طریق غربالگری و بیماریابی است. با توجه به غیرفعال بودن برنامه غربالگری در شهرها، مدت زمان محدودی برای غربالگری و بیماریابی عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی و بیماری دیابت نمی‌توان تعیین کرد، اما برای پایش برنامه و پوشش حداکثری جمعیت منطقه، مدت زمان مرحله غربالگری و بیماریابی در مناطق روستایی و در شهرها **یک سال** تعیین خواهد شد.

حیطه مداخله: شناسایی، تشخیص و درمان بیماران دارای عوامل خطر بیماری ایسکمیک قلبی

الویت‌های پیشگیری از بیماری قلبی عروقی در گروه‌های هدف به ترتیب اهمیت زیاد تا کم شامل زیر است:

۱- افراد دارای بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی)

۲- افراد بدون بیماری قلبی عروقی اما دارای خطر بالای ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده

۳- افراد بدون بیماری قلبی عروقی اما دارای خطر متوسط قلبی عروقی و حداقل یک عامل خطر

۴- افراد بدون بیماری قلبی عروقی اما دارای خطر کم قلبی عروقی و بدون عامل خطر

با توجه به شیوع بالای بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن و این حقیقت که در ورود به نظام سلامت عمومی در کشور تشخیص، درمان و پایش ترجیحاً در سطح مراقبت‌های اولیه بهداشتی با توجه به دسترسی به آن، در آن سطح رخ می‌دهد، مؤثرترین راه شناسایی عوامل خطر در جمعیت، استفاده از یک راهبرد فرصت طلبانه، بر مبنای استفاده از مزیت‌های چندگانه ملاقات‌ها و مشاوره‌های فردی افراد مراجعه‌کننده به خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی است.

استاندارد ها

- هر فرد باید از مقادیر عوامل خطر قلبی عروقی خود مطلع باشد .
- هر فرد ۳۰ سال و بالاتر باید از میزان احتمال خطر بروز بیماری قلبی عروقی خود که توسط کارکنان بهداشتی ارزیابی شده است، مطلع باشد.
- برای تمام افراد دارای خطر متوسط و بالای ابتلاء به بیماری قلبی عروقی، پیشگیری باید انجام شود.

اهداف

- ۱- در تمام افراد باید سابقه بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی :مغزی یا محیطی) بطور مناسب تعیین و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.
- ۲- بیمار دارای عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (مصرف دخانیات، فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت و چاقی) باید بطور مناسب شناسایی و تعیین و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.
- ۳- خطر قلبی عروقی فردی که عوامل خطر قلبی عروقی در او مشخص و تعیین شده است و فردی که هنوز علائمی را نشان نداده است، باید محاسبه و ارزیابی شود و بر حسب سطح خطر وی مداخلات کنترلی عوامل خطر و کاهش خطر قلبی عروقی لازم و ضروری به وی پیشنهاد و ارائه شود

اقدامات

- الویت دادن به همه فعالیت های مرتبط با پیشگیری از بیماری قلبی عروقی و ثبت آن ها در مراکز بهداشتی درمانی و در تیم مراقبت های اولیه سلامت
- ادغام فعالیت هایی که هدف آن ها بیماران دارای خطر بالای قلبی عروقی است در پروفایل خدمات مراکز بهداشتی درمانی و در خدمات تیم مراقبت های اولیه سلامت

اقدامات برای هدف ۱

مشابه مرحله ۲

اقدامات برای هدف ۲

- برای شناسایی و ثبت عوامل خطر راهبرد فرصت طلبانه پیشنهاد می شود، که بر اساس استفاده از مزیت ملاقات و دلایل چندگانه برای مشاوره افراد در خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی است و اساساً در خدمات بهداشتی اولیه قرار گرفته است.
- ثبت سابقه بیماری قلبی عروقی زودرس در افراد درجه یک خانواده (والدین، خواهر و براد) قبل از ۵۵ سالگی در مردان و قبل از ۶۵ سالگی در زنان

-مصرف دخانیات:

مشابه مرحله ۲

-فشارخون بالا:

- ثبت سابقه فشارخون بالا در افراد درجه یک خانواده و در تاریخچه سلامتی خود فرد.
- تمام افرادی که داروی کاهش دهنده فشارخون مصرف می کنند، بدون توجه به میزان فشارخون در زمان خاص باید به عنوان بیمار فشارخونی در نظر گرفته شوند.

اندازه گیری فشارخون باید حداقل یک بار قبل از ۱۴ سالگی، و بین ۱۴ تا ۴۰ سالگی هر ۵ سال و بعد از ۴۰ سالگی هر ۲ سال اندازه گیری شود.

اگر فشارخون بین ۸۵-۱۳۹/۸۰-۱۳۰ باشد باید سالی یکبار اندازه گیری شود.

اگر فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد فشارخون بالا باید در چندین موقعیت و روزهای مختلف اندازه گیری و تایید شود. متوسط فشارخون باید در نظر گرفته شود و اگر فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد بیماری فشارخون بالا تایید می شود. در بعضی موارد لزوم فشارخون از طریق امبولاتوری (خود اندازه گیری و پایش فشارخون توسط فرد) ، انجام می شود. اگر کمتر از ۱۳۵/۸۵ باشد به عنوان طبیعی در نظر گرفته می شود.

تمام بیماران فشارخونی باید یک ارزیابی کامل از نظر اتیولوژی، شدت و مشکلات داخلی شوند.

دیابت:

مشابه مرحله ۲

اختلال چربی خون:

مشابه مرحله ۲

چاقی:

مشابه مرحله ۲

در بزرگسالان توصیه میشود اولین بار در سن ۲۰ سالگی نمایه توده بدنی ارزیابی شود و هر سال محاسبه آن تکرار شود.

اقدامات برای هدف ۳

مشابه مرحله ۲

وظایف پزشک مرکز بهداشتی درمانی / پزشک خانواده در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در مناطق روستایی

بیماری هایی مانند فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی از یک طرف به عنوان یک بیماری محسوب می شوند که خود دارای عوامل خطر (از جمله کم تحرکی، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب، چاقی و.....) هستند و از طرفی دیگر برای بروز بیماری قلبی عروقی یک عامل خطر / بیماری زمینه ساز، محسوب می شوند. در این برنامه این بیماری ها به عنوان عوامل خطر / بیماری زمینه ساز بیماری قلبی عروقی محسوب می شوند.

وظایف پزشک در مرحله اول همکاری در اجرای برنامه های مداخلاتی است.

وظایف پزشک در مرحله دوم (مراقبت بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون) و مرحله سوم (غربالگری و مراقبت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن) مشابه است.

بعد از شناسایی و ثبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون توسط بهورزان (مرحله دوم) و یا پس از غربالگری افراد ۳۰ سال و بالاتر و مشکوک شدن به ابتلاء به بیماری های فشارخون بالا و اختلال چربی خون، **بیماری قلبی عروقی (مرحله سوم)** و ارجاع افراد به پزشک، پزشک وظایف زیر را بر عهده دارد:

- پذیرش افراد ارجاع شده

- بررسی فشارخون و تایید بیماری با اندازه گیری فشارخون در چند موقعیت
- ارجاع افراد دارای حداقل یک عامل خطر (در معرض خطر) برای انجام آزمایش قند خون و چربی های خون (اندازه گیری ناشتای چربی های خون شامل Cholesterol, TG-HDL, LDL) و بررسی نتایج و تایید بیماری
- ارجاع بیماران و افراد در معرض خطر قلبی عروقی به کارشناس تغذیه مستقر در همان مرکز یا مرکز بهداشتی درمانی تعیین شده یا واحد دیابت تا طبق شرح وظایف و دستورالعمل تحت رژیم غذایی و مراقبت قرار گیرند.
- اعلام نتیجه بیماری افراد ارجاع شده پس از بررسی، به بهورز تا حسب مورد بیماران طبق دستور پزشک مورد پیگیری و مراقبت قرار گیرند. (اگر بیماری افراد ارجاع شده به پزشک پس از بررسی تایید نگردد، بدین معنی است که فرد بیماری تعیین شده در این ارزیابی را ندارد)

- درمان مناسب بیماران طبق دستورالعمل های کشوری

- بررسی عوارض بیماری در افراد مبتلا به بیماری فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون ارجاع شده به پزشک و در صورت لزوم ارجاع به سطح بالاتر (مرکز ویژه قلب و عروق) برای بررسی های تخصصی تر
- پذیرش و مراقبت بیماران طبق برنامه منظم
- آموزش بیماران در خصوص تغذیه سالم و فعالیت بدنی حسب بیماری یا عامل خطر
- آموزش افراد خانواده بیماران

- ثبت اطلاعات نتایج بررسی و ارزیابی بیمار در " فرم مراقبت افراد در معرض خطر (بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون) یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی "، " فرم غربالگری عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی "، و ثبت کلیه اقدامات در فرم "ارجاع" - ارائه پس خوراند به بهورز از طریق فرم ارجاع

وظایف پزشک در برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

در واحد دیابت / مرکز بهداشتی درمانی شهری در مناطق شهری

بیماری هایی مانند فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی از یک طرف به عنوان یک بیماری محسوب می شوند که خود دارای عوامل خطر (از جمله کم تحرکی، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب، چاقی و.....) هستند و از طرفی دیگر برای بروز بیماری قلبی عروقی یک عامل خطر / بیماری زمینه ساز، محسوب می شوند. در این برنامه این بیماری ها به عنوان عوامل خطر / بیماری زمینه ساز بیماری قلبی عروقی محسوب می شوند.

وظایف پزشک در مرحله اول همکاری در اجرای برنامه های مداخلاتی است.

وظایف پزشک در مرحله دوم (مراقبت بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون) و مرحله سوم (غربالگری و مراقبت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن) مشابه است.

بعد از شناسایی و ثبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون توسط پرستار واحد دیابت یا کاردان مرکز بهداشتی درمانی (مرحله دوم) و یا پس از غربالگری افراد ۳۰ سال و بالاتر و مشکوک شدن به ابتلاء به بیماری های فشارخون بالا و اختلال چربی خون، بیماری قلبی عروقی (مرحله سوم) و ارجاع به پزشک، پزشک وظایف زیر را بر عهده دارد:

- پذیرش افراد ارجاع شده

- بررسی فشارخون و تایید بیماری با اندازه گیری فشارخون در چند موقعیت

- ارجاع تمام افراد برای انجام آزمایش قند خون و چربی های خون (اندازه گیری ناشتای چربی های خون شامل Cholesterol, TG-HDL, LDL) و بررسی نتایج و تایید بیماری

- ارجاع بیماران و افراد در معرض خطر قلبی عروقی به کارشناس تغذیه مستقر در مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت تا طبق شرح وظایف و دستورالعمل تحت رژیم غذایی و مراقبت قرار گیرند.

- اعلام نتیجه بیماری افراد ارجاع شده به پزشک پس از بررسی، به پرستار / کاردان / کارشناس تا حسب مورد بیماران طبق دستور پزشک مورد پیگیری و مراقبت قرار گیرند. (اگر بیماری افراد ارجاع شده به پزشک پس از بررسی تایید نگردد، بدین معنی است که فرد بیماری تعیین شده در این ارزیابی را ندارد)

- درمان مناسب بیماران طبق دستورالعمل های کشوری

- بررسی عوارض بیماری در افراد مبتلا به بیماری فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون ارجاع شده به پزشک و در صورت لزوم ارجاع به سطح بالاتر (مرکز ویژه قلب و عروق) برای بررسی های تخصصی تر

- پذیرش و مراقبت بیماران طبق برنامه منظم

- آموزش بیماران در خصوص تغذیه سالم و فعالیت بدنی حسب بیماری یا عامل خطر

- آموزش افراد خانواده بیماران

- ثبت اطلاعات نتایج بررسی و ارزیابی بیمار در " پرونده ثبت، غربالگری و فرم مراقبت افراد در معرض خطریا مبتلا به بیماری قلبی عروقی " و ثبت کلیه اقدامات در فرم " ارجاع " حسب مورد

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
واحد بیماری های غیرواگیر

**متن آموزشی مدیران و کارشناسان اجرایی در
برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل
بیماری قلبی عروقی**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

نحوه اجرای برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی - برای مدیران و کارشناسان اجرایی

۱- مرحله اول برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

برای اجرای این مرحله که شامل طراحی و اجرای مداخلات کاهش عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی است، نیاز به توانمند سازی کارشناسان و مسئولین دانشگاه های مرتبط با این برنامه بود. به همین منظور دو کارگاه آموزشی برای آشنایی کارشناسان قلب و عروق با طراحی مداخلات در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ برای دانشگاه های علوم پزشکی منتخب کشور برگزار شد. این مرحله از سال ۱۳۸۵ در ۹ دانشگاه علوم پزشکی منتخب در حال اجرا است. به منظور توسعه برنامه مجدداً دو کارگاه آموزشی برای آشنایی کارشناسان قلب و عروق تمام دانشگاه های علوم پزشکی کشور با نحوه ارزیابی خطر بیماری قلبی عروقی و نحوه طراحی مداخلات کاهش عوامل خطر بیماری قلبی عروقی، در تیر ماه و شهریور ماه سال ۱۳۹۱ به مرحله اجراء گذاشته شد.

حیطه مداخله: پیشگیری از عوامل خطر بیماری کرونر قلب در جامعه عمومی و ارتقاء رفتارها و عادات بهداشتی
این بخش برای مبارزه با عوامل خطر قلبی عروقی شامل مصرف دخانیات، چاقی، عوامل اجتماعی اقتصادی، و ارتقاء تغذیه سالم و فعالیت بدنی مناسب است.

اثر بخشی مداخلات مبتنی بر جامعه

مجموعه ای از مداخلات مبتنی بر شواهد علمی که بطور بالقوه برای سلامت همگانی با توجه به اهداف تغذیه ای و فعالیت بدنی بسیار مفید هستند وجود دارد. سازمان جهانی بهداشت در گزارش سالانه ۲۰۰۲ خود نشان می دهد بیماری های قلبی عروقی نه تنها بیماری کشورهای غربی بلکه بیماری کشورهای در حال توسعه هستند و پیشنهاد می کند کشورها به مداخلات مبتنی بر جامعه به عنوان هزینه اثربخش ترین راهبرد، مانند کاهش نمک در غلات، کاهش چربی در رژیم غذایی، ارتقاء فعالیت بدنی، ترویج مصرف میوه و سبزی و کاهش شیوع مصرف دخانیات الویت بخشند. این گزارش بیان می کند در کشورهای توسعه یافته ۷ مورد از ۱۰ عامل خطر اولویت دار که سبب بروز اکثر بیمای ها می شوند، شامل همان عوامل خطر بیماری قلبی عروقی هستند که در کشورهای در حال توسعه با میزان مرگ کم ۶ مورد و در کشورهای در حال توسعه با میزان مرگ بالا ۳ مورد از ۱۰ مورد می باشد.

نمونه هایی از مداخلات جمعیتی

مطالعه سه جامعه در استانفورد در امریکا بین سال های ۱۹۷۲ و ۱۹۷۵ در دو شهر در کالیفرنیا شمالی با جمعیتی حدود ۲۷۰۰۰ نفر از ساکنین در مقایسه با جامعه کنترل با ۱۵۰۰۰ ساکن اجراء شد. این مداخله شامل بسیج چند عاملی برای مقابله با عوامل خطر قلبی عروقی بود که اساساً مبتنی بر رسانه های همگانی شامل تلویزیون، رادیو و مطالب چاپی بود که در میان جمعیت توزیع شده بود. نتایج این مطالعه کاهش مهم و معنی داری در عوامل خطر بیماری قلبی عروقی مانند چاقی، مصرف دخانیات، کلسترول و فشارخون بالا نشان داد.

مطالعه کارلیای شمالی در فنلاند از سال ۱۹۷۲ در دو منطقه شرق کشور که مرگ بالایی ناشی از بیماری کرونر قلب داشتند، شروع شد. کارلیای شمالی منطقه مداخله و کوپو منطقه فرانس و شاهد بود. برنامه های جمعیتی زیادی از طریق رسانه های همگانی در کارلیای شمالی با هدف کاهش کلسترول، فشارخون و مصرف سیگار در جمعیت اجراء شد. هر ۵ سال مطالعه ای برای پایش عوامل خطر در هر دو جامعه از ۱۹۷۲ تا ۱۹۹۲ اجراء شد. ارزیابی اثر مداخله در کارلیای شمالی با مجموعه ای از تغییرات مشاهده شده در کاهش عوامل خطر و میزان مرگ در کارلیای شمالی همراه بود. حقیقت این است که راهبرد ملی متشکل از پیشگیری، ارتقاء سلامت در سطح جامعه و دسترسی به درمان دارویی به ۶۰٪ کاهش مرگ طی سال های ۱۹۷۰-۱۹۹۲ منجر شد. این مطالعه به طراحی مدل های مداخلات جمعیتی منجر شد که در سایر کشورها بکار گرفته شد.

استانداردها

۱- کاهش شیوع عوامل خطر و بروز بیماری عروق کرونر و ارتقاء شیوه زندگی سالم در جمعیت

اهداف

مصرف دخانیات

- ۱- تاخیر در متوسط سن شروع مصرف دخانیات به بالای ۱۴ سال در دوره ۵ ساله
- ۲- کاهش شیوع مصرف دخانیات در بین **نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۵** سال به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۳- افزایش شیوع جمعیت مصرف کننده دخانیات که ترک کرده اند به بیش از ۱۰٪ افراد مصرف کننده دخانیات در یک دوره ۵ ساله
- ۴- کاهش شیوع مصرف دخانیات در بین **جمعیت ۳۰ سال و بالاتر** به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله (شامل کاهش شروع مصرف و افزایش ترک مصرف می شود)

چاقی

- ۱- افزایش شیوع جمعیتی که ۵ بار یا بیشتر در روز از میوه و سبزی در رژیم غذایی خود استفاده می کنند به بیش از ۵۰٪ وضعیت موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۲- کاهش مصرف انرژی ناشی از چربی (کمتر از ۱۰٪ از چربی های اشباع و کمتر از ۲٪ از چربی های ترانس) به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۳- کاهش مصرف نمک (کمتر از ۶ گرم در روز) به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۴- کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی به کمتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۵- افزایش میانگین تعداد واحد مصرف میوه و سبزی در روز به بیشتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۶- افزایش شیوع جمعیت مصرف کننده حداقل ۵ واحد میوه و سبزی در روز به بیشتر از ۲۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله

فعالیت بدنی

- ۱- افزایش متوسط سوخت انرژی در فعالیت بدنی به **۱۹۰۰ کیلوکالری در جمعیت بین ۳۰ تا ۷۴ سال**. (به ۲۰۰۰ کالری در هفته در جمعیت بین ۱۰ تا ۲۵ سال) در یک دوره ۵ ساله
- ۲- افزایش درصد جمعیت بین ۱۰ تا ۲۵ سال که فعالیت بدنی را به شکل ورزش در اوقات فراغت خود اجراء می کنند به ۵۰٪ و در جمعیت بین ۳۰ و ۷۴ سال به ۳۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۳- افزایش متوسط میزان فعالیت بدنی بر حسب **MET** به بیشتر از ۱۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله
- ۴- افزایش شیوع جمعیت ۳۰ سال و بالاتر فعال (۶۰۰ مت و بیشتر به ازای دقیقه در هفته) در حین کار، رفت و آمد و اوقات فراغت به بیشتر از ۱۰٪ وضع موجود در یک دوره ۵ ساله

عوامل روانی اجتماعی

۱- کاهش مواجهه با عوامل روانی اجتماعی در محل کار

➤ بعضی از اطلاعات مورد نیاز برای اهداف فوق در دسترس نیست و در برنامه ارزشیابی آینده باید پیش بینی گردد.

اقدامات

۱- پیشگیری از مصرف دخانیات: کمک به معرفی طرح پیشگیری و کنترل مصرف دخانیات

- توجه به چارچوب معاهده مبارزه با دخانیات (سازمان جهانی بهداشت)
- افزایش اطلاعات جمعیت در خصوص اثرات مصرف دخانیات بر سلامتی هم برای سیگاری ها و هم افراد در معرض دود دخانیات، ترویج بسیج های اطلاع رسانی ارتقاء دهنده مطابق با گروه های جمعیتی خاص و مطابق با سن، جنس و نقش
- تشدید اقدامات برای کاهش شروع مصرف دخانیات و حمایت از اجرای قوانین
- بهبود آموزش کارکنان بهداشتی در پیشگیری و درمان سم نیکوتین، ارتقاء تمرین مشاوره های ضد دخانیات به کل مصرف کنندگان
- بهبود آموزش مربیان حرفه ای در خصوص اثرات دخانیات بر روی سلامتی و پیشگیری از مصرف دخانیات در مدارس
- گنجاندن آموزش مبارزه با دخانیات در محتوی درسی بهداشت مدارس، که همه جامعه آموزشی را در بر گیرد (والدین، معلمان و شاگردان) در پیشگیری از مصرف دخانیات
- افزایش آگاهی والدین، معلمان، کارکنان بهداشتی و رهبران اجتماعی در خصوص نقش خود به عنوان مدل هایی در اکتساب عادات مصرف دخانیات برای جمعیت کودکان و جوانان
- تامین اجرای مقررات جاری در خصوص تبلیغات، فروش و مصرف دخانیات
- ارتقاء مکان های عمومی و کاری عاری از دود دخانیات، برای اجتناب از خطرات ناشی از مواجهه غیر ارادی با دود دخانیات

۲- پیشگیری از چاقی و حفظ و تشویق پیروی از الگوی مدیترانه ای سلامت قلب

- اقدامات کاهش رژیم غذایی و آموزش برای مصرف در جمعیت عمومی، تهیه اطلاعات روشن و در دسترس در خصوص محتوی رژیم غذایی سالم برای جمعیت
- اقدامات آموزشی در خصوص موضوع رژیم غذایی برای مربیان
- ارائه منوهای سالم در چارچوب کترینک جمعی: در محل های کار، در مدارس، در رستوران های مؤسسات جمعی، برای عموم و بخش خصوصی
- درگیر نمودن نمایندگی ایمنی غذایی و همکاری آن با صنایع غذایی برای تهیه و ارتقاء محصولات سلامت قلب با تاکید خاص بر کنترل محتوی نمک، چربی و وارد کردن این اطلاعات در برچسب های غذایی
- بهبود آموزش کارکنان بهداشتی
- تشخیص بموقع عاداتی که ممکن است منجر به چاقی در کودکان و سنین مدرسه شود.
- کنترل تبلیغات مضر و تبلیغاتی که افراد را به انجام رفتارهای بد در خصوص غذا و محصولات رژیم غذایی و رژیم غذایی معجزه گر برمی انگیزند و واردار می کنند و بطور خاص مواردی که کودکان را نشانه می گیرند.
- توسعه فضاهای انجام فعالیت بدنی و ورزش
- در دسترس قراردادن مواد غذایی رژیمی

- حمایت از توسعه تولید محصولات کشاورزی و پرورش ماهی
- حمایت از تولید محصولات غذایی رژیمی و سالم
- حمایت از توزیع کافی کارشناسان تغذیه در تیم سلامت پزشک خانواده

۳-پیشگیری از شیوه زندگی کم تحرک

- افزایش تمرین فعالیت بدنی با شدت متوسط در جمعیت عمومی
- افزایش تمرینات فعالیت بدنی در مدارس و اوقات فراغت
- توسعه فضاهای انجام فعالیت بدنی و ورزش
- در دسترس قرار دادن امکانات و تجهیزات ورزشی و تفریحی
- افزایش تمرینات در محل کار و زندگی روزانه: پیاده روی در صورت امکان بجای استفاده از وسایط نقلیه، تشویق استفاده از پله ها و حمل و نقل عمومی
- ترویج فعالیت بدنی در اوقات فراغت
- بهبود تربیت کارکنان بهداشتی

پیشنهادات برای کاهش عوامل خطر

- مصرف کمتر از ۱۰٪ کالری در رژیم غذایی از چربی های اشباع و کمتر از ۲٪ کالری از اسیدهای چرب ترانس
- مصرف بیش از ۴۰۰ گرم در روز میوه و سبزی
- مصرف کمتر از ۶ گرم در روز نمک
- حفظ وزن و دستیابی به نمایه توده بدنی کمتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع
- سطح فعالیت بدنی که معادل ۳۰ دقیقه در روز فعالیت متوسط یا ۲۰ دقیقه در روز فعالیت شدید در اکثر روزهای هفته است، و مطابق با ظرفیت هر فرد می باشد.
- اعتقاد بر این است که شیوه زندگی نادرست از خود بیماری یا زمینه ژنتیکی علت مهمتری است و مهمتر این که بیشتر قابل اصلاح است.

راهنمای ارتقاء سلامت قلبی عروقی در سطح جامعه

پیشنهادات	راهبردها و اهداف نهایی
	ارزیابی
-تعیین و ساخت داده های موجود در خصوص بار بیماری قلبی عروقی و مرگ ناشی از سکته مغزی در سطح محلی (شهر یا بخش، شهرستان)	هدف نهایی: تمام افراد و جوامع باید بدانند بیماری قلبی عروقی و سکته مغزی اولین علت مرگ و ناتوانی در زنان و مردان هستند.
-شناسایی گروه ها بر حسب جنس، نژاد/قومیت، وضعیت اقتصادی اجتماعی، یا منطقه جغرافیایی که بطور خاص در معرض خطر بیماری قلبی عروقی هستند در هر جامعه	
-ارزیابی سطوح علت های مهم بیماری قلبی عروقی و سکته مغزی قابل پیشگیری در جامعه شامل رفتارهای شیوه زندگی (برای مثال، تغذیه مضر، مصرف دخانیات، شیوه زندگی کم تحرک، و	

پیشنهادات	راهبردها و اهداف نهایی
عوامل خطر (فشارخون بالا، فیبریلاسیون دهلیزی، دیابت، کلسترول خون بالا، و چاقی)	
	آموزش
	آموزش سلامت عمومی
- رسانه های همگانی و محلی (تلویزیون، رادیو، روزنامه) باید نتایج مراقبت در باره بار بیماری قلبی عروقی و سکتة مغزی در جامعه را منتشر کنند.	هدف نهایی: تمام جوامع باید برای اعضای خود اطلاعاتی در مورد بار بیماری، علت ها، و علائم اولیه بیماری قلبی عروقی و سکتة مغزی را فراهم کنند.
- رسانه های همگانی و محلی (مانند پمفلت، بروشور،) باید بر اهمیت تاثیر رفتارهای شیوه زندگی و عوامل خطر بر روی بیماری قلبی عروقی تاکید کنند.	
بسیج های آموزش همگانی باید جامعه را از راهنماهای پیشگیری اولیه و ثانویه بیماری قلبی عروقی و سکتة مغزی مطلع سازند.	
- رسانه های همگانی و محلی باید بر نشانه های اولیه سکتة قلبی و سکتة مغزی تاکید کنند.	
برنامه های آموزش جاری باید برنامه آموزشی در خصوص احیای قلبی ریوی برای اعضای غیرمتخصص و عادی جامعه برگزار کنند.	
- تمام شهروندان باید بدانند چگونه می توان به نظام خدمات مراقبت پزشکی اورژانس دسترسی یابند.	
- یک راهنمای پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری قلبی عروقی و سکتة مغزی باید برای منابع جامعه (خدمات و برنامه ها) موجود باشد.	هدف نهایی: جوامع باید مواد آموزشی و برنامه هایی را برای برانگیختن و آموزش مهارت های تغییر رفتارهای خطر که زیرگروه های جمعیتی چندگانه را هدف قرار می دهد، فراهم کنند.
- جوامع باید از برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی مبتنی بر تحقیقاتی که زیر گروه های جمعیتی کلیدی، خصوصا " گروه های با وضعیت نامساعد و افراد در تمام سطوح آمادگی برای تغییر را مورد هدف قرار می دهند، حمایت کنند و برای این برنامه ها تبلیغ کنند.	
- جوامع باید استفاده از برنامه های وب سایت ها برای کاهش عوامل خطر را با ایجاد وب سایت هایی برای دسترسی به برنامه های موجود در کتاب خانه ها و مدارس، ارتقاء دهند.	
- تبلیغات غذایی برای جوانان باید به غذاهایی محدود شود که دستورالعمل های بهداشتی را رعایت می کنند.	
- برنامه های تلویزیونی برای کودکان باید در طول زمان تبلیغات بازرگانی، فعالیت بدنی را ارتقاء دهند.	
	مدارس و آموزش جوانان
- برنامه درسی مدارس باید شامل دروسی در باره عوامل خطر بیماری قلبی عروقی و سکتة مغزی و میزان بیماری قلبی و سکتة مغزی در جامعه باشد.	هدف نهایی: تمام مدارس باید برنامه آموزشی درسی جامع و متناسب با سن در باره سلامت قلبی عروقی و راه های ارتقاء رفتارهای بهداشتی و کاهش خطر بیماری قلبی عروقی داشته باشند.
- برنامه درسی مبتنی بر تحقیقات در باره روش های مؤثر تغییر رفتارهای بهداشتی باید اجراء شود.	

پیشنهادات	راهبردها و اهداف نهایی
<p>-دانش آموزان باید مهارت هایی را که برای دستیابی به اقدامات منظم رفتارهای بهداشتی لازم است را یاد بگیرند و والدین باید یاد بگیرند چگونه از رفتارهای بهداشتی کودکان خود حمایت کنند.</p>	
<p>-مواد آموزشی برنامه درسی خاص برای تغذیه سالم و فعالیت بدنی باید پیشنهاد و ارائه گردد.</p>	<p>هدف نهایی: تمام مدارس باید برنامه درسی متناسب با سن در خصوص تغییر رفتارهای رژیم غذایی، فعالیت بدنی، و مصرف دخانیات را اجراء کند.</p>
<p>-فعالیت بدنی لازم است حداقل سه بار در هفته در کلاس های K-12 با تاکید بیشتر بر فعالیت ها/ورزش های در طول زندگی انجام شود. اجرای برنامه های درسی مبتنی بر تحقیقات پیشنهاد می شود.</p>	
<p>-غذاهایی که در مدارس تهیه می شوند باید جایگزین هایی با هدف سلامت قلبی عروقی باشند.</p>	
<p>-دانش آموزان باید بدانند چگونه نظام پزشکی اورژانس را فعال کنند.</p>	<p>هدف نهایی: تمام مدارس باید آموزش نشانه های هشدار دهنده اولیه سکته های قلبی و مغزی و مراحل ابتدایی مراقبت های اورژانسی مناسب را فراهم کنند.</p>
<p>-دستورالعمل های احیای قلبی ریوی باید برای دانش آموزان در گروه سنی مناسب فراهم شود.</p>	
آموزش در محل های کار	
<p>-محل های کار باید افزایش فعالیت بدنی در روز های کاری را ارتقاء دهند(مانند بالا رفتن از پله ها).</p>	<p>هدف نهایی: مواد آموزشی و خدمات باید در تمام محل های کار برای برانگیختن و کمک به کارمندان و کارگران برای پذیرش و حفظ رفتارهای بهداشتی قلب، فراهم شود.</p>
<p>کارگران باید به مواد آموزشی و خدمات مؤثر مبتنی بر تحقیقاتی که به پذیرش و حفظ رفتارهای سلامت قلبی عروقی کمک می کنند، دسترسی داشته باشند .</p>	
<p>-کارگران باید بدانند چگونه نظام پزشکی اورژانس را فعال کنند.</p>	<p>هدف نهایی: تمام محل های کار باید در خصوص نشانه های اولیه هشدار دهنده سکته های قلبی و مغزی و قدم های ابتدایی مناسب مراقبت اورژانسی آموزش و دستورالعمل داشته باشند.</p>
<p>-دستورالعمل های احیای قلبی ریوی باید برای تمام کارگران فراهم شود.</p>	
آموزش در تسهیلات مراقبت های بهداشتی	
<p>-رسانه های چاپی و سایر انواع رسانه ها در خصوص عوامل خطر بیماری قلبی عروقی و سکته مغزی و نشانه های اولیه هشدار دهنده باید در تسهیلات مراقبت های بهداشتی در دسترس باشد.</p>	<p>هدف نهایی: تمام تسهیلات مراقبت های بهداشتی باید مواد آموزشی و برنامه های مؤثر مبتنی بر تحقیقات در باره تغییر و حفظ عوامل خطر/رفتارهای خطرناک، راه های پیشگیری از بیماری قلبی عروقی و سکته مغزی، و نشانه های اولیه هشدار دهنده بیماری قلبی عروقی و سکته مغزی را فراهم کنند.</p>
<p>-راهنما های پیشگیری اولیه و ثانویه باید برای تمام مردم در دسترس باشد.</p>	
<p>-مواد آموزشی باید برای تطبیق با سواد کم، تنوع فرهنگی و زبانی، اختلافات جنسیتی و قابلیت انعطاف برای انتشار، اصلاح شوند .</p>	
سازمان های جامعه و شرکاء	
<p>-تعیین سازمان ها و مؤسساتی در جامعه که می توانند خدمات و منابع در پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی و سکته مغزی فراهم کنند .</p>	<p>هدف نهایی: تمام جوامع یک برنامه عملیاتی برای پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی و سکته مغزی با اهداف اختصاصی و نهایی خواهند داشت.</p>
<p>-ایجاد فرصت هایی برای شهروندان در تمام سنین برای درگیر شدن در فعالیت های اجتماعی برای پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی و سکته مغزی</p>	
<p>-آموزش سازمان های جامعه درباره مواد آموزشی و خدمات مؤثر</p>	<p>هدف نهایی: تمام جوامع مواد آموزشی و خدمات برای تغییر</p>

پیشنهادات	راهبردها و اهداف نهایی
مبتنی بر تحقیقات و در دسترس قرار دادن آن ها	رفتارهای خطرناک و عوامل خطری که مبتنی بر تحقیقات هستند را در صورت امکان فراهم خواهند کرد.
	تامین خدمات بهداشتی فردی
-تامین دسترسی به غربالگری، مشاوره، و خدمات ارجاع برای عوامل خطر بیماری قلبی عروقی و سکته مغزی برای تمام افراد -اصلاح مواد آموزشی برای تطبیق با سواد کم و تنوع فرهنگی و زبانی .	هدف نهایی: افزایش درصد افراد در معرض خطری که می خواهند بطور مؤثری عوامل خطر را تا حد هدف تعیین شده توسط دستورالعمل های AHA برای پیشگیری از بیماری قلبی و سکته مغزی را کاهش دهند.
-فراهم کردن مداخلات حمایت تلفنی، شامل مشاوره برای ترک یا کمک به تلاش برای ترک یا حفظ پرهیز از مصرف برای مصرف کنندگان دخانیات.	
-فراهم کردن دسترسی به برنامه های توانبخشی و کنترل عوامل خطر برای بیماری قلبی عروقی و سکته مغزی.	هدف نهایی: افزایش درصد بیماران دارای علائم بیماری عروق کرونر حاد (مانند سکته قلبی، آریتمی قلبی) یا علائم عروق مغزی (مانند سکته مغزی، حمله مغزی گذرا) که مداخلات حاد مناسب در زمان حداکثر اثربخشی دریافت می کنند.
-تربیت اولین پاسخ دهندگان یا افراد اقدام کننده در اورژانس در زمینه استفاده از دفیبریلاتورها (AEDs) و فراهم کردن دفیبریلاتورها (AEDs) مطابق با دستورالعمل های پیشنهادی AHA .	
-تجهیز مکان های پر جمعیت عمومی و مکان هایی که فعالیت های پرخطر در آن رخ می دهد با (AEDs) مطابق با دستورالعمل های پیشنهادی AHA .	
-نیاز به برنامه درسی مبتنی بر تحقیقات برای پزشکان، پرستاران، مدارک RN، PA با تاکید بر مهارت آموزی در زمینه تغییر رفتار مرتبط با مصرف دخانیات، رژیم غذایی و فعالیت بدنی و تمرین.	هدف نهایی: آموزش در خصوص دخانیات، فعالیت بدنی، تغذیه و روش های مشاوره تغییر رفتار مؤثر در دانشکده های پزشکی و برنامه های رزیدنتی مناسب.
	تغییر محیطی
-مغازه های بقالی و بازارهای غذایی باید انواعی از میوه ها، سبزی های سبز و زرد، و محصولات غلات را با قیمت های منطقی و قابل انتخاب فراهم کنند.	هدف نهایی: تامین دسترسی به غذاهای سالم که تمام اعضاء جامعه بتوانند پیشنهادات رژیم غذایی ملی برای اسیدهای چرب (کمتر از ۱۰٪ کالری)، سدیم، غلات (بیشتر از ۶ روز، با بیشتر از ۳ روز با غلات کامل)، میوه ها (بیشتر از ۲ واحد در روز) و سبزی ها (بیشتر از ۳ واحد در روز)
-رستوران ها باید ارائه بشقاب های غذایی که از دستورالعمل های غذایی ملی پیروی می کنند و دارای برچسب تغذیه ای هستند را افزایش دهند.	
-مدارس باید دسترسی به غذاها و تنقلاتی که بطور کلی کیفیت غذایی بهتری دارند و از دستورالعمل های غذایی پیروی می کنند را افزایش دهند.	
-غذاهای سالم باید در تمام منابع غذایی با روش هایی مانند point-of-purchase displays ارتقاء یابند.	
-جوامع باید از بازارهای کشاورزان و باغ های جامعه حمایت کنند. -برنامه های آموزشی جسمی باید در برنامه درسی مدارس و مراکز فعال جامعه حمایت شوند.	هدف نهایی: تامین دسترسی به انواع فعالیت بدنی ایمن، مناسب و لذت بخش که در نتیجه مردم در هر سنی بتوانند از دستورالعمل های ملی فعالیت بدنی متوسط و شدید پیروی کنند.
-هر جامعه باید به فراهم کردن ابزار و شرایط ایمن و راحت برای پیاده روی و دوچرخه سواری به عنوان ابزار حمل و نقل و تفریح	

پیشنهادات	راهبردها و اهداف نهایی
متعهد شود.	
-ساختمان ها باید طوری طراحی شوند که پله ها برای استفاده قابل مشاهده، قابل استفاده و راحت باشند.	
-محل های کار باید برنامه های آمادگی جسمانی و تناسب فعالیت بدنی تحت حمایت و ضمانت کارفرما تهیه کنند.	
-محل های کار باید سیاست های رسمی در خصوص مصرف دخانیات که از مصرف آن جلوگیری کند یا به فضاهای مجزای دارای تهویه محدود کند، داشته باشند.	هدف نهایی: تامین محیط دور از دخانیات برای تمام شهروندان.
-حکم های محلی یا استانی باید از مصرف دخانیات در اماکن عمومی جلوگیری کند یا به فضاهای مجزای دارای تهویه محدود کند .	
-تسهیلات مدارس، ملکیت ها، وسایل، و برنامه ها و وقایع در مدارس باید دور از دود و رها از دخانیات باشند.	
	تغییر سیاسی
-افزایش قیمت هر واحد محصولات دخانی از طریق مالیات بستن به کالاهای داخلی محلی یا ایالتی	هدف نهایی: کاهش شروع مصرف دخانیات توسط نوجوانان و جوانان.
-تبلیغ و ترویج دخانیات که بر روی نوجوانان و جوانان تاثیر می گذارد باید حذف شود.	
-قوانین منع فروش محصولات دخانی به افراد کم سن باید تقویت شود و متخلفین باید مجازات شوند(مانند جریمه، ابطال جواز خرده فروشی)	
پول های واريز شده دخانیات بجای واريز به صندوق عمومی باید صرف کنترل دخانیات و سایر بیماری مرتبط با دخانیات شوند .	
-پوشش بیمه باید برای درمان های مبتنی بر شواهد وابستگی به نیکوتین و برای ارتقاء تغذیه سالم و فعالیت بدنی فراهم شود.	هدف نهایی: فراهم کردن بازپرداخت کافی برای خدمات پیشگیری و توانبخشی.
-خدمات پیشگیری بالینی و توانبخشی سرپایی اولیه باید تحت پوشش برنامه های بیمه ای بهداشتی قرار گیرد.	

۲- مرحله دوم برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

شناسایی و مراقبت بیماری فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون

در این مرحله از برنامه قلب و عروق که در حوزه وظایف وزارت بهداشت است، هدف شناسایی و ثبت بیماران مبتلا به بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی (شامل فشارخون بالا و اختلال چربی خون) و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی مراقبت و درمان بیماران برای دستیابی به هدف کنترل بیماری های فشارخون بالا و اختلال چربی خون است.

در ابتدا گروه هدف که شامل بیماران تشخیص داده شده مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون هستند از طریق فراخوان برای

مراجعه به مراکز تعیین شده (واحد دیابت/خانه های بهداشت) دعوت می گردند و پس از تایید بیماری تحت مراقبت قرار می گیرند. شناسایی افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی (یعنی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و بیماران مبتلا به اختلال چربی خون) در روستا و شهر به صورت **غیر فعال** انجام می شود.

این مرحله مستقل از مرحله اول در تمام دانشگاه های علوم پزشکی اجراء خواهد شد و کلیه شهرها می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

طول مدت مرحله دوم

برای اجرای این مرحله **شش ماه** در نظر گرفته شده است.

حیطه مداخله: شناسایی، مراقبت و درمان بیماران مبتلا به فشارخون بالا یا اختلال چربی خون

با توجه به شیوع بالای بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن و این حقیقت که در ورود به نظام سلامت عمومی در کشور تشخیص، درمان و پایش ترجیحا" در سطح مراقبت های اولیه بهداشتی با توجه به دسترسی به آن، در آن سطح رخ می دهد، مؤثرترین راه شناسایی عوامل خطر در جمعیت، استفاده از یک راهبرد فرصت طلبانه، بر مبنای استفاده از مزیت های چندگانه ملاقات ها و مشاوره های فردی افراد مراجعه کننده به خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی است.

استاندارد ها

برای تمام افراد مبتلا به بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون، باید مراقبت و درمان استاندارد انجام شود.

اهداف

- ۱- بیمار مبتلا به بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون و دارای سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (مصرف دخانیات، دیابت و چاقی) باید بطور مناسب شناسایی و تعیین و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.
- ۲- در تمام افراد باید سابقه بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی) بطور مناسب تعیین و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.
- ۳- خطر قلبی عروقی فردی که عوامل خطر قلبی عروقی در او مشخص و تعیین شده است و فردی که هنوز علائمی را نشان نداده است، باید محاسبه و ارزیابی شود و بر حسب سطح خطر وی مداخلات کنترلی عوامل خطر و کاهش خطر قلبی عروقی لازم و ضروری به وی پیشنهاد و ارائه شود.
- ۴- بیمار مبتلا به بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون و دارای سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (مصرف دخانیات، دیابت و چاقی) باید بطور مناسب تحت مراقبت و درمان قرار گیرد و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.

اقدامات

- الویت دادن به همه فعالیت های مرتبط با پیشگیری از بیماری قلبی عروقی و ثبت آن ها در مراکز بهداشتی درمانی و در تیم مراقبت های اولیه سلامت
- ادغام فعالیت هایی که هدف آن ها بیماران دارای خطر بالای قلبی عروقی است در پروفایل خدمات مراکز بهداشتی درمانی و در خدمات تیم مراقبت های اولیه سلامت

اقدامات برای هدف ۱

- یادآوری و ثبت بیماران شناخته شده قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی)، که از طریق گزارش بالینی مربوطه مستند شده است

-زمانی که نظام محاسبه خطر قلبی عروقی پذیرفته شد، یک بخش خاص در تاریخچه یا سابقه بیماری برای محاسبه خطر و ثبت میزان خطر در نظر گرفته خواهد شد.

اقدامات برای هدف ۲

-برای شناسایی و ثبت عوامل خطر راهبرد فرصت طلبانه پیشنهاد می شود، که بر اساس استفاده از فراخوان و اطلاع رسانی و مزیت ملاقات و دلایل چندگانه برای مشاوره افراد در خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی است و اساساً در خدمات بهداشتی اولیه قرار گرفته است.

-ثبت سابقه بیماری قلبی عروقی زودرس در افراد درجه یک خانواده (والدین، خواهر و برادر) قبل از ۵۵ سالگی در مردان و قبل از ۶۵ سالگی در زنان

-مصرف دخانیات:

-ثبت سابقه مصرف دخانیات هر دو سال یک بار در افراد بالای ۱۲ سال

-فشارخون بالا:

-ثبت سابقه فشارخون بالا در افراد درجه یک خانواده و در تاریخچه سلامتی خود فرد.

-تمام افرادی که داروی کاهش دهنده فشارخون مصرف می کنند، بدون توجه به میزان فشارخون در زمان خاص باید به عنوان بیمار فشارخونی در نظر گرفته شوند.

-تمام بیماران فشارخونی باید یک ارزیابی کامل از نظر اتیولوژی، شدت و مشکلات داخلی شوند.

-دیابت:

- باید بدون توجه به مقدار قند خون در شرایط حاضر و بر اساس تحت درمان دارویی بودن، تایید شود.

- اختلال چربی خون :

- سابقه بیماری اختلال چربی خون در افراد درجه یک خانواده باید ثبت شود.

-ابتلای فرد باید بدون توجه به مقادیر چربی خون در شرایط حاضر و بر اساس تحت درمان دارویی بودن، تایید شود.

-در غیاب سایر عوامل خطر (سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، مصرف دخانیات، فشارخون بالا، دیابت و چاقی) فقط چربی خون کلسترول تام ارزیابی و ثبت می شود.

-اگر سایر عوامل خطر قلبی عروقی شناسایی شوند، پروفایل چربی کامل باید اندازه گیری شود (کلسترول تام، تری گلیسیرید و ال دی ال) (در صورت تری گلیسیرید کمتر از ۴۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بر مبنای محاسبه با فرمول فریدوال)، (اچ دی ال).

-اگر فقط کلسترول تام در طی شناسایی ارزیابی شود و مقدار آن ۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر و بیشتر باشد لازم است حتماً پروفایل کامل چربی خون ارزیابی شود. اگر پروفایل کامل چربی خون در طی شناسایی انجام شود، اگر مقدار کلسترول تام ۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر و بیشتر باشد، یا کلسترول اچ دی ال کمتر از ۴۰ یا تری گلیسیرید ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و بیشتر باشد، باید تکرار شود. ارزیابی دوم باید بین یک هفته تا دو ماه بعد از اولین آزمایش انجام شود. میزان متوسط هر دو آزمایش باید در تاریخچه بیماری به عنوان مرجعی برای مداخلات درمانی ثبت شود.

-چاقی:

-قد و وزن باید در سوابق فرد ثبت شود و نمایه توده بدنی بر اساس فرمول $\text{قد}^2(\text{cm})/\text{وزن}(\text{kg})$ محاسبه شود. بیمار باید با پای برهنه و با شرایط استاندارد اندازه گیری شود.

-در بزرگسالان اگر نمایه توده بدنی ۲۵ تا ۲۹/۹ کیلوگرم بر متر مربع باشد، اضافه وزن و اگر ۳۰ و بیشتر باشد چاق محسوب میشود.

اقدامات برای هدف ۳

-**ارزیابی و طبقه بندی خطر قلبی عروقی در فرد:** این ارزیابی در افرادی انجام می شود که سابقه بیماری قلبی شناخته شده (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی) و حضور عوامل خطر قلبی عروقی (سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، مصرف دخانیات، فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت و چاقی) ندارند. از یک روش کمی برای محاسبه خطر قلبی عروقی استفاده می شود. این جدولی که استفاده می شود برگرفته از بررسی فرامینگهام و تطبیق داده شده برای کشورهای آسیایی است.

بطور نمونه خطر قلبی عروقی برای یک فرد خاص به شکل زیر طبقه بندی می شود.

- **خطر قلبی عروقی بالا:** حضور عوامل خطر: این خطر به معنی احتمال ۲۰٪ و بیشتر ابتلاء به بیماری قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده است.
- **خطر قلبی عروقی متوسط:** حضور عوامل خطر: این خطر به معنی احتمال بین ۵٪ تا ۲۰٪ ابتلاء به بیماری قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده است.
- **خطر قلبی عروقی کم:** هیچ عامل خطری وجود ندارد (مصرف دخانیات، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی): این خطر به معنی احتمال کمتر از ۵٪ ابتلاء به بیماری قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده است.

اقدامات

الف- افراد با خطر قلبی عروقی متوسط و بالا: پیشنهادات پیشگیرانه یا درمانی برای اهداف هماهنگ، اهداف درمانی در زیر خلاصه شده است.

۱- اگر بیمار دخانیات مصرف می کند: درمان باید شامل جنبه های زیر باشد:

- توضیح مفصل خطرات مصرف دخانیات و اطلاعات روشن در خصوص منافع ترک دخانیات.

- توضیح مختصر در هر جلسه ملاقات در خصوص منع مصرف دخانیات از زمان شناسایی

- حمایت روانی و درمان دارویی (بوپروپیون و درمان جایگزین با نیکوتین) در صورت مقتضی

۲- اگر بیمار مبتلا به فشارخون بالا است: راهنمایی و درمان شود تا به کنترل مناسب فشارخون در بیمار دست یابد و بعد آن را حفظ کند (کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه)

- با توجه به درمان فشارخون (دارویی یا غیردارویی)، درمان فشارخون بالا یا باید شروع شود یا ادامه یابد تا به کنترل مناسب و کافی فشارخون در بیمار دست یافت.

- درمان غیردارویی باید در تمام بیماران حفظ و تقویت شود، حتی اگر تحت درمان دارویی باشند.

- درمان دارویی باید با توجه به بیماری های همراه برای هر فرد بطور مستقل تجویز شود.

- بطور کلی هر گروه دارویی می تواند استفاده و تجویز شود، دیورتیک های تیازیدی کم دوز اولین مرحله از درمان کاهنده فشارخون هستند.

- تمام بیماران باید بطور مناسب از عوارض جانبی احتمالی دارو ها و اهمیت پیگیری درمان بطور صحیح و نیز منافع کنترل فشارخون مطلع و آگاه شوند.

۳- اگر بیمار مبتلا به اختلال چربی خون است: اگر وجود اختلال چربی خون بررسی شود و فرد تحت درمان دارویی یا غیر دارویی باشد، درمان کاهش دهنده چربی خون یا باید شروع شود یا ادامه یابد تا به اهداف تعیین شده در بیمار دست یافت.

-اقدامات غیردارویی (رژیم غذایی، کاهش وزن و فعالیت بدنی) باید در تمام بیماران دارای اختلال چربی خون حفظ و تقویت شود. چه تحت درمان باشند و چه تحت درمان نباشند.

-بطور کلی گروه دارویی که بیشتر توصیه شده است استاتین ها هستند، گرچه رزین های یونی و فیبرات ها نیز مورد استفاده قرار می گیرد. توصیه های رژیم های غذایی، اصلاح شیوه زندگی و داروهای کاهش دهنده چربی خون برای دستیابی به هدف غلظت سرمی ال دی ال کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر در بیماران دارای خطر بالای بیماری قلبی عروقی و ال دی ال کمتر از ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر در بیماران دارای خطر متوسط بیماری قلبی عروقی می تواند تجویز شود.

۴- اگر بیمار مبتلا به دیابت است: کنترل سخت فشارخون (کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه)، قند خون (هموگلوبین گلیکوزیله کمتر از ۷٪)، کلسترول تام و ال دی ال توصیه می شود.

چهار جزء درمان (رژیم غذایی، فعالیت بدنی، دارو ها و خود ارزیابی) باید فردی سازی شود و با خصوصیات هر بیمار مطابقت داده شود. در صورت عدم دستیابی به اهداف درمانی باید درمان موردبررسی و ارزیابی قرار گیرد.

۵- اگر بیمار چاق است (نمایه توده بدنی ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع و بیشتر): یک رویکرد درمانی جامع مطابق با خصوصیات بیمار در نظر گرفته می شود. این رویکرد شامل رژیم غذایی، تمرینات جسمی، و اصلاح رفتارهای تغذیه ای، و در صورت لزوم درمان دارویی و یا جراحی است.

-مداخله در چاقی باید برای دست یابی به تعادل انرژی منفی انجام شود: کاهش مصرف و افزایش سوخت کالری. یک رژیم غذایی کم کالری رکن اساسی درمان است. استفاده از داروها (اورلیستات یا سیبوتیرامین) در صورت عدم دستیابی به هدف در طی ۶ ماه در بیماران چاق یا دارای نمایه توده بدنی ۲۷ کیلوگرم بر متر مربع همراه با بیماری های همراه مدنظر قرار می گیرد. در مورد چاقی شدید (نمایه توده بدنی ۳۵ کیلوگرم بر متر مربع و بیشتر) کارکنان بهداشتی ممکن است ارجاع بیمار به یک متخصص را در نظر بگیرند.

۳- مرحله سوم بر نامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

در شهرهایی که تحت پوشش پزشک خانواده نیستند، نحوه اجرای مرحله دوم و سوم برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی با روشی که در مناطق روستایی انجام می شود به علت ویژگی های ساختاری، دسترسی به افراد تحت پوشش، منطقه فیزیکی و دسترسی به بخش های خصوصی، تا حدودی متفاوت خواهد بود، اما اهداف برنامه در هر دو منطقه مشابه است.

روش ثبت مشخصات افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده در شهر ها (واحد دیابت/پایگاه تندرستی) جهت غربالگری، مراقبت و درمان بیماران و افراد ارائه دهنده خدمات، روش گزارش دهی و جمع آوری اطلاعات و محل ارائه خدمات با آنچه در مناطق روستایی اجرا می شود، متفاوت است. اما دستورالعمل های غربالگری، بیماریابی، مراقبت و راهنماهای ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری فشارخون بالا و اختلال چربی خون و بیماری قلبی عروقی در دو منطقه مشابه خواهد بود.

در روستاها شناسایی، آموزش، مراقبت و درمان بیماران در خانه های بهداشت و توسط تیم سلامت انجام خواهد شد. در شهرها شناسایی، آموزش، مراقبت و درمان بیماران در مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده (واحدهای دیابت/پایگاه های تندرستی) انجام خواهد شد و حسب ساختار و امکانات و تجهیزات تامین شده، اغلب خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز در این مکان ارائه خواهد شد.

بیماران نیازمند خدمات تخصصی توسط پزشک یا پزشکان عمومی دوره دیده این واحد یا مراکز بهداشتی درمانی روستایی به سطح بالاتر که کلینیک های تخصصی (مرکز ویژه قلب و عروق) و بیمارستان ها هستند، ارجاع خواهند شد.

همچنین نظام گزارش دهی در بعضی مناطق مبتنی بر کاغذ و در بعضی بر اساس نرم افزار ثبت طراحی شده خواهد بود.

غربالگری و مراقبت عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر)

در این مرحله از برنامه قلب و عروق نیز که در حوزه وظایف وزارت بهداشت است، شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی از طریق غربالگری و بیماریابی انجام می‌گیرد و مراقبت‌های بهداشتی که در خدمات بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده ادغام شده است، در قالب فعالیت‌های تیم سلامت اجراء خواهد شد.

با توجه به اجراء برنامه پزشک خانواده در روستاها و شهرها و تکمیل بسته خدمتی پزشک خانواده بر مبنای دستورالعمل اجرایی و علمی برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی، این برنامه با استفاده از تیم سلامت پزشک خانواده قابل اجراء خواهد بود. در حال حاضر در مناطق روستایی که پوشش پزشک خانواده تقریباً کامل است، این برنامه قابلیت اجرایی دارد. بعد از گسترش برنامه پزشک خانواده به شهرهای بزرگتر، این برنامه در تمام شهرها نیز قابل اجراء خواهد بود. با پوشش کامل برنامه پزشک خانواده، غربالگری افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی در روستا و شهر به صورت **فعال** اجراء خواهد شد.

در شهرهایی که تحت پوشش پزشک خانواده نیستند، نحوه اجراء برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی با روشی که در مناطق روستایی انجام می‌شود تا حدودی متفاوت خواهد بود. غربالگری افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی در این شهرها به صورت **غیر فعال** انجام می‌شود.

از آنجا که گروه هدف در برنامه غربالگری بیماری دیابت افراد ۳۰ سال و بالاتر هستند، لذا غربالگری در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی نیز برای هماهنگی با این برنامه در گروه ۳۰ سال و بالاتر بطور همزمان اجراء خواهد شد و بیماران شناسایی شده مطابق با پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های برنامه‌های مربوطه (قلب و عروق، فشارخون، اختلال چربی خون، اضافه وزن، چاقی و دیابت) تحت مراقبت و درمان قرار خواهند گرفت.

بدیهی است این مرحله مستقل از مرحله اول و پس از اجراء مرحله دوم در تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی اجراء خواهد شد.

طول مدت مرحله سوم

بعد از شناسایی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و بیماران مبتلا به اختلال چربی خون و ساماندهی مراقبت این بیماران، قدم بعدی شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران تشخیص داده نشده از طریق غربالگری و بیماریابی است. با توجه به غیرفعال بودن برنامه غربالگری در شهرها، مدت زمان محدودی برای غربالگری و بیماریابی عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی و بیماری دیابت نمی‌توان تعیین کرد، اما برای پایش برنامه و پوشش حداکثری جمعیت منطقه، مدت زمان مرحله غربالگری و بیماریابی در مناطق روستایی و در شهرها **یک سال** تعیین خواهد شد.

حیطه مداخله: شناسایی، تشخیص و درمان بیماران دارای عوامل خطر بیماری ایسکمیک قلبی

عوامل خطر قلبی عروقی یک خصوصیت بیولوژیکی یا هدایت کننده‌ای است که احتمال ابتلاء یا مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی در افرادی که این عوامل در آن‌ها مشاهده می‌شود را افزایش می‌دهد. غیاب این عوامل خطر احتمال ابتلاء به بیماری قلبی عروقی را رد نمی‌کند، و حضور آن‌ها هم بروز این بیماری را تضمین نمی‌کند. گرچه راه‌های زیادی برای تقسیم بندی عوامل خطر وجود دارد، اخیراً "یک طبقه بندی برای موارد اصلی پیشنهاد شده است که بین عوامل علتی تفاوت قائل می‌شود که شامل عوامل شرطی و عوامل مستعد کننده هستند.

عوامل علیتی: شامل فشارخون بالا، مصرف دخانیات، اختلال چربی خون و دیابت شیرین هستند. این‌ها اساساً "مهمترین و مستقل ترین عوامل هستند و قویترین ارتباط را با بیماری قلبی عروقی دارند و به شدت در جامعه بطور مکرر یافت می‌شوند.

عوامل شرطی: عواملی هستند که با خطر بزرگتری از بیماری قلبی عروقی همراه هستند، اما برای نقش علتی آن‌ها اثبات قطعی وجود ندارد، چون پتانسیل آتروژنز آن‌ها یا شیوع آن‌ها در جامعه کم است. در میان این عوامل هیپرتری گلیسیریدمی، ذرات ال دی ال با دانسیته کم LDL، هیپرهموسیستمی، ال پی بالا LP، عوامل پورترومبوتیک (فیبرینوژن) و مارکرهای التهابی (CRP) هستند.

عوامل زمینه ساز یا مستعد کننده: به عنوان عوامل دور در زنجیره علیتی بیماری قلبی عروقی در نظر گرفته میشوند و عمل آن ها از طریق واسطه، عوامل علیتی یا شرطی انجام می شود. در میان آن ها چاقی (که توسط انجمن قلب امریکا به عنوان، عامل خطر مهم در نظر گرفته شده است)، چاقی شکمی، کم تحرکی (که توسط انجمن قلب امریکا به عنوان، عامل خطر مهم در نظر گرفته شده است)، سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس در افراد درجه یک، بعضی از خصوصیات قومیتی و عوامل روانی هستند. هر چه خطر قلبی عروقی بیشتر باشد اثر و کارآمدی مداخلات مهمتر است و در نتیجه لازم است برای اقدام، الویت بندی انجام دهیم. محاسبه خطر قلبی عروقی علیرغم محدودیت آن مفیدترین ابزار موجود رایج در مطب ها برای تعیین الویت ها در پیشگیری اولیه و تصمیم گیری در مورد شدت مداخلات است. بنابر این محاسبه و طبقه بندی خطر قلبی عروقی عنصر مفیدی در مراقبت بیمار دارای عوامل خطر قلبی عروقی است.

الویت های پیشگیری از بیماری قلبی عروقی در گروه های هدف به ترتیب اهمیت زیاد تا کم شامل زیر است:

- ۱- افراد دارای بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی)
 - ۲- افراد بدون بیماری قلبی عروقی اما دارای خطر بالای ابتلاء به بیماری قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده
 - ۳- افراد بدون بیماری قلبی عروقی اما دارای خطر متوسط قلبی عروقی و حداقل یک عامل خطر
 - ۴- افراد بدون بیماری قلبی عروقی اما دارای خطر کم قلبی عروقی و بدون عامل خطر
- با توجه به شیوع بالای بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن و این حقیقت که در ورود به نظام سلامت عمومی در کشور تشخیص، درمان و پایش ترجیحاً" در سطح مراقبت های اولیه بهداشتی با توجه به دسترسی به آن، در آن سطح رخ می دهد، مؤثرترین راه شناسایی عوامل خطر در جمعیت، استفاده از یک راهبرد فرصت طلبانه، بر مبنای استفاده از مزیت های چندگانه ملاقات ها و مشاوره های فردی افراد مراجعه کننده به خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی است.

استاندارد ها

- هر فرد باید از مقادیر عوامل خطر قلبی عروقی خود مطلع باشد .
- هر فرد ۳۰ سال و بالاتر باید از میزان احتمال خطر بروز بیماری قلبی عروقی خود که توسط کارکنان بهداشتی ارزیابی شده است، مطلع باشد.
- برای تمام افراد دارای خطر متوسط و بالای ابتلاء به بیماری قلبی عروقی، پیشگیری باید انجام شود.

اهداف

- ۱- در تمام افراد باید سابقه بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر یا هر بیماری انسدادی شریانی: مغزی یا محیطی) بطور مناسب تعیین و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.
- ۲- بیمار دارای عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (مصرف دخانیات، فشارخون بالا، اختلال چربی خون، دیابت و چاقی) باید بطور مناسب شناسایی و تعیین و این اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.
- ۳- خطر قلبی عروقی فردی که عوامل خطر قلبی عروقی در او مشخص و تعیین شده است و فردی که هنوز علائمی را نشان نداده است، باید محاسبه و ارزیابی شود و بر حسب سطح خطر وی مداخلات کنترلی عوامل خطر و کاهش خطر قلبی عروقی لازم و ضروری به وی پیشنهاد و ارائه شود

اقدامات

- الویت دادن به همه فعالیت های مرتبط با پیشگیری از بیماری قلبی عروقی و ثبت آن ها در مراکز بهداشتی درمانی و در تیم مراقبت های اولیه سلامت

-ادغام فعالیت هایی که هدف آن ها بیماران دارای خطر بالای قلبی عروقی است در پروفایل خدمات مراکز بهداشتی درمانی و در خدمات تیم مراقبت های اولیه سلامت

اقدامات برای هدف ۱

مشابه مرحله ۲

اقدامات برای هدف ۲

-برای شناسایی و ثبت عوامل خطر راهبرد فرصت طلبانه پیشنهاد می شود، که بر اساس استفاده از مزیت ملاقات و دلایل چندگانه برای مشاوره افراد در خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی است و اساساً در خدمات بهداشتی اولیه قرار گرفته است.

-ثبت سابقه بیماری قلبی عروقی زودرس در افراد درجه یک خانواده (والدین، خواهر و برادر) قبل از ۵۵ سالگی در مردان و قبل از ۶۵ سالگی در زنان

-مصرف دخانیات:

مشابه مرحله ۲

-فشارخون بالا:

-ثبت سابقه فشارخون بالا در افراد درجه یک خانواده و در تاریخچه سلامتی خود فرد.

-تمام افرادی که داروی کاهش دهنده فشارخون مصرف می کنند، بدون توجه به میزان فشارخون در زمان خاص باید به عنوان بیمار فشارخونی در نظر گرفته شوند.

-اندازه گیری فشارخون باید حداقل یک بار قبل از ۱۴ سالگی، و بین ۱۴ تا ۴۰ سالگی هر ۵ سال و بعد از ۴۰ سالگی هر ۲ سال اندازه گیری شود.

-اگر فشارخون بین ۸۵-۱۳۹/۸۰-۱۳۰ باشد باید سالی یکبار اندازه گیری شود.

-اگر فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد فشارخون بالا باید در چندین موقعیت و روزهای مختلف اندازه گیری و تایید شود. متوسط فشارخون باید در نظر گرفته شود و اگر فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیشتر باشد بیماری فشارخون بالا تایید می شود. در بعضی موارد لزوم فشارخون از طریق امبولاتور (خود اندازه گیری و پایش فشارخون توسط فرد) ، انجام می شود. اگر کمتر از ۱۳۵/۸۵ باشد به عنوان طبیعی در نظر گرفته می شود.

-تمام بیماران فشارخونی باید یک ارزیابی کامل از نظر اتیولوژی، شدت و مشکلات داخلی شوند.

-دیابت:

مشابه مرحله ۲

- اختلال چربی خون :

مشابه مرحله ۲

-چاقی:

مشابه مرحله ۲

در بزرگسالان توصیه میشود اولین بار در سن ۲۰ سالگی نمایه توده بدنی ارزیابی شود و هر سال محاسبه آن تکرار شود.

اقدامات برای هدف ۳

مشابه مرحله ۲

جدول مقایسه اهداف نهایی برای پیشگیری اولیه از عوامل خطر قلبی عروقی

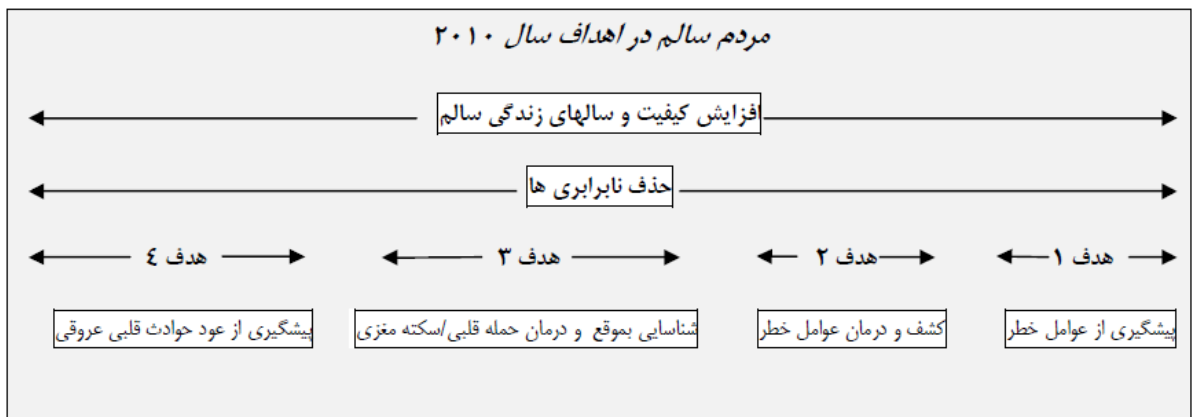
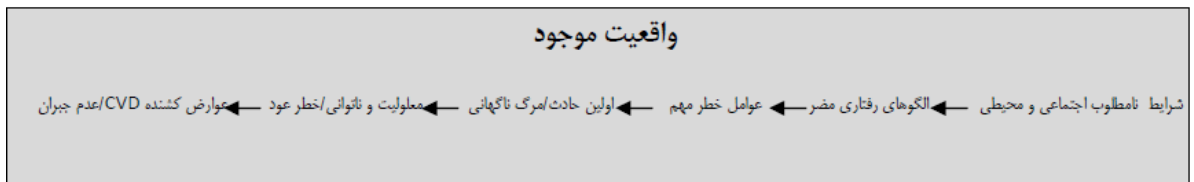
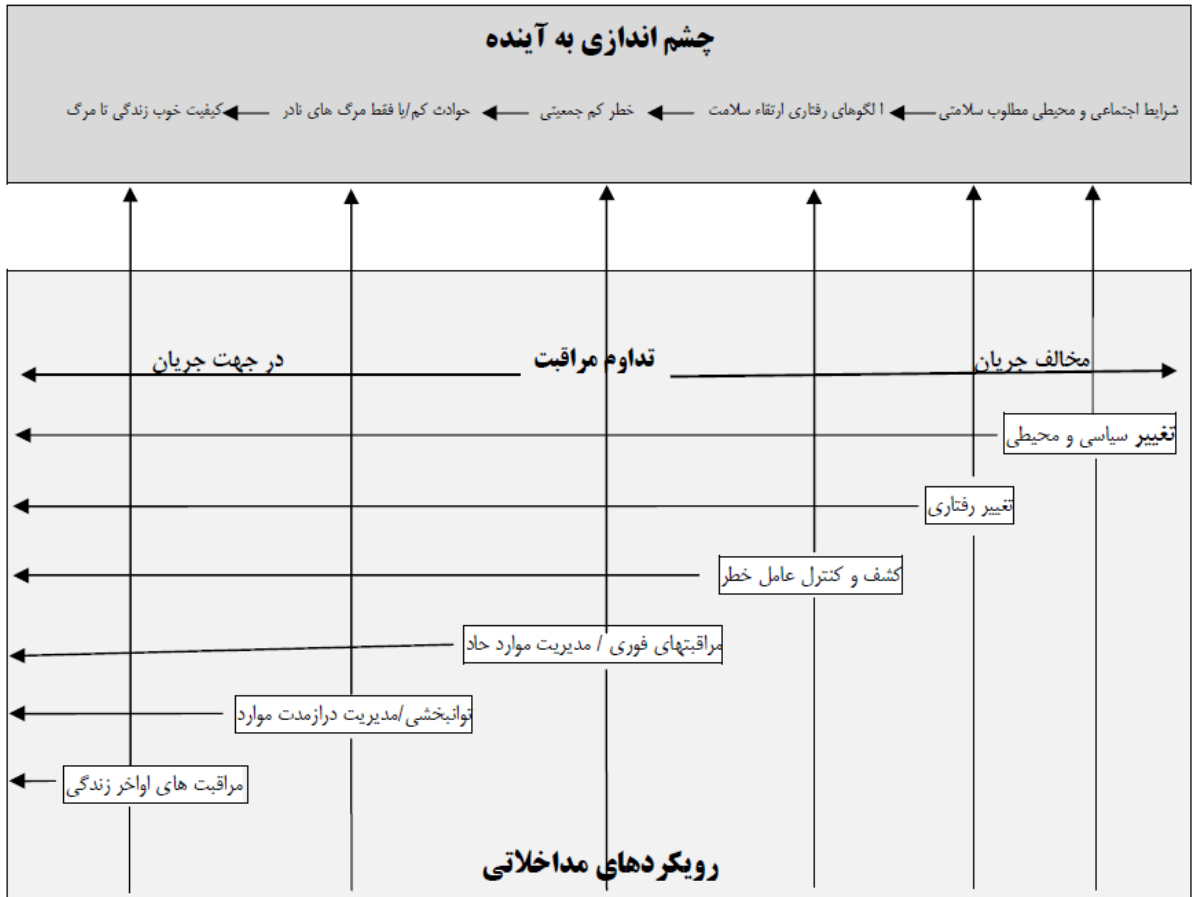
متغیر	راهنمای ESC (انجمن قلب اروپا) در خصوص پیشگیری از بیماری قلبی عروقی در اقدامات بالینی	راهنمای AHA (انجمن قلب آمریکا)
فشارخون (Blood pressure)	کمتر از ۱۴۰/۹۰ mmHg	- کمتر از ۱۴۰/۹۰ mmHg - کمتر از ۱۳۰/۸۵ mmHg در صورت وجود بیماری های نارسایی قلبی یا نارسایی کلیوی - کمتر از ۱۳۰/۸۰ mmHg در صورت وجود دیابت
کلسترول تام (Total cholesterol)	کمتر از ۵ mmol/l (حدود ۱۹۰ mg/dl)	کمتر از ۲۰۰ mg/dl
کلسترول ال دی ال (LDL-C)	کمتر از ۳ mmol/l (حدود ۱۱۵ mg/dl)	- کمتر از ۱۶۰ mg/dl - کمتر از ۱۳۰ mg/dl در صورتی که بیش از ۲ عامل خطر وجود داشته باشد و احتمال خطر بروز بیماری عروق کرونر قلب (CHD) بیش از ۲۰٪ باشد
کلسترول اچ دی ال (HDL-C)	-	- بیشتر از ۴۰ mg/dl در مردان - بیشتر از ۵۰ mg/dl در زنان
تری گلیسیرید (Triglycerides)	-	کمتر از ۱۵۰ mg/dl
گلوکز ناشتا (fasting blood glucose)	کمتر از ۶ mmol/l (حدود ۱۱۰ mg/dl)	کمتر از ۱۱۰ mg/dl
هموگلوبین گلیکوزیله HbA _{1c}	-	کمتر از ۷٪
فعالیت بدنی	- بیشتر از ۳۰ دقیقه در روز - بیشتر از ۵ روز در هفته	بیشتر از ۳۰ دقیقه در روز در اکثر (تمام) روزهای هفته
نمایه توده بدنی (BMI)	کمتر از ۲۵ kg/m ²	کمتر از ۲۵ kg/m ²
تغذیه	- کل چربی کمتر از ۳۰٪ انرژی - چربی اشباع کمتر از ۳۳٪ کل انرژی - کاهش مصرف نمک	- چربی های اشباع کمتر از ۱۰٪ کالری - کلسترول کمتر از ۳۰۰ میلیگرم در ۲۴ ساعت - نمک کمتر از ۶ گرم در ۲۴ ساعت (کمتر از ۲/۳ گرم در ۲۴ ساعت در زنان) - الکل کمتر از ۲ واحد در ۲۴ ساعت در مردان و کمتر از ۱ واحد در ۲۴ ساعت در زنان - به حداقل رساندن مصرف اسیدهای چرب ترانس

جدول مقایسه هدف نهایی در بیماران دارای سیمای با خطر بالا یا بیماری عروق کرونر

متغیر	راهنمای ESC (انجمن قلب اروپا)	راهنمای AHA (انجمن قلب امریکا)
فشارخون	کمتر از ۱۳۰/۸۰ mmHg*	کمتر از ۱۴۰/۹۰ mmHg - کمتر از ۱۳۰/۸۰ mmHg در صورت وجود دیابت یا بیماری مزمن کلیوی
کلسترول تام (Total cholesterol)	کمتر از ۴/۵ mmol/l (حدود ۱۷۵ mg/dl) - یا با اختیار کمتر از ۴ mmol/l (حدود ۱۵۵ mg/dl)*	کمتر از ۵ mmol/l (حدود ۲۰۰ mg/dl)
LDL-C	کمتر از ۲/۵ mmol/l (حدود ۱۰۰ mg/dl) - یا با اختیار کمتر از ۲ mmol/l (حدود ۸۰ mg/dl)*	کمتر از ۱۰۰ mg/dl - یا با اختیار کمتر از ۷۰ mg/dl
تری گلیسیرید (Triglycerides)		در صورتی که تری گلیسیرید بیشتر از ۲۰۰ باشد غیر HDL-C باید کمتر از ۱۳۰ mg/dl باشد
گلوکز ناشتا (fasting blood glucose)	کمتر از ۶ mmol/l (حدود ۱۱۰ mg/dl)	
هموگلوبین گلیکوزیله HbA _{1c}	کمتر از ۶/۵٪*	کمتر از ۷٪
فعالیت بدنی	- بیشتر از ۳۰ دقیقه در روز - بیشتر از ۵ روز در هفته	- بیشتر از ۳۰ دقیقه در روز - ۷-۵ روز در هفته
نمایه توده بدنی (BMI)	کمتر از ۲۵ kg/m ²	کمتر از ۲۵ kg/m ²

*در صورت امکان و عملی بودن

چارچوب عملیاتی برای راهبرد جامع سلامت همگانی برای پیشگیری از بیماری قلبی و سکنه مغزی



نمونه ای از مداخلات کاهش عوامل خطر و بیماری قلبی عروقی

چند مثال از برنامه های مداخله ای

دو نوع برنامه راهبردی پیشگیری سطح اول، در جهت کاهش میزان های مرگ در اثر ابتلاء به بیماری های قلبی مورد استفاده قرار گرفته که عبارتند از: اجرای برنامه مداخله که تنها گروه های در معرض خطر را پوشش می دهد و برنامه جمعیتی که تمام افراد جامعه پوشش داده می شود، در برنامه هایی که گروه های در معرض خطر پوشش داده می شوند هدف تعیین افراد در معرض خطر از طرق غربالگری و هدایت آن ها به مراکز درمانی می باشد. نمونه هایی از اجرای این برنامه ها عبارتند از:

The Oslo Heart Study Multiple Risk Factor Intervention Trail The European Collaborative Trail of Multifactorial Prevention of Coronary Heart Disease^{۱۹} Lipid Research Clinics Coronary Primary Preventio0n Trail

برنامه های مداخله ای جمعیتی رویکرد بنیادین در زمینه بهداشت عمومی برای پیشگیری از بیماری های قلبی دارد. طراحی این برنامه ها به شیوه ای است که نتیجه حاصله به کاهش میزان شیوع یک و یا بیش از یک عامل خطر (مثلاً پرفشاری خون، سیگار کشیدن، بالا بودن چربی خون، نداشتن حرکات بدنی، استفاده از رژیم غذایی ناسالم) و میزان مرگ های قلبی و یا هر دو، در یک جامعه مشخص و محدود، بیانجامد. برنامه های مداخله ای که بر رویکرد جمعیتی تکیه دارد بیشتر در زمینه های آموزشی و تغییر عوامل محیط زیست، به منظور بهبود و آسان نمودن تغییر شیوه های زندگی و سایر خصوصیات رفتاری جامعه، تمرکز می یابد.

قدیمی ترین برنامه مداخله ای جمعیتی در سال ۱۹۷۲ در کشور فنلاند به نام برنامه **North Karelia** یا تمرکز بر دخالت در زمینه های فراوانی از عوامل خطر اجرا گردیده است. در این برنامه بر ترک سیگار افراد و گروه ها جمعیتی، آموزش تغذیه برای زن های خانه-دار و استفاده از پزشکان سنتی که داروهای شفا بخش طبیعی را تجویز می کردند، تاکید شده بود. دخالت های برنامه در سطوح جمعیتی بر رسانه های عمومی، تولید و توزیع کنندگان مواد غذایی تمرکز داشت. پزشکان و پرستاران بهداشت عمومی نقش کلیدی در تهیه خدمات درمانگاهی و آموزش بهداشت افراد جامعه به عهده داشته اند. مجموعه این کوشش های متمرکز، به کاهش میزان های ابتلاء و مرگ در اثر بیماری های قلبی انجامیده است.^{۲۰}

نتیجه به دست آمده از این برنامه سبب شد که انستیتوی ملی قلب و ریه در ایالات متحده آمریکا اعتبار لازم برای تاسیس چهار مرکز پژوهشی و اجرای کارآزمایی های بالینی را تامین کند: این برنامه ها عبارت بودند از: برنامه پژوهشی استانفورد برای ۳ گروه جمعیتی،

^{۱۹} . Levy, R. I. Priomary prevention of coronary heart disease by lowering lipids: Result and implication. Am Heart J (1985): 110: 1116-1122

^{۲۰} . Puska, P., J. Tuomilehto, et al. The NOrthe Karelia project: 15 years of community – based prevention of coronary heart disease. Ann Med (1989): 21: 169-173

برنامه پژوهشی استانفورد برای ۵ منطقه شهری، برنامه سلامت قلب مینه سوتا و برنامه قلبی رودآیلند برای ناحیه پاتوکر^{۲۱} اولین برنامه استانفورد برای سه گروه جمعیتی که در سال ۱۹۷۱ شروع شده بود نشان داده که انجام برنامه های مداخله ای بسیار وسیع توسط رسانه های عمومی تاثیر بسیار چشمگیری بر تغییر خصوصیات رفتاری در زمینه های سلامت دارد. ارزشیابی این برنامه مشخص نموده که استفاده از رسانه های عمومی به همراه مصاحبه های رو در رو با افراد وسیله بسیار قدرتمندی برای تغییر خصوصیات رفتاری افراد می باشد.

در دیگر برنامه استانفورد تحت نام "برنامه پنج شهر" که از سال ۱۹۷۸ تا ۱۹۹۲ در دست اجرا بوده، تغییر آگاهی های مردم و کاهش عوامل خطر بیماری قلبی در دو شهری که مداخله صورت گرفته با دو شهر کنترل مقایسه شده است. این برنامه برمبنای فراگیری فرضیه های آموزش گروهی، استفاده از یک مدل ارتباطی برای تغییر رفتار، اصول سازمان دهی گروه های اجتماعی، و روش های بازاریابی گروهی، استوار بوده است. در مناطق شهری که این برنامه اجرا شده هر کدام ۲۶ ساعت آموزش عمومی و آشنایی با عوامل اختصاصی خطر بیماری قلب داشته اند که نتیجه آن افزایش میزان آگاهی مردم و کاهش میزان عوامل خطر بوده است.

برنامه سلامت قلب مینه سوتا، از سال ۱۹۸۰ توسط دانشگاه مینه سوتا به اجرا گذاشت شده است. این برنامه شامل، سازمان دهی جوامع، غربالگری افراد برای تعیین عوامل خطر و مشورت با آنها، ترک سیگار و برقراری مسابقاتی در این زمینه، تشویق افراد به فعالیت های فیزیکی، استفاده از رسانه های گروهی برای ارسال پیام های سلامت، و سایر مداخله هایی که کمک به کاهش عوامل خطر در سه گروه جمعیتی در این ایالت کرده، بوده است.

برنامه سلامت قلب رودآیلند به مدت ۱۱ سال از سال ۱۹۸۰ بر پایه اصول روانشناختی جامعه به اجرا در آمده است. رویکرد اصلی اجرای این برنامه استفاده از افرادی که به طور داوطلب در آن شرکت داشته اند استوار بوده است. به حرکت درآوردن افراد جامعه و شرکت دادن آن ها در تمام جنبه های مختلف برنامه، راهبرد مداخله ای این برنامه بوده است.

تمایل و پیوند مستحکم و دور از انتظار فردی به عوامل خطر در گروه های جمعیتی تحت کنترل، به مقدار زیادی سبب شده، که توان این برنامه ها برای نشان دادن تاثیر عناصر مداخله در جامعه، کمتر از آنچه که انتظار می رود باشد. در هر صورت نشان داده شده است که در هر یک از این برنامه های مداخله ای، که شامل عناصر مختلفی است، در تحلیل میانی و یا نهایی از نتایج به دست آمده، توفیق بیشتر نصیب آن زیر گروهی جمعیتی خواهد شد که بیشترین مواجهه را با عناصری از برنامه که در ارتباط با آن ها است، دارند (به عنوان مثال کودکان مدرسه ها که در برنامه هایی که حاوی عناصری مرتبط با محیط های آموزشی است شرکت کرده اند). مرور اخیر بر انتشار نتیجه ۲۱ برنامه مداخله ای کنترل بیماری قلبی در سطح جهانی، تاثیر مثبت این برنامه ها را بر عوامل خطر در درون جامعه های مشخص، نشان داده است در سال های اخیر، برنامه پیشگیری و کنترل عوامل خطر در جوامع، پژوهش در زیر گروه های جمعیتی نژادی، اقلیت ها، محرومین اقتصادی اجتماعی و مناطق روستایی، را نیز مورد توجه قرار داده است.

برنامه مداخله ای استانفورد، در استفاده از برنامه های هدایت شده در مسیرهای خاصی، برای به حداکثر رساندن نتیجه و تغییر خصوصیات رفتاری، موفق بوده است (تدارک امکانات ورزشی در محیط کار). افزون بر این مجریان برنامه به این نتیجه رسیده اند که به استفاده از همکاری سازمان های سیاسی و سایر مؤسسات مختلف موجود در جامعه و همچنین نظر شبکه ای از رهبران غیررسمی جامعه، نیاز دارند. در بعضی از موارد به حرکت درآوردن اعضای جامعه، برای تغییر قوانین و مقررات رسمی موجود و حفظ تغییرات داده شده در عوامل خطر بیماری، ضروری به نظر می رسد. بعضی اوقات ممکن است، برای ایجاد تغییر در پیامدهای اجرای برنامه (آگاهی مردم، تغییرات رفتاری آن ها)، ضروری باشد تا راهبردهای متفاوتی پیش گرفته شود. به عنوان مثال برای اجرای کامل برنامه نزد گروه های سنی و جنسی مسن، استفاده از وقایع و برنامه هایی که در یک جامعه در جریان است (مثل نمایشگاه های محصولات بهداشتی، و یا گردهمایی هایی خاص)، بسیار مؤثر خواهد بود. همچنین نشان داده شده که اجرای برنامه مداخله در محیط های خاص، مثل کارگاه ها و سایر محل های کار، در تغییر خصوصیات رفتاری مؤثرتر بوده است. برنامه هایی که در محیط ها و سازمان های موجود اجرا

^{۲۱} . The |Stanford (Clifornia) Three Community Study, The Stanford five-City Project< The Minnesota Heart Health program, The Pawtuker (Rode Island) Heart Health Program.

می شود (مثل مدرسه ها و یا محیط های کار) ، که احتیاج به تدارک امکانات اضافی نداشته و شرکت کنندگان مدتی از وقت خود را در آن مکان ها می گذرانند، بهترین برنامه ها از نظر بازده هزینه و سود بوده است. و بالاخره از برنامه رودآیلند نتیجه گیری شده که نه تنها، برقراری تماس و رابطه مستمر با سازمان های اجتماعی که نقشی در اجرای برنامه مداخله دارند مهم و مفید است، بلکه باید رابطه مثبتی با سازمان ها و جوامعی، که برای خود نقشی در کوشش هایی که برای کاهش عوامل خطر صورت می گیرد قایل نیستند (مثل مراکز مذهبی)، نیز برقرار باشد. لازم است که رهبران این نوع جوامع را به شرکت در برنامه های مداخله ای تشویق نمود. افزون بر این مؤسسه ملی قلب، ریه و خون برنامه های کوچکتی نیز در سایر نقاط کشور اجرا نموده ک. یکی از آن ها برنامه سلامت قلب در ایالت نیویورک است که بر مبنای راهبردهای اجتماعی به منظور تحت تاثیر قرار دادن خصوصیات رفتاری افراد جامعه و آزمون نتایج به دست آمده در برنامه های پژوهشی این مؤسسه صورت گرفته است. چالش پیش رو در اجرای این برنامه ها به کارگیری راهبردهای برنامه مؤسسه ملی قلب، ریه و خون با توجه به اعتبارات مالی کمتر و جامعه ای که نفوذ بر آن مشکل تر می باشد، بوده است.

دو برنامه پیشگیری موفق با رویکرد اجتماعی توسط **Chen** و همکاران از کشور چین گزارش شده است. در هر یک از این برنامه ها بیش از ۱۱۰۰۰۰ هزار نفر شرکت داشته اند که یکی در یک کارخانه بزرگ ذوب آهن و دیگری در پکن، پایتخت چین اجرا شده است. در کارخانه تولید آهن برنامه در سال ۱۹۷۴ با ۶۰ هزار نفر شروع و تا سال ۱۹۹۵ با ۱۱۰۰۰۰ نفر ادامه داشته است. تغییر رژیم غذایی (به خصوص کاهش مصرف مقدار نمک و چربی)، کاهش مصرف مشروبات الکلی تا حد متوسط، ترک سیگار به همراه کنترل سایر عوامل بیماری مثل فشار خون، هدف اجرای این برنامه بوده است. برنامه دیگر که در منطقه پکن اجرا شده از سال ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۹ در مجموع ۱۲۰۰۰۰ نفر را که در ۵ منطقه روستایی زندگی می کرده اند را پوشش می داده است. برنامه مداخله ای در ۳ منطقه با جمعیت ۶۶۰۰۰ نفر و دو منطقه دیگر با ۵۴۰۰۰ هزار نفر به عنوان کنترل اجرا گردیده است. فشار خون در گروه مداخله و کنترل کاهش قابل توجهی داشته ولی این کاهش در گروه مداخله بیشتر بوده است. افزون بر این مقدار نمک مصرفی در گروه مداخله نیز به مقدار قابل توجهی کاهش یافته و فشار خون آن ها نیز در مجموع کنترل شده است. در مقایسه شرکت کنندگان در این دو برنامه کنترل فشار خون افراد در برنامه کارخانه تولید آهن کاهش چشمگیری داشته و میزان ترک سیگار نزد آن ها بیشتر از گروه پکن بوده و همچنین میزان مصرف مشروبات الکلی در سطح متوسط نزد آن ها بیشتر از گروه پکن بوده است.^{۲۲}

به طور خلاصه، اجرای این برنامه های مختلف پیشگیری از بیماری های قلب و عروق با رویکرد اجتماعی دیدگاه های وسیعی را در زمینه مبارزه با این بیماری شامل نکات زیر فراهم نموده است. استفاده مؤثر از رسانه های گروهی، استفاده از مؤسسات و سازمان های موجود، تهیه راهبردهای مناسب و در ضمن "عملی" تغییر شیوه زندگی مفید برای سلامت قلب، تدارک رویکردهایی به منظور حمایت از تغییرات محیطی و همچنین تغییر قوانین و سیاست های برنامه ریزی، ایجاد و حفظ پیوندهای اجتماعی، استفاده از چند کانال و سطوح مختلف، از مهمترین ابزار موفقیت یک برنامه نمونه کنترل و پیشگیری از بیماری های قلبی است. به نظر می رسد که انتخاب یک چنین راهبردی برای دوام تغییرات ایجاد شده ضرورتی حیاتی داشته باشد. برنامه "رویکرد چندگانه به سلامت جامعه" که در سال ۱۹۹۸ به وسیله مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها در ایالات متحده آمریکا پیشنهاد شده یک مدل مناسبی برای این منظور باشد.^{۲۳} این مدل استفاده از ۴ سطح مختلف اجتماعی را به طور اختصاصی معرفی می کند که عبارتند از: محل های کار، آموزشگاه ها، مراکز بهداشت و مراکز تجمع افراد در محله ها. برنامه های مداخله می تواند بر افراد، سازمان ها و یا سطوح تصمیم گیری در هر یک از سطوح چهار گانه، تمرکز یابد. مدل های چند سطحی استفاده شده در کالیفرنیا برای کنترل مصرف سیگار و یا رویکردهایی برای تغییر اکولوژیکی اجتماعی که در سایر کشورها مانند استرالیا اجرا شده، ظاهراً موفق بوده است.

^{۲۲} . Chn, J., X. Wu, et al. Hypertension and cardiovascular diseases intervention in Capital Steel and iron Company and Beijing Fangshan Community. *Obes Rev* (2008): 9(1 Supl):142-145

^{۲۳} . Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Changes in mortality from heart failure- United States. 1900-1999. *MMWR* (1998): 47: 633-637.

مقامات تامین کننده خدمات سلامت در دوران اخیر به جستجوی رویکردهای آماری نتایج به دست آمده از استفاده از راهبردهایی هستند که توانایی ایجاد تغییر در سایر عوامل خطر شایع در جامعه، مثل فعالیت‌های فیزیکی و تغذیه داشته باشد. کارشناسان متفاوتی تاثیر این راهبردها را آزموده و استفاده از آن‌ها را در برنامه‌های پیشگیری اجتماعی از بیماری‌های قلبی توصیه نموده‌اند. افزون بر این در حال حاضر اجرای کارآزمایی‌های بالینی، با توجه به نقش سایر تعیین‌کننده‌های مؤثر در پیشگیری از بیماری‌های قلبی در سطح جامعه، مورد توجه قرار گرفته است. در هر صورت درک عمیق از نتایج به دست آمده از کارآزمایی‌هایی که در سطح جمعیتی صورت گرفته برای طراحی برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های قلبی در سطوح اجتماعی ضروری است. در آستانه طلوع همه‌گیری - های بیماری‌های مزمن، اجرای برنامه‌های مداخله‌ای مؤثر، که جنبه‌های مختلف مشکل را، از قبیل چگونگی انتشار و چالش‌های برخورد با بیماری، مورد توجه قرار دهد، از ضروریات است. اجرای صحیح برنامه‌های مداخله‌ای نیز بسیار مهم است.

مراحل طراحی یک مداخله تندرستی

- تشکیل کمیته بیماری های غیرواگیر
- تشکیل زیر کمیته های تخصصی عوامل خطر تغذیه ناسالم، کم تحرکی و دخانیات با حضور دینفعان
- بررسی و تحلیل وضعیت موجود و تعیین مشکل در کمیته ها و نیاز سنجی آموزشی
- تدوین برنامه مداخلات بر مبنای مدل هجده گانه طراحی برنامه های مداخله ای
- تدوین شناسنامه مداخلات
- اجراء و ارزشیابی برنامه های مداخلاتی (آموزشی و سایر انواع مداخلات) بر مبنای مدل
- تکمیل شناسنامه مداخلات

در طراحی یک مداخله مراحل زیر را در نظر بگیرید:

- نظرخواهی در مورد مداخله در سطوح تصمیم گیری و ذینفعان صورت گرفته است؟
- گروه هدف و یا آموزش گیرندگان چگونه برای مداخله انتخاب شدند؟
- آیا هدف مداخله با نیازهای تعیین شده گروه هدف همخوانی دارد؟
- اگر برای یک مداخله گروهی برنامه ریزی میکنید، آیا همه افراد نیازهایشان بوسیله همان مداخله تامین می شود؟
- آیا مداخله نیاز به حامی دارد؟
- آیا به مقدمات و پیش نیاز احتیاج دارد؟
- نوع مجریان و نیروهای مورد نیاز چگونه است؟
- آیا افراد مداخله کننده دانش، درک و مهارت لازم را دارند؟
- آیا با محتوی و چارچوب مداخله و رویکردهای مورد استفاده، آشنا هستند؟
- آیا نیاز به دوره های آموزشی برای مجریان وجود دارد؟
- اگر قرار است مجریان تربیت شوند چه کسی قادر به انجام آن است؟
- آیا مربی داخلی است یا از خارج باید آورده شود؟
- مداخله چگونه پایش و اثر آن ارزشیابی می شود؟
- نظام گزارش دهی چگونه است؟
- پیش بینی موانع مشارکت در مداخله و عوامل مداخله کننده بالقوه صورت گرفته است؟
- اثرات جانبی مداخله چگونه است؟
- سهولت و عملی بودن مداخله در نظر گرفته شده است؟
- پیگیری اجرای مداخله و توان تداوم مداخله وجود دارد؟

هر مداخله باید یک طرح مداخلاتی برنامه ریزی، اجراء و ارزشیابی جداگانه داشته باشد.

راهنمای تکمیل شناسنامه مداخلات اصلاح شیوه های زندگی برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر (از جمله بیماری قلبی عروقی)

۱- نام برنامه: در این قسمت نام برنامه ای که مداخلات برای آن طراحی شده است، نوشته می شود، مانند برنامه اصلاح شیوه های زندگی، پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی،.....

۲- نوع مشکل و وضعیت موجود: در این قسمت نحوه تعیین مشکل و وضعیت موجود در ارتباط با مشکل باید توصیف شود. مشکل می تواند از طریق مشاوره با ذینفعان و گروه ها، جمع آوری داده ها، و..... شناسایی و بر مبنای عوامل موثر (زنجیره علیتی)، عوامل همراهی کننده برای رفع مشکل و گروه های در معرض خطر تجزیه و تحلیل شود. سپس اولویت ها (شیوع، شدت، بار بیماری، وسعت و پوشش، قابلیت اصلاح و انجام مداخله، قابلیت پذیرش و تقاضای ذینفعان، و.....) تعیین شود. مشکل می تواند محیطی یا رفتاری باشد.

۳- نحوه تعیین مداخله: در این قسمت بنویسید مداخله بر اساس چه روشی (نمودار استخوان ماهی، فرافکنی افکار، روش گروه بندی اسمی،.....) تعیین شده است و آیا جدول انتخاب مداخله تکمیل گردیده است. مداخلات بر اساس امکان اجراء، موثر بودن، مقبولیت، هزینه ها، بازده زود و خطرات آن امتیاز دهی شده و انتخاب شده اند.

۴- نام مداخله: در این قسمت عنوان مداخله مانند مداخله آموزش همگانی نوشته می شود. مداخله می تواند یک راهبرد باشد.

۵- هدف کلی برنامه مداخله: در این قسمت هدف مداخله را با توجه به بهبود اثر بخشی یا بهبود پوشش بنویسید.

۶- هدف بلافصل از اجرای مداخله: فقط به نتایج برون داد (بازده یا ستانده) (output) اشاره شود. در این قسمت باید بنویسید این مداخله در جهت دستیابی به کدامیک از اهداف برنامه (مثلاً " برنامه پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر)، انجام می شود.

۷- اهداف اختصاصی برنامه مداخله: در این قسمت اهداف اختصاصی را بر اساس افزایش دسترسی، افزایش رضایت، مقبولیت خدمت، افزایش تقاضا، افزایش دانش و مهارت نیروی انسانی، و..... بنویسید. برای نوشتن اهداف از روش SMART P استفاده کنید.

۸- نوع مداخله از نظر سطح پیشگیری: در این قسمت باید سطح پیشگیری از بیماری یا عامل خطر ساز را مشخص کرد، یعنی این مداخله بر کدام یک از حیطه های پیشگیری شامل ارتقاء سلامت، پیشگیری اولیه و پیشگیری ثانویه (شامل پیشگیری ثالثیه) تاثیر می گذارد. مثلاً " در آموزش همگانی حیطه پیشگیری می تواند فقط برای سطح صفر یا ارتقاء سلامت طراحی شود. بعضی از مداخلات در همه سطوح کاربرد و یا تاثیر دارند.

۹- نوع مداخله از نظر حیطة اجراء: در این قسمت مشخص کنید، مداخله در کدام حیطة (نظام سلامت، جامعه، فردی / یا خانوادگی) انجام می شود.

۱۰- نوع مداخله از نظر شیوه اجراء/ نحوه انجام مداخله: در این قسمت مشخص کنید، شیوه اجرایی مداخله چگونه است. شیوه اجرایی مداخله ممکن است به دو صورت انجام شود: مداخلات محیطی و مداخلات جمعیتی. **مداخلات محیطی**: شامل تغییر ساختار و نوع خدمات یا نظام مراقبت و تغییرات در محیط افراد (تغییر در محیط اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، فیزیکی، سیاسی) هستند که آگاهی، مهارت و رفتار آنها را تحت تاثیر قرار می دهند. مانند ایجاد فرصت هایی برای توسعه ورزش همگانی با افزایش دسترسی به فضاهای ورزشی و ایمن کردن این فضاها یا صدور قوانین و بخشنامه هایی برای اجراء یا منع بعضی موارد در خصوص عوامل خطر مانند اضافه کردن سبوس به آرد نان، جلوگیری از فروش دخانیات توسط دستفروشان و هستند.

مداخلات در سطح جامعه (جمعیتی): مانند بسیج های آموزشی و بیماریابی. در مواردی که مداخله در جمعیت صورت می گیرد، باید تعیین کنید نحوه اجراء مداخله به صورت مستقیم یا فعال (یعنی برای اجراء مداخله به سراغ گروه هدف می رویم)، غیر مستقیم یا غیرفعال (یعنی برای اجراء مداخله به طور کلی گروه هدف را مد نظر قرار می دهیم) یا فرصت طلبانه (یعنی از شرایطی که برای استفاده از سایر خدمات ایجاد شده است و در همان فرصت ایجاد شده یک خدمت دیگر هم ارائه می دهیم. برای مثال اگر در یک برنامه بهداشتی قرار است راجع به یک واقعه یا موضوع اجتماعی صحبت شود یا یک اقدام بهداشتی صورت گیرد از همان فرصت استفاده می کنیم و موضوع بهداشتی مد نظر خود را هم مطرح می کنیم یا آن اقدام خاص را با آن ادغام می کنیم) است. مثلاً برای اجراء آموزش همگانی از صدا و سیما از روش غیر مستقیم استفاده می شود، اما برای آموزش در مدارس از روش مستقیم (کتب درسی و آموزش حضوری در مدارس، توزیع نشریه) استفاده می شود و در نماز جمعه از آموزش فرصت طلبانه استفاده می شود یا برای آموزش یا مداخله خاص برای مادران می توان در زمان مراجعه برای واکسیناسیون کودک از فرصت استفاده و موضوع مورد نظر را مطرح کرد یا اقدام خاصی را انجام داد (مثلاً تعیین وضعیت چاقی مادر).

دو رویکرد مکمل برای کنترل بیماری پیشنهاد شده است، رویکرد سلامت عمومی یا جمعیتی و رویکرد بالینی یا فردی **رویکرد جمعیتی**: با اهداف افزایش آگاهی جامعه، کمک به شناسایی افراد دارای عوامل خطر یا بیماری و حمایت از شیوه زندگی که عوامل خطر قابل کنترلی را که نتوان آن را حذف کرد، به حداقل می رساند.

اجزاء برنامه شامل آموزش همگانی، آموزش کارکنان بهداشتی و آموزش بیماران است.

رویکرد فردی: گرچه رویکرد جمعیتی منافع سلامت عمومی دارد واضح است که بسیاری از افراد مبتلا یا در معرض خطر به قدر کافی به مداخلات جمعیتی و غیر دارویی پاسخ نمی دهند، برای این افراد ضروری است که یک رویکرد فردی برای درمان افراد مبتلا یا در معرض خطر داشته باشیم هر چند مهم است که به اصلاحات شیوه زندگی همراه با درمان دارویی ادامه دهند.

۱۱- نوع مداخله از نظر ماهیت: در این قسمت تنها یک گزینه انتخاب می شود. ماهیت مداخلات می تواند از نوع موارد زیر باشد: قانون گذاری، آموزشی، خدمات غیر آموزشی پیشگیری (مانند پروفیلاکسی)، خدمات غربالگری، بیماریابی، خدمات درمانی، خدمات توانبخشی، مراقبت اپیدمیولوژی، پایش و ارزشیابی، جلب حمایت همه جانبه، مشاوره های فردی و گروهی، همکاری، بازاریابی اجتماعی، سایر.....

۱۲- نوع مداخله از نظر سازمانی : در این قسمت باید نوع مداخله را از نظر درون و برون سازمانی مشخص کنید.

۱- درون بخشی (یعنی مسئولیت طراحی و اجرای این مداخله در حیطه وزارت بهداشت است و توسط این وزارتخانه اجراء می گردد. مانند تشخیص و درمان عوامل خطر و بیماری)

۲- برون بخشی (یعنی مسئولیت طراحی و یا اجرای این مداخله در بیرون از حیطه وزارت بهداشت است و توسط سایر سازمان های مربوطه اجراء می گردد. مانند تولید مواد غذایی رژیمی، افزایش پرورش ماهی،....)

۱۳- مجری/مجریان (سازمان ها/مراکز همکار) مسئول طراحی و اجرای مداخله : در این قسمت مسئول طراحی و

اجرای مداخله را بنویسید. ممکن است مسئول طراحی و اجرای مداخله مستقیم در اجرای مداخله دخالت داشته یا نداشته باشد، مانند اینکه در مداخله آموزش جامعه، مسئول اجرای مداخله، معاونت بهداشت(واحد بیماری های غیر واگیر) است و باید نظارت بر اجراء داشته باشد، اما مجری مداخله سازمان صدا و سیما، معاونت بهداشتی دانشگاه، مطبوعات،... است.

در این قسمت نام سازمان ها یا مجریان مداخله را بنویسید. در مثال فوق سازمان صدا و سیما، مراکز بهداشت دانشگاه، مطبوعات،..... مجریان برگزاری برنامه های آموزش همگانی هستند.

۱۴- دست اندرکاران (سازمان ها و گروه های تاثیرگذار بر و تاثیر پذیر از مداخله): این گروه شامل گروه

ذینفعان، تصمیم گیرندگان، شرکاء و مخالفان برنامه مداخلاتی هستند.

در این قسمت باید تعیین کرد چه سازمان های درونی و بیرونی در اجرای این مداخله تاثیر دارند و چه سازمان هایی از اجرای این مداخله نفع می برند یا ضرر می کنند و چه گروه هایی تصمیم گیرنده هستند و چه گروه هایی مخالف این برنامه هستند. مثلاً در مداخله ترویج مصرف ماهی در رژیم غذایی، وزارت جهاد کشاورزی یا سازمان شیلات بواسطه تولید و پرورش ماهی هم تاثیر گذارند و هم ذینفع هستند. در مداخله کاهش مصرف نمک محصولات غذایی (مثلاً ممنوعیت تبلیغ پفک نمکی)، کارخانه های تولیدی و صدا و سیما با تبلیغات وسیع هر دو تاثیر گذارند و از طرفی نیز با اجرای این مداخله، متضرر می شوند.

۱۵- سطح عملیات در مداخله (سطح اجراء/هماهنگی):

در این قسمت باید سطح اجراء مداخله شامل ستادی، دانشگاهی/ استانی، شهرستانی و منطقه ای (واحد مربوطه) را مشخص کنید. مثلاً برای اجرای مداخلاتی که نیاز به تصویب قانون دارد باید در سطح ستادی یا ملی پیگیری و اجراء شود. برای اجرای آموزش همگانی از طریق صدا و سیما نیاز به هماهنگی و اجراء در سطح ملی و استانی است. اگر هدف مداخله در سطح استان/دانشگاه باشد می توان برای اجرای برنامه های محلی، با مراکز استانی هماهنگی لازم داشت.

۱۶- گروه/گروه های هدف و علت انتخاب آن ها در مداخله: در این قسمت افراد یا گروه هایی که مداخله برای آن ها صورت

می گیرد، به عنوان گروه هدف مستقیم یا غیر مستقیم نوشته می شوند، مانند کل افراد جامعه، دانش آموزان، دانشجویان، مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی، کارگران، کارمندان،.....

گروه های هدف در واقع همان گروه های در معرض خطر هستند، اما ممکن است در اجرای مداخلات از گروه هدف اصلی یا فرعی استفاده شود. مثلاً اگر گروه هدف اصلی والدین باشد، ممکن است دانش آموزان به عنوان گروه هدف غیر مستقیم برای انتقال مطالب به خانواده مورد مداخله قرار گیرند. گروه های هدف می توانند شامل گروه های زیر باشند:

- ۱- دانش آموزان ۲- دانشجویان ۳- صنوف ۴- کارگران ۵- نظامیان ۶- روحانیون ۷- زنان خانه دار ۸- کشاورزان ۹- بازنشستگان و سالمندان ۱۰- معلمان و اساتید ۱۱- کارکنان ادارات ۱۲- افراد در معرض خطر ۱۳- بیماران ۱۴- جوانان ۱۵- مقامات سیاسی استان ۱۶- مقامات سیاسی دولت مرکزی ۱۷- مجلس ۱۸- وزارت بهداشت ۱۹- سایر مراکز تصمیم گیری در کشور ۲۰- انجمن های علمی و تحقیقی ۲۱- مدیران ارشد سازمانها و ادارات ۲۲- آحاد جامعه ۲۳- سایر.....

هم چنین علت انتخاب گروه های هدف مستقیم و غیرمستقیم نیز باید نوشته شود .

۱۷- میزان پوشش: در این قسمت باید مشخص گردد آیا مداخله برای تمام جمعیت گروه هدف اجراء می شود یا برای بخشی از جمعیت اجراء می شود. مثلاً " اگر گروه هدف دانش آموزان باشند، ممکن است این مداخله فقط برای دانش آموزان مقطع ابتدایی اجراء شود. یا اگر گروه هدف مقطع ابتدایی است، ممکن است این مداخله فقط برای دختران یا در مناطق تعیین شده خاص (مثلاً) دانش آموزان ابتدایی مناطق حاشیه نشین) اجراء شود. در صورت امکان به تعداد جمعیت تحت پوشش هدف و سایر خصوصیات جمعیتی مانند سن، جنس، شغل، وضعیت خاص و..... اشاره شود.

۱۸- مکان اجرای مداخله: در این قسمت باید مشخص شود مداخله در چه مکانی اجراء می شود، مثلاً " برای تغییر مواد غذایی مکان اجراء مراکز تولید مواد غذایی (مانند کارخانه، کارگاه یا رستوران) یا برای اجرای برنامه آموزش همگانی از صدا و سیما مکان سازمان صدا و سیما است، اما برای اجرای آموزش کارگران مکان اجرای مداخله می تواند در محل کار باشد. برای آموزش مادران می توان از مکان های مختلف استفاده کرد مانند مراکز بهداشتی درمانی، مدارس، مساجد،.....

۱۹- فعالیت های مداخله: در این قسمت باید مشخص گردد، اجرای مداخله دائمی است (مداخله با یک تواتر مشخص تکرار می گردد) یا به صورت مقطعی اجراء می شود که در صورت مقطعی بودن باید مدت اجراء مداخله نوشته شود. مثلاً " در آموزش همگانی ممکن است برنامه ریزی شود یک برنامه آموزشی مرتبط بطور متوالی هر هفته در یک زمان مشخص پخش گردد یا فقط در طول سال یک بار پخش گردد. بطور مثال مطالب آموزشی یکبار بصورت دائمی در کتب درسی ادغام می شود و در طول سال تحصیلی اجراء می شود. در ابتدا فعالیت های مربوط به اجرای مداخله را بنویسید. مثلاً " مداخله آموزش همگانی می تواند شامل چندین فعالیت باشد) مانند فعالیت برگزاری کلاس آموزشی در مراکز بهداشتی و توزیع نشریات آموزشی در مدارس،.....). سپس زمان لازم برای اجرای هر فعالیت، تعداد تکرار هر فعالیت در طی زمان مداخله، متوسط زمان لازم برای اجرای آن فعالیت و دانش و مهارت لازم برای اجرای آن فعالیت و تعداد نیروی انسانی مورد نیاز و نوع تخصص آن ها را مشخص کنید و در مقابل فعالیت مربوطه در جدول شماره ۱ بنویسید.

۲۰- کارآمدی مداخله efficacy: در این قسمت لازم است مشخص شود آیا این مداخله ما را به هدف و نتیجه ای که می خواهیم می رساند.

۲۱- میزان فراهمی مداخله availability: در این قسمت باید مشخص شود آیا این خدمت (مداخله) به ازای جمعیت هدف وجود دارد.

۲۲- میزان دسترسی مداخله accessibility: در این قسمت وضعیت دسترسی (اقتصادی، فیزیکی (جغرافیایی)، زمانی) گروه هدف به خدمت (مداخله) را مشخص کنید.

۲۳- مجوزها و هماهنگی های مورد نیاز برای اجرای مداخله: در این قسمت هم باید تعیین کرد آیا نیاز به تهیه مجوز و یا هماهنگی خاصی برای اجرای مداخله وجود دارد. مثلاً " برای آموزش همگانی باید با شورای سیاستگذاری صدا و سیما هماهنگی انجام داد یا برای آموزش در مدارس باید از وزارت یا ادارات کل آموزش و پرورش استانی مجوز تهیه کرد.

۲۴- دانش و مهارت مورد نیاز: در این قسمت باید مشخص شود که برای اجرای مداخله نیاز به چه نوع اطلاعات و مهارتی است و از چه طریق باید به آن دست یافت. مثلاً " در اجرای برنامه آموزشی از صدا و سیما نیاز به اطلاعات در حد کارشناسی است و باید برای مجری برنامه جزوات آموزشی خاص تهیه کرد. یا برای اجرای برنامه آموزشی در مدارس لازم است کارشناسان مجری برنامه آموزشی در یک دوره آموزشی با خصوصیات مشخص، شرکت نمایند. برای آشنایی با روش های صحیح طبخ غذا باید برای مجریان مطالب یا برنامه های آموزشی تئوری و عملی تهیه شود. یا دوره ها و کلاس های آموزشی برگزار شود.

۲۵- فرآیندهای پشتیبان/سازمان های پشتیبان: در این قسمت باید مشخص کرد که چه فرآیندهایی برای پشتیبانی اجرای این مداخله لازم است، مثلاً " برای آموزش همگانی فرآیندهای پشتیبانی کننده شامل شناسایی زمان پخش مناسب برنامه آموزشی است یا سازمان های غیر دولتی می توانند در اجرای مداخله آموزش همگانی مشارکت داشته و پشتیبانی کنند.

۲۶- منابع مورد نیاز برای اجرای مداخله: در این قسمت ابزار و وسایل، مواد، تجهیزات و نیروی انسانی مورد نیاز برای اجرای مداخله را بنویسید. مثلاً " برای اجرای برنامه آموزشی در مراکز بهداشتی درمانی نیاز به مواد آموزشی مانند پمفلت و فیلم و دستگاه ویدئو یا یک مربی است.

۲۷- هزینه های انجام مداخله: در این قسمت باید هزینه های پیش بینی شده مربوط به تهیه مواد و تجهیزات، آموزش مجریان، اجرای مداخله و فعالیت های تدارکاتی و پشتیبانی و نظارتی پیش بینی گردد. بطور مثال در برنامه آموزش همگانی از صدا و سیما باید هزینه تهیه مطالب آموزشی و یا تهیه فیلم و هزینه پخش برنامه، حق الزحمه مجریان برنامه و سایر فعالیت های تدارکاتی از جمله حمل و نقل پیش بینی گردد. یا در مدارس هزینه تهیه نشریات آموزشی، برگزاری دوره های آموزشی برای مجریان، حق الزحمه مجریان، حمل و نقل، سالن، پذیرایی و..... پیش بینی گردد.

۲۸- محل تامین هزینه: در این قسمت باید تعیین گردد هزینه اجرای مداخله از چه محل و ردیف اعتباری و توسط چه واحدها یا سازمان هایی تامین می شود. مثلاً " در آموزش صدا و سیما ممکن است این هزینه ها از طریق مشارکت مردمی، سازمان صدا و سیما، مرکز بهداشت دانشگاه، سازمان های غیر دولتی، خیریه ها، انجمن ها و..... تامین شود.

شاخص ها {کیفی، کمی (مطلق، کسر، نسبت، میزان)}: در این قسمت باید تعیین شود چه شاخص یا شاخص هایی برای پایش و ارزشیابی این مداخله و با چه خصوصیتی تعیین شده است. مثلاً " در آموزش همگانی درصد برنامه های آموزشی برگزار شده، درصد شرکت کنندگان در برنامه آموزشی در مراکز بهداشتی درمانی، میزان آگاهی در گروه هدف، دفعات استفاده از خدمات،..... از شاخص

های برنامه است.

معیار: معیار تغییرات ناشی از اجرای مداخله به ازای هر شاخص و روش تعیین آن (میانگین، میزان های بین المللی، ملی و استانی،) نیز باید مشخص شود. برای مثال اگر هدف افزایش آگاهی در گروه هدف است، در نظر است با اجرای این مداخله، آگاهی چه میزان افزایش یابد (برای مثال معیار ۵۰٪). یا در مورد هدف تغییر یک رفتار، معیار انجام رفتار جدید (انجام پیاده روی متوسط حداقل ۳ روز در هفته) تعریف شود.

۲۹- نحوه پایش مداخله: در این قسمت باید مشخص شود برای تعیین میزان انطباق فعالیت ها با طراحی انجام شده، پایش اجرای مداخله به چه شکل انجام می شود. یعنی باید تعیین شود از طریق کدام یک از روش های نظارت مستقیم/مشاهده، چک لیست، خودارزیابی، مرور توسط همکار، پایش مشارکتی، پرسشنامه، مصاحبه، گزارش، بررسی، صورت می گیرد.

۳۰- حیطه پایش: در این قسمت باید تعیین گردد پایش در چه حیطه ای:

۱- فرآیندها/فعالیت ها (پشتیبانی، بازاریابی، ارائه خدمت)

۲- تغییر مقدماتی/تغییر آگاهی /برونداد output

۳- تغییر واسطه ای / تاثیر/تغییر در رفتار فرد (effect) { انجام می شود.

۳۱- شاخص های پایش: در این قسمت باید مشخص کنید چه شاخص یا شاخص هایی برای پایش این مداخله تعیین شده است. مثلاً " در آموزش همگانی درصد برنامه های آموزشی برگزار شده و درصد شرکت کنندگان در برنامه آموزشی در مراکز بهداشتی درمانی از شاخص های پایش برنامه است که می توان از روش چک لیست، گزارش و بررسی استفاده کرد. برای هر شاخص، صورت و مخرج شاخص، شیوه و محل جمع آوری داده، سطح استفاده از شاخص، توالی جمع آوری داده و معیار هدف را مشخص کنید و در جدول شماره ۲ بنویسید.

۳۲- نحوه ارزشیابی مداخله: در این قسمت باید مشخص شود ارزشیابی اجرای مداخله برای تعیین میزان دست یابی به هدف به چه شکل انجام می شود. یعنی باید تعیین شود از طریق کدام یک از روش های نظارت مستقیم/مشاهده، چک لیست، خودارزیابی، مرور توسط همکار، پایش مشارکتی، پرسشنامه، مصاحبه، گزارش، بررسی، آزمایش بیوشیمیایی، صورت می گیرد. مثلاً " در آموزش همگانی می توان از روشهای چک لیست، گزارش و بررسی استفاده کرد. در ارزشیابی تغییر (اندازه گیری اثر مداخله)، مشخص کنید آیا نیاز به مداخله بیشتری و یا دیگری است؟ چه نیازهایی برآورده نشد؟

۳۳- حیطه ارزشیابی: این قسمت باید تعیین گردد ارزشیابی در چه حیطه ای:

۱- برونداد/تغییر مقدماتی/تغییر آگاهی output

۲- تاثیر/تغییر در رفتار فرد/تغییر واسطه ای effect

۳- تغییر نهایی در جامعه/پی آمد/تغییر بیولوژیک out come

۴- اثرغایی/impact/فراهمی، پوشش، بهره سلامتی انجام می شود.

۳۴- شاخص های ارزشیابی: در این قسمت باید تعیین شود چه شاخص یا شاخص هایی برای ارزشیابی این مداخله تعیین شده است. مثلاً " در آموزش همگانی میزان انجام رفتار خاص در گروه هدف از شاخص های برنامه است که می توان از روش بررسی

استفاده کرد.

برای هر شاخص، صورت و مخرج شاخص، شیوه و محل جمع آوری داده، سطح استفاده از شاخص، توالی جمع آوری داده و معیار هدف را مشخص کنید و در جدول شماره ۳ بنویسید.

۳۵- عوارض جانبی، ملاحظات اخلاقی، مقبولیت فرهنگی: در این قسمت لازم است پیش بینی گردد، اجرای مداخله در جامعه چه عوارضی ایجاد می کند و چه ملاحظات اخلاقی دارد. مثلاً "در مورد آموزش همگانی دادن اطلاعات نادرست و یا اطلاعات متضاد و ناهمگون در مردم عدم اعتماد ایجاد میکند. برای مثال در بحث حذف مصرف نمک در سفره مسائل مذهبی و یا محلی را باید در نظر گرفت.

۳۶- مرجع و سابقه مداخله: در این قسمت باید به مراجع و سوابق اجرای مداخلاتی که این مداخله مبتنی بر آن طراحی شده است و نتایج حاصل از اجرای آن اشاره کرد. برای مثال می توان در مداخله آموزش همگانی به اجرای این مداخله در سایر طرح های تحقیقاتی داخل کشور و طرح های خارجی و نتایج آن اشاره کرد.

۳۷- طراحی بسته خدمات / فعالیت ها: در این قسمت باید به فعالیت هایی که در ارتباط با این مداخله انجام می گیرد، اشاره کرد و نحوه اجرای این فعالیت ها را به تفکیک بر حسب مسئول اجراء، مکان اجراء، زمان لازم، تعداد و تکرار مورد انتظار، روش اجراء و بودجه لازم مشخص و در جدول شماره ۴ بنویسید. در مداخلات آموزشی به روش های آموزشی مانند چهره به چهره، گروهی، مشاوره فردی یا گروهی، اشاره شود.

در پایان اجرای مداخله / ارزشیابی برنامه

۳۸- اثربخشی مداخله effectiveness: در انتهای برنامه اجرای مداخله باید مشخص کنید آیا این مداخله در کشور / منطقه ما را به نتیجه مطلوب میرساند، یعنی قابلیت اجراء دارد. سهولت اجرای مداخله بسیار مهم است. برای یکنواخت شدن گزارش این قسمت می توان نتایج را در جدول شماره ۵ نوشت.

اثربخشی: تعیین میزانی است که اهداف از پیش تعیین شده برنامه واقعا " منجر به دستاوردهای اولیه، واسط و بلند مدت گردیده است. به عبارت دیگر آیا مداخله با ارزش بوده است؟ اثربخشی همچنین می تواند به افزایش قدرت پاسخگویی در تامین نیازهای منطقه ای، کارگروهی ارتقاء یافته و دستاوردهای اجتماعی و بهداشتی برای مشتریان و جوامع منجر شود.

۳۹- کارایی مداخله efficiency (هزینه - نتیجه): در این قسمت باید تعیین شود چه مبلغی برای اجرای این مداخله هزینه شده است و بعد مشخص شود آیا در مقابل این هزینه به نتیجه مطلوب رسیده ایم و این مداخله برای رسیدن به هدف از نظر اقتصادی با صرفه است (یعنی اگر این مداخله انجام نشود در مقابل چه مقدار باید صرف رفع مشکل یا بیماری شود).

کارایی: میزان دستیابی به اهداف است. بررسی میزان کارایی از طریق مقایسه نتایج بدست آمده در مداخلات جداگانه با استفاده از روش های مختلف، یا روش های مختلف مورد استفاده در مداخلات مشابه به منظور شناسایی مداخله یا متدولوژی که به نتایج بهتری دست پیدا کرده است، امکانپذیر است. کارایی گاهی اوقات با شاخص های عملکرد خوب و شاخص های موفقیت سنجیده می شود.

اقتصادی: بررسی می کند که میزان دستیابی به دستاوردهای اولیه، واسط و بلند مدت چقدر اقتصادی بوده است که به آن ممکن است «ارزش پولی» نیز گفته شود. تحلیل های هزینه - فایده به دلیل مقایسه هزینه یک مداخله با هزینه سایر فعالیت های جایگزین، پیچیده

هستند و متکی به قیمت‌گذاری ورودی‌ها (تسهیلات، نیروی انسانی، موارد و تجهیزات و ...) و فایده مداخلات (افزایش دسترسی به خدمات، تغییرات مثبت در نگرش، دانش و رفتار افراد، کاهش رفتارهای پرخطر و ...) است. قیمت‌گذاری روی دستاوردهای نیازهای بهداشتی و اجتماعی بسیار مشکل است.

۴۰- پایداری مداخله sustainability: در این قسمت باید مشخص شود آیا اجرای این مداخله تحت شرایط موجود قابل تداوم است و تابع شرایط دیگری نیست و متوقف نمی‌شود.

۴۱- فرضیه نهایی: در این قسمت باید یک فرضیه قبل از اجرای مداخله تهیه شود. مثلاً "اجرای برنامه آموزشی خاص در مدارس سبب کاهش رفتار خاص می‌شود. بعد از اجرای مداخله می‌توان فرضیه را تایید یا رد کرد و با توجه به نتایج حاصل از اجراء و ارزشیابی مداخله، تئوری نهایی را ارائه کرد.

**شناسنامه مداخلات اصلاح شیوه های زندگی برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر
(از جمله بیماری قلبی عروقی)**

۱- نام برنامه:

۲- نوع مشکل و وضعیت موجود:

۳- نحوه تعیین مداخله:

۴- نام مداخله:

۵- هدف کلی برنامه مداخله:

۶- هدف بلافصل از اجرای مداخله:

۷- اهداف اختصاصی برنامه مداخله:

۸- نوع مداخله از نظر سطح پیشگیری :

۱- سطح صفر (پیشگیری مقدماتی) ۲- سطح یک (پیشگیری اولیه) ۳- سطح دو (پیشگیری ثانویه، ثالثیه)

۹- نوع مداخله از نظر حیطة اجراء:

۱- نظام سلامت ۲- جامعه ۳- فرد/خانواده

۱۰- نوع مداخله از نظر شیوه اجراء/نحوه انجام مداخله:

۱- مداخلات محیطی ۲- مداخلات جمعیتی

۱۱- نوع مداخله از نظر ماهیت: (در این قسمت تنها یک گزینه را انتخاب نمائید)

۱- قانون گذاری ۲- آموزشی ۳- خدمات غیر آموزشی (مانند پروفیلاکسی) ۴- خدمات غربالگری
۵- خدمات درمانی ۶- خدمات توانبخشی ۷- مراقبت اپیدمیولوژی ۸- پایش و ارزشیابی
۹- مشاوره ۱۰- جلب حمایت همه جانبه ۱۱- بازاریابی اجتماعی ۱۲- سایر.....

۱۲- نوع مداخله از نظر سازمانی:

۱- درون سازمانی (درون بخشی) ۲- برون سازمانی (برون بخشی)

۱۳-مجری/مجریان (سازمان ها/مراکز همکار) مسئول طراحی و اجرای مداخله:

۱۴-دست اندرکاران (سازمان ها و گروه های تاثیرگذار بر و تاثیر پذیر از مداخله):

۱۵-سطح عملیات در مداخله(سطح اجراء/هماهنگی):

۱-ستادی ۲-دانشگاهی ۳-استانی ۴-شهرستانی ۵-منطقه ای

۱۶-گروه/گروه های هدف در مداخله:

۱- دانش آموزان ۲- دانشجویان ۳- صنوف ۴- کارگران ۵- نظامیان ۶- روحانیون ۷- زنان خانه دار ۸-کشاورزان ۹-
بازنشستگان و سالمندان ۱۰-معلمان و اساتید ۱۱- کارکنان ادارات ۱۲- افراد در معرض خطر ۱۳- بیماران ۱۴- جوانان
۱۵- مقامات سیاسی استان ۱۶- مقامات سیاسی دولت مرکزی ۱۷- مجلس ۱۸- وزارت بهداشت ۱۹- سایر مراکز
تصمیم گیری در کشور ۲۰- انجمن های علمی و تحقیقی ۲۱- مدیران ارشد سازمانها و ادارات ۲۲- آحاد جامعه
۲۳-سایر.....
علت انتخاب این گروه ها:

۱۷-میزان پوشش:

۱۸-مکان اجرای مداخله:

۱۹-فعالیت های اجرای مداخله:

۱-دائمی ۲-مقطعی ۳-مدت اجراء:.....

جدول شماره ۱- فعالیت های مداخله

ردیف	فعالیت های مداخله	مقطع زمانی (مدت اجراء)	متوسط زمان لازم برای اجراء فعالیت	دفعات انجام فعالیت طی مدت مداخله	دانش و مهارت لازم برای اجرای فعالیت	تعداد نیروی انسانی مورد نیاز	نوع نیروی انسانی مورد نیاز (تخصص)

۲۰-کارآمدی مداخله efficacy :

۲۱- میزان فراهمی مداخله availability :

۲۲- میزان دسترسی مداخله accessibility :

۲۳- مجوزها و هماهنگی های مورد نیاز برای اجرای مداخله:

۲۴- دانش و مهارت مورد نیاز:

۲۵- فرآیندهای پشتیبان/سازمان های پشتیبان:

۲۶- منابع مورد نیاز برای اجرای مداخله(ابزار، وسایل، تجهیزات، مواد، نیروی انسانی):

۲۷- هزینه های انجام مداخله:

۲۸- محل تامین هزینه:

شاخص ها:

۲۹- نحوه پایش مداخله:

۳۰- حیطة پایش:

۳۱- شاخص های پایش:

جدول شماره ۲- شاخص های پایش

معیار هدف	توالی جمع آوری داده	سطح استفاده از شاخص	محل جمع آوری داده	شیوه جمع آوری	مخرج شاخص	صورت شاخص	عنوان شاخص	ردیف

۳۲- نحوه ارزشیابی ارزشیابی:

۳۳- حیطة ارزشیابی:

۳۴- شاخص های ارزشیابی :

جدول شماره ۳- شاخص های ارزشیابی

معیار هدف	توالی جمع آوری داده	سطح استفاده از شاخص	محل جمع آوری داده	شیوه جمع آوری	مخرج شاخص	صورت شاخص	عنوان شاخص	ردیف

۳۵- عوارض جانبی ، ملاحظات اخلاقی ، مقبولیت فرهنگی :

۳۶- مرجع و سابقه مداخله:

۳۷- طراحی بسته خدمات / فعالیت ها:

جدول شماره ۴- برنامه عملیاتی

ردیف	عنوان فعالیت	مسئول اجرا	مکان اجرا	زمان لازم	تواتر و تکرار مورد انتظار	روش اجراء	بودجه مورد نیاز

۳۸- اثربخشی مداخله effectiveness :

جدول شماره ۵- اثر بخشی مداخله

استخراج از ارزشیابی	به شاخص مورد نظر نظر نرسیده ایم	به شاخص مورد نظر رسیدیم	از شاخص مورد نظر فراتر رفته ایم
استخراج از پایش			
استانداردهای برنامه رعایت شده است			
استانداردهای برنامه رعایت نشده است			

۳۹- کارایی مداخله efficiency (هزینه - نتیجه) :

۴۰- پایداری مداخله sustainability :

۴۱- فرضیه نهایی:

بسمه تعالی

پیوست آموزشی تدوین برنامه ریزی عملیاتی برنامه های کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر در سطح ستاد استان، شهرستان، مراکز بهداشتی در مانی شهری و روستایی

تهیه و تدوین: دکتر فرشاد فرزادفر

افزایش میزان پوشش خدمت			افزایش کیفیت خدمت افزایش اثربخشی خدمت								اهداف کلی خدمت
اهداف مربوط به رضایت	اهداف مربوط به تقاضا	اهداف مربوط به دسترسی	اهداف فرآیندی		اهداف ساختاری						اهداف اختصاصی خدمت
افزایش میزان رضایت مردم از - اثر بخشی خدمت - بی ضرری خدمت - مدت انتظار برای دریافت خدمت - هزینه خدمت - محیط مناسب و بهداشتی ارائه خدمت - احترام به مراجعه کننده برای دریافت خدمت - توجه به نظرات و مشکلات مراجعه کننده برای دریافت خدمت - تداوم خدمت	افزایش میزان آگاهی مردم در خصوص فوائد دریافت خدمت	افزایش میزان دسترسی «فیزیکی، مسافتی، زمانی، اقتصادی، اخباری به خدمت»	افزایش میزان اجرای صحیح فرایند خدمت به تفکیک نوع فرآیند	افزایش میزان آگاهی گیرندگان خدمت در خصوص نکات فنی خدمت	افزایش میزان مهارت پرسنل بهداشتی جهت ارائه خدمت	افزایش میزان آگاهی پرسنل بهداشتی جهت ارائه خدمت	افزایش دسترسی به مواد کمک آموزشی مورد نیاز برای ارائه خدمت	افزایش دسترسی به فرمها و دفاتر مورد نیاز برای ارائه خدمت	افزایش دسترسی به مواد مصرفی مورد نیاز برای ارائه خدمت	افزایش دسترسی به داروی مورد نیاز برای ارائه خدمت	

<p>۱- استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز</p> <p>۲- شفاف نمودن منابع تامین اعتبار</p> <p>۳- استاندارد سازی و اصلاح شیوه‌های خرید</p> <p>۴- استانداردسازی و اصلاح انبارداری</p> <p>۵- استاندارد سازی و اصلاح توزیع(در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).</p> <p>۶- استانداردسازی و بهره‌برداری</p> <p>۷- نظارت بر اجرای استانداردها</p> <p>۸- استاندارد سازی و اصلاح شیوه های کنارگذاری</p> <p>۹- نظارت بر اجرای استانداردها</p>	<p>۱- استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز</p> <p>۲- شفاف نمودن منابع تامین اعتبار</p> <p>۳- استاندارد سازی و اصلاح شیوه‌های خرید</p> <p>۴- استانداردسازی و اصلاح انبارداری</p> <p>۵- استاندارد سازی و اصلاح توزیع(در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).</p> <p>۶- استانداردسازی و بهره‌برداری</p> <p>۷- نظارت بر اجرای استانداردها</p>	<p>۱- استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز</p> <p>۲- شفاف نمودن منابع تامین اعتبار</p> <p>۳- استاندارد سازی و اصلاح شیوه‌های خرید</p> <p>۴- استانداردسازی و اصلاح انبارداری</p> <p>۵- استاندارد سازی و اصلاح توزیع(در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).</p> <p>۶- استانداردسازی و بهره‌برداری</p> <p>۷- نظارت بر اجرای استانداردها</p>	<p>۱- استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز</p> <p>۲- شفاف نمودن منابع تامین اعتبار</p> <p>۳- استاندارد سازی و اصلاح شیوه‌های خرید</p> <p>۴- استانداردسازی و اصلاح انبارداری</p> <p>۵- استاندارد سازی و اصلاح توزیع(در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).</p> <p>۶- استانداردسازی و بهره‌برداری</p> <p>۷- نظارت بر اجرای استانداردها</p>	<p>۱- تعیین نیاز آموزشی دربعد مهارت</p> <p>۲- تهیه استانداردهای مهارتی</p> <p>۳- آموزش یا بازآموزی مهارت</p> <p>۴- ارزشیابی مجدد مهارت های آموزش داده شده در فواصل زمانی مختلف</p> <p>(به ترتیب رده پرسنلی)</p>	<p>۱- تعیین نیاز آموزشی اهداف</p> <p>۲- آموزش استانداردهای مهارتی</p> <p>۳- آموزش یا بازآموزی مهارت</p> <p>۴- ارزشیابی</p> <p>۵- آموزش یا بازآموزی</p>	<p>۱- تعیین نیاز استانداردسازی و اصلاح شیوه های اجرای فرایندها</p> <p>۲- نظارت بر اجرای استانداردها</p>	<p>۱- تعیین نیاز آموزشی</p> <p>۲- تعیین اهداف آموزشی</p> <p>۳- تهیه آموزش</p> <p>۴- آموزش</p> <p>۵- ارزشیابی آموزشهای ارائه شده</p> <p>۲- راه اندازی MOBILE تیم</p> <p>۳- ایجاد تسهیلات موتوروی مناسب بین گیرندگان خدمت و ارایه دهندگان خدمت</p> <p>۴- تامین نیروی انسانی</p> <p>زمانی:</p> <p>۱- افزایش زمان ارایه خدمت</p> <p>۲- متناسب کردن زمان ارایه خدمت با زمانی که مراجعه کننده می تواند جهت دریافت خدمت مراجعه نماید</p> <p>اخباری:</p> <p>۱- آگاهی بخشی و اطلاع رسانی در خصوص ارایه خدمت مورد نظر در واحدهای ارایه خدمت</p> <p>اقتصادی:</p> <p>۱- همکاری و هماهنگی با سازمانها و نهادهای حمایتی اجتماعی همانند بهزیستی کمیته امداد و...</p> <p>۲- استفاده از تمهیدات بیمه‌ای خدمات</p> <p>۳- استفاده از اختیارات مدیریت سازمان</p>	<p>اثر بخشی:</p> <p>۱- کلیه استراتژی های هدف کلی بهبود کیفیت</p> <p>بی ضرری:</p> <p>۱- آموزش پرسنل</p> <p>۲- ایجاد مهارت مناسب پرسنل</p> <p>۳- آموزش مردم در مورد عوارض</p> <p>۴- غربالگری مناسب و دقیق کنتراندیکاسیون های دریافت خدمت</p> <p>مدت انتظار:</p> <p>۱- افزایش زمان ارایه خدمت</p> <p>۲- توزیع مراجعات در زمان</p> <p>۳- واگذاری خدمت به بخش خصوصی</p> <p>محیط مناسب و بهداشتی:</p> <p>۱- نظارت مناسب بر نظافت واحد</p> <p>۲- استفاده مراکز از فضای واحد جهت ارایه مناسب خدمت</p> <p>احترام به مراجعه کننده:</p> <p>۱- آموزش پرسنل در خصوص اهمیت شیوه برخورد با مراجعه کننده</p> <p>۲- نظارت مناسب</p> <p>۳- ایجاد سیستم مناسب رسیدگی به شکایات</p> <p>توجه به مشکلات و نظرات مراجعه کننده:</p> <p>۱- ایجاد شرایط مناسب برای مشاوره اصولی</p> <p>۲- نظارت مناسب</p> <p>۳- طراحی سازوکار مناسب برای اطمینان از</p>
---	--	--	--	---	--	---	---	--

۱- تعیین نیاز: بهترین اقدام در این زمینه استفاده از تعیین نقطه سفارش است. منظور از نقطه سفارش آن است که حجم یا تعداد مواد مصرفی یا دارو به چه ميزانی برسد تا واحد مربوطه اقدام به درخواست مجدد آن نماید.
نقطه سفارش از دو مؤلفه مصرف روزانه و مدت طول کشیده از زمان درخواست تا دریافت مواد مصرفی و دارو شکل می‌گیرد.
۲- تامین اعتبار و خرید معمولاً از شرح وظایف مراکز شهری و روستایی نبوده بنابراین مداخله ایی برای آن طراحی نخواهند نمود.
۳- اگر استانداردهای تعیین نیاز به درستی انجام شده باشد در تعیین استانداردهای توزیع مشکل وجود نخواهد داشت.
۴- استانداردهای بهره برداری در خصوص تجهیزات و مواد مصرفی و دارو مجموعه ای از دستورالعملها خواهد بود که استفاده و مصرف درست و مناسب از تجهیزات، دارو و مواد مصرفی را تضمین می نماید.
۵- استانداردهای نگهداری تجهیزات مجموعه ای از دستورالعمل ها خواهد بود که عمر مناسب وسیله را تضمین خواهد نمود.
۶- استانداردهای کنارگذاری تجهیزات مجموعه ای از دستورالعملها خواهد بود که از کنار گذاری بی مورد وسیله از سیستم جلوگیری به عمل می آورد

کلیه فعالیتهایی که می توانند در زمینه آموزش و بازآموزی صورت پذیردشامل:
فعالتهای آموزشی صوتی و تصویری:
نمایش فیلم،
گوش کردن به نوار کاست،
استفاده از سی دی آموزشی... ،
استفاده از امکانات صدا و سیما و روزنامه ها...،
فعالتهای آموزشی حضوری:
آموزش چهره به چهره،
کلاس آموزشی یا جلسات آموزشی،
کارگاه، سمینار سمپوزیوم، فوروم،
سایر فعالیتهای آموزشی حضوری
فعالتهای آموزشی مکتوب:
تهیه بمفلت، پوستر، فیلپ چارت و...
تهیه جزوات آموزشی و...
تهیه پلاکارد، تراکت و...
فعالتهای مربوط به ارزشیابی اقدامات آموزشی:
می تواند پره تست و پست تست باشد و یا هر روش قابل سنجش و مناسب دیگری

۱-تعریف استانداردهای فرایند خدمت بر حسب نوع خدمت
۲- Field visit و پایش اجرای فرایند مطابق استاندارد
۳- کنترل اجرای فرآیند مطابق استاندارد بر اساس مصاحبه خارج از مرکز (Exit interview)

فیزیکی و مسافتی:
۱-کلیه فعالیتهای احداث و راه اندازی شامل: ساخت، تعمیر، خرید تجهیزات و وسایل، تجهیز، جذب نیرو، استخدام و بکارگیری نیرو، انجام فعالیتهای سیاری بهورزان و کاردندان، استفاده از امکانات موتوری مراکز در شرایط خاص و سایر اقدامات
۲-کلیه فعالیتهای این بخش شامل: تعیین ساعات اضافه کاری، دو هفته نمودن زمان ارائه خدمت، تعیین وقت قبلی توسط مرکز برای مراجعه کنندگان، تلاش در جهت آوردن مراجعه کننده به منظور ارائه خدمت به مرکز در ساعات غیر فعال اداری از طریق آموزش و-
اخباری:
۳-کلیه فعالیتهای این بخش شامل: استفاده از بسیج چند رسانه ای همانگونه که در قسمت آموزش توضیح داده شد به منظور اطلاع رسانی به مردم همانند استفاده از، صدا و سیما به صورت کلیپ فایل یا تیزر و برنامه‌های خاص اجتماعات و فعالیتهای اجتماعی، ورزشی و فرهنگی توزیع، پوستر تراکت، نصب پلاکارد، معرفی خدمات در

اثر بخشی:
۱-کلیه فعالیتهایی که در بخش اثر بخشی توضیح داده شد می تواند به منظور فعالیت از اثر بخشی مورد استفاده قرار گیرد.
بی ضروری:
۱-کلیه فعالیتهای مربوط به استراتژی آموزش که در قسمت آموزش پرسنل توضیح داده شد می‌تواند در نظر گرفته شود.
۲-کلیه فعالیتهای مربوط به استراتژی آموزش مهارت که در قسمت مهارت پرسنل توضیح داده شد می‌تواند در نظر گرفته شود.
۳-کلیه فعالیتهایی که بحث آموزشی مردم در خصوص نکات فنی توضیح داده شد می‌تواند در نظر گرفته شود.
۴-کلیه فعالیتهایی که در بحث فرایندها توضیح داده شد می تواند در نظر گرفته شود.
مدت انتظار:
۱-کلیه فعالیتهای ذکر شده در بخش دسترسی زمانی
۲-واگذاری فعالیتهایی که می توان با ساز و کار مشخص آنها به بخش خصوصی واگذا نمود.
محیط مناسب و بهداشتی:
۱-استفاده از چک لیستهای نظارتی در خصوص نظیف بودن و مناسب بودن محیط ارائه خدمت.
۲-ارائه فیدبک به

* استراتژی هایی با اهمیت همانند هماهنگی برون بخشی، همکاری درون بخشی، مشارکت مردمی و ... در تمامی اهداف پیشگفت قابل استفاده هستند

در تمامی فرایندهای پشتیبان و خدمت می توان از روش **FOCUS- PDCA** جهت ارتقای فرایند استفاده نمود
در صوت ارتقا در محدوده بزرگتری اقدام نماییم: Act - کنترل کنیم: Check - اجرا کنیم: Do - برنامه ریزی کنیم: Plan - نوع مداخله را انتخاب کنیم: Select - علل تغییرات فرایند را به درستی در یابیم: Understand - نحوه اجرای فرایند را به درستی بشناسیم: Clarify - تیم بررسی فرایند را سازماندهی کنیم: Organize - مشکل را بیابیم: Find

*در کلیه برنامه ها واگذاری فعالیتها به بخش خصوصی مؤثرترین و بهترین استراتژی است.

*پس از تعیین شاخص های دچار مشکل در سطح مرکز بر اساس فرم شماره ۱۰ نظام پایش و ارزشیابی، هدف کلی و اختصاصی به منظور اصلاح شاخص مورد نظر را تعیین نمایید ببینید کدامیک از استراتژی های اشاره شده در قسمت استراتژی ها می تواند شما را یاری نماید همچنین می توانید از استراتژی هایی استفاده نمایید که در اینجا به آن اشاره ای نشده است. پس از تعیین استراتژی ها به قسمت فعالیتها بروید و بر اساس ستون مربوط به هر استراتژی فعالیتهای مورد نظر خود را تعیین نمایید.

*«فراموش نکنید که اطلاعات این پوستر شما را در برنامه ریزی یاری می نماید و تنها الگویی برای برنامه ریزی است»

فرم های مورد استفاده

در برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

در واحد دیابت / پایگاه بهداشتی / مرکز بهداشتی درمانی / مرکز

بهداشت شهرستان / دانشگاه

در مناطق شهری

راهنمای تکمیل پرونده افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت در مناطق شهری

این پرونده برای بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن در مراحل ثبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون و مرحله غربالگری و مراقبت تکمیل می گردد.

بخش ۱: اطلاعات عمومی

این بخش **توسط پرستار واحد دیابت / کارشناس مرکز بهداشتی درمانی** تکمیل می شود.

در ابتدا کد محل ثبت بیمار، کد شهرستان، کد دانشگاه علوم پزشکی و شماره پرونده و نام دانشگاه، شهرستان، مرکز بهداشتی، درمانی شهری، بیمارستان، درمانگاه، مطب را در بخش اطلاعات عمومی ثبت کنید و تاریخ مراجعه برای ثبت بیماری یا انجام غربالگری را در بالای فرم بنویسید. سپس به ترتیب زیر اطلاعات مورد لزوم را در همین بخش تکمیل کنید:

کد ملی و کد پستی مراجعه کننده: شماره ملی بیمار یا فرد مراجعه کننده را در مربع های مربوطه ثبت کنید.

نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، جنسیت، شغل، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و آدرس را در محل مربوطه یادداشت کنید.

بخش ۲: غربالگری و بیمار یابی

این بخش توسط پرستار واحد دیابت / کارشناس مرکز بهداشتی درمانی تکمیل می شود.

غربالگری و بیماریابی فشار خون بالا

در این قسمت سابقه بیماری فشارخون بالا ی مراجعه کننده بررسی می شود. قبل از اندازه گیری فشارخون شرایط اندازه گیری باید توسط بیمار و فرد گیرنده رعایت شود. فشارخون فرد را در دو نوبت اندازه گیری کنید و میانگین دو نوبت را در محل مربوطه ثبت کنید. فشارخون باید به فاصله یک هفته بعد مجدداً در دو نوبت بررسی و اندازه گیری شود.

به فاصله ۲ تا ۵ دقیقه بعد از استراحت فرد، مجدداً فشارخون فرد را اندازه بگیرید (نوبت دوم) و سپس میانگین فشارخون ماکزیمم و میانگین فشار می نیمم را جداگانه حساب کنید و مقدار آن را در قسمت مربوطه برحسب میلی متر جیوه یادداشت کنید.

غربالگری و بیماریابی اختلال چربی خون

در این قسمت سابقه بیماری اختلال چربی خون مراجعه کننده بررسی می شود. در صورتی که طی ۶ ماه اخیر آزمایش چربی خون انجام شده باشد، مقادیر چربی خون را در جدول مربوطه ثبت شود. و چنانچه بیمار برای کاهش هر یک از انواع چربی خون دارو مصرف می کند نام دارو ها را یادداشت کنید.

غربالگری مصرف دخانیات

در این قسمت سابقه مصرف دخانیات مراجعه کننده بررسی می شود. در صورتی که فرد یکی از انواع دخانیات را مصرف می کند بر حسب نوع دخانیات، مدت مصرف و دفعات یا تعداد مصرف یادداشت کنید.

غربالگری اضافه وزن و چاقی

در این قسمت وضعیت وزن مراجعه کننده بررسی می شود. در ابتدا قد و وزن، دور کمر و باسن را اندازه گیری کنید و سپس نمایه توده بدنی و نسبت دور کمر به باسن وی را تعیین کنید و با جدول مربوطه مقایسه کنید.

پس از رعایت شرایط اندازه گیری، قد، دور کمر و دور باسن فرد را اندازه گرفته و مقدار آن را در این قسمت برحسب سانتیمتر

یادداشت کنید .

پس از رعایت شرایط اندازه گیری، وزن فرد را اندازه گرفته و مقدار آن را در این قسمت بر حسب کیلوگرم یادداشت کنید .
بر حسب قد و وزن بدست آمده با استفاده از نمودار نمایه توده بدنی بزرگسالان (طبق دستورالعمل) ، وضعیت نمایه توده بدنی را تعیین کنید و مقدار آن را در قسمت مربوطه بنویسید .

غربالگری و بیماریابی دیابت

در این قسمت سابقه بیماری دیابت مراجعه کننده بررسی می شود.

غربالگری سابقه خانوادگی بیماری

در این قسمت سابقه خانوادگی دیابت، فشارخون بالا، اختلال چربی خون، چاقی، بیماری قلبی عروقی زودرس، سکته قلبی و یا سکته مغزی، چاقی، بیماری تیروئید مراجعه کننده بررسی می شود.

به ترتیب از فرد سؤال کنید، آیا کسی از افراد درجه یک خانواده او (شامل والدین و خواهر و برادر) به یکی از بیماری های چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون^۱، بیماری قلبی عروقی زودرس^۲، سکته قلبی و یا سکته مغزی..... مبتلا است ؟ در صورت جواب مثبت، در این قسمت علامت ضربدر بگذارید.

۱ منظور از اختلال چربی خون (کلسترول خون بالا ، LDL خون بالا، HDL خون پایین و یا تری گلیسیرید خون بالا) است.

۲ منظور از سابقه خانوادگی بیماری قلبی عروقی زودرس ، یعنی سابقه بروز بیماری قلبی عروقی در زنان کمتر از ۶۵ سال و در مردان کمتر از ۵۵ سال در افراد درجه یک خانواده است.

سابقه بیماری و عوارض بیماری

در این قسمت سابقه بیماری و عوارض بیماری در فرد (رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی، پای دیابتی، سکته قلبی و یا سکته مغزی، نارسایی قلبی، اختلال و تاری دید، نارسای کلیه، بیماری تیروئید، بیماری قلبی عروقی زودرس* بررسی می شود.

به ترتیب از فرد سؤال کنید آیا خود فرد مبتلا به بیماری های مذکور است ؟ در صورت جواب مثبت، اگر بیمار تحت نظر پزشک است (تحت درمان غیر دارویی و یا درمان دارویی) در این ستون علامت ضربدر بگذارید.

* منظور از بیماری قلبی عروقی زودرس یعنی سابقه بروز بیماری قلبی عروقی در زنان کمتر از ۵۵ سال و در مردان کمتر از ۴۵ سال در افراد درجه یک خانواده است.

نتایج تست های آزمایشگاهی

اگر حسب مورد برای فرد آزمایش خون انجام شود یا از قبل (حداکثر تا ۶ ماه قبل) انجام شده باشد، نتیجه را بر حسب نوع آزمایش در ستون های مربوطه یادداشت کنید.

نتیجه نهائی غربالگری و بیماریابی

این قسمت فقط برای ثبت نتیجه بررسی افراد در معرض خطر و افراد مشکوک به بیماری قلبی عروقی ارجاع شده به پزشک تکمیل می گردد.

بعد از تکمیل پرونده و بخش غربالگری و مشخص شدن نتیجه آزمایش، نتیجه نهایی وضعیت سلامتی فرد را طبق جدول مشخص کنید.

➤ **توجه:** در سالمندان (۶۰ سال و بیشتر) دارا بودن سابقه خانوادگی بیماری (مثبت بودن هر یک از ستون های ۷ تا ۱۲) و اضافه وزن جزء عوامل خطر محسوب نمی شود.

➤ **توجه:** مقادیر طبیعی چربی های خون : تری گلیسیرید (TG) کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر، کلسترول (Cholesterol) خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر، در افراد بدون فشارخون بالا و دیابت LDL کمتر از ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر و در افراد دیابتی ۷۰ تا ۱۰۰ و در افراد فشارخونی کمتر از ۱۳۰ و HDL بیشتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر در مردان و بیشتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر در زنان است.

- ۱- بعضی از افراد حسب مورد برای انجام آزمایش خون قند و چربی های خون ارجاع می شوند و پس از آن وضعیت فرد از نظر سالم یا در معرض خطر (دارای بیماری زمینه ساز قلبی عروقی) مشخص می شود.
- ۲- اگر فرد به عنوان **فرد در معرض خطر (کسی که بیمار مبتلا به بیماری زمینه ساز بیماری قلبی عروقی است)** در نظر گرفته می شود، لازم است به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- ۳- اگر فقط نتیجه نمایه توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۰ بود، نیاز به ارجاع فرد نمی باشد، ولی به عنوان **فرد در معرض خطر** در نظر گرفته می شود.

اگر نتیجه غربالگری سالم باشد، لازم است :

- افراد ۳۰ سال و بیشتر هر ۳ سال یک بار برای تعیین وضعیت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن غربالگری شوند.

نکات مورد توجه در تکمیل فرم غربالگری بیماری قلبی عروقی

- ۱- حتی الامکان از گرد کردن اعداد بدست آمده از اندازه گیری قد، وزن، دور کمر، باسن و فشار خون خودداری کنید و اعداد فشارخون را بر حسب میلیمتر جیوه یادداشت کنید، مانند ۱۴۲/۸۱.
- ۲- در صورتی که فرد مراجعه کننده **باردار** باشد، بایستی یکماه پس از زایمان فرم غربالگری برای او تکمیل شود.
- ۳- مشخصات افراد در معرض خطر یا بیماران قلبی عروقی را پس از شناسایی به "فرم مراقبت افراد در معرض خطریا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" و "فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی" ثبت کنید.
- ۵- بخش اطلاعات عمومی و بخش غربالگری و بخش پرونده پزشکی برای بیماران شناخته شده قبلی هم باید تکمیل شود.

بخش ۳- پرونده پزشکی مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی

این بخش **توسط پرستار و پزشک واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری** تکمیل می گردد. در ابتدا شماره پرونده و مشخصات بیمار را در بالای فرم یادداشت کنید. سپس نتایج معاینات پزشکی را در قسمت های مربوطه ثبت کنید.

معاینات جسمی

این بخش توسط پزشک واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری تکمیل می گردد. بخش معاینات جسمی در هر ویزیت پزشک باید تکمیل و نتایج معاینات در جدول مربوطه یادداشت شود.

اندازه گیری های آنترپومتریکی و بیولوژیک

این بخش توسط پرستار واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری تکمیل می گردد. بخش اندازه گیری های آنترپومتریکی و بیولوژیک در هر ویزیت پزشک یا پرستار باید تکمیل و نتایج معاینات در جدول مربوطه

یادداشت شود.

نتایج تست های آزمایشگاهی تخصصی

این بخش توسط پزشک واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری تکمیل می گردد. در صورتی که برای بیمار تست های آزمایشگاهی تجویز شود، نتایج آن باید در هر بار در یک ردیف از جدول مربوطه ثبت شود.

نتایج تصویر برداری

در صورتی که برای بیمار تصویربرداری از اندام ها حسب مورد تجویز شود، نتایج آن باید در هر بار در یک ردیف از جدول مربوطه ثبت شود.

مصرف داروها

این بخش توسط پرستار و پزشک واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری تکمیل می گردد. در صورتی که برای بیمار دارو تجویز شود، نام داروها باید در هر ویزیت در یک ردیف از جدول مربوطه ثبت شود.

اقدامات

این بخش توسط پرستار و پزشک واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری تکمیل می گردد. بخش آموزش توسط پرستار و بخش ارجاع به مشاور و متخصص توسط پزشک تکمیل می شود. در صورتی که برای بیمار اقداماتی و دستوراتی مانند آموزش و یا ارجاع به مشاورین و متخصصین صادر می گردد، حسب مورد نوع اقدام یا دستور در هر ویزیت در یک ردیف از جدول مربوطه ثبت شود.

تشخیص عوارض

این بخش توسط پزشک واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری تکمیل می گردد. در صورتی که برای بیمار عوارضی تشخیص داده می شود، در هر ویزیت نوع تشخیص در یک ردیف از جدول مربوطه ثبت شود.

دستورات کلی

۱- در مرحله دوم برنامه جامع قلب و عروق برای ثبت بیماران شناسایی شده مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون هر سه قسمت تکمیل می شود. بعد از مراجعه بیمار در ابتدا بخش اطلاعات عمومی و علیرغم مشخص بودن بیماری فرد سپس بخش غربالگری تکمیل می شود تا سایر عوامل خطر در بیمار شناسایی و تعیین شود و بعد از ارجاع به پزشک بخش سوم و زیربخش های آن مانند معاینات جسمی و سایر زیر بخش های آن تکمیل می شود.

۲- در مرحله سوم یعنی مرحله غربالگری، کلیه افراد ۳۰ سال و بالاتر تحت غربالگری قرار گرفته و در ابتدا بخش اطلاعات عمومی و سپس بخش غربالگری برای آن ها تکمیل می شود و در صورتی که فرد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی باشد طبق دستورالعمل غربالگری و ارجاع، به پزشک واحد دیابت ارجاع می شود و سپس زیر بخش معاینات و سایر و یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی باشد و بعد از ارجاع به پزشک بخش سوم و زیر بخش های آن مانند معاینات جسمی و سایر زیر بخش ها آن تکمیل می شود.

۳- برای تمام افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی بخش سوم یعنی پرونده پزشکی در زمان مراقبت افراد در معرض خطر و بیماران حسب مورد و لزوم در هر ویزیت پزشک تکمیل می شود.

۴- در مناطق روستایی مراقبت بهورز در فرم مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی ثبت می شود و در مناطق شهری در پرونده پزشکی ثبت می شود.

**پرونده ثبت، غربالگری و مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی
در مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت در مناطق شهری**

بخش ۱-اطلاعات عمومی

شماره پرونده	کد دانشگاه	کد شهرستان	کد محل ثبت
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			تاریخ مراجعه
<input type="text"/>			

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:

مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری:

بیمارستان: درمانگاه (بخش خصوصی).....

مطب:

کد ملی مراجعه کننده

کد پستی مراجعه کننده

نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد:

جنسیت: مرد زن

شغل: دولتی آزاد هردو بیکار نوع:

تحصیلات: بی سواد زیردیپلم دیپلم فوق دیپلم لیسانس فوق لیسانس و بالاتر

وضعیت تأهل: مجرد متأهل همسر جدا شده بیوه

آدرس محل سکونت: استان: شهرستان: خیابان اصلی:

خیابان فرعی: کوچه: شماره: کد پستی ده رقمی:

تلفن: تلفن مواقع ضروری:

بخش ۲- غربالگری و بیماریابی

غربالگری و بیماریابی فشار خون بالا

۵. سابقه بیماری فشار خون بالا: بلی خیر
۶. اگر پاسخ بلی است، آیا داروی کاهنده فشار خون مصرف میکند؟ بلی خیر
۷. اگر پاسخ بلی است، نام دارو (ها) ثبت شود:
- ۱- ۲- ۳-
۸. اندازه گیری فشار خون

فشارخون (بر حسب میلی متر جیوه) mmHg		دفعات اندازه گیری
مراجعه بعدی	اولین مراجعه	
		نوبت اول
		نوبت دوم
		میانگین

غربالگری و بیماریابی اختلال چربی خون

۵. سابقه بیماری اختلال چربی خون: بلی خیر
۶. اگر پاسخ بلی است، کدام نوع چربی خون اختلال دارد؟
- Chol LDL HDL TG

تری گلیسیرید TG	کلسترول HDL	کلسترول LDL	کلسترول تام Chol	نوع چربی خون
				مقدار (میلی گرم در دسی لیتر) mg/dl

۷. اگر پاسخ بلی است، آیا داروی کاهنده چربی خون مصرف میکند؟ بلی خیر
۸. اگر پاسخ بلی است، نام دارو (ها) ثبت شود:
- ۱- ۲- ۳-

غربالگری مصرف دخانیات

۷. آیا دخانیات مصرف میکند؟ بلی خیر
۸. اگر پاسخ بلی است، لطفاً نوع آن را مشخص کنید: سیگار پیپ قلیان چیق سایر: ...
۹. مدت مصرف (سال): سن شروع:
۱۰. تعداد یا دفعات مصرف روزانه:
۱۱. اگر روزانه مصرف نمی کند:
تعداد یا دفعات مصرف در هفته:
تعداد یا دفعات مصرف در ماه:

۱۲. اگر ترک کرده‌است: مدت ترک (سال): (ماه)

غربالگری اضافه وزن و چاقی

اندازه های آنترپومتریک

۷. قد بر حسب سانتیمتر: cm
۸. وزن بر حسب کیلوگرم: Kg
۹. BMI بر حسب کیلوگرم بر متر مربع: (حداکثر با یک رقم اعشاری) kg/m^2
۱۰. دور کمر بر حسب سانتیمتر: cm
۱۱. دور باسن بر حسب سانتیمتر: cm
۱۲. نسبت دور کمر به دور باسن : (حداکثر با دو رقم اعشاری)

غربالگری و بیماریابی دیابت

۵. سابقه دیابت: بلی خیر
۶. سابقه دیابت در خانواده (بستگان درجه یک شامل: پدر- مادر- خواهر- برادر): بلی خیر
۷. سابقه سقط، مرده‌زایی و تولد نوزاد بیشتر از ۴kg: بلی خیر
۸. سابقه دیابت بارداری در حاملگی‌های قبلی: بلی خیر

غربالگری سابقه خانوادگی بیماری

آیا در افراد درجه یک خانواده مراجعه کننده کسی مبتلا به بیماری های زیر است؟

۹. دیابت: بلی خیر
۱۰. فشارخون بالا: بلی خیر
۱۱. بیماری قلبی عروقی زودرس: بلی خیر سکته قلبی آنژین صدری
۱۲. سکته مغزی: بلی خیر TIA CIA
۱۳. چاقی: بلی خیر
۱۴. سکته قلبی یا مغزی: بلی خیر
۱۵. اختلال چربی خون: بلی خیر
۱۶. بیماری تیروئید: بلی خیر هیپر تیروئیدی هیپو تیروئیدی

نتایج تست های آزمایشگاهی

HbA _{1c} *	UA	U ALB	Cr	LDL	HDL	CHOL	TG	GTT	GCT	FBS	
	نتایج پیوست گردد										نوبت اول
											نوبت دوم

* اولین مقدار HbA_{1c} جهت تعیین میزان موفقیت در کنترل دیابت در پرونده غربالگری ثبت شود(علاوه بر پرونده بیمار).

سابقه بیماری و عوارض بیماری

آیا فرد مبتلا به یکی از بیماری های زیر است؟

ردیف	✓	تاریخ تشخیص
۱		رتینوپاتی
۲		نفروپاتی
۳		نوروپاتی
۴		پای دیابتی
۵		سکته مغزی
۷		سکته قلبی
۸		نارسایی قلبی
۹		اختلال و تاری دید
۱۰		نارسایی کلیه
۱۱		هیپر تیروئیدی
		هیپوتیروئیدی
۱۲		بیماری قلبی عروقی زودرس

نتیجه نهائی غربالگری و بیماریابی

ردیف	✓	تاریخ تشخیص
۱		دیابتیک (از قبل شناسائی شده)
۲		دیابتیک (جدید)
۳		پره دیابتیک
۴		فشارخون بالا (از قبل شناسائی شده)
۵		فشارخون بالا (جدید)
۶		اختلال چربی خون
		Chol
		LDL
		HDL
۷		VLDL
		TG
		تری گلیسرید خون بالا
		چاق یا دارای اضافه وزن
۱۰		مصرف دخانیات
۱۱		سابقه خانوادگی بیماری

بخش ۳- پرونده پزشکی مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی

شماره پرونده:

--	--	--	--	--	--

نام: نام خانوادگی: نام پدر: سال تولد: جنسیت: مرد زن

معاینه جسمی

تاریخ مراجعه	سر و گردن	قلب	چشم ها	ریه ها	شکم	اندام ها	پوست	گوش، حلق، بینی
اولین مراجعه	<input type="checkbox"/> گواتر ساده <input type="checkbox"/> گواتر مولتی ندولر <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی <input type="checkbox"/> Bruit در گردن	<input type="checkbox"/> سوفل سیستول <input type="checkbox"/> سوفل دیاستول <input type="checkbox"/> صدای S3 <input type="checkbox"/> صدای S4	<input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> صداهای خشن <input type="checkbox"/> صداهای مبهم	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> کم شدن ضمامم پوست <input type="checkbox"/> اختلال در نبض ها <input type="checkbox"/> تغییر رنگ	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی
توضیحات								
/ /	<input type="checkbox"/> گواتر ساده <input type="checkbox"/> گواتر مولتی ندولر <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی <input type="checkbox"/> Bruit در گردن	<input type="checkbox"/> سوفل سیستول <input type="checkbox"/> سوفل دیاستول <input type="checkbox"/> صدای S3 <input type="checkbox"/> صدای S4	<input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> صداهای خشن <input type="checkbox"/> صداهای مبهم	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> کم شدن ضمامم پوست <input type="checkbox"/> اختلال در نبض ها <input type="checkbox"/> تغییر رنگ	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی
توضیحات								
/ /	<input type="checkbox"/> گواتر ساده <input type="checkbox"/> گواتر مولتی ندولر <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی <input type="checkbox"/> Bruit در گردن	<input type="checkbox"/> سوفل سیستول <input type="checkbox"/> سوفل دیاستول <input type="checkbox"/> صدای S3 <input type="checkbox"/> صدای S4	<input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> صداهای خشن <input type="checkbox"/> صداهای مبهم	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> کم شدن ضمامم پوست <input type="checkbox"/> اختلال در نبض ها <input type="checkbox"/> تغییر رنگ	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی
توضیحات								

<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> کم شدن ضمامم پوست <input type="checkbox"/> اختلال در نبض ها <input type="checkbox"/> تغییر رنگ	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> صداهای خشن <input type="checkbox"/> صداهای مبهم	<input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> سوفل سیستول <input type="checkbox"/> سوفل دیاستول <input type="checkbox"/> صدای S3 <input type="checkbox"/> صدای S4	<input type="checkbox"/> گواتر ساده <input type="checkbox"/> گواتر مولتی ندولر <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی <input type="checkbox"/> Bruit در گردن	/ /
								توضیحات
<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> کم شدن ضمامم پوست <input type="checkbox"/> اختلال در نبض ها <input type="checkbox"/> تغییر رنگ	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> صداهای خشن <input type="checkbox"/> صداهای مبهم	<input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> سوفل سیستول <input type="checkbox"/> سوفل دیاستول <input type="checkbox"/> صدای S3 <input type="checkbox"/> صدای S4	<input type="checkbox"/> گواتر ساده <input type="checkbox"/> گواتر مولتی ندولر <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی <input type="checkbox"/> Bruit در گردن	/ /
								توضیحات
<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> واریس <input type="checkbox"/> کم شدن ضمامم پوست <input type="checkbox"/> اختلال در نبض ها <input type="checkbox"/> تغییر رنگ	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	<input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> صداهای خشن <input type="checkbox"/> صداهای مبهم	<input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> سوفل سیستول <input type="checkbox"/> سوفل دیاستول <input type="checkbox"/> صدای S3 <input type="checkbox"/> صدای S4	<input type="checkbox"/> گواتر ساده <input type="checkbox"/> گواتر مولتی ندولر <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی <input type="checkbox"/> Bruit در گردن	/ /
								توضیحات

	Prot											
	□□□	Positive □+ □++	WBC□□ RBC□□ Bacteria:low□ Mod□ high□	□.□□	□□	□□□	□□	□.□□	T3□□□ T4□□□ TSH□□□	SGOT□□□ SGPT□□□ ALKh□□□	□□□	/ /
	□□□	Positive □+ □++	WBC□□ RBC□□ Bacteria:low□ Mod□ high□	□.□□	□□	□□□	□□	□.□□	T3□□□ T4□□□ TSH□□□	SGOT□□□ SGPT□□□ ALKh□□□	□□□	/ /
	□□□	Positive □+ □++	WBC□□ RBC□□ Bacteria:low□ Mod□ high□	□.□□	□□	□□□	□□	□.□□	T3□□□ T4□□□ TSH□□□	SGOT□□□ SGPT□□□ ALKh□□□	□□□	/ /
	□□□	Positive □+ □++	WBC□□ RBC□□ Bacteria:low□ Mod□ high□	□.□□	□□	□□□	□□	□.□□	T3□□□ T4□□□ TSH□□□	SGOT□□□ SGPT□□□ ALKh□□□	□□□	/ /
	□□□	Positive □+ □++	WBC□□ RBC□□ Bacteria:low□ Mod□ high□	□.□□	□□	□□□	□□	□.□□	T3□□□ T4□□□ TSH□□□	SGOT□□□ SGPT□□□ ALKh□□□	□□□	/ /

نتایج تصویر برداری

CXR	آنژیوگرافی عروق کرونر	CTAngio سایر عروق	CTAngio کرونر	اسکن اسپکت	استرس اکو	اکو ترانس توراسیک	اکومری	اسکن اسپیرال	Stress test تست ورزش	تاریخ
Cardiotorathic ratio: Natural <input type="checkbox"/> Incressed <input type="checkbox"/> decreased <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	انسداد عروق کلیه ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف انسداد شریان ایلیاک ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف انسداد شریان فمورال ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف انسداد شریان های ساق پا ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> آنوریسم دیواره بین دو دهلیز <input type="checkbox"/> حرکات غیر طبیعی جدار های قلب <input type="checkbox"/> هیپر تروفی بطن <input type="checkbox"/> چپ <input type="checkbox"/> سایر	EF <input type="checkbox"/> PFO <input type="checkbox"/> A.S.D <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> other <input type="checkbox"/>	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>	/ /
توضیحات										
Cardiotorathic ratio: Natural <input type="checkbox"/> Incressed <input type="checkbox"/> decreased <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	انسداد عروق کلیه ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف انسداد شریان ایلیاک ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف انسداد شریان فمورال ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف انسداد شریان های ساق پا ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح <input type="checkbox"/> مختلف	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> آنوریسم دیواره بین دو دهلیز <input type="checkbox"/> حرکات غیر طبیعی جدار های قلب <input type="checkbox"/> هیپر تروفی بطن	EF <input type="checkbox"/> PFO <input type="checkbox"/> A.S.D <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> other <input type="checkbox"/>	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>	/ /

						<input type="checkbox"/> چپ <input type="checkbox"/> سایر				
										توضیحات
Cardiotorathic ratio: Natural <input type="checkbox"/> Increased <input type="checkbox"/> decreased <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	انسداد عروق کلیه ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداد شریان ایلیاک ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداد شریان فمورال ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداد شریان های ساق پا ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> آنوریسم دیواره بین دو دهلیز <input type="checkbox"/> حرکات غیر طبیعی جدار های قلب <input type="checkbox"/> هیپر تروفی بطن <input type="checkbox"/> چپ <input type="checkbox"/> سایر	EF <input type="checkbox"/> PFO <input type="checkbox"/> A.S.D <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> other <input type="checkbox"/>	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>	/ /
										توضیحات
Cardiotorathic ratio: Natural <input type="checkbox"/> Increased <input type="checkbox"/> decreased <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	انسداد عروق کلیه ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداد شریان ایلیاک ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداد شریان فمورال ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداد شریان های ساق پا ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> آنوریسم دیواره بین دو دهلیز <input type="checkbox"/> حرکات غیر طبیعی جدار های قلب <input type="checkbox"/> هیپر تروفی بطن	EF <input type="checkbox"/> PFO <input type="checkbox"/> A.S.D <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> other <input type="checkbox"/>	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>	/ /

						<input type="checkbox"/> چپ <input type="checkbox"/> سایر				
										توضیحات
Cardiotorathic ratio: Natural <input type="checkbox"/> Increased <input type="checkbox"/> decreased <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	انسداد عروق کلیه ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداد شریان ایلپاک ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداد شریان فمورال ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/> انسداد شریان های ساق پا ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/> LAD <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> LCX <input type="checkbox"/> OM1 <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	ایسکمیک در سطوح مختلف <input type="checkbox"/>	EF <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> آنوریسم دیواره بین دو دهلیز <input type="checkbox"/> حرکات غیر طبیعی چدار های قلب <input type="checkbox"/> هیپر تروفی بطن <input type="checkbox"/> چپ <input type="checkbox"/> سایر	EF <input type="checkbox"/> PFO <input type="checkbox"/> A.S.D <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Veg <input type="checkbox"/> other <input type="checkbox"/>	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>	/ /

مصرف داروها

تاریخ	بتا بلوکر ها	کلسیم چنل بلوکر	ACEI	ARB	استاتین	کاهنده قند خون	انسولین	آنتی پلاکت	آنتی کواگولان	آلفا بلوکر	داروهای تیروئید	فیبرات ها
/ /	<input type="checkbox"/> آنتولول <input type="checkbox"/> متوپرولول <input type="checkbox"/> پروپرانولول	<input type="checkbox"/> آمیلودی پین <input type="checkbox"/> نیفیدین	<input type="checkbox"/> کاپتوپریل <input type="checkbox"/> انالاپریل	<input type="checkbox"/> لوزارتان <input type="checkbox"/> والسارتان	<input type="checkbox"/> آتورواستاتین <input type="checkbox"/> سیمواستاتین <input type="checkbox"/> لوواستاتین	گلی بنکلامید <input type="checkbox"/> متفورمین <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N.P.H <input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> آسپیرین <input type="checkbox"/> کلوییدوگرل <input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> پرازوسین	<input type="checkbox"/> لووتیروکسین	<input type="checkbox"/> فنوفیبرات <input type="checkbox"/> جم فیبروزیل
توضیحات												
/ /	<input type="checkbox"/> آنتولول <input type="checkbox"/> متوپرولول <input type="checkbox"/> پروپرانولول	<input type="checkbox"/> آمیلودی پین <input type="checkbox"/> نیفیدین	<input type="checkbox"/> کاپتوپریل <input type="checkbox"/> انالاپریل	<input type="checkbox"/> لوزارتان <input type="checkbox"/> والسارتان	<input type="checkbox"/> آتورواستاتین <input type="checkbox"/> سیمواستاتین <input type="checkbox"/> لوواستاتین	گلی بنکلامید <input type="checkbox"/> متفورمین <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N.P.H <input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> آسپیرین <input type="checkbox"/> کلوییدوگرل <input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> پرازوسین	<input type="checkbox"/> لووتیروکسین	<input type="checkbox"/> فنوفیبرات <input type="checkbox"/> جم فیبروزیل
توضیحات												
/ /	<input type="checkbox"/> آنتولول <input type="checkbox"/> متوپرولول <input type="checkbox"/> پروپرانولول	<input type="checkbox"/> آمیلودی پین <input type="checkbox"/> نیفیدین	<input type="checkbox"/> کاپتوپریل <input type="checkbox"/> انالاپریل	<input type="checkbox"/> لوزارتان <input type="checkbox"/> والسارتان	<input type="checkbox"/> آتورواستاتین <input type="checkbox"/> سیمواستاتین <input type="checkbox"/> لوواستاتین	گلی بنکلامید <input type="checkbox"/> متفورمین <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N.P.H <input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> آسپیرین <input type="checkbox"/> کلوییدوگرل <input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> پرازوسین	<input type="checkbox"/> لووتیروکسین	<input type="checkbox"/> فنوفیبرات <input type="checkbox"/> جم فیبروزیل
توضیحات												
/ /	<input type="checkbox"/> آنتولول <input type="checkbox"/> متوپرولول <input type="checkbox"/> پروپرانولول	<input type="checkbox"/> آمیلودی پین <input type="checkbox"/> نیفیدین	<input type="checkbox"/> کاپتوپریل <input type="checkbox"/> انالاپریل	<input type="checkbox"/> لوزارتان <input type="checkbox"/> والسارتان	<input type="checkbox"/> آتورواستاتین <input type="checkbox"/> سیمواستاتین <input type="checkbox"/> لوواستاتین	گلی بنکلامید <input type="checkbox"/> متفورمین <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> N.P.H <input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> آسپیرین <input type="checkbox"/> کلوییدوگرل <input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> وارفارین	<input type="checkbox"/> پرازوسین	<input type="checkbox"/> لووتیروکسین	<input type="checkbox"/> فنوفیبرات <input type="checkbox"/> جم فیبروزیل
توضیحات												

اقدامات

ارجاع به پزشک متخصص	ارجاع به مرکز مشاوره روانشناسی بالینی	ارجاع به مرکز مشاوره ژنتیک	ارجاع به مرکز مشاوره ترک سیگار	ارجاع به مرکز مشاوره فعالیت بدنی	ارجاع به مرکز مشاوره تغذیه	آموزش آشپزی سالم	آموزش عوامل خطر بیماری های غیرواگیر	آموزش ترک دخانیات	آموزش فعالیت بدنی	آموزش تغذیه سالم	تاریخ
بررسی وضعیت تندرستی: ۱- ۳ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۲- ۶ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۳- سالی یکبار <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	شرایط خاص <input type="checkbox"/> توانبخشی <input type="checkbox"/>	شرایط خاص <input type="checkbox"/> رژیم غذایی <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	/ /
بررسی وضعیت تندرستی: ۱- ۳ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۲- ۶ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۳- سالی یکبار <input type="checkbox"/>				شرایط خاص <input type="checkbox"/> توانبخشی <input type="checkbox"/>	شرایط خاص <input type="checkbox"/> رژیم غذایی <input type="checkbox"/>						/ /
بررسی وضعیت تندرستی: ۱- ۳ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۲- ۶ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۳- سالی یکبار <input type="checkbox"/>				شرایط خاص <input type="checkbox"/> توانبخشی <input type="checkbox"/>	شرایط خاص <input type="checkbox"/> رژیم غذایی <input type="checkbox"/>						/ /
بررسی وضعیت تندرستی: ۱- ۳ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۲- ۶ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۳- سالی یکبار <input type="checkbox"/>				شرایط خاص <input type="checkbox"/> توانبخشی <input type="checkbox"/>	شرایط خاص <input type="checkbox"/> رژیم غذایی <input type="checkbox"/>						/ /
بررسی وضعیت تندرستی: ۱- ۳ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۲- ۶ ماه یکبار <input type="checkbox"/> ۳- سالی یکبار <input type="checkbox"/>				شرایط خاص <input type="checkbox"/> توانبخشی <input type="checkbox"/>	شرایط خاص <input type="checkbox"/> رژیم غذایی <input type="checkbox"/>						/ /

تشخیص عوارض

انفارکت های مغزی	سکته مغزی ناشی از کریز	اختلال در عملکرد کلیه	اختلال در بینایی	بیماری عروق محیطی	بیماری عروق کرونر قلب	نارسایی قلبی	تاریخ
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> پروتئینوری <input type="checkbox"/> کاهش GFR <input type="checkbox"/> نارسایی واضح کلیه	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	/ /
							توضیحات
		<input type="checkbox"/> پروتئینوری <input type="checkbox"/> کاهش GFR <input type="checkbox"/> نارسایی واضح کلیه					/ /
							توضیحات
		<input type="checkbox"/> پروتئینوری <input type="checkbox"/> کاهش GFR <input type="checkbox"/> نارسایی واضح کلیه					/ /
							توضیحات
		<input type="checkbox"/> پروتئینوری <input type="checkbox"/> کاهش GFR <input type="checkbox"/> نارسایی واضح کلیه					/ /
							توضیحات
		<input type="checkbox"/> پروتئینوری <input type="checkbox"/> کاهش GFR <input type="checkbox"/> نارسایی واضح کلیه					/ /
							توضیحات

راهنمای تکمیل فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مرکز بهداشتی درمانی/واحد دیابت در مناطق شهری

این فرم در مناطق شهری برای پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی **توسط پرستار** تکمیل می گردد. پس از شناسایی افراد بیمار، اسامی و مشخصات آنان را از " پرونده مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی " استخراج و به ترتیب در " فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مناطق شهری " وارد کنید. این فرم ها را در پوشه جداگانه تحت عنوان پوشه فرم پیگیری بیماران نگهداری کنید.

دستورالعمل تکمیل فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی

- در ابتدا نام واحد دیابت /مرکز بهداشتی درمانی شهری و سال تکمیل فرم را در قسمت راست و نام عامل خطر ساز یا بیماری زمینه ساز و یا بیماری قلبی عروقی را در قسمت سمت چپ بالای فرم یادداشت کنید و به ترتیب زیر اطلاعات را تکمیل کنید :
- (ستون ۱) **ردیف** : شماره ردیف را به ترتیب ۱، ۲، ... بنویسید و همین شماره ردیف را در پرونده مراقبت افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی که مختص همان بیمار است نیز ثبت کنید .
- اطلاعات مربوط به ستون ۲ الی ۵ را از پرونده مراقبت فرد بیمار استخراج و به ترتیب در این فرم یادداشت نمایید .
- (ستون ۲) **نام و نام خانوادگی**: اسامی تمام افراد در معرض خطر یا بیمار قلبی عروقی که در طول سال شناسایی شده و یا قبلاً " مبتلا به بیماری بوده اند را در این ستون ثبت کنید .
- (ستون ۳) **شماره پرونده مراقبت بیمار** : شماره پرونده بیمار را در این ستون ثبت کنید .
- (ستون ۴) **شماره تماس**: شماره تلفن منزل /محل کار و یا همراه بیمار را در این ستون یادداشت کنید.
- (ستون ۵) **تاریخ مراجعه**: تاریخ روزی که فرد برای مراقبت باید مراجعه کند را در این ستون ثبت کنید.
- (ستون ۶) **دفعات پیگیری** : در این قسمت **دفعات پیگیری** را در صورت عدم مراجعه ثبت کنید.
- (ستون ۷) **علت عدم مراجعه**: علت عدم مراجعه بیمار پس از ۳ بار پیگیری را در این ستون بنویسید (مانند عدم همکاری، تحت مراقبت سایر پزشکان، فوت، مهاجرت، مسافرت،)

فرم پیگیری افراد در معرض خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی در مناطق شهری
در مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت

واحد دیابت / مرکز بهداشتی درمانی : نام بیماری یا عامل خطر ساز : سال :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده مراقبت بیمار	شماره تماس	تاریخ مراجعه	دفعات پیگیری	علت عدم مراجعه

فرم ارزیابی عادات غذایی توسط پرستار در مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت در مناطق شهری

- ۱- آیا روزانه حداقل ۲ لیوان شیر یا ماست استفاده می کنید؟
۱-بلی ۲-خیر
- ۲- آیا پوست مرغ را هنگام طبخ جدا می کنید؟
۱-بلی ۲-خیر
- ۳- آیا برای سرخ کردن از روغن مایع مخصوص سرخ کردن استفاده می کنید؟
۱-بلی ۲-خیر
- ۴- آیا حداقل به مقدار ۲ واحد سبزی (تازه، خام، بخارپز)^۱ در روز مصرف می کنید؟
۱-بلی ۲-خیر
- ۵- آیا حداقل به مقدار ۲ واحد میوه^۲ در روز مصرف می کنید؟
۱-بلی ۲-خیر
- ۶- آیا در هفته حداقل ۳ بار از حبوبات استفاده می کنید؟
۱-بلی ۲-خیر
- ۷- آیا برنج را به صورت کته مصرف می کنید؟
۱-بلی ۲-خیر
- ۸- آیا از نان های سبوس دار (سنگک، بربری، فانتزی سبوس دار) استفاده می کنید؟
۱-بلی ۲-خیر
- ۹- آیا کمتر از ۲ بار در هفته از غذاهای سرخ شده استفاده می کنید؟
۱-بلی ۲-خیر
- ۱۰- آیا کمتر از ۳ بار در هفته از غذاهای آماده محل کار یا بیرون از منزل استفاده می کنید؟
۱-بلی ۲-خیر
- ۱۱- آیا در موقع غذا خوردن بعداز چشیدن غذا به آن نمک اضافه می کنید؟
۱-بلی ۲-خیر

جمع امتیازات :

الف - ۹-۱۱ (مطلوب) ب - ۵-۸ (نسبتاً مطلوب) پ - کمتر از ۵ (نامطلوب)

کلیه افرادی که در گروه نسبتاً مطلوب و نامطلوب قرار میگیرند لازم است به مشاور تغذیه ارجاع داده شوند. در مورد افرادی که در وضعیت مطلوب قرار دارند نیز در صورت تمایل فرد می توان آنها را به کارشناس تغذیه و یا کلاس های آموزش گروهی تغذیه سالم ارجاع داد. در غیراین صورت نیازی به ارجاع نیست.

۱) منظور از ۱ واحد سبزی، یک لیوان سبزی های خام و یا نصف لیوان سبزی پخته شامل سبزیهای دارای برگ سبز، انواع کلم، لوبیا سبز، کدو، نخود فرنگی، باقالی سبز، بادمجان است.

۲) منظور از ۱ واحد میوه شامل یک عدد میوه متوسط مثل پرتقال، لیمو شیرین، سیب، کیوی و یا نصف یک عدد موز یا نصف لیوان میوه های ریز مثل انگور، انار، آلبالو و یا یک چهارم طالبی و یا یک هشتم یک هندوانه متوسط است. منظور از حبوبات، لپه باقالی، نخود، لوبیا، لپه، عدس، سویا، ماش، است.

فرم ارزیابی تغذیه ای توسط کارشناس تغذیه در واحد دیابت در مناطق شهری

شماره پرونده : تاریخ :
 نام و نام خانوادگی : سن :
 تحصیلات : شغل :
 متاهل : مجرد :

- وزن معمول (ثابت) : kg.....
- بالاترین وزن : kg.....
- پایین ترین وزن : kg.....
- سابقه پزشکی (بیماری) :
- داروهای مصرفی :
- فعالیت بدنی

آزمایش های بالینی

RBC	FBS.....	SGOT.....	T3.....
WBC.....	TG.....	SGPT.....	T4.....
Hb	Chol.....	Ca.....	TSH.....
Hct.....	LDL.....	p.....	
	HDL.....	Na.....	
	Uric acid.....	K.....	
	Cr.....		

رژیم غذایی توصیه شده

۱- انرژی توصیه شده :

لبنیات : نان : گوشت : میوه :

۲- انرژی توصیه شده :

لبنیات : نان : گوشت : میوه :

۳- انرژی توصیه شده :

لبنیات : نان : گوشت : میوه :

وزن	تاریخ مراجعه بعدی

برنامه غذایی

نام و نام خانوادگی :

تاریخ :

شماره پرونده :

قد : وزن :

صبحانه :
میان وعده :
ناهار :
میان وعده عصر :
شام :
قبل از خواب :
توصیه ها :

وزن	تاریخ مراجعه بعدی

امتیاز دهی رژیم غذایی با استفاده از هرم راهنمای غذا

در این امتیاز دهی به رژیم مورد نظر شش نوع نمره داده خواهد شد که از مجموع آنها یک شماره بدست می آید. ۵ نوع نمره اول بیانگر این مطلب است که آیا برنامه غذایی فرد، اهداف هرم راهنمای غذایی را تامین می کند یا خیر و ششمین نوع نمره مربوط به تنوع مواد برگزیده در رژیم غذایی می باشد. در این نمره گذاری عدد ۶۰ بالاترین نمره ممکن است این امتیاز دهی به ۱۰۰ نمی رسد تا خاطرنشان سازد که هرم راهنمای غذایی، فقط قسمتی از ویژگیهای برنامه غذایی را شامل می شود. راهنماهای رژیم غذایی درمورد احتیاط در مصرف چربی، نمک و شکر نیز حائز اهمیت هستند و هنگام انتخاب مواد غذایی بایستی آنها را مد نظر داشت.

دستورالعمل تکمیل جدول شماره ۱: تهیه یادداشت غذایی

گام اول: همه غذاها و نوشیدنی هایی را که در مدت ۲۴ ساعت مصرف شده است در ستون اول (غذا برحسب مقدار) وارد کنید.

گام دوم: تعداد واحدهایی که از هر گروه غذایی هرم دریافت شده است درمقابل هر وعده در ردیف مربوطه و ستون های واحد در هر گروه غذایی یادداشت نمایید. زیرهر ستون جمع واحدها را درمحل مربوطه بنویسید.

برای تشخیص تعداد واحدهای موجود درغذا، باید غذای مخلوط را به اجزاء تشکیل دهنده آن تجزیه کرد. بین ۲۰ تا ۳۰ درصد خطا قابل قبول است.

گام سوم: واحدهای پیشنهادی هرگروه غذایی برای فردی که نیاز انرژی اومشابه فرد مراجعه کننده است را (از جدول ۱ کمک گرفته شود) درمحل مربوطه یادداشت کنید.

گام چهارم: جمع ستون هایی که درجدول ۲ تعیین شده است (واحدهای مصرف شده) را با جمع واحدهای هریک از گروه های غذایی پیشنهادی مقایسه کرده، امتیاز لازم را در محل مربوطه بنویسید. سپس امتیازات را به هرم نمودار ۳ منتقل کنید.

امتیازات به صورت زیر تعیین می شود:

- * به گروه غذایی که تمام یا بیشتر تعداد واحدهای پیشنهاد شده از آن تامین شده است ۱۰ نمره اختصاص می یابد.
- * درصورتی که از گروه غذایی واحدی مصرف نشود نمره صفر (۰) داده می شود.
- برای مقادیری که بین دو حد انتهایی امتیازها یانمره ها (۰-۱۰) قرار دارند امتیاز به صورت ذیل تعیین می شود.
- تعداد واحدهای مصرف شده به تعداد واحدهای پیشنهاد شده تقسیم و درعدد ۱۰ ضرب می شود.

برای مثال: محمد یک پسر جوان فعال است که به ۲۸۰۰ کیلو کالری نیاز دارد.

گروه های غذایی	نیازهای محمد	واحدهای مصرف شده	امتیاز
نان و غلات	۱۱	۶	۵/۵
سبزیها	۵	۵	۱۰
میوه ها	۴	۰	۰
شیر و لبنیات	۲	۳	۱۰
گوشت و حبوبات	۳	۵	۱۰
جمع	-	-	۳۵/۵

بعد از برآورد کردن برنامه غذایی محمد در جدول در می یابیم که ۶ واحد از ۱۱ واحد پیشنهادی گروه نان و غلات را مصرف کرده ۵/۵ = $10 \times (11 : 6)$ ، لذا نمره او از این گروه غذایی ۵/۵ محسوب می شود. او ۵ واحد سبزی مصرف کرده که دقیقاً مطابق با واحد پیشنهاد شده است. بنابراین ۱۰ نمره می گیرد. میوه نخورده بنابراین نمره اش صفر است. در گروه شیرو لبنیات او بیشتر از ۲ واحد مصرف نموده لذا حداکثر نمره یعنی ۱۰ به او تعلق میگیرد. (نمره اضافی داده نمی شود) همین مطلب برای گوشت صادق است و نمره او حداکثر ۱۰ می باشد. پس از جمع کردن امتیازهایی که از ۵ گروه غذایی هرم به دست آمده است متوجه می شویم که نمره نهایی او ۳۵/۵ از ۵۰ می باشد.

امتیاز دهی تنوع غذایی

گام پنجم : می بایست به دقت غذای دریافتی ثبت شده را ملاحظه و تعداد تقریبی انواع غذاها را یادداشت کرد. باید توجه کرد که انواع غذاها در این قسمت ، گروههای غذایی که در هرم راهنمای غذا گفته شد نمی باشد بلکه منظور هریک از غذاهای تشکیل دهنده این گروه ها می باشد. برای مثال فردی که شیر و پنیر را در یک روز انتخاب می کند به صورت دو نوع غذا محسوب می شود. از سوی دیگر فردی که شیر و فرنی را انتخاب می کند هر دوی آن ها یک غذا به حساب می آید زیرا فرنی از شیر تهیه شده و بنابراین یک نوع غذا مانند شیر است. امتیاز دهی نمره ۱۰ به غذایی که ۹/۵ واحد یا بیشتر در روز از انواع مختلف غذاها را شامل باشد داده می شود. هر روز که کمتر از ۴ نوع غذا دریافت شده باشد نمره صفر گرفته می شود. از جدول شماره ۴ باید برای نمره دادن استفاده شود.

اگر تمام واحدهای انواع مختلف غذایی مصرف شود	این نمره تعلق میگیرد
۹/۵ یا بیشتر	۱۰
۹	۹
۸/۵	۸
۸	۷
۷/۵	۶
۷	۵
۶/۵	۴
۶	۳
۵/۵	۲
۵	۱

۰	۴/۵ یا کمتر
جدول شماره ۴	

گام ششم: نمره نهایی را با جمع کردن همه ۶ امتیاز (۵ امتیاز از هرم و ۱ امتیاز از تنوع غذائی) محاسبه می کنند. نمره نهایی را می توان به صورت زیر تقسیم کرد:

نمره نهائی ۶۰ به معنی آن است که برنامه غذایی از نظر تعداد واحدها و نیز تنوع درهرگروه عالی است.

امتیاز	خصوصیات رژیم غذایی
۶۰	تنوع و انتخاب رژیم عالی است
۵۰ - ۵۹	کفایت و تنوع رژیم مناسب است
کمتر از ۵۰	رژیم غذایی بایستی بررسی و کامل شود

امتیاز دهی نوع مصرف

هر وعده از وعده های ذکر شده در جدول شماره ۲ به دو بخش و ده رنگ تقسیم شده و پنج گروه اصلی براساس ۳ اصل سبوس دار ، خام یا آب پز و کم چرب تقسیم بندی شده ما باید یک جمع افقی برای هریک از وعده ها و یک جمع عددی برای کل وعده ها به شکل زیر در نظر بگیریم.

- اگر پنج گروه غذائی در هر وعده :

- (۱) ۲ رنگ یا کمتر سبز باشد و ۳ رنگ قرمز باشد وضعیت فرد قرمز است (نامطلوب) «آموزش فردی»
 (۲) ۳ رنگ سبز باشد و ۲ رنگ قرمز باشد وضعیت فرد زرد است (در معرض خطر) «آموزش گروهی»
 (۳) ۴ رنگ یا بیشتر سبز باشد و ۱ رنگ یا کمتر قرمز باشد وضعیت فرد سبز است (مطلوب) «آموزش عمومی»

- اگر ۴ روز یا بیشتر در هفته از غذاهای خیابانی یا اداری استفاده می شود (چه غذاهای اصلی و چه میان وعده ها): در معرض خطر

- اگر به غذا قبل از چشیدن نمک اضافه می کنند : در معرض خطر

غذاهایی که باید در بخش قرمز نوشته شوند و غذاهائی که باید در بخش سبز نوشته شوند، طبق گروه های غذائی به قرار زیر می باشند:

۱- گروه نان و غلات : *

گروه قرمز : انواع نان های فانتزی ، نان لواش

گروه سبز : نانهای سبوس دار - نانهای با آرد کامل - سنگک - غلات کامل ، بربری

۲- گروه سبزی **

گروه قرمز : سرخ شده

گروه سبز : تازه ، آب پز یا بخارپز

۳- گروه میوه ها :

گروه قرمز : آب میوه های صنعتی و تجاری - کمپوت

گروه سبز : انواع میوه های تازه یا برگه ها ، آب میوه های تازه

۴- گروه گوشتها : ***

گروه قرمز : انواع گوشتهای سرخ شده - گوشت قرمز - تخم مرغ سرخ شده باروغن - آجیل شور
 گروه سبز : انواع گوشتهای سفید (مرغ - ماهیها) - گوشتهای کم چرب - گوشتهای آب پز ، کبابی ، بخارپز - حبوبات - آجیل کم نمک یا بی نمک - تخم مرغ آب پز بدون روغن

*: منظوراز گروه قرمز درنان و غلات استفاده از نان های بدون سبوس است ، به عنوان مثال اگر نان فانتزی مورد مصرف از انواع سبوس دار انتخاب شود در وضعیت سبز قرار می گیرد.

**: در گروه سبزی ها اگر فرایند سرخ کردن با روغن کم و زمان کوتاه (تفت) انجام گیرد درگروه سبزقرار می گیرد.

***: : درگروه گوشت بسته به شرایط سنی ، نوع فعالیت و بیماری گروه سبز یا قرمز می تواند متفاوت باشد به عنوان مثال گوشت قرمز برای کودکان و نوجوانان و ... می تواند جزء گروه سبز قرارگیرد ، ولی در سالمندان و افرادی که مبتلا به اختلالات چربی خون و یا اسید اوریک بالا هستند در وضعیت قرمز قرار می گیرد.

جدول شماره (۱) ثبت و یادداشت های غذایی

گروه متفرقه	نوع و تعداد واحدهای دریافتی از هرگروه غذایی										غذا برحسب مقدار (واحد اندازه گیری)
	گوشت ، مرغ ، ماهی ، حبوبات ، تخم مرغ و آجیل		شیر، ماست ، پنیر و کشک		میوه ها و آب میوه ها		سبزیها		نان ، غلات ، برنج و ماکارونی		
	واحد	نوع	واحد	نوع	واحد	نوع	واحد	نوع	واحد	نوع	
کره ، خامه ، روغنها											صبحانه:
رنگ سبز		کم چرب		کم چرب	واحد	خام		خام و پخته	۳ واحد	سبوس دار
رنگ قرمز		پرچرب		پرچرب		پخته ، کمپوت		سرخ شده		سفید یا فانتزی
											میان وعده:
										
											ناهار:
										
											عصرانه :
										
											شام :
										
											قبل از خواب :
										

										
											جمع واحدهای مصرفی :
											جمع واحدهای توصیه شده با استفاده از جدول ۱
											امتیاز شما به نمودار ۳ منتقل شود.
											غذاهای خیابانی

جدول شماره (۲): نیاز به انرژی و مقدار واحد غذایی (Serving) در افراد با فعالیتهای مختلف

میزان کالری	زنان بی حرکت و بعضی بزرگسالان و زنان بالای ۵۱ سال	کودکان ، دختران نوجوان و جوان ، زنان فعال و مردان بی تحرک، مردان بالای ۵۱ سال	پسران نوجوان و جوان ، مردان فعال ، مردان زیر ۵۱
۱۶۰۰ کالری	۲۰۰۰ کالری	۲۸۰۰ کالری	
۶	۹	۱۱	
۳	۴	۵	
۲	۳	۴	
۳-۲	۳-۲	۳-۲	
۲ (۵ انس)	۲ (۶ انس)	۳ (۷ انس)	
۵۲	۷۳	۹۳	
۶	۱۰	۱۴	

* هر انس برابر ۳۰ گرم است .

فرم ارزیابی فعالیت بدنی توسط پرستار در واحد دیابت در مناطق شهری

--	--	--	--	--	--

شماره پرونده :

تاریخ مراجعه : / /

تعریف فعالیت بدنی : «به فعالیت هایی گفته می شود که موجب تحرک عضلات بزرگ بدن ، افزایش ضربان قلب ، سریع و شدیدتر شدن تنفس و موجب تعریق در فرد می شوند»

سؤال ۱ : آیا شما در طول شبانه روز به فعالیت بدنی می پردازید ؟ بلی خیر

(از افرادی که به سؤال فوق پاسخ خیر می دهند ، می توان سوالات قسمت ب را پرسش نمود.)

قسمت الف : سوالات مربوط به این قسمت از افرادی پرسش خواهد شد که به سوال یک پاسخ مثبت داده اند.

سؤال ۲ :

۲-۱ : چه نوع فعالیت بدنی انجام می دهید؟

فعالیت روزمره	فعالیت ورزشی
<input type="checkbox"/> باغبانی	<input type="checkbox"/> دوچرخه سواری
<input type="checkbox"/> بالا رفتن از پله	<input type="checkbox"/> شنا
<input type="checkbox"/> مشارکت در فعالیتهای معمول منزل	<input type="checkbox"/> والیبال
.....	<input type="checkbox"/> آمادگی
.....

۲-۲ : مجموعاً در طول روز چه مدت زمان به فعالیت بدنی اشاره شده در سوال ۱-۲ می پردازید؟

<input type="checkbox"/> کمتر از ۱۰ دقیقه	<input type="checkbox"/> ۴-۳۰ دقیقه
<input type="checkbox"/> ۱۰-۱۹ دقیقه	<input type="checkbox"/> ۵۹-۴۵ دقیقه
<input type="checkbox"/> ۲۰-۲۹ دقیقه	<input type="checkbox"/> ۶۰ دقیقه و بیشتر

۲-۳ : چند روز در هفته فعالیت بدنی انجام می دهید؟

<input type="checkbox"/> کمتر از یک روز	<input type="checkbox"/> سه تا چهار روز
<input type="checkbox"/> یک روز	<input type="checkbox"/> پنج تا هفت روز
<input type="checkbox"/> دو روز

۲-۴ : آیا هرگز در اوج فعالیت بدنی ضربان قلب خود را اندازه گرفته اید؟

بلی خیر

۲-۵ : اگر پاسخ شما به سوال فوق مثبت است ، لطفاً دامنه ضربان قلب خود را در حین فعالیت و شدت آن را مشخص نمایید :

(..... = تعداد ضربان قلب در حین فعالیت)

شدت فعالیت:

۱- افزایش شدید تعداد ضربان قلب و تنفس بطوری که در حین فعالیت قادر به صحبت کردن نباشید (تقریباً معادل شدت فعالیت بالاتر از ۷۰٪ حداکثر ضربان قلب)

۲- افزایش نسبتاً زیاد تعداد ضربان قلب و تنفس بطوری که در حین فعالیت قادر به صحبت کردن باشید (تقریباً معادل شدت فعالیت

۷۰٪-۵۱٪ حداکثر ضربان قلب)

۳-عدم تغییر یا افزایش کم در تعداد ضربان قلب و تنفس (تقریباً معادل شدت فعالیت ۵۰٪ و کمتر از حداکثر ضربان قلب)
۶-۲: کدامیک از حالت‌های زیر در حین فعالیت بدنی یا پس از آن شما را آزار می‌دهد:

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هوع و استفراغ | <input type="checkbox"/> | سرگیجه |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | درد مفاصل | <input type="checkbox"/> | سیاهی رفتن چشم |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | د عضلات | <input type="checkbox"/> | احساس ضعف |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | د ناحیه شکمی | <input type="checkbox"/> | تنگی نفس |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | طپش قلب | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | درد ساق | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | خشکی د | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | سایر موارد..... | | |

قسمت ب : سئوالات مربوط به این قسمت از هرد و گروه «دارای فعالیت بدنی مناسب» و گروه «بدون فعالیت بدنی مناسب» پرسش خواهد شد.

سؤال ۳ :

۳-۱ : آیا علاقمندید در یک دوره فعالیت بدنی شرکت کنید :

بلی خیر

(افرادی که به سوال فوق پاسخ خیر می دهند ، می توان آنها را جهت مشاوره و دریافت متون آموزشی ارجاع داد.)

در صورت مثبت بودن پاسخ سؤال ۳-۱ :

۳-۲ : چه زمانی از اوقات شبانه روز را برای شرکت در فعالیت بدنی مناسب میدانید؟

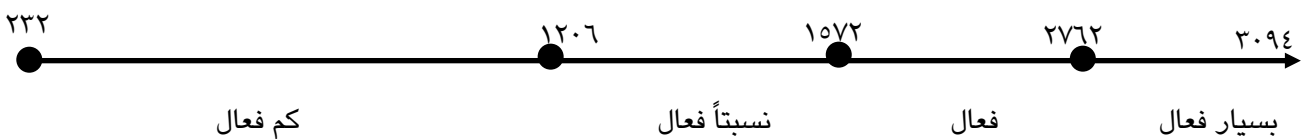
صبح ها عصرها شبها

جدول تعیین شدت فعالیت بدنی بر حسب تعداد ضربان قلب

گروه سنی	حداکثر ضربان قلب	> ۵۰٪	۷۰٪ - ۵۱٪	> ۷۰٪
۱۵-۱۸	۲۰۲-۲۰۵	< ۱۰۱	۱۰۱-۱۴۳	> ۱۴۳
۱۹-۲۴	۱۹۶-۲۰۱	< ۹۸	۹۸-۱۴۰	> ۱۴۰
۲۵-۲۹	۱۹۱-۱۹۵	< ۹۶	۹۸-۱۳۶	> ۱۳۶
۳۰-۳۴	۱۸۶-۱۹۰	< ۹۳	۹۳-۱۳۲	> ۱۳۲
۳۵-۳۹	۱۸۱-۱۸۵	< ۹۱	۹۱-۱۲۹	> ۱۲۹
۴۰-۴۴	۱۷۶-۱۸۰	< ۸۸	۸۸-۱۲۵	> ۱۲۵
۴۵-۴۹	۱۷۱-۱۷۵	< ۸۶	۸۶-۱۲۲	> ۱۲۲
۵۰-۵۴	۱۶۶-۱۷۰	< ۸۳	۸۳-۱۱۸	> ۱۱۸
۵۵-۶۴	۱۵۶-۱۶۵	< ۷۸	۷۸-۱۱۳	> ۱۱۳
۶۵-۷۴	۱۴۶-۱۵۵	< ۷۳	۷۳-۱۰۶	> ۱۰۶
≥ ۷۵	< ۱۴۶	< ۷۳	۷۳-۱۰۲	> ۱۰۲

جدول امتیاز بندی شاخص های فعالیت بدنی

مدت	امتیاز	تکرار	امتیاز	شدت	امتیاز
۶۰ دقیقه و بیشتر	۸۵۰	۷-۵ روز در هفته	۱۲۵۴	≥ ۷۰٪	۹۹۰
۴۵-۵۹ دقیقه	۷۸۲	۴-۳ روز در هفته	۹۹۰	۷۰-۶۱٪	۴۶۲
۳۰-۴۴ دقیقه	۷۱۴	۲ روز در هفته	۵۹۴	≤ ۵۰٪	۶۶
۲۰-۲۹ دقیقه	۶۱۲	۱ روز در هفته	۳۳۰		
۱۰-۱۹ دقیقه	۴۰۸	کمتر از ۱	۱۳۲		
کمتر از ۱۰ دقیقه	۳۴				



امتیازات مربوط به مدت، تکرار و شدت را جمع کنید و محل آن را بر روی نمودار فعالیت بدنی مشخص کنید. محل امتیاز در هر قسمت از نمودار وضعیت فعالیت فرد را مشخص می کند.

فرم ارجاع مراجعین به سطح بالاتر (مراکز تخصصی یا مشاوره) در واحد دیابت

در مناطق شهری

خانم / آقای با مشخصات زیر:

شماره پرونده: جنس: مرد زن سن: (سال)

وضعیت بیماری: ۱- طبیعی ۲- در معرض خطر ۳- بیمار

قندخون mg/dlفشارخون mg/dl.....کلسترول خون mg/dlتری گلیسرید خون mg/dlسایر بیماری ها ۱- دارد ۲- ندارد

وضعیت عوامل خطرزا:

BMI ۱- مطلوب ۲- اضافه وزن (در محدوده خطر) ۳- چاق (در معرض خطر)تغذیه ۱- مناسب ۲- نسبتاً مناسب (در محدوده خطر) ۳- نامناسب (در معرض خطر)فعالیت بدنی ۱- پرتحرک ۲- تحرک متوسط ۳- کم تحرک (در محدوده خطر) ۴- بی تحرک (در معرض خطر)مصرف دخانیات ۱- غیر سیگاری ۲- سیگاری غیر فعال (در محدوده خطر) ۳- سیگاری (در معرض خطر)سابقه خانوادگی بیماری ۱- ندارد ۲- دارد (در معرض خطر).....دور کمر ۱- مناسب ۲- نامناسب (در معرض خطر)

اقدامات:

۱- آموزش:

تغذیه سالم فعالیت بدنی دخانیات عوامل خطرزای بیماری های غیر واگیر آشنایی سالم ۲- مشاوره تغذیه: شرایط خاص، رژیم غذایی ۳- مشاوره فعالیت بدنی: شرایط خاص توانبخشی ۴- مشاوره ترک سیگار: ۵- ارجاع به پزشک متخصص: ۶- ارجاع به مراکز مشاوره: تغذیه فعالیت بدنی روانشناسی ترک سیگار ۷- بررسی وضعیت تندرستی: ۱- ۳ ماه یکبار ۲- ۶ ماه یکبار ۳- سالی یکبار

از واحد دیابت / مرکز بهداشتی درمانی :

به :

همکار ارجمند

باسلام

بیمار با مشخصات زیر :

نام و نام خانوادگی : جنس: سن: سال به شماره پرونده :

که به علت و با تشخیص اولیه مراجعه نموده است، جهت بررسی اقدام

لازم به حضور ارجاع می گردد. خواهشمند است پس از بررسی نتیجه کار، نیاز به اقدامات درمانی یا پیگیری را در زیر این برگ مرقوم

نموده و آن را عودت دهید.

مشخصات بالینی بیمار به پیوست است.

علت ارجاع :

نام و نام خانوادگی پزشک واحد دیابت :

تاریخ : امضاء :

از:

به واحد دیابت:

همکار ارجمند

باسلام

ضمن سپاس از معرفی بیمار(بامشخصات نام و نام خانوادگی:..... شماره پرونده:.....) نامبرده در تاریخ / / در

مرکز پذیرش و پس از معاینه با تشخیص..... تحت درمان قرار گرفت و لازم است به شرح زیر مورد پیگیری قرارگیرد:

دستورات :

لازم است مجدداً " در تاریخ / / به این مرکز به واحد

خانم / آقای مراجعه نمایند.

نام و نام خانوادگی پزشک معالج / مشاور :

تاریخ : امضاء :

فرم ارجاع مراجعین به مرکز تربیت بدنی در مناطق شهری در واحد دیابت

شماره پرونده :

تاریخ :

مرکز تربیت بدنی

باسلام

بدینوسیله مراجع به این پایگاه با مشخصات و شرایط جسمانی زیر برای انجام فعالیتهای ورزشی مناسب به آن مرکز معرفی میشوند.

نام و نام خانوادگی : جنسیت : مرد زن سن : وزن : قد :

۱- وضعیت قلب : طبیعی غیرطبیعی و در این زمینه نیازمند توجه ویژه : نیست است

۲- وضعیت تنفس : طبیعی غیرطبیعی و در این زمینه نیازمند توجه ویژه : نیست است

۳- وضعیت عضلات و مفاصل : طبیعی غیرطبیعی و در این زمینه نیازمند توجه ویژه :

نیست است

۴- وضعیت فشارخون : طبیعی غیرطبیعی و در این زمینه نیازمند توجه ویژه : نیست است

۵- وضعیت وزنی : طبیعی غیرطبیعی و در این زمینه نیازمند توجه ویژه : نیست است

۶- وضعیت ارگان های داخلی : طبیعی غیرطبیعی و در این زمینه نیازمند توجه ویژه :

نیست است

۷- سایر موارد قابل توجه عبارت است از :

..... ابتلاء به بیماری های :

..... شرح :

.....

.....

..... توصیه پزشک :

.....

.....

لطفا پس از بررسی کامل وضعیت ایشان براساس برگ کارشناسی پیوست برنامه ورزشی مناسب ارائه نموده و پس از طی یک دوره

تمرینی (۲ تا ۴ ماه) با ارائه کتبی برگ نتایج حاصلی را به این مرکز منعکس نمایید.

نام و نام خانوادگی پزشک معالج / مشاور :

تاریخ : امضاء :

راهنمای تکمیل فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی از سطح خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی / واحد دیابت در مناطق شهری و روستایی

این فرم در چهار صفحه به منظور ثبت وضعیت و مراقبت های انجام شده برای بیماران یا افراد در معرض خطر تهیه شده است. پس از شناسایی افراد در معرض خطر و بیماران قلبی عروقی و تشکیل فرم مراقبت بیماران (فرم مراقبت بیماران در روستا / پرونده بیماران قلبی عروقی در شهر) و فرم پیگیری بیماران، مشخصات هر بیمار را به ترتیب از فرم های مربوط به افراد در معرض خطر و بیمار استخراج و در این فرم ها وارد نمائید. اطلاعات به ازای هر بیمار یا فرد در معرض خطر به صورت چوب خطی در این فرم ها وارد می شود.

این فرم ها بر حسب نوع واحد تکمیل کننده گزارش **توسط بهورزان / پرستاران / کاردان / کارشناس** در سطوح مختلف تکمیل می گردد.

این فرم ها در هر سطح باید به صورت جمع بندی شده در **پایان هر فصل** به سطح بالاتر ارسال شود.

➤ برای سهولت در ثبت داده ها، این فرم ها باید در کاغذ A3 چاپ شود.

دستورالعمل تکمیل فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی

در ابتدا نام دانشگاه علوم پزشکی و مرکز بهداشت شهرستان و نام واحد ارائه خدمت را اگر در شهر است حسب مورد بر اساس نام واحد دیابت یا مرکز بهداشتی درمانی شهری و اگر در روستا است بر طبق نام خانه بهداشت و مرکز بهداشتی، درمانی روستایی ثبت کنید. جمعیت تحت پوشش هر واحد ارائه خدمت را بر حسب سطح گزارش دهی و سال و ماه تکمیل فرم گزارش در هر صفحه گزارش در بالای فرم بنویسید.

سپس به ترتیب زیر اطلاعات مورد لزوم را تکمیل کنید :

صفحه ۱: فرم گزارش دهی بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن برای ثبت بیماران

راهنمای تکمیل فرم گزارش دهی ثبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون

پس از شناسایی بیماران مبتلا به فشارخون بالا و اختلال چربی خون و تشکیل فرم مراقبت بیماران و فرم پیگیری بیماران، مشخصات هر بیمار را به ترتیب از فرم های مربوط به افراد بیمار استخراج و در این فرم وارد نمائید.

در ابتداء بر حسب جنسیت و گروه سنی که بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون **مراجعه کننده جدید**، در آن قرار می گیرند، ده های مربوط به هر فرد مراجعه کننده را به صورت چوب خط در طول ۳ ماه ثبت و در پایان هر ۳ ماه در سطر های مربوطه به صورت عددی تکمیل کنید.

بیماران مراجعه کننده

تعداد مراجعین: به ازای هر بیمار جدید مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون (۳۰ سال و بالاتر) که در طی هر ۳ ماه یا هر فصل به واحد بهداشتی مراجعه می کند، در هر یک از گروه های سنی و جنسی مربوطه با چوب خط در خانه مربوطه ثبت کنید و سایر اطلاعات مربوط به این فرد را در سایر ستون ها و در سطر مربوطه یادداشت کنید.

دارای پرونده کامل: تعداد مراجعینی که پرونده آن ها از نظر پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده است و وضعیت آن ها از نظر سایر عوامل خطر و بیماری ها مشخص گردیده است، در این خانه یادداشت کنید.

بیماران دارای سایر عوامل خطر

اگر بیمار دارای سایر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (اضافه وزن، مصرف دخانیات، کم تحرک، تغذیه نامناسب) است در ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی یادداشت کنید.

چاق/فشارخون بالا/دیابت/اختلال چربی خون/بیماری قلبی عروقی

اگر سایر بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی (چاق، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون) و یا بیماری قلبی عروقی در بیمار مراجعه کننده مبتلا به فشارخون بالا و یا بیمار مبتلا به اختلال چربی خون از قبل شناسایی شده باشد، در خانه سطر و ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی بر حسب بیمار شناخته شده قبلی ثبت کنید و اگر سایر بیماری ها در بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون بعد از مراجعه به این واحد بهداشتی و بررسی تشخیص داده و ثبت شده باشد، حسب مورد به عنوان بیماری جدید در ستون بیمار شناخته شده جدید، یادداشت کنید.

سابقه خانوادگی

اگر بیمار دارای سابقه خانوادگی بیماری های زمینه ساز قلبی عروقی است، در این ستون ثبت کنید.

ارجاع شده به مشاور تغذیه/روانشناسی/تربیت بدنی/ترک دخانیات/توانبخشی

اگر بیمار مراجعه کننده بعد از بررسی به یکی از مشاورین ارجاع شده است، در این ستون یادداشت کنید.

دریافت پس خوراند

در صورتی که طی ۳ ماه اخیر پس از ارجاع به مشاورین فرم ارجاع تکمیل و پس خوراند آن به بیمار تحویل داده شده است، در این ستون یادداشت کنید.

صفحه ۲: فرم گزارش دهی مراقبت بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

اطلاعات این صفحه مربوط به مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون و دارای عامل خطر طی سه ماه یا هر فصل است. قسمت بالای فرم مانند صفحه اول تکمیل می گردد.

جمعیت

تعداد مراجعین: به ازای هر بیمار مبتلا به فشارخون بالا و یا اختلال چربی خون که در طی هر ۳ ماه یا هر فصل به برای انجام مراقبت به واحد بهداشتی مراجعه می کند، در هر یک از گروه های سنی و جنسی مربوطه با چوب خط در خانه مربوطه ثبت کنید و سایر اطلاعات مربوط به این فرد را در سایر ستون ها و در سطر مربوطه یادداشت کنید.

تحت مراقبت

اگر بیمار دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی طی ۳ ماه اخیر تحت مراقبت این واحد بهداشتی قرار دارد، حسب مورد در ستون های مربوطه یادداشت کنید.

ارجاع

ارجاع شده به مشاور تغذیه/روانشناسی/تربیت بدنی/ترک دخانیات/توانبخشی

اگر بیمار طی ۳ ماه اخیر برای مشاوره به یکی از مشاورین ارجاع شده باشد، در ستون مربوطه یادداشت کنید.

ارجاع شده به پزشک متخصص قلب و عروق/سایر متخصصان

اگر بیمار طی ۳ ماه اخیر برای مشاوره به یکی از پزشکان متخصص ارجاع شده باشد، در ستون مربوطه یادداشت کنید.

ارجاع برای بستری به علت بیماری قلبی عروقی یا زمینه ساز آن

اگر بیمار دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی راکه تحت مراقبت این واحد بهداشتی قرار دارد و به علت بیماری

قلبی عروقی یا زمینه ساز آن طی ۳ ماه اخیر برای بستری در بیمارستان ارجاع شده و بستری شده باشد، در این ستون یادداشت کنید.

بیماری کنترل شده

اگر بیمار دارای بیماری زمینه ساز و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی از نظر عامل خطر کنترل شده محسوب می شود، حسب مورد در ستون های مربوطه یادداشت کنید.

شرایط موارد کنترل شده:

-چاقی:وزن در طول سه ماه باید به میزان وزن هدف تعیین شده برای این سه ماه رسیده باشد.برای مثال هدف این است بیمار باید طی ۳ ماه ۶ کیلو وزن کم کند، اگر این به این مقدار وزن کاهش یافته باشد به معنی کنترل بیماری است.

-فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه یا در بیماران کلیوی و قلبی عروقی کمتر از ۱۳۰/۸۵ میلیمتر جیوه و در بیماران دیابتی کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلیمتر جیوه

-قندخون کمتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر

-چربی خون : کلسترول خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر،ال دی ال کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر و در بیماران مبتلا به دیابت،کلیوی و قلبی عروقی حسب مورد، اچ دی ال کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر،تری گلیسیرید کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر

-وزن:حفظ وزن به میزان وزن هدف تعیین شده برای هر بیمار به مدت ۳ ماه

عامل خطر کنترل شده

اگر عامل خطر فرد بیماری که دارای عامل خطر (اضافه وزن،مصرف دخانیات،کم تحرک،تغذیه نامناسب) است، کنترل شده محسوب می شود یعنی طی ۳ ماه اخیر به وزن مطلوب،ترک دخانیات،پیروی از رژیم غذایی مناسب و سالم و فعالیت بدنی مناسب رسیده است، حسب مورد برای هر یک از عوامل خطر،در ستون مربوطه یادداشت کنید.

عوارض بیماری

اگر بیمار دارای عامل خطر یا مبتلا به بیماری قلبی عروقی طی ۳ ماه اخیر دچار عوارض بیماری(قلبی عروقی،چشمی،مغزی،کلیوی،عصبی) شده است، حسب مورد در ستون مربوطه یادداشت کنید.

علت عدم مراجعه

اگر بیمار تحت مراقبت این واحد بهداشتی به هر علت(مهاجرت،فوت،سایر موارد) طی ۳ ماه اخیر از پوشش مراقبت خارج شده است و دیگر به این واحد مراجعه نمی کند، حسب مورد در ستون مربوطه یادداشت کنید.

صفحه ۳: فرم گزارش دهی آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

اطلاعات این صفحه مربوط به برنامه های آموزشی در خصوص بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن طی سه ماه یا هر فصل است.قسمت بالای فرم مانند صفحه اول تکمیل می گردد.

بیماران

تحت مراقبت: تعداد بیماران دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی که طی ۳ ماه اخیر تحت مراقبت این واحد بهداشتی قرار داشته اند، در این ستون یادداشت کنید.

بیماران تحت آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

تعداد بیماران دارای عامل خطر و یا بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی که طی ۳ ماه اخیر تحت آموزش چهره به چهره این واحد بهداشتی قرار گرفته اند را حسب موضوع به تفکیک گروه سنی و جنسیت در ستون های مربوطه یادداشت کنید.

کلاس های آموزشی برگزار شده برای بیماران مبتلا به قلبی عروقی و عوامل خطر آن

اگر برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن کلاس های آموزشی برای بیماران مبتلا به قلبی عروقی و عوامل خطر آن برگزار شده است، حسب موضوع در ستون مربوطه تعداد کلاس های برگزار شده را یادداشت کنید.

کلاس های آموزشی برگزار شده برای جامعه

اگر برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن کلاس های آموزشی برای افراد جامعه و عموم مردم برگزار شده است، تعداد کلاس های برگزار شده را حسب موضوع در ستون مربوطه یادداشت کنید.

کلاس های آموزشی برگزار شده برای کارکنان بهداشتی درمانی

اگر برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن کلاس های آموزشی برای کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط با برنامه قلب و عروق برگزار شده است، تعداد کلاس های برگزار شده را حسب نوع کارکنان در ستون مربوطه یادداشت کنید.

کارکنان آموزش دیده

تعداد کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط با برنامه قلب و عروق که برای موضوعات مربوط به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن تحت آموزش قرار گرفته اند را حسب نوع موضوع در ستون مربوطه یادداشت کنید.

صفحه ۴: فرم گزارش دهی غربالگری بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

این فرم در یک صفحه به منظور ثبت وضعیت غربالگری انجام شده برای افراد ۳۰ سال و بالاتر تهیه شده است. پس از غربالگری و شناسایی بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن و تشکیل فرم مراقبت بیماران و فرم پیگیری بیماران، مشخصات هر بیمار را به ترتیب از فرم های مربوط به افراد بیمار استخراج و در این فرم وارد نمائید. اطلاعات به ازای هر بیمار یا فرد در معرض خطر به صورت چوب خطی در این فرم وارد می شود.

دستورالعمل تکمیل فرم گزارش دهی غربالگری بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

در ابتداء برحسب جنسیت و گروه سنی که افراد سالم، در معرض خطر و بیماران، در آن قرار می گیرند، داه های مربوط به هر فرد مراجعه کننده برای غربالگری را از "فرم غربالگری"/پرونده بیماری قلبی عروقی استخراج و به صورت چوب خط در طول ۳ ماه ثبت و در پایان هر ۳ ماه در سطر های مربوطه به صورت عددی تکمیل کنید.

افراد مراجعه کننده

تعداد مراجعین: به ازای هر فرد جدید ۳۰ سال و بالاتر که در طی هر ۳ ماه یا هر فصل برای غربالگری به واحد بهداشتی مراجعه می کند، در هر یک از گروه های سنی و جنسی مربوطه با چوب خط در خانه مربوطه ثبت کنید و سایر اطلاعات مربوط به این فرد را در سایر ستون ها و در سطر مربوطه یادداشت کنید.

دارای پرونده کامل: تعداد مراجعینی که پرونده آن ها از نظر پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده است و وضعیت آن ها از نظر وجود عوامل خطر و بیماری ها مشخص گردیده است، در این خانه یادداشت کنید.

بیماران دارای عوامل خطر (اضافه وزن، کم تحرک، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب)

اگر فرد دارای هر یک از عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (اضافه وزن، مصرف دخانیات، کم تحرک، تغذیه نامناسب) است در ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی یادداشت کنید.

بیماران دارای بیماری زمینه ساز (چاق/فشارخون بالا/دیابت/اختلال چربی خون/بیماری قلبی عروقی)

اگر فرد مبتلا به بیماری های زمینه ساز بیماری قلبی عروقی (چاق، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون) و یا بیماری قلبی عروقی باشد، اگر از قبل شناسایی شده باشد، در خانه سطر و ستون مربوط به جنسیت و گروه سنی وی بر حسب بیمار شناخته شده قلبی ثبت

کنید و اگر بیماری وی بعد از مراجعه به این واحد بهداشتی و بررسی تشخیص داده و ثبت شده باشد، حسب مورد به عنوان بیماری جدید در ستون بیمار شناخته شده جدید، یادداشت کنید.

سابقه خانوادگی چاقی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و بیماری قلبی عروقی)

اگر فرد در افراد درجه یک خانواده خود دارای سابقه خانوادگی بیماری های زمینه ساز قلبی عروقی باشد، در این ستون ثبت کنید.

ارجاع شده به مشاور تغذیه/روانشناسی/تربیت بدنی/ترک دخانیات/توانبخشی

اگر فرد مراجعه کننده بعد از بررسی به یکی از مشاورین ارجاع شده است، در این ستون یادداشت کنید.

دریافت پس خوراند

در صورتی که طی ۳ ماه اخیر پس از ارجاع فرد به مشاورین فرم ارجاع تکمیل و پس خوراند آن به بیمار تحویل داده شده است، در این ستون یادداشت کنید.

فرم گزارش دهی **بیماری قلبی عروقی** و عوامل خطر آن **برای ثبت بیماران**

..... دانشگاه علوم پزشکی

واحد دیابت: سال : ماه : شماره گزارش :

..... مرکز بهداشت شهرستان :

..... خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی:..... جمعیت تحت پوشش مرکز :

..... مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی.....

گروه سنی	بیماران مراجعه کننده جدید			بیماران دارای سایر عوامل خطر				فشارخون بالا	دیابت		اختلال چربی خون		بیماری قلبی عروقی		سابقه خانوادگی					دریافت پسخوراند
	جنس	تعداد مراجعین	دارای پرونده کامل	اضافه وزن	تغذیه نامناسب	مصرف دخانیات	کم تحرک		شناخته شده قلبی	شناخته شده جدید	شناخته شده قلبی	شناخته شده جدید	شناخته شده قلبی	شناخته شده جدید	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	قلبی عروقی	
۳۰-۳۹	زن																			
	مرد																			
۴۰-۴۹	زن																			
	مرد																			
۵۰-۵۹	زن																			
	مرد																			
۶۰-۶۹	زن																			
	مرد																			
۷۰+	زن																			
	مرد																			
جمع	زن																			
	مرد																			
جمع کل																				

فرم گزارش دهی **مراقبت بیماری قلبی عروقی** و عوامل خطر آن

..... دانشگاه علوم پزشکی

مرکز بهداشت شهرستان :

واحد دیابت: سال : ماه : شماره گزارش :

مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی.....

خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی:..... جمعیت تحت پوشش مرکز :

گروه سنی	جمعیت		تحت مراقبت							ارجاع							بیماری کنترل شده							عامل خطر کنترل شده							عوارض بیماری							علت عدم مراجعه						
	جنس	تعداد مراجعین	تحت مراقبت	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	قلبی عروقی	سایر بیماری ها	مصروف دخانیات	کم تحرک	تغذیه نامناسب	ارجاع شده به مشاور تغذیه	ارجاع شده به مشاور روانشناسی	ارجاع شده به مشاور تربیت بدنی	ارجاع شده به مشاور ترک دخانیات	ارجاع شده به مشاور توانبخشی	ارجاع شده به پزشک متخصص قلب و عروق	ارجاع شده به سایر متخصصان	ارجاع برای بستری به علت بیماری قلبی عروقی و زمینه ساز	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	اضافه وزن و چاقی	اضافه وزن	مصروف دخانیات	کم تحرک	تغذیه نامناسب	قلبی عروقی	چشمی	مغزی	کلیوی	عصبی	مهاجرت	فوت	سایر موارد							
۲۰-۲۹	زن																																											
	مرد																																											
۴۰-۴۹	زن																																											
	مرد																																											
۵۰-۵۹	زن																																											
	مرد																																											
۶۰-۶۹	زن																																											
	مرد																																											
+۷۰	زن																																											
	مرد																																											
جمع کل																																												

فرم گزارش دهی آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

..... دانشگاه علوم پزشکی

واحد دیابت: سال : ماه : شماره گزارش :

..... مرکز بهداشت شهرستان :

..... خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی:..... جمعیت تحت پوشش مرکز :

..... مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی.....

بیماران		بیماران تحت آموزش بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر										کلاس های آموزشی برگزار شده برای بیماران										کلاس های آموزشی برگزار شده برای جامعه										کلاس های آموزشی برگزار شده برای کارکنان بهداشتی					تعداد کارکنان بهداشتی آموزش دیده				
جنس	تحت مراقبت	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	بیماری قلبی عروقی	سایر بیماری ها	مصرف دخانیات	کم تحرک	تغذیه نامناسب	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	بیماری قلبی عروقی	سایر بیماری ها	مصرف دخانیات	کم تحرک	تغذیه نامناسب	بهبورزان	پرستاران	کارداان	کارشناسان	پزشکان	چاقی	فشارخون بالا	دیابت	اختلال چربی خون	بیماری قلبی عروقی	سایر بیماری ها	مصرف دخانیات	کم تحرک	تغذیه نامناسب	بیماری قلبی عروقی	اختلال چربی خون	دیابت					
زن																																									
مرد																																									
زن																																									
مرد																																									
زن																																									
مرد																																									
زن																																									
مرد																																									
زن																																									
مرد																																									
زن																																									
مرد																																									
جمع																																									
کل																																									

فرم گزارش دهی **غریبالگری** بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر آن

..... دانشگاه علوم پزشکی :
 مرکز بهداشت شهرستان :
 مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی.....
 واحد دیابت: سال : ماه : شماره گزارش :
 خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی:..... جمعیت تحت پوشش مرکز :

دریافت پسخوراند	ارجاع شده به مشاور توانبخشی	ارجاع شده به مشاور ترک دخانیات	ارجاع شده به مشاور تربیت بدنی	ارجاع شده به مشاور روانشناسی	ارجاع شده به مشاور تغذیه	افراد دارای سابقه خانوادگی										افراد دارای عوامل خطر				افراد مراجعه کننده جدید			گروه سنی	
						بیماری قلبی عروقی		اختلال چربی خون		دیابت		فشارخون بالا		چاقی	کم تحرک	مصروف دخانیات	تغذیه نامناسب	اضافه وزن	دارای پرونده کامل	تعداد مراجعین	جنس			
						شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی	شناخته شده جدید	شناخته شده قبلی											
																						زن	۳۰-۳۹	
																								مرد
																							زن	۴۰-۴۹
																							مرد	
																							زن	۵۰-۵۹
																							مرد	
																							زن	۶۰-۶۹
																							مرد	
																							زن	۷۰+
																							مرد	
																							زن	جمع
																							مرد	
																							جمع کل	

