ترجمه و تدوین
دکتر مژگان کاربخش . دکتر بهاره اسلامی . دکتر اکبر نیک‌پژوه

راهنمای گام به گام برای ارائه خدمات طب پیشگیری بالینی

(عملی کردن پیشگیری با رویکردی سیستمیک)

بسم الله الرحمن الرحیم

راهنمای گام به گام
برای ارائه خدمات طب پیشگیری بالینی
(عملی کردن پیشگیری با رویکردی سیستمیک)

ترجمه و تدوین:

دکتر مژگان کاربخش دکتر بهاره اسلامی دکتر اکبر نیک‌پژوه

موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر

۱۳۸۹

عنوان و نام پدیدآور: راهنمای گام به گام برای ارائه خدمات طب پیشگیری بالینی: (عملی کردن پیشگیری با رویکردی سیستمیک) / ترجمه و تدوین مژگان کاربخش، بهاره اسلامی، اکبر نیک پژوه.
مشخصات نشر: تهران: موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر، ۱۳۸۹.
مشخصات ظاهری: ۱۸۴ص.: جدول.
شابک: ۶-۵۲۵۱-۰۴-۹۶۴-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
یادداشت: عنوان اصلی:A step by step guide to delivering clinical prevention services: a systems approach.
موضوع: پزشکی پیشگیری -- پزشکی کلی نگر
شناسه افزوده: کاربخش، مژگان، ۱۳۵۴ -، مترجم
شناسه افزوده: اسلامی، بهاره، ۱۳۵۷ -، مترجم
شناسه افزوده: نیک‌پژوه، اکبر، ۱۳۵۱ -، مترجم
رده بندی کنگره:RA۴۲۵/ر۲ ۱۳۸۹
رده بندی دیویی: ۶۱۴/۴۴
شماره کتابشناسی ملی: ۱۹۹۸۳۰۶

موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر

راهنمای گام به گام برای ارائه خدمات طب پیشگیری بالینی
(عملی کردن پیشگیری با رویکردی سیستمیک)

ترجمه و تدوین: دکتر مژگان کاربخش - دکتر بهاره اسلامی - دکتر اکبر نیک‌پژوه
مدیر اجرایی: سحر نظیف کار
گرافیک، صفحه آرایی و طراحی جلد: نرجس کریمی
چاپ اول: ۱۳۸۹
شمارگان: ۳۰۰۰
لیتوگرافی، چاپ و صحافی: مجتمع چاپ طیف نگار
قیمت : ۶۰۰۰۰ ریال
شابک: ۶-۵۲۵۱-۰۴-۹۶۴-۹۷۸
ناشر: موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر
تلفن: ۸۸۹۹۴۵۷۸ - ۸۸۹۹۳۴۱۹ - ۰۲۱
www.pishgiri.ir info@pishgiri.ir
کلیهٔ حقوق چاپ و نشر برای ناشر محفوظ است.

تقدیم به استاد گرانقدر جناب آقای دکتر بهروز نبئی
که با تجربیات و مَنِش خود رویکرد جامعه نگر به سلامت را به ما معرفی کرد.

فهرست صفحه

مقدمه سرکار خانم دکتر مژگان کاربخش ۱۳
سخنی با خوانندگان محترم ۱۵
پیش گفتار ۱۷
کارآیی سیستم ها در ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی ۱۹
عناصر ضروری یک سیستم برای ارائه خدمات پیشگیرانه ۲۱
چگونه از این کتاب راهنما استفاده کنیم ۲۳
منابع ۲۵
منابع برای مطالعه بیشتر ۲۸

فصل ۱. آمادگی خود را برای تغییر سیستم ارزیابی کنید ۳۱
ارزش ها و باورهای پرسنل را ارزیابی کنید ۳۵
نظرات بیماران را استخراج کنید ۳۹
"برنامه عملی کردن پیشگیری" را به عنوان یک احتمال مطرح کنید ۳۹

فصل ۲. روش پیشگیرانه فعلی خود را ارزیابی کنید ۴۱
خدمات پیشگیرانه فعلی را ارزیابی کنید ۴۴
سیستم های گروهی و فردی موجود را ارزیابی کنید ۴۸
گردش بالینی فعلی را ارزیابی کنید ۴۸

فصل ۳. تدوین یک پروتکل برای مراقبت پیشگیرانه ۵۳
استانداردهای مراقبت پیشگیرانه را تعیین کنید ۵۶
بر مبنای نمودار ممیزی، ممیزی انجام دهید ۵۹
برای مرکز خود اهداف تعیین کنید ۵۹
فرآیند ارزشیابی را طراحی کنید ۶۱
منابع ۷۰

فصل ۴. ایجاد یک فرآیند برای ارائه خدمات پیشگیرانه ۷۱
حمایت اداری و پرسنلی را جلب کنید ۷۴
نقش پرسنل را تعریف کنید ۷۴
روند گردش اطلاعات و مواد را تعیین کنید ۷۷

فصل ۵. سیستم "برنامه عملی کردن پیشگیری" خود را ارزشیابی کنید ۸۳
فعالیت های ارزشیابی ۸۶

فصل ۶. استفاده از ابزار و مواد پیشگیری در "برنامه عملی کردن پیشگیری" ۹۱
ابزار و مواد پیشگیری برای پزشکان ۹۴
ابزار و مواد پیشگیری برای سیستم اداری ۹۴
ابزار و مواد پیشگیری برای بیماران ۹۴
بحث ۹۴
منابع ۱۳۰
منابع برای مطالعه بیشتر ۱۳۱
مراجع ۱۳۲

پیوست ۱. اسلایدهای معرفی برنامه عملی کردن پیشگیری ۱۳۵

پیوست ۲. کاربرک هایی برای پیاده سازی برنامه عملی کردن پیشگیری ۱۴۵

آمادگی سازمان ۱۴۷
کاربرگ برای ارزیابی جو سازمانی ۱۴۹

کاربرگ برای ارزیابی خدمات پیشگیرانه فعلی ۱۵۰
کاربرگ برای ارزیابی سیستم های گروهی و فردی فعلی ۱۵۲
کاربرگ برای برنامه ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی ۱۵۳
کاربرگ برای طراحی فرآیند ارزشیابی ۱۵۴
کاربرگ برای تقسیم کارهای "برنامه عملی کردن پیشگیری" بین پرسنل ۱۵۵
کاربرگ برای ارزشیابی سیستم "برنامه عملی کردن پیشگیری" شما ۱۵۸

پیوست ۳. نمونه هایی از نسخه های پیشگیری برای بالغین ۱۶۳

پیوست ۴. مراحل تغییر و بیماران شما ۱۷۷

به نام خدا

مقدمه

از دیرباز هر کجا در متون پزشکی به جایگاه و رسالت طبیبان اشاره شده، مهمترین نقش ایشان تلاش در حفظ سلامت انسان ها و سپس بازگرداندن سلامت از دست رفته بوده است. این تقدم پیشگیری بر درمان فراتر از جایگاه تاریخی با روش های مختلفی که ما در پژوهش های نوین به آنها متکی هستیم، به اثبات رسیده و مبتنی بر شواهد شده است.

طب پیشگیری بالینی هر چند برای مدتی به دلایلی از جمله پرداختن به درمان در کشور ما از رونق افتاده بود، در سال های اخیر با تلاش متخصصین پزشکی اجتماعی و سایر همکاران سخت کوش در علوم سلامت مجددا در جستجوی جایگاهی متناسب با شان و نقش خود در عرصه نظام سلامت و خدمت رسانی به جامعه است.

ترجمه این کتاب در راستای این هدف و در جهت ارتقاءِ توانمندی مدیران و پزشکان فعال در عرصه های مختلف بالینی جهت ارائه خدمات پیشگیرانه سلامت در کشورمان انجام شده است. توالی و نظم بین فصل های این کتاب، مجموعه ای را به دست می دهد که گام به گام ما را در طراحی یک سیستم برای ارائه بهینه این خدمات رهنمون می کند. این کتاب از این سو می تواند انگیزه و علاقه پزشکان بالینی را در به کارگیری طب پیشگیری به مرحله عمل برساند و از طرف دیگر از اقدامات برنامه ریزی نشده مبتنی بر آزمون و خطا که معمولا در درازمدت موفقیت چندانی ندارند، جلوگیری می کند. رویکرد واقع گرایانه این کتاب به همراه مثالهای متعدد، امکان به کارگیری یک رویکرد سیستمیک جهت ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی را تقویت می کند.

امیدوارم که این کتاب بتواند زمینه های موجود برای برقراری سیستم های منسجم و مبتنی بر شواهد ارائه خدمات پیشگیری بالینی را در کشور عزیزمان تقویت کند و بتواند بخشی از رسالت رشته تخصصی پزشکی اجتماعی را به همکاران فعال در بخشهای مختلف نظام سلامت معرفی کند. آرزو می کنم روزی را شاهد باشیم که پزشکی در مرحله اول بتواند به عنوان علم حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری ها، سلامت و رفاه جامعه را افزون کند.

دکتر مژگان کاربخش
عضو هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

خدایا چنان کن سرانجام کار تو خوشنود باشی و ما رستگار

سخنی با خوانندگان محترم

این کتاب در ادامه مباحث مربوط به خدمات پیشگیری بالینی، به مبحث عملی کردن پیشگیری با رویکردی سیستمیک می‌پردازد و در حقیقت کامل کننده کتاب راهنمای پیشگیری در خدمات بالینی است که شامل توصیه‌های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده بوده و ویرایش ۲۰۰۹ آن با نظارت و مقدمه استاد بزرگوار جناب آقای دکتر بهروز نبئی در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است.

به زودی دستورالعمل‌های مربوط به خدمات پیشگیری بالینی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان و نیز راهنمای خدمات طب پیشگیری جامعه نگر انتشار خواهد یافت.

بی تردید نظرات، پیشنهادات و انتقادات سازنده شما عزیزان، همکاران ما را در رفع کاستی‌ها و بهبود روند تامین منابع علمی مرتبط با پیشگیری و ارتقای سلامت یاری خواهد نمود.

تکیه بر تقوی و دانش در طریقت کافریست راهرو گر صد هنر دارد توکل بایدش

دکتر اکبر نیک پژوه
بورد تخصصی طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی

پیش‌گفتار

کارایی سیستم ها در ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی

سیستم چیست؟

سیستم، فرآیندی است که نقش های پرسنل، مسئولیت ها، و ابزارها را برای ارائه مراقبت پیشگیرانه معمول ادغام می کند. در یک سیستم، وظایف افراد تعریف شده است، روند فعالیت ها مشخص بوده و عملکرد اندازه گیری می شود. یک سیستم باید " صاحب " یا قهرمان داشته باشد: کسی که مسئولیت راه اندازی و نظارت آن را برعهده بگیرد (Frame, 2000)

شواهدی مبنی بر عملکرد سیستم‌ها

مطالعات متعددی نشان داده اند که، استقرار یک سیستم ساختار یافته برای ارایه خدمات پیشگیری، میزان ارایه این گونه خدمات را در مراکز بالینی افزایش می دهد:

- تاثیر استقرار یک سیستم ارایه خدمات پیشگیری بر میزان ارایه خدمات خاص در دو مرکز سلامت اجتماعی و سه برنامه دستیاری تربیتی پزشک خانواده در پنج مرکز مختلف تگزاس آمریکا مابین سپتامبر ۱۹۹۳ و فوریه ۱۹۹۴ ارزیابی شد(Gottlieb et al, 2001). سیستم جدید عبارت بود از نمودارهای پیش از ممیزی[1] همراه با یادداشت های یادآوری کننده، استفاده از کاربرگ هایی که چرخه کارها را نشان می دهند، در اختیار داشتن راهنماهای سلامت فردی برای استفاده بیماران به منظور آموزش و ثبت مداوم وضعیت سلامتی و در اختیار داشتن کتابچه خدمات پیشگیری برای پزشکان به منظور تعیین پروتکل مراقبت های پیشگیری توسط پزشکان (فصل۶). با این سیستم جدید، ۳۷۲ نمودار برای استفاده ابتدایی پیش از ممیزی و ۳۷۶ نمودار برای ممیزی ۳۹-۳۳ ماه پس از استقرار سیستم جدید انتخاب شدند. در مقایسه با ارزیابی ابتدایی، موارد انجام به موقع غربالگری کلسترول از ۷۰ به ۸۴، ارزیابی استعمال سیگار از ۵۶ به ۸۰ ، پاپ اسمیر به روز از ۷۰ به ۸۱ ، و ماموگرافی سالیانه زنان ۵۱ ساله و بزرگتر از ۳۰ به ۴۸ درصد افزایش یافت. واکسیناسیون موارد ثبت شده دیفتری-کزاز از ۱۹ به ۵۹ درصد افزایش یافت. در بالغین ۶۶ ساله و بزرگتر، موارد مستند واکسیناسیون پنوموکوکی از ۲۲ به ۴۸ درصد و واکسیناسیون آنفلوآنزا از ۴۵ به ۴۹ درصد افزایش یافت (مورد اخیر از نظر آماری معنی دار نیست).

1- Pre-auditing

• مطالعه دیگری افزایش معنی دار موارد مستند آموزش به بیماران (ارزیابی خطر همراه با مشاوره مناسب) را که در پنج ناحیه بین سال های ۱۹۹۴ و ۱۹۹۷ ارایه شده بود را نشان داد(Smith, unpublished data, 1994-1997) . به طور خاص، موارد مستند آموزش درباره تنباکو از ۴۳ به ۶۷ درصد، آموزش درباره تغذیه از ۹/۴ به ۴۱ درصد، آموزش درباره فعالیت جسمانی از ۹/۴ به ۴۴ درصد، آموزش درباره بیماریهای منتقله از راه جنسی و ویروس نقص ایمنی انسانی (STD/HIV) از ۵/۳ به ۵۱/۶ درصد، و آموزش درباره الکل از ۴۶ به ۷۲/۶ درصد افزایش یافت.

• در یک مطالعه، رویکرد مبتنی بر کار تیمی در گستره کلینیکی برای ارایه خدمات پیشگیری در ۱۰ کلینیک در ۲۹ محل از ایالت مینه سوتا ارزیابی شد (Kottke et al ,1992) . شناسایی افراد سیگاری ، ارزیابی عادتهای سیگارکشیدن آنها، توصیه این افراد به ترک سیگار، اقدام به بحث و مذاکره با افراد سیگاری، و فراهم نمودن مشاوره های پیگیری مسئولیت هایی بود که در بین اعضای تیم پخش شد. از۴۶۶ بیمار گزارش شده از این کلینیک ها، ۴۰/۵ درصد اظهار داشتند که درباره استعمال سیگار با آن ها مشاوره شده است، این در حالی بود که تنها ۲۶/۴ درصد از ۵۰۷ بیمار مراجعه کننده به کلینیکهایی که این نوع خدمات در آنها ارایه نمی شد چنین اظهار نظری داشتند.

• برنامه ارزیابی و مشاوره ورزشی مبتنی بر پزشک (PACE)، به منظور بهبود میزان و کیفیت مشاوره درباره فعالیت جسمانی در مراکز مراقبت های اولیه، استقرار یافت. در یک کارآزمایی که توسط ۱۷ پزشک انجام شد، در بیماران با تحرک جسمانی کم، که ۵-۳ دقیقه مشاوره درباره فعالیت جسمانی همراه با یک تماس تلفنی یادآور کننده پس از ۲ هفته دریافت کرده بودند، نسبت به افرادی که مشاوره نشده بودند به طور قابل توجهی میزان فعالیت جسمانی افزایش یافته بود (Calfas et al, 1996). محققان مشاهده نمودند که در کلینیک هایی که این مشاوره ها همواره ارایه می شدند، فرمها در محل های مناسبی نگهداری می شدند، کارمندان کلینیک مسئولیت های روشنی برای توزیع فرمهای PACEداشتند، و پروتکلهای کامل همواره در نمودارها موجود بودند.

سایر مطالعات نشان دادند که استقرار یک رویکرد سیستمیک برای ارایه خدمات پیشگیری بالینی در افزایش میزان غربالگری کانسر (Carney et al., 1992; Kohatsu et al., 1994) و خدمات پیشگیری از بیماریها (Dietrich et al., 1994a, 1994b) در مراکز بالینی موثر بودند.
اجزای یک چنین سیستم ارایه خدمات پیشگیری در مطالعات مختلفی مورد استفاده قرار گرفته و مستند شده اند از جمله مطالعات (Frame, 2000; Carney et al, 1992; Dickey and Ka-

(Goodson et al,erow, 1994; Crabtree et al, 1998 و مطالعه تطبیقی PPIP[2] در تگزاس با 1999; Goodson, in press; Smith, 1999; Gottlieb et al, 2001) و نیز مقالاتی که در زمینه اقتصادی هستند . (Mink et al, 1991, 1993; Senge,1990; Wheatley, 1994; Argyris, 1990) شواهد علمی برای حمایت از کارآیی استفاده از ابزارهای مشخص در یک سیستم برای ارایه خدمات پیشگیری وجود دارد از جمله برگه های گردش کار[3] مراقبت پیشگیری (Prislin et al, 1986)، یادداشت های یادآوری کننده بر روی نمودارهای بیماران (Chang et al., 1995; Cohen et al, 1989; Briss et al, 2000)، دستورات سرپایی (Briss et al, 2000)، ارزیابی و دادن پس خوراند به ارایه کنندگان خدمات (Briss et al, 2000) و یادآوری کننده ها به بیماران از جمله تماس های تلفنی، نامه یا کارت های پستی. (Briss et al, 2000)

عناصر ضروری یک سیستم برای ارائه خدمات پیشگیرانه

این راهنما شرح می دهد که یک سیستم موثردر ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی چگونه می تواند در مرکز شما ایجاد شود. با وجود این که سیستم های ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی متنوعی در مراکز مختلف وجود دارد، مراحلی که در ذیل می آید به شما کمک می کند تا سیستمی متناسب با مرکز خود طراحی کنید. در اینجا این مراحل به صورت خلاصه توضیح داده شده اند و در بخش های بعدی به طور مفصل در مورد آنها شرح داده می شود:

- پروتکل های مراقبت پیشگیرانه تدوین کنید؛
- نقش پرسنل را در ارائه و پایش مراقبت پیشگیرانه تعریف کنید؛
- نحوه گردش بیمار و مواد را تعیین کنید؛
- دائما نحوه ارائه مراقبت پیشگیرانه خود را ممیزی و بررسی کنید؛
- استانداردها و سیستم ارائه خدمات را بازبینی و تصفیه کنید.

پروتکل های مراقبت پیشگیرانه تدوین کنید

در ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی، به منظور دست یافتن به حداقل استاندارد های قابل قبول مراقبت، از پروتکل ها به عنوان راهنما استفاده می شود. تعیین اینکه از کدام پروتکل های مراقبت پیشگیرانه

2- Put Prevention Into Practice
3- Flow Sheets

استفاده شود ، به نیازهای محیط بالینی و برنامه های سلامت مرتبط با آنها بستگی دارد.

نقش پرسنل را در ارائه و پایش مراقبت پیشگیرانه تعریف کنید

این خیلی مهم است که تمام پرسنل در ارائه خدمات پیشگیرانه درگیر شوند به طوری که کارها بین تعداد زیادی از اعضا پخش شود. ارائه خدمات پیشگیرانه نیاز به رویکردی گروهی دارد. مثلا در کار مشاوره که یک کار پیشگیرانه بالینی است، می توان تمام پرسنلی را که در ویزیت بیمار نقش کلیدی ایفا می کنند، یعنی چندین نفر را در گیر کرد که کارهای متفاوت و در عین حال مکمل انجام می دهند.

به عنوان مثال، می توان در ترویج یک رژیم سالم از مشاوره استفاده کرد: وقتی بیماری وارد یک مرکز درمانی می شود، مسوول پذیرش می تواند اطلاعاتی در جهت تقویت پیام های آموزشی که بیمار حین ویزیت خواهد شنید، ارائه کند. پرستار می تواند در زمان وزن کردن بیمار، بر اطلاعات تغذیه ای تاکید کند؛ پزشک می تواند در زمان معاینه فیزیکی، در مورد نقش عوامل خطر مربوط به رژیم غذایی بر بیماری های خاصی چون بیماری قلبی یا دیابت گفتگو کند.

نحوه گردش بیمار و مواد را تعیین کنید

مشخص کردن افرادی که بیمار با ایشان ملاقات می کند و در ارتباط است، و ماهیت هر ارتباط مهم است. بایستی روند گردش اطلاعات و ابزار آن، مانند روند گردش برگه ها و اطلاعات عوامل خطر سلامت، نیز تعیین شوند. برای مثال، تعیین اینکه پرسنل در چه زمان و مکانی که باید اطلاعات مربوط به عوامل خطر سلامت بیمار را تهیه کنند (فصل ۶ را ببینید).

دائما نحوه ارائه مراقبت پیشگیرانه خود را بررسی کنید

پایش عملکرد کمک می کند که تعیین کنیم خدمات پیشگیرانه فعلی چگونه ارائه می شود و چه تغییراتی در جهت بهبود ارائه مراقبتهای پیشگیرانه، ضروری است.

استانداردها و سیستم ارائه خدمات خود را بازبینی و تصفیه کنید

بر اساس نتایج ممیزی و پایش خود، ممکن است دریابید که پزشک در تعیین اینکه (۱) چه خدمات پیشگیرانه ای مورد نیاز است یا اینکه (۲) آیا خدمات پیشگیرانه ای که ارائه شده است به طور مستمر ثبت شده اند، مشکل دارد. همچنین ممکن است متوجه شوید که توصیه های مربوط به ارائه برخی تستهای غربالگری تغییر کرده است. بنابراین پرسنل مرکز شما نیاز دارند بدانند که چگونه کارهای خود را بازبینی کنند و استانداردهای جدیدی اتخاذ یا ایجاد کنند.

چگونه از این راهنما استفاده کنیم

این راهنما برای استفاده متخصصینی می باشد که در زمینه های مختلفی از ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی تجربه دارند. این یک ابزار تعاملی است که شامل فعالیت ها، تمرین ها، و پرسشنامه هایی برای کمک به ایجاد یک سیستم ارائه مراقبت پیشگیرانه می باشد. این برنامه می تواند به شکلی متناسب با نیازهای شما سازماندهی شود. ممکن است نیازباشد که شما بخش هایی را با دقت بخوانید، و بقیه را به طور اجمالی مرور کنید، و از فرمها بسته به نیاز خود استفاده کنید و یا آنها را تغییر دهید. ممکن است شما نیاز نداشته باشید که تمام تمرینها و فصول را به طور کامل مطالعه کنید، اما ممکن است اطلاعاتی را که بیشتر مفید است را برگزینید و از کاربرگ های مربوطه استفاده کنید.

فرآیندی که در این راهنما توصیف شده است برای مراکز بالینی که از پرونده های پزشکی کاغذی استفاده می کنند می باشد؛ با این حال، بسیاری از اطلاعات برای مراکزی که از پرونده های پزشکی الکترونیکی استفاده می کنند نیز مفید خواهد بود. استفاده از پرونده های پزشکی الکترونیکی در حال افزایش است. پرونده های پزشکی الکترونیکی می توانند ارائه خدمات پیشگیرانه را در تمام مراحل تدوین پروتکل ها، پیگیری ارائه خدمات پیشگیرانه، تدارک یادآورهای پزشک در ویزیت بیمار، ساخت یادآورهای بیمار، و ارائه منابع آموزشی مناسب بیمار بهبود ببخشند.

این راهنما از چه قسمت هایی تشکیل شده است

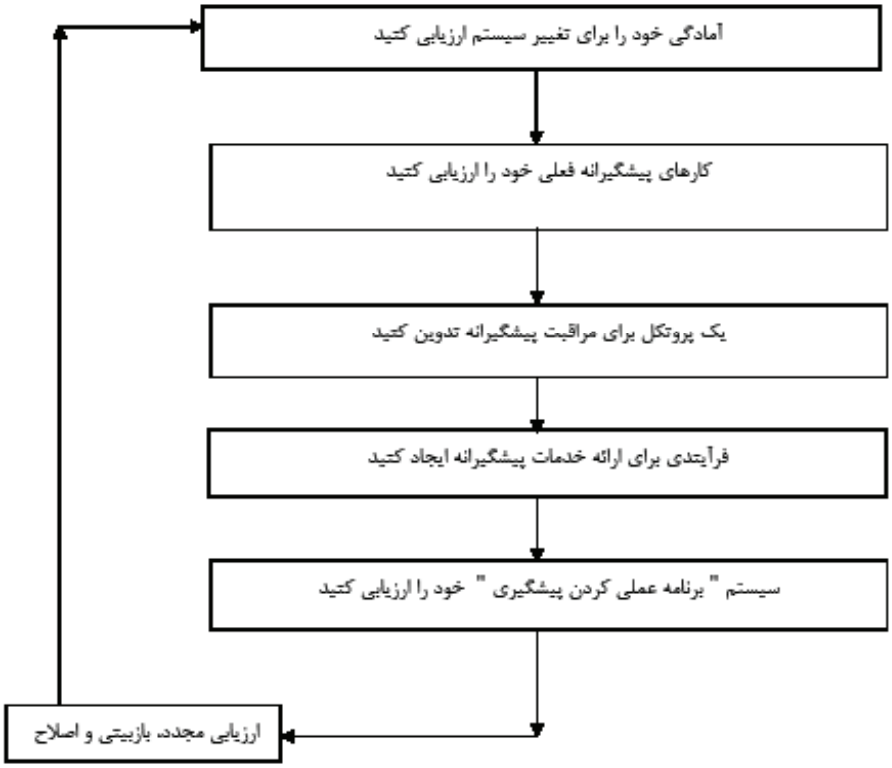
این راهنما به ۶ فصل و۴ پیوست تقسیم شده است. فصول ۱ تا ۵ فرآیند طراحی، ایجاد و ممیزی سیستم ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی را توصیف می کند. شکل ۱ در صفحه بعد مراحلی را که در هر فصل آمده است را به طور مختصر نشان می دهد (مدل های با جزئیات بیشتر این شکل در ابتدای فصول ۱ تا ۵ آمده است). محتوای این فصول، فعالیت ها و کاربرگ ها را پیشنهاد می کند. فصل ۶ مفاد مواد " برنامه عملی کردن پیشگیری " و چگونگی استفاده از آنها را شرح می دهد.

پیوست ها شامل اصول زیر می باشد:

- پیوست ۱ - اسلایدهای " برنامه عملی کردن پیشگیری[۴] " برای استفاده در معرفی " برنامه عملی کردن پیشگیری " به مدیران و پرسنل اداری.
- پیوست ۲ – کپی های آماده استفاده از کاربرگ هایی که در فصول ۱ تا ۵ وجود دارند.
- پیوست ۳ – نسخ پیشگیری- برگه هایی که می توانند به صورت فردی تهیه شوند و در اختیار بیماران قرار داده شوند.
- پیوست ۴– نمونه سوالاتی برای کمک به تعیین آمادگی بیمار جهت تغییر رفتار خطرسلامت (مراحل تغییر)

4- Put Prevention Into Practice (PPIP)

شکل ۱. اقداماتی که مرکز شما می تواند برای ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی به عمل آورد



References

Argyris C. Guide to Overcoming Barriers to Organizational Change. San Francisco: Jossey- Bass, 1990.

Briss PA, Rodewald LE, Hinman AR, et al. Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. Am J Prev Med 18(1S):97-140, 2000.

Calfas KJ, Long BJ, Sallis JF, et al. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. Prev Med 25:225–233, 1996.

Carney PA, Dietrich AJ, Keller A, et al. Tools, teamwork, and tenacity: An office system for cancer prevention. J Fam Pract 35(4):388–394, 1992.

Chang HC, Zimmerman LH, Beck JM. Impact of chart reminders on smoking cessation practices of pulmonary physicians. Am J Respir Crit Care Med 152:984–987, 1995.

Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, et al. Encouraging primary care physicians to help smokers quit. Ann Intern Med 110:648-652, 1989.

Crabtree BF, Miller WL, Aita VA, et al. Primary care practice organization and preventive services delivery: A qualitative analysis. J Fam Pract 46(5):403–409, 1998.

Dickey LL, Kamerow DB. Seven steps to delivering preventive care. Family Practice Management:30-36, July/August 1994.

Dietrich AJ, O'Connor GT, Keller A, et al. Cancer: Improving early detection and prevention. A community practice randomized trial. BMJ 304:687–691, 1992.

Dietrich AJ, Sox CH, Tosteson TD, et al. Durability of improved physician early detection of cancer after conclusion of intervention support. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 3:335-340, 1994a.

Dietrich AJ, Woodruff CB, Carney PA. Changing office routines to enhance preventive care. Arch Fam Med 3:176–183, 1994b.

Frame PS. Health maintenance in clinical practice: Strategies and barri-

ers. Am Fam Physician 45(3):1192–200, 1992.

Frame PS. Developing office systems for preventive care. Preventive Medicine in Managed Care 1:45–50, 2000.

Goodson P, Gottlieb NH, Smith MM. Put prevention into practice: Evaluation of program initiation in nine Texas clinical sites. Am J Prev Med 17(1):73–78, 1999.

Goodson P, Smith MM, Evans A, et al. Maintaining prevention in practice: Survival of PPIP in primary care settings in Texas. Am J Prev Medicine, 20(3):184-189, 2001.

Gottlieb NH, Huang PP, Blozis SA, et al. The impact of Put Prevention into Practice on selected clinical preventive services in five Texas sites. Am J Prev Med 21(1):35-40, 2001.

Jaén CR, Stange KC, Nutting PA. Competing demands of primary care: A model for the delivery of clinical preventive services. J Fam Practice 38:166-171, 1994.

Kohatsu ND, Cramer E, Bohnstedt M. Use of a clinician reminder system for screening mammography in a public health clinic. Am J Prev Med 10(6):348-352, 1994.

Kottke TE, Solberg LI, Brekke ML, et al. A controlled trial to integrate smoking cessation advice into primary care practice. J Fam Pract 34:701–708, 1992.

Kottke TE, Brekke ML, Solberg LI. Making time for preventive services. Mayo Clin Proc 68:785–791, 1993.

McPhee SJ, Bird JA, Jenkins CNH, et al. Promoting cancer screening: A randomized, controlled trial of three interventions. Arch Intern Med 149:1866-1872, 1989.

McVea K, Crabtree BF, Medder JD, et al. An ounce of prevention? Evaluation of the “Put Prevention into Practice” program. J Fam Pract 43(4):361–368, 1996.

Mink OG, Shultz JM, Mink BP. Developing and Managing Open Organizations: A Model and Methods for Maximizing Organizational Potential.

Austin, Texas: Catapult Press, 1991.

Mink O, Esterhuysen PW, Mink BP, et al. Change at Work: A Comprehensive Management Process for Transforming Organizations. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.

Ornstein SM, Garr DR, Jenkins RG. A computerized microcomputer-based medical records system with sophisticated preventive services features for the family physician. J Am Board Fam Pract 6:55–60, 1993.

Prislin MD, Vandenbark MS, Clarkson QD. The impact of a health screening flow sheet on the performance and documentation of health screening procedures. Fam Med 18:290-292, 1986.

Readiness to put prevention into your practice. Tex Med 92(12):35, 1996.

Senge PM. The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization. New York: Doubleday, 1990.

Smith MM. A patient education site score using needs assessment linked to counseling; Evidence from the Texas Put Prevention into Practice demonstration project. (Doctoral Dissertation, University of Texas at Austin, 1999). Dissertation Abstracts International 60/09A, 1999.

Solberg LI, Brekke ML, Kottke TE. How important are clinician and nurse attitudes to the delivery of clinical preventive services? J Fam Pract 44:451-461, 1997.

Stange KC. One size doesn't fit all: Multimethod research yields new insights into interventions to increase prevention in family practice. J Fam Pract 43(4):358–360, 1996.

Stange KC, Flocke SA, Goodwin MA. Opportunistic preventive services delivery: Are time limitations and patient satisfaction barriers? J Fam Pract 46:419-424, 1998.

U. S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010 (Conference Edition, Vols. 1 and 2). Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2000.

Wheatley MJ. Leadership and the New Science: Discovering Order in a Chaotic World. 2nd

ed. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 1994.

• منابع برای مطالعه بیشتر:

Balas EA, Weingarten S, Garb CT, et al. Improving preventive care by prompting physicians. Arch Intern Med 160:301–308, 2000.

Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? JAMA 282(15):1458–1465, 1999.

Cohen SJ, Halvorson HW, Gosselink CA. Changing physician behavior to improve disease prevention. Prev Med 23:284–291, 1994.

Dickey LL, Gemson DH. Put Prevention into Practice: Shifting the curve toward success? Am J Prev Med 13(5):343-351, 1997.

Eisenberg J. Testimony on smoking cessation before the Senate Labor and Human Resources Committee. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, February 1998.

Fordham D, McPhee SJ, Bird JA, et al. The cancer prevention reminder system. Journal of Clinical Computing 7:289–295, 1990.

Frame PS, Zimmer JG, Werth PL, et al. Description of a computerized health maintenance tracking system for primary care practice. Am J Prev Med 7:311–318, 1991.

Grabenstein JD, Smith LJ, Watson RR, et al. Immunization outreach using individual need assessments of adults at an Army hospital. Public Health Rep 105:311–316, 1990.

Halvorson HW, Cohen SJ, Brekke ML, et al. Process evaluation of a system (Partners for Prevention) for prevention-oriented primary care. Evaluation and the Health Professions 16(1):96–105, 1993.

Hawver M. An ounce of prevention? Evaluation of the "Put Prevention into Practice" program. J Fam Pract 43(4):361–369, 1996.

Leininger LS, Finn L, Dickey L, et al. An office system for organizing preventive services. Arch Fam Med 5:108–115, 1996.

Leshan LA, Fitzsimmons M, Marbella A, et al. Increasing clinical pre-

vention efforts in a family practice residency through CQI methods. Journal on Quality Improvement 23(7):391–400, 1997.

Medder J, Susman J, Gilbert C, et al. Dissemination and implementation of Put Prevention into Practice. Am J Prev Med 13(5):345-351, 1997.

Melnikow J, Kohatsu ND, Chan BK. Put Prevention into Practice: A controlled evaluation. Am J Public Health 90(10):1622-1625, 2000.

Nichol KL. Long-term success with the national health objective for influenza vaccination: An institution-wide model. J Gen Intern Med 7:595–600, 1992.

Rebelsky MS, Sox CS, Dietrich AJ, et al. Physician preventive care philosophy and the five-year durability of a preventive services office system. Soc Sci Med 43(7):1073–1081, 1996.

Screening for Colorectal Cancer—United States, 1997. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 48(6):116–121, February 1999.

Solberg LI, Kottke TE, Brekke ML, et al. The case of the missing clinical preventive services systems. Eff Clin Pract 1:33–38, 1998.

Smith MM, Meyer B, Goodson P, et al. Chart documentation of clinical preventive services in 9 Texas clinics. Texas Medicine 95(8):56-62, 1999.

Woolf SH, Jonas S, Lawrence RS (Eds). Health Promotion and Disease Prevention in Clinical Practice. Baltimore: Williams & Wilkins. 1996.

فصل ۱.

آمادگی خود را برای تغییر سیستم ارزیابی کنید

شکل ۱. اقداماتی که مرکز شما می تواند برای ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی به عمل آورد

آمادگی خود را برای تغییر سیستم ارزیابی کنید

پیش از معرفی "برنامه عملی کردن پیشگیری[1]" برای ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی، مهم است که با ارزیابی ارزش ها و نگرش های پرسنل نسبت به پیشگیری، تعیین دیدگاه ایشان نسبت به کار فعلی و تعیین اهداف برای ارائه مراقبت پیشگیرانه، آمادگی پزشکان و پرسنل را برای تغییر سیستم بررسی کنید.

پیش از آن که یک تغییر سیستمیک بتواند در گستره سازمان رخ دهد، همه کارمندان باید با موارد زیر موافقت نمایند:

- **پیشگیری مهم است**
- **پیشگیری در راستای سایر جنبه های ارزشمند مطرح در مراکز درمانی می باشد.**
- **برنامهٔ عملی کردن پیشگیری می تواند به اعضای گروه، کمک کند که اهدافشان را تحقق بخشند.**

هر یک از پرسنل را با احترام، تصدیق و توجه به نقطه نظراتش، در فرآیند تصمیم گیری در مورد اینکه آیا، چه زمان و چگونه بایستی " برنامه عملی کردن پیشگیری " در محیط شما اجرا شود داخل کنید. از کاربرگ های این فصل به منظور جمع آوری پیشنهادات پرسنل استفاده کنید (برای موارد بیشتر به پیوست ۲ مراجعه کنید).

قبل از شروع اجرای برنامه، دانستن ارزش ها، نگرش ها، و باورهای پرسنل در ایجاد پشتیبانی کمک کننده می باشد. به احتمال زیاد پرسنل برای برنامه ای که مطابق با ارزشهایشان است و خودشان در خلق آن نقش داشته اند، انرژی صرف می کنند.

توجه به ارزش های پرسنلی که واضحا در برابر تغییر مقاومت می کنند نیز مهم است. غالبا افرادی که در برابر تغییر مقاومت می کنند موانعی را می بینند که نیاز است به آن ها پرداخته شود. اگر عقاید تمام پرسنل مهم تلقی شود، و اگر تمام پرسنل برای حل مشکلات کمک کنند، می توان بر تمام موانع در سر راه اجرای "برنامه عملی کردن پیشگیری" فائق آمد. ممکن است کسانی که در ابتدا مقاومت می کرده اند، به قهرمانان تغییر و نوآوران راه اجرای "برنامه عملی کردن پیشگیری" تبدیل شوند.

استخراج نظرات بیماران در مورد مراقبت پیشگیرانه نیز ارزشمند است. وقتی می خواهید شروع به اجرای "برنامه عملی کردن پیشگیری" کنید، به اینکه چه چیزی برای بیمارانتان مهم است گوش بسپارید و توجه داشته باشید که پیشنهادات ایشان را نیز منظور کنید.

1- Put Prevention Into Practice (PPIP)

ارزشها و باورهای پرسنل را ارزیابی کنید

یکی از گامهای اولیه در ارزیابی آمادگی پرسنل برای تغییر، و در نهایت، ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی تعیین این است که (۱) در حال حاضر پرسنل چه نظری در مورد پیشگیری دارند و (۲) رویکرد فعلی مرکز شما نسبت به ارائه مراقبت پیشگیرانه چگونه است. شما می توانید با توزیع یک فرم آمادگی و یا با برگزاری یک بحث آزاد این موارد را بررسی کنید.

فرم آمادگی توزیع کنید

یک فرم مربوط به تعیین آمادگی در صفحه ۳۶ و پیوست ۲ موجود می باشد. این فرم به منظور به جریان انداختن بحث در مورد آمادگی در راستای تغییر یک کار طراحی شده است. از تمامی پرسنل در تمام سطوح و در تمام بخشها دعوت کنید که به صورت بی نام این فرم را پر کنند. سپس بعد از تحلیل نتایج، از جهت تغییر پذیری و نکات برجسته، از پرسنل بخواهید که در ارزیابی جو سازمانی به شما کمک کنند. (به کاربرگ ارزیابی جو سازمانی برای راهنمایی در صفحه ۳۸ و پیوست ۲ نگاه کنید).

بحث های گروهی و فردی برگزار کنید

از ابتدا تا انتهای بحث های گروهی و فردی، برای بررسی ارزشها و باورهای پرسنل از نتایج فرم تعیین آمادگی استفاده کنید. این تعاملات به پرسنل کمک می کند تا از نقطه نظرات یکدیگر آگاه شوند و می تواند پایه ای باشد تا ایشان در مورد اینکه چگونه می توان به بهترین شکل " برنامه عملی کردن پیشگیری " را اجرا کرد فکر کنند. در چنین بحث هایی، پرسنل باید احساس کنند که همکاری ایشان ارزشمند است؛ بنابراین اطلاعات به راحتی مبادله خواهد شد. از آنجایی که پرسنل و شرایط کار تغییر می کنند، باید هر چند وقت یکبار این فرآیند تکرار شود. از این بحث ها تیم کاری منسجمی پدیدار خواهد شد. این اطلاعات جمع آوری شده از جلسات گروهی در هنگام ارائه خدمات پیشگیرانه بسیار کمک کننده خواهند بود. اطلاعات را در ارتباط با سوالات زیر گرد آوری کنید:

- ارتباط بین پرسنل چگونه است؟
- پرسنل چه نقش هایی را در روند ارتباط ایفا می کنند؟
- چه کسی ارتباط را شروع می کند؟
- چه کسی ارتباط برقرار نمی کند؟
- پرسنل چگونه با یکدیگر کار می کنند؟
- چه کسی به کار وارد است؟
- چه کسی ذاتاً رهبر است؟

جو سازمانی را ارزیابی کنید

کاربرگ مربوط به ارزیابی جو سازمانی که در صفحه ۳۸ و پیوست ۲ وجود دارد، می تواند در برگزاری بحث های گروهی بیشتر کمک کند. بخواهید که پرسنل در مورد سوالات این کاربرگ گفتگو کنند و سپس مناظره و یا مخالفت کنند و در نهایت، بر سر اینکه جو سازمانی شما چگونه باشد به توافق برسند.

فرم آمادگی

دور عددی که به بهترین شکل نشان می دهد که شما تا چه اندازه ای با عبارت مزبور موافق یا مخالف هستید دایره بکشید

	خیلی زیاد			بی نظر		به هیچ وجه	
۱. پیشگیری جنبه مهم مراقبتی است که ما در روند کارمان ارائه می دهیم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۲. ما فکر می کنیم که د ر روند کاری ما بایستی به شکل قویتری به پیشگیری اهمیت داده شود	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۳. در کار ما کسانی هستند که بصیرت، مدیریت، و اختیار دارند تا سیستم پیشگیری را در اینجا راه اندازی کنیم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۴. ما وقت کافی داریم که به تک تک بیماران آموزش یا مشاوره بدهیم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۵. در کار ما پرستاران به آموزش بیماران به عنوان یکی از وظایف اصلی خود نگاه می کنند	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۶. در کار ما پزشکان به آموزش بیماران به عنوان یکی از وظایف اصلی خود نگاه می کنند	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۷. قرار است در کار ما منابعی (زمان، آموزش، پرسنل، و فضا) برای ایجاد برنامه جامع ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی اختصاص داده شود	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷

ادامه در صفحه بعد

فرم آمادگی

دور عددی که به بهترین شکل نشان می دهد که شما تا چه اندازه ای با عبارت مزبور موافق یا مخالف هستید دایره بکشید

	خیلی زیاد			بی نظر		به هیچ وجه	
۸. د رکار ما ارتباطات داخلی بین پرسنل و پزشکان قوی است	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۹. در کار ما یک حس کار تیمی بین پرسنل و پزشکان ما وجود دارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۰. کار ما برنامه خاصی برای پیشگیری (مانند، سرطان، برنامه های پیشگیری، ترک سیگار و آموزش دیابت) ایجاد کرده است، یا تلاش می کند که ایجاد کند	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۱. برای بیمارانی که نیاز به تستهای غربالگری دارند که در مرکز ما ارائه نمی شود (مانند ماموگرافی یا آزمایشگاه)، روند کار ما سازوکارهای ارجاع کار آمدی دارد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۲. برای بیمارانی که نیاز به مشاوره رفتاری دارند، روند کار ما سازوکارهای ارجاع کارآمدی دارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۳. ما بیمارانی را که برای خدمات دیگر (مانند ثبت نتایج تستها د رنمودار) ارجاع می شوند را پیگری می کنیم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۴. ما زمان زیادی برای پیگیری برنامه ریزی جهت "برنامه عملی کردن پیشگیری " اختصاص می دهیم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۵. ما سیستم کنترل کیفی در محل داریم تا ارائه خدمات را ارزیابی کرده و بهبود ببخشد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۶. ما در محل خود سیستمی داریم که درصد بیمارانی که تست های غربالگری مورد نیازشان را دریافت می کنند، گزارش می دهد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷

source: Reading to put prevention in your practice, Texan Medicine 92 (12): 35, 1996

کاربرگ برای ارزیابی جو سازمانی

ارزش ها، نگرش ها و باورهای پرسنل ما درباره پیشگیری چیست؟

ارزشها، نگرش ها و باورهای بیماران ما درباره پیشگیری چیست؟

ما تمایل داریم چه نوع خدمات پیشگیرانه ای را به بیمارانمان ارائه دهیم؟

چه تفاوتی بین آنچه که ما تمایل داریم به بیمارانمان ارائه دهیم و آن چه که در حال حاضر به ایشان ارائه می دهیم وجود دارد؟

آیا ما نیازی به تغییر می بینیم؟

آیا ما برای تغییر آماده هستیم؟

نظرات بیماران را استخراج کنید

پیش از آنکه خدمات پیشگیرانه را وارد محیط بالینی خود کنید، نظرات بیمارانتان را در مورد چنین خدماتی جویا شوید. شما می توانید با راههایی مانند فرمهای مربوط به رضایتمندی مشتری، مصاحبه های کوتاه، صندوق پیشنهادات و بحث های گروهی متمرکز نظرات بیمارانتان را استخراج کنید.

پرسشنامه هایی درباره رضایتمندی بیمار

- پرسشنامه های کوتاهی آماده کنید تا بیماران آنها را در مدت زمانی که منتظر رسیدن نوبت ویزیت شان هستند پر کنند.
- در کنار کارتهای یادآوری نوبت ویزیت، پرسشنامه های کوتاهی برای بیماران با پست بفرستید.

مصاحبه های کوتاه (تلفنی / در پذیرش)

- پرسنل ، به صورت چرخشی، می توانند به صورت تصادفی با بیماران تماس بگیرند و یک یا دو سوال در مورد رضایت بیمار از محیط بالینی و خدمات پیشگیرانه ارائه شده بپرسند.
- یک یا چند نفر از پرسنل، در زمان ویزیت، در مورد رضایت بیمار از ایشان سوال کنند.

صندوق پیشنهادات

- به بیماران برگه هایی بدهید تا نظراتشان را درباره محیط بالینی و مراقبت پیشگیرانه ارائه شده ، بنویسند. بیماران می توانند برگه ها را بدون نام تحویل دهند و یا اینکه اگر دوست دارند که پرسنل با ایشان تماس بگیرند، نام و شماره تماس خود را نیز بنویسند.

گروههای متمرکز

- برای ایجاد گروههای متمرکز برای بیمارانتان، یک مشاور از خارج مرکز دعوت کنید .
- به بیمارانتان انگیزه کوچکی برای شرکت در این گروهها بدهید (مانند، ناهار، تقدیرنامه، مقدار کمی پول، یا یک ویزیت رایگان)

" برنامه عملی کردن پیشگیری " را به عنوان یک احتمال مطرح کنید

در این مرحله، شما دو گام محوری به سوی ایجاد " برنامه عملی کردن پیشگیری " در محیط بالینی خود برداشته اید: (۱) پرسنل در مورد نظرات و اهداف خود درباره ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی بحث کرده اند، و (۲) شما دیدگاههای بیمارانتان را تجزیه و تحلیل کرده اید. گام بعدی شامل مرور یافته ها، مطرح کردن " برنامه عملی کردن پیشگیری" و اینکه آیا باید به سوی ایجاد آن حرکت کنید، یا نه می باشد.

پیش از آنکه تغییر سیستم ها در سطح سازمان شکل بگیرد، پرسنل باید بپذیرند که پیشگیری مهم است و پیشگیری در راستای ارزش های محیط بالینی می باشد.
ممکن است شما بخواهید در جلسه پرسنل از نمونه دستور جلسه ای که در ذیل آمده است استفاده کنید. به پیوست ۱ نیز نگاه کنید.

نمونه دستور جلسه
جلسه آشنایی و معرفی "برنامه عملی کردن پیشگیری"

معرفی گروهی یافته ها

- **دیدگاههای پرسنل و اهداف ارائه خدمات پیشگیرانه را خلاصه کنید.**
- **در مورد عقاید بیماران بحث کنید.**
- **آمادگی برای تغییر را تعیین کنید.**

ابزار معرفی «برنامه عملی کردن پیشگیری»

- **از ابزار "برنامه عملی کردن پیشگیری" در پیوست ۱ استفاده کنید.**

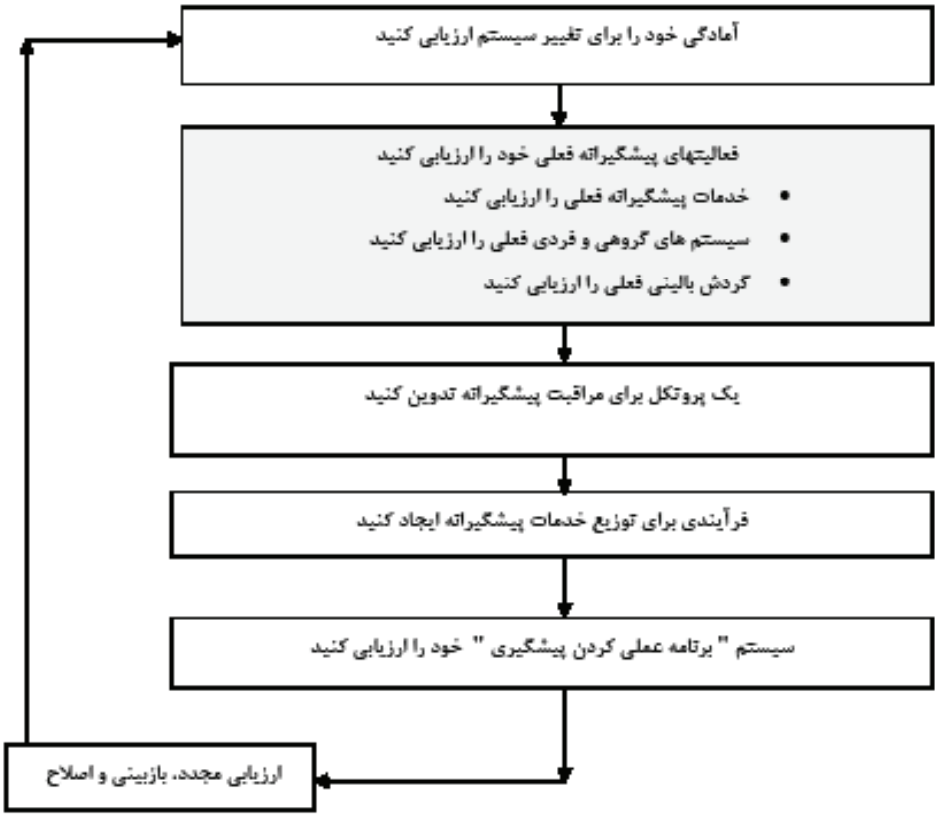
اهداف

- **بحث کنید که آیا "برنامه عملی کردن پیشگیری" کمک می کند تا اهداف پرسنل در ایجاد خدمات پیشگیرانه بالینی تحقق یابد. اگردر این مورد اتفاق آراء وجود دارد، شما می توانید وارد مرحله بعدی شوید: ارزیابی خدمات پیشگیرانه ای که در حال حاضر ارائه می دهید.**

فصل ۲.

روش پیشگیرانه
فعلی خود را ارزیابی کنید

شکل ۲. اقداماتی که مرکز شما می تواند برای ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی به عمل آورد



هنگامی که پرسنل نیاز به تغییر را پذیرفتند، گام بعدی ارزیابی سیستم موجود در مورد ارائه خدمات پیشگیرانه می باشد. حین این فرآیند، شما می توانید ارزیابی کنید که آیا سیستم و ابزار "برنامه عملی کردن پیشگیری" با نیازهای مرکز شما همخوانی دارد. اگر چه ممکن است شما تصمیم داشته باشید تغییراتی در سیستم فعلی خود ایجاد کنید ، اما این بدان معنی نمی باشد که بایستی همه چیز را تغییر دهید. در این فصل تعدادی ابزار نشان داده می شود که به شما در ارزیابی روش فعلیتان کمک می کند، که عبارتند از:

- یک کاربرگ برای ارائه دید کلی از خدمات پیشگیرانه ای که در حال حاضر در مرکز شما ارائه می شود.
- یک کاربرگ برای ارزیابی سیستم های گروهی و فردی.
- دستورالعمل ها و فرم ها برای ارزیابی گردش بالینی فعلی.

ارزیابی سیستم موجود، پایه ای برای مقایسه مهیا می کند تا بتوانید در آینده سیستم جدید خود را ارزیابی کنید. ارزیابی های آینده به شما امکان خواهد داد که تعیین کنید آیا سیستم جدید برای محیط بالینی شما موثر و قابل اجرا است یا نه.

خدمات پیشگیرانه فعلی را ارزیابی کنید

قبل از اینکه کلا در ارائه خدمات پیشگیرانه مسیر جدیدی را برگزینید و یا اینکه سیستم موجود را اصلاح کنید، تجزیه و تحلیل کنید که چگونه و با چه وسعتی خدمات پیشگیرانه در محیط بالینی شما ارائه می شود. از کاربرگ مربوطه که در صفحات بعدی و پیوست ۲ نشان داده شده است، برای تعیین سطح فعلی ارائه مراقبت پیشگیرانه مرکز خود استفاده کنید.

کاربرگ برای ارزیابی خدمات پیشگیرانه فعلی

■ خدمات پیشگیرانه ارائه شده

ما در حال حاضر چه مراقبت پیشگیرانه ای را به بیمارانمان ارائه می دهیم؟

آیا خدمات پیشگیرانه را با توجه به نیاز هر بیمار به آنها ارائه می دهیم؟

ما ارائه چه خدماتی را ثبت می کنیم؟

■ سیستم های موجود برای ارائه خدمات پیشگیرانه

برای ارائه خدمات پیشگیرانه، چه سیاست ها و آئین نامه هایی در محل داریم؟

ما از چه سیستم ها و فرمهایی استفاده می کنیم؟

ادامه در صفحه بعد

کاربرگ برای ارزیابی خدمات پیشگیرانه فعلی

محیط فیزیکی فعلی ما چگونه از ارائه خدمات پیشگیرانه حمایت و یا جلوگیری می کند؟

چه سیستم های ارائه خدمات پیشگیرانه ای در عمل موفق بوده است؟ چرا؟

چه سیستم های ارائه خدمات پیشگیرانه ای در عمل موفق نبوده است؟ چرا؟

چه کار متفاوتی می توانیم انجام دهیم؟

ادامه در صفحه بعد

کاربرگ برای ارزیابی خدمات پیشگیرانه فعلی
آیا سیستم "برنامه عملی کردن پیشگیری "، کاری که در حال حاضر انجام می دهیم را دوبرابر خواهد کرد؟

■ نقش های پرسنل

در حال حاضر پرسنل چه کارهایی در زمینه ارائه مراقبت پیشگیرانه انجام می دهند؟
چه کسی ارائه خدمات پیشگیرانه را ثبت می کند؟

■ گردش بیمار

گردش فعلی بیمار چگونه از ارائه خدمات پیشگیرانه حمایت یا ممانعت می کند؟

سیستم های گروهی و فردی موجود را ارزیابی کنید

برای ارزشیابی بیشتر روابط بین فردی ، درک بیمارانتان، و نیاز به تغییردر محیط خود، از کاربرگ زیر (همچنین از کاربرگ های پیوست ۲) استفاده کنید.

کاربرگ برای ارزیابی سیستم های گروهی و فردی فعلی
افراد چگونه با یکدیگر کار می کنند؟
آیا افراد دوست دارند که در اینجا کار کنند؟
بیماران در مورد محیط بالینی ما چه نظری دارند؟

گردش بالینی فعلی را ارزیابی کنید

هنگام تجزیه و تحلیل نحوه گردش بیمار، توجه کنید که بیمار حین ویزیت با چه کسی روبرو می شود و در هر مرحله از ویزیت چه کاری برای وی انجام می شود. چنین تجزیه تحلیلی می تواند پایه و اساسی برای بهبود کارآیی بالینی مهیا کند. سازماندهی موثر سیستم های بالینی و گردش بیمار و استفاده سودمند از مهارت های پرسنل، می تواند ارائه خدمات پیشگیرانه را بهبود بخشد.

تمرین ذیل را برای ارزیابی گردش بالینی فعلی، توجه به اینکه کدام یک از پرسنل کدام کار را انجام می دهد، و توجه به اینکه در چه زمانی خدمت ارائه شده ثبت می شود، به کار گیرید.

نمونه گردش بالینی فعلی

بیمار با وقت قبلی وارد درمانگاه می شود

- **بیماران جدید فرمهای مربوط به اطلاعات فردی و سابقه بالینی/ بیمه که توسط پذیرش ارائه می شود را تکمیل می کنند.**
- **از بیماران درخواست می شود که در اتاق انتظار بمانند. وسائل آموزشی برای استفاده بیماران مهیاست**
- **پرستار/ دستیارپزشک/ دستیار پرستار بیمار را از اتاق انتظار صدا می زنند و قد، وزن، فشار خون وی را اندازه گیری می کنند و خلاصه ای از مشکل فعلی وی می پرسند.**
- **اطلاعات در یک برگه سیر بیماری ثبت می شود، و بیمار به اتاق معاینه آورده می شود.**
- **بیمار در اتاق معاینه منتظر پزشک می ماند.**

بیمار پزشک را ملاقات می کند

- **پزشک ارزیابی، تشخیص، و خدمات ارائه شده را در برگه سیر ثبت می کند.**
- **برگه های گردش برای ثبت داروها، وزن، و علائم حیاتی مورد استفاده قرار می گیرند.**

بیمار از درمانگاه خارج می شود

- **اطلاعات مربوط به پیگیری بر روی برگه ای ثبت شده است**
- **وسائل آموزشی در دسترس هستند تا بیمار آنها را به خانه ببرد.**
- **مسوول پذیرش برای معاینه بعدی به بیمار وقت ملاقات می دهد.**

نکات مربوط به گردش بالینی فعلی

برای ثبت هر مرحله از روند بالینی فعلی و تعیین اینکه محیط بالینی شما چگونه در فعالیت های پیشگیرانه وارد می شود ، از جداول صفحات بعدی استفاده کنید.

گردش بالینی فعلی

بیمار برای ویزیت وارد درمانگاه می شود

-
-
-
-
-

برای تکمیل جدول فوق به سوالات زیر پاسخ دهید:

- چگونه و چه زمانی محیط بالینی شما مشخص می کند که کدام کارهای غربالگری برای بیمار انجام شده و ارائه چه خدمات پیشگیرانه ای برای بیمارانتان الزامی است؟
- بیمار قبل از اینکه پزشک را ملاقات کند چه کسی را می بیند؟
- طی این ملاقات چه کارهایی انجام می شود و یا اینکه در مورد چه چیزی صحبت می شود؟
- جهت مطالعه بیماران در اتاق انتظار، چه مواد آموزشی در دسترس ایشان می باشد؟
- آیا پرسنل مواد آموزشی مناسب را تدارک می بینند؟

بیماران پزشک را ملاقات می کنند

-
-
-
-
-

برای تکمیل جدول فوق به سوالات زیر پاسخ دهید:

- پزشک چگونه در می یابد که کدام خدمات پیشگیرانه را پیشنهاد کند؟
- پایش مراقبت پیشگیرانه بیمار، در طی زمان چگونه است؟
- چه خدمات پیشگیرانه ای ثبت می شوند؟
- این خدمات در کجا و چگونه ثبت می شوند؟

ادامه در صفحه بعد

گردش بالینی فعلی
بیمار از درمانگاه خارج می شود • • • • •

برای تکمیل جدول فوق به سوالات زیر پاسخ دهید:

• برای پیگیری غربالگری های خارج از مرکز، چه سیستم نظارتی ای در محل وجود دارد؟

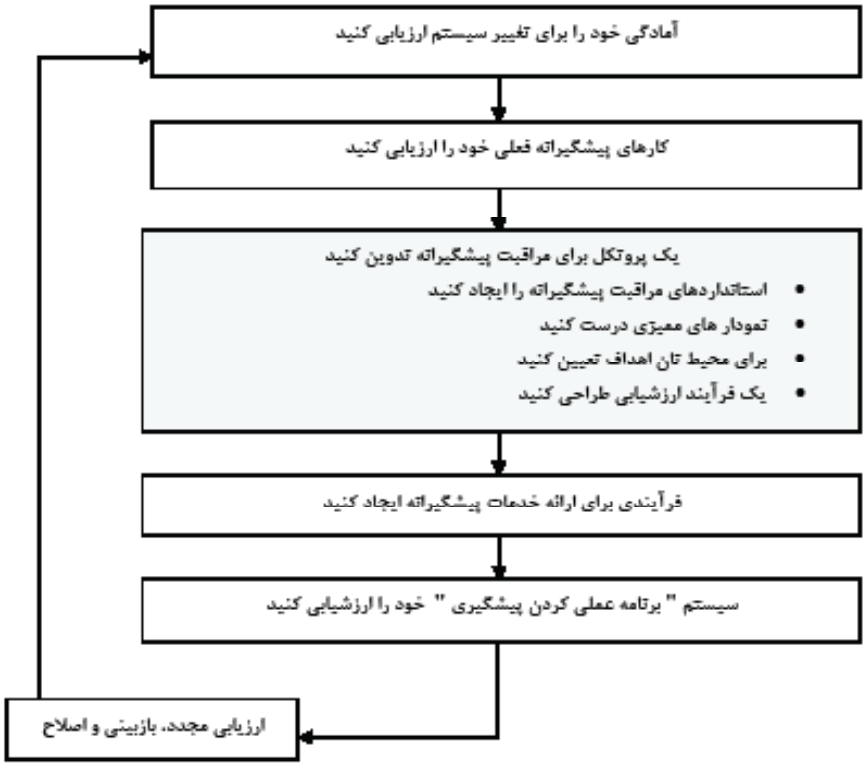
• برای پیگیری و مشاوره جهت غربالگری هایی که انجام آنها مورد نیاز است ولی در این ویزیت انجام نشده اند، چه سیستم یادآوری در محل وجود دارد ؟

فصل ۳ شرح می دهد که چگونه از اطلاعات ارزشمندی که جمع آوری نموده اید؛ برای طراحی و تکمیل سیستم توزیع خدمات پیشگیرانه ای که متناسب با نیازهای شماست، استفاده کنید.

فصل ۳.

تدوین یک پروتکل برای مراقبت پیشگیرانه

شکل ۳- اقداماتی که مرکز شما می تواند برای ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی به عمل آورد



به عنوان اولین گام در طراحی سیستمی برای ارائه مراقبت پیشگیرانه، باید یک پروتکل مراقبت پیشگیرانه - برنامه ای که تعیین می کند چه کسی بایستی چه خدمتی را دریافت کند و هر چند وقت یکبار باید خدمت به وی ارائه شود- تدوین شود.

- اولین اقدام در راه ایجاد پروتکل مراقبت پیشگیرانه ، مرور استانداردهای غربالگری سازمانهای مختلف و از جمله کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)و استفاده از آنها برای تعیین استانداردهای مراقبت پیشگیرانه مورد نیاز محیط خودتان است.

- دومین اقدام ارزیابی بر مبنای نمودار های ممیزی پایه است تا بتوانید مشخص کنید چگونه مرکز شما به استانداردهایی که برایش تعیین شده است دست می یابد.

- سومین اقدام تعیین اهداف کوتاه مدت و میان مدت است و ارزشیابی اینکه چگونه مرکز شما به آنها نائل می شود.

این اقدامات با جزئیات بیشتر در قسمت یادآوری این فصل توصیف شده اند. کاربرگهایی که در به کاربردن این نکات شما را یاری می دهد در این قسمت و پیوست ۲ آورده شده است.

با کم شروع کنید

اگر روبرویی با تمام فرآیند شما را به هراس می اندازد، می توانید با اجرای فرآیند برای زیرمجموعه ای از جمعیت خود و یا اجرای قسمتی از آن، احساس بهتری داشته باشید. در اینجا دو پیشنهاد برای شما وجود دارد:

۱) "برنامه عملی کردن پیشگیری " را برای زیر مجموعه تعریف پذیری از جمعیت تان، مانند بیماران جدید اجرا کنید ؛ یا "برنامه عملی کردن پیشگیری " را در یکی از واحد های چند واحدی درمانگاه خود شروع کنید؛ یا یک یا دو موضوع ، مانند غربالگری سرطان گردن رحم و ماموگرافی را برای اجرا انتخاب کنید. سپس هر ۳ -۱ماه ، یک یا دو موضوع را اضافه کنید تا پرسنل با فرآیند احساس راحتی داشته باشند.

۲) علایم یادآوری کننده را قبل از ویزیت بیماران بر روی نمودار بگذارید. خدمات پیشگیری ضروری را بر روی نمودار به عنوان یادآوری کننده قرار دهید که کار آسانی است. مطالعات نشان داده اند که ارائه مناسب تستهای غربالگری، مشاوره و ایمن سازی می تواند فقط با یک یادآوری به میزان زیادی بهبود یابند.

استانداردهای مراقبت پیشگیرانه را تعیین کنید

برای کمک به محیط خود در راستای تعیین استانداردهای مراقبت پیشگیرانه، استانداردها و پیشنهادات را از یک یا چندین منبع جمع آوری کنید. منابعی که در زیر فهرست شده اند، توصیه های را برای خدمات پیشگیری سلامتی ارائه می نمایند. استانداردها باید برای همه کارمندان تهیه شده و یک جدول زمانی برای بحث در مورد آنها در نظر گرفته شود.

- کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF)، به طور سیستماتیک شواهد کارآیی خدمات پیشگیری بالینی را در گستره وسیعی مرور کرده و توصیه هایی برای مراقبت پیشگیری در مراکز مراقبت های اولیه ارایه نموده است. راهنمای پیشگیری در خدمات بالینی را که به طور دوره ای به روز می شود را در وب سایت

زیر ملاحظه نمایید:

http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm

• آژانس ملی دسته بندی و تعمیم دستورالعمل ها، که توسط آژانس پژوهش و کیفیت مراقبت های سلامتی(AHRQ) حمایت می شود، در واقع یک پایگاه داده از دستورالعمل های بالینی مبتنی بر شواهد دارد.

(http://www.guideline.gov)

• کمیته ملی تضمین کیفیت از مجموعه داده ها و اطلاعات برنامه سلامت کارفرمایان(HEDIS) حمایت می کند، که مجموعه ای از اقدامات عملکردی استاندارد برای پیشگیری و درمان در مراقبت های سلامتی است.

(http://www.ncqa.org)

• دپارتمان سلامت تگزاس (TDH)، دستنامه ای در برنامه سلامت بالغین برای خدمات پیشگیرانه بالینی دارد که شامل مدلهای استانداردی برای مراقبت سلامتی پیشگیرانه در بالغین است.

• برنامه مشارکت در کیفیت سلامت ماساچوست، شورای کیفیت آتلانتا، برنامه همکاری دستورالعمل های بالینی کلرادو، بنیاد جوامع سالم، و سایر گروهها دستورالعمل ها و استانداردهای خدمات پیشگیری بالینی را ارایه داده اند.

• کارگروه خدمات پیشگیری جامعه نگر، که بوسیله مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها (CDC) هماهنگ می شود، توصیه های مبتنی بر شواهد در خدمات پیشگیری جامعه نگر را ارایه نموده است. راهنمای خدمات پیشگیری جامعه نگر را در وب سایت زیر ملاحظه فرمایید.

(http://www.thecommunityguide.org)

در جهت برآوردن اولویت ها و نیازهای محیط خود، استانداردهای مراقبت پیشگیرانه خود را با بازبینی و اصلاح استانداردهای موجود ایجاد کنید. با حداقل استانداردهای مراقبت شروع کنید: ممکن است پروتکل ابتدایی شما فقط شامل زیرمجموعه ای از آنچه که شما در نهایت می خواهید باشد. خیلی آسان است که از یک قسمت کوچک شروع کنید تا اینکه سعی کنید کار بزرگی را یک مرتبه انجام دهید. پس از تدوین یک پروتکل پایه برای محیط خود، همیشه می توانید استانداردهای بیشتری به آن بیافزایید. نمونه استانداردهای مراقبت پیشگیرانه پایه در صفحه بعد موجود می باشد.

نمونه استانداردهای مراقبت پیشگیرانه پایه

ایمن سازی

• تمام افراد بزرگسال هر ۱۰ سال یکبار واکسن دیفتری- کزار (Td) دریافت خواهند کرد.

• تمام افراد بزرگسال ۶۵ ساله و بالاتر یک بار واکسن پنوموکوک دریافت خواهند کرد.

• تمام افراد بزرگسال ۶۵ ساله و بالاتر سالانه واکسن آنفلوانزا دریافت خواهند کرد.

غربالگری ها

• درتمام مردان ۳۵ ساله و بالاتر و تمام زنان ۴۵ ساله و بالاتر ، هر ۵ سال یکبار کلسترول خون اندازه گیری خواهد شد.

• تمام افراد بزرگسال ۵۰ ساله و بالاتر، سالانه از نظر خون مخفی در مدفوع (occult blood) آزمایش خواهند شد و هر ۵ سال یکبار سیگموئیدوسکوپی خواهند شد.

• تمام زنان ۲۵ ساله و کمتر که از نظر جنسی فعال می باشند برای کلامیدیا غربالگری خواهند شد.

• برای تمام زنانی که از نظر جنسی فعال هستند هر ۳ سال یکبار تست پاپ اسمیر انجام خواهد شد.

• تمام زنان ۴۰ ساله و بالاتر هر ۱ تا ۲ سال یکبار ماموگرافی خواهند شد.

ارزیابی و مشاوره

• تمامی بیماران در اولین سالی که وارد این برنامه می شوند تحت معاینه فیزیکی اولیه قرار می گیرند.

• سالانه، تمامی افراد بزرگسال از بابت عوامل خطری که مربوط به سیگار، فعالیت بدنی، تغذیه، الکل، و آسپرین و بیماری قلبی عروقی می باشد، ارزیابی می شوند. با این افراد در مورد خطرات مربوطه مشاوره می شود و ایشان ارجاع، غربالگری یا درمان خواهند شد یا مشاوره دریافت خواهند کرد.

اقدامات لازم برای هر استانداردی را مشخص کنید

با توجه به چارچوب (۲۰۰۰)، پروتکل ها باید درباره چگونگی ارائه خدمت پیشگیرانه توصیه شده، به‌خصوص مشاوره، خیلی دقیق و ویژه باشند. به عنوان مثال، اگر یک پروتکل بیان می کند که ارائه دهندگان خدمت بایستی برای پیشگیری از آسیب‌ها مشاوره کنند، انتظار می‌رود که ایشان چه کاری در این راستا انجام دهند؟ آیا آن‌ها باید برای صحبت با بیمارانشان ۱۰ دقیقه وقت صرف کنند؟ آیا آن‌ها باید اطلاعات را به صورت پرینت شده در اختیار بیماران خود قرار دهند؟ آیا بایستی از بیماران خود بخواهند که فیلم ویدئویی مربوطه تماشا کنند؟ هر کدام از موارد ذکرشده قابل قبول است، اما پروتکل تدوین شده باید اقدامات مورد نیاز برای برآوردن توصیه‌ها را مشخص کند.

دستورات سرپایی[1] عبارتند از، مداخلاتی که پرسنل غیرپزشک تجویز می کنند یا خدمات پیشگیرانه بالینی که در زمان ویزیت بدون دخالت مستقیم پزشک به بیماران ارائه می شود. این موارد نیز می توانند در پروتکل گنجانده شوند. در تعدادی از مراکز، دستورات سرپایی چه به صورت تنها و چه به صورت بخشی از مداخله چند جزئی، در بهبود پوشش واکسیناسیون بزرگسالان بسیار مفید بوده است.

برمبنای نمودار ممیزی، ممیزی انجام دهید

پس از اینکه استانداردهای مراقبت پیشگیرانه خود را تعیین کردید، اقدام بعدی تعیین این است که مرکز شما چه قدر خوب به آن‌ها می‌پردازد. برای دستیابی به این اطلاعات، پرونده های بالینی را از طریق نمودار ممیزی بررسی کنید. از روی این ممیزی ها شما نه تنها می توانید تعیین کنید چه عوامل خطری در مرکز شما ارزیابی و به آنها پرداخته می شود، بلکه می توانید درصد بیمارانی که غربالگری، مشاوره، ایمن سازی و پیشگیری شیمیایی[2] مناسبی دریافت داشته اند را نیز تعیین کنید. به مثال ها و دستورات مربوط به تنظیم نمودار ممیزی در صفحه ۶۳ نگاه کنید.

برای مرکز خود اهداف تعیین کنید

پس از ایجاد استانداردهای مراقبت پیشگیرانه و تنظیم نمودار ممیزی، گام بعدی مرور نتایج ارزیابی شماست. پس از این شما آماده خواهید بود تا اهدافی برای دستیابی به استانداردهایتان تعیین کنید. ممکن است شما تصمیم داشته باشید که با اهداف کوتاه مدت و یا میان مدت شروع کنید. ممکن است هدف کوتاه مدت یا میان مدت شما افزایش ارائه یک خدمت پیشگیرانه طی ۶ ماه آینده باشد. برای مثال، ممکن است شما تصمیم داشته باشید که طی یکسال آینده ۹۰ درصد از بیماران ۶۵ ساله و بالاتر را در برابر بیماری پنوموکوکی ایمن کنید؛ یا ممکن است شما تصمیم داشته باشید با

1- Standing orders
2- chemoprevention

تمام افراد سیگاری که در ۶ ماه آینده به مرکز شما مراجعه می کنند مشاوره کنید.
برای تغییر سیستم ها در جهت افزایش ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی در محیط خود، شما نیازمند تنظیم اهدافی خواهید بود. به عنوان مثال، ممکن است تصمیم داشته باشید یک نمودار وضعیت خطر و برگه گردش مراقبت پیشگیرانه را در هر نمودار وارد کنید(برای نمونه، فصل ۶ و پیوست ۲ را نگاه کنید). وقتی که شما به کارگیری سیستم را شروع کردید، ممکن است بخواهید خدمات پیشگیرانه جدیدی بدان اضافه کنید، جمعیت تحت پوشش را گسترش دهید، یا تغییرات دیگری در سیستم خود ایجاد کنید.
کاربرگ صفحه بعد به شما کمک می کند که تصمیم بگیرید ارائه خدمات پیشگیرانه را چگونه شروع کنید. اقدامات بعدی برای ایجاد برنامه ای در راستای سنجش ارائه خدمات پیشگیرانه و سپس ایجاد فرآیندی برای اجرای برنامه‌تان خواهد بود که در فصل ۴ توضیح داده خواهد شد.

تعیین و سنجش اهداف کوتاه مدت و میان مدت

تمرین X ازاستاندارد زیراقتباس شده است: در تمامی ویزیت ها ، ازتمامی بیماران درباره مصرف تنباکو پرسش می شود، و به تمام کسانی که تنباکو مصرف می کنند توصیه می شود که آن را ترک کنند. در هر حال، هنگامی که تمرین X وارد نمودار ممیزی پایه شد، پرسنل دریافتند که طی یکسال گذشته فقط از ۶۰ درصد بیمارانشان در مورد مصرف تنباکو سوال شده است و فقط به ۳۰ درصد این افراد توصیه و تاکید به ترک آن شده است. سپس برای تمرین X هدف کوتاه مدت تعیین شد: طی ۶ ماه آینده ، حداقل از ۸۵ درصد تمامی بیماران در مورد مصرف تنباکو سوال خواهد شد و به تمامی کسانی که مصرف کننده هستند در مورد ترک آن مشاوره داده خواهد شد.

نمودارهای ممیزی برای کمک به تعیین اینکه مجموعه شما چگونه به اهدافش می پردازد ، بایستی به صورت دوره ای تکرار شوند. قبل از اجرای " برنامه عملی کردن پیشگیری " باید برای این بررسی و ممیزی طرح ریزی شود.

کاربرگ برای برنامه ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی
چه زمانی باید شروع به اجرا کنیم؟
چگونه باید شروع به اجرا کنیم؟
جمعیت هدف اولیه ما چه کسانی خواهند بود؟ (به یاد داشته باشید که با جمعیت کم شروع کنید)
با چه خدمات و یا موادی باید شروع کنیم؟ چه چیزی را بعدا خواهیم افزود؟
چگونه در می یابیم که چه هنگام برای گسترش خدماتمان آماده هستیم؟

فرایند ارزشیابی را طراحی کنید

هنگامی که در حال طراحی نحوه اجرای برنامه هستید، برای ارزشیابی ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی خود برنامه‌ریزی کنید. ارزشیابی نه تنها بایستی باید بر اساس اهداف برنامه شما باشد بلکه باید بر اساس پیشرفت در مسیر دستیابی به آن‌ها نیز باشد. در ردیابی ارائه خدمات پیشگیرانه‌تان، ممکن است دریابید که فرآیند معینی (مانند گردش بیمار در تمام محیط یا سیستم یادآور پزشک) به خوبی کار نمی‌کند و نیاز به اصلاح دارد.

هنگامی که شما فرآیند ارزشیابی را طراحی می کنید، توجه داشته باشید که شما چگونه می‌خواهید ارائه یک یا چند خدمت پیشگیرانه بالینی خدمت دهندگان را ارزشیابی کنید، و شما چگونه می خواهید نتیجه ارزشیابی خود را به ایشان منتقل کنید. فایده این مداخله در بهبود پوشش واکسن در میان بزرگسالان به اثبات رسیده است.

تصمیم بگیرید که چه زمانی و چگونه می خواهید روند کارتان را مرور کنید. برای پیگیری روند کارتان، فرصت های منظم و مکرری برای ارزشیابی وضعیت سیستم ارائه خدمات پیشگیرانه خود، تعیین کنید. جلسات برنامه‌ریزی شده منظم به پرسنل فرصت می‌دهد تا آن‌چه را که به کار می‌آید و آن‌چه را که مشکل دارد را در میان بگذارند. پرسنل را تشویق می‌کند تا تمام احتمالات را برای تغییر امور روزمره جستجو و کشف کنند و به واسطه شنیدن تمام نظرات جمع و پاسخ به آن ها سعی کنند که راه حل‌های جدید بیابند. از آنجا که که فرآیند اجرا هر چند وقت یک‌بار مرور و بازبینی می شود، برای راه حل‌های خلاقانه فرصت‌های بسیاری وجود خواهد داشت.

تکمیل کاربرگ زیر، به شما کمک خواهد کرد تا برای محیط خود یک فرآیند ارزشیابی طراحی کنید. فصل ۵ اطلاعات ویژه‌ای جهت کمک به ارزشیابی سیستم توزیع خدمات پیشگیرانه بالینی شما، ارائه می دهد.

کاربرگ برای طراحی فرآیند ارزشیابی
چگونه خواهیم توانست پیشرفت خود را بررسی کنیم؟
چند وقت یک‌بار برای فکر کردن در مورد مسیرمان باید با یکدیگر ملاقات کنیم؟
چگونه خواهیم دانست که موفق بوده‌ایم؟

چگونه نمودار ممیزی تدوین کنیم

اقدامات ابتدایی که بایستی برای تدوین چنین نموداری به عمل آیند در ذیل آمده است:

۱. تعیین کنید که چه تعداد نمودار لازم است که از نحوه ارائه خدمات پیشگیرانه در محیط تان یک دید کلی خوب به شما بدهد (مثلا، حد اقل ۱۰ تا ۱۵ درصد نمودارهای فعال) .

۲. یک دوره زمانی را به عنوان سقف تعیین کنید؛ معمولا از ۶ ماه استفاده می شود. در جمعیت بیمارانی که به خوبی تعریف نشده اند، بخصوص در سیستم های پرداختی که به ازای هر بیمار به پزشک حق الزحمه می دهد یا طیف مختلفی از بیماران مراجعه می کنند؛ بهترین کار این است که قوانین خدمات پیشگیرانه را در بین بیمارانی که طی یک دوره زمانی معین (معمولا ۲ سال) به مرکز شما مراجعه داشته اند را اندازه گیری نمایید.

۳. از برنامه وقت ملاقات هایی که در دوره زمانی تعیین شده ثبت شده است استفاده کنید. روزانه ۲ وقت ملاقات صبح و ۲ وقت ملاقات عصر انتخاب کنید تا به تعداد مطلوبی از نمودارهایی که باید در آن دوره زمانی ممیزی شوند دست یابید. اطمینان حاصل کنید که تمام روزهای هفته (اگر امکان پذیر است آخر هفته ها و شب ها نیز منظور شود) و تمام پزشکان را پوشش می دهید.

۴. تصمیم بگیرید که کدام یک از خدمات پیشگیرانه را می خواهید ممیزی کنید. لازم است، استانداردهای مراقبت پیشگیرانه ای که برای محیط خود تدوین کرده اید را مرور کنید. می توانید برای شروع ممیزی از یک خدمت، مانند تست پاپ اسمیر، شروع کنید. در این راه، می توانید نمودار مربوط به هر بیمار را بررسی کنید و دریابید که آیا برای آن خدمت خاص این نمودار به روز شده است یا نه [به عبارت دیگر بیمار آن خدمت را به موقع دریافت کرده یا خیر. م] (نمودار ساده ممیزی را نگاه کنید).

شما اکنون آماده هستید که یک ممیزی را اجرا کنید. سه نمونه ممیزی در ذیل آمده است که شامل فرم ساده، پیچیده و خیلی پیچیده می باشد (مثال های ۱،۲و ۳). البته، شما می توانید برای برآوردن نیازهای خود این فرمها را تغییر بدهید و یا فرمهای دیگری را انتخاب کنید.

نمودار ممیزی ساده

یک نمودار ممیزی ساده (مثال ۱) در زیر آمده است.

مثال ۱. نمودار ممیزی ساده

نمودار #	جنس	ارزیابی سیستماتیک عوامل خطر؟	معاینه فیزیکی اولیه؟	تاریخچه سلامتی؟	آیا تست پاپ اسمیر به طور کامل انجام شده؟	آموزش بهداشت ثبت شده؟	تاریخی که مراجعه‌کننده ویزیت شده است	سن
۱۰۰۲ ۲۳۲۳ مجموع	مرد زن	خیر بله	بله بله	خیر خیر	خیر خیر	بله بله	۱۳۸۵/۲/۲۴ ۱۳۸۷/۶/۰۷	۵۵ ۳۲
		۱ بله/۲*	۲ بله /۲	۰ بله/۲	۰ بله /۲	۲ بله /۲		

[* منظور این است که از دو مورد بررسی شده، یک مورد جواب «بله» بوده است. م]

نمودار ممیزی پیچیده

دستور العمل ها و نمونه نمودار ذیل (مثال ۲) در تدوین نمودار ممیزی پیچیده به شما کمک خواهد کرد.

۱. برای تکمیل این فرم، از اطلاعات ثبت شده دربرگه گردش بیمار ، فرم شرح حال سلامت، یا جدید ترین گزارش سیر وضعیت بیمار استفاده کنید.

۲. یک خط را برای هر بیمار اختصاص دهید.

۳. اطلاعات دموگرافیک لازم را در ۳ ستون اول ثبت کنید.

۴. ستون ها را به ترتیب زیر تکمیل کنید: " Y " نشان دهنده بله، " NA " نشان دهنده غیرمرتبط، " N " نشان دهنده خیر و " NI " نشان دهنده عدم یافتن اطلاعات می باشند. نکات اضافی را در صورت لزوم در ستون آخر ثبت کنید.

شما می توانید از فضاهای غربالگری که در نمودار آمده است شروع کنید. شما باید در گروه تصمیم بگیرید که تمایل دارید کدام خدمات پیشگیرانه را ارزشیابی کنید. برای هر بیمار، بدون توجه به اینکه اقدامات کجا انجام گرفته است، آخرین تاریخی را که برای بیمار کاری انجام شده یا توصیه ای به وی شده یا برنامه ریزی برای وی انجام شده است را ثبت کنید.

مثال ۲. نمودار ممیزی پیچیده

فضای غربالگری سلامت

تاریخ آخرین ویزیت	سن	جنس	کاربرگ مربوطه در نمودار موجود است؟	آیا طی ۱۲ ماه گذشته به روز شده است؟	سیگار	مشاوره در مورد سیگار؟	تست گایاک (تاریخ) [خون مخفی در مدفوع]	معاینه پستان (تاریخ)	ماموگرافی	پاپ‌اسمیر / معاینه لگن	نکات
۸۰/۵/۵	۳۲	زن	بله	خیر	خیر	خیر	N/A	۸۰/۴	NA	۸۰/۴	برگه سیر / تست های آزمایشگاهی
۸۱/۵/۵	۵۹	مرد	بله	بله	بله	خیر	۸۱/۹	NA	NA	NA	برگه سیر
۸۱/۵/۵	۴۲	زن	خیر	خیر	خیر	بله	N/A	NI	۸۱/۱	NI	اختلالات ذهنی، توجه کم به پیشگیری

نمودارهای ممیزی پیچیده تر

آموزش ها و مثال های ۳A – ۳D در تدوین نمودار ممیزی پیچیده تر به شما کمک خواهد کرد. این آموزشها و مثالها از ابزاری که توسط اسمیت (۱۹۹۹) تهیه شده، اقتباس شده است.

۱. برای نمودار ممیزی پیچیده تر پروتکل ایجاد کنید.

الف. حداقل استانداردهای مراقبت پیشگیرانه را ایجاد کنید.

ب. بیماران را بر اساس گروه سنی و جنس دسته بندی کنید. برای این گروهها حداقل ملزومات مراقبت پیشگیرانه را لیست کنید.

۲. برای انجام ممیزی از ابزار استفاده کنید.

الف. ابزار کامل ۱: ارزیابی و مشاوره عوامل خطر بالینی و رفتاری را مستند کنید (مثال ۳C)

ب. ابزار کامل ۲: به ارائه تستهای غربالگری، ایمن سازی، و مشاوره امتیاز بدهید (مثال ۳D)

مثال ۳A . پروتکل برای نمودار ممیزی پیچیده تر:
حداقل استانداردهای مراقبت پیشگیرانه را ایجاد کنید

حداقل استانداردهای مراقبت پیشگیرانه برای بیماران

ایمن سازی

- **تمام افراد بزرگسال هر ۱۰ سال یکبار واکسن دیفتری – کزار (Td) دریافت خواهند کرد.**
- **تمام افراد بزرگسال ۶۵ ساله و بالاتر واکسن پنوموکوک دریافت خواهند کرد.**
- **تمام افراد بزرگسال ۶۵ ساله و بالاتر سالانه واکسن آنفلوانزا دریافت خواهند کرد.**

غربالگری ها

- **در تمام مردان ۳۵ ساله و بالاتر و تمام زنان ۴۵ ساله و بالاتر ، هر ۵ سال یکبار کلسترول خون اندازه گیری خواهد شد.**
- **تمام بزرگسالان ۵۰ ساله و بالاتر، سالانه از نظر خون مخفی در مدفوع (occult blood) آزمایش خواهند شد و هر ۵ سال یکبار سیگموئیدوسکوپی خواهند شد.**
- **تمام زنان ۲۵ ساله و کمتر که از نظر جنسی فعال می باشند برای کلامیدیا غربالگری خواهند شد.**
- **برای تمام زنانی که از نظر جنسی فعال هستند هر ۳ سال یکبار تست پاپ اسمیر انجام خواهد شد.**
- **تمام زنان ۴۰ ساله و بالاتر هر ۱ تا ۲ سال یکبار ماموگرافی خواهند شد.**

ارزیابی و مشاوره

- **تمامی بیماران در اولین سالی که وارد این برنامه می شوند تحت معاینه فیزیکی اولیه قرار می گیرند.**
- **سالانه، تمامی افراد بزرگسال از بابت عوامل خطری که مربوط به سیگار، فعالیت بدنی، تغذیه، الکل، ارزیابی می شوند و در مورد دریافت آسپرین برای پیشگیری از بیماری های قلبی- عروقی مشاوره دریافت می کنند. آنها همچنین در مورد تمامی خطرات مشخص شده [که طی غربالگری پیدا شده] مشاوره، ارجاع، غربال، یا درمان خواهند شد.**

مثال 3B . پروتکل برای نمودار ممیزی پیچیده تر: گروه های بیمار و حداقل ملزومات

گروه بیمار	جنس/سن	حداقل ملزومات
۱	زن/ ≤۲۵	دیفتری کزاز + کلامیدیا + پاپ
۲	زن/۳۹-۲۶	دیفتری کزاز + پاپ
۳	زن/۴۴-۴۰	دیفتری کزاز + پاپ + مامو
۴	زن/۴۹-۴۵	دیفتری کزاز + پاپ + مامو + کلسترول
۵	زن/۶۴-۵۰	دیفتری کزاز + پاپ + مامو + کلسترول + خون مخفی مدفوع / سیگمو
۶	زن/ ≥۶۵	دیفتری کزاز + پاپ + مامو + کلسترول+ خون مخفی مدفوع / سیگمو + واکسن پنوموکوک + انفلوانزا
۷	مرد/۳۵>	دیفتری کزاز
۸	مرد/۴۹-۳۵	دیفتری کزاز+ کلسترول
۹	مرد/۶۴-۵۰	دیفتری کزاز+ کلسترول+ خون مخفی مدفوع /سیگمو
۱۰	مرد/ ≥۶۵	دیفتری کزاز+ کلسترول+ خون مخفی مدفوع /سیگمو + واکسن پنوموکوک +انفلوانزا

پاپ= پاپ اسمیر
مامو=ماموگرافی
سیگمو=سیگموئیدوسکوپی

مثال ۳C. نمودار ممیزی پیچیده تر، ابزار ۱: سند ممیزی و مشاوره برای عوامل خطر رفتاری و بالینی

جنس	سن	تاریخ نمونه	تعداد ویزیت‌ها در ۱۲ ماه گذشته	شرح حال سلامت	سیگار		فعالیت بدنی		تغذیه		الکل		آسپرین/ بیماری قلبی عروقی	
زن	۲۴	۸۱/۵/۵	۱	بله	Ⓐ	C	A	C	A	C	A	C	A	C
زن	۴۷	۸۳/۷/۶	۳	بله	A	C	A	C	Ⓐ	Ⓒ	Ⓐ	C	Ⓐ	Ⓒ
مرد	۳۹	۸۴/۵/۲	۲	خیر	Ⓐ	Ⓒ	A	C	A	C	A	C	Ⓐ	C
مرد	۷۰	۸۴/۱۰/۲	۵	بله	Ⓐ	C	A	C	A	C	Ⓐ	Ⓒ	Ⓐ	C

A: ارزیابی برای خطر
C: مشاوره/ارجاع/غربالگری/درمان
(نکته: اگر طی ۱۲ ماه گذشته ثبت شده باشند دورشان خط بکشید.)

اگر شما این فصل را مرحله به مرحله پشت سر گذاشته باشید، قادر خواهید بود استانداردهای ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی را ایجاد کنید؛ برای دستیابی به این استانداردها اهدافی تعیین کنید؛ و پیشرفت مجموعه‌تان را ارزشیابی کنید. استانداردهای ارائه خدمات پیشگیرانه شما با گذشت زمان

مثال ۳D. نمودار ممیزی پیچیده تر، ابزار ۲: تعیین امتیازهای ارائه تستهای غربالگری، ایمن سازی، و مشاوره

	تاریخ آخرین بار انجام تست:								امتیازات		
بیمار/جنس/سن	کلامیدیا	پاپ اسمیر	ماموگرافی	کلسترول	خون مخفی مدفوع/مؤئیدوسکوپی	دیفتری کزاز	پنوموواکس	واکسن انفلوانزا	A و C به هم پیوسته	نسبت غربال به موقع/گروه بیمار	غربال گری های مورد نیاز
۱/زن/۲۴	۸۰/۳	۸۰/۳	N/A	N/A	N/A	۷۸/۵	N/A	N/A	۰	۱	۱=$\frac{۳}{۳}$
۲/زن/۴۷	N/A	۷۸/۸	۸۰/۱۰ به روز نیست	*	N/A	۷۹/۲	N/A	N/A	۲	۴	۰/۵=$\frac{۲}{۴}$
۳/مرد/۳۹	N/A	N/A	N/A	۸۳/۱	N/A	۸۳/۱	N/A	N/A	۱	۸	۱=$\frac{۲}{۲}$
۴/مرد/۷۰	N/A	N/A	N/A	۸۱/۷	۸۱/۷	*	*	۸۲/۱۱	۱	۱۰	۰/۶=$\frac{۳}{۵}$
مجموع برای بیماران ۱ تا ۴									۴	–	۳/۱
میانگین امتیاز						۱			–	۰/۷۷	

*= تست / ایمن سازی کامل نشده است

N/A= غیر مرتبط

A: ارزیابی برای خطر

C: مشاوره/ارجاع/غربالگری/درمان

تغییر خواهند کرد، بنابراین شما نیاز خواهید داشت که با استفاده از نمودارهای ممیزی که در این فصل بیان شد، اهداف جدید تعیین کرده، ارزشیابی های تازه‌ای به عمل آورید.
فصل بعدی توضیح می دهد که فرآیند شما چگونه باشد تا بتوانید خدمات پیشگیرانه بالینی مناسبی را به بیمارانتان ارائه دهید. عوامل کلیدی این فرآیند درگیر کردن پرسنل، تعیین افراد مسئول برای کارهای خاص، و تعیین روند گردش اطلاعات و مواد می‌باشند.

References

Carney PA, Dietrich AJ, Keller A, et al. Tools, teamwork, and tenacity: An office system for cancer prevention. J Fam Pract 35(4):388-394, 1992.

Chang HC, Zimmerman LH, Beck JM. Impact of chart reminders on smoking cessation practices of pulmonary physicians. Am J RespirCrit Care Med 152:984–987, 1995.

Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, et al. Encouraging primary care physicians to help smokers quit. Ann Intern Med 110:648-652, 1989.

Dietrich AJ, Woodruff CB, Carney PA. Changing office routines to enhance preventive care: The preventive GAPS approach. Arch Fam Med 3(2):176-183, 1994.

Frame PS. Developing office systems for preventive care. Preventive Medicine in Managed Care 1:45-50, 2000.

Smith MM. A patient education site score using needs assessment linked to counseling; evidence from the Texas Put Prevention Into Practice demonstration project. (Doctoral Dissertation, University of Texas at Austin, 1999.) Dissertation Abstracts International 60/09A, 1999.

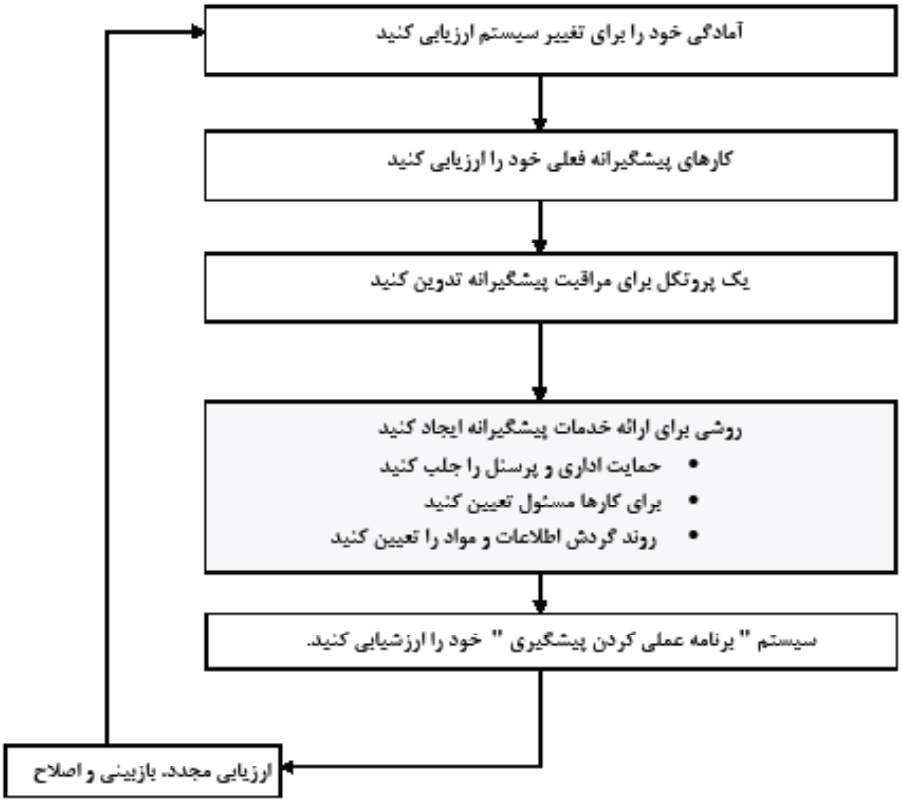
Smith MM, Meyer B, Goodson P, et al. Chart documentation of clinical preventive services in 9 Texas clinics. Tex Med 95(8):56-62, 1999.

U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed.Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996

فصل ٤.

ایجاد یک فرآیند برای ارائه خدمات پیشگیرانه

شکل ۴. اقداماتی که مرکز شما می‌تواند برای ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی به عمل آورد



حالا که شما پروتکلی برای ارائه مراقبت پیشگیرانه تدوین کرده اید، نیاز به فرآیندی دارید که به شما کمک کندپروتکل را اجرا کنید. اگر چه هر محیطی نیازهای منحصر به فردی دارد و ممکن است فرآیند مورد نظر از یک محیط با محیط دیگر متفاوت باشد، فرآیند شما بایستی شامل مراحل ذیل باشد:

- حمایت اداری و پرسنل را جلب کنید.
- نقش های پرسنل را تعریف کنید.
- روند گردش اطلاعات و مواد را تعیین کنید.

حمایت اداری و پرسنل را جلب کنید

برای اجرای موفق یک فرآیند به منظور ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی، حمایت پرسنل و سیستم اداری الزامی است. حمایت تنها شامل تشویق نمی شود بلکه به پرسنل اختیار می دهد تا زمان و منابع را صرف این کار کنند. اگر چه پرسنل کلیدی که، نمایندگان بخش های مختلف محیط شما هستند، باید در ایجاد و ارزشیابی دائمی سیستم ارائه خدمات پیشگیرانه شما درگیرباشند، یک نماینده تغییر داخلی یا پشتیبان برنامه بایستی مسئولیت اولیه برنامه را بر عهده داشته باشد. یک پشتیبان برنامه مطلوب به خوبی در مورد سابقه سازمان، شخصیت ها، توانایی ها، نقش منابع و فرآیند تصمیم گیری، اطلاعات خواهد داشت. همچنین این شخص یک شبکه اجتماعی وسیع را در سازمان خواهد داشت و هم از جانب همکاران و هم از جانب مسؤلین قابل اعتماد و مورد احترام خواهد بود. این مسوولیت ایجاب می کند که پشتیبان برنامه مهارت های ارتباطی، به خصوص مهارت های شنیداری خوبی داشته باشد.

از کمک فنی مشاوران استفاده کنید

مشاورین با فراز و نشیب های به کارگیری برنامه ها آشنایی دارند، چشم انداز ایجاد می‌کنند، به پرسنل می آموزند که چگونه اطلاعات را جمع آوری کنند و چگونه سازمان را ارزیابی کنند، به پرسنل کمک می‌کنند که بر مشکلات سازمانی فائق آیند، و اقدامات مورد نیاز در راه برنامه‌ریزی و اجرای هرکاری را تسهیل می‌کنند. برای سهولت کار، معمولا مشاوران با فردی از داخل سازمان، مانند پشتیبان برنامه کار می‌کنند.

نقش پرسنل را تعریف کنید

هنگامی که شما سیستمی برای ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی در محیط خود ایجاد می کنید، آماده می شوید که مسوولیت های مربوط به ارائه این خدمات را بین پرسنل تقسیم کنید. کارهای لازم برای اجرای "برنامه عملی کردن پیشگیری" می تواند به راههای مختلفی بین افراد تقسیم بشود. هیچ "راه واحدی" در اجرای "برنامه عملی کردن پیشگیری" وجود ندارد.

کاربرگ زیر چندین اقدام مورد نیاز در اجرای "برنامه عملی کردن پیشگیری" را لیست می کند. هر یک از پرسنل باید این کاربرگ را کامل کنند و با خود به جلسه بیاورند تا در مورد آن بحث و در نهایت تصمیم گیری نمایند.

کاربرگ برای تقسیم کارهای "برنامه عملی کردن پیشگیری " بین پرسنل

برای هر سوال، به نکات زیر توجه کنید:

- در محیط بالینی شما، چه کسی بهترین فرد برای پذیرفتن این نقش می‌باشد؟ چرا؟
- چه کسی بهترین فرد برای نظارت و پیگیری می‌باشد؟

■ گردش بالینی

روز قبل از ویزیت چه کسی ابزارهای مربوط به «برنامه عملی کردن پیشگیری» را در نمودار مراجعه کنندگان قرار خواهد داد؟ (فصل ۶ که در مورد مواد مربوط به «برنامه عملی کردن پیشگیری» است را نگاه کنید).

چه کسی نمودار بیماران را روز قبل از ویزیت ، پیش غربال خواهد کرد؟

چه کسی پروفایل عوامل خطر سلامت را اجرا و بررسی خواهد کرد و چه کسی تکمیل برگه گردش مراقبت پیشگیرانه را برای هر بیمار شروع خواهد کرد؟ (فصل ۶ را نگاه کنید)

چه کسی مسوول درخواست تستهای غربالگری خواهد شد ؟

ادامه در صفحه بعد

کاربرگ برای تقسیم کارهای "برنامه عملی کردن پیشگیری" بین پرسنل

چه کسی مسوول خواهد شد تا راهنمای سلامت مناسب را به همراه بیمار مرور کند و عوامل خطر را با بیمار مشاوره کند؟ (فصل ۶ را نگاه کنید)

■ **نمودار ممیزی**

چه کسی برای ارزیابی کیفیت خدمات پیشگیرانه، کارهای نمودارهای ممیزی را انجام خواهد داد؟

چه کسی نتایج نمودارهای ممیزی را تحلیل خواهد کرد و آنها را برای پرسنل تشریح خواهد کرد؟

■ **آموزش پرسنل**

چه کسی آموزش پرسنل را سازماندهی خواهد کرد؟

چه کسی به پرسنل آموزش خواهد داد؟

ادامه در صفحه بعد

کاربرگ برای تقسیم کارهای "برنامه عملی کردن پیشگیری " بین پرسنل

اگر نیاز به پشتیبانی فنی داشته باشیم، چه کار خواهیم کرد؟

■ **اقدامات اضافی**

چه کسی مسوول طراحی و سفارش مواد مورد نیاز خواهد بود؟

اقدامات اضافی چه چیزهایی می‌باشند و چه کسی مسوولیت انجام آن‌ها را بر عهده خواهد گرفت؟

روند گردش اطلاعات و مواد را تعیین کنید

بر اساس تمرین ها ی ممیزی و مرور کاربرگ های مربوط به تقسیم کارهای "برنامه عملی کردن پیشگیری" بین پرسنل، گردش بالینی بازنگری شده برای "برنامه عملی کردن پیشگیری" را کامل کنید (صفحات ۸۱-۸۰) تا شما را در اجرای "برنامه عملی کردن پیشگیری" راهنمایی کند. تکمیل این برگه های گردش شما را قادر خواهد ساخت تا:

- نشان دهید که بیمار چگونه در سیستم "برنامه عملی کردن پیشگیری" حرکت خواهد کرد.
- به فرصت‌هایی که برای تعامل با بیمار وجود دارد، توجه کنید.
- توجه کنید که خدمات چه هنگامی ارائه و ثبت خواهند شد.
- تغییرات مورد نیاز در برنامه ملاقات را به عنوان نتیجه سیستم گردش کار جدید تعیین کنید.
- در سیستم "برنامه عملی کردن پیشگیری" جدید، روند گردش نمودار را دنبال کنید.

از آنجایی که شما در حال تکمیل گردش بالینی بازنگری شده هستید، توجه داشته باشید که وقتی یک دستورالعمل یا پروتکل در یک بخش یا " گروه کاری " تغییر می کند، بایستی به اثرات آن در بخش ها و گروه های کاری دیگر توجه کرد. به عنوان مثال، در یک محل، اگردرخواست های غربالگری زیادی به خارج از مرکز فرستاده شود، چندین کار اضافی برای پرسنل ایجاد خواهد شد، مانند اینکه ایشان باید پیگیری کنند که آیا بیماران حتما برای انجام تست اقدام کرده اند، برای دیدن نتیجه تستها باید وقت ملاقات برای ایشان تعیین کنند، و تاکید کنند که قبل از فرا رسیدن زمان ملاقات داده شده به بیمار نتایج تستها آماده شده و به مرکز رسیده باشد.

قبل از تکمیل گردش بالینی بازنگری شده "برنامه عملی کردن پیشگیری" به نمونه گردش بالینی "برنامه عملی کردن پیشگیری "زیر نگاه کنید.

نمونه گردش بالینی فعلی

بیمار با تعیین وقت قبلی وارد درمانگاه می شود

- **مسوول پذیرش با بیمار سلام و احوال‌پرسی می‌کند، فرم‌های مربوط به اطلاعات فردی/ سابقه بیماری/ بیمه را در اختیار فرد قرار می‌دهد، به بیماران جدید الورود به «برنامه عملی کردن پیشگیری» راهنمای سلامت مناسب و مواد آموزش سلامت را معرفی می‌کند تا بیمار در اتاق انتظار، قبل از رسیدن نوبت ویزیت از آن‌ها استفاده کند. از بیمارانی که جدید نیستند پرسش می‌شود که آیا برگه‌های راهنمای سلامت را آورده و آیا از آن‌ها استفاده کرده است. (برای اطلاعات بیشتر در این زمینه فصل ۶ را ملاحظه کنید).**
- **پرستار/ مربی سلامت/ دستیار پزشک بیمار را به یک محل خصوصی می‌برند (مثلا مطب یا اتاق معاینه) تا اطلاعات مربوط به عوامل خطر سلامت ایشان را تکمیل یا مرور کنند و شروع به تکمیل برگه گردش مراقبت پیشگیرانه کرده و متناسب با خطرات خاص این بیمار، به ایشان آموزش و مشاوره می‌دهند. خطرات و مشاوره‌ها در برگه گردش ثبت می‌شوند. (فصل ۶ و پیوست ۳ را ببینید)**
- **پرستار/ دستیار پزشک بیمار را به اتاق درمان می برد و قد و وزن و علایم حیاتی وی را اندازه گیری می‌کند. بیمار و پرسنل مربوطه درمورد نتایج ارزیابی خطر سلامت گفتگو می کنند و عوامل خطر سلامت وی را مشخص می‌نمایند.**
- **یک برگه یادآور تکمیل می شود تا به درمان‌گر در مورد هر اقدامی که انجام آن برای بیمار الزامی است یادآوری کند.**

ادامه در صفحه بعد

نمونه گردش بالینی فعلی

بیمار پزشک را ملاقات می کند

- پزشک/ پرستار/ دستیار پزشک/ مربی سلامت، راهنمای سلامت را به همراه بیمار مرور می کند.
- پزشک بیمار را می بیند و تمام اقداماتی که در برگه یادآور وجود دارد را به جا می آورد. تمام توصیه ها و اقدامات انجام شده در برگه سیر بیمار یا برگه گردش ثبت شده اند.
- در صورت نیاز پزشک دستور ارجاع برای خدمات پیشگیرانه خارج از مرکز را می نویسد.
- پزشک/پرستار/مربی سلامت درمورد یک یا چند موضوع سلامت / و رفتار بحث می کنند و خدمات ارائه شده را در برگه گردش ثبت می کنند.

بیمار از درمانگاه خارج می شود

- هنگامی که بیمار می خواهد از درمانگاه خارج شود، پوسترهای آموزشی و منابع در دسترس را می‌بیند.
- مسوول پذیرش اطلاعات مربوط به پیگیری حاصل از ویزیت را دریافت می کند و وسائل آموزشی را در اختیار بیمار قرار می دهد، و به بیمار یادآوری می کند که از راهنمای سلامت استفاده کند.
- اگر برای بیمار تست یا معاینه ای در خارج از مر کز تعیین شده باشد، مسوول پذیرش نوبت ملاقاتی برای پیگیری تعیین می کند.

فعالیت های در دست اقدام در درمانگاه

- پرسنل درمانگاه برای ممیزی نحوه ارائه خدمات پیشگیرانه و ثبت، نمودارهای ممیزی دوره‌ای تدوین می‌کنند. نتایج با پرسنل درمیان گذاشته می‌شود و در ممیزی عملکرد مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- جلسات منظمی برای پرسنل تنظیم می شود تا در مورد نحوه اجرای خدمات پیشگیرانه تفکر و بحث کنند.
- تاثیرعملکرد پرسنل ممیزی می شود، شرح وظایف مرور می شود تا فعالیت های مراقبت پیشگیرانه در آن گنجانده شود.
- پس خوراندی که توسط پرسنل و بیماران ارائه شده، خوانده و مرور می شود.
- از موفقیت ها تقدیر می گردد و برای آن مراسم قدردانی برگزار می شود.

برای طراحی روند گردش بالینی محیط خود، از اطلاعات موجود در نمونه گردش بالینی « برنامه عملی کردن پیشگیری» در صفحه ۷۸ استفاده کنید. از جداول زیر برای ثبت هر مرحله از گردش بالینی استفاده کنید.

گردش بالینی بازنگری شده «برنامه عملی کردن پیشگیری»

بیمار با قرار ملاقات قبلی وارد درمانگاه می شود

-
-
-
-
-

برای تکمیل جدول فوق به سوالات زیر پاسخ دهید:

- **چگونه و چه زمانی مشخص می شود که در درمانگاه شما، چه کارهای غربالگری به روز هستند و ارائه چه خدمات پیشگیرانه ای برای بیماران شما الزامی است؟**
- **کدام یک از پرسنل به بیماران خوش آمد می گوید؟**
- **چه کسی بیماران را در محیط درمانگاه راهنمایی می کند؟**
- **بیماران به کجا می روند و با چه کسانی برخورد می کنند؟**
- **پیش از ویزیت پزشک چه کسانی بیماران را می بینند؟ در این زمان چه اطلاعاتی جمع آوری می شود و یا مورد گفتگو قرار می گیرد؟**

بیمار پزشک را ملاقات می کند

-
-
-
-
-

برای تکمیل جدول فوق به سوالات زیر پاسخ دهید:

- **پزشک چگونه از زمان ویزیت استفاده می کند تا در مورد مراقبت پیشگیرانه و رفتارهای سالم و مثبت به بیمار آموزش و یا مشاوره دهد؟**
- **چگونه مراقبت پیشگیرانه بیمار در طول زمان پایش می شود؟**
- **چه خدماتی ثبت می شود؟ چگونه و کجا ثبت می شوند؟**

ادامه در صفحه بعد

گردش بالینی بازنگری شده «برنامه عملی کردن پیشگیری»

بیمار از درمانگاه خارج می شود

-
-
-
-
-

گردش بالینی بازنگری شده «برنامه عملی کردن پیشگیری»

برای تکمیل جدول فوق به سوالات زیر پاسخ دهید:

- **چگونه پرسنل از پس خوراند برخورد خود با بیماران آگاه می شوند؟**
- **پرسنل چگونه علاقه خود درمورد پیشرفت بیماران به سوی روش زندگی سالم را نشان می دهند؟**
- **چگونه پرسنل می توانند تغییرات رفتاری مثبت بیماران را تقویت بکنند؟**
- **برای پیگیری غربالگری های خارج از مرکز چه نوع سیستم پایشی در محل وجود دارد؟**
- **برای پیگیری غربالگری ها و مشاوره های مورد نیاز چه سیستم یادآوری در محل وجود دارد؟**

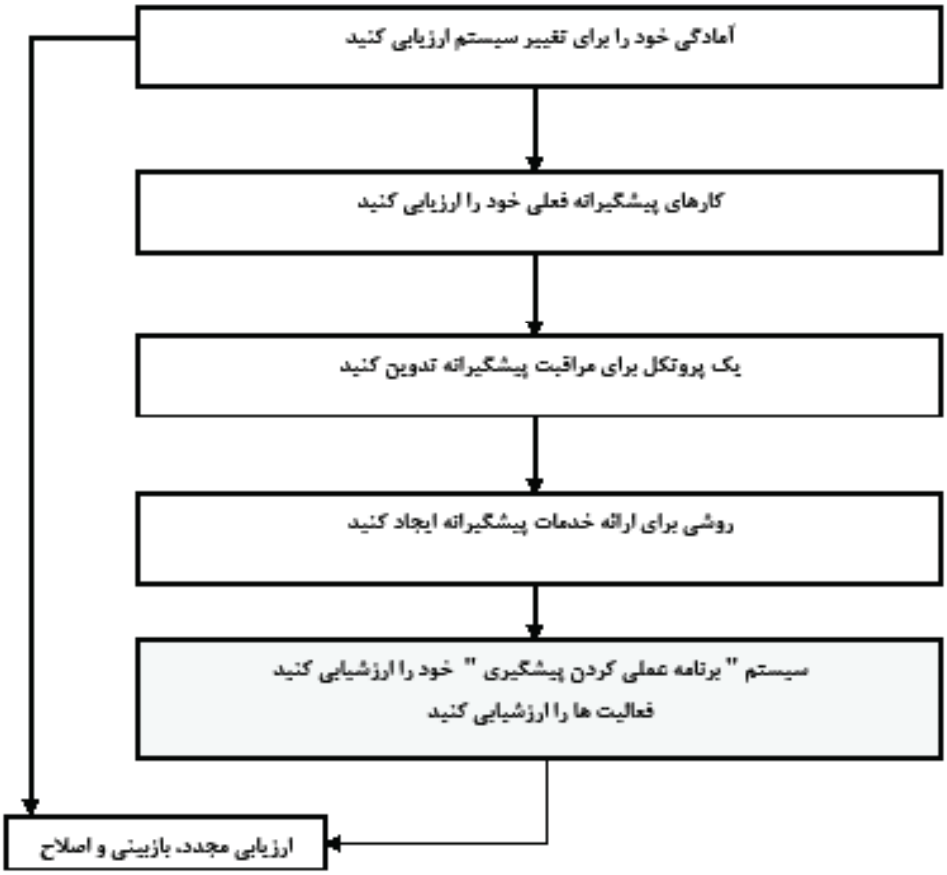
با همکاری و برنامه ریزی، اجرای برنامه، چیزی بیش از گام برداشتن در جهت رسیدن به اهداف نیست.

همانطور که تجربه پرسنل بیشتر می شود، توانایی شما در پاسخ به تغییرات محیط (مانند مراقبت مدیریت شده و سالمندی جمعیت) بیشتر خواهد شد. در ضمن از طریق تغییرات در سیستم ارائه خدمات شما و توانمند سازی پرسنل و بیمارانتان، شما به عنوان یک سازمان موفق ارائه دهنده مراقبت های سلامت خواهید درخشید.

فصل ۵.

سیستم "برنامه‌عملی کردن پیشگیری" خود را ارزشیابی کنید

شکل ۵. اقداماتی که مرکز شما می تواند برای ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی به عمل آورد



ارزشیابی سیستم " برنامه عملی کردن پیشگیری " در ارائه خدمات پیشگیرانه بایستی فرآیندی مداوم باشد. شما می‌توانید برای کمک به ارزشیابی سیستم " برنامه عملی کردن پیشگیری " خود از روش‌های از پیش تعیین شده مثل پرسشنامه ها و نمودارهای بازبینی یا روش های غیررسمی مثل برگزاری جلسات با پرسنل و صرف ناهار با آنها، استفاده کنید. شما می‌توانید با ارزیابی عوامل زیر، سیستم " برنامه عملی کردن پیشگیری " خود را ارزشیابی کنید:

- رضایت پرسنل و بیمار
- ارائه و ثبت خدمات پیشگیرانه
- اثربخشی " برنامه عملی کردن پیشگیری "
- چگونه پرسنل به صورت گروهی کار می‌کنند.
- اهداف شما برای ارائه خدمات پیشگیرانه

برای ارزشیابی موثر سیستم خود، بایستی زمان‌هایی را برای ارزشیابی‌های مداوم تعیین کنید و خطوط ارتباطی را باز نگاه دارید.

فعالیت های ارزشیابی

از آنجایی که سیستم ارائه خدمات پیشگیرانه مرکز شما در طول زمان تغییر کرده و رشد خواهد یافت، شما نیاز خواهید داشت که عملکرد خود را به صورت دوره‌ای ارزشیابی کنید تا دریابید که آیا به اهداف پیشگیرانه‌تان دست یافته‌اید یا نه. شما می‌خواهید ارزشیابی کنید که در چه زمینه‌هایی برتری و در چه زمینه‌هایی کمبود داشته‌اید. معرفی و قدردانی از عرصه‌های برتر بسیار با اهمیت است چرا که برای پرسنل انگیزه‌ای خواهد بود تا عملکرد خود را در راستای ارائه خدمات پیشگیرانه بهبودببخشند.

ممکن است شما بخواهید که نقش پرسنل را در سیستم تغییر دهید. افرادی که پست عوض می کنند، نه تنها قدر کاری که توسط دیگران انجام می شود را خواهند دانست، بلکه یاد خواهند گرفت که چگونه از یکدیگر بهتر حمایت کنند.

راههایی جهت باز نگاه داشتن خطوط ارتباطی شما وجود دارد تا به طور منظم سیستم " برنامه عملی کردن پیشگیری " خود را ممیزی کنید.

یک پرسشنامه پر کنید

به عنوان اولین اقدام در ارزشیابی ارائه خدمات پیشگیرانه سیستم " برنامه عملی کردن پیشگیری "

خود از کاربرگ صفحه ۸۸ استفاده کنید.

جلسات منظم برای پرسنل برگزار کنید

- نیاز پرسنل به ادامه آموزش را ارزیابی کنید.
- فرصت هایی برای پرسنل مهیا کنید تا مهارت های جدید را تمرین کنند.
- گزارش های منظمی از گروه های برنامه ریزی و ارزشیابی ارائه دهید.

جلسات غیر رسمی برای ارتباط با پرسنل تنظیم کنید

- پرسنل را برای ناهار دعوت کنید
- فعالیت های گروهی برنامه ریزی کنید (مانند گروه های پیاده روی برای پرسنل، بیماران یا هر دو)

نمودار ممیزی تدوین کنید

- نمودار ممیزی را برای ارزیابی نحو ارائه و ثبت خدمات پیشگیرانه تکرار کنید
- نمودار ممیزی را با اندازه‌گیری‌های پایه در مرکز خود مقایسه کنید
- نتایج را با پرسنل به بحث بگذارید

از بیماران پس خوراند بگیرید

- یک صندوق پیشنهادات درست کنید
- بحث های گروهی متمرکز برگزار کنید
- سوالات را برای پرسش از مسوول پذیرش و دیگر پرسنل ثبت کنید
- در زمینه رضایت‌مندی مراجعه‌کنندگان، پژوهش های پیمایشی یا تلفنی انجام دهید

از پرسنل تقدیر کنید

- برای قدردانی از پرسنل فرصت های منظمی در نظر بگیرید.
- به کمک پرسنل راه‌هایی بیابید که ایشان بتوانند از یکدیگر حمایت کنند

کاربرگ برای ارزشیابی سیستم «برنامه عملی کردن پیشگیری» شما

■ اهداف

آیا ما در راستای هدف اصلی‌مان کار می‌کنیم؟ در راستای دیدگاه‌مان؟

آیا نیازی هست که اهدافمان را دوباره بررسی کنیم؟

چه چیزی خوب پیش می رود؟ چرا؟

چه چیزی خوب پیش نمی رود ؟ چرا؟

چه کار متفاوتی می توان انجام داد؟

آیا ما خدماتی را که گفته بودیم ارائه خواهیم را ارائه می دهیم؟

ادامه در صفحه بعد

کاربرگ برای ارزشیابی سیستم «برنامه عملی کردن پیشگیری» شما (ادامه)

آیا بایستی خدماتی که ارائه می دهیم را مجددا ارزشیابی کنیم؟

- **مواد (آموزشی)**

چگونه مواد «برنامه عملی کردن پیشگیری» مناسب نیازهای ما خواهد بود؟

آیا نیاز هست که برخی از مواد "برنامه عملی کردن پیشگیری" را بازنگری کنیم؟

- **ثبت**

آیا ما خدماتی را که ارائه می دهیم را ثبت می کنیم؟

- **عملکرد و رضایت مندی پرسنل**

پرسنل وظایفشان را چگونه انجام می‌دهند؟

آیا پرسنل در جاهایی که مورد نیاز است اقدام می‌کنند؟

ادامه در صفحه بعد

کاربرگ برای ارزشیابی سیستم «برنامه عملی کردن پیشگیری» شما (ادامه)
آیا پرسنل مثل اعضای یک تیم با هم کار می‌کنند؟
آیا تمامی پرسنل پیشنهادات خود را ارائه می دهند؟
پرسنل در مورد کارشان چه احساسی دارند؟
آیا پرسنل احساس می کنند که مورد حمایت هستند و به خواسته هایشان توجه می شود؟

- بیماران

بیمارانمان چگونه به تغییرات پاسخ می دهند؟

فصل ٦.

استفاده از ابزار و مواد پیشگیری در "برنامه عملی کردن پیشگیری" شما

مداخلات موثری که برای سلامت فردی انجام می‌گیرند باعث کاهش چشم‌گیری در میزان بروز و شدت علل اصلی بیماری و ناتوانی در ایالات متحده می‌شوند. اقدامات مربوط به پیشگیری اولیه در زمینه عوامل خطری مانند سیگار، فعالیت بدنی، تغذیه ناکافی، سومصرف الکل و سایر داروها، و توجه ناکافی به موارد احتیاطی در بهبود سلامت کلی نقش بیشتری دارند (نسبت به خیلی از اقدامات مربوط به پیشگیری ثانویه مانند غربالگری روتین برای کشف زودرس بیماری ها). بنابراین مشاوره پزشکی که منجر به بهبود فعالیت‌های مربوط به سلامت فردی شود نسبت به فعالیت های بالینی مرسوم مانند آزمایش‌های تشخیصی برای بیماران ارزشمندتر است.

(دفتر پیشگیری از بیماری ها و ارتقای سلامت ، ۱۹۹۶)

پزشکان، محیط های اداری، و بیماران از ابزار و وسایل پیشگیری به طرق مختلفی استفاده می‌نمایند. پزشکان از این ابزار مبتنی بر شواهد پایه برای ارائه مراقبت پیشگیرانه استفاده می‌نمایند. محیط‌های اداری از این ابزار برای توسعه سیستمی برای بهبود ارائه خدمات پیشگیرانه استفاده می‌نمایند. بیماران از این ابزار به منظور فهمیدن و پیگیری مراقبت پیشگیرانه‌ای که دریافت می‌دارند استفاده می‌نمایند. این فصل منابع "کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده" و" برنامه عملی کردن پیشگیری" را توصیف می‌کند و پیشنهاداتی برای چگونگی استفاده از آن‌ها در محیط‌های کاری شما ارائه می‌کند.

ابزار و وسایل توصیف شده در این فصل(به‌ویژه وضعیت خطرات سلامتی، برگه گردش مراقبت پیشگیرانه، پوسترها، و ابزار و وسایل آموزش بیماران) برای استفاده در مشاوره بیماران طراحی شده‌اند. توصیفی از این ابزار و وسایل که در پی می‌آید توضیح می‌دهد که چگونه از این ابزار برای این منظور می‌توان استفاده نمود.

ابزار و وسایل مورد استفاده توسط پزشکان

* توصیه های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده
* خلاصه شواهد مورد استفاده توسط کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده
* راهنمای خدمات پیشگیری بالینی
* راهنمای خدمات پیشگیری اجتماعی (ارائه شده توسط مرکز پیشگیری وکنترل بیماری‌ها)

ابزار و وسایل مورد استفاده توسط سیستم اداری

* وضعیت خطرات سلامتی
* برگه گردش مراقبت پیشگیرانه
* پوسترهای جدول زمانی مراقبت پیشگیرانه
* پوسترهای پیشگیری

ابزار و وسایل مورد استفاده توسط بیماران

* نسخ پیشگیری
* راهنماهای سلامت فردی
* راهنماهای سلامت کودکان
* سالم ماندن در بالای ۵۰ سالگی

یافته های اصلی دومین کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده

* مداخلات پیشگیرانه‌ای که بر روی کارکردهای سلامت شخصی بیماران اثر دارند، اهمیت زیادی دارند.
* پزشکان و بیماران باید در روند تصمیم‌گیری مشارکت نمایند.
* پزشکان در تجویز آزمایش‌ها و ارائه خدمات پیشگیرانه باید به صورت انتخابی عمل نمایند.
* پزشکان باید از کوچکترین فرصت برای ارائه خدمات پیشگیرانه، به‌ویژه برای اشخاصی که به‌ندرت به مراقبت‌های سلامتی دسترسی دارند، استفاده نمایند.
* مداخلاتی که در سطوح اجتماعی ارائه می‌شوند، ممکن است در مورد برخی از مشکلات سلامتی نسبه به خدمات پیشگیرانه بالینی موثرتر باشند.

وضعیت خطرهای سلامتی در بزرگسالان		
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد/سن:	جنس: نژاد : سابقه دارویی:
سابقه آلرژی:	سابقه استعمال دخانیات:	مواجهه محیطی با دود سیگار :
تاریخ:	پرونده های قبلی:	
غربالگری	ارزیابی سالانه عوامل خطر	فراهم نمودن مشاوره
۱. بیماریهای قابل پیشگیری با واکسیناسیون	به ایمن سازی هایی که در ذیل آمده است نیاز دارد: - یادآور دیفتری- کزاز (۱۰ سال یا بیشتر از آخرین یادآور گذشته است) تاریخ آخرین واکسن دیفتری کزاز که دریافت کرده است. - هپاتیت ب- در افراد در معرض خطر - آبله مرغان- بزرگسالانی که ایمن نیستند - سرخجه- زنان غیر ایمن در سنین باروری و کارکنان مراقبت سلامت که سابقه ایمنی یا ایمن سازی قبلی ندارند - هپاتیت آ- در افراد در معرض خطر - آنفلوانزا- در افراد ۵۰ ساله یا بیشتر یا در افراد در معرض خطر -پنوموکوک- در افراد ۶۵ ساله یا بیشتر یا در افراد در معرض خطر	
۲. فشار خون	- وزن - فشار خون - به مدت ۳۰ دقیقه در بیشتر روزهای هفته ورزش نمی کند - سابقه قبلی فشارخون یا سابقه فشار خون بالا در اقوام درجه یک - دیابت	
۳. قد/ وزن	- وزن بیش از حد نرمال برای قد **یا** - نمایه توده بدنی ۲۵ یا بیشتر. فرمول محاسبه نمایه توده بدنی عبارتست از وزن به کیلو گرم تقسم بر مجذور قد به متر به توان ۲	

ادامه در صفحه بعد

وضعیت خطرهای سلامتی در بزرگسالان (ادامه)		
غربالگری	ارزیابی سالانه عوامل خطر	فراهم نمودن مشاوره
۴. کلسترول	- در مردان ۳۵ ساله یا بیشتر و زنان ۴۵ ساله و بیشتر - پس از یکسال از آزمایش قبلی غیر طبیعی - دیابت - سابقه بیماری فامیلی قلبی درافراد مذکر باسن کمتر از ۵۰ سال یا افراد مونث با سن کمتر از ۶۰ سال - سابقه خانوادگی مبتنی بر چربی خون بالای فامیلی - داشتن چندین عامل خطر بیماری قلبی (مانند استعمال دخانیات، پرفشاری خون)	
۵. دیابت	- بزرگسالان با پرفشاری خون یا چربی خون بالا	
۶. پاپ اسمیر	- خانمی که از نظر جنسی فعال بوده یا می باشد - پس از ۳ سال از آخرین پاپ اسمیر - غیر طبیعی - تاریخ	
۷. تصویر برداری پستان(ماموگرام)	- ۴۰ ساله یا بیشتر و در ۲ - ۱ سال گذشته ماموگرافی نداشته است - سابقه خانوادگی سرطان پستان	
۸. غربالگری سرطان روده بزرگ	- ۵۰ ساله یا بیشتر - یکی از اعضای خانواده سابقه مثبت از سرطان روده بزرگ، روده کوچک، پستان، تخمدان ها، یا رحم داشته اند - سابقه پولیپ	

ادامه در صفحه بعد

وضعیت خطرهای سلامتی در بزرگسالان (ادامه)		
غربالگری	ارزیابی سالانه عوامل خطر	فراهم نمودن مشاوره
۹. پوکی استخوان	- زنان ۶۵ ساله یا بیشتر - زنان ۶۰ ساله یا بیشتر با احتمال خطر زیاد شکستگی	
۱۰. مصرف الکل	- نوشیدن بیش از ۲ نوشیدنی (drink) الکلی در روز (مردان) یا بیش از ۱ نوشیدنی (drink) در روز (زنان)	
۱۱. بینایی	- اگر بیش از ۶۵ سال دارد، به طور منظم توسط چشم پزشک معاینه نمی شود - آب سیاه - دیابت - استفاده از عینک - سابقه خانوادگی آب سیاه	
۱۲. شنوایی	- بیش از ۶۵ سال سن که مکالمات معمول را به سختی می شنود - صدای رادیو یا تلویزیون را خیلی بلند می کند به طوری که دیگران شکایت می کنند	
۱۳. عفونت کلامیدیا	- از نظر جنسی فعال است و ۲۵ سال یا کمتر سن دارد - سابقه قبلی بیماریهای مقاربتی - شریک جنسی جدید یا چندین شریک جنسی دارد - اکتوپی گردن رحم داشته است - از روشهای سدکننده تنظیم خانواده [مثل کاندوم] به طور نامنظم استفاده می کند	

ادامه در صفحه بعد

وضعیت خطرهای سلامتی در بزرگسالان (ادامه)		
غربالگری	ارزیابی سالانه عوامل خطر	
برای افراد در معرض خطر بالا	ارزیابی سالانه عوامل خطر	فراهم نمودن مشاوره
۱۴. بیماریهای مقاربتی/ویروس نقص ایمنی (HIV)	- جلوگیری از بارداری - یکی از عوامل خطر ذیل را دارد یا داشته است: سابقه قبلی بیمایهای مقاربتی، چندین شریک جنسی، یا استفاده از سوزن مشترک	
۱۵. عفونت سلی (TB)	- تماس نزدیک با فردی که سل فعال دارد - احتمال خطر بالای شغلی (مراقبین سلامت، مربیان مراکز اصلاح و تربیت، از نظر محل سکونت، غیره) - در گذشته در یک منطقه آندمیک زندگی کرده (جنوب شرق آسیا، آفریقا، آمریکای لاتین) - عوامل خطر طبی (مانند، دیابت، HIV، اعتیاد به الکل) - وضعیت PPD - ایزونیازید	
پیشگیری شیمیایی	ارزیابی سالانه عوامل خطر	
۱۶. مطرح کردن آسپرین برای پیشگیری از بیماریهای قلبی عروقی	- در معرض خطر بیماری قلب و عروقی	
۱۷. مطرح کردن پیشگیری شیمیایی از سرطان پستان	- زنان سالمند - سرطان پستان در اقوام درجه یک - هیپرپلازی آتیپیکال یا بیوپسی پستان	

ادامه در صفحه بعد

وضعیت خطرهای سلامتی در بزرگسالان (ادامه)		
غربالگری	ارزیابی سالانه عوامل خطر	فراهم نمودن مشاوره
۱۸. مصرف تنباکو	- در حال حاضر سیگار و یا پیپ می کشد و یا تنباکوی بدون دود مصرف می کند - مستمرا در معرض دود تنباکو می باشد - تعداد پاکت ها در روز - کارسینوما - بیماری عروق کرونر	
۱۹. سوء مصرف مواد/الکل	- مصرف طولانی مدت داروهای نسخه ای خاص - مشکلات پزشکی /اجتماعی مرتبط با مصرف الکل یا دارو داشته است - "داروهای خیابانی" مصرف کرده یا می کند	
۲۰. تغذیه	- محدودیت مصرف چربی و کلسترول را رعایت نمی کند، در رژیم غذایی خود تعادل کالری دریافتی را رعایت می کند، یا غذاهای حاوی فیبر مصرف می کند	
۲۱. فعالیت بدنی	- در بیشتر روزها به مدت ۳۰ دقیقه ورزش نمی کند	
۲۲. سلامت دهان	- بهداشت پائین دهان (مانند، هر روز با خمیر دندان حاوی فلوراید مسواک نمی زند یا از نخ دندان استفاده نمی کند) - مرتبا توسط دندانپزشک معاینه نمی شود - سیگار می کشد یا تنباکو می جود و یا الکل مصرف می کند	

ادامه در صفحه بعد

وضعیت خطرهای سلامتی در بزرگسالان (ادامه)		
غربالگری	ارزیابی سالانه عوامل خطر	فراهم نمودن مشاوره
۲۳. تماس با آفتاب	- نقص ایمنی - سابقه خانوادگی سرطان پوست - کک و مک و توانایی کم برنز شدن - رنگ پوست، مو و چشم روشن	
۲۴. پیشگیری از آسیب	- در وسیله نقلیه موتوری از کمربند ایمنی استفاده نمی کند - در زمان دوچرخه / موتورسواری از کلاه ایمنی استفاده نمی کند - الکل می نوشد و رانندگی می کند، یا با کسی که چنین شرایطی دارد همراه می شود - دارو، مواد شیمیایی / سموم، یا اسلحه گرم در دسترس بچه هاست - حس گرهای حساس به دود در منزل وجود ندارد - در معرض خطر آسیب از کتک کاری یا سوء استفاده (احساسی، کلامی، یا فیزیکی) می باشد	
۲۵. بیماری های مقاربتی/ویروس نقص ایمنی(HIV)	- از روش جلوگیری از بارداری استفاده می کند - سابقه بیماری مقاربتی یا چندین شریک جنسی دارد ، یا از سوزن مشترک استفاده می کند	
۲۶. بارداری ناخواسته	- مردی است که از نظر جنسی فعال می باشد یا زن در سنین باروری است که از نظر جنسی فعال می باشد - تمایل به بارداری ندارد / از روش بارداری مطمئنی استفاده نمی کند	
۲۷. مولتی ویتامین به همراه فولیک اسید	- زن در سن باروری که از نظر جنسی فعال است	

ادامه در صفحه بعد

وضعیت خطرهای سلامتی در بزرگسالان (ادامه)		
غربالگری	ارزیابی سالانه عوامل خطر	فراهم نمودن مشاوره
۲۸. پوکی استخوان	– ورزش هایی که سنگینی بدن را تحمل می کند انجام نمی دهد – کلسیم کافی دریافت نمی کند – کم وزن – خانم سفید پوست – هورمون درمانی جایگزین (HRT) – در سن کمتر از ۴۰ یائسه شده است	

• یادداشت ها/ دستورات:

.....

.....

.....

.....

تکمیل شده توسط: ..... تاریخ: .....

بازبینی توسط پزشک: ..... تاریخ: .....

وضعیت خطرهای سلامتی کودک و نوجوان		
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد/سن:	جنس: نژاد : سابقه دارویی:
سابقه آلرژی:	سابقه استعمال دخانیات:	مواجهه محیطی با دود سیگار :
تاریخ:	پرونده های قبلی:	

غربالگری	بررسی سالانه عوامل خطر	فراهم نمودن مشاوره
۱. قد/ وزن	- بالاتر و یا پائین تر از محدوده وزنی سالم برای قد	
۲. فشار خون	- حین ویزیت در مطب غربالگری شود	
۳. بینایی	- تقریبا هر ۳-۴ سال غربالگری شود - چرخش چشمها به داخل و یا خارج - انحراف چشمها - سردرد - افت تحصیلی - تاری دید و یا دوبینی	
۴-۶. فنیل کتون اوری، هموگلوبینوپاتی‌ها، هیپوتیروئیدیسم	- طی ۷ روز اول پس از زایمان غربالگری ها انجام شده - مدارک بیمارستانی مربوطه در چارت وارد شود	

ادامه در صفحه بعد

وضعیت خطرهای سلامتی کودک و نوجوان (ادامه)		
غربالگری	بررسی سالانه عوامل خطر	فراهم نمودن مشاوره
۷. شنوایی	- سابقه خانوادگی ناشنوایی حسی عصبی ارثی کودکی - عفونت مادرزادی حول و حوش زایمان با هرپس - عفونت حول و حوش زایمان با هرپس، سیفلیس، سرخجه، سایتومگالوویروس، یا توکسوپلاسموز - آنومالیهای سر و گردن - وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم - مننژیت باکتریال - هیپربیلی روبینمی نیازمند تعویض خون - آسفیکسی شدید حول و حوش زایمان - داروهای اتوتوکسیک	
۸. کم خونی (برای کسانی که در معرض خطر بالا هستند)	- زندگی در فقر - سیاه پوست، آمریکایی، یا آلاسکایی - مهاجر از کشورهای در حال توسعه - شیرخوار نارس یا با وزن تولد پائین - شیر گاو غنی نشده با آهن می نوشد	
۹. کلسترول (برای کسانی که در معرض خطر بالا هستند)	- یکی از والدین کلسترول بالا دارد - یکی از والدین یا پدر / مادر بزرگ مرگ ناگهانی داشته و یا قبل از سن ۵۵ سالگی بیماری قلبی داشته است - کودک چاق است - دچار پرفشاری خون است	

ادامه در صفحه بعد

وضعیت خطرهای سلامتی کودک و نوجوان (ادامه)		
غربالگری	بررسی سالانه عوامل خطر	فراهم نمودن مشاوره
۱۰. سرب (برای کسانی که در معرض خطر بالا هستند)	- در خانه ای که قبل از سال ۱۳۲۹ ه.ش ساخته شده زندگی می کند و یا به طور مرتب به آن رفت و آمد دارد - در خانه ای که قبل از سال ۱۳۵۷ ساخته و نوسازی شده است زندگی می کند و یا به طور مرتب به آن رفت و آمد دارد - خواهر یا برادر، همخانه، یا هم بازی داشته است که به دلیل مسمومیت با سرب پیگیری و یا درمان شده است - کم خون است	
۱۱. تست پوستی توبرکولین (برای کسانی که در معرض خطر بالا هستند)	- تماس نزدیک با فردی که سل فعال دارد - از نظر شغلی در معرض خطر بالاست (مراقب بهداشتی، مربی مراکز صلاح و تربیت، اقامت در محلی که او را در معرض خطر قرار می دهد و غیره) - در سال گذشته در یک منطقه آندمیک زندگی کرده است - عوامل خطر طبی دارد (مانند، دیابت، ویروس نقص ایمنی، الکلیسم)	
۱۲. تست ویروس نقص ایمنی (HIV) (برای کسانی که در معرض خطر بالا هستند)	- مادر در معرض خطر بالا دارد و وضعیت پادتن های مادر نامشخص است - به طور نامرتب و به روش نادرست از روش های سد کننده ضدبارداری استفاده کرده است - یکی از عوامل خطر ذیل را داشته و یا دارد: سابقه ابتلا قبلی به بیماریهای مقاربتی، شرکای جنسی متعدد، یا استفاده از سوزن مشترک	

ادامه در صفحه بعد

وضعیت خطرهای سلامتی کودک و نوجوان (ادامه)		
غربالگری	بررسی سالانه عوامل خطر	فراهم نمودن مشاوره
۱۳. کلامیدیا	- از نظر جنسی فعال است و کمتر از ۲۵ سال سن دارد	
۱۴. پاپ اسمیر	- از نظر جنسی فعال است و از آخرین تست بیش از ۳ سال می گذرد	
۱۵. نحوه خوابیدن	- بچه را بر روی شکم می خوابانند	
۱۶. پیشگیری از آسیب	- از صندلی مخصوص کودک / صندلی کمکی استفاده نمی کند - از کمربند محافظ که بر روی ران / شانه بسته می شود، استفاده نمی کند - از کلاه ایمنی حین دوچرخه سواری استفاده نمی کند -از آبگرم کن بادمای پائین تر از ۱۳۰ ←۱۲۰ درجه فارنهایت (۵۴/۵-۴۸/۹ درجه سانتیگراد) استفاده نمی کند - داروها، مواد شیمیایی / سموم، یا اسلحه گرم در دسترس کودکان است - حفاظ پنجره/ پله یا پرچین دور استخر ندارد - شربت ایپکا یا شماره تلفن کنترل مسمومیت را ندارد - حس گرهای تشخیص دود در منزل ندارند	
۱۷. تغذیه	- مادر با شیر خود، شیر خوار را تغذیه نمی کند - محدودیت مصرف چربی و کلسترول را رعایت نمی کند، در رژیم غذایی خود تعادل کالری دریافتی را رعایت می کند، یا غذاهای حاوی فیبر مصرف می کند - دختران نوجوان کلسیم کافی دریافت نمی کنند	
۱۸. فعالیت بدنی	- بیشتر روزها به مدت ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی ندارد	

ادامه در صفحه بعد

وضعیت خطرهای سلامتی کودک و نوجوان (ادامه)		
غربالگری	بررسی سالانه عوامل خطر	فراهم نمودن مشاوره
۱۹. بهداشت دهان	- بهداشت پائین دهان (مانند، با خمیردندان حاوی فلوراید مسواک نمی زند و روزانه از نخ دندان استفاده نمی کند) - مرتبا توسط دندانپزشک معاینه نمی شود - سیگار می کشد یا تنباکو می جود و یا الکل مصرف می کند	
۲۰. تماس با آفتاب	- نقص ایمنی - سابقه خانوادگی سرطان پوست - کک و مک و توانایی کم پوست در برنزه شدن - رنگ روشن پوست، مو و چشم	
۲۱. مصرف تنباکو	- در حال حاضر سیگار و یا پیپ می کشد و یا تنباکوی بدون دود مصرف می کند - با بزرگسالی که در منزل سیگار می کشد زندگی می کند	
۲۲. مصرف الکل/ دارو	- بیش از ۲ نوشیدنی (مردان) و یا ۱ نوشیدنی (زنان) در روز الکل می نوشد (مقدار ..... دفعات.....) - از «داروهای خیابانی» استفاده کرده و یا می کند - مشکلات پزشکی / اجتماعی مربوط به مصرف مواد یا الکل داشته است	

ادامه در صفحه بعد

وضعیت خطرهای سلامتی کودک و نوجوان (ادامه)		
غربالگری	بررسی سالانه عوامل خطر	فراهم نمودن مشاوره
۲۳. بارداری ناخواسته/ بیماریهای مقاربتی/ویروس نقص ایمنی (HIV)	- مردی که از نظر جنسی فعال است و یا زن در سن باروری که از نظر جنسی فعال است - تمایل به بارداری ندارد /از روش جلوگیری از بارداری مطمئنی استفاده نمی کند - سابقه ابتلا قبلی به بیماریهای مقاربتی ، شرکای جنسی متعدد دارد، و یا از سوزن مشترک استفاده می کند	
۲۴. مولتی ویتامین همراه با فولیک اسید	- خانم در سن باروری که از نظر جنسی فعال است	

• یادداشت ها/ دستورات:

.....

.....

.....

.....

.....

تکمیل شده توسط: ..... تاریخ: .....

بازبینی توسط پزشک: ..... تاریخ: .....

نمونه کاربرگ وضعیت خطر سلامتی بالغین ، و کوکان و نوجوانان که در صفحات قبلی ملاحظه فرمودید توسط برنامه سلامت بالغین دپارتمان سلامت تگزاس تهیه شده است. برای مشاهده مثال‌های دیگری از کاربرگ‌های وضعیت خطر سلامتی می‌توانید به وب سایت دپارتمان سلامت تگزاس به آدرس زیر مراجعه نمایید:

http://www.tdh.state.tx.us/ppip/cpsguide/index.htm.

ممکن است لازم باشد تا شما این کاربرگ‌های وضعیت خطر سلامتی را با حداقل استانداردهای مراقبت پیشگیرانه موجود در محیط‌های کاری خودتان منطبق نمایید.

استفاده از کاربرگ های وضعیت خطر سلامتی

پرسنل اداری باید به عنوان قسمتی از ارزیابی جامع سلامتی، این کاربرگ‌های وضعیت خطر سلامتی را سالیانه برای همه بالغین و با تناوب بیشتری برای کودکان کامل نمایند. پزشکان می‌توانند از کاربرگ‌های وضعیت سلامتی برای موارد زیر استفاده نمایند:

- **شناسایی و ردیابی خطرات و رفتارهای سلامتی بیماران**
- **ایمن‌سازی، غربالگری، مشاوره، یا ارجاع مناسب برای خطرات و رفتارهای شناسایی شده**

پس از کامل نمودن کاربرگ‌های وضعیت خطرات سلامتی، باید استفاده از برگه گردش مراقبت پیشگیرانه (که در قسمت بعدی شرح داده می‌شود) آغاز شود تا آموزش بیمار، مشاوره و ارجاع ها، نتایج آزمایش‌های غربالگری و معاینات بالینی، و همچنین ایمن‌سازی‌های انجام شده در آن‌ها ثبت شوند.

برگه گردش مراقبت پیشگیرانه

برگه گردش مراقبت پیشگیرانه به پزشکان و پرسنل اداری کمک می‌نماید تا نتایج آزمایش‌ها و معاینات بالینی، مشاوره های ارائه شده و واکسیناسیون‌های انجام شده را ثبت نموده و پیگیری نمایند. این برگه‌های گردش همچنین به عنوان یادآورهایی عمل می‌نمایند که مرکز شما انجام آن خدمات پیشگیرانه بالینی را توصیه می‌نماید. خدمات پیشگیرانه‌ای که بر روی برگه‌های گردش فهرست شده‌اند باید مبتنی بر خطرات شناسایی شده در کاربرگ‌های وضعیت خطرات سلامتی و استانداردهای مراقبت پیشگیرانه تنظیم شده توسط مرکز شما باشد.

شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند استفاده از برگه‌های گردش مراقبت پیشگیرانه، میزان ثبت خدمات پیشگیرانه بالینی را افزایش می‌دهند. در یک مطالعه که توسط مرکز پزشکی خانواده دانشگاه علوم سلامتی اورگان انجام شد، محققان نتیجه‌گیری کردند که استفاده از برگه‌های گردش، ثبت دو نوع از خدمات پیشگیرانه یعنی آزمایش خون مخفی مدفوع و معاینه بالینی پستان را افزایش داد. (Prislin et al., 1986)

دو نمونه از برگه‌های گردش مراقبت پیشگیرانه (مبتنی بر توصیه‌های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده)

در این کتاب راهنما وجود دارند: برگه گردش مراقبت پیشگیرانه بالغین و برگه گردش مراقبت پیشگیرانه کودکان و نوجوانان. این برگه‌های گردش مراقبت‌های پیشگیرانه منطبق بر کاربرگ‌های وضعیت خطرات سلامتی هستند. اگر یک کاربرگ وضعیت خطر سلامتی تغییر یابد، برگه گردش متناظر آن نیز باید اصلاح شود تا این تغییرات را منعکس نماید.

برگه گردش مراقبت پیشگیرانه بالغین، خدمات پیشگیرانه توصیه شده را فهرست می نماید و فضایی نیز برای ثبت این خدمات دارد. برگه گردش مراقبت پیشگیرانه کودکان و نوجوانان نیز خدمات پیشگیرانه توصیه شده را فهرست می‌نماید، استثنا در این مورد عدم وجود فهرست ایمن سازی است که به جای آن دستورالعمل ایمن‌سازی کشوری قرار داده شده است.

هدف از برگه های گردش مراقبت های پیشگیرانه

برگه های گردش مراقبت پیشگیرانه به شما اجازه شناسایی موارد زیر را می‌دهند:

- **کدام خدمات و در چه زمانی تجویز شده‌اند**
- **کدام خدمات و در چه زمانی انجام شده‌اند**
- **هنوز در انتظار چه نتایجی هستیم که ممکن است نیاز به پیگیری داشته‌باشند**
- **کدام نتایج غیر طبیعی بودند**

برگه گردش مراقبت پیشگیرانه بزرگسالان

نام و نام خانوادگی : تاریخ تولد/سن: جنس: وضعیت تاهل:

سابقه بیماری های قبلی : سابقه دارویی : نژاد:

سابقه آلرژی: سابقه استعمال دخانیات : مواجهه محیطی با دود سیگار:

تاریخ :

۱-ایمن سازی	جمعیت / دفعات	شماره شناسایی	تاریخ/محل /امضا	تاریخ /محل / امضا	تاریخ /محل / امضا	تاریخ /محل / امضا	تاریخ /محل / امضا
دیفتری-کزاز	هر ۱۰ سال						
هپاتیت ب	بزرگسالان در معرض خطر بالا در ۳ نوبت(۶-۱-۰ ماه)						
آبله مرغان	بزرگسالان غیر ایمن، ۲ نوبت به فاصله ۸-۴ هفته						
سرخجه	زنان در سنین باروری و کارکنان مراقبت سلامت بدون سابقه ایمنی یا ایمن سازی قبلی (۱ نوبت)						
هپاتیت آ	در موارد افزایش خطر						
واکسن آنفلوانزا	سالانه ۱ نوبت در افراد ۵۰ ساله یا بالاتر یا کسانیکه در معرض خطر بالا هستند						
واکسن پتوموکوک	۱ نوبت در افراد ۶۵ ساله یا بالاتر یا کسانیکه در معرض خطر بالا هستند						

ادامه در صفحه بعد

N = نتایج طبیعی A = نتایج غیر طبیعی R = امتناع کرده P = نامعلوم

تست/معاینه غربالگری	جمعیت / دفعات	تاریخ									
		سن									
۲. فشار خون											
۳. قد/ وزن											
۴.کلسترول تام،HDL	مردان ۳۵ ساله یا بالاتر و زنان ۴۵ ساله یا بالاتر										
۵. دیابت	بزرگسالان با چربی خون بالا یا فشار خون بالا										
۶.پاپ اسمیر	هر ۳ سال یکبار										
۷. ماموگرافی	هر ۲-۱ سال در زنان ۴۰ ساله یا بالاتر										
۸. غربالگری سرطان روده بزرگ	بسته به تست غربالگری انتخاب شده										
۹. پوکی استخوان	زنان ۶۵ سال یا بالاتر و زنان ۶۰ سال یا بالاتر در معرض خطر شکستگی										
۱۰.نوشیدن الکل											
۱۱.بینایی	در افراد ۶۵ ساله یا بالاتر										
۱۲. شنوایی	در افراد ۶۵ ساله یا بالاتر										
۱۳.عفونت کلامیدیا	زنان ۲۵ ساله یا کمتر از نظر جنسی فعال هستند										

ادامه در صفحه بعد

ادامه در صفحه بعد

N = نتایج طبیعی A = نتایج غیر طبیعی R = امتناع کرده P = نامعلوم

تست/معاینه غربالگری	جمعیت / دفعات	تاریخ									
		سن									
در موارد افزایش خطر											
۱۴- بیماری های مقاربتی / ویروس نقص ایمنی (HIV)											
۱۵-عفونت سلی / تست توبر کولین (PPD)											
پیشگیری شیمیایی											
۱۶- مطرح کردن نقش آسپرین در پیشگیری از بیماری های عروق کرونر	در موارد افزایش خطر										
۱۷- مطرح کردن پیشگیری شیمیایی از سرطان پستان	زنان در سنین بالا، سابقه سرطان پستان در فامیل درجه یک هیپرپلازی آتیپیکال یا بیوپسی پستان										
مشاوره											
۱۸- مصرف تنباکو											
۱۹-سوء مصرف الکل / دارو											
۲۰- تغذیه											

ادامه در صفحه بعد

N =نتایج طبیعی A =نتایج غیر طبیعی R =امتناع کرده P =نامعلوم

تست/معاینه غربالگری	جمعیت / دفعات	تاریخ									
		سن									
۲۱-فعالیت بدنی											
۲۲- سلامت دهان											
۲۳-تماس با آفتاب											
۲۴ - پیشگیری از آسیب											
جنسیتی / باروری											
۲۵-بیماریهای مقاربتی / ویروس نقص ایمنی											
۲۶-بارداری ناخواسته											
۲۷-مولتی‌ویتامین به همراه فولیک اسید	زنان با توانایی بارداری										
۲۸-پوکی استخوان/کلسیم											

(ارجاع در صورت نیاز)	تاریخ	نتیجه
آموزش دیابت		
آموزش تغذیه		
برنامه ترک سیگار		
معاینه دندان		
معاینه چشم/ آب سیاه		

توجه : تست ها و معاینه های غربالگری و مشاوره ها، مبتنی بر توصیه های کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF) می باشند.

برگه گردش مراقبت پیشگیرانه کودکان و نوجوانان

نام و نام خانوادگی : تاریخ تولد/سن: جنس: وضعیت تاهل:

سابقه بیماری های قبلی : سابقه دارویی : نژاد:

سابقه آلرژی: سابقه استعمال دخانیات : مواجهه محیطی با دود سیگار:

تاریخ :

N = نتایج طبیعی A = نتایج غیر طبیعی R = امتناع کرده P = نامعلوم

تست/معاینه غربالگری	جمعیت / دفعات	تاریخ								
		سن								
۱.قد/ وزن										
۲.فشار خون										
۳.بینایی	در ۴-۳ سالگی									
۴.فنیل کتون اوری	نوزادی									
۵.هموگلوبینوپاتی سلول داسی شکل	نوزادی									
۶.هیپوتیروئیدیسم	نوزادی									
در مورد افزایش خطر										
۷. شنوایی										
۸. کم خونی										
۹. کلسترول										

ادامه در صفحه بعد

N = نتایج طبیعی A = نتایج غیر طبیعی R = امتناع کرده P = نامعلوم

تست/معاینه غربالگری	جمعیت / دفعات	تاریخ سن								
۱۰. سرب	۱۲ ماهگی									
۱۱. تست توبرکولین پوستی										
۱۲. تست ویروس نقص ایمنی (HIV)										
برای افراد مونثی که از نظر جنسی فعال می باشند										
۱۳.کلامیدیا	از نظر جنسی فعال									
۱۴. پاپ اسمیر	از نظر جنسی فعال									
مشاوره										
۱۵. نحوه خوابیدن										
۱۶. پیشگیری از آسیب شامل صندلی ماشین / کمربند										
۱۷. تغذیه شامل کلسیم										
۱۸. فعالیت بدنی										

ادامه در صفحه بعد

N = نتایج طبیعی A = نتایج غیر طبیعی R = امتناع کرده P = نامعلوم

تست/معاینه غربالگری	جمعیت / دفعات	تاریخ سن
۱۹. سلامت دهان شامل فلوراید		
۲۰. تماس با آفتاب		
۲۱.مصرف تنباکو		
۲۲. سوء مصرف الکل / مواد		
۲۳. بارداری ناخواسته/ بیماریهای مقاربتی / ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)		
۲۴. مولتی ویتامین همراه با فولیک اسید	افراد مونث	

(ارجاع در صورت نیاز)	تاریخ	نتیجه
شنوایی سنجی		
معاینه دندان		
مشاوره سلامت روان		
مشاوره سوء مصرف مواد		

توجه : تست ها و معاینه های غربالگری و مشاوره ها، مبتنی بر توصیه های کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (USPSTF) می باشند.

■ برنامه گسترش ایمن سازی

اهمیت بهداشتی

بیماری‌های عفونی از دشمنان دیرباز سلامت بشری هستند که در قرن های متمادی با ایجاد همه‌گیری‌های وسیع و مرگ و میر بالا سالیان متمادی علم پزشکی را به چالش کشیده‌اند به طوری که بهره‌گیری از روش‌های مختلف پیشگیری از آن‌ها همواره مورد توجه نسل‌های بشری و به ویژه پزشکان و پژوهشگران بوده است.

پیشگیری اولیه از بیماری‌های عفونی با روش‌هایی مثل ایمن‌سازی و واکسیناسیون از موفقیت‌های علم پزشکی محسوب می‌شود به طوری‌که با دست‌یابی به ریشه‌کنی آبله در قرن بیستم، برنامه‌های پیشنهادی حذف و ریشه‌کنی سایر بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن به مرحله اجرا درآمد و ریشه‌کنی بیماری‌ها از مرحله رویا و ایده‌آل‌های جامعه بشری به واقعیت‌های ملموس در بسیاری از کشورها رسید. در کشورما نیز همگام و همراه با سایر کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت، ایمن‌سازی کودکان بر علیه بیماری‌های دیفتری، سیاه‌سرفه، کزار، فلج اطفال، سرخک، سرخجه، اوریون، سل، هپاتیت B اجرا می‌شود.

■ برنامه ایمن‌سازی روتین کشوری

برنامه روتین واکسیناسیون کشوری، با توجه به شرایط اپیدمیولوژیک کشور مطابق جدول ۱ است.

جدول -۱ برنامه ایمن سازی روتین کشوری

سن	نوع واکسن
بدو تولد	ب. ث. ژ – فلج اطفال – هپاتیت ب
۲ ماه	سه گانه – فلج اطفال - هپاتیت ب
۴ ماه	سه گانه – فلج اطفال
۶ ماه	سه گانه – فلج اطفال - هپاتیت ب
۱۲ ماه	MMR
۱۸ ماه	سه گانه – فلج اطفال
۴-۶ سالگی	سه گانه – فلج اطفال - MMR

■ برنامه ایمن‌سازی کودکان نارس (کمتر از ۳۷ هفته) و بیش از ۲۰۰۰ گرم همانند جدول ایمن‌سازی عادی است.

■ متولدین با وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم چهار نوبت واکسن «هپاتیت ب» در زمان‌های بدو تولد، یک، دو و شش ماهگی بایستی دریافت دارند. چنان چه این نوزادان بعد از یک ماهگی برای دریافت واکسن مراجعه نمایند، ایمن‌سازی آن‌ها بدون توجه به وزن تولد همانند سایر کودکان خواهد بود.

■ در کودکان زیر ۱ سال، مقدار واکسن ب. ث. ژ ۰/۰۵ میلی‌لیتر معادل نصف دوز بالغین است.

■ بعد از ۶ سال تمام (۶ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) تزریق واکسن سه‌گانه ممنوع است و باید از واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان استفاده شود.

■ پس از آخرین نوبت واکسن سه‌گانه، بایستی واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان هر ۱۰ سال یک بار تکرار شود.

■ بعد از ۱ سالگی قبل از تلقیح ب. ث. ژ بایستی تست مانتو انجام شود و در صورت منفی بودن ب. ث. ژ تلقیح شود.

■ کودکانی که به دنبال تزریق ب. ث. ژ اسکار نداشته باشند به تزریق مجدد ب. ث. ژ نیاز ندارند.

■ ادامه واکسیناسیون برای زنان سنین باروری دارای سابقه ایمن سازی، باید با احتساب واکسن‌های قبلی طبق جدول فوق، ادامه یابد.

جدول-۲ ایمن‌سازی زنان سنین باروری (۱۵-۴۹ ساله) بدون سابقه ایمن‌سازی با واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان

نوبت	حداقل فاصله	درصد محافظت	طول دوره ایمنی
اول	-	۰	.
دوم	یک ماه	٪۸۰	سه سال
سوم	شش ماه	٪۹۵	پنج سال
چهارم	یک سال	٪۹۹	ده سال
پنجم	یک سال	٪۹۹	تا پایان سن باروری

■ برای افردی که سابقه واکسیناسیون ناقص دارند، باید واکسیناسیون با توجه به سابقه قبلی و مطابق برنامه ایمن سازی زنان ۴۹- ۱۵ سال تکمیل شود.

■ درخانم‌های باردار، اگرسابقه ایمن‌سازی وجود نداشته باشد لازم است در طول دوران بارداری

حداقل دو نوبت واکسن کزاز تزریق شود وحداقل فاصله نوبت دوم واکسن با زایمان نباید کمتر از ۱۵روز باشد.

جدول-۳ ایمن سازی زنان باردار بدون سابقه ایمن سازی یا واکسیناسیون ناقص

تاریخ مراجعه	نوع واکسن	دفعات
اولین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان	نوبت اول
یک ماه بعد	دوگانه ویژه بزرگسالان	نوبت دوم

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

■ ادامه ایمن‌سازی طبق جدول ایمن‌سازی زنان باردار ۴۹-۱۵ ساله (جدول۲) انجام می‌شود.

■ روش‌های نگهداری واکسن: زمان نگهداری واکسن پس از باز شدن ویال در مراکز ارائه خدمات ایمن‌سازی به این صورت است که واکسن‌های فلج اطفال، ثلاث، توام، کزار و هپاتیت ب پس از بازشدن ویال در مراکز ارائه خدمات ایمن سازی، درصورتی‌که شرایط زنجیره سرما و سترونی حفظ شود، تا پایان تاریخ انقضا به شرطی‌که بیش از ۱ ماه از زمان بازشدن ویال نگذشته باشد، قابل مصرف است. ویال‌های آماده شده واکسن MMR و ب. ث. ژ که مصرف نشده است باید ۶ ساعت بعد از آماده‌سازی دور ریخته شوند. دمای حلال این واکسن‌ها می‌بایست به هنگام مصرف مناسب باشد (دمای ذکر شده برای نگهداری واکسن ها). هر یک از ویال‌های باز شده در شرایط زیر باید بلافاصله دور ریخته شوند:

■ اگر شرایط سترونی به طور کامل رعایت نشده باشد.

■ اگر شواهدی دال بر احتمال وجود آلودگی واکسن مانند غوطه ور شدن ویال محتوی واکسن پس از باز شدن در یخ آب شده داخل یخدان، وجود ذرات قابل رویت در ویال واکسن و یا ترک خوردگی ویال واکسن دیده شود. چنان چه این تغییرات در ویال‌های باز نشده مشاهده شود، باید واکسن مورد نظر با رعایت کامل زنجیره سرما به رده بالاتر توزیع برگشت داده شود.

جدول-۴ ماهیت، مقدار، راه تجویز و شرایط نگهداری واکسن ها

نام واکسن	ماهیت	مقدار و راه تجویز	شرایط نگهداری در یخچال
سه‌گانه	توکسوئیدکزاز، توکسوئیددیفتری، باکتری کشته شده سیاه‌سرفه	۰/۵ml ، تزریق عضلانی	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه میانی یا پایینی (یخچال
دوگانه	توکسوئیدکزاز،توکسوئید دیفتری (خردسالان، (بزرگسالان	۰/۵ml، تزریق عضلانی	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه میانی یا پایینی یخچال)
کزار	توکسوئید کزاز	۰/۵ml، تزریق عضلانی	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه ی میانی یا پایینی یخچال)
ب. ث. ژ	باسیل کالمت و گرن	زیریک‌سال ۰/۵ml داخل جلدی- بالاتر از یکسال ۰/۱ ml داخل جلدی	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه فوقانی یخچال)
MMR	ویروس زنده ضعیف شده سرخک، اوریون و سرخجه	۰/۵ml، تزریق زیر جلدی	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه فوقانی یخچال)
فلج اطفال	ویروس سه‌گانه زنده OPV ضعیف شده	قطره خوراکی	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه فوقانی یخچال)
	IPV ویروس کشته شده	۰/۵ml، تزریق زیر جلدی یا عضلانی	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه فوقانی یخچال)

ادامه در صفحه بعد

نام واکسن	ماهیت	مقدار و راه تجویز	شرایط نگهداری در یخچال
B هپاتیت	آنتی ژن سطحی ویروس	کودکان زیر ۱۰ سال ۰/۵ml ده سال و بالاتر ۱ml در عضله (برای بیماران دیالیزی و تالاسمی دو برابر مقدار)	۸-۲ درجه سانتیگراد (طبقه میانی یا پایینی یخچال)

■ ارزیابی واکسن از نظر قرار گرفتن در معرض یخ زدگی: اگر واکسن‌های ثلاث، توام، کزاز، هپاتیت B و هموفیلوس آنفلوانزا مظنون به یخ زدگی باشند باید دور ریخته شوند. برای بررسی یخ‌زدگی می‌توان از Shake test استفاده نمود.

نکات مهم

■ واکسیناسیون شیرخوارانی که در نوزادی تعویض خون شده، خون و فرآورده های خونی دریافت کرده و یا دچار زردی شده‌اند، باید مطابق جدول ایمن سازی (جدول ۱) انجام شود.

■ سوء تغذیه نه تنها مانعی برای ایمن سازی نیست، بلکه ایمن‌سازی به موقع کودکان مبتلا به سوء تغذیه لازم است.

■ شل بودن مدفوع و یا سرماخوردگی و تب مختصر مانع ایمن سازی نیست.

■ برنامه زمانبندی دریافت واکسن در افرادی که تزریق مکرر خون دارند (بیماران مبتلا به تالاسمی) مطابق جدول روتین است.

■ در صورتی‌که واکسن‌های زنده ویروسی تزریقی به طور هم زمان مورد استفاده قرار نگیرند، باید بین آنها حداقل یک ماه فاصله باشد.

■ در صورت تزریق گاماگلوبولین عضلانی به کودکان، فاصله تجویز واکسن های ویروسی زنده ضعیف شده (به جز واکسن پولیو خوراکی و تب زرد) با گاماگلوبولین و فرآورده‌های خونی حداقل ۳ ماه و در مورد گاماگلوبولین وریدی حداقل ۶ ماه خواهد بود.

■ چنان چه طی دو هفته بعد از تلقیح واکسن‌های زنده ویروسی (به جز واکسن پولیو خوراکی و تب‌زرد) به هر علت گاماگلوبولین عضلانی و فرآورده‌های خونی تزریق شود، باید پس از سه ماه و در صورت دریافت گاماگلوبولین وریدی پس از شش ماه این واکسن‌ها تکرار شود. (در مورد تزریق

حجم‌های زیاد گاماگلوبولین ممکن است با نظر پزشک این حداقل زمان افزایش یابد).

■ در زنان باردار استفاده از واکسن‌های ویروسی زنده (به جز پولیو و تب زرد) ممنوع است. (به جز مواردی که خطر ابتلا به بیماری بر عوارض آن غالب باشد). در صورتی‌که ما بین دزهای یک واکسن فاصله‌ای بیش از مقدار توصیه شده باشد نیازی به شروع مجدد سری واکسیناسیون از ابتدا یا تجویز دوز اضافی نیست و بایستی برنامه ایمن‌سازی را در هر زمان ادامه داد.

■ از تزریق واکسن‌ها در سرین به دلیل احتمال آسیب عصب سیاتیک و یا کاهش اثربخشی واکسن به علت بافت چربی زیاد آن ناحیه بایستی خودداری نمود.

■ در کودکان کوچک‌تر از دو سال تزریق واکسن در ناحیه قدامی خارج ران و در افراد بالاتر از دو سال تزریق در عضله دلتوئید صورت می‌گیرد. اما اگر حجم عضله دلتوئید کم باشد تزریق در ناحیه قدامی خارجی ران انجام می‌شود.

■ اگر لازم باشد در یک جلسه واکسیناسیون بیش از یک نوع واکسن تزریق شود باید در محل‌های جداگانه (حداقل به فاصله ۲/۵ سانتیمتر) و یا در دو سمت انجام شود.

■ واکسن ب. ث. ژ باید در حد فاصل یک سوم فوقانی و دو سوم تحتانی بازو تزریق شود.

■ کسانی که در سن سه ماهگی و بالاتر واکسن ب. ث. ژ دریافت نموده‌اند و در عرض ۷۲ ساعت در محل تزریق واکنش نشان داده‌اند، بایستی توسط پزشک از نظر سل بررسی شوند.

■ اگر کودکی در هنگام دریافت قطره فلج اطفال مبتلا به اسهال شدید باشد و همزمان قطره به او خورانده شود بایستی یک دوز اضافی واکسن با فاصله حداقل یک ماه دریافت کند.

■ تغذیه با هر نوع شیر، از جمله شیر مادر، با خوراندن قطره فلج اطفال مغایرتی ندارد و لازم نیست که قبل و یا بعد از خوراندن قطره شیر قطع شود. در صورت استفراغ درکمتر از ۱۰ دقیقه پس از دریافت قطره فلج اطفال، بایستی تجویز قطره تکرار شود.

■ پولیو صفردر بدو تولد و هنگام خروج از زایشگاه تجویز شود، اما اگر به هر دلیل تجویز واکسن در آن زمان مقدور نباشد، در اولین فرصت ممکن تا روز سی‌ام تولد بایستی تجویز شود و بعد از آن تجویز پولیو صفر ضرورتی ندارد.

■ قطره فلج اطفال برای افراد بالای ۱۸ سال توصیه نمی‌شود.

■ توصیه می‌شود هم زمان با تزریق واکسن ثلاث یک دوز قطره استامینوفن تجویز و به والدین آموزش داده شود تا در صورت تب یا بی‌قراری هر ۴ ساعت آن را تکرار کنند.

■ اگر پس از تزریق واکسن سه گانه، تب بالاتر از ۴۰ درجه سانتی‌گراد (زیر بغل) گریه مداوم بیش از ۳ ساعت که قابل آرام کردن نباشد و یا تشنج ظرف ۷۲ ساعت رخ دهد در نوبت‌های بعدی به جای واکسن ثلاث باید واکسن توام خردسال تزریق شود.

■ تزریق واکسن ثلاث درکودکان دارای ضایعات مغزی پیشرونده ممنوع است و باید به آنها واکسن توام خردسال تزریق کرد. کسانی که سابقه تشنج دارند و با مصرف دارو تحت کنترل هستند تزریق واکسن توام DTP بلامانع است.

■ فاصله بین نوبت سوم و چهارم واکسن ثلاث نباید از شش ماه کمتر باشد.

■ برای حفظ ایمنی، پس از پنج نوبت تلقیح واکسن سه گانه یا دو گانه، واکسن دوگانه ویژه بزرگسال باید هر ده سال یکبار تکرار شود.

■ واکسن‌های ثلاث و توام را باید حتماً به شکل داخل عضلانی و عمیق تزریق کرد. (تزریق این نوع واکسن‌ها در زیر جلد یا داخل جلد می‌تواند موجب تحریک موضعی، تشکیل گرانولوم، نکروز بافتی و بروز آبسه استریل شود).

■ پس از پایان سن ۶ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز تلقیح واکسن سه‌گانه مجاز نیست و باید به جای آن، واکسن دوگانه بزرگسالان را تزریق کرد.

■ در کودکان دارای نقص اولیه سیستم ایمنی و کودکان تحت درمان با داروهای پایین آورنده قدرت دفاعی بدن (کورتیکوستروئیدها) و یا کودکان تحت درمان با اشعه، مبتلایان به لوسمی، لنفوم و سرطان‌ها، استفاده از واکسن پولیو زنده خوراکی ممنوع است و باید از واکسن کشته شده تزریقی استفاده کرد.

■ در حال حاضر دوز یادآور واکسیناسیون هپاتیت B توصیه نمی‌شود.

■ اگر پس از تولد و تزریق واکسن هپاتیت B مشخص شود که نوزاد از مادر HBsAg مثبت به دنیا آمده است، حداکثر زمان دریافت ایمونوگلوبولین اختصاصی هپاتیت B یک هفته بعد از تولد است.

■ درصورتی‌که نوزاد از مادر HBsAg مثبت متولد شده باشد باید به طور هم‌زمان نیم میلی لیتر ایمونوگلوبولین اختصاصی هپاتیت B در عضله یک ران و واکسن هپاتیت B در عضله ران دیگر در اسرع وقت و ترجیحاً ظرف ۱۲ ساعت پس از تولد تزریق شود. در صورت عدم دسترسی به ایمونوگلوبولین اختصاصی، تزریق واکسن هپاتیت B به تنهایی نیز در ساعات اولیه پس از تولد حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد ایمنی ایجاد می‌کند.

■ نوزادانی که از مادران HBsAg مثبت متولد شده‌اند و علاوه بر دریافت نوبت اول واکسن ایمونوگلوبولین نیز دریافت داشته‌اند در سن ۱۵ـ۹ ماهگی باید از نظر HBsAg و HBsAb کنترل شوند. در صورت منفی بودن تیتر آنتی‌بادی سه نوبت دیگر واکسن هپاتیت طبق برنامه واکسیناسیون هپاتیت افراد پرخطر واکسینه خواهند شد.

■ واکسیناسیون هپاتیت B هیچ گونه مورد منع تلقیح ندارد، حتی اگر فرد HBsAg مثبت باشد.

■ ویال‌های آماده شده واکسن MMR و BCG، ۶ ساعت پس از آماده‌سازی دور ریخته شوند. درصورتی‌که زنان باردار قبلا علیه کزاز طبق برنامه ایمن‌سازی زنان در سنین باروری، واکسینه

شده‌اند، نیاز به انجام واکسیناسیون نیست، و اگر یک نوبت از واکسیناسیون وی در دوران بارداری باشد. می‌توان نسبت به واکسیناسیون زن باردار اقدام نمود.

افراد واجد شرایط دریافت واکسن هپاتیت B (گروه پر خطر)

مطابق توصیه کمیته کشوری ایمن سازی، افراد گروه پرخطر بر اساس فهرست زیر مطابق جدول ۵ واکسینه می‌شوند:

- کلیه پرسنل شاغل در مراکز درمانی بستری و سرپایی که با خون و ترشحات آغشته به خون به نحوی در تماس هستند شامل پزشکان، پرستاران، ماماها، بهیاران، کمک بهیاران، واکسیناتورها، دندانپزشکان، کمک دندانپزشکان، کارشناسان و تکنسین‌های آزمایشگاه‌های تشخیص طبی، دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری و مامایی.
- کودکانی که در کانون اصلاح و تربیت نگه داری می‌شوند، کودکان عقب مانده ذهنی و پرسنل مؤسسات نگه‌داری این کودکان و خانه سالمندان.
- بیماران تحت درمان دیالیز و افرادی‌که به طور مکرر خون و یا فرآورده‌های خونی دریافت می‌کنند (تالاسمی، هموفیلی و ....).
- اعضاء خانواده فرد HBs-Ag مثبت ساکن در یک واحد مسکونی
- آتش‌نشان‌ها، امدادگران اورژانس، زندانبانان، کارشناسان آزمایشگاه‌های تحقیقات جنایی و صحنه جرم.
- افراد آلوده به هپاتیت C که حداقل یک تست تکمیلی مثبت دارند.
- زندانیانی که دارای رفتارهای پرخطر هستند و دارای محکومیت بیش از ۶ ماه هستند.
- رفتگران شهرداری‌ها

جدول ۵- ایمن سازی علیه هپاتیت B در گروه های پرخطر

نوبت	زمان تزریق
اول	در اولین مراجعه
دوم	یک ماه بعد از نوبت اول
سوم	شش ماه بعد از نوبت اول

ایمنی تزریقات

تزریقات غیرایمن هر ساله موجب حدود ۸-۱۶ میلیون ابتلا به هپاتیت B، ۲-۵ میلیون ابتلا به هپاتیت C و ۸۰-۱۶۰ هزار مورد HIV می‌شود. هم چنین بیماری های انگلی مانند مالاریا، عفونت‌های باکتریال نظیر آبسه و عفونت‌های قارچی نیز در اثر تزریقات غیرایمن منتقل می‌شوند. بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت در دنیا ۱۲ میلیارد تزریق در سال انجام می‌شود که ۵۰ ٪ آن غیرایمن است. به منظور انجام تزریقات ایمن می‌بایست از تجهیزات مناسب برای تزریق استفاده کرد.

■ **مشخصات سرسوزن (Needle):** برای تزریقات زیرجلدی و داخل جلدی و واکسیناسیون نوزادان نارس، سوزن با طول ۵/۱ cm و gauge ۲۶-۲۷ استفاده می‌شود. و برای تزریقات عضلانی سوزن با طول ۵/۲ cm و gauge ۲۳.

■ **سرنگ‌های AD:** با استفاده از سرنگ‌های AD (Auto disable syringes) ریسک و خطر عفونت کاهش خواهد یافت. در خدمات ایمن‌سازی کشوری توصیه می‌شود فقط از سرنگ‌های AD استفاده شود و در Safety Box جمع‌آوری و به‌طور مناسب امحا شود. سرنگ‌های AD، خودبه‌خود قفل می‌شود و فقط یک بار می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. بیشتر این سرنگ‌ها دارای سرسوزن ثابت هستند. سایر انواع دارای سرسوزن‌های جداشدنی هستند که تنها به سرنگ‌های AD خاص خودشان متصل می‌شوند. پیستون را فقط یک بار می‌توانید به عقب کشیده و بازگردانید، بنابراین نباید پیستون را بی‌مورد حرکت داد و یا هوا را به داخل ویال تزریق کرد چون این کار موجب غیرقابل استفاده‌شدن سرنگ می‌شود.

■ سرنگ و سرسوزن‌های استفاده شده را در داخل جعبه ایمن غیرقابل نفوذ و مقاوم نسبت به سوراخ شدگی که برای جمع‌آوری ضایعات تعیین شده است بیاندازید.

■ در تزریقات مربوط به واکسیناسیون نیازی به آسپیراسیون ندارید.

■ تنها سرنگ را هنگامی پر کنید که آمادهٔ تزریق باشید.

■ هیچ گاه ویال‌های خالی را با هم مخلوط نکنید.

■ بعد از استفاده از سرنگ آن را مجدداً سرپوش گذاری نکنید.

■ **اگر شما در بخش خصوصی فعالیت می‌کنید:**

۱. در صورت انجام واکسیناسیون در مطب، به منظورتعیین دقیق پوشش واکسیناسیون منطقه و کشور، آمار واکسیناسیون را ماهیانه به مراکز بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت اعلام نمایید.

۲. ویال‌های واکسن MMR و BCG را شش ساعت بعداز باز نمودن و سایر ویال‌های باز شده را در پایان ماه دور بریزید.

۳. از سرنگ‌های AD به منظور واکسیناسیون استفاده نمایید.
۴. از سرپوش‌گذاری مجدد سرنگ پس از تزریق اجتناب نمایید.
۵. برای واکسیناسیون هپاتیت رایگان برای گروه‌های پرخطر با مرکز بهداشت شهرستان تماس بگیرید.
۶. از Safety Box برای معدوم کردن سرنگ‌ها استفاده کنید.
۷. در صورت تمایل می‌توانید آخرین اطلاعات مربوط به واکسیناسیون را از طریق تماس با مراکز بهداشتی یا مرکز بهداشت شهرستان دریافت کنید.
۸. می‌توانید در برنامه‌های بازآموزی ویژهٔ مراکز بهداشت شرکت کنید.

جدول-۶ ایمن سازی کودکانی که از ۱ سالگی تا ۶ سالگی در وقت مقرر مراجعه ننموده‌اند.

اولین مراجعه	سه‌گانه- فلج اطفال- ب. ث. ژ- MMR و هپاتیت B
یک ماه بعد از اولین مراجعه	سه‌گانه - فلج اطفال - هپاتیت B
یک ماه بعد از دومین مراجعه	سه‌گانه - فلج اطفال
۶ ماه تا یک سال بعد از سومین مراجعه	سه‌گانه - فلج اطفال - هپاتیت B
۶-۴ سالگی	سه‌گانه (حداقل یکسال فاصله با نوبت قبلی) - MMR- فلج اطفال

۱- بعد از ۶ سال تمام (۶ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) تزریق واکسن سه‌گانه ممنوع است و باید از واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان استفاده شود.
۲- درصورتی‌که سن کودک هنگام تزریق یادآور اول سه گانه و فلج اطفال، چهار سال یا بیشتر باشد، یادآور دوم لزومی ندارد.
۳- پس از آخرین نوبت واکسن سه گانه بایستی واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان هر ده سال یکبار تکرار شود.
۴- چنان چه سن کودک هنگام تزریق نوبت اول MMR بین ۶-۴ سالگی باشد، نوبت دوم بایستی ۶ ماه تا یک سال بعد از نوبت اول تزریق گردد.
۵- بعد از یک سالگی قبل از تلقیح ب. ث. ژ بایستی تست مانتو انجام شود و در صورت منفی بودن، ب. ث. ژ تلقیح گردد.
۶- کسانی که به دنبال تزریق ب. ث. ژ اسکار نداشته اند، نیاز به تزریق مجدد ب. ث. ژ ندارند.

جدول-۷ ایمن سازی افراد ۷ تا ۱۸ ساله که در وقت مقرر مراجعه نکرده‌اند

اولین مراجعه	هپاتیت B-MMR-دوگانه ویژه بزرگسالان- فلج اطفال
یک ماه بعد از اولین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان- فلج اطفال- هپاتیت B
یک ماه بعد از دومین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان- فلج اطفال
۶ ماه تا یک سال بعد از سومین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان- فلج اطفال- هپاتیت MMR-B
۱۰ سال بعد از چهارمین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان و هر ده سال یکبار تکرار شود

منابع

۱. برنامه و راهنمای ایمن سازی: مصوب کمیتهٔ کشوری ایمن‌سازی مرکز مدیریت بیماری‌ها چاپ ششم ۱۳۸۳
۲. اطلاعات و آمار بیماری های واگیر در ایران (۱۳۸۱ـ۱۳۵۶) مرکز مدیریت بیماری ها، ۱۳۸۳
۳. دستورالعمل تزریقات ایمن مرکز مدیریت بیماری ها، ۱۳۸۴
4. http://www.who.int/vaccines/casecount/
5. http://www.polioeradication.org/
6. http:// www. Who. int/entity/immunization

استفاده از برگه گردش مراقبت

پرسنل اداری هنگامی برگه گردش مراقبت را پر می کنند که بیمار ارزیابی عوامل خطر را به صورت سالیانه دریافت کرده است. در این برگه ها، تاریخ غربالگری ها، معاینات / آزمایشات ، مشاوره ها، و ایمن سازی قبلی ثبت و نگهداری می شود.

پرسنل بایستی اطلاعات برگه گردش را هنگامی که معاینه و یا آزمایشی کامل می شود، نتایج می رسند، یا مشاوره انجام می شود به روز کنند. برگه های گردش در جهت همکاری با پرسنل نیروی انسانی طراحی شده اند. هر نوع احتمال خطر برای پرسنل نیروی انسانی بایستی در قسمت مناسبی از برگه گردش مراقبت ذکر شود.

یادآورهای نموداری

یادآورهای نمودار شکل برای هشدار به پرستار یا پزشک در مورد خدمات پیشگیرانه مورد نیاز، مانند آزمایشات غربالگری، ایمن سازی، و یا مشاوره و آموزش می توانند استفاده شوند. این یادآورها می توانند به شکل برگه های کوچک با رنگهای براق یا به صورت برچسب به نمودارهای مربوط به بیمار وصل شوند. اگرچه اینها از ابزار مربوط به برنامه عملی کردن پیشگیری نمی باشند، شما می توانید خودتان آنها را خلق کنید و از آنها به عنوان بخشی از سیستم توزیع مراقبت پیشگیرانه خود استفاده کنید.

یک بررسی نشان می دهد که یادآورهای نموداری میزان توزیع خدمات پیشگیرانه را افزایش می دهد. این یادآورهای نموداری به طور اختصاصی در افزایش میزان ترک سیگار توسط مشاوره پزشکان موثر بوده است.

استفاده از یادآورهای نموداری

روز قبل از ویزیت، یکی از پرسنل بایستی پرونده بیمار شامل برگه گردش مراقبت پیشگیرانه ویزیت قبلی را بازبینی کند و آزمایشات غربالگری، ایمن سازی ها و مشاوره های مود نیاز را در " برگه یادآور " ثبت کند. سپس بایستی این برگه را در محل واضحی که در معرض دید است، در پرونده بیمار قرار دهد.

کارتهای پستی یادآور

پرسنل اداری می توانند کارت های پستی برای بیماران ارسال کنند تا به ایشان یادآوری کنند که بایستی برای انجام آزمایشات غربالگری خاص، ایمن سازی، پیگیری، یا ارزیابی سالیانه به مرکز درمانی مراجعه کنند.

مطلوب است، یکی از پرسنل (یا حتی خود بیمار) یک کارت پستی یادآور را هنگامی که بیمار در مرکز درمانی است پر کند و آن را یک ماه قبل از اینکه برای معاینه بازگردد پست کند. برای اطمینان از حفظ حریم بیمار، می توان قبل از ارسال کارت پستی آن را تا زده و منگنه کرد یا اینکه با نوار چسب آن را بست.

پوسترهای جدول زمانی(timeline) مراقبت پیشگیرانه

پوسترهای جدول زمانی مراقبت پیشگیرانه کودک و بزرگسال، مراقبت پیشگیرانه پیشنهادی را در قالب جدول زمانی نشان می دهد. نمایش این پوسترها در اتاق معاینه، هم به عنوان مرجعی در دسترس برای پزشکان و هم به عنوان وسیله آموزشی بیماران می باشند.

وسائل کمک آموزشی بیمار

می توانید در مورد وسائل کمک آموزشی که در ذیل آمده است با بیمار خود صحبت کنید. می توانید ایشان را تشویق کنید که وسائل کمک آموزشی را با خود به منزل ببرند، آنها را بخوانند، و در نوبت بعدی معاینه آنها را بازگردانند.

نسخه های پیشگیرانه

نسخ پیشگیرانه ابزاری هستند که برای آموزش بیمار طراحی شده اند، آنها را تشویق می کند و به آنها یادآوری می کند که رفتارهایی که سلامت ایشان را به خطر می اندازد را تغییر دهند، و گفتگوی پزشک – بیمار را در مورد پیشگیری تقویت می کند. پزشک نسخ پیشگیرانه را در انتهای ویزیت به بیمار می دهد. پزشک بایستی حین ارائه این وسائل کمک آموزشی به بیمار به طور خلاصه در مورد تغییر رفتارهایی که سلامت بیمار را به خطر می اندازد، مانند سیگار کشیدن و بی تحرکی صحبت کند. می توان نسخ را در دو نسخه پرینت گرفت و یکی از آنها را در پرونده بیمار نگهداری کرد. نمونه فرم های نسخه پیشگیرانه بزرگسال در پیوست ۳ آمده است.

وسائل کمک آموزشی اضافی

در استفاده از وسائل اضافی خلاق باشید و به یاد داشته باشید که آموزش بیمار از زمانی آغاز می شود که وی وارد مرکز شما می شود. سعی کنید که پیام های پیشگیری را به دیوارها، درها، و اتاق استراحت نصب کنید.

از پوستر های رنگی و پیامهای زنده به عنوان راههای موثر تقویت اطلاعاتی که بیماران از حین ورود به مرکز دریافت می کنند، استفاده کنید. به یاد داشته باشید که چند وقت یکبار پیامها را تغییر دهید،

تا وجود آنها به چشم بیاید.
در اتاق انتظار، وسائل آموزشی مربوط به پیشگیری را در دسترس قرار دهید. این ابزار آموزشی می توانند پمفلت های جذابی باشند که خواندنش آسان است و یا فیلم های ویدئویی باشند که رفتارهای پیشگیرانه را به صورت داستانی نمایش می دهد.

References

Agency for Healthcare Research and Quality. Child Health Guide (AHRQ Publication No. APPIP 98-0026). Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, 2000.
Agency for Healthcare Research and Quality. Staying Healthy at 50+ (AHRQ Publication No. AHRQ00-0002). Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, 2000.

Chang HC, Zimmerman LH, Beck JM. Impact of chart reminders on smoking cessation practices of pulmonary physicians. Am J Respir Crit Care Med 152:984–987, 1995.

Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, et al. Encouraging primary care physicians to help smokers quit. Ann Intern Med 110:648-652, 1989.
Office of Disease Prevention and Health Promotion. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed. (AHRQ Publication No. OM97-0001). Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1996.
Office of Disease Prevention and Health Promotion. Personal Health Guide. (AHRQ Publication No. APPIP98-0027) Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1997.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. Clinician's Handbook of Preventive Services, 2nd ed. (AHRQ Publication No. APPIP98-0025) Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1998.
Prislin MD, Vandenbark MS, Clarkson QD. The impact of a health screening flow sheet on the performance and documentation of health screening procedures. Fam Med 18:290-292, 1986.

For Further Reading

Brody DS, Miller SM, Lerman CE, et al. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received.
Med Care 27(11):1027–1035, 1989.

Cogswell B, Eggert MS. People want doctors to give more preventive care: A qualitative study of health care consumers. Arch Fam Med 2:611–619, 1993.

Green LW. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Mountain View, CA: Mayfield, 1980.

Incorporate Prevention Materials Into Your PPIP System 108
Griffiths W. Health education definitions, problems, and philosophies. Health Education Monographs 31:12–14, 1972.

Mink O, Esterhuysen PW, Mink BP, et al. Change at Work: A Comprehensive Management Process for Transforming Organizations. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.

National Task Force on the Preparation and Practice of Health Educators, Inc. A Framework for the Development of Competency-Based Curricula for Entry Level Health Educators. New York: National Task Force on the Preparation and Practice of Health Educators, 1983.

Redding JC, Catalanello RF. Strategic Readiness: The Making of the Learning Organization. San Francisco: Jossey-Bass, 1994.

Schauffler HH, Rodriquez T, Milstein A. Health education and patient satisfaction. J Fam Pract 42(1):62–68, 1996.

Senge PM. The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization. New York: Doubleday, 1990.

Weston DM. Organizational Learning as Strategy: Promoting Long-term Success Through Learning. (Report No. 827). Menlo Park, CA: SRI International, Business Intelligence Program, 1994.

Resources

Agency for Healthcare Research and Quality
Publications Clearinghouse
P.O. Box 8547
Silver Spring, MD 20907
Telephone: 1-800-358-9295
http://www.ahrq.gov/clinic/ppip-ix.htm

healthfinder™
http://www.healthfinder.gov

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, IL 60181
Telephone: 630-792-5000
Fax: 630-792-5005
http://www.jcaho.org

National Committee for Quality Assurance
2000 L Street, NW
Suite 500
Washington, DC 20036
Telephone: 202-955-3500
Fax: 202-955-3599
http://www.ncqa.org

Texas Department of Health
1100 West 49th Street
Austin, TX 78756-3199
Telephone: 512-458-7534
http://www.tdh.state.tx.us/ppip/index.htm

Community Groups

Colorado Clinical Guidelines Collaborative
6187 Yates Court
Arvada, CO 80003
Telephone: 303-657-3409
http://www.coloradoguidelines.org

Foundation for Healthy Communities
125 Airport Road
Concord, NH 03301
Telephone: 603-225-0900
Fax: 603-225-4346
http://www.fhconline.org

Georgia Healthcare Leadership Council
1200 Abernathy Road
Suite 1700
Atlanta, GA 30328
Telephone: 770-551-8290
Fax: 770-698-9954
http://www.ghlc.org

Massachusetts Health Quality Partners
c/o Tufts Health Plan
705 Mount Auburn Street, 705-3T
Watertown, MA 02471
Telephone: 617-972-9079
Fax: 617-972-9474
http://www.mhqp.org

پیوست ۱.

اسلاید ۱:

درک برنامه عملی کردن پیشگیری

- برنامه عملی کردن پیشگیری یعنی چه؟
- چه نیازی به این برنامه می باشد؟
- برنامه عملی کردن پیشگیری چگونه ایجاد شد؟
- چه کسی از این برنامه استفاده می کند؟
- منبع جدید: راهنمای گام به گام برای ارائه خدمات طب پیشگیری بالینی: بارویکردی سیستمیک

اسلاید ۲:

برنامه عملی کردن پیشگیری یعنی چه؟

- ایجاد برنامه ای مشتق از توصیه های کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده[1] **(USPSTF)**
- هدف:
  - افزایش آگاهی درباره پیشگیری
  - افزایش استفاده مناسب از خدمات پیشگیرانه بالینی (آزمایشات غربالگری، مشاوره، ایمن سازی)

اسلاید ۳:

چه نیازی به برنامه عملی کردن پیشگیری هست؟

- قسمت اعظم مرگ های زودهنگام قابل پیشگیری می باشند
- شواهد قوی نشان می دهد که خدمات پیشگیرانه بالینی می تواند از بعضی عوامل عمده مرگ پیشگیری کند
- مقابله با موانع ارائه موثر مراقبت پیشگیرانه

1- United State Preventive Service Task Force

اسلاید ۴:

برنامه عملی کردن پیشگیری چگونه ایجاد شد؟

- این برنامه به منظور افزایش کارگیری توصیه های USPSTF، در سال ۱۹۹۴ به راه انداخته شد
- در سال ۱۹۹۸ مدیریت آن به AHRQ منتقل شد
- همکاری گروه های متعدد عمومی و خصوصی

اسلاید ۵:

برنامه عملی کردن پیشگیری چگونه ایجاد شد؟

- برای بهبود ارائه خدمات پیشگیرانه در مراکز ارائه دهندگان خدمات بهداشتی اولیه بر اساس مداخلاتی که با پژوهش آزموده شده اند
- تمرکز گروهی آزموده شده با پزشکان، پرسنل اداری و بیماران
- انجام مشاوره با مصرف کنندگان و مصرف کنندگان بالقوه

اسلاید ۶:

پیام های برنامه عملی کردن پیشگیری

- پیشگیری بالینی قابل انجام و مهم است
- افراد مختلف نیاز به خدمات متفاوت دارند
- برنامه عملی کردن پیشگیری ابزار و منابع لازم جهت ارائه مراقبت پیشگیرانه جامع را برای پزشکان و بیماراتشان مهیا می کند
- برای اطمینان از اینکه پیشگیری یک بخش ثابت در مراقبت هر بیمار است، نیاز به "یک سیستم" می باشد

2- Agency for Healthcare Research and Quality

اسلاید ۷:

موانع ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی

- موانع مربوط به بیمار
  - کمبود آگاهی
  - نگرانی درباره اقدامات تشخیصی و درمانی مختلف و نتایج آنها
  - عدم سهولت انجام این اقدامات
  - هزینه های مربوطه

اسلاید ۸:

موانع در ارئه خدمات پیشگیرانه بالینی

- موانع مربوط به پزشک
  - محدود بودن توانمندی و دانش درباره پیشگیری
  - عدم اطمینان از اینکه پیشگیری شرایط را تغییر می دهد
  - کمبود وقت
  - پرداخت ناکافی

اسلاید ۹:

موانع در ارئه خدمات پیشگیرانه بالینی

- موانع اداری
  - عدم آگاهی
  - کمبود انگیزه، عدم آمادگی برای تغییر
  - کمبود کار گروهی موثر
  - محیط بالینی متمرکز بر بیماری و درمان به جای توجه به سلامتی و پیشگیری
  - سیستم های ناکافی برای ارائه، ردیابی و پیگیری خدمات پیشگیری

اسلاید ۱۰:

برنامه عملی کردن پیشگیری چه کاری می تواند بکند؟

- آموزش ارائه دهندگان، پرسنل اداری و بیماران درباره خدماتی که بایستی ارائه شوند
  - مشاوره برای کاهش خطر (ترک سیگار)
  - آزمایشات غربالگری برای کشف زودهنگام بیماری (پاپ اسمیر)
  - ایمن سازی برای پیشگیری اولیه (سرخک، واکسیناسیون)
  - پیشگیری شیمیایی (آسپرین برای پیشگیری از بیماری قلبی)

اسلاید ۱۱:

برنامه عملی کردن پیشگیری چه کاری می تواند بکند؟

- ارائه یک رویکرد سیستماتیک برای ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی
- کمک به ارائه دهندگان خدمت و بیماران برای پیگیری خدمات پیشگیرانه

اسلاید ۱۲:

چه کسی از برنامه عملی کردن سلامت استفاده می کند؟

- ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی اولیه
- طرح های سلامت
- کارفرمایان و خریداران مراقبت
- گروه های فعال در امر سلامت
- سازمان های دولتی
- سازمان های تخصصی
- دانشجویان پزشکی/ پرستاری
- حوزه های سلامت
- بیمارستان ها

اسلاید ۱۳:

چه کسی از برنامه عملی کردن پیشگیری استفاده می کند؟

متخصصین

- دستیاران طب پیشگیری و پزشک خانواده
- برنامه های دستیاری پزشکی
- برنامه های پرستاری
- دانشکده های پزشکی
- آموزش مداوم

اسلاید ۱۴:

مواد اولیه، ابزار و منابع برنامه عملی کردن پیشگیری

برای بیماران و دیگران

- راهنماهای سلامت فردی و سلامت کودک
- سالم ماندن در سنین بالای ۵۰ سال

اسلاید ۱۵:

وسایل، ابزار و منابع برنامه عملی کردن پیشگیری

برای ارائه دهندگان خدمت و ادارات

- توصیه های کار گروه خدمات پیشگیری ایالات متحده (در گذشته و حال)
- کتاب راهنمای پزشکان USPSTF
- راهنمای گام به گام برای ارائه خدمات طب پیشگیری بالینی بارویکردی سیستمیک

اسلاید ۱۶:

راهنمای گام به گام برای ارائه خدمات طب پیشگیری بالینی با رویکردی سیستمیک

- نحوه ارائه روتین مراقبت پیشگیرانه را به هر بیمار شرح دهد
- بیان کند که چه خدماتی ارائه شود
- چگونگی مشارکت تمامی پرسنل مشخص شود
- نحوه ارزشیابی و بازبینی سیستم توضیح داده شود

اسلاید ۱۷:

چرا باید از راهنمای گام به گام در ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی استفاده کنید

- توزیع خدمات پیشگیرانه را به گامهای کوچک و قابل مدیریت تبدیل می کند
- قابل تطابق با محیط شما می باشد
- به منظور بالا بردن کارآیی، شامل کاربرگ، برگه گردش و پروفایل خطرات سلامت می باشد
- بر اساس شواهد علمی می باشد

اسلاید ۱۸:

راهنما چگونه تنظیم شده است

- ۶ فصل؛ ۴ پیوست
- فصل ۱: آمادگی خود را برای تغییر سیستم ها ارزیابی کنید
  - ارزش ها و باورهای پرسنل را ارزیابی کنید
  - عقیده و نظر بیماران را استخراج کنید
  - به عنوان یک امکان، برنامه عملی کردن پیشگیری را مطرح کنید
- فصل ۲: برنامه پیشگیرانه فعلی خود را ارزیابی کنید
  - خدمات پیشگیرانه، سیستم های فردی و گروهی و گردش بالینی فعلی را ارزیابی کنید

اسلاید ۱۹:

راهنما چگونه تنظیم شده است

- فصل۳: یک پروتکل مراقبت پیشگیرانه ایجاد کنید
  - استاندارهای مراقبت پیشگیرانه برقرار کنید
  - نمودار ممیزی را اجرا کنید
  - برای محیط خود اهدافی تعیین کنید
  - یک فرآیند ارزشیابی طراحی کنید
- فصل۴: فرآیندی برای ارائه مراقبت پیشگیرانه ایجاد کنید
  - حمایت مدیر و پرسنل را جلب کنید
  - مسوولیت ها را تقسیم کنید
  - نحوه گردش ابزار کار و اطلاعات را تعیین کنید

اسلاید ۲۰:

راهنما چگونه تنظیم شده است

- فصل۵: سیستم "برنامه عملی کردن پیشگیری" خود را ارزیابی کنید
- فصل۶: ابزار های پیشگیری را به کار گیرید
- پیوست ها
  - اسلایدهای معرفی برنامه
  - کار برگ ها
  - نسخه های نمونه پیشگیری
  - نمونه سوالاتی برای کمک به تعیین آمادگی بیمار

پیوست ۲.

کاربرگ هایی برای پیاده سازی برنامه‌عملی کردن پیشگیری

آمادگی سازمان

دور عددی که به بهترین شکل نشان می دهد که شما تا چه اندازه ای با عبارت مزبور موافق یا مخالف هستید دایره بکشید

	خیلی زیاد			بی نظر		به هیچ وجه	
۱. پیشگیری جنبه مهم مراقبتی است که ما در روند کارمان ارائه می دهیم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۲. ما فکر می کنیم که د ر روند کاری ما بایستی به شکل قویتری به پیشگیری اهمیت داده شود	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۳. در کار ما کسانی هستند که بصیرت، مدیریت، و اختیار دارند تا سیستم پیشگیری را در اینجا راه اندازی کنیم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۴. ما وقت کافی داریم که به تک تک بیماران آموزش یا مشاوره بدهیم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۵. در کار ما پرستاران به آموزش بیماران به عنوان یکی از وظایف اصلی خود نگاه می کنند	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۶. در کار ما پزشکان به آموزش بیماران به عنوان یکی از وظایف اصلی خود نگاه می کنند	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۷. قرار است در کار ما منابعی (زمان، آموزش، پرسنل، و فضا) برای ایجاد برنامه جامع ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی اختصاص داده شود	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۸. د رکار ما ارتباطات داخلی بین پرسنل و پزشکان قوی است	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷

ادامه در صفحه بعد

فرم آمادگی دور عددی که به بهترین شکل نشان می دهد که شما تا چه اندازه ای با عبارت مزبور موافق یا مخالف هستید دایره بکشید						
	خیلی زیاد			بی نظر		به هیچ وجه
۹. در کار ما یک حس کار تیمی بین پرسنل و پزشکان ما وجود دارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۰. کار ما برنامه خاصی برای پیشگیری (مانند، سرطان، برنامه های پیشگیری، ترک سیگار و آموزش دیابت) ایجاد کرده است، یا تلاش می کند که ایجاد کند	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۱. برای بیمارانی که نیاز به تستهای غربالگری دارند که در مرکز ما ارائه نمی شود (مانند ماموگرافی یا آزمایشگاه)، روند کار ما سازوکارهای ارجاع کار آمدی دارد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۲. برای بیمارانی که نیاز به مشاوره رفتاری دارند، روند کار ما سازوکارهای ارجاع کارآمدی دارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۳. ما بیمارانی را که برای خدمات دیگر (مانند ثبت نتایج تستها د رنمودار) ارجاع می شوند را پیگری می کنیم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۴. ما زمان زیادی برای پیگیری برنامه ریزی جهت "برنامه عملی کردن پیشگیری " اختصاص می دهیم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۵. ما سیستم کنترل کیفی در محل داریم تا ارائه خدمات را ارزیابی کرده و بهبود ببخشد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۶. ما در محل خود سیستمی داریم که درصد بیمارانی که تست های غربالگری مورد نیازشان را دریافت می کنند، گزارش می دهد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷

منبع:

Reading to put prevention in your practice, Texan Medicine 92 (12): 359 1996

کاربرگ برای ارزیابی جو سازمانی
ارزش ها، نگرش ها و باورهای پرسنل ما درباره پیشگیری چیست؟
ارزشها، نگرش ها و باورهای بیماران ما درباره پیشگیری چیست؟
ما تمایل داریم چه نوع خدمات پیشگیرانه ای را به بیمارانمان ارائه دهیم؟
چه تفاوتی بین آنچه که ما تمایل داریم به بیمارانمان ارائه دهیم و آن چه که در حال حاضر به ایشان ارائه می دهیم وجود دارد؟
آیا ما نیازی به تغییر می بینیم؟
آیا ما برای تغییر آماده هستیم؟

کاربرگ برای ارزیابی خدمات پیشگیرانه فعلی
ما ارائه چه خدماتی را ثبت می کنیم؟

■ سیستم های موجود برای ارائه خدمات پیشگیرانه

برای ارائه خدمات پیشگیرانه، چه سیاست ها و آئین نامه هایی در محل داریم؟
ما ازچه سیستم ها و فرمهایی استفاده می کنیم؟
محیط فیزیکی فعلی ما چگونه از ارائه خدمات پیشگیرانه حمایت و یا جلوگیری می کند؟
چه سیستم های ارائه خدمات پیشگیرانه ای در عمل موفق بوده است؟ چرا؟
چه سیستم های ارائه خدمات پیشگیرانه ای در عمل موفق نبوده است؟ چرا؟

ادامه در صفحه بعد

کاربرگ برای ارزیابی خدمات پیشگیرانه فعلی
چه کار متفاوتی می توانیم انجام دهیم؟
آیا سیستم "برنامه عملی کردن پیشگیری "، کاری که در حال حاضر انجام می دهیم را دوبرابر خواهد کرد؟

■ نقش های پرسنل

در حال حاضر پرسنل چه کارهایی در زمینه ارائه مراقبت پیشگیرانه انجام می دهند؟
چه کسی ارائه خدمات پیشگیرانه را ثبت می کند؟

■ گردش بیمار

گردش فعلی بیمار چگونه از ارائه خدمات پیشگیرانه حمایت یا ممانعت می کند؟

کاربرگ برای ارزیابی سیستم های گروهی و فردی فعلی
افراد چگونه با یکدیگر کار می کنند؟
آیا افراد دوست دارند که در اینجا کار کنند؟
بیماران در مورد محیط بالینی ما چه نظری دارند؟

کاربرگ برای برنامه ارائه خدمات پیشگیرانه بالینی
چه زمانی باید شروع به اجرا کنیم؟
چگونه باید شروع به اجرا کنیم؟
جمعیت هدف اولیه ما چه کسانی خواهند بود؟ (به یاد داشته باشید که با جمعیت کم شروع کنید)
با چه خدمات و یا موادی باید شروع کنیم؟ چه چیزی را بعدا خواهیم افزود؟
چگونه در می یابیم که چه هنگام برای گسترش خدماتمان آماده هستیم؟

کاربرگ برای طراحی فرآیند ارزشیابی

چگونه می توانیم پیشرفت خود را بررسی کنیم؟

چند وقت یک‌بار برای فکر کردن در مورد مسیرمان باید با یکدیگر ملاقات کنیم؟

چگونه می فهمیم که موفق بوده‌ایم؟

کاربرگ برای تقسیم کارهای "برنامه عملی کردن پیشگیری" بین پرسنل

برای هر سوال، به نکات زیر توجه کنید:

- در محیط بالینی شما، چه کسی بهترین فرد برای پذیرفتن این نقش می‌باشد؟ چرا؟
- چه کسی بهترین فرد برای نظارت و پیگیری می‌باشد؟

■ گردش بالینی

روز قبل از ویزیت چه کسی ابزارهای مربوط به "برنامه عملی کردن پیشگیری" را در نمودار مراجعه کنندگان قرار خواهد داد؟ (فصل ۶ که در مورد مواد مربوط به "برنامه عملی کردن پیشگیری" است را نگاه کنید).

چه کسی نمودار بیماران را روز قبل از ویزیت ، پیش غربال خواهد کرد؟

چه کسی پروفایل عوامل خطر سلامت را اجرا و بررسی خواهد کرد و چه کسی تکمیل برگه گردش مراقبت پیشگیرانه را برای هر بیمار شروع خواهد کرد؟ (فصل ۶ را نگاه کنید)

چه کسی مسوول درخواست تستهای غربالگری خواهد شد ؟

ادامه در صفحه بعد

کاربرگ برای تقسیم کارهای "برنامه عملی کردن پیشگیری " بین پرسنل (ادامه)

چه کسی مسوول خواهد شد تا راهنمای سلامت مناسب را به همراه بیمار مرور کند و عوامل خطر را با بیمار مشاوره کند؟ (فصل ۶ را نگاه کنید)

■ **نمودار ممیزی**

چه کسی برای ارزیابی کیفیت خدمات پیشگیرانه، نمودارهای بازبینی را انجام خواهد داد؟

چه کسی نتایج نمودارهای بازبینی را تحلیل خواهد کرد و آنها را برای پرسنل تشریح خواهد کرد؟

■ **آموزش پرسنل**

چه کسی آموزش پرسنل را سازماندهی خواهد کرد؟

چه کسی به پرسنل آموزش خواهد داد؟

ادامه در صفحه بعد

کاربرگ برای تقسیم کارهای "برنامه عملی کردن پیشگیری " بین پرسنل (ادامه)

اگر نیاز به پشتیبانی فنی داشته باشیم، چه کار خواهیم کرد؟

■ **اقدامات اضافی**

چه کسی مسوول طراحی و سفارش مواد مورد نیاز خواهد بود؟

اقدامات اضافی چه چیزهایی می‌باشند و چه کسی مسوولیت انجام آن‌ها را بر عهده خواهد گرفت؟

کاربرگ برای ارزشیابی سیستم «برنامه عملی کردن پیشگیری» شما

■ اهداف

آیا ما در راستای هدف اصلی‌مان کار می‌کنیم؟ در راستای دیدگاه‌مان؟

آیا نیازی هست که اهدافمان را دوباره بررسی کنیم؟

چه چیزی خوب پیش می رود؟ چرا؟

چه چیزی خوب پیش نمی رود ؟ چرا؟

چه کار متفاوتی می توان انجام داد؟

آیا ما خدماتی را که گفته بودیم ارائه خواهیم را ارائه می دهیم؟

ادامه در صفحه بعد

کاربرگ برای ارزشیابی سیستم «برنامه عملی کردن پیشگیری» شما (ادامه)

آیا بایستی خدماتی که ارائه می دهیم را مجددا ارزشیابی کنیم؟

- **مواد (آموزشی)**

چگونه مواد «برنامه عملی کردن پیشگیری» مناسب نیازهای ما خواهد بود؟

آیا نیاز هست که هیچ یک از مواد "برنامه عملی کردن پیشگیری" را بازنگری کنیم؟

- **ثبت**

آیا ما خدماتی را که ارائه می دهیم را ثبت می کنیم؟

- **عملکرد و رضایت مندی پرسنل**

پرسنل وظایفشان را چگونه انجام می‌دهند؟

آیا پرسنل در مواردی که مورد نیاز است اقدام می‌کنند؟

ادامه در صفحه بعد

کاربرگ برای ارزشیابی سیستم «برنامه عملی کردن پیشگیری» شما (ادامه)
آیا پرسنل مثل اعضای یک تیم با هم کار می‌کنند؟
آیا تمامی پرسنل پیشنهادات خود را ارائه می دهند؟
پرسنل در مورد کارشان چه احساسی دارند؟
آیا پرسنل احساس می کنند که مورد حمایت هستند و به خواسته هایشان توجه می شود؟

- بیماران

بیمارانمان چگونه به تغییرات پاسخ می دهند؟

پیوست ۳.

نمونه هایی از نسخه های پیشگیری برای بالغین

وزن

عملی کردن پیشگیری

نام: .....

دستورات پیشگیری: .....

.....

.....

.....

.....

.....

پیگیری: .....

.....

.....

.....

امضای پزشک: ..... **تاریخ:** .....

- وزن مناسب برای شما درحدود ..... می باشد.
- داشتن اضافه وزن منجر به پرفشاری خون، دیابت و دیگر مشکلات جدی سلامتی می شود.
- بهترین راه برای کنترل وزن، محدودیت مصرف چربی و کالری در رژیم غذایی شما می باشد.
- از خوراک های متنوع بخصوص سبزیجات، میوه جات، حبوباتی مانند لوبیا قرمز، غلات کامل مانند ذرت و جو، نانهای با آرد کامل و موادی مثل غلات صبحانه [کورن فلکس و...] بیشتر میل نمایید.
- غذاهایی که چربی، روغن اشباع و کلسترول کمتری دارند (مانند ماهی، ماکیان بدون پوست، گوشت بدون چربی و محصولات رژیمی کم چرب) میل نمایید.
- بیشتر روزهای هفته حداقل ۳۰ دقیقه ورزش نمائید.
- از چاقی دوری کنید.

فشارخون

عملی کردن پیشگیری

نام: .....

دستورات پیشگیری: .....

.....

.....

.....

.....

پیگیری: .....

.....

.....

.....

امضای پزشک: ..... **تاریخ:** .....

- فشار خون شما بایستی پائین تر از ...../..... باشد.
- فشار خون بالا می تواند منجر به بیماری قلبی، سکته مغزی، و بیماری کلیه شود.
- خوردن غذاهای سالم، کاهش وزن، داشتن فعالیت بدنی، راههایی برای کنترل فشار خون شما می باشند:
  - کاهش وزن حتی به میزان ۲تا ۴ کیلوگرم می تواند فشار خون شما را پائین بیاورد.
  - از خوراک های متنوع بخصوص سبزیجات، میوه جات، حبوباتی مانند لوبیا قرمز، غلات کامل مانند ذرت و جو، نانهای با آرد کامل و حبوبات زیاد میل نمایید.
  - غذاهایی که چربی ، روغن اشباع، و کلسترول کمتری دارند (مانند ماهی، ماکیان پرورده بدون پوست، گوشت بدون چربی و محصولات رژیمی کم چرب) میل نمایید.
  - بیشتر روزهای هفته حداقل ۳۰ دقیقه ورزش نمائید.
  - نمک کم مصرف کنید. قبل از اینکه به غذایتان نمک اضافه کنید، آن را بچشید. ازغذاهای فوری (فست فود) و میان وعده های شور کمتر میل کنید.
- اگر برای کاهش فشار خون خود دارو مصرف می کنید، نحوه مصرف آن را به طور کامل بپرسید. هیچ نوبت مصرف دارو را فراموش نکنید.
- اگر الکل می نوشید، مقدار و دفعات آن را کاهش دهید.
- مصرف تنباکو خطر ابتلا به بیماری قلبی را افزایش می دهد. اگر مصرف می کنید، برای ترک آن برنامه ریزی کنید.

سیگار

عملی کردن پیشگیری

نام: .....

دستورات پیشگیری: .....

.....

.....

.....

.....

پیگیری: .....

.....

.....

.....

امضای پزشک: ..... **تاریخ:** .....

• سیگار و دیگر محصولات حاوی تنباکو به ریه ها و قلب شما آسیب می رسانند و همچنین باعث ابتلا به سرطان می شوند.

• سیگار و دیگر محصولات حاوی تنباکو رنگ دندانهایتان را تغییر می دهند، باعث چین و چروک صورت شده، نفس شما را بدبو و موهای شما را بدرنگ می کند!

• بچه هایی که با افراد سیگاری زندگی می کنند بیشتر به عفونتهای گوش، آسم، و ذات الریه مبتلا می شوند.

• اگر شما سیگار می کشید، از خودتان بپرسید کی می خواهید سیگار را ترک کنید. هنگامی که آماده هستید، دستورات زیر را دنبال کنید:

- برنامه ریزی کند و برای ترک سیگار یک تاریخ تعیین کنید. در این راستا از پزشک خود کمک بخواهید.
- به دوستان و فامیل خود بگویید که می خواهید سیگار را ترک کنید. خود را از شر سیگارها و زیرسیگاریهای خود خلاص کنید.
- از پزشک خود در مورد داروهای جدیدی که ترک سیگار را آسانتر می کنند بپرسید.
- اگر اولین بار موفق نشدید، تسلیم نشوید. دوباره امتحان کنید!

دیابت

عملی کردن پیشگیری

نام: .....

دستورات پیشگیری: .....

.....

.....

.....

.....

.....

پیگیری: .....

.....

.....

.....

امضای پزشک: ..... **تاریخ:** .....

• ممکن است شما دیابت داشته باشید و از آن بی اطلاع باشید. اگر فردی از اعضای خانواده شما دیابت دارد، اگر اضافه وزن دارید، یا در طی بارداری خود دیابت داشته اید، ممکن است نیاز باشد که قند خون خود را آزمایش کنید.

• دیابت می تواند مشکلاتی برای بینایی، کلیه ها و جریان خون بخصوص در اندام تحتانی شما ایجاد کند.

• شما می توانید با شیوه زندگی سالم از ابتلا به دیابت پیشگیری کنید:

- هر روز هفته فعالیت بدنی داشته باشید (حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت با شدت متوسط).
- وزن خود را کنترل کنید. هر روز از میوه جات، سبزیجات، حبوبات و غلات کامل میل نمایید.
- غذاهایی که چربی ، روغن اشباع و کلسترول کمتری دارند (مانند ماهی ، ماکیان بدون پوست، گوشت بدون چربی، و محصولات رژیمی کم چرب) میل نمایید.

دیفتری، کزاز

عملی کردن پیشگیری

نام: .....

دستورات پیشگیری: .....

.....

.....

.....

.....

.....

پیگیری: .....

.....

.....

.....

امضای پزشک: ..... **تاریخ:** .....

- کزاز(کلید شدن دندانها) بیماری خطرناکی است که ۱ نفر از هر ۴ نفری که بدان مبتلا می شوند را می کشد.
- دیفتری بیماری خطرناکی است که ۱ نفر از هر ۱۰ نفری که بدان مبتلا می شوند را می کشد.
- به راحتی می توان با تزریق واکسن (هر ۱۰ سال یکبار) از ابتلا به هر دو بیماری دیفتری و کزاز پیشگیری کرد.
- سابقه واکسیناسیون خود را داشته باشید و هنگامی که به زمان مقرر تزریق یادآور بعدی نزدیک می شوید به پزشک خود یادآوری کنید.
- زمان یادآور بعدی واکسن دیفتری و کزاز (Td) در تاریخ .....خواهد بود

ذات الریه

عملی کردن پیشگیری

نام: .....

دستورات پیشگیری: .....

.....

.....

.....

.....

.....

پیگیری: .....

.....

.....

.....

امضای پزشک: ..... **تاریخ:** .....

• ذات الریه، بیماری خطرناکی می باشد که می تواند منجر به مرگ شود.

• هر فردی تقریبا در ۶۵ سالگی نیاز به تزریق واکسن ذات الریه دارد. اگر شما بیماری ریوی، قلبی، کلیوی، دیابت، سرطان و یا آلودگی به ویروس HIV دارید، ممکن است قبل از ۶۵ سالگی نیاز به تزریق واکسن داشته باشید.

• در بسیاری از افراد، فقط یک تزریق برای تمام عمر محافظت کننده می باشد. اما اگر شما در خطر بالای ابتلا به ذات الریه هستید، ممکن است پزشک شما هر ۵ سال یکبار توصیه به تزریق مجدد نماید.

سرخجه

عملی کردن پیشگیری

نام: .....

دستورات پیشگیری: .....

.....

.....

.....

.....

.....

پیگیری: .....

.....

.....

.....

امضای پزشک: ..... **تاریخ:** .....

• بیماری سرخجه (سرخک آلمانی) توسط یک ویروس ایجاد می شود. اگر خانمی طی دوران بارداری به سرخجه مبتلا شود، ممکن است دچار عوارضی چون سقط جنین، مرده زایی، یا نواقص شدید مادرزادی نوزاد شود.

• سرخجه با تزریق واکسن قابل پیشگیری است.

• آزمایش خون نشان خواهد داد که آیا شما نیاز به واکسیناسیون دارید.

• اگر باردار هستید واکسن نزنید. تا ۳ ماه پس از تزریق واکسن باردار نشوید.

• اگر شما در حال حاضر باردار هستید و نیاز به واکسیناسیون دارید، آن را پس از تولد فرزندتان دریافت کنید.

هپاتیت ب

عملی کردن پیشگیری

نام: .....

دستورات پیشگیری: .....

.....

.....

.....

.....

پیگیری: .....

.....

.....

.....

امضای پزشک: ..... **تاریخ:** .....

- هپاتیت ب یک بیماری جدی کبدی است. از طریق تماس با خون و یا مایعات بدن کسی که هپاتیت ب دارد، از طریق تماس جنسی یا استفاده از سر سوزن مشترک، منتقل می شود.
- معمولا، باید واکسن هپاتیت ب را تزریق کنید اگر:
  - در ۶ ماه گذشته به بیماریهای مقاربتی مبتلا بوده اید.
  - مواد مخدر را به صورت تزریقی مصرف کرده اید.
  - از کارکنان سیستم بهداشتی هستید که دائما با خون و یا محصولات خونی در تماس هستید.
  - بین سالهای ۱۳۵۷ تا ۱۳۶۴ تزریق خون داشته اید.
  - و در سایر مواردی که پزشک برای شما تجویز می کند.
- اگر شما در خطر آلودگی هستید ولی تصمیم ندارید که خود را واکسینه کنید، خطر را با رعایت نکات ذیل کاهش دهید:
  - در زمان آمیزش جنسی از کاندوم همراه با اسپرم کش استفاده کنید.
  - هرگز از سر سوزنهای مشترک برای تزریق استفاده نکنید.
  - در محیط کار، در هر زمانی که امکان تماس با مایعات بدن وجود دارد، با پوشیدن دستکش، محافظ های چشم و صورت و یک روپوش بلند از خودتان محافظت کنید.

سرطان کولون و رکتوم

عملی کردن پیشگیری

نام: .....

دستورات پیشگیری: .....

.....

.....

.....

.....

پیگیری: .....

.....

.....

امضای پزشک: ..... **تاریخ:** .....

• در ایالات متحده سرطان روده بزرگ دومین علت مرگ های ناشی از سرطان است. اگر زودهنگام تشخیص داده شود، خیلی راحت تر از زمانی که دیر تشخیص داده می شود درمان پذیر است. برای یافتن سرطانهای روده بزرگ ، روش های تشخیصی موثری در دسترس است.

• شما بایستی در شروع سن ۵۰ سالگی، برای شناسایی سرطان روده بزرگ مورد ارزیابی قرار بگیرید.

• از پزشک خود بپرسید:

– آیا من باید برای شناسایی سرطان روده بزرگ آزمایش بدهم؟

– چه تست و یا تستهایی برای شناسایی سرطان روده بزرگ برای من مناسبتر است؟

• اگر شما سابقه پولیپ داشته اید و یا اگر فردی از اعضای خانواده شما سرطان روده بزرگ داشته اند، به پزشک خود اطلاع دهید. اگر چنین باشد، ممکن است شما نیاز داشته باشید که دفعات بیشتری مورد آزمایش قرار بگیرید.

• اگر شما به دستورات زیر عمل کنید، ممکن است بتوانید خطر ایجاد سرطان روده بزرگ را در خود کاهش دهید:

– از خوراک های متنوع بخصوص سبزیجات، میوه جات، حبوباتی مثل لوبیا قرمز، غلات کامل، ذرت و جو، نانهای با گندم کامل و غلات صبحانه استفاده کنید.

– غذاهایی که روغن، چربی اشباع و کلسترول کمتری دارند (مانند ماهی، ماکیان پرورده بدون پوست، گوشت بدون چربی، و محصولات رژیمی کم چرب) میل نمایید.

– بیشتر روزهای هفته حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی داشته باشید.

تصویربرداری پستان

عملی کردن پیشگیری

نام: .....

دستورات پیشگیری: .....

.....

.....

.....

.....

.....

پیگیری: .....

.....

.....

.....

امضای پزشک: ..... **تاریخ:** .....

- ماموگرام (عکس پستان که با اشعه ایکس گرفته می شود) می تواند غده سرطانی که هنوز آنقدر کوچک است که در معاینه توسط خود فرد، پزشک و یا پرستار قابل لمس نیست را بیابد.
- بسیاری از سرطانهای پستان اگر زودهنگام تشخیص داده شوند به راحتی قابل درمان است.
- اگر ۴۰ سال یا بیشتر دارید هر ۱ یا ۲ سال برای انجام ماموگرافی به پزشک مراجعه کنید.
- دقت کنید که اگر مادر و یا خواهر شما سرطان پستان داشته اند حتما به پزشک بگویید. اگر چنین باشد، شما باید دفعات بیشتری نسبت به دیگر زنان ماموگرافی انجام دهید.
- ممکن است خود پزشک نیز پستان شما را معاینه کند.

پاپ اسمیر

عملی کردن پیشگیری

نام: .....

دستورات پیشگیری: .....

.....

.....

.....

.....

پیگیری: .....

.....

.....

.....

امضای پزشک: ..... **تاریخ:** .....

• پاپ اسمیر تستی برای شناسایی سرطان گردن رحم است. پاپ اسمیر آزمایشی است که می تواند سلولهای دهانه رحم شما که قرار است در آینده سرطانی شوند و یا اینکه در مراحل بسیار ابتدایی سرطان هستند را بیابد.

• زنان بایستی هر ۳ سال یکبار پاپ اسمیر داشته باشند، البته در بعضی، دفعات بیشتری مورد نیاز است.

• اگر زگیل تناسلی ، بیماری مقاربتی ، شرکای جنسی متعدد، یا سابقه پاپ اسمیر های غیر طبیعی دارید، به پزشک خود بگوئید. اگر چنین باشد، ممکن است شما نسبت به زنان دیگر نیازمند انجام دفعات بیشتر پاپ اسمیر باشید.

• اگر سن شما بیش از ۶۵ سال باشد، و پاپ اسمیر های قبلی شما طبیعی بوده باشد، و یا اگر شما سابقه هیسترکتومی (جراحی که طی آن رحم زنان برداشته می شود) داشته باشید ، ممکن است پزشک شما پیشنهاد کند که دیگر پاپ اسمیر انجام ندهید.

• اگر جواب تست پاپ اسمیر شما غیرطبیعی باشد، شما بایستی ظرف چندین ماه دوباره تست پاپ اسمیر را تکرار کنید. یا ممکن است شما نیاز به انجام تستهای دیگری داشته باشید که معمولا در مطب پزشک انجام می شود.

• عاملی که تست پاپ اسمیر را غیرطبیعی کرده است معمولا در مطب پزشک قابل درمان است.

سرطان پروستات

عملی کردن پیشگیری

نام: .....

دستورات پیشگیری: .....

.....

.....

.....

.....

.....

پیگیری: .....

.....

.....

.....

امضای پزشک: ..... **تاریخ:** .....

• سرطان پروستات یکی از شایعترین سرطان ها نزد مردان است.

• مردانی که بیش از ۵۰ سال سن دارند، یا مردانی که برادر و یا پدرشان سرطان پروستات داشته اند بیش از سایرین در معرض ابتلا به سرطان پروستات هستند.

• سرطان پروستات در بعضی مردان به آهستگی رشد می کند، و در دیگر مردان به سرعت گسترش می یابد.

• اگر شما در معرض خطر ابتلا به این بیماری هستید، برای یافتن سرطان پروستات با پزشک خود درباره عوامل خطر و فواید تستهایی چون معاینه پروستات از طریق مقعد و آنتی ژن مخصوص پروستات در خون صحبت کنید.

کلسترول

عملی کردن پیشگیری

نام: .....

دستورات پیشگیری: .....

.....

.....

.....

پیگیری: .....

.....

.....

امضای پزشک: ..... **تاریخ:** .....

• بسیاری از متخصصین پیشنهاد می کنند که کلسترول خون خود را هر ۵ سال یکبار چک کنید. اگر سطح کلسترول خون شما خیلی بالا باشد، ممکن است پزشک شما پیشنهاد کند که کلسترول خون خود را با دفعات بیشتری اندازه گیری کنید.

• کلسترول خون خود را هر..... سال چک کنید. نوبت بعدی اندازه گیری کلسترول خون شما در تاریخ ..... می باشد.

• برای کاهش سطح کلسترول خون خود تغییراتی در شیوه زندگی خود ایجاد کنید. انجام کارهای خاصی می تواند در کنترل کلسترول خون شما بسیار کمک کننده باشد:

- رژیم غذایی سالمی داشته باشید. هر روز از میوه ها، سبزیجات، حبوبات و غلات میل نمایید.
- وزن خود را کنترل کنید. غذاهایی که روغن، چربی اشباع و کلسترول کمتری دارند (مانند ماهی، ماکیان بدون پوست، گوشت بدون چربی، و محصولات رژیمی کم چرب) میل نمایید.
- هر روز هفته ۳۰ دقیقه یا بیشتر ورزش کنید.

• شما بایستی کنترل کلسترول خون خود را شروع کنید، اگر:

- مرد و ۳۵ ساله هستید
- زن و ۴۵ ساله هستید
- مرد بین سنین ۲۰ و ۳۵ و یا زن بین سنین ۲۰ و ۴۵ هستید ، و دیگر عوامل خطر بیماری قلبی را دارا می باشید. این عوامل خطر شامل مصرف تنباکو، دیابت، سابقه خانوادگی بیماری قلبی، یا کلسترول بالا ، یا فشار خون بالا می باشند.

اطلاعات مهم برای کسانی که خواهان قلبی سالم هستند

عملی کردن پیشگیری

نام: .....

دستورات پیشگیری: .....

.....

.....

.....

.....

.....

پیگیری: .....

.....

.....

.....

امضای پزشک: ..... **تاریخ:** .....

• در افراد بزرگسالی که در معرض ابتلا به بیماری قلبی هستند، آسپرین می تواند در پیشگیری از بیماری قلبی کمک کننده باشد. عوامل خطر برای بیماری قلبی عبارتند از سن، جنسیت[مذکر]، دیابت، سطح بالای کلسترول خون، سطح پائین چربی مفید خون (HDL)، فشار خون بالا، سابقه خانوادگی بیماری قلبی (در بزرگسالان جوانتر)، و سیگار کشیدن. شما و پزشکتان باید در مورد عوامل خطر بیماری قلبی، فواید و مضرات مصرف آسپرین در پیشگیری از بیماری قلبی صحبت کنید.

• با کاهش مصرف چربی و کالری در رژیم غذایی خود، وزنتان را کنترل کنید.

• غذاهای متنوعی با فیبر بالا، سبزیجات، میوه جات، حبوباتی مانند لوبیا قرمز، تمامی غلات مانند ذرت و جو، نانهای با آرد کامل و حبوبات زیاد مصرف کنید.

• غذاهایی که روغن، چربی اشباع و کلسترول کمتری دارند (مانند ماهی، ماکیان بدون پوست، گوشت بدون چربی، و محصولات رژیمی کم چرب) میل نمایید.

• فعال تر باشید. با فعالیت بیشتر، شما احساس بهتری خواهید داشت و این امر به شما کمک خواهد کرد که در یک وزن سالم باقی بمانید.

• از پزشک خود اطلاعاتی در مورد رژیم غذایی، ورزش و کاهش وزن بخواهید.

پیوست ٤.

مراحل تغییر و بیماران شما

مراحل تغییر و بیماران شما

انگیزه بیماران در تغییر رفتارهای پرخطر می تواند طیفی از مقاومت تا تردید و دوگانگی و یا تعهد داشته باشد و می تواند در طی زمان نوسان داشته باشد. محققان این نوسانات انگیزه را مراحل تغییر می دانند. این مراحل به پیش تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و نگهداشت طبقه بندی شده اند. بیمارانی که کاملا برای تغیر آماده نیستند، ممکن است قبل از اینکه بخواهند خودشان را به تغییری متعهد کنند و بر اساس آن عمل کنند، در مورد اصلاح رفتارهای مخل سلامت تردید داشته باشند. استراتژی های ارتباطی شما می تواند مرحله تغییر بیماران را تعیین کند. شما بایستی با پرسیدن چندین سوال ساده در مورد عادات بیمارانتان، تعیین کنید که ایشان در کدام مرحله از تغییر هستند. سپس شما می توانید با آموزش مناسب و یا مشاوره وارد عمل شوید و کوشش کنید که با یک روش بیمار محور مناسب ، بیماران را از یک مرحله به مرحله دیگر حرکت دهید.

در جدول زیر هر مرحله تغییر و نمونه سوالات آن آمده است. شما می توانید این سوالات را برای عادت خاصی که در حال تغییر دادن آن هستید، تغییر دهید. برای سهولت درک آن، از مثال ترک سیگار استفاده شده است.

مراحل تغییر	
سوال	**مرحله**
آیا شما قصد دارید ظرف ۶ ماه آینده سیگار را ترک کنید؟	**اگر پاسخ "خیر" است، بنابراین فرد در مرحله پیش تفکر می باشد. در اینجا، تنها آموزشی که تاثیر خواهد داشت این است که بیمار را ترغیب کنیم به ترک سیگار فکر کند.** **به یاد داشته باشید، بیمار هیچ فکر جدی در مورد ترک سیگار در آینده ندارد. این ممکن است به دلیل بی اطلاعی از عوارض سیگار بر سلامت باشد یا این دلیل که احساس می کند ترک سیگار غیرممکن است.** **چیزی در مورد آسانی ترک سیگار نگویید، اما می توانید به وی بگویید که، «ما در چند سال اخیر چیزهای زیادی یاد گرفته ایم تا به افراد در ترک سیگار کمک کنیم، موفقیت های زیادی داشته ایم، و اینجا هستیم تا در هر زمانی که شما آماده باشید به شما کمک کنیم.»**

مراحل تغییر (ادامه)	
سوال	**مرحله**
(ادامه) **آیا شما قصد دارید که ظرف ۶ ماه آینده سیگار را ترک کنید؟**	**اگر پاسخ "بله" است، بنابراین بیمار در مرحله تفکر می باشد. در اینجا، وظیفه شما به عنوان یک آموزش دهنده متفاوت خواهد بود. در این مرحله، فرد به طور جدی به ترک سیگار فکر کرده است ولی ممکن است برای شروع فرآیند، کمبود انگیزه داشته باشد. در این لحظه است که شما می توانید انگیزه ایجاد کنید و داستانهایی در مورد تجربیات موفقیت آمیز سایر بیماران بگویید. شما می توانید از بیماران دیگر به عنوان همکار داوطلب استفاده کنید. ممکن است فردی که سیگار را ترک کرده است بهترین کسی باشد که در مورد رویکردهای مختلف ترک سیگار و گزینه های در دسترس صحبت کند .** **اگر پاسخ "شاید" باشد، احتمالا بیمار دودل است. به کمک بیمار به ارزیابی ارزشهای وی بپردازید و در مورد اینکه چگونه ممکن است در این زمینه تعارض وجود داشته باشد، بحث کنید (مثلا سلامت کودکان در مقابل لذت سیگار کشیدن)**
آیا شما قصد دارید که ظرف ۳۰ روز آینده سیگار را ترک کنید؟	**اگر پاسخ "خیر" است، بنابراین بیمار شما در مرحله پیش تفکر است، و شما باید برای این مرحله مشاوره و آموزشی را که در بالا پیشنهاد شد را ارائه دهید.** **اگر پاسخ به این سوال "بله" باشد، بیمار شما در مرحله آمادگی قرار دارد. او قبلا تصمیم گرفته است که برای تغییر تلاش کند و آماده است که سیگار را ترک کند. در اینجا، وظیفه شماست که ابزار لازمی را که سبب تغییر رفتار می شود به بیمارتان بدهید. شما بایستی یا بیمار را برای برنامه ترک سیگاری که می دانید موثر است بفرستید یا اینکه خودتان به فرآیند ترک سیگار کمک کنید. در این مرحله خیلی اهمیت دارد که بر افزایش اعتماد بیمار (خود اثربخشی) تمرکز کنید به طوری که بتواند برای این تغییر تلاش کند و موفق بشود.**

مراحل تغییر (ادامه)	
سوال	**مرحله**
(ادامه) آیا شما قصد دارید که ظرف ۳۰ روز آینده سیگار را ترک کنید؟	**گامهای کوچک، پیگیری تنگاتنگ، تقویت و تشویق نیز خیلی مهم هستند. استفاده از قراردادهای بین بیمار و آموزش دهنده ممکن است ابزار مفیدی برای تسلط در هر مرحله از فرایند باشد. (در اینجا، مربی اهدافی را که باید تا هفته بعد به آنها برسند را می نویسد و بیمار قرارداد را امضاء می کند و موافقت می کند که وظایف خاصی که در سند قید شده است را انجام می دهد.)**
آیا شما در حال ترک سیگارهستید؟	**اگر پاسخ "بله" است، بنابراین نیاز بیمار شما متفاوت از مراحلی است که قبلا ذکر شد. این بیمار د ر مرحله عمل می باشد. در اینجا، او نیاز به تقویت مثبت بیشتری برای تغییراتی که قبلا شروع کرده، دارد و نیاز به حمایت بیشتری دارد تا وارد مرحله نگهداشت شود. توجه به خود اثربخشی نیز مهم است.**
آیا شما سیگار را به مدت بیش از ۶ ماه ترک کرده اید؟	**اگر پاسخ "بله" است، بنابراین بیمار شما درمرحله نگهداشت است. در این نقطه، مهم است که بر یادگیری مکانیسم های کنار آمدن تاکید شود تا از عود پیشگیری کند و این بیمار به عنوان همکار داوطلب به کار گرفته شود تا دیگران را برانگیزد و تجربه خودش را با دیگران در میان بگذارد.**

منابع:

Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. Prog Behav Modif 28:183-218, 1992.

منابع برای مطالعه بیشتر:

Prochaska JO, DiClemente CC. The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Therapy. Homewood, IL: Dow-Jones/Irwin, 1984.

Put Prevention Into Practice

A Step-by-Step Guide to Delivering Clinical Preventive Services: A Systems Approach

موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر

ISBN:978-964-04-5251-6

Design: Narges Karimi - 09125719349