



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

معاونت امور بهداشتی

بیماری دیابت

(برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت)

"متن آموزشی ویژه بهورز"

تهیه و تنظیم:

پریوش شیری ، پروانه موسوی ، کارشناسان امور بهورزی

دکتر سید کاظم شاهزاده فاضلی مدیر گروه گسترش

با همکاری:

دکتر فرزانه فربخش کارشناس مسئول بیماریهای غیرواگیر

بهار ۱۳۹۳

فهرست

صفحه	عنوان
۴	پیشگفتار
۵	مقدمه
۷	بخش اول: کلیات دیابت
۸	دیابت چیست:
۸	طبقه بندی دیابت قندی
۸	دیابت نوع ۱ (وابسته به انسولین)
۸	دیابت نوع ۲ (غیروابسته به انسولین)
۹	دیابت حاملگی
۹	انواع اختصاصی دیابت
۱۰	علائم دیابت
۱۰	افراد در معرض خطر
۱۰	عوارض بیماری دیابت (بیماری قند)
۱۱	اهمیت کنترل دقیق قند خون
۱۱	آموزش های لازم برای افراد مبتلا به دیابت
۱۲	۱- کنترل وزن
۱۲	طبقه بندی نمایه ی توده بدنی طبیعی و غیر طبیعی
۱۲	۲- برنامه غذایی
۱۳	۳- ورزش و فعالیت های جسمی
۱۳	۴- مراقبت از پا
۱۴	۵- ترک مصرف دخانیات
۱۴	۶- نحوه مصرف و تزریق انسولین
	نحوه نگه داری
۱۵	نحوه مخلوط کردن
۱۵	رعایت بهداشت سرنگ ها
۱۵	انسولین محل های تزریق
۱۶	۷- نکته هایی که فرد مبتلا به دیابت در هنگام ابتلا به سایر بیماری ها باید رعایت کند
۱۷	طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت
۱۷	اهداف طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت
۱۷	هدف اصلی
۱۷	هدف اختصاصی:
۱۷	پیشگیری اولیه

۱۷	پیشگیری ثانویه
۱۸	پیشگیری ثالثیه
۱۹	بخش دوم: شرح وظایف بهورزدر برنامه پیشگیری و کنترل دیابت
۲۰	وظایف بهورزدر برنامه کشوری دیابت
۲۰	۱- غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت و فشار خون بالا
۲۰	علائم مبنای غربالگری
۲۱	۲- ارجاع افراد در معرض خطر
۲۱	ارجاع غیرفوری
	ارجاع فوری
۲۲	۳- پیگیری بیماران و افراد در معرض خطر
۲۳	۴- آموزش
۲۳	آموزش بیماران
۲۳	آموزش افراد در معرض خطر
۲۳	آموزش جامعه
۲۴	۵- ثبت و گزارش اطلاعات
۲۵	بخش سوم:دستورالعمل غربالگری و تشخیص دیابت بارداری
۲۶	توصیه های دوران بارداری
۲۷	توصیه های پس از بارداری
۲۸	بخش چهارم: فرم های مربوط به برنامه دیابت ودستورالعمل تکمیل فرم گزار ش ماهانه دیابت
۲۹	فرم شماره ۵ گزارشدهی مراقبت از بیماران دیابتی
۳۰	فرم گزارش ماهانه دیابت (فرم شماره ۱- ۲)
۳۱	دستورالعمل تکمیل فرم گزار ش ماهانه دیابت
۳۲	منابع

پیشگفتار

کاهش فعالیت بدنی و زیاده روی در مصرف چربی ها، گوشت، نمک و مصرف دخانیات همراه با زندگی پر استرس در دهه های گذشته ، بروز بیماریهای عمده ی غیر واگیر را در جوامع بشری افزایش داده است. تقریباً دو سوم مرگ و میرها در کشورهای پیشرفته به علت این بیماریها است و در کشورهای خاورمیانه نیز بیماریهای قلبی - عروقی، بیماریهای مزمن ریوی و دیابت سه علت از شش علت اول مرگ و میر را تشکیل می دهند. در ایران نیز این بیماریها از علل عمده ی مرگ و میر و ناتوانی به شمار می روند.

سازمان جهانی بهداشت با توجه به آمار و روند روبه افزایش دیابت در سراسرجهان، دیابت را به عنوان یک اپیدمی نهفته اعلام کرد و از سال ۱۹۹۳ تمام کشورهای جهان را به مقابله با این اپیدمی فرا خواند.

۵۹ درصد کل مرگ و میرهای جهان و ۴۶ درصد بار بیماریها ناشی از بیماریهای غیر واگیر است و آمارها نشان از افزایش این بیماریها دارد. خسارتهای وارده از این بیماریها و هزینه های سرسام آور آنها برای سیستم بهداشتی ، همواره محرکی جدی و قوی برای طرح و اجرای برنامه های پیشگیری در سطوح مختلف بوده است. در این میان دیابت به عنوان یک بیماری با عوارض ناتوان کننده که در ابتدا سیر مزمن و نامحسوسی دارد، جزء اهداف غالب سیاستهای پیشگیرانه است بویژه آن که درباره ی دیابت (نوع ۲) روشهای پیشگیری موثر و مفیدی وجود دارد.

در جمهوری اسلامی ایران برنامه های موثر برای شناخت، پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر از سال ۱۳۷۵ آغاز شد. اطلاعات اولیه نشانگر شیوع بسیار بالای بیماریهای عمده غیرواگیر و عوامل خطر ساز آن ها بود. اولین برنامه کشوری بیماریهای غیر واگیر با مطالعه مشترک وزارت بهداشت و سازمان جهانی بهداشت بنیانگذاری و شبکه ملی پیشگیری و کنترل دیابت برنامه ریزی شد.

بیماری دیابت یکی از بیماریهای مزمن در حال افزایش در دنیا می باشد که بدلیل عدم ترشح کافی انسولین و یاعدم توانایی بدن در استفاده از انسولین بوجود می آید. بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۳۰ میلادی، تعداد موارد ابتلا به حدود دو برابر آن در سال ۲۰۰۵ خواهد رسید. از مهمترین دلایل این افزایش جمعیت بیماران ، می توان به پیر شدن جمعیت در کنار تغییر الگو و شیوه زندگی اشاره کرد.

در حال حاضر و بر اساس اطلاعات استخراج شده از برنامه مراقبت بیماران دیابتی در مناطق روستایی در سال ۱۳۸۵ میزان شیوع دیابت در این مناطق برابر با ۲,۲۳٪ بوده است این مقدار برابر با ۴۹۳۵۲۴ نفر از کل ۲۲۱۳۱۱۰۱ نفر روستایی کشور در سال ۱۳۸۵ می باشد با توجه به اینکه آمار موجود تنها مربوط به مناطق روستایی می باشد و نظر به شیوع بیشتر عوامل خطر این بیماری در مناطق شهری، کاملاً قابل حدس است که شیوع دیابت در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی می باشد. بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی ، در سال ۲۰۰۰ میلادی حدوداً " ۲۱۰۳۰۰۰ نفر به دیابت مبتلا بوده اند که این رقم نشان دهنده شیوعی بیشتر از ۲,۲۳٪ می باشد.

میزان شیوع دیابت نوع ۲ در کل جمعیت ۱٪ تا ۴٪ و در افرادی که بالای ۴۰ سالگی هستند، بین ۵٪ تا ۱۰٪ گزارش شده است.

دیابت شایعترین بیماری متابولیک با شیوعی رو به افزایش می باشد. ازدیاد ۱۲۲ درصدی جمعیت مبتلایان به دیابت از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۲۵، ایجاد هزینه های مستقیم به میزان ۲,۵ تا ۱۵ درصد کل بودجه بهداشتی، هزینه های غیر مستقیم تا چند برابر و هزینه های پنهان تخمین ناپذیر ، پدید آورنده ی عوارضی چون بیماریهای ایسکمیک قلبی، هیپرتانسیون، انواع نارسایی های قلبی،رتینوپاتی* ، نوروپاتی** ، نوروپاتی*** ، کاتاراکت و غیره، مسئول ۴ میلیون مرگ در سال و ۹ درصد کل مرگ های جهان ، شیوعی برابر با ۷,۲درصد در جمعیت بالای ۳۰ سال تهران و ۶,۵درصد در اصفهان، وجود حداقل ۲ میلیون مبتلا در کشور که در نیمی از موارد از بیماری خود بی اطلاعند، عدم وجود علائم در سالهای اولیه و وجود راهکارهای پیشگیرانه موثر و.... اهمیت برنامه های بهداشتی را در این خصوص نشان می دهد.

طبق پژوهش های انجام شده، تصحیح شیوه های زندگی همراه با یک برنامه ی آموزشی مداوم در یک دوره زمانی ۶ ساله باعث کاهش ابتلا به دیابت(نوع ۲) در دو سوم موارد شده که نشان دهنده ی هزینه موثر بودن این روشها است.

*عوارض شبکه چشم
**عوارض اعصاب محیطی
***عوارض کلیه

بار اقتصادی ، اجتماعی و فردی بالای دیابت و وجود اقدام های پیشگیرانه مفید در هر سه سطح دلایل محکمی برای مورد توجه قرار گرفتن این بیماری، بلافاصله بعد از افتتاح اداره کل مبارزه با بیماریهای غیر واگیر در سال ۱۳۷۰ بود. در اولین گام طرحی پژوهشی مداخله ای که به نوعی با تعیین میزان شیوع بیماری ، نیازها را نیز مورد سنجش قرار می داد صورت گرفت . ارزیابی نتایج طرح و توجه به کاستی ها به تجربه ای ارزشمند منجر شد که در برنامه های بزرگتر آتی مورد بهره برداری قرار گرفت . در تابستان ۱۳۷۵ کمیته کشوری دیابت با حکم وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وقت شکل گرفت و طرحی با هدف کلی پیشگیری و کنترل دیابت و عوارض آن جهت ادغام در نظام شبکه های بهداشتی- درمانی ارائه شد. یافته های این طرح در کنار داده های قبلی نشان می دهد که شیوع دیابت در کشورمان سیر صعودی داشته و بسیاری از بیماران با کشف عوارض دیررس آن نسبت به بیماری چند ساله ی خود آگاه می شوند. از اسفند ۱۳۷۷ طرح دیابت در ۱۷ دانشگاه به مرحله اجرا و از سال ۱۳۸۲ به صورت کشوری درآمد .

بخش اول:

کلیات دیابت

دیابت چیست:

بیماری دیابت گروهی از اختلال های متابولیک را شامل می شود که همه با افزایش گلوکز سرم تشخیص داده می شود. انواع مختلف این بیماری به دلایل مختلفی شامل عوامل ژنتیک، عوامل محیطی و شیوه زندگی حاصل میشود.

کاهش ترشح انسولین، کاهش مصرف گلوکز به دلیل مقاومت به انسولین و نیز افزایش تولید گلوکز به درجات مختلف در هر یک از انواع دیابت نقش دارند. تغییرات عمده ای در اغلب سیستمهای بدن ایجاد می شود که سبب بروز عوارض فوری و دیررس بیماری شده و موجب ناتوانی، از کارافتادگی، افزایش هزینه های درمانی، و مرگ و میر بالا در این بیماری می شود.

دیابت پنجمین علت مرگ و میر و اولین علت نارسایی مزمن کلیه، قطع پای غیر تروماتیک و نیز کوری در بسیاری از جوامع است.

طبقه بندی دیابت قندی:

دیابت یا بیماری قند به انواع زیر تقسیم می شود:

۱. دیابت نوع ۱ (وابسته به انسولین)

این دیابت بیشتر در کودکان و جوانان دیده می شود اما ممکن است در هر سنی دیده شود و درصد کمی از افراد مبتلا به دیابت به این نوع مبتلا هستند. علت آن فقدان تولید انسولین می باشد و شیوع این نوع دیابت در جوامع مختلف حدوداً "۵٪ است. افراد برای درمان این نوع بیماری باید انسولین تزریق کنند. در سبب شناسی به نقش ویروسها و عوامل محیطی این نوع دیابت توجه ویژه ای شده است.

۲. دیابت نوع ۲ (غیروابسته به انسولین)

شایعترین نوع دیابت است که در سنین بالا و به صورت آهسته و تدریجی عارض می شود و به ایجاد کتواسیدوز تمایلی ندارد. علت آن کمبود تولید انسولین یا مقاومت بدن به انسولین می باشد. شیوع این نوع دیابت حدوداً "۹۵-۹۰ درصد است. در ایجاد این بیماری، عوامل ژنتیک و محیطی دخالت دارند. بیماری به طور معمول در فردی که دارای متابولیسم طبیعی کربوهیدرات ها است شروع می شود و به سوی عدم تحمل گلوکز سیر می کند و در نهایت، دیابت بروز می نماید ۱۰ تا ۲۰ سال قبل از تشخیص دیابت نوع ۲، کاهش تحمل گلوکز همراه با افزایش جبرانی انسولین وجود دارد.

عوامل مستعد کننده ی ژنتیکی در دیابت غیروابسته به انسولین از نوع وابسته به انسولین قوی تر عمل می کند. در بررسی های درازمدت نشان داده شده است که حدود ۵۰٪ بستگان درجه ی یک بیماران دیابتی نوع ۲، تا ۸۰ سالگی به دیابت مبتلا می شوند عامل مهم دیگر در بروز دیابت نوع ۲، افزایش وزن بدن و چاقی است. بروز دیابت نوع ۲ در افراد چاق بیشتر از افرادی است که وزن طبیعی دارند و در ابتدای شروع بیماری کاهش وزن سبب می شود که تحمل به گلوکز بهبود یابد.

فعالیت بدنی عامل عمده یا یکی از عوامل مهم در شیوع کمتر بیماری بین افراد روستایی- در مقایسه با شهرنشین ها- است.

۳. دیابت حاملگی

این نوع دیابت در یک زن باردار برای اولین بار تشخیص داده می شود. علت آن کمبود تولید انسولین یا مقاومت بدن به انسولین می باشد. عوارض آن برای مادر و جنین شبیه کسانی است که از قبل دیابت داشته و سپس باردار شده اند. پس از ختم حاملگی، ممکن است تحمل گلوکز به طور کامل طبیعی شود، اگر چه در نیمی از موارد، دیابت نوع ۲ بالاخره در زمانی از زندگی عارض خواهد شد.

۴. انواع اختصاصی دیابت

غالبا" به علت بیماریهای دیگر ایجاد می شود و شیوع آنها بسیار کم است.

علائم دیابت

علائم دیابت (بیماری قند) ناشی از غلظت قندخون بالای ۱۸۰ میلیگرم است که سبب ورود گلوکز به ادرار می شود. شایعترین علائم اولیه بیماری قند عبارتند از:

- پرنوشی
- پرادراری
- پرخوری
- کاهش شدید وزن بدون علت موجه
- تاخیر در بهبود زخم ها
- تاری دید
- خارش پوست و واژن

افراد در معرض خطر

تمام زنان و مردان بالای ۳۰ سال که حداقل یکی از مشخصات زیر را داشته باشند در معرض خطر ابتلا به دیابت هستند:

۱. افرادی که اضافه وزن دارند و یا چاق هستند (طبق نمودار BMI).
۲. افرادی که پدر، مادر، خواهر و یا برادر آنها سابقه ابتلا به دیابت دارند.
۳. افرادی که فشار خون ماکزیمم (یا حداکثر) مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ mmHg و فشار خون مینیمم (یا حداقل) مساوی یا بیشتر از ۹۰ mmHg دارند (۱۴۰/۹۰ mmHg ≤).
۴. زنانی که سابقه دوبار یا بیشتر سقط خودبه خودی (بدون علت مشخص) و یا سابقه مرده زایی و یا سابقه به دنیا آوردن نوزاد با وزن بیش از ۴ kg دارند.
۵. زنانی که در یکی از بارداری های قبلی خود سابقه دیابت حاملگی دارند.
۶. زنان باردار (در هر گروه سنی).

عوارض بیماری دیابت (بیماری قند)

عوارض مزمن دیابت سه دسته را شامل می شود: عوارض رگهای بزرگ ، عوارض رگهای بسیار ریز و عوارض مربوط به اعصاب.

عوارض دیابت به دو شکل است:

۱. عوارض زودرس: در این موارد قندخون بیمار به شدت پایین آمده یا بالا می رود که در هر دو حالت باید بیمار را بلافاصله به پزشک ارجاع دهید.
۲. عوارض دیررس: این عوارض بعد از چند سال اتفاق می افتد و شامل: ناراحتی های کلیه، ناراحتی های قلبی، بی حسی و گزگز کردن دست و پاها و نیز دیر
۳. بهبود یافتن زخم ها- به خصوص در پاها که حتی در صورت عدم مراقبت ممکن است به قطع عضو منجر شود- هستند.

کاهش قند خون

علت: کاهش قند خون ممکن است به علت مصرف زیاد انسولین یا قرص های ضد دیابت (کاهش دهنده قند خون)، کم خوردن یا حذف یک وعده غذا و فعالیت زیاد ایجاد شود.

علائم: احساس ضعف یا گرسنگی، رنگ پریدگی، عرق سرد، تپش قلب، سرگیجه، گیجی، خواب آلودگی و در نهایت بیهوشی است.

چه باید کرد: در صورت مشاهده این عارضه، چنانچه بیمار بیهوش نشده باشد، می توانید به او چند حبه قند یا یک ماده غذایی شیرین بدهید. اگر بیمار بیهوش بود وی را در وضعی قرار دهید که راه تنفسی او باز باشد. در حالت بیهوشی هیچ ماده غذایی نباید از طریق دهان داده شود و بلافاصله باید او را به پزشک ارجاع دهید.

افزایش شدید قند خون

علت: این عارضه به دلیل پرخوری و یا مصرف ناکافی داروهای پایین آورنده قند خون ایجاد می شود.

علائم: تشنگی زیاد، ادرار زیاد، خستگی، ضعف عضلانی، درد شکم، اختلالات بینایی، تاری دید، گیجی و منگی و در نهایت بیهوشی است.

چه باید کرد: در صورت بیهوشی راه تنفسی بیمار را باز نگه دارید و بلافاصله بیمار را به پزشک ارجاع دهید.

نکته مهم: در صورتی که نتوان تشخیص داد که بیمار دچار کاهش قند خون و یا افزایش قند خون شده است، اقدام های مربوط به کاهش قند خون انجام گیرد و بلافاصله بیمار به پزشک ارجاع شود.

اهمیت کنترل دقیق قند خون

کنترل دقیق قند خون تظاهر عوارض زودرس و دیررس را کاهش داده و یا بروز عوارض دیررس را به تأخیر می اندازد و در صورتی که عوارض ایجاد شده باشند از ناتوانی های ناشی از آنها مثل کوری، قطع عضو، نارسایی های شدید کلیه، سکته قلبی و مرگ پیشگیری می کند.

آموزش های لازم برای افراد مبتلا به دیابت

در ابتدای امر باید به بیمار آموزش داد که کنترل دقیق قند خون چه اهمیتی دارد و در هر بار ملاقات بیمار، نکته های زیر را به آنها آموزش داد:

۱. کنترل وزن

از هر ۱۰ نفر مبتلا به دیابت نوع ۲ معمولاً ۸ نفر آنها چاق هستند و نیاز به کاهش وزن دارند، بنابراین فرد مبتلا به دیابت باید همیشه وزن خود را در حد طبیعی نگه دارد. برای تعیین وزن استاندارد از نمودار نمایه تودهٔ بدنی استفاده می شود.

طبقه بندی نمایه ی توده بدنی طبیعی و غیر طبیعی :

وضعیت	نمایه توده بدن	رتبه چاقی
(کیلوگرم بر مترمربع)		
کم وزن	$\geq 18/5$	
طبیعی	$18/5 - 24/9$	
وزن اضافی	$25 - 29/9$	
چاق	$30/0 - 34/9$	یک
چاق	$35 - 39/9$	دو
چاقی مفرط	≥ 40	سه

۲. برنامه غذایی

باید به افراد مبتلا به دیابت دربارهٔ برنامه غذایی و این که چه بخورند و چه نخورند و یا مصرف آن را محدودکنند، به طور دقیق آموزش داد.

نکته هایی که باید در برنامه غذایی این بیماران رعایت شود عبارتند از:

- تعداد وعده های غذا را افزایش داده و در هر وعده، مقدار غذای مصرفی را کاهش دهند و این مقدار غذای مصرفی باید متناسب با فعالیت بیمار باشد.
- افراد مبتلا به دیابت هرگز نباید یکی از وعده های اصلی غذای خود را حذف کنند، به خصوص بیماران لاغر و بیمارانی که قرص مصرف می کنند و یا انسولین تزریق می نمایند.
- از میوه های غیرشیرین و سبزی ها در وعده های غذایی به مقدار زیاد استفاده کنند.
- مصرف میوه های شیرین مانند انگور، خربزه، خرما، توت و همچنین خشکبار شیرین مانند توت خشک، کشمش، قیسی و مانند آنها را در برنامه غذایی خود محدودکنند.

- از حبوبات در برنامه غذایی روزانه بیشتر مصرف کنند.
- نان سبوس دار مصرف کنند.
- قند و شکر و انواع شیرینی مانند آب نبات، شکلات، شیرینی، گز، سوهان و امثال آن را مصرف نکنند.
- از مواد نشاسته ای مانند نان، برنج، سیب زمینی، گندم، جو و ماکارونی به میزانی که موجب افزایش وزن نشود مصرف نمایند.
- مصرف چربی ها را کاهش دهند و به این منظور از سرخ کردن غذا خودداری و آن را به صورت آب پز و کبابی تهیه کنند. از گوشت های کم چربی استفاده کنند و قبل از پخت، چربی گوشت و پوست مرغ را جداکنند. از شیر و ماست کم چربی استفاده کرده، برای این کار شیر را جوشانده و پس از سرد شدن چربی آن را جداکنند. مصرف تخم مرغ را محدود کرده و از گوشت های احشایی مانند جگر، مغز، قلوه، و کله پاچه کمتر مصرف کنند. به جای خامه، کره و روغن های جامد از روغن مایع و زیتون استفاده کنند.

توجه: بعضی از افراد مبتلا به دیابت می توانند با نظر پزشک معالج خود روزه بگیرند.

۳. ورزش و فعالیت های جسمی

ورزش باعث کارایی بیشتر، کاهش وزن، احساس نشاط و تندرستی می شود. افزایش فعالیت های بدنی در کنترل بیماری قند بسیار اهمیت دارد. ورزش و فعالیت های بدنی باید متناسب با شرایط و وضعیت سلامت شخص باشد و به طور منظم و مستمر انجام گیرد. زمان ورزش بهتر است عصر باشد. این بیماران می توانند ورزش های سبک مثل نرمش و پیاده روی انجام دهند. به هر حال درباره نوع ورزش می توانند با پزشک مرکز بهداشتی درمانی مشورت کنند.

۴. مراقبت از پا

مراقبت از پای فرد مبتلا به دیابت بسیار اهمیت دارد. ممکن است دو عارضه برای آنها پیش آید:

- بی حسی و کمرختی پا
 - عفونت و دیر بهبود یافتن زخم و جراحات های پا
- بنابراین رعایت نکته های ذیل در حفظ بهداشت پای افراد مبتلا به دیابت بسیار مهم است:
- هر روز پاهای خود را با آب ولرم و صابون بشویند و بین انگشتان خود را با حوله نرم خشک کنند.

- ناخن های پا را کوتاه نگه دارند و باید ناخن را به طور مستقیم گرفته و کنار ناخن را نگیرند . ناخن نباید از ته گرفته شود و در صورتی که دید بیمار مشکل داشته باشد، شخص دیگری ناخن هایش را بگیرد.
- جوراب خود را روزانه عوض کرده و از جوراب نخی و ضخیم استفاده کند.
- از کفش راحت، پاشنه کوتاه و پنجه پهن استفاده کنند.
- در خانه از کفش راحتی و دمپایی استفاده کنند و برای جلوگیری از جراحات های احتمالی پا، با پای برهنه در منزل راه نروند.
- پاهای خود را روزانه از نظر وجود قرمزی، تورم، تغییر رنگ، زخم، ترک خوردگی و ترشح اطراف ناخن بررسی کنند، و برای این منظور و مشاهده کف پا می توانند از آینه استفاده نمایند.
- از نزدیک کردن پای خود به آتش، بخاری، شوفاژ و هر وسیله گرمایی دیگر خودداری کنند.

۵. ترک مصرف دخانیات

افراد مبتلا به دیابت که هر نوع دخانیات (سیگار، پپ، چپق و قلیان، جویدن توتون) مصرف می کنند، باید برای ترک، تشویق شوند.

۶. نحوه مصرف و تزریق انسولین

به بیمارانی که انسولین مصرف می کنند باید نحوه نگه داری، نحوه مخلوط کردن، رعایت بهداشت سرنگ ها و محل های تزریق انسولین را آموزش داد.

نحوه نگه داری

انسولین باز نشده حتماً باید در یخچال نگه داری شود، اما انسولینی که در آن باز شده و در حال استفاده است را می توان در دمای اتاق هم نگه داری کرد، ولی باید از قراردادن آن در گرمای زیاد (بالای ۳۰ درجه) و یا سرمای شدید (زیر ۲ درجه) خودداری کرد . از تکان دادن های بیش از حد شیشه نیز باید اجتناب کرد؛ زیرا هر دو مورد باعث از دست رفتن قدرت اثر دارو می شود.

هرگونه تغییر در انسولین مثل، یخ زدگی و کدر شدن قدرت انسولین را کمتری کند.

نحوه مخلوط کردن

در صورتی که بیمار از دو نوع انسولین با اثر سریع (کریستال) و با اثر متوسط (NPH) استفاده می کند، باید برای مخلوط کردن آن دو، نکته های زیر را رعایت کند:

- هیچ گونه ماده رقیق کننده و یا داروی دیگری نباید به مخلوط دو نوع انسولین اضافه شود.
- مخلوط انسولین کریستال و NPH را هم می توان فوراً تزریق کرد و هم می توان برای وعده بعدی تزریق نگه داری کرد. البته هنگام استفاده برای وعده بعد باید سرنگ را بین دست ها حرکت داد تا انسولین مخلوط شود.
- همیشه باید اول انسولین کریستال و بعد انسولین NPH، در سرنگ کشیده شود در غیر این صورت ساختمان و اثر انسولین کریستال تغییر می کند.

رعایت بهداشت سرنگ ها

- در صورت آلوده نکردن سرنگ و رعایت نکته های بهداشتی می توان از هر سرنگ ۳ تا ۲۰ نوبت استفاده کرد.
- در صورت استفاده مکرر از یک سرنگ، فقط باید برای همان شخص مصرف شود و استفاده از سرنگ فرد دیگر ممنوع است (زیرا خطر انتقال بعضی از عفونت های ویروسی از طریق جریان خون افزایش می یابد).
- در صورتی که سرسوزن سرنگ قابل جدا شدن است، در تزریق بعدی باید چند بار پیستون سرنگ را با فشار عقب و جلو برد تا انسولینی که در سرسوزن مانده (حدود ۵ واحد انسولین) خارج گردد و سپس اقدام به کشیدن مجدد انسولین شود.
- انسولین باید نیم ساعت قبل از غذا خوردن تزریق شود.
- توجه: تاکید می شود که بهتر است سرنگ یک بار مصرف باشد.

انسولین محل های تزریق

- باید در بافت زیرجلدی قسمت بالای بازو، سطح جلو و کناری قابل دید ران ها و در محدوده ۵ سانتی متری اطراف ناف تزریق شود.
- تزریق نباید داخل عضله انجام گیرد و باید حتماً در زیر پوست و در بافت چربی باشد.
- تزریق انسولین باید هر دفعه در یک محل جداگانه انجام شود (چرخشی)، در غیر این صورت ممکن است پوست سفت شود.

- سرعت جذب انسولین در محل های مختلف متفاوت است، به این صورت که در شکم جذب از همه قسمت ها سریع تر است، بعد در بازوها و بعد ران ها و در باسن از همه قسمت ها کندتر جذب می شود . بهتر است در صورتی که فرد دو بار تزریق در روز دارد صبح ها روی شکم و شب ها بالای ران تزریق انجام شود.
- هر ورزشی میزان جذب انسولین را از نواحی تزریق مربوط به آن ورزش افزایش می دهد، به طور مثال در صورت تزریق در ران ها در هنگام دویدن جذب انسولین سریع تر می شود.
- تغییرات پوستی نواحی تزریق مثل تورم، قرمزی و سفتی باعث کندی جذب انسولین می شود.

۷. نکته هایی که فرد مبتلا به دیابت در هنگام ابتلا به سایر بیماری ها باید رعایت کند:

- در مواردی که شخص مبتلا به دیابت به بیماری هایی از قبیل سرماخوردگی، تب، اسهال و استفراغ و ... مبتلا شود، باید اقدام های زیر را انجام دهد:
- در صورت تزریق انسولین نباید مصرف آن را قطع کند.
- اگر قادر به خوردن غذاهای سفت نیست، بهتر است از غذاهای مایع مانند سوپ، آش، مایعات غیرشیرین، آب میوه و یا شیر استفاده نماید.
- باید در زمان بیداری به اندازه کافی استراحت کند.
- در صورت ابتلا به عوارض شدید مانند اسهال و استفراغ شدید حتماً به پزشک مراجعه کند.

تذکر:

- از آنجا که گروه هدف برای غربالگری بیماری فشار خون بالا و دیابت یکسان است، غربالگری برای کشف هر دو بیماری هم زمان انجام می گیرد تا از بار کاری بهورزان کاسته شود.
- نحوه انجام غربالگری فشار خون بالا در دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۱ (غربالگری و بیماریابی دیابت و فشار خون بالا) به تفصیل آمده است . درباره شرح وظایف بهورز در مواجهه با بیماری فشار خون بالا، می توانید به دستورالعمل های مربوط مراجعه کنید.

طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت

هدف از اجرای طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت، مبارزه با این معضل جهانی در قالب اقدام های پیشگیری اولیه، ثانویه، و ثالثیه است که به صورت غربالگری افراد در معرض خطر برای ابتلا به دیابت نوع ۲ و شناسایی بیماران انجام می گیرد. اساس این مبارزه بر پایه ی آموزش است.

لزوم غربالگری افراد در معرض خطر برای ابتلا به دیابت نوع ۲ به این سبب است که این نوع دیابت شیوع بیشتری دارد (۹۰٪ تا ۹۵٪ موارد دیابت) و در ضمن به تدریج پیشرفت می کند و این بیماران در عین وجود بیماری، بی علامت یا فاقد علائم شدید هستند که موجب مراجعه به مراکز درمانی شود. در نتیجه در بسیاری از موارد تشخیص داده نمی شود.

اهداف طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت

هدف اصلی: پیشگیری و کنترل بیماری دیابت و عوارض ناشی از آن است.

هدف اختصاصی:

۱- پیشگیری اولیه

۱-۱- کاهش بروز و شیوع دیابت نوع ۲

۱-۲- کاهش بروز و شیوع عوامل خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ (چاقی، عدم فعالیت بدنی، تغذیه ی نامناسب)

راهبردهای رسیدن به اهداف فوق شامل تغییر و اصلاح شیوه زندگی تمام جامعه و افراد در معرض خطر، کنترل و کاهش عوامل خطر، شناسایی افراد در معرض خطر، افزایش آگاهی و درک نسبت به عوامل مستعد کننده ابتلا به دیابت و زیانهای آنها و نحوه پیشگیری و کنترل آن عوامل و افزایش آگاهی نسبت به بیماری دیابت، عوارض و سر بیماری می باشد.

۲- پیشگیری ثانویه

- پیشگیری، کاهش و تأخیر در بروز عوارض کوتاه و درازمدت دیابت، یعنی تغییر در سیر طبیعی بیماری و کند کردن و توقف پیشرفت بیماری.

راهبردهای رسیدن به این هدف شامل تشخیص زودرس بیماری توسط غربالگری افراد در معرض خطر و زنان باردار، شناسایی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، مراقبت و درمان سریع و مناسب بیماران شناسایی

شده به منظور کنترل بیماری و جلوگیری از پیشرفت آن ، افزایش آگاهی از بیماری دیابت و عوارض آن و نحوه کنترل بیماری و پیشگیری از عوارض آن، درمان دیابت و همچنین عوامل خطر بیماریهای قلبی-عروقی و نحوه پیشگیری و کنترل و پیشگیری این عوامل(مصرف دخانیات، فشارخون بالا، چربی خون، تحرک بدنی کم و چاقی) در جامعه ، بیماران دیابتی و خانواده ی آنها و کارکنان بهداشتی - درمانی می باشد.

۳- پیشگیری ثالثیه

کاهش و تأخیر در تشدید معلولیت و ناتوانی ها و مرگ حاصل از عوارض دیابت و کاهش سالهای از دست رفته ی عمر افراد مبتلا به دیابت.

راهبردهای رسیدن به این هدف شامل غربالگری مبتلایان به دیابت نوع ۲ از نظر تشخیص زودرس و به موقع عوارض چشمی ، کلیوی، عصبی، قلبی عروقی و شناسایی عوارض فوق در مراحل اولیه درمان به موقع بیمار و پیگیری و مراقبت مستمر بیماران می باشد.

بخش دوم:

شرح وظایف بهورز

در برنامه پیشگیری و کنترل دیابت

وظایف بهورزدر برنامه کشوری دیابت:

- ۱- غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت و فشارخون بالا
- ۲- ارجاع افراد در معرض خطر
- ۳- پیگیری بیماران و افراد در معرض خطر
- ۴- آموزش
- ۵- ثبت و گزارش اطلاعات

۱. غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت و فشار خون بالا

بهورز باید برای تشخیص به موقع فشار خون بالا، دیابت و پیشگیری از عوارض آنها اسامی افراد زیر را از فرم های مربوط استخراج کرده و در فرم شماره ۱ ثبت کند:

- اسامی تمام زنان و مردان بالای ۳۰ سال و زنان باردار کمتر از ۳۰ سال را از پرونده خانوار استخراج کند. (بدیهی است زنان باردار بالای ۳۰ سال نیز جزء افراد واجد شرایط غربالگری خواهند بود).
- سپس بهورز باید با توجه به حجم کار خود و شرایط مناسب افراد و در زمان مناسب، از آنان دعوت به عمل آورده و اطلاعات فرم غربالگری و بیماریابی دیابت (فرم شماره ۱) را برای همه افراد تکمیل کند(غربالگری جمعی). مدت زمان دوره غربالگری حداکثر ۶ ماه است و طی این مدت تمام افراد واجد شرایط غربالگری باید غربالگری و بیماریابی شوند.

علائم مبنای غربالگری

در صورتی که هر کدام از افراد مندرج در فرم شماره ۱، یکی از علائم زیر را دارا بود، در معرض خطر محسوب می شود. این علائم شامل:

- اضافه وزن و یا چاقی(طبق نمودار BMI)
- سابقه ابتلا به دیابت در یکی از افراد خانواده(پدر، مادر، برادر یا خواهر)
- فشار خون mmHg ۱۴۰/۹۰ یا بیشتر
- سابقه دوبار یا بیشتر سقط خودبه خودی (بدون علت مشخص) ، مرده زایی و سابقه زایمان نوزاد با وزن ۴kg یا بیشتر
- سابقه دیابت حاملگی در یکی از حاملگی های قبلی
- زنان باردار(در هر گروه سنی).

ارجاع افراد در معرض خطر

ارجاع افراد در معرض خطر به دو شکل است:

ارجاع غیرفوری

- تمام افراد دارای علائم غربالگری (در معرض خطر) حداکثر تا ۱۵ روز بعد از تکمیل فرم باید ارجاع غیرفوری شوند.
- بهورز باید فرم های ارجاع تمام افرادی که دارای حداقل یکی از علائم خطر باشند را جهت درخواست آزمایش در اختیار پزشک قرار دهد (طبق دستورالعمل غربالگری دیابت بهورز فرم ارجاع را در اختیار پزشک قرار نمی دهد بلکه فرد در معرض خطر را به پزشک ارجاع داده و نتیجه ارجاع را پیگیری کرده و در فرم ثبت می کند و پس از انجام آزمایش کسانی که قند خون بالاتر از 100 mg/dl دارند را جهت بررسی و سایر اقدام های لازم به پزشک ارجاع غیرفوری دهد، و پس از ارائه پس خوراند از طرف پزشک در قسمت نتیجه بیماریابی فرم شماره ۱ وضعیت فرد را از نظر دیابت (سالم، پره دیابتیک، بیمار) ثبت کند. افرادی که با وجود داشتن علائم، بیماری آنها توسط آزمایش تأیید نشود در معرض خطر محسوب نمی شوند.

افرادی که قند خون ناشتا در آنها $125 - 100 \text{ mg/dl}$ است، اختلال قند خون ناشتا دارند و کسانی که در آزمایش تحمل قند، دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز، قند خون آنها $199 - 140 \text{ mg/dl}$ باشد، اختلال تحمل گلوکز دارند. مجموعه افراد دچار اختلال تحمل گلوکز و اختلال قند خون ناشتا را پره دیابتیک می نامند. این افراد در معرض خطر محسوب شده و باید سالانه جهت انجام آزمایش خون به پزشک ارجاع شوند.

- افراد در معرض خطر شناسایی شده، در صورتی که پس از انجام آزمایش خون دچار اختلال قند خون ناشتا یا اختلال تحمل گلوکز باشند، باید سالانه (دوبار دیگر به فاصله یکسال بعد از غربالگری جمعی) جهت انجام آزمایش قند خون به پزشک ارجاع شوند.

ارجاع فوری

- بیمارانی که دچار عوارض کاهش یا افزایش قند خون شده اند (طبق متن آموزشی بهورز) باید ارجاع فوری شوند.

- در پیگیری ماهانه بیماران، در صورت مشاهده هرگونه زخم، تغییر رنگ، ترک خوردن و وجود ترشحات اطراف ناخن پاها باید ارجاع فوری شوند.

۲. پیگیری بیماران و افراد در معرض خطر

- بهورز لازم است مشخصات افراد مبتلا به دیابت شناخته شده را از فرم شماره ۱ استخراج و در فرم پیگیری بیماری (فرم شماره ۴ در پرونده خانوار) وارد نماید.

- افراد بیمار حتی المقدور باید یک بار در ماه توسط بهورز و هر سه ماه یک بار توسط پزشک (مرکز بهداشتی درمانی) مراقبت شوند و برای انجام آزمایش قند خون ماهانه باید طبق درخواست پزشک (که در مراقبت های سه ماه یک بار برای بیمار می نویسد) به آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی یا سایر آزمایشگاه ها ارجاع شوند.

- افراد بیمار حد اقل دوبار در سال برای انجام آزمایش HgbA_{1c} باید ارجاع داده شوند و نتایج آن در پرونده بیمار ثبت گردد. روند نزولی این آزمایش و نزدیک شدن آن به سطح مطلوب، شاخص کیفی مراقبت بیماران می باشد.

- در صورت عدم مراجعه بیماران در زمان مراقبت لازم است بهورز حداکثر سه روز بعد از زمان مقرر مراقبت، علت عدم مراجعه را پیگیری نماید و فرد را برای مراقبت به خانه بهداشت دعوت کند.

- در مراقبت ماهانه بیماران توسط بهورز باید وزن و فشار خون بیمار اندازه گیری شود و پاهای بیمار را از نظر وجود زخم، تغییر رنگ، ترک خوردگی و ترشحات اطراف ناخن مورد بررسی قرارگیرد و آموزش های لازم با توجه به متن آموزشی بهورز داده شود. تمام خدمات انجام شده باید در فرم پیگیری بیماری یادداشت شود.

- افرادی که پره دیابتیک هستند باید دوبار دیگر به فاصله یک سال مورد پیگیری قرار گرفته و جهت بیماریابی به پزشک ارجاع غیرفوری شوند و در صورتی که در پایان سال سوم هنوز مبتلا به دیابت نباشند، در سال چهارم به همراه افراد سالم غربالگری جمعی شوند.

- افرادی که سالم شناخته شده اند، هر ۳ سال یک بار با تمام افراد جامعه طبق شرایط غربالگری، دوباره غربالگری جمعی شوند.

- در صورتی که زن باردار مبتلا به دیابت حاملگی باشد، باید تحت مراقبت ویژه قرارگیرد و طبق دستور پزشک عمل شود. ضمن این که تمام اقدام هایی که برای فرد مبتلا به دیابت در پیگیری و مراقبت انجام می شود باید برای او نیز انجام شود.

تذکره ۱: حداقل مراقبت توسط پزشک مرکز سه ماه یک بار است، بنابراین پزشک مرکز در هر نوبت مراقبت در سه برگ آزمایش دستور قند خون ناشتا را می نویسد و بیمار باید هر ماه با یکی از برگه های آزمایش به آزمایشگاه مراجعه نماید و نتیجه آزمایش را به کاردان مرکز تحویل دهد تا مورد بررسی قرارگیرد.

تذکره ۲: افرادی که بعد از غربالگری به سن بالاتر از ۳۰ سال می رسند به جز زنان باردار نیاز به غربالگری ندارند و پس از دوره سه ساله به لیست افراد واجد شرایط غربالگری اضافه می شوند.

۳. آموزش

آموزش بیماران، افراد در معرض خطر و جامعه به شرح زیر است:

آموزش بیماران

- بهورز باید با توجه به متن آموزشی نکته های لازم را در هر بار پیگیری و مراقبت بیماران آموزش دهد. این آموزش ها شامل کنترل وزن، برنامه غذایی صحیح، انجام ورزش و فعالیت بدنی، ذکر اهمیت کنترل دقیق قند خون، مراقبت از پاها، عدم مصرف دخانیات و نحوه تزریق انسولین(در افرادی که انسولین مصرف می کنند) است.
- بهورز باید تمام نکته های لازم بر ای بیماران و خانواده آنان درباره عوارض ناشی از افزایش و یا کاهش قند خون و چگونگی مقابله با آن را آموزش دهد.

آموزش افراد در معرض خطر

بهورز باید درباره کنترل وزن، کاهش وزن در افراد چاق، برنامه غذایی صحیح، انجام فعالیت بدنی و عدم مصرف دخانیات آموزش لازم را به افراد در معرض خطر ارائه دهد.

آموزش جامعه

بهورز در برنامه های آموزشی که برای مردم در نظر می گیرد، حتماً لازم است درباره دیابت و عوارض آن آموزش های ضروری را به عامه مردم بدهد.

مدل SHEP (مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت) یکی از بهترین و موثرترین روشها در انتقال مفاهیم سلامت به عموم جامعه می باشد. این مدل آموزشی با هدف افزایش سواد سلامت عمومی و

با تکیه بر اصول کار تیمی، کلیه مراحل مختلف اطلاعات، ارتباطات و آموزش سلامت، اعم از مرحله بررسی، طراحی، تولید، اجرا، پایش و ارزشیابی را به صورت سیستماتیک و مدون و با دید جامعه نگر در راستای ارتقای کمی و کیفی فرایندها مورد توجه قرار می دهد بنابراین توصیه می شود از این مدل برای آموزش مردم استفاده شود.

۴. ثبت و گزارش اطلاعات

همان گونه که در بند یک توضیح داده شد، ثبت اسامی افراد و اطلاعات مربوط به بیماری توسط بهورز صورت می گیرد و بهورز موظف است تا روز پنجم ماه بعد، اطلاعات یک ماهه مربوط به غربالگری دیابت را در فرم آمار گزارش ماهانه ثبت نموده و به مرکز بهداشتی درمانی ارسال کند. بدیهی است پس از پایان دوره شش ماهه غربالگری فقط آمار غربالگری زنان باردار گزارش خواهد شد.

بخش سوم:

دستورالعمل غربالگری و تشخیص دیابت بارداری

دستورالعمل غربالگری و تشخیص دیابت بارداری

سازمان جهانی بهداشت و کارگروه مطالعات بارداری انجمن بین المللی دیابت (IADPSG) در ۲۰۱۳، تست یک مرحله ای (GTT) دو ساعته با ۷۵ گرم گلوکز) را رسماً برای غربالگری و تشخیص دیابت بارداری توصیه نمود.

توصیه های بارداری

۱- برای تمام خانمهای باردار می بایست در اولین ویزیت بارداری، آزمون قند خون ناشتا درخواست می گردد. نتیجه و تفسیر به شرح زیر است:

طبیعی	≥ 92	قند خون ناشتا (mg/dl)
پره دیابتیک	۹۳ - ۱۲۵	
غیرطبیعی	≤ 126	

- ❖ در صورتی که قند خون ناشتا بین ۹۳-۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر باشد، فرد پره دیابتیک به حساب آمده، رژیم غذایی مناسب و ورزش توصیه می شود.
- ❖ در صورتی که قند خون ناشتا ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر باشد، تکرار آزمایش توصیه و چنانچه نتیجه آزمایش دوم نیز مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر باشد، فرد دیابتیک است و می بایست درمان شود.

نکته: ورزش و تغذیه مناسب از ابتدای بارداری می تواند باعث پیشگیری از ابتلا به دیابت بارداری شود.

۲- برای تمام خانم های باردار غیردیابتیک (طبیعی و پره دیابتیک)، به منظور غربالگری دیابت بارداری، در هفته ۲۸ - ۲۴ بارداری آزمون تحمل گلوکز خوراکی دو ساعته با مصرف ۷۵ گرم گلوکز (OGTT) درخواست می گردد. نتیجه و تفسیر به شرح زیر است:

غیرطبیعی	≥ 92	قند خون ناشتا (mg/dl)
	≥ 180	قند خون ۱ ساعت پس از مصرف گلوکز (mg/dl)
	≥ 153	قند خون ۲ ساعت پس از مصرف گلوکز (mg/dl)

- ❖ در صورتی که حداقل یکی از نتایج آزمایش قند خون غیر طبیعی باشد، تشخیص دیابت بارداری قطعی و اقدام لازم و پیگیری ضروری است.

توصیه های پس از بارداری

لازم است برای همه خانم های مبتلا به دیابت بارداری، به منظور کشف دیابت پایدار، در هفته ۱۲ - ۶ پس از زایمان آزمون تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) با مصرف ۷۵ گرم گلوکز (نمونه گیری ناشتا و دوساعته) درخواست گردد. نتیجه و تفسیر به شرح زیر است:

طبیعی	≥ 99	قند خون ناشتا (mg/dl)
پره دیابتیک	۱۰۰ - ۱۲۵	
دیابتیک	≤ 126	
طبیعی	≥ 140	قند خون ۲ ساعت پس از مصرف گلوکز (mg/dl)
پره دیابتیک	۱۴۰ - ۱۹۹	
دیابتیک	≤ 200	

- ❖ برای خانم های دیابتیک، درمان دیابت ضروری است.
 - ❖ برای خانم های پره دیابتیک، اصلاح سبک زندگی (ورزش و رژیم غذایی مناسب) و یا استفاده از متفورمین توصیه می شود.
 - ❖ برای خانم های که نتیجه آزمایش طبیعی است، غربالگری دیابت هر سه سال توصیه می شود.
- مطالعه این قسمت برای بهورزان الزامی نمی باشد:

نکات آزمایشگاهی آزمون تحمل گلوکز خوراکی

- ❖ نمونه گیری باید صبح هنگام و پس از حداقل ۸ ساعت ناشتا بودن انجام شود.
- ❖ رژیم غذایی بمدت ۳ روز، آزاد و بدون محدودیت بوده (حداقل ۱۵۰ گرم کربوهیدرات در روز) و فعالیت های بدنی نیز بطور معمول صورت گیرد.
- ❖ ۷۵ گرم گلوکز آنهیدروز که در ۳۰۰ میلی لیتر آب حل شده و در مدت ۵ دقیقه باید نوشیده شود (معمولا تحمل محلول خنک آسانتر است).
- ❖ فرد در طول انجام آزمایش از سیگار کشیدن، فعالیت بدنی، نوشیدن چای یا قهوه و خوردن مواد غذایی خودداری نماید.
- ❖ آزمایش در افراد سرپایی انجام می گیرد و انجام آن در افراد بستری و بدون تحرک ممکن است منجر به اخذ نتایج نادرست گردد.
- ❖ لازم به توضیح است که برای آزمایش با استفاده از ۷۵ گرم گلوکز آنهیدروز، در صورت استفاده از OGTT دکستروز میزان مورد نیاز ۸۲/۵ گرم (به جای ۷۵ گرم) می باشد.

بخش چهارم:

فرم های مربوط به برنامه دیابت و

دستورالعمل تکمیل فرم گزارش

ماهانه دیابت

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم ۱۰۲-۱۴-۰۴

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم شماره ۵ گزارشدهی مراقبت از بیماران دیابتی

ماه

دوره تکمیل فرم: ماهانه

نوع واحد ستاد: مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی

تعداد خانه های بهداشت:

تعداد مراکز بهداشتی درمانی:

محدوده طبیعی HbA1c = ()

نام شهرستان	تعداد بیماران		تعداد بیماران مراقبت شده توسط پزشک	تعداد بیماران مراقبت شده توسط پرورز	فشارخون < ۱۲۰/۸۵		BMI < ۲۵	BMI ۲۵ - ۳۰		BMI > ۳۰	قند خون ناشتا کمتر از ۱۲۰		قند خون ناشتا ۱۲۰ تا ۱۴۰		قند خون ناشتا بیش از ۱۴۰		قند خون دو ساعته کمتر از ۱۴۰		قند خون دو ساعته ۱۴۰-۱۶۰		قند خون دو ساعته بیش از ۱۶۰	HbA1c (٪-۱/۰)	HbA1c (٪-۷/۰)	تعداد مبتلایان به عوارض (جدید)	کل شهرستان ها		
	مرد	زن			مرد	زن		مرد	زن		مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن						مرد	زن

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۰۷-۱۴-۱۰۲

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم گزارش ماهانه دیابت (فرم شماره ۱-۲)

ماه

دوره تکمیل فرم: ماهانه

خانه بهداشت

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

مرکز بهداشتی درمانی شهری

نوع واحد ستاد

جمعیت کل تحت پوشش در ابتدای سال مرد زن تعداد کل زنان باردار در ابتدای سال تعداد کل افراد پره دیابتیک شناسایی شده

۸-عوارض				۷-تعداد کل بیماران پیگیری شده								۶-نتیجه غربالگری افراد پره دیابتیک پیگیری شده در این ماه						۵-تعداد افراد پره دیابتیک پیگیری شده در این ماه		۴-تعداد مبتلایان به دیابت، شش هفته پس از ختم حاملگی			۳-نتیجه بیماریابی			۲-مادران باردار غربالگری شده		۱-گروه سنی						
مرکز	قطع عضو	سکته قلبی	دیالیز و پیوند کلیه	جدید				قدیمی				بیمار		پره دیابتیک		سالم		دیاابت حاملگی			سالم	در معرض خطر	دیاابت حاملگی	مرد	زن	مرد	زن		مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
				توسط پزشک		توسط بهروز		توسط پزشک		توسط بهروز		زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن														
				زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن								مرد						
																																	۱۰-۱۹	
																																	۲۰-۲۹	
																																	۳۰-۳۹	
																																		۴۰-۴۹
																																		۵۰-۵۹
																																		۶۰-۶۹
																																		۷۰ به بالا
																																		جمع کل ماه جاری
																																		جمع تزایدی ماه قبل

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:

دستورالعمل تکمیل فرم گزارش

ماهانه دیابت

راهنمای تکمیل فرم با شماره کد: ۰۷-۱۴-۱۰۲

- ۱) در ستون ۱ تعداد افراد غربالگری شده به هفت گروه سنی ۱۰ ساله تقسیم بندی شده است.
- ۲) در ستون ۲ تعداد زنان بارداری که در هر ماه به جمع مادران باردار اضافه می شود بدون توجه به اینکه در سال گذشته غربالگری شده است یا نه ، ثبت می شود.
- ۳) در ستون ۳ نتیجه غربالگری زنان باردار غربالگری شده با توجه به نتیجه آزمایش و دستورالعمل مربوطه در سه دسته سالم ، در معرض خطر و مبتلا به دیابت حاملگی ثبت می شود.
- ۴) در ستون ۴ تعداد مادران باردار مبتلا به دیابت حاملگی که شش هفته پس از ختم حاملگی همچنان طبق دستورالعمل مربوطه در دسته بیماران گروه بندی می شود ، ثبت می گردد .
- ۵) در ستون ۵ تعداد افراد پره دیابتیک غربالگری شده در سال ۱۳۸۳ و ۱۳۸۶ که به تواتر یکساله آزمایش مجدد برایشان درخواست شده است ، به تفکیک جنس ثبت می گردد.
- ۶) در ستون ۶ نتیجه غربالگری افراد پره دیابتیک بر اساس نتیجه آزمایش در خواست شده در سه دسته سالم ، پره دیابتیک و بیمار طبق دستورالعمل ، به تفکیک جنس ثبت می گردد.
- ۷) در ستون ۷ تعداد کل بیماران پیگیری شده توسط بهورز و پزشک به تفکیک قدیمی (که در غربالگری سال ۱۳۸۳ اعم از قدیم و جدید شناسایی شده اند) و جدید (شامل مادران باردار مبتلا به دیابت شش هفته پس از ختم حاملگی و افراد پره دیابتیک سالهای ۱۳۸۳ و ۱۳۸۶ و ۱۳۹۲ که در غربالگری مجدد در سال های بعد در گروه بیماران قرار میگیرند) ، ثبت می شود.
- ۸) در ستون ۸ عوارض احتمالی کشف شده در بیماران دیابتیک بر حسب نوع عارضه ثبت می گردد.

منابع

- شاخصهای سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، تهیه و تدوین دکتر اردشیر خسروی، دکتر محمدرضا رهبر، دکتر عزیزاله عاطفی، دکتر محمد اسماعیل مطلق و آقای محمد جواد کبیر، نشر وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز توسعه شبکه و ارتقا سلامت چاپ اول سال ۱۳۸۸، شابک ۶-۰۴-۵۵۲۸-۶۰۰-۹۷۸.
 - اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران، ترجمه، دکتر فریدون عزیزی، دکتر محسن جانقربانی، دکتر حسین حاتمی، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.
 - بهروز و دیابت (برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت)، نویسندگان: علی رضا دلآوری، علی رضا مهدوی هزاوه، عباس نوروزی نژاد، شهین یاراحمدی؛ نظارت: محمد اسماعیل اکبری، محمد مهدی گویا؛ [به سفارش] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماریها، اداره غدد و متابولیک- تهران، مرکز نشر صدا، ۱۳۸۳
 - پکیج آموزشی آموزش پیشگیری و کنترل بیماری دیابت (مدل SHEP)، نویسندگان: دکتر غلامرضا نورآبادی، دکتر علیرضا مهدوی، دکتر حمیداله وردی پور، دکتر سعید دستگیری، دکتر جلیل شاه عباسی، فرح شکیب پور نظارت: دکتر کوروش اعتماد، دکتر فاطمه رخشانی
- ۱- Gestational diabetes. ACOG Practice Bulletin No. ۳۰. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol ۲۰۰۱
- ۲ Nicholson W, Bolen S, Witkop CT, Neale D, Wilson L, Bass E. Benefits and risks of oral diabetes agents compared with insulin in women with gestational diabetes: a systematic review. Obstet Gynecol ۲۰۰۹;
- ۳ Screening for gestational diabetes mellitus: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med ۲۰۰۸
- ۴ Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, Buchanan TA, Catalano PA, Damm P, et al. IADPSG recommendations on the diagnosis & classification of hyperglycemia in pregnancy. IADPSG Consensus Panel. ۲۰۱۰
- ۵ The American Diabetes Association

⌘ World Health Organization (WHO)

√ International Diabetes Federation (IDF)