

ویرایش نخست

راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت برای ارائه خدمات یائسگی به زنان ۴۵-۶۰ سال

تالیف و تدوین : دکتر سید خلیل پسته ای – دکتر مطهره علامه

با همکاری : دکتر گلابول اردلان – دکتر محمد امیرخانی – دکتر محمد اسماعیل مطلق

زیر نظر : دکتر سید موید علویان

به نام خدای مهربان

پیش کش به :

تمامی زنان ایران عزیز

و همه کسانی که

برای سلامت آنان

گام بر می دارند .

فهرست مطالب

شماره صفحه

عنوان

پیشگفتار

مقدمه

فصل اول : اصول و اهداف برنامه خدمات یانسگی و گروه هدف برنامه

فصل دوم : راهنمای بالینی

- ضرورت و چگونگی تدوین راهنمای بالینی
- آشنایی با مجموعه و روش استفاده از راهنما
- ابزار راهنمای بالینی و متون ضمیمه آن برای :
- کلیات یانسگی
- اختلال قاعدگی و خونریزی غیر طبیعی واژینال
- علائم وازوموتور
- مشکلات اورژانسی
- سلامت روان (اختلال خواب، خلق، اختلال عملکرد جنسی)
- استئوپوروزیس
- شیوه زندگی (تغذیه، فعالیت فیزیکی، تنظیم خانواده)
- هورمون درمانی جایگزین
- فیتواستروژنها

فصل سوم : چگونگی ارائه خدمات

- استانداردهای ارائه خدمت در سطوح مختلف ارائه خدمت
- گردش کار مراجعه کننده
- لیست آزمایشهای مورد نیاز
- لیست دارو و تجهیزات مورد نیاز
- شاخصها و چگونگی پایش و ارزشیابی برنامه

فصل چهارم : پیوستها

- فرم ثبت یانسگی و دستورالعمل نحوه تکمیل آن
- جدول زمانی اجرای برنامه پایلوت

فصل پنجم : متون مورد نیاز برای گیرندگان خدمات

- یانسگی
- پوکی استخوان
- چاقی
- ضعف عضلات کف لگن و بی اختیاری ادرار

منابع

تهیه کنندگان مجموعه

- مسئول طراحی و اجرای برنامه :
 - اداره سلامت میانسالان - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس - وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
- تالیف و تدوین :
 - دکتر سید خلیل پسته ای، دکتر مطهره علامه
 - با همکاری : دکتر گلابول اردلان ، دکتر محمد امیر خانی ، دکتر محمد اسماعیل مطلق
 - زیر نظر : دکتر سید موید علویان
- مشاورین علمی برنامه :
 - گروه تخصصی زنان : دکتر فاطمه افتخار، دکتر عصمت باروتی ، دکتر فرح فرزانه ، دکتر شهرزاد زاده مدرس ، دکتر نسیم سنجری ، دکتر لیلی صفدریان ، دکتر مهران خت عابدینی
 - گروه تخصصی روماتولوژی و غدد: دکتر مهدی امام ، دکتر فاطمه اصفهانیان ، دکتر علی خلوت ، دکتر شهدخت سمنگویی ، دکتر فرهاد شهرام
 - گروه تخصصی تغذیه : دکتر پریسا ترابی ، دکتر گیتی ستوده ، دکتر محمد رضا وفا
 - طب فیزیکی و توانبخشی: دکتر فرزانه ترکان
 - قلب و عروق : دکتر طاهره سماوات
 - اعصاب و روان : دکتر میترا حفاظی

➤ مشاورین و اعضای کمیته اجرایی :

● استاد معاونت سلامت وزارت بهداشت : دکتر سید خلیل پسته ای ، دکتر ناهید جعفری ، معصومه شاه محمدی ، دکتر مهراندخت عابدینی ، دکتر مطهره علامه

● دانشگاههای علوم پزشکی کشور: دکتر رضا آگاه، دکتر سید سعید اسکویی، دکتر فرید رحیمیان، دکتر عزیز رسولی، دکتر علی محمد زنگانه، دکتر محمد کاظم زینعلی ، دکتر شهرام شکرزاده ، دکتر فاطمه عرب عامری، دکتر فرشید فریور، دکتر محمد کاظم زاده ، دکتر محمد رضا مدبر، دکتر سیاوش مقصود لو ، دکتر سید اکبر موسوی ، دکتر شیرین نصیر زاد

➤ با تشکر فراوان از همکاری : مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت ، مرکز مدیریت بیماریها، دفتر سلامت روانی اجتماعی، دفتر بهبود تغذیه جامعه ، معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

(اسامی در همه قسمت‌ها به ترتیب حروف الفبا نوشته شده است)

گذر اپیدمیو لوژیک و تغییر سیمای خطرات تهدید کننده سلامتی در عصر حاضر که به دلایل متفاوتی اتفاق افتاده است، نیازهای سلامت را تغییر داده و پاسخگویی به این نیازهای دانا در حال تغییر را به یکی از چالشهای مهم نظام سلامت در همه جوامع تبدیل کرده است. این امر چه در تعریف گروههای پرخطر برای دریافت خدمات سلامتی و چه ابعاد مختلف سلامت مشهود است و به عبارت دیگر نگرش و رویکرد نوینی را برای حل معضلات سلامت پیش روی سیاستگذاران قرار داده است.

یکی از گروههای سنی مهم در این تغییر رویکرد نظام سلامت، گروه سنی بزرگسالان است. این گروه نیمی از جمعیت کشورهای در حال توسعه را تشکیل می دهند و بطور روز افزونی جمعیت آنان در حال افزایش است؛ بویژه در کشورهای در حال توسعه رشدی سریعتر از رشد کل جمعیت در این گروه اتفاق می افتد و بر عکس جمعیت کودکان که رشد آن رو به کاهش دارد؛ سرعت رشد جمعیت بزرگسال تا چند دهه آینده نیز ادامه خواهد داشت.

بزرگسالان یا به عبارت دیگر والدین محور سلامت خانواده بوده و مرگ و میر، ناتوانی و رفتارهای آنها، همه ابعاد سلامت خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد و خطرات تهدید کننده سلامتی آنان بر سلامت سایر گروههای سنی در خانواده نیز موثر است. این گروه سنی دارای نقش مولد اقتصادی بوده و به همین سبب سایر گروههای سنی در خانواده و جامعه به آنان وابسته اند. چهره سلامت و بیماری در این گروه سنی متفاوت با سایر گروههای سنی است و مداخله برای کاهش بار بیماریها در آنان به سادگی کنترل بیماریهای وا گیر دار مقدور نیست و به شدت به مسائل فرهنگی، اجتماعی و شیوه مالوف زندگی بستگی دارد.

با توجه به آنچه گذشت ، بدون توجه به سلامت این قشر عظیم اجتماع که کانون سلامت در خانواده نیز هست، رسالت سازمان مسئول سلامت خانواده ، امکان تحقق نخواهد یافت . از طرف دیگر نیازهای سریعا در حال تغییر سلامتی و انتظارات گروههای هدف برای برآورده شدن این نیاز ها، لزوم پویایی سازمان و انطباق آن با جمعیت تحت پوشش و زیر گروههای مختلف را گوشزد می کند ، در واقع این امر کلید بقا و ماندگاری سازمان ماست . گر چه کاملا بدیهی است ، ولی يك نگاه اجمالی به سیر تکاملی بر نامه سلامت کودکان از پایش رشد و واکسیناسیون به بررسی ادغام یافته همه ناخوشیها و خوشیهای اطفال مثال گویایی از لزوم تغییر و تکامل برنامه هاست . برنامه ارائه خدمات یانسگی نیز در مجموعه برنامه های نوینی قرار می گیرد که برای پاسخگویی به يك نیاز تازه در گروه سنی و جنسی خاص توسط همکاران اداره سلامت میانسالان دفتر سلامت جمعیت و خانواده تدوین شده است . ضمن تشکر از آنان و اعضای محترم کمیته علمی و مشاورین محترم اجرایی امیدوارم نقائص برنامه در اجرای پایلوت روشن و برطرف شده ونخستین گامهای برداشته شده به گسترش هرچه کاملتر خدمات ادغام یافته در سایر گروههای جنسی و سنی بزرگسالان منتهی گردد .

دکتر سید موید علویان

معاون سلامت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

امروزه نظامهای سلامت مهمترین برنامه های خود را مبتنی بر سلامت خانواده ترسیم نموده و از آنجائیکه زنان محور سلامت خانواده محسوب میگردند ، علاوه بر مدیریت سلامت اعضای خانواده ، الگوی اصلی آموزش و ترویج شیوه سالم زندگی به نسل بعدی نیز می باشند . زنان در همه گروههای سنی ، جمعیت بیشتری را به خود اختصاص می دهند و عمر متوسط و امید به زندگی آنان نیز بیشتر از مردان بوده ، اما بار معلولیت و ناتوانی آنان بالاتر و کیفیت زندگی پایین تری داشته و با بیماریهای مزمن ناتوان کننده قابل پیش گیری بیشتری مواجه میگردند .

سلامت در طی دو دهه اخیر به ابعاد مختلفی از زندگی بشر اعم از جسمی ، روحی و روانی ، اجتماعی و معنوی پرداخته و لازم است نظامهای سلامت نیز به تدریج تمامی این ابعاد را علی الخصوص در حوزه سلامت زنان ، بررسی و تحلیل نموده و به مرور در سیاستها و برنامه های ارتقای سلامت خانواده وارد نمایند . متأسفانه در کشور ما تاکنون سیاستها ، برنامه ها و خدمات سلامت زنان ، اختصاصاً به موضوعات خاصی مانند دوران بارداری و تنظیم خانواده محدود شده و سایر نیازهای سلامت از جمله مسائل روانی زنان ، جایگاه اجتماعی ، حقوق باروری ، تحرک فیزیکی ، بلوغ دختران ، مسائل تغذیه زنان ، مشکلات پیش از ازدواج ، پیش از بارداری ، سقط جنین ، سرطانهای زنان ، بیماریهای آمیزشی ، مشکلات دوره گذار یائسگی و ... مغفول مانده یا به اندازه کافی به آن توجه نشده است .

اگرچه زنان و مردان مباحث مشترکی در امر سلامت دارند ، اما زنان با مشکلات ویژه ای ناشی از شرایط طبیعی و فیزیولوژیک خود روبرو هستند ، که علل مهمی در مرگ و میر و مورییدته و ناتوانی زنان محسوب می شوند . یکی از این مشکلات ، دوره گذار یائسگی یا سالهای پایانی دوره باروری است که به سبب کاهش استروژن ، مشکلات مضاعفی برای زنان ایجاد می نماید . زنان که غالباً تا این دوره با انرژی بسیار و بدون توجه

به سلامت خود عمدتاً به امور خانواده می پرداختند ، ناگهان در پایان دوره باروری با مشکلات متعددی از قبیل مسائل اورو ژنیتال ، سایکو سوشیال ، کار دیو واسکولار ، موسکولو اسکلتال ، نورولوژیکال و ... مواجه می شوند .

به همین دلیل این دوره يك مقطع مهم در سلامت زنان است که باید با سیاستگذاری ، برنامه ریزی مناسب و با رویکرد ارتقای سلامت ، سلامتی را به آنان برگرداند . لذا مجموعه ای که پیش رو دارید ، حاصل تلاش همکارانم در اداره سلامت میانسالان دفتر سلامت خانواده است که برای حفظ و ارتقای سلامت زنان در یکی از دوره های طلایی زندگی آنان ترسیم شده است . ضمن تشکر از حمایت بیدریغ جناب آقای دکتر سید موید علویان معاونت محترم سلامت و جناب آقای دکتر محمد اسماعیل مطلق مدیرکل محترم مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت ، توفیق همکاران عزیزم را در اداره سلامت میانسالان و استانیهای داوطلب پایلوت در اجرای هر چه بهتر این برنامه از خداوند متعال آرزو می کنم .

دکتر محمد امیر خانی

مدیر کل دفتر سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس

فصل اول :



اصول و اهداف برنامه

اصول و اهداف برنامه كشورى ارائه خدمات يانسكى

در چند دهه اخير ارائه خدمات سلامت خانواده در سيستم PHC به خدمات مادرو كودك و تنظيم خانواده محدود بوده است . كسب موفقيتهائى قابل توجه در زمينه هاى فوق و دستيابى به شاخصهائى قابل قبول در عرصه سلامت مادران و كودكان ، همچنين گذار اپيدميولوژيك و تغيير سيمائى سلامتى و بيمارى عرصه هاى جديدى از خدمات را پيش روى سياستگذاران سلامت كشور قرار داده است . يكى از مهمترين اين عرصه ها حفظ و ارتقاى سلامت زنان و دختران در دو سر طيف سنى بارورى يعنى نوجوانى و يانسكى است . اين دو دوره گذار فيزيولوژيك از زندگى زنان ، آنها را در شرايطى قرار مى دهد كه با بسيارى از مشكلات سلامتى مواجه شده و نيازمند دريافت خدماتى براى تطابق با اين مشكلات مى باشند .

ارائه خدمات سلامت به زنان در دوره گذار يانسكى ، سلامت آنان را براى بيش از يك سوم دوره زندگى آنان تضمين نموده و سالهائى پايان بارورى را براى آنان به سالهائى مفيد زندگى بدل خواهد كرد . با توجه به مسائل پيشگفت اصول و اهداف برنامه فوق عبارتند از :

اصول برنامه : اصول زير توسط مجريان برنامه و ارائه دهندگان خدمت در اجراى برنامه بايد مورد توجه قرار گيرد :

- ۱- ايجاد نگرش مثبت نسبت به دوره يانسكى به عنوان يك پديده طبيعى در زندگى زنان
- ۲- استفاده بهينه از مواجهه زنان با اين دوره زندگى توسط ارائه دهندگان خدمات براى پرداختن به آن دسته از مشكلات سلامتى كه مورد توجه قرار نگرفته يا كشف نشده اند ، از طريق ارائه خدمات با كيفيت مناسب به گروه هدف
- ۳- توانمندساختن زنان گروه هدف براى پرداختن به موقع به مشكلات سلامت خود (self care) با استفاده از Golden time يانسكى براى دريافت خدمات پيشگيرانه و بهبود شيوه زندگى
- ۴- تقويت روابط بين فردى زنان گروه هدف با همسرانشان در دوره يانسكى و تقويت نقش حمايتى مردان در اين زمينه
- ۵- برنامه ريزى براى سالمندى سالم وپيشگيرى از مهمترين مشكلات سلامت زنان در دوره سالمندى
- ۶- حفظ احترام گروه هدف در برخورد با مشكلات بويژه مشكلات اورژنيتال و عملکرد جنسى

- ۷- نگاه ادغام یافته به مشکلات سلامت در این گروه و انجام ارزیابی کامل دوره ای آنان و انجام مداخله مناسب برای رفع سایر مشکلات سلامتی آنان با توجه به پروتکل‌های موجود یا نظر پزشك
- ۸- عدم تحمیل هزینه های كزاف به بیماران و سیستم ، خارج از توصیه های راهنمای بالینی

هدف کلی برنامه :

کاهش موربیدیتی ناشی از تغییرات دوره یائسگی در زنان ۶۰-۴۵ سال

اهداف واسطه ای برنامه :

- ۱- افزایش آگاهی و تغییر نگرش و بهبود عملکرد زنان گروه هدف و همسران آنها در حفظ سلامتی گروه هدف
- ۲- بهبود رفتار تغذیه ای زنان گروه هدف با هدف پیشگیری از عوارض یائسگی
- ۳- بهبود فعالیت فیزیکی زنان گروه هدف با هدف پیشگیری از عوارض دوره یائسگی
- ۴- بهبود کیفیت زندگی زنان ۶۰-۴۵ سال

هدف نهایی برنامه :

ارتقاء سلامت زنان میانسال و سالمند و کاهش ناتوانی و مرگ و میر آنان

استراتژی:

طراحی برنامه کشوری ارائه خدمات یائسگی برای سطوح مختلف ارائه خدمات و تعمیم اجرای آن از طریق فعالیت‌های زیر :

- ۱- تهیه برنامه کشوری

۲-تهیه راهنمای بالینی خدمات یانسگی برای ارائه دهندگان خدمات

۳- اجرای فاز اول پایلوت برنامه در استانهای داوطلب کشور

۴- اجرای فاز دوم پایلوت در مناطق متفاوت جغرافیایی و اقتصادی اجتماعی کشور

۵- تعمیم برنامه کشوری پس از رفع نقایص و حل مشکلات به دست آمده در دو فاز پایلوت

هدف کلی پایلوت :

بررسی مشکلات ارائه خدمات آموزشی ، تشخیصی و درمانی یانسگی در سیستم ارائه خدمات دولتی در مناطق شهری و روستایی

اهداف اختصاصی پایلوت :

- ۱- تعیین میزان پوشش خدمات یانسگی در جمعیت هدف به تفکیک شهر و روستا
- ۲- زمان سنجی ارائه خدمات
- ۳- افزایش آگاهی و مهارت سطوح مختلف ارائه خدمات در زمینه خدمات یانسگی
- ۴- تعیین میزان نیاز به مکمل درمانی و برآورد حجم سایر داروهای مورد نیاز برای زنان گروه هدف
- ۵- تعیین میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات
- ۶- مشکلات اجرای برنامه از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات
- ۷- تعیین میزان رضایت گیرندگان خدمات از ارائه خدمات و کیفیت خدمات از دیدگاه مشتریان
- ۸- تعیین شیوع هریک از اختلالات و مشکلات سلامتی دوره یانسگی در زنان ۴۵-۶۰ سال

گروه هدف برنامه

یانسگی یا منوپوز طبیعی به دوره ای فیزیولوژیک از زندگی زنان اطلاق می شود که تخمدانها تولید استروژن را متوقف می کنند . این دوره معمولا با قطع قاعدگی به مدت يك سال بدون ارتباط با عوامل پاتولوژیک شناخته می شود . سن متوسط شروع یانسگی ۵۱ سال (از ۴۷ تا ۵۳ سال) است . اما در مطالعات ایران میانگین سنی یانسگی پایین تر و ۴۷/۸ سال می باشد .

دوره گذار یانسگی یا به عبارت دیگر دوره پری منوپوز یا کلیماکتریک دوره زمانی بلافاصله قبل وبعد از شروع یانسگی است و بطور متوسط ۴ سال طول می کشد . از آنجا که تغییرات هورمونی و در نتیجه علائم ناشی از آن مربوط به کاهش تدریجی استروژن است ، ممکن است علائم یانسگی نیز قبل از قطع کامل قاعدگی آغاز شده و زمان زیادی طول بکشد تا منوپوز اتفاق بیفتد.

ازطرف دیگر بسیاری از زنان به علائم مختلف خود در این دوره بی توجهی کرده و آن را به افزایش سن نسبت می دهند . لذا ارائه خدمات به آنان به صورت فعال برای کشف اینگونه موارد و برخورد مناسب ضروری است ، ضمن آنکه پیش از شروع یانسگی و پیداشدن علائم آن آموزشهای لازم برای تغییر شیوه زندگی و بهبود کیفیت آن سبب پیشگیری از عوارض یانسگی شده و فرد را برای شناخت درست از پدیده یانسگی و برخورد صحیح با آن آماده می سازد .

گرچه بسیاری از عوارض یانسگی در دوره سالمندی ادامه یافته و یا در این دوره پدیدار می شود ، اما مسائل دوره سالمندی بیشتر از آنکه صرفا مرتبط با کمبود استروژن و تغییرات هورمونی باشد ، ناشی از پدیده Aging افزایش سن است و در اغلب موارد برخورد متفاوتی را می طلبد .

POF (premature ovarian failure) و یانسگی زودرس نیز که در سن زیر ۴۰ به دلایل مختلف ممکن است اتفاق بیفتد پدیده دیگری است که نیاز به برخورد متفاوتی دارد و راهنمای بالینی تشخیصی درمانی متفاوتی را می طلبد .

با توجه به موارد پیشگفت گروه هدف برنامه کشوری ارائه خدمات یانسگی زنان ۴۵-۶۰ سال می باشند .

فصل دوم :



راهنمای بالینی

- ضرورت و چگونگی تدوین راهنما
- آشنایی با مجموعه و روش استفاده از راهنما
- ابزار و متون ضمیمه راهنمای بالینی

ضرورت و چگونگی تدوین راهنما

با اینکه کتب مرجع پزشکی بهترین راهنماهای بالینی برای اتخاذ تصمیم بالینی در مورد مراجعه کنندگان به کلینیکها را ارائه می دهند ، اما بقدری کلی نوشته می شوند که تطبیق با آنها برای اتخاذ تصمیم در یک جامعه یا یک Setting خاص ارائه خدمات یا برای یک بیمار خاص در اکثر موارد غیر ممکن است . در اکثر جوامع با تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد ملی یا منطقه ای و یا حتی بیمارستانی به نیاز مهم فوق پاسخ داده می شود . بدین ترتیب راهنماهای بالینی امکاناتی فراهم می کنند تا بتوان به اهداف زیر دست یافت :

۱- استاندارد شدن خدمات و بهبود کیفیت خدمات

۲- فراهم نمودن امکان نظارت

۳- وجود مرجعی برای پرداخت حق الزحمه به ارائه دهندگان خدمات

۴- ایجاد تناسب بین نوع خدمات با امکانات و تجهیزات موجود

۵- پیشگیری از تنوع در کیفیت مراقبتها و سردرگمی ارائه دهندگان خدمات و گیرندگان خدمات با ایجاد همسویی ، همسانی و هماهنگی ارائه دهندگان خدمات در اتخاذ تصمیم برای اقدامات تشخیصی و درمانی از طریق:

- پیشگیری از اعمال نظریات شخصی غیر مبتنی بر شواهد علمی
- ایجاد توانایی برای اتخاذ تصمیم درست از میان اختلاف نظرهای موجود بین منابع و شواهد مختلف علمی

با توجه به موارد پیشگفت ضرورت تدوین راهنمای بالینی برای ارائه خدمات سلامت به میانسالان بویژه در خصوص خدمات جدید از جمله یانسگی منطقی و غیر قابل چشم پوشی می نمود.

اداره سلامت میانسالان با توجه به این ضرورت مراحل زیر را برای تدوین و تالیف راهنمای بالینی و اجرایی به مرحله عمل رساند:

- انجام مطالعه مرور نظام مند مطالعات داخل کشور در رابطه با سلامت میانسالان
- تهیه سوالات کلیدی
- انتخاب کتب مرجع
- انتخاب گاید لاینهای معتبر
- انتخاب منابع و شواهد علمی موجود و خلاصه کردن آنها
- تهیه پیش نویس اولیه با اقتباس از کتب مرجع و گاید لاینهای معتبر و شواهد موجود
- انتخاب تخصصهای مختلف زنان ، روماتولوژی ، غدد ، تغذیه ، طب فیزیکی و توانبخشی برای تشکیل Expert panel
- تشکیل کمیته و ساب کمیته های علمی
- بحث پیرامون پیش نویس راهنمای بالینی در بیش از ۱۵ جلسه کمیته و ساب کمیته های علمی با هدف دستیابی به توافق (consensus) در سطح ملی با توجه به شرایط موجود
- تکمیل توافقات و نهایی شدن راهنمای علمی بالینی

راهنمای اجرایی نیز طی مراحل زیر تدوین و تصویب شد :

- تدوین پیش نویس راهنمای اجرایی
- تشکیل کمیته اجرایی برای کسب توافق جمعی در خصوص راهنمای اجرایی
- تدوین و تصویب راهنمای اجرای

آشنایی با مجموعه و روش استفاده از راهنما

مجموعه حاضر برای سطح دوم ارائه خدمات بویژه پزشکان عمومی تهیه شده است. با توجه به اینکه در تیمهای سلامت، پزشکان عمومی مسئولیت اصلی را به عهده دارند، تدوین راهنما و تعیین استانداردهای خدمات به گونه ای است که پزشک عمومی بتواند از سایر اعضای تیم بویژه ماما، کاردان و بهورز در موارد لزوم استفاده نموده و مسئولیت انجام برخی خدمات را به آنان واگذار نماید. در حد امکان سعی شده است خدمات ویژه بهورزان و خدمات سطح تخصصی در مجموعه های جداگانه تدوین گردد.

➤ بطور کلی در تدوین این راهنما اصول زیر مورد توجه قرار گرفته و رعایت شده است:

- استفاده آسان از راهنما توسط ارائه دهنده خدمت میسر باشد،
- مطالب به طور خلاصه و به دور از زیاده گویی و ارائه مطالب سردرگم کننده باشد،
- راهنما دارای جنبه کاربردی بوده، مهمترین نکات مورد نیاز برای ارائه خدمت را شامل گردد و حاوی مهمترین نکات لازم برای تصمیم گیری بالینی باشد،
- اجرای راهنما در اکثریت مناطق کشور امکان پذیر باشد،
- ادغام خدمات سلامت در گروه هدف مورد توجه قرار گیرد،
- متون ضمیمه بر ای ارائه آموزش به گیرنده خدمت نیز در نظر گرفته شود،
- محتوای راهنما در چارچوب شکلی مشابه سایر خدمات دفتر سلامت خانواده پیاده شود.

نمادها و رنگها :

نمادها شامل جدول یک صفحه ای برای یانسنی و چارتهای مجزا ی یک صفحه ای دارای باکس و فلش برای هریک از مشکلات یانسنی است که همه مراحل تشخیص و درمان و پیگیری را به صورت گام به گام در خود جا داده است. رنگها شامل رنگ قرمز برای اقدامات فوری و ارجاعی در افراد پرخطر و بیمار، رنگ زرد برای اقدامات غیر فوری در افراد در معرض خطر یا بیمار و رنگ سبز برای اقدامات غیر فوری در افراد سالم می باشد .

اجزای راهنما :

➤ اجزای راهنمای بالینی شامل موارد زیر است :

- شیوه زندگی
- اختلال قاعدگی
- علائم وازوموتور
- مشکلات اورژانس
- سلامت روان (اختلال خواب ، اختلال خلق ، اختلال اضطراب و اختلال عملکرد جنسی)
- استنوی پورویس
- عوامل خطر بیماری قلبی عروقی

- هورمون درمانی
- فیتواستروژنها
- اجزای راهنمای اجرایی شامل موارد زیر است :
- استانداردهای ارائه خدمات در پایگاهها ،مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت (سطح بندی)
- گردش کار مراجعه کننده
- لیست دارو و تجهیزات مورد نیاز
- لیست آزمایشهای مورد نیاز
- شاخصهای پایش و ارزشیابی
- فرم ثبت یانسگی و دستورالعمل نحوه تکمیل آن
- جدول گانت اجرای پایلوت برنامه

زمان بازنگری راهنمای بالینی و اجرایی:

این راهنما در سال ۸۸ پس از اجرای فاز اول پایلوت و رفع نقایص اجرایی و با توجه به آخرین اطلاعات بالینی بازنگری شده و روز آمد خواهد شد .



یائسگی

یائسگی یا منوپوز طبیعی به دوره ای فیزیولوژیک از زندگی زنان اطلاق می شود که تخمدانها تولید استروژن را متوقف می کنند . این دوره معمولا با قطع قاعدگی به مدت يك سال بدون ارتباط با عوامل پاتولوژیک شناخته می شود . سایر علائم کلیماکتریک شامل گرگرفتگی، تغییرات خلقی ، مشکل خواب و خشکی واژن است سن متوسط شروع یائسگی ۵۱ سال (از ۴۷ تا ۵۳ سال) است . دوره گذار یائسگی یا دوره پری منوپوز یا کلیماکتریک دوره زمانی بلافاصله قبل وبعد از شروع یا نسگی است وبطور متوسط ۴ سال طول می کشد . دوره پست منوپوز (بعد از آخرین قاعدگی FMP) آغاز می شود .

یائسگی زودرس (سن زیر ۴۰ سال و $FSH > 30$) به مساوی یا بیشتر از ۲ انحراف استاندارد پایین تر از سن متوسط یا نسگی ، یا یا نسگی کمتر از ۴۰ سالگی که بصورت طبیعی یا مصنوعی اتفاق افتاده ، اطلاق می شود .

در مطالعات ایران متوسط سن یا نسگی ۴۷/۸ سال می باشد و در استانهای مختلف میزان یا نسگی زودرس از ۳/۷ درصد تا ۱۳/۸ درصد گزارش شده است .

خونريزي غير طبيعي رحمي



۱* افزایش حجم خونریزی نسبت به قبل ، دفع لخته در قاعدگی ، قاعدگی طولانی مدت (بیش از دو هفته)، احساس ضعف و بیحالی شدید
۲* از جاع درموارد زیر :عدم پاسخ به درمان ، وجود ضایعه مشکوک قابل مشاهده یا توده لگنی در معاینه،مصرف تاموکسیفن، پاپ اسمیر غیر طبیعی ، خونریزی حین انجام HRT، وجود بیماری سیستمیک همراه از جمله چاقی و دیابت و فشار خون بالا، سابقه خونریزی نامنظم و شدید و طولانی در افراد بالای ۳۵ سال

خونریزی غیر طبیعی

خونریزی غیر طبیعی زمانی است که :

- ۱- سیکل قاعدگی کمتر از ۲۵ روز باشد (پلی منوره)
- ۲- سیکل قاعدگی بیشتر از ۳۵ روز باشد (اولیگومنوره)
- ۳- حجم خونریزی بیشتر از ۸۰ cc باشد (منوراژی)
- ۴- خونریزی نامنظم باشد (متروراژی)
- ۵- خونریزی نامنظم و شدید باشد (منومتروراژی)
- ۶- لکه بینی در طول سیکل یا بعد از مقاربت وجود داشته باشد

اختلال قاعدگی یکی از علائم دوره پری منوپوز است که به دلیل عدم تعادل هورمونی و تاثیر آن بر تخمک گذاری اتفاق می افتد و منجر به ادامه ترشح استروژن و ضخیم شدن آندومتر و در نتیجه خونریزی نامنظم و لکه بینی می شود. در اغلب موارد خونریزی غیر طبیعی در دوره پری منوپوز به همین علت یعنی اختلال تخمک گذاری است (anovulatory). در این حالت معمولا قاعدگی ها کم تعداد (الیگو منوره)، طول مدت آن نامنظم و حجم خونریزی غیر قابل پیش بینی است و معمولا علائم PMS(Pre Menstrual Syndrome) هم وجود ندارد. این نوع خونریزی غیر طبیعی شایعترین علت خونریزیهای غیر طبیعی این دوره است. اگر اختلال قاعدگی ناشی از فقدان تخمک گذاری باشد درمان با LD (بخصوص اگر نیاز به پیشگیری از بار داری نیز مطرح باشد) یا ترکیبات پروژسترونی (روزانه ۱۰ میلیگرم مدروکسی پروژسترون استات از زمان مراجعه بیمار به مدت ۱۴-۱۲ روز) به حل مشکل بیمار کمک می کند. اگر خونریزی غیر طبیعی ناشی از عدم تخمک گذاری، کوتاه مدت (حداکثر سه ماه) باشد و به درمان فوق پاسخ بدهد نیاز به اقدام بیشتری نیست. اما در صورتی که بیش از سه ماه طول کشیده و به درمان پاسخ نداده است، باید درمورد رد اختلالات خونریزی دهنده، سرطانها و سایر دلایل خونریزی اقدام نمود. توجه به این نکته ضروری است که ادامه تاثیر استروژن بر جدار رحم در افراد مستعد می تواند ایجاد پولیپ و حتی کانسر آندومتر نماید.

خونریزی رحمی به صورت منوراژی ایدیوپاتیک همراه با تخمک گذاری (Ovulatory) به طور معمول از نظر طول مدت، فواصل و حجم خونریزی منظم و قابل پیش بینی است. در اغلب موارد می تواند منجر به فقر آهن گردد که باید برای پیشگیری از آنمی و یا درمان آن اقدام کرد. تجویز مفنایمیک اسید هر ۸ ساعت ۲۵۰ میلیگرم کمک کننده است و در صورتی که خونریزی کنترل نشد می توان از مدروکسی پروژسترون استات روزانه ۱۰ میلیگرم از روز ۱۵-۱۲ قاعدگی به مدت ۱۴-۱۲ روز استفاده کرد. موارد

ارجاع شامل : عدم پاسخ به درمان ، وجود ضایعه مشکوک قابل مشاهده یا توده در معاینه ،پاپ اسمیر غیر طبیعی ،خونریزی حین انجام HRT و وجود بیماری سیستمیک همراه می باشد . در این موارد ریسک سرطان آندومتر بررسی و با توجه به تشخیص پس از بیوپسی یا کورتاژ آندومتر درمان لازم بر حسب مورد انجام می گیرد.

اگر خونریزی شدید رحمی ، یعنی افزایش حجم خونریزی نسبت به قبل (افزایش تعداد مصرفی نوار بهداشتی) ، دفع لخته در قاعدگی ، قاعدگی طولانی مدت (بیش از دو هفته) و احساس ضعف و بیحالی در قاعدگی به صورتی باشد که وضعیت همو دینامیک بیمار را نیز دچار اختلال کرده باشد ، بیمار باید پس از اصلاح وضعیت همو دینامیک و درمان Acute Bleeding ارجاع فوری شود .

قبل از توقف کامل دوره قاعدگی یعنی در دوره پری منوپوز ، ممکن است اختلال قاعدگی حداکثر تا ۶ ماه وجود داشته باشد . اما فرد مبتلا به اختلال قاعدگی در موارد زیر باید ارجاع شود :

- ۱- در معرض خطر سرطان رحم باشد (عدم تخمک گذاری طولانی ، سابقه سرطانهای خانوادگی ، چاقی ، دیابت ، فشار خون بالا)
- ۲- میزان خونریزی زیاد باشد (طولانی شدن دوره قاعدگی تا ۲ هفته و استفاده از تعداد زیاد نوار بهداشتی در شبانه روز)
- ۳- فرد بعد از قطع قاعدگی به مدت بیش از ۶ ماه بدون اینکه از هرگونه هورمون درمانی استفاده کرده باشد ، مجددا دچار لکه بینی یا خونریزی گردد
- ۴- پس از دوره منوپوز به خونریزی غیر طبیعی رحمی مبتلا شود . این افراد چه تحت درمان هورمونی جایگزین باشند و چه نباشند ، ریسک سرطان آندومتر (۱۰ در صد) در آنان باید مورد توجه قرار گرفته و بیمار برای بررسیهای لازم از جمله انجام سونوگرافی ترانس واژینال و تعیین میزان ریسک براساس ضخامت آندومتر ارجاع گردد .
- ۵- در بیمارانی که تاموکسیفن دریافت می کنند و مبتلا به خونریزی واژینال هستند، به عنوان رده اول اقدام تشخیصی بیوپسی آندومتر باید انجام گیرد ، زیرا بافت رحم در اثر مصرف طولانی مدت تاموکسیفن تغییر کرده و سونوگرافی قادر به تعیین علت افزایش ضخامت جدار رحم نخواهد بود .

عوارض وازوموتور

سوال کنید :
گر گرفتگی ، تعریق
شبانه ، طپش قلب دارد
؟

معاینه کنید :
تعداد ضربان قلب
فشار خون
تیروئید
بررسی علائم سایر
بیماریهای هورمونی

در صورت لزوم
آزمایش کنید :
TSH

احساس گرم شدن شدید در
قسمت فوقانی بدن (سر و
صورت و گردن و قفسه سینه
) دارد . این اختلال بیشتر
شبها اتفاق می افتد و مانع
خواب و استراحت فرد می
شود . گرگرفتگی پس از ۴-۵
دقیقه با عرق سرد و احساس
سرما تمام می شود

مشاوره و آموزش ، توصیه به تغییر شیوه زندگی و
روشهای مقابله با گرگرفتگی ، توصیه غذایی
توصیه های زیر برای رفع علائم وازوموتور
کمک کننده است . این توصیه ها قدم اول درمان
هستند . : استفاده از پوشش نخی ، لباس
چندلایه برای کم کردن لایه ها در مواقع لزوم ،
خنک نگهداشتن محیط زندگی ، خوابیدن در جای
خنک ، ورزش سبک ، قطع مصرف سیگار و الکل
و ادویه جات ، قطع مصرف مایعات گرم و
دوش آب گرم قبل از خواب ، رژیم غذایی سبک
و مصرف بیشتر میوه و سبزی و ماست ،
استفاده از تکنیکهای آرام سازی و ماساژ و
تنفس عمیق و آهسته ، مشاوره خانواده و
سایکوتراپی و کاهش استرسها

عدم
تاثیر

- قدم اول : درمان دارویی غیر هورمونی**
- درمان پلاسبو، مصرف غذاهای حاوی حیوانات از جمله سویا
 - فلوکسی تین ۲۰ میلی گرم روزانه و یا پاروکستین ۲۵ میلیگرم روزانه
 - گاباپنتین بویژه اگر نومور پستان نیز وجود داشته باشد .
 - کلونیدین بویژه در مبتلایان به فشار خون بالا

قدم دوم : هورمون درمانی خوراکی با کمترین دوز و کوتاهترین دوره زمانی و با رعایت کنترال اندیکاسیونها و انجام فالوآپ
برای علائم وازوموتور شدید در مان انتخابی هورمون درمانی کوتاه مدت با دوز پایین (۳/۰ میلیگرم) است که معمولا در کاهش علائم وازوموتور و اختلالات خواب ناشی از آن موثر است . تاثیر دارو پس از یک ماه روشن می شود و می توان دوز آن را تنظیم کرد . درمان برای مدت ۱-۴ سال می تواند ادامه پیدا کند . باید توجه داشت که ممکن است پس از قطع مصرف دارو علائم عود کنند . قطع تدریجی استروژن بهتر از قطع ناگهانی آن است ، اما بهر حال ممکن است در بعضی از خانمها ۶-۳ ماه پس از قطع دارو گرگرفتگی با شدت کمتری آغاز شود . اگر نتوان از استروژن استفاده کرد ، پروژستین انتخاب بعدی است که البته اثر بخشی کمتری دارد .

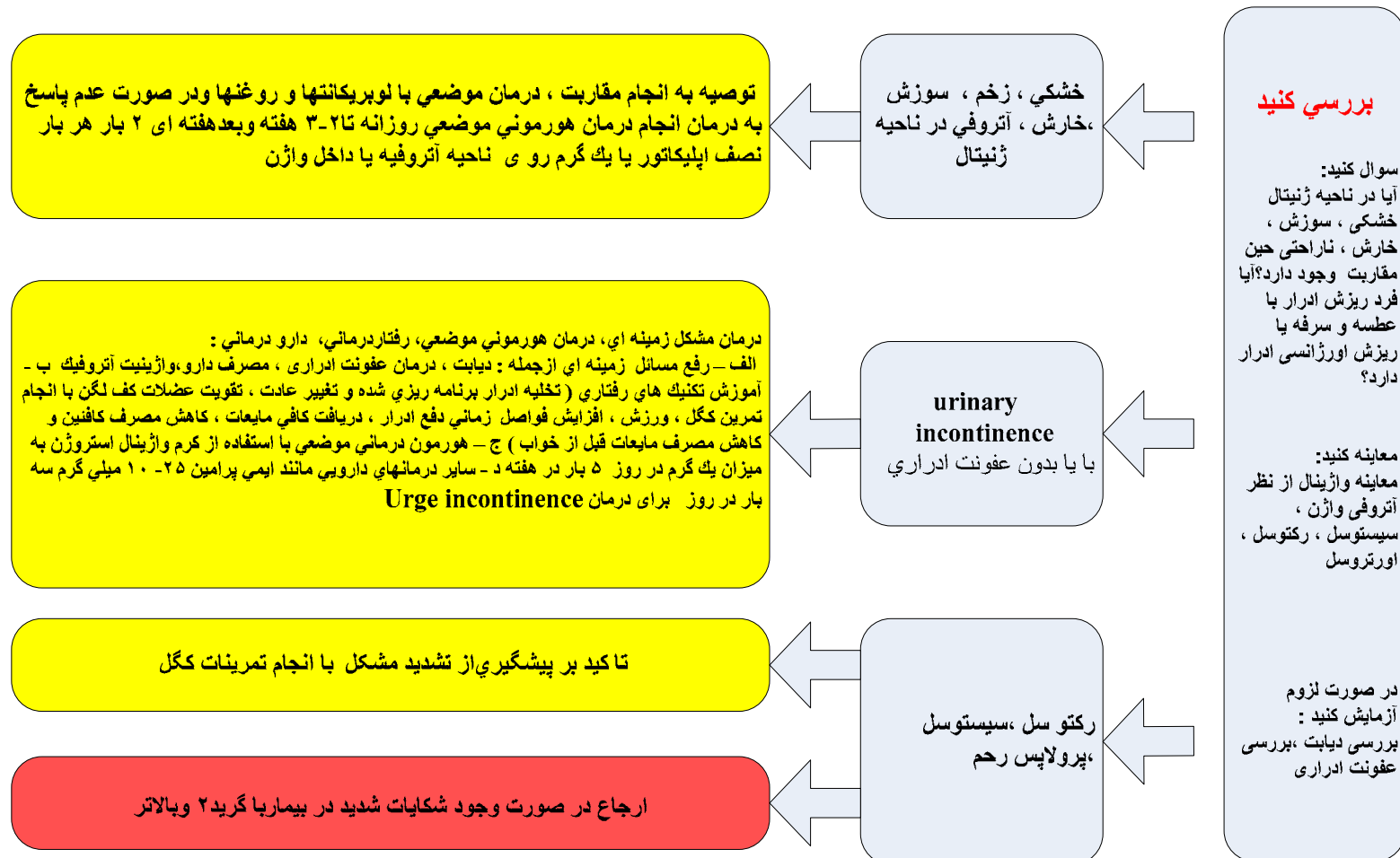
قدم آخر:
بررسی هیپر تیروئیدی و فنو کروموسیتوم و سندرم کارسینوئید

اختلال ازوموتور

اختلال ازوموتور به صورت احساس گرم شدن شدید در قسمت فوقانی بدن (سر و صورت و گردن و قفسه سینه) می باشد. این اختلال بیشتر شبها اتفاق می افتد و مانع خواب و استراحت فرد می شود. گرگرفتگی پس از ۵-۴ دقیقه با عرق سرد و احساس سرما تمام می شود. دفعات گرگرفتگی در افراد مختلف متفاوت است و در بعضی از زنان اصلا اتفاق نمی افتد. قدمهای درمانی شامل موارد زیر است:

- توصیه های زیر برای رفع علائم ازوموتور کمک کننده است. این توصیه ها قدم اول درمان هستند. : استفاده از پوشش نخی، لباس چندلایه برای کم کردن لایه ها در مواقع لزوم، خنک نگه داشتن محیط زندگی، خوابیدن در جای خنک، ورزش سبک، قطع مصرف سیگار و الکل و ادویه جات، قطع مصرف مایعات گرم و دوش آب گرم قبل از خواب، رژیم غذایی سبک و مصرف بیشتر میوه و سبزی و ماست و استفاده از تکنیکهای آرام سازی و ماساژ و به خصوص تنفس عمیق و آهسته، مشاوره خانواده و سایکوتراپی و کاهش استرسها، تغییر شیوه زندگی و نگهداشتن BMI در حد مناسب
- درمان دارویی ابتدا با درمانهای غیر هورمونی شروع می شود. درمان غیرهورمونی از جمله فلوکسی تین ۲۰ میلی گرم روزانه و یا پاروکستین ۲۵ میلیگرم روزانه نیز بر کنترل علائم تا بیش از ۵۰ درصد موارد موثر بوده است. گاباپنتین (بویره اگر تومور پستان نیز وجود داشته باشد)، کلونیدین (بویره در مبتلایان به فشار خون بالا) نیز از درمانهای مناسب هستند. برای علائم ازوموتور شدید در مان انتخابی هورمون درمانی است اما در صورت خفیف بودن علائم، عدم پذیرش درمان هورمونی از سوی بیمار یا وجود کنترا اندیکاسیون خاص می توان از داروهای غیر هورمونی استفاده کرد. شروع هر یک از درمانهای فوق با دوز کم و افزایش دوز در صورت لزوم از هفته دوم و قطع دارونیز با کاهش دوز صورت گیرد.
- در صورت عدم پاسخ به درمان غیر هورمونی، استروژن درمانی صورت می گیرد. درمان کوتاه مدت هورمونی با دوز پایین معمولا در کاهش علائم ازوموتور و اختلالات خواب موثر است. تاثیر دارو پس از يك ماه روشن می شود و می توان دوز آن را تنظیم کرد. درمان برای مدت ۴ - ۱ سال می تواند ادامه پیدا کند. باید توجه داشت که ممکن است پس از قطع مصرف دارو علائم عود کنند. قطع تدریجی استروژن بهتر از قطع ناگهانی آن است، اما بهر حال ممکن است در بعضی از خانمها ۳-۶ ماه پس از قطع دارو گرگرفتگی با شدت کمتری آغاز شود. اگر نتوان از استروژن استفاده کرد، پروژستین انتخاب بعدی است که البته اثر بخشی کمتری دارد.
- در مرحله بعدی و در صورت عدم پاسخ به توصیه ها و وجود علائم آزار دهنده لازم است رد هیپر تیروئیدی، فنوکروموسیتوم و سندرم کارسینوئید مورد توجه قرار گیرد.

عوارض اوروژنیاتال



اختلال اورژنیتال

- کاهش استروژن ناشی از منوپوز سبب تغییرات بافتی در واژن می شود که شامل موارد زیر است : کاهش جریان خون ، کاهش ضخامت موكوزال ، کاهش كلاژن بافت و افزایش PH آن می شود . آتروفی دستگاه ادراری تناسلی منجر به علائم گوناگونی میشود که بر کیفیت زندگی تاثیر می گذارد . اورتریت به همراه دیزوری ، بی اختیاری فوری و تکرر ادرار بیشتر نتیجه نازک شدن مخاط پیشابراه و مثانه هستند . عفونتهای مکرر ادراری بطور موثری از طریق درمان استروژنی داخل واژن در زنان یائسه قابل پیشگیری هستند . که در نتیجه خشکی ، خارش ، دیسپارونیا و عفونت های مکرر ایجاد می کند . بهترین درمان برای این حالت درمان کوتاه مدت موضعی باکرم استروژن است.

آتروفی اورو ژنیتال در زنان یا نسه از مشکلاتی است که مقاربت را مشکل می سازد. درمان هورمونی موضعی باکرم استروژن به مدت ۱۰-۵ روز متوالی یا با فاصله ۲-۳ روز موثر است . باید توجه داشت که اختلال عملکرد جنسی در زنان تحت تاثیر عوامل روانی ، فیزیولوژیک و اجتماعی بوده و به ۴ گروه تقسیم می شود : , dysparoni, desire . arousal , orgasm استروژن درمانی در رفع مشکل دیسپارونیا ناشی از خشکی و آتروفی ژنیتال و آندروژنها در رفع اختلالات لیبیدو موثر است .

- رکتوسل ، سیستوسل ، پرولاپس رحم گرچه ناشی از یائسگی و کمبود استروژن نیستند اما در دوره گذار یا نسگی و پس از آن مشکل ساز شده و در صورت ایجاد مشکل و شکایت برای بیمار نیاز به ارجاع برای مداخله درمانی دارد.

- Urinary incontinence به صورت حاد یا مزمن دیده می شود . در نوع حاد آن عواملی مانند دیابت ، عفونت ، مشکلات نورولوژیکال و آناتومیک موثرند . نوع مزمن آن در دو حالت با مثانه خالی و مثانه پر دیده می شود . از میان انواع مختلف Urinary incontinence نوع stress incontinenc ممکن است به کمبود استروژن دوره یائسگی مرتبط باشد . در اینحالت ترشح مختصر ادرار همراه با سرفه ، عطسه ، و ... وجود دارد . درمان با استروژن موضعی به صورت کرم واژینال يك گرم روزانه ۵روز در هفته یا استروژن خوراکی ۰/۶۲۵-۰/۳ میلیگرم روزانه می توان استفاده کرد . تمرین کگل (Kegel) برای پیشگیری و درمان بی اختیاری استرسی ادرار کمک کننده است .

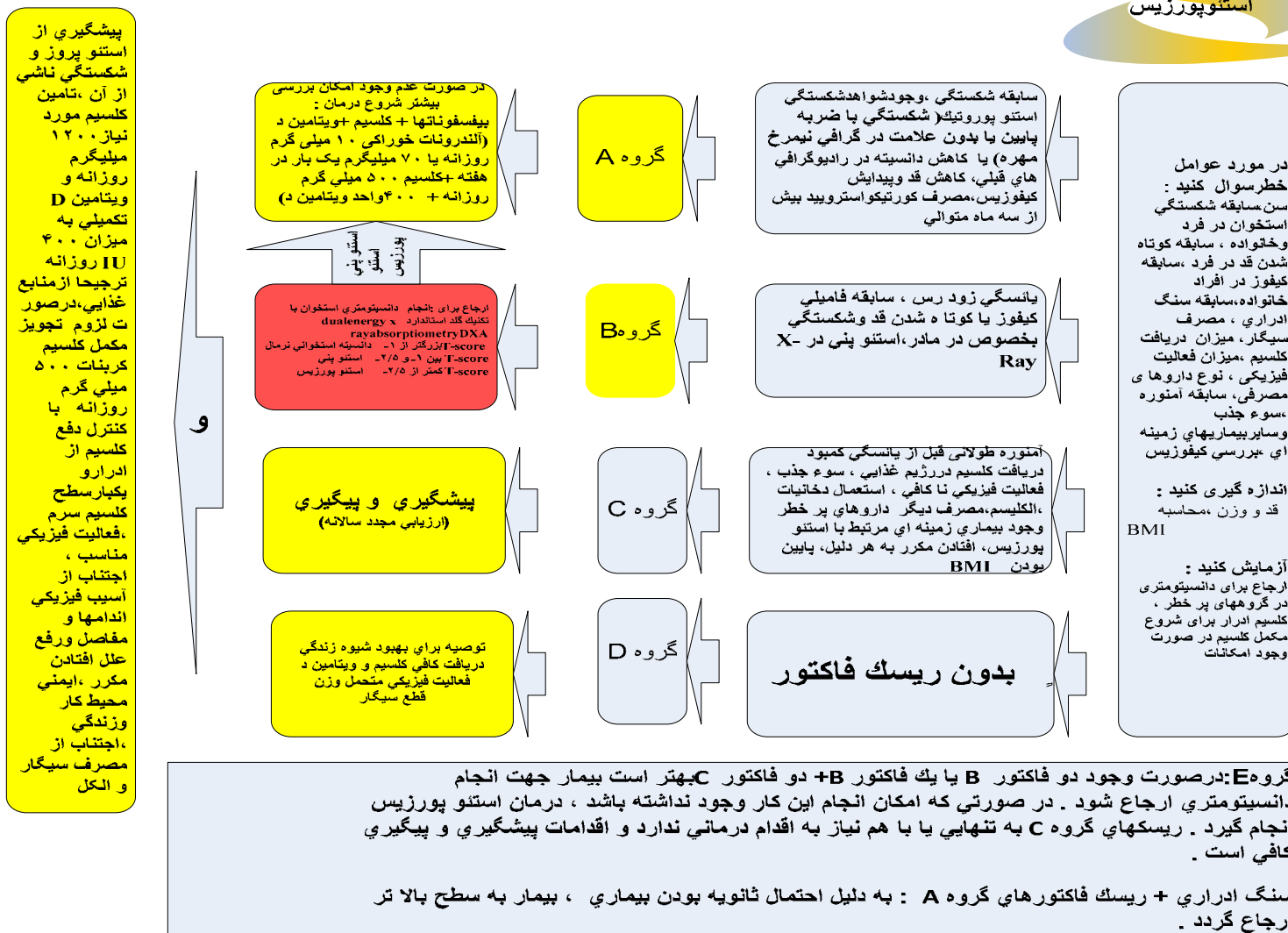
اصول درمان urinary incontinence شامل موارد زیر است :

الف – بررسی و رفع مسائل زمینه ای ازجمله : دیابت ، عفونت ادراری، مصرف دارو ، واژینیت آتروفیک

ب -آموزش تکنیک های رفتاری (تخلیه ادرار برنامه ریزی شده و تغییر عادت ، تقویت عضلات کف لگن با انجام تمرین کگل (هفته ای ۴-۳ بارو هر بار سه نوبت پیوسته و هر نوبت ۱۰-۸ انقباض مداوم) ، ورزش ، افزایش فواصل زمانی دفع ادرار ، دریافت کافی مایعات ، کاهش مصرف کافئین و کاهش مصرف مایعات قبل از خواب)

ج – هورمون درمانی موضعی با استفاده از کرم واژینال استروژن به میزان يك گرم در روز ۵ بار در هفته

استئوپورزیس



استنوپوروزیس

استنوپوروزیس يك بیماری شایع استخوانی است که در آن توده استخوانی بتدریج ازبین می‌رود و فراژیلیتی استخوانها و بدنبال آن خطر شکستگی بخصوص در استخوانهای مهره ، لگن ، و مچ افزایش می‌یابدو بدون آنکه علامت خاصی ایجاد کند ، معمولا با ایجاد این شکستگی ها فرد را از بیماری خود مطلع می‌سازد . شکستگی ها ممکن است بدنبال سقوط یا حتی بطور خودبخود با حرکات ساده ای مانند سرفه و عطسه ایجاد شود.

پیشگیری از استنوپوروزیس با هدف حفظ ساختار اسکلتی و توده استخوانی ، پیشگیری از کاهش توده استخوانی ناشی از افزایش سن و عوامل ثانویه پیشگیری از شکستگی صورت می‌گیرد .

اصول کلی پیشگیری از استنوپوروزیس : رژیم غذایی با کلسیم کافی ، تغذیه صحیح ، دریافت کافی ویتامین د ، تمرینات ورزشی متحمل وزن بطور منظم ، ترك مصرف سیگار و الكل در شرایط ویژه مداخلات دارویی پیشگیری کننده مانند مکمل کلسیم و ویتامین د ، هورمون درمائی جایگزین و بیسفسفوناتها به کار گرفته می‌شود .

➤ عوامل خطر برای ابتلا به استنوپوروزیس و شکستگی ناشی از آن:

- جنس : استنوپوروزیس بطور کلی در زنان بیشتر از مردان اتفاق می‌افتد .
- سن : در سن بالاتر از ۶۰ سال بیشتر و با گذشت هر دهه از عمر بعد از ۵۰ سالگی ریسک نسبی ابتلا به استنوپوروزیس ۲-۳ برابر افزایش می‌یابد . بطوری که در زنان ۵۰ ساله با انحراف معیار BMD ۲/۵ و بالاتر از میانگین بالغین بدون هیچ ریسک فاکتور دیگر خطر شکستگی کمتر از ۵٪ و برای زنان ۶۵ سال به بالا بدون هیچ ریسک فاکتور دیگر با انحراف معیار BMD ۲/۵ و بالاتر از میانگین بالغین به بیشتر از ۲۰ درصد می‌رسد .
- سایر عوامل خطر و پیش‌بینی کننده شامل موارد زیر است :
- یانسیگی و کمبود استروژن
- یانسیگی زودرس
- آمنوره طولانی مدت (بیش از یک سال) قبل از یانسیگی : منظور از آمنوره طولانی قبل از یانسیگی مواردی از آمنوره غیر طبیعی است که با نقص عملکرد تخمدان همراه باشد (هیپو گونادیسیم ، تخمدان پلی کیستیک و.....)
- منارک دیر هنگام (بعد از ۱۵ سالگی)
- کمبود دریافت کلسیم در رژیم غذایی به هر دلیل
- الکلیسم
- افتادنیهای مکرربه هر دلیل (اختلال بینایی ، اختلال موسکولو اسکلتال ، مصرف دارو و)

- سابقه استئوپروز و شکستگی با ضربه پایین (lowThreshold trauma (fragility fracture) در فرد ریسک شکستگی را ۸ برابر می کند و در دو سال اول بعد از شکستگی این ریسک بالاتر است . حدود ۵۰ در صد موارد این شکستگی ها در گروه استئوپنیک اتفاق می افتد . وجود شکستگی های خاموش و بدون علامت در رادیوگرافی مهره افرادی که کاهش قد به میزان ۲ سانتی متر داشته اند ، نیز خطر شکستگی را افزایش می دهد .
- سابقه استئوپروز،کیفوز و شکستگی در اثر lowThreshold trauma در بستگان درجه یک فرد بویژه مادر ۱/۲ تا ۲ برابر ریسک شکستگی را افزایش می دهد.
- هر گونه شکستگی در زنان بعد از منوپوز، حتی شکستگی تروماتیک نیز باید از نظر پوکی استخوان مورد توجه قرار گیرد .
- لاغری و جثه کوچک (BMI<19,WT<57) یا کاهش وزن اخیر به میزان بیش از ۵ کیلو گرم یا بیش از ۵ در صد وزن پایه
- سیگاری بودن : سیگار یها عموماً لاغرتر هستند ، زودتر به منوپوز می رسند ، کاتابولیسیم استروژن آندوژن در آنها افزایش می یابد و بیشتر دچار شکستگی می شوند .
- مصرف الکل هم به دلیل کاهش دانسیته استخوان و هم افزایش ریسک سقوط ریسک استئوپوروزیس و شکستگی را افزایش میدهد .
- مصرف زیاد کافئین
- فعالیت فیزیکی متحمل وزن ناکافی ، زندگی کم تحرک و بیماریهایی که منجر به بیحرکتی طولانی مدت می شوند .
- دریافت ناکافی کلسیم و ریز مغذیها
- وضعیت بد اجتماعی اقتصادی
- افراد سفید پوست و نژاد آسیایی
- مصرف دارو هایی که تاثیر منفی بر دانسیته استخوان دارند .مانند: کورتیکو استروئید به مدت بیشتر از سه ماه ، داروی ضد انعقاد (هپارین) به مدت طولانی ، داروی ضد صرع (فنی توئین و فنو باربیتال) به دلیل تاثیر بر هموستازیس ویتامین د ، سیکلوسپورین به مدت طولانی
- وجود بیماری زمینه ای : وجود اختلالات هورمونی مانند هیپر پاراتیروئیدیسم ، هیپر تیروئیدیسم ، هیپو گونادیسیم ناشی از دارو یا بیماری ،سندرم کوشینگ ، بیماریهای اتو ایمن و آرتریت روماتوئید، سندرم سوء جذب و....
- افتادن مکرر يك عامل مهم پیش بینی کننده برای شکستگی بخصوص شکستگی لگن در سنین بالا است .
- کمبود ویتامین د به دو دلیل کاهش دانسیته استخوانی و تاثیر مستقیم آن بر سیستم نورو موسکولار و افزایش ریسک سقوط ، خطر شکستگی را افزایش می دهد .
- قطع مصرف استروژن می تواند کاهش توده استخوانی را تسریع و تشدید کند .

➤ عوامل افزایش دهنده خطر سقوط :

- اختلال بینایی
- اختلالات نوروموسکولار
- اختلال تعادل ناشی از عوارض داروها و الکل
- اختلالات قلبی عروقی

➤ گروه بندی عوامل خطر استنوپوروز و شکستگی ناشی از آن :

- گروه A (پر خطر و نیاز مند شروع درمان با یا بدون انجام دانسیتمتری) :
 - ۱ - سابقه شکستگی با ضربه پایین
 - ۲ - وجود شواهد شکستگی استئوپوروتیک بدون علامت به صورت (شکستگی بدون علامت مهره ، کاهش قد ، پیدایش کیفوزیس)
 - ۳ - مصرف کورتیکواستروئید بیش از سه ماه متوالی
- گروه B (پر خطر نیازمند تشخیص قطعی با انجام دانسیتمتری) :
 - ۱ - یانسیگی زود رس
 - ۲ - سابقه فامیلی کیفوز یا کوتا شدن قد و شکستگی بویژه شکستگی لگن در یکی از والدین بخصوص در مادر
 - ۳ - استنوپنی در X-Ray
 - ۴ - افتادن مکرر به هر دلیل
- گروه C (نیازمند پیشگیری و پیگیری) :
 - ۱ - آمنوره طولانی قبل از یانسیگی
 - ۲ - کمبود دریافت کلسیم در رژیم غذایی
 - ۳ - فعالیت فیزیکی نا کافی
 - ۴ - استعمال دخانیات ، الکلیسم
 - ۵ - مصرف داروهای پر خطر بجز کورتیکواستروئیدها
 - ۶ - وجود بیماری زمینه ای مرتبط با استنوپوروزیس
 - ۷ - افتادن مکرر به هر دلیل
 - ۸ - پایین بودن BMI (اندکس توده بدنی کمتر از ۱۹)
- گروه D (نیازمند پیشگیری) : بدون ریسک فاکتور
- گروه E : ریسک فاکتورهای متعدد

در صورت وجود دو فاکتور B یا يك فاکتور B+ دو فاکتور C بهتر است بیمار جهت انجام دانسیتومتری ارجاع شود . در صورتی که امکان انجام این کار وجود نداشته باشد ، درمان استئوپورزی انجام گیرد .

ریسکهای گروه C به تنهایی یا با هم نیاز به اقدام درمانی ندارد و اقدامات پیشگیری و پیگیری کافی است .

در مورد سنگ ادراری + ریسک فاکتورهای گروه A : به دلیل احتمال ثانویه بودن بیماری ، بیمار به سطح بالا تر ارجاع گردد .

➤ اقدامات لازم در افراد در معرض خطر و مبتلا به استئوپورزی:

اقدام برای شروع درمان دارویی در گروه A و در گروهی که ریسک فاکتورهای متعدد دارند، با یا بدون انجام دانسیتومتری

در صورتی که بیمار دارای ریسک فاکتور گروه A دارای سابقه سنگ ادراری باشد ، بهتر است جهت بررسی از نظر نوع ثانویه استئوپورزی و اتخاذ تصمیم دقیق درمانی ارجاع شود .

اقدام برای انجام دانسیتومتری در صورت امکان در گروه B پیگیری انجام درمان پیشنهادی متخصص و تحت نظر گرفتن بیمار

در صورت وجود دو فاکتور B یا يك فاکتور B+ دو فاکتور C بهتر است بیمار جهت انجام دانسیتومتری ارجاع شود . در صورتی که امکان انجام این کار وجود نداشته باشد ، درمان استئوپورزی انجام گیرد . ریسکهای گروه C به تنهایی یا با هم نیاز به اقدام درمانی ندارد و اقدامات پیشگیری و پیگیری کافی است .

پیشگیری از استئوپروز و شکستگی ناشی از آن در همه گروهها شامل اقدامات زیر است : تامین کلسیم مورد نیاز ۱۲۰۰ میلیگرم روزانه و ویتامین D تکمیلی به میزان ۴۰۰ IU روزانه ترجیحا از منابع غذایی، در صورت لزوم تجویز مکمل کلسیم کربنات ۵۰۰ میلی گرم روزانه با کنترل دفع کلسیم از ادرار* و یکبار کنترل سطح کلسیم سرم ، فعالیت فیزیکی مناسب ، اجتناب از آسیب فیزیکی اندامها و مفاصل و رفع علل افتادن مکرر ، ایمنی محیط کار و زندگی ، اجتناب از مصرف سیگار و الکل لازم است .

*هیپرکلسیوری : کلسیم ادرار بیشتر از ۳۰۰ میلیگرم در ۲۴ ساعت که با داروی تیازیدی قابل کنترل نباشد را هیپرکلسیوری می گویند . هیپرکلسیوری در دوز کمتر از ۲ گرم کلسیم در روز غیر معمول است و اگر وجود داشته باشد کنترالاندیکاسیون تجویز کلسیم به شمار می آید . همچنین دریافت بالای کلسیم ، احتمال جذب آهن و روی را از منابع غذایی کاهش می دهد . عارضه دیگر کربنات کلسیم یبوست و نفخ روده است که در صورت جایگزین کردن سیترات کلسیم قابل رفع می باشد. طول مدت مکمل درمانی کلسیم در صورتی که منعی برای مصرف وجود نداشته باشد ، محدودیتی ندارد .

➤ تشخیص استئوپروزیس:

در حال حاضر بهترین راه تشخیص دانسیتومتری استخوان تر جیحا از دو سایت مهره و لگن می باشد. در هر سیستمی T-score cutoff (T-score) تعداد انحراف ازمیانگین BMD نرمال در جوانان است) برای دانسیتومتری تفاوت دارد .

استاندارد WHO برای تشخیص استئوپروزیس بر مبنای اندازه گیری توده استخوانی به شرح زیر است :

T-score بزرگتر از ۱- : دانسیته استخوانی نرمال (بالتر از ۱SD - از میانگین دانسیته استخوانی بالغین جوان)

T-score بین ۱- و ۲/۵- : استئوپنی (بین ۱SD و ۲/۵SD - زیر میانگین دانسیته استخوانی بالغین جوان)

T-score کمتر از ۲/۵- : استئوپورزیس (حداقل ۲/۵SD - زیر میانگین دانسیته استخوانی بالغین جوان)

- اسکرنینگ با استفاده از دانسیتومتری تقریباً در هیچ جا توصیه نشده است. انجام دانسیتومتری استخوان با تکنیک گلد استاندارد (Dual Energy X- ray Absorptiometry DXA) در زنان گروه سنی ۶۰-۴۵ سال در ایران در شرایط زیر توصیه می شود :
- تصمیم گیری برای شروع درمان در افراد گروه B (پانسیگی زود رس ، سابقه فامیلی کیفوز یا کوتا شدن قد و شکستگی بخصوص در ما در، استئوپنی در X-Ray)
- در صورت وجود امکانات انجام دانسیتومتری برای تصمیم گیری درمانی در افراد گروه A و افرادی که دو ریسک فاکتور از گروه B یا یک ریسک فاکتور B و دو ریسک فاکتور C را دارا هستند ، می توان دانسیتومتری انجام داد . در غیر این صورت شروع درمان حتی بدون انجام دانسیتومتری ضروری است.
- در صورتی که امکانات برای دانسیتومتری وجود داشته باشد ، پیگیری تاثیر درمان در گروههای مختلف را میتوان با انجام دانسیتومتری کنترل کرد . اما در هر حال فواصل انجام آن حتی در افراد استئوپنیک در حال درمان نباید کمتر از دو سال باشد ، مگر در افراد مصرف کننده استروئید .

➤ عوارض استئوپورزی:

شکستگی مهمترین عارضه استئوپورزی است که به دو دسته تقسیم می شود: ۱- macrofracture شکستگی واضح در رادیوگرافی بدنبال ضربه خفیف (low threshold fracture ضرباتی کمتر از افتادن فرد به زمین از فاصله قد خود فرد) که منجر به درد حاد و ناگهانی لوکالیزه در اندام یا مهره می شود.

۲- microfracture بدون شکستگی واضح در رادیوگرافی با دردهای پراکنده و مبهم در ستون مهره ها و پروگزیمال اندامها و تغییر شکل تدریجی استخوانها

➤ درمان استئوپورزی:

۱ - در زنان در دوره منوپوز و پس از آن با سابقه شکستگی یا سابقه استئوپورزی بدون سابقه شکستگی، برای پیشگیری از شکستگی در همه سایتهای بدن، (بیفسفوناتها + کلسیم + ویتامین د) به صورت آلدرونیث ۱۰ میلیگرم روزانه یا ۷۰ میلیگرم هفتگی + ۵۰۰ میلیگرم کلسیم روزانه + ۴۰۰ واحد ویتامین د روزانه اساس درمان می باشد.

بیفسفوناتها (آلدرونیث) ریسک شکستگی را بخصوص در مهره ها در افراد استئوپروتیک به علت پیشگیری از تخریب ساختار تراکولار استخوان کاهش می دهند و BMD را افزایش میدهند. این دارو در پیشگیری از کاهش توده استخوانی در زنانی که اخیرا به منوپوز رسیده اند، درمان بیماران مبتلا به استئوپورز قطعی در دوره بعد از منوپوز و درمان استئوپورز ناشی از مصرف گلوکوکورتیکوئیدها موثر است.

مصرف بیس فسفونیتها ی خوراکی میتواند موجب عوارض گوارشی از قبیل ورم مری، گاستریت و اسهال شود و بیمارانی که دچار مشکلات گوارشی مانند آشالازی، تنگی مری، مری بارت، ریفلاکس و اسکلرودرمی هستند باید از مصرف بیس فسفونیت خوراکی اجتناب کنند. در کسانی که با مصرف دارو دچار مشکلات گوارشی می شوند، باید فوراً مصرف دارو را قطع کرد. سایر کنترالاندیکاسیونهای مصرف آلدرونیث شامل موارد زیر است: حساسیت به آلدرونیث، هیپوکلسمی تا وقتی اصلاح نشده است، وجود ناهنجاری های مری که عبور دارو را دچار مشکل کند. همچنین باید در صورت وجود مشکلات گوارشی حاد و نارسایی شدید کلیه در مصرف دارو فوق احتیاط کرد.

برای کاهش عوارض گوارشی آلدرونیث بیمار باید آن را به صورت ناشتا میل کند و تا نیم ساعت بعد نیز ناشتا بماند، همچنین دارو با یک لیوان آب و در حالت ایستاده مصرف گردد. بنابر این در افرادی که توانایی ایستادن ندارند مصرف دارو توصیه نمیشود.

طول مدت درمان : تاثیر در مان و بی ضرری آن تا ۱۰ سال اثبات شده است . پس از قطع درمان ممکن است بطور خفیفی توده استخوانی کاهش یابد . این درمان در مصرف کنندگان استروئیدها تا زمانی که استروئید دریافت می کنند باید ادامه داشته باشد و برای سایر افراد گروه A حد اقل به مدت ۵ سال تجویز شود . در شروع درمان با مکمل کلسیم ، کلسیم ادرار و سرم و سپس سالی يك بار کلسیم ادرار کنترل شود .

۲ - رالوکسیفن ۶۰ میلیگرم روزانه + کلسیم ۵۰۰ میلیگرم روزانه + ویتامین د ۴۰۰ واحد روزانه

SERM= Selective Estrogen Receptor Modulator مانند رالوکسیفن داروی انتخابی دیگری است که سبب افزایش توده استخوانی و کاهش شکستگی می شود و بطور اختصاصی برای کاهش شکستگی مهره توصیه شده است. این دارو علاوه بر پیشگیری و درمان استئوپورزی از ابتلا به سرطان پستان نیز پیشگیری می کند .

۳ - کلسیتونین اینترا نازال ۲۰۰ واحد روزانه + ۵۰۰ میلیگرم کلسیم روزانه + ۴۰۰ واحد ویتامین د روزانه

کلسیتونین داروی دیگری است که در مطالعات مختلف بر پیشگیری از شکستگی مهره ها موثر بوده است . میزان مصرف آن ۲۰۰ واحد روزانه به صورت اینترانازال می باشد . این دارو در سالهای اولیه بعد از یائسگی که زنان در وضعیت fast looser هستند ، هیچ تاثیری ندارد .

۴ - HRT

در مطالعه WHI (Women's Health Initiative) تاثیر HRT (Hormon Replacement Therapy) بر افزایش BMD (Bone Mass Density) به میزان (۵%) و کاهش خطر شکستگی مهره و لگن به میزان (۳۴%) روشن شده است ، اما باتوجه به اثرات دیگر آن که در همین تحقیق مشخص شده است هورمون درمانی به عنوان درمان اولیه استئوپورزی توصیه نمی شود و سایر داروها ترجیح داده می شوند مگر آنکه دلیل دیگری بجز استئوپورزی برای تجویز استروژن وجود داشته باشد . در صورتی که بیمار به هر دلیل از هورمون درمانی استفاده می کند ، نباید آلدروئیت تجویز گردد .

سلامت روان

پاسخ مثبت به سوالات کلیدی
(خلق افسرده، کاهش علاقه به
مدت بیش از دو هفته

پاسخ مثبت به هریک از سوالات
مربوط به حملات پانیک ترس یا
هراس اجتماعی یا اضطراب منتشر
یا وسواس و اجبار

ابراز شکایت فرد یا
اطرافیان از اختلال خواب به
مدت یک ماه

ابراز شکایات یا پاسخ مثبت
به سوالات مربوط به وجود
مشکلات عملکرد جنسی

طبقه بندی

افسردگی

اختلال
اضطرابی

اختلال خواب

اختلال
عملکرد
جنسی

اقدام

بر شیوه زندگی سالم (تغذیه صحیح ، فعالیت فیزیکی مناسب و عدم استفاده از سیگار) ، انجام فعالیت‌های فکری و اجتماعی و گذراندن مسیح اوقات فراغت تاکید کنید .
مشکلاتی مانند چاقی ، فشارخون بالا و دیس لیپیدی را درمان کنید
برای به آسودگی ، خواب ، انرژی ، افکار مرگ ، عدم تمرکز و فراموشی و افکار خودکشی سوالات تکمیلی خود را به پرسشنامه درج شده در همدست افسردگی و علائم همراه آن برای بیمار تصمیم بگیرید .
اگر علائم برای اولین بار بعد از ۵-۵ سالگی شروع شده است ، مسائل طبی را رد کنید .
تجویز فلوکستین ۱۰ میلیگرم در روز تا یک هفته و سپس ۲۰ میلیگرم در روز بعد از صبحانه (در افراد سالمند دوز ۱۰ میلیگرم در روز کافی است و در صورت عدم پاسخ پس از ۸ هفته به ۲۰ میلیگرم در روز در صورت افسردگی به همراه دلشوره و اضطراب و یا جرسندید مشکل خواب کلردیازپام ۱۰-۵ میلیگرم یک یا دو بار در روز یا به داروی بیمار اضافه کنید (دوز پام ۲-۵ میلیگرم یک ساعت قبل از خواب

- چتا پلورکا میزان موفقیت بالایی در درمان اضطراب صحبت در جمع دارند (حدود ۵۰٪) . درمان دیگر بنزودیازپین کوتاه اثر میباشد .
- بنزودیازپین به خاطر ایمنی بالا و اثربخشی خیلی خوب ، و عوارض جانبی کم درمان خوبی میباشد .
- درمانهای دارویی (انتی دپرسانهای قدیم یا TCA ، انتی دپرسانهای جدید یا SSRI)
- درمانهای روانی اجتماعی
- درمانهای روانی اجتماعی + دارودرمانی
- داروهای SSRI خیلی خوب تحمل میشوند .
- شکایت درمانی پیشنهاد اول نیست و درمان روتین آن غیرضروری است .

- نوع اختلال خواب را بررسی کنید
- علل طبی بیداری مانند درد ، مشکل ادراری ، تنفسی ، آینه خواب ، سندرم پایهای بیقرار و ... را رد کنید
- اگر بیداری به دلیل علائم وازوموتور یا تعریق شبانه است یا درمان این اختلالات مشکل بیداری نیز بهبود می یابد .
- توصیه کنید :
از بستر برای خوابیدن استفاده کند .
مصرف داروها یا مثل کافئین ، نیکوتین ، الکل و محرکها را متوقف کند .
از چرت زدن روزانه بپرهیزد .
به کمک برنامه تفریحی ورزش صبحگاهی مناسب جسمانی خود را به دست آورد بدینو یا مطالعه در حال آرامش را جایگزین تلویزیون کند .
حمام آب داغ را ۲۰ دقیقه قبل از خواب امتحان کند .
هر روز در ساعت معینی غذا صرف کندو قبل از خواب غذای سنگین میل نکند .
غروب ها از روشن آرام سازی استفاده کند .
شرایط خواب را برای خود راحت سازد .
- در صورت عدم موفقیت در رفع بیداری بیمار ، درمان بیداری را براسا س پروتکل مربوطه دفتر سلامت روان انجام دهید

با حضور زوجین مشاوره انجام دهید درمورد منویوز و اندروپوز و تغییرات طبیعی آن توضیح دهید
روابط بین فردی زوجین را اصلاح کنید
در باره ترس و اضطراب یا خیالات از برقراری تماس جنسی و شیوه مقابله با آن توضیح دهید
مشکلات اورولوژیکال برای برقراری تماس جنسی را رفع کنید
در صورت مصرف داروهای مانند داروهای ضد فشار خون و SSRI احتمال عوارض را بررسی و دارو را قطع یا تغییر دهید
در صورت وجود افسردگی آن را درمان کنید
مشکلات طبی شامل بکم کاری تیروئید ، دیابت و هپیر پرولاکتینمی را رد کنید

ارجاع

در صورت وجود افکار خودکشی ، شرایط طبی خاص مانند غذافورتن ، عدم تکم و باعدم تحرک و وجود علائم سایکوز حد بیمار را فوراً به روانپزشک ارجاع دهید موارد ارجاع غیر فوری شامل :
سابقه ای از دوره های مانیا یا هیپومانیا داشته باشد .
بیمار افسرده ای که علائم پسیتونیک داشته باشد .
بیمار افسرده ای که دو هفته پس از افزایش دوز فلوکستین به ۲۰ میلیگرم هنوز هیچ پاسخی به درمان نداده است .
بیمار افسرده ای که پس از پاسخ نسبی به درمان پیشرفت درمانی وی متوقف شده است و به افزایش دوز دارو یا مداخلات غیردارویی روانشناس هم پاسخ نداده است .
بیماری که دچار عوارض دارویی شده و به اقدامات ابتدایی درمانی پزشک پاسخ نداده است

- در صورت عدم موفقیت مشاوره و آموزشها درمان دارویی را بر حسب نوع مشکل شروع و در صورت لزوم ارجاع کنید
- در صورت وجود علائم سایکوز بیمار را به روانپزشک ارجاع دهید
- بیماری که به درمان دارویی با حداکثر دوز پاسخ نداده است را ارجاع کنید
- بیماری که پس از پاسخ نسبی به درمان پیشرفت درمانی وی متوقف شده است و به افزایش دوز دارو یا مداخلات غیردارویی روانشناس هم پاسخ نداده است را ارجاع کنید
- بیماری که دچار عوارض دارویی شده و به اقدامات ابتدایی درمانی پزشک پاسخ نداده است را ارجاع کنید

پیگیری

دریافت
پسخوراند از
سطح بالاتر در
مورد نحوه
مصرف داروها،
ثبت داروها،
آموزش خانواده
و بیمار در
مورد مصرف
داروها و ویزیت
مجدد یک هفته
بعد.
ترجیحا بیمار
را از نظر پاسخ
درمانی و
عوارض دارویی
بر طبق برنامه
تعیین شده در
پسخوراند
روانپزشک یا
پزشک عمومی
دوره دیده
ویزیت کنید. در
غیر این صورت
تا شش ماه
بیمار هر ماه
ویزیت شود.
برای قطع
درمان، بیمار به
روانپزشک یا
پزشک عمومی
دوره دیده
ارجاع شود.

افسردگی و اضطراب

در زنان گروه هدف مشکلات عمده سلامت روان شامل افسردگی ، اضطراب ، اختلال خواب و اختلال عملکرد جنسی است. اختلال حافظه و شناخت در این دوره سنی معمولاً ثانویه به اختلال اضطراب یا افسردگی است . بسیاری از مواقع اختلالات روانی فوق ناشی از علائم جسمانی هیپو استروژنمی می باشند و گاهی در تشخیص افتراقی علائم و نشانه ها باید مورد توجه قرار گیرند . به عنوان مثال اختلال خواب ممکن است ناشی از علائم وازوموتور ناشی از یائسگی بوده و با درمان آن بهبود یابد و یا ممکن است حملات اختلال وازوموتور شبانه به حساب اختلال اضطرابی گذاشته شود .

افسردگی :

عمده ترین اختلال روانی در دوره یائسگی افسردگی است . بهترین راه برای پیشگیری از افسردگی و اختلال شناخت در این گروه شیوه زندگی سالم با تاکید بر حفظ وزن مناسب (تغذیه صحیح ، فعالیت فیزیکی مناسب) ، عدم استفاده از سیگار ، انجام فعالیتهای فکری و اجتماعی و گذراندن صحیح اوقات فراغت است . همچنین درمان مشکلاتی مانند چاقی ، فشارخون بالا و دیس لیپیدمی به رفع عوامل خطر اختلال شناخت کمک می کند .

علائم بیمار عبارتند از :

احساس غمگینی و غصه ، احساس بی حوصلگی یا عدم علاقه برای انجام کارها ، کاهش میل به غذا ، کاهش یا افزایش خواب ، احساس خستگی یا ناتوانی برای انجام فعالیتهای روزانه (کمبود انرژی) ، خستگی از زندگی و افکار مرگ ، افکار خودکشی ، عدم لذت بردن از فعالیتهای روزانه احساس بی ارزش بودن ، عدم تمرکز در کار و امور زندگی ، احساس فشار دائمی روحی

در برخورد با بیمار باید بر نکات زیر تاکید کرد :

- افسردگی شایع می باشد و درمان های مؤثر و در دسترس وجود دارد.
- افسردگی یک بیماری است نشانه ضعف اراده یا تنبلی نمی باشد و صرفاً با توصیه های عمومی مانند رفتن به مسافرت برطرف نمی شود.
- افسردگی توانایی انطباق بیمار را تضعیف می کند.
- بهبودی در طی ۳-۴ هفته ظاهر خواهد شد و قبل از آن نباید زیاد انتظار بهبودی داشت.
- ممکن است اثرات جانبی درمان تا حدی ظاهر شوند که اغلب به تدریج از میان خواهند رفت.

- قبل از قطع دارو حتماً با پزشک مشورت شود.
- اغلب داروها در صورت مصرف طبق دستور پزشک باعث عوارض جانبی خطرناک یا وابستگی نمی‌شوند.
- لازم است دارو را برای دست کم يك دوره شش ماهه مصرف نمود.
- دارو باید هر روز استفاده شود و حتي‌الامكان خانواده بر مصرف دارو نظارت داشته باشد.
- پزشک باید خانواده بیمار افسرده را به همکاری برای ادامه درمان بیمار تشویق کند و از آنها بخواهد تا موارد بهبودی را به وی متذکر شوند.

اضطراب:

علامت اضطرابی در بسیاری از بیماری‌های جسمی مانند آریتمی قلبی، انفارکتوس میوکارد، آسم، هیپوگلیسمی و هیپرتیروئیدی بروز می‌کنند که در این صورت درمان بیماری طبی موجب بهبود علایم اضطرابی خواهد شد. مگر اینکه با درمان بیماری طبی علایم اضطرابی برطرف نشوند که در این صورت لازم است درمان اضطراب مطابق الگوریتم درمان اختلالات اضطرابی مربوطه انجام شود. انواع اختلالات اضطرابی شامل موارد زیر می‌باشد:

- اختلال پانیک وقوع غیرمنتظره و خود به خود حملات پانیک است که شامل حملات و دوره‌های مجزای ترس شدید می‌باشد و فراوانی بروز آنها از چند حمله در یک روز تا صرفاً تعداد انگشت شماری در یک سال فرق می‌کند.
 - اختلال اضطرابی منتشر
 - اختلال هراس اجتماعی ترس مفرط از تحقیر شدن یا خجالت کشیدن در موقعیت‌های مختلف اجتماعی نظیر صحبت کردن در جمع یا غذا خوردن در کنار جمع می‌باشد.
 - اختلال وسواسی جبری وجود وسواس‌ها یا اجبارهای مکرر و شدیدی است که رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای برای فرد به بار می‌آورند. این وسواس‌ها یا اجبارها سبب اتلاف وقت می‌شوند و اختلال قابل ملاحظه‌ای در روند معمول و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می‌کنند.
- اساس درمان بتا بلوکرها و بنزودیازپین‌ها هستند.

بی‌خوابی یکی دیگر از مشکلات سلامتی در این گروه است. اگر شکایات زیر به مدت حد اقل یک ماه در فرد ادامه داشته باشند نیاز به مداخله وجود دارد :

۱- اشکال در به خواب رفتن

۲- بیدار شدن مکرر شبانه

۳- بیدار شدن در ساعات اولیه صبح و مشکل در به خواب رفتن مجدد

۴- احساس خستگی و کسلی و نبودن نشاط با وجود ساعات خواب و خواب غیر نیرو بخش علیرغم ساعات خواب کافی

برای اداره اختلال خواب به نکات زیر توجه کنید :

۱ - علل طبی بیخوابی مانند درد ، مشکل ادراری ، تنفسی و ... را رد یا درمان کنید . علل طبی شامل موارد زیر می باشند :

- وضعیت‌های همراه با درد (بدخیمی‌ها/آرتریت/ریفلاکس/اختلالات قلبی تنفسی)

- ناکتوریا (Nocturia) ناشی از پروستاتیس یا عفونت‌های ادراری

- اختلالات اندوکرین یا متابولیک (بیماری‌های تیروئید/نارسایی کبد یا کلیه)

- ضایعات سیستم عصبی مرکزی (ترومای سر/ضایعات عروقی مغز)

- اختلالات خواب مربوط به تنفس

- مصرف مواد، قهوه، چای و سایر محرک‌ها

- الکل

- داروهای طبی و روانپزشکی از قبیل محرک‌ها

- ترك مصرف سیگار

۲- علل روانی بیخوابی شامل اختلالات اضطرابی، افسردگی، مانیا، اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک می باشد.

۳- اگر بیخوابی به دلیل علائم ازوموتور یا تعریق شبانه است ، با درمان این اختلالات مشکل بیخوابی نیز بهبود می یابد .

۴ - توصیه های بهداشت خواب در بسیاری از موارد کمک کننده است :

- استفاده از بستر برای خوابیدن
- قطع مصرف داروهای مثل کافئین ، نیکوتین ، الکل ، و محرکها
- پرهیز از چرت زدن روزانه
- حفظ تناسب جسمانی به کمک برنامه تدریجی ورزش صبحگاهی
- استفاده بیشتر از رادیو یا مطالعه در حال آرامش به جای تماشای تلویزیون
- حمام آب داغ ۲۰ دقیقه قبل از خواب
- صرف غذا در ساعت معینی از روز
- میل نکردن غذای سنگین قبل از خواب
- استفاده از روش آرام سازی هنگام غروب
- فراهم کردن شرایط خواب راحت

در صورت عدم موفقیت در رفع بیخوابی بیمار درمان بیخوابی را براساس پروتکل مربوطه شروع کنید .

اختلال عملکرد جنسی در زنان تحت تاثیر عوامل روانی، فیزیولوژیک و اجتماعی بوده و به ۴ گروه تقسیم می شود: اختلال در چرخه جنسی (اختلال میل جنسی desire، اختلال برانگیختگی arousal، اختلال orgasm) و مقاربت دردناک یا dyspareunia ناشی از خشکی واژن. هورمون درمانی در رفع مشکل دیسپارونیا ناشی از خشکی و آتروفی ژنیتال موثر است. کاهش لیبیدو یا اختلال Desire بیشتر تحت تاثیر روابط قبلی زناشویی قرار دارد و مسائل فرهنگی بر آن موثر است. در اختلال برانگیختگی معمولا جریان خون عروق واژن اختلال دارد. ارگاسم در خانمهای یائسه معمولا دیرتر و با فرکانس کمتر اتفاق می افتد و افزایش تحریک ناحیه ژنیتال بر حل مشکل تا حدودی موثر است.

مقاربت دردناک: هر زوج باید بتوانند علیرغم بالا رفتن سن از تمامی احساسات جنسی چه جسمی و چه عاطفی لذت ببرند. خشکی واژن ناشی از کاهش استروژن با لوبریکانتها یا هورمون درمانی بهبود می یابد. اضطراب در مورد مسائل جنسی، یا کمبود تحریک و برانگیختگی جنسی نیز ممکن است ایجاد شده باشد که مانع شل شدن و لغزنده شدن مهبل می شود. در این حالت بیان نیازهای جنسی کمک کننده است. به بیماران توصیه شود که در زمان مناسبی بدون خشم و عصبانیت یا انتقاد از همسر در باره جنبه های مثبت روابط جنسی خود بی پرده گفتگو کنند و نیازهای خود را بیان نمایند و تمایلات همسر خود را متقابلا مورد توجه قرار دهند. مردان نیز در سن بالا دچار مشکلاتی می شوند از جمله ممکن است زمان بیشتری طول بکشد تا به نعوظ برسند، یا نعوظ سفتی گذشته را نداشته باشد یا انزال با تاخیر اتفاق بیفتد. بالا رفتن تجربه و افزایش اعتماد به نفس به تدریج مشکل را کم می کند. اقدامات لازم اولیه برای کمک به رفع اختلال عملکرد جنسی شامل موارد زیر است:

- شناخت وجود مشکل عملکرد جنسی از اولین قدمهای يك مشاوره و ارتباط صحیح بین پزشك و بیمار است. با رعایت احترام و توجه به اصول مشاوره سعی کنید وجود یا عدم وجود مشکل را جویا شوید.
- در مورد مصرف دارو ها توسط بیمار سوال کنید. برخی داروها مانند داروهای ضد فشار خون و داروهای ضد افسردگی عامل ایجاد اختلال فونکسیون جنسی هستند.
- هیپر پرولاکتینمی، دیابت و کم کاری تیروئید از عوامل طبیی اختلال عملکرد جنسی می باشند.
- با حضور زوجین مشاوره انجام دهید و درمورد منوپوز و آندروپوز و تغییرات طبیعی آن توضیح دهید.
- روابط بین فردی و عاطفی زوجین را اصلاح کنید.
- در باره ترس و اضطراب یا خجالت از برقراری تماس جنسی و شیوه مقابله با آن توضیح دهید.
- مشکلات اوروژنیتال برای برقراری تماس جنسی را رفع کنید.
- در صورت عدم موفقیت مشاوره، آموزشها، اصلاح روابط بین فردی زوجین درمان دارویی را بر حسب نوع مشکل شروع کنید.
- در صورت وجود افسردگی آن را درمان کنید.
- دیس پارونیا ناشی از خشکی واژن و آتروفی ژنیتال را با لوبریکانتهای مناسب و در صورت لزوم استروژن موضعی درمان کنید.
- بهترین درمان موجود برای اختلال عملکرد جنسی در خانمهای یائسه روزانه ۲/۵ میلیگرم تیبولون می باشد که داروی گرانی است و امکان استفاده وسیع از آن وجود ندارد.
- در صورت عدم موفقیت یا عدم امکان مداخله مناسب بیمار را به متخصص اعصاب و روان ارجاع کنید.

شیوه زندگی

تغذیه

BMI, BP, WHR مورد توجه قرار دهد .
وضعیت تغذیه فرد را بطور سریع و مختصر ارزیابی کنید :
نقصان استفاده از مواد غذایی چرب با سرخ کردنی در هفته گذشته
نقصان مصرف سبزی در هفته گذشته
نقصان مصرف میوه در هفته گذشته
معتدل تعادل مصرف لبنیات در هفته گذشته و محاسبه آن
برای یک روز (شیر ، ماست ، پنیر ، کفک ، بستنی ، دوغ)
مصرف ماکارونی را از نظر نوع و میزان مصرف بررسی کنید
مصرف مواد غذایی حاوی فیتو استروئیدها یا مکملهای آن را
بررسی کنید
به نکات مثبت در مورد سوابق خانوادگی و سابقه بیماری ها و
داروهای مصرفی و آزمایشات توجه کنید.

فعالیت جسمی

آیا کار روزانه فرد تمام با فعالیت فیزیکی است ؟
آیا ۲۰ دقیقه ورزش با فعالیت بدنی حداقل سه روز در هفته انجام
می دهد . آیا ورزش را در زندگی روزانه وارد کرده است ؟
میزان تمایل فرد به انجام فعالیت فیزیکی را بررسی کنید .
فواید ورزش را ذکر کرده و در فرد انگیز مثبت ایجاد کنید
از گیرنده خدمت بخواهید سوالات و علائق خود را مطرح کند
آیا از نوع ورزشها و فواید آنها شناخت دارد ؟
آیا به فعالیتها بیشتر نیاز دارد ؟
بررسی کنید که فرد مهارت برنامه ریزی ورزشی و مهارت انجام
فعالیت جسمانی را دارد ؟
به نتیجه معاینات و شرح حال پزشکی توجه کنید . آیا محدودیت
ورزشی دارد ؟
از قراردادن فعالیت جسمانی منظم در زندگی خود چه انتظاری
دارد ؟
چه ورزش و با فعالیت های با علائق و توانایی وی منطبق است ؟
در طول زمان چه پیشرفتی داشته است ؟
چیز چیست ؟

عادات مضر

سابقه استعمال دخانیات ، مصرف الکل
و مصرف داروهای روان گردان در ماه
اخیر ؟

تنظیم خانواده

سن ، تعداد فرزندان ، جنسیت فرزندان ، احتمال
حاملگی در حال حاضر ، استفاده از روش کنترا
سپشن ، وجود سایر مشکلات مرتبط با بهداشت
بهره‌وری در دوره گذار بانسگی را بررسی کنید .

مشاوره مستمر و برنامه ریزی شده
پزشکی قلب همه اقدامات مربوط به
کنترل و پیشگیری از بیماریها و
ارتقای سلامتی است . مشاوره
مرتب و مستمر پزشکی را توصیه
و برنامه ریزی کنید . در مورد شیوه
زندگی با مراجعه کننده گفتگو
سوال کنید تا بتوانید برای ارتقای
شیوه زندگی به او کمک کنید .

تنظیم خانواده

سن ، تعداد فرزندان ، جنسیت فرزندان ، احتمال
حاملگی در حال حاضر ، استفاده از روش کنترا
سپشن ، وجود سایر مشکلات مرتبط با بهداشت
بهره‌وری در دوره گذار بانسگی را بررسی کنید .



تامین کلسیم مورد نیاز ۱۲۰۰ میلی‌گرم روزانه و ویتامین D به میزان ۴۰۰ IU روزانه ترجیحا از منابع غذایی مانند
لبنیات کم چرب ، سبزیجات برگ تیره و منابع غذایی دریایی (مقدار توصیه شده برای زنان ۴۵-۶۰ سال ۳ سهم از منابع
غنی کلسیم است . نان و غلات منابع فقیری از نظر کلسیم هستند ، مگر اینکه غنی شده باشند .)

تامین ویتامین D از طریق غذاهای مانند ماهی و شیر غنی شده و همچنین نور خورشید (۹۰ در صد ویتامین D مورد
نیاز بدن بطور معمول از طریق آفتاب تامین می شود . بطور کلی ۳ روز در هفته روزی سه بار هر بار ۱۵-۱۰ دقیقه
در معرض آفتاب بودن صورت و دستها می تواند سطح مورد نیاز ویتامین D را تامین کند .)

مصرف میوه و سبزی و منابع ویتامین K را به علت نقش مهم آنها در سلامت استخوانها
توصیه کنید .

مصرف منابع دریایی چرب یا مکمل امگا ۳ به میزان ۲-۴ گرم روزانه برای حفظ سلامت قلب و
عروقی توصیه کنید.

بر محدودیت مصرف چربی اشباع و نمک و سرخ کردنی را توصیه کنید.

فرد دارای سابقه فعالیت فیزیکی : شروع از ۶۰-۳۰ دقیقه ورزش با ضربان قلب
۷۰ درصد حد اکثر HR و ادامه ورزش تا ۹۰ در صد حداکثر ضربان قلب
فرد بدون سابقه فعالیت فیزیکی : شروع از ۱۰ دقیقه پیاده روی روزانه یا ورزش
مورد علاقه و افزایش تدریجی آن به ۶۰-۳۰ دقیقه در روز ۳ روز در هفته با
شروع از ۶۰ درصد حد اکثر HR و ادامه تا ۸۰ درصد آن Max HR=220-Age

توجه به انجام ورزشهای متحمل وزن سبک و عدم انجام ورزشهای قدرتی
شروع با ۱۰ دقیقه پیاده روی روزانه + ورزشهای NONSTEREUOUS (غیر
قدرتی) و کششی به تدریج از ۴۵ دقیقه سه روز در هفته پیاده روی یا ۳۰ دقیقه هر
روز هفته پیاده روی از ۶۰ درصد حداکثر HR (ضربان قلب) شروع و سپس به
۸۰ درصد حداکثر HR برساند . نوع ورزش در این افراد محدود به موارد فوق است

مضرات استعمال دخانیات و فواید ترک آن را بیان کنید
میزان تمایل فرد را برای ترک سیگار بررسی کرده و برای ترک سیگار برابر پرو تکل
مربوطه اقدام کنید .

در صورت عدم قطعیت یانسگی و تکمیل بودن تعداد فرزندان روش
تنظیم خانواده مناسب را توصیه کنید

اصول شیوه زندگی سالم عبارتست از :

- ۱- فعالیت جسمانی منظم
- ۲- تغذیه سالم
- ۳- کنترل استرس
- ۴- پرهیز از عادت های مخرب
- ۵- روابط جنسی سالم
- ۶- تنظیم خانواده
- ۷- یادگیری کمک های اولیه
- ۸- به کارگیری عادات شخصی سالم
- ۹- مشاوره منظم پزشکی و انجام دستورات پزشک
- ۱۰- محیط زندگی سالم

در این بخش به مهمترین نکات تغذیه ای گروه هدف ، تمرینات ورزشی بویژه برای پیشگیری از استئوپورزیس و تنظیم خانواده می پردازیم .

۱ - ورزش و فعالیت جسمانی منظم

ورزش منظم سبب افزایش قدرت عضلانی ، افزایش چابکی بدن ، افزایش تعادل بدن ، افزایش قدرت و استحکام استخوانها ، کاهش احتمال زمین خوردن و شکستگی ناشی از آن می شود . بطور کلی فواید فعالیت فیزیکی عبارت است از : سلامت قلب و عروق ، سلامت عصبی روانی ، سلامت دستگاه گوارش ، سلامت عضلات و استخوانها ، افزایش کیفیت زندگی ، کمک به کار و خلاقیت ، حفظ تعادل و تناسب وزن و بالاخره کاهش هزینه زندگی و بیماری و مرگ و میر . ورزش منظم یکی از راههای مهم پیشگیری از مهمترین بیماریهای دوره منوپوز یعنی استئوپوروزیس می باشد .

فعالیت ورزشی باید بگونه ای تنظیم شود که سبب فشار زیاد بر استخوانها و افزایش احتمال شکستگی نشود . حرکات ورزشی زیر برای پیشگیری از پوکی استخوان در زنان کمتر از ۶۰ سال موثر است :

۱- ورزشهای متحمل وزن بدن مناسب ترین تمرینها برای سلامت استخوانها و عضلات هستند که در آنها فعالیت عضلات و استخوانهای بدن در برابر نیروی جاذبه انجام می گیرد و وزن بدن توسط رانها و پاها حمل می شود . ورزشهایی مانند پیاده روی ، دویدن آهسته ، کوه پیمایی ، انجام حرکات هوازی با شدت ملایم ، حرکات موزون ، بالا رفتن از پله ها ، ورزشهای راکتی از این دسته هستند . انجام این ورزشها سه بار در هفته هر بار به مدت ۳۰ دقیقه به پیشگیری از پوکی استخوان کمک می کند .

۲- تمرینهای قدرتی مانند کار با وزنه های دستی ، نوارهای ارتجاعی و دستگاههای متنوع وزنه برای افزایش توده و قدرت عضلانی (توانایی عضلات برای وارد کردن نیروی بیرونی به منظور بالا بردن بار سنگین) و استحکام استخوانها . یک فرد دارای آمادگی مناسب می تواند با اعمال نیرو ، کاریا ورزشی مانند بلند کردن یک وزنه یا تحمل وزن خود در فضا را انجام دهد .

توجه : افراد مبتلا به استئوپوروزیس اثبات شده نباید به انجام ورزشهای قدرتی بپردازند و ورزشهای متحمل وزن بدن نیز باید در حد تحمل فرد و سبک و ملایم باشد مانند پیاده روی . در افراد دچار شکستگی ناشی از استئوپوروزیس تمرینات هوازی در آب ، شنا کردن ، ورزشهای هوازی نشسته و آرام با کمک صندلی یا دوچرخه ثابت ایده آل است .

هر برنامه ورزشی دارای سه مرحله است : ۱- مرحله گرم کردن بدن ۲- مرحله ورزش و فعالیت ۳ - مرحله خنک کردن

در انجام همه ورزشها باید اصول زیر رعایت شود : ۱- گرم کردن بدن به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه با حرکات نرمشی ۲- افزایش تدریجی مدت زمان و شدت حرکات ورزشی ۳- پرهیز از انجام حرکاتی که منجر به خم شدن بیش از حد ستون فقرات می شود ۴- توجه به وضعیت سلامت قلب و عروق بیمار

برای کمک به فرد در برنامه ریزی ورزشی مناسب لازم است :

- سوالات ، علائق ، نقاط ضعف و قوت ، اطلاعات ، نگرش ، تجربیات و انتظارات او را از برنامه منظم ورزشی و فعالیت جسمانی بدانیم ،
- از میزان سلامت و آمادگی جسمانی و محدودیتهای ورزشی او مطلع باشیم ،

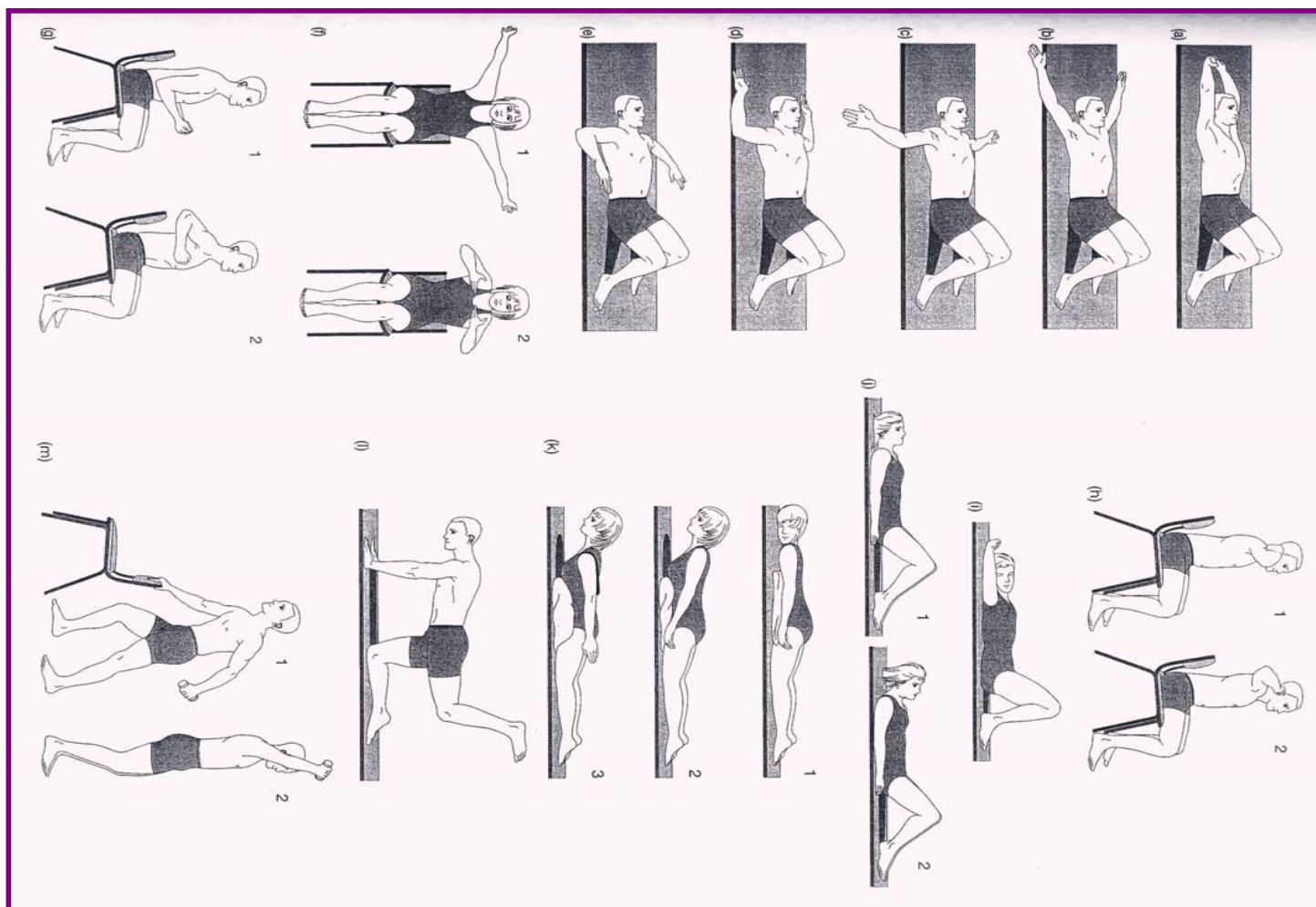
مناسب ترین نوع ، شدت و زمان فعالیت جسمانی او را با توجه به مقررات و اصول صحیح و آموزش مهارتهای لازم تعیین کنیم . یک فرد دارای آمادگی مناسب جسمانی بدون خستگی بیش از اندازه و با حفظ تعادل در حالت سکون و حرکت فعالیت جسمانی را انجام می دهد . افرادی که می توانند ورزش یا فعالیت جسمانی مکرر و مدت دار انجام دهند ، دارای استقامت عضلانی مناسبی هستند و کسانی که توانایی تغییر جهت سریع حرکات بدن در فضا را دارا هستند ، از چابکی مناسبی برخوردارند .

از نظر نوع ورزش ورزشهای سطح ۱ مانند فعالیت های روزمره ، پیاده روی ، شستن ماشین ورزشهای تفریحی مانند اسکی ، شنا ، بسکتبال ، آمادگی متابولیک را افزایش می دهند . ورزشهای سطح ۲ برای افزایش آمادگی سیستم قلبی عروقی و ورزشهای سطح ۳ مانند وزنه برداری و کشتی برای تقویت قدرت و استقامت عضلانی مناسب هستند .

برای یک برنامه ریزی ورزشی خوب :

- پس از تعیین نیازها ، علائق و ابهامات ذهنی فرد به سوالات او پاسخ دهید .
- با بیان فواید ورزش در فرد نگرش مثبت ایجاد کنید .
- انتظارات و اهداف برنامه ورزشی فرد را توضیح دهید
- با معاینه و توجه به سوابق بیماریها و نوع داروهای مصرفی وضعیت سلامتی فرد را مشخص و محدودیتهای او را تعیین نمایید .
- تعداد روزهای ورزش در هفته ، مدت زمان ورزش ، شدت ورزش و نوع ورزش فرد را با کمک خود او تعیین و برنامه ریزی کنید .
- تعداد روزها و مدت زمان ورزش را تعیین کنید .
- نوع ورزش مناسب و شدت ورزش را برای فرد تعیین کنید .
- مقررات و قوانین و مراحل برنامه ورزشی را آموزش دهید .

تمرینات غیر قدرتی مناسب برای افراد در معرض خطر استخوان پوریس



۲- تغذیه

در این بخش مطالبی درباره مهمترین نیازهای تغذیه ای این گروه سنی (کلسیم ، ویتامین د ، میوه و سبزی) و همچنین مطالبی برای آشنایی با اسید چرب امگا۳ و فیتو استروژنها ارائه می شود .

➤ کلسیم :

مقدار کلسیم غذایی دریافتی لازم برای گروه سنی ۵۰- ۲۰ سال ۱۰۰۰ میلیگرم روزانه و برای ۵۱ سال و بالاتر، ۱۲۰۰ میلیگرم روزانه است . فواصل دریافت مواد حاوی کلسیم برای جذب بهتر آن باید حداقل ۶-۵ ساعت باشد و هر بار از ۵۰۰ میلی گرم کلسیم بیشتر مصرف نشود .

منابع غذایی دریافت کلسیم :

ردیف	ماده غذایی	سهم	میزان کلسیم (میلیگرم)
۱	شیر	یک لیوان ۲۴۰ سی سی	۳۰۰
۲	ماست	یک لیوان	۳۰۰
۳	پنیر معمولی	۱/۵ قوطی کبریت	۳۰۰
۴	کشک مایع	۵ فاشق غذا خوری	۳۰۰
۵	بستنی حاوی شیر	یک و یک چهارم لیوان	۳۰۰
۶	دوغ	۳ لیوان	۳۰۰
۷	خامه	۲۰ فاشق غذاخوری	۳۰۰
۹	انواع حبوبات(شامل سویا و سایر حبوبات)	نصف لیوان (۸۰ گرم)	۳۰۰
۱۰	ساردین	سه تکه متوسط (۱۰۰ گرم)	۳۰۰

بهترین منبع تامین کلسیم مورد نیاز منابع غذایی حاوی کلسیم است . مقدار توصیه شده برای زنان ۶۰-۴۵ سال ۳ سهم از منابع غنی کلسیم در روز است . بطور ساده اگر حداقل سه سهم از منابع غنی از کلسیم دریافت و جذب شود ،نیاز به مکمل کلسیم وجود ندارد . متوسط سهم مصرف شده در هر روز می تواند ملاک ارزیابی و تجویز مکمل کلسیم قرار گیرد.

در صورتی که مصرف لبنیات در خاتمی از نوع چرب مانند پنیر پیتزا ، پنیر خامه ای و خامه و کره می باشد ، مصرف لبنیات از نوع کم چرب به او توصیه شود. این نوع پنیرها علاوه بر آنکه چرب هستند ،میزان کلسیم پایین تری دارند . جذب کلسیم همه انواع شیر مشابه است . نان و غلات منابع فقیری از نظر کلسیم هستند ، مگر اینکه غنی شده باشند .

افزایش دهنده های جذب کلسیم :

کلسیم در روده کوچک جذب می شود .میزان جذب کلسیم بستگی دارد به نوع کلسیم دریافتی ، چگونگی هضم آن و مقدار کلسیم بدن .

- محیط اسیدی : برای جذب کربنات کلسیم محیط اسیدی لازم است . ترشح اسید معده با مصرف غذا افزایش می یابد ، بنابراین بهتراست مکمل کربنات کلسیم همراه غذا مصرف شود . سیترات کلسیم نیاز به محیط اسیدی ندارد و می توان آنرا با معده خالی یا پر نیز مصرف کرد .
- استروژن : هورمونی است که درکمک به جذب بهتر کلسیم نقش بازی می کند ، همچنین تولید ویتامین د را افزایش می دهد .
- میزان دریافت مکمل کلسیم : هرچه دریافت کلسیم افزایش یابد ، جذب آن غیر موثر تر خواهد شد . بنا بر این بهتر است دریافت مکمل کلسیم در حداقل دوزمورد نیاز تنظیم گردد و در هر بار مصرف نیز نباید بیشتر از ۵۰۰ میلیگرم کلسیم دریافت شود و بین دریا فتها حد اقل ۶-۴ ساعت فاصله بیفتد . برای جلوگیری از عارضه توکسیسمیتی کلسیم ، دریافت روزانه مکمل کلسیم نباید بیشتر از ۲۵۰۰ میلی گرم باشد .
- سطح خونی کلسیم : وقتی سطح کلسیم خون پایین است ، هورمون پاراتیروئید آزاد شده و تولید ویتامین د و در نتیجه جذب کلسیم را افزایش داده و به سطح طبیعی می رساند تا بتواند در استخوان ذخیره شود .
- لاکتوز :لاکتوز که کربوهیدرات مهم شیر است ، با مکاتیسم نا شناخته ای جذب کلسیم را افزایش میدهد .
- نوع مکمل کلسیم مصرفی ، میزان کلسیم المنتال آن وقابلیت حل آن در مدت ۴۰-۳۰ دقیقه بر جذب آن موثر است .

کاهش دهنده های جذب کلسیم :

- اگزالیك اسیدموجود در اسفناج ، لوبیای سویا و کاکائو ،چغندرقتند، چای و فیتات مواد غذایی گیاهی ، تانین موجود در چای و فیبر مواد غذایی به کلسیم باند شده و جذب آن را کاهش می دهد .
- داروهای مسهل و اسهال به هر دلیلی نیز به علت سرعت عبور غذا از روده کوچک جذب کلسیم را کاهش می دهد.
- نسبت بالای دریافت املاح فسفر و منیزیم به کلسیم به علت رقابت با کلسیم در مصرف ویتامین د برای جذب سبب کاهش جذب کلسیم می شود .
- کافین : مصرف زیاد قهوه به صورت قهوه بدون شیر ، شکلات ، چای پررنگ ونوشابه های کافین دار دفع ادراری کلسیم را افزایش می دهد .

کنترل اندیکاسیونهای تجویز مکمل کلسیم :

۱- هیپر کلسمی ۲- هیپر کلسیوری (کلسیم ادرار ۲۴ ساعته بالاتر از ۳۰۰ میلیگرم) که نتوان آن را با تیازید کنترل کرد . مصرف مکمل کلسیم همراه غذا خطر ایجاد سنگهای ادراری را کاهش می دهد ، اما احتمال ایجاد آن را مرتفع نمی کند . در گروه پر خطر برای ابتلا به سنگ ادراری می توان به جای استفاده از ترکیبات معمول مکمل کلسیم از سیترات کلسیم استفاده کرد.

➤ ویتامین D :

دریافت کافی ویتامین D سبب افزایش جذب کلسیم ، کاهش PTH ، کاهش اتلاف استخوان ، افزایش مقاومت عضلات و پیشگیری از سقوط و در نتیجه کاهش شکستگی می شود . در مطالعات دریافت مکمل ۱۰۰۰۰۰ IU ویتامین D خوراکی هر ۴ ماه یک بار سبب ۳۰٪ کاهش در شکستگی در سالمندان شده است . جذب کلسیم نیز به سطح ویتامین D فعال بستگی دارد . کمبود ویتامین D علاوه بر آنکه سبب کاهش جذب کلسیم شده و ریسک شکستگی را افزایش میدهد ، سبب کاهش قدرت عضلانی ، دردهای استخوانی ، و افزایش خطر ابتلا به بیماریهای مزمن متعددی از قبیل بیماریهای کاردیو واسکولار ، اتوایمون و برخی سرطانها می شود .

ویتامین D از طریق غذاهایی مانند ماهی و شیر غنی شده و همچنین نور خورشید تامین می شود . ۹۰در صد ویتامین D مورد نیاز بدن بطور معمول از طریق آفتاب تامین می شود . بطور کلی هفته ای سه بار هر بار ۱۵-۱۰ دقیقه در معرض آفتاب بودن صورت و دستها می تواند سطح مورد نیاز ویتامین D را تامین کند . حداکثر مکمل ویتامین D دریافتی روزانه ۵۰ میکروگرم یا ۲۰۰۰ واحد بین المللی است . آسانترین راه اصلاح کمبود ویتامین D پر کردن ذخایر آن با تجویز ۵۰۰۰۰ واحد ویتامین D هر هفته تا ۸ هفته است . و میزان نگهدارنده آن ۵۰۰۰۰ واحد ویتامین D ، یک تا دو بار در ماه است . فرم تزریقی ویتامین D آزار دهنده است ، و کمتر توصیه میشود قرص ویتامین D حاوی ۴۰۰ واحد ویتامین D همراه با دریافت همزمان مواد غذایی و آفتاب ویتامین D مورد نیاز را تامین می کند . در کسانی که نیاز به مصرف مکمل کلسیم دارند و روزانه ۲ عدد قرص کلسیم دی مصرف می کنند ، ویتامین D مورد نیاز خود را نیز به میزان ۴۰۰ واحد دریافت می کنند .

➤ میوه و سبزی:

مصرف میوه و سبزی برای تامین انواع ویتامینها، تامین آنتی اکسیدانها ، تامین برخی املاح و تامین فیبر مورد نیاز بدن لازم است . به طور کلی سبزی ها و میوه ها سبب کاهش چربی های بد خون (کلسترول LDL) ، کاهش ایجاد لخته در خون ، بهبود اکسیژن رسانی به عضله قلب و محافظت از سلولهای قلبی ، شریانی و مویرگی قلب ، کاهش خطر سرطان (گیاهخواران ریسک سرطان پایینتری دارند) ، بهبود مقاومت لنفوسیت ها در برابر استرس اکسیداتیو (افزایش مقاومت بدن در برابر عفونت و تسریع در بهبود زخمها) و کاهش عوارض یانسگی (گر گرفتگی ، کوفتگی و افسردگی) می شوند . میوه ها و سبزی های غنی از آنتی اکسیدان باید برای حفظ سلامت بدن و کاهش وقوع بیماری های خاص از جمله بیماری های قلبی و برخی سرطانها هر روز مصرف شوند . انواع آنتی اکسیدانها شامل ویتامین ها E , C , A و مینرالها مانند سلنیوم ، روی و مواد مغذی گیاهی از قبیل فلاونوئید ها و کاروتنوئید ها (به ویژه بتا کاروتن) می

باشند. ویتامین C، بتا کاروتن و ویتامین E مهمترین آنتی اکسیدانها هستند که در میوه ها و سبزیهای سبزی تیره، زرد، نارنجی، قرمز و آبی مانند هویج قرمز، انگور قرمز، آلوچه، تمشک، گیلان، سیب به میزان بیشتری وجود دارند. ویتامین E با بهبود گردش خون در عروق مویرگی، ویتامین C با پیشگیری از لخته شدن خون، ویتامین A از طریق پاک کردن رادیکالهای آزاد از جدار شرائین، فیتو کمیکالها با تحریک سیستم ایمنی، تنظیم تکثیر سلولی، تنظیم متابولیسم هورمونی و اثرات ضد باکتریایی و ضد ویروسی به سلامت بدن کمک می کنند. منابع ویتامین K به علت نقش مهم آنها در سلامت استخوانها در گروه سنی هدف ضروری است.

برای تامین اهداف فوق باید هر روز ۵ سهم (Portion) از انواع میوه یا سبزی مصرف شود. هر سهم (Portion) ۸۰ گرم از هر نوع میوه یا سبزی یا ۳-۲ قاشق غذا خوری هویج یا نخود فرنگی یا هر مقداری از آب میوه که معادل یک سهم از میوه باشد را شامل می شود. در محاسبه سهم مصرفی، سیب زمینی و سبزیجات مشابه جزو غذاهای نشاسته ای محسوب شده و در محاسبه سهم مصرف روزانه به حساب نمی آیند اما میوه ها و سبزی های تازه، یخ زده، سرد، کمپوت شده، عصاره و آب میوه و نوع خشک شده و پخته شده میوه و سبزی جزو سهم مصرفی روزانه محسوب می شوند. مکمل های غذایی مانند مولتی ویتامین مینرال در محاسبه سهم روزانه مصرف شده از میوه و سبزی ها به حساب نمی آیند زیرا بسیاری از این مکملها فواید تغذیه ای میوه و سبزی را ندارند.

میزان نیاز به آنتی اکسیدانها در دوران یائسگی و سالمندی، مواجهه مکرر یا طولانی مدت با آلودگی های هوا، مصرف روغنهای حاوی ترانس بالا یا مصرف مکرر غذا های سرخ کرده، آماده و مارگارین افزایش می یابد.

➤ امگا ۳ :

امگا ۳ یک اسید چرب ضروری است که در غذاهای دریایی بویژه ماهیهای چرب وجود دارد. ۲۰ درصد چربی بافت مغز انسان از این نوع چربی شکل گرفته است. این اسید چرب روی متابولیسم چربی و کلسترول، موثر بوده و اثر محافظتی روی استخوان و عضله دارد. کمبود این اسید چرب فرد را مستعد ابتلا به بیماری قلبی عروقی، دیابت، استئوپوریزس، آرتریت، افسردگی و سایر اختلالات روانی، آلزایمر و دمانس، کاهش عملکرد ایمنی و انواع سرطان می سازد.

امگا ۳ از طریق رژیم غذایی دریافت شود. ماهی تون تازه که یک ماهی چرب محسوب می شود منبع خوبی برای تامین نیاز به امگا ۳ می باشد اما کنسرو آن گرچه انتخاب خوبی است اما به اندازه ماهی تازه مفید نیست. نیاز زنان در گروه سنی پری منوپوز با مصرف ۴ سهم ماهی تون در هفته تامین می شود. هر سهم ماهی ۱۴۰ گرم می باشد. مکمل امگا ۳ به میزان ۳-۲ گرم روزانه همراه با مکمل ویتامین E (۲ عدد کپسول ۱ گرمی امگا ۳ و یک عدد قرص ۴۰۰ واحد ویتامین E) برای حفظ سلامت قلب و عروق توصیه می شود. مکمل ویتامین E زیست فراهمی امگا ۳ را افزایش می دهد.

فیتو استروژنها

یکی از در مانهای طبیعی جایگزین استروژن ، انواعی از مواد غیر استروئیدی هستند که خود یا متابولیتهای آنها دارای فعالیت استروژنی هستند و در اصطلاح به آنها فیتو استروژن گفته می شود . فیتو استروژنها شامل : ایزوفلاونها از قبیل دانه سویا ، عدس ، نخود – لیگنانها مثل دانه کتان ، غلات ، نخود ، شبدر قرمز ، سبزیها ، میوه ها – و کومستانها مانند آفتابگردان و جوانه لوبیا هستند . در ساخت داروهای گیاهی حاوی فیتو استروژن نیز از گیاهان مختلف از جمله گیاهان زیر استفاده می شود : سویا ، Black cohosh (کوهاش سیاه) ، ویتاگنوس (chaste tree berry)، سنبل ختایی (Dong Quai) ، سیب زمینی شیرین هندی (Wild Yam) ، ریشه گیاه باباآدم (Burdock root)

بیشترین تاثیر گزارش شده فیتو استروژنها در مطالعات انسانی ، تاثیر پروتئین سویا بر کاهش سطح LDLکلسترول می باشد . مصرف روزانه ۲۵ گرم پروتئین سویا برای هیپر کلسترولمی توصیه می شود . این مقدار پروتئین با مصرف روزانه یک سوم فنجان سویای پخته یا برشته قابل تامین است . اگر چه اثر فیتو استروژنها در دارویی بر کنترل علائم وازوموتور یانسگی با توجه به اثر estrogen like آنها در برخی مطالعات گزارش شده است ، اما سایر فواید این گروه گیاهان در مطالعات مختلف از درجه اهمیت کمتری برخوردار بوده و در حال حاضر نه تنها شواهد کافی و معتبر برای تایید آنها وجود ندارد ، بلکه شواهد متعددی برای رد اثرات ادعاشده اشکال دارویی و مکملهای فیتو استروژنی مانند عصاره سویا مطرح است ، ضمن آنکه در صورت مصرف این قبیل فراورده های دارویی باید عوارض آنها را نیز بویژه در گروههای پرخطر مورد توجه قرار داد .

remifemin یک داروی استاندارد تهیه شده از black cohosh است که ۱ میلیگرم 27-deoxyactein در هر ۲۰ میلیگرم قرص آن وجود دارد و با دوز ۴۰ میلیگرم روزانه اثر شبیه استروژنی با منافع کوتاه مدت دارد . این دارو در برخی مطالعات ۵۰ درصد کاهش در علائم وازوموتور ایجاد می کند و بیماران اختلال خواب و تعریق کمتری را گزارش می کنند . این دارو نیز مورد تایید FDA نیست .

هورمون در مانی جایگزین

➤ اندیکاسیون های هورمون درمانی :

- درمان گرگرفتگی و تعریق شبانه و اختلالات خواب ناشی از آن بهترین اندیکاسیون انجام اچ آر تی است . همچنین روابط جنسی ، چروکهای پوست و Body shape در اثر هورمون درمانی بهبود می یابد .
- خونریزیهای نامنظم رحمی نیز پس از اطمینان خاطر از عدم ارتباط آن با سرطانها با درمانهای هورمونی بهبود می یابند .
- تاثیر HRT برافزایش BMD(۵%) و کاهش خطر شکستگی مهره و لگن (۳۴%) روشن شده است، اما باتوجه به اثرات دیگر آن هورمون درمانی به عنوان پیشگیری و درمان اولیه استئوپوریزس توصیه نمی شود و سایر داروها ترجیح داده می شوند . مگر آنکه دلیل دیگری بجز استئوپوریزس برای تجویز استروژن وجود داشته باشد .
- HRT برای پیشگیری اولیه و ثانویه از بیماری عروقی کرونر ، مغز و عروق محیطی توصیه نمی شود . در آموزشها تاکید بر لزوم تغییر شیوه زندگی با توجه به افزایش خطر بیماری قلبی عروقی به دلیل برداشته شدن اثر محافظتی استروژن در دوره یانسگی در آموزشها ضروری است .

➤ کنتر اندیکاسیونها :

درمان هورمونی جایگزین در موارد زیر نباید انجام شود :

- سرطان پستان یا رحم و سایر تومورهای وابسته به استروژن
- خونریزی غیر طبیعی نامعلوم از مهبل
- سابقه لخته شدن خون در پاها یا ریه ها (ترومبوفلیت فعال یا سابقه آن، وجود اختلالات ترومبو آمبولیک یا سابقه بیماری ترومبو آمبولیک)
- بیماری فعال کبد
- سنگ کیسه صفرا یا بیماری کیسه صفرا
- تریگلیسرید بالاتر از ۴۰۰

تصمیم گیری برای شروع انجام HRT به عوامل زیر بستگی دارد :

- علانم مراجعه کننده
- شرایط سلامت فرد
- نظر و ترجیح شخصی فرد با توجه به مشکلات و مزایای هورمون درمانی

- خطرهای موجود برای بیماری مزمن خاص در بیمار
- جایگزینهای دارویی دیگر
- وجود علائم یانسگی
- ایجاد تعادل بین ریسکها و مزایای درمان هورمونی توسط پزشک و بیمار
- وجود امکان انجام معاینات و آزمایشهای لازم برای شروع و ادامه HRT

➤ اقدامات لازم قبل از انجام هورمون درمانی :

- تستهای روتین بویژه پروفایل چربی خون ، تستهای کبدی وماموگرافی الزامی است .
- در صورت وجود امکانات بهتر است سونوگرافی لگن انجام شود .
- پاپ اسمیر در چارچوب مراقبتهای روتین انجام گیرد .

با رعایت همه شرایط نیز باید به این نکته توجه کرد که برای شروع هورمون درمانی باید اطلاعات کافی در اختیار مراجعه کننده قرار گرفته و درمان با کمترین دوز (۰/۳ میلیگرم استروژن کونژوگه) آغاز شود و در صورت لزوم بتدریج دوز دارو افزایش یابد . همچنین قطع دارو باید بتدریج صورت گیرد تا عود علائم اتفاق نیفتد . طول مدت درمان در هر فرد باید کوتاهترین زمان مورد نیاز برای درمان را شامل شده (ترجیحا کمتر از ۵ سال) و فالو آپ بیمار بطور مرتب به صورت زیر انجام گیرد :

تا سه ماه هر سه ماه یک بار کنترل فشار خون صورت گیرد . اگر فشار خون متغیر باشد هر سه ماه و اگر متغیر نباشد ، هر شش ماه یک بار تا یک سال کنترل فشار خون صورت گیرد . در صورتی که فشار خون بالا باشد برای ادامه هورمون درمانی و درمان فشار خون بالا با متخصص قلب و عروق مشورت شود .

معاینات عمومی ، معاینه لگنی ، پروفایل لیپید و ما موگرافی به صورت سالانه و پاپ اسمیر طبق برنامه روتین انجام گیرد .

در صورت استمرار هورمون درمانی بیش از یک سال مشاوره با متخصص زنان انجام گیرد .

تنظیم خانواده

یک زن مسن تر در حوالی سن یائسگی در صورتی که شرایط خاص پزشکی نداشته باشد ، برای پیشگیری از حاملگی می تواند از هر متدی استفاده نماید . در واقع سن یک زن به تنهایی محدودیتی برای نوع کنتراسپتیو مورد استفاده ایجاد نمی کند ، اما در دوره پری منوپوز در انتخاب متد باید به نکات زیر توجه کرد :

زنان بالاتر از ۳۵ سال سیگاری با هر تعداد سیگار مصرفی روزانه نمی توانند از قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری یا سایر روشهای استروژنی استفاده کنند .

زنان بالاتر از ۳۵ سال که بیش از ۱۵ سیگار در روز استعمال می کنند از روش تزریقی ماهانه نیز نباید استفاده کنند .

زنان بالاتر از ۳۵ سال مبتلا به میگرن (با اورا یا بدون اورا) نباید از روشهای هورمونی استفاده کنند .

روشهای پروژستینی تنها (قرص ، تزریقی یا کاشتنی) انتخاب خوبی برای زنانی است که محدودیت مصرف استروژن دارند .

پروژستین ها مانند **DMPA** در طول مدت مصرف ، دانسیته مینرال استخوان را مختصرا کاهش میدهند ولی مشخص نیست این کاهش دانسیته روی ریسک شکستگی بعدی استخوان در دوره بعد از منوپوز نیز موثر است یا خیر .

قرصهای پیشگیری اورژانسی از بارداری در هر دوره سنی از زندگی زنان می تواند مورد استفاده آنان قرار گیرد حتی در افرادی که نمی توانند بطور مستمر از روشهای هورمونی استفاده کنند ، استفاده از قرصهای پیشگیری اورژانسی از بارداری مانعی ندارد .

TL و واکتومی برای آن دسته از زنان که خانواده خود را تکمیل نموده اند انتخاب مناسبی است .

کاندوم و سایر روشهای انسدادی با توجه به کاهش قدرت باروری در این گروه انتخاب خوبی است .

IUD یا هورمونی نیز مناسب بوده و میزان دفع خودبخود آن با افزایش سن خانمها کاهش می یابد و در زنان بالای ۴۰ سال پایین ترین میزان دفع خودبخودی دیده می شود . اما باید به این نکته توجه کرد که گذاشتن **IUD** در این گروه به دلیل سفت شدن کانال سرویکس مشکل تر می باشد . **IUD** را می توان تا بعد از منوپوز قطعی نیز نگهداشت .

زمان توقف استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری ۱۲ ماه بعد از آخرین قاعدگی است که منوپوز قطعی به وقوع می پیوندد ، زیرا قبل از منوپوز قطعی نمی توان تعیین کرد با کدامیک از موارد قطع قاعدگی وضعیت ادامه پیدا خواهد کرد .

با توجه به اینکه متدهای هورمونی سبب منظم شدن قاعدگیها و ادامه آن می شوند ، در حین مصرف این روشها تعیین زمان شروع منوپوز قطعی را نمی توان تعیین نمود . در این حالت بهتر است فرد پس از قطع روش هورمونی از روشهای غیر هورمونی استفاده کند تا به طور طبیعی قاعدگی قطع شده و ۱۲ ماه از آخرین قاعدگی بگذرد .

در زنان ۴۵-۶۰ سال آزمایشات زیر انجام میشود :

ردیف	آزمایش	تواتر زمانی و شرایط انجام
۱	اندازه گیری چربی خون :کلسترول توتال و پروفایل آن و تری گلیسرید	هر سه سال یک بار
۲	قند خون	هر سه سال یک بار
۳	خون مخفی در مدفوع	هر سال یک بار در افراد بالای ۵۰ سال
۴	ESR, Hb,Hct	سه سال یک بار در افراد بدون علامت
۵	TSH	یک بار در ۵۰ سالگی در صورت وجود شرایط
۶	پاپ اسمیر	هر سه سال یک بار بعد از سه بار پاسخ طبیعی سالانه
۷	معاینه کلینیکی پستان	سالانه یک بار
۸	ماموگرافی	Diagnostic, Opportunistic و قبل از انجام هورمون درمانی و برای فالو آپ آن
۹	Pt,Ptt و پلاکت	در صورت شک به مشکلات انعقادی در خونریزی غیر طبیعی رحمی
۱۰	کلسیم ادرار ۲۴ ساعته	در صورت سابقه سنگ ادراری و لزوم دریافت مکمل کلسیم
۱۱	دانسیته متری	در گروه پر خطر B برای استئوپوروزیس یک بار در ۵۰-۴۵ سالگی و سپس هر ۲ سال یک بار
۱۲	کشت ادرار	در صورت وجود اختلال اورژنیتال به نفع عفونت ادراری
۱۳	LFT	در صورت نیاز به هورمون درمانی جایگزین

➤ پاپ اسمیر در شرایط زیر انجام می شود :

- ضعف سیستم ایمنی
- افراد HIV مثبت
- افراد سیگاری
- افراد دارای شریک جنسی متعدد
- وجود سرویسیت ، اروزیون یا هر نوع ضایعه سرویکس
- افراد چاق
- سابقه مصرف طولانی مدت ocp
- هر يك از زنان داوطلب انجام پاپ اسمیر که در سه سال اخیر برای آنها انجام نشده است .

➤ اندازه گیری TSH فقط در موارد زیر صورت می گیرد :

در صورت وجود امکانات اندازه گیری TSH یک بار در سن ۵۰ سالگی و تکرار آن هر ۵ سال توصیه می شود . در غیر این صورت فقط در موارد زیر انجام این تست ضروری است :

- غیر طبیعی بودن تیروئید در لمس
- وجود علائم بالینی مرتبط با اختلالات تیروئید
- سابقه خاتوادگی اختلالات تیروئید
- سابقه بیماری اتو ایمن
- افراد پست منوپوز با لیپید بالا

در صورت طبیعی بودن مقدار TSH اندازه گیری مجدد فقط در صورتی انجام می گیرد که شرایط فوق علیرغم انجام اقدامات درمانی برقرار باشد . در افراد ساب کلینیکال بالا بودن TSH الزامی برای شروع درمان نیست و در این موارد ارجاع تخصصی لازم است .

فصل سوم :

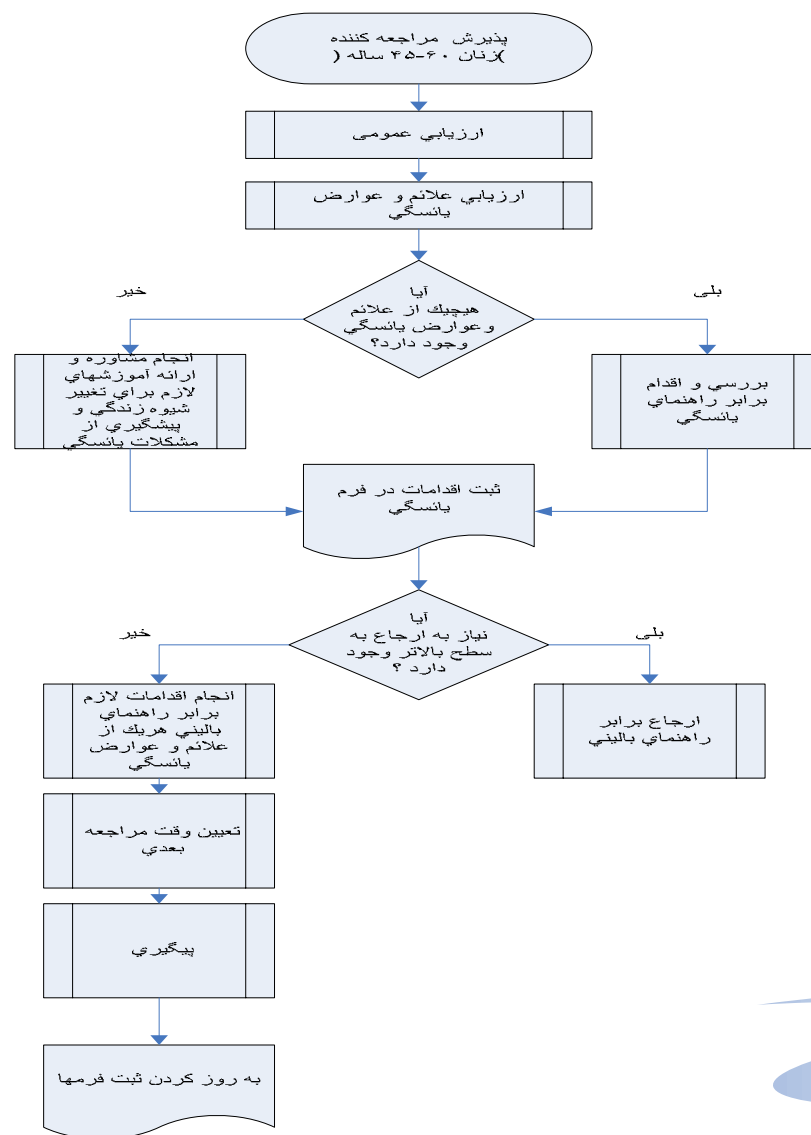
چگونگی ارائه خدمات

- استانداردهای ارائه خدمات در پایگاهها ،مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت
- گردش کار مراجعه کننده
- لیست دارو و تجهیزات مورد نیاز
- لیست آزمایشهای مورد نیاز
- پایش و ارزشیابی

استاندارد ارائه خدمات یانسی به زنان ۴۵-۶۰ سال درپایگاهها ی مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت در استانهای پایلوت

رد دیف	فرایند	مسئول اجرا	محل اجرا	شیوه اجرا	زمان اجرا	تجهیزات و وسایل مورد نیاز	توضیحات	مرجع
۱	شناسایی گروه هدف	بهورز یا کاردان	مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت	تهیه فهرست زنان ۴۵-۶۰ ساله تحت پوشش	شروع پایلوت	فرم لیست اسامی و آدرس و تلفن گروه هدف	فراخوان گروه هدف	-
۲	ثبت نام (پذیرش)	مسول پذیرش یا بهورز یا کاردان	قسمت پذیرش مرکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت مراکز مجری طرح	ثبت نام کلیه زنان ۴۵-۶۰ ساله مراجعه کننده به مرکز در دفتر پذیرش برای دریافت خدمات یانسی	زمان مراجعه زنان گروه هدف به مرکز ، پایگاه یا خانه بهداشت	دفتر پذیرش که نام، سن و علت اصلی مراجعه در آن درج شده باشد ، فرم ثبت نام و لوازم مصرفی	شرح وظایف پذیرش مرکز	
۳ تکمیل فرم ثبت یانسی (قسمت شرح حال)	اخذ شرح حال و ثبت آن	پزشك مجری طرح یا همکاری کاردان یا بهورز یا ماما	مرکز بهداشتی در مانی یا خانه بهداشت	انجام بررسی مشخصات فردی ، سوابق و شرح حال بیماری ، سوابق و شرح حال دارویی ، سوابق باروری ، رفتارها و عادات تغذیه ای، فعالیت فیزیکی ، سلامت روانی ، شکایات و علائم یانسی برای کلیه زنان ۴۵-۶۰ سال و ثبت اطلاعات در فرم ثبت یانسی	یک بار در اولین سال مراجعه و بازبینی و تکمیل اطلاعات جدید در مراجعات سالهای بعد در زمان ده گردشی یا زمان مراجعه بیمار	- فرم ثبت یانسی - دستورالعمل تکمیل فرم - فرمهای پیگیری بیماری - راهنمای بالینی ارائه خدمات یانسی - پروتکل های خدمات مربوط به بیماریهای هدف	راهنمای بالینی و اجرایی یانسی	
۴ معاینات	اندازه گیری وزن ، BMI،	بهورز ، کاردان ، ماما یا پزشك	مرکز بهداشتی در مانی یا خانه بهداشت	انجام اندازه گیریها برای کلیه زنان ۴۵-۶۰ سال و ثبت اطلاعات در فرم ثبت یانسی: قد ، وزن ، محاسبه شاخص توده بدنی	در افراد طبیعی هر سال یک بارو در افراد دارای مشکل BMI در فواصل زمانی منطبق با پروتکل مربوطه	- فرم ثبت یانسی - دستورالعمل تکمیل فرم - راهنمای بالینی ارائه خدمات یانسی - دستورالعمل اندازه گیری فشار خون - دستورالعمل و نمودار محاسبه BMI - ترازو ، متر، فشارسنج ، گوشه	پزشك خانواده مسئول تیم ارائه خدمات بوده و میتواند فعالیتهای را به اعضای دیگر تیم واگذار کند	راهنمای بالینی ارائه خدمات یانسی
	معاینه عمومی	پزشك	مرکز بهداشتی در مانی یا خانه بهداشت	انجام معاینات عمومی برای کلیه زنان ۴۵-۶۰ سال و ثبت اطلاعات مثبت آن در فرم ثبت یانسی معاینه فیزیکی شامل : اندازه گیری فشار خون دوبار با فاصله ۱۰ دقیقه و محاسبه میانگین آن ، معاینه تیروئید ، وضعیت اسکلتی عضلانی	هر سال یک بار در افراد دارای مشکل فشار خون بالا در فواصل زمانی منطبق با پروتکل مربوطه	گوشه پزشکی و فشار سنج تخت معاینه فرم ثبت یانسی	در صورتی که معاینات قبلا در ارزیابی دوره ای انجام شده فقط نتایج مثبت آن در فرم ثبت یانسی ثبت گردد.	راهنمای بالینی ارائه خدمات یانسی

	معاینه ژنیکولوژی	پزشك خاتم یا ماما	مرکز بهداشتی در مانی یا خانه بهداشت	انجام معاینه برای کلیه زنان ۴۵-۶۰ سال و ثبت اطلاعات در فرم ثبت یانسگی	هر سال يك بار	-تخت ژنیکولوژی -اسپکولوم -چراغ معاینه -فرم ثبت یانسگی	راهنمای بالینی ارانه خدمات یانسگی
	معاینه پستانها	پزشك خاتم یا ماما	مرکز بهداشتی در مانی	انجام معاینه برای کلیه زنان ۴۵-۶۰ سال و ثبت اطلاعات در فرم ثبت یانسگی	هر سال يك بار	فرم ثبت یا نسگی	راهنمای بالینی ارانه خدمات یانسگی
۵	آزمایش ها	تکنیسین آزمایشگاه	آزمایشگاه	-آزمایشات شا مل: Chol, LDL, HDL, TG, FBS UA, CBC, ESR	هر سه سال یک بار در افراد دارای وضعیت طبیعی	کیت های مخصوص و وسایل آزمایشگاهی	در صورتی که معاینات قبلا انجام شده فقط نتایج مثبت آن در فرم ثبت یانسگی ثبت گردد
۶	طبقه بندی علائم و نشانه ها	پزشك	مرکز بهداشتی در مانی یا خانه بهداشت	برای همه زنان ۴۵-۶۰ سال معاینه شده	در هر بار معاینه	-راهنمای بالینی یانسگی -فرم ثبت یانسگی	راهنمای بالینی ارانه خدمات یانسگی
۷	آموزش کلی	پزشك با همکاری سایر اعضای تیم سلامت	مرکز بهداشتی در مانی یا خانه بهداشت	برای همه زنان ۴۵-۶۰ سال و همسران آنان به صورت :چهره به چهره ،ارانه پمفلت ،دعوت برای کلاس دسته جمعی	زمان انجام مراقبت	پمفلت کلاس تخته راهنمای بالینی یانسگی	بخش ضمیمه راهنمای بالینی ارانه خدمات یانسگی
۸	ارانه خدمات اختصاصی برای تطابق با علائم منوپوز	پزشك با همکاری سایر اعضای تیم سلامت	مرکز بهداشتی در مانی یا خانه بهداشت	برای زنان دارای هر يك از علائم وازوموتور ، خونریزی غیر طبیعی ، اختلال قاعدگی ، علائم اورو ژنییتال ، اختلال عملکرد جنسی ، اختلال خلق و خواب ، خطر استنو پورزیس و بیماری قلبی عروقی بر حسب نوع علائم به صورت :چهره به چهره ،کلاس دسته جمعی ، ارانه پمفلت	در مراجعه اول و به محض پیدا شدن علائم آموزش اختصاصی علائم و نشانه مربوطه انجام و در جلسات پیگیری مورد تاکید قرار گرفته وچگونگی عمل به آنها مورد باز بینی قرار گیرد	پمفلت کلاس تخته راهنمای بالینی ارانه خدمات یانسگی	بخش ضمیمه راهنمای بالینی ارانه خدمات یانسگی
	درمان علائم اختصاصی	پزشك	مرکز بهداشتی در مانی یا خانه بهداشت	برای زنان دارای هر يك از علائم وازوموتور ، خونریزی غیر طبیعی ، اختلال قاعدگی ، علائم اورو ژنییتال ، اختلال عملکرد جنسی ، اختلال خلق و خواب ، خطر استنو پورزیس و بیماری قلبی عروقی	در مراجعه اول و به محض پیدا شدن علائم اختصاصی	راهنمای بالینی ارانه خدمات یانسگی داروها شامل : مکمل کلسیم و ویتامین د ، آهن،فلوکسیتین ،استروژن موضعی و سیستمیک ،آلندرونیت،لوپریکانت	راهنمای بالینی ارانه خدمات یانسگی



گردش کار بررسی سلامت زنان ۴۵ - ۴۰
سال در مراکز ارائه خدمات

دارو و تجهیزات مورد نیاز

➤ داروها :

- ۱- قرص خوراکی آلدرونیت ۱۰ میلیگرمی
- ۲- قرص خوراکی آلدرونیت ۷۰ میلیگرمی
- ۳- قرص کلسیم دی
- ۴- قرص فروس سولفات
- ۵- سرم رینگر
- ۶- کپسول مفنامیک اسید
- ۷- کرم واژینال استروژن
- ۸- قرص استروژن کونژوگه ۰/۶۲۵ میلیگرم و ۰/۳
- ۹- قرص مدرکسی پروژسترون استات ۱۰ میلیگرمی
- ۱۰- کپسول فلوکسیتین ۱۰ و ۲۰ میلیگرمی
- ۱۱- قرص کلر دیازپوکساید ۵ و ۱۰ میلیگرمی
- ۱۲- پماد لوبریکانت

➤ تجهیزات :

- ۱- ترازو
 - ۲- متر
 - ۳- فشار سنج و گوشی
 - ۴- تخت معاینه
 - ۵- تخت ژنیکولوژی
 - ۶- اسپکولوم
 - ۷- فور یا اتو کلاو
 - ۸- چراغ معاینه
- لوازم مصرفی

اندازه گیری چربی خون :کلسترول توتال و HDL , LDL و تری گلیسرید

قند خون

FOBT (خون مخفی مدفوع) ترجیحا به روش ایمونوفلورسانس

Hb,Hct,ESR

TSH

پاپ اسمیر

ماموگرافی

Pt,Ptt و پلاکت

کلسیم ادرار ۲۴ ساعته

دانسیتو متری

کشت ادرار

➤ بی تردید در مرحله پایلوت برنامه که مدت زمان کوتاهی در اختیار بوده و اهداف متفاوتی نیز مطرح است ، پاسخ به برخی سوالات مورد نظر است که با دستیابی به آنها می توان برای تعمیم کشوری برنامه آمادگی لازم را کسب نمود . این موارد عبارتند از :

۱- تعداد نیروی انسانی مورد نیاز در سطوح مختلف

۲- میزان منابع مالی مورد نیاز برای اجرای برنامه

۳- امکانات و تجهیزات مورد نیاز در مناطق مختلف و در صد مراکز مجهز و نیاز مند تجهیز

۴- زمان سنجی ارائه خدمات

۵- میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات

۶- میزان دستیابی به اهداف آموزش نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات

۷- میزان رضایت گیرندگان خدمات

۸- تعیین شیوه های مناسب آموزش به گروه هدف

۹- تعیین مشکلات اجرای برنامه

➤ در مرحله تعمیم کشوری برنامه براساس مدل زنجیره ای و پیش فرضهای موجود ، دستیابی به شاخصهای زیر مد نظر است . برخی از این شاخصها در مرحله پایلوت نیز قابل وصول هستند .

۱- میزان پوشش خدمات در جمعیت گروه هدف به تفکیک گروههای ۵ ساله سنی

۲- درصد کارکنان آموزش دیده برای ارائه خدمات به تفکیک گروههای مختلف کارکنان شامل پزشک ، ماما ، کاردان و بهورز

- ۳- در صد کارکنانی که مهارت‌های لازم را برای ارائه خدمات کسب کرده اند
- ۴- در صد مراقبت‌های کامل انجام شده برای مراجعه کنندگان گروه هدف براساس فرم‌های ثبت
- ۵- در صد پیگیری انجام شده برای مراقبت‌های نیازمند پیگیری در گروه هدف
- ۶- در صد گیرندگان خدمات آموزش دیده از گروه هدف
- ۷- در صد مراجعه کنندگانی که نیاز به انجام آزمایش های تکمیلی داشته اند
- ۸- در صد ارجاع به سطوح بالاتر
- ۹- میزان رضایت گیرندگان خدمات
- ۱۰- در صد بیماران مبتلا به هریک از بیماری‌های هدف ارائه خدمات زنان ۴۵-۶۰ سال که درمان شده یا تحت کنترل قرار گرفته اند

➤ شاخص‌های پشتیبان برنامه که در فواصل منظم باید کنترل شوند عبارتند از :

- ۱- میزان فراهمی ارائه خدمات برای زنان گروه هدف
- ۲- میزان فراهمی داروهای مورد نیاز برای ارائه خدمات بر اساس لیست دارویی خدمات
- ۳- میزان فراهمی انجام آزمایش ها برای گروه هدف
- ۴- کفایت موجودی فرم‌های ثبت و ارجاع
- ۵- کفایت و کیفیت مناسب تجهیزات و وسایل لازم
- ۶- کفایت تعداد نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت
- ۷- میزان حضور مستمر نیروی ارائه دهنده خدمت بر مبنای ساعات مقرر کاری

➤ شاخصهای زیر از طریق بررسیهای دوره ای قابل وصول است :

- ۱- علل مراجعه گیرندگان خدمات (شکایات شایع در این گروه سنی و جنسی)
- ۲- میزان شیوع هر یک از علائم و عوارض یانسگی در گیرندگان خدمات
- ۳- در صد زنان گروه هدف که برای آنها هورمون درمانی جایگزین تجویز شده است
- ۴- در صد زنان گروه هدف که فعالیت فیزیکی کافی دارند
- ۵- درصد زنان گروه هدف که به میزان کافی از منابع غذایی مورد نیاز استفاده می کنند (به تفکیک منابع غنی از کلسیم ، منابع غذایی دریایی، میوه و سبزی)
- ۶- در صد زنان گروه هدف که از مکملهای دارویی استفاده می کنند (به تفکیک نوع مکملها)
- ۷- روند ابتلا به بیماریهای هدف در گروه هدف
- ۸- روند تغییر رفتار های سلامت در گروه هدف

فصل چهارم :



- فرم ثبت یانسگی و دستورالعمل نحوه تکمیل آن
- جدول گانت اجرای پایلوت برنامه

فصل پنجم:

متون ضمیمه برای ارائه به گیرندگان خدمات

- یانسگی
- استنوپوروزیس
- چاقی
- ضعف عضلات لگن و بی اختیاری ادرار

تطابق با یائسگی، دوره طلایی زندگی زنان

همه زنان و مردان در يك دوره از زندگی خود بطور طبیعی دچار کاهش هورمونهای جنسی مردانه یا زنانه شده و دوره باروری آنها خاتمه می یابد . به این دوره در زنان یائسگی و در مردان آندروپوز می گویند .

یائسگی چیست؟

یائسگی یکی از مراحل طبیعی و مهم زندگی زنان است که مشخصه اصلی آن پایان باروری و قطع قاعدگی است . این پدیده در همه زنان در سن ۴۰-۵۵ سالگی اتفاق می افتد . زنان در طول دوره یائسگی تغییرات جسمانی و روانی خاصی را تجربه می کنند . آشنایی با این تغییرات و درك دلایل آن به زنان كمك می کند که بدانند چه چیزی در انتظار آنهاست و بتوانند با آمادگی بیشتری خود را با این تغییرات تطبیق دهند . اگر زنان بتوانند با آگاهی با این دوره کنار بیایند ، این دوره میتواند يك دوره خوب برای كسب موفقیت‌های بزرگتر و كشف علایق جدید برای زندگی باشد .

زمان وقوع یائسگی

زمان شروع یائسگی در زنان متفاوت است . بطور کلی زنان این پدیده را بین ۴۸-۵۲ سالگی یا دیرتر تجربه می کنند . متوسط سن یائسگی ۵۰ سالگی است . با توجه به امید به زندگی در ایران زنان حدود يك سوم عمر خود را در این دوره بسر می برند .

چگونگی وقوع یائسگی

عمده تغییرات در یائسگی ناشی از تغییراتی است که در عملکرد تخمدانها و توقف ترشح هورمونها از آن و در نتیجه توقف تخمک گذاری اتفاق می افتد . تخمدانها بخش مهمی از دستگاه تناسلی زنانه هستند که با دو عملکرد مهم تولید هورمونهای استروژن و پروژسترون و آزاد سازی تخمک در تمام دوره باوری زنان نقش مهمی ایفا میکنند . این هورمونها سیکل قاعدگی را که معمولا ۲۸ روز طول می کشد ، کنترل کرده ، زمان آزاد سازی تخمک را تنظیم ولایه داخلی رحم را برای جایگزینی سلول تخم و استقرار حاملگی آماده می کنند . اگر بارداری اتفاق بیفتد ، تخمک در رحم کاشته شده و و در غیر اینصورت سطح هورمون استروژن و پروژسترون کاهش یافته ، تخمک و لایه داخلی رحم به خارج از بدن تخلیه شده و قاعدگی اتفاق می افتد . هورمون استروژن علاوه بر نقش فوق در سالم نگهداشتن استخوانها ، تنظیم سطح کلسترول خون ، حفظ قابلیت ارتجاعی پوست و عروق و احتمالا کمک به قدرت حافظه موثر است .

فعالیت اصلی تخمدانها از زمان بلوغ آغاز می شود . در این دوره شروع ترشح استروژن از تخمدانها سبب ایجاد علایم زنانه و آغاز عادت ماهانه می شود . با شروع این دوره يك زن وارد مرحله باروری زندگی خود می شود و توانایی بار دار شدن پیدا می کند . این مرحله ۴۰-۲۰ سال طول می کشد و تا شروع دوره یائسگی ادامه خواهد داشت .

۵-۳ سال قبل از قطع کامل قاعدگی زنان وارد مرحله پیش یائسگی می شوند . اگرچه ممکن است در طول این دوره عادت ماهانه نامنظم باشد ولی حاملگی نیز می تواند اتفاق بیفتد و لازم است تدابیر لازم برای پیشگیری از حاملگی ناخواسته اندیشیده شود . بتدریج سایر علائم و نشانه های یائسگی بروز یافته و بطور ناگهانی قاعدگی قطع می شود . گذشت يك سال از قطع کامل قاعدگی به این معناست که یائسگی اتفاق افتاده و آخرین مرحله دوره باروری زنان آغاز شده است . در این مرحله وقوع حاملگی غیر ممکن است اما مخاطرات مهمی سلامتی زنان را تهدید می کند .

علائم یائسگی و چگونگی تطابق با آن :

برای تطابق بهتر با پدیده یائسگی باید تغییرات این دوره را بخوبی شناخته و راه مقابله با آنها را یاد بگیرید . شدت این علائم در افراد مختلف متفاوت است و گروهی از زنان هیچیک از آنها را تجربه نمی کنند . این امر بستگی به عوامل مختلف از جمله استرس ، بیماری ، تغذیه و شیوه زندگی دارد . بطور کلی علائم شامل موارد زیر هستند .

- ۱- بی نظمی در عادت ماهانه : این بی نظمی در بعضی افراد زیادو آزار دهنده است . اما اکثریت زنان کاهش زمان و حجم خونریزی را تجربه می کنند . در صورت وجود خونریزی بسیار سنگین ، قاعدگی طولانی مدت (بیش از ده روز) ، فاصله کمتر از سه هفته بین قاعدگیها و لکه بینی بین قاعدگیها لازم است با پزشك مشورت کنید .
- ۲- گرگرفتگی و تعریق شبانه : يك علامت شایع در دوره یائسگی است و اکثریت زنان آن را تجربه می کنند . در این حالت فرد بطور ناگهانی دچار احساس گرما در قسمت بالایی بدن خود شده ، صورت و گردن قرمز و لکه های قرمز رنگ روی سینه ، پشت و بازوها پیدا می شود . همزمان با این احساس فرد دچار تعریق شده و پس از آن بدن وی سرد می شود . در بعضی افراد گرگرفتگی خفیف و در بعضی بسیار شدید است ، بطوری که فرد را از خواب بیدار می کند . در بسیاری از موارد گرگرفتگی ۳۰ ثانیه تا ۵ دقیقه طول می کشد . این علامت در عرض چند سال بعد از یائسگی از بین می رود .
- وقتی دچار گرگرفتگی هستید اقدامات زیر را انجام دهید : به فضای خنك بروید . لباس خودرا کم کنید . يك نوشیدنی ، آب یا اب میوه خنك بنوشید . بادبزن یا وسیله خنك کننده همراه داشته باشید . لباس با رنگ روشن و نخی بپوشید . شبها در جای خنك با تهویه کافی بخوابید . لباس خواب و ملافه ای استفاده کنید که امکان تنفس پوست را برایتان فراهم نماید . کوشش کنید يك جدول زمانی از زمان ایجاد گرگرفتگی تهیه کنید تا به كمك آن بتوانید علت وقوع گرگرفتگی را و موقعیت های ایجاد آنرا پیشبینی نموده و از آن موقعیتها اجتناب نمایید .

- ۳- تغییر تمایلات و فعالیت جنسی : ممکن است در حوالی سن یائسگی احساس متفاوتی نسبت به فعالیت جنسی ایجاد شود . در بعضی افراد به دلیل تغییرات هورمونی و تغییر درجدارواژن ، نوع داروهای مصرفی و دلایل خاص فرهنگی برانگیختگی جنسی کاهش یافته و در بر خی افراد به دلیل حذف ترس از ایجاد حاملگی نا خواسته احساس آزادی بیشتر و تمایل جنسی

- بیشتری ایجاد شود . در هر حال تا وقتی که از زمان آخرین قاعدگی يك سال تمام سپری نشده است ، روابط جنسی باید از نظر ایجاد حاملگی ناخواسته کنترل شده باشد . بخاطر داشته باشید احتمال انتقال بیماریهای امیزشی و ایدز بعد از یانسی نیز وجود دارد .
- ۴- خشکی واژن : تغییرات هورمونی دوره یانسی سبب نازکی ، خشکی و کاهش خاصیت ارتجاعی واژن و در نتیجه احساس سوزش و خارش می شود و احتمال ایجاد عفونت افزایش می یابد . همچنین احتمال دارد مشکلاتی در روابط جنسی افراد ایجاد شود . استفاده از ژلهای نرم کننده مقاربت را آسانتر و لذت بخش تر می کند .
- ۵- خستگی و مشکلات خواب : احساس خستگی علامت شایعی در دوره یانسی است . سخت به خواب رفتن ، زود از خواب بیدار شدن ، نیمه شب بیدار شدن بخصوص به دلیل تعریق شبانه یا احساس نیاز به دستشویی ممکن است وجود داشته باشد . اجتناب از مصرف کافئین و مصرف يك لیوان شیر قبل از خواب به رفع مشکل خواب شبانه كمك می کند .
- ۶- تغییرات خلقی: به نظر می رسد که زنان در دوره یانسی تحريك پذیرتر و غمگین تر ند و تغییرات خلقی آنها بیشتر می شود . این مسئله علاوه بر تغییرات سطح استروژن می تواند ناشی از عكس العمل افراد و همسرانشان به این دوره ، استرسهای خانوادگی ودور شدن فرزندان باشد . تمرینات ورزشی به كاستن از استرسها كمك می کند .
- ۷- سایر تغییرات جسمانی : تغییرات قابل توجه دیگری که ممكن است در دوره یانسی اتفاق بیفتد ، عبارتند از : افزایش وزن و چاقی شکمی ، کاهش توده عضلانی و افزایش و تجمع بافت چربی ، كوچك شدن اندازه پستانها ، نازکی و کاهش قابلیت ارتجاع پوست ، سر درد ، مشکلات حافظه ، سفتی و درد عضلات و مفاصل

عوارض کاهش استروژن بعد از یانسی

- برخی از اثرات کاهش استروژن در طولانی مدت ظاهر شده و علائم سالهای پس از یانسی را ایجاد می کند . این علائم ناشی از اثرات استروژن روی استخوانها ، قلب ، مثانه ، واژن و پوست می باشد :
- ۱- استئوپورزیس یا پوکی استخوان : در اثر کاهش استروژن از دست رفتن بافت استخوانی تسریع شده و منجر به شکستگی لگن ، مهره ، مچ ، ساکروم و سایر استخوانهای بدن می شود . پیشگیری از استئوپورزیس از طرق زیر امکان پذیر است :
- تغذیه : دریافت میزان کافی کلسیم و ویتامین د در تمام طول زندگی از طریق غذاهای غنی از مواد فوق از جمله شیر و لبنیات و در صورت عدم وجود امکان آن مکمل درمانی کلسیم و ویتامین د
 - تمرینات ورزشی : تقویت عضلات و کاهش احتمال سقوط و شکستگی استخوان از طریق انجام پیاده روی و سایر تمرینات ورزشی
- ۲- بیماری قلبی عروقی : بعد از یانسی اثر حفاظتی استروژن روی قلب و عروق کاهش یافته و خطر كلسترول بالا ، بیماری قلبی و حمله مغزی در زنان بتدریج افزایش می یابد . ، بطوری که اولین عامل مرگ و میر زنان را به خود اختصاص می دهد . داروها از جمله هورمونها تاثیر مثبتی بر پیشگیری از بیماری قلبی عروقی نداشته اند . بنابراین برای پیشگیری از بیماری قلبی عروقی شیوه زندگی سالم را انتخاب نموده و موارد زیر را بكار ببندید :

- تغذیه : چربی کمتر و میوه و سبزی بیشتر مصرف کنید .
- بطور منظم ورزش کنید .
- وزن مناسب را برای خود حفظ کنید .
- سیگار نکشید .

۳-اختلالات ادراری تناسلی : خشکی و نازکی ناحیه تناسلی موجب مقاربت دردناک و عفونت واژینال می شود . برای درمان میتوان از ژلهای نرم کننده با پایه آب ، یا از داروهای هورمونی موضعی استفاده کرد. مشکلات ادراری از جمله بی اختیاری ادرار قبل از رسیدن به توالیت یا دفع بی اختیار ادرار موقع عطسه ،سرفه ، خنده ، دویدن و پایین رفتن از پله از جمله عوارض کاهش استروژن در دوره بعد از یانستگی است . این عوارض با مداخله درمانی بهبود می یابند . بنابراین بدون خجالت و ترس مسئله را با پزشك خود درمیان بگذارید .

۴- اثر بر پوست و مو : خشکی و چروك پوست ، نازك شدن موها و رشد سریع موی صورت در بالای لب و زیر چانه از عوارض کاهش استروژن است . سیگار را کنار بگذارید و کمتر در آفتاب قرار بگیرید .

۵- سرطانها : یانستگی عاملی برای ایجاد سرطانها نیست . اما به دلیل افزایش سن احتمال ایجاد برخی سرطانها در این دوره وجود دارد .شایعترین سرطان در زنان این گروه سنی سرطان پستان است . سرطان دهانه رحم و سرطان تخمدان نیز باید مورد توجه قرار گیرد . برای آنکه سرطانها در مراحل اولیه و قابل درمان تشخیص داده شده و درمان شوند ،خودآزمایی ماهانه پستانها ، ماموگرافی سالانه و معاینه سالانه لگن و پستان را در برنامه پزشکی خود قرار دهید و اگر لکه بینی یا احساس نفخ و پری شکم داشتید به پزشك خود مراجعه کنید .

داروهای مصرفی در دوره یانستگی :

- ۱- قرصهای پیشگیری از بارداری : در سالهای حوالی یانستگی ، اگر منع مصرف پزشکی برای مصرف قرصهای پیشگیری از بارداری وجود نداشته باشد ، روش خوبی برای پیشگیری از بارداری محسوب می شود، زیرا علاوه بر پیشگیری از بارداری ناخواسته سبب منظم شدن عادت ماهانه ، کاهش احتمال سرطان تخمدان و کاهش علائم یانستگی ازجمله گرگرفتگی میشود .
- ۲- هورمون درمانی جایگزین : وقتی سن یانستگی فرا رسید میتوان با مشورت پزشك ترکیبی از قرصهای استروژن و پروژسترون را جایگزین هورمونهای طبیعی مترشح از تخمدان نمود . این درمان ترکیبی ریسك بیماری قلبی ، سكتة مغزی ،ایجاد لخته در ریه و ساق پا و سرطان پستان را افزایش می دهد . اما اثر خوبی بر پیشگیری از شکستگی ناشی از استئوپروز و سرطان کولون دارد. بهر حال برای استفاده از هورمون درمانی جایگزین باید در مورد مزایا و مضرات آن و طول مدت مصرف آن با پزشك خود مشورت نمایید . اغلب اوقات مضرات این درمان بیشتر از فواید آن است که در این حالت میتوان از سایر متدهای غیر هورمونی استفاده کرد .
- ۳- فیتو استروژنها: مواد شبیه استروژن هستند که در غلات و حبوبات و سبزیجات و برخی گیاهان مانند سویا و ریشه سنبل الطیب یافت می شوند . این مواد ممکن است در بدن مثل يك استروژن ضعیف عمل کنند و برخی از آنها اثر کاهنده کلسترول و کاهش علائم یانستگی داشته باشند . این اثرات هنوز اثبات شده نیست و مطالعه روی آنها ادامه دارد . به علت احتمال تداخل با داروهای مصرفی در صورت مصرف زیاد این مواد با پزشك خود مشورت کنید .
- ۴- درمانهای غیر هورمونی :ازجمله رالوکسیفن و بیسفسفوناتها دارو هایی هستند که برای پیشگیری ودرمان استئوپورزیس استفاده می شوند . برای استفاده از این داروها باید با پزشك خود مشورت کنید .

شیوه زندگی سالم را انتخاب کنید تا بعد از یائسگی هم از زندگی لذت ببرید:

- بطور منظم ، سه بار در هفته به مدت ۳۰ دقیقه ورزش یا پیاده روی کنید.
- وزن مناسب را حفظ کنید .
- شیرو لبنیات ، میوه و سبزیجات بیشتر استفاده کنید .
- از میزان کافی مصرف کلسیم خود اطمینان حاصل کنید.
- چربی ، نمک و شکر کمتری مصرف کنید .
- سیگار نکشید .
- به اندازه کافی بخوابید ، از استرسها اجتناب کرده و نگاه واقعی و مثبت خودتان را به زندگی افزایش دهید .
- همه مشکلات سلامت خود را با پزشك در میان بگذارید .

از پوکی استخوان بگوئیم

پوکی استخوان يك بیماری شایع استخوانی است که در آن توده استخوانی بتدریج ازبین میرود و بدون آنکه علامت خاصی ایجاد کند ، معمولا با ایجاد يك شکستگی در یکی از استخوانهای بدن بخصوص استخوانهای مهره ، لگن ، و مچ فرد را از بیماری خود مطلع می سازد . این شکستگی ها ممکن است بدنبال سقوط یا حتی بطور خودبخود با حرکات ساده ای مانند سرفه و عطسه ایجاد شود . اکثریت افراد مبتلا به پوکی استخوان خانمها هستند و احتمال شکستگی ناشی از آن در طول زندگی بسیار بالا ست .

ببینیم پوکی استخوان چیست ؟ چرا ایجاد می شود ؟ چرا در خانمها بیشتر است ؟ و چگونه می توان از آن پیشگیری کرد .

پوکی استخوان

استخوان يك بافت زنده و فعال است و مرتبا ساختمان آن که بطور عمده از يك ماده پروتئینی به نام کلاژن و يك ماده معدنی به نام فسفات کلسیم است ، تجدید می شود . به طور طبیعی در کودکی تشکیل بافت استخوانی نو بیشتر از برداشت بافت استخوانی کهنه است و فرد در سن ۳۰-۲۵ سالگی به حد اکثر توده استخوانی خود دست پیدا می کند . این حالت با گذشت زمان و افزایش سن برعکس شده و از سن ۳۰ سالگی برداشت بافت استخوانی بیشتر از ساخت بافت جدید می شود بطوری که پس از ۳۰ سالگی در يك فرد طبیعی با تغذیه کافی هر ساله حدود ۰/۴ درصد از بافت استخوانی برداشته می شود ، بدون آنکه پوکی استخوان ایجاد شود . اگر این جریان طبیعی سریعتر اتفاق بیفتد ، پوکی استخوان ایجاد می شود . در زنان بعد از یائسگی به علت کاهش هورمون استروژن از دست دادن توده استخوانی تسریع شده و به حدود ۳ در صد در سال می رسد . زنان باید با تمهیدات پیشگیرانه مانع بروز پوکی استخوان شوند .

علت ایجاد پوکی استخوان

۱-تسریع روند برداشت استخوان به دلیل کمبود توده استخوانی قبل از سن ۳۰ سالگی به دلیل عدم دریافت کافی کلسیم و ویتامین D

۲- تسریع روند از دست رفتن استخوان بعد از سن ۳۰ سالگی

عوامل خطر

- جنسیت : افراد مونث در معرض خطر بیشتری نسبت به مردان هستند .
- سن :هرچه سن فرد بالاتر باشد ، احتمال ابتلا در وی بیشتر است .
- یائسگی به صورت طبیعی ، یائسگی زودرس ، یا یائسگی در اثر انجام عمل جراحی برداشتن تخمدانها
- اندازه بدن :در افراد لاغر تر احتمال بروز پوکی استخوان بیشتر است .
- نژاد :در برخی نژادها از جمله نژاد آسیایی استعدادابتلا بیشتر است .
- عوامل فامیلی : سابقه وجود پوکی استخوان در خانواده همچنین سابقه شکستگی در بستگان درجه يك فرد بدون ارتباط با ضربه یا تصادف احتمال ابتلای فرد را افزایش میدهد .

- تغذیه : کمبود مصرف کلسیم و ویتامین D
- عادات : مصرف سیگار و الکل عاملی برای افزایش خطر ابتلا به پوکی استخوان است .
- میزان تحرک : اگر شیوه زندگی کم تحرک باشد ، احتمال ابتلا بیشتر است .
- مصرف دارو : مصرف کورتیکو استروئید ها خطر ابتلا را افزایش می دهد .
- سابقه شکستگی استخوان پس از سن ۵۰ سالگی

پس :

اگر بیش از ۵۰ سال سن دارید و یائسه شده اید،

اگر در طول زندگی خود به اندازه کافی کلسیم دریافت نکرده اید ،

اگر سیگار می کشید ،

اگر از داروهای کورتیکو استروئید استفاده می کنید ،

اگر از نور خورشید محروم بوده اید ،

اگر به اندازه کافی فعالیت بدنی ندارید ،

اگر در بستگان درجه يك شما فرد مبتلا به پوکی استخوان وجود دارد ،

شما در معرض خطر پوکی استخوان و شکستگی ناشی از آن هستید . با اتخاذ شیوه سالم زندگی مانع بروز عواقب آن شوید .

علائم پوکی استخوان

متاسفانه پوکی استخوان تا قبل از ایجاد شکستگی يك بیماری خاموش است و فرد با وقوع يك شکستگی یا فشردگی مهره بطور ناگهانی بدنبال يك فشار یا سقوط و یا حتی خود بخود ، به وجود بیماری پی می برد . در واقع اولین علامت بارز بیماری وقوع يك شکستگی و علائم ناشی از شکستگی مثل درد ناگهانی یا تغییر شکل و انحنای ستون فقرات و کاهش قد و ناتوانی حرکتی است .

عواقب پوکی استخوان

- وقوع شکستگی خودبخود یا شکستگی در اثر ضربه های خفیف در استخوانهای مختلف بدن که شایعترین و بدترین آن شکستگی لگن می باشد . در بیش از ۳۰ درصد موارد این شکستگی ها منجر به ناتوانی دائمی در فرد مبتلا می شود . ۲۰-۱۲ درصد مبتلایان به شکستگی لگن در عرض يك سال بعد از شکستگی فوت می کنند . و بیش از ۵۰ درصد کسانی که زنده می مانند ممکن است نتوانند زندگی مستقل و بدون كمك و مراقبت دیگران داشته باشند .
- بدنبال هر شکستگی ناشی از پوکی استخوان درد ، تغییر شکل مفصل و استخوان ، ناتوانی ، تغییر تصویر بدنی پیش می آید .
- عوارض ناشی از شکستگی ناشی از فشار در مهره ها شامل: کاهش قد ، ایجاد قوز ، درد حاد و مزمن پشت ، ناتوانی مزمن ، افزایش احتمال مرگ و میر می باشند .

پیشگیری از پوکی استخوان

با شیوه سالم زندگی و عادات صحیح می توان از ابتلا به پوکی استخوان پیشگیری کرد . اصول پیشگیری عبارتند از :

- **تغذیه :** تغذیه سالم و متعادل غنی از کلسیم و ویتامین D: غذای روزانه باید حداقل ۱۵۰۰-۱۰۰۰ میلی گرم کلسیم داشته باشد . شیر ، پنیر ، ماست ، سبزیجات ، میوه جات ، حبوبات و غذاهای دریایی بویژه کنسرو ماهی را در رژیم غذایی روزانه بگنجانید . مراقب باشید تامین کلسیم مورد نیاز سبب افزایش مصرف چربی نشود . بنابر این منابع کم چربی کلسیم را انتخاب کنید . برای تامین ویتامین D از گردش و پیاده روی در هوای آفتابی استفاده کنید . با استفاده از فهرست غذاهای غنی از کلسیم زیر و حدود تقریبی میزان کلسیم هریک از مواد غذایی می توانید دریافت کلسیم مورد نیاز روزانه خود را براحتی تنظیم کنید :

ردیف	ماده غذایی	سهم	میزان کلسیم (میلیگرم)
۱	شیر	یک لیوان ۲۴۰ سی سی	۳۰۰
۲	ماست	یک لیوان	۳۰۰
۳	پنیر معمولی	۱/۵ قوطی کبریت	۳۰۰
۴	کشک مایع	۵ قاشق غذا خوری	۳۰۰
۵	بستنی حاوی شیر	یک و یک چهارم لیوان	۳۰۰
۶	دوغ	۳ لیوان	۳۰۰
۷	خامه	۲۰ قاشق غذاخوری	۳۰۰
۹	همه انواع حبوبات بجز سویا	نصف لیوان (۸۰ گرم)	۳۰۰
۱۰	سویا ی پخته شده	نصف لیوان (۸۰ گرم)	۳۰۰
۱۱	میانگین سار دینها	سه تکه متوسط	۳۰۰

• **فعالیت بدنی مناسب** : ورزش منظم سبب افزایش قدرت عضلانی ، تعادل ، افزایش قدرت و استحکام استخوانها ، کاهش احتمال زمین خوردن و شکستگی ناشی از آن می شود . فعالیت ورزشی باید بگونه ای تنظیم شود که سبب فشار زیاد بر استخوانها و افزایش احتمال شکستگی نشود . این حرکات ورزشی زیر برای پیشگیری از پوکی استخوان در زنان کمتر از ۶۰ سال موثر است :

۱- ورزشهای متحمل وزن بدن مناسب ترین تمرینها برای سلامت استخوانها و عضلات هستند که در آنها فعالیت عضلات و استخوانهای بدن در برابر نیروی جاذبه انجام می گیرد و وزن بدن توسط رانها و پاها حمل می شود . مانند پیاده روی ، دویدن آهسته ، کوه پیمایی ، انجام حرکات هوازی با شدت ملایم ، حرکات موزون ، بالا رفتن از پله ها ، ورزشهای راکتی . انجام این ورزشها سه بار در هفته هر بار به مدت ۳۰ دقیقه به پیشگیری از پوکی استخوان کمک می کند .

۲- تمرینهای قدرتی مانند کار با وزنه های دستی ، نوارهای ارتجاعی و دستگاههای متنوع وزنه برای افزایش توده و قدرت عضلانی و استحکام استخوانها

در انجام ورزشها اصول زیر رعایت شود : ۱- گرم کردن بدن به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه با حرکات نرمشی ملایم ۲- مشورت با پزشك در صورتی که مشکل سلامتی خاص بخصوص مشکلات قلبی وجود دارد . ۳- افزایش تدریجی مدت زمان ورزش : با ۱۰ دقیقه شروع کنید و هر هفته حداکثر ۵ دقیقه افزایش دهید . تا به ۳۰ دقیقه برسید . ۴- از انجام حرکاتی که منجر به خم شدن بیش از حد ستون فقرات می شود ، پرهیز کنید .

توجه کنید افراد مبتلا به پوکی استخوان اثبات شده نباید به انجام ورزشهای سنگین متحمل وزن و قدرتی بپردازند ، زیرا وزن بدن هم در این افراد می تواند سبب فشار آوردن به مهره ها و شکستگی آنها شود . در این افراد انجام تمرینات هوازی در آب ، شنا کردن ، ورزشهای هوازی نشسته و آرام با کمک صندلی یا دوچرخه ثابت ایده آل است .

• ترك عادات مضر :

- سیگاری بودن : سیگار یها عموماً لاغرتر هستند ، زودتر به منوپوز می رسند ، کاتابولیسم استروژن آندوژن در آنها افزایش می یابد و بیشتر دچار شکستگی می شوند . مصرف سیگار را کنار بگذارید.
- مصرف الكل به دلیل کاهش دانسیته استخوان و افزایش ریسك سقوط ، خطر شکستگی را افزایش می دهد .
- مصرف زیاد کافئین را قطع کنید.

پیشگیری از شکستگی ناشی از پوکی استخوان در افراد در معرض خطر

- خطر وقوع شکستگی را به کمک پزشك خود تعیین کنید و بر حسب شدت احتمال خطر مراقبتها را شدیدتر نمایید .
- از افتادن و سقوط به هر دلیل ممانعت کنید وبا انجام ورزشهای مناسب و منظم عضلات خود را تقویت کنید . .
- اشیای سنگین را بلند و جابجا نکنید و آنها را فشار ندهید و از خم شدن ناگهانی برای بلند کردن یا جابجا کردن اشیای پرهیز کنید .
- مواظب باشید روی فرش و سطوح صاف و لغزنده سر نخورید .
- از تاریك نگهداشتن فضای خانه بخصوص شبها پرهیز کنید .
- در فضاهای غریبه و نا آشنا از يك عصا یا راهنما استفاده کنید .
- از کفشهای نرم و تخت استفاده کنید . از پوشیدن کفش لغزنده یا گشاد اجتناب کنید .
- در حد امکان پیاده روی کنید ، اما توجه داشته باشید که مسیرهای مسطح و هموار را انتخاب کنید .
- وسایل و اشیای اضافی را از فضای محل زندگی خود جمع کنید .
- از خیس شدن سطوح لغزنده مثل كف آشپزخانه جلوگیری کنید و در سایر سطوح لغزنده مثل حمام و دستشویی نیز از کفپوشهای مخصوص استفاده کنید .

- چیدن اشیاء را بگونه ای انجام دهید که سبب خم شدن شما برای برداشتن آنها نشود .
- اگر به هر علتی دچار سرگیجه هستید با مشورت پزشك آن را درمان کنید .

تشخیص

دانسیتومتری یا سنجش تراکم استخوان بهترین راه تشخیص در مراحل اولیه است . تهیه گرافی ساده از استخوانها پوکی استخوان را در مراحل پیشرفته تر نشان میدهد . این آزمایش معمولا روی گردن ، ران و ستون مهره ها انجام می گیرد . این آزمایش بدون درد و در مدت چند دقیقه انجام می شود .

درمان

۱- تغذیه

مصرف غذای سالم غنی از کلسیم و ویتامین D بویژه شیر و لبنیات و مرکبات . در صورتی که به هر دلیل امکان دریافت غذای حاوی کلسیم به مقدار کافی وجود ندارد ، مکمل کلسیم میتواند کمک کننده باشد . این مکملها ارزان و در دسترس هستند . یکی از عوارض آنها ایجاد یبوست است که با استفاده از آب و مایعات بیشتر و مصرف غذای حاوی فیبر مثل سبزی و میوه می توان از آن پیشگیری نمود .

۲-دارو درمانی

هورمون درمانی جایگزین با مشورت پزشك و سنجیدن مضرات آن و در صورت استفاده تحت مراقبت نزدیک و دقیق پزشك

کلسیتونین به فرم اسپری نازال که البته دارویی گران قیمت است .

بیفسفوناتها مانند الندرونات که عارضه گوارشی آن باید مورد توجه قرار گیرد .

رالوکسیفن داروی دیگری است که اثرات استروژنی روی متابولیسم استخوان دارد ولی عارضه مهم جانبی آن یعنی ایجاد لخته در پا را باید مورد توجه قرار داد .

داروهای تزریقی با اثر طولانی ۲۱ تا ۲۴ ماهه نیز وارد بازار شده اند که قیمت بالایی دارند . در مورد مصرف دارو و نوع آن پزشك معالج شما باید تصمیم بگیرد .

برای تعیین تاثیر داروها لازم است در فواصل زمانی مناسب با تجویز پزشك سنجش تراکم استخوان انجام شود .

چاقی

اضافه وزن و چاقی از مشکلات شایع جهان امروز و از علل مهم تهدید کننده سلامتی میباشند. چاقی در افزایش فشارخون ، کلسترول ، تری گلیسرید و قند خون نقش مهمی داشته و خطر بیماریهای قلبی ، سکتة مغزی ، دیابت (بیماری قند) ، مشکلات استخوانی مفصلی و بسیاری از سرطانها (مانند سرطانهای پستان ، روده بزرگ ، پروستات ، رحم ، کلیه ، تخمدان ، لوزالمعده ، کبد و کیسه صفرا) را افزایش میدهد.

چاقی در واقع تجمع غیر طبیعی چربی در بدن است. هر زمانی که بین دریافت و مصرف انرژی ، توسط عادات غذایی و ورزش منظم تعادل برقرار نشود ، انرژی مازاد بصورت چربی تجمع یافته و فرد دچار اضافه وزن و چاقی میشود.

وجود یا عدم وجود چاقی نه فقط با اندازه گیری وزن بدن ، بلکه با اندازه گیری چربی بدن تعیین میشود. بعضی از افراد ممکن است علیرغم اضافه وزن ، خیلی عضلانی باشند و چربی کمی داشته باشند ، لذا چاق محسوب نمیشوند ، در صورتیکه ممکن است فردی وزن طبیعی داشته باشد یا کم وزن باشد ، اما باز هم چربی اضافه داشته باشد.

در صورتیکه بر اساس ارزیابی پزشک یا کارشناسان بهداشتی - درمانی ، شما دارای اضافه وزن هستید ، توصیه میکنیم برای کمک به سلامتی خود این مطالب را بدقت بخوانید و بطور جدی به آن عمل کنید.

نسبت به درمان اضافه وزن و چاقی خود اقدام کنید.

هدف از درمان ، کاهش وزن و حفظ آن برای مدت طولانی است . هدف اولیه ، کاهش وزن به میزان ۱۰ درصد از وزن بدن در طول ۶ ماه است . میزان کاهش باید ۰/۵ تا ۱ کیلوگرم در هفته باشد. میزانهای بیشتر در دراز مدت نتایج بهتری ندارد . بعد از ۶ ماه درمان ، بایستی وزن کاهش یافته برای یک دوره حفظ شود و در صورت نیاز به کاهش بیشتر ، دوره بعدی ، بعد از دوره حفظ وزن شروع شود.

روشهای درمان چاقی عبارتند از :

- ۱- رژیم درمانی
- ۲- افزایش فعالیت بدنی
- ۳- رفتار درمانی (اصلاح شیوه زندگی)
- ۴- دارو درمانی
- ۵- جراحی

۱- رژیم درمانی:

دریافت انرژی باید ۱۰۰۰ - ۵۰۰ کیلو کالری در روز کاهش یابد. نباید از رژیم خیلی کم کالری (کمتر از ۸۰۰ کیلو کالری در روز) استفاده کرد . رژیم های غذایی با ۱۵۰۰ - ۱۲۰۰ کیلو کالری در روز برای خانمها و ۱۶۰۰ - ۱۴۰۰ کیلو کالری در روز برای آقایان ، مناسب است .

محدودیت مصرف انرژی ساده است و از طریق انتخاب و مصرف غذاهای سالمتر (انتخاب غذاهای با چربی کمتر ، افزایش مصرف سبزی و میوه جات ، روشهای طبخ با چربی کمتر و ...) صورت میگیرد.

بایستی از مصرف غذاهای پرانرژی (چرب و شیرین) اجتناب شود و غذا بیشتر به صورت آب پز ، بخار پز و کبابی استفاده شود. اندازه پرس غذا کاهش یافته و به مقدار کافی آب مصرف شود .

ترکیب رژیم غذایی باید بر اساس به حداقل رساندن سایر عوامل خطرزای بیماریهای قلبی عروقی (مانند فشارخون بالا ، کلسترول خون بالا و ...) تنظیم شود .

بعد از کاهش وزن حفظ آن مهم است ، چرا که هدف از رژیم غذایی تنها کاهش وزن نیست بلکه یکی از اهداف مهم ، کنترل سایر عوامل خطرزای بیماریهای مزمن همراه با چاقی است .

هشدار در مورد رژیمهای خیلی سخت :

رژیم های خیلی سخت با کالری کمتر از ۱۲۰۰ کیلو کالری در روز ، خطرات سلامتی را به علت احتمال پرخوری پس از رژیم و بازگشت به چاقی را به همراه دارد. در ابتدا کاهش وزن به دلیل دفع مایعات است و سپس چربی کاهش میابد . این رژیمها عوارض جانبی نامطلوبی دارد که شامل تهوع ، عدم تحمل سرما ، ریزش مو ، سنگ کیسه صفرا و نامنظمی قاعدگی (در خانمها) است . گزارشاتی هم از مرگ ناشی از نامنظمی ضربان قلب وجود دارد.

رژیمهای غذایی که شامل مصرف مایعات زیاد است ، سبب میشود پروتئین و سدیم بدن خیلی کم شده و فرد در معرض کمبود سدیم و حالت تهوع ، گیجی ، سرگیجه و در موارد شدید کوما قرار گیرد.

۲- افزایش فعالیت بدنی :

اولین روش برای افزایش سوخت انرژی ، از طریق فعالیت بدنی است. هر فرد بالغ باید روزانه (و یا حداقل ۳ روز در هفته) ۳۰ تا ۶۰ دقیقه با شدت متوسط فعالیت نماید (فعالیتهای با شدت متوسط فعالیتهایی هستند که سبب افزایش جزئی اما قابل توجه در تنفس و ضربان قلب میشود و کمی تعرق نیز همراه دارند) . این فعالیتهها بهتر است در طی روز، در دوره های نسبتاً کوتاه ۱۰ دقیقه ای انجام شوند. این فعالیتهاشامل فعالیتهای روزانه (پیاده روی تند ، باغبانی ، بالا رفتن از پله ها و ...) و فعالیتهای سازماندهی شده (شنا ، دویدن آرام ، دوچرخه سواری و ...) میشوند. بایستی ورزش به آرامی شروع و بتدریج اضافه شود و به اندازه ای ادامه یابد که احساس خستگی مطبوعی در شما بوجود بیاید. قبل از شروع ورزش خود را با حرکات ورزشی ملایم و نرمش گرم کنید و بطور ناگهانی نیز ورزش را قطع نکنید بلکه برای چند دقیقه با حرکات ملایمتر به ورزش ادامه دهید. بیمارانی که بی نهایت چاق هستند ، ممکن است با اجرای فعالیتهای بدنی معمول مشکل داشته باشند اما میتوانند فعالیتهایی داشته باشند که بر اساس وضعیت آنان تطبیق داده شده است (مانند انجام حرکات با صندلی ، تمرینات بر روی زمین ، تمرین یا شنا در آب و) . برای اغلب بیماران چاق تمرینات باید به آهستگی و بتدریج شروع شود و بتدریج بر شدت آن افزوده گردد.

انجام فعالیت بدنی به همراه رژیم غذایی به نسبت یک رژیم غذایی بدون فعالیت بدنی ، بیشتر در کاهش خطر بیماری قلبی - عروقی موثر است . فعالیت بدنی به تنهایی کمتر از رژیم غذایی تنها ، در کاهش وزن خون در ۶ ماه موثر است اما در پیشگیری از بازگشت وزن مفید تر است .

افراد مبتلا به بیماریهای قلبی ، ریوی یا متابولیکی و کسانی که نشانه ها یا علائم بیماری قلبی ، ریوی یا متابولیکی دارند ، لازم است قبل از شروع فعالیت و ورزش نسبت به انجام مشاوره با پزشک و در صورت نیاز تست ورزش اقدام نمایند.

۳- رفتار درمانی :

برای مراقبت از وزن باید تغییرات دراز مدتی در عادات و رفتار غذا خوردن و فعالیت بدنی ایجاد کرد، ازجمله:

- تغییر هدفهای غیر واقعی و عقاید غلط
- جلب حمایت اجتماعی از طرف خانواده ، دوستان و همکاران
- نهادینه کردن رفتارهای صحیح و تغییرات مناسبی که برای کاهش وزن اتخاذ شده در زندگی روزمره (به جای توجه به مقدار وزن از دست داده)
- مقابله با موانع روانی و مشکلات اجتماعی و فیزیکی برای انجام ورزش
- تغییر عادات در رفتارهای غذایی (کاهش سرعت غذاخوردن ، جویدن هرلقمه غذایی به مدت طولانی تر ، گذاشتن قاشق و چنگال روی بشقاب پس از هر بار برداشتن لقمه ، کشیدن غذا در ظرف کوچکتر ، اجتناب از همزمانی غذا خوردن با سایر فعالیتهای تفریحی و تلوویزیون و خواندن کتاب ، خودداری از خرید مواد غذایی نامناسب مانند نوشابه ، چیپس ، شیرینی و ... ، استفاده از میوه ها و سبزی های تازه برای میان وعده ، ترک میز غذا پس از صرف غذا و اجتناب از خوردن بی جهت غذا مثلا" خوردن باقی مانده غذای بچه ها)

۴- دارو درمانی :

برای افراد چاق که بعد از ۳ تا ۶ ماه توصیه به تغییر شیوه زندگی ، تغییری در وزن خود نداشته اند ، بر اساس دستور پزشک انجام میشود.

درمان دارویی باید همراه با اصلاح شیوه زندگی باشد و بیماران تحت درمان باید بطور منظم برای تعیین تاثیر دارو و تداوم درمان تحت پایش و مراقبت قرار گیرند. اگر بیمار بعد از ۴ هفته درمان دارویی ، ۲ کیلو گرم از وزن خود را از دست ندهد ، احتمال اینکه دارو موثر باشد ، بسیار کمتر است.

۵- جراحی

یکی از راه های درمان چاقی است که در صورت موثر نبودن سایر روشها ، توصیه میشود . چاقی خطرناک (اضافه وزن ۴۵ کیلوگرم تا ۱۰۰ در صد بیشتر از وزن ایده آل) در مردان ۴۴ – ۲۵ سال ، خطر مرگ را ۶ تا ۱۰ برابر افزایش میدهد.

انجام جراحی صرفا بر اساس نظر پزشک و پس از آشنایی کامل بیمار با عوارض آن قابل اجرا خواهد بود.

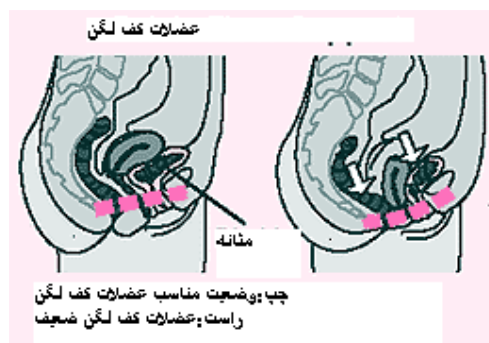
ضعف عضلات کف لگن

و

بی اختیاری ادراری

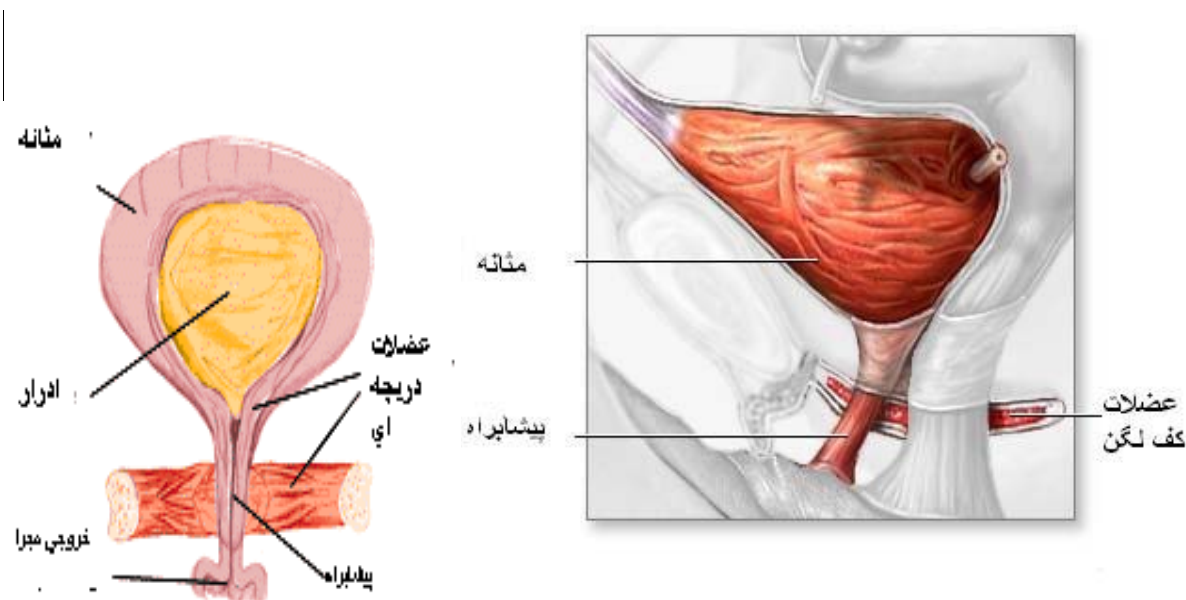
پرولاپس تناسلی و بی اختیاری ادراری

پرولاپس تناسلی لفظ علمی برای افتادگی رحم و مثانه است که بین عامه مردم مصطلح شده است و به معنی بیرون زدگی یا خروج نسوج و دیواره های جدار واژن از مدخل واژن است که شدت آن متفاوت بوده و از شل شدن دیواره های واژن در موارد خفیف آن تا خروج کامل رحم از مدخل واژن متفاوت است. در بسیاری از موارد پرولاپس تناسلی با بی اختیاری ادراری همراه است و معمولاً بدلیل این شکایت افراد به کلینیک ها مراجعه میکنند.



علت پرولاپس تناسلی و بی اختیاری ادرار چیست؟

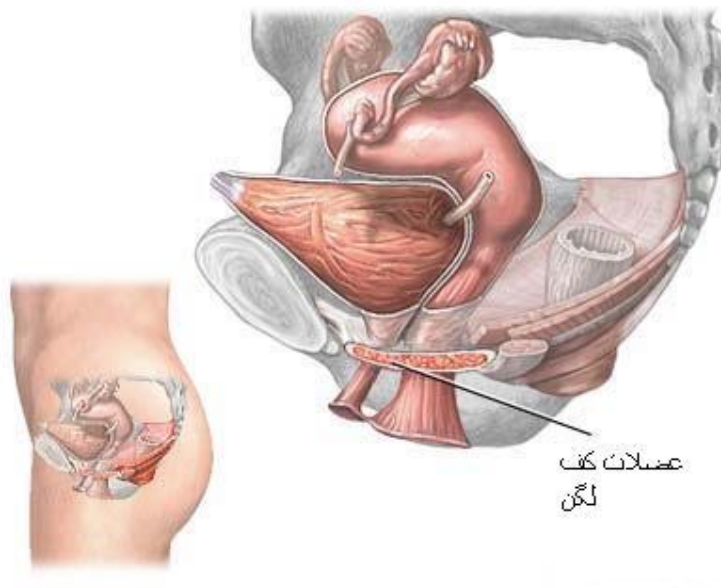
رحم ، واژن و مثانه داخل فضای لگن قرار دارند و حفظ این اعضا در محل طبیعی خود در داخل لگن بوسیله عضلات و رباط ها و ساختمانهای غشائی میسر میگردد. بطوریکه اختلال در عصب دهی یا کاهش استحکام ساختمانهای عضلانی سبب تضعیف حمایت مثانه وروده ها و دیواره های واژن میشود.



چگونه عضلات لگن ضعیف می شوند؟

عضلات لگن به کنترل دفع ادرار کمک میکند. در زنان حاملگی، زایمان و افزایش وزن و در مردان، جراحی پروستات می تواند باعث ضعف این عضلات شود و ضعف عضلات ممکن است باعث خروج بی اختیار ادرار شود. استحکام ذاتی عضلات و بافت همبندی افراد متفاوت بوده و بعلاوه افزایش سن و بیماری مزمن مثل سرفه و یبوست مزمن میتواند منجر به ضعف بافت شود. خوشبختانه عضلات لگن مانند سایر عضلات با تمرینات ورزشی تقویت می شوند و نهایتاً باعث بهبود عملکرد مثانه می شود.

کسانیکه دچار بی اختیاری ادرار هستند ممکن است با انجام تمرینات خاص این عضلات که کگل یا ورزشهای کف لگن نامیده میشود، کنترل بیشتری در دفع ادرار داشته باشند. بی اختیاری ادرار در زنان شایعتر از مردان است. در این متن در مورد ورزش کگل در زنان توضیح می دهیم.



کدام عضلات مثانه را حمایت میکنند؟

لگن به کمک استخوانها، عضلات و غشا های آن باعث حمایت احشا داخل لگن میشود. در میان این عضلات، دو عضله بیشترین کار را انجام می دهند. بزرگترین عضله به شکل یک گهواره به اطراف متصل است و عضله دیگر مثلث شکل می باشد. اینها همان عضلاتی هستند که شما باید برای توقف بی اختیاری ادرار آنها تقویت کنید.

نحوه انجام ورزشهای کگل:



شما می‌توانید در اکثر مواقع تمرینات را انجام دهید مثلاً در هنگام تماشای تلویزیون، رانندگی، انجام امور دفتری و اداری، حتی در موقع بلند کردن اجسام، ورزش و پرش و در حال دراز کشیدن.

این تمرینات بسیار ساده هستند. در هر وضعیت چه نشسته، چه ایستاده و چه در حالت دراز کشیده کافی است عضلات بین مجرای ادرار و مقعد را منقبض و به سمت داخل بکشید و در این حالت (وضعیت انقباض) تا شماره ده بشمارید (ده ثانیه)، بعد ۱۰ ثانیه استراحت بدهید می‌توانید بطور معکوس شمارش کنید. این کار را روزانه بین ۳-۴ بار و هر بار ۱۰ انقباض تکرار کنید. برای اینکه اثرات ورزش ملموس شود لازم است تا این تمرینات حداقل ۶-۱۲ هفته تداوم داشته باشد.

رفته رفته خواهید توانست در هر زمان که خواستید انقباض و استراحت عضله را متوقف کنید و به این ترتیب کنترل عضله را بدست خواهید آورد این عضلات همانهایی هستند که کنترل ادرار را بعهده دارند.

در حقیقت مانوری که به کمک آن ضمن ادرار کردن جریان ادرار را متوقف می‌کنید تمرینات کگل می‌باشد.

روش دیگر این است که ابتدا عضلات لگن و سپس عضلات مقعد را سفت نموده برای چند ثانیه در این حالت حفظ کرده و سپس به ترتیب اول عضلات مقعد و بعد لگن را شل نمود.

چند نکته :

*پیش از عطسه کردن و یا پریدن و بلند کردن اجسام سنگین عضلات لگن را منقبض کنید.

*به خاطر داشته باشید که اگر ورزش سبب بهتر شدن کنترل ادرار شده بایستی برای حفظ

تداوم این اثر ورزش را ادامه دهید.

*از آثار مفید تقویت عضلات کف لگن بهبود انجام مقاربت است .

* حتی به خانم ها ضمن حاملگی و پس از آن توصیه می شود تا برای حفظ قدرت عضلات لگن این

ورزشها را انجام دهند.

* در بعضی کشورها وسایلی وجود دارد که می تواند به فرد کمک کند تا ورزش های کگل را بطور

استاندارد انجام دهد.

*در موارد شدید ضعف عضلات کف لگن، اصلاح و رفع بیرون زدگی رحم و یا دیواره های واژن در اکثر مواقع نیازمند جراحی است .

AACE osteoporosis guideline –Endocrine practice vol9 no.6 november/December 2003

APLAR Journal of Rhumatology 2006;9:24-36 Calcium supplement guidelines – University of Arizona- College of Agriculture

Assessment of soy phytoestrogens on bone turnover indicators menopausal women in Iran

Climacteric 2007;10:46-50 Depressed mood through women,s reproductive cycle

Current Family Medicine Diagnosis & Treatment

Family planning A global handbook for providers (who)

Guidelines for diagnosing , prevention & treatment o osteoporosis in Asia APLAR JOURNAL OF RHEUMATOLOGY2006

Guidelines of SIGN for osteoporosis

Health Plan of Nevada – urinary incontinence guide lines 2004

Management of menopause related symptoms-AHR

Management of osteoporosis,national clinical guideline ,clearinghouse-2003

Menopause watch : Evidence-based treatment of menopause

Medscape-Vitamin D: Important for prevention of osteoporosis,cardiovascular Heart -2005-south med J

NIHconsensus development program for osteoporosis- 2000

post menopausal bleeding Guidelines of SIGN

Science of food &agriculture J 1999 -76:404-410

Screening for osteoporosis –New England Journal of med -2005,353:164-71

seattle cancer care alliance – osteoporosis nutrition guidelines 2002

UP to date2006 –preparation for postmenopausal hormone therapy

Vitamin & mineral requirements in human nutrition 2004 –WHO,FAO

آندوکرینولوژی بالینی زنان و نا باروری اسپیروف

بررسی تاثیر ویتاگنوس و پاسی پی بر گرگرفتگی دوران یائسگی زنان – افسانه کاظمیان و....-۱۳۸۴-شهر کرد

بررسی تاثیر ویتاگنوس بر برخی از عوارض زودرس یائسگی – عباس پورزهر و.....-۱۳۸۴ –سیزوار

بررسی تاثیر پروتئین ایزوله سویا بر گرگرفتگی زنان یائسه – زهرا عباس پورو..... – ۱۳۸۲

تاثیر برنامه آموزشی در زمینه یائسگی به همسران بر میزان اضطراب و افسردگی دوران یائسگی زنان – نرجس بحری و....-۱۳۸۶

سمینار بهبود کیفیت زندگی در زنان یائسه - دانشگاه شهید بهشتی و معاونت سلامت وزارت بهداشت

شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در مراحل مختلف یائسگی در زنان کرمانشاه – ۱۳۸۲- ماهرخ دولتیان و ...

مامایی و زنان دنفورث

مقایسه اختلال عملکرد جنسی زنان قبل و بعد از یائسگی –سرور آرمان و...-۱۳۸۲-اصفهان

