

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دعای پیش از مطالعه

اَللّٰهُمَّ اَخْرِجْنِيْ مِنْ ظُلُمَاتِ الْوَهْمِ وَاكْرِمْنِيْ بِنُورِ الْفَهْمِ
اَللّٰهُمَّ افْتَحْ عَلَيْنَا اَبْوَابَ رَحْمَتِكَ وَاَنْشُرْ عَلَيْنَا خَزَائِنَ عُلُوْمِكَ
بِرَحْمَتِكَ يَا اَرْحَمَ الرَّاحِمِيْنَ

پروردگارا، خارج کن مرا از تاریکی های فکر و کرامی بدار به نور فهم
پروردگارا، بکشای بر ما درهای رحمت را و بکستران کنج های دانشت را به امید رحمت
تو ای مهربان ترین مهربانان

بیایید به حقوق دیگران احترام بگذاریم

دوست عزیز، این کتاب حاصل دسترنج چندین ساله ی مؤلف، مترجم و ناشر آن است. تکثیر و فروش آن به هر شکلی بدون اجازه از پدیدآورنده کاری غیراخلاقی، غیرقانونی، غیرشرعی و کسب درآمد از دسترنج دیگران است، نتیجه ی این عمل نادرست، موجب رواج بی اعتمادی در جامعه و بروز پی آمدهای ناگوار در زندگی و محیط ناسالم برای خود و فرزندانمان می گردد.



درسنامه کلیات بهداشت عمومی

ویژه کارشناسی ارشد رشته‌های

مدیریت سلامت، ایمنی و محیط زیست (HSE)

تألیف و گردآوری:

جلال عبداللہی کلخوران

(کارشناسی ارشد HSE دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

مہیار عبدی پنبہ چولہ

(کارشناسی ارشد مهندسی بهداشت محیط دانشگاه علوم پزشکی تهران)

سرشناسه

: عبداللهی کلخوران، جلال، ۱۳۶۹-، گردآورنده

عنوان و نام پدیدآور

: AGK درسنامه کلیات بهداشت عمومی: ویژه کارشناسی ارشد رشته‌های مدیریت سلامت، ایمنی و محیط زیست (HSE) / تألیف و گردآوری جلال عبداللهی کلخوران، مهیار عبدی پنبه‌چوله.

مشخصات نشر

: تهران: آناهید گستر خلیلی، ۱۴۰۳.

مشخصات ظاهری

: ۱۵۰ ص.: جدول؛ ۲۹×۲۲ س.م.

فروست

: آناهید گستر خلیلی = AGK: Anahid Gostar Khalili ؛ 1588.

شابک

: 978-622-4907-28-8

وضعیت فهرست‌نویسی

: فیپا

موضوع

: بهداشت همگانی -- راهنمای آموزشی (عالی)

Public health -- Study and teaching (Higher)

بهداشت -- راهنمای آموزشی (عالی)

Hygiene -- Study and teaching (Higher)

شناسه افزوده

: عبدی پنبه‌چوله، مهیار، ۱۳۶۷-، گردآورنده

رده‌بندی کنگره

: RA۴۴۰

رده‌بندی دیویی

: ۶۱۴/۰۷۶

شماره کتابشناسی ملی

: ۹۸۰۰۰۳۵



انتشارات آناهید گستر خلیلی

نام: AGK درسنامه کلیات بهداشت عمومی

(ویژه کارشناسی ارشد رشته‌های مدیریت سلامت، ایمنی و محیط زیست (HSE))

تألیف و گردآوری: جلال عبداللهی کلخوران . مهیار عبدی پنبه‌چوله

ناشر: آناهید گستر خلیلی

نوبت و سال چاپ: اول. ۱۴۰۳

شمارگان: ۱۰۰۰

چاپ و صحافی: گیلان

مدیر تولید: امیرحسین خلیلی

مدیر فنی و هنری: مریم آرده

تایپ و صفحه‌آرایی: بیتا اندوژفر

بهاء: ۲۲۰۰۰۰ تومان

آموزشگاه/فروشگاه: ۰۲۱۶۶۵۶۸۶۲۱

مرکز پخش: ضلع جنوب غربی میدان انقلاب . جنب بانک پارسیان . مجتمع تجاری پارس . طبقه اول

مدیر فروش: ۰۹۱۹۱۶۸۵۹۷۰ (ارتباط از طریق پیامک)

 agkpublisher@gmail.com

 www.agkins.com

طلیحه سخن مدیر تولید:

سپردن کار به اهلش نشانه‌ی خردمندی است.

برای تولید بسته‌های آموزشی تمام تلاش خود را به کار گرفته‌ایم تا محصولی شایسته را تقدیم شما عزیزان نماییم.

مجموعه‌ای که پیش روی شماست براساس معتبرترین و به‌روزترین منابع کنکور و به قلم مجرب‌ترین اساتید تألیف شده است و مطالعه آن موجب صرفه‌جویی در زمان و هزینه شما خواهد شد.

ارائه بالاترین آمار قبولی در کنکور کارشناسی ارشد و دکتری در دهه اخیر بیان‌گر توانایی این مجموعه در راستای اهداف آموزشی خود می‌باشد. اینک با اتکا به تجربه‌ای ۱۷ ساله می‌توانیم ادعا کنیم که مجموعه حاضر، بی‌شک از جمله کامل‌ترین و به‌روزترین بسته‌های آموزشی موجود در عرصه کنکور می‌باشد.

❧ برخی از ویژگی‌های بسته‌های آموزشی:

- منطبق با معتبرترین و به‌روزترین منابع کنکور
- گردآوری و تألیف توسط مجرب‌ترین اساتید کنکور
- تدریس مطالب از سطح پایه تا پیشرفته به بیان ساده و روان
- انتقال بهتر مفاهیم با استفاده از شکل، جدول و نمودار
- تألیف مبتنی بر نحوه‌ی طراحی سوالات کنکور
- مطالعه یک منبع منسجم به جای مطالعه چندین منبع مختلف
- منبعی خودآموز و بدون نیاز به مدرس

اینک علاوه بر مطالعه بسته‌های آموزشی استفاده از خدمات و محصولات زیر را به عنوان ضمانتی برای قبولی به شما داوطلبان عزیز توصیه می‌کنم؛

❧ آزمون‌های آزمایشی: خوش بود گر محک تجربه آید به میان

داوطلب شجاع کیست؟ داوطلبی است که خود را مورد سنجش (خود را با خود) و ارزیابی (خود را با دیگران) قرار دهد تا پیش از کنکور به نقاط ضعف خود پی ببرد و آن‌ها را تقویت نماید. آزمون‌های آزمایشی دارای یک برنامه‌ریزی منسجم است و به شما اولتیماتوم می‌دهد. یعنی شما باید در یک زمان معین مطالب معینی را مطالعه نمایید.

آزمون‌های آزمایشی مجموعه دارای سوالات استاندارد، پاسخنامه تشریحی و کارنامه تحلیلی می‌باشد. صادقانه شرکت در آزمون‌های آزمایشی را به شما عزیزان توصیه می‌کنم.

❧ مشاوره تخصصی و برنامه‌ریزی: زیر نظر حرفه‌ای‌ها درس بخوانید ...

در صورتی که نمی‌توانید با توجه به زمان آزادتان برنامه‌ی مطالعاتی استاندارد را برای خود تدوین کنید حتماً از افراد متخصص کمک بخواهید. افرادی که تجربیات خود را صادقانه در اختیار شما قرار می‌دهند و برنامه‌ریزی مناسب با شرایط شما را انجام می‌دهند.

📖 کتاب تست:

کوچک‌ترین واحد یادگیری در کنکور، تست است. شما می‌توانید برای این‌که سطح یادگیری خود را پس از مطالعه بسنجید از کتاب‌های تست مجموعه (تست کنکور) و ماطراحان (تست‌های تألیفی) استفاده کنید. این کتاب‌ها به‌صورت موضوعی طبقه‌بندی شده‌اند و می‌توانند نحوه‌ی طرح سوالات کنکور و سطح آن‌ها را به‌صورت واضح به شما نشان دهند.

📖 درسنامه‌های نکات داغ و کتاب‌های الگوریتم مناسب‌ترین منابع برای دوران مرور و جمع‌بندی:

بیش‌تر داوطلبان حین مطالعه نگران خلاصه‌نویسی و مرور آموخته‌های خود هستند و برای خلاصه‌نویسی زمان زیادی را صرف می‌کنند. اینک به شما مژده می‌دهیم که این‌بار زمان به نفع شما در حال گذر است و دیگر با استفاده از درسنامه‌های نکات داغ و کتاب‌های الگوریتم نیاز به خلاصه‌نویسی ندارید.

شما می‌توانید نظرات، انتقادات و پیشنهادهای سازنده خود را در مورد بسته‌های آموزشی به شماره‌تلفن همراه ۰۹۱۹۱۶۸۵۹۷۰ فقط و فقط پیامک نمایید.

مشاور و مدیر تولید

امیرحسین خلیلی

طلیحه سخن مؤلف:

تقدیم به دو بال برای پروازمان...

پدر و مادر عزیزمان

شک نکن!

درست در لحظه‌ی آخر، در اوج توکل و در نهایت تاریکی نوری نمایان می‌شود.

معجزه‌ای رخ می‌دهد و خدا از راه میرسد ...

خدای بزرگ را شاکریم که توفیق تدوین این درسنامه را به ما عطا فرمود. درسنامه حاضر حاوی نکات منابع مختلف آزمون

کارشناسی ارشد و دکتری می‌باشد که پس از مطالعه دقیق و تطبیق آن‌ها با هم، گردآوری شده است.

امید است برای آن دسته از دانشجویان عزیزی که به دلیل مشکلات زمانی و مالی توانایی مطالعه تمامی منابع معرفی شده را

ندارند، مفید واقع شود.

و در پایان وظیفه خود می‌دانیم از اساتید محترم دانشکده سلامت و ایمنی محیط زیست، دانشکده بهداشت دانشگاه

علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و تمامی عزیزانی که ما را در این راه همراهی نمودند،

صمیمانه تشکر و قدردانی داشته باشیم.

باشد که گوشه‌ای از زحمات این عزیزان جبران شود.

با احترام

مهیار عبدی پنبه‌چوله

جلال عبداللهی کلخوران

فهرست مطالب

صفحه

فصل و عنوان

فصل اول: کلیات بهداشت عمومی در یک نگاه	۹
فصل دوم: سلامت و بیماری	۱۱
فصل سوم: بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه	۱۸
فصل چهارم: سازمان‌های بهداشت بین‌المللی و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی در ایران	۲۳
فصل پنجم: کلیاتی درباره مراقبت‌های بهداشتی خانواده، مادران و کودکان	۴۲
فصل ششم: عفونت‌های بیمارستانی و راه‌های کنترل آن	۴۹
فصل هفتم: واکسیناسیون، برنامه و راهنمای ایمن‌سازی علیه بیماری‌ها	۵۹
فصل هشتم: بهداشت روان	۸۱
فصل نهم: تغذیه و بهداشت	۸۸
فصل دهم: کلیات بهداشت محیط	۱۱۵
فصل یازدهم: کلیات بهداشت حرفه‌ای	۱۲۹

فصل

۱

کلیات بهداشت عمومی در یک نگاه

مفهوم بهداشت عمومی

بهداشت عمومی عبارتست از مجموعه دانش و هنر پیشگیری از بیماری و تأمین، حفظ و ارتقای تندرستی و توانمندی بشر با استفاده از تلاش دسته جمعی که منجر به توسعه جامعه شود (این مفهوم در حوزه زندگی انسان گسترش یافته و به طریقی ضامن سلامت فرد و جامعه به‌شمار می‌رود) از این‌رو از دیدگاه جهانی مطابق تعریف استاندارد که سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization-WHO) از سلامتی ارائه کرده است، میدان رسالت‌ها، سیاست‌ها و وظایف و فعالیت‌های بهداشت عمومی، جهان شمول گردیده و از فرد به سمت جامعه جهانی پیشروی می‌کند (از دیدگاه فوق، سلامت عبارتست از تأمین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی که معنای آن تنها به نبودن بیماری و نقص عضو، محدود نشده بلکه شامل سه محور جسم، روان و جامعه می‌شود و لذا هرگونه نقص و آسیبی که به هریک از محورهای سه‌گانه وارد شود، تعادل فرد را برهم زده و منجر به نبود سلامت می‌شود).

رسالت و وظیفه اصلی بهداشت عمومی، استقرار تندرستی جامع و فراگیر و با کیفیت تک‌تک افراد جامعه است شایان ذکر است که یکی از عوامل مؤثر بر بهداشت عمومی، شرایط و مقتضیات گوناگونی است که سلامت فرد و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (به عبارت ساده‌تر هر عاملی که از نظر جسمی، روانی و اجتماعی، فرد را متأثر سازد بر سلامت او و سایر افراد جامعه مؤثر خواهد بود و لذا بهداشت عمومی در اجرای وظایف و مأموریت خود تحت تأثیر این عوامل دگرگون و متحول می‌شود و حاصل چنین تعاملی انعطاف‌پذیری بهداشت عمومی در برابر شرایط و بروز تغییر و تحولاتی است که بر سلامت فرد و جامعه، اثرگذار است).

وظایف بهداشت عمومی

- تعیین نیازهای بهداشتی و شناسایی عوامل و خطراتی که سلامت فرد و جامعه را تهدید کند.
- اولویت‌بندی نیازها و تعیین سیاست‌ها و برنامه‌ها و اقدام برای پاسخ به نیاز مربوطه
- ارزشیابی وضعیت بهداشتی جامعه و یافتن نقاط قوت و ضعف آن
- تعیین سیاست‌ها و برنامه‌های کوتاه و درازمدت و هماهنگ با تدابیر سازمان جهانی بهداشت برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت فرد و جامعه

فصل

۲

سلامت و بیماری

۱۱ برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی با هدف ارتقاء، حفظ و تأمین سلامت افراد یکی از ارکان مهم پیشرفت هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهد. در اصول سوّم، بیست و نهم و چهل و سوّم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به ضرورت تأمین بهداشت و درمان به‌عنوان نیازهای اساسی مردم تأکید شده است. زیرا سلامت افراد جامعه وسیله‌ای برای تکامل انسان است.

یکی از اساسی‌ترین مسائل برای نیل به هدف دستیابی به سلامتی، آشنایی با مفاهیم مربوط به سلامت و بیماری و نگرش صحیح در مورد سلامتی است و از آن‌جا که برای شناخت هر علمی آگاهی از مفاهیم و واژه‌های متداول در آن علم ضروری است در اینجا تعاریف و مفاهیم علم بهداشت به خصوص واژه‌های مربوط به سلامت و بیماری، طیف سلامتی، ابعاد سلامتی، شاخص‌های سلامتی و کیفیت زندگی و ارزیابی آن را مورد بحث قرار می‌دهیم زیرا کارکنان خدمات بهداشتی که در سطح ملی و بین‌المللی فعالیت دارند اگر برداشت یکسانی از مفاهیم مربوط به سلامت و بیماری نداشته باشند تعیین و تفسیر شاخص‌های مربوط به آن و نیز مبادله اطلاعات علمی به خوبی امکان‌پذیر نخواهد بود.

تعریف سلامت (Health)

سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد، ضمن این‌که سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد. قدیمی‌ترین تعریفی که از سلامتی شده عبارت است از بیمار نبودن.

تعریف سلامت از دید طب سنتی

برای انسان چهار طبع مخالف دموی، بلغمی، صفراوی و سوداوی قائل بودند و اعتقاد داشتند که هرگاه این چهار طبع مخالف در حال تعادل باشند فرد سالم است و زمانی که تعادل میان طبایع چهارگانه مختل شود بیماری عارض می‌شود.

تعریف سلامت از دید فرهنگ وبستر (Webster)

سلامتی را وضعیت خوب جسمانی و روحی و به خصوص عاری بودن از درد یا بیماری جسمی می‌داند.

تعریف سلامت از دید فرهنگ آکسفورد (Oxford)

سلامتی را وضعیت عالی جسم و روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و مؤثر انجام شود می‌داند.

تعریف سلامت (نرمال) از دیدگاه آماری

معمولاً براساس توزیع فراوانی، افراد را به دو جمعیت طبیعی و غیرطبیعی (بیمار و سالم) تقسیم می‌کنند به فراوان‌ترین رویداد یا عادی‌ترین حالت، طبیعی اطلاق می‌شود. در الگوی آماری تمام مقادیر کم‌تر و بیش‌تر از دو انحراف معیار از میانگین غیرطبیعی است (با فرض توزیع نرمال)

معایب تعریف آماری نرمال

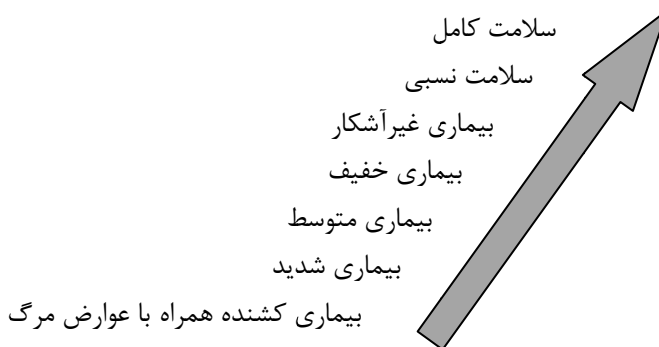
- باید برای هر جامعه جداگانه تعیین شود (خصوصیاتی مثل قد و وزن)
 - تمام صفحات تابع توزیع نرمال نیستند.
 - گاهی شایع بودن یک صفت ناهنجار به خصوص در بعد روانی و یا اجتماعی باعث می‌شود که به‌عنوان یک وضعیت نرمال و طبیعی تلقی گردد.
- به هر حال نهایتاً باید گفت مفهوم سلامتی، مطلق نبوده و نسبی است و هر فرد در مقایسه خود با شرایط قبلی‌اش و یا مقایسه خود با دیگران آن را معنی می‌کند و در زمان‌ها و مکان‌های مختلف ممکن است مفهوم آن متفاوت باشد. اگر بخواهیم یک تعریف علمی و عینی از سلامتی ارائه دهیم باید بگوییم سلامتی عبارت است از فقدان بیماری و داشتن تعادل جسمی و روانی.

تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت

سلامت عبارت است از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو. تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، یک تعریف ایده‌آل و عملاً دست نیافتنی است زیرا با توجه به این تعریف نمی‌توان فردی را پیدا کرد که در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم باشد، ضمن این‌که در عمل هم نمی‌توان مرزی بین سلامت و بیماری در نظر گرفت، در حقیقت این تعریف مشابه قله مرتفعی است که هیچ کس نمی‌تواند آن را فتح نماید ولی تلاش همه افراد باید به سمت آن باشد و از طرفی باید برای سطح سلامتی، طیفی قائل شد.

طیف سلامت و بیماری

چنان‌چه قبلاً گفته شد سلامتی و بیماری مرز مشخصی ندارند و در نتیجه بهتر است برای سلامتی طیفی در نظر بگیریم که یک طرف آن سلامت کامل و طرف دیگر مرگ قرار دارد.



مسئله مهم این است که در طب بالینی و بررسی‌های اپیدمیولوژیک باید مرز سلامت و بیماری را مشخص کرد، گرچه گاهی در این مرزبندی ممکن است بعضی از افراد سالم، بیمار و بالعکس عده‌ای از افراد بیمار، سالم تلقی شوند ولی عملاً ناچاریم به این مرزبندی تن دهیم.

ابعاد سلامتی

با توجه به تعریف سلامتی (تعریف WHO) متوجه می‌شویم که سلامتی یک مسئله چندبعدی حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می‌گیرند و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند. چنان‌چه مشکلات جسمی بر روان فرد مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آن‌ها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر می‌گذارند لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد.

فصل

۳

بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه

بهداشت برای همه (HFA – Health for all)

در بیانیه رسمی سوّمین مجمع جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۷ که به بیانیه آلماتا معروف است اعلام گردید که در دهه‌های آینده هدف اجتماعی و اصلی دولت‌ها و سازمان جهانی بهداشت باید دستیابی همه مردم جهان در سال ۲۰۰۰ میلادی به سطحی از سلامتی (سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی) باشد که امکان برخورداری از یک زندگی مؤثر و مولد را برای آنان فراهم آورد. در سال ۱۹۷۸ نیز کنفرانس مراقبت‌های اولیه بهداشتی در آلماتا (مرکز جمهوری قزاقستان) تشکیل گردید و روش دستیابی به بهداشت برای همه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC – primary Health Care) معرفی شد.

در سال ۱۹۸۱ توسط سازمان جهانی بهداشت استراتژی جهانی HFA تکمیل شد.

هدف، اصول استراتژیک و شاخص‌های دستیابی به HFA

بهداشت برای همه یک هدف واحد و محدود نیست بلکه جریانی است که به بهبود مداوم سلامت مردم منجر می‌شود. بهداشت برای همه به این معنی نیست که سال‌های آتی میلادی دیگر کسی بیمار و ناتوان نخواهد بود و گروه پزشکی را برای یکایک مردم جهان و ناخوشی‌های آنان تأمین خواهند کرد بلکه بدان معناست که:

- بهداشت پا می‌گیرد و در هر کجا که مردم زندگی و کار می‌کنند خدمات بهداشتی در اختیار آنان خواهد بود و
- مردم امکانات بهتری برای رشد و رسیدن به کهنسالی سالم و فعال را خواهند داشت و
- افراد و خانواده‌ها به شیوه قابل قبول و متناسب با توان و مشارکت خود به مراقبت‌های اساسی بهداشت دسترسی خواهند یافت.

هدف بهداشت برای همه بر پایه سیاست‌های زیر استوار است:

- بهداشت و تندرستی حق مسلم مردم است و تأمین آن یک هدف اجتماعی در سراسر جهان است.
- اختلاف موجود بین وضعیت بهداشتی مردم جهان، نگرانی مشترک تمام کشورهاست و باید به شدت کاهش یابد. بنابراین پایه و اساس استراتژی بهداشت برای همه توزیع عادلانه امکانات بهداشتی در بین کشورها و درون کشورها، به ترتیبی که به دسترسی عموم مردم به مراقبت‌های اولیه بهداشتی و خدمات پشتیبان آن بیانجامد باشد.

- حق و وظیفه مردم است که به صورت فردی و گروهی در برنامه ریزی و اجرای مراقبت‌های بهداشتی خودشان نقش داشته باشند. بنابراین مشارکت فعال مردم در شکل دادن به آینده بهداشتی و اقتصادی جامعه از عوامل اساسی در تحقیق استراتژی‌های بهداشت برای همه است.
- دولت‌ها در برابر بهداشت و تندرستی مردم که با فراهم نمودن امکانات اجتماعی و بهداشتی کافی امکان‌پذیر است، مسئولیت تام دارند. بنابراین برای تأمین بهداشت برای همه تنها تعهد وزارت بهداشت کافی نبوده و تعهد سیاسی دولت در سطح کلی ضرورت دارد.
- بهداشت و تندرستی باید به‌عنوان پایه و اساس توسعه اقتصادی و اجتماعی باشد. بنابراین تنها تلاش وزارت بهداشت در این زمینه کافی نیست.
- همکاری اجتماعی و اقتصادی بین کشورها در توسعه و اجرای استراتژی بهداشت برای همه نقش مؤثری دارد
- اگر قرار باشد دولت‌ها بهداشت برای همه را فراهم کنند باید در مسایل بهداشتی، متکی به خود بار آیند ولی این به معنای لزوم خودکفایی در بهداشت نیست زیرا برای تأمین و توسعه استراتژی‌های بهداشتی و فایق آمدن بر مشکلات، همکاری و مسئولیت بین‌المللی امری ضروری است.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی با مفاهیم و محتوای زیر کلید تحقیق بهداشت برای همه است.

- مراقبت‌های بهداشتی درمانی نه فقط به صرف و مؤثر، بلکه باید در حد استطاعت مردم و مورد قبول آنان باشد.
- مراقبت‌های بهداشتی درمانی باید به صورت عادلانه برای تمامی مردم فراهم آید و نه این‌که بیش‌ترین خدمات برای درصد کمی از مردم تأمین، و در مقابل گروه زیادی از حداقل مراقبت‌های بهداشتی، درمانی، محروم بمانند.
- افراد و جوامع باید در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزش‌یابی برنامه‌های بهداشتی درمانی مشارکت داشته و بهداشت باید به‌عنوان بخشی از توسعه اقتصادی و اجتماعی تلقی گردد.
- واحدهای ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید خدمات پیشگیری، درمانی، توان‌بخشی و اعتلایی را به‌طور ادغام‌یافته ارائه نمایند.

شاخص‌های جهانی به منظور پایش و ارزشیابی بهداشت برای همه در کشورها

- ۱- سیاست بهداشت برای همه باید در بالاترین سطح اداری در کشورها مورد تأیید باشد. به‌عنوان مثال مقامات طراز اول کشور در یک بیانیه رسمی، تعهد کشور را در مقابل بهداشت برای همه اعلام نموده و امکانات به مقدار کافی و عادلانه توزیع شود. مشارکت فعال مردم در برنامه‌ها تأمین گردد و ساختار مناسب همراه با مدیریت مناسب برای توسعه بهداشت کشور فراهم شده باشد.
- ۲- حداقل ۵٪ تولید ناخالص ملی (Gross National Products – GNP) برای بهداشت صرف شود.
- ۳- تدابیر لازم به منظور جلب مشارکت مردم در اجرای استراتژی بهداشت برای همه اتخاذ و به مرحله اجرا درآمده باشد.
- ۴- درصد قابل قبولی از بودجه بهداشتی کشور به مصرف خانه بهداشتی محلی برسد.
- ۵- توزیع عادلانه منابع و امکانات بهداشتی برای مناطق شهری و روستایی انجام گرفته باشد.
- ۶- استراتژی بهداشت برای همه برای کشور تنظیم، تدوین و انتشار یافته و امکانات لازم برای اجرای برنامه فراهم شده باشد.
- ۷- آحاد جامعه به مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل موارد زیر دسترسی داشته باشند:
 - آب سالم در منزل یا در فاصله‌ای که با ۱۵ دقیقه راهپیمایی دسترسی به آن حاصل آید.
 - ایمن‌سازی کودکان برعلیه شش بیماری واگیر دوران کودکی (دیفتری، کزاز، سیاه‌سرفه، سرخک، فلج اطفال و سل)
 - مراقبت بهداشتی درمانی در محل شامل دسترسی به حداقل ۲۰ قلم داروی اساسی با یک ساعت پیاده‌روی یا استفاده از وسیله نقلیه
 - وجود کارکنان تعلیم‌دیده برای مراقبت از حاملگی، زایمان و مراقبت از اطفال تا حداقل یک‌سالگی
- ۸- وضعیت تغذیه کودکان که با معیارهای زیر سنجیده می‌شود:
 - حداقل ۹۰ درصد نوزادان وزنی بالای ۲۵۰۰ گرم در هنگام تولد داشته باشند.
 - حداقل ۹۰ درصد کودکان از وزن مناسب برای سن برخوردار باشند.

فصل

۴

سازمان‌های بهداشت بین‌المللی و سازمان‌های
ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی در ایران

اولین سازمان‌های بهداشت بین‌المللی

پس از سال ۱۸۵۱ و تشکیل کنفرانس پاریس تا آغاز به‌کار سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۵ سازمان‌ها و ادارات بین‌المللی جهت هماهنگی و یکسان‌سازی کنترل بیماری‌ها تشکیل گردید که بعضی از آن‌ها عبارتند از:

– دفتر بهسازی پان‌امریکن: (PASB) Pan Americal Sanitary Bureau

این دفتر در سال ۱۹۰۲ در کشورهای آمریکایی تأسیس گردید که در درجه اول تأکید آن بر هماهنگی روش‌های مربوط به قرنطینه در کشورهای قاره آمریکا بود. در سال ۱۹۴۷ این دفتر تجدید سازمان یافت و سازمان تازه‌ای به‌نام سازمان بهسازی پان‌امریکن نامیده شد. در سال ۱۹۴۹ موافقت‌نامه‌ای به امضاء رسید که طی آن این سازمان به‌عنوان اداره منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در کشورهای آمریکایی انجام وظیفه نمایند. دفتر بهسازی پان‌امریکن نخستین سازمان بین‌المللی بهداشت جهان بود.

– اداره بین‌المللی بهداشت عمومی: (PIHO) Office interntional D'Hygiene Publique

کنفرانس بین‌المللی بهسازی در سال ۱۹۰۳ دفتر دائمی بهداشت بین‌المللی را تأسیس نمود. در دنبال تأسیس این دفتر در سال ۱۹۰۷ اداره بین‌المللی بهداشت عمومی معروف به اداره پاریس، برای انتشار اطلاعات مربوط به بیماری‌های واگیر و نظارت بر تدابیر بین‌المللی قرنطینه به‌وجود آمد. در ابتدا این اداره بیش‌تر جنبه اروپایی داشت. ولی بعداً با پیوستن شصت کشور دیگر و از جمله هندوستان به آن جنبه بین‌المللی به‌خود گرفت. این اداره علی‌رغم این‌که برای انجام کاوش در همه‌گیری‌ها کارمند میدانی نداشت، در انتشار دانش مربوط به بیماری‌های واگیر و راه مبارزه با آن‌ها و نیز درباره اطلاعات مربوط به انواع مشکلات بهداشتی مورد علاقه سراسر جهان، کارهای قابل ملاحظه‌ای نمود. این اداره تا سال ۱۹۵۰ به‌کار خود ادامه داد و در این سال مسئولیت‌های آن به سازمان بهداشت جهانی واگذار گردید.

– سازمان بهداشت جامعه ملل: The Heaith Organization of the League of Nations

پس از پایان جنگ جهانی اول (۱۹۱۸) جامعه ملل تأسیس گردید و به‌دنبال آن یک سازمان که هدف آن رسیدگی به موضوع‌های مورد علاقه بین‌المللی از نظر پیشگیری و مبارزه بود، در سال ۱۹۲۳ تأسیس گردید. از اقدامات چشمگیر آن می‌توان کارهای انجام شده در زمینه تغذیه، مالاریا، استاندارد کردن فراورده‌های بیولوژیک و بهداشت روستاها را نام برد. این سازمان به کنترل اپیدمی‌ها در چین کمک زیادی نمود.

– اداره رفاه و توانبخشی سازمان ملل: (UNRRA) The United Nations Relief and Rehabilitation Administration

در زمان جنگ جهانی عملاً سازمان بهداشت جامعه ملل و دفتر پاریس فعالیتی نداشتند. از سوی دیگر عوارض حاصل از جنگ، نظیر اپیدمی‌ها و معلولیت‌ها، تشکیلات گسترده بهداشتی را ایجاد می‌نمود. لذا در سال ۱۹۴۳ اداره فوق تاسیس گردید که یک بخش آن بهداشت بود که مراقبت از میلیون‌ها نفر افراد جابه‌جا شده، خدمات کمکی و اصلاح و احیای نظام مبادله اطلاعات درباره بیماری‌های همه‌گیر را برعهده داشت.

این اداره در پایان سال ۱۹۴۶ تعطیل شد و فعالیت‌های بهداشتی و کمک‌های اقتصادی آن توسط کمیسیون موقت سازمان بهداشت جهانی انجام و ادامه یافت.

– سازمان بهداشت جهانی: (WHO) World Health Organisation

آغاز کار سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۵ و در ضمن کنفرانسی بود که برای تاسیس سازمان ملل در سانفرانسیسکو برگزار گردید. در آن کنفرانس نمایندگان کشورهای چین و برزیل پیشنهاد تاسیس یک سازمان بهداشت بین‌المللی را نمودند. برای تاسیس چنین سازمانی، کنفرانسی در سال ۱۹۴۶ در نیویورک برگزار گردید تا چارچوب اساسنامه آن را تعیین نماید. اساسنامه سازمان توسط تعداد لازم از کشورهای عضو سازمان به تصویب رسید. تصویب نهایی اساسنامه در تاریخ هفتم آوریل ۱۹۴۸ انجام و WHO به‌طور رسمی به‌عنوان یک سازمان تخصصی و غیرسیاسی مربوط به بهداشت و از ادارات سازمان ملل، آغاز به کار کرد. روز هفتم آوریل که روز شروع فعالیت سازمان بهداشت جهانی است، به‌نام «روز بهداشت جهانی» همه ساله گرامی داشته می‌شود. انتخاب روز بهداشت جهانی در هر سال برای تمرکز خاص بر یک جنبه ویژه از بهداشت عمومی است. مقر سازمان بهداشت جهانی در ژنو قرار دارد.

۲۴

تشکیلات سازمان بهداشت جهانی

سازمان بهداشت جهانی از سه ارگان اساسی تشکیل شده است که عبارتند از:

(۱) شورای بهداشت جهانی

درحقیقت این ارگان به‌عنوان پارلمان بهداشت کشورهای عضو سازمان است که به‌طور سالانه در ماه مه و عموماً در مقر سازمان در ژنو تشکیل جلسه می‌دهد. شورا از نمایندگان اعزامی کشورهای عضو تشکیل می‌شود که هریک از آنان دارای یک رای هستند. وظایف این شورا عبارتست از:

(الف) تعیین سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشت بین‌المللی.

(ب) بررسی کارهای انجام شده در سال قبل

(ج) تصویر بودجه موردنیاز برای سال بعد

(د) انتخاب کشورهای عضو برای کمیته اجرایی در مدت سه سال آینده و تعیین جانشین برای اعضاء بازنشسته.

(۲) هیئت اجرایی

هیئت اجرایی در ابتدا ۱۸ عضو داشت که بعداً به ۲۴ نفر و سپس به ۳۰ نفر افزایش یافت و در سال ۱۹۷۶ شورای بهداشت تعداد افراد هیئت اجرایی را به ۳۱ نفر رسانید. اعضاء هیئت اجرایی باید از نظر فنی در رشته بهداشت متخصص باشند که توسط دولت‌های کشورهای خود انتخاب می‌شوند ولی نماینده کشور خود نیستند، در هر سال یک سوم از اعضا تغییر می‌یابند، هیئت اجرایی لااقل دو بار در سال تشکیل جلسه می‌دهد. کار اصلی هیئت اجرایی به اجرا درآوردن تصمیم‌ها و سیاست‌های شورای بهداشت جهانی است. هیئت اجرایی در موارد فوری (مانند بروز همه‌گیری‌ها، زلزله و سیل) که اقدام فوری را ایجاد می‌کند، می‌تواند خود اقدام نماید.

فصل

۵

کلیاتی درباره مراقبت‌های بهداشتی خانواده، مادران و کودکان

۴۲

بهداشت مادر و کودک و اهمیت: بهداشت مادر و کودک رشته‌ای است از بهداشت عمومی که مراقبت و محافظت کامل از زنان و کودکان را با هدف تأمین، نگهداری و ارتقاء سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنان از طریق خدمات بهداشتی، پزشکی و تغذیه‌ای و بهزیستی برعهده دارد.

اهمیت بهداشت خانواده

اهمیت هر قسمت از خدمات بهداشتی نسبت به جمعیت تحت پوشش آن قسمت مشخص می‌شود و چون بهداشت مادر و کودک بیش از نیمی از جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دهد دارای اهمیت ویژه‌ای است. می‌دانیم که بهداشت مادر و کودک مراقبت مادران در دوران بارداری (۴۹-۱۵ ساله) و کودکان تا سن بلوغ را به‌عهده دارد که براساس آخرین اطلاعات آماری منتشر شده، میهن اسلامی ما جمعیتی در حدود ۷۰ میلیون نفر دارد و تقریباً بیش از ۳۷٪ این جمعیت را کودکان زیر ۱۵ سال و حدود ۲۰٪ نیز زنان در سن باروری (۴۹-۱۵ سال) تشکیل می‌دهند، یعنی جمعیتی متجاوز از ۵۵٪ افراد جامعه را کسانی تشکیل می‌دهند که تأمین بهداشت آن‌ها به‌عهده بهداشت مادر و کودک است.

(۱) آسیب پذیر بودن مادران و کودکان در مقابل نارسائی‌های تغذیه و حساسیت آن‌ها در برابر بیماری‌ها با توجه به وضعیت فوق‌العاده مادران باردار و شیرده و نیز رشد سریع جنین و کودک

(۲) کودکان امروز سازندگان جامعه فردا و مدیران آن هستند، لذا تأمین سلامت آنان که جدا از سلامت مادران نیست یک سرمایه‌گذاری مطمئن و پربار برای فردای کشور است.

(۳) کاهش میزان مرگ و میر کودکان: میزان مرگ و میر کودکان بهترین شاخص وضع اقتصادی و اجتماعی و بهداشتی جهان است و بهترین شاخص برای سنجش وضع بهداشت یک جامعه نیز می‌باشد. به این نکته نیز باید توجه نمود که رسالت بهداشت مادر و کودک تنها در پایین آوردن مرگ و میر کودکان خلاصه نشده و باید پس از پایین آوردن میزان مرگ و میر خدماتی وجود داشته باشد، تا کودک به جمع توانایی‌های جسمی، عقلی، روانی و عاطفی خود برسد.

(۴) کاهش مرگ و میر مادران: این میزان نیز که مرگ و میر مادران را در ارتباط با عوارض زایمان یا عوارض حاملگی نشان می‌دهد مورد توجه بهداشت مادر کودک است و یکی از ثمرات اجرای مراقبت‌های دوران حاملگی و زایمان، کاهش این میزان است.

۵) کاهش بیماری‌های یزرگسالان که از عوارض غفلت و عدم مراقبت در دوران کودکی یا درمان ناکافی بیماری‌ها در این دوره و یا عوارض نابسامانی‌های دوره بارداری است.

۶) اهمیت جمعیت و تنظیم خانواده در ارتباط با بهداشت مادر و کودک
با رشد سریع جمعیت و مسائل دیگری که در این رابطه از نظر تغذیه، مسکن، بهداشت و غیره وجود دارد باید رابطه افزایش سریع جمعیت و ارتباط آن را با بهداشت مادر و کودک و لزوم کاهش سریع جمعیت را از نظرهای زیر مطرح نمائیم.

اولین مسئله بالابودن بارداری‌هاست که در آن انگیزه‌های متعددی تأثیر دارند که مهم‌ترین آن‌ها دلایل اقتصادی، سنن ملی و روستائی و ایلی، نوع خانواده، بعد خانوار، پای‌بندی به خانواده و علاقه به بقا و کامل بودن هرچه بیش‌تر آنست. به‌هرحال، مهم‌ترین مسئله زیادی تولدهاست و یا هر علتی که می‌خواهد باشد این بهداشت مادر و کودک است که باید زایمان‌ها را کنترل کند و این زایمان‌های فراوان و بی‌شمار، آفریننده مسائل زایشگاهی، مسائل مربوط به تغذیه مادران، پیشگیری از مرگ و میر مادران، بهداشت و پرستاری نوزادان و سایر مسائل مربوط به بهداشت کودکان است.
مسئله دوم، جمعیت جوان ایران است که حدود ۳۵٪ جمعیت ایران زیر ۱۵ سال قرار دارند که چنین ساختمان سنی و جمعیتی، بار سنگین بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده را به‌معنای اعم سنگین‌تر می‌کند که باعث عدم کنترل صحیح موارد بیماری و مرگ و میر می‌شود.

اهداف اصلی بهداشت مادر و کودک

اهداف اصلی عبارتند از:

- ۱) کاهش میزان مرگ و میر مادران و کودکان از طریق:
 - آموزش مادران در مورد مسائل خانواده، حاملگی و بچه‌داری و شیردادن به نوزادان و شیرخواران و نیز آموزش بهداشت همگانی، واکسیناسیون به‌موقع و کامل کودکان
 - کنترل رشد و تکامل شیرخواران و کودکان.
 - درمان بیماری‌های شایع کودکان
 - امکان فاصله‌گذاری منطقی بین تولد کودکان از طریق مشروع
 - ارائه کمک‌های غذایی به مادران و کودکان
 - ارائه خدمات بهداشتی اولیه به زنان باردار و شیرده و مادران نیازمند مراقبت‌های ویژه
- ۲) فراهم نمودن حداقل امکانات لازم برای زایمان سالم
- ۳) به حداقل رساندن عوارض دوران بارداری و بعد از زایمان
- ۴) جلوگیری از سقط‌های ناشی از حاملگی‌های ناخواسته
- ۵) کوشش در جهت جلوگیری از معلولیت‌ها و ارائه کمک‌های مشاوره‌ای و پزشکی به خانواده‌هایی که امکان تولد فرزند معیوب در آن خانواده وجود دارد.

دامنه خدمات بهداشت مادر و کودک

به‌طور کلی می‌توان گفت خدمات بهداشت مادر و کودک از قبل از ازدواج یک زن و یک مرد شروع و حداقل تا پایان دوران بلوغ در آنان ختم می‌گردد لذا مراحل زیر را شامل می‌شود:

- ۱) بهداشت پیش از ازدواج
- ۲) مراقبت‌های دوران بارداری
- ۳) مراقبت‌های دوران زایمان
- ۴) مراقبت‌های پس از زایمان
- ۵) تنظیم خانواده
- ۶) مراقبت‌های کودکان شامل:

الف) دوران نوزادی (از تولد تا پایان هفته ۴ بعد از تولد)

فصل

۶

عفونت‌های بیمارستانی و راه‌های کنترل آن

۴۹

در سال‌های اخیر ساختمان‌های جدید و مجهز به نام بیمارستان ساخته شده‌اند که انواع خدمات تشخیصی و درمانی را به بیماران ارائه می‌نمایند ولی گاهی این اقدامات به‌طور اجتناب‌ناپذیر به کسب عفونت‌های بیمارستانی توسط بیماران منجر می‌گردد که ممکن است حتی به فوت بیماران نیز بیانجامد.

تاریخچه عفونت بیمارستانی به سال‌ها قبل برمی‌گردد. در قرن هیجدهم و نوزدهم میلادی، زنان فقیر جهت زایمان به زایشگاه‌ها مراجعه می‌نمودند ولی میزان مرگ و میر در این مراکز به حدی زیاد بود که در سال ۱۸۵۰ میلادی، توماس لایت فوت (Tomas Lightfoot) در مجله پزشکی لندن نوشت: «بیمارستان‌ها دروازه‌های هدایت‌کننده زنان به سوی مرگ هستند».

در سال ۱۸۴۳، اولیور وندل هولمز (Oliver Wendell Holmes) مقاله‌ای در مورد قابلیت سرایت تب بعد از زایمان منتشر کرد و به روش‌هایی که به وسیله آن‌ها بتوان انتشار بیماری را به حداقل رسانید اشاره نمود. با این حال تغییرات چندانی در این زمینه حاصل نگردید تا این‌که سملاویز (Semmelweis) براساس مشاهدات خود در وین، فرضیه قابلیت سرایت تب بعد از زایمان توسط پزشکان و ماماها از طریق دست‌های آلوده به مواد نکروزه را مطرح ساخت و نشان داد که با شستشوی دقیق دست‌ها با مواد کلردار (آب آهک) می‌توان از این عفونت و نیز مرگ مادران جلوگیری کرد. فلورانس نایتینگل (Florence Nightingale) و ویلیام فار (William Farr) پس از آشنایی با یکدیگر در سال ۱۸۵۶، طی ۲۰ سال همکاری نشان دادند که مرگ و میر فراوان نیروهای ارتشی در بیمارستان ناشی از وجود بیماری‌های مسری و ازدحام بیماران است. مشاهدات آن‌ها به بهبود اقدامات بهداشتی و استاندارد کردن سیستم گزارش‌دهی مرگ و میر بیماران نظامی منجر گردید.

فلورانس برای اولین بار نظام مراقبت عفونت بیمارستانی توسط پرستاران شاغل (گزارش موارد مرگ و میر بیماران توسط پرستاران) را وضع نمود. ویلیام فار همچنین شیوع بیش‌تر مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیر را در بین پرستاران و سایر کارکنان بیمارستان نشان داد.

در سال ۱۸۶۰، دکتر جیمز سیمپسون (Dr. James Simpson) مرگ و میر به دنبال آمپوتاسیون در بیمارستان‌های بزرگ را مطرح کرد و بر ایزولاسیون بیماران و تعدد بستری کم‌تر بیماران در هر اتاق بیمارستان و در نتیجه کاهش احتمال انتشار عفونت در بیمارستان تأکید نمود. لیستر (Lister) در سال ۱۸۶۷ نتایج بررسی‌های خود را منتشر کرده و نشان داد

که با فرو بردن انگشتان دست در ماده ضد عفونی کننده و تمیز کردن موضع عمل قبل از جراحی، می‌توان از عفونت زخم جلوگیری نمود. جراحان آلمانی، روش‌های لیستر را به سرعت پذیرفتند و تا سال ۱۹۱۰ میلادی، وسایل جراحی، گان، ماسک و دستکش‌های استریل در بیمارستان‌های بزرگ دانشگاهی به صورت استاندارد مورد استفاده قرار گرفت. به کارگیری روش ضد عفونی، عفونت‌های جراحی را تحت کنترل درآورد. ملنی (Meleney)، جراح و باکتریولوژیست، در نیویورک بر ثبت موارد عفونت جراحی و برقراری نظام مراقبت عفونت‌های زخم به صورت فعال تأکید ورزید. در سال ۱۹۲۹، دوکز (Dukes) متوجه شد که به دنبال استفاده از کاتتر متمکن ادراری، بروز عفونت دستگاه ادراری اجتناب‌ناپذیر است. وی در مقاله‌ای به یک روش آسان و کمی آزمایشگاهی جهت تشخیص عفونت ادراری اشاره کرد. پس از سال ۱۹۳۵ و با کشف آنتی‌بیوتیک، فرضیه استفاده از آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی مطرح گردید، در سال ۱۹۵۸ مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (CDC)، کنفرانسی را در مورد عفونت‌های استافیلوکوکی برگزار نمود. ویلیامز (Williams) در سال ۱۹۶۰، کتابی در مورد عفونت‌های بیمارستانی منتشر نمود. در نهایت مور (Moore) و همکارانش بر نقش اساسی پرستار کنترل عفونت در زمینه فعالیت‌های کنترل عفونت در بیمارستان تأکید کردند و وایز (Wise) وظایف پرستار اپیدمیولوژیست و نظام مراقبت در آمریکا را در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ توضیح داد. لذا آنچه امروزه در زمینه کنترل عفونت شاهد هستیم، حاصل تلاش ۱۵۰ ساله محققین متعددی است.

تعاریف

عفونت بیمارستانی

عفونت بیمارستانی به عفونتی گفته می‌شود که پس از پذیرش بیمار در بیمارستان (۴۸ یا ۷۲ ساعت بعد) یا طی دوره‌ای مشخص (۱۰ تا ۳۰ روز) پس از ترخیص بیمار (۲۵ تا ۵۰٪ عفونت‌های زخم جراحی، پس از ترخیص بیمار ظاهر می‌گردند) رخ دهد و در زمان پذیرش بیمار وجود نداشته و در دوره نهفتگی خود نیز نباید قرار داشته باشد. در صورتی که به دنبال اعمال جراحی، در بدن بیماران جسم خارجی کنار گذاشته شود (Implant)، عفونت بیمارستانی می‌تواند تا یک‌سال پس از این‌گونه اعمال، به وقوع بپیوندد. عفونت‌های بیمارستانی می‌توانند علاوه بر بیماران، کارکنان و عیادت‌کنندگان را نیز مبتلا سازند.

هر یک از اعضای بدن انسان می‌تواند در بیمارستان، دچار عفونت گردد ولی در بین انواع عفونت‌های بیمارستانی، عفونت دستگاه ادراری (۴۲٪)، عفونت دستگاه تنفسی تحتانی (در مطالعه دیگر به عدد ۱۱٪ اشاره شده است) یا پنومونی (۱۵٪ تا ۲۰٪)، عفونت ناشی از زخم جراحی (۲۴٪)، و عفونت دستگاه گردش خون (۵-۱۰٪)، از اهمیت خاصی برخوردارند که براساس تعاریف نظام مراقبت عفونت بیمارستانی مرکز پیشگیری و کنترل بیماری (CDC) در جدول شماره ۱ شرح داده شده‌اند. طبق بررسی‌های انجام‌شده، عفونت‌های ادراری، شایع‌ترین و پنومونی کشنده‌ترین عفونت‌های بیمارستانی محسوب می‌شوند، گرچه در بعضی از مراکز، عفونت بیمارستانی دستگاه گردش خون، علت اصلی مرگ بیماران می‌باشد.

جدول ۱- تعاریف انواع عفونت‌های بیمارستانی براساس نظام مراقبت مراکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها

عفونت محل عمل جراحی (Surgical Site Infection: SSI)

عفونت ناشی از عمل جراحی که طی ۳۰ روز پس از جراحی، یا طی یک‌سال پس از جراحی ایمپلنت (کارگذاری جسم خارجی) اتفاق بیفتد.

عفونت سطحی ناشی از برش جراحی (Superficial Incisional SSI) باید حداقل یکی از موارد زیر را شامل شود:

- خروج ترشح چرکی از پوست بافت زیرجلدی قسمت بالای لایه فاسیا
- جدا شدن ارگان‌سیم به روش غیر عفونی از مایع یا بافت حاصل از برش سطحی که در ابتدا بسته شده بود.
- باز کردن برش سطحی به‌طور عمدی توسط جراح، مگر آنکه نتیجه کشت منفی باشد.
- تشخیص عفونت زخم توسط جراح یا پزشک مربوطه

فصل

۷

واکسیناسیون

«برنامه و راهنمای ایمن سازی علیه بیماری‌ها»

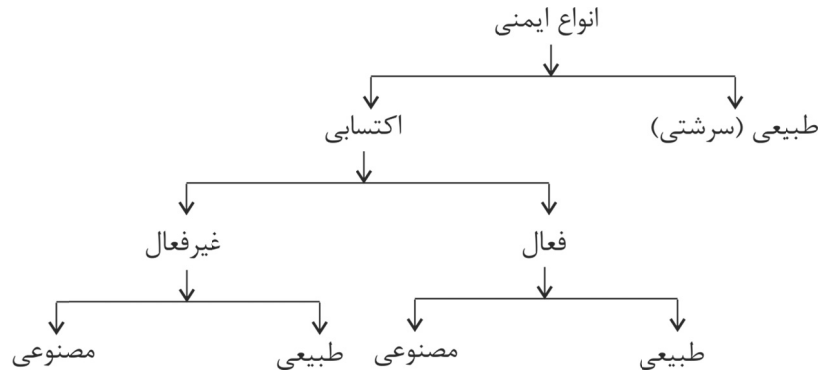
۵۹

مکانیسم ایمنی بدین صورت است که اگر یک عامل بیماریزا مثل باکتری وارد بدن گردد و از بین نرود به تدریج تکثیر می یابد و پس از مدتی بدن بر علیه آن ماده ای، به نام آنتی کور می سازد. برای ایجاد آنتی کور زمان لازم است و تنها ۵ تا ۱۰ روز بعد از شروع عفونت از سرم افراد بیمار قابل جدا کردن است. چنانکه قبلاً گفته شد آنتی کوری که در پاسخ یک عفونت ایجاد می شود اختصاصی است، بدین معنی که فقط در برابر عامل آن بیماری به مقابله برمی خیزد که مثلاً ابتلای سرخک سبب ایجاد آنتی کوری می شود که فقط ویروس سرخک را خنثی می کند، در حالی که در مقابله با عفونت های دیگر مثل عفونت استرپتوکوکی و یا دیفتری تأثیری ندارد.

وقتی که یک میکروارگانیسم بیماریزا به بدن حمله کند ممکن است آن چنان به سرعت تکثیر پیدا کند و آنچنان شدید به بدن آسیب برساند که قبل از ایجاد آنتی کور بیمار را از بین ببرد و یا ممکن است آنتی کوری ساخته شود ولی برای از بین بردن میکروارگانیسم یا خنثی کردن زهرابه آن زهر، کافی نباشد و میکروارگانیسم یا زهرابه آن بر مقاومت مخصوص بیمار غلبه کند. در چنین حالتی نیز بیمار از بین خواهد رفت ولی گاهی برعکس، آنتی کور به مقدار زیاد ساخته می شود و کاملاً میکروارگانیسم را از بین می برد و یا زهرابه آن را خنثی می کند در این صورت شخص بهبود می یابد. نتیجه بهبود یافتن از یک بیماری عفونی، ایمنی نسبی در برابر همان بیماری است. آنتی کورها پس از ساخته شدن مدت های متفاوتی در خون باقی می مانند و حداکثر مقدار آنتی کور بلافاصله بعد از بهبودی بیمار است و مقاومت عفونت ویژه ای وقتی بیش تر است که آنتی کور مربوط به آن بیش تر باشد. در بعضی بیماری ها مانند سرخک، تعداد آنتی کور خیلی به کندی کم می شود. بنابراین بروز بیش از یک بار این نوع بیماری ها در طول عمر نادر است ولی در عفونت های دیگر مانند عفونت استافیلوکوکی تعداد آنتی کور به سرعت پائین می آید، به این جهت عفونت مجدد بعد از چند ماه و حتی چند هفته غیرعادی نیست.

انواع ایمنی

چنانکه قبلاً به طور مختصر بیان شد انسان به طور سرشتی به بعضی از بیماری ها مبتلا نمی شود و بعضی از بیماری های عفونی را پس از ابتلا مجدداً مبتلا نمی شود که به طور کلی می توان انواع ایمنی را در شکل های زیر نشان داد.



طبق شمای فوق یکی از ایمنی‌ها، ایمنی سرشتی است که جزء محدوده این مختصر نیست و در این جا تأکید بر ایمنی اکتسابی است که ایجاد آن‌ها در انسان باعث پیشگیری از بیماری‌ها می‌شود.

(۱) ایمنی اکتسابی فعال طبیعی

هنگامی که بیمار به‌خاطر جریان پادتن کافی و مؤثر در خون از خطر یک بیماری نجات یابد. همچنین اگر دچار عفونت ناپیدای آن شده باشد، پادتن مربوط پس از بهبودی تا مدت‌ها و گاهی تا آخر عمر در بدن باقی می‌ماند. پاره‌ای از میکروب‌ها ایمنی طولانی ایجاد می‌کنند مانند ایمنی حصبه و سرخک که معمولاً برای تمام عمر است و اگر دوباره وارد بدن شوند دیگر علامت‌های بیماری بروز نمی‌کند چون پادتن موجود در بدن، دشمن شناخته شده را هنگام ورود از بین می‌برد. از آن‌جا که این امکان دفاعی در اولین هجوم میکروب وجود ندارد و پس از ابتلا به بیماری حاصل می‌شود آن را ایمنی طبیعی می‌نامند و به مناسبت این که پس از تولد به‌دست آمده ایمنی اکتسابی می‌گویند و چون بر اثر فعالیت بدن به‌وجود آمده ایمنی فعال نام دارد.

(۲) ایمنی اکتسابی غیرفعال طبیعی

پادتن ایمنی طبیعی از مادر به جنین منتقل می‌شود و نوزادان به‌طور کلی تا مدتی در برابر هجوم عوامل عفونی ایمن هستند و این مدت که بستگی به بیماری دارد حدود چند ماه است. این پادتن بر اثر تبادل خونی بین مادر و جنین به‌دست آمده (نباید با صفت‌های ارثی اشتباه کرد) این ایمنی نیز از نوع طبیعی بوده و از آن‌جا که انتقالی است و بدن در جهت ایجاد آن فعالیت از خود ننموده است آن را انفعالی (غیرفعال = پاسیو) می‌نامند و چون انسان آن را کسب نموده است و به‌طور سرشتی در وجود تمام انسان‌ها وجود ندارد آن را اکتسابی می‌نامند. این عمل با عبور آنتی‌بادی‌های مادری در اواخر دوران بارداری از جفت به جنین انتقال می‌یابد. آنتی‌بادی غالب در این مورد IgG است و سایر ایمونوگلوبولین‌ها قادر به عبور از سد جفت نیستند.

(۳) ایمنی اکتسابی فعال مصنوعی

در سال ۱۷۹۶ میلادی ادوارد جنر انگلیسی مشاهده کرد که گاوچرانانی که به آبله گاوی مبتلا می‌شوند. آبله انسانی نمی‌گیرند و پس از چند آزمایش، کشف درخشان خود را به جهان پزشکی عرضه کرد و با بهره‌گیر از مایه دانه‌های آبله پوست گوساله‌هایی که به‌طور مصنوعی تلقیح شده بودند انسان‌های سالم را مایه‌کوبی کرده و فرآورده مزبور به واکسن معروف شد.

مایه‌کوبی آبله (که نباید آن را با آبله‌کوبی اشتباه کرد) راه را برای نمونه‌های دیگر ایمن‌سازی باز کرد و از واژه واکسن و واکسیناسیون در مورد هر نوع ایمن‌سازی (چه با خراش پوست، چه داخل پوستی، چه زیرپوستی، چه داخل عضله، چه خوراکی) به‌کار رفت اما از آن‌جا که این دو لغت از آزمایش روی گاو سرچشمه گرفته و مربوط به آبله بوده‌اند اکنون جای خود را به آنتی‌ژن و ایمنی‌سازی داده‌اند. چون در تحریک این ایمنی طبیعت دخالتی ندارد آن را ایمنی مصنوعی می‌نامند که در ردیف ایمنی اکتسابی است و از گونه ایمنی فعال می‌باشد.

بانک سوالات

جمع آوری سوالات کنکور کاردانی به کارشناسی
کارشناسی ارشد و دکتری به صورت فصل بندی شده

سوالات تألیفی

تألیف سوالات مشابه کنکور

جامع

حاوی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

الگوریتم

چکیده‌ی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع



دریافت نمونه‌ی کتاب به صورت رایگان



www.agkins.com

جامع

حاوی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

بانک سوالات

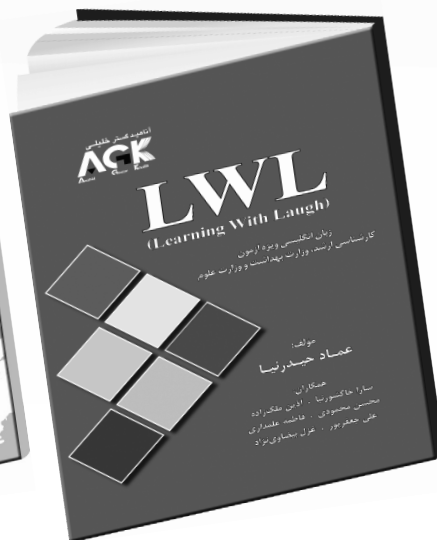
جمع آوری سوالات کنکور کاردانی به کارشناسی
کارشناسی ارشد و دکتری به صورت فصل بندی شده

الگوریتم

چکیده‌ی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

سوالات تألیفی

تألیف سوالات مشابه کنکور



دریافت نمونه‌ی کتاب به صورت رایگان



www.agkins.com

شماره تماس با نمایندگی‌های فعال و رسمی آناهید گستر خلیلی

شماره تماس	نمایندگی	شماره تماس	نمایندگی
۰۹۱۰۱۷۱۱۸۷۲	سبزوار (آقای شریفان)	۰۹۹۱۳۷۱۳۷۵۰	اراک (آقای حسینی)
۰۹۹۱۳۷۱۳۷۴۱	شاهرود (آقای سلمانی)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۸	اردبیل (خانم عاصمی‌زاده)
۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۹	شهرکرد (خانم تقی‌پور)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۱	ارومیه (آقای آرمیون)
۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۲	شیراز (آقای فروردین / خانم هوشمندی)	۰۹۱۹۶۳۲۱۸۵۲	اسفراین (خانم اسماعیل‌زاده)
۰۹۱۹۳۷۱۳۷۴۲	فسا (خانم شعبانی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۰	اصفهان (آقای کیانی)
۰۹۱۹۵۷۳۰۱۴۹	قزوین (خانم چگینی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۴	اهواز (آقای دکتر رضازاده)
۰۹۱۹۷۷۸۱۹۴۷۱	کرج (آقای دکتر علیرضاپور)	۰۹۱۹۰۹۸۰۳۱۸	ایلام (آقای دکتر بوچانی)
۰۹۱۳۱۹۸۱۲۷۰	کرمان (خانم ضمانتی‌یار)	۰۹۱۹۶۸۵۳۱۱۶	بروجرد (آقای احمدی‌صدر)
۰۹۱۹۵۷۳۰۱۴۸	کرمانشاه (آقای ابراهیمی)	۰۹۹۱۳۷۱۳۷۴۹	بم (خانم سرحدی‌نژاد)
۰۹۱۹۵۳۷۱۸۹۰	کوهدشت (خانم یاریان)	۰۹۱۹۵۹۰۷۲۰۳	بیرجند (آقای دکتر بهروان)
۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۷	گرگان (آقای شاه‌علی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۴۷	تبریز (خانم عاصمی‌زاده)
۰۹۱۹۵۷۳۳۱۷۹	مراغه (آقای صمدی)	۰۹۰۱۳۷۳۷۸۹۶	جهرم (آقای یاعلی جهرمی)
۰۹۹۱۳۷۱۳۷۴۴	مشهد (خانم دکتر شجاعی)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۰	جیرفت (خانم دکتر محمدی)
۰۹۱۹۵۷۳۳۱۷۹	میاندوآب (آقای صمدی)	۰۹۱۹۲۷۰۵۸۷۸	خرم‌آباد (خانم میر)
۰۹۱۹۶۳۵۰۷۶۸	نیشابور (آقای موسوی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۳	رشت (خانم تنها)
۰۹۱۹۵۷۳۳۲۸۴	هرمزگان (آقای زارعی)	۰۹۱۹۶۸۲۹۲۸۰	رفسنجان (آقای یوسفی)
۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۵	همدان (آقای سوری)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۵	زاهدان (آقای مهمان‌دوست)
۰۹۱۹۵۹۰۷۲۰۴	یاسوج (آقای مرتضوی)	۰۹۱۹۲۷۰۵۸۷۱	زنجان (خانم دکتر هوشیار)
۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۳	یزد (خانم آزاد)	۰۹۱۹۷۷۸۱۹۴۴	ساری (آقای دکتر اکبری)

بانک کتاب ناهید



«هر کتابی، از هر انتشاراتی را از ما بخواهید»

✓ جامع‌ترین بانک کتاب

✓ تحویل روزانه

✓ ارسال به تمامی نقاط کشور

✓ سفارش کتاب به صورت تلفنی و آنلاین

www.NIBS.ir



کتاب دانشگاهی، فنی و مهندسی، علوم پزشکی، علوم انسانی، عمومی،
ادبی، مذهبی، کمک آموزشی، کودک و نوجوان و کتاب نفیس

فروشگاه: تهران - خیابان انقلاب - روبه روی درب اصلی دانشگاه تهران

پاساژ فروزنده - طبقه همکف - پلاک ۳۳۱

تلفن: ۶۶۴۸۹۳۷۵ - ۰۲۱ - ۶۶۴۸۹۳۴۹ - ۰۲۱