

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 گرامی بدار به نور فهم
پروردگارا، بگشای بر مادرهای رحمت را و بگستران 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 بهداشت عمومی

ویژه کارشناسی ارشد رشته اپیدمیولوژی

تألیف و گردآوری:

دکتر عباس عباسی قهرمانلو

«رتبه ۳ دکتری تخصصی (Ph.D) اپیدمیولوژی علوم پزشکی ایران»

سرشناسه

: عباسی قهرمانلو، عباس، ۱۳۶۸ -

عنوان و نام پدیدآور

: AGK درسنامه بهداشت عمومی: ویژه کارشناسی ارشد رشته‌ی اپیدمیولوژی [کتاب] / تألیف و

گردآوری عباس عباسی قهرمانلو.

مشخصات نشر

: تهران: آناهید گستر خلیلی، ۱۴۰۳.

مشخصات ظاهری

: ۱۸۱ ص. مصور، جدول؛ ۲۲ × ۲۹ س.م.

شابک

: 978-622-4907-72-1

وضعیت فهرست‌نویسی

: فیپا

موضوع

: بهداشت همگانی -- راهنمای آموزشی (عالی)

Public health -- Study and teaching (Higher)

همه‌گیرشناسی -- راهنمای آموزشی (عالی)

Epidemiology -- Study and teaching (Higher)

رده‌بندی کنگره

: RA۴۲۵

رده‌بندی دیویی

: ۶۱۴/۰۷۶

شماره کتابشناسی ملی

: ۹۸۷۱۱۴۷



انتشارات آناهید گستر خلیلی

نام: AGK درسنامه بهداشت عمومی

(ویژه کارشناسی ارشد رشته‌ی اپیدمیولوژی)

تألیف و گردآوری: دکتر عباس عباسی قهرمانلو

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: آرزو راضی

بهاء: ۲۸۰۰۰۰ 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:

دانشجویان گرامی

با توجه به این که در کنکور ارشد اپیدمیولوژی برای درس بهداشت عمومی کتاب سه جلدی بهداشت عمومی دکتر حاتمی و همکاران به عنوان منبع معرفی شده است. اما با توجه به حجم بالای که این کتاب دارد، بیش تر دانشجویان مطالعه آن را دشوار می دانند و همواره این سوال را دارند که درسنامه ای خلاصه از این کتاب وجود ندارد؟ البته باید توجه داشت که مطالعه تمام قسمت های این کتاب سه جلدی نیز ضروری نمی باشد اما چون اکثر داوطلبان از این موضوع خبر ندارند حجم کتاب برایشان نگران کننده می شود. لذا جهت از بین بردن نگرانی داوطلبان و آماده سازی بهترشان برای شرکت در کنکور، اقدام به آماده سازی این درسنامه نمودیم. این درسنامه تمام بخش های مرتبط با کنکور اپیدمیولوژی را شامل می شود. علاوه بر آن برای بسیاری از رشته های دیگر وزارت بهداشت نیز مفید می باشد. برای آماده سازی این درسنامه سعی بر این بوده که به تمامی سوالاتی که در سال های قبل از درس بهداشت عمومی مطرح شده بود نظری بیفکنیم و درسنامه را به گونه ای گردآوری نماییم که پوشش دهنده تمام سوالات باشد. علاوه بر این برخی مباحث که در منبع معرفی شده نیز موجود نمی باشد اما گاهی مد نظر طراحان سوال قرار می گیرد نیز در این درسنامه گنجانده شده اند. امید است که با این درسنامه توانسته باشیم در مسیر موفقیت تک تک داوطلبان ارشد اپیدمیولوژی کمکی هر چند ناچیز نموده باشیم.

در پایان لازم است که از آقای امیرحسین خلیلی مدیر تولید انتشارات آناهید گستر خلیلی به خاطر حمایت هایشان تشکر نمایم و همچنین از خانم مریم آرده که در روند آماده سازی این درسنامه زحمات زیادی را متقبل شدند، نهایت تشکر و قدردانی را داشته باشیم.

با احترام

دکتر عباس عباسی قهرمانلو

فصل اول: سلامت و بیماری	۹
فصل دوم: بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه	۱۶
فصل سوم: گذار اپیدمیولوژیک، گذار سلامت	۲۱
فصل چهارم: اهم برنامه‌های حوزه معاونت بهداشتی	۲۶
فصل پنجم: خطرات تهدیدکننده سلامت در جهان و ایران و راهبردهای آن	۳۱
فصل ششم: عفونت‌های بیمارستانی و راه‌های کنترل آن‌ها	۴۳
فصل هفتم: بیماری‌های منتقله از طریق آب	۵۲
فصل هشتم: بهداشت روان	۵۷
فصل نهم: عفونت‌های حاد دستگاه تنفس کودکان	۶۳
فصل دهم: بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران	۶۸
فصل یازدهم: کلیات بهداشت خانواده و روند تغییرات شاخص‌های آن	۷۲
فصل دوازدهم: جمعیت‌شناسی پزشکی	۸۰
فصل سیزدهم: سلامت مادران	۸۷
فصل چهاردهم: ویژگی‌های نوزادان سالم	۹۳
فصل پانزدهم: تغذیه شیرخواران	۹۵
فصل شانزدهم: بهداشت سالمندان	۹۹
فصل هفدهم: برنامه‌های کشوری مراقبت از نوزادان	۱۰۷
فصل هجدهم: رشد و نمو کودکان	۱۱۳
فصل نوزدهم: دستورالعمل کشوری «شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول زندگی»	۱۲۱
فصل بیستم: پزشکی جغرافیایی ایران	۱۲۵
فصل بیست و یکم: برنامه و راهنمای ایمن‌سازی	۱۲۹
فصل بیست و دوم: دستورالعمل روش‌های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران	۱۵۹

سلامت و بیماری

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 است 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.

بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه

بهداشت برای همه (Health for all- HFA)

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 (primary Health Care- PHC) 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 در درون کشورها به ترتیبی باشد که دسترسی عموم مردم به مراقبت‌های اولیه بهداشتی و خدمات پشتیبان آن بیانجامد.
- 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.

گذار اپیدمیولوژیک، گذار سلامت

گذار اپیدمیولوژیک صرفاً پدیده‌ی یک‌طرفه‌ی عبور از کنترل بیماری‌های عفونی و نهایتاً دستیابی به کنترل بیماری‌های غیرمُسری نیست و همچنین نوپدیدی و بازپدیدی بیماری‌های عفونی، پدیده بدیعی نیست که هرگز در طول تاریخ، رخ نداده باشد و صرفاً طی سه دهه‌ی گذشته به وقوع پیوسته باشد! بلکه کلّ این پدیده‌ها به همراه تغییرات جمعیت‌شناختی، واقعیتهای به نام گذار سلامت را تشکیل می‌دهد. بدیهی است که تحولات ژنتیک و موتاسیون‌های مربوطه نیز می‌تواند از عوامل پیدایش بیماری‌ها باشد که آن هم با تغییرات محیط، در تعامل بوده و مجموعه‌ی این تغییرات (محیط و ژن) عاملی در تغییر رفتار انسان‌ها و شیوه‌ی زندگی آنان هستند و این در حالی است که تغییر رفتار انسان‌ها را می‌توان شایع‌ترین دلیل گذار سلامت دانست.

بسیاری از دانشمندان بر این عقیده‌اند که نوپدیدی بیماری‌های مُسری، صرفاً یک پدید جدید نیست بلکه بارها اتفاق افتاده و نقش عظیمی در تاریخ تحولات بهداشتی، ایفا نموده است و حتی برخی از محققین، ادّعا نموده‌اند که تاکنون با سه گذار اپیدمیولوژیک (E. Transition) عمده، مواجه بوده‌ایم، به‌طوری که اولین گذار، در اواخر دوره پارینه سنگی (Paleolithic) و دوران نوسنگی (Neolithic)، حادث گردیده و دومین گذار، با آغاز عصر جدید و انقلاب صنعتی، شکل گرفته و بالاخره سومین گذار که از حدود سه دهه‌ی قبل آغاز گردیده است و همچنان ادامه دارد.

اولین گذار اپیدمیولوژیک

بدون شک، جوامع اولیه انسانی از وسعت چندان بر خوردار نبوده و علی‌رغم پراکندگی آن امکان ارتباط سریع نیز بین آنان وجود نداشته و لذا احتمال بروز همه‌گیری‌های وسیع نیز ناچیز بوده است و به نظر می‌رسد تحت آن شرایط، زندگی در غارها، مواجهه‌ی با اکتوپارازیت‌ها را اجتناب‌ناپذیر می‌کرده و انسان اولیه از همان آغاز زندگی با این گونه بلایا دست به گریبان بوده است و گیاه‌خواری و خام‌خواری و مصرف گوشت خام نیز مزید بر علت شده و باعث انتقال بیماری‌های ویژه‌ای می‌گردیده است.

احتمالاً اولین گذار اپیدمیولوژیک، حدود ده هزار سال قبل آغاز گردیده است. در آن زمان‌ها شرایط برای ابتلاء به بسیاری از بیماری‌های مشترک بین حیوانات و انسان‌ها (زئونوزها) مساعد بوده و احتمالاً همین بیماری‌ها بیش‌ترین علل مرگ و میر را به خود اختصاص می‌داده‌اند. اسکان گروه‌هایی از انسان‌ها در یک منطقه و توسعه‌ی روابط اجتماعی و به تبع آن افزایش تماس مستقیم انسان‌ها زمینه را برای انتشار بیماری‌های مُسری، مساعد نموده و انباشته شدن فضولات انسانی هم مزید بر علت گردیده و موجبات افزایش ماکروپارازیت‌ها و عفونت‌های گوارشی را فراهم نموده است. تا این‌که با تسلط بر حیوانات و اهلی کردن حیواناتی نظیر بز، گوسفند، گاو، خوک ... و برخی از پرندگان، منابع جدیدی از بیماری‌های مشترک، در تماس با انسان قرار گرفته و بیماری‌هایی نظیر توبرکولوز، آنتراکس، تب Q ... و بروسلوز به آسانی از طریق

اهم برنامه‌های حوزه معاونت بهداشتی

۱- برنامه پیشگیری و کنترل کم‌خونی ناشی از فقر آهن

این برنامه با هدف پیشگیری از کم‌خونی ناشی از فقر آهن از طریق ارتقاء وضعیت تغذیه افراد جامعه و بهبود در کمیّت و کیفیت تجویز قرص و قطره آهن به زنان باردار و کودکان زیر یک‌سال در نظام شبکه انجام می‌گیرد و طرح موفق غنی‌سازی آرد نیز در منطقه شاهین‌شهر اصفهان که منجر به توزیع نان غنی‌شده با آهن در منطقه گردیده در راستای اهداف این برنامه انجام پذیرفته است.

۲- برنامه مراقبت مادران

این برنامه با هدف بهبود کیفی مراقبت‌های دوران بارداری، بعد از زایمان، افزایش پوشش مراقبت‌های مادران در دوران بارداری و پس از زایمان و کاهش میزان مرگ و میر نوزادان و شیرخواران تا یک‌سال انجام می‌شود و در واقع حرکت ارزش‌مندی در جهت تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه می‌باشد.

۳- برنامه پیشگیری از تب مالت

این برنامه هدف کنترل بیماری مالت براساس پیشگیری، بیماریابی، تشخیص به موقع بیماری، درمان مناسب، افزایش آگاهی در زمینه راه‌های سرایت در تمام نقاط کشور انجام می‌گیرد، البته کنترل کیفی مواد خام لبنی و آموزش کادر بهداشتی-درمانی و آموزش جامعه در راستای این برنامه مهم‌ترین استراتژی می‌باشد.

۴- برنامه نیازهای اساسی توسعه (BDN)

اجرای برنامه نیازهای اساسی توسعه، به منظور توانمندسازی و با هدف دسترسی به زندگی با کیفیت بهتر برای جوامع محلی از طریق تأمین نیازهای اساسی آنان و توسعه تلفیقی اقتصادی، اجتماعی بر پایه مشارکت عامه مردم و همکاری‌های بین بخشی با راهبرد اعمال مدیریت از پایین به بالا و ادغام تمامی منابع و بسیج امکانات از طریق سازماندهی و آموزش جوامع محلی در جهت شناخت نیازها و پیدا کردن راه‌حل‌ها، تعیین اولویت‌ها توسط مردم، تهیه طرح‌های مناسب و اجرای طرح‌های اشتغال توسط خود مردم، تاکنون در ۱۰ روستای ۳ استان کشور شامل آذربایجان غربی، بوشهر، چهارمحال و بختیاری در حال اجرا است.

۵- برنامه ایمنی مواد شیمیایی

این برنامه با هدف پیشگیری از حوادث ناشی از مواد شیمیایی و ارزیابی خطر مواد شیمیایی در رابطه با سلامت انسان در محیط، طبقه‌بندی مواد شیمیایی و الصاق برچسب و جایگزین کردن مواد شیمیایی کم‌خطر به جای مواد شیمیایی خطرناک به اجرا درآمده است که هم‌اکنون در سطح ۲۲ استان تحت عنوان پروفایل ایمنی شیمیایی، به انجام رسیده است.

خطرات تهدیدکننده سلامت در جهان و ایران و راهبردهای آن

ریشه بسیاری از خطراتی که انسان‌ها را تهدید می‌کنند در زنجیره‌های پیچیده وقایعی نهفته است که مدت‌های مدیدی به درازا می‌کشند هر خطر، علت خاص خود را دارد و برخی از آن‌ها چندین علت دارند. در این گفتار، «خطر» به این ترتیب تعریف می‌شود، احتمال بروز یک واقعه نامطلوب یا عاملی که این احتمال را افزایش دهد.

حضور و وقوع برخی از خطرات نظیر همه‌گیری بیماری‌ها، فراتر از حد کنترل فردی است ولی تقویت و حذف خطرات دیگر همچون سیگار کشیدن یا کنترل مصرف مواد ناسالم، در حیطه توان ما قرار دارد. بستن کمربند ایمنی یک اقدام فردی برای کاهش خطر آسیب است، اما تصویب قانونی که بستن کمربند ایمنی را اجبار می‌کند یک اقدام دولتی است که به نمایندگی از کل جمعیت انجام می‌گیرد.

دولت‌ها باید بتوانند به منظور حفاظت از مردم و کمک به آن‌ها برای محافظت از خود شدت خطرات را ارزیابی نمایند. تعریف ارزیابی خطر عبارت است از یک رویکرد نظام‌مند برای تخمین بار بیماری و آسیب ناشی از خطرات مختلف. این رویکرد شامل شناسایی بخش کمی و تعیین خصوصیات تهدیدات موجود علیه سلامت انسان است. ارزیابی خطر می‌تواند تصویری کلی و بسیار ارزشمند از نقش نسبی خطرات مختلف در سلامت انسان به دست دهد. می‌تواند با توجه و تأکید بر آن خطرات، امکان بالقوه دستیابی به فوائد بهداشتی را مشخص نماید و می‌تواند در طرح‌ریزی برنامه‌های پژوهشی و سیاست‌گذاری‌ها کمک کننده باشد.

تعاریف خطر و عوامل مرتبط با آن

مفهوم خطر در میان افراد مختلف معانی مختلفی دارد. در معنای متداولی که در این جا به آن اشاره می‌شود خطر به معنای احتمال رخداد یک پیامد نامطلوب و یا عواملی که این احتمال را افزایش می‌دهد می‌باشد.

- خطر می‌تواند به معنای یک احتمال باشد برای مثال پاسخ به این پرسش که خطر ابتلا به ویروس نقص ایمنی ایدز در اثر تماس با یک سوزن آلوده چقدر است؟
- خطر می‌تواند به معنای عاملی باشد که احتمال یک عارضه نامطلوب را افزایش می‌دهد برای مثال خطرات عمده سلامت کودکان عبارتند از سوء تغذیه، آب ناسالم و آلودگی هوا در محیط‌های بسته.
- خطر می‌تواند به معنای یک پیشامد باشد برای مثال خطر ناشی از رانندگی در حین مستی چیست؟ (پاسخ: تصادف رانندگی)
- خطر می‌تواند به معنای یک عارضه یا تهدید بالقوه باشد برای مثال آیا رانندن موتورسیکلت بدون استفاده از کلاه ایمنی خطر دارد؟

عفونت‌های بیمارستانی و راه‌های کنترل آن‌ها

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 این که سملوایز (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 ضدعفونی‌کننده 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.

بیماری‌های منتقله از طریق آب

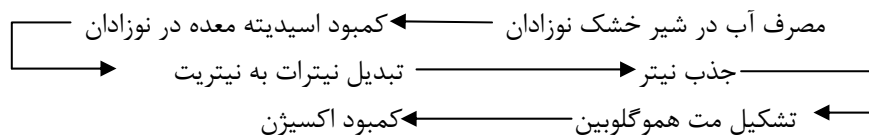
نقش آب در انتقال بیماری‌ها

- ۱- بیماری‌هایی که در اثر افزایش یا کمبود املاح محلول، موجود در آب آشامیدنی بروز می‌کند.
- ۲- بیماری‌هایی که آب وسیله انتقال آن‌ها است
- ۳- بیماری‌هایی که آب، محیط پرورش میزبان یا عامل سببی آن‌ها است.
- ۴- بیماری‌هایی که آب به صورت غیرمستقیم در انتشار آن‌ها نقش دارد.

۱-۱- نقش افزایش املاح محلول در انتقال بیماری‌ها

۱-۱-۱- متهموگلوبینمی (Blue babies) methemoglobinemia

این بیماری در اثر افزایش نیتрат به میزان ۴۵ میلی گرم بر لیتر ایجاد می‌گردد.



۱-۲-۱- فلوئوروزیس دندان‌ها Dental Fluorosis

افزایش میزان فلوئور بیش از ۲ تا ۳ میلی گرم بر لیتر در آب آشامیدنی

۱-۲-۳- سرطان‌زایی

- افزایش هیدروکربورهای حلقوی در غلظت بیش از ۰/۲ میکروگرم بر لیتر در آب آشامیدنی
- افزایش احتمال بروز سرطان در مصرف آب‌های آلوده بیش از ۰/۵ میلی گرم بر لیتر آرسنیک
- افزایش احتمال بروز سرطان در مصرف آب‌های آلوده به ترکیبات نیتروزامین

۱-۲- نقش کاهش املاح محلول با انتقال بیماری‌ها

۱-۲-۱- کمبود ید کمتر از یک میلی گرم بر لیتر مشروط بر عدم تأمین ید مورد نیاز از سایر منابع غذایی

۱-۲-۲- پوسیدگی دندان، کمبود فلوئور کمتر از ۰/۵ میلی گرم بر لیتر باعث افزایش پوسیدگی دندان

۱-۲-۳- بیماری‌های قلبی- عروقی، مصرف آب‌های سبک (کمتر از ۱۰۰ تا ۱۵۰ میلی گرم بر لیتر) باعث گسترش بیماری‌های

قلبی، عروقی می‌گردد.

بهداشت روان

بیماری‌های روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی، از هیچ طبقه اقتصادی-اجتماعی خاصی، در مقابل آن‌ها مصونیت نداشته و خطری است که بشر را همواره تهدید می‌کند. خوشبختانه نهضت بهداشت روانی در نیم قرن اخیر، افکار غلط و خرافات در مورد این بیماری‌ها را کنار گذاشته و نشان داده که اولاً بیماری‌های روانی، قابل پیشگیری بوده و ثانیاً در صورتی که مانند سایر بیماری‌ها به موقع تشخیص داده و تحت درمان قرار گیرند به همان نسبت از مزمن شدن و عوارض آن‌ها کاسته خواهد شد. در راستای همین عقیده، بهداشت روانی که جزیی از بهداشت عمومی محسوب می‌شود به پیشگیری موارد زیر می‌پردازد:

افزایش سطح بهداشت روانی از طریق ارتقا آگاهی‌های جامعه در مورد این بیماری‌ها

شناسایی و تشخیص زودرس اختلالات روانی و درمان آن‌ها

پیشگیری از عوارض و عود بیماری و توان‌بخشی بیماران

پیشگیری از بروز بیماری‌های روانی از طریق پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمی.

تعریف بهداشت روان

بهداشت روان، علمی است برای بهتر زیستن و رفاه اجتماعی که تمام زوایای زندگی از اولین لحظات حیات جنینی تا مرگ اعم از زندگی داخل رحمی، نوزادی، کودکی تا نوجوانی، بزرگسالی و پیری را دربرمی‌گیرد. بهداشت روان، دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌هایی صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نموده و راه‌حل‌های مطلوب‌تری را برای مشکلاتشان انتخاب نمایند.

تعریف سازمان جهانی بهداشت

عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییرات و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب. نتیجه آن‌که مفهوم بهداشت روانی عبارت خواهد بود از تامین رشد و سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلا به اختلال روانی، درمان مناسب و بازتوانی آن.

ویژگی‌های افرادی که از نظر روانی سالم هستند

- این افراد نسبت به خود آرامش دارند یعنی به‌طور نسبتاً معقولی احساس امنیت و کفایت دارند.
- توانایی‌های خود را در حد واقعی، ارزیابی می‌کنند، نه بیش‌تر و نه کم‌تر.
- به خود احترام می‌گذارند (Self-respect) و کمبودهای خود را می‌پذیرند.

عفونت‌های حاد دستگاه تنفس کودکان

عفونت‌های حاد تنفسی

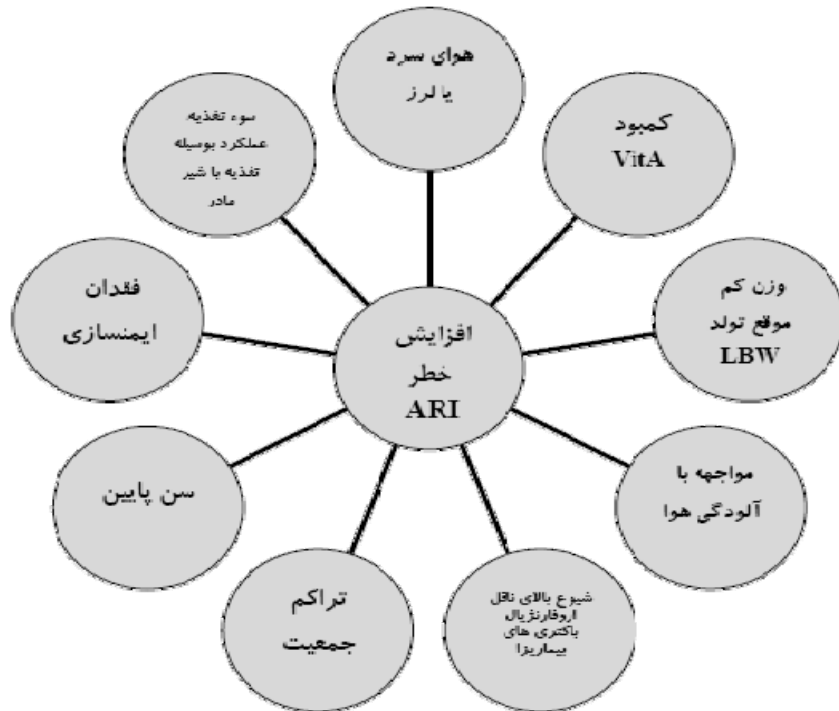
عفونت‌های حاد تنفسی، از شایع‌ترین عفونت‌های دوران کودکی محسوب می‌شوند، به‌طوری که هر کودک زیر ۵ سال، سالانه ۴ تا ۸ بار مبتلا می‌شود و این عفونت‌ها سالانه باعث ابتلای دو بیلیون کودک در سطح جهان می‌گردد. شیوع عفونت‌های حاد تنفسی، در شهرها حتی بیش از روستاها بوده و تعداد قابل توجهی از مراجعین سرپایی به کلینیک‌های اطفال و یا موارد بستری در بیمارستان‌های کودکان، مبتلایان به این عفونت‌ها می‌باشند. (جدول ۱) بررسی‌ها نشان می‌دهد که حدود ۶۰-۳۰٪ مراجعه کودکان به مراکز بهداشتی-درمانی و ۴۰-۳۰٪ موارد بستری در بیمارستان‌های اطفال به علت ARI می‌باشد و در نتیجه این عفونت‌ها بار اقتصادی سنگینی بر سرویس‌های سرپایی و بیمارستانی وارد می‌کنند.

جدول ۱- توزیع کودکانی که به علت ARI در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند

درصد پذیرش بیماران مبتلا به (ARI)	شهر (کشور)
۳۵/۸	داکا (بنگلادش)
۳۱/۵	رانگون (برمه)
۳۳/۶	پاکستان (اسلام‌آباد)
۳۴	زامبیا (اندولا)

عفونت‌های حاد تنفسی، میزان میرایی بالایی دارند و در تمام کشورها جزو علل اصلی مرگ و میر کودکان می‌باشند. به‌طور کلی میزان مرگ و میر در شیرخواران کمتر از یک سال و همچنین در دوران کودکی بیشتر است، اما از ۵ سالگی به بعد به شدت کاهش می‌یابد. به علاوه حدود ۲۵-۱۵٪ موارد مرگ ناشی از عفونت‌های حاد تنفسی به علت بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن از جمله سرخک، سیاه‌سرفه و دیفتری می‌باشد. در کشورهای در حال توسعه که سوءتغذیه یکی از مشکلات عمده بهداشتی کامل می‌باشد میزان مرگ و میر ناشی از ARI بیش‌تر است به‌طوری که ۳۵-۳۰٪ علل مرگ و میر کودکان را تشکیل می‌دهد (حدود ۴ میلیون مورد سالانه) و بسیاری از مرگ‌ها در شیرخواران کمتر از ۲ ماه روی می‌دهد و تقریباً تمام موارد به علت پنومونی حاد است و حداقل علت مرگ ۲۵٪ کودکان زیر ۵ سالی که در کشورهای در حال توسعه می‌میرند، نیز پنومونی می‌باشد و در بعضی از نواحی، پنومونی شایع‌ترین علت مرگ کودکان است. اگرچه به‌طور کلی میزان بروز عفونت‌های حاد تنفسی در کودکان کشورهای توسعه‌یافته و کشورهای در حال توسعه یکسان می‌باشد، اما میزان بروز پنومونی در کودکانی که در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند ۶-۳ برابر بالاتر از کشورهای توسعه‌یافته

می‌باشد. علت اکثر پنومونی‌های کودکان در کشورهای در حال توسعه، باکتری‌ها می‌باشند که در این میان شایع‌ترین عوامل به ترتیب استرپتوکوک پنومونیه (پنوموکوک)، هموفیلوس آنفلوآنزا و استافیلوکوک آرئوس هستند. در بررسی انجام‌شده در سال ۷۰ در ایران ۲۱٪ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در اثر عفونت‌های حاد تنفسی بوده است.



شکل ۱- عوامل خطر پنومونی یا مرگ از ARI

اکثر موارد مرگ ناشی از پنومونی در میان کودکان، چند روز پس از بروز علائم بیماری و به علت تأخیر در شروع درمان یا عدم درمان رخ می‌دهد، بنابراین شناخت زودرس علائم پنومونی توسط مادر و جستجوی فوری مراقبت برای پیشگیری از مرگ کودک، اساسی می‌باشد. عوامل خطری که احتمال بروز پنومونی یا احتمال مرگ ناشی از عفونت‌های حاد تنفسی را در کودک افزایش می‌دهند در شکل ۱ نمایش داده شده است.

اپیدمیولوژی عفونت‌های حاد تنفسی کودکان

این گونه عفونت‌ها در کودکان به مراتب شایع‌تر از بزرگسالان هستند و براساس طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت (WHO) دستگاه تنفسی به دو بخش فوقانی و تحتانی تقسیم می‌شود.

از نظر اتیولوژی اکثر عفونت‌های حاد تنفسی، ویروسی هستند ولی الگوی فصلی آن‌ها ممکن است متفاوت باشد. ورود عامل عفونی به سیستم تنفسی باعث بروز انواعی از علائم بالینی می‌شود و محل ابتلا و شدت علائم، تحت تأثیر عواملی از قبیل سن، جنس، وضعیت تغذیه، وجود زمینه آلرژی در فرد و سابقه تماس‌های قبلی با آن عامل بیماری‌زا قرار می‌گیرد. به‌عنوان مثال ورود یک ویروس معین به سیستم تنفسی شیرخوار، باعث بروز علائم بالینی برونشولیت، در کودک نوپا (۲-۳ ساله) باعث بروز علائم بالینی خروسک (croup)، در کودک بزرگ‌تر باعث بروز علائم بالینی التهاب حلق، در کودک دیگر باعث ایجاد عفونت بدون علائم بالینی (subclinical) و در یک فرد بزرگسال، باعث بروز علائم سرماخوردگی می‌گردد.

۱- عفونت‌های حاد تنفسی فوقانی

این عفونت‌ها به‌طور شایع شامل سرماخوردگی (nasopharyngitis)، التهاب حلق (pharyngitis) التهاب سینوس‌های اطراف بینی (paranasal sinusitis)، التهاب حاد گوش میانی (Acute otitis media) و آبسه‌های ناحیه حلق می‌باشد. عفونت‌های حاد دستگاه تنفس فوقانی، اکثراً توسط ویروس‌ها ایجاد می‌شوند.

بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران

جمهوری اسلامی ایران کشوری به پهناوری بیش از ۱۶۴۸۰۰۰ کیلومتر مربع است و شامل ۲۸ استان، ۲۸۲ بخش، ۷۲۴ شهر، ۷۴۲ قریه و بیش از ۲۲۶۰ روستا است. جمعیت بیش از ۶۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود با ۵۰/۴ درصد زیر سن ۱۹ سال و ۴/۴ درصد بالای ۶۵ سال. میزان رشد جمعیت ۴۱/۴۱ درصد می‌باشد. روند شهرنشینی رو به افزایش است و ۶۰/۴ درصد جمعیت در مناطق شهری و ۳۹/۶ درصد در مناطق روستایی سکونت دارند. شهرهای بزرگ گسترش می‌یابند و تنها در تهران (پایتخت)، بیش از ۱۱ میلیون نفر زندگی می‌کنند. زبان رسمی کشور فارسی است و ۹۹/۶ درصد از جمعیت مسلمان هستند. شاخص‌های بهداشت عمومی در کشور بهبود یافته است و نیل به این دستاوردها مدیون سیستم مراقبت بهداشتی اولیه (PHC) می‌باشد. گسترش شبکه بهداشتی توسط نیروهای محلی به دور افتاده‌ترین نقاط کشور، میسر شده و تغییرات عمیقی در برقراری و تداوم بهداشت جامعه به دنبال داشته است. مراقبت‌های بهداشتی نیز به دلیل افزایش منابع انسانی و توزیع مناسب آن بهبود یافته است. تعداد پزشکان در مقایسه با ۴۷۳۷۳ پزشک در سال ۱۳۶۹ به ۹۰۰۰۰ رسیده و تعداد تخت‌های بیمارستانی از ۵۵۳۶۸ تخت در سال ۱۳۵۸ به ۹۶۱۴۸ تخت در سال ۱۳۷۶ افزایش یافته است. خدمات سرپایی نیز در ۶۵ کلینیک دولتی و ۳۲۸ کلینیک خصوصی ارائه می‌شود. در حال حاضر ۷۳۵ روان‌پزشک مشغول به کار هستند و سالانه حدود ۵۰ روان‌پزشک جدید فارغ‌التحصیل می‌شوند. ۱/۳ تخت روان‌پزشکی برای هر ۱۰۰۰۰ نفر وجود دارد که از متوسط منطقه‌ای (۸/۰ برای ۱۰۰۰۰ نفر) بالاتر و از آمار ۳/۶ در آمریکا و ۹/۳ در اروپا بسیار پایین‌تر است. ۲۵ دکترای روان‌شناسی بالینی، بیش از ۳۸۹ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و ۵۰۰۰ کارشناسی روان‌شناسی نیز، وجود دارند.

ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه

از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۶۹ یک پیش مطالعه (Pilot study) موفق در شهرگرد و شهرضا در مرکز جمهوری اسلامی ایران انجام شد که نشان‌گر افزایش قابل ملاحظه دانش بهداشت کارها و بهبود مهارت‌های بیماریابی در مقایسه با مناطق شاهد بود و متعاقب آن، حرکت‌هایی در کشور صورت گرفت که منجر به گسترش سریع‌تر برنامه شد.

حیطه‌های نیاز

در یک جامعه با تغییرات سریع مثل جمهوری اسلامی ایران، که حتی ساختار دموگرافیک پایه با دوازده سال قبل قابل قیاس نیست، دنبال کردن اولویت‌ها و خط‌مشی‌های قبلی مناسب نیست. از سال ۱۳۸۰ بحث‌هایی به نفع بازنگری بنیادی NPMH یا در حمایت از آن به همان صورت که بوده، انجام شد. دیدگاه واقع بینانه‌تر این است که اولین NPMH را دست نخورده و به‌عنوان یک

کلیات بهداشت خانواده و روند تغییرات شاخص‌های آن

خانواده

خانواده به‌عنوان اولین و اساسی‌ترین نهاد اجتماعی، عبارت است از تجمع مشترک دو یا چند نفر که به واسطه سببی یا نسبی با هم رابطه زیست‌شناختی داشته و زیر یک سقف زندگی می‌کنند و متشکل از والد یا والدین و فرزندان آنان می‌باشد و سلامت افراد تحت تأثیر اصول، ارتباطات، تکامل اجتماعی-شرایط اقتصادی و فرهنگی آن قرار می‌گیرند. اعضای خانواده، مجموعه‌ای از زن‌های مشترک هستند و به‌عنوان واحدی فرهنگی، منعکس‌کننده فرهنگ اجتماعی بزرگ‌تر می‌باشند. همچنین خانواده واحدی اپیدمیولوژیکی و واحدی برای فراهم کردن خدمات اجتماعی و مراقبت‌های جامع پزشکی است. چگونگی تأثیر خانواده بر افراد و یا بالعکس با توجه به تغییرات طبیعی تکامل افراد در طول زندگی و آشنایی با عوامل خطر در خانواده بیش‌تر مشخص می‌گردد و به این جهت در این گفتار، به این مسائل اشاره می‌شود. یکی از راه‌های حفظ بهداشت خانواده ایجاد تشکّل پزشک خانواده می‌باشد. پزشک خانواده با کسب اطلاعات وسیع در این زمینه باید توانایی خود را برای مداخله و ارتقاء سلامت افراد افزایش دهد و خانواده به‌عنوان یک واحد مراقبت و سلامت در نظر گرفته شود و با پیدا کردن روش‌های مناسب برای شناخت بیش‌تر خانواده‌ها، باید یاری به خانواده برای مراقبت افراد بیمار و نیز حفظ شیوه‌های سالم زندگی مدّ نظر باشد.

اصول تأثیر خانواده بر سلامت افراد

- ۱- خانواده را زمانی می‌توان بهتر شناخت که به‌عنوان اولین واحد مراقبت، مورد توجه قرار گیرد تصمیم‌گیری در مورد یک فرد، به‌خصوص فرد بیمار، بدون توجه به خانواده او و نقش آن فرد در مقابل سایر افراد خانواده خطرناک است.
 - ۲- الگوهای تعاملی در خانواده شکل می‌گیرد که ممکن است باعث اصلاح و یا تغییر رفتار فرد شود. به این جهت باید الگوهای ثابت کلامی و غیرکلامی خانواده‌ها را شناخت.
 - ۳- وجود علائم بیماری در خانواده باعث تثبیت عملکرد اعضای خانواده می‌شود هرچند که این علائم و مشکلات نیازمند مداخله همه اعضا نباشد. وقتی بیماری مزمن یا عودکننده در عضوی از اعضای خانواده وجود دارد ممکن است بعضی دیگر از اعضای خانواده در سطوح مختلف رفتار آن شوند.
 - ۴- از ویژگی‌های خانواده سالم، توانایی آن‌ها در تطابق با تغییرات طبیعی زندگی می‌باشد این تغییرات مانند تولد، وجود کودک در خانواده، ارتباطات جدید، جدایی فرزندان جوان از خانواده، پیری و مرگ می‌باشد.
- خانواده اولین محیط اجتماعی است که فرد در آن قرار می‌گیرد و از آن تأثیر می‌پذیرد و این تأثیرگذاری می‌تواند از طریق

کلیات بهداشت خانواده و روند تغییرات شاخص‌های آن

بیولوژیکی و یا رفتاری باشد. تأثیر بیولوژیکی خانواده فرد را ممکن است مستعد ابتلا به بیماری نماید مانند افسردگی؛ کانسرها و یا تأثیر رفتاری مانند پرخوری، عدم تحرک، اعتیاد و الکسسیم از طریق الگوی والدین داشته باشد. برای کسب موفقیت در بهداشت خانواده، پزشک باید از طریق Family involvement و درگیر کردن اعضاء خانواده با شناخت افراد ذی‌نفوذ و تأثیرگذار در فامیل برای سلامت خانواده اقدام نماید.

چرخه خانواده

خانواده پایدار نیستند و همواره در حال تغییرند. جدول شماره ۱ مدل پایه چرخه زندگی خانواده هسته‌ای را نشان می‌دهد.

جدول ۱- مدل پایه چرخه زندگی خانواده هسته‌ای

مراحل چرخه زندگی خانواده		وقایع تشکیل‌دهنده	
شماره	توضیح	مرحله آغازین	مرحله پایانی
۱	تشکیل	ازدواج	تولد اولین فرزند
۲	دوام	تولد اولین فرزند	تولد آخرین فرزند
۳	گسترش کامل	تولد آخرین فرزند	ترک گفتن خانه توسط فرزندان
۴	انقباض	اولین فرزند خانه را ترک می‌کند	آخرین فرزند، خانه والدین را ترک می‌کند
۵	انقباض کامل	اولین فرزند خانه پدری را ترک می‌کند	اولین والد می‌میرد
۶	فروپاشی	مرگ اولین والد	مرگ بازمانده (فروپاشی)

انواع خانواده

تنوع ارتباطات افراد، منجر به تشکیل انواع خانواده گردیده است هنوز در اکثر جوامع خانواده سنتی تک هسته‌ای معمول‌ترین نوع می‌باشد.

واحدهای خانواده در سرتاسر دنیا شکل‌های متفاوتی دارند. دانشمندان علوم اجتماعی سه نوع خانواده را به شرح زیر، تعریف کرده‌اند:

۱- خانواده هسته‌ای (Nuclear Family)

خانواده هسته‌ای یا اولین یا اولیه در تمام جوامع انسانی، مشترک است و شامل زوجین و کودکان وابسته آن‌ها می‌شود. مسئولیت تربیت به عهده والدین بوده و رابطه زوجین، صمیمی است.

۲- خانواده گسترده (Extended Family)

یکی از رایج‌ترین نوع خانواده در شرق و غرب آسیا است و بیش‌تر در مناطق زراعی روستایی، مرسوم است. به‌طوری که چند خانواده با رابطه خونی بین مردها با هم زندگی می‌کند، دست در دست مرد سالخورده فامیل است، روابط فامیلی بر روابط زناشویی ارجح می‌باشد و مسئولیت‌ها تقسیم شده است.

۳- خانواده سه نسلی

خانواده‌ای که افراد جوان به دلیل نبودن امکانات با نسل‌های قبلی خود به‌طور موقت زندگی می‌کنند. بدیهی است که انواع مشروع و نامشروع دیگری از خانواده نیز وجود دارد که در جدول ۲ به آن‌ها اشاره شده است.

جدول ۲- انواع خانواده

خانواده هسته‌ای	Traditional Nuclea Family in Home
خانواده گسترده	Extended Family
خانواده حاصل از زندگی فرزند با یکی از والدین	Single parenf family
خانواده ناشی از ازدواج دو جنس همسان	Gay family
خانواده حاصل از زندگی دو نفر زن با یکدیگر	Lesbian family
خانواده حاصل از زندگی دو نفر مرد با یکدیگر	Created family
خانواده حاصل از زندگی دو نفر با همدیگر بدون التزام قانونی	Cohabited family

۱- تعریف جمعیت‌شناختی

واژه دموگرافی (جمعیت‌شناسی) در ترجمه تحت‌اللفظی آن از یونان به معنای «توصیف مردم» است. برطبق لغت‌نامه چندزبانی جمعیت‌شناسی سازمان ملل متحد، جمعیت‌شناسی، مطالعه علمی جمعیت‌های انسانی است که در مرحله نخست به بررسی بُعد، ساخت، رشد و تحول آن‌ها می‌پردازد، موضوع اساسی جمعیت‌شناسی در حالت عمده، مطالعه کمی عواملی از قبیل باروری، مرگ و میر و مهاجرت است که پیوسته بر جمعیت اثر می‌گذارند و اندازه و رشد آن را تعیین می‌کنند. این عوامل در اصطلاح به نام اجزای رشد، خوانده می‌شوند. این عوامل به همراه عوامل دیگری از قبیل ازدواج و طلاق، ساخت یا ترکیب جمعیت را تعیین می‌کنند.

به‌طور کلی می‌توان گفت که جمعیت‌شناسی علمی است که به مطالعه ساختمان و تحول و حرکات جمعیت‌ها در زمان و مکان می‌پردازد.

ترکیب جمعیت و وقایع حیاتی

توزیع آماری افراد در یک جمعیت برحسب خصوصیتی از قبیل سن، جنس، وضع تأهل، وضع فعالیت، میزان تحصیلات و وضع اشتغال و غیره را «ترکیب جمعیت» می‌خوانند. تغییرات موجود در حجم و ترکیب جمعیت به علت پیش‌آمدن «وقایع حیاتی» ایجاد می‌شود، بعضی از این وقایع از قبیل ولادت، مرگ و میر و مهاجرت حجم جمعیت را تغییر می‌دهند. وقایع دیگر از قبیل ازدواج و طلاق که سبب تغییر وضع تأهل افراد از حالتی به حالت دیگر می‌شود صرفاً بر ترکیب جمعیت اثر می‌گذارد.

منابع اطلاعات جمعیتی

در زمان قدیم شمارش افراد انسان به وسیله خود آن‌ها مسأله ناشناخته‌ای بود یا این امر به نظر آن‌ها پلید می‌نمود. به‌طوری‌که عقیده داشتند ملت‌ها از آن خدا هستند و تنها خداست که تعداد امت خود را می‌داند. زیرا تنها مالک است که می‌تواند اموال خود را برشمارد و صورت‌برداری کند. حتی با پیشرفت‌ها و تحولاتی که در جهان به وجود آمده هنوز در مواردی تعیین تعداد انسان‌ها تا حدودی دشوار است.

مطالعه جمعیت از دو راه انجام می‌گیرد، یک طریقه عبارت از عکسبرداری در زمان معین از وضع جمعیت و طریقه دیگر بررسی حرکات جمعیت از راه ثبت عوامل تشکیل‌دهنده آن مانند: تولد، مرگ و میر و مهاجرت است. برای این دو نوع مطالعه که مکمل یکدیگر هستند، دو نوع روش بررسی وجود دارد.

الف) سرشماری و آمارگیری نمونه‌ای که نشان‌دهنده وضعیت جمعیت در یک زمان معین است.

ب) دفاتر ثبت احوال که اطلاعاتی درباره حرکات جمعیت فراهم می‌کند.

تولد یک کودک در همه جا یک رخداد بیادماندنی و فرصتی برای شادمانی: میهمانی ... و دادن هدیه است. اما هنوز برای هزاران تن از زنان، تجربه به دنیا آوردن کودکان آن طور که باید یک رویداد مسرت بخش نیست، بلکه ممکن است نوعی استیصال و جهنمی مرگ بار باشد.

واقعیت های جهانی

هر سال بیش از نیم میلیون زن در طی بارداری، زایمان و یا بعد از وضع حمل جان خود را از دست می دهند. این مرگ ها اغلب ناگهانی و غیرقابل پیش بینی هستند. اکثر این مرگ ها قابل اجتناب هستند. براساس گزارش سال ۲۰۰۵ سازمان جهانی بهداشت، شعار سال ۲۰۰۵ این است: «مرگ هر مادر و کودک را با اهمیت بشمرید» بدیهی است که بیش از ۹۹٪ این مرگ ها در کشورهای در حال پیشرفت صورت می گیرد.

تقریباً ۴۰٪ از زنان باردار (هر سال ۵۰ میلیون) مشکلات سلامتی در رابطه با بارداری را در طول مدت بارداری و یا بعد از آن تجربه می کنند و ۱۵٪ از عوارض طولانی مدت یا جدی که گاه تا آخر عمر آن ها را همراهی می کند، رنج می برند. در نتیجه امروزه ۳۰۰ میلیون زن از مشکلات و ناتوانی های سلامتی، در رنج اند.

مرگ و میر مادران (Maternal Mortality) یعنی چه؟

تعریف (M.M.R.) به مرگ زن در خلال حاملگی، زایمان یا در طی ۳۲ روز بعد از خاتمه حاملگی، مرگ مادر گفته می شود. صرف نظر از طول مدت حاملگی یا محل حاملگی و با هر علتی مربوط به حاملگی یا تشدید شده در اثر آن یا در اثر مداخلات به آن، ولی نه در اثر حوادث.

مرگ مادران مربوط به بارداری (pregnancy-related death)

مرگ زن در حالت بارداری، یا در خلال چهل و دو روز بعد از خاتمه حاملگی، صرف نظر از علت مرگ. مرگ مادران به دو گروه تقسیم می شود.

مرگ و میر مستقیم مادری: شامل مرگ های مادران در اثر عوارض مامایی، حاملگی، زایمان یا دوره بعد از زایمان، مداخلات، سهل انگاری ها، درمان های ناجور و اشتباه می باشد مثل مرگ در اثر خونریزی بعد از زایمان.

مرگ و میر غیرمستقیم مادری: شامل مرگ های مادران در اثر بیماری های قلبی مادر یا بیماری هایی که در ضمن حاملگی، زایمان و بعد از آن ظاهر می شوند یا تشدید می شوند مثل: مادر حامله ای که در اثر کومای دیابتیک فوت می کند. یا مادر بارداری که به دنبال ابتلا به اوریون یا آنفوانزا دچار مرگ می شود.

ویژگی‌های نوزادان سالم

نوزادان طبیعی

۹۵-۹۰٪ نوزادان با سن جنینی ۳۷-۴۲ هفته متولد می‌شوند و بسیاری از آن‌ها از سلامتی هنگام تولد برخوردارند، با این حال همه نوزادان پس از تولد باید مورد معاینه و بررسی قرار گیرند زیرا ممکن است در نگاه و بررسی کلی، بسیاری از مسائل و مشکلات مورد توجه قرار نگرفته و در آینده بر رشد و تکامل نوزاد، تأثیر نامطلوب به جا گذارند.

میانگین وزن نوزاد تازه متولد شده ۳/۴ کیلوگرم می‌باشد که وزن پسران اندکی بیش از وزن دختران است. حدود ۹۵٪ نوزادان طبیعی متولد شده در موعد مقرر بین ۴/۶ - ۲/۵ کیلوگرم وزن دارند. متوسط قد ۵۰ سانتی‌متر می‌باشد که تقریباً ۹۵٪ نوزادان بین ۴۵-۵۵ سانتی‌متر قد دارند. میانگین اندازه دور سر حدود ۳۵cm است که بین ۳۷/۲-۳۲/۶cm متغیر می‌باشد.

تشخیص عوارض مانند کاتاراکت (آب مروارید) مادرزادی، شکاف، کام، فتق، مغبنی، قرار نداشتن بیضه‌ها در کیسه بیضه، هیپوسپادیس (قرار گرفتن سوراخ مجرای ادرار در محل غیرطبیعی روی آلت تناسلی) دررفتگی مادرزادی مفصل ران، اندازه‌گیری دور سر، قد و وزن و بررسی وضعیت قلب و ریه‌ها و اندام‌های دیگر به دقت و حوصله نیاز دارد.

بهتر است نوزاد بلافاصله پس از تولد و همچنین در ۲۴ ساعت اول زندگی معاینه و بررسی شود و آموزش‌های ضروری از نظر چگونگی تغذیه نوزاد، دفع مکنونیوم و مراقبت به لحاظ درجه حرارت محیط شستشو و استحمام و پیدایش زردی، به مادران ارائه شود.

زردی نوزاد

یرقان دوره نوزادی یکی از مسائل شایع می‌باشد که درصد قابل توجهی از نوزادان به شکل‌های فیزیولوژیک و پاتولوژیک آن مبتلا می‌شوند. یرقان فیزیولوژیک معمولاً از پایان روز دوم زندگی شروع و در روزهای چهارم و پنجم به حداکثر مقدار خود می‌رسد و سپس به تدریج کاهش می‌یابد.

به‌طور کلی میزان بیلی‌روبین کمتر از ۱۲ میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر خون در نوزادان با سن جنینی طبیعی و بیلی‌روبین کمتر از ۱۴ میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر خون در نوزادان نارس، یرقان فیزیولوژیک نامیده می‌شود. در صورتی که مقدار بیلی‌روبین از مقادیر یاد شده برای نوزادان طبیعی و نارس تجاوز کند، یرقان پاتولوژیک محسوب می‌شود. ضمن توجه به علائم بالینی و آزمایشگاهی نوزادان مبتلا به یرقان، برای تشخیص علل و عوامل مؤثر بر آن، در صورت مشاهده هر یک از موارد زیر، اتخاذ تصمیم فوری ضروری می‌باشد:

- (۱) یرقانی که در ۲۴ ساعت اول زندگی شروع می‌شود.
- (۲) افزایش بیلی‌روبین، از ۵ میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر در ۲۴ ساعت تجاوز کند.
- (۳) بیلی‌روبین از ۱۲ میلی‌گرم در نوزادان طبیعی و ۱۴ میلی‌گرم در نوزادان نارس تجاوز کند.
- (۴) یرقان در نوزادان طبیعی، بیش از یک هفته و در نوزادان نارس بیش از دو هفته به طول انجامد.

بانک سوالات

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

سوالات تألیفی

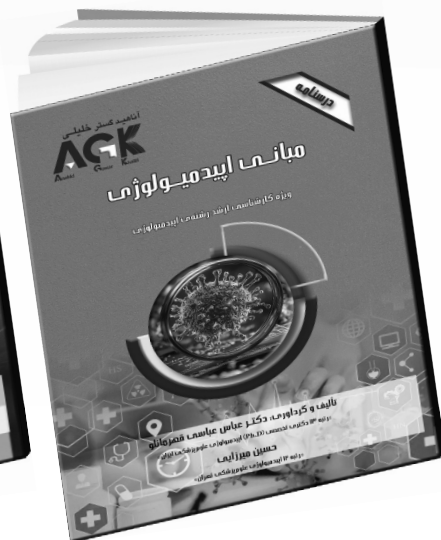
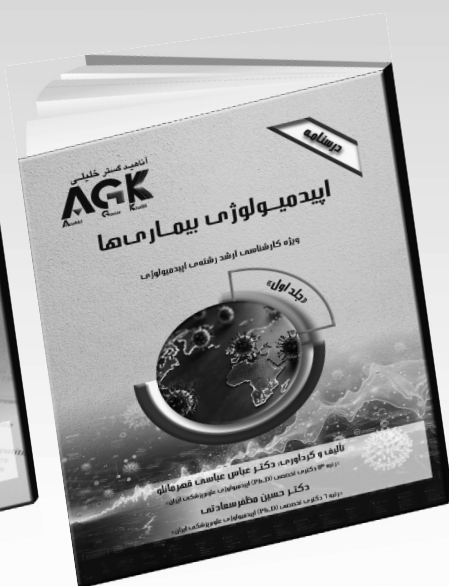
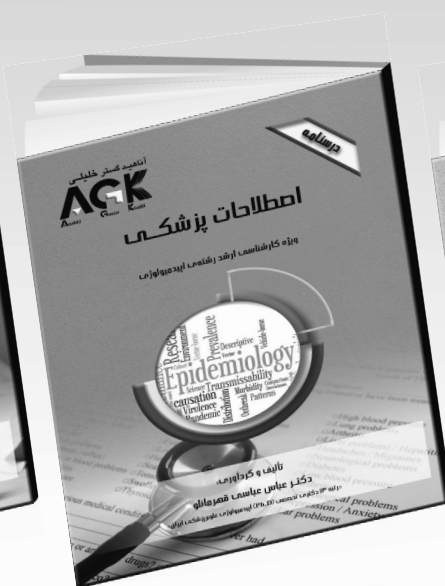
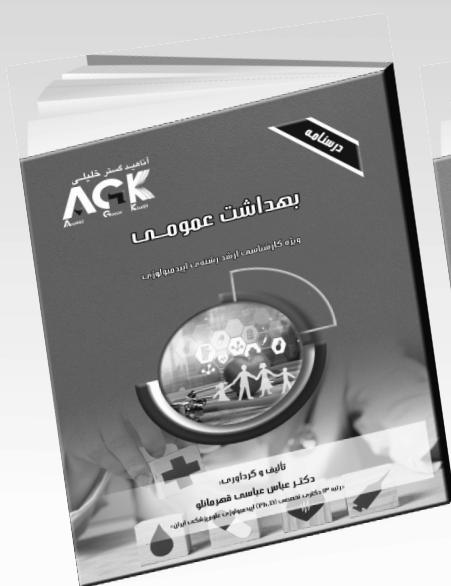
تألیف سوالات مشابه کنکور

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

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