

فهرست

..... تاریخچه پزشکی و بهداشت

..... مفهوم تندرستی و بیماری

..... نشانگرهای بهداشتی

..... آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت

..... بهداشت خانواده

..... بهداشت محیط و حرفه ای

..... برنامه های مبارزه با بیماریهای عفونی و قابل واگیری

..... ایمنسازی و واکسیناسیون

..... بهداشت روان

..... جنبه های اقتصادی بهداشت

..... بهداشت دانش آموزان و مدارس

..... پزشک خانواده و نظام ارجاع

..... جمعیت شناسی

..... نظام ارائه مراقبت های بهداشتی و درمانی

..... سیاست بهداشتی و برنامه ریزی بهداشت

..... سطوح مختلف ارائه خدمات در شبکه های بهداشت و درمان ایران

تاریخچه پزشکی و بهداشت

تاریخچه:

در هندوستان، در دوران باستان قوانین مانو (Manu) رمز بهداشت فردی بوده و پیشرفت های عمده ای در بهسازی، آب و مهندسی آب داشته اند.

در چین، پایه پزشکی باستان بر دو اصل یانگ (yang) و یین (yin) است و تعادل این دو نیروی مخالف به معنای سلامتی خوب بوده است. آبله کوبی برای ایمنی انسان در برابر آبله از چین آغاز شده است. امروزه همه پزشکان پابرنه ی چینی پیشگام مراقبت های بهداشتی اولیه و طب سوزنی چینی نظر جهانیان را به خود جلب کرده است.

در یونان، پانسه آ (panacea) و (Higiea) به عنوان مظهر درمان پزشکی و بهداشت شناخته شده اند. لغت hygien در انگلیسی و hygie در فرانسه به معنای بهداشت از نام یکی از این دو گرفته شده است. بخش اصلی تفکر پزشکی یونانیان باستان نظریه ی تعادل بین اخلاط چهارگانه (آب، خاک، آتش و باد) بود که بعدها با اخلاط بدن (خون، بلغم، سودا و صفرا) یا ویژگی های رفتاری افراد مرتبط دانسته است.

رومیان پزشکان عمومی را به کار می گماشتند و اینان در ازای پول به سبک بسیاری کشورهای امروزی برای بیماران مشاوره پزشکی انجام می دادند.

پیدایش پزشکی نوین:

۱- پزشکی درمانی - سابقه هزاران ساله دارد، هدف از آن تشخیص بیماری و درمان بیمار است که روش هایی روز به روز پیچیده تر و پرهزینه تر دارد و موجب پیدایش تخصص های گوناگون در پزشکی و رشد فراوان این تخصص ها شده است.

۲- پزشکی پیشگیری - به عنوان شاخه ای از بهداشت عمومی شکل گرفته است. خدمات پزشکی پیشگیری برابر تعریف آن برای مردم سالم به کار گرفته می شود و شامل اقداماتی است که شمار بسیاری از مردم را شامل می شود و نخستین هدف آن پیشگیری از بروز بیماری ها و ارتقای سلامت افراد جامعه است.

مفهوم نوین پزشکی پیشگیری عبارت است از " علم و هنر ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری ها، محدود کردن ناتوانی، درمان بیماری و بازتوانی بیمار. طبق سازمان جهانی بهداشت این کارها در سه سطح پیشگیری سطح اول، سطح دوم و سطح سوم انجام می شود:

الف) پیشگیری سطح اول:

این مرحله عبارت است از مجموعه اقداماتی که برای جلوگیری از بروز بیماری انجام می شود. این اقدامات موجب بالا رفتن میزان قدرت جسمی و روانی افراد جامعه و سالم تر شدن محیط زندگی می شود و خود به دو مرحله تقسیم می شوند:

- ارتقاء سلامت: شامل آموزش همگانی بهداشت، بهبود رژیم غذاییبر اساس گروه های سنی، فراهم آوردن شرایط مناسب مسکن، کار و تامین تفریحات سالم می شود.

- حفاظت اختصاصی در مقابل وقایع بهداشتی و بیماری ها: شامل روش هایی اختصاصی است که از بروز برخی بیماری ها جلوگیری می کند.

ب) پیشگیری سطح دوم:

این مرحله شامل تشخیص به موقع بیماری و درمان مناسب و به سرعت است. این اقدامات برای جلوگیری از سیر بیماری به طرف مراحل پیشرفته، به وجود آمدن نقص و ناتوانی و سرایت بیماری به افراد سالم ضرورت دارد.

پ) پیشگیری سطح سوم:

در این مرحله، هدف متوقف کردن سیر بیماری و جلوگیری از ناتوانی کامل یا مرگ است. فیزیوتراپی برای برگرداندن حرکت به یک عضو عارضه دیده، نمونه ای از این اعمال است. عمل های جراحی، استفاده از عینک، سمعک و ورزش های مخصوص، مثال هایی دیگر از اقداماتی هستند که برای بازگرداندن قسمتی از توانایی های از دست رفته یا جلوگیری از ناتوانایی بیشتر مورد استفاده قرار می گیرند.

سوال: راهبرد گروه پر مخاطره، معمولاً در کدام رویکرد پیشگیری بیشتر مورد توجه است؟ (ارشد ۹۳)

- الف) پیشگیری بدوی یا نخستین
ب) پیشگیری اولیه
ج) پیشگیری ثانویه
د) پیشگیری ثالثه
پاسخ گزینه ب /

سوال: «طرح تدابیر موجود برای کاهش یا محدود کردن نقص عضو و ناتوانیهای حاصله از بیماری و به حداقل رساندن رنج و آسیب ناشی از انحراف سلامت کامل و ارتقای قدرت تطابق بیمار با حالات بهبود ناپذیر» به کدام نوع پیشگیری توجه دارد؟ (ارشد ۹۳)

- الف) پیشگیری بدوی یا نخستین
ب) پیشگیری اولیه
ج) پیشگیری ثانویه
د) پیشگیری ثالثه
پاسخ گزینه د /

۳- پزشکی اجتماعی - در مفهوم گسترده خود عبارت است از ابراز سنت بشردوستی در پزشکی، مراقبت بیماران، پیشگیری از بیماری، اداره کردن و خدمات و مطالب مربوط به تندرستی و بهزیستی مردم و دور از هر گونه تفسیر متناقض با علایق آنان. پزشکی اجتماعی را آسیب شناسی اجتماعی، آسیب شناسی جمعیتی و آسیب شناسی جغرافیایی هم می نامند. اساس نظریه پزشکی اجتماعی آن است که چون انسان موجودی اجتماعی است بیماری های او هم علت های اجتماعی دارد، پیامدهای اجتماعی بر جای می گذارد و درمان اجتماعی لازم دارد. در پزشکی اجتماعی انسان به عنوان یک موجودی در کلیت محیط زیست در نظر گرفته می شود و تندرستی تمامی تمامی جامعه به عنوان یک واحد در نظر گرفته می شود.

مفاهیم بهداشت همگانی:

الف- مرحله مبارزه با بیماریها (۱۹۲۰-۱۸۸۰): این مرحله شامل وضع مقررات برای بهسازی، اصلاحات زیست محیطی و مبارزه با عوامل بیماریزای فیزیکی در محیط زیست و از جمله تامین آب سالم و دفع فضولات بود. با این ترتیب تندرستی مردم از طریق مبارزه با بیماریها بیشتر شد.

ب- مرحله ارتقاء سلامت (بعد از سال ۱۹۲۰): در این مرحله ارتقاء سلامت مردم هم به هدف های بهداشت عمومی افزوده شد. مرحله ی ارتقای سلامت در ابتدا با خدمات بهداشت مادر و کودک، بهداشت مدارس، بهداشت حرفه ای و صنعتی، بهداشت روانی و مراقبت های مربوط به بازتوانی و پرستاری بهداشت عمومی پایه گذاری شد. در تعریف اولیه، بهداشت همگانی (Winslow ۱۹۲۰)

علم و هنر پیشگیری از بیماری ها، افزایش طول عمر، ارتقای سلامت و کارایی افراد از طریق کوشش سازمان یافته ی جامعه تعریف شده است.

پ- **مرحله مهندسی اجتماعی:** پس از آن که دشواریهای بهداشتی قدیمی مانند بیماریهای عفونی و واگیر با روش های سنتی بهداشت همگانی مانند جداسازی، قرنطینه، ایمن سازی و گندزدایی کاهش یافت. بیماریهای عفونی مانند سرطان ها، بیماری قند، می بارگی (الکلیسم) و اعتیاد جلوه بیشتری یافتند. از این بیماریها با روش های سنتی نمی توان پیشگیری کرد و در ابتدا هم برای آنها عوامل بیماریزای زنده تصور نمی شد. از این روی عوامل تعیین کننده آنها را عوامل خطر نامیدند. با پیدایش و افزایش این بیماریها لازم شد که اقدامات تازه ای در زمینه بهداشتی عمومی انجام گیرد. از این رو در مرحله مهندسی اجتماعی جنبه رفتاری و اجتماعی بیماری ها بیشتر اولویت یافت و بهداشت همگانی به سوی پیدا کردن روشهایی برای پیشگیری و بازتوانی بیماریهای مزمن سوق داده شد.

سوال: در مرحله ی مهندسی اجتماعی از مراحل تغییر بهداشت عمومی، چه موضوعی در اولویت قرار گرفت؟(ارشد ۹۴)

- الف) جنبه های رفتاری و اجتماعی بیماری
ب) آسیب شناسی جمعیتی
ج) افزایش طول عمر
د) نظریه میکروبی ایجاد بیماری
- پاسخ گزینه الف /

ت- **مرحله بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ (۱۹۸۱-۲۰۰۰):** کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی (WHO) با توجه به وضع خوب بهداشت، تغذیه، درآمد، آب آشامیدنی و سایر امکانات کشورهای پیشرفته و با توجه به نبود یا کمبود این امکانات در کشورهای رو به پیشرفت دسترسی به سطحی از تندرستی که امکان دهد مردم جهان به یک زندگی اقتصادی اجتماعی بارور برسند و بهداشت جهانی ارتقاء یابد، همگام شوند.

ث- **بهداشت برای همه در قرن بیست و یکم:** سلامت برای همه در قرن ۲۱، استراتژی جهانی برای توسعه سلامت است که در سال ۱۹۹۸ توسط سازمان جهانی بهداشت رونمایی شد و با اعلامیه جهانی سلامت مورد تاکید قرار گرفت که در آن هم اهمیت سیاست ها و هم استراتژی های محلی و ملی برجسته شده است و نیز هسته آن را مشارکت تشکیل می دهد. در این بازنگری اصول اخلاقی زیر مورد تاکید قرار گرفته است:

- ۱- سلامتی حق مسلم بشر است.
- ۲- برابری در برخورداری از سلامت و وحدت در عمل بین کشورها، گروه های مردمی در هر کشور و بین جنسیت ها.
- ۳- مشارکت و پاسخگویی افراد، گروه ها، جوامع و سازمانها و بخش های دخیل در توسعه، یکی از اهداف سلامت در قرن بیست و یکم، برداشتن گام های چند وجهی برای خلق سلامت و توسعه پایدار از طریق اقدامات زیر بود:

- رفع موانع فیزیکی و اجتماعی، اقتصادی سلامت
- آسان تر کردن انتخاب های سالم برای مردم
- برقراری رابطه با افراد، نهادهای اجتماعی و جوامع محلی و سازمان های خصوصی و داوطلب در حوزه های مختلف برای ارتقای سلامت به عنوان مثال خانه های سالم، محل کار سالم، مدارس سالم، شهر سالم و
- ترغیب تمامی بخش ها به شناسایی و رسیدن به منابع جمعی در زمینه سلامت و توسعه اقتصادی اجتماعی.

بحران در پزشکی:

شکایت رایج از پزشکی امروزی آن است که کارهای پزشکی بسیار پر هزینه، خطرناک و در درمان بیماریهای جدی ناکارساز است. هزینه و خطرات این نظام اتکالی آن به روشهای تهاجمی، اسباب های فنی و داروهای خطرناک است. ولی دلیل های دیگری هم برای انتقاد از پزشکی نوین وجود دارد از جمله:

- تندرستی مردم متناسب با افزایش هزینه های پزشکی افزایش نیافته است.
- بیماریهای عمده مردم جهان مانند مالاریا، تریپانوزومیاز، جذام، شیستوزومیاز، سل، فیلاریاز، و لیشمانیوز با وجود پیشرفتهای پزشکی تنها کاهش نیافته بلکه افزایش هم یافته است.
- امید به زندگی در کشورهای رو به پیشرفت و توسعه نیافته کم و میزان هایی میرایی کودکان در این کشور زیاد است.
- خدمات پزشکی به صورت نابرابر و تبعیض آمیز توزیع شده است.
- پزشکی نوین در خدمت طبقه مرفه جامعه است

برای مهار دشواری های حاصل از پزشکی نوین که منجر به نوعی خدمات پزشکی برای اقشار کم درآمد و نوع بهتر خدمات برای افراد مرفه شده پاره ای اقدامات اجتماعی انجام شده است. از جمله از سال ۱۸۸۳ در آلمان بیمه ی بیماری اجباری شد. انگلستان و فرانسه خدمات پزشکی را ملی کردند، در آمریکا هم با برقراری سازمان های حفظ تندرستی (HMO) برای ارائه ی خدماتی معین بهای ثابت دریافت می شود و با این ترتیب در راه پوشش همگانی خدمات بهداشتی برای عامه ی مردم گام هایی برداشته است.

بهداشت در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در چهار مورد از بهداشت، تغذیه و بیمه سخن به میان آمد است:

- ۱- اصل سوم بند دوازدهم (فصل اول - اصول کلی)
- ۲- اصل بیست و نهم (فصل سوم - حقوق ملت)
- ۳- اصل چهل و سوم (فصل چهارم - اقتصاد و امور مالی)
- ۴- اصل یکصد و هفتم (فصل هفتم - شوراها)

مفهوم تندرستی و بیماری

تغییر در مفهوم تندرستی:

الف - مفهوم زیست پزشکی: مفهوم زیست پزشکی (Biomedical) اساس نظریه میکروبی ایجاد مفهوم انسان به صورت ماشینی در نظر گرفته می شود که وجود بیماری باعث اختلال کار آن می شود.

ب - مفهوم بوم شناختی (اکولوژیک): در مفهوم بوم شناختی (Ecologic) تندرستی یک وضعیت رفاه کامل و پایدار درون یک اکوسیستم پایدار در داخل یک زیست کره یا بیوسفر پایدار و بیماری عبارت است از بدی تطابق وجود انسان با محیط زیست. " تندرستی نشانه نبود درد و ناراحتی و تطابق و تنظیم مستمر با محیط زیست و اطمینان یافتن از بهترین عملکرد است."

سوال: "تلاش فرد برای سازگاری با چالش‌های محیطی" در کدام رویکرد از تندرستی شاخص تر است؟ (ارشد ۹۴)

الف) Ecological (ب) Biomedical (ج) Biopsychosocial (د) Holistic

پاسخ گزینه الف /

سوال: در کدامیک از مدل‌های تندرستی زیر، سلامتی به عنوان اطمینان یافتن از بهترین عملکرد تعریف می‌گردد؟ (ارشد ۹۳)

الف) جامع (ب) زیستی - روانی و اجتماعی (ج) اکولوژیک (د) بیومدیکال

پاسخ گزینه ج /

پ - مدل زیستی، روانی و اجتماعی: پیشرفتهای علوم اجتماعی و روان شناختی معاصر نشان داده که هنگام تعریف و اندازه گیری تندرستی نه تنها اثر پدیده های زیست پزشکی بلکه تاثیر عوامل اجتماعی، روان شناختی، فرهنگی و سیاسی را هم باید در نظر گرفت و در واقع این مدل همان مدل زیست پزشکی است که عوامل روان شناختی اجتماعی و فرهنگی هم به آن افزوده شده است.

ت - مدل جامع (Holistic): ترکیبی از همه ی مفاهیم یاد شده است. این نظریه با نظریه های باستانی " سلامتی نشانه از فکر سالم در بدن سالم، در خانواده سالم و در محیطی سالم " هماهنگی دارد.

سوال: سلامتی نشانه‌ای از فکر سالم، در خانواده سالم در محیط سالم با کدام یک از نظریه‌های زیر مطابقت دارد. (ارشد ۸۹)

الف) مفهوم بوم شناختی (ب) مفهوم زیست پزشکی

ج) مدل زیستی - روانی - اجتماعی (د) مدل جامع

پاسخ گزینه د /

ابعاد تندرستی:

مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت تندرستی شامل سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی است ولی ابعاد روحی، عاطفی، شغلی و سیاسی هم می توان برای آن در نظر گرفت.

الف - بعد جسمی: شامل سلامت جسم و فیزیک افراد می باشد.

ب- بعد روانی: سلامت روانی عبارت است از "حالت توازن بین شخص و دنیای پیرامون و محیط زیست". افزودن بر این ها شخص از نظر روانی سالم، (۱) عاری از تعارض و کشمکش های درونی است و با خود در حال جنگ و جدال نیست. (۲) می تواند تطبیق کامل یابد یعنی با دیگران بخوبی زندگی کند، انتقادها را بپذیرد، زود برآشفته نشود، (۳) خود را بشناسد و نیازها، مشکلات و اهداف خود را تشخیص دهد، (۴) بر خود مسلط و دارای تعادل عاطفی و منطقی باشد، (۵) توان مقابله با تنش و اضطراب را داشته باشد، (۶) احساس نیرومند خود اتکایی داشته و (۷) در جست و جوی شناخت شخصیت خود باشد.

سوال: مفهوم "احساس خوداتکایی" به کدام بعد سلامت مربوط می شود؟ (ارشد ۹۴)

الف) روانی (ب) شغلی (ج) روحی (د) اجتماعی
پاسخ گزینه الف /

پ- بعد اجتماعی: شامل سطح مهارت های اجتماعی عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت شخص از خود به عنوان یک عضو جامعه ی بزرگتر است.

ت- بعد روحی: چیزی ناپیدا و فیزیولوژیک و روان شناسی آن ماوراء الطبیعه است و شامل کمال، اخلاقیات، و اصول داشتن هدف و تعهد به چیزی اولی تر و باور به مفاهیم ذهنی، و هنرمندانه است.

ث- بعد شغلی

ج- ابعاد غیر پزشکی، شامل بعد فلسفی، بعد فرهنگی، بعد اقتصادی - اجتماعی، بعد زیست محیطی، بعد تغذیه ای درمانی و پیشگیری است.

طیف تندرستی:

سلامتی و بیماری را در دو انتهای طیف پیوسته ای در نظر میگیرند که وضعیت پر مخاطره از لحاظ مرگ زودرس در نزدیک انتهای طیف و وضعیت تندرستی بهینه در نزدیکی انتهای دیگر طیف قرار دارد. سلامتی مثبت یک انتها و مرگ انتهای دیگر طیف را تشکیل می دهد.

به این ترتیب تندرستی حالتی ایستا نیست بلکه در حالت دگرگونی است.

عوامل تعیین کننده تندرستی:

تندرستی انسان هم از عوامل درونی و هم از عوامل زیست محیطی تاثیر می پذیرد. از برهمکنش این دو دسته عامل، تندرستی کاهش یا افزایش می یابد. این عوامل عبارتند از:

الف- وراثت

ب- محیط زیست

پ- سبک زندگی

ت- وضعیت اقتصادی

ث - سطح آموزش

ج- نظام سیاسی کشور: تصمیم گیری درباره تخصیص منابع، توسعه نیروی انسانی، انتخاب نوع فناوری برای خدمات بهداشتی و غیره نمونه هایی از دخالت سیاسی کشور در ارائه خدمات بهداشتی به جامعه است. مطابق معیارهای سازمان جهانی بهداشت تمامی کشورها باید ۵ درصد از تولید ناخالص ملی خود را به بخش بهداشت اختصاص دهند.

چ- خدمات بهداشتی.

مراقبتهای بهداشتی اولیه (PHC):

در ماه می سال ۱۹۷۹ استراتژی جهانی بهداشت برای همه توسط سی و دومین اجلاس سازمان جهانی بهداشت مورد تصویب قرار گرفت و نمایندگان کشورهای عضو پذیرفتند که استراتژی های کشوری "بهداشت برای همه" را برای اساس مراقبت های اولیه بهداشتی تدوین و به مرحله عمل درآوردند. هدف بهداشت برای همه بر پایه سیاست های زیر استوار است:

- ۱- بهداشت و تندرستی حق مسلم مردم است و تامین آن یک هدف اجتماعی در سراسر جهان است. پایه و اساس استراتژی بهداشت برای همه، توزیع عادلانه امکانات بهداشتی در بین کشورها و در درون کشورها به ترتیبی که به دسترسی عموم مردم به مراقبتهای اولیه بهداشتی و خدمات پشتیبان آن بیانجامد، می باشد.
- ۲- حق و وظیفه مردم است که به صورت فردی و گروهی در برنامه ریزی و اجرای مراقبت های بهداشتی خودشان نقش داشته باشند. بنابراین مشارکت فعال مردم در شکل دادن به آینده بهداشتی و اقتصادی جامعه از عوامل اساسی در تحقق استراتژی های بهداشت برای همه است.
- ۳- دولت ها در برابر بهداشت و تندرستی مردم که با فراهم نمودن امکانات اجتماعی و بهداشتی کافی امکان پذیر است، مسئولیت تام دارند. بنابراین برای تامین بهداشت برای همه تنها تعهد وزارت بهداشت کافی نبوده و تعهد سیاسی دولت در سطح کلی ضرورت دارد.

- ۴- همکاری فنی و اقتصادی بین کشورها در توسعه و اجرای استراتژی بهداشت برای همه نقش موثری دارد.
- ۵- مراقبتهای بهداشتی اولیه، مراقبتهای بهداشتی اساسی می باشد که توسط نظام بهداشتی با یک روش علمی و عملی قابل قبول از نظر روش ها و تکنولوژی، قابل تحمل از نظر هزینه ها (برای جامعه و کشور) و با مشارکت کامل مردم و روحیه خود انکایی به افراد و خانواده ها در سطح جامعه ارائه می گردد.

سوال: پایه و اساس استراتژی بهداشت برای همه عبارت است از: (ارشد ۹۳)

- الف) توزیع مساوی امکانات سلامت مبتنی بر جمعیت
- ب) تضمین دسترسی مردم به مراقبت های اولیه بهداشتی
- ج) الزام تعهد سیاسی دولت در سطح کلی
- د) همکاری و مسئولیت بین المللی

پاسخ گزینه ج /

تعریف سازمان جهانی بهداشت از مراقبت های بهداشتی اولیه:

مراقبت های بهداشتی اولیه مراقبتهای اصلی در زمینه بهداشت است که باید برای همه افراد و خانواده های جامعه قابل دسترس باشد. این خدمات بخش اساسی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی کشور است. مراقبت های بهداشتی اولیه اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام بهداشتی کشور بوده و خدمات را تا حد ممکن به جایی که مردم در آن کار و زندگی می کنند می برد. هدف از ارائه این مراقبت ها حفظ، نگهداری و اتقاء سطح سلامت افراد جامعه است. و امروزه بر این نکته تاکید می شود که

خدمات بهداشتی باید طیف کامل خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی را پوشش دهد. برای مراقبت های بهداشتی اولیه وجوه فلسفی و استراتژیک به شرح زیر در نظر گرفته شده است:

۱- مراقبتهای بهداشتی اولیه وجهی فلسفی دارد، زیرا:

بهداشت در تعریف، جامعیتی را در بر می گیرد که علاوه بر مراقبتهای بهداشتی درمانی، آمیختگی و هماهنگی بخش اعظم اقتصادی- اجتماعی جامعه را شامل می شود. متکی بر مشارکت مردم است و می خواهد نیازهای اساسی بهداشت را به تقاضا و طلب جامعه تبدیل کند. متضمن توزیع عادلانه منابع اجتماعی بین طبقات مردم بویژه طبقات محروم جامعه است. چون می خواهد امکانات بهداشتی را تا حد ممکن به محل کار و زندگی مردم نزدیک کند.

۲- مراقبتهای بهداشتی اولیه وجهی استراتژیک دارد، زیرا:

- سلامتی را به عنوان محور توسعه شناخته که همواره باید از اولویت در سرمایه گذاری های توسعه کلی جامعه برخوردار باشد.
- عرضه مراقبتهای اولیه بهداشتی در اولین سطح تماس جامعه با نظام بهداشتی کشور به صورت خدمات هماهنگ و تلفیق یافته آغاز می شود و جامعیت خود را در سطوح بعدی تکامل می بخشد.
- مشارکت مردم را در کلیه مراحل برنامه ریزی، اجرا و نظارت طلب می کند.
- با سطح بندی خدمات و از طریق نظام ارجاع و همچنین بکارگیری تکنولوژی مناسب و متناسب با سنت ها و امکانات محلی باعث می شود که این خدمات با کمترین بهایی که جوامع و دولت ها قادر به پرداخت آن هستند در دسترس همگان قرار گیرد.
- برای وصول به هدف های خود نیازمند نظام بهداشتی مناسبی است که تامین این هدف ها را ممکن سازد. چنین نظامی باید با انجام پژوهش های کاربردی به اصلاح خویش بپردازد و تغییرات ضروری را برای هر مرحله پذیرا باشد.

اصول مراقبت های بهداشتی اولیه :

- ۱- اصل هماهنگی بین بخشی (بخش های توسعه اقتصادی- اجتماعی)
- ۲- مشارکت مردم و اتکاء به خود: بدون همکاری و علاقه مردم به تامین و توسعه خدمات هیچگونه موفقیتی برای آن پیش بینی نمی شود این به عنوان بهداشت به وسیله مردم و قرار دادن سلامت مردم در دست خود آنها توصیف شده است.
- ۳- تکنولوژی مناسب، روش های مناسب: نه تنها در مراقبت های بهداشتی اولیه بلکه در تمامی سطوح ارائه خدمات بهداشتی درمانی باید از روش، ابزار، پرسنل، دارو، مواد و حتی سیستم اداری مناسب و منطبق با شرایط جامعه استفاده شود.
- ۴- عدالت: منابع بهداشتی و خدمات مربوط به آن باید به صورت برابر در اختیار همه افراد جامعه قرار گیرد و مردم با نیازهای یکسان باید دسترسی برابر به مراقبت های بهداشتی داشته باشند.
- ۵- جامعیت خدمات: مراقبت های بهداشتی اولیه در یک رویکرد جامع بر اساس مداخلات ارتقایی، پیشگیری کننده، درمانی، بازتوانی صورت می گیرند.

اجزای مراقبت های بهداشتی اولیه:

- ۱- آموزش بهداشت (آموزش در خصوص مشکلات معمول بهداشتی، پیشگیری و روش های کنترل بیماری ها)

۲- بهبود تغذیه

۳- دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط

۴- بهداشت مادر و کودک و فاصله گذاری بین موالید

۵- واکسیناسیون بر علیه بیماریهای عفونی قابل انتقال در دوران کودکی

۶- پیشگیری و کنترل بیماریهای عفونی (بیماریهای عفونی آندمیک محلی)

۷- درمان بیماریهای معمول و جراحی ها

۸- دسترسی به داروهای اساسی

نکته: در حال حاضر در ایران علاوه بر هشت جزء اساسی مراقبت های اولیه، مراقبت های بهداشت دهان و دندان، مراقبت های بهداشت روانی و تا حدودی مراقبت های سالمندان نیز به مردم ارائه می گردد.

سوال: کدام یک از موارد زیر از اجزای اصلی مراقبت های بهداشتی اولیه نمی باشد؟ (ارشد ۸۹)

الف) درمان متناسب برای بیماریها و آسیب های شایع

ب) اشتغال افراد جامع یا کارکنان بهداشت روستا

ج) بهسازی محیط زیست

د) توانبخشی

پاسخ گزینه د /

نشانه های بهداشتی

نشانه های اندازه گیری وضعیت بهداشت جامعه، برای مقایسه وضع سلامت یک کشور با کشورهای دیگر، برای سنجش نیازهای بهداشتی، برای تخصیص دادن منابع، برای ارزیابی خدمات بهداشتی و برنامه ها و فعالیت های مربوط به آن، و برای اندازه گیری دامنه ی دستیابی به اهداف و مقاصد برنامه ها به کار می روند.

ویژگی نشانه ها:

الف- موثق باشد- یعنی عملاً بتواند آنچه را باید اندازه گیری شود بدرستی اندازه بگیرد.

ب- معتبر و با هدف باشد- یعنی در اندازه گیری مردم مختلف در شرایط همانند پاسخ یکسان بدست بدهد.

ج- حساس باشد- یعنی به دگرگونیهای مورد نظر حساس باشد.

د- ویژگی داشته باشد- یعنی تنها منعکس کننده ی دگرگونیهای وضعیت مورد نظر باشد.

سوال: نشانه گر باید باشد، یعنی باید دقیقاً همان چیزی را اندازه گیری کند که برای اندازه گیری در نظر گرفته

شده است. (ارشد ۸۸)

الف) حساس (ب) امکان پذیر (ج) قابل اعتماد (د) معتبر

پاسخ گزینه د /

طبقه بندی نشانگرهای بهداشتی

۱- نشانگرهای میرایی:

الف- میزان خام مرگ: عبارت است از تعداد مرگ در یکسال در یک جامعه معین به ازای هر هزار نفر جمعیت.

ب- امید زندگی: عبارتست از تعداد سال هایی که در صورت ادامه میزانهای مرگ اختصاصی سنی جاری می توان انتظار داشت کودکان به دنیا آمده و زنده بمانند. افزایش امید به زندگی نشانه ای از بهبود وضع بهداشت به شمار می آید. این شاخص یکی از نشانگرهایی است که در محاسبه شاخص توسعه انسانی کاربرد دارد.

سوال: کدام یک از نشانگرهای زیر در محاسبه شاخص توسعه انسانی منظور می شود؟ (ارشد ۹۴)

الف) امید به زندگی در بدو تولد

ب) میزان مرگ و میر زیر ۵ سال

ج) سرانه درآمد ناخالص ملی

د) میزان ثبت نام کودکان در مدارس

پاسخ گزینه الف /

سوال: امید به زندگی جزو کدامیک از نشانگرهای بهداشتی زیر می باشد؟ (ارشد ۹۱)

الف) میرایی

ب) زیست محیطی

ج) وضعیت تغذیه ای

د) ابتلاء

پاسخ گزینه الف /

ج- میزان میرایی شیرخواران (IMR): نسبت مرگ کودکان کمتر از یک سال در یکسال معین بر تعداد مجموع موالید زنده در همان سال که معمولاً بصورت میزان در هزار تولد زنده بیان می شود.

د- میزان میرایی کودکان (CMR): عبارت است از شمار مرگهای کودکان یک تا چهارساله در یک سال معین به ازای هزار کودک همان گروه سنی در وسط سال مورد نظر.

ه- میزان میرایی نسبی کودکان کمتر از ۵ سال: نسبت مرگ هایی است که در کودکان کمتر از ۵ سال به وقوع پیوسته و بازتاب میزان میرایی شیرخواران و کودکان است.

و- میزان میرایی مادران به علل ناشی از بارداری: در کشورهای رو به پیشرفت بیشترین سهم مرگ در زنان در سنین باروری را شامل می شود.

ح- میزان نسبی مرگ و میر: میزان میرایی نسبی از «بیماری های واگیر» به عنوان نشانگر به کار می رود.

۲- نشانگرهای ابتلاء:

نشانگرهای ابتلاء که برای سنجش ناخوشی های جامعه به کار می روند عبارت اند از:

الف- میزان وقوع یا بروز (Incidence) و میزان وفور یا شیوع (Prevalence)

ب- میزان مراقبت در بخشهای سرپایی بیمارستانها و مراکز بهداشتی

پ- میزان پذیرش، ترخیص و پذیرش مجدد در بیمارستان ها

ت- دفعات بیماری یا غیبت از کارخانه یا مدرسه

ث- مدت اقامت در بیمارستان

چ- میزان گزارش ناخوشی و ابتلا

۳- میزان های ناتوانی:

الف- نشانگرهای از نوع پیشامد (Event type):

۱- تعداد روزهای محدودیت فعالیت ۲- تعداد روزهای ناتوانی و بستری ۳- تعداد روزهای غیبت از کار یا مدرسه در یک دوره معین.

ب- نشانگرهای از نوع شخصی (Person type):

۱- محدود شدن تحرک مانند بستری شدن، خانه نشین شدن، خانه نشین شدن و نیاز به کمک های ویژه برای رفتن به اطراف ۲- محدود شدن فعالیتها مانند فعالیتهای اساسی زندگی روزانه و فعالیتهای عمده مانند کار حرفه ای در کارخانه. شاخص سولیوان- امید زندگی بدون ناتوانی: از تفاضل امید به زندگی و مدت احتمالی بستری شدن و ناتوانی در عملکرد فعالیت های عمده بر حسب داده های بدست آمده از بررسیهای مقطعی جمعیت محاسبه می شود.

سوال: روزهای «ناتوانی بعلت بستری بودن» از کدام دسته از نشانگرهای زیر است. (ارشد ۸۹)

الف) ناتوانی (ب) ابتلا (ج) حادثه‌ای (د) محیطی

پاسخ گزینه ج/

۴- نشانگرهای وضعیت تغذیه:

الف- اندازه گیری های انسان سنجی در کودکان پیش از ورود به دبستان مانند وزن و قد و دور بازو.

ب- قد و وزن کودکان در سن ورود به مدرسه

ج- وفور کمبود وزن به هنگام تولد (کمتر از ۲/۵ کیلوگرم)

۵- نشانگرهای اجرای خدمات بهداشتی:

برای تعیین چگونگی اجرای خدمات بهداشتی و توزیع عادلانه ی منابع بهداشتی در بخشهای مختلف کشور به کار می رود.

الف- نسبت پزشک به جمعیت ب- نسبت پزشک به پرستار ج- نسبت تخت بیمارستان به جمعیت د- نسبت مراجعه به جمعیت به مراکز بهداشتی درمانی ه- نسبت جمعیتی که توسط ماماها ی سنتی زایمان کنند.

۶- میزان های استفاده از خدمات:

الف- نسبت شیرخواران (کمتر از یکسال) که در برابر بیماری های هدف برنامه (EPI) ایمن سازی کامل شده اند.

ب- نسبت زنان باردار تحت مراقبت در دوران پیش از زایمان و یا زایمان توسط کارمند بهداشتی آموزش دیده.

ج- درصد جمعیت که از روش های گوناگون تنظیم خانواده استفاده می کنند.

د- میزان اشتغال تخت بیمارستان، یعنی متوسط روزهای بستری شدن تقسیم بر متوسط تخت بیمارستانی.

ه- متوسط مدت اقامت یعنی تعداد روزهای مراقبت ارایه شده تقسیم بر ترخیص

و- نسبت بازگردانی تخت (ترخیص تقسیم بر متوسط تخت بیمارستانی)

۷- نشانگرهای بهداشتی روانی و اجتماعی:

این نشانگرها عبارت اند از خودکشی، آدم کشی، اقدامات جنایی، بزهکاری، حوادث ترابری جاده ای، اعتیاد به الکل و مواد مخدر، جرایم جوانان، اعتیاد به دخانیات، مصرف آرام بخش ها، جرایم خانوادگی.

۸- نشانگرهای زیست محیطی:

این نشانگرها در رابطه با آلودگی آب و هوا، فضولات جامد، سروصدا، سموم غذایی، و آشامیدنی اند. مقیدترین این نشانگرها آنهایی هستند که نسبت جمعیتی را که دسترسی به آب سالم و امکانات بهسازی دارند اندازه می گیرند. نشانگرهای زیست محیطی بازتاب کیفیت فیزیکی و زیست شناختی محیطی هستند که بیماریها در آن بروز و مردم در آن زندگی می کنند.

۹- نشانگرهای اقتصادی اجتماعی:

عبارت اند از: ۱- درآمد سرانه ۲- سطح اشتغال ۳- نسبت سرباری ۴- نسبت باسوادی بخصوص زنان ۵- بُعد خانوار، وضع مسکن، و تعداد افراد در هر اتاق ۷- مقدار سرانه ی کالری در دسترس ۸- میزان افزایش جمعیت.

سوال: میزان رشد جمعیت از مجموعه نشانگرهای است. (ارشد ۸۸)

الف) اجتماعی - اقتصادی (ب) وضعیت بهداشت (ج) ارائه خدمات (د) سیاستگذاری
پاسخ گزینه الف /

سوال: سرانه «کالری» در دسترس جزء کدامیک از نشانگرهای زیر می باشد؟ (ارشد اقتصاد بهداشت ۹۰)

الف) اجتماعی - اقتصادی (ب) ارائه مراقبت های بهداشتی
ج) سطح تغذیه (د) بهداشت روانی - اجتماعی
پاسخ گزینه الف /

۱۰- نشانگرهای سیاست بهداشتی:

الف- درصد درآمد سرانه ملی که صرف خدمات بهداشتی می شود.

ب- درصد درآمد سرانه ملی که صرف فعالیت های مرتبط با بهداشت می شود، مانند تأمین آب، مسکن، تغذیه، توسعه عمومی.

ج- درصد منابع بهداشت که به خدمات بهداشتی اولیه اختصاص داده می شود.

سوال: "تخصیص منابع" برای پایش پیشرفت کدامیک از نشانگرهای بهداشتی زیر بکار گرفته می‌شود؟ (ارشد ۹۱)
الف) اقتصادی - اجتماعی (ب) سیاست بهداشتی (ج) تدارک مراقبتهای بهداشت (د) وضعیت بهداشت
پاسخ گزینه ب /

۱۱- نشانگرهای کیفیت زندگی:

خلاصه سه نشانگر است: میزان شیرخواران، امید زندگی در یک سالگی و باسوادی.

سوال: شاخص کیفیت زندگی جسمی (PQLI) شامل کدامیک از موارد زیر می‌شود؟ (ارشد ۹۱)

الف) میزان مرگ و میر شیرخواران - میزان مرگ و میر مادران - امید به زندگی
ب) میزان مرگ و میر شیرخواران - امید به زندگی در پایان یکسال - میزان باسوادی
ج) میزان مرگ و میر مادران - امید به زندگی در پایان یکسال - میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال
د) میزان مرگ و میر مادران - میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال - امید به زندگی
پاسخ گزینه ب /

نکته مهم: داوطلبین محترم توجه فرمایید که با تهیه این جزوات دیگر نیاز به خرید هیچ گونه کتاب مرجع دیگری نخواهید داشت. برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱-۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

خرید اینترنتی:

Shop.nokhbegaan.ir