

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

" بهدانتند عموم "

مباحث تدریس شده توسط اساتید:

دکتر دادگر مقدم
دکتر وکیلی



کمیته علمی مهر ۹۲

با سپاس از همکاری اساتید دکتر دادگر مقدم و دکتر وکیلی و دوست عزیز نیما امامی و اعضا کمیته علمی مهر ۹۲

تهیه و تنظیم: محمد سهیل جوزانی

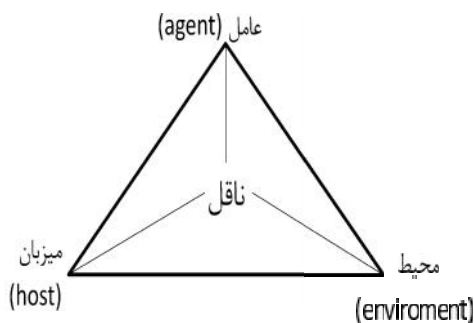
مطالبی که دکتر دادگرمقدم توضیح دادن و داخل اسلایدها نبود.

- پیشگیری: جلوگیری از ورود یک حالت به حالت بدتر.

• سطوح پیشگیری

- ۱- جلوگیری از ابتلا و شناسایی فاکتورهای خطر ۲- درمان و تشخیص زودرس و انجام غربال گری ۳- نوتوانی و بازتوانی
- ☞ امروزه قبل از سطح ۱ سطح جدیدی ایجاد شده که طی آن عوامل بیماری (فاکتورهای خطر یا ریسک فاکتورها) ایجاد نمی شود.

☞ اصول بهداشت در قانون اساسی اصول ۳ - ۲۹ - ۴۳



مثال اپیدمیولوژیک

(آگه امیر تبریزی بود خیلی بهتر میتونست توضیح بده. ☺)

- طیف تندرستی - بیماری: بر حسب حالت تندرستی یا شدت بیماری::

تندرستی	بیماری غیر آشکار	بیماری خفیف	بیماری متوسط	بیماری شدید	بیماری کشنده	مرگ
---------	------------------	-------------	--------------	-------------	--------------	-----

- وظیفه ما، پیشگیری و جلوگیری از اینکه بیماری به درجات بالاتر برود.
- عوامل موثر در پیدایش بیماری ها: میزبان، محیط (زیستی - اجتماعی - فیزیکی)
- ترسیم چگونگی تاثیر عوامل میزبان و محیط: مثل مثلث اپیدمیولوژی، شبکه علیت، مدل چرخ و...

برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی

برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی، یکی از حقوق مسلم فردی و اجتماعی است و تامین سلامت جسم و روان هم ابزاری برای تکامل انسان است و هم از دید گاه اقتصادی اهمیت دارد. با توجه به این مهم این مجموعه در سه بخش تدوین شده است.

- ۱- سیاستها و کلیات بهداشت عمومی
 - ۲- بهداشت فردی
 - ۳- بهداشت محیط
- بهداشت عمومی عبارت است از علم و فن پیشگیری از بیماریها، افزایش طول عمر و ارتقای سطح سلامتی و توانائی انسان از طریق کوشش های دسته جمعی افراد جامعه، به طوری که هر فردی از جامعه از حق طبیعی خود، یعنی سلامتی و عمر طولانی بهره مند گردد.
- اهداف و دامنه فعالیت های بهداشت عمومی :

- ۱- آموزش بهداشت عمومی
- ۲- بهداشت مادر و کودک
- ۳- بهداشت محیط
- ۴- پیشگیری و کنترل بیماریهای واگیردار و مزمن
- ۵- خدمات آزمایشگاهی
- ۶- خدمات پزشکی و پرستاری
- ۷- خدمات مرتبط با امور جمعیت و تنظیم خانواده
- ۸- نظارت بر مواد خوراکی، بهداشتی و دارویی
- ۹- خدمات بهداشتی در شرایط اضطراری
- ۱۰- بررسیهای آماری، تحقیقات و ارزشیابی در امور بهداشتی

تیم و گروه بهداشت:

گروهی از اشخاص که هدف بهداشتی و مقاصد معین و مشترک دارند و در جهت دستیابی به آن، هر یک از افراد، مطابق با مهارتها و شایستگی های خود و با توجه به عملیات دیگران، همکاری می کنند.

شاخصها و معیارهای بهداشتی در جامعه

- برای مقایسه دو وضعیت در زمانها و مکانهای مختلف باید سعی کرد تا آنجا که ممکن است این دو وضعیت را به وسیله اعداد نمایش داد و این اعداد را با هم مقایسه نمود اینگونه اعداد را شاخص می گویند و در زمینه های بهداشتی بنام شاخص های بهداشتی نامیده می شوند

مهمترین شاخصهای بهداشتی عبارتند از :

- ۱- شاخصهای مربوط به مرگ و میر
- ۲- ولادت و باروری
- ۳- وضعیت تغذیه
- ۴- اجرای خدمات بهداشتی
- ۵- میزانهای ناتوانی
- ۶- میزانهای استفاده از خدمات
- ۷- بهداشت روانی و اجتماعی
- ۸- زیست محیطی
- ۹- اقتصادی اجتماعی
- ۱۰- سیاست بهداشتی
- ۱۱- کیفیت زندگی و غیره

کاربرد شاخص ها

برای اندازه گیری سطح سلامت جامعه و حتی مقایسه با سطح دیگر جوامع بکار می روند. برای ارزیابی نیازهای بهداشتی، تخصیص منابع مالی، نظارت و ارزیابی خدمات، فعالیت ها و برنامه های بهداشتی لازم هستند.

ویژگی های نشانگرها

- باید معتبر باشند دقیقاً همان چیزی را اندازه بگیرند که برای اندازه گیری در نظر گرفته شده اند.
- قابل اعتماد باشند نتایج چند نفر با این مقیاس یکسان باشد
- حساس به تغییرات باشند
- ویژه باشند منعکس کننده تغییرات موقعیت باشند
- به فهم پدیده مورد نظر کمک کند

نشانگرها

- نشانگرهای مرگ و میرخام، امید زندگی، میزان های دیگر مرگ و میر
- نشانگرهای ابتلا شامل بروز و شیوع بیماری، میزان گزارش، میزان مراقبت در بخش های سرپائی و اورژانس، میزان پذیرش و ترخیص، مدت اقامت در بیمارستان، دفعات بیماری و غیبت از کار، میزان کشندگی بیماری

میزان های ناتوانی

الف- نشانگرهای حادثه ای شامل

- ۱- تعداد روزهای محدودیت فعالیت
- ۲- تعداد روزهای ناتوانی و بستری - تعداد روز های غیبت از کار

ب- نشانگرهای مربوط به انسان

- ۱- محدودیت تحرک و بستری شدن و خانه نشین شدن ۲ - محدودیت فعالیت ها خوردن و لباس پوشیدن و...
- ۳- نشانگرهای تغذیه ای دور بازو و سر و وزن هنگام تولد ... ۴- نشانگر های ارائه خدمات بهداشتی شامل نسبت پزشک به جمعیت ، و نسبت های پزشک به پرستار و تخت بیمارستانی به جمعیت و نسبت مراکز بهداشتی.
- ۵- میزان استفاده از خدمات نظیر واکسینه شدن نوزادان و مراقبت های دوران بارداری و درصد استقبال از تنظیم خانواده و میزان اشغال تخت بیمارستانی (تعداد روزهای بستری به متوسط تخت بیمارستانی).
- ۶- نشانگرهای بهداشت روانی و اجتماعی ۷- نشانگرهای محیطی الودگی هوا و آب و تشعشعات و آب تصفیه شده
- ۸- نشانگرهای اقتصادی اجتماعی : رشد جمعیت و درآمد سرانه ناخالص ملی و سطح بیکاری و نسبت سر باری و میزان باسوادی و بعد خانوار و مسکن و سرانه کالری دریافتی
- ۹- نشانگرهای سیاست بهداشتی شامل میزان تولید ناخالص ملی صرف شده برای خدمات بهداشتی و غیره
- ۱۰- نشانگرهای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HRQOL) health related quality of life

• تعریف سازمان جهانی بهداشت از کیفیت زندگی

ادراک افراد از موقعیت خودشان در زندگی ، که براساس فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کنند و اهداف و انتظارات و استانداردها و علائق مورد نظر آنان صورت میگیرد .

• کیفیت زندگی

کیفیت زندگی بالا لزوماً به معنی این نیست که افراد در تمام سالهای عمر از زندگی همراه با رضایت و کیفیت مطلوب برخوردار باشند زیرا بخشی از زندگی هر فرد در شرایط ناتوانی و ناخوشی و کاهش کارایی سپری می شود که معمولاً با رضایت خاطر همراه نیست.

• سالهای با کیفیت زندگی (QALYS) Quality-adjusted life years

عبارتست از سالهایی از زندگی که از کیفیت مطلوب برخوردار است برای محاسبه این شاخص از ضرب کردن امید زندگی و نمره سودمندی سالهای باقیمانده زندگی در یکدیگر بدست می آورند. که برای ارزشیابی مداخلات درمانی، آنالیزهای هزینه - اثر بخشی و در کارآزماییهای بالینی برای وضعیت هایی که علاوه بر طول عمر (کمیت)، کیفیت نیز اهمیت دارد استفاده میشود .

• سالهای زندگی توأم با ناتوانی (DALY) (Disability-Adjusted life years)

مجموعه سالهایی از عمر که با مرگ زود رس از بین می رود و یا همراه با نوعی ناتوانی ، باشد و طول مدت معین سپری میشود . یعنی هر دالی معرف از دست دادن یکسال از عمر سالم است برای محاسبه تمام دالی های یک بیماری خاص در جامعه باید سالهای از دست رفته زندگی (YLL) Years of life lost و سالهایی که همراه و یا توأم با ناتوانی با شدت و مدت معین سپری شده است (Year Lived with Disability (YLD را باهم جمع کرد.

۱. برخی نتایج بدست آمده در سال ۱۹۹۸ چنین است : ۱- ۴۳٪ دالی ها در سطح جهان مربوط به بیماریهای غیر واگیر بوده و پیش بینی میشود تا سال ۲۰۲۰ به ۷۳٪ برسد .
۲. اختلالات روانی -عصبی مسئول ۱۱٪ بار بیماری برحسب دالی در کشورهای با درآمد متوسط و کم و ۲۳٪ از دالی ها در ممالک با درآمد بالا بودند .
۳. بیماریهای قلبی عروقی به ترتیب مسئول ۱۰ و ۱۸ درصد از دالی ها در کشورهای مذکور بوده اند
۴. سرطان ها در کشورهای با درآمد کم تا متوسط به ترتیب ۵ ال ۱۵٪ دالی ها را بخود اختصاص داده اند
۵. در سطح جهان ،سوانح مسئول ۱۶٪ کل دالی ها بوده اند .

$$QALY = 1 - DALY$$

$$DALY = YLL + YLD$$

• شاخص سولیوان

از تفاضل بین امید زندگی و سالهایی که با ناتوانی و محدودیت در انجام فعالیت های معمول زندگی مثل کار و تحصیل و فعالیت های روزمره است محاسبه میشود .

• ویژگی های کیفیت زندگی

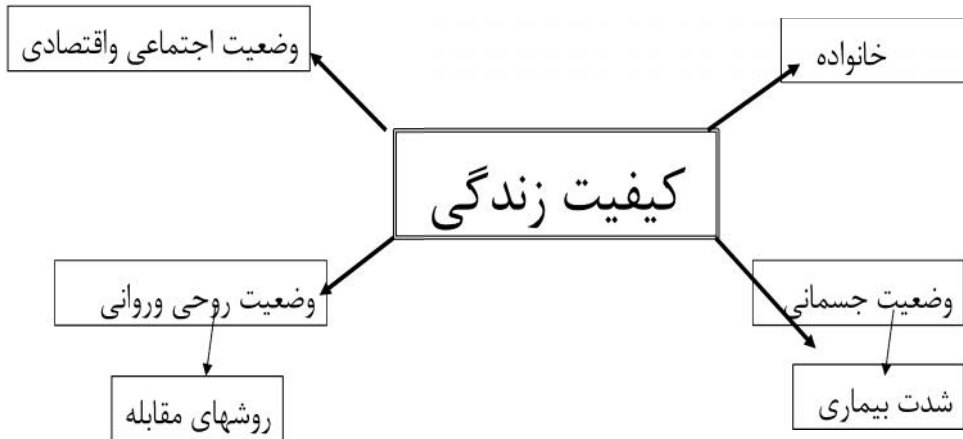
۱- چند بعدی بودن کیفیت زندگی جسمی و....

۲- ذهنی بودن (subjective) به انتظارات و احساسات و اعتقادات و پندارها ی فرد بستگی دارد

مکن است افرادی در حالیکه دارای چند بیماری مزمن هستند خود را سالم بدانند ولی در مقابل افرادی هم هستند که هیچ گونه نشانه بالینی نداشته و خود را بیمار می دانند بنابراین کیفیت زندگی به تفاوت های درک شده توسط افراد بین آنچه هست و آنچه باید باشد گفته میشود که همان احساس خوب بودن و رضایتمندی فرداست .

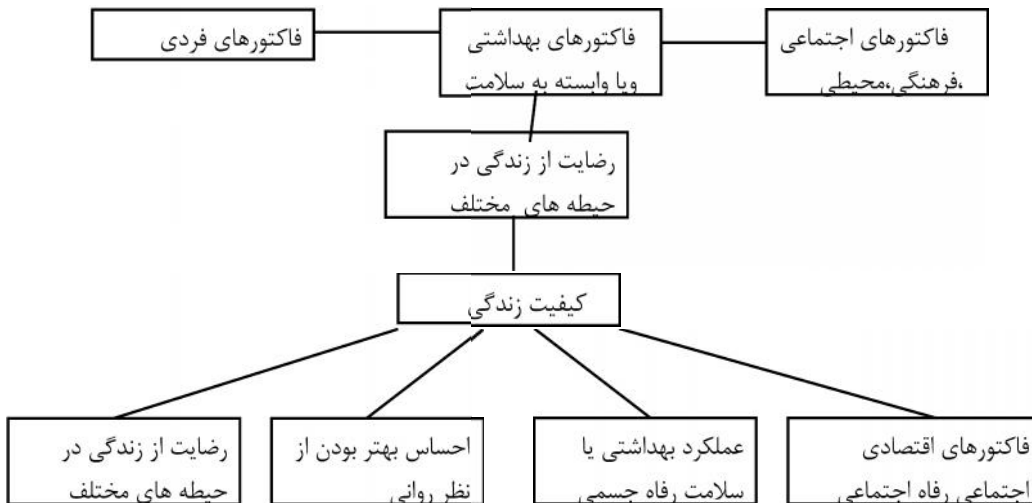
۳- پویا بودن Dynamic یعنی کیفیت زندگی دارای ساختاری وابسته به زمان است که متاثر از تجربه شخص و درک وی از زندگی است و در طول زمان تغییر میکنند .

• عوامل موثر بر کیفیت زندگی از دیدگاه فرانس



کیفیت زندگی

• مدل کیفیت زندگی از دیدگاه زان



• سازمانهای بهداشت بین المللی:

اقدامات بهداشت بین المللی شامل حل مسائلی در زمینه بهداشت است که نیازمند توجه و اقدام بیش از یک کشور می باشد مانند کنترل اپیدمی ها ، تبادل بین المللی اطلاعات و تجربیات طبی و بهداشتی و

سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization (W.H.O) سازمانی است تخصصی و غیر سیاسی مربوط به بهداشت که از ادارات سازمان ملل بوده و مقر آن در ژنو است . اساسنامه آن از هفتم آوریل ۱۹۴۸ به اجرا گذاشته شد (روز جهانی بهداشت) . هدف از تشکیل سازمان جهانی بهداشت دستیابی همه مردم به بالاترین سطح سلامت است و هدف فعلی آن دستیابی همه مردم به سطحی از سلامت است که به آنها امکان دهد از نظر اقتصادی و اجتماعی زندگی باروری داشته باشند.

خدمات WHO ، شامل خدمات اصلی، خدمات اختصاصی و تحقیقات پزشکی است. این سازمان برای بر آوردن نیازهای بهداشتی ویژه در مناطق مختلف جهان شش سازمان منطقه ای تاسیس کرده است مثلا منطقه جنوب شرقی آسیا که محل استقرار آن دهلی نو هندوستان است.

• **یونیسف (UNICEF)**

یکی از ادارات سازمان ملل متحد است که از طرف مجمع عمومی ملل متحد به منظور اقدام برای بازتوانی کودکان کشورهای جنگ زده تاسیس گردیده است فعالیتهای آن در رابطه نزدیک با **W.H.O** و دیگر ادارات تخصصی سازمان ملل است. در حال حاضر توجه یونیسف بیشتر به **GOBI** است.

• **سازمان خواروبار و کشاورزی (F.A.O)**

در سال ۱۹۴۵ و برای همکاری جهانی در زمینه هایی چون کمک به کشورها برای بالا بردن استانداردهای زندگی در آنها ، بهبود وضع تغذیه و ... تشکیل گردید.

• **سازمان بین المللی کار (I.L.O)**

در سال ۱۹۱۹ برای بهبود شرایط کار و زندگی جامعه کارگران دنیا تاسیس گردید .

• **صلیب سرخ بین المللی (I.R.C)**

یک سازمان بشر دوستانه غیر سیاسی و غیر رسمی است که علاقمند خدمت به انسانها در زمان صلح و جنگ می باشد. جمعیت هلال احمر ایران که در سال ۱۳۰۲ با نام جمعیت شیر و خورشید سرخ ایران تاسیس گردیده است همکار صلیب سرخ بین المللی است

شیوه زندگی سالم

تعریف شیوه زندگی

شیوه زندگی از تاثیر متقابل بین ویژگیهای شخصیتی فرد با مداخلات اجتماعی و شرایط اجتماعی اقتصادی حاصل می شود. این شیوه دائما در معرض تغییر میباشد، دارای تاثیر عمیق در مردم است و الگوی یکسانی برای همه وجود ندارد

استراتژیهای توسعه شیوه زندگی سالم

- ♣ ارزشیابی و پژوهش در شیوه زندگی سالم
- ♣ ایجاد محیطهای حمایتی
- ♣ تدوین سیاستهای سلامت نگر
- ♣ افزایش آگاهی وانگیزه برای رفتار سالم وبهداشتی

فاکتورهای موثر بر سلامتی

مصرف دخانیات، ورزش، مدیریت استرس، تغذیه، روابط خانوادگی، الکل، رانندگی، تقلید و سازگاری و روابط جنسی

۱. اجتناب از مصرف دخانیات

- ممنوعیت مصرف دخانیات در محیط کار و اماکن عمومی بویژه مکانهای سرپوشیده
- طراحی برنامه ترک سیگار در منشور سلامت جامعه و جلب مشارکت مردم در این برنامه ها
- استفاده از برچسب نیکوتین در صورت تمایل افراد
- تشکیل جلسات ترک سیگار
- افزایش مالیات بر درآمد دخانیات
- مصرف درآمد حاصل از مالیات جهت گسترش فرهنگ ورزش همگانی و رفتارهای سالم

۲. تحرک فیزیکی

- ورزش متناسب با سن، جنس، وضع جسمانی، شغل و تغذیه
 - ورزش مستمر و متعادل از نظر زمان مکان، کمیت و کیفیت
 - ترویج فرهنگ ورزش از سنین پائین به خصوص در مدارس
- باید حداقل ۳۰-۶۰ دقیقه در روز و برای سه تا چهار بار در هفته ورزش کرد.

۳. کنترل فشارهای روانی

- شناسایی عوامل موثر در ایجاد فشارهای روانی و تشخیص علائم مربوط به آنها
- فراگیری مهارتهای ضروری برای مقابله با فشارهای روانی
- انجام نرمش و ورزشهای ساده

۴. پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و الکل

- آموزش به جامعه در مورد سوء مصرف مواد مخدر
- کنترل افراد از نظر مصرف الکل و مواد مخدر با شیوه های موجود
- تعیین ضوابط و معیارهایی در خصوص منع مصرف الکل و مواد مخدر حین رانندگی

۵. تغذیه مناسب

- تغذیه متنوع و متعادل و مصرف سبزیها، میوه ها، فیبر و حبوبات
- کاهش مصرف چربیهای اشباع شده و مصرف متعادل مواد قندی و نمکی
- حفظ وزن مناسب و مصرف متعادل نوشیدنیها و مصرف لبنیات به خصوص شیر کم چرب



تغذیه سالم:

هرم غذایی

گروه شیر و لبنیات: ۳-۲ واحد در روز

گروه پروتئینها ۴-۲ واحد در روز مانند ماهی مرغ، گوشت، تخم مرغ، انواع مغزها مانند بادام، فندق و....

گروه سبزیها ۵-۳ واحد در روز

گروه میوه ها ۴-۲ واحد در روز که حداقل یک واحد آن مرکبات باشد

گروه نان و غلات ۱۱-۶ واحد در روز

نوشیدن حداقل ۸ لیوان آب در روز

واحدهای گروههای غذایی چه اندازه است؟

۱ واحد از گروه نان = ۱ برش نان (تافتون، سنگگ، بربری) به اندازه کف دست یا ۲/۱ لیوان برنج پخته یا ماکارانی پخته یا ۴/۳ لیوان از غلات آماده خشک

۱ واحد از گروه سبزی = ۱ لیوان سبزی خام خرد شده (۱ لیوان سالاد) یا ۲/۱ لیوان سبزی پخته

۱ واحد از گروه میوه = ۱ عدد میوه متوسط مثل یک سیب متوسط یا ۴/۳ لیوان آب میوه

۱ واحد از گروه گوشت = ۶۰ گرم گوشت یا یک تخم مرغ یا ۲/۱ لیوان حبوبات پخته

۱ واحد از گروه لبنیات = ۱ لیوان شیر یا یک لیوان ماست یا ۲ لیوان دوغ

۶. کنترل وزن

■ رژیم غذایی متناسب با سن، جنس، شغل

■ تحرک فیزیکی متناسب و مستمر همراه با رژیم غذایی مناسب کنترل فشارهای روانی

■ در صورت لزوم بررسی و رفع مشکلات داخلی و غدد و بیماریهای ژنتیکی

اهداف رویکرد شیوه زندگی سالم

هدف نهایی:

ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماریها ناتوانیها و مرگهای زودرس میباشد.

اهداف کلی:

الف) افزایش کیفیت و سالهای زندگی توام با سلامتی

ب) کاهش دادن و محدود کردن تفاوتها و نابرابریهای موجود مرتبط با سلامت در جامعه

اهداف اختصاصی:

اهداف در برنامه رویکرد شیوه زندگی سالم در دو گروه کلی طبقه بندی میگردند:

الف) گروه اول اهداف اختصاصی بر مداخلاتی تاکید دارند که به منظور کاهش و یا حذف بیماریها نا توانی ها و

مرگهای زودرس در بین افراد جامعه طراحی شده اند

ب) گروه دوم اهداف اختصاصی بر ابعاد وسیعتری همچون بهبود دسترسی به خدمات سلامتی باکیفیت مطلوب، تقویت خدمات بهداشت

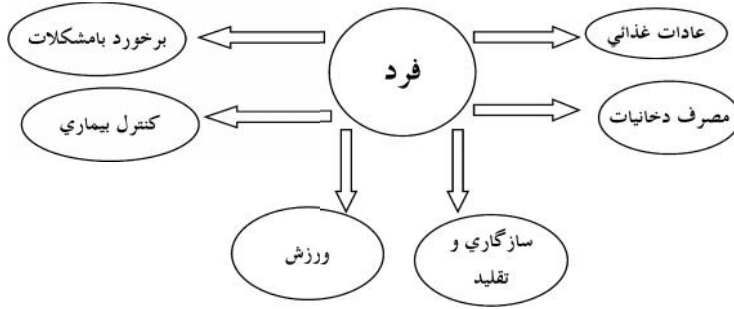
و بهبود دسترسی به اطلاعات و داده های سلامتی تاکید دارند.

لایه های تغییر در شیوه زندگی

● لایه سطحی: ارتقاء آگاهی های عمومی، توانمندسازی فردی، و تغییر در رفتارهای فردی و اجتماعی

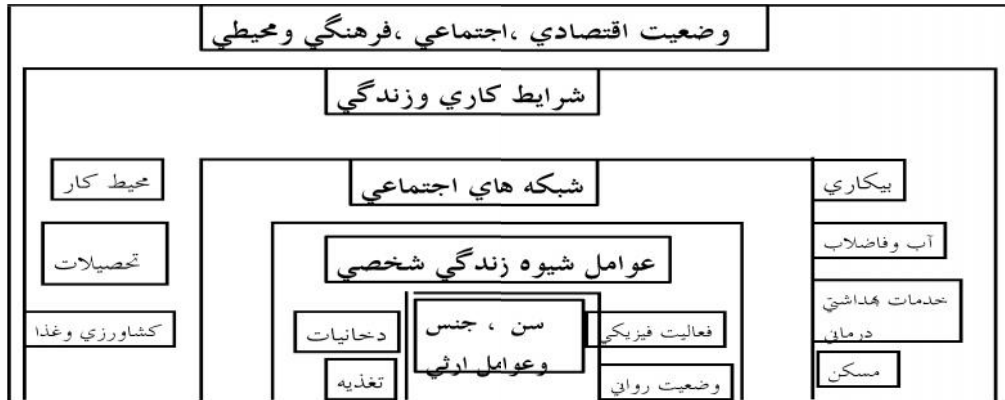
● لایه میانی: مشارکت دادن سایر بخشهای درگیر توسعه در مورد موضوعات مرتبط با سلامت

● لایه زیرین: ایجاد تغییرات بنیادین در جامعه، کاهش نابرابریها و تامین عدالت اجتماعی

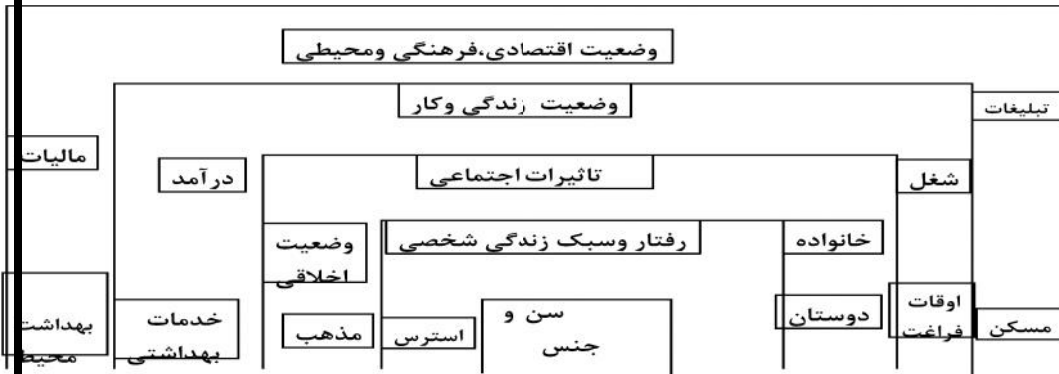


عوامل موثر بر شیوه زندگی فردی ←

عوامل موثر بر سلامت



مثال: مصرف سیگار



❖ خانواده سازمانی قدرتمند برای تصحیح شیوه زندگی

• فرصتها و تهدیدهای خانواده برای تغییر شیوه زندگی

- | | |
|--|---|
| <p>تهدیدها</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ بیکاری ❖ عدم وجود مسکن ❖ الگوی غذایی نامناسب ❖ فقر ❖ بیسوادی یا کم سوادی | <p>فرصتها</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ارتباطات دوجانبه ❖ تماس منظم و مکرر بین اعضاء ❖ آزادی و دسترسی به نقطه نظرات ❖ هریک از اعضاء ❖ تقسیم مسئولیتها ❖ نقش زنان در آموزش و نظارت ❖ اوقات فراغت |
|--|---|

❖ تاثیر ارتقاء سلامت در کاهش نابرابریهای اجتماعی

• تعریف جامعه در واژه نامه ارتقاء سلامت سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸)

گروهی خاص از مردم که اغلب در یک محدوده جغرافیایی معین زندگی می کنند و دارای هنجارها، ارزش ها و فرهنگهای مشترک بوده و بر اساس یک ساختار اجتماعی طبقه بندی شده اند. این ساختار بر پایه روابطی است که جامعه در طی یک دوره زمانی ایجاد نموده است .

کار کردن با و برای جوامع در زمینه ارتقاء سلامت به یک شناسایی دقیق از مشخصه های اجتماعی و زیست محیطی گروه و نیز قرار داشتن در یک موقعیت جغرافیایی مشترک نیاز دارد. شکی نیست که هر دو این موارد از طریق فرایند های مبتنی بر مشارکت افراد حاصل میگردند.

• ظرفیت جامعه

مفهومی پویا، پیچیده و چند بعدی است، که هم بخشی از فرایند های جامعه و هم نتیجه ای از آن است. ابعاد ظرفیت جامعه عبارتند از: مشارکت جامعه، رهبریت، شبکه های اجتماعی پربار، توانایی بیان صریح ارزش ها، تفکر نقادانه، توانایی در معرفی و ارائه منابع، مهارت ها و توانایی بکارگیری قدرت و... توجه داشته باشید که ظرفیت سازی، مسئله ای سهل و آسان نیست.

• بی عدالتی اجتماعی

واژه ای است که به منظور اشاره به ناکافی بودن یا فقدان درآمد، مسکن، غذا، خدمات اجتماعی، تحصیلات، امنیت، تفریح، توزیع قدرت و غیره به کار برده می شود و سطوح سلامت و رفاه را معین می سازد.

رفع بی عدالتی در بهداشت یا دیگر بخشهای اجتماعی، به عوامل زیر بستگی دارد:

۱. تصویب سیاست های شفاف و واضح عمومی از سوی دولتها
 ۲. قراردادهای اجتماعی جدید ۳. بهم پیوستگی بیشتر از سوی جامعه
- سعی ارتقاء سلامت بر آن است که بی عدالتی ها را از طرق زیر رفع نماید:
۱. پشتیبانی از شبکه های اجتماعی ۲. تقویت ظرفیت جامعه ۳. حمایت همه جانبه از سیاست های مربوط به سلامتی

• اصلاحات بخش بهداشت و ظرفیت سازی جامعه

حرکت به سوی خصوصی سازی و رقابت جویی در بازار، بین ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی به منظور تبدیل کردن حقوق بهداشتی به قوانین بازاریابی است. در حال حاضر انجام اصلاحات اجتماعی برای تحت پوشش قرار دادن محروم ترین گروههای اجتماعی از کمترین سطح مراقبتهای بهداشتی و رفع تبعیض با مشکلات عملی جدی روبروست.

تعداد گروهها و جوامعی که برای ادامه بقا خود مبارزه میکنند در حال افزایش بوده و به این ترتیب شکاف میان محرومین و افراد ثروتمند جامعه همچنان در حال گسترش است. گزارش جدید بانک جهانی در سال ۲۰۰۰!!! (چه قدر به روز!) اشاره به فقر رو به افزایش کشورهای در حال توسعه و کاهش سرمایه گذاری در زمینه آموزش و بهداشت در کشورهای تحت بحران دارد.

تحول اجتماعی یکی از اهداف تحول اجتماعی، عبارت است از ایجاد جوامعی که با حمایت از سوی دولت ها قادر به کنترل بهداشت خویش باشند. جهانی سازی، تشویق و تسهیل ارتباطات در بین افراد، گروه ها، جوامع و مللی را که مشغول به تحقیق جهت یافتن راه حل های حذف بی عدالتی از سناریوی جهانی هستند، ضروری میداند.

سرمایه اجتماعی به ظرفیت افراد در تعاون و همکاری بایکدیگر برای دستیابی به اهداف اختصاصی و اهداف نهایی مشترک بستگی دارد.

✓ هر چه سرمایه اجتماعی در یک منطقه فقیر نشین بیشتر شود، نتایج سلامت بهتر خواهد بود.

✓ محرومیت، بی عدالتی و استضعاف اجتماعی، وحدت اجتماعی را غیر ممکن ساخته و موجب کاهش سرمایه اجتماعی می شود. همچنین خشونت در تمام اشکال آن از جمله جنگ، نیروهای قدرتمند و تباه کننده سرمایه اجتماعی هستند.

✓ قراردادهای اجتماعی بهترین وسایل برای ایجاد وحدت و همبستگی اجتماعی و راه های جدیدی برای کاهش خشونت و حصول مجدد سرمایه اجتماعی هستند.

توانمند سازی: فرایندی است که افراد از طریق آن، کنترل بیشتری بر تصمیم گیری ها و فعالیت هایی که بر سلامتشان اثر میگذارد، خواهند داشت.

- مفهوم توانمند سازی با قدرت و سیاست رابطه ای نزدیک دارد.
- در این راستا دو مفهوم وجود دارد که افتراق بین آنها واضح می باشد.

قدرت بر | POWER OVER

بیانگر قدرت زورگویانه ای است که بر گروهی از افراد به منظور در حاشیه نگهداشتن آنها اعمال می گردد .

قدرت با | POWER WITH

قدرتی است که با کمک دیگران موجب تحول می شود .

• فرآیندهای توانمند سازی باید در دو جهت حرکت نماید :

۱. تحکیم ارتباطاتی که موجب توانا ساختن مردم و کنترل قدرتمندانه زندگیشان می گردد
۲. مبارزه با ساختارهای استضعاف گر.

• وجه تمایزی بین توانمند سازی فرد و جامعه وجود دارد :

توانمند سازی فردی ابتدا به توانایی افراد در انجام تصمیم گیری و کنترل بر زندگی شخصی خودشان اشاره دارد. توانمند سازی جامعه ، اقدامات جمیع افراد به منظور دستیابی به کنترل و اثر بیشتر بر عوامل تعیین کننده سلامت و کیفیت زندگی در جامعه خودشان را می طلبد و یک هدف نهایی مهم در اقدام جامعه برای دستیابی به سلامت محسوب می گردد .

○ جلب حمایت همه بخشهای توسعه در ارتقاء سلامت

• ایجاد یک محیط حمایتی و فعالیت های جلب حمایت همه جانبه برای اقدامات ارتقاء سلامت دارای شش گام اساسی است :

- ۱- تجزیه و تحلیل
- ۲- راهکار
- ۳- بسیج همگانی
- ۴- اقدام
- ۵- ارزشیابی
- ۶- تداوم

۱. تجزیه و تحلیل

به منظور طراحی یک سیاست عمومی موثر بر پایه اطلاعات درست ، فهم عمیق از مشکل و گروههای درگیر با آن نیاز به یافتن پاسخ های مناسب برای سئوالات کلیدی زیر میباشد :

- مشکلات چیست و چه تغییری در سیاست های موجود ضروری است؟
- نیروهای پشتیبان و حمایت کننده ، افراد و موسسات ذی نفوذ چه کسانی هستند؟
- کانالهای دسترسی به سیاستگذاران کدامند ؟

تعیین مشکلات و نیاز ها

بهترین نقطه شروع برای ظرفیت سازی جامعه بوده و هدف نهایی عبارت است از مشارکت افرادی که هرگز فرصتی برای ابراز نظر نداشته اند . مدیران ، رهبران و سیاستگذاران بهداشتی باید به مشکلاتی که به وسیله جامعه و به منظور جلب اطمینان و اعتماد جوامع بیان میگردد ترتیب اثر دهند . اگر می خواهیم به عدالت به عنوان نتیجه مطلوب ارتقاء سلامت دست یابیم ، باید اتخاذ راهکارهای مشارکتی هدف اصلی ما باشد .

۲. راهکار

هر گونه تلاش در جهت جلب حمایت ، به راهکار خاص نیاز دارد . مراحل این گام عبارتند از :

۱. تشکیل گروه کاری
۲. تعیین مخاطبین اولیه و ثانویه
۳. تعیین اهداف اختصاصی
۴. پیروی از مدل مناسب تغییر سیاست
۵. یافتن شرکا و رقبای
۶. تدوین فعالیتهای متناسب بودجه
۷. برنامه ریزی برای استفاده از کانالهای متعدد ارتباطی
۸. طراحی شاخص های میان مدت و دراز مدت

شناسایی افراد مهم در اقدامات ارتقاء سلامت و درگیری جامعه در هر مکان و کشوری ، یک عامل کلیدی است . علیرغم تفاوت های آنها ، باید از افراد مهم و شناخته شده جهت مشارکت در تمامی ابتکارات توانمند سازی و ظرفیت جامعه به منظور بهبود کیفیت زندگی و سلامت جوامع، دعوت به عمل آید .

• مشخصات ضروری برای دستیابی به یک اتحاد موفق

- وجود یک هدف یا کار مشترک
- انتخاب اعضاء به دلیل دارا بودن یک سری از مهارتها
- اطلاع اعضاء از وظایف خود و دیگر اعضا
- حمایت اعضاء از یکدیگر در انجام کارها

- پشتیبانی اعضا از مهارت و شخصیت یکدیگر
- تعهد اعضا در به پایان رساندن کار
- حضور یک رهبر برای هماهنگی برنامه
- اختصاص یک محل مشخص برای فعالیت اعضا

• نقش کارکنان بهداشتی

باید به کارکنان بهداشتی در زمینه شیوه ها و راهکار های جلب مشارکت جامعه به عنوان راهی برای ارتقای سلامت جوامع آموزش داده شود. آنها باید بیاموزند که گوش فرا دادن به مردم سودمندترین مهارت درمقوله همکاری با جوامع است.

• تکنولوژی ارتباطی

یکی از جنبه های دشوارتر مقوله توسعه جامعه، کمک به فراگیری و پذیرش تکنولوژی ارتباطی و اطلاع رسانی نوین توسط گروهها و توسعه برنامه های متناسب با فرهنگ جامعه است. جهت دستیابی به اهداف ظرفیت سازی و بسیج کردن جامعه به منظور تدوین سیاست عمومی نباید تأثیرات قوی رسانه ها را از یاد برد.

۳. بسیج همگانی

ایجاد انگیزه برای مشارکت نه تنها موجب تقویت فعالیت ها میگردد بلکه بر روی سیاستگذاران تأثیر مثبت خواهدداشت.

- 🌐 شناسایی حقایق کلیدی و تطبیق وضعیت با نقطه نظرات سیاستگذاران
- 🌐 تدوین پیامها و اقدامات انجام شده بطور خلاصه
- 🌐 برنامه ریزی برای جمع آوری و تهیه اطلاعات جدید
- 🌐 استفاده از یک برنامه عملیاتی قابل ارزشیابی
- 🌐 تشویق همه شرکا به همکاری فعال
- 🌐 مشخص شدن مأموریت افراد و تفویض اختیار به آنان

۴. اقدام

حفظ همبستگی شرکا با یکدیگر و پافشاری در اجرای برنامه مورد نظر هر دو در جلب حمایت نقش اساسی دارند.

- 🎬 پرهیز از انجام هر گونه فعالیت غیر قانونی یا غیر اخلاقی
- 🎬 انجام اقداماتی در جهت وادار کردن سیاستگذاران در پذیرش مسئولیت
- 🎬 قدردانی از سیاستگذاران و شرکا بابت پیشرفت امور
- 🎬 بررسی حرکات مختلف و نشان دادن عکس العمل مناسب
- 🎬 دنبال کردن فعالیت های مستمر بر طبق جدول توسعه حمایت رسانه ای از طریق انتشار مقاله، اسامی همکاران و

۵. ارزشیابی

با انجام ارزشیابی متوجه می شویم که چقدر به هدف دست یافته ایم..

- مشخص کردن و اندازه گیری شاخص های میانی و فرایندها
- ارزشیابی رویداد ها و فعالیت های خاص
- ثبت تغییرات بر مبنای اهداف اختصاصی
- مقایسه نتایج نهایی با شاخص موردنظر و اندازه گیری تغییرات حاصله
- ثبت تغییرات پیش بینی نشده و انتشار نتایج حاصله

۶. تداوم

به معنای برنامه ریزی بلند مدت برای حفظ شرکا در صحنه فعالیت می باشد

- 🚗 داشتن استقامت و پشتکار
- 🚗 تکرار فرایند جلب حمایت یا مشخص نمودن سایر فعالیت های جایگزین
- 🚗 طراحی کامل برنامه ها به منظور تقویت و تثبیت تغییرات
- 🚗 ارزشیابی بلند مدت نتایج حاصله

خلاصه این بخش

افزایش محرومیت اجتماعی در سرتاسر جهان دلیل استمرار بی عدالتی در امر سلامت می باشد. رهبران و کارکنان بهداشتی

باید فرصت های مناسب برای جلب مشارکت، مذاکره و ایجاد توافق نظر را فراهم کنند. ظرفیت سازی جامعه و توانمند سازی

افراد نیاز به انتخاب و استفاده دقیق راه کار ها دارد.

بهداشت حرفه ای

علمی است از علوم بهداشتی که به سلامت شاغلین در محیط کار و (زندگی) پرداخته و با کنترل و حذف شرایط و عوامل تهدید کننده محیط کار و (زندگی) در راستای حفظ و ارتقاء سلامت انسان فعالیت می نماید.

○ تاریخچه بهداشت حرفه ای در جهان

برای اولین بار سقراط و ابوعلی سینا در آثار خود از دردهای شکمی قولنج ماندنی در بین کارگران نقاش نام برده اند که مسلماً با سرب موجود در رنگ‌های مصرفی و خواص سمی آن ارتباط داشته است. جالینوس (Galen) از بیماری‌های معدنچیان و دباغان نام برده است.

○ قرن شانزدهم

اگری کولا (Agricola) و پاراسلوس (Paracelsus) در باره بیماری‌های شغلی کارگران ذوب آهن، فلزات و بیماری‌های معدنچیان و مسمومیت جیوه آثاری به جای گذارده اند.

○ قرن هفدهم

برناردو رامازینی (کتاب بیماری‌های شغلی Demordis Artificum Diatriba) رامازینی در کتاب خود از بیماری‌های کوزه گرها، شیشه گرها، نقاش‌ها، شیمیست‌ها، حلبی سازها و دباغان و مشاغل گوناگون دیگر نام برده است.

○ قرن هیجدهم

در انگلستان توماس پرسیوال پت (Thomas Percival Pott) که نام او به علت پت (سل ستون مهره ها) مشهور است متوجه شد که اطفالی که جهت پاک کردن دودکش بخاری‌ها وارد آن می‌شوند به سرطان پوست بیضه مبتلا می‌شوند. دکتر تاکرا (Charles Turnur Thackrah) پزشک و دانشمند انگلیسی از مسمومیت سرب نزد نقاشان منازل نام برده است.

○ تاریخچه بهداشت حرفه ای در ایران

در مرداد سال ۱۳۲۵ وزارت کار و امور اجتماعی تشکیل و قانون موقت کار را تدوین نمود و در سال ۱۳۳۷ قانون مزبور با اصلاحات و تغییراتی به صورت قانون به تصویب رسید.

○ اداره کل بهداشت حرفه ای وزارت بهداشت

در سال ۱۳۴۶ در حوزه معاونت فنی وزارت بهداشت وقت، اداره بهداشت محیط کار در تشکیلات اداره کل بهداشت محیط پیش بینی شد.

○ سیاست‌های کلی بهداشت حرفه ای در ایران

- تحقق اهداف عالی اصول ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- توزیع عادلانه امکانات بهداشتی - درمانی کشور که از عوامل مهم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است
- ارتقاء سطح سلامت کارگران
- گسترش فرهنگ خدمات بهداشتی
- جلب مشارکت کارفرما جهت تامین حفظ و ارتقاء سلامت کارگران
- آموزش هرچه بیشتر کارگران
- تحقق اهداف عالی سازمان جهانی بهداشت، جهت تامین سلامت برای همه، حتی الامکان در نزدیکترین محل کار با زندگی

○ هدفهای بهداشت حرفه ای :

کمیته مشترک کارشناسان (WHO و ILO) هدفهای بهداشت حرفه ای را این چنین بیان کرده اند :

۱- تامین ، حفظ و ارتقای سطح سلامت جسمانی ، روانی و اجتماعی کارکنان همه مشاغل

۲- پیش گیری از بروز بیماریها و حوادث ناشی از کار

۳- انتخاب کارگر یا کارمند برای محیط و شغلی که از نظر جسمانی و روانی توانایی انجام آن را دارد یا به طور اختصار تطبیق کار با انسان

○ راه های دستیابی به اهداف بهداشت حرفه ای

۱. کارگر قبل از استخدام معاینه شده تا متناسب با توانایی ها و وضعیت جسمی و سلامتی او به کار گمارده شود.
۲. شرایط کار و آزارهای ناشی از آن بررسی و در صورت مخاطره آمیز بودن رفع یا کنترل گردد.
۳. تطبیق کار با کارگر و بالعکس به نحوی رعایت شود که از خستگی زودرس و حوادث جلوگیری شود.
۴. علل غیبت از کار بررسی و با رعایت اصول بهداشتی از تکرار آن جلوگیری شود.
۵. استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی به شاغلین آموزش داده شود.
۶. معاینات دوره ای (سالی یکبار) برای تعیین وضعیت سلامتی شاغلین انجام شود.

○ مهمترین برنامه ها و خدمات بهداشت حرفه ای برای دستیابی به اهداف فوق عبارتند از :

- ۱- شناسایی ، اندازه گیری ، ارزشیابی و کنترل عوامل زیان آور محیط کار ۲ - معاینات پزشکی
- ۳- برنامه های مربوط به حفاظت و ایمنی . ۴ - برنامه های مربوط به آموزش اصول بهداشت حرفه ای .
- ۵- تغذیه و بهداشت مواد غذایی . ۶- نظارت بر امکانات درمانی و کمکهای اولیه .
- ۷- برنامه های مربوط به نوتوانی .

○ برنامه های اجرائی بهداشت حرفه ای

۱. ادغام خدمات بهداشت حرفه ای در نظام شبکه های بهداشتی درمانی
۲. ادغام فعالیت های واحد بهداشت حرفه ای از سال ۱۳۷۵ بطور رسمی در سیستم شبکه های بهداشتی درمانی کشور
۳. بر این اساس کلیه شبکه موظف به ارائه خدمات بهداشت حرفه ای به شاغلین شدند .
- در این طرح وظیفه ارائه خدمات بر عهده:
 - ۱- پرسنل تخصصی بهداشت حرفه ای
 - ۲- پرسنل بهداشت محیط
 - ۳- پرسنل بهداشت مبارزه با بیماریها
 - ۴- پرسنل بهداشت خانواده و مامایی

○ اقدامات:

۱. نظارت و پایش بر بهداشت محیط کار و کارگران در کارگاههای کوچک
۲. انتخاب و تربیت بهرگر در کارگاههای با بعد کارگری ۴۹-۲۰ نفر کارگر
۳. پیگیری ونظارت بر ایجاد خانه های بهداشت کارگری در کارخانجات و معادن با بعد کارگری ۴۹۹-۵۰ نفر کارگر
۴. ایجاد مراکز ایمنی و بهداشت کار در واحدهای صنعتی با بعد کارگری بیشتر از ۵۰۰ نفر کارگر
۵. اجرای طرح کاهش و کنترل سیلیکوزیس
۶. اجرای برنامه استقرار سیستم مدیریت سلامت در مدارس و اعطای ستاره ورتبه بندی مدارس
۷. اجرای طرح مقابله با صدا در محیط های کار
۸. اجرای طرح ساماندهی روشنایی در محیط کار
۹. بررسی مشاغل سخت و زیان آور وعضویت در کمیته استانی مشاغل سخت و زیان آور استان
۱۰. صدور و تمدید مجوز فعالیت ونظارت بر فعالیت شرکتهای خصوصی ارایه دهنده خدمات سلامت کار در سطح دانشگاه
۱۱. نظارت و پیگیری انجام معاینات پزشکی شاغلین به استناد ماده ۹۲ قانون کار

○ سلامت کارکنان حرفه های پزشکی

منظور از نظام سلامت حرفه های پزشکی یا نظام سلامت مشاغل مرتبط با خدمات بهداشتی عبارتست از: سیاستگذاریها، برنامه ها و فعالیت هایی که به منظور حفظ و ارتقاء سلامتی کارکنان به هنگام سلامت و بازگرداندن سلامتی آنها در زمان بیماری و قطع زنجیره انتقال با رعایت موازین بهداشتی، کنترل عفونت های محل خدمت، اعم از بیمارستان، درمانگاه ... و آزمایشگاه، اعمال می شود.

○ اهداف کلی

- ۱- حفظ سلامتی کارکنان
- ۲- ارتقای سلامتی کارکنان
- ۳- حفظ و ارتقای سلامت روانی اجتماعی کارکنان
- ۴- پایش فعال به منظور قطع زنجیره انتقال بیماری‌های عفونی از کارکنان به همکاران، بیماران، مراجعین و بالعکس

○ اهداف ویژه

- ۱- تشکیل پرونده سلامت برای کارکنان جدید و تکمیل آن برای کارکنان شاغل و بازنشستگان.
- ۲- بررسی وضعیت ایمنی کارکنان در مقابل بیماری‌های مُسری.
- ۳- واکسیناسیون کارکنان در معرض خطر.
- ۴- بازآموزی و نوآموزی موازین بهداشتی به منظور ارتقاء آگاهی‌های بهداشتی و مهارت‌های لازم.
- ۵- تشکیل پرونده بهداشتی و پایش سلامت دانشجویان و اعضاء هیئت علمی.
- ۶- تامین محیط اجتماعی سالم به منظور ارائه خدمات بهداشتی درمانی با کیفیت عالی.
- ۷- نوآموزی و بازآموزی بیماری‌های نوپدید و بازپدید و مخاطرات احتمالی آن‌ها برای کارکنان حرفه‌های پزشکی و ایجاد آمادگی به منظور پیشگیری و مقابله با اینگونه بیماری‌ها.

○ انتقال عوامل عفونت‌زا در محیط کار

عوامل عفونت‌زا در محیط بیمارستان و محیط‌های مشابه، به طرق مختلفی منتقل می‌گردند که عمده ترین آنها عبارتست از: انتقال از طریق: ۱- خون ۲- تنفس ۳- دستگاه گوارش ۴- پوست

۱. انتقال عوامل عفونت‌زا از طریق خون (Bloodborne)

- براساس مطالعات موجود احتمال انتقال ویروس عامل ایدز (HIV) می‌باشد و تا کنون موارد ثابت شده منتقله از طریق اصابت سرسوزن و حتی موارد منتقله از طریق تماس مخاطی، در بین کارکنان بهداشتی، کاملاً به اثبات رسیده است.
- البته احتمال انتقال ویروس هپاتیت B در تماس‌های شغلی به مراتب بیشتر از ویروس عامل ایدز است
- میزان قابلیت سرایت هپاتیت B مستقیماً در ارتباط با مثبت بودن HBeAg است
- براساس بعضی از گزارش‌ها، با استقبال بیشتر کارکنان بهداشتی، از واکسیناسیون هپاتیت B از میزان بروز و در نتیجه از عوارض احتمالی و مرگ ناشی از بیماری در آن‌ها کاسته شده است.
- آمارها نشان دهنده این واقعیت است که احتمال انتقال هپاتیت C در صورت اصابت اشیاء نوک تیز آلوده، در حدود ۳٪ می‌باشد و در افرادی که به تازگی مبتلا شده اند احتمال پیشرفت هپاتیت C به سمت حالات مزمن و عوارض نظیر سیروز در حدود ۸۰٪ خواهد بود و با توجه به اینکه واکسن، پروفیلاکسی و درمان چندان موثری برای آن وجود ندارد رعایت موازین احتیاط‌های همه جانبه (استاندارد) در پیشگیری از بروز آن حائز اهمیت بسیار زیادی است.
- طغیان‌های ناشی از انواع تب‌های هموراژیک و از جمله تب خونریزی دهنده ناشی از ویروس Ebola باعث ابتلاء عده کثیری از کارکنان بهداشتی در بیمارستان‌ها گردیده است.

۲. انتقال از طریق هوا (Air-borne Transmission) و ذرات قطره ای (Droplet nuclei)

- خطر مراقبت از مبتلایان به سل و انتقال مایکوباکتریوم به کارکنان بهداشتی
- احتمال انتقال ویروس آبله مرغان از طریق تنفس، وجود دارد و هرچند میزان قابلیت سرایت آن مشخص نشده است ولی میزان بروز آن در افراد حساس تماس یافته را در حدود ۱۰٪ در سال، ذکر کرده اند و لذا واکسن VZV به منظور کنترل عفونت‌های بیمارستانی ناشی از این ویروس، با اهمیت تلقی می‌شود.
- میزان حمله سرخک در کارکنان بهداشتی تماس یافته، در حد بالایی قرار دارد و از طرفی احتمال عدم تاثیر واکسن، وجود دارد و مصنوعیت ناشی از آن نیز مادام العمر نبوده و از آنجا که پزشکان و پرستاران، در معرض خطر بیشتری می‌باشند لازم است همواره در مقابل این بیماری شدیداً مُسری، از مصنوعیت کافی برخوردار باشند.
- عفونت ناشی از ویروس سرخجه و پاروویروس B19 در کارکنان باردار، از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا رشد و تکامل جنینی را تحت تاثیر قرار می‌دهد.
- انتقال آدنووایروس، RSV و عامل سیاه سرفه نیز به کارکنان بهداشتی به اثبات رسیده است. و کروناویروس عامل SARS نیز بیش از یک سوّم قربانیان خود را از بین کارکنان حرفه‌های پزشکی برگزیده است.

۳. انتقال مدفوعی دهانی (Fecal-oral Transmission)

- طغیان‌های متعددی از **هپاتیت A** با انتشار به کارکنان بهداشتی، گزارش گردیده است
 - **سالمونلاها** نیز به طرق مختلفی در بیمارستان‌ها ممکن است منتشر شوند :
 - ۱ - از طریق یک منبع مشترک (غذای آلوده) ۲ - از بیماران به کارکنان
 - ۳ - از طریق تماس با فضولات و خون آلوده بیماران در بخش‌های بالینی و آزمایشگاه‌های تشخیص طبی یا تحقیقاتی.
- سایر عفونت‌های شایع روده ای نظیر بیماری ناشی از **ویروس نورواک** و **کریپتوسپوریدیوز** نیز ممکن است به کارکنان انتقال یابد و مخصوصاً در مورد **ویروس نورواک** گزارش‌های موجود حاکی از قابلیت سرایت شدید و انتشار در بین بیش از ۹۰٪ از کارکنان تماس یافته می‌باشد.

عفونت	میزان انتقال	پرسنل بهداشتی در معرض خطر
قابل انتقال از طریق هوا (Air-borne)		
SARS-coV	زیاد	کلیه تماس یافتگان نزدیک، در فاصله کمتر از ۱ متر، به هنگام معاینه، ساکشن، انتوباسیون، احیاء قلبی - تنفسی
آنفلوآنزا	زیاد	همه، مخصوصاً پزشکان و پرستاران
توبرکولوز	۲۰-۵۰ درصد طی طبعیان‌ها	همه، مخصوصاً کارکنان بخش اورژانس، فیزیوتراپیست‌های تنفسی، پاتولوژیست‌ها، کارکنان آزمایشگاه‌های میکروبیولوژی، متخصصین ریه، پرستاران
واریسلا	۵-۱۵ درصد	همه
سرخک	بسیار زیاد	همه، بیشتر در پزشکان و پرستاران غرض می‌شود
سرخجه	٪۱۳	همه، پرسنل بارداری که مبتلا شده اند مجبور به سقط جنین خواهند بود
پاروویروس B19	بیش از ٪۲۵	سرعت و شدت انتشار آن کمتر از محیط مدرسه است
ویروس سنسیتیال تنفسی	بیش از ٪۴۰	مداخله‌های مرتبط با کنترل عفونت، باعث کاهش انتقال به بیماران میشود
آدنوویروس	بیش از ٪۲۰	همه، مخصوصاً در بخش مراقبت‌های ویژه، مراقبت‌های طولانی مدت کودکان
سیاه سرفه	٪۴۳	همه، در یکی از طغیان‌ها به ۸۷ نفر از پرسنل، منتقل شده است
عفونت	میزان انتقال	پرسنل بهداشتی در معرض خطر
قابل انتقال از طریق خون (Blood-borne)		
HIV/AIDS	۳ درصد	همه، مخصوصاً پرستاران و کارکنان آزمایشگاه
ویروس هپاتیت B	HbeAg منفی ۳-٪ HbeAg مثبت ۳۰-٪	همه، مخصوصاً پرستاران، کارکنان آزمایشگاه، جراحان، دندانپزشکان، کارکنان بخش دیالیز
ویروس هپاتیت C	٪۳	همه، مخصوصاً جراحان دهان
ویروس سیتومگال	بسیار کم	احتمال انتقال به پرسنل چندان زیاد نمی‌باشد
ویروس ابولا	بسیار زیاد	طی طغیان‌های اخیر، بیش از ۳۰٪ موارد در پرسنل بهداشتی رخ داده است
تب‌های هموراژی	زیاد	همه، مخصوصاً پرستاران، جراحان

غربالگری و پیشگیری بیماری‌های مُسری در کارکنان حرفه‌های پزشک

الف - غربالگری توبرکولوز

- **۱- تست توبرکولین** (در زمان تشکیل پرونده، تکرار سالانه در موارد منفی و تکرار به فاصله چند هفته بعد از تماس با سل فعال)
- **۲- کلیشه رادیوگرافی قفسه سینه** (در زمان تشکیل پرونده در افراد PPD مثبت و تکرار آن در صورت وجود شک بالینی نسبت به بیماری سل و یا در افرادی که تست منفی آنها در بررسی‌های دوره ای، تبدیل به مثبت شده است)

ب - غربالگری هپاتیت B

- **۱- ایمن‌سازی کلیه کارکنانی که در معرض تماس با خون یا مایعات بدن می‌باشند.**
- **۲- واکسیناسیون علیه بیماری‌های واجد واکسن** دیفتتری، کزاز، سرخک، سرخجه، اوریون، آنفلوآنزا و ...
- **۳- غربالگری از طریق سنجش عیار سرمی آنتی‌بادی‌های ضد هپاتیت B و C** ... سرخجه، سرخک، واریسلا

○ نحوه رویارویی با کارکنانی که در تماس با خون و سایر مایعات بدن قرار گرفته اند

تماس با خون و مایعات بدن یکی از مخاطرات شغلی مهم به حساب می‌آید و لازم است کارکنان تماس یافته هرچه سریعتر **موضوع را به مسئولین مربوطه گزارش نموده** تحت پوشش اقدامات پیشگیرنده بعد از تماس، قرار گیرند و همچنین لازم است **اقدامات غیراختصاصی** زیر نیز انجام شود :

۱- شستشوی محل تماس یا اصابت اشیاء نوک تیز

در اینگونه موارد می‌توان از آب و محلول شستشوی مناسبی استفاده کرد. مثلاً صابون‌های ملایم و غیرمحرک، یا مواد آنتی باکتریال، مناسب می‌باشد ولی در صورتی که ماده آلوده به داخل چشم‌ها یا غشاهای مخاطی پاشیده باشد باید بلافاصله محلول سالیین یا سایر محلول‌های غیرمحرک را با فشار به محل آلودگی بپاشیم در اینگونه موارد هرگز نباید از مواد تند و محرکی که آسیب مضاعفی بر نسوج وارد می‌کنند استفاده نماییم.

۲- اقدامات پیشگیرنده سریع به وسیله بخش اورژانس یا پایگاه عملیاتی نظام سلامت کارکنان: در چنین مواقعی باید توجه داشت که اقدامات پیشگیرنده بعد از تماسی که در عرض چند ساعت اول انجام شود از تاثیر بیشتری برخوردار خواهد بود. مثلاً تجویز داروهای ضد رتروویروس در تماس‌یافتگان با (HIV، تجویز ایمونوگلوبولین و واکسن هپاتیت B در تماس‌یافتگان با HBV

۳- گزارش مورد تماس به مراکز بهداشت در عرض ۲۴ ساعت

لازم است گزارش یا پیام به صورت محرمانه با ذکر نام، تاریخ تماس، نام بیمار اصلی، محل وقوع تماس و امثال اینها ارسال گردد.

۴- مشاوره، درمان و انجام آزمایش‌ها باید به صورت محرمانه و رایگان انجام شود.

○ اصول مهندسی فاکتورهای انسانی و تطابق شرایط با کاربر

✓ ارگونومی

ارگو ergo به معنی کار و Nomos به معنی قوانین و اصول می‌باشد. ارگونومی از تطابق هر چه بیشتر شرایط محیط کار با اپراتور سخن می‌گوید به تعبیری می‌توان ارگونومی را به ترتیب زیر تعریف نمود.

"علم اصلاح و بهینه سازی محیط، مشاغل و تجهیزات به گونه ای که متناسب با محدودیت‌ها و قابلیت‌های انسان باشند."

• اهداف و دامنه عملکرد ارگونومی

مهمترین اهداف ارگونومی عبارتست از: الف) ایمنی - بهداشت (ب) تولید - بهره وری

• بخشی از حیطه های عملکردی ارگونومی را می‌توان به شرح زیر دانست:

- ۱) بررسی میزان توانمندی شاغلین با توجه به نوع کار و انرژی مصرفی
- ۲) مطالعه ابعاد فیزیکی بدن (آنتروپومتری) و کاربرد این دسته از اطلاعات در طراحی ایستگاه های کار
- ۳) طراحی ارگونومیک ابزارهای دستی
- ۴) طراحی ایستگاه های کار نشسته، ایستاده (یا توام) و آنالیز سیستم انسان - ماشین
- ۵) بررسی های روانشناختی از دیدگاه نحوه ارتباط بین افراد
- ۶) تعیین رژیم های کار و استراحت (زمان های استراحت و مدت انجام کار)
- ۷) بررسی روش های حمل دستی کالا و طراحی خطوط بسته بندی و بارگیری دستی
- ۸) بررسی صدمات اسکلتی عضلانی مرتبط با کار و آنالیز وضعیت های بدنی
- ۹) بیومکانیک شغلی ۱۰) ارگونومی و کار در منزل ۱۱) کاربرد بهینه رنگ و موسیقی در محیط های کار

بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای همه (PHC) و (Health_for_all)

○ بهداشت برای همه (HFA - Health for all)

سال ۱۹۷۷: "بیانیه آلماتا"

- در بیانیه رسمی سی‌امین مجمع جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۷ که به بیانیه آلماتا معروف است اعلام گردید که در دهه های 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.

سال ۱۹۷۸:

- 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.

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 استراتژی‌های کشورهای بهداشتی برای همه را بر اساس مراقبت‌های اولیه بهداشتی تدوین و به مرحله عمل درآوردند.

سال ۱۹۸۱:

- توسط سازمان جهانی بهداشت استراتژی جهانی HFA تکمیل شد
- (استراتژی جهانی یک چارچوب جهانی فراهم نموده که اجرای آن توسط همه کشورهای عضو، مناسب و برای تطابق با شرایط و نیازهای گوناگون کشورها به اندازه کافی قابل انعطاف بوده است و به دنبال آن کشورهای عضو، هریک استراتژی دستیابی به HFA را برای خود تنظیم نمودند).

○ در زمینه هدف، اصول استراتژیک و شاخص‌های دستیابی به HFA باید توجه داشت که:

- 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 در سال‌های آتی میلادی دیگر کسی بیمار و ناتوان نخواهد بود و گروه پزشکی مراقبت‌های پزشکی را برای یکایک مردم جهان و ناخوشی‌های آنان تامین 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

○ زیربنای سیاست "بهداشت برای همه"

- ۱- بهداشت و تندرستی حق مسلم مردم است و تامین آن یک هدف اجتماعی در سراسر جهان است
- ۲- 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
- ۳- مشارکت فعال مردم در شکل دادن به آینده بهداشتی و اقتصادی جامعه
- ۴- تعهد سیاسی دولت در سطح کلی برای تامین بهداشت برای همه
- ۵- بهداشت و تندرستی باید به عنوان پایه و اساس توسعه اقتصادی و اجتماعی باشد. بنابراین تنها تلاش وزارت بهداشت در این زمینه کافی نبوده، هماهنگی و همکاری سایر بخش‌ها که با توسعه اقتصادی کشور ارتباط دارند چون بخش‌های کشاورزی، دامپروری، صنعت، مسکن، آموزش و پرورش، ارتباطات، کار و امور اجتماعی و رسانه‌های گروهی نیز ضرورت کامل دارد
- ۶- همکاری فنی و اقتصادی بین کشورها در توسعه و اجرای استراتژی بهداشت برای همه.
- ۷- دولت‌ها برای فراهم آوردن "بهداشت برای همه" باید در مسایل بهداشتی، متکی به خود بار آیند، ولی این به معنای لزوم خودکفایی در بهداشت نیست زیرا برای تامین و توسعه استراتژی‌های بهداشتی و فائق آمدن بر مشکلات، همکاری و مسئولیت بین‌المللی امری ضروری است.

○ 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 تایید باشد.
- ۲- صرف حداقل ۵٪ تولید ناخالص ملی (Gross National Products - GNP) برای بهداشت تولید ناخالص ملی: ارزش بازاری همه کالاها و خدمات تولیدی توسط نیروی کار و دارایی‌های عرضه‌شده توسط ساکنان یک کشور است. تولید ناخالص ملی مجموع ارزش کالاها و خدمات سالانه تولیدی یک کشور است. از آن به عنوان میانگین درآمد شهروندان یک ملت یاد می‌شود.
- ۳- اتخاذ تدابیر لازم به منظور جلب مشارکت مردم در اجرای استراتژی بهداشت برای همه
- ۴- اختصاص درصد منطقی از بودجه بهداشتی کشور به مراقبت‌های بهداشتی سطح اول در هر منطقه (خانه بهداشت، مراکز بهداشت شهرستان، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری)
- ۵- توزیع عادلانه منابع و امکانات بهداشتی برای مناطق شهری و روستایی
- ۶- تدوین استراتژی دقیق برای دستیابی به **HFA** و تخصیص مقدار کافی منابع و تعیین میزان نیاز به کمک‌های خارجی
- ۷- برخورداری تمام جمعیت از مراقبت‌های اولیه بهداشتی یا حداقل:
 - دسترسی به آب سالم در منزل یا در فاصله ای با 15 دقیقه پیاده روی
 - ایمن سازی کودکان بر علیه شش بیماری واگیر دوران کودکی
 - مراقبت بهداشتی درمانی در محل شامل دسترسی به حداقل ۲۰ قلم داروی اساسی با یک ساعت پیاده روی یا استفاده از وسیله نقلیه
 - دسترسی کارکنان تعلیم دیده برای مراقبت زنان باردار و کودکان
- ۸- وضعیت مناسب تغذیه کودکان:
 - حداقل ۹۰ درصد نوزادان وزنی بالای ۲۵۰۰ گرم در هنگام تولد داشته باشند.
 - حداقل ۹۰ درصد کودکان از وزن مناسب برای سن برخوردار باشند.
- ۹- کاهش مرگ و میر کودکان زیر یکسال به کمتر از ۵۰ در هزار
- ۱۰- افزایش امید به زندگی در بدو تولد به بیش از ۶۰ سال
- ۱۱- رسانیدن میزان باسوادی برای زنان و مردان به بیش از ۷۰ درصد کل افراد جامعه
- ۱۲- افزایش سرانه افراد جامعه از تولید ناخالص ملی به بیش از ۵۰۰ دلار در سال

🌐 مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)

○ تعریف:

مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مراقبت‌های بهداشتی اساسی می‌باشد که توسط نظام بهداشتی

- با یک روش عملی و علمی قابل قبول از نظر روش‌ها و تکنولوژی
 - قابل تحمل از نظر هزینه‌ها (برای جامعه و کشور)
 - با مشارکت کامل مردم و روحیه خود اتکایی به افراد و خانواده‌ها
- در سطح جامعه ارائه می‌گردد..

○ تعریف سازمان جهانی بهداشت از مراقبت‌های بهداشتی اولیه

مراقبت‌های بهداشتی اولیه مراقبت‌های اصلی در زمینه بهداشت است که باید برای همه افراد و خانواده‌های جامعه قابل دسترس باشد. این خدمات بخش اساسی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی کشور است. مراقبت‌های 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 می‌کنند می‌برد.

○ وجه فلسفی PHC

بهداشت در تعریف، جامعیتی را در بر می‌گیرد که علاوه بر مراقبت‌های بهداشتی درمانی، آمیختگی و هماهنگی بخش اعظم اقتصادی - اجتماعی جامعه یعنی کشاورزی و دامپروری، نیرو، مسکن، کار، آموزش، ارتباطات و ... را شامل می‌شود. متکی بر مشارکت مردم است و می‌خواهد 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 می‌خواهد امکانات بهداشتی را تا حد ممکن به محل کار و زندگی مردم نزدیک کند.

○ وجه استراتژیک PHC

سلامتی را به عنوان محور توسعه شناخته که همواره باید از اولویت در سرمایه گذاری‌های توسعه کلی جامعه برخوردار باشد. عرضه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در اولین سطح تماس جامعه با نظام بهداشتی کشور به صورت خدماتی هماهنگ و تلفیق یافته آغاز می‌شود و جامعیت خود را در سطوح بعدی تکامل می‌بخشد. مشارکت مردم را در کلیه مراحل برنامه ریزی، اجرا و نظارت طلب می‌کند. با سطح بندی خدمات و از طریق نظام ارجاع و همچنین بکارگیری تکنولوژی مناسب و متناسب با سنت‌ها و امکانات محلی باعث می‌شود که این خدمات با کمترین بهایی که جوامع و دولت‌ها قادر به پرداخت آن هستند در دسترس همگان قرار گیرد. برای وصول به هدف‌های خود نیازمند نظام بهداشتی مناسبی است که تامین این هدف‌ها را ممکن سازد. چنین نظامی باید با انجام پژوهش‌های کاربردی به اصلاح خویش پردازد و تغییرات ضروری را برای هر مرحله پذیرا باشد.

○ اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- ۱- اصل هماهنگی بخش‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی (inter-sectoral Approach)
- ۲- مشارکت مردم و اتکاء به خود (Community Participation)
- ۳- روش‌های مناسب (Appropriate Methods)
- ۴- عدالت (برابری) (Equity)
- ۵- جامعیت خدمات

۱- اصل هماهنگی بخش‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی (inter-sectoral Approach)

بهداشت به صورت مجرد وجود ندارد و تحت تاثیر ترکیبی از عوامل محیطی، اجتماعی و اقتصادی است که به صورت تنگاتنگ با یکدیگر در ارتباطند. بنابراین بخش‌های مختلف جامعه که بر سلامت افراد تاثیر دارند باید تلاشی هماهنگ داشته باشند.

۲- مشارکت مردم و اتکاء به خود (Community Participation)

بدون همکاری و علاقه مردم به تامین و توسعه خدمات هیچگونه موفقیتی برای آن پیش بینی نمی‌شود جوامع باید در موارد زیر مشارکت داشته باشند:

- ✓ ایجاد و نگهداری محیط بهداشتی
- ✓ ابقاء فعالیت‌های بهداشتی پیشگیری و ارتقایی
- ✓ ارائه اطلاعات مربوط به خواست‌ها و نیازها به مسئولین سطح بالا
- ✓ به انجام رسانیدن اولویت‌های مراقبت‌های بهداشتی و اداره بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها.

۳- روش‌های مناسب (Appropriate Methods)

در ارائه خدمات به مردم باید از روش‌هایی استفاده شود که با فرهنگ جامعه مطابقت داشته و از ابزار و پرسنلی استفاده گردد که با شرایط کار هماهنگ هستند با در نظر گرفتن ملاحظات زیر:

- ✓ هزینه (هم هزینه‌های سرمایه‌ای و هم هزینه‌های جاری)
- ✓ کارایی و کارسازی فنآوری برای مقابله با مشکلات بهداشتی
- ✓ قابل پذیرش بودن رویکرد هم برای جامعه هدف و هم از نظر ارائه کنندگان خدمات بهداشتی
- ✓ قابل تحمل بودن رویکرد از جمله ظرفیت نگهداری تجهیزات

۴- عدالت (برابری) (Equity)

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 مراقبت‌های بهداشتی داشته باشند.

۵- جامعیت خدمات

مراقبت‌های بهداشتی اولیه یک رویکرد جامع براساس مداخلات زیر است:

- ۱- مداخلات ارتقایی: برخورد مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح جامعه با علل اساسی است که بر سلامت تاثیر می‌گذارد.
- ۲- مداخلات پیشگیری کننده: این مداخلات کاهش دهنده بروز بیماری‌ها یا برخورد سریع با عللی است که برای فرد ایجاد مشکل نموده.
- ۳- مداخلات درمانی: این مداخلات سبب کاهش شیوع بیماری بوسیله توقف پیشرفت بیماری در بیمار است.
- ۴- مداخلات بازتوانی: این مداخلات سبب کوتاه نمودن پی آمد یا عوارض مربوط به مشکل سلامتی افراد می‌شود.

○ اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- ۱- آموزش بهداشت (آموزش در خصوص مشکلات معمول بهداشتی، پیشگیری و روش‌های کنترل بیماریها)
- 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 جراحی‌ها ۸- دسترسی به داروهای اساسی ۹- مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان (ایران)
- ۱۰- مراقبت‌های بهداشت روانی (ایران)

○ سطوح مراقبت‌های بهداشتی

✓ سطح اول:

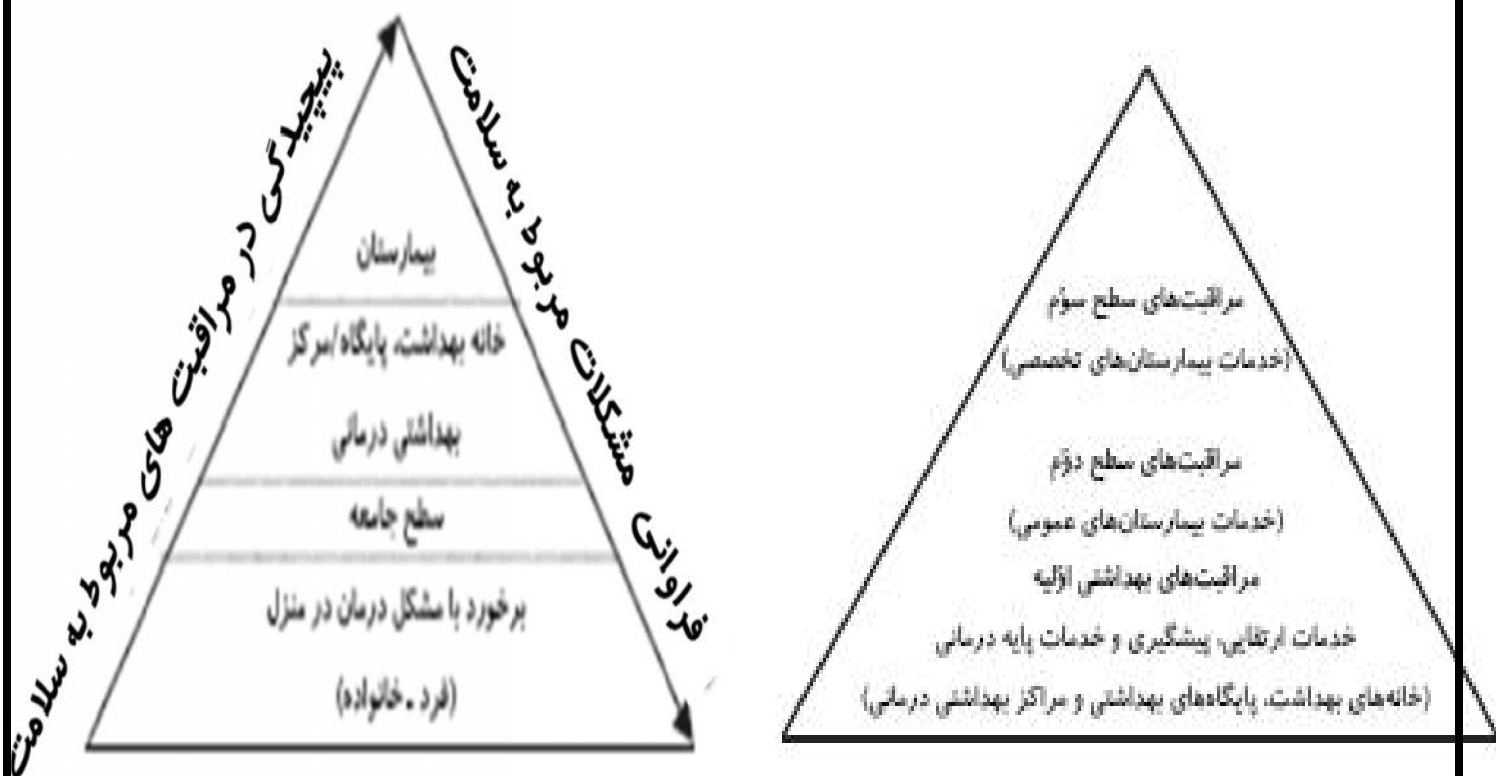
در این سطح مراقبت‌های اولیه بهداشتی ضروری ارائه می شود بخش بزرگی از مشکلات موجود بهداشتی را می توان در این سطح بنحو مطلوبی برطرف کرد. اکثر نیازهای بهداشتی جامعه توسط پرسنلی که آموزش مقدماتی و کوتاه مدت دیده اند، رفع می گردد.

✓ سطح دوم:

مراقبت‌های پیچیده تر شامل خدمات درمانی ضروری ارائه می شود. این مراقبت‌ها توسط مراکز بهداشت شهرستان و بیمارستان های شهرستان تامین می شود. این سطح بعنوان اولین سطح ارجاع تلقی می شود

✓ سطح سوم:

ارائه خدمات فوق تخصصی. مهارت‌های برنامه ریزی، مدیریت و آموزش کارکنان تخصصی در این سطح ارائه می شود. پشتیبانی اقدامات اجرایی مراقبت‌های سطح اول در این سطح انجام می شود.



کنترل بیماریها پس از بحران

○ بررسی سوابق

- اپیدمی و بیماری های عفونی مرگ و میر بالا دارند.
- بلایا پتانسیل بالقوه در به هم ریختگی اجتماعی و مرگ و میر بالا دارند.
- اپیدمی های همزمان در مواردی که زیر ساخت های بهداشتی تخریب می شود رخ می دهد.
- بلایای طبیعی می تواند منتهی به اپیدمی و بیماری های عفونی شود.

○ بیماریها از لحاظ فازهای بحران

۱. فاز حاد: (۴ روز اول) بیماریهای ناشی از تروما (عفونتهای بافت نرم)
۲. فاز تحت حاد: (۴ روز تا ۴ هفته) بیماریهای منتقله از هوا، غذا و آب
۳. فاز بهبودی: (پس از ۴ هفته) بیماریهای منتقله از ناقلین (وکتورها)

○ عوامل تاثیر گذار در انتقال بیماری ها بعد از بلایا:

- عوامل محیطی
- ارگانسیم های آندمیک
- خصوصیات جمعیتی
- ساختار و وضعیت بهداشت عمومی قبل از بحران
- نوع و بزرگی بحران

○ ملاحظات محیطی در انتقال بیماریهای واگیردار

- آب و هوا: ۱- سرما: بیماریهای منتقله از راه هوا
- فصل: ۱- زمستان: آنفلوانزا
- وضعیت باران: ۱- سالهای پر باران: مالاریا
- ۲- گرما: بیماریهای منتقله از راه آب
- ۲- تابستان: گاستروآنتریت
- ۲- کم باران: سوء تغذیه ناشی از خشکسالی

○ ارگانسیم های آندمیک

احتمال عفونت های آندمیک منطقه بعد از بلایا بالا می رود. عوامل غیر آندمیک که قبل از حادثه ناشناخته بودند ممکن است بعد از حادثه ظاهر شوند. بیماری های نادر ممکن است پیدا شوند. تمهیدات مقدماتی می تواند این عوامل را تحت تاثیر قرار دهد

○ خصوصیات جمعیت

۱. تراکم جمعیتی: - جابجایی جمعیت - اردوگاه های مهاجران و پناهندگان
۲. سن: - سالخوردگان و کودکان
۳. بیماری های مزمن: - سوء تغذیه - دیابت و بیماریهای قلبی - پیوند اعضا
۴. تحصیلات ۵. دین و مذهب ۶. فرهنگ بهداشتی ۷. تروما ۸. استرس

○ زیر ساخت ها و منابع قبل از وقوع بلایا

- مراعات اصول بهداشت، بهسازی - سیستم تخلیه فاضلاب - مراقبت های بهداشتی اولیه و تغذیه - آمادگی برای مقابله با بلایا
- نظام مراقبت بیماری ها - تجهیزات و داروها - حمل و نقل ترابری - جاده ها - زیر ساخت های بهداشتی درمانی

○ فراوان ترین بیماریهایی که بعد از بروز بلایا رخ می دهند

- بیماریهای گوارشی
- بیماریهای منتقله توسط حشرات
- بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن در کودکان

○ عفونتهای بلافاصله پس از بحران

♣ عفونتهای ناشی از ضربه و نفوذ جسم خارجی

۱. از هم گسیختگی پوست و بافت نرم (استاف مقاوم به متی سیلین)
۲. نکروز ماهیچه و بافت نرم
۳. بیماری ناشی از سم میکروب
۴. سوختگیها

♣ عفونتهای ناشی از آب

۱. گاستروانتریت
۲. وبا
۳. دیسانتری غیر وبائی (اسهال خونی)
۴. هیپاتیت
۵. بیماریهای نادر

♣ ناشی از ناقلین

۱. مالاریا
۲. آنسفالیتهای ویروسی (ویروس وست نایل)
۳. تب زرد و تب دانگ
۴. تیفوس

♣ تنفسی

۱. ویروسی
۲. پنومونی ناشی از جامعه
۳. بیماریهای نادر

♣ سایر

ناشی از انتقال خون

○ عفونتهای فاز ریکاوری (بهبودی) : این عفونتها به دوره کمون طولانی تری نیاز دارند:

۱. سل
۲. شیستوزومیازیس
۳. لیشمانیازیس
۴. لپتوسپیروز
۵. عفونتهای بیمارستانی

○ چه عواملی باعث بروز بیماریهای واگیردار پس از بحران می شوند.

- مهمترین دلایل بروز این بیماریها آلودگی آب و مواد غذایی با مدفوع می باشند که منجر به رخداد بیماریهای گوارشی میگردند.
- تراکم جمعیت
- جابجائی ناگهانی جمعیت
- انهدام!! 😊 سرویس های بهداشتی
- توقف برنامه های بهداشت عمومی

○ اصول پیشگیری و مبارزه با بیماریهای واگیر در پی وقوع حوادث طبیعی

توجه به رعایت کلیه معیارهای منطقی بهداشت عمومی . بررسی و تحقیق در مورد گزارش موارد مشکوک ، محتمل و قطعی بیماریها ..
برقراری سیستم مراقبتی توأم با گزارش دهی بموقع و مناسب و اقدامات کنترلی صحیح. اجرای اقدامات بهداشت محیطی مناسب در رابطه با بیماریهای خاص.

✓ مهمترین بخش تشکیل تیم مراقبت است .

○ چه عوارض و علائمی بایستی پیگیری شوند و از اهمیت برخوردارند(مردم باید بدانند)

- تب - تب و اسهال - تب و سرفه - ضربه ها - سوختگی ها - بیماریهای بثوری !!

○ تیم مراقبت در شرایط اضطراری باید بیماریهای زیر را گزارش نماید(گزارش روزانه)

-تب های بدون اسهال و سرفه - تب با اسهال - تب با سرفه - حیوان گزیدگی - مار گزیدگی - ضربه ها - موارد مشکوک به سرخک و پولیو و مننژیت - سوختگی ها -- موارد مشکوک به مالاریا

○ تیم مراقبت چه وظایفی دارد:

۱. گزارش به موقع بیماریها
۲. تجزیه و تحلیل آمار مربوط به بیماریها
۳. انجام برنامه های واکسیناسیون و ایمن سازی
۴. برقراری خدمات آزمایشگاهی مناسب با توجه به امکانات موجود
۵. تامین و ذخیره واکسن و داروهای لازم و حفظ زنجیره سرمای واکسن
۶. هماهنگی با اعضای کمیته بهداشت محیط در رابطه با کنترل آب آشامیدنی، دفع فضولات ، کنترل حشرات، کنترل مواد غذایی و مصرف سموم و ...
۷. هماهنگی باتیم آموزش بهداشت در رابطه با رعایت بهداشت فردی

○ چه اقداماتی بایستی تحت نظارت کمیته بهداشت و درمان باشد

♣ شناسائی آسیب دیدگان حادثه

۱. فوت شدگان (سیاه)
 ۲. کسانی که نیاز به مراقبت های فوری دارند (قرمز)
 ۳. کسانی که نیاز به مراقبت با تاخیر دارند (زرد)
 ۴. افراد سالم (سبز)
- ♣ برقراری خدمات درمانی مناسب (انتقال مناسب مجروحین ، ایجاد بیمارستان صحرائی و ...) و امداد رسانی فوری

♣ انجام اقدامات بهداشتی مناسب

۱. مراقبت از بیماریها
۲. بهداشت محیط
۳. آموزش بهداشت
۴. تعیین نوع و برآورد میزان داروهای مورد نیاز (تعیین داروهای اساسی)
۵. برآورد مواد ضد عفونی کننده و سموم مورد نیاز
۶. ارائه درخواست داروها
۷. صورت برداری از داروهای دریافتی
۸. کنترل صحیح داروهای فاسد شدنی و رعایت تاریخ مصرف داروها

♣ مراقبت از دفن صحیح اجساد

♣ مراقبت از توزیع مناسب مواد غذایی

۱. چه نوع غذاهائی باید مصرف شوند
۲. ذخیره مناسب و کافی مواد غذایی
۳. جلوگیری از ورود فروشندگان دوره گرد به منطقه
۴. مراقبت صحیح از مواد غذایی
۵. جیره بندی مواد غذایی در مواقع لازم
۶. برآورد احتیاطات مواد غذائی

♣ خدمات بهداشت روان

برنامه ایمنسازی همگانی (EPI) (Expanded Program on Immunization)

انتظار می رود شما با مطالعه این فصل، قادر باشید:

- ایمنی فعال و ایمنی غیرفعال را تعریف نماید.
- تفاوت های ایمنی فعال و غیرفعال را توضیح دهد.
- ایمنی جامعه را توضیح دهد.
- انواع واکسن ها را نام ببرد.
- بیماری های قابل پیشگیری با واکسن را نام ببرد.
- برنامه ایمنسازی همگانی را بر اساس برنامه کشوری توضیح دهند.
- واکسن های رایج در برنامه واکسیناسیون کشوری را نام برده و خصوصیات آنها را بیان نمایند.

○ دفاع اختصاصی

■ ایمنی فعال (Active immunity)

- ✓ ایمنی هومورال (Humoral immunity)
- ✓ ایمنی سلولی (Cellular immunity)
- ✓ ترکیبی از ایمنی هومورال و سلولی

■ ایمنی غیرفعال (Passive immunity)

- ✓ ایمونوگلوبولین طبیعی انسانی
- ✓ ایمونوگلوبولین اختصاصی انسانی
- ✓ پادزهرها یا آنتی سرم های حیوانی

○ ایمنی فعال

نوعی ایمنی که در نتیجه آلودگی یا ایمنسازی در فرد بوجود می آید.

■ راههای بدست آمدن ایمنی فعال:

- ✓ پس از عفونت به شکل بالینی (آبله مرغان ، سرخک)
- ✓ پس از آلودگی پنهانی یا نیمه بالینی (فلج اطفال ، دیفتری)
- ✓ پس از ایمن سازی با آنتی ژن (واکسن ها)

○ ایمنی غیرفعال

نوعی ایمنی که در نتیجه انتقال پادتن ساخته شده در بدن یک انسان (یا حیوان) به بدن فرد بوجود می آید.

■ راههای بدست آمدن ایمنی غیرفعال:

- ✓ تجویز فرآورده های دارای پادتن (ایمونوگلوبولین ، آنتی سرم)
- ✓ انتقال پادتن های مادری از راه جفت یا شیر
- ✓ انتقال لنفوسیت ها به منظور ایجاد ایمنی سلولی (در دست بررسی)

○ تفاوت های ایمنی فعال و غیرفعال:

- ✓ مدت حفاظت در ایمنی فعال غالباً بادوام است اما در ایمنی غیرفعال موقتی است.
- ✓ در ایمنی فعال به استثنای مواردی چند، واکنش های شدید نادر است.
- ✓ اثر حفاظتی ایمنی فعال بیش از ایمنی غیر فعال است.
- ✓ ایمنی فعال ارزانتر است.
- ✓ در ایمنی غیرفعال ، ایمنی سریع برقرار می شود.

○ ایمنی جامعه (مصونیت گروهی) Herd immunity

- سطح مقاومت یک جامعه یا یک گروه از مردم نسبت به یک بیماری خاص .
- سطح ایمنی در یک جمعیت که از همه گیری پیشگیری می نماید.

➤ عوامل موثر در ایجاد ایمنی جامعه:

- بروز آلودگی بالینی یا غیر بالینی در جامعه
- ایمن سازی افراد جامعه
- ساختار جامعه

○ عوامل ایمن کننده: واکسن

ماده ایمنوبیولوژیک که برای ایجاد حفاظت اختصاصی در برابر یک بیماری معین تهیه شده است.

• انواع :

- ✓ ارگانسیم های کشته شده و غیرفعال
- ✓ ارگانسیم های زنده و تغییر شکل یافته
- ✓ عصاره قسمت های مختلف سلولی
- ✓ توکسوئیدها
- ✓ ترکیبی از موارد فوق

۱. واکسن های کشته یا غیرفعال شده :

با کشتن ارگانسیم ها توسط حرارت یا مواد شیمیایی بدست می آیند. مثال : واکسن سیاه سرفه

- ✓ تاثیر این واکسن ها معمولاً از واکسن های زنده کمتر است.
- ✓ مدت ایمنی حاصله از چند ماه تا چند سال می باشد.
- ✓

۲. واکسن های زنده :

ارگانسیم های زنده و معمولاً ضعیف شده . مثال : سرخک , سرخچه, اوریون, پولیومیلیت خوراکی, BCG

- ✓ این واکسن ها از سایر عوامل ایمن کننده موثرترند.
- ✓

۳. اجزای میکروبی :

مثال : واکسن مننژیت, پنوموکوک, هپاتیت B

۴. توکسوئیدها :

از طریق سم زدائی سم تولید شده توسط میکروب ها تهیه می شوند. مثال : واکسن دیفتیری , کزاز

۵. واکسن های مرکب :

بیش از یک ماده ایمن کننده در واکسن گنجانده شده است. مثال : DPT , MMR

هدف : ۱. ساده نمودن روش تجویز ۲. کاهش هزینه ها ۳. به حداقل رساندن مراجعه افراد

۶. واکسن های چند ظرفیتی :

واکسن هایی که از دو یا چند سویه یک نوع میکروب یا ویروس ساخته شده باشند. مثال : OPV , واکسن انفلوانزا

واکسن های بیماریهای

واکسن دیفتری :

- ماهیت : سم غیرفعال شده توسط فرمالدئید
- شکل : مایع
- زمان واکسیناسیون : ۲، ۴ و ۶ ماهگی ؛ یادآور در ۱۸ ماهگی و ۴ تا ۶ سالگی و سپس هر ۱۰ سال یکبار
- طرز تجویز : عضلانی
- پایداری : واکسن نباید یخ بزند
- نگهداری : C ۸ - ۲ در طبقه میانی یخچال
- موارد منع مصرف: بیماریهای حاد تب دار، بروز واکنشهای شدید در ایمنسازی قبلی (مثل واکنشهای عصبی و شوک آنافیلاکسی)
- عوارض : تب زودگذر، التهاب موضعی ، آبسه استریل (نادر)

♣ گزاز Tetanus**✓ عامل بیماری : کلسترید بوم تتانی**

- بیماری حاد عفونی که با گرفتگی عضلات و سفت شدن آنها مشخص می گردد که در سراسر دوره ادامه می یابد.
- بیماریزایی بعلت آزاد سازی نورو توکسین قوی می باشد.

واکسن گزاز :

- ✓ ماهیت : سم غیرفعال شده
- ✓ شکل : مایع
- ✓ زمان واکسیناسیون : ۲، ۴ و ۶ ماهگی ؛ یادآور در ۱۸ ماهگی و ۴ تا ۶ سالگی و هر ۱۰ سال ی کبار
- ✓ طرز تجویز : عضلانی
- ✓ پایداری : واکسن نباید یخ بزند
- ✓ نگهداری : C ۸ - ۲ در طبقه میانی یخچال

♣ سرخک Measles**✓ عامل بیماری : ویروس سرخک**

- ✓ بیماری ویروسی حاد که بشدت واگیر دار بوده و عمدتاً در اطفال ایجاد می شود.
- ✓ علائم: تب، آبریزش، عطسه و سرفه، کونژکتیویت، بثورات پوستی

♣ واکسن سرخک :

- ✓ ماهیت : ویروس زنده ضعیف شده
- ✓ شکل : خشک و فریز شده
- ✓ زمان واکسیناسیون : ۱۲ ماهگی و تکرار در ۴ تا ۶ سالگی
- ✓ طرز تجویز : زیر جلدی (Sub cutaneous)
- ✓ پایداری : مقاومت در برابر گرما کم است.
- ✓ نگهداری : C ۸ - ۰ در طبقه فوقانی یخچال
- ✓ موارد منع مصرف : کودکان دچار سرکوب ایمنی ، زنان باردار
- ✓ عوارض : تب و بثورات خفیف ، بندرت انسفالیت

♣ سرخجه Rubella**■ عامل بیماری : ویروس سرخجه**

- ✓ بیماری ویروسی تب دار خفیفی می باشد که با بثورات جلدی و تظاهرات بالینی مشابه سرخک مشخص می گردد.
- ✓ علائم: تب خفیف، سردرد، بیقراری، ترشح خفیف بینی و التهاب ملتحمه

☒ واکسن سرخجه :

- ✓ ماهیت : ویروس زنده ضعیف شده
- ✓ شکل : خشک و فریز شده
- ✓ زمان واکسیناسیون : ۱۲ ماهگی و تکرار در ۴ تا ۶ سالگی
- ✓ طرز تجویز : زیر جلدی (Sub cutaneus)
- ✓ پایداری : مقاومت در برابر گرما کم است.
- ✓ نگهداری : C ۸ - ۰ در طبقه فوقانی یخچال
- ✓ موارد منع مصرف : بیماریهای حاد و تب دار، بارداری و حداقل یکماه قبل از آن، موارد نقص ایمنی و بدخیمی ها
- ✓ عوارض : گاهی واکنشهای خفیفی مثل تب، لنفادنوپاتی، گلودرد، بیحالی، سردرد، بثورات جلدی

♣ اورپون Mumps

✓ عامل بیماری : ویروس اورپون

- ✓ بیماری ویروسی حاد است که با تب، متورم و حساس شدن یک یا چند غده بزاقی تظاهر می کند.
- ✓ در بیشتر موارد بیماری، تورم غدد پاروتید به صورت دو طرفه بروز می کند. این تورم و التهاب در مورد غدد بزاقی تحت فکی و زیر زبانی هم دیده می شود
- ✓ این بیماری بیشتر به دلیل عوارضی که ایجاد می کند (ارکیت، نازایی، مننکو آنسفالیت، پانکراتیت، افروریت، آرتریت،...) شهرت یافته است.

☒ واکسن اورپون :

- ✓ ماهیت : ویروس زنده ضعیف شده
- ✓ شکل : خشک و فریز شده
- ✓ زمان واکسیناسیون : ۱۲ ماهگی و تکرار در ۴ تا ۶ سالگی
- ✓ طرز تجویز : زیر جلدی (Sub cutaneus)
- ✓ پایداری : مقاومت در برابر گرما کم است.
- ✓ نگهداری : C ۸ - ۰ در طبقه فوقانی یخچال
- ✓ موارد منع مصرف : بیماریهای حاد و تب دار، نقص ایمنی و بدخیمی ها، حاملگی و نیز سه ماه قبل از بارداری شدن
- ✓ عوارض : نادر

♣ فلج اطفال Poliomeilitis

■ عامل بیماری : ویروس فلج اطفال

- ✓ بیماری حاد ویروسی که در درجه نخست یک عفونت دستگاه گوارش می باشد.
- ✓ در بخش بسیار کوچکی از بیماران (کمتر از ۱٪) دستگاه عصبی مرکزی نیز گرفتار شده و منجر به درجات گوناگونی از فلج می شود.
- ✓ علائم بالینی در شکل خفیف بیماری : تب، بیقراری، سردرد، تهوع و استفراغ

☒ واکسن فلج اطفال :

- ✓ ماهیت : ویروس زنده ضعیف شده (OPV) ؛ ویروس کشته شده (IPV)
- ✓ شکل : مایع
- ✓ زمان واکسیناسیون : بدو تولد، ۲، ۴ و ۶ ماهگی ؛ یادآور در ۱۸ ماهگی و ۴ تا ۶ سالگی
- ✓ طرز تجویز : OPV بصورت خوراکی و IPV بصورت عضلانی
- ✓ پایداری : حساس به گرما
- ✓ نگهداری : C ۸ - ۰ در طبقه فوقانی یخچال
- ✓ موارد منع مصرف : بیماریهای حاد و تب دار، نقص ایمنی و بدخیمی ها، اسهال و استفراغ
- ✓ عوارض : نادر، بندرت فلج بدنبال OPV

✓ هپاتیت B Hepatitis-B

✓ عامل بیماری : ویروس هپاتیت B

✓ بیماری ویروسی که بیشترین آسیب در آن به کبد وارد می شود.

☰ واکسن :

✓ ماهیت : قسمتی از آنتی ژن سطحی ویروس

✓ شکل : مایع

✓ پایداری : نباید یخ بزند

✓ نگهداری : ۸C - ۲ در طبقه میانی یخچال

✓ طرز تجویز : عضلانی

✓ زمان واکسیناسیون : بدو تولد, ۲ و ۶ ماهگی

✓ در گروههای پرخطر : نوبت اول در اولین مراجعه

نوبت دوم , یک ماه پس از نوبت اول

نوبت سوم , شش ماه پس از نوبت اول (0 , 1 , 6)



بیان !!!

