

سلامت و بیماری (Health and Disease)

تعریف سلامت (Health)

تعریف سلامت (نرمال) از دیدگاه آماری

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

معایب تعریف آماری نرمال

- باید برای هر جامعه جداگانه تعیین شود (خصوصیاتی مثل قد و وزن)
- تمام صفحات تابع توزیع نرمال نیستند
- گاهی شایع بودن یک صفت ناهنجار بخصوص در بعد روانی و یا اجتماعی باعث می‌شود که به عنوان یک وضعیت نرمال و طبیعی تلقی گردد.

به هر حال نهایتاً باید گفت مفهوم سلامتی، مطلق نبوده و نسبی است و هر فرد در مقایسه خود با شرایط قبلی‌اش و یا مقایسه خود با دیگران آنرا معنی می‌کند و در زمان‌ها و مکان‌های مختلف ممکن است مفهوم آن متفاوت باشد. اگر بخواهیم یک تعریف عملی و عینی از سلامتی ارائه دهیم باید بگوییم سلامتی عبارتست از فقدان بیماری و داشتن تعادل جسمی و روانی.

اندازه‌گیری شاخص‌های سلامتی در موارد زیر مورد استفاده قرار می‌گیرد

- ارزیابی و مقایسه وضعیت سلامت جوامع مختلف
- کمک به برنامه ریزی خدمات بهداشتی و توسعه خدمات و نیروی انسانی
- اثبات موثر بودن فعالیت‌ها
- مستند کردن فعالیت‌های انجام شده

شاخص‌های سلامتی جامعه بسیار گسترده هستند و شامل شاخص‌های ابتلا، مرگ و میر، باروری و نیز انواع شاخص‌های اقتصادی فرهنگی می‌باشند. در اینجا مهمترین و رایج‌ترین شاخص‌هایی که در بررسی‌های جمعیتی و ارزیابی کلی جامعه عینی‌تر بوده و قابل محاسبه هستند مورد بحث قرار می‌دهیم:

الف - میزان های ابتلاء (Morbidity Rates): میزان هایی که در ارتباط با بیماری هستند

۱- میزان بروز (Incidence Rate)

$$\text{میزان بروز} = \frac{\text{تعداد موارد جدید یک بیماری در مدت معین}}{\text{متوسط جمعیت در معرض آن بیماری در همان زمان}} \times 10^n$$

۲- میزان شیوع (Prevalence Rate)

شامل میزان شیوع لحظه ای و میزان شیوع دوره ای است که معمولاً میزان شیوع لحظه ای بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد.

$$\text{میزان شیوع لحظه ای Point P.R} = \frac{\text{تعداد موارد موجود یک بیماری در یک مقطع زمانی}}{\text{کل جمعیت در همان مقطع زمانی}} \times 10^n$$

میزان بروز + میزان شیوع لحظه ای = میزان شیوع دوره ای Period P.R

همانطور که در فرمول میزان بروز مشاهده می شود این میزان موارد جدید بیماری را در فاصله زمانی معین اندازه گیری می کند. بنابراین افزایش آن نشانه گسترش بیماری در جامعه می باشد. در صورتی که تفسیر مقادیر به دست آمده از میزان شیوع، کمی پیچیده تر است؛ با این معیار، شیوع بیماری به دو عامل یکی بروز و دیگری مدت بیماری وابسته است.

$$P = I \times D$$

↓ ↓ ↓
شیوع بروز متوسط طول مدت بیماری

ضمناً باید متذکر شد چون میزان ها معمولاً کمتر از یک هستند برای بیان مناسب آنها اغلب از ضریب 10^n نیز استفاده می شود.

۳- میزان بروز تجمعی (CI) (Cumulative)

$$\text{میزان بروز تجمعی} = \frac{\text{تعداد افراد جامعه که در یک فاصله زمانی معین بیمار می شوند}}{\text{تعداد افراد آن جامعه در ابتدای همان فاصله زمانی}} \times 10^n$$

بروز تجمعی بیان کننده نسبتی از افراد جامعه است که در فاصله زمانی معینی به بیماری مبتلا شده اند.

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

سوال: نسبت بروز بیماری (یا مرگ) در بین گروه مواجهه یافته به بروز بیماری (یا مرگ) در بین گروه بدون مواجهه تعریف کدام یک از اصطلاحات زیر است؟ (ارشد ۹۲)

(ب) خطر نسبی (Relative Risk)

(الف) میزان بروز (Incidence Rate)

(د) میزان شیوع (Prevalence Rate)

(ج) خطر قابل انتساب (Attributable Risk)

پاسخ گزینه ب /

ب - میزان های مرگ و میر (Mortality Rates)

میزان هایی که در ارتباط با مرگ و میر ناشی از بیماری و یا سایر وقایع هستند.

۱- میزان مرگ خام (Crude death Rate)

$$\text{میزان مرگ خام} = \frac{\text{تعداد موارد مرگ طی یکسال}^n}{\text{متوسط جمعیت همان سال}} \times 10^n$$

۲- میزان مرگ شیرخواران (Infant Mortality Rate) (IMR)

$$\text{میزان مرگ شیرخواران} = \frac{\text{تعداد موارد مرگ کودکان زیر یکسال در مدت معین}^n}{\text{تعداد موالید زنده در همان مدت}} \times 10^n$$

۳- میزان مرگ نوزادان (Neonatal Mortality Rate)

$$\text{میزان مرگ نوزادان} = \frac{\text{تعداد موارد مرگ نوزادان زیر ۲۸ روز در مدت معین}^n}{\text{تعداد موالید زنده در همان مدت}} \times 10^n$$

۴- میزان مرگ مادران (Maternal Mortality Rate)

$$\text{میزان مرگ مادران} = \frac{\text{تعداد موارد مرگ مادران به علت عوارض بارداری و زایمان در مدت معین}^n}{\text{تعداد موالید زنده در همان مدت}} \times 10^n$$

ج - میزان های باروری (Fertility Rates)

میزان های که در ارتباط با ولادت و باروری می باشند.

۱- میزان تولد خام (Crude Birth Rate)

$$\text{میزان تولد خام} = \frac{\text{تعداد موالید طی مدت معین (معمولاً یکسال)}}{\text{متوسط جمعیت همان سال}} \times 10^n$$

۲- میزان باروری عمومی (General Fertility Rate)

$$\text{میزان باروری عمومی} = \frac{\text{تعداد موالید طی مدت معین}}{\text{متوسط جمعیت زنان ۱۵-۴۴ سال در همان مدت}} \times 10^n$$

۳- میزان باروری کلی (Total Fertility Rate)

$$\text{میزان باروری کلی} = \frac{\text{مجموع میزان های باروری اختصاصی سنی} \times 5}{1000} \times 10^n$$

میزان مرگ خام - میزان تولد خام = میزان رشد جمعیت

$$GR = BR - DR$$

سوال: کدام طیف سنی به عنوان دوره باروری (Fertility) شناخته می شود؟ (ارشد ۹۲)

الف) ۹-۳۵ سالگی ب) ۱۵-۴۵ سالگی ج) ۲۰-۵۰ سالگی د) ۱۸-۳۵ سالگی

پاسخ گزینه ب/

سایر شاخص های سلامتی

شاخص های رفتار بهداشتی و شیوه زندگی نظیر:

- نسبت کسانی که سیگار می کشند
- نسبت کسانی که الکل مصرف می کنند
- نسبت کسانی که دارو مصرف می کنند
- نسبت کسانی که فعالیت بدنی کافی دارند
- نسبت کسانی که رژیم غذایی مناسب دارند
- نسبت کسانی که فعالیت جنسی مطمئن دارند

- نسبت کسانی که تنظیم خانواده را رعایت می کنند
- نسبت کسانی که اضطراب و افسردگی دارند
- نسبت کسانی که رضایت از زندگی دارند

شاخص های محیطی

- آب و هوا
- مسکن
- تراکم جمعیت

شاخص های اجتماعی اقتصادی

- درآمد سرانه
- تفریحات و سرگرمی های سالم
- امید زندگی
- مشارکت مردم در برنامه های ارتقاء سلامت

امید زندگی (Life expectancy)

عبارتست از متوسط تعداد سال هایی که هر فرد در هر گروه سنی انتظار (احتمال) زنده ماندن را دارد (در صورت ادامه میزان های اختصاصی سنی جاری) معمولاً امید به زندگی در بدو تولد، بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد.

شاخص سالیوان

امید زندگی بدون ناتوانی است. برای محاسبه آن باید مدت احتمالی بستری شدن و ناتوانی عملکرد فعالیت های عمده را از امید زندگی کسر کرد. این شاخص یکی از نشانگرهای نشان دهنده کیفیت زندگی نیز می باشد.

کیفیت زندگی (Quality of life)

میزان رفاه جسمی، روانی و اجتماعی که به وسیله اشخاص درک می شود نظیر رضایت از زندگی، احساس سلامت، دارا بودن شغل، داشتن همسر، موقعیت اجتماعی اقتصادی مناسب، خلاقیت، احساس مالکیت، همکاری با دیگران و ... باید توجه داشت کیفیت زندگی با سطح زندگی متفاوت است سطح زندگی شامل معیارهای کاملاً عینی است مثل وضعیت اقتصادی، وضعیت مسکن، وضعیت شغل و ... در صورتیکه کیفیت زندگی شامل دو

جنبه عینی و ذهنی است. بنابراین طرز تلقی و نگرش فرد به زندگی در کیفیت زندگی و ارزیابی آن موثر است. کیفیت زندگی منعکس کننده اختلاف و فاصله (gap) بین امیدها و انتظارات یک فرد و تجربیات فعلی او می باشد.

بهداشت برای همه و مراقبت های بهداشتی اولیه

هدف، اصول استراتژیک و شاخص های دستیابی به HFA:

بهداشت برای همه یک هدف واحد و محدود نیست بلکه جریانی است که به بهبود مداوم سلامت مردم منجر می شود. بهداشت برای همه به این معنی نیست که در سال های آتی میلادی دیگر کسی بیمار و ناتوان نخواهد بود و گروه پزشکی مراقبت های پزشکی را برای یکایک مردم جهان و ناخوشی های آنان تامین خواهند کرد بلکه بدان معناست که بهداشت پا می گیرد و در هر کجا که مردم زندگی و کار می کنند 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 خانواده ها به شیوه قابل قبول و متناسب با توان و مشارکت خود به مراقبت های اساسی بهداشت دسترسی خواهند یافت.

شاخص های 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. به عنوان مثال مقامات طراز اول کشور در یک بیانیه رسمی، تعهد کشور را در مقابل بهداشت برای همه اعلام نموده و امکانات به مقدار کافی و عادلانه توزیع شود. مشارکت فعال مردم در برنامه ها تامین گردد و ساختار مناسب همراه با مدیریت مناسب برای توسعه بهداشت کشور فراهم شده باشد.

۲- حداقل ۵٪ تولید ناخالص ملی (Gross National Products - GNP) برای بهداشت صرف شود

۳- تدابیر لازم به منظور جلب مشارکت مردم در اجرای استراتژی بهداشت برای همه اتخاذ و به مرحله اجرا درآمده باشد. به عبارتی دیگر شرایط لازم برای مطرح ساختن خواسته ها و نیازهای واقعی مردم فراهم آمده، سیاست عدم تمرکز در تصمیم گیری تحقق یافته و نمایندگان گروه ها و سازمان های مختلف چون سازمان زنان، گروه های صنفی و غیره در برنامه های بهداشتی مشارکت داشته باشند

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

۴- درصد قابل قبولی از بودجه بهداشتی کشور به مصرف خدمات بهداشتی محلی برسد. بدین معنی که به منظور ارائه مراقبت‌ها در اولین سطح تماس با جامعه (خانه بهداشت، مراکز بهداشت شهرستان، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری) مورد استفاده قرار گیرد.

۵- توزیع عادلانه منابع و امکانات بهداشتی برای مناطق شهری و روستایی انجام گرفته باشد

۶- استراتژی بهداشت برای همه برای کشور تنظیم، تدوین و انتشار یافته و امکانات لازم برای اجرای برنامه فراهم شده باشد

۷- آحاد جامعه به مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل موارد زیر دسترسی داشته باشند:

- آب سالم در منزل یا در فاصله‌ای که با ۱۵ دقیقه راهپیمایی دسترسی به آن حاصل آید
- ایمن سازی کودکان بر علیه شش بیماری واگیر دوران کودکی (دیفتی، کزاز، سیاه سرفه، سرخک، فلج اطفال و سل)
- مراقبت بهداشتی درمانی در محل شامل دسترسی به حداقل ۲۰ قلم داروی اساسی با یک ساعت پیاده‌روی یا استفاده از وسیله نقلیه
- وجود کارکنان تعلیم دیده برای مراقبت از حاملگی، زایمان و مراقبت از اطفال تا حداقل یک سالگی

۸- وضعیت تغذیه کودکان که با معیارهای زیر سنجیده می‌شود:

- حداقل ۹۰ درصد نوزادان وزنی بالای ۲۵۰۰ گرم در هنگام تولد داشته باشند
- حداقل ۹۰ درصد کودکان از وزن مناسب برای سن برخوردار باشند

۹- کاهش مرگ و میر کودکان زیر یکسال به کمتر از ۵۰ در هزار

۱۰- افزایش امید به زندگی در بدو تولد 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)

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) و با مشارکت کامل مردم و روحیه خودتکایی به افراد و خانواده‌ها در سطح جامعه ارائه می‌گردد.

اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Principles of Primary Health Care)

به منظور تامین مراقبت‌های بهداشتی اولیه اصول زیر باید مورد توجه باشد:

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 این به عنوان «بهداشت به وسیله مردم» و «قرار دادن سلامت مردم در دست خود آنها» توصیف شده است. بدین ترتیب بهداشت پدیده‌ای خودجوش است که باید انگیزه برخورداری از آن در مردم ایجاد گردد و علاوه بر بخش بهداشت، جامعه باید درگیر مراقبت از خود شود. بعلاوه 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): نه تنها در مراقبت‌های 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. 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. بنابراین فن آوری

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

مناسب ترکیبی است که هم نیازهای مراقبت- بهداشتی و هم بافت اقتصادی- اجتماعی کشور را در نظر بگیرد. این موضوع شامل در نظر داشتن ملاحظات زیر است:

- هزینه (هم هزینه‌های سرمایه‌ای و هم هزینه‌های جاری)
- کارایی و کارسازی فناوری 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

بعلاوه ارائه دهندگان خدمات در سطوح مختلف برای استفاده از مناسب‌ترین و هزینه اثربخش‌ترین روش‌ها و ابزار باید آموزش لازم را دیده باشند.

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. برای اطمینان از دسترسی برابر باید توزیع و پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مناطقی بیشتر باشد که بیشترین نیازها وجود دارد.

۵- جامعیت خدمات: مراقبت‌های بهداشتی اولیه یک رویکرد جامع بر اساس مداخلات زیر است:

- مداخلات ارتقایی: برخورد مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح جامعه با علل اساسی است که بر سلامت تاثیر می‌گذارد
- مداخلات پیشگیری کننده: این مداخلات کاهش دهنده بروز بیماری‌ها یا برخورد سریع با عللی است که برای فرد ایجاد مشکل نموده است.

سوال: کدامیک از موارد زیر جزء اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه و PHC به شمار می‌آید؟ (ارشد ۹۴)

الف) آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت روان

ب) هماهنگی بین بخشی، مشارکت مردمی، عدالت

ج) تمرکز گرایی، عدالت و هماهنگی بین بخشی

د) خود مراقبتی، اولویت بخشی به حوزه بهداشت و جامعیت

پاسخ گزینه ب/

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

سوال: تمام موارد زیر از اصول مراقبت‌های اولیه بهداشتی هستند، بجز: (ارشد ۹۳)

الف) مشارکت مردمی ب) آموزش بهداشت ج) عدالت «برابری» د) جامعیت خدمات

پاسخ گزینه ب/

جدول ۱- چارچوب خدمات مراقبت‌های اولیه در برخورد با مشکلات مرتبط با سلامت

مداخله در بیماری	مداخله ارتقایی	مداخله پیشگیری	مداخله درمانی	مداخله بازتوانی
اسهال (Diarrhea)	آب سالم بهداشت عمومی امنیت غذا آموزش بهداشت مراقبت کودکان	آموزش بهداشت فردی تغذیه با شیر مادر واکسیناسیون	مایع درمانی خوراکی حمایت تغذیه‌ای (درمان دارویی در صورت نیاز)	بازتوانی تغذیه‌ای مایع درمانی خوراکی
ذات‌الریه (Pneumonia)	تغذیه مناسب مسکن مناسب هوای تمیز آموزش بهداشت	واکسیناسیون تغذیه با شیر مادر مکمل ویتامین A	درمان دارویی	بازتوانی تغذیه‌ای
سرخک (Measles)	تغذیه مناسب تهویه مناسب منزل آموزش بهداشت	واکسیناسیون	درمان دارویی حمایت تغذیه‌ای	بازتوانی تغذیه‌ای
مالاریا (Malaria)	تغذیه مناسب کنترل ناقل بیماری آموزش بهداشت	استفاده از پشه بند (Mosquito nets) پیشگیری‌های دارویی	درمان دارویی	بازتوانی تغذیه‌ای
کم‌خونی (Anemia)	کنترل ناقل (پارازیت) تغذیه مناسب آموزش بهداشت	غربالگری بیماران پیشگیری با تجویز آهن و اسید فولیک کرم زدایی	مکمل تغذیه‌ای تزریق خون حمایت تغذیه‌ای	بازتوانی تغذیه‌ای (رژیم غذایی پر آهن)
سل (Tuberculosis)	تغذیه مناسب تهویه مناسب منزل آموزش بهداشت	واکسیناسیون پیشگیری از تماس	درمان دارویی مشاوره فامیلی حمایت تغذیه‌ای	خدمات تلفیقی (Social integration)

اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- آموزش بهداشت (آموزش در خصوص مشکلات معمول بهداشتی، پیشگیری و روش‌های کنترل بیماریها)
- بهبود تغذیه
- دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط

- بهداشت مادر و کودک و فاصله گذاری بین موالید
- واکسیناسیون برعلیه بیماری‌های عفونی قابل انتقال در دوران کودکی
- پیشگیری و کنترل بیماری‌های عفونی (بیماری‌های عفونی آندمیک محلی)
- درمان بیماری‌های معمول و جراحی‌ها
- دسترسی به داروهای اساسی

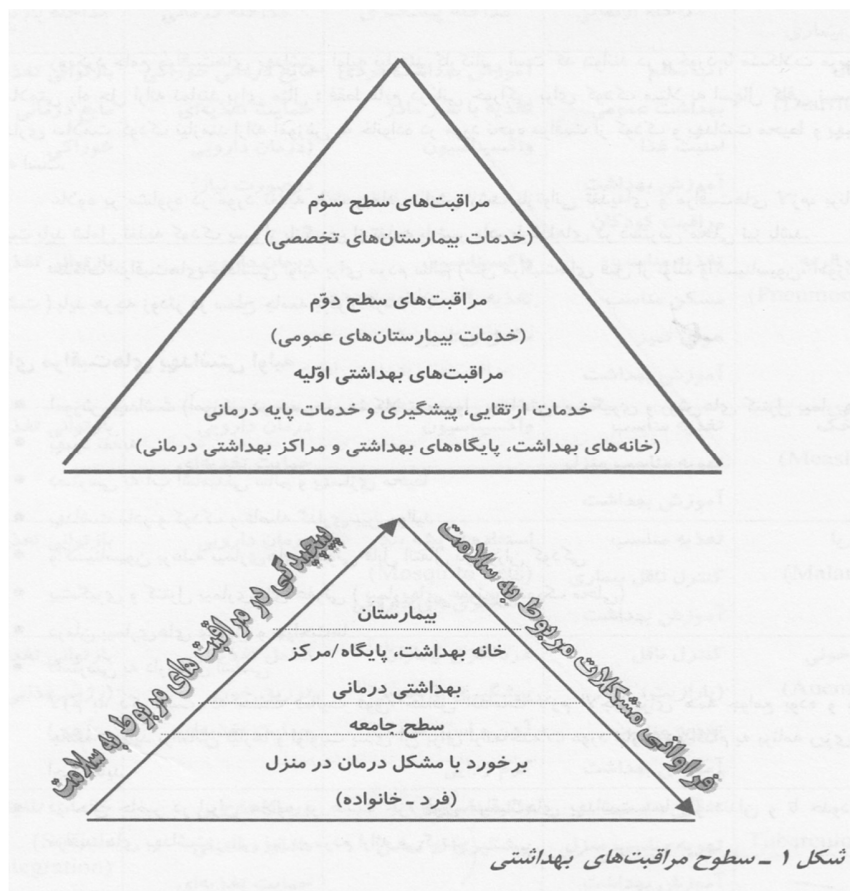
لازم به ذکر است که هشت فعالیت فوق، حداقل اقدامات لازم الاجرا برای همه جوامع بوده و هر جامعه‌ای باید بر اساس نیازها و اولویت بندی آن برای ارائه خدمات مورد نیاز مردم اقدام به برنامه ریزی و اجرا نماید.

- در حال حاضر در ایران علاوه بر هشت جزء فوق مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان و تا حدودی مراقبت‌های بهداشت روانی نیز به مردم ارائه می‌گردد.

سوال: تمام موارد زیر از اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه به شمار می‌رود، بجز: (ارشد ۹۳)

- الف) بهبود وضع تغذیه
ب) گسترش برنامه ایمن سازی
ج) همکاری و هماهنگی بین بخشی
د) تامین و تدارک داروهای اساسی

پاسخ گزینه ج/



گذار اپیدمیولوژیک، گذار سلامت

اولین گذار اپیدمیولوژیک

احتمالا اولین گذار اپیدمیولوژیک، حدود ده هزار سال قبل از آغاز گردیده است. زیرا در آن زمان چرخش عظیمی در شیوه زندگی انسان آغاز شده و سپس شکار و کوچ گرایی، تا حدود زیادی جای خود را به اسکان در یک منطقه ثابت و تولیدمواد غذایی مورد نیاز روزمره، داده و بدون شک در سازمان دهی اجتماعی انسان، عادات غذایی، ویژگی‌های دموگرافیک و عاداتی که منجر به تماس بیشتر انسان با حیوانات می‌گردیده نیز تاثیر عظیمی داشته و زمینه را برای ابتلاء به بسیاری از بیماری‌های مشترک بین حیوانات و انسان‌ها (زئونوزها) مساعد نموده و شاید بیشترین علل مرگ و میر را به خود اختصاص داده است.

دومین گذار اپیدمیولوژیک

دومین گذار اپیدمیولوژیک، با آغاز انقلاب صنعتی، در اواسط قرن نوزدهم در اروپا و آمریکای شمالی، حادث گردیده و به نحو واضحی در کشورهای صنعتی باعث کاهش میزان مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی شده و پاندمی‌های مرگبار بیماری‌های عفونی، ظاهراً جای خود را به بیماری‌های دژنراتیو و ساخته دست بشر داده‌اند.

بدیهی است که کاهش میزان بروز بیماری‌های عفونی در قرن نوزدهم و بیستم، تحت تاثیر عوامل مختلف و از جمله، پیشرفت‌های جدید در علم پزشکی، تکنولوژی و ارتقاء سطح زندگی مردم، حاصل گردیده و سرانجام به کشورهای در حال توسعه نیز گسترش یافته است.

مراحل کاهش میزان مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی در اروپا

۱- مرحله اول از اواخر قرن هفدهم آغاز گردیده و تا آغاز قرن نوزدهم، ادامه یافته است به طوری که در این مرحله فقط همه‌گیری‌های پراکنده‌ای از طاعون، آبله و تیفوس رخ داده است.

۲- مرحله دوم از اواسط قرن نوزدهم شروع شده و در عرض سه دهه به وضوح باعث کاهش میزان مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی و افزایش امید به زندگی شده و علیرغم کاهش میزان مولید، باعث افزایش توده جمعیت شده است.

۳- مرحله سوم با کشف آنتی‌بیوتیک‌ها در دهه ۱۹۴۰ آغاز گردیده و باعث کاهش هر چه بیشتر میزان مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی گردیده و تا اوائل دهه ۱۹۸۰ ادامه یافته است.

سومین گذار اپیدمیولوژیک

در سومین گذار اپیدمیولوژیک، فرض بر این است که از میزان مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی کاسته و بر میزان مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن، افزوده شده است. در این رابطه از طرفی به برکت کنترل بیماری‌های عفونی، با کاهش مرگ و میر مادران و کودکان، مواجه گردیده و از طرف دیگر شاهد افزایش جمعیت، می‌باشیم و رعایت موازین بهداشتی، برخورداری از خدمات مربوطه و ارتقاء استانداردهای زندگی باعث افزایش امید به زندگی و پیر شدن جمعیت‌ها شده و بر راس هرم سنی جمعیت و به عبارت واضح‌تر بر جمعیت سالمندان، افزوده و باعث افزایش بروز بیماری‌های مزمن مرتبط با سالمندی و مرگ ناشی از این بیماری‌ها در این گروه سنی گردیده است. یادآور می‌شود که به مجموعه تغییرات اپیدمیولوژیک و دموگرافیک مورد اشاره، اصطلاحاً گذار سلامت (Health transition) گفته می‌شود.

سوال: درباره تاثیر گذر اپیدمیولوژیک در ایران و جهان موارد زیر صحیح است، به جز: (ارشد ۹۲)

الف) کاهش مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی

ب) کاهش مرگ مادران و کودکان

ج) افزایش امید زندگی و پیر شدن جمعیت

د) کاهش میانه سنی جمعیت

پاسخ گزینه د /

راهکارهای ارتقای سلامت در جمهوری اسلامی ایران

در تعریف سلامت، معتقدیم تنها نبود بیماری مطرح نیست بلکه ارتقای سلامت نیز باید مد نظر باشد

تامین و ارتقای سلامت در دو مقوله جداگانه و کاملاً مرتبط با هم دیده می‌شوند.

الف) بهبود شیوه زندگی (Life style)

ب) مراقبت از بیماری‌ها

سوال: درباره تاثیر، «گذار اپیدمیولوژیک» در ایران همه موارد زیر صحیح است، بجز: (ارشد ۹۳)

الف) کاهش مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی

ب) کاهش مرگ مادران و کودکان

ج) افزایش امید زندگی و پیر شدن جمعیت

د) کاهش میانه سنی جمعیت

پاسخ گزینه د /

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

۰۱۳/۳۳۳۳۸۰۰۲ (رشت)

۰۱۳/۴۲۳۴۲۵۴۳ (لاهیجان)