آکادمی آموزشی جوانه

بهداشت جامعه

پاسخنامه تشریحی

کارشناسی ارشد ۱۴۰۵

بهداشت جامعه؛ سوالات ۷۳ تا ۹۶

پاسخنامه تشریحی

بهداشت جامعه

سوال
۷۳

مرد ۳۵ ساله‌ای با زخم عمیق و آلوده مراجعه کرده است. وی سه دوز یا بیشتر واکسن حاوی کزاز دریافت کرده است، اما ۶ سال از آخرین نوبت گذشته است. سابقه واکنش آرتوس ندارد. اقدام مناسب کدام است؟

۱) فقط واکسن دوگانه بزرگسالان تزریق شود و تتابولین تجویز نشود.	۲) فقط تتابولین تزریق شود و واکسن دوگانه بزرگسالان تجویز نشود.
۳) واکسن دوگانه بزرگسالان و تتابولین به‌صورت همزمان تجویز شود.	۴) هیچ فرآورده‌ای تجویز نشود و مراقبت موضعی زخم کفایت می‌کند.

پاسخ صحیح گزینه «۱» ✓ فقط واکسن دوگانه بزرگسالان تزریق شود و تتابولین تجویز نشود.

مرد ۳۵ ساله با زخم عمیق و آلوده و سابقه‌ی ≤۳ دوز واکسن کزاز، اما ۶ سال از آخرین نوبت؛ چون فاصله بیش از ۵ سال است، یک نوبت یادآور (Td یعنی دوگانه‌ی بزرگسالان) تزریق می‌شود. چون ایمن‌سازی اولیه کامل بوده است، ایمونوگلوبولین ضد کزاز (تتابولین) لازم نیست؛ تتابولین فقط برای کسانی است که کمتر از ۳ دوز یا سابقه‌ی نامشخص دارند.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۲) تتابولین بدون واکسن لازم نیست؛ فرد ایمن‌سازی اولیه دارد و فقط به یادآور نیاز دارد.

۳) تتابولین همراه واکسن برای کسی است که کمتر از ۳ دوز دارد یا سابقه‌اش نامشخص است، نه این بیمار.

۴) زخم عمیق و آلوده و گذشت ۶ سال از آخرین نوبت یعنی علاوه بر مراقبت موضعی، یادآور واکسن لازم است.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل دوازدهم: ایمن‌سازی و واکسیناسیون، بخش «واکسن‌های دوگانه، سه‌گانه و پنج‌گانه»

«پس از تکمیل واکسیناسیون کودک طبق برنامه کشوری، واکسن دوگانه بزرگسالان (Td) باید هر ده سال یک‌بار تکرار شود.»

جزوه بهداشت جامعه، فصل دوازدهم: ایمن‌سازی و واکسیناسیون، بخش «واکسن‌های دوگانه، سه‌گانه و پنج‌گانه»

«برای بالا بردن سطح ایمنی بزرگسالان در مقابل دیفتری، در کلیه مواردی که به تزریق واکسن کزاز در بالغین نیاز باشد (مانند زنان باردار یا گزیدگی توسط حیوانات) Td تزریق می‌شود.»

@_javaneh

سوال
۷۴

کودکی واکسن سرخک – سرخجه – اوریون (MMR) دریافت کرده است. ۱۰ روز بعد، به دلیل یک اندیکاسیون پزشکی، گاماگلوبولین انسانی به‌صورت عضلانی دریافت می‌کند. اقدام مناسب کدام است؟

۱) واکسن قبلی کاملاً معتبر است و نیازی به تکرار ندارد.	۲) پس از حداقل ۳ ماه از دریافت گاماگلوبولین تکرار شود.
۳) واکسن دقیقاً ۴ هفته پس از نوبت قبلی تکرار شود.	۴) واکسن پس از ۸ تا ۱۱ ماه تکرار شود.

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ پس از حداقل ۳ ماه از دریافت گاماگلوبولین تکرار شود.

گاماگلوبولین (آنتی‌بادی آماده) آنتی‌بادی‌های ضد ویروس را در بدن می‌گذارد و می‌تواند ویروس زنده‌ی واکسن MMR را خنثی کند. چون ایمونوگلوبولین ۱۰ روز بعد از MMR داده شده، واکسن مؤثر نیست و باید تکرار شود. تکرار واکسن باید پس از گذشت فاصله‌ی لازم از آخرین دریافت گاماگلوبولین، یعنی حداقل ۳ ماه، انجام شود.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) واکسن قبلی معتبر نیست؛ ایمونوگلوبولین طی ۲ هفته پس از MMR اثر واکسن را خنثی می‌کند.

۳) تکرار دقیقاً ۴ هفته بعد از نوبت قبلی خیلی زود است؛ آنتی‌بادی گاماگلوبولین هنوز در بدن است و واکسن را خنثی می‌کند.

۴) تکرار پس از ۸ تا ۱۱ ماه برای دوزهای خیلی بالای ایمونوگلوبولین (مثل درمان‌های پرمقدار) است؛ برای دوز معمول عضلانی حداقل ۳ ماه کافی است.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل دوازدهم: ایمن‌سازی و واکسیناسیون، بخش «واکسن‌های دوگانه، سه‌گانه و پنج‌گانه»

«جدول حداقل فاصله زمانی دریافت خون و فرآورده‌های خونی با واکسن‌های ویروسی زنده تزریقی.»

سوال
۷۵

کودک ۷ سال و ۳ ماهه‌ای بدون هیچ مدرک قابل اعتماد از واکسیناسیون قبلی برای اولین بار مراجعه کرده است. ترکیب مناسب برای اولین مراجعه کدام است؟

۱) سه‌گانه، فلج اطفال خوراکی، هپاتیت ب و سرخک، سرخجه و اوریون (MMR)	۲) دوگانه بزرگسال، فلج اطفال خوراکی و تزریقی، هپاتیت ب و سرخک، سرخجه و اوریون (MMR)
۳) پنج‌گانه، فلج اطفال خوراکی و تزریقی، هپاتیت ب و سرخک، سرخجه و اوریون (MMR)	۴) دوگانه خردسالان، فلج اطفال تزریقی، هپاتیت ب و سرخک، سرخجه و اوریون (MMR)

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ دوگانه بزرگسال، فلج اطفال خوراکی و تزریقی، هپاتیت ب و سرخک، سرخجه و اوریون (MMR)

کودک بالای ۶ سال تمام بدون مدرک معتبر واکسیناسیون باید برنامه‌ی «عقب‌افتاده» بگیرد؛ سه‌گانه بعد از ۶ سال ممنوع است و به‌جای آن دوگانه‌ی بزرگسالان (Td) تزریق می‌شود؛ فلج اطفال در اولین مراجعه‌ی تأخیری هم خوراکی هم تزریقی داده می‌شود؛ هپاتیت B و MMR هم تزریق می‌شود.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) سه‌گانه بعد از ۶ سال تمام ممنوع است (به‌دلیل جزء سیاه‌سرفه).

۳) پنج‌گانه فقط برای شیرخواران است و از ۵ سالگی به‌جای پنج‌گانه سه‌گانه و هپاتیت B داده می‌شود؛ بعد از ۶ سال Td.

۴) دوگانه‌ی خردسالان برای زیر ۷ سال است؛ این کودک ۷ سال و ۳ ماه دارد و باید دوگانه‌ی بزرگسالان بگیرد.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل دوازدهم: ایمن‌سازی و واکسیناسیون، بخش «نکات مهم در ایمن‌سازی کودکانی که از ۳ ماهگی تا ۶ سالگی در موعد مقرر مراجعه نکرده‌اند»

«در مراجعه تأخیری کودک پس از ۴ ماهگی، واکسن تزریقی فلج اطفال در اولین مراجعه همراه قطره خوراکی تجویز می‌شود.»

جزوه بهداشت جامعه، فصل دوازدهم: ایمن‌سازی و واکسیناسیون، بخش «نکات مهم در ایمن‌سازی کودکانی که از ۳ ماهگی تا ۶ سالگی در موعد مقرر مراجعه نکرده‌اند»

«بعد از ۶ سال تمام (۶ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) تزریق واکسن سه‌گانه ممنوع است و باید واکسن دوگانه بزرگسالان استفاده شود.»

سوال
۷۶

پرستار بهداشت حرفه‌ای متوجه می‌شود یکی از کارکنان تازه استخدام‌شده هیچ سابقه‌ای از واکسیناسیون فلج اطفال در کودکی ندارد. برنامه مناسب واکسن تزریقی فلج اطفال برای او کدام است؟

۱) سه دوز؛ دوز دوم ۴ تا ۸ هفته و دوز سوم ۶ تا ۱۲ ماه بعد	۲) سه دوز؛ دوز دوم ۲ تا ۴ هفته و دوز سوم ۳ تا ۶ ماه بعد
۳) دو دوز؛ دوز دوم ۴ تا ۸ هفته پس از دریافت نخستین دوز واکسن	۴) دو دوز؛ دوز دوم ۶ تا ۱۲ ماه پس از دریافت نخستین دوز واکسن

پاسخ صحیح گزینه «۱» ✓ سه دوز؛ دوز دوم ۴ تا ۸ هفته و دوز سوم ۶ تا ۱۲ ماه بعد

فرد بزرگسال بدون سابقه‌ی واکسن فلج اطفال برنامه‌ی ۳ دوزی IPV می‌گیرد: دوز اول، دوز دوم ۴ تا ۸ هفته بعد و دوز سوم ۶ تا ۱۲ ماه بعد.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۲) فاصله‌ها (۲ تا ۴ هفته، ۳ تا ۶ ماه) کوتاه‌تر از برنامه‌ی استاندارد بزرگسالان است.

۳) دو دوز برای کسی که هیچ سابقه‌ای ندارد کافی نیست؛ برای بزرگسال بدون سابقه ۳ دوز لازم است.

۴) دو دوز با فاصله‌ی ۶ تا ۱۲ ماه ایمنی را زود ایجاد نمی‌کند و برنامه‌ی استاندارد نیست.

سوال
۷۷

برای غربالگری یک بیماری، دوره‌ای نسبتاً طولانی بین آغاز تغییرات پاتولوژیک بیماری و ظهور علائم بالینی وجود دارد که در آن بیماری با یک آزمون مناسب قابل تشخیص است. این ویژگی بیش از همه بیانگر کدام دوره است؟

۱) کمون	۲) پیش‌بالینی قابل تشخیص
۳) واگیری	۴) نهفتگی اپیدمیولوژیک

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ پیش‌بالینی قابل تشخیص

دوره‌ای که تغییرات پاتولوژیک شروع شده ولی علائم بالینی هنوز ظاهر نشده و بیماری با آزمون مناسب قابل‌شناسایی است، دوره‌ی پیش‌بالینی قابل‌تشخیص (Detectable Preclinical Phase) است. اساس غربالگری همین دوره است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) کمون دوره‌ی بین ورود عامل و بروز علامت در بیماری عفونی است، نه دوره‌ی قابل‌تشخیص با آزمون غربالگری.

۳) دوره‌ی واگیری مدتی است که فرد عفونت را منتقل می‌کند.

۴) نهفتگی اپیدمیولوژیک مربوط به فاصله بین مواجهه با عامل خطر و شروع تغییرات بیماری است، نه فاصله‌ی تغییرات پاتولوژیک و علائم.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل چهارم: پیشگیری، بخش «سیر طبیعی بیماری»

«قبل از بروز علائم بالینی: علائم واضحی دیده نمی‌شود ولی تغییرات بیماری‌زایی شروع شده است؛ این تغییرات کمتر از میزانی است که بالینی قابل‌مشاهده باشد (مثلاً تغییرات تصلب شرایین عروق قلب قبل از هرگونه علامت بالینی).»

جزوه بهداشت جامعه، فصل سی‌وسوم: غربالگری، بخش «نتایج آزمون غربالگری»

«بیماری در مراحل اولیه یا مخفی قابل تشخیص باشد.»

سوال
۷۸

پس از برگزاری یک مراسم، تعداد زیادی از شرکت‌کنندگان طی فاصله زمانی کوتاه و به صورت مشابهی دچار علائم گوارشی می‌شوند. پس از آن موارد جدید قابل توجهی مشاهده نمی‌شود. شکل منحنی همه‌گیری مطابق کدام است؟

۱) منبع مشترک نقطه‌ای	۲) منبع مشترک مداوم
۳) انتقال فرد به فرد	۴) همه‌گیری با منبع متناوب

پاسخ صحیح گزینه «۱» ✓ منبع مشترک نقطه‌ای

وقتی تعداد زیادی از افراد در یک زمان کوتاه از یک منبع مشترک (مثلاً غذای مراسم) آلوده شوند و بعد از آن مورد جدید دیده نشود، منحنی همه‌گیری یک قله‌ی تیز دارد و به منبع مشترک نقطه‌ای (Point source) مربوط است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۲) در منبع مشترک مداوم، مواجهه ادامه دارد و منحنی طولانی و مرتفع باقی می‌ماند و موارد جدید مرتب دیده می‌شوند.

۳) در انتقال فرد به فرد منحنی تدریجی‌تر و با چند قله‌ی متوالی است.

۴) در منبع متناوب مواجهه در دفعات جداگانه رخ می‌دهد و چند قله دارد.

سوال
۷۹

در یک برنامه غربالگری سرطان، پس از اجرای برنامه، متوسط بقای محاسبه شده از زمان تشخیص بیماری از ۴ به ۷ سال افزایش یافته است؛ با این حال سن مرگ بیماران و میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری در جمعیت تغییر محسوسی نکرده است. محتمل‌ترین سوگیری کدام است؟

۱) انتخاب	۲) تقدم تشخیص
۳) طول مدت	۴) اثربخشی درمان

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ تقدم تشخیص

در غربالگری، بیماری زودتر تشخیص داده می‌شود اما اگر درمان اثری بر مرگ نداشته باشد، سن مرگ و میزان مرگ‌ومیر تغییر نمی‌کند و فقط «زمان آگاهی از بیماری» جلو می‌افتد، پس بقای محاسبه‌شده از زمان تشخیص بیشتر دیده می‌شود. این سوگیری تقدم تشخیص (Lead-time bias) است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) سوگیری انتخاب یعنی افراد شرکت‌کننده با غیرشرکت‌کننده تفاوت داشته باشند؛ در متن نیامده است.

۳) سوگیری طول مدت مربوط به تشخیص بیشتر بیماری‌های کندپیشرو در غربالگری است.

۴) اثربخشی درمان اگر وجود داشت، مرگ‌ومیر باید کم می‌شد؛ اینجا نشده است.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل سی‌وسوم: غربالگری، بخش «نتایج آزمون غربالگری»

«مهلت تصمیم‌گیری مزیتی است که از طریق غربالگری حاصل می‌شود؛ یعنی فاصله زمانی بین تشخیص زودرس با آزمون غربالگری و تشخیص با وسایل دیگر.»

سوال
۸۰

در یک خانه سالمندان، ۲۰ نفر از ۲۰۰ سالمند، مبتلا به زخم فشاری هستند. طی سه ماه بعد، ۱۸ مورد جدید در میان افراد سالم اولیه ایجاد می‌شود. پرستار برای محاسبه بروز تجمعی سه ماهه باید کدام کسر را به‌کار ببرد؟

۱) ۱۸ تقسیم بر ۲۰۰	۲) ۳۸ تقسیم بر ۲۰۰
۳) ۳۸ تقسیم بر ۱۸۰	۴) ۱۸ تقسیم بر ۱۸۰

پاسخ صحیح گزینه «۴» ✓ ۱۸ تقسیم بر ۱۸۰

بروز تجمعی (Cumulative incidence) برابر است با موارد جدید در دوره، تقسیم بر افراد در معرض خطر در شروع دوره. ۲۰ نفر از ۲۰۰ نفر از قبل زخم فشاری دارند و دیگر در معرض خطر ابتلای جدید نیستند؛ پس مخرج ۲۰۰ − ۲۰ = ۱۸۰ و صورت ۱۸ مورد جدید است: ۱۸ تقسیم بر ۱۸۰.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) 18/200 مخرج را شامل مبتلایان قبلی کرده است که دیگر در معرض بروز جدید نیستند.

۲) 38/200 موارد قدیمی و جدید را با هم جمع کرده و مخرج هم اشتباه است (این پیش از شیوع است).

۳) 38/180 صورت را (۲۰+۱۸) گرفته است؛ ولی موارد قدیمی جزء موارد جدید نیستند.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل دهم: پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، بخش «بروز، مخزن و منبع»

«بروز تجمعی (Cumulative incidence): اندازه‌گیری ساده‌تری از بروز بیماری؛ برخلاف میزان بروز، مخرج کسر را فقط در آغاز یک مطالعه اندازه می‌گیرند. مفهوم آماری: مقدار احتمال یا خطر ابتلای افراد به آن بیماری در مدت معین.»

سوال
۸۱

در یک مطالعه آینده‌نگر، پرستار افراد را بر اساس وجود یا عدم وجود یک مواجهه دسته‌بندی می‌کند و سپس وقوع بیماری را در دو گروه پیگیری می‌کند. مهم‌ترین مزیت این طراحی نسبت به مطالعه مورد–شاهدی کدام است؟

۱) توالی زمانی مواجهه و پیامد مشخص است.	۲) برای بیماری‌های بسیار نادر کارآمدتر است.
۳) از همه انواع مخدوش‌کننده‌ها مصون است.	۴) نیازمند نمونه کمتر و زمان کوتاه‌تر است.

پاسخ صحیح گزینه «۱» ✓ توالی زمانی مواجهه و پیامد مشخص است.

در مطالعه‌ی هم‌گروهی (کوهورت) آینده‌نگر ابتدا مواجهه سنجیده می‌شود و بعد پیامد در طول زمان پیگیری رخ می‌دهد؛ پس توالی زمانی مواجهه و پیامد روشن است. این مهم‌ترین مزیت نسبت به مورد–شاهدی است که از پیامد شروع می‌شود و مواجهه را به‌صورت گذشته‌نگر می‌سنجد.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۲) برای بیماری‌های بسیار نادر مطالعه‌ی مورد–شاهدی مناسب‌تر است؛ کوهورت برای بیماری نادر پرهزینه و بزرگ می‌شود.

۳) هیچ طرح مشاهده‌ای از همه‌ی مخدوش‌کننده‌ها مصون نیست.

۴) کوهورت معمولاً نمونه‌ی بیشتر و زمان طولانی‌تری لازم دارد و گران‌تر است.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل سی‌وچهارم: مطالعات اپیدمیولوژی، بخش «مقایسه‌ی مطالعه‌ی گذشته‌نگر و آینده‌نگر»

«مطالعه‌ی مورد–شاهدی (گذشته‌نگر): معلول ← علت؛ مطالعه با بیماری شروع می‌شود؛ برای بیماری‌های نادر مناسب است؛ نسبتاً ارزان است؛ نتایج سریع؛ مشکلات سوگرایی موجود است. مطالعه آینده‌نگر: علت ← معلول؛ مطالعه با risk factor شروع می‌شود؛ برای بیماری‌های نادر مناسب نیست؛ گران است؛ نتایج تأخیری؛ اشکالات سوگرایی کاهش می‌یابد.»

سوال
۸۲

پرستار یک روستای دورافتاده متوجه می‌شود فقط برنامه کنترل فشارخون در مرکز شهرستان ارائه می‌شود و سالمندان کم‌درآمد عملاً دسترسی ندارند. انتقال بخشی از خدمت به خانه بهداشت، کدام اصل مراقبت‌های بهداشتی اولیه را تقویت می‌کند؟

۱) فناوری مناسب	۲) هماهنگی بین‌بخشی
۳) توزیع عادلانه	۴) مشارکت جامعه

پاسخ صحیح گزینه «۳» ✓ توزیع عادلانه

سالمندان کم‌درآمد در روستا به برنامه‌ی کنترل فشارخون در مرکز شهرستان دسترسی ندارند. انتقال بخشی از خدمت به خانه‌ی بهداشت، یعنی نزدیک‌تر کردن خدمت به مردم، اصل برابری و عادلانه بودن توزیع خدمات (اولین اصل کلیدی PHC) را تقویت می‌کند.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) فناوری مناسب یعنی استفاده از ابزار ساده و قابل‌قبول و ارزان؛ مسئله‌ی اصلی این سوال دسترسی است.

۲) هماهنگی بین‌بخشی یعنی همکاری سازمان‌های مختلف؛ اینجا فقط جابه‌جایی محل خدمت مطرح است.

۴) مشارکت جامعه یعنی دخالت مردم در برنامه‌ریزی و اجرا؛ مسئله‌ی سوال دسترسی ناعادلانه است.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل ششم: اقتصاد سلامت، بخش «اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه»

«نکته مهم: اولین اصل کلیدی استراتژی مراقبت بهداشتی اولیه: برابری یا عادلانه بودن توزیع خدمات بهداشتی.»

جزوه بهداشت جامعه، فصل ششم: اقتصاد سلامت، بخش «اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه»

«هدف PHC آن است که این نابرابری‌ها برطرف و خدمات هرچه نزدیک‌تر به خانه مردم ارائه شود.»

نکته مهم در کنکور ۱۳۹۴ و ۱۴۰۰ هم نخستین اصل کلیدی راهبرد مراقبت بهداشتی اولیه «عدالت (برابری) در توزیع» بوده است.

سوال
۸۳

پرستار سلامت مدارس با همکاری شهرداری طراحی می‌کند که شکل‌گیری مصرف دخانیات در نوجوانان اساساً کاهش یابد (فروش دخانیات در اطراف مدارس و محیط مدرسه را محدود و ... می‌کند). این اقدام در کدام سطح پیشگیری قرار دارد؟

۱) نخستین	۲) اولیه
۳) ثانویه	۴) ثالثیه

پاسخ صحیح گزینه «۱» ✓ نخستین

پیشگیری از شکل‌گیری عادت مصرف دخانیات در نوجوانان از راه سیاست‌های شهری (محدودیت فروش دخانیات اطراف مدارس) یعنی جلوگیری از پیدایش و برقراری الگوهای خطرآفرین قبل از ایجاد عامل خطر. این پیشگیری زیربنایی (نخستین/بدوی، Primordial) است و قبل از سطح اولیه قرار دارد.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۲) پیشگیری اولیه برای کسانی است که عامل خطر دارند یا در مرحله‌ی پذیرندگی‌اند (مثل واکسیناسیون)، نه جلوگیری از پیدایش خود الگوی خطرآفرین در جامعه.

۳) پیشگیری ثانویه کشف زودرس بیماری قبل از علائم بالینی است.

۴) پیشگیری ثالثیه محدودکردن ناتوانی و توانبخشی است.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل چهارم: پیشگیری، بخش «۱. پیشگیری زیربنایی (اساسی، بنیادی)»

«مربوط به قانون‌گذاران جامعه و قبل از پیشگیری نوع اول؛ منجر به توسعه بخشی از تصمیم‌گیری بهداشت عمومی می‌شود. در این پیشگیری بیشتر کوشش‌ها معطوف به منع کودکان از در پیش گرفتن شیوه زندگی خطرآفرین است.»

جزوه بهداشت جامعه، فصل چهارم: پیشگیری، بخش «۱. پیشگیری زیربنایی (اساسی، بنیادی)»

«هدف پیشگیری اساسی: پرهیز از پدید آمدن و استقرار الگوهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در زندگی که معلوم شده در افزایش خطر بیماری سهم دارند؛ یعنی جلوگیری از پیدایش و برقراری عوامل خطرزای بیماری.»

سوال
۸۴

بیماری پس از سکته مغزی دچار همی‌پارزی پایدار شده است. پرستار برای جلوگیری از کوتاهی عضلات، آموزش وسایل کمکی و بازگشت بیمار به نقش‌های خانوادگی برنامه‌ریزی می‌کند. مداخله مناسب کدام سطح است؟

۱) ارتقای سلامت و پیشگیری	۲) حفاظت اختصاصی و عمومی
۳) تشخیص زودهنگام و اقدام	۴) محدود کردن ناتوانی و بازتوانی

پاسخ صحیح گزینه «۴» ✓ محدود کردن ناتوانی و بازتوانی

بیماری پس از سکته‌ی مغزی دچار همی‌پارزی پایدار شده است. جلوگیری از کوتاهی عضلات، آموزش وسایل کمکی و بازگرداندن او به نقش‌های خانوادگی یعنی محدود کردن ناتوانی و توانبخشی، که پیشگیری سطح سوم است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) ارتقای سلامت و پیشگیری مربوط به پیش از بیماری و کاهش بروز است.

۲) حفاظت اختصاصی و عمومی (مثل واکسیناسیون) برای جلوگیری از شروع بیماری است.

۳) تشخیص زودهنگام و اقدام سطح ثانویه است و مربوط به مرحله‌ی قبل از علائم بالینی؛ اینجا بیماری و ناتوانی رخ داده‌اند.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل چهارم: پیشگیری، بخش «۴. پیشگیری نوع سوم (Tertiary Prevention)»

«مربوط به مرحله پیشرفته بیماری یا ناتوانی: تخفیف ناتوانی حاصل از بیماری و کوشش برای برگرداندن اعمال اعضا و دستگاه‌های بدن به حالت مؤثر. شامل محدود کردن میزان ناتوانی و انجام نوتوانی (Rehabilitation) در مورد بیماری‌هایی که سیر خود را طی کرده و فقط ضایعات آن باقی مانده است.»

سوال
۸۵

در یک جمعیت، تماس با یک ویروس، احتمال بیماری را افزایش می‌دهد، اما نه همه افراد مواجه شده، بیمار می‌شوند و نه همه بیماران سابقه این تماس را دارند. مناسب‌ترین تعبیر پرستار در مورد عامل بیماری کدام است؟

۱) الزاماً علت کافی و ضروری است.	۲) ارتباط مشاهده شده حتماً تصادفی است.
۳) در چارچوب علیت چندعاملی است.	۴) زمانی مهم است که بیماری واگیر باشد.

پاسخ صحیح گزینه «۳» ✓ در چارچوب علیت چندعاملی است.

وقتی مواجهه با ویروس شرط کافی و ضروری نیست (همه‌ی مواجه‌شده‌ها بیمار نمی‌شوند و همه‌ی بیماران مواجهه ندارند)، این وضعیت با نظریه‌ی علیت چندعاملی (شبکه علیت) توضیح داده می‌شود: بیماری از تداخل عوامل متعدد ایجاد می‌شود.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) اگر ویروس علت کافی و ضروری بود، همه‌ی مواجه‌شده‌ها بیمار می‌شدند و همه‌ی بیماران تماس را سابقه داشتند.

۲) ارتباط مشاهده‌شده تصادفی بودن را الزاماً نتیجه نمی‌دهد؛ ارتباط واقعی ولی چندعاملی است.

۴) علیت چندعاملی به نوع واگیر یا غیرواگیر بودن بیماری ربطی ندارد.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل اول: تاریخچه و مفهوم بهداشت، بخش «شبکه علیت»

«شبکه علیت: برای بررسی بیماری‌های مزمن و هنگامی که عامل بیماری‌زا غالباً نامعلوم ولی بیماری نتیجه تداخل عوامل متعدد است مناسب است.»

سوال
۸۶

پس از سیل، پرستار سلامت محیط در یک اردوگاه، کلرزنی آب را پایش می‌کند. برای اطمینان از گندزدایی بهینه در شرایط معمول، شاخص عملی کدام است؟

۱) صفر شدن کامل سختی آب	۲) وجود کلر آزاد باقیمانده
۳) حذف کامل مواد جامد محلول	۴) افزایش اکسیژن محلول تا حد اشباع

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ وجود کلر آزاد باقیمانده

پس از سیل، کیفیت گندزدایی آب با کلر باقیمانده (کلر آزاد) سنجیده می‌شود. کلر باقیمانده نشان می‌دهد پس از مصرف کلر برای کشتن میکروب‌ها، هنوز مقدار کافی ماده‌ی گندزدا در شبکه وجود دارد و آب در برابر آلودگی ثانویه محافظت می‌شود.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) سختی آب به املاح کلسیم و منیزیم مربوط است و ربطی به گندزدایی ندارد.

۳) حذف کامل مواد جامد محلول ممکن و لازم نیست و شاخص گندزدایی نیست.

۴) اکسیژن محلول شاخص کیفیت آب (و مثلاً BOD) است، نه گندزدایی.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل بیست‌وسوم: بهداشت آب، بخش «کلرزنی»

«حتی اگر آب مراحل فوق را طی کند، احتمال وجود باکتری‌های مولد بیماری در آن خواهد بود و لذا گندزدایی آن به‌طور مداوم لازم است و باید مقداری از ماده گندزدا به صورت کلر باقیمانده در تمام شبکه وجود داشته باشد.»

جزوه بهداشت جامعه، فصل بیست‌وسوم: بهداشت آب، بخش «کلرزنی»

«در کنکور ۱۳۹۷: ماده‌ای که برای تأثیر بر میکروارگانیسم‌های آب آشامیدنی اثر باقیمانده دارد: کلر.»

سوال
۸۷

در تصفیه آب یک اجتماع کوچک، پرستار درباره صافی شنی کُند، آموزش می‌دهد. نقش اصلی در حذف زیستی میکروارگانیسم‌ها کدام است؟

۱) لایه شن درشت زیرین	۲) مخزن ذخیره پس از صافی
۳) لوله‌های زهکش تحتانی	۴) لایه زیستی سطحی صافی

پاسخ صحیح گزینه «۴» ✓ لایه زیستی سطحی صافی

در صافی شنی کند، لایه‌ی نازک سطحی (لایه‌ی بیولوژیک یا اشمات‌دکه) از باکتری‌ها و میکروارگانیسم‌های هوازی روی ماسه تشکیل می‌شود و مهم‌ترین نقش را در حذف زیستی میکروارگانیسم‌ها دارد.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) لایه‌ی شن درشت زیرین نقش نگهدارنده و زهکشی دارد و عامل حذف زیستی نیست.

۲) مخزن ذخیره‌ی پس از صافی برای نگهداری آب تصفیه‌شده است.

۳) لوله‌های زهکش تحتانی آب صاف‌شده را جمع می‌کنند و نقش زیستی ندارند.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل بیست‌وسوم: بهداشت آب، بخش «مراحل تصفیه آب»

«مکانیسم عمل صافی‌ها: کمک به رشد باکتری‌های هوازی که به صورت لایه لجن روی ماسه‌ها نمودار می‌گردند.»

جزوه بهداشت جامعه، فصل بیست‌وسوم: بهداشت آب، بخش «مراحل تصفیه آب»

«پالایش شنی کند: برای آب‌هایی مناسب است که دارای کدورت یا تیرگی کم باشد و قبل از مرحله پالایش احتیاج به دلمه کردن و ته‌نشینی ندارد.»

سوال
۸۸

در بررسی یک بیماری عفونی، فردی بدون علامت، موجب انتقال بیماری دیگران شده است. نقش این فرد از نظر اپیدمیولوژیک کدام است؟

۱) مخزن غیرزنده	۲) ناقل
۳) ناقل مکانیکی	۴) میزبان واسط

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ ناقل

فردی که عامل بیماری را دارد و بدون علامت بالینی بیماری را منتقل می‌کند، حامل (ناقل) است. حامل از نظر اپیدمیولوژیک خطرناک‌تر از بیمار است، چون شناخته نمی‌شود و در جامعه آزادانه عفونت را پخش می‌کند.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) مخزن غیرزنده مثل خاک و آب است، نه انسان.

۳) ناقل مکانیکی (مثل مگس) عامل را فقط جابه‌جا می‌کند و میزبان نیست؛ اینجا یک انسان بدون علامت است.

۴) میزبان واسط میزبانی است که مرحله‌ی رشد غیرجنسی انگل در آن می‌گذرد، نه فرد حامل بدون علامت.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل دهم: پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، بخش «افراد حامل»

«حامل: شخص یا جانور آلوده‌ای که بدون داشتن بیماری قابل‌تشخیص بالینی، عامل بیماری را با خود دارد و به‌عنوان منبع عفونت برای دیگران عمل می‌کند.»

جزوه بهداشت جامعه، فصل دهم: پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، بخش «افراد حامل»

«نکته مهم: حاملین از نظر اپیدمیولوژی خطرناک‌تر از بیماران هستند، چون از نظر تشخیصی ناشناخته‌اند و به‌صورت عادی در جامعه زندگی می‌کنند.»

سوال
۸۹

پرستار هنگام آموزش یک خانواده مهاجر متوجه می‌شود آنان بیماری کودک خود را ناشی از «عدم تعادل گرمی و سردی» می‌دانند. بهترین اقدام کدام است؟

۱) ادغام اقدامات فرهنگی بی‌خطر با برنامه مراقبت	۲) ارجاع خانواده به روان‌شناس برای اصلاح باور
۳) رد صریح باور خانواده به‌عنوان یک باور غیرعلمی	۴) نادیده گرفتن باور خانواده و تمرکز صرف بر درمان

پاسخ صحیح گزینه «۱» ✓ ادغام اقدامات فرهنگی بی‌خطر با برنامه مراقبت

باور «عدم تعادل گرمی و سردی» یک باور فرهنگی رایج است و بی‌خطر. در شایستگی فرهنگی، پرستار از اعمال فرهنگی بی‌ضرر حمایت می‌کند (موافقت/Accommodation) و با برنامه‌ی مراقبت ترکیب می‌کند، و فقط اعمال مضر را اصلاح می‌کند (Repatterning).

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۲) ارجاع به روان‌شناس برای اصلاح باور بی‌ضرر فرهنگی لازم نیست و نشانه‌ی بی‌احترامی است.

۳) رد صریح باور خانواده تحمیل فرهنگی است و اعتماد را از بین می‌برد.

۴) نادیده گرفتن باور خانواده همکاری و درک آنان از مراقبت را کم می‌کند.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل دوم: تعیین‌کننده‌های سلامتی، بخش «راهنمایی درباره شایستگی فرهنگی»

«حفاظت فرهنگی (Preservation): پرستاران اعمال فرهنگی را که تأیید علمی دارند همراه با خدمات در نظر داشته باشند. موافقت فرهنگی (Accommodation): پرستار از اعمال فرهنگی که برای مددجویان ضرر ندارد حمایت کند. الگوپذیری (Repatterning): در صورت مضر بودن عمل مددجو، پرستار آن را اصلاح کند یا تغییر دهد.»

سوال
۹۰

پرستاری می‌گوید: «افراد این قوم معمولاً خانواده‌محورند، بنابراین لازم نیست از هر بیمار درباره ترجیحات تصمیم‌گیری سؤال کنم.» این دیدگاه به لحاظ فرهنگی بیش از همه نشان‌دهنده کدام است؟

۱) ارزیابی فرهنگی	۲) کلیشه‌سازی فرهنگی
۳) انطباق فرهنگی	۴) آگاهی فرهنگی

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ کلیشه‌سازی فرهنگی

جمله‌ی «افراد این قوم معمولاً خانواده‌محورند و نیازی به پرسیدن ترجیحات هر بیمار نیست» یعنی نسبت دادن یک ویژگی به همه‌ی افراد یک گروه بدون توجه به تفاوت‌های فردی؛ این کلیشه‌سازی فرهنگی (Stereotyping) است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) ارزیابی فرهنگی یعنی بررسی هر بیمار با توجه به فرهنگ خودش؛ پرستار این کار را نمی‌کند.

۳) انطباق فرهنگی یعنی سازگار کردن مراقبت با فرهنگ بیمار پس از شناخت او.

۴) آگاهی فرهنگی خودکاوی ارزش‌ها و عقاید شخصی پرستار است و با این جمله ارتباطی ندارد.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل دوم: تعیین‌کننده‌های سلامتی، بخش «موانع کسب شایستگی فرهنگی»

«کلیشه‌سازی (Stereotyping): نسبت دادن عقاید و رفتارهای معین به یک گروه نژادی، بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی.»

سوال
۹۱

پرستاری در نخستین بازدید از منزل متوجه تنش بین اعضای خانواده می‌شود. برای آغاز یک ارزیابی خانواده‌محور، اقدام مناسب کدام است؟

۱) تعیین عامل اصلی مشکل	۲) تمرکز فقط بر عضو ارجاع شده
۳) بررسی ساختار نقشی و عملکرد خانواده	۴) ارائه فوری توصیه‌های رفتاری

پاسخ صحیح گزینه «۳» ✓ بررسی ساختار نقشی و عملکرد خانواده

برای آغاز ارزیابی خانواده‌محور، نباید از یک عضو یا مشکل خاص شروع کرد؛ پرستار ابتدا ساختار (ترکیب و نقش‌ها) و عملکرد خانواده را بررسی می‌کند تا تنش بین اعضا را در چارچوب کل سیستم خانواده بفهمد.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) تعیین عامل اصلی مشکل در نخستین بازدید زود است؛ ابتدا باید داده جمع‌آوری شود.

۲) تمرکز فقط بر عضو ارجاع‌شده با رویکرد خانواده‌محور (کل خانواده، مددجو) نمی‌خواند.

۴) ارائه‌ی فوری توصیه‌های رفتاری بدون بررسی کامل خانواده نادرست و زودهنگام است.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل بیستم: فرایند پرستاری در خانواده، بخش «ارزیابی ساختاری خانواده» و «ارزیابی عملکردی»

«ارزیابی ساختاری: این مدل ترکیب خانواده را بررسی کرده و اعضای خانواده، اسامی، سن و ارتباط و تعامل بین آن‌ها و تعامل خانواده با سیستم‌های اجتماعی دیگر را تعیین می‌کند. ارزیابی عملکردی: شش وظیفه یا عملکرد خانواده باید مورد ارزیابی قرار گیرد: عملکردهای عاطفی، نیازهای جسمانی و مراقبت سلامت، اقتصادی، تولیدمثل، اجتماعی کردن و Family coping.»

سوال
۹۲

قرار است در برنامه کاهش مصرف دخانیات، مداخله‌ای در سطح جمعیت انجام شود.

کدام مورد دارای ماهیت جمعیت‌محور و پیشگیرانه است؟

۱) مشاوره فردی ترک سیگار در جامعه	۲) درمان جایگزینی نیکوتین برای افراد وابسته
۳) سیاستگذاری ممنوعیت مصرف دخانیات	۴) پیگیری افراد پس از ترک در مراکز سلامت

پاسخ صحیح گزینه «۳» ✓ سیاستگذاری ممنوعیت مصرف دخانیات

مداخله‌ی جمعیت‌محور و پیشگیرانه روی کل جمعیت و بر کاهش متوسط خطر تمرکز دارد، مثل سیاست‌گذاری ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی. مشاوره‌ی فردی، درمان جایگزینی نیکوتین و پیگیری پس از ترک، مداخله‌های فردی یا درمانی‌اند.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) مشاوره‌ی فردی ترک سیگار مداخله‌ی فردی است.

۲) درمان جایگزینی نیکوتین درمان فردی برای افراد وابسته است.

۴) پیگیری افراد پس از ترک در مراکز سلامت مداخله‌ی فردی و درمانی است.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل چهارم: پیشگیری، بخش «راهبردهای پیشگیری اولیه»

«راهبردهای پیشگیری اولیه: ۱. جمعیتی (همگانی): معطوف بر کل جمعیت است و هدف آن کاهش متوسط خطر است. ۲. اشخاص پرمخاطره: معطوف بر اشخاص پرمخاطره در معرض مواجهه‌های خاص است.»

سوال
۹۳

یک سال پس از زلزله، توصیه به مقاوم‌سازی ساختمان‌ها، اصلاح و تقویت شبکه‌های حیاتی، بطور عمده مربوط به کدام مرحله است؟

۱) آمادگی	۲) بازیابی
۳) کاهش خطر	۴) پاسخ

پاسخ صحیح گزینه «۳» ✓ کاهش خطر

مقاوم‌سازی ساختمان‌ها و تقویت شبکه‌های حیاتی یک سال پس از زلزله، اقدامی بلندمدت برای کم کردن آسیب بلایای آینده است و در مرحله‌ی کاهش خطر (پیشگیری/Mitigation) قرار می‌گیرد، نه پاسخ فوری و نه صرف آمادگی.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) آمادگی شامل برنامه‌ریزی، آموزش و تمرین برای مقابله با بلایاست، نه بهسازی سازه‌ای ساختمان‌ها.

۲) بازیابی بازگرداندن شرایط عادی و بازسازی بعد از بلاست؛ مقاوم‌سازی برای پیشگیری از آسیب‌های بعدی است.

۴) پاسخ مربوط به ساعت‌ها و روزهای اول پس از بلا و نجات و کمک‌رسانی است.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل بیست‌وهشتم: اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری، بخش «مراحل مدیریت بلایا»

«پیشگیری: اقدامات پیشگیری شامل تشدید بازرسی‌ها، اصلاح امور امنیتی و نظارتی، ایمن‌سازی، جداسازی یا قرنطینه و ارائه آموزش به افراد جامعه است.»

سوال
۹۴

هدف یک برنامه آموزشی چنین تعیین شده است: «شرکت‌کنندگان با فواید فعالیت بدنی آشنا شوند.» مهم‌ترین نقص این گزاره کدام است؟

۱) برای گروه قابل اجرا نیست.	۲) معیار سنجش مشخص ندارد.
۳) بیش از حد غیر انتزاعی است.	۴) بر دانش و آگاهی تمرکز دارد.

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ معیار سنجش مشخص ندارد.

هدف خوب آموزشی باید قابل‌اندازه‌گیری و مشاهده باشد. «آشنا شوند» فعلی کلی و مبهم است و معیار سنجش مشخصی ندارد؛ نمی‌توان فهمید یادگیری رخ داده یا نه. مثلاً باید گفت «۳ فایده‌ی فعالیت بدنی را نام ببرند».

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) هدف برای گروه قابل‌اجراست؛ مشکل در معیار سنجش آن است.

۳) این هدف بیش از حد انتزاعی یا غیرانتزاعی نیست؛ ایرادش مبهم و غیرقابل‌سنجش بودن است.

۴) تمرکز بر دانش و آگاهی ایراد مهم نیست؛ هدف شناختی مجاز است، ولی باید قابل‌اندازه‌گیری باشد.

سوال
۹۵

در یک گروه آموزشی کنترل وزن، اعضا در جلسات نخست درباره نقش خود ابهام دارند و برای تعیین قواعد و اهداف به رهبر وابسته‌اند. گروه در کدام مرحله رشد قرار دارد؟

۱) شکل‌گیری	۲) تعارض
۳) هنجارسازی	۴) عملکرد

پاسخ صحیح گزینه «۱» ✓ شکل‌گیری

گروهی که اعضایش در جلسات اول درباره‌ی نقش خود ابهام دارند و برای تعیین قواعد و اهداف به رهبر وابسته‌اند، در مرحله‌ی شکل‌گیری (Forming) است؛ گروه هویت پیدا کرده ولی رسالت خود را نمی‌داند و ارتباطات سطحی است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۲) در مرحله‌ی طوفانی (تعارض) نزاع بر سر قدرت و بی‌اعتمادی وجود دارد، نه وابستگی ساده به رهبر.

۳) در مرحله‌ی هنجارسازی تعارضات حل و مسئولیت‌ها مشخص شده است.

۴) در مرحله‌ی عملکرد گروه به بلوغ رسیده و اهدافش مشخص است.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل یازدهم: مفهوم گروه (تیم) بهداشت، بخش «مراحل تشکیل گروه»

«شکل‌گیری: گروه هویت پیدا کرده؛ عضو از غیرعضو شناخته می‌شود اما رسالت خود را نمی‌داند؛ عدم بلوغ، ارتباطات سطحی و ایده‌های متفاوت وجود دارد.»

سوال
۹۶

در یک برنامه غربالگری دو مرحله‌ای، پرستار ابتدا دو آزمون را به‌صورت موازی در نظر می‌گیرد؛ یعنی مثبت بودن هر یک برای ارجاع کافی است. نسبت به کاربرد متوالی همان دو آزمون، انتظار کدام تغییر وجود دارد؟

۱) حساسیت کمتر و ویژگی بیشتر	۲) حساسیت و ویژگی هر دو بیشتر
۳) ارزش اخباری مثبت همیشه بیشتر	۴) حساسیت بیشتر و ویژگی کمتر

پاسخ صحیح گزینه «۴» ✓ حساسیت بیشتر و ویژگی کمتر

در آزمون موازی مثبت بودن هر یک از دو آزمون برای ارجاع کافی است؛ پس موارد بیشتری مثبت می‌شوند و بیماران کمتری از دست می‌روند (حساسیت بیشتر)، اما بیشتر افراد سالم هم مثبت‌کاذب می‌شوند (ویژگی کمتر). در آزمون متوالی (سری) برعکس است: حساسیت کمتر و ویژگی بیشتر.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) حساسیت کمتر و ویژگی بیشتر مشخصه‌ی کاربرد متوالی (سری) است، نه موازی.

۲) هر دو با هم بیشتر نمی‌شوند؛ بین حساسیت و ویژگی رابطه‌ی معکوس وجود دارد.

۳) ارزش اخباری مثبت در آزمون موازی همیشه بیشتر نمی‌شود و معمولاً کمتر می‌شود.

در جزوه

جزوه بهداشت جامعه، فصل سی‌وسوم: غربالگری، بخش «آزمون غربالگری»

«یک آزمون غربالگری مطلوب ۱۰۰٪ حساس و ۱۰۰٪ ویژه می‌باشد، ولی در عمل چنین حالتی رخ نمی‌دهد، چون بین حساسیت و ویژگی رابطه معکوس وجود دارد؛ یعنی غالباً حساسیت بالا به قیمت ویژگی پایین به دست می‌آید و برعکس.»