

جعبه سیاه

دکتری مامایی و بهداشت باروری



● گردآوری و تألیف ●

زری دولت آبادی تکابی

(دانشجوی دکتری سلامت باروری دانشگاه علوم پزشکی تهران)





دکتری مامایی و بهداشت باروری

سرشناسه

عنوان و نام پدیدآور

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست‌نویسی

موضوع

دولت‌آبادی تکابی، زری، ۱۳۶۸-

جعبه سیاه دکتری مامایی و بهداشت باروری / گردآوری و تالیف زری دولت‌آبادی تکابی.

تهران: انتشارات علمی سنا، ۱۴۰۴.

۱۶۰ ص.

۹۷۸-۶۰۰-۴۸۸-۵۴۰-۹

فیپا

مامایی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها (عالی)

Midwifery -- Examinations, questions, etc. (Higher)

مامایی -- راهنمای آموزشی (عالی)

Midwifery -- Study and teaching (Higher)

بهداشت باروری -- آزمون‌ها و تمرین‌ها

.Reproductive health -- Examinations, questions, etc

مادر و کودک -- سلامتی و بهداشت -- آزمون‌ها و تمرین‌ها (عالی)

Mother and child -- Health and hygiene -- Examinations, questions, etc. (Higher)

پزشکی زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها (عالی)

Gynecology -- Examinations, questions, etc. (Higher)

RG۹۵۰

۶۱۸/۲۰۷۶

۱۰۱۲۵۱۹۷

رده بندی کنگره

رده بندی دیویی

شماره کتابشناسی ملی



انتشارات علمی سنا

جعبه سیاه دکتری مامایی و بهداشت باروری

زری دولت‌آبادی تکابی

۹۷۸-۶۰۰-۴۸۸-۵۴۰-۹

اول - ۱۴۰۴

اقتخار معصومی

مهناز علی‌یاری

علیرضا زمانی

elmisana@gmail.com

sanabook.com

۱۰۰ نسخه

برای مشاهده قیمت اسکن کنید.



نام نشر

نام کتاب

گردآوری و تألیف

شابک

نوبت چاپ

مدیر اجرایی

صفحه‌آرا

طراح جلد

پست الکترونیک

فروش اینترنتی

تیراژ

قیمت

شما می‌توانید کتاب‌های نشر علمی سنا را علاوه بر کتابفروشی‌های سراسر کشور از نمایندگی‌های اختصاصی مؤسسه واقع در کلیه استان‌ها تهیه نمایید.

آدرس نمایندگی‌ها در سایت sanapezeshki.com و یا انتهای کتاب درج شده است.

تلفن دفتر پخش: ۰۲۱-۶۶۵۷۴۳۴۵

دفتر مرکزی: تهران - میدان انقلاب - خیابان جمالزاده شمالی - خیابان فرصت شیرازی - پلاک ۷۲

تلفن: ۰۲۱-۶۶۵۷۴۳۴۵-۶

مفاهمه

ناشر

هنگامی که به موعد تست‌زنی در ایام مطالعه برای کنکور می‌رسید مهمترین چیزی که ذهن شما را مشغول می‌کند وجود یک بانک تست معتبر همراه با پاسخ‌های تشریحی است. در برخی از کتاب‌های تست موجود ممکن است از کلیدهای اولیه آزمون‌های وزارت بهداشت استفاده کرده باشند. بنابراین همیشه موقعی که می‌خواهید پاسخ یک تست را مطالعه کنید به این موضوع دقت کنید که آیا نویسنده از کلید نهایی آزمون استفاده کرده است یا از کلید اولیه آن.

طبیعی است ارائه پاسخ‌های تشریحی باکیفیت و تحلیل شده بسیار کاربردی‌تر از پاسخ‌های کلیدی و یا تشریحی ساده هستند. لذا مزیت مهم کتاب تست جعبه‌سیاه این است که پاسخ‌های تشریحی این کتاب‌ها با وسواس و دقت زیادی نگاشته شده‌اند. اکثر نویسندگان کتاب‌های جعبه‌سیاه، مدرسان مؤسسه علوم پزشکی سنا در تهران می‌باشند.

در پایان از کلیه اساتید، دانشجویان و سایر خوانندگان محترم خواهشمندیم هرگونه اشکال تایپی و املایی مرتبط با این کتاب را از طریق پست الکترونیک elmsana@gmail.com اطلاع‌رسانی نمایید تا در ویرایش‌های بعدی این کتاب برطرف گردند. مسلماً این اثر حاصل تلاش زنجیره‌ای از افراد است که برای تولید آن از نگارش گرفته تا تایپ، صفحه‌آرایی، طراحی، لیتوگرافی و چاپ زحمات زیادی کشیده‌اند و از فروش هر نسخه از کتاب، افراد زیادی کسب روزی می‌کنند. لذا از خوانندگان بخاطر اینکه از حقوق این افراد با کپی نکردن این کتاب چه بصورت فایل و یا کپی کاغذی حمایت می‌کنند متشکریم.

دکتر هادی طغیانی - دکتر منیره ملکی
مدیریت مؤسسه علمی انتشاراتی سنا

فهرست مطالب

۵	سؤالات کنکور دکتری مامایی و بهداشت باروری ۱۳۹۹-۱۳۹۸
۲۹	سؤالات کنکور دکتری مامایی و بهداشت باروری ۱۴۰۰-۱۳۹۹
۵۳	سؤالات کنکور دکتری مامایی و بهداشت باروری ۱۴۰۱-۱۴۰۰
۷۹	سؤالات کنکور دکتری مامایی و بهداشت باروری ۱۴۰۲-۱۴۰۱
۱۰۴	سؤالات کنکور دکتری مامایی و بهداشت باروری ۱۴۰۳-۱۴۰۲
۱۳۱	سؤالات کنکور دکتری مامایی و بهداشت باروری ۱۴۰۴-۱۴۰۳

۴ برای پیشگیری از دیابت بارداری کدام خط مشی زیر را توصیه می‌کنید؟

(الف) راهبرد جمعیتی ارجح است.

(ب) راهبرد شناسایی زنان در معرض خطر ارجح است.

(ج) به دلیل هزینه بالای شناسایی زنان در معرض خطر،

این روش ارجح نیست.

(د) راهبرد جمعیتی و شناسایی زنان در معرض خطر غالباً

مکمل یکدیگرند.

۵ در کدامیک از سطوح مشارکت جامعه، بالاترین

سطح سرمایه اجتماعی را در فرد و خانواده می‌توان

انتظار داشت؟

(الف) همکاری (ب) مشاوره

(ج) کنترل (د) تفویض قدرت

۶ کدامیک از موارد زیر بهترین شاخص آغاز

آدرنارک در بلوغ است؟

(الف) افزایش DHEA-S به بیش از ۴۰ ng/dL

(ب) افزایش DHEA-S به بیش از ۱۰ ng/dL

(ج) افزایش LH به بیش از ۱۵ Iu/L

(د) افزایش FSH به بیش از ۱۰ Iu/L

۷ نتایج رگرسیون لجستیک یک مطالعه در مورد

ارتباط ویتامین D و پره اکلامپسی با ۱۶۰ نمونه (۴۰ نفر

گروه مورد و ۱۲۰ نفر گروه شاهد) به صورت زیر می‌باشد:

$OR = ۱/۶$ (CI = ۱/۶-۱۲) با توجه به نتایج تفسیر شما

چیست؟

(الف) خطر ابتلا به اکلامپسی در زنان با کمبود ویتامین D

حدود ۶ برابر زنان بدون کمبود می‌باشد.

(ب) زنان مبتلا به کمبود ویتامین D، ۶ بار بیشتر دچار پره

اکلامپسی می‌شوند.

(ج) شانس ابتلا به پره اکلامپسی در زنان با کمبود ویتامین

D حدود ۶ برابر زنان بدون کمبود می‌باشد.

(د) زنان مبتلا به پره اکلامپسی هیچگونه خطری برای ابتلا

به کمبود ویتامین D ندارند.

۸ اگر بخواهیم مطالعه‌ای را برای بررسی ارتباط

سرطان پستان با مصرف امگا ۳ انجام دهیم، کدامیک

از روش‌های تحقیق زیر مناسب‌تر می‌باشد؟

(الف) مورد شاهدهی (ب) کوهورت

(ج) شبه تجربی (د) کارآزمایی بالینی



بهداشت باروری

۱ اقدامات دولت در جهت ترویج و تسهیل ازدواج

با هدف ارتقاء سلامت جسم و روان خانواده در کدام

سطح پیشگیری است؟

(الف) پیشگیری اول

(ب) پیشگیری نخستین

(ج) پیشگیری ثانویه

(د) حفاظت

۲ در برنامه‌ریزی اقتصاد سلامت به چه نکاتی باید

توجه نمود؟

(الف) تولید خدمت، برابری، اثربخشی

(ب) تحلیل، تخصیص و ارزیابی اقتصادی برنامه‌های بهداشتی

(ج) مدیریت کیفیت خدمات، اثربخشی، استفاده بهینه از

منابع

(د) توزیع عادلانه منابع، کیفیت خدمات، برابری

۳ کارایی برنامه‌های بهداشت باروری در کدامیک از

موارد زیر قابل محاسبه است؟

(الف) نسبت تعداد زوج که آموزش بهداشت باروری دیده‌اند

به تعداد کل زنان ۴۹-۱۰ سال

(ب) نسبت پرسنل دوره دیده به تعداد کل زنان ۴۹-۱۰ سال

(ج) نسبت درصد مراکز تجهیز شده به کل بودجه تخصیص یافته

(د) تعداد زنانی که خدمات مشاوره بهداشت باروری

دریافت نموده‌اند.

پاسخنامه تشریحی بهداشت باروری، مامایی ۱۳۹۸

بهداشت باروری

۱. الف ب ج د

ترویج و تسهیل ازدواج با هدف ارتقاء سلامت جسم و روان خانواده به عنوان یک فعالیت پیشگیرانه در سطح اول طبقه‌بندی می‌شود. پیشگیری اول (یا نخستین) به اقداماتی اطلاق می‌شود که هدف آن‌ها پیشگیری از بروز بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی در سطح جامعه است، پیش از اینکه بیماری یا مشکلی رخ دهد. ترویج ازدواج سالم و مناسب برای سلامت جسم و روان در این دسته قرار می‌گیرد زیرا تلاش برای پیشگیری از مشکلات در جامعه قبل از بروز آنها است.

منبع: کتاب جامع بهداشت عمومی دکتر حاتمی، فصل هشتم، اصول و کاربردهای اپیدمیولوژی

۲. الف ب ج د

این که چه چیز (چه نوع خدمت یا خدمات) برای چه کسانی (کدام گروه یا جمعیت) و با چه روشی و به وسیله چه کسانی تولید شود سؤالات عمده‌ای است که به لحاظ اقتصادی، سیاست‌گذاران باید به آن توجه کنند. بعد از مسئله تولید، مسئله برابری در دسترسی و اثربخشی مطرح است. با عنایت به این که برخورداری از سلامت یک حق انسانی است و در عین حال منابع محدود برای تأمین سلامت همه افراد وجود دارد لذا عرصه اقتصاد بهداشت عرصه جدال یک ارزش انسانی و یک ارزش اقتصادی تلقی می‌شود.

منبع: کتاب جامع بهداشت عمومی دکتر حاتمی، فصل هفتم، مدیریت و برنامه‌ریزی در بخش بهداشت

۳. الف ب ج د

کارایی برنامه‌های بهداشت باروری می‌تواند با نسبت تعداد زوج‌هایی که آموزش‌دیده‌اند به تعداد کل زنان ۴۹-۱۰ سال سنجیده شود. این معیار به بررسی این می‌پردازد که چه درصدی از جمعیت هدف تحت پوشش برنامه‌های آموزشی قرار گرفته‌اند و تا چه اندازه این برنامه‌ها به بهبود آگاهی و رفتارهای بهداشتی کمک کرده است.

منبع: کتاب جامع بهداشت عمومی دکتر حاتمی، فصل هفتم، مدیریت و برنامه‌ریزی در بخش بهداشت

۴. الف ب ج د

برای پیشگیری از دیابت بارداری، استفاده از هر دو راهبرد جمعیتی و شناسایی زنان در معرض خطر به طور معمول به عنوان بهترین روش شناخته می‌شود. راهبرد جمعیتی به پیشگیری از بروز دیابت بارداری در سطح کلی جامعه کمک می‌کند، در حالی که شناسایی زنان در معرض خطر به شناسایی و مدیریت پیشگیرانه‌تر گروه‌های خاص کمک می‌کند. این دو راهبرد می‌توانند به طور مکمل عمل کنند تا پیشگیری مؤثرتری داشته باشند. منبع: کتاب جامع بهداشت عمومی دکتر حاتمی، جلد دوم، فصل هشتم، سطوح پیشگیری

۵. الف ب ج د

در سطوح مشارکت جامعه، "کنترل" بالاترین سطح سرمایه اجتماعی را در فرد و خانواده می‌توان انتظار داشت. این سطح از مشارکت شامل دادن قدرت و تصمیم‌گیری به افراد جامعه است که می‌تواند به افزایش اعتماد، همکاری و مسئولیت‌پذیری در سطح فردی و خانوادگی منجر شود.

منبع: کتاب جامع بهداشت عمومی دکتر حاتمی، فصل دوم، سلامت و بیماری

۶. الف ب ج د

در آدرناک (رشد موهای عانه و زیر بغل)، اندروژن‌های آدرنال (DHEA-S) بیشترین اهمیت را دارند. در وقوع آدرناک نقش آندروژن‌های تخمدانی از اهمیت کمتری برخوردار است. این میزان باید از سطح کودکی بیشتر شود. سطح کودکی DHEA-S به میزان ۵-۳۵ نانوگرم در دسی لیتر است.

منبع: بیماری‌های زنان برک و نواک، فصل هشتم، بلوغ

۷. الف ب ج د

در این مطالعه رگرسیون لجستیک، OR (نسبت شانس) برابر با ۶ و فاصله اطمینان ۹۵٪ آن ۱۲-۱/۶ به دست آمده است. این بدان معناست که شانس ابتلا به پره اکلامپسی در زنان با کمبود ویتامین D، ۶ برابر بیشتر از زنانی است که کمبود ویتامین D ندارند. البته باید توجه داشت که فاصله اطمینان این تخمین بسیار گسترده است و نشان‌دهنده عدم دقت بالای تخمین است.

منبع: کتاب جامع بهداشت عمومی دکتر حاتمی، فصل هشتم، اصول اپیدمیولوژی



۸. الف ب ج د



مطالعه مورد-شاهدی به دلیل ماهیت گذشته‌نگر بودن و امکان بررسی عوامل خطر در بیمارانی که قبلاً به بیماری مبتلا شده‌اند، برای بررسی ارتباط سرطان پستان (یک بیماری نسبتاً نادر) با مصرف امگا ۳ مناسب‌تر است.
منبع: کتاب جامع بهداشت عمومی دکتر حاتمی، فصل هشتم، اصول اپیدمیولوژی

۹. الف ب ج د



در سه ماهه اول بارداری نیازی به افزایش کالری دریافتی نیست. در سه ماهه دوم و سوم، به ترتیب ۳۰۰ و ۳۰۰ کیلوکالری اضافه در روز توصیه می‌شود.
منبع: بارداری و زایمان ویلیامز، جلد اول، مراقبت‌های پره ناتال

۱۰. الف ب ج د



بلوغ زودرس وابسته به گنادوتروپین (Central Pre-cocious Puberty) به دلیل فعال شدن زودرس محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-گناد اتفاق می‌افتد. این باعث افزایش ترشح گنادوتروپین‌ها (LH و FSH) و در نتیجه افزایش تولید استروئیدهای جنسی از تخمدان‌ها می‌شود، نه از غدد فوق کلیوی.
منبع: بیماری‌های زنان برک و نواک، بلوغ

۱۱. الف ب ج د



با توجه به T-score برابر با ۲/۹- تشخیص استئوپروز مطرح می‌شود و درمان انتخابی در این فرد که بیش از ۵ سال از یائسگی او گذشته، استفاده از داروهای گروه بیس فسفونات‌ها مانند آلدرونات است. این داروها با کاهش فعالیت استئوکلاست‌ها و کاهش بازجذب استخوان، به بهبود تراکم استخوان و کاهش خطر شکستگی کمک می‌کنند.

BMD<-1: طبیعی

2.5<BMD<-1: استئوپنی

2.5<BMD: استئوپروز

منبع: بیماری‌های زنان برک و نواک، یائسگی

۱۲. الف ب ج د



"تضمین آموزش با کیفیت، فراگیر و برابر برای همه و ارتقای فرصت‌های یادگیری مادام‌العمر"
این آرمان شامل ۱۰ هدف جزئی (targets) است. برخی از مهم‌ترین آن‌ها:

۱. دسترسی برابر به آموزش ابتدایی و متوسطه رایگان، با کیفیت و کامل برای همه پسران و دختران تا سال ۲۰۳۰.

۲. توسعه فرصت‌های آموزش پیش‌دستانی با کیفیت.

۳. دسترسی برابر به آموزش فنی، حرفه‌ای و عالی، از جمله دانشگاه.

۴. افزایش تعداد بزرگسالانی که مهارت‌های سواد، حساب و مهارت‌های فنی دارند.

۵. از بین بردن نابرابری‌های جنسیتی در آموزش.

۶. ارتقاء آموزش توسعه پایدار، حقوق بشر، برابری جنسیتی، فرهنگ صلح و عدم خشونت.

منبع: کتاب جامع بهداشت عمومی دکتر حاتمی، فصل دوم، سلامت و بیماری

۱۳. الف ب ج د



فازهای PRECEDE:

فاز ۱: ارزیابی اجتماعی (Social Assessment): بررسی کیفیت زندگی مردم و نیازهای اجتماعی از دید خودشان.

فاز ۲: ارزیابی اپیدمیولوژیک (Epidemiological Assessment): شناسایی مشکلات بهداشتی و تعیین اولویت‌های بیماری یا عوامل خطر.

فاز ۳: ارزیابی آموزشی و اکولوژیک (Educational and Ecological Assessment):

مستعدکننده (Predisposing factors):

مثل آگاهی، نگرش، باورها، ارزش‌ها

توانمندساز (Enabling factors):

مثل منابع، مهارت‌ها، دسترسی به خدمات

تقویت‌کننده (Reinforcing factors):

مثل حمایت خانواده، معلمان، همسالان

فاز ۴: ارزیابی عوامل رفتاری و محیطی

(Behavioral and Environmental Assessment):

شناسایی رفتارها و عوامل محیطی مؤثر بر مشکل بهداشتی.

منبع: کتاب جامع بهداشت عمومی دکتر حاتمی، فصل سوم، آموزش بهداشت

۱۴. الف ب ج د



در مرحله تأمل (Contemplation) الگوی فرا نظریه‌ای و مراحل تغییر (TTM)، فرد از وجود مشکل آگاه است و به فکر تغییر در ۶ ماه آینده می‌افتد، اما هنوز کاملاً برای تغییر آماده نیست و در حال بررسی جوانب مثبت و منفی تغییر است.

منبع: کتاب جامع بهداشت عمومی دکتر حاتمی، فصل سوم، آموزش بهداشت

۳ در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، چه وظایفی برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت ترویج زایمان طبیعی در نظر گرفته شده است؟

(الف) کاهش سالانه ۵ درصد از میزان زایمان به روش جراحی

نسبت به نرخ کل زایمان با رعایت موازین علمی

(ب) اختصاص ۱۰ درصد از بودجه‌های عمرانی به بهبود

کیفیت محیط‌های زایشگاهی از نظر فیزیکی و بهداشتی

(ج) ممنوعیت بیمه در پرداخت هزینه‌های سزارین‌های

انجام‌شده بعد از ابلاغ این قانون

(د) به‌کارگیری ۲ ماما طی فرایند زایمان طبیعی به ازای

هر ۵ مادر، ظرف دو سال پس از لازم‌الاجرا شدن قانون

۴ کدامیک از اهداف کلیدی حقوق باروری و

جنسی در SDGs تدوین‌شده توسط UNFPA در سال

۲۰۱۹ است؟

(الف) ادغام سلامت باروری در استراتژی‌ها و برنامه‌های ملی

(ب) پایان دادن به اپیدمی‌های عفونت‌های ویروسی منتقله

از راه جنسی

(ج) کاهش ثبت مرگ‌ومیر مادران در جهان به کمتر از ۶۰

مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد

(د) کاهش نسبت مرگ‌ومیر نوزادان به حداقل ۲۰ مورد

در هر ۱۰۰۰ تولد

۵ استراتژی سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۳۰

به‌منظور پیشگیری از بروز ۹۰ درصدی کدامیک از

عفونت‌های منتقله از راه جنسی است؟

(الف) HIV (ب) هپاتیت B

(ج) گنوره (د) کلامیدیا

۶ بر اساس نظر کنفدراسیون بین‌المللی مامایی

(ICM)، پوشش جهانی مداخلات ماما محور تا سال

۲۰۳۵ به چه میزان می‌تواند از مرگ‌ومیر مادران

جلوگیری کند؟

(الف) ۷۵ درصد (ب) ۶۷ درصد

(ج) ۵۶ درصد (د) ۸۰ درصد

۷ با توجه به وضعیت پایین نرخ کلی باروری در

جمعیت فعلی ایران، اصلاح کدامیک از شاخص‌های

زیر، زودبازده‌تر است؟

(الف) کاهش میزان زایمان سزارین

(ب) کاهش میانگین فاصله بین تولد فرزندان

(ج) افزایش میزان ازدواج

(د) افزایش موفقیت درمان ناباروری



بهداشت باروری

۱ آزمون غربالگری برای یک بیماری عفونی

تناسلی، دارای حساسیت ۸۵ درصد و ویژگی ۹۰ درصد

است. اگر شیوع این بیماری در استان A، ۴۰ درصد و

در استان B، ۱۵ درصد باشد، در مورد بازده این آزمون

کدام گزینه صحیح است؟

(الف) حساسیت این آزمون، در استان A کم و در استان B

افزایش می‌یابد.

(ب) ویژگی این آزمون در استان A افزایش و در استان B

کاهش می‌یابد.

(ج) ارزش اخباری مثبت در استان A افزایش و در استان

B کاهش می‌یابد.

(د) ارزش اخباری منفی در استان A بالاتر از استان B

خواهد بود.

۲ شیوع بیماری فنیل کتونوری در کشور نسبتاً کم

است. اگر نمونه‌ای به حجم ۱۰۰۰ نفر از نوزادان یک

استان به‌طور تصادفی انتخاب شوند، احتمال این‌که

در این نمونه حداقل یک نوزاد بیمار باشد، به کمک

کدام توزیع محاسبه می‌شود؟

(الف) نرمال

(ب) هندسی

(ج) فوق هندسی

(د) پواسون



پاسخنامه تشریحی بهداشت باروری، مامایی ۱۴۰۳

بهداشت باروری



۱. الف ب ج د

حساسیت و ویژگی یک تست، ویژگی‌های ذاتی تست هستند و با تغییر شیوع بیماری، تغییر نمی‌کنند؛ اما ارزش اخباری مثبت (PPV) و ارزش اخباری منفی (NPV)، به شیوع بیماری بستگی دارند. به‌طوری‌که:

- با افزایش شیوع بیماری، PPV افزایش می‌یابد و NPV کاهش می‌یابد.
- با کاهش شیوع بیماری، PPV کاهش می‌یابد و NPV افزایش می‌یابد.

منبع: بهداشت جامع دکتر حاتمی، فصل هشتم، اصول و کاربردهای اپیدمیولوژی



۲. الف ب ج د

وقتی با شرایط زیر مواجه هستیم:

۱. تعداد دفعات وقوع یک رویداد نادر را در یک بازه زمانی یا در یک حجم معین (مثلاً ۱۰۰۰ نوزاد) می‌خواهیم بررسی کنیم،
۲. احتمال وقوع آن رویداد (مثلاً تولد نوزاد بیمار) کم است،
۳. اندازه نمونه نسبتاً بزرگ است (مثلاً ۱۰۰۰ نفر)،
۴. می‌خواهیم احتمال وقوع k رویداد (مثلاً حداقل ۱ بیمار) را بدانیم،

در این شرایط، از توزیع پواسون (Poisson) استفاده می‌کنیم. توزیع پواسون برای رویدادهای نادر حجم‌های بزرگ یا بازه‌های زمانی خاص به کار می‌رود و در اینجا نیز شرایط آن برقرار است.

منبع: بهداشت جامع دکتر حاتمی، فصل هشتم، اصول و کاربردهای اپیدمیولوژی



۳. الف ب ج د

ماده ۴۹:

وزارت بهداشت موظف است ظرف دو سال پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون، ترتیبی اتخاذ نماید که به ازای هر دو مادر حال زایمان، یک ماما در تمام مدت فرآیند زایمان طبیعی حضور داشته باشد.

ماده ۵۰:

الف) وزارت بهداشت مکلف است در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مادر و نوزاد و نیز کاهش سالانه پنج درصد از میزان زایمان‌های غیرطبیعی نسبت به نرخ کل زایمان در کشور تا رسیدن به نرخ میانگین جهانی، اقدامات زیر را به اجرا گذارد:

ب) وزارت بهداشت مکلف است پنج درصد از بودجه‌های عمرانی خود را به بهبود کیفیت محیط‌های زایشگاهی از نظر فیزیکی و بهداشتی اختصاص دهد.

ج) پرداخت هزینه‌های زایمان به روش جراحی توسط بیمه‌ها، خارج از دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، ممنوع است؛ مگر در مواردی که بیمه‌گر پیش از لازم‌الاجرا شدن این قانون، متعهد به پرداخت آن شده باشد.

منبع: قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت



۴. الف ب ج د

زیرهدف‌های هدف سوم توسعه پایدار:

- ۳.۱ کاهش مرگ‌ومیر مادران به کمتر از ۷۰ مورد به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده تا سال ۲۰۳۰.
- ۳.۲ پایان دادن به مرگ‌ومیرهای قابل‌پیشگیری نوزادان و کودکان زیر ۵ سال.
- ۳.۳ پایان دادن به همه‌گیری‌های ایدز، سل، مالاریا و بیماری‌های گرمسیری فراموش‌شده و مقابله با بیماری‌های واگیر دیگر.
- ۳.۴ کاهش یک‌سوم مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر (مانند بیماری‌های قلبی، سرطان، دیابت) از طریق پیشگیری و درمان و ارتقاء سلامت روان.
- ۳.۵ تقویت پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد مخدر و الکل.
- ۳.۶ کاهش ۵۰ درصدی مرگ‌ومیر و جراحات ناشی از تصادفات جاده‌ای تا سال ۲۰۳۰.
- ۳.۷ تضمین دسترسی جهانی به خدمات سلامت جنسی و باروری، از جمله برنامه‌ریزی خانواده و آموزش.
- ۳.۸ دستیابی به پوشش همگانی سلامت، از جمله دسترسی به خدمات بهداشتی ضروری و داروهای مقرون‌به‌صرفه.
- ۳.۹ کاهش مرگ‌ومیر ناشی از مواد شیمیایی خطرناک، آلودگی هوا، آب‌وخاک.
- ۳.۱۰ تقویت اجرای چارچوب کنوانسیون کنترل دخانیات در تمام کشورها.
- ۳.۱۱ حمایت از تحقیق و توسعه در حوزه واکسن‌ها و داروها، به‌ویژه برای بیماری‌های واگیر و غیرواگیر که عمدتاً در کشورهای در حال توسعه شیوع دارند.
- ۳.۱۲ افزایش نیروی انسانی در حوزه سلامت و بهبود آموزش، توسعه و نگهداشت آن‌ها، به‌ویژه در کشورهای کم‌درآمد.

این شاخص هم به نرخ مرگومیر مادران و هم به نرخ باروری کلی بستگی دارد. یعنی اگر نرخ باروری زیاد باشد، حتی اگر نرخ مرگومیر مادران پایین باشد، همچنان خطر کلی در طول عمر بیشتر خواهد بود.

منبع: بهداشت جامع دکتر حاتمی، فصل یازدهم، بهداشت خانواده

۹. الف) ب) ج) د)

در کشورهایی که نسبت مرگومیر مادران (MMR) کمتر از ۴۲۰ در هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده در سال ۲۰۱۰ بوده (مانند ایران)، هدف کاهش حداقل دو سوم این میزان تا سال ۲۰۳۰ است. در سال ۲۰۱۰، نسبت مرگومیر مادران ۹۰ در هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده بوده است.

باید دو سوم این مقدار کاهش یابد: $۹۰ * \frac{2}{3}$

بنابراین تا سال ۲۰۳۰، نسبت مرگومیر مادران باید به حداقل ۳۰ در هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده برسد.

منبع: بهداشت جامع دکتر حاتمی، فصل یازدهم، بهداشت خانواده

۱۰. الف) ب) ج) د)

در بزرگسالان تحت درمان با دیالیز و بزرگسالان مبتلا به HIV و سایر نقایص سیستم ایمنی، دز واکسن هپاتیت ب، دو برابر مقدار معمول است. این افراد در صورت نیاز به واکسیناسیون مجدد نیز باید با دز دو برابر معمول واکسینه شوند. اگر تیترا آنتی‌بادی برابر یا بیشتر از ۱۰ ml/IU باشد، نیازی به دز یادآور نیست. اما اگر میزان آنتی‌بادی کمتر از ۱۰ ml/IU باشد، لازم است که فرد سه نوبت واکسن هپاتیت B مجدداً تزریق کند. یک ماه پس از تزریق واکسن، باید سطح آنتی‌بادی و Ag HBs اندازه‌گیری شود. در صورتی که سطح آنتی‌بادی هنوز کمتر از ۱۰ ml/IU باشد و فرد Ag HBs منفی باشد، همچنین اگر به دور دوم واکسیناسیون نیز پاسخ ندهد، علاوه بر رعایت اقدامات احتیاطی، در صورت تماس با ترشحات آغشته به خون فرد Ag HBs مثبت، درمان با HBIG در دو نوبت و به فاصله یک ماه الزامی است. در بزرگسالان تحت درمان با دیالیز یا بزرگسالان مبتلا به نقص سیستم ایمنی مانند HIV، بهتر است که سالانه سطح ایمنی بررسی شده و در صورت داشتن تیترا آنتی‌بادی کمتر از ۱۰ ml/IU، یک دز یادآور به میزان دو برابر تزریق شود.

منبع: دستورالعمل کشوری واکسیناسیون

۳. d. تقویت ظرفیت کشورها در پیشگیری، هشدار و پاسخ سریع به مخاطرات و بحران‌های بهداشت عمومی.

منبع: بهداشت جامع دکتر حاتمی، فصل دوم، سلامت و بیماری

۵. الف) ب) ج) د)

اهداف اصلی WHO تا سال ۲۰۳۰ در زمینه عفونت‌های آمیزشی:

- کاهش ۹۰٪ بروز سیفلیس (syphilis) نسبت به سال ۲۰۱۸
- کاهش ۹۰٪ بروز گنوره (gonorrhea) نسبت به سال ۲۰۱۸
- کاهش بروز سیفلیس مادرزادی به ≤ ۵۰ مورد در هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده در ۸۰٪ کشورهای جهان
- پوشش واکسیناسیون HPV بیش از ۹۰٪ در حداقل ۸۰٪ مناطق، در کشورهایی که این واکسن در برنامه ملی واکسیناسیون آن‌ها هست.

منبع: بهداشت جامع دکتر حاتمی، فصل دوم، سلامت و بیماری

۶. الف) ب) ج) د)

تأمین پوشش کامل خدمات مامایی تا سال ۲۰۳۵ می‌تواند موجب پیشگیری از ۶۷ درصد مرگومیرهای مادران، ۶۴ درصد مرگومیر نوزادان و ۶۵ درصد موارد مرده‌زایی شود. حتی اگر در هر دوره پنج‌ساله تنها ۱۰ درصد به ارائه خدمات مامایی افزوده شود، می‌توان از ۲۲ درصد مرگ مادران، ۲۳ درصد مرگ نوزادان و ۱۴ درصد مرده‌زایی جلوگیری کرد.

منبع: بهداشت جامع دکتر حاتمی، فصل یازدهم، بهداشت خانواده

۷. الف) ب) ج) د)

با توجه به تأکید آزمون بر مداخلات با تأثیر سریع، در میان گزینه‌های موجود، کاهش فاصله بین فرزندان به‌عنوان مداخله‌ای شناخته می‌شود که سریع‌ترین اثر را بر افزایش فرزندآوری دارد.

منبع: قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

۸. الف) ب) ج) د)

”خطر مرگومیر مادران در طول زندگی بزرگسالی (Lifetime risk of maternal death)“ به احتمال این اشاره دارد که یک زن (مثلاً از سن ۱۵ سالگی) در طول دوران باروری و بزرگسالی خود در اثر علل مرتبط با بارداری، زایمان یا عوارض آن‌ها جان خود را از دست دهد.

منابع

- ۱- حاتمی حسین، بهار ۱۳۹۸، بهداشت عمومی دکتر حاتمی، انتشارات ارجمند، ویراست چهارم
- ۲- قاضی جهانی بهرام، کتابی مهرا، اسماعیلی رامک، اقصى ملک منصور، پاییز ۱۴۰۲، مروزی بر بیماری‌های زنان برک و نواک، انتشارات گلبن، ویراست شانزدهم
- ۳- قاضی جهانی بهرام، کتابی مهرا، آریانا شیده، اقصى ملک منصور، پاییز ۱۴۰۱، بارداری و زایمان ویلیامز، انتشارات گلبن، ویراست بیست و ششم
- ۴- زنوزی آزاده، قاضی جهانی بهرام، فخرایی سید حسین، مظاهری مژگان، نوزادان نلسون، بهار ۱۳۹۸، انتشارات گلبن، ویراست شانزدهم
- ۵- صباغیان حسین، هلاکوئی نائینی کوروش، نعمت‌اللهی شهرزاد، پاییز ۱۴۰۱، اپیدمیولوژی گوردیس، انتشارات جعفری، ویراست ششم
- ۶- شجاعی تهرانی حسین، ملک افضلی حسین، بهار ۱۳۸۷، درسنامه طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی، انتشارات سمات، ویراست هفدهم
- ۷- شجاعی تهرانی حسین، عبادی فردآذر فرید، تابستان ۱۳۹۳، اصول خدمات بهداشتی، انتشارات سمات، ویراست ششم