



# ماهنگار اپیدمیولوژی و جامعه

گروه اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و ایمنی | دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## در این شماره می خوانید

- ♦ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت: نقش محوری حق بر سلامت زنان در تحکیم جامعه سالم
- ♦ نتایج حاصل از پلتفرم دیجیتال جدید سازمان جهانی بهداشت: مواجهه ۲۰ درصد از خانوارهای اروپایی به دلیل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی با مخارج فاجعه‌بار
- ♦ مقدمه‌ای بر Bibliometric Analysis
- ♦ افزایش عفونت‌های بیمارستانی به دلیل استفاده گسترده از آنتی‌بیوتیک‌ها و گسترش باکتری‌های مقاوم به دارو

## همکاران (به ترتیب حروف الفبا)

هادی پاشاپور، علیرضا خرم، الهام دشتی، رها دواتگر، سامان رحیمی تنیانی، مریم محمدیان، پرستو مرادجعفری، فرزاد ملکی، احمد مه‌ری، معصومه نجاتی‌فر و هانیه یگانه

**زیر نظر اساتید:** دکتر سعید هاشمی نظری، دکتر کورش اعتماد، دکتر منوچهر کرمی، دکتر محمدحسین پناهی و دکتر محمود حاجی‌پور

## قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت: نقش محوری حق بر سلامت زنان در تحکیم جامعه سالم

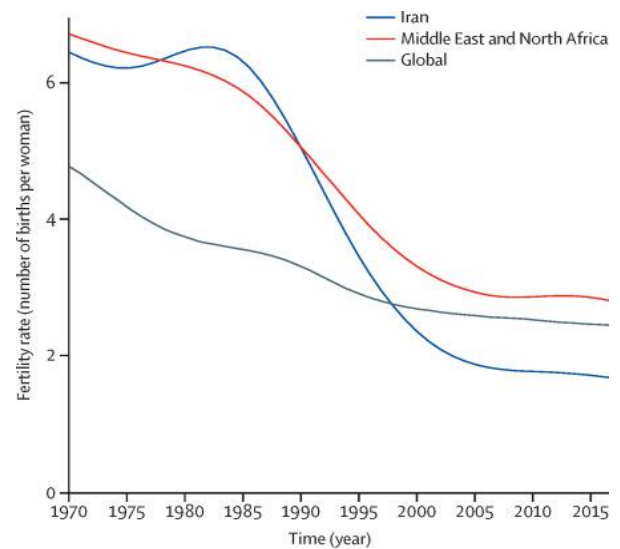
بطور مثال، فشار روانی و عملی برای داشتن فرزندان کمتر، از جمله محرومیت از برخی حقوق و مزایا، و اجبار به پیشگیری از بارداری و سقط جنین که می‌تواند مخاطراتی برای مادر داشته باشد، از نتایج سیاست‌های انقباضی جمعیتی است. در کشور چین، زنانی که از سیاست تک‌فرزندی تبعیت نمی‌کنند، تحت فشار روانی از طرف همسایگان، همکاران، مراجع تنظیم خانواده و اعضای حزب کمونیست مجبور به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری می‌شوند و در صورتیکه با وجود یک فرزند باردار شوند، باید سقط جنین کنند.

البته یکی از ویژگی‌های اصلی تصمیم‌گیری در خصوص فرزندآوری، آگاهانه و مسئولانه بودن آن است که مستلزم آموزش و فرهنگ‌سازی است؛ اقتضا دارد زوجین با در نظر گرفتن دغدغه‌های جمعیتی کشور و علل سیاست‌گذاری جمعیتی، تصمیم مقتضی را با توجه به شرایط خود، اتخاذ و از نتایج تصمیم‌شان خردمندانه استقبال کنند.

قانون جوانی جمعیت در ایران، کوشیده است تا سیاست‌های جمعیتی دولت و حاکمیت را به صورت انبساطی تعیین و تنظیم کند. در قانون جوانی جمعیت، نقاط مثبت قابل توجهی همچون مرخصی ۹ تا ۱۲ ماهه زایمان همراه با حقوق و مزایا، حذف نوبت کاری شبانه مادران باردار و شیرده و پدران نوزادان تا یک ماهه، اعطای دورکاری به زنان باردار، کاهش سن بازنشستگی، اعطای مرخصی تحصیلی و امکان آموزش غیرحضور به دانشجویان و طلاب باردار، پرداخت حق بیمه مادران غیرشاغل مناطق روستایی و عشایری و بیمه زنان باردار و شیرده و کودکان زیر ۵ سال نیازمند توسط دولت، حمایت غذایی و اعطای بسته‌های بهداشتی به مادران باردار و شیرده نیازمند، توسعه درمان و مراکز درمان ناباروری، ترویج زایمان طبیعی رایگان و کاهش موارد سزارین، افزایش کیفیت مراقبت‌های بارداری، افزایش دسترسی مناطق دورافتاده و محروم به متخصصان زنان و زایمان، ایجاد امکان درمان رایگان ناباروری، آموزش کادر درمان در زمینه بهداشت باروری و پیشگیری از سقط ناخواسته قابل ذکر است. مجموعه اهدافی که بصورت افتراقی در ارتباط با زنان و مادران، مورد تاکید و توجه قانونگذار در قانون جوانی جمعیت بوده است را می‌توان در مباحث ذیل خلاصه نمود:

جمعیت هر کشور، بویژه جمعیت جوان، نقش بسیار مهمی در توسعه و پیشرفت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی دارد.

جمعیت ایران طی ۶۰ سال گذشته تقریباً ۴ برابر افزایش یافته است، اما ساختار جمعیت به سمت پیری حرکت کرده است و در این مدت نرخ رشد سالانه جمعیت به نصف کاهش یافته است (شکل ۱). این تغییر در نتیجه عوامل مختلف از جمله سیاست‌های جمعیتی، اقتصادی و سیاسی کشور طی سال‌های گذشته و پیشرفت‌های حاصل شده در تکنولوژی، بهداشت و درمان و علوم مختلف بوده است.



شکل ۱: میزان باروری کلی در جهان، ایران، خاورمیانه و شرق آفریقا

با توجه به نگرانی و هشدارهای جدی متخصصان در زمینه پیر شدن جمعیت و کاهش نیروی کار جوان، قانون "حمایت از خانواده و جوانی جمعیت" در آبان ۱۴۰۰ به تصویب رسید تا گام بلندی در ایجاد ابزارهای قانونی برای حمایت از افزایش جمعیت برداشته شود. سیاست دولت‌ها در جهت کاهش یا افزایش جمعیت و برخی راهکارهای آنان می‌تواند سلامت مادران و کودکان و حقوق باروری زنان را تحت تاثیر قرار دهد؛ عدم تحقق سلامت و بهداشت زنان و مادران، علاوه بر آن‌ها را در معرض انواع بیماری‌ها و آسیب‌ها و اختلالات جسمی، روانی و اقتصادی-اجتماعی قرار می‌دهد، بطور مستقیم، می‌تواند منتهی به پرورش نسل غیرسالم و غیرمفید شود؛ لذا تامین و تضمین حق بر سلامت، در ارتباط با مادران بسیار حائز اهمیت است.

در کنار این نقاط مثبت، مواردی وجود دارد که به شکل قابل توجهی با حق بر سلامت در تعارض هستند و از جهات مختلف، سلامت فرد و جامعه را به خطر می‌اندازند. از جمله آن‌ها، ممنوعیت توزیع اقلام مرتبط با تنظیم خانواده و تشویق به استفاده از آن‌ها و کار گذاشتن آن‌ها در شبکه بهداشت و درمان، ممنوعیت عقیم‌سازی و غربالگری جنین به صورت داوطلبانه و محدودیت‌های مربوط به درخواست و موافقت برای سقط درمانی است.

هدف برنامه‌های سلامت باروری و تنظیم خانواده، ارتقای سطح سلامت افراد و توانایی آن‌ها در انتخاب آگاهانه و مسئولانه تعداد فرزندان و زمان‌بندی تولد آن‌هاست. تعیین بعد خانوار، تصمیمی است که عوامل مختلفی بر آن موثرند. افراد حق دارند بعد خانوار خود را تعیین کنند، لذا بایستی خدمات تنظیم خانواده ایمن در دسترس آن‌ها باشد. این حق بخش جدایی‌ناپذیر حق بر سلامت است که در کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی، از جمله میثاق حقوق سیاسی و مدنی و حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۹۶۶ و توضیحات شماره ۱۴ این میثاق مورد تاکید قرار گرفته است.

مشروط کردن ارائه لوازم تنظیم خانواده در داروخانه‌ها به ارائه نسخه پزشک که در سال‌های اخیر در راستای سیاست‌های جوانی جمعیت صورت گرفته است، باعث محدودیت جدی در دسترسی به خدمات و لوازم سلامت باروری شده است که تاثیر آن بر طبقات پایین اقتصادی اجتماعی بیشتر بوده و منجر به تولد کودکان ناخواسته و سقط نا ایمن می‌گردد. ممنوعیت هرگونه توصیه به مادران باردار توسط کادر بهداشت و درمان یا تشویق یا ارجاع از سوی درمانگران به تشخیص ناهنجاری جنین و مشروط نمودن آن صرفاً به درخواست یکی از والدین نیز از دیگر بندهای این قانون است که می‌تواند عوارض نامطلوبی برای خانواده و جامعه به همراه داشته باشد. دسترسی به اطلاعات سلامت، یکی از حقوق افراد بوده و این کادر درمان است که اطلاعات و تخصص لازم را برای توصیه هر فرآیند درمانی دارد.

لذا، نگرانی در مورد کاهش میزان باروری و پیری جمعیت، بحرانی است که نیازمند اقدام است، اما محدودسازی خدمات سلامت باروری و غربالگری جنین و دشوار نمودن سقط درمانی، می‌تواند تبعات جبران‌ناپذیری بر سلامت زنان و مادران به همراه داشته باشد. با رویکرد "دوستدار خانواده (Family friendly)" لازم است به دغدغه‌های مردم توجه شود و نظر آن‌ها به مشکلات آینده کشور جلب و تقاضای همکاری داوطلبانه شود. براساس نظریه Desired

## ۱. ارتقاء سلامت:

در این زمینه، مسائل زیر مورد توجه بوده است:

- فرآیند توانمند سازی زنان و مادران جهت افزایش تسلط بر سلامت خود و بهبود آن
- تقویت نقش محوری زنان و مادران در تامین سلامت خود، خانواده، جامعه و افزایش مشارکت آنان در سطوح مختلف تصمیم‌گیری و اجرا
- اصلاح و رفع موانع فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی موثر بر سلامت زنان و مادران

## ۲. پیشگیری از بیماری‌ها:

در این زمینه، مسائل زیر مورد توجه بوده است:

- توانایی بر اقداماتی که عوامل خطر را کاهش داده و پیشرفت را متوقف و عوارض را کاهش دهد
- آشنایی با رفتارهای پرخطر و عوامل خطر
- شناسایی رفتارها و عواملی که موجب افزایش بروز بیماری، جراحی یا ناتوانی در طول زندگی می‌شود

## ۳. افزایش دسترسی:

در این زمینه، موضوعات زیر مورد تاکید بوده است:

- حق دسترسی زنان به نیروهای متخصص و همگن خدمات سلامت در همه ابعاد
- بهبود سلامت محیط کار و تاثیر آن بر سلامت زنان شاغل

## ۴. افزایش آگاهی:

این مقوله، یکی از مهم‌ترین مسائل مورد توجه مقنن در قانون جوانی جمعیت بوده است که موارد زیر را در بر می‌گیرد:

- افزایش آگاهی زوجین و آموزش‌های لازم در زمینه حقوق تکالیف و روابط سالم زناشویی، بهداشت باروری، مهارت‌های زندگی، حسن خلق و معاشرت
- توسعه آگاهی زنان و خانواده از نقش و مسئولیت‌های متعدد آنان در خانواده و اجتماع و همچنین نیازهای سلامت زنان در مراحل مختلف زندگی اعم از کودکی، بلوغ، ازدواج، باروری، شیردهی، یائسگی و سالمندی

Children، کاهش عمده در باروری با تغییر تقاضا برای فرزند اتفاق می‌افتد و شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، تعیین‌کننده میزان باروری هستند. همچنین، با توجه به تجربه سایر کشورها، توجه به عوامل اقتصادی-اجتماعی، افزایش رفاه خانواده‌ها و ارتقاء شرایط زندگی، می‌تواند به دستیابی به اهداف این قانون کمک کند.

## منابع:

1. Danaei G, Farzadfar F, Kelishadi R, et al. Iran in transition. *The Lancet*. 2019;393(10184):1984-2005.
2. Hosseini H. Demographic Transition, Window of Opportunity, and Population Bonus: Toward a New Population Policy in Iran.
3. Asadisarvestani K, Sobotka T. A pronatalist turn in population policies in Iran and its likely adverse impacts on reproductive rights, health and inequality: a critical narrative review. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2023;31(1):2257075.
4. Fakour H, Kokabi Saghi F. The Law on Family Support and Population Rejuvenation and its Negative Effects on the Right to Health. *Child Rights Journal*. 2022;4(14):63-73.
5. Azizi A. The Civil Responsibility of the Guardian Organizations in the Field of Maternal Health in the "Youthful Population and Protection of the Family" Legislation Approved in 2021 in the Light of the Components of the Right to Health. *Journal of Medical Council of Iran*. 2024;42(1):39-52.

## نتایج حاصل از پلتفرم دیجیتال جدید سازمان جهانی بهداشت: مواجهه ۲۰ درصد از خانوارهای اروپایی به دلیل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی با مخارج فاجعه‌بار

پی. کلوگه<sup>۲</sup>، مدیر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در اروپا بیان کرد که «هیچ‌کس نباید مجبور شود بین پرداخت هزینه داروهای نجات‌بخش و تأمین نیازهای اساسی مانند غذا و مسکن انتخاب کند. پلتفرم جدید UHC Watch یک تغییر بزرگ است که سیاست‌گذاران را با شواهد و تحلیل‌هایی که برای اطمینان از محافظت سیستم‌های بهداشتی از مردم در برابر مشکلات مالی و ارائه مراقبت‌های عادلانه و مقرون‌به‌صرفه برای همه نیاز دارند، توانمند می‌سازد.

پلتفرم جدید نشان می‌دهد که سختی‌های مالی ناشی از پرداخت‌های مستقیم برای داروها، محصولات پزشکی (مانند سمک) و مراقبت‌های دندانپزشکی میلیون‌ها نفر را تحت تأثیر قرار می‌دهد - حتی در ثروتمندترین کشورهای اروپا - و وضعیت مالی آن‌ها را بیشتر وخیم کرده و حتی بسیاری را به فقر می‌کشاند.

این داده‌ها همچنین نشان می‌دهند که فقیرترین افراد بیشتر احتمال دارد که با سختی‌های مالی مواجه شوند. در بیشتر کشورهای بررسی شده (۲۸ از ۴۰ کشور)، میزان هزینه‌های بهداشتی فاجعه‌آمیز در طول زمان افزایش یافته است (با میانگین افزایش ۱۰۷ درصد).

این وابستگی شدید به پرداخت‌های مستقیم در سیستم‌های بهداشتی نه تنها موجب سختی مالی می‌شود، بلکه موانعی برای دسترسی ایجاد کرده و منجر به نیازهای برآورده‌نشده در مراقبت‌های بهداشتی می‌شود.

راه‌اندازی UHC Watch درست قبل از روز پوشش بهداشت همگانی (UHC Day) صورت می‌گیرد، زمانی که سازمان جهانی بهداشت مجدداً از کشورهای مختلف می‌خواهد که تعهد خود را برای اطمینان از دسترسی همگان به مراقبت‌های بهداشتی باکیفیت و بدون تجربه سختی مالی تقویت کنند.

هدف UHC Watch ترویج پیشرفت در پوشش بهداشت همگانی است با فراهم کردن دسترسی آسان سیاست‌گذاران به اطلاعات به‌روز در مورد عملکرد سیستم‌های بهداشتی‌شان و اینکه کدام سیاست‌ها از حفاظت مالی پشتیبانی می‌کنند یا آن را تضعیف می‌کنند. این پلتفرم

یک خانوار از هر پنج خانوار در سراسر اروپا با مخارج فاجعه‌بار سلامت مواجه می‌شوند - هزینه‌هایی که عمدتاً ناشی از پرداخت‌های مستقیم برای داروها است - و مردم را از پرداخت نیازهای اساسی دیگر مانند غذا، مسکن و گرمایش بازمی‌دارد. این مطلب بر اساس داده‌هایی است که توسط سازمان جهانی بهداشت از طریق پلتفرم دیجیتال جدیدی به نام UHC Watch<sup>۱</sup> جمع‌آوری شده است. این پلتفرم، پیشرفت در دسترسی مقرون‌به‌صرفه به مراقبت‌های بهداشتی را در ۴۵ کشور ردیابی می‌کند و در ۵ دسامبر در آستانه روز پوشش همگانی سلامت به طور کامل رونمایی شد.

UHC Watch اولین پلتفرم دیجیتال از نوع خود است که به ردیابی شاخص‌های پوشش همگانی سلامت و سیاست‌های پوشش بهداشتی در اروپا و آسیای مرکزی می‌پردازد. این پلتفرم که توسط دفتر بارسلونا سازمان جهانی بهداشت برای تأمین مالی سیستم‌های بهداشتی توسعه یافته است، به کشورهای منطقه اروپایی سازمان جهانی بهداشت کمک خواهد کرد تا حرکت خود را به سمت پوشش همگانی سلامت تسریع کنند.



این واقعیت که تا ۲۰ درصد از خانوارها در برخی کشورها در اروپا با مخارج فاجعه‌بار سلامت مواجه هستند، یادآوری جدی از نیاز فوری به اولویت دادن به پوشش همگانی سلامت است، دکتر هانس هنری

<sup>2</sup> Hans Henri P. Kluge

<sup>1</sup> Universal Health Coverage

Watch داده‌ها و تحلیل‌های مورد نیاز سیاست‌گذاران را برای حرکت به سوی پوشش بهداشت همگانی فراهم می‌کند. این یک نقطه عطف کلیدی در تعهد ما به تقویت تاب‌آوری سیستم‌های بهداشتی در بالکان غربی است” (۱).

## منابع:

Up to 1 in 5 households in Europe experience catastrophic spending because of health-care costs, new WHO digital platform shows 5 December 2024 [cited 2024]. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/05-12-2024-up-to-1-in-5-households-in-europe-experience-catastrophic-spending-because-of-health-care-costs--new-who-digital-platform-shows>.

با ارائه داده‌ها و تحلیل‌های سیاستی مقایسه‌پذیر بین‌المللی و کشوری در یک مکان، این نیاز را برطرف می‌کند.

UHC Watch برای سیاست‌گذاران، تحلیلگران سیاست، دانشگاهیان، روزنامه‌نگاران و گروه‌های مدنی طراحی شده است و شواهد به موقع، راهنمایی‌های واضح سیاستی و رابط کاربری شهودی ارائه می‌دهد.

دکتر ناتاشا آزوپاردی-موسکات<sup>۳</sup>، مدیر سیاست‌ها و سیستم‌های بهداشتی کشورهای سازمان جهانی بهداشت / اروپا اظهار داشت: “سیستم‌های بهداشتی باید از مردم محافظت کنند، نه اینکه آن‌ها را فقیرتر کنند. اما برای میلیون‌ها نفر در سراسر اروپا و آسیای مرکزی، بار پرداخت‌های مستقیم خانواده‌ها را به مرز فقر می‌برد UHC Watch گامی حیاتی به جلو است که کشورهای مختلف را با داده‌های قابل اقدام و راهنمایی‌های واضح برای از بین بردن موانع مالی مراقبت تجهیز می‌کند. با این ابزار، می‌توانیم پیشرفت به سمت پوشش بهداشت همگانی را تسریع کنیم.”

## ویژگی‌های کلیدی UHC Watch شامل موارد زیر است:

- یک رابط کاربری پویا و آسان برای استفاده که به افراد این امکان را می‌دهد تا جستجوی خود را برای اطلاعات عددی و سیاستی سفارشی کنند، کشورهای مختلف را مقایسه کنند و نمودارها و داده‌ها را دانلود نمایند.
- صفحات کشوری با داده‌های مربوط به شاخص‌های کلیدی، تحلیل‌های سیاستی و پیشنهادات خاص کشور برای تقویت حفاظت مالی.
- یک کاوشگر شاخص با ۴۰ شاخص در سطح کشور و مقایسه‌ای درباره سختی مالی مرتبط با پرداخت‌های مستقیم، نیاز برآورده‌نشده به مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های بهداشتی.
- یک کاوشگر سیاستی با اطلاعات به‌روز برای ۴۵ کشور درباره سیاست پوشش (پوشش جمعیتی، پوشش خدماتی، هزینه‌های کاربران، بیمه سلامت داوطلبانه و تغییرات در سیاست پوشش).
- یک مخزن با بیش از ۱۵۰ منبع، شامل گزارش‌های خاص کشور و مقایسه‌ای درباره تأمین مالی بهداشت، فایل‌های چندرسانه‌ای و مقالات خبری به زبان‌های مختلف.

مارکو چیاپوسو<sup>۴</sup>، مدیر برنامه در اداره کل سیاست همسایگی و مذاکرات گسترش اتحادیه اروپا (DG NEAR<sup>۵</sup>)، افزود: "UHC

<sup>۵</sup> European Neighbourhood Policy and Enlargement Negotiations

<sup>۳</sup> Natasha Azzopardi-Muscat

<sup>۴</sup> Marco Chiapusio

## مقدمه‌ای بر Bibliometric Analysis

با استفاده از روش‌های آماری مانند توزیع پراکندگی، تحلیل استنادی و غیره سنجیده و تعیین می‌شوند؛ بنابراین، هدف Bibliometric انجام نوعی تحلیل کمی روی منابع گوناگون همانند کتاب، منابع دیداری و شنیداری و دیگر انواع منابع است.

### اهمیت تحلیل Bibliometric

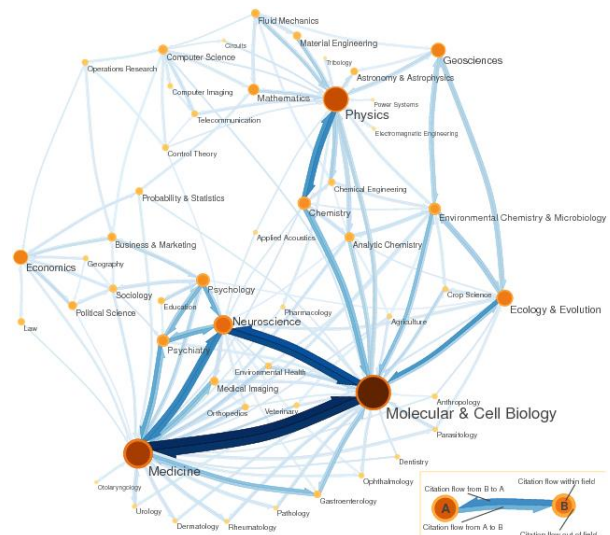
تحلیل Bibliometric امروزه به یکی از روش‌های مهم برای ارزیابی و نمایان‌سازی عملکرد محققان تبدیل شده است. این روش به تحلیل دقیق‌تر و شفاف‌تر ارجاعات و اثرات علمی مقالات کمک کرده و نقش مهمی در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی و سیاست‌گذاری علمی دارد. برخی از اهمیت‌های تحلیل Bibliometric عبارت‌اند از:

- ارزیابی تأثیر تحقیقات: تحلیل Bibliometric به ناشران، سازمان‌ها و دانشگاه‌ها کمک می‌کند تا تأثیر تحقیقات خود را در جوامع علمی بسنجند. این تحلیل، میزان استناد و ارجاعات به مقالات، به نویسندگان و مجلات را نشان می‌دهد.
- شناسایی محققان برتر: تحلیل Bibliometric می‌تواند به ارزیابی عملکرد افراد و شناسایی محققان برتر کمک کند. این امر می‌تواند در انتخاب اعضای هیئت علمی، تقدیر از محققان موفق و ترقی‌های شغلی مؤثر باشد.
- تصمیم‌گیری سیاست‌گذاری علمی: تحلیل Bibliometric به مدیران و سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا تصمیم‌های مؤثری در خصوص توجه به حوزه‌های مختلف علمی، توزیع بودجه‌های تحقیقاتی و استراتژی‌های سیاست‌گذاری علمی اتخاذ کنند.

### روش‌شناسی تحلیل Bibliometric و نحوه‌ی ارائه نتایج

مراحل انجام یک تحلیل Bibliometric و سؤالات مربوط به هر مرحله، به‌طور خلاصه در جدول شماره ۱ ذکر شده است:

تجزیه و تحلیل Bibliometric ابزار سودمندی جهت تعیین وضعیت مطالعات انجام‌شده در زمینه خاص، روند مطالعات و تعیین شکاف دانش موجود در حیطه مورد نظر می‌باشد. تجزیه و تحلیل Bibliometric امکان توسعه روش‌های تحلیلی و شاخص‌های Bibliometric را با استفاده از روش‌های آماری فراهم می‌کند و ابزاری است که سوابق اطلاعات مربوط به نشریات، استنادات، اسناد ثبت اختراعات، گزارش‌ها و غیره را مدیریت می‌کند. علاوه بر این موجب یکپارچگی اطلاعات به‌منظور توسعه زمینه‌های پژوهشی در موضوعی خاص یا کل رشته می‌شود. تجزیه و تحلیل Bibliometric تجسم شاخص‌های ارائه‌شده را به‌صورت شبکه‌ای مهیا می‌کند و از معیارهایی مانند تعداد ارجاعات، تعداد داتلودها، تعداد ارجاعات نشریات معتبر و سایر ملاک‌های مربوط به مقاله‌های علمی برای اندازه‌گیری تأثیر و حضور پژوهشگران در جامعه علمی استفاده می‌کند.



### فرآیند روش Bibliometric

Bibliometric یک نوع روش سنجش آماری است و الگوی ارتباطی میان نویسندگان و متون را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، رابطه‌ای که میان نویسندگان و منابع وجود دارد





دارد. با استفاده از این روش، محققان، ناشران و سیاست‌گذاران می‌توانند تصمیم‌های بهتری بگیرند و بهبودهای لازم را در علم ایجاد کنند.

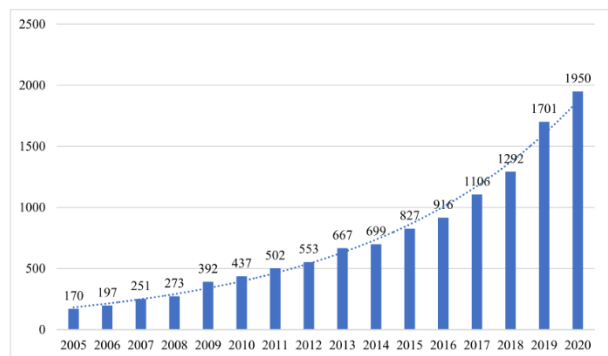
## منابع:

Donthu N, Kumar S, Mukherjee D, Pandey N, Lim WM. How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines. *Journal of business research*. 2021 Sep 1;133:285-96.

<https://www.igi-global.com/dictionary/bibliometric-analysis/2406>

مقاله، نویسنده، کشور، موسسه، کلمه کلیدی، مجله). در مورد شکل فوق، هر گره یک کلمه کلیدی است که در آن اندازه گره نشان‌دهنده وقوع کلمه کلیدی است (تعداد دفعاتی که کلمه کلیدی رخ می‌دهد)، پیوند بین گره‌ها نشان‌دهنده هم‌زمانی بین آن‌ها است. کلمات کلیدی (کلمات کلیدی که هم‌زمان یا باهم اتفاق می‌افتند). ضخامت پیوند نشان‌دهنده وقوع هم‌زمانی بین کلمات کلیدی است (تعداد دفعاتی که کلمات کلیدی هم‌زمان یا باهم رخ می‌دهند). هر چه گره بزرگ‌تر باشد، تعداد کلمه کلیدی بیشتر می‌شود و هر چه پیوند بین گره‌ها ضخیم‌تر باشد، وقوع هم‌زمانی بین کلمات کلیدی بیشتر است. هر رنگ نشان‌دهنده یک خوشه موضوعی است که در آن گره‌ها و پیوندهای موجود در آن خوشه می‌توانند برای توضیح پوشش موضوع (خوشه) از موضوعات (گره‌ها) و روابط (پیوندها) بین موضوعات (گره‌ها) که تحت آن موضوع (خوشه) ظاهر می‌شوند، استفاده شوند.

**نمودار زمانی (Timeline Graph):** در این نمودار، روند تغییرات مختلف (مثلاً ارجاعات به یک مقاله) در طول زمان نمایش داده می‌شود. این نمودار می‌تواند روند گسترش و تغییر در مدت‌زمان را به‌خوبی نمایش دهد.



نمودار شماره ۱: روند انتشار مقالات Bibliometric

نمودار فوق نشان‌دهنده روند انتشار مقالات Bibliometric بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۰ است. داده‌ها از پایگاه داده اسکوپوس در حوزه‌های موضوعی «کسب‌وکار، مدیریت و حسابداری»، «اقتصاد، اقتصادسنجی و امور مالی» و «علوم اجتماعی» با استفاده از کلیدواژه «bibliom\*» بازیابی شده است. تحلیل Bibliometric امروزه جزو ابزارهایی است که در ارزیابی و سنجش عملکرد علمی و تأثیر پژوهش‌ها بسیار کاربرد

## افزایش عفونت‌های بیمارستانی به دلیل استفاده گسترده از آنتی‌بیوتیک‌ها و گسترش باکتری‌های مقاوم به دارو

استانداردهای بهداشتی بیمارستان‌ها باعث افزایش بروز و شیوع این عفونت‌ها می‌گردند.

### انواع شایع عفونت‌های بیمارستانی

شایع‌ترین عفونت‌های بیمارستانی شامل عفونت‌های دستگاه ادراری و عفونت‌های دستگاه تنفسی تحتانی هستند. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی بالاترین شیوع عفونت‌های بیمارستانی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه و بخش‌های جراحی و ارتوپدی مشاهده می‌شود. میزان عفونت‌ها در میان بیمارانی که به دلیل سن بالا، بیماری‌های زمینه‌ای یا شیمی‌درمانی حساسیت بیشتری دارند، بالاتر است. هر نوع عفونت خطرناک خاص خود را دارد و نیاز به استراتژی‌های خاص برای نظارت، پیشگیری و مدیریت مؤثر دارد. سازمان جهانی بهداشت بر چهار نوع شایع عفونت‌های بیمارستانی یعنی عفونت‌های جریان خون، محل جراحی، ادراری و ذات‌الریه تمرکز دارد:

**۱. عفونت‌های جریان خون:** این عفونت‌ها زمانی رخ می‌دهند که میکروارگانیزم‌ها (باکتری‌ها، ویروس‌ها، قارچ‌ها و انگل‌ها) وارد جریان خون شوند، که ممکن است منجر به عوارض شدید مانند سپسیس، اختلال در عملکرد اعضا یا شوک سپتیک شود. علائم بالینی می‌تواند شامل تب، لرز و افت فشار خون باشد. این عفونت‌ها اغلب با استفاده از دستگاه‌های داخل عروقی همراه هستند. خطر این عفونت‌ها با وارد کردن و دستکاری ناامن این دستگاه‌ها در طول جراحی و یا استفاده از تجهیزات آلوده افزایش می‌یابد. این عفونت‌ها همچنین می‌توانند به عنوان عفونت‌های ثانویه از جایی که عفونت اصلی وجود دارد (مانند ریه‌ها، دستگاه ادراری یا زخم جراحی) به جریان خون منتشر شوند. عفونت‌های جریان خون اکتسابی در ICU در ۵ تا ۷ درصد از بستری‌ها رخ می‌دهند.

**۲. عفونت‌های محل جراحی:** یکی از شایع‌ترین عوارض پس از جراحی‌ها، چه در بیمارانی بستری و چه در بیمارانی که تحت عمل جراحی بصورت سرپایی قرار می‌گیرند می‌باشند. این

عفونت‌های بیمارستانی (Nosocomial Infections) که به نام عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی نیز شناخته می‌شود، به عفونت‌هایی گفته می‌شود که بیماران در طول درمان بدلیل بیماری دیگری در محیط بیمارستان به آن‌ها مبتلا می‌شوند. این عفونت‌ها معمولاً ۴۸ ساعت پس از بستری شدن در بیمارستان یا بیشتر رخ می‌دهند، بطوریکه بیمار در زمان پذیرش در بیمارستان به آن عفونت مبتلا نبوده و در دوره کمون آن هم نباشد. این عفونت‌ها می‌توانند در هر بخشی از بدن، از جمله خون، ریه‌ها، مجاری ادراری، پوست و زخم‌ها رخ دهند. این عفونت‌ها تهدید جدی برای بیماران هستند و از شایع‌ترین عوارضی به شمار می‌آیند که در هنگام ارائه خدمات درمانی به وجود آمده و می‌تواند منجر به افزایش مدت زمان بستری در بیمارستان، ناتوانی طولانی‌مدت بیماران، مقاومت بیشتر میکروارگانیزم‌ها به داروهای ضد میکروبی، افزایش هزینه‌های نظام سلامت و مرگ و میر بیماران گردد. شیوع عفونت‌های بیمارستانی نیز در سراسر جهان یک مشکل جدی و رو به رشد است.



برآوردهای جهانی نشان می‌دهند که در هر سال، میلیون‌ها نفر در سراسر جهان به عفونت‌های بیمارستانی مبتلا می‌شوند و صدها هزار نفر نیز در نتیجه این عفونت‌ها جان خود را از دست می‌دهند. عوامل متعددی از جمله افزایش سن جمعیت، افزایش تعداد بیماران با سیستم ایمنی ضعیف، استفاده گسترده از آنتی‌بیوتیک‌ها، گسترش باکتری‌های مقاوم به دارو و نقص در

مطالعه بین‌المللی بزرگ انجام شده در ۴۵ کشور از مناطق مختلف سازمان جهانی بهداشت نشان داد که بروز تجمعی ۳۱۶ به ازای هر ۱۰۰۰ روز استفاده از کاتتر ادراری در بیماران بستری در ICU ها می باشد.

**۴. عفونت‌های دستگاه تنفسی:** عفونت‌های دستگاه تنفسی یکی از شایع‌ترین عفونت‌ها، به‌ویژه در بخش‌های مراقبت‌های ویژه می باشد و بیش از یک‌چهارم بیماران بستری در ICU ها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. این عفونت‌ها زمانی رخ می‌دهند که عوامل عفونی مانند باکتری‌ها، ویروس‌ها یا قارچ‌ها وارد ریه‌ها شده و منجر به عفونت گردند. در کشورهای اتحادیه اروپا/منطقه اقتصادی اروپا در سال ۲۰۲۳، از میان ۲۲۸۰۶ عفونت بیمارستانی گزارش شده، عفونت‌های دستگاه تنفسی شایع‌ترین عفونت (۲۹٫۳٪) بوده، بطوریکه در بین تمامی موارد عفونت‌ها، ۱۹ درصد آن مربوط به ذات‌الریه، ۷ درصد بیماری کرونا و ۳٫۳ درصد سایر عفونت‌های دستگاه تنفسی تحتانی بودند.

## بار عفونت‌های بیمارستانی

عوامل بیماری‌زا که عامل ایجاد عفونت‌های بیمارستانی می باشند می‌توانند از طریق بیماران مرخص شده، کارکنان و عیادت کنندگان به جامعه منتقل شوند. این عفونت‌ها بار سنگینی هم برای بیمار و هم برای سلامت جامعه دارند. اگرچه عفونت‌های بیمارستانی به عنوان شایع‌ترین رخداد نامطلوب در سیستم‌های درمانی شناخته شده اند، با این وجود، بار واقعی آن در سطح جهانی ناشناخته باقی مانده است. علت این امر نبود سیستم‌های نظارتی مناسب در بیشتر کشورها، پیچیدگی تشخیص و نبود معیارهای تشخیصی استاندارد است. این عفونت‌ها باعث افزایش ناتوانی در عملکرد و استرس عاطفی بیمار شده و در برخی موارد می‌توانند منجر به شرایط ناتوان‌کننده‌ای شوند که باعث کاهش کیفیت زندگی بیمار و یا حتی مرگ بیمار گردند. این عفونت‌ها یکی از علل اصلی مرگ و میر می باشند، بطوریکه از هر ۱۰ بیمار مبتلا، یک نفر بدلیل عفونت جان خود را از دست خواهد داد. مرکز کنترل بیماری‌ها در اروپا تخمین زده است که بار شش عفونت بیمارستانی شایع، از نظر ناتوانی و مرگ زودرس دو برابر بار ۳۲ بیماری عفونی دیگر است. همچنین هزینه‌های اقتصادی قابل توجهی را بر بیمار و جامعه تحمیل نموده و می

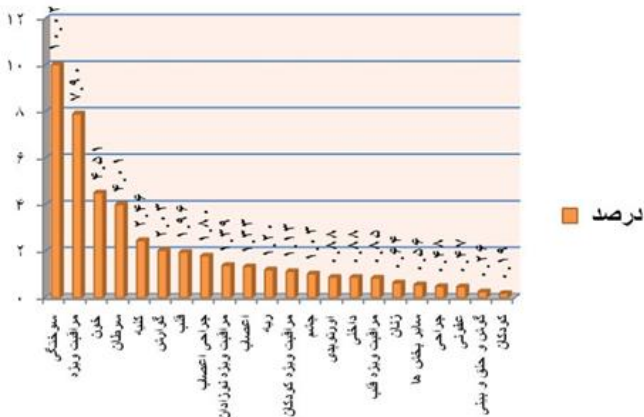
عفونت‌ها زمانی رخ می‌دهند که باکتری‌ها از طریق برش‌های جراحی وارد بدن شوند یا در بازه زمانی پس از عمل مانند تغییر پانسمان یا مسیرهای دیگر وارد شوند. علائم بالینی آن می‌تواند بر اساس نوع و شدت عفونت متفاوت باشد و شامل قرمزی، تورم، درد، حساسیت و تخلیه چرک یا مایعات از محل برش باشد. این عفونت‌ها می‌توانند سطحی باشند که فقط پوست و بافت‌های زیرپوستی را درگیر کنند یا عفونت‌های جدی‌تری که بافت‌های عمیق‌تر، اعضاء یا مواد کاشته شده را درگیر می‌کنند. عفونت‌های محل جراحی تهدیدات قابل توجهی برای سلامت بیمار ایجاد می‌کند که منجر به افزایش بیماری، ناخوشی و بستری طولانی‌تر در بیمارستان می‌شود. به طور متوسط، می‌تواند مدت بستری بیمار در بیمارستان را ۱۰ روز افزایش داده و نیز هزینه جراحی را ۳۰۰ - ۴۰۰ درصد افزایش دهد. همچنین باعث افزایش میزان بازگشت به بیمارستان و تأثیر منفی بر نتایج سلامت می‌گردد. یک مرور سیستماتیک از ۵۷ مطالعه بر روی بیماران بزرگسال تحت عمل جراحی عمومی نشان داد که بروز تجمعی ۳۰ روزه عفونت‌های محل جراحی برابر با ۱۱ درصد است که به این معناست که ۱۱ از هر ۱۰۰ بیمار جراحی عمومی در ۳۰ روز پس از جراحی دچار عفونت می‌شوند. این عفونت‌ها رایج‌ترین نوع عفونت‌های بیمارستانی بوده و مثلاً در آفریقا ۴۱٫۶ درصد از تمام عفونت‌های بیمارستانی را طی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۲ به خود اختصاص داده است.

## ۳. عفونت‌های دستگاه ادراری:

این عفونت‌ها می‌توانند هر قسمت از دستگاه ادراری را تحت تأثیر قرار دهند، از جمله مجاری ادراری، مثانه، حالب‌ها و کلیه‌ها. علائم بالینی آن شامل ادرار مکرر، احساس فوری برای ادرار کردن، سوزش هنگام ادرار و درد ناحیه لگن است. عفونت دستگاه ادراری اگر درمان نشود، می‌تواند منجر به عوارض جدی مانند سپسیس یا نارسایی اعضاء شود.

چندین عامل خطر می‌توانند احتمال ابتلا به این عفونت را افزایش دهند. تقریباً ۷۵ درصد از آن به وارد کردن کاتتر ادراری مربوط می‌شوند. شیوه‌های نامناسب کنترل و پیشگیری عفونت شامل استفاده نادرست و طولانی‌مدت از کاتتر و بکارگیری تجهیزات غیر استریل می باشد که به طور قابل توجهی باعث افزایش خطر ابتلا به عفونت‌های دستگاه ادراری می‌گردد. یک

بیمارستانی، ۰/۸ درصد از کل بیماران بستری در بخش‌های مراکز درمانی می‌باشد. بیشترین و پایین‌ترین موارد فراوانی عفونت‌های بیمارستانی به ترتیب در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان (۱۱ درصد) و مراقبت‌های ویژه تنفسی (۱/۱ درصد) گزارش شد. بالاترین موارد شناسایی شده به تفکیک نوع عفونت بیمارستانی در بیماران بستری شامل عفونت‌های ادراری (۲۷/۷ درصد) و کمترین میزان موارد عفونت‌های جراحی (۸/۳ درصد) تعیین شد. در این مطالعه آسینتوباکتر و اشرشیاکلی بالاترین موارد سویه‌های باکتریولوژیک در عفونت‌ها بودند.



نمودار شماره ۱ درصد عفونت بیمارستانی بر حسب بخش براساس موارد گزارش شده در نظام مراقبت

بر اساس نمودار فوق، بیشترین فراوانی عفونت بیمارستانی بر حسب بخش بستری مربوط به بخش سوختگی (۲/۰/۱۰ درصد)، مراقبت‌های ویژه (۷/۹۰ درصد) و خون (۴/۵۱ درصد) می‌باشد. بر حسب نظام مراقبت، بخش چشم ۱/۰۳ درصد موارد عفونت بیمارستانی را به خود اختصاص داده است. یکی از جدیدترین عفونت‌های بیمارستانی گزارش شده در کشور، عفونت چشمی با باکتری سودوموناس آئروژینوزا می‌باشد که منجر به نابینائی ۹ نفر از بیمارانی گردید که تحت عمل جراحی آب مروارید (کاتاراکت) قرار گرفتند. این باکتری می‌تواند از طریق تجهیزات جراحی آلوده یا محیط‌های بیمارستانی به چشم منتقل شود و منجر به عفونت‌های جدی مانند اندوفتالمیت (عفونت داخلی چشم) شود. علائم این عفونت‌ها شامل درد شدید، کاهش بینایی، قرمزی و ترشح چرکی از چشم است. در صورت عدم درمان مناسب، این عفونت‌ها می‌توانند به کاهش دائمی بینایی یا حتی از دست دادن کامل چشم منجر شوند. برای پیشگیری از عفونت‌های سودوموناس آئروژینوزا پس از جراحی،

تواند باعث طولانی‌تر شدن مدت بستری بیماران مبتلا به عفونت گردد. زمان بستری طولانی‌تر، بزرگترین عامل افزایش هزینه‌ها است، زیرا نه تنها باعث افزایش هزینه‌های مستقیم بیماران یا پرداخت‌کنندگان می‌گردد، بلکه بصورت غیرمستقیم نیز، بدلیل از دست دادن شغل، استفاده بیشتر از داروها، نیاز به ایزوله کردن بیماران و استفاده از آزمایش‌های اضافی و سایر مطالعات تشخیصی، بر هزینه‌ها افزوده خواهد شد. عفونت‌های بیمارستانی باعث ایجاد عدم تعادل بین تخصیص منابع برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ثانویه می‌شوند، زیرا ناچاراً منابع به مدیریت شرایطی اختصاص می‌یابد که قابل پیشگیری و کنترل است.

## اپیدمیولوژی عفونت‌های بیمارستانی در ایران و جهان

شیوع عفونت‌های بیمارستانی در بیمارستان‌های ایران بر اساس یک مرور نظام‌مند و متاآنالیز حاکی از آن بود که در بازه زمانی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۹۷ تعداد ۱۵ هزار و ۸۷۱ بیمار دچار عفونت بیمارستانی شده‌اند. مطالعه‌های انجام‌شده میزان عفونت‌های بیمارستانی را بین ۰/۳۲ و ۹/۱ درصد گزارش کرده بودند. این میزان در مقایسه با آمارهای مراجع بین‌المللی در کشورهای در حال توسعه، به مراتب کمتر بوده که دلیل آن می‌تواند کم گزارش‌دهی اجباری همه بیمارستان‌های کشور و کمبود منابع برای سنجش عفونت‌های بیمارستانی باشد. در این مطالعه میزان شیوع عفونت‌های بیمارستانی در بیمارستان‌های ایران، ۰/۰۱ درصد گزارش شد که میزان آن به مراتب کمتر از میزان برآورد سازمان جهانی بهداشت (۸/۸ درصد) است. در این مطالعه عنوان شد که به ترتیب «ساکشن لوله تراشه»، «کاتتر ادراری»، «سابقه جراحی» و «ونتیلاتور» رایج‌ترین عوامل ایجادکننده عفونت بیمارستانی در بیمارستان‌های ایران هستند. عفونت دستگاه ادراری و دستگاه تنفسی و زخم جراحی نیز در این مطالعه، بیشترین نوع عفونت در بیمارستان‌های ایران بود. همچنین مشخص شد باکتری «اشرشیا کلی» شایع‌ترین میکروارگانیسم ایجادکننده عفونت بیمارستانی بوده است. این موضوع می‌تواند نشان‌دهنده مقاومت دارویی این باکتری نسبت به آنتی‌بیوتیک‌های مصرفی باشد.

در مطالعه‌ای که به صورت مقطعی روی ۱۱۲/۳۱۶ بیمار در مراکز درمانی استان قم انجام شد نشان داد که بروز عفونت‌های

بستری شدن طولانی‌تر بیماران در بیمارستان‌ها مزید بر علت شده و باعث تسهیل انتشار و گسترش مقاومت ضد میکروبی شده است. برآورد شده است که هر ساله ۱۳۶ میلیون مورد عفونت مقاوم به آنتی‌بیوتیک در دنیا در اثر عفونت‌های بیمارستانی رخ می‌دهد. در سال ۲۰۱۵ در اروپا تخمین زده شد که ۶۳/۵٪ از موارد عفونت با باکتری‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک، بدلیل عفونت‌های بیمارستانی بوده است. این عفونت‌ها نه تنها به خود بیماران آسیب می‌زند، بلکه می‌تواند به جامعه و جوامع دیگر نیز منتقل شوند. این امر پیامدهایی بر روی مرگ‌ومیر جهانی دارد، به طوری‌که در سال ۲۰۱۹ بیش از ۵ میلیون مورد مرگ در سراسر جهان به مقاومت ضد میکروبی نسبت داده شده است.

## اقدامات کنترلی و پیشگیری

عفونت‌های بیمارستانی یک مشکل جدی و پرهزینه هستند که بار قابل‌توجهی بر سیستم‌های بهداشتی جهانی تحمیل می‌کنند، اما بخش بزرگی از این عفونت‌ها با اجرای مؤثر اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت قابل‌پیشگیری هستند. کنترل عفونت‌های بیمارستانی به استراتژی‌ها، رویه‌ها و اقداماتی اشاره دارد که در محیط‌های درمانی برای جلوگیری از ابتلای بیماران به عفونت‌ها در حین دریافت خدمات درمانی استفاده می‌شوند. کنترل و پیشگیری از این عفونت‌ها نیازمند یک رویکرد چندوجهی و هماهنگ است که در سطح ملی و بین‌المللی به‌طور همزمان اجرا شود.

## اقدامات کنترلی و پیشگیری در سطح ملی:

- توسعه سیستم پایش و نظارت و گزارش دهی: ایجاد یک سیستم جامع در سطح ملی برای جمع‌آوری داده‌ها در مورد فراوانی عفونت‌ها و شناسایی عوامل خطر خاص هر منطقه برای طراحی مداخلات مناسب و نیز استفاده از فناوری جهت راه اندازی سیستم‌های پایش خودکار.
- آموزش و مسئولیت‌پذیری کارکنان: آموزش مستمر پرسنل پزشکی و کادر درمان و به‌روزرسانی پروتکل‌های کنترل عفونت.
- بهبود زیرساخت‌های بهداشتی: تامین منابع مالی و امکانات لازم برای بیمارستان‌ها به‌خصوص در مناطق

استریلیزاسیون دقیق تجهیزات جراحی، رعایت بهداشت دست‌ها توسط کادر پزشکی و استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های پیشگیرانه توصیه می‌شود. در صورت بروز عفونت، تشخیص سریع و استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های موثر ضروری است. با توجه به مقاومت بالای این باکتری به بسیاری از آنتی‌بیوتیک‌ها، انتخاب داروی مناسب باید براساس نتایج آزمایش‌های حساسیت دارویی انجام شود.

به‌طور متوسط، ۷ درصد از بیماران در کشورهای توسعه‌یافته و ۱۵ درصد از بیماران در کشورهای در حال توسعه در طول بستری شدن خود در بیمارستان، حداقل به یک عفونت مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی مبتلا می‌شوند. بیماران بستری در کشورهای با درآمد پایین و متوسط تا ۲۰ برابر بیشتر از بیماران بیمارستانی می‌باشند. یک مطالعه که با حمایت سازمان بهداشت جهانی در ۵۵ بیمارستان از ۱۴ کشور در ۴ منطقه WHO (اروپا، منطقه مدیترانه شرقی، آسیای جنوب شرقی و منطقه غرب اقیانوس آرام) انجام شد، نشان داد که به‌طور متوسط ۸/۷ درصد از بیماران بستری دارای عفونت‌های بیمارستانی بودند. بالاترین فراوانی‌های عفونت‌های بیمارستانی از بیمارستان‌های مناطق آفریقا، جنوب شرق آسیا و مدیترانه شرقی گزارش شده است (به ترتیب ۲۷ درصد، ۱۲٫۹ درصد و ۱۲٫۵ درصد) در حالی که شیوع این عفونت‌ها در مناطق غرب اقیانوس آرام و آمریکا به ترتیب ۹٫۷ و ۹٫۶ درصد می‌باشند. این مقادیر در دو کشور ایالات متحده آمریکا و کانادا نیز به ترتیب برابر ۳/۲ و ۷/۹ درصد است. از نظر بخش‌های ارائه خدمات، در حدود ۳۰ درصد از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) ممکن است تحت تأثیر عفونت‌های بیمارستانی قرار بگیرند. به نظر می‌رسد که در بزرگسالان بستری در بخش ICU، حدود یک چهارم (۲۳/۶٪) از تمامی موارد سپسیس درمان‌شده در بیمارستان‌ها و تقریباً نیمی از تمام موارد سپسیس همراه با نارسایی اعضاء بدلیل ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی باشند.

در چند دهه اخیر، افزایش جهانی مقاومت ضد میکروبی باعث تشدید مشکلات شده اند، زیرا بسیاری از عفونت‌های شایع بیمارستانی توسط ارگانسیم‌های مقاوم به چند دارو ایجاد می‌شوند. افزایش استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های طیف وسیع و

## نتیجه گیری

عفونت‌های بیمارستانی همچنان یک مسئله حیاتی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه باقی مانده و خطراتی برای بیماران و سیستم‌های بهداشتی ایجاد می‌کند. پاندمی COVID-19 نشان داد که در صورتی که توجه کافی به پیشگیری و کنترل عفونت نشود، محیط‌های درمانی تا چه حد می‌تواند در گسترش عفونت‌ها نقش داشته و به بیماران، کارکنان و عیادت‌کنندگان آسیب برساند. برآوردهای جهانی از میزان این عفونت‌ها با مشکلاتی از قبیل گزارش‌دهی ناکافی، کیفیت پایین داده‌ها و عدم وجود روش‌ها و پروتکل‌های استاندارد مواجه است که منجر به کمبود داده‌های معتبر، به‌ویژه در کشورهای با درآمد پایین و متوسط می‌شود. با وجود پیچیدگی‌ها و چالش‌های مرتبط با عفونت‌های بیمارستانی، پیشرفت‌ها، پایبندی به دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد و سرمایه‌گذاری در اقدامات پیشگیرانه برای کاهش وقوع این عفونت‌ها و مرگ و میر ناشی از آن‌ها ضروری است. بسیاری از اقدامات پیشگیرانه ساده، کم‌هزینه و مؤثر هستند، مثلاً طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، رعایت بهداشت دست و سایر شیوه‌های مقرون به صرفه می‌تواند تا ۷۰ درصد از این عفونت‌ها را پیشگیری نماید. برآورد سازمان بهداشت جهانی و سازمان همکاری و توسعه اقتصادی حاکی از آن است که بدون اقدامات فوری، هر ساله حدود ۳۰۵ میلیون بیمار از عفونت‌های بیمارستانی خواهند مرد. بنابراین ایجاد سیستم‌های قوی نظارتی، ارتقای آگاهی و توسعه سیاست‌های ملی پیشگیری و کنترلی می‌تواند به کاهش بار این عفونت‌ها و مرگ و میر بیماران کمک کند.

## منابع:

1. <https://www.sphericalinsights.com/press-release/hospital-acquired-infection-control-market>
2. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-burden-of-health-care-associated-infection-worldwide>
3. <https://irje.tums.ac.ir/article-1-6871-fa.html>

محروم، راه اندازی آزمایشگاه‌های میکروبیولوژی مجهز برای شناسایی پاتوژن‌ها.

- کنترل مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها: اجرای برنامه‌های ملی برای کنترل و کاهش استفاده بی‌رویه از آنتی‌بیوتیک‌ها.
- ارتقای بهداشت دست: ترویج بهداشت دست و رعایت دقیق پروتکل‌های شستشوی دست در بین کادر درمان و بیماران، پروتکل‌های جداسازی و واکسیناسیون کارکنان..
- مدیریت صحیح تجهیزات پزشکی: کنترل و نظارت بر استریلیزاسیون و ضدعفونی تجهیزات پزشکی.
- اجرای استانداردهای جهانی: تلاش برای تطبیق استانداردهای ملی با بهترین استانداردها و پروتکل‌های جهانی در کنترل عفونت و توسعه و اعتبارسنجی پروتکل‌های نظارتی متناسب با شرایط کشورهای در حال توسعه
- بهداشت محیط بیمارستان: کنترل و نظارت بر پاکیزگی و بهداشت محیط بیمارستان.
- مشارکت بیماران و خانواده‌ها: بررسی امکان مشارکت آن‌ها در گزارش‌دهی و کنترل عفونت‌ها.

## اقدامات کنترلی و پیشگیری در سطح بین‌المللی:

- همکاری بین‌المللی: تقویت همکاری بین‌المللی برای تبادل اطلاعات، به اشتراک گذاشتن تجربیات و توسعه راهکارهای موثر برای کنترلی.
- تحقیقات مشترک: انجام تحقیقات مشترک در مورد عوامل ایجادکننده‌ی عفونت‌ها و توسعه داروها و واکسن‌های جدید.
- توسعه استانداردهای جهانی: تدوین و به‌روزرسانی استانداردهای جهانی برای پیشگیری و کنترل عفونت‌ها.
- تبادل اطلاعات: ایجاد پلتفرم‌های جهانی برای مشارکت و تبادل اطلاعات و داده‌ها بین کشورها و سازمان‌ها.
- حمایت مالی: حمایت مالی از کشورهای در حال توسعه برای بهبود زیرساخت‌ها و آموزش کادر درمان.

4. <https://journal.muq.ac.ir/article-1-3792-fa.pdf>
5. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf?sequence=1)
6. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379248/9789240101456\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379248/9789240101456_eng.pdf?sequence=1)
7. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67350/WHO\\_CDS\\_CSR\\_EPH\\_2002.12.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67350/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12.pdf)
8. <https://www.who.int/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-prevention-and-control>
9. <https://www.who.int/news/item/29-11-2024-new-report-highlights-need-for-sustained-investment-in-infection-prevention-and-control-programmes>
10. <https://www.khabaronline.ir/news/1999801/>