



پرستاری سلامت جامعه

جلد اول

Jeanette Lancaster, PhD, RN, FAAN

Marcia Stanhope, PhD, RN, FAAN

مترجمین

احمد ابراهیمی

کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه

دکتر عزیزالله اربابی سرجو

عضو هیئت علمی گروه مدیریت پرستاری و فن پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر شایسته صالحی

دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

زینت طالبی

کاردان هوشبری

۱۳۹۷

سرشناسه	: استتھوپ، مارشا، ۱۹۴۲ - م. epohnats, akraM
عنوان و نام پدیدآور	: پرستاری سلامت جامعه / [مارشا استتھوپ، جنت لنگستر]: مترجمین احمد ابراهیمی -- [و دیگران].
مشخصات نشر	: اصفهان : دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، ۱۳۹۶-
مشخصات ظاهری	: ج: مصور (بخشی رنگی)، جدول.
شابک	: ۹۷۸-۹۶۴-۱۰-۵۱۸۹-۳
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: عنوان اصلی: Public health nursing : population-centered health care in the community, 9th. ed., [2016].
یادداشت	: مترجمین احمد ابراهیمی، عزیزالله اربابی سرجو، شایسته صالحی، زینت طالبی.
یادداشت	: کتابنامه.
موضوع	: پرستاری بهداشت جامعه — پرستاری بهداشت همگانی
موضوع	: Public health nursing — Community health nursing
شناسه افزوده	: لنگستر، جنت، ۱۹۴۴ - م. Lancaster, Jeanette
شناسه افزوده	: ابراهیمی، احمد، ۱۳۶۰ - مترجم
شناسه افزوده	: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان
رده بندی کنگره	: RT۹۸/۵۵۴ ۱۳۹۶
رده بندی دیویی	: ۶۱۰/۷۳۴۳
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۱۰۰۴۶۲



پرستاری سلامت جامعه (جلد اول)

مترجمین: احمد ابراهیمی - دکتر عزیزالله اربابی سرجو - دکتر شایسته صالحی - زینت طالبی

مدیر تولید: فاطمه دادرس

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

نوبت چاپ: اول / ۱۳۹۷

چاپ:

قیمت: تومان

© حق چاپ محفوظ است.

مرکز فروش: ۹-۲۲۲۱۹۹۷۸-۳۱ و ۰۳۱-۳۵۳۵۴۱۷۰-۳۱

فهرست مطالب	
تعاریف پرستاری جامعه	۱۵
مقدمه نویسنده	۱۷
مقدمه مترجم	۲۵
بخش اول: عوامل تأثیرگذار بر مراقبت سلامت و پرستاری جمعیت محور	
فصل اول: فعالیت جامعه محور و پیشگیری محور و متمرکز بر جمعیت	۲۷
۱-۱- فعالیت سلامت عمومی: مبنای جمعیت ها و جوامع سالم	۳۱
۱-۱-۱- تعاریف سلامت عمومی	۳۵
۱-۱-۲- عملکردهای محوری سلامت عمومی	۳۹
۳-۱-۱- شایستگی محوری متصدیان حرفه‌ای سیستم سلامت عمومی	۴۰
۴-۱-۱- تلاش‌های مربوط به بهبود کیفیت در سیستم سلامت عمومی	۴۳
۲-۱- پرستاری سلامت عمومی به‌عنوان زمینه فعالیت: یک حوزه تخصصی	۴۵
۱-۲-۱- آمادگی آموزشی برای پرستاری سلامت عمومی	۴۶
۲-۲-۱- عملکرد متمرکز بر جمعیت در برابر عملکرد متمرکز بر فرد	۴۷
۳-۲-۱- پرستاران دارای تخصص ویژه در زمینه سلامت عمومی و عملکردهای محوری سیستم سلامت عمومی: نمونه‌های برگزیده	۴۹
۳-۱- پرستاری سلامت عمومی در مقابل پرستاری مبتنی بر جامعه	۵۱
۴-۱- نقش‌ها در پرستاری سلامت عمومی	۵۵
۵-۱- چالش‌های پیش‌رو	۶۳
۱-۵-۱- موانع تخصصی ساختن پرستاری سلامت عمومی	۶۴
۲-۵-۱- ایجاد رهبران پرستاری متمرکز بر جمعیت	۶۴
۱-۵-۳- تغییر خط‌مشی عمومی به سمت ایجاد شرایط بهتر برای یک جمعیت سالم	۶۷
فصل دوم: تاریخچه سیستم سلامت عمومی و پرستاری سلامت عمومی و جامعه	۷۱
۱-۲- تغییر و تداوم	۷۳
۲-۲- سلامت عمومی طی دوره استعماری آمریکا و دوره جمهوری نو	۷۴
۳-۲- نایتینگل و مبنای آموزش پرستاری	۷۷
۴-۲- آمریکا به پرستاران آموزش دیده نیاز دارد	۸۳
۵-۲- پرستاری مدرسه در آمریکا	۸۹
۶-۲- حرفه پرستاری در گذر زمان	۸۹
۷-۲- پرستاری سلامت عمومی در آژانس‌های رسمی سلامت و در جنگ جهانی اول	۹۱
۸-۲- پرداخت پول خدمات پرستاران سلامت عمومی	۹۳
۹-۲- پرستاران آمریکائی آفریقایی تبار در پرستاری سلامت عمومی	۹۴
۱۰-۲- بین دو جنگ جهانی: رکود اقتصادی و افزایش بیمارستان‌ها	۹۶
۱۱-۲- افزایش فعالیت دولت فدرال در زمینه سلامت عمومی	۹۸
۱۲-۲- جنگ جهانی دوم: گسترش و شاخه‌سازی در پرستاری سلامت عمومی	۹۹
۱۳-۲- افزایش بیماری‌های مزمن	۱۰۱
۱۴-۲- کاهش حمایت مالی به‌منظور سازمان‌دهی کاری و حرفه‌ای	۱۰۳
۱۵-۲- آموزش پرستاری حرفه‌ای برای پرستاران سلامت عمومی	۱۰۵
۱۶-۲- منابع جدید و جوامع جدید	۱۰۶
۱۷-۲- سازمان‌دهی جامعه و تغییر حرفه‌ای	۱۰۶
۱۸-۲- پرستاری سلامت عمومی از دهه هشتم قرن بیستم تا قرن بیست و یکم	۱۰۸
۱۹-۲- پرستاری سلامت عمومی در دنیای	۱۰۸

- امروز ۱۱۳
- فصل سوم: سیستم‌های در حال تغییر سلامت و
مراقبت سلامت عمومی ایالات متحده ۱۱۹
- ۱-۳- سیستم مراقبت سلامت ایالات متحده
۱۲۲
- ۲-۳- نیروهای محرک تغییر در نیاز به سیستم
مراقبت سلامت ۱۲۳
- ۱-۲-۳- روندهای مربوط به مشخصه‌های جمعیت
۱۲۴
- ۲-۲-۳- روندهای اجتماعی و اقتصادی ۱۲۵
- ۳-۲-۳- روندهای نیروی کار سیستم سلامت
۱۲۶
- ۴-۲-۳- روندهای مربوط به فن آوری ۱۲۸
- ۳-۳- سیستم مراقبت سلامت فعلی
ایالات متحده ۱۳۰
- ۱-۳-۳- هزینه ۱۳۰
- ۲-۳-۳- دسترسی ۱۳۱
- ۳-۳-۳- کیفیت ۱۳۳
- ۴-۳- سازمان‌دهی سیستم مراقبت سلامت ۱۳۵
- ۱-۴-۳- سیستم مراقبت سلامت اولیه ۱۳۵
- ۲-۴-۳- سیستم سلامت عمومی ۱۳۶
- ۳-۴-۳- سیستم فدرال ۱۳۶
- ۴-۴-۳- سیستم ایالتی ۱۴۱
- ۵-۴-۳- سیستم محلی ۱۴۱
- ۵-۳- نیروهای مؤثر بر تغییرات سیستم مراقبت
سلامت ۱۴۲
- ۱-۵-۳- ادغام سیستم‌های سلامت عمومی و
مراقبت اولیه ۱۴۴
- ۲-۵-۳- موانع احتمالی ادغام ۱۴۴
- ۳-۵-۳- مراقبت سلامت اولیه ۱۴۵
- ۴-۵-۳- ارتقاء سلامت/پیشگیری از بیماری:
اهداف جزئی سال ۲۰۲۰ برای کل کشور ۱۴۶
- ۶-۳- تلاش‌ها برای اصلاح ارائه خدمات مراقبت
سلامت ایالات متحده ۱۴۸
- فصل چهارم: دیدگاه‌های مراقبت سلامت جهانی
- ۱۵۵
- ۱-۴- نگاه کلی و دیدگاه تاریخی سلامت
جهانی ۱۵۷
- ۲-۴- نقش سلامت جمعیت ۱۶۵
- ۳-۴- مراقبت سلامت اولیه ۱۶۷
- ۴-۴- پرستاری و سلامت جهانی ۱۶۹
- ۵-۴- سازمان‌های بزرگ سلامتی جهان ۱۷۲
- ۶-۴- سلامت جهانی و پیشرفت جهانی ۱۸۰
- ۷-۴- سیستم‌های مراقبت سلامت ۱۸۲
- ۱-۷-۴- هلند ۱۸۳
- ۲-۷-۴- مکزیک ۱۸۳
- ۳-۷-۴- اوگاندا ۱۸۴
- ۴-۷-۴- اکوادور ۱۸۵
- ۵-۷-۴- بریتانیا ۱۸۵
- ۶-۷-۴- چین ۱۸۶
- ۸-۴- مشکلات عمده سلامت جهانی و بار مالی
بیماری‌ها ۱۸۸
- ۱-۸-۴- بیماری‌های مسری ۱۹۱
- ۱-۱-۸-۴- سل ۱۹۶
- ۲-۱-۸-۴- سندرم نقص ایمنی اکتسابی ۱۹۸
- ۳-۱-۸-۴- مالاریا ۲۰۰
- ۲-۸-۴- اسهال ۲۰۳
- ۳-۸-۴- سلامت مادران و زنان ۲۰۶
- ۴-۸-۴- تغذیه و سلامت جهانی ۲۱۱
- ۵-۸-۴- بلایای طبیعی و ساخت دست بشر
۲۱۴
- ۱-۵-۸-۴- سیستم‌های مراقبت و رصد ۲۲۲
- بخش دوم: نیروهای مؤثر بر ارائه مراقبت سلامت و
پرستاری جمعیت محور ۲۲۷
- فصل پنجم: مسائل اقتصادی ارائه مراقبت سلامت
۲۲۹
- ۱-۵- سیستم سلامت عمومی و علم اقتصادی
۲۳۳
- ۲-۵- اصول اقتصاد ۲۳۶
- ۱-۲-۵- عرضه و تقاضا ۲۳۷

- ۲۳۸-۲-۲-۵ کارایی و اثربخشی ۲۳۸
- ۲۳۹-۳-۲-۵ اقتصاد کلان ۲۳۹
- ۲۴۰-۴-۲-۵ معیارهای رشد اقتصادی ۲۴۰
- ۲۴۱-۵-۲-۵ ابزارهای تجزیه و تحلیل اقتصادی ۲۴۱
- ۲۴۴-۳-۵ عوامل مؤثر بر تخصیص منابع در مراقبت سلامت ۲۴۴
- ۲۴۴-۱-۳-۵ افراد بدون بیمه ۲۴۴
- ۲۴۵-۲-۳-۵ دسترسی به خدمات سلامت ۲۴۵
- ۲۴۷-۳-۳-۵ سهمیه بندی مراقبت سلامت ۲۴۷
- ۲۴۸-۴-۳-۵ سند مردم سالم ۲۰۲۰ ۲۴۸
- ۲۴۸-۴-۵ پیشگیری اولیه ۲۴۸
- ۲۴۸-۵-۵ بافت سیستم مراقبت سلامت ایالات متحده ۲۵۰
- ۲۵۱-۱-۵-۵ مرحله اول ۲۵۱
- ۲۵۳-۲-۵-۵ مرحله دوم ۲۵۳
- ۲۵۴-۳-۵-۵ مرحله سوم ۲۵۴
- ۲۵۶-۴-۵-۵ مرحله چهارم ۲۵۶
- ۲۵۸-۵-۵-۵ چالش های قرن بیست و یکم ۲۵۸
- ۲۶۱-۶-۵ روندهای خرج بودجه مراقبت سلامت ۲۶۱
- ۲۶۱-۷-۵ عوامل مؤثر بر هزینه های مراقبت سلامت ۲۶۱
- ۲۶۳-۱-۷-۵ خصوصیات دموگرافیک مؤثر بر مراقبت سلامت ۲۶۳
- ۲۶۶-۲-۷-۵ فن آوری و عمق و شدت خدمات مراقبتی ۲۶۶
- ۲۶۶-۳-۷-۵ بیماری مزمن ۲۶۶
- ۲۶۷-۸-۵ تأمین مالی مراقبت سلامت ۲۶۷
- ۲۶۷-۱-۸-۵ حمایت دولت ۲۶۷
- ۲۷۰-۱-۱-۸-۵ بیمه مراقبت درمانی ۲۷۰
- ۲۷۴-۲-۱-۸-۵ بیمه خدمات درمانی ۲۷۴
- ۲۷۵-۲-۸-۵ سیستم سلامت عمومی ۲۷۵
- ۲۷۶-۳-۸-۵ سایر حمایت های دولتی ۲۷۶
- ۲۷۶-۱-۳-۸-۵ قانون مراقبت ارزان قیمت: حمایت از سیستم سلامت عمومی ۲۷۶
- ۲۷۷-۴-۸-۵ حمایت خصوصی ۲۷۷
- ۲۷۷-۱-۴-۸-۵ تکامل بیمه سلامت ۲۷۷
- ۲۷۹-۲-۴-۸-۵ کارفرمایان ۲۷۹
- ۲۸۲-۳-۴-۸-۵ افراد ۲۸۲
- ۲۸۲-۴-۴-۸-۵ نظام مراقبت مدیریت شده ۲۸۲
- ۲۸۳-۵-۴-۸-۵ حساب های پس انداز پزشکی ۲۸۳
- ۲۸۵-۹-۵ سیستم های پرداخت هزینه های مراقبت سلامت ۲۸۵
- ۲۸۵-۱-۹-۵ پرداخت هزینه به سازمان های مراقبت سلامت ۲۸۵
- ۲۸۷-۲-۹-۵ پرداخت هزینه به متخصصان مراقبت سلامت ۲۸۷
- ۲۸۹-۱-۲-۹-۵ بازپرداخت خدمات پرستاری ۲۸۹
- ۲۹۱-فصل ششم: کاربرد اصول اخلاقی در جامعه ۲۹۱
- ۲۹۳-۱-۶-۱ تاریخچه ۲۹۳
- ۲۹۶-۲-۶-۲ تصمیم گیری اخلاقی ۲۹۶
- ۳۰۰-۳-۶-۳ اخلاق ۳۰۰
- ۳۰۰-۱-۳-۶ تعریف، تئوری ها، اصول ۳۰۰
- ۳۰۷-۲-۳-۶ فضائل اخلاقی ۳۰۷
- ۳۰۸-۳-۳-۶ مراقبت و اخلاق مراقبت ۳۰۸
- ۳۱۱-۴-۳-۶ اخلاق فمینیستی ۳۱۱
- ۳۱۲-۴-۶-۱ اصول اخلاقی و عملکردهای محوری فعالیت پرستاری جمعیت محور ۳۱۲
- ۳۱۲-۱-۴-۶ بررسی ۳۱۲
- ۳۱۳-۲-۴-۶ سیاست گذاری ۳۱۳
- ۳۱۴-۳-۴-۶ حصول اطمینان ۳۱۴
- ۳۱۶-۵-۶ کد اخلاق پرستاری ۳۱۶
- ۳۱۷-۶-۶ کد اخلاقی سیستم سلامت عمومی ۳۱۷
- ۳۱۹-۷-۶ حمایت و اخلاق ۳۱۹
- ۳۲۰-۱-۷-۶ کدها و استانداردهای فعالیت ۳۲۰
- ۳۲۲-۲-۷-۶ چارچوب مفهومی حمایت ۳۲۲
- ۳۲۲-۳-۷-۶ چارچوب عملی حمایت ۳۲۲
- ۳۲۳-۴-۷-۶ حمایت: مسائلی که اثرات اخلاقی دارند ۳۲۳

- ۳۹۶
- ۸-۲-۱- خدمات مستقیم ۳۹۷
- ۸-۲-۲- تأمین مالی ۳۹۷
- ۸-۲-۳- عملکرد اطلاعاتی ۳۹۸
- ۸-۲-۴- تعیین سیاست ۳۹۸
- ۸-۲-۵- عملکرد حمایت دولت ۳۹۹
- ۸-۳- سند مردم سالم ۲۰۲۰: نمونه‌ای از راهنمایی سیاست سلامت ملی ۴۰۰
- ۸-۴- سازمان‌ها و آژانس‌هایی که بر سلامت تأثیر می‌گذارند ۴۰۱
- ۸-۴-۱- سازمان‌های بین‌المللی ۴۰۱
- ۸-۴-۲- آژانس‌های سلامت فدرال ۴۰۳
- ۸-۴-۱- وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده ۴۰۳
- ۸-۴-۳- آژانس‌های غیر سلامت دولت فدرال ۴۰۸
- ۸-۴-۱- وزارت دفاع ۴۰۸
- ۸-۴-۲- وزارت کار ۴۰۹
- ۸-۴-۳- وزارت کشاورزی ۴۰۹
- ۸-۴-۴- وزارت دادگستری ۴۱۰
- ۸-۴-۴- ادارات سلامت ایالتی و محلی ۴۱۰
- ۸-۵- تأثیر عملکردها و ساختارهای سلامتی دولت بر پرستاری ۴۱۱
- ۸-۶- قانون و مراقبت سلامت ۴۱۲
- ۸-۶-۱- قانون اساسی ۴۱۳
- ۸-۶-۲- قوانین و مقررات ۴۱۴
- ۸-۶-۳- قوانین قضایی یا عمومی ۴۱۵
- ۸-۷- قوانین خاص فعالیت‌های پرستاری ۴۱۵
- ۸-۷-۱- عرصه کاری ۴۱۵
- ۸-۷-۲- غفلت حرفه‌ای ۴۱۶
- ۸-۸- مسائل قانونی مؤثر بر مراقبت سلامت ۴۱۸
- ۸-۸-۱- سلامت مدرسه و خانواده ۴۱۸
- ۸-۸-۲- مراقبت در منزل و آسایشگاه ۴۱۹
- ۸-۸-۳- سلامت ندامتگاه‌ها ۴۲۰
- ۸-۹- نقش پرستار در فرایند سیاسی ۴۲۰
- ۸-۹-۱- فعالیت قانون‌گذاری ۴۲۱
- ۸-۹-۲- فعالیت‌های مقرراتی ۴۲۴
- ۸-۹-۳- فرایند نوشتن مقررات ۴۲۴
- ۸-۹-۴- حمایت پرستاری ۴۲۸
- ۹-۱- ایجاد و تکامل چرخه مداخله ۴۳۸
- ۹-۲- پیش‌فرض‌های زیربنای چرخه مداخله ۴۳۹
- ۹-۲-۱- پیش‌فرض اول: تعریف فعالیت پرستاری سلامت عمومی ۴۳۹
- ۹-۲-۲- پیش‌فرض دوم: فعالیت پرستاری سلامت عمومی بر جمعیت‌ها تمرکز و تأکید دارد. ۹۳۴
- ۹-۲-۳- پیش‌فرض سوم: فعالیت پرستاری سلامت عمومی عوامل تعیین‌کننده سلامت را مدنظر قرار می‌دهد. ۰۴۴
- ۹-۲-۴- پیش‌فرض چهارم: فعالیت پرستاری سلامت عمومی از طریق اولویت‌های مشخص شده در بررسی سلامت جامعه هدایت می‌شوند. ۲۴۴
- ۹-۲-۵- پیش‌فرض پنجم: فعالیت پرستاری سلامت عمومی بر پیشگیری تأکید دارد. ۳۴۴
- ۹-۲-۶- پیش‌فرض ششم: پرستاری سلامت عمومی در همه سطوح فعالیت مداخله می‌نماید. ۴۴۴
- ۹-۲-۷- پیش‌فرض هفتم: فعالیت پرستاری سلامت عمومی از فرایند پرستاری در همه سطوح فعالیتی استفاده می‌کند. ۶۴۴
- ۹-۲-۸- پیش‌فرض هشتم: فعالیت پرستاری سلامت عمومی مجموعه مشترکی از مداخلات را بدون توجه به محیط فعالیت مورد استفاده قرار می‌دهد. ۶۴۴
- ۹-۲-۹- پیش‌فرض نهم: فعالیت پرستاری سلامت عمومی به تحقق ۱۰ خدمت اساسی و ضروری کمک می‌کند. ۷۴۴

۹-۲-۱۰- پیش فرض دهم: فعالیت سلامت عمومی بر مجموعه‌ای از روش‌ها و باورها استوار است. ۸۴۴

۹-۳- استفاده از چرخه مداخله در فعالیت پرستاری سلامت عمومی ۴۴۸

۹-۴- اجزای مدل ۴۴۸

۹-۴-۱- جزء اول: این مدل مبتنی بر جمعیت است. ۸۴۴

۹-۴-۲- جزء دوم: این مدل شامل سه سطح فعالیت است. ۴۵۱

۹-۴-۱-۲- فعالیت در سطح جامعه ۴۵۲

۹-۴-۲-۲- فعالیت در سطح سیستم‌ها ۴۵۳

۹-۴-۲-۳- فعالیت در سطح فرد یا خانواده ۴۵۳

۹-۴-۳- جزء سوم: این مدل مداخلات ۱۷ گانه سلامت عمومی را شناسایی و تعریف می‌کند. ۴۵۴

بخش سوم: چارچوب‌های علمی و

مفهومی به کار رفته در فعالیت پرستاری

جمعیت‌محور ۴۳۳

فصل نهم: فعالیت پرستاری سلامت عمومی مبتنی بر جمعیت: چرخه مداخله ۴۳۵

۹-۵- ایجاد و پذیرش چرخه مداخله در حوزه‌های بالینی، آموزشی و مدیریتی ۴۶۹

۹-۶- مردم سالم ۲۰۲۰ ۴۷۳

۹-۷- کاربرد فرایند پرستاری در فعالیت پرستاری سلامت عمومی ۴۷۳

۹-۸- کاربرد فرایند پرستاری در سطح فرد یا خانواده ۴۷۳

۹-۸-۱- بررسی جامعه ۴۷۳

۹-۸-۲- فرایند پرستاری سلامت عمومی: بررسی یک خانواده ۴۷۴

۹-۸-۳- فرایند پرستاری سلامت عمومی: تشخیص ۴۷۴

۹-۸-۴- فرایند پرستاری سلامت عمومی:

برنامه‌ریزی (بانضمام انتخاب مداخلات) ۶۷۴
۹-۸-۵- فرایند پرستار سلامت عمومی: اجرا ۴۷۷

۹-۸-۵-۱- همکاری ۴۷۷

۹-۸-۵-۲- مدیریت موردی ۴۷۷

۹-۸-۵-۳- آموزش سلامت ۴۷۷

۹-۸-۴- عملکردهای تفویض شده ۴۷۷
۹-۸-۶- ارجاع و پیگیری ۴۷۷

۹-۸-۶-۱- فرایند پرستاری سلامت عمومی: ارزشیابی ۴۷۷

۹-۹- سناریوی به کارگیری فرایند

پرستاری سلامت عمومی در فعالیت در سطح جامعه ۴۷۸

۹-۹-۱- بررسی جامعه (فرایند پرستاری سلامت عمومی: بررسی) ۸۷۴

۹-۹-۲- تشخیص مربوط به جامعه (فرایند پرستاری سلامت عمومی: تشخیص) ۸۷۴

۹-۹-۳- برنامه فعالیت جامعه (فرایند پرستاری

سلامت عمومی: برنامه‌ریزی بانضمام انتخاب مداخله‌ها) ۹۷۴

۹-۹-۳-۱- تغییر منوی غذایی ۴۷۹

۹-۹-۳-۲- فعالیت‌های کلاسی ۴۷۹

۹-۹-۳-۳- مشارکت خانواده ۴۸۰

۹-۹-۴- برنامه اجرایی در جامعه (فرایند پرستاری سلامت عمومی: اجرا) ۴۸۰

۹-۹-۵- ارزشیابی جامعه و فرایند پرستاری سلامت عمومی: ارزشیابی ۴۸۱

۹-۱۰- سناریوی به کارگیری فرایند

پرستاری سلامت عمومی در فعالیت در سطح سیستم‌ها ۴۸۱

۹-۱۰-۱- فرایند پرستاری سلامت عمومی: بررسی ۴۸۱

۹-۱۰-۲- فرایند پرستاری سلامت عمومی:

تشخیص ۴۸۲

۹-۱۰-۳- فرایند پرستاری سلامت عمومی:

- برنامه‌ریزی (بانضمام انتخاب مداخله) ۲۸۴
- ۹-۱۰-۴- فرایند پرستاری سلامت عمومی: اجرا ۴۸۳
- ۹-۱۰-۴-۱- مشاوره ۴۸۳
- ۹-۱۰-۴-۲- ارجاع و پیگیری ۴۸۳
- ۹-۱۰-۴-۳- حمایت ۴۸۳
- ۹-۱۰-۴-۴- ایجاد سیاست و خط‌مشی ۴۸۳
- ۹-۱۰-۴-۵- مراقبت و رصد ۴۸۳
- ۹-۱۰-۵- فرایند پرستاری سلامت عمومی: ارزشیابی ۴۸۳
- فصل دهم: سلامت محیط ۴۸۵
- ۱۰-۱- اهداف سند مردم سالم ۲۰۲۰ در مورد سلامت محیط‌زیست ۴۹۰
- ۱۰-۲- زمینه تاریخی ۴۹۰
- ۱۰-۳- علوم سلامت (بهداشت) محیط ۴۹۳
- ۱۰-۳-۱- سم‌شناسی ۴۹۳
- ۱۰-۳-۲- اپیدمیولوژی ۴۹۵
- ۱۰-۳-۳- سیستم اطلاعات جغرافیایی ۴۹۶
- ۱۰-۳-۴- رویکردهای چند رشته‌ای ۴۹۷
- ۱۰-۴- تغییر آب‌وهوا ۴۹۹
- ۱۰-۵- بررسی‌های سلامت محیط ۵۰۰
- ۱۰-۵-۱- منابع اطلاعاتی ۵۰۱
- ۱۰-۶- به‌کارگیری فرایند پرستاری در سلامت محیط ۵۰۳
- ۱۰-۶-۱- تاریخچه مواجهه محیطی فردی ۵۰۳
- ۱۰-۶-۲- ابزارهای بررسی سلامت محیط کل جامعه ۵۰۳
- ۱۰-۷- مواجهه محیطی از طریق واسطه‌ها ۵۰۵
- ۱۰-۷-۱- هوا ۵۰۵
- ۱۰-۷-۲- آب ۵۰۹
- ۱۰-۷-۳- زمین و خاک ۵۱۰
- ۱۰-۷-۴- غذا ۵۱۰
- ۱۰-۸- حق دانستن ۵۱۱
- ۱۰-۹- بررسی خطر ۵۱۲
- ۱۰-۱۰-۱- جمعیت‌های آسیب‌پذیر ۵۱۴
- ۱۰-۱۰-۱- سلامت محیط کودکان ۵۱۴
- ۱۰-۱۱- اصل احتیاط ۵۱۹
- ۱۰-۱۲- کاهش خطرات سلامت محیط ۵۲۱
- ۱۰-۱۲-۱- سلسله‌مراتب کنترل بهداشت صنایع ۵۲۲
- ۱۰-۱۲-۲- اطلاع‌رسانی در مورد خطر ۵۲۴
- ۱۰-۱۳- حفاظت محیطی دولتی ۵۲۸
- ۱۰-۱۴- سیاست و حمایت ۵۲۹
- ۱۰-۱۴-۱- عدالت محیطی و نابرابری‌های سلامت محیط ۵۳۲
- ۱۰-۱۴-۲- تهدیدات منحصربه‌فرد سلامت محیط در اثر صنعت مراقبت سلامت: فرصت‌های جدید برای حمایت ۵۳۲
- ۱۰-۱۵- ارجاع به منابع ۵۳۴
- ۱۰-۱۶- نقش پرستاران در سلامت محیط ۵۳۵
- فصل یازدهم: ژنومیک در پرستاری سلامت عمومی ۵۳۹
- ۱۱-۱- ژنوم انسان و اثر تغییرات آن بر سلامت عمومی ۵۴۱
- ۱۱-۲- تاریخچه مختصری از علم ژنتیک ۵۴۲
- ۱۱-۳- DNA و روابط آن با ژنومیک و ژنتیک ۵۴۴
- ۱۱-۳-۱- چالش‌های ژنتیک و آزمایش DNA 547
- ۱۱-۳-۱-۱- مثال موردی اول ۵۴۸
- ۱۱-۳-۱-۲- مثال موردی دوم ۵۵۰
- ۱۱-۴- مسائل کنونی ژنومیک و ژنتیک ۵۵۱
- ۱۱-۴-۱- ملاحظات اخلاقی و قانونی ۵۵۳
- ۱۱-۵- مراقبت سلامت شخصی ۵۵۵
- ۱۱-۶- شایستگی‌ها و مهارت‌های ژنومیکی برای نیروی کار سیستم سلامت عمومی ۵۵۶
- ۱۱-۷- ادغام ژنومیک و ژنتیک در فعالیت پرستاری سلامت عمومی ۵۵۹

- ۱۱-۷-۱- حیطه فعالیت حرفه‌ای: بررسی پرستاری:
 به‌کارگیری/ ادغام دانش ژنتیک و ژنومیک.
 ۰۶۵
- ۱۱-۷-۲- شناسایی ۵۶۰
- ۱۱-۷-۳- ارجاع مددجویان ۵۶۱
- ۱۱-۷-۴- ارائه آموزش مراقبت و حمایت ۵۶۱
- ۱۱-۸- کاربرد و عمل: ترسیم یک شجره‌نامه ۵۶۱
- ۱۱-۹- آینده ۵۶۳
- فصل دوازدهم: اپیدمیولوژی ۵۶۷
- ۱۲-۱- تعریف سلامت و سلامت عمومی ۵۶۹
- ۱۲-۲- تعریف و توصیف‌های اپیدمیولوژی ۵۷۰
- ۱۲-۳- دیدگاه‌های تاریخی ۵۷۳
- ۱۲-۴- مفاهیم پایه در اپیدمیولوژی ۵۷۵
- ۱۲-۴-۱- سنجش ناخوشی، مرگ و میر ۵۷۵
- ۱۲-۴-۱-۱- تناسب‌ها، میزان‌ها و خطر ۵۷۵
- ۱۲-۴-۱-۲- معیارهای سنجش بروز ۵۸۰
- ۱۲-۴-۱-۳- نسبت شیوع ۵۸۲
- ۱۲-۴-۱-۴- مقایسه شیوع و بروز بیماری ۵۸۳
- ۱۲-۴-۱-۵- میزان حمله ۵۸۳
- ۱۲-۴-۱-۶- میزان مرگ و میر ۵۸۴
- ۱۲-۴-۲- مثلث اپیدمیولوژی، شبکه علیت و مدل زیست‌محیطی ۵۸۷
- ۱۲-۴-۳- اپیدمیولوژی اجتماعی ۵۹۰
- ۱۲-۴-۴- سطوح مداخلات پیشگیرانه ۵۹۲
- ۱۲-۴-۴-۱- پیشگیری سطح اول ۵۹۲
- ۱۲-۴-۴-۲- پیشگیری سطح دوم ۵۹۳
- ۱۲-۴-۴-۳- پیشگیری سطح سوم ۵۹۴
- ۱۲-۴-۴-۴- گستره یک مداخله ۵۹۵
- ۱۲-۵-۱- غربالگری ۵۹۵
- ۱۲-۵-۱- پایایی و روایی ۵۹۸
- ۱۲-۵-۱-۱- پایایی ۵۹۸
- ۱۲-۵-۱-۲- روایی: حساسیت و ویژگی ۵۹۹
- ۱۲-۶-۱- مراقبت و رصد بیماری ۶۰۲
- ۱۲-۷-۱- روش‌های پایه در اپیدمیولوژی ۶۰۳
- ۱۲-۷-۱-۱- منابع داده‌ها ۶۰۳
- ۱۲-۷-۱-۲- داده‌های جمع‌آوری شده به‌صورت روتین ۶۰۳
- ۱۲-۷-۲- داده‌های جمع‌آوری‌شده با اهداف دیگر ۶۰۴
- ۱۲-۷-۳- داده‌های اپیدمیولوژیک ۶۰۴
- ۱۲-۷-۲- تعدیل میزان ۶۰۵
- ۱۲-۷-۳- گروه‌های مقایسه ۶۰۷
- ۱۲-۸-۱- اپیدمیولوژی توصیفی ۶۰۸
- ۱۲-۸-۱-۱- شخص ۶۰۸
- ۱۲-۸-۲- مکان ۶۱۰
- ۱۲-۸-۳- زمان ۶۱۱
- ۱۲-۸-۱-۳- روندهای مادی ۶۱۱
- ۱۲-۸-۲- اپیدمی نقطه‌ای ۶۱۱
- ۱۲-۸-۳- الگوهای چرخشی ۶۱۲
- ۱۲-۸-۴- خوشه‌های مرتبط با رویدادها ۶۱۲
- ۱۲-۹-۱- اپیدمیولوژی تحلیلی ۶۱۳
- ۱۲-۹-۱-۱- مطالعات کوهورت ۶۱۳
- ۱۲-۹-۱-۲- مطالعات کوهورت آینده‌نگر ۶۱۳
- ۱۲-۹-۲- مطالعات کوهورت گذشته‌نگر ۶۱۷
- ۱۲-۹-۲- مطالعات مورد-شاهدی ۶۱۸
- ۱۲-۹-۳- مطالعات مقطعی ۶۱۹
- ۱۲-۹-۴- مطالعات زیست‌محیطی ۶۲۱
- ۱۲-۱۰-۱- مطالعات تجربی ۶۲۲
- ۱۲-۱۰-۱- کارآزمایی بالینی ۶۲۲
- ۱۲-۱۰-۲- کارآزمایی‌های اجتماعی ۶۲۳
- ۱۲-۱۱-۱- علیت ۶۲۴
- ۱۲-۱۱-۱- روابط آماری ۶۲۴
- ۱۲-۱۱-۲- تورش ۶۲۵
- ۱۲-۱۱-۳- بررسی رابطه علت و معلولی ۶۲۶

- ۱۲-۱۲- کاربرد اپیدمیولوژی در پرستاری ۶۲۷
- ۱۲-۱۲-۱- اپیدمیولوژی جامعه محور ۶۲۸
- ۱۲-۱۲-۲- اپیدمیولوژی عمومی ۶۳۰
- فصل سیزدهم: پیشگیری و کنترل بیماری های عفونی ۶۳۳
- ۱۳-۱- دیدگاه های تاریخی و کنونی ۶۳۵
- ۱۳-۲- انتقال بیماری های مسری ۶۴۱
- ۱۳-۲-۱- عامل بیماری زاء، میزان و محیط ۶۴۱
- ۱۳-۲-۱-۱- عامل بیماری زاء ۶۴۲
- ۱۳-۲-۱-۲- میزان ۶۴۲
- ۱۳-۲-۱-۳- محیط ۶۴۴
- ۱۳-۲-۲- راه های انتقال ۶۴۴
- ۱۳-۲-۳- ایجاد بیماری ۶۴۵
- ۱۳-۲-۴- گستره بیماری ۶۴۵
- ۱۳-۳- مراقبت و رصد بیماری های مسری ۶۴۶
- ۱۳-۳-۱- عناصر مراقبت و رصد بیماری ۶۴۷
- ۱۳-۳-۲- مراقبت و رصد بیماری جهت عوامل بیوتروریسمی ۶۴۷
- ۱۳-۳-۳- فهرست بیماری های قابل گزارش ۶۴۸
- ۱۳-۴- بیماری های عفونی در حال ظهور ۶۴۹
- ۱۳-۴-۱- عوامل ظهور ۶۴۹
- ۱۳-۴-۱- نمونه هایی از بیماری های عفونی در حال ظهور ۶۵۳
- ۱۳-۵- پیشگیری و کنترل بیماری های عفونی ۶۵۴
- ۱۳-۵-۱- برنامه ریزی به منظور رسیدگی به بیماری های عفونی ۶۵۴
- ۱۳-۵-۲- برنامه های پیشگیری و کنترل ۶۵۴
- ۱۳-۵-۳- پیشگیری سطح اول، دوم و سوم ۶۵۷
- ۱۳-۵-۴- نقش پرستاران در پیشگیری ۶۵۹
- ۱۳-۵-۵- رویکرد چندسیستمی کنترل بیماری ۶۵۹
- ۱۳-۶- عوامل بیماری زای بیوتروریسمی ۶۶۰
- ۱۳-۶-۱- سیاه زخم ۶۶۱
- ۱۳-۶-۲- آبله ۶۶۳
- ۱۳-۶-۳- طاعون ۶۶۵
- ۱۳-۶-۴- تولارمی ۶۶۶
- ۱۳-۷- بیماری های قابل پیشگیری با واکسن ۶۶۷
- ۱۳-۷-۱- برنامه ایمن سازی روتین کودکان ۶۶۹
- ۱۳-۷-۲- سرخک ۶۷۰
- ۱۳-۷-۳- سرخجه ۶۷۳
- ۱۳-۷-۴- سیاه سرفه ۶۷۴
- ۱۳-۷-۵- آنفولانزا ۶۷۶
- ۱۳-۷-۵-۱- پاندمی آنفولانزای H1N1 نوع A 679
- ۱۳-۷-۵-۲- آنفولانزای پرندگان (H5N1) ۱۸۶
- ۱۳-۸- بیماری های منتقله از راه آب و غذا ۶۸۲
- ۱۳-۸-۱- نقش آمادگی به منظور ایمنی غذایی ۶۸۵
- ۱۳-۸-۲- سالمونلوز ۶۸۶
- ۱۳-۸-۳- اشرشیا کلی ایجاد کننده خونریزی روده ۶۸۷
- ۱۳-۹- طغیان ها و پاتوژن های منتقله از راه آب ۶۸۸
- ۱۳-۱۰- بیماری های منتقله از راه ناقلین ۶۸۹
- ۱۳-۱۰-۱- بیماری لیم ۶۹۰
- ۱۳-۱۰-۲- تب راکی ۶۹۱
- ۱۳-۱۰-۳- پیشگیری و کنترل بیماری های منتقله از راه کنه ۶۹۲
- ۱۳-۱۱- بیماری های مسافران ۶۹۳
- ۱۳-۱۱-۱- مالاریا ۶۹۴