

توزیع جغرافیایی تب خونریزی دهنده کریمه کنگو  
و شناسایی نقاط پرخطر در ایران

دکتر احسان مصطفوی، بخش اپیدمیولوژی دانشکده دامپزشکی دانشگاه تهران  
دکتر سعید بکایی، بخش اپیدمیولوژی دانشکده دامپزشکی دانشگاه تهران  
دکتر علی اکبر حق دوست، دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
دکتر محسن مشکات، سازمان دامپزشکی کشور  
دکتر محمد مهدی گویا، مرکز مدیریت بیماریها، وزارت بهداشت  
دکتر محمدرضا شیرزادی، مرکز مدیریت بیماریها، وزارت بهداشت  
دکتر صادق چینی کار، انستیتو پاستور ایران

این تحقیق و در جهت حرکت در راستای ارتقای عدالت سلامت، باید به خطر بالای ابتلای به این بیماری و پایش و ارزیابی برنامه ها در نقاط پرخطر توجه بیشتری شود.

بررسی روند بیماری ایدز در معتادان تزریقی در استان اصفهان و ایران تا سال ۱۳۸۶

دکتر احمد جمشیدی، مدیر مرکز بهداشت شماره یک اصفهان  
مهندس محمدباقر رضاعلی، معاون مرکز بهداشت شماره یک اصفهان

اعتیاد اکنون فراگیرترین معضل اجتماعی ایران است که بر اساس آمار سازمان ملل ۸/۲ درصد جمعیت کشور و بر اساس آمار وزارت بهداشت نزدیک به دو برابر این میزان از مردم کشور را مستقیماً درگیر کرده است. در کشور حدود ۳۰۰ هزار معتاد از روش اعتیاد تزریقی استفاده میکنند که بیانگر خطر جدی بروز همه گیری ایدز در کشورمان است. افرادی که برای تزریق مواد مخدر از سوزن سرنگ مشترک استفاده میکنند شدیداً در معرض ابتلا به عفونت ایدز قرار دارند. شیوع بالای رفتارهای پر خطر جنسی در معتادان تزریقی و گرایش به فحشا برای تامین هزینه مواد احتمال انتقال ویروس ایدز از طریق معتادان تزریقی و شرکای جنسی آنها با سایر افراد جامعه را جدی میکند بنابراین خطر شیوع ایدز در معتادان تزریقی فقط محدود به خودشان نیست بلکه آلودگی ابتلا به شرکای جنسی و فرزندان آنها و در نهایت با سایر گروههای اجتماعی گسترش خواهد یافت. هدف از این مطالعه تعیین روندبیماری ایدز در معتادان تزریقی در استان اصفهان و ایران تا سال ۱۳۸۶ و ارائه راهکارهای پیشنهادی در پیشگیری از شیوع بیماری ایدز در معتادان تزریقی می باشد. این مطالعه به روش مروری و استفاده از آمارهای بیماری ایدز وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، کتب، مقالات، بررسی متون و برنامه های رایانه ای انجام گردیده که منابع و مأخذ معتبر و مستندی در زمینه روندبیماری ایدز در معتادان تزریقی در استان اصفهان و ایران تا سال ۱۳۸۶ مورد بررسی قرار گرفته است. عامل اعتیاد تزریقی در کشورهای آسیای میانه و آسیای شرقی و بویژه ایران همچنان عامل اول ابتلا به ایدز است. معتادان تزریقی ۱۲ تا ۱۳ درصد معتادان کشور، یعنی جمعیتی بالغ بر ۳۰۰ هزار نفر را تشکیل می دهند که از این تعداد حدود ۳۰ هزار نفر معتاد پر خطر هستند. در حال حاضر ۱۶ هزار و ۹۰ نفر ایرانی مبتلا به ایدز شناسایی شده اند و پیش بینی می شود با احتساب موارد شناسایی نشده، تعداد این افراد به ۸۰ هزار نفر برسد در این میان سهم معتادان تزریقی از مبتلایان شناسایی شده ۶۶ درصد برآورد می شود که البته همین آمار نشان می دهد بیشتر قربانیان از راه اعتیاد

تب خونریزی دهنده کریمه کنگو یک بیماری مشترک انسان و دام است که با وجود ایجاد بیماری کشنده در انسان، در دام ها با نشانی بالینی خاصی همراه نیست و موارد انسانی آن از سال ۱۳۷۸ تاکنون در کشور گزارش شده است. از آنجایی که به نظر می رسد که توزیع جغرافیایی تب خونریزی دهنده کریمه کنگو در سطح کشور یکنواخت نیست در این تحقیق ما به دنبال استفاده از اطلاعات بیماران انسانی و آلودگی های دامی موجود برای شناسایی مناطق پرخطر بودیم. اطلاعات از داده های سیستم مراقبت انسانی و دامی کشور استخراج گردید و از اپیدمیولوژی توصیفی و مدل سازی مکانی یکمک نرم افزار Arc GIS استفاده شد. در طی سال های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۶، ۴۲۸ نفر بیمار قطعی تب خونریزی دهنده کریمه کنگو در کشور گزارش شده است که نقاط پر خطر انسانی بیماری بیشتر در شمال استان سیستان و بلوچستان و در استان های اصفهان و تهران بوده است. مناطق غرب، شمال غرب و مرکزی ایران جزء مناطق کم خطر بوده اند. طی این مدت اندازه گیری سرولوژیکی IgG بر روی ۴۵۲۵ رأس دام از ۹۹ منطقه ۲۶ استان کشور نشان دهنده آنتی بادی IgG در ۴۳/۲ درصد از دام های مورد آزمایش (۵۸/۷ درصد از ۲۴۴۷ رأس گوسفند، ۲۵ درصد از ۱۰۹۱ رأس گاو و ۲۴/۸ از ۹۸۷ رأس بز) بوده است و بنظر می رسد که بیماری در اکثر نقاط کشور در جمعیت دامی اندمیک باشد. بیشترین سابقه آلودگی در دام های استان های شمال غرب و شرق و کمترین آن در برخی از مناطق جنوبی کشور دیده شده است. به نظر می رسد که سیر اپیدمیولوژیک بیماری در شمال استان سیستان و بلوچستان بخاطر انتقال انسان و دام های آلوده از کشورهای همسایه با سایر مناطق کشور متفاوت باشد. در این تحقیق کانون های آلودگی دامی در مناطقی از کشور دیده شد که جزء مناطق پرخطر انسانی بیماری بحساب نمی آیند. با توجه به یافته های

سایر روشهای درمان دارویی و غیر دارویی برای سایر معناتان است که توزیع شربت تریاک بین معناتان تریاک کشور یکی از این برنامه ها می تواند باشد و در نهایت توجه به باز توانی، حمایت و کمک به بازگشت معناتان به زندگی سالم نیز باید در این استراتژی مورد توجه دولتمردان و تصمیم سازان کشور باشد .

اثرات خطای طبقه بندی مرگ و میر بر آمار مرگ های ناشی از بیماری های قلبی و عروقی در ایران

دکتر اردشیر خسروی ، پروفیسور آلن لویز، دکتر محسن نقوی، دکتر چله پاتی راو، دکتر ناهید جعفری، پروفیسور ریچارد تیلور

هدف از این تحقیق عبارت بود از بررسی میزان و الگوی خطای طبقه بندی مرگ های ناشی از علل نامشخص و بد تعریف شده حاصل از داده های ثبت مرگ و تصحیح داده ها برای برنامه ریزی و سیاستگذاری نظام سلامت. جزئیات پرونده پزشکی ۱۴۲۶ مرگ بیمارستانی به هفت علل بد تعریف شده و یا مبهم منتسب شده بودند به وسیله پزشکان دوره دیده بررسی شدند و گواهی فوت استاندارد برای آنها تکمیل گردید. علت زمینه ای **Underlying Causes** مرگ که حاصل از بررسی مجدد توسط پزشکان بود با علل مرگ تعیین شده در نظام ثبت مرگ معاونت سلامت مدد مقایسه قرار گرفت. الگوی احتمالی علل مرگ در ایران با آنچه که داده های حاصل از نظام ثبت مرگ بیان می کند. تفاوت های عمده ای دارد. حدود ۸۸ درصد از ۵۸۲ مورد مرگ با تشخیص غیر مشخص در سنین ۶۹-۱۵ سال به علل مشخص شامل بیماری ایسمیک قلب (33%) ، سکته مغزی (13%) و صدمات ناشی از حوادث (10%) . همچنین الگوی مشابهی در مورد ۷۸۳ مورد مرگ در سنین کهنسالی (۷۰ سال و بیشتر) وجود داشت. نسبت قابل ملاحظه ای از مرگ های حاصل از نظام ثبت مرگ به گروه های منتسب می شود که از نظر تحقیقات اپیدمیولوژی و سیاستگذاری سلامتی کم اهمیت هستند. طبقه بندی دوباره این مرگ ها نسبت مرگ های بیماری های قلبی عروقی را ۳۲٪، دیابت را ۶۸٪ و بیماری های مزمن ریوی را ۷۳٪ در صد افزایش می دهد.

بهداشت عمومی در عصر ژنومیک

دکتر اکبر فتوحی  
دکتر آرش اعتمادی  
گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

تزیقی را مردان با اختصاص تعداد ۱۰ هزار و ۶۲۵ نفر از تعداد کل را تشکیل می دهند . بررسی روند بیماری ایدز در معناتان تزیقی در استان اصفهان و ایران نشان میدهد که افزایش درصدمبتلایان به ایدز در معناتان تزیقی در دهه ۷۰ از کمتر ۵۰ درصد به بیش از ۶۶ درصد در ایران و ۷۸ درصد در استان اصفهان رسیده که این سیر با فراز و نشیب های متفاوتی روبرو بوده که در سالهای اخیر روند صعودی داشته بصورتی که در سال ۸۰ در ایران ۶۴ درصد و در استان اصفهان ۷۰ درصد، در سال ۸۱ در ایران ۶۶ درصد و در استان اصفهان ۷۲ درصد، در سال ۸۲ در ایران ۵۸ درصد و در استان اصفهان ۷۷ درصد، در سال ۸۳ در ایران ۶۱ درصد و در استان اصفهان ۷۸ درصد، در سال ۸۴ در ایران ۶۳ درصد و در استان اصفهان ۸۰ درصد، در سال ۸۵ در ایران ۶۵/۵ درصد و در استان اصفهان ۷۸ درصد و در نیمه اول سال ۸۶ در ایران ۶۶ درصد و در استان اصفهان به ۷۸ درصد رسیده است که نشان می دهد که در تمام کشورها میزان شیوع ایدز از طریق اعتیاد تزیقی افزایش پیدا کرده و سپس با رفتارهای جنسی گسترش می یابد. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه و سایر مطالعات اعتیاد تزیقی عامل اول ابتلا به ایدز در استان اصفهان و ایران بوده و روند افزایش داشته که به نظر می رسد کنترل و درمان معناتان تزیقی بزرگترین گام برای مبارزه با ایدز می باشد که معناتان تحت درمان، نیز خود موجب شیوع ایدز بوده و نباید پس از درمان بدون ارائه آموزش بهداشت جنسی آنها را رها کرد، و بسیاری از این افراد علاوه بر اعتیاد، رفتارهای پرخطر دیگری از قبیل رفتارهای ناسالم جنسی دارند . همسران افراد معتاد و یا دارای رفتارهای پرخطر جنسی در معرض شدید ابتلا به ایدز قرار دارند؛ اما از آنجایی که هیچ گونه اطلاع رسانی در مورد مسائل جنسی در جامعه و خانواده ها صورت نمی گیرد، بی شک این زنان از خطر در امان نمانده و راحتی به ویروس ایدز مبتلا می شوند. بر اساس اعلام مسؤولان، سرانه پیشگیری از اعتیاد در ایران تنها ۰/۰۴ دلار است؛ حال آنکه میزان این سرانه در کشورهای توسعه یافته در حدود ۲۰ تا ۳۰ دلار برآورد می شود . باید در درجه نخست مسؤولان در مورد این بیماری آموزش ببینند و باید برنامه های آموزشی پیشگیری از ایدز پیش از هر سریال پریننده و نیز به صورت زیر نویس در این سریال ها پخش شود. مهمترین استراتژی مبارزه با مواد مخدر و تنها راه نجات ایران از معضل اعتیاد جدا کردن معناتان خطرناک و تزیقی از بقیه مردم و پوشش سریع درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین برای ۳۰۰ هزار معتاد تزیقی است . اطلاق لفظ بیمار به معتاد، از بین بردن تابوی اعتیاد و در پی آن شناسایی معناتان و در نهایت توزیع گسترده و برنامه ریزی شده متادون در بین معناتان تزیقی به منظور از بین بردن روش تزیقی از اقدامات موثر در درمان اعتیاد و به دنبال آن کاهش شیوع ایدز در میان معناتان به شمار می رود . مرحله بعد استفاده از

کارشناسان مرکز بهداشت استان مرکزی است. مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است که در آن با استفاده از یک پرسشنامه خودیقایی که بین کارکنان فنی و اداری مرکز بهداشت استان توزیع شده بود اقدام به جمع آوری داده‌ها شد. پرسش انجام شده از کارکنان در مورد انجام مشورت با سایر همکاران در زمینه‌های کاری بوده است. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار EXCEL وارد رایانه شد و توسط نرم‌افزار UCINET (6.186) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. شاخص‌های مورد نظر برای تحلیل شبکه اجتماعی کارکنان در مرکز بهداشت شامل Density، ضریب پراکنندگی و Reciprocity (Clustering Coefficient)، Hierarchy بوده‌اند. از حدود ۵۹ پرسشنامه توزیع شده در بین کارکنان ۵۶٪ به پرسشنامه‌ها پاسخ داده و پرسشنامه‌ها را عودت دادند. شکل گرافیکی شبکه اجتماعی کارکنان مرکز بهداشت استان مرکزی در نمودار ۱ نشان داده شده است. مقدار شاخص‌های اندازه‌گیری شده در مطالعه شامل Density، ضریب پراکنندگی (Clustering Coefficient)، Reciprocity و Hierarchy به ترتیب: ۰/۲۸، ۰/۵۳، ۰/۲ و ۰/۶۷ بوده است. مطالعه شبکه اجتماعی کارکنان مرکز بهداشت استان نشان می‌دهد که به طور کلی کارکنان واحدهای مختلف حوزه معاونت بهداشتی علیرغم ماهیت کاری ارتباط کمی با یکدیگر دارند که این مسئله می‌تواند در طولانی شدن روند کارها و موازی کاری نقش به‌سزایی داشته باشد. نگاهی اجمالی به وضعیت سلامت جامعه مان، واقعیتی تلخ را برای مسئولین بهداشت و سلامت کشورمان روشن می‌سازد و آن اینکه در حال حاضر یک سری اختلالات و عوارض مزمن در جامعه شیوع چشمگیر و روزافزون یافته و هر ساله جان هزاران نفر را در معرض مخاطره قرار می‌دهد.

برآورد شیوع هیپاتیت B در جمعیت عمومی ایران، یک مرور ساختاریافته

دکتر بهزاد حجاریزاده، موسسه سلامت پژوهان نیکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت  
دکتر علی کبیر، موسسه سلامت پژوهان نیکان  
دکتر سید موید علویان، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دکتر مسعود احمدزاد، موسسه سلامت پژوهان نیکان  
دکتر علی اکبر حق‌دوست، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مرکز تحقیقات فیزیولوژی  
دکتر احمد رضا شمشیری، موسسه سلامت پژوهان نیکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت  
دکتر امیر مجید معین‌زاده، موسسه سلامت پژوهان نیکان

پیشرفتهای ژنتیک، شناسایی ژنوم انسانی و آنچه عصر ژنومیک نامیده شده است، به عقیده بسیاری، پزشکی و بهداشت را در قرن ۲۱ دگرگون خواهد کرد. همچنین طی یک دهه اخیر شاهد رشد بسیار شگرفی در روشهای مولکولی و ژنتیکی بوده ایم به گونه ای که کاری را که در دهه قبل یک مرکز علمی بزرگ با آزمایشگاه‌های بسیار عظیم و با پرسنل ورزیده طی چند ماه یا سال انجام میداد، به کمک فناوری‌های پیشرفته همانند میکروآرای (microarray) با کمک یک تکنسین آزموده طی یک بعد از ظهر انجام می‌دهیم. این پیشرفتهای شگرف و قابلیت‌های بدست آمده آن قطعا تاثیرات گسترده ای بر روی سلامت انسان خواهد گذاشت. ترجمه دانش ژنومیک بشر در حوزه سلامت، موجب تغییر تعاریف بیماری‌ها، عوامل خطر آنها و بروز تاکسونومی مولکولی برای بیماری‌ها و سلامت و همچنین بازنگری استراتژی‌های درمان و پیشگیری بیماری‌ها خواهد شد. در پیشگیری از بیماری‌ها، درک بهتر ما از عوامل ژنتیک و تعامل ژنها با محیط، راه‌های جدید و موثرتری را در اختیارمان قرار خواهد داد. با افزایش توانایی‌های ما در ایجاد ابزارهای تهیه و به‌کارگیری اطلاعات ژنومیک هر فرد در خصوص میزان در معرض خطر بودن هر فرد و بکارگیری مداخلات درمانی اختصاصی برای هر فرد (individualized) بر اساس وضعیت اطلاعات ژنومیک وی (genomic-based)، رویکردهای تشخیصی و درمانی جدید در بالین بیمار و در سطح جامعه به سرعت پیشرفت میکنند. این پیشرفت‌ها همچنین مسائلی اخلاقی جدید و همچنین چالشهایی در حوزه اقتصاد بهداشت را مطرح میکنند که نیاز به مطالعه و پاسخگویی خواهند داشت. در این سخنرانی به بررسی اثرات دانش، فناوری‌ها و ابزارهای عصر ژنومیک روی سلامت انسانها، بهداشت عمومی و همچنین اپیدمیولوژی از منظر روش شناسی خواهیم پرداخت.

بررسی شبکه اجتماعی کارکنان در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک

دکتر بابک عشرتی، متخصص اپیدمیولوژی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک  
دکتر احمد مرادی، پزشک عمومی MPH، کارشناس مرکز بهداشت استان مرکزی  
دکتر مهین سادات عظیمی، پزشک عمومی MPH، کارشناس مرکز بهداشت استان مرکزی

اجرای برنامه‌های ارتقای سلامتی فرآیندهای پیچیده‌ای را شامل می‌شود که در آن روابط کارکنان بهداشتی نقش موثری در ارتقای کیفیت و کمیت آنها به‌عهده دارد. هدف از اجرای این مطالعه بررسی شبکه اجتماعی موجود در بین کارکنان و

استانها به همراه شیوع **HBsAg** مثبت گزارش یا برآورد شده در استان شامل گلستان (۶/۳٪)، تهران (۲/۲٪)، آذربایجان شرقی (۱/۳٪)، همدان (۲/۳٪)، اصفهان (۱/۳٪)، کرمانشاه (۱/۳٪) و هرمزگان (۲/۴٪) بودند. جمعیت این ۷ استان در مجموع ۴۰٪ جمعیت کشور را شامل میشود. بر این اساس برآورد شیوع **HBsAg** مثبت در کشور بر اساس اطلاعات حاصل از هفت استان معادل ۲/۱۴٪ و در محدوده اطمینان ۹۵ درصد، ۱/۹۲٪ تا ۲/۳۵٪ میباشد. همچنین شیوع در مردان ۲/۵۵٪ (محدوده اطمینان ۹۵٪، ۲/۲۵٪ تا ۲/۸۵٪) و شیوع در زنان ۲/۰۳٪ (محدوده اطمینان ۹۵٪، ۱/۶۰٪ تا ۲/۴۶٪) است. این مطالعه نشان داد که شیوع **HBsAg** مثبت در کشور بر اساس تقسیم‌بندی سازمان بهداشت جهانی در محدوده متوسط به پایین قرار دارد. همچنین شیوع بر اساس مطالعات جدید در مقایسه با مطالعه سال ۷۹-۱۳۷۸ در دو استان گلستان و همدان بالاتر گزارش شده است.

#### تحلیل هزینه برنامه ایمن‌سازی سراسری هپاتیت B در نوجوانان متولد ۱۳۶۸

دکتر بهزاد حجاریزاده، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت  
دکتر آرش رشیدیان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت  
دکتر علی اکبر حق دوست، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مرکز تحقیقات فیزیولوژی  
دکتر سید موبد علویان، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مرکز تحقیقات گوارش و کبد

به منظور پوشش دهی ایمن‌سازی علیه هپاتیت B در نوجوانان و جوانان تا سن ۲۵ سال، برنامه ایمن‌سازی سراسری هپاتیت B برای متولدین ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۱ در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفته است. اولین برنامه از این سری در سال ۸۶-۱۳۸۵ در سه مرحله برای متولدین سال ۱۳۶۸ انجام شد. تحلیل هزینه صرف شده در این برنامه قطعاً برای برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های سالهای آتی مفید خواهد بود. این مطالعه با هدف برآورد و تحلیل هزینه صرف شده از طرف نظام سلامت کشور در برنامه ایمن‌سازی هپاتیت B برای نوجوانان اجرا شده در سال ۸۶-۱۳۸۵ انجام شده است. این مطالعه تحلیل هزینه با دیدگاه نظام سلامت انجام شد. متغیرهای هزینه‌ای در این مطالعه شامل هزینه‌های مصرفی، هزینه‌های پرسنلی، هزینه تبلیغات، هزینه حمل و نقل و هزینه‌های سرباری بود. اطلاعات لازم برای برآورد هزینه‌های مصرفی، ناظرین ستادی و تبلیغات از اطلاعات جاری مرکز مدیریت بیماریها و مصاحبه با کارشناسان مربوطه بدست آمد. در مورد هزینه‌های پرسنلی

دکتر امید پیرنظر، موسسه سلامت پژوهان نیکان  
دکتر نوشین طالبی‌زاده، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مرکز تحقیقات فیزیولوژی  
دکتر کامران باقری لنگرانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هپاتیت B از موضوعات مهم نظام سلامت کشور بوده بطوریکه علاوه بر واکسیناسیون کشوری نوزادان، برنامه کشوری واکسیناسیون نوجوانان نیز از چند سال گذشته در کشور آغاز شده است. علیرغم این اهمیت متأسفانه نقص زیادی در موجود بودن و یا به روز بودن اطلاعات اپیدمیولوژی این بیماری در کشور وجود دارد بطوریکه از بعد از سال ۱۳۷۹ تاکنون آمار دقیقی از شیوع کشوری هپاتیت B در دسترس نیست هر چند مطالعات پراکنده شهرستانی یا استانی انجام شده است. از آنجاییکه انجام یک مطالعه اولیه کشوری تعیین شیوع، زمان و هزینه بالایی را میطلبد این مطالعه به عنوان یک مطالعه ثانویه با هدف جمع‌آوری اطلاعات حاصل از مطالعات موجود و انجام تحلیل عمیق روی این اطلاعات انجام شده است. این مطالعه یک مرور ساختاریافته (Systematic Review) است که طی آن جستجو برای مطالعاتی که در کشور در محدوده سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ انجام شده و شیوع **HBsAg** مثبت را در جمعیت عمومی یا جمعیت‌هایی با خصوصیات نزدیک به جمعیت عمومی گزارش کرده‌اند انجام شد. منابع جستجوی الکترونیک شامل ۱۲ پایگاه الکترونیک غیر فارسی و ۴ پایگاه الکترونیک فارسی منابع پزشکی و سلامت و منابع جستجوی دستی شامل کلیه مجلات علمی پژوهشی کشور، کتابچه‌های خلاصه مقالات کنگره‌های علوم پزشکی، طرح‌های پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی، گزارشات موجود در معاونت سلامت و کتابخانه شخصی دو تن از اساتید شاخص بود. استراتژی جستجو به گونه‌ای طراحی شد که حداکثر حساسیت را در مراحل اولیه جستجو تأمین کند. پس از انتخاب مطالعات مرتبط، بررسی کیفی با استفاده از ابزار مربوطه انجام شده و به هر مقاله از صفر تا ده نمره داده شد. مقالاتی که حداقل ۶ نمره گرفتند وارد مرحله استخراج اطلاعات و آنالیز شدند. در مرحله آنالیز برآورد کشوری با روش **survey analysis** و با استفاده از شیوع وزن داده شده هر استان محاسبه گردید برای مطالعه هر استان وزنی برابر با نسبت جمعیت استان به حجم نمونه مطالعه در نظر گرفته شد. در استانهایی که بیش از یک مطالعه انجام شده بود، شیوع در آن استان از طریق متاآنالیز شیوع مطالعات مربوطه و حجم نمونه از جمع حجم نمونه‌های آن مطالعات بدست آمد. در نهایت ۱۲ مطالعه که دارای کیفیت قابل قبول و سایر مشخصات لازم بودند وارد آنالیز نهایی شدند. این ۱۲ مطالعه در ۷ استان کشور انجام شده بود که این

دکتر عبدالرضا استقامتی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دکتر امیر مجید معینزاده، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دکتر حقایلی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
آقای زمانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
خانم یقینی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دکتر کامران باقری لنگرانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

واکسیناسیون هیپاتیت B از سال ۱۳۷۲ در برنامه گسترش ایمن سازی (EPI) ادغام شده و از آن سال برای کلیه کودکان از بدو تولد انجام میگیرد. طبق مصوبه کمیته ایمن سازی و کمیته کشوری هیپاتیت B مبنی بر پوشش دهی نوجوانان و جوانان تا سن ۲۵ سال، برنامه ایمن سازی سراسری هیپاتیت B برای متولدین ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۱ در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفته است. اولین برنامه از این سری در سال ۸۶-۱۳۸۵ در سه مرحله برای متولدین سال ۱۳۶۸ انجام شد. این مطالعه با هدف برآورد پوشش برنامه ایمن سازی هیپاتیت B انجام شده در سال ۸۶-۱۳۸۵ در سطح استانی و با استفاده از اطلاعات جاری نظام سلامت کشور انجام شده است. برای برآورد پوشش برنامه ایمن سازی، تعداد افراد واکسینه شده در برنامه در هر استان بر جمعیت کل افراد ۱۷ ساله همان استان تقسیم شد. برای تعداد افراد واکسینه شده از گزارشات ارسال شده از دانشگاه های علوم پزشکی به مرکز مدیریت بیماریها و برای جمعیت پایه از اطلاعات حاصل از سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ استفاده شد. در طی سه مرحله ایمن سازی در این برنامه در مجموع ۳۹۸۳۲۹۱ دوز واکسن هیپاتیت B تزریق شد. در پایان مرحله سوم ۷۰٪ از جمعیت هدف (۴۴/۲٪ تا ۹۶/۱٪ در استانهای مختلف) هر سه دوز واکسن را دریافت کرده بودند. همچنین ۷۴/۵٪ از جمعیت هدف (۵۱/۳٪ تا ۹۹/۹٪ در استانهای مختلف) حداقل دوز واکسن و ۷۸/۳٪ از جمعیت هدف (۵۲/۹٪ تا ۱۰۰٪ در استانهای مختلف) حداقل یک دوز واکسن را دریافت کرده بودند. در ۱۹ استان از ۳۰ استان کشور پوشش دریافت دوز کامل (سه دوز) بالاتر از ۷۰٪ بود. در سه استان کشور پوشش پایین (کمتر از ۵۰٪) گزارش شده بود. پوشش ایمن سازی در دخترها در مقایسه با پسرها به طور معنی داری بالاتر بود (۸۳/۳٪ در دخترها و ۶۸/۷٪ در دخترها؛  $P < 0.001$ ). همچنین پوشش برنامه در مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری به طور معنی داری بالاتر بود (۸۴/۱٪ در دخترها و ۶۸/۷٪ در دخترها؛  $P < 0.001$ ). چهار کوهورت سنی از نوجوانان کشور در طول چهارسال علیه هیپاتیت B واکسینه خواهند شد. پوشش دریافت دوز کامل (سه دوز) در اولین برنامه در کشور ۷۰٪ بوده است که با

تزریق واکسن، ناظرین استانی و واحدهای سیاری، هزینه های مذکور در یک یا چند دانشگاه محاسبه شد و نتایج به کل کشور تعمیم داده شد. برای برآورد هزینه حمل و نقل و هزینه های سرباری از ضرایبی که در راهنماهای سازمان بهداشت جهانی توصیه شده بود استفاده گردید. پوشش برنامه با استفاده از گزارشات دانشگاه های علوم پزشکی کشور محاسبه شد و برای تعیین میزان ایمنی زایی واکسن از مرور منابع استفاده شد. مجموع هزینه صرف شده در سه مرحله این برنامه ۳۱۵،۶۱۵،۸۳ ریال بوده است که از این مبلغ ۲۴٪ صرف هزینه های مصرفی، ۴۲٪ صرف هزینه های پرسنلی، ۳۱٪ صرف هزینه حمل و نقل، ۱٪ صرف هزینه تبلیغات و ۳٪ صرف هزینه های سرباری شده است. با احتساب مجموع هزینه ها، کل هزینه صرف شده به ازای تزریق هر دوز واکسن ۲۱۰۰۰ ریال بوده است. در پایان مرحله سوم ۷۰٪ از جمعیت هدف هر سه دوز واکسن را دریافت کرده بودند. همچنین ۷۴٪ حداقل دو دوز واکسن و ۷۸٪ حداقل یک دوز واکسن را دریافت کرده بودند. با در نظر گرفتن این پوشش ها و با فرض میزان ایمنی زایی ۹۴٪ با دریافت سه دوز، ۸۷٪ با دریافت دو دوز و ۷٪ با دریافت یک دوز واکسن، هزینه صرف شده از سوی نظام سلامت کشور برای ایمن شدن یک نوجوان علیه هیپاتیت B در این برنامه ۶۷۰۰۰ ریال بوده است. آنالیز حساسیت نشان داد که پوشش پایین برنامه (۴۵-۶۶٪)، این هزینه را تا ۸۱۰۰۰ ریال افزایش میدهد و پوشش بالای ۹۰٪ برنامه این هزینه را تا ۶۰۰۰۰ ریال کاهش خواهد داد. طبعاً تغییر میزان ایمنی زایی واکسن نیز بر این مقادیر تاثیرگذار است. هزینه صرف شده برای ایمن شدن یک نوجوان علیه هیپاتیت B در این برنامه در مقایسه با برنامه های مشابه در کشورهای توسعه یافته مانند امریکا بسیار پایین تر است. پوشش مناسب برنامه یکی از علل کاهش این هزینه است. از طرف دیگر هزینه صرف شده برای تبلیغات در این برنامه بسیار ناچیز بوده که با توجه به اهمیت آن در بالارفتن پوشش به ویژه در شهرهای بزرگ، لازم است به آن بیشتر توجه شود.

برآورد پوشش برنامه ایمن سازی سراسری هیپاتیت B در نوجوانان متولد ۱۳۶۸

دکتر سید موید علویان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مرکز تحقیقات گوارش و کبد  
دکتر محمد مهدی گویا، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دکتر بهزاد حجاریزاده، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت

تغذیه و اعصاب و روان که می تواند بر انتخاب غذایی و هضم و جذب و متابولیسم مواد غذایی اثرات قابل توجهی داشته و موجب بروز عوارض شدید عصبی و روحی و یا اختلالات مهم تغذیه ای شود. پ- تحرک جسمی و ورزش که می تواند بر جذب و متابولیسم مواد غذایی موثر بوده و نیز با تحریک ترشح برخی هورمونها، موجب تحریک اشتها نسبت به برخی مواد مغذی و یا بی رغبتی نسبت به بعضی مواد مغذی بشود. به این ترتیب با داشتن آگاهی نسبت به ریشه های مسئله، می توان گامهای موثرتر و مفیدتری در رفع مشکل برداشت. وجود اختلالات مهم و جدی که سلامت جامعه را بشدت در معرض تهدید قرار داده است، چالشی وسیع و همه جانبه را به منظور فرهنگسازی صحیح تغذیه ای و بسیج همگانی جهت حفظ سلامت جامعه، طلب می نماید که خود، عواملی از قبیل افزایش آگاهی تغذیه ای جامعه، تغییر نگرش و باور افراد در ارتباط با تغذیه و رفتارهای تغذیه ای، و اصلاح عملکرد تغذیه ای جامعه را در برمی گیرد.

یک روش ساده برای برخورد با بیش پراکندگی در رگرسیون پوآسون

جعفر حسن زاده - دانشگاه علوم پزشکی شیراز - دانشکده بهداشت و تغذیه - مرکز تحقیقات علوم بهداشتی و تغذیه علی احمدی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد - دانشکده بهداشت

در تعدادی از تحقیقات پزشکی، متغیر وابسته، تعداد یک رخداد است. در صورت نادر بودن پیامد، که در اغلب مطالعات اپیدمیولوژیک این گونه است، یکی از مناسب ترین رویکردها برای تجزیه و تحلیل این گونه داده ها، استفاده از رگرسیون پوآسون است. عملاً این داده ها در مقایسه با مدل پوآسون، بیش پراکندگی دارد. در نظر نگرفتن این موضوع موجب می شود خطای معیار کمتر از مقدار واقعی برآورد شود و در نتیجه حدود اطمینان و سطح معنی داری آزمون ها تغییر یابد. هدف این مقاله ارائه یک روش ساده برای برخورد با پدیده بیش پراکندگی داده های عددی است. برای توضیح این روش، از یک مجموعه داده مربوط به تعداد تشنج در دو گروه در یک دوره زمانی خاص استفاده شده است. ابتدا مدل رگرسیون پوآسون به داده های اولیه (تطبیق نشده) برازش داده شد. سپس با محاسباتی ساده، مقادیر تطبیق شده ی تعداد پیامد و زمان در هر یک از گروه ها ( $t_i^* = t_i / D_i$ ,  $y_i^* = y_i / D_i$ ) محاسبه و مجدداً با استفاده از رگرسیون پوآسون، ضرایب و خطای معیار آنها برآورد گردید. در انتها با استفاده از نرم افزار SAS و با لحاظ کردن ضریب بیش پراکندگی، رگرسیون پوآسون به داده های اولیه (تطبیق نشده) برازش داده شد.

احساس افرادی که در سالهای گذشته و خارج از برنامه فعلی واکسینه شده اند احتمالاً دارد این نسبت به حدود ۹۰٪ برسد. در این برنامه پوشش ایمن سازی در جنس مونث و در مناطق روستایی بالاتر بود در حالیکه ارائه خدمات سلامت به این دو گروه معمولاً از نقاط ضعف نظامهای سلامت در بسیاری از کشورها است.

فرهنگسازی صحیح تغذیه ای، چالشی وسیع و همه جانبه در جهت حفظ سلامت جامعه

دکتر برلیانت بزرگمهر؛ انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور

نگاهی اجمالی به وضعیت سلامت جامعه مان، واقعیتی تلخ را برای مسئولین بهداشت و سلامت کشورمان روشن می سازد و آن اینکه در حال حاضر یک سری اختلالات و عوارض مزمن در جامعه شیوع چشمگیر و روزافزون یافته و هر ساله جان هزاران نفر را در معرض مخاطره قرار می دهد. در رویارویی و چاره جوئی این اختلالات، لازم است تمهیداتی به شرح زیر اندیشیده و به مرحله اجراء درآید: ارزیابی ابعاد مشکل، بررسی اهمیت موضوع، ریشه یابی مشکل، ارائه راه حل، ارزیابی ابعاد مشکل. در ارزیابی ابعاد مشکل، نتایج تحقیقات در کشورمان، شیوع رو به افزایش عوارض ناشی از زیاده خواری یعنی چاقی و اختلالات حاصل از آن را در بین افراد جامعه، حتی کودکان و نوجوانان نشان می دهد. همچنین شیوع برخی بیماریهای مزمن مانند دیابت، عوارض قلبی- عروقی، سرطان و... و مرگ و میر چشمگیر ناشی از آن، موجب نگرانی مسئولین سلامت و بهداشت جامعه شده است. از سوئی دیگر در کنار اختلالات ناشی از زیاده خواری، شاهد سوء تغذیه ناشی از کمبودهای تغذیه ای و عوارض گسترده آن بخصوص در بین گروههای آسیب پذیر هستیم. بیماریهای مزمن ناشی از زیاده خواری و نیز سوء تغذیه ناشی از کمبودهای تغذیه ای و اختلالات ناگوار حاصل از آن موجب کاهش کارآئی و بروز معلولیت در بین افراد جامعه شده و هر ساله جان هزاران نفر را در معرض مخاطره قرار می دهد. این اختلالات و عواقب حاصل از آن در طیف وسیعی از جامعه، اثرات زیانبار و ناگواری را در پی دارد که نتیجه آن ناتوانی، رنجوری، معلولیت و کاهش کارآئی در جامعه شده و نیز از جنبه مادی، بار اقتصادی سنگینی را بر خانواده و جامعه تحمیل خواهد نمود. در بررسی علل و عوامل ایجادکننده مسئله، به فاکتور بسیار مهمی بنام تغییر شیوه زندگی در جامعه بر می خوریم که خود حاصل سه عامل حائز اهمیت است: الف- بروز دگرگونیهای مهم در الگوی غذایی افراد (به علت پدیده Nutrition Transition) ب- تاثیر متقابل

نامطلوب به ترتیب در استان های سیستان و بلوچستان، هرمزگان، خوزستان و لرستان تعیین گردید. همچنین ارزیابی وضعیت سلامت با شاخص مرتبط با وضعیت اجتماعی اقتصادی نشان داد شاخص های جمعیت کودکان زیر ۵ سال و میزان بی سرپرستی کودکان در وضعیت سلامت اثر منفی داشته اند. در ضمن استان هایی که مهاجر پذیر بوده اند از لحاظ وضعیت سلامت در وضعیت مطلوب تری قرار دارند. استان هایی که وضعیت اجتماعی اقتصادی بهتری داشته اند از لحاظ وضعیت سلامت و میزان مرگ و میر کودکان نیز در شرایط مطلوبتری بوده اند لذا توسعه اقتصادی و اجتماعی از عوامل مهم و تاثیر گذار در وضعیت سلامت استان ها محسوب می گردد.

#### روند عدالت در تامین مالی نظام سلامت ایران

دکتر کامران باقری لنگرانی، دکتر علیرضا دلوری، دکتر امیرعباس فضائلی، دکتر عباس وثوق مقدم

هدف از این مطالعه بررسی روند شاخص های مشارکت عادلانه در تامین مالی نظام سلامت ایران طی سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۵ است. با استفاده از داده های طرح نمونه گیری هزینه و درآمد خانوار شاخص های عدالت در تامین مالی نظام سلامت بر اساس متدولوژی معرفی شده از سوی سازمان جهانی بهداشت سنجیده شد. این مطالعه نشان می دهد که وضعیت شاخص مشارکت عادلانه در تامین مالی سلامت (FFCI)، درصد خانوارهای مواجه با هزینه های فاجعه بار سلامت (CatHEXp) و نسبتی از جمعیت که به دلیل هزینه های درمانی در ورطه فقر افتاده اند در مناطق شهری، روستایی و کل کشور، در دوره ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۵ رو به بهبود بوده است. مقدار شاخص های: مشارکت عادلانه در تامین مالی سلامت، درصد خانوارهای مواجه با هزینه های فاجعه بار سلامت و نسبتی از جمعیت که به دلیل هزینه های درمانی در ورطه فقر افتاده اند در سال ۱۳۸۵ در مناطق شهری به ترتیب عبارت بودند از ۰/۸۵۴، ۱/۵۳٪ و ۰/۰۶٪. این مقادیر در مناطق روستائی به ترتیب عبارت بودند از ۰/۸۲۶، ۲/۸۸٪ و ۱/۷۵٪ و در کل کشور مقادیر این شاخص ها به ترتیب عبارت بودند از ۰/۸۳۶، ۲/۲۶٪ و ۰/۰۸٪. این بررسی نشان می دهد مجموعه مداخلات هدف گذاری شده در نظام سلامت سبب بهبود روند وضعیت عدالت در تامین مالی سلامت و نزدیکتر شدن به اهداف تعیین شده در ماده ۹۰ قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور شده است لیکن هنوز شکاف در این شاخص ها بین مناطق شهری و روستائی دیده می شود که نیازمند اصلاح و بازبینی مداخلات و برنامه ها براساس اولویت هاست.

ضریب و خطای معیار سه مرحله مقایسه شدند. نتیجه آنالیز، قبل از تطبیق داده ها عبارت بود از  $B^{\wedge} = 0/341$  و  $SE = 0/17$ . برآورد B بعد از تطبیق داده ها  $0/341$  با خطای معیار  $0/21$  بود. با لحاظ کردن ضریب بیش پراکندگی و استفاده از داده های تطبیق نشده، ضریب و خطای معیار بدست آمده برابر بود با  $B^{\wedge} = 0/341$  و  $SE = 0/22$ . با استفاده از روش ساده توضیح داده شده، خطای معیار (و حدود اطمینان) به مقدار واقعی خود نزدیک می شود. برای انجام این روش نیازی به نرم افزار اختصاصی وجود ندارد.

#### ارتباط میان شاخصهای اجتماعی اقتصادی و شاخصهای سلامت کودکان در استانهای مختلف کشور

دکتر حسین محبوب، استاد گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی همدان  
دکتر غلامحسین صدری، استاد گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی همدان  
مریم فرهادیان، دانشجوی کارشناسی ارشد آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی همدان  
محسن علی آبادی، کارشناس ارشد بهداشت حرفه ای و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرستان

شاخص سلامت و میزان مرگ و میر کودکان از جمله شاخصهای مهم بهداشتی در جوامع مختلف محسوب می شود. بررسی های مختلف نشان دهنده تفاوت شاخص سلامت و میزان مرگ و میر کودکان در استانهای کشور می باشد، بدین جهت که در جوامع در حال توسعه از جمله کشور ما میزان رفاه و دسترسی به امکانات در سطح جامعه توزیع یکنواختی ندارد و از لحاظ اجتماعی نیز تفاوتی قابل ملاحظه ای وجود دارد، هدف از این پژوهش ارزیابی و رتبه بندی وضعیت سلامت کودکان در استان های مختلف کشور و ارتباط آن با شاخص های مختلف اجتماعی و اقتصادی می باشد. در این مطالعه داده های مرتبط با شاخص های سلامت بر اساس اطلاعات آماری مرکز توسعه و ارتقاء سلامت وزارت بهداشت در طرح سلامت و بیماری استان های کشور جمع آوری گردید. با استفاده از روش تحلیل عاملی و محاسبه نمره Z رتبه سلامت در هر یک از استان ها تعیین گردید. با استفاده از رگرسیون چندگانه با توجه به نمره استاندارد شده در اولین عامل تلخیص شده از تحلیل عاملی ارتباط بین وضعیت سلامت کودکان با وضعیت اجتماعی اقتصادی استانها مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج حاصل از بررسی ۴۶ شاخص سلامت و مرگ و میر کودکان در اولین فاکتور تحلیل عاملی نشان داد که به ترتیب استان های تهران، گیلان، سمنان، اصفهان از لحاظ شاخص های سلامت و مرگ و میر در وضعیت مطلوب تری قرار دارند و وضعیت

دسترس نمی‌باشد بهتر است این بررسی در جاهای دیگر نیز انجام گردد.

بررسی کیفیت زندگی و نابرابری در آن در جمعیت عمومی  
تهران با استفاده از پرسش نامه WHOQOL-BREF

دکتر سحرناز نجات: استادیار اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، مرکز تحقیق و توسعه سیاست های دانشگاهی در نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
دکتر علی منتظری: استاد پژوهش، پژوهشکده ی علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی کشور  
دکتر سیدرضا مجدزاده: دانشیار اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
دکتر کوروش هلاکوئی: استاد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
دکتر کاظم محمد: استاد آمار، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

نابرابری در پیامد مهم کیفیت زندگی می تواند نشان دهنده نابرابری در سایر عوامل موثر بر سلامتی باشد. هدف این مطالعه تعیین کیفیت زندگی و نابرابری در آن در مردم شهر تهران است. هم چنین کیفیت زندگی جمعیت تهران با سایر کشور ها مقایسه گردید. با استفاده از نمونه گیری لایه بندی شده پرسش نامه WHOQOL-BREF در ۲۲ منطقه شهرداری تهران توزیع گردید. این پرسش نامه ۲۶ سوال در چهار حیطه سلامت اجتماعی، سلامت روان، سلامت اجتماعی، و سلامت محیط دارد که امتیاز حیطه ها از ۴ تا ۲۰ می باشد و بالا رفتن امتیاز نشان دهنده بهتر بودن کیفیت زندگی در حیطه مربوطه است. نتایج با اطلاعات حاصل از تکمیل این پرسش نامه در ۱۱۸۳۰ نفر از ۲۳ کشور جهان مقایسه گردید. علاوه بر آماره های توصیفی و تحلیلی معمول از شاخص های نابرابری **Gini** و **Concentration Index (CI)** برای امتیاز حیطه ها استفاده شد. از سرانه متر از زیربنای مسکونی به عنوان شاخص اقتصادی استفاده گردید. ۱۱۶۴ نفر پرسش نامه را تکمیل نمودند. میانگین (انحراف معیار) در حیطه سلامت اجتماعی ۱۴/۳ (۲/۶)، سلامت روان ۱۳/۴ (۲/۶)، سلامت اجتماعی ۱۳/۹ (۲/۶)، و سلامت محیط ۱۲/۳ (۲/۴) بود. در هر ۴ دامنه امتیاز مردم شهر تهران به صورت معنی داری کمتر از سایر کشورها بود. قدر مطلق **CI** در هر ۴ حیطه کمتر از ۰/۱ بود. تنها در حیطه سلامت فیزیکی این شاخص

ارتباط امنیت غذایی با چاقی و برخی عوامل خانوادگی مرتبط با آنها در دانش آموزان دبستانی شهر یزد

زهرا کرم سلطانی، دکتر احمدرضا درستی، دکتر ابوالقاسم جزایری، دکتر فریدون سیاسی، دکتر محمدرضا اشراقیان، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

غذا و تغذیه از جمله نیازهای اساسی جامعه بشری بوده و تامین غذای کافی و مناسب برای همه، در مقوله "امنیت غذایی" نهفته است. یکی از آسیب پذیرترین اقشار به هنگام ناامنی غذایی خانوار، کودکان هستند. ضمنا برخی معتقدند ناامنی غذایی خانوار از شیوع چاقی نمی‌کاهد بلکه ممکن است موجب افزایش آن نیز گردد. بنابراین، محققان بر ضرورت بررسی ابعاد گوناگون و اثرات امنیت غذایی بر سلامتی افراد و عوامل موثر بر بروز ناامنی غذایی و چاقی در کودکان تاکید دارند. این مطالعه به منظور تعیین ارتباط بین چاقی و امنیت غذایی در کودکان دبستانی یزد و برخی عوامل خانوادگی مرتبط با آنها در ماههای پایانی سال ۱۳۸۳ انجام گردید. در یک نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای در سطح شهر یزد در سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳ تعداد ۳۲۴۵ دانش آموز ۶-۱۱ ساله (۱۵۸۷ پسر و ۱۶۵۸ دختر) جهت تعیین شیوع چاقی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. از بین آنها، تعداد ۱۸۷ دانش آموز ۹ تا ۱۱ ساله دارای **BMI** بزرگتر یا مساوی صدک ۹۵ مرجع ایرانی حسینی و همکاران، به عنوان افراد چاق (مورد) و همین تعداد دانش آموز هم سن و هم جنس غیر چاق (**BMI** کوچکتر از صدک ۸۵ و بزرگتر از صدک ۱۵ همان مرجع) به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. پرسشنامه امنیت غذایی خانواده (**USDA**) جهت تعیین وضعیت ناامنی غذایی و پرسشنامه عمومی برای کودکان چاق و شاهد پر گردید.

بر اساس یافته‌ها، بین امنیت غذایی و چاقی در کودکان پدران دارای سطح تحصیلات سیکل، ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ( $p = 0/048$ ). همچنین بین امنیت غذایی و چاقی در سطوح شغل آزاد پدر نیز ارتباط آماری در مرز معنی داری مشاهده گردید ( $p = 0/059$ ). بین ناامنی غذایی و چاقی با وضعیت اقتصادی خانوار در سطوح پایین و متوسط ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد ( $P = 0/046$ ). پس از ثابت کردن بعد خانوار، تحصیلات و شغل مادر، بین امنیت غذایی و چاقی کودکان ارتباط آماری دیده نشد.

تحصیلات و شغل پدر و وضعیت اقتصادی به عنوان عوامل مرتبط بین چاقی و ناامنی غذایی شناخته شدند. سایر عوامل ارتباط آماری معنی داری نشان ندادند. از آنجاکه اطلاعات کافی و کاملی در زمینه عوامل مرتبط با امنیت غذایی در

بهداشتی کشوری و منطقه‌ای را می‌طلبد تا امکان تشخیص سریع برای مقابله و کنترل بیماری در شرایط بحرانی و طغیان‌ها فراهم آید.

دانش اپیدمیولوژی و نقش برجسته آن در کاهش نابرابری‌ها  
در سلامت

دکتر عبدالرحیم افخم زاده: متخصص پزشکی اجتماعی  
دانشگاه علوم پزشکی کردستان

نابرابری در سلامت به طور سیستمیک جمعیت‌هایی را که به علت فقر، جنسیت و یا تعلق داشتن به گروه‌های نژادی و قومی یا مذهبی خاص، از نظر اجتماعی غیر برخوردار هستند، از حیث سلامت در وضعیت نامساعدی قرار می‌دهد. امتیازات یعنی ثروت، قدرت و یا شهرت و نفوذ، طبقات اجتماعی را مشخص می‌کند. عدالت در سلامت یعنی فرصت مساوی برای تندرست بودن برای همه گروه‌های جامعه. عدالت در سلامت یعنی نبود تبعیض و تفاوت در سلامت یا مولفه‌های اجتماعی آن. عدالت در سلامت یعنی توزیع منابع و طراحی پروژه‌ها در مسیری که به سمت برابری سلامت در گروه‌های اجتماعی غیر برخوردار با قسمت برخوردار جامعه میل کند. برابری در سلامت، یک مفهوم اخلاقی است بر اساس اصل عدالت در توزیع که جزو حقوق بشر است. پیشرفت عمومی در وضعیت سلامت جهان به وسیله موارد زیادی از اهمال یا نارسایی سیاست‌های اتخاذ شده برای حفظ سلامت مردم، آسیب دیده است. در اینجا به دو مشکل مهم و اساسی که به طور وسیع و گسترده وجود دارند اما مراجع بین‌المللی سلامت کمتر به آنها پرداخته‌اند، اشاره می‌کنیم. اولین و مهمترین مورد، مشخص شدن عدالت به عنوان یک هدف کلیدی در سیاست‌گذاری سلامت می‌باشد. این مسئله هم از جهت اخلاقی و امنیت جهانی مهم است و هم در کاهش مشکلات ناشی از فقر نقش اساسی دارد. دومین نکته، تاکید بر این مسئله است که اگر عدالت به عنوان قسمتی از سیاست‌گذاری‌ها و ارزیابی دستاوردهای علمی و فنی در نظر گرفته نشود، مداخلات نه تنها فاصله طبقاتی را کاهش نمی‌دهد، بلکه باعث عمیق‌تر شدن این شکاف‌ها نیز می‌گردد. امروزه بزرگترین چالش رودرروی جامعه جهانی اطمینان از این مسئله است که دستاوردهای پیشرفت فنی به سرعت و به طور موثری براساس یک مقیاس عادلانه تقسیم شود. در غیر این صورت دستیابی به یک الگوی نیرومند و شفاف برای عدالت میسر نخواهد شد. یکی از علل نابرابری تاسف برانگیز در سلامت در بین کشورها و نیز در داخل کشورها عدم استفاده از دانش اپیدمیولوژی می‌باشد. واضح است که تفاوت‌های موجود در وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ملت‌ها و دولت‌ها ارائه یک راه

منفی بود (۰/۰۰۳۳-). بزرگترین CI مربوط به حیطة سلامت محیطی بود (۰/۰۰۹۷). شاخص Gini از ۰/۰۹۹ (سلامت فیزیکی) تا ۰/۱۱ (سلامت محیطی) به دست آمد. اختلاف امتیاز حیطة‌های کیفیت زندگی میان جمعیت تهران و سایر کشورها می‌تواند نشان دهنده تفاوت واقعی میان کیفیت زندگی مردم این شهر و سایر نقاط جهان باشد. از طرفی توجه به دامنه‌ی سلامت محیط که نابرابری در آن بیش از سایر دامنه‌هاست حائز اهمیت می‌باشد.

اپیدمیولوژی طاعون انسانی و کانون فعال آن  
در ایران (کردستان)

دکتر عارف امیرخانی: دانشیار و رئیس بخش اپیدمیولوژی  
انستیتو پاستور ایران

بیماری طاعون انسانی قدمت بسیار داشته به نحوی که در تورات آمده و تاریخ مدون، به سال ۱۳۲۰ قبل از میلاد از همه گیری آن در فلسطین صحبت داشته است. هدف مطالعه بررسی رونداپیدمیولوژی بیماری طاعون در جهان و ایران مخصوصاً معرفی کانون فعال آن در منطقه کردستان است. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که زادگاه این بیماری فلات مرکزی آسیا بوده و سپس به آفریقا و سایر قاره‌ها سرایت نموده است. در حال حاضر اروپا و استرالیا از طاعون و کانون آن پاک می‌باشند، اما در قاره‌های آمریکا، آفریقا و آسیا کانون‌های طبیعی و دائمی طاعون وحشی وجود دارد و موجب اپی‌زئوسی و اپیدمی‌هایی همراه با مرگ می‌شود. طاعون‌شناسان علت پاک شدن قاره‌های مذکور را پیدایش و تکثیر موش‌های **R.norvegicus** در برابر **R.rattus** و نیز بالا رفتن سطح بهداشت می‌دانند. دکتر تولوزان تاریخچه طاعون ایران را از سال ۹۹۷ تا ۱۸۷۱ میلادی مکتوب کرده است. در فاصله ۱۸۷۱ تا ۱۹۴۷ اپیدمی‌های متعددی در کردستان و خراسان ثبت شده است. بخش همه‌گیری‌شناسی انستیتو پاستور ایران از سال ۱۹۴۷ میلادی مسئول بررسی و کنترل بیماری طاعون در کشور گردید و تا سال ۱۹۶۶ وقوع ۹ مرحله اپیدمی طاعون در کانون کردستان با ۱۵۴ مورد تلفات را گزارش نموده است. از آن زمان تاکنون صرفاً اپی‌زئوسی طاعون هر ۲ تا ۳ سال در جوندگان صحرایی به وقوع می‌پیوندد. کانون طاعون کردستان از صد کیلومتری شمالغرب همدان (با مرکزیت روستای اکینلو) تا نواحی صحرایی بیجار، سنندج و کرمانشاه را دربردارد. نتیجه‌گیری می‌شود با توجه به آتش زیرخاکستر بودن و به دلیل تداوم وقوع اپی‌زئوسی‌ها و احتمال بازپدید بیماری و نیز به دلیل بکارگیری عامل بیماری در بعضی کشورها به عنوان سلاح بیوتروریستی افشانه‌ای لزوم توجه و ضرورت اجرای مطالعات همه‌جانبه و دیده‌وری درباره این مهم توسط مسئولان

بین المللی **EM-DAT** در فاصله زمانی ۱۳۵۰ تا ۱۳۸۶ با معیارهای ثبت حادثه زیر استفاده شد: تعداد مرگ بیش از ۱۰ یا جمعیت تحت تاثیر بیش از ۱۰۰ یا درخواست کمک بین المللی یا اعلام وضعیت اورژانسی. انواع مخاطرات در دو گروه اصلی زمین شناختی و آب و هوایی برای متغیرهای زیر بررسی شدند: محل وقوع، تعداد مرگ و صدمات و جمعیت تحت تاثیر. برآوردها برای فاکتورهای مواجهه و زمان نرمال شد. در دوره زمانی مورد نظر ۱۴۶ مورد بلای طبیعی ثبت شده است که ۷۱ مورد (۴۸,۶٪) مخاطره زمین شناختی و ۷۵ مورد (۵۱,۴٪) مخاطره آب و هوایی بودند. بطور متوسط سالانه ۱۳۶۴ نفر فوت کرده و حدود ۸۰۰۰۰۰ نفر تحت تاثیر بوده اند. مجموع کشته ها ناشی از مخاطرات زمین شناختی ۱۰۵۸۱۱ (۹۶,۷٪) و از مخاطرات آب و هوایی ۳۶۱۷ (۳,۳٪) بود. نسبت مصدومیت به مرگ برای مخاطرات آب و هوایی ۰,۱۸ و برای مخاطرات زمین شناختی ۱,۳۹ بود. روند رو به افزایش مخاطرات آب و هوایی مشاهده میشود ( $P=0.02$ ). پر حادثه ترین استانها عبارت بودند: خراسان، فارس و کرمان. زلزله، سیل و خشکسالی مهمترین بلایای ایران از نظر پیامدهای مرگ، صدمات، جمعیت تحت تاثیر هستند. بانک اطلاعاتی جامع و قابل اطمینانی برای ثبت مخاطرات طبیعی در کشور وجود ندارد. داده ها با تعاریف و فرمت های مختلف بصورت پراکنده در سازمانها با دشواری یافت میشوند. گذشته از ابتکار برنامه توسعه سازمان ملل متحد با عنوان **DesInventar** که در حال اجراست، تنها منبع در دسترس داده های مخاطرات طبیعی ایران، **EM-DAT** است که با محدودیتهایی از قبیل عدم ثبت شدت مخاطره، ثبت غیر دقیق مکان، عدم امکان تفکیک سطح جغرافیایی، موارد ثبت نشده، ثبت مجدد و غیره مواجه است. بر اساس معیارهای تعریف شده، مخاطرات با آسیب های کم ثبت نمیشوند، درحالیکه توجه به اهمیت **Extensive risk** در دنیا رو به افزایش است. عدم توجه به تصمیم سازی مبتنی بر شواهد و حساسیت منابع دولتی به ارائه داده های بلایا از موانع مهم ایجاد بانک اطلاعاتی جامع است. الگوی ایجاد نظام اطلاعات مخاطرات طبیعی در نظام سلامت در این مقاله ارائه میشود و کاربردهای آن مورد بحث قرار میگیرند.

محاسبه شاخص توسعه انسانی برای استانهای مختلف ایران

عبدالکاسم رنسی: عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت  
دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

شاخص توسعه انسانی (**HDI**): این شاخص در سال ۱۹۹۱ توسط سازمان ملل متحد معرفی گردید که براساس این شاخص ها محاسبه می گردد: درآمد سرانه واقعی (براساس

حل واحد را - که برای همه مناسب باشد - غیر ممکن می سازد. بیشتر کارشناسان بر این نظر متفق هستند که نابرابری در سلامت به طور عمده از اجرای نادرست مداخلات سلامت ناشی می شود. بخش عمده ای از بار بیماری در کشورهای با درآمد کم و متوسط به بیماری هایی مربوط است که مداخلات هزینه - اثر بخش برای آنها، از قبل شناخته شده و عملی می باشد. مهم، انتخاب مداخله درست برای یک بیماری معین است. سؤال اینجاست که برای رفع نابرابری و در عین حال حفظ و ارتقای دستاوردهای سلامت چه کاری باید انجام شود؟ آیا اپیدمیولوژی با انجام مداخلات ویژه می تواند باعث تغییر سیاست ها شود و به حل این معضل جهانی کمک کند؟ آیا دانش اپیدمیولوژی می تواند تمامی دانسته های مرتبط و درس های آموزنده و تجربیات بین المللی را در یک جا جمع کند تا سیاست گزاران براساس اطلاعات متناسب با وضعیت ویژه خود تصمیم بگیرند. پاسخ این است که اگر تصمیم گیرندگان سیستم بهداشت و سلامت، چه در سطح ملی، چه برنامه های منطقه ای بزرگ و یا برنامه های منطقه ای محدودتر، اطلاعات اپیدمیولوژیکی را از نظر بار بیماری، مداخلات هزینه - اثربخش و اثر متقابل پیشگیری و درمان، به صورت جدید و به روز داشته باشند، با این اطلاعات می توانند در مورد بار محلی بیماری، منابع و ظرفیت های موجود تصمیم بگیرند، اولویت ها را تعریف کنند و بهترین مداخلات را برای اجرا در موقعیت خودشان، انتخاب نمایند. مدیران سیستم های سلامت، با استفاده از این دانش، بهترین سیستم عملی را برای ارائه مراقبت های بهداشتی، راهکارهایی برای نوآوری، ارتقای کیفیت و حتی استراتژی های غلبه بر محدودیت های سیستم را خواهند یافت. کسانی هم که با تامین منابع مالی مراقبت بهداشتی سروکار دارند، چه مدیریت مالی در سطح ملی یا پیگیری مساعدت های بین المللی، نقش اپیدمیولوژی را در اجرای عدالت در سلامت درک و تقدیر خواهند کرد.

تحلیلی بر اپیدمیولوژی مخاطرات طبیعی در جمهوری اسلامی ایران و منابع داده مرتبط

دکتر علی اردلان، دکتر کورش هلاکویی نایینی، دکتر فرشاد پورملک، دکتر الهام احمدنژاد، دکتر مهدی اصولی

اطلاع از اپیدمیولوژی مخاطرات طبیعی در کشور بلاخیز و آسیب پذیر ایران لازمه هرگونه برنامه ریزی و تحلیل خطر در نظام سلامت است. این در حالیست که تا کنون مقاله علمی به این امر نپرداخته است و منابع داده و/یا بانک های اطلاعاتی موجود با محدودیت های جدی مواجه هستند. این مقاله به بیان اپیدمیولوژی توصیفی مخاطرات طبیعی و تحلیل محدودیتهای منابع داده و راه حل ها می پردازد. از بانک داده

از مدل‌های اپیدمیولوژیک است. در این مطالعه با استفاده از مدل **Markov chain** نشان داده می‌شود که افراد سالم بعد از وقوع یک حمله قلبی چه پیامدهای متفاوتی را تجربه می‌کنند. این مدل با استفاده از نتایج مطالعات مروری داخلی و خارجی پارامتریزه شد. پارامترهای مطالعات خارجی بر اساس موقعیت ایران تطبیق داده شد. در پایان، مدل‌سازی با یک جمعیت فرضی صد هزار نفری بالای ۴۰ سال صورت گرفت. مدل بعد از گذشت ده هزار روز به حالت پایدار رسید. هزینه‌های کلی و به ازای هر نفر در شرایط انجام بازتوانی قلبی و بدون بازتوانی قلبی محاسبه شد. هزینه هر مرگ در اثر سندرم‌های حاد عروق کرونر در شرایط با و بدون بازتوانی قلبی به ترتیب ۳۴۴۶۸ و ۴۲۷۶۸ دلار محاسبه شد. بدین معنی که هزینه هر مرگ در صورت انجام بازتوانی قلبی ۸۳۰۰ دلار کاهش می‌یابد. هزینه کلی سندرم‌های حاد عروق کرونر با و بدون بازتوانی قلبی در جمعیت فرضی مورد مطالعه به ترتیب ۳۲۲۰۰۰ و ۲۶۱۲۰۰۰ دلار در سال می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که راه‌اندازی مراکز بازتوانی قلبی در طول زمان مقرون به صرفه می‌باشد. به نظر می‌رسد اضافه کردن اثر بازتوانی قلبی بر روی کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های غیر مستقیم فایده کلی را که از بازتوانی قلبی متصور هستیم چندین برابر افزایش می‌دهد.

بررسی عوامل تعیین کننده و موثر بر نابرابری سلامت در سه جامعه شهری، روستایی و عشایری: یک مطالعه کیفی

علی احمدی، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد -  
دکتر جعفر حسن زاده، استادیار اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز  
ضرغام حیدری، معاون بهداشتی شبکه شهرستان کوهرنگ

تاریخچه اولین نوشته‌های مربوط به عدالت به سال ۱۸۴۵ میلادی باز میگردد. در سال ۱۹۹۵ سازمان جهانی بهداشت توجه دولت‌ها و سازمانهای جهانی را به موضوع برابری یا عدالت در سلامت معطوف نمود و در سال ۱۹۹۸ تعریف زیر را از بی عدالتی در سلامت ارائه داد «نابرابری در وضعیت سلامت، عوامل خطر یا دسترسی به خدمات تندرستی مابین افراد که غیر ضروری، قابل اجتناب و ناعادلانه باشد». به لحاظ علمی، برابری در سلامت بعنوان تلاش برای حذف نابرابریها در سلامت بین گروه‌های اجتماعی مرفه تر و محروم تر (سلسله مراتب اجتماعی) تعریف میشود. بنابراین مطالعه در زمینه عوامل تعیین کننده سلامت، برای کم کردن شکاف نابرابری سلامت در بین جوامع انسانی و تعیین توزیع مکانی و جمعیتی این عوامل در لایه‌های مختلف جامعه ضروری به نظر

روش شاخص برابری خرید، امید به زندگی (دربدو تولد)، و دسترسی به آموزش (که تابعی از نرخ باسوادی بزرگسالان و میانگین سال‌های به مدرسه رفتن افراد است). مفهوم توسعه انسانی خود گویای آن است که هدف اصلی توسعه بهره رساندن به انسان است. یعنی بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی مردم. مرتبط ساختن شرایط اقتصادی و زندگی انسان کانون توجه توسعه انسانی است. مفهوم توسعه انسانی انسان را در مرکز الگوهای توسعه قرار می‌دهد نه در حاشیه آن همچنین موضوع‌های عمیقی را درباره‌ی ویژگی رشد اقتصادی و چگونگی توزیع آن به میان می‌آورد. استفاده از داده‌های آمار سرشماری ۱۳۸۵ مرکز آمار ایران (برای محاسبه میزان باسوادی و میزان ثبت نام در دوره‌های راهنمای و متوسطه در استانهای مختلف) و آمار وزارت بهداشت (شاخص امید به زنده ماندن در بدو تولد در استانهای مختلف) و بانک مرکزی (میزان تولید سرانه در استانهای مختلف) و سپس محاسبه شاخص توسعه انسانی برای استانهای مختلف ایران و مقایسه با شاخص توسعه انسانی استانهای مختلف در سال ۱۳۷۵. وزارت بهداشت در سال ۸۲، سن امید به زندگی در مردان به ۷۰ و در زنان به ۷۳ سال اعلام کرده است. بالاترین میزان امید به زندگی مربوط به تهران و گیلان و پایین ترین مربوط به سیستان و بلوچستان است. استانهای اصفهان، تهران، مرکزی از وضعیت سلامت مناسبی برخوردارند اما استانهای اردبیل، گلستان، قم و ... از وضعیت سلامت مناسب بی بهره‌اند. در ضمن وضعیت سلامت استانهای خوزستان، سیستان و بلوچستان و کهگیلویه و بویراحمد وخیم است. در نهایت بالاترین **HDI** برای استانهای تهران، اصفهان، یزد، گیلان، فارس و پایینترین **HDI** برای استانهای سیستان و بلوچستان، هرمزگان، کردستان بود.

### Cost benefits of rehabilitation after acute coronary syndrome in iran; using an epidemiological model

دکتر نوشین طالب زاده؛ دانشگاه علوم پزشکی کرمان

با وجودیکه به نظر می‌رسد انجام بازتوانی قلبی هزینه اثربخش بوده و کیفیت زندگی و امید به زندگی بیماران را افزایش می‌دهد، این مراقبتها جز مراقبتهای معمول بیماران دچار سندرم‌های حاد عروق کرونر محسوب نمی‌شوند. علاوه بر این شرکت‌های بیمه به علت عدم اطمینان از اثر بخش بودن، این خدمات را تحت پوشش قرار نمی‌دهند. هدف این مطالعه بررسی قابلیت اجرای راه اندازی مراکز بازتوانی قلبی برای بیماران دچار سندرم‌های حاد عروق کرونر در ایران با استفاده

**بررسی دیدگاه های مردم در مورد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در شهر گناباد**

**علی دلشاد نوغابی:** عضو هیئت علمی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده علوم پزشکی گناباد  
عبدالجواد خواجوی: پزشک عمومی، دانشجوی دکترای مدیریت خدمت بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشکده علوم پزشکی گناباد  
علی عالمی: پزشک عمومی، کارشناس ارشد سلامت بین الملل، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشکده علوم پزشکی گناباد

تفاوت ۴۸ ساله در امید به زندگی بین کشورهای مختلف و حتی تفاوت ۲۰ ساله در داخل برخی از کشورها توجه روز افزون دولتها را به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت معطوف نموده است و سهم ۵۰ درصدی را برای این عوامل در نظر گرفته اند. عوامل آسیب رسان به سلامت مردم بخصوص برای طبقات محروم و کم درآمد به قدری گسترده است که جز با همکاری سازمان های دولتی و غیر دولتی و مشارکت آگاهانه مردم نمی توان به رفع آنها اقدام نمود. کم توجهی به مداخلات پیشگیرانه و ارتقای سلامت از طریق توانمند سازی مردم و جوامع، چالش بزرگی است که نظام سلامت کشور را تهدید می کند. این پژوهش با هدف تعیین عوامل موثر بر سلامت و نیازهای احساس شده از دیدگاه مردم در شهر گناباد انجام شده است. این پژوهش نوعی پژوهش کیفی است که در سال ۱۳۸۵ در شهر گناباد انجام شده است. در این پژوهش ابتدا پس از تقسیم جمعیت ۴۰۰۰۰ نفری شهر به خوشه های ۲۰۰ خانواری، یک نفر نماینده زن و یک نفر نماینده مرد شامل ۱۰۰ نفر بر اساس نمونه گیری غیر احتمالی سهمیه ای انتخاب شدند و سپس با دعوت آنان و برگزاری جلسات بارش افکار و بحث گروهی متمرکز در گروه های ۲۰ نفری، نقطه نظرات آنان در مورد عوامل تعیین کننده سلامت و نیازهای احساس شده آنان در طی ۱۵ جلسه جمع آوری و ثبت گردید. در این پژوهش، پس از جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده و گروه بندی عوامل تعیین کننده سلامت، جمعاً ۲۷۰ عامل موثر بر سلامت به وسیله مردم فهرست شد که از این عوامل ۱۶٪ مرتبط با عوامل فیزیکی محیط زندگی، ۲۶٪ مرتبط با نظام مراقبت بهداشتی درمانی و خدمات سایر بخش های دولتی و ۵۸٪ را عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت بیان کرده اند. مهمترین عوامل اجتماعی موثر بر سلامت از دیدگاه مردم شامل اعتیاد، بیکاری، فقدان حمایت های اجتماعی لازم در بین افراد خانواده و جامعه، استرس ها و تنش های روزمره زندگی و شغلی، فقدان مسکن یا مسکن

می رسد. این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه عوامل تعیین کننده سلامت و نابرابری سلامت در سه جامعه شهری، روستایی و عشایری در استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۶ انجام گردید. این مطالعه یک بررسی کیفی است که از تلفیق (Triangulation) روشهای تحقیق کیفی اتنوگرافی (Ethnography) برای مطالعه فرهنگ و رفتار مردم، گراندد تئوری (Grounded) برای بررسی فرایندهای اجتماعی و بهره گیری از روش فنومنولوژیک برای مطالعه تجربیات زندگی افراد استفاده شده است. شرکت کنندگان در مطالعه به روش مبتنی بر هدف انتخاب گردیده و مشتمل بر افرادی بودند که عرصه زندگی واقعی آنها عشایری، روستایی و شهری بوده و همچنین از نظرات کارشناسان با تجربه کار در این جوامع نیز استفاده گردید. حجم نمونه از طریق به اشباع رسیدن داده ها تکمیل و به ترتیب در جوامع ذکر شده ۲۵، ۳۰ و ۳۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. برای جمع آوری داده ها از روش مشاهده، مصاحبه و بحث گروهی و استفاده از اسناد و مدارک موجود استفاده گردید. تحلیل داده ها طی سه مرحله توصیف، تشخیص و خوشه بندی تمها، خلاصه سازی و تحلیل و نهایتاً تفسیر انجام گردید. عوامل موثر و تعیین کننده سلامت به تفکیک جوامع بررسی شده در جدول زیر آمده است:

جامعه	عوامل موثر بر سلامت و ایجاد نابرابری در سلامت
شهری	طلاق، اعتیاد، زنان و کودکان بی سرپرست، سوانح و حوادث، بیکاری، ترویج فرهنگ سزارین، مهارتهای ناکافی زندگی، سبک زندگی، گرانی مسکن، کمبود سالن های ورزشی بانوان، فقدان خدمات تخصصی درمانی، استرس، پوشش کم بیمه، بومی نبودن مسئولین، درآمد کم
روستایی	اعتیاد، فقر، دسترسی نادرست به خدمات سلامت، حمایت های کم اجتماعی، تغذیه نادرست، نگهداری احشام در محل زندگی، جنسیت، مسکن نامناسب، فقدان رسانه های کاغذی و الکترونیکی، بیکاری، سرمایه گذاری اندک خصوصی و دولتی، بهداشت ضعیف محیط، نامناسب بودن جاده ها و وسائط نقلیه در دسترس، اختلافات سیاسی و چند دستگی مردم، کمبود مدارس دخترانه، نارضایتی از خدمات بیمه
عشایری	سطح آموزش و بیسوادی، فقر، عدم دسترسی به خدمات نظام سلامت، سن کار، تغذیه، مردسالاری، مراسم های عزاداری طولانی برای از دست دادن نزدیکان و پوشیدن طولانی مدت لباس مشکی، فقدان سرپناه، شرایط سخت محیط زندگی، شغل و بیکاری، نارضایتی از بیمه

بر اساس نتایج بالا، این مطالعه آنچه را موجب شکاف و نابرابری در سلامت گردیده، معرفی، و انتظار دارد سیاستگذاران، برنامه ریزان و مدیران با در نظر گرفتن این موارد، زمینه را برای عدالت در سلامت در جوامع فوق فراهم نمایند.

**Analysis** بررسی گردید. در مجموع ۲۲۰ راننده مورد بررسی قرار گرفتند. به ترتیب ۶۷٪، ۵۶٪، ۴۷٪ از افراد مورد بررسی دارای آگاهی، نگرش و عملکرد مناسب در زمینه مقررات راهنمایی و رانندگی بوده اند. پس از حذف اثر متغیرهای مخدوش کننده با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک آگاهی، نگرش و عملکرد رانندگان در زمینه مقررات راهنمایی و رانندگی از نظر آماری دارای ارتباط معنی داری با یکدیگر نبودند. اما ارتباط آگاهی رانندگان مورد بررسی در مورد مقررات راهنمایی و رانندگی با سن آنها و ارتباط متغیرهای تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل و نوع اتومبیل با عملکرد آنها از نظر آماری معنی دار بود.

این مطالعه نشان داد در مجموع عملکرد رانندگان در شهر تهران در زمینه مقررات راهنمایی و رانندگی ضعیف است. با توجه به اهمیت نقش عوامل انسانی در وقوع سوانح و حوادث رانندگی بهترین و با صرفه ترین روش و ابزار در کاهش وقوع این گونه حوادث به کارگیری راهکارها و برنامه های آموزشی و پیشگیرانه است. با استفاده از نتایج چنین تحقیقاتی میتوان به نحو بهتر و هدفمند تری چنین برنامه هایی را طراحی و اجرا نمود و در نهایت نگرش و رفتار و شیوه های زندگی مردم را در زمینه ترافیک ارتقاء داد.

تحلیلی بر روند ده ساله خودکشی در کشور طی سالهای

۱۳۸۴-۱۳۷۵

دکتر علیرضا باهنر: دانشیار اپیدمیولوژی دانشگاه تهران  
دکتر محمد زاهدی اصل: استاد دانشگاه علامه طباطبائی

خودکشی (**Suicide**) به عنوان اقدام آگاهانه ای که در آن فرد با آزار خود به استقبال مرگ می رود از جمله موضوعات مهم در اپیدمیولوژی، جامعه شناسی، روان شناسی و سایر علوم مرتبط می باشد. دورکیم جامعه شناس شهیر فرانسوی در مطالعات خود به نقش نیروهای اجتماعی نظیر همبستگی اجتماعی و وجدان اخلاقی در اقدام به خودکشی اشاره نموده و بر این اساس به شرح چهار نوع خودکشی پرداخته است. تا قبل از بررسی علمی این پدیده، از آن به عنوان یک جرم یاد می شد ولی امروزه نه تنها به قربانیان خودکشی همانند یک مجرم نمی نگرند، بلکه در بسیاری از کشورها توجه ویژه ای به این پدیده در مجموعه مراقبت های بهداشتی نیز به عمل می آید. با توجه به اینکه بررسی های اپیدمیولوژیک خودکشی در ایران محدود می باشد، بررسی حاضر با هدف بررسی روند ده ساله، مقایسه استان های مختلف و انگیزه های اقدام به خودکشی انجام شده است. داده های این تحقیق بر اساس موارد اعلام شده توسط معاونت اجتماعی نیروی انتظامی فراهم آمده است و آنالیز های لازم نیز با استفاده از نرم افزار

نامناسب، کمبود اعتماد و امنیت در جامعه، کم توجهی به آموزش های مناسب در سنین مختلف و یا بحران ها، سبک و شیوه نا سالم زندگی، تغذیه نامناسب، وجود باورها و سنتهای مغرب سلامت در بین مردم، مدیریت ضعیف و گاهی اوقات غیر مرتبط در بعضی سازمان ها، کم توجهی سایر ادارات به امر سلامت و ... را نام برد که این عوامل در گروه های مختلف دسته بندی و بر اساس نظر مردم اولویت بندی گردیده است. این پژوهش نشان داد بر خلاف پژوهشگران دانشگاهی که اولویت شان بیشتر معطوف به بار بیماری در جامعه است مردم دید جامع تری نسبت به مسائل اجتماعی مرتبط با سلامت داشته و بیشتر به عوامل خطر موثر در ایجاد بیماری توجه دارند و احتمالاً دغدغه آنان در مورد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت بیش از سیاستگذاران است. شناخت مردم از عوامل موثر بر سلامت، زمینه مشارکت و همکاری آنان را در حل معضلات مربوط به سلامت به دنبال دارد. لذا با توجه به مواردی چون شیوه زندگی، کیفیت زندگی و اتکا به مردم توانمند می توان به رفع چالشهای نظام سلامت کشور کمک نمود.

بررسی آگاهی نگرش و عملکرد رانندگان وسایل نقلیه در  
زمینه مقررات راهنمایی و رانندگی در شهر تهران

دکتر مسعود یونسیان، علی مرادی

یکی از شایعترین سوانح و حوادث، تصادفات جاده ای و ترافیکی است که سالانه جان بسیاری از مردم را در جهان به خطر می اندازد. در کشور ما نیز این مسأله به صورت یک معضل و مشکل ویژه بهداشت و سلامت جامعه در آمده است. و این در حالی است که ایران به لحاظ تصادفات و سوانح جاده ای و ترافیکی به عنوان یکی از کشورهایی که دارای بیشترین موارد تصادف و مرگ و میر ناشی از آن است معرفی شده است. عوامل انسانی به ویژه عملکرد رانندگان یکی از مهمترین علل سوانح رانندگی است. این مطالعه به منظور تعیین سطح آگاهی، نگرش و عملکرد رانندگان در مورد مقررات راهنمایی و رانندگی در شهر تهران انجام گرفت. مطالعه حاضر بصورت مقطعی بر روی ۲۲۰ نفر از رانندگان وسایل نقلیه در شهر تهران انجام شده است. نحوه نمونه گیری بصورت خوشه ای بود. هر خوشه مشتمل بر ۱۰ راننده متوالی که از یک محل مشخص عبور می کردند در نظر گرفته شد. برای تعیین ارتباط متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و در صورت لزوم از شاخص **OR** و حدود اطمینان آن استفاده شد. **Reliability** سؤالات در هر حیطة با استفاده از شاخص آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت. **Construct Validity** سؤالات در هر حیطة با استفاده روش **Principal Components**

کردستان می باشد. این افراد در ۵ گروه سنی (هر گروه شامل حدود ۲۰٪ از کل رکوردها)، مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه گیری بصورت تصادفی ترکیبی خوشه ای و طبقه بندی شده بوده که از تعداد برآورد شده ۲۵۰۰ نفر، پس از بررسی و حذف داده های مخدوش، تعداد ۲۲۳۱ رکورد دارد مطالعه شدند. عوامل خطر مورد بررسی در این مطالعه شامل جنس، سن، کلسترول تام، HDL کلسترول، فشار خون بالا و مصرف دخانیات بود. از میان ۲۲۳۱ نفر مورد مطالعه ۴۹/۶۶٪ مرد و ۶۱/۶٪ کل افراد ساکن مناطق شهری بودند. عامل خطر مصرف دخانیات در ۳۳/۹٪ از مردان و ۷/۱٪ از زنان وجود داشت. کلسترول تام بالاتر از ۱۶۰ mg/dl در ۶۶/۹٪ از مردان و ۷/۱٪ از زنان، HDL پائین تر از ۴۰ mg/dl در ۳۷/۳٪ از مردان و ۲۴/۳٪ از زنان و SBP (فشار خون بالای سیتولیک) در ۱۷/۸٪ از مردان و ۱۹/۸٪ از زنان ( $P < 0/001$ ) وجود داشت. خطر ۱۰ ساله کمتر از ۱۰٪ در مردان ۷۲/۷٪ و در زنان ۹۷/۶٪ ( $P < 0/001$ )، خطر ۱۰ تا ۲۰٪ در مردان ۲۵/۱٪ و در زنان ۲/۲٪ ( $P < 0/001$ ) و خطر بالاتر از ۲۰٪ (معادل CHD) نیز در مردان ۲/۳٪ و در زنان ۰/۲٪ ( $P < 0/001$ ) بود. این میزان ها به تناسب افزایش سن افزایش معنی داری را نشان میدهند ( $P < 0/001$ ). شیوع عوامل خطر اصلی بیماری عروق کرونر در استان کردستان بنظر بالا است، که با تعمیم نتایج به کل جمعیت استان نتایج بدست خواهد آمد که بیانگر بالا بودن نسبی احتمال ابتلای به بیماری عروق کرونر در این استان در طی ۱۰ سال آینده خواهد بود. این مطلب نیاز به شروع اقدامات گسترده پیشگیرانه برای کاهش بار این بیماری را در ده سال آینده بوضوح بیان می نماید.

بررسی سیمای اپیدمیولوژیک بیماری بروسلوز در استان  
گیلان از سال ۱۳۸۱ لغایت ۱۳۸۵

علیرضا رسایی: کارشناس مسئول مبارزه با بیماریهای واگیر  
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان  
دکتر سید محمود رضوانی: مدیر گروه پیشگیری و مبارزه با  
بیماریها  
فرهاد ماهریکاردان: اداره مبارزه با بیماریها  
زهرا بابازاده گشتی: مسئول خدمات ماشینی منطقه ۶ بیمه  
آسیا

بروسلوز یکی از شایع ترین بیماریهای مشترک بین انسان و دام با انتشار جهانی است. این بیماری ناتوان کننده یک بیماری شغلی است و نزد کسانی که با حیوانات و یا بافت های آلوده کار می کنند مشاهده میشود که مشکلات فراوانی در بهداشت، طب عفونی، سلامت جامعه و نیروی کار ایجاد کرده و بدلیل سقط جنین در بین دامها و کاهش محصولات دامی به

**Excel و SPSS** انجام شده است. یافته ها: میزان بروز خودکشی در سال ۱۳۷۵ برابر ۴/۶۹ نفر در صد هزار جمعیت بوده است (۲۸۱۸ نفر) که در سال ۱۳۸۴ به ۶/۱۱ رسیده است (۴۱۸۶ نفر). متوسط تعداد سالیانه موارد خودکشی در این دوره ۲۲۳۴ نفر (۵۲۸±) بوده است. افزایش میزان بروز خودکشی در مردان به طور قابل توجهی (۲/۵۶ به ۳/۹) بیشتر از زنان (۲/۱۳ به ۲/۲۱) بوده است. علیرغم اینکه موارد منجر به مرگ در مردان بیشتر می باشد، ولی اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان بوده است. اختلافات خانوادگی بیشترین انگیزه اقدام به خودکشی اعلام شده است. مقایسه استان های مختلف و گروه های سنی به تفکیک دو جنس، نیز حاکی از یافته های ارزشمندی در اپیدمیولوژی خودکشی در ایران می باشد. با توجه به اینکه آمار های مربوط به خودکشی در اغلب کشور های جهان کمتر از مقدار واقعی گزارش می گردد و میزان این کم گزارش دهی ممکن است از کشوری به کشور دیگر و یا حتی از شهری به شهر دیگر متفاوت باشد، لزوم توجه جامع به جنبه های مختلف این پدیده و اجرای مطالعات تحلیلی برای شناسایی دقیق عوامل خطر آن ضروری می باشد.

برآورد خطر ۱۰ ساله ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب و شیوع  
فاکتورهای خطر مرتبط در بالغین ۲۰ تا ۶۴ ساله استان  
کردستان - ۱۳۸۴

دکتر علیرضا دلاوری: متخصص بیماریهای داخلی، استادیار  
مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر قباد مرادی، دستیار اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی  
تهران  
سیامک علیخانی، کارشناس ارشد، مرکز مدیریت بیماریها،  
معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش  
پزشکی، تهران  
دکتر آرش پولادی، پزشک عمومی، کارشناس آموزشی مرکز  
مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، سندج  
دکتر نادر اسماعیل نسب، اپیدمیولوژیست، استادیار دانشگاه  
علوم پزشکی کردستان، سندج.

امروزه در کشورهای در حال توسعه، بیماریهای قلبی - عروقی یکی از شایعترین بیماریها است و در این میان بیماری عروق کرونر قلب شایعترین علت مرگ و میر در افراد مسن می باشد. مطالعات علمی و تایید شده فرامنیکهام در مورد عوامل خطر CHD منجر به معرفی ابزار پیشگویی کننده میزان خطر ۱۰ ساله این بیماری شده است. این مطالعه به منظور شناسایی میزان شیوع عوامل خطر و برآورد خطر ده ساله این بیماری طراحی و اجرا شده است. جامعه آماری این مطالعه مقطعی (Cross-Sectional)، افراد بالغ ۲ تا ۶۴ ساله استان

دکتر مریم قنبریه‌ها، اتولوژیست دهان و فک و صورت،  
استادیار دانشکده دندان پزشکی زاهدان

ارتباط مستقیم سواد و وضعیت سلامت در مطالعات مختلف مورد تاکید قرار گرفته است. استان سیستان و بلوچستان از پائین ترین شاخصهای سلامت در کشور برخوردار است. سواد یکی از شاخصهای مهم توسعه انسانی به شمار می رود. نتایج این مطالعه نشان دهنده وضعیت سواد و تفاوت‌های موجود در منطقه در این زمینه می باشد. در این مطالعه توصیفی مقطعی در تابستان ۱۳۸۶، تعداد ۵۵۰ فرد (به طور مساوی از هر دو جنس) ۳۰ تا ۴۹ ساله به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای و به صورت خانه به خانه از شهرهای زاهدان، خاش، ایرانشهر، سرباز و چابهار انتخاب شدند. این مطالعه به منظور بررسی وضعیت دهان و دندان مردم انجام و اطلاعات از طریق پرسشنامه و مصاحبه توسط دانشجویان دندانپزشکی تکمیل شد. میانگین سن ۳۸/۴ سال، ۷۴٪ بلوچ، میانگین تعداد افراد خانواده ۷، ۶۵٪ درآمد کمتر از ۲۰۰ هزار تومان داشتند. بطور کلی ۳۷٪ از افراد مورد مطالعه بی سواد بودند که از آنها ۶۶٪ زن و ۳۴٪ مرد بودند. میانگین، میانه و نمای تعداد کلاسهای اتمام یافته زنان به ترتیب ۳/۵، یک و صفر بود. فقط ۱۳٪ زنان سواد دیپلم و بالاتر داشتند. در حالی که در مورد مردان میانگین، میانه و نما به ترتیب ۶/۲، ۵ و صفر بود و ۲۴/۵٪ آنان سواد دیپلم و بالاتر داشتند. بی سوادی در زنان این گروه سنی حدود سه برابر مردان با  $(OR=2.9)$   $(95\%CI; 2.04-4.19)$  می باشد. بی سوادی در قوم بلوچ حدود ۶/۵ برابر سایر اقوام با  $(OR=6.4)$   $(95\%CI; 3.7-10.9)$  بود. بی سوادی در افراد کم درآمد (درآمد کمتر از ۲۰۰ هزار تومان) حدود ۱۲ برابر گروه با درآمد بالا بود  $(OR=11.9)$   $(95\%CI; 6.9-20.8)$  بود. نتایج مطالعه حاکی از بالا بودن بی سوادی در منطقه و تفاوت‌های قابل توجه سواد در جنس، قومیت و درآمدهای مختلف می باشد. لذا لزوم توجه به حل مشکل بیسوادی با یک بسیج همگانی در منطقه با همکاری همه اقشار توصیه می شود.

نابرابری اقتصادی اجتماعی در شمال و جنوب تهران و تاثیر آن بر مصرف سیگار در نوجوانان ۱۵-۱۳ ساله

فاطمه رضایی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی  
دکتر سحرناز نجات، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه آمار و اپیدمیولوژی

دامداری و اقتصاد کشور نیز لطمه وارد می آورد. بدیهی است قطع حلقه انتقال بیماری به انسان در گروه سلامت دام و رعایت موازین بهداشتی و این دومنوط به آموزش جامعه و اجرا راهکارهای کنترلی مناسب است. در این بررسی که با هدف شناخت مناطق و شهرستانهای آلوده انجام شده تعداد ۲۶۹ مورد بیماری مورد ارزیابی قرار گرفته و تجمع بیماری در گروههای سنی و منطقه جغرافیایی تعیین گردید که می توان در جهت تقویت و تحکیم هماهنگی های بین بخشی در اجرای راهکارهای اساسی مثل ایمنسازی دامها، کشف و جدا سازی و کشتار دامهای آلوده، جلوگیری از جابجایی دامها از مناطق آلوده و انجام آموزشهای عمومی اقدام نمود. این بررسی به روش توصیفی انجام شد. کلیه گزارشات سالهای ۸۱ لغایت ۸۶ به تفکیک شهرستانها جمع آوری و تجزیه و تحلیل گردید و شهرستانهای آلوده شناسایی، فراوانی بیماری در آن شهرستانها به تفکیک روستا های آلوده مشخص شدند. از ۲۶۹ مورد بررسی شده در طی ۶ سال در مجموع ۸۱/۳٪ آن روستایی و ۱۸٪ شهری بوده اند. در سال ۱۳۸۱ از تعداد ۷۱ مورد ابتلاء ۶۳ مورد در مناطق روستایی اتفاق افتاده و اکثریت موارد ابتلاء را مردان با نسبت ۶۰/۵٪ تشکیل می دادند. در سال ۸۲ تعداد مبتلایان به این بیماری با توجه به انجام ایمنسازی دامها در مناطق مختلف استان به ۴۱ مورد رسید که ۷۰/۷٪ آن روستایی و ۵۶٪ آن را مردان تشکیل میدادند. از آن پس در سالهای ۸۳ لغایت ۸۶ به ترتیب ۴۰، ۴۵، ۳۸ و ۳۴ مورد بیماری ثبت شده است. هر ساله بیشترین موارد بیماری در استان مربوط به شهرستان رودسر بوده که حدود نیمی از موارد را به خود اختصاص داده است. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۵۰ سال به بالا بوده است. با توجه به برقراری و تقویت سیستم مراقبت و نظارت مؤثر در کنترل بیماری در سالهای اخیر در سطح استان و تأثیر آن در کاهش موارد ابتلاء بنظر می رسد تقویت و تدویم هماهنگی های بین بخشی بهداشت و اداره دامپزشکی در جهت استفاده از امکانات موجود و برنامه ریزی صحیح مشترک در جهت آموزش دامداران در ارتباط با چگونگی برخورد با دامها و چنین سقط شده، عدم مصرف شیر خام و انجام واکسیناسیون فراگیر دامها و رعایت مقررات بهداشتی و قرنطینه ای در قطع سریع تر سیکل بیماری در دام و کاهش قابل ملاحظه تعداد مبتلایان انسانی به بیماری تب مالت بسیار موثر می باشد.

نابرابری در وضعیت سواد گروه های سنی ۳۰ تا ۴۹ ساله استان سیستان و بلوچستان، سال ۱۳۸۶

دکتر فاطمه رخشانی، دکترای آموزش بهداشت، دانشیار دانشکده بهداشت زاهدان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت

روند بیماری مالاریا طی سالهای ۸۰-۸۵ در ایران

دکتر احمد رئیسی، فاطمه نیک پور، دکتر منصور رنجبر، لیلیا فرجی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
مرکز مدیریت بیماریها اداره کنترل مالاریا

مالاریا یکی از مهم ترین مشکلات بهداشتی کشورهای گرمسیر و نیمه گرمسیر محسوب می شود. سالانه ۳۰۰-۵۰۰ میلیون نفر به این بیماری مبتلا شده که ۲ تا ۳ میلیون نفر از آنان که عمدتاً کودکان و زنان باردار هستند، جان خود را از دست می دهند. در حال حاضر مالاریا مهم ترین بیماری انگلی کشور ایران است که خوشبختانه انتقال محلی فقط در جنوب شرقی آن وجود دارد. این مطالعه از نوع گذشته نگر و توصیفی است که بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک ۵ ساله بیماری را با استخراج اطلاعات از فرم های گزارش ماهیانه مالاریا که توسط معاونت بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور به اداره کنترل مالاریا مرکز مدیریت مالاریا ارسال شده است. میزان موارد مثبت در سال ۸۰، ۱۹۱۲۹ مورد بوده و در سال ۸۵ موارد به ۱۵۸۶۹ تغییر یافته است میزان بروز ۳۰ درصد هزار نفر در سال ۸۰ بوده است و به ۲۰ درصد هزار در سال ۸۵ کاهش یافته است. که اکثر موارد بیماری به سه استان جنوب شرقی معطوف گشته است در سال ۸۰، ۶۱٪ از موارد به این سه استان تعلق داشته و در سال ۸۵ به ۹۲٪ افزایش یافته است. ۴۱٪ درصد از کل موارد بیماری در سال ۸۰ مربوط به استان سیستان و بلوچستان بوده است که در سال ۸۵ به ۵۲٪ تغییر یافته است. تعداد کل موارد مثبت مالاریا از سال ۸۵ نسبت به سال ۸۰، ۱۲٪ کاهش داشته است و درصد موارد فالسیپارم با سیر نزولی، ۱۳/۴٪ سال ۸۰ به ۶٪ در سال ۸۵ تغییر یافته است که با وجود شرایط جغرافیایی نامستعد استان های جنوب شرقی که مجاور افغانستان و پاکستان قرار گرفته اند نشان دهنده تاثیر فعالیتهای سیستم بهداشتی در مهار بیماری است علت کاهش موارد فالسیپارم را می توان به بهبود وضعیت تشخیص و درمان به خصوص تاسیس قابل توجه آزمایشگاه های تشخیص مالاریا دانست. به طور کل می توان گفت بیماری مالاریا در کشور ایران با حمایت های بالای سیاسی و عملکرد صحیح کارکنان شاغل در سطوح مختلف نظام بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی جنوب شرقی در آینده ای نه چندان دور قابل حذف می باشد قطعاً تاثیر منفی مالاریای کشور پاکستان را هرگز از ذهن دور داشت. بدون شک این مهم در استان سیستان و بلوچستان که بیشترین تاثیر پذیری از مناطق مجاور مرزی ایالت بلوچستان پاکستان را با خود به همراه دارد تا بهبود کیفی فعالیتهای برنامه کنترل مالاریا در آن کشور میسر نخواهد بود.

دکتر بنفشه گلستان، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه آمار و اپیدمیولوژی  
دکتر سید رضا مجدزاده، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه آمار و اپیدمیولوژی

مصرف تنباکو در جهان به «بیماری اطفال» و «اپیدمی اطفال» منسوب شده است. آمارها نشان می دهد که مصرف تنباکو در میان دانش آموزان ۱۵-۱۳ ساله بیشتر از ۱۰٪ است. به علاوه حدود یکی از هر چهار نفر دانش آموزان (۱۵-۱۳ ساله) که سیگار می کشد، قبل از ۱۰ سالگی برای اولین بار سیگار کشیدن را آغاز کرده اند. مقابله با این چالش و مهار استفاده از تنباکو به خصوص در نوجوانان یک نیاز ضروری است. هدف این بررسی نابرابری اقتصادی اجتماعی در شمال و جنوب تهران و تاثیر آن بر مصرف سیگار می باشد. یک مطالعه مورد شاهدهی **matched** شده با نمونه گیری **snowball** بر روی ۴۰۰ دانش آموزان ۱۵-۱۳ ساله که در زمان بررسی در پارک حضور داشتند، می باشد. به ازای هر مورد یک کنترل انتخاب شد. موردها و شاهدها بر اساس سن، رابطه دوستی و وضعیت اقتصادی اجتماعی با هم همسان شدند. ابتدا شش فرد ۱۵-۱۳ ساله سیگاری را به تفکیک در پارک شمال و جنوب شهر انتخاب نموده و از آنها خواسته شد تا یک دوست سیگاری خود را به عنوان مورد جدید و یک دوست خود را که هرگز سیگار مصرف نکرده است به عنوان شاهد معرفی نماید. پرسشگران آموزش دیده و راهنمای پرسشگری در اختیار آنها قرار داده شد. پرسشنامه تهیه شده برای ۱۰۰ مورد و ۱۰۰ شاهد به تفکیک در شمال و جنوب تهران تکمیل گردید. نتایج این بررسی نشان داد که در شمال تهران سرمایه اجتماعی ( $P:0.001$ )، سن ( $P:0.002$ )، ترک منزل بعد از دعوا ( $P:0.02$ )، پول جیبی ماهیانه ( $P:0.004$ )، سیگاری بودن پدر ( $P:0.02$ ) و بیش فعالی ( $P:0.005$ ) و در جنوب تهران سیگاری بودن پدر ( $P:0.04$ ) با سیگار کشیدن رابطه آماری معنی داری دارد. با توجه به آسیب پذیری نوجوانان و بار بهداشتی و اقتصادی ناشی از استعمال سیگار، عدم استعمال سیگار توسط والدین، بالا بردن سطح سرمایه اجتماعی، رابطه صحیح والدین با فرزندان، پرداخت پول جیبی ماهیانه متعادل و مناسب به فرزند، درمان مشکلات مشکلات روانشناختی فاکتورهای موثری بر کاهش استعمال سیگار در نوجوانان ۱۵-۱۳ ساله می باشند. لذا از آنجا که عوامل موثر بر مصرف سیگار در شمال و جنوب تهران متفاوت می باشد نیاز به اجرای برنامه های مداخله ای متفاوت جهت کاهش استعمال سیگار در این دو منطقه می باشد.

بررسی اپیدمیولوژیک خشونت و اقدام به خودکشی در استان  
آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۶

فریده حیدرلو، سعید پوردولتی، دکتر مهران سیف فرشد، دکتر  
ملیحه طالبی، دکتر مهرداد نقی زاده گلزاری

خودکشی و اقدام به خودکشی یک مسئله مهم بهداشت عمومی بوده و رفتاری ضد اجتماعی است که علاوه بر زیانهای شخصی و خانوادگی، زیان اجتماعی نیز تلقی می شود. خودکشی بین ده علت شایع مرگ در دنیا قرار دارد. خودکشی و تفکر خودکشی بیشتر در نوجوانان و جوانان دیده شده است. بطوریکه خودکشی سومین علت مرگ و میر در گروه سنی ۳۰-۲۱ سال بعد از سوانح و حوادث و قتل می باشد.

سالانه یک میلیون نفر در جهان خودکشی می نمایند و در مقابل هر خودکشی تخمین زده می شود که بیش از ۳۰ اقدام غیر مهلک خود آزاری روی می دهد. ۱۰ تا ۱۸ درصد جمعیت عمومی فکر خودکشی و ۳ تا ۵ درصد اقدام به خودکشی در طول عمر داشته اند. جراحات و خشونت ۱۴/۵٪ از بار بیماریها را در کشورهای در حال توسعه یافته و ۱۵/۲٪ را در کشورهای توسعه یافته تشکیل داده و خشونت عمدی به ترتیب ۴/۲ و ۴/۱ درصد از کل بار مربوطه را تشکیل می دهد. سالانه ۲ تا ۴ میلیون نفر از زنان با خشونت مواجه می شوند و هر زن در طول عمرش به احتمال ۲۰ تا ۳۰ درصد در معرض خشونت قرار می گیرد. از بین افراد مسن ۱/۸ میلیون نفر مورد بدرفتاری قرار می گیرند و ۱/۷ میلیون مورد سوءاستفاده از کودکان گزارش می شود. در این مطالعه وضعیت اپیدمیولوژیکی خودکشی و خشونت در استان آذربایجان شرقی مورد بررسی قرار گرفته است. بررسی اپیدمیولوژیکی خشونت و اقدام به خودکشی در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۶ روش تحقیق: این بررسی یک بررسی توصیفی گذشته نگر بر اساس داده های موجود برنامه ثبت مصدومین استان آذربایجان شرقی است. جمعیت تحت مطالعه کلیه مصدومین ناشی از حوادث عمدی و غیر عمدی مراجعه کننده به بیمارستان های استان بغیر از شهرستان های اهر، سراب و هریس می باشد که بدلیل عدم دسترسی به اطلاعات مربوطه شهرستانهای فوق در زمان بررسی از مطالعه خارج گردیدند. آنالیز اطلاعات با استفاده از برنامه نرم افزاری Access انجام گردیده است. کل مصدومین ثبت شده در سال ۱۳۸۶ تعداد ۵۸۳۲۸ نفر می باشد که ۵٪ مربوط به خشونت و ۲٪ مربوط به خودکشی می باشد. ۸۵٪ موارد خشونت در آقایان و ۵۱/۴٪ خودکشی ها در خانم ها بوده است. ۷۴٪ خشونت ها و ۸۸/۳٪ خودکشی ها در مناطق شهری بوده است. بیشترین میزان بروز خشونت مربوط به گروه سنی ۲۴-۲۰ ساله و ۱۹-۱۰ ساله به ترتیب ۳۸٪ و ۱۷٪ می باشد. ۲۴٪ اقدام به خودکشی ها در گروه سنی ۱۹-۱۰ ساله و ۴۹/۴٪ در گروه سنی ۲۹-۲۰ ساله می باشد. ۵٪ از موارد

خشونت منجر به فوت گردیده و ۹۹/۴٪ تحت درمان گزارش گردیده است. ۱/۱٪ موارد خودکشی منجر به فوت، ۹۸/۷٪ تحت درمان گزارش گردیده است. در مقایسه با آمار جهانی که ۱۰٪ مرگ ها در اثر خشونت و ۱۶٪ ناشی از خودکشی بوده است این میزان در استان که به ترتیب ۵ و ۱/۱ در صد می باشد بمراتب کمتر می باشد. با توجه به اینکه بیشترین میزان بروز خشونت و خودکشی در گروه سنی ۲۹-۱۰ ساله می باشد توجه ویژه ای برنامه ریزان را در مورد کاهش بروز خشونت و خودکشی در این گروه سنی را می طلبد. با توجه به اینکه ۸۵٪ موارد خشونت در آقایان گزارش گردیده است به نظر می رسد موارد خشونت در خانم بیش از موارد گزارش شده باشد که بعلت عدم مراجعه به اورژانس بیمارستانها موارد واقعی ثبت و گزارش نگردیده است.

نخستین تجربه ی ارزش گذاری سلامت در ایران: مطالعه  
آزمایشی ارزش گذاری بیماری های قلبی

دکتر کوروش هلاکویی نایینی: استاد اپیدمیولوژی - گروه  
اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم  
پزشکی تهران

دکتر حجت زراعتی: استادیار آمار زیستی - گروه  
اپیدمیولوژی و آمار زیستی - دانشکده بهداشت - دانشگاه  
علوم پزشکی تهران

دکتر هومن بخشنده آپکنار: دستیار اپیدمیولوژی - گروه  
اپیدمیولوژی و آمار زیستی - دانشکده بهداشت - دانشگاه  
علوم پزشکی تهران

دکتر امیرحسین فروزان فر: استادیار اپیدمیولوژی - گروه  
اپیدمیولوژی و آمار زیستی - دانشکده بهداشت - دانشگاه  
علوم پزشکی تهران

دکتر فریدون نوحی: استاد بیماری های قلب و عروق - مرکز  
قلب شهید رجایی تهران

دکتر آنتیا صادق پور: استادیار بیماری های قلب و عروق -  
گروه اکوکاردیولوژی - مرکز قلب شهید رجایی تهران

دکتر ابوالفتح علیزاده دیز: استادیار بیماری های قلب و عروق  
- گروه اینترونشنال الکتروفیزیولوژی - مرکز قلب شهید  
رجایی تهران

دکتر حمیدرضا صنعتی: استادیار بیماری های قلب و عروق -  
گروه اینترونشنال کاردیولوژی - مرکز قلب شهید رجایی  
تهران

ارزش گذاری سلامت (Health State Valuation)  
فرآیندی است که به تعیین میزان ناتوانی حاصل از هریک از  
وضعیت های مرتبط با سلامت (Health States) می  
پردازد. دستاورد این فرآیند که ضریب ناتوانی نامیده می شود

توسعه اقتصادی، نابرابری درآمدی و سلامت در ایران

محمد باباخانی: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

اگر توسعه را فرایندی اقتصادی- اجتماعی بدانیم، علاوه بر مؤلفه های اقتصادی توسعه مانند رشد اقتصادی، توجه به جنبه های اجتماعی توسعه نظیر سلامت و نابرابری درآمدی و نیز روابط بین آنها ضروری است. مقوله های توسعه اقتصادی، نابرابری درآمدی و سلامت با یکدیگر تعامل نزدیک دارند، بطوری که با توسعه اقتصادی و کاهش نابرابری درآمدی، درآمد قابل دسترسی افراد و خانوارها افزایش یافته و از این طریق سلامت افراد جامعه تأمین و ارتقاء می یابد. از طرف دیگر افزایش سلامت افراد جامعه زمینه های لازم برای توسعه اقتصادی جامعه را فراهم می آورد. بررسی رابطه توسعه اقتصادی، نابرابری درآمدی و سلامت در ایران در سالهای ۱۳۸۵-۱۳۵۵. مطالعه تحلیلی و از نوع همبستگی اکولوژیکی می باشد، واحد تحلیل جمعیت کشور در سال های مورد بررسی می باشد. داده های مورد نیاز مطالعه از مرکز آمار ایران و بانک مرکزی تهیه شده و توسط نرم افزار SPSS تحلیل شدند. در سطح معناداری ( $P < 0.01$ ) رابطه شاخص های توسعه اقتصادی و نابرابری درآمدی با شاخص میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال معنا دار بود ( $P = 0.0001$ ): ضریب جینی ( $R = 0.77$ )، رشد تولید ناخالص داخلی سرانه ( $0.599$ -  $R = 0.495$ )، رشد اقتصادی ( $R = -0.495$ ). با انجام رگرسیون کل مدل خطی بوده و ( $R^2 = 0.819$ ،  $R = 0.905$ )  $81.9$  درصد تغییرات متغیر وابسته را تبیین کردند و متغیر توسعه اقتصادی با ( $\beta = -3.099$ ) بیشترین قدرت تبیین کنندگی تغییرات را نشان داد. با توجه به یافته ها در ایران، در سال های مورد بررسی، افزایش توسعه اقتصادی و کاهش نابرابری درآمدی توأم با هم تأثیر مثبت بر سلامت جامعه داشته اند. بنابراین می توان گفت توجه به رویکرد توسعه اقتصادی توأم با باز توزیع درآمد بیشترین تأثیر را بر سلامت افراد جامعه دارد.

هشدار در خصوص اثرات تغییرات آب و هوایی بر بیماری ها

دکتر محمد رضا شیرزادی: رئیس اداره زئونوز، مرکز مدیریت بیماری ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

از زمان های بسیار دور بشر متوجه شده است که تغییرات آب و هوایی بطور قابل توجهی در بروز بیماری ها تأثیر دارد برای مثال بروز اسهال در فصل تابستان و آنفلوآنزا و پنومونی در فصل زمستان از آن جمله هستند. از طرف دیگر تغییرات آب و هوایی در جهان اجتناب ناپذیر هستند. نمودار زیر نشان می

در سیاست گذاری های بهداشتی، مطالعات اقتصاد بهداشت، تعیین بار بیماری ها و نیز مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی و حتی مطالعات بالینی کاربرد دارد. هدف از انجام این مطالعه عبارت بود از: مهیا ساختن شرایط برای **HSV** بر مبنای اصول مندولوژیک در کشور تعیین بار بیماری های قلبی به عنوان یکی از مهم ترین عوامل مرگ و ناتوانی بر پایه ی ضرایب ناتوانی بومی. این مقاله به آرایه نتایج مرحله پایلوت این مطالعه می پردازد. ابتدا طی سه جلسه با حضور متخصصان و فوق تخصصان مختلف بیماری های قلب ۲۵ حالت مختلف از بیماری های قلبی انتخاب گردید؛ به گونه ای که اولاً شیوع قابل ملاحظه ای در جامعه داشته باشند و ثانیاً طیفی از ناتوانی (خفیف تا بسیار شدید) را به خود اختصاص دهند. ارزش گذاری این بیماری ها با استفاده از روش های استاندارد:

**Visual analogue scale, time trade-off, person trade-off and standard gamble**

گردید. برای این منظور فرم های خاص طراحی و طی یک فاز آزمایشی (**pre-test**) در پزشکان مورد ارزیابی قرار گرفت. در نهایت، برای رفع نقایص احتمالی ابزار و روش ها و نیز چگونگی پاسخ گویی گروه های مختلف، مطالعه پایلوت به انجام رسید. این مطالعه بر روی ۶۰ نفر بیمار قلبی، خوشاوندان درجه ی اول بیماران قلبی و افراد عادی جامعه و با روش مصاحبه انجام شد. برای دسته بندی اطلاعات از شاخص های آمار توصیفی و برای مقایسه نتایج از آزمون های

**repeated measure ANOVA و paired t test**

یا معادل های ناپارامتری آن ها استفاده گردید. ۳۶ مرد و ۲۴ زن با میانگین سنی  $47 \pm 12.2$  سال در مطالعه شرکت کردند. در مجموع، داشتن پیس میکر داریم قلب ناتوان کننده ترین ( $DW = 0.32 \pm 0.16$ ) و فشارخون سیستمیک کم ترین وخامت ( $DW = 0.72 \pm 0.14$ ) را دارا بودند. با این حال، تفاوت معنا داری بین ۲۵ بیماری مختلف از نظر وخامت یافت نشد ( $p \text{ value} = 0.30$ ). رتبه بندی و میزان وخامت به دست آمده با آنچه که توسط متخصصان تعیین شده بود متفاوت بود. پاسخ های به دست آمده از روش **SG** به طور معنا دار وخامت کمتری را نسبت به سایر روشها نشان می داد ( $p \text{ value} < 0.001$ ). تفاوت هایی بین پاسخ های به دست آمده از زیر گروه های مطالعه یافت گردید. **VAS** مناسب ترین و **SG** مشکل ترین روش توسط پاسخ دهندگان ارزیابی شد. ارزیابی سلامت فرایندی است که بسته به دیدگاه گروه هدف، نتایج متفاوتی را به دنبال دارد. این مطالعه آزمایشی نشان داد که عامه مردم برای ارزش گذاری عیت های تخصصی تر، نتایج با قابلیت اعتماد کمتری می دهند. برای استفاده از دیدگاه افراد عادی جامعه، باید روی دسته های کلی بیماری ها و با استفاده از روش **VAS** اقدام به مطالعه کرد.

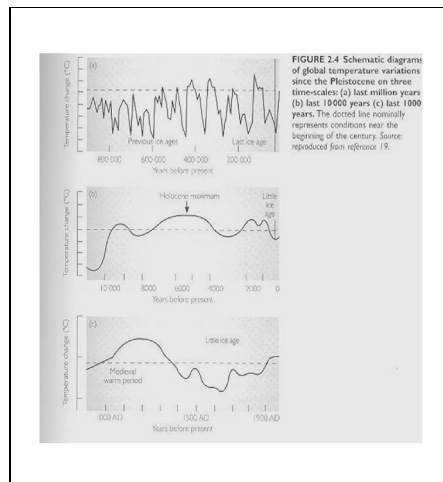
بین متوسط بارش و تعداد موارد سالک در استان اصفهان وجود دارد و منحنیهای مربوطه منطبق با یکدیگر است. تغییرات آب و هوایی در ایران اجتناب ناپذیر است و بیماریها بطور قابل توجه تحت تاثیر این بیماریها قرار می گیرند. که نمونه آن بیماری سالک است. که بطور واضح متوسط باران سالانه در افزایش موارد آن تاثیر داشته است.

بررسی اپیدمیولوژیک و تأثیر درمان و مراقبت بیماران مبتلا به CCHF در کنترل بیماری در ایران طی سالهای ۷۸ لغایت ۸۶

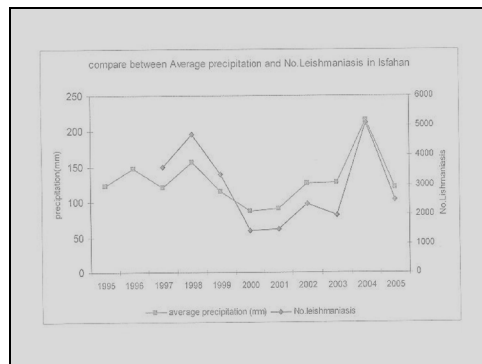
دکتر محمد زینلی : کارشناس مسئول مبارزه با بیماریهای مرکز مدیریت بیماریها  
دکتر محمد رضا شیرزادی : رئیس اداره زئونوزهای مرکز مدیریت بیماریها  
رکتز صادق چینی کار : سرپرست آزمایشگاه آربوویروس و تبههای خونریزی دهنده

تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF) یک تب خونریزی دهنده ویروسی (VHF) است. ویروس CCHF ممکن است طیف وسیعی از حیوانات اهلی و وحشی را آلوده نماید. حیوانات از طریق گزش کنه آلوده مبتلا به عفونت می شوند. انسان با تماس مستقیم با خون و سایر بافتهای آلوده حیوان ممکن است عفونت را کسب نماید ولی از طریق گزش کنه هم آلوده شود. در زمان طفیان بیماری، تعداد زیادی از موارد بیماری هم زمان رخ میدهد. ممکن است این موارد با هم گروهی باشند و ممکن است انتقال فرد به فرد مطرح باشد. تشخیص اولیه تبههای خونریزی دهنده ویروسی براساس علائم و نشانه های بالینی و همچنین شواهد اپیدمیولوژیکی انجام می شود. دوره کمون بیماری بستگی به نحوه ورود ویروس به بدن دارد. اگر ویروس از طریق گزش کنه وارد شود، دوره کمون معمولاً ۱-۳ روز خواهد بود ولی ممکن است این زمان تا ۹ روز هم طول بکشد و اگر ویروس از طریق تماس با خون و بافتهای آلوده وارد بدن انسان شود، دوره کمون ۵-۶ روز خواهد بود که حداکثر این زمان تا ۱۳ روز هم ممکن است بطول بیانجامد. پس از تشخیص مورد احتمال مبتلا به تب خونریزی دهنده کریمه کنگو، اقدامات درمانی بایستی صورت گیرد. درمان حمایتی شامل اصلاح آب و الکترولیت ها و درمان DIC میباشد. درمان ضدویروسی با ریباویرین که در درمان موارد مبتلا به CCHF اثرات قابل توجهی داشته است. طول مدت درمان با ریباویرین ۱۰ روز است و مطابق دستورالعمل زیر بصورت خوراکی مورد استفاده قرار می گیرد. ۳۰ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن بصورت یکی ۱۵ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن هر ۶ ساعت برای ۴ روز ۷/۵ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن هر ۸ ساعت برای ۶ روز کلیه

دهد که در طی میلیونها، هزاران و صدها سال قبل دائماً شرایط آب و هوایی در حال تغییر بوده است.



متأسفانه استفاده گسترده از سوخت های فسیلی باعث اثرات اجتناب ناپذیر در آب و هوا شده است که یکی از مهمترین آن ها بروز خشکسالی است از عوارض دیگر افزایش بارش بخصوص در سایر مناطق می باشد. که کشور عزیز ما نیز تحت تاثیر این تغییرات می باشد و مقایسه نقشه های وضعیت آب و هوایی از سال ۱۹۷۶ لغایت ۲۰۰۵ با پیشبینی های سال های ۲۰۱۰ لغایت ۲۰۳۰ نشان دهنده تغییرات جدی در ایران است. هدف از ارائه این مقاله نشان دادن تغییرات آب و هوایی و تاثیر آن بر بیماریها می باشد. و باز کردن پنجره ای جدید در خصوص تغییرات آب و هوایی و اثر آن بر بیماریها است.



برای نمونه اثر متوسط میزان بارش با بروز بیماری سالک در استان اصفهان در طی ۲۰ سال می باشد. در این بررسی متوسط میزان بارش و تعداد موارد سالک در استان اصفهان مقایسه شده است. اطلاعات میانگین بارش سالانه از سازمان هواشناسی و اداره سلامت محیط و کار و تعداد موارد بیماری سالک از مرکز مدیریت بیماریها تهیه و با یکدیگر مقایسه شده اند. یافته های موجود نشان می دهد که ارتباط مستقیم

کنند. لذا پرداختن به سلامت این قشر از افراد جامعه نقش بسزایی در ارتقای سلامت جامعه داشته، بررسی و مطالعات اپیدمیولوژیک خاصی را در این زمینه می‌طلبد. پژوهش حاضر در جهت بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۸۴ انجام شده است. مطالعه توصیفی - تحلیلی بوده نمونه‌گیری به روش آسان (**convenient**) انجام شده است. جامعه آماری تمام دانشجویان دانشگاه در سال ۱۳۸۴ می‌باشد که شامل ۱۲۷۶ نفر می‌باشد. ابزار پژوهشی و پرسشنامه سلامت عمومی (**GHQ-28**) میباشد. در این مطالعه ۴۰/۲٪ درصد دانشجویان دانشگاه دچار اختلال روانپزشکی میباشند. رشته های پرستاری، بهداشت عمومی، علوم آزمایشگاهی، مامایی و پزشکی از بیشترین میزان شیوع اختلالات روانی در دانشجویان برخوردار میباشند. ( $p < 0.00$ ) شایعترین زیر مقیاس اختلالات روانی در دانشجویان تحت بررسی، اضطراب با شیوع ۷/۷٪ در صد میباشد. افسردگی با رقم ۰/۶٪ از کمترین شیوع برخوردار می‌باشد. افراد با معدل کمتر از ۱۵ بیشترین درصد اختلالات روانی را دارا میباشند. با افزایش معدل شیوع اختلالات کاهش میابد. ( $p < 0/00$ ) شیوع بالای اختلالات روانپزشکی در دانشجویان نسبت به عموم جامعه تا حدی نشان دهنده شدت بیشتر استرس در این قشر جامعه باشد. پیشگیری از بروز اختلالات در این قشر جامعه مستلزم برنامه ریزی جامع میباشد.

بررسی روش شناسی مطالعه مورد-مقاطع (Case-  
Crossover) در اپیدمیولوژی

مصطفی قربانی: مربی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان  
مسعود یونسیان: دانشیار، گروه بهداشت محیط، دانشکده‌ی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران

روش مورد-مقاطع ابتدا در اوایل دهه ۹۰ جهت مطالعه اثرات گذرا و مواجهات کوتاه بر روی خطر حوادث حاد از جمله انفارکتوس میوکارد بکار گرفته شد. در این روش جهت برآورد خطر نسبی، فراوانی مواجهه در طی یک دوره قبل از حمله بیماری (دوره خطر) با فراوانی مواجهه طی دوره یا دوره های کنترل همان فرد بجای افراد مختلف مقایسه می‌گردد. یک یا چند زمان کنترل برای هر مورد جهت کنترل مخدوشدگی به وسیله صفات ثابت و خود مخدوش شدگی میان اثرات حاد و مزمن آغاز کننده ها بکار می‌رود.

آنالیز این روش بر پایه مقایسه فراوانی مواجهه دوره خطر با فراوانی مواجهه دوره کنترل یا مقایسه فراوانی مواجهه دوره

کارکنان بهداشتی درمانی خصوصاً پزشکان باید هوشیار باشند و احتمال تب های خونریزی دهنده و بروسی را در شرایطی که همه گیری وجود ندارد، در نظر داشته باشند. پس شناخت بیماری براساس تعریف موارد مشکوک، محتمل و قطعی و اقدام بموقع برای بیمار بعنوان اولویت مراقبت بیماری مطرح است و آموزش ارتقاء آگاهی کارکنان بخش بهداشت و درمان و همچنین پزشکان خصوصاً افراد جدیدالورود در برنامه مبارزه با **CCHF** نظام شبکه بایستی بطور جدی مد نظر قرار گیرد. تشخیص بیماری و درمان بموقع بیماران **CCHF** از اهمیت قابل توجهی برخوردار است، بیماران براساس تعریف محتمل بیماری (شواهد اپیدمیولوژیک، علائم منطبق با بیماری و ترمبوسیتوپنی همراه با لکوپنی از سراسر کشور گزارش می‌شود، نمونه های سرم خون افراد طی ۳ مرحله (مرحله تشخیص - ۵ روز بعد از تشخیص و ۱۰ روز بعد از تشخیص) تهیه و جهت تشخیص قطعی آنتی بادی های **IgG**، **IgM** و تست **RT-PCR** در انستیتو پاستور بررسی می‌شود. با توجه به نتایج اعلام شده از سال ۷۸ لغایت ۸۶ از تعداد ۸۶۶ مورد محتمل بیماری ۴۰۸ مورد قطعی از استانهای مختلف کشور، سیستان و بلوچستان، اصفهان، فارس، خوزستان، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، هرمزگان، کرمان، تهران، کردستان، لرستان، مرکزی، گیلان، همدان، سمنان، آذربایجان غربی، یزد گزارش شده است. انتشار جغرافیائی بیماری در کشور و وضعیت اپیدمیولوژیک نشاندهنده این است که بیماری در اکثر مناطق کشور پراکنده می‌باشد. بیشترین مبتلایان در کشور قصابان، کارگران کشتار گاه و دامداران می‌باشند. از کل موارد قطعی (۴۰۸ مورد) ۵۸ مورد منجر به مرگ شده است. حساسیت برای تشخیص درمان بموقع بیماران در جهت کاهش میزان کشندگی در اولویت برنامه قرار گرفت که نتیجه اجرای این برنامه منجر به کاهش میزان کشندگی بیماری در کل کشور گردید. این کاهش میزان چشمگیر کشندگی بیماری (کمتر از ۱۰٪) با توجه بررسیهای بعمل آمده نتیجه ارتقاء آگاهی پزشکان در بکار گیری صحیح تعریف مورد محتمل بیماری و درمان بموقع بیماران بوده است.

بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۸۴

دکتر مرضیه مقدم: استاد یار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان - بیمارستان قدس  
فایق یوسفی: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مربی گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

آموختگان رشته های مختلف پزشکی و پیراپزشکی در مقاطع مختلف سیستم بهداشتی یک کشور از سیاست گذاری برنامه های بهداشتی تا اجرای آن نقش عمده ای را ایفا می

خانوارها متحمل هزینه های کمرشکن گردیده اند. از این تعداد ۸/۵ درصد (۵ خانوار) سرپرست خانوار زن، ۴۲/۴ درصد دارای فرزند زیر ۱۲ سال، ۲۸/۸ درصد دارای فرد بالای ۶۰ سال، ۱۰/۲ درصد دارای حداقل یک بیمار مزمن و ۲۸/۸ درصد فاقد پوشش بیمه هستند. همچنین به دلیل بار مالی ناشی از هزینه های سلامت، ۲۸/۸ درصد اقدام به فروش طلا و جواهرات زینتی خود، ۱۳/۶ درصد اقدام به برداشت از حساب پس انداز نموده و ۵۰/۸ درصد مقروض شده اند. تعداد خانوارهای متحمل هزینه های کمرشکن در این بررسی بسیار بیشتر از متوسط کشوری است. لذا اهمیت حمایت مالی از آنان و نیز تلاش در راستای پوشش بیمه ای مناسب دارو ها و سایر ملزومات پزشکی مورد نیازشان بیش از پیش آشکار می گردد. پیشنهاد می شود مطالعات تحلیلی با هدف شناخت عوامل تعیین کننده هزینه های کمرشکن سلامت انجام گردد.

بررسی رابطه شاخصهای مرگ ومیر کودکان با شاخصهای وضعیت مسکن در مناطق شهری ایران

نرگس رستمی گوران - متخصص پزشکی اجتماعی -

دکتر عبدالرحمن افخم زاده

دکتر علیرضا دلاوری

شاخصهای مرگ ومیر کودکان اغلب به عنوان نشانگرهای وضعیت سلامت در جامعه مورد استفاده قرار می گیرد. یکی از عوامل مهم برای تعیین الگوی اجتماعی مرگ ومیر کودکان شاخصهای مربوط به مسکن می باشد. این مطالعه در نظر دارد در یک مطالعه اکولوژیک رابطه شاخصهای مسکن با شاخصهای مرگ ومیر نوزادان و اطفال ۱-۵۹ ماهه را تعیین نماید. در این مطالعه توصیفی اکولوژیک از داده های سرشماری کشوری در سال ۱۳۸۵ داده های برنامه کشوری ثبت مرگ ومیر استفاده شد. حجم نمونه شامل کل استانهای کشور بجز استان تهران بود داده های شهری استانها در زمینه مرگ ومیر، شامل مرگ ومیر نوزادان و مرگ ومیر اطفال ۱-۵۹ ماهه به عنوان شاخصهای مرگ ومیر کودکان انتخاب شد. با استفاده از داده های سرشماری شاخصهای نسبت خانه به خانوار، نسبت خانه های سه اتاقه یا کمتر با سه خانوار یا بیشتر و نسبت خانه های دارای آب و برق و تلفن به عنوان شاخصهای مسکن محاسبه شد. برای کنترل عوامل مخدوش کننده شاخصهای اشتغال (زنان و مردان) و میزان سواد (زنان و مردان) بررسی شد. از ضریب همبستگی پیرسون و ضریب همبستگی اسپیرمن جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. نتایج بررسی نشان داد شاخص نسبت خانه های دارای آب، برق و تلفن با شاخص مرگ ومیر نوزادان دارای رابطه معکوس  $(r = -0.426 \quad p = 0.24)$  و معنی داری است

خطر با فراوانی معمول مواجهه فرد (عادات معمول) انجام می گیرد. روش مورد - متقاطع در اپیدمیولوژی بیماری های قلب و عروق، آسیب ها و آلودگی هوا مکرراً استفاده شده است این مقاله مروری شامل مطالعات مورد - متقاطع منتشر شده، برای کمک به خوانندگان جهت شناخت بیشتر مفاهیم این مطالعه و نقاط قوت و محدودیت های مطالعه مورد - متقاطع در اپیدمیولوژی آسیب ها و آلودگی هوا طرح ریزی شده است.

توزیع هزینه های کمرشکن سلامت در شهرستان کرمانشاه در سال ۱۳۸۷

منوچهر کرمی: کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

فرید نجفی: دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

بهزاد کرمی متین: دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

سازمان جهانی بهداشت (WHO) دومین هدف نظام های سلامت پس از ارتقاء سلامت جامعه را عادلانه بودن مشارکت در تامین مالی سلامت بیان نموده است. در صورتی که نسبت مشارکت خانوارها متناسب با ظرفیت و توان پرداخت آنان نباشد، مخاطرات و عواقب بسیار جدی از قبیل تنزل شرایط رفاهی خانوار، صرف نظر کردن فرد از درمان و در نتیجه کاهش سطح سلامت خانوار و تحمیل بار مالی هزینه های سلامت و فقیر شدن خانوار را بدنبال خواهد داشت. لذا بررسی حاضر با هدف تعیین مقدار و توزیع هزینه های کمرشکن سلامت انجام گردیده است. بررسی حاضر یک مطالعه توصیفی است. جامعه مورد مطالعه خانواده های تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی مسکن در شهرستان کرمانشاه بودند که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی سیستماتیک و پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه وارد مطالعه شدند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ای در خصوص مشخصات دموگرافیک، وضعیت بیمه، هزینه های صرف شده در امر سلامت (پیش پرداخت و هزینه های مستقیم از جیب) و هزینه های صرف شده توسط خانوار طی یکماه اخیر بود که به روش مصاحبه با سرپرست خانوار تکمیل گردیده است. به منظور دستیابی به اهداف مطالعه از آمار توصیفی و جهت محاسبه مشارکت مالی خانوار<sup>۲</sup> از متدولوژی WHO استفاده گردید. خانوارهایی که بیش از ۴۰ درصد توان پرداخت آنها صرف هزینه های سلامت می گردد به عنوان خانوارهای متحمل هزینه های کمرشکن محسوب گردیده اند. از مجموع ۲۱۷ خانوار، ۲۷/۲ درصد

در افراد مبتلا به فشار خون از کیفیت زندگی در افراد بدون فشار خون پایینتر بود ( $P=0/000$ ). همچنین کیفیت زندگی در افراد دارای دیابت و همچنین افراد مبتلا به آسم پایینتر از افراد طبیعی بود ( $P<0/005$ ). رابطه بین سن و کیفیت زندگی معنی دار بود و با افزایش سن نمره کیفیت زندگی کاهش یافت ( $r=-0/197$  و  $P=0/000$ ). رابطه معنی داری بین سابقه ابتلا به تب مالت و کیفیت زندگی مشاهده نشد. با توجه به پایینتر بودن کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت، فشار خون و آسم و افزایش شیوع دیابت در کشور لازم است که توجه بیشتر به شناسایی زود هنگام و درمان صحیح و درمانهای مبتنی بر افزایش کیفیت زندگی صورت پذیرد.

### Epidemiology and heterogeneity of depression in Iran: a systematic review

Dr Aliakbar Haghdoost<sup>1</sup>, Elham Talebian<sup>2\*</sup>, Behnam Sadeghirad<sup>2,3</sup>, Ali pourkhandani<sup>2</sup>. Education development centre, Deputy of Education, Kerman University of Medical Sciences. Researcher of Kerman medical student research center Research Center. Researcher of Physiology Research Center, Kerman University of Medical Sciences. Haft-bagh alavi Bolvard, Faculty of pharmacy. Researcher of Kerman medical student research center Research Center. 22Bahman Bolvard, Kerman University of Medical Sciences, Faculty of medicine.

There is a great deal of studies on the prevalence of depression, as one of the main mood disorders, among different groups of Iranian population. However, heterogeneity of their results was not assessed deeply by now. In this study we aim to systematically review all available published studies on depression prevalence in Iran. All published papers in Iranian and international journals, final reports of research projects, papers presented in relevant congresses, and all dissertations of medical students, published between 2000-2007, systematically reviewed. Having assessed the quality of studies, the data of eligible ones were abstracted. Only 135 studies out of 600 met eligibility criteria. Based on their samples they were grouped into 9 categories: children under 12(7), young persons(12), teachers (3), students (45), population

شاخص نسبت خانه های دارای آب ن برق و تلفن با شاخص مرگ و میر اطفال ۱-۵۹ ماهه رابطه معکوس و معنی داری داشت ( $r=-0.421$   $p=0.015$ ) ( $r=-0.448$ )  $p=0.008$  شاخص نسبت خانه به خانوار نیز با مرگ و میر اطفال ۱-۵۹ ماهه رابطه معکوس و معنی داری داشت (اما رابطه آن با مرگ و میر نوزادان معنی دار نبود. شاخص نسبت خانه های سه اتاقه یا کمتر با سه خانوار یا بیشتر نیز با مرگ و میر اطفال رابطه مستقیم اما با مرگ و میر نوزادان رابطه معنی داری نداشت. ( $r=-0.431$   $p=0.022$ ). (و معنی داری داشت. این مطالعه نشان داد در مناطق شهری استانهای که شاخصهای مربوط به مسکن وضعیت بهتری دارد مرگ و میر اطفال ۱-۵۹ ماهه کمتر می باشد. در مورد مرگ نوزادان تنها شاخص مربوط به تسهیلات مسکن با مرگ و میر نوزادان رابطه معنی داری داشت. این امر میتواند ناشی از تاثیر کمتر عوامل محیطی (برون زاد) بر مرگ و میر اطفال باشد در عین حال برای تأیید روابط مشاهده شده انجام مطالعات آینده نگر لازم است.

بررسی رابطه ابتلا به بیماریهای غیر واگیر (مزمن) شایع و کیفیت زندگی در جمعیت ۶۵-۱۵ ساله استان کردستان

دکتر نرگس شمس علیزاده : استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان  
دکتر علیرضا دلاوری : متخصص داخلی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
دکتر بهزاد محسن پور : متخصص عفونی  
دکتر ابراهیم قادری : دستیار رشته اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

کیفیت زندگی یکی از عوامل مهم در ارزیابی مسایل بهداشتی و درمانی است و به همین دلیل سنجش کیفیت زندگی در مقالات پزشکی به صورت امر مهمی در آمده است بیماریهای مزمن یکی از عوامل کاهش کیفیت زندگی در افراد هستند و بررسی کیفیت زندگی جزء مهمی در ارزیابی نتایج درمان این بیماران است. لذا این مطالعه به بررسی رابطه ابتلا به بیماریهای غیر واگیر (مزمن) شایع و کیفیت زندگی در جمعیت ۶۵-۱۵ ساله استان کردستان میپردازد. این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی و مقطعی بود. در این مطالعه که همزمان با طرح بررسی عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر انجام شد، اطلاعات توسط پرسشنامه Euro His و توسط مصاحبه جمع آوری گردید و با استفاده از نرم افزار SPSSwin 13 و آزمون T تست، آنوا و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل انجام شد. میانگین نمره کیفیت زندگی در مردان به طور معنی داری بالاتر از زنان بود ( $P=0/001$ ). کیفیت زندگی

,Especially Afghanistan, has been a potential and dangerous source of TB for Iran when consider that about 2 millions of afghani immigrants who are mainly refugee live in Iran. To determine the epidemiology and direct economic cost of Tuberculosis in foreign Immigrants and Its Impact on control of this disease in Islamic Republic of Iran ,This study conducted. By data gathering of all TB registry units and hospitals in Iran and then doing a cross sectional analysis of data ,This study was formed . Data Shows that in 2001-2006 the number of Non- Iranian TB patients has been declined and since 2007 due to deporting a significant number of Afghans to their country this decreasing trend has been more noticeable. In 2006 the ratio of Non- Iranian TB patients to All TB patients was about 14 % and among 1325 Non- Iranian TB patients in this year, Afghans ( 97.5 % ), Females ( 51 % ) ,Smear positive pulmonary TB( 52 %) and the youngs of 15 – 24 years old ( 27 % ) were the most affected groups and Among provinces , Tehran ( 26 % ) , Sistan and Bluchestan ( 15.5 %) ,and Isfahan ( 11.7%) were the most frequent refuge respectively. In 2006, 8506 Non -Iranian suspected to TB evaluated by 22939 sputum smears around the country ;2.7 specimen per every suspected case and the possibility of having smear positive pulmonary TB was 8 % which was 2 times Iranian suspected cases .2514 cases of Non-Iranian TB patients also followed in the period of their treatment clinically and Para clinically in the same year. The ratio of Non-Iranian MDR to Total cases of MDR was also 46%and this ratio for XDR was 43 % . Treatment Failure, Treatment after interruption and Transferring rate were also %3.5 , % 6 and %9.7 respectively for Non-Iranians TB patients . Non- Iranian TB patients who are mostly Afghani immigrants and refugee result in heavy economic burden for Iran and Its estimated direct cost is at least 1.5 million \$ every year that besides MDR , XDR , Treatment Failure, Treatment after interruption and high rate of Transferring, poor address , Not being under Insurance system, All confront Ministry of Health of Iran ( MOH ) with great challenges toward controlling of

Based Studies(33), pregnant women(17), hospitalized patients(15), and Elderly(3). Moreover, 3main diagnostic tools were used to detect depression Beck(75), DSM IV(28), SCL-90-R(17). The minimum and maximum reported prevalence were 1.19 (among population Based Studies using DSM IV tool) and 91.3 (among students using GHQ-28 tool) respectively. In general, the reported prevalence in Elderly was greater than other groups. In addition, Beck and SCL-90-R tools reported greater prevalence. As we expected, our findings showed a very wide heterogeneity in the prevalence of depression in Iranian population which mostly could be explained by the age group of subjects and the tools that were used. Nevertheless, it seems that the risk of depression in Elderly and Women were greater than others.

**Epidemiology and direct economic cost of Tuberculosis in foreign Immigrants and Its Impact on control of this disease in Islamic Republic of Iran**

Honarvar bh,Nasehi m,Vakilmozafari b,Afsarkazerooni p,Ahmadi s,Asfinifarahani m.  
ehnam Honarvar\*. MD,MPH,Specialist of community and preventive medicine,coordinator of TB in medical science university of shiraz,  
Mahshid Nasehi,MD,MPH,Epidemiologist and National Manager of TB & Leprosy Programmes,

Every year 2 millions of people are sentenced to death around the world due to Tuberculosis ( TB ). Epidemic of TB is increasing and HIV/AIDS , Multiple Drug Resistance ( MDR ) , Poverty, Immigration , Population changes and Poor health control in some countries are the main causes in this way. 95% of cases and 98 % of death due to TB occur in developing countries and 15-50 years old people are more affected. TB is responsible for %26 of preventable deaths in the developing countries . Estimates show that TB remains as the 7<sup>th</sup> cause of Disability Adjusted Life Years (DALY) in the world till 2020. High prevalence and incidence of TB in the neighboring countries of Iran

the purpose of this study was obtaining of related nutrient factors with ESCC in northeastern Iran. This study is a case-control study during 5 Years. Inclusion criteria were contains all patients attending the Atrak Research Base, whose SCC disease had been diagnosed by a clinician and confirmed by pathological were recruited this for study. For each patient, one control with a similar age (within a range of +/- 5 years) without familial history of SCC, were selected from the patient's neighbors. All subjects were inquired about variables such as history of EC in first-degree family members, cigarette smoking and esophageal reflux. The type of bread and amount of dairy products consumed daily as well as the amount of dried whey, red meat, fowl meat, fish, fresh vegetables, pickles, canned food, citrus fruit, fresh fruits, various edible oils, food additives and left-over foods were also investigated. The subjects were also questioned about how tea and cooked foods were consumed. Data were obtained about the dietary habit of the cases prior to the development of signs of the disease and current dietary habits in the controls. Overall, 181 cases and 181 controls included in this study. There were no significant difference between the case and control group in respect to the height, age, sex and ethnic origin; but there were significant difference between the case and control group in respect to the weight and BMI specially for Turkmen rural men and Turkmen and non-Turkmen rural women (lower weight and BMI in case group,  $P < 0.05$ ). Daily dietary total calorie, carbohydrate, protein and fat were significantly higher in case group. Although there were no significant difference between the case and control group in respect to daily dietary fiber, but there were very low daily dietary fiber in both groups (1/4 of normal). There were higher intake of daily dietary micronutrients consist of Ca, Fe, vit A, vit B1, vit B2 and Niacin in case group although significant difference were in respect to vit A, vit B2 and Niacin. Daily consumption of food groups/items including hot tea, salted food, pickled vegetables, sugars, butter, saturated fats, animal fats, meat and poultry were significantly higher in case group. In

TB . Last but not Least by considering appropriate strategies especially Dots, Dots II and Dots Plus and by participation of all Providers, Society and Diseased patients and their families achieving targets of TB control till 2015 and thereafter elimination of it until 2050 will be possible.

#### Dietary Intake and Risk of Esophageal Cancer in North of Iran

**1-Sheikh-esmaeili F, (M.D.),** Gastroenterologist, Digestive Diseases Research Center, Medical Sciences /University of Tehran. **2-Malekzadeh R, (M.D.),** Gastroenterologist, Professor of Internal medicine. Medical school, Tehran University. **3-Pourshams A, (M.D.),** Gastroenterologist, Associate professor of Internal medicine. Digestive Diseases Research Center, Medical Sciences/University of Tehran. **4-Sharifian A,(M.D.),** Gastroenterologist, Assistant professor of Internal medicine. Digestive Diseases Research Center, Medical Sciences/University of Kurdistan. **5-Ghadir MR, (M.D.),** Gastroenterologist, Assistant professor of Internal medicine. Digestive Diseases Research Center, Medical Sciences/University of Tehran. **6-Bagheri M, (M.D.),** Gastroenterologist, Digestive Diseases Research Center, Medical Sciences/University of Tehran. **7-Kolahdoozan Sh, (M.D.),** General Practitioner, Research Fellow, Digestive Diseases Research Center, Medical Sciences/University of Tehran.  
Affiliation : Gastroenterologist, Digestive Diseases Research Center, Medical Sciences/University of Tehran and kurdestan.

Esophageal cancer is one of the common cancers and the most common organ system involved with more than 38% of all cancers is the gastrointestinal (GI) tract. One etiologic factor for high incidence of esophageal squamous cell carcinoma (ESCC) in Golestan (Northeastern Iran) might be exposure to some dietary habits and dietary components. However, risk factors for esophageal cancer are still not well understood, particularly in terms of dietary factors. This is a basic-applied case-control investigation and

total population from 21 March 2005 to 20 March 2006 (21 March is the first day of the year in the Persian calendar). The road traffic injury was defined according to ICD-10. A checklist questionnaire on epidemiological information about the fatal injuries was completed by the traffic police officers. The incidence rate of deaths from traffic injuries in Iran was 38.4 per 100000 (n=27755) with mean age of 35.7 years. During the year of the study 101749 road traffic injuries occurred in residential inner city areas (5.52% of all deaths from traffic injuries). The top three vehicles involved were private cars (71.9%), vans (7.9%) and motorcycles (6.2 %). Overall 75.4% occurred during the day-lights and 64.9% without fastening a seat belt or helmet. On the roads outside the residential areas, 172508 people were injured (94.68% of all deaths from traffic injuries) in this year. Among deaths, 35% were car occupants, 25% cyclists, 22% pedestrian and 18% car drivers. There was a mass production of automobile production in Iran within the past decade. However, there is a negative trend of deaths from traffic injuries in Iran during the past 5 years. Roads of 30 kilometres dimension away from the urban areas are the main black spots of traffic injuries in Iran. Human errors and lack of safety devices such as seat belt or helmet increased the proportion of deaths from traffic injuries. In Iran death from traffic injuries is amongst the highest in the world. This is a different pattern of death compared to the past decades and good lessons for the countries becoming more affluent. Injury-related policies must therefore be considered as a priority for the health-related organizations in this country.

#### **Domestic violence during Pregnancy**

Shima Tabatabai  
Medical research center, Medical shahid beheshti university-Tehran  
Biomedical engineering Department-Tehran poly Technique University

Domestic violence is a major public health problem; surveys report that 3%–17% of pregnant women suffer

contrast, daily consumption of food groups/items including Pipe water, Fruits and Soya were significantly lower in case group. Our results demonstrated that the following nutrients were significantly inversely associated with risk of Esophageal SCC: pipe water, Fruits and Soya. Therefore diets consist of low fat and meat but high fiber as well as avoidance of hot tea, salted food and pickled vegetables consumption is recommended in this area. Also cohort studies and data collection by nutritionist Ph.D. as well as completion of Iranian nutritional compositions table and evaluation of FFQ (Food-Frequency Questions) validity for patients are recommended.

#### **Epidemiological pattern of traffic injuries in Iran**

Soori H, Nikzad F, Ainy E, Movahedi M, NaserMoadeli A, Masoudinejad M, Hatamabadi H, Vafae R, Azari M, Mahfouzpour S

Safety Promotion & Injury Prevention Research Center, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran-Iran

Traffic injuries are a major cause of avoidable death in many countries of the world. Each year 1.2 million men, women and children around the world lose their lives as a result of road traffic collisions. Hundreds of thousands more are injured on the world's roads, some of whom become permanently disabled. The collection of more data on injury and ill-health caused by accidental injuries is a priority. However, in Iran like many other developing countries due to lack of a data capture system on traffic injuries, the epidemiological pattern of traffic injuries has not been well defined. In this study an epidemiological description of deaths from traffic injuries in Iran is presented and some possible implications on their control and prevention measures will be suggested. The aim of this study is primarily to assist health managers and relevant directors to develop strategies for reducing mortality in each key area. A one- year study was carried out all provinces of Iran with about 73 million

The recent significant improvement in most health indicators in Iran has not been explored deeply particularly in comparison with other countries in Eastern Mediterranean Region (EMR). We aimed to explore the temporal variations of five main indicators in Iran and compare their variations in EMR countries. Data on DPT vaccination and Birth Weight were obtained from EMR office reports and Total Fertility Rate, Under 5 Mortality Rate (U5MR), and Adult Literacy Rate (ALR) were obtained from WHO sources for time period 1995 to 2005. Using linear regression, we modeled the temporal variations in Iran and other EMR countries classified by their Human Development Index (HDI) levels. The estimated annual decline rate of U5MR in Iran as a middle HDI country was 2.5 per 1000 live birth which was much greater than the corresponding number in countries with medium HDI (1.85) and very close to countries with high HDI (2.67). The WHO data showed that Iran was very successful in increasing ALR. It seems that most health indicators in Iran have improved more rapidly compared to countries with low and medium HDI in EMR. The improvement rates were also very close to countries with high HDI in the region.

#### **Neonatal mortality risk factors in a rural part of Iran: a nested case-control study**

**R. Chaman** PhD Candidate of Epidemiology, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health and Institute for Public Health Research, Tehran University of Medical Sciences.

**K. Holakouie Naieni**<sup>2</sup> Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health and Institute for Public Health Research, Tehran University of Medical Sciences

**M. Yunesian**<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Environmental Health, School of Public Health and Institute for Public Health Research, Tehran University of Medical Sciences, B Golestan<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health and Institute for Public Health Research,

from it during their pregnancy, endangering fetal and maternal health. First, we aim (1) to estimate the prevalence of domestic violence in women who had been admitted to the maternity department of a public hospital that provides healthcare to a multicultural population, (2) to identify risk factors for domestic violence, and (3) to evaluate obstetrical complications. Second, we aim (4) to evaluate the attitude of healthcare providers toward screening for domestic violence. For six consecutive weeks, 200 women were systematically interviewed and screened for domestic violence in the early postpartum; 56 healthcare providers were interviewed. Twenty-two women [11%] were victims of violence during their recent pregnancy. These women have less family and social support than not-abused women, have fewer stable relationships, and suffer more frequently from affective disorders. There were no differences in terms of obstetrical complications. Most healthcare providers do not systematically screen for domestic violence during pregnancy because of language and cultural barriers, fear of shocking the patient, and lack of competence in how to manage the problem. Systematic screening for domestic violence should be recommended during pregnancy, considering its high prevalence.

#### **Temporal variations of health indicators in Iran comparing with other Eastern Mediterranean Region countries in the last two decades**

**Mohammad Movahedi**; Epidemiology Department, School of public Health, Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Ali Akbar Haghdoost** ; Physiology research center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

**Omid Pournik** ; Deputy for Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

**Behzad Hajarizadeh** ; School of public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Mohammad Sadegh Fallah** .Gastrointestinal and Liver Diseases

Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran

Kohgiluyeh and Boyerahmad province (South of Iran) during one calendar year (from March 2006 till March 2007). The outcome of interest was the neonatal death and the sampling method was the risk set sampling with one control for each case and due to occurrence of 97 cases of neonatal death in the studied cohort (6900 newborn), 97 controls were selected, resulting in a total sample size of 194. The independent variables were sex, gestational age, birth weight, age, maternal education, birth rank, delivery route and birth spacing. The data were analyzed using univariate and multivariate conditional logistic regression methods. Univariate conditional logistic regression for each variable was performed (Table 1) and any risk factors that showed marked association (P value <0.2) was selected for the next step analysis. The result of this stage led to exclusion of neonatal sex and maternal age. The conditional logistic regression model included the birth weight, gestational age, birth spacing, mother education, delivery route and birth rank. In the final model LBW (AOR=8.92), C-section (AOR=9.17), birth rank more than 3 (AOR=6.12), mother illiteracy (AOR=3.96) and birth spacing less than 24 months (AOR=5.45) showed significant statistical association (p value <0.05) with neonatal mortality. Our findings didn't show significant effect of mother's age and sex of neonate on neonatal death. Many published studies have evidenced that LBW with or without prematurity plays in a complex framework of causality involving genetic and environmental factors related to socioeconomic and mother health status. In this research we focused on several main factors of neonatal death and our suggestion is extension of nested case-control study to all maternal, neonatal and socioeconomic risk factors of neonatal mortality.

Variables	OR	P value	95% CI
Sex : Female male	1 1.43	- 0.210	- 0.82- 2.50
Birth weight: ≥2500gr <2500gr	1 9.8	- <0.001	- 3.90- 24.60
Gestational age: ≥37 weeks <37 weeks	1 8.8	- <0.001	- 3.50- 22.20
Birth rank: ≤3 >3	1 1.8	- 0.068	- 0.96- 3.38
Birth spacing: ≥24 months <24 months	1 1.79	- 0.167	- 0.78- 4.08
Delivery route: NVD C- section	1 2.8	- 0.005	- 1.36- 5.76
Mother education: Educated Illiterate	1 2.82	- 0.003	- 1.42- 5.60
Mother age: ≥18 or ≤35 <18 or >35	1 1.5	- 0.374	- .61- 3.67

Tehran University of Medical Sciences  
Neonatal death has a complex causal framework and improvement of this health indicator is quite gradual. In rural area of Iran, the decreasing trend of neonatal mortality rate was not as great as other health indicators such as infant and under 5 mortality rates during the last decade. According to results of many studies in different regions of Iran, following the implementation of health system network and development of primary health care, infant and under 5 year mortality rates had substantial decrease but there was not such progress in neonatal mortality rate. The aim of present study was evaluation of neonatal death risk factors in a substantial sample of Iranian neonates in a part of rural areas by using a relatively new design and modern analytic technique. This study was conducted as a nested case-control study and the study cohort was all of the neonates who were born in rural area of

Variables	Adjusted OR	P value	95%CI
Birth weight: ≥2500gr <2500gr	1 8.92	- 0.016	- 1.50-53.10
Birth rank: ≤3 >3	1 6.12	- 0.008	- 1.62-23.15
Delivery route: NVD C-section	1 9.17	- 0.002	- 2.33-36.12
Mother education:: Educated Illiterate	1 3.96	- 0.038	- 1.08-14.50
Birth Spacing: ≥24 months <24 months	1 5.45	- 0.024	- 1.25-23.70

**Table 1: Results of univariate conditional logistic regression of neonatal mortality risk factors in a rural part of Iran, 2006-2007.**

(Table 2). This study has identified; LBW, C-section, birth spacing less than 24 months, mother illiteracy and birth rank more than 3 as potential risk factors for neonatal mortality.