

بررسی و تحلیل میزان و علل مرگ و میر در طی پنج سال در استان قزوین

فرشته فقیهی* - دکتر ناهید جعفری** - دکتر علی اکبری ساری*** - دکتر سحرناز نجات**** - مریم حسین زاده میلانی*****

* کارشناس ارشد پرستاری و MPH، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
** متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار معاونت بهداشت، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
*** پزشک عمومی و دکتری سیاستگذاری و مدیریت سلامت، استادیار دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
**** دانشیار اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز بهره برداری از دانش سلامت، تهران، ایران
***** کارشناس مسوول آمار معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

چکیده

زمینه و هدف: یکی از نیازهای مهم در برنامه‌ریزی‌های مربوط به سلامت هر جامعه آمار و علل مرگ و میر در آن جامعه است و اطلاعات معتبر از علل مرگ علاوه بر برنامه ریزی، اساسی‌ترین مبنای مدیریت و ارزشیابی بخش بهداشت در تمام کشورهاست. میزان اثر بخشی برنامه‌های بهداشتی درمانی با کمک تغییرات میزان مرگ و میر شناخته می‌شود. این مطالعه به منظور تحلیل میزان و علل مرگ و میر در استان قزوین انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه یک مطالعه پیمایشی مقطعی است که از نوع (HSR) است و با توجه به داده های مرگ و میر استان قزوین، نسبت به تحلیل آنها بر اساس علل مرگ، سن، جنس، منطقه سکونت (شهر و روستا)، مقایسه روند مرگ ها، نسبت عمر از دست رفته، در فاصله سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۷ اقدام شده است (بر اساس ICD10) اطلاعات مربوط به تعداد و علل مرگ و میر از شهرستان‌های استان قزوین از منابع گوناگون، جمع آوری گردید.

یافته‌ها: مرگ به علت بیماری‌های واگیر سبب نزولی و به علت بیماری‌های غیر واگیر بخصوص سوانح و حوادث و بیماری‌های قلبی و عروقی و سرطان‌ها و تومورها سبب صعودی داشته است. سکته قلبی، حوادث حمل و نقل و سرطان معده، بیشترین سهم مرگ و میر را به خود اختصاص داده است. میزان مرگ ناشی از اختلال جسمی و روانی در نتیجه سوء مصرف مواد در طی سال‌های فوق افزایش یافته است (از ۱/۶٪ به ۷/۳٪). اولین علت مرگ بر حسب عمر از دست رفته در طی پنج سال به حوادث حمل و نقل و بعد از آن به سکته قلبی اختصاص دارد. آمار مرگ و میر ناشی از خودکشی در هر دو جنس روند صعودی داشته است این میزان در مردان دو برابر زنان بوده است. بطور کلی میزان مرگ در جمعیت روستایی بیشتر از جمعیت شهری است.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، ضرورت برنامه ریزی برای کنترل، پیشگیری و کاهش بیماری‌های غیرواگیردار روشن می‌شود با توجه به بالا بودن میزان مرگ جمعیت روستایی به جمعیت شهری توجه بیشتر به روستاییان و افزایش دسترسی به امکانات تخصصی، تشخیصی و درمانی از اولویت خاص برخوردار است

واژه‌های کلیدی: علت مرگ و میر، نسبت تناسبی میرایی، روند زمانی

تایید مقاله: ۹۳/۴/۱۶

وصول مقاله: ۹۳/۲/۲۸

نویسنده پاسخگو: ایران، تهران، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران Email: akbarisari.tums.ac.ir شماره تماس: +۹۸(۲۱)۸۹۸۹۱۲۰

مقدمه

علاوه بر استفاده در برنامه‌ریزی، مبنای مهمی برای ارزشیابی بخش بهداشت و درمان (۳) و تعیین میزان اثر بخشی برنامه‌های بهداشتی درمانی و اتخاذ سیاست‌های بهداشتی که در جهت ارتقای سلامتی طراحی شده‌اند می‌باشد (۴). فوت بر اساس گروه‌های مختلف سنی و جنسی نیز معرف وضعیت آرایه خدمات بهداشتی درمانی و میزان بهره‌مندی‌های اقتصادی گروه‌های مختلف جامعه است (۵) این علل نشان دهنده میزان رشد و توسعه یافتگی جامعه است. همچنین مقایسه

یکی از نیازهای مهم در برنامه‌ریزی‌های مربوط به سلامت هر جامعه آمار و اطلاعات مرگ و میر آن جامعه می‌باشد (۱). تعیین وضعیت مرگ و میر و علل مربوط به آن در جامعه، به منظور شناسایی عوامل خطر و مقابله با عوامل سبب‌ساز آن، راهبرد اصلی افزایش طول عمر و ارتقای سلامت انسان‌هاست (۲). اطلاعات معتبر از روند و علل مرگ،

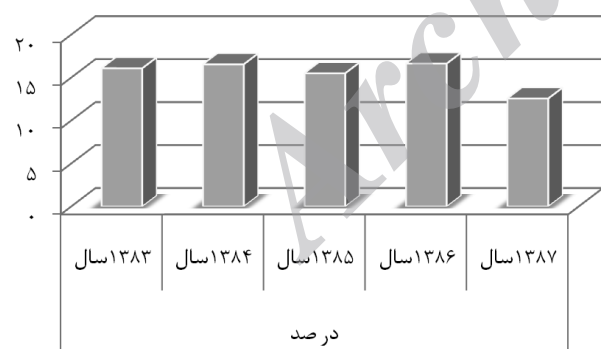
جمعیت استان ۴۷۰ نفر بوده که در سال ۱۳۸۷ به ۴۲۱ نفر رسیده است، میزان مرگ خام ثبت شده در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری و در جنس مذکر بیشتر از جنس مونث بوده است. بیشترین میزان مرگ خام ثبت شده به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت مناطق شهری در سال ۱۳۸۳ بوده است که در جنس مذکر ۴۹۱ نفر و در جنس مونث ۳۵۸ نفر بوده است. بیشترین میزان مرگ خام ثبت شده به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در مناطق روستایی در سال ۱۳۸۴ بوده است که در جنس مذکر ۶۵۴ نفر و در جنس مونث ۴۸۰ نفر بوده است (جدول ۱).

مقایسه بین میزان مرگ خام ثبت شده نظام ثبت استان قزوین با ثبت کلی و جاری سازمان ثبت احوال نشان داد که پوشش نظام ثبت مرگ در طی سالهای ۱۳۸۳-۱۳۸۷ افزایش یافته است.

در نمودار ۱ مشاهده می‌شود که نسبت کدهای پوچ به کل موارد ثبت شده در سال ۱۳۸۷ کاهش یافته است

بررسی روند علل مرگ و میر ثبت شده^۱ در طی پنج سال نشان می‌دهد که مرگ به علت بیماریهای واگیر سیر نزولی و به علت بیماریهای غیر واگیر بخصوص بیماریهای قلبی و عروقی، سوانح و حوادث و سرطانها و تومورها سیر صعودی داشته است. مرگ به علت بیماریهای دوران حول تولد در طی سالهای فوق افزایش یافته است، مرگ به علت خودکشی در طی سالهای ۱۳۸۳-۱۳۸۷ افزایش یافته است، میزان مرگ و میر به علت خشونت به وسیله دیگران در طی سالهای فوق افزایش یافته است (جدول ۲)

بر اساس داده‌های ثبت شده در سالهای ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۷ سالهای از دست رفته بر اثر مرگ زودرس در نمودار ۲ نشان داده شده است.



نمودار ۱ - مقایسه نسبت کدهای پوچ به کل مرگهای ثبت شده در استان قزوین در سالهای ۱۳۸۳-۱۳۸۷

۱- کدهای پوچ، بیهوده و گمراه کننده عبارتند از «آن دسته از علائم، نشانه‌ها و وضعیتهایی که می‌توانند بطور معمول وجود داشته باشند، یا بعنوان حالات واسط و یا علل فوری مرگ پدید آیند، ولی علت مرگ نمی‌توانند قلمداد شوند». مثل: ایست قلبی تنفسی، عقب ماندگی ذهنی و کپولت زوال عقل

۱- ثبت علل مرگ در این فرآیند بر اساس نسخه ۱۰ طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها (ICD10) صورت می‌گیرد

آن در بخش‌های مختلف از جمله شهر و روستا یا گروه‌های مردان و زنان می‌تواند توزیع عادلانه یا ناعادلانه منابع و درآمد و امکانات را مشخص نماید. فوت در گروه‌های مختلف سنی و جنسی می‌تواند ناشی از چگونگی شرایط اقتصادی حاکم بر جامعه و بیانگر تحولات اقتصادی در برهه‌ای از زمان باشد (۱) اطلاع از میزان بروز مرگ و شاخص‌های مربوط به آن مهم‌ترین بخش مورد نیاز در اندازه‌گیری بار بیماری‌ها (۵) و محاسبه شاخص‌های عمر از دست رفته (YLL) و سال‌های عمر تعدیل شده با ناتوانی (DALYs) است (۷)، (۶). در جوامع عقب افتاده معمولاً قسمت اعظم مرگ و میر را بیماری‌های عفونی و انگلی و سوء تغذیه تشکیل می‌دهند (۸)، (۹) در حالیکه در جوامع پیشرفته‌تر بیماری‌های غیر واگیر و مزمن این سهم را دارا می‌باشند (۱۰) و (۱۱). شناخت روند میزان بروز علل مرگ در یک جامعه منجر به شناخت روند دگرگونی سلامتی (Health Transition) آن جامعه می‌شود (۲). در این مطالعه با استفاده از داده‌های ثبت شده، میزان و علل مرگ و میر در طول سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۸۷ در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی قزوین به تفکیک سن، جنس، محل سکونت، علل عمده مرگ بر حسب فراوانی مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت.

روش بررسی

این مطالعه کاربردی با روش پیمایشی مقطعی انجام شد. داده‌های مرگ و میر پس از تصحیح کدهای پوچ بر اساس علل مرگ، سن، جنس، منطقه سکونت (شهر و روستا)، نسبت عمر از دست رفته در فاصله سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۷ مورد بررسی قرار گرفت. فرایند ثبت موارد مرگ و میر در استان قزوین به این صورت انجام می‌شود که اطلاعات مربوط به تعداد و علل مرگ و میر از شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی قزوین از منابع گوناگون، شامل مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری، بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها در سطح شهرستان، گورستان و غسلخانه شهر، پزشکی قانونی شهرستان، اداره ثبت احوال شهرستان، سایر منابع، جمع‌آوری شده چون منابع متعددی برای جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفته، موارد تکراری در لیست مزبور حذف شده است. لیست تهیه شده با اطلاعات سازمان ثبت احوال شهرستان مبادله و موارد عدم همپوشانی دو لیست، ثبت و مورد پیگیری و بررسی قرار گرفته، کلیه موارد ثبت شده پس از بررسی‌های لازم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سیستم طبقه‌بندی بیماری‌ها بر اساس ICD10 است.

یافته‌ها

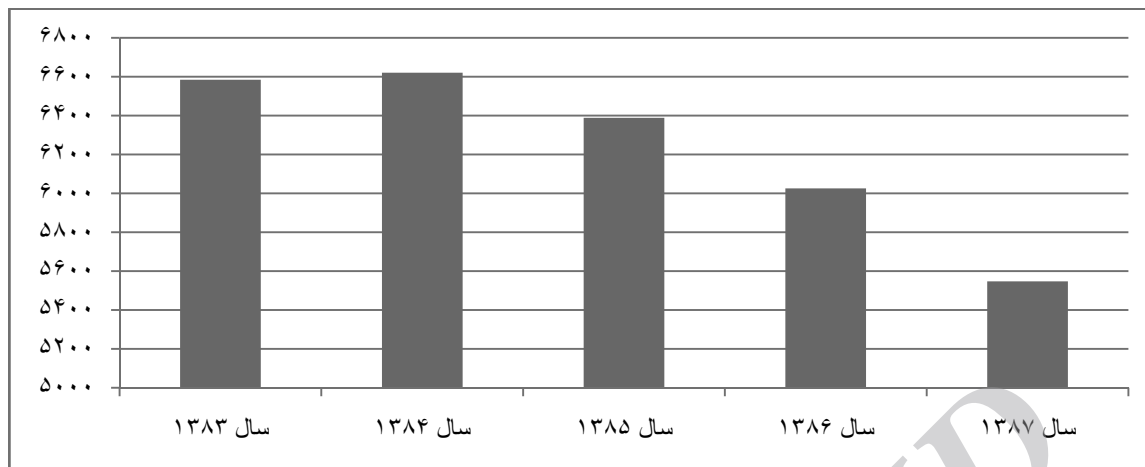
در سال ۱۳۸۳ میزان مرگ خام ثبت شده به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر

جدول ۱- میزان مرگ خام و میزان اختصاصی جنسی مرگ (بدون مرده‌زایی) بر حسب جنس و محل سکونت (میزان در ۱۰۰۰۰۰ نفر) در سال ۱۳۸۷-۱۳۸۳ در استان قزوین

سال	میزان‌های مرگ خام و اختصاصی سنی و جنسی در روستا			میزان‌های مرگ خام و اختصاصی سنی و جنسی در شهر			میزان‌های مرگ خام و اختصاصی سنی و جنسی در شهر و روستا		
	مذکر	مونث	روستا	مذکر	مونث	شهر	مذکر	مونث	کل
۱۳۸۳	۶۴۵/۱۱	۴۵۳/۵۳	۵۵۱/۲۶	۴۹۱/۱۱	۳۵۸/۴۲	۴۲۶/۷۷	۵۴۴/۸۹	۳۹۲/۰۶	۴۷۰/۵۲
۱۳۸۴	۶۵۴/۵۵	۴۸۰/۳۴	۵۷۰/۰۸	۴۶۳/۷۸	۳۴۵/۸۱	۴۰۶/۷۲	۵۲۸/۲۵	۳۹۱/۴۳	۴۶۲/۰۱
۱۳۸۵	۶۲۵/۹۳	۴۳۶/۳۴	۵۳۳/۱۷	۵۲۶/۱۴	۳۲۸/۷۱	۴۲۴/۵۳	۵۳۸/۵۰	۳۷۷/۴۵	۴۶۰/۱۲
۱۳۸۶	۶۴۱/۹۲	۴۵۳/۵۲	۵۴۹/۵۴	۴۵۱/۲۷	۳۴۸/۷۴	۴۰۱/۵۳	۵۱۱/۷۲	۳۸۲/۴۴	۴۴۸/۷۹
۱۳۸۷	۶۳۶/۲۲	۴۶۴/۹۱	۵۵۲/۲۲	۴۲۴/۴۸	۳۱۵/۲۸	۳۷۱/۴۹	۴۸۲/۹۰	۳۵۷/۱۸	۴۲۱/۷۱

جدول ۲ - مقایسه میزان مرگ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت برای گروه‌های کلی مرگ در استان قزوین در سالهای ۱۳۸۷-۱۳۸۳

گروه‌های اصلی	سال ۱۳۸۳	سال ۱۳۸۴	سال ۱۳۸۵	سال ۱۳۸۶	سال ۱۳۸۷
بیماری‌های قلبی و عروقی	۲۰/۱/۸۳	۱۷۰/۸۷	۱۷۰/۸۷	۱۶۴/۶۹	۱۵۷/۶۹
سرطانها و تومورها	۴۰/۸۶	۴۳/۰۳	۴۳/۰۳	۵۲/۲۳	۵۳/۹۴
حوادث غیر عمدی	۶۱/۳۸	۷۰/۲۹	۷۰/۲۹	۵۵/۹۷	۵۰/۰۶
علائم و حالات بد تعریف شده و مبهم	۴۶/۴۲	۴۳/۹۲	۴۳/۹۲	۴۴/۸۴	۳۲/۱۱
بیماری‌های دستگاه تنفسی	۱۴/۵۹	۱۸/۹۸	۱۸/۹۸	۲۰/۷۷	۲۱/۰۶
بیماری‌های دستگاه گوارش	۱۸/۷۹	۲۳/۳۴	۲۳/۳۴	۱۸/۸۶	۱۹/۱۶
بیماری‌های دوران حول تولد	۲۳/۶۲	۲۳/۷	۲۳/۷	۱۹/۸۲	۱۶/۶۶
بیماری‌های دستگاه ادراری و تناسلی	۷/۰۲	۸/۲۹	۸/۲۹	۹/۸۲	۱۲/۷۷
نامشخص	۱۷/۶۹	۱۷/۵۵	۱۷/۵۵	۱۳/۹۹	۹/۴۹
بیماری‌های روانی و اختلال رفتاری	۴/۸۲	۹/۵۳	۹/۵۳	۱۰/۶	۹/۲۴
بیماری‌های غدد، تغذیه و متابولیک	۵/۸۴	۶/۶۸	۶/۶۸	۸/۶۹	۹/۰۶
ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی	۸/۶۴	۶/۸۶	۶/۸۶	۶/۵۲	۸/۸
خودکشی	۲/۷۴	۲/۵۸	۲/۵۸	۴	۷/۵۱
بیماری‌های سیستم عصبی	۴/۵۶	۴/۱	۴/۱	۳/۶۵	۵/۰۱
بیماری‌های عفونی و انگلی	۷/۰۲	۷/۶۶	۷/۶۶	۹/۳	۴/۴۹
خشونت به وسیله دیگران	۲/۰۱	۲/۱۴	۲/۱۴	۲/۲۶	۲/۸۵
بیماری‌های سیستم خونساز و دستگاه ایمنی	۰/۸۲	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۵۲	۰/۹۵
بیماری‌های اسکلتی عضلانی	۰/۷۳	۰/۸۹	۰/۸۹	۱/۳۹	۰/۶۹
عوارض حاملگی و زایمان	۰/۴۶	۰/۳۶	۰/۳۶	۰/۵۲	۰/۱۷
بیماری‌های جلد و زیر جلد	۰/۳۶	۰/۲۷	۰/۲۷	۰/۳۵	۰



نمودار ۲- روند سال‌های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس در سالهای ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۷ در استان قزوین

جدول ۳- تعداد، میانگین سنی بر اساس علل مهم مرگ و میر در طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۸۷ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

علل مرگ	حوادث حمل و نقل	سکته قلبی	سرطان معده	سکته مغزی
تعداد مرگ	۴۹۲	۱۲۵۴	۹۳	۴۴۷
میانگین سنی مرگ	۳۷/۶۹	۷۰/۴۶	۶۸/۹۲	۷۱/۶۴
تعداد مرگ	۶۳۰	۹۶۹	۸۵	۳۹۸
میانگین سنی مرگ	۳۷/۸۵	۷۱/۴۳	۶۷/۹۹	۷۲/۹۶
تعداد مرگ	۵۷۰	۱۳۹۶	۹۶	۴۵۹
میانگین سنی مرگ	۳۷/۷۱	۷۰/۶۷	۶۸/۱۳	۷۳/۰۴
تعداد مرگ	۴۲۷	۹۵۳	۹۸	۴۷۰
میانگین سنی مرگ	۳۷/۲۹	۷۱/۹۸	۶۸/۷۷	۷۳
تعداد مرگ	۴۰۲	۷۰۸	۱۲۴	۵۱۶
میانگین سنی مرگ	۳۸/۳۱	۷۲/۵۴	۶۷/۳۳	۷۴/۶۳

بحث و نتیجه گیری

بررسی روند علل مرگ و میر در طی پنج سال اخیر نشان می‌دهد در استان قزوین مانند سایر مناطق ایران و بسیاری از کشورهای مرگ به علت بیماری‌های واگیر سیر نزولی و به علت بیماری‌های غیر واگیر بخصوص سوانح و حوادث و بیماری‌های قلبی و عروقی و سرطان‌ها و تومورها سیر صعودی داشته است. این امر ضرورت برنامه ریزی برای کنترل، پیشگیری و کاهش بیماری‌های غیر واگیر استفاده از نتایج آن در برآورد و تخصیص منابع با اولویت افزایش سهم بودجه بهداشت

در این مطالعه تعداد ۱۰۰۰۸ مرگ از کل مرگها، در طی پنج سال مربوط به بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشد که از این تعداد ۵۱۸۰ نفر به علت سکته قلبی فوت کردند. در طی این پنج سال تعداد ۲۵۲۱ نفر به علت حوادث حمل و نقل فوت کرده اند، تعداد فوت شدگان به علت سرطان معده ۴۹۶ نفر و به علت سکته مغزی ۲۲۹۰ نفر بوده است. در این مطالعه میانگین سنی فوت شدگان از حوادث، دهه سوم عمر و برای سرطان‌ها دهه پنجم و بیماری قلبی و عروقی دهه ششم و سکته مغزی دهه هفتم عمر می‌باشد (جدول ۳).

اختلال جسمی و روانی در نتیجه سوء مصرف مواد در طی سالهای فوق افزایش یافته است. (از ۱/۶ به ۷/۳). از گروه بیماری‌های غدد، تغذیه و متابولیک بیشترین علت مرگ ناشی از دیابت می‌باشد. مرگ ناشی از قتل بیشترین علت در گروه خشونت می‌باشد و میزان آن از ۱/۷ به ۲/۲ رسیده است. در این مطالعه میانگین سن فوت شدگان از حوادث، ۳۰ و سرطان‌ها ۶۲ و بیماری قلبی و عروقی ۷۱ سال می‌باشد. در پاکستان بیماری‌های غیرواگیر، از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان، بیماری‌های تنفسی، دیابت و اختلالات روانی، حوادث حمل و نقل از علل عمده مرگ و میر است (۱۰).

با توجه به اینکه بخش اعظمی از مرگ‌های زیر یک سال بدلیل بیماری‌های حول تولد حادث شده که متأثر از شرایط اقتصادی-اجتماعی و بهداشتی است و مداخله پذیر می‌باشد، ضرورت برنامه ریزی جهت کاهش و پیشگیری از این گونه مرگ‌ها محسوس است. از ۵۹۲۶ مرگ و میر در کودکان زیر ۵ سال در ایران ۶۳/۲٪ مرگ مربوط به گروه سنی ۱-۱۱ ماه بود. در مجموع ۶۰٪ از تلفات در مناطق روستایی رخ داده است و ۵۲٪ از آنها در میان پسران بوده است. شایع‌ترین علل مرگ و میر، ناهنجاری‌های مادرزادی و کروموزومی با ۲۳/۴٪ بودند. بیشترین شیوع در میان بیماری‌ها، بیماری‌های دستگاه تنفسی بودند (۲۰). نظر به اینکه در این مطالعه علت اول مرگ در گروه سنی ۵۹-۱۲ ماهه و ۱۴-۵ ساله حوادث ترفیکی می‌باشد، امیدواریم با اقدامات عاجل در زمینه تمرکز بر برنامه‌های آموزشی و مشارکت با سایر سازمان‌ها در خصوص نیروی انسانی، وسایل نقلیه، راه‌ها و ... شاهد این گونه مرگ‌ها نباشیم. آمار مرگ و میر ناشی از خودکشی در طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۳ در هر دو جنس روند صعودی داشته است (در سال ۱۳۸۷ خودکشی پنجمین علت اول بر حسب عمر از دست رفته است) این میزان در مردان دو برابر زنان بوده است رایج‌ترین روش خودکشی برای مردان حلق‌آویز و برای زنان خودسوزی می‌باشد که این دو روش ۵۰٪ موارد را شامل می‌شوند. با توجه به جوان بودن جمعیت و سیر صعودی موارد خودکشی و همچنین عدم گزارش‌دهی اینگونه مرگ‌ها و منظور نشدن موارد اقدام به خودکشی ناموفق حساسیت موضوع را دو چندان می‌کند، لذا اندیشیدن تدابیری مناسب در این زمینه الزامی است. (میانگین سن هنگام مرگ ۲۹ سال می‌باشد) طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، خودکشی در کشورهایی که اطلاعات آنها در دسترس است در زمره ۱۰ علت اصلی مرگ می‌باشد (۱۲). در مطالعات ملی میزان خودکشی ۶ تا ۸ در صد هزار نفر برآورد شده است. بر اساس آمار منتشرشده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌طور متوسط روزانه ۱۳ مورد خودکشی در کشور با میانگین سنی ۲۹ سال اتفاق می‌افتد. بررسی روند خودکشی در سال‌های گذشته در ایران رشد قابل توجهی را نشان می‌دهد در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی، شناسایی عوامل خطر (risk factors) رفتارهای خودکشی حایز اهمیت بسیار است. مطالعات انجام شده در ایران نشان داده‌اند مردان مجرد، زنان تازه ازدواج کرده،

بر درمان را بیش از پیش روشن می‌کند. براساس مطالعه سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸، میزان مرگ و میر در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت به علت بیماری‌های قلبی و عروقی در کشور آمریکا ۱۳۷، در انگلیس ۹۱، ژاپن ۶۳، هند ۲۸، کویت ۲۷۲، عراق ۳۵۹ و در کشور ایران ۲۷۱ است (۱۲). در این مطالعه تعداد ۱۰۰۰۸ مرگ از کل مرگ‌ها، مربوط به بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشد و در کشور مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی رتبه اول را دارا است و بیماری‌های ایسکمیک قلب ۲۵٪ موارد مرگ را تشکیل می‌دهد (۱۳). بیماری‌های قلبی-عروقی مهم‌ترین عامل ناتوانی و مرگ‌های زودرس (بیش از ۱۷/۱ میلیون مرگ سالانه-۲۰۱۰) و همچنین هزینه‌های هنگفت نظام سلامت در سراسر جهان به شمار می‌روند (۱۴) بیماری‌های قلبی-عروقی اولین علت مرگ و میر زنان و مردان در جوامع شهری صنعتی و در حال توسعه است. در کشور آمریکا بیماری‌های قلبی-عروقی علت ۳۹/۴٪ مرگ و میر است و در واقع از هر ۲/۵ مرگ یک مورد به علت بیماری‌های قلبی-عروقی است. در ایران نیز اولین و شایع‌ترین علت مرگ و میر در تمام سنین و در هر دو جنس، بیماری‌های قلبی-عروقی به خصوص بیماری‌های عروق کرونر است، از کل ۷۰۰ تا ۸۰۰ مورد مرگ روزانه، ۳۱۷ نفر به علت بیماری‌های قلبی-عروقی می‌میرند که ۱۶۶ مورد آن به علت سکته قلبی است (۱۵) بر اساس مطالعه سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸، میزان مرگ و میر در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت به علت بیماری‌های قلبی و عروقی در کشور آمریکا ۱۳۷، در انگلیس ۹۱، ژاپن ۶۳، هند ۲۸، کویت ۲۷۲، عراق ۳۵۹ و در کشور ایران ۲۷۱ است (۱۶) برآورد شده تا سال ۲۰۳۰ سالانه ۲۳ میلیون نفر بر اثر بیماری‌های قلبی عروقی جان خود را از دست دهند. نکته جالب توجه این گزارش این است که اکثر این افراد در کشور استرالیا خواهند بود (۱۶)

مرگ به علت سرطانها در کشور آمریکا ۱۴۳، در انگلیس ۱۴۴، ژاپن ۱۱۹، هند ۱۰۸، کویت ۸۱، عراق ۱۳۴ و کشور ایران ۱۱۱ است (۱۷) در این مطالعه در هر یک از سه گروه عمده علل مرگ و میر، زیرگروهی که بیشترین سهم مرگ و میر را به خود اختصاص داده است عبارتست از: در گروه بیماری قلبی و عروقی سکته قلبی، در گروه سوانح و حوادث غیرعمدی، حوادث حمل و نقل و در گروه سرطانها، سرطان معده رتبه اول را به خود اختصاص داده است. میانگین سنی فوت شدگان از حوادث، دهه سوم عمر و برای سرطان‌ها دهه پنجم و بیماری قلبی و عروقی دهه ششم عمر می‌باشد. میزان مرگ ناشی از سرطان ریه و برنش در سال ۱۳۸۳ (۴/۶) و سرطان سیستم عصبی و مننژ (۱/۲) به (۷/۵ و ۶/۲) در سال ۱۳۸۷ افزایش یافته است. سالانه ده میلیون نفر در دنیا مبتلا به سرطان می‌شوند که شش میلیون نفر آنها فوت می‌کنند. در حال حاضر در جوامع توسعه یافته سرطان، دومین علت شایع مرگ است و پیش‌بینی می‌شود که میزان بروز سرطانها تا سال ۲۰۵۰ به دو برابر برسد، (۱۹)، (۱۸) میزان مرگ ناشی از

در گواهی فوت خودداری نماید. برای پزشکیانی که از کدهای پوچ استفاده می‌کنند آموزشهای لازم را برقرار نماید. از ابزار قانونی همچون اختیارات معاونت‌های درمان دانشگاهها و سازمان نظام پزشکی به منظور حل ثبت علل بیهوده، پوچ و گمراه کننده استفاده نماید.

محدودیت‌های موجود در استفاده از داده‌های نظام ثبتی جاری عبارتند از عدم دقت در ذکر علل، کم گزارش دهی، بدبختی، وجود گورستان‌های غیر رسمی، عدم همکاری سازمان پزشکی قانونی، عدم تبادل اطلاعات در برخی سازمان‌ها (سازمان ثبت احوال و...)، عدم تکمیل صحیح گواهی فوت می‌باشد. لذا باید همکاری‌های درون بخشی و برون بخشی جهت یکسان سازی آمارها و بهبود کمی و کیفی برنامه اقدامات لازم بعمل آید و تدوین واحد آموزشی موظف به دانشجویان پزشکی (تشخیص و ثبت علل مرگ و میر) در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای دکتر منوچهر مهران معاونت محترم بهداشتی قزوین و رییس مرکز بهداشت وقت استان قزوین و کلیه همکاران واحد آمار مراکز بهداشت شهرستان‌های استان قزوین که در برنامه فوق مشارکت و همکاری داشته و در جمع آوری اطلاعات جدید به خرج دادند، صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

دختران و پسران دانش‌آموز و نوجوان، مردان بیکار، و زنان خانه‌دار در معرض خطر بالاتری برای اقدام قرار دارند. افسردگی یکی از شایع‌ترین علل خودکشی است، بدین ترتیب شناسایی به موقع افراد افسرده و درمان مناسب و کامل این افراد می‌تواند اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن را به میزان زیادی کم کند.

این مطالعه نشان داد که میزان مرگ خام ثبت شده در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری است با توجه به بالا بودن میزان مرگ جمعیت روستایی به جمعیت شهری توجه بیشتر به روستاییان و افزایش دسترسی به امکانات تخصصی تشخیصی و درمانی از اولویت خاص برخوردار است. بالا بودن میزان مرگ مردان نسبت به زنان در تمام گروه‌های سنی می‌تواند به دلایل شرایط اجتماعی و شغلی آنان باشد ولی ظن کم شماری و بدبختی هم وجود دارد.

یکی دیگر از مشکلات عمده ثبت علتی مرگ، استفاده از کدهای پوچ است که ترکیب و سیمای علتی مرگ را از دقت و حساسیت لازم تهی می‌نماید شایع‌ترین کدهای پوچ گزارش شده توسط تمام منابع کهنولت بدون زوال عقل می‌باشد (۲۱). لذا در جریان ثبت موارد مرگ در صورتیکه علل مرگ‌های اعلام شده توسط پزشکان بیمارستان‌ها و پزشکی قانونی مشتمل بر کدهای پوچ باشد، مرکز بهداشت شهرستان موظف باشد، تصویر گواهی و علت را به پزشک یا منبع صادر کننده عودت داده و درخواست نماید که از ثبت علل پوچ و گمراه کننده

References

- 1- Naghavi M, Jafari N. Mortality Profile for 29 Provinces of Iran (2005) [Persian] Iranian Ministry of Health and Medical Education Deputy for Health, 2007. 1-30 [persian]
- 2- Khosravi A, Aghamohamadi S, Safari R. Improving the Quality and Use of Birth, Death and Cause-of-Death Information" Guidance for a standards-based review of country practices" [persian] Iranian Ministry of Health and Medical Education Deputy for Health, 2011. 14-40 [persian]
- 3- Naghavi M, Jafari N. Mortality Profile for 23 Provinces of Iran (2004) [Persian] Iranian Ministry of Health and Medical Education Deputy for Health, 2006. 18-30 [persian]
- 4- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2095-128.
- 5- Lindgren. L. D, Lofgren. K T, Rajaratnam. J. K, et al: Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2071-94.
- 6- Murray-C. J. L., Lozano. R, Naghavi. M. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010, *Lancet* 2012; 380: 2197-223.
- 7- Ministry of Health and Medical Education. Deputy for Health, Burden of Disease and Injuries Study at National Level and 6 Provinces in Iran, 1993. 46-80 [persian].
- 8- Salomon. J. A, Wang. H, Freeman. M. K., Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010, *Lancet* 2012; 380: 2144-62.
- 9- Ministry of Health and Medical Education. Deputy for Health, National Burden of Disease Study: A Practical Guide, in Iran, 2007. 60-90. [persian]
- 10- Tazeen. H. J, Benjamin A Haaland, Atif. R. Non-communicable diseases and injuries in Pakistan: strategic priorities *The Lancet*, Early Online Publication, 17 May 2013 Available from:

- [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60646-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60646-7/abstract)
- 11- Murrayt. C, Richards. M, Newton. N. UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010, Published Online March 5, 2013 [http:// dx.doi.org/ 10.1016/ S0140-6736 \(13\) 60355-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60355-4)
 - 12- World Health Organization, World Health Statistics 2012. Available from:www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/
 - 13- Forouzanfar MH, Sepanlou S, Shahrzaz S. Evaluationg causes of death and morbidity in Iran, global burden of diseases, injuries and risk factors study 2010; Arch Iran Med. 2014; 17(5): 304-320.
 - 14- World Health Organisation, Prevention of Cardiovascular Disease, Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk, World Health Organization 2007.
 - 15- ZabetianA, Tohidi M, GHasemiA, Sheikholeslami F. Prevalence of Metabolic Syndrome by the Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health disease epidemiology from a etiology to public health. Oxford, Oxford Medical Publication, 1992, 3-20.
 - 16- World Health Organization, World Health Statistics 2012. Available from: www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012
 - 17- World Health Organization, World Health Statistics 2013. Available from:www.who.int/
 - 18-Marcos A. Cancer cases may double by 2050. heath Scot News. May 2002.
 - 19-WHO Report. Cancer new. WHO Guidelines released U July 2002. Available from: www.who.int/
 - 20- Rahbar, M.; Ahmadi, M.; Lornejad, H. R. Mortality Causes in Children 1-59 Months in Iran Iranian Journal of Public Health 2013. 42(1):93-97.
 - 21-Khosravi A, Aghamohamadi S, Kazemi. E. Mortality Profile in Iran (29 Provinces) Over the Years 2006 to 2010, The First Book: National Report, Tehran Ministry of Health and Medical Education, 2013. 20-69 [Persian]

Archive

Trend of Mortality Rate and Causes of Death in Qazvin Province, 2004- 2008

Fereshte Faghihi* - Nahid Jafari** - Ali Akbarisari***† - SaharNaz Nedjat**** - Maryam Hosainzadeh milany*****

* MSc in Nursing & MPH. Deputy for Health, Ministry of Health & Medical Education, TehranT Iran

**MD, Specialist in Community Medicine, Assistant Professor, Deputy for Health, Ministry of Health & Medical Education, Tehran, Iran

*** MD & PhD In Health Economic, Assistant Professor, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

****PhD in Epidemiology, Associate, Professor, Epidemiology and Biostatistics Department, School of Public Health, Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*****BS in Statistics, Health Ministry Of Qazvin University, Qazvin, Iran

Abstract

Background: Analysis of rate and causes of death is one of the important tools for identifying the health needs in any community, for planning and monitoring health care programmes and appropriate allocation of limited resources. Many countries have a registration system specially designed for reporting and documenting their mortality data. Analysis of these data is commonly conducted in a regular basis to inform any policy making regarding their future healthcare programmes. The aim of this study was to analyse data from a combination of death registration systems in Quazvin Province of Iran.

Methods: This is a cross-sectional survey conducted by secondary analysis of data collected from a combination of death registry systems in Quazvin province of Iran. The data were collected and put into an Excel software for years 2004 to 2008 (ICD 10). The trend of death, rate of death and causes of death were analyzed over the 5 year periods according to the age, sex and residence area (urban and rural).

Findings: Deaths due to communicable disease has decreased and deaths due to non-communicable diseases have increased over time. The leading causes of death were accidents, cardiovascular disease and cancers and in these three groups the majority of deaths were due to myocardial infarction, transportation accidents and stomach cancer. The study also showed that death rate due to physical and mental disorders resulting from substance abuse has increased during these years (from %1.6 to %7.3). Also death due to suicide has been increased over this time in both sexes. The most common method of suicide was hanging in men and self burning in women. The mortality rate was more in rural population than urban population.

Conclusion: According to our finding, rise of proportional mortality ratio (PMR) for neoplasm requires special attention in the control and prevention programs. Death was more common in rural population compared to urban population. According to the villagers, and increased access to specialized diagnostic and treatment enjoys a certain priority.

Keywords: Cause of Death, Proportional Mortality Ratio, Time Trend

Received: 18 May 2014

Accepted: 7 July 2014

†Correspondence: Ali Akbarisari, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: +98(21)88989120

Email: akbarisari.tums.ac.ir