

---

## فصل ۹

# بیماری های غیر واگیر

## مقدمه:

با توجه به این که گذر اپیدمیولوژیک از بیماریهای واگیر به غیرواگیر صورت گرفته است و هم اکنون بیماریهای غیرواگیر در سراسر جهان ۵۵٪ بار بیماریها را تشکیل می‌دهند و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ مسوول ۶۰٪ کل بار بیماریها و ۷۳٪ تمامی علل موارد مرگ باشند. این در حالی است که با اهتمام به عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر و پیشگیری از بروز آن و یا کنترل و مراقبت بهتر می‌توان از بروز این بیماریها جلوگیری یا مانع بروز عوارض آن شد. با توجه به مطالب فوق در سالهای اخیر مهمترین اولویت نظام سلامت کشور پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر می‌باشد و برای رسیدن به آن نیاز به عزم ملی و تلاش همگانی می‌باشد. نظام مراقبت بیماریهای غیرواگیر نیازمند سیستم بهداشتی درمانی پویا و دانش کافی برای کنترل این بیماریها است و با توجه به نقش چند عاملی در بروز پیشرفت این دسته از بیماریها افزایش مهارت نیروهای کارشناسی و تخصصی ارائه دهنده خدمات بهداشتی همسو با جلب مشارکت مردمی به عنوان بستر اولیه پیشگیری و کنترل ایجاد بیماریها محسوب می‌شود.

## تعاریف و اصطلاحات:

### تعریف CH:

کم کاری تیروئید نتیجه کاهش تولید هورمون تیروئید و یا فعالیت گیرنده های هورمون تیروئید است و این بیماری یکی از علل مهم قابل پیشگیری عقب افتادگی ذهنی در نوزادان است.

### تعریف PKU:

بیماری فنیل کتونوری، بیماری ارثی است و در اثر کمبود یا فقدان آنزیم فنیل آلانین هیدروکسیلاز یا کوفاکتور آن ایجاد می‌شود. شیوع در صورتی که ازدواج خویشاوندی شایع باشد افزایش می‌یابد.

### تعریف G6PD:

یک بیماری ارثی و الگوی آن وابسته به جنس می‌باشد که علت کمبود آنزیمی به نام گلوکز ۶ فسفات دی هیدروژناز است که شیوع آن در پسران بیشتر از دختران می‌باشد و تظاهرات بالینی بیماری بر اساس میزان نقص آنزیم متغییر است.

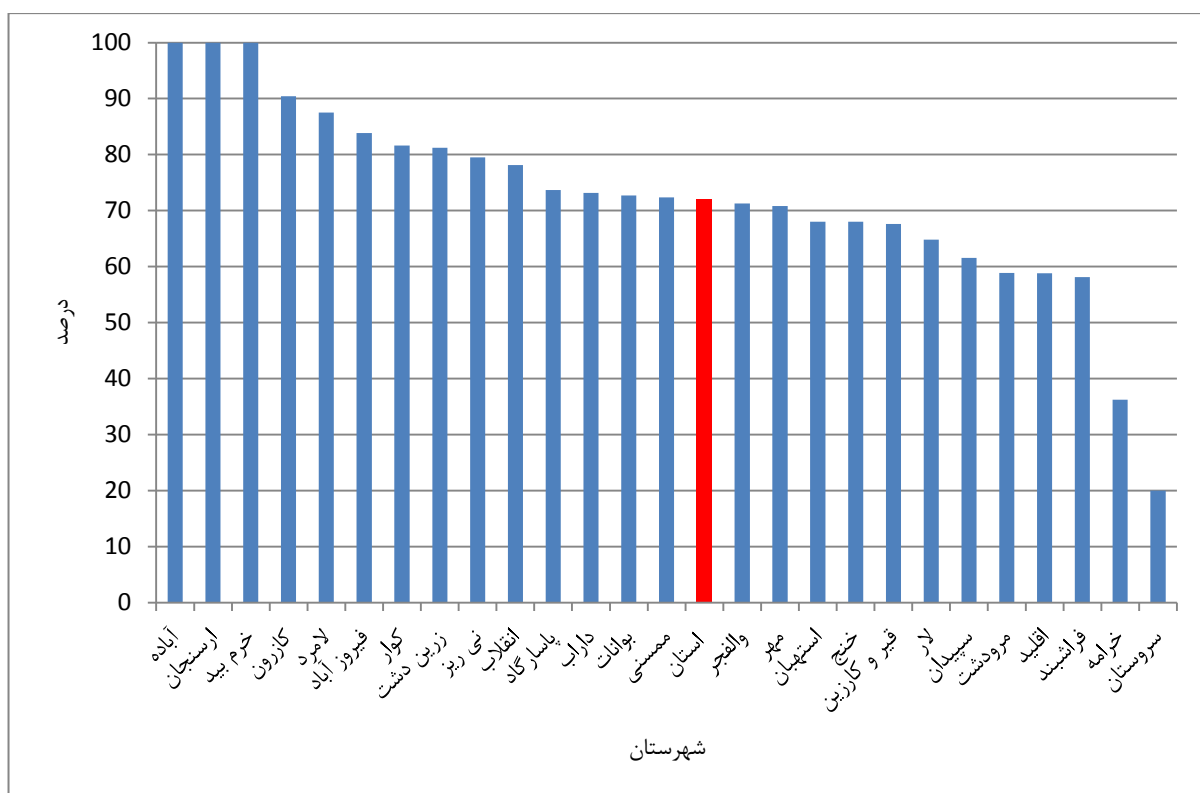
### مشکوک به G6PD:

نوزادان در بدو تولد بعنوان مشکوک گزارش شده و سپس در ۴ ماهگی با آزمایش مجدد تشخیص داده می‌شوند.

جدول ۱: مشخصات شاخص درصد آزمایش PND انجام شده در مرحله اول

نام شاخص	درصد آزمایش PND انجام شده در مرحله اول
صورت کسر	تعداد مواردی که آزمایش مرحله اول PND انجام داده اند $\times 100$
مخرج کسر	تعداد زوج ناقلین واجد شرایط بارداری
منبع جمع آوری اطلاعات	

نمودار ۱: درصد آزمایش PND انجام شده در مرحله اول به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹

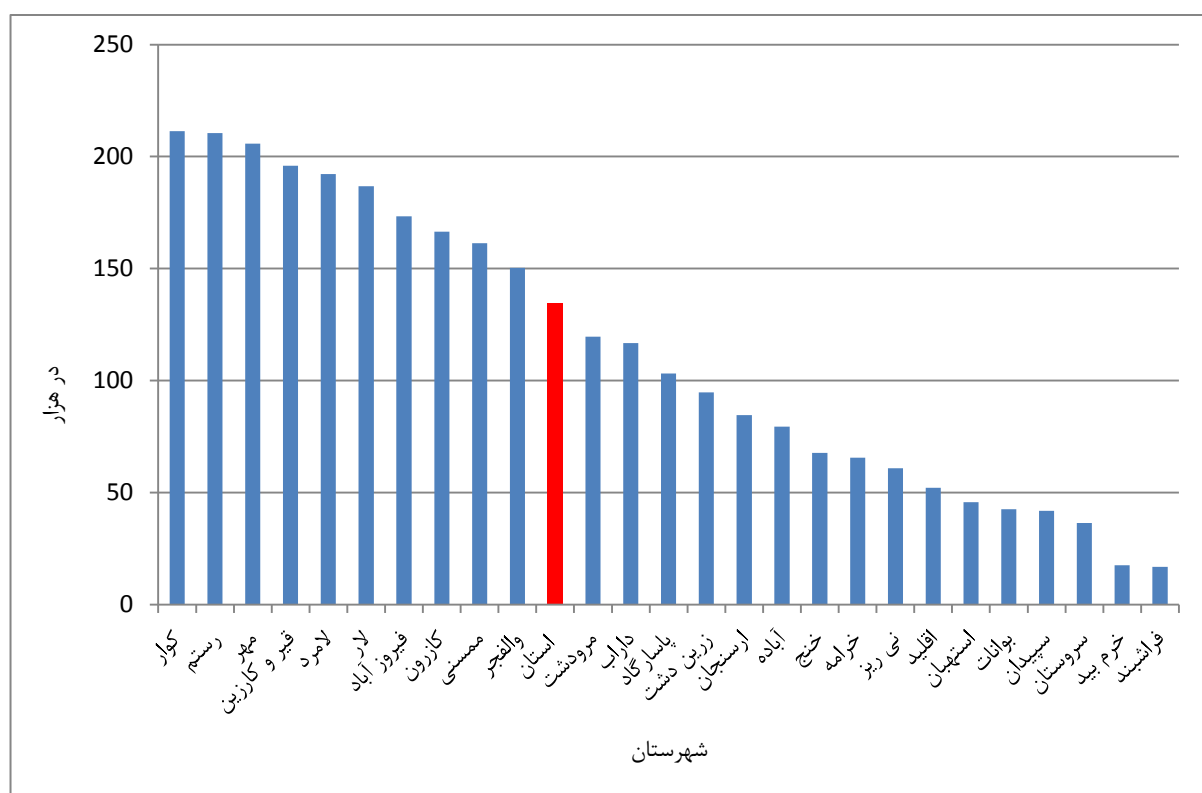


تفسیر: با توجه به اینکه PND<sub>1</sub> در هر سه استراتژی انجام می‌شود ولی از سال ۸۴ در استراتژی اول انجام PND<sub>1</sub> اجباری شده است، و همچنین در زوجینی که قبلاً از سال ۸۰ ازدواج کرده‌اند و یا زوج ناقلینی که تصادفاً بدون انجام آزمایش دارای فرزند سالم می‌باشند و بعضاً خانواده آنها تکمیل است و تصمیم به بارداری ندارند و حاضر به PND نیز نمی‌باشند و این امر خود موجب اختلاف واضح در شهرستان‌های مختلف در شاخص PND می‌باشد. ضمناً شهرستان‌هایی مانند آباده و خرمبید کلاً کمترین زوج ناقل را در استان دارند و این نکته قابل ذکر است که در شهرستان‌های جدید تعویض مکرر کارشناسان غیرواگیر در امر مراقبت اختلال ایجاد کرده است.

جدول ۲: مشخصات شاخص بروز مشکوک G۶PD (در ۱۰۰۰ نفر تولد جدید)

نام شاخص	بروز مشکوک G۶PD (در ۱۰۰۰ نفر تولد جدید)
صورت کسر	تعداد موارد مشکوک شناسایی شده $1000 \times G6PD$
مخرج کسر	تعداد متولدین زنده
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم غربالگری نوزادان

نمودار ۲: بروز مشکوک G۶PD (در ۱۰۰۰ نفر تولد جدید) به تفکیک شهرستان‌های استان فارس، سال ۱۳۸۹

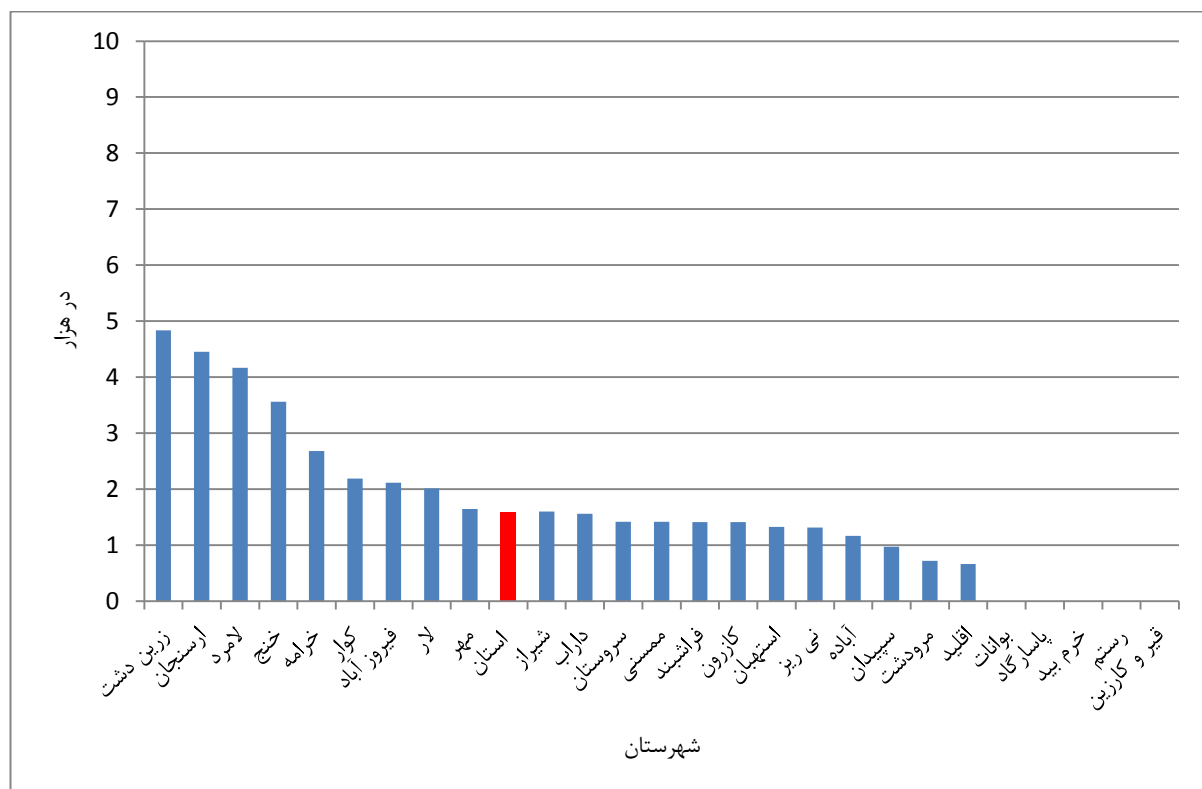


تفسیر: با توجه به اینکه معمولاً بیماری G۶PD با بیماری مالاریا و تالاسمی در گذشته همخوانی داشته است و همچنین با عنایت به پراکندگی جمعیت در استان بنظر می‌رسد علل کاهش شیوع در بعضی از موارد و افزایش آن در موارد دیگر که همخوانی با تالاسمی و مالاریا ندارد و بنظر می‌رسد با توجه به بالا بودن موارد مثبت کاذب تست، در بدو تولد چنانچه شیوع در سن ۴ ماهگی با تست تکمیلی مجدد بررسی شود آمار شیوع واقعی بدست خواهد آمد.

جدول ۳: مشخصات شاخص بروز کم کاری مادرزادی تیروئید در هزار تولد زنده

نام شاخص	بروز کم کاری مادرزادی تیروئید در هزار
صورت کسر	تعداد موارد تشخیص داده شده بیماری $CH \times 1000$
مخرج کسر	تعداد متولدین زنده
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم غربالگری نوزادان

نمودار ۳: بروز کم کاری مادرزادی تیروئید (در هزار تولد زنده) به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹

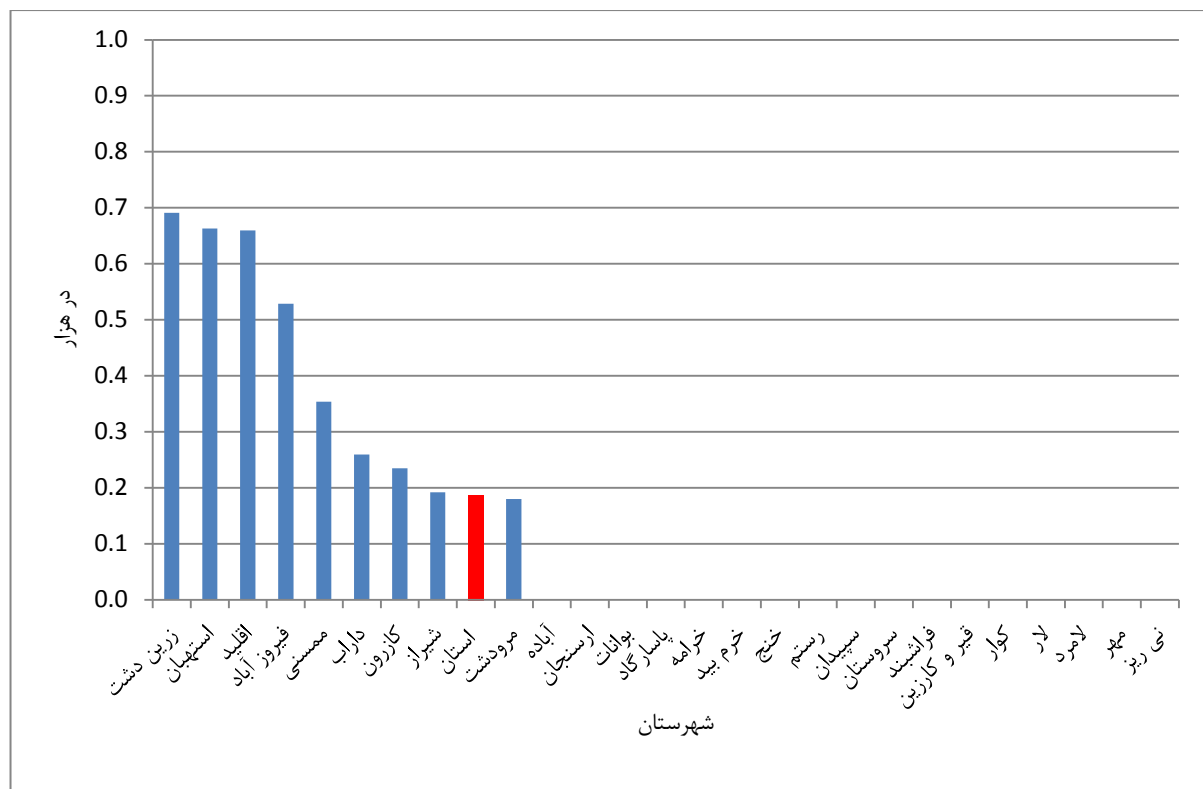


تفسیر: در بروز بیماری CH ازدواج فامیلی نقش اصلی را بعهده دارد هر چند عوامل محیطی (کمبود ید، دوری از دریا، زندگی در ارتفاعات و عوامل دیگری که نیاز به بررسی بیشتر می‌باشد) نیز در آن دخیل است. لذا علت اختلاف در شیوع آن عوامل فوق می‌باشد.

جدول ۴: مشخصات شاخص بروز PKU در هزار تولد زنده

نام شاخص	بروز PKU در هزار
صورت کسر	تعداد موارد تشخیص داده شده $1000 \times$ PKU
مخرج کسر	تعداد متولدین زنده
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم غربالگری نوزادان

نمودار ۴: بروز PKU (در هزار تولد زنده) به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹

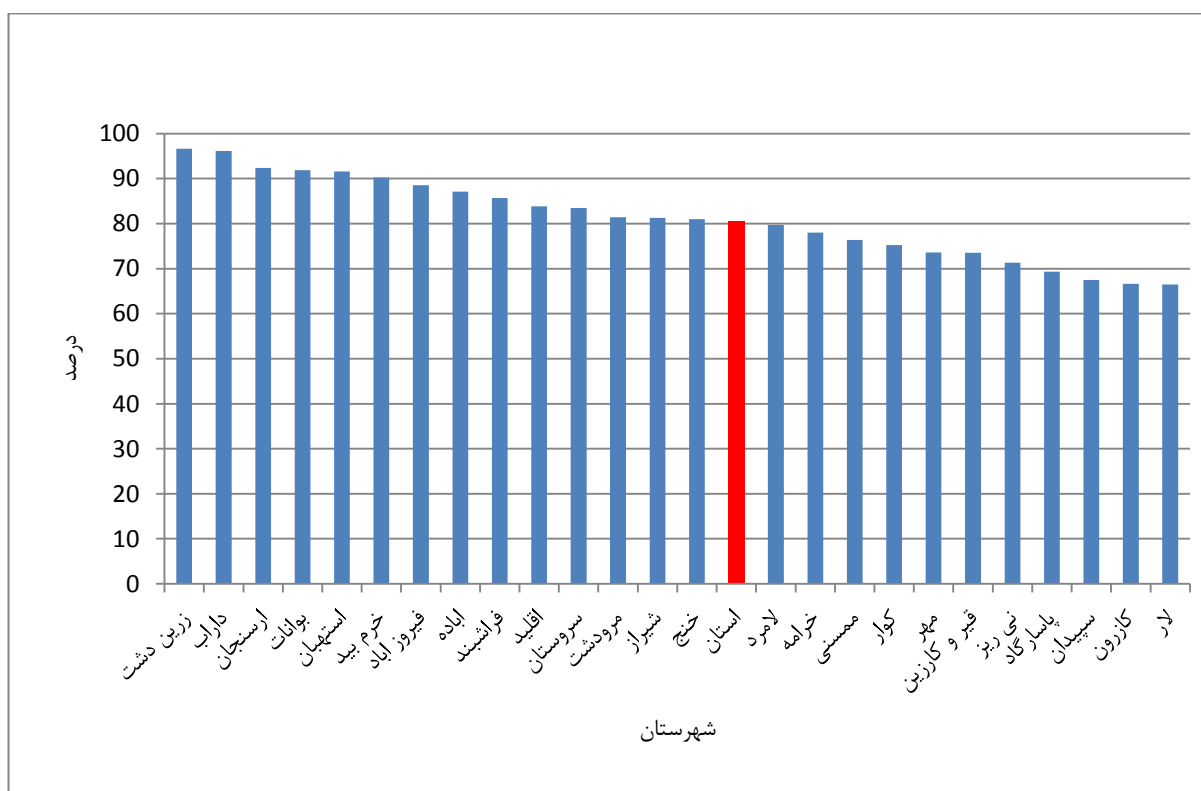


تفسیر: با توجه به اینکه در بروز بیماری PKU ژنتیک و مخصوصاً ازدواج فامیلی علت اصلی آن می‌باشد و عوامل محیطی بر روی آن بی تأثیر است، لذا بنظر می‌رسد ازدواج فامیلی در شهرهای پرشیوع بیشتر می‌باشد، هر چند مهاجرت‌های گذشته نیز تأثیرگذار است. ( ضمناً با توجه به تشخیص قبل از تولد و سقط ۴ مورد PKU در سال ۸۹ که این خود می‌تواند شاخص بروز را کاهش دهد ).

جدول ۵ : مشخصات شاخص درصد پوشش غربالگری نوزادان در ۳ تا ۵ روزگی

نام شاخص	درصد پوشش غربالگری نوزادان در ۳ تا ۵ روزگی
صورت کسر	تعداد نوزادان غربال شده (درفاصله سنی ۵-۳ روزگی) × ۱۰۰
مخرج کسر	تعداد نوزادان غربال شده
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم غربالگری نوزادان

نمودار ۵ : درصد پوشش غربالگری نوزادان در ۳ تا ۵ روزگی، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹

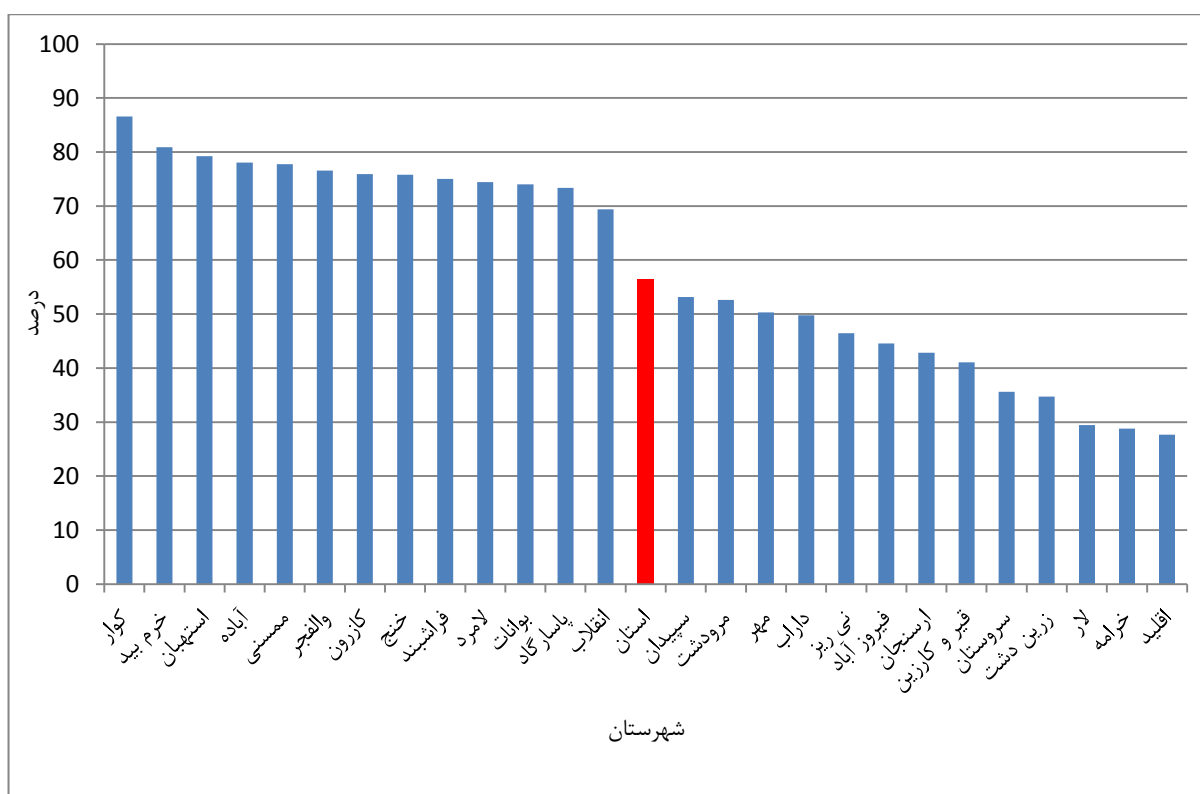


تفسیر: اطلاع‌رسانی به موقع و آموزش زنان باردار و سهولت دسترسی به مراکز غربالگری نوزادان یکی از عوامل اصلی در افزایش پوشش مطلوب غربالگری می‌باشد و بنظر می‌رسد در شهرستانی که پوشش کمتری دارند دلایلی مانند باورهای اجتماعی و همچنین وجود جمعیت عشایر و وسعت شهرستان‌ها در این شاخص تأثیرگذار بوده است ( این در حالی است که ۹۹/۸٪ نوزادان بیمار قبل از ۲۸ روزگی که Golden time درمان می‌باشد شناسایی و درمان شده‌اند).

جدول ۶: مشخصات شاخص درصد مراقبت بیماران فشار خونی توسط پزشک (روستا)

شاخص درصد مراقبت بیماران فشار خونی توسط پزشک (روستا)	نام شاخص
مجموع بیماری‌هایی که توسط پزشک ویزیت شده اند (برای هر بیمار فقط یک بار در فصل ثبت شود) $100 \times$	صورت کسر
میانگین تعداد کل بیماران فشار خونی در طول سال $4 \times$	مخرج کسر
فرم آماری شماره ۵ فشار خون	منبع جمع آوری اطلاعات

نمودار ۶: درصد مراقبت بیماران فشار خونی توسط پزشک (روستا)، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹



تفسیر: با توجه به اینکه شهرستان‌های اقلید، خرامه، لارستان، زرین دشت، سروستان، قیروکارزین، ارسنجان، فیروزآباد، نی‌ریز، داراب، مهر، مرودشت و سپیدان از مورد انتظار (۷۰٪) مراقبت کمتری انجام داده‌اند. علل زیر می‌تواند مطرح باشد:

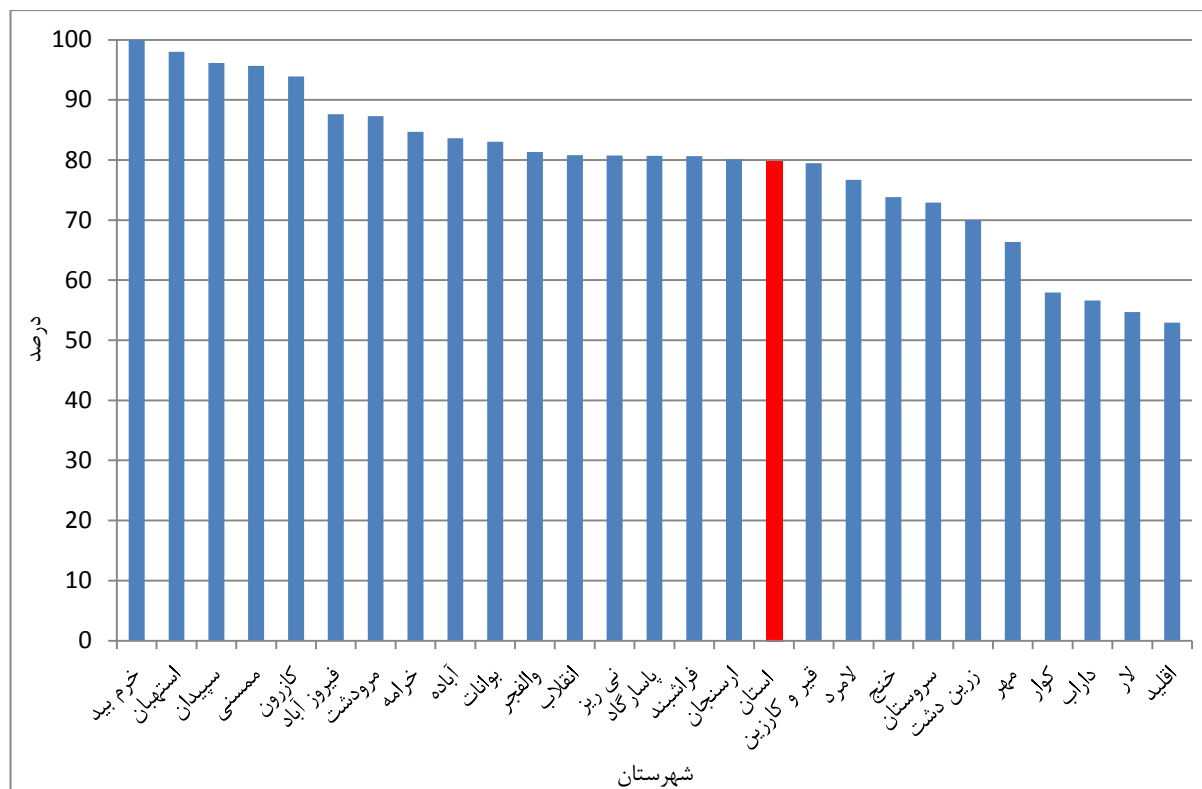
- ۱ - عدم ثبات پزشک خانواده در مناطق مذکور
- ۲ - تشکیل شبکه‌های جدید و نبود کارشناس غیرواگیر جهت پیگیری و مدیریت برنامه



جدول ۷: مشخصات شاخص درصد مراقبت بیماران فشار خونی توسط بهورز

نام شاخص	درصد مراقبت بیماران فشار خونی توسط بهورز
صورت کسر	مجموع تعداد مراقبت‌های انجام شده در سال توسط بهورز × ۱۰۰
مخرج کسر	تعداد بیماران مبتلا به فشار خون × ۱۲
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم آماری شماره ۵ فشار خون

نمودار ۷: درصد مراقبت بیماران فشار خونی توسط بهورز، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹



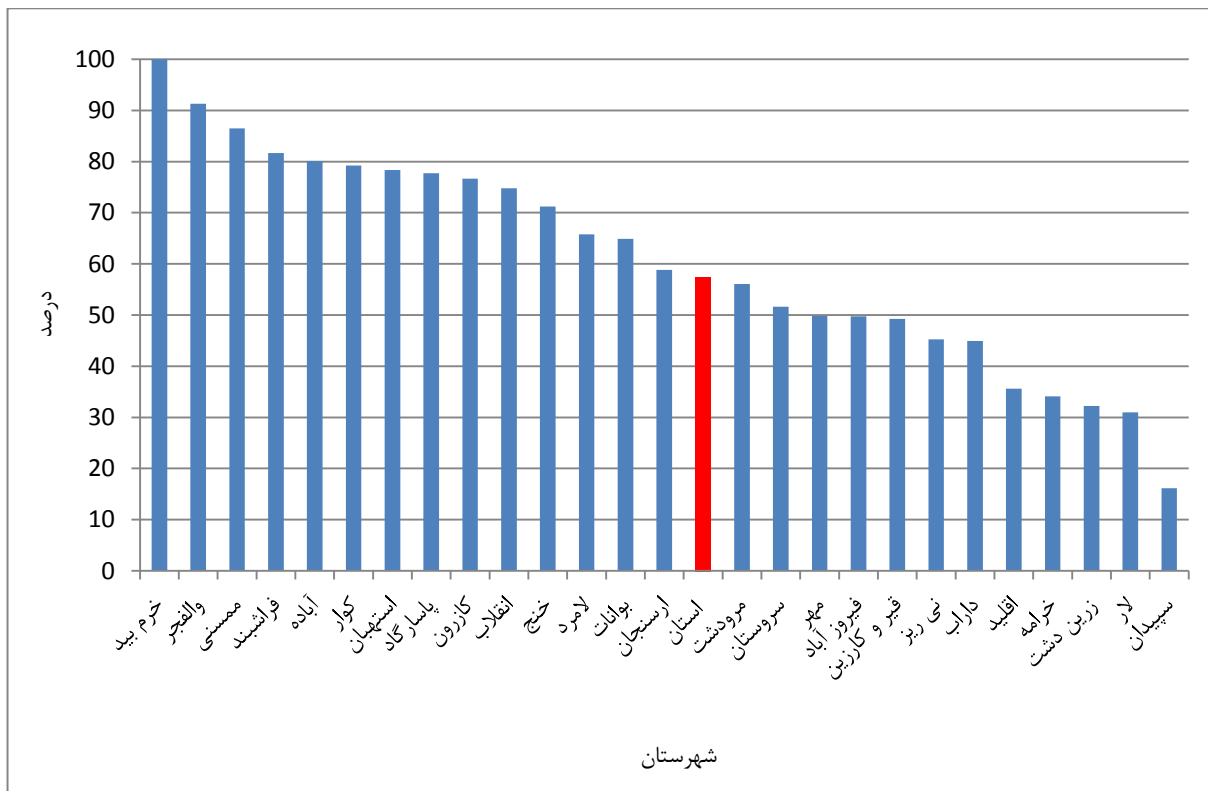
تفسیر: با توجه به اینکه شهرستان‌های اقلید، لارستان، داراب، کوار، مهر، زرین‌دشت و سروستان از مورد انتظار (۸۰٪) مراقبت کمتری انجام داده‌اند (توسط بهورز) علل زیر می‌تواند مطرح باشد:

- ۱ - تعویض و نبود کارشناس غیرواگیر در برخی از شهرستان‌های مذکور
- ۲ - تفکیک شبکه‌های جدید و تأثیر حضور کارشناس غیرواگیر جهت پیگیری و نظارت برنامه

جدول ۸: مشخصات شاخص درصد مراقبت بیماران دیابتی توسط پزشک (روستا)

نام شاخص	درصد مراقبت بیماران دیابتی توسط پزشک (روستا)
صورت کسر	مجموع بیمارانی که هر فصل توسط پزشک ویزیت شده اند (برای هر بیمار فقط یک بار در فصل ثبت شود) $\times 100$
مخرج کسر	میانگین تعداد کل بیماران دیابتی در طول سال $\times 4$
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم آماری شماره ۵ دیابت

نمودار ۸: درصد مراقبت بیماران دیابتی توسط پزشک (روستا) به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹



تفسیر: با توجه به پوشش پائین تر از مورد انتظار (۷۰٪) مراقبت در شهرستانهای سپیدان، لارستان، خرامه، زرین دشت، اقلید، رستم، داراب، نی ریز، قیر و کارزین، فیروزآباد، مهر، سروستان، مرودشت، ارسنجان، بوانات و لامرد علل زیر در پائین بودن پوشش مراقبت مؤثر می باشد:

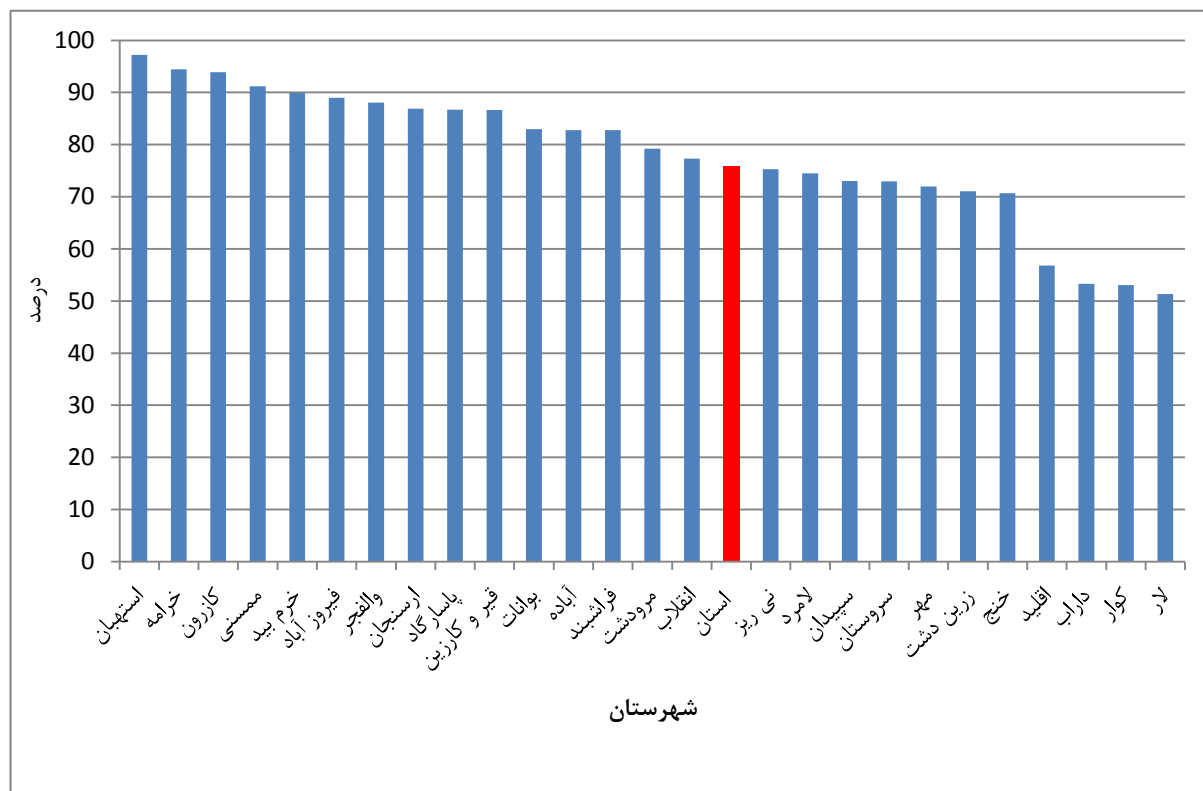
۱ - تفکیک شبکه‌های جدید و نداشتن کارشناس غیرواگیر جهت مدیریت برنامه

۲ - کسری پزشک خانواده در بعضی از شهرستانهای فوق الذکر

جدول ۹: مشخصات شاخص درصد مراقبت بیماران دیابتی توسط بهورز

نام شاخص	درصد مراقبت بیماران دیابتی توسط بهورز
صورت کسر	مجموع تعداد مراقبت‌های انجام شده در سال توسط بهورز × ۱۰۰
مخرج کسر	تعداد بیماران مبتلا به دیابت × ۱۲
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم آماری شماره ۵ دیابت

نمودار ۹: درصد مراقبت بیماران دیابتی توسط بهورز به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹

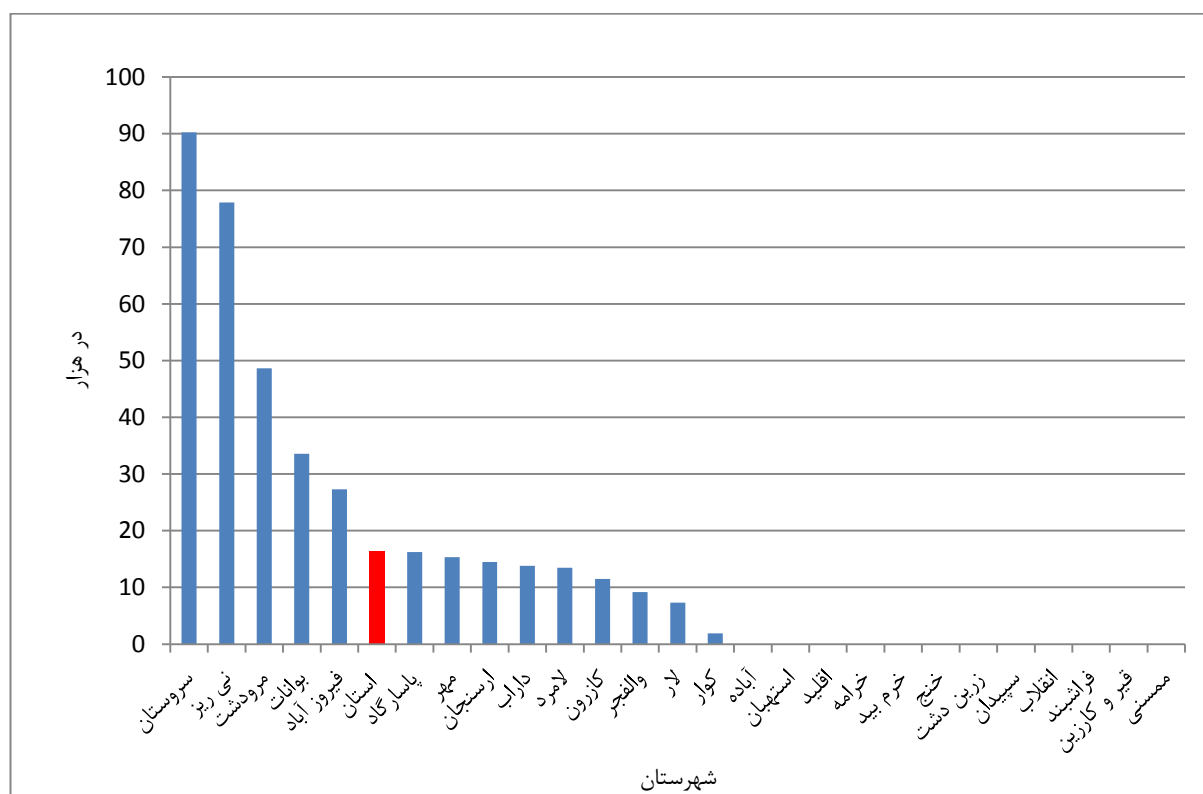


تفسیر: در مورد این شاخص اغلب شهرستان‌ها از پوشش مراقبت مناسبی برخوردار می‌باشند بجز شهرستان‌های لار، کوار، داراب و اقلید که علت در شهرستان‌های لار و اقلید نبود و تعویض مکرر کارشناس غیرواگیر و در شهرستان کوار بعلت تفکیک شهرستان بصورت شبکه مجزا و نداشتن کارشناس غیرواگیر می‌باشد.

جدول ۱۰: مشخصات شاخص شیوع معلولیت ناشی از عوارض دیابت در افراد ۳۰ سال و بیشتر (روستا) در هزار

نام شاخص	شیوع معلولیت ناشی از عوارض دیابت در افراد ۳۰ سال و بیشتر (روستا) در هزار
صورت کسر	تعداد معلولیت ناشی از دیابت × ۱۰۰۰
مخرج کسر	تعداد کل افراد مبتلا به دیابت در طول همان سال
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم مراقبت بیماران دیابتی

نمودار ۱۰: شیوع معلولیت ناشی از عوارض دیابت در افراد ۳۰ سال و بیشتر (روستا) در هزار به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹

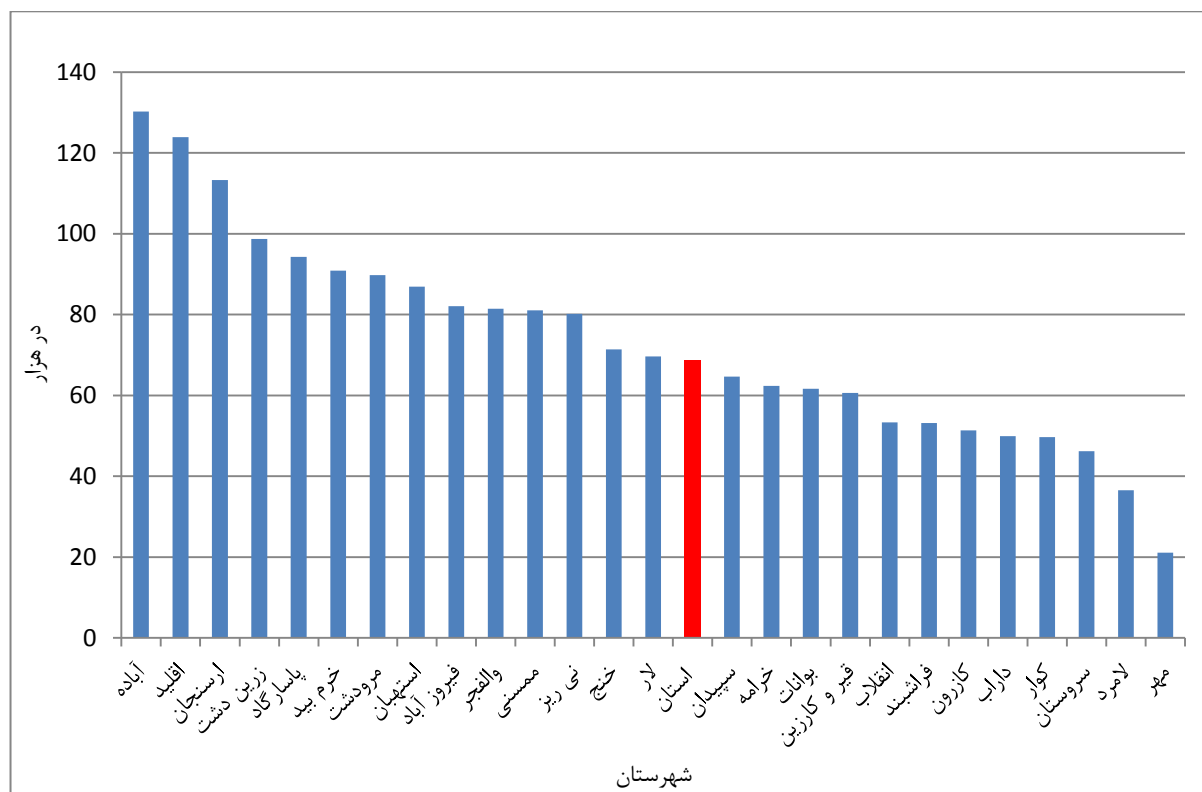


تفسیر: با توجه به مزمن بودن بیمار دیابتی به نظر می‌رسد شهرستان‌هایی که شیوع معلولیت ناشی از عوارض دیابت در آنها صفر می‌باشد، بعلت نقص در سیستم گزارش‌دهی آنها می‌باشد.

جدول ۱۱ : مشخصات شاخص شیوع فشار خون بالا در افراد ۳۰ سال و بالاتر(روستا) در هزار

نام شاخص	شیوع فشار خون بالا در افراد ۳۰ سال و بالاتر(روستا) در هزار
صورت کسر	تعداد کل افراد ۳۰ سال و بالاتر دارای پرفشاری خون در یک منطقه $1000 \times$
مخرج کسر	کل جمعیت ۳۰ سال و بالاتر غربال شده
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم مراقبت بیماران فشار خون بالا

نمودار ۱۱ : شیوع فشار خون بالا در افراد ۳۰ سال و بالاتر(روستا) در هزار، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹

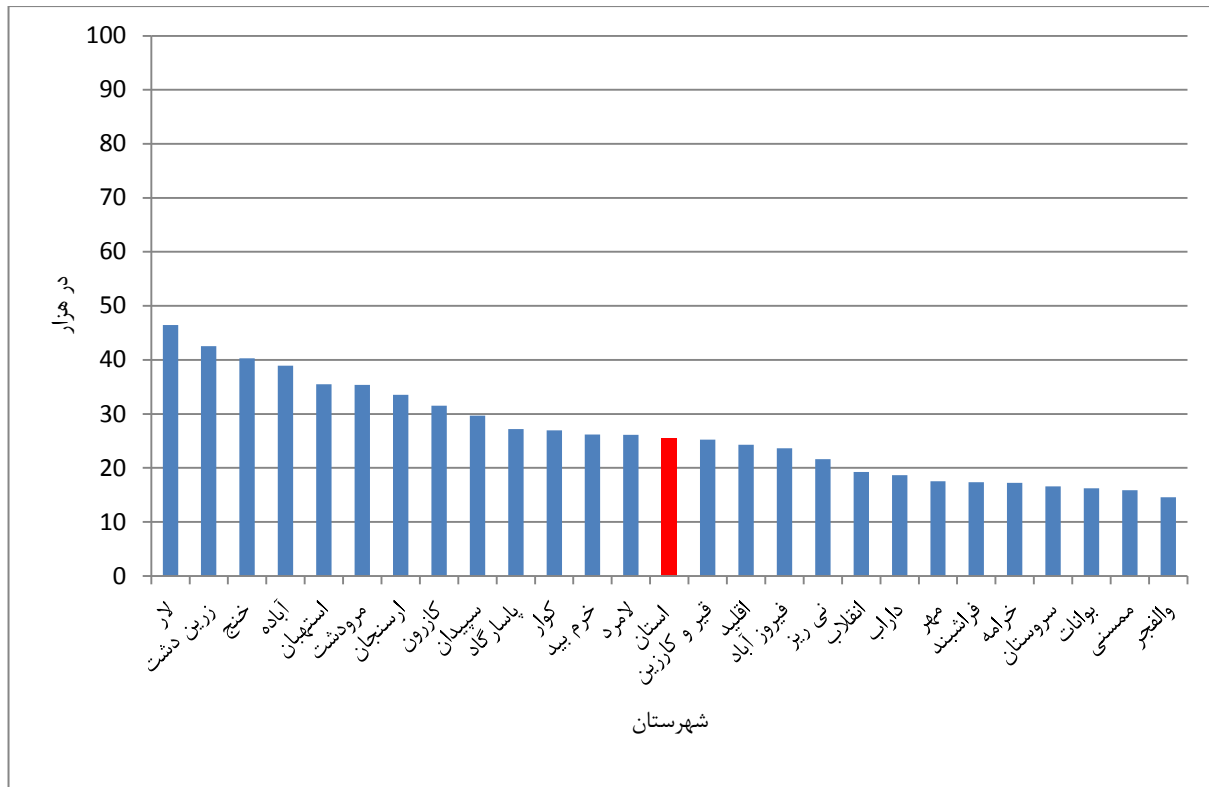


تفسیر: در خصوص شاخص فوق نظر به اینکه پوشش غربالگری در سال ۱۳۸۶ در کلیه شهرستانهای استان بالاتر از مورد انتظار بوده و متوسط شیوع استانی ۳/۲ درصد می‌باشد، شهرستانهایی که بطور قابل توجهی از شیوع پایین‌تری برخوردارند نیاز است بررسی و ارزیابی از نحوه غربالگری و عملکرد افراد غربالگری کننده صورت گیرد.

جدول ۱۲: مشخصات شاخص میزان شیوع دیابت در افراد ۳۰ سال و بیشتر (روستا) در هزار

نام شاخص	شیوع دیابت بالا در افراد ۳۰ سال و بالاتر(روستا) در هزار
صورت کسر	تعداد کل افراد ۳۰ سال و بالاتر دارای دیابت در یک منطقه $\times 1000$
مخرج کسر	کل جمعیت ۳۰ سال و بالاتر غربال شده
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم مراقبت بیماران دیابتی

نمودار ۱۲: میزان شیوع دیابت در افراد ۳۰ سال و بیشتر (روستا) در هزار به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹



تفسیر: در خصوص شاخص فوق نظر به اینکه پوشش غربالگری در سال ۱۳۸۶ در کلیه شهرستان‌های استان بالاتر از مورد انتظار بوده و متوسط شیوع استانی ۸/۶ درصد می‌باشد، شهرستان‌هایی که بطور قابل توجهی از شیوع پایین‌تری برخوردارند نیاز است بررسی و ارزیابی از نحوه غربالگری و عملکرد افراد غربالگری کننده صورت گیرد.