
فصل ۹

مبارزه با بیماری‌های واگیر

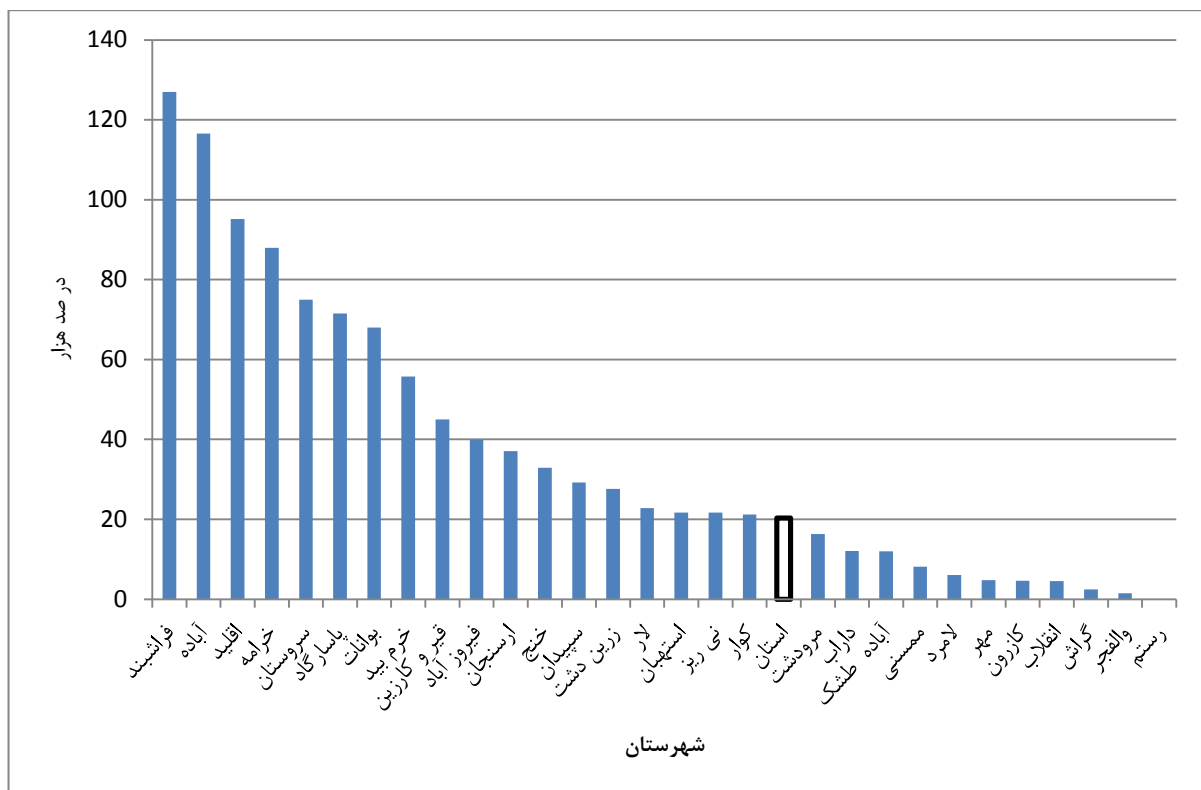
مقدمه:

نه گذر اپیدمیولوژیک به آن گونه‌ای که تصور می‌شد یک پدیده یک طرفه عبور از کنترل بیماری‌های عفونی و دستیابی به کنترل بیماری‌های غیرواگیر است و نه نوپدیدی و بازپدیدی بیماری‌های عفونی، پدیده بدیهی است که هرگز در طول تاریخ رخ نداده و صرفاً طی سه دهه گذشته به وقوع پیوسته باشد! بلکه کل این پدیده‌ها به همراه تغییرات جمعیت شناختی، واقعیتی به نام گذار سلامت را تشکیل می‌دهد که در طول تاریخ نه بعنوان پدیده و واکنشی یک طرفه بلکه دوطرفه و پویا به وقوع پیوسته و همچنان ادامه خواهد یافت و هر چند بسیاری از این تغییرات، حاصل ارتباط متقابل انسان و محیط اکولوژیک و فرهنگی-اجتماعی اوست. ولی گاهی تحت تأثیر عمیق حوادث طبیعی نوظهوری مانند گرم شدن کره زمین- پدیده ال- نینو و امثال اینها قرار گرفته و حوادث پیش بینی نشده‌ای را به بار می‌آورد و بروز و شیوع بیماری‌های عفونی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. امروزه معضل بیماری‌های عفونی نوپدید، مقاومت‌های دارویی و . . . بسیاری از باورهای بهداشتی را تحت الشعاع قرار داده و توجه جوامع علمی و مراکز کنترل بیماری‌ها را بخود معطوف داشته است. محققان بر این عقیده‌اند که نوپدیدی بیماری‌های واگیر صرفاً یک پدیده جدید نیست بلکه بارها اتفاق افتاده و نقش عظیمی در تحولات بهداشتی ایفاء نموده است. هر چند بر اساس گزارش بهداشت جهانی امید به زندگی در بدو تولد در زنان کشورهای توسعه یافته به بالای ۷۸ سال رسیده است ولی این رقم برای مردان ساکن منطقه زیر صحرای آفریقا که شدیداً درگیر همه‌گیری HIV و ایدز هستند کمتر از ۴۶ سال می‌باشد و میلیون‌ها کودک در سطح جهان و آفریقا ممکن است شاهد پنجاهمین سالروز تولد خود نباشند! فاجعه فلاکت‌باری که احتمال وقوع آن در حال حاضر بیشتر از یک دهه قبل است و علت اصلی آن تداوم معضل بیماری‌های عفونی قدیمی، نوپدید، بازپدید و اضافه شدن بیماری‌های غیرواگیر و مزمن می‌باشد. طبیعی است که مراقبت بیماری‌ها می‌تواند موجبات ارتقای سلامت را فراهم آورد (گزارش‌دهی، ثبت اطلاعات، جمع‌آوری اطلاعات و بر اساس تجزیه و تحلیل اطلاعات و طراحی مداخلات بر مبنای اطلاعات بدست آمده) می‌تواند موجبات ارتقاء سلامت را فراهم آورد. پیشرفت تکنولوژی و برقراری سیستم پورتال جهت ورود اطلاعات بیماری‌ها به صورت آنلاین از دستاوردهای چشمگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که اولین بار در مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر اجرا گردید. با توجه به امکانات این سیستم یعنی در دسترس بودن اطلاعات جهت مدیریت بیماری‌های واگیر معاونت بهداشتی و مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارتخانه مسوولیت جمع‌آوری و ثبت اطلاعات به صورت دقیق و جامع بیش از پیش احساس می‌گردد. لذا اهمیت سیستم مراقبت بیماری‌های واگیر جهت رؤسای محترم شبکه و معاونین بهداشتی در راستای ریشه‌کنی فلج اطفال، حذف سرخک و سندرم سرخجه مادرزادی، جذام، کزاز نوزادی، مالاریا، پیشگیری و کنترل بیماری‌های نوپدید ایدز، سل مقاوم به درمان، هپاتیت C، تب خونریزی دهنده کریمه کنگو و پیشگیری از ابتلا و کاهش مرگ و میر هپاتیت، هاری، سالک، تب مالت از اهمیت بسیار ویژه‌ای برخوردار است.

جدول ۱: مشخصات شاخص بروز تب مالت در صد هزار نفر جمعیت

نام شاخص	بروز تب مالت در صد هزار نفر جمعیت
صورت کسر	۱۰۰۰۰۰ × تعداد موارد بروسلوز انسانی جدید در یک منطقه و در یک زمان
مخرج کسر	جمعیت منطقه در همان زمان
منبع جمع آوری اطلاعات	CDC ارسالی و سیستم پورت

نمودار ۱: بروز تب مالت در صد هزار نفر جمعیت، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۹۰



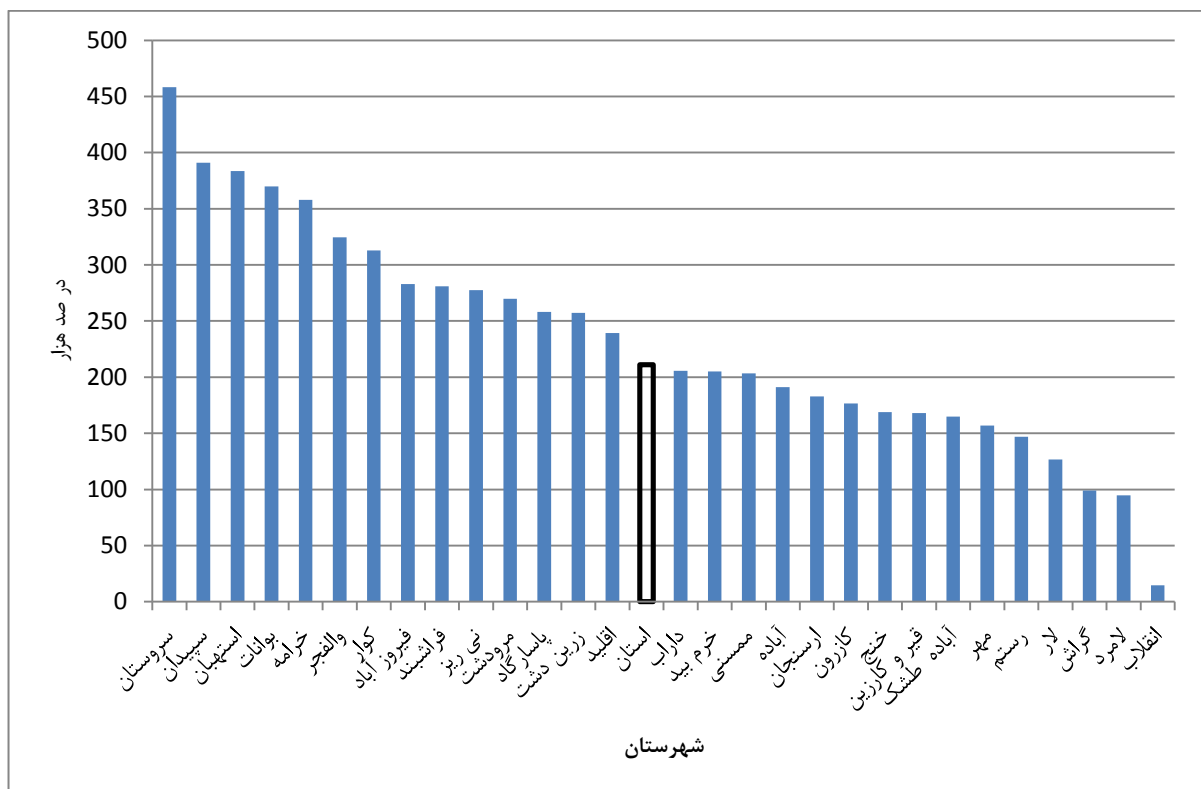
تفسیر: میزان بروز تب مالت در استان و در کلیه شهرستانها، بخصوص در جمعیت روستایی و عشایری افزایش داشته است که می‌تواند به چند دلیل باشد:

- ۱ - افزایش مراقبت و پایش مطبها بخصوص در شهرستانهای کوچک
- ۲ - کاهش واکسیناسیون در دامهای سبک (گوسفند، بز)
- ۳ - افزایش تردد و خرید و فروش دام
- ۴ - ورود دامهای قاچاق به استان

جدول ۲: مشخصات شاخص بروز تجمعی حیوان گزیدگی در صد هزار نفر جمعیت

نام شاخص	بروز تجمعی حیوان گزیدگی در صد هزار نفر جمعیت
صورت کسر	۱۰۰۰۰۰ × تعداد حیوان گزیدگی در یک منطقه و در یک زمان
مخرج کسر	جمعیت منطقه در همان زمان
منبع جمع آوری اطلاعات	CDC ارسالی و سیستم پورت

نمودار ۲: بروز تجمعی حیوان گزیدگی در صد هزار نفر جمعیت به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۹۰

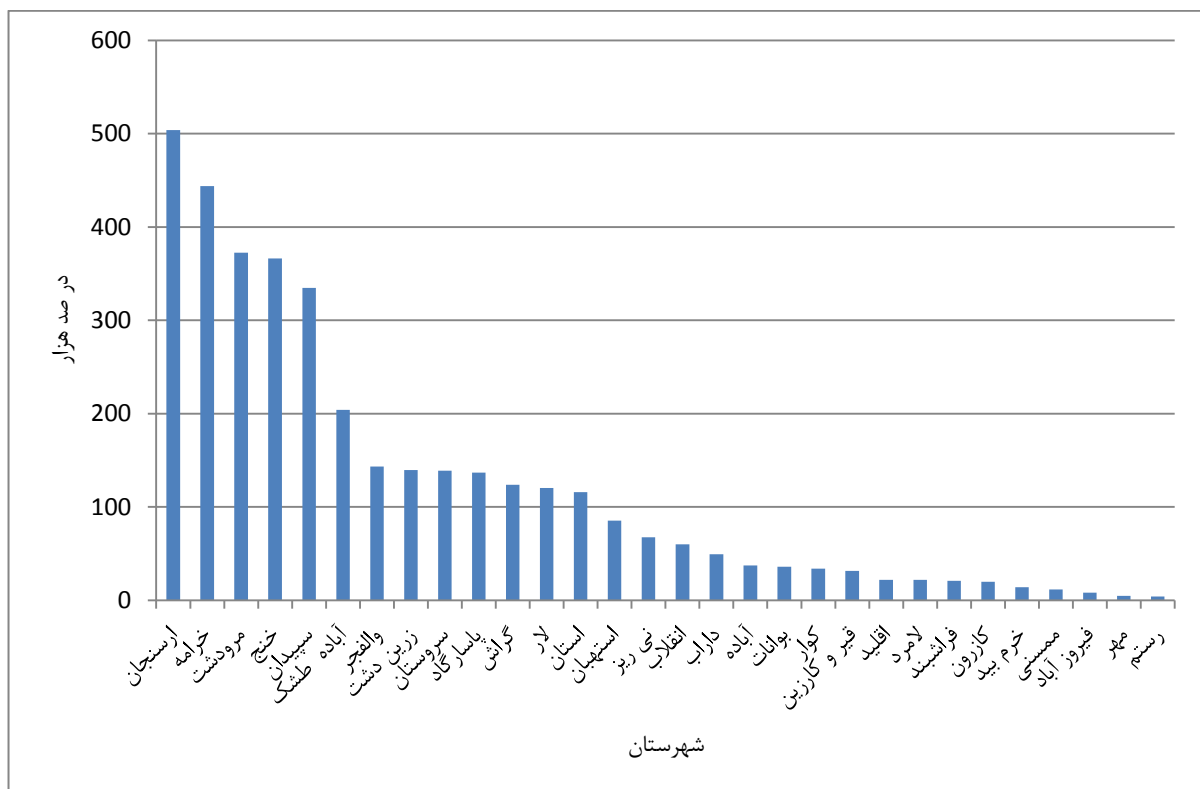


تفسیر: میزان بروز حیوان گزیدگی در سال ۱۳۹۰ نسبت به سال ۱۳۸۹ و سالهای قبل افزایش داشته است. افزایش موارد حیوان گزیدگی مربوط به افزایش آگاهی عموم و مراجعه جهت درمان پیشگیری از هاری می باشد و خوشبختانه علی رغم نسبت افزایش موارد حیوان گزیدگی در استان و شهرستانها، به مدت سه سال متوالی است که موردی از مرگ هاری در انسان گزارش نشده است، که نشان دهنده مراقبت خوب در برنامه پیشگیری از بیماری هاری می باشد.

جدول ۳: مشخصات شاخص بروز تجمعی لیشمانیوز جلدی در صد هزار نفر جمعیت

نام شاخص	بروز تجمعی لیشمانیوز جلدی در صد هزار نفر جمعیت
صورت کسر	۱۰۰۰۰۰ × تعداد موارد جدید لیشمانیوز جلدی در یک منطقه و در یک زمان
مخرج کسر	جمعیت منطقه در همان زمان
منبع جمع آوری اطلاعات	داده های جمع آوری شده در نما بر مرکز کنترل بیماریهای واگیر استان

نمودار ۳: بروز تجمعی لیشمانیوز جلدی در صد هزار نفر جمعیت، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۹۰

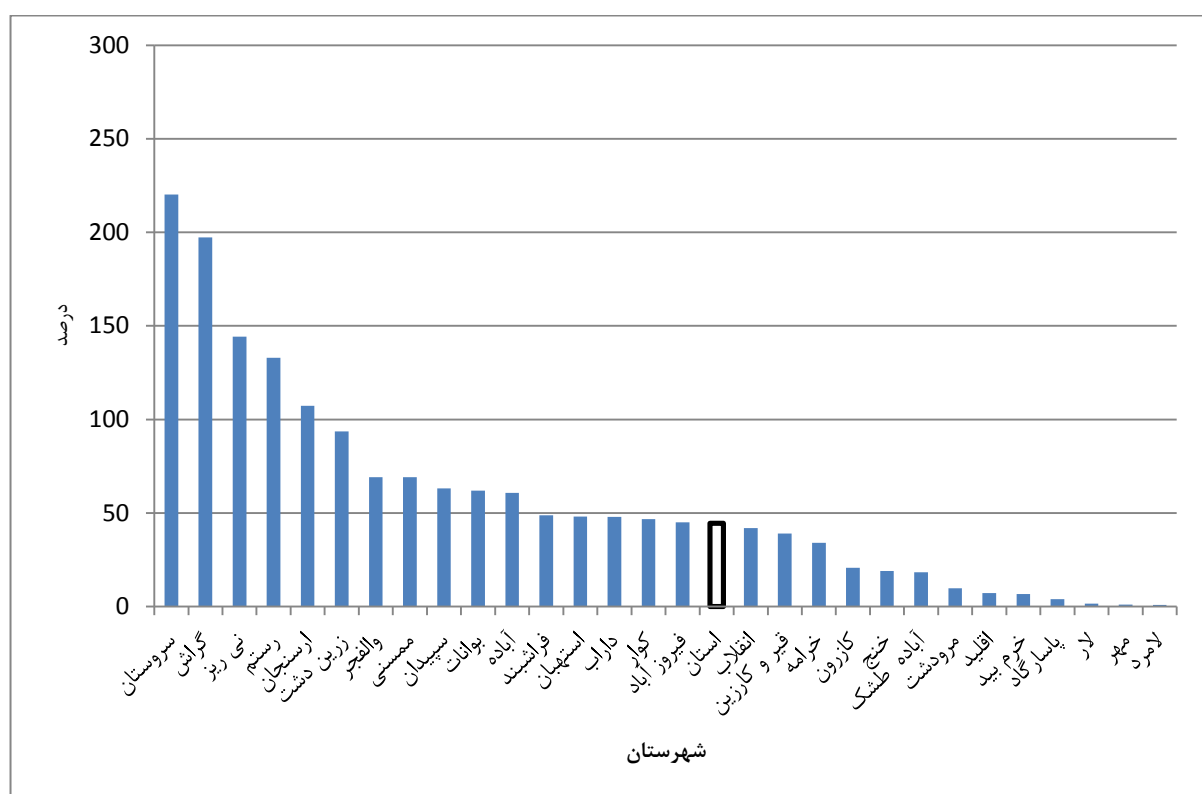


تفسیر: بروز تجمعی لیشمانیوز در سال ۸۹ به بیش از ۱۰۷ درصد هزار رسید که در سال ۱۳۹۰ با توجه به گستردگی برنامه‌های مراقبت بیماری سالک و افزایش بیماریابی و موارد گزارش‌دهی به ۱۱۸ درصد هزار رسید. با توجه به هدف کلی پیشگیری و کنترل بیماری لیشمانیوز جلدی کاهش میزان بروز بیماری به میزان ۲۰ درصد هزار تا سال ۱۳۹۱ نسبت به سال ۱۳۸۸، در سال ۸۹ به میزان ۱۰۷/۴۸ درصد محقق شده و در سال ۹۰ این میزان به ۷۲/۷ درصد رسیده است. همچنین کاهش رشد کانون‌های جدید بیماری (حداکثر تا ۵ درصد وقوع کانون جدید) تا سال ۱۳۹۱ بر مبنای سال پایه در سال ۹۰ و ۸۹ به میزان ۲ درصد پیش‌بینی شده است که با توجه به اطلاعات موجود در حال حاضر غیرقابل ارزیابی می‌باشد. شهرستان‌های شمالی استان با توجه به بررسی‌های انجام شده هدف جدی برای کانون‌های جدید این بیماری می‌باشند.

جدول ۴: مشخصات شاخص درصد نمونه مدفوع مورد انتظار گرفته شده از نظر التور

درصد نمونه مدفوع مورد انتظار گرفته شده از نظر التور	نام شاخص
۱۰۰ × تعداد نمونه مدفوع گرفته شده جهت آزمایش التور	صورت کسر
حداقل مورد انتظار	مخرج کسر
دفتر ثبت موارد التور در مراکز بهداشتی و آزمایشگاه شهرستان و پورت	منبع جمع آوری اطلاعات

نمودار ۴: درصد نمونه مدفوع مورد انتظار گرفته شده از نظر التور، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۹۰



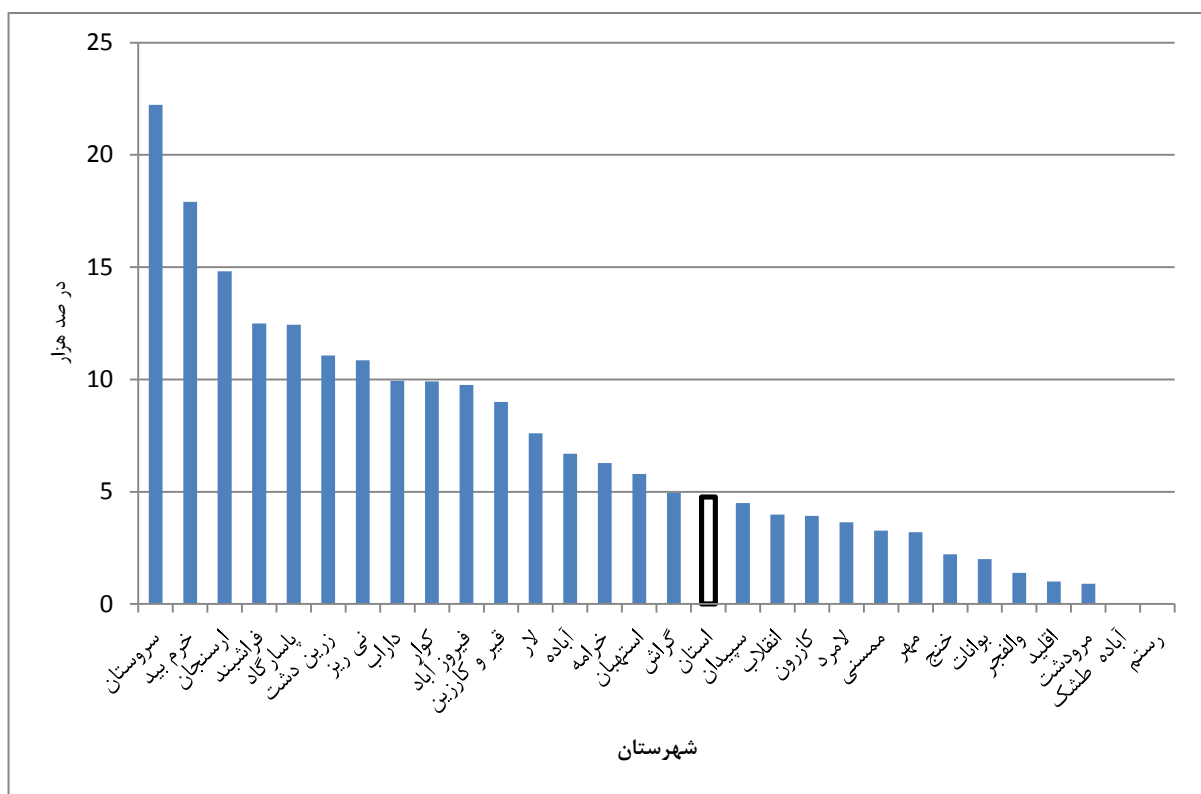
تفسیر: شاخص ۴٪ افراد زیر ۵ سال، بعنوان حداقل مورد انتظار نمونه‌گیری وبای التور تعیین شده است. ۱۶ شهرستان نسبت به میانگین استانی بالاتر بوده‌اند و نسبت به سال ۱۳۸۹ کاهش نمونه‌گیری التور به میزان ۲۵ درصد بود. البته در سال ۸۹ نزدیک به ۱۷۰۰۰ نمونه‌گیری التور انجام گرفت که نسبت به حداقل مورد انتظار استان که ۱۲۰۰۰ نمونه می‌باشد، ۴۰٪ از حداقل مورد انتظار بیشتر گرفته شده بود و در سال ۹۰ موارد نمونه‌گیری کل استان مطلوب می‌باشد، ولی پراکندگی نمونه‌گیری التور از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد.

علت کاهش و یا افزایش نمونه‌گیری‌ها به عوامل ذیل بستگی دارد: ۱- ایجاد انگیزه بواسطه واریز مستقیم حق الزحمه به حساب افراد مؤثر در برنامه مراقبت وبای التور شهرستان‌ها ۲- تأکید بر آموزش‌های محیطی و اولویت دادن به موضوع وبای التور در شرایط آب و هوایی مستعد شهرستانها ۳- تحت تأثیر قرار گرفتن برنامه مراقبت وبای التور توسط برنامه‌های دیگر واحد (آنفلوانزا و ...) ۴- درگیر شدن بیمارستان‌ها در برنامه نمونه‌گیری وبای التور با تلاش همکاران بیماری‌ها ۵- همکاری کم‌رنگ بخش خصوصی ۶- عدم توجه لازم پزشکان خانواده روستایی و شهری

جدول ۵: مشخصات شاخص بروز موارد مشکوک به سرخک در صد هزار نفر جمعیت

نام شاخص	بروز موارد مشکوک به سرخک در صد هزار نفر جمعیت
صورت کسر	تعداد موارد مشکوک به سرخک × ۱۰۰۰۰۰
مخرج کسر	جمعیت شهرستان
منبع جمع آوری اطلاعات	دفتر ثبت تلفنی موارد سرخک و پورت

نمودار ۵: بروز موارد مشکوک به سرخک در صد هزار نفر جمعیت به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۹۰

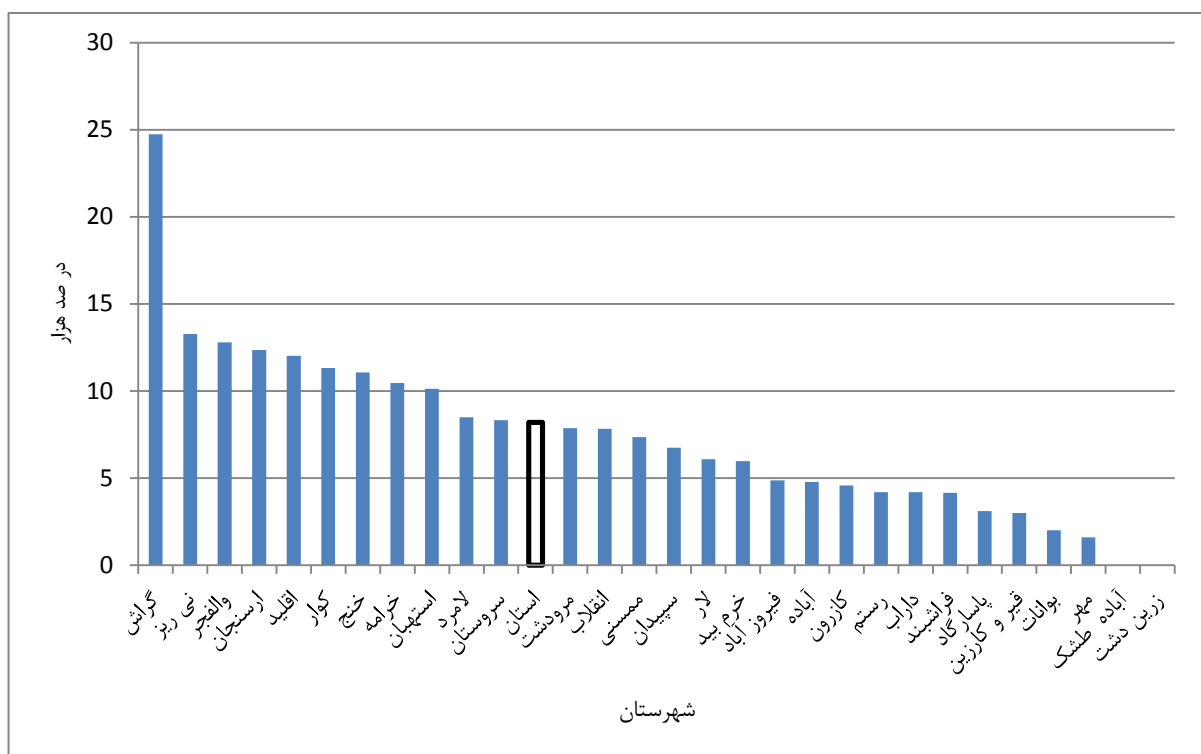


تفسیر: بروز موارد سرخک (مشکوک) در سال ۸۹ در کل استان به ۴/۷ درصد هزار گزارش گردیده که در سال ۹۰ به ۵ درصد هزار افزایش یافته است که منجر به بیماریابی یک مورد قطعی سرخک در سال ۹۰ گردید که شرایط بسیار خوبی در زمینه مراقبت بیماری سرخک در سالهای اخیر وجود داشته است.

جدول ۶: مشخصات شاخص بروز مننژیت در صد هزار نفر جمعیت

بروز مننژیت در صد هزار نفر جمعیت	نام شاخص
۱۰۰۰۰۰ × تعداد موارد مشکوک و محتمل مننژیت گزارش شده	صورت کسر
کل جمعیت	مخرج کسر
دفتر ثبت تلفنی گزارش مننژیت و پورت	منبع جمع آوری اطلاعات

نمودار ۶: بروز مننژیت در صد هزار نفر جمعیت، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۹۰

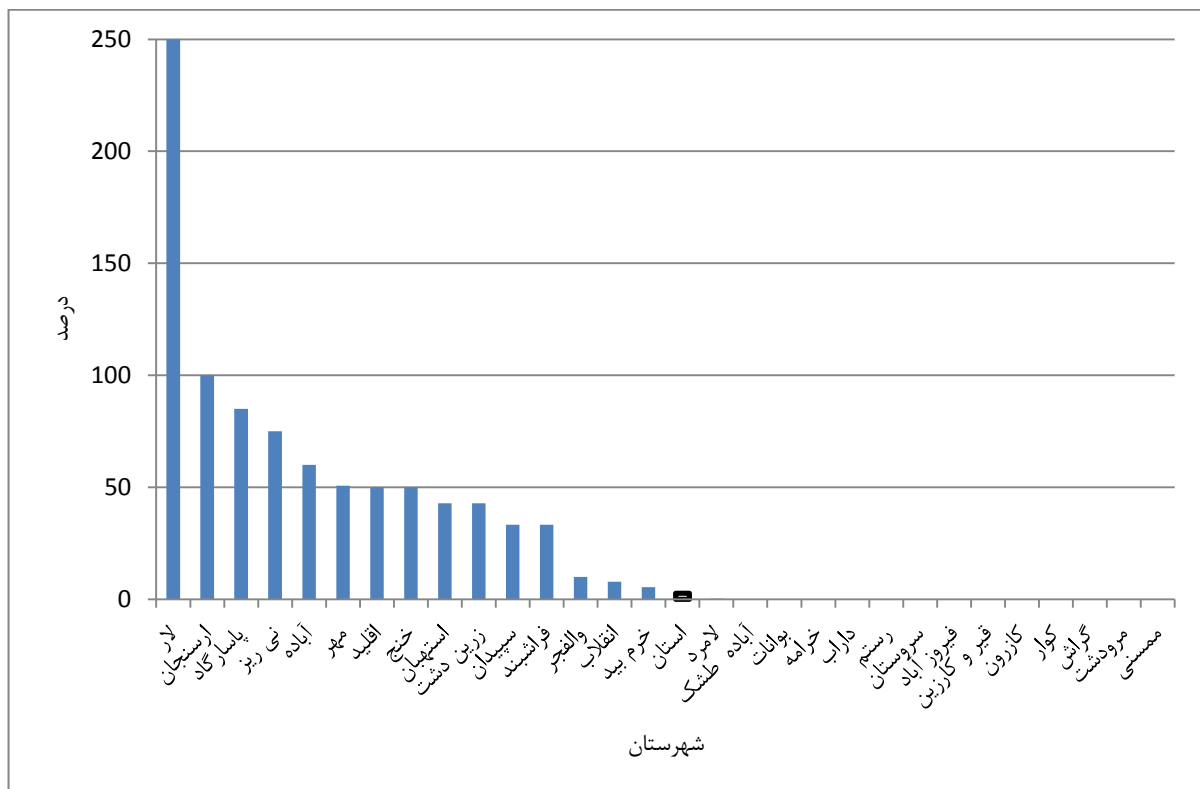


تفسیر: بروز مننژیت در سال ۸۹ در کل استان ۸/۴۱ در صد هزار می باشد که در سال ۹۰ تغییر چندانی نداشته است که ۶۵ درصد از مننژیت های گزارش شده در سال ۸۹ منجر به انجام LP شده است که این امر در سال ۹۰ با کاهش ۸۵ درصدی روبرو بوده است. این در حالی است که تعاریف محتمل مننژیت که در مواردیکه بیمار حتماً باید LP شده باشد در سیستم گزارش دهی مد نظر می باشد و از عوامل مؤثر در ارتقای مراقبت بیماری مننژیت ارتباط با سیستم بیمارستان ها و گزارش دهی و پی گیری ها از طریق (سامانه پایش و مراقبت درمان) MCMC می باشد.

جدول ۷: مشخصات شاخص درصد گزارش دهی (طغیان)

نام شاخص	درصد گزارش دهی (طغیان)
صورت کسر	تعداد طغیان بیماریهای منتقله از آب و غذای گزارش شده شهرستان در یکسال $\times 100$
مخرج کسر	حداقل مورد انتظار گزارش طغیان شهرستان
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم گزارش طغیان بیماریهای منتقله از طریق آب و غذا

نمودار ۷: درصد گزارش دهی (طغیان) به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۹۰

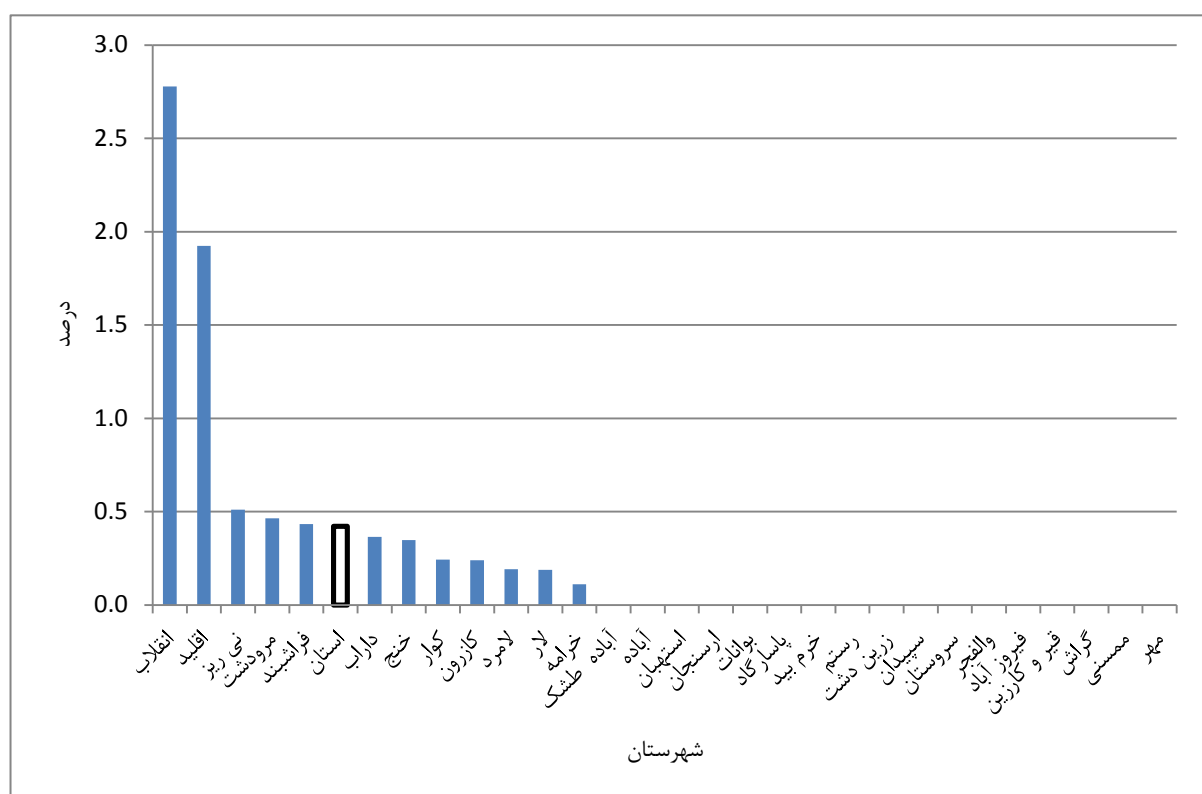


تفسیر: گزارش دهی طغیانها از سال ۱۳۸۷ شروع شده و در سال ۱۳۹۰ نسبت به ۱۳۸۹ بیش از ۳۰ درصد افزایش گزارش دهی طغیان بیماریهای منتقله از آب و غذا داشته‌ایم که بنا به تعریف طغیان بیماریهای منتقله از آب و غذا، دو نفر یا بیشتر که از منبع غذایی مشترک و دارای علائم گوارشی مشترک داشته باشند، را شامل می‌شود. تعداد شهرستانهایی که در گزارش دهی شرکت داشتند نیز نسبت به سال قبل ۴۰٪ رشد داشته است. البته شاخص تعیین شده از طرف اداره کل بیماریهای منتقله از آب و غذا برای سال ۹۱ جهت تعداد طغیانهای مورد انتظاری که باید گزارش شود، ۵ در صد هزار نفر جمعیت مشخص شده است که آنالیز سال ۹۱ بر اساس دسترسی شهرستان به این شاخص تعیین می‌گردد.

جدول ۸: مشخصات شاخص لامهای مثبت مالاریا (SPR)

نام شاخص	شاخص لامهای مثبت مالاریا (SPR)
صورت کسر	تعداد موارد مثبت لام $10 \times$
مخرج کسر	کل لامهای بررسی شده
منبع جمع آوری اطلاعات	دفتر ثبت مالاریا و پورت

نمودار ۸: شاخص لامهای مثبت مالاریا (SPR) به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۹۰



تفسیر: افزایش قابل توجه آماری شاخص SPR بعلت پایین بودن موارد و شاخص API تفاوت معناداری مشاهده نمی‌گردد، افزایش موارد در شهرستان شیراز انعکاس یافته از این افزایش بوده و افزایش شناسایی در اتباع بیگانه می‌باشد. شهرستان‌های مرودشت، لامرد، لارستان، کوار، کازرون و داراب همین روند افزایش شاخص را داشته‌اند. در شهرستان شمالی اقلید نسبت بالای شاخص نشان‌دهنده مراقبت در جمعیت‌های در حرکت می‌باشد. شهرستان‌های فراشوند و خنج با توجه به شرایط حساس اکولوژی و جغرافیایی در شناسایی موارد موفق بوده‌اند.

جدول ۹: موارد مبتلا به HIV و AIDS بر حسب جنس در استان فارس تا پایان سال ۱۳۹۰

جنس	مبتلا به HIV و ایدز	مبتلا به ایدز	فوت
مرد	۱۴۷۶	۲۸۵	۴۳۸
زن	۲۷۸	۹۱	۳۱
جمع	۱۷۵۴	۳۷۶	۴۶۹

جدول ۱۰: موارد مبتلا به HIV و ایدز بر حسب راه انتقال

نوع رفتار پر خطر	تعداد
(از راه تزریق) IDU	۱۲۹۲
sex	۳۲۵
دریافت خون	۲۱
فرزند مادر آلوده	۲۲
سایر	۹۴

جدول ۱۱: تعداد موارد HIV مثبت تحت پوشش مراکز مشاوره به تفکیک جنس و گروه‌های سنی تا سال ۱۳۹۰ در استان

گروه سنی	مرد	زن	جمع
زیر ۱۵ سال	۱۱	۱۱	۲۲
۱۵-۴۴	۲۱۲	۱۰۹۲	۱۳۰۴
بالای ۴۵ سال	۵۵	۳۷۰	۴۲۵
جمع	۲۷۸	۱۴۷۳	۱۷۵۱

با توجه به آمار، مشخص می‌شود بیشترین گروه مبتلایان شناسایی شده در گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار دارند، افزایش تعداد زنان HIV مثبت شناسایی شده در گروه سنی ۳۰-۳۹ سال نشانگر تغییر راه انتقال به سمت انتقال از طریق تماس جنسی است. افزایش تعداد کودکان یا فرزندان مادر آلوده نیز دلیلی بر انتقال جنسی می‌باشد که بعد از ابتلا مادر، بیماری به نوزاد منتقل می‌شود. با توجه به توضیحات فوق لزوم آموزش و اطلاع رسانی به اقشار مختلف بویژه جوانان امری اجتناب ناپذیر می‌باشد و در این راستا لازم است از روشهای جدید آموزش از جمله آموزش همسانان و آموزش به شیوه های نمایش و فیلم استفاده گردد.

