

---

## فصل ۱۲

# مبارزه با بیماری‌های واگیر

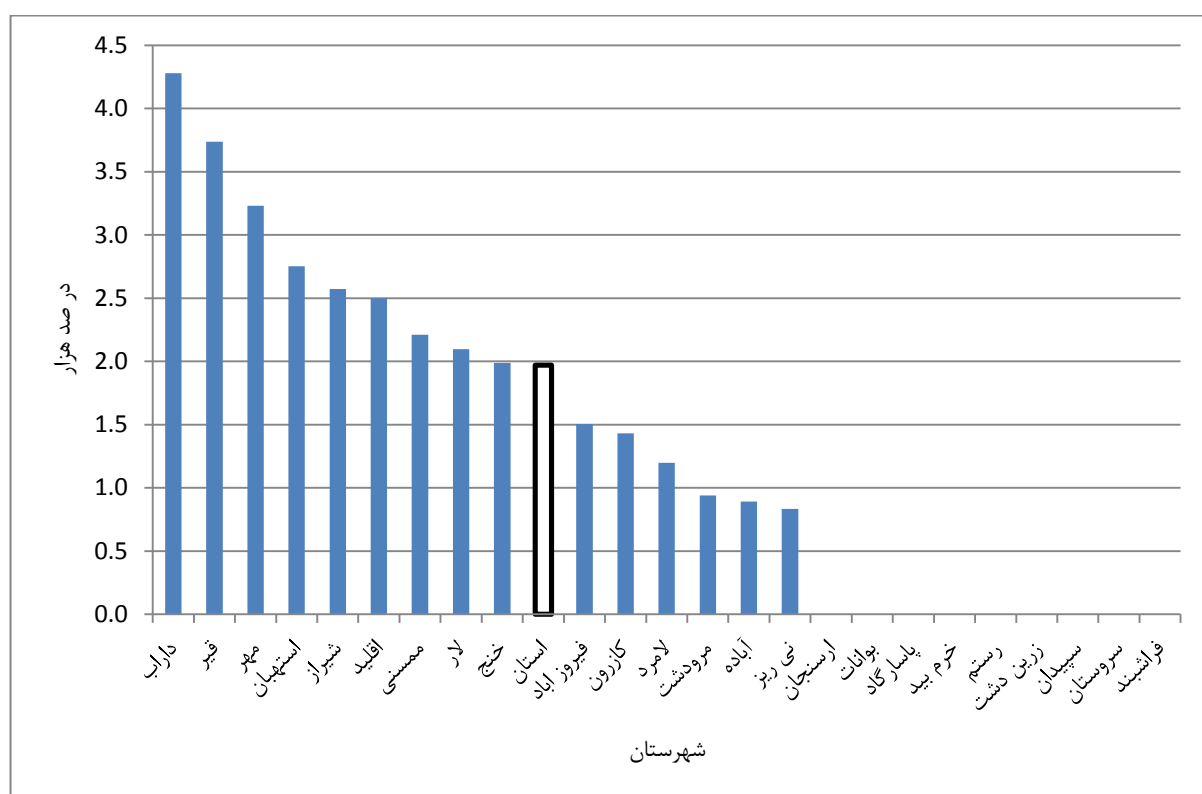
## مقدمه:

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 ( گزارش دهی، 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 میزان بروز سل ریوی اسمیر خلط مثبت جدید (بازاء هر یکصد هزار نفر جمعیت)

میزان بروز سل ریوی اسمیر خلط مثبت جدید	نام شاخص
تعداد موارد جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت ثبت شده در یکسال ۱۰۰۰۰۰×	صورت کسر
جمعیت مشخص شهرستان / استان در همان سال	مخرج کسر
نظام مراقبت بیماری سل	منبع جمع آوری اطلاعات

نمودار ۱: میزان بروز سل ریوی اسمیر خلط مثبت جدید (بازای هر یکصد هزار نفر جمعیت) به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹

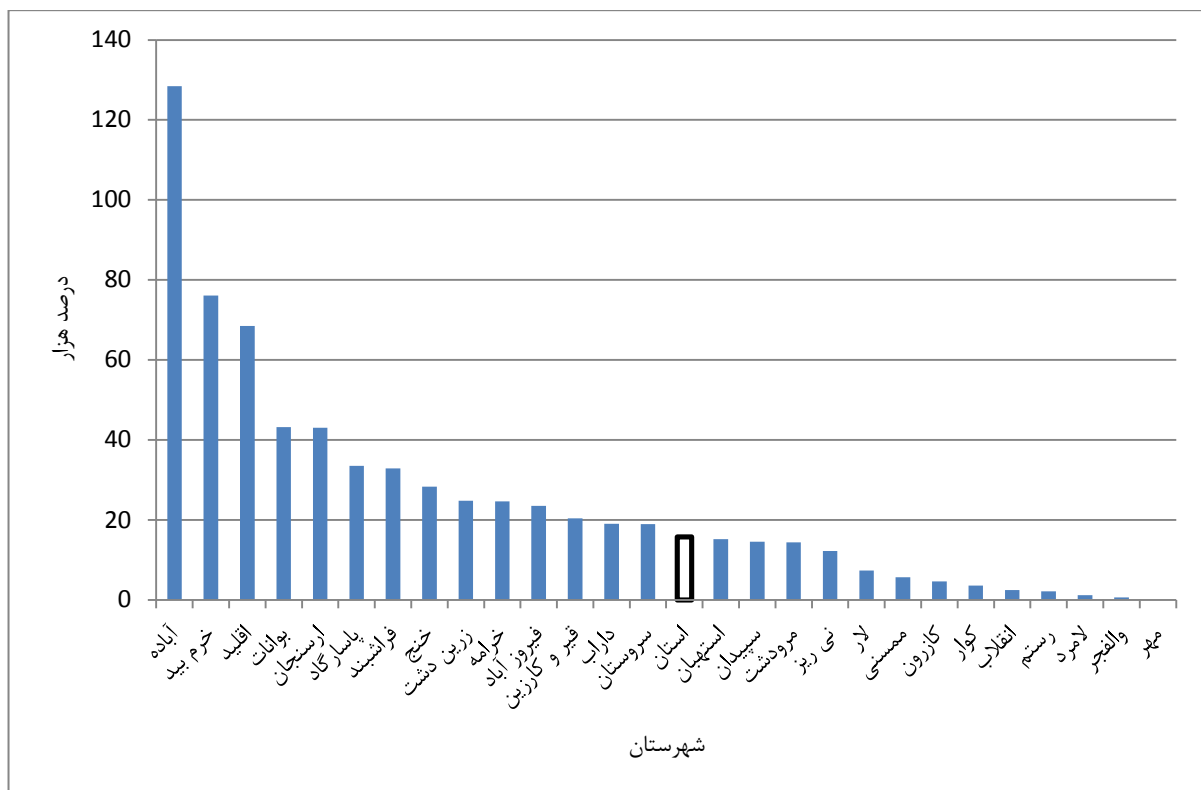


تفسیر: میزان بروز سل ریوی اسمیر خلط مثبت (بازای هر یکصد هزار نفر جمعیت) در سال ۱۳۸۹ در ایران و در محدوده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز ۲ بوده است که همچون کشور روند بروز سل سیر کاهشی را نسبت به سالهای قبل طی می نماید و این کاهش تا حدود زیادی متأثر از کاهش جهانی بروز سل می باشد. هر چند که تاخیر حدوداً ۹۰ روزه تشخیص موارد سل که عمدتاً به دلیل تاخیر تشخیص توسط پزشکان است، نشانگر مداخلات مورد لزوم در بخش خصوصی و ارتباط دادن کامل آنها با پروتکل کشوری سل است، در سال ۱۳۸۹ نسبت به سالهای قبل سطح آگاهی پزشکان بخشهای دولتی در خصوص دستورالعمل کشوری رو به افزایش است. شهرهایی که در انتهای نمودار هستند آمار صفر داشته اند که تا حدودی به افت فعالیتهای بیمار یابی سل در آنها و تا حدودی به ماهیت نوسانی خود بیماری سل برمی گردد.

جدول ۲: 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 ۲: بروز تب مالت در صد هزار نفر جمعیت، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹



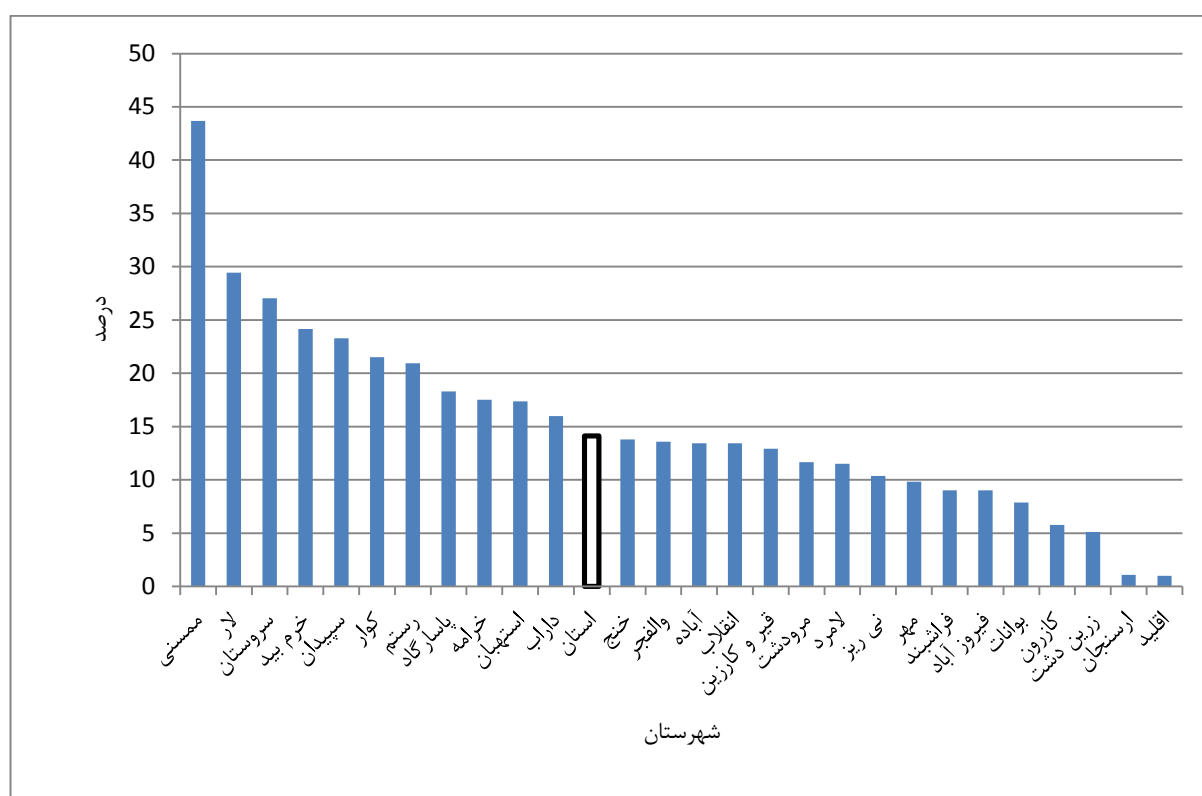
تفسیر: در سال ۱۳۸۹ در استان فارس ۵۸۵ مورد بیماری تب مالت با میزان بروز ۱۵/۷۷ در یکصد هزار نفر جمعیت گزارش شده است. شهرستان آبادیه با میزان بروز ۱۲۸/۵ در یکصد هزار بیشترین و شهرستانهای مهر با صفر مورد گزارش و شیراز (شهدای والفجر) با ۰/۶۲ کمترین میزان بروز را به خود اختصاص داده‌اند. مقایسه بروز بیماری در سال ۸۹ با سالهای گذشته همانند شاخص کشوری مبین روند رو به کاهش تعداد و میزان بروز بیماری تب مالت در استان فارس می‌باشد. این روند به این صورت بوده است که از ۲۶۵۴۹ مورد در سال ۸۴ به ۱۱۶۳۵ در سال ۸۹ رسیده است. هر چند که روند رو به کاهش فوق تخمینی از وضعیت واقعی بیماری در استان فارس می‌باشد، ولی بعلت نقایص موجود در سیستم مراقبت بیماری و از جمله عدم ثبت و گزارش دهی در بخش خصوصی، خود درمانی گروهی از بیماران و عدم مراجعه به پزشک (دریافت داروی مشابه توسط افراد خانواده مبتلا باز داروخانه ها)، موارد گزارش شده کمتر از تعداد واقعی پیش‌بینی می‌گردد.

جدول ۳: مشخصات شاخص میانگین فاصله زمانی گزش تا دریافت واکسن هاری (برحسب ساعت)

نام شاخص	میانگین فاصله زمانی گزش تا دریافت واکسن هاری (برحسب ساعت)
صورت کسر	مجموع تاخیرهای ثبت شده به ساعت از زمان گزش تا دریافت اولین واکسن هاری در یک زمان و مکان $100 \times$
مخرج کسر	جمع کل حیوان گزیدگی در دوره های زمانی مورد نظر
منبع جمع آوری اطلاعات	دفتر ثبت موارد حیوان گزیدگی

نمودار ۳: میانگین فاصله زمانی گزش تا دریافت واکسن هاری (برحسب ساعت) به تفکیک شهرستانهای استان فارس،

سال ۱۳۸۹

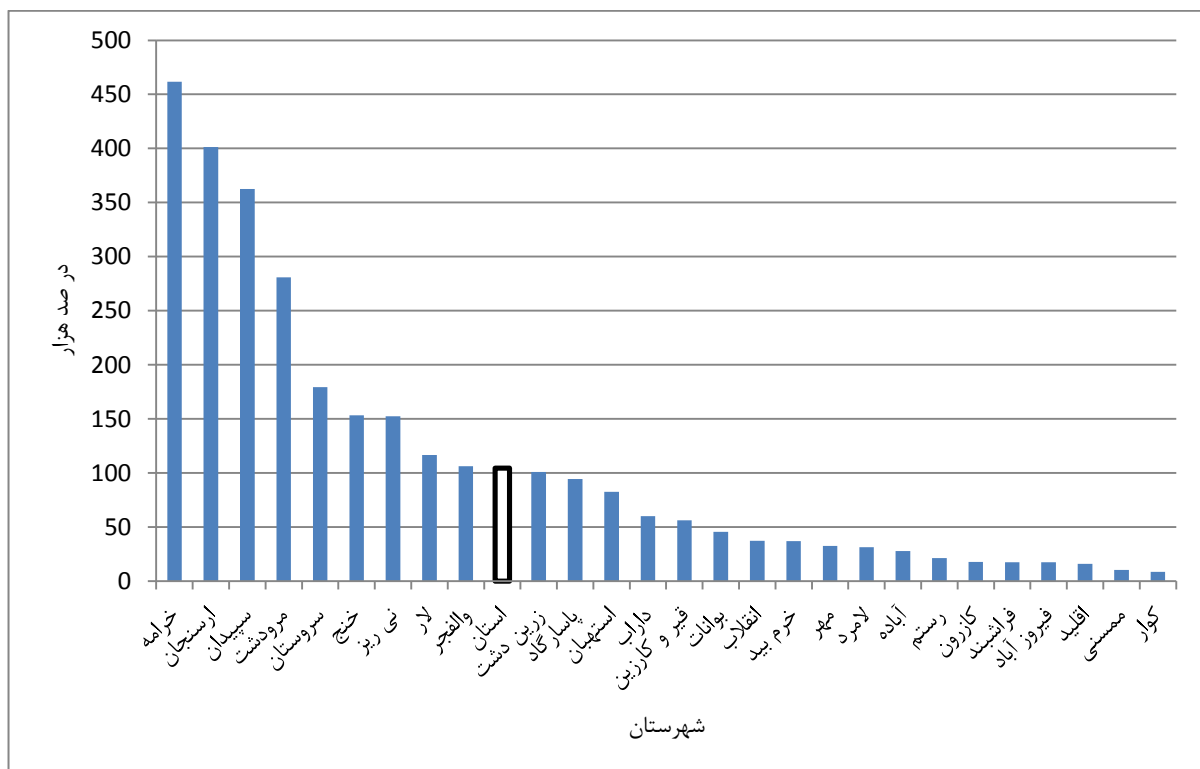


تفسیر: با توجه به اهمیت درمان سریع و بموقع در افراد مورد گزش قرار گرفته، بهترین حالت، مراجعه بلافاصله یا به فاصله کمی بعد از گزش جهت شستشوی زخم و تزریق واکسن و سرم ضد هاری می‌باشد. هر چه زمان کوتاهتری پس از گزش مراجعه نمایند نشان‌دهنده حساسیت بیشتر افراد مورد گزش قرار گرفته و از طرفی اثربخشی آموزش‌ها در ارتقای سطح آگاهی مردم می‌باشد. در این نمودار شهرستان ممسنی بیشترین تأخیر در مراجعه و شهرستان اقلید کمترین تأخیر در مراجعه داشته‌اند. این شاخص نشان‌دهنده عملکرد مراقبت هاری بوده و تا کنون چنین شاخصی در کشور محاسبه نشده است. وقتی مراقبت عملکردی حیوان گزیدگی به خوبی عمل می‌کند میانگین فاصله زمانی گزش حیوان گزیدگی تا دریافت واکسن هاری (بر حسب ساعت) کمترین زمان ممکن می‌باشد و در صورت تأخیر بیش از ۲۴ ساعت مراقبت دچار اشکال می‌گردد.

جدول ۴: 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 ۴: بروز تجمعی لیشمانیوز جلدی در صد هزار نفر جمعیت، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹

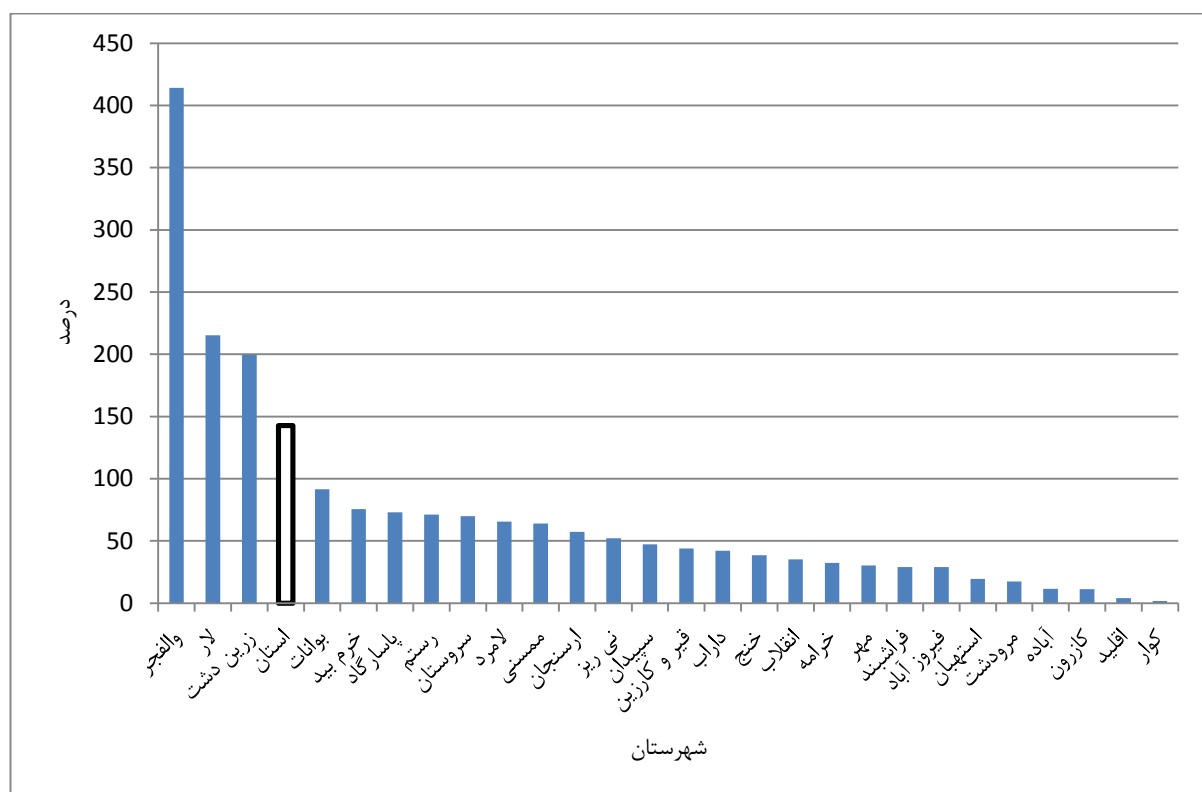


**تفسیر:** چنانکه در نمودار دیده می شود خرامه با بروز ۴۵۳ نفر بیمار به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ساکنین منطقه بالاترین بروز تجمعی بیماری را در سال ۱۳۸۹ به خود اختصاص داده است. پس از آن شهرستانهای ارسنجان و سپیدان به ترتیب با بروز ۴۰۷ و ۴۰۵ در صد هزار نفر، بیشترین بروز شهرستانی و در مقابل شهرستانهای کوار، ممسنی و اقلید با بروز کمتر از ۲۰ نفر بیمار در هر صد هزار نفر جمعیت تحت پوشش شهرستان، کمترین بروز را تجربه نموده اند. گفتنی است که بروز استانی لیشمانیوز پوستی برای همین سال (۱۳۸۹) معادل ۱۰۷/۵ بوده است و بوضوح می بینیم که علیرغم اینکه در مقایسه با دو سال گذشته بیماری روند نزولی داشته است اما شاهد بروز بالای بیماری در مناطقی از استان می باشیم. این توجیه در مقیاس کوچکتر و در کانونهای بیماری نیز قابل تعمیم بوده و مصداق می پذیرد. به عبارتی در مناطقی از شهرستانهای با بروز متوسط و حتی بروز پایین بیماری احتمال زیاد یافتن افرادی با زخم ناشی از بیماری سالک و در مناطقی با شرایط همسان فاقد حتی یک مورد بیماری خواهیم بود. در کل نمودار موجود برای بدست آوردن شمای کلی بیماری در مقطعی از زمان ارزشمند و قابل استفاده می باشد.

جدول ۵: مشخصات شاخص درصد نمونه مدفوع مورد انتظار گرفته شده از نظر التور

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

نمودار ۵: درصد نمونه مدفوع مورد انتظار گرفته شده از نظر التور، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹

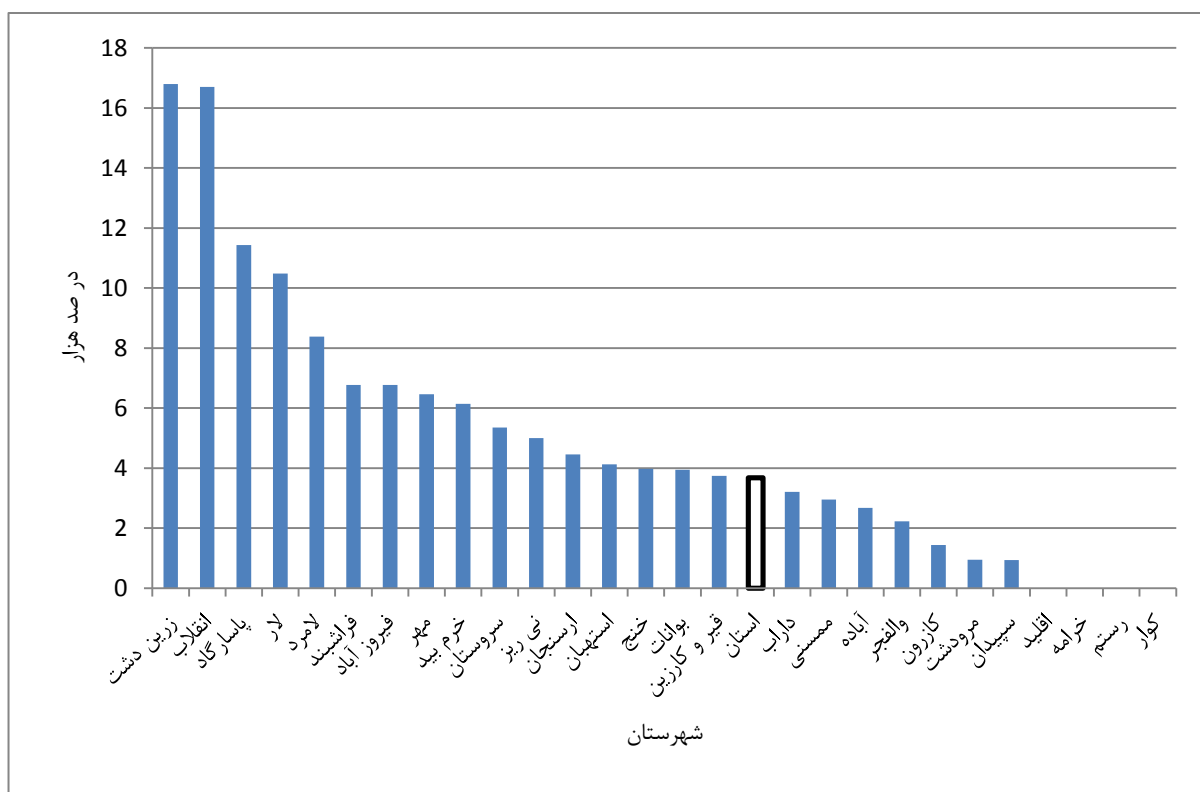


تفسیر: بطور کلی در سال ۱۳۸۹ شاخص حداقل نمونه التور گرفته شده استان به بالاتر از ۱۰۰٪ شاخص هدف رسید اما بصورت شهرستانی و توزیع پراکندگی حداقل نمونه‌گیری گرفته شده مورد انتظار وضعیتی ناموزون دارد و در شهرستان‌های کوار، اقلید و کازرون از حداقل شاخص تعیین شده ۸۰٪ بسیار پایین‌تر هستند. توجه به توزیع پراکندگی رسیدن به شاخص حداقل ۸۰٪ نمونه‌گیری التور مورد انتظار می‌تواند کیفیت مراقبت التور را ارتقاء داده و تقویت نماید. در مقایسه با سال ۱۳۸۸ به افزایش ۹۰ درصد در سال ۱۳۸۹ رسیده است که بیشتر به دلیل فعالیتهای بسیار خوب در سه شهرستان لار، شهدای والفجر شیراز و زرین دشت بوده است و باعث تاثیر در آمار کلی شده است.

جدول ۶: 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	۱۰۰۰۰۰ × تعداد موارد مشکوک به سرخک
مخرج کسر	جمعیت شهرستان
منبع جمع آوری اطلاعات	دفتر ثبت تلفنی موارد سرخک و پورت

نمودار ۶: بروز موارد مشکوک به سرخک در صد هزار نفر جمعیت به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹



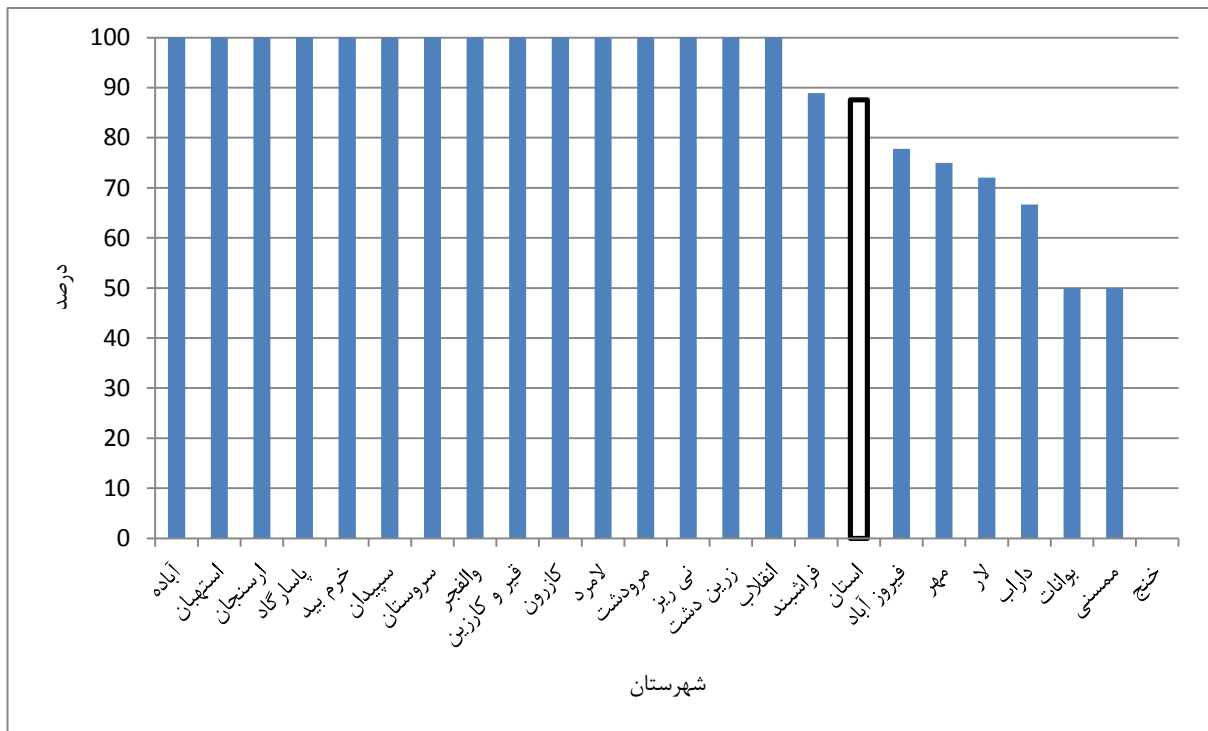
تفسیر: شاخص گزارش دهی در مرحله حذف بایستی حداقل به میزان ۲ در ۱۰۰۰۰۰ در سطح استان در سال باشد. این شاخص در سال ۸۹ به میزان ۳/۷۶ در ۱۰۰۰۰۰ می باشد که میزان مناسب و بالای این شاخص بعلت رشد ۶۸ درصدی نسبت به سال قبل از آن بوده است. عدم گزارش دهی در شهرستان های کوار، رستم و خرامه بعلت تازه تأسیس بودن این شهرستان ها می باشد. از آنجا که این شاخص در برنامه های جدید کشوری در سال ۹۰ در سطح شهرستان مطرح می گردد، لذا شهرستان های کازرون، مرودشت، سپیدان و اقلید بایستی با برنامه ریزی و فعالیت های مناسب به سطح خواسته شده شاخص برسند. شهرستان هایی که صفر گزارش شده مسلماً" به علت عدم بیمار یابی بوده است که به دلیل تازه تاسیس بودن آن شهرستانها (به جز اقلید) است، این شهرستانها در سال ۹۰ فعال گردیده اند.



جدول ۷: مشخصات شاخص گزارش به موقع موارد سرخک

گزارش به موقع موارد سرخک	نام شاخص
۱۰۰ × تعداد موارد مشکوک به سرخک که ظرف ۲۴ ساعت گزارش شده اند	صورت کسر
کل موارد گزارش شده	مخرج کسر
دفتر ثبت گزارش تلفنی سرخک و پورت	منبع جمع آوری اطلاعات

نمودار ۷: گزارش به موقع موارد سرخک، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹

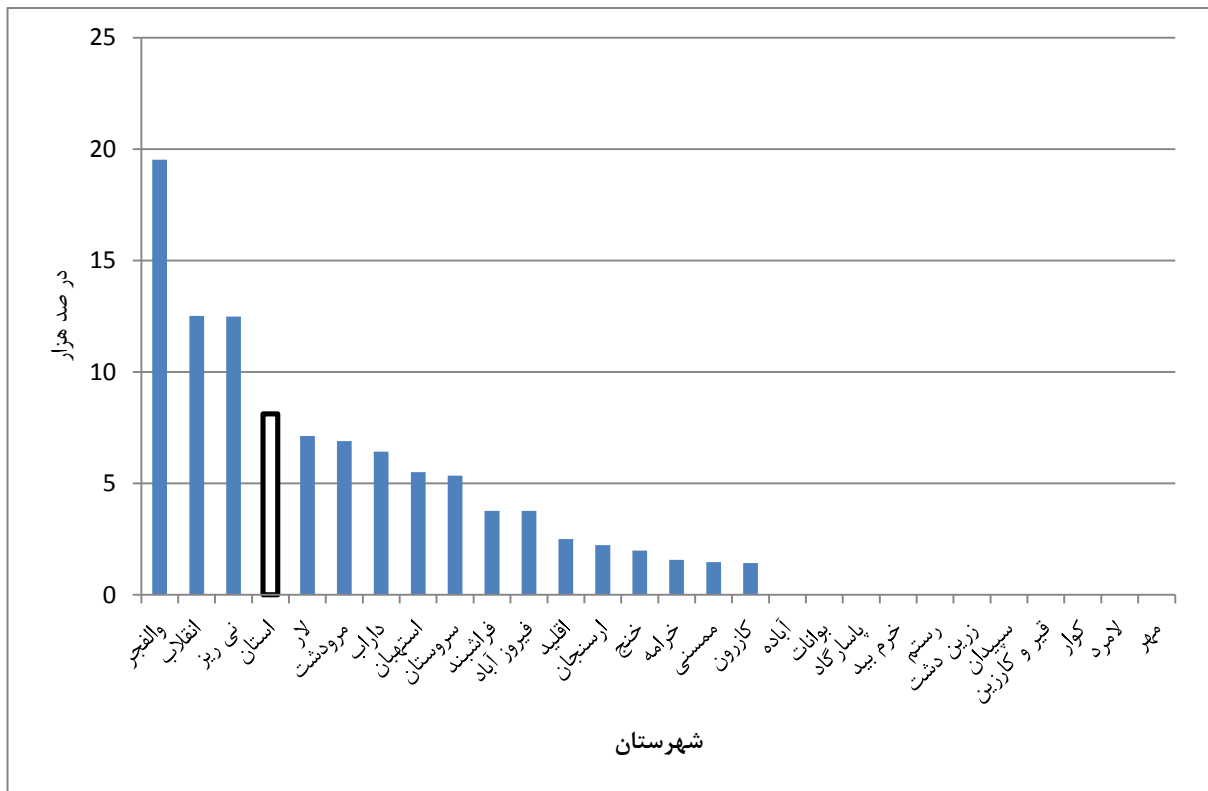


تفسیر: شاخص گزارش به موقع موارد سرخک به عنوان نمونه‌ای از گزارش موارد فوری بیماریهای واگیر بصورت تلفنی ظرف ۲۴ ساعت مورد ارزیابی قرار گرفته است. میزان بالاتر از ۸۰ درصد به عنوان شاخص قابل قبول می‌باشد که در کل استان در سال ۸۹ این شاخص ۸۸/۷۴ درصد می‌باشد. تعداد معدودی از شهرستانها شاخص پایین تر از ۸۰ درصد داشته‌اند که بررسی‌های موردی بایستی انجام پذیرد.

جدول ۸: 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 ۸: بروز مننژیت در صد هزار نفر جمعیت، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹

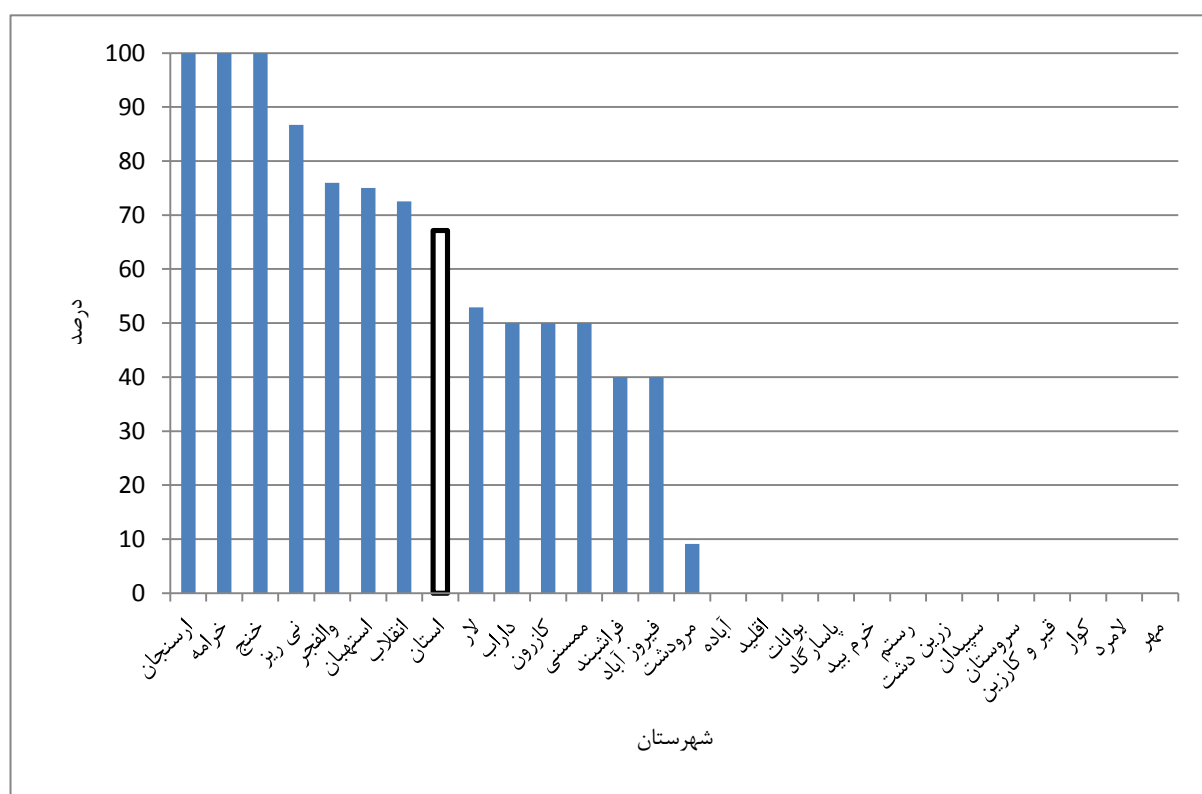


تفسیر: میزان گزارش دهی موارد محتمل به مننژیت در سال ۸۹ به بیشترین میزان در طی ده سال گذشته رسیده است. این میزان با توجه به افزایش ۵۶ درصدی نسبت به سال قبل به میزان ۸/۴۱ در صد هزار رسیده است. ارتباط بین بخشی با معاونت درمان علت اصلی ارتقاء این شاخص بوده است. اما شهرستانهای تازه تأسیس و تعداد دیگری از شهرستانها همچنان بدون گزارش دهی از بیمارستان هستند که بایستی در کمیته دانشگاهی مطرح و در رفع مشکلات اقدام گردد. افزایش سطح گزارش دهی در شهرستانهای شیراز، استهبان، ارسنجان، خنج، داراب، سروستان، فیروزآباد، مرودشت و نی ریز چشم گیر بوده است. شهرستانهایی که موارد گزارش ننموده اند بعضاً "به علت اینکه تعداد قابل توجهی از بیماران مشکوک به مننژیت به علت ماهیت بیماری به بیمارستانهای بزرگتر مانند شیراز مراجعه می نمایند، هر چند سیستم مراقبت در این شهرستانها نیز بایستی تقویت گردد.

جدول ۹: مشخصات شاخص نسبت انجام LP در مننژیت

نام شاخص	نسبت انجام LP در مننژیت
صورت کسر	۱۰۰ × تعداد موارد مشکوک به مننژیت LP شده
مخرج کسر	کل موارد مشکوک به مننژیت
منبع جمع آوری اطلاعات	دفتر ثبت تلفنی گزارش مننژیت و پورت

نمودار ۹: نسبت انجام LP در مننژیت، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹

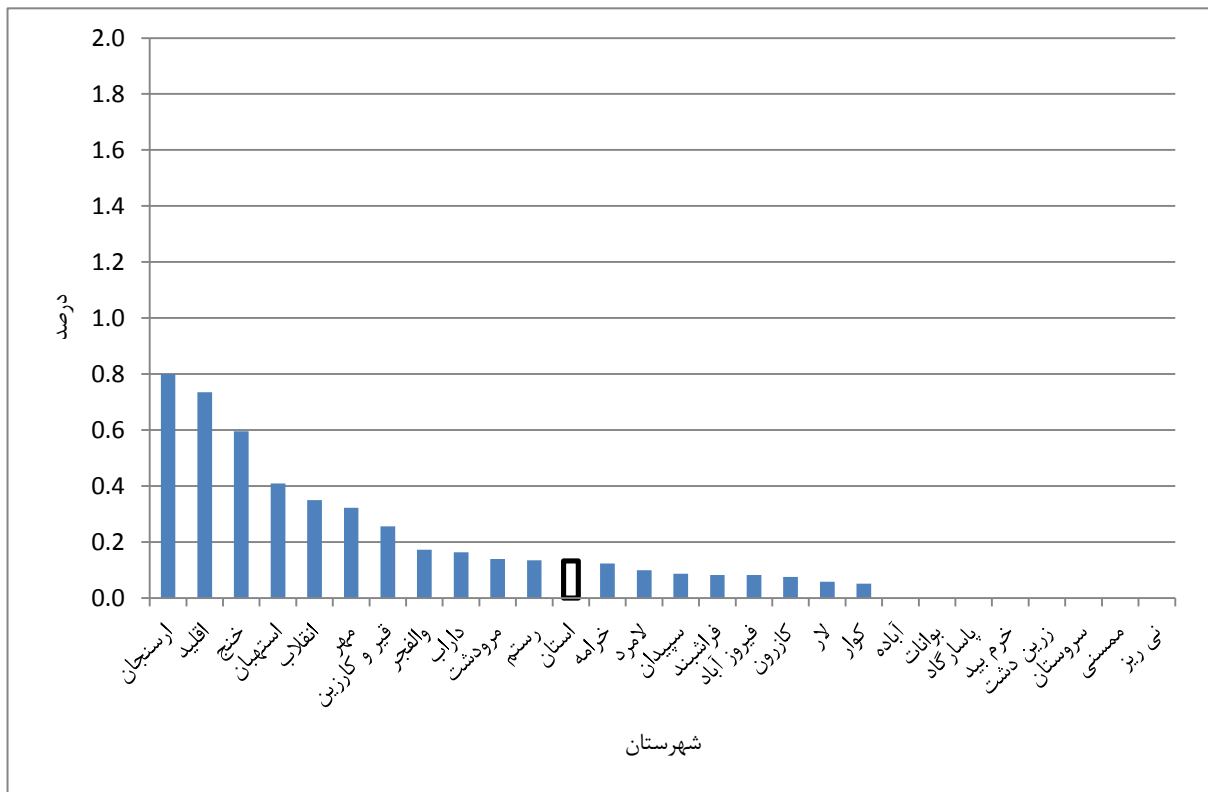


تفسیر: شاخص میزان نمونه‌گیری در مننژیت همچنان پایین‌تر از میزان ۸۰ درصد می‌باشد (در سال ۸۹ این میزان ۶۵/۰۹ درصد می‌باشد) ارسال دستورات عمل‌ها از طرف معاونت درمان، آموزش چهره به چهره گروه هدف در بیمارستانها از راهکارهای ارتقاء این شاخص می‌باشد. شهرستان مروودشت با توجه به حجم بالای بیماران و میزان پایین نمونه‌گیری از شهرستانها نیست که بایستی بصورت موردی مورد بررسی و اقدام قرار گیرد. در مقایسه با سال قبل این نسبت پایین آمده است. از مواردی که صفر بوده‌اند تنها شهرستانهای مروودشت و سپیدان مورد داشته‌اند ولی LP انجام نشده است. عدم نمونه‌گیری در شهرستان مروودشت باعث پایین آمدن میزان این نسبت در استان گردیده است. انجام نمونه‌گیری وظیفه پزشکان متخصص بیمارستان می‌باشد بایستی از طریق معاونت درمان پیگیری گردد.

جدول ۱۰: مشخصات شاخص لامهای مثبت مالاریا (SPR)

نام شاخص	شاخص لامهای مثبت مالاریا (SPR)
صورت کسر	تعداد موارد مثبت لام $\times 100$
مخرج کسر	کل لامهای بررسی شده
منبع جمع آوری اطلاعات	دفتر ثبت مالاریا و پورت

نمودار ۱۰: شاخص لامهای مثبت مالاریا (SPR)، به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹



تفسیر: شاخص SPR ارزیابی کننده وجود پارازیت در یک منطقه و مراقبت در گروه‌های در معرض خطر می‌باشد. پائین آمدن ۱۲۸ درصدی این شاخص نسبت به سال قبل با توجه به نزول ۲۱۸ درصدی API در سال ۸۹ قابل توجیه می‌باشد با توجه به روند پائین آمدن بروز بیماری در استان در مرحله حذف، توجه به نمونه‌گیری در موارد خاص و جمعیت‌های خاص باعث می‌گردد علیرغم پائین آمدن API شاخص لامهای مثبت در حد قابل قبول نشان‌دهنده واقعی وجود پارازیت در جامعه باشد. شهرستانهایی که صفر گزارش شده‌اند موردی نداشته‌اند.

جدول ۱۱: موارد مبتلا به HIV و AIDS بر حسب جنس در استان فارس تا پایان سال ۱۳۸۹

جنس	مبتلا به HIV و ایدز	مبتلا به ایدز	فوت
مرد	۱۴۰۶	۲۷۰	۳۵۲
زن	۲۴۶	۸۳	۲۶
جمع	۱۶۵۲	۳۵۳	۳۷۸

جدول ۱۲: موارد مبتلا به HIV و ایدز بر حسب راه انتقال

نوع رفتار پر خطر	تعداد
(از راه تزریق) IDU	۱۲۵۰
sex	۳۵۴
دریافت خون	۱۵
فرزند مادر آلوده	۱۶
سایر	۱۰۵

جدول ۱۳: تعداد موارد HIV مثبت تحت پوشش مراکز مشاوره به تفکیک جنس و گروه‌های سنی تا سال ۱۳۸۹ در استان

گروه سنی	مرد	زن	جمع
۰ - ۹	۴	۸	۱۲
۱۰ - ۱۹	۱	۸	۹
۲۰ - ۲۹	۲۳۷	۴۶	۲۸۳
۳۰ - ۳۹	۶۶۴	۱۱۷	۷۸۱
۴۰ - ۴۹	۴۲۶	۳۷	۴۶۳
۵۰ - ۵۹	۱۵۳	۲۲	۱۷۵
۶۰ - ۶۹	۱۷	۶	۲۳
بالای ۷۰	۳	۲	۵
نا مشخص	۱	۰	۱
جمع	۱۵۰۶	۲۴۶	۱۷۵۲

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.