

روند تغییرات شاخص های مرگ و میر در ایران طی سالهای ۸۶-۱۳۵۰

فیروز امانی^۱، دکتر انوشیروان کاظم نژاد^۲، دکتر رضا حبیبی^۳

^۱ دانشجوی دکترای آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس تهران و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

^۲ نویسنده مسئول: استاد گروه آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران E-mail: kazem_an@modares.ac.ir

^۳ استادیار گروه آمار بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مولفه های مهم در برنامه ریزی های مربوط به سلامت هر جامعه، آمار و علل مرگ و میر در آن جامعه است. دانستن الگوی تغییرات مرگ و میر در هر کشوری می تواند از اهمیت بالایی برای برنامه ریزی های کشوری برخوردار باشد. در این مطالعه روند تغییرات الگوی مرگ و میر در ایران در طول ۳۶ سال گذشته مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است.

روش کار: در این مطالعه اطلاعات مربوط به ۹۷۴۰۶۵۶ متوفی ثبت شده در سازمان ثبت احوال کشوری در فاصله سالهای ۱۳۵۰ تا ۱۳۸۶ مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است. برای آنالیز روند تغییرات زمانی الگوی کلی مرگ و میر، از روش های گرافیکی و مقایسه تغییرات روند مرگ و میر ثبتی طی سالهای مورد بررسی استفاده نمودیم. اطلاعات در نرم افزار آماری اکسل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: ۶۰/۴٪ مرگ و میر های ثبتی در مناطق روستایی و بقیه در مناطق شهری رخ داده بود. همچنین ۶۱/۱٪ کل موارد مرگ در مردان اتفاق افتاده بود. شاخص مرگ و میر خام بر اساس آمارهای موجود از ۱۳ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در سال های ۵۵-۱۳۵۰ به رقم ۵ نفر در سالهای ۹۰-۱۳۸۵ کاهش داشته است. همچنین شاخص امید به زندگی طی سال های مورد بررسی روند صعودی داشته و از رقم ۵۵/۲ طی سال های ۵۵-۱۳۵۰ به رقم ۷۱ طی سالهای ۹۰-۱۳۸۵ رسیده است.

نتیجه گیری: نتایج نشان دادند که الگوی مرگ و میر طی سالهای مورد بررسی به طور کلی تغییر یافته و شاخص مرگ و میر خام با روند نزولی و امید به زندگی با روند صعودی بیانگر توسعه شاخصهای سلامت و ارتقاء سطح بهداشت در کشور ایران می باشد.

کلمات کلیدی: شاخص های مرگ و میر، الگوی مرگ و میر، آمار ثبتی، سازمان ثبت احوال

دریافت: ۸۷/۱۲/۱۳ پذیرش: ۸۸/۱۰/۱

مقدمه

جمعیت‌شناسی مطالعه آماری جمعیتها است. در این دانش تراکم، توزیع و دیگر آمارهای مهم (مانند تولد، ازدواج، مرگ و غیره) بررسی می‌شوند. بخش‌هایی از این دانش که امروزه اهمیت بسیاری یافته‌اند عبارتند از انفجار جمعیت، رابطه بین جمعیت و توسعه اقتصادی، اثر تنظیم خانواده، تراکم شهرها، مهاجرت‌های غیرقانونی و افزون بر اینها به مطالعه

اندازه، ساختار و توزیع جمعیتها و تغییرات آنها در پاسخ به تولد، مرگ، مهاجرت، و سال‌خوردگی می‌پردازد. جمعیت‌شناسی در کمک به دولت‌ها برای برنامه‌ریزی توسعه و بازاریابی کاربرد بسیاری دارد [۱]. از بحثهای اصلی و مهم در جمعیت‌شناسی وقایع حیاتی چهارگانه می باشد که عبارتند از تولد، مرگ، ازدواج و طلاق. به عبارتی می توان گفت که وقایع حیاتی جزو شاخصهای مهم جمعیت‌شناسی می باشند

درمان» و همچنین به از بین بردن عوامل اصلی مرگ های زودرس و پژوهش همه گیری شناختی کمک خواهد نمود [۵-۳]. هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی روند تغییرات شاخص های مرگ و میر در ایران و مقایسه آن با شاخصهای مرگ و میر کشورهای مدیترانه شرقی و جهان طی سالهای ۸۶-۱۳۵۰ می باشد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی در قالب مطالعات میدانی و کتابخانه ای بوده که بر روی کلیه متوفیان ثبت شده در سازمان ثبت احوال کشور در فاصله سالهای ۱۳۵۰ لغایت ۱۳۸۶ انجام شد. روش نمونه گیری از نوع کل شماری بوده و اطلاعات مورد نیاز برای این مقاله با بررسی های میدانی، مطالعات کتابخانه ای و بررسی آمارهای ثبتی موجود در بایگانی سازمان ثبت احوال کل کشور و سالنامه های آماری مرکز آمار ایران بدست آمد. آمارهای ثبتی به همراه شاخص های مرگ و میر خام و امید به زندگی مورد بررسی قرار گرفته و با آمارهای جهانی و کشورهای مدیترانه شرقی مقایسه شدند. داده ها در نرم افزار آماری اکسل به صورت رسم جداول و نمودار آنالیز شدند.

یافته ها

از کل مرگ و میرهای مورد بررسی ۴/۶۰٪ در مناطق روستایی و ۶/۳۹٪ در مناطق شهری رخ داده بود.

از بین مرگ و میر های روستایی ۶۳٪ در مردان و بقیه در زنان اتفاق افتاده بود. همچنین این میزان در نقاط شهری برابر ۶۰٪ برای مردان و بقیه برای زنان بود. بر اساس تقسیم بندی کشورها بر اساس درآمد، کشورهای با درآمد متوسط، پایین و بالا در سال ۲۰۰۵ مشخص شد که در کشورهای با درآمد پایین

که طی سالهای متمادی تحت تاثیر مسایل فراوانی قرار می گیرد و کاهش و افزایش این وقایع به نوبه خود می تواند در برنامه ریزی های کشوری جمعیت دخیل بوده و منجر به تغییرالگوی کشوری گردد. چه بسا که شناخت این الگوها می تواند در برنامه ریزی های جمعیتی برای آینده نیز مهم باشد. تا حالا بررسی میزان افزایش یا کاهش جمعیت بر اساس میزان تغییرات جمعیت و تعداد و درصد جمعیت به صورت مقایسات سالانه بوده که این روش نمی توانست در مواقعی میزان تغییر واقعی را نشان دهد و چه بسا که در طول کل فرایند برای تحلیل روند مرگ و میر جمعیت فرض بر این بود که الگو برای همه افراد یکسان باشد ولی بر اساس بررسی ها و مطالعات میدانی مختلف و بررسی آمار معلوم شده که الگوها با هم از مکانی به مکان دیگر یا از زمانی به زمان دیگر متفاوت است. شناسایی الگو و علل بروز مرگ و مقابله با عوامل سبب ساز آن، یکی از مناسب ترین راهبردها برای افزایش طول عمر بشر است. منظور تامین عمر طولانی باید الگوی مرگ در جامعه شناسایی شود و برای مقابله با علل مرگ زودرس چاره اندیشیده و با آنها مقابله گردد. اطلاعات معتبر از علل مرگ و شرح روند مرگ و میر و تغییرات آن یکی از اساسی ترین مبانی برنامه ریزی، مدیریت، ارزشیابی بخش بهداشت در تمام کشورهاست [۲].

در ایران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با مشارکت سازمان ثبت احوال و با انجام برنامه هایی به منظور ثبت موارد مرگ بر اساس علتی و مشخصه های شناسنامه ای فوت شدگان، قدم مهمی در تعیین الگوی مرگ و میر در کشور و پایش روند آن برداشته است که ما حاصل آن بهره مند شدن از نتایج آن برای تدوین، طرح و اجرای برنامه های مداخله ای ارزیابی برنامه های مربوطه به بهداشت عمومی خواهد بود. شناسایی الگوی مرگ و میر و پایش روند آن به تعیین «اولویت های بهداشتی و تخصیص منابع و اولویت های بخش بهداشت و

از ۴۳٪ در سال ۱۹۹۵ به ۶۳٪ در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید.

بر اساس آمار فوتی‌های سال ۱۳۸۵ در کشور رتبه‌های اول تا سوم به لحاظ درصد بالای مرگ و میر مربوط به استانهای تهران، خراسان رضوی و هرمزگان به ترتیب با ۱۴/۵٪، ۷/۷٪ و ۷٪ بوده است به طوریکه بر اساس شاخص مرگ میر خام در سال ۱۳۸۵ رتبه اول تا سوم به ترتیب با ۵/۹، ۵/۹ و ۵/۶ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ نفر به ترتیب مربوط به استانهای اصفهان، آذربایجان شرقی و خراسان رضوی بوده است.

همچنین بر اساس آمار کل مرگهای ثبت شده در کشور میزان مرگ و میر خام برابر ۵/۲ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ نفر بوده است که این میزان تا سال ۱۳۷۷ روند صعودی و بعد از آن سیر نزولی داشته است. در سالهای ۵۵-۱۳۵۰ از بین کشورهای مدیترانه شرقی بیشترین و کمترین شاخص مرگ و میر خام به ترتیب با ۲۸ نفر و ۵ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ نفر تولد زنده مربوط به کشورهای افغانستان و کویت بوده است که این آمار برآوردی در سالهای ۹۰-۱۳۸۵ مربوط به کشورهای افغانستان و امارت متحده عربی به ترتیب با ۲۰ نفر و ۱ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده بوده است. همچنین میزان مرگ و میر خام در کشور ایران در سالهای ۵۵-۱۳۵۰ با ۱۳ نفر در رتبه ۹ و در سالهای ۹۰-۱۳۸۵ با برآورد ۵ نفر در رتبه ۱۱ از لحاظ میزان مرگ و میر قرار داشت (نمودار ۱و۲).

برآورد میانه شاخص مرگ و میر در کشورهای مدیترانه شرقی برابر ۵/۵ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در سالهای ۹۰-۱۳۸۵ بوده است (جدول ۱). به لحاظ مقایسه با آمار مرگ و میر خام برآوردی در کل جهان در سالهای ۹۰-۱۳۸۵ این رقم برابر ۹ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده بود (نمودار ۱).

از لحاظ تعداد مرگ و میر اولویت اول و دوم به ترتیب با ۱۱/۴٪ و ۹/۵٪ مربوط به بیماریهای کرونر قلبی و عفونتهای تنفسی تحتانی و در کشورهای با درآمد متوسط به ترتیب با ۱۴/۸٪ و ۱۳/۷٪ مربوط به بیماریهای سکنه مغزی و کرونر قلبی و در کشورهای با درآمد بالا بیماریهای کرونر قلب و سکنه مغزی به ترتیب با ۱۶/۹٪ و ۹/۵٪ بود. به طوریکه در کشورهای با درآمد پایین، متوسط و بالا این بیماریها به ترتیب با ۶، ۶ و ۲/۲ میلیون نفر مرگ و میر سالانه در اولویت قرار دارند.

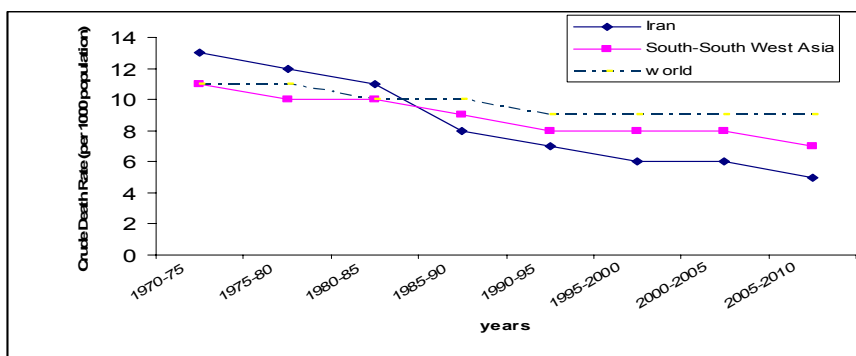
همچنین بر اساس آمار سال ۱۳۸۷ در کل دنیا حدود ۴۹/۵ میلیون فوت وجود داشت که ایران با ۳۲۴۷۱۸ نفر فوتی در حدود ۰/۶۶٪ کل فوتیهای دنیا در بین کل کشورهای جهان در رده ۹۸ از لحاظ آمار مرگ و میر کشوری قرار داشت که بر اساس آمار مربوط به مرگ و میر ناشی از بیماریها رده‌های اول تا سوم مرگ و میر در دنیا مربوط به بیماریهای عروق کرونر قلب، سکنه مغزی و پنومونی (آنفلوانزا) با ۳۳/۷٪ و در ایران مربوط به بیماریهای عروق کرونر قلب، تصادفات جاده‌ای و سکنه مغزی با ۳۷/۱٪ بوده است. همچنین بر اساس آمارهای موجود جمعیت دنیا از ۲/۸ میلیارد در سال ۱۹۵۵ به بیش از ۶ میلیارد در سال جاری و با افزایشی در حدود ۸۰ میلیون در هر سال به بیش از ۸ میلیارد در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید.

در سال ۱۹۵۵، حدود ۶۸٪ جمعیت در روستاها و در سال ۱۹۹۵ این رقم به ۵۵٪ و در سال ۲۰۲۵ این رقم به ۴۱٪ خواهد رسید. تعداد جمعیت بالای ۶۵ سال از ۳۹۰ میلیون فعلی به ۸۰۰ میلیون در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید. در سال ۱۹۵۵، حدود ۴۰٪ مرگ و میرها بین بچه‌های زیر ۵ سال، ۱۰٪ بین ۱۹-۵ سال، ۲۸٪ بین ۶۴-۲۰ سال و ۲۱٪ بالای ۶۵ سال بودند. در سال ۱۹۹۵ فقط ۲۱٪ مرگ و میرها بین بچه‌های زیر ۵ سال و این رقم در سال ۲۰۲۵ به ۸٪ خواهد رسید. همچنین تعداد مرگ و میرهای بالای ۶۵ سال

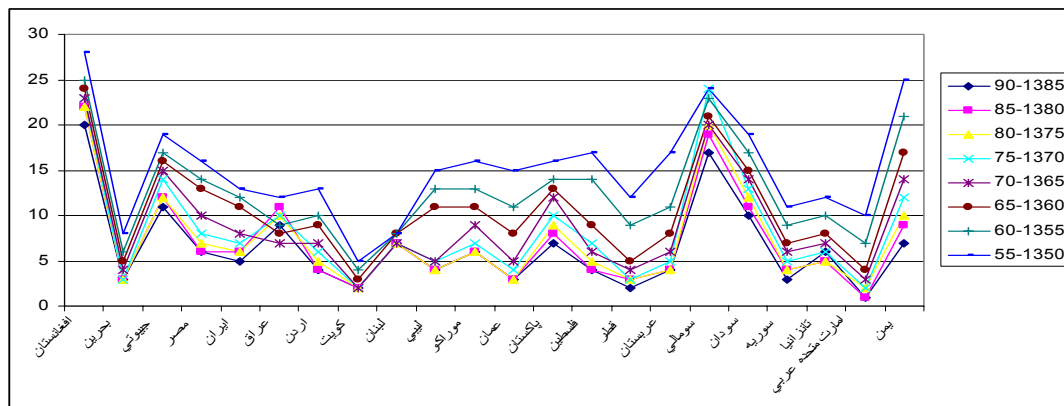
جدول ۱. شاخص مرگ و میر خام در کشورهای مدیترانه شرقی

| مرگ و میر خام | ۱۳۵۰-۵۵ | ۱۳۵۵-۶۰ | ۱۳۶۰-۶۵ | ۱۳۶۵-۷۰ | ۱۳۷۰-۷۵ | ۱۳۷۵-۸۰ | ۱۳۸-۸۵ | ۱۳۸۵-۹۰ |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|
| افغانستان | ۲۸ | ۲۵ | ۲۴ | ۲۳ | ۲۳ | ۲۲ | ۲۲ | ۲۰ |
| بحرین | ۸ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۳ | ۳ | ۳ |
| جیبوتی | ۱۹ | ۱۷ | ۱۶ | ۱۵ | ۱۴ | ۱۲ | ۱۲ | ۱۱ |
| مصر | ۱۶ | ۱۴ | ۱۳ | ۱۰ | ۸ | ۷ | ۶ | ۶ |
| ایران | ۱۳ | ۱۲ | ۱۱ | ۸ | ۷ | ۶ | ۶ | ۵ |
| عراق | ۱۲ | ۹ | ۸ | ۷ | ۱۰ | ۱۰ | ۱۱ | ۹ |
| اردن | ۱۳ | ۱۰ | ۹ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۴ |
| کویت | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۲ | ۲ | ۲ | ۲ |
| لبنان | ۸ | ۸ | ۸ | ۷ | ۷ | ۷ | ۷ | ۷ |
| لیبی | ۱۵ | ۱۳ | ۱۱ | ۵ | ۵ | ۴ | ۴ | ۴ |
| موراکو | ۱۶ | ۱۳ | ۱۱ | ۹ | ۷ | ۶ | ۶ | ۶ |
| عمان | ۱۵ | ۱۱ | ۸ | ۵ | ۴ | ۳ | ۳ | ۳ |
| پاکستان | ۱۶ | ۱۴ | ۱۳ | ۱۲ | ۱۰ | ۹ | ۸ | ۷ |
| فلسطین | ۱۷ | ۱۴ | ۹ | ۶ | ۷ | ۵ | ۴ | ۴ |
| قطر | ۱۲ | ۹ | ۵ | ۴ | ۳ | ۳ | ۳ | ۲ |
| عربستان | ۱۷ | ۱۱ | ۸ | ۶ | ۵ | ۴ | ۴ | ۴ |
| سومالی | ۲۴ | ۲۳ | ۲۱ | ۲۰ | ۲۴ | ۲۰ | ۱۹ | ۱۷ |
| سودان | ۱۹ | ۱۷ | ۱۵ | ۱۴ | ۱۳ | ۱۲ | ۱۱ | ۱۰ |
| سوریه | ۱۱ | ۹ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۴ | ۳ |
| تانزانیا | ۱۲ | ۱۰ | ۸ | ۷ | ۶ | ۵ | ۵ | ۶ |
| امارات متحده عربی | ۱۰ | ۷ | ۴ | ۳ | ۲ | ۲ | ۱ | ۱ |
| یمن | ۲۵ | ۲۱ | ۱۷ | ۱۴ | ۱۲ | ۱۰ | ۹ | ۷ |

نمودار ۱. میزان مرگ و میر خام در ایران ، آسیای جنوب شرقی و جهان



نمودار ۲. میزان مرگ و میر خام در کشورهای مدیترانه شرقی و جهان در سالهای ۱۳۵۰-۸۵



همچنین در سالهای ۵۵-۱۳۵۰ از بین کشورهای مدیترانه شرقی بیشترین و کمترین شاخص امید به زندگی به ترتیب با ۶۷/۷ سال و ۳۶/۱ سال مربوط به کشورهای کویت و افغانستان بوده است که این آمار برآوردی در سالهای ۹۰-۱۳۸۵ مربوط به کشورهای امارت متحده عربی و افغانستان به ترتیب با ۷۸/۷ سال و ۴۳/۸ سال بوده است. میزان امید به زندگی در ایران در سالهای ۵۵-۱۳۵۰

با ۵۵/۲ سال در رتبه ۱۰ و در سالهای ۹۰-۱۳۸۵ با برآورد ۷۱ سال در رتبه ۱۴ از لحاظ میزان امید به زندگی قرار داشت. برآورد میانه شاخص امید به زندگی در کشورهای مدیترانه شرقی برابر ۶۴/۱ سال در سالهای ۹۰-۱۳۸۵ بوده است (جدول ۲). به لحاظ مقایسه با آمار امید به زندگی کل جهان در سالهای ۹۰-۱۳۸۵ این رقم برابر ۶۷/۲ سال بود.

جدول ۲. شاخص امید به زندگی در کشورهای مدیترانه شرقی

| امید به زندگی | ۱۳۵۰-۵۵ | ۱۳۵۵-۶۰ | ۱۳۶۰-۶۵ | ۱۳۶۵-۷۰ | ۱۳۷۰-۷۵ | ۱۳۷۵-۸۰ | ۱۳۸۰-۸۵ | ۱۳۸۵-۹۰ |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| افغانستان | ۳۶/۱ | ۳۸/۴ | ۳۹/۹ | ۴۰/۸ | ۴۱/۷ | ۴۱/۸ | ۴۲/۱ | ۴۳/۸ |
| بحرین | ۶۳/۳ | ۶۵/۶ | ۶۹/۱ | ۷۰/۸ | ۷۲/۶ | ۷۳/۹ | ۷۴/۸ | ۷۵/۶ |
| جیبوتی | ۴۴/۴ | ۴۶/۵ | ۴۸/۸ | ۵۰ | ۵۱/۶ | ۵۳/۲ | ۵۳/۴ | ۵۴/۸ |
| مصر | ۵۱/۱ | ۵۳/۳ | ۵۶ | ۵۹/۸ | ۶۳/۷ | ۶۷/۲ | ۶۹/۸ | ۷۱/۳ |
| ایران | ۵۵/۲ | ۵۷/۷ | ۵۹/۶ | ۶۳ | ۶۵/۷ | ۶۸ | ۶۹/۵ | ۷۱ |
| عراق | ۵۷ | ۶۰/۴ | ۶۲ | ۶۵ | ۵۹/۵ | ۵۸/۸ | ۵۷/۱ | ۵۹/۶ |
| اردن | ۵۶/۵ | ۶۱/۱ | ۶۳/۷ | ۶۵/۹ | ۶۸ | ۶۹/۸ | ۷۱/۳ | ۷۲/۵ |
| کویت | ۶۷/۷ | ۶۹/۳ | ۷۱/۳ | ۷۴/۲ | ۷۵/۲ | ۷۶/۲ | ۷۶/۹ | ۷۷/۶ |
| لبنان | ۶۵/۴ | ۶۶/۱ | ۶۷ | ۶۷/۹ | ۶۹/۳ | ۷۰/۳ | ۷۱ | ۷۲ |
| لیبی | ۵۲/۸ | ۵۷/۴ | ۶۲/۲ | ۶۶/۲ | ۶۸/۸ | ۷۱/۶ | ۷۲/۷ | ۷۴ |
| موراکو | ۵۲/۹ | ۵۵/۷ | ۵۹/۷ | ۶۲/۷ | ۶۵/۴ | ۶۷/۷ | ۶۹/۶ | ۷۱/۲ |
| عمان | ۵۲/۱ | ۵۷/۴ | ۶۲/۷ | ۶۷/۷ | ۷۱/۲ | ۷۲/۵ | ۷۴/۲ | ۷۵/۶ |
| پاکستان | ۵۱/۹ | ۵۴ | ۵۶/۲ | ۵۸/۳ | ۶۰/۸ | ۶۱/۸ | ۶۳/۶ | ۶۵/۵ |
| فلسطین | ۵۶/۵ | ۶۰/۸ | ۶۴/۴ | ۶۷/۱ | ۶۹/۷ | ۷۱/۱ | ۷۲/۴ | ۷۳/۴ |
| قطر | ۶۲/۱ | ۶۵ | ۶۷/۱ | ۶۸/۴ | ۶۹/۹ | ۷۱/۹ | ۷۴/۳ | ۷۵/۶ |
| عربستان | ۵۳/۹ | ۵۸/۷ | ۶۳ | ۶۶/۳ | ۶۸/۸ | ۷۰/۵ | ۷۱/۶ | ۷۲/۸ |
| سومالی | ۴۱ | ۴۲ | ۴۳ | ۴۴/۵ | ۳۹/۷ | ۴۳/۸ | ۴۵/۹ | ۴۸/۲ |
| سودان | ۴۵/۱ | ۴۷/۸ | ۵۰/۳ | ۵۱/۷ | ۵۳/۶ | ۵۵/۴ | ۵۶/۴ | ۵۸/۶ |
| سوریه | ۵۷/۳ | ۶۱/۲ | ۶۴/۶ | ۶۷ | ۶۹/۳ | ۷۱/۵ | ۷۳/۱ | ۷۴/۱ |
| تانزانیا | ۵۵/۶ | ۵۹/۸ | ۶۴/۱ | ۶۶/۹ | ۷۰ | ۷۲ | ۷۳ | ۷۳/۹ |
| امارات متحده عربی | ۶۲/۲ | ۶۶/۲ | ۶۸/۶ | ۷۱/۳ | ۷۳/۷ | ۷۶/۲ | ۷۷/۸ | ۷۸/۷ |
| یمن | ۳۹/۹ | ۴۴/۲ | ۴۹/۱ | ۵۲/۹ | ۵۵/۶ | ۵۸ | ۶۰/۳ | ۶۲/۷ |

جدول ۳. رتبه بندی ۱۰ علت عمده مرگ و میر در ایران و جهان سال ۱۳۸۶

| رتبه ایران | ایران | | رتبه جهانی | جهان | | علت مرگ و میر |
|------------|---------|------|------------|------------|------|----------------------|
| | تعداد | درصد | | تعداد | درصد | |
| ۱ | ۸۱/۹۸۳ | ۲۵/۲ | ۱ | ۷/۱۹۵/۴۵۰ | ۱۴/۶ | بیماریهای کرونری قلب |
| ۳ | ۳۱/۷۶۸ | ۹/۸ | ۲ | ۵/۵۰۱/۹۳۳ | ۱۱/۱ | سکته |
| ۱۱ | ۶/۸۹۲ | ۲/۱ | ۳ | ۳/۹۳۹/۱۵۴ | ۸ | آنفلانزا و پنومونی |
| ۴۸ | ۵۴۴ | -/۲ | ۴ | ۲/۹۱۷/۱۱۶ | ۵/۹ | ایدز (HIV) |
| ۶ | ۸/۹۹۱ | ۲/۸ | ۵ | ۲/۷۴۵/۹۱۹ | ۵/۶ | بیماری های ریوی |
| ۷ | ۸/۶۸۲ | ۲/۷ | ۶ | ۱/۸۶۸/۳۹۰ | ۳/۸ | اسهال |
| ۲۷ | ۲/۲۹۰ | -/۷ | ۷ | ۱/۵۶۴/۸۷۷ | ۳/۲ | سل |
| ۸ | ۸/۱۵۷ | ۲/۵ | ۸ | ۱/۲۶۸/۸۵۱ | ۲/۶ | کم وزنی |
| ۱۳ | ۵/۸۶۰ | ۱/۸ | ۹ | ۱/۲۴۱/۸۲۰ | ۲/۵ | سرطانهای ریه |
| ۲ | ۴۰/۵۲۴ | ۱۲/۵ | ۱۰ | ۱/۱۸۹/۵۸۶ | ۲/۴ | تصادفات جاده ای |
| | ۱۹۵/۶۹۱ | ۶۰/۳ | | ۲۹/۴۳۳/۰۹۶ | ۵۹/۵ | جمع ۱۰ علت |
| ۹۸ | ۳۲۴/۷۱۸ | -/۶۶ | | ۴۹/۴۴۱/۴۰۸ | ۱۰۰ | جمع کل مرگها |

بحث

با توجه به بررسی آمار بیماریها بر اساس مطالعات مختلف معلوم شد که سهم مرگ از بیماری های عفونی وانگلی، دستگاه تنفسی، کلیوی و ادراری در طی سالهای اخیر در بین کل جمعیت کشور نسبت به سایر علل کاهش و بالعکس مرگ از بیماری های دستگاه گردش خون مثل بیماریهای فشارخون و قلبی عروقی، سوانح، تصادفات و سکته قلبی افزایش قابل توجهی نسبت به سایر علل داشته است [۸-۶].

می توان گفت که کاهش ابتلا به بیماریهای واگیردار و افزایش ابتلا به بیماری های غیر واگیردار منجر به تغییرات روند علت مرگ و میر شده است. به نظر می رسد کاهش مرگ از بیماریهای واگیردار بدلیل برخورداری از شبکه بهداشتی درمانی کشور و مداخله های به موقع و اجرای برنامه های ارائه خدمات بهداشتی اولیه بوده است. از طرفی، کاهش سریع مرگ و میر و افزایش طول عمر و ماشینی شدن زندگی به خصوص در شهرهای بزرگ و زندگی پراسترس، کاهش فعالیت های بدنی، تغییر در عادات غذایی، مصرف سیگار و نظایر آن مردم را بیشتر در معرض ابتلا به بیماری های غیر واگیر نظیر قلبی و عروقی، تصادفات جاده ای و سکته مغزی و مرگ ناشی از آنها قرار داده است. مرگ ناشی از گروه بیمار یهای قلبی عروقی در تمام سالهای مورد بررسی شایع ترین علت بوده است که بخشی از آن می تواند ناشی از نقصان نظامهای ثبت و گزارش دهی علل مرگ نظیر ثبت ایست قلبی توسط پزشکان باشد. متأسفانه در برخی موارد پزشکان به جای ثبت علت واقعی مرگ، ایست قلبی را که علامت مرگ می باشد در گواهی فوت ثبت می نمایند و از آنجا که ایست قلبی در گروه بیماری های دستگاه گردش خون طبقه بندی می شود سهم این گروه را بیشتر از مقدار واقعی نشان می دهد. افزایش مرگ های ناشی از بیماری های غیر واگیر نشانگر افزایش عوامل خطرزای این بیماریها از قبیل بالا رفتن

کالری مصرفی روزانه، مصرف چربی های اشباع شده، عدم تحرک، افزایش شیوع استعمال سیگار، همراه با دگرگونی های اقتصادی، اجتماعی در جامعه است [۹، ۱۰]. که با اقدام وسیع پیشگیری اولیه و ثانویه می توان به میزان قابل ملاحظه ای از مرگ و میر به علت بیماریهای مذکور کاست. کاهش مشاهده شده می تواند به دلیل تحت پوشش قرار دادن ثبت مرگ و میر در مناطق روستایی باشد که با توجه به پایین بودن شیوع عوامل خطر بیماریهای قلبی، عروقی و مرگ و میر ناشی از آن در روستاها این کاهش قابل توجه است. در مجموع بررسی موجود حاکی از این است که در ایران همچون کشورهای پیشرفته، شرق مدیترانه و خاورمیانه، بیماریهای قلبی عروقی یک مشکل عمده بهداشتی و اجتماعی بشمار میرود که ابعاد آن بسرعت در حال افزایش است [۶]. توجه ویژه به افزایش آگاهی های عمومی برای شناسائی عوامل خطر و چگونگی اصلاح آنها و ایجاد تغییرات مناسب در عادت ها و شیوه زندگی افراد جامعه، شیوع عوامل خطر را در کل جامعه کاهش خواهد داد. همچنین افرادی که به دلیل وجود عوامل خطر در معرض ابتلا به بیماری های قلبی، عروقی قرار دارند از طریق روشهای مختلف غربالگری شناسایی شوند و عوامل خطر در آنها حذف شود. تصادفات جاده ای طی آخرین سالهای مورد بررسی بعد از بیماری های قلبی عروقی دومین عامل شایع مرگ و میر بوده است. به طوریکه در ایران طی سال ۱۳۸۵ این بیماریها ۱۲/۵٪ کل مرگهای کشور را به خود اختصاص داده است که در دنیا این آمار با ۲/۴٪ در رده ۱۰ علل مرگ و میر قرار داشت [۷].

مقایسه آمار مرگ و میر کشور با جهان نشان میدهد که ایران با رتبه ۹۸ از لحاظ تعداد مرگ و میر در حدود ۰/۶۶٪ مرگ و میر کل دنیا را دارد که الگوی بیماریهای منجر به فوت در ایران نسبت به جهان در حدود ۷۰٪ یکسان بوده است که به لحاظ مقایسه ای ساختار الگوی کشوری مشابه با ساختار

کشورهای ایران، آسیای و جهان تا سالهای ۲۰۲۵ سیر نزولی و بعد از آن سیر صعودی خواهد داشت که می توان علت را در افزایش میزان جمعیت مسن کشورها، رشد منفی بیشتر کشورها، کم بودن جمعیت، پیر شدن جمعیت کشورها و بیماریها مرتبط با دوران پیری و غیره دانست.

نتیجه گیری

نتایج بررسی روند علت‌های مرگ در کشور طی سالهای اخیر نشان می دهد که مرگ به علت بیماریهای واگیردار سیر نزولی و به علت بیماریهای غیرواگیر بویژه بیماری های قلبی عروقی، سوانح، حوادث و سگته مغزی سیر صعودی داشته است که از دلایل عمده آن می توان افزایش طول عمر، افزایش و طولانی تر شدن زمان مواجهه با عوامل خطر و تغییر الگوی زندگی را دانست. تغییر روند الگوی علل مرگ ضرورت برنامه ریزی منسجم و مستمر در بخش ارائه خدمات بهداشتی، درمانی با تأکید بر پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر مورد توجه قرار گیرد. دانستن الگوی تغییر واقعی مرگ و میر با روش های جدید ریاضی می تواند در برآورد شاخصهای مفید جمعیت شناسی و مرگ و میر خیلی مفید باشد. لازم به ذکر است که هیچ محدودیت خاصی در انجام این مطالعه به لحاظ کار روی داده های مرگ و میر کشوری و سایر مطالعات وجود نداشته است.

الگوی دنیا با تغییراتی جزئی می باشد [۱۱]. همچنین مقایسه میزان استاندارد شاخص مرگ و میر خام کشوری به ازای هر ۱۰۰۰ نفر برابر با ۵/۸ نسبت به آمار جهانی حدودا با ۷/۶ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ نفر نشان داد که از لحاظ مرگ و میر خام نیز وضعیت کشور ایران نسبت به جهان بهتر است و این نشانگر توسعه شاخصهای بهداشتی در کشور در راستای نیل به اهداف سازمان جهانی بهداشت و سازمانهای مرتبط بوده است. به طوریکه روند مرگ و میر خام از سالهای ۵۵-۱۳۵۰ با ۱۳ نفر به ۵/۸ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در سالهای ۸۵-۱۳۸۰ رسیده است. و این الگو در آسیا از رقم ۱۱ به رقم ۷ و در کل جهان از رقم ۱۱ به رقم ۹ در سالهای مورد بررسی رسیده است که نشانگر بالا بودن آمار مرگ و میر خام آسیا و جهان در مقایسه با کشور ایران بوده است [۱۱]. همچنین آمارها نشان دادند که تا سال ۱۹۸۵ میزان مرگ و میر خام کشور ایران بالاتر از آسیا و جهان بوده ولی از سال ۱۹۸۵ به بعد این روند کاملا عوض شده و سطح مرگ و میر خام کشور ایران خیلی پایین تر از آسیا و جهان قرار گرفته است. این در صورتی است که شاخص امید به زندگی در کشور ایران از ۵۵/۲ به رقم ۷۱ در سالهای مورد بررسی افزایش یافته است [۵]. که بیانگر توسعه شاخصهای بهداشتی و کیفیت زندگی بهتر مردم و رعایت مسایل بهداشت عمومی بوده است. همچنین پیش بینی ها تا سال ۲۰۵۰ نشان دادند که روند میزان مرگ و میر خام بر اساس جمعیت مورد مطالعه در

References

- 1- What is Demography? Available in: <http://www.wisegeek.com/what-is-demography.htm>
- 2- Greenberg, Raymond S. Medical Epidemiology, 3rd ed. The McGraw Hill Company; 2001: 48.
- ۳- نقوی محسن. سیمای مرگ در چهار استان کشور. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۷۸، صفحات ۱ الی ۸.
- ۴- دفتر توسعه و هماهنگی نظام آماری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. نشریات آمار مرگ و میر و علل مربوطه طی سالهای ۱۳۵۸-۱۳۸۰، تهران .
- 5- Khosravi A, Taylor R, Naghavi M, Lopez AD. Mortality in the Islamic Republic of Iran, 1964-2004. Bull World Health Organ [online]. 2007; 85(8): 607-614.

- 6- World Health Organization, International Classification of Diseases. 8th Revision, 2008, Geneva: Switzerland.
- 7- Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349:1269-76.
- 8- Sarrafzadegan N, Boshtn M, Malekafzali H. Secular trends in cardiovascular mortality in Iran. *Acta Cardio* 1999; Dec;54(6): 327-33.
- 9-Trends and indicators of child mortality in Iran (1956-2021) [Farsi]. Tehran: Statistical Centre of Iran/UNFPA; 2003.
- 10- Data on mortality and causes of death based on Iranian MOH&ME death registration systems (1992-2004) [Farsi]. Iranian Ministry of Health & Medical Education, Deputy of Health; 2005. Available at: <http://www.mohme.gov.ir/HNDC/index.htm> .
- 11-Abbasi-Shavazi MJ. Preliminary notes on trends and emerging issues of mortality in Iran. In: Economic and social commission for Asia and the Pacific: 2004. Bangkok: UNESCAP; 2004. Available at: http://www.unescap.org/esid/psis/meetings/health_mortality_sep_2004