

بررسی علل و الگوهای مرگ و میر در بیمارستان حضرت ولی عصر(عج)
شهرستان نورآباد ممسنی از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵

حمید مرادی^۱ و گلمراد مرادی^۲

چکیده

مرگ و میر یکی از شاخص‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی و عاملی مهم در تعیین رشد جمعیت می‌باشد. هدف اصلی این پژوهش بررسی و شناخت الگوهای مرگ و میر در بیمارستان حضرت ولی عصر(عج) شهرستان نورآباد ممسنی از سال ۱۳۶۰ تا سال ۱۳۸۵ می‌باشد. بعد از مروری بر پژوهش‌های پیشین در این زمینه، مروری بر نظریه‌های جمعیت‌شناختی مرتبط با موضوع پژوهش که شامل نظریه‌های انتقال جمعیت، نظریه ارتباط توسعه اجتماعی و اقتصادی با مرگ و میر، نظریه توسعه تکنولوژی پزشکی و نظریه گذر اپیدمیولوژی در کانون توجه قرار دارند. جهت انجام این پژوهش، داده‌ها از ۸۵۰ پرونده افراد متوفی در طول این ۲۵ سال در بیمارستان حضرت ولی عصر(عج) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و دیدی روشن از الگوی مرگ و میر و تغییرات آن در طول سالهای ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵ را نشان می‌دهد. نتایج توصیفی پژوهش حاضر در مورد علل مرگ و میر و مقایسه آن در طول سالهای ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵ با نظریه اپیدمیولوژی عمران همخوانی دارد. طبق بررسی به‌عمل آمده بیماری‌های عفونی - انگلی در سال ۱۳۸۵ به نسبت سال ۱۳۶۰ کاهش یافته است. در واقع طی گذشت ۲۵ سال و با پیشرفت شرایط بهداشتی و پزشکی جامعه، بیماری‌های عفونی - انگلی که در شرایط نامساعد بهداشتی شیوع پیدا می‌کند، کاهش یافته است. نتایج نهایی این پژوهش نشان می‌دهد که تغییرات اپیدمیولوژی از بیماری‌های عفونی - انگلی به بیماری‌های مزمن تبدیل شده است.

واژگان کلیدی: مرگ و میر، بیماری، تغییرات اپیدمیولوژی، انتقال جمعیت.

۱- کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی

۲- گروه جامعه‌شناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران^۲

مقدمه

مرگ و میر یکی از عوامل مهم در تعیین رشد جمعیت می‌باشد که در معرض تحولات قرار گرفته و آثار محیط طبیعی و اجتماعی در آن کم و بیش محسوس است (ایران محبوب، ۱۳۶۶: ۱). به دنبال اوج گیری انقلاب صنعتی در کشورهای اروپایی، نرخ مرگ و میر در اینگونه کشورها سیر نزولی خود را شروع کرد و دامنه آن سایر نقاط دنیا را نیز فرا گرفت، به طوری که تا اواسط قرن نوزدهم چند کشور اروپای غربی و شمالی به امید به زندگی ۴۰ سال دست یافتند و امروز تمام کشورهای توسعه یافته جهان دارای امید به زندگی بیش از ۷۰ سال می‌باشند. افزایش امید به زندگی، به دنبال کاهش مرگ و میر است، که ناشی از پیشرفت علوم، تجهیزات پزشکی، بهداشتی، بالا رفتن سطح زندگی و ارتقاء فرهنگی جوامع توسعه یافته می‌باشد. در کشورهای در حال توسعه، کاهش مرگ و میر و افزایش امید به زندگی پس از جنگ جهانی دوم رخ داده است و خیلی سریع‌تر از کاهش مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته بوده است، در حالی که در کشورهای توسعه یافته از طریق توسعه اقتصادی، روند کاهش مرگ و میر خود را تداوم بخشیده‌اند. کاهش مرگ و میر به خصوص در مورد اطفال، به علت گسترش علوم پزشکی، تکنولوژی معالجه و پیشگیری در کشورهای جهان سوم بسیار چشمگیر بوده است (ایران محبوب، ۱۳۶۶: ۱).

در ایران نیز مرگ و میر از ۱۱/۵ در هزار در سال ۱۳۵۵ به ۵/۵ تا ۶/۵ در هزار در سال ۱۳۷۵ رسیده است و امید به زندگی از ۵۷/۶ سال برای مردان و ۵۷/۴ سال برای زنان در سال ۱۳۵۵ به ۶۷ سال برای مردان و ۶۹/۸ سال برای زنان در سال ۱۳۷۵ ارتقاء یافته است. به همین جهت همه کشورها برای بهبود سلامتی و پیشرفت بهداشت شهروندان سیاستهایی اتخاذ می‌کنند. حفظ و ترویج سلامتی، درمان و پیشگیری از بیماریها به صورت یک شکل یا اشکال دیگر از طرحهای مهم دولتها به حساب می‌آید. به طوری که فعالیت کشورهای در حال توسعه نیز در امر کاهش امراض و افزایش طول عمر به ویژه در کاهش مرگ و میر اطفال قابل توجه بوده است (ایران محبوب، ۱۳۸۲: ۱). آگاهی یافتن از مسائل مختلف جمعیتی به دلیل تأثیری که مشکل رشد فزاینده جمعیت بر سایر مسائل اجتماعی، اقتصادی، و فرهنگی و ... گذاشته است، از نیازهای امروز جامعه انسانی است. در این میان مطالعه مرگ و میر به دلیل ویژگیهای خاص خود، تأثیرش بر سایر مسائل جمعیتی مانند باروری، مهاجرت و نقشی که در فرایند توسعه ایفا می‌کند و رابطه‌ای که با سایر پدیده‌های اجتماعی دارد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (حسینی، ۱۳۷۹: ۲۹).

نقش و اهمیت مرگ و میر در روند رشد جمعیت، توسعه، بهداشت و سلامت:

الف) اهمیت و نقش مرگ و میر و تأثیر آن در مسأله رشد جمعیت و نرخ رشد: در سده‌های گذشته میزان مرگ و میر به علت سوء تغذیه، بیماری‌های گوناگون، همه‌گیرهای (اپیدمی) مقطعی، انواع سوانح و بلایای طبیعی و جنگها زیاد بود و در حد میزان نوزادان تازه به دنیا آمده

قرار داشته است. بنابراین، افزایش جمعیت رقم بزرگی را تشکیل نمی‌داده است (امانی، ۱۳۷۴: ۲۱).

ب) نقش و اهمیت مطالعات مرگ و میر در روند توسعه: همانطور که قبلاً هم اشاره شد، نقطه اشتراک پژوهش‌های مربوط به مطالعه مرگ و میر توجه همه آنها به اهمیت مسئله مرگ و میر در روند توسعه کشورها می‌باشد. بنابراین، شناخت دقیق وضعیت مرگ و میر و تغییرات و تفاوت‌های سنی و جنسی آن می‌تواند گامی در جهت شناخت فرایند توسعه محسوب گردد. لذا شناخت روند و تغییرات سطوح و الگوهای مرگ و میر در سیاست‌گذاران جمعیتی، دارای نقش تعیین‌کننده می‌باشد.

ج) اهمیت نقش مطالعات مرگ و میر در برنامه‌ریزی و سیاست‌های بهداشتی و سلامت: مطالعات مربوط به بررسی شناخت ساخت و تغییرات مرگ و میر در یک جامعه مشخص و معین نشان می‌دهد که بیماران تحت پوشش مراکز بهداشتی آن جامعه بیشتر در معرض کدامین عامل بیماری هستند و میزان مرگ و میر ناشی از یک بیماری خاص بیش از میزان مورد انتظار به چه علت بوده و می‌توان با شناخت این علل و از بین بردن عوامل خطر در جمعیت مشخص شده میزان ابتلاء به این بیماریها را کاهش داد.

هدف کلی: "شناخت الگوی مرگ و میر در شهرستان نورآباد ممسنی از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵".

اهداف جزئی:

- بررسی ساخت و تغییرات در علل موجد مرگ و میر در شهرستان نورآباد ممسنی.
- بررسی علل مرگ و میر بر حسب جنس در شهرستان نورآباد ممسنی.
- بررسی مهمترین علل مرگ و میر در کودکان زیر پنج سال در شهرستان نورآباد ممسنی.

پیشینه پژوهش

ایران محبوب (۱۳۸۲) پژوهشی تحت عنوان "بررسی الگوهای مرگ و میر و علل موجد آن در بیمارستانهای علوم پزشکی شیراز" در سال ۸۲ انجام داده است. نتایج به‌دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که تغییرات اپیدمیولوژی از بیماری‌های عفونی و انگلی به بیماری‌های مزمن تبدیل شده است و میزان و نوع بیماری‌های زنان و مردان متفاوت است و همچنین مقایسه علل مرگ و میر در سالهای ۱۳۵۶ و ۱۳۷۶ با برخی از شاخصهای جمعیتی از قبیل متوسط رشد سالانه جمعیت، میزان شهرنشینی و نسبت باسواد در جمعیت نشان می‌دهد که با توسعه یافتگی در این شاخصهای جمعیتی، تغییرات در الگوی مرگ و میر مشاهده می‌شود.

باقری (۱۳۸۱) پژوهشی با عنوان "بررسی علل مرگ و میر در بیماران مراجعه کننده به بیمارستانهای شهید بهشتی و امام سجاد(ع) یاسوج در سال ۱۳۸۰" انجام داد. در این مطالعه بیشترین نسبت مرگ و میر در گروه سنی بالای ۶۵ سال اتفاق افتاده است و شایع‌ترین علل مرگ و میر در این گروه سنی بیماری‌های قلبی-عروقی می‌باشد.

مورچه خورتی (۱۳۷۶) در پژوهشی با عنوان "بررسی علت مرگ در بیماران بستری در بخش قلب و C.C.U بیمارستان قائم (عج) کرمانشاه از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۵" بیان می‌کند که هر ساله تعداد بی‌شماری به علت ابتلا به این بیماریها در معرض مرگ قرار می‌گیرند، به طوری که بیماری های کرونری قلب هنوز هم سالانه بیش از نیم میلیون نفر را به کام مرگ می‌کشد و شایع‌ترین علت مرگ بعد از تصادفات در جهان می‌باشند.

خدایی و دیگران (۱۳۷۴) در پژوهشی با عنوان "وضعیت مرگ و میر بر حسب علت و گروه سنی در استان خراسان در سال ۱۳۷۴" بر این باورند که مهمترین علل مرگ و میر به ترتیب عبارتند از: بیماری های قلبی و عروقی، سوانح و حوادث سرطانها، سوء تغذیه، اختلالات و ناهنجاریهای کروموزومی و مادرزادی هستند. بیماری های قلبی و عروقی ۱۸/۱ درصد کل مرگها را شامل شده و ۸۱ درصد آنها در سن ۵۵ سالگی به بالا اتفاق افتاده است. سوانح و حوادث ۱۰/۴ درصد کل مرگها را شامل شده و ۹۰ درصد آنها در سنین بین ۵ تا ۳۴ سالگی اتفاق افتاده است. سرطانها ۹/۳ درصد از کل مرگها بوده که ۸۲ درصد از سرطانها در سن ۴۵ سالگی به بعد رخ داده اند. سوء تغذیه و کمبود رشد نیز ۷/۷ درصد از مرگها را تشکیل داده که ۱۰۰ درصد آنها در سنین زیر ۵ سال رخ داده است.

سماواتی آذر (۱۳۷۴) مطالعه‌ای با عنوان "مرگ و میر، علل و تغییرات آن در نقاط مختلف ایران با تکیه بر استان آذربایجان شرقی" انجام داد، نتایج پژوهش نشان می‌دهد علل مرگ و میر، کمبود امکانات پزشکی و درمانی در استان به ویژه در مناطق روستایی و وجود بیماری های مزمن و وضع رقت‌بار بهداشت عمومی، بدی وضع مسکن، کمبود وسایل تأمین و تصفیه آب، سطح سواد پایین و اطلاعات عمومی، کمبود پزشکان و تعداد ناچیز درمانگاه‌ها و وسایل طبی و کمبود غذایی ذکر می‌کند.

موسسه خدمات بهداشت و سلامت ایالات متحده آمریکا (۲۰۰۴) پژوهشی با عنوان "الگوهای مرگ و میر در مورد آسیایی های مهاجر در ایالت ایلینویز آمریکا" انجام داده که مهاجرین را به ۶ گروه؛ چینی، ژاپنی، فیلیپینی، هندوستانی، کره‌ای و ویتنامی تقسیم می‌نماید. پنج دلیل عمده مرگ، برای ۶ گروه به ترتیب فراوانی، عوامل مرگ و میر عبارتند از: بیماری های قلبی و عروقی ۴۳ درصد، سرطان ۳۲ درصد و ضربات عمدی ۸ درصد، سوانح و تصادف ۷/۶ درصد، ذات‌الریه و التهاب ۳/۷ درصد به ترتیب در میان هندوستانی‌ها، ویتنامی‌ها، کره‌ای‌ها، چینی‌ها، ژاپنی‌ها و آخر هم فیلیپینی‌ها شایع تر است.

(U.S. Department of Health and Humanservices, 2004).

بویک^۱ و همکارانش (۲۰۰۲) پژوهشی با عنوان "الگوهای مرگ و میر در فدرال روسیه" انجام دادند. به نظر آنها بیشترین علل مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی و عروقی ۳۸ درصد می‌باشد و بعد از آن سرطان با ۲۲ درصد در رده دوم قرار دارد و سوانح و تصادف با ۱۴ درصد

^۱ - Bobak

سومین عامل مرگ و میر بوده است. از دیگر یافته‌های این پژوهش به رابطه معکوس مرگ و میر مرد با سطح سواد زناشان و همچنین رابطه معکوس مرگ و میر با وابستگی‌های خانوادگی و عضویت در گروه‌های کمونیستی کارگری اشاره کرد (Bobak, Murphy & Pikhart, 2002 : 80-87).

پژوهشی که توسط ناگنور^۱ و ناگروفسکی^۲ در سال ۱۹۸۵ با عنوان "تحول الگوهای مرگ و میر کانادا با توجه به انتقال اپیدمیولوژی متناظر با تغییر جمعیتی" صورت گرفته، در پاسخ به این سوال که هدف و فایده چنین چشم اندازی چیست؟ معتقدند که نخستین مسئله سیاستهای بهداشتی و سلامتی است، که در بهداشت باید به سه بخش مرگ و میر، بیماریها و معلولیت توجه کرد، و در حوزه تغییرات اپیدمیولوژی قابل بررسی و مطالعه است. دومین نکته به اوضاع و شرایط پروژه‌های جمعیتی اشاره می‌کند که اکثر جمعیت‌شناسان موافقتی که بهبودهایی که در گذشته در روند مرگ و میر و امید زندگی مطرح بوده در آینده نمی‌تواند ادامه یابد و سرعت پیشرفت در آینده نسبت به دهه‌های اخیر کندتر خواهد بود. نکته آخر اینکه با وجود تغییرات جمعیتی، تغییرات اپیدمیولوژی منبع مهمی در آینده برای تغییرات جمعیتی می‌باشند (Nagnur & Nagrodski, 1985: 125-136).

فیلدینگ^۳ (۱۹۸۲) در پژوهشی با عنوان "الگوهای مرگ و میر چقدر و چرا تغییر کرده‌اند"، به این موضوع اشاره می‌کند که الگوهای بیماری و مرگ و میر از اواسط قرن ۱۹ تا اواسط قرن ۲۰ دچار تغییر و دگرگونی شده‌اند و اغلب پیشرفتهای صورت گرفته در زمینه سلامتی از قبیل کاهش بیماریها و مرگ و میر ناشی از تغییر در شیوه زندگی مردم می‌باشد، تا در اثر تکنولوژی پزشکی. از نظر وی داروها و تکنولوژی نقش اندکی در افزایش امید زندگی ایفا کرده است و آنچه که نقش عمده‌ای در افزایش امید زندگی ایفا کرده است، تغییر در راه و روش و زندگی مردم بوده است (Fielding, 1982: 148-160).

گوارلینک^۴ و یانایشتا^۵ (۱۹۸۸) در "الگوهای مرگ و میر در حال تغییر در ژاپن و سوئد بین سالهای ۱۹۷۲ تا ۱۹۸۲"، میزانهای مرگ و میر سنی را با توجه به علل مرگها در سوئد و ژاپن برای مردان به دست آوردند، که برای هر دو کشور بین سالهای ۱۹۷۲ تا ۱۹۸۲ کاهش مرگ و میر مشاهده شده است. نتایج پژوهش آنها بیانگر آن است که روند مرگ و میر ناشی از بیماریها در ژاپن از صفر سالگی تا ۲۴ سالگی کمی بیشتر از سوئد بوده، ولی این روند از ۲۴ سالگی تا ۷۵ سالگی و بالاتر بر عکس می‌شود. یعنی میزان مرگ و میر ناشی از بیماریها در ژاپن برای میانسالها و سالخوردگان کمتر از سوئد مشاهده می‌شود. (Guralnik & Ynagishta, 1988: 145-167).

¹ - Nagnur

² - Nagrodski

³ - Fielding

⁴ - Guralnik

⁵ - Ynagishta

مروری بر نظریه های مرتبط

نظریه انتقال جمعیت: این نظریه به عنوان تبیین جامع پیامدهای توسعه اقتصادی، هم در زمینه کاهش باروری، هم در خصوص کاهش مرگ و میر مطرح شده و گسترش یافته است. این نظریه در ذکر مراحل انتقال جمعیتی چنین بیان می‌نماید: در مراحل آغازین میزانهای موالید و مرگ در حد بالایی هستند و بدان سبب که میزان موالید تقریباً مساوی با میزان مرگ است، رشد طبیعی جمعیت در حدود صفر می‌باشد. مرحله دوم به جهت کاهش میزان مرگ، که تا حدود بیشتر از موالید، تقلیل یافته بود، با میزان رشد جمعیت مواجه هستیم. در مرحله سوم میزان رشد جمعیت مثبت است اما در مقایسه با مرحله دوم تا حدودی کندتر است. در این مرحله روند کاهش میزان موالید سریعتر از کاهش میزان مرگ و میر می‌باشد. در مرحله پایانی، میزان موالید و مرگ و میر، که هر دو در سطح بسیار پایینی هستند، به هم نزدیک و رشد جمعیت، بسیار اندک و منفی است (هیر، ۱۳۸۰: ۲۳).

نظریه ارتباط توسعه اجتماعی اقتصادی با میزان مرگ و میر: تفاوت در مرگ و میر بین گروههای مختلف اجتماعی و اقتصادی امروزه به خوبی شناخته شده است. واگر و نورل^۱ (۱۹۸۹) در مطالعه تفاوت‌های طبقه اجتماعی و مرگ و میر در سوئد مجموعه‌ای از متغیرهای علی از قبیل سن، جنس، محل سکونت و وضعیت تأهل را که از سرشماری‌ها استنتاج شده بود، با توجه به متغیرهای رفتاری مانند استعمال دخانیات بسط دادند و وجود رابطه این متغیرها را تأیید کردند. پرستون^۲ (۱۹۷۵) بیان کرد که ارتباط بین توسعه اقتصادی و مرگ و میر، تنها از طریق درآمد سرانه واقعی و امید به زندگی در بدو تولد اندازه‌گیری می‌شود. توسعه اقتصادی- اجتماعی برای کنترل مرگ و میر مهم است. توسعه سریع ممکن است مرگ و میر را کاهش دهد ولی رشد کند، ممکن است نه تنها مرگ و میر را کاهش ندهد، بلکه آنرا افزایش دهد. توسعه اقتصادی- اجتماعی می‌تواند درآمد سرانه، تحصیلات و فرصتهای شغلی بهتر را افزایش دهد. اینها در تعامل با یکدیگر هستند. بنابراین درآمد، اشتغال و تحصیلات، فاکتورهای ترکیبی و به هم پیوسته هستند که به طور مستقیم یا غیرمستقیم نه تنها بر فاکتورهای فوق‌الذکر بلکه بر وضعیت تغذیه، سن ازدواج، فاصله موالید، وزن هنگام تولد، مرگهای جنینی، تصادفات و غیره تأثیر می‌گذارند (Mahadevan, 1984).

تأثیر درآمد بر رفتار انسان بخصوص بر مرگ و میر و باروری توسط مولر^۳ و کاتلین^۴ شرح داده شده است، آنها معتقدند در سطح کلان، افزایش درآمد همراه با پیدایش مصرف جدید و فرصتهای تحصیلی است. افزایش درآمد تماس با دنیای بزرگتر را تشویق می‌کند، ایده‌های جدید و فرصتهای تازه عمدتاً شناخته شده هستند، به وجود می‌آورد و بینش افراد را بالا می‌برد. (1984)

^۱- Norell& Vager

^۲- Preston

^۳- Mouler

^۴- Katline

Mahadevan, نوشته‌های موجود تأیید کننده اهمیت و تأثیر بالای متغیرهای اجتماعی اقتصادی بر مرگ و میر می‌باشد. در یک تحلیل از توسعه اقتصادی- اجتماعی و تأثیر آن بر مرگ و میر در ۱۲۴ کشور کمتر توسعه یافته، یانگ و بریان تأثیر متغیرهای مانند تحصیلات، خدمات بهداشتی، استانداردهای زندگی و رژیم غذایی را نشان دادند (Yang & Brian, 1983). به هر حال به نظر می‌رسد که توسعه اقتصادی به‌تنهایی ارتباط مستقیمی با مرگ و میر ندارد ولی ارتباط غیرمستقیمی از طریق استانداردهای زندگی به چشم می‌خورد. (Mahadevan, 1984).

نظریه توسعه تکنولوژی پزشکی: همچنان که درمانها و داروهای علاج بخش در تقلیل میزان تلفات بیماری سودمند می‌باشند، تدابیر پیشگیری کننده از قبیل تغذیه مناسب، کنترل محیطی، ایمن‌سازی و آموزش بهداشت نیز می‌توانند در کاهش دادن میرایی و تلفات بیماری کمک رسانند(هیر، ۱۳۸۰: ۳۰). اعلامیه بهداشت عمومی ۱۸۴۸، که در پی تأکید چادویک تحقق یافت، برای نخستین بار یک اقتدار قانونی را برای چنین کارکنان بهداشتی فراهم آورد(هیر، ۱۳۸۰: ۳۰). از اواسط قرن نوزدهم به بعد تکنولوژی داروهای درمانی پیشرفتهای عظیمی در کاهش مرگ و میر فراهم آورد. یکی از مهمترین آنها که حدود سال ۱۸۶۵ ابداع شد، استفاده از روشها و داروهای ضد عفونی کننده ژوزف لیستر بود که احتمال عفونت و سرایت بیماری در حین یا بعد از عمل جراحی را به‌میزان قابل توجهی تقلیل داد. پیشرفتهای چشم‌گیر دیگری که در سال ۱۹۸۲ شروع شد، گسترش مصرف آنتی بیوتیک‌ها بود که با کشف الکساندر فلمینگ گامهای نخستین آن برداشته شد. در حال حاضر مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مسری و عفونی در کشورهای توسعه یافته بسیار اندک می‌باشد و از شدت آن در کشورهای در حال توسعه نیز به مقدار قابل توجهی کاسته شده است که مربوط به اشاعه تکنولوژی کشورهای صنعتی به این کشورهاست، آن‌هم بدون اینکه با توسعه اقتصادی اجتماعی همراه باشد. در این زمینه از جمله موانع موجود در کاهش مرگ و میر در کشورهای کمتر توسعه یافته، کمبود پزشک، نیروهای امدادی بهداشتی، بیمارستان و درمانگاه را می‌توان نام برد. تسهیلات بهداشتی بهتر و تغذیه مناسبتر هر دو به درجه پیشرفت اقتصادی که در این کشورها محقق می‌سازند، بستگی خواهد داشت. با این وجود چنانچه مواد غذایی دستخوش تحول شوند، در آن صورت تغذیه بهتر می‌تواند با صرف هزینه مالی نه‌چندان زیاد به دست آید(هیر، ۱۳۸۰: ۳۰).

نظریه گذر اپیدمیولوژی: این نظریه بیان می‌دارد، توسعه استانداردهای زندگی(تغذیه، توسعه اقتصاد، بهداشت) و پیشرفتهای پزشکی حرکتی از مرگ و میر ناشی از اپیدمیهای عفونی و خشکسالی به سمت بیماری‌های مزمن را موجب شده است و این حرکت دنبال شد تا مرحله‌ای که امید به زندگی افزایش یافت، ولی ممکن است وضعیت سلامتی به دلیل مزمن بودن و نه کشنده بودن بیماریها بدتر شده باشد.

علیرغم تفاوت های نهادی، جغرافیایی و زمینه‌های تاریخی، وجود شباهت هایی در مرگ و میر منجر شد که نویسندگان علت مرگ را در جای دیگر جستجو کنند، در آب و هوا یا عفونت زایی میکرو ارگانیسم ها، تأثیر این عوامل را می‌توان در طول زمان آزمایش کرد. حتی اگر این عوامل از یکدیگر مستقل باشند، نمی‌توانند به این معنا باشد که اثراتی بر روی مرگ و میر ندارد. برخی محققان تلاش کرده‌اند تا از میان عوامل متفاوت و شرایطی که می‌تواند بر مرگ و میر اثر گذارد و یا به آن مربوط باشد، علتی را کشف کنند که بتوانند کلیدی برای تبیین کاهش مرگ و میر باشد و یا اثر آن علت را ارزیابی کنند. مجموعه بررسی‌های طولانی مدت به لحاظ زمان جهت اثبات اعتبار این نظریه، تنها در چند کشور و ناحیه در دسترس می‌باشد. اگر این مسئله واقعیت داشته باشد که علت اصلی مرگ و میر ثبت شده در طی قرون ۱۸ و ۱۹ ناشی از تأثیر بیماری های عفونی و عمدتاً در سنین جوان بوده‌اند و این کاهش چشمگیری در بیماری های مسری اواخر قرن ۱۹ رخ داده است، اندازه‌گیری روند مرگ و میر سرطان و بیماری‌های قلبی عروقی مشکلتر می‌باشد. به عبارت دیگر اثبات این که بیماری های عفونی در آغاز قرن ۱۹ کاهش یافته‌اند، آسانتر از این است که بیان کنیم افراد یک قرن پیشتر به ندرت تحت تأثیر بیماری های قلبی بوده‌اند. به همین دلیل کشورهایی که گذر اپیدمیولوژی را دیرتر تجربه کرده‌اند، الگوهای مرگ و میر متفاوت‌تری را ارائه می‌دهند. در واقع این نظریه ماهیت تعادل نسبی بین علت متنوع مرگ و بهداشت را نشان می‌دهد و روشی است که این تغییرات ایجاد شده را معرفی می‌کند. این نظریه یک چارچوب کلی تشکیل می‌دهد که بیشتر پاسخگوی "چگونگی‌ها" می‌باشد تا "چراها"، به طوری که روند مرگ و میر را بر اساس سن و علت مرگ تحلیل می‌کند (Omran, 1971).

عمران^۱ نظریه انتقال اپیدمیولوژی خود را با توجه به سه مدل تئوری انتقال جمعیتی ارائه کرد، که در مرحله نهایی انتقال اپیدمیولوژی، اپیدمی‌ها، بیماری های عفونی و انگلی(دیفتری، طاعون و غیره) به تدریج جای خود را به بیماری‌های ساخت بشر از قبیل بیماری‌های روانی، سرطانها، تصادفات و بیماری‌های ناشی از بدی شرایط محیطی می‌باشند، داده‌اند. در واقع هر مرحله از گذر اپیدمیولوژی عمران متناظر با مراحل انتقال جمعیتی می‌باشند، که در جدول به آنها اشاره می‌گردد:

۱- Omran

جدول شماره ۱: مراحل انتقال جمعیتی

مدلهای انتقال جمعیت	مراحل انتقال اپیدمیولوژی	
۱-۱) میزان مرگ و میر بالا ۲-۱) میزان زاد و ولد بالا ۳-۱) میزان رشد جمعیت پایین	الف: مرگ و میر بالا و در حال تغییر ب: نفوذ بیماری های انگلی و عفونی به عنوان علل مرگ و میر ج: امید به زندگی پایین	مرحله اول: دوران قحطی و خشکسالی
۳-۱) میزان مرگ و میر پایین ۲-۲) میزان زاد و ولد بالا ۳-۳) میزان رشد جمعیت بالا	الف: سرعت گرفتن کاهش مرگ و میر ب: تغییرات در الگوی بیماریها ج: افزایش امید زندگی	مرحله دوم: دوران کاهش اپیدمی ها
۱-۳) میزان مرگ و میر پایین ۲-۳) میزان زاد و ولد پایین ۳-۳) میزان رشد جمعیت پایین	الف: کاهش مرگ و میر در نهایت ثابت شدن آن در سطوح پایین ب: نفوذ بیماری های مزمن و مرگ و میرهای ناشی از تغییر سبک زندگی و بدی شرایط محیطی ج: افزایش بسیار امید زندگی	مرحله سوم: دوران بیماری های مزمن و ساخت بشر

مشخص است که بین روابط متمایز تغییرات جمعیتی مرگ و میر و تغییرات اپیدمیولوژی، رابطه‌ای وجود دارد. مراحل و مدلهای فوق‌الذکر بیانگر محتوی تئوریهای انتقال جمعیتی و انتقال اپیدمیولوژی می‌باشند (Omran, 1971). با توجه به نظریات مطرح شده و همچنین پژوهش‌های پیشین، الگوی نظری به‌دست می‌آید. طبق این الگوی نظری علل مرگ و میر در طی زمان و با توجه به تغییرات تکنولوژی و محیطی تغییر می‌کند. پژوهش حاضر به صورت توصیفی است و به همین دلیل فاقد چارچوب نظری و مدل می‌باشد. ولی از نظریه انتقال اپیدمیولوژی عمران و مراحل و مدلهای انتقال اپیدمیولوژی و جمعیتی که در بالا توضیح داده شده، استفاده می‌شود.

چارچوب روش‌شناختی

شهرستان نورآباد ممسنی یکی از شهرستان‌های استان فارس است که در غرب استان واقع شده است و مرکز آن شهر نورآباد می‌باشد. این شهرستان دارای ۳ بخش، ۱ شهر (در حال حاضر ۲ شهر)، ۱۲ دهستان و ۵۴۸ آبادی دارای سکنه است. در آبان ۱۳۸۵ جمعیت شهرستان ۱۶۱۲۴۳ نفر بوده است و از این تعداد ۲۶/۱۹ درصد در شهر و ۳۷/۶۲ درصد در روستا سکونت داشته‌اند.

جدول شماره ۲ توزیع جمعیت و نرخ مرگ و میر شهرستان ممسنی در سال ۱۳۸۵

جنس	جمعیت کل	نقاط شهری	نقاط روستایی	نرخ خام مرگ و میر کل شهرستان
زن	۷۹۸۰۹	۲۱۵۳۴	۵۴۸۹۸	۴/۹ در هزار
مرد	۸۱۴۳۴	۲۰۷۰۹	۵۷۷۰	۶/۸ در هزار
جمع	۱۶۱۲۴۳	۴۲۲۴۳	۶۰۶۶۸	۵/۸۵ در هزار

روش پژوهش اسنادی است که در رابطه با شناخت الگوها و علل مرگ و میر در شهرستان نورآباد ممسنی در فاصله سالهای ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵ می‌باشد که با استفاده از پرونده متوفیان در بیمارستان حضرت ولی عصر(عج) اطلاعات مربوط به علل موجد (بیماریها) مرگ و میر و سایر اطلاعات اجتماعی و دموگرافیک استخراج می‌گردد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه متوفیان سالهای ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵ است که به دلیل بیماری در بیمارستان حضرت ولی عصر(عج) ویزیت شده و در همین بیمارستان فوت شده‌اند. تعداد کل فوت‌شدگان در بیمارستان حضرت ولی عصر(عج) در طول این ۲۵ سال بر اساس پرونده‌های بایگانی شده و موجود، ۸۵۰ نفر می‌باشد. در این پژوهش تمامی افراد فوت شده یعنی ۸۵۰ نفر را مورد مطالعه قرار می‌دهیم. این پژوهش در پی شناخت الگوها و تغییرات مرگ و میر است. برای شناخت الگوها و تغییرات باید علل مرگ و میر را بدانیم، بنابراین با استفاده از طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های سازمان ملل (ICD)^۱ نوع دهم آن که بیماریها را در ۲۱ گروه طبقه‌بندی می‌نماید، علل مرگ را تعیین می‌نماییم.

علل بیماریها با استفاده از طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های سازمان ملل (ICD) تعیین می‌شود که مشابه این طبقه‌بندی قبلاً توسط پرستون در مطالعه الگوهای مرگ و میر ۱۶۵ کشور جهان به کار گرفته شده و کارایی و روایی خود را قبلاً به اثبات رسانیده است. این طبقه‌بندی در طرح پژوهشی با عنوان "بررسی الگوهای مرگ و میر و علل موجود آن در بیمارستانهای علوم پزشکی شیراز" به وسیله ایران محبوب (۱۳۸۲) به کار گرفته شده است. بنابراین، این طبقه‌بندی هم در خارج و هم در داخل کشور به کار گرفته شده است و دارای اعتبار و پایایی می‌باشد.

یافته های پژوهش

داده‌های پژوهش حاضر، حاصل استخراج پرونده‌های متوفیانی است که فوت آنها در دوره زمانی سالهای ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵ در بیمارستان حضرت ولی عصر(عج) شهرستان نورآباد ممسنی اتفاق افتاده است. از آنجایی که در این پژوهش از تحلیل ثانویه استفاده شده (یعنی داده‌ها از قبل موجود بوده و تجزیه و تحلیل بر اساس داده‌های موجود انجام گرفته است) داده‌ها بیشتر به-

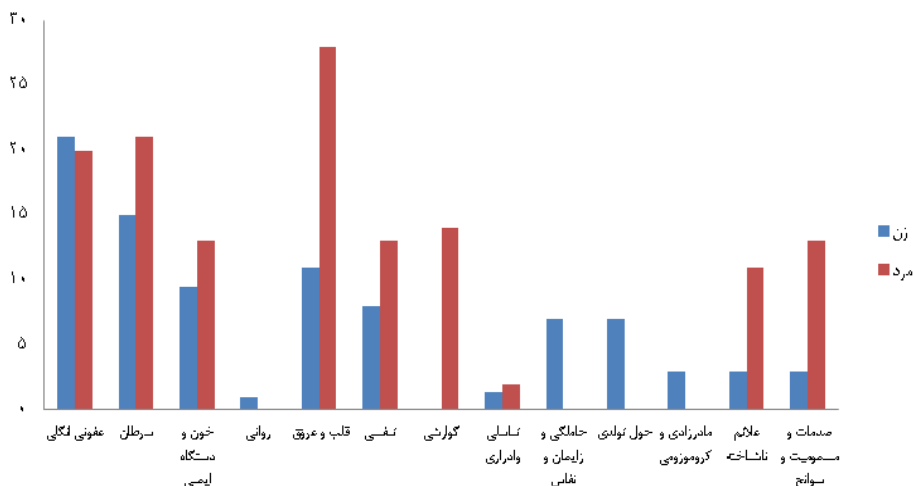
^۱ - International Classification of Diseases

وسیله شاخصهای آمار توصیفی و جداول توزیع فراوانی بر حسب سن، جنس، محل سکونت، علل مرگ و میر در گروه های سنی و جنسی و در نهایت علل مرگ در طول این ۲۵ سال بررسی شده است. جدول ۱- نشان می دهد که طی ده سال، ۱۴ عامل باعث مرگ و میر شده، که در میان آنها بیماری های عفونی و انگلی، با ۱۷/۹ درصد بیشترین علل مرگ و میر بوده اند و بیماری های قلب و عروق با ۱۷ درصد در جای دوم قرار دارد. بیماری های سرطانی با ۱۵/۷ درصد، بیماری های خون و دستگاه ایمنی با ۱۰/۱ درصد در رتبه های بعد جای دارند. بیماری های روانی با ۰/۴ درصد کمترین عامل مرگ و میر بوده و عوامل اعصاب، گوش و ماستوئید، چشم، پوست، عضلات و اسکلت، عوامل دیگر ناخوشی و میرایی و تماس با خدمات بهداشتی و درمانی بدون فراوانی بوده اند. بر اساس جنسیت مهمترین علل مرگ و میر در بین مردان، قلب و عروق با ۲۰/۴ درصد، سرطان با ۱۵/۳ درصد، عامل عفونی و انگلی با ۱۴/۶ درصد، و در بین زنان بیماری های عفونی و انگلی با ۲۲/۸ درصد، سرطان با ۱۶/۳ درصد، عامل قلب و عروق با ۱۱/۹ درصد بوده است.

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی علل مرگ و میر بر اساس گروه بندی بین المللی بیماریها (۷۰-۱۳۶۰)

کد	عامل بیماری	فراوانی مرگ بر حسب جنس				جمع
		مرد		زن		
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۱	عفونی و انگلی	۲۰	۱۴/۶	۲۱	۲۲/۸	۴۱
۲	سرطان	۲۱	۱۵/۳	۱۵	۱۶/۳	۳۶
۳	خون و دستگاه ایمنی	۱۳	۹/۵	۱۰	۱۰/۸	۲۳
۴	غدد و تغذیه ای	۳	۲/۲	۲	۲/۱	۵
۵	روانی	-	-	۱	۱/۱	۱
۶	اعصاب	-	-	-	-	-
۷	قلب و عروق	۲۸	۲۰/۴	۱۱	۱۱/۹	۳۹
۸	گوش و ما ستونید	-	-	-	-	-
۹	تنفسی	۱۳	۹/۵	۸	۸/۷	۲۱
۱۰	گوارشی	۱۴	۱۰/۲	-	-	۱۴
۱۱	چشم	-	-	-	-	-
۱۲	پوست	-	-	-	-	-
۱۳	عضلات و اسکلت	-	-	-	-	-
۱۴	تناسلی و ادراری	۲	۱/۴	-	-	۲
۱۵	حاملگی و زایمان و نفاس	-	-	۷	۷/۶	۷
۱۶	حول تولدی	-	-	۷	۷/۶	۷
۱۷	مادرزادی و کروموزمی	-	-	۳	۳/۲	۳
۱۸	علائم ناشناخته	۱۱	۸	۳	۳/۲	۱۴
۱۹	صدمات و مسمومیت و سوانح	۱۳	۹/۵	۳	۳/۲	۱۶
۲۰	عوامل دیگر ناخوشی و میرایی	-	-	-	-	-
۲۱	تماس با خدمات بهداشتی و درمانی	-	-	-	-	-
-	جمع کل	۱۳۷	۱۰۰	۹۲	۱۰۰	۲۲۹

نمودار ۱: توزیع فراوانی علل مرگ و میر بر اساس گروه بندی بین المللی بیمارها ۷۰-۱۳۶۰



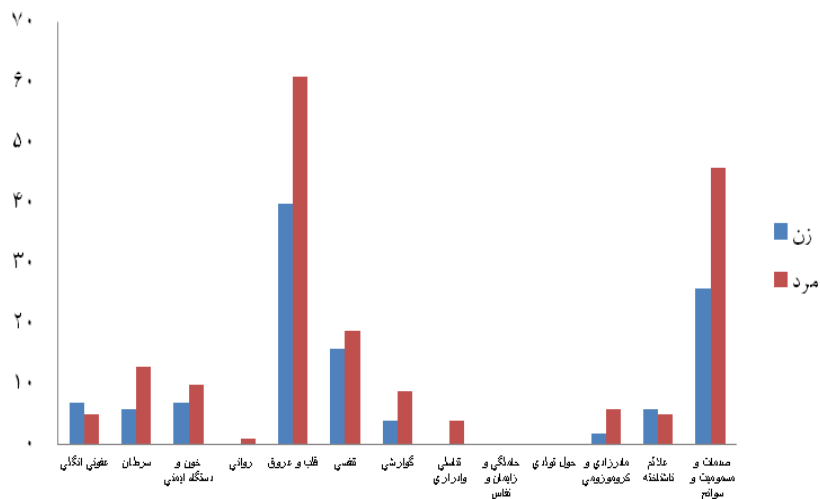
گروه بندی بیماریها بر اساس icd-10

جدول شماره ۴ توزیع فراوانی علل مرگ و میر بر اساس گروه بندی بین المللی بیماریها icd-10 از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰ را نشان می دهد. در طول این ده سال، ۱۶ عامل باعث مرگ و میر شده اند، که در میان آنها بیماری های قلب و عروق با ۲۵/۴ درصد، صدمات و مسمومیتها و سوانح با ۱۸/۱ درصد، بیماری های سرطانی و عفونی و انگلی با ۱۰/۹ درصد و بیماری های خون و دستگاه ایمنی با ۹/۱ درصد بیشترین و بیماری های روانی و عضلات و اسکلت هر کدام با ۰/۲۵ درصد، کمترین عامل مرگ و میر بوده اند. بر اساس جنسیت، مهم ترین علل مرگ و میر در بین مردان، قلب و عروق با ۲۶/۵ درصد، صدمات و مسمومیت و سوانح با ۲۰ درصد و عامل سرطان با ۱۲/۲ درصد و در بین زنان بیماری های قلب و عروق با ۲۳/۹ درصد، صدمات و مسمومیت و سوانح با ۱۵/۶ درصد و عامل عفونی و انگلی با ۱۴/۹ درصد می باشند.

جدول شماره ۴ توزیع فراوانی علل مرگ و میر بر اساس گروه بندی بین المللی بیماریها (۸۰-۱۳۷۰)

کد	عامل بیماری	فراوانی مرگ بر حسب جنس				جمع	
		مرد		زن			
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
۱	عفونی و انگلی	۱۸	۷/۸	۲۵	۱۴/۹	۴۳	۱۰/۹
۲	سرطان	۲۸	۱۲/۲	۱۵	۹	۴۳	۱۰/۹
۳	خون و دستگاه ایمنی	۲۳	۱۰	۱۳	۷/۸	۳۶	۹/۱
۴	غدد و تغذیه ای	۹	۳/۹	۴	۲/۴	۱۳	۳/۲
۵	روانی	۱	۰/۴	-	-	۱	۰/۲۵
۶	اعصاب	۱	۰/۴	۰/۱۶	-	۲	۰/۵
۷	قلب و عروق	۶۱	۲۶/۵	۴۰	۲۳/۹	۱۰۱	۲۵/۴
۸	گوش و ماستوئید	-	-	-	-	-	-
۹	تنفسی	۱۹	۸/۳	۱۶	۹/۵	۳۵	۸/۸
۱۰	گوارشی	۹	۳/۹	۴	۲/۴	۱۳	۳/۲
۱۱	چشم	-	-	-	-	-	-
۱۲	پوست	-	-	-	-	-	-
۱۳	عضلات و اسکلت	-	-	۱	۰/۶	۱	۰/۲۵
۱۴	تناسلی و ادراری	۴	۱/۷	-	-	۴	۱
۱۵	حاملگی و زایمان و نفاس	-	-	۴	۲/۴	۴	۱
۱۶	حول تولدی	-	-	۱۰	۶	۱۰	۲/۵
۱۷	مادرزادی و کروموزمی	۶	۲/۶	۲	۱/۲	۸	۲
۱۸	علائم ناشناخته	۵	۲/۲	۶	۳/۶	۱۱	۲/۸
۱۹	صدمات و مسمومیت و سوانح	۴۶	۲۰	۲۶	۱۵/۶	۷۲	۱۸/۱
۲۰	عوامل دیگر ناخوشی و میرایی	-	-	-	-	-	-
۲۱	تماس با خدمات بهداشتی و درمانی	-	-	-	-	-	-
--	جمع کل	۲۳۰	۵۷/۹	۱۶۷	۴۲/۱	۳۹۷	۱۰۰

نمودار ۲- توزیع فراوانی علل مرگ و میر بر اساس گروه بندی بین المللی بیماریها (icd-10) و جنسیت (۸-۱۳۷)



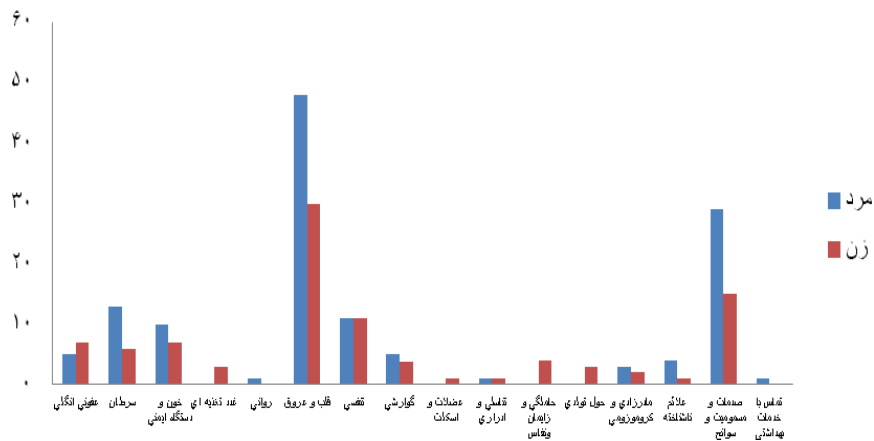
گروه بندی بیماریها بر اساس icd-10

جدول شماره ۵ توزیع فراوانی علل مرگ و میر بر اساس گروه بندی بین المللی بیماریها (icd-10) از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ را نشان می‌دهد. در این گروه بندی ۱۶ عامل باعث مرگ و میر شده اند، که در میان آنها بیماری های قلب و عروق، با ۳۴/۸ درصد بیشترین علل مرگ و میر بوده اند و صدمات و مسمومیتها و سوانح با ۱۹/۶ درصد در جای دوم قرار دارد. بر اساس جنسیت مهمترین علل مرگ و میر در بین مردان عبارتند از: قلب و عروق با ۳۶/۴ درصد و صدمات و مسمومیت و سوانح با ۲۲ درصد دومین عامل مرگ محسوب می گردد و عامل سرطان با ۹/۸ درصد در جای سوم قرار دارد. اما مهمترین علل مرگ و میر در بین زنان بترتیب عبارتند از: بیماری های قلب و عروق با ۳۲/۶ درصد و صدمات و مسمومیت و سوانح با ۱۶/۳ درصد دومین عامل مرگ محسوب می گردد و عامل تنفسی با ۱۱/۹ درصد در جای سوم قرار دارد. که این عوامل بیماری مهمترین علل مرگ و میر از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ در بیمارستان حضرت ولی عصر (عج) شهرستان ممسنی محسوب می گردد.

جدول شماره ۵ توزیع فراوانی علل مرگ و میر بر اساس گروه‌بندی بین‌المللی بیماریها (۸۵-۱۳۸۰)

کد	عامل بیماری	فراوانی مرگ بر حسب جنس				جمع	
		مرد		زن			
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
۱	عفونی و انگلی	۵	۳/۸	۷	۷/۶	۱۲	۵/۳
۲	سرطان	۱۳	۹/۸	۶	۶/۵	۱۹	۸/۵
۳	خون و دستگاه ایمنی	۱۰	۷/۶	۷	۷/۶	۱۷	۷/۶
۴	غدد و تغذیه ای	-	-	۳	۳/۲	۳	۱/۳
۵	روانی	۱	۰/۷	-	-	۱	۰/۴
۶	اعصاب	-	-	-	-	-	-
۷	قلب و عروق	۴۸	۳۶/۴	۳۰	۳۲/۶	۷۸	۳۴/۸
۸	گوش و ماستوئید	-	-	-	-	-	-
۹	تنفسی	۱۱	۸/۳	۱۱	۱۱/۹	۲۲	۹/۸
۱۰	گوارشی	۵	۳/۸	۲	۲/۲	۷	۳/۱
۱۱	چشم	-	-	-	-	-	-
۱۲	پوست	-	-	-	-	-	-
۱۳	عضلات و اسکلت	-	-	۱	۱/۱	۱	۰/۴
۱۴	تناسلی و ادراری	۱	۰/۷	۱	۱/۱	۲	۰/۸
۱۵	حاملگی و زایمان و نفاس	-	-	۴	۴/۳	۴	۱/۸
۱۶	حول تولدی	-	-	۳	۳/۲	۳	۱/۳
۱۷	مادرزادی و کروموزمی	۳	۲/۲	۲	۲/۲	۵	۲/۲
۱۸	علائم ناشناخته	۴	۳	۱	۱/۱	۵	۲/۲
۱۹	صدمات و مسمومیت و سوانح	۲۹	۲۲	۱۵	۱۶/۳	۴۴	۱۹/۶
۲۰	عوامل دیگر ناخوشی و میرایی	-	-	-	-	-	-
۲۱	تماس با خدمات بهداشتی و درمانی	۱	۰/۷	-	-	۱	۰/۴
--	جمع کل	۱۳۲	۱۰۰	۹۲	۱۰۰	۲۲۴	۱۰۰

نمودار ۳- توزیع فراوانی علل مرگ و میر بر اساس گروه بندی بین المللی بیماریها icd-۱۰
جنسیت از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵



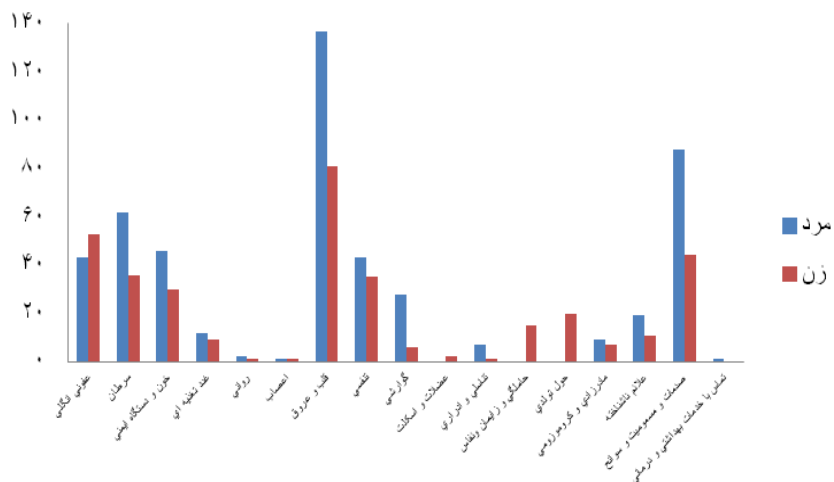
گروه بندی بیماریها بر اساس icd-10

بررسی جدول شماره ۶ توزیع فراوانی علل مرگ و میر بر اساس گروه بندی بین المللی بیماریها icd-10 از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵ را نشان می دهد. در این گروه بندی بیماری های قلب و عروق با ۲۵/۶ درصد بیشترین علل مرگ و میر بوده و صدمات و مسمومیتها و سوانح با ۱۵/۵ درصد در جای دوم قرار دارند. بر اساس جنسیت مهمترین علل مرگ و میر در بین مردان عبارتند از: قلب و عروق با ۳۷/۴ درصد، صدمات و مسمومیت و سوانح با ۱۷/۶ درصد و عامل سرطان با ۱۲/۴ درصد و مهمترین علل مرگ و میر در بین زنان به ترتیب بیماری های قلب و عروق با ۲۳/۱ درصد و عفونی و انگلی با ۱۵/۱ درصد و عامل صدمات و مسمومیت و سوانح با ۱۲/۵ درصد بوده است. این عوامل بیماری، مهمترین علل مرگ و میر از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵ در بیمارستان حضرت ولی عصر (عج) شهرستان ممسنی محسوب می گردند.

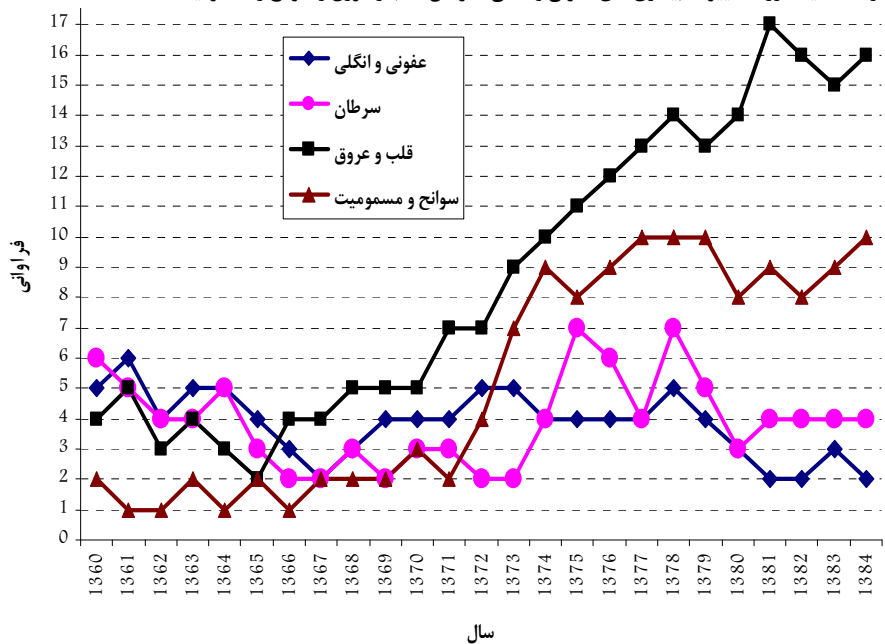
جدول شماره ۶ توزیع فراوانی علل مرگ و میر بر اساس گروه بندی بین المللی بیماریها (۸۵-۱۳۶۰)

جمع		فراوانی مرگ بر حسب جنس				گروههای اصلی بیماری بر اساس icd -10	
درصد	فراوانی	زن		مرد		عامل بیماری	کد
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۱۱/۳	۹۶	۱۵/۱	۵۳	۸/۶	۴۳	عفونی و انگلی	۱
۱۱/۵	۹۸	۱۰/۲	۳۶	۱۲/۴	۶۲	سرطان	۲
۸/۹	۷۶	۸/۵	۳۰	۹/۲	۴۶	خون و دستگاه ایمنی	۳
۲/۵	۲۱	۲/۵	۹	۲/۴	۱۲	غدد و تغذیه ای	۴
۰/۳	۳	۰/۳	۱	۰/۴	۲	روانی	۵
۰/۲	۲	۰/۳	۱	۰/۲	۱	اعصاب	۶
۲۵/۶	۲۱۸	۲۳/۱	۸۱	۲۷/۴	۱۳۷	قلب و عروق	۷
-	-	-	-	-	-	گوش و ماستوئید	۸
۹/۲	۷۸	۱۰	۳۵	۸/۶	۴۳	تنفسی	۹
۴	۳۴	۱/۷	۶	۵/۶	۲۸	گوارشی	۱۰
-	-	-	-	-	-	چشم	۱۱
-	-	-	-	-	-	پوست	۱۲
۰/۲	۲	۰/۶	۲	-	-	عضلات و اسکلت	۱۳
۰/۹	۸	۰/۳	۱	۱/۴	۷	تناسلی و ادراری	۱۴
۱/۷	۱۵	۴/۳	۱۵	-	-	حاملگی و زایمان و نفاس	۱۵
۲/۳	۲۰	۵/۷	۲۰	-	-	حول تولدی	۱۶
۱/۹	۱۶	۲	۷	۱/۸	۹	مادرزادی و کروموزمی	۱۷
۴/۲	۳۰	۳/۱	۱۱	۳/۸	۱۹	علائم ناشناخته	۱۸
۱۵/۵	۱۳۲	۱۲/۵	۴۴	۱۷/۶	۸۸	صدمات و مسمومیت و سوانح	۱۹
-	-	-	-	-	-	عوامل دیگر ناخوشی و میرایی	۲۰
۰/۱	۱	-	-	۰/۲	۱	تماس با خدمات بهداشتی و درمانی	۲۱
۱۰۰	۸۵۰	۱۰۰	۳۵۱	۱۰۰	۴۹۹	جمع کل	--

نمودار ۴- توزیع فراوانی علل مرگ و میر بر اساس icd-10 و جنسیت (۱۳۶۰-۸۵)



نمودار ۵- مقایسه روند تغییرات بیماری های عفونی و انگلی، سرطان، قلب و عروق و سوانح و مسمومیت (۱۳۶۰-۸۵)



بحث و نتیجه‌گیری

به دلیل طولانی بودن مقطع زمانی پژوهش یعنی از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵ (۲۵ سال)، سعی شده است که هر یک از اهداف را در سه مقطع زمانی یعنی: مقطع زمانی اول (۱۳۶۰ تا ۱۳۷۰)، مقطع زمانی دوم (۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰)، مقطع زمانی سوم (۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵)، مورد بررسی قرار گیرد. در پایان نیز به صورت خلاصه به بررسی کل سال‌های مورد مطالعه می‌پردازد.

هدف اول: بررسی ساخت و تغییرات در علل موجد مرگ و میر:

الف) کل سالهای مورد مطالعه (۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵): بر اساس پرونده‌های موجود در بیمارستان شهرستان ممسنی در طول این بیست و پنج سال تعداد ۸۵۰ نفر فوت کرده‌اند که از این تعداد، تعداد ۴۹۹ نفر (۵۸/۸ درصد) از جنس مذکر و تعداد ۳۵۱ نفر (۴۱/۳ درصد) از جنس مؤنث می‌باشند. بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های سازمان ملل ICD-10 که بیماری‌ها را به ۲۱ عامل طبقه‌بندی کرده است، در طول این بیست و پنج سال از ۲۱ عامل مشخص شده، ۱۷ عامل بیماری باعث مرگ و میر شده‌اند، که به ترتیب عبارتند: از قلبی و عروقی ۲۵/۶ درصد، صدمات، مسمومیت و سوانح ۱۵/۵ درصد، سرطان ۱۱/۵ درصد، عفونی و انگلی ۱۱/۳ درصد، تنفسی ۹/۲ درصد، خون و دستگاه ایمنی ۸/۹ درصد، علائم ناشناخته ۴/۲ درصد، گوارشی ۴ درصد، غدد و تغذیه‌ای ۲/۵ درصد، حول تولدی ۲/۳ درصد، مادرزادی و کروموزومی ۱/۹ درصد، حاملگی، زایمان و نفاس ۱/۷ درصد، تناسلی و ادراری ۰/۹ درصد، روانی ۰/۳ درصد، اعصاب، عضلات و اسکلت هر کدام ۰/۲ درصد، تماس با خدمات بهداشتی و درمانی ۰/۱ درصد و در کل این سال‌ها عوامل گوش و ماستوئید، چشم، پوست و دیگر عوامل ناخوشی و میرایی بدون فراوانی بودند.

ب) مقطع زمانی اول (۱۳۶۰ تا ۱۳۷۰): بر اساس یافته‌های پژوهش، در طول این ده سال تعداد ۲۲۹ نفر در این بیمارستان فوت نموده‌اند که از این تعداد، ۱۳۷ نفر ۵۹/۸ درصد مذکر و ۹۲ نفر (۴۰/۲ درصد) مؤنث بوده‌اند. در طول این ده سال از ۲۱ عامل مشخص شده، ۱۴ عامل باعث مرگ و میر می‌باشد که به ترتیب فراوانی عبارتند از: عفونی و انگلی ۱۷/۹ درصد، قلبی و عروقی ۱۷ درصد، سرطان ۱۵/۷، خون و دستگاه ایمنی ۱۰ درصد، تنفسی ۹/۲ درصد، صدمات، مسمومیت و سوانح ۷ درصد، گوارشی و علائم ناشناخته هر کدام ۶/۱ درصد، حاملگی، زایمان و حول تولدی هر کدام ۳ درصد، غدد و تغذیه‌ای ۲ درصد، مادرزادی و کروموزومی ۱/۳، تناسلی و ادراری ۰/۸، روانی ۰/۴ درصد و عوامل اعصاب، گوش و ماستوئید، چشم، عضلات و اسکلت، تماس با خدمات بهداشتی - درمانی و عوامل دیگر ناخوشی و میرایی بدون فراوانی می‌باشند.

ج) مقطع زمانی دوم ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰: ارزیابی یافته‌ها بیانگر آن است که در طول این ده سال تعداد ۳۹۷ نفر فوت کرده‌اند که از این تعداد، ۲۳۰ نفر (۵۷/۹ درصد) مذکر و تعداد ۱۶۷ نفر (۴۲/۱ درصد) مؤنث می‌باشد. در طول این ده سال از ۲۱ عامل مشخص شده، ۱۶ عامل باعث مرگ و میر می‌باشد که به ترتیب فراوانی عبارتند از: عامل قلبی و عروقی ۲۵/۴ درصد، صدمات،

مسمومیت‌ها و سوانح ۱۸/۱ درصد، عفونی، انگلی و سرطان هر کدام ۱۰/۹ درصد، خون و دستگاه ایمنی ۹/۱ درصد، تنفسی ۸/۸ درصد، غدد، تغذیه‌ای و گوارشی هر کدام ۳/۲ درصد، علائم ناشناخته ۲/۸ درصد، حول تولد ۲/۵ درصد، مادرزادی و کروموزمی ۲ درصد، تناسلی، ادراری، حاملگی و زایمان هر کدام ۱ درصد، اعصاب ۰/۵ درصد، روانی، عضلات و اسکلت هر کدام ۰/۲۵ درصد و بیماری‌های گوش و ماستوئید، چشم، پوست، عوامل دیگر ناخوشایند و میرایی و تماس با خدمات بهداشتی و درمانی بدون فراوانی می‌باشند.

در مقایسه مقطع زمانی اول و دوم و تغییرات در علل مرگ و میر، می‌توان چنین ذکر کرد: که از علل مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی و انگلی، کاسته شده و در دوره دوم به رتبه سوم علل مرگ و میر تنزل یافته و در مقابل، بیماری‌های قلبی و عروقی در دوره زمانی دوم، افزایش یافته و به رتبه اول رسیده است. همچنین عامل صدمات، مسمومیت و سوانح که در دوره زمانی اول، در رتبه ششم قرار داشت، خود را به رتبه دوم در مقطع زمانی دوم رسانیده است. بیماری‌هایی همانند؛ اعصاب، عضلات و اسکلت در دوره زمانی دوم ظاهر شده‌اند و باعث مرگ و میر گردیده‌اند. در بقیه موارد، تغییر و تحولات چشم‌گیری صورت نپذیرفته است.

د) مقطع زمانی سوم (۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵): بررسی یافته‌ها نشان می‌دهد که در طول این پنج سال تعداد ۲۲۴ نفر فوت کرده‌اند که از این تعداد ۱۳۲ نفر (۵۸/۹ درصد) مذکر و تعداد ۹۲ نفر (۴۱/۱ درصد) مؤنث می‌باشند. در طول این پنج سال ۱۶ عامل بیماری باعث مرگ و میر شده‌اند که به ترتیب فراوانی عبارتند از: عامل قلبی و عروقی ۳۴/۸ درصد، صدمات، مسمومیت‌ها و سوانح ۱۹/۶ درصد، تنفسی ۹/۸ درصد، سرطان ۸/۵ درصد، خون و دستگاه ایمنی ۷/۶ درصد، عفونی و انگلی ۵/۳ درصد، گوارشی ۳/۱ درصد، مادرزادی، کروموزمی و علائم ناشناخته هر کدام ۲/۲ درصد، حاملگی، زایمان و نفاس ۱/۸ درصد، نمود، تغذیه‌ای و حول تولدی هر کدام ۱/۳ درصد، تناسلی و ادراری ۰/۸ درصد، روانی، عضلات، اسکلت و تماس با خدمات بهداشتی و درمانی هر کدام ۰/۴ درصد و عوامل اعصاب، گوش و ماستوئید، چشم، پوست و عوامل دیگر ناخوشایند و میرایی بدون فراوانی هستند.

در مقایسه ۳ مقطع زمانی اول، دوم، سوم و تغییرات در علل مرگ و میر می‌توان چنین ذکر کرد که علل مرگ و میر ناشی از عامل عفونی و انگلی به تدریج کاهش یافته و این عامل، که در مقطع زمانی اول در رتبه اول قرار داشت، در مقطع زمانی دوم به رتبه سوم، و در مقطع زمانی سوم به رتبه ششم رسیده است. عامل قلبی و عروقی در دو مقطع زمانی دوم و سوم در صدر علل مرگ و میر قرار گرفته است. عامل صدمات و مسمومیت و سوانح به تدریج افزایش یافته و این عامل، که در مقطع زمانی اول در رتبه ششم قرار داشت، در مقطع زمانی دوم و سوم خود را به رتبه دوم رسانده است. عامل تنفسی که در مقطع زمانی اول و دوم به ترتیب در رتبه‌های پنجم و ششم قرار داشت، در مقطع زمانی سوم افزایش یافته و در رتبه سوم جای گرفته است.

هدف دوم: بررسی علل مرگ ومیر بر حسب جنسیت:

الف) کل سال‌های مورد مطالعه (۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵): در طول این ۲۵ سال، در این بیمارستان، ۸۵۰ نفر فوت شده‌اند، که از این تعداد، ۴۹۹ نفر (۵۸/۷ درصد) مذکر و ۳۵۱ نفر (۴۱/۳ درصد) مؤنث می‌باشد. مهمترین علل مرگ و میر در بین مردان، به ترتیب، ۱۴ عامل ذیل می‌باشند: قلبی و عروقی ۲۷/۴ درصد، صدمات، مسمومیت و سوانح ۱۷/۶ درصد، سرطان ۱۲/۴ درصد، خون و دستگاه ایمنی ۹/۲ درصد، عفونی، انگلی و تنفسی هر کدام ۸/۶ درصد، گوارشی ۵/۶ درصد، علائم ناشناخته ۸/۳ درصد، غدد و تغذیه ۲/۴ درصد، مادرزادی و کروموزومی ۱/۸ درصد، تناسلی و ادراری ۱/۴ درصد، روانی ۰/۴ درصد، اعصاب و تماس با خدمات بهداشتی و درمانی هر کدام ۰/۲ درصد. مهمترین علل مرگ ومیر در بین زنان طی این ۲۵ سال، ۱۶ عامل می‌باشد که به-ترتیب عبارتند از: قلبی و عروقی ۳۲/۱ درصد، عفونی و انگلی ۱۵/۱ درصد، صدمات، مسمومیت و سوانح ۱۲/۵ درصد، سرطان ۱۰/۲ درصد، تنفسی ۱۰ درصد، خون و دستگاه ایمنی ۸/۵ درصد، حول تولدی ۵/۷ درصد، حاملگی، زایمان و نفاس ۴/۳ درصد، علائم ناشناخته ۳/۱ درصد، غدد و تغذیه‌ای ۲/۵ درصد، مادرزادی و کروموزومی ۲ درصد، گوارشی ۱/۷ درصد، عضلات و اسکلت ۰/۶ درصد، روانی، اعصاب، تناسلی و ادراری هر کدام ۰/۳ درصد.

ب) مقطع زمانی اول (۱۳۶۰ تا ۱۳۷۰): در طول این ده سال بر اساس پرونده‌های موجود، تعداد ۲۲۹ نفر فوت شده‌اند که از این تعداد ۱۳۷ نفر (۵۹/۸ درصد) مذکر و ۹۲ نفر (۴۰/۲ درصد) مؤنث می‌باشد. مهمترین علل مرگ ومیر در بین مردان در طول این ده سال، ۱۰ عامل؛ قلبی و عروقی ۲۰/۴ درصد، سرطان ۱۵/۳ درصد، عفونی و انگلی ۱۴/۶ درصد، گوارشی ۱۰/۲ درصد، خون، دستگاه ایمنی، تنفسی، صدمات، مسمومیت‌ها و سوانح هر کدام ۹/۵ درصد، علائم ناشناخته ۸ درصد، غدد و تغذیه‌ای ۲/۲ درصد و عامل تناسلی و ادراری ۱/۴ درصد می‌باشد.

مهمترین علل مرگ و میر در بین زنان نیز ۱۲ عامل می‌باشد که به ترتیب عبارتند از: عفونی و انگلی ۲۲/۸ درصد، سرطان ۱۶/۳ درصد، قلبی و عروقی ۱۱/۹ درصد، خون و دستگاه ایمنی ۱۰/۸ درصد، تنفسی ۸/۷ درصد، حاملگی، زنان، زایمان و حول تولدی هر کدام ۷/۶ درصد، مادرزادی و کروموزومی، علائم ناشناخته و صدمات، مسمومیت و سوانح هر کدام ۳/۲ درصد، غدد و تغذیه ۲/۱ درصد، روانی ۱/۱ درصد.

ج) مقطع زمانی دوم (۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰): بر اساس پرونده‌های موجود در بیمارستان، در طول این ده سال تعداد ۳۹۷ نفر فوت شده‌اند که از این تعداد، ۲۳۰ نفر (۵۷/۹ درصد) مذکر و ۱۶۷ نفر (۴۲/۱ درصد) مؤنث می‌باشد. مهمترین علل مرگ و میر در بین مردان از ۲۱ عامل ICD-10، ۱۳ عامل می‌باشد که به ترتیب عبارتند از: قلبی و عروقی ۲۶/۵ درصد، صدمات و مسمومیت و سوانح ۲۰ درصد، سرطان ۱۲/۲ درصد، خون و دستگاه ایمنی ۱۰ درصد، تنفسی ۸/۳ درصد، عفونی و انگلی ۷/۸ درصد، غدد و تغذیه‌ای و گوارشی هر یک ۳/۹ درصد، مادرزادی و کروموزومی ۲/۶ درصد، علائم ناشناخته ۲/۲ درصد، تناسلی و ادراری ۱/۷ درصد، روانی و اعصاب هر کدام

۰/۴ درصد. ۱۴ عامل نیز مهمترین علل مرگ و میر در بین زنان می‌باشد که به ترتیب عبارتند از: قلبی و عروقی ۲۳/۹ درصد، صدمات، مسمومیت و سوانح ۱۵/۶ درصد، عفونی و انگلی ۱۴/۹ درصد، تنفسی ۹/۵ درصد، سرطان ۹ درصد، خون و دستگاه ایمنی ۷/۸ درصد، حول تولدی ۶ درصد، علائم ناشناخته ۳/۶ درصد، غدد و تغذیه‌ای، گوارشی و حاملگی و زایمان هر کدام ۲/۴ درصد، مادرزادی و کروموزمی ۱/۲ درصد، اعصاب و عضلات و اسکلت هر کدام ۰/۶ درصد.

در مقایسه مقطع زمانی اول و دوم و تغییرات علل مرگ و میر بر اساس جنسیت، می‌توان چنین ذکر کرد که بین مردان هنوز عامل قلبی و عروقی در طول دو دوره در رتبه اول قرار دارد و عامل صدمات، مسمومیت و سوانح، که در مقطع زمانی اول، در رتبه هشتم تا دهم قرار داشت، در مقطع زمانی دوم، رتبه دوم را به خود اختصاص داده است. همچنین عامل عفونی و انگلی نسبت به مقطع زمانی اول که در رتبه سوم قرار داشت، کاهش داشته و در مقطع زمانی دوم به رتبه ششم رسیده است. عامل گوارشی که در مقطع زمانی اول، در رتبه چهارم قرار داشت، در مقطع زمانی دوم در رتبه هفتم و هشتم قرار دارد. در بقیه عوامل تغییرات چشم گیری مشاهده نمی‌گردد.

تغییرات علل مرگ و میر در بین زنان به این صورت می‌باشد که عامل عفونی و انگلی که در مقطع زمانی اول در صدر قرار داشت، کاهش یافته و در مقطع زمانی دوم در رتبه سوم قرار گرفته است. عامل قلبی و عروقی در مقطع زمانی دوم خود را در رتبه اول جای داده است. عامل صدمات و مسمومیت و سوانح که در مقطع زمانی اول در رتبه هشتم تا دهم قرار داشت، در مقطع زمانی دوم افزایش یافته و در رتبه دوم جای گرفته است. عامل سرطان نسبت به مقطع زمانی دوم کاهش داشته و از رتبه دوم در مقطع زمانی اول به رتبه پنجم در مقطع زمانی دوم رسیده است. عامل حاملگی و زایمان و نفاس، نسبت به مقطع زمانی دوم کاهش یافته است.

د) مقطع زمانی سوم (۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵): در طول این پنج سال یافته‌ها نشان می‌دهند که ۲۲۴ نفر فوت شده‌اند، که از این تعداد ۱۳۲ نفر (۵۸/۹ درصد) مذکر و ۹۲ نفر (۴۱/۱ درصد) مؤنث می‌باشد. مهمترین علل مرگ و میر مردان ۱۲ عامل می‌باشد که به ترتیب عبارتند از: عامل قلبی و عروقی ۳۶/۴ درصد، صدمات و مسمومیت و سوانح ۲۲ درصد، سرطان ۹/۸ درصد، تنفسی ۸/۳ درصد، خون و دستگاه ایمنی ۷/۶ درصد، عفونی و انگلی و گوارشی هر کدام ۳/۸ درصد، علائم ناشناخته ۳ درصد، مادرزادی و کروموزمی ۲/۲ درصد، روانی، تناسلی و ادراری و تماس با خدمات بهداشتی و درمانی هر کدام ۰/۷ درصد. مهمترین علل مرگ و میر در بین زنان در طول این پنج سال بر اساس ICD-10 از ۲۱ عامل، ۱۴ عامل؛ عامل قلبی و عروقی ۳۲/۶ درصد، صدمات و مسمومیت و سوانح ۱۶/۳ درصد، تنفسی ۱۱/۹ درصد، عفونی، انگلی، خون و دستگاه ایمنی هر کدام ۷/۶ درصد، سرطان ۶/۵ درصد، حاملگی، زایمان و نفاس ۴/۳ درصد، غدد، تغذیه‌ای و حول تولدی هر کدام ۳/۲ درصد، گوارشی و مادرزادی و کروموزمی هر کدام ۲/۲ درصد، عضلات و اسکلت، تناسلی و ادراری و علائم ناشناخته هر کدام ۱/۱ درصد، می‌باشد. در

مقایسه سه مقطع زمانی مورد نظر و تغییرات علل مرگ و میر بر اساس جنسیت، می توان چنین ذکر کرد، که در بین مردان عامل قلبی و عروقی در طول سه مقطع زمانی مهمترین عامل مرگ و میر بوده و در صدر قرار دارد. عامل صدمات و مسمومیت و سوانح که در مقطع زمانی اول در رتبه هشتم تا دهم قرار داشت، در مقطع زمانی دوم و سوم در جای دوم قرار گرفته و عامل عفونی و انگلی که در مقطع زمانی اول در رتبه سوم قرار داشت، در مقطع زمانی دوم و سوم به رتبه ششم تنزل یافته است.

هدف سوم: بررسی مهمترین علل مرگ و میر در کودکان زیر پنج سال:

الف) کل سال‌های مورد مطالعه (۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵): در طول این بیست و پنج سال تعداد ۲۰۰ کودک زیر پنج سال فوت کرده که از نظر جنسیت تعداد ۱۰۴ نفر (۵۲ درصد) آنها مذکر و ۹۶ نفر (۴۸ درصد) مونث می‌باشند. براساس ICD-10 از ۲۱ عامل مشخص شده، ۸ عامل باعث مرگ و میر شده است که به ترتیب عبارتند از: عفونی و انگلی ۳۴/۵ درصد، خون و دستگاه ایمنی ۲۲ درصد، تنفسی ۱۵ درصد، غدد و تغذیه‌ای ۱۰/۵ درصد، حول تولدی ۱۰ درصد، مادرزادی و کروموزومی ۴/۵ درصد، علائم ناشناخته ۳ درصد، صدمات و مسمومیت و سوانح ۰/۵ درصد.

ب) مقطع زمانی اول (۱۳۶۰ تا ۱۳۷۰) طی ده سال ۵۸ نفر کودک زیر پنج سال فوت کرده که از نظر جنسیت، ۳۴ نفر (۵۸/۶ درصد) مذکر و ۲۴ نفر (۴۱/۴ درصد) مونث می‌باشند. ۷ عامل عمده مرگ و میر به ترتیب عبارتند از: عامل عفونی و انگلی ۴۴/۸ درصد، حول تولدی و خون و دستگاه ایمنی ۱۲/۱ درصد، تنفسی و علائم ناشناخته ۱۰/۳ درصد، غدد و تغذیه‌ای ۸/۶ درصد، مادرزادی و کروموزومی ۱/۸ درصد.

مقطع زمانی دوم (۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰): در طول این ده سال ۹۶ کودک زیر پنج سال فوت کرده که از نظر جنسیت، ۴۹ نفر (۵۱ درصد) مذکر و ۴۷ نفر (۴۹ درصد) مؤنث می‌باشند. ۶ عامل مرگ و میر این گروه به ترتیب عبارتند از: عامل عفونی و انگلی ۴۴/۸ درصد، خون و دستگاه ایمنی ۲۵ درصد، غدد و تغذیه‌ای ۱۴/۵ درصد، تنفسی ۱۳/۵ درصد، حول تولدی ۱۰/۴ درصد، مادرزادی و کروموزومی ۴/۲ درصد. در مقایسه دو مقطع زمانی گروه سنی زیر پنج سال می‌توان چنین عنوان کرد که عامل عفونی و انگلی در هر دو مقطع مهمترین عامل مرگ و میر می‌باشد و در عوامل دیگر، تفاوت چشم‌گیری مشاهده نمی‌شود.

ج: مقطع زمانی سوم (۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵): ۴۶ کودک زیر پنج سال در طول این پنج سال فوت کرده، که از نظر جنسیت شامل ۲۱ نفر مذکر و ۲۵ نفر مؤنث می‌باشد. همچنین ۷ عامل موجد مرگ و میر در این گروه سنی عبارتند از: خون و دستگاه ایمنی ۲۸/۳ درصد، عفونت و انگلی ۲۶/۲ درصد، تنفسی ۲۱/۷ درصد، مادرزادی و کروموزومی ۸/۷ درصد، حول تولدی و غدد و تغذیه‌ای هر کدام با ۶/۵ درصد، صدمات و مسمومیت و سوانح ۲/۱ درصد. مقایسه سه مقطع زمانی گروه سنی زیر پنج سال نشان می‌دهد که بر خلاف دو مقطع زمانی اول و دوم که عامل

عفونی و انگلی درصدر قرار داشت، در مقطع زمانی سوم عامل خون و دستگاه ایمنی در صدر قرار گرفته، که نشان‌دهنده کاهش عامل عفونی و انگلی در مقطع زمانی سوم و افزایش عامل خون و دستگاه ایمنی در طول این ۳ مقطع زمانی در این گروه سنی است. عامل حول تولدی که در مقطع زمانی اول در رتبه دوم قرار داشت، در مقطع زمانی دوم و سوم در رتبه پنجم قرار گرفت که نشان‌دهنده کاهش نقش این عامل در مرگ و میر می‌باشد.

هدف اصلی و کلی: شناخت الگوی مرگ و میر در شهرستان نورآباد ممسنی از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵:

هر چند که کاهش مرگ و میر نخست در کشورهای توسعه‌یافته صورت گرفت، ولی به دنبال آن بعد از یک دوره زمانی، کاهش مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه، سریع‌تر از کشورهای توسعه یافته اتفاق افتاد. چرا که کشورهای توسعه یافته این روند را به‌صورت تدریجی و همراه با توسعه اجتماعی - اقتصادی و پیشرفت در اوضاع بهداشتی و رفاه عمومی طی کرده‌اند و حالت بومی و خودجوش داشت. در حالی که کشورهای در حال توسعه با وارد کردن تکنولوژی (همان تکنولوژی که برای کشورهای توسعه یافته در یک زمان طولانی حاصل شده بود) و با اقتباس از کشورهای توسعه یافته به بهبود و توسعه شرایط بهداشتی خود پرداخته و روند کاهش مرگ و میر را سریع‌تر طی کرده‌اند. عوامل متعددی در کاهش مرگ و میر مطرح است. با توجه به موضوع این مقاله از عوامل مهم این کاهش می‌توان به نوسازی و توسعه اجتماعی - اقتصادی و بهبود و اصلاح شرایط بهداشتی اشاره کرد. توسعه نیافتگی کشورها متفاوت می‌باشد. با چنین تصویری از روند مرگ و میر، بیماریها در کل نسبت به دهه‌های قبل از دهه ۵۰ (سالهای پیش از ۱۹۵۰) کاهش یافته است. نوع بیماریها با توجه به ساخت و ترکیب سنی کشورها متفاوت است. در کنار مدل‌های انتقال جمعیتی، مراحل انتقال اپیدمیولوژی را مشاهده کردید که عمران به بررسی آنها پرداخته بود و ما تناسبی بین روابط متمایز تغییرات جمعیتی مرگ و میر و تغییرات اپیدمیولوژی مشاهده کردیم. با مشاهده جداول و تأمل در آنها می‌توان گفت که اولاً درصد بیماریها را از نوعی به نوع دیگر متفاوت است، که تغییرات اپیدمیولوژی از بیماری‌های عفونی - انگلی به بیماری‌های مزمن تبدیل شده است و بالاخره اینکه میزان و نوع بیماریها آنچنان برای مردان و زنان متفاوت نیست.

نتایج توصیفی پژوهش حاضر در مورد علل مرگ و میر و مقایسه آن در طول سالهای ۱۳۶۰ و ۱۳۸۵ تا حدی با نظریه اپیدمیولوژی عمران همخوانی دارد. البته باید گفت مطالعه حاضر در یک کشور در حال توسعه انجام گرفته که در مرحله انتقالی به سر می‌برد. طبق بررسی به‌عمل آمده بیماری‌های عفونی - انگلی در سال ۱۳۸۵ به نسبت سال ۱۳۶۰ کاهش یافته است. در واقع طی گذشت ۲۵ سال پیشرفت شرایط بهداشتی و پزشکی جامعه، بیماری‌های عفونی - انگلی که در شرایط نامساعد بهداشتی شیوع پیدا می‌کند، کاهش یافته است. اخیراً به‌علت توسعه زندگی ماشینی، تصادفات و صدمات، علل عمده مرگ و میر محسوب می‌شود. از طرف

دیگر در پژوهش حاضر نیز تصادفات و صدمات در سال ۱۳۸۵ نسبت به سال ۱۳۶۰ افزایش یافته است و این حاکی از تغییرات تکنولوژیک می‌باشد. در پژوهش حاضر با افزایش درصد علل مرگ و میر ناشی از اعصاب و روان می‌بایست در جوامع جدید به دلیل زندگی ماشینی بیشتر شده باشد، اما مطالعه حاضر این نظر را تأیید نمی‌کند. نتیجه این بررسی این است که همراه با تغییراتی که در الگوی مرگ و میر از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵ ایجاد شده تغییراتی نیز در شاخصهای جمعیتی نظیر نسبت کودک به زن، میزان مرگ و میر و امید به زندگی بوجود آمده که نشان دهنده توسعه یافتگی در ویژگیهای جمعیتی کشور بوده است. در نهایت اینکه نظریه عمران که بر ویژگیهای اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر الگوی مرگ و میر تأکید دارد، در این نمونه مورد مطالعه تا حدود زیادی صدق می‌کند. عدم تطابق کامل این نظریه از سویی، به مرحله انتقالی بودن جامعه مورد مطالعه و از طرفی به سیاستهای جمعیتی بر می‌گردد.

با توجه به حجم زیاد مراجعه‌کنندگان به بیمارستان حضرت ولیعصر (عج) شهرستان ممسنی پیشنهاد می‌شود، سیستم ثبت و اسناد و بایگانی پزشکان به صورت رایانه‌ای انجام گیرد تا علاوه بر اشغال نشدن فضای بایگانی بیمارستان، دسترسی به آمار و اطلاعات سریعتر و راحت‌تر انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود مسئولین مربوط از نتایج این پژوهش‌ها که به صورت مستقیم مرتبط با مؤسسه و سازمان آنها می‌باشد، استفاده کامل نمایند. چون این مطالعه توانسته که عوامل و فاکتورهای اصلی و عمده خطر را شناسایی نماید، در نتیجه برای مسئولین مشخص می‌نماید که سازمان آنها باید در چه زمینه و مواردی تجهیز گردد و یا بیشتر تلاش نمایند.

منابع:

- ۱- امانی، مهدی(۱۳۷۴). کوششی در نگرش تاریخی به روند میزانهای موالید و مرگ و شناخت مراحل انتقال جمعیتی در ایران. فصلنامه جمعیت. شماره ۱۳ و ۱۴. تهران.
- ۲- ایران محبوب، جلیل(۱۳۸۲). "بررسی الگوی مرگ و میر و علل موجد آن در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شیراز". مقاله طرح پژوهشی. دانشگاه شیراز.
- ۳- حسینی، حاتم(۱۳۷۹). بررسی علل عوامل اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی مؤثر بر مرگ و میر کودکان در شهر جوانرود، فصلنامه جمعیت سال هشتم شماره ۳۴ و ۳۳. تهران.
- ۴- خدایی، محمد، افضل نیا، محسن و محمد غلامی(۱۳۷۴)، وضعیت مرگ و میر بر حسب علت و گروه سنی در استان خراسان. فصلنامه جمعیت. سال چهارم. شماره ۱۸. تهران.
- ۵- سماواتی آذر، مجید(۱۳۷۴). مرگ و میر علل و تغییرات آن در نقاط مختلف ایران. فصلنامه جمعیت. شماره ۱۳ و ۱۴. تهران.
- ۶- مرکز آمار ایران(۱۳۶۵). سالنامه آماری ایران. شهرستان ممسنی.
- ۷- مرکز آمار ایران(۱۳۷۵). سالنامه آماری ایران. شهرستان ممسنی.
- ۸- مرکز آمار ایران(۱۳۷۷). نماگرهای جمعیتی ایران در سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۷۵.
- ۹- مورچه خورتی، زهرا(۱۳۷۶). "بررسی علت مرگ و میر در بیماران بستری در بخش قلب و CCU بیمارستان قائم(عج) دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۵". پایان نامه دکتر. کرمانشاه: دانشگاه علوم پزشکی.
- ۱۰- هیر، دیوید.ام(۱۳۸۰). جامعه و جمعیت و مقدمه‌ای به جامعه‌شناسی جمعیت. ترجمه یعقوب فروتن. دانشگاه مازندران.
- 11-Bobak, M. & Murphy, M. & Pikhart, H. (2002). "Mortality Paterns in the Russian Federation". Bulletin of the World Health Organization, Vol. 11, pp. 80-87.
- 12-Fielding, R. (1982). "How Much Have Mortality Pattern Changed And Why? " American Journal of Public Health", Vol. 54, No. 8.
- 13-Mahadevan, K. (1984). " Mortality, Biology and Ciety Analytical Framework and Conceptual Model". Paper Presentated at a Eminent in S. V, University India.
- 14-Nagnur, D.& Nagrodski, M, (1985)." Mortality and Morbidiy". Chapter8, University India. pp125-136.
- 15-Omran, A. (1971)." The Transition Theory of the Epidemiology of Population Change". Milbank Memoral Fund Quarterly.
- 16-Preston S. H.(1975)."The Changing Relation between Mortality and level of Economic Development". Population Studies , Vol. 29(2) , pp. 231 – 248.

17-U.S. Department of Health and Human Services (2004)." Mortality Patterns among Elected Asian Americans".

18-Yang, S. O, Brian, F. P. (1983)."Socio-Economic Development and Mortality levels in less Developed Countries", Journal of Biosocial Science, Vol. 27, No. 3, pp. 220 – 229.