

تصویر سلامت

دوره ۱ شماره ۳ ۱۳۸۹ صفحه ۳۹

بررسی علل مرگ و میر در سال ۱۳۸۶ در استان آذربایجان شرقی

مصطفی فرحبخش: مدیر گروه مدیریت داده های سلامت، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز (MD)
E-mail: mfarahbakhsh@gmail.com

اکرم ذاکری: کارشناس گسترش شبکه - مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
سوئل حکیمی: دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
خدیجه ولی زاده: کارشناس آمار، مرکز بهداشت شهرستان هشترود

چکیده

زمینه و اهداف: اطلاعات معتبر در زمینه علل مرگ برای تدوین برنامه ملی و جهانی پیشگیری و کنترل بیماری و آسیب ضروری است. روشهای تخمین مرگ و میر در کشورهای مختلف بر اساس منابع داده ها و ارزیابی کیفیت این داده ها متغیر است. این مطالعه برای تعیین علل مرگ و میر در استان آذربایجان شرقی اجرا شد.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت مقطعی و بر اساس داده های جمعیتی سرشماری سال ۱۳۸۵ و مرگ های ثبت شده در سال ۱۳۸۶ اجرا شد. داده های مرگ از نظام ثبت علتی مرگ و میر مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی استخراج شد. داده ها با میزان بروز جمعی، میزان بروز تعدیل شده و درصد علل اختصاصی بر حسب گروههای سنی، منطقه سکونت و جنسیت ارائه شدند.

یافته ها: میزان بروز تعدیل شده مرگ در هر دو جنس ۶/۲ در هزار نفر است. ۸۱ درصد مرگها در اثر بیماری های غیرواگیر، ۱۱ درصد مرگها در اثر سوانح و حوادث، ۷ درصد در اثر بیماریهای حول تولد و یک درصد در اثر بیماریهای واگیر پیش می آید. بیماریهای ایسکمیک قلبی ۴۳/۷ درصد، حوادث عروقی مغز ۱۱/۷ درصد، بیماریهای مرتبط با پرفشاری خون ۷/۵۵ درصد، تصادفات ۷ درصد، دیابت ۳/۵ درصد و بیماری آسم ۱/۹۳ درصد کل مرگها را تشکیل می دهند.

نتیجه گیری: بیماریهای غیر واگیر و در راس آن بیماریهای قلبی عروقی چالش عمده و اساسی نظام سلامت در ارتقای سلامت جامعه است. عللی مانند سوانح، دیابت، فشار خون بالا با اتخاذ شیوه زندگی مناسب تا حدود بالایی قابل کنترل است.

کلید واژه ها: مرگ و میر، میزان بروز خام، تحلیل علتی مرگ

مقدمه

اطلاعات معتبر در زمینه علل مرگ برای تدوین برنامه ملی و جهانی پیشگیری و کنترل بیماری و آسیب ضروری است (۱). سازمان بهداشت جهانی در گزارش ۲۰۰۰ یکی از اهداف اصلی نظام سلامت را سطح سلامت جامعه تعیین کرده که با شاخص - های امید به زندگی ($LE = \text{Life Expectancy}$) و امید به زندگی تعدیل شدن با سلامتی ($HALE = \text{Healthy Adjusted Life Expectancy}$) سنجیده می شود (۲). امید زندگی تطبیق یافته برای سلامتی یک اندازه خلاصه سلامت جمعیت است که پیامدهای کشنده و غیر کشنده بیماری ها و صدمات را در قالب یک عدد بیان می نماید و میانگین سطح سلامت جامعه را نشان می دهد (۳).

برای محاسبه این شاخصها دو دسته اطلاعات اصلی مرگ و میر و شیوع بیماری ها و ناتوانی ها ضروری هستند. اطلاعات معتبر در مورد علل مرگ و میر در هر جمعیتی و تغییرات این علل در طول زمان یکی از عناصر کلیدی مبتنی بر شواهد جهت سیاستها و برنامه های بهداشتی است. به رغم اهمیت حیاتی داده های مرگ و میر و علل مربوط به آن دسترسی به چنین داده هایی در بسیاری از کشورها با محدودیت روبروست (۴). داده های علل مرگ و میر یکی از مهمترین داده های سیستم بهداشتی است. بررسی الگوی اپیدمیولوژیکی و روند مرگ و میر راهنمای مناسبی برای تخصیص منابع محدود سیستم سلامت و ارائه مراقبتهای پزشکی می باشد.

درصد مرگها را ثبت کرده بود. ضریب اصلاح کم شماری به دست آمده از روش بالا ۱/۱۵ بود. در این مطالعه از ضریب اصلاح ۱/۱۱ استفاده شد. داده ها با میزان بروز تجمعی (Cumulative Incidence Rate = CIR)، میزان بروز تعدیل شده و درصد علل اختصاصی بر حسب گروههای سنی، منطقه سکونت و جنسیت ارائه شدند. میزان بروز تجمعی در هزار نفر از تقسیم کردن تعداد مرگ در جمعیت به دست آمد. برای محاسبه میزان بروز مرگ تعدیل شده (Age Standardized Mortality Rate=ASMR) از روش مستقیم تعدیل سازی (Direct Adjustment) استفاده شد که در آن نسبت تعداد مرگ بر جمعیت هر گروه سنی در تعداد جمعیت استاندارد همان گروه سنی ضرب شد. میزان بروز اختصاصی سنی با جمع کردن میزانهای تعدیل شده در گروه های سنی محاسبه شد. علل مرگ به چهار دسته اصلی بیماری های واگیر، بیماری های غیر واگیر، بیماری های حول تولد و حوادث عمدی و غیر عمدی تقسیم شدند. برای بررسی مرگ و میر و محاسبه شاخصهای اختصاصی، اجازه لازم از مدیران مرکز بهداشت استان گرفته شد.

یافته‌ها

میزان بروز تعدیل شده مرگ در مردان ۷/۵۴، در زنان ۵/۸ و در هر دو جنس ۶/۲ در هزار نفر است (جدول ۱). درصد مرگهای با علت نامعلوم، ثبت نشده و بد تعریف شده در مردان ۳/۲ درصد، در زنان ۲/۶، در جمعیت شهری ۳/۱ درصد، در جمعیت روستایی ۲/۸ درصد و در کل ۳ درصد است. ۸۱ درصد مرگها در اثر بیماری های غیرواگیر، ۱۱ درصد مرگها در اثر سوانح و حوادث، ۷ درصد در اثر بیماریهای حول تولد و یک درصد در اثر بیماریهای واگیر پیش می آید. در بین بیماریهای غیر واگیر ۵۳ درصد مرگها مربوط به بیماریهای قلبی عروقی (۴۳ درصد کل مرگها)، ۱۹ درصد در اثر سرطانها (۱۵ درصد کل مرگها)، ۱۰ درصد در اثر بیماریهای تنفسی (۸ درصد کل مرگها) بوجود می آید (نمودار ۲). بیماریهای ایسکمیک قلبی ۴۳/۷ درصد، حوادث عروقی مغز ۱۱/۷ درصد، بیماریهای مرتبط با پرفشاری خون ۷/۵۵ درصد، تصادفات ۷ درصد، دیابت ۳/۵ درصد و بیماری آسم ۱/۹۳ درصد کل مرگها را تشکیل می دهند. ۵۹/۷ درصد مرگهای ناشی از حوادث غیر عمدی در اثر تصادفات، ۷/۴ درصد در اثر سوختگی و ۵/۳ درصد در اثر سقوط بوده است. ۵۲ درصد مرگهای ناشی از اختلالات روانی و رفتاری در اثر اعتیاد اتفاق می افتد. ۴۹/۶ درصد مرگهای ناشی از سرطان در اثر سرطانهای گوارشی، ۱۳/۵ درصد در اثر سرطانهای دستگاه تنفسی و ۹/۳ درصد در اثر سرطانهای خون و گره های لنفی بوجود می آیند. ۲۳/۳ درصد مرگهای ناشی از سرطان در اثر سرطان معده، ۱۱/۶ درصد در اثر سرطان ریه و ۸/۴ درصد در اثر سرطان مری اتفاق می افتند. میزان بروز تعدیل شده ناشی از بیماریهای غیرواگیر ۴۹۵،

برای کشورهای در حال توسعه که سیستم ثبت مرگ و میر کامل و جامع ندارند و پیشرفت به سوی پوشش بیشتر این سیستم برایشان بسیار آهسته است، چالش اصلی این است که چگونه از داده های جایگزین به بهترین نحوی استفاده کنند (۵). روشهای تخمین مرگ و میر در کشورهای مختلف بر اساس منابع داده ها و ارزیابی کیفیت آنها متغیر است (۶). از مشکلات نظام ثبت علتی مرگ و میر کدهای بیهوده و بد تعریف شده هستند که صحت داده ها را مخدوش می سازند (۷). روشهایی توسط جمعیت شناسان در سالهای ۱۹۷۰ - ۱۹۶۰ برای اصلاح کم شماری مرگ ابداع شد و این روشها به روشهای توزیع مرگ (Death Distribution Methods) معروف هستند و بیشتر بر اساس مقایسه توزیع سنی مرگ و جمعیت تعداد مرگ را اصلاح می نمایند. از معروفترین این روشها می توان به (generalized growth balance GGB) و (synthetic extinct generations SEG) و تلفیقی از دو روش اشاره نمود (۸). در استان آذربایجان شرقی برای ثبت موارد مرگ سه منبع عمده وجود دارد. زیج حیاتی که موارد مرگ در جمعیت روستایی را بر اساس سن متوفی ثبت می نماید. اداره ثبت احوال که مشخصات افراد فوت نموده را بر اساس برنامه کشوری انجام می دهد. نظام ثبت علتی مرگ و میر در مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی که اطلاعات موارد مرگ را بر اساس گواهی فوت یکسان از منابع مختلف جمع آوری و ثبت می نماید. تهیه داده های مناسب مرگ نقشی اساسی در تعیین اولویتهای سلامتی منطقه دارد و تا به حال در این زمینه بررسی کامل در استان صورت نگرفته است. این مطالعه برای تعیین علل مرگ و میر در استان آذربایجان شرقی و بر اساس اطلاعات نظام ثبت علتی مرگ و میر اجرا شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی و بر اساس داده های جمعیتی سرشماری سال ۱۳۸۵ و مرگ های ثبت شده در سال ۱۳۸۶ اجرا شد. داده های مرگ از نظام ثبت علتی مرگ و میر مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی استخراج شد. در این نظام کلیه موارد فوت بر اساس گواهی فوت یکسان از سطح خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستانها، پزشکی قانونی و گورستانها جمع آوری و در هر شهرستان در برنامه رایانه ای مرگ و میر ثبت می گردد. در هر سه ماه این داده های ثبت شده جهت جمع بندی به مرکز بهداشت استان ارسال و موارد تکراری اصلاح می شود. برای گزارش تعداد مرگ و میر جمعیت استان به ۱۸ گروه سنی زیر یکسال، ۴ - ۱ سال و از ۵ سالگی به بعد در گروههای پنج ساله تقسیم شد. برای برآورد کم شماری در موارد مرگ در بالای پنج سال از تلفیق روش Brass Growth Balance Method و نسبت مرگهای ثبت شده در مقایسه با آمار موارد مرگ اداره ثبت احوال استان آذربایجان شرقی استفاده شد. در مقایسه با موارد مرگ اداره ثبت احوال، نظام ثبت علتی مرگ و میر مرکز بهداشت استان ۹۱

بیماری های حول تولد ۷/۹ درصد و ناهنجاری های مادرزادی و کروموزومی ۲/۳ درصد کل مرگ ها را تشکیل می دهند (جدول ۲).

در مردان بیماری های قلبی عروقی ۳۹/۹ درصد، سرطان ها ۱۶/۲ درصد، حوادث غیر عمدی ۱۳/۵ درصد، بیماری های تنفسی ۷/۱۵ درصد، بیماری های حول تولد ۶/۸ درصد، بیماری های متابولیک ۲/۷ درصد، بیماری های روانی ۲ درصد و ناهنجاری های مادرزادی و کروموزومی ۲ درصد مرگ ها را تشکیل می دهند. در زنان بیماری های قلبی عروقی ۴۶/۴ درصد، سرطان ها ۵ درصد، حوادث غیر عمدی ۶ درصد، بیماری های تنفسی ۸/۷ درصد، بیماری های حول تولد ۶/۹ درصد، بیماری های متابولیک ۴/۷ درصد، بیماری های روانی ۱ درصد و ناهنجاری های مادرزادی و کروموزومی ۲/۴۷ درصد مرگ ها را تشکیل می دهند (جدول ۳).

ناشی از سرطان ۹۵، ناشی از بیماری های قلبی عروقی ۲۱۶ و ناشی از سوانح و آسیب ۷۱ در یکصد هزار نفر است.

بیماری های قلبی عروقی ۶۲ / ۴۲ درصد، سرطان ها ۱۵/۴۶ درصد، حوادث غیر عمدی ۱۰/۳ درصد، بیماری های تنفسی ۷/۷۸ درصد، بیماری های حول تولد ۷ درصد و بیماری های متابولیک ۳/۵۴ درصد کل مرگ ها را تشکیل می دهند. در جمعیت شهری بیماری های قلبی عروقی ۴۲ درصد، سرطان ها ۱۴/۴۸ درصد، حوادث غیر عمدی ۱۰/۴ درصد، خودکشی ۰/۸۲ درصد، بیماری های غدد و متابولیک ۴/۳ درصد، بیماری های حول تولد ۶/۶ درصد و ناهنجاری های مادرزادی و کروموزومی ۱/۸۸ درصد مرگ ها را باعث می شوند. در جمعیت روستایی بیماری های قلبی عروقی حدود ۴۲ درصد، سرطان ها ۱۷/۴۳ درصد، حوادث غیر عمدی ۱۰/۱۳ درصد، خودکشی ۱ درصد، بیماری های غدد و متابولیک ۲ درصد،

جدول ۱: توزیع فراوانی مرگ به تفکیک گروه های سنی و جنسیت در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۶. میزان های بروز جمعی و تعدیل شده مرگ بر اساس داده های اصلاح شده محاسبه شده است. میزانهای بروز جمعی در هزار نفر جمعیت و میزان تعدیل شده مرگ به روش مستقیم در کل جمعیت مردان و زنان و هر دو جنس نیز در هزار نفر جمعیت محاسبه شده است.

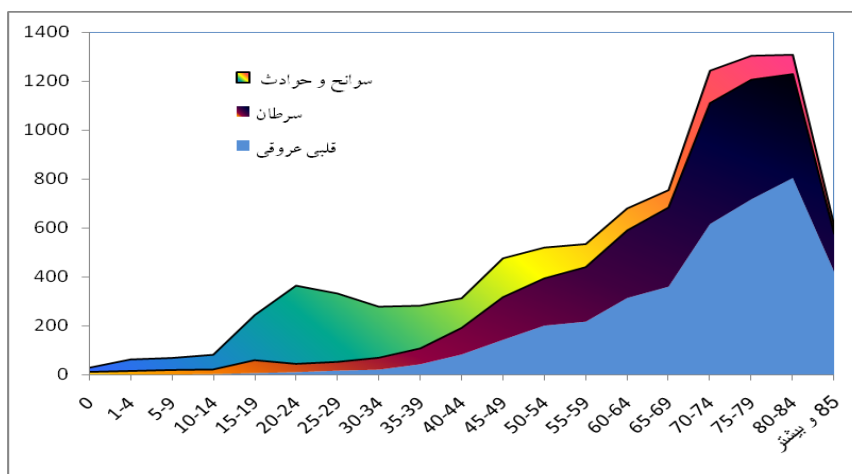
گروه سنی	مردان				زنان				هر دو جنس			
	فراوانی مرگ		محاسبه بروز مرگ		فراوانی مرگ		محاسبه بروز مرگ		فراوانی مرگ		محاسبه بروز مرگ	
	تعداد	اصلاح شده	تجمعی	تعدیل شده	تعداد	اصلاح شده	تجمعی	تعدیل شده	تعداد	اصلاح شده	تجمعی	تعدیل شده
۰	۳۷۸۶۴	۵۹۱	۵۹۱	۶۱۸	۲۶۳۲۰	۴۸۷	۴۸۷	۵۱۶	۵۴۱۰۴	۱۰۷۸	۱۰۷۸	۱۹۹۰
۱-۴	۱۰۵۱۶۷	۹۴	۹۴	۰۸۹	۹۹۸۶۲	۵۵	۵۵	۰۵۵	۲۰۵۰۲۹	۱۴۹	۱۴۹	۰۷۳
۵-۹	۱۳۳۷۵۰	۵۶	۵۶	۰۴۷	۱۲۶۶۸۷	۴۳	۴۳	۰۳۸	۲۶۰۴۳۷	۹۹	۹۹	۰۴۲
۱۰-۱۴	۱۶۰۲۵۵	۷۴	۷۴	۰۵۱	۱۵۱۶۶۷	۴۴	۴۴	۰۳۲	۳۱۱۹۲۲	۱۱۸	۱۱۸	۰۴۲
۱۵-۱۹	۲۱۸۶۷۱	۱۹۳	۱۹۳	۰۹۸	۲۰۵۸۰۱	۱۲۵	۱۲۵	۰۶۸	۴۲۴۴۷۲	۳۱۸	۳۱۸	۰۸۳
۲۰-۲۴	۲۳۶۹۱۲	۳۳۹	۳۳۹	۱۵۹	۲۲۰۴۶۳	۱۴۷	۱۴۷	۰۷۴	۴۵۷۳۷۵	۴۸۶	۴۸۶	۱۱۸
۲۵-۲۹	۱۸۶۹۶۹	۳۲۹	۳۲۹	۱۹۶	۱۸۴۳۷۱	۱۳۲	۱۳۲	۰۸	۳۷۱۳۴۰	۴۶۱	۴۶۱	۱۳۸
۳۰-۳۴	۱۴۸۱۹۴	۲۸۳	۲۸۳	۲۱۲	۱۴۴۸۲۰	۹۶	۹۶	۰۷۴	۲۹۳۰۱۴	۳۷۹	۳۷۹	۱۴۴
۳۵-۳۹	۱۳۰۸۰۲	۳۱۸	۳۱۸	۲۰۷	۱۲۵۸۶۶	۱۲۶	۱۲۶	۱۱۱	۲۵۶۶۶۸	۴۴۴	۴۴۴	۱۹۲
۴۰-۴۴	۱۰۷۸۹۳	۲۷۹	۲۷۹	۲۸۷	۱۰۴۵۸۲	۱۸۱	۱۸۱	۲۰۱	۲۱۲۴۷۵	۴۶۰	۴۶۰	۲۴۱
۴۵-۴۹	۹۳۳۲۹	۴۶۱	۴۶۱	۵۱۲	۹۲۶۰۳	۲۵۱	۲۵۱	۳۰۱	۱۸۵۹۳۲	۷۱۲	۷۱۲	۳۲۶
۵۰-۵۴	۷۳۹۰۹	۵۹۴	۵۹۴	۶۶۰	۷۴۱۹۸	۲۸۰	۲۸۰	۴۱۹	۱۴۸۱۰۷	۸۷۴	۸۷۴	۹۷۱
۵۵-۵۹	۵۱۴۴۷	۵۱۹	۵۱۹	۵۷۷	۵۳۸۹۵	۳۵۸	۳۵۸	۷۳۸	۱۰۵۳۴۲	۸۷۷	۸۷۷	۹۷۴
۶۰-۶۴	۴۴۴۱۲	۷۱۳	۷۱۳	۷۸۴	۴۴۹۲۲	۴۹۸	۴۹۸	۵۵۳	۸۹۳۳۴	۱۲۱۱	۱۲۱۱	۱۳۴۶
۶۵-۶۹	۳۹۱۲۳	۸۴۱	۸۴۱	۹۳۴	۳۶۹۴۸	۶۵۱	۶۵۱	۷۳۳	۷۶۰۷۱	۱۴۹۲	۱۴۹۲	۱۶۵۸
۷۰-۷۴	۳۶۸۱۲	۱۴۹۹	۱۴۹۹	۱۶۶۶	۳۳۷۹۶	۱۰۵۹	۱۰۵۹	۱۱۷۷	۶۹۶۶۸	۲۵۵۸	۲۵۵۸	۲۸۴۲
۷۵-۷۹	۲۴۰۹۳	۱۵۷۳	۱۵۷۳	۱۷۴۸	۲۰۵۶۴	۱۳۱۲	۱۳۱۲	۱۴۵۸	۴۴۶۵۷	۲۸۸۵	۲۸۸۵	۳۲۰۶
۸۰-۸۴	۱۵۱۱۸	۱۷۶۲	۱۷۶۲	۱۹۵۸	۱۲۸۲۸	۱۵۳۸	۱۵۳۸	۱۷۰۹	۲۷۹۴۶	۳۳۰۰	۳۳۰۰	۳۶۶۷
۸۵+	۴۵۶۱	۸۷۹	۸۷۹	۹۷۷	۵۰۰۲	۸۸۷	۸۸۷	۹۸۶	۹۵۶۳	۱۷۶۶	۱۷۶۶	۱۹۶۲
کل	۱۸۳۹۴۴۱	۱۱۳۹۷	۱۱۳۹۷	۱۲۶۶۳	۱۷۶۴۱۱۵	۸۲۷۰	۸۲۷۰	۹۱۸۹	۳۶۰۳۴۵۶	۱۹۶۶۷	۲۱۸۵۲	۶۰۶

جدول ۲: توزیع فراوانی، فراوانی نسبی و میزان بروز در یکصد هزار نفر علت‌های اصلی مرگ و میر به تفکیک منطقه سکونت در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۶

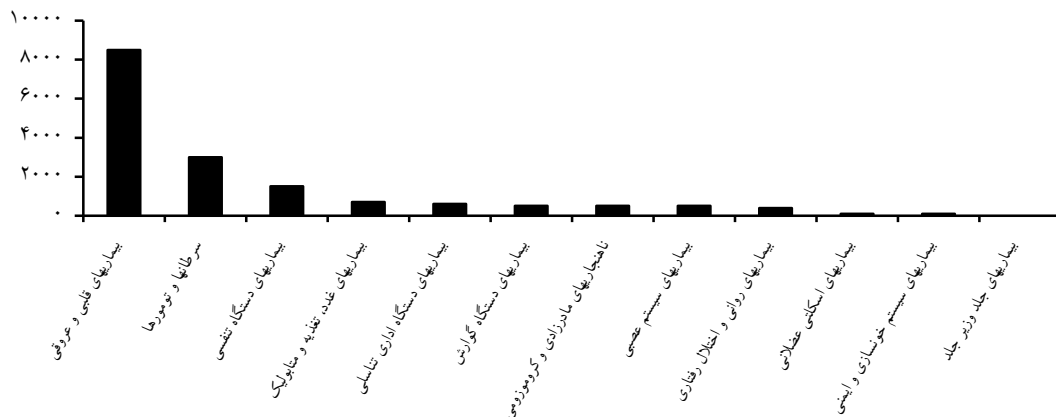
علت مرگ و میر	شهر		روستا		کل	
	فراوانی	درصد	بروز مرگ	درصد	فراوانی	درصد
بیماری‌های عفونی و انگلی	۱۰۹	۰.۷۴	۴۱	۰.۵۶	۱۵۰	۰.۶۸
سرطانها و تومورها	۲۱۴۲	۱۴.۴۸	۱۲۷۳	۱۷.۴۳	۳۴۱۶	۱۵.۴۶
بیماری‌های سیستم خونسازی و ایمنی	۳۱	۰.۲۱	۱۴	۰.۱۹	۴۶	۰.۲۱
بیماری‌های غدد، تغذیه و متابولیک	۶۳۴	۴.۲۹	۱۴۹	۲.۰۴	۷۸۳	۳.۵۴
بیماری‌های روانی و اختلال رفتاری	۲۴۴	۱.۶۵	۱۱۲	۱.۵۳	۳۵۷	۱.۶۲
بیماری‌های سیستم عصبی	۳۳۶	۲.۲۷	۱۳۳	۱.۶۸	۴۵۹	۲.۰۸
بیماری‌های قلبی و عروقی	۶۳۰۷	۴۲.۶۵	۳۱۰۹	۴۲.۵۷	۹۴۱۶	۴۲.۶۲
بیماری‌های دستگاه تنفسی	۱۲۰۴	۸.۱۴	۵۱۶	۷.۰۶	۱۷۲۰	۷.۷۸
بیماری‌های دستگاه گوارش	۳۷۳	۲.۵۲	۱۴۹	۲.۰۴	۵۲۲	۲.۳۶
بیماری‌های جلد و زیر جلد	۷	۰.۰۵	۶	۰.۰۸	۱۲	۰.۰۵
بیماری‌های اسکلتی عضلانی	۳۸	۰.۲۶	۱۷	۰.۲۳	۵۴	۰.۲۴
بیماری‌های دستگاه ادراری تناسلی	۴۰۴	۲.۷۳	۱۵۹	۲.۱۸	۵۶۳	۲.۵۵
عوارض حاملگی و زایمان	۲	۰.۰۱	۷	۰.۱	۹	۰.۰۴
ناهنجاری‌های مادرزادی و کروموزومی	۲۷۸	۱.۸۸	۲۱۸	۲.۹۸	۴۹۶	۲.۲۴
بیماری‌های دوران حول تولد	۹۷۶	۶.۶	۵۷۷	۷.۹	۱۵۵۲	۷.۰۲
حوادث غیر عمدی	۱۵۳۶	۱۰.۳۹	۷۴۰	۱۰.۱۳	۲۲۷۶	۱۰.۳
خشونت بوسیله دیگران	۴۶	۰.۳	۲۰	۰.۲۷	۶۶	۰.۳
خودکشی	۱۲۲	۰.۸۲	۷۴	۱.۰۱	۱۹۷	۰.۸۹

جدول ۳: توزیع فراوانی، فراوانی نسبی و میزان بروز در یکصد هزار نفر علت‌های اصلی مرگ و میر به تفکیک جنسیت در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۶

علت اصلی مرگ	مرد		زن	
	فراوانی	درصد	بروز مرگ	درصد
بیماری‌های عفونی و انگلی	۹۳	۰.۷۳	۵۷	۰.۶۱
سرطانها و تومورها	۲۰۶۷	۱۶.۲۰	۱۳۵۰	۱۴.۵
بیماری‌های سیستم خونسازی و ایمنی	۲۶	۰.۲	۲۱	۰.۲۳
بیماری‌های غدد، تغذیه و متابولیک	۳۴۶	۲.۷۱	۴۳۹	۴.۷۱
بیماری‌های روانی و اختلال رفتاری	۲۶۶	۲.۰۸	۹۱	۰.۹۸
بیماری‌های سیستم عصبی	۲۴۸	۱.۹۴	۲۱۱	۲.۲۷
بیماری‌های قلبی و عروقی	۵۰۹۶	۳۹.۹۳	۴۳۲۳	۴۶.۴۳
بیماری‌های دستگاه تنفسی	۹۱۳	۷.۱۵	۸۰۸	۸.۶۸
بیماری‌های دستگاه گوارش	۳۱۱	۲.۴۴	۲۱۱	۲.۲۷
بیماری‌های جلد و زیر جلد	۲	۰.۰۲	۱۰	۰.۱۱
بیماری‌های اسکلتی عضلانی	۲۶	۰.۲	۲۹	۰.۳
بیماری‌های دستگاه ادراری تناسلی	۳۱۷	۲.۴۸	۲۴۷	۲.۶۵
عوارض حاملگی و زایمان	۰	۰	۹	۰.۱
ناهنجاری‌های مادرزادی و کروموزومی	۲۶۲	۲.۰۵	۳۳۰	۳.۴۷
بیماری‌های دوران حول تولد	۸۷۲	۶.۸۳	۶۴۴	۶.۹۲
حوادث غیر عمدی	۱۷۲۴	۱۳.۵۱	۵۶۳	۶.۰۵
خشونت بوسیله دیگران	۵۲	۰.۴۱	۱۴	۰.۱۵
خودکشی	۱۴۲	۱.۱۱	۵۴	۰.۵۸



نمودار ۱: توزیع سنی علل اصلی مرگ بر حسب گروه‌های سنی در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۶



نمودار ۲: توزیع علل مرگ در گروه بیماری های غیر واگیر در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۶

بحث و نتیجه گیری

در دهه های اخیر جهان شاهد افزایش امید زندگی بود. افزایش امید زندگی فقط مختص کشورهای پیشرفته نیست و در نیمه دوم قرن بیستم در کشورهای در حال توسعه نیز مشاهده شد. کشورهای آمریکای لاتین بر اساس برآورد سازمان ملل افزایش ۱۴ سال را در فاصله ۱۹۵۰ تا ۲۰۰۰ نشان دادند (۹). درصد کدهای بد تعریف شده و ثبت نشده پایین بود و این امر نشانه تکمیل نسبتا دقیق اطلاعات مرگ و میر در نظام ثبت علتی مرگ می تواند باشد. مقایسه تعداد مرگ ثبت شده با داده های اداره ثبت احوال نشان داد که بیش از ۹۰ درصد موارد انتظار جمع آوری و ثبت شده است. درصد بسیار پایین مرگ های ناشی از بیماری های واگیر از موفقیت برنامه های مراقبت بیماری های واگیر حکایت می کند و نشانه ای محکم از گذر اپیدمیولوژیکی است. در فاصله سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۷ علل شایع مرگ در استان آذربایجان شرقی ثابت مانده است، اگر چه درصد مرگ ناشی از بیماری های قلبی عروقی و سرطان ها مختصری افزایش یافته و حوادث غیر عمدی اندکی کاهش یافته است. میزان بروز تعدیل شده مرگ در اثر بیماری های غیر واگیر، بیماری های قلبی عروقی، سرطان و حوادث در استان آذربایجان شرقی در مقایسه با داده های ایران و جهان پایین تر است. بر اساس داده های سال ۲۰۰۴ میزان مرگ تعدیل شده در اثر بیماری های غیر واگیر در جهان ۶۱۲ در یکصد هزار نفر بود. میزان بروز مرگ ناشی از بیماری های قلبی عروقی ۳۰۱، مرگ ناشی از سرطان ۱۳۰ و مرگ ناشی از آسیب و صدمات ۹۳ در یکصد هزار نفر جمعیت است. در ایران میزان مرگ ناشی از بیماری های غیر واگیر ۶۸۷، ناشی از بیماری های قلبی عروقی ۴۳۷، ناشی از سرطان ۱۰۶ و ناشی از آسیب ۹۵ در یکصد هزار نفر است (۱۰). مرگ و میر بالغین در چهار دهه گذشته در ایران افت کرده است

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود فرض می دانند که از همکاری کارشناسان بیماری های شبکه های بهداشت و درمان استان آذربایجان شرقی نهایت تقدیر و تشکر را به عمل آورند.

References

1. Murray C J, Lopez A D. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; **349**(9061):1269-1276.
2. World Health Organization. Health Systems: improving performance. World Health Report Geneva 2000.
3. Murray C J, Salomon J A, Mathers C D, Lopez A D. Summary Measures of Population Health Concepts, Ethics, Measurement and Applications. World Health Organization Geneva 2002.
4. Murray C J, Lopez A D, Brofsky J, Bryson-Cahn C H, Lozano R. Estimated population cause-specific mortality fractions from in-hospital mortality: validation of a new method. *PLOS Medicine* 2007; **4** (11): 326-338.
5. Murray C J, Lopez A D, Feehan D, Peter S H, Yang G. Validation of symptom pattern method for analyzing verbal autopsy data. *PLOS Medicine* 2007; **4** (11): 327-343.
6. Murray C J L, Laakso T, Shibuya K, Hill K, Lopez A D. Can we achieve Millennium Development Goal? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. *The Lancet* 2007; **370** (9592):1040-1054.
7. Naghavi M. national burden of disease and injury in IRAN. First edition. Tehran, Health Ministry, 2008.[in Persian]
8. Murray C J L, Rajaratnam J K, Marcus J, Laakso T, Lopez A D .What Can We Conclude from Death Registration? Improved Methods for Evaluating Completeness. *PLoS Med* 2010;**7**(4):
9. Molla MT, Madans JH, Wagener DK, Crimmins EM. Summary measures of population health: Report of findings on methodological and data issues. Hyattsville: National Center for Health Statistics. 2003. Available at : <http://permanent.access.gpo.gov/LPS113432/LPS113432/www.cdc.gov/nchs/data/misc/pophealth.pdf> [accessed May 2010]
10. World Health Organization .World Health Statistics ۲۰۰۹ WHO .2009.Geneva
11. Khosravi A, Taylor R, Naghavi M, Lopez A D. Mortality in the Islamic Republic of Iran, 1964–2004. *Bulletin of the World Health Organization* 2007; **85**(8):607-614