بررسی علل و روند ۵ ساله مرگ و میر استان ایلام از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰

زینب صدوقی[۱]، معصومه جواهری[۲]، بهروز سهرابیان[۳]، ایوب پورصفر[۴]، نازنین رضایی[۵]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: یکی از شاخص‌های مهم برای انجام برنامه‌ریزی‌های مربوط به سلامت جوامع، میزان و علل مرگ و میر در آن جوامع است. هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی علل و روند ۵ ساله مرگ و میر استان ایلام در محدوده سال ۸۶ تا ۹۰ بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر، یک مطالعه مقطعی- توصیفی- تحلیلی بود که بر روی داده‌های ثبت شده مرگ استان ایلام به تفکیک در مناطق شهری و روستایی از سال ۸۶ تا ۹۰ انجام شد. داده‌های مورد نیاز مطالعه توسط یک فرم محقق ساخته از اطلاعات جمع‌آوری شده توسط واحدهای گسترش و آمار مرکز بهداشت استان (سیستم ثبت مرگ) و نیز از آمارهای مرگ اعلام شده توسط سازمان ثبت احوال استان جمع‌آوری شده و مهم‌ترین علل مرگ به تفکیک استخراج گردید.

یافته‌ها: میزان مرگ در مناطق شهری و روستایی استان به ترتیب در سال ۸۶، ۳/۳ و ۵/۲ در هزار و در سال ۹۰ در حدود ۴/۶ و ۳/۶ در هزار گزارش شد. همچنین، میزان مرگ و میر در زنان طی این سال‌ها از ۳/۱ به ۳/۶ و در مردان از ۴/۸ به ۴/۹ رسید. بیشترین تعداد مرگ و میر در مناطق شهری و روستایی در گروه سنی ۷۰ سال به بالا و بیشترین علت مرگ در استان، بیماری‌های قلبی و عروقی بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که به ترتیب در شهر و روستا در سال ۸۶، با ۴۳/۹ درصد و ۳۶ درصد و در سال ۹۰، با ۵۲/۹ درصد و ۳۹/۱ درصد ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی بود. در طی سال‌های مورد بررسی ۸۶ تا ۹۰، سیر مرگ به علت بیماری‌های قلبی- عروقی افزایش، سرطان‌ها کاهش، سوانح و حوادث دارای نوسان بوده و در مجموع تا حدودی کاهش، خودکشی تا حدودی کاهش، کهولت کاهش و سایر موارد نیز به طور تقریبی ثابت بود. از آن‌جا که ابتلا به این دسته از بیماری‌ها تا حدود زیادی وابسته به سبک زندگی است، به نظر می‌رسد که انجام برنامه‌ریزی لازم از طریق وضع قوانین و مقررات و نیز آموزش در خصوص عوامل خطرساز سلامت نظیر استعمال دخانیات، بی‌تحرکی، رژیم غذایی نامناسب، اضطراب و... در راستای بهبود سبک زندگی افراد، زمینه کاهش این دسته از بیماری‌ها را فراهم می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: علل مرگ و میر، روند مرگ و میر، استان ایلام

ارجاع: صدوقی زینب، جواهری معصومه، سهرابیان بهروز، پورصفر ایوب، رضایی نازنین. **بررسی علل و روند ۵ ساله مرگ و میر استان ایلام از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۲ (۳): ۳۸۰-۳۷۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۳/۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۶/۲۷

مقدمه

یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سطح سلامت در جامعه، میزان مرگ است. در واقع، داده‌های مرگ بر حسب سن و جنس ورودی‌های اصلی سنجش وضعیت سلامت جامعه بوده و به همراه سایر اطلاعات اپیدمیولوژیک، اقتصادی و اجتماعی سنگ بنای اولیه تصمیم‌گیری‌های بهداشتی به شمار می‌رود (۲، ۱). اطلاع از علل مرگ، از دیدگاه انتقال اپیدمیولوژیک بخصوص برای کشورهای در حال توسعه، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تعداد مرگ و میر، نوع و شدت آن، توزیع سنی و جنسی فوت شدگان، امید زندگی در هنگام تولد و سایر مسایل مرتبط، از مهم‌ترین شاخص‌های بهداشتی و بالاتر از آن از اساسی‌ترین شاخص‌های توسعه انسانی در جوامع به شمار می‌رود (۳). شاخص‌هایی از قبیل میزان مرگ و میر کودکان مدت‌ها است که به عنوان یکی از ابزارهای توسعه اقتصادی- اجتماعی مورد استفاده قرار گرفته است (۴). بر خلاف این که اطلاعات قابل قبولی در مورد تعداد و علل مرگ و میر از طریق انجام بررسی‌های جمعیتی به دست می‌آید، اما روشی پر هزینه و وقت‌گیر بوده و نیازمند انجام چندین بررسی در طی یک سال است (۵). بهترین روش انتخابی برای پایش کردن اطلاعات جمعیتی استفاده از تعداد مرگ‌های به دست آمده از سیستم ثبت مرگ کشوری است. بر خلاف وجود سیستم ثبت مرگ

۱- کارشناس ارشد، گروه سلامت جمعیت و خانواده، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۲- کارشناس ارشد،گروه بیماری‌های واگیر، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳- کارشناس ارشد، گروه بهداشت محیط و حرفه‌ای، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۴- کارشناس، گروه گسترش شبکه، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۵- مربی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری و مامایی، خرم‌آباد، ایران
نویسنده مسؤول: نازنین رضایی
Email: rezaei_nazanin30@yahoo.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

در ایران، اطلاعات دقیقی در خصوص علل مرگ و میر به خصوص در سطوح استانی وجود ندارد.

نتایج مطالعه Gavrilova و همکاران گویای آن بود که طی دهه گذشته روسیه دو بحران مرگ و میر را در سال ۱۹۹۲ و ۱۹۹۸ میلادی تجربه کرده است. اطلاعات مربوط به مرگ و میر در سال ۲۰۰۱ میلادی نشان دهنده کاهش مرگ و میر در میان گروه های سنی جوان و افزایش مرگ و میر در میان سنین میان‌سالی و سالمندی بعد از سال ۱۹۹۸ میلادی بود (۶). نتایج مطالعه امانی و همکاران نشان داد که علل عمده مرگ در ایران در سال ۱۳۸۸ به ترتیب بیماری های قلبی و عروقی، سکته مغزی و تصادفات جاده‌ای بوده است (۷). نتایج حاصل از مطالعه‌ای نشان داد که ۵۳ درصد از فوت شدگان شهر تهران، مرد و ۳۷ درصد زن بودند. جنسیت ۹/۹ درصد (۳۹۶۴) از افراد نیز مشخص نبود و نسبت جنسی فوت شدگان برابر با ۱۳۹/۴ بوده است. یعنی در مقابل هر ۱۰۰ نفر زن فوت شده ۱۳۹ مرد در شهر تهران فوت شده اند. بیشترین درصد فوت شدگان به ترتیب به کودکان صفر ساله و افراد ۷۴-۷۰ ساله اختصاص دارد (۸).

استان ایلام یکی از استان‌های در حال توسعه ایران است که مانند سایر مناطق در حال توسعه، در حال تجربه کردن یک انتقال اپیدمیولوژیکی است که تاکنون در مورد وضعیت مرگ و میر و علل آن در این استان مطالعه جامعی صورت نگرفته است. از این‌رو، انجام مطالعاتی در خصوص علل مرگ و میر در این استان ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه حاضر به بررسی علل مرگ استان ایلام و روند آن در طی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰ پرداخت.

روش‌ها

تحقیق حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی است که بر روی داده‌های ثبت شده مرگ استان ایلام به تفکیک در مناطق شهری و روستایی در سال‌های ۸۶ تا۹۰ انجام شد. داده‌های مرگ به تفکیک گروه‌های مختلف سنی، به تفکیک جنس و همچنین، بر اساس محل سکونت (شهر یا روستا) محاسبه گردید. مهم‌ترین علل مرگ در استان نیز به تفکیک استخراج شد. داده‌های مورد نیاز برای انجام مطالعه، در قالب یک پرسش‌نامه محقق ساخته از میان اطلاعات جمع‌آوری شده توسط واحدهای گسترش و آمار مرکز بهداشت استان ایلام (سیستم ثبت مرگ) همچنین، از آمارهای مرگ و میر اعلام شده توسط سازمان ثبت احوال استان جمع‌آوری شد. پرسش‌نامه شامل اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس، محل سکونت و همچنین، علت مرگ بر اساس فرم استاندارد ۱۰ ICD (International classification of diseases) بود. علل مرگ در کلیه متوفیان جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی که بر اساس نظام ثبت مرگ و میر جمع‌آوری شده و بر اساس فرم استاندارد ۱۰ ICD بود، استخراج گردید.

علل فوت در ۶ رده تقسیم‌بندی شد که شامل بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان‌ها و تومورها، سوانح و حوادث، خودکشی، کهولت سن و سایر علل بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و Excel مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای داده‌های کمی از میانگین و انحراف معیار و برای داده‌های کیفی از فراوانی و فراوانی نسبی استفاده شد. میزان مرگ و میر به این صورت محاسبه گردید که تعداد کل موارد مرگ نسبت به کل جمعیت در هزار نفر جمعیت محاسبه گردید و برای محاسبه میزان علتی مرگ و میر از فرمول تعداد موارد مرگ به یک علت خاص در یک منطقه در زمان مشخص × k نسبت به کل جمعیت آن منطقه در آن زمان مشخص استفاده شد. برای محاسبه نسبت مرگ در یک گروه خاص، از رابطه میزان مرگ در یک گروه نسبت به گروه دیگر × ۱۰۰ به دست آمد (۹).

یافته‌ها

در محدوده زمانی ۵ ساله مورد بررسی سال‌های ۹۰-۱۳۸۶ در استان ایلام ۶۲ درصد از موارد مرگ در مناطق شهری و ۳۸ درصد در مناطق روستایی اتفاق افتاده است. میزان مرگ در سال ۸۶ در مناطق شهری و روستایی استان به ترتیب ۳/۳ و ۵/۲ در هزار و در سال ۹۰ به ۴/۶ و ۳/۶ در هزار افزایش یافت. در سال ۸۶ بیماری‌های قلبی و عروقی با ۴۳/۹ درصد (۵۱۴ مورد) در شهرها و با ۳۶ درصد (۳۷۳ نفر) در روستاها، بیشترین علت مرگ و میر بود. در همین زمان، میزان خودکشی در شهرهای استان با ۴/۴ درصد (۵۲ نفر) و در روستاها با ۵/۲ درصد (۵۴ نفر) کمترین علت مرگ و میر گزارش شد. در سال ۸۷ نیز بیماری‌های قلبی و عروقی با ۴۳/۹ درصد (۵۹۷ نفر) در شهرها و با میزان ۳۳/۲ درصد (۲۸۷ نفر) در روستاها، بیشترین علت مرگ و خودکشی در شهرهای استان با ۵/۱ درصد (۷۰ نفر) و در روستاها با ۶/۸ درصد (۵۹ نفر) کمترین علت مرگ را به خود اختصاص داد.

در سال ۸۸ بیماری‌های قلبی و عروقی در شهرها با ۵۰/۷ درصد (۶۲۵ مورد) و در روستاها با ۴۱/۱ درصد (۳۶۴ نفر) بیشترین علت مرگ و خودکشی در شهرهای استان با ۳/۹ درصد (۴۸ نفر) و در روستاها با ۵/۱ درصد (۴۵ نفر) کمترین علت مرگ گزارش شد. در سال ۸۹ بیماری‌های قلبی و عروقی در شهرها با ۴۹/۵ درصد (۷۴۲ مورد) و در روستاها با میزان ۳۶/۲ درصد (۲۷۴ نفر) بیشترین علت مرگ و کهولت در شهرهای استان با ۴/۱ درصد (۶۲ نفر) و در روستاها خودکشی با ۷ درصد (۵۳ نفر) کمترین علت مرگ را به خود اختصاص داد. در سال ۹۰ بیماری‌های قلبی و عروقی در شهرها با ۵۲/۹ درصد (۸۷۰ مورد) و در روستاها با میزان ۳۹/۱ درصد (۲۸۳ نفر) بیشترین علت مرگ و میر و کهولت سن در شهرهای استان با ۶۰ نفر (۳/۶ درصد) و خودکشی در روستاها با ۳۵ نفر (۴/۸ درصد) کمترین علت مرگ و میر بود.

در کل سال‌های مورد مطالعه، بیشترین علل فوت در استان ایلام مربوط به بیماری‌های قلبی و عروقی بود. در سال‌های ۸۶ تا ۹۰ بیماری‌های قلبی- عروقی به ترتیب با ۴۰/۲۰، ۳۹/۷۱، ۴۶/۷۱، ۴۵/۰۷و ۴۸/۶۷ درصد بیشترین سهم و خودکشی در همین سال‌ها به ترتیب با ۴/۸۰، ۵/۶۶، ۴/۳۹، ۶/۰۳ و ۴/۹۸ درصد، کمترین سهم از علل مربوط به مرگ را به خود اختصاص داد. در طی سال‌های مورد بررسی ۸۶ تا ۹۰، سیر مرگ به علت بیماری‌های قلبی- عروقی افزایش، سرطان‌ها کاهش، سوانح و حوادث دارای نوسان و در مجموع تا حدودی کاهش، خودکشی تا حدودی کاهش، کهولت کاهش و سایر موارد نیز به طور تقریبی ثابت بود (جدول ۱).

سال ۸۷ با تعداد مرگ ۲۳۶۹ نفر بیشترین و سال ۸۸ با تعداد مرگ ۲۱۱۷ نفر کمترین میزان مرگ را در سال‌های مورد مطالعه دارا بود. میزان مرگ و میر در زنان از ۳/۱ در سال ۸۶ به ۳/۶ در هزار در سال ۹۰ و در مردان از ۴/۸ در سال ۸۶ به ۴/۹ در هزار در سال ۹۰ افزایش یافت. در تمامی سال‌های مورد بررسی، میزان مرگ و میر مردان نسبت به زنان (۵۵/۴ درصد در مردان و ۴۴/۶ درصد در

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

زنان) و نیز نقاط شهری نسبت به مناطق روستایی (۶۰/۶ درصد مرگ‌ها در نقاط شهری و ۳۹/۴ درصد در نقاط روستایی) سهم بیشتری از مرگ‌ها را به خود اختصاص داد.

در سال ۸۶ بیماری قلبی- عروقی ۴۰/۲۰ درصد، سایر موارد ۱۹/۷۶ درصد، سرطان‌ها ۱۳/۷۳ درصد، سوانح و حوادث ۱۲/۰۵ درصد، کهولت ۹/۴۲ درصد و خودکشی ۴/۸۰ درصد به ترتیب رتبه های اول تا ششم علل مرگ را داشت که همین رتبه در سال‌های ۸۷ تا ۹۰ به این صورت بود:

سال ۸۷ (سهم هر مورد با درصد): بیماری قلبی- عروقی ۳۹/۷۱، سایر موارد ۱۸/۱۰، سرطان‌ها ۱۳/۸۸، سوانح و حوادث ۱۳/۲۵، کهولت ۹/۴۷، خودکشی ۵/۶۶.

سال ۸۸ (سهم هر مورد با درصد): بیماری قلبی- عروقی ۴۶/۷۱، سایر موارد ۱۸/۱۰، سوانح و حوادث ۱۲/۷۵، سرطان‌ها ۱۰/۱۰، کهولت ۸/۴۰، خودکشی ۴/۳۹.

سال ۸۹ (سهم هر مورد با درصد): بیماری قلبی- عروقی ۴۵/۰۷، سایر موارد ۱۸/۲۳، سوانح و حوادث ۱۲/۳۳، سرطان‌ها ۱۱/۲۶، کهولت ۷/۰۵، خودکشی ۶/۰۳.

سال ۹۰ (سهم هر مورد با درصد): بیماری قلبی- عروقی ۴۸/۶۷، سایر موارد ۱۷/۰۱، سرطان‌ها ۱۱/۶۵، سوانح و حوادث ۱۱/۳۵، کهولت ۶/۳۳، خودکشی ۴/۹۸.

میزان مرگ و میر در گروه سنی زیر یک سال شهر و روستا در سال ۸۹ کاهش؛ در حالی که در سال‌های ۸۷ و ۹۰ افزایش قابل توجهی داشت.

میزان مرگ در گروه سنی جوانان و میان‌سالان شهر و روستا به جز در سال ۸۷ که در سطح روستا در گروه سنی ۴۹-۴۰ سال افزایش و در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال کاهش قابل توجهی داشته است، در کلیه موارد کاهش یافت (جدول ۲).

با توجه به علل مرگ و جنسیت متوفیان، مشخص شد که از کل فوت شدگان در تمامی علل به جز خودکشی، سهم مرگ و میر در مردان نسبت به زنان همواره بالاتر بود.

بحث

در سال‌های مورد بررسی (۹۰-۸۶) به جز این که در سال‌های ۸۸ و ۸۹ ترتیب سوانح و حوادث با سرطان‌ها در رتبه سوم مرگ جابه‌جا شد، در سایر سال‌های مورد بررسی علل مرگ به این ترتیب بود که بیماری‌های قلبی- عروقی، سایر موارد، سرطان‌ها، سوانح و حوادث، کهولت و خودکشی به ترتیب رتبه های اول تا ششم علل مرگ را به خود اختصاص داد. در طی سال‌های مورد بررسی ۸۶ تا ۹۰، سهم مرگ در خصوص بیماری‌های قلبی- عروقی از کل مرگ‌ها افزایش، سرطان‌ها و سوانح و حوادث دارای نوسان و در مجموع کاهش، خودکشی، کهولت و سایر موارد تا حدودی کاهش یافت؛ در حالی که نتایج برخی مطالعات نشان دهنده افزایش سیر مرگ و میر با علت سوانح و حوادث و سرطان‌ها است (۱۰).

جدول ۱. توزیع فراوانی و رتبه‌بندی مرگ به تفکیک سال فوت از سال ۹۰-۸۶

علت فوت	شاخص	سال فوت				
		۸۶	۸۷	۸۸	۸۹	۹۰
بیماری‌های قلبی و عروقی	تعداد (درصد)	۸۸۷ (۴۰/۲۰)	۸۸۴ (۳۹/۷۱)	۹۸۹ (۴۶/۷۱)	۱۰۱۶ (۴۵/۰۷)	۱۱۵۳ (۴۸/۶۷)
	میزان	۱۷۲/۳۷	۱۶۶/۲۲	۱۸۱/۵۵	۱۸۴/۷۶	۲۰۷/۵۴
	رتبه	۱	۱	۱	۱	۱
سرطان‌ها و تومورها	تعداد (درصد)	۳۰۳ (۱۳/۷۳)	۳۰۹ (۱۳/۸۸)	۲۱۴ (۱۰/۱۰)	۲۵۴ (۱۱/۲۶)	۲۷۶ (۱۱/۶۵)
	میزان	۵۸/۸۸	۵۸/۱۰	۳۹/۲۸	۴۶/۱۹	۴۹/۶۸
	رتبه	۳	۳	۴	۴	۳
سوانح و حوادث	تعداد (درصد)	۲۶۶ (۱۲/۰۵)	۲۹۵ (۱۳/۲۵)	۲۷۰ (۱۲/۷۵)	۲۷۸ (۱۲/۳۳)	۲۶۹ (۱۱/۳۵)
	میزان	۵۱/۶۹	۵۵/۴۷	۴۹/۵۶	۵۰/۵۵	۴۸/۴۲
	رتبه	۴	۴	۳	۳	۴
خودکشی	تعداد (درصد)	۱۰۶ (۴/۸۰)	۱۲۹ (۵/۶۶)	۹۳ (۴/۳۹)	۱۳۶ (۶/۰۳)	۱۱۸ (۴/۹۸)
	میزان	۲۰/۵۹	۲۴/۲۵	۱۷/۰۷	۲۴/۷۳	۲۱/۲۴
	رتبه	۶	۶	۶	۶	۶
کهولت	تعداد (درصد)	۲۰۸ (۹/۴۲)	۲۱۱ (۹/۴۷)	۱۷۸ (۸/۴۰)	۱۵۹ (۷/۰۵)	۱۵۰ (۶/۳۳)
	میزان	۴۰/۴۲	۳۹/۶۷	۳۲/۶۷	۲۸/۹۱	۲۷/۰۰
	رتبه	۵	۵	۵	۵	۵
سایر موارد	تعداد (درصد)	۴۳۶ (۱۹/۷۶)	۳۹۸ (۱۸/۱۰)	۳۷۳ (۱۸/۱۰)	۴۱۱ (۱۸/۲۳)	۴۰۳ (۱۷/۰۱)
	میزان	۷۲/۸۴	۷۴/۸۳	۶۸/۴۷	۷۴/۷۴	۷۲/۵۴
	رتبه	۲	۲	۲	۲	۲

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

جدول ۲. توزیع میزان مرگ و میر به تفکیک گروه‌های سنی، محل سکونت و سال فوت

گروه سنی	سال فوت	شهر					روستا				
		سال ۸۶	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۹	سال ۹۰	سال ۸۶	سال ۸۷	سال ۸۸	سال ۸۹	سال ۹۰
زیر یک سال	فراوانی	۲۱	۴۸	۲۰	۶	۹۴	۱۲	۳۸	۶	۷	۵۰
	میزان	۴/۴۶	۹/۹۶	۳/۵۶	۱/۰۰	۱۶/۰۰	۳/۴۵	۱۰/۹۵	۱/۷۱	۲/۱۶	۱۴/۶۵
۱-۴	فراوانی	۵۷	۱۹	۲۹	۴۶	۲۷	۴۶	۱۳	۲۷	۲۲	۶
	میزان	۳/۱۲	۱/۰۳	۱/۳۸	۱/۹۶	۱/۱۳	۴/۱۴	۱/۰۹	۲/۳۴	۱/۸۴	۰/۴۹
۵-۹	فراوانی	۲۷	۶۷	۲۷	۳۰	۱۰	۲۲	۴۶	۱۵	۲۰	۴
	میزان	۱/۱۰	۲/۷۸	۱/۱۳	۱/۳۴	۰/۴۰	۱/۵۹	۳/۱۹	۱/۰۷	۱/۴۵	۰/۲۷
۱۰-۱۹	فراوانی	۴۸	۱۱۳	۵۸	۴۸	۴۴	۴۶	۸۲	۴۰	۴۴	۲۶
	میزان	۰/۵۹	۱/۴۳	۰/۷۶	۰/۶۴	۰/۵۹	۰/۸۹	۱/۷۱	۰/۹۵	۱/۱۵	۰/۷۴
۲۰-۲۹	فراوانی	۱۰۰	۸۱	۱۲۵	۱۴۵	۱۵۱	۹۷	۴۹	۷۹	۸۳	۵۲
	میزان	۱/۴۵	۱/۱۶	۱/۴۸	۱/۶۷	۱/۷۲	۱/۷۳	۰/۷۲	۱/۴۰	۱/۵۰	۰/۹۵
۳۰-۳۹	فراوانی	۵۶	۱۰۴	۶۰	۹۰	۱۰۹	۵۴	۴۴	۴۳	۴۰	۴۳
	میزان	۱/۸۰	۲/۱۳	۱/۰۸	۱/۵۸	۱/۸۸	۱/۸۵	۱/۴۱	۱/۳۷	۱/۲۵	۱/۲۸
۴۰-۴۹	فراوانی	۸۷	۱۱۹	۸۹	۱۱۵	۹۹	۴۳	۸۳	۳۵	۳۶	۳۷
	میزان	۳/۰۸	۴/۰۳	۲/۶۲	۳/۳۳	۲/۷۶	۲/۵۱	۴/۶۲	۱/۹۲	۱/۸۹	۱/۸۸
۵۰-۵۹	فراوانی	۱۱۴	۱۷۱	۱۱۰	۱۲۶	۱۴۱	۸۶	۸۲	۶۹	۶۱	۶۰
	میزان	۷/۰۰	۹/۷۵	۵/۳۲	۵/۹۸	۶/۵۴	۶/۰۹	۵/۴۵	۴/۶۵	۴/۰۶	۳/۹۷
۶۰-۶۹	فراوانی	۱۳۰	۳۱۹	۱۴۶	۱۸۱	۱۹۷	۹۹	۱۷۲	۱۲۰	۷۱	۸۰
	میزان	۱۶/۷۰	۳۸/۹۴	۱۶/۲۳	۱۹/۵۳	۲۱/۳۰	۱۴/۵۹	۲۳/۷۰	۱۵/۴۱	۸/۷۵	۹/۳۴
> ۷۰	فراوانی	۵۳۰	۳۲۲	۵۶۸	۷۱۱	۷۷۴	۵۳۱	۲۵۶	۴۵۱	۳۷۲	۳۶۵
	میزان	۷۹/۶۹	۴۶/۴۰	۶۵/۸۰	۷۹/۵۴	۸۸/۱۰	۶۵/۲۹	۳۰/۵۴	۵۵/۱۵	۴۵/۴۰	۴۴/۰۸
جمع کل		۱۱۷۰	۱۳۶۱	۱۲۳۲	۱۴۹۸	۱۶۴۶	۱۰۳۶	۸۶۵	۸۸۵	۷۵۶	۷۲۳

توزیع فراوانی مرگ و میر به تفکیک گروه‌های سنی مبین این مطلب است که در کل سال‌های مورد مطالعه بیشترین تعداد مرگ و میر در مناطق شهری و روستایی در گروه سنی ۷۰ سال به بالا بود. نتایج مطالعه میرزایی و علیخانی نشان داد که علل عمده مرگ و میر بیماری‌های قلبی- عروقی و بیشترین درصد فوت شدگان مربوط به جمعیت ۸۰ سال و بیشتر است (۱۱). همچنین، نتایج مطالعه راستگو چلمردی نشان داد که در سال‌های ۸۶-۸۵ بیماری‌های قلبی- عروقی بیشترین عامل مرگ و میر را در شهرستان ساری شامل شد که همه این نتایج همسو با نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر است (۱۲). بر اساس گزارش منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت در ژوئن سال ۲۰۱۱، مهم‌ترین علل مرگ در کشورهای در حال توسعه مربوط به بیماری‌های قلبی- عروقی بوده است؛ در حالی که در کشورهای توسعه نیافته مهم‌ترین عامل مرگ ابتلا به بیماری‌های عفونی می‌باشد که تأیید کننده نتایج حاصل از مطالعه حاضر است (۱۳). همچنین، در گزارش سازمان جهانی بهداشت در آوریل ۲۰۱۱، درصد مرگ در سال ۲۰۰۸ در مناطق شهری ۵۵ درصد و در مناطق روستایی ۴۵ درصد بیان شده است. در این گزارش میزان مرگ در مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۶/۱۸ نفر و ۵/۸۱ نفر در هزار نفر اعلام شده است (۱۳) که تأیید کننده نتایج مطالعه دیگری در خراسان شمالی است (۱۴) که همه آن‌ها با نتایج حاصل از مطالعه حاضر همخوانی دارد.

نتایج حاصل از مطالعه کاظمی‌پور نشان داد که ۵۳ درصد از فوت شدگان شهر تهران مرد و ۳۷ درصد زن بودند. جنسیت ۹/۹ درصد (۳۹۶۴) نیز مشخص نبود. نسبت جنسی فوت شدگان شهر تهران در سال ۱۳۷۵ برابر با ۱۳۹/۴ بوده است. بیشترین درصد فوت شدگان به کودکان صفر ساله اختصاص داشت و پس از آن بیشترین مرگ و میر در گروه سنی ۷۴-۷۰ ساله گزارش شده است (۸). نتایج به دست آمده از مطالعه پیله‌ور و همکاران در استان خراسان شمالی (۱۴) و مطالعه حاضر نیز تأیید کننده این نتایج هستند.

نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که هرچه شرایط اجتماعی و اقتصادی مناسب‌تر باشد، میزان مرگ و میر افراد در سنین پایین کمتر خواهد بود (۴). نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده افزایش میزان و درصد مرگ در گروه سنی زیر یک سال در سال‌های ۸۷ و ۹۰ و کاهش این شاخص در سال ۸۹ بود. با توجه به این که شهری با موقعیت ایلام که از لحاظ برخورداری از شاخص‌های کیفیت زندگی، از مناطق شهری نیمه برخوردار از شاخص‌های کیفیت زندگی، مرزی و محروم به شمار می‌رود، به نظر می‌رسد که بهبود وضعیت ثبت مرگ یکی از

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

دلایل افزایش این آمار باشد (۱۵). از طرف دیگر، عدم وجود برنامه مدون و قابل پیش‌بینی نیز می‌تواند یکی از مهم‌ترین دلایل این نوسان در روند مرگ کودکان باشد.

در مطالعه زاهد و رضایی ارجرودی مشخص شد که تعداد مرگ بر اثر حوادث رانندگی در کشور از سال ۱۳۷۳ تا ۱۳۸۱ به طور متوسط دارای رشد سالانه معادل ۸/۴۴ درصد می باشد که این میزان از آمار بسیاری از کشورهای در حال توسعه بالاتر بوده و در مقایسه با معیارهای جهانی، کشور را در جایگاه بسیار نامطلوب و نگران کننده ای قرار می‌دهد (۱۶). نتایج حاصل از مطالعه حاضر، نشان دهنده افزیش سهم مرگ در اثر سوانح و حوادث در سال ۸۷ نسبت به سال ۸۶ و سپس، سیر نزولی و البته خفیف سهم آن در ۳ سال بعدی مورد مطالعه است. می توان علت بالا بودن مرگ و میر بر اثر حوادث و سوانح در استان را ناشی از افزایش وسایل نقلیه و حرکت به سوی صنعتی شدن در سال‌های اخیر و حوادث ناشی از آن بدون بالا بردن استاندارد زندگی در شرایط جدید از جمله راه‌ها و جاده های نامناسب در مقابل تردد بسیار زیاد وسایط نقلیه به ویژه در ایام تعطیل سال به علت واقع شدن استان در راه تردد وسایل نقلیه سنگین به کشور عراق و دیگر عوامل اجتماعی به عنوان تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت دانست. سطوح مختلف پیشگیری در کنترل آسیب ها نظیر آموزش ایمنی، ارتقای تدابیر حفاظتی، مراقبت اولیه و فوری در محل حادثه، استاندارد نمودن تجهیزات و شرایط کارگاه‌ها، از بین بردن عوامل سببی کاهش سرعت، علامت گذاری صحیح، تشدید اجرای قوانین راهنمایی و رانندگی و خدمات بازتوانی از جمله اقدامات مفید در پیشگیری از سوانح و حوادث و مرگ ناشی از آن‌ها خواهد بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که مهم‌ترین علل مرگ و میر در کشور اغلب بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها و حوادث جاده‌ای است و این موارد نیز اغلب به دلیل عدم وجود اطلاعات درست در زمینه راه‌های پیشگیری از آن و سبک زندگی غلط می‌باشد، به نظر می‌رسد که انجام بررسی‌های هرچه بیشتر در این زمینه توسط برنامه‌ریزان و دست اندرکاران اجرایی از جمله معاونت سلامت وزارت بهداشت و همچنین، فرهنگ‌سازی و تغییر رفتارهای غلط روانی و تغذیه‌ای نظیر استعمال دخانیات، بی‌تحرکی، رژیم غذایی، اضطراب، ناآگاهی و عدم رعایت قوانین راهنمایی و رانندگی با همکاری سایر سازمان‌ها مانند آموزش و پرورش، صدا و سیما و... می‌تواند تا حدود زیادی در این زمینه کمک کننده باشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم دسترسی به برخی از آمارهای مفید و قابل تفسیر مانند وضعیت تأهل و اشتغال افراد متوفی بود. با بهبود وضعیت ثبت مرگ و میر می‌توان از نتایج آن برای بهبود برنامه ریزی‌های بهداشتی در راستای کاهش مرگ و میر و بهبود این روند استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند تا از کارکنان بخش اطلاع رسانی مرکز آمار ایران و مرکز بهداشت استان ایلام به خاطر ارایه اطلاعات مورد نیاز مرگ و میر، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

References

1. Saraei H. Primary analytical method of population, with emphasis on fertility. Tehran, Iran: University of Tehran; 2008. [In Persian].
2. Zanjani H. Analysis of demography. Tehran, Iran: Samt Publications; 2008. [In Persian].
3. Mehdipour P, Navidi I, Parsaeian M, Mohammadi Y, Moradi LM, Rezaei DE, et al. Application of gaussian process regression (GPR) in estimating under-five mortality levels and trends in Iran 1. Arch Iran Med 2014; 17(3): 189-92.
4. Hedayat-Shushtari N. Evaluation the causes and factors of economic - social and demographic affecting the mortality of children under five years of Shushtar in 2009. Journal of Population. 2009; (69-70): 133-55. [In Persian].
5. Mohammadi Y, Parsaeian M, Farzadfar F, Kasaeian A, Mehdipour P, Sheidaei A, et al. Levels and trends of child and adult mortality rates in the Islamic Republic of Iran, 1990-2013; protocol of the NASBOD study. Arch Iran Med 2014; 17(3): 176-81.
6. Gavrilova NS, Semyonova VG, Evdokushkina GN. Mortality crisis in Russia: new health threats. Proceedings of the Annual Meeting of the Population Association of America; 2002 May 9-11, Atlanta, GA.
7. Amani F, Kazemnejad A, Habibi R, Hajizadeh E. Pattern of mortality trend in Iran during 1970-2009. J Gorgan Univ Med Sci 2010; 12(4): 85-90. [In Persian]..
8. Kazemipour S. The level of the causes and determinants of mortality in Tehran in 1996. Journal of Social Sciences 2003; 11(1): 1-30. [In Persian].
9. Khoshbin S, Rahimi AD, Motlagh ME, Navaeian N. Directory crowd. Tehran, Iran: Arvich; 2006. [In Persian].
10. Yavari P, Abadi A, Mehrabi Y. Mortality and changing epidemiological trends in Iran during 1979-2001. Hakim Res J 2003; 6(3): 7-14. [In Persian].
11. Mirzaei M, Alikhani L. Estimates and factors on mortality levels in Tehran in 1384 and its epidemiological developments in the past thirty years. Journal of Population Association of Iran 2005; 2(3): 30-60. [In Persian].
12. Rastgu-Chalmardi A. The estimation of mortality levels and the factors affecting the rural population of the city of Sari in 86-85 years [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Central Tehran Branch, Islamic Azad University; 2007. [In Persian].
13. World Health Organization. Health statistics and information systems [Online]. [cited 2011]; Available from: URL: http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en
14. Pilehvar AA, Feizabadi R, Afra H. Effective Etiology and geographic distribution of deaths in North Khorasan Province. Journal of Geography and Regional Development Reseach 2012; 19: 119-42.
15. Faraji Mollaie A, Azimi A, Ziyari K. Analysis of the dimensions of the Quality of Life in the urban areas of Iran. Research and Urban Planning 2010; 1(2): 1-16. [In Persian].
16. Zahed F, Rezaei-Arjrudi A. The estimated external cost of road sector the country's social environment (with an emphasis on road accidents). Journal of Environmental Sciences and Technology 2006; 8(3): 35-42. [In Persian].

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

Journal of Health System Research
Vol. 12, No. 3, Autumn 2016
Received: 27.05.2016
Accepted: 17.10.2016

Examining the Cause and Five Year Trend of Mortality Rate from 2007 to 2011 in Ilam Province, Iran

Zinab Sadooghi[1], Masoumeh Javaheri[2], Behrouz Sohrabian[3], Ayoub Poursafar[4], Nazanin Rezaei[5]

Original Article

Abstract

Background: One of the most important health indicators for the health planning within a society is the rates and causes of mortality within that society. The aim of the present study was to investigate the causes and the 5-year trend of mortality (from 2007 to 2011) in Ilam Province, Iran.

Methods: This descriptive, analytical, and cross-sectional study was conducted on the documented mortality data of Ilam Province divided by urban and rural areas from 2007 to 2011. Data were collected using a researcher-made questionnaire from the statistics units of the provincial health center (death registration system) and the provincial Civil Registration Organization.

Findings: The mortality rate in urban and rural areas of Ilam Province was, respectively, 3.3 and 5.2 per 1000 persons in 2007 and about 4.6 and 3.6 per 1000 persons in 2011 years. During these years, the mortality rate increased from 3.1 to 3.6 among women and from 4.8 to 4.9 among men. The highest number of deaths in urban and rural areas was observed in the age group of 70 years and older. In addition, cardiovascular disease was the most prevalent cause of death.

Conclusion: The results of this study showed that in urban and rural areas, respectively, 43.9% and 36% deaths in 2007, and 52.9% and 39.1% of death in 2011 were caused by cardiovascular diseases. During the study period, the trend of mortality due to cardiovascular diseases, cancers, accidents, suicide, aging, and other cases, respectively, increased, decreased, fluctuating but overall decreased, somewhat decreased, decreased, and were almost constant. Given that the incidence of these diseases is largely dependent on lifestyle, it seems that strategies to improve lifestyles through education and laws and regulations on risk factors such as smoking, lack of exercise, diet, stress, and etcetera provide the basis for reducing these diseases.

Keywords: Cause of mortality, Trend of mortality, Ilam province

Citation: Sadooghi Z, Javaheri M, Sohrabian B, Poursafar A, Rezaei N. **Examining the Cause and Five Year Trend of Mortality Rate from 2007 to 2011 in Ilam Province, Iran.** J Health Syst Res 2016; 12(3): 375-80.

1- Department of Population and Family Health, Vice Chancellor of Health, Ilam University Medical of Sciences, Ilam, Iran
2- Department of Communicable Diseases, Vice Chancellor of Health, Hamedan University Medical of Sciences, Hamedan, Iran
3- Department of Environmental and Professional Health, Vice Chancellor of Health, Ilam University Medical of Sciences, Ilam, Iran
4- Department of Network Expansion, Vice Chancellor of Health, Ilam University Medical of Sciences, Ilam, Iran
5- Lecturer, Social Determinants of Health Research Center AND, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
Corresponding Author: Nazanin Rezaei, Email: nazaninrezaei37@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]