

بررسی اپیدمیولوژیک، مرگ و میر بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد در سال ۱۳۹۰

دکتر غفار علی محمودی* - دکتر پیمان آستارکی** - دکتر خاطره عنبری*** - دکتر سیما خیاط پیشه***

* استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
** استادیار، گروه آمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
*** پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

چکیده

مقدمه و هدف: بررسی اپیدمیولوژیک در مورد علل مرگ و میر ضرورتی انکارناپذیر برای سیاست گذاری های بهداشتی و کنترل بیماری ها و حتی پاسخگویی در سطح جامعه است. این مطالعه به منظور بررسی اپیدمیولوژی مرگ و میر براساس توزیع سنی، محل زندگی بیماران از نظر زندگی در شهر یا روستا، نوع بخش و مدت بستری و علت نهایی مرگ در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد لرستان در سال ۱۳۹۰ انجام گردید است.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی گذشته نگر، پرونده ۸۶۳ مورد مرگ و میر در بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد لرستان در سال ۱۳۹۰ بررسی شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه می باشد. برای گروه بندی علل مرگ و میر بر اساس نوع بیماری منجر به فوت استفاده شده است. اطلاعات جمع آوری شده با روش های آماری، توصیفی نظیر جداول توزیع فراوانی، جداول توافقی، میانگین، انحراف معیار و نسبت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در این مطالعه مشخص گردید که بیشترین میزان مرگ و میر در گروه سنی بالای ۶۰ سال اتفاق افتاده است. مرگ و میر در مردان با شیوع ۶۲/۸٪ شایع تر از زنان با شیوع ۳۷/۳٪ بوده است و اکثر مرگ ها در طی ۲۴ ساعت پس از ورود به بیمارستان اتفاق افتاده اند. میزان خام مرگ در این مطالعه ۲/۹۳٪ است؛ که از این میزان بیشترین مرگ مربوط به دهه ۷۰ زندگی و کمترین آن مربوط به سنین بیش از ۱۰۰ سال می باشد. ۸۰٪ موارد مرگ مربوط به جمعیت شهری می باشد. در کل شایع ترین علل مرگ و میر به ترتیب بیماری های ناشی از علل خارجی و حوادث (۲۸/۵۱٪)، بیماری های داخلی (۲۲/۷۹٪)، بیماری های ایسکمیک مغزی و نورولوژیک (۱۷/۱٪)، جراحی (۸/۸٪)، سرطان (۷/۵٪)، بیماری های قلب عروقی (۷٪) و بیماری های عفونی و انگلی (۴/۲٪) شناخته شدند. از این میان بیشترین موارد مرگ (۴۵/۷٪) در بخش اورژانس حادث گردیده است.

نتیجه گیری: برای افزایش امید به زندگی بایستی به پیشگیری از سوانح و حوادث، علل زمینه سازهای بیماری داخلی و بیماری های ایسکمیک مغزی اهمیت بیشتری داده و در کاهش هرچه بیشتر عوامل خطر کوشید و شایع بودن حوادث و سوانح ناشی از مرکز تروماتولوژی بیمارستان مورد مطالعه می باشد.

واژه های کلیدی: امید به زندگی، اپیدمیولوژی، خرم آباد، مرگ و میر.

وصول مقاله: ۱۳۹۲/۴/۱۵

تایید مقاله: ۱۳۹۲/۷/۳۰

نویسنده پاسخگو: دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی لرستان تلفن: ۰۶۶۱۳۲۴۲۵۲۰

مقدمه

راحت و آسان به بیمارستان و افزایش امکانات سبب می شود که افراد قبل از مرگ به بیمارستان منتقل شوند؛ این درحالیست که میزان مرگ و میر در بیمارستان ارتباط تنگاتنگی با امکانات و تجهیزات پزشکی بیمارستان، نوع سرویس بیمارستانی و بخش های آن و شاید کیفیت ارایه مراقبت های پزشکی و پرستاری، مشخصات بیماران بستری (سن، جنس، وضعیت اجتماعی و اقتصادی) و بیمارانی که به بیمارستان

مرگ، توقف کامل و بدون بازگشت اعمال حیاتی بدن است و علت مرگ از دیدگاه پزشک، بیماری یا جراحت و شرایطی است که تحت آن شرایط، مرگ اتفاق می افتد. مرگ و میر بیمارستانی امروز قسمت بزرگی از مرگ های جامعه را به خود اختصاص می دهد. دسترسی

بهداشتی و تخصیص منابع و الویت های توسعه سلامت نگر بخش بهداشت درمان و همچنین به از بین بردن عوامل اصلی مرگ های زودرس و پژوهش همه گیری شناختی کمک خواهد نمود (۴). لذا جهت شناخت بهتر علل منجر به فوت، تصمیم به بررسی علل مرگ و میر در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهدای عشایر شهرستان خرم آباد در سال ۱۳۹۰ گرفتیم.

روش پژوهش

این مطالعه توصیفی - تحلیلی بصورت مقطعی (Cross _ Sectional) در فاصله زمانی یک فروردین سال ۱۳۹۰ لغایت ۲۹ اسفند ماه ۱۳۹۰ بر روی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان عشایر شهرستان خرم آباد که فوت شده اند صورت گرفت. در این مطالعه متغیرهای سن، جنس، تاهل، شغل، مدت بستری، محل سکونت، زمان فوت، نحوه صدور مجوز فوت، متغیرهای مستقل بوده در حالی که علت نهایی فوت متغیر وابسته می باشد. در این پژوهش متغیر نهایی، علت نهایی مرگ می باشد.

ابتدا تمام متغیرها به صورت پرسشنامه طراحی شدند و سپس پرونده های مربوط به کلیه بیماران فوت شده به هر علتی، که در طی سال ۱۳۹۰ در بیمارستان شهدای عشایر بستری بودند و همچنین پرونده های این بیماران در پزشکی قانونی مورد مطالعه قرار گرفت و اطلاعات مورد نظر استخراج و در پرسشنامه ها درج شد. با توجه به اینکه دستورالعمل کشوری نحوه صدور مجوز فوت در سال ۱۳۸۳ در کل کشور ابلاغ گردیده است؛ بیماران فوتی به دو گروه بیماران مشکوک و غیرمشکوک تقسیم بندی می گردند. موارد مشکوک شامل قتل، خودکشی، حوادث رانندگی، نزاع، مسمومیت، سوء مصرف مواد مخدر، حوادث غیر مترقبه، حوادث کار و مرگ در بازداشتگاه می باشند. درحالی که مرگ های غیرمشکوک به عللی غیر از علل فوق رخ می دهند، اتیولوژی و آسیب شناسی مرگ با بررسی دقیق براساس یافته های بالینی قابل تشخیص می باشد.

در نهایت پرسشنامه ها جهت تجزیه و تحلیل آماری در اختیار مشاور آماری قرار گرفت. پس از جمع آوری اطلاعات جهت توصیف آنها از آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار و نسبت و درصد های فراوانی استفاده شد. همچنین از آمار استنباطی نظیر کای-اسکوئر جهت مقایسه علل مرگ و میر در زیر گروه های مختلف استفاده شد.

این بیمارستان مهم ترین بیمارستان عمومی و ارجاعی استان لرستان می باشد که در زمان مطالعه بعنوان یک مرکز آموزشی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان، جهت آموزش دستیاران رشته تخصصی داخلی و دانشجویان مقطع پزشکی عمومی، پرستاری، پیراپزشکی و بهداشت فعالیت می کند. عمده ترین بخش های این بیمارستان عبارتند از بخش داخلی (شامل سرویس های جنرال، قلب و عروق، گوارش، غدد، روماتولوژی، نفرولوژی، هماتولوژی، نورولوژی و عفونی)، بخش جراحی

مراجعه می نمایند و نیز اپیدمیولوژی بیماری های آن منطقه دارد. هدف و وظیفه اصلی بخش سلامت در هر جامعه پیشگیری، تأمین، حفظ و ارتقای سلامت آن جامعه می باشد. شناسایی الگو و علل بروز مرگ و مقابله با عوامل اتیولوژی آن، یکی از مناسب ترین راهبردها برای افزایش طول عمر می باشد. به دست آوردن این اطلاعات از اساسی ترین مبنای برنامه ریزی، مدیریت و ارزشیابی و پاسخگویی در صورت لزوم در بخش بهداشت در کشورها می باشد.

علیرغم اهمیت بالا و حیاتی اطلاعات دقیق مربوط به مرگ و میر، برنامه ریزی و مدیریت در بخش سلامت متأسفانه فقط چند کشور توسعه یافته این آمارها را به نحو دقیقی در اختیار دارند (۱). در بعضی از کشورهای آمریکای لاتین و شرق آسیا فقط تعداد محدودی توانسته اند به یک نظام پایدار و قابل مقایسه آماری برای ثبت مرگ دست یابند. بررسی های اپیدمیولوژیک عموماً با داده های مربوط به مرگ و میر آغاز می شود. مطالعات، تغییراتی را در علل فوت ناشی از بیماری های عفونی به سمت بیماری های مزمن به علت پیشرفت تکنولوژی در تشخیص و درمان بیماری ها نشان می دهند. بنابراین شناسایی تغییرات گذشته و حال روند مرگ و میر و عواملی که می توانند در آینده باعث افزایش طول عمر شوند با اهمیت به نظر می رسد (۲). با توجه به خالی بودن جایگاه اتوپسی کلینیکی در اکثر بیمارستان های کشور برای دستیابی به علل مرگ و میر در این بیمارستان ها، از مطالعه پرونده بالینی بیماران، تماس با خانواده های بیماران فوت شده و گرفتن شرح حال از آنها استفاده می شود. میزان مرگ و میر در ایران در سال حدود ۳۵۰-۳۲۰ هزار نفر می باشد که بیشترین مورد حدود ۴۰-۳۵٪ بیماری های قلبی و عروقی، حدود ۱۰-۱۲٪ به علت سرطان ها، حدود ۲۰-۱۸٪ سوانح و تصادفات، حدود ۱۲-۱۵٪ بیماری های واگیر مادرزادی، نوزادان و سوء تغذیه و حدود ۱۵-۱۲٪ بیماری های مزمن دیگر می باشد (۳).

در مطالعه ای که توسط Frosyth K و همکارانش انجام شد نشان داده شد که از ۵۲ میلیون مورد مرگ در سال ۲۰۰۶ در جهان، بیش از ۱۷ میلیون مورد ناشی از بیماری های عفونی و انگلی، بیش از ۱۵ میلیون ناشی از بیماری های قلبی عروقی، ۶ میلیون ناشی از سرطان ها و در حدود ۳ میلیون ناشی از بیماری های تنفسی بوده است (۴). آمار علل فوت آمریکا در سال ۲۰۰۸ حاکی از آن است که بیماری های قلبی و عروقی با ۷۱۰۷۶۰ مورد رتبه اول، نئوپلاسم های بدخیم با ۵۵۳۰۹۱ مورد، بیماری های عروقی مغزی ۱۶۷۶۶۱ مورد و بیماری های تنفسی با ۱۲۲۰۰۹ مورد به ترتیب رتبه دوم تا چهارم را دارند (۵). در ایران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با مشارکت سازمان ثبت احوال و با انجام برنامه ای 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 ماحصل آن بهره مند شدن از نتایج آن برای تدوین، طرح و اجرای برنامه های داخله ای و ارزیابی برنامه های مربوطه به بهداشت عمومی خواهد بود. شناسایی الگوی مرگ و میر و پایش روند آن به تعیین الویت های

(جراح عمومی، اورولوژی، ارتوپدی، جراحی مغز و اعصاب، توراکس، ترمیمی، چشم، گوش و حلق و بینی)، بخش‌های اورژانس و فوریت‌ها، مراقبت‌های قلبی و امکانات تشخیصی و پاراکلینیکی نظیر آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن، اکوکاردیوگرافی، اندوسکوپی، برونکوسکوپی و نیز کلینیک سرپایی می‌باشد. و در ضمن مرکز اصلی درمان بیماران قلبی در استان بیمارستان دیگری بنام شهید مدنی می‌باشد که اکثر بیماران قلبی به آن مرکز ارجاع می‌گردند.

یافته‌ها

از مجموع ۸۶۳ نفر بیماران فوت شده در بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد در سال ۱۳۹۰، ۵۴۲ نفر مرد (۶۲/۸٪) و ۳۲۱ نفر زن (۳۷/۲٪) بودند.

در گروه سنی ۷۹-۷۰ سال با ۱۴۵ مورد مرگ (۱۶/۸٪)، گروه سنی ۸۹-۸۰ سال با ۱۳۹ مورد (۱۶/۱٪)، ۲۹-۲۰ سال با ۱۲۳ مورد (۱۴/۳٪) بالاترین فراوانی مرگ و میر را به خود اختصاص داده‌اند. کمترین فراوانی مرگ و میر در گروه سنی بالای ۱۰۰ سال با ۳ نفر (۰/۳٪) و ۹-۰ سال با ۱۳ نفر (۱/۵٪) دیده شد (جدول ۱).

از نظر تاهل بیماران فوت شده، از مجموع ۸۶۳ نفر، ۵۷۴ (۶۶/۵٪) متاهل و ۲۰۳ نفر (۲۳/۵٪) مجرد بودند و ۸۶ نفر (۱۰٪) نیز در گروه همسر مرده یا مطلقه قرار داشتند.

جدول ۱- توزیع فراوانی سنی موارد مرگ و میر بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهدای عشایر شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۰

موارد مرگ و میر (سن)	فراوانی مطلق (تعداد)	فراوانی (درصد)
۰-۹	۱۳	(۱/۵)
۱۰-۱۹	۴۰	(۴/۶)
۲۰-۲۹	۱۲۳	(۱۴/۳)
۳۰-۳۹	۸۳	(۹/۶)
۴۰-۴۹	۷۷	(۸/۹)
۵۰-۵۹	۱۱۲	(۱۳)
۶۰-۶۹	۱۱۰	(۱۲/۷)
۷۰-۷۹	۱۴۵	(۱۶/۸)
۸۰-۸۹	۱۳۹	(۱۶/۱)
۹۰-۹۹	۱۸	(۲/۱)
>۱۰۰	۳	(۰/۳)
کل	۸۶۳	(۱۰۰)

بیشترین فراوانی مرگ و میر در افراد بی سواد با ۳۰۳ نفر (۳۵/۱٪) و کمترین فراوانی مرگ و میر در افراد با تحصیلات دانشگاهی با ۳۹ نفر (۴/۵٪) دیده شد. تحصیلات ابتدایی با ۱۶۴ نفر (۱۹٪)، زیر دیپلم با ۱۶۷ نفر (۱۹/۴٪)، دیپلم با ۱۹۰ نفر (۲۲٪) سایر فراوانی‌ها را تشکیل دادند. از کل موارد مرگ و میر ۶۹۰ نفر (۸۰٪) از بیماران فوت شده مربوط به افراد ساکن در شهر بوده‌اند و ۱۷۳ نفر (۲۰٪) ساکن روستا بوده‌اند.

بر اساس مطالعات انجام شده بیشترین موارد مرگ و میر در بخش اورژانس با ۳۹۴ نفر (۴۵/۷٪) و سپس در ICU با ۲۶۲ نفر (۳۰/۴٪) رخ داده است. و کمترین فراوانی مربوط به بخش CCU با ۲۶ نفر (۳٪) بوده است (جدول ۲).

مشاهدات این مطالعه نشان می‌دهد که از مجموع ۸۶۳ نفر فوت شده، ۳۲۳ مرگ (۳۷/۴٪) در فاصله ۵-۲ روز بعد از بستری در بیمارستان اتفاق افتاده بود و ۲۵۶ نفر (۲۹/۷٪) در روز اول بستری در بیمارستان فوت کرده بودند. ۱۳۶ نفر (۱۵/۸٪) در فاصله زمانی ۱۰-۶ روز بعد از بستری ۶۹ نفر (۸٪)، ۱۵-۱۱ روز بعد از بستری، ۳۸ نفر (۴/۴٪) ۲۰-۱۶ روز بعد از بستری و ۴۱ نفر در فاصله زمانی بیشتر از ۲۰ روز فوت کرده‌اند.

از کل بیماران فوت شده در این مطالعه، ۵۰۸ نفر (۵۸/۹٪) مجوز فوت بیمارستانی و بقیه آنها یعنی ۳۵۵ نفر (۴۱/۱٪) مجوز فوت پزشکی قانونی داشتند در کل ۸۶۳ نفر در سال ۱۳۹۰ به پزشکی قانونی شهرستان خرم آباد جهت صدور جواز دفن ارجاع داده شده‌اند که در این میان ۳۵۵ مورد مربوط به بیمارستان شهدای عشایر بودند.

یکی از اهداف این مطالعه بررسی فراوانی مرگ و میر در بیماران فوت شده بر اساس علت نهایی مرگ می‌باشد. علل مرگ و میر در این پژوهش به هشت گروه اصلی براساس صدور جواز دفن به ترتیب زیر

جدول ۲- توزیع فراوانی موارد مرگ و میر در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهدای عشایر شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۰ به تفکیک نوع بخش بستری

مواد مرگ و میر نوع بخش بستری	فراوانی مطلق (تعداد)	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی تجمعی (درصد)
اورژانس	۳۹۴	(۴۵/۷)	(۴۵/۷)
داخلی	۱۰۷	(۱۲/۴)	(۵۸/۱)
جراحی	۷۴	(۸/۶)	(۶۶/۶)
CCU	۲۶	(۳)	(۹۶/۶)
ICU	۲۶۲	(۳۰/۴)	(۱۰۰)
کل	۸۶۳	(۱۰۰)	

مورد مطالعه بیماری‌های ناشی از علل خارجی با ۲۴۶ نفر (۲۸٫۵۱٪) و بعد از آن بیماری‌های داخلی با ۱۹۷ نفر (۲۲٫۷۹٪) و بیماری‌های نورولوژیک با ۱۴۸ نفر (۱۷٫۱٪) در رتبه‌ی سوم علل مرگ و میر قرار دارد. کمترین فراوانی علت مرگ نیز مربوط به بیماری‌های عفونی با ۳۶ مورد (۴٫۲٪) بود.

کلیه موارد مشکوک مرگ و میر نیز در کمیته مورتالیتی این بیمارستان بررسی می‌شوند؛ ولی اطلاعات دقیقی در این زمینه در دسترس نمی‌باشد.

توزیع فراوانی علتی مرگ و میر در افراد مورد مطالعه به تفکیک جنس مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بیشترین علت مرگ در زنان بیماری‌های داخلی با ۷۶ نفر (۲۳٫۷٪) و در مردان بیماری ناشی از علل خارجی و حوادث با ۱۷۶ نفر (۳۲٫۵٪) می‌باشد. کمترین تعداد موارد مرگ نیز در مردان مربوط به بیماری‌های عفونی و انگلی با ۱۷ مورد (۳٫۱٪)، درحالی‌که مرگ با علت بیان نشده در پرونده، با گزارش ۱۰ نفر (۳٫۱٪) در زنان کمترین موارد مرگ را به خود اختصاص داده است. سایر علل نیز در جدول اشاره شده‌اند (جدول ۳).

در بررسی فراوانی علت نهایی مرگ برای گروه‌های مختلف سنی در بیماران مورد مطالعه، مشخص گردید که در گروه سنی ۰-۱۹ سال و نیز گروه ۲۰-۳۹ سال، بیشترین علت مرگ (به ترتیب ۴۵٫۷٪ و ۵۲٫۹٪)، بیماری‌های ناشی از علل خارجی و حوادث می‌باشد. در گروه سنی ۴۰-۵۹ سال نیز از کل موارد مرگ، بیماری‌های داخلی با (۲۹٫۱۸٪) بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است. اما در گروه سنی ۶۰-۷۹ سال، مشکلات و بیماری‌های مغزی با (۲۸٫۶٪) و گروه سنی ۸۰-۹۹ سال بیماری‌های داخلی با ۲۸٫۷٪ بیشترین علت مرگ بوده است. در گروه سنی بالای ۱۰۰ سال نیز فراوان ترین علت مرگ مشکلات قلبی عروقی بوده است (۶۶٫۷٪). براساس آزمون دقیق فیشر تفاوت در توزیع علت مرگ در افراد مورد مطالعه براساس سن آنها از نظر آماری معنادار بود ($P = 0.0001$).

جدول ۳- توزیع فراوانی موارد مرگ و میر در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهدای عشایر شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۰ به تفکیک علت نهایی مرگ

عزت نهایی مرگ	موارد مرگ و میر	فراوانی مطلق (تعداد)	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی جمعی (درصد)
بیماری‌های نورولوژیک	۱۴۸	(۱۷/۱)	(۱۷/۱)	(۱۷/۱)
بیماری‌های قلبی عروقی	۶۰	(۷)	(۷)	(۲۴/۱)
بیماری‌های داخلی و تنفسی	۱۹۷	(۲۲/۷۹)	(۲۲/۷۹)	(۴۶/۸۹)
ناشی از علل خارجی (سوانح و حوادث)	۲۴۶	(۲۸/۵۱)	(۲۸/۵۱)	(۷۵/۴)
سرطان	۶۵	(۷/۵)	(۷/۵)	(۸۲/۹)
بیماری‌های جراحی	۷۶	(۸/۸)	(۸/۸)	(۹۱/۷)
بیماری‌های عفونی و انگلی	۳۶	(۴/۲)	(۴/۲)	(۹۵/۹)
تشخیص نامعلوم	۳۵	(۴/۱)	(۴/۱)	(۱۰۰)
کل	۸۶۳	۱۰۰		

دسته بندی می‌شوند:

۱) بیماری‌های قلبی و عروقی (۲) بیماری‌های ناشی از علل خارجی (سوانح، حوادث و مسمومیت‌ها) (۳) بیماری‌های داخلی (۴) بیماری‌های عفونی (۵) بیماری‌های جراحی (۶) بیماری‌های نورولوژیک (۷) بدخیمی ها (۸) تشخیص نهایی نامعلوم

بر اساس نتایج بدست آمده بیشترین علت نهایی مرگ در بیماران

جدول ۴ - جدول توافقی توزیع فراوانی علت نهایی مرگ در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهدای عشایر شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۰ به تفکیک جنس

عزت مرگ و میر	جنس	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر
عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر
عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر
عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر
عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر
عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر
عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر
عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر
عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر
عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر	عزت مرگ و میر

* نوع آزمون آماری: آزمون دقیق فیشر

** سطح معنا داری کمتر از ۵٪ در نظر گرفته است $X^2 = 24/30$

فیاضی و همکارانش در سال ۱۳۸۳ بررسی شد، مشابهت دارد (۷). میزان مرگ و میر خام کل کشور ۵/۹-۵/۵٪ و میزان مرگ و میر خام در استان لرستان در سال ۱۳۹۰، ۴/۴٪ می‌باشد (۸). این در حالیست که در مطالعات بعمل آمده در سیستم بهداشت انگلستان میزان خام مرگ و میر بین ۳/۴٪ تا ۱۳/۶٪ متفاوت می‌باشد؛ که بیان کننده این مطلب است که اپیدمیولوژی ها، نوع بیمارستان و شرایط اجتماعی بر میزان مرگ و میر تاثیر گذار است.

در این مطالعه بیشترین مرگ و میر مربوط به مردان بوده که با نتایج یافته‌های مرکز ملی آمریکا (۹)، ماکن باخ و کانست (۱۰)، کریستوفر و همکارانش (۱۱)، فروزان فر و همکارانش (۱۲) همخوانی دارد. در حالیکه با مطالعه تهمتن (۱۳) تفاوت داشت. بیشتر بودن میزان مرگ را در مردان نسبت به زنان، می‌توان به مراجعه زود هنگام زنان به پزشک و حساسیت بیشتر به سلامت خود نسبت داد. با توجه به بالاتر بودن میزان آسیب‌ها و مرگ‌های ناشی از علل خارجی مانند تصادفات و سوانح و نیز میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی و حوادث مغزی در آقایان نسبت به خانم‌ها این نتیجه قابل انتظار است. در ضمن لازم به یادآوری است که یکی از علل مهم مرگ و میر خانم‌ها بخصوص در سنین باروری، عوارض ناشی از حاملگی و زایمان است در حالیکه بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد فاقد بخش زنان و زایمان می‌باشد.

براساس توزیع زمانی فوت شدگان در این مرکز درمانی بیشترین موارد مرگ و میر به ترتیب در شیفت صبح، شیفت عصر، و شیفت شب می‌باشند؛ که این توزیع فراوانی بیان کننده مراجعه قابل ملاحظه بیمارمان در شیفت صبح نسبت به سایر شیفت‌های زمانی است که بیشترین فعالیت‌ها از جمله اتاق عمل نیز در این شیفت فعال می‌باشد. و لزوم استفاده از پرسنل مجرب و آگاه و دقت بیشتر در پیگیری بیمارمان را نشان می‌دهد.

در خصوص توزیع سنی فوت‌شدگان باید امید به زندگی و توزیع سنی جمعیت جامعه و نوع بیمارستان لحاظ گردد. متوسط سن هنگام فوت در این مطالعه ۲۲/۳۳ ± ۵۵/۰۱ سال می‌باشد که با نتایج فیاضی در بیمارستان شهید محمدی بندرعباس با میانگین سنی ۵۱/۴ و نیز با نتایج فروزان فر و همکاران (۱۳۷۳)، تهمتن (۱۳۷۴-۱۳۷۵) و کریستوفر و همکارانش (۱۹۹۷) همخوانی دارد (۷، ۱۲، ۱۳، ۱۴). امید به زندگی بر اساس اعلام وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۳۹۰، ۷۲/۱ سال می‌باشد که برای مردان ۶۹/۴ سال و برای خانم‌ها ۷۲/۶ سال می‌باشد. در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی مرگ را، افراد بین ۷۹-۷۰ سال (۱۶/۸٪) تشکیل می‌دهند. شاید بتوان گفت سن بالا باعث آسیب‌پذیر شدن افراد در برابر بیماری‌ها می‌گردد. سپس گروه سنی ۲۹-۲۰ سال (۱۴/۳٪) بالاترین موارد مرگ را شامل می‌شوند که علت بالا بودن مرگ و میر در این گروه سنی را می‌توان ناشی از این دانست که این بیمارستان مرکز رفراال از نظر تروما و حوادث می‌باشد، در این گروه سنی ۷۳٪ علت مرگ را حوادث تشکیل می‌دهند.

بیشترین موارد مرگ و میر از کل بیمارمان فوت شده در شیفت صبح (از ساعت ۷:۳۰ صبح - ۱۴:۳۰) این مرکز با تعداد ۵۰۹ نفر (۵۹٪)، و بعد از آن به ترتیب شیفت عصر (از ساعت ۱۴:۳۰-۱۹:۳۰ عصر) با ۱۹۶ نفر (۲۲٪) و شیفت شب (از ساعت ۱۹:۳۰-۷:۳۰ صبح) با ۱۵۸ مورد فوت (۱۸٪) فراوانی موارد مرگ را شامل می‌شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

برای بحث و نتیجه‌گیری ضروری است ذکر گردد بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد، با حدود ۳۴۰ تخت فعال، ۱۴ فوق تخصص، ۴۵ متخصص و ۲۴ پزشک (در سال ۱۳۹۰) یک بیمارستان عمومی ارجاعی در استان لرستان می‌باشد. البته در رشته‌های زنان و زایمان، اعصاب و روان، جراحی قلب و تخصصی قلب بیمارستان‌های ارجاعی دیگری نیز وجود دارد ولی در خصوص تروما تنها مرکز ارجاعی می‌باشد. با توجه به موارد فوق می‌توان گفت که اکثر بیمارمان بدحال حتی در رشته‌های مذکور نیز به علت تمرکز درمانی و جنرال بودن بیمارستان به این مرکز ارجاع می‌گردند؛ لذا موارد فوت در این بیمارستان مؤید اکثر فوت‌های حادث شده در یک مرکز درمانی جنرال و ارجاعی می‌باشد.

قابل ذکر است که در سال ۱۳۹۰ از مجموع ۳۰۲۲۰ مورد بستری، ۸۲۲۸ مورد، یعنی نزدیک به یک سوم (۲۷/۲۲٪) از بیمارمان در اورژانس بستری بوده‌اند که خود مؤید بدحال بودن بیمارمان بستری در این مرکز می‌باشد. از سوی دیگر طی سال ۱۳۹۰، ۲۱۳۶۴ نفر تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند. لذا در بررسی میزان مرگ و میر به صورت کلی باید شرایط محیطی، اجتماعی و اپیدمیولوژیک را لحاظ نمود. به همین خاطر میزان مرگ و میر در یک بیمارستان تخصصی در یک شهرستان که اکثر بیمارمان آن ارجاع می‌شوند، با مرگ و میر در یک مرکز ارجاعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۶).

مد نظر باشد، که با افزایش سن میزان ابتلا به بیماری‌ها ۵-۳ برابر افزایش می‌یابد و همچنین سوانح نیز با سن ارتباط معناداری دارند که معمولاً افراد فعال جامعه درگیر این سوانح می‌شوند. نباید فراموش کنیم که سرطان‌ها هم تابع همین قانون بوده و با افزایش سن، میزان ابتلا افزایش می‌یابد (۶). لذا ضرورت دارد که در بررسی و تحلیل آماری مرگ و میر در این بیمارستان، موارد فوق‌الذکر مد نظر باشند.

با توجه به مطالعه انجام شده از مجموع ۳۰۲۲۰ نفر بستری در بیمارستان شهدای عشایر، ۱۹۳۹۱ نفر مرد (۶۴/۱۶٪) بستری شده‌اند که از این میان ۵۴۲ نفر (۲/۸٪) فوت کرده‌اند و ۱۰۸۲۹ نفر زن (۳۵/۱۴٪) بستری شده‌اند که از این بین ۳۲۱ نفر زن (۳/۷۲٪) فوت کرده‌اند، که خود نشان‌دهنده ارتباط مستقیم بین موارد بستری با موارد فوتی است. در کل ۲/۹۳٪ بیمارمان (میزان خام مرگ و میر) فوت کرده‌اند که با میزان مرگ و میر اتفاق افتاده در یک مرکز ارجاعی مشابه در بیمارستان شهید محمدی بندر عباس (۲/۴۷٪)، که توسط

برای ۵۸٫۹٪ از موارد فوت شده در بیمارستان مجوز فوت صادر شده است و ۴۱٫۱٪ آنها به علت مرگ مشکوک برای صدور مجوز فوت به پزشکی قانونی ارجاع داده شده‌اند که مطالعه مشابهی جهت مقایسه وجود نداشت.

با توجه به آمار به دست آمده از علل مرگ‌های بیمارستان عشایر، چون مرکز ارجاعی بیماران قلبی بیمارستان شهید مدنی در خرم‌آباد می‌باشد، برخلاف مطالعات دیگر که شایع‌ترین علت مرگ را بیماری‌های قلبی عروقی ذکر می‌کنند، در بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد شایع‌ترین علت مرگ، به علت مرکز تروما بودن، تروما و حوادث (۲۸٫۵۱٪) می‌باشد؛ که با نتایج حاصل از مطالعات کامکار، تهمتن و حاتمی پور که در آنها مرگ و میر ناشی از حوادث و علل خارجی در مرتبه دوم و کریستوفر و همکارانش در رده سوم قرار دارد با حذف علل قلبی همخوانی دارد (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۱). در این میان سوانح مختلف ناشی از رانندگی در مردان بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است همچنین در این مطالعه بیشترین علل مرگ و میر ناشی از علل و حوادث خارجی در گروه سنی ۲۰-۳۹ سال دیده می‌شود که این نتایج با نتایج کار مرادی و طغریایی که در سال ۱۳۷۸ بالاترین متوفیات (۲۱٪) را ناشی از تصادفات و حوادث در گروه سنی ۲۱-۳۰ سال گزارش کردند، همخوانی دارد (۱۶) ولی با این تفاوت که میزان مرگ و میر در این رده سنی ناشی از حوادث علاوه بر بیشتر بودن نسبت به سایر رده‌های سنی، نسبت به سایر مطالعات دیگر، درصد بسیار بالاتری را به خود اختصاص داده است. شاید مهمترین علت آن را راه‌های کوهستانی جاده‌های خارج از شهر خرم‌آباد و عدم شناخت و رعایت قوانین و مقررات رانندگی دانست و یا ممکن است عدم تجربه کافی در رانندگی با وجود سن پایین و عدم قدرت در رانندگی از سایر علل آن باشد.

در مرتبه بعدی بعد از حوادث خارجی، شایع‌ترین علت مرگ بیماری‌های داخلی با ۲۲٫۷۹٪ گزارش شده است که با مطالعه فیاضی و همکارانش در بیمارستان شهید محمدی بندرعباس همخوانی دارد، که در آن مرکز علل مرگ و میر ناشی از بیماری‌های داخلی حدود ۱۳٪ بود. این مطلب نشان می‌دهد که سرویس داخلی بیشترین میزان مرگ و میر را دارا می‌باشد (۷). این تفاوت به دلیل سرویس‌دهی وسیع سرویس داخلی می‌باشد که قسمت قابل توجهی از بیماران فوت شده به علل دیگر از جمله بیماری‌های دستگاه گوارش و ریوی و بدخیمی‌ها، گزیدگی‌ها، مسمومیت‌ها، موارد با علت نامشخص را شامل می‌شود.

در رتبه سوم بیماری‌های مغزی (سکته‌های مغزی و عوارض ناشی از آن) (۱۷٫۱٪) می‌باشد که با نتایج مطالعات دیگر از جمله مطالعه دکتر فیاضی در بندرعباس (۱۵٪) همخوانی دارد (۷). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد در بسیاری از کشورها میرایی سکته مغزی کاهش پیدا کرده است و در سال‌های اخیر از بروز سکته مغزی، بعلت درمان فشار خون، کاسته شده است که این موضوع با مطالعات موجود در استان لرستان مغایرت دارد. البته در مطالعه ما عوامل دیگری از جمله

در بررسی بعمل آمده ۶۶٫۵٪ از افراد فوت شده متاهل می‌باشند، این درصد بالا با توجه به ترکیب سنی جمعیت فوت‌شدگان (بیش از ۸۰٪ فوت‌شدگان بالای ۳۰ سال می‌باشند) قابل انتظار می‌باشد، چرا که سن با تاهل ارتباط مستقیم دارد.

در این مطالعه از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی فوت‌شدگان (۳۵٫۱٪) مربوط به افراد زیردیپلم می‌باشد که می‌تواند مؤید تحصیلات پایین در هرم سنی بالای جامعه باشد و مجموعاً بیانگر تحصیلات پایین جامعه نیز می‌تواند باشد.

در خصوص محل سکونت افراد فوت شده، عواملی مانند دسترسی به امکانات حمل و نقل، وضعیت اقتصادی افراد و عوامل اجتماعی می‌تواند نقش داشته باشد. در جامعه شهری به دلیل دسترسی راحت‌تر به خدمات و وضعیت اجتماعی-اقتصادی مطلوب اکثر موارد فوت در بیمارستان اتفاق می‌افتد. هر چند نباید از عوامل فرهنگی، آداب و رسوم اجتماعی و باورها در نحوه مراقبت خانواده هنگام مرگ را فراموش کرد.

از کل موارد مرگ و میر، ۴۵٫۷٪ (۳۹۴ نفر) در بخش اورژانس می‌باشد که این آمار بیانگر وضعیت بالینی وخیم و ناپایدار بیماران می‌باشد. بنابراین نباید فراموش کنیم که اکثر بیماران ترومایی و سایر بیماران با وضعیت وخیم بالینی همیشه در چند ساعت اول در اورژانس و سپس در بخش‌های ویژه فوت می‌کنند؛ که در این مطالعه ۳۰٫۴٪ فوتی‌ها در ICU اتفاق افتاده‌اند. این نیز مؤید دیگری بر میزان وخامت حال بیماران بستری شده در این مرکز می‌باشد. نتایج این مطالعه با مطالعه فیاضی و همکارانش در بیمارستان شهید محمدی بندرعباس، با میزان مرگ و میر در اورژانس ۳۸٪ و ICU، ۲۱٫۴٪ همخوانی دارد (۷). همچنین با مطالعه‌ای که علل مرگ و میر در بیماران مراجعه‌کننده بر بیمارستان شهر یاسوج توسط دکتر ابراهیم حاتمی‌پور و همکارانش بیشترین میزان مرگ و میر ۳۸٫۲٪ در روز اول اتفاق افتاده است (۱۶). در مطالعه دیگری در مکزیک در سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۲، میزان مرگ و میر خام در بخش‌های ویژه ۲۷٪ بیان شده است (۱۴).

بر اساس نتایج حاضر، ۲۹٫۷٪ بیماران بستری طی یک روز اول بعد از رسیدن به بیمارستان (اکثراً در اورژانس به علت وخامت وضع بیماران) فوت شده‌اند؛ که این موضوع بیان‌کننده این است که مدت بستری بیماران در اورژانس بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد با استانداردهای تعریف شده، که بیماران باید ۶ ساعت اول بعد از بستری به بخش منتقل شوند، فاصله زیادی دارد. این نتایج این مطالعه می‌تواند بیانگر این واقعیت باشد که با گذشت مدت زمان بستری، میزان مرگ و میر کاهش می‌یابد که یکی از علل آن پایدار شدن وضعیت بیماران می‌باشد و یا بیمارانی که بیش از ۲۰ روز در بیمارستان بستری می‌گردند تعداد کمی هستند.

با توجه به اینکه در دستورالعمل کشوری در سال ۱۳۸۳ نحوه صدور مجوز فوت در کل کشور ابلاغ گردیده است، بیماران فوتی به دو گروه بیماران مشکوک و غیرمشکوک تقسیم‌بندی می‌گردند. در این مطالعه،

تقدیر و تشکر

از همکاری مرکز پزشکی قانونی استان لرستان و ریاست بیمارستان و مدارک پزشکی بیمارستان شهدای عشایر و همچنین از زحمات دانشجویان ضیا عبیداوی و زهره میربگ سبزواری که در انجام این مطالعه ما را یاری کردند تشکر می‌نماییم.

میزان عفونت های بیمارستانی منجر به فوت و قصور پزشکی منجر به فوت بررسی نشده است که در مواردی می توانند نقش داشته باشند. هر چند در جهت بهبود و بررسی دقیق علل مرگ و میر در بیمارستان شهدای عشایر کمیته مرگ و میر خدمات ارزنده ای داشته است ولی ارتباط مرگ با قصور پزشکی و عفونت بیمارستانی را بررسی نکرده است.

References

- 1- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Murray CJL, Jamison DT. Global burden of disease and risk factors. New York, Oxford University Press, 2006.
- 2- Goodarzi F. forensic medicine. 2nd edition, published by Einstein. Tehran. 1993.
- 3- Davoodi S. Iranian health challenges. 1st edition, Ebtakar Dansh Publication. 2008, p 161.
- 4- Forsyth K. Causes of death: types of miscoding and effects on mortality statistics. International Journal of Epidemiology. 2000; 29: 336-43.
- 5- Mathers C, Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez A. 10 leading causes of death. International Journal of Epidemiology. 2008; 15: 175-227.
- 6- Mohseni M. Introductory sociology, Tehran. Tehran University of Medical Sciences in collaboration. 1981; 4: 100-8.
- 7- Fayyazi N. Mahori. Of hospital mortality in the first half of 1383 martyr Mohammad Bandar Abbas. Hormozgan University of Medical Sciences. 1385; 3: 196-205.
- 8- Research and Technology, Ministry of Health and Medical Education. Department of Statistical Yearbook of statistics, the causes of death and 90 years, Tehran 2012.
- 9- Kuller LD, Buhari A. The declining in CHD mortality over in the 34-44 years old cohort. A. J. Epidemiology. 1997; 140: 11-7.
- 10- Mackentoach JP, Kunst AE. Competing causes of death. AM, J. Epidemiology. 1995; 5: 45-51.
- 11- Christopher JL, Morrage, Aland, Lopes. Mortality by cause eight regions of the world. The lancet. 1997; 349: 1267-76.
- 12- forozanfar GH, Ahani F, Javanmard H. Causes of death in Birjand. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 1994; 7: 17-20.
- 13- Mohammad Pour A, Reza A. Causes of death in hospitals. Mazandaran University of Medical Sciences Journal. 1995-1996; 7: 15-9.
- 14- Rosel-Ramirez R, Loria A, Dominguez-Cherit G, Gutierrez-Sougarret B. A predicitive model of mortality in the ICU of a Mexico city hospital. 2004; 56: 591-9.
- 15- Hatamipour A. Causes of mortality in patients admitted to hospital Yasuj in 2001. The knowledge Journal. 2003; 29:1-14.
- 16- Taghraei Z, Moradi S. Statistical analysis of accidents in the country. Journal of population. 1999; 33(34):145-59.

Epidemiological Survey of Mortality Rate in Patients Admitted to Shohada Hospital of Khorramabad in 2011

Ghafar Ali Mahmudi * - Peyman Astaraki *† - Khatereh Anbari ** - Sima Khayatpisheh ***

*MD, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

**MD, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

***MD, General Practitioner, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

Abstract

Background: Having reliable information about causes of mortality is a necessity for health planning and controlling diseases in society. This study is performed to determine the causes of mortality in patients referred to Shohaday-e-Ashayer khorramabad hospital in 2011.

Methods: The subject of this cross sectional study were 863 patients that died in Shohaday-e-Ashayer khorramabad hospital in 2011. The causes of death were coded and classified based on the International Classification of Diseases (ICD) and needed informations were analyzed with methods of descriptive statistics such as tables of the frequency distribution tables, mean, standard deviation and ratio.

Findings: According to this study higher levels of mortality were for the age above 60 years. This study showed that mortality rate in men (62.8%) is higher than women (37.3%). The Cross Death Rate (CDR) in this study is 2.93%. Truma (28.51%), Internal disease (22.79%) and stroke (17.1%) are the most common cause of death. Other causes of death are surgery (8.8%), cancer (7.5%), cardiovascular disease (7%) and infective disease (4.2%). The most of mortality rates (45.7%) are whom hospitalized in emergency room.

Conclusion: Relation between age and cause of death is most probable, so for increase of life expectancy decreasing truma, internal disease and stroke and risk factor for any disease is necessary.

Keyword: Life Expectancy, Epidemiology, Khorramabad, Mortality

Received: 6 July 2013

Accepted: 22 Oct 2013

†Correspondence: peymanastaraki@yahoo.com – Tel: 06613242520