



**Silent Killer**

به مناسبت پنجمین سمینار بین المللی

# کاهش سوانح ترافیکی

## چالش ها و راهکارهای پیش رو

در این شماره میخوانید:

♦ سخن نخست ♦ وضعیت تصادفات و تلفات حوادث جاده ای در جهان با تأکید بر وضعیت ایران ♦ عابرین پیاده در حوادث ترافیکی ♦ نگاهی به آخرین تحقیقات و دستاوردهای علوم پزشکی ♦ روز جهانی بهداشت ۲۰۱۵



# 5

International Conference on:  
Reducing Burden of Traffic Accidents:  
Challenges and Strategies

ایمنی در  
عابرین پیاده

Pedestrian  
Safety



به نام خدا



سال پنجم - شماره ۵۶  
اسفند ۱۳۹۳

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:  
دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

سر دبیر:  
دکتر احمد کلاته ساداتی

اعضای هیأت تحریریه:  
دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر سولماز قهرمانی، دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی

طراحی و صفحه آرایی:  
فرحناز ایزدی

همکاران این شماره:  
دکتر سید تقی حیدری، رضا تبریزی، مریم اکبری، محبوبه جوهری، مریم نیک پور

برای دریافت مجله کلید سلامت به صورت الکترونیکی  
به آدرس زیر مراجعه فرمایید.  
<http://hkj.sums.ac.ir>



| صفحه | عنوان   |
|------|---|
| ۴    | سخن نخست  |
| ۵    | وضعیت تصادفات و تلفات حوادث جاده ای در جهان با تأکید بر وضعیت ایران |
| ۸    | گزارش سمینار تصادفات  |
| ۹    | برنامه سمینار تصادفات   |
| ۱۱   | عابرین پیاده در حوادث ترافیکی                                       |
| ۱۲   | نگاهی به آخرین دستاوردها و تحقیقات در علوم پزشکی                    |
| ۱۵   | روز جهانی بهداشت ۲۰۱۵: ایمنی غذایی                                  |

سالانه در جهان یک میلیون و ۳۰۰ هزار نفر جان خود را بر اثر حوادث رانندگی از دست می‌دهند، اگر این روند تداوم داشته باشد، رقم فوت‌شدگان حوادث رانندگی تا سال ۲۰۲۰ به ۲ برابر این رقم خواهد رسید. نقطه تاسف بار اینکه روند در کشورهای توسعه یافته رو به کاهش است و کاهش ۳۰ درصدی را نشان می‌دهد، اما در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، این روند فزاینده است. در ایران نیز علی‌رغم کاهش آمار فوت‌شدگان ناشی از حوادث رانندگی طی ۱۰ سال اخیر هنوز این آمار در کشور بالا است به طوری که در حال حاضر روزانه ۵۰ نفر به دلیل حوادث رانندگی فوت می‌کنند.

در دهه گذشته شاهد کاهش بار حوادث ترافیکی کشور بوده‌ایم، به طوری که از ۴۱ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر به ۲۱ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر رسیده؛ یعنی ۱۰۰ درصد کاهش داشته است. آمار ۹ ماهه سال ۹۳ در مقایسه با مدت مشابه سال ۹۲ نشان می‌دهد که آمار متوفیان حوادث رانندگی ۶،۳ درصد کاهش داشته و از ۱۴ هزار و ۳۷۰ نفر به ۱۳ هزار و ۴۷۱ نفر رسیده است. بیشترین کاهش نیز مربوط به تصادفات درون شهری بوده است. با این وجود میانگین آمار فوت‌شدگان حوادث رانندگی اکنون در ایران ۲۱ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر است که این در مقایسه با میانگین ۱۸ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جهانی، بالاتر قرار دارد. از لحاظ منطقه ای نیز، ایران در منطقه خاورمیانه سال گذشته مقام دوم را در آمار فوت‌شدگان حوادث رانندگی به خود اختصاص داده است. لذا باید دست‌آوردهای کاهش بار حوادث رانندگی طی ۱۰ سال گذشته را با تلاش بیشتر، حفظ کنیم و روند کاهش را ادامه دهیم.

نکته قابل توجه اینکه بیشترین بار حوادث ترافیکی و مرگ و میرها عمدتاً در تصادف‌های برون شهری است و تمرکز حوادث رانندگی در ۳۰ کیلومتری شهرهای بزرگ است، این نشان می‌دهد که ما در انتقال ترافیک برون‌شهری به درون‌شهری مشکل داریم و موضوع کمربندی‌های شهرها همچنان در گیر و دار مدیریت دوگانه راه و شهرسازی و شهرداری‌ها، دچار اختلال است. از طرفی امروزه آنقدر بر ترافیک و مشکلات آن تمرکز و توجه کرده‌ایم که به ایمنی عابران توجه نداشته‌ایم، در حالی که در کشور ۲۸ درصد از مجموع مرگ و میر در حوادث ترافیکی مربوط به عابرین پیاده می‌باشد. حال آنکه باید تلاش کنیم تا تردد عابران پیاده، امن و دسترسی آنان به اماکن عمومی و نیازهای ضروری روزمره، به آسانی و در شرایط امن امکان‌پذیر شود.

دکتر کامران باقری لنگرانی  
رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

## وضعیت تصادفات و تلفات حوادث جاده ای در جهان با تأکید بر وضعیت ایران

رضا تبریزی- اپیدمیولوژیست

وضعیت تصادفات و تلفات حوادث جاده ای در جهان با تأکید بر وضعیت ایران

۱۰٪ از تمام مرگ ها در سراسر جهان در اثر تصادفات ترافیکی می باشد. کشورهای با درآمد متوسط دارای بیشترین بار تصادفات و بالاترین میزان مرگ بوده اند. در صورتی که اقدام خاصی جهت پیشگیری از حوادث ترافیکی انجام نپذیرد، تا سال ۲۰۲۰ پیش بینی می شود که مرگ و میر سالانه حوادث ترافیکی به ۱.۹ میلیون نفر در سال برسد. براساس طبقه بندی WHO در سال ۲۰۱۰، کشور های با درآمد کم و متوسط دارای بیشترین میزان های مرگ و میر (۱۸/۳ و ۲۰/۱ به ترتیب) در مقایسه با کشورهای با درآمد بالا (۸/۷) داشتند.

۹۱ درصد از مرگ و میر های ناشی از تصادفات ترافیکی در سراسر جهان در کشورهای کم درآمد و درآمد متوسط رخ می دهد. این در حالی است که این کشورها حدود نیمی از وسایل نقلیه دنیا را دارند. سالانه بین ۵۰-۲۰ میلیون نفر از مردم دنیا از آسیب های غیر کشنده تصادفات ترافیکی رنج می برند که در بسیاری از موارد همراه با ناتوانی های شدید می باشد. هر روز ۳۰۰۰ نفر در سراسر دنیا به علت جراحات ناشی از ترافیک جاده ای می میرند. کشورهای با درآمد کم و متوسط مسئول حدود ۸۵ درصد از این مرگ ها و ۹۰ درصد از ناتوانیهای مادام العمر سالیانه (DALY) می باشند.

آسیب های ترافیکی جاده ای هشتمین علت مرگ و میر و همچنین یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی جهان است همینطور اولین علت مرگ و میر در گروه سنی ۲۹-۱۵ سال می باشد.

پیش بینی ها حاکی از آن است که بین سالهای ۲۰۲۰-۲۰۰۰ در کشورهای پردرآمد مرگ های ناشی از سوانح جاده ای در حدود ۳۰ درصد کاهش خواهد یافت. در مقابل، در کشورهای کم درآمد و متوسط میزان مرگ و میر ناشی از حوادث جاده ای افزایش می یابد. تنها ۲۸ کشور دنیا که ۴۱۶ میلیون نفر از جمعیت دنیا را تشکیل می دهند (۷٪ از جمعیت جهان)، قوانین کافی و جامع برای ۵ ریسک فاکتور اصلی تصادفات را دارند (سرعت بالا، رانندگی با مصرف مشروبات الکلی، عدم استفاده از کلاه ایمنی موتورسواران، عدم استفاده از کمربند ایمنی و صندلی نگهدارنده کودک).

آسیب های حوادث جاده ای برای سالهای زیادی در سراسر جهان مغفول مانده بود. این در حالیست که تجربیات کشورهای مختلف نشان داده است که آسیب جاده ای مسئله ای است که کاملاً قابل پیشگیری و قابل کنترل می باشد. ایمنی جاده ای چند جانبه و منحصر به سیستم بهداشتی کشور نیست و نیاز به مشارکت همه بخش ها و سازمانها برای پیشگیری و کنترل آسیب های جاده ای دارد. شواهد موجود در بسیاری از کشورها نشان می دهد که موفقیت های قابل توجهی در جلوگیری از تصادفات جاده ای می تواند از طریق تلاشهای هماهنگ بین سازمانها حاصل شود.

### وضعیت در منطقه (EMRO):

میزان مرگ و میر از تصادفات در منطقه مدیترانه شرقی ۲۱/۳ در صد هزار نفر جمعیت می باشد که از متوسط جهانی بالاتر (۱۸/۰۳ در صد هزار نفر) می باشد. بنابراین منطقه مدیترانه شرقی بعد از منطقه آفریقا (۲۴/۱ در صد هزار) دومین منطقه از نظر میزان کشندگی در تصادفات می باشد. در این منطقه به طور غیر معمول میزان بالایی از مرگ و میر در میان کشورهای با درآمد بالا رخ می دهد (۲۱ در صد هزار نفر) که بیش از دو برابر متوسط جهانی (۸/۷ در صد هزار نفر) در کشورهای با درآمد بالا می باشد.

**وضعیت در ایران:**

بیشترین مرگ ها در جاده های برون شهری: بیشترین تلفات مربوط به مسیرهای برون شهری است، ۶۴٫۳ درصد کشته های تصادفات مربوط به جاده های برونشهری، ۲۸٫۱ درصد در راه های درون شهری، ۷٫۲ درصد در جاده های خاکی و روستایی و محل تصادف چهار دهم درصد موارد نامعلوم بوده است. به بیان دیگر در سال گذشته ۱۱ هزار و ۵۶۶ نفر در محورهای برون شهری (۲٫۱ درصد کاهش نسبت به سال ۹۱)، پنج هزار و ۶۳ نفر در مسیرهای درون شهری (۶٫۳ درصد کاهش نسبت به سال ۹۱)، یک هزار و ۲۹۶ نفر در مسیرهای خاکی روستایی (۲۶٫۵ درصد کاهش نسبت به سال ۹۱) و ۶۹ نفر نیز در مسیرهایی نامعلوم جان باخته اند.

بیشترین تلفات در استان فارس: در سال گذشته استان های فارس با یک هزار و ۵۳۹ نفر، تهران با یک هزار و ۴۳۶ نفر و خراسان رضوی با یک هزار و ۳۷۳ نفر بیشترین و استان های ایلام با ۱۲۵ نفر، کهگیلویه و بویراحمد با ۱۵۳ و اردبیل با ۲۱۲ نفر کمترین تعداد کشته های ناشی از تصادفات را داشته اند.

بیشترین افزایش در خراسان جنوبی: بیشترین افزایش در مرگ های ناشی از تصادفات در سال ۹۲ نسبت به سال قبل از آن در استان های خراسان جنوبی (۳۴ درصد) و هرمزگان (۱۲٫۵ درصد) و بیشترین کاهش مربوط به استان های قزوین (۲۰٫۷ درصد) و خراسان شمالی (۱۹٫۱ درصد) بوده است.

بیش از ۷۰ درصد کشته شده ها مرد هستند: ۷۷٫۳ درصد از کشته های ناشی از تصادفات در سال گذشته مرد (۱۳۹۰۵) و ۲۲٫۷ درصد زن (۴۰۸۹) بوده اند. همچنین در افراد ۱۸ سال به بالا: ۷۳٫۶ درصد متأهل و ۲۴٫۹ درصد مجرد هستند و ۱٫۵ درصد نامشخص هستند.

رانندگان و عابران؛ بیشترین قربانی ها: از مجموع تلفات رانندگی سال ۱۳۹۲ (۱۷ هزار و ۹۹۴ نفر)، ۲۳٫۲ درصد یعنی چهار هزار و ۱۶۸ نفر عابر پیاده و ۲۱٫۵ درصد یعنی سه هزار و ۸۶۳ نفر موتورسیکلت سوار و چهار هزار و ۱۶۸ نفر سرنشین سواری بودند.

۳۰ تا ۴۹ ساله ها بیشترین تلفات: از لحاظ سنی ۹ درصد افراد فوت شده در تصادفات سال گذشته ۱۰ سال و کمتر، ۵٫۲ درصد ۱۷-۱۱ سال، ۲۷٫۴ درصد ۲۹-۱۸ سال، ۲۹٫۲ درصد ۴۹-۳۰ سال، ۲۹٫۱ درصد کشته های تصادفات ۵۰ سال به بالا داشته اند.

سواری؛ خودروی مورد استفاده ۴۰ درصد متوفیان: نحوه وقوع تصادف ۴۵٫۳ درصد از افراد متوفی ناشی از تصادف دو وسیله نقلیه، ۲۳٫۲ درصد ناشی از تصادف وسیله نقلیه با عابر متوفی و ۲۲٫۶ درصد واژگونی وسیله نقلیه بوده است. خودرو مورد استفاده ۳۹٫۶ درصد از افراد متوفی خودرو سواری، ۲۱٫۵ درصد موتورسیکلت، ۸٫۳ درصد وانت بار، ۳٫۵ درصد کامیون، کامیونت و تریلی و ۱٫۸ درصد اتوبوس و مینی بوس بوده است.

ضربه به سر علت اصلی مرگ: علت اصلی مرگ ۵۱٫۳ درصد از افراد ضربه به سر، ۲۳٫۸ درصد شکستگی های متعدد، ۸٫۳ درصد به دلیل خونریزی و ۱۰٫۸ درصد به دلیل علل اشتراکی (موارد دارای بیش از یک علت)، ۱٫۶ درصد سوختگی، سه دهم درصد نرسیدن اکسیژن، ۳٫۸ درصد سایر موارد بوده است.

۵۰ درصد متوفیات تصادفات در محل حادثه کشته می شوند: محل فوت ۵۱٫۳ درصد از افراد در محل حادثه، ۷٫۸ درصد حین انتقال به بیمارستان و محل فوت ۳۹٫۱ درصد از افراد در بیمارستان بوده است.

جدول ۱:

**مقایسه آمار تلفات حوادث رانندگی در ۱۰ سال گذشته (۱۳۸۳ تا ۱۳۹۲)**



جدول ۲: میزان مرگ و بار بیماری از حوادث ترافیکی، در ایران به تفکیک سن و جنس طی سال های ۲۰۱۰-۱۹۹۰

| جنس | گروه سنی  | مرگ در ۱۰۰ هزار نفر |        |        | درصد از کل DALYs (percent of total DALYs) |        |        |
|-----|-----------|---------------------|--------|--------|---|--------|--------|
|     |           | ۱۹۹۰                | ۲۰۰۰   | ۲۰۱۰   | ۱۹۹۰                                      | ۲۰۰۰   | ۲۰۱۰   |
| مرد | ۵-سال     | ۳۰،۲۹               | ۲۶،۱۳  | ۲۴،۹۲  | ٪۲،۳۱                                     | ٪۳،۲۴  | ٪۳،۸۸  |
|     | ۱۴-۵ سال  | ۱۴،۹۱               | ۱۴،۷۸  | ۱۳،۳۹  | ٪۹،۲۶                                     | ٪۱۱،۴۵ | ٪۱۱،۵۴ |
|     | ۱۵-۴۹ سال | ۴۲،۸۲               | ۵۷،۱۶  | ۵۴،۵۲  | ٪۱۰،۳۷                                    | ٪۱۵،۶۸ | ٪۱۶،۰۳ |
|     | ۵۰-۶۹ سال | ۱۰۱،۶۱              | ۱۲۲،۲۹ | ۱۰۴،۸۷ | ٪۴،۳۴                                     | ٪۵،۸۸  | ٪۶،۴۸  |
|     | >۷۰       | ۲۰۴،۲۸              | ۲۲۸    | ۲۲۲،۸۹ | ٪۲،۵                                      | ٪۲،۸۹  | ٪۲،۹۵  |
|     | <۵ سال    | ۲۳،۴۹               | ۲۰،۲۷  | ۲۰،۶۹  | ٪۲،۰۶                                     | ٪۲،۸۸  | ٪۳،۶۹  |
| زن  | ۵-سال     | ۸،۲۳                | ۷،۹۲   | ۷،۱۵   | ٪۶،۰۶                                     | ٪۶،۹۱  | ٪۷     |
|     | ۱۴-۵ سال  | ۹،۶                 | ۱۲،۶۸  | ۱۰،۵۲  | ٪۳،۳۷                                     | ٪۴،۶۲  | ٪۴،۴   |
|     | ۱۵-۴۹ سال | ۳۱،۲۸               | ۳۴،۶۳  | ۲۸،۹۳  | ٪۲،۰۶                                     | ٪۲،۵۶  | ٪۲،۷۵  |
|     | ۵۰-۶۹ سال | ۸۵،۱۷               | ۸۱،۲۷  | ۷۴،۶۷  | ٪۱،۲۹                                     | ٪۱،۳۲  | ٪۱،۲۸  |
|     | >۷۰       | ۲۸،۰۶               | ۲۴،۱۷  | ۲۷،۱۶  | ٪۳،۲۵                                     | ٪۶،۸۵  | ٪۷،۳   |
| کل  |           |                     |        |        |   |        |        |

### هزینه های اقتصادی اجتماعی سوانح

ارزیابی هزینه های تصادفات و صدمات جاده ای می تواند به جوامع کمک کند تا به جدیت مشکل تصادفات و صدمات جاده ای و فوائد سرمایه گذاری در کارهای جلوگیری کننده از تصادفات و صدمات جاده ای پی ببرند این ارزیابی باید هم هزینه های مستقیم و هم هزینه های غیرمستقیم را مد نظر داشته باشند. دست کم، هزینه های مستقیم باید شامل موارد تامین کننده سلامتی و توانبخشی و هزینه های غیرمستقیم باید شامل ارزش سرویسهای از دست رفته خانگی و درآمدهای از دست رفته برای بازماندگان مراقبین سلامتی خانواده ها باشد. بسیاری از کشورهای پردرآمد، سالانه به ارزیابی هزینه های تصادفات و صدمات جاده ای می پردازند که طی آن درآمدهای از دست رفته، هزینه های مراقبت از سلامتی و هزینه های زیان های مالی اجرائی (همچون هزینه های تحمیل شده به پلیس، دادگاه و شرکت های بیمه) را در نظر می گیرند. هزینه های مراقبت از سلامتی و توان بخشی می تواند در موارد صدمات جدی، بسیار بالا باشد. علاوه بر این، اغلب در مورد اختصاص هزینه استرس های روان شناختی و رنج هایی که افراد بازمانده و خانواده های آنها تحمیل می کنند تلاش اندکی صورت می گیرد. واقعیت امر اینست که تخمین این هزینه ها در کشورهای با درآمد کم یا متوسط به دلیل عدم وجود اطلاعات دقیق در این باره دشوارتر است. بسیاری از کشورهای دارای درآمد کم یا متوسط قادر به تامین تمام سرویسهای مراقبتی لازم برای افراد آسیب دیده در ترافیک جاده ای که در کشورهای پردرآمد ارائه می شود، نمی باشند. هزینه اقتصادی سوانح و تصادفات جاده ای در کشورهای کم درآمد ۱ درصد، در کشورهای با درآمد متوسط ۱،۵ درصد و کشورهای پردرآمد ۲ درصد از سهم تولید ناخالص ملی (GNP) می باشد. هزینه جهانی آن حدود ۵۱۸ میلیون دلار آمریکا در سال می باشد. برآوردهای ملی نشان داده است که هزینه های اقتصادی ناشی از تصادفات، ۲-۱ درصد از تولید ناخالص ملی کشورها را به خود اختصاص می دهد. علاوه بر آن، سوانح جاده ای هزینه های اقتصادی سنگینی را به خانواده ها تحمیل می کنند. بسیاری از خانواده ها به علت از دست دادن نان آور خانه در اثر تصادفات جاده ای و هزینه های کمر شکن ناشی از آن، شدیداً تنگدست می شوند. مطالعات نشان می دهند که تصادفات وسایل نقلیه موتوری تاثیر نامناسبی بر قشر آسیب پذیر و فقیر جامعه می گذارد. اکثر قربانیان این تلفات را مردم تهیدست تشکیل می دهند که در بسیاری از موارد دسترسی ناکافی و محدود به خدمات اورژانسی بعد از تصادفات دارند و در سوانح طولانی مدت نیز مشمول اقدامات حمایتی مستمر نمی شوند. علاوه بر این در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به علت بالا بودن هزینه های خدمات پزشکی و از دست دادن نان آور خانواده در تصادفات جاده ای، خانواده ها به سمت فقر کشانده می شوند. هر نفری که در اثر تصادفات جاده ای ناتوان، مجروح یا کشته می شود، گروهی از افراد دیگر مانند خانواده و دوستان را متاثر می سازد. در سراسر جهان، میلیونها نفر با ناتوانی و مرگ اعضای خانواده که ناشی از جراحات ناشی از سوانح جاده ای است روبرو می شوند.

#### References:

1. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2013](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013)
2. [http://www.who.int/gho/road\\_safety/en](http://www.who.int/gho/road_safety/en)
3. <http://www.rtirn.net>
4. <http://www.who.int/roadsafety/en>
5. Road safety in the Eastern Mediterranean Region. World Health Organization. Facts from the Global Status Report on Road Safety 2013
6. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data: Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action.



## گزارش: کنگره پنجم

دکتر سید تقی حیدری - دبیر علمی کنگره

تحقیقات سیاستگذاری سلامت، انجام تحقیق و پژوهش در این مورد بوده که در کنار توجه به برگزاری کنگره، تاکنون ۱۱ مقاله در این مورد در مجلات معتبر ملی و بین المللی به چاپ رسانده است. چند مقاله مهم عبارتند از:

1. Heydari ST, Hoseinzadeh A, Sarikhani Y, Hedjazi A, Zarenezhad M, Moafian G, Aghabeigi MR, Riasati A, Riasati A, Foroutan A, Peymani P, Ahmadi SM, Ghaffarpsand F, Joulaei H, Lankarani KB. Time Analysis of Fatal Traffic Accidents in Fars Province of Iran: A Population-Based Study. *Chin J Traumatol.* 8-84:(2)16;2013.
2. Moafian G, Aghabeigi MR, Heydari ST, Hoseinzadeh, A Lankarani KB. An Epidemiologic Survey of Road Traffic Accidents in Iran: Analysis of Driver-related Factors. *Chin J Traumatol.* 4-140:(3)16;2013.
3. Heydari ST, Hoseinzadeh A, Hedjazi A, Zarenezhad M, Moafian G, Aghabeigi MR, Foroutan A, Sarikhani Y, Peymani P, Ahmadi SM, Ghaffarpsand F, Joulaei H, Lankarani KB. Epidemiological Characteristics of Fatal Traffic Accidents in Fars Province of Iran: a Community-Based Survey. *Public Health.* 9-127:704 ;2013. (ISI; IF: 1.65)
4. Lankarani KB, Heydari ST, Aghabeigi MR, Moafian G, Hoseinzadeh A, Vossoughi M. The impact of environmental factors on traffic accidents in Iran. *J Inj Violence Res.* 71-64:(2)6;2014.
5. Lankarani KB, Mahmoodi M, Heydari ST, Joulaei H, Ghaffarpsand F, Maharlouei N, Aghabeigi MR, Moafian G, Yamini N, Najafi A. The second international conference on reducing burden of traffic accidents, Shiraz, Iran. *J Inj Violence Res.* 6-75:(1)5;2013.
6. Lankarani KB, Sarikhani Y, Heydari ST, Joulaei H, Maharlouei N, Peimani P, Ahmadi SM, Khorasani-Zavareh D, Izadi B, Soori H, Davoudi-kiakalayeh A. Traffic accidents in Iran, a decade of progress but still challenges ahead MJIRI 100-96 :28 ;2014.
7. Heydari ST, Sarikhani Y, Lankarani KB, Khabaz Shirazi M. Burden of transportation injuries among children and adolescents of Fars Province: analysis of Iran's -20year trends. *Epidemiol Health.* 36;2014:e2014032
8. Lankarani KB, Sarikhani Y, Heydari ST, Joulaei H, Maharlouei N, Peimani P, Ahmadi SM, Khorasani-Zavareh D, Izadi B, Soori H, Davoudi-kiakalayeh A. Traffic accidents in Iran, a decade of progress but still challenges ahead MJIRI 100-96 :28 ;2014.

همچنین سامانه نرم افزار تصادفات در این مرکز راه اندازی

شده است که اهداف آن به شرح ذیل می باشد:

۱. شناخت و آگاهی از روند آسیب های ناشی از حوادث ترافیکی و برنامه ریزی استراتژیک سیاست های کلان کشوری در راستای کاهش حوادث ترافیکی.
۲. ایجاد هماهنگی و همکاری بیشتر نهادهای مرتبط با حوادث ترافیکی
۳. شناخت و آگاهی از روند تغییرات حوادث ترافیکی (مثلا تغییر نقطه پرحادثه، زمان حادثه و ...).
۴. شناخت و تصحیح مواردی که باعث کاهش مصدومین و متوفیان حوادث ترافیکی می شوند.
۵. برنامه ریزی برای سالهای آینده در خصوص کاهش مصدومین و متوفیان حوادث ترافیکی.

لینک نرم افزار مذکور:

[http://health-policy.sums.ac.ir/fa/research\\_group/tasadof/f.html](http://health-policy.sums.ac.ir/fa/research_group/tasadof/f.html)

امیدواریم که این تلاش ها نتیجه بخش باشد، تا بتوان از حجم گسترده تصادفات و هزینه های انسانی و مادی آن پیشگیری کرد.

با توجه به حجم سنگین تصادفات در کشور و هزینه های انسانی و مادی آن، یکی از راهبردهای مهم مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت HPRC از ابتدای تأسیس انجام پژوهش های کاربردی در موضوع تصادفات بوده است. در این جهت، در کنار انجام تحقیقات گسترده، چهار کنگره طی سال های اخیر توسط این مرکز برگزار شده است. جهت برگزاری پنجمین کنفرانس بین المللی با عنوان کاهش حوادث ترافیکی؛ چالش ها و راهکارهای پیش رو با محوریت ایمنی در عابرین پیاده، چندین جلسه در فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران با حضور اساتید برجسته کشوری به عنوان کمیته علمی کنگره برگزار گردید. در استان فارس نیز، چندین جلسه با حضور مسئولین تعیین کننده در استان برای هماهنگی استانی و بهره گیری از نتایج سمینارهای قبلی و همچنین ارتقای مطالب در سمینار پیش رو برگزار گردید. برای برگزاری این سمینار، نهادهای بین المللی چون دانشگاه جان هاپکینز John Hopkins University، بانک جهانی World Bank، سازمان فناوری هندوستان Indian Institute of Technology همکاری داشته اند. همچنین نهادهایی چون دانشگاه علوم پزشکی شیراز، نیروی راهور ناجای جمهوری اسلامی ایران، قوه قضاییه، مرکز مدیریت حوادث و فوریت های کشور، پزشکی قانونی، شهرداری شیراز، شورای اسلامی شهر شیراز، فرماندهی انتظامی استان فارس، اداره کل راه و شهرسازی استان فارس، مرکز تحقیقات ترومای دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مرکز تحقیقات ترومای گیلان، مرکز تحقیقات ترومای بقیه الله، مرکز تحقیقات ارتقاء ایمنی و پیشگیری از مصدومیت ها، دانشگاه های علوم پزشکی کرمانشاه و جهرم از داخل کشور همکاری داشتند.

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران نیز در جهت ارتقای علمی کنگره با مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت همکاری داشتند. فراخوان جهت کنگره پنجم بعد از برگزاری کنگره چهارم انجام گرفت که هدف تمرکز بر موضوع خاص یعنی ایمنی عابرین پیاده بود. با توجه به اختصاصی بودن موضوع، تعداد ۱۳۰ مقاله برای داوری به دبیرخانه کنگره ارسال شد که از این میان تعداد هشتاد مقاله به عنوان پوستر انتخاب گردید. همچنین تلاش شد برای ارتقای کیفی کنگره از محققان و صاحب نظران داخل و خارج از کشور به عنوان سخنران دعوت به عمل آید که از ۶۰ سخنران ملی و بین المللی دعوت گردید که در این سمینار آخرین یافته ها و دستاوردهای خود در موضوع ایمنی عابرین پیاده را ارائه می نمایند. همچنین دو میزگرد با عناوین «ایمنی راه ها و عابرین پیاده» و «نقش قانون در ایمنی عابرین پیاده» توسط مرکز تحقیقات ترومای گیلان و معاونت پیشگیری از وقوع جرم دادگستری استان فارس ارائه می گردد. همان طور که اشاره شد، با توجه به اهمیت و جایگاه موضوع تصادفات یکی از رویکردهای مرکز



## برنامه پنجمین سمینار بین المللی کاهش سوانح ترافیکی

| تاریخ           | ساعت            | عنوان   | سخنران  |
|-----------------|-----------------|---|---|
| <b>روز اول</b>  |                 |   |   |
| <b>افتتاحیه</b> |                 |   |   |
|                 | ۸/۱۵-۸/۲۰       | قرائت قرآن  |   |
|                 | ۸/۲۰-۸/۲۵       | سرود جمهوری اسلامی ایران به صورت زنده   |   |
|                 | ۸/۲۵-۸/۳۵       | گزارش دبیر سمینار   | دکتر سید تقی حیدری                                      |
|                 | ۸/۳۵-۸/۴۵       | سخنرانی رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی شیراز   | دکتر محمد هادی ایمانیه                                  |
|                 | ۸/۴۵-۹/۰۵       | سخنرانی رئیس محترم سمینار   | دکتر کامران باقری لنکرانی                               |
|                 | ۹/۰۵-۹/۲۰       | سخنرانی فرمانده انتظامی استان فارس  | سردار گودرزی  |
|                 | ۹/۲۰-۹/۳۵       | سخنرانی ریس شواری اسلامی شهر شیراز  | مهندس حق دل   |
|                 | ۹/۳۵-۹/۵۵       | سخنرانی معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم قوه قضائیه   | جناب آقای الفت  |
|                 | ۹/۵۵-۱۰/۱۵      | معاون طب سنتی وزارت بهداشت  | دکتر خدادوست  |
|                 | ۱۰/۱۵-۱۰/۳۰     | پذیرایی   |   |
|                 | ۱۰/۳۰-۱۰/۵۰     | Safe Infrastructure for Pedestrians-a prerequisite for safe Urban Transport                         | Geetam Tiwari   |
|                 | ۱۰/۵۰-۱۱/۳۰     | حوادث و تصادفات عامل اصلی مرگ رود هنگام مردان ایران   | دکتر مطلق   |
|                 | ۱۱/۳۰-۱۱/۴۰     | بیاده راههای ایمن   | دکتر اسماعیلی   |
|                 | ۱۱/۴۰-۱۲/۰۰     | Why pedestrian should be visible on the road: A challenge in road traffic injury prevention in Iran | دکتر خراسانی  |
|                 | ۱۲/۰۰-۱۲/۲۰     | کاهش ترافیک تصادفات با پزشکی از راه دور   | دکتر صفوی   |
|                 | ۱۲/۲۰ الی ۱۴/۰۰ | نماز و نهار   |   |
|                 | ۱۴/۰۰-۱۴/۴۰     | میزگرد: ایمنی راهها و عابرین بیاده  | دکتر محتشم امیر، دکتر داوودی، دکتر برگ گل، دکتر خراسانی |

۱۳۹۳/۱۲/۶

|                           |  |                 |           |
|---------------------------|--|-----------------|-----------|
| Villaveces, Andres        | Pedestrian Injuries and Urban Infrastructure   | ۱۴/۴۰-۱۵/۰۰     |           |
| دکتر کوشا                 | سلامت مردان با رویکرد سوانح و حوادث در عابرین پیاده  | ۱۵/۰۰-۱۵/۳۰     |           |
| دکتر خانبنانی             | اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی بر کودکان دارای اختلال بیش فعالی در کاهش حوادث ترافیکی                    | ۱۵/۳۰-۱۵/۵۰     |           |
| دکتر ترابی نامی           | Drowsy driving and road accidents; screening and treating the sleep-related underlying causes            | ۱۵/۵۰-۱۶/۱۰     |           |
| سردار مومنی               | سخنرانی فرمانده ی محترم پلیس راهور کشور  | ۱۶/۱۰-۱۶/۴۰     |           |
| سرهنک سیروسى              | رعایت اصول ترافیک برابر است با کاهش تصادفات  | ۱۶/۴۰-۱۷/۰۰     |           |
| دکتر ترابی                | به کارگیری نرم افزارهای و apps ها در آموزش عابرین پیاده  | ۱۷/۰۰-۱۷/۳۰     |           |
| دکتر حیدری و مهندس تیریزی | سالهای از دست رفته عمر در عابرین پیاده استان فارس طی سالهای ۸۸ الی ۹۲                                    | ۱۷/۳۰-۱۷/۴۰     |           |
| <b>روز دوم</b>            |  |                 |           |
| دکتر سواری                | بررسی سوانح عابرین پیاده در ایران منطقه و جهان   | ۸/۳۰-۸/۵۰       |           |
| Kavi Bhalla               | Estimates of the global burden of disease from motorized road transport                                  | ۸/۵۰-۹/۲۰       |           |
| دکتر بختیاری              | مداخلات موثر بر ایمنی بر عابر پیاده  | ۹/۲۰-۹/۴۰       |           |
| Dinesh Mohan              | Emerging Issues in Urban Traffic Safety  | ۹/۴۰-۱۰/۱۰      |           |
| دکتر معصومی               | دهه ایمنی جاده ای: سیاستگذاری و اقدامات در نیمه راه  | ۱۰/۱۰-۱۰/۳۰     |           |
|                           | پذیرایی  | ۱۰/۳۰-۱۰/۵۰     |           |
| دکتر رخشانى               | روش های موثر آموزش عموم جامعه برای پیشگیری از حوادث عابر پیاده   | ۱۰/۵۰-۱۱/۱۰     | ۱۳۹۳/۱۲/۷ |
| دکتر لنکرانی              | نگاه سیستمی بر حوادث ترافیکی عابرین پیاده  | ۱۱/۱۰-۱۱/۳۰     |           |
| آقای رحمانیان             | میزگرد: نقش قانون در ایمنی عابرین پیاده  | ۱۱/۳۰-۱۲/۲۰     |           |
|                           | نماز و نهار  | ۱۲/۲۰ الی ۱۴/۰۰ |           |
| Varghese                  | Prehospital care : a critical review   | ۱۴/۰۰-۱۴/۳۰     |           |
| دکتر شهرار                | Theory-supported policy planning and research for road safety  | ۱۴/۳۰-۱۴/۵۰     |           |
| دکتر خانکه                | ارزیابی شاخص های حوادث و بلایا با نگاه به حوادث ترافیکی  | ۱۴/۵۰-۱۵/۱۰     |           |
| دکتر کمالی                | خطر وقوع حادثه برای معلومین و سالمندان در عابرین پیاده   | ۱۵/۱۰-۱۵/۳۰     |           |
| دکتر سلطانی               | مکان بایی پل های عابر پیاده و چالش های مربوط   | ۱۵/۳۰-۱۵/۵۰     |           |
| دکتر رضایور               | بررسی تاثیر آموزش پیشگیری از آسیبهای ناشی از حوادث ترافیکی و رفتار عبور از خیابان در دانش آموزان ابتدایی | ۱۵/۵۰-۱۶/۱۰     |           |
| دکتر حیدری و مهندس تیریزی | بیش بینی میزان مرگ عابرین پیاده در حوادث ترافیکی، براساس مدلسازی داده های موجود در ایران                 | ۱۶/۱۰-۱۶/۳۰     |           |
| <b>اختتامیه</b>           |  |                 |           |
| دکتر ایمیه                | سخنرانی رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی شیراز  | ۱۶/۳۰-۱۶/۵۰     |           |
| دکتر لنکرانی              | جمع بندی سیمینار   | ۱۶/۵۰-۱۷/۱۰     |           |
|                           | قرائت بیانیه   | ۱۷/۱۰-۱۷/۳۰     |           |

## عابرین پیاده در حوادث ترافیکی

مریم اکبری- اپیدمیولوژیست

### عابرین پیاده در حوادث ترافیکی

عابرین پیاده مستعدترین و آسیب پذیرترین گروه مابین استفاده کنندگان از جاده ها می باشد. و شدیدترین مصدومیت ها را در حوادث جاده ای نسبت به سایر استفاده کنندگان از جاده ها متحمل می شوند. برخورد عابر پیاده با وسایل نقلیه موتوری از مهم ترین مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان است اما با انجام اقداماتی قابل پیشگیری می باشد. هر ساله بیش از ۲۷۰ هزار عابرین پیاده در جاده های جهان جان خود را از دست می دهند در جهان عابرین پیاده ۲۲ درصد از کشته های حوادث جاده ای را به خود اختصاص داده اند. تا جایی که در برخی کشورها به بیش از دو سوم عامل مرگ و میر از حوادث جاده ای می باشند.

میلیون ها نفر از این عابرین پیاده دچار معلولیت هایی می شوند که تا آخر عمر باقی می ماند. ازینرو تلاش برای ایمنی عابر پیاده یک جز مهم از تلاش برای جلوگیری از حوادث ترافیکی می باشد. در ایران نیز تصادفات در عابرین پیاده بخش عمده ای از تمام تصادفات را تشکیل می دهد. مطالعات نشان می دهد که در سال ۲۰۰۷ از مجموع مرگ و میر حوادث ترافیکی ۲۷۵۶۷، ۲۲۵۸ (۲۲٪) در عابرین پیاده و این رقم در سال ۲۰۱۱ به ۲۸- رسیده است.

به طور کلی حوادث در عابرین پیاده در مناطق شهری بالاتر می باشد. چرا که مردم در شهرها فعال تر هستند و حجم ترافیک نیز بالاتر می باشد. اما به دلیل سرعت بالاتر شدت جراحات و مرگ و میر در عابرین پیاده در جاده های برون شهری بیشتر می باشد. عوامل بسیاری بر وقوع تصادفات در عابرین پیاده نقش دارد برخی از مهمترین این عوامل می توان به فاکتورهای محیطی، گذرگاه عابرین پیاده، عدم کنترل ترافیک در این گذرگاه ها، سرعت وسایل نقلیه، حجم تردد عابرین پیاده و حجم تردد وسایل نقلیه اشاره کرد.

با توجه به زیاد بودن میزان تلفات در عابرین پیاده در جاده ها توجه کافی به به بحث عابر پیاده به خصوص از بعد ایمنی بسیار مهم و قابل توجه می باشد. در این راستا مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت در پنجمین سمینار بین المللی کاهش حوادث ترافیکی، چالش ها و راهکاری های پیشرو با محوریت ایمنی در عابرین پیاده برگزار نموده تا با گردهمایی سیاستگذاران و صاحب نظران راهبردها و استراتژی های لازم جهت کاهش بار ناشی از این حوادث اتخاذ گردد.

درصد مرگ و میر از حوادث ترافیکی در عابرین پیاده در سال ۲۰۱۰

|                        |      |
|------------------------|------|
| کشورهای با درآمد بالا  | ۱/۳۳ |
| کشورهای با درآمد متوسط | ۰/۶۳ |
| کشورهای با درآمد پایین | ۰/۷۵ |
| چین                    | ۰/۸۷ |
| ایران                  | ۲/۲  |

#### References:

- [http://www.who.int/gho/road\\_safety/en/](http://www.who.int/gho/road_safety/en/)
- Pedestrian safety ( Web: [www.who.int/roadsafety/en/](http://www.who.int/roadsafety/en/))
- A strategy for pedestrian safety in Iran

## خصوصیات اپیدمیولوژیک سوانح شدید و کشنده در بابل، ایران: پیمایش مبتنی بر بیمارستان

### هدف:

هدف از این مطالعه، تعیین خصوصیات اپیدمیولوژیک سوانح شدید و کشنده در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان در بابل در شمال ایران بود.

### مواد و روش ها:

این مطالعه مقطعی در طول یک دوره ۱ ساله بر روی تمام بیماران ترومایی کشته شده مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی بابل انجام شده است. تمام آن دسته از بیمارانی که به مرکز تروما منتقل شده بودند و در طی مدت بستری در بیمارستان فوت شده بودند، وارد مطالعه شدند. کسانی که به علت شوک الکتریکی، غرق شدن و خفگی و مسمومیت فوت کرده بودند، از مطالعه حذف شدند. اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، اشتغال، نوع، محل و زمان آسیب، محلی از بدن که دچار آسیب شده است، روش درمان، علت، محل و زمان مرگ ثبت شدند.

### نتایج:

از ۹۲ بیمار فوت شده، ۷۶ نفر (۸۲٫۶٪) مرد و ۱۶ نفر (۱۷٫۴٪) زن بودند. علت مرگ در ۵۳ مورد (۵۷٫۶٪) ضربه به سر بود. از نظر محل، ۳۰ بیمار (۳۲٫۶٪) در صحنه حادثه، ۶۲ (۶۷٫۴٪) نفر در بیمارستان جان باختند. حداکثر نرخ تروما بعد از ظهر بین ساعات ۱۳:۳۰ تا ۱۹ رخ داده است: سر و صورت شایعترین عضوهای آسیب دیده بودند. تصادفات جاده ای شایع ترین علت مرگ و میر ناشی از آسیب ثبت شده در ۸۱ نفر (۸۸٫۰٪) بودند. اغلب حوادث در جاده های بین شهری در ۲۷ نفر (۳۳٫۳٪) و بقیه در جاده های روستایی-شهری رخ داده است. شایع ترین قربانیان مرگ و میرهای جاده ای ناشی از تصادفات که در ۲۹ نفر (۳۵٫۸٪) گزارش شده است، عابرین پیاده بودند.

### نتیجه گیری:

تصادفات جاده ای در میان شایع ترین علل مرگ و میر ناشی از آسیب در منطقه ما هستند. افزایش دانش عمومی و بهبود اجرای قوانین راهنمایی و رانندگی باید برای کاهش مرگ و میر در نظر گرفته شود.

Ref. Bull Emerg Trauma 150-146:(4)2;2014.

\*\*\*\*\*

## آنالیز مبتنی بر خطر در حوادث ساختمانی در ایران در فاصله سالهای ۲۰۱۱-۲۰۰۷ - مطالعه متاآنالیز در ایران

### هدف:

مطالعه حاضر با هدف بررسی خصوصیات حوادث شغلی و فراوانی و شدت حوادث ناشی از کار در صنعت ساختمان در میان کارگران بیمه شده ایرانی در طول سال های ۲۰۱۱-۲۰۰۷ انجام شده است.

### روش انجام مطالعه:

در این مطالعه از پایگاه داده تصادفات سازمان تامین اجتماعی ایران شامل ۲۱۸۶۴ مورد، بین سال ۲۰۱۱-۲۰۰۷ استفاده شد. در مرحله بعد، نرخ کلی تصادفات، شاخص ها شدت کلی، و عوامل خطر تعریف شدند. داده ها از دیدگاه های مختلف مانند سن کارگران، شغل و فاز ساخت و ساز، روز هفته، زمان از روز، تجزیه و تحلیل فصلی،

منطقه، نوع حادثه، و محل آسیب دیده بدن، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### نتایج:

کارگران بین ۱۵-۱۹ سال (نرخ کلی تصادفات = ۱۳,۴٪) تقریباً شش برابر بیشتر از متوسط همه سنین در معرض خطر ابتلا به تصادف قرار داشتند (نرخ کلی تصادفات = ۲,۵۱٪). کارگران و کارگران ساختمانی (نرخ کلی تصادفات = ۶۶,۶٪) و کسانی که کار در ارتفاع داشتند (نرخ کلی تصادفات = ۴۷,۲٪) بیشتر از دیگر گروه های کارگران حوادث را تجربه کرده بودند. علاوه بر این، کارگران مسن تر از ۶۵ سال (شاخص شدت آسیب = ۱,۹۷٪ <، متوسط شاخص شدت آسیب = ۱,۶۰٪)، سرپرستان (شاخص شدت آسیب = ۱۲,۲۰٪ <، متوسط شاخص شدت آسیب = ۹,۰۹٪)، و کارگران شیفت شب (شاخص شدت آسیب = ۱,۸۹٪ <، متوسط شاخص شدت آسیب = ۱,۴۷٪) بیشتر مستعد ابتلا به حوادث شدید هستند.

#### نتیجه گیری:

توصیه می شود که کارگران، کارگران جوان، کارگرانی که آخر هفته مشغول به کارند و کارگران شیفت شب با دقت بیشتری در محل کار تحت نظارت باشند. استفاده از تجهیزات حفاظت فردی باید در محیط های کار اجباری باشد، و توجه ویژه ای باید به کارگرانی که در محیط باز و در ارتفاعات کار میکنند معطوف باشد. توصیه میگردد که سیاست گذاران توجه بیشتر به بهبود شرایط ایمنی در مناطق غربی محروم و سرد کشورداشته باشند.

Ref. J Publ Health, Vol. 43, No.4, Apr 2014, pp.522 -507

\*\*\*\*\*

## ارتباط بین مدت زمان بی تحرکی (نشستن بمدت طولانی) با خطر بروز بیماری، مرگ و میر و بستری شدن در بیمارستان در بزرگسالان (مرور سیستماتیک و متاآنالیز)

#### پیش زمینه:

ارتباط بین کم تحرکی (نشستن بمدت طولانی) و پیامد آن از لحاظ بزرگی رابطه، ثبات آن و چگونگی این ارتباط، مستقل از فعالیت فیزیکی، هنوز مشخص نیست.

#### هدف مطالعه:

اندازه گیری رابطه کمی بین مدت زمان کم تحرکی و بستری در بیمارستان، مرگ به تمام عمل، بیماریهای قلبی عروقی، دیابت و سرطان در بزرگسالی مستقل از فعالیت فیزیکی.

#### منبع داده ها:

مطالعات به زبان انگلیسی در پایگاه های داده شامل، Medline، Pubmed، Embase، CINAHL، Cochrane Library، Web of knowledge، Google scholar تا تاریخ آگوست ۲۰۱۴ بررسی گردید و بعلاوه اسنادهای درون متن به صورت دستی بررسی شدند. محدودیتی برای تاریخ انتشار وجود نداشت.

#### انتخاب مطالعه:

مطالعات بررسی کننده رفتارهای کم تحرکی در بزرگسالان که حداقل به یک پیامد مرتبط شده باشند و تطبیق یافته برای فعالیت فیزیکی باشند، انتخاب گردیدند.

#### استخراج داده ها:

دو نفر به صورت مستقل خلاصه های داده ها را مرور و از نظر کیفیت بررسی نموده و نفر سوم هم مسؤول بررسی عدم تطابق ها بود.

#### سنتز داده ها:

۴۷ مقاله واجد شرایط ورود به مطالعه بودند. متاآنالیز بر روی پیامدهای بیماریهای قلبی عروقی و دیابت (۱۴ مطالعه) و سرطان (۱۴ مطالعه) و مرگ و میر به تمام علل (۱۳ مطالعه) انجام گردید.

اکثریت مطالعات به جز ۳ مطالعه، طراحی کوهورت آینده نگر داشتند، مدت زمان کم تحرکی با استفاده از خود گزارش دهی در تمامی مطالعات به جز یکی، کمی سازی شده بود. نسبت خطرهای (hazard ratio) معنی دار در مرگ به تمام علل [۱/۰۹۰-۱/۴۱۰] ۹۵% CI [HR/۲۴۰]: مرگ به علت بیماریهای قلبی و عروقی

[۱/۰۶۰-۱/۲۵۷] ۹۵% CI [HR/۱۷۹]: بروز بیماری قلبی عروقی [۱/۷۲۹] تا [۱/۰۰۲] ۹۵% CI [HR/۱۴۳]: مرگ و میر ناشی از سرطان [۱/۲۴۲] تا [۱/۱۰۸] ۹۵% CI [HR/۱۷۳]: بروز سرطان با [۱/۲۱۳] تا [۱/۰۵۳] ۹۵% CI [HR/۱۳۰]: بروز دیابت نوع ۲ [۲/۲۲۲] تا [۱/۶۴۲] ۹۵% CI [HR/۹۱۰]: مشاهده شد. ارتباط نسبت خطر (HR) مدت کم تحرکی و پیامدها، عموماً در سطوح پایین تر فعالیت فیزیکی برجسته تر از سطوح بالای فعالیت فیزیکی بود.

**محدودیت ها:**

در طراحی مطالعات مورد بررسی، هتروژنیتی (ناهمگونی) وسیعی وجود داشت چه از لحاظ طراحی مطالعه و چه از لحاظ ارزیابی مدت زمان کم تحرکی و فعالیت فیزیکی.

**نتیجه گیری:**

مدت زمان طولانی بی تحرکی به صورت مستقل بدون توجه به فعالیت فیزیکی با پیامدهای نامطلوب سلامتی مرتبط بود.

Ref. *Annals of Internal Medicine* 20 January 2015

\*\*\*\*\*

### آیا چیزی مثل شیر زیادی وجود دارد؟

در یک مطالعه ای مشاهده ای سوئدی، مصرف زیاد شیر با احتمال بیشتر شکستگی ها و مرگ در ارتباط بوده است. محصولات لبنی باعث کاهش احتمال شکستگی ها می شود. اگر چه شیر دارای دی-گالاکتوز است که باعث تنش های اکسایشی و التهاب مزمن در حیوانات نمونه شده است؛ بنابراین، احتمال دارد اثرات زیان آور طولانی مدتی بر سلامتی داشته باشد. در این مطالعه ای مشاهده ای ۶۱۰۰۰ زن و ۴۵۰۰۰ مرد که پرسشنامه فراوانی غذایی پرکرده اند، شرکت داشتند.

محققان سوئدی ارتباط استفاده زیاد از شیر با احتمال افزایش خطر شکستگی ها و مرگ را بررسی کردند. در میانگین بررسی و پیگیری ۲۰ ساله در زنان، کسانی که روزانه بیش از ۳ لیوان شیر می نوشیدند (نسبت به زنانی که کمتر از یک لیوان می نوشیدند) احتمال بیشتری برای بروز تمام انواع مرگ و میر را داشتند. (با درصد خطر ۱/۹)، مرگ در ارتباط با قلب و عروق (با درصد خطر ۱/۹)، مرگ در ارتباط با سرطان (با درصد خطر ۱/۴)، هر نوع شکستگی (با درصد خطر ۱/۲) و شکستگی مفصل ران (با درصد خطر ۱/۶)؛ ارتباط معنا داری بین دوز - پاسخ دهی مشاهده شده است. در میانگین بررسی و پیگیری ۱۱ ساله در مردان کسانی که بیشتر از ۳ لیوان شیر در روز می نوشیدند احتمال خطر بیشتری برای تمام علل مرگ را (با درصد خطر ۱/۱) داشتند و مرگ در ارتباط با قلب و عروق (با درصد خطر ۱/۲).

مصرف شیر ارتباط مثبتی با افزایش شاخص های زیستی در ادرار و سطح سرم برای تنش های اکسایشی و التهاب در هر دو جنس دارد. اگرچه که استفاده از پنیر و محصولات شیر جوشیده (مثل ماست) باین اثرات در ارتباط نیستند.

**توضیح:**

این نویسندگان تئوری دادند که دی گالاکتوز سبب افزایش در احتمال خطر مرگ و شکستگی در ارتباط با مصرف زیاد شیر می باشد. این تئوری با مشاهدی پنیر و محصولات شیر جوشیده - که حاوی دی گالاکتوز نیستند - حمایت شده است که چنین اثرات منفی بر سلامتی ندارند. اگرچه نویسندگان نتوانسته این ناتوانی باقیمانده و عامل برعکس را رد کند؛ اما احتمالاً شیر یک گلوله جادویی نیست.

Ref. *Paul S. Mueller, MD, MPH, FACP reviewing Michaëlsson K et al. BMJ* 2014 Oct 28.

\*\*\*\*\*



## روز جهانی بهداشت ۲۰۱۵: ایمنی مواد غذایی

۷ آوریل ۲۰۱۵ - روز جهانی بهداشت

### پیش زمینه:

مواد غذایی نا امن (Unsafe food)، با مرگ حدود ۲ میلیون نفر در سال - از جمله مرگ تعداد زیادی کودک - مرتبط است. مواد غذایی حاوی باکتری های مضر، ویروس ها، انگل یا مواد شیمیایی، مسئول بیش از ۲۰۰ نوع بیماری هستند، که این بیماری ها محدوده ای را شامل میشود که از اسهال تا سرطان متغیر است.

تهدید های جدید برای ایمنی مواد غذایی به طور مداوم در حال ظهورند. تغییرات در نحوه تولید مواد غذایی، توزیع و مصرف، تغییر در محیط زیست، پاتوژن های جدید و در حال ظهور، مقاومت آنتی بیوتیکی - همگی سیستم های ایمنی مواد غذایی را در سطح ملی به چالش میکشند. افزایش مسافرت ها و اقدامات تجاری، می تواند احتمال اینکه آلودگی در سطح بین المللی گسترش یابد را افزایش دهد.

### موضوع روز جهانی بهداشت ۲۰۱۵ ایمنی مواد غذایی است:

هر چه عرضه مواد غذایی بیشتر جهانی (globalized) می شود، نیاز به تقویت سیستم های ایمنی مواد غذایی در درون و بین همه کشورها بیشتر و بیشتر مشهود میگردد. این مساله علت تلاشهای سازمان بهداشت جهانی برای بهبود ایمنی مواد غذایی، «از مزرعه تا بشقاب»، در روز جهانی بهداشت، ۷ آوریل ۲۰۱۵ است.

سازمان بهداشت جهانی جهت پیشگیری، تشخیص و واکنش به شیوع بیماری های منتقله از راه مواد غذایی - منطبق بر محتوای کتاب غذایی (Codex Alimentarius)، که مجموعه ای از استانداردهای مواد غذایی، دستورالعمل ها و کدهای عملکرد است که تمام مواد غذایی اصلی و فرآیندهای بین المللی را پوشش می دهد - به کشورها کمک می کند. همراه با سازمان غذا و کشاورزی (FAO)، سازمان بهداشت جهانی به کشورها در موارد اضطراری ایمنی مواد غذایی از طریق شبکه اطلاع رسانی بین المللی، هشدار میدهد.

### پنج کلید برای غذای امن تر:

ایمنی مواد غذایی یک مسئولیت مشترک است. همکاری تمام افرادی که در طول زنجیره تولید مواد غذایی فعالیت دارند مهم است - اعم از کشاورزان و تولید کنندگان تا فروشندگان و مصرف کنندگان. به عنوان مثال، پنج کلید ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی برای غذای امن تر، راهنمایی عملی برای فروشندگان و مصرف کنندگان برای کار با مواد غذایی و تهیه غذا را ارائه میدهد:

کلید ۱: پاکیزه نگاه دارید.

کلید ۲: مواد غذایی خام و پخته را جدا از یکدیگر نگه دارید.

کلید ۳: غذا را بطور کامل بپزید.

کلید ۴: غذا را در حرارت امن و مناسب نگه دارید.

کلید ۵: از آب سالم و مواد خام سالم استفاده نمایید.

روز جهانی بهداشت ۲۰۱۵ فرصت مناسبی است برای اینکه به مردمی که در بخش های دولتی مختلف مشغول به کارند همچنین کشاورزان، تولید کنندگان، خرده فروشان، پزشکان و نیز مصرف کنندگان، در مورد اهمیت ایمنی مواد غذایی، و نقشی که هر فرد می تواند در تضمین احساس اعتماد به امنیت ماده غذایی مصرفی ایفا نماید، اطلاع رسانی گردیده و هشدار داده شود.

Ref. <http://www.who.int/campaigns/en/>

وب سایتهای مجلات مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت



**Shiraz E Medical Journal**  
SEMJ is a peer reviewed online quarterly journal published by Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran  
ISSN: 1735-1391



<http://emedicalj.com>



**مجله کلید سلامت**  
Health Policy Research Center



<http://hkj.sums.ac.ir>



**Women's Health Bulletin**  
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences  
pISSN: 2345-5136  
eISSN: 2382-9990



<http://womenshealthbulletin.com>



**International Journal of School Health**  
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences  
eISSN: 2383-1219  
pISSN: 2345-5152



<http://intjsh.com>



**Social Pharmacy Journal**



<http://socialpharmacyjournal.com>



WOMEN'S HEALTH  
Bulletin

# WOMEN'S HEALTH Bulletin

Number 1, Volume 1, Issue 1, April 2014



p-ISSN: 2345-5146  
e-ISSN: 2382-9048

[womenshealthbulletin.com](http://womenshealthbulletin.com)

p-ISSN: 2345-5152



INTERNATIONAL JOURNAL OF  
SCHOOL HEALTH

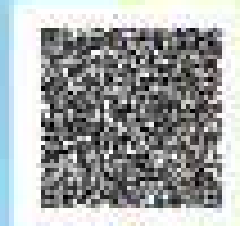
# INTERNATIONAL JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

Number 1, Volume 1, Issue 1, June 2014



6  
تعمیر و توسعه  
توانایی‌ها  
چالش‌ها و فرصت‌ها  
سازمان جهانی بهداشت  
WHO

# سلامت پان سالمندان



[www.healthpolicy.org](http://www.healthpolicy.org)

## Elderly Safety

مهر ۱۳۹۵  
February 2016 - Shiraz-Iran







The 4<sup>th</sup>  
**International Conference on  
 Women's Health**  
**May 20 and 21, 2015**  
**Shiraz, Iran**

**TOPIC:**

- Healthy Aging
- Communicable & Non-communicable Disease
- Psychosocial Aspects of Women's Health
- Health Promotion
- Reproductive Health
- Nutrition in pregnancy, breast feeding and menopause
- Sport & Women's Health



**Abstract  
 Submission  
 Deadline:  
 March  
 March 20, 2015**



**with maximum CME credit**

Sina and Sadra Conventional Center, Shiraz, Iran

Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences

[www.health-policy.ir](http://www.health-policy.ir)

Tel/Fax: +98-71-32309615





Shiraz International Congress in

# mHEALTH

SIM Congress

Shiraz-I.R.IRAN

May 17,18<sup>th</sup> 2015

Abstract deadline:  
April 9<sup>th</sup> 2015

## Conference Topic:

- Guidelines and standards in mHealth
- Uses of mHealth
- Epistemological debates on mHealth
- Health literacy and mhealth
- Investment and marketing in mHealth
- Pharmacy and mHealth
- Implementation of mhealth

Proceedings indexed by:



Health Policy Research Center, Building No.2,8th Floor, School of Medicine,Zand Avenue,Shiraz,Iran

website: [mhealth.sums.ac.ir](http://mhealth.sums.ac.ir)