



باسامه خیری پژوهشی  
مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت

سال پنجم - شماره ۴۵ - فروردین ۹۳

ISSN: 2251-6018

# یک عمر سلامت باخود مراقبتی



هفته سلامت  
۱ تا ۷ اردیبهشت ۱۳۹۳



## در این شماره می خوانید:

۳

آینده بیماری های قلبی و عروقی در ایران

۴

بیماری های غیر واگیر

۵

بیماری های منتقله از طریق حاملین

۱۲

اخبار پزشکی



سال پنجم - شماره ۴۵

فروردین ۱۳۹۳

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:

دکتر کامران باقری لنکرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اعضای هیأت تحریریه:

دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی

همکاران این شماره:

دکتر بهنام هنرور، مریم اکبری

رئیس شورای سردبیری:

سید مهدی احمدی

طراحی و صفحه آرایی:

فرحناز ایزدی

برای دریافت مجله کلید سلامت به صورت الکترونیکی  
به آدرس زیر مراجعه فرمایید.

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



باسمه تعالی شانه

## آینده بیماری های قلبی و عروقی در ایران

بیماری های قلبی و عروقی در حال حاضر یکی از مهمترین علل مرگ و میر و ناتوانی در جهان، منطقه مدیترانه شرقی و میهن عزیز ما میباشند. میزان مرگ به دلیل این بیماری ها در جهان ۲۶۵ مرگ به ازای صد هزار نفر جمعیت گزارش شده است. این میزان برای منطقه مدیترانه شرقی ۲۲۴ و برای کشور ما ۱۷۱ به ازای صد هزار نفر جمعیت برآورد شده است. تفاوت ها در میانگین سن و شیوع متفاوت عوامل خطر ساز بیماری های قلبی و عروقی از مهمترین علل تفاوت شیوع بیماری های قلبی و عروقی در بین جوامع مختلف است. با در نظر گرفتن روند سالمندی در جمعیت کشورمان و افزایش نسبی عوامل خطر ساز نظیر چاقی، پرفشارخونی، دیابت، کم تحرکی، مصرف دخانیات و عادات نادرست غذایی پیش بینی میشود بار بیماری های قلبی و عروقی در ایران روبه افزایش باشد. این افزایش در سناریوهای مختلف با توجه به میزان موفقیت در کنترل عوامل خطر ساز، به صورت متفاوتی بروز خواهد کرد. تمرکز بر کاهش عوامل خطر ساز و غربالگری برای این عوامل مهمترین راه برای کاهش بار این بیماری هاست. تاکید بیش از حد بر درمانهای گران قیمت به ویژه درمانهایی که برای آنها روش های کم هزینه تر و یا اثربخش تری وجود دارد و یا درمانهایی که تاثیر آنها نه بر کاهش مرگ و میر و نه بهبود کیفیت زندگی اثبات نشده، همچنین پیچیدگی کنترل عوامل خطر ساز و ماهیت بین بخشی اقدامات این عرصه، باعث شده که منابع موجود نظام سلامت بیشتر به سمت درمان نه چندان موفق میل کند و برنامه های جامع پیشگیری کمتر مورد توجه قرار گیرند. مصوبات شورای عالی سلامت در جهت کاهش این عوامل قدمی مهم برای حرکت در مسیر صحیح است اما به دلیل عدم پشتیبانی در تعاملات داخل و برون نظام سلامت هنوز تا اجرایی شدن فاصله زیادی دارد.

دکتر کامران باقری لنکرانی

استاد بیماری های داخلی

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

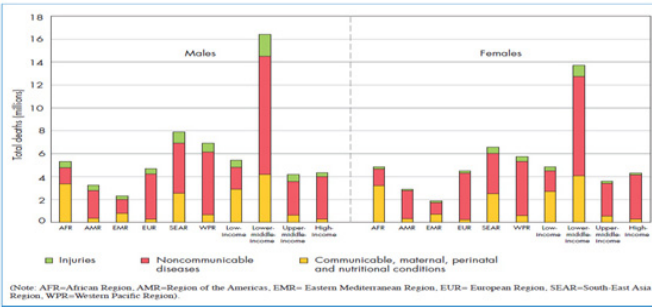
دانشگاه علوم پزشکی شیراز، جمهوری اسلامی ایران



## بیماری های غیر واگیر

نویسنده: مریم اکبری - کارشناس ارشد اپیدمیولوژی - کارشناس پژوهشی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

در حال حاضر بیماری های قلبی - عروقی و سرطان ها در راس علل مرگ در کشورهای پیشرفته قرار دارند. در بسیاری کشورها بروز بیماری های غیرواگیر روند صعودی داشته که دلایل عمده آن افزایش طول عمر، افزایش و طولانی تر شدن زمان مواجهه با عوامل خطر و تغییر الگوی زندگی است. اگرچه علت اصلی مرگ ها در سال ۲۰۳۰ به ترتیب وفور بیماری ایسکمیک قلب، بیماری های مزمن ریوی، سرطان های حنجره، برونش و ریه، دیابت قندی، تصادفات جاده ای، مشکلات حول تولد و سرطان معده پیش بینی شده است، ده علت اصلی مرگ در کشورهای مختلف متفاوت است. سه علت اصلی مرگ شامل بیماری های عروق قلبی و مغزی و بیماری های مزمن ریوی در همه کشورها یکسان خواهند بود ولی در کشورهای پیشرفته، سرطان دستگاه تنفسی و دیابت، در کشورهای نیمه پیشرفته، ایدز و عفونت های تنفسی تحتانی جزو ۵ علت اصلی مرگ و میر می باشند. بر اساس سازمان جهانی بهداشت بیماری های غیر واگیر علل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در جهان می باشند. به نحوی که در سال ۲۰۰۸، ۶۳ درصد علل مرگ در تمام دنیا (۳۶ میلیون نفر) مربوط به بیماری های عمده غیر واگیر بوده است. در این میان بیماری های قلبی - عروقی به تنهایی مسئول نزدیک به ۱۷ میلیون مرگ در سراسر دنیا بوده است. نزدیک به ۸۰ درصد موارد مرگ (۲۹ میلیون نفر) در کشورهای با درآمد متوسط و پایین رخ داده است. و پیش بینی نموده است تا سال ۲۰۲۰ تعداد موارد مرگ ناشی از این بیماری ها با ۱۵ درصد افزایش، به سالانه ۴۱ میلیون نفر برسد. و این افزایش عمدتاً در منطقه ای نظیر جنوب غرب آسیا، مدیترانه شرقی و آفریقا رخ خواهد داد. و اما در حال حاضر در کشورهای با درآمد متوسط پایین، ۲۹ درصد موارد مرگ ناشی از بیماری های عمده غیر واگیر در جمعیت زیر ۶۰ سال رخ می دهد. توجه به این نکته بسیار مهم است که چهار بیماری عمده غیر واگیر (بیماری قلبی - عروقی، سرطان ها، بیماری های مزمن تنفسی و دیابت) مستقیماً به سه عامل خطر اصلی قابل پیشگیری شامل استعمال دخانیات، تغذیه نامناسب و عدم فعالیت بدنی وابسته هستند. و جوامع می توانند با اقدامات خاص از بروز آن پیشگیری کنند. سازمان جهانی بهداشت برآورد نموده که در حال حاضر سالانه نزدیک به ۶ میلیون نفر به دلیل استعمال دخانیات و یا قرار داشتن در معرض خطر دود آن جان خود را از دست می دهند. و این عامل خطر در سال ۲۰۲۰ به تنهایی مسئول ۷/۵ میلیون مرگ در سال خواهد بود. از نظر این سازمان عدم فعالیت بدنی مناسب در مرگ سالانه حدود ۳/۲ میلیون انسان نقش اصلی دارد و خطر ابتلا به بیماری ها را در افراد با سطح تحرک ناکافی ۲۰ تا ۳۰ درصد بیشتر گزارش شده است.



نمودار: تعداد موارد مرگ سالانه ناشی از بیماری ها در مناطق مختلف سازمان جهانی بهداشت به تفکیک جنس و گروههای درآمدی بانک جهانی

**به طور کلی سازمان جهانی بهداشت ۱۰ واقعیت مهم را در مورد بیماری های غیرواگیر یادآور شده که در زیر به آنها اشاره شده است.**

- ۱- بیماری های غیر واگیر، و در درجه اول بیماری های قلبی - عروقی، سرطان ها، بیماری های مزمن تنفسی و دیابت، در سراسر جهان مسئول ۶۳ درصد از کل مرگ و میر می باشد. (۳۶ میلیون از ۵۷ میلیون مرگ و میر در جهان)
- ۲- ۸۰ درصد مرگ از بیماری های غیر واگیر در کشورهای با درآمد متوسط و پایین رخ می دهد.
- ۳- بیش از ۹ میلیون نفر از همه مرگ ها ناشی از بیماری های غیر واگیر، قبل از سن ۶۰ سالگی رخ می دهد.
- ۴- در سراسر جهان تاثیر بیماری های غیر واگیر بر زنان و مردان تقریباً به یک اندازه است.
- ۵- بیماری های غیر واگیر از طریق مداخلات موثر در عوامل خطر مشترک (مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم فعالیت بدنی و سوء مصرف الکل) قابل پیشگیری می باشند.
- ۶- بیماری های غیر واگیر نه تنها یک مشکل بهداشتی است بلکه یک چالش توسعه نیز می باشد. این بیماری ها به دلیل هزینه های فاجعه بار درمانی مردم را به فقر می کشاند و تاثیر کاهشی زیادی در بهره وری و تولید دارد.
- ۷- ۱/۵ میلیارد از افراد بزرگسال (۲۰ سال و بالاتر) در سال ۲۰۰۸ اضافه وزن داشتند.
- ۸- حدود ۴۳ میلیون کودک زیر ۵ سال در سال ۲۰۱۰ اضافه وزن داشتند.
- ۹- مصرف دخانیات نزدیک به ۶ میلیون نفر را در سال می کشد و این رقم تا سال ۲۰۲۰ به ۷/۵ میلیون نفر افزایش می یابد. (۱۰ درصد از علل تمام مرگ ها)
- ۱۰- با حذف عوامل خطر عمده بیماری های غیر واگیر میتوان در حدود سه چهارم از بیماری های قلبی، سکته مغزی، دیابت و ۴۰ درصد از موارد سرطان را پیشگیری کرد.

رفرنس:

۱- WHO. Global status report on noncommunicable disease ۲۰۱۰. Reported in ۲۰۱۱  
[http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/facts/en/](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/facts/en/)

## بیماری های منتقله از طریق حاملین

### Vector borne diseases

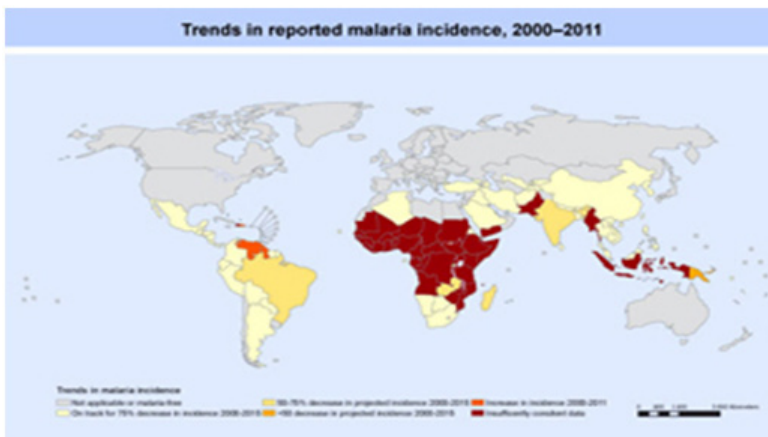
گردآورنده: دکتر بهنام هنرور (متخصص پزشکی اجتماعی و استادیار مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز)



روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴ (۷ آوریل) معادل دوشنبه ۱۸ فروردین ماه ۱۳۹۳ به بیماری های منتقله از طریق حاملین و یا وکتورها اختصاص یافته و هدف از آن تمرکز بر روی بیماری های مهم منتقله از طریق حاملین یا وکتورها همچون پشه ها همچون پشه های خاکی ، کنه ، کک و روش های محافظت از خود در مقابل آن ها است . لذا افزایش آگاهی جامعه و به ویژه ساکنین مناطق اندمیک و مهاجرین و مسافران به آن مناطق در خصوص این بیماری ها و راه های محافظت در مقابل این بیماری ها مورد توجه ویژه است. همچنین افزایش توجه سیاستگذاران بهداشتی ، تقویت سیستم مراقبت این بیماری ها و توجه به تاثیرات عوامل محیطی در بروز این بیماری ها مد نظر است.

### مالاریا

در سال ۲۰۱۱، ۳/۳ میلیارد نفر در دنیا در معرض خطر ابتلاء به مالاریا بوده اند، که در این میان کشور های زیر صحرای آفریقا در معرض بیشترین خطر بوده اند. در میان بیماری های منتقله از طریق حاملین ، مالاریا به عنوان مرگ بارترین بیماری باعث مرگ ۶۶۰ هزار نفر در سال ۲۰۱۰ میلادی در دنیا شده است، که عمده این موارد مرگ و میر در کودکان آفریقایی رخ داده است. حال آن که در سال ۲۰۱۱ تعداد موارد مرگ گزارش شده ناشی از مالاریا در دنیا ۱۰۶۸۲۰ نفر بوده است. همچنین در سال ۲۰۱۱، ۲۶ میلیون مورد مالاریا در دنیا گزارش شده است حال آن که ۲۱۹ ( ۲۸۹-۱۵۴ ) میلیون نفر تعداد برآورد شده این بیماری در سال ۲۰۱۰ بوده است. این ارقام نشانگر پیشرفت



گسترده در مبارزه با مالاریا است. در سال ۲۰۱۲، ۱۰۴ کشور اندمیک مالاریا وجود داشته است و از این کشورها ۱۰ کشور هم اکنون در مرحله حذف این بیماری قرار گرفته اند و تقریباً نیمی از این ۱۰۴ کشور در مسیر تحقق اهداف سازمان بهداشت جهانی جهت دستیابی به کاهش ۷۵ درصدی بروز مالاریا تا سال ۲۰۱۵ در مقایسه با سال ۲۰۰۰ قرار گرفته اند. با اجرای برنامه های کنترل مالاریا در سطح جهان و بر طبق گزارش سال ۲۰۱۳ سازمان بهداشت جهانی ، از سال ۲۰۰۰ تاکنون جان ۳/۳ میلیون نفر از این بیماری نجات داده شده و میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری تا ۴۵ درصد کاهش یافته است و افزایش تعهدات دولت ها و سرمایه گذاری در این جهت باعث کاهش ۲۹ درصد در میزان بروز مالاریا در سطح جهان شده است، که میزان این موفقیت ها در آفریقا از متوسط جهانی بالاتر بوده است. ولی این ارقام نباید ما را از تعداد مطلق و بالای مرگ و میر ناشی از این بیماری غافل کند. در سال ۲۰۱۲، ۲۰۷ میلیون موارد مالاریا در دنیا وجود داشته است که باعث مرگ ۶۲۷ هزار نفر شده است. هنوز ۸۰ درصد موارد مالاریا در آفریقا روی می دهد.

## وضعیت مالاریا در ایران

- ظرفیت سازی سرمایه انسانی و بسیج منابع برای حذف مالاریا

منابع :

۱. www.who.org

۲. برنامه حذف مالاریا در جمهوری اسلامی ایران ( افق ۱۴۰۴ ) ، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی



### لیشمانیوزیس جلدی (سالک)

اگر چه بیماری سالک معمولاً با مرگ و میر بالایی همراه نیست ولی میزان ابتلا بالا و ایجاد ضایعات بد شکل پوستی که در برخی موارد تا بیش از یکسال باقی می ماند و جوشگاه اسکارپس از بهبودی آن نیز که حتی با درمان استاندارد تا آخر عمر وجود دارد، قابل توجه است و موجب اذیت و آزار بیمار می گردد. این بیماری در برخی موارد ایجاد ضایعات متعدد تا بیش از ۳۰۰ عدد کرده است. از طرف دیگر عوارض باکتریایی و قارچی ثانویه شامل عفونت نسوج سطحی و عمقی، آبسه، سپتی سمی، و حتی کزاز از عوارض زخم سالک می باشد که ممکن است موجب ناتوانی و حتی مرگ بیمار گردد. اگر چه میزان بروز این عوارض ناچیز است ولی با توجه به گستردگی بیماری سالک احتمالاً تعداد بیمارانی که دچار این عوارض می گردند قابل توجه خواهد بود.

سالانه ۱۵۰۰۰۰۰ نفر در دنیا به این بیماری مبتلا می شوند که بسیاری از آنها ثبت و گزارش نمی شوند. ۹۵ درصد موارد سالک در کشورهای آمریکای لاتین ، حوزه مدیترانه ، خاورمیانه و آسیای مرکزی روی می دهد. بیش از دو سوم موارد جدید سالک در شش کشور : افغانستان ، الجزایر ، برزیل ، کلمبیا ، ایران و سوریه روی می دهد. سالیانه ۷۰۰ هزار نفر تا ۱/۳ میلیون مورد جدید سالک در دنیا بروز می کند.

مالاریا از قدیم به عنوان یکی از مسائل بهداشتی مهم کشور تلقی شده و هیچ بیماری دیگری به این اندازه موجب زیان های مالی و جانی جبران ناپذیر در کشور نشده است. علیرغم پنج دهه تلاش برای کنترل مالاریا متأسفانه کماکان گزارش حدود ۱۷۰۰۰ مورد بیماری در سال عمدتاً مربوط به استان های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و بخش کمتر توسعه یافته (شهرستانهای جنوب) کرمان می باشد را شاهد می باشیم. استان سیستان و بلوچستان با ۸۶۵۷ مورد مالاریا (۵۳ درصد کل کشور) همچنان به لحاظ بروز مالاریا اولین استان در کشور است. در حال حاضر انتشار و انتقال محلی بیماری در سطح کشور به ۲۸ شهرستان که در استان های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و کرمان واقع شده اند محدود می گردد. استانهای تهران، فارس، اصفهان و قم بیشترین موارد مالاریا وارده کشور را بخود اختصاص می دهند و در صورت فراهم شدن شرایط مناسب محیطی انتقال مالاریا می تواند حتی در مناطق عاری از مالاریا استان های مذکور و نیز سایر مناطق با پتانسیل انتقال همچون استانهای خوزستان و بوشهر مشکل آفرین گردد.

با توجه به پیشرفتهای بدست آمده طی پنج دهه اجرای عملیات مبارزه با مالاریا و کاهش قابل توجه میزان بروز بیماری در ده ساله اخیر ، حذف مالاریا در کشور در دستور مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته است. هدف نهایی برنامه حذف مالاریا در افق ۱۴۰۴ قطع انتقال محلی بیماری می باشد. بدیهی است موارد وارده مالاریا در طی سالهای اجرای برنامه و حتی پس از آن ممکن است کماکان مشاهده شده و همه تلاشها به پیشگیری از برقراری زنجیره انتقال الودگی به ساکنین محلی معطوف می شود. سه رویکرد فنی-عملیاتی و چهار استراتژی پشتیبان در برنامه حذف مالاریا در کشور پیش بینی شده است:

### راهبردهای اصلی :

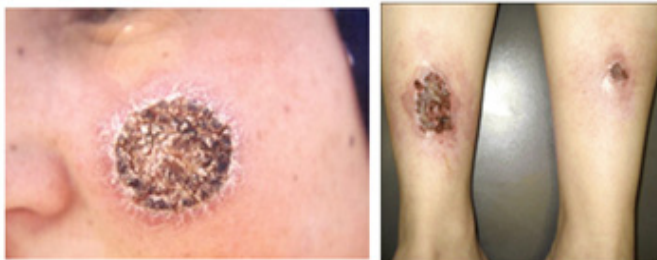
- ارتقا دسترسی به خدمات تشخیص فوری و درمان موثر مالاریا  
- ارتقای دسترسی به خدمات پیشگیری از طریق تقویت مدیریت تلفیق یافته ناقلین

- تقویت نظام مراقبت مالاریا با تاکید بر پاسخ مناسب و بموقع

### راهبردهای پشتیبان :

- تقویت و توسعه نظام پایش و ارزشیابی مداخلات حذف مالاریا  
- تحقیقات کاربردی  
- استفاده از ظرفیت کلیه ذینفعان برای حذف مالاریا

چونندگان دیگری نیز بعنوان مخزن لیشمانیوز جلدی نوع روستایی در ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته اند که از آن جمله مریونس لیبیکوس در شهرستان نطنز استان اصفهان، مریونس هوریانه در سیستان و بلوچستان و تاترا ایندیکا در خوزستان است. انسان بطور تصادفی در چرخه نوع روستایی قرار می گیرد. بالاترین میزان شیوع بیماری سالک در کشور در اواسط پائیز تا اواسط زمستان می باشد.



بیماری سالک از قدیم در ایران شناخته شده بوده و در کتب قدیم ایران از جمله قانون ابوعلی سینا از زخمی یاد شده به نام خیرونیه که مدتها دوام داشته و درمانش مشکل و در برابر داروهای گوناگون مقاوم بوده است و با نشانه ها و علائمی که از این زخم ذکر شده تصور می رود که زخم سالک باشد.

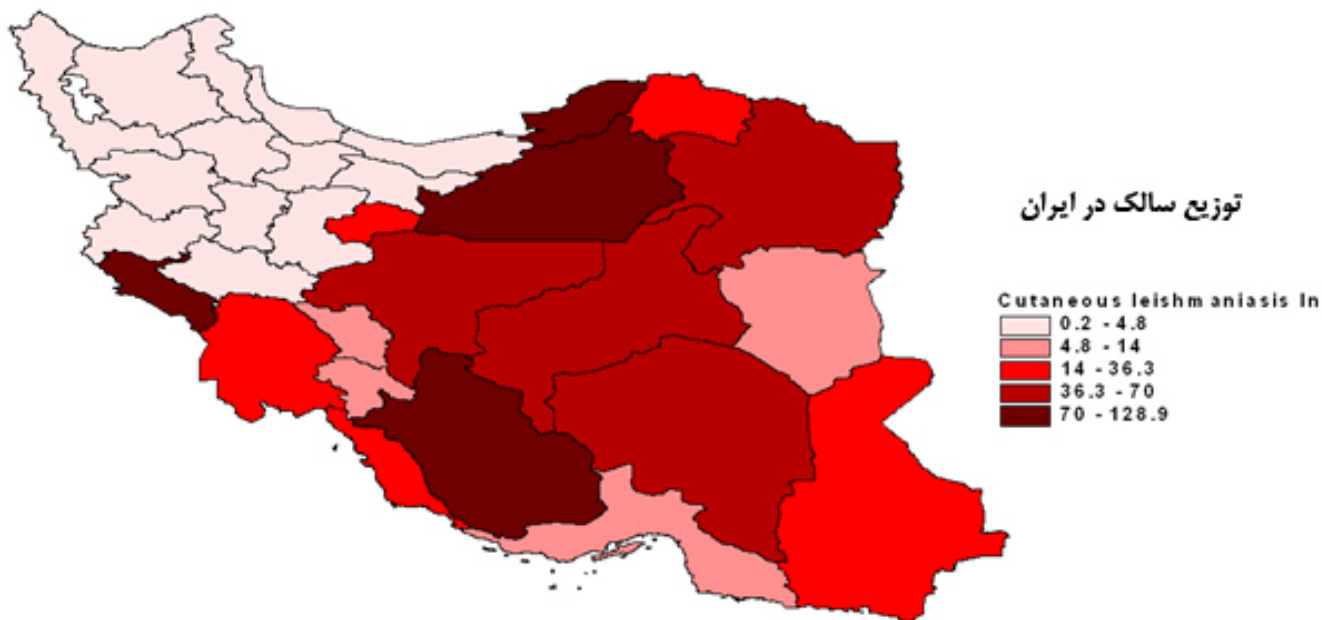
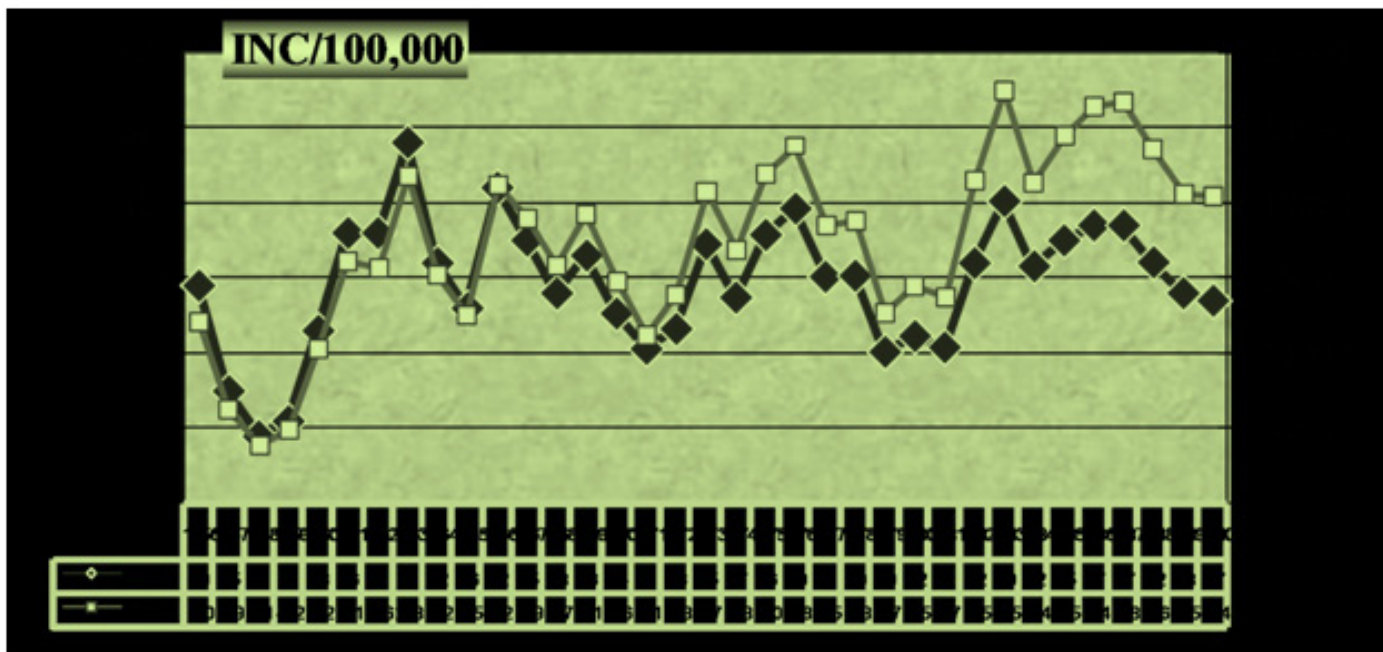
از اوایل قرن بیستم مطالعات گسترده ای در مورد لیشمانیوز پوستی در اطراف تهران صورت گرفت از جمله در سال ۱۹۱۳ نلیگان به مطالعه سگ های ولگرد اطراف تهران پرداخت و متوجه وجود زخم های پوستی و ضایعات احشایی در این سگ ها شد. در سال ۱۹۱۵ لاشه ۲۱ سگ ولگرد در تهران را مورد آزمایش قرار داد و ۱۵ سگ را مبتلا به سالک تشخیص داد. از سال ۱۳۲۰ به بعد پژوهشگران ایرانی در زمینه اپیدمیولوژی، اختصاصات آزمایشگاهی انگل، گونه های پشه خاکی آلوده و درمان موارد سالک مطالعات متعددی انجام دادند. در سال ۱۳۸۷، بالغ بر ۲۶ هزار مورد سالک با میزان بروز ۳۷ در ۱۰۰ هزار نفر در ایران ثبت و گزارش شده است که این تعداد در سال ۱۳۹۰ به ۲۰۵۸۵ مورد با میزان بروز ۲۷ در ۱۰۰ هزار نفر رسیده است. بیش از ۹۰ درصد موارد بیماری در ۸۸ شهرستان کشور اتفاق افتاده است و در ۱۷ استان انتقال بیماری صورت می گیرد. گرچه سالانه حدود بیست هزار مورد بیماری لیشمانیوز جلدی در ایران گزارش می شود ولی احتمالاً موارد حقیقی بیش از ۴ تا ۵ برابر آن است.

لیشمانیوز جلدی در ایران به شکل روستایی (مرطوب) و شهری (خشک) مشاهده میشود، نوع روستایی در اکثر مناطق روستایی ۱۵ استان کشور شایع است و نوع شهری در بسیاری از نقاط شهری به صورت اندمیک وجود دارد. بالغ بر ۸۰ درصد موارد سالک کشور نوع روستایی می باشد. در سال ۱۳۹۰ شهر های شیراز، مشهد، اصفهان و استان های گلستان، کرمان، خوزستان، ایلام، یزد، سیستان و بلوچستان، سمنان، قم، خراسان شمالی و بوشهر بیشترین موارد آلودگی را داشته اند. سالک نوع شهری در شهرهای مشهد، شیراز، تهران، کرمان، نیشابور، یزد، بم و... وجود دارد که ممکن است در هر منطقه شهری دیگر اتفاق بیفتد. سالک نوع روستایی در مناطقی از استان های اصفهان، فارس، خوزستان، کرمان، گلستان، خراسان رضوی، خراسان شمالی، بوشهر، هرمزگان، سمنان، سیستان و بلوچستان، یزد، ایلام و ... وجود دارد.

در کانونهای لیشمانیوز پوستی نوع شهری یا خشک، سگها نیز مانند انسان به این انگل آلوده و به نظر می رسد مخزن اصلی بیماری هستند. در لیشمانیوز جلدی نوع روستایی یا مرطوب مخزن بیماری عمدتاً چونندگان بوده که مهمترین آنان در ایران موش صحرائی رومبومیس اویپموس (در اصفهان) از خانواده ژربیل ها می باشد.



روند بیماری سالک در ایران ۱۳۵۶-۱۳۹۰





## ۲- عدم کفایت آموزش بهداشت و آگاهی جامعه

- ناکافی بودن آگاهی مردم در مورد بیماری سالک به خصوص راه ابتلا
- ناکافی بودن آگاهی جامعه در مورد اهمیت استفاده از دورکننده های حشرات، حشر هکش ها، پشه بند آغشته به سم و روش های استفاده از آنها به خصوص در مناطق بومی
- ناکافی بودن آگاهی جامعه در مورد استفاده از لباس های پوشیده (آستین بلند، یقه بسته، شلوار بلندو... ( به خصوص در مناطق آلوده
- عدم آگاهی بیماران در مورد پانسمان محل ضایعه جهت پیشگیری از آلودگی ناقل و در نتیجه تداوم زنجیره انتقال در سالک شهری
- عدم آگاهی بیماران در مورد پانسمان محل زخم جهت پیشگیری از عفونت های ثانویه

- عدم آگاهی جامعه، کارشناسان بهداشتی درمانی و بیماران از عفونت های ثانویه که ممکن است خطرناک و با مرگ و میر همراه باشد.
- عدم مراجعه بیماران جهت تشخیص و درمان به موقع به دلیل عدم آگاهی آنان
- عدم انجام آموزش های منظم به جامعه
- ساده انگاشتن بیماری به علت بهبود خود به خود بیماری در بسیاری از موارد

## ۳- عوامل محیطی

- زندگی در شرایط بهداشتی نامناسب به خصوص در حاشیه شهرها
- ناکافی بودن اقدامات بهداشت محیط شامل جمع آوری زباله و نخاله های ساختمانی که موجب افزایش قابل توجه پشه خاکی های ناقل بیماری می گردد.
- تغییرات زیست محیطی شامل توسعه کشاورزی، کویر زدایی، سد سازی و...
- ساخت اماکن مسکونی در کناره کویر یا زمین های بایر که در مجاورت لانه های جوندگان صحرایی قرار دارند در سالک روستایی.
- احداث منازل مسکونی در نزدیکی محل نگهداری دام ها
- نگهداری دامها در نزدیکی منازل مسکونی
- نبودن سیستم فاضلاب مناسب



## عوامل گسترش سالک در ایران:

عوامل مدیریتی و اجرایی، آموزش و آگاهی ناکافی جامعه در خصوص سالک، عوامل محیطی و تغییرات آب و هوایی، عوامل مربوط به ناقل، عوامل مربوط به مخزن، درمان و حفاظت فردی

### ۱- عوامل مدیریتی و اجرایی

- توجیه ناکافی مسئولین در مورد اهمیت و الویت کنترل بیماری سالک
- ناکافی بودن پرسنل کارآمد و در نتیجه پوشش بهداشتی نامناسب، به خصوص در کشورهای فقیر و مناطق اندم کی
- ناکافی بودن اطلاعات کارکنان بهداشتی از اهمیت آموزش بیماران در خصوص پوشاندن ضایعه و راه های مبارزه با ناقلین، مخازن و درمان بیماران
- عدم آگاهی پزشکان از لزوم ارجاع بیماران جهت تأیید تشخیص آزمایشگاهی
- عدم آگاهی بخش خصوصی از نظام مراقبت سالک در کشور شامل وضعیت بیماری، گزارش بیماران و...
- اطمینان از اجرای روش های کنترلی بدون بستر سازی مناسب، برای مثال سمپاشی، استفاده از پشه بند آغشته به سم و ... که موجب رضایت مندی کاذب مسئولین به دلیل عدم تأثیر این اقدامات و صرف هزینه میگردد.
- ناکافی بودن همکاری سازمان های مرتبط شامل صدا و سیما، سازمان حفاظت محیط زیست، نیروی انتظامی، شهرداری ها، آموزش و پرورش، سازمان مدیریت و برنامه ریزی و...
- عدم توجه به بیماریابی فعال و تشخیص بیماری به ویژه در نوع شهری و گروههای در معرض خطر به خصوص دانش آموزان
- مهاجرت افراد حساس به مناطق بومی بیماری
- توانایی انتقال بیماری توسط ساکنین یا مسافران مناطق آلوده به سایر مناطق در نوع شهری.

#### ۴- عوامل مربوط به ناقل

- بروز حوادث طبیعی و بلایا شامل زلزله، توفان و... که منجر به ایجاد محیط مناسب جهت تکثیر پشه‌های ناقل بیماری می‌گردد.
- به هنگام نبودن اطلاعات در مورد نوع، بیولوژی، فعالیت فصلی ناقل و روشهای مبارزه با آن
- نگهداری پرندگان در منازل که محیط را مناسب جهت تکثیر ناقل بیماری می‌نماید.
- وجود بافت‌های قدیمی و فرسوده

#### ۵- عوامل مربوط به مخزن، درمان، حفاظت فردی

- عدم بیماریابی فعال به خصوص در سالک نوع شهری (که بیماران به عنوان مخزن عفونت مطرح هستند).
- پایش ناقص لیشمانیوز جلدی خصوصاً نوع شهری و در نتیجه حضور مخزن بیماری در جامعه
- کامل نکردن دوره درمان با گلوکانتیم به دلیل دردناک بودن تزریق آن به خصوص در اطراف ضایعه و طولانی بودن درمان و ایجاد عوارض درمان
- ظهور و افزایش مقاومت انگل به درمان با گلوکانتیم به خصوص در نوع شهری
- به هنگام نبودن اطلاعات در مورد مخازن بیماری به خصوص در لیشمانیوز پوستی نوع روستایی و روش‌های مبارزه با آنها به ویژه در مناطق جدیداً آلوده
- عدم دسترس بودن داروی موضعی یا خوراکی مؤثر بر لیشمانیوز پوستی
- عدم رعایت حفاظت فردی توسط جامعه

چنین نواقصی نه تنها موجب کنترل بیماری نمی‌گردد، بلکه سبب گسترش بیماری به خصوص در مناطقی می‌شود که قبلاً سابقه ابتلا را نداشته‌اند، در این صورت مبارزه با بیماری هزینه بسیار بیشتر و اقدامات کنترلی بسیار گسترده تری را طلب می‌کند.

#### ارکان اصلی کنترل بیماری سالک نوع شهری

- آموزش کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی، بیماران و مردم
- بیماریابی صحیح و درمان به موقع و مناسب
- در دسترس قراردادن خدمات تشخیصی و درمانی و وسایل پانسمان رایگان در همه سطوح بهداشتی درمانی
- ثبت صحیح و به موقع موارد و نتایج درمان و همه فعالیتها بر اساس فرمهای استاندارد
- مطالعه و ارزیابی بیماریابی و نتایج درمان جهت مشخص کردن وضعیت منطقه در امر کشف بیماران و موفقیت درمان

#### پیشگیری و کنترل از سالک

به منظور پیشگیری و کنترل لیشمانیوزیس به یک مجموعه از مداخلات نیاز است، که از جمله این مداخلات می‌توان به تشخیص زود و درمان موثر موارد بیمار، کنترل ناقلین (همچون با اسپری‌های حشره کش، استفاده از توری‌های آغشته به سم حشره کش، مدیریت محیط و محافظت‌های فردی)، برقراری سیستم مراقبت موثر این بیماری جهت تشخیص و درمان بموقع این بیماری، برخورد مناسب و به هنگام با اپیدمی‌های این بیماری، کنترل میزبان‌های ناقل، حمایت، بسیج اجتماعی و ارتقاء سطح مشارکت جامعه (از طریق آموزش و مشارکت دهی جامعه در برنامه‌های مبارزه با این بیماری و همکاری با گروه‌های دست‌اندرکار مبارزه با این بیماری)، ارائه راهنماهای بالینی و پیشگیری مناسب، ایجاد سیستم مشاوره‌ای فنی مناسب و تحقیقات کاربردی موثر در این زمینه اشاره کرد.

#### روشهای پیشگیری از بیماری سالک

در حال حاضر اقدامات پیشگیری کننده شامل موارد زیر می‌باشد:

#### ۱- حذف عوامل مساعد کننده

- بهسازی و ترمیم شکاف دیوارها در مناطق مسکونی و نگهداری دام و طیور
- بهسازی کانالهای روباز، دفع صحیح فاضلاب و تفاله‌های ساختمانی
- جمع‌آوری و دفع صحیح فاضلاب و نخاله‌های ساختمانی
- اتلاف سگهای ولگرد و مبارزه با جوندگان
- تخریب و تسطیح اماکن مخروبه و متروکه

#### ۲- محافظت در برابر نیش پشه

- نصب توری ریز بر روی پنجره‌ها و درهای ورودی
- استفاده از پشه بند معمولی و ترجیحاً آغشته به حشره کش که برای مدت طولانی اثر آن باقی می‌ماند.





### برنامه ملی کنترل سالک در ایران

-توجه مسئولین در مورد اهمیت بیماری سالک به خصوص خطر همه گیر شدن آن.

- توجه بیشتر به آموزش کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در بخش دولتی و خصوصی و سایر سازمانهای دولتی (اعم از پزشک و سایر رده های کارکنان بهداشتی درمانی) (تعیین نوع لیسمانیوز پستی با توجه به عامل بیماریزا و مطالعه خصوصیات اپیدمیولوژیک در هر کانون به طور هر ۵ سال یک بار لازم است.

- اجرای برنامه های کنترل ناقلین و مخازن با بستر سازی مناسب

- جلب همکاری سایر سازمان ها

- توجه به آموزش جامعه به خصوص در مناطق آندمیک

- بیماریابی فعال خانه به خانه در هر فصل یک نوبت در نوع شهری ACL و

کانو نهایی جدید، بیماریابی غیر فعال برای کل سال

- در نوع روستایی ZCL بیماریابی غیر فعال در کل سال

- آموزش و بیماریابی فعال در مدارس در هر فصل یک نوبت در مناطق اندمیک

- برقراری نظام ثبت و گزارش دهی بر پایه تعاریف مورد بیماری و نتایج

آزمایشگاهی و نتایج درمان و عوارض بیماری، برای نظارت و ارزشیابی

- آموزش چهره به چهره بیماران و خانواده آن ها به خصوص در مورد اهمیت

درمان و پانسمن ضایعه و استفاده از دور کننده های حشرات

- انجام درمان تحت نظارت مستقیم در نوع شهری ACL که مخزن اصلی آن

موارد مبتلا می باشند.

- پیگیری فعال مواردی که غیبت از درمان داشت هاند به خصوص در نوع

شهری ACL

- گسترش آموزش کارکنان در مناطق غیر آلوده

- جا انداختن این مسئله که اهمیت بیماری سالک ناچیز انگاشته شده است و

تشویق محققین برای انجام تحقیقات جامع و کاربردی

منابع :

۱. راهنمای مراقبت سالک در ایران ، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، سال ۱۳۹۱

۲. www.WHO.org

• استفاده از پمادها و مواد دور کننده حشرات هنگام استراحت و خواب در مناطق آلوده

• پوشانیدن زخمهای سالکی به منظور جلوگیری از آلوده شدن پشه خاکی های جدید و انتشار بیماری به دیگران

### ۳- سمپاشی

با توجه به عوارض زیست محیطی سم و تاثیر کم آن در کنترل بیماری فقط در نوع شهری می توان در کنار دیگر اقدامات بهسازی و پیشگیری در شرایط خاص گاهی از این روش استفاده نمود. معمولا سمپاشی موجب مهاجرت پشه ها به مناطق مجاور و پیدا شدن انواع مقاوم ناقل می شود و بهترین راه برای از بین بردن رشد و تکثیر پشه خاکی بهسازی محیط است.



## اخبار پزشکی

**رژیم های لاغری غلط به بدن آسیب می رساند**  
**امروزه تعداد افرادی که به دنبال رژیم های سریع و آنی برای لاغری می گردند کم نیست اگر شما هم از این رژیم پیروی می کنید به این مطلب توجه کنید.**

بسیاری از افراد به ویژه بانوان اقدام به رژیم لاغری به روش شخصی می نمایند. سلیق شخصی در رژیم لاغری و غذایی هیچ توجیه علمی نداشته و اثر گذار نیست. چنین روش های خود سرانه نه تنها اقدامی بیپوده می باشد بلکه موجب تنش و بروز رفتارهای عصبی و کسالت روحی نیز می شود.

اولین و رایج ترین اشتباهی که افراد در برنامه کاهش وزن خود مرتکب می شوند محاسبه غلط کالری مصرفی در برنامه رژیم غذایی است. بدترین روش برای شروع رژیم غذایی، کاهش ناگهانی میزان کربوهیدرات و در نتیجه از دست دادن مایع زیادی از بدن است. کاهش مایعات به میزان مایعات دریافتی بستگی ندارد، بلکه مستقیماً به توانایی بدن در نگهداری مایعات ارتباط دارد.

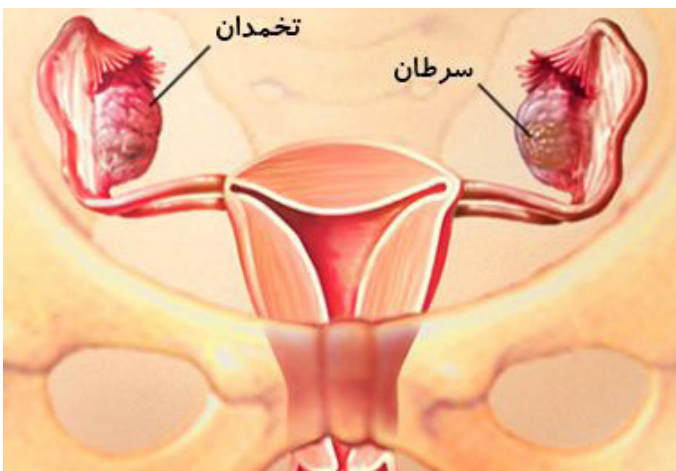
در این برنامه ها چربی بدن کاهش نمی یابد، بلکه در واقع تنها پروتئین از دست می رود که برای کلیه ها بسیار خطرناک است. هنگامی که این نوع رژیم ها موقتا قطع شوند فرد مجدداً با افزایش وزن به صورت چربی مواجه می شود و اغلب می بینیم فرد حتی چاق تر از زمان قبل از رژیم شده است.

موضوع لاغری و بلعکس چاقی باید علمی و با شناخت از کنش و واکنش اندام های درونی بدن باشد. وقتی افراد کثیری از مکانیسم لاغری در سلول های بدن و این که چگونه و در چه شرایطی چربی می سوزد و یا چگونه توده عضلات و چربی در بدن شکل می گیرد شناختی ندارند، بدیهی است تلاش برای لاغری یا چاقی بیپوده خواهد بود.

وقتی شخصی از چگونگی ترشح انسولین در بدن اطلاعی ندارد و از عملکرد انسولین در بدن آگاه نیست، یا فرق چربی های مفید و چربی های بد را نمی داند، رژیم لاغری وی جز سختی و عذاب چیزی دیگری را برایش به ارمغان نمی آورد. گرسنه ماندن باعث می شود وزن بدن به دلیل ذخیره سازی چربی افزایش یابد. اگر هدفتان از گرسنگی کشیدن کاهش وزن است باید در برنامه رژیمی خود تجدید نظر کنید. به جای گرسنگی یک برنامه مناسب ورزشی برای خود تعیین کنید و بیشتر به باشگاه بروید. از میوه جات، سبزیجات، حبوبات، گوشت های کم چرب و ماهی استفاده و سعی کنید ۴ یا ۵ بار در هفته طبق یک برنامه منظم ورزش کنید.

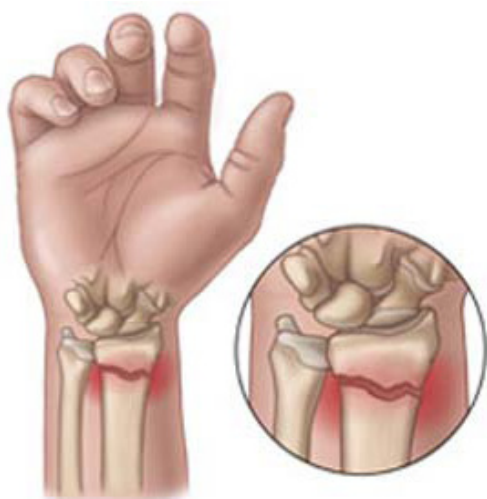
اضافه وزن موجب افزایش خطر ابتلا به سرطان تخمدان می شود پژوهشگران علوم پزشکی در مرکز جهانی تحقیقات سرطان (WCRF) و موسسه تحقیقات سرطان در آمریکا می گویند نتایج تحقیقات جدید آنان نشان می دهد که زنانی که دارای اضافه وزن یا چاق هستند در مقایسه با زنانی که وزن طبیعی دارند، بیشتر از دیگران احتمال ابتلا به سرطان تخمدان دارند.

برای سایر سرطان ها از جمله سرطان پستان، روده و سرطان رحم، تحقیقات گذشته نشان داده است که اضافه وزن یا چاقی یکی از عوامل خطر است. حالا سرطان تخمدان نیز به این فهرست اضافه شده است. به این معنی زنان می تواند با تغییر در شیوه زندگی خود خطر ابتلا به این بیماری را کاهش دهند. برای انجام این پژوهش محققان مرکز جهانی تحقیقات سرطان (WCRF) و موسسه تحقیقات سرطان در آمریکا، ۲۵ تحقیق مربوط به ۴ میلیون زن را که ۱۶ هزار نفر از آنها سرطان تخمدان داشتند مورد بررسی قرار دادند. محققان دریافتند که به ازای هر ۵ واحد افزایش شاخص توده بدن اضافی (BMI)، ۶ درصد خطر ابتلا به سرطان تخمدان افزایش می یابد. علاوه بر این، تجزیه و تحلیل غیر خطی نشان داد که زنان با BMI بیشتر از ۲۸.۴ کیلوگرم بر متر مربع نسبت به زنان با BMI کمتر، در معرض خطر بسیار بالاتری از سرطان تخمدان قرار دارند. دکتر راشل تامپسون مدیر این پژوهش می گوید: پیش از این ما در مورد عوامل خطر فقط می دانستیم این عوامل مانند سن و سابقه خانوادگی از این بیماری، ثابت هستند، اما در حال حاضر می توان گفت که حفظ یک وزن سالم به کاهش خطر ابتلا به سرطان تخمدان کمک می کند. پیش از این نیز محققین اعلام کرده بودند که زنان با اضافه وزن زیاد و دارای BMI بالای ۳۰ هم احتمال ابتلای بیشتری به سرطان تخمدان دارند. آمار سازمان بهداشت جهانی نشانگر این است که یک زن از هر ۵۵ زن در جهان مبتلا به سرطان تخمدان در مقطعی از زندگی اش می شود. به طور معمول این سرطان بیماری ای است که زنان بالای ۵۰ سال را درگیر می کند.





اورژانس بستری شده و یا جراحی شده بودند، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همه بیمارانی که تحت درمان قرار گرفته بودند از نظر سن، وزن، قد و تعداد دفعات مراجعه، جراحی و نوع و زاویه شکستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد ۴۲ درصد از این کودکان شاخص توده بدنی BMI بالاتر از ۸۵ داشته و دارای اضافه وزن به حساب می آمدند. همچنین ۲۹ درصد از آنها شاخص توده بدنی بیشتر از ۹۵ داشته و چاق بودند. در مجموع ۲۷ کودک نیاز به جراحی استخوان شکسته داشتند که از مجموع ۹۱ کودک با وزن طبیعی، ۱۲ درصد و از مجموع کودکان مبتلا به چاقی نیز، ۲۸ درصد به جراحی استخوان نیاز پیدا کردند. همچنین کودکان چاق بیشتر از دیگر کودکان به تصویربرداری با اشعه X یا سایر روش های تصویربرداری نیازمند بودند. به گفته محققان شکستگی این کودکان به منظور تسریع و اطمینان از درمان مناسب باید سریع تر از سایرین تشخیص داده شود.



### افراد مذهبی مغز سالم تری دارند

**محققان آمریکایی با انجام تحقیقی بر روی شهروندان دو ایالت جورجیا و مینه سوتا اعلام کردند نتایج مقایسه در این دو ایالت آمریکا که با همکاری مجید فتوحی استاد ایرانی دانشکده پزشکی هاروارد انجام گرفته نشان داد که افراد مذهبی از سلامت مغزی بیشتری نسبت به افراد غیرمذهبی برخوردارند.**

محققان آمریکایی با همکاری دکتر مجید فتوحی با انجام تحقیقی بر روی شهروندان دو ایالت جورجیا و مینه سوتا دریافته اند که اهالی جورجیا به دلیل انجام فعالیت های مذهبی بیشتر، مغز سالم تری دارند. این تحقیق در قالب پروژه ای موسوم به پروژه ذهن زیبا به انجام رسیده که همه ساله نتایج آن از سوی کمپین ملی آموزش بهداشت آمریکا برای هر یک از ایالت های این کشور اعلام و منتشر می شود. براساس نتایج پژوهش اخیر نشان می دهد اهالی جورجیا به خاطر مطالعه و انجام بازی های فکری تحریک ذهنی بیشتری داشته و به خاطر

هیچکس نمی تواند با نوشیدن آب وزن کم کند

**بسیاری از افراد تلاش می کنند با نوشیدن آب وزن کم کنند. اما دانشمندان براین باورند که این امر پایه و اساس علمی ندارد.**



پژوهشگران علوم پزشکی در دانشگاه آلاباما در آمریکا می گویند نتایج بررسی های آنان نشان می دهد نوشیدن آب

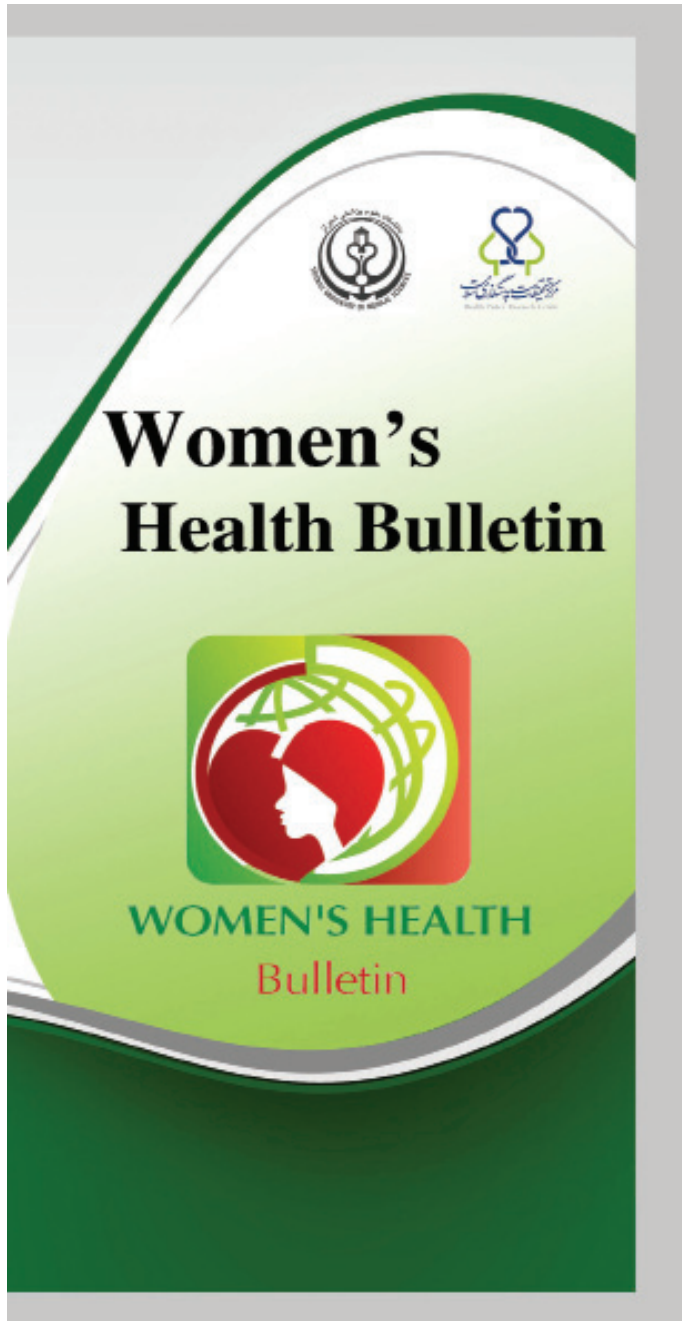
سبب لاغری نمی شود. دکتر بث کیچن از دانشگاه آلاباما در این مورد گفت: بر خلاف تصور همگان، آب آشامیدنی یک کلید جادویی برای کاهش وزن نیست و شواهد بسیار کمی مبنی بر کاهش وزن بر اثر نوشیدن آب وجود دارد. نوشیدن آب آشامیدنی برای سلامتی مفید است اما نتایج یک مطالعه نشان داد افرادی که آب آشامیدنی بیشتری بنوشند، تنها چند کالری بیشتر می سوزانند. در نتیجه نوشیدن آب آشامیدنی به تنهایی نمی تواند سبب کاهش وزن شود. وی توضیح داد که آب بهترین نوشیدنی برای بدن است اما نوشیدن چای سبز و قهوه نیز مایعات لازم را به بدن می رساند. محققان در مورد از دست دادن وزن بر اثر نوشیدن آب بسیار سرد نیز گفت: آب سرد می تواند تعداد کالری های سوزانده شده را افزایش دهد، اما این مساله هم تاثیر زیادی در کاهش وزن ندارد. محققان تنها راه از دست دادن وزن را مصرف کالری های کمتر و مصرف میوه و سبزی ها می دانند. این ادعای محققان با پژوهش های قبلی که نشان داده بود نوشیدن دو فنجان آب قبل از غذا می تواند منجر به کاهش وزن شود، در تناقض است.

پژوهش های قبلی که در نشریه American Journal of Clinical Nutrition به چاپ رسیده بود به افراد توصیه می گردد برای کاهش احساس گرسنگی آب بنوشند.

**چاقی احتمال شکستگی مچ دست در کودکان را بیشتر می کند**  
**پژوهشگران در آکادمی ارتوپدی جراحان در آمریکا (AAOS) اعلام کردند که احتمال شکستگی های مچ دست در کودکان چاقی و عوارض مربوط به درمان آن بیشتر از سایر کودکان است.**

تحقیقاتی که در نشست سالانه آکادمی ارتوپدی جراحان در آمریکا (AAOS) ارائه شده است نشان می دهد چاقی در دوران کودکی خطر شکستگی استخوان مچ دست را افزایش می دهد. در این بررسی سوابق و نتایج ۱۵۷ بیمار که بین ژانویه ۲۰۱۱ تا ژوئن ۲۰۱۲ به دلیل شکستگی استخوان مچ دست در بخش

## مجله سلامت زنان



میزان فعالیت زیاد مذهبی، از نظر سلامت ذهنی در رتبه دهم قرار گرفته اند در حالیکه شهروندان مینه سوتا با وجود اینکه بیشتر از جورجیا مطالعه می کنند به خاطر سطح پایین تر فعالیت های مذهبی، در رتبه ۳۱ جای گرفته اند. همچنین در این بررسی فعالیت مذهبی با کاهش سطح استرس تا کیفیت بهتر حافظه، ارتباط معناداری یافته است.

یک مطالعه جدید که در دسامبر ۲۰۱۳ در نشریه JAMA Psychiatry انتشار یافته است نیز نشان می دهد افراد در معرض خطر افسردگی، در صورت مذهبی بودن، آسیب پذیری کمتری خواهند داشت. اسکن های «ام آر آی» MRI مغزی هم نشان داده است افراد مذهبی و دیندار نسبت به آنهایی که مذهبی نیستند، قشر مغزی ضخیم تری دارند.

هارولد کوئینگ مدیر مرکز معنویت، الهیات و سلامت دانشگاه دوک و استاد روانشناسی در این رابطه گفت: افراد دیندار از طریق نیایش و عبادت، میزان تنش خود را کاهش می دهند و گوش کردن به وعظ های مذهبی و خواندن کتاب های دینی باعث بهبود عملکرد شناختی مغز می شود.

مجید فتوحی بنیانگذار و مدیر بخش پزشکی مرکز «نورو اکسپند» و استاد دانشکده پزشکی هاروارد که مشاور پروژه ذهن زیبا در آمریکا است نیز استرس را یکی از بدترین قاتلان سلول های مغزی می داند.

وی با بیان اینکه استرس، سطح کورتیزول در مغز را افزایش می دهد، اظهار داشت: یکی از راههای کاهش سطح استرس، نماز و مناجات است زیرا مناجات به انسان، حس آرامش خاطر و آسودگی می دهد. این پژوهشگر ایرانی تاکید کرد: عنصر اجتماعی حضور در مراسم های مذهبی نیز با سلامت مغز در ارتباط است





## یک عمر سلامت، با «خودمراقبتی»

هفته سلامت: ۷-۱ اردیبهشت ۱۳۹۳

### شعار روزهای هفته سلامت:

دوشنبه ۱ اردیبهشت: **توانمندسازی نوجوانان و جوانان** برای خودمراقبتی

سهشنبه ۲ اردیبهشت: **عموم مردم**، نیازمند خودمراقبتی

چهارشنبه ۳ اردیبهشت: **خانواده**، خاستگاه خودمراقبتی

پنجشنبه ۴ اردیبهشت: **رسانه ها**، مروجان خودمراقبتی

جمعه ۵ اردیبهشت: **نهادهای و پایگاه های مردمی**، کانون های خودمراقبتی

شنبه ۶ اردیبهشت: **تیم سلامت**، مریبان خودمراقبتی

یکشنبه ۷ اردیبهشت: **سیاستگذاران و مدیران اجرایی**، حامیان خودمراقبتی

**The 3<sup>rd</sup> Iranian International Conference on Women's Health**  
**May 21 and 22, 2014**  
**Shiraz, Iran**

**Abstract Submission Deadline: March 20, 2014**

**TOPIC:**

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

**with maximum CME credit**  
**Sina and Sadra Conventional Center, Shiraz, Iran**  
**Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences**  
**www.health-policy.ir**  
**Tel/Fax: +98-711-2309615**

**RYERSON UNIVERSITY**  
**Faculty of Community Services**

**شهرداری شیراز**  
**سازمان بهداشت و علوم غذایی شیراز**  
**School of Nutrition and Food Sciences**

جهت دریافت الکترونیکی نشریه کلید سلامت (اشتراک رایگان الکترونیکی)

می توانید به وب سایت مرکز مراجعه و ثبت نام نمایید.

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

نشانی: شیراز/خیابان زند/دانشکده پزشکی شماره ۲/طبقه ۸

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

صندوق پستی: ۷۱۳۴۵-۱۸۷۷

تلفن و فکس: ۲۳۰۹۶۱۵-۷۱۱