



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ماه نگار اپیدمیولوژی و جامعه

کاری از گروه اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و ایمنی | دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نسخه فروردین ۱۴۰۲

در این شماره می خوانید

- سلامت برای همه: چالش پوشش همگانی سلامت
- بروز حوادث ترافیکی در جهان تا تاریخ 25 فروردین ماه 1402
- وبا، وضعیت اورژانسی ولی قابل اجتناب!
- ضرورت انجام یکبار آزمایش هیپاتیت B در همه بالغین
- نگاهی به فعالیت های انجمن تحقیقات اپیدمیولوژیک (Society for Epidemiologic Research)

شناختن ماه نگار

- صاحب: گروه اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و ایمنی | دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- موضوع: اپیدمیولوژی و جامعه
- شماره: ۶۱
- تاریخ انتشار: ۴ اردیبهشت ۱۴۰۲
- همکاران این شماره: دکتر محمود حاجی پور - احمد مهری - معصومه نجاتی فر - یکتا رحیمی - شکیبا طاهرخانی - منصور بهار دوست - هادی پاشاپور - هانیه یگانه - لیلا شریفی - مجید امیر رحیمی - یوسف خانی - مریم محمدیان - آزاده نوحی سیاهرودی - دکتر طاهره علی نیا
- زیر نظر اساتید: دکتر سید سعید هاشمی نظری - دکتر کوروش اعتماد - دکتر منوچهر کرمی - دکتر محمد حسین پناهی
- طراح: احمد مهری - پریسا روائی

ماه نگر

اپیدمیولوژی و جامعه

گروه اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و ایمنی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نسخه فروردین ماه ۱۴۰۲



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

سلامت برای همه: چالش پوشش همگانی سلامت

Health For All

PAHO
Pan American
Organization

PAHO
120
YEARS

World Health
Organization

75
HEALTH
FOR ALL



که دبیرکل WHO در گزارش خود در روز جهانی بهداشت، بیان داشت: کووید-۱۹ حرکت کشورها به سوی «سلامت برای همه» را به عقب برگرداند و خسارات جانی، اجتماعی و اقتصادی غیرقابل محاسبه ای به بار آورد، ما باید دستاوردهای از دست رفته را با تلاش مضاعف برای تحقق بخشیدن به پوشش همگانی سلامت برای همه، با هدایت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، و تقویت سیستم‌های ملی و جهانی (از مراقبت پیشرفته تا سرمایه گذاری بر روی آمادگی کشور) پس بگیریم تا جهان امن تری را بسازیم.

کووید-۱۹ نشان داد سطح ایمنی ما، به عنوان جامعه جهانی، در برابر تهدید پاندمی ها، به اندازه سطح ایمنی یک ملت با کم ترین آمادگی است. در شرایط پاندمی، بسیاری از مردم از دسترسی به خدمات با کیفیت و متناسب با توان پرداخت مالی خود محروم بوده و در عوض، از بیماری هایی رنج می برند که قابل پیشگیری و درمان هستند.

این شرایط در ترکیب با نگرانی های جدید مانند تأثیر بحران های اقلیمی که میلیون ها انسان را در خطر سیل و خشکسالی قرار می دهد، آلودگی هوای افسار گسیخته، اطلاعات نادرستی که سهواً یا عمدتاً (misinformation و disinformation) منتشر شده و مردم را در انتخاب هایی که مربوط به سلامت آن ها می شود، به بیراهه هدایت می کند. همچنین جنگ ها و درگیری ها، مسائل اقتصادی و تجاری، دیگر عوامل نگران کننده ای هستند که سلامت مردم را تهدید می کنند.

در پاسخ به این چالش ها، WHO، کار خود را بر پنج محور متمرکز کرده است: بهبود سطح سلامت همه مردم، اطمینان از دسترسی برابر همه افراد به خدمات سلامت با کیفیت و در استطاعت پرداخت ایشان، حفاظت در برابر پاتوژن های جدید و پاتوژن های شناخته شده، تقویت علم و اطلاعات علمی برای حمایت از سلامت و تقویت WHO برای پاسخ به خواسته های امروز و فردا.

در هفتم آوریل سال ۱۹۴۸ میلادی در نیویورک، نخستین اساسنامه کنفرانس بین‌المللی بهداشت از سوی سازمان جهانی بهداشت (WHO¹) تدوین گردید. در ژوئن ۱۹۴۸، نخستین مجمع عمومی WHO با حضور نمایندگان بیش از ۶۱ کشور جهان در ژنو تشکیل شد و تاریخ ۷ آوریل (مصادف با ۱۸ فروردین) را به نام روز جهانی بهداشت نام‌گذاری کردند. هرساله در روز جهانی بهداشت، شعاری از طرف WHO به فراخور شرایط مسائل حوزه سلامت کشورهای جهان ارائه می گردد که با توجه به اهمیت دسترسی به سلامت و خدمات مرتبط با آن برای تمام جمعیت جهان، شعار امسال برای بار پنجم به موضوع سلامت برای همه اختصاص داده شده است. سلامت برای همه (به عنوان یک بند اصلی در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت)، این هدف را دنبال می کند که همه مردم، در جهانی صلح آمیز، مرفه و پایدار، از بالاترین سطح استاندارد سلامت برخوردار باشند. کووید-۱۹، خدمات بهداشتی ضروری را به شدت مختل کرد، باعث افزایش شیوع اضطراب و افسردگی شد، امید زندگی جهانی را کاهش داد، پیشرفت به سمت پایان HIV، سل و مالاریا را منحرف ساخت و دو دهه کار و فعالیت در حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت (UHC²) را متوقف ساخت که در نتیجه آن، پوشش واکسیناسیون برای اولین بار در ده سال گذشته کاهش، و مرگ ناشی از سل و مالاریا افزایش یافت. در زمان پاندمی کووید-۱۹، بسیاری از کشورها، خصوصاً کشورهای فقیر، امکانات، تسهیلات و نیروی بهداشتی کافی برای پاسخ به افزایش تقاضای خدمات بهداشتی درمانی را نداشتند و این پاندمی نشان داد در کشورهای فقیر و ثروتمند، به طور مشابه، یک اورژانس بهداشتی می تواند مردم را به سمت ورشکستگی و فقر سوق دهد.

پاندمی کووید-۱۹ نشان داد پوشش همگانی سلامت و امنیت سلامت جهانی، دو هدف درهم‌تنیده هستند؛ بنابراین ضروری است برای برگرداندن جهان به مسیر رسیدن به سلامت برای همه به شکل فوری و هماهنگ در مسئله UHC و تأمین مالی پایدار اقدام کرد. همچنان



کشورها با درآمد کم، پوشش انواع مختلف خدمات سلامت در میان گروه های ثروتمند، تحصیل کرده و مناطق شهری بالاتر است. مردمی که در خانوارهای فقیر هستند یا خانوارهایی که اعضای سالمند (۶۰ سال و بالاتر) دارند، احتمالاً بیشتر در معرض تنگناهای مالی بوده و پرداخت از جیب آن ها برای خدمات سلامت بیشتر از دیگر گروه های جامعه است.



طی پاندمی کووید-۱۹، ارائه خدمات ضروری در ۹۲٪ کشورهای جهان متوقف شد. روتین ایمن سازی برای ۲۵ میلیون کودک زیر ۵ سال صورت نگرفت. برخی خدمات مراقبتی، درمانی و برخی جراحی هایی که گرچه ضروری و حیاتی نبودند؛ اما بالقوه می توانستند سلامت انسان ها را ارتقا و یا جان انسان ها را نجات دهند، متوقف شدند که این توقف بر پیامدهای سلامت افراد تأثیر قابل توجهی داشته است.

پایش نابرابری ها در جامعه، به شناخت و پیگیری گروه های محروم کمک می کند و شواهدی را در اختیار تصمیم سازان قرار می دهد تا در تدوین سیاست ها، برنامه ها و اقدامات، بیشتر بر محور عدالت حرکت کنند. لازم به اشاره است که در زمینه نابرابری های جنسیتی، گروه های محروم از نظر اقتصادی - اجتماعی، مسائل و مشکلات بومیان هر منطقه، جمعیت های پناهنده و مهاجر به واسطه جنگ یا بحران های اقتصادی و محیطی، به داده های بهتری نیاز داریم.

به علاوه، به عنوان مبنا و راهی برای حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت، سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد تغییر جهت گیری نظام های سلامت به سمت مراقبت های اولیه بهداشتی را مطرح می کند و اشاره می کند که تقویت نظام های سلامت مبتنی بر PHC باید منجر به اثرات سلامتی قابل اندازه گیری شود.

پوشش همگانی سلامت، یکی از اهداف اختصاصی (Target 3.8) دستور کار توسعه پایدار ۲۰۳۰ (SDGs) است که در پیام های کلیدی روز جهانی بهداشت سال جاری نیز مورد تأکید بوده است. این مفهوم، بر حفاظت مالی و تأمین دسترسی افراد به همه انواع خدمات ضروری و مورد نیازشان (خدمات پیشگیری، تشخیصی، درمانی، توان بخشی و تسکینی) که بتوانند کیفیت مناسب و قابل قبولی داشته باشند، تأکید می کند.

پوشش همگانی سلامت، دارای سه بعد پوشش جمعیت، پوشش هزینه (حفاظت مالی) و پوشش خدمتی است. البته بعد چهارم یعنی کیفیت هم در سال های بعد به تعریف آن اضافه شد. حفاظت مالی هدف کلیدی نظام سلامت و بعد مهمی از ابعاد پوشش همگانی سلامت است.

دو شاخص پایش پوشش همگانی سلامت، پوشش خدمات بهداشتی ضروری (SDG indicator 3.8.1) و هزینه های کمرشکن سلامت (SDG indicator 3.8.2) است. قبل از پاندمی کووید-۱۹، همه کشورها در پوشش همگانی سلامت پیشرفت هایی داشتند (گرچه این پیشرفت ها در مسیر اهداف تعیین شده نبوده است) و شاخص پوشش خدمات UHC (SDG indicator 3.8.1) از میانگین جهانی ۴۵ از ۱۰۰ در سال ۲۰۰۰ به ۶۷ در سال ۲۰۱۹ رشد داشت و بیشترین دستاورد در منطقه آفریقا بود. با این حال حدود دو میلیارد نفر در جهان با هزینه های کمرشکن و فقر زای سلامت روبرو هستند و از نظر خدمات سلامت، نابرابری های چشمگیر و قابل توجهی را تجربه می کنند (SDG indicator 3.8.2).

ایران از نظر شاخص پوشش خدمات UHC از عدد ۳۷ از ۱۰۰ در سال ۲۰۰۰ به ۷۷ در سال ۲۰۱۹ رسیده است و از نظر هدف «سلامت برای همه» گرچه تا حدودی پیشرفت داشته است؛ اما این پیشرفت برای دستیابی به اهداف پیش بینی شده کافی نمی باشد و چالش های اصلی در این زمینه در ارتباط با مرگ های ناشی از حوادث ترافیکی، بروز سل، مرگ ناشی از آلودگی هوا، امید زندگی بدو تولد و میزان باروری نوجوانان (تولد در هزار زن ۱۵ تا ۱۹ سال) باقی است.

از نظر درصد پرداخت از جیب برای خدمات سلامت در ایران، از ۶/۵۹٪ در سال ۲۰۰۰ به ۸۰/۴۱٪ در سال ۲۰۱۷ رسیده است و بر اساس یک بررسی از وضعیت پوشش همگانی سلامت در ایران، دو سال بعد از اجرای طرح تحول سلامت، حدود ۸۵/۱۵٪ خانوارهای ایرانی، هزینه های کمرشکن سلامت با حد آستانه ۱۰٪ را تحمل کرده اند.

یکی از چالش های اساسی در تحقق پوشش همگانی سلامت که همچنان پابرجاست، نابرابری در بهره مندی از خدمات سلامت است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO)، ۳۰٪ جمعیت جهان امکان دسترسی به خدمات بهداشتی ضروری را ندارند. خصوصاً در



کیفیت داشته باشند به نحوی که خودشان بتوانند از سلامت خود و خانواده شان مراقبت کنند، به کارکنان بهداشتی ماهر نیاز داریم که مراقبت های باکیفیت و مبتنی بر مشارکت مردم ارائه می دهند و به سیاستگذارانی نیاز داریم که در سرمایه گذاری جهت پوشش همگانی سلامت متعهد باشند. بیشترین بخش (۹۰٪) مداخلات ضروری پوشش همگانی سلامت، می تواند از طریق مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) محقق شود و ۷۵٪ دستاوردهای پیش بینی شده در دستور کار توسعه پایدار را می توان از طریق مراقبت های اولیه بهداشتی به دست آورد.

چنانچه برنامه های سلامت با چنین رویکردی پیش بینی و برنامه ریزی شده و منابع پایدار و موردنیاز این برنامه ها تخصیص داده شود، می توان انتظار داشت مردم به خاطر دریافت خدمات سلامت، به دام فقر گرفتار نخواهند شد، سلامت خانواده و جامعه ارتقا خواهد یافت، مردم در برابر بحران های سلامت عمومی محافظت خواهند شد و در نهایت به سمت «سلامت برای همه» حرکت خواهیم کرد.

عموم جامعه نیز می توانند از روش های ذیل در حرکت به سمت «سلامت برای همه» کمک کرده و نقش داشته باشند:

ارتقا و حفظ سلامت خود و سلامت اطرافیان از طریق انتخاب های آگاهانه، به کار بستن رفتارهای بهداشتی در زمینه های مختلف و واکسیناسیون کودکان کمک به افزایش آگاهی جامعه در زمینه اهمیت سلامت و سبک زندگی سالم و نیز حق انسان ها در بهره مندی از خدمات سلامت با کیفیت خصوصاً در ارتباط با گروه های آسیب پذیر مانند کودکان و زنان

پاسخگو نگه داشتن دولت، نمایندگان و رهبران محلی و دیگر تصمیم گیرندگان کشور در تعهد آن ها به بهبود دسترسی مردم به سلامت و مراقبت های سلامتی به طور خلاصه، برای تحقق «سلامت برای همه» به افراد و جوامعی نیاز داریم که دسترسی به خدمات با



References:

- 1) World Health Organization, 75 years of improving public health. Available from: <https://www.who.int/campaigns/75-years-of-improving-public-health/key-messages>. Accessed April.13, 2023.
- 2) World Health Organization, Universal health coverage (UHC). Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)). Accessed April.13, 2023.
- 3) World Health Organization, As WHO turns 75, let's prescribe science, solutions and solidarity for our future health. Available from: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/as-who-turns-75--let-s-prescribe-science--solutions-and-solidarity->. Accessed April.13, 2023.
- 4) UHC2030. Action Agenda from the UHC Movement. Available from: https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Action_Agenda_2023/UHC_Action_Agenda_short_2023.pdf. Accessed April.13, 2023.
- 5) Sustainable development report. Interactive map. Available from: <https://dashboards.sdgindex.org/map>. Accessed April.13, 2023.
- 6) Abdi Z, Alvandi R, Haghdoost B, Sazgarnejad S, Ahmadnezhad E, Najafi B, et al. Measuring progress toward Universal Health Coverage in Iran: two years after the implementation of the Health Transformation Plan. *Journal of Biostatistics and Epidemiology*.2022;8(2):80-170.



بروز حوادث ترافیکی در جهان تا تاریخ ۲۵ فروردین ماه ۱۴۰۲



در هر ۷۱ دقیقه. درواقع حوادث رانندگی در ایران پس از آلودگی هوا بیشترین قربانی را دارد. به طور میانگین روزی هزار و ۷۰۰ فقره تصادف در تهران رخ می‌دهد که البته در روزهایی که بارندگی است این تعداد افزایش پیدا می‌کند. بیشترین آمار تصادفات منجر به فوت در سطح کشور در سال گذشته، مربوط به مهرماه هست. در تعطیلات نوروز ۱۴۰۲، ۵۱۳ میلیون تردد بین‌شهری در جاده‌های کشور انجام‌شده که مقایسه آمار تصادفات با میزان تردد، حاکی از آن است که تنها ۰.۰۲٪ تردهای کل کشور منجر به تصادف شده که در مقایسه با سال گذشته کاهش داشته است.

از ۲۸ اسفندماه سال ۱۴۰۱ تا پایان روز چهاردهم فروردین‌ماه سال ۱۴۰۲، مجموعاً ۵۱۳ میلیون تردد بین‌شهری در جاده‌های کشور انجام‌شده است. در این بازه زمانی ۸۵ هزار و ۴۶۹ فقره تصادف اعم از جرحی، فوتی و خسارتی رخ داده است که این رقم در مقایسه با سال گذشته کاهش داشته است. بر اساس گزارش‌های وزارت بهداشت و درمان و آمارهای سامانه اطلاعات سوانح و حوادث حمل‌ونقل کشور، درمجموع از یکم تا بیست و یکم فروردین‌ماه سال ۱۴۰۲ تعداد ۴۹۱ مورد مرگ بر اثر سوانح جاده‌ای رخ داده است. ۲۸٪ از این افراد زیر ۱۸ سال، ۳٪ عابرین پیاده، ۱۰٪ موتورسواران و ۳۳٪ رانندگان وسایل نقلیه بودند. ۵۹٪ از کل تصادفات در راه‌های اصلی، ۱۱٪ مربوط به راه‌های فرعی، ۲٪ مربوط به راه‌های روستایی و ۷٪ نیز مربوط به روستاها بوده است. بیشترین موارد مرگ مربوط به یکم و ۱۳ فروردین به ترتیب با ۴۱ و ۳۸ مرگ بوده است که می‌تواند به دلیل شروع و اتمام سفرهای نوروزی باشد. کمترین موارد مرگ ثبت‌شده مربوط به هفدهم، نوزدهم و بیستم فروردین‌ماه با ۱۰ مرگ بوده است که می‌تواند به دلیل اتمام تعطیلات بعد از ۱۵ فروردین باشد. (نمودار ۱)

در سراسر جهان ترافیک شامل جاده‌ها، اتومبیل‌ها، اتوبوس‌ها، کامیون‌ها، موتورسیکلت، دوچرخه، عابران پیاده و سایر مسافران می‌شود. سفر با وسایل نقلیه موتوری از توسعه اقتصادی و اجتماعی در بسیاری از کشورها حمایت می‌کند. بااین‌حال، هرسال، وسایل نقلیه درگیر تصادفاتی می‌شوند که باعث مرگ و میر میلیون‌ها نفر می‌شود. هرسال ۱,۳۵ میلیون نفر در جاده‌ها در سراسر جهان کشته می‌شوند. روزانه تقریباً ۳۷۰۰ نفر در سراسر جهان در حوادث ترافیکی جاده‌ای می‌میرند. بیش از نیمی از کشته‌شدگان عابرین پیاده، موتورسواران یا دوچرخه‌سواران هستند. تخمین زده می‌شود که جراحات تصادف هشتمین علت مرگ و میر در سراسر جهان برای همه گروه‌های سنی و عامل اصلی مرگ برای کودکان و جوانان ۵ تا ۲۹ ساله است. در حال حاضر تعداد افرادی که در تصادفات جان خود را از دست می‌دهند بیشتر از HIV/AIDS است. تخمین زده می‌شود که صدمات مرگبار و غیرکشنده تصادفات برای اقتصاد جهانی حدود ۱,۸ تریلیون دلار از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ هزینه خواهد داشت.

آمارها نشان می‌دهند در یک ماه اخیر از (۲۱ مارس ۲۰۲۳ الی ۱۴ آوریل ۲۰۲۳) تعداد ۸۴۳۰۵ مورد مرگ در اثر حوادث و سوانح ترافیکی در سطح جهان رخ داده است و متوسط روزانه رخداد مرگ در دنیا ۳۳۷۲ بوده است.

آمارهای مربوط به بروز و موارد مرگ سوانح جاده‌ای در ایران - تا تاریخ ۲۱ فروردین‌ماه ۱۴۰۲

مطالعات و بررسی‌های اخیر بانک داده‌های جهانی به طور رسمی وضعیت ایمنی ترافیک در ایران را بحرانی دانسته است. بر اساس آمارهای پژوهشکده بیمه سالانه حدود ۸۰۰ هزار تصادف رانندگی در ایران رخ می‌دهد و روزانه ۴۳ نفر کشته می‌شوند؛ یعنی مرگ یک نفر



نمودار ۱: موارد مرگ و میر حوادث جاده ای فروردین ماه در ایران

وبا، وضعیت اورژانسی ولی قابل اجتناب!

سازمان جهانی بهداشت (WHO) آخرین وضعیت جهانی وبا را اعلام کرده است. طبق این گزارش خطر ابتلا به وبا بسیار بالا است. با توجه به گزارش موارد از ۲۴ کشور، طغیان های اخیر این بیماری را نسبت به گذشته گسترده تر و شدیدتر اعلام کرده است، به نحوی که موارد مرگ و میر طغیان های گزارش شده اخیر دوبرابر حد آستانه هدف اعلام شده است.

از جمله راهکارهای پیشنهاد شده برای کنترل بیماری به شرح زیر هستند:

۱- ایجاد سیستم های نظارتی بهداشت عمومی جهت شناسایی و تأیید موارد بیماری در کشورها در ارتباط با این بیماری (توجه جدی به مقوله مراقبت بیماری)

۲- توجه جدی به سرمایه گذاری در زیرساخت های مربوط به آب، بهداشت و سرویس های بهداشتی که اصطلاحاً WASH نامیده شده اند به عنوان یکی از موارد شناخته شده حقوق بشر در سطح بین المللی! ضمن تأیید اقداماتی که در شرایط اضطراری انجام می شوند همانند کلرزی، تهیه آب سالم، استقرار توالی های سیار و تدارک محصولات بهداشتی همانند صابون، برای توقف چرخه ای که وضعیت اضطراری را تجدید می کند نیاز به راه حل های پایدار و دائمی ملموس تر است. نگاه این سازمان به وبا و موارد مربوط به کنترل بیماری، نه فقط بهداشتی بلکه توسعه ای است!

۳- تمرکز بر مناطق و کانون های با طغیان و شیوع بالای وبا^۴ به عنوان یک رویکرد هدفمند در جهت مبارزه با بیماری و افزایش بازده سرمایه گذاری WASH.

۴- حمایت از طرح های ملی مبارزه با وبا به شکل سرمایه گذاری و تخصیص بودجه مناسب جهت WASH، واکسن های خوراکی بیماری و اقدامات چندبخشی و بین بخشی.

سازمان جهانی بهداشت (WHO) آخرین وضعیت جهانی وبا را اعلام کرده است. طبق این گزارش خطر ابتلا به وبا بسیار بالا است. با توجه به گزارش موارد از ۲۴ کشور، طغیان های اخیر این بیماری را نسبت به گذشته گسترده تر و شدیدتر اعلام کرده است، به نحوی که موارد مرگ و میر طغیان های گزارش شده اخیر دوبرابر حد آستانه هدف اعلام شده است.



سال گذشته نیز، ۳۰ کشور گزارش طغیان بیماری را داشتند و کشورهایی همانند لبنان، سوریه و آفریقای جنوبی شاهد اولین طغیان های خود در دهه های گذشته بودند.

در این مطلب که به مناسبت روز جهانی آب (۲۲ مارس) منتشر شده است با توجه به افزایش جهانی موارد بیماری وبا، سال ها پیشرفت در مقابله با این بیماری - حتی در کشورهای با سابقه ابتلای پایین در گذشته - را در معرض تهدید دانسته و استفاده از آب آشامیدنی سالم و توجه به بهداشت را یک راه حل بلندمدت و پایدار برای پایان دادن به وضعیت اضطراری فعلی و جلوگیری از موارد احتمالی آینده بیان می کند.



سالم، ارتقا سطح بهداشت و سرمایه‌گذاری در بخش آب، بهداشت و سرویس‌های بهداشتی (WASH) با تمرکز در کانون‌های با طغیان بالای بیماری نمی‌باشد!

۵- فقر، سیل، طوفان و سایر تغییرات آب‌وهوایی و محیطی همیشه به‌عنوان یک چالش جدی و زمینه‌ساز این بیماری مطرح بوده و خواهند بود؛ ولی پاسخ ما نیز جز تهیه آب

Reference:

<https://www.who.int/news/item/22-03-2023-the-cholera-emergency-is-avoidable>

ضرورت انجام یکبار آزمایش هپاتیت B در همه بالغین

های قبلی باید ادامه یابند. در راهنمای قبلی غربالگری فقط با تست HBsAg توصیه شده بود؛ اما در راهنمای جدید استفاده از پانل سه گانه مدنظر می باشد.

با توجه اینکه عفونت مزمن با هپاتیت B در زندگی می تواند زمینه ساز مشکلات جدی تری همچون کارسینوم کبدی شود و تخمین زده می شود که در کشور آمریکا نیز ۵۸۰۰۰۰ تا ۲۴۰۰۰۰۰ مبتلا به HBV زندگی می کنند که دو سوم آنها از ابتلای خود بی خبر هستند این آزمایش باعث جلوگیری از پیشرفت عوارض و مرگ و میر ابتلای مزمن به این ویروس با توجه به درمان های در دسترس خواهد شد.

همچنین در صورت اتخاذ همین رویکرد بین المللی در زمینه غربالگری ، شناسایی موارد ابتلا و در معرض خطر امکان ایجاد رویکرد و مدیریت مناسب تری در ارتباط با این بیماری فراهم خواهد شد.



مرکز کنترل و مدیریت بیماری‌های آمریکا در به‌روزرسانی توصیه های خود بعد از سال ۲۰۰۸ در ارتباط با بیماری هپاتیت B توصیه کرده است که همه بزرگسالان بالای ۱۸ سال ، حداقل یکبار در طول دوران زندگی خود در ارتباط با بیماری هپاتیت B مورد آزمایش قرار بگیرند .

این آزمایش بر اساس پانل های سه گانه آنتی ژن سطحی ویروس^۶، آنتی بادی علیه آنتی ژن سطحی ویروس^۷ آنتی بادی علیه آنتی ژن مرکزی ویروس^۸ توصیه شده است.

این توصیه مجزا از تست غربالگری خانم های باردار با آنتی ژن سطحی ویروس که بدون توجه به وضعیت واکسیناسیون و سابقه انجام آزمایش (ترجیحاً در سه‌ماهه اول بارداری) می باشد و همین‌طور غربالگری های دوره ای در زندان ها، افراد با شرکای جنسی متعدد، نوزادان متولد شده از مادران HBsAg، افراد واکسینه نشده علیه هپاتیت B، مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر ، مبتلایان به هپاتیت C و همه افراد در معرض خطر مستعد بوده و در ارتباط با همه افراد بالغ بالای ۱۸ سال توصیه به حداقل یکبار آزمایش با پانل های سه گانه مربوط به هپاتیت B شده است ، پایش های دوره ای موارد پرخطر طبق برنامه

Reference:

<https://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/testingchronic.htm>

<https://www.healio.com/news/infectious-disease/20230309/cdc-recommends-hepatitis-b-testing-for-all-adults>



ماه نگر

اپیدمیولوژی و جامعه

گروه اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و ایمنی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نسخه فروردین ماه ۱۴۰۲



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

انجمن تحقیقات اپیدمیولوژیک (Society for Epidemiologic Research)



Society for
Epidemiologic
Research

جلسات ارائه پوستر و خلاصه شفاهی

بررسی اجمالی کمیته اجرایی

نامزدی و انتخابات انجمن برای هدایت تحقیقات اپیدمیولوژیک

همچنین این انجمن از ۹ کمیته تشکیل شده است که عبارتند از:

کمیته اجرایی

کمیته مربیگری

کمیته تشویق

کمیته عضویت

ارتباطات

کمیته انتشارات علمی

کمیته آموزش

دانشجویان و Postdocs

تنوع و شمول

قهرمانان SER

از بین این ۹ کمیته، هدف کمیته آموزش و توسعه حرفه‌ای هماهنگ‌کردن و هدایت تلاش‌های SER در زمینه آموزش با هدف کارآموزان، اپیدمیولوژیست‌های جوان و باتجربه متوسط است. این کمیته بر رویدادهای آموزشی که در طول سال و در طول جلسات سالانه رخ می‌دهد، از جمله SERdigital، SERtalks، SERplaylists و Early Stage Investigator Project نظارت و هماهنگی دارد.

انجمن تحقیقات اپیدمیولوژیک (به اختصار SER) یک انجمن علمی است که به اپیدمیولوژی اختصاص داده شده است. در ابتدا در سال ۱۹۶۷ توسط مدیران دپارتمان‌های اپیدمیولوژی دانشگاه جان‌هاپکینز، کالج پزشکی نیویورک و دانشگاه هاروارد این انجمن پیشنهاد و سال بعد تأسیس شد. انگیزه آنها در تأسیس SER فراهم کردن یک جلسه سالانه بود که در آن اعضای هیئت علمی در بخش‌های اپیدمیولوژی و دانشجویان فارغ‌التحصیل می‌توانستند تحقیقات مستمر خود را به اپیدمیولوژیست‌های باسابقه و خبره ارائه دهند و انتقادات و نظرات آنها را دریافت کنند. هدف دیگر ترویج تبادل نظر بین اپیدمیولوژیست‌ها و متخصصین آمار بود.

مأموریت انجمن تحقیقات اپیدمیولوژیک این است که اپیدمیولوژیست‌ها را پیش‌تاز پیشرفت‌های علمی نگه دارد، برای این منظور، از سال ۱۹۷۵، SER برای پیشبرد اهداف خود دو مجله American Journal of Epidemiology و Epidemiologic Reviews را راه‌اندازی و حمایت مالی کرد. علاوه بر این، SERplaylists، SERtalks، SERexperts و SERdigital و طیف وسیعی از مسائل اپیدمیولوژیک را نیز به صورت دیجیتالی منتشر می‌کند.

SER پنج فرایند اصلی دارد که عبارت‌اند از:

سمپوزیوم‌ها: فرایندی که طی آن سمپوزیوم‌های SER، جلسات مشارکتی

هم‌زمان و ارائه پوستر توسط انجمن تعیین می‌شود.

کارگاه‌ها: فرایندی که طی آن کارگاه‌های SER توسط هیئت اجرایی انجمن

تحقیقات اپیدمیولوژیک تعیین می‌شود.

ماه نگار

اپیدمیولوژی و جامعه

گروه اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و ایمنی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نسخه فروردین ماه ۱۴۰۲



Executive Committee

Awards Committee

Communications

Education Committee

Diversity and Inclusion

Mentoring Committee

Membership Committee

Scientific Dissemination
Committee

Students and PostDocs

SER Champions

برای اطلاعات بیشتر و عضویت می‌توانید به وبسایت <https://epiresearch.org> مراجعه کنید.

Suzanne Bevan
Executive Director
PO Box 1831
Eagle, Idaho 83616
sbevan@epiresearch.org

هدف کمیته انتشارات علمی ترویج کار علمی انجمن، اعضای آن و حوزه اپیدمیولوژی به جامعه علمی و عموم مردم از طریق ابزارهای مختلف از جمله پادکست، توییت و سایر رسانه‌ها با استفاده از مجله انجمن و مجله آمریکایی اپیدمیولوژی است تا از این طریق بتوان به راهکارهایی برای بهینه‌سازی عملکرد جامعه و مجله انجمن دست‌یافت.

مأموریت کمیته SER-Student & Post-Doc (SER-SPC) تسهیل تجربیات آموزشی و توسعه حرفه‌ای دانش‌آموزان در رشته‌های مرتبط با اپیدمیولوژی با ارائه اطلاعات، منابع و فرصت‌های ایجاد شبکه است. تسهیل تبادل ایده‌های پژوهشی دانشجویان؛ و ارائه خدمات به SER و پیشبرد و ارتقا SER-SPC. SER-SPC همه دانشجویان از جمله دانشجویان سطح غیر دکترا و متخصصان را در بر می‌گیرد.