



مطالعه کوهورت سلامت شهرکرد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

استان چهارمحال و بختیاری

معاونت بهداشت دانشگاه

مرکز بهداشت استان



پیشنهادات برگرفته از نتایج مطالعه کوهورت شهرکرد و توصیه های علمی کاربردی برای تصمیم گیری مدیران نظام سلامت و مردم استان چهارمحال و بختیاری برای پیشگیری از بیماری های غیرواگیر

ترجمان دانش مطالعه کوهورت شهرکرد

تهیه شده در:

مدیریت پیشگیری و مبارزه با بیماری ها





تقدیم به گمنامان عرصه سلامت، مردم و همکاران مشارکت‌کننده در اجرای طرح



سیاس فراوان از حمایت کنندگان طرح: معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، پژوهشکده گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران



مقدمه

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت سالانه بیش از ۳۶ میلیون نفر در سراسر جهان بر اثر بیماری های غیرواگیر جان خود را از دست می دهند (۶۳ درصد از کل مرگ و میرها) و ۱۴ میلیون نفر از این مرگ ها قبل از ۷۰ سالگی اتفاق می افتد. بیش از ۹۰ درصد مرگ های زودرس ناشی از بیماری های غیرواگیر در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می دهد. بنابراین، کاهش شیوع، بروز، مرگ و میر و هزینه ها و بار مرتبط با بیماری های غیرواگیر، به ویژه بیماری های قلبی عروقی و سرطان، یک چالش جهانی و اولویت مهم برای سلامت عمومی است. افزایش شهرنشینی، صنعتی شدن، پذیرش سبک زندگی مدرن و افزایش امید به زندگی، قرار گرفتن در معرض عوامل خطر و بروز بیماری های غیرواگیر را افزایش داده است. دستیابی به توصیف و درک بهتر عوامل و روندهای خطر بیماری های غیرواگیر در ایران از اولویت های مهم بخش سلامت در کشور می باشد (۱-۳).

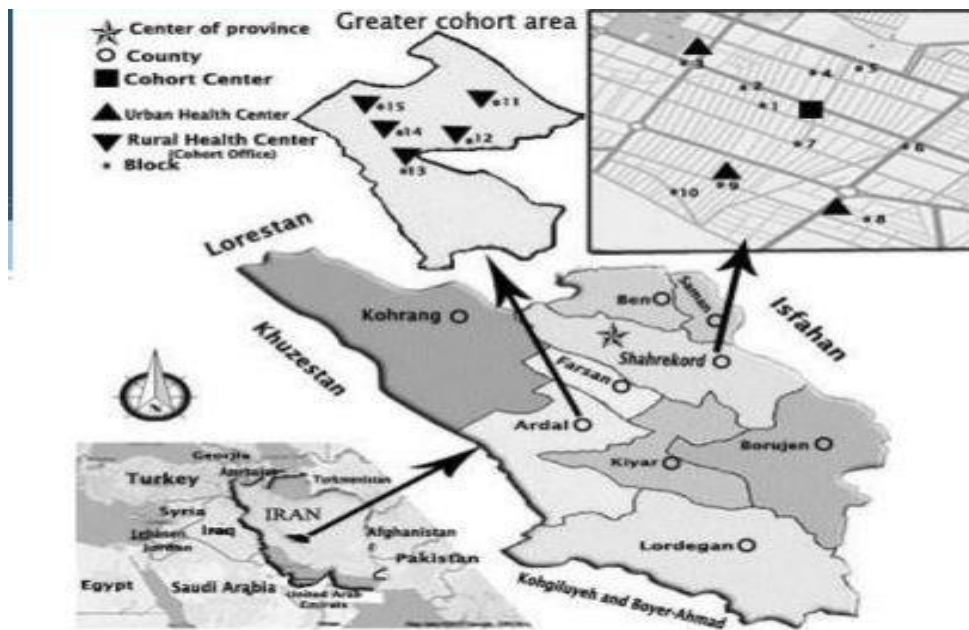
در سال ۲۰۲۰، طبق گزارش های سازمان جهانی بهداشت، ۸۲ درصد از مرگ و میرها در ایران ناشی از بیماری های غیرواگیر بوده است (۴۳ درصد بیماری های قلبی عروقی، ۱۶ درصد سرطان ها و ۲۳ درصد سایر بیماری های غیرواگیر). همچنین تفاوت های مهم بین استانی در ایران در الگوی سلامت و بیماری وجود دارد. تا قبل از انجام این مطالعه هیچ مطالعه ای از نوع کوهورت در استان چهارمحال و بختیاری انجام نشده بود. از این رو مطالعه کوهورت شهرکرد (SCS) به عنوان یکی از مراکز کوهورت ایرانی در استان چهارمحال و بختیاری این شکاف را برای ارزیابی الگوهای سلامت و عوامل خطر در استان، پر کرده است. بنابراین SCS برای مطالعه بیماری های غیرواگیر در یک استان ایران با ویژگی های متمایز محیطی، جغرافیایی (بلندترین منطقه از سطح دریا در ایران) و متفاوت از نظر قومیتی و اجتماعی در مقایسه با سایر مناطق ایرانی (معروف به بام ایران) و سایر نقاط جهان به منظور مداخلات مناسب برای پیشگیری و مدیریت بیماری های غیرواگیر و تعیین منبع اطلاعاتی مبتنی بر جمعیت و قابل اعتماد برای به دست آوردن اطلاعات بهداشتی دقیق جهت طراحی برنامه های مدیریتی بهتر برای بهبود سیستم مراقبت های بهداشتی انجام گردید (۲،۳).

بیماری های غیرواگیر مورد نظر در مطالعه

مطالعه کوهورت شهرکرد یک مطالعه اپیدمیولوژیک آینده نگر مبتنی بر جمعیت می باشد که از آذر ماه سال ۱۳۹۴ آغاز شد. این مطالعه شاخه ای از مطالعه ملی پرشین کوهورت در جنوب غربی ایران است که به بررسی وضعیت سلامت عمومی جمعیت بالغین و بیماری های مزمن و غیر واگیر (شامل بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، فشار خون بالا، دیابت، کبد چرب، مالتیپل اسکروزیس، بیماری های روانی، کلیوی، گوارشی، غدد و متابولیسم، آسم و بیماری های ریوی و علل منجر به مرگ و بستری در بیمارستان) و عوامل خطر آنها در افراد ۳۵ تا ۷۰ سال در همگروه منتخب استان چهارمحال و بختیاری می پردازد (۱-۴).

جمعیت مورد مطالعه

این مطالعه مشتمل بر ۱۰ مرحله و حجم نمونه ۱۰۰۷۵ نفری در مناطق شهری مناطق تحت پوشش شهرداری ناحیه ۲ شهرکرد مشتمل بر محدوده جغرافیایی خیابانهای ۱۷ شهریور، سعدی، مولوی، شریعتی، ورزش و کاشانی و ... و مناطق روستایی (روستاهای بخش مرکزی شهرستان اردل مشتمل بر روستاهای شیخ محمود، دوازده امام، دهکهنه، بالد، کاوند، سرچاه، سرمور، چلو، ممسنی، لیرابی، عزیزآباد، قراب، رستم آباد، ارجل، گردپینه و ...) استان چهارمحال و بختیاری می باشد. نقشه زیر مناطق جغرافیایی مطالعه کوهورت پرشین شهرکرد را نشان می دهد (۳).
[برای کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت مطالعه مراجعه نمایند.](#)



چکیده ضرورت و اهمیت مطالعه

مقدمه: مطالعات مقطعی، مورد-شاهدی و کارآزمایی های بالینی تصادفی شده در ارزیابی مواجهه ها و اثرات طولانی مدت آنها در بررسی علل و پیامدهای بیماریهای غیرواگیر به عنوان اولویت اصلی باریماری ها در نظام سلامت، استان چهارمحال و بختیاری و ایران، دچار چالش جدی بوده و قادر به استفاده برای مطالعه دقیق این بیماری ها نیستند. مطالعه کوهورت آینده نگر گزینه ای ایده ال برای مطالعه پیامدهای چندگانه بیماریهای غیرواگیر و تعیین علل آنها، عوامل خطر متعدد، چندگانه و همزمان آنها است.

روش بررسی: مطالعه همگروهی آینده نگر سلامت و بیماریهای غیرواگیر استان چهارمحال و بختیاری (مطالعه کوهورت پرشین بالغین شهرکرد) دارای کد کمیته اخلاق (IR.SKUMS.REC 1394.286) و مورد تایید معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و قرار است تا سال ۲۰۳۶ میلادی پیگیری سالیانه همگروه و ارزیابی مجدد آنها انجام شود. داده ها پس از دریافت رضایت نامه آگاهانه، با استفاده از چک لیست ها، پرسشنامه ها، اندازه های تن سنجی، نوار قلب و ریه، معاینات و نمونه گیری خون ناشتا، مو، ادرار و ناخن و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه جمع آوری شدند. پیگیری افراد به صورت تلفنی سالیانه و در صورت بروز رخدادهای مورد نظر، افراد توسط تیم مرور پیامد متشکل از چندین نفر پزشک متخصص داخلی ویزیت، مورد بررسی و بر اساس نظام بین المللی طبقه بندی بیماریها کدگذاری می شوند.

به روایت تصویر: مروری بر آنچه گذشت کوهورت روستایی.....



به روایت تصویر: مروری بر آنچه گذشت کوهورت شهری.....



عکس: مسیر دسترسی به خوشه کوهورت روستایی در روستاهای بخش مرکزی در شهرستان اردل و پیچ های سریالایی جاده اردل به دوازده امام در روز آفتابی و روستای عزیزآباد در روز برفی و پرسنل گران کوهورت در تصویر مشاهده می شوند. فاصله تا مرکز استان بیش از ۳۰۰ کیلومتر رفت و برگشت.

دسترسی و استفاده از داده های این مطالعه برای همه افراد مطابق مقررات دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد میباشد.

اهمیت راه اندازی مطالعه پرشین کوهورت شهر کرد

از جمله نکات مهم و با اهمیت در راه اندازی مطالعه کوهورت در استان چهارمحال و بختیاری می توان به موارد اشاره نمود:

- در اولویت بودن بیماری های غیرواگیر و بار ناشی از آنها در ایران و استان چهارمحال و بختیاری و پاسخ به سوالات مرتبط با آنها و آینده نگری این بیماری ها و عوامل اتیولوژی آنها در استان و حرکت به سمت مرزهای دانش
- نامشخص بودن سیمای اپیدمیولوژیک بیماری های غیرواگیر شایع و عوامل خطر آنها در استان و تعیین سیمای بیماری ها با این مطالعه و همچنین علل آنها و علل دقیق مرگ ها و ارایه برای برنامه ریزان بهداشتی درمانی
- منحصر بودن شرایط جغرافیایی (بالا ترین ارتفاع در ایران و معروف به بام ایران) و شرایط فرهنگی و قومیتی (بختیاری و سایر اقوام) و نیاز به دانستن وضعیت بیماریها در آن (۱).

اهمیت بررسی بیماریهای غیرواگیر در مطالعه پرشین کوهورت شهر کرد

در سومین گذر اپیدمیولوژیک در اواخر قرن بیستم، بیماری های غیر واگیر نظیر فشار خون، دیابت، بیماریهای قلبی-عروقی و عوامل خطر مرتبط با آنها، در بسیاری از کشورهای جهان و از جمله در ایران به مهمترین معضل سلامت تبدیل شده اند. در استان چهارمحال و بختیاری نیز بر اساس سند برنامه ششم توسعه استان و سایر برنامه های بالا دستی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، بیماری های غیرواگیر به عنوان شایعترین و مهم ترین علل مرگ و بار بیماری ها در نظر گرفته شده اند. از دلایل افزایش بیماری های غیرواگیر می توان به پارادوکس انسان و ماشین (انسان ها بیش از حد ماشینی شدند و ماشین ها نیز بیش از حد انسان)، افزایش میانه سنی جمعیت، تغییرات دموگرافیک و افزایش سالمندی، رشد سریع شهرنشینی و پدیده جهانی شدن، شیوع بالای استعمال دخانیات، شیوع بالای مواجهه با عوامل خطر بیماریهای مزمن، استفاده از رژیم غذایی نادرست، کوچک شدن جوامع، توسعه فتآوریهها و به دنبال آن کاهش فعالیتهای فیزیکی و افزایش تنشهای روحی - روانی و استرس اشاره نمود. در بین بیماری های غیر واگیر بیماری های قلبی عروقی، شایع ترین علت مرگ و میر در بسیاری از جوامع دنیا و از جمله در ایران می باشند. بیش از ۸۰٪ بار ناشی از بیماری های قلبی عروقی در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می دهد. بیماریهای عروق قلب علاوه بر تاثیر بر روی میزان مرگ و میر، بر ناتوانی، معلولیت و کاهش قدرت تولید نیز تاثیر می گذارد. در بین بیماری های قلبی عروقی، سکته قلبی به عنوان مهم ترین پیامد و بیشترین علت مرگ و بار بیماری ها مطرح می باشد (۱).

نتایج مطالعه استپس ۲۰۱۶

بر اساس مطالعه بررسی عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر (استپس) و سامانه مصورسازی سلامت ایرانیان، درصد شیوع مواجهه با دود سیگار ۳۷/۶، تنباکو قلیان ۲۱/۴، مصرف مناسب نمک ۵/۵، مصرف فست فود

۸/۵، مصرف مناسب لبنیات ۴۰/۳، مصرف مناسب ماهی ۶/۵، مصرف الکل ۱/۲۶، استفاده از کمربند ایمنی ۵۹/۵، کلاه ایمنی ۶/۵، هیپرتری گلیسیریدمیا ۲۸/۲، فشارخون ۲۸/۳، چاقی ۱۹/۶۵، کمبود وزن ۵/۱، دیابت بر اساس قندخون ناشتا ۸/۴، و هموگلوبین گلیکوزیله ۹/۷ برای سال ۲۰۱۶ در استان چهارمحال و بختیاری گزارش شد. درصد مراقبت موثر از دیابت ۳۷/۲، فشارخون بالا ۳۹ و کلسترول بالا ۵۰/۶ در سال ۲۰۱۶ گزارش شد.

برخی از نتایج مطالعه کوهورت شهرکرد

جمعیت مورد مطالعه ۱۰۰۷۵ نفر مشتمل بر ۵۳۲۱ نفر (۵۲/۸٪) زن، ۴۷۵۴ نفر (۴۷/۲٪) مرد بود. ۷۹۳۴ نفر (۶۹/۸٪) ساکن شهر و ۳۰۴۱ نفر (۳۰/۲٪) ساکن روستا بودند. ۴۸/۳ درصد آنها قومیت بختیاری، ۴۰/۷٪ درصد فارس، ۶/۸ درصد ترک قشقایی و مابقی (۲/۴) سایر اقوام بودند. میانگین سن افراد در زمان ورود به مطالعه ۴۹/۶ سال با انحراف معیار ۹/۳ سال بود و ۹۳/۸٪ از شرکت کنندگان متاهل بودند.

شیوع بیماریهای شایع در این مطالعه عبارتند از: دیابت نوع دو (۹/۸٪) پرفشاری خون (۱۷/۱٪)، بیماری ایسکمی قلب (۵/۷٪)، سکته قلبی (۱/۳٪)، سکته مغزی (۱٪)، نارسایی کلیه (۰/۶٪)، کبد چرب (۱۴/۹٪)، بیماریهای تنفسی مزمن (۴/۱٪)، بیماری های تیروئید (۱۱/۶٪)، سنگ کلیه (۲۰/۸٪)، سرطان ها (۰/۷٪)، مالتیپل اسکروزیس (۰/۲٪)، افسردگی (۱۶/۳٪)، و رفلاکس معده به مری حدود ۳۰٪ بوده است.

در جدول شماره ۱، شیوع بیماریهای غیر واگیر بر حسب جنسیت و محل سکونت (روستایی و شهری) نشان داده شده است. همچنین در جدول شماره ۲ شیوع برخی از عوامل خطر منتسب به بیماریهای غیر واگیر نمایش داده شده است (عوامل خطر، عواملی هستند که احتمال پیدایش یک بیماری را در آینده افزایش می دهند).

تا کنون از این مطالعه بیش از ۶۰ پایان نامه دانشجویان پزشکی و کارشناسی ارشد رشته های علوم پزشکی استفاده نموده و در دست استفاده است. این مطالعه جز کنسرسیوم های ملی و بین المللی (Iran. International 100k Cohort Consortium، + Asian Cohort Consortium) مطالعات علمی در جهان است و افتخاری برای دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و مردم استان است. تا کنون بیش از ۳۰ مقاله علمی و مبتنی بر شواهد درباره این مطالعه برای سیاستگذاران بهداشتی درمانی تهیه شده که در پایان فهرست شدند.



جدول شماره ۱- شیوع بیماریهای غیر واگیر بر حسب جنسیت و محل سکونت

محل سکونت		جنس		تعداد (درصد)	بیماری غیر واگیر
روستایی	شهری	زن تعداد(درصد)	مرد تعداد (درصد)		
(۷/۲)۲۱۷	(۱۰/۹)۷۵۱	(۱۰/۷)۵۶۰	(۸/۸)۴۰۸	(۹/۸)۹۶۸	دیابت نوع ۲
(۱۳/۹)۴۱۹	(۱۸/۵)۱۲۷۵	(۲۰/۲)۱۰۶۲	(۱۳/۶)۶۳۲	(۱۷/۱)۱۶۹۴	فشار خون بالا
(۴/۴)۱۳۳	(۶/۳)۴۳۳	(۴/۷)۲۴۵	(۶/۹)۳۲۱	(۵/۷)۵۶۶	بیماری های ایسکمیک قلبی
(۰/۵)۱۶	(۱/۶)۱۱۱	(۰/۵)۲۷	(۲/۱)۱۰۰	(۱/۳)۱۲۷	سکته قلبی
(۰/۹)۲۸	(۰/۹)۶۵	(۰/۸)۴۲	(۱/۱)۵۱	(۰/۹)۹۳	سکته مغزی
(۰/۴)۱۲	(۰/۷)۴۸	(۰/۶)۲۹	(۰/۷)۳۱	(۰/۶)۶۰	نارسایی کلیه
(۸/۱)۲۴۵	(۱۷/۹)۱۲۳۱	(۱۷/۸)۹۳۴	(۱۱/۷)۵۴۲	(۱۴/۹)۱۴۷۶	چربی کبد
(۲/۲)۶۷	(۵)۳۴۳	(۴/۳)۲۲۷	(۳/۹)۱۸۳	(۴/۱)۴۱۰	بیماری مزمن ریوی
(۵/۶)۱۶۹	(۱۴/۲)۹۷۶	(۱۷/۷)۹۳۰	(۴/۶)۲۱۵	(۱۱/۶)۱۱۴۵	بیماری تیروئید
(۱۸/۴)۵۵۴	(۲۱/۹)۱۵۱۱	(۱۶/۷)۸۷۶	(۲۵/۶)۱۱۸۹	(۲۰/۸)۲۰۶۵	سنگ کلیه
(۳/۳)۱۰۰	(۵/۴)۳۷۰	(۶/۳)۳۳۱	(۳)۱۳۹	(۴/۷)۴۷۰	روماتیسم
(۰/۳)۹	(۰/۹)۶۲	(۱)۵۰	(۰/۰۵)۲۱	(۰/۷)۷۱	سرطان
(۳)۹۱	(۴/۶)۳۱۵	(۶)۳۱۳	(۲)۹۳	(۴/۱)۴۰۶	سنگ کیسه صفرا
(۰/۱)۲	(۰/۲)۱۷	(۰/۲)۱۳	(۰/۱)۶	(۰/۲)۱۹	لم لس
(۱۱/۲)۳۳۸	(۱۸/۴)۱۲۷۲	(۲۲/۴)۱۱۷۸	(۹/۳)۴۳۲	(۱۶/۳)۱۶۱۰	انسردگی
(۳۲/۳)۹۷۳	(۲۹)۲۰۰۳	(۳۳/۲)۱۷۴۷	(۲۶/۴)۱۲۲۹	(۳۰)۲۹۷۶	رفلاکس معده به مری

جدول شماره ۲- شیوع برخی از عوامل خطر مرتبط با بیماریهای غیر واگیر

عامل خطر	تعداد (درصد)	جنس		محل سکونت	
		مرد تعداد(درصد)	زن تعداد (درصد)	شهری تعداد(درصد)	روستایی تعداد (درصد)
مصرف تنباکو	مصرف مستمر	(۱۲/۷)۱۲۷۵	(۲۷/۱)۱۲۶۱	(۰/۳)۱۴	(۱۳/۳)۹۱۴
	مصرف گامگامگی	(۲/۷)۲۷۱	(۵/۷)۲۶۷	(۰/۱)۴	(۳/۴)۲۳۴
مصرف الکل	بله	(۱۶/۵)۱۶۵۸	(۳۳/۶)۱۵۶۲	(۱/۸)۹۶	(۱۹/۸)۱۳۶۵
مصرف قلیان	بله	(۳/۶)۲۱۴۱	(۳۶/۱)۱۶۸۰	(۸/۸)۴۶۱	(۲۴/۴)۱۶۷۹
مصرف تریاک	بله	(۱۶)۱۵۸۷	(۳/۶)۱۴۷۲	(۲/۲)۱۱۵	(۱۴/۵)۱۰۰۳
فعالیت فیزیکی *(MET)	پایین (۴۰/۳۰)	(۵/۷)۵۷۴۴	(۵۴/۹)۲۶۱۲	(۵۸/۸)۳۱۳۲	(۶۵/۹)۴۶۳۹
	بالا (۴۰/۳۵)	(۴۳)۴۳۳۱	(۴۵/۱)۲۱۴۲	(۴/۲)۲۱۸۹	(۳۴/۱)۲۳۹۵
شاخص توده بدنی	لاغر (۱۸/۵ >)	(۱/۲)۱۲۳	(۱/۷)۸۰	(۰/۸)۴۳	(۰/۹)۶۱
	طبیعی (۲۳/۹ - ۱۸/۵)	(۲۷/۸)۲۷۸۱	(۳۳/۸)۱۵۸۸	(۳۲/۵)۱۱۹۳	(۲۴/۵)۱۷۰۶
	اضافه وزن (۲۵-۲۹/۹)	(۴۳/۸)۴۳۸۴	(۴۶/۶)۲۱۸۸	(۴/۴)۲۱۹۶	(۴۶/۵)۳۲۲۸
	چاق (۳۰-۳۴)	(۲۷/۱)۲۷۱۰	(۱۸)۸۴۴	(۳۵/۲)۱۸۶۶	(۲۸/۲)۱۹۶۴
	کلیترویل بالا	۲۴۰-۳	(۸/۹)۸۷۹	(۷/۱)۳۲۹	(۱۰/۳)۷۱۰
تریگلیسرید بالا	۱۵۰-۳	(۳۹/۴)۳۸۷۶	(۴۶/۵)۲۱۴۷	(۳۳/۱)۱۷۲۹	(۴۶/۷)۳۲۲۵
آل دی ال بالا		(۱۹/۶)۱۹۱۵	(۱۶/۳)۷۴۳	(۲۲/۶)۱۱۷۲	(۲۰/۲)۱۳۸۴

*MET: میزان متابولیسم پایه

مطالعه کوهورت پرشین شهر کرد امکان انجام بسیاری از مطالعات دیگر را میسر نمود که از جمله آنها مطالعه بر روی بیماری های همراه در بیماران مبتلا به COPD (بیماریهای مزمن انسدادی ریوی) بوده است. در مطالعه مقطعی مبتنی بر جمعیت که از سال ۱۳۹۵ تا سال ۱۳۹۹ بر روی ۶۹۶۱ بزرگسال ۳۵ تا ۷۰ ساله که در مطالعه کوهورت پرشین شهر کرد ثبت نام کرده بودند، انجام گردید، ۲۱۵ بیمار (۳/۱ درصد) مبتلا به COPD و ۱۷۵۳ بیمار (۲۵/۱۸٪) با الگوهای ریوی محدود کننده تشخیص داده شدند. میانگین سنی بیماران ۵۲/۵ سال با انحراف معیار ۹/۷۶ سال بود. ۱۷/۷ درصد سیگاری فعلی و ۱۲/۱ درصد سابقه مصرف دخانیات یا مصرف کننده قبلی سیگار بوده اند. ۵/۶ درصد از بیماران هیچ بیماری همراه نداشتند و ۹۴/۵ درصد حداقل یک بیماری همراه داشتند. شایع ترین بیماری های همراه در بیماران COPD دیس لیپیدمی (۷۰/۲٪)، فشار خون بالا (۳۰/۲٪)، سندرم متابولیک (۲۲/۸٪) و دیابت (۱۶/۷٪) بودند. شایع ترین بیماری های همراه در افراد دارای الگوی اسپرومتری محدود، دیس لیپیدمی (۶۸/۹٪)، سندرم متابولیک (۲۷/۲٪)، فشار خون بالا (۲۶/۱٪)، افسردگی (۱۷/۶٪) و کبد چرب (۱۵/۵٪) بود (۳).

نتیجه گیری

مطالعه کوهورت پرشین شهر کرد بستری را برای مطالعات اپیدمیولوژیک فراهم می کند که در نتیجه برای کنترل بهتر بیماری های غیرواگیر در جنوب غربی ایران و تقویت همکاری های تحقیقاتی مفید خواهد بود. همچنین یک منبع ضروری برای شناسایی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در این منطقه و طراحی مداخلات مربوط به سلامت عمومی خواهد بود (۲). از طرفی دانستن میزان های شیوع بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر آنها، بینش های جدیدی در مورد بیماری های همراه برای کاهش بار بیماری و توسعه مداخلات پیشگیرانه و تنظیم منابع مراقبت های بهداشتی برای رفع نیازهای بیماران در مراقبت های بهداشتی اولیه فراهم می کند (۱-۲۷).

پیشنهادات مطالعه و توصیه های علمی کاربردی برای مدیران و مردم استان چهارمحال و بختیاری

- ۱- مهمترین بیماری های شایع در استان چهارمحال و بختیاری بر اساس مستندات این مطالعه عبارتند از: دیابت نوع دو، فشارخون بالا، سکتة قلبی، کبد چرب، افسردگی، مالتیپل اسکروزیس، سرطان ها و ریفلکس مری به معده
- ۲- مهمترین عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در استان عبارتند از: مصرف سیگار، الکل، قلیان، چاقی و فعالیت فیزیکی کم و بالا بودن چربی های خون
- ۳- آموزش به مردم در زمینه پیشگیری از بیماری های شایع در استان و همچنین آموزش درباره کاهش و توقف عوامل خطر بیماری های غیرواگیر مانند ترک سیگار، مضرات مصرف الکل، مضرات چاقی و ارتباط آن با ایجاد بیماری های مختلف، و تشویق مردم به فعالیت فیزیکی و ورزش و پیاده روی و بالابردن آگاهی و نگرش و تغییر رفتارهای خطرناک
- ۴- مردم شریف استان باید از عوامل خطر پیشگفت درک خطر مناسبی داشته باشند و با پرهیز از رفتارهای پرخطر از ابتلا به بیماری های غیرواگیری مانند سکتة قلبی، سرطان ها، مرگ های زودرس و فشارخون بالا پیشگیری کنند.
- ۵- مردم باید با انتخاب سبک زندگی سالم، تغذیه مناسب، کاهش مصرف نمک و چربی، جایگزین کردن گوشت سفید به جای گوشت قرمز، مصرف سبزی و میوه، فعالیت بدنی کافی دست کم ۱۵۰ دقیقه در هفته، پیاده روی سریع روزانه ۳۰ دقیقه، پرهیز از مصرف دخانیات، مصرف نکردن الکل و پابندی بیماران مبتلا به درمان را در دستور کار خود قرار دهند. مدیران و کارکنان نظام سلامت در آموزش به مردم، موارد بالا را باید مد نظر قرار دهند و بیشتر تمرکز نمایند.

Book: Setup experience, Report of Enrollment Phase and Preliminary Results for Prospective Epidemiological Research Studies in IrAN, Shahrekord PERSIAN Cohort Study

Papers:

- 1- Prevalence of different comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease among Shahrekord PERSIAN cohort study in southwest Iran
- 2- Non-communicable diseases in the southwest of Iran: profile and baseline data from the Shahrekord PERSIAN Cohort Study
- 3- The protocol of a population-based prospective cohort study in southwest of Iran to analyze common non-communicable diseases: Shahrekord cohort study
- 4- Profile and preliminary results of Iranian sub cohort chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Shahrekord PERSIAN cohort in southwest Iran
- 5- Socioeconomic-related inequalities in oral hygiene behaviors: a cross-sectional analysis of the PERSIAN cohort study
- 6- Study of correlation between chronic stressor, biochemical markers and hematologic indices in Shahrekord Cohort Study: A population-based cross-sectional study
- 7- Estimation of the 10-Year Risk of Cardiovascular Diseases: Using the SCORE, WHO/ISH, and Framingham Models in the Shahrekord Cohort Study in Southwestern Iran
- 8- Quality of life and its related factors among participants in Shahrekord – Iran cohort study
- 9- The Prevalence of Metabolic Syndrome, Scoring, and Comparison in People With and Without COPD: Evidence from Shahrekord PERSIAN Cohort Study
- 10- Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019
- 11- Socioeconomic gradient in physical activity: findings from the PERSIAN cohort study
- 12- Nationwide Prevalence of Diabetes and Prediabetes and Associated Risk Factors Among Iranian Adults: Analysis of Data from PERSIAN Cohort Study
- 13- The PERSIAN Cohort: Providing the Evidence Needed for Healthcare Reform
- 14- Decomposing socioeconomic inequality in poor mental health among Iranian adult population: results from the PERSIAN cohort study
- 15- Decomposing socioeconomic inequality in dental caries in Iran: cross-sectional results from the PERSIAN cohort study
- 16- Socioeconomic – related inequalities in overweight and obesity: findings from the PERSIAN cohort study
- 17- Prevalence and determinants of anemia among Iranian population aged ≥ 35 years: A PERSIAN cohort-based cross-sectional study
- 18- Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension based on ACC/AHA versus JNC7 guidelines in the PERSIAN cohort study
- 19- Prevalence and predictors of low back pain among the Iranian population: Results from the Persian cohort study
- 20- Prevalence of drug use, alcohol consumption, cigarette smoking and measure of socioeconomic-related inequalities of drug use among Iranian people: findings from a national survey
- 21- Decomposing socioeconomic inequality in poor mental health among Iranian adult population: results from the PERSIAN cohort study
- 22- Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants
- 23- Heterogeneous contributions of change in population distribution of body mass index to change in obesity and underweight
- 24- Diabetes mortality and trends before 25 years of age: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019
- 25- Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019 A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019
- 26- Height and body-mass index trajectories of school-aged children and adolescents from 1985 to 2019 in 200 countries and territories: a pooled analysis of 2181 population-based studies with 65 million participants
- 27- [Repositioning of the global epicentre of non-optimal cholesterol](#)