

## ویژگی‌های اپیدمیولوژیک بیماری‌های عفونی منجر به بستری در قم حسینعلی حبیبی نژاد<sup>۱</sup>، علی اکبر ریاحین<sup>۲</sup>، اکرم حیدری<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دوره پزشکی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران.  
<sup>۲</sup> استادیار بیماری‌های عفونی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران.  
<sup>۳</sup> استادیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** با وجود پیشرفت‌های بسیار در پیشگیری و درمان بیماری‌های عفونی، همچنان این بیماری‌ها به‌عنوان مهم‌ترین عامل مرگ و میر و ایجاد شرایط نامطلوب زندگی برای میلیون‌ها نفر از مردم در دنیا مطرح می‌باشند. این مطالعه با هدف تعیین ویژگی‌های اپیدمیولوژیک بیماری‌های عفونی منجر به بستری در بیمارستان کامکار قم صورت گرفت.

**روش بررسی:** این مطالعه متکی بر داده‌های موجود (Routine Data Base Study) روی پرونده‌های بیمارانی که در تابستان ۱۳۸۶ در بیمارستان کامکار با تشخیص بیماری عفونی بستری شده بودند، انجام شد. ویژگی‌های اپیدمیولوژیک بیماران در پرسشنامه ثبت گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای دو، تی و من ویتنی صورت گرفت.

**یافته‌ها:** در این مطالعه، ۳۳۱ مورد از ۲۹۰۷ مورد بستری (۱۱/۳٪) در بیمارستان کامکار مربوط به بیماری‌های عفونی بود. بیماری‌های عفونت دستگاه ادراری با ۶۱ مورد (۱۸/۴٪)، سپتیسمی با ۴۸ مورد (۱۴/۵٪) و پنومونی با ۴۵ مورد (۱۳/۶٪) بیشترین فراوانی را داشتند. از نظر تقسیم‌بندی براساس سیستم‌های مبتلا، سیستم ادراری - تناسلی و سیستم تنفسی هر کدام با ۷۳ مورد (۲۲/۰۵٪) بیشترین فراوانی را دارا بودند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه حاضر، حاکی از اهمیت قابل توجه بیماری‌های عفونی به‌ویژه عفونت دستگاه ادراری، سپتیسمی و پنومونی در قم است که نیازمند تحقیقات گسترده‌تر به‌منظور شناخت هر چه بیشتر اپیدمیولوژی و پاتوژن‌ها می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** اپیدمیولوژی؛ بیماری‌های عفونی؛ بیماران بستری؛ قم، ایران.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: ali.medicine@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۹۱۰۸۱۵۱۱

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۲/۲۳

تاریخ دریافت: ۸۸/۴/۲۰

### مقدمه

می‌دهد. بیماری‌هایی مانند سل، وبا و تب روماتیسمی که تصور می‌شد، حداقل از دنیای پیشرفته ریشه کن شده‌اند، مجدداً با یک شدت احیا شده، بروز کرده‌اند (۲). از طرفی، برخی عوامل عفونی جدید و نوظهور نیز کشف شده است. در سال ۲۰۰۳، پیدایش SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) به دنیا یادآوری نمود عوامل عفونی جدید ظرف چند هفته می‌توانند در سراسر جهان پراکنده شده و امنیت و اقتصاد جهانی را متاثر کنند. لذا مشارکت بین‌المللی برای توقف گسترش آنها ضروری است (۳). همچنین سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) شدیداً سیستم مراقبت بهداشتی را در نقاط مختلف دنیا در خطر قرار داده است (۴). آمار

بیماری‌های عفونی مستقیماً می‌توانند عامل ۱ مرگ از هر ۴ مرگ در سراسر دنیا باشند. بیشتر این مرگ و میرها در اوایل زندگی رخ داده و قابل پیشگیری است (۱). با وجود پیشرفت‌های زیاد در پیشگیری و درمان، این بیماری‌ها همچنان به‌عنوان یک عامل مهم مرگ و میر، ناتوانی و ایجاد شرایط نامطلوب زندگی برای میلیون‌ها نفر از مردم در سراسر جهان مطرح می‌باشند. در حال حاضر اثبات شده است با توسعه عوامل ضد میکروبی، مقاومت میکروبیها نیز در برابر این سلاح‌ها افزایش یافته است. مقاومت آنتی‌بیوتیکی با یک سرعت هشداردهنده در میان تمام پاتوژن‌های پستانداران رخ

محل‌های سکونت در داخل شهر قم براساس تقسیم‌بندی مناطق شهری به مناطق چهارگانه ۴-۱، در نظر گرفته شد (هر منطقه شهری سطح اجتماعی-اقتصادی و تراکم جمعیت متفاوتی دارد، پایین‌ترین سطح اجتماعی-اقتصادی و بالاترین تراکم جمعیت در منطقه ۲ می‌باشد و منطقه ۱ از این نظر وضعیت بهتری را دارد). در این بررسی وضعیت ترخیص بیمار، در ۲ حالت بهبودی یا مرگ در نظر گرفته شد. براساس نوع تشخیص نهایی، سیستم‌های مختلف شامل ادراری-تناسلی، اسکلتی، پوستی، تنفسی، عصبی، قلبی، گوارشی و موارد متفرقه تفکیک شدند. موارد متفرقه شامل: ایدز، بروسولوز، اوربون، مالاریای پلاسمودیوم ویواکس و سپتیسمی بود. تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های کای دو، تی و من‌ویتنی انجام گردید و  $p < 0.05$  سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

تعداد کل موارد بستری در تمام بخش‌های بیمارستان کامکار در تابستان سال ۱۳۸۶، ۲۹۰۷ مورد بود. از این تعداد ۳۳۱ مورد (۱۱/۳٪) تشخیص مرتبط با بیماری عفونی داشتند که شامل ۵۴ نوع تشخیص مختلف بود. میانگین سن بیماران با تشخیص عفونی  $23/61 \pm 48/74$  سال (حداقل ۲ سال و حداکثر ۹۸ سال) بود. ۲۲۴ نفر (۶۷/۷٪) از بیماران را مردان و ۱۰۷ نفر (۳۲/۳٪) را زنان تشکیل می‌دادند. میانگین مدت بستری بیماران با تشخیص عفونی ۹/۷۱ روز، حداقل مدت بستری یک روز و حداکثر مدت بستری ۷۴ روز بود. حداقل مدت بستری مربوط به عفونت دستگاه ادراری و حداکثر مدت بستری مربوط به ایدز بود. در ۲۸ مورد (۸٪) مورتالیتی ناشی از بیماری‌های عفونی وجود داشت که سپتیسمی (۱۴ مورد)، عفونت دستگاه ادراری (۴ مورد)، گاستروآنتریت (۳ مورد)، توکسوپلاسموز (۲ مورد)، هپاتیت حاد B (۲ مورد)، پنومونی (یک مورد)، پیتوراکس (یک مورد) و بروسولوز (یک مورد) گزارش شد. عفونت دستگاه ادراری با ۶۱ مورد (۱۸/۴٪) بیشترین فراوانی را داشت و پس از آن سپتیسمی، پنومونی، گاستروآنتریت، توبرکولوز و بروسولوز به ترتیب با ۴۸ (۱۴/۵٪)، ۴۵ (۱۳/۶٪)، ۲۹ (۸/۷٪)، ۲۱ (۶/۳٪) و ۲۰ (۶٪) بیشترین فراوانی را دارا بودند. در جدول شماره ۱ به ویژگی‌های اپیدمیولوژیک بیماران مبتلا به هر کدام از این بیماری‌ها اشاره شده است.

مرگ و میر مربوط به بیماری‌های عفونی که در بالا به آن اشاره شد، میزان واقعی مرگ و میر ناشی از عوامل عفونی را مشخص نمی‌کند؛ زیرا بسیاری از مرگ‌های ناشی از عوامل عفونی در این دسته طبقه‌بندی نمی‌شوند، از آن جمله می‌توان به مرگ‌های ناشی از سرطان و بیماری‌های قلبی-عروقی ثانویه به عوامل عفونی اشاره نمود (۳). حتی شواهدی از نقش عوامل عفونی در ایجاد آترواسکلروز مشاهده شده است، همچنین شواهدی مبنی بر نقش عوامل عفونی در برخی بیماری‌های ایمنی مانند آرتریت روماتوئید و بیماری التهابی روده نیز وجود دارد (۲). اپیدمیولوژی بیماری‌های عفونی به وسیله فراهم کردن درک اساسی از چگونگی پراکندگی عفونت‌ها، پیشگیری از این بیماری‌ها را ممکن می‌سازد (۱). اطلاعات کمی در زمینه اپیدمیولوژی بیماری‌های عفونی منجر به بستری در ایران وجود دارد و تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه، در قم انجام نشده است و با توجه به آنکه بیمارستان کامکار اصلی‌ترین مرکز بیماری‌های عفونی قم محسوب می‌شود و از طرفی، به دلیل زیارتی بودن شهر قم و افزایش مسافرت‌های زیارتی در فصل تابستان و مسری بودن بیماری‌های عفونی و تأثیرگذاری آن بر سلامت سایر نقاط کشور، این مطالعه با هدف تعیین ویژگی‌های اپیدمیولوژیک بیماری‌های عفونی منجر به بستری در بیمارستان کامکار قم در تابستان سال ۱۳۸۶ صورت گرفت.

### روش بررسی

این مطالعه متکی بر داده‌های موجود (Routine Data Base Study) در بیمارستان کامکار واقع در مرکز شهر قم انجام شد. این بیمارستان اصلی‌ترین مرکز بیماری‌های عفونی در قم می‌باشد، در این پژوهش به منظور تشخیص دقیق‌تر کلیه موارد بیماری‌های عفونی، تمامی پرونده‌های موجود در تمام بخش‌های بیمارستان شامل ۲۹۰۷ مورد، در تابستان سال ۱۳۸۶ بررسی شد و مواردی که براساس طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های سازمان بهداشت جهانی در تشخیص نهایی مرتبط با بیماری عفونی بودند، شامل ۳۳۱ مورد با ۵۴ نوع تشخیص مختلف استخراج گردید. مواردی که تشخیص اولیه یا حین درمان آنها مرتبط با بیماری عفونی بود، اما در تشخیص نهایی بیماری عفونی نبود، از مطالعه خارج شدند. اطلاعات مربوط به سن، جنس، آدرس محل سکونت، تشخیص نهایی، مدت بستری و وضعیت ترخیص بیمار از پرونده‌ها استخراج و در چک‌لیست ثبت گردید.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های اپیدمیولوژیک بیماران مبتلا به بیماری‌های عفونی بستری در بیمارستان کامکار قم (تابستان سال ۱۳۸۶)

متغیر	تشخیص					
	عفونت ادراری	سپتی‌سمی	پنومونی	گاستروانتریت	توبرکولوز	بروسلوز
میانگین سن (سال)	۶۵/۰۸±۲۱/۷۸	۶۰/۴±۲۲/۵۲	۵۴/۲۴±۲۰/۹۲	۴۹/۵۲±۲۳/۷۴	۲۲/۳۳±۲۱/۹۴	۲۴/۴۳±۲۰/۳۱
جنس (%)	مرد ۶۰/۷	۷۰/۸	۶۴/۴	۵۱/۷	۵۲/۳	۸۰
میانگین مدت بستری (روز)	۷	۶	۶	۶	۴	۶
(محدوده تغییرات)	(۱-۳۵)	(۲-۵۰)	(۲-۱۷)	(۱-۵۰)	(۲-۱۴)	(۳-۱۶)
میزان مرگ و میر (%)	۶	۲۹	۲	۱۰	۰	۵

میانگین به صورت انحراف معیار  $\pm$  میانگین درج شده است.

کشور پاکستان بود، ۳ مورد وبا نیز فقط مربوط به مسافرین کشور پاکستان گزارش شد.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی گروه‌های سنی بیماران با تشخیص عفونی UTI و بستری در بیمارستان کامکار قم (تابستان سال ۱۳۸۶)

گروه سنی (سال)	تعداد بیماران بستری با تشخیص عفونی (%)	تعداد بیماران بستری با تشخیص (%)
۰-۱۰	۱ (۱/۶)	۴ (۱/۲)
۱۱-۲۰	۲ (۳/۳)	۲۷ (۸/۲)
۲۱-۳۰	۴ (۶/۶)	۶۶ (۱۹/۹)
۳۱-۴۰	۲ (۳/۳)	۴۸ (۱۴/۵)
۴۱-۵۰	۵ (۸/۲)	۳۸ (۱۱/۵)
۵۱-۶۰	۶ (۹/۸)	۳۱ (۹/۴)
۶۱-۷۰	۷ (۱۱/۵)	۳۴ (۱۰/۳)
۷۱-۸۰	۲۰ (۳۲/۸)	۴۱ (۱۲/۴)
>۸۰	۱۴ (۲۲/۹)	۴۲ (۱۲/۶)
کل	۶۱ (۱۰۰)	۳۳۱ (۱۰۰)

## بحث

در مطالعه حاضر، ۱۱/۳٪ از کل موارد بستری در بیمارستان کامکار مربوط به بیماری عفونی بود. نجیب و همکارانش با انجام مطالعه‌ای در جنوب ایران، این میزان را ۲۱/۳٪ گزارش کردند. این اختلاف احتمالاً ناشی از آن است که در مطالعه نجیب و همکارانش، گروه سنی مورد بررسی کودکان بوده‌اند (۵). در مطالعه حاضر، میانگین سنی بیماران با تشخیص عفونی ۴۸/۷۴±۲۳/۶۱ سال بود. در پژوهش ساری اصلانی و حاتمی در کرمانشاه، بیشترین میزان بیماری‌های عفونی در گروه سنی ۶۰-۷۴ سال قرار داشت. این تفاوت ناشی از آن است که در مطالعه ساری اصلانی و حاتمی گروه سنی سالمندان بررسی شده بود. در تحقیق ساری اصلانی و حاتمی در کرمانشاه

توبرکولوز شامل ۱۴ مورد سل تنفسی، ۵ مورد مننژیت سلی، یک مورد سل استخوان و یک مورد پریتونیت سلی بود. سن در عفونت دستگاه ادراری و سپتی‌سمی با انجام آزمون من‌وینتی به‌طور معنی‌داری بیشتر از سایر بیماری‌ها گزارش گردید ( $p < 0/001$ ). میانگین سن در پنومونی با انجام آزمون تی اختلاف آماری معنی‌داری با سایر بیماری‌ها نداشت ( $p = 0/06$ ). توزیع فراوانی گروه‌های سنی بیماران با تشخیص بیماری عفونی و عفونت ادراری (UTI) در جدول شماره ۲ قابل مشاهده است. فراوانی بیماری UTI تا گروه سنی ۸۰ سال (به‌جز گروه سنی ۴۰-۳۱ سال) افزایش نشان داد و پس از ۸۰ سال کاهش یافت. اختلاف آماری معنی‌داری در میزان فراوانی UTI در میان گروه‌های سنی مختلف با انجام آزمون کای دو مشاهده گردید ( $p < 0/001$ ). همچنین فراوانی UTI در گروه‌های سنی بالای ۵۰ سال ۴۷ مورد (۷۷٪) بود که بیش از ۳ برابر این فراوانی در گروه‌های سنی کمتر از ۵۰ سال مشاهده شد. اختلاف آماری معنی‌داری در میزان فراوانی پنومونی و سپتی‌سمی در میان گروه‌های سنی مختلف با انجام آزمون کای دو وجود نداشت. از نظر تقسیم‌بندی براساس سیستم‌های مبتلا، سیستم ادراری-تناسلی و تنفسی هرکدام با ۷۳ مورد (۲۲/۰۵٪) بیشترین فراوانی را داشتند. از نظر محل سکونت بیماران، ۲۸۷ مورد (۸۶/۷٪) مربوط به مناطق شهری قم بود که از این تعداد بیشترین فراوانی بیماری‌های عفونی منجر به بستری با ۱۰۶ مورد (۳۲٪) در منطقه ۲، و ۸۶ مورد (۲۵٪) در منطقه یک مشاهده شد. ۱۸ مورد (۵/۴٪) از موارد بیماری‌های عفونی از مناطق روستایی قم گزارش گردید. ۷ مورد (۲/۱٪) مربوط به ساکنین سایر شهرهای ایران بود. ۸ مورد (۲/۴٪) مربوط به مهاجرین افغانی و ۴ مورد (۱/۲٪) مربوط به مسافرین

میزان بیماری‌های عفونی در مردان بیشتر از زنان گزارش شد (۶)، که با این مطالعه همخوانی داشت. در مطالعه حاضر، عفونت ادراری، سپتی‌سمی و پنومونی به ترتیب بیشترین علل بیماری‌های عفونی منجر به بستری بوده‌اند. در تحقیق انجام شده توسط ساری اصلانی و حاتمی در بیمارستان سینای کرمانشاه، بیشترین علت بستری بیماران عفونی، پنومونی، سل ریوی و گاستروآنتریت گزارش گردید (۶). این تفاوت احتمالاً به دلیل متفاوت بودن جامعه مورد بررسی در دو مطالعه می‌باشد. همچنین در تحقیق ساری اصلانی و حاتمی کل فصول سال در نظر گرفته شده بود، اما در مطالعه حاضر، فقط تابستان مورد بررسی قرار گرفت. این تفاوت در واقع گویای این است که اطلاع از بیماری‌های شایع عفونی در تصمیم‌گیری پزشکان و مسئولین بهداشتی باید واجد اهمیت باشد. عفونت ادراری در میان شایع‌ترین عفونت‌هایی قرار دارد که انسان را مبتلا می‌کند. این بیماری در تمام سنین به جز سال اول زندگی در زنان شایع‌تر از مردان است (۱۰). در مطالعه حاضر، میزان UTI منجر به بستری در مردان حدوداً ۱/۵ برابر زنان بود (۶۰/۷٪ برای مردان و ۳۹/۳٪ برای زنان، جدول شماره ۱). به نظر می‌رسد این اختلاف ناشی از چند عامل است. از آنجا که UTI در زنان بالغ جوان معمولاً غیر کمپلیک می‌باشد (۱۰)، بنابراین کمتر نیاز به بستری شدن پیدا می‌کنند. از طرف دیگر، با توجه به وجود بیمارستان تخصصی زنان در قم بسیاری از موارد UTI در بیمارستان کامکار بستری نمی‌شوند. همچنین از آنجا که UTI در مردان غالباً در زمینه اختلالات ارولوژیک یا هیپرتروفی پروستات رخ می‌دهد (۲)؛ لذا معمولاً کمپلیک بوده و با توجه به فعال بودن بخش‌های اورولوژی در بیمارستان کامکار میزان بیشتری را در مردان شامل می‌شود. میزان UTI در مردان پس از ۵۰ سال افزایش می‌یابد (۱۰) که نتایج پژوهش حاضر نیز این موضوع را تأیید می‌کند. میانگین سنی مبتلایان به سپتی‌سمی در این مطالعه، ۶۰/۴±۲۲/۵۲ سال بوده است. در پژوهش Tanriover و همکارانش نیز در ترکیه میانگین سنی مبتلایان به سپتی‌سمی ۶۱/۸±۱۶/۱۵ سال به دست آمد که با این مطالعه مطابقت داشت. در این پژوهش فراوانی مردان مبتلا به سپتی‌سمی بیش از زنان بود که مشابه نتایج مطالعه Tanriover و همکارانش می‌باشد (۷). میزان مرگ و میر ناشی از سپتی‌سمی در تحقیقات مختلف تفاوت قابل ملاحظه‌ای دارد. در مطالعه‌ای در استرالیا توسط Sundararajan و همکارانش، میزان مرگ و میر این بیماری ۱۸/۴٪ گزارش گردید

(۸)؛ در حالی که در تحقیق Tanriover و همکارانش ۸۷/۳٪ مطالعه Uzun و همکارانش در ترکیه میزان مرگ و میر بیماران مبتلا به باکتری می گرم منفی ۲۳/۳٪ بوده است که در حضور شوک و یا نارسایی ارگان به ۷۴/۳٪ افزایش نشان داده بود (۹،۸). در مطالعه حاضر، این میزان ۲۹٪ به دست آمد. میزان بالای مرگ و میر در برخی تحقیقات از جمله مطالعه Tanriover و همکارانش احتمالاً می‌تواند ناشی از محدودیت ICU باشد. میانه مدت بستری سپتی‌سمی در مطالعه Tanriover و همکارانش ۱۳ روز بوده است، اما در مطالعه حاضر ۶ روز گزارش شد (۷). علت این اختلاف احتمالاً ناشی از تعویض کُند بیماران ICU با بیماران جدید در پژوهش Tanriover و همکارانش بوده است. در مطالعه حاضر، میانگین سن افراد مبتلا به پنومونی ۲۰/۹۲±۵۴/۲۴ سال گزارش گردید، اما در تحقیق Luna و همکارانش در آرژانتین این مقدار ۶۴/۴ بوده است (۱۱). در این تحقیق پنومونی در مردان فراوان‌تر از زنان مشاهده شد که با نتایج مطالعه رستمی و موسوی در اصفهان مطابقت داشت (۱۲). در مطالعه حاضر، میانه مدت بستری پنومونی ۶ روز بود، در تحقیق رستمی و موسوی نیز ۵۳/۹٪ مبتلایان به پنومونی به مدت ۱۰-۵ روز بستری بوده‌اند که با این مطالعه همخوانی داشت (۱۲). میزان مرگ و میر پنومونی در این مطالعه ۲٪ گزارش شد که این میزان در تحقیق Luna و همکارانش در آرژانتین ۱۸٪ بود (۱۱). به نظر می‌رسد این تفاوت ناشی از سن بالای بیماران در بررسی Luna و همکارانش نسبت به مطالعه حاضر باشد؛ زیرا براساس نمره گذاری PORT (شاخص شدت پنومونی) سن به عنوان یک عامل شدت پنومونی محسوب می‌شود. نمره گذاری PORT یا شاخص شدت پنومونی خطر مرگ بیمار مبتلا به پنومونی را تعیین می‌کند (۱۳). در مطالعه Luna و همکارانش، میزان مرگ و میر برای گروهی از بیماران که هیچ‌گونه معیاری برای بستری نداشتند، صفر بود و این بیان‌کننده این مطلب است که معیارهای منجر به بستری بیماران پنومونی می‌تواند در شناسایی بیماران پرخطر و کم‌خطر معتبر باشد (۱۱). در مطالعه حاضر، بیشترین سیستم‌های درگیر، سیستم تنفسی و ادراری-تناسلی (به میزان مساوی) بود؛ در صورتی که در تحقیق اسدی و همکارانش شایع‌ترین گروه بیماری‌های عفونی در بخش‌های عفونی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، عفونت‌های پوست و بافت نرم بوده است. این اختلاف احتمالاً ناشی از آن است که در مطالعه اسدی و همکارانش، معتادین

همچنان این بیماری‌ها از اهمیت قابل توجهی در جامعه ایران برخوردار می‌باشند، لذا این موضوع نیازمند تحقیقات گسترده‌تر به منظور شناخت هرچه بیشتر اپیدمیولوژی و پاتوژنز بیماری‌های عفونی به منظور کنترل بهتر این بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های عفونت دستگاه ادراری، سپتی‌سمی و پنومونی در قم است. همچنین انجام تحقیقات بیشتر به منظور کشف علل فراوانی بیشتر بیماری‌های عفونی در منطقه ۲ قم و برنامه‌ریزی بهداشتی به منظور بهبود این وضعیت ضروری به نظر می‌رسد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از باشگاه پژوهشگران جوان در حمایت از اجرای این طرح پژوهشی تقدیر و تشکر می‌شود.

تزریقی بررسی شده‌اند (۱۴). در پژوهش حاضر، بیشترین فراوانی بیماری‌های عفونی منجر به بستری در تابستان سال ۱۳۸۶ در منطقه ۲ قم مشاهده گردید که به نظر می‌رسد این امر احتمالاً به دلیل پایین‌تر بودن سطح اجتماعی-اقتصادی و تراکم جمعیتی بالاتر این منطقه می‌باشد. باید در نظر داشت که در این مطالعه تنها به بررسی بیماری‌های عفونی منجر به بستری پرداخته شده است و به دلیل ناقص بودن اطلاعات پرونده‌های پزشکی، امکان مطالعه سایر عوامل اپیدمیولوژیک مانند تحصیلات و شغل وجود نداشت.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که با وجود پیشرفت‌های صورت گرفته در کنترل، پیشگیری و درمان بیماری‌های عفونی،

## References:

1. Nelson K, Williams C, Graham N. Infectious Disease Epidemiology: Theory and Practice. JAMA 2008;299(4):459-462.
2. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17<sup>th</sup> ed. USA: MC Graw Hill; 2008. p. 749-1825.
3. Mandell G, Bennett J, Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's, Principles and Practice of Infectious Diseases. 6<sup>th</sup> ed. USA: Elsevier; 2005. p. 173.
4. Goldman L, Ausiello D, editor. Cecil Medicine. 23<sup>th</sup> ed. USA: Saunders; 2008. p. 2103.
5. Najib KH, Fallahzadeh E, Fallahzadeh M. Disease Spectrum and Mortality in Hospitalized Children of Southern Iran. Iran J Pediatr 2007;17(3):359-363.
6. Sariaslani P, Hatami H. Epidemiologic Survey of Infectious Diseases in Elderly Patients at the Sina Hospital in Kermanshah. Kermanshah: School of Medicine of Kermanshah University of Medical Sciences; 1996. p. 173. [Text in Persian]
7. Tanriover M, Guven G, Sen D. Epidemiology and Outcome of Sepsis in a Tertiary-Care Hospital in a Developing Country. Epidemiol Infect 2006;134:315-322.
8. Sundararajan V, Maclsaac CM, Presneill JJ. Epidemiology of Sepsis in Victoria, Australia. Crit Car Med 2005;33:71-80.
9. Uzun O, Akalin HE, Hayran M. Factors Influencing Prognosis in Bacteremia Due to Gram-Negative Organisms: Evaluation of 448 Episodes in a Turkish University Hospital. Clin Infect Dis 1992;15:66-873.
10. Hooton TM. The Epidemiology of Urinary Tract Infection and the Concept of Significant Bacteriuria. Infetion 1990;18(2):40-43.
11. Luna C, Famiglietti A, Absi R. Community-Acquired Pneumonia, Etiology, Epidemiology, and Outcome at a Teaching Hospital in Argentina. Chest J 2000;118(5):1344-5.
12. Rostami M, Mousavi M. Epidemiologic and Demographic Survey of Admitted Patients with Bacterial Pneumonia at the Alzahra Hospital in Esfahan. Esfahan: School of Medicine of Esfahan University of Medical Sciences; 1998. p. 221. [Text in Persian]
13. Halm E, Teirstein A. Management of Community-Aquired Pneumonia. NEJM 2002;347(25):2039-2045.
14. Asadi S, Marjani M. Survey of Epidemiology and Prevalence of Infectious Diseases in IV Drug Abusers Admitted to Infectious Wards of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2002-2003. J Infect Dis Trop Med 2004;9(25):46-49. [Full Text in Persian]

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.