

Roya Raefard,
Lida Jarahi

Corresponding author: Lida Jarahi; MD, MPH
E-mail: JarahiL@mums.ac.ir

تحلیل آماری میزان پذیرش رشته داروسازی در دانشکده های داروسازی ایران براساس منطقه بندی کلان آموزش سلامت

Statistical Analysis of Pharmacy Students Admissions to Iranian Pharmacy Schools According to Macro-zoning for Medical Education

رویا راعی فرد^۱، لیدا جراحی^۲

^۱ سازمان نظام پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ استادیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسنده مسئول: دکتر لیدا جراحی، استادیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

ABSTRACT

Background: Quality improvement of and easy access to healthcare services, especially for the deprived fraction of the society, are the two most important priorities of healthcare system in Iran. This study was performed to evaluate the number of admissions to Iranian pharmacy schools in 2015 according to the country divisions, as well as macro-zoning for medical education.

Methods: This descriptive analytical study was performed by using the information of field selection booklet of university entrance exam in Iran in 2015. The information was separated by free or public universities or private campus admissions for each province and city. In addition, the admission per capita of each province and each medical education macro-zone was calculated. The population of each province was extracted from the national census of 2011.

Results: Currently, there are 25 medical universities in 31 provinces, training pharmacy students in Iran. Totally, the capacity of pharmacy student admission to Iranian universities is 1245 individuals in 2015, which with regards to the country population of 75,130,000 people represents annual admission per capita rate of pharmacy (admission per thousand population) to be 0.02. Considering the population of each province, the highest admission per capita of pharmacy was in Zanzan (0.07), Yazd (0.05), Ardebil (0.04), Hamedan (0.04), Mazandaran (0.03) and Kermanshah (0.03), the lowest rate was in Markazi (0.002), Semnan (0.003) and Kurdistan (0.003), while there was no admission in North Khorasan, Bushehr, Qazvin, Qom, Golestan and Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad. Based on the ten macro-zones for medical education, the lowest admission per capita was in the macro-zones 4, 6, 9 (0.01) and the highest rate was in macro-zone 3 (0.03).

Conclusion: Regarding to the significant difference between the rate of admission per capita in distinct areas of the country, there is a need for adjustment and balance in the distribution of human resources, so that all provinces will receive appropriate pharmaceutical services.

Keywords: Admission; Iran; Pharmacy Education; Pharmacy Schools

چکیده

پیش زمینه: بهبود کیفیت و دسترسی آسان عموم مردم به خصوص اقشار محروم به خدمات بهداشتی درمانی از اولویتهای نظام سلامت ایران است. این پژوهش با هدف بررسی میزان پذیرش رشته داروسازی دانشکده های داروسازی کشور در سال ۱۳۹۴ براساس تقسیمات کشور و همچنین منطقه بندی کلان حوزه آموزش سلامت انجام گردید.

روش ها: در پژوهش توصیفی-تحلیلی حاضر با استفاده از اطلاعات دفترچه انتخاب رشته آزمون ورود به دانشگاه های کشور در سال ۱۳۹۴ به تفکیک دانشگاه سراسری، پردیس خودگردان و آزاد بر مبنای استان ها و شهرستان ها، میزان پذیرش رشته داروسازی بررسی شد. همچنین میزان سرانه پذیرش به جمعیت در دو تقسیم بندی استانی و مناطق ده گانه کلان حوزه آموزش سلامت مورد تحلیل قرار گرفت. جمعیت هر استان با توجه به سرشماری سال ۱۳۹۰ استخراج گردید.

یافته ها: در حال حاضر ۲۵ دانشگاه در ۳۱ استان کشور، مشغول تربیت دانشجویان داروسازی می باشند. در مجموع، ظرفیت پذیرش رشته داروسازی در سال ۱۳۹۴، ۱۲۴۵ نفر بود که با لحاظ جمعیت ۷۵,۱۳۰,۰۰۰ نفری کشور، سرانه سالانه پذیرش رشته داروسازی به ازای هر هزار نفر معادل ۰/۰۲ بود. استان های زنجان (۰/۰۷)، یزد (۰/۰۵)، اردبیل (۰/۰۴)، همدان (۰/۰۴)، مازندران (۰/۰۳) و کرمانشاه (۰/۰۳) دارای بیشترین سرانه پذیرش رشته داروسازی، استان های مرکزی (۰/۰۲)، سمنان (۰/۰۳) و کردستان (۰/۰۳) دارای کمترین سرانه پذیرش و استان های خراسان شمالی، بوشهر، قزوین، قم، گلستان و کهگیلویه و بویراحمد فاقد پذیرش در رشته داروسازی بودند. بر مبنای مناطق ده گانه کلان حوزه سلامت، سرانه پذیرش رشته داروسازی در مناطق ۴، ۶ و ۹ کمترین (۰/۰۱) و منطقه ۳ بیشترین (۰/۰۳) بود.

نتیجه گیری: با توجه به تفاوت قابل توجه سرانه پذیرش در مناطق مختلف کشور، تعدیل و توازن نیروی انسانی به منظور بهره گیری مناسب کلیه استان ها از خدمات دارویی ضروری است.

کلیدواژه ها: پذیرش در دانشگاه؛ ایران؛ آموزش داروسازی؛ دانشکده های داروسازی

مقدمه

مراقبت‌های اولیه سلامت بخش اصلی نظام سلامت و زمینه‌ساز توسعه اقتصادی و اجتماعی کشورها است که عدالت به عنوان یکی از فاکتورهای اصلی آن بشمار می‌رود.^۱ در نظام سلامت ایران تأکید زیادی بر بهبود کیفیت و دسترسی عموم مردم به خدمات بهداشتی اولیه وجود دارد.^۲ نیروی انسانی یکی از مهمترین منابع نظام ارائه خدمات بهداشتی- درمانی است چرا که بهره‌گیری از تکنولوژی‌های بهداشتی در مدیریت و تدارک خدمات به منظور ارتقای سطح سلامت، به عهده این بخش از سیستم بهداشتی - درمانی است. از طرف دیگر هزینه پرسنلی معمولاً بین ۶۰ تا ۸۰ درصد کل هزینه جاری صرف شده در بخش سلامت را تشکیل می‌دهد. جهت برقراری عدالت در این حوزه، بین جمعیت ساکنین یک منطقه و نیروی انسانی بهداشتی شاغل در آن منطقه می‌بایست تناسب برقرار باشد. لذا، تربیت تعداد نامتناسب نیروی انسانی علاوه بر اتلاف منابع اثرات منفی بر سلامت جامعه خواهد داشت.^۳

در حوزه سلامت، داروسازی رشته‌ای است که به واسطه لزوم دقت در تأمین، توزیع و ارائه دارو، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.^۴ از جمله نیازهای اولیه و ضروری هر جامعه دسترسی ساده و مطمئن بیماران به خدمات دارویی می‌باشد. در حال حاضر داروسازان کمتر از ۵ درصد جامعه پزشکی ایران را تشکیل می‌دهند بدین معنی که حدود ۱۸۰۰۰ داروساز در ایران مشغول به فعالیت در حوزه‌های نظارتی، علمی، تحقیقاتی، فنی و همچنین ارائه خدمات دارویی می‌باشند.^{۴،۵} در ایران به طور میانگین به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر ۲۲ داروساز و ۱۳ داروخانه وجود دارد.^۶ این عدد نشان دهنده میانگین نیروی متخصص به ازای جمعیت کل ایران است در حالیکه در نقاط مختلف ایران پراکندگی نیروی متخصص داروساز بسیار متفاوت است. به عنوان مثال در شهر مشهد به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر ۳۷ داروساز و ۱۷ داروخانه وجود دارد،^۶ در حالی است که در استان کرمانشاه به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر ۲۹ داروساز و ۱۰ داروخانه فعال هستند.^۷ اما برای توسعه پایدار ضروری است توزیع نیروی داروساز در سطح کشور تقریباً یکنواخت صورت پذیرد. لذا با توجه به نیاز بالقوه بازار کار به نیروی متخصص داروسازی، نقش دانشجویان داروسازی به عنوان داروسازان آینده و اهمیت بهره‌گیری مناطق مختلف از خدمات دارویی، مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان پذیرش رشته داروسازی دانشکده‌های کشور در سال ۱۳۹۴ براساس تقسیمات کشوری و همچنین منطقه‌بندی کلان حوزه آموزش سلامت صورت گرفته است.

روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی می‌باشد که با استفاده از اطلاعات دفترچه انتخاب رشته آزمون ورود به دانشگاه‌های کشور در سال ۱۳۹۴ به تفکیک دانشگاه سراسری، پردیس خودگردان و آزاد بر مبنای استان و شهرستانها در راستای بررسی همسویی میزان پذیرش رشته داروسازی در هر استان با جمعیت منطقه انجام گرفت. جمعیت هر استان مطابق با اطلاعات آخرین سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ استخراج گردید. مطابق با مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و زیرمجموعه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حوزه سلامت با لحاظ

شاخص‌هایی مانند نیروی انسانی، تجهیزات و ...، به ده کلان منطقه طبقه‌بندی شده‌اند.^۸ میزان پذیرش دانشجو در استان‌ها و شهرستان‌ها بررسی و سرانه پذیرش رشته داروسازی به جمعیت در دو تقسیم‌بندی استانی و مناطق ده‌گانه حوزه آموزش سلامت مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در حال حاضر ۲۵ دانشگاه در ۳۱ استان کشور، مشغول تربیت دانشجویان داروسازی می‌باشند. در مجموع، ظرفیت پذیرش رشته داروسازی در سال ۱۳۹۴، ۱۲۴۵ نفر بود که با لحاظ جمعیت ۷۵،۱۳۰،۰۰۰ نفری کشور، سرانه سالانه پذیرش رشته داروسازی به ازای هر هزار نفر معادل ۰/۰۲ بود. بیشترین ظرفیت پذیرش داروسازی در استان تهران (۲۱۹ نفر) و سپس استان‌های فارس (۹۴ نفر) و آذربایجان شرقی (۸۴ نفر) بود (جدول ۱). کمترین ظرفیت پذیرش رشته داروسازی در استان‌های سمنان (۲ نفر)، مرکزی (۴ نفر)، ایلام (۴ نفر)، کردستان (۴ نفر)، خراسان جنوبی (۶ نفر) و چهارمحال و بختیاری (۶ نفر) بود. همچنین دانشگاه‌های استان خراسان شمالی، بوشهر، قزوین، قم، گلستان و کهگیلویه و بویراحمد فاقد پذیرش در رشته داروسازی بودند. با در نظر گرفتن جمعیت هر استان و عدم لحاظ استان‌های فاقد پذیرش، سرانه پذیرش رشته داروسازی (میزان پذیرش در هر هزار نفر جمعیت) در استان‌های تهران، فارس، اصفهان، کرمان، هرمزگان، آذربایجان شرقی، لرستان و گیلان برابر با میانگین سرانه کشوری بود. همچنین، استان‌های مرکزی (۰/۰۰۲)، سمنان (۰/۰۰۳) و کردستان (۰/۰۰۳) دارای کمترین و استان زنجان (۰/۰۰۷) دارای بیشترین سرانه پذیرش رشته داروسازی بود (جدول ۱). بر مبنای مناطق ده‌گانه کلان حوزه آموزش سلامت، بیشترین ظرفیت پذیرش در منطقه ۱۰ (۲۱۹ نفر) و کمترین ظرفیت پذیرش در منطقه ۹ (۷۵ نفر) بود (جدول ۲). با در نظر گرفتن جمعیت هر استان، سرانه پذیرش رشته داروسازی (میزان پذیرش در هر هزار نفر جمعیت) در استان‌های زنجان (۰/۰۶۹)، یزد (۰/۰۴۶) و اردبیل (۰/۰۳۷) بیشترین بود (نمودار ۱). سرانه پذیرش رشته داروسازی در مناطق ۱، ۲، ۵، ۷، ۸ و ۱۰ برابر با میانگین سرانه کشوری (۰/۰۲)، در مناطق ۴، ۶ و ۹ کمتر از میانگین سرانه کشوری (۰/۰۲) و سرانه منطقه ۳ بیشتر از میانگین سرانه کشوری (۰/۰۳) بود (نمودار ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

توازن در توزیع جغرافیایی هر یک از شاخص‌های بهداشتی-درمانی از مهمترین اهداف در زمینه برنامه‌ریزی سلامت است و مهمترین هدف در انتظام بخشی فضایی خدمات و امکانات، تأمین عدالت و دسترسی یکسان به آنها می‌باشد.^۷ ضرورت بررسی توزیع جغرافیایی و تفاوت‌های بین استان‌ها در بهره‌مندی از نیروهای دوره‌دیده و متخصص در زیرگروه‌های پزشکی بسیار با اهمیت می‌باشد.^۲ یافته‌های تحقیق حاضر، تفاوت نتایج با بررسی‌های پیشین در این حوزه را نشان می‌دهد.^۲ در تحقیق‌های گذشته، عموماً استان‌های مرکزی کشور و به خصوص تهران از مزیت نسبی و استان‌های حاشیه‌ای عموماً از پذیرش کمتری برخوردار بودند.^۲ لکن، تحقیق حاضر نشان می‌دهد هدف‌گیری سیاست‌های وزارت بهداشت بر تنظیم توزیع نیروی انسانی در مقایسه با سالهای گذشته بوده است به‌طوری‌که میزان سرانه

جدول ۱. میزان پذیرش سالانه رشته داروسازی و جمعیت براساس شهر و استان

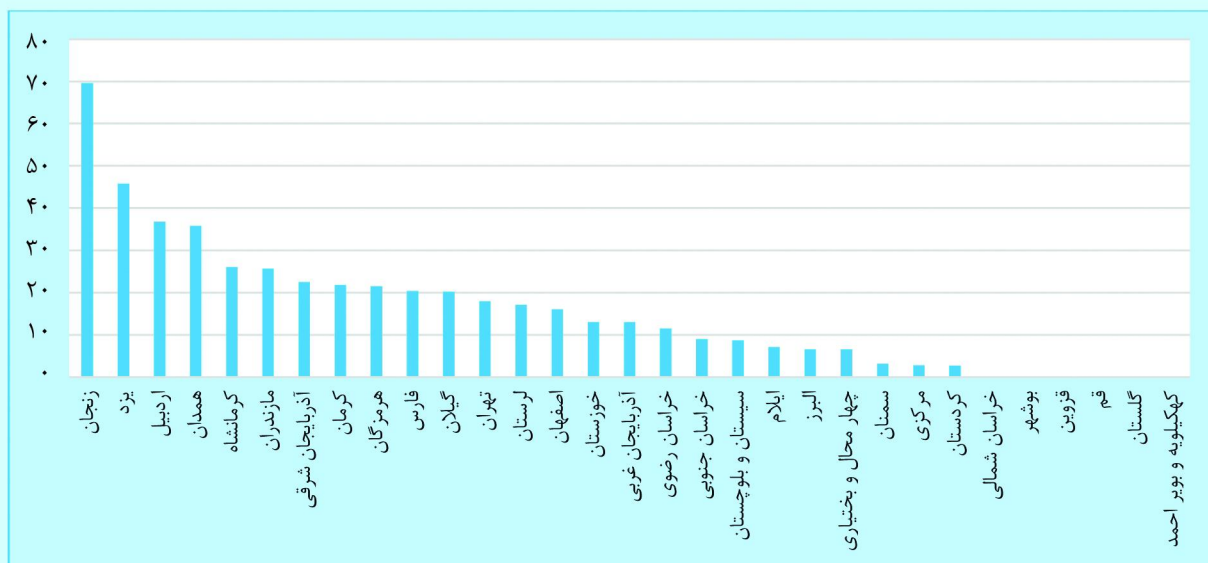
استان	شهرستان /دانشگاه	سراسری	آزاد	خودگردان	افراد بومی و دارای تعهد خدمت	جمع پذیرش استان	جمعیت استان (به میلیون)	سرانه پذیرش کل به جمعیت*
زنجان	زنجان	۳۸	۰	۱۹	۱۴	۷۱	۱/۰۲	۰/۰۷
یزد	یزد	۲۴	۰	۱۵	۱۰	۴۹	۱/۰۷	۰/۰۵
همدان	همدان	۳۲	۰	۱۷	۱۴	۶۳	۱/۷۶	۰/۰۴
اردبیل	اردبیل	۲۲	۰	۱۴	۱۰	۴۶	۱/۲۵	۰/۰۴
مازندران	ساری	۴۰	۲	۱۹	۱۸	۷۹	۳/۰۷	۰/۰۳
کرمانشاه	کرمانشاه	۲۴	۰	۱۵	۱۲	۵۱	۱/۹۵	۰/۰۳
تهران	تهران	۱۵۳	۲	۶۴	۰	۲۱۹	۱۲/۱۸	۰/۰۲
فارس	شیراز	۴۴	۰	۳۰	۲۰	۹۴	۴/۶	۰/۰۲
اصفهان	اصفهان	۳۸	۰	۲۳	۱۸	۷۹	۴/۸۸	۰/۰۲
کرمان	کرمان	۴۰	۰	۱۸	۶	۶۴	۲/۹۴	۰/۰۲
هرمزگان	بندرعباس	۲۴	۰	۰	۱۰	۳۴	۱/۵۸	۰/۰۲
آذربایجان شرقی	تبریز	۴۳	۰	۲۳	۱۸	۸۴	۳/۷۲	۰/۰۲
گیلان	رشت	۴۴	۰	۰	۶	۵۰	۲/۴۸	۰/۰۲
لرستان	خرم آباد	۲۰	۰	۰	۱۰	۳۰	۱/۷۵	۰/۰۲
خراسان جنوبی	بیرجند	۰	۰	۰	۶	۶	۰/۶۶	۰/۰۱
سیستان و بلوچستان	زابل	۱۶	۰	۰	۶	۲۲	۲/۵۳	۰/۰۱
خوزستان	اهواز	۲۸	۰	۱۵	۱۶	۵۹	۴/۵۳	۰/۰۱
آذربایجان غربی	ارومیه	۲۲	۰	۸	۱۰	۴۰	۳/۰۸	۰/۰۱
خراسان رضوی	مشهد	۳۶	۰	۱۹	۱۴	۶۹	۵/۹۹	۰/۰۱
البرز	کرج	۱۲	۰	۰	۴	۱۶	۲/۴۱	۰/۰۰۷
ایلام	ایلام	۰	۰	۰	۴	۴	۰/۵۶	۰/۰۰۷
چهارمحال و بختیاری	شهرکرد	۰	۰	۰	۶	۶	۰/۹	۰/۰۰۷
سمنان	سمنان	۰	۲	۰	۰	۲	۰/۶۳	۰/۰۰۳
کردستان	سنندج	۰	۰	۰	۴	۴	۱/۴۹	۰/۰۰۳
مرکزی	اراک	۰	۰	۰	۴	۴	۱/۴۱	۰/۰۰۲
خراسان شمالی	بجنورد	۰	۰	۰	۰	۰	۰/۸۷	۰
بوشهر	بوشهر	۰	۰	۰	۰	۰	۱/۰۳	۰
قزوین	قزوین	۰	۰	۰	۰	۰	۱/۲	۰
قم	قم	۰	۰	۰	۰	۰	۱/۱۵	۰
گلستان	گرجان	۰	۰	۰	۰	۰	۱/۷۸	۰
کهگیلویه و بویراحمد	یاسوج	۰	۰	۰	۰	۰	۰/۶۶	۰
مجموع		۷۰۰	۶	۲۹۹	۲۴۰	۱۲۴۵	۷۵/۱۳	۰/۰۲

*تعداد پذیرش رشته داروسازی به هزار نفر

تنهایی برای کاهش شکاف مشاهده شده کافی نمی‌باشد. ضرورت هماهنگی و برقراری مکانیزم‌های مختلف و متعدد برای اصلاح وضعیت موجود، حائز اهمیت است.^۲

مقایسه وضعیت موجود کشور با بعضی از کشورهای منطقه و دنیا از نظر شاخص نسبت کل داروسازان به ده هزار نفر جمعیت، حاکی

پذیرش در استانهای مرزی مانند کرمانشاه از میانگین سرانه کشوری بیشتر می‌باشد. اگرچه در سال‌های اخیر برای ترغیب گروه‌های مختلف پزشکی به ارائه خدمت در مراکز محروم کشور تدابیر خوبی اندیشیده شده و حتی مطابق با جدول شماره یک، ظرفیت خاصی برای افراد بومی با تعهد خدمت در نظر گرفته شده اما این تدابیر به



نمودار ۱. سرانه سالانه پذیرش رشته داروسازی به جمعیت در استان‌های کشور (ظرفیت پذیرش به هر میلیون نفر جمعیت)

جدول ۲. میزان پذیرش سالانه رشته داروسازی و جمعیت براساس مناطق ده‌گانه حوزه آموزش سلامت

منطقه	دانشگاه‌های علوم پزشکی	سراسری	آزاد	پرديس بومی و دارای خودگردان	مجموع پذیرش	جمعیت (به میلیون)	سرانه پذیرش (به جمعیت)
۱	گیلان، مازندران، بابل، تنکابن، گلستان، سمنان، شاهرود	۸۴	۴	۱۹	۱۳۱	۷/۹۶	۰/۰۲
۲	تبریز، ارومیه، اردبیل	۵۶	۰	۳۲	۱۲۲	۸/۰۵	۰/۰۲
۳	کرمانشاه، همدان، کردستان، ایلام	۸۷	۰	۴۵	۱۷۰	۵/۷۶	۰/۰۳
۴	اهواز، لرستان، دزفول	۴۸	۰	۱۵	۸۹	۶/۲۸	۰/۰۱
۵	شیراز، جهرم، فسا، کازرون، بندرعباس، کیش، بوشهر، یاسوج	۶۸	۰	۳۰	۱۲۸	۷/۸۷	۰/۰۲
۶	زنجان، اراک، قزوین، قم، البرز	۵۰	۰	۱۹	۹۱	۷/۱۹	۰/۰۱
۷	اصفهان، نجف آباد، یزد، کاشان، شهرکرد	۶۲	۰	۳۸	۱۳۴	۶/۸۵	۰/۰۲
۸	کرمان، زاهدان، رفسنجان، جیرفت، زابل، بم	۵۶	۰	۱۸	۸۶	۵/۴۷	۰/۰۲
۹	مشهد، بیرجند، بجنورد، سبزوار، گناباد، تربت حیدریه	۳۶	۰	۱۹	۷۵	۷/۵۲	۰/۰۱
۱۰	تهران، شهید بهشتی، ایران، ارتش، بقیه الله (عج)، شاهد	۱۵۳	۲	۶۴	۲۱۹	۱۲/۱۸	۰/۰۲

با نمودار و جدول دو، سرانه منطقه سه (بیشترین سرانه مناطق) سه برابر سرانه مناطق چهار، شش و نه (کمترین سرانه مناطق) بود، لذا عواملی مانند توجه خاص به تأمین خدمات بهداشتی- درمانی برای برخی مناطق و انگیزه اشتغال کارکنان دانشگاه علوم پزشکی در زادگاه و یا مراکز استان ها، می‌تواند در این عدم توازن در توزیع خدمات دارویی تأثیرگذار باشد.^۷ پیشنهاد می‌شود تمهیدات لازم برای رفع این مسائل اندیشیده شود تا با تأمین سلامت عمومی مناطق محروم، بستر توسعه منابع انسانی فراهم شده و امر خطیر تحقق توسعه پایدار در کشور تسریع گردد.

از رتبه پایین ایران است. مطابق با آمار منتشر شده سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳، سرانه (به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت) داروسازان در ایران (۲) از کشور عربستان (۰/۶) بیشتر و تقریباً برابر با کشور آذربایجان (۲/۴) در منطقه بود و تفاوت قابل ملاحظه‌ای با کشورهای توسعه یافته نظیر ژاپن (۲۱/۵)، بلژیک (۱۵/۶) و آمریکا (۸/۸) داشته است.^۹ در مجموع، اگرچه برخی تمهیدات مانند افزایش سهمیه افراد بومی، تعهد خدمت و همچنین تقسیم‌بندی حوزه‌های ده‌گانه سلامت سبب تعدیل تفاوت پذیرش در مناطق گوناگون کشوری شده است لکن مطابق



نمودار ۲. سرانه سالانه پذیرش رشته داروسازی به جمعیت بر مبنای مناطق ده گانه آموزش سلامت (ظرفیت پذیرش به میلیون نفر جمعیت)

لطفاً به این مقاله از ۱ تا ۲۰ امتیاز دهید و به شماره پیامک مجله (۳۰۰۰۷۸۳۸) ارسال فرمایید.

نحوه امتیازدهی: امتیاز-شماره مقاله

کد مقاله: ۶۹۰۳

REFERENCES

1. Khayati F, Saberi MH. Primary Health Care (PHC) an ever Strategy for Health Equity Extension. J Health Manag. 2009;12:33-40. (In Persian)
2. Haghdooost A, Kamyabi A, Asgarabadi A, et al. The Geographical Distribution of Medical Community Groups in the Country. J Med Coun Islamic Repub Iran. 2011;415-21. (In Persian)
3. Maftoon F. Estimation of the pharmacist workforce in Islamic Republic of Iran. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2006. (In Persian)
4. The number of Pharmacies in the Country is half of the global standards (Internet). Tabnak News. 2015 Aug 26 (cited 2015 Nov 29). Available from: <http://ostanha.tabnak.ir/fa/news/83384>.
5. Correspondence with Dr. Reza Laripoor, Head of Iranian Pharmacists Association. 2016 Jan 20.
6. Einy AM, Abdollahzadeh A, Shahriari AR. Epidemiological Profile and Geographical Distribution of Pharmacies in Mashhad, Iran. J Mashhad Med Coun. 2014;17:132-6. (In Persian)
7. Sulaimany A, Ghadiri Masum M, Riahi V. The Development Level of Health Indicators in Kermanshah Province from the Perspective of Social Justice in 2010. J Kermanshah Univ Med Sci. 2013;17: 647-56. (In Persian)
8. Supreme Council of the Cultural Revolution. Ten Macro-zoning for Medical Education in Iran [Internet]. 2015 [Cited 2015 Mar]. Available from: <http://www.sccr.ir/Pages/?current=news&gid=1&SeI=931707>
9. World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2013. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2013.